

## II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

<b>i. ผลลัพธ์</b>						
<b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	>5,000 เรื่อง	3659	2467	1460	1024	117
อัตราการรายงาน near miss	>70 %	72%	76%	17.3%	37.5%	21.56%
อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ E – I ที่ได้รับการแก้ไข	100 %	72.6%	84.3%	83%	83.3%	83.3%
อัตราของอุบัติการณ์ระดับ 3 – 5 ที่ได้รับการแก้ไข	100 %	100%	100 %	100%	100 %	100%
อัตราการเกิด AE :1,000วันนอน	<5:1,000	3.58	2.67	3.58	1.39	0.18
ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย	80%	NA	56.8%	61.23%	75.92%	50.62%
<b>ii. บริบท</b>						
<p>โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:</p> <p>โรงพยาบาลปากพนังดำเนินการวางแผน กำกับดูแล ระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงาน โดยมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถือเป็นการผิด ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ประชาชน และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลดความรุนแรง ความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบบริการมีคุณภาพ และมีความปลอดภัย</li> <li>2. ประชาชนมี health literacy and self health care</li> <li>3. ระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ</li> </ol> <p>จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-พัฒนาระบบการดูแลผู้สัมผัสและติดเชื้ออุบัติใหม่ ไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอปากพนัง</li> <li>-สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย –2P Safety</li> </ul> <p>เป้าหมายความปลอดภัย: โรงพยาบาลปากพนังมีระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย เพื่อการจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้ที่มาเยือน</p> <p>โรคที่มีความเสี่ยงสูง: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ,ACS , PPH ,STROKE</p> <p>เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจาะน้ำไขสันหลังในเด็ก</li> </ul>						

- ใส่ Umbilical catheter ในทารกแรกเกิด
- พญาและใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### iii. กระบวนการ

#### II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

ผู้นำกำหนดเข็มมุ่งในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้หน่วยงานพัฒนาคุณภาพตามบริบทของตนเอง โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ และใช้ข้อมูลพื้นฐานจากสถิติผู้มารับบริการ

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของโรงพยาบาล กำหนดเข็มมุ่งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย กำหนดนโยบายความปลอดภัยและเข้าร่วมเป็น 2P Safety Hospital ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข กับ สรพ. และดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพนัง

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- แต่ละหน่วยงาน/ ทีมคุณภาพ พัฒนาตามประเด็นสำคัญของ Patient safety goals ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานตนเอง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ทีมความเสี่ยงกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวน RCA ตอบกลับเข้าสู่ระบบและมีการแจ้งเตือนทางไลน์กลุ่ม มีการส่งเสริมให้หน่วยงานและบุคลากรนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาพัฒนา CQI เพื่อลดการเกิดซ้ำ

(4) การทำงานเป็นทีม

- ทีมนำระดับกลางทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT, ทีม PTC, ทีม IC, ทีมทรัพยากรบุคคล (HRD), ทีมสิ่งแวดล้อม (ENV), องค์กรแพทย์ องค์กรการพยาบาล และทีมทำงานร่วมกับชุมชน
- โครงสร้างของแต่ละทีม ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแล กำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานคณะทำงานจากทุกหน่วยงาน เป็นเครือข่ายการพัฒนาด้านสู่การปฏิบัติ และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีม นำ มีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามงานและทบทวนปัญหา
- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลตามความเสี่ยงทางคลินิก ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงทางคลินิก นำความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงสำคัญมาวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล มีการติดตาม ประเมิน เฝ้าระวัง ความเสี่ยง และทบทวนมาตรการป้องกันเชิงระบบ
- ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญร่วมกับทีมนำทางคลินิก โดยมีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานและคณะกรรมการที่ดูแลระบบรายงานของหน่วยงานเข้าร่วมทบทวน แก้ไขปัญหาและวางระบบร่วมกัน รวมทั้งมีการติดตามประเมินการดำเนินการ ตามระบบที่วางไว้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

(5) การประเมินตนเอง:

- ประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ตาม service plan และการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้เห็นโอกาสพัฒนา เรื่องความเห็นต่อความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ ที่มีความเสี่ยงจึงจัดกิจกรรมรณรงค์การรายงานโดยลงหน่วยงานเพื่อกระตุ้นและแนะนำการบันทึกรายงานในโปรแกรมความเสี่ยง และเพิ่มช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ทาง line
- (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:
  - ทีมจัดการความเสี่ยงร่วมกับทีมจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ รพ และเครือข่าย วิเคราะห์โอกาสพัฒนาของการดำเนินงานคุณภาพ มาจัดทำแผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง
  - กระตุ้นทีม PCT ให้มีการรายงานอุบัติการณ์รายโรคเพิ่มขึ้น
  - โรงพยาบาลกำหนดเข้มมุ่ง การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีผู้อำนวยการ เป็นประธานในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ทั้งเครือข่ายและบูรณาการทุกภาคส่วน ,การดูแลผู้ป่วย DM,HT,STROKE,PPH
  - พัฒนาระบบการจับเก็บ ซึ่งจากการประเมิน TIA พบโอกาสพัฒนาเรื่องการจัดเก็บมีประสิทธิภาพลดลงจากการขาดอัตรากำลัง

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ร่วมกับทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ,แนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดใน รพ และร่วมกับหน่วยงานทุกภาคส่วนในอำเภอวางแผนการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน นำสู่การปฏิบัติ ติดตามประเมิน เฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนการดูแลตามสถานการณ์การแพร่ระบาด จากเหตุการณ์การแพร่ระบาดในอำเภอ พบผู้ติดเชื้อในเดือนกันยายน 864 ราย สามารถควบคุมการแพร่ระบาด ภายใน 1 เดือน ปี2565จำนวน 9,129 ราย ล่าสุดยอดนอนโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 8 ราย/วัน
- ทีมผู้รับผิดชอบเข้มมุ่งแต่ละด้าน กำหนดแผนในการดำเนินงาน และนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

ทีมนำเฉพาะด้านแต่ละด้าน และหน่วยงานมีการประเมิน gap assessment วางแผนพัฒนาคุณภาพและกำกับติดตามคุณภาพโดยทีมคุณภาพโรงพยาบาล

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

\*ทีม PCT มีการประเมินตนเองตาม PCT Profile กำหนดโรคสำคัญ พัฒนาการตาม clinical quality summary มีการทบทวนผู้ป่วยทบทวน12กิจกรรมในหน่วยงาน ทบทวน case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันในทีม PCT และ ทีม PTC ทบทวนใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งต่อ และ การดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย และติดตามตัวชี้วัดผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ACS, Stroke, Sepsis มีระบบการทางด่วนให้ได้รับการเข้าถึงในการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระบบการคัดกรองและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ใน 10 กม ภายใน 10 นาที

- กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ต้องได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุและห้องฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและส่งต่อ รพ แม่ข่ายภายใน 1ชม. ได้แก่ Multiple trauma ,ผู้ป่วยtrauma on ICD ส่วนผู้ป่วย Moderate Head injury และรายที่ CT brain พบ intracerebral hemorrhage ส่งรักษาต่อ รพ.มหาราชทุกราย เนื่องจากไม่มีศัลยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

- กลุ่มผู้ป่วยทางสูติกรรม ได้แก่ PPH, PIH

- กลุ่มผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ได้แก่ ไขเลือดออกที่มีภาวะน้ำเกิน

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- ผู้ป่วย STEMI พัฒนาการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยการขอคำปรึกษาจาก รพ แม่ข่าย ก่อน ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดและขณะส่งต่อ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการรักษา การส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดเป้าหมาย >80% ผลลัพธ์ ในปี 2561- 2565 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI ร้อยละ 60.86, 83.33, 100 ,93.33 และ 100 พบปัญหาใช้ระยะเวลาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดช้า ในผู้ป่วยสูงอายุ , ญาติที่ร่วมตัดสินใจอยู่ต่างจังหวัด และปัญหาระยะเวลาในการ consult รพ แม่ข่าย ก่อนให้ยานาน ทบทวนและปรับโดย แพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ส่วนญาติให้ข้อมูลแนวทางการรักษาทางโทรศัพท์ และส่วนของ รพ แม่ข่ายปรับโดยให้โทรศัพท์แทนการรอคำตอบทาง line และ consult แพทย์เฉพาะทางโดยตรง หาโอกาสพัฒนาโดยเก็บข้อมูลระยะเวลา consult สะท้อนกลับข้อมูล รพ มหาราช เมื่อใช้เวลาขอคำปรึกษานาน / Door to Needle time ภายในเวลา 30 นาทีตามเวลามาตรฐาน เป้าหมาย ร้อยละ 80 ผลลัพธ์ ปี 2561- 2565 ร้อยละ 11.12 ,16.67 , 0 ,80 และ 100(เริ่มปี2564ใช้Diagnosis to SK ภายใน 30 นาทีเป้าหมายร้อยละ 60)

- ผู้ป่วย Stroke พัฒนาการเข้าถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมง พบว่ามีสาเหตุจากความเชื่อเรื่องการหวาดอาการจะดีขึ้น,ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ,ไม่ทราบอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ,ไม่มีรถมาโรงพยาบาล ทบทวนและปรับโดย ในคลินิกเรื้อรังและ รพสต เครือข่าย ให้ความรู้อาการของโรคที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ช่องทาง 1669 และติดเอกสารอาการในสมุดประจำตัว ผลลัพธ์ การเข้าถึง Onset to Door ปี 2561- 2565 ร้อยละ 30.63, 38.95, 30,55.5 และ 47.42 ยังพบปัญหาผู้ป่วย มาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 3 ชั่วโมง ปี 2563 ทบทวนและปรับโดย แจกเอกสารอาการสำหรับติดในบ้านเพื่อการรับรู้อาการที่ต้องไปโรงพยาบาลแก่ทุกคนในครอบครัว ให้ความรู้อาการของโรค ช่องทางการแจ้งเหตุ 1669 และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น แก่ ผู้นำชุมชน อสม ในทุก รพ สต และแจกเอกสารช่องทางแจ้งเหตุในผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ปี2564 มีแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์ ช่องทางแจ้งเหตุ และจัดหน่วยอาสาสมัครรับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่ใน อำเภอปากพนังพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2561-2565 ร้อยละ 4.25 ,4.88 ,11.2 , 21.2 และ 20.38

- ผู้ป่วย Sepsis พัฒนาการเข้าถึงการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย พบปัญหาการได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า ในปี 2560 ทบทวนและปรับโดย ให้อาปฏิชีวนะที่ห้องฉุกเฉิน ผลลัพธ์ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ปี 2561 - 2565 ร้อยละ 93.33, 100 , 97.32 ,100 และ 100 ตามลำดับ

- ผู้ป่วยเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการให้ข้อมูลการเสริมพลัง ในการดูแลตนเอง พบปัญหา เรื่องการใช้จ่ายไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ทราบอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ทบทวนและปรับโดย จัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้เรื่องอาหาร การปฏิบัติตน และการสังเกตอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ปี 2561 – 2565 ร้อยละ 36.9 , 34.29,31.72 ,33.19 และ 31.55

ผู้ป่วย COPD มีภาวะ exacerbation พัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลเสริมพลัง จากการพบว่าดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น ยังสูบบุหรี่ สัมผัสสิ่งกระตุ้น ทบทวนและปรับโดยจัดกลุ่มผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน รวมทั้งมีการฝึกทักษะการพ่นยาให้ถูกวิธีโดยเภสัชกรในผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยมีอาการก่อนนัด และจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ให้ความรู้การดูแลตนเอง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ปี 2561 - 2565 ร้อยละ 52.11 , 58.53,53.73 , 62.67 และ 61.15

- ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พัฒนาการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบสาเหตุการตกเลือดเกิดจากรกค้าง การฉีกขาดช่องคลอด, การฉีกขาด cervix , uterine atony และการประเมนปริมาณเลือดคลาดเคลื่อน ในปี 2560 มีนวัตกรรมทำถุงตวงเลือด ทำให้ประเมนปริมาณเลือดถูกต้องจึงทำให้ได้จำนวนผู้ตกเลือดที่สูงขึ้น ทบทวนและปรับโดยให้มีการประเมินความเสี่ยงตกเลือดตั้งแต่ตอนฝากครรภ์ เพิ่มการดูแลผู้ตกเลือดหลังคลอดโดย ให้อา oxytocin ทันทีหลังคลอดทารก , คลึงมดลูก รวมทั้งซ้อมการตามทีมแพทย์และพยาบาล ผลลัพธ์ ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ปี 2561 – 2565 ร้อยละ 2.86 , 2.11, 2.5 , 1.7 และ 2.78 ตามลำดับ

\*ผู้ป่วย PIH ผู้คลอดที่ BP>140/90 mmHg มีแนวทางในการดูแลผู้คลอดภาวะความดันโลหิตสูง และส่งรักษาต่อ รพ มหาราช เมื่อ BP >160/90 mmHg

- ผู้ป่วยไข้เลือดออก มีกุมารแพทย์ ปี 2561 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก ป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน ผลลัพธ์ อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินลดลง ปี 2561 - 2565 ร้อยละ 0.3 ,1.15 , 0.4 ,1.2 และ 0

- ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดทางเข้าเป็นทางเดียว ปรับระบบคัดกรองผู้รับบริการทุกรายแยกผู้ป่วยทางเดินหายใจ แยกคลินิกทางเดินหายใจจากตึกผู้ป่วยนอก ,มีแนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก เปิดตึกผู้ป่วยในผู้ติดเชื้อไวรัส 2019 จำนวน 2 ตึก เปิด รพ สนาม 2 แห่ง เปิด CI 1 แห่ง รองรับผู้ติดเชื้อแพร่ระบาดในอำเภอซึ่งมีการติดเชื้อสูงสุดเดือนกันยายน 2564 จำนวน 864 ราย ปี 2565จำนวน 9,129 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2564 ร้อยละ 0.17 ,ปี 2565 ร้อยละ 0.15

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- ผู้นำองค์กรกำหนดให้ การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้วยความปลอดภัย และคุณภาพระดับโรงพยาบาล ที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้มาเยือน โดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหาร ความเสี่ยง ตามองค์ประกอบสำคัญ และกระบวนการหลัก ดังนี้ คือการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การ จัดการความเสี่ยง และติดตามประเมินผลจากทะเบียนความเสี่ยง

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพของทุกหน่วยงาน ร่วมกันกำหนด นโยบายของการบริหารความเสี่ยง กำหนดขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ในการบริหาร ความเสี่ยงของบุคลากรทุกระดับ และกำหนดขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจาก เครื่องมือต่างๆ เช่น Trigger tool , 12 กิจกรรมทบทวน บันทึกอุบัติการณ์ ในโปรแกรม NRLS เริ่มใช้ในปี 2562 แต่ ยังใช้ไม่ครบทุกหน่วยงาน ปี 2563 กำหนดให้ทุกหน่วยงานบันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรม NRLS

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register

ผู้นำองค์กรกำหนดนโยบายด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุม 2P Safety , มีระบบ Risk register และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

- ให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง โดยการประกาศนโยบายความปลอดภัยและสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ ทุกระดับในการประชุมประจำเดือน วางระบบการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ และติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ผ่าน ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกร่วมกับทีมนำ

ผู้นำองค์กรเป็นประธานทีมความปลอดภัยทางคลินิก ร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกทุกสัปดาห์ ทำให้บุคลากรในองค์กรเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย เน้นให้ บุคลากรรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือรายงานทางวาจา และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์สำคัญใน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนกรณีอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ดำเนินการทบทวน RCA และติดตาม ผลในที่ประชุม PCT

- การสนับสนุนและการกระตุ้นของผู้นำ เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญให้บุคลากรในองค์กร เห็นความสำคัญของ การบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญในคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล เน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ ค้นหาความเสี่ยง และทบทวนกรณีเกิด อุบัติการณ์

- กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานทางคลินิก ทีมระบบงานสำคัญ เช่น IC , ENV , HR , PTC , IM , NSO และ MSO กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม และหน่วยงานสนับสนุน ดำเนินการค้นหา ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมิน พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันและแก้ไข จัดทำเป็นบัญชี ความเสี่ยง( Risk Profile )ประจำหน่วยงาน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ หน่วยงาน ทีมนำ บันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรมความ เสี่ยง NRLS ทบทวนเหตุการณ์ และหาแนวทางป้องกัน แก้ไข คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ทบทวนแนวทางแก้ไข วิเคราะห์ผลกระทบ หรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ ประเมินความรุนแรงโดยให้คะแนน 1-5 แล้วนำคะแนนทั้งสองมาคูณกัน นำผลคูณมากำหนดระดับความเสี่ยง(Risk Level) พิจารณาจัดความสำคัญของ Risk

ทั้งหมด เพื่อวางแผนการจัดการความเสี่ยงด้วยกิจกรรม ป้องกันการเกิดความเสี่ยง หรือทุเลาความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น และติดตามการเกิดอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง (Risk Register )

- ปี 2561 พบอุบัติการณ์ Adverse Event จากการให้ยาปฏิชีวนะขนาดความแรงปกติในผู้ป่วยโรคไต ส่งผลให้ผู้ป่วยชั้ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ รพ แม่ข่าย และรับกลับมารักษาต่อเมื่ออาการดีขึ้น จากการทบทวนปรับโดย ให้มีการซักประวัติโรคประจำตัวทุกครั้ง และลดความแรงของยาปฏิชีวนะตามค่าไต (ระเบียบปฏิบัติ )

- ปี 2562 พบอุบัติการณ์ Adverse Event จากการให้ยา KCI Elixer จากคำสั่งการใช้ยาใน order one day ไม่ระบุจำนวนครั้งของการให้ยา จึงให้ยาครบ 4 ครั้งใน 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะ hyperkalemia ผลการทบทวนกำหนดแนวทางการรักษาภาวะ Hypokalemia โดยให้ order ยา KCI Elixer ระบุจำนวน 2-3 dose แล้วตรวจ K<sup>+</sup> ซ้ำเปรียบเทียบกับค่าเดิมของผู้ป่วย

-ปี 2563 พบอุบัติการณ์ Adverse Event

- อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดของปี 2560-2563 ร้อยละ 18.31 17.89 16.9 13.99 คือ ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับเกือบพลาด ทีม PTC กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา ดังนี้

1.การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยมีระบบสัญญาณเตือน (Pop Up ) ในระบบ HosXP , ติดสัญลักษณ์บัตรแพ้ยาในใบประเมินแรกรับ ใบorder และใบลงยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา และมีการทบทวนรายการยาในห้องฉุกเฉินให้มีเฉพาะยาช่วยชีวิต ยกเลิก การ stock ยาไม่ฉุกเฉินที่เสี่ยงต่อการแพ้ยาซ้ำ เช่น Diclofenac , Ceftriazone

ปี 2564 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ ยา ceftriazone inj ผู้ป่วย R/O Sepsis admit er ส่งรับยา stat ห้องยาจ่ายยามาจัดที่ er ตรวจพบผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาที่ติดผู้ป่วยใน ทบทวนและปรับระบบโดยยา stat ทุกรายการต้องพิมพ์รายการเข้าระบบ Hos XP เพื่อตรวจสอบประวัติแพ้ยาก่อนทุกครั้ง หลังจากนั้นไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำจนถึงปัจจุบัน

2.การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา ทบทวนยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย(LASA) , แยกเก็บยา HAD อย่างชัดเจนทุกจุด , ปฏิบัติตามแนวทางในการบริหารยาตามหลัก 10R และใช้ Emergency Box สำหรับใช้ช่วยชีวิตในทุกหน่วยงาน

\* ปี 2557พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ร้อยละ 25.46เนื่องจากการนำระบบคอมพิวเตอร์มาดักจับทำให้ตรวจสอบได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการสั่งใช้ยา ที่พบบ่อย คือ การไม่สั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์รายการยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาและการใช้คำย่อ จึงได้ประสานความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การประชุมพิเศษแพทย์จบใหม่ ปี 2560 ร้อยละ 18.31 ดำเนินการต่อเนื่อง อัตราความคลาดเคลื่อน ปี 2561-2565 ร้อยละ 16.9 ,13.99, 6.39 , 1.75 และ 1.02

- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ของแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกรในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน ช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น

- ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา(Administration error)พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ HosXp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10 R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธี และขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยา ฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ อัตรา Administration error แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 1.38 , 0.77, 2.35 0.58 และ 0.68 และ อัตรา Administration error แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 0.01 ในปี 2562 จากอุบัติการณ์ผสมยา Heparin ในน้ำยาล้างไตขนาดคลาดเคลื่อน ไม่มีอันตรายแก่ผู้ป่วย ทบทวนและปรับโดย กรณีผู้ป่วยนำยามาจากที่อื่น ให้ผ่านห้องยาทุกราย ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำอีก

- การระบุผู้ป่วยผิดพลาด เกิด Identification Error ในพี่น้องฝาแฝด และในผู้ป่วยที่มีชื่อ สกุล ตรงกัน จึง กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ ชื่อ สกุล อายุ และเพิ่มเติม ชื่อ พ่อ แม่ ในรายที่ชื่อซ้ำกันและทำ Pop Up ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ ปี 2561-2565 พบอุบัติการณ์การระบุตัวผิดพลาด จำนวน 1,9,12,16 และ 7 ครั้ง ปี 2565 พบการ ระบุตัวผิดพลาดในใบสั่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ครั้ง ติดสติ๊กเกอร์ผิดพลาด 2 ครั้ง เจาะเลือดผิดคน 1 ครั้ง เก็บ สิ่งส่งตรวจผิดคน 2 ครั้ง สาเหตุจากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการตรวจสอบการรับ-ส่ง สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี ทบทวนและกำหนด ให้มีการตรวจสอบตามขั้นตอนที่กำหนดและ double check

- การส่งตรวจสิ่งส่งตรวจเกิดความผิดพลาดในเรื่องของการส่งส่งตรวจไม่ครบ สิ่งส่งตรวจผิด สิ่งส่งตรวจไม่ได้ ตามปริมาณที่ Label ของ Tube ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 83 ครั้ง ปรับโดยมีแนวปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ ทบทวนและ ปรับขั้นตอนตั้งแต่ การลงรายการส่งตรวจ การตรวจสอบหลังเจาะเลือด และตรวจสอบก่อนนำส่ง (ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การส่งสิ่งส่งตรวจ) ผลลัพธ์ ปี 2563-2565 พบ อุบัติการณ์จำนวน 20 ,69 และ 9 ครั้ง

- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ปี 2561 เกิดอาการ Burn จากการใช้แผ่นร้อนในผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด ระดับ E จำนวน 1 ครั้ง ทบทวนและปรับให้มีการประเมินความรู้สึกก่อนวางแผ่นร้อนทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วย เบาหวาน ผู้สูงอายุ ในปี 2562-2565 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

- อุบัติการณ์ของมีคมติดไปกับถังเครื่องมือเตรียมส่งงานจ่ายกลาง เป็นเหตุการณ์เกือบพลาด ทบทวนและปรับ โดยกำหนดขั้นตอน ลำดับการเก็บเครื่องมือหลังทำหัตถการลงถัง เก็บที่ละชิ้น โดยทิ้งของมีคมก่อน ในปี 2562-2565 ผลลัพธ์ พบอุบัติการณ์ จำนวน 2 , 2,1และ 0 ครั้ง

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

- มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบโปรแกรมความเสี่ยง NRLS ปี 2561-2565 จำนวนอุบัติการณ์ 3,659 , 2,467,1640,1024 และ 51 ครั้งตามลำดับ มีการค้นหาจากทางช่องทางอื่น ๆร่วมด้วย เช่น หน้า web โรงพยาบาล , ตู้ความคิดเห็น หรือรายงานแก่ผู้อำนวยการโดยตรง อุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง จากการร่วมกัน วิเคราะห์หาสาเหตุ พบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงาน, เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นชินการใช้โปรแกรม ,ไม่มี เวลา ปรับโดย แนะนำการใช้และการบันทึกโปรแกรมความเสี่ยง ในส่วนของระบบยา มีการปรับการจัดวางยาเป็น กลุ่มโรคเดียวกัน และ ในสถานการณ์โรคไวรัสโควิด 20 19 มีระบบการจัดยาผู้ป่วยเรื้อรังส่งที่บ้าน ทำให้ผู้บริการ



ลดลง เจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความไม่เร่งรีบ ไม่ผิดพลาด และปรับการกำหนดจำนวนยาแบบ auto ทำให้ความคลาดเคลื่อนของการจัดยาและการสั่งยาของแพทย์ลดลงมาก

- การรับรู้เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิด(เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่าง ๆ

- Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องโครงสร้าง กายภาพ สิ่งแวดล้อม ด้วยสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ จำเป็นต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยทางเดินหายใจแยกโรค แยกคลินิกทางเดินหายใจจากผู้ป่วยนอก กำหนดทางเข้าเป็นทางเดียวเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยที่ครอบคลุม

- ENV Round โดยคณะกรรมการ ENV สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล สำรวจระบบป้องกันอัคคีภัย และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และบุคลากร มีการปรับปรุงแสงสว่าง และติดกล้องวงจรปิด ทุกจุดเสี่ยงในโรงพยาบาล เช่น OPD , ER , ทางเชื่อมต่อนโรงพยาบาล , โรงซักฟอก , จุดรับ-ส่งผู้ป่วย ติดตั้งแผ่นโซลาร์เซลล์เพื่อประหยัดการใช้พลังงาน

- IC Round โดยคณะกรรมการ IC พบปัญหาเรื่อง การแยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อจาก รพ.สนาม ที่เปิดรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทบทวนโดยให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การแยกขยะ แก่ผู้ป่วย

- RM Round พบปัญหาการใช้โปรแกรม NRLS ในบางหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ลงบันทึกในสมุดแทนการลงโปรแกรม ปรับโดยให้ความรู้การใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ในที่ประชุมให้ทุกคนสามารถใช้โปรแกรมได้ ลงหน่วยงานทดสอบการใช้จริง ผลลัพธ์ ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมน้อยยังคงไม่เกิดความคุ้นเคยในการใช้โปรแกรม

- บทเรียนการวิเคราะห์ RCA/ การกำหนดมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม การใช้ Human Factor Engineering

-ปี 2561 เกิดปัญหา Unplanned Dead ในผู้ป่วย Anaphylaxis พบการประเมินผู้ป่วยและการรักษาไม่ครอบคลุมที่ ER เกิดภาวะ acute respiratory failure และ Cardiac arrest หลัง admit 4 ชั่วโมง ผลการทบทวน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis ในผู้ใหญ่และเด็ก ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

-Missed Diagnosis ในผู้ป่วย Appendicitis ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ส่งตัวรักษาต่อล่าช้า เกิด

Appendix Ruptured ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการประเมิน โดยใช้ Alvarado score

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง และประเมินต่อเนื่องขณะ Admit หากประเมินได้ 5-6 คะแนนให้ NPO และ Refer ในกรณีประเมินได้ 7 คะแนน

- มีการวางระบบให้ทบทวนโดยใช้ RCA ในกรณีที่เป็นอุบัติการณ์ ระดับ G-I และในรายที่เกิด Adverse Event ที่มีระดับความรุนแรง E-I

(5) การจัดการเพื่อบรรลุป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

- กำหนดจุดเน้นนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลปากพนัง (2P Safety) ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาล 2P Safety ในเดือนกรกฎาคม 2561 โดยเริ่มนำระบบการรายงานในโปรแกรม NRLS ( National Reporting and Learning System ) ในเดือนมีนาคม 2562 ปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ ตามเกณฑ์ Safety Goal : Simple โดยกำหนดจุดเน้นของโรงพยาบาลปากพนัง

มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการตื่นตัวในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กำหนดจุดเน้นในการพัฒนาในเรื่อง การให้เลือดผิดคน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การระบุตัวผู้ป่วยคลาดเคลื่อน การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย การตัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ การติดเชื้อ CAUTI และการเกิด medical error, adverse drug event

\* บุคลากรที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ ไวรัส 2019 ได้ยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือ 3 ราย

● ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้นำให้คุณค่า และใส่ใจเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ และบุคลากรอย่างต่อเนื่องเน้นย้ำในทุกโอกาสที่มีการประชุม

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

● ประสิทธิภาพในการค้นหา (เป้าหมาย สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Near Miss > Miss) มีแนวโน้มสูงขึ้น

● ประสิทธิภาพการรายงาน การรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง จากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ปี 2564-2565 พบว่าหน่วยงานไม่เคยรายงานเข้าระบบมีถึง 33 และ 31.57% จากการทำ rapid assessment พบว่ารับรู้มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่บันทึกอุบัติการณ์ ไม่มีเวลา ไม่คุ้นชินการบันทึก และหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป เช่น งานยานพาหนะ งานสวน ไม่กล้าลงบันทึก ทิ่มความเสี่ยงได้ชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน ทำความเข้าใจและวางระบบการรายงานอุบัติการณ์เข้าสู่ระบบ ในส่วนของหน่วยงานสนับสนุน ให้บันทึกกระดาษหรือแจ้งหัวหน้าฝ่ายลงบันทึกให้ ประเด็นการพัฒนา คือ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน (ปี 2563 52%, ปี 2564 54.2%) และมีการกระตุ้นเตือนการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ส่วนปี 2565 รอผลกำลังดำเนินการ

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

● ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งจ่ายยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกรในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น ผลลัพธ์ ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา ปี 2561 – 2565 ร้อยละ 0.82, 0.68, 0.51, 0.22 และ 0.05

● ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา (Administration error) พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ Hosxp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีดสำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ ปี 2561 – 2565 อัตรา Administration error ผู้ป่วยใน จำนวนครั้งต่อพันวัน นอน 0.58 , 0.64, 0.76, 0.45 และ 0.1

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
---------	-------	----------	-----------------------

31. ระบบบริหารงาน คุณภาพ การ ประสานงานและ บูรณาการ การ ทำงานเป็นทีม	3	L	ประชุมร่วมกับทีมนำเฉพาะด้าน วางแผนการพัฒนา ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้
32. การประเมิน ตนเองและจัดทำ แผนพัฒนา คุณภาพ	3	L	-การสื่อสารประเด็นสำคัญของหน่วยงาน/ทีม
33. การทบทวนการ ให้บริการและ การดูแลผู้ป่วย	3	L	ทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิกและทบทวนจาก Trigger tool เพื่อ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
34. การพัฒนา คุณภาพการดูแล ผู้ป่วย	3	L	ทบทวนอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยงและวางระบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน
35. ระบบบริหาร ความเสี่ยงและ ความปลอดภัย	3	L	Quality Round ในหน่วยงานที่ยังขาดความรู้ จัดอบรมเชิง ปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร เพื่อกระตุ้นการ ดักจับ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
36. กระบวนการ บริหารความ เสี่ยง	3	L	สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำผ่าน หัวหน้าพาทำคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยใน หน่วยงาน รวมทั้งเพิ่มการนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
37. การเรียนรู้จาก อุบัติการณ์	3	L	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวน อุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวางแนวทาง พัฒนาคุณภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผล

## II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.)
<b>ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล</b> 1. ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ 2. จำนวนผลงานวิชาการ นวัตกรรมที่นำมาใช้ในหน่วยบริการพยาบาล	50%  4 เรื่อง/ปี	100%  8	100%  8	100%  9	100%  6	100  6
<b>การใช้กระบวนการพยาบาล</b> 3. ร้อยละผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) -Internal -External (ผู้ป่วยนอก) -External	>80%	83.85%  75.88%  >80%	76.66%  71.11%  86.15%	72.58  66.94  88.28	80  NA  NA	81.11  NA  NA
4. ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล	>80%	83.33%	83.39%	77.16	75.55	83.25
<b>ความปลอดภัย</b> 5. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไป	0	254	127	239	43	4
<b>ความสามารถในการดูแลตนเอง</b> 6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ Hb A <sub>1c</sub> <70% 7. ร้อยละของการควบคุมระดับความดันโลหิต BP < 140/90 mmHg.	>40%  >50%	36.99%  52.63%	33.07%  57.06	27.28  53.73	33.19  62.67	20.67  48.17
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล						

8.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>85%	86.98%	88.25%	87.75	88.25	88.15
9.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	>85%	88.0%	86.16%	85.65	86	86
10.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องคลอด	>85%	87.0%	90.45%	86.17	85.23	85.23
11.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องผ่าตัด	>85%	97.24%	93.64%	93.95	94	94
12.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในหญิง	>85%	89.73%	88.59%	80.90	NA	96.2
13.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในชาย	>85%	87.41%	90.25%	92.21	90.69	90.69
14.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในเด็ก	>85%	90.64%	91.0%	89.13	NA	NA

**ii. บริบท** กลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุด แบ่งการบริหารตามลักษณะงานบริหารออกเป็น 7 งาน ประกอบด้วย 1) งานพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) งานการพยาบาลผู้ป่วยคลอด 4) งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 5) งานการพยาบาลผู้ป่วยในประกอบด้วย ผู้ป่วยในหญิง , ผู้ป่วยในชาย , ผู้ป่วยในเด็ก , Cohort Ward 6) งานโภชนาการ 7) งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ งานจ่ายกลางและซักฟอก

**ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ :** กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ Covid กลุ่มผู้พิการ สูงอายุ

**กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง :** ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ACS Stroke COPD Head injury และ Preterm delivery , ผู้ป่วยติดเชื้อ Covid - 19

**จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน :**

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 57 คน

ข้าราชการ 50 คน

ลูกจ้างเงินบำรุง 7 คน

อายุการปฏิบัติงาน 1-5 ปี

จำนวน 14 คน คิดเป็น 18.96%

อายุการปฏิบัติงาน 6-10 ปี

จำนวน 9 คน คิดเป็น 22.41%

อายุการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไป

จำนวน 34 คน คิดเป็น 58.62%

อายุเฉลี่ย 38.5 ปี

เวชกิจฉุกเฉิน	2 คน	
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	19 คน	พนักงานธุรการ 1 คน
พนักงานเปล	6 คน	พนักงานบริการ 5 คน
โภชนาการ	1 คน	พนักงานซักฟอก 5 คน

รวมจำนวนบุคลากรกลุ่มการพยาบาลทั้งหมด 96 คน

รวมจำนวนบุคลากรกลุ่มการพยาบาลทั้งหมด 96 คน

จากการประเมินความเพียงพอของอัตรากำลังและภาระงาน พบว่าอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน ตามกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาล ตามมติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560

กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปากพ่อง ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ อัตรากำลังขั้นต่ำเท่ากับ 66 คน อัตรากำลังขั้นสูงเท่ากับ 96 คน ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพ 57 คน (ตุลาคม 2564)

**สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ :** สาขาที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นสาขาการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลมารดา – ทารก การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น)

ลำดับ	คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (คน)
1.	ปริญญาโท (ด้านการพยาบาล)	1
	- ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	1
2.	ปริญญาตรี	55
3.	เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ	
	- การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2
	- เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น)	6
	- การพยาบาลวิสัญญี	2

### iii. ภาระงานการ

#### II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

- ผู้นำทีมการพยาบาลโรงพยาบาลปากพนังทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านบริหาร ดังนี้
- หัวหน้าพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 29 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้างาน ห้องคลอดเป็นเวลา 5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์
- ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอทั้งด้านการพยาบาลและ ด้านบริหารการพยาบาล การคัดเลือกหัวหน้างานจากประสบการณ์และความรู้ความสามารถ มีวุฒิภาวะเป็น ผู้นำ
- มีการจัดทำวิธีการสรรหา คัดเลือกหัวหน้างาน โดยคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

- หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลปากพนัง ได้แก่ ER และ LR คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล จึงได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่จะจัดให้อยู่ประจำ 2 หน่วยงานนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ปี และการจัดเวรต้องอยู่ควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร แต่ในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการ สอบเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการใหม่ลงใน รพ.สต.และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้ข้อกำหนดเรื่อง ประสบการณ์การปฏิบัติงาน จะต้องยืดหยุ่น มีความจำเป็นต้องจัดพยาบาลใหม่ไปประจำในหน่วยงาน ER และ LR แต่ ต้องอยู่เวรควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร โดยหัวหน้างาน มีการนิเทศ ประเมิน ติดตาม การปฏิบัติหน้างานอย่าง สม่าเสมอ รวมทั้งการสอนฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด และจากการระบาดของโรค Covid – 19 ทำให้เกิด ภาวะอัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากเปิดตึก Cohort Ward 2 ตึกและเปิดโรงพยาบาลสนาม 1 แห่ง จึงขออัตรากำลัง และรับจาก รพ.สต.
- มีการกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริม กรณีที่ภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนด และมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองใน ภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ในกรณีมีการลาหรือเจ้าหน้าที่ไปประชุม ได้ให้อำนาจหัวหน้างาน เรียกอัตรากำลังเสริมได้ทันทีตามความเหมาะสม เพื่อให้การทำงานมีความคล่องตัวตลอดเวลา

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ต้องมีวุฒิพยาบาลศาสตร์ รวมไปถึงประกาศวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ชั้น 1 กำหนดให้บุคลากรทางการพยาบาลต้องได้รับการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และได้รับคะแนน CNEU 50 หน่วยคะแนนภายใน 5 ปี ผลการดำเนินการปี 2561 – 2565 พบว่า พยาบาล วิชาชีพได้รับการต่อบัณฑิตประกอบวิชาชีพครบ 100%

กลุ่มงานการพยาบาลกำหนดนโยบายหลักให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน มีพฤติกรรมบริการที่ดี ยึดมั่น ในจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในปี 2564 พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลเวรป่วย – ตึก 1 ครั้ง ได้วากกล่าวตักเตือน จากการทำแบบสอบถามประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของ

โรงพยาบาล ในปี 2564 พบว่า มีการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยร้อยละ 95.08 มีการประเมินพฤติกรรม จริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาลโดยผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 91.35 ปี 2565 กำลังดำเนินการเก็บ ข้อมูล เนื่องจากภาวะคนและสถานการณ์ Covid - 19

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:

มีการกำหนดการนิเทศของกลุ่มงานการพยาบาล 3 ระดับ คือ ระดับกลุ่มงานการพยาบาล ระดับหน่วยงาน และระดับที่มการพยาบาล

-ระดับกลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นิเทศ โดยทำแผนนิเทศหน่วยงานละ 1 ครั้ง/เดือน

-ระดับหน่วยงาน มีหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกวัน เพื่อให้คำปรึกษา สอนงาน หน่วยงาน และทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุก 6 เดือน รวบรวมผลการประเมินส่ง หัวหน้าพยาบาล

-ระดับที่มการพยาบาล มีหัวหน้าเวรเป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ลงไป นิเทศวันละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน

**ผลการนิเทศ** พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังมีจุดอ่อนในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแล ผู้ป่วย โดยเฉพาะการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ยัง ไม่ครอบคลุมทางด้านจิตวิญญาณ สังคม และมีจุดอ่อนในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลจึง นำเรื่องนี้มาเป็นจุดเน้น ปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยประเมินผู้ป่วยแรกรับ ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปรับ nursing progress note ให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน สอดคล้องกับเกณฑ์ สปสช.มีการกำหนดแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล 5 โรค ได้แก่ MI , Stroke , COPD , DM , HT มีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยการทำ One day one chart และตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยทีม Audit chart เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุง ได้ปรับระบบ โดยนำคะแนน SOS Score มาใช้ในการประเมินอาการแรกรับและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถานการณ์โรค ระบาด Covid – 19 ต้องยุบตึกและปรับเป็นตึก Cohort และปรับอัตรากำลังแบบหมุนเวียน เพื่อให้ระบบมี อัตรากำลังที่เพียงพอ ทำให้การเก็บข้อมูลคุณภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

-ส่งเสริมการนำ 3P มาใช้ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรในเรื่องความปลอดภัย

-ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวน เช่น ทบทวนอุบัติการณ์ ทบทวนเวชระเบียน การปฏิบัติงานประจำวันและการ ป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธี สอนการใส่ชุด PPE การใส่ Mask ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อ Covid – 19 ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน การ ลดอัตราการเกิดภาวะ PPH โดยกำหนดกิจกรรมทบทวน ซ้อมแผน PPH

**ผลการดำเนินงาน**



-การติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.05,0.04,0.04,0.3 ต่อพันวันนอน ในปี 2561,2562,2563,2564,2565  
=0 ราย อัตราการติดเชื้อ Covid – 19 \* เจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ ปี 2564 1 คน ปี 2565 3 คน

\* เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ปี 2565 1 คน

-อัตราการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 2.85,2.11,2.50,1.7,3.4 ในปี 2561,2562,2563,2564 และปี 2565 ตามลำดับ

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

-กลุ่มการพยาบาลสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ มาพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล ในหน่วยงาน ได้แก่ การวัดต้นทุนในมารดาหลังคลอดวันแรกในกรณีมารดาน้ำนมไม่ไหล

-การใช้แบบประเมิน Fall risk score เพื่อประเมินผู้ป่วยตกเตียง และใช้ Pain management มาจัดการความปวด เป็นต้น

-จัดซื้อเครื่อง NST จำนวน 1 เครื่อง เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์

-จัดซื้อเครื่องอบไอโซนฆ่าเชื้อ จำนวน 5 เครื่อง ให้ตึกผู้ป่วย Cohort Ward

-จัดซื้อเครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจน เพื่อวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด จำนวน 1 เครื่อง

-จัดซื้อเครื่อง Drop tone เพื่อความแม่นยำในการตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 2 เครื่อง ในห้องคลอดและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินกรณีออกรับ case คลอด

-เครื่อง Infusion pump 12 เครื่อง ควบคุมการให้สารน้ำ

-จัดซื้อเครื่องรักษาเด็กตัวเหลืองชนิดหลอด LED (Intensive Photo) เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด จำนวน 1 เครื่อง

- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณสมบัติต่ำกว่าเกณฑ์:

-กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้มีการประชุมพิเศษบุคลากรทางการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ทุกคน 100%

-มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม โดยหัวหน้างาน และหัวหน้าพยาบาล

-จัดให้มีพยาบาลรุ่นพี่รับผิดชอบน้องเป็นรายบุคคล ทำหน้าที่ กำกับ ดูแล สั่งสอน ชี้แนะ การปฏิบัติงานและ กำหนดไม่ให้น้องจบใหม่แลกรวมอยู่ด้วยกัน

กำหนดให้หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงและหัวหน้าเวรเป็นผู้มีเทศกกำกับ ดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล

-ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นรอบ ๆ นำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

● การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:

- จัดตั้งคณะกรรมการวิชาการกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อสำรวจความต้องการและความรู้ที่จำเป็นในงานของกลุ่มงานการพยาบาล รวมถึงความรู้ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ใน รพ.สต.เครือข่าย

- จัดทำ Specific clinical risk ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก

- จัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาลและเครือข่ายตามแผนพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาล ปากพนัง

- จัดทำโครงการอบรมวิชาการให้กับกลุ่มงานและเครือข่าย รพ.สต.

- ส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการจากการไปประชุมวิชาการนอกหน่วยงานทุกครั้งในการประชุมประจำเดือนกลุ่มงานการพยาบาล

- สนับสนุนบุคลากรร่วมเก็บข้อมูลโครงการวิจัยกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ให้ความร่วมมือ การสำรวจสภาพแวดล้อมด้านอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในและบริเวณหน้ารั้วโรงพยาบาล ในประเทศไทยซึ่งสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบโครงการ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ:

● กลุ่มงานการพยาบาลมีการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลปากพนัง เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการการใช้จ่าย สารสนเทศและเวชระเบียน สิ่งแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการ คปสอ.ปากพนัง โดยการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดทำ CPG การติดตาม นิเทศ รพ.สต.ติดตามควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานและเครือข่าย

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

● จัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล โดยเลขานุการความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลเป็นเลขานุการความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วย ให้การสนับสนุน กระตุ้น การพัฒนาคุณภาพ และติดตามประเมินผล

● ใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยงระบบเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

● กำหนดให้ทุกหน่วยงานทำ Risk Profile เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและดูแลความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

- กลุ่มงานการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังภาวะ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน ผลการปฏิบัติ ปี 2561 มี 3 ราย ปี 2562 ไม่มี อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มปี 2563 มี 1 ราย ปี 2564 1 ราย ปี 2565 0 ราย
- ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD มีการประสานงานกับทีม Home Health Care และเครือข่ายสุขภาพใกล้บ้าน ในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการดำเนินการพบว่าการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนในปี 2561 – 2565 เท่ากับ 90 , 70.05 , 65.0 , 68.5 และ 70.00 ตามลำดับ
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีการปรับเวลายื่นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรองและจุดซักประวัติ ยื่นปฏิบัติงานเวลา 07.00 น. จุดละ 1 คน แพทย์เริ่มตรวจเวลา 08.00 น. เพื่อประเมิน คัดแยกผู้รับบริการลดระยะเวลารอคอยและประเมินระดับความพึงพอใจ จากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ปี 2562 เท่ากับ ร้อยละ 88.25 และร้อยละ 87.75 ในปี 2563 และพบประเด็นห้องน้ำ มีกลิ่นอับไม่สะอาด ไม่เพียงพอ ได้ควบคุม กำกับ ให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง ดัดพัฒน์เพิ่มขึ้น เพื่อระบายอากาศ ส่วนในประเด็นกิริยา มารยาทของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และการดูแลให้ความช่วยเหลือด้วยความมีน้ำใจ มีคะแนนจาก ร้อยละ 87.75 เป็นร้อยละ 88.25
- งานบริการฝากครรภ์ ให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน โดยแยกประเภทของผู้มารับบริการ วันอังคารเป็น ANC รายใหม่ วันพฤหัสบดี ANC รายเก่า เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน high risk ในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
- การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อและศรัทธา และดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการสอบถามความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ปี 2564 เท่ากับร้อยละ 100
- การดูแลผู้ป่วยในภาวะโรคระบาด Covid – 19 เนื่องจาก ปี 2564 มีการระบาดระลอก 3 ทำให้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โรงพยาบาลปากพนังได้ยุบผู้ป่วยตึกเด็กและหลังคลอดปรับเปลี่ยนเป็นตึก Cohort รับผู้ป่วย 2 ตึก ได้ 80 คนและยังไม่เพียงพอ ต้องเปิดโรงพยาบาลสนามที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ 120 เตียง และได้ขออัตรากำลังสนับสนุนจาก รพ.สต.มาช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้การรักษาผู้ป่วยดำเนินไปได้ด้วยดี มีผู้รับบริการทั้งหมด ปี 2564 จำนวน 928 ราย ส่งต่อ 26 ราย เสียชีวิต 5 ราย ปี 2565 เดือนตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564 ผู้รับบริการ 1,035 ราย Refer 9 ราย เสียชีวิต 6 ราย

## II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

### (1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

- ทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึง “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยมีการติดคำประกาศสิทธิไว้ในทุกหน่วยงาน ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่จบใหม่ทุกคน และ

ให้ผู้ปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ต้อนรับผู้รับบริการด้วยอัธยาศัยอันดี แนะนำให้ข้อมูลก่อนให้บริการทุกครั้ง การเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสม และข้อมูลความลับจะได้รับการปกปิด

- กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สื่อสารให้บุคลากรกลุ่มการพยาบาลรับทราบ และถือปฏิบัติ
- มีช่องทางรับความคิดเห็นจากผู้รับบริการ จากการตรวจเยี่ยมในหน่วยงาน จากผู้รับความคิดเห็นนำมาปรับปรุง
- ทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติการพยาบาลที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- ประเมินบุคลากรทางการพยาบาลด้านพฤติกรรมบริการโดยผู้รับบริการ

### (2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาลทุกคน ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ภาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยการ
  - 1.เสริมความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการส่งพยาบาลเข้าร่วมอบรมการใช้กระบวนการพยาบาล และพูดให้พยาบาลทุกคนฟังในการประชุมประจำเดือน
  - 2.มีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลและติดตามประเมินผลการบันทึกอย่างต่อเนื่อง
  - 3.นำผลการ Audit เวชระเบียน แจ้งให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนทราบ พร้อมแนวทางการแก้ไขปรับปรุง
  - 4.ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยติดตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล และรายงานอุบัติการณ์ในภาพรวม
  - 5.จัดทำแผนการประชุมวิชาการทุก 1-2 เดือน และส่งเสริมให้มีการนำผลการประชุมวิชาการมาใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การรักษาและการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไข้เลือดออก ผู้ป่วย Stroke , ACS , การดูแลครรภ์เสี่ยง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น
  - 6.ส่งเสริมการใช้อัจฉริยะในการพัฒนางานบริการ เช่น การใช้เทคนิคการหวัด การหายใจ เพื่อลดปวดในระยะรอคลอดของหญิงตั้งครรภ์ การหวัดเต้านมเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมในมารดา หลังคลอด

### (3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายจัดบริการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วยทุกราย โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ซึ่งมีการประเมินและ วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ โดยเน้นผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งมีระบบในการส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพให้สถานบริการใกล้บ้าน โดยมีการประสานงาน

กับทีม Home Health Care เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดทำแบบฟอร์มติดตามการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการตอบกลับของข้อมูล

**(4) บันทึกทางการแพทย์พยาบาล:**

กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้ทุกหน่วยบริการพยาบาล ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผลการประเมินมีดังนี้

ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล					
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	95.0	95.0	90.0	85	91
การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	82.50	82.7	80.0	80	82
การวางแผนการพยาบาล	82.50	83.0	72.5	80	83.28
การปฏิบัติการพยาบาล	85.0	85.5	77.5	80	90.64
การประเมินผลการพยาบาล	90.0	85.67	72.5	90	93.54
การวางแผนการจำหน่าย	65.0	68.5	70.0	47.5	72
รวม	83.33	83.39	77.16	75.55	83.25

จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบการระบุปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม

- ขาดการบันทึกการเฝ้าระวังในผู้ป่วยวิกฤติที่ยังต้องติดตามดูแลใกล้ชิดและไม่ติดตามผล เช่น ผู้ป่วยส่งต่อ
- ไม่พบการบันทึกการประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากการจำหน่ายกลับบ้าน เช่น ผู้ป่วย stroke ผู้ป่วย Covid - 19
- ลงลายชื่อผู้บันทึกที่ไม่สามารถระบุบุคคลได้ว่าเป็นใคร

**(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:**

- กำหนดการส่งเวรด้วยการส่งความเสี่ยง หรืออาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง Specific Clinical Risk
- วางระบบป้องกันความเสี่ยงในการประเมินอาการสำคัญ Early warning signs , Pre arrest signs
- ส่งพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวแทนของหน่วยงาน เข้ารับการอบรม การใช้กระบวนการพยาบาลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และการ Audit เวชระเบียน
- ส่งเสริมการทำ One day one chart โดยใช้ C 3 THER ในการรายงาน มีการทบทวน 12 กิจกรรม เพื่อเชื่อมโยง สหวิชาชีพ
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน CPG กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบและทำความเข้าใจ โดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร
- กำหนดตัวชี้วัดทางการแพทย์พยาบาลและผู้รับผิดชอบ เพื่อนำมาทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

- จัดทำคู่มือการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ไว้ประจำหน่วยงาน

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาการบริหารพยาบาล
  - การจัดอัตรากำลังในสถานการณ์ Covid – 19 และการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปากพ่องและจำนวนผู้รับบริการในปัจจุบัน ให้ได้รับบริการตามความคาดหวัง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความสุข โดยการกำหนดประเภทผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วย หากผู้ป่วยเกินเกณฑ์ที่กำหนด หรือกรณีมีคณา/ประชุม/อบรม สามารถเรียกพยาบาลมาเสริมได้ตามแนวปฏิบัติ
- การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล
  - กำหนดให้การรับส่งเวร ให้ส่งความเสี่ยง อาการที่ต้องเฝ้าระวัง (Specific clinical Risk) ในแต่ละเวร และให้บันทึกข้อมูลลงในสมุดรับส่งเวร เพื่อส่งให้ทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพรับทราบ
  - จัดทำ CPG ในโรคสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล	3	L	-การนำความรู้ด้านการคิด วิเคราะห์ นิเทศทางการพยาบาล การทำผลงานวิชาการ เช่น CQI นวัตกรรม การทำวิจัยจากงานประจำมีน้อย -พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานด้านการบริหาร -พัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล -สนับสนุนการนำผลงานวิชาการ เช่น CQI นวัตกรรม การทำวิจัยจากงานประจำ/การใช้ความรู้เชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	L	--นิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะประเด็น D/C Plan เพื่อการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและต่อเนื่องถึงทีม Home Health Care -ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Covid – 19 เข้าระบบ Home Isolate (HI)

## II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

<b>i. ผลลัพธ์</b>						
<b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>ปี 2561</b>	<b>ปี 2562</b>	<b>ปี 2563</b>	<b>ปี 2564</b>	<b>ปี 2565</b>
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (แพทย์) - Discharge summary : Dx , OP - History - Physical exam - Progress note - Consultation record - Operative note	>80%	NA	81.61	94.01	85.5	88.7
ร้อยละการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลผล (RDU) - อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20%	23.15	30.4	13.9	12.8	10.2
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20%	25.5	27.4	15.5	13.0	19.7
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40%	60.8	59.1	38.3	31.1	33.7
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤10%	12.02	4.6	2.0	9.63	0.97
ร้อยละแพทย์สรุปเวชระเบียนไม่ทัน (ภายใน 7 วัน)	≤5%	9.4	17.6	15.7	20.4	23.9
ข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมขององค์กรแพทย์	0%	0	0	0	0	0
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	60 นาที	73	64	64	60	54
<b>ii. บริบท</b>						
<p>เป็นองค์กรแพทย์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ประกอบด้วยรักษาการผู้อำนวยการ 1 คน แพทย์ประจำ 10 คน แพทย์ใช้ทุน 5 คน มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 2 คน , สูตินรีเวช 3คน , กุมารเวช 2 คน รับผิดชอบการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งให้คำปรึกษา วางแผนเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p><b>ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:</b></p> <p>กลุ่มโรคเรื้อรัง (DM HT CKD IHD จิตเวช Asthma และ COPD)</p> <p>กลุ่มโรคเฉียบพลัน ( ACS และ Stroke)</p> <p>กลุ่มอุบัติเหตุ ( head injury, fracture, mass accident)</p> <p>กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน (COVID19 TB DHF HIV Pneumonia Sepsis และ AGE )</p>						

กลุ่มแม่และเด็ก (Birth asphyxia, Preterm delivery, PPH)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

### iii. ภาระงานการ

#### (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

องค์กรแพทย์มีบทบาทหลัก 3 บทบาท คือ

- บทบาทด้านบริหาร โดยรักษาการผู้อำนวยการเป็นตัวแทนขององค์กรแพทย์ในการบริหารงานของโรงพยาบาล
- บทบาทด้านการบริการ ให้การรักษาดูแลผู้ป่วย กำหนดนโยบาย ข้อปฏิบัติของสมาชิกองค์กรแพทย์ ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน มีการหมุนเวียนให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยกันตามความเหมาะสม การจัดตารางการทำงานในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ การปฏิบัติงานยึดหลักตามระเบียบราชการและระเบียบที่กำหนด
- บทบาทด้านวิชาการ เป็นประธานทีมนำต่าง ๆ เช่น ทีม PCT, RM , IM ,IC มีการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เด็ก และผู้ใหญ่ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคตามบริบทในพื้นที่ให้ดีขึ้นได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง (DM HT CKD Asthma และ COPD) กลุ่มโรคเฉียบพลัน (ACS และ Stroke) กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน (COVID19 TB DHF HIV Pneumonia Sepsis และ AGE ) งานอนามัยแม่และเด็ก (Birth asphyxia Preterm delivery PPH) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและอุบัติการณ์ระดับ E-I ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปรับปรุง CPG ให้เหมาะสม

#### (5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:  
โรงพยาบาลปากพองมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 9 คน ซึ่งจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานอย่างเท่าเทียมในทุกแผนก เช่น OPD , ER , คลินิกพิเศษต่าง ๆ โดยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้ตามความเหมาะสม ส่วนแพทย์เฉพาะทางรับผิดชอบดูแลคลินิกพิเศษต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อน , ผู้ป่วยหนัก , งานวิชาการตามความถนัดของตัวเอง
- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:  
เป้าหมายเพื่อให้แพทย์ทุกคนได้รับการศึกษาต่อเนื่อง พัฒนาความรู้ใหม่ ๆ มาพัฒนางาน ผู้อำนวยการจึงสนับสนุนให้แพทย์ทุกคนได้เข้าร่วมประชุมวิชาการอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ในเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและฟื้นฟูวิชาการใหม่ ๆ โดยทางโรงพยาบาลสนับสนุนค่าใช้จ่าย โดยหลังจากประชุมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันต่อภายในโรงพยาบาล เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติในแต่ละเรื่องให้เป็นปัจจุบัน เช่น การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก , การดูแลผู้ป่วยดหลอดเลือดหัวใจ
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:



จัดให้มีแพทย์ที่เลี้ยงดูแล/กำกับ การปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ มีระบบการประเมินการทำงาน ของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยประธานองค์กรแพทย์ ส่วนใหญ่ให้นักศึกษาแพทย์คอยสังเกต การปฏิบัติงานของแพทย์ที่เลี้ยงดูตามจุดบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ฉุกเฉิน รวมถึง การเยี่ยมบ้าน การออกตรวจที่ รพ.สต. หากมีกรณีให้ซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยจะให้แพทย์ที่เลี้ยงดูได้ตรวจซ้ำ เช่นกำกับทุกครั้ง และไม่อนุญาตให้ทำหัตถการกับผู้ป่วยโดยลำพัง

ส่วนแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำนั้น ทางโรงพยาบาลปากพนังไม่มี เนื่องจากมีอัตรากำลังแพทย์ประจำของโรงพยาบาลเพียงพอที่จะจัดเวรได้

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

มีการนำข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมของแพทย์มาทบทวน โดยมีผู้อำนวยการเป็นประธาน โดยในปีที่ผ่านมาไม่มีข้อร้องเรียนของแพทย์ด้านจริยธรรม

- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ก่อนหน้านี้โรงพยาบาลปากพนังประสบปัญหาขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา เนื่องจากแพทย์โยกย้ายบ่อย แต่ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา มีแพทย์เฉพาะทางมาปฏิบัติงาน และเป็นแกนหลักในการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาสาร เช่น NSTEMI , CKD , Clinic warfarin, ผ่าตัดคลอด, ผ่าตัดทางนรีเวช, DHF grade III, close fracture

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน

มีการทบทวนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในเป็นประจำทุก 3 เดือนร่วมกับทีมเวชระเบียนในการทบทวนแบบฟอร์มและพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน เช่น แบบฟอร์มการซักประวัติ การตรวจร่างกาย แบบ Inform Consent , Summary Discharge เพื่อให้เกิดความสะดวกและเหมาะสมตามมาตรฐาน MRA ในการบันทึกเวชระเบียนจากการทบทวนเวชระเบียน ประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์ได้แก่การวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อการได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าความเป็นจริง ประเด็นการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และ Progress note ไม่ครบถ้วน ได้มีการพูดคุยและสร้างความตระหนักในองค์กรแพทย์ เพื่อให้แพทย์เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียน เช่น พบว่ามีการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ยังมีการลืมเขียน Progress note และไม่ได้ลงลายมือชื่อ รวมถึงไม่ได้บันทึกเวลาที่ส่งการรักษา มีการปรับโดยเพิ่มในวาระของการประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อเติมเต็มในการบันทึกให้ครบ และให้ทีมพยาบาลช่วยเตือนหากแพทย์ลืมลงชื่อในตอนท้ายการบันทึก ทำให้การบันทึกสมบูรณ์มากขึ้น ได้มีการทบทวนเวชระเบียนที่พยาบาลเวรดีกตรวจแทนแพทย์ในรายอาการไม่ซับซ้อน (ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า) ยังไม่พบปัญหาและเป็นการเพิ่มโอกาสพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของทีมพยาบาลเวรดีกในการดูแลผู้ป่วยในเคสกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

มีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทางโทรศัพท์และ application line , ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลปากพนังและแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสาร เช่น ผล EKG , CT ผ่านทาง application line , ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาสาร โดยใช้ Program Thai refer ซึ่งสามารถส่งต่อข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยได้ 3 เดือน โดยอัตโนมัติ และในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหัก มี group line ortho service plan เพื่อ

ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รพ. มหาราช ซึ่งช่วยให้ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้มากและการเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ในการรักษา มีการประสานงานผู้ป่วยส่งต่อไปยัง ร.พ. มหาราชผ่าน group line เพื่อประสานงานทั้งด้านการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วย STEMI และการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเช่นทำบัตรล่วงหน้า รวมถึงส่งต่อผล lab ซึ่งผลอาจออกหลังจากผู้ป่วยเดินทางออกจาก ร.พ. แล้ว

- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

มีตัวแทนแพทย์เป็นประธานที่นำทางคลินิก รับผิดชอบร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการกำหนดนโยบาย และกำกับดูแลกระบวนการดูแลผู้ป่วย จัดทำ CPG ในโรคที่สำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของทีม และมีบทบาทเป็นผู้ชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยกระตุ้น ติดตาม สนับสนุน ในการพัฒนาคุณภาพ

ผลลัพธ์ ของการชี้หน้าพบว่า หน่วยงานสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน บทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ แพทย์จบใหม่มาปฏิบัติงานครั้งแรกจะได้รับการปฐมนิเทศจากแพทย์รุ่นพี่ก่อนการปฏิบัติงานและในระหว่างการปฏิบัติงานสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และแพทย์เฉพาะทางได้ตลอดเวลา

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

- พบว่ายังมีแพทย์บางท่านไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG เนื่องจากพบว่าแนวปฏิบัติบางอย่างไม่เหมาะสมกับความรู้ในปัจจุบัน โรงพยาบาลปากพ่องจึงได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ให้มีมาตรฐาน ทันสมัย และดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยน CPG ACS, Stroke, appendicitis , Preterm dilivery, DHF, Febrile convulsion, Sepsis, PPH

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- มีตัวแทนแพทย์ร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมคร่อมสายงานของโรงพยาบาล ได้นำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มาร่วมแก้ปัญหาในการประชุมองค์กรแพทย์(ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
- ส่งเสริมให้แพทย์เข้าร่วมทบทวนการดูแลรักษา มีตัวแทนองค์กรแพทย์ร่วมในทีม PCT round และนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้ตัวชี้วัดการดูแลกลุ่มโรคต่างๆดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น stroke fast tract door to refer 30 นาที ทำได้ 100% อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/PCI/CAG เพิ่มขึ้นจาก 36 เป็น 90% อัตราการตกเลือดหลังคลอด ลดลงจาก 2.6 เป็น 1.4% ถ้าในการรักษาไม่เป็นไปตาม CPG พยาบาลจะโทรปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญกว่าอีกครั้งว่าจะยืนยันให้ทำตามที่แพทย์เวรสั่งหรือไม่ ถ้าไม่เห็นด้วย แพทย์ที่เชี่ยวชาญกว่าจะโทรปรึกษากับแพทย์ที่อยู่เวรอีกครั้งในเรื่องของแนวทางการรักษา

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ACS ด้วยการประชาสัมพันธ์ อาการสำคัญของโรคผ่านสื่อ , แผ่นพับ , อสม. , รพ. สต. พัฒนาเครือข่าย EMS ประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว ได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว (Stoke fast track , MI fast track) , ลดอัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด , พัฒนาศักยภาพในการรักษาผู้ป่วย โดยลดการส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่ม NSTEMI โดยสามารถรักษาโดยการฉีด enoxaparin ที่โรงพยาบาลปากพ่องได้ และ STEMI สามารถฉีดยา streptokinase ที่โรงพยาบาลปากพ่องก่อนส่งต่อได้

ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม stroke ที่รู้สึกตัวดีมีการประสานงานกับทาง รพ มหาราชเพื่อส่งผู้ป่วยไป CT และรอรับกลับมารักษาต่อที่ รพ ปากพองได้ในผู้ป่วยกลุ่ม ischemic stroke

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย HIV โดยการจัดเป็น clinic one stop service ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย HIV สามารถเข้าด้วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย DM โดยการจัดให้มี clinic DM 4 วัน/สัปดาห์ , ผู้ป่วย DM ที่มีผลแทรกซ้อนรุนแรงจะได้รับการดูแลจากอายุรแพทย์ , มีการกระจายผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีไปสู่ รพ.สต. โดยมี CPG เป็นแนวทาง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- สามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในเวลาราชการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำได้
- เพิ่มศักยภาพโดยเพิ่มการผ่าตัด major operation ทางนรีเวชเช่น transabdominal hysterectomy ได้
- พัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วย fracture และลดการส่งต่อไปยัง รพ มหาราช
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute respiratory failure โดยใช้เครื่อง high flow nasal canular
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
40. องค์กรแพทย์	3.0	I	-ขอตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 4 สาขาหลัก คือ สูติกรรม , ศัลยกรรม , กุมารเวชกรรม และอีก 2 สาขาที่จำเป็นคือเวชศาสตร์ชุมชนและวิสัญญีแพทย์ -เปิด ICU เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ -พัฒนาการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญลงสู่เครือข่ายบริการ รพ.สต.และชุมชน -เปิดบริการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

## II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้						
ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.65)
1. อัตราของเครื่องมือที่สอบเทียบแล้วผ่านเกณฑ์	100	100	100	100	100	กำลังดำเนินการ
2. จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนอพยพอัคคีภัย	1	1	1	1	1	1
3. อัตราของเครื่องมือความเสี่ยงสูงถูกซ่อมแซมให้พร้อมใช้งาน (ภายใน 1 เดือน)	100%	100	100	100	100	100
4. ระยะเวลาที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองสามารถทำงานได้ในกรณีที่ไฟฟ้ากระแสหลักดับ	ภายใน 5 วินาที	4	5	4	5	5
5. ผลการตรวจน้ำประปาไม่พบเชื้อ E-Coli	ผ่าน 100%	100	100	100	100	100
6. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบออกซิเจน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
7. อัตราการกำจัดขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ และขยะอันตราย อย่างได้มาตรฐาน (มีการจ้างเหมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมารับขยะทั่วไป ขยะอันตรายไปกำจัดที่ได้มาตรฐาน ขยะติดเชื้อให้บริษัทเอกชน ดำเนินการเก็บ ขน กำจัด)	100	100	100	100	100	100
8. อัตราการบำบัดน้ำเสียอย่างได้มาตรฐาน ก่อน ปล่อยออกสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐาน 14 พารามิเตอร์ (2ครั้ง/ปี)	100	ผ่าน	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน
9. ตรวจคุณภาพน้ำใช้	ผ่าน เกณฑ์ทุกตัว	ผ่าน	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน
10. ตรวจคุณภาพน้ำดื่ม	ผ่าน เกณฑ์ทุกตัว	ผ่าน	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน
ii. บริบท						
ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:						
: โรงพยาบาลปากพ่องเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 มีอาคารตึกผู้ป่วยนอก-อุบัติเหตุ 5 ชั้น ปัจจุบันเปิดให้บริการแล้ว มีอาคารผู้ป่วยใน 4 ชั้น ใช้อาคารผู้ป่วยในเดิม 2 หลังเป็นจุดให้บริการหน่วยงานต่างๆ เช่น LAB , X-Ray ,ทันตกรรม ,ห้องผ่าตัด ,ห้องคลอด ,งานส่งเสริมสุขภาพ ,งานสนับสนุน มีอาคารให้บริการผู้ป่วย TB และ ARV						

แยกต่างหาก อาคารซักฟอก อาคารจ่ายกลาง อาคารคลังยาและเวชภัณฑ์ และมีอาคารแพทย์แผนไทย อยู่ฝั่งถนนตรงข้ามโรงพยาบาล(ฝั่งบ้านพัก)

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:

เทคโนโลยีและอุปกรณ์	จำนวน	หน่วยงาน
1.โปรแกรม Hos-xp	1	สารสนเทศ
2.ระบบ paperless ในผู้ป่วยนอก	1	สารสนเทศ
3.โปรแกรมการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์(RMC.)	1	สารสนเทศ
4.โปรแกรม LIS (laboratory information system)	1	สารสนเทศ+lab
5.โปรแกรม thai refer	1	สารสนเทศ
6.เครื่องแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิทัล	1	งานรังสี
7.ระบบ PACS (ระบบกระจายและเก็บภาพเอกซเรย์)	1	งานรังสี
8.ระบบบริหารจัดการคิวดิจิทัล (Smart Queue)	1	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
8.เครื่อง defibrillator	9 เครื่อง	ER3/ช.2/ญ.2/ต.1/LR1
9.เครื่อง EKG	10 เครื่อง	ER1/ช.2/ญ.2/ต.2/OPD3
10. Central monitor	1ชุด/4เครื่อง	ตึกผู้ป่วยชาย
11.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ :NIBP	17 เครื่อง	ER4/ช.5/ญ.4/LR2/OR2
12.เครื่อง Infusion pump	24 เครื่อง	ER2 /ช.8/ญ.5/ต.5/LR4
13.เครื่องวัดการบีบตัวของมดลูก	2 เครื่อง	LR2
14.เครื่องดมยาสลบ	1 เครื่อง	OR
15.เครื่อง Ultrasound : วินิจฉัย	6 เครื่อง	ER1 / ช.1 / LR4
16.เครื่อง Ultrasound : รักษา	3 เครื่อง	กายภาพ
17.เครื่องอบความร้อนด้วยคลื่นสั้น	2 เครื่อง	กายภาพ
18.เครื่องนั่งฆ่าเชื้อจุลินทรีย์	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
19.เครื่องอบแก๊ส	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
20.ยูนิททำพื้นระบบไฟฟ้า	4 ยูนิท	ทันตกรรม
21.เครื่องสเปร์ยหัวกรอ	1 เครื่อง	ทันตกรรม
22.ด้ามกรอฟันแบบเร็วชนิดป้องกันการดูดกลับของน้ำ	12 ด้าม	ทันตกรรม
23.เครื่องฉายแสงสำหรับอุดฟัน	4 เครื่อง	ทันตกรรม
24.เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย	1 เครื่อง	OPD (ห้องตรวจสุขภาพ)
25.เครื่องวัดความดันชนิดสอดแขน	3 เครื่อง	OPD
26.เครื่องสำรองไฟ ขนาด 300 กิโลวัตต์	1 เครื่อง	งานซ่อมบำรุง

### iii. กระบวนการ

#### II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- อาคารและสิ่งก่อสร้างใช้แบบแปลนของกระทรวงสาธารณสุข
- มีระบบบำรุงรักษาลิฟท์ให้สามารถใช้งานได้ มีปัญหาติดขัดตามช่างภายในได้ตลอด 24 ชม.
- มี สบส.เขต 11 สุราษฎร์ธานี มาตรวจสอบ ให้ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความพร้อมใช้ของเครื่องมือ

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- มีระบบรายงานความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- ติดตั้งกล้อง CCTV จำนวน 47 ตัว ในจุดเสี่ยงทั่วโรงพยาบาล และติดป้าย ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการระวังภัย เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อช่วยสอดส่องความปลอดภัย

(3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)

ENV มีระบบ Round ทุก 1 เดือน พบว่า

- อาคารสนับสนุนบริการ ที่มีอายุการใช้งานกว่า 30 ปี มีหลังคาและฝ้าชำรุด ได้รับการแก้ไขเปลี่ยนหลังคาใหม่ เมื่อ มีนาคม 2565
- อาคารอนามัยแม่และเด็ก ห้องคลอด ฝ้าตัด และX-ray ปรับปรุงเปลี่ยนหลังคาใหม่ เมื่อ เมษายน 2564
- ทางเชื่อมระหว่างอาคารผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในไม่มีหลังคา เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในหน้าฝน จึงได้ปรับปรุงหลังคาทางเชื่อม
- โรงครัว มีการระบายอากาศไม่ดี ได้ปรับปรุงโดยการติดตั้งลูกหมุนระบายอากาศและพัดลม
- ติดตั้งรั้วรอบหม้อแปลงไฟฟ้าเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร และป้องกันไม่ให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณอันตราย

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- การระบายอากาศ
- อาคารผู้ป่วยในมีห้องแยกโรค ดีกละ 1 ห้อง
- อาคารผู้ป่วยนอก มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรกระบบทางเดินหายใจ จัดมุมสำหรับให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็น One Stop Service
- งานทันตกรรม: คัดกรองคนไข้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค ก่อนเข้าทำหัตถการ

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคไวรัส โควิด-19 จึงไม่ได้มีการจัดอบรมด้านสิ่งแวดล้อมแบบกลุ่มใหญ่

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
กรกฎาคม 2562	การจัดการระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดย สบส.	30 คน
กรกฎาคม 2562	มาตรฐาน Green & Clean Hospital โดย สสจ	20 คน

### II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

#### (1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

- การจัดการขยะอันตราย เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย ปรอท มีระบบการจัดเก็บและการกำจัด ได้อย่างถูกวิธี เหมาะสม โดยมีการเบิกแบบคืนซากที่งานพัสดุ และมีการจัดเก็บในบ่อ secure

### II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

#### (1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสพ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

- มีคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอมีหน้าที่ บัญชาการ สั่งการ กำหนดนโยบาย ประสานงาน และถ่ายทอด ข้อมูล กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ แบ่งกรรมการเป็นชุดรับผิดชอบตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ฝ่าย อำนวยการ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายยุทธศาสตร์ มีแผนอุบัติเหตุหมู่ ภัยจากพายุปากี อุกทภัย ไฟไหม้ ลิฟต์ค้าง อุบัติเหตุทางน้ำ และอุบัติเหตุทางทะเล การจัดการโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแผนรองรับ หน่วยประเมินสถานการณ์ กลุ่มภารกิจปฏิบัติด้านการรักษา ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรค กลุ่ม สนับสนุนภารกิจกำลังบำรุง กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละทีม มีแผน 3 ระยะ แผนเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ แผนเผชิญเหตุ แผนฟื้นฟูสภาพ มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่การปฏิบัติจริง การซ้อมแผนล่าสุดคือการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยโควิด-19 พบโอกาสพัฒนา เรื่องการจัดสรรอัตรากำลังเสริมรองรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีจำนวนมาก / การประสานงานระหว่าง รพ.สต.พื้นที่กับทีมงานโรงพยาบาล การจัดบริการรถรับส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ยังไม่ชำนาญเรื่อง การใส่และถอดชุด PPE

คณะกรรมการ EOC ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมพร้อมเรื่องบุคลากร เครื่องมือ ระบบบริการจัดทำแนวทาง ปฏิบัติรองรับผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายเพื่อส่งต่อได้อย่างเหมาะสม และมีการฝึกอบรมการถอด-สวมชุดป้องกันPPEและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยทีม IC ของโรงพยาบาลปากพูน

#### (2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

- ร่วมประชุมซ้อมแผนฉุกเฉินในกรณีที่เกิดภาวะโรคระบาด และแนวทางปฏิบัติการรองรับกับสถานการณ์ที่ อาจเกิดขึ้น

#### (3) การฝึกซ้อมแผน

- แผนสำหรับวาตภัย และอุทกภัย หลังจากมีการรายงานสถานการณ์พายุปากี ขึ้นฝั่งที่แหลมตะลุมพุก ในวันที่ 4 ม.ค. 2562 คณะกรรมการ EOC จึงได้มีการประชุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และเครือข่าย มีการฝึกซ้อมแผน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียม ไฟ น้ำ อาหาร น้ำมันเชื้อเพลิง ระบบออกซิเจน มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเป็นระยะๆ ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์มีความเสียหายน้อย มีการประชุมคณะกรรมการ EOC ของการป้องกันโรคโควิด-19 ช่วงเกิด เหตุการณ์ตั้งแต่ เมษายน 2563 –ปัจจุบัน
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ แผนอัคคีภัย ซ้อมแผนคนติดลิฟท์ ในเดือน กันยายน 2562 และมีการซ้อมแผน อัคคีภัยบนโต๊ะทุกปี ตั้งแต่ปี 2563-2564 ปี 2565 มีแผนจะซ้อมเดือน กรกฎาคม 2565
- มีการซ้อมแผนรองรับ หน่วยประเมินสถานการณ์ กลุ่มภารกิจปฏิบัติด้านการรักษา ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรค กลุ่มสนับสนุนภารกิจกำลังบำรุง กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละทีม มีแผน 3 ระยะ แผนเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ

แผนเผชิญเหตุ แผนฟื้นฟูสภาพ มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่การปฏิบัติจริง การซ้อมแผนล่าสุดคือการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยโควิด-19

### II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

#### (1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล ที่ครอบคลุม การตรวจสอบจุดเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิด อัคคีภัย การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อก่อเกิดอัคคีภัย การดับเพลิงการจัดลำดับความสำคัญ การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คน สิ่งของ ออกจากอาคาร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่อัคคีภัยบนโต๊ะ เดือนสิงหาคม 2562 ซ้อมการอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริง และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพอัคคีภัย เพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป
- มีแผนงานโครงการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์ดับเพลิงเทศบาลเมืองปากน้ำ มาอบรมเรื่องการดับเพลิง เบื้องต้น ฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และฝึกการใช้ถังดับเพลิง บุคลากรในโรงพยาบาล ในเดือน กันยายน 2562 เพื่อให้ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ดับเพลิงได้ รู้จักวิธีป้องกันการเกิดอัคคีภัย และรู้หน้าที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้

#### (2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

- มีคณะกรรมการ ENV กำหนด นโยบาย และถ่ายทอดแผนป้องกันอัคคีภัยให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งองค์กร ในการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ และประชุมหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เพื่อติดตาม และมีแผนซ้อมอัคคีภัย ในเดือน กันยายน 2562 และมีการประเมิน ติดตามผลของระบบป้องกันอัคคีภัยโดยคณะกรรมการ นำเสนอในที่ประชุม

#### (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงโดยช่างซ่อมบำรุงเป็นประจำทุกเดือน และมีการตรวจสอบอุปกรณ์แจ้งเตือนเหตุฉุกเฉิน เป็นประจำ ทุก 1 เดือน
- ทดสอบระบบ alarm (smoke detector) ระบบไฟฉุกเฉิน ทุก 6 เดือน
- ตรวจสอบป้ายบอกทางหนีไฟ บันไดหนีไฟ ประตูหนีไฟ ไฟฟ้ามีสภาพพร้อมใช้งาน
- มีระบบ ENV Round โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยทุก 3 เดือน

### II-3.2 ก. เครื่องมือ

#### (1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดการ

- เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้จัดทำแผนการจัดการเครื่องมือแพทย์ทุกปี โดยการสำรวจความต้องการจากทุกหน่วยงาน และมีระบบสำรองเครื่องมือแพทย์กับหน่วยงานที่อยู่ใกล้กัน (ยกเว้นห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะไม่ใช่จุดสำรองของหน่วยงานใด) ส่วนการจัดการทางโรงพยาบาลมีการได้มาของเครื่องมือแพทย์ 2 ช่องทาง คือ ทางงบประมาณของทางราชการและจากการบริจาค ซึ่งมีการบริจาคเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่พบอุบัติเหตุด้านเครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ

#### (2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้



- มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์โดย user และโดยช่างเครื่องมือแพทย์ มีการสอบเทียบเครื่องมือโดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงระดับสูง ได้รับการสอบเทียบ 100 % เครื่องวัดอุณหภูมิต้องส่งไปสอบเทียบที่ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 ซึ่งต้องใช้เวลาหลายวันทำให้ไม่มีใช้งานอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง เครื่องมือแพทย์บางรายการต้องส่งสอบเทียบหน่วยงานเอกชน เช่น เครื่องมือของงานกายภาพบำบัด มีระบบซ่อมและยกเลิกการใช้งานเครื่องมือแพทย์

### (3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

- การสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 ไม่สามารถดำเนินการสอบเทียบให้ได้ทุกรายการ ทางโรงพยาบาลต้องหาหน่วยงานเอกชนซึ่งหายาก ราคาค่าบริการสูง และมักไม่มาให้บริการเนื่องจากไม่คุ้มค่าใช้จ่าย เมื่อกำหนดมาตรฐานควรมีมาตรการรองรับโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การซ่อมเครื่องมือแพทย์ ควรมีข้อตกลงและเงื่อนไขการสำรองเครื่องมือขณะส่งซ่อม

## II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค

### (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

- โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมระบบสาธารณูปโภค ลดการใช้น้ำ ประปา มีการกำหนดมาตรการประหยัด เช่น เปิดแอร์ 25 องศา กำหนดเวลาเปิดปิดเครื่องปรับอากาศ ตรวจสอบจุดรั่วของน้ำ รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด ให้เห็นคุณค่าของน้ำ และค่าใช้จ่ายด้านไฟฟ้าและน้ำมีแนวโน้มลดลง

### (2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

- ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:
  - ในระบบปกติไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าจะส่งผ่านเข้าระบบ ATS หลังไฟฟ้าดับ ไม่เกิน 6 วินาที
  - ความครอบคลุม และระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง : มีแผนรองรับเมื่อไฟฟ้าดับ มีเครื่องปั่นไฟสำรอง สามารถปั่นไฟได้ไม่น้อยกว่า 8 - 10 ชั่วโมง และมีระบบน้ำมันสำรองสำหรับเครื่องปั่นไฟ
- ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:
  - แก๊สออกซิเจนเหลว ของบริษัท Kinaxx
  - ช่างประจำโรงพยาบาล ตรวจสอบเบื้องต้นประจำวัน เมื่อปริมาณแก๊สออกซิเจนเหลวลดต่ำกว่า ร้อยละ 30 จะมีการแจ้งเตือนไปทางบริษัทให้เข้ามาเติม เมื่อเกิดเหตุขัดข้องจะติดต่อบริษัท Kinaxx แก้ปัญหา ได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการบำรุงรักษาโดยบริษัท 1 ครั้ง/ปี
  - ระบบสำรองแก๊สออกซิเจน ที่ชั้น 1 อาคารผู้ป่วยใน 4 ชั้น จำนวน 20 ถัง สามารถจ่ายก๊าซได้อย่างน้อย 12 ชม.
  - ระบบสุญญากาศ (Vacuum) ตรวจสอบเบื้องต้นประจำวัน และทำการ Test Leak

- การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ: การตรวจสอบโดยช่างซ่อมบำรุงเป็นประจำทุกสัปดาห์

### (3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

- ระบบน้ำประปา: มีการจดบันทึกมิเตอร์น้ำประจำเดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้น้ำรายเดือนว่ามีการรั่วหรือมีท่อแตกใหม่ ส่งตรวจน้ำประปาหลังจากนำมาใช้ผลิตน้ำดื่มทุกเดือน กรณีฉุกเฉิน น้ำประปาไม่ไหลมีระบบการสำรองน้ำที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 1,000 ลิตร ตึกผู้ป่วยนอก 15000 ลิตร มีแผนปรับปรุงระบบสำรองน้ำบริเวณ ฟังบ้านพัก จำนวน 20000 ลิตร

### II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

#### (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- มีพื้นที่บริเวณบ้านพักโรงพยาบาลสำหรับการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่ออกกำลังกาย ได้แก่ สนามวอลเลย์บอล สนามบาสเกตบอล สนามเปตอง ทางวิ่งรอบสระน้ำ พบว่าบุคลากรใช้บริการเป็นอย่างมากในช่วงหลังเลิกงาน และเป็นสถานที่จัดกิจกรรมออกกำลังกายแข่งขันกีฬาภายในเครือข่าย
- จัดสวนหย่อมบริเวณข้างตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สำหรับเป็นมุมพักผ่อนของผู้รับบริการ
- โรงพยาบาลมีนโยบายเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100%

#### (2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

- แจกแผ่นพับให้ความรู้ตามหน่วยงานต่างๆ
- บอร์ดให้ความรู้ตามจุดต่างๆ

#### (3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

- โรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์ไม่ใช้วัสดุครุภัณฑ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพบรรจุอาหาร โดยมีนักโภชนาการดูแลภาชนะบรรจุอาหารของโรงครัว
- โรงครัวโรงพยาบาลมีการเลือกผลิตภัณฑ์ผักปลอดสารพิษ มีการใช้ข้าวกล้องในการหุงอาหารผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

### II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

#### (1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

- ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลปากพนังใช้ระบบถังบำบัดแบบเติมออกซิเจน
- มีการตรวจสอบประจำวัน ดังนี้
  - 1.ระบบบ่มเติมอากาศ
  - 2.ตรวจคลอรีนตกค้าง
  - 3.ตรวจค่า PH
  - 4.ตรวจเช็คบ่อบำบัด
  - 5.บ่อบำบัดบริเวณโรงครัวมีการตักเศษอาหาร ล้างตะแกรง ตักเศษขยะทุกวัน และตักไขมันและเศษอาหารทุกวัน
- การส่งตรวจคุณภาพน้ำ 14 พารามิเตอร์ทุก 6 เดือน กับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ 2565 ได้ส่งตรวจเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และได้ผลตรวจ เมื่อเดือนเมษายน 2565 ผลการตรวจผ่านตามมาตรฐาน

#### (2) การลดปริมาณของเสีย:

- การนำกระดาษหน้าเดียวกลับมาใช้ซ้ำ(Reuse) ทุกหน่วยงาน
- เปลี่ยนแบตเตอรี่เครื่องสำรองไฟ คอมพิวเตอร์(UPS)เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ จำนวน 12 ตัว

#### (3) การกำจัดขยะ:

- มีการกำหนดรายการขยะของเสียอันตรายของโรงพยาบาล ได้แก่ ถ่านไฟฉาย , หลอดไฟ , แบตเตอรี่ , กระเบื้องสเปร์ยบรรจุสีหรือสารเคมี , ตลับหมึกพิมพ์ , ขวดบรรจุน้ำยาลบคำผิด , ภาชนะบรรจุน้ำมันเครื่อง กำหนดให้เก็บใส่ถุงแยกส่งเก็บในถัง
- กำหนดวิธีการเก็บรักษา การใช้ การทำลายที่ถูกต้อง และการกำจัดเบื้องต้นจากการสัมผัสสารเคมีแต่ละชนิด จัดทำบัญชีขยะอันตราย

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

- รณรงค์ให้นำถุงผ้ามาใช้แทนการใช้ถุงพลาสติก มีการประชาสัมพันธ์ผู้บริจาคถุงผ้าสำหรับการใส่ยาผู้ป่วยผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริจาคเงินเพื่อจัดหาถุงผ้าให้บริการ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง
- มีโครงการรณรงค์กำจัดขยะติดเชื้อในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยล้างไต ทำแผล ฉีดยาอินซูลิน โดยนำขยะติดเชื้อมาส่งที่รพ.สต.เพื่อส่งให้โรงพยาบาลส่งต่อไปให้บริษัทเอกชนกำจัดต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล Green&Clean Hospital ระดับดีมาก

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3.0	I,L	-มีการจัดพื้นที่ใช้สอยเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ -พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก -ระบบการกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย	3.0	I	การซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและอัคคีภัยครอบคลุมทุกสภาวะการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3.0	L	พัฒนาระบบข้อมูลเครื่องมือแพทย์
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.0	I	ส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3.0	I	-ติดตามและประเมินระบบบำบัดน้ำเสียให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง -มีนโยบายลดการใช้วัสดุที่ไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม

## II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.)
1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน)	2:1000	0.05	0.04	0.04	0.04	0
2. อัตราการเกิด CaUTI (:1000 cath day)	20	0	0	0	0	0
3. อัตราการเกิด Phlebitis (:1000 iv. day)	0	0	0	0	0	0
4. อัตราการเกิดติดเชื้อแผลฝีเย็บ	0 %	0.4	0	0	0	0
5. อัตราการเกิดติดเชื้อที่ตาทารก	0 %	0	0	0	0.3	0
6. อัตราการเกิดติดเชื้อที่สะดือทารก	0 %	0	0	0.2	0	0
7. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	0 %	0	0	0	0	0
8. อัตราการเกิด HAP	0:1000	NA	0.04	0	0	0
9. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	80%	100	50	75	75	100
10. ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	100%	100	100	94.24	100	100
11. การตรวจพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และผู้สัมผัสอาหาร	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
12. จำนวนอุบัติการณ์บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	1	4	0	3	1
13. อัตราการได้รับการดูแลตามแนวทางเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคม	100	100	100	100	100	100
14. การล้างมือ 7 ขั้นตอน	80%	90.19	86.7	88.7	86	90.2
15. บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโควิด-19	≤ 30%	NA	NA	NA	2.1 % (5 คน)	24.05 % (57 คน)

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

### ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด M2 เปิดให้บริการ 90 เตียง ประกอบด้วย 3 หอผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยชาย และผู้ป่วยเด็ก/หลังคลอด มีห้องแยกโรคทั่วไป จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้ปรับตั้งผู้ป่วยในเด็กเป็น cohort ward มีการตั้งจุดคัดกรอง และมี ARI clinic สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรกระบบทางเดินหายใจ โดยให้บริการแบบ one stop service มีการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในพื้นที่เสี่ยงต่าง ๆ เช่นห้องผ่าตัด ห้องคลอด จ่ายกลาง ชักฟอกมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ/ดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ต่ำที่สุด

- มีการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อสำคัญ SSI ,VAP ,CAUTI , PHLEBITIS
- มีการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่สำคัญที่มีโอกาสแพร่กระจายในโรงพยาบาลสูง อย่างเช่น เชื้อดื้อยา
- การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน ได้กำหนดแนวทางป้องกัน ให้ความรู้ ติดตามการปฏิบัติทบทวนและปรับปรุงเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผิวยับ/ติดเชื้อที่ตาและสะดือทารกในห้องคลอด
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในการผ่าฟันคุดในงานทันตกรรม
- มีการเฝ้าระวังการเกิดท้องเสียขณะนอนโรงพยาบาลและสุ่มตรวจคอลีฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ผู้สัมผัสอาหารและภาชนะใส่อาหารของงานโภชนาการ
- มีการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ ท้องเสียและแผลสดจากอุบัติเหตุในงานเภสัชกรรม
- และในบุคลากรมีการเฝ้าระวังวัณโรคและการติดเชื้อจากการบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 15 คน ประกอบด้วยกุมารแพทย์เป็นประธาน ทันตแพทย์เป็นรองประธาน กรรมการประกอบด้วยสหวิชาชีพและมาจากทุกหน่วยงานที่เป็นพื้นที่เสี่ยง มี ICN 1 คน ยังไม่ได้ผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อ มีประสบการณ์ในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 ปี มี ICWN 7 คนจาก 7 หน่วยงานคือผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยชาย ห้องคลอด และห้องผ่าตัด

### iii. กระบวนการ

#### II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

##### (1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

- งาน IC ดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC.) มีกุมารแพทย์เป็นประธาน มีสหวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเป็นกรรมการ และมีหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นกรรมการ และเลขานุการ มีหน้าที่ในการออกแบบระบบ กำหนดนโยบาย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อม และชุมชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะในกิจกรรมสำคัญ เช่น การสำรวจความซุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล การหาประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การทบทวนกรณีพบการติดเชื้อหรือปัญหาอุปสรรคในการทำงาน การทบทวนระเบียบปฏิบัติ ฯลฯ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทาง line group ชื่อ ICC. Pakphanang มีการรายงานผลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในแต่ละหน่วยงานทาง intranet เพื่อให้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และคณะกรรมการบริหารสามารถดูข้อมูลเบื้องต้นได้
- จากการสำรวจความซุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลปากพนังเดือนตุลาคม 2561 จำนวน 545 chart พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล Hospital Acquired Pneumonia 1 ครั้ง ความซุกของการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 0.2 จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ COPD ให้ออกซิเจน ฟันยาเป็นระยะ นอนรพ. 6 วัน จากนั้นมี Pneumonia จากการทบทวนได้ปรับเปลี่ยนการดูแลชุดกระป๋องน้ำให้ออกซิเจนจากการทำความสะอาดอย่างเดียว เป็นการทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊สก่อนการนำไปใช้ซ้ำ และด้วยชุดกระป๋องน้ำ มีน้อยและราคาสูงหากใช้การอบแก๊ส ต้องซื้อชุดกระป๋องน้ำเพิ่มประมาณ 3 เท่าตัวซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงและกระบวนการอบแก๊สต้องใช้เวลาประมาณ 3 วันจึงจะนำมาใช้ได้ จึงมีแผนขอปรับเปลี่ยนกระป๋องน้ำแบบ sterile และ single use และในปี 2563 และปี 2564 ดำเนินการทบทวน เพื่อ

ออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ครอบคลุม ใน กลุ่มโรคปอดอักเสบ ปี 2564 และ ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65 ) ไม่พบ HAP

## (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

- จากข้อมูลการเฝ้าระวังแบบ target surveillance พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ แต่จากการสำรวจความชุกพบการติดเชื้อ HAP ซึ่งยังขาดการเฝ้าระวัง จึงได้กำหนดให้เป็นจุดเน้น
- จากการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบทั้งในชุมชนและส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาราชมีจำนวนมากขึ้น เป็นเชื้อดื้อยาทั่วไป ESBL MDR อีกทั้งเชื้อดื้อยาเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้เป็นจุดเน้น
- จากเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กำหนดให้กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อให้ทำ central supply ที่โรงพยาบาลเท่านั้น จึงได้กำหนดให้การทำให้ปราศจากเชื้อ central supply เป็นจุดเน้น

## (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

- ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อสหรัฐอเมริกา CDC ฉบับแปลล่าสุดปี 2018 ล่าสุดจากการประชุม IC update 2019 ได้ใช้คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฉบับพฤษภาคม 2561 พิมพ์โดยสถาบันบำราศนราดูร เป็นนิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ใช้ตรงกัน และสามารถเปรียบเทียบอัตรา การติดเชื้อในหน่วยงานเดียวกันในเวลาที่ย่เปลี่ยนไป และเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในระหว่างโรงพยาบาลได้ จัดทำโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาคู่มือแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค
- นำ SIMPLE Patient safety goal มาจัดทำแนวทางปฏิบัติ การคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้ CAUTI Care bundle
- การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย นำPVC Care bundle มาใช้
- การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใช้เอกสารการประชุม IC update มาใช้
- จัดทำระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ โดยใช้เอกสารทางวิชาการอ้างอิงที่มีอายุไม่เกิน 5 ปี เช่น หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หลักและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ(ฉบับปรับปรุง)

## (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั้งทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- การแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย สหวิชาชีพ และตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเช่น กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้การประสานงานได้สะดวก ครอบคลุมทุกหน่วยงานทั่วทั้งองค์กร
- ทีม IC. รับรายงานอุบัติการณ์ด้าน IC. จากทีม RM เพื่อนำมาทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ

- ICN เป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล Patient Safety Goal ได้นำเสนอตัวชี้วัดด้าน IC Hand hygiene เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล ใช้ในการวางแผนพัฒนางานIC

#### (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

- การสนับสนุนบุคลากร ICN , ICWN ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม อบรมด้าน IC นอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อคนต่อปี มีแผนให้ ICN อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน ICWN อบรม หลักสูตร 2 สัปดาห์จนครบทุกคน
- การสนับสนุนสิ่งของในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในปี 2561 ใช้จ่ายกลางเครื่องหนึ่งไอน้ำชำระด้วย อายุการใช้งานเกิน 10 ปีได้รับเครื่องหนึ่งไอน้ำขนาด 700 ลิตรจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง เครื่องอุ่นเชื้อติดๆต๊บบๆ อายุงานเกิน 10 ปี ได้รับเครื่องอุ่นเชื้อจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง การซึลของซิลเดมิใช้แบบ manual เครื่องชำระได้รับเครื่องซิลของจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง ปี 2562 งานซักฟอกได้รับผลกระทบจากพายุป่าบึกหลังคาปลิวบางส่วน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงหลังคาและโครงสร้างให้เป็นระบบ one way ปรับปรุงระบบไฟฟ้าระบบน้ำในระบบซักฟอก อีกทั้งยังได้รับการอนุมัติให้ปรับปรุงเรือนพักขยะซึ่งเดิมมี 2 ห้องคือขยะทั่วไป และขยะติดเชื้อ ให้เพิ่มห้องขยะอันตรายมาอีก 1 ห้อง
- การสนับสนุนระบบสารสนเทศ ในปี 2562 งานจ่ายกลางเครื่องยิงฉลากวันผลิตวันหมดอายุชำระ ได้รับการอนุมัติให้ใช้โปรแกรมฉลากหน้าชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อซึ่งมีรายการเครื่องมือในหอบรรจุ วันผลิตวันหมดอายุ ผู้ห่อผู้หนึ่ง autoclave tape รวมกันในแผนเดียว ลดความยุ่งยากในการทำงานและลดอุบัติเหตุการระบุนวันหมดอายุผิดพลาด งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้เพิ่มความรวดเร็วและลดขั้นตอนของการรายงานข้อมูลเชื้อดื้อยาแก่ ICN โดยพัฒนาระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาโดยใช้ line notify อีกทั้งพัฒนาการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อของหน่วยงานต่างๆในระบบ intranet ของโรงพยาบาล
- การสนับสนุนระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอบางแพนัง โดยสนับสนุนให้มีรถออกเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 21 หน่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง/หน่วยบริการ
- การสนับสนุนระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้ได้มาตรฐาน งานจ่ายกลางจึงเป็น central supply เพื่อบริการชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อแก่หน่วยบริการทั่วทั้งอำเภอบางแพนัง
- มีแผนสนับสนุนห้องแยกโรคแรงดันลบ ในปี 2563 กำลังดำเนินการ

#### (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหนึ่งในหัวข้อในการใช้ปฐมนิเทศ
- มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ปี 2560-2562 อบรมในห้องประชุม ปี 2563 plan ใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบ เริ่มเรื่องแรกคือการล้างมือ ได้จัดทำคลิปการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment สื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทางไลน์กลุ่มและยูทูป จากนั้นประเมินผลโดยการให้เจ้าหน้าที่ส่งคลิปล้างมือของตนเองส่ง พบว่า ร้อย

ละ 91.11 ล้างได้ครบ 7 ขั้นตอนและล้างถูกต้อง ยังพบการล้างไม่ถูกต้องคือการไม่ถอดแหวน และการปิดก๊อกน้ำด้วยมือสะอาด ได้ชี้แจงเป็นรายบุคคลและล้างซ้ำได้ถูกต้อง

- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการล้างมือ เน้นในกลุ่ม contact precaution มือเท้าปาก เชื้อดื้อยา ฯลฯ และติดโปสเตอร์ที่จุดล้างมือทุกจุด
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใส่ mask เน้นในกลุ่ม droplet / airborne precaution เช่น TB และติดป้ายวิธีการใส่ mask ในห้องแยกและล๊อค droplet
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน งานเภสัชกรรมและงาน NCD ได้จัดทำกระป๋องยาไว้ให้ผู้ป่วยใส่เข็มฉีดยา หรือนำให้ผู้ป่วยหาภาชนะเองเป็นกระป๋องพลาสติกหนาที่เข็มไม่สามารถแทงทะลุได้ เมื่อใกล้เต็มคือ 3 ใน 4 ส่วนให้นำมาทิ้งที่โรงพยาบาลในวันนัด เพื่อไม่เป็นอันตรายกับคนในครอบครัวและชุมชน

#### (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

- การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบคณะกรรมการ โดยมี ICN เป็นผู้รับผิดชอบหลัก เป็นผู้ประสานงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวบรวมผลการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง การสอบสวนการระบาด การติดตามการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติต่างๆ การสนับสนุนทรัพยากร การให้ความรู้ ฯลฯ

#### II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

##### (1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

- ทีม IC ได้ออกแบบระบบโดยมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ targeted surveillance เช่น เฝ้าระวัง CaUTI ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เฝ้าระวัง Phlebitis ในผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย เฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด เฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตาและสะดือในทารกหลังคลอด เฝ้าระวังติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาดในผู้ป่วยหลัง C/S , Excision , ทำหมันหญิง ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ครอบคลุมในการวิเคราะห์ปัญหาการติดเชื้อนั้นๆ ในปี 2562 ได้มีการประชุม IC update ซึ่งกำหนดให้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อโดยอ้างอิงตามคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์เมื่อ พฤษภาคม 2561

##### (2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

- กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม Targeted ที่เฝ้าระวัง ประสานกับทีม IM ค้นจาก Hos-xp เวนชระเบียนผู้ป่วยใน ดู ICD10 โรคแทรกซ้อน ในกลุ่มโรคที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น 2 ไตรมาสแรกของปี 2562 ค้นหาผู้ป่วย Pneumonia พบว่าจำนวนผู้ป่วย Pneumonia เท่ากับ 61 ราย ได้นำเวชระเบียนมาทบทวน พบติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP เท่ากับ 1 ราย จึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปให้มีการเฝ้าระวัง HAP ทุกราย วันนอนทั้งปีรวม 26,444 วัน คิดอัตราการติดเชื้อ HAP ปี 2562 เป็น 0.04 :1000 วันนอน ในปี 2563 พบจำนวนผู้ป่วย Pneumonia เท่ากับ 61 ราย ไม่พบ HAP

##### (3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน



- การรายงานผลการเฝ้าระวัง กำหนดให้รายงานภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน เพื่อการทบทวนและปรับปรุงระบบงาน ไม่ให้เกิดการติดซ้ำ
- การคัดกรองผู้ป่วย airborne ผิดพลาด ในปี 61 พบ 5 ครั้ง เกิดจากการย้ายอาคารผู้ป่วยออกไปใช้อาคารใหม่ ไม่มีป้ายแจ้งอาคารที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ ในปี 2562 พบ 8 ครั้ง พบว่าเป็นเวลาก่อน 07.00 น. ซึ่งเป็นรอยต่อของการคัดกรอง ได้ปรับเปลี่ยนโดยให้เวรเปลเป็นผู้คัดกรองโดยมีการ training การคัดกรองให้ ปี 2563 พบ 1 ครั้ง

#### (4)(5) การบังคับการระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

- จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 รอบ 2 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาล ปากพั้ง เดินหน้ารับมือ โควิด-19 ยกระดับมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ทุกคน
  1. กำหนดแนวทางการปฏิบัติคัดกรองผู้ป่วยและจัดทำคลินิกระบบทางเดินหายใจ เพื่อการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และแยกผู้ป่วยเสี่ยงออกจากผู้ป่วยทั่วไป
  2. ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ สร้างองค์ความรู้ เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยและ N95 ใส่ชุด PPE ป้องกันการติดเชื้อ รักษาระยะห่าง สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ออกกำลังกาย เป็นต้น
  3. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน และมีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ
  4. ออกหน่วยบริการร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเสี่ยงสูงติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตามชุมชนต่างๆที่มีการระบาด คัดแยกผู้ป่วยเสี่ยงสูงเพื่อควบคุมการระบาดของโรค
  5. ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไป

#### II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

##### (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

- Hand hygiene: กำหนด Hand hygiene เป็น PSG ขององค์กร มีมาตรการส่งเสริมการล้างมือ โดยจุดล้างมือมีเพียงพอเพื่อให้เข้าถึงง่าย อุปกรณ์ของใช้พร้อม ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ตั้งแต่วันปฐมนิเทศและฟื้นฟูปีละครั้ง มีโปสเตอร์เตือนใจและแสดงวิธีที่ล้างมือ 7 ขั้นตอนและ 5 moment และติดตามประเมินผล พบว่าอัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ปี 2560-2564 ร้อยละ 89.54 90.19 , 86.7 , 88.70 และ 86ตามลำดับ ในปี 2562 ได้เพิ่มการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยใช้รูปผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นสื่อประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการล้างมือ
- Isolation precautions: มีระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้ Standard precautions ควบคู่กับ Isolation precautions โดยคำนึงถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อ ทั้ง Airborne Droplet Contact มีบัตร AP DP CPเพื่อใช้สื่อสารระหว่างวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองผู้ป่วย กำหนดโซนรอตรวจในแต่ละกลุ่ม หากเป็นกลุ่ม Airborne ให้บริการที่จุด one stop service กลุ่ม Airborne ที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจัดให้นอนห้องแยกหอผู้ป่วยหญิง และห้องแยกหอผู้ป่วยชาย ในหอผู้ป่วยมีการจัดแยกโซนให้กลุ่ม DP และ CP แยกของใช้ ส่วนเครื่องผ้าใช้แล้วแยกใส่ถุงแดง มีการทำความสะอาดประจำวัน โซนดังกล่าวหลังสุด ได้มีการเก็บข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม Airborne ผิดพลาดในปี 2561 พบ 5 ครั้งเนื่องจากการย้ายไปอาคารใหม่ ไม่มีป้ายอาคารที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ ปี 2562 พบ 8 ครั้ง เหตุเกิดช่วง 07.00- 08.00 น. ไม่ผ่านการคัดกรอง แก้ไขโดยให้เวรเปลคัดกรองและ training ให้ ปี 2563 พบ 1 ครั้ง

● Standard precaution อื่นๆ:

- การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและการสัมผัสสารคัดหลั่ง ปี 2560-2564 พบ 2 ราย, 1 ราย , 4 รายและ 3 รายตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคืน เย็บแผลในโพรงลึก ฉีดยาในที่แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเปื้อน ได้ทบทวนและหามาตรการการป้องกันกันการเกิดซ้ำ
  - การจัดการขยะ : มีระเบียบปฏิบัติการจัดการขยะ และได้พัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอปากพนัง ได้รวบรวมขยะติดเชื้อจากบ้านเรือนมาสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ จากนั้นทางโรงพยาบาลออกเก็บ ขนย้ายมาสู่เรือนพักขยะของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะขนย้ายขยะขึ้น-ลงจากรถ ส่วนขยะติดเชื้อจากคลินิกเอกชนทางคลินิกนำถุงแดงใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิดและล็อกได้นำมาส่งที่เรือนพักขยะติดเชื้อ มีการชั่งน้ำหนักขยะจากทุกหน่วยบริการ จากนั้นบริษัทไฟคอลอีเนอร์จี จำกัด มารับไปกำจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งทุกวันอังคารและวันศุกร์ น้ำหนักขยะติดเชื้อประมาณ 1,100 กิโลกรัม/เดือน
  - การจัดการผ้าเปื้อน: มีการคัดแยกผ้าเปื้อนจากหน่วยงาน เป็นผ้าเปื้อนมาก/ติดเชื้อ ผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาซักในเครื่องซักผ้าสำหรับซักผ้าติดเชื้อ ผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ ปี 2561 งานซักฟอกได้รับเครื่องซักผ้า 200 ปอนด์ จากงบค่าเสื่อม เมื่อนำมาติดตั้งทำให้ไฟไม่พอ เครื่องทำงานพร้อมเครื่องอื่นๆไม่ได้ อีกทั้งสายไฟไม่เป็นระเบียบและอายุการใช้งานสายไฟรวม 20 กว่าปี ได้ปรับปรุงระบบไฟฟ้าในอาคารซักฟอกเพื่อให้สามารถใช้งานเครื่องพร้อมๆกันได้ และยังเป็นการบำรุงรักษาเครื่องไปด้วย
  - การจัดการผ้าเปื้อน:เดิมการ Flow ในหน่วยซักฟอก ไม่เป็นระบบ one way และผลจากพายุปาบิก เมื่อมกราคม 2562 ทำให้น้ำท่วมอาคารซักฟอก หลังคาปลิว เป็นโอกาสให้งานซักฟอกได้รับการอนุมัติปรับปรุงโครงสร้างใหม่บางส่วนให้ได้มาตรฐานมากขึ้น
  - การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: การทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มี 2 วิธี คือการนึ่งไอน้ำ และการอบแก๊ส ได้พัฒนาเป็นระบบCentral supply ทั้งเครือข่าย มีการควบคุมประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทุกระบวนการ ทั้งเคมีภายนอก -ภายใน ทำ Spore test 3 ครั้ง/สัปดาห์ ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี2559-2563 ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ 100%
  - การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ในโรงพยาบาลปากพนัง ไม่มีการใช้กล้องส่องอวัยวะ
  - การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: วัสดุที่เป็นเครื่องสายต่างๆชนิด single-use ที่หมดอายุก่อนใช้งาน reprocessing โดยการนำมาอบแก๊ส เช่น oral airway , สาย ICD , สาย N/G สายออกซิเจน mask และ canular ผู้ใหญ่ ฯลฯ หากใช้กับผู้ป่วยแล้วไม่นำกลับมาใช้ซ้ำ ส่วนเครื่องสายที่นำกลับมาใช้ซ้ำได้ คือ ชุดฟันยา และสายออกซิเจน canular ของเด็ก โดยนำมาอบแก๊ส
- (2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม
- โรงพยาบาลปากพนังได้เปิดใช้อาคารผู้ป่วยในใหม่ 4 ชั้นเมื่อปี 2559 ซึ่งยังไม่มีห้องแยกโรคแรงดันลบ ทางงาน ic ได้ขออนุมัติใช้คอมพิวเตอร์ติดตั้งในห้องแยกโรคขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาเพื่อช่วยฆ่าเชื้อโรค ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อกลุ่ม airborne
  - ผู้ป่วยกลุ่ม droplet และ contact ใช้วิธีการแยกโซนห่างจากผู้ป่วยอื่นอย่างน้อย 1 เมตร

- อาคารเรือนพักขยะ เดิมมี 2 ห้อง คือห้องขยะทั่วไป และห้องขยะติดเชื้อ ซึ่งขยะอันตรายไม่มีที่พัก ได้นำไปฝากเก็บในห้องขยะติดเชื้อ อีกทั้งประตูเรือนพักขยะชำรุดทำให้สัตว์พาหะนำโรคเข้าไปในอาคารได้ และพื้นชำรุดเป็นหลุมทำให้น้ำขัง เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคทำคามสะอาดยาก จึงได้ขออนุมัติปรับปรุงโครงสร้างเพิ่มเติมมาอีก 1 ห้องให้เป็นสัดส่วน และปรับปรุงพื้นและซ่อมประตูให้ได้มาตรฐานเรือนพักขยะ

### (3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

- งานผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้ป่วยทั้งด้านความรุนแรงและด้านความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทั้ง 3 กลุ่ม
- ห้องคลอดและห้องผ่าตัด มีการปรับปรุงเส้นทางผ้าเบื่อน โดยส่งออกไปยังจุดพักผ้าทางหน้าต่างซึ่งถึงผ้ามีฝาปิดมิดชิด และงานซักฟอกนำถังใหม่มาเปลี่ยนและเก็บ ขนย้ายตามเวลาที่กำหนด โดยเป็นเส้นทางที่ไม่ผ่านผู้คน ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- งานจ่ายกลาง เมื่อหน่วยงานใช้ชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อแล้วเช็ดคราบน้ำยาต่างๆออกให้มากที่สุด ใส่ในถังที่มีฝาปิดมิดชิด ไม่นับเครื่องมือที่หน่วยงาน เจ้าหน้าที่จ่ายกลางนำถังใหม่ไปเปลี่ยนตามเวลาและเส้นทางที่กำหนด
- งานกายภาพ มีการทำความสะอาดและการทำลายเชื้ออุปกรณ์ทุกครั้งหลังใช้งานกับผู้ป่วยแต่ละราย และการล้างมือก่อน-หลังให้บริการผู้ป่วย

### II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

#### (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร\*

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)
- จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบอัตราการเกิด Phlebitis เกรด 2 ขึ้นไป 1 ครั้ง ในปี 2559 ซึ่งพบในผู้ป่วยตัดไต on prednisolone นำแนวทางการปฏิบัติตาม PVC Bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อลดการเกิด Phlebitis ในปี 2560-2563 ไม่พบ Phlebitis
- การเกิด Episiotomy wound Infected พบในปี 2561 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 เกิดจากความเสี่ยงด้านแผลที่ฉีกขาดลึก และ wound care ได้ใช้ต่างทับทิมในการแช่แผลและในแผลที่ tear ลึก มีการประเมินแผลทุกเวอร์ ในปี 2562-2563 ไม่พบ Episiotomy wound Infected
- การเกิด CaUTI ไม่พบนานเกิน 5 ปี เนื่องจากมีระเบียบปฏิบัติในการป้องกันและ ใช้ CaUTI Bundle มาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ CaUTI

#### (2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV มี ARV Clinic ให้บริการ one stop service ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น ตลอดจนคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยด้วย
- การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคเลือด เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ในกรณีที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ดูแล เน้นการล้างมือแบบ hygienic handwashing ก่อนสัมผัสผู้ป่วย การ

เข้าเยี่ยมของญาติต้องล้างมือก่อน หลังการเข้าเยี่ยม ห้ามผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและแพร่เชื้อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การแยก แยกโซนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร

- ผู้ป่วยดื้อยา มีการรับ Refer case มาจากรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช และกรณีที่พบเองในรพ. ต้องให้รู้ว่าเป็นเชื้อ ดื้อยาให้เร็วที่สุด และเริ่มมาตรการป้องกันแบบ contact precaution ตั้งแต่ OPD ER และ Admitted โซนห่างจาก เดียวอย่างน้อย 1 เมตร การแยกของใช้ การจำกัดผู้เยี่ยม มีสื่อกระตุ้นเตือนการสื่อสารในการดูแล มีป้าย MDR หน้า chart และหัวเตียง ยังไม่พบการการระบาดหรือแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาไปยังเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยรายอื่น
- (3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน\*

● (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

- มีแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง และสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายทราบ ในปี 2560-2564 พบว่าเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายปากพันธ์ ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม จำนวน 2 ราย 1 ราย 4 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคั้น เย็บแผลในโพรงลึก ฉีดยาในที่ แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเบื่อน และได้หามาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ
- ดูแลให้บุคลากรได้รับวัคซีน ได้แก่ วัคซีน HBV บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีการตรวจหาภูมิต้านทานต่อตับอักเสบบี หากยังไม่ภูมิและไม่ติดเชื้อตับอักเสบบี พิจารณาให้วัคซีนตับอักเสบบี 3 dose ในปี 2559-2563บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับ วัคซีนมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนวัคซีน Influenza vaccine งาน IC ร่วมกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวณรงค์ ในปี 2562 บุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ร้อยละ 60.4

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบการจัดการขยะติดเชื้อทั้งเครือข่าย
- ระบบการทำความสะอาด และการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นระบบ Central Supply ทั้งเครือข่าย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	พัฒนาศักยภาพ ICN ส่งอบรมหลักสูตร 4 เดือน /ICWN ส่งอบรม 2 สัปดาห์ปีละ 2 คน
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	พัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวัง
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	3	L	สร้างห้องแยกโรคแรงดันลบ
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ	3	L	พัฒนาระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

## II-5 ระบบเวชระเบียน

### i. ผลลัพธ์

**ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80%	97.42	97.81	88.28	87.18	NA
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	83.15	87.66	72.43	86.23	NA
อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0%	2	0	0	0	0
ค่า CMI	≥0.80%	0.57	0.56	0.61	0.64	0.65

### ii. บริบท

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
จำนวนผู้ป่วยนอก	คน	38,218	39,921	36,892	51,754	67,465
จำนวนผู้ป่วยนอก	ครั้ง	160,558	167,228	147,812	183,557	160,748
จำนวนผู้ป่วยใน	คน	6,856	8,927	8,185	7,460	5,965
จำนวนผู้ป่วยใน	วัน	20,587	26,762	23,714	26,570	38,746
อัตราครองเตียง	%	60.54	79.65	67.12	69.33	202

\*อัตราครองเตียง 202 มีข้อมูล CI เรือนจำด้วย

**ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:** : ระบบ Hospital Information System (HIS) โดยโปรแกรม HOSxP โดยให้บริการตั้งแต่ การลงทะเบียน การส่งตรวจรักษา การสืบค้นข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล และการติดตามแฟ้มเวชระเบียน โดยการแสกนเอกสารสู่อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

### iii. กระบวนการ

#### II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การใช้ประโยชน์:

- ทีม IM กำหนดเป้าหมายการจัดทำเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยยึดตามแนวทางของ สปสช., สภาการแพทย์และการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เวชระเบียนมีความครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
- มีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบมากขึ้น 3 ครั้งต่อปี ครั้งละ 40 ราย ครอบคลุมทุกแผนก แลพนำผลมาเปรียบเทียบกับ Extrenal Audit สปสช.
- การเชื่อมโยงข้อมูล Admission note ,การซักประวัติ ,การตรวจร่างกายใน Electronic file และสามารถ print ออกแทนการเขียนด้วยมือ

### (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

- เวชระเบียนมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้
  - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน: การแบ่งกลุ่มเข้าถึงระบบ HOSxP
  - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน: ใช้หลักเกณฑ์ของ WHO เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
  - การรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา ให้ลงวันที่และเวลาเมื่อรับคำสั่ง ชื่อผู้สั่งให้ชัดเจน อ่านทบทวนคำสั่งการรักษาให้แพทย์ทราบอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องมีการเซ็นรับคำสั่งปกติ ติดตามแพทย์เซ็นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชม.
  - การใช้รหัสวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน: ใช้หลักเกณฑ์ของ WHO โดยมีเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นคนให้รหัสโรคและตรวจสอบความถูกต้องในกรณีที่แพทย์ให้รหัสผู้ป่วยนอก
  - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ: มีการแจ้งเตือนผ่านระบบ HOSxP เช่น การแพ้ยา, ยื่นเอกสาร พรบ.ครบ, ค้างชำระ

### (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- สรุปผลการจัดทำรายงานเป็นสถิติเกี่ยวกับข้อมูล จำนวนผู้รับบริการ รายงานผลการวินิจฉัยกลุ่มโรค รายงานหัตถการและอุบัติการณ์เกิดโรค เป็นรายเดือน รายไตรมาส และรายงานประจำปี นำเสนอที่มำคุณภาพ และทีมที่เกี่ยวข้อง

### (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- มีการนำเสนอผลการ Audit เวชระเบียน ในส่วนที่ไม่สมบูรณ์ และได้ปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น จัดทำ Clinical summary เพิ่ม, การปรับปรุง Inform consent

## II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

### (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- ยกเลิกการใช้เวชระเบียนในผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม HOSxP ในระบบคอมพิวเตอร์ ใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล
- เวชระเบียนผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการสร้างตึก ห้องจัดเก็บอาจยังไม่เหมาะสม แต่มีการควบคุมดูแล โดยผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนตลอด 24 ชม.

การทำลายเวชระเบียนที่ไม่ได้ใช้งานเกิน 5 ปี งานเวชระเบียนจะทำการตรวจนับและตรวจสอบ ยื่นเอกสารขอทำลายต่องานสารบรรณ งานสารบรรณยื่นเอกสารขอทำลายเวชระเบียนไปยัง สสจ. นครศรีธรรมราช เพื่ออนุญาตทำลายเวชระเบียนต่อไป จำนวนอุบัติการณ์/อัตรา การสูญหายของเวชระเบียน ปี 2561 – 64 = 2,0,0,0 ครั้ง

### (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับบัญชีผู้ใช้เฉพาะบุคคลให้สามารถเข้าถึงระดับข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านระบบ HOSxP แพทย์และพยาบาลกำกับดูแลไม่ให้บุคลากรในทีมรักษาเปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วยโดยมีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ไว้ที่บริเวณงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วย

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน ได้ดำเนินการ (1)มีPR มาตรการพิเศษเวชระเบียนที่ถูกละเมิดและ HIV (2) กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HosXp (3)MSO,NSO ควบคุมกำกับ การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (4)มีPR การเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง (5)มีPR สิทธิของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราการร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติความลับของผู้ป่วย ร้อยละ 0

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียนได้อย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการ (1)มี WI การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (2)มีการนิเทศหน่วยงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วย ร้องเรียนเรื่องการถูกเปิดเผยข้อมูล ปี 61,62,63,64 = 0,0,0,0 ครั้ง

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้งานที่กเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- เวชระเบียนต้องประกอบด้วย ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย มีการระบุโรคและการแพทย์ บันทึกการตรวจร่างกาย มีการวินิจฉัยโรคและการรักษา มีการเก็บรักษาประวัติทั้งหมดไว้ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่งานสถิติ เป็นผู้ลงรหัสโรค โดยการวินิจฉัยที่ถูกต้องตามหลัก WHO

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของงานที่กเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

- การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช.โดยการสุ่มเวชระเบียน ปีละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 ฉบับโดยแยกรายตึกเท่าๆกัน
- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการทบทวนปีละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 ฉบับ รวม 120 ฉบับตามแบบของ สปสช.

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- 

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน	3.0	L	-ปรับปรุงข้อมูลให้มีคุณภาพเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง -จัดให้มีสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างปลอดภัย สะดวกในการจัดเก็บและค้นหา
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	3.0	L	-พัฒนาความสมบูรณ์ของงานที่กเวชระเบียน

## II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปัจจุบัน มี.ค. 65
Medication error OPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	16.90	13.99	6.39	1.75	0.45
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0	0	0.51	0.03	0.16
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	3.29	2.30	2.88	2.26	0.35
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0	0.02	0.34	0.04	0.06
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0	0.01	0	0	0
Medication error IPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	5.75	4.04	1.98	2.05	0.31
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	2.19	2.60	0.17	0.98	0.10
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	9.16	7.58	5.73	3.56	0.82
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<10 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.82	0.68	0.51	0.22	0.05
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.58	0.64	0.76	0.45	0.10
Adverse drug event (ADE)						
-จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	1	1	1	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรง ระดับ GHI จากยาที่มีความเสี่ยง สูง	0 ครั้ง	0	0	0	0	0



-อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD	> 95%	91.34	89.52	92.36	92.95	92.5
-ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD	<1%	3.84	3.75	5.73 (B=9 ใน 157)	1.24	2.5
Adverse drug event Type A -จำนวนครั้งของการเกิด ADR Type A ระดับ G-I	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราการเกิด medication error ในระดับอันตราย(G-I)จากกระบวนการทำ Medication Reconciliation	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
Adherenceยาต้านไวรัส ARV Clinic (%)	≥ 95%	98.70	97.88	97.43	98.00	96.50
ความพึงพอใจในงานบริการจ่ายยา						
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD	>ร้อยละ 80	95.20	95.30	95.00	95.00	95.00
- ระยะเวลาการรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วย OPD	≤20 นาที	11.27	11.20	11.30	11.00	11.00
- อัตราผู้ป่วย OPD ที่รอรับยาเกิน 20 นาที	<ร้อยละ 20	4.55	4.25	5.50	4.00	3.50
บริหารเวชภัณฑ์ยา -อัตราการสำรองคลัง	< 2.0 เดือน	0.76	1.21	1.27	1.30	0.96
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 3	1	2	3	3	RDU DISTRICT
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่พ.เก็บปกติเป็นต้น</p> <p>ii. <b>บริบท</b> ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพนัง ดำเนินงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยแต่งตั้งในรูปของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.</p>						

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่งจัดเตรียม จ่ายยา บริหารยานันทักข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 11 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้

Dopamine in  
KCl inj. (20 mEq/10 ml)  
Morphine inj.  
Pethidine inj  
Magnesium sulfate 10 % inj  
Magnesium sulfate 50 % inj  
Amiodarone inj. (150 mg/3ml)  
Enoxaparin inj  
Norepinephrine inj  
Streptokinase 1,500,000 IU  
Fondaparinux inj

### iii. กระบวนการ

#### II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็นมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณาและทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้มีการใช้ยาที่เป็นไปอย่างสมเหตุผล และผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 – ปีงบประมาณ 2565 (มี.ค.65) พบว่าร้อยละรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 98.26 : 1.74 , 98.26 : 1.74 , 96.33 : 3.67 , 97.62 : 2.38 และ 98.01: 1.99 ตามลำดับ และร้อยละมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 – ปีงบประมาณ 2565 (มี.ค.65) เท่ากับ 97.35 : 2.65 , 96.79 : 3.21 , 97.66: 2.34 , 98.11: 1.89 และ 98.83 : 1.17ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

ทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงานในการควบคุมกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับร้อยละ 21.18 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 23.15 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 32.00 ผลการดำเนินงานในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 27.03 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 25.50 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 28.81 และผลการดำเนินงานในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 59.16 ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลงในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และได้มีการปรับกระบวนการทำงาน โดยมีการติดตามตัวชี้วัดรายสัปดาห์ การทำความเข้าใจและร่วมรับผิดชอบตัวชี้วัดระหว่างองค์กรแพทย์และทีมงานระบบยา ที่มีการติดตามและ feedback ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เข้าสู่รับการทบทวน การสื่อสารตัวชี้วัดแบบ real time ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 และปี งบประมาณ 2564 โรงพยาบาลปากพ่อง์ ผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 คือตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ทุกรายการ และในปี 2565 รพ.ปากพ่อง์ดำเนินการขยายงานการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลลงสู่ร้านชำในชุมชน จำนวน 40 ร้าน ครอบคลุมทุกตำบล ทำให้ รพ.ปากพ่อง์ได้รับเลือกให้เป็นอำเภอ RDU DISTRICT ต้นแบบจังหวัด นครศรีธรรมราช

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 – 2564 พบว่ารายการยาสมุนไพรในบัญชีโรงพยาบาลปากพ่อง์ มีทั้งหมด 43 รายการ และมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพรมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 1,116,465.40 บาท (ร้อยละ 5.59) , 1,217,633.20 บาท (ร้อยละ 6.02) , 1,051,957.20 บาท (ร้อยละ 5.43) , 1,733,589.50 (ร้อยละ 8.41) และ 1,058,660.90 (ร้อยละ 4.72) ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาสมเหตุผล ผลการดำเนินงาน ร้อยละการจัดซื้อรวมในปีงบประมาณ 2560 -2564 แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา ร้อยละ 19.50 , 24.46 , 30.77 ,39.03 และ 40.32 ตามลำดับ เวชภัณฑ์มีชีเยา ร้อยละ 15.04 ,15.37 ,13.19 , 38.20 และ 38.20 ตามลำดับ พบว่าผลการดำเนินงานทำให้เกิดการประหยัดแยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา มูลค่าประหยัด 1,001,273.10.- บาท , เวชภัณฑ์มีชีเยา มูลค่าประหยัด 228,102.35 บาท

**(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี**

ปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 506 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 493 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 13 รายการ รายละเอียดดังนี้

รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล 506 รายการ

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 493	รายการ
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 13	รายการ

ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพร	จำนวน 43	รายการ
ยาสับส่นจาก สปสช.	จำนวน 48	รายการ

### นโยบายสำคัญ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านยา เช่น

- การมีระบบการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่ชัดเจน โดยการดำเนินการจัดซื้อรวมทั้งระดับเขต และระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม

- มาตรการกำกับในการใช้ยา ประกอบด้วยมาตรการการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยสามารถผ่านโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2563 และต่อเนื่องในปี 2564

การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาในรายการยาเฉพาะทางโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

- มาตรการการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา

- ระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วย

- การเฝ้าระวังยากลุ่มเสี่ยงสูง

- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- มาตรฐานระบบยาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีการจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน และยาที่จำเป็นเร่งด่วนและเจ้าหน้าที่พัสดุแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ยาขาด พร้อมแจ้งแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงการใช้ยาทดแทน

1. ไม่มีการจัดหายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาโรงพยาบาล

2. ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนในยาบางรายการ

- ยาโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถจัดซื้อจัดหาได้ จากสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา (COVID-19) เช่น ENALAPRIL GLIPIZIDE METFORMIN INSULIN เนื่องจากเหตุระบาดของโรคส่งผลต่อบริษัทผู้ผลิตและระบบการขนส่งยาและเวชภัณฑ์เป็นอย่างมาก ทำให้ยาและเวชภัณฑ์หลายรายการขาดตลาด ราคาสูงขึ้น ไม่มีสต็อกติดสำหรับการผลิต โรงพยาบาลปากพ่องแก้ปัญหาโดยการ นำเจ้าหน้าที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีระบบการนัดผู้ป่วยที่สอดคล้องกับอัตราคงคลังยา คือปรับเหลือไม่เกิน 2 เดือน ระบบการช่วยเหลือกันภายในระดับจังหวัด ผ่านการรายงานข้อมูลระบบจังหวัด

- รายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา เช่น ถุงมือ dispose mask n-95 ชุดป้องกัน alcohol 70 % alcohol gel ชาติตลาด โรงพยาบาลมีการสะท้อนปัญหาสู่ระดับจังหวัด มีระบบการรายงานระดับจังหวัด ระดับประเทศ มีระบบการจัดสรรทรัพยากรตามปริมาณงาน ทำให้สามารถลดปัญหาจากการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ในช่วงดังกล่าวได้

โรงพยาบาลปากพ่อง ได้มีระบบการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชและโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีระบบการรายงานยาคงเหลือผ่านกลุ่มไลน์หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อรายงานสถานการณ์ยาของแต่ละโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลที่ยังมีสต็อกอยู่

3. มีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มสูงอย่างฉับพลัน

3.1 กลุ่มยาสำหรับเด็ก เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ มาประจำที่โรงพยาบาลปากพ่อง

3.2 การพัฒนางานการแพทย์แผนไทย งานเวชกรรมไทย ทำให้การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมุนไพรที่เป็นสูตรตำรับสำหรับผู้ป่วย

3.3 ห้องฝากครรภ์เปิดให้บริการการป้องกันไวรัสตับอักเสบบจากแม่สู่ลูก ทำให้ต้องมีการสำรอง Hepatitis B immunoglobulin สำหรับแม่ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบ

3.4 สถานการณ์โรคระบาดของไวรัสโคโรนา ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้เวชภัณฑ์ เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย หน้ากาก n-95 แอลกอฮอล์เจลสำหรับ ล้างมือ แอลกอฮอล์ 70 % สำหรับฆ่าเชื้อโรค

ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้ยา โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้มีเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก การแพทย์แผนไทย คลินิกฝากครรภ์ และสถานการณ์โรคระบาด

### (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE\*

(สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ แพทย์ไม่ได้ปรับขนาดยา Penicillin ในผู้ป่วย CAPD ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และทีม PCT ได้นำไปทบทวนและทำ root cause analysis จากการทบทวนอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง โดยกำหนดรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามการทำงานของไต และระบุไว้ที่ฉลากยาว่าต้องปรับขนาดยาเมื่อไหร่ พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกรายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้ทบทวน และมีการสื่อสารการทบทวนร่วมกับ

องค์กรแพทย์ มีการจัดทำข้อความสารน้ำเพิ่มเติมในฉลากยา ส่งผลให้ปัจจุบันไม่พบความคลาดเคลื่อนนี้

เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV stat พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีที่ห้องฉุกเฉิน ห้องยาจ่ายยา และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับระบบยา stat OPD โดยยา stat ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hosxp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูลหลังจากการปรับระบบในปีงบประมาณ 2565

**(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)**

เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไต ไม่ได้รับการปรับขนาดยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงระบบการจ่ายยา Enoxaparin inj โดยก่อนจ่ายยาเภสัชกรต้องดูค่า plt และ CrCr ก่อนทุกครั้ง ถ้า  $Plt < 100000$  ให้โทรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ไม่จ่ายยาก่อนค่า lab ออก) และถ้า  $CrCr < 30$  ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับขนาดยา เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์สั่งยาก่อนผล lab ออก ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมไม่ได้รับการปรับขนาดยา ส่งผลให้ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตได้รับการปรับขนาดยาทุกราย

**(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship) :**

ตัวชี้วัด RDU โรงพยาบาลปากพนัง ปีงบประมาณ 2561 –ปัจจุบัน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน มี.ค.65
1	ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	$\geq 85$	94.91	95.04	94.99	94.98	96.18
2	ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3	3	4	4	4	4
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	4	4	4	4	4

4	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	$\leq 1$ รายการ	0	0	0	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	3	4	4	4	4
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	$\leq 20$	23.15	30.44	13.91	12.81	10.20
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	$\leq 20$	25.5	27.43	15.57	13.07	19.74
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	$\leq 40$	60.87	59.16	38.34	31.10	33.70
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	$\leq 10$	12.24	4.64	2.00	9.63	0.97
10	ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ใช้ RAS blockage 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาความดันโลหิตสูง	= 0	0.08	0	0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	$\leq 5$	0	0	0	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	$\leq 5$	0	0	0	0	0
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ MFM เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และมี eGFR $\geq 30$ ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	$\geq 80$	81.55	83.53	84.95	86.15	95.32
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	$\leq 5$	0.1	0.06	0.04	0	0

15	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	$\leq 10$	1.76	1.56	1.67	0	0
16	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS	$\geq 80$	77.05	83.85	84.46	84.03	89.90
17	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long acting BDZ	$\leq 5$	0.77	1.19	0.67	0.63	0.25
18	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	= 0	0	0	0	0	0
419	ร้อยละการได้รับยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedative ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	$\leq 20$	2.86	10.21	11.90	4.11	7.54

ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2561 -ปัจจุบัน อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 2561 และ 2562 แต่อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดผลสดจากอุบัติเหตุ มีแนวโน้มลดลง คือในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และ ในปีงบประมาณ 2562 ลดเหลือร้อยละ 59.16 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้น โรงพยาบาลปากพนังมีเป้าหมาย ต้องผ่าน RDU ชั้น 2 และจากตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว ของ RDU ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทางคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้ ดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุสมผล ในการสั่งจ่ายและสั่งการรักษา
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการส่งเสริม แนะนำ การสั่งการวินิจฉัย การสั่งการรักษา และการสั่งจ่าย ให้สมเหตุสมผล
3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง โดย ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เสนอให้ตั้งรหัสยาเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการพิมพ์สั่งจ่ายในระบบ Hos-xp
4. ทิมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้องตามโรคและการวินิจฉัย และให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงศึกษาและพัฒนาระบบการลงวินิจฉัย การสั่งจ่ายที่สมเหตุสมผล
5. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดแพทย์และเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป
6. พัฒนาเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรใหม่ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการใช้ยาสมุนไพร
7. เพิ่มโปรแกรม ตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล
8. ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยัง สสอ. รพ.สต.และพชต. บวร.ร. ชุมชนต่างๆในพื้นที่ เชื่อมโยงการดำเนินงาน ผ่านงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภค

ผลลัพธ์ ในปีงบประมาณ 2563 และปี 2564 จนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลปากพนัง สามารถผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด) ในปีงบประมาณ 2565 ตัวชี้วัดRDU ปรับเป็น RDU DISTRICT ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. รพ.ผ่านตัวชี้วัด 10 รายการ จาก 12 รายการ



2. รพ.สต.ในพื้นที่ ผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด ทุก รพ.สต.
3. มีการดำเนินงานRDU COMMUNITY ร้านชำคุณภาพ อย่างน้อย 1 ตำบล  
พบว่า เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง สามารถดำเนินกิจกรรมผ่านตัวชี้วัดทั้ง 3 ประเด็น ในไตรมาสที่ 2/2565 (ข้อมูลเดือนมีนาคม 2565 )

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

เพื่อบรรลุเป้าหมาย การลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ทีมงานได้ปรับปรุงระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในระบบยาผู้ป่วยใน โดยก่อนหน้านี้ เกสซ์กรคัดลอกคำสั่งใช้ยา continue ลงใน PMP ซึ่งพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยาของ PMP . 22.2 % ของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาทั้งหมดปีงบประมาณ 2561 จึงปรับระบบเป็นการพิมพ์ใบ Patient profile จากโปรแกรม Hox-XP ทำให้เกิดผลลัพธ์ปีงบประมาณ 2562-2564 ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการดังกล่าว

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทีมงานได้ทบทวนการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า 5 ปีซ้อนหลัง เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ผ่านระดับ 1 ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานคือผ่านระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2562

เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้มีการประชุมทบทวน นำแนวทางจากหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ เช่น รพ.ท่าศาลา รพ.จุฬาภรณ์ มาใช้ปรับปรุงการติดตามตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางในการทำงาน เช่น การ feedback ตัวชี้วัด รายสัปดาห์ แจ้งแพทย์รายคน ทบทวนวิชาการ บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ระบบสารสนเทศช่วยในการเตือน การกำหนดรายการยาที่แพทย์สามารถสั่งใช้ได้ ส่งผลให้ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค คือ URI AD และแผลสะอาด ในไตรมาสที่ 3/2562 ร้อยละ 23 ,24 และ 42 ตามลำดับ และสิ้นปีงบประมาณ 2563 ต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2564 ส่งผลให้โรงพยาบาลปากพนังสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับ 3 และในปี 2565 รพ.ปากพนังผ่านการประเมิน RDU DISTRICT

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

ผู้ประกอบการวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี

เกสซ์กรโรงพยาบาลปากพนัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ดังนี้

หัวหน้ากลุ่ม ผ่านการอบรมการบริหารระดับต้น สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร และปริญญาเอก สาขารัฐศาสตร์ และหลักสูตรวุฒิปัตริ์เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากสภาเภสัชกรรม

เกสซ์กรในกลุ่มงาน จำนวน 5 ราย สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร

เภสัชกร ผ่านการอบรมระยะสั้น เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน และระบาดวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนา  
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน

เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 คน เพื่อพัฒนา  
งานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่

เภสัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานและคลินิกต่างๆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ การเข้ารับการศึกษาอบรมตรงกับ  
ภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รอบปีที่ผ่านมามีการอบรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การ  
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ คลินิก NCD คุณภาพ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้  
ยา

เภสัชกรทุกคนเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 10 หน่วยกิตต่อปี และครบ 100 หน่วยกิตในระ  
ยะเวลา 5 ปี 100 %

เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยงาน ได้รับการอบรมการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพ  
การป้องกันอัคคีภัย ทบทวนวิชาการในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง การทบทวนความรู้หน้างาน การ  
พูดคุยตอนเข้าก่อนเริ่มงานและสรุปปัญหาอุปสรรคก่อนเลิกงาน

#### (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสมกับ  
คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้นำโปรแกรม HOSXP ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย ส่งผลทำ  
ให้แพทย์ เภสัชกรและสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่จำเป็นต้องใช้ในการจ่าย  
ยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาในอดีต การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น  
สำหรับแต่ละโรค เช่น ค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin

#### (3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด  
และคณะกรรมการสารสนเทศ ได้พัฒนาระบบให้เข้าถึงข้อมูลดังนี้ บัญชียาโรงพยาบาล ราคายาทั้งราคา  
ต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา จำนวนยาที่สามารถสั่งใช้ได้ คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category  
drug interaction fatal drug interaction ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม กลุ่มยาความเสี่ยงสูง  
สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่ง  
จ่ายยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้จัดทำคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้าม  
ใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่ส  
เตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วย  
สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้ง  
แบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

มีคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก  
คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอีกเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การเฝ้าระวังการใช้

ยาในผู้ป่วยโรคไต การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆ ในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

### 3.1 การเข้าถึงข้อมูลยาของแพทย์

แพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูล บัญชียาโรงพยาบาล ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

### 3.2 ข้อมูลที่เภสัชกรเข้าถึงได้

ข้อมูลที่เภสัชกรสามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ข้อมูลการใช้ยาของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ข้อมูลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานบริการอื่น ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลการได้รับวัคซีน ขนาดยาเฉพาะโรค ข้อมูลเกี่ยวกับ drug compliance ของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่นยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต ข้อมูลยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน จำนวนยาที่แพทย์สามารถสั่งจ่ายได้

### 3.3 สำหรับข้อมูลที่พยาบาลเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยา

ข้อมูลที่พยาบาลเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยา ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลการได้รับวัคซีน ขนาดยาเฉพาะโรค ยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต การติดตามยากลุ่มเสี่ยงสูง สารละลายที่ใช้ในการผสมยา ความคงตัวของยาหลังผสม วิธีการบริหารยา

## (4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

โปรแกรม HOSXP สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยารายการยา ราคายา ทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

การส่งสัญญาณเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ มีดังนี้ คือ ข้อมูลการแพ้ยา fatal drug interaction ขนาดยาสำหรับโรคเฉพาะ เช่น ขนาดยา Oseltamivir ขนาดยารักษาวัณโรค ค่าผลตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นค่าวิกฤต ประวัติการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนครบ การติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ บันทึกสำหรับการติดตามกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

## (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

### II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหา: เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การจัดหาที่มีคุณภาพ เพียงพอกับความต้องการสำหรับผู้รับบริการ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้พัฒนาระบบงาน ดังนี้

การมีระบบการจัดหา โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินงานตาม แผนการจัดซื้อ และมีการดำเนินการสืบราคาทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์ มิใช่ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และพิจารณาความเหมือน ต่าง ของผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ เพื่อ ป้องกันความเสี่ยงด้าน LASA

มีระบบการรายงาน minimum stock ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์และการรายงานจากคลังเวชภัณฑ์ผ่าน แบบฟอร์มและทางไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุ ได้ดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ได้เพียงพอต่อการ ใช้ ระบบการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลปากพนัง ผ่านระบบ e-gp ของกรมบัญชีกลางทั้งหมด ทุกรายการ

ยาต้านพิษ เป็นยาที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองยาในปริมาณเพียงพอและ เหมาะสม และมีความรวดเร็วในการหยิบใช้และสะดวกในการตรวจสอบยาที่เหลือ ทางทีมจึงได้เสนอ การเก็บสำรองยาต้านพิษไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันทั้งในคลังยา และห้องยาผู้ป่วยนอก ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่พบความเสี่ยงในเรื่องยาไม่พอใช้ หรือการหายาไม่เจอ และมีระบบการส่งเบิกยาคืนทันที หลังจากใช้ยา เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีขาด เซอร์มงูเห่า มีระบบการส่งข้อมูลการใช้ของผู้ป่วย ผ่านไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบและคีย์ข้อมูลเบิกคืนยาผ่าน สปสช.ทันที

ส่งผลทำให้ รายการยาที่จัดหา มีคุณภาพ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และไม่มีรายการยาค้างจ่ายแก่ผู้มา รับบริการของโรงพยาบาล

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย: เพื่อให้การจัดเก็บยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัด จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถ ทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมาย ดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสาร อิเล็กโทรไลต์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย การจัดเก็บยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์เป็นไปตามมาตรฐานมีผู้รับผิดชอบชัดเจน

คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและ จัดเก็บอย่างเหมาะสม มีประตูล็อก 2 ชั้น มีระบบป้องกันอัคคีภัย smoke detector กล้องวงจรปิด ป้องกันการสูญหายของยาและเวชภัณฑ์ มีผู้รับผิดชอบและแนวทางการเปิดปิดคลังยาชัดเจน ไม่มีการ วางเวชภัณฑ์บนพื้น แยกจัดเก็บเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆชัดเจน มีระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันสัตว์และแมลง การควบคุมการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ การสำรองยาและ เวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบสต็อกเกอร์สีเฝ้าระวังเวชภัณฑ์หมดอายุ การจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาและวัคซีนที่ ต้องควบคุมอุณหภูมิ มาตรฐานตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ การบันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละ 2 ครั้งทุกวัน

ติดตั้งระบบสัญญาณเตือนในกรณีฉุกเฉินที่อุณหภูมิตู้เย็น ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที่ 14 จุด ได้แก่ ตู้เย็นคลังยา 6 ตู้ ช่องแช่แข็ง 1 ตู้ เย็นห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตู้ เย็นห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ห้องปฏิบัติการ 2 โรงครัว 1 ตู้ ระบบการสุ่มตรวจสอบรายการเวชภัณฑ์คลังคลังและการหมดอายุเวชภัณฑ์ ระบบการเฝ้าระวังตู้เย็นเก็บวัคซีนผ่านโปรแกรมกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการเฝ้าระวังวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต้องติดตามตลอด 24 ชั่วโมง

คลังยาหน่วยงานย่อยและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเภสัชกร และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยที่ชัดเจนรายการ ปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ การจัดเก็บอย่างมีคุณภาพ จัดทำป้ายชื่อยาที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการกำหนดปริมาณสต็อกขั้นต่ำ ขั้นสูงที่ชัดเจน ในทุกคลังยาย่อย การเฝ้าระวังชื่อพ้องมอคล้าย มีการตรวจสอบปริมาณคงเหลือและเบิกทดแทน หน่วยงานในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หน่วยเบิกนอกโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีการทบทวนรายการและปริมาณสำรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลังยาย่อยผู้รับผิดชอบทุกเดือน

ส่งผลให้ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการทั้งเครือข่าย ผ่านการประเมินคุณภาพ ไม่มีรายการยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพและหมดอายุ

#### (3) การจัดทำมียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

มีการจัดทำมียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อกำหนดชุดยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency box) เพื่อป้องกันความเสี่ยง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเบิกยาทดแทนทันทีเมื่อเปิดใช้ และทำการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้งาน รายการและจำนวน วันหมดอายุ ทุกเดือน มีระบบการสำรองชุดยาฉุกเฉิน ณ จุดบริการ และห้องยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดทำชุดยาฉุกเฉินสำหรับห้องคลอด และในปี 2564 จัดทำชุดยาฉุกเฉินเพิ่มเติมสำหรับรพพยาบาลส่งต่อ

#### (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

กลุ่มงานเภสัชกรรมเปิดทำการ 24 ชั่วโมง โดยมีเภสัชกรปฏิบัติงานในช่วงเวลา 8.30-24.00 น. และในช่วงเวลา 24.00-08.30 น มีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน 1 คน ในกรณีที่เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้ปฏิบัติงาน สามารถโทรศัพท์ปรึกษาเภสัชกร on call ได้ตลอดเวลา และมีการทบทวนความถูกต้อง เหมาะสมในการสั่งใช้ยา การจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเข้า นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในไลน์กลุ่มห้องยา

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2561 พบว่าเวรตึกที่มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีการจ่ายสารน้ำสำหรับผสมยาฉีดไม่เหมาะสม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้จัดทำข้อมูลสารน้ำที่ใช้ในการผสมยาฉีดในฉลากยาฉีดทุกรายการ จัดทำสติ๊กเกอร์ระบุสารน้ำที่เหมาะสมติดไว้ที่จัดเก็บยาฉีดแต่ละรายการ จัดทำการคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูงที่ระบุในฉลากยา เช่น Dopamine

Norepinephrine injection หลังจากการปรับปรุงระบบในปีงบประมาณ 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัว ในเวลาที่กำหนด จึงมีระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เวรติก โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องติดตามยาเดิมผ่านระบบไลน์ เพื่อให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในได้ติดตามยาเดิมผู้ป่วยในวันถัดไป ผลลัพธ์ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการ Medication reconciliation เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.00 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 96.36 ในปีงบประมาณ 2564 และร้อยละ 96.55 ในปีงบประมาณ 2565

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์จัดยาผิดชนิด จากสาเหตุเก็บยาคืนใส่ผิด lock ของยาที่ส่งคืนมายังห้องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนด ให้ รายการยาน้ำและยาเม็ด ที่ส่งคืนห้องยาให้ทำลายทิ้ง ส่วนยาฉีดจะรวบรวมใส่ถุงแล้วคืน lock ยาโดยมีการ double check โดยเภสัชกร ทำให้ปีงบประมาณ 2562 -2565 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2561 พบแพทย์มีการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานคำย่อของโรงพยาบาลปากพนัง ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายถอดคำสั่ง สื่อสารไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด.พ.ปากพนังจึงจัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำย่อปีละ 1 ครั้ง และมีการปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่

(2) medication reconciliation:

โรงพยาบาลปากพนังได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกสาย และผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรังเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้รับรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในการประชุม PTC และขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายการยาเดิมของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเขียนคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจน สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ตรงกัน ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ลดลงในปีงบประมาณ 2559-2562 ดังนี้ 29.5, 21.82, 5.75 และ 4.04 ครั้ง ต่อพันวันนอน ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2563 ได้มีการพัฒนาระบบ medication reconciliation โดยพิมพ์ใบ Medication reconciliation ได้จากโปรแกรม HOS-XP ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ ในปี 2564 และ 2565 ลดลง เป็น 2.05 และ 0.15 ครั้งต่อพันวันนอน ตามลำดับ

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

## II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

### (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

เพื่อให้การสั่งใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ เป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้วางระบบ ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ยากลุ่มเสี่ยงสูง เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

ปีงบประมาณ 2559 พบอุบัติการณ์การสั่งใช้ยา antibiotic ไม่ได้ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เช่น Ceftazidime inj, Trazosin , Enoxaparin inj, Penicillin G inj

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา ทบทวนขนาดยาที่ใช้โดยใช้คู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และมีข้อมูลค่าการทำงานของไตที่จะต้องปรับขนาดยาในฉลากยาจากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกรายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต ปีงบประมาณ 2560-2564 ไม่พบอุบัติการณ์ไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

### (2) การจัดเตรียมยา:

เพื่อให้การจัดเตรียมยาเป็นไปตามมาตรฐาน สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุดมภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

มีการเตรียม adrenaline prefill ตาม order แพทย์ โดยมีการจัดเตรียมตามแนวทางการเตรียม adrenaline prefill เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

การเตรียมแบ่งบรรจุยาในขวดพลาสติกใส ขนาด 30 และ 60 ซีซี ยารายการมีการเตรียม

แบบบรรจุในขวดพลาสติกใส ซึ่งรูปแบบยา สี ความหนืดที่คล้าย ๆ กัน เช่น KCl elixir , Lactulose, จัดให้มีการจัดแบ่งบรรจุไว้ล่วงหน้าพร้อมติดฉลาก Label ให้ชัดเจนก่อนการหยิบจ่าย

มีการเตรียมยา Oseltamivir syrup สำหรับผู้ป่วยเด็กเฉพาะราย

### (3) การติดฉลากยา:

เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้รับยาที่มีติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท. มีฉลากติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยาค่าเตือนและการเฝ้าระวัง

ฉลากยาฉีดที่ให้ไปกับห่อผู้ป่วยจะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เตียง ห่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา ตัวทำละลายที่ใช้ ความคงตัวหลังผสมยา และมีจำนวนฉลากยาเท่ากับจำนวนครั้งที่จะใช้ยาใน 1 วัน การผสมยา (ยาความเสี่ยงสูง)

มีฉลากยาภาษาไทย ฉลากเสริม ฉลากช่วยในการใช้ยารวมถึงยาเทคนิคพิเศษ จัดทำฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ เช่น ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูง ยาโรค Gout

Paracetamol ยากลุ่ม NSAIDs กลุ่มยาแก้แพ้ Domperidone Amoxycillin พัฒนาลากยาในโปรแกรม HOSXP ให้เป็นไปตามมาตรฐานลากยา RDU

มีลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยาผิดหอผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เติงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรดยาก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย หลังจากการเปลี่ยนแปลง ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

เพื่อให้การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนดนโยบาย การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยใหม่มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน D/C counseling โดยเภสัชกรทุกราย โดยเฉพาะ ในผู้ป่วย DM/HT รายใหม่, CVA, ACS, ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษรายใหม่, ผู้ป่วย warfarin, และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

ผู้ป่วยนอก มีการส่งมอบยาโดยเภสัชกรทุกราย โดยใช้เทคนิค Prime question การส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ มีการติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรคและผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการมีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้ส่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถตรวจจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 5 ครั้ง จากการตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ให้ยาผิดเวลา จากการส่งรดยาซ้ำ เนื่องจากแพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่ากำหนด มีการ feedback ข้อมูลสู่องค์กรแพทย์ เพื่อทบทวนเวลาการขึ้น round ward เพื่อส่งรดยาให้ทันเวลา



ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดภาระการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากฉีด จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

จากการติดตามประเมินผลเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ พบ ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ asthma ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 89.00 ,89.30 ,90.20, 95.00 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 95.13

ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ COPD ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 91.40 ,91.63 ,92.00 ,93.01 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 93.50

มีการประเมินการให้ความรู้คำแนะนำในการฉีดอินซูลินชนิดปากกาในคลินิกโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยรายใหม่ ในปี 2561 -2565 ทุกราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 93.40,91.80,94.35 ,97.19 และ 95.45 ตามลำดับ และได้มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยในรายเก่าที่ยังไม่เข้าใจการใช้ยาฉีดโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความรู้จากการใช้ยาฉีดเพิ่มขึ้น

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

ยากลุ่มจิตเวชบางตัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น Lithium , Sodium valproate ,Phenytoin :ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ระบบยามีการติดตามประเมินผลการใช้ยาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทางทีมจึงได้พัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชโดย มีการทำสมุดบันทึกสุขภาพจิต เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานอกจากนี้ยังมีการเตือนในยาแต่ละตัวใน Hos-XP ของกลุ่มยาจิตเวช ในการติดตามผลเลือดประจำปีเพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและดูความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจ Thyroid function ในยา Lithium การตรวจ Liver function และ CBC ในยา Sodium Valproate , Phenytoin ซึ่งจากการติดตามในช่วงระยะเวลา ปีงบประมาณ 2561 – 2565 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามข้อกำหนด มากกว่าร้อยละ 80

ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ มีระบบการติดตามค่าการทำงานของตับตามแนวทางการรักษาในผู้ป่วยทุกราย

ผู้ป่วยได้รับยา warfarin ทุกราย มีการติดตามค่าผล INR และมีการปรับระดับยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกราย

มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 11 รายการที่กำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เช่น การติดตามภาวะ Bleeding จากยา Enoxaparin inj ,Fondaparinux inj

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

#### ผู้ป่วยใน

เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะ ถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกลงใน โปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยยังใช้อยู่เป็นปัจจุบัน เภสัชกรเขียน ปรีกษาแพทย์ลงใน Doctor order sheet หากแพทย์สั่งใช้ต่อ และเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง จะใช้ยา เดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้จ่ายของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งยารายการที่ผู้ป่วยนำมา ใช้จ่ายเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย

#### ผู้ป่วยนอก

เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะ ถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ เพื่อพิจารณาความ เหมาะสมในการจัดเก็บ และค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับจำนวนยาให้พอดีกับวันนัด

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อนไหว และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานซึ่งต้องคีย์รายการยาใน Drug Profile ซ้ำ

พัฒนากล่องยาฉุกเฉินสำรองพร้อมใช้

พัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว

ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RDU ชั้น 3

รางวัลงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และอันดับ 1 ระดับจังหวัด

ประกาศนียบัตร ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม

รางวัลงานวิจัยระดับจังหวัดด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแล การจัดการด้าน ยา	3.0	L I	-ระบบการติดตาม/ประเมินผล การปฏิบัติตามนโยบายด้านยาที่ ครอบคลุมและชัดเจน -พัฒนาการให้บริการข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลฯ ที่ชัดเจน
53. สิ่งแวดล้อม สันนิบาต การ	3.0	L	-พัฒนาระบบการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม

จัดหาและเก็บ รักษายา			
54. การสั่งใช้ยาและ การถ่ายทอด คำสั่ง	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยา และถ่ายทอดคำสั่ง, -การทำ med reconcile ในการดูแลผู้ป่วยนอก
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียน ฉลากจัดจ่าย และ ส่งมอบยา	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, - พัฒนาการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
56. การบริหารยาและ ติดตามผล	3.0	L I	- ประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตามผล -พัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามผลการใช้ยา

## II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

<b>i. ผลลัพธ์</b>						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพภาพทางรังสี ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปี2565 (ต.ค.64- ม.ค65)
1. Software หรือ Hardware Error เป็นเหตุให้ไม่สามารถถ่ายภาพรังสีได้	≤ 5 ครั้ง	2	0	0	0	0
2. การถ่ายภาพรังสีซ้ำของผู้รับบริการทางเอกซเรย์	≤ 3%	0.88	0.78	1.12	1.05	0.97
3. ความผิดพลาดจากการส่งข้อมูลภาพรังสีให้กับแพทย์	≤ 3 ครั้ง	1	0	1	1	1
4. ทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหาย	≤ 2 ครั้ง	1	0	0	1	0
5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตกเตียง	< 1 ราย	0	0	0	0	0
<b>ii. บริบท</b>						
ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):						
<ul style="list-style-type: none"> <li>ถ่ายภาพรังสีทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง</li> <li>ให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับทางด้านรังสีวิทยาแก่ผู้รับบริการให้บริการถ่ายภาพทางรังสีผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่งานรังสีในวันเวลาราชการ และฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง</li> </ul>						
การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ปัจจุบันไม่มีการส่งตรวจวินิจฉัยตามหัวข้อนี้						
จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): นักรังสีการแพทย์ 2 คน/พนักงานการแพทย์ฯ 2 คน						
จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี						
เทคโนโลยีสำคัญ:						
<ol style="list-style-type: none"> <li>เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป 2 เครื่อง</li> <li>ชุด DR (Digital Radiography) 1 ชุด, ชุด CR (Computed Radiography 1 ชุด)</li> <li>เครื่อง Server 1 เครื่อง</li> <li>เครื่อง Computer 4 ตัว</li> </ol>						
<b>iii. กระบวนการ</b>						
<u>II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ</u>						
(1) การวางแผนและจัดบริการ:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>งานรังสีวิทยาเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไป มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 50 คน โดยในวันเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 4 คน และนอกเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 1 คน</li> </ul>						
(2) ทรัพยากรบุคคล:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>ปัจจุบันมีนักรังสีการแพทย์ 2 คน, พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค 2 คน</li> </ul>						

- มีแผนจะรับนักรังสีการแพทย์ 1 คน

- แผนพัฒนาบุคลากรไปเข้าอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้วิทยาการใหม่ๆ

(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:

- มีห้องเอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 2 ห้อง

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- ใช้ระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัล(DR)และ(CR)และมีระบบการเก็บภาพ,กระจายภาพ(PACs)

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- การส่งต่อภาพเอกซเรย์ไปโรงพยาบาลอื่นหรือคลินิกที่ผู้ป่วยต้องการจะไปรักษาต่อ มีการส่งภาพเอกซเรย์ 2 วิธีดังนี้  
1.วิธีออนไลน์ โดยการส่งวิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการนำภาพเอกซเรย์ไปใช้ประกอบการรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ ภายใต้วงหวัดนครศรีธรรมราช โดยจะส่งภาพเอกซเรย์เข้าserverรวมของจังหวัดผ่านโปรแกรมระบบเครือข่ายรังสี นครศรีธรรมราช  
2.วิธีเขียนลงแผ่นCD วิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการจะนำภาพเอกซเรย์ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชหรือคลินิกแพทย์ต่างๆ ซึ่งสามารถเปิดดูภาพเอกซเรย์ได้โดยใช้คอมพิวเตอร์ทั่วไป

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- แพทย์ Request เอกซเรย์ทางระบบHOSxP ซึ่งระบบดังกล่าวได้ Link กับระบบการถ่ายภาพรังสี ผู้ส่งตรวจดังกล่าวสามารถดูภาพทางคอมพิวเตอร์ได้เลยในทุกจุดที่มี คอมพิวเตอร์PC หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องทางเทคนิค สามารถโทร.ติดต่อโดยตรงได้ที่แผนกรังสีวิทยา
- ได้พัฒนาระบบเพื่อความสะดวกกับแพทย์ สามารถดูภาพทางรังสีได้ทุกจุดของโรงพยาบาลที่มีเครื่อง computer รวมตลอดถึงผู้รับบริการเพียงแต่มี H.N. ของตนเองเท่านั้น
- มีApplication ดูภาพเอกซเรย์ผ่านมือถือหรือแท็บเล็ต โดยบริษัทผู้ให้เข้าได้กำหนดรหัสผ่านไว้ให้
- มีการจัดประชุมกันระหว่างหัวหน้างานกับเจ้าหน้าที่ด้วยกันเดือนละครั้ง และได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ของแต่ละงานแล้วหาทางแก้ไขอยู่เรื่อย ๆ มีหาข้อสรุปในแต่ละปัญหา จากนั้นก็ประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงซึ่งกันและกัน

## II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) คำขอส่งตรวจ:

- แพทย์ Request เอกซเรย์ทางระบบHOSxP ซึ่งระบบดังกล่าวได้ Link กับระบบการถ่ายภาพของระบบงานรังสี

(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:

- ก่อนทำการเอกซเรย์เจ้าหน้าที่จะอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเอกซเรย์ เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับระหว่างทำการเอกซเรย์ และเอกซเรย์แล้วเสร็จ

- หากไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ก็จะสื่อสารกับญาติในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำการเอกซเรย์ ระหว่างทำการเอกซเรย์ และเอกซเรย์แล้วเสร็จ

(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:

- งานรังสีวิทยาเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยจะมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำห้องตั้งแต่เวลา 8.00-24.00น. และ 24.00-8.00น. จะมีเวร on call มาให้บริการภายในเวลา 10 นาที

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- หากผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับ ก่อนทำการเอกซเรย์ ทางแผนกจะมีถุงซิปเตรียมไว้ให้ใส่เครื่องประดับ
- หากผู้ป่วยมีญาติมาด้วย จะให้ญาติเก็บเครื่องประดับที่ถอดไว้ป้องกันการสูญหายหรือลี้มทิ้งไว้ที่แผนก

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

- การถ่ายภาพทางรังสีจะใช้ระบบแปลงสัญญาณรังสีเอกซ์เป็นดิจิทัล(DR) ทำให้ได้ภาพหลังจากกดปล่อยรังสีแล้วออกมาภายในไม่เกิน 1 นาที
- การถ่ายภาพทางรังสีที่ใช้ระบบแปลงสัญญาณ(CR) ต้องนำแผ่นรับรังสี ไปเข้าเครื่องสแกนเพื่อแปลงสัญญาณรังสีเอกซ์ให้เป็นภาพดิจิทัล ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

- เมื่อได้ภาพทางรังสีมาแล้วบนภาพจะแสดงชื่อผู้ป่วย ชื่ออวัยวะและท่าที่ถ่ายเอกซเรย์ พร้อมทั้งมีค่า EI (Exposure Index)ปรากฏบนหน้าจอของโปรแกรมการถ่ายภาพรังสีด้วย

(7) การแปลผลภาพรังสี:

- เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์เสร็จแล้ว ภาพที่ได้จะต้องทำQCโดยเจ้าหน้าที่รังสีทุกภาพก่อนส่งเข้าserver เพื่อให้แพทย์สามารถดึงภาพเอกซเรย์ไปดูได้ทุกจุดที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์โดยต้องใส่รหัสผ่านในการเข้าดูภาพ

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย เช่น เจ็บหน้าอก ความดันตก ใสท่อช่วยหายใจ เป็นต้น จะต้องมีพยาบาลติดตามมาเอกซเรย์ด้วยอย่างน้อย 1 คน
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลไปยังเตียงเอกซเรย์สำหรับผู้ป่วยที่ขยับตัวไม่ได้ ต้องใช้ Pat slide ช่วยในการเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการตกเตียง
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงเอกซเรย์ที่นอนมาเปลดัก ให้ยกผู้ป่วยทั้งเปลดักไปยังเตียงเอกซเรย์ได้เลย

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- มีเครื่องหมายสัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี (รูปใบพัด) ติดที่หน้าประตูห้องเอกซเรย์
- มีป้ายที่มีข้อความ“โปรดระวัง บริเวณรังสี” และ “สตรีมีครรภ์ โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่”

- หน้าประตูห้องเอกซเรย์มีไฟเตือนในขณะที่ทำการฉายรังสี เพื่อป้องกันไม่ให้นักคนอื่นเปิดประตูห้องในขณะที่ทำเอกซเรย์
- ก่อนทำการเอกซเรย์จะต้องไม่มีบุคคลอื่นนอกจากผู้ป่วยอยู่ในห้องเอกซเรย์ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยไม่มีสติให้ญาติเข้ามาช่วยจับผู้ป่วยได้ โดยใส่เสื้อตะกั่วให้ญาติด้วย
- เจ้าหน้าที่รังสีต้องติดเครื่องวัดรังสีประจำบุคคล (OSL) ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีการทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์ ปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ดำเนินการทดสอบให้
- มีการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัยประจำปี
- การตรวจเช็คระบบการถ่ายภาพเอกซเรย์โดยช่างประจำบริษัทที่เช่าเครื่องอยู่ทุกๆ 3 เดือน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับระบบแปลงรังสีเอกซ์เป็นสัญญาณภาพเอกซเรย์ในระบบดิจิทัล Digital Radiography(DR) เก็บข้อมูลใน Server เป็นระบบ PACS รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆของงานรังสีในโปรแกรม HOSxP ให้สมบูรณ์ดียิ่งขึ้น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3	L (ปัญหา 1.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถ่ายภาพเอกซเรย์ที่เตียงเพื่อลดการเคลื่อนย้าย)	แก้ปัญหา 1.เปิดบริการการเอกซเรย์เคลื่อนที่(Mobile X-ray) ภายในปี 2565

## II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.- มี.ค.)
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และ รายงานผลวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
2. อัตราความสอดคล้องของระบบ คุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน เทคนิคการแพทย์ 2560 (Check list 100 ข้อ)	> 90 %	96.97	94.44	98.99	94.44	NA
3. อัตราผล IQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	NA	93.94	92.15	92.20	92.87
4. อัตราผล EQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	NA	85.87	86.57	85.50	84.15
5. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ทันเวลาที่กำหนด	≥ 90 %	NA	91.81	90.42	96.14	95.24
6. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ทันเวลาที่กำหนด	≥ 80 %	NA	97.95	95.27	96.3	95.86
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 85 %	89.0	91.0	91.5	90.7	90.9
8. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	≥ 85 %	90.0	89.9	88.4	88.6	89.2
9. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุจาก การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	0 ครั้ง	1	0	0	1	0
10. อัตราการปฏิบัติตามกันของเจ้าหน้าที่	100 %	100	100	100	100	100
11. คะแนนประเมินของระบบความ ปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ	≥ 95 %	95.75	99.09	99.09	96.55	98.22
12. อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ	≥ 98 %	99.958	99.955	99.28	99.34	99.98
13. อัตราความถูกต้องของการรายงานผล วิเคราะห์	≥ 98 %	99.965	99.965	99.98	99.971	99.996
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						



**ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):**

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใต้ระบบการควบคุม การประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามการรักษา พยากรณ์

โรค และประเมินสภาวะสุขภาพ ซึ่งจะให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา จุลชีววิทยาคลินิก จุลทรรศน์วิทยาคลินิก ธนาการเลือด และส่งตรวจต่อไปยังหน่วยงานอื่นในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ และเป็นแหล่งข้อมูลสถิติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

**เวลาเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ**

วัน/เวลา	นักเทคนิคการแพทย์/จพง.วิทย์ฯ	พนักงานผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ
วันเวลาราชการ (8.00-16.00 น)	9	4
7.00 - 8.00 น	2	1
16.00 - 20.00 น	2	-
20.00 - 24.00 น	1	-
24.000 – 08.00 น	1 (oncall)	-
วันเสาร์-อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ 8.00-16.00 น	2	1
เวร PCR 16.00-24.00 น	2 (เพิ่ม 1 กรณีมากกว่า 100 ราย)	เพิ่ม 1 กรณี มากกว่า 50 ราย

**จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญา/ต่ำกว่าปริญา):**

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บุคลากรทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วย

นักเทคนิคการแพทย์	7 คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2 คน
พนักงานประจำห้องทดลอง	3 คน

**iii. กระบวนการ**

**II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ**

**(1) การวางแผนและจัดบริการ:**

- มีการทบทวนระบบการส่งต่อหน่วยงาน ปี 2561 พบว่า มีจำนวนการส่งตรวจ Hemo culture เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากจึงมีการปรับระบบให้มีการเปิดให้บริการเองและส่งต่อกรณีที่ Hemo growth เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่งต่อหน่วยงาน ภายนอกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562
- จัดให้มีการ one stop service ณ คลินิกบริการผู้ป่วย ANC และ ARV เพื่อลดขั้นตอนและความยุ่งยาก เพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ
- เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลจึงได้ปรับแผนให้มีการเปิดบริการตรวจ RT-PCR ตั้งแต่ ตุลาคม ปี 2564 และลดการส่งต่อหน่วยงานภายนอก และรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา

**(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:**

- สถานที่ปฏิบัติการ แยกจากงานเอกสาร และห้องพักเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อและการปนเปื้อน มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมีและวัสดุติดเชื้อ มีให้กระจายสู่สิ่งแวดล้อม การจัดวางเครื่องมือมีให้ผลกระทบต่อ การตรวจวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังมีแผนการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช
- ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมและเพียงพอต่อความต้องการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยมีระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และทุก 3 เดือน จากช่างบริษัท รวมทั้งมีการแผนการ สอบเทียบเครื่องมือรับรองจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งในปีที่ 2562 และปี 2563 เครื่องมือผ่านการสอบเทียบ 100 % ปี 2564 ไม่ได้สอบเทียบเครื่องมือในบางรายการเนื่องติดสถานการณ์โควิด และกำลังจัดทำแผนสอบเทียบเครื่องมือครั้งต่อไปในปี 2565
- มีแผนปรับย้ายพื้นที่บริการห้องปฏิบัติการใหม่ ชั้น 3 ของตึก OPD 5 ชั้น ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 แต่พื้นที่ บางส่วนได้ปรับเป็นห้องปฏิบัติการอณูชีวโมเลกุลทางการแพทย์แล้วมีการแยกโซนชัดเจนและมีกุญแจล็อก ห้องควบคุมการเข้าออกเฉพาะที่จะเข้าเป็นและรับผิดชอบ

(3) ทรัพยากรบุคคล:

- มีการประเมินเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งด้านสมรรถนะหลักและความสามารถเชิงเทคนิค ปีละ 1 ครั้ง มีการพัฒนาเพิ่มใน ประเด็นที่ขาด หรือผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ในปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์ 100 %
- มีการวิเคราะห์ภาระงาน ให้เพียงพอกับภาระงานและกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการปรับระบบการให้บริการโดยมี เจ้าหน้าที่ที่หมุนเวียนปฏิบัติงาน โดยจัดหน้าที่ทำงานทดแทนกัน เนื่องจาก ปี 2564 มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น มีการเปิดบริการตรวจ RT PCR ภาระงานเพิ่มขึ้น มีการตรวจเชิงรุก ATK และช่วยงานคลินิก ARI ในการ ตรวจ ATK ในแต่ละวันด้วย ทำให้มีการขอบุคลากรเพิ่มในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน และ พนักงานประจำ ห้องทดลอง 2 คน

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดเกณฑ์ การประเมินผู้ขายก่อนการให้บริการ มีการคัดเลือก และตรวจสอบ คุณสมบัติของผู้ขาย โดยมีการจัดทำเกณฑ์ประเมินผู้ซื้อ ผู้ขาย ปีละ 1 ครั้ง มีการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ มีบัญชี รายชื่อวัสดุ อุปกรณ์ น้ำยาตรวจวิเคราะห์ และมีการบันทึกการตรวจรับพัสดุ รายงานวัสดุที่ใช้ไปและคงคลังในแต่ละ เดือน
- มีการประเมิน คัดเลือกห้องปฏิบัติการส่งต่อ และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการส่งต่อ ซึ่งพิจารณาถึงการ ให้หรือขอคำปรึกษาจากหน่วยงานที่รับส่งต่อด้วย พร้อมจัดทำทะเบียนบัญชีห้องปฏิบัติการส่งต่อแจ้งให้ผู้รับบริการ ทราบ ซึ่งในปี 2564 จากการทบทวนและการประเมินการส่งต่อกับแพทย์ที่ปรึกษาห้องปฏิบัติการ พบว่าบางรายการ มีการปรับเปลี่ยนสถานที่ส่งต่อหน่วยงานเอกชน (BRIA LAB) เพื่อความคุ้มค่าเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและความรวดเร็วใน ภายรายงานผล

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ การทบทวนข้อตกลงกับผู้รับบริการ (WP-LAB-002) โดยมีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ID-LAB-001) แจกจ่ายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ พร้อมทั้งทบทวนข้อตกลงต่างๆในการประชุมร่วมกับคณะกรรมการ PCT ซึ่ง ได้แก่ การทบทวนคำวิฤติ วิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิง ปริมาณตัวอย่าง การส่งต่อหน่วยงานภายนอก โดยกำหนดให้มีการประชุมทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- นอกจากนี้กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ยังมีการสื่อสารกับผู้ส่งตรวจโดยวิธีการให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการต่างๆ และการตรวจเยี่ยมตามหน่วยงานต่างๆ ซึ่งได้บันทึกในแบบบันทึกการให้/ขอคำปรึกษาทุกครั้งจากหน่วยงานต่างๆ

## II-7.2 ข. การให้บริการ

### (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ID-LAB-001) แจกจ่ายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมถึง การจัดเก็บ การเลือกภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซีล รวด ปริมาณตัวอย่าง การรักษาสภาพ การนำส่ง เกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การเก็บรักษาตัวอย่างหลังการตรวจวิเคราะห์ แนวทางการเพิ่มรายการตรวจ ซึ่งเหล่านี้กำหนดให้มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- หน่วยงานต่างๆที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีทะเบียนการส่งสิ่งส่งตรวจมีการเซ็นรับและตรวจสอบทุกครั้งก่อนบันทึกรับสิ่งส่งตรวจในระบบ HosXP ซึ่งปี 2564 จากการทบทวนไม่มีตัวอย่างส่งตรวจ out lab สูญหาย

### (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

- ในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ ที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ซึ่งได้รับการทวนสอบและผ่านการตรวจสอบแล้วว่า น้ำยาวิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน ซึ่งแต่ละวิธีวิเคราะห์ได้มีการจัดทำ วิธีปฏิบัติงาน(Work Instruction) และทำวิธีปฏิบัติแบบยอติดไว้ ณ จุดปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพภายใน(IQC) ในแต่ละวันทุกเช้าก่อนมีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้สารมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการตรวจวิเคราะห์ มีความถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้ กรณีผล IQC ไม่อยู่ในเกณฑ์ มีบันทึกการแก้ไขเป็นลายลักษณ์อักษร

### (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานคำวิฤติ การรักษาความลับ\*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)
- ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ดำเนินการ วางระบบงานตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติการรายงานผล (WP-LAB-009) ซึ่งครอบคลุมการรายงานผลด่วน การรายงานผลทางวาจา ระเบียบปฏิบัติการ การรักษาความลับผู้ป่วย (WP-LAB-024) ระเบียบปฏิบัติ การควบคุมบันทึกคุณภาพ (WP-LAB-021)ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องการรายงานคำวิฤติทางห้องปฏิบัติการ (P-PCT-046)และกำหนดให้มีการทบทวนระบบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งผลทบทวนพบว่ายังไม่มียุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ที่ระดับความรุนแรง E ขึ้นไป

#### (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการระบุการเก็บรักษาตัวอย่างและการทำลายหลังการตรวจวิเคราะห์และแนวทางการรับตรวจวิเคราะห์เพิ่มในคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพบว่าในรอบปี 2562,2563 และ 2564 ไม่มีการรายงานการแพร่กระจายของเชื้อจากขยะติดเชื้อของห้องปฏิบัติการออกไปสู่สิ่งแวดล้อม อีกทั้งไม่มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหรือได้รับอันตรายจากสารเคมีที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ
- ปี 2563 ได้มีปรับให้มีการบันทึกการนับจำนวนหลอดตัวอย่างเลือดที่ต้องเก็บรักษาในตู้เย็น 4 องศาเซลเซียสและจำนวนหลอดตัวอย่างที่ต้องทำลายในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนให้มีการเก็บสายจากถุงเลือด Donor หลัง Crossmatch ใช้นาน 7 วันทุกราย

#### II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

##### (1) ระบบบริหารคุณภาพ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีนโยบายการทบทวนระบบบริหารคุณภาพครอบคลุมหัวข้อตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ปี 2560 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นำผลเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานและแผนการปฏิบัติงานสำหรับปีต่อไป

##### (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

- ห้องปฏิบัติการได้เข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ โครงการประเมินคุณภาพทางเคมีคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการประเมินคุณภาพทางฮอริโมน มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการการตรวจแอนติเอชไอวีภาคใต้ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา โครงการประเมิน HbA1C กรณีผลการทดสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์มีปฏิบัติการแก้ไข ตามแบบบันทึกการแก้ไข EQC

##### (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีระบบติดตามการควบคุมคุณภาพภายในอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลที่เป็นกราฟ ในงานตรวจทางเคมีคลินิก CBC,TFT,Trop T,และAnti-HIV ซึ่งง่ายต่อการติดตาม แนวโน้ม ความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนเพื่อเตรียมการแก้ไขและป้องกัน ก่อนทำการทดสอบตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนงานอื่น ๆ มีการติดตามผล IQCในรูปแบบตารางบันทึกผล กรณีที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับมีบันทึกการแก้ไขโดยไม่มีรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จนกว่าจะดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ
- กรณีรายการทดสอบที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการวางระบบโดยมีการทำ inter-lab compare ภายในเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช ได้แก่ RF,UPT, Meth test, THC, HBsAg, HBsAb, HBcAb,Anti HCV,Lepto test และESR เป็นต้น อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

##### (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 จากสภาเทคนิคการแพทย์ รับรองรอบที่ 2 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562 และมีผลถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565
- นอกจากนี้ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำแผนการตรวจติดตามภายในร่วมกับ สสจ.นครศรีธรรมราช และเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราชทุกปี ปีละ 1 ครั้งโดยนำมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 และระบบการ

ประเมินความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ มาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน หลังจากนั้นทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้พัฒนางานบริการตามข้อเสนอแนะจากการตรวจติดตามภายในมาปรับปรุงงานบริการ และระบบบริหารคุณภาพเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน โดยในปี 2564 มีการตรวจติดตามภายในผลการประเมินได้เท่ากับ 94.44 คะแนน

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

- มีการตรวจติดตามภายในโดยผู้ตรวจประเมินจากทีมเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช ซึ่งใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ผลการประเมินโดยดูจากอัตราความสอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Checklist 100 ข้อ) ปี 2558 ได้ 92.5 % ปี 2559 ได้ 96.97 % ปี 2560 ได้ 96.46 % ปี 2561 ได้ 96.97 % ปี 2562 ได้ 94.44 % 2563 ได้ 98.99% และ 2564 ได้ 94.44 ซึ่งจากการประเมินการตรวจติดตามภายในในแต่ละปี คะแนนที่ได้บ่งบอกได้ว่ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาและรักษาระดับอย่างต่อเนื่อง

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	4		มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อรองรับการขยายโรงพยาบาลเป็นระดับ M2 โดยมีการทวนทวนระบบบริการ จำนวนรายการที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาความคุ้มค่าตั้งแต่ปัจจัยการนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดยมีแผนรองรับในการเพิ่มการตรวจการเพาะเชื้อต่างๆ ได้เอง เป็นต้น และการจัดพื้นที่บริการและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือสำหรับงานธนาคารเลือดเพื่อการรับบริจาคโลหิตเอง

## II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.- มี.ค)
ปฏิบัติการการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด						
- แบบรุนแรง	0 %	0	0	0	0	0
- แบบไม่รุนแรง	≤ 0.5 %	0.17	0	0.0023	0	0
อัตราการเตรียมเลือดต่อการใช้จริง	≤ 2.0	1.68	1.58	1.59	1.76	1.92
อัตราการตอบสนองต่อการขอใช้เลือด	≥ 90 %	99.8	99.86	99.99	99.73	98.41
ผลการควบคุมคุณภาพงานธนาคารเลือดโดย องค์กรภายนอก	Score =4.0	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 95 %	99.82	99.86	99.88	99.86	100
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับปรุงแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ:						
<p>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลปากพนังให้บริการทางด้านงานธนาคารเลือดที่เกี่ยวกับการทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และรวมถึงการจัดหาเลือดและส่วนประกอบของเลือดโดยเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 11 ทูงสง และเบิกจากโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช เพื่อให้มีความปลอดภัยและเพียงพอ ทันต่อความต้องการใช้แก่ผู้รับบริการ โดยได้มีการนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้: ไม่มีการรับบริจาคโลหิต</li> </ul>						
iii. กระบวนการ						
* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>● (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)</li> <li>● ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีม PCT ได้ดำเนินการการจัดทำคู่มือการให้บริการงานธนาคารเลือด (ID-LAB-026) แจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล และมีการวางระบบการ กำหนดให้มีการทบทวนระบบการบริการทางธนาคารเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผลการทบทวนล่าสุดพบว่า ไม่พบอุบัติการณ์การจ่ายเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ที่เป็นระดับ E ขึ้นไป แต่จากการ</li> </ul>						

ประชุมร่วมกับทีม PCT เห็นควรจัดทำแผนปรับระบบการตรวจสอบการจ่ายเลือดของหน่วยบริการผู้ป่วยโดยนำแบบฟอร์มการบันทึกการให้เลือดทั้งก่อนและหลังการให้เลือด และส่งข้อมูลบันทึกการให้เลือดส่งคืนงานธนาคารเลือดทุกครั้ง

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:

- จากการเก็บข้อมูลปริมาณการใช้เลือดปี 2564 แล้วนำมาคำนวณหาปริมาณเลือดคงคลังเฉลี่ยที่ต้องสำรองไว้ใน 1 สัปดาห์ พบว่า ต้องมีการสำรองโลหิต หมู่โลหิต A = 7 unit, B = 8 unit, O = 13 unit ,AB = 4 unit ทั้งนี้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดได้ตามความเหมาะสมและความต้องการใช้โลหิตในห้วงเวลานั้น ๆ

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบคัดแยก กักกัน ชั่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

- มีระบบการเก็บรักษาถุงเลือดให้มีคุณภาพ มีการใส่เทอร์โมมิเตอร์ในกระติกเก็บรักษาความเย็นบันทึกอุณหภูมิทุกครั้งที่มีการเบิกเลือดจากหน่วยงานภายนอก มาส่งที่โรงพยาบาลซึ่งระบุไว้ตามเกณฑ์ การเก็บรักษา การขนส่งมาตรฐานงานธนาคารเลือด
- กำหนดให้หน่วยงานที่มารับเลือดเฉพาะ unit ที่ต้องการใช้เท่านั้นห้ามมิให้มีการ Stock เลือดที่หน่วยงานพร้อมนำกระติกรักษาความเย็นมารับเลือดทุกครั้ง

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- การดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมและรายงานการเกิด Hemovigilance เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้โลหิต ตามนโยบาย National Hemovigilance ที่กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กำหนดให้เริ่มในปี 2559

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- มีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 จาก สภาเทคนิคการแพทย์ รับรองรอบที่ 2 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562 และมีผลถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการจัดทำคู่มือการให้บริการงานธนาคารเลือด (ID-LAB-026) แจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล

เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกับมาตรฐานงานธนาคารเลือด

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	3		มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเลือดที่ดี กำหนดให้มีการทำ CQI การทิ้งเลือดหมดอายุ หากสถานที่เพียงพอ และเครื่องมือ บุคลากร มีศักยภาพมากพอ ก็จะ มีการจัดทำแผนร่วมกับภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่งสง เพื่อจัดหาโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ และปี 2565 มีการวางแผนในจัดระบบบริจาคเลือดได้เอง ทดแทนการเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่งสง



II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ลำช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*</p>						
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร</p> <p>ii. บริบท</p> <p>การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <p>II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค</p> <p>(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ</p> <p>(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>(2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)</li> <li>•</li> </ul> <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>v. แผนการพัฒนา</p>						
มาตรฐาน	Score	DALI Gap		ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี		

60. พยาธิวิทยากายวิภาค และ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ			
---	--	--	--

## II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

<b>i. ผลลัพธ์</b>						
<b>ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:</b> ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b>	<b>2563</b>	<b>2564</b>	<b>ต.ค64- มี.ค.65</b>
ทีม SRRT ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจาก สคร.	ผ่านเกณฑ์	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ
ความครบถ้วนของการรายงาน รง.506	80%	100	100	95.25	82.00	100
ความทันเวลาของการรายงาน รง.506	80%	81.04	82.15	81.05	80.15	82.15
ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย	80%	94.42	90.00	85.20	81.10	82.25
ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย	60%	92.41	80.25	76.00	72.10	70.20
คุณภาพของการสอบสวนโรค	60%	88.32	82.00	81.15	80.05	80.50
<b>ii. บริบท</b>						
<b>โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:</b>						
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง MI Stroke</li> <li>2.มะเร็ง และผู้ป่วยติดเตียง</li> <li>3.โรคระบาด เช่น วัณโรค โรคไขเลือดออก</li> <li>4.คุณภาพมารดา และทารก</li> <li>5.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19</li> </ol>						
<b>โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง:</b> โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ,โรควัณโรค และโรคไขเลือดออก						
<b>iii. กระบวนการ</b>						
<b>II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:</b>						
<b>(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน กำหนดในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และกำหนดกระบวนการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่ มีคำสั่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหวิชาชีพประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขเป็นแกนหลัก วิทยาลัยพยาบาลวิเศษที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตัวแทนจากงานชันสูตร กรณีที่จำเป็นต้องมีการส่งสิ่งตรวจ ซึ่งทีมงานมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา และกำหนดสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ งบประมาณยานพาหนะ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เพียงพอและเหมาะสม</li> <li>• มีระบบการรายงานการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ตามรายงาน 506 โดยนำข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่มาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้ ในกิจกรรมดังกล่าวมีระบบการกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามและประเมินผล รายสัปดาห์ ยึดหลักความถูกต้อง ครบถ้วน ทันต่อเหตุการณ์และสามารถหยุดการแพร่ระบาดของโรคได้</li> </ul>						

- มีการจัดทำแผนงาน/โครงการการเฝ้าระวังโรคภัยสุขภาพที่สำคัญ ครอบคลุม โดยใช้ข้อมูล สถานการณ์ เหตุการณ์ต่างๆ มาจัดทำโครงการเฝ้าระวัง การดูแลเช่น การคัดกรองสุขภาพค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ,การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคฉี่หนู โรคไข้หวัดใหญ่และอื่น ๆ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

- การดำเนินงานเฝ้าระวังภัยสุขภาพและการควบคุมโรค เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ดำเนินการโดย คณะกรรมการ SRRT ซึ่งได้รับการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีการอบรม แกนนำเจ้าหน้าที่ทีม SRRT อำเภอ การสร้างเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล 17 ตำบล
- การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ในทีมของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
- มีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังโรค รวมถึงการประชาสัมพันธ์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของชุมชน
- มีการนำความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค เช่นการใช้ปูนแดง กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย การพ่นสเปรย์ฆ่ายุงตัวแก่ หลัก 3 เก็บในการควบคุมโรค

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

- มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข ทีม SRRT ระดับตำบล และประชาชนในพื้นที่

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:

1. เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้มีการจัดตั้ง EOC (Emergency Operation Center) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางการบัญชาการ การกำหนดนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากร การประสานงาน รวบรวมวิเคราะห์และกระจายข้อมูล
- มีระบบการรายงานเคสที่รวดเร็วผ่านไลน์กลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปจัดการปัญหาได้อย่างทันที่ เมื่อแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ตรวจพบโรคการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จะส่งข้อมูลผ่านไลน์ให้พื้นที่เพื่อให้พื้นที่ดำเนินการต่อไป พร้อมกับนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีส่วนร่วมในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังและภัยสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบในการเก็บและรวบรวมข้อมูล รายงานผลถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา เผื่อสถานการณ์แนวโน้มและคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคเพื่อประโยชน์ในการวางการควบคุมโรค

- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ประกอบด้วยบุคลากรที่ผ่านการอบรมทางระบาดวิทยา สามารถดำเนินการสอบสวนโรค และกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมโรค มีระบบการประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ การส่งตัวอย่างในการวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุในการเกิดโรค และมีระบบการให้คำปรึกษาองค์ความรู้ ประกอบการตัดสินใจวางแผนในการควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงาน และชุมชนได้รับทราบข้อมูล

- มีระบบรายงาน 506 ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

- มีระบบการรายงานโรคติดต่อที่ต้องรายงานด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ใช้หัวหน้าก คอติบ มีการประสานข้อมูลข่าวสารร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชและสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช

- กรณีวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการ หลังจากมีการรับส่งข้อมูล ทีมดำเนินการออกสอบสวนโรคจะออกปฏิบัติงานภายใน 24 ชั่วโมง

- นำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ความแม่นยำในการวินิจฉัย ปัจจัยองค์ประกอบ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

#### (3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

- มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.โดยนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชปฏิบัติโรงพยาบาล ร่วมกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แล้วนำมารายงานให้ทีมEOC และคณะกรรมการ คปสอ. ทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

- มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรคทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.

#### (5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

1. มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.

2. มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

3. ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในพื้นที่อำเภอปากพนัง ทีม SRRT จึงดำเนินการลงพื้นที่ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

- มีทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านโรคติดต่อระดับอำเภอ ตำบล สามารถตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพทุกเหตุการณ์

- มีการรายงานผลการสอบสวนโรคให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทราบ

4. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีความพร้อมในการดำเนินงาน ใช้ระบบ IT ในการประสานแจ้งข้อมูลกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

#### II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรค และภัยสุขภาพ.
- มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิก ตลอด 24 ชั่วโมง.

(2) ทีม SRRT:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรค และภัยสุขภาพทั้งระดับอำเภอ และทีม SRRT ระดับตำบล ซึ่งมีชุมชนมีส่วนร่วม

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

1. กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค ได้แก่

1.1 กำหนดนโยบายชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยทุกรายแบบ Dot ทุกราย

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค อำเภอปากพนัง เพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ในพื้นที่

1.3 สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน ปรับปรุงตามหลักควบคุมป้องกันการติดเชื้อ

1.4 พัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบ การเป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกักกันยา เทคนิคการต่อรอง และการให้คำปรึกษา

1.5 พัฒนาระบบการคัดกรองผู้มารับบริการ โดยกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน กำหนดช่องทางด่วนที่แผนก

ผู้ป่วยนอก แยกผู้ให้บริการที่คลินิก one stop service และมีการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านในผู้ป่วยทุกราย

1.6 พัฒนาระบบการรักษาและยาตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค พบว่า อัตราผลสำเร็จ (Success rate) ของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีเสมหะพบเชื้อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.33 ในปี 84.72 และมีการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงโดยเจ้าหน้าที่ทุกราย

2. กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ไม่ให้โรคแพร่กระจาย และลดการป่วยของเด็กไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในศูนย์เด็กเล็ก โดยใช้แนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค

ศูนย์เด็กเล็ก เป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อระหว่างกันได้ง่ายเมื่อเด็กเจ็บป่วย ซึ่งศูนย์เด็กเล็ก หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอทั้งหมด

1. เฝ้าระวังป้องกันโรคล้วงหน้า โดยการคัดกรองอาการป่วย

2. ควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยการแยกเด็กป่วย และทำความสะอาด ห้องเรียน ของเล่น ที่นอน รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในศูนย์เด็กเล็ก

3. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชนและท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราป่วยลดลงจากปี 2561, 2562 คือ 32.17 และ 27.93 ต่อแสนประชากร ในปี 2563 -2564 โรงเรียนไม่ได้เปิด on site เรียน on line เป็นส่วนใหญ่ การระบาดด้วยโรค โรค มือ เท้า ปาก จึงไม่พบ

3. โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีแผนงาน/โครงการ คัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ซึ่งแยกกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่เป็นโรค

3.1กลุ่มปกติ มีกิจกรรมให้ความรู้พฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสม หลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย บุหรี่ และสุรา) เฝ้าระวังติดตามปีละครั้ง

3.2กลุ่มเสี่ยง มีกิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มผู้เสี่ยง เฝ้าระวังและติดตามประเมินเป็นระยะในรอบ 1 ปี

3.3กลุ่มเป็นโรค ประสานคลินิกโรคเรื้อรัง ความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการรักษา

4.กิจกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา-19

4.1 เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

4.2 แยกกลุ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รพ.

4.3 แยกกลุ่มเสี่ยง เสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ

4.4 สอบสวนโรค

4.5 สรุป รายงานผล

(4) ช่องทางรับรายงาน:

- มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิก ตลอด 24 ชั่วโมง.

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

- มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที.

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

- มีการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที.

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

- มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา
- มีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:

- มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อกฏอนามัยระหว่างประเทศ และกฏข้อบังคับอื่นๆ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีสมาชิกทีมที่เป็นสหวิชาชีพมากขึ้น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยนอก พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่งานชั้นสูงตร และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3	I	-อบรมฟื้นฟูทีม SRRT ปีละครั้ง -การพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยา -พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และระบบเวชระเบียนให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และทันต่อสถานการณ์ -พัฒนาขีดความสามารถในการสอบสวนโรคและควบคุมโรคเชิงรุก



## II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการ	50,55,63,68,71 ตามลำดับ	45.27	49.06	58.5	60.5	62.02
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 6.3 :แสน ประชากร/และ8: แสน ประชากร. ปี 64,65	6.8	12.14	8.9	11.13	0
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ97	90/33.33	20/ 48.48	50/ 45.28	55/ 36.92	58/42.42
ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน	74	78/ 47.37	82/ 23.81	86/ 48.48	90/ 42.86	ยัง ประเมิน ไม่ได้
อัตราผู้ที่เข้ารับการบำบัดบุหรี่ สามารถเลิกได้ในระยะเวลา 6 เดือน	20	21.43	27.27	20	22	18
อัตราผู้ที่เข้ารับการบำบัดบุหรี่ สามารถเลิกได้ในระยะเวลา 6 เดือน	50	50	50	75	50	30
ร้อยละเด็ก 0- 5 ปี กินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	50	61.9	68.42	48.62	56.25
คัดกรองพัฒนาการเด็ก 0- 5 ปี	ร้อยละ 90	79.52	93.80	91.49	79.80	21.43
พัฒนาการเด็ก 0- 5 ปี สงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	23.04	32.23	24.03	17.28	12.50
คัดกรองพัฒนาการเด็ก0-5 ปี สมวัย	ร้อยละ 80	73.06	89.15	80.85	85.37	20.09
ติดตามพัฒนาการเด็ก0-5 ปีที่สงสัยล่าช้ามารับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ 100	69.3	90	65.61	75	60.74

เด็ก0- ปีที่ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยเครื่องมือ TEDA	55,60,60,70,70 ตามลำดับ	80	100	NA	100	NA
ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 68	48.80	56.41	54.91	50.31	40.87
ตรวจสุขภาพนักเรียน	ร้อยละ 100	95	95.62	100	100	NA
วัคซีนนักเรียน	ร้อยละ 100	94.25	98.85	98.48	NA	NA

### i. บริบท

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพ่อง มีจำนวนประชากร 20,771 คน ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ส่วน คือองค์การบริหารส่วนตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก (2 หมู่บ้าน) และเทศบาลเมืองปากพ่อง (22 ชุมชน) มีลักษณะเป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นชนบทหมู่บ้านเล็กๆ ที่อยู่ติดกับเมืองเป็นส่วนใหญ่ มีลักษณะของพื้นที่ทั้งแบบ ชนบทและแบบเมือง ชุมชนชนบทเป็นชุมชนดั้งเดิมทำอาชีพประมง ออกเรือหาปลาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ชุมชนเมืองเป็นชุมชนใหม่ที่ขยายมาและเปลี่ยนแปลงมาจากชุมชนดั้งเดิม เป็นที่ตั้งของส่วนราชการ ร้านค้าประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจ สังคมต่างคนต่างอยู่ ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดนครศรีธรรมราช 35 กิโลเมตร ก่อการทำงานกับชุมชนเน้นการสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมขาดตนเองที่ดี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีผู้ดูแลที่มีศักยภาพและดูแลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

### iii. กระบวนการ

#### II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

- จากการทบทวนสถานการณ์ ฐานข้อมูลชุมชน พบว่ามีความต้องการในบริการสุขภาพชุมชน เน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มวัย และได้จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และบูรณาการกับพขอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) โดยกำหนดประเด็นสุขภาพของเครือข่าย 4 ยุทธศาสตร์ 1.สุข@ ปากพ่อง (การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ (1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (2) ผู้พิการติดบ้านติดเตียง (3) กลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า (4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย 2.เด็กปากพ่องสร้างชาติ 3. ปากพ่อง สะอาด ปลอดภัย ปลอดภัย โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นผู้ประสานงานหลักในการสนับสนุน รับผิดชอบต่อปัญหาอุปสรรคเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข และติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพ่อง

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

- การจัดบริการดูแลสุขภาพชุมชนเน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย คั้นข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชนในเวทีประชุมประจำเดือน อสม. เวทีประชุมกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ให้ประชาชนรับรู้ปัญหาตระหนักในปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการกำหนดมาตรการชุมชน
- กองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองปากพ่อง และองค์การบริหารส่วนตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก สนับสนุนงบประมาณมีการดำเนินการแผนงานโครงการในทุกปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม/มะเร็งลำไส้ /คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง/ สํารวจพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน 18-59 ปี

- มีการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานควบคุมโรค ที่ 11 (สคร.ที่ 11) สนับสนุนโครงการดูแลลูกหลานบ้านพอกที่ปากพนัง
- จัดบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ long term care ร่วมกับ อปท.พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 17 ตำบลเข้าร่วมโครงการ Long term care กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) ครบร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564
- ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพปากพนัง มีจำนวน 14,183 คนคิดเป็นร้อยละ 23.77 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 851 คน ( ติดบ้าน 558 คน ติดเตียง 293 คน) คิดเป็นร้อยละ 6.0 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มตามสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ได้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเครือข่ายโดยจัดอบรม Care giver (CG) ในชุมชนหลักสูตร 70 ชั่วโมง ในปี 2564 ได้ขยายการจัดอบรม Care giver (CG) ในทุกพื้นที่เพื่อติดตามดูแลในชุมชน ( CG 1 คนต่อผู้สูงอายุ 5-10 ราย ) ในส่วนของโรงพยาบาลปากพนังมีผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ จำนวน 489 คน มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 3.27 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ทุกคนได้รับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร้อยละ 100
- กลุ่มงานทันตกรรม ร่วมกับโรงเรียนดูแลสุขภาพช่องปาก งานอนามัยโรงเรียน ในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี
- โรงเรียนมีการตรวจสุขภาพเด็ก ประเมินภาวะโภชนาการ และดูแลแก้ไขเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันเด็กวัยเรียน ประเมินกลุ่มเสี่ยงปัญหาการเรียนรู้สติปัญญา ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และ ออทิสติก โรงเรียนมัธยมมีการดูแลสุขภาพเด็ก ประเมินภาวะโภชนาการ ทบทวนปัญหาเด็กอ้วน โครงการครอบครัวอบอุ่นป้องกันปัญหาท้องไม่พร้อม STOP TEEN MOOM
- พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน ของทีมสหวิชาชีพกับทีม (Family care team) FCT ในชุมชน และพัฒนาระบบการส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม smart COC
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลปากพนัง จัดทำโครงการการจัดการสินค้าไม่ปลอดภัยโดยกลไก พชอ.ในเขตอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

#### (4) การประเมินและปรับปรุง:

- มีการทำงานร่วมกับชุมชนด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 79.21 คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 84.58 ชุมชนรับรู้ปัญหา มีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนในชุมชนเพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชน โดยงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก ทำกิจกรรมการเดินบาสโลบในกลุ่มสตรี โดยมีแกนนำอสม.เป็นครูฝึกทำทาง การออกกำลังกายในชุมชนโดยการสนับสนุนอุปกรณ์การกีฬา เทศบาลเมืองปากพนังสนับสนุนให้มีชมรมออกกำลังกาย ชมรมปั่นจักรยาน ชมรมเดินลีลาศ ลานแอโรบิค มีกิจกรรมวิ่งและปั่นจักรยานทุกวันเสาร์ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรักการออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่และ care giver (CG) เยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี

- ปัญหาแม่และเด็ก มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำอสม. อบรมเข้มข้นในกลุ่มอสม.แม่อาสา เพื่อดูแลกลุ่มหญิงหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นในพื้นที่โดยเน้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ รายใหม่ให้เข้าถึงบริการหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และมีการรณรงค์ให้มีลูกเมื่อพร้อม Stop teen mom ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี
- ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง โรงพยาบาลปากพนัง เทศบาลเมืองปากพนังและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบลร่วมกับผู้นำชุมชนและอสม. ดำเนินการป้องกันควบคุมโรค โดยเน้นการใช้มาตรการ 3:3:1 ทั้งอำเภอ 3 แรกคือโรงพยาบาลปากพนังรายงานพื้นที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกภายใน 3 ชม. หลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค 3 ที่สองคือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่ ลงพื้นที่จัดทำรายงาน สถานการณ์โรค แจกทรายอะเบท ฉีดสเปรย์กันยุง ทายากันยุงภายใน 3 ชม.หลังได้รับรายงานจากโรงพยาบาล และมีการพนหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ทั้งชุมชนภายใน 1 วัน

## II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

### (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

- การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในทุกกลุ่มโรค โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 4 กลุ่ม (1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (2) ผู้พิการติดบ้านติดเตียง (3) กลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า (4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของ พชอ.อำเภอปากพนัง (สุข@ปากพนัง)
- การกำจัดลูกน้ำยุงลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนทุกชุมชน มีแผนรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายที่ชัดเจนในแต่ละเดือนเพื่อปากพนังปลอดโรคและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.อำเภอปากพนัง รวมทั้งการควบคุมป้องกัน โรคไวรัสโคโรนา- 19 การลงเชิงรุกในพื้นที่ (ปากพนังปลอดโรค)
- ความปลอดภัยทางถนนรณรงค์ให้สวมหมวกกันน็อค ถนนสายสีขาว มีการดูแลความปลอดภัยบนท้องถนนและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ของพชอ.อำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์อาหารปลอดภัยทุกปีโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการจัดทำโครงการสินค้าไม่ปลอดภัยในชุมชนทั้ง 17 ตำบล โดยให้กำหนด MOU กับประธาน พชอ.จะไม่จำหน่ายสินค้าต้องห้ามในพื้นที่ ได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเองทุกวันเพื่อลดการเกิดสารพิษในร่างกายได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์การแยกขยะในครัวเรือน แปรรูปขยะรีไซเคิลในห้องถิ่น รณรงค์การเก็บขยะในพื้นที่เพื่อความสะอาด มีกิจกรรมเพื่อลดปัญหาขยะในชุมชน เติมนรณรงค์ลดขยะและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังสะอาด)
- โครงการในพระราชดำริ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้ดูแลผู้ต้องขังเรือนจำปากพนังร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคัดลอกเป็นเรือนจำนำร่อง เรือนจำติดดาว
- (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

- การส่งเสริมความสามารถของกลุ่ม อสม. ผ่านการประชุมประจำเดือน เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะในการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นเช่น วัดความดันโลหิต การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาล และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแก
- แคนนำในชุมชน เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดำเนินงานของทีมสุขภาพในชุมชน ทำให้สามารถคัดกรองสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น
- มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพ
- มีการส่งเสริมความสามารถของทีมกู้ชีพกู้ภัยในการช่วยชีวิตเบื้องต้น (BLS) เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติต่าง ๆ ส่งผลให้พัฒนาระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอัตราการตายก่อนนำส่งรพ.ลงได้
- การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเองทุกครัวเรือน และแลกเปลี่ยนกันในชุมชนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสม เช่น เดิน แอร์โรบิค ออกกำลังกายตามความเหมาะสม
- พัฒนาทักษะเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่แต่ละตำบล กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อสม. นักวิทย อสม. คุ้มครองผู้บริโภค สามารถใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย หาสารปนเปื้อนในอาหาร ยาฆ่าแมลง น้ำมันทอดซ้ำ การตรวจร้านค้า เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคในชุมชน

### (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

- สนับสนุนวิทยากรแกนนำวัยรุ่นและพัฒนาศักยภาพ จนท. รพ.สต. ทั้ง 25 แห่งให้สามารถเป็นวิทยากรแกนนำในพื้นที่ได้ครอบคลุมทุกตำบล ในอำเภอปากพนัง
- การจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มช่องทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดให้บริการที่ รพ.ปากพนังเป็นที่แรกและขยายครอบคลุมในทุก รพ.สต. มีบริการให้คำปรึกษา เน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั่วไป และพฤติกรรมวัยรุ่น
- มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม Pre DM และ Pre HT ไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย DM และ HT

### (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

- ร่วมกับหน่วยงานอบต./อสม. และแกนนำในชุมชนสำรวจและติดตามการขึ้นทะเบียนผู้พิการครอบคลุมทั้ง
- พื้นที่และติดตามการขึ้นทะเบียนของรายใหม่ต่อเนื่อง ค้นหากลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชนเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือในระดับอำเภอ ทำให้ผู้ด้อยโอกาสได้รับการช่วยเหลือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองปากพนังมีสนามกีฬาประจำอำเภอ สระว่ายน้ำ เครื่องออกกำลังกายในที่ร่ม สนามเด็ก
- เล่น ลานแอโรบิค ลานกีฬากลางแจ้ง สนามฟุตบอล สนามแบดมินตัน มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆให้ประชาชนมาร่วมกันในการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน
- กิจกรรมความร่วมมือกับชุมชนในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยมีชุมชนต้นแบบคัดแยก

- ชยะ เริ่มจากการคัดแยกขยะในครัวเรือนเพื่อลดปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดจากการบริโภคอาหารหรือการจับจ่ายซื้อของ นำขยะรีไซเคิลมาดัดแปลงใช้ประโยชน์เพื่อลดจำนวนขยะในชุมชน

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้สูงอายุ ผู้พิการในระยะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดย care giver มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น
- การขับเคลื่อน พชอ.อำเภอปากพนังตามแผนยุทธศาสตร์
- โครงการในพระราชดำริ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้รับการคัดเลือกเป็นเรือนจำนำร่อง เรือนจำติดดาว

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3.5	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คืบข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนและร่วมวางแผนการทำงานในชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของชุมชน</li> <li>- พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบบูรณาการ</li> <li>- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> </ul>

