

(ร่าง) คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part II

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

สำหรับใช้ในหลักสูตร HA 501 : การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2560 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ. หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2562

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (Practice) และประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (Assessment)

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

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมีมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำองค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ performance ขององค์กร

นพ.อนวัจน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มีนาคม 2562

สารบัญ

คำนำ	ii
คำนำของผู้เรียบเรียง.....	iii
สารบัญ	iv
แนวคิด.....	1
SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1)	2
SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2).....	23
SPA II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1).....	34
SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2)	43
SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3).....	49
SPA II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1).....	54
SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)	69
SPA II - 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1).....	77
SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการไชยา (MMS.2).....	92
SPA II - 9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1).....	106
SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)	109

SPA (Standards – Practice – Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

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

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล พรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

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

SPA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1)

มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ ดังต่อไปนี้:

- หลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concepts);
- บริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการ (context);
- หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
- วัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose);
- การออกแบบที่เน้นคนผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (design);
- การนำระบบที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติ (action);
- การกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning);
- การออกแบบใหม่ การปรับแต่ง การพัฒนา นวัตกรรม การบูรณาการ (improve);
- การมีผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการส่งเสริมและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจการใช้แนวคิด 3P-PDSA/DALI ในการพัฒนาคุณภาพในระดับต่างๆ และในรูปแบบต่างๆ

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

- ในส่วนของหลักการหรือแนวคิด (concepts) ควรศึกษา core values & concepts ของ HA (ทิศทางการนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้) ร่วมกับค่านิยมหลักขององค์กร ทบทวนรูปธรรมของการนำมาปฏิบัติ ในส่วนงานต่างๆ และหาโอกาสที่จะใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากขึ้น
- ในส่วนของบริบทจำเพาะขององค์กร (contexts) ควรพิจารณาบริบทในทุกๆระดับ (ภาพรวม ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) ทั้งในด้านความต้องการของผู้รับผลงาน ศักยภาพในการให้บริการ และสิ่งแวดล้อม
- ในส่วนของหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ (criteria) และความรู้ (knowledge) ครอบคลุมทั้งข้อกำหนดในมาตรฐาน HA กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานและแนวปฏิบัติของวิชาชีพ รวมทั้งความรู้เชิงปฏิบัติต่างๆ
- การพัฒนาคุณภาพควรขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดของวิชาชีพ และทิศทางการนโยบายขององค์กร
- การออกแบบ (design) ควรเน้นการออกแบบเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับผลงานและคนทำงาน ร่วมกับปัจจัยมนุษย์ (human factors) คุณค่าของการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณา (1) people-centeredness การตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกและสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้ป่วย (2) clinical effectiveness การดูแลรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยที่ได้ผล (3) ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร
- การนำระบบที่ออกแบบไปปฏิบัติ (action) ควรทำให้มั่นใจในความคงเส้นคงวา (consistency) และการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้ (compliance)
- การเรียนรู้ (learning) ควรใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเรียนรู้
- การพัฒนา (improve) ควรนำไปสู่การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงานอย่างต่อเนื่อง

(2) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:

- กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
- ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
- ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไข ปัญหาอุปสรรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การกำหนดทิศทาง

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

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering)
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ
 - การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
 - การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันที่
 - การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient & Personnel Safety Goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยชวยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)

- ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

วัฒนธรรมของการเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

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

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมและโอกาส
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การจัดอุปสรรคในการพัฒนา
 - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
 - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

- วัฒนธรรมความปลอดภัย: (1) การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround (2) ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- การสร้างสิ่งแวดลอม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้น**คนเป็นศูนย์กลาง** การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร
- การกำกับติดตาม: การตอบสนองของผู้นำที่เป็นผลจากการกำกับติดตาม



ฉบับร่าง เพื่อใช้ในหลักสูตร HA501

(3) มีการนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

- กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสถียร” และ “คุณภาพ”;
- กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล;
- มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสถียร” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน เช่น
 - “คุณภาพ”
 - คุณภาพ คือ คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงควมมีคุณค่า สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ หรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด
 - คุณภาพบริการสาธารณสุข หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานของ องค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้ อย่างเหมาะสม (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559)
 - มิติคุณภาพ คือแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพ ซึ่งอาจได้แก่ Accessibility, Acceptability, Appropriateness, Competency, Continuity, Coverage, Effectiveness, Efficiency, Equity, Humanized/Holistic/People-centeredness, Responsive/ Respect, Safety, Timeliness สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัด การกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้ป่วย
 - “ความเสถียร”
 - ความเสถียร คือ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (The probability that an incident will occur)
 - ความเสถียร คือ ความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลต่อการบรรลุกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของกิจการ (COSO 2107)

■ ความเสี่ยง คือ ผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ (ISO31000)

- อุบัติการณ์ (incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
- เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- อันตราย (harm) คือ การที่โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติไป และ/หรือผลเสียที่ตามมา อันตรายครอบคลุมถึงโรค การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านร่างกาย สังคม หรือจิตใจ
- sentinel event คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย ที่ต้องตื่นตัว ใส่ใจ ให้ความสำคัญสูง
- ความผิดพลาด (error) คือ การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำ) ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (AHRQ) อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำแผนไปปฏิบัติ การมีได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (WHO)
- near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (IOM)
- วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือ คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าต่าง ๆ (4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย (AHRQ)
- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเข้าใจ การนำไปใช้ประโยชน์ และความต้องการในการกำหนดความหมายของคำสำคัญที่ควรเข้าใจให้ตรงกัน

การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แล้วหรือไม่ มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานชัดเจนหรือไม่
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน และดำเนินการตอบสนองตามเหมาะสม

การประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรม

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น ระบบบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, ระบบบริการอาชีวอนามัย, ระบบยา, ระบบสารสนเทศ,

ระบบพัฒนาบุคลากร, ระบบรายงานอุบัติการณ์, ระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ, ระบบผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์, ระบบเวชระเบียน, ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
 - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ฯลฯ ได้อย่างไร
 - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับผิดชอบต่อความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
 - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง มีอะไรบ้างที่สามารถทำร่วมกันได้ เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดทำคู่มือ การฝึกอบรม การรายงาน การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน
 - การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งควรจะต้องมีความชัดเจนในวิธีการประมวลผลจากหน่วยย่อยมาสู่ภาพรวมเป็นลำดับขั้น ควรสามารถแสดงข้อมูลแนวโน้มตามลำดับเวลา (trend) และการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดที่จะดำเนินการปรับปรุงได้
 - การระบุหรือชี้แนะความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และการติดตามความก้าวหน้า

โครงสร้างงานคุณภาพ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย
 - ทีมนำระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือหรือมาตรฐานใด)
 - ทีมนำระดับกลาง ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น Clinical Lead Team/Patient Care Team
 - หน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนหรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) และพัฒนาผลการดำเนินงาน (performance improvement) ของโครงสร้างและตัว

บุคคล ทั้งโครงสร้างบริหารปกติ และโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ต้องไม่ลืมที่จะระบุหน้าที่ของผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนา)

- ผลการดำเนินงาน (performance) หมายถึงผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ และผู้รับผลงาน ซึ่งสามารถประเมินและเปรียบเทียบได้ ผลการดำเนินงานนี้อาจจำแนกได้เป็นผลด้านผลิตภัณฑ์/บริการ ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงินและตลาด (MBNQA)
 - ภาวะรับผิดชอบ (accountability) หมายถึงการรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของการกระทำหรือการตัดสินใจ การไม่กระทำหรือไม่ตัดสินใจ และพันธะที่จะต้องตอบคำถามอธิบายการกระทำ
 - หน้าที่รับผิดชอบ (responsibility) หมายถึงพันธะในการลงมือกระทำ หรือตัดสินใจ หรือควบคุมสิ่งต่างๆ
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุงประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
 - นิยามเชิงปฏิบัติการ: สรุปทบทวนจากความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเสี่ยง
 - การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์: (1) สรุปแผนกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (2) สรุปการประเมินความก้าวหน้า การบรรลุเป้าหมาย และการตอบสนองที่เกิดขึ้น
 - ภาพรวมของการประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ความปลอดภัย ความเสี่ยง และการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารระบบดังกล่าว
 - โครงสร้างงานคุณภาพ: (1) ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (2) ผลการประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ (3) การปรับปรุงที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และประเมิน

(4) มีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

- มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ;
- บุคลากรร่วมมือกันในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบของวิชาชีพ;
- องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;
- องค์กรจัดให้มีทีมคอยประสานงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การสื่อสารและแก้ปัญหา

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ทบทวนและวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารและการแก้ปัญหา
 - ภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร
 - ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำโอกาสพัฒนาที่พบไปดำเนินการปรับปรุง

ทีมในงานปกติประจำ

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

ทีมพัฒนาคุณภาพ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและทีมในระดับกลางร่วมกันประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ

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

ทีมกำกับดูแลภาพรวม

- ทีมในระดับสูงกำหนดให้มีการประเมินทีมคร่อมสายงาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง (ทีมในระดับกลาง) ในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมของการมีทีมต่างๆ ในภาพรวม (เทียบกับบริบทขององค์กร)
 - ความเหมาะสมขององค์ประกอบของสมาชิกในทีมต่างๆ (รวมถึงการที่สมาชิกแต่ละคนไม่ต้องรับภาระมากเกินไป)
 - ช่องทางการสื่อสาร การประสานงาน การรายงาน และการติดตามกำกับ
 - ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ
- ทีมในระดับสูงนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานของทีมดังกล่าว (เช่น การปรับโครงสร้าง การปรับองค์ประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีทำงานให้ชัดเจนขึ้น การปรับปรุงช่องทางการสื่อสารและการรายงาน การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

- วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ
- ผลการประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ
- ผลการประเมินและปรับปรุงการทำงานของทีมในระดับกลางที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง



ฉบับร่าง เพื่อใช้ในหลักสูตร HA501

(5) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
- มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม. องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;
- มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึก ความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

เทคนิคการประเมินผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ศึกษา คัดเลือก พัฒนา เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ และนำไปส่งเสริมให้มีการใช้อย่างเหมาะสม
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ความสำเร็จ ความรู้สึก ของการ การนำมาตราฐานไปปฏิบัติ หรือการพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือต่างๆ
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation) สำหรับระบบงานที่สำคัญ (รวมทั้งระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ) เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและเป้าหมายให้ชัดเจน และประเมินการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น
 - ส่งเสริมให้มีการนำมาตราฐาน HA/HPH ไปทำการศึกษาในลักษณะ rapid assessment เพื่อรับรู้ระดับการปฏิบัติ ปัญหา ความพยายามในการแก้ปัญหา ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้น (ไม่จำเป็นต้องครบทุกหัวข้อตามนี้)
 - ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเต็มรูปแบบในเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าวิธีการปฏิบัติเช่นไรเป็นวิธีการที่ให้ผลดีทีสุด เน้นการทำวิจัยเพื่อนำคำตอบมาใช้มากกว่าการสร้างผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์

การเปรียบเทียบผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบสำหรับการประเมินตนเอง เช่น
 - ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งในภาพรวม และเฉพาะกลุ่ม
 - เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - มาตรฐานโรงพยาบาล ข้อกำหนดของวิชาชีพ กฎระเบียบของส่วนราชการ

- ตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่มีให้เทียบได้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบในหน้าที่รับผิดชอบของตน และดำเนินการประเมินผลเปรียบเทียบ

สิ่งที่ใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม	ทีมงานผู้ป่วยสัมพันธ์วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ, วิเคราะห์การยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลารอคอยในจุดต่างๆ
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเฉพาะจุดบริการ	หน่วยงานหรือทีมนำทางคลินิกวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในจุดที่เป็นความต้องการเฉพาะสำหรับบริการนั้น
เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร	ทีมงานที่รับผิดชอบกลยุทธ์และระบบงานสำคัญประเมินการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง (ควรจะได้ทำตามมาตรฐาน I-2 และ I-4 แล้ว)
มาตรฐานโรงพยาบาล	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้มาตรฐานเพื่อการตามรอยหรือการทำ mini-research
ข้อกำหนดของวิชาชีพ/CPG	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของวิชาชีพหรือข้อแนะนำบนพื้นฐานของ evidence กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และวางแผนปรับปรุง
กฎระเบียบของส่วนราชการ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis
ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล	ทีมนำทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือแสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กันแพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน

วิธีการประเมินผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและจัดให้มีกิจกรรมประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง มากกว่าการจัดทำเพียงรูปแบบ หรือจัดทำเพื่อให้มีเอกสารไว้แสดง
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่สบายๆ เป็นกันเอง เช่น ใช้เวทีสนทนา, การจัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอ เน้นการดึงความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) หรือความรู้เชิงปฏิบัติออกมาแลกเปลี่ยนกันและเก็บบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ต่ออย่างเหมาะสม

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการใช้เทคนิคประเมินผลต่างๆ และวิธีการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้มากขึ้น
- ภาพรวมของการเปรียบเทียบที่นำมาใช้ในการประเมินผล การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(6) องค์กรวัดผลงานคุณภาพทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ โดยครอบคลุมประเด็นเหล่านี้เป็นอย่างต่ำ:

- การกำกับดูแลองค์กร;
- การกำกับดูแลทางคลินิก;
- การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยง;
- การใช้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ;
- ผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ;
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ;
- ตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 and part IV)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำร่วมกับผู้รับผิดชอบ กำหนดตัววัดผลงานในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมทั้งตัววัดในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และติดตามตัววัดเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ
- ตัววัดด้านการกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของคณะกรรมการกำกับดูแลหรือรับฟังเสียงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นต่อไปนี้
 - คณะกรรมการมุ่งเน้นให้คุณภาพเป็นปัจจัยขับเคลื่อนกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
 - คณะกรรมการมีความตระหนักในความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่เพียงใด
 - คณะกรรมการมีภาวะผู้นำ ทักษะ และความรู้ที่จำเป็นเพื่อขับเคลื่อนภาวะคุณภาพเพียงใด
 - คณะกรรมการส่งเสริมวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเพียงใด
 - มีการกำหนดบทบาทและภาระรับผิดชอบในเรื่องการกำกับดูแลคุณภาพชัดเจนเพียงใด
 - คณะกรรมการสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพเพียงใด
 - มีการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพอย่างเหมาะสม และถูกนำมาใช้ประโยชน์เพียงใด
- ตัววัดด้านการกำกับดูแลทางคลินิก
- ตัววัดด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล
- ตัววัดด้านการควบคุมการติดเชื้อ
- ตัววัดด้านการจัดการความเสี่ยง
- ตัววัดด้านการให้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ
- ตัววัดด้านผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ
- ตัววัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นำไปตอบร่วมกับ I-4.1 and part IV

(7) มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการประเมินผลการดำเนินงานมาใช้ในการประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ดู I-4.1ค(1)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นำไปตอบร่วมกับ I-4.1ค(1)

(8) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้. แผนการพัฒนาคุณภาพควร:

- มีการจัดทำในรูปแบบที่เป็นทางการ;
- ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
- ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
- มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ;
- สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ
 - แผนพัฒนาคุณภาพตอบสนองโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้ตามการปฏิบัติใน I-4.1ค(1) และII-1.1ก(7)
 - ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร โดยมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพทั้งในส่วนของระบบงาน ทีมดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานต่างๆ
 - มีเอกสารแผนพัฒนาคุณภาพเพื่อใช้ในการสื่อสารและติดตาม ตามรูปแบบที่องค์กรกำหนด
 - แผนพัฒนาคุณภาพส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น
 - มีการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย และปรับเป้าหมายตามความเหมาะสม
 - เน้นการหมุนวงล้อการพัฒนาขนาดเล็ก และหมุนซ้ำหลายๆ รอบ
 - แผนพัฒนาคุณภาพระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะแผนพัฒนาคุณภาพที่มีความร่วมมือคร่อมหน่วยงานวิชาชีพ
 - สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้ โดยมีการกำหนดหมุดหมาย (milestone) และแนวทางการติดตามอย่างชัดเจน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ไปตอบรวมในข้อ II-1.2ก(9)

(9) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
- ผู้นำส่งเสริมให้มีการประเมินผลการพัฒนาทั้งในระดับโครงการและในภาพรวมขององค์กร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปผลการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์แสดงความสำเร็จ สาเหตุในส่วนที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และบทเรียนที่จะนำไปปรับปรุง

(10) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้โดยสะดวก มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน. ถ้ามีความพร้อม ควรแสดงข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยและผลการดำเนินการขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปข้อมูลที่มีการเผยแพร่และช่องทางการเผยแพร่

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ
- ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายการดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิทยุร่วม การใช้อินโฟลวิซการ การวิเคราะห์สาเหตุ รากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติ ด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก และประเมินหาโอกาสพัฒนาในแง่มุมต่าง ๆ
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อ
 - วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
 - วิเคราะห์การตอบสนองต่อ NEWS (ความต้องการของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ ความสูญเสีย ความปลอดภัย)
 - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
 - สมดุลระหว่างการดูแลแบบองค์รวม (holistic) กับการใช้ความรู้ทางวิชาการ (evidence-based) และเทคโนโลยี
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากความบกพร่องของตนเอง (RCA) กับการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีของคนอื่น (benchmarking)
 - สมดุลระหว่างการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน (CPG / protocol / CareMap) กับการสร้างนวัตกรรม (innovation)
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา competency ของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ กับการทำงานร่วมในลักษณะทีมสหสาขา (multidisciplinary team)
 - ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำระบบดังกล่าวมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายที่ทำหายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ [ดู I-6.1ข(3) ร่วมด้วย]
 - ใช้ model ตั้งเป้า ใ้ค่า ดู ปรับเปลี่ยน (aim-measure-change) ของ IHI โดยส่งเสริมให้มีการหมุนวงล้อ PDSA ขนาดเล็ก อย่างต่อเนื่อง
 - ใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น simplicity, visual management, PDSA/CQI, Lean, Six Sigma, R2R, design thinking, information technology รวมถึงการใช้ change concepts ต่าง ๆ
 - ใช้ driver diagram เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์จาก change concept ที่หลากหลาย สรุปกรอบความคิดในการพัฒนา และกำหนดตัววัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ไร้อำนาจของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้:

- โครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร;
- การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล;
- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง
 - หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง (risk management principles)
 - Value: การบริหารความเสี่ยงสร้างและปกป้องคุณค่า
 - Integration: บูรณาการการบริหารความเสี่ยงในทุกกิจกรรมขององค์กร
 - Systematic: ใช้แนวทางที่เป็นระบบ
 - Organization objective: เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ขององค์กร
 - Inclusive: เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ทำงานแบบสหสาขา
 - Dynamic: มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
 - Informed decision: ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น
 - Human & cultural factors: พิจารณาปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม
 - Continual improvement: ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
 - กรอบการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) คือชุดขององค์ประกอบที่สนับสนุนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรและทำให้ยั่งยืน
 - โครงสร้างหรือพื้นฐาน (foundation) ของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง ภารกิจของผู้นำ ความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง

- การจัดการที่มีลักษณะพลวัต (arrangement) ได้แก่ แผนการบริหารความเสี่ยง กระบวนการและกิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงกับระบบอื่น การกำหนดภาระรับผิดชอบและหน้าที่รับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การอบรมบุคลากร การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามประเมินผล
- การหมุนวงล้อของการออกแบบและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
 - กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การปรึกษาและสื่อสาร การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือกับความเสี่ยง การติดตามและทบทวน
 - ความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญและต้องนำมาพิจารณาจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่าง ๆ.
- องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีการหมุนวงล้อการพัฒนา (PDSA) อย่างต่อเนื่อง

(2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่าง ๆ ดังนี้:

- นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;
- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง;
- กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
- ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ. ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร. ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้;
- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล;
- องค์กรควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยง และแสดงทิศทางในการดำเนินงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง
 - คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ
 - แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวน
- องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย
 - บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) โดยพิจารณาจัดทำทะเบียนในระดับและส่วนงานต่างๆ ตามความเหมาะสม
 - จัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร

- มีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
- เน้นการใช้เครื่องมือนี้เพื่อให้เกิดการทบทวนมาตรการรับมือกับความเสี่ยงตามกำหนดเวลา เพื่อปิดช่องโหว่ของมาตรการดังกล่าวตามสาเหตุที่เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปความก้าวหน้าของการนำระบบบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ

(3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง:

- การจัดการด้านยา;
- การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด;
- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ;
- โภชนาการ;
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการรักษาด้วยเลเซอร์;
- ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.

(5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การประเมินความเสี่ยง

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
 - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแค่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
 - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อทำให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
 - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดย
 - พิจารณาจากประเด็นที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน
 - ประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (2P Safety)

- เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ
- ทบทวนความรู้ทางวิชาการ เช่น การทบทวนวรรณกรรม
- ทบทวนบทเรียนของเราเอง
 - เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว เช่น รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียน กิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการทบทวนทางคลินิก ตัวชี้วัดต่างๆ บันทึกตรวจการ
 - เหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น เช่น การวิเคราะห์กระบวนการ, การตามรอยทางคลินิก, การวิเคราะห์ FMEA (โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)
- ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก
- นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ
 - บัญชีรายการความเสี่ยง เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุด
 - Risk matrix เป็นการจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table
 - การวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง เพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

การปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมนำระดับกลาง) ดำเนินการเพื่อวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้
 - กำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ root cause และใช้แนวคิด human factors engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง
 - แนวคิด human factors engineering สามารถนำมาใช้ในการออกแบบต่อไปนี้
 - การเขียนฉลาก
 - การส่งสัญญาณเตือน

- การนำเสนอข้อมูล
- แบบบันทึก
- กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงาน
- ซอฟต์แวร์
- สถานที่ทำงาน
- การฝึกอบรม
- เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
 - คู่มือการปฏิบัติงาน โปสเตอร์ สื่อต่างๆ
 - Interactive media
 - การฝึกอบรม การใช้เรื่องเล่า การฝึก non-technical skill
 - Reminder ที่ให้ข้อมูล ณ จุดที่ต้องใช้งาน เช่น บรรจุเข้าในแบบบันทึกต่างๆ
- ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ.
- ผลการประเมินของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด human factor engineering

(4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง:

- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis);
- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์;
- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง;
- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของรพ. เช่น
 - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
 - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
 - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
 - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
 - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบันทึบบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในช่องที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนาระดับกลางต่างๆ) วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ

- ประเมินผล - ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันต่างๆ
- ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
- เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
- วางแผน - เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของ รพ. เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่างๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
 - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
 - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
 - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เดิมรูปแบบ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบังคับที่ต้องทำ RCA เช่น
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด เช่น IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม
- ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และการนำไปใช้

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร.

(1) องค์กรบริหารจัดการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ I-5.1 ค.(1))

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่า อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ เป็นไปตามที่ กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกำหนด. อุปกรณ์เครื่องมือถูกใช้งานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-3.1, II-3.2 and II-6)

(3) องค์กรวางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ และมีการออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-4 และ II-5)

SPA II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

SPA II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ศึกษากฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ในโรงพยาบาล, ตรวจสอบและดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่มีการปรับปรุงต่อเติม
- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ร่วมกับหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ระดมสมองเพื่อปรับปรุงการจัดพื้นที่ใช้สอย
 - พิจารณาประเด็นเรื่องความปลอดภัยด้วยการตรวจสอบตามมาตรฐานความปลอดภัย การวิเคราะห์ FMEA และการทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - ปลอดภัยจากความเสียด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม
 - ปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน
 - พิจารณาประเด็นเรื่องประสิทธิภาพในการทำงานโดยใช้แนวคิด lean (ลดความสูญเปล่าของการเดินทางหรือเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น) รวมทั้งปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น แสง สี เสียง
 - พิจารณาประเด็นเรื่องความสะดวกสบายและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดย
 - สมมติตนเองเป็นผู้ป่วยและผ่านไปตามเส้นทางของการเข้ารับบริการ
 - สิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดให้เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบ การปรับปรุง และแผนการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย
- การปรับปรุงอาคารสถานที่และพื้นที่ใช้สอยที่สำคัญเพื่อความปลอดภัย สุวีถีภาพ ความสะอาดสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

(2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ **ความปลอดภัย** และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานดังกล่าวในทุกแง่มุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตำแหน่งของบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน
- การตอบสนองปัญหาข้อขัดข้องจากหน่วยงานต่างๆ, การปรับปรุงระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัยที่สำคัญ

(3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย
 - พื้นที่ให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 6 เดือน
 - พื้นที่อื่นๆ อย่างน้อยปีละครั้ง
 - ตรวจสอบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกในภาพรวมอย่างน้อยปีละครั้ง
- นำผลจากการตรวจสอบมาจัดลำดับความสำคัญ และดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบในรอบปีที่ผ่านมาและการแก้ไขปรับปรุง

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบ การปรับปรุงแก้ไขและแผนการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ค้นหา/วิเคราะห์สิ่งที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น
 - บุคลากรทุกคน สามารถระบุความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่ตนปฏิบัติงาน การรายงานเมื่อเกิดปัญหา วิธีการลดหรือขจัดความเสี่ยงรวมทั้งการดูแลบำรุงรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ (เส้นทางและวิธีการเคลื่อนย้าย สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุและผู้ที่อยู่ห่างไกลจากที่เกิดเหตุ การใช้ระบบสัญญาณเตือนเหตุเพลิงไหม้)

- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการกระทำของบุคคลผู้ไม่ประสงค์ดี สามารถระบุกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยง การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
- บุคลากรที่รับผิดชอบหรือสัมผัสสารอันตราย สามารถระบุวิธีการจัดการกับสารอันตราย การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
- บุคลากรที่รับผิดชอบแผนฉุกเฉินและภัยพิบัติสามารถระบุหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมพร้อมบทบาทในการฝึกซ้อม ระบบสื่อสารสำรองเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ การจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์เมื่อเกิดเหตุ
- ผู้ใช้เครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของเครื่องมือ วิธีการใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัย การแก้ไขสถานการณ์เมื่อไม่สามารถใช้เครื่องมือได้ การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
- ผู้ดูแลระบบสาธารณสุขโรค สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของระบบ การทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องควบคุม การแก้ไขสถานการณ์เมื่อระบบมีปัญหา การรายงานเมื่อเกิดปัญหาตำแหน่งและวิธีการปิดระบบฉุกเฉิน ผู้ที่จะต้องติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
- ผู้ดูแลเครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องมี การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานฯ ประเมินผลความรู้และทักษะสำคัญในบุคลากรกลุ่มต่างๆ นำมาปรับปรุงการให้ความรู้และฝึกอบรม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ผลการประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรม และการปรับปรุง

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น, ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วัสดุและของเสียอันตรายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล มาตรการป้องกันอันตรายที่สำคัญ อุบัติการณ์หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากวัสดุและของเสียดังกล่าว

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าหรือการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่เป็นไปได้ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น
 - เหตุการณ์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (อาวุธชีวภาพ ติ๊กถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาลมีโอกาสประสบ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น

(2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ, การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน
 - การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติแต่ละประเภท
 - กลยุทธ์ กิจกรรม
 - ผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร
 - การสร้างศักยภาพเพื่อรองรับภัยพิบัติ
 - การดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน
 - กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว
 - การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - การจัดระบบสาธารณสุขภูมิภาค
 - การรักษาความปลอดภัย
 - การสื่อสาร
 - การเคลื่อนย้าย
 - การจัดเตรียมสถานที่สำรอง

- การประสานงานกับองค์กรอื่น
- การรายงาน
- ผู้นำระดับสูงประเมินความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผน และสร้างความมั่นใจว่าจะมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องทบทวนบทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และปรับปรุงแผนตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน
- บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และการปรับปรุงแผนที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการจัดฝึกอบรมและดำเนินการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
- สรุปผลการฝึกซ้อมและนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแผน รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แผนที่มีการฝึกซ้อม วันที่ฝึกซ้อม หน่วยงานที่ร่วมฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อม และสิ่งที่มีการปรับปรุงแก้ไข

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย
 - การตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย
 - การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย
 - การตรวจจับอัคคีภัยแต่เริ่มแรก
 - การดับเพลิง
 - การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คน สิ่งของ ออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน
 - การจัดการหลังจากเกิดเหตุการณ์
- หัวหน้าหน่วยงานจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับหน่วยงาน
- ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจและค้นหาจุดเสี่ยง จุดที่จะเป็นปัญหาในการจัดการหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดอัคคีภัย และดำเนินการปรับปรุงให้เหมาะสม
- ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนผังเส้นทางหนีไฟ การติดตั้งป้ายบอกทางหนีไฟที่ชัดเจนตามมาตรฐานครอบคลุมทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ผู้รับผิดชอบร่วมกันทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นสำคัญของแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และการปรับปรุงแผน
- ผลการสำรวจความพร้อม ความเสี่ยงและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย และความรู้ของบุคลากร จากการฝึกซ้อม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบจัดฝึกอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุการณ์เพลิงไหม้ การบำรุงรักษาและการใช้อุปกรณ์ในการแจ้งเตือน อุปกรณ์ในการป้องกันระดับอัคคีภัย การกำหนดประเภทของสิ่งของที่ต้องเคลื่อนย้าย และวิธีการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง

- จัดเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์ในการแจ้งเหตุไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ ระบบน้ำสำรอง ตามมาตรฐานกำหนด (เช่น มีถังดับเพลิง 1 ถัง ทุก 20 ตารางเมตร หรือห่างกันไม่เกิน 20 เมตร อาคารสูงต้องมีระบบเครื่องยนต์ดับเพลิง ระบบอัตโนมัติ) และอุปกรณ์ผจญเพลิงอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับพื้นที่
- ทำการฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัย
 - บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
 - ควรมีการฝึกซ้อมในช่วงเวลาต่างๆ
- ผู้รับผิดชอบจัดให้มีการประเมินผลต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอ
 - ความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
 - ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย
 - ความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรในระหว่างการฝึกซ้อม ในการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคอื่นๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรม ความรู้ความสามารถของบุคลากรและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัย

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย อย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ และการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง

SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขภาค (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณสุขภาคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:

- กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
- การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
- การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
- การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
- การให้ความรู้แก่ผู้ใช้;
- การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
- แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารเครื่องมือในภาพรวมของโรงพยาบาล มีการจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
 - กระบวนการวางแผนความต้องการเครื่องมือ กำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่ต้องมีอยู่ในหน่วยงาน (ครอบคลุมเครื่องมือในการช่วยชีวิต และเครื่องมือตามขีดความสามารถหรือตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล)
 - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ รวมทั้งแนวทางการทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก
 - แนวทางการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ (inventory of equipment) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือตามแผน ซึ่งอาจจะ
 - ครอบคลุมเครื่องมือทุกชิ้น, หรือ
 - เลือกทำสำหรับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น เครื่องมือที่มีผลต่อความถูกต้องหรือความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, โอกาสเกิดความเสียหายทางกายภาพระหว่างใช้งาน, ประวัติอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ
 - กำหนดกลยุทธ์สำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่อยู่ในบัญชีรายการ เพื่อให้มั่นใจในการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ ซึ่งอาจใช้กลยุทธ์แตกต่างกันสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภทต่อไปนี้

- predictive maintenance (การบำรุงรักษาเชิงพยากรณ์) เป็นการวางแผนบำรุงรักษาเครื่องมือโดยคาดคะเนอัตราการเสื่อมของเครื่องมือจากการวัดที่นำเชื่อถือ มีการวัดค่าตัวเลขและมีการเปรียบเทียบข้อมูลตัวเลข เพื่อประมาณช่วงเวลาและตำแหน่งการชำรุดที่อาจเกิดขึ้น
- interval-based inspection หรือ preventive maintenance (การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน) คือการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้
- corrective maintenance (การบำรุงรักษาเชิงแก้ไขปรับปรุง) คือ การดำเนินการเพื่อการดัดแปลง ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อขจัดเหตุขัดข้องหรือรังให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ลดความเสียหายจากการเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายของการบำรุงรักษาลง ควรประเมินเหตุการณ์ที่ต้องมีการบำรุงรักษาในลักษณะนี้และพิจารณาทางเลือกอื่น
- metered maintenance (การบำรุงรักษาตามระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการใช้งาน) เครื่องมือที่ต้องใช้การบำรุงรักษาในลักษณะนี้ เช่น CT scanner
 - กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ ซึ่งอาจใช้ข้อมูลคำแนะนำของผู้ผลิต ระดับความเสี่ยง และประสิทธิภาพของโรงพยาบาล
 - เครื่องมือที่ต้องมีการสอบเทียบ และกำหนดระยะเวลาการสอบเทียบที่เหมาะสม
 - การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ โดยเฉพาะผู้ใช้งานเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ เครื่องมือที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน เกิดอุบัติเหตุจากการใช้งาน หรือเมื่อผู้ใช้ไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่าสวมใส่
 - กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งเตือนอันตรายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ระบบรายงานอุบัติการณ์รุนแรงที่อาจเป็นผลจากเครื่องมือ
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้
 - การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้
 - การมีเครื่องมือสำรอง
 - การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ
- ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีระบบติดตามประเมินผล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่น ER LR OR ICU หน่วยไตเทียม เป็นต้น และแผนการจัดหาเครื่องมือตามความต้องการของโรงพยาบาล
- เครื่องมือที่มีการจัดระบบสำรอง ผลการดำเนินการที่ผ่านมา
- ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเครื่องมือ (จำแนกตามกลยุทธ์การบำรุงรักษา ถ้าเป็นไปได้) การแปลความหมายของข้อมูลและการใช้ประโยชน์ในการวางแผน/ปรับปรุงการบริหารจัดการเครื่องมือ

- อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ การตอบสนอง ผลกระทบ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนด
 - ประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำในแต่ละหน่วยงาน
 - ประเด็นสำคัญและวิธีการตรวจสอบความพร้อมที่เหมาะสมตามประเภทของเครื่องมือ
 - เครื่องมือซับซ้อนที่ต้องใช้โดยผู้ผ่านการฝึกฝน
- หน่วยงานมีการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด ลักษณะความพร้อมใช้ที่ต้องการและบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือกำหนดมาตรการเพื่อความมั่นใจในการมีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ เช่น
 - การจัดระบบรวมศูนย์เครื่องมือที่มีความจำเป็นตามความเหมาะสม
 - การจัดโซนนิ่งของหน่วยงานในการใช้เครื่องมือบางประเภท
 - การมีเครื่องมือสำรองที่ส่วนกลาง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือจัดติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ผลกระทบจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือหรือหัวหน้าหน่วยงาน กำหนดระบบเพื่อรองรับการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน
 - การฝึกอบรมที่จำเป็น
 - การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- มาตรการเพื่อความมั่นใจในการมีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น
 - ความต้องการเครื่องมือเปรียบเทียบกับจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่
 - ข้อมูลแสดงถึงความไม่พร้อมใช้งาน ความไม่เพียงพอ การชำรุดขณะใช้งาน
 - ระยะเวลาที่เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ และค่าใช้จ่ายในการซ่อมในแต่ละครั้ง
 - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบำรุงรักษาเครื่องมือ

- การวิเคราะห์ความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าในการยังคงใช้เครื่องมือบางรายการ
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน
 - ปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ
 - จัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือที่สำคัญ
- การปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ และแผนการจัดหาเครื่องมือในระยะยาว

ข. ระบบสาธารณสุขูปโภค

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณสุขูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:

- การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณสุขูปโภค;
- แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณสุขูปโภค;
- การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
- แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
- การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ;
- ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารระบบสาธารณสุขูปโภคของโรงพยาบาล
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้สาธารณสุขูปโภคในภาพรวมของโรงพยาบาล ทั้งประเภทและปริมาณ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ จัดทำแผนบริหารระบบสาธารณสุขูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
 - การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณสุขูปโภคที่มีอยู่ และที่ต้องการจัดหาเพิ่มเติม
 - จัดทำแผนผังที่ตั้ง รายละเอียดของระบบสาธารณสุขูปโภคทั้งหมดภายในโรงพยาบาล
 - แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคมีปัญหา
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคขัดข้อง
 - การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว
 - แนวทางในการตรวจสอบ ทดสอบระบบ และบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม
 - แนวทางการป้องกันการปนเปื้อนในระบบสาธารณสุขูปโภค
 - การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ
 - การระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ (เชื้อโรค แก๊ส คิวน์ ฝุ่น)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์และผลการตรวจสอบ แนวทางการจัดการ และผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการแก้ไขปัญหา

(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- หน่วยงานที่ต้องมีระบบไฟสำรอง ระยะเวลาที่ระบบไฟจะสำรองได้ อุบัติการณ์/ปัญหา/ข้อขัดข้องที่เคยเกิดขึ้น และการแก้ไขป้องกัน

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค และใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการรวบรวมข้อมูล/ปัญหาที่เกี่ยวข้องของระบบสาธารณูปโภคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา และแผนการพัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค

SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่รับผิดชอบเรื่องสิ่งแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันจัดเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- ประเด็นที่ควรพิจารณาได้แก่ ความสะอาด กาย อุดมภูมิและการระบายอากาศ แสง เสียง ภาพ ความเป็นธรรมชาติ การจัดสถานที่ที่ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง อบอุ่น สามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้สะดวก
- ทีมงานที่รับผิดชอบวางแผนการพัฒนาและดำเนินการพัฒนาตามแผน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงที่เกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา

(2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ

(3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภคอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่หรือผู้ผลิตหรือผู้รับบริการ
- จัดร้านอาหาร ร้านค้าภายในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
- จัดให้มีร้านค้าหรือจัดให้มีการนำเสนอจำหน่ายผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล ร้านค้าภายในโรงพยาบาลไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลนำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ และผลการดำเนินการที่ผ่านมา

(4) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล และผลการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
- มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบบำบัดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเภทและศักยภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย ปริมาณน้ำเสียสูงสุดในแต่ละวัน
- ผู้ดูแลระบบและความรู้ความสามารถ
- ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ
- การตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด และผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานภายนอก 3 ครั้งสุดท้าย ตามมาตรฐานตามที่หน่วยงานราชการกำหนด

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ปริมาณของเสียที่เกิดจากการให้บริการของโรงพยาบาลโดยรวม กำหนดแนวทางการลดการใช้วัสดุที่จะก่อให้เกิดของเสีย

- ทบทวนและกำหนดวิธีการใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ให้คุ้มค่าง่อนทิ้ง เช่น การใช้กระดาษรีไซเคิล การนำน้ำที่ผ่านการบำบัดและมีคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐานมาใช้ใหม่
- กำหนดข้อห้าม/ลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น กล้องโฟม โฟม ถุงพลาสติก การใช้น้ำยา สารเคมี เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ของเสียและของใช้/วัสดุวัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมที่องค์กรต้องการลดปริมาณใช้ และผลการดำเนินการที่ผ่านมา และแผนการดำเนินการในอนาคต

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:

- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
- มีกระบวนการแยกเก็บ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
- มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการดำเนินการตามแนวทางการจัดการขยะ ปัญหาข้อขัดข้อง และสิ่งที่มีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด
- ผลการดำเนินการเพื่อลดปริมาณขยะประเภทต่างๆ และผลการตรวจสอบผู้รับเหมาช่วง

(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, รวมทั้งมีการประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการจัดการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
- ผลการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมขององค์กร รวมทั้งผลการแก้ไขปรับปรุง

SPA II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

SPA II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

(1) มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ ออกแบบ/กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. คณะกรรมการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ พร้อมทั้งวางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดหรือทบทวนองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) หรือ ทีมงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ว่ามีผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (แพทย์จากกลุ่มงานทางคลินิกที่สำคัญ ฝ่ายการพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เภสัชกรรม ฝ่ายบริหาร) และมีผู้ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อร่วมอยู่ด้วย
- ทบทวนการทำหน้าที่ของคณะกรรมการ IC ถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบความสำเร็จ และบทบาทหน้าที่ที่ยังทำได้น้อย วางแผนที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวให้เข้มข้นขึ้น
 - การกำหนดนโยบายและมาตรการ
 - การออกแบบระบบ/วางแผน เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - การติดตามประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง (ควรให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่นี้ให้มาก)
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์บริบทขององค์กร (จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของผู้ป่วย โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น การติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาล)
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันจัดทำหรือทบทวนเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในเรื่อง IC ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร
 - เป้าประสงค์
 - วัตถุประสงค์

- กลยุทธ์
- มาตรการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ในเรื่อง IC
- **บทบาทและการตัดสินใจ**ของคณะกรรมการ IC ที่มีความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา
- การประเมินผลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ และการตอบสนองของคณะกรรมการ IC

(2) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ. การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งข้อมูลหรือเหตุผลสนับสนุน

(3) องค์กรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการ และปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันเลือกสรร scientific evidence (หลักฐานวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจากการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์) ที่ update จากแหล่งที่เหมาะสม เช่น CDC, ชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- นำข้อมูลหลักฐานดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ (ถ้ามีการจัดทำไว้แล้ว) มบทวนแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัยกับ evidence
- ทำ gap analysis เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว กำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น เพื่อเป็นที่ใช้อ้างอิง ทำความเข้าใจ และชี้แจงให้การปรับปรุงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่าง scientific evidence ที่นำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:

- การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
- มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ;
- มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตติซ้ำ;
- การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;
- การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่งหรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);
- การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) **องค์กรมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประสานกลมกลืนและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยรวมขององค์กร.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- มาตรการสำคัญในหน่วยงานต่างๆ ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงาน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- สิ่งที่มีการเชื่อมประสานระหว่างงาน IC และงานคุณภาพ/ความปลอดภัย และผลงานที่เกิดขึ้น

(6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน **รวมไปถึงการจัดการสิ่งแวดล้อม.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดขึ้น
- ผลการตรวจติดตามการปฏิบัติ

(7) ผู้นำสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

ทรัพยากร

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

ระบบสารสนเทศ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการสืบสวนการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC

(8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การให้ความรู้แก่บุคลากร

- คณะกรรมการ IC กำหนด training need ในเรื่อง IC สำหรับบุคลากรประเภทต่างๆ โดยอาศัยปัญหาที่พบจากการปฏิบัติเป็นตัวชี้นำ และครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้
 - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำคัญในจุดต่างๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและเป็นจุดเน้นขององค์กร รวมทั้งข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
 - นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร
 - บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อในส่วนที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบ
- ดำเนินการฝึกอบรมให้ความรู้ตาม training need
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานกลางเป็นพิเศษ
- ประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และนำปัญหาที่พบมากำหนดรูปแบบการฝึกอบรมใหม่

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม
- กลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางการให้ข้อมูลได้มีการปรับปรุง

(9) องค์กรจัดให้มีกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด โดยมีแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เข้ามามีส่วนร่วม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างความสำเร็จของความร่วมมือ

(10) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการติดยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

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

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

การติดตามแบบแผนการดื้อยา

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล มาตรการต่างๆ ที่จะรับทราบโอกาสเกิด under report
- อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่มีการเฝ้าระวัง และโอกาสเกิด under report
- ตัวอย่างรายงานที่ส่งให้ผู้เกี่ยวข้องและการตอบสนองที่เกิดขึ้น
- แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มการดื้อยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวังในข้อ (1) และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดและนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

(5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- แผนเตรียมความพร้อมรับการระบาด ระบุทรัพยากรที่ต้องการ การสืบค้นและมาตรการควบคุมที่จำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการดังกล่าว
- **แนวทางการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

- ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ
- ดำเนินการตามแผน จัดทำรายงาน และเฝ้าระวังต่อเนื่องจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีปัญหา
- ทบทวนบทเรียนและผลลัพธ์ของความร่วมมือเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สถานการณ์ที่ รพ. มีโอกาสประสบ และแผนรองรับสถานการณ์ดังกล่าว
- **ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** และข้อมูล que แสดงถึงประสิทธิภาพของความร่วมมือ

SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในหัตถการและกระบวนการต่าง ๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อมุ่งต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions และ isolation precautions
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
- การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล
- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่าง ๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่
- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องขอบทวนมาตรการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่สำคัญว่าเป็นไปตาม scientific evidence ที่ทันสมัย (ใช้ gap analysis ช่วยตรวจสอบ) มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวเพียงพอ (ใช้แนวคิด human factors engineering) และโครงสร้างทางกายภาพเอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ
- ICN ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อในการทำหัตถการและขั้นตอนหรือกระบวนการทำงานต่าง ๆ และสร้างความตื่นตัวหรือจัดให้มีข้อความเตือนใจ (reminder) ที่จำเป็นในจุดที่จะเกิดความเสี่ยง
- ใช้ FMEA วิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม (เช่น การทำความสะอาดเครื่องมือที่มี lumen)
- ใช้การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง เช่น การส่งเสริมการล้างมือ
- ศึกษาและออกแบบกระบวนการทำงานอย่างระมัดระวังในประเด็นที่ controversy เช่น การนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่
 - สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ
 - ระบุให้ชัดเจนในประเด็นต่อไปนี้: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญเป็นระยะ ทั้งด้วยการทำ focus group / สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน และการสังเกตการทำงาน
 - Standard precaution : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติครบถ้วนเพียงใด
 - การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มิดำ สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
 - Transmission-based (Isolation) precaution : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ การจัดสถานที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
 - การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
 - การส่งเสริมการล้างมือและอนามัยส่วนบุคคล : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
 - การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ : เป็นไปตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือไม่
 - การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
- จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - แยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมิน/ตรวจสอบ และการปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่: ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, หอผู้ป่วยวิกฤติ, หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด, หน่วยบริการฉุกเฉิน, หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก, หน่วยซักรีด, หน่วยจ่ายกลาง, โรงครัว, หน่วยกายภาพบำบัด, ห้องเก็บศพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่าง ๆ

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร
- มอบหมายให้ทีมรับผิดชอบในการทำ clinical CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อดังกล่าว (อาจใช้ model ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน) ควรรวมพลังในการพัฒนาเข้าด้วยกันแทนที่จะต่างคนต่างทำในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- ดำเนินการปรับเปลี่ยนโดยใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง evidence-based practice (ด้วยการทำ gap analysis), การทำ RCA จากอุบัติการณ์ที่พบ, การเรียนรู้ good practice จากที่อื่น, การใช้ human factors engineering เน้นการทดลองหลายๆ เรื่อง และทำหลายๆ รอบ
- ในการใช้ evidence หากมี guideline อยู่แล้ว ควรนำมาใช้ทั้ง bundle คือพัฒนาทุกองค์ประกอบที่มีความสำคัญ (ดูตัวอย่างใน HA Patient Safety Goals: SIMPLE) มิใช่เลือกมาทำเพียงบางประเด็น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ควรรายงานด้วย control chart)

(2) มีระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วย การซ้อมปฏิบัติ การทำ FMEA และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีการกำหนดขั้นตอนในการดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน. มีมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากเจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-
-

ฉบับร่าง เพื่อใช้ในหลักสูตร HA501

SPA II-6 ระบบการจัดการด้านยา

SPA II - 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- **ครอบคลุมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทั้งหมดในระบบยา** ได้แก่ การวางแผน การคัดเลือก การจัดหา การเก็บสำรองยา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง ให้เพียงพอและพร้อมใช้, การสั่งใช้ยา การเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

○ คณะกรรมการฯ ควรกำหนดแนวทางการประเมินผล และสนับสนุนให้มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการรายงานตามวงรอบเวลาที่กำหนด

- คณะกรรมการฯ ประเมินบทบาทหน้าที่ของตน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การใช้เวลา การตัดสินใจ และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการทำบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ทบทวนระบบการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ
 - เป้าหมายเพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ให้บริการ และมีรายการยาเท่าที่จำเป็น
 - กระบวนการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล
 - ข้อมูลที่ต้องนำเสนอ ซึ่งควรมีข้อมูลทั่วไปของยาที่นำเสนอ ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ อันตรกิริยาของยา ข้อมูลความปลอดภัยและ**ความคุ้มค่า**
 - เกณฑ์การคัดเลือกควรพิจารณาความปลอดภัย และ**ความคุ้มค่า**เป็นอย่างน้อย
 - มาตรการเพื่อความปลอดภัยและ**คุ้มค่า**
 - มาตรการสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนสูงหรือเป็น high alert drug เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา การเก็บรักษายา การติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย
 - มาตรการสำหรับการขอใช้ยานอกบัญชี เช่น การขออนุญาต การจัดหา การเบิกจ่าย การติดตามผล โดยพิจารณาความจำเป็น ความเสี่ยง และ**ความสามารถในการติดตามผล**
 - การทบทวนเมื่อมีรายงานอุบัติการณ์รุนแรงจากการใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาล (ทั้งภายในองค์กรและจากวารสารที่น่าเชื่อถือ) ที่ทันต่อเหตุการณ์
 - ยาที่มีการใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย อาจพิจารณารับเข้าเป็นยาในโรงพยาบาล แต่ยังไม่ต้องดำเนินการจัดซื้อสำรอง ซึ่งจะดำเนินการเมื่อเกิดความต้องการเป็นครั้งคราว

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

(3) องค์กร (โดย PCT) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา แล้วนำสู่การปฏิบัติ **และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรการ ติดตามและกำกับดูแล ในเรื่องความปลอดภัยด้านยา โดยอาจตั้งเป็นคณะกรรมการภายใต้ PTC หรือมอบหมายให้ PTC ทำหน้าที่นี้ด้วย
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบกำหนดหรือทบทวนนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่
 - การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง
 - การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา
 - การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง PRN การใช้คำสั่งยีน การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเดิมต่อ การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย)
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบออกแบบระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
 - กำหนดความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนที่ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ และเป็นไปตามความหมายที่ถูกต้องในระบบความปลอดภัย เช่น เหตุการณ์พึงสังวร (sentinel event) ความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา เหตุเกือบสูญเสียชีวิต (Near miss)
 - กำหนดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์เพื่อการรายงานอย่างเหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูลในทางคลินิกอาจใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา 9 ระดับ ตาม NCC-MERP และสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งระบบ
 - กำหนดรูปแบบรายงานหรือการบันทึก

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
- การประเมินความเหมาะสมทันการณ์ในการตอบสนองเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC หรือคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety Team) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง โดยมีแนวทางกว้างๆ ดังนี้
 - ลักษณะของยา เป็นยาที่
 - มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษบางรายการ
 - มีรายงานความถี่ของการเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บ่อยในองค์กร
 - มีรายงานว่าเป็นปัจจัยสาเหตุ หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พึงสังวร (sentinel events) ทั้งในวารสารวิชาการ หรือในองค์กร หรืออาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิษยัการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน (look alike-sound alike drugs)

- วิธีการกำหนด
 - อยู่ในดุลยพินิจของทีมสหสาขา หรือทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม หรือบริบทของงาน/หอผู้ป่วย
 - ปัจจัยที่อาจคำนึงร่วมด้วยคือแบบแผนการใช้ยาของแต่ละองค์กร ข้อมูลอุบัติการณ์ภายในองค์กร
 - อาจใช้แบบสำรวจอย่างง่าย สํารวจความคิดเห็นบุคลากร ต่อการจัดประเภทยาที่ต้องระมัดระวังสูง ร่วมกับการรายงานอุบัติการณ์
 - สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกรายการ ควรให้ความสำคัญพิเศษในกลุ่ม heparin, insulin, morphine, potassium chloride และ warfarin
- จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ
 - ครอบคลุมกระบวนการรักษาด้วยยาตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหา การเก็บรักษา การส่งจ่าย การถ่ายถอดคำสั่ง การเตรียม การกระจาย การส่งมอบ การให้ยา และการติดตาม
 - มีสัญลักษณ์หรือเครื่องหมาย ที่รับรู้ร่วมกันทั้งระบบว่าเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูง อาจแยกเก็บเป็นสัดส่วนหรือเป็นกลุ่ม เพื่อให้เกิดความระมัดระวังทั้งในกระบวนการเก็บรักษา การสำรองในแต่ละจุด
 - สร้างสื่อความรู้ที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติในลักษณะ drug tips ที่ง่ายต่อการนำไปใช้ หรือเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนติดตามผู้ป่วยภายหลังได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง (โดยอาจแนบไปพร้อมกับยาที่จัด)
 - สร้างระบบการตรวจสอบอิสระซ้ำสำหรับยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการรับคำสั่งใช้ยา การกระจาย การส่งมอบ การเตรียม การบันทึก และการให้ยา
- ผู้บริหารสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูลสารสนเทศทางยาอย่างเหมาะสม หรือมีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางยา ทั้งในส่วนของกลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรม และในส่วนของหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสำคัญ
- สร้างความรู้ความเข้าใจ ประเมินความรู้ความเข้าใจ และประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- สำหรับองค์กรที่มีการศึกษาวิจัยด้านเภสัชกรรมคลินิก ให้มีระบบการจัดการยาดังกล่าวที่ชัดเจน แยกจากยาที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล และต้องดำเนินการครอบคลุมระบบการจัดการยาดังกล่าวทุกด้าน โดยดำเนินการในลักษณะโครงการที่ได้รับการรับรองให้มีการศึกษาได้ และเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง
- ตัวอย่างมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา และผลการตามรอยการปฏิบัติหรือการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง
- ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และจุดเน้นของการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

(2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดหรือพัฒนาวิธีการที่จะเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว เช่น
 - การพัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
 - การบันทึกข้อมูลที่เป็นโน้ตบุ้ค เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
 - การบันทึกข้อมูลที่เป็นโน้ตบุ้คคำสั่งการรักษาทุกใบ เช่น ข้อมูลการแพทย์
- PTC มอบหมายให้มีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย และนำไปปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีข้อมูลยาที่จำเป็น ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรกิริยาระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

•

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามตรวจสอบประเมินผล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน และยาที่จำเป็นเร่งด่วน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- สนับสนุนแหล่งข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากความรีบด่วน จำเป็นที่จะต้องมีไว้เพื่ออ้างอิง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินยาอย่างสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด และมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ

(4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ฝ่ายเภสัชกรรมประสานกับหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อวางระบบให้มีการส่งคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ หรือไม่จำเป็นต้องใช้มาที่ห้องยาโดยเร็วที่สุด ตลอดจนการเขียนคำสั่งหยุดใช้ยาที่เหมาะสม

- ฝ่ายเภสัชกรรมมีระบบหรือแนวทางการประเมินสภาพของยาที่ถูกส่งคืนว่ามีคุณภาพที่ดีในการนำไปใช้ต่อ เช่น เมื่อยาเปลือยพิจารณาทำลาย ยาที่อยู่ในแผงสามารถนำมาให้บริการต่อ รวมถึงแนวทางการทำลายที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา

ฉบับร่าง เพื่อใช้ในหลักสูตร HA501

SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว และตอบสนองผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด (ข้อมูลควรครอบคลุมชื่อยา ความแรง ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยาที่ผู้ป่วยใช้จริง);

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

(3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความครอบคลุมของการทบทวนคำสั่งใช้ยา
- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียนที่ได้รับจากการทบทวนคำสั่งใช้ยา (เชื่อมโยงกับเป้าหมายเรื่องความเหมาะสมและความปลอดภัย) รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ฝึกอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามระบบ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

- ทิมเภสัชกรรมหลักเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม
- เวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเหมาะสมปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงที่กิดขึ้น
- สถิติและบทเรียนในการจัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายโดยบริการเภสัชกรรม

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายและแนวทางการติดตามยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- บริการเภสัชกรรมร่วมกับหน่วยดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการส่งมอบยาหรือการกระจายยา
- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายการส่งมอบยาหรือการกระจายยาแก่หน่วยดูแลผู้ป่วยตามบริบทและความพร้อมขององค์กร โดยพิจารณาเป้าหมายสำคัญต่อไปนี้
 - ความปลอดภัยรัดกุม
 - การตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่างยา ฉลากยา และคำสั่งใช้ยา โดยเภสัชกร
 - ระบบการจัดส่งยาที่รัดกุมหรือแยกจากกันสำหรับยาที่ต้องแช่เย็น หรือสารเสพติด หรือยาที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ
 - มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
 - ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
 - ความพร้อมใช้
 - รูปแบบของเภสัชภัณฑ์ที่พร้อมใช้
 - ระบบการกระจายยาที่ควรเป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นระบบการจ่ายยารายวัน (daily dose) หรือระบบการจ่ายแบบ unit-dose
 - ทันความต้องการของผู้ป่วย
 - การสื่อสารคำสั่งใช้ยาไปยังห้องยาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้โทรสารหรือการใช้ intranet
 - การประกันรอบเวลาในการส่งมอบยา
 - การกำหนดมาตรฐานระยะเวลาในการจ่ายยาครั้งแรก และการปรับช่วงเวลา
 - การจ่ายยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับอย่างเร่งด่วน
- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนประเมินผลระบบการส่งมอบยาหรือการกระจายยาอย่างน้อยปีละครั้ง และนำผลไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายและแนวทางการส่งมอบยาหรือการกระจายยาที่สำคัญ

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาหรือการกระจายยา

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย

ค. การบริหารยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางในการบริหารยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วย
- คุณสมบัติของบุคลากร
 - กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่สามารถบริหารยาประเภทต่างๆ เช่น การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ การฉีดยาเข้าไขสันหลัง การให้ยาเคมีบำบัด การใช้สารทึบรังสี
 - มีการเพิ่มพูนและทดสอบความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ
 - มีระบบการกำกับหรือดูแลบุคลากรการปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิด
- กำหนดแนวทางการใช้บันทึกการบริหารยาผู้ป่วย (Medication Administration Record - MAR) เพื่อเป็นประกันความถูกต้องในการบริหารยา
 - คัดลอกโดยตรงจากใบคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยผู้ที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกโดยอีกบุคคลหนึ่งทันที
 - ข้อมูลที่สำคัญบน MAR ประกอบด้วย patient identification และข้อมูลทั่วไปที่มีความสำคัญต่อการบริหารยา เช่น ข้อมูลแพ้ยา ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับคำนวณขนาดยา (น้ำหนักสำหรับโดยเฉพาะเด็ก, ส่วนสูงสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาเคมีบำบัดบางรายการ)
 - ข้อมูลรายการยาแต่ละรายการควรมีชื่อ ขนาดยาที่ให้ วิธีบริหาร ความถี่ และข้อควรระวังสำคัญ เช่น อัตราเร็ว ควรแยกบันทึกระหว่างยาที่ให้วันเดียวกับยาที่ให้ต่อเนื่องและบันทึกวันที่ให้ยาอย่างชัดเจน
 - การใช้ MAR
 - ใช้ตรวจสอบยาที่รับจากห้องยา
 - ใช้ MAR กำกับการบริหารยาโดยนำติดตัวไปที่ข้างเตียงผู้ป่วย ลงเวลาจริงในการบริหารยาและลายมือชื่อผู้บริหารยา (อาจร่วมกับ IT พัฒนาระบบที่สามารถบันทึกได้สะดวก เช่น การใช้ barcode)
 - บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่ร้ายแรงทันทีในบริเวณ/ช่องที่กำหนดใน MAR และทำสัญลักษณ์หรือขีดฆ่าที่รายการยาดังกล่าว ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกร เพื่อประเมินและรวบรวมลงฐานข้อมูล

- ส่งต่อ MAR เมื่อมีการย้ายผู้ป่วย
 - ใช้เป็นเอกสารหลักชิ้นหนึ่งสำหรับ medication reconciliation
- สร้างแนวทางการกำกับ การยืนยันความถูกต้องของการบันทึก เช่น การสุ่มตรวจสอบว่ามีกาลลง เวลาตามที่เป็นจริงหรือไม่ หรือการสอบทานระหว่างเวร
- ก่อนการบริหารยาทุกครั้งต้องยืนยันผู้ป่วยและความถูกต้องครอบคลุม ทั้งนี้ให้ยึดบันทึกการบริหารยา เป็นหลักในการช่วยทวนสอบ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยยืนยันความถูกต้อง
 - ถูกคน ยืนยันอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้
 - ถูกยา พิจารณาฉลากกับบันทึกการบริหารยา พิจารณารูปแบบ ลักษณะภายนอก ตะกอน การ เปลี่ยนสี ยังไม่หมดอายุ
 - ถูกขนาด เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ หรือคำนวณจากน้ำหนัก ไม่เกินขนาดที่สามารถให้ได้ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูง
 - ถูกวิธีบริหาร ระวังยาที่มีเทคนิคพิเศษ หรือยาที่ให้เข้าไขสันหลัง ให้สร้างระบบการยืนยันซ้ำอิสระ ให้มีระบบการประกันความเสี่ยงของอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถเชื่อมต่อได้ระหว่างการให้ทาง หลอดเลือด กับความต้องการบริหารโดยวิธีอื่น เช่น กระบอกฉีดยาสำหรับยารับประทานสามารถ สวมต่อกับ catheter ที่บริหารเข้าหลอดเลือด
 - ถูกเวลา ศึกษาคู่มือผู้ป่วยอาจกำหนดระยะเวลาที่ยอมรับได้ในการบริหารยาที่ไม่เป็นไปตาม actual time เพื่อให้พยาบาลสามารถวางระบบ และสามารถบันทึกเวลาในการบริหารจริง
 - ถูกเทคนิค โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงเช่น การทำลายเนื้อเยื่อ หากเกิดการแทงทะลุออกหลอดเลือด
 - มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ
- ข้อควรพิจารณาอื่น ๆ ในการบริหารยา
 - หากยังมีข้อกังวลใดๆ จะต้องยังไม่บริหารยาจนกว่าข้อกังวลหรือข้อสงสัยเก่านั้นได้รับการแก้ไขหรือ ทำความเข้าใจ จนมั่นใจว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อน
 - ก่อนการบริหารยา ควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ถึงความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์ด้านยาที่สำคัญ หรือสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นยาใหม่ เป็นต้น
 - มีความพร้อมด้านอุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump โดยเฉพาะสำหรับยาที่มีความเสี่ยงหรือมี อันตรายสูงหากบริหารยาในอัตราที่ไม่เหมาะสม ให้มีระบบการตรวจสอบความเที่ยง อย่าง สม่าเสมอ สุ่มประเมินระยะเวลาที่ยาควรหมดกับระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารจริง
- หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ให้ระงับการบริหารยาที่ เกี่ยวข้องหรือที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุเป็นเบื้องต้น รีบรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องทันที และดำเนินการตาม ระบบการรายงาน การจัดการอุบัติการณ์ที่องค์กรกำหนด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย การใช้ MAR

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

(3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบันทึกในเวชระเบียน
- ทีมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์แนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบ่งชี้ผลที่ไม่พึงประสงค์ จากยาแต่เนิ่นๆ ในยากลุ่มต่างๆ ที่มีความสำคัญ เช่น
 - ยาที่มี therapeutic ratio แคบ
 - ยาที่แพทย์หวังผลการรักษาในระยะสั้น
 - ยาด้านจุลชีพซึ่งเชื่อว่าจะไม่ไวต่อยาหรือมีการติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้น
 - ยาที่มีผลต่อสมดุลของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือมีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย
 - ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ
 - การตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก
- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางตอบสนองเมื่อผลการติดตามการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวังหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ good practice เกี่ยวกับการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา

SPA II-9 การทำงานกับชุมชน

SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.

(1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของชุมชน ว่าครอบคลุมถึงชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนทางสังคมที่มารวมตัวกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน
- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทำความเข้าใจบริบทของชุมชนที่รับผิดชอบ โดย
 - ประเมินความต้องการของชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชน
 - ทบทวน ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ และขีดความสามารถในปัจจุบันของชุมชน ครอบคลุมมุมมองด้านการส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู
 - ประเมินศักยภาพของชุมชน เพื่อรับรู้ถึงความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของชุมชนนั้นๆ ถ้าหากชุมชนนั้นได้รับการสนับสนุน ด้านการบริการ ประสานความร่วมมือ ส่งเสริม เพิ่มพลังอำนาจอย่างเต็มที่
 - กำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน (ซึ่งอาจมีทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ) และบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน
 - บริการสุขภาพที่เป็นไปได้ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริม การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ การสร้างเครือข่าย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ บริการสุขภาพที่จำเป็น

(2) **องค์กรร่วมกับชุมชน**วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดย
 - ใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มบุคคล และระดับชุมชน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ
 - พิจารณาบริการ**สร้างเสริมสุขภาพ**ให้ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ
 - จัดทำแผน**บริการสร้างเสริมสุขภาพ**ประกอบด้วยเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนจำแนกตามลักษณะบริการต่างๆ และผลคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน

(3) **องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง** จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความครอบคลุมของการดำเนินงาน, ความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ

(4) องค์กรติดตามประเมินผล **ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เปรียบเทียบกับแผนงานและความต้องการสุขภาพของชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

(1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมที่เป็นรูปธรรมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ การสร้างเครือข่ายของชุมชน การเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน

(2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่องค์กรเข้าไปส่งเสริมความสามารถ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของกลุ่มดังกล่าว

(3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล และครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

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

สิ่งแวดล้อมทางสังคม

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

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจว่านโยบายสาธารณะ อาจจะมาจากการกำหนดมาตรการเชิงบังคับโดยส่วนราชการ หรือมาจากมาตรการเชิงสังคมโดยชุมชนก็ได้

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- สรุปภาพรวมการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- นโยบายสาธารณะที่องค์กรขับเคลื่อน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น