

แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)

ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน



เลขหมู่.....
เลขทะเบียน 0000 2035.....
วันที่

แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)

ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

WX 150 ๙181๒ 2545



* B K 0 0 0 0 0 0 2 3 6 0 *

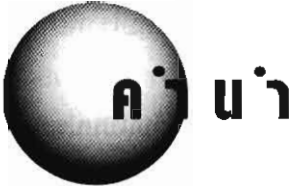
แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บัน...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545



มาตรฐาน HA เป็นเครื่องชี้นำทิศทางการพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จะใช้ร่วมกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลใช้เพื่อการวางแผนพัฒนา เพื่อการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา สถาบันฯ ใช้ในการประเมินเพื่อให้การรับรองโรงพยาบาล

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างกว้างขวาง ตอบสนองต่อนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางสถาบันฯ ได้กำหนดบันไดสามขั้นสู่ HA ไว้ดังนี้ บันไดขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกันปัญหา บันไดขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง บันไดขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วน และได้รับ Hospital Accreditation (HA) โรงพยาบาลที่ได้พัฒนามาจนมีความพร้อมแล้ว สามารถขอการรับรอง HA ได้โดยไม่ต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นจากบันไดขั้นที่ 1

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ) ชุดนี้ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่กำลังมุ่งปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของแฟ้มสะสมงาน รวมทั้งเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการตั้งคำถามเป็นหมวดหมู่ให้ทีมงานได้บอกเล่าในสิ่งที่ทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทีมงานจะได้ประโยชน์มากจากการใช้คำถามเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการรวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็น อีกทั้งทบทวนความสมบูรณ์ของการพัฒนาที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่จะเรียบเรียงข้อมูลที่ต้องการสื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจทราบอย่างเป็นระบบ

(4) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

แบบประเมินชุดนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และ ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

สำหรับส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงานนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ตอนที่ 2 หน่วยงานในที่นี้หมายถึง ก) หน่วยที่มีหน้าที่โครงสร้างกำลังคน สถานที่ทำงานที่ชัดเจน ข) บริการที่มีจัดให้แก่ผู้ป่วยโดยมิได้แยกตั้งหน่วยขึ้นมาชัดเจน เช่น บริการวิสัญญีวิทยาในโรงพยาบาลชุมชน บริการสุขศึกษาซึ่งทำโดยพยาบาลหออผู้ป่วย

ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน/บริการ ควรใช้แบบประเมินนี้วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน/บริการ ซึ่งเป็นพื้นฐานเริ่มต้นสำหรับการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญ ข้อมูลของหออผู้ป่วยต่างๆ ควรประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ทำงานร่วมกันในแต่ละหออผู้ป่วย นำไปประมวลและแลกเปลี่ยนกันในระดับทีมนำทางคลินิก ซึ่งจะช่วยให้หออผู้ป่วยในสาขาเดียวกัน ได้ปรับระบบงานให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

ในการสื่อสารข้อมูลของหออผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมชมสำรวมนั้น ควรลดความซ้ำซ้อนของการนำเสนอข้อมูลให้เหลือน้อยที่สุด โดยการใช้แบบประเมินส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิกเป็นหลัก และเพิ่มเติมเฉพาะในส่วนข้อมูลเฉพาะของหน่วยงาน คือในส่วน unit profile รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ตามดุลยพินิจของทีมงาน

สำหรับหน่วยงาน/บริการ ที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง และข้อมูลในระดับทีมนำทางคลินิกไม่ได้สะท้อนผลงานสำคัญของหน่วย หรือไม่มีส่วนประเมินในระดับทีมนำทางคลินิก ควรใช้แบบประเมินในระดับหน่วยงานนี้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ทั้งในขั้นตอนของการพัฒนาและการสื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ

เพื่อความสะดวกในการใช้งาน สถาบันฯ ขอแนะนำให้โรงพยาบาลที่ต้องการใช้แบบประเมินนี้ download เพิ่มข้อมูลจาก <http://www.ha.or.th>

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

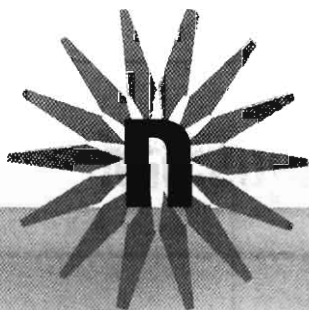


สารบัญ

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unit Profile)	1
1. หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์	2
2. กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา	4
3. การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาต่อเนื่อง	6
ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานทั่วไป	7
บทที่ 1 การนำ	8
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	10
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	11
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	13
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	14
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป	15
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	16
ค. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะหน่วยงาน	17
A&E: บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	18
ANE: บริการวิสัญญีวิทยา	24
BLD: บริการโลหิต	30
CRI: บริการผู้ป่วยวิกฤต/หน่วยบำบัดพิเศษ	36
CSS: บริการจ่ายกลาง	42
DEN: บริการทันตกรรม	47
EDU : บริการสุศึกษา	51
LAB: บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	54
NS: บริการทารกแรกเกิด	58

(6) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

NUT:	บริการอาหารและโภชนาการ	65
OBS:	บริการสูติกรรม	69
OPR:	บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด	74
PHA:	บริการเภสัชกรรม	79
REH:	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	83
SOC:	บริการสังคมสงเคราะห์	85



สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unit Profile)¹

1. หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์
2. ระยะเวลาการทำงานและโอกาสพัฒนา
3. การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาต่อเนื่อง

¹ ข้อมูลนี้จะทดแทนข้อมูลในแบบประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (เดิม) ให้ตอบโดยคำนึงถึงแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น บริการผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย ซึ่งควรตอบโดยแพทย์และพยาบาลที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย



หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ (GEN.1)

ชื่อหน่วยงาน

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย (Purpose)²

ขอบเขตบริการ³

ความต้องการของผู้รับบริการ⁴

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล⁵

เป้าหมาย (goal)⁶

เครื่องชี้วัด⁷

จุดเน้นในการพัฒนา⁸

² เหตุผลของการจัดให้มีบริการ/หน่วยงานนี้ เช่น "ให้บริการผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมอย่างมีคุณภาพ"

³ ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายใด มีระดับความสามารถเพียงใด

⁴ ระบุความต้องการที่สำคัญของ external customer

⁵ ระบุความต้องการที่สำคัญของ internal customer โดยแยกแยะตามหน่วยงานหากความต้องการนั้นมีความเฉพาะเจาะจง

⁶ ผลลัพธ์ของบริการซึ่งระบุกว้างๆ โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญของคุณภาพทั้งหมด

⁷ ให้ระบุเครื่องชี้วัดของหน่วยงานซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายอย่างครบถ้วน ให้นำเสนอตัวเลขเครื่องชี้วัดในรูปแบบของ run chart หรือ control chart ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาเป็นภาคผนวก (ถ้าเป็นไปได้)

⁸ องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาที่บริการ/หน่วยงานกำลังให้ความสำคัญอยู่ในปัจจุบัน (ตรงกับคำว่า เชื่อมมุ่ง หรือ Hoshin) ซึ่งมีที่มาจากเชื่อมมุ่งของโรงพยาบาล และจากปัญหาเฉพาะของบริการ/หน่วยงาน

วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการ⁹

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	เครื่องมือวัด ¹⁰	เป้า (target)	ระดับที่ปฏิบัติได้



⁹ ให้ระบุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาในปีปัจจุบัน ซึ่งควรเป็นสิ่งที่วัดได้ เป็นไปได้ และมีเงื่อนไขชัดเจน

¹⁰ ระบุสิ่งที่ใช้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์หรือกลยุทธ์



กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา (GEN.8/GEN.9)

2.1 กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)¹¹



¹¹ ทีมงานอาจใช้ flow chart ประเภทอื่นแทนได้ตามความเหมาะสม ที่จะสื่อให้เห็นกระบวนการทำงานทั้งหมด อาจจะแยกเป็น flow chart คนละภาพ หากกระบวนการทำงานนั้นไม่เกี่ยวข้องกัน

2.2 วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า ¹²	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา ¹³

2.3 แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง

¹² ให้ระบุจุดมุ่งหมายของกระบวนการ โดยตอบคำถามว่า “ทำไปทำไม” หรือ “จะเกิดประโยชน์อะไร” มิใช่ตอบว่า “ทำอะไร” หรือ “ทำมากเท่าไร”
¹³ ให้ระบุความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ได้เคยวิเคราะห์ไว้ให้มากที่สุด และนำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้ไปตอบในข้อ 2.3 นำปัญหาและโอกาสพัฒนาไปตอบในข้อ 3



การบรรลุเป้าหมายและ การพัฒนาต่อเนื่อง (GEN.9)

3.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น¹⁴

-
-
-
-

3.2 สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น¹⁵

-
-
-
-

3.3 การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการ หรือนีแผนจะดำเนินการต่อไป

-
-
-
-

¹⁴ ให้ระบุบริการหรือผลงานที่เป็นความภาคภูมิใจ ซึ่งยังคงมีการให้บริการหรือปฏิบัติอยู่ (ไม่ว่าจะเริ่มทำมาตั้งแต่เมื่อไร) โดยบรรยายสรุปแนวคิด กิจกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

¹⁵ ส่วนที่เพิ่มจากข้อ 3.1 ขอให้บรรยายสรุปการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น และข้อมูลแสดงการบรรลุเป้าหมายในเรื่องนั้น



รายละเอียดของ

การปฏิบัติตามมาตรฐานทั่วไป¹⁶

บทที่ 1	การนำ
บทที่ 4	การบริหารและพัฒนาศูนย์พยาบาลบุคคล
บทที่ 5	การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
บทที่ 6	เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
บทที่ 7	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
บทที่ 8	กระบวนการคุณภาพทั่วไป
บทที่ 10	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

¹⁶ เป็นการประเมินตามมาตรฐาน GEN.1-GEN.9 (ยกเว้น GEN.8 ซึ่งจะอยู่ในตอน ค.) และมาตรฐานระดับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ขอให้ทีมตอบอย่างกระชับแต่ครอบคลุมคำถามและกิจกรรมที่ทีมได้ทำมาอย่างครบถ้วน ไม่ว่ากิจกรรมเหล่านั้นจะทำภายใต้ชื่อหรือโครงการใดก็ตาม



การนำ

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริการ

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ขอให้อธิบายกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน ระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้การบริการของหน่วยงานนี้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร/ประสานงานที่ได้ผลดีคืออะไร?

โครงสร้างการบริหาร/ซึ่งนำการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานนี้เป็นอย่างไร? อยู่ในรูปของคณะกรรมการหรือที่ประชุมหน่วยงาน? ผลงาน/มติสำคัญของคณะกรรมการหรือที่ประชุมหน่วยงานในรอบปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง?

มีวิธีการในการตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างไร? มีระบบในการส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการอย่างไร? ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาและการแก้ไขที่ทีมเห็นว่าการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

ขอให้ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาระบบงานของหน่วยงานนี้ ซึ่งมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อะไรคือความต้องการของผู้รับบริการที่อยู่ในแผนว่าจะตอบสนองให้ดีขึ้น? อะไรคือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและการตอบสนองความต้องการดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติประจำในชีวิตประจำวัน?

LED.4 บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ขอให้อธิบายว่าผู้นำของหน่วยงานชั้นนำ สนับสนุน ผลักดัน ให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการในหน่วยงานนี้ได้อย่างไร? มีการประสานเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ อย่างไร? ผลการประเมินและติดตามความก้าวหน้าเป็นอย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้น และผู้นำของหน่วยงานนี้ได้ช่วยขจัดอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร?

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

มีข้อมูลอยู่แล้วในสรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unit Profile)

บทที่ 3 การบริการทรัพยากรและประสานบริการ

เป็นการประเมินในระดับโรงพยาบาล และที่มนำทางคลินิก





การบริหารและพัฒนา ทรัพยากรบุคคล

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

ขอให้อธิบายวิธีการจัดเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอเพื่อทำหน้าที่ของหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความเสี่ยงในเรื่องความไม่พอเพียงอย่างไร? มีมาตรการอย่างไรในกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ? มีการกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ หรือผู้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลอย่างไร?

ขอให้อธิบายเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง

GEN.4/HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานที่ได้อย่างมีคุณภาพ

ขอให้ระบุการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการ ที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้แก่เจ้าหน้าที่ในรอบปีที่ผ่านมา อะไรคือที่มาของการกำหนดเนื้อหาดังกล่าว? มีการนำข้อมูลจากการติดตามเครื่องชี้วัด การพัฒนาคุณภาพ และการนิเทศงานมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรมอย่างไร? อะไรคือปัญหาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ซึ่งพบได้น้อยๆ?

มีการประเมินผลการพัฒนาทรัพยากรบุคคลหรือไม่? ผลเป็นอย่างไร?

บทที่
5

การบริหารสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

หน่วยงานนี้ได้มีการปรับปรุงในส่วนของโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างในรอบปีที่ผ่านมา? มีแผนที่จะปรับปรุงอะไรอีก?

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการแยกขยะประเภทต่างๆ อย่างถูกต้อง?

ขยะอันตรายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการจัดการกับขยะเหล่านั้นอย่างไร?

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยหรือไม่? อะไรคือภาวะเสี่ยงหรือจุดที่มีความเสี่ยงที่พบเห็น? ได้มีการแก้ไขป้องกันอย่างไร?

มีการประเมินความเหมาะสมและความเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิงในแต่ละพื้นที่หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างไร?

มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยภายในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสาขานี้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร? มีเจ้าหน้าที่เข้าร่วมฝึกซ้อมจำนวนเท่าไร? ปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อมมีอะไรบ้าง? มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร?

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย**มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่**

อะไรคือความเสี่ยงทางกายภาพที่สำคัญในหน่วยงานนี้? ได้มีการสำรวจภาวะเสี่ยงต่ออันตรายครั้งสุดท้ายเมื่อไร? ผลการสำรวจเป็นอย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมา มีอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้อง ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้นบ้าง? ได้มีการแก้ไขอย่างไร?

อะไรคือความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้? ได้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันอย่างไร? มีสถิติการเจ็บป่วยจากการทำงานเกิดขึ้นเท่าไร?



บทที่
6

เครื่องมือและการจัดการ เกี่ยวกับเครื่องมือ

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่มีความสำคัญต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานนี้ได้แก่อะไรบ้าง? มีการจัดการให้มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอสำหรับใช้งานอย่างไร?

อะไรคือปัญหาข้อขัดข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา? ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือแก้ไขความชำรุดของเครื่องมือในรอบปีที่ผ่านมา มีมูลค่าเท่าไร? ขอให้อธิบายวิธีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (การตรวจสอบและเปลี่ยนชิ้นส่วนตามกำหนดเวลาก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหาย) ที่มีทำอยู่





ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

อะไรคือข้อมูลและสารสนเทศที่หน่วยงานต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงาน of หน่วยงานนี้? ได้นำข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าวมาใช้ประโยชน์อย่างไร?

ได้มีการนำระบบสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานนี้หรือไม่?



บทที่
8

กระบวนการคุณภาพทั่วไป

GEN.9 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนากฎหมายของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นอะไรบ้าง? กิจกรรมเหล่านั้นส่งผลต่อการปรับปรุงระบบการทำงานให้ดีขึ้นอย่างไร และผู้รับผลงานได้รับประโยชน์อะไรบ้าง?

แนวทางปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาไม่สามารถปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วนได้แก่เรื่องอะไร? มีแผนการที่จะดำเนินการต่อไปอย่างไร?

มีการนำเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator) มาใช้ประโยชน์อย่างไร? มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เป็นผลจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว?

ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูล การใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานที่ได้ทำไป?

ในรอบปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับปรุงระบบงานอะไรบ้างที่เป็นผลมาจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากระบบรายงานอุบัติการณ์? ความเสี่ยงอะไรที่ยังเป็นเรื่องท้าทายในการหามาตรการป้องกันให้ดีขึ้น? หน่วยงานมีส่วนในการรวบรวมและประมวลผลข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างไร?





การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection -NI) อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

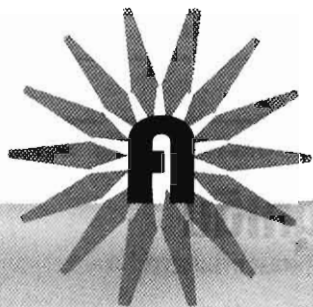
อะไรคือ NI ที่เป็นปัญหาสำคัญหรือมีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้? สถิติเกี่ยวกับ NI ในหน่วยงานนี้เป็นอย่างไร? ข้อมูลที่รวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือเพียงใด? ในรอบปีที่ผ่านมามีการระบาดของ NI หรือไม่? มีการปรับปรุงระบบงานหรือทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดปัญหาหรือป้องกัน NI อย่างไร?

โปรดอธิบายวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution/Isolation Precaution อย่างถูกต้อง เทคนิค หน่วยงานมีข้อจำกัดอะไรบ้าง? มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร?

ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ NI มีอะไรบ้าง? มีแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับอย่างไรเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว?

มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เกี่ยวกับเรื่อง hand hygiene และการป้องกัน sharp injury อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?





รายละเอียดของ

การปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะหน่วยงาน

- ขอให้นำคำทบทวนเฉพาะของแต่ละหน่วยงานในตอนต่อไปมาตอบในส่วนที่
ซึ่งเป็นการเน้นกระบวนการเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน/บริการ โดย
อาศัยเนื้อหาจากมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ร่วมกับ
มาตรฐานวิชาชีพซึ่งหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ พัฒนาขึ้น
- รหัสเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน เช่น A&E.1 เท่ากับเป็นส่วนขยาย
ความของ GEN.1 ในส่วนที่เป็นเรื่องเฉพาะของบริการอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน
- สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ไม่จำเป็นต้องตอบในส่วนนี้ เนื่องจาก
ต้องไปตอบรวมกันในบทที่ 15-20 ของแบบประเมินระดับทีมนำทาง
คลินิก



บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

A&E.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act¹⁷ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญเป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับ กระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

A&E.8.1 ฝึกร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสม (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะที่ต้องขอคำปรึกษاب่อยๆ)
- 2) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน, ขอให้ยกตัวอย่าง ภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีความจำเป็นสูง)
- 3) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

¹⁷ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

A&E.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

- 1) การคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย จัดลำดับความเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ทันที่
- 2) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) เพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดตัวบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีอุบัติเหตุหมู่ และกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว
- 3) การเตรียมรถพยาบาลฉุกเฉินและทีมงาน เพื่อสามารถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย
- 4) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินจากผู้ป่วยหรือผู้ประสพเหตุ

A&E.8.3 บัการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั่วไประหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

- 1) การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา รับทราบแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค สามารถดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้ (ขอให้ระบุกรณีที่การให้ข้อมูลมีความสำคัญสูง และผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลในด้านความเข้าใจ/การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย)

A&E.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินผลวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

- 1) การตรวจและการวินิจฉัย เพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้เหมาะสมครอบคลุม ทันเวลา (ขอให้ยกตัวอย่างโรคที่มักจะได้รับ การวินิจฉัยล่าช้า ไม่เหมาะสม ไม่ชัดเจน และแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าว)
- 2) การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา (ขอให้ยกตัวอย่างโรคที่ควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ)

A&E.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็ไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะการดำเนินงานของโรงพยาบาล

1) การเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยจำนวนมากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุประสบการณ์การรับอุบัติเหตุหมู่ที่ผ่านมา และจุดแข็งจุดอ่อนที่พบ)

2) การช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ควรมีอัตราการรอดชีวิตสูง? อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นเท่าไร?)

3) การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ (ขอให้ระบุภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย และผลการดูแลภาวะฉุกเฉินเหล่านั้น)

4) การดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติอย่างรัดกุม มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ (ขอให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและเสี่ยงต่อผลลัพธ์ จะไม่เป็นที่พอใจ รวมทั้งผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้)

5) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น เด็กที่ไม่มีผู้ปกครองมาด้วย, ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ, ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา, ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ

6) การดูแลผู้ป่วยที่มีประเด็นเกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น ผู้ถูกข่มขืน, ผู้ที่สงสัยว่าเป็นเหยื่อของอาชญากรรม, เด็กที่ได้รับการทารุณ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยเฉียบพลัน, การให้ข้อมูลและการส่ง specimen ที่เกี่ยวข้องกับคดีแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ, การตรวจระดับแอลกอฮอล์และยาในเลือดเมื่อได้รับคำขอ

7) การให้อาหารอันตราย ยาเสพติด ออกซิเจน เลือด ให้แก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

8) การทำหัตถการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยความพร้อมและปลอดภัย (ขอให้ระบุหัตถการที่ต้องมีการเตรียมความพร้อม หรือต้องทำด้วยความรวดเร็ว)

9) การรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการเพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (ขอให้ระบุลักษณะผู้ป่วยหนักที่สุด

ที่รับไว้สังเกตอาการ ระยะเวลาสั้นที่สุดที่จะรับไว้สังเกตอาการ)

- 10) การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินหรือเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล

A&E.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงท่วงทาบผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

1) การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การประเมินคุณภาพ การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (ขอให้ระบุว่าข้อมูลต่อไปนี้เป็นใดที่บันทึกได้ดีแล้ว ส่วนใดที่ยังมีปัญหาในการบันทึก: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย สภาพเมื่อจำหน่าย การนัดหมายเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่อง)

2) การรายงานโรค เพื่อให้ผู้รับผิดชอบได้ทราบสถานการณ์อย่างทันท่วงที (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีโอกาสต้องรายงาน)

3) การออกไปรับรอง เพื่อสื่อสารสภาพการเจ็บป่วยให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบตามความจำเป็นในเวลาที่เหมาะสม

A&E.8.7 มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลรักษา

1) การประสานงานและติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ทั้งในกรณีที่ต้องรับการตรวจซ้ำ/เพิ่มเติม และกรณีขาดการมาตรวจตามนัด (ขอให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญ)

2) การตัดสินใจส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น การดูแลเบื้องต้น และการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยที่จะส่งต่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (ขอให้ยกตัวอย่างโรคหรือกรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถให้การรักษาได้และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น แนวทางการตัดสินใจ แนวทางการดูแลเบื้องต้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

A&E.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- ระยะเวลารอคอยก่อนที่จะได้รับการตรวจขั้นต้น
- เวลาที่ใช้ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานเกินกว่า 4 ชั่วโมง (โดยไม่ได้รับไว้สังเกตอาการ)
- จำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ
- การ investigate ที่ผู้ป่วยได้รับ
- การทำ invasive procedure ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การเสียชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล
- การมาตรวจตามกำหนดนัด
- การมาตรวจซ้ำฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดภายใน 48 ชั่วโมง
- การเกิดอุบัติเหตุการณ์ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การแพทย์ที่เกิดขึ้นในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์อุบัติเหตุกับรังสีแพทย์
- คำร้องเรียนของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์
- ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย



ขอให้ทบทวนว่ามีภาระรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- A&E.1** ชอบเขตการให้บริการอยู่ในระดับใด? (ระดับที่ 1 มีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ประจำ 24 ชั่วโมง และปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักได้ทันที, ระดับที่ 2 มีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ประจำ 24 ชั่วโมง และปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ภายใน 30 นาที, ระดับที่ 3 มีแพทย์เวรซึ่งสามารถมาดูผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที, ระดับที่ 4 ให้บริการปฐมพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตและส่งต่อ)
- A&E.2** หัวหน้าด้านการแพทย์ และหัวหน้าด้านการพยาบาล มีประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพียงใด?
- A&E.3** กำลังคนด้านพยาบาล มีหัวหน้าเวรเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกเวรหรือไม่? มีเจ้าหน้าที่พยาบาลเพียงพอที่จะทำหน้าที่ CPR ครบทีมหรือไม่?
- A&E.4** การพัฒนาบุคลากร มีการฝึกอบรมในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ ให้แก่ใคร เมื่อไร บ่อยเพียงใด? (การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง, การรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับภาวะฉุกเฉินของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ระบบสมองและไขสันหลัง และภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยอื่นๆ)
- A&E.6** ที่ตั้งและการเข้าถึง สามารถเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกเพียงใด? มีทางให้รถพยาบาลเข้าส่งผู้ป่วยและกลับรถได้สะดวกหรือไม่? จุดที่จอดรถพยาบาลอยู่ใกล้และสามารถเข้าถึงจุดที่จะทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้ง่ายหรือไม่?





ANE: บริการวิสัญญีวิทยา

ANE.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการวิสัญญีที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act¹⁸ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

ANE.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์สาขาอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสม (ขอให้ยกตัวอย่าง ภาวะที่ต้องขอคำปรึกษاب่อยๆ)
- 2) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้อง ประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน ตัวอย่างเรื่อง ที่ ประสานงานกัน, ขอให้ยกตัวอย่างภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับ หน่วยงานอื่นมีความจำเป็นสูง)
- 3) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

¹⁸ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูล ที่ แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

4) บทบาทในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานอื่น เช่น หอผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หน่วยเครื่องช่วยหายใจ คลินิกบำบัดอาการปวด ฯลฯ

ANE.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

- 1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและไม่กังวลจนทำให้การระงับความรู้สึกไม่ราบรื่น (ผู้ป่วยทั่วไปได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างไร? ผู้ป่วยเด็กได้รับการเตรียมเป็นพิเศษอย่างไร? แนวทางที่กล่าวไว้สามารถนำมาปฏิบัติได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายหรือไม่?)
- 2) การประสานงานหรือการจัดการเพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยที่ลงนามยินยอมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นและความเสี่ยงของการระงับความรู้สึก
- 3) การระงับตัวผู้ป่วยและการตรวจสอบก่อนระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันการทำให้เกิดการผิดคน

ANE.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลจำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

- 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกในการระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก (มีการใช้สื่ออย่างไร? สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุมเพียงใด?)

ANE.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

- 1) การประเมินสถานะของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อประเมินความพร้อมและปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน (ขอให้ระบุปัญหาที่พบบ่อย ระบุกรณีที่ไม่สามารถให้บริการวิสัญญีได้และจำเป็นต้องส่งต่อไปที่ซึ่งมีขีดความสามารถสูงกว่า)

- 2) การวางแผนการให้บริการวิสัญญีให้เหมาะสมสำหรับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย (ขอให้อธิบายตัวอย่างสภาวะที่มีความเสี่ยงสูง แนวทางการวางแผน และผลที่เกิดขึ้น)
- 3) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรับความรู้สึก (ขอให้อธิบายตัวอย่างกรณีที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ)

ANE.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะการณของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เกะเสบ

- 1) การสั่งยาและสารน้ำก่อนการรับความรู้สึก (pre-anesthetic medication) เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการรับความรู้สึกอย่างราบรื่น
- 2) การตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เพื่อให้พร้อมใช้อย่างปลอดภัย (ขอให้ระบุการตรวจสอบประจำวัน การตรวจสอบก่อนเริ่มต้นให้การรับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยแต่ละราย บันทึกการตรวจสอบ ความเสี่ยงอันเนื่องมาจากความไม่พร้อมที่มีโอกาสเกิดที่จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ)
- 3) การกำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบให้บริการวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย, ข้อบ่งชี้ที่วิสัญญีแพทย์จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง หรือดูแลการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด, การกำหนดบุคคลที่จะติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างรับความรู้สึก
- 4) การเริ่มต้นรับความรู้สึก การเลือกใช้ยา และการตรวจสอบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการผ่าตัดอย่างราบรื่นและปลอดภัย (ขอให้ระบุแนวทางการตรวจสอบว่ามีการใส่ท่อช่วยหายใจในตำแหน่งที่ถูกต้องเหมาะสม แนวทางปฏิบัติเมื่อไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้)
- 5) การติดตามประเมินสภาวะของผู้ป่วยระหว่างรับความรู้สึก เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น และดูการตอบสนองต่อการรับความรู้สึกอย่างเหมาะสมกับประเภทของการรับความรู้สึกและผู้ป่วยแต่ละราย ในประเด็นต่อไปนี้: การตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจระหว่างการรับความรู้สึก, การติดตามการหายใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง, การติดตามระดับออกซิเจนในเลือด (ด้วยการสังเกตทางคลินิกและการใช้เครื่องมือ), การติดตามสมภาวะทางหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง, การติดตามอุณหภูมิของร่างกายในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีข้อบ่งชี้, การติดตามการทำหน้าที่ทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ใช้ยา neuromuscular blocking agents, การติดตามและประเมินการจัดวางตำแหน่งของผู้ป่วยเป็นระยะ

6) การสิ้นสุดการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวในเวลาที่เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

7) การดูแลในช่วงฟื้นความรู้สึกตัวก่อนส่งตัวกลับหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความต่อเนื่องในการดูแล (ขอให้ระบุข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยเข้าดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติและผู้มีหน้าที่ติดตามไปส่ง, แนวทางการเฝ้าระวังในห้องพักฟื้น, ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเฝ้าระวัง, ข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น, ผู้มีหน้าที่ประเมินและสั่งจำหน่าย, การส่งมอบความรับผิดชอบแก่หอผู้ป่วย)

8) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและรับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย (การติดตามทำได้ครอบคลุมเพียงใด? อะไรคือภาวะแทรกซ้อนที่พบ? อะไรคือเสียงสะท้อนที่ได้รับจากผู้ป่วยและการแก้ไขที่เกิดขึ้น?)

9) การจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

10) การป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายระหว่างการเคลื่อนย้าย

11) การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ และการปฏิบัติเมื่อเกิดการเสียชีวิตในห้องผ่าตัด



ANE.8.6 บันทึกรับรักษาข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกอย่างครบถ้วน เพื่อให้ทราบภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ีระหว่างกับงานผู้ป่วยบริการ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเป็นข้อมูลสำหรับประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

1) ผลการทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกที่ระหว่างระงับความรู้สึกเป็นอย่างไร? มีแผนการปรับปรุงอย่างไร? (บันทึกที่ควรมีประกอบด้วย vital signs ทุก 5 นาที, ชนิดและวิธีการให้ยา พร้อมทั้งเวลาและปริมาณที่ให้, การเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น, ชนิดและปริมาณสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ, ปริมาณเลือดและปัสสาวะที่สูญเสีย, อุปกรณ์ที่ติดตามเผ่าะวังผู้ป่วย)

2) ผลการทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกในห้องพักฟื้นเป็นอย่างไร? มีแผนการปรับปรุงอย่างไร? (บันทึกที่ควรมีประกอบด้วย vital signs ทุก 15 นาที, ชนิดของยาหรือการรักษา โดยระบุข้อบ่งชี้ เวลา และปริมาณที่ให้, บันทึกความเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระงับความรู้สึก)

ANE.9 กิจกรรพัฒนาด้านคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการวิสัญญี โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของบริการวิสัญญีวิทยามีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเย็บมาก่อน และหลังผ่าตัด
- อุบัติการณ์ระหว่างการระงับความรู้สึก เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ/ไม่ถูกตำแหน่ง, เครื่องมือมีปัญหา, เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
- การช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผ่าตัด

- การเสียชีวิตในห้องผ่าตัด หรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึกเกินกว่า 20 นาทีหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น
- ผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในห้องพักฟื้นนานเกินกว่า 2 ชั่วโมงครึ่ง
- การรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไว้ใน ICU โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
- ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ตา ฟัน
- การเกิด pneumonia หรือ atelectasis ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- ภาวะตับหรือไตล้มเหลวหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่มีความดัน systolic ระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดต่ำกว่า 80 mmHg
- การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมที่จะรับการระงับความรู้สึก

ขอให้ทบทวนว่ามีกระบวนการละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- ANE.3** การจัดทำล้งคนเป็นไปตามที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดไว้หรือไม่? (มีวิสัญญีแพทย์อย่างน้อย 1 คนสำหรับโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงขึ้นไป, มีวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตร 1 ปี ของราชวิทยาลัยวิสัญญีฯ ในสัดส่วน 3 คนต่อห้องผ่าตัด 2 ห้อง, มีพยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาลดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 1 คนต่อผู้ป่วย 2 ราย)
- ANE.6** สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ระยะทางระหว่างห้องพักฟื้นกับบริเวณห้องผ่าตัดเป็นเท่าไร? มีห้องผ่าตัดกี่ห้อง? มีเตียงพักฟื้นกี่เตียง? ห้องพักฟื้นเปิดให้บริการในชั่วโมงใดบ้าง? หออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ห่างจากห้องผ่าตัด เป็นระยะทางเท่าใด?
- ANE.7** มีเครื่องให้ยาสลบที่ใช้การได้จำนวนกี่เครื่อง? เครื่องให้ยาสลบทุกเครื่องมี อุปกรณ์เตือนเมื่อความดันออกซิเจนลดและมีถังออกซิเจนสำรองหรือไม่? มีระบบเตือนเมื่อเครื่องช่วยหายใจหลุดจากผู้ป่วยหรือไม่? มี pulse oximeter และ EKG monitor ในทุกห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นหรือไม่? มีการบำรุงรักษาเครื่องให้ยาสลบอย่างไร?



บริการโลหิต

BLD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการโลหิตที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act¹⁹ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

BLD.8.1 มีกรทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ในสาขาโลหิตวิทยาหรืออายุรกรรมทั่วไป เพื่อให้มีการใช้โลหิตอย่างเหมาะสม
- 2) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการใช้โลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกัน บ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน ตัวอย่างเรื่องที่ประสานงานกัน)
- 3) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการของหน่วยบริการโลหิต
- 4) บทบาทของหน่วยบริการโลหิตในการให้คำปรึกษาและสะท้อนข้อมูลให้แก่หน่วยงานอื่น

¹⁹ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินการต่อไป

BLD.8.2 มีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสม

- 1) การประสานงานหรือวางระบบเพื่อให้ได้รับโลหิตจากการบริจาค (ขอ
ให้ระบุแหล่งสำคัญของผู้บริจาคโลหิต, สัดส่วนของโลหิตที่ได้จากการบริจาค
ของญาติ ของบุคคลทั่วไป และจากสภากาชาด)
- 2) การคัดกรองและการตรวจผู้บริจาคโลหิต เพื่อให้ได้ผู้บริจาคโลหิต
ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ (ขอให้ระบุว่าโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตาม
หลักเกณฑ์ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติกำหนดไว้ได้เพียงใด?)
- 3) มีนโยบายในเรื่อง autologous transfusion อย่างไร? ได้ผลเป็น
อย่างไร?

BLD.8.3 มีการเจาะเก็บโลหิตด้วยวิธีปลอดเชื้อ

- 1) การเจาะเก็บโลหิตด้วยวิธีที่ปลอดเชื้อ รวมทั้งการฝึกอบรมผู้เจาะ
เก็บ และการกำกับดูแล
- 2) การเจาะเก็บเลือดด้วยวิธีพิเศษ เช่น autologous, apheresis
(ขอให้ระบุการควบคุมดูแลระหว่างปฏิบัติการดังกล่าว)

BLD.8.4 มีฉลากระบุที่สมบูรณ์สำหรับโลหิตที่เจาะเก็บและตัวอย่างโลหิต

- 1) การเขียนฉลากระบุบนโลหิตและตัวอย่างโลหิตแต่ละหน่วย
ประกอบ (ขอให้ระบุข้อมูลที่เขียนบนฉลาก, การกำหนดหมายเลข identify
หน่วยโลหิต, แนวทางการป้องกันการสลับหมายเลขหรือฉลาก, แนวทางการ
ป้องกันฉลากหลุดจากภาชนะเก็บโลหิตหรืออ่านไม่ชัดเจน, แนวทางการแก้ไข
หรือเพิ่มเติมข้อมูลบนฉลาก)

BLD.8.5 มีการตรวจโลหิตที่เจาะเก็บทุกหน่วยตามมาตรฐาน

- 1) การตรวจโลหิตแต่ละหน่วยก่อนที่จะนำไปใช้ เพื่อเป็นหลักประกัน
ว่าผู้ป่วยจะได้รับโลหิตที่ปลอดภัย (ขอให้ระบุว่ามีการตรวจอะไรบ้าง? มีการ
ตรวจ HIV-Ag และ anti-HCV หรือไม่? ทางโรงพยาบาลตรวจเองหรือส่ง

ให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ/ภาคบริการโลหิตเป็นผู้ตรวจ?

2) การป้องกันการสลับตัวอย่างโลหิตระหว่างการตรวจ

BLD.8.6 บัการสำรอง การแยกเก็บโลหิตและตรวจสอบโลหิตอย่างเหมาะสม

1) ระบบการสำรองโลหิต เพื่อให้มีโลหิตเพียงพอกับความต้องการ (ขอให้ระบุปริมาณโลหิตที่มีการสำรอง, ผลการประเมินพอเพียงของโลหิตที่สำรองไว้, แนวทางปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการโลหิตจำนวนมากกว่าที่สำรองไว้)

2) การแยกเก็บโลหิตประเภทต่างๆ เพื่อป้องกันการนำโลหิตที่ยังไม่ผ่านการตรวจหรือโลหิตที่เสื่อมคุณภาพไปใช้

3) การตรวจสอบคุณภาพของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต เพื่อคัดโลหิตที่เสื่อมสภาพและหมดอายุออก (ขอให้ระบุจำนวนโลหิตที่ต้องทิ้งในแต่ละเดือน)

4) การดูแลคุณภาพของการเก็บโลหิตนอกคลังโลหิต ซึ่งมีโอกาสที่จะถูกส่งคืนกลับมาเก็บสำรองไว้ที่คลังโลหิตอีกครั้ง (ขอให้ระบุจำนวนโลหิตที่ต้องรับคืนมาจากผู้เบิกในรอบปีที่ผ่านมา)

5) แนวทางการตรวจสอบและผลการตรวจสอบสภาพการทำงานของตู้เย็นเก็บโลหิต

BLD.8.7 บริการ cross-match ครอบคลุมขั้นตอนตลอด 24 ชั่วโมง

1) การทำ cross-match และ compatibility test เพื่อป้องกันการเกิด incompatible transfusion (ขอให้ระบุแนวทางการตรวจ, การป้องกันการสลับตัวอย่างโลหิต, การปิดฉลากเลือดที่ cross-match แล้ว)

2) แนวทางปฏิบัติ ในกรณีที่แพทย์ต้องการใช้โลหิตด่วน

3) ระบบการติดตามผลการให้โลหิตและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น (ขอให้ระบุความร่วมมือและความครบถ้วนในการรายงานจากผู้ให้)

BLD.8.8 **มีระบบบันทึกข้อมูลในการเบิกจ่ายโลหิตเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ระหว่าง
กับงานผู้ให้บริการและสามารถตรวจสอบได้เมื่อมีปัญหา**

- 1) แนวทางในการบันทึกและจัดทำเอกสารต่อไปนี้: แบบฟอร์มการขอจองโลหิตและการเขียนฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างโลหิตของผู้ป่วย, บันทึกการจ่ายโลหิตแก่ผู้ป่วย, บันทึกการรับส่งตรวจ, รายงานผลการตรวจชั้นสูตร, การเก็บรายงานผลการตรวจชั้นสูตร, การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์ คำร้องเรียน
- 2) ผลการประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการทำงานบันทึกและจัดทำเอกสารข้างต้น

BLD.8.9 **มีการตรวจสอบความถูกต้องของโลหิตก่อนจ่ายออกจากคลังโลหิต และ
ก่อนให้โลหิตแก่ผู้ป่วย**

- 1) การตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายโลหิตออกจากคลัง (ขอให้ระบุความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นและแนวทางการป้องกันที่รัดกุม)
- 2) การตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้โลหิตแก่ผู้ป่วย (ขอให้ระบุความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้น และแนวทางการป้องกันที่รัดกุม)
- 3) การตรวจค้นหาสาเหตุของ transfusion reaction ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีการเกิด transfusion reaction ขึ้นกี่ครั้ง? เกิดจากสาเหตุอะไร?

BLD.8.10 **วิธีการฆ่าเชื้อโรคสำหรับเลือดที่ติดเชื้อ รวมทั้งสิ่งส่งตรวจติดเชื้อ ก่อน
ทิ้งทำลาย**

- 1) การใช้ การเก็บ การหึ่งโลหิต/สิ่งส่งตรวจ/อุปกรณ์ที่ใช้
- 2) การจัดการเมื่อมีการหกของสิ่งส่งตรวจหรือสิ่งปนเปื้อน
- 3) การทำลายเชื้อเครื่องมือและสิ่งส่งตรวจที่ติดเชื้อ

BLD.8.11 ปีการเก็บตัวอย่างตรวจของผู้ป่วยและของตู้บริจาคโลหิตสอบซ้ำถ้ามี ปัญหาอย่างน้อย 7 วัน

1) ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ต้องมีการทดสอบตัวอย่างซ้ำบ่อยเพียงใด?
ผลการทดสอบและสาเหตุของปัญหาคืออะไร?

BLD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการโลหิต โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน (internal quality control) อย่างไร?
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการแก้ไขปรับปรุงอะไรบ้างที่เป็นผลมาจากการควบคุม
คุณภาพภายใน?

มีการทำ external QC หรือไม่? โดยหน่วยงานใด? ผลเป็นอย่างไร?

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของบริการโลหิตมีอะไรบ้าง? ผลการ
ทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์
ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มา
วิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- สถิติ infectious disease marker
- สถิติอัตราการใช้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตในแต่ละหน่วยงาน
- สถิติสัดส่วนการ cross-match และการใช้โลหิต
- อุบัติการณ์ของผลอันไม่พึงประสงค์และปฏิกิริยาจากการให้โลหิต
- ความเหมาะสมของการใช้โลหิตและส่วนประกอบของเลือด เปรียบเทียบกับข้อบ่งชี้หรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้

ขอให้ทบทวนว่ามีการระบุรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- BLD.1** โปรตรูปประเภทของโลหิตที่สามารถให้บริการได้และช่วงเวลาในการให้บริการ
- BLD.2** มีบุคคลหรือคณะกรรมการใดทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้มีโลหิตที่เพียงพอ มีการใช้โลหิตที่ถูกต้อง และปลอดภัยแก่ผู้ป่วย? มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตประเภทต่างๆ อย่างไร? มีการติดตามความเหมาะสมในการใช้โลหิตบ่อยเพียงใด? ผลการติดตามเป็นอย่างไร? มีการดำเนินการตอบสนองอย่างไร?
- BLD.7** มีเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับเก็บโลหิตและแยกองค์ประกอบของโลหิตอะไรบ้าง? มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ และคุณภาพของน้ำยาอย่างไร?





บริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

CRI.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²⁰ ไปที่ละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

CRI.8.1 ปีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสม (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะที่ต้องขอคำปรึกษาบ่อยๆ)
- 2) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน, ขอให้ยกตัวอย่างภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีความจำเป็นสูง)
- 3) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

²⁰ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)

Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง

Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี

Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินการต่อไป

CRI.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

- 1) ข้อบ่งชี้ของการรับผู้ป่วยเข้าไว้ในหน่วยนี้ และการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพื่อให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยได้เหมาะสม (ขอให้ระบุผลการประเมินการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วย)
- 2) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา
- 3) การลงนามยินยอมรับการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้น (ขอให้ระบุแนวทางปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยมีอาการหนักและไม่สามารถรับรู้ด้วยตนเองได้ และแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว)
- 4) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) และการตรวจสอบเพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดคน

CRI.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

- 1) การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบผลการตรวจวินิจฉัย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา (ขอให้ระบุข้อมูลสำคัญที่เน้นและข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม รวมทั้งแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต)

CRI.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะที่คุกคามต่อชีวิตกับความจำเป็น

- 1) การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้ทราบปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และสามารถคาดการณ์ภาวะวิกฤติได้ก่อนที่จะรุนแรงจนคุกคามชีวิต (ขอให้ระบุภาวะที่มีโอกาสรุนแรงจนคุกคามชีวิตและแนวทางการประเมินภาวะดังกล่าว)
- 2) การส่งตรวจ investigate เพื่อให้แพทย์ได้รับข้อมูลประกอบการ

วินิจฉัยโรคในเวลาที่เหมาะสม (ขอให้ประเมินการส่งตรวจ การได้รับรายงาน การเก็บรายงาน การใช้ผล การอธิบายผลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทของพยาบาลในการแปลผลการตรวจ investigate)

3) การวินิจฉัยและการปรับปรุงการวินิจฉัย (ขอให้ทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยของทุกวิชาชีพ ในแง่ของความชัดเจน ความถูกต้อง การมีหลักฐานสนับสนุน)

4) การวางแผนดูแลรักษา เพื่อสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวม และใช้เป็นเครื่องมือในการประสานระหว่างวิชาชีพ (แต่ละวิชาชีพวางแผนของตนอย่างไร? มีการใช้ข้อมูลจากการประเมินมาใช้วางแผนอย่างไร? มีการประสานแผนกันอย่างไร? ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในกรณีใดบ้าง)

5) การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ (ผู้ป่วยอาการหนักซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือปัญหาเฉียบพลันที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง? มีแนวทางการเฝ้าระวังอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าจะสามารถตรวจสอบภาวะวิกฤติได้ทันที่หรือตรวจพบปัญหาแต่เริ่มแรก? แพทย์และพยาบาลมีความร่วมมือกันอย่างไรในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ? ผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร?)

CRI.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละระยะ:

1) การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (ภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยนี้มีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะดังกล่าวอย่างไร? มีวิธีการอย่างไรที่จะตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้ในเวลาที่เหมาะสม? ประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นอย่างไร?)

2) การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย (มีมาตรการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยตลอดเวลา? หัตถการที่มีความเสี่ยงที่มีการกระทำในหน่วยนี้มีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลืออย่างไร? ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยในหน่วยงานนี้มีอะไรบ้าง? มีมาตรการป้องกันอย่างไร?)

3) การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา (มีแนวทางอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาครบถ้วน โดยบุคคลที่เหมาะสม? มีหน้าที่อะไรบ้างที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพมอบหมายให้ผู้อื่นทำแทน? มีการฝึกอบรมและควบคุมกำกับการทำงานที่แทนนั้นอย่างไร?)

4) การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล (ขอให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหลายระบบ, แนวทางการดูแลและการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, ผลลัพธ์ของการดูแล)

5) การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม (ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ที่พบบ่อย และแนวทางปฏิบัติในการดูแลเรื่องเหล่านี้ทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้มาเยี่ยม)

6) การใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย (ขอให้อธิบายแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้องตั้งแต่แพทย์สั่งยาจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยา ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยได้แก่อะไรบ้าง? เกิดกับยากลุ่มใดหรือตัวใด? การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดความคลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนอย่างไร? ยาที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังความเหมาะสมในการใช้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการลดความไม่เหมาะสมในการใช้หรือการสั่งใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?)

7) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ในเวลาสั้นที่สุดและปราศจากภาวะแทรกซ้อน (ขอให้ระบุโรคของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอันดับต้นๆ, แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ, แนวทางการดูแลทางโภชนาการ/การใช้ยา/กายภาพบำบัด, แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ)

8) การใช้เครื่องมือพิเศษ (ขอให้ระบุเครื่องมือพิเศษอื่นๆ ที่มีการใช้ในหน่วยงานนี้, ข้อบ่งชี้และข้อระมัดระวังในการใช้, การฝึกอบรมผู้รับผิดชอบ)

CRI.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงท่วงกับจوابผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

1) การกำหนดเป้าหมายและออกแบบบันทึกเวชระเบียน (แพทย์และพยาบาลได้มีการร่วมกันกำหนดอย่างไร? ลักษณะเฉพาะของแบบบันทึกเวชระเบียนในหน่วยงานมีอะไรบ้างและมีเป้าหมายอะไร?)

2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด? ทบทวนอะไร? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร?)

CRI.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

1) การส่งตัวกลับหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความต่อเนื่องในการดูแล (ขอให้ระบุข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายออกจากหน่วย, ผู้มีหน้าที่ประเมินและสั่งจำหน่าย, การส่งมอบความรับผิดชอบแก่หอผู้ป่วย, การประสานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นอื่นๆ)

2) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น (ขอให้ระบุภาวะที่จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถสูงกว่า, การทบทวนความเหมาะสมของเวลาที่ส่งต่อ และความเหมาะสมในการดูแลก่อนการส่งต่อ)

CRI.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของบริการผู้ป่วยวิกฤติมีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไป (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- การเสียชีวิตจำแนกตามกลุ่มโรคและความรุนแรง

- การติดเชื้อในโรงพยาบาล (ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ, ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ, ติดเชื้อเนื่องจากการให้สารน้ำ)
- การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (hypostatic pneumonia, dis-orientation/acute confusion, กล้ามเนื้อลีบหรือข้อยึดติด, แผลกดทับ)
- การเกิดอุบัติเหตุการณ (เช่น การให้การรักษายาผิดพลาดคน, ความผิดพลาดในการให้ยา/เลือด, การบาดเจ็บจากการผูกมัดหรือการใช้อุปกรณ์การแพทย์)
- การย้ายกลับเข้าหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤตอย่างไม่คาดคิดภายใน 3 วัน
- การปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรับผู้ป่วย

ขอให้ทบทวนว่ามีการระบุรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- CRI.2** แพทย์ที่รับผิดชอบได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์อย่างไร? พยาบาลหัวหน้าหน่วยได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์อย่างไร?
- CRI.3** มีการจัดแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างไร? อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยหนักเป็นเท่าไร? มีหลักฐานประการอย่างไรว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยวิกฤตได้?
- CRI.4** ความรู้และทักษะในการพยาบาลเฉพาะทางขั้นสูงที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานนี้ได้แก่อะไรบ้าง? มีการประเมินความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงานในเรื่องดังกล่าวอย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?
- CRI.6** สถานที่ตั้งสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตกับหน่วยงานที่จำเป็น (เช่น ห้องผ่าตัด ห้องเอกซเรย์ ห้องฉุกเฉิน) เพียงใด? มีจำนวนเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลได้เพียงใด? มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยที่ต้องการ protective isolation หรือไม่? มีระยะห่างระหว่างเตียงเพียงพอสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือไม่?
- CRI.7** อุปกรณ์ประจำแต่ละเตียงประกอบด้วยอะไรบ้าง? หัวเตียงผู้ป่วยสามารถถอดได้หรือมีลักษณะเหมาะสมกับการช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือไม่? เครื่องมือพิเศษประจำหน่วยมีอะไรบ้าง?



บริการจ่ายกลาง

CSS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²¹ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

CSS.8.1 มีการจัดอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อเพียงพอเพื่อความต้องการใช้

1) การประมาณความต้องการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ เพื่อให้มีอุปกรณ์/เครื่องมือเพียงพอแก่ความต้องการใช้ (ขอให้ระบุลักษณะการจัดเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือว่าเป็นการกระจายหรือรวมศูนย์? หน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่หน่วยงานใดบ้าง? มีการประมาณความต้องการร่วมกันอย่างไร? อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีปริมาณการใช้สูงมีอะไรบ้าง?)

2) การจัดระบบสำหรับจ่ายอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ นอกเวลาทำการปกติ

²¹ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

CSS.8.2 มีการจัดระบบเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อจากน้ำที่และผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- 1) แนวทางการชำระล้างและจัดการปนเปื้อนของอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้แล้ว (ขอให้ระบุว่าเครื่องมือประเภทใดที่ต้องอาศัยการชำระล้างและจัดการปนเปื้อนด้วยวิธีพิเศษ? มีการตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือดังกล่าวอย่างไร?)
- 2) แนวทางการเลือกใช้ detergent และน้ำยาทำลายเชื้อ (ขอให้ระบุปริมาณการใช้ น้ำยาทำลายเชื้อ และวิธีการทิ้งน้ำยาที่ใช้แล้ว)
- 3) แนวทางการปกป้องเจ้าหน้าที่ที่ทำความสะอาดอุปกรณ์/เครื่องมือจากการติดเชื้อที่ปนเปื้อนมากับอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้แล้ว
- 4) แนวทางปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทง (ขอให้ระบุจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำความสะอาดเครื่องมือในรอบปีที่ผ่านมา)

CSS.8.3 การรวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้แล้วจากผู้ป่วยใช้เป็ไปอย่างถูกหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- 1) แนวทางในการรวบรวมอุปกรณ์/เครื่องมือใช้แล้ว และปกปิดให้มิดชิด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม

CSS.8.4 มีการตรวจสอบประสิทธิภาพการกำจัดของเครื่องนึ่งและเครื่องอบแก๊ส อย่างสม่ำเสมอ

- 1) กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ (sterilization) ของโรงพยาบาลมีกี่ประเภท? อะไรบ้าง? (ขอให้ระบุข้อระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือสำหรับทำให้ปราศจากเชื้อแต่ละประเภท)
- 2) การติดตามประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อทางด้านกลไก (มีการบันทึกข้อมูลสำหรับแต่ละเครื่อง อะไรบ้าง? ในช่วงเวลาใด?)
- 3) การติดตามประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีทางเคมี (มีนโยบายในการใช้ chemical indicator อย่างไร? ใช้เฉพาะภายนอก หรือ

เฉพาะภายใน หรือทั้งภายนอกและภายใน? มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเมื่อ indicator ไม่เปลี่ยนสี? มีระบบในการรับรู้ข้อมูลจากผู้ใช้อย่างไร? การที่ indicator ไม่เปลี่ยนสีเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด?)

4) การติดตามประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีทางชีววิทยา (มีนโยบายในการใช้ biological indicator หรือ spore test อย่างไร? ตำแหน่งที่วาง spore test อยู่ตรงไหน? มีข้อบ่งชี้อะไรบ้างที่ต้องใส่ spore test ในห่อเครื่องมือด้วย?)

5) การระบุหมายเลข lot control เพื่อติดตามอุปกรณ์/เครื่องมือ หรือ ผู้ป่วยที่ใช้ อุปกรณ์/เครื่องมือที่อาจจะมีปัญหา

CSS.8.5 เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปอย่างถูกต้อง

1) การจัดเตรียม บรรจุเข้าชุด อุปกรณ์/เครื่องมือที่จะทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวัสดุที่เหมาะสม อย่างถูกต้องและครบถ้วน (มีวิธีการและการตรวจสอบอย่างไรให้มั่นใจว่าบรรจุอุปกรณ์/เครื่องมือได้ถูกต้องครบถ้วน?)

2) การบรรจุหีบห่ออุปกรณ์/เครื่องมือที่จะทำให้ปราศจากเชื้อเข้าในเครื่องหนึ่ง/เครื่องอบ เพื่อให้อุปกรณ์/เครื่องมือ สัมผัสกับไอน้ำหรือแก๊สอย่างทั่วถึง (กรณีที่ใช้ผ้าห่อ มีการแยกสถานที่หรือแนวทางในการลดปริมาณฝุ่นผ้าอย่างไร?)

3) การนำห่ออุปกรณ์/เครื่องมือเข้าในเครื่องหนึ่ง/เครื่องอบเพื่อให้ไอน้ำ/แก๊ส สัมผัสทุกส่วนของอุปกรณ์/เครื่องมือ

4) แนวทางการทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับชุดเครื่องช่วยหายใจ สายยาง และถุงมือ

5) การนำอุปกรณ์/เครื่องมือที่ไม่ได้ใช้ในเวลาที่กำหนดไว้มาผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อใหม่ (ขอให้ระบุระยะเวลาที่กำหนดว่าจะต้องนำอุปกรณ์/เครื่องมือ มาทำให้ปราศจากเชื้อใหม่หากไม่มีการใช้)

CSS.8.6 มีการตรวจลากบนห่ออุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ

1) การระบุข้อมูลที่ลากบนห่ออุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ เพื่อให้ทราบว่าเป็นอุปกรณ์/เครื่องมืออะไรและมีความปลอดภัยที่จะใช้งานหรือไม่

CSS.8.7 ปกป้องกันการปนเปื้อนระหว่างการจัดเก็บและขนส่งอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ

- 1) การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องที่เก็บอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ (การป้องกันฝุ่น การแลกเปลี่ยนอากาศ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การควบคุมจรรยา)
- 2) การป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมจากพาหะหรือหีบห่อที่มาจากภายนอก
- 3) ระบบการจัดเก็บอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ (ใช้ระบบชั้นเปิดหรือชั้นปิด? ถ้าเป็นชั้นเปิด มีการดูแลเรื่องความสะอาดและระยะห่างอย่างไร?)
- 4) การป้องกันความชื้นและการปนเปื้อนจากการสัมผัสหรือเชื้อโรคในอากาศระหว่างการจัดเก็บและขนส่ง
- 5) การขนส่งอุปกรณ์/เครื่องมือไปยังหน่วยผู้ใช้โดยภาชนะ/รถที่มีการปกปิดหรือประตูดมปิด

CSS.8.8 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมระหว่างการปฏิบัติงาน

- 1) การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ในบริเวณชำระล้างเครื่องมือ เพื่อปกป้องตนเองจากการปนเปื้อน
- 2) การเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดปฏิบัติงานใหม่เมื่อเริ่มทำงานในแต่ละช่วง
- 3) การแต่งกายและการล้างมือก่อนเข้าไปในห้องที่เก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อ
- 4) การห้ามสูบบุหรี่หรือรับประทานอาหารในบริเวณที่ปฏิบัติงาน

CSS.8.9 ปกป้องทำความสะอาดขณะที่ใช้ขนย้าย และพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

- 1) การจัดบริเวณชำระล้างและขจัดกาการปนเปื้อน (decontamination area) ซึ่งสามารถเข้าถึงได้จากภายนอกและแยกออกจากส่วนอื่นๆ ของหน่วยจ่ายกลางโดยเด็ดขาด และการทำความสะอาดบริเวณชำระล้าง เพื่อป้องกันการสะสมของสิ่งสกปรกและเชื้อโรคซึ่งอาจจะแพร่กระจายเข้าไปในพื้นที่สะอาด

CSS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการจ่ายกลาง โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- การทดสอบประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อของเครื่อง
- ความเพียงพอของอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อ
- การสูญหาย/ชำรุดของวัสดุปราศจากเชื้อ
- ผลการตรวจสอบด้านความปลอดภัย
- จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

ขอให้บทวนว่ามีการระบุรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

CSS.6 มีการจัดแบ่งพื้นที่อย่างชัดเจนเป็นสัดส่วนออกเป็นพื้นที่ปนเปื้อนพื้นที่สะอาด พื้นที่เก็บและแจกจ่ายอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้ออย่างไร? มีการวางแผนและติดตั้งอุปกรณ์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของสิ่งปนเปื้อนอย่างไร? มีระบบระบายอากาศโดยให้อากาศไหลเวียนจากบริเวณที่สะอาดไปยังบริเวณปนเปื้อนหรือไม่ อย่างไร? มีอ่างล้างมือในตำแหน่งที่สะดวกกับการใช้งานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด cross infection หรือไม่? มีระบบระบายน้ำทิ้งที่มีประสิทธิภาพหรือไม่? มีระบบสำรอน้ำสะอาดหรือไม่?

CSS.7 มีเครื่องมือสำหรับการทำให้ปราศจากเชื้ออะไรบ้าง? เพียงพอกับความต้องการใช้งานหรือไม่?

ENV.4 ผลการตรวจสอบความปลอดภัยและการปรับปรุงในด้านสิ่งแวดล้อม ไฟฟ้า ใอน้ำ กลไก สารเคมี การติดเชื้อ อັคคีภัย เป็นอย่างไร?





DEN: บริการทันตกรรม²²

DEN.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²³ ไปที่ละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

DEN.8.1 บิการก่าางร่วมกับเป็มกับระหว่างสาขาวชิแพทย์ต่าง ๆ

- 1) การกำหนดแพทย์รับผิดชอบผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละราย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม
- 2) การดูแลผู้รับบริการทันตกรรมที่มีโรคทางระบบร่วมกับแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้รับบริการทันตกรรมได้รับการรักษาที่เหมาะสม ไม่เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาทางทันตกรรม หรือป้องกันปัญหาทางทันตกรรมระหว่างการรักษาโรคทางระบบ (ขอให้ยกตัวอย่างโรคทางระบบที่พบบ่อย และความร่วมมือกับแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง)

²² ที่มา: การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม สนับสนุนและจัดพิมพ์เผยแพร่โดยทันตแพทย์สภา

²³ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินการต่อไป

DEN.8.2 ผู้รับบริการทันตกรรมและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบริการ

- 1) การคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย จัดลำดับความเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ทันห้วงที่
- 2) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) เพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดตัวบุคคล
- 3) การให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับบริการ

DEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกั้จำเป็นระหว่างผู้รับบริการกับตกรรรมและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

- 1) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการทันตกรรม กรณีที่สามารถรักษาได้หลายวิธี ขอยกตัวอย่างโรคที่มีทางเลือกในการรักษาหลายวิธี และข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย
- 2) แนวทางการให้คำแนะนำหลังการรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการทันตกรรมสามารถดูแลตนเองได้และป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาในการดูแลตนเองและผลข้างเคียงหลังการรักษาที่พบบ่อย ขอให้ประเมินความสำเร็จของการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

DEN.8.4 ผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระช: เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหากันตสุขภาพของผู้รับบริการทันตกรรม

- 1) การตรวจร่างกายและเอกซเรย์ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องสมบูรณ์ (ขอให้ยกตัวอย่างสภาวะที่อาจจะถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาด หรือวินิจฉัยล่าช้าที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยๆ และแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าว)
- 2) การประเมินความเสี่ยงของโรคฟันผุและโรคปริทันต์ การวางแผนทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมกับภาวะความเสี่ยงของผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละคนและการให้คำแนะนำ แนวทางการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (ขอให้ประเมินความสำเร็จในการให้คำแนะนำทาง

ทันตกรรมป้องกัน)

3) แนวทางการวางแผนการรักษาในกรณีทั่วไป ข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการวางแผนการรักษาที่สมบูรณ์ (complete treatment plan) แนวทางการบันทึกแผนการรักษาเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง แนวทางการนัดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นตามแผน และการติดตามผลต่อเนื่อง

DEN.8.5 กระบวนการให้บริการทันตกรรมเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของหน่วยงาน

1) แนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้รับบริการทันตกรรมจะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการ รวมทั้งกิจกรรมทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันภายในวิชาชีพ ขอให้ยกตัวอย่างสภาวะที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและผลการประเมินคุณภาพในการดูแลสภาวะดังกล่าว

2) แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุระหว่างการให้บริการ การเตรียมความพร้อมและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขอให้ยกตัวอย่างภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้น ภาวะฉุกเฉินที่เคยเกิดขึ้นจริงและผลการแก้ไขภาวะฉุกเฉินดังกล่าว

3) แนวทางการให้บริการผู้รับบริการทันตกรรมที่ติดเชื้อ HIV แนวทางปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

4) มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญและแนวทางการควบคุมให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนดไว้ ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผลการเฝ้าระวัง และการตอบสนองต่อผลการเฝ้าระวัง

5) แนวทางการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ขอให้ยกตัวอย่างการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในทางปฏิบัติและแนวทางการป้องกันปัญหาดังกล่าว ขอให้ประเมินความสำเร็จในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

6) บริการทันตกรรมเชิงรุกในชุมชน พื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ แผนงาน/กิจกรรม/เป้าหมายสำคัญ ขอให้ประเมินการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

DEN.8.6 บิการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ/ปัญหา/แผนการบริการ การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ีระหว่างกับอาบผู้ให้บริการและเกิดควาบต่อเนื่องใการให้บริการ

- 1) การกำหนดเป้าหมายและออกแบบบันทึกเวชระเบียน (ลักษณะเฉพาะของแบบบันทึกเวชระเบียนในหน่วยงานมีอะไรบ้างและมีเป้าหมายอะไร?)
- 2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด? ทบทวนอะไร? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร?)

DEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการทันตกรรม โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้รับบริการทันตกรรมมีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- จำนวนผู้ไม่มาตรวจรักษาตามนัด
- จำนวนผู้ไม่ได้รับบริการทันตกรรมตามอาการสำคัญ
- ระยะห่างของการได้วันนัด จากวันที่เริ่มนัด
- จำนวนและชนิดของการส่งต่อ
- จำนวนและอัตราการติดเชื้อหลังการถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก
- จำนวนและอัตราการเกิดภาวะเลือดออกไม่หยุดหลังการผ่าตัดหรือถอนฟันในช่องปาก
- จำนวนและอัตราการเกิด dry socket
- จำนวนผู้ป่วยที่เกิด oro-antral communication จากการถอนฟัน
- จำนวนผู้ป่วยที่ถูกถอนฟันผิดซี่
- จำนวนและอัตราการเกิด failure ของวัสดุอุดฟันภายใน 3 เดือน
- จำนวนและอัตราการเกิด failure ของการรักษารากฟันภายใน 1 ปี
- จำนวนและอัตราการเกิด failure ของงาน crown & bridge ภายใน 1 ปี



EDU: บริการสุขศึกษา

EDU.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²⁴ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

EDU.8.1 ปีการทำงานร่วมกับเปิดกับระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) ความร่วมมือระหว่างทีมงานสุขศึกษากับทีมนำทางคลินิกหรือทีมดูแลผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (ขอให้ยกตัวอย่างโรคที่มีความร่วมมือกัน กิจกรรม ผลลัพธ์)
- 2) การประสานงานกับพยาบาลในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทั่วไป (ขอให้ระบุกิจกรรมการให้สุขศึกษา การช่วยเหลือสนับสนุนของทีมงานสุขศึกษา)
- 3) บทบาทของทีมงานสุขศึกษาต่อนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการเชิงรุก การจัดบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง?

²⁴ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

EDU.8.2 การผลิตสื่อสุศึกษา

- 1) ความสามารถในการผลิตสื่อสุศึกษา สามารถทำอะไรได้บ้าง?
- 2) การสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสามารถผลิตสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี (ขอให้ระบุกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการผลิตสื่อ ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และการตอบสนองของกลุ่มเป้าหมาย)
- 3) การทดสอบสื่อ เพื่อให้มั่นใจว่าเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 4) การประเมินประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของสื่อ (ผลการประเมินเป็นอย่างไร? นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?)

EDU.8.3 ระบบข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วย

- 1) การจัดทำฐานข้อมูลทางพฤติกรรม เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมสุศึกษา (ขอให้ยกตัวอย่างฐานข้อมูลที่จัดทำ กลุ่มประชากรที่ครอบคลุม การนำไปใช้ประโยชน์)
- 2) การสร้างระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและญาติในเขตรับผิดชอบ (ขอให้ระบุข้อมูลที่แสดงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ)
- 3) การจัดทำบันทึกการให้สุศึกษาแก่ผู้รับบริการแต่ละราย (ขอให้ระบุประเด็นสำคัญที่มีการบันทึก และการใช้ประโยชน์จากบันทึก)

EDU.8.4 มีกระบวนการในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดทำโครงการให้สุศึกษาตามระบดวทยาของปัญหาในพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ

- 1) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการให้สุศึกษาในโรงพยาบาลและในชุมชน (มีใครเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ? ใช้เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญอย่างไร? มีเป้าหมายในแต่ละกลุ่มอย่างไร?)
- 2) การวางแผนและออกแบบกิจกรรมสุศึกษา ทั้งการให้สุศึกษาทั่วไปและการให้สุศึกษาเฉพาะบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ขอให้ระบุถึงความเชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ ในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันด้วย)

3) การจัดกิจกรรมสุขศึกษา (ขอให้ระบุกิจกรรมสำคัญที่มีการดำเนินการ จุดแข็งจุดอ่อนของกิจกรรมที่ดำเนินการ)

4) การประเมินผลการให้สุขศึกษา เพื่อปรับปรุงแผนการให้สุขศึกษา ในรอบต่อไป (ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะทำอะไรต่อ?)

ขอให้ทบทวนว่ามีภาระรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- EDU.1** ขอบเขตบริการสุขศึกษาครอบคลุมการใช้วิธีการทางพฤติกรรมศาสตร์กับกลุ่มเป้าหมาย, การพัฒนาฐานข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วย, การพัฒนาบุคลากรให้มีแนวคิดและทักษะด้านงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์เพียงใด?
- EDU.2** มีการจัดตั้งฝ่ายสุขศึกษาเป็นการเฉพาะหรือไม่? หัวหน้าหน่วยงานมีความรู้และประสบการณ์อย่างไร? มีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร? หากไม่มีการจัดตั้งฝ่ายสุขศึกษาเป็นการเฉพาะ บริการสุขศึกษาอยู่ในความรับผิดชอบของใคร?
- EDU.4** ในกรณีที่มีการจัดตั้งฝ่ายสุขศึกษาเป็นการเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะต่อไปนี้เพียงใด? : การวินิจฉัยพฤติกรรม, การทำฐานข้อมูลทางพฤติกรรมเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรม, การออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาในโรงพยาบาล, การใช้ฐานข้อมูลเพื่อการผลิตสื่อ, การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ได้, การประเมินผลโครงการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ, การใช้และถ่ายทอดภาษาทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ, การสร้างระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในเขตรับผิดชอบ





บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์²⁵

1. องค์กรและการบริการ

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการมีอะไรบ้าง? มีการควบคุมคุณภาพภายในและการเปรียบเทียบความสามารถระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างไร? มีแผนการสอบเทียบเครื่องมือ การใช้สารมาตรฐาน/วัสดุอ้างอิง/สารควบคุม อย่างไร? มีการทบทวนระบบคุณภาพบ่อยเพียงใด? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

2. บุคลากร

มีแนวทางอย่างไรเพื่อจัดให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่พอเพียง? มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่มีผลต่อคุณภาพเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม? มีแนวทางในการกำหนดระดับของเจ้าหน้าที่ที่จะเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เพื่อป้องกันการเข้าถึง การแก้ไข การทำลายข้อมูลโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่อย่างไร? มีแนวทางในการตรวจร่างกายและให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เจ้าหน้าที่อย่างไร?

3. เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ บำรุงรักษา ชุดทดสอบ

มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างพอเพียงและพร้อมใช้งาน? มีการสอบเทียบ (calibration) เครื่องมืออย่างไร? มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันอย่างไร? มีแนวทางในการป้องกันความเสียหายของเครื่องมือเนื่องจากระบบไฟฟ้าและอันตรายอื่นๆ อย่างไร? มีการป้องกันการใช้เครื่องมือโดยผู้ที่ไม่มีความชำนาญอย่างไร?

²⁵ ที่มา: มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ 2544 จัดทำโดยสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มีการชี้บ่ง (identify) และแสดงสถานะของเครื่องมืออย่างไรเพื่อให้ทราบว่าเครื่องมือนั้นพร้อมที่จะใช้งานได้หรือไม่ จะต้องมีการสอบเทียบครั้งต่อไปเมื่อไร?

มีแนวทางในการใช้ค่าปรับเทียบ (correction factor) อย่างไร?

มีการบันทึกข้อมูลของเครื่องมือแต่ละชิ้นอะไรบ้าง? ได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์อะไร?

ในกรณีที่มีการใช้คอมพิวเตอร์หรือเครื่องอัตโนมัติ มีการทวนสอบ (verification) ข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ และมีระบบป้องกันความผิดพลาดในขั้นตอนต่างๆ อย่างไร?

4. การจัดซื้อ จัดจ้าง และการใช้บริการภายนอก

มีแนวทางอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าวัสดุอุปกรณ์ที่จัดซื้อนั้นมีคุณภาพเหมาะสม?

ในการใช้บริการจากภายนอก มีแนวทางพิจารณาความสามารถของห้องปฏิบัติการที่ส่งต่ออย่างไร? มีแนวทางในการรายงานผลและเก็บสำเนาอย่างไร?

5. การควบคุมกระบวนการ

มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติงานและการควบคุมการเข้าออกอย่างไร? มีการติดตาม ควบคุม สภาวะแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพอย่างไร? มีแนวทางในการจัดเก็บและทำลายสารอันตรายอย่างไร? มีแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมอย่างไร?

มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน (internal quality control) อย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมา มีการแก้ไขปรับปรุงอะไรบ้างที่เป็นผลมาจากการควบคุมคุณภาพภายใน? มีการสอบเทียบกระบวนการวิเคราะห์อย่างไร เช่น การเข้าร่วมแผนการทดสอบความชำนาญ การเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ การใช้วัสดุอ้างอิงที่มีใบรับรองคุณลักษณะ? ในกรณีที่ใช้วิธีการวิเคราะห์หลายวิธี มีการเปรียบเทียบวิธีวิเคราะห์อย่างไร?

ในขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการจัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม มีข้อมูลเพียงพอ สามารถสอกลับตัวอย่างที่แบ่งมาได้ มีการควบคุมเวลาและอุณหภูมิในการนำส่งตัวอย่าง? ปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนนี้ได้แก่อะไรบ้าง? มีแนวทางอย่างไรในการเก็บรักษาตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม?

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ ใช้วิธีการวิเคราะห์มาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับหรือวิธีที่จัดทำขึ้นเอง? หากใช้วิธีวิเคราะห์ที่จัดทำขึ้นเอง ได้มีการสอบทวน (validation) อย่างไร? มีการใช้ประโยชน์จากคู่มือวิธีการปฏิบัติงานอย่างไร? มีการระบุระยะเวลาวิเคราะห์สำหรับรายการทดสอบทุกชนิดหรือไม่? มีการวิเคราะห์ใดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้?

ในขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ มีแนวทางในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์อย่างไร? มีแนวทางในการเก็บตัวอย่างไว้ทวนสอบ (verification) อย่างไร? มีแนวทางในการทำลายตัวอย่างที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างไร?

การรายงานผล มีแนวทางในการรายงานทั่วไปอย่างไร? มีแนวทางในการรายงานสำหรับผลที่มี "ค่าวิกฤติ" อย่างไร? มีแนวทางในการรายงานผลทางโทรศัพท์หรือทางระบบคอมพิวเตอร์อย่างไร? มีแนวทางในการเก็บสำเนารายงานอย่างไร? มีแนวทางในการรายงานผลสำหรับตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างไร? มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรหากผลการวิเคราะห์ล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนดไว้? มีแนวทางปฏิบัติในการรายงานผลที่ได้จากห้องปฏิบัติการภายนอกอย่างไร? มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายงานผลอย่างไร?

6. เอกสารคุณภาพ

มีแนวทางจัดระบบเอกสารคุณภาพอย่างไร? มีแนวทางอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าเอกสารฉบับที่ใช้งานอยู่เป็นฉบับปัจจุบัน?

มีแนวทางในการจัดระบบบันทึกคุณภาพเพื่อให้สามารถสืบค้นได้ง่ายปลอดภัย และป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจอย่างไร?

7. การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

มีแนวทางในการควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด การแก้ไข การป้องกัน และการบันทึกอย่างไร?

8. การตรวจติดตามภายใน

มีแนวทางการตรวจติดตามภายในอย่างไร? ผลการตรวจติดตามในรอบปีที่ผ่านมา นำมาสู่การปรับปรุงระบบงานอย่างไรบ้าง?

9. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอให้สรุปการแก้ไข การป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในรอบปีที่ผ่านมา

10. การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

มีแนวทางในการรับข้อร้องเรียน ตอบสนอง และให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการ อย่างไร?





บริการการทากรกเกิด

NS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการทากรกเกิดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²⁶ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

NS.8.1 ปกัร่าอ่าอรวบกับเป็กับระหว่งสาขาวชิษยต่าง

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสม (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะที่ต้องขอคำปรึกษาบ่อยๆ)
- 2) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน, ขอให้ยกตัวอย่างภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีความจำเป็นสูง)
- 3) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

²⁶ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

NS.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

- 1) ข้อบ่งชี้ของการรับผู้ป่วยเข้าไว้ในหน่วยนี้ และการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพื่อให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยได้เหมาะสม (ขอให้ระบุผลการประเมินการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วย)
- 2) การลงนามยินยอมรับการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่ามารดาและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้น
- 3) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) และการตรวจสอบเพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดคน

NS.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกึ่งจำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

- 1) การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากมารดาและครอบครัวอย่างครบถ้วน
- 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่มารดาและครอบครัวของทารกป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลรักษา (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะการเจ็บป่วยของทารกที่จำเป็นต้องให้มารดาและครอบครัวมีความรู้และความร่วมมืออย่างสูง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

NS.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย**ทารกแรกเกิด**

- 1) การตรวจร่างกายทารกแรกเกิด เพื่อค้นหาความผิดปกติแต่กำเนิด (ความผิดปกติที่มีโอกาสถูกกลายในการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดได้แก่ อะไร? มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร?)
- 2) การประเมิน growth parameter ของทารกแรกเกิด (ตรวจดูอะไรบ้าง? นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อะไร?)
- 3) การตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด หรือ neonatal screening test เช่น congenital hypoparathyroidism, PKU, G6PD, Thalassemia (ขอให้ระบุว่ามีการตรวจคัดกรองอะไรบ้าง? ตรวจได้ครอบคลุมเพียงใด?)

อัตราการตรวจพบเป็นอย่างไร?)

ทารกป่วย

4) การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้ทราบ ปัญหาของผู้ป่วย

5) การส่งตรวจ investigate เพื่อให้แพทย์ได้รับข้อมูลประกอบการ วินิจฉัยโรคในเวลาที่เหมาะสม (ขอให้ประเมินการส่งตรวจ การได้รับรายงาน การเก็บรายงาน การใช้ผล การอธิบายผลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว)

6) การวินิจฉัยและการปรับปรุงการวินิจฉัย (ขอให้ห้ทีมทบทวนความ ถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยของทุกวิชาชีพ ในแง่ของความชัดเจน ความ ถูกต้อง การมีหลักฐานสนับสนุน)

7) การวางแผนดูแลรักษา เพื่อสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวม และใช้เป็นเครื่องมือในการประสานระหว่างวิชาชีพ (แต่ละวิชาชีพวางแผน ของตนเองอย่างไร? มีการใช้ข้อมูลจากการประเมินมาใช้วางแผนอย่างไร? มีการ ประสานแผนกันอย่างไร? ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนในกรณีใดบ้าง)

8) การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ (ผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้อง ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือปัญหาเฉียบพลันที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้แก่ อะไรบ้าง? มีแนวทางการเฝ้าระวังอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าจะสามารถ ตรวจสอบภาวะวิกฤติได้ทันท่วงทีหรือตรวจพบปัญหาแต่เริ่มแรก? ผลการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร? มีแนวทางในการตรวจหา Retinopathy of Prematurity - ROP ในทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างไร? สถิติการเกิด ROP เป็นอย่างไร?)

NS.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในระดับสากล โดยบุคคลที่เกะกะ

1) การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (ภาวะฉุกเฉิน ที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยนี้มีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับภาวะดังกล่าวอย่างไร? มีวิธีการอย่างไรที่จะตรวจพบปัญหาดัง กล่าวได้ในเวลาที่เหมาะสม? ประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นอย่างไร?)

2) การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย (มีมาตรการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยตลอดเวลา? เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงที่มีการกระทำในหน่วยนี้มีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลืออย่างไร? ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยในหน่วยงานนี้มีอะไรบ้าง? มีมาตรการป้องกันอย่างไร?)

3) การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา (มีแนวทางอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาครบถ้วน โดยบุคคลที่เหมาะสม? มีหน้าที่อะไรบ้างที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพมอบหมายให้ผู้อื่นทำแทน? มีการฝึกอบรมและควบคุมกำกับการทำงานที่แทนนั้นอย่างไร?)

4) การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล (ขอให้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหลายระบบ, แนวทางการดูแลและการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, ผลลัพธ์ของการดูแล)

5) การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม (ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ที่พบบ่อย และแนวทางปฏิบัติในการดูแลเรื่องเหล่านี้ทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้มาเยี่ยม)

6) การใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย (ขอให้อธิบายแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้อง ตั้งแต่แพทย์สั่งยาจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยา ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยได้แก่อะไรบ้าง? เกิดกับยากลุ่มใดหรือตัวใด? การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดความคลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนอย่างไร? ยาที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังความเหมาะสมในการใช้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการลดความไม่เหมาะสมในการใช้หรือการสั่งใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?)

7) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ในเวลาสั้นที่สุดและปราศจากภาวะแทรกซ้อน (ขอให้ระบุโรคของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอันดับต้นๆ, แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ, แนวทาง monitor, แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ)

8) แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องมีข้อควรระวังเป็นพิเศษ เช่น การ

ใช้ออกซิเจน, การใช้ตุ๋บ, การให้สารละลายทางหลอดเลือด, การบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย, การให้ phototherapy เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและได้ผล

9) การป้องกันโรคและการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ทารกแรกเกิด (ขอให้ระบุการป้องกันโรคและวัคซีนที่ให้, ความครอบคลุม, การประสานงานเพื่อให้มีการรับวัคซีนต่อเนื่องและผลลัพธ์)

10) การสนับสนุนให้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา (ขอให้ระบุนโยบายของโรงพยาบาล กิจกรรม และผลการประเมิน)

11) แนวทางการจัดการกับสถานการณ์ต่อไปนี้: การดูแลเด็กที่ไม่มีผู้ปกครองมาด้วย, การดูแลเด็กที่ถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาล, การดูแลเด็กที่ถูกผู้ปกครองทิ้งไว้ในที่สาธารณะ, การติดตามผู้ป่วยมาตรวจหรือรักษาใหม่, การจัดการเรื่องอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย, การแจ้งญาติเกี่ยวกับการกลับบ้านหรือการเสียชีวิตของเด็ก, การขอชันสูตรศพ, การรายงานโรค, การออกไปรับรองต่างๆ, การขอใบยินยอมให้ทำการรักษาพิเศษ, การดูแลรักษาเครื่องมือสำคัญ, กรณีเด็กถูกลักพาออกจากโรงพยาบาล

NS.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ระหว่างกับงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

1) การกำหนดเป้าหมายและออกแบบบันทึกเวชระเบียน (แพทย์และพยาบาลได้มีการร่วมกันกำหนดอย่างไร? ลักษณะเฉพาะของแบบบันทึกเวชระเบียนในหน่วยงานมีอะไรบ้างและมีเป้าหมายอะไร?)

2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด? ทบทวนอะไร? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร? ข้อมูลประเภทใดที่มีความสำคัญต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย? มีการจัดระบบเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวอย่างไร?)

NS.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) โดยคำนึงถึงระดับความรู้ของครอบครัวผู้ป่วย (ขอให้ระบุภาวะของผู้ป่วยที่การดูแลหลังจำหน่ายจะมีความซับซ้อนสูง และผลการเตรียมความพร้อมของครอบครัว)

2) การนัดแนะให้มีการตรวจสุขภาพทารกหลังจำหน่ายเป็นระยะ เพื่อประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ และติดตามอาการเจ็บป่วย/โรคแทรกซ้อนที่อาจมี รวมทั้งการขอปรึกษาจนถึงกำหนดนัด

NS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการทารกแรกเกิด โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของบริการผู้ป่วยวิกฤติมีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- จำนวน/อัตราการตายของทารกแรกเกิด
- จำนวน/อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด (การบาดเจ็บ, neonatal seizure, neonatal sepsis, meconium aspiration syndrome ฯลฯ)
- จำนวนทารกแรกเกิดที่ได้รับการบำบัดรักษา (ให้ออกซิเจนนานกว่า 24 ชั่วโมง, ให้ยาต้านจุลชีพ)
- จำนวนทารกผ่าตัดคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- จำนวนทารกแรกเกิดครบกำหนดซึ่งต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ
- จำนวนทารกแรกเกิดที่ต้องย้ายไป NICU ของโรงพยาบาลอื่น
- จำนวนทารกแรกเกิดซึ่งตรวจพบความผิดปกติแต่กำเนิดได้หลังจากจำหน่าย
- อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

ขอให้ทบทวนว่ามีการบรรยายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- NS.1** บริการทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลอยู่ในระดับใด? (ระดับที่ 1 ให้บริการเฉพาะทารกแรกเกิดปกติ, ระดับที่ 2 ให้บริการทารกป่วยทั่วไปและทารกป่วยหนักที่ไม่ซับซ้อน, ระดับที่ 3 ให้บริการทุกระดับ รวมทั้งทารกป่วยหนักและทารกป่วยที่ส่งต่อจากที่อื่น) มีจำนวนเตียงเท่าใดต่อการคลอด 1,000 ราย?
- NS.2** หัวหน้าของหน่วยทั้งด้านแพทย์และพยาบาลมีประสบการณ์อย่างไร?
- NS.3** มีการจัดกุมารแพทย์ดูแลรับผิดชอบดูแลทารกแรกเกิด และการคลอดที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร? พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยทารกแรกเกิดได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์อย่างไร? อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อเวรในทารกแรกเกิดปกติเป็นเท่าไร? ในทารกป่วยเป็นเท่าไร? ใน NICU เป็นเท่าไร? มีการจัด resuscitation team อย่างไร? ทีมได้รับการฝึกอบรมอย่างไร? ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพียงใด?
- NS.6** หน่วยบริการทารกแรกเกิดอยู่ใกล้/อยู่ชั้นเดียวกันกับห้องคลอด/ห้องผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร? มีการแยกหน่วยบริการทารกแรกเกิดปกติ กับทารกป่วยอย่างไร? มีการจัดห้องแยกสำหรับทารกที่มีการติดเชื้ออย่างไร?
- NS.8.8** แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากมือของเจ้าหน้าที่ มีนโยบายเรื่องการล้างมืออย่างไร? สามารถปฏิบัติได้เพียงใด? มีการให้ภูมิคุ้มกันแก่เจ้าหน้าที่ หรือการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อมาให้การดูแลทารกอย่างไร?





NUT: บริการอาหารและโภชนาการ²⁷

NUT.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารและโภชนาการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²⁸ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับ กระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

NUT.8.1 บัการก่างานร่วมกับเป็กกับระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

1) ความร่วมมือของทีมงานโภชนาการกับทีมนำทางคลินิกหรือทีมดูแลผู้ป่วย การประสานงานกับวิชาชีพอื่นในการให้บริการโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสม

NUT.8.2 การผลิตอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด และสุขภักบาลอาหาร

1) การเลือกซื้ออาหารสดและวัตถุดิบ เพื่อให้ได้ของที่มีคุณภาพ มีการปนเปื้อนของสารเคมีต่ำ ตรงความต้องการใช้ และราคาเหมาะสม

²⁷ ที่มา: มาตรฐานฝ่ายโภชนาการในโรงพยาบาล ของชมรมนักกำหนดอาหาร และมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกฎอนามัย

²⁸ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

2) การเก็บอาหารสด อาหารแห้ง อาหารสำเร็จรูปที่เหมาะสม เพื่อรักษาสภาพของอาหาร ไม่เกิดการเน่าเสีย ไม่รั่วไหล

3) การจัดเตรียมและการประกอบอาหาร (ทั้งอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรค อาหารสายยาง) เพื่อให้ได้อาหารที่สะอาด ถูกหลักโภชนาการ และหลักสุขาภิบาลอาหาร รวมทั้งการควบคุมและให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน

4) การล้าง ทำความสะอาด เก็บรักษาภาชนะ/อุปกรณ์ เพื่อให้มีภาชนะ/อุปกรณ์ที่สะอาด นำใช้ ปราศจากการปนเปื้อน และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

5) การกำจัดของเสียและเศษอาหาร เพื่อป้องกันการปนเปื้อน แหล่งกำเนิดพาหะนำโรค และกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

NUT.8.3 การบริการอาหาร

1) การจัดทำเมนูอาหาร การกำหนดเวลาให้บริการ ระบบการส่งอาหาร ระบบการตรวจสอบ การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ผู้ป่วยทั่วไปได้รับอาหารถูกต้อง มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย

2) การขอคำปรึกษาด้านโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนให้โภชนบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การดัดแปลงและประกอบอาหารเฉพาะโรค การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนที่กำหนดไว้ มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอเพื่อช่วยให้ฟื้นจากโรคได้เร็วขึ้น

NUT.8.4 การเผยแพร่ความรู้ด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด

1) การให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

NUT.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอาหารและโภชนาการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- ข้อมูลสะท้อนการให้อาหารที่ปลอดภัย เช่น จำนวนผู้ป่วยได้รับอาหารสายยางที่มีอาการท้องเสีย ผลการตรวจสอบด้านสุขอนามัยอาหาร
- ข้อมูลสะท้อนการให้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ปริมาณแคลอรีและโปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณอาหารที่เหลือจากห่อผู้ป่วย
- จำนวนและลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ
- การตรวจสอบต่างๆ เช่น ระยะเวลาที่ให้บริการอาหาร อุณหภูมิอาหาร ความผิดพลาดในการจ่ายอาหาร ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ขอให้ทบทวนว่ามีภาระรายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

NUT.1 ขอบเขตบริการครอบคลุมการประเมินโภชนาการ และการวางแผนให้โภชนบำบัดหรือไม่? ในกรณีที่ให้หน่วยงานภายนอกมาดำเนินการผลิตอาหารของผู้ป่วย ได้กำหนดพันธกิจในการประเมินคุณภาพอาหารและบริการอาหารแก่ผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร? ประเด็นสำคัญของคุณภาพครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้เพียงใด สะอาด ปลอดภัย ถูกต้องตามหลักโภชนาการ/โภชนบำบัด ได้มาตรฐาน ถูกหลักสุขาภิบาล

NUT.2 หัวหน้าหน่วยมีประสบการณ์อย่างไร?

NUT.3 มีผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพใดบ้าง? จำนวนเท่าไร? มีหน้าที่รับผิดชอบอะไร?

NUT.6 สถานที่ตั้งหน่วยปรุงอาหารอยู่ห่างจากแหล่งที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหาร (เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย, ที่พัก/เก็บขยะ, โรงซักฟอก) เป็นระยะทางเท่าใด? มีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในอย่างไรเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากเศษอาหาร/ภาชนะ/ของเสีย? มีการตรวจสอบตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาล

อาหารครั้งสุดท้ายเมื่อใด? ผลเป็นอย่างไร?

NUT.7

มีอุปกรณ์ในการดูอากาศ คว้น และกลิ่น ที่มีประสิทธิภาพเพียงใด? มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการปฏิบัติงานเพียงใด?





OBS: บริการสู่กิจกรรม

OBS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสู่กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act²⁹ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

OBS.8.1 มีการทำงานร่วมกับเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- 1) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเหมาะสม (ขอให้ยกตัวอย่างภาวะที่ต้องขอคำปรึกษาบ่อยๆ)
- 2) การแจ้งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในมารดาให้กุมารแพทย์ทราบ เพื่อประโยชน์ในการดูแลทารกแรกเกิด
- 3) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน ขอให้ยกตัวอย่างภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีความ

²⁹ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินการต่อไป

จำเป็นสูง)

4) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

OBS.8.2 ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

- 1) การจัดลำดับความรุนแรงเพื่อให้การดูแลและเฝ้าระวังได้เหมาะสม
- 2) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา
- 3) การลงนามยินยอมรับการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการหรือครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้น
- 4) การระบุตัวผู้รับบริการ (patient identification) และการตรวจสอบ เพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดคน

OBS.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

- 1) แนวทาง วิธีการ และสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการระหว่างการฝากครรภ์ เพื่อให้มารดามีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถรับรู้ได้เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น (ขอให้ประเมินประสิทธิผลของการให้ข้อมูลแก่ผู้มาฝากครรภ์ ข้อมูลประเภทใดที่ผู้รับบริการทำความเข้าใจได้ยาก หรือนำไปปฏิบัติได้ยาก? มีการตอบสนองต่อผลการประเมินดังกล่าวอย่างไร?)

OBS.8.4 ผู้รับบริการและรายได้รับทราบและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

- 1) แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ (ขอให้ประเมินประสิทธิผลของการประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ อะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่มักจะถูกละเลยบ่อยๆ มีการตอบสนองต่อผลการประเมินดังกล่าวอย่างไร?)
- 2) แนวทางการดูแลหรือการส่งต่อหญิงมีครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาทางสังคมจิตวิทยาและการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ผลลัพธ์การดูแลเป็นอย่างไร?

3) แนวทางและข้อบ่งชี้ในการทำ prenatal diagnosis สำหรับทารกที่อยู่ในครรภ์ (หรือการส่งต่อ)

4) แนวทางการประเมินเมื่อมารดาเจ็บครรภ์คลอดและการติดตามความคืบหน้าของการคลอด (ขอให้ประเมินความสามารถในการค้นพบความผิดปกติและความรวดเร็วในการตอบสนอง)

OBS.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐาน แห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสายตาของโรงพยาบาล โดยบุคคล ที่เหมาะสม

1) แนวทางการดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์และมีปัจจัยเสี่ยงต่อมารดาหรือทารก (ขอให้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ผลลัพธ์การดูแลมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นอย่างไร?)

2) แนวทางการดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารดาที่คลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์การดูแลเป็นอย่างไร?

3) ข้อบ่งชี้และแนวทางในการกระตุ้นคลอด ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังระหว่างการกระตุ้นคลอด ขอให้ประเมินคุณภาพการดูแลมารดาที่ได้รับการกระตุ้นคลอด

4) จุดยืนในเรื่อง painless labour, vaginal birth after C/S และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5) ความพร้อมในการผ่าตัดคลอด ระยะเวลาที่สามารถผ่าตัดคลอดได้หลังจากแพทย์ตัดสินใจทำผ่าตัด ผู้ทำหน้าที่ดูแลทารกแรกเกิดจากการผ่าตัดคลอด ความพยายามในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดและผลที่เกิดขึ้น

6) การเตรียมทีมงาน ระบบงาน และเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือชีวิตฉุกเฉินสำหรับทารกแรกเกิด ขอให้ประเมินประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตทารกแรกเกิด

7) แนวทางปฏิบัติในการดูแลหลังคลอด เพื่อตรวจพบและให้การดูแลภาวะแทรกซ้อน ขอให้ระบุภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และผลลัพธ์ในการดูแลภาวะดังกล่าว

8) แนวทางปฏิบัติในการรับมารดาที่คลอดนอกโรงพยาบาล และมารดาที่มีโรคติดเชื้อ

9) แนวทางปฏิบัติในการให้ภูมิคุ้มกันแก่มารดาและทารก

OBS.8.6 ปิการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ปัญหาของผู้รับบริการ แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างกับงาน ผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

1) การกำหนดเป้าหมายและออกแบบบันทึกเวชระเบียน (แพทย์และพยาบาลได้มีการร่วมกันกำหนดอย่างไร? ลักษณะเฉพาะของแบบบันทึกเวชระเบียนในหน่วยงานมีอะไรบ้างและมีเป้าหมายอะไร?)

2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด? ทบทวนอะไร? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร?)

OBS.8.7 ปิการบวนการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

1) การจัดระบบเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีและความต่อเนื่องในการดูแล (มีระบบให้สามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างต่อเนื่องอย่างไร? มีระบบให้ผู้รับบริการขอคำปรึกษาก่อนถึงกำหนดนัดอย่างไร?)

2) การประเมินสภาวะผู้ป่วยในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว การดูแลทารก การแก้ปัญหาเฉพาะ การประเมินความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนกลับไปทำงานปกติ

OBS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการสุติกรรม โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของบริการผู้ป่วยวิกฤติมีอะไรบ้าง? ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง?

ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- จำนวนอัตราการบาดเจ็บที่เสียชีวิตภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด
- จำนวนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดา (การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะระหว่างผ่าตัดคลอด, fourth degree laceration, hematoma ของ vulva/vagina)
- จำนวนมารดาที่ต้องทำ emergency hysterectomy หลังการคลอด
- จำนวนมารดาที่ต้องกลับเข้ามาอนโรพยาบาลซ้ำภายใน 14 วันหลังคลอด
- จำนวนมารดาที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า 5 วันหลังการคลอดปกติ
- จำนวนมารดาที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า 7 วันหลังการผ่าตัดคลอด
- อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
- จำนวนอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด





OPR: บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

OPR.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act³⁰ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

OPR.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

1) การสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุหน่วยงานที่ต้องประสานงานกันบ่อยๆ พร้อมทั้งแนวทางการประสานงาน, ขอให้ยกตัวอย่างภาวะหรือกลุ่มผู้ป่วยที่การประสานงานกับหน่วยงานอื่นมีความจำเป็นสูง)

2) การสื่อสารและประสานงานภายในทีมผู้ให้บริการ

³⁰ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

OPR.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการศัลยกรรม

- 1) การรับ set ผ่าตัดและการนัดหมายผู้ป่วย (ขอให้ระบุแนวทางในการรับ set ผู้ป่วย elective และผู้ป่วยฉุกเฉิน, แนวทางในการลดระยะเวลาอนโรยพยาบาลก่อนผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด)
- 2) การเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ (ขอให้ระบุแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อที่กระทำก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้)
- 3) การรับส่งผู้ป่วย
- 4) การระงับตัวผู้ป่วยและการตรวจสอบเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

OPR.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่งผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

- 1) การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ก่อน-หลังการผ่าตัด (ขอให้ระบุโอกาสที่จะเกิดปัญหาจากการสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์ และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว)

OPR.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการศัลยกรรมเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

- 1) การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการและความคาดหวังจากการผ่าตัด (ขอให้ระบุแนวทางการประสานงานระหว่างทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี และหอผู้ป่วย ในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด)
- 2) มีการวางแผนการผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ขอให้ระบุการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูง และแนวทางการวางแผน)

OPR.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานทั่ววิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล

- 1) การดูแลผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ผ่อนคลาย และการจัดผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างถูกต้อง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น เด็ก, ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้
- 2) การดูแลเพื่อป้องกันการปนเปื้อนในขณะผ่าตัด ทั้งต่อเครื่องมือและบริเวณที่กำลังทำการผ่าตัด
- 3) การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัด เพื่อให้มีการผ่าตัดอย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ
- 4) การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย (ขอให้ระบุภาวะวิกฤติที่เคยเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด ประเมินประสิทธิภาพในการจัดการกับภาวะวิกฤตินั้น และการปรับปรุงที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น)
- 5) การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อป้องกันเครื่องมือและอุปกรณ์ติดค้างในร่างกายผู้ป่วย
- 6) การส่งต่อผู้ป่วยและการส่งมอบเอกสารให้กับหน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วยต่อ
- 7) การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย ทั้งส่วนที่ต้องส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและส่วนที่จะกำจัดทิ้ง
- 8) การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัดหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย
- 9) การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดที่ใช้แล้ว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และป้องกันการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม หรือการรวบรวมเครื่องมือที่ปนเปื้อนส่งหน่วยจ่ายกลาง
- 10) การเตรียมรับมืออุบัติเหตุหมู่ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ขอให้ระบุประสบการณ์การรับมืออุบัติเหตุหมู่ที่ผ่านมา และจุดแข็งจุดอ่อนที่พบ)
- 11) การเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะผ่าตัด

OPR.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ได้แก่ บันทึกการผ่าตัด ทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด ทะเบียนการตรวจชิ้นเนื้อ

1) การกำหนดเป้าหมายและออกแบบบันทึก (ลักษณะเฉพาะของแบบบันทึกในหน่วยงานมีอะไรบ้าง และมีเป้าหมายอะไร?)

2) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก (มีการทบทวนบ่อยเพียงใด? ทบทวนอะไร? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร?)

OPR.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

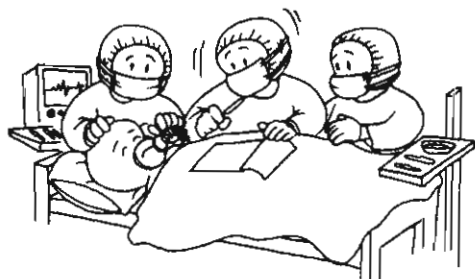
ขอให้ทีมงานนำข้อมูลหรือเหตุการณ์หรือความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงพรรณนาก็ได้) มาวิเคราะห์และวางแผนว่าจะดำเนินการอย่างไร?

- จำนวนอัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัด และใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- จำนวนอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัด (แยกตามหัตถการที่พบบ่อย)
- จำนวนการบาดเจ็บต่ออวัยวะของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดจนต้องตัดออกหรือซ่อมแซม
- จำนวนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังการผ่าตัด
- จำนวนอัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 24 ชั่วโมง
- จำนวนอัตราการความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค (การวินิจฉัยทางคลินิกก่อนและหลังผ่าตัด, ผลพยาธิวิทยากับการวินิจฉัยหลังผ่าตัด)
- อัตราการส่งชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วยไปตรวจทางพยาธิวิทยา (แยกตามประเภทของการผ่าตัด)
- ระยะเวลารอผ่าตัดฉุกเฉิน (ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล, ตั้งแต่ให้การวินิจฉัยว่ามีข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน)
- จำนวนครั้งของการยกเลิกหรือเลื่อนผ่าตัด

- จำนวนอัตราการผ่าตัดที่ไม่พบพยาธิสภาพ
- อัตราการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกัน (prophylaxis antibiotic) แก่ผู้ป่วยผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม

ขอให้ทบทวนว่ามีการบรรยายละเอียดต่อไปนี้ใน ตอน ก. และ ตอน ข. ที่ผ่านมาด้วย

- OPR.2** โครงสร้างซึ่งเป็นเวทีสำหรับกำหนดนโยบาย ให้ข้อเสนอแนะ ประสานงาน และตัดสินใจในประเด็นสำคัญของการใช้ห้องผ่าตัดคืออะไร?
- OPR.3** การจัดทีมพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในเวลาทำการปกตินอกเวลาทำการปกติ และในกรณีฉุกเฉิน
- OPR.6** สถานที่ตั้งห้องผ่าตัด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่อยู่ติดที่ที่มีมียอดยาน พลุพลานและผู้สัญจรไปมาจำนวนมาก หรือไม่? มีการแบ่งเป็นเขตสะอาด เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตปลอดเชื้อ และเขตปนเปื้อน แยกจากกันอย่างชัดเจนหรือไม่? บริเวณที่รวบรวมและล้างทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้แล้วอยู่ในเขตใด? บริเวณเก็บพักขยะและผ้าเปื้อนอยู่ในเขตใด? การนำเครื่องมือ สิ่งปนเปื้อน และสารคัดหลั่งออกจากห้องผ่าตัดใช้เส้นทางใด? แนวทางปฏิบัติตรงรอยต่อระหว่างเขตสะอาดกับเขตกึ่งปลอดเชื้อเป็นอย่างไร? การควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดให้เหมาะสมได้อย่างไร?
- OPR.7** ผลการตรวจสอบความพร้อมและความปลอดภัยของระบบพื้นฐานสำหรับห้องผ่าตัด (ระบบแก๊สทางการแพทย์ เครื่องดูด ระบบแสง ระบบไฟฟ้า ระบบระบายอากาศ น้ำ) ครั้งล่าสุดเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะปรับปรุงอะไรต่อไป?





PHA: บริการเภสัชกรรม³¹

1. การบริการจัดการงานเภสัชกรรม

งานบริการเภสัชกรรมเปิดให้บริการวันละกี่ชั่วโมง? ในกรณีที่ไม่ได้เปิดบริการ 24 ชั่วโมง มีระบบในการจ่ายยาฉุกเฉินอย่างไร? ใครเป็นผู้จ่ายกำกับดูแลโดยเภสัชกรอย่างไร? มีการจำกัดรายการยาและจำนวนยาที่จะจ่ายในช่วงเวลาที่ไม่ใช่เภสัชกรปฏิบัติงานอย่างไร?

เภสัชกรมีส่วนร่วมเชิงรุกในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างไร?

มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา? มีการจัดทำรายงานเอกสารในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและระเบียบดังกล่าวอย่างไร?

ข้อมูลใดบ้างที่เป็นความลับของผู้ป่วยและอาจเกี่ยวข้องกับเภสัชกร? เภสัชกรมีบทบาทในการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างไร?

2. การบริการเภสัชสนเทศและการศึกษาผู้ป่วย (Drug information service & drug education)

มีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา (บริการเภสัชสนเทศ) แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างไร? ข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการบ่อยๆ คืออะไร? มีแนวทางในการประเมินคุณภาพของการให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างไร? ผลการประเมินเป็นอย่างไร?

มีการจัดทำข้อมูลทางยา (medication-therapy monograph) เพื่อประกอบการพิจารณาเพิ่มหรือตัดยาในบัญชียาหลักของโรงพยาบาลอย่างไร?

³¹ ที่มา: มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค พ.ศ. 2542

มีการนำเสนอข้อมูลอะไรบ้าง? ในรอบปีที่ผ่านมา มีการพิจารณาเพิ่มหรือตัดยาที่รายการ? มีการจัดทำข้อมูลดังกล่าวที่รายการ?

เภสัชกรมีส่วนร่วมกับวิชาชีพอื่นในการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วย (patient education) อย่างไร? ยากลุ่มใดเป็นกลุ่มที่ทีมงานให้ความสำคัญ?

3. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Optimizing medication therapy)

โรงพยาบาลมีนโยบายในการใช้ยาอย่างไร? ใครเป็นผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายดังกล่าว?

กระบวนการในการกำหนดและปรับปรุงเภสัชตำรับโรงพยาบาลเพื่อให้มียาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุดเป็นอย่างไร? โรงพยาบาลมีจำนวนขนานยาในเภสัชตำรับเท่าไร? (ยาในชื่อทั่วไปเดียวกัน ไม่ว่าจะ เป็น dosage form หรือขนาดความแรงเท่าใดให้นับเป็นหนึ่งขนาน) เป็นยาในบัญชียาหลักจำนวนเท่าไร? มีแนวทางปฏิบัติในการใช้ยานอกบัญชียาหลักอย่างไร? มีหลักฐานเกณฑ์ในการคัดเลือกบริษัทผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายอย่างไร?

มีแนวทางในการทบทวนความเหมาะสมของใบสั่งยาโดยเภสัชกรก่อนที่จะจ่ายยามือแรกอย่างไร? ปัญหาที่พบบ่อยจากการทบทวนดังกล่าวมีอะไรบ้าง? มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว?

มีการเฝ้าระวังและติดตามผลที่เกิดกับผู้ป่วยเพื่อให้มีการใช้ยาที่เหมาะสมอย่างไร? ปัญหาที่พบบ่อยจากการเฝ้าระวังดังกล่าวมีอะไรบ้าง?

มีการทบทวน ประเมิน หรือติดตาม กระบวนการใช้ยา (drug use evaluation) อย่างไร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ? มียาใดบ้างที่อยู่ในข่ายต้องมีการประเมิน? ผลการประเมินเป็นอย่างไร?

เภสัชกรมีบทบาทร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยอย่างไรในการวางแผนการรักษาด้วยยา การป้องกันหรือแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยา การติดตามผลการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่กำลังรับการดูแลรักษาอยู่ในโรงพยาบาล?

มีแนวทางในการควบคุมดูแลกิจกรรมส่งเสริมการขายยาของบริษัทยาผู้แทนยา และการขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการส่งเสริมการขายในทางที่ไม่เหมาะสมอย่างไร?

4. การกระจายและการควบคุมยา (Medication distribution and control)

มีแนวทางในการสั่งจ่ายยาอย่างไร ในเรื่องผู้มีสิทธิสั่งจ่ายยา การบันทึกคำสั่งจ่ายยาในเวชระเบียน การระบุรายละเอียดในใบสั่งยา? การสั่งยาด้วยวาจาหรือผ่านคอมพิวเตอร์จะมีวิธียืนยันจากผู้สั่งจ่ายยาอย่างไร? มีแนวทางในการยกเลิกคำสั่งใช้โดยอัตโนมัติกับยาตัวใดบ้าง? มีแนวทางในการใช้ตัวย่ออย่างไร?

มีแนวทางในการตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างไร? มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรในการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาครั้งแรก หรือมีการปรับเปลี่ยนยาใหม่?

มีแนวทางในการจ่ายยาผู้ป่วยในอย่างไร? มีการจำกัดปริมาณในการจ่ายยาอย่างไร? มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้ง่ายในการคืนยา? ข้อมูลที่ต้องระบุประกอบการจ่ายยาผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง?

มีแนวทางในเรื่องยาสำรองในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่จำเป็นต้องมียาฉุกเฉินอย่างไร? ใครเป็นผู้กำหนด? เกณฑ์การมีบทบาทในการควบคุมกำกับและตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมกับการใช้อย่างไร บ่อยเพียงใด?

มีแนวทางในการควบคุมการกระจายและการใช้ยาที่ต้องมีการควบคุมพิเศษอย่างไร? ยาอะไรบ้างที่จะต้องมีการควบคุม? มีการตรวจสอบความรัดกุมอย่างไร?

มีแนวทางอย่างไรในการปรุงและการผสมยาให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ แต่ไม่มีในรูปแบบ ความแรงหรือการบรรจุที่ต้องการ? ใครเป็นผู้ดำเนินการ? ใครเป็นผู้ควบคุม? มีการตรวจสอบและบันทึกอย่างไร? มีการบรรจุและเขียนฉลากอย่างไร?

มีระบบในการเตรียมยาปราศจากเชื้ออย่างไร? ใครเป็นผู้ดำเนินการ? มีการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมอย่างไร? มีระบบการประกันคุณภาพอย่างไร?

มีแนวทางในการป้องกันและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างไร? มีการติดตามกำกับอย่างไร? ลักษณะของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง? มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างไร?

มีแนวทางในการเรียกคืนยาที่บริษัทเรียกคืนหรือถูกถอนทะเบียน

อย่างไร?

มีแนวทางในการอนุญาตให้ใช้ยาหรือเครื่องมือที่ผู้ป่วยนำมาเอง ระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างไร?

มีแนวทางในการควบคุมการใช้ยาตัวอย่างอย่างไรในเรื่องการเก็บรักษา การรับ-จ่าย การติดตามผล?

มีแนวทางในการใช้ยาต้านมะเร็งและยาอันตรายอื่นๆ อย่างไร ในเรื่อง การควบคุมเก็บรักษา การจัดเตรียม การเคลื่อนย้าย การกำจัด?

มีแนวทางในการตรวจสอบยาคลังอย่างไร? ทำบ่อยเพียงใด? มีการตรวจสอบครั้งสุดท้ายเมื่อใด? มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพในการตรวจสอบครั้งสุดท้ายเป็นเท่าไร? มีสถานะการณ์ที่อาจจะทำให้ยาเสื่อมสภาพหรือไม่ อย่างไร?

มีการดูแลเพื่อให้มีการเก็บรักษาพยาบาลได้สถานะที่เหมาะสมอย่างไร ในเรื่องอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ ความปลอดภัย?





บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

REH.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act³² ไปที่ละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

- 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ (ขอให้ระบุรูปธรรมของความร่วมมือระหว่างทีมงานฟื้นฟูสมรรถภาพกับทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)
- 2) การประเมินและวางแผนการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายการดูแลรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ขอให้ยกตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายระยะยาว การประสานแผนระหว่างวิชาชีพ และ การใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลรักษา)
- 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้

³² Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบการพยากรณ์โรคและสามารถดูแลตนเองได้ (ขอให้ยกตัวอย่างกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนเป็นที่เข้าใจ ผลการรับรู้และใช้ประโยชน์จากข้อมูลโดยผู้ป่วย)

4) กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ได้แก่ การบำบัดและฟื้นฟูด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฝึกช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นพัฒนาการและการเรียนรู้ในเด็ก การผลิตกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การปรับสภาพบ้านสิ่งแวดล้อม การเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม (ขอให้ระบุกระบวนการที่มีให้บริการอยู่ และประเมินประสิทธิผลของกระบวนการเหล่านั้น)





SOC: บริการสังคมสงเคราะห์

SOC.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสังคมสงเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ขอให้สรุปกระบวนการทำงานข้างล่างนี้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act³³ ไปทีละข้อ (ถ้าเป็นไปได้ ขอให้ยกตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ/เป็นปัญหา/พบบ่อย สำหรับกระบวนการดังกล่าว และการบรรลุเป้าหมายที่เกิดขึ้น)

- 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ (ขอให้ระบุรูปธรรมของความร่วมมือระหว่างทีมงานสังคมสงเคราะห์กับทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)
- 2) การค้นหา/เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม (ขอให้ยกตัวอย่าง ปัญหาทางสังคมที่พบบ่อย บทบาทและแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการค้นหา/เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม)
- 3) การประเมินการวางแผนและการใช้วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดูแลทางสังคมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (ขอให้ประเมินว่าทีมงานมีจุดแข็งและจุดอ่อนในการดูแลปัญหาต่อไปนี้อย่างไร: การดูแลผู้เจ็บป่วย, การทำรณรงค์, ยาเสพติด, ความสัมพันธ์ในครอบครัว,

³³ Plan - แนวทางที่กำหนดไว้ (พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้รับผิดชอบและวัสดุอุปกรณ์ ถ้ามีความสำคัญต่อคุณภาพในระดับสูง)
 Do - สิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง ความครอบคลุม การเชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือระบบงานที่เกี่ยวข้อง
 Check - จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ (qualitative assessment) รวมทั้งผลลัพธ์หรือข้อมูลที่แสดงการบรรลุจุดมุ่งหมาย (quantitative assessment) ถ้ามี
 Act - การตอบสนองต่อผลการประเมินหรือแผนที่จะดำเนินต่อไป

ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม, การแยกตัวจากสังคม, การเงิน, การศึกษา, อาชีพ, กฎหมาย)

4) การประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลทางสังคมให้ผู้ป่วยอย่างครบวงจร (ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาทางสังคมที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรนอกโรงพยาบาล เช่น แรงงานจังหวัด ประชาสงเคราะห์จังหวัด พาณิชยจังหวัด องค์กรเอกชน การประสานงานที่ดำเนินการไป และความสำเร็จที่เกิดขึ้น)

5) การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาการประสานงาน/ส่งต่อ ประเมินคุณภาพการให้บริการสังคมสงเคราะห์ (ขอให้ระบุว่าข้อมูลต่อไปนี้ส่วนใดที่บันทึกได้ดีแล้วส่วนใดที่ยังมีปัญหาในการบันทึก: ข้อมูลสังคมทั่วไป ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ ผลการประเมินสภาพทางสังคม แผนการดูแลทางสังคม บันทึกการปฏิบัติตามแผน รายงานส่งต่อและประสานงาน)



แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้า
ในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) ชุดนี้ออกแบบ
สำหรับโรงพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน
HA อย่างครบถ้วน เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผล
ลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของแฟ้มสะสมงาน
และเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ใน
การเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของ
คู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ข. ค.
ง. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการตั้งคำถามเป็นหมวดหมู่ให้ทีมงาน
ได้บอกเล่าในสิ่งที่ทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทีมงานจะได้
ประโยชน์มากจากการใช้คำถามเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการ
รวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็น อีกทั้งทบทวนความ
สมบูรณ์ของการพัฒนาที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่จะเรียบเรียง
ข้อมูลที่ต้องการสื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบอย่างเป็นระบบ

แบบประเมินชุดนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล
ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และ ส่วนที่ III ข้อมูล
ระดับหน่วยงาน

สำหรับส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงานนี้ เทียบได้กับแบบ
ประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ตอนที่ 2 ผู้รับผิดชอบในการ
ให้ข้อมูลส่วนนี้คือผู้แทนของวิชาชีพหลักที่ให้บริการในหน่วย
งานนั้น เช่น ผู้ที่จะประเมินบริการหอผู้ป่วยควรประกอบด้วย
แพทย์และพยาบาลเป็นอย่างน้อย เพื่อให้เห็นภาพรวมของการ
ดูแลผู้ป่วยในตลอดกระบวนการทั้งหมด

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า



00002035

ISBN 974-294-426-1



9 789742 944261

ราคา 70 บาท