



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 2

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part II

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 มีเนื้อหาหลักในด้าน คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และ คุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้ เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติ อย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตาม มาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณา ในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ. หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและ ความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤษภาคม 2565

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (Practice) และประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (Assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นๆ 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

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ performance ขององค์กร

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

พฤษภาคม 2565

คำนำ.....	ii
คำนำของผู้เรียบเรียง.....	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก
สารบัญ.....	iv
แนวคิด.....	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก
SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1).....	2
SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2).....	27
SPA II - 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (PFG.1).....	45
SPA II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PFG.2).....	57
SPA II - 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1).....	66
SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2).....	75
SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3).....	81
SPA II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1).....	89
SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2).....	109
SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1).....	121
SPA II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2).....	130
SPA II - 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1).....	132
SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2).....	147
SPA II-7A บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์.....	161
SPA II-7C บริการรังสีวิทยาและ Medical Imaging.....	161
SPA II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ.....	182
SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1).....	190
SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2).....	193

SPA (Standards – Practice – Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

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

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

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

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

SPA II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความ ปลอดภัย

SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

- (1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารงานคุณภาพ.
- (i) มีการบริหารงานคุณภาพตามหลักการหรือแนวคิดของการบริหารงานคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (context) และต้องสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
 - (ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;
 - (iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) การสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจการใช้แนวคิด 3C-DALI ในการพัฒนาคุณภาพในระดับต่างๆ และในรูปแบบต่างๆ

PDSA		3P	DALI	3C-DALI	RM	ADLI (TQA)
				Core values Context Criteria	Context	
Plan	Purpose Process design	Purpose Process	Design	Purpose Design	RM Objective Risk assessment & response	Approach
Do	Process deployment		Action	Action	Risk control	Deployment
Study	Performance measurement		Learning	Learning	Risk monitor & review	
Act	Performance improvement	Performance	Improve (PDSA)	Improve (PDSA)	Improve	Learning
						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
- ในส่วนของบริบทเฉพาะขององค์กร (contexts) ควรพิจารณาบริบทในทุกระดับ (ภาพรวม ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) ทั้งในด้านความต้องการของผู้รับผลงาน ศักยภาพในการให้บริการ และสิ่งแวดล้อม
- ในส่วนของหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ (criteria) และความรู้ (knowledge) ครอบคลุมทั้งข้อกำหนดในมาตรฐาน HA กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานและแนวปฏิบัติของวิชาชีพ รวมทั้งความรู้เชิงปฏิบัติต่างๆ
- การพัฒนาคุณภาพควรขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดของวิชาชีพ และทิศทางนโยบายขององค์กร
 - ควรมีเป้าหมายของการทำงานและเป้าหมายคุณภาพในทุกระดับเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล
- การออกแบบ (design) ควรเน้นการออกแบบเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับผลงานและคนทำงาน ร่วมกับปัจจัยมนุษย์ (human factors) คุณค่าของการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณา (1) people-centeredness 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)
<ul style="list-style-type: none">บทเรียนในการหมุนวงล้อ 3C-DALI หรือ 3P	<ul style="list-style-type: none">ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการใช้ 3C-DALI หรือ 3P

- (2) องค์กรนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:
- (i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน
 - (ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวนและกำกับติดตามผลและความก้าวหน้าการดำเนินการและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ไขปัญหาคืออุปสรรค
 - (iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;
 - (v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่าง ๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน เช่น
 - “คุณภาพ”
 - คุณภาพ คือ คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงควมมีคุณค่า สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ หรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด
 - คุณภาพบริการสาธารณสุข หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานของ องค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้ อย่างเหมาะสม (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559
 - มิติคุณภาพ คือแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพ ซึ่งอาจได้แก่ Accessibility, Acceptability, Appropriateness, Competency, Continuity, Coverage, Effectiveness, Efficiency,

Equity, Humanized/Holistic/People-centeredness, Responsive/ Respect, Safety, Timeliness สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัด การกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้ป่วย

- “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
 - ความผิดพลาด (error) คือ การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำ) ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (AHRQ) อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำแผนไปปฏิบัติ การมีได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (WHO)
 - near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (IOM)
 - วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล้มเหลวต่าง ๆ (4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย (AHRQ)
- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเข้าใจ การนำไปใช้ประโยชน์ และความต้องการในการกำหนดความหมายของคำสำคัญที่ควรเข้าใจให้ตรงกัน

การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แล้วหรือไม่ มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานชัดเจนหรือไม่
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน และดำเนินการตอบสนองตามเหมาะสม

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

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

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลือ อย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลั่นกรองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับขั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผน สนับสนุนทรัพยากร)

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, ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
 - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ฯลฯ ได้อย่างไร
 - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับผิดชอบต่อความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
 - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร มีอะไรบ้างที่สามารถทำร่วมกันได้ เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดทำคู่มือ การฝึกอบรม การรายงาน การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน
 - การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียรอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
 - การติดตามตัววัดคุณภาพและความปลอดภัย และการวิเคราะห์ข้อมูล
 - ข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งควรจะมีชัดเจนในวิธีการประมวลผลจากหน่วยย่อยมาสู่ภาพรวมเป็นลำดับขั้น ควรสามารถแสดงข้อมูลแนวโน้มตามลำดับเวลา (trend) และการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดที่จะดำเนินการปรับปรุงได้
 - การระบุหรือชี้แนะความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และการติดตามความก้าวหน้า

โครงสร้างงานคุณภาพ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย
 - ทีมนำระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือหรือมาตรฐานใด)
 - ทีมนำระดับกลาง ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น Clinical Lead Team/Patient Care Team
 - หน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● วัฒนธรรมความปลอดภัย: (1) การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround (2) ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ● การสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร ● การกำกับติดตาม: การตอบสนองของผู้นำที่เป็นผลจากการกำกับติดตาม ● นิยามเชิงปฏิบัติการ: สรุปบทเรียนจากความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการประสานและบูรณาการแผนงานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย

<ul style="list-style-type: none"> ● การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์: (1) สรุปแผนกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (2) สรุปการประเมินความก้าวหน้า การบรรลุเป้าหมาย และการตอบสนองที่เกิดขึ้น ● ภาพรวมของการประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ความปลอดภัย ความเสี่ยง และการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารระบบดังกล่าว ● 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.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การสื่อสารและแก้ปัญหา

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

ทีมในงานปกติประจำ

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

ทีมพัฒนาคุณภาพ

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

ทีมกำกับดูแลภาพรวม

- ทีมนำระดับสูงกำหนดให้มีการประเมินทีมคร่อมสายงาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง (ทีมนำระดับกลาง) ในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมของการมีทีมต่างๆ ในภาพรวม (เทียบกับบริบทขององค์กร)
 - ความเหมาะสมขององค์ประกอบของสมาชิกในทีมต่างๆ (รวมถึงการที่สมาชิกแต่ละคนไม่ต้องรับภาระมากเกินไป)
 - ช่องทางการสื่อสาร การประสานงาน การรายงาน และการติดตามกำกับ
 - ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ
- ทีมนำระดับสูงนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานของทีมดังกล่าว (เช่น การปรับโครงสร้าง การปรับองค์ประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีทำงานให้ชัดเจนขึ้น การปรับปรุงช่องทางการ

สื่อสารและการรายงาน การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ● วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ ● บทเรียนการทำงานเป็นทีมในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงการทำงานเป็นทีมอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

เทคนิคการประเมินผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ศึกษา คัดเลือก พัฒนา เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ และนำไปส่งเสริมให้มีการใช้อย่างเหมาะสม
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ความสำเร็จ ความรู้สึก ของการ การนำมาตราฐานไปปฏิบัติ หรือการพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือต่างๆ
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation) สำหรับระบบงานที่สำคัญ (รวมทั้งระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ) เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและเป้าหมายให้ชัดเจน และประเมินการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น
 - ส่งเสริมให้มีการนำมาตราฐาน 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 เพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของวิชาชีพหรือข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของ evidence กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และวางแผนปรับปรุง
กฎระเบียบของส่วนราชการ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis
ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล	ทีมนำทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือ แสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กันแพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

วิธีการประเมินผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและจัดให้มีกิจกรรมประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง มากกว่าการจัดทำเพียงรูปแบบ หรือจัดทำเพื่อให้มีเอกสารไว้แสดง
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่สบายๆ เป็นกันเอง เช่น ใช้เวทีสุนทรียสนทนา, การจัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอ เน้นการดึงความรู้ฝัง

ลึกลับ (tacit knowledge) หรือความรู้เชิงปฏิบัติออกมาแลกเปลี่ยนกันและเก็บบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ต่ออย่างเหมาะสม

- การใช้ service profile เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, วางแผน กำหนดเป้าหมายและติดตามการพัฒนา, บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา, เรียนรู้ ประเด็นสำคัญภายในทีมงาน, แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน
- การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เพื่อประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญ โดยเน้นการเข้าไปดูในสถานการณ์จริง รวบรวมสิ่งดี ๆ ไขว่คว้าและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง (ดู II-1.2)
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย
- การเยี่ยมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ รับรู้บทเรียนและปัญหาการนำมาตราฐานไปปฏิบัติ หรือการเยี่ยมสำรวจภายในด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย
- ฯลฯ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ภาพรวมของการใช้เทคนิคประเมินผลต่างๆ และวิธีการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้มากขึ้น ● ภาพรวมของการเปรียบเทียบที่นำมาใช้ในการประเมินผล การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ● ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ● บทเรียนในการใช้เครื่องมือและวิธีการประเมินตนเองต่างๆ ใช้อะไร นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไร 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำร่วมกับผู้รับผิดชอบ กำหนดตัววัดผลงานในประเด็นต่างๆ ซึ่งครอบคลุมทั้งตัววัดในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และติดตามตัววัดเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ
- ตัววัดด้านการกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของคณะกรรมการกำกับดูแลหรือรับฟังเสียงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นต่อไปนี้
 - คณะกรรมการมุ่งเน้นให้คุณภาพเป็นปัจจัยขับเคลื่อนกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
 - คณะกรรมการมีความตระหนักในความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่เพียงใด
 - คณะกรรมการมีภาวะผู้นำ ทักษะ และความรู้ที่จำเป็นเพื่อขับเคลื่อนวาระคุณภาพเพียงใด
 - คณะกรรมการส่งเสริมวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเพียงใด
 - มีการกำหนดบทบาทและภาระรับผิดชอบในเรื่องการกำกับดูแลคุณภาพชัดเจนเพียงใด
 - คณะกรรมการสร้างความผูกพันกับผู้ช่วย บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพเพียงใด
 - มีการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพอย่างเหมาะสม และถูกนำมาใช้ประโยชน์เพียงใด
- ตัววัดด้านการกำกับดูแลทางคลินิก
- ตัววัดด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล
- ตัววัดด้านการควบคุมการติดเชื้อ
- ตัววัดด้านการจัดการความเสี่ยง
- ตัววัดด้านการใช้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ
- ตัววัดด้านผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ
- ตัววัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● นำไปตอบร่วมกับ I-4.1 and part IV	● ความครอบคลุมในการวัดผลการดำเนินการ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ดู I-4.1ค(1)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">• การนำข้อมูลจากการประเมินตนเองและการประเมินผลมาใช้ในการชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ [ดูคำตอบใน I-4.1ค(1) ร่วมด้วย]	<ul style="list-style-type: none">•

(7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:

- (i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
- (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์;
- (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
- (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
- (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
- (vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ
 - แผนพัฒนาคุณภาพตอบสนองโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้ตามการปฏิบัติใน I-4.1ค(1) และ II-1.1ก(6)
 - ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร โดยมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพทั้งใน
 - ภาพรวมของทั้งองค์กร
 - ระบบงาน ทีมดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานต่าง ๆ
 - 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	● ความครอบคลุมในการทำแผนพัฒนาคุณภาพ

(8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการ โดยมีการติดตาม ประเมินผลการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
- ผู้นำส่งเสริมให้มีการประเมินผลการพัฒนาทั้งในระดับโครงการและในภาพรวมขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● สรุปผลการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ สาเหตุในส่วนที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และบทเรียนที่จะนำไปปรับปรุง	<ul style="list-style-type: none">● ความสำเร็จในการนำแผนพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติ

(9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้สังคมรับรู้ในประเด็นต่อไปนี้
 - ประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ระยะเวลาการให้บริการ
 - ผลการดำเนินการขององค์กร
 - ผลการดูแลผู้ป่วย
- องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้สะดวก เช่น web-site ขององค์กร
- มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● สรุปรูปข้อมูลที่มีการเผยแพร่และช่องทางการเผยแพร่	<ul style="list-style-type: none">●

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

(1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ (รวมทั้งผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซับซ้อน ไม่ติดรูปแบบ ได้แก่
 - การทบทวนในมิติ **effectiveness**
 - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเอง และการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
 - การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งอาจจะใช้ trigger tool เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน
 - การทบทวนในมิติ **safety**
 - การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต โดยควรทำเร็วที่สุด
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีทั้งการทบทวนในระดับภาพรวมของ รพ. โดยคณะกรรมการ IC และทบทวนในระดับหน่วยงานโดยทีมงานของหน่วยงาน
 - การทบทวนในมิติ **efficiency**
 - การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรที่เป็นผลจากการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การ investigate, การฉายยา, การทำหัตถการ โดยเลือกโอกาสที่จะลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นได้มากที่สุด
 - การทบทวนความเหมาะสมในการฉายยา (DUR) เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนการใช้ทรัพยากร (รวมทั้งมิติ safety ด้วย)
 - การทบทวนการใช้เลือด เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (รวมทั้งมิติ safety ด้วย)
 - การทบทวนในมิติ **people-centered**
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ส่วนใหญ่ควรเป็นการดำเนินงานในระดับ รพ. แต่อาจมีการพิจารณาคำร้องเรียนในระดับหน่วยงานด้วย
 - การทบทวนในมิติ **competency**
 - การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ อาจเป็นการทบทวนด้วยตนเอง หรือทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

- การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจารณาศักยภาพ 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Major Project <input checked="" type="checkbox"/>
Low Impact (ผลตอบแทนน้อย)	Fill Ins	Thankless Tasks <input checked="" type="checkbox"/>

- ทีมงานเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่ายๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงาน และทีมนำทางคลินิกต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (patient care team) ทำความเข้าใจกับคำว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) ว่าหมายถึง
 - กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง
 - กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)
 - กลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งอาจจะมีแนวทางพิจารณาดังนี้
 - ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา มีความหลากหลายในวิธีการรักษา มีผลลัพธ์ที่ยังไม่น่าพอใจ อย่งใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน
 - ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่ได้ทำมาแล้ว ด้วยเครื่องมือคุณภาพ บางอย่าง เช่น CPG, clinical indicator และเห็นว่าสามารถปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ทีมเห็นว่ามีความสำคัญหรือน่าสนใจด้วยเหตุผลอื่นๆ
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม วิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกมา และกำหนดเป้าหมายการดูแล / เป้าหมายการพัฒนา ที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญดังกล่าว โดยพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล (คือขั้นตอนแรกของการตามรอยทางคลินิกนั่นเอง)
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - **Outcome indicator** ที่สะท้อนผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวังทั้งในด้านการหายหรือตัวเลขของโรค (clinical outcome) และการทำหน้าที่ของร่างกาย/อวัยวะ (functional outcome) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในมิติประสิทธิผล (effectiveness) รวมไปถึงตัวชี้วัดในมิติความปลอดภัย (safety)
 - **Process indicator** ที่สะท้อนการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ อย่งมีคุณภาพบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในมิติความเหมาะสม (appropriateness) และ

อาจครอบคลุมมิติอื่นๆ ของกระบวนการการดูแล เช่น การเข้าถึง (access) การดูแลต่อเนื่อง (continuity) ความเหมาะสมกับเวลา (timeliness)

- ตัวชี้วัดในมิติอื่นๆ
 - ตัวชี้วัดในมิติประสิทธิภาพ (efficiency) สะท้อนผลลัพธ์เปรียบเทียบกับการใช้ทรัพยากร
 - ตัวชี้วัดในมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered)
 - ตัวชี้วัดในมิติความเป็นธรรม (equity)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมาย การดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ● บทเรียนในการระบุโอกาสพัฒนาและเป้าหมาย การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ● การใช้ผลการติดตาม KPI เพื่อการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ●

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก และประเมินหาโอกาสพัฒนาในแง่มุมต่างๆ
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อ
 - วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
 - วิเคราะห์การตอบสนองต่อ NEWS (ความต้องการของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ ความสูญเสีย ความปลอดภัย)
 - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
 - สมดุลระหว่างการดูแลแบบองค์รวม (holistic) กับการใช้ความรู้ทางวิชาการ (evidence-based) และเทคโนโลยี
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากความบกพร่องของตนเอง (RCA) กับการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีของคนอื่น (benchmarking)
 - สมดุลระหว่างการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน (CPG / protocol / CareMap) กับการสร้างนวัตกรรม (innovation)
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา competency ของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ กับการทำงานร่วมในลักษณะทีมสหสาขา (multidisciplinary team)
 - ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำระบบดังกล่าวมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายที่ท้าทายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ [ดู I-6.1ข(3) ร่วมด้วย]
 - ใช้ model ตั้งเป้า ฝึกดู 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

- ใช้ driver diagram เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์จาก change concept ที่หลากหลาย สรุปกรอบความคิดในการพัฒนา และกำหนดตัววัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคสำคัญของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ● ผลลัพธ์ที่โดดเด่นของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

- (1) องค์กรกำหนดกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบการนำไปปฏิบัติ 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) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่อคณะกรรมการกำกับดูแลองค์กร¹;
 - (v) สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);
 - (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- 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 ปรับให้เข้ากับบริบทขององค์กร (บริบทองค์กรทำให้เกิดความเสี่ยงอะไร แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด)

¹ องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

- Inclusive: เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ทำงานแบบสหสาขา นำความรู้ มุมมอง และการรับรู้ของทุกฝ่ายมาพิจารณา มีความโปร่งใสในการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดอุบัติการณ์
 - Dynamic: มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม พิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก สามารถตรวจจับและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา มีการ update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น มีวงรอบของการทบทวน risk register ที่ชัดเจน
 - Best available information: ใช้สารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ทั้งข้อมูลอดีต ปัจจุบัน และการคาดการณ์อนาคต ยอมรับข้อจำกัดและความไม่แน่นอนของข้อมูลและความคาดหวัง มีสารสนเทศที่ชัดเจน ทันเวลา 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 ภารกิจของผู้นำ ความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง
 - การจัดการที่มีลักษณะพลวัต (arrangement) ได้แก่ แผนการบริหารความเสี่ยง กระบวนการและกิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงกับระบบอื่น การกำหนดภาระรับผิดชอบและหน้าที่รับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การอบรมบุคลากร การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามประเมินผล
 - การหมุนวงล้อของการออกแบบและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
- กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การปรึกษาและสื่อสาร การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือกับความเสี่ยง การติดตามและทบทวน
- ความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญและต้องนำมาพิจารณาจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่าง ๆ.
- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง

- เนื่องจากกระบวนการบริหารความเสี่ยงสามารถประยุกต์ใช้ได้กับระดับต่างๆ (กลยุทธ์ ปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมอื่นๆ) จึงควรมีความชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตที่จะนำไปใช้ วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์และสิ่งที่ต้องตัดสินใจ
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - เวลา สถานที่ สิ่งที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุม
 - เครื่องมือและเทคนิคการประเมินความเสี่ยงที่เหมาะสม
 - ทรัพยากรที่ต้องใช้ หน้าที่รับผิดชอบ บทบาทที่ต้องจัดเก็บ
 - ความสัมพันธ์กับโครงการ กระบวนการ และกิจกรรมอื่นๆ
- กำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (risk criteria) ระบุลักษณะของความเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่จำเป็นและยอมรับได้เพื่อบรรลุเป้าหมาย ระดับที่ยอมรับได้ เกณฑ์ที่ใช้ประเมิน consequence & likelihood ของความเสี่ยง มีการกำหนดตั้งแต่เริ่มต้นและทบทวนเมื่อจำเป็น โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
 - ธรรมชาติและประเภทของความไม่แน่นอนที่มีผลต่อผลลัพธ์และวัตถุประสงค์
 - วิธีการกำหนดและวัด consequences & likelihood
 - ปัจจัยเกี่ยวกับเวลา
 - ความคงเส้นคงวาในการวัด
 - 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) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถระบุจัดการ 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?
 - มีการประเมินกลยุทธ์ในมุมมองความเสี่ยงหรือไม่? แผนงาน RM ผูกเชื่อมกับการวางแผนกลยุทธ์หรือไม่? มีการทบทวนกลยุทธ์และแผนงานทั้งหมดเพื่อหาโอกาสสร้างคุณค่าหรือไม่?
 - มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ส่วนงานและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับชัดเจนหรือไม่? ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรับรู้บทบาทของตน และมีส่วนร่วมใน RM หรือไม่?
- ผู้นำระดับสูงกำกับดูแลให้มีการจัดทำแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk)

- ควรครอบคลุมแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เข้าใจความเสี่ยง ฐานในการตัดสินใจ เหตุผลที่ต้องมีการกระทำบางอย่าง โดยเป้าหมายรวมคือ
 - นำความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาเข้ามาพิจารณาร่วมกันในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - ทำให้มั่นใจว่ามุมมองที่แตกต่างกันได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสมในการกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง
 - ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อช่วยในการกำกับดูแลและการตัดสินใจ
 - สร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยง
 - ขณะที่การสื่อสารมุ่งสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยง การปรึกษาหารือจะมีการรับข้อมูลป้อนกลับเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ซึ่งจะต้องมีการประสานทั้งสองเรื่องนี้เข้าด้วยกัน และเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง
 - ปรัชญา กรอบความคิด และกระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization) และวัฒนธรรมความปลอดภัย
 - ความเสี่ยงเฉพาะ และมาตรการที่เกี่ยวข้อง
 - การจัดการอุบัติการณ์ การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ การออกแบบโดยใช้แนวคิด human factors engineering
- องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีการหมุนวงล้อการพัฒนา (PDSA) อย่างต่อเนื่อง

(2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบทำงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:

- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
- (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
- (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง
 - คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ
 - ความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวน และการติดตามความเสี่ยง
 - แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวน
- กระบวนการจัดการความเสี่ยงมุ่งป้องกันโอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ และสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน
- องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย
 - บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) โดยพิจารณาจัดทำทะเบียนในระดับและส่วนงานต่างๆ ตามความเหมาะสม
 - จัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร
 - มีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
 - เน้นการใช้เครื่องมือนี้เพื่อให้เกิดการทบทวนมาตรการรับมือกับความเสี่ยงตามกำหนดเวลา เพื่อปิดช่องโหว่ของมาตรการดังกล่าวตามสาเหตุที่เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงานที่ทำงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ
 - นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น บัญชีรายการความเสี่ยง, risk matrix จำแนกความเสี่ยงตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table
- ส่งเสริมให้ร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
 - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแต่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
 - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
 - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดยพิจารณาจากประเด็นที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน, ประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (2P Safety), เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ, ทบทวนความรู้ทางวิชาการ เช่น การทบทวนวรรณกรรม, ทบทวนบทเรียนของเราเอง (ทั้งเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว และเหตุการณ์ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น), 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
- ซอฟต์แวร์
- สถานที่ทำงาน
- การฝึกอบรม
- เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
 - คู่มือการปฏิบัติงาน โปสเตอร์ สื่อต่างๆ
 - Interactive media
 - การฝึกอบรม การใช้เรื่องเล่า การฝึก non-technical skill
 - Reminder ที่ให้ข้อมูล ณ จุดที่ต้องใช้งาน เช่น บรรจุเข้าในแบบบันทึกต่างๆ
- ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงพอ และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงพอ
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ. ● ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด human factor engineering ● สรุปความก้าวหน้าของการนำระบบบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ ● บทเรียนในการนำ risk register ไปใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายบริหารความเสี่ยง ● ความครอบคลุมของแผนบริหารความเสี่ยง ● ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความเสี่ยง

- (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) ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- 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, Tibe 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 และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”
 - Charter of health worker safety ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกซึ่งจะสนับสนุน personnel safety ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 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

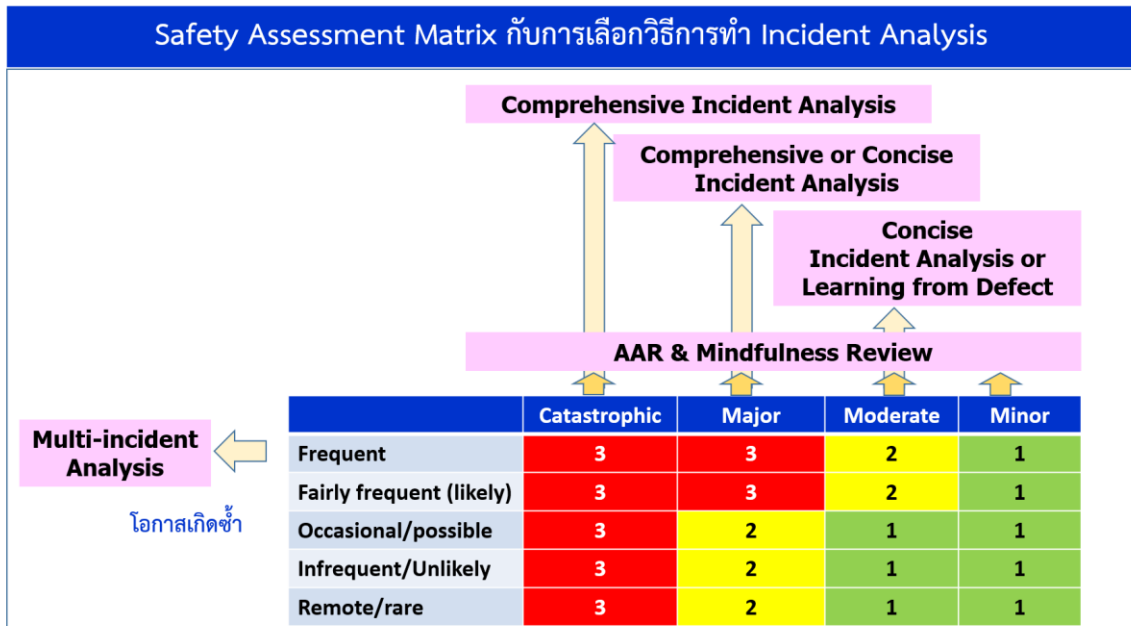
(4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:

- (i) มีกระบวนการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
- (ii) มีกระบวนการในการตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
- (iii) มีกระบวนการนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
- (iv) มีกระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
- (v) มีการอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
- (vi) มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของรพ. เช่น
 - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
 - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
 - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
 - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน

- โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่มีสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบัตรบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในช่องที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระดับกลางต่าง ๆ) หรือมอบหมายให้ risk owner วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ
 - ประเมินผล - ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันต่างๆ
 - ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
 - เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
 - วางแผน – เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของ รพ. เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่าง ๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
 - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
 - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
 - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ



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

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์ **ในลักษณะ 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		Intermediate Action	
ประเภท	ตัวอย่าง	ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน	Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสี่ยงสูงโดยอิสระจากกัน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน	ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง	software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ยาก	ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเสียงสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์		Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมีการทำ AAR
ประเภท	ตัวอย่าง	Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูเลื่อนไฟฟ้าเพื่อลดการหกซึมของ ผป.	ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช่ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันความผิดพลาดในการต่อเชื่อม	เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน	เน้นบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง รพ.		
ผู้นำมีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ชื่อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตราค่าส่งและภาระงานให้สมดุล		

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 แม้จะริบหรี่ก็ดีกว่าไม่มีเลย
- คณะกรรมการความเสี่ยงส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
 - จัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์
 - ทบทวนความจำเป็นที่ต้องมีการฝึกอบรมในประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติม
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ตามปกติ เช่น

- มีผู้รับฟังและให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ
- แจ้งความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายให้บุคลากรที่ได้รับผลกระทบเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวล
- ติดตามและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
- สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
- จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ความสามารถในการทำ RCA และกำหนดแนวทางป้องกันที่เป็น strong action ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม ● ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ ● ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และการนำไปใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● แนวโน้มอุบัติการณ์ทั้งจากการรายงาน การทบทวนเวชระเบียน และการรับรู้อื่นๆ ● ความรวดเร็วและความครอบคลุมในการรับรู้อุบัติการณ์

(5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิผล. ควรประกอบด้วย:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การบูรณาการในภาพรวม
 - คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางการประสานงานและประสานความร่วมมือระหว่างระบบบริหารความเสี่ยงกับระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสารสนเทศ ระบบพัฒนาบุคลากร ระบบบริการอาชีวอนามัย ระบบการป้องกันการติดเชื้อ ระบบยา ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ ระบบเวชระเบียน ระบบผู้ป่วยสัมพันธ์ ระบบบริหารอาคารสถานที่
 - มีการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อประสิทธิภาพและความถูกต้องในการรายงานข้อมูลและการประมวลผล
- การบูรณาการระหว่างระบบต่างๆ
 - มีการบูรณาการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรกับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานอาชีวอนามัย การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ระบบสารสนเทศ ระบบยานพาหนะ และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - มีการบูรณาการการบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบบำรุงรักษาและซ่อมบำรุง ระบบการทำความสะอาดอาคารสถานที่ ระบบสาธารณสุขมูลฐาน ระบบระบายอากาศ การบริหารการก่อสร้าง และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - มีการบูรณาการระบบงานที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา วัสดุครุภัณฑ์ กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การฝึกอบรมบุคลากร ห่วงโซ่อุปทาน และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - มีการบูรณาการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การบริหารอาคารสถานที่ การฝึกอบรมบุคลากร ระบบยา ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศ และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

- มีการบูรณาการระบบการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยกับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การบริหารอาคารสถานที่ ระบบสารสนเทศ ลูกค้าสัมพันธ์ และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ประสิทธิภาพของการบูรณาการกระบวนการและกิจกรรมบริหารความเสี่ยงกับกับระบบที่เกี่ยวข้อง

SPA 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)
<ul style="list-style-type: none">● ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำการพยาบาล● การพัฒนาความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none">●

(2) มีระบบบริหารการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจว่าจะมี**บุคลากร**ด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และ**จำนวนเพียงพอ** เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและ**ผู้ปฏิบัติงาน** ที่มาจากภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำที่มการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า**บุคลากร**ทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถและ**ทักษะ** เหมาะสมกับการ**ปฏิบัติงาน** โดย
 - กำหนดขอบเขตการ**ปฏิบัติการ**พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - ตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติ สมรรถนะของ**บุคลากร**พยาบาลให้เหมาะสมกับ**ลักษณะงาน**ที่มอบหมาย ทั้ง**บุคลากร**ขององค์กรและ**ผู้ปฏิบัติงาน**ที่มาจากภายนอก
 - ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องและ**การฝึกอบรม**ของ**บุคลากร**ทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ**บริการ**ที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่อเนื่อง
- ผู้นำที่มการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า**มีบุคลากร**ทางการพยาบาลใน**จำนวนที่เพียงพอ**ต่อการดูแล**ผู้ป่วย**อย่างปลอดภัย และ**บุคลากร**ปลอดภัย โดย
 - กำหนด**หลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรา**กำลังอย่างเหมาะสมในการดูแล**ผู้ป่วย**ตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (patient acuity)
 - กำหนด**แนวทางการบริหารจัดการอัตรา**กำลังในภาวะฉุกเฉิน
 - การ**บริหารจัดการ**ให้มี**บุคลากร**ทางการพยาบาล**ปฏิบัติงาน**เพียงพอกับความต้องการของ**ผู้ป่วย**
 - วิเคราะห์**ส่วนขาด**ของ**อัตรา**กำลังในหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อ**ผู้ป่วย**สูง เช่น ER, LR, ICU วางมาตรการเพื่อสร้างความมั่นใจว่า**ผู้ป่วย**ในหน่วยงานดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย
 - การวางแผน**อัตรา**กำลังระยะสั้น ระยะยาว ที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● มาตรการที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยในหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเพียงพอของอัตรากำลังและขีดความสามารถของพยาบาลเทียบกับความต้องการ (ทั้งในภาพรวมและในหน่วยงานที่มีดูแลผู้ป่วยซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง หรือมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี)

(3) มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:

- (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
- (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย;
- (iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;
- (iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย;
- (v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
- (vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ในช่วงเวลาของการศึกษา และพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
- (vii) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนางานวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
กำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรม			
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)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงการทำหน้าที่สำคัญของการกำกับดูแลและการบริหารการพยาบาล ● จุดเน้น การพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติที่ดีในเรื่องการนิเทศและกำกับดูแลทางการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ที่มีได้เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดังกล่าว มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในระบบดังกล่าว ภายใต้กรอบความรับผิดชอบของวิชาชีพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● บทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย ● ผู้แทนพยาบาลนำเสนออะไรในฐานะตัวแทนของวิชาชีพ สื่อสารประเด็นอะไรให้สมาชิกรับทราบ เพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติอย่างไร ผลเป็นอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประสานความร่วมมือระบบบริหารการพยาบาลกับระบบต่างๆ

(5) มีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุน เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์ของระบบการบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของวิชาชีพพยาบาล ว่ามีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร ในการที่จะสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และนำไปดำเนินการปรับปรุง
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาว่ากระบวนการและฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยภายในวิชาชีพพยาบาลกับการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาลมี อะไรบ้าง และวางระบบเพื่อไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้ระบบบริหาร ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของ วิชาชีพพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง ความ ปลอดภัย 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 การพัฒนานาวิชาชีพ
 - ความพึงพอใจของกำลังคนด้านการพยาบาลต่อการบริหารการพยาบาล
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามตัวชี้วัดดังกล่าว นำมาใช้กำหนดประเด็นในการพัฒนา และตั้งเป้าหมายให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อาจจะมีการเทียบเคียงกับองค์กรอื่นตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัดของการบริหารทางการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลลัพธ์ของการกำกับดูแลและการบริหารการพยาบาล

ข. ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ rapid assessment เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
 - ความครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล การดูแลองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย การผสมผสานกับการดูแลต่อเนื่องและการเสริมพลัง ฯลฯ
 - 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
- ผู้นำทีมพยาบาลนำผลการทำ rapid assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) (พยาบาล) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ rapid assessment เรื่องพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในประเด็นดังนี้
 - ความตระหนักของพยาบาลในการพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในเรื่องใดบ้าง ประเด็นใดที่สามารถปฏิบัติได้ดี และประเด็นใดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และเป็นปัญหาหรืออุปสรรค
 - ความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตามจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพ.
 - ความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมการพยาบาลพิจารณาโอกาสประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ
- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ rapid assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการให้การพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) (พยาบาล) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย เช่น
 - การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อวางแผนทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 - การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based CNPG ซึ่งเชื่อมโยงกับ CPG ของแพทย์)
 - การทำ gap analysis (ส่วนที่แตกต่างระหว่างข้อมูลจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง) กับโรคที่น่าสนใจทุกโอกาส
 - ส่งเสริมให้มีผู้นำแนวคิด 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
- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ rapid assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินเรื่องการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(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 และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(5) มีการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลตามองค์ประกอบต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">ลักษณะการก่อตั้ง ลักษณะการทำงาน ความพยายามในการทำหน้าที่ในภาพรวมขององค์กรแพทย์ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพการเรียนรู้/ปรับปรุงโครงสร้าง/วิธีการทำงานโครงสร้างอื่นๆ ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ การประสาน / แบ่งหน้าที่กับองค์กรแพทย์	<ul style="list-style-type: none">ความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรแพทย์ผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์

(2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการบริหาร ว่าประเด็นใดที่ควรให้องค์กรแพทย์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับคณะกรรมการบริหาร
- องค์กรแพทย์ประเมินบทบาทในส่วนนี้เป็นประจำทุกปี และปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นสำคัญที่มีการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ วางแผนร่วมกัน และผลการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากข้อเสนอแนะของ องค์กรแพทย์ผ่านผู้บริหาร / ระบบกำกับดูแลทางคลินิก

(3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปรายโรคที่มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตาม PCT ต่างๆ, ประเด็นสำคัญที่นำมาปฏิบัติ และอัตราการปฏิบัติในประเด็นเหล่านั้น (ถ้ามีการติดตาม) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการกำกับดูแลและส่งเสริมการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เคารพสิทธิผู้ป่วย

(4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างได้ผลดังต่อไปนี้:
- (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;
 - (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;
 - (iv) การให้คำแนะนำ ปกป้อง และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค / การวางแผนการดูแลผู้ป่วย / ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์			
การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน			
การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้			
การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการ			

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
ฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ			
การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ			
การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพคุณภาพเวชระเบียน			
การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม			
การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย			

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> การปรับปรุงการทำหน้าที่สำคัญขององค์กรแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลลัพธ์ของการทำหน้าที่สำคัญขององค์กรแพทย์ (สรุปเนื้อหาของ 3P ตามตารางในตัวอย่าง)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	<ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมของข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ ● ผลการติดตามการปฏิบัติตามข้อตกลงและการปรับปรุง

(7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้จ่าย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์มีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก, คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยต่างๆ
- องค์กรแพทย์วางกลไกให้ผู้แทนขององค์กรแพทย์ในคณะกรรมการต่างๆ เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● บทบาทขององค์กรแพทย์และสมาชิกองค์กรแพทย์ในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้จ่าย การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย ● MSO มีบทบาทอย่างไรกับระบบต่างๆ เหล่านี้ นำเสนออะไรในฐานะตัวแทนของวิชาชีพ สื่อสารประเด็นอะไรให้สมาชิกรับทราบเพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติอย่างไร ผลเป็นอย่างไร 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประสานความร่วมมือขององค์กรแพทย์กับกับระบบต่างๆ

(8) องค์กรแพทย์ (มีคาร) กำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัดหรือการประเมินผลขององค์กรแพทย์	●

SPA 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 และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่และมาตรฐานวิชาชีพ. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ศึกษากฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ในโรงพยาบาล, ตรวจสอบและดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่มีการปรับปรุงต่อเติม
- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ร่วมกับหัวหน้าและปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ระดมสมองเพื่อปรับปรุงการจัดพื้นที่ใช้สอย
 - พิจารณาประเด็นเรื่องความปลอดภัยด้วยการตรวจสอบตามมาตรฐานความปลอดภัย การวิเคราะห์ FMEA และการทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - ปลอดภัยจากความเสี่ยงด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม
 - ความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน
 - พิจารณาประเด็นเรื่องประสิทธิภาพในการทำงานโดยใช้แนวคิด lean (ลดความสูญเปล่าของการเดินทางหรือเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น) รวมทั้งปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น แสง สี เสียง
 - พิจารณาประเด็นเรื่องความสะดวกสบายและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดย
 - สมมติตนเองเป็นผู้ป่วยและผ่านไปตามเส้นทางของการเข้ารับบริการ

- สิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดให้เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจสอบ การปรับปรุง และแผนการปรับปรุง โครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ● การปรับปรุงอาคารสถานที่และพื้นที่ใช้สอยที่สำคัญ เพื่อความปลอดภัย สวัสดิภาพ ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● โครงสร้างอาคารเป็นไปตามข้อกำหนด ปลอดภัยและการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

(2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานปีละ
- ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย
 - ดำเนินการตามหน้าที่ที่ระบุไว้
 - สร้างช่องทางรับรู้ปัญหาข้อขัดข้องและคำร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ นำมาวิเคราะห์ และดำเนินการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ติดตามและปรับปรุงระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย รายงานให้แก่ผู้นำระดับสูงและคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม (ถ้ามี) เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตำแหน่งของบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ กำกับดูแลระบบงานการตอบสนองปัญหาข้อขัดข้องจากหน่วยงานต่างๆ, ● การปรับปรุงระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัยที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัยเป็นอย่างไร

(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)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจสอบในรอบปีที่ผ่านมาและการแก้ไขปรับปรุง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมของการตรวจสอบเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย ● ความครอบคลุมของการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ

(4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย ชำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก
 - เช่น การใช้ check list ร่วมกับการสำรวจในสถานที่จริง, การทำ FMEA, การเรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้อื่น
 - ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง
- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั้งในภาพรวมและเฉพาะของแต่ละหน่วย กำหนดมาตรการป้องกัน การตอบสนองเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และกำกับให้มีการดำเนินการตามที่กำหนดไว้
- วางระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล นำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการแก้ไขและป้องกันทั้งระบบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจสอบ การปรับปรุงแก้ไขและแผนการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ค้นหาวิเคราะห์สิ่งที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น
 - บุคลากรทุกคน สามารถระบุความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่ตนปฏิบัติงาน การรายงานเมื่อเกิดปัญหาวิธีการลดหรือขจัดความเสี่ยงรวมทั้งการดูแลบำรุงรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ (เส้นทางและวิธีการเคลื่อนย้าย สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุและผู้ที่อยู่ห่างไกลจากที่เกิดเหตุ การใช้ระบบสัญญาณเตือนเหตุเพลิงไหม้)
 - บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการกระทำของบุคคลผู้ไม่ประสงค์ดี สามารถระบุกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยง การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
 - บุคลากรที่รับผิดชอบหรือสัมผัสสารอันตราย สามารถระบุวิธีการจัดการกับสารอันตราย การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
 - บุคลากรที่รับผิดชอบแผนฉุกเฉินและภัยพิบัติสามารถระบุหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมพร้อมบทบาทในการฝึกซ้อม ระบบสื่อสารสำรองเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ การจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์เมื่อเกิดเหตุ
 - ผู้ใช้เครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของเครื่องมือ วิธีการใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัย การแก้ไขสถานการณ์เมื่อไม่สามารถใช้เครื่องมือได้ การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
 - ผู้ดูแลระบบสาธารณูปโภค สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของระบบ การทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องควบคุม การแก้ไขสถานการณ์เมื่อระบบมีปัญหา การรายงานเมื่อเกิดปัญหาตำแหน่งและวิธีการปิดระบบฉุกเฉิน ผู้ที่จะต้องติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
 - ผู้ดูแลเครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องมี การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานฯ ประเมินผลความรู้และทักษะสำคัญในบุคลากรกลุ่มต่างๆ นำมาปรับปรุงการให้ความรู้และฝึกอบรม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	● ผลการประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรม และการปรับปรุง

ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันสำรวจและจัดทำรายการวัสดุ/ของเสียอันตรายที่มีใช้อยู่ และที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เช่น สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื่อมรวมทั้งของมีคม 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)
<ul style="list-style-type: none">● วัสดุและของเสียอันตรายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล มาตรการป้องกันอันตรายที่สำคัญ อุบัติการณ์หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากวัสดุและของเสียดังกล่าว	<ul style="list-style-type: none">● ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายเป็นอย่างไร

ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● ประเด็นสำคัญของแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และการปรับปรุงแผน● ผลการสำรวจความพร้อม ความเสี่ยงและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none">● แผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยครอบคลุมเพียงใด

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบจัดฝึกอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุการณ์เพลิงไหม้ การบำรุงรักษาและการใช้อุปกรณ์ในการแจ้งเตือน อุปกรณ์ในการป้องกันระดับอัคคีภัย การกำหนดประเภทของสิ่งของที่ต้องเคลื่อนย้าย และวิธีการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง
- จัดเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์ในการแจ้งเหตุไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ ระบบน้ำสำรอง ตามมาตรฐานกำหนด (เช่น มีถังดับเพลิง 1 ถัง ทุก 20 ตารางเมตร หรือห่างกันไม่เกิน 20 เมตร อาคารสูงต้องมีระบบเครื่องยนต์ดับเพลิง ระบบอัดอากาศ เป็นต้น) และอุปกรณ์ผจญเพลิงอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับพื้นที่
- ทำการฝึกซ้อมการป้องกันและระดับอัคคีภัย
 - บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
 - ควรมีการฝึกซ้อมในช่วงเวลาต่างๆ
- ผู้รับผิดชอบจัดให้มีการประเมินผลต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอ
 - ความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
 - ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย
 - ความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรในระหว่างการฝึกซ้อม ในการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคอื่นๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรม ความรู้ความสามารถของบุคลากรและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกซ้อมการป้องกันระดับอัคคีภัย

(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)
● ผลการตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ และการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง	● ความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาระบบเพื่อป้องกันและควบคุมอัคคีภัยเป็นอย่างไร

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 อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
- (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
- (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารเครื่องมือในภาพรวมของโรงพยาบาล มีการจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
 - กระบวนการวางแผนความต้องการเครื่องมือ กำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องมีอยู่ในหน่วยงาน (ครอบคลุมเครื่องมือในการช่วยชีวิต และเครื่องมือตามขีดความสามารถหรือตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล)
 - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ รวมทั้งแนวทางการทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก
 - แนวทางการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ (inventory of equipment) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือตามแผน ซึ่งอาจจะ
 - ครอบคลุมเครื่องมือทุกชิ้น, หรือ
 - เลือกทำสำหรับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น เครื่องมือที่มีผลต่อความถูกต้องหรือความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, โอกาสเกิดความเสี่ยงทางกายภาพระหว่างใช้งาน, ประวัติอุบัติเหตุการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ
 - กำหนดกลยุทธ์สำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่อยู่ในบัญชีรายการ เพื่อให้มั่นใจในการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ ซึ่งอาจใช้กลยุทธ์แตกต่างกันสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภทต่อไปนี้
 - predictive maintenance (การบำรุงรักษาเชิงพยากรณ์) เป็นการวางแผนบำรุงรักษาเครื่องมือโดยคาดคะเนอัตราการเสื่อมของเครื่องมือจากการวัดที่นำเชื่อถือ มีการวัดค่า

ตัวเลขและมีการเปรียบเทียบข้อมูลตัวเลข เพื่อประมาณช่วงเวลาและตำแหน่งการชำรุดที่อาจเกิดขึ้น

- interval-based inspection หรือ preventive maintenance (การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน) คือการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามเวลาที่กำหนดไว้
 - corrective maintenance (การบำรุงรักษาเชิงแก้ไขปรับปรุง) คือ การดำเนินการเพื่อการดัดแปลง ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อขจัดเหตุขัดข้องหรือรังให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ลดความเสียหายจากการเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายของการบำรุงรักษาลง ควรประเมินเหตุการณ์ที่ต้องมีการบำรุงรักษาในลักษณะนี้และพิจารณาทางเลือกอื่น
 - metered maintenance (การบำรุงรักษาตามระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการใช้งาน) เครื่องมือที่ต้องใช้การบำรุงรักษาลักษณะนี้ เช่น CT scanner
 - กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ ซึ่งอาจใช้ข้อมูลคำแนะนำของผู้ผลิต ระดับความเสี่ยง และประสบการณ์ของโรงพยาบาล
 - เครื่องมือที่ต้องมีการสอบเทียบ และกำหนดระยะเวลาการสอบเทียบที่เหมาะสม
 - การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ โดยเฉพาะผู้ใช้งานเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ เครื่องมือที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน เกิดอุบัติเหตุจากการใช้งาน หรือเมื่อผู้ใช้ไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่างสม่ำเสมอ
 - การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
 - กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งเตือนอันตรายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ระบบรายงานอุบัติการณ์รุนแรงที่อาจเป็นผลจากเครื่องมือ
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้
 - การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้
 - การมีเครื่องมือสำรอง
 - การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ
- ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีระบบติดตามประเมินผล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่น ER LR OR ICU หน่วยไตเทียม เป็นต้น และแผนการจัดการเครื่องมือตามความต้องการของโรงพยาบาล ● เครื่องมือที่มีการจัดระบบสำรอง ผลการดำเนินการที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ● อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ การตอบสนอง ผลกระทบ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ● ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารเครื่องมือเป็นอย่างไร

<p>ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเครื่องมือ (จำแนกตามกลยุทธ์การบำรุงรักษา ถ้าเป็นไปได้) การแปลความหมายของข้อมูลและการใช้ประโยชน์ในการวางแผน/ปรับปรุงการบริหารจัดการเครื่องมือ 	
---	--

(2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> • มาตรการเพื่อความมั่นใจในการมีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> • เครื่องมือที่จำเป็นมีความพร้อมใช้เพียงพอ

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือติดตามและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ เช่น
 - ความต้องการเครื่องมือเปรียบเทียบกับจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่
 - ข้อมูลแสดงถึงความไม่พร้อมใช้งาน ความไม่เพียงพอ การชำรุดขณะใช้งาน
 - ระยะเวลาที่เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ และค่าใช้จ่ายในการซ่อมในแต่ละครั้ง
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบำรุงรักษาเครื่องมือ
 - การวิเคราะห์ความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าในการยังคงใช้เครื่องมือบางรายการ
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน
 - ปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ
 - จัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือที่สำคัญ ● การปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ และแผนการจัดหาเครื่องมือในระยะยาว 	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือมีความสมบูรณ์และใช้ประโยชน์ได้เพียงใด

ข. ระบบสาธารณูปโภค (Utility Systems)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
- (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบฝ้าระวังระบบ cooling tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค / บริโภค;
 - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้บุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารระบบสาธารณูปโภคของโรงพยาบาล
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้สาธารณูปโภคในภาพรวมของโรงพยาบาล ทั้งประเภทและปริมาณ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ จัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
 - การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภคที่มีอยู่ และที่ต้องการจัดหาเพิ่มเติม
 - จัดทำแผนผังที่ตั้ง รายละเอียดของระบบสาธารณูปโภคทั้งหมดภายในโรงพยาบาล
 - แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคมีปัญหา
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณูปโภคขัดข้อง
 - การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว
 - แนวทางในการตรวจสอบ ทดสอบระบบ และบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม
 - แนวทางการป้องกันการปนเปื้อนในระบบสาธารณูปโภค
 - การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบฝ้าระวังระบบ cooling tower
 - การป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค
 - การระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ (เชื้อโรค แก๊ส คาร์บอน ผุ่น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
-----------------------	------------------

<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์และผลการตรวจสอบ แนวทางการจัดการ และผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการแก้ไขปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารระบบสาธารณสุขภูมิภาคเป็นอย่างไร
--	---

(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดไฟฟ้าสำรองในจุดบริการที่จำเป็น ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, บ้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระตุก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสูญญากาศ, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด, ห้องผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วย
- จัดระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์สำหรับจุดบริการที่จำเป็น เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด, ห้องผู้ป่วยหนัก
- มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานที่ต้องมีระบบไฟสำรอง ระยะเวลาที่ระบบไฟจะสำรองได้ อุบัติการณ์/ปัญหา/ข้อขัดข้องที่เคยเกิดขึ้น และการแก้ไขป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพร้อมใช้และเพียงพอสำหรับระบบไฟฟ้าสำรองและระบบแก๊สทางการแพทย์สำรองเป็นอย่างไร

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขภูมิภาค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการรวบรวมข้อมูล/ปัญหาที่เกี่ยวข้องของระบบสาธารณสุขภูมิภาคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา และแผนการพัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณสุขภูมิภาค 	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลสำหรับการบริหารระบบสาธารณสุขภูมิภาคมีความสมบูรณ์และใช้ประโยชน์ได้เพียงใด

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ 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)
<ul style="list-style-type: none">• การปรับปรุงที่เกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none">• ผลลัพธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร

(2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่รับผิดชอบประเมินสื่อการเรียนรู้ที่มีอยู่ตามจุดต่างๆ ว่ามีเป้าหมายการเรียนรู้ที่ชัดเจนหรือไม่ และสามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้เพียงใด
- ทีมงานที่รับผิดชอบวางแผนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสสร้างการเรียนรู้ในแต่ละจุด
 - เนื้อหาการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์
 - กลุ่มเป้าหมายที่จะได้ประโยชน์
 - ข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ทีมงานที่รับผิดชอบส่งเสริมให้มีการนำข้อมูลข้างต้นมาสร้างนวัตกรรมในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ
- ทีมงานที่รับผิดชอบรับฟังหรือประเมินผลซ้ำอีกครั้งว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์เพียงใด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย / ผู้รับ
ผลงาน และญาติ กับบุคลากร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (ที่มา: Wikipedia)
 - พิจารณาแนวทางใน II-3.3ก(1) ประกอบ
 - พิจารณาการสร้างสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่คุ้นชินเสมือนอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย
 - ขจัดสิ่งรบกวนด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียง แสงสว่างจ้า การขาดความเป็นส่วนตัว คุณภาพอากาศที่ไม่ดี
 - ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสัมผัสธรรมชาติ เช่น มีหน้าต่างเปิดให้เห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก มีสวนหย่อมในอาคาร
 - การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนในการควบคุมบางสิ่งบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น การปรับแสง การเลือกดนตรี
 - การจัดให้มีโอกาสสำหรับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การจัดที่นั่งที่เป็นส่วนตัวสำหรับการรวมตัวของครอบครัว การจัดที่นั่งสำหรับครอบครัวในห้องรักษาพยาบาล การมีที่นอนให้ครอบครัวในห้องผู้ป่วย
 - การจัดให้มี positive distractions เช่น interactive art, ตู้ปลา, Internet connection, ดนตรี, การเข้าถึงโปรแกรมวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับธรรมชาติและดนตรี
 - สิ่งแวดล้อมที่สร้างความรู้สึกสงบ มีความหวัง ใคร่ครวญ และเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณ ควบคู่กับการผ่อนคลาย การเรียนรู้ อารมณ์ขัน และจินตนาการ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	●

(4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและ
ไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย
- จัดร้านอาหาร ร้านค้าภายในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

- จัดให้มีร้านค้าหรือจัดให้มีการนำเสนอ / จำหน่ายผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล ร้านค้าภายในโรงพยาบาลไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล และผลการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว	● ผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพเป็นอย่างไร

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

(1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
- (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
- (iii) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาและศักยภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล (ประเภทของการบำบัด ศักยภาพในการบำบัด ปริมาณน้ำเข้ามากที่สุด/น้ำออกมากที่สุดในแต่ละวัน การดูแลบำรุงรักษา การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด)
- กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียตลอด 24 ชั่วโมง
- ผู้รับผิดชอบต้องได้รับการอบรมในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และต้องได้รับการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ
- กำหนดแผนการดูแล บำรุงรักษาระบบ การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดทั้งการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ (ประจำวัน ประจำสัปดาห์) และการตรวจโดยหน่วยงานภายนอกตามกฎหมาย/มาตรฐานของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง
- กำกับให้มีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลการตรวจสอบ เพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาที่อาจจะทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● ประเภทและศักยภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย ปริมาณน้ำเสียสูงสุดในแต่ละวัน● ผู้ดูแลระบบและความรู้ความสามารถ● ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none">● การตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด และผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานภายนอก 3 ครั้งสุดท้าย ตามมาตรฐานตามที่หน่วยงานราชการกำหนด

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> • ของเสียและของใช้/วัสดุวัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมที่องค์กรต้องการลดปริมาณใช้ และแผนการดำเนินการในอนาคต 	<ul style="list-style-type: none"> • ผลการดำเนินการที่ผ่านมาในการลดปริมาณของเสีย

(3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมกับประเภทขยะ (ประเภท สี ขนาด) และจำนวนให้เพียงพอกับปริมาณขยะ
- กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลการจัดการขยะในภาพรวมของโรงพยาบาล ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
- กำหนดแนวทางในการจัดเก็บ ระยะเวลา การขนย้ายขยะ อุปกรณ์ในการขนย้าย เส้นทาง การขนย้ายจากหน่วยงานและผู้รับผิดชอบในการขนย้าย
- จัดทำสถานที่พักขยะทุกประเภทเพื่อรอการกำจัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน ลดโอกาสในการปนเปื้อน ป้องกันสัตว์ แมลง ล้างทำความสะอาดได้ น้ำล้างลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
- กำจัดขยะให้เหมาะสมกับประเภทของขยะ เป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การจ้างกำจัดขยะ ทำการคัดเลือกผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้กำจัดขยะ ติดตามดูกระบวนการขนย้าย อุปกรณ์ในการขนย้าย การป้องกันตนเองของผู้ขนย้าย วิธีการกำจัดขยะ รวมทั้งผลการตรวจประสิทธิภาพเตาเผาของผู้รับจ้าง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● ผลการดำเนินการตามแนวทางการจัดการขยะ ปัญหาข้อขัดข้อง และสิ่งที่มีการพัฒนาปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด	<ul style="list-style-type: none">● ผลการดำเนินการเพื่อลดปริมาณขยะประเภทต่างๆ และผลการตรวจสอบผู้รับเหมาช่วง● ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของการกำจัดขยะเป็นอย่างไร

(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)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างการจัดการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ● ผลการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมขององค์กร รวมทั้งผลการแก้ไขปรับปรุง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลความร่วมมือกับชุมชนในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร

SPA II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

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

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท 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 ฯลฯ
 - ICN ร่วมกับสมาชิกในคณะกรรมการ IC สืบสวนการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC ของหน่วยงานต่างๆ วางแผนปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง
 - ICN ร่วมกับคณะกรรมการ IC วางแผนการเตรียมสำรองอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อม (พิจารณาทั้งจำนวน ขนาด) หากมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ
 - คณะกรรมการ IC ประสานกับผู้ในระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรดังกล่าว
- ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - คณะกรรมการ IC ร่วมกับทีมสารสนเทศ สืบสวนและวิเคราะห์ความต้องการใช้สารสนเทศของผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบ IC เช่น
 - ข้อมูลและความรู้ที่ช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น นโยบาย, แนวทางปฏิบัติ, scientific evidence และ guideline ต่างๆ
 - การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและการรายงาน
 - การเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยเข้ากับฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 - ข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในภาพรวมและข้อมูลของส่วนย่อยต่างๆ (ซึ่งจะเอื้อต่อการประมวลผลเป็นตัวชี้วัดที่ผู้ใช้ต้องการ)

- ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการข้างต้น
- ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศติดตามประเมินการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในระบบ IC

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการสำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ● ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC 	<ul style="list-style-type: none"> ●

- (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.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดหรือทบทวนองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) หรือทีมงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ว่ามีผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (แพทย์จากกลุ่มงานทางคลินิกที่สำคัญ ฝ่ายการพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เภสัชกรรม ฝ่ายบริหาร นักระบาดวิทยา นักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม) และมีผู้ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อร่วมอยู่ด้วย
- ทบทวนการทำหน้าที่ของคณะกรรมการ IC ถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบความสำเร็จ และบทบาทหน้าที่ที่ยังทำได้น้อย 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 ร่วมกันกำหนดกลไกดำเนินงานและประสานกิจกรรมการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ ครอบคลุมความร่วมมือในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน การเผยแพร่และฝึกอบรม การกำกับดูแล การปฏิบัติ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การออกแบบระบบสารสนเทศ การเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูล การ ตอบสนองต่อเหตุการณ์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ในเรื่อง IC ● บทบาทและการตัดสินใจของคณะกรรมการ IC ที่มี ความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินผลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ และการ ตอบสนองของคณะกรรมการ 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 อุตุนิซ้า;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;
 - (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือดสารคัดหลั่งหรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);
 - (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) องค์กรวิเคราะห์ความเสี่ยง / โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย / ผู้รับ
ผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ และสิ่งแวดล้อม การ
วิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยง / โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากรโดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ.
 - วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ (จากการเฝ้าระวังที่ทำอยู่ และจากการทำ prevalence survey ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่)
 - วิเคราะห์ความเสี่ยงตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การก่อสร้าง
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันพิจารณาการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาตามความหมายของ CDC
 - ลักษณะนิสัยของการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพยาบาลจากรายงานที่มีการตีพิมพ์และการเกิด clusters ที่มีผู้ป่วยมากกว่า 2 รายในพื้นที่หรือช่วงเวลาเดียวกัน, (เช่น C.difficile, norovirus, respiratory syncytial virus (RSV), influenza, rotavirus, Enterobacter spp; Serratia spp., group A streptococcus). การเกิด healthcare-associated invasive disease โดยเชื้อโรคบางตัว (เช่น group A streptococcus post-operatively, in burn units, or in a LTCF; Legionella sp., Aspergillus sp.) เพียงรายเดียวก็ถือว่าเป็น trigger สำหรับการสืบสวนและยกระดับมาตรการควบคุมเนื่องจากความเสี่ยงของที่จะมีจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจากการติดเชื้อเหล่านี้.
 - เชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้เป็น first-line therapies (เช่น MRSA, VISA, VRSA, VRE, ESBL producing organisms).
 - เชื้อจุลชีพซึ่งมีแบบแผนการดื้อยาที่ไม่ปกติภายในสถานพยาบาล
 - การติดเชื้อที่ยากจะรักษาเนื่องจากดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายกลุ่ม (classes) (เช่น Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter spp.).
 - มีความเกี่ยวข้องกับโรคที่รุนแรง มี morbidity & mortality สูง (เช่น MRSA & MSSA, group A streptococcus)
 - เชื้อโรคที่อุบัติใหม่หรือกลับเป็นซ้ำใหม่ เช่น ไขหวัดนก วัณโรค
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดการติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม เช่น
 - การแพร่กระจายของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ OPD และพื้นที่ที่ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ
 - การติดเชื้อแผลฝีเย็บและ CAUTI ใน รพ.ชุมชน
 - การติดเชื้อ VAP, SSI, CAUTI, CA-BSI, MDR ใน รพ.ขนาดใหญ่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● การติดเชื่อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งข้อมูลหรือเหตุผลสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none">●

(5) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการและการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ
 - ในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในส่วนที่เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยและพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากร
 - ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และบุคลากร
 - โอกาสต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น อาชีวอนามัยของบุคลากร โอกาสเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันเลือกสรร scientific evidence (หลักฐานวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจากการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์) ที่ update จากแหล่งที่เหมาะสม เช่น CDC, ชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- นำข้อมูลหลักฐานดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ (ถ้ามีการจัดทำไว้แล้ว) ทบทวนแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัยกับ evidence
- ทำ gap analysis เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว กำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น เพื่อเป็นที่ใช้อ้างอิง ทำความเข้าใจ และช่างให้การปรับปรุงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน
- ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่าง scientific evidence ที่นำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ● ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดขึ้น และผลการตรวจติดตามการปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> ●

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่ ICN ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
 - การที่ ICN จะต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
 - จำนวน ICN ที่ควรมีคือ 1 คนต่อ 200 เตียง
- สนับสนุนให้ ICN ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ ถ้าเป็นไปได้ควรเข้ารับการอบรมในหลักสูตร 4 เดือน (ICN ในโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 90 เตียง อย่างน้อยควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 2 สัปดาห์)
- กำหนดบทบาทหน้าที่ของ ICN ให้ชัดเจน และกำหนด performance ที่จะใช้ประเมินความสำเร็จในการทำหน้าที่ บทบาทหน้าที่ของ ICN ควรประกอบด้วย
 - ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย และมาตรการต่างๆ
 - พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในตำแหน่ง IC
 - เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในตำแหน่ง IC
 - เผื่อระวางการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม รวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลการเผื่อระวางฯ และแปลผลข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ IC
 - ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ NI
- ICN ควรมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น การระบาดของเชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้ออุบัติใหม่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวน ICN และการศึกษาอบรมของ ICN แต่ละคน ● จุดเน้นในการทำงานของ ICN แต่ละปี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สำคัญที่จะต้องมีการติดตามกำกับในแต่ละหน่วยงาน
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญ และประสานกับ ICN เพื่อปรับปรุงในจุดอ่อนที่พบ
- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วย
 - จัดทำแนวทางการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง หรือการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ที่บ้าน การป้องกันแผลกดทับหรือ aspiration ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
 - สร้างความมั่นใจว่าแนวทางดังกล่าวได้รับการปฏิบัติ
 - ติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบงานพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัยของโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนเชื่อมประสานระบบงานทั้งสองเข้าด้วยกัน เช่น
 - การกำหนด Patient Safety Goal ของ รพ. ในเรื่องการติดเชื้อ
 - การกำหนดและ monitor ตัวชี้วัดของระบบ IC ในระดับต่างๆ และประมวลเป็นตัวชี้วัดระดับ รพ.
 - การสนับสนุนวิธีการทำ CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่เป็นปัญหาของหอผู้ป่วย
 - การทบทวนเวชระเบียนเพื่อวินิจฉัย adverse event ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อใน รพ. แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าติดเชื้อตามเกณฑ์ของ IC
 - การเยี่ยมสำรวจภายใน
 - อื่นๆ
- กำหนดกรอบเวลาของการนำแผนไปปฏิบัติและระบบการติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● มาตรการสำคัญในหน่วยงานต่างๆ ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงาน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ● สิ่งที่มีการเชื่อมประสานระหว่างงาน IC และงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ●

คุณภาพ/ความปลอดภัย และผลงานที่เกิดขึ้น	
--	--

(8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติ ตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นวัฒนธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การให้ความรู้แก่บุคลากร

- คณะกรรมการ IC กำหนด training need ในเรื่อง IC สำหรับบุคลากรประเภทต่างๆ โดยอาศัยปัญหาที่พบ จากการปฏิบัติเป็นตัวชี้นำ และครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้
 - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำคัญในจุดต่างๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและเป็นจุดเน้นขององค์กร รวมทั้ง ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
 - นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร
 - บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อในส่วนตัวแต่ละคนต้องรับผิดชอบ
- ดำเนินการฝึกอบรมให้ความรู้ตาม training need
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานกลางเป็นพิเศษ
- ส่งเสริมการนำหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไปปฏิบัติอย่างเป็นวัฒนธรรม
 - สร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิด positive reinforcement หรือรับรู้ว่าการปฏิบัติของแต่ละคนส่งผลลัพธ์ ที่ผู้ปฏิบัติรับรู้และเรียนรู้
 - 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 หรือมี โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อได้
 - ชุมชนทั่วไป
- ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินประสิทธิผลของการให้ข้อมูล เพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม ● กลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางการให้ข้อมูลได้มีการปรับปรุง 	<ul style="list-style-type: none"> ●

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

(1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการติดยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

- คณะกรรมการ IC ทบทวนวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูลมากเกินไป
- ข้อเสนอแนะจาก สรพ.
 - ใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (priority directed, targeted surveillance) คือเฝ้าระวังการติดเชื้อในตำแหน่งที่เป็นปัญหา (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อเนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์หรือการทำหัตถการ) และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในทุกหน่วยงานที่มีโอกาสรับผู้ป่วยดังกล่าว
 - ไม่ต้องรายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวมทุกตำแหน่งที่ได้จากการเฝ้าระวังให้ สรพ. ทราบ (ยกเว้นเป็นอัตราที่ได้จากการทำ prevalence survey ใน รพ.ขนาดใหญ่)
 - ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานซึ่งอ้างอิงจาก CDC หรือชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - ผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อได้สะดวก ใช้เครื่องมือที่ง่ายต่อการนำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทุกวิชาชีพพร้อมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยการติดเชื้อ
 - การเฝ้าระวัง SSI ควรเฝ้าระวังตามประเภทของการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ควบคู่ไปกับการรายงานการติดเชื้อเป็นรายกรณีสำหรับการผ่าตัดที่ไม่ได้มีการเฝ้าระวัง
 - ประสานงานกับ OPD ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง OPD สูติรีเวชและศัลยกรรม อาจใช้ IT เข้ามาช่วยในการรายงานและเชื่อมโยงข้อมูล หากสามารถประสานต่อได้ถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านได้จะยิ่งเป็นการดี
 - กำหนดเกณฑ์คัดกรองเพื่อให้หน่วยเวชระเบียนเลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบการติดเชื้อให้ ICN ทบทวนเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ทั้งที่อยู่ในเป้าหมายการเฝ้าระวังและไม่อยู่ในเป้าหมาย)

- นำเวชระเบียนที่สงสัยว่าอาจจะมีการติดเชื้อแต่ไม่สามารถวินิจฉัยว่าติดเชื้อได้ตามเกณฑ์ มา ทบทวนโดยใช้มุมมองของการเกิด adverse event หากพบว่ามี adverse event ให้ถือว่าผู้ป่วย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจจะก่อให้เกิด under report ในอัตราการติดเชื้อของ รพ.
- สำหรับ รพ.ชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำ อาจจะไม่เน้นความสำคัญไปที่การเฝ้าระวังในด้าน กระบวนการ และโอกาสแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่หน่วยผู้ป่วยนอก
- ICN วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อดูแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งใน ภาพรวมของโรงพยาบาลและจำแนกตามระดับวิทยา (หน่วยงาน, เวลา, บุคคล-กรณี SSI)
- ทำ point prevalence survey ปีละครั้งใน รพ.ขนาดใหญ่
- เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทันที (หน่วยดูแลผู้ป่วยควรรับทราบอัตราการติดเชื้อใน หน่วยงานของตนเทียบกับหน่วยงานอื่นและของ รพ.ภายใน 1 เดือน)

การติดตามแบบแผนการดีเยี่ยม

- ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์วิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ทั้งของปีที่ผ่านมาและแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลง เพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ หากสามารถแยกแยะเชื้อที่ เกิดจากชุมชนและเชื้อที่เกิดจากการติดต่อบนโรงพยาบาลได้ก็ยิ่งดี
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับหน่วยเภสัชกรรมและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาล แนวโน้มการเพิ่มของการใช้ยาแต่ละตัว เทียบกับความไวของเชื้อต่อยาดังกล่าว และการคาดการณ์ปัญหา เชื้อดื้อยาที่จะเกิดขึ้น
- สื่อสารแนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพและการคาดการณ์ปัญหาให้ห้องศัลยกรรม แพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและ การบำบัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และอาจรวมไปถึงการทำ Drug Use Evaluation

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล มาตรการต่างๆ ที่จะรับทราบโอกาสเกิด under report ● ตัวอย่างรายงานที่ส่งให้ผู้เกี่ยวข้องและการตอบสนอง ที่เกิดขึ้น ● แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มการดื้อ ยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่มีการเฝ้าระวัง และ โอกาสเกิด under report ● ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง HAI เชิงรุก และเชื้อ ดื้อยาเป็นอย่างไร

(2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● ข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวังในข้อ (1) และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none">● การรับรู้การติดเชื้อที่ไม่ได้มีระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างไร

(3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างไรบ้าง

(4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นใน รพ. เช่น การติดเชื้อ MRSA, การติดเชื้อใน NICU
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนบทเรียนในการตรวจพบการระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญว่าสามารถทำได้รวดเร็วทันการณ์เพียงใด มีโอกาสจะปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างไร
- ในกรณีที่ รพ. ไม่เคยมีประสบการณ์การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ให้ร่วมกันวางแผนว่าจุดที่มีสัญญาณเตือนว่ามีการระบาดอยู่ที่ใดบ้าง ร่วมกันซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพ
 - การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง ระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา
 - การรับทราบข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - การทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยา
- กำหนดแนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยาเพื่อวินิจฉัยว่ามีการระบาดเกิดขึ้น และแนวทางการสื่อสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ การติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> ● การบ่งชี้การระบาดมีประสิทธิภาพเพียงใด

(5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดปัญหาการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคดื้อยาที่โรงพยาบาล ต้องเผชิญ พร้อมทั้งวิเคราะห์ส่วนราชการ องค์กร และชุมชนที่โรงพยาบาลควรไปสร้างความร่วมมือในการทำงาน เช่น
 - ความร่วมมือกับสถานีอนามัยและร้านขายยาชุมชนในการลดจ่ายยาต้านจุลชีพให้แก่ประชาชนโดยไม่ใช่อบ่งชี้ โดยเฉพาะในกรณีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ระบาดแผลจากของมีคม ท้องร่วง
 - ความร่วมมือกับภาคการเกษตรและปศุสัตว์ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้หวัดนก
 - ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการอ้างอิงในการยืนยันการวินิจฉัยโรคและการรับผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่
- ICN, คณะกรรมการ IC และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำ
 - แนวทางควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของ การติดเชื้อในองค์กร
 - แผนเตรียมความพร้อมรับการระบาด ระบุทรัพยากรที่ต้องการ การสืบค้นและมาตรการควบคุมที่จำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการดังกล่าว
 - แนวทางการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ
- ดำเนินการตามแผน จัดทำรายงาน และเฝ้าระวังต่อเนื่องจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีปัญหา
- ทบทวนบทเรียนและผลลัพธ์ของความร่วมมือเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สถานการณ์ที่ รพ.มีโอกาสประสบ และแผนรองรับ สถานการณ์ดังกล่าว ● ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพของความร่วมมือ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การควบคุมการระบาดมีประสิทธิภาพเพียงใด

(6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ²

- ผู้นำองค์กรจัดระบบในการรับรู้สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อเข้าถึงสารสนเทศประเภทต่างๆ จำนวนมากอย่างรวดเร็ว
 - การบูรณาการข้อมูลจากระดับจุลภาค (ยีน) ไปถึงระดับมหภาค (แบบแผนการเคลื่อนย้ายผู้คนในระดับโลก สภาพอากาศ การเมือง สังคม) เพื่อให้สามารถคาดการณ์ ประเมินความเสี่ยง และเตรียมตัวสำหรับการระบาด
 - การพิจารณาใช้วิธีการใหม่ๆ เช่น foresight เพื่อระบุจุดบอด, popular epidemiology, local risk mapping เพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ซับซ้อน
 - การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า
 - การระบุ hot spot (พื้นที่เสี่ยงหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง) ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนด้านชีววิทยา นิเวศวิทยา และพฤติกรรม
 - การใช้ทีมสอบสวนการระบาดซึ่งมีผู้มีความรู้ด้านสังคมวิทยาและรัฐศาสตร์ร่วมทีม
 - ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ และชุมชน
- ผู้นำองค์กรจัดระบบการสื่อสารภายในองค์กรเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างทันสถานการณ์ โดยคำนึงถึง
 - ความโปร่งใส ความคงเส้นคงวา การสร้างความไว้วางใจ
 - ประเด็นด้าน สังคม-อารมณ์ ของความหวาดกลัวและความหวัง
 - อุณหภูมิของสังคมเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง
 - การใช้ช่องทางและเทคโนโลยีที่หลากหลายในการสื่อสารทั้งในช่วงการระบาด และช่วงเวลาระหว่างการระบาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	●

² 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>

SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

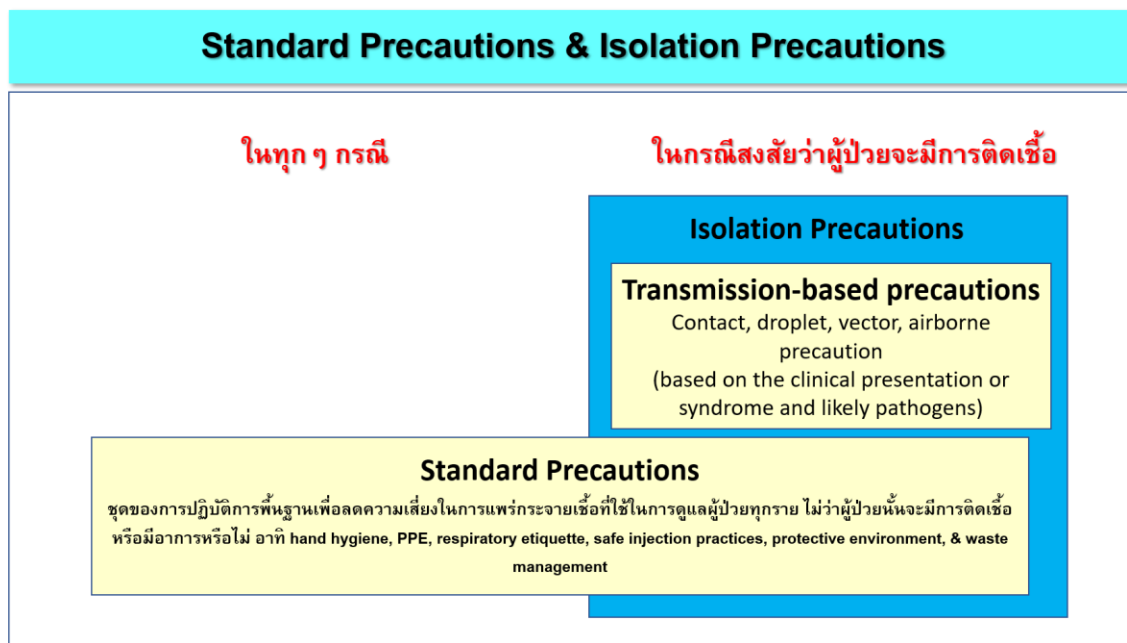
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

- (1) มีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:
- (i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและความคุ้มครองการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions;
 - (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้;
 - (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพงหรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องของทบวทวมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อและความคุ้มครองการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม จัดทำระเบียบปฏิบัติตาม scientific evidence ที่ทันสมัย



นพ.อนวัจน ศุกชุกติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

- ชุดของการปฏิบัติการณ์พื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ (standard precautions) เช่น hand

hygiene, PPE, respiratory etiquette, safe injection practices, protective environment, & waste management

- ชุดของปฏิบัติการเฉพาะเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อ ขึ้นกับอาการทางคลินิกและเชื้อก่อโรคที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุ (transmission-based precautions) ซึ่งจะใช้ร่วมกับ standard precaution โดยแบ่งออกเป็น
 - Contact precaution
 - 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)
 - ใช้การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง เช่น การส่งเสริมการล้างมือ
 - 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 การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มิดำ 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)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระดับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อทั่วไปเป็นอย่างไร

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:

- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
- (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณสุขปโภคโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
- (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;
- (iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
- (v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วางแนวทางปฏิบัติในการประเมินและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้างภายในองค์กร และนำไปปฏิบัติ³
 - การจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน
 - การให้ความรู้แก่ทีมก่อสร้างและบุคลากรเกี่ยวกับ airborne infection risk ที่เกิดจากการก่อสร้าง (โดยเฉพาะการแพร่กระจายของสปอร์ของเชื้อราและการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ)
 - การจัดทำข้อตกลงในสัญญากับผู้รับเหมาสำหรับการควบคุมการติดเชื้อ
 - การเฝ้าระวัง airborne environmental disease (เช่น aspergillosis) ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ รวมทั้งการเฝ้าระวังทางจุลชีววิทยา จุลพยาธิวิทยา และข้อมูลจากการตรวจศพ ตลอดจนการตรวจหาเชื้อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน
 - การดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับการก่อสร้างภายนอกอาคาร เช่น
 - การ seal off adjacent air intakes
 - การ seal หน้าต่างและลด outside air intrusion (เช่น ประตูเปิดเข้าบันไดหรือทางเดิน)
 - ระวางการทำลายท่อประปาใต้ดิน
 - จัดให้มี barrier ป้องกันฝุ่นจากการก่อสร้าง
 - ป้องกัน return air vents ถ้าใช้ rigid barriers

³ CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. CDC, 2003, updated July 2019.

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>

- ควบคุมฝุ่นบนพื้นผิวทางเดินและปรับเปลี่ยนเส้นทางการเดินเท้า
 - ย้ายห้องผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานที่ก่อสร้าง
 - การดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับการก่อสร้างซ่อมแซมภายในอาคาร เช่น
 - จัดให้มี barrier และทำให้พื้นที่ก่อสร้างใกล้พื้นที่ดูแลผู้ป่วยเป็นความดันลบ
 - ตรวจสอบ integrity ของ barrier อย่างสม่ำเสมอ
 - seal หน้าต่างในพื้นที่ทำงานถ้าเป็นไปได้
 - ใช้ window chute สำหรับทิ้งขยะชิ้นใหญ่
 - ปรับเปลี่ยนเส้นทางการเดินออกจากพื้นที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายฝุ่น
 - จัดให้ผู้อยู่เกี่ยวข้องกับการก่อสร้างมีทางเข้าออกแยกเฉพาะถ้าทำได้ มีอุปกรณ์ป้องกันเมื่อต้องเข้าไปในพื้นที่ดูแลผู้ป่วย มีพื้นที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและเก็บอุปกรณ์
 - ทำความสะอาดพื้นที่ทำงานและทางเข้าออกทุกวัน
- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณสุขปโภคโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - การวางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อม พิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - positive & negative pressure ventilation system
 - biological hoods in laboratories
 - การจัดการการไหลของอากาศ
 - ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในจุดต่างๆ และดำเนินการปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน
 - จัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ (เช่น อ่างล้างมือ, alcohol handrub, ผ้าเช็ดมือ) การทำความสะอาดอาคารสถานที่
 - กำหนดแนวทางการบำรุงรักษาและทำความสะอาดอาคารสถานที่ (รวมทั้งเตียงผู้ป่วย) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค และนำสู่การปฏิบัติ
 - ตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศ และดำเนินการปรับปรุง เช่น
 - การควบคุมฝุ่นละอองในอากาศ (โดยเฉพาะระหว่างการทำงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง หรือทำลาย)
 - การติดตามประสิทธิภาพของการกรองอากาศ
 - 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 ฯลฯ
- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย
- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบและปรับปรุงให้มั่นใจว่าการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน
- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วางแนวทางปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงให้มั่นใจว่าการทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมิน/ตรวจสอบ และการปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> ● การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นระหว่างมีการก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ ● ผลการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการปนเปื้อนเป็นอย่างไร

<p>(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องผ่าตัด; - ห้องคลอด; - หอผู้ป่วยวิกฤติ; - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด; - หน่วยบริการฉุกเฉิน; - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก; - ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย; - หน่วยงานทันตกรรม; - หน่วยไตเทียม; - หน่วยงานเตรียมยา;

- หน่วยจ่ายกลาง;
- โรงครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่าง ๆ และจัดทำ check list เพื่อใช้ในการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโครงสร้างในส่วนที่จำเป็น
- ตัวอย่าง check list เพื่อใช้ในการตรวจสอบ
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก
 - การบรรจุถุงผ้าเบื่อนที่จุดใช้งาน
 - การขนส่งผ้าเบื่อนโดยพาหนะที่เหมาะสม
 - การทำความสะอาดพาหนะใส่ผ้าอย่างสม่ำเสมอ
 - การแบ่งโซน
 - การดูแลบริเวณที่รับผ้าเบื่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังบริเวณที่สะอาด
 - การแยกผ้าเบื่อนและผ้าสะอาด
 - การรักษาความสะอาด ป้องกันฝุ่นและสิ่งสกปรกระหว่างการเคลื่อนย้ายและรับส่งผ้าสะอาด
 - การป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเบื่อน
 - การล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเบื่อน
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง
 - การมีสถานที่แยกเฉพาะ
 - การมีพื้นที่ทำงานเพียงพอและออกแบบพื้นที่ทำงานเหมาะสม
 - การจราจรแบบเดินทางเดียว
 - การจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงาน
 - การไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาดไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อน
 - การล้างมือ
 - การดำเนินการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน
 - การติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้อ
 - การขนส่งของสะอาด
 - การมีบุคลากรที่เพียงพอและได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงครัว (สามารถใช้แบบประเมินงานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย)
 - การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล
 - การใช้อุปกรณ์ป้องกัน

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการควบคุมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญเป็นอย่างไร

การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

(1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด 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)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่สำคัญ (ควรนำเสนอด้วย control chart แสดงให้เห็นผลของการปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลา)

(2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ระบุกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องดูแลด้วยความระมัดระวังสูงเป็นพิเศษ ที่โรงพยาบาลมีโอกาสรับไว้
 - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV, hepatitis B & C
 - ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV, ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง สร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องและซ้อมปฏิบัติเป็นระยะ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เคยเกิดขึ้น ร่วมกับการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่แนวทางดังกล่าวจะไม่ได้รับการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ / อุบัติซ้ำ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ / อุบัติซ้ำ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดให้มีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ / อุบัติซ้ำ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่พบจากการซ้อมแผน และนำมาปรับปรุงการเตรียมความพร้อม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(5) มีการดำเนินการตามแนวทาง / ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม. บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ ● ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ● ประสิทธิภาพของการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ● ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนที่จำเป็นของบุคลากร ● ประสิทธิภาพของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรที่ติดเชื้อ

SPA II-5 ระบบเวชระเบียน

SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and Design)

(1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● เป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกันและส่วนขาดที่ประเมินได้	<ul style="list-style-type: none">● การประเมินการบรรลุเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนและการใช้ประโยชน์

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้รับ
ผลงาน และหน่วยงานภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้ใช้เวชระเบียนทั้งภายในและภายนอก (ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ หน่วยงานภายนอก)
- ประเมินความต้องการของผู้ใช้ทั้งหมด (รวมทั้งแผนการปรับปรุงที่แต่ละวิชาชีพจัดทำขึ้นในข้อ (1))
- ปรับปรุงและ redesign
 - แบบบันทึกต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ตัดการบันทึกที่ไม่จำเป็นออก ใช้ความคิดใหม่ๆ ในการออกแบบบันทึก รักษาสมดุลระหว่างการใช้ check list กับการบันทึกแบบอิสระ
 - การบันทึกที่รหัสนี้ เส้นทางเดินของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการออกรายงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน ● การปรับปรุงและ redesign ที่เกิดขึ้น ● การประเมินว่าระบบที่ปรับปรุงแล้วตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้เพียงใด 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 สิ่งที่สังเกตเห็น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;
 - (ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียนจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
 - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน
 - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน
 - การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน
 - การระบุชื่อผู้บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก
 - การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้
 - การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน
 - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ
 - แผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน
 - บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตเห็น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย;
 - การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
 - การบันทึกเหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

- แนวทางการบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน
- การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย
- การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน
- การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา
- การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน
- ตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสุ่มตรวจเวชระเบียน
- นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินซ้ำเป็นระยะ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาที่พบจากการตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ และผลการประเมินรอบสุดท้าย 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกับผู้มีหน้าที่บันทึกรหัสเพื่อประเมินปัญหาการปฏิบัติ
- ประสานกับ CLT/PCT ต่างๆ เพื่อขอทราบความต้องการสารสนเทศที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- ประมวลผลสารสนเทศที่ CLT/PCT ต้องการ และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ติดตามการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ และปัญหาที่ผู้ใช้แจ้งให้ทราบ
- นำปัญหามาปรับปรุงการบันทึกรหัสและการประมวลผล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาการบันทึกรหัส การประมวลผลสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ CLT/PCT

(5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- **คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียน** ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน 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.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความเสี่ยงเกี่ยวกับการจัดเก็บเวชระเบียนที่สำรวจและวิเคราะห์ได้ และการดำเนินการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	●

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:

- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
- (ii) การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
- (iii) มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
- (iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
- (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
- (vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัญหาที่พบจากการตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ	● ประสิทธิภาพของการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียน

(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 (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

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

- (2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล ข้อมูลทำให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนในเวลารวดเร็วหรือไม่
 - ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้ทำหน้าที่บันทึกรหัสบอกเล่าว่ามีปัญหาในการให้รหัสหรือไม่ อย่างไร
 - การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยรายนี้มีการร้องเรียนเกิดขึ้น ตรงจุดไหนคือจุดที่อาจจะถูกฟ้องร้องได้ ข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นคุณภาพของการดูแลในช่วงเวลานั้น
 - การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประเด็นคุณภาพ ความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อน เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้ให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง มีมาตรฐานวิชาชีพ
- นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนร่วมกันไปแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง ดำเนินการปรับปรุงและประเมินผล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● โอกาสพัฒนาที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์หลังจากการปรับปรุง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ● การใช้ประโยชน์จากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

SPA II-6 ระบบการจัดการด้านยา

(not edited)

SPA II - 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ
 - ลักษณะของคณะกรรมการควรสอดคล้องกับบริบทขององค์กร เช่น
 - ใน รพ.ขนาดเล็กอาจจะควบกับคณะกรรมการอื่น
 - ใน รพ.ขนาดใหญ่อาจตั้งเป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) หรืออาจแยกเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เช่น คณะกรรมการความปลอดภัยทางยา คณะอนุกรรมการตามประเภทกลุ่มยา
 - ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่างคณะกรรมการ อนุกรรมการและทีมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - คณะกรรมการฯ ควรประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น
 - ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมายเป็นประธาน
 - เภสัชกร 1-2 คน ทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการ และ/หรือผู้ช่วยเลขานุการ
 - แพทย์ผู้แทนจากสาขาหลัก และทันตแพทย์ ตามความเหมาะสม
 - หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานการพยาบาล
 - บุคลากรสายสนับสนุนทางการแพทย์ที่เหมาะสมเช่น เทคนิคการแพทย์
 - คณะกรรมการฯ ควรมีหน้าที่กำหนดทิศทาง

- เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัย การมียาเพียงพอพร้อมใช้ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการใช้ยา
- ครอบคลุมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทั้งหมดในระบบยา ได้แก่ การวางแผน การคัดเลือก การจัดหา การเก็บสำรองยา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง ให้เพียงพอและพร้อมใช้, การส่งใช้ยา การเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล
 - คณะกรรมการฯ ควรกำหนดแนวทางการประเมินผล และสนับสนุนให้มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการรายงานตามวงรอบเวลาที่กำหนด
- คณะกรรมการฯ ประเมินบทบาทหน้าที่ของตน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การใช้เวลา การตัดสินใจ และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการทำบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) **องค์กร (โดย PTC) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ทบทวนระบบการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ
 - เป้าหมายเพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ให้บริการ และมีรายการยาเท่าที่จำเป็น
 - กระบวนการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล
 - ข้อมูลที่ต้องนำเสนอ ซึ่งควรมีข้อมูลทั่วไปของยาที่นำเสนอ ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ อันตรกิริยาของยา ข้อมูลความปลอดภัยและความคุ้มค่า
 - เกณฑ์การคัดเลือกควรพิจารณาความปลอดภัย และความคุ้มค่าเป็นอย่างน้อย
 - มาตรการเพื่อความปลอดภัยและคุ้มค่า
 - มาตรการสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูงหรือเป็น high alert drug เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา การเก็บรักษา การติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย
 - มาตรการสำหรับการขอใช้ยานอกบัญชี เช่น การขออนุญาต การจัดหา การเบิกจ่าย การติดตามผล โดยพิจารณาความจำเป็น ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล
 - การทบทวนเมื่อมีรายงานอุบัติการณ์รุนแรงจากการใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาล (ทั้งภายในองค์กรและจากวารสารที่น่าเชื่อถือ) ที่ทันต่อเหตุการณ์

- ยาที่มีการใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย อาจพิจารณารับเข้าเป็นยาในโรงพยาบาล แต่ยังไม่
ต้องดำเนินการจัดซื้อมาสำรอง ซึ่งจะดำเนินการเมื่อเกิดความต้องการเป็นครั้งคราว
- คณะกรรมการ PTC กำหนดระบบและรอบเวลาในการทบทวนบัญชียาที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (อย่างน้อย
ปีละครั้ง) และดำเนินการตามที่กำหนดไว้
- คณะกรรมการ PTC ส่งเสริมให้บุคลากรสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบัญชียาโรงพยาบาลที่เป็น
ปัจจุบัน (เช่น การจัดทำบัญชียา on-line, การระบุข้อบ่งใช้ที่สำคัญและใช้บ่อย ฯลฯ)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

(3) องค์กร (โดย PCT) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์จากยา แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่าง
เหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรการ ติดตามและกำกับดูแล ในเรื่องความปลอดภัยด้าน
ยา โดยอาจตั้งเป็นคณะกรรมการภายใต้ PTC หรือมอบหมายให้ PTC ทำหน้าที่นี้ด้วย
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบกำหนดหรือทบทวนนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่
 - การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง
 - การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา
 - การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง PRN การใช้คำสั่งยืน การใช้คำสั่ง
หยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเดิมต่อ การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่
ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่าง
การศึกษาทดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย)
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบออกแบบระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
จากยา
 - กำหนดความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาด
เคลื่อนที่ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ และเป็นไปตามความหมายที่ถูกต้องในระบบความปลอดภัย
เช่น เหตุการณ์พึงสังวร (sentinel event) ความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท เหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์ด้านยา อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา เหตุเกือบสูญเสียชีวิต (Near miss)
 - กำหนดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์เพื่อการรายงานอย่างเหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูล
ในทางคลินิกอาจใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา 9 ระดับ ตาม NCC-
MERP และสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งระบบ

- กำหนดรูปแบบรายงานหรือการบันทึก
- ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- กำหนดแนวทางการตอบสนองที่เหมาะสมเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ครอบคลุมการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสมทันเหตุการณ์
- มีการบอกลับข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม และการติดตามประเมินผล ผ่านตัวบ่งชี้คุณภาพในระดับต่างๆ
- นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาไปวิเคราะห์และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง (ใช้หลัก human factors engineering ถ้าเป็นไปได้)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
- การประเมินความเหมาะสมทันการณ์ในการตอบสนองเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

(4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC หรือคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety Team) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง โดยมีแนวทางกว้างๆ ดังนี้
 - ลักษณะของยา เป็นยาที่
 - มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษบางรายการ
 - มีรายงานความถี่ของการเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บ่อยในองค์กร
 - มีรายงานว่า เป็นปัจจัยสาเหตุ หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พึงสังวร (sentinel events) ทั้งในวารสารวิชาการ หรือในองค์กร หรืออาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิษร้ายแรงบำบัดแคบ (narrow

therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน (look alike-sound alike drugs)

- วิธีการกำหนด
 - อยู่ในดุลยพินิจของทีมสหสาขา หรือทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม หรือบริบทของงาน/หอผู้ป่วย
 - ปัจจัยที่อาจคำนึงร่วมด้วยคือแบบแผนการใช้ยาของแต่ละองค์กร ข้อมูลอุบัติการณ์ภายในองค์กร
 - อาจใช้แบบสำรวจอย่างง่าย สืบหาความคิดเห็นบุคลากร ต่อการจัดประเภทยาที่ต้องระมัดระวังสูง ร่วมกับการรายงานอุบัติการณ์
 - สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกรายการ ควรให้ความสำคัญพิเศษในกลุ่ม heparin, insulin, morphine, potassium chloride และ warfarin
- จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ
 - ครอบคลุมกระบวนการรักษาด้วยยาตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหา การเก็บรักษา การส่งจ่าย การถ่ายถอดคำสั่ง การเตรียม การกระจาย การส่งมอบ การให้ยา และการติดตาม
 - มีสัญญาณลักษณะหรือเครื่องหมาย 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 และต้องดำเนินการครอบคลุมระบบการจัดการยาดังกล่าว โดยดำเนินการในลักษณะโครงการที่ได้รับการรับรองให้มีการศึกษาได้ และเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง

- ตัวอย่างมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา และผลการตามรอยการปฏิบัติหรือการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง
- ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากุ่มนี้

(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(6) องค์กร (โดย PTC) ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และจุดเน้นของการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

(2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาประโยชน์ของการใช้ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยต่อการสั่งใช้ จัดจ่าย และให้ยา
 - ข้อมูลทั่วไป เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา
 - ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
 - ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดหรือพัฒนาวิธีการที่จะเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว เช่น
 - การพัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
 - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบสั่งยา เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
 - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบคำสั่งการรักษาทุกใบ เช่น ข้อมูลการแพ้ยา
- PTC มอบหมายให้มีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย และนำไปปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีข้อมูลยาที่จำเป็น ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง
- ฝ่ายเภสัชกรรมวิเคราะห์ความต้องการใช้ข้อมูลยาในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ขณะที่แพทย์สั่งใช้ยา เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรจัดยา และพยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ง่าย หรือมีเทคนิคการให้ยาที่ต้องระมัดระวัง
- ฝ่ายเภสัชกรรมสร้างสื่อ บัตรยา บันทึก ไปสเตอร์ คู่มือ ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ที่ง่ายต่อการใช้งานในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความเข้ากันได้ของยากับสารละลาย แนวทางการติดตามผู้ป่วยซึ่งได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง
- ฝ่ายเภสัชกรรมประเมินว่าข้อมูลที่จัดให้มีความเหมาะสมและเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานเพียงใด และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรกิริยาระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

●

(5) การสั่งซื้อ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมรรถกับเรื่องยาโดยไม่มีกรอบกวน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมหรือผู้รับผิดชอบ กำหนดมาตรฐานสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการสั่งซื้อ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา โดยคำนึงถึงความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อน ระบบไหลเวียนของงาน ความเพียงพอของพื้นที่และแสงสว่าง การปราศจากสิ่งรบกวนทางกายภาพ
- หัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วยดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
- คณะกรรมการ PTC จัดให้มีการติดตามตรวจสอบประเมินผลอย่างน้อยปีละครั้ง และสื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามตรวจสอบประเมินผล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน และยาที่จำเป็นเร่งด่วน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

(2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วางระบบ และ/หรือ ทบทวนระบบการตรวจรับยาและเวชภัณฑ์
 - จัดระบบเพื่อป้องกันการปะปนกับยาที่มีอยู่เดิม ให้คงคุณภาพระหว่างการรอดตรวจรับ และดำเนินการตรวจรับให้เร็วที่สุด หรือไม่เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด
 - กำหนดรายการยาที่ต้องมีการตรวจรับ หรือการตรวจสอบคุณภาพการขนส่งเป็นพิเศษ เช่นยาที่ต้องอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเย็น ทั้งนี้เน้นให้มีการตรวจสอบจริง มีการบันทึกผลการตรวจรับ หากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ให้มีระบบการจัดการ การเก็บรักษาเพื่อรอส่งคืนที่ชัดเจน
 - บันทึกข้อมูลการตรวจรับเข้าคลังหรือการลงบัญชีควบคุม ให้ดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงที่กระบวนการตรวจรับเสร็จสิ้น
- วางแนวทาง และ/หรือ ทบทวนแนวทางการเก็บสำรองยาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยา
 - ยึดข้อมูลความคงตัวของผู้ผลิตเป็นสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขด้านอุณหภูมิ การป้องกันแสง) ในกรณีที่ไม่มียกเว้นหรือข้อยกเว้นจากผู้ผลิตชัดเจน สามารถดำเนินการตามแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
 - การควบคุมสิ่งแวดล้อม
 - คลังยาที่มีการจัดการเรื่องอุณหภูมิและความชื้นที่เป็นไปตามข้อกำหนด มีความสะอาด และแข็งแรง มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดเก็บ การเบิก
 - ดูแลสิ่งแวดล้อมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ เป็นพิเศษ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิและแสง โดยจัดให้มีเทอร์โมมิเตอร์ที่สามารถระบุอุณหภูมิต่ำสุดหรือสูงสุดในแต่ละรอบวัน รวมทั้งให้มีอุปกรณ์ตรวจความชื้น การบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง และเป็นประจำ
 - คลังยามีระบบป้องกันการโจรกรรมและป้องกันการเข้าถึงโดยบุคลากรที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ หลีกเลี่ยงการเปิดคลังค้างไว้ทั้งวัน การถือกุญแจอาจมีมากกว่า 1 รายที่ร่วมรับผิดชอบ

- ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์เหมาะสม เพียงพอ และมีระบบการติดตามอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอทุกวัน มีระบบการสำรองไฟทันทีที่ไฟฟ้าจากภายนอกดับสำหรับตู้เย็นเก็บวัคซีนหรือยาที่จำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิเข้มงวด
 - ระบบและลักษณะการจัดเก็บ
 - คลังยาที่มีระบบการจัดเก็บที่สามารถระบุสถานที่จัดเก็บ มีความเพียงพอ อยู่ในบริเวณเดียวกัน หลีกเลี่ยงการเก็บรักษารายการเดียวกันแยกจากกัน ควร มีบัตรควบคุมที่คลังเพื่อสอบทานกับรายการยาและปริมาณในฐานข้อมูล
 - เก็บยาในภาชนะหรือหีบห่อเดิม มีฉลากครบถ้วน และจัดเก็บในระบบ first expired first out สามารถบอกได้ถึงกำหนดวันหมดอายุ
 - ควบคุมเก็บรักษา ยากลุ่มพิเศษ เช่นยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และรัดกุม หลีกเลี่ยงการเข้าถึงโดยง่าย และในกระบวนการเบิกจ่ายกลุ่มยาดังกล่าวเภสัชกรจะต้องรับรู้ก่อนทุกครั้ง
 - มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง แยกเป็นสัดส่วน.
 - ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพหรือยาที่เรียกเก็บกลับคืนเนื่องจากปัญหาคุณภาพ ต้องแยกออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน และระมัดระวังสำหรับรายการยาที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ให้มีระบบการบันทึกรายการ ปริมาณที่ชัดเจน สำหรับยาที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนให้มีระบบการกำจัดตามความเหมาะสม เช่น การละลายน้ำ การเผา หรือการกำจัดโดยวิธีเฉพาะ
 - ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.
- มีระบบการสุ่มตรวจสอบปริมาณคงคลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทุกวัน กำหนดเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพและใช้เป็นแนวทางการพัฒนา หรือสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันต่อเหตุการณ์ เช่น ร้อยละความถูกต้องของยาคงคลัง (ครอบคลุมร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด เป็นต้น) และการตรวจสอบตามวงรอบปี
- การสำรองยาบนหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีใช้ห้องยา
 - ให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็น กำหนดโดยทีมดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้มีระบบการสำรองที่สามารถควบคุมและมีการคืนกลับตามความเหมาะสม เช่น นำคืนกลับตามระบบการเบิกจ่ายปกติ
 - หลีกเลี่ยงการสำรองอิเล็กทรอนิกส์ความเข้มข้นสูงบนหอผู้ป่วย ยกเว้นรายการที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทันทีเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งต้องมีระบบหรือข้อควรระวังในการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารคลาดเคลื่อนโดยไม่ได้ตั้งใจ

- ยาที่สำรองนอกหน่วยงานเภสัชกรรม ควรอยู่ในรูปที่พร้อมบริหารที่ผลิตจากผู้ผลิต โดยตรง หรืออยู่ในรูปหนึ่งหน่วยการใช้ที่มีฉลากและข้อมูลครบถ้วน
- การควบคุม เบิกจ่าย เรียกคืน
 - เน้นให้มีการตรวจสอบ การตัดจ่าย และการอนุมัติการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ ยกเว้น ในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจผ่านการรับรู้ อนุมัติก่อนที่จะมีการตัดจ่าย
 - ระบบการเบิกจ่ายจากคลังโดยภาพรวม ควรดำเนินการตัดจ่ายในลักษณะที่เป็นกล่องบรรจุ หลีกเลียงการจ่ายหน่วยย่อย เพราะยากในการควบคุม
 - กรณีที่มีปัญหาด้านคุณภาพยา ให้มีระบบที่สามารถเรียกเก็บกลับคืนยา และหากจำเป็นจะต้อง สามารถเรียกเก็บกลับคืนยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ป่วย ถึงเหตุผล ความจำเป็น
 - มีระบบการติดตามรายการยาที่ไม่มีการเคลื่อนไหว โดยต้องประสานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้ เหตุผล หรือปัจจัยสาเหตุ ที่จะดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการค้างคลังยา หรือความเสียหาย
- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยาอย่าง สม่าเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดรายการยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และหน่วยดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อให้มีการสำรองไว้ในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งพิจารณาการสำรองวัสดุ การแพทย์หรือส่วนประกอบที่จำเป็นอื่นๆ ร่วมด้วย
- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดระบบควบคุมยาฉุกเฉินให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และนำไปสู่การ ปฏิบัติ เช่น
 - การจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่ หมดอายุ
 - แนวทางในการเติมยาเมื่อมีการใช้ไป อาจดำเนินการในลักษณะที่เป็นกระเป๋ายาฉุกเฉินที่นำไปแลก หรือมีระบบการส่งต่อข้อมูลว่ามีการใช้ โดยฝ่ายเภสัชกรรมเข้ามาร่วมรับผิดชอบเรื่องความพร้อมใช้
- หากเป็นไปได้ยาฉุกเฉินที่สำรองควรอยู่ในรูปที่พร้อมใช้ทันที มีฉลากครอบคลุม และอาจสอดคล้องกับ กลุ่มอายุผู้ป่วย ให้มีระบบการขนหรือทวนซ้ำชื่อยาเพื่อการรับรู้ร่วมกัน เป็นการตรวจสอบอิสระ เพื่อลด ความเสี่ยงจากการบริหารคลาดเคลื่อน

- สนับสนุนแหล่งข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากความรีบด่วน จำเป็นที่จะต้องมีไว้เพื่ออ้างอิง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินยาอย่างสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด และมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ

(4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ฝ่ายเภสัชกรรมประสานกับหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อวางระบบให้มีการส่งคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ หรือไม่จำเป็นต้องใช้มาที่ห้องยาโดยเร็วที่สุด ตลอดจนการเขียนคำสั่งหยุดใช้ยาที่เหมาะสม

- ฝ่ายเภสัชกรรมมีระบบหรือแนวทางการประเมินสภาพของยาที่ถูกส่งคืนว่ามีคุณภาพที่ดีในการนำไปใช้ต่อ เช่น เม็ดยาเป็ลื่อยพิจารณาทำลาย ยาที่อยู่ในแผงสามารถนำมาให้บริการต่อ รวมถึงแนวทางการทำลายที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา

SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:

- คำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้;
- การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และคำสั่งด้วยวาจา;
- คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
- เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานเขียนคำสั่งใช้ยา การสื่อสารและถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันความผิดพลาด
 - คำสั่งใช้ยา
 - นโยบายหรือแนวทางการเขียนใบสั่งยาที่สมบูรณ์ องค์ประกอบของใบสั่งยาที่ดี
 - เงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่ควรระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไปรวมด้วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน
 - เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งใช้ในการสั่งใช้ยาบางรายการ ที่มีข้อบ่งใช้หลักที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะขนาดที่ใช้ในการรักษา
 - การระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา เช่น การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ การใช้ชื่อสามัญ ขนาดและวิธีการใช้ยา
 - กำหนดกลุ่มโรค หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการระบุค่าต่างๆที่จำเป็น เช่น น้ำหนัก
 - การส่งเสริมและทบทวนคำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด
 - มาตรการป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อนอื่นๆ
 - วางระบบเพื่อลดการคัดลอกคำสั่งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นให้ทุกกลุ่มสาขาอาชีพ สามารถเข้าถึงคำสั่งใช้ยา โดยตรง เพื่อต้องการลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการคัดลอกยา อันเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนอื่นๆ ตามมา

- มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจาหรือทางโทรศัพท์ จะสามารถทำได้ในกรณีใด และกระบวนการรับคำสั่งเพื่อลดความคลาดเคลื่อน เช่น การอ่านทวน หรือการสะกดทีละอักษร
 - มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น
 - คำสั่งใช้ยาที่มีการกำหนดปริมาตรชัดเจนในฝั้ง 24 ชั่วโมง ถ้าหมดก่อนจะต้องให้ต่อหรือไม่
 - การระบุข้อบ่งชี้และวัน/เวลาที่สิ้นสุดของคำสั่ง PRN
 - การมีคำแนะนำสำหรับการใช้คำสั่งยืน (standing orders) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องใช้อย่างชัดเจน
 - การระบุวันหรือระยะเวลาที่ชัดเจนในการใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ (automatic stop orders)
 - การกำหนดช่วงที่ยินยอมในการใช้คำสั่งเพื่อปรับขนาดยา (titrating orders) เพื่อป้องกันการบริหารยาที่มากเกินไป
 - การใช้คำสั่งลดขนาดยา (taper orders) ในปริมาณที่ชัดเจน ตามแต่ละช่วงเวลา
 - การใช้คำสั่งที่ระบุเป็นช่วง (range orders) เป็นคำสั่งที่ระบุขนาดยา หรือช่วงระยะเวลาให้ยา ผันแปรอยู่ในช่วงของการสั่งใช้ ขึ้นกับเงื่อนไข หรือ สภาวะของผู้ป่วย
 - การระบุความชัดเจนของตัวยาสำคัญหรือยาพื้นที่ต้องการในการสั่งเตรียมยา หรือยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย
 - การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยาตามเงื่อนไขผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น nebulizers หรือ catheters
 - การกำหนดมาตรการสำหรับสั่งใช้ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดทดลอง เช่น ผู้สั่งใช้ แบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูล และการติดตาม
 - การส่งยาสมุนไพร ต้องทราบข้อมูลรายการยาที่มี และเภสัชกรควรตรวจสอบอันตรกิริยากับยาอื่น ๆ ที่มีการสั่งใช้ หรือผู้ป่วยมีการใช้อยู่เองในปัจจุบัน
 - การสื่อสารที่ชัดเจนในการสั่งยาเมื่อจำหน่าย หรือการส่งต่อ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาครั้งสุดท้าย หรือยาที่จำหน่ายอย่างถูกต้องลงในเอกสารที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วย หรือประวัติในเล่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
 - ตัวอย่างที่ไม่ควรใช้ แนวทางการดำเนินการหากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
 - มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง สื่อสาร/สร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว และตอบสนองผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
- ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);
- เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น สับสน ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
- มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดนโยบายการดำเนินการเรื่อง การเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยา (medication reconciliation) วัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติ และการกำหนดงาน กลุ่มยา กลุ่มโรคที่จะดำเนินการตามความเหมาะสม
- การกำหนดกลุ่มยาและกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญเพื่อดำเนินการเรื่องนี้อาจจำแนกได้เป็น
 - กลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง เช่น ผู้สูงอายุ, เด็กเล็ก, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่, ผู้ป่วยที่กลับมารักษาาก่อนกำหนด
 - กลุ่มยาที่เฝ้าระวัง เช่น ยาวาร์ฟาริน, ยากล่อมประสาท, ยาที่ต้องระมัดระวังสูงอื่นๆ, ยาที่มีการแพ้หรือมีการรายงาน ADE บ่อย, ยาโครงการพิเศษ
 - บริการที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดในผู้ป่วยนอก, คลินิกเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก, การฟอกไต
- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร
- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ ทบทวนบทบาทและแบบฟอร์มบันทึกประวัติการใช้ยาที่มีอยู่เดิม และออกแบบบันทึกที่ใช้งาน

- ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด (ข้อมูลควรครอบคลุมชื่อยา ความแรง ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยาที่ผู้ป่วยใช้จริง);
- กำหนดขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม และบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป
 - กรณีผู้ป่วยนอก (เฉพาะในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง)
 - กรณีรับผู้ป่วยใหม่
 - กรณีผ่าตัด day surgery หรือนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเพียง 1-2 วัน
 - กรณีย้ายหอผู้ป่วย
 - กรณีจำหน่าย
 - กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น
 - สร้างความเข้าใจกับทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพถึงแนวคิด เป้าหมาย และขั้นตอนการดำเนินการ โดยยึดหลักการสำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอน
 - จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน
 - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันกับยาที่แพทย์สั่งใช้ เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ (ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขความแตกต่าง) และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มยาที่กำหนดให้มีการทำ medication reconciliation อย่างสมบูรณ์ และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง
- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับ medication reconciliation

(3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด. เกสซ์กรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนโอกาสที่จะเกิดความไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยในการสั่งใช้ยา วางระบบเพื่อติดตามเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง สื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความตระหนักในผู้สั่งใช้และผู้ทบทวนคำสั่งใช้ยา
- บริการเภสัชกรรมจัดระบบให้มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์
 - ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายก่อนที่จะมีการให้ยาแก่ผู้ป่วย dose แรก ยกเว้นกรณีที่กำลังเข้าแล้วอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
 - จัดระบบให้มีการทบทวนย้อนหลังทันทีสำหรับการจ่ายยาในขณะที่เภสัชกรไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
- การทบทวนคำสั่งใช้ยาควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ประวัติการแพ้ยา หรือมีศักยภาพที่จะเกิดความไวต่อยา
 - อันตรกิริยาหรือโอกาสเกิดอันตรกิริยาของยาที่ได้รับการสั่ง กับยาเดิมของผู้ป่วย
 - ความเหมาะสมของยาที่ได้รับ ขนาด ความถี่ และวิถีทางบริหารยา
 - การได้รับยาซ้ำซ้อน
 - การได้รับยาที่ห้ามใช้
 - การสั่งจ่ายยานั้นไม่ได้เป็นไปตามข้อบ่งใช้ที่องค์การกำหนด
 - ผลกระทบ หรือโอกาสเกิดผลกระทบที่สามารถระบุจากผลทางห้องปฏิบัติการ
- ข้อพิจารณาสำหรับยาเฉพาะกลุ่ม
 - มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด.
 - ยาที่ต้องระมัดระวังสูง ให้มีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับคำสั่ง เช่น ขนาดยาที่เหมาะสม ต่อครั้ง/ต่อวัน หรือความเข้มข้นของยาที่ไม่มากเกินไป
 - ยา IV admixture ให้ทบทวนความเหมาะสมของสารละลายที่ใช้เจือจางที่มีความเข้ากันได้และก่อให้เกิดความคงตัว รวมทั้งแนวทางการเตรียมความเข้มข้นสุดท้ายที่ต้องการ
- เกสซ์กรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความครอบคลุมของการทบทวนคำสั่งใช้ยา
- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียนที่ได้รับจากการทบทวนคำสั่งใช้ยา (เชื่อมโยงกับเป้าหมายเรื่องความเหมาะสมและความปลอดภัย) รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สถานที่จัดเตรียมยา เป็นสถานที่ที่สะอาด เป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิและแสงสว่างเหมาะสม
- การจัดเตรียมยาโดยหน่วยดูแลผู้ป่วย
 - หัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วย (โดยอาจร่วมมือกับบริการเภสัชกรรม) จัดระบบ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และเทคนิคที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับการจัดเตรียมยาที่จะให้แก่ผู้ป่วยในความดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป้องกันการปนเปื้อน การมีแสงสว่างเพียงพอ การไม่ถูกรบกวนสมาธิ และการกำจัดขยะอันตราย
 - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม จัดให้มีการประเมินความเหมาะสมปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเป็นระยะ และดำเนินการปรับปรุง
- การจัดเตรียมยาโดยบริการเภสัชกรรม
 - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม พิจารณาโอกาสที่บริการเภสัชกรรมจะต้องจัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) ซึ่งบริการเภสัชกรรมต้องเตรียมขึ้นใช้ในทันที เพื่อตอบสนองความต้องการของแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เฉพาะโรคหรือกลุ่มที่มีความสำคัญ เช่น เด็กเล็ก ทารก รวมทั้งยาเตรียมปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด IV admixtures, Total Parenteral Nutrition, Cytotoxic preparation, ยาหยอดตา หรือยาที่มุ่งหมายอื่นๆ ที่ต้องเตรียมโดยวิธีปราศจากเชื้อ เช่น dilution ของ heparin
 - พิจารณาศักยภาพและความรับผิดชอบโดยรวม
 - โรงพยาบาลที่มีศักยภาพและปริมาณงานมากพอ ควรรับผิดชอบในการผสมหรือเตรียมยาผสมที่ปราศจากเชื้อ เช่น ยาเคมีบำบัด IV admixtures โดยบริการเภสัชกรรม (ยกเว้นรายที่ล่าช้าแล้วอาจเป็นอันตราย หรือความคงตัวของยาสั้นมาก)
 - โรงพยาบาลที่มีปริมาณการใช้ไม่มาก ให้เป็นไปตามนโยบายหรือใช้ระบบเครือข่ายในการสนับสนุน
 - บริการเภสัชกรรมควรรับผิดชอบจัดเตรียมยาเคมีบำบัดหากมีการใช้มากกว่า 20 ขนานต่อเดือน
 - บริการเภสัชกรรมออกแบบระบบการเตรียมยาที่เป็นมาตรฐาน (ครอบคลุมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิธี การติดตาม และบุคลากรผู้รับผิดชอบ) เพื่อการเตรียมยาที่เหมาะสมปลอดภัย

ฝึกอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามระบบ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

- ทิมเภสัชกรรมหลักเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม
- เวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเหมาะสมปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงที่กิดขึ้น
- สถิติและบทเรียนในการจัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายโดยบริการเภสัชกรรม

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการยา PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม กำหนดนโยบายและแนวทางการติดตามยาครอบคลุมทั้งการติดตามโดยบริการเภสัชกรรม และการติดตามในหน่วยดูแลผู้ป่วยกรณีที่มีการจัดเตรียมแล้วไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยทันที โดยอาศัยการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาจากการไม่มีฉลากยาที่เหมาะสม
- แนวทางสำหรับการระบุข้อมูลบนฉลากยา
 - ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย และข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอื่นๆ ตามความเหมาะสม
 - ชื่อยา ความเข้มข้นหรือความแรง ขนาดยาหรือปริมาณยา
 - วันหมดอายุ หากไม่ได้ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง
 - เวลาที่หมดอายุเมื่ออายุยาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง
 - วันที่เตรียม สารละลายที่ใช้เจือจางหรือผสม ชื่อผู้เตรียมและผู้ตรวจสอบ สำหรับ IV admixture
 - สูตรสารอาหารที่ให้เข้าทางหลอดเลือดดำ
 - วิธีการให้ อุปกรณ์ที่ใช้ และคำแนะนำหรือข้อควรระวัง
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาแนวทางปฏิบัติในกรณีต่อไปนี้เป็นพิเศษ
 - การติดตามสำหรับยาฉีดและสารละลายสำหรับ flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วย
 - การตรวจสอบชื่อยาด้วยความมั่นใจ ณ จุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย
 - การเตรียมยาสำหรับใช้กับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ระบุชื่อแน่นอน เช่น ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายและแนวทางการติดตามยา

(4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- บริการเภสัชกรรมร่วมกับหน่วยดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการส่งมอบยาหรือการกระจายยา
- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายการส่งมอบยาหรือการกระจายยาแก่หน่วยดูแลผู้ป่วยตามบริบทและความพร้อมขององค์กร โดยพิจารณาเป้าหมายสำคัญต่อไปนี้
 - ความปลอดภัยรัดกุม
 - การตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่างยา ฉลากยา และคำสั่งใช้ยา โดยเภสัชกร
 - ระบบการจัดส่งยาที่รัดกุมหรือแยกจากกันสำหรับยาที่ต้องแช่เย็น หรือสารเสพติด หรือยาที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ
 - มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม 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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายและแนวทางการส่งมอบยาหรือการกระจายยาที่สำคัญ

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาหรือการกระจายยา

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายและแนวทางการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย
 - ผู้ส่งมอบ
 - เภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย
 - โรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาด้านอัตรากำลัง อาจมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือบุคลากรระดับรองที่ได้รับการฝึกฝนเป็นผู้ส่งมอบยาแทน ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่ต้องติดตาม หรือไม่ใช่ผู้ป่วยคลินิกพิเศษ หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง
 - กำหนดแนวทางการส่งมอบที่ชัดเจน เช่น คำถามหลักที่ใช้ในการส่งมอบ
 - ดูเรื่องการใช้คำแนะนำการใช้ยา
- ทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยนอก ร่วมกันวางระบบตรวจสอบความถูกต้อง (หรือความคลาดเคลื่อน) ของยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยอาจกำหนดเกณฑ์ที่จะขอให้ผู้ป่วยนำยาที่ได้รับกลับมาตรวจสอบที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า x รายการ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนรายการยา เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย

ค. การบริหารยา

(1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยาที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- 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)
 - ข้อมูลรายการยาแต่ละรายการควรมีชื่อ ขนาดยาที่ให้ วิธีบริหาร ความถี่ และข้อควรระวังสำคัญ เช่น อัตราเร็ว ควรแยกบันทึกระหว่างยาที่ให้วันเดียวกับยาที่ให้ต่อเนื่องและบันทึกวันที่ให้ยาอย่างชัดเจน
 - 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 การสุ่มตรวจสอบว่ามีกาลลง เวลาตามที่เป็นจริงหรือไม่ หรือการสอบทานระหว่างเวร
- ก่อนการบริหารยาทุกครั้งต้องยืนยันผู้ป่วยและความถูกต้องครอบคลุม ทั้งนี้ให้ยึดบันทึกการบริหารยา เป็นหลักในการช่วยทวนสอบ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยยืนยันความถูกต้อง
 - ถูกคน ยืนยันอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้
 - ถูกยา พิจารณาฉลากกับบันทึกการบริหารยา พิจารณารูปแบบ ลักษณะภายนอก ตะกอน การ เปลี่ยนสี ยังไม่หมดอายุ
 - ถูกขนาด เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ หรือคำนวณจากน้ำหนัก ไม่เกินขนาดที่สามารถให้ได้ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูง
 - ถูกวิธีบริหาร ระวังยาที่มีเทคนิคพิเศษ หรือยาที่ให้เข้าไขสันหลัง ให้สร้างระบบการยืนยันซ้ำอิสระ ให้มีระบบการประกันความเสี่ยงของอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถเชื่อมต่อได้ระหว่างการให้ทาง หลอดเลือด กับความต้องการบริหารโดยวิธีอื่น เช่น กระบอกฉีดยาสำหรับยารับประทานสามารถ สวมต่อกับ catheter ที่บริหารเข้าหลอดเลือด
 - ถูกเวลา ศึกษาคู่มือผู้ป่วยอาจกำหนดระยะเวลาที่ยอมรับได้ในการบริหารยาที่ไม่เป็นไปตาม actual time เพื่อให้พยาบาลสามารถวางระบบ และสามารถบันทึกเวลาในการบริหารจริง
 - ถูกเทคนิค โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงเช่น การทำลายเนื้อเยื่อ หากเกิดการแทงทะลุหลอดเลือด
 - มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ
- ข้อควรพิจารณาอื่นๆ ในการบริหารยา
 - หากยังมีข้อกังวลใดๆ จะต้องยังไม่บริหารยาจนกว่าข้อกังวลหรือข้อสงสัยเก่านั้นได้รับการแก้ไขหรือ ทำความเข้าใจ จนมั่นใจว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อน
 - ก่อนการบริหารยา ควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ถึงความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์ด้านยาที่สำคัญ หรือสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นยาใหม่ เป็นต้น
 - มีความพร้อมด้านอุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump โดยเฉพาะสำหรับยาที่มีความเสี่ยงหรือมี อันตรายสูงหากบริหารยาในอัตราที่ไม่เหมาะสม ให้มีระบบการตรวจสอบความเที่ยง อย่าง สม่าเสมอ สุ่มประเมินระยะเวลาที่ยาควรหมดกับระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารจริง
- หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ให้ระงับการบริหารยาที่ เกี่ยวข้องหรือที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุเป็นเบื้องต้น รีบรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องทันที และดำเนินการตาม ระบบการรายงาน การจัดการอุบัติการณ์ที่องค์กรกำหนด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย การใช้ MAR

(2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ตามความเหมาะสม).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- ทีมดูแลผู้ป่วยพัฒนาการให้คำแนะนำเพื่อให้เกิด drug adherence และป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์จากยา
 - ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึง
 - ชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
 - วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม
 - วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
 - ข้อบ่งชี้เมื่อควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร
 - สิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
 - ข้อบ่งชี้ที่ต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ สำหรับกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น
 - พิจารณาสถานที่และอุปกรณ์สำหรับให้คำแนะนำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามต่อเนื่อง
 - มีฉลากช่วยหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่รับประทาน การปฏิบัติตน ข้อควรระวัง
 - มีช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
 - มีการติดตามประเมินผล drug adherence และ ADE เพื่อนำมาปรับปรุงการให้คำแนะนำ
- ทีมดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น
 - การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องในการบริหารยา เช่น การบ่งชี้ผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่ง การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการได้รับยา รวมทั้งระยะเวลาที่ควรได้รับยา
 - การได้รับโอกาสในการที่จะบริหารยาตนเองก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และการเอื้ออำนาจให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองภายใต้สายตาของบุคลากรการแพทย์
 - การร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

(3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบันทึกในเวชระเบียน
- ทิมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์แนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบ่งชี้ผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาแต่เนิ่นๆ ในยากลุ่มต่างๆ ที่มีความสำคัญ เช่น
 - ยาที่มี therapeutic ratio แคบ
 - ยาที่แพทย์หวังผลการรักษาในระยะสั้น
 - ยาด้านจุลชีพซึ่งเชื่อว่าจะไม่ไวต่อยาหรือมีการติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้น
 - ยาที่มีผลต่อสมดุลของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือมีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย
 - ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ
 - การตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก
- ทิมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางตอบสนองเมื่อผลการติดตามการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวังหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา

(4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทิมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายและแนวทางการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมา
 - มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด
 - มีแนวทางในการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึกการให้ยา

- องค์ประกอบของการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมา
 - การทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้และนำติดตัวมา
 - เกสซ์กรพิจารณาสภาพยาว่ายังสามารถใช้ได้หรือไม่
 - แพทย์พิจารณาความจำเป็นในการใช้ยาต่อ และบันทึกในเวชระเบียน
 - การให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจทำได้โดย
 - ใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้จัดให้ร่วมกับยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
 - ใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โดยนำมาที่ห้องยาและดำเนินการร่วมกับยาอื่นๆ ตามระบบการจ่ายยาปกติ
 - เก็บยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ และใช้ยาของโรงพยาบาลขนานเดียวกันแทนยาตั้งกล่าว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา

SPA II – 7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและ บริการที่เกี่ยวข้อง (not edited)

SPA II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ (DIN.1)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่ต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความคาดหวัง เป้าประสงค์ แผนจัดบริการโดยสรุป

(2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ

ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเพียงพอและความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่
- กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยสรุป

(3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ในประเด็นต่อไปนี้
 - มีเครื่องมือทางรังสีที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความปลอดภัยก่อนการใช้งาน
 - ประเมิน และจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตตามความเหมาะสมและความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการตรวจทางรังสี
 - แผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมีการประกันคุณภาพเครื่องมือทางรังสี และเครื่องมือที่สำคัญตามมาตรฐานทางรังสี
 - การตรวจ ทดสอบ และรับรองเครื่องมือทางรังสีโดยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
- ดำเนินการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบที่พบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลการตรวจรับรองโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
- บทเรียนจากการปรับปรุงความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์

(4) 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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางปฏิบัติสำคัญเพื่อบรรลุข้อกำหนดข้างต้น
- ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความพร้อมใช้/ไม่พร้อมใช้, การตรวจรับรองจากหน่วยงานที่กฎหมายกำหนด, ประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, ผลการสอบเทียบ, ปัญหาและอันตรายจากเครื่องมือ

(5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- พิจารณาการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยาต่อไปนี้
 - การจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
 - ระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล
 - จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

(6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กรณีที่มีการใช้บริการรังสีวิทยา และ/หรือ การอ่านภาพรังสีจากภายนอก
 - มีการประเมินและคัดเลือกหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสี ที่จะส่งตรวจ
 - กำหนดความถี่และประเภทของข้อมูลการควบคุมคุณภาพที่ต้องติดตาม
 - ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทบทวนข้อมูลการควบคุมคุณภาพ
 - มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพไปดำเนินการตามความเหมาะสม
 - มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีจากภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลแสดงถึงการประเมินและการคัดเลือกหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีจากภายนอก
- ข้อมูลการควบคุมคุณภาพของหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีจากภายนอก และดำเนินการ

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกัน

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนความเหมาะสมของการส่งตรวจ

(2) มีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจทางรังสีวิทยาหรือภาพการแพทย์ ที่สำคัญแต่ละประเภท โดยมีองค์ประกอบต่อไปนี้
 - การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ
 - การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง
 - การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจเพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพที่ต้องการ
 - การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ
- เฝ้าติดตามเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และคุณภาพการตรวจทางรังสีวิทยา และนำผลการติดตามไปปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนจากการเฝ้าติดตามและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) ผู้ป่วยได้รับการรังสีรักษาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอดคอย. มีระบบ fast track สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนระยะเวลาในการเข้ารับบริการรังสีรักษา
 - การจัดระบบ fast track หรือปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบที่มีอยู่ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน
 - ทบทวนการจัดลำดับเข้ารับบริการ
 - พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ โอกาสเกิดอันตรายจากการรอดคอย
 - ทบทวนผลการปฏิบัติจริงและนำมาปรับปรุง
 - ทบทวนระยะเวลารอดคอยของผู้รับบริการทั่วไป

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระยะเวลารอดคอยในการเข้ารับบริการในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

(4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับการรังสีรักษา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ ผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังฉายยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติ การแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินคุณภาพของภาพรังสี ระดับรังสีที่ได้รับ อุบัติการณ์เกี่ยวกับสารทึบรังสี

(6) มีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสีหรือใน PACS

(7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการ
ศึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการ
สื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดพลาด มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการ
ตรวจรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำการตรวจวินิจฉัย การแปลผลผล และการรักษาทางรังสีวิทยา/ภาพ
การแพทย์ อย่างชัดเจน
 - แพทย์เจ้าของไข้ที่ต้องใช้ผลการตรวจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนหรือในเวลาที่เหมาะสม
 - แพทย์ที่ได้รับการอบรมระยะสั้นทางด้านรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์
 - รังสีแพทย์
 - รังสีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษในด้านใดด้านหนึ่ง
- มีระบบการศึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความ
เหมาะสม
 - มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดพลาด มีอาการรุนแรงหรือมี
ความเร่งด่วนในการตรวจรักษา
 - มีการกำหนดว่าภาพรังสี/ภาพการแพทย์ประเภทใดที่ต้องได้รับการทบทวนโดยผู้มีความรู้และ
ประสบการณ์
- วางระบบให้มีการสรุปสิ่งที่พบจากภาพรังสี ซึ่งควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้
ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการ
ตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน
- สร้างความมั่นใจว่ามีผลการตรวจทางรังสีเป็นลายลักษณ์อักษรสื่อให้แพทย์เจ้าของไข้ในเวลาที่เหมาะสม
และ/หรือมีบันทึกไว้ในเวชระเบียน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนเกี่ยวกับการแปลผลการตรวจและสื่อสารผลการตรวจทางรังสีวิทยา

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(2) มีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนและปรับปรุงการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี
 - ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer)
 - การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี (ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558)
 - การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น (เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator)
 - การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ

- การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี
- การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี
- การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยจากรังสี

(3) มีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดการและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ขอร้องเรียน จากผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินผลของระบบงานและแผนการพัฒนาคุณภาพ

SPA II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (DIN.2)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ร่วมกับทีมนำทางคลินิก วิเคราะห์บริการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลสมควรจัดให้มี โดยพิจารณาจาก
 - เป้าประสงค์ขององค์กร
 - ลักษณะผู้ป่วยที่ให้บริการ
 - ความต้องการและความคาดหวังของผู้ให้การดูแลรักษา
- ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จัดทำแผนจัดบริการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ ครอบคลุม
 - ขอบเขตบริการ
 - บริการที่จัดให้มีในช่วงเวลาทำการปกติ และการตรวจนอกเวลาทำการปกติ
 - บริการที่จัดให้มีโดยองค์กรเอง และบริการที่ส่งตรวจภายนอก
 - บริการที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการกลาง และโดยหน่วยดูแลผู้ป่วย
 - ทรัพยากรที่ต้องการ
 - ความต้องการในปัจจุบัน
 - ความต้องการในอนาคต
 - ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time
- เปรียบเทียบแผนจัดบริการกับสิ่งที่ปฏิบัติได้ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับผลงานที่คาดหวัง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ขอบเขตบริการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลจัดในปัจจุบัน โดยระบุการตรวจนอกเวลาทำการปกติ และการส่งตรวจภายนอกด้วย
- การเพิ่มขีดความสามารถของการจัดบริการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา และแผนที่จะจัดบริการเพิ่มเติมในอนาคต
- สรุปความต้องการทรัพยากรในปัจจุบันเทียบกับที่มีอยู่จริง

- สรุปเปรียบเทียบระดับผลงานที่คาดหวังกับสิ่งที่ปฏิบัติได้

(2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมี การออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขตและสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสมและใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น

(3) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดคุณสมบัติและประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ และแปลผลการตรวจวิเคราะห์
- วิเคราะห์ภาระงานเพื่อกำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่ที่พึงมี และวางแนวทางดำเนินงานในกรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่ครบตามอัตราที่ต้องการ
- กำหนด technical competency และพัฒนาเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น
- มีกิจกรรมทบทวนโดยผู้ที่ชำนาญกว่าในกรณีที่ต้องใช้บุคลากรอื่นทำงานแทน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเพียงพอและความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่
- กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยสรุป

(4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน มีการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชิ้นอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน
- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย รวมถึงมีมาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รั้งสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น และการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ
- มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือของห้องปฏิบัติการประกอบด้วย
 - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
 - การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
 - การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
 - การประเมินเครื่องมือที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ
 - การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือ มีการเรียกกลับ มีอุบัติเหตุที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ
 - การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ.

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางปฏิบัติสำคัญเพื่อบรรลุข้อกำหนดข้างต้น
- ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความพร้อมใช้/ไม่พร้อมใช้, ประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, ผลการสอบเทียบ, ปัญหาและอันตรายจากเครื่องมือ

(5) มีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่าย วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบและการดำเนินการที่เกิดขึ้น

(6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลแสดงถึงการประเมินและการคัดเลือกห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ
- ข้อมูลการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ และการดำเนินการ
- ข้อมูลการประเมินคุณภาพของการให้คำปรึกษาสำหรับการทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและเซลล์วิทยา

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ หลายหลายช่องทาง ทั้งการใช้สื่อทางเดียว การสื่อสารสองทาง และการประชุมร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

- จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งตรวจ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ คู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
- จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะเพื่อเรียนรู้การแปลผลการตรวจและการปรึกษาทางวิชาการ
- จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางคลินิกร่วมกันเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยและจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ใช้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกัน

ข. การให้บริการ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนเกี่ยวกับการปรับปรุงการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ

(2) มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการ**สอบทวน (validate)** ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการ**ตรวจสอบ (verify)** ว่า **น้ำยา วิธีวิเคราะห์** เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนความเหมาะสมและจัดทำข้อกำหนดของวิธีการวิเคราะห์ที่เป็นมาตรฐาน
- ทำการ**สอบทวน (validate)** วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้ เพื่อตรวจความถูกต้อง (accuracy) ความเที่ยง (precision) และช่วงค่าของการรายงานผล
- ทำการ**ตรวจสอบ (verify)** **น้ำยา วิธีการวิเคราะห์** เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ว่า เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้และเหมาะสมกับการใช้งาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนเกี่ยวกับการ**สอบทวน validate** วิธีการตรวจวิเคราะห์

(3) มีการ**ส่งมอบ**ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่า**วิกฤติ**ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และ**การจัดเก็บ**สำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนจากการทบทวนและปรับปรุงระบบการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์

(4) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนแนวทางการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์
 - เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น
 - มีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์อย่างปลอดภัย ตามมาตรฐาน IC
- มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และนำมาปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทเรียนในการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

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

- การชี้บ่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;
- บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
- การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
- การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
- การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งในขั้นตอนก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์;
- การควบคุมเอกสาร;
- เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย;
- การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามตัวชี้วัดและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของผลการทดสอบความชำนาญ และการปรับปรุงแก้ไขที่เกิดขึ้น

(3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดให้มีระบบควบคุมคุณภาพภายในที่เหมาะสม การติดตาม performance ของการตรวจวิเคราะห์ รวมทั้งการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
- นำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการแก้ไขปัญหา
- หาวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลภาพรวมของการควบคุมคุณภาพภายใน และการแก้ไขปรับปรุงที่เกิดขึ้น

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

SPA II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (DIN.3)

(1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

SPA II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (DIN.4)

(1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

SPA II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (DIN.5)

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

(2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

SPA 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 และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและความมุ่งหมายของการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ว่าเป็นไปเพื่อการค้นหาโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น
 - ภัยสุขภาพ หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม พืช สัตว์ สารเคมี / สารอื่นๆ ทั้งสถานะของเหลวของแข็ง ก๊าซ หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยจากภาคอุตสาหกรรม / เกษตรกรรม ภัยจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
 - การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ในองค์กร เป็นไปตามมาตรฐานว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมาตรฐานว่าด้วยสุขภาพของกำลังคน
 - การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ เพื่อสอบสวนและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด
- ผู้นำระดับสูงกำหนดทีมที่รับผิดชอบกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งอาจประกอบด้วย

- การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องรายงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะเฉียบพลันอื่นๆ
- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เช่น โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบจัดทำนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน.
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
 - วิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่
 - จัดลำดับความสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ
 - จัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้ รวมทั้งความพร้อมในการตรวจพบโรคและภัยสุขภาพที่มีได้คาดการณ์ไว้ก่อน
- 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)
<ul style="list-style-type: none"> ● โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนการเฝ้าระวัง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ○ ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง ○ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่เฝ้าระวัง

	<ul style="list-style-type: none">○ 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 รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) องค์กรติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่รับผิดชอบวิเคราะห์ว่าระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และครอบคลุมโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ และดำเนินการปรับปรุงให้มีความครอบคลุมตามความเหมาะสม
- ส่งเสริมบทบาทของผู้ให้บริการในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
 - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล ห้องปฏิบัติการ) ว่าได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอย่างไร เคยมีประสบการณ์อะไร และควรจะมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างไร
 - ใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลอื่นเพื่อเรียนรู้ความสำคัญของผู้ให้บริการในการเฝ้าระวัง และโอกาสที่จะพบโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น ภัยสุขภาพจากปลาปักเป้า หน่อไม้ดิบ หมูดิบ
 - 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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การพบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินและตามรอยที่สะท้อนประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์เหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น จัดทำแผนและเตรียมพร้อมในการรองรับ
- ทีมงานที่รับผิดชอบประเมินการทำหน้าที่ของ SRRT
 - มีทีมรับผิดชอบชัดเจนหรือไม่ อยู่ในความรับผิดชอบของใคร
 - ระบบการประสานงานระหว่าง SRRT กับโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
 - จากการระบาดที่เกิดขึ้น SRRT สามารถตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้ดีเพียงใด สามารถควบคุมให้โรคสงบได้เร็วเพียงใด
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดช่องทางและบุคลากรที่จะรับรายงานผู้ป่วยและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตั้งแต่ผู้รับรายงานเบื้องต้นไปจนถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจสั่งให้มีการปฏิบัติที่จำเป็น
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดข้อบ่งชี้และแนวทางในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้สามารถควบคุมแหล่งแพร่เชื้อและป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่, ทบทวนความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการสอบสวน/ควบคุมป้องกัน
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดแนวทางการสอบสวนและควบคุมโรคเมื่อเกิดการระบาด
 - กำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการสอบสวนโรค
 - มีเหตุการณ์ผิดปกติ
 - มีการป่วยเป็นกลุ่มก้อน
 - พบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด
 - ให้อำนาจผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรค
 - การสั่งใช้ทรัพยากร
 - อำนาจการสืบค้น

- การใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างทันกาลและรอบด้าน
 - การแจ้งเตือนไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิภาพของการสอบสวนและควบคุมโรคที่เคยเกิดขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ●

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

- (1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และสังคม
- (2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ 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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเข้าใจ ความตระหนัก ของผู้ป่วย ผู้รับบริการ ชุมชน และสังคม เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ ● ความครอบคลุมและทันเวลาของการจัดทำรายงาน

SPA II-9 การทำงานกับชุมชน

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

องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.

(1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของชุมชน ว่าครอบคลุมถึงชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนทางสังคมที่มารวมตัวกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน
- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทำความเข้าใจบริบทของชุมชนที่รับผิดชอบ โดย
 - ประเมินความต้องการของชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชน
 - 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)
● สรุปรชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ บริการสุขภาพที่จำเป็น	●

(2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปแผนงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนจำแนกตามลักษณะบริการต่างๆ และผลคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน	●

(3) องค์กรร่วมมือกับภาคที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการดำเนินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนตามแผนที่กำหนดไว้ในข้อ (2)
- ทีมผู้ให้บริการแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย ร้านขายยาในชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น
- ทบทวนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยพิจารณาถึงลักษณะการดำเนิน ความครอบคลุม ความเหมาะสมสอดคล้องกับแผนงานที่วางไว้ และรูปแบบ ลักษณะ ระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - การดูแลสุขภาพ
 - การช่วยเหลือสนับสนุน
 - การส่งเสริมการเรียนรู้
 - การพัฒนาทักษะสุขภาพ

- การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ
- การสร้างเครือข่าย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ความครอบคลุมของการดำเนินงาน, ความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ

(4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เปรียบเทียบกับแผนงานและความต้องการสุขภาพของชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	●

SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

(1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร ที่เข้มแข็งกับชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● สรุปภาพรวมที่เป็นรูปธรรมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ การสร้างเครือข่ายของชุมชน การเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน	<ul style="list-style-type: none">●

(2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการดำเนินการวิเคราะห์
 - ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ
 - ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของชุมชนที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา
 - กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหของชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV
- ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ เพื่อแก้ปัญหของชุมชน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล และครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สุขภาพรวมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริง แนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

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

สิ่งแวดล้อมทางสังคม

- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ และปัญหาสิ่งแวดล้อมทางสังคมในชุมชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน ในส่งเสริมให้บริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม)
 - การสร้างเครือข่ายทางสังคม
 - ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ประเมินผลการส่งเสริมให้บริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจว่านโยบายสาธารณะ อาจจะมาจากการกำหนดมาตรการเชิงบังคับโดยส่วนราชการ หรือมาจากมาตรการเชิงสังคมโดยชุมชนก็ได้

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ● สรุปภาพรวมการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ● นโยบายสาธารณะที่องค์กรขับเคลื่อน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ●