

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 และขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระเบียบกำหนดและต้องปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ โดยมาตรฐานสำคัญจำเป็นทุกข้อเป็นมาตรฐานที่ถูกเลือกมาจาก โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งจะบูรณาการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 โดยสถานพยาบาลที่จะขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดง จำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถพิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

i) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติการดำเนินการทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)

ii) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย..... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.....

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

กรณี bullet ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้นๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้....

iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
- บริบทขององค์กร
 - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
 - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

*รายละเอียดเพิ่มเติม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals 1 รายการ ดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สันับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	
การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

● ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
	A-B-C	D	E-F	G-H	I
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	(A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	(D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	(E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	(G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	(I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (ยา)					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพวัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	>5,000 เรื่อง	2467	1460	1024	270	445
อัตราการรายงาน near miss	>70 %	76.00	17.30	37.50	48.14	75.28
อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ E – I ที่ได้รับการแก้ไข	100 %	84.30	83.00	83.30	81.40	62.50
อัตราของอุบัติการณ์ระดับ 3 – 5 ได้รับการแก้ไข	100 %	100	100	100	100	25
อัตราการเกิด AE :1,000วันนอน	<5:1,000	2.67	3.58	1.39	2.07	0.84
ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย	80%	56.8	61.23	75.92	55	กำลังดำเนินการ
อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้องที่ห้องฉุกเฉิน	>90 %	98.50	99.20	99.40	99.50	99.10
อุบัติการณ์ในการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	1	0	0
อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์	≥ 98 %	99.96	99.98	99.97	99.99	100
อัตราการความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 99 %	99.86	99.88	99.86	100	100
อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงรับ E ขึ้นไป	0	1	0	1	0	0
ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา-19	≤ 30 %	NA	0	2.10	45.99	8.00
อัตราการเกิดCaUTI(:1000cath day)	20	0	0	0	0	0
ii. บริบท						
<p>โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย: โรงพยาบาลปากพนังดำเนินการวางแผน กำกับดูแล ระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงาน โดยมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์ได้อิสระเป็นกลางโดยไม่ถือเป็นความผิด ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ประชาชน และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลด ความรุนแรง ความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบบริการมีคุณภาพ และมีความปลอดภัย 2. ประชาชนมี health literacy and self health care 3. ระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ <p>จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:</p> <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย Environment, Modernization and Smart Service (EMS) -ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในกลุ่มโรค Fast track (ACS, Stroke) 						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

-สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 2P Safety ให้มีความต่อเนื่อง

-มีแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติ-นรีเวช กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไปในการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ

-พัฒนาโครงสร้างสถานที่ให้บริการ การบริการรวดเร็วตามมาตรฐาน มีเครื่องมือที่ทันสมัยมากขึ้น

-ร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน คือ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สัมผัสและติดเชื้ออุบัติใหม่ไวรัสโคโรนา 2019 และควบคุมตามนโยบายการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้

เป้าหมายความปลอดภัย:

โรงพยาบาลปากพนังมีระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย เพื่อการจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้ที่มาเยือน

โรคที่มีความเสี่ยงสูง: ACS, STROKE, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:

- การทำผ่าตัดAppendectomy ผ่าตัดHernia ผ่าตัดริดสีดวงทวาร
- การทำColonoscopy
- การทำผ่าตัดC/S ผ่าตัดท้องนอกมดลูก TAH, Salpingo-oophorectomy
- การใช้เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกในเด็กและผู้ใหญ่
- ใส่ Umbilical catheter ในทารกแรกเกิด
- พญาและใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- การบริหารยาStreptokinase
- โรคทางช่องปากTorectomy ,Internal sinus lift,Bone augmentation, Free gingival graft,Connective tissue graft

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

- ผู้นำกำหนดเข็มมุ่งในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้หน่วยงานพัฒนาคุณภาพตามบริบทของตนเอง โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ ใช้ข้อมูลพื้นฐานจากสถิติผู้มารับบริการและเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของโรงพยาบาล กำหนดเข็มมุ่งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นโยบายความปลอดภัยและเข้าร่วมเป็น 2P Safety Hospital ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามคู่มือการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลปากพนังอย่างมีประสิทธิภาพและมีการทบทวนนโยบาย มาตรการอยู่เสมอสม่ำเสมอทุกปี

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- แต่ละหน่วยงาน/ ทีมคุณภาพ พัฒนาตามประเด็นสำคัญของ Patient safety goals ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานตนเองเน้นมาตรฐานที่จำเป็น 9 ด้าน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับรุนแรง ทีมความเสี่ยงกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวน RCA ตอบกลับเข้าสู่ระบบและมีการแจ้งเตือนทางไลน์กลุ่ม มีการส่งเสริมให้หน่วยงานและบุคลากรนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาพัฒนา CQI เพื่อลดการเกิดซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

(4) การทำงานเป็นทีม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- ทีมนำระดับกลางทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT, ทีม PTC, ทีม IC, ทีมทรัพยากรบุคคล (HRD), ทีมสิ่งแวดล้อม (ENV), องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล และทีมงานร่วมกับชุมชน
- โครงสร้างของแต่ละทีม ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแล กำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานคณะทำงานจากทุกหน่วยงาน เป็นเครือข่ายการพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีม นำ มีการประชุมคณะทำงาน เพื่อติดตามงานและทบทวนปัญหา
- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลตามความเสี่ยงทางคลินิก ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงทางคลินิก นำความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงสำคัญมาวางมาตรการป้องกัน ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล มีการติดตาม ประเมิน ฝ้าระวัง ความเสี่ยง และทบทวนมาตรการป้องกันเชิงระบบ
- ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญร่วมกับทีมนำทางคลินิกเป้าหมายเดือนละครั้ง โดยมีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานและคณะกรรมการที่ดูแลระบบรายงานของหน่วยงานเข้าร่วม ทบทวน แก้ไขปัญหาและวางระบบร่วมกัน รวมทั้งมีการติดตามประเมินการดำเนินการ ตามระบบที่วางไว้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำและลดความรุนแรง

(5) การประเมินตนเอง:

- ประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ตาม service plan และการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยทำให้เห็นโอกาสพัฒนา เรื่องความเห็นต่อความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ ทีมความเสี่ยงจึงจัดกิจกรรมรณรงค์การรายงานโดยลงหน้างานเพื่อกระตุ้นให้ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงและแนะนำการบันทึกรายงานในโปรแกรมความเสี่ยง และเพิ่มช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ทาง line หรือหน่วยงานที่ไม่มีคอมพิวเตอร์ เช่น คนสวน เปล รักษาความปลอดภัย ให้รายงานแบบกระดาษส่งหัวหน้างานหรือเลขาคือความเสี่ยง

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- ทีมจัดการความเสี่ยงร่วมกับทีมนำจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และเครือข่าย วิเคราะห์โอกาสพัฒนาของการดำเนินงานคุณภาพ มาจัดทำแผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้มีการฟื้นฟูบูรณาการใช้โปรแกรม NRLS ทุกปี มอบหมายให้หัวหน้างานเป็นผู้ควบคุมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
- ให้มีการรายงานอุบัติการณ์รายโรคเพิ่มขึ้นก่อนส่งทบทวนทีม PCT ในหน่วยงานนำ trigger tool มาทบทวนประชุมประจำเดือนในระดับโรงพยาบาลทางทีมความเสี่ยงจะสรุปผลการรายงานความเสี่ยง การทบทวน การแก้ไขแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ทราบ
- โรงพยาบาลกำหนดเข็มมุ่ง พัฒนาตามนโยบาย EMS และสร้างความปลอดภัยในกลุ่มโรค ACS, Stroke

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- ทีมผู้รับผิดชอบเข็มมุ่งแต่ละด้าน กำหนดแผนในการดำเนินงาน และนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยช่องทางด่วนโรค ACS, Stroke ให้มีความรวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐาน
- ผู้รับผิดชอบหลักในหน่วยงานเก็บตัวชี้วัด ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีการตรวจสอบเวชระเบียนร่วมกับทีม นำผลงานหรือปัญหาเสนอต่อทีมดูแลความปลอดภัย

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

- ทีมนำเฉพาะด้านแต่ละด้าน และหน่วยงานมีการประเมิน gap assessment วางแผนพัฒนาคุณภาพและกำกับติดตามคุณภาพโดยทีมคุณภาพโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

- ในหน่วยงานทบทวนที่ย่อยก่อนนำเข้าทีม PCT มีการประเมินตนเองตาม PCT Profile กำหนดโรคสำคัญ พัฒนาตาม clinical quality summary มีการทบทวนผู้ป่วยทบทวน 12 กิจกรรมในหน่วยงาน ทบทวน case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันในทีม PCT และ ทีม PTC ทบทวนใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย และติดตามตัวชี้วัดผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ACS, Stroke, Sepsis มีระบบการทางด่วนให้ได้รับการเข้าถึงในการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้ทางเดินหายใจ มีระบบการคัดกรองและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะคลินิก ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแล ติดตามนัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการฉุกเฉินในหลักประกันสุขภาพนอกเขตให้บริการฟรี พบร้อยละผู้ป่วยวิกฤติเริ่มปฏิบัติการใน 8 นาที ระยะทาง 10 กิโลเมตรปี 2561-2565 ร้อยละ 42.37 ,55.81 ,41.13 , 46.92 และ 41.17
- กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรม มีแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปสามารถให้การดูแลรักษาตามศักยภาพภายในโรงพยาบาลมากขึ้นในการทำการผ่าตัดและมีระบบปรึกษานอกเวลา ที่ต้องได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุและห้องฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ Multiple trauma ,ผู้บาดเจ็บ trauma on ICD ส่วนผู้บาดเจ็บ Moderate Head injury และรายที่ CT brain พบ intracerebral hemorrhage ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย เนื่องจากไม่มีศัลยแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- กลุ่มผู้ป่วยทางสูติกรรม สามารถให้บริการการทำผ่าตัดC/S ผ่าตัดท้องนอกมดลูก TAH ,Salpingo-oophorectomy ที่มีประสิทธิภาพ ดูแลผู้ป่วย PPH, PIH เพิ่มอัตราการรอดชีวิต
- กลุ่มผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ได้แก่ ให้บริการออกซิเจนที่มีการไหลสูง ใช้เลือดออกที่มีภาวะน้ำเกิน

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- ผู้ป่วย STEMI พัฒนาการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดตามService plan มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง มีการขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ก่อน, ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดและขณะส่งต่อ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการรักษา การส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดเป้าหมาย >80% ผลลัพธ์ ในปี 2561- 2566 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI ร้อยละ 60.86, 83.33, 100 ,93.33,100 และ100 พบปัญหาใช้ระยะเวลาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดช้า ในผู้ป่วยสูงอายุ , ญาติที่ร่วมตัดสินใจอยู่ต่างจังหวัด และปัญหาระยะเวลาในการ consultโรงพยาบาลแม่ข่าย ก่อนให้นาน ทบทวนและปรับโดย แพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ส่วนญาติให้ข้อมูลแนวทางการรักษาทางโทรศัพท์ และส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่ายปรับโดยให้โทรศัพท์แทนการรอคำตอบทาง lineและ consult แพทย์เฉพาะทางโดยตรง หาโอกาสพัฒนาโดยเก็บข้อมูลระยะเวลา consult สะท้อนกลับข้อมูลโรงพยาบาลแม่ข่ายเมื่อใช้เวลาขอคำปรึกษานาน / Door to Needle time ภายในเวลา 30 นาทีตามเวลามาตรฐานทำให้มีผลงานดีขึ้น เป้าหมายร้อยละ 80 ผลลัพธ์ ปี 2561- 2566 ร้อยละ 11.12 ,16.67 , 0 ,80,100 และ100(เริ่มปี2564ใช้Diagnosis to SK ภายใน 30 นาทีเป้าหมายร้อยละ >60)
- ผู้ป่วย Stroke พัฒนาการเข้าถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมง พบสาเหตุจากความเชื่อเรื่องการนวด รอคูอาการเพื่อดีขึ้น,ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ,ไม่ทราบอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ,ไม่มีรถมาโรงพยาบาล ทบทวนและปรับโดย ในคลินิกเรื้อรังและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้ความรู้ถึงอาการของโรคที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ช่องทาง 1669 และติดเอกสารอาการในสมุดประจำตัว ส่งเสริมให้มีcare giverมารับ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

บริการด้วยทุกครั้งผลลัพธ์ การเข้าถึง Onset to Door < 3 ชั่วโมง ปี 2561- 2566 ร้อยละ 38.95, 31, 36.4, 44.7, 40 และ 53.5 จากปัญหาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 3 ชั่วโมง ปี 2563 ทบทวนและปรับโดย แจกเอกสารอาการสำหรับติดในบ้านเพื่อการรับรู้อาการที่ต้องไปโรงพยาบาลแก่ทุกคนในครอบครัว ให้ความรู้ อาการของโรค ช่องทางการแจ้งเหตุ 1669 และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่อาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชน ในทุกโรงพยาบาลสุขภาพประจำตำบล และแจกเอกสารช่องทางแจ้งเหตุในผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปี 2562- 2565 ร้อยละ 44.92, 81.28, 51.95 และ 62.75 ปี 2564 มีแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์ช่องทางแจ้งเหตุ และจัดหน่วยอาสาสมัครที่รับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากน้ำ พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2561-2565 ร้อยละ 4.25 ,4.82 ,11.3 , 21.2 และ 11.20 (ปี 2566 มีปัญหาของระบบข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่สามารถเรียกดูข้อมูล) แยกเป็นร้อยละผู้ป่วยSTEMI มาด้วยระบบEMS ปี 2562- 2565 ร้อยละ 9.3, 16.6, 37.5 และ 40.02 ร้อยละผู้ป่วย Stroke มาด้วยระบบEMS ปี 2562- 2565 ร้อยละ 5.88, 16.02, 21.56 และ 25.28 แนวโน้มการเรียกใช้บริการผู้ป่วยวิกฤติเพิ่มขึ้น

- ผู้ป่วย Sepsis พัฒนาการเข้าถึงการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย พบปัญหาการได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า ในปี 2560 ทบทวนและปรับโดยให้ยาปฏิชีวนะที่ห้องฉุกเฉินก่อน admit ทุกราย ผลลัพธ์การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ปี 2561 - 2566 ร้อยละ 93.33, 100 , 97.32 ,100,100 และ 100 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเจาะH/C ก่อนได้รับยาATB ปี 2561 - 2566 ร้อยละ 93.33, 100 , 97.32 ,100,100 และ 100
- ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พัฒนาการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบสาเหตุการตกเลือดเกิดจากรกค้าง, การฉีกขาดช่องคลอด, การฉีกขาด cervix , uterine atony และการประเมินปริมาณเลือดคลาดเคลื่อน ในปี 2560 มีนวัตกรรมทำถุงตวงเลือด ทำให้ประเมินปริมาณเลือดถูกต้อง ทบทวนและปรับโดยให้มีการประเมินความเสี่ยงตกเลือดตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ มีแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะซีดที่มีค่า Hct. <33% จ่ายยา Triferdine และยา Ferrous sulfateจนสิ้นสุดการตั้งครรภ์, ติดตาม Hct. ทุก 1 เดือน จนกว่า Hct. >33% และเข้ากลุ่มให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ห้องคลอดประเมินหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่รับใหม่ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีการ CBC G/ M PRC 1 unit พัฒนาระบบการดูแล Early warning sign เมื่อ blood loss 300 ml., ใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือด, การบริหารยา Syntocinon ฉีดIMตั้งแต่ทารกคลอด ใหลหน้า การให้ยาMetherginในหญิงตั้งครรภ์ท้องที่ 4ขึ้นไป หากไม่มีข้อห้าม การให้ยาTransamineในผู้ป่วยตกเลือด พัฒนาศมรรถนะในการทำ Uterine balloon tamponade, Bimanual Uterine Compression และเพิ่มการทำ uterine massage บริเวณ Lower uterine segment 5-10 นาทีหลังรกคลอดทุกราย รวมทั้งซ้อมการตามทีมแพทย์และพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ปี 2561 – 2566 ไตรมาสแรก ร้อยละ 2.86 , 2.50, 2.50 , 1.70 , 1.60 และ 3.70 ซึ่งผ่านเกณฑ์
- สำหรับผู้ป่วย PIH ผู้คลอดที่ BP>140/90 mmHg มีแนวทางในการดูแลผู้คลอดภาวะความดันโลหิตสูง จัดทำกล่องยา Eclampsia box เพื่อความรวดเร็วในการให้ยาแก่ผู้คลอด และส่งรักษาต่อ รพ มหาราช เมื่อ BP \geq 160/110 mmHg และมีภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยไข้เลือดออก มีกุมารแพทย์ ปี 2561 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก ป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน ผลลัพธ์ อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินลดลง ปี 2561 - 2566 ร้อยละ 0.3 ,1.15 , 0.4 ,1.2 ,0 และ 0
- ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดทางเข้าเป็นทางเดียว ปรับระบบคัดกรองผู้รับบริการทุกรายแยกผู้ป่วยทางเดินหายใจ แยกคลินิกทางเดินหายใจจากตึกผู้ป่วยนอก มีแนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ติดเชื้อในห้องAIIR เปิดตึกผู้ป่วยในผู้ติดเชื้อไวรัส 2019 คือ โรงพยาบาลสนาม 1 แห่ง เปิด CI 3 แห่งรองรับผู้ติดเชื้อแพร่ระบาดในอำเภอซึ่งมีการติดเชื้อสูงสุดเดือนกันยายน 2564 จำนวน 864 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2564 ร้อยละ 0.17 จำนวนผู้ป่วยลดลงจน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ปิดตึกผู้ป่วยในแยกโรคโควิดเมื่อ 30 ธันวาคม 2565 มีการประชุมวางแผนให้แต่ละตึกจัดให้มี Isolation room ในการดูแลตามมาตรฐานเช่นเดิม

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- ผู้อำนวยการกำหนดให้ การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้วยความปลอดภัย และคุณภาพระดับโรงพยาบาล ที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้มาเยือน โดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามองค์ประกอบสำคัญ และกระบวนการหลัก ดังนี้ คือการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และติดตามประเมินผล
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เกิดความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพของทุกหน่วยงาน กำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยง กำหนดขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกระดับ และกำหนดขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากเครื่องมือต่างๆ เช่น Trigger tool , 12 กิจกรรมทบทวน บันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรม NRLS เริ่มใช้ในปี 2562 แต่ยังไม่ครบทุกหน่วยงาน ปี 2563 กำหนดให้ทุกหน่วยงานบันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรม NRLS สำหรับปี 2566 เพิ่มช่องทางในการรายงานอุบัติการณ์สำหรับคนสวน เวรเปล หน่วยรักษาความปลอดภัย ให้เขียนลงในแบบฟอร์มส่งหัวหน้างานหรือเลขาธิการกรมการความเสี่ยง เพื่อให้มีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงได้สะดวกขึ้น

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

- ผู้อำนวยการกำหนดนโยบายด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ครอบคลุม 2P Safety ,มีระบบ Risk register และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- ให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง โดยการประกาศนโยบายความปลอดภัยและสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่
- ทุกระดับในการประชุมประจำเดือน วางระบบการรายงานอุบัติการณ์สำคัญ และติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกร่วมกับทีมนำ
- ผู้อำนวยการเป็นประธานที่มความปลอดภัยทางคลินิก ร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกทุกสัปดาห์
- ทำให้บุคลากรในองค์กรเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย เน้นให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือรายงานทางวาจา และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์สำคัญในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนกรณีอุบัติการณ์ระดับ G ขึ้นไป ดำเนินการทบทวน RCA และติดตาม
- ผลในที่ประชุม PCT สำหรับห้องคลอดทบทวนRCAตั้งแต่ระดับ Eขึ้นไป และห้องยาหรือPTC ทบทวนRCA ตั้งแต่ระดับ D ขึ้นไป
- การสนับสนุนและการกระตุ้นของผู้นำ เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญให้บุคลากรในองค์กร เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ ค้นหาความเสี่ยง และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์
- กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานทางคลินิก ที่มระบบงานสำคัญ เช่น IC , ENV , HRD , PTC , IM , NSO และ MSO กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม และหน่วยงานสนับสนุน ดำเนินการ ค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมิน พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันและแก้ไข จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง(Risk Profile)ประจำหน่วยงาน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงาน บันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง NRLS ทบทวนเหตุการณ์ และหาแนวทางป้องกัน แก้ไข คณะกรรมการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล 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 ส่งผลให้ผู้ป่วยชักต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ รพ แม่ข่าย และรับกลับมารักษาต่อเมื่ออาการดีขึ้น จากการทบทวนปรับ โดยให้มีการซักประวัติโรคประจำตัวทุกครั้ง และลดความแรงของยาปฏิชีวนะตามค่าไต (ระเบียบปฏิบัติ)

- ปี 2562 พบอุบัติการณ์ Adverse Event จากการใช้ยา KCI Elixer จากคำสั่งการใช้ยาใน order one day ไม่ระบุจำนวนครั้งของการให้ยา จึงให้ยาครบ 4 ครั้งใน 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะ hyperkalemia ผลการทบทวน กำหนดแนวทางการรักษาภาวะ Hypokalemia โดยให้ order ยา KCI Elixer ระบุจำนวน 2-3 dose แล้วตรวจ K+ 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 , ติดสัญลักษณ์บัตรแพ้ยา ในใบประเมินแรกรับ ใบorder และใบลงยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา และมีการทบทวนรายการยาในห้องฉุกเฉินให้มีเฉพาะยาช่วยชีวิต ยกเลิก การ stock ยาไม่ฉุกเฉินที่เสี่ยงต่อการแพ้ยาซ้ำ เช่น Ceftriazone

ปี 2564 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ ยา ceftriazone inj ผู้ป่วย R/O Sepsis admit ทางห้องฉุกเฉินส่งไปรับยา stat ที่ห้องยา จ่ายยามาผิดที่ห้องฉุกเฉิน หลังจากนั้นตรวจพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาที่ติดผู้ป่วยใน การทบทวนและปรับระบบโดยยา stat ทุกรายการต้องพิมพ์รายการเข้าระบบ Hos XP เพื่อตรวจสอบประวัติแพ้ยาก่อนทุกครั้ง หลังจากนั้นไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

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

ปี 2557พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ร้อยละ 25.46เนื่องจากการนำระบบคอมพิวเตอร์มาดักจับ ทำให้ตรวจสอบได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการสั่งใช้ยา ที่พบบ่อย คือ การไม่สั่งพิมพ์สติ๊กเกอร์รายการยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาและการใช้คำย่อ จึงได้ประสานความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ ปี 2560 พบร้อยละ 18.31 ดำเนินการต่อเนื่อง อัตราความคลาดเคลื่อนปี 2562-2566 ร้อยละ 16.9 ,13.99, 6.39, 1.75 และ 0.31

- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ของแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหออผู้ป่วย 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 ในหออผู้ป่วยใน ช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น
- ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา(Administration error)พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ HosXp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10 R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดยฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา,

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ อัตรา Administration error ปี 2562-2566 แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 0.64 , 0.76,0.45, 0.44 และ 0.13 และ อัตรา Administration error ปี 2562-2566 แผนกผู้ป่วยนอก 0.02,0.14,0.07,0.01และ 0 ในปี 2562 จากอุบัติการณ์ผสมยา Heparin ในน้ำยาล้างไตขนาดคลาดเคลื่อน ไม่มีอันตรายแก่ผู้ป่วย ทบทวนและปรับโดย กรณีผู้ป่วยนำยามาจากที่อื่นให้ผ่านห้องยาทุกราย จึงไม่พบอุบัติการณ์นี้ซ้ำอีก

- การป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด จากอุบัติการณ์มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอด จากการทบทวนจึงจัดทำแนวทางการดูแลแผลในผู้ป่วยที่มี BMI มากกว่า 35 ให้เปิดประเมินแผลและทำแผลวันที่ 2 ก่อนกลับบ้านหรือนัดทำแผลและประเมินแผลวันที่ 3 ของการผ่าตัด หากมีการบวมแดงให้เปิดทำแผลทุกวันจนแผลแห้งร่วมกับการให้ยาฆ่าเชื้อ นอกจากนี้มีแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด จากการทบทวนพบว่า เป็นแผลติดเชื้อในผู้ป่วยที่ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศไม่สำเร็จและทารกถ่ายซีเททาในครรภ์ การให้ยาฆ่าเชื้อ 24 ชม และไม่ได้เปิดทำแผลทุกวัน จากการทบทวนจึงจัดทำแนวทางในการแบ่งประเภทของแผลเป็น 4 class โดย Class 1-2 ให้ยาฆ่าเชื้อ 24 ชม เปิดทำแผลและประเมินแผลในวันที่ 3 ของการผ่าตัด หากแผลดีให้นัดเปิดแผลวันที่ 7 ของการผ่าตัด สำหรับแผล Class 3-4 ให้ยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และเปิดแผลทำแผลทุกวัน จนครบ 7 วันหลังผ่าตัด
- ความปลอดภัยในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก จากอุบัติการณ์พินทักลงหลอดลมในคนไข้ผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ จากการทบทวนมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยพินทักมีโอกาสหักหลุดไปอุดกั้นหลอดลม ถ้าสำรวจพบในผู้ป่วย none emergency หรือ elective case ให้ส่งพบทันตแพทย์ก่อนทุกราย ถ้าหากเป็น emergency ให้มีการจัดเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ
- การระบุผู้ป่วยผิดพลาด เกิด Identification Error ในพี่น้องฝาแฝด และในผู้ป่วยที่มีชื่อ สกุล ตรงกัน จึงกำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ ชื่อ สกุล อายุ และเพิ่มเติม ชื่อ พ่อ แม่ ในรายชื่อซ้ำกันและทำ Pop Up ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ ปี 2561-2566 พบอุบัติการณ์การระบุตัวผิดพลาด จำนวน 1, 9, 12, 16, 5 และ 1 ครั้ง ปี 2563-2564 พบการระบุตัวผิดพลาดในใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและใบนัด จำนวน 8 ครั้ง และปี 2565-2566 จำนวน 13, 2ตามลำดับ สาเหตุจากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการตรวจสอบใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจากกรณีผู้ป่วยหลายราย ทบทวนและกำหนดให้มีการตรวจสอบตามขั้นตอนที่กำหนดและ double check
- การส่งตรวจสิ่งส่งตรวจเกิดความผิดพลาดในเรื่องของการส่งตรวจไม่ครบ สิ่งส่งตรวจผิด สิ่งส่งตรวจไม่ได้ตามปริมาณที่ Label ของ Tube ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 83 ครั้ง ปรับโดยมีแนวปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ ทบทวนและปรับขั้นตอนตั้งแต่การลงรายการส่งตรวจ การตรวจสอบหลังเจาะเลือด และตรวจสอบก่อนนำส่ง (ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การส่งสิ่งส่งตรวจ) ผลลัพธ์ ปี 2563-2566 พบ อุบัติการณ์จำนวน 20 ,69,13 และ 6 ครั้ง
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ปี 2561 เกิดอาการ Burn จากการใช้แผ่นร้อนในผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด ระดับ E จำนวน 1 ครั้ง ทบทวนและปรับให้มีการประเมินความรู้สึกก่อนวางแผ่นร้อนทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ในปี 2562-2566 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ
- อุบัติการณ์ของมีคมติดไปกับถังเครื่องมือเตรียมส่งงานจ่ายกลาง เป็นเหตุการณ์เกือบพลาด ทบทวนและปรับ โดยกำหนดขั้นตอน ลำดับการเก็บเครื่องมือหลังทำหัตถการลงถัง เก็บที่ละชิ้น โดยทิ้งของมีคมก่อน ผลลัพธ์ ปี 2563-2566 พบอุบัติการณ์ จำนวน 2, 2, 1 และ 0 ครั้ง

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

- มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบโปรแกรมความเสี่ยง NRLS ปี 2561-2566 จำนวนอุบัติการณ์ 3,659 , 2,467,1640,1024, 270 และ 445 ครั้งตามลำดับ มีการค้นหาจากทางช่องทางอื่นร่วมด้วย เช่น หน้า webโรงพยาบาล , ตู้ความคิดเห็น หรือรายงานแก่ผู้อำนวยการโดยตรง อุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง จาก

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

การร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ พบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงาน, เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นชินการใช้โปรแกรม, ไม่มีเวลา ปรับโดย แนะนำการใช้และการบันทึกโปรแกรมความเสี่ยง ในส่วนของระบบยา มีการปรับการจัดวางยาเป็นกลุ่มโรคเดียวกัน และ ในสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 มีระบบการจัดยาผู้ป่วย เรื้อรังส่งที่บ้าน ทำให้ผู้บริการลดลง เจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความไม่เร่งรีบ ไม่ผิดพลาด และปรับการกำหนดจำนวนยาระบบ auto ทำให้ความคลาดเคลื่อนของการจัดยาและการสั่งยาของแพทย์ลดลงมาก

- การรับรู้เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิด(เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่างๆ

- Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูง สนับสนุนจนมีการเปิดให้บริการตีผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุอย่างเป็นทางการ ด้วยสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ จำเป็นต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยทางเดินหายใจแยกโรค แยกคลินิกทางเดินหายใจจากผู้ป่วยนอก กำหนดทางเข้าเป็นทางเดียวเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยที่ครอบคลุม และให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกรายที่เรียกใช้บริการ

- ENV Round โดยคณะกรรมการ ENV สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล สำรวจระบบป้องกันอัคคีภัย และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และบุคลากร มีการปรับปรุงแสงสว่างให้เพียงพอภายในโรงพยาบาล และบ้านพักเจ้าหน้าที่ และติดกล้องวงจรปิดทุกจุดเสี่ยงในโรงพยาบาลทำให้ช่วยในการจับตัวคนที่ไม่ยอมรถมอเตอร์ไซด์เจ้าหน้าที่ได้ ทางเชื่อมต่อระหว่างตึกในโรงพยาบาลให้มีราวกันและจับเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โรงซักฟอกให้มีการระบายท่อน้ำทิ้ง จัดปรับปรุงระบบน้ำเสีย มีป้ายจุดรับ-ส่งผู้ป่วยชัดเจน จัดทำป้ายและลำดับของแต่ละจุดหรือห้องใหม่ เนื่องมีการย้ายห้องแล็บ ห้องเอกซเรย์ ห้องคลอดและห้องผ่าตัดไปตึกผู้ป่วยนอก

- IC Round โดยคณะกรรมการ IC จัดทำแนวทางในการคัดแยกประเภทขยะในหน่วยงาน จัดโซนหรือห้องแยกสำหรับโรคที่แพร่เชื้อทางเดินหายใจ เช่น TB ในช่วงระบาดของโรคโควิด19 มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน เช่น การสวมใส่และการถอดชุดPPE การล้างมือ เช่นพบปัญหาเรื่องการแยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อจาก รพ.สนาม ที่เปิดรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทบทวนโดยให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การแยกขยะ แก่ผู้ป่วย รอข้อมูลเพิ่ม

- RM Round พบปัญหาการใช้โปรแกรม NRLS ในบางหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ลงบันทึกในสมุดแทนการลงโปรแกรม แก้ไขโดยการให้ความรู้การใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ในที่ประชุมให้ทุกคนสามารถใช้โปรแกรมเข้าถึงรายงานได้ด้วยมือถือ หลังจากนั้นลงเยี่ยมหน่วยงานทดสอบการใช้จริง ในหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกยังน้อย เนื่องจากปริมาณงานเยอะ ทางทีมความเสี่ยงมีแผนในการจัดทำการค้นหาเชิงรุกในแต่ละหน่วยงาน ช่วยกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และให้หน่วยงานบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวน และจัดทำ risk register ให้เหมาะสมแต่ละหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานกำกับดูแลการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานให้ต่อเนื่อง

- PTC Round พบปัญหาและปรับระบบจากการทบทวน พบเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาบางรายการหมดอายุ จัดทำกล่องใส่ยาในตู้เย็นและป้ายชื่อใหม่ ซาดเทอร์โมไฮโกร และการบันทึกอุณหภูมิห้อง และความชื้น (plan เบิกเทอร์โมไฮโกรจากคลัง กำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบตรวจสอบเวชภัณฑ์ วันหมดอายุ/ ลำดับการหยิบใช้ FEFO และตู้ยาเสฟติด และจัดทำป้ายผู้รับผิดชอบ พบยา multiple dose เช่น alcohol, alcohol gel, chlorhexidine ไม่ได้ระบุวันหมดอายุ การเบิกยา stat ผู้ป่วย Admit ให้ใช้ไป order ตัวจริงมารับ ตามมาตรฐานระบบยา เพื่อป้องกัน Med error ในใบสั่งยาที่ห้องฉุกเฉินให้เขียนใส่ใบสั่งยาใหญ่ แทนใบนำทางระบบคิวที่มีขนาดเล็ก ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาตามรายงานอุบัติการณ์

- บทเรียนการวิเคราะห์ RCA /การกำหนดมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม การใช้ Human Factor Engineering

- ปี 2561 เกิดปัญหา Unplanned Dead ในผู้ป่วย Anaphylaxis พบการประเมินผู้ป่วยและการรักษาไม่ครอบคลุมที่ER เกิดภาวะ acute respiratory failure และ Cardiac arrest หลัง admit 4 ชั่วโมง ผลการทบทวนจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis ในผู้ใหญ่และเด็ก ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- Missed Diagnosis ในผู้ป่วย Appendicitis ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ส่งตัวรักษาต่อล่าช้า เกิด Appendix Ruptured ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการประเมิน โดยใช้ใบ 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 ปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยงและแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ Safety Goal : Simple โดยกำหนดจุดเน้นของโรงพยาบาลปากพนัง
- มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการตื่นตัวในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กำหนดจุดเน้นในการพัฒนาในเรื่อง การให้เลือดผิดคน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การระบุตัวผู้ป่วยคลาดเคลื่อน การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ การติดเชื้อ CAUTI และการเกิด medical error, adverse drug event
- ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้นำให้คุณค่า และใส่ใจเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ และบุคลากรอย่างต่อเนื่องเน้นย้ำในทุกโอกาสที่มีการประชุม

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- ประสิทธิภาพในการค้นหา สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Near Miss มากกว่า Miss มีแนวโน้มสูงขึ้น
- ประสิทธิภาพการรายงาน การรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง จากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ปี 2564 พบว่าหน่วยงานไม่เคยรายงานเข้าระบบมีถึง 33 % จากการทำ rapid assessment พบว่ารับรู้มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่บันทึกอุบัติการณ์ ไม่มีเวลา ไม่คุ้นชินการบันทึก และหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป เช่น งานยานพาหนะ งานสวน ไม่กล้าลงบันทึก ทีมความเสี่ยงได้ชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบความเสี่ยงของหน่วยงาน ทำความเข้าใจและวางระบบการรายงานอุบัติการณ์เข้าสู่ระบบ ในส่วนของหน่วยงานสนับสนุน ให้บันทึกกระดาษหรือแจ้งหัวหน้าฝ่ายลงบันทึกให้ ประเด็นการพัฒนา คือ ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน ปี 2563-2565 พบร้อยละ 52 , 54.2 และ 42.4 ตามลำดับ และมีการกระตุ้นเตือนการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา 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 2562 – 2566 ร้อยละ 0.68, 0.51, 0.22, 0.11 และ 0.77
- ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา (Administration error) พบว่า เกิดจากการฉีดยาผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

<p>จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ Hosxp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดยฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ อัตรา Administration error ผู้ป่วยใน จำนวนครั้งต่อพันวันนอน 0.64 , 0.76, 0.45, 0.44 และ 0.13</p>			
v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -ปรับปรุงทีมบริหารความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน -ประชุมร่วมกับทีมนำเฉพาะด้านวางแผนการพัฒนา และร่วมปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยง -ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ผ่านทางไลน์ จากที่ประชุมทีมลงสู่ผู้ปฏิบัติ
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -การสื่อสารประเด็นสำคัญของหน่วยงานและทีม ให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -มีเป้าหมายประชุมทีมทุกเดือนและสื่อสารทางไลน์ กลุ่มได้ตลอดเวลา
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -ทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิกและทบทวนจาก Trigger tool เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก -ติดตามสำรวจเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่พนักงาน ให้การดูแลและแนะนำได้ทันทั่วทั้ง
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -ทบทวนอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยงและวางระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน -ติดตามและควบคุมตามระบบจากทะเบียนความเสี่ยง
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -Quality Round ในหน่วยงานที่ยังขาดความรู้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร เพื่อกระตุ้นการดักจับ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำวันหัวหน้าพาทำคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงาน รวมทั้งเพิ่มการนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวางแผนทางพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล						
1.ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	50 %	100	100	100	100	100
2.จำนวนผลงานวิชาการ นวัตกรรมที่นำมาใช้ในหน่วยบริการพยาบาล	4 เรื่อง/ปี	8	9	6	6	2
การใช้กระบวนการพยาบาล						
3.ร้อยละผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	>80%					
- Internal		76.66	72.58	80.00	81.11	91.79
- External		71.11	66.94	NA	NA	NA
(ผู้ป่วยนอก)						
- External	>80%	86.15	88.28	NA	NA	99.60
4.ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล	>80%	83.39	77.16	75.55	83.25	100
ความปลอดภัย						
5.อัตราการเกิดอุบัติเหตุระดับ E ขึ้นไป	0	127	239	43	4	3
ความสามารถในการดูแลตนเอง						
6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ Hb A1C < 70 %	>40%	33.07	27.28	33.19	20.67	17.98
7.ร้อยละของการควบคุมระดับความดันโลหิต BP < 140/90 mmHg.	>50%	57.06	53.73	62.67	48.17	50.87
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล						
8.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>85%	88.25	87.75	85.25	88.15	81.36
9.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุ – จุกเงิน	>85%	86.16	85.64	86.00	86.00	89.90
10.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องคลอด	>85%	90.45	86.17	85.23	85.23	90.35
11.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องผ่าตัด	>85%	93.64	93.95	94.00	94.00	90.69
12.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในหญิง	>85%	88.59	80.90	NA	NA	86.00
13.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในชาย	>85%	90.25	92.21	90.69	90.69	88.83
14.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วย ในเด็ก	>85%	91.00	89.13	NA	NA	74.58
ii. บริบท						
<p>กลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุด แบ่งการบริหารตามลักษณะงาน บริหารออกเป็น 7 งาน ประกอบด้วย 1) งานพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) งานการพยาบาลผู้ป่วยคลอดและงานผดุงครรภ์ 4) งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 5) งานการพยาบาล</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ผู้ป่วยในประกอบด้วย ผู้ป่วยในหญิง , ผู้ป่วยในชาย , ผู้ป่วยในเด็ก , Cohort Ward 6) งานโภชนาการ 7) งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการ ติดเชื้องานจ่ายกลางและซั๊กฟอก

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้ป่วยโรค ติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ Covid กลุ่มผู้พิการ สูงอายุ กลุ่มงานห้องผ่าตัดและศัลยกรรม

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

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน: พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 57 คน

ข้าราชการ 48 คน	ลูกจ้างเงินบำรุง 9 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 21 คน พนักงานธุรการ 1 คน

พนักงานเปล 6 คน พนักงานบริการ 5 คน

โภชนาการ 1 คน พนักงานซั๊กฟอก 5 คน

รวมจำนวนบุคลากรกลุ่มการพยาบาลทั้งหมด 98 คน

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

กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปากพั้ง ควรมีพยาบาลวิชาชีพ อัตรากำลังขั้นต่ำเท่ากับ 66 คน อัตรากำลังขั้นสูงเท่ากับ 96 คน ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพ 57 คน (10 กุมภาพันธ์ 2566)

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ: สาขาที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นสาขาการดูแลผู้ป่วย การดูแลมารดา – ทารก การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น)

ลำดับ	คุณวุฒิของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (คน)
1.	ปริญญาโท (ด้านการพยาบาล) - ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	1 1
2.	ปริญญาตรี	55
3.	เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ - การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน - เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น) - การพยาบาลวิสัญญี	4 6 2

iii. กระบวนการ

II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- ผู้นำทีมการพยาบาลโรงพยาบาลปากพนังทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านบริหาร ดังนี้
- หัวหน้าพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 35 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างาน ห้องคลอดเป็นเวลา 5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์
- ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอทั้งด้านการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล การคัดเลือกหัวหน้างานจากประสบการณ์และความรู้ความสามารถ มีวุฒิภาวะเป็นผู้นำ
- มีการจัดทำวิธีการสรรหา คัดเลือกหัวหน้างาน โดยคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

- หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลปากพนัง ได้แก่ ER และ LR คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล จึงได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่จะจัดให้อยู่ประจำ 2 หน่วยงานนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ปี และการจัดเวรต้องอยู่ควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร แต่ในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการสอบเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการใหม่ลงใน รพ.สต.และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้ข้อกำหนดเรื่องประสบการณ์การปฏิบัติงาน จะต้องยืดหยุ่น มีความจำเป็นต้องจัดพยาบาลใหม่ไปประจำในหน่วยงาน ER และ LR แต่ต้องอยู่เวรควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร โดยหัวหน้างานมีการนิเทศ ประเมิน ติดตาม การปฏิบัติหน้างานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการสอนฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด และจากการระบาดของโรค Covid – 19 ทำให้เกิดภาวะอัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากเปิดตึก Cohort Ward 2 ตึกและเปิดโรงพยาบาลสนาม 1 แห่ง จึงขออัตรากำลังเสริมและรับจาก รพ.สต. , วันที่ 30 ธ.ค.65 ปิดตึก cohort ward และเปิดทำการตึกผู้ป่วยในเด็กมีการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยเพื่อลดการส่งต่อ มีการเตรียมพยาบาลเพื่อดูแลเด็กแรกเกิดโดยได้ส่งไปฝึก NICU รพ.มหาราช จำนวน 3 คน และมีหัวหน้างานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบปริญญาโทด้านดูแลทารก เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
- มีการกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริม กรณีที่ภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนด และมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ในกรณีมีการลาหรือเจ้าหน้าที่ไปประชุม ได้ให้อำนาจหัวหน้างาน เรียกอัตรากำลังเสริมได้ทันทีตามความเหมาะสม เพื่อให้การทำงานมีความคล่องตัวตลอดเวลา

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ต้องมีวุฒิพยาบาลศาสตร์ พร้อมใบประกาศวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 กำหนดให้บุคลากรทางการพยาบาลต้องได้รับการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและได้รับคะแนน CNEU 50 หน่วยคะแนนภายใน 5 ปี ผลการดำเนินการปี 2561 – 2565 พบว่าพยาบาลวิชาชีพได้รับการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพครบ 100%

กลุ่มงานการพยาบาลกำหนดนโยบายหลักให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน มีพฤติกรรมบริการที่ดี ยึดมั่นในจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในปี 2564 พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลเวรป่วย – ตึก 1 ครั้ง ได้ว่ากล่าวตักเตือน จากการทำแบบสอบถามประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาล ในปี 2566 พบว่า มีการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยร้อยละ 96 มีการประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาลโดยผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 83.71 กลุ่มการพยาบาลส่งเสริมการให้ข้อมูลและพฤติกรรมบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ที่ถูกระเบียบเพื่อยกระดับขององค์กรวิชาชีพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:

มีการกำหนดการนิเทศของกลุ่มงานการพยาบาล 3 ระดับ คือ ระดับกลุ่มงานการพยาบาล ระดับหน่วยงาน และระดับทีมการพยาบาล

-ระดับกลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นิเทศ โดยทำแผนนิเทศหน่วยงานละ 1 ครั้ง/เดือน

-ระดับหน่วยงาน มีหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกวัน เพื่อให้คำปรึกษา สอนงาน หน่วยงาน และทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุก 6 เดือน รวบรวมผลการประเมิน ส่งหัวหน้าพยาบาล

-ระดับทีมการพยาบาล มีหัวหน้าเวรเป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ลงไป นิเทศวันละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน

ผลการนิเทศ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังมีจุดอ่อนในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ยังไม่ครอบคลุมทางด้านจิตวิญญาณ สังคม และมีจุดอ่อนในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลจึงนำเรื่องนี้มาเป็นจุดเน้น ปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยประเมินผู้ป่วยแรกรับตามกรอบแนวคิด 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 ได้ปรับระบบโดยนำคะแนน SOS Score มาใช้ในการประเมินอาการแรกรับและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถานการณ์โรคระบาด Covid – 19 ต้องยุบตึกและปรับเป็นตึก Cohort และปรับอัตรากำลังแบบหมุนเวียน เพื่อให้ระบบมีอัตรากำลังที่เพียงพอ ทำให้การเก็บข้อมูลคุณภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายและในปี 2566 จากการนิเทศของกลุ่มการพยาบาล

-มุ่งเน้นการนิเทศน้องใหม่ในหน่วยงาน การสอนและมอบหมายงานพี่เลี้ยง ฝึกและนิเทศงาน,ส่งเสริมการปรับสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานทำกิจกรรม 5 ส. และการทำบอร์ดให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ควบคุมกำกับโดยหัวหน้าหอและหัวหน้าพยาบาล

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

-ส่งเสริมการนำ 3P มาใช้ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรในเรื่องความปลอดภัย

-ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวน เช่น ทบทวนอุบัติการณ์ ทบทวนเวชระเบียน การปฏิบัติงานประจำวันและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธี สอนการใส่ชุด PPE การใส่ Mask ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อ Covid – 19 ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน การลดอัตราการเกิดภาวะ PPH โดยกำหนดกิจกรรมทบทวนซ้อมแผน PPH กำหนดให้หัวหน้างาน IC ทำแผนการสอนแก่เจ้าหน้าที่ใหม่และนักศึกษาฝึกงานมีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน การติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.05,0.04,0.04,0.3,0.03 ต่อพันวันนอน ในปี 2561,2562,2563,2564,2565,2566 =0 ราย อัตราการติดเชื้อ Covid – 19

* เจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ ปี 2564 1 คน ปี 2565 3 คน

* เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ปี 2565 1 คน

-อัตราการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 2.85,2.11,2.50,1.7,1.6,3.7

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

-กลุ่มการพยาบาลสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ มาพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลในหน่วยงาน ได้แก่ การนัดเด้ามนมในมารดาหลังคลอดวันแรกในกรณีมารดาน้ำนมไม่ไหล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

-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 ในห้องคลอดและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินกรณีออกกรับ case คลอด

-เครื่อง Infusion pump 12 เครื่อง ควบคุมการให้สารน้ำ

-จัดซื้อเครื่องรักษาเด็กตัวเหลืองชนิดหลอด LED (Intensive Photo) เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด จำนวน 1 เครื่อง

-เครื่อง Oxygen Hi Flow 5 เครื่องในหอผู้ป่วยเด็ก

- เครื่องส่องกล้อง Colonoscopy ของห้องผ่าตัด

● การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:

-กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้มีการประเมินเทศบาลการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ทุกคน 100%

-มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม โดยหัวหน้างาน และหัวหน้าพยาบาล

-จัดให้มีพยาบาลรุ่นพี่รับผิดชอบน้องเป็นรายบุคคล ทำหน้าที่ กำกับ ดูแล ส่งสอน ชี้แนะ การปฏิบัติงานและกำหนดไม่ให้ห้องจบใหม่แลกรวมอยู่ด้วยกัน

กำหนดให้หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงและหัวหน้าเวรเป็นผู้นิเทศ กำกับดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล

-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

- จัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาลและเครือข่ายตามแผนพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลปากพนัง

- จัดทำโครงการอบรมวิชาการให้กับกลุ่มงานและเครือข่าย รพ.สต.

- ส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการจากการไปประชุมวิชาการนอกหน่วยงานทุกครั้งที่มีการประชุมประจำเดือนกลุ่มงานการพยาบาล

- สนับสนุนบุคลากรร่วมเก็บข้อมูลโครงการวิจัยกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ให้ความร่วมมือ การสำรวจสภาพแวดล้อมด้านอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในและบริเวณหน้ารั้วโรงพยาบาล ในประเทศไทยซึ่งสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบโครงการ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ:

- กลุ่มงานการพยาบาลมีการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลปากพนัง เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการการใช้ยา สารสนเทศและเวชระเบียน สิ่งแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการ คปสอ.ปากพนัง โดยการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดทำ CPG การติดตาม นิเทศ รพ.สต.ติดตามควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

และเครือข่าย

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

- จัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล โดยเลขานุการความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลเป็นเลขานุการความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วย ให้การสนับสนุน กระตุ้น การพัฒนาคุณภาพ และติดตามประเมินผล
- ใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยงระบบเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยง ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- กำหนดให้ทุกหน่วยงานทำ Risk Profile , Risk register เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและดูแลความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

- กลุ่มงานการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังภาวะ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน ผลการปฏิบัติ ปี 2561 มี 3 ราย ปี 2562 ไม่มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ปี 2563 มี 1 ราย , ปี 2564 1 ราย , ปี 2565 0 ราย , ปี 2566 1 ราย
- ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD มีการประสานงานกับทีม Home Health Care และเครือข่ายสุขภาพใกล้บ้าน ในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านและดำเนินการดูแลผู้ป่วย Palliative Care จากการดำเนินการพบว่าการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนในปี 2561 – 2566 เท่ากับ 90 , 70.05 , 65.0 , 68.5 , 70.00 และ 98.33ตามลำดับ
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีการปรับเวลาขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรองและจุดซักประวัติ ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 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 มีกลิ่นอับ ไม่สะอาด ไม่เพียงพอ ใต้ควบคุม กำกับ ให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง ติดพัดลมเพิ่มขึ้นเพื่อระบายอากาศ ส่วนในประเด็นกิริยา มารยาทของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และการดูแลให้ความช่วยเหลือด้วยความมีน้ำใจ มีคะแนนจาก ร้อยละ 87.75 เป็นร้อยละ 88.25 ปี 2566 ร้อยละ 81.36
- 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 , ปี 2565 ร้อยละ 100 , ปี 2566 ร้อยละ 100
- การดูแลผู้ป่วยในภาวะโรคระบาด Covid – 19 เนื่องจาก ปี 2564 มีการระบาดระลอก 3 ทำให้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โรงพยาบาลปากพ่องได้ยุบผู้ป่วยตึกเด็กและหลังคลอดปรับเปลี่ยนเป็นตึก 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 ปี 2566 ปิดตึก Cohort Ward โดยใช้ห้องแยกในหอผู้ป่วยสามัญ และเปิดบริการผู้ป่วยนอกโดยแยกคลินิกผู้ป่วยทางเดินหายใจ พบผู้ติดเชื้อ เดือน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ตุลาคม - เดือนธันวาคม 2565 จำนวน 135 ราย

- การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ (OPS) อยู่ในกระบวนการขอขึ้นทะเบียน ยอดผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรม เดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2565 จำนวน 240 ราย
- พัฒนางานหอผู้ป่วยเด็กให้สามารถดูแลทารกแรกคลอดป่วย เพื่อลดการส่งต่อ ปี 2566 มีทารกที่ดูแลวิกฤต 13 ราย ส่งต่อ 5 ราย

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

- ทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึง “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วย ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยมีการติดคำประกาศสิทธิไว้ในทุกหน่วยงาน ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่จบใหม่ทุกคน และให้ผู้ปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ ตำแหน่ง ต้อนรับผู้รับบริการด้วยอัธยาศัยอันดี แนะนำให้ข้อมูลก่อนให้บริการทุกครั้ง การเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกให้การช่วยเบื้องต้นตามความเหมาะสม และข้อมูลความลับ จะได้รับการปกปิด
- กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สื่อสารให้บุคลากรกลุ่มการพยาบาล รับทราบและถือปฏิบัติ
- มีช่องทางรับความคิดเห็นจากผู้รับบริการ จากการตรวจเยี่ยมในหน่วยงาน จากผู้รับความคิดเห็นนำมาปรับปรุง
- ทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติการพยาบาลที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- ประเมินบุคลากรทางการพยาบาลด้านพฤติกรรมบริการโดยผู้รับบริการ

(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาลทุกคน ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม กาย 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 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและโรค Covid - 19 การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น
 - 6.ส่งเสริมการใช้อรรถความรู้ในการพัฒนางานบริการ เช่น การใช้เทคนิคการนวด การหายใจ เพื่อลดปวดในระยะรอคลอดของหญิงตั้งครรภ์ การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมในมารดา หลังคลอด

(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายจัดบริการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วยทุกราย โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ซึ่งมีการประเมินและ วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเข้ามามี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ส่วนร่วมรับผิดชอบ โดยเน้นผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งมีระบบในการส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพให้สถานบริการใกล้บ้าน โดยมีการประสานงานกับทีม Home Health Care เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดทำแบบฟอร์มติดตามการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการตอบกลับของข้อมูล

(4) บันทึกทางการพยาบาล:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้ทุกหน่วยบริการพยาบาล ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผลการประเมินมีดังนี้

ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล					
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	95.00	90.00	85.00	91.00	96.81
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	82.70	80.0	80.00	82.00	91.93
การวางแผนการพยาบาล	83.0	72.5	80.00	83.28	92.80
การปฏิบัติการพยาบาล	85.5	77.5	80.00	90.64	86.77
การประเมินผลการพยาบาล	85.67	72.5	90.00	93.54	84.38
การวางแผนการจำหน่าย	68.5	70.0	47.50	72.00	98.33
รวม	83.39	77.16	75.55	83.25	91.84

จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบการระบุปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม

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

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:

- กำหนดการส่งเวรด้วยการส่งความเสี่ยง หรืออาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง Specific Clinical Risk
- วางระบบป้องกันความเสี่ยงในการประเมินอาการสำคัญ Early warning signs , Pre arrest signs
- ส่งพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวแทนของหน่วยงาน เข้ารับการอบรม การใช้กระบวนการพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาล และการ Audit เวชระเบียน และเป็นตัวแทน Auditor เขต 11 จำนวน 2 คน
- ส่งเสริมการทำ One day one chart โดยใช้ C 3 THER ในการรายงาน มีการทบทวน 12 กิจกรรม เพื่อเชื่อมโยง สหวิชาชีพ
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน CPG กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบและทำความเข้าใจ โดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร
- กำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบ เพื่อนำมาทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น
- จัดทำคู่มือการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ไว้ประจำหน่วยงาน
-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาการบริหารพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- การจัดอัตรากำลังในสถานการณ์ Covid – 19 และการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปากพ่องและจำนวนผู้รับบริการในปัจจุบัน ให้ได้รับบริการตามความคาดหวัง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความสุข โดยการกำหนดประเภทผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วย หากผู้ป่วยเกินเกณฑ์ที่กำหนด หรือกรณีมีคนลา/ประชุม/อบรม สามารถเรียกพยาบาลมาเสริมได้ตามแนวปฏิบัติ

- การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล

- กำหนดให้การรับส่งเวร ให้ส่งความเสี่ยง อาการที่ต้องเฝ้าระวัง (Specific clinical Risk) ในแต่ละเวร และให้บันทึกข้อมูลลงในสมุดรับส่งเวร เพื่อส่งให้ทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทราบ

- จัดทำ CPG ในโรคสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล	3	L	-พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานด้านการบริหาร -พัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล -สนับสนุนการนำผลงานวิชาการ เช่น CQI นวัตกรรม การทำวิจัยจากงานประจำ/การใช้ความรู้เชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	L	-นิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึก การพยาบาล โดยเฉพาะประเด็น D/C Plan เพื่อ การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและต่อเนื่อง ถึงทีม Home Health Care -ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Covid – 19 เข้า ระบบ Home Isolate (HI) -ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Covid – 19 เข้า ระบบ Home Isolation (HI)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (แพทย์)	>80%					
- Discharge summary : Dx , OP		81.61	94.01	85.5	88.7	NA
- History		53.89	80.15	88.6	88.3	NA
- Physical exam		67.78	82.58	87.6	85.2	NA
- Progress note		46.67	69.62	75.3	77.4	NA
- Consultation record		100	94.54	70.1	77.1	NA
- Operative note		92.06	97.16	95.0	96.8	NA
ร้อยละการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20%	30.4	13.9	12.8	10.2	11.93
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20%	27.4	15.5	13.0	19.7	17.45
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40%	59.1	38.3	31.1	33.7	55.27
- อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤10%	4.6	2.0	9.63	0.97	9.06
ร้อยละแพทย์สรุปเวชระเบียนไม่ทัน (ภายใน 7 วัน)	≤5%	17.6	15.7	20.4	23.9	NA
ข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมขององค์กรแพทย์	0%	0	0	0	0	0
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	60 นาที	57	52	59	57	84

ii. บริบท

เป็นองค์กรแพทย์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง มีแพทย์ทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วยรักษาการผู้อำนวยการ 1 คน แพทย์ประจำ 13 คน แพทย์ใช้ทุน 5 คน มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 2 คน , สูตินรีเวช 3 คน , กุมารเวช 2 คน , ศัลยกรรม 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งให้คำปรึกษา วางแผนเกี่ยวกับการจัดการบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:

กลุ่มโรคเรื้อรัง (DM HT CKD IHD จิตเวช Asthma และ COPD)

กลุ่มโรคเฉียบพลัน (ACS และ Stroke)

กลุ่มอุบัติเหตุ (head injury, fracture, mass accident)

กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน (COVID19 TB DHF HIV Pneumonia Sepsis และ AGE)

กลุ่มแม่และเด็ก (Birth asphyxia, Preterm delivery, PPH)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

ผู้ป่วยโรคStroke

STEMI

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

DHF

PPH

Corona Virus

iii. กระบวนการ**(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์**

องค์กรแพทย์มีบทบาทหลัก 3 บทบาท คือ

- บทบาทด้านบริหาร โดยรักษาการผู้อำนวยการเป็นตัวแทนขององค์กรแพทย์ในการบริหารงานของโรงพยาบาล
- บทบาทด้านการบริการ ให้การรักษาดูแลผู้ป่วย กำหนดนโยบาย ข้อปฏิบัติของสมาชิกองค์กรแพทย์ ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน มีการหมุนเวียนให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยกันตามความเหมาะสม การจัดตารางการทำงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ 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:

โรงพยาบาลปากพ่องมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 9 คน ซึ่งจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานอย่างเท่าเทียมในทุกแผนก เช่น OPD , ER , คลินิกพิเศษต่าง ๆ โดยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้ตามความเหมาะสม ส่วนแพทย์เฉพาะทาง 9 คน รับผิดชอบดูแลคลินิกพิเศษต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อน , ผู้ป่วยหนัก , งานวิชาการตามความถนัดของตัวเอง

- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

เป้าหมายเพื่อให้แพทย์ทุกคนได้รับการศึกษาต่อเนื่อง พัฒนาความรู้ใหม่ ๆ มาพัฒนางาน ผู้อำนวยการจึงสนับสนุนให้แพทย์ทุกคนได้เข้าร่วมประชุมวิชาการอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ในเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและฟื้นฟูวิชาการใหม่ ๆ โดยทางโรงพยาบาลสนับสนุนค่าใช้จ่าย โดยหลังจากประชุมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันต่อภายในโรงพยาบาล เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติในแต่ละเรื่องให้เป็นปัจจุบัน เช่น การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก , การดูแลผู้ป่วยดลหอดเลือดหัวใจ

- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:

จัดให้มีแพทย์พี่เลี้ยง ดูแลกำกับกับการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ มีระบบการประเมินการทำงานของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยประธานองค์กรแพทย์ ส่วนใหญ่ให้นักศึกษาแพทย์คอยสังเกตการปฏิบัติงานของแพทย์พี่เลี้ยงตามจุดบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ฉุกเฉิน รวมถึงการเยี่ยมบ้าน การออกตรวจที่ รพ.สต. หากมีกรณีให้ซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยจะให้แพทย์พี่เลี้ยงได้ตรวจซ้ำ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เช่นกำกับทุกครั้ง และไม่อนุญาตให้ทำหัตถการกับผู้ป่วยโดยลำพัง

ส่วนแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำนั้น ทางโรงพยาบาลปากพนังไม่มี เนื่องจากมีอัตรากำลังแพทย์ประจำของโรงพยาบาลเพียงพอที่จะจัดเวรได้

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

มีการนำข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมของแพทย์มาทบทวน โดยมีผู้อำนวยการเป็นประธาน โดยในปีที่ผ่านมาไม่มีข้อร้องเรียนของแพทย์ด้านจริยธรรม

- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ก่อนหน้านี้โรงพยาบาลปากพนังประสบปัญหาขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา เนื่องจากแพทย์โยกย้ายบ่อย แต่ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา มีแพทย์เฉพาะทางมาปฏิบัติงาน และเป็นแกนหลักในการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาราช 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 ได้มีการทบทวนเวชระเบียนที่พยาบาลเวรดีกตรวจแทนแพทย์ในรายการไม่ซับซ้อน (ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า) ยังไม่พบปัญหาและเป็นการเพิ่มโอกาสพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของทีมพยาบาลเวรดีกในการดูแลผู้ป่วยในเคสกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

มีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทางโทรศัพท์และ application line , ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลปากพนังและแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราช เช่น ผล EKG , CT ผ่านทาง application line , ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาราช โดยใช้ Program Thai refer ซึ่งสามารถส่งต่อข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยได้ 3 เดือน โดยอัตโนมัติ และในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหัก มี group line ortho service plan เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รพ มหาราช ซึ่งช่วยให้ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้มากและการเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ในการรักษา มีการประสานงานผู้ป่วยส่งต่อไปยัง รพ. มหาราชผ่าน group line เพื่อประสานงานทั้งด้านการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วย STEMI และการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเช่นทำบัตรล่วงหน้า รวมถึงส่งต่อผล lab ซึ่งผลอาจออกหลังจากผู้ป่วยเดินทางออกจาก ร.พ. แล้ว

- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ผลลัพธ์ ของการชี้แจงพบว่า หน่วยงานสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน บทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ แพทย์จบใหม่มาปฏิบัติงานครั้งแรกจะได้รับการปฐมนิเทศจากแพทย์รุ่นพี่ก่อนการปฏิบัติงานและในระหว่างการปฏิบัติงานสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และแพทย์เฉพาะทางได้ตลอดเวลา

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

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

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- มีตัวแทนแพทย์ร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมคร่อมสายงานของโรงพยาบาล ได้นำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มาร่วมแก้ปัญหาในการประชุมองค์กรแพทย์(ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
- ส่งเสริมให้แพทย์เข้าร่วมทบทุนการดูแลรักษา มีตัวแทนองค์กรแพทย์ร่วมในทีม PCT round และนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้ตัวชี้วัดการดูแลกลุ่มโรคต่างๆดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น stroke fast track 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 อากาศสำคัญของโรคผ่านสื่อ, แผ่นพับ, อสม., รพ.สต. พัฒนาเครือข่าย EMS ประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว ได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว (Stroke 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.ปากพ่องได้ในผู้ป่วยกลุ่ม 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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- พัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วย fracture และลดการส่งต่อไปยัง รพ มหาราช
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute respiratory failure โดยใช้เครื่อง high flow nasal canular
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด
- พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมและ One Day Surgery

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
40. องค์กรแพทย์	3.0	I	-ขอตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 5 สาขาหลัก คือ ออโรปิดิกส์ และอีก 2 สาขาที่จำเป็นคือเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนและวิสัญญีแพทย์ -เปิด ICU เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ -พัฒนาการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญลงสู่เครือข่ายบริการ รพ.สต.และชุมชน -เปิดบริการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ - One Day Surgery

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ต.ค.-ธ.ค. 65
1. อัตราของเครื่องมือที่สอบเทียบแล้วผ่านเกณฑ์	100	100	100	100	100	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
2. จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนอพยพอัคคีภัย	1	1	1	1	1	ระหว่าง ดำเนินการ
3. อัตราของเครื่องมือความเสี่ยงสูงถูกซ่อมแซมให้พร้อมใช้งาน (ภายใน 1 เดือน)	100%	100	100	100	100	100
4. ระยะเวลาที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองสามารถทำงานได้ในกรณีที่ไฟฟ้ากระแสหลักดับ	ภายใน 12 วินาที	5	4	12	12	12
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 (มีการจ้างเหมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมารับขยะทั่วไป ขยะอันตรายไปกำจัดที่ได้มาตรฐาน ขยะติดเชื้อให้บริษัทเอกชนดำเนินการเก็บ ขน กำจัด)	100	100	100	100	100	100
8. อัตราการบำบัดน้ำเสียอย่างได้มาตรฐาน ก่อนปล่อยออกสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐาน 14 พารามิเตอร์ (2ครั้ง/ปี)	100	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน	ระหว่าง ดำเนินการ
9. ตรวจสอบคุณภาพน้ำใช้	ผ่าน เกณฑ์ทุก ตัว	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน	ระหว่าง ดำเนินการ
10. ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม	ผ่าน เกณฑ์ทุก ตัว	ผ่าน	NA	NA	ผ่าน	ระหว่าง ดำเนินการ
11. ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่าน เกณฑ์ดี มาก plus	ระดับ พื้นฐาน	ระดับ ดี	ระดับดี	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก
12. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน EMS	ผ่าน เกณฑ์	NA	NA	NA	NA	ระหว่าง ดำเนินการ
13. โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพระบบ HS4	ระดับ คุณภาพ	NA	NA	ระดับ พื้นฐาน	ระดับ พื้นฐาน	ระหว่าง ดำเนินการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ในรูปของคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกสาขาวิชาชีพ ผู้อำนวยการเป็นประธาน โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานการจัดการทั่วไปเป็นเลขานุการ โรงพยาบาลตั้งอยู่บนพื้นที่ที่เป็นดินอ่อนยุบตัวง่าย อาคารของโรงพยาบาลแบ่งเป็นสองส่วน ส่วนผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยใน และส่วนอาคารสนับสนุนต่าง ๆ และอาคารส่วนของบ้านพักเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีระบบบำบัดน้ำเสียเพียงพอสำหรับการรองรับปริมาณน้ำเสีย

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
4.โปรแกรม LIS (laboratory information system)	1	สารสนเทศ+lab
5.โปรแกรม thai refer	1	สารสนเทศ
6.เครื่องแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิทัล	2	งานรังสี
7.ระบบ PACS (ระบบกระจายและเก็บภาพเอกซเรย์)	1	งานรังสี
8.ระบบบริหารจัดการคิวดิจิทัล (Smart Queue)	1	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
8.เครื่อง defibrillator	6 เครื่อง	ER2/ช.1/ญ.1/ต.1/LR1
9.เครื่อง EKG	10 เครื่อง	ER1/ช.1/ญ.2/ต.1/OPD4/PCU1
10. Central monitor	1ชุด/4เครื่อง	ช.
11.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ :NIBP	27 เครื่อง	ER6/ช.7/ญ.5/ต.3/LR3/OR3
12.เครื่อง Infusion pump	35 เครื่อง	ER6 /ช.10/ญ.8/ต.6/LR5
13.เครื่องวัดการบีบตัวของมดลูก	3 เครื่อง	LR3
14.เครื่องดมยาสลบ	2 เครื่อง	OR2
15.เครื่อง Ultrasound : วินิจฉัย	6 เครื่อง	ER1 /LR4/OPD1
16.เครื่อง Ultrasound : รักษา	3 เครื่อง	กายภาพ
17.เครื่องอบความร้อนด้วยคลื่นสั้น	2 เครื่อง	กายภาพ
18 เครื่องรักษาเลเซอร์	1 เครื่อง	กายภาพ
19.เครื่องนั่งฆ่าเชื้อจุลินทรีย์	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
20.เครื่องอบแก๊ส	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
21.ยูนิตทำพินระบบไฟฟ้า	6 ยูนิต	ทันตกรรม
22.เครื่องสเปร์ยหัวกรอ	1 เครื่อง	ทันตกรรม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

23.ชุดเซ็ทผึ่งรากฟันเทียม	1 ชุด	ทันตกรรม
24.ด้ามกรอพื้นแบบเร็วชนิดป้องกันการดูดกลับของน้ำ	12 ด้าม	ทันตกรรม
25.เครื่องฉายแสงสำหรับอุดฟัน	4 เครื่อง	ทันตกรรม
26.เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย	1 เครื่อง	OPD (ห้องตรวจสุขภาพ)
27.เครื่องวัดความดันชนิดสอดแขน	3 เครื่อง	OPD
28.เครื่องสำรองไฟ ขนาด 300 กิโลวัตต์	1 เครื่อง	งานซ่อมบำรุง
29.เครื่องสำรองไฟ ขนาด 500 กิโลวัตต์	1 เครื่อง	งานซ่อมบำรุง
30.ถังออกซิเจนเหลวขนาด 4230 ลิตร	1 ชุด	งานซ่อมบำรุง
31.เครื่องซักผ้า	3 เครื่อง	งานซักฟอก
32. ลิฟท์โดยสาร	4 ตัว	อาคารผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยใน
33.เครื่องผลิตออกซิเจน (ห้องผ่าตัด)	1 เครื่อง	ห้องผ่าตัด
34.ระบบประปา	2 ระบบ	งานซ่อมบำรุง

iii. กระบวนการ**II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ**

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- อาคารและสิ่งก่อสร้างใช้แบบแปลนของกระทรวงสาธารณสุข
- มีระบบบำรุงรักษาลิฟท์ ให้สามารถใช้งานได้ 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 เมื่อมีนาคม 2565
- ห้องคลอด ผ่าตัด ห้องแลป และX-ray ย้ายไปอาคารผู้ป่วยนอก-อุบัติเหตุ 5 ชั้น
- ทางเชื่อมระหว่างอาคารผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน มีหลังคา เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในหน้าฝน จึงได้ปรับปรุงหลังคาทางเชื่อม
- โรงครัว มีการระบายอากาศไม่ดี ได้ปรับปรุงโดยการติดตั้งลูกหมุนระบายอากาศและพัดลม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- ติดตั้งรั้วรอบหม้อแปลงไฟฟ้าเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร และป้องกันไม่ให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณอันตราย
- ปรับปรุงซ่อมฝาครอบสายน้ำรอบอาคารคลังยา อาคารผู้ป่วยในหลังเก่า
- เปลี่ยนปั๊มเติมอากาศ ปั๊มน้ำ บ่อน้ำบาดน้ำเสีย

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- การระบายอากาศ
 - อาคารผู้ป่วยในมีห้องแยกโรคความดันลบ จำนวน 1 ห้อง
 - อาคารผู้ป่วยในมีห้องแยกโรค ชั้นละ 1 ห้อง
 - อาคารผู้ป่วยนอก มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรกระบบทางเดินหายใจ มีคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ สำหรับให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็น One Stop Service
 - ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีห้องแยกโรคความดันลบ จำนวน 1 ห้อง
 - งานทันตกรรม: คัดกรองคนไข้ที่สงสัยว่าเป็นวันโรค ตรวจคัดกรองโควิด -19 ก่อนเข้าทำหัตถการ
 - งานทันตกรรม เพิ่มเครื่องดูดอากาศ 2 ตัว เครื่องฟอกอากาศ 2 ตัว
 - งานกายภาพ เพิ่มเครื่องฟอกอากาศ 2 ตัว
 - งานแพทย์แผนไทย เพิ่มเครื่องฟอกอากาศ 2 ตัว

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
กรกฎาคม 2562	การจัดการระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดย สบส.	30 คน
กรกฎาคม 2562	มาตรฐาน Green & Clean Hospital โดย สสจ	20 คน
มิถุนายน 2563	อบรมกิจกรรม ล้างมือในองค์กร	180 คน
13 มกราคม 2566	อบรมการจัดการขยะ การแยกขยะ	125 คน
19-20 มกราคม 2566	อบรมเชิงปฏิบัติการกิจกรรม 5ส ในโรงพยาบาล	190 คน

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

- การจัดการขยะอันตราย เช่น หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย ปรอท มีระบบการจัดเก็บและการกำจัด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการเบิกแบบคืนซากที่งานพัสดุ และมีการจัดเก็บในบ่อ secure
- ปี 2564- 2565 ยังเกิดอุบัติเหตุ คัดแยกขยะของเสียอันตรายปนอยู่ในขยะทั่วไป คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้จัดประชุมทบทวนการแยกขยะ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ให้กับเจ้าหน้าที่ ปี 2566 มีการระบบการคืนซาก ในการเบิกวัสดุ กำหนดจุดทิ้งขยะอันตรายที่โรงพักขยะ ไม่เกิดอุบัติเหตุ ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน**(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ**

- มีคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอมีหน้าที่ บัญชาการ สั่งการ กำหนดนโยบาย ประสานงาน และถ่ายทอดข้อมูล กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ แบ่งกรรมการเป็นชุดรับผิดชอบตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ฝ่ายอำนวยความสะดวก ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายยุทธศาสตร์ มีแผนอุบัติเหตุหมู่ ภัยจากพายุปากบ่อก อุกทภัย ไฟไหม้ ลิฟต์ค้าง อุบัติเหตุทางน้ำ และอุบัติเหตุทางทะเล การจัดการโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแผนรองรับ หน่วยประเมินสถานการณ์ กลุ่มภารกิจปฏิบัติด้านการรักษา ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรค กลุ่มสนับสนุนภารกิจกำลังบำรุง กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละทีม มีแผน 3 ระยะ แผนเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ แผนเผชิญเหตุ แผนฟื้นฟูสภาพ มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่การปฏิบัติจริง การซ้อมแผนล่าสุดคือการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยโควิด-19 พบโอกาสพัฒนา เรื่องการจัดสรรอัตรากำลังเสริมรองรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีจำนวนมาก /การประสานงานระหว่าง รพ.สต.พื้นที่กับทีมงานโรงพยาบาล การจัดการบริการรถรับส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ยังไม่ชำนาญเรื่อง การใส่และถอดชุด PPE

คณะกรรมการ EOC ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมพร้อมเรื่องบุคลากร เครื่องมือ ระบบบริหารจัดการทำแนวทางปฏิบัติรองรับผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายเพื่อส่งต่อได้อย่างเหมาะสม และมีการฝึกอบรมการถอด-สวมชุดป้องกันPPE และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยทีม IC ของโรงพยาบาลปากพ่อง

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

- ร่วมประชุมซ้อมแผนฉุกเฉินในกรณีที่เกิดภาวะโรคระบาด และแนวทางปฏิบัติการรองรับกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น

(3) การฝึกซ้อมแผน

- แผนสำหรับวาระภัย และอุทกภัย หลังจากมีการรายงานสถานการณ์พายุปากบ่อก 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 ช่วงเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ เมษายน 2563 –ปัจจุบัน
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่
- แผนอัคคีภัย กรกฎาคม 2562 และมีการซ้อมแผนอัคคีภัยบนโต๊ะทุกปี ตั้งแต่ปี 2563- 2565 (เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด -19)
- แผนอัคคีภัย ปี 2566 มีแผนจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ มิถุนายน 2566
- ซ้อมแผนคนติดลิฟท์ และมีการซ้อมแผนคนติดลิฟท์ บนโต๊ะทุกปี ตั้งแต่ปี 2563- 2565 (เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด -19)
- แผนคนติดลิฟท์ ปี 2566 ฝึกซ้อมแผนคนติดลิฟท์ กุมภาพันธ์ 2566

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล ที่ครอบคลุม การตรวจสอบจุดเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิด อัคคีภัย การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อก่อเกิดอัคคีภัย การดับเพลิง การจัดลำดับความสำคัญ การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คน สิ่งของ ออกจากอาคาร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่
- ซ้อมแผนอัคคีภัยบนโต๊ะ การซ้อมแผนอัคคีภัยบนโต๊ะทุกปี ตั้งแต่ปี 2563- 2565 (เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด -19)
- แผนงาน เดือนมิถุนายน 2566 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการซ้อมอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริง โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์ดับเพลิงเทศบาลเมืองปากพอง มาอบรมเรื่องการดับเพลิง เบื้องต้น ฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และฝึกการใช้ถังดับเพลิง บุคลากรในโรงพยาบาลและสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพอัคคีภัย เพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

- มีคณะกรรมการ ENV กำหนด นโยบาย การประเมินผลและถ่ายทอดแผนป้องกันอัคคีภัยให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งองค์กร ในการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ และประชุมหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เพื่อติดตาม และมีแผนซ้อมอัคคีภัยการซ้อมแผนอัคคีภัยบนโต๊ะทุกปี ตั้งแต่ปี 2563- 2565 (เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด -19)

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงโดยที่รักษาความปลอดภัย เป็นประจำทุกเดือน
- มีการตรวจสอบอุปกรณ์แจ้งเตือนเหตุฉุกเฉิน เป็นประจำทุกเดือน
- ทดสอบระบบ alarm (smoke detector) เป็นประจำทุกปี
- ระบบไฟฉุกเฉิน ทดสอบระบบทุกเดือน
- ตรวจสอบป้ายบอกทางหนีไฟมีสภาพพร้อมใช้งาน
- มีระบบ ENV Round โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยทุก 3 เดือน
- กำหนดจุดรวมพลหน้าอาคารผู้ป่วยนอก-อุบัติเหตุ และจุดรวมพลอาคารอเนกประสงค์

II-3.2 ก. เครื่องมือ(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดการ

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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เพียงพอ

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

- มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์โดย user และโดยช่างเครื่องมือแพทย์ มีการสอบเทียบเครื่องมือโดยบริษัทเอกชน เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงระดับสูง ได้รับการสอบเทียบ 100 %

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

- การสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ดำเนินการโดยบริษัทเอกชนสามารถดำเนินการสอบเทียบให้ได้ทุกรายการ
- 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:
 - ในระบบปกติไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าเครื่องที่ 1 จะส่งผ่านเข้าระบบ ATS หลังไฟฟ้ามดับ ไม่เกิน 6 วินาที และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าเครื่องที่ 2 จะทำงานหลังไฟดับ ที่ ไม่เกิน 12 วินาที จากเหตุการณ์ไฟฟ้ามดับปี 2562-2566 ที่ผ่านมา พบว่าเครื่องกำเนิดไฟฟ้าทั้งสองเครื่อง ทำงานเป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ ไม่เกิน 12 วินาที
 - ความครอบคลุม และระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง : มีแผนรองรับเมื่อไฟฟ้ามดับ 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 สังเกตตรวจน้ำประปาหลังจากนำมาใช้ผลิตน้ำดื่มทุกเดือน กรณีฉุกเฉิน น้ำประปาไม่ไหลมีระบบการสำรองน้ำที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 1,000 ลิตร ตึกผู้ป่วยนอก 15000 ลิตร มีแผนปรับปรุงระบบสำรองน้ำบริเวณฝั่งบ้านพัก จำนวน 20000 ลิตร

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- มีพื้นที่บริเวณบ้านพักโรงพยาบาลสำหรับการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่ออกกำลังกาย ได้แก่ สนาม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

วอลเลย์บอล สนามบาสเก็ตบอล สนามเปตอง ทางวิ่งรอบสระน้ำ พบว่าบุคลากรใช้บริการเป็นอย่างดีในช่วงหลังเลิกงาน 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:

- ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลปากพ่องใช้ระบบถังบำบัดแบบเติมออกซิเจน
- 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 ปี 2566 อยู่ระหว่างดำเนินการ

(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 และการกำจัดขยะเบื้องต้นจากการสัมผัสสารเคมีแต่ละชนิด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

จัดทำบัญชียะอันตราย

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

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

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล Green&Clean Hospital ระดับดีมาก

v. แผนการพัฒนา

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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน)	2:1000	0.04	0.04	0.04	0	0.05
2. อัตราการเกิด CaUTI (:1000 cath day)	20	0	0	0	0	0
3. อัตราการเกิด Phlebitis (:1000 iv. day)	0	0	0	0	0	1
4. อัตราการเกิดติดเชื้อแผลฝีเย็บ	0 %	0	0	0	0	0
5. อัตราการเกิดติดเชื้อที่ตาทารก	0 %	0	0	0.3	0	0
6. อัตราการเกิดติดเชื้อที่สะดือทารก	0 %	0	0.2	0	0	0
7. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	0 %	0	0	0	0	0
8. อัตราการเกิด HAP	0:1000	0.04	0	0	0	0
9. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	80%	50	75	75	100	75
10. ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	100%	100	94.24	100	100	100
11. การตรวจพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และผู้สัมผัสอาหาร	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
12. จำนวนอุบัติการณ์บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	4	0	3	1	2
13. อัตราการได้รับการดูแลตามแนวทางเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคม	100	100	100	100	100	100
14. การล้างมือ 7 ขั้นตอน	80%	86.7	88.7	86	90.2	94.4
15. บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโควิด-19	≤ 30%	NA	NA	2.1 % (5 คน)	24.05 % (57 คน)	8% (20คน)

ii. บริบท

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด M2 120 เตียง ให้บริการจริง 105 เตียง ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย ในปี 2562-2566 จำนวน 458, 414 ,503 , 458, 676 ราย/วัน ตามลำดับ โรคติดเชื้อที่อยู่ใน Top 5 OPD ได้แก่ URI ผู้ป่วยในเฉลี่ย ในปี 2562 จำนวน 73 ราย/วัน และ ในปี 2563-2566 โรคติดเชื้อไม่อยู่ใน Top 5 ,3 ปีติดต่อกัน OPD โรคติดเชื้อที่อยู่ใน Top5 IPD ได้แก่ Gastroentroritis และ Pneumonia

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: บริการในโรงพยาบาลปากพ่องที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง , excision , ทำหมันหญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด การทำคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดา ส่วนทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสะดือ การทำหัตถการต่างๆ เช่น การคาสายสวนปัสสาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ การคาสายสวนหลอดดำเลือดส่วนปลายเสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis การผ่าตัดฟันคุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการผ่าตัด การฉีดวัคซีนใน well baby clinic เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการฉีดวัคซีน การเย็บแผลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลเย็บ กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วย Bed ridden ARV Clinic ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน เสี่ยงต่อการเกิด HAP กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในส่วนบุคลากรผู้ให้บริการเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม , การติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

การติดเชื้อสำคัญ: จากการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่เกินเกณฑ์ (2: 1000 วันนอน) ในปี 2562 พบ HAP จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.04: 1000 วันนอน ในปี 2563 พบ ติดเชื้อที่สะอาดทารก จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.02 : 1000 วันนอน ในปี 2564 พบ ติดเชื้อที่สะอาดทารก จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.03 : 1000 วันนอน

ในปี 2565 ไม่พบการติดเชื้อ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และในปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65) พบการติดเชื้อ Phlebitis จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.05 : 1000 วันนอน

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น: โรงพยาบาลปากพนังรับผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นๆมาดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม airborne ที่รับมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อการตรวจรักษา ผู้ป่วย sepsis / ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา กลับจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมาให้ยา antibiotic ต่อ

การติดเชื้อดื้อยา: เดิมเมื่อพบเชื้อดื้อยา มีการรายงาน ICN และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที พบว่าบางครั้งมีการรายงานแต่ไม่ได้รับรายงานทันที ในปี 2561 ได้พัฒนาการดำเนินงานและการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยา มาเป็นการบันทึกข้อมูลออนไลน์ และใช้ line notify ในการช่วยเตือนให้ ICN รับทราบทันทีที่รายงาน อีกทั้งยังทำให้ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อนเพราะข้อมูลจะถูกเก็บไว้ใน google sheet สามารถนำไปใช้ประมวลผลได้ ซึ่งพบว่าในปี 2562-2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 78,120,55,30,15 ครั้ง ตามลำดับ มีการรายงานให้ ICN และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทันทีร้อยละ 100 พบมากในอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ 61.2, 87.2, 56.6, 66.6ตามลำดับ specimen ที่พบส่วนใหญ่เป็นปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 78 ,69.1 ,42.9 , พบเพศชายร้อยละ 56.4 , 54.5, 50,86.6 เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็น E. coli ร้อยละ 71.79, 84 , 53.34,66.6 ตามลำดับ

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: มี ICN 1 คน รับงานมา 2 ปี 7 เดือน ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแผนส่งอบรม 4 เดือน ในปี 2566 มี ICWN 7 คน ผ่านการอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ 1 คน อีก 5 คน มีแผนส่งอบรม 2 สัปดาห์ ปีละ 2 คน และสนับสนุน ให้ ICN และ ICWN ได้รับการอบรม หน่วยงานภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง/คน

iii. กระบวนการ

II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

- งาน IC ดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC.) มีกุมารแพทย์เป็นประธาน มีสหวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเป็นกรรมการ และมีหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่ในการออกแบบระบบ กำหนดนโยบาย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและชุมชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะในกิจกรรมสำคัญเช่น 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 จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุ COPD ให้ออกซิเจน ฟันยาเป็นระยะ นอนรพ. 6 วัน จากนั้นมี Pneumonia จากการทบทวนได้ปรับเปลี่ยนการดูแลชุดกระป๋องน้ำให้ออกซิเจนจากการทำความสะอาดอย่างเดียว เป็นการทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊สก่อนการนำไปใช้ซ้ำ และด้วยชุดกระป๋องน้ำ มีน้อยและราคาสูงหากใช้การอบแก๊ส

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ต้องซื้อชุดป้องกันน้ำเพิ่มประมาณ 3 เท่าตัวซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงและกระบวนการอบแก๊สต้องใช้เวลาประมาณ 3 วันจึงจะนำมาใช้ได้ จึงมีแผนขอปรับเปลี่ยนใช้กระป๋องน้ำแบบ sterile และ single use และในปี 2563 และปี 2564 ดำเนินการทบทวน เพื่อออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ครอบคลุม ใน กลุ่มโรค ปอดอักเสบ 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.ติดตาม 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 การติดเชื้อในหน่วยงานเดียวกันในเวลาที่เปลี่ยนไป และเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในระหว่างโรงพยาบาลได้ จัดทำโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาคู่มือแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค
- นำ SIMPLE Patient safety goal 2P safety 2021 มาจัดทำแนวทางปฏิบัติ การคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้ CAUTI Care bundle และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของ COVID-19 ในโรงพยาบาล
- การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย นำPVC Care bundle มาใช้
- การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใช้เอกสารการประชุม IC update มาใช้
- จัดทำระเบียบปฏิบัติต่างๆ โดยใช้เอกสารทางวิชาการอ้างอิงที่มีอายุไม่เกิน 5 ปี เช่น หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หลักและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ(ฉบับปรับปรุง)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(5)(6) การประสานงาน IPC ทัวทั้งองค์กร 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 และในปี 2564-2566 เพิ่มตัวชี้วัดด้าน บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่เป้าหมาย เพื่อเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

- การสนับสนุนบุคลากร ICN , ICWN ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม อบรมด้าน IC นอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อคนต่อปี มีแผนให้ ICN อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน ICWN อบรม หลักสูตร 2 สัปดาห์ ใจครบทุกคน
- การสนับสนุนสิ่งของในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในปี 2561 ใช้จ่ายกลางเครื่องหนึ่งไอน้ำชำระดูบอย อายุการใช้งานเกิน 10 ปีได้รับเครื่องหนึ่งไอน้ำขนาด 700 ลิตรจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง เครื่องอุ่นเชื้อติดๆต๊บบๆ อายุงานเกิน 10 ปี ได้รับเครื่องอุ่นเชื้อจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง การซึลของซึลเดิมใช้แบบ manual เครื่องชำระดูบอยได้รับเครื่องซึลของจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง ปี 2562 งานซักฟอกได้รับผลกระทบจากพายุป่าปึกหลังคาปลิวบางส่วนได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงหลังคาและโครงสร้างให้เป็นระบบ one way ปรับปรุงระบบไฟฟ้าระบบน้ำในระบบซักฟอก อีกทั้งยังได้รับการอนุมัติให้ปรับปรุงเรือนพักขยะซึ่งเดิมมี 2 ห้องคือขยะทั่วไป และขยะติดเชื้อ ให้เพิ่มห้องขยะอันตรายมาอีก 1 ห้อง
- การสนับสนุนระบบสารสนเทศ ในปี 2562 งานจ่ายกลางเครื่องยิงฉลากวันผลิตวันหมดอายุชำระดูบอย ได้รับการอนุมัติให้ใช้โปรแกรมฉลากหน้าชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อซึ่งมีรายการเครื่องมือในหอบรรจุ วันผลิตวันหมดอายุ ผู้ห่อผู้หนึ่ง autoclave tape รวมกันในแผนเดียว ลดความยุ่งยากในการทำงานและลดอุบัติการณ์การระบุนวันหมดอายุผิดพลาด งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้เพิ่มความรวดเร็วและลดขั้นตอนของการรายงานข้อมูลเชื้อดื้อยาแก่ ICN โดยพัฒนาระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาโดยใช้ line notify อีกทั้งพัฒนาการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อของหน่วยงานต่างๆในระบบ intranet ของโรงพยาบาล
- การสนับสนุนระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอปากพนัง โดยสนับสนุนให้มีรถออกเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 21 หน่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง/หน่วยบริการ
- การสนับสนุนระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้ได้มาตรฐาน งานจ่ายกลางจึงเป็น central supply เพื่อบริการชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อแก่หน่วยบริการทั่วทั้งอำเภอปากพนัง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- การปฐมพยาบาลเจ้าหน้าที่ใหม่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหนึ่งในหัวข้อในการใช้ปฐมพยาบาล
- มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ปี 2560-2562 อบรมในห้องประชุม ปี 2563 plan ใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบ เริ่มเรื่องแรกคือการล้างมือ ได้จัดทำคัลการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment สื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทางไลน์กลุ่มและยูทูป จากนั้นประเมินผลโดยการให้เจ้าหน้าที่ส่ง คลิปล้างมือของตนเองส่ง พบว่าร้อยละ 91.11 ล้างได้ครบ 7 ขั้นตอนและล้างถูกต้อง ยังพบการล้างไม่ถูกต้องคือการไม่ถอดแหวน และการปิดก๊อกน้ำด้วยมือสะอาด ได้ชี้แจงเป็นรายบุคคลและล้างซ้ำได้ถูกต้อง และในปี 2564-2566 จากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคลากร ตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือ 7 ขั้นตอนทำให้อัตราการล้างมือเพิ่มขึ้น เป็น 90.2% และ 94.2% ตามลำดับ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการล้างมือ และเน้นในกลุ่ม contact precaution มือเท้าปาก เชื้อดื้อยา ฯลฯ และติดโปสเตอร์ที่จุดล้างมือทุกจุด
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใส่ mask เน้นในกลุ่ม droplet / airborne precaution เช่น TB และติดป้ายวิธีการใส่ mask ในห้องแยกและลีด droplet
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน งานเภสัชกรรมและงาน NCD ได้จัดทำกระป๋องยาไว้ให้ผู้ป่วยใส่เข็มฉีดยา หรือแนะนำให้ผู้ป่วยหากขณะเองเป็นกระป๋องพลาสติกหนาที่เข็มไม่สามารถแทงทะลุได้ เมื่อใกล้เต็มคือ 3 ใน 4 ส่วนให้นำมาทิ้งที่โรงพยาบาลในวันนัด เพื่อไม่เป็นอันตรายกับคนในครอบครัวและชุมชน

(9)(10) 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 เวนระเบียนผู้ป่วยใน ดู ICD10 โรคแทรกซ้อน ในกลุ่มโรคที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น 2 ไตรมาสแรกของปี 2562 ค้นหาผู้ป่วย Pneumonia พบว่าจำนวนผู้ป่วย Pneumonia เท่ากับ 61 ราย ได้นำเวชระเบียนมาทบทวน พบติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP เท่ากับ 1 ราย จึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ให้มีการเฝ้าระวัง HAP ทุกราย วันนอนทั้งปีรวม 26,444 วัน คิดอัตราการติดเชื้อ HAP ปี 2562 เป็น 0.04 :1000 วันนอน ในปี 2563-2566 ไม่พบ การติดเชื้อ HAP จากการเฝ้าระวัง

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

- การรายงานผลการเฝ้าระวัง กำหนดให้รายงานภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน เพื่อการทบทวนและปรับปรุงระบบงาน ไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ
- การคัดกรองผู้ป่วย airborne ผิดพลาด ในปี 2562 พบ 8 ครั้งเกิดจากการย้ายอาคารผู้ป่วยออกไปใช้อาคารใหม่ ไม่มีป้ายแจ้งอาคารที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ และพบว่าเป็นเวลาก่อน 07.00 น. ซึ่งเป็นรอยต่อของการคัดกรอง ได้ปรับเปลี่ยนโดยให้เวรเปลเป็นผู้คัดกรองโดยมีการ training การคัดกรองให้ ปี 2563 พบ 1 ครั้ง 2564-2566 ไม่พบ การคัดกรองผู้ป่วย airborne ผิดพลาด

4(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

- จากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 รอบ 3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลปากพ่อง เดินหน้ารับมือ โควิด-19 ยกระดับมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ทุกคน
- กำหนดแนวทางการปฏิบัติคัดกรองผู้ป่วยและจัดทำลิ้นกระบบทางเดินหายใจ เพื่อการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และแยกผู้ป่วยเสี่ยงออกจากผู้ป่วยทั่วไป
- ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ สร้างองค์ความรู้ เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยและ N95 ใส่ชุด PPE ป้องกันการติดเชื้อ รักษาระยะห่าง สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ออกกำลังกาย เป็นต้น
- ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แนวทางการปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน
- มีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ (SCOT : Special Covid-19 Operation Team) เพื่อออกรับ และดูแลผู้ป่วย
- ออกหน่วยบริการร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเสี่ยงสูงติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตามชุมชนต่างๆที่มีการระบาด คัดแยกผู้ป่วยเสี่ยงสูงเพื่อควบคุมการระบาดของโรค
- 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 2562-2566 ร้อยละ 86.7 , 88.7 , 86 , 90.2 และ 94.4 ตามลำดับ ในปี 2562 ได้เพิ่มการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยใช้รูปผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นสื่อประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการล้างมือ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- Isolation precautions :มีระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้ Standard precautions ควบคู่กับ Isolation precautions โดยคำนึงถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อ ทั้ง Airborne Droplet Contact มีบัตร AP DP CP เพื่อใช้สื่อสารระหว่างวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองผู้ป่วย กำหนดโซนหรือตรวจในแต่ละกลุ่ม หากเป็นกลุ่ม Airborne ให้บริการที่จุด one stop service กลุ่ม Airborne ที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจัดให้นอนห้องแยกหอผู้ป่วยหญิงและห้องแยกหอผู้ป่วยชาย ในหอผู้ป่วยมีการจัดแยกโซนให้กลุ่ม DP และ CP แยกของใช้ ส่วนเครื่องผ้าใช้แล้วแยกใส่ถุงแดง มีการทำความสะอาดประจำวัน โซนดังกล่าวหลังสุด ได้มีการเก็บข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม Airborne ผิดพลาด ปี 2562 พบ 8 ครั้ง เหตุเกิดช่วง 07.00- 08.00 น. ไม่ผ่านการคัดกรองแก้ไขโดยให้เวรเปลคัดกรองและ training ให้ ปี 2563 พบ 1 ครั้ง 2564-2566 ไม่พบการคัดกรองผู้ป่วย airborne ผิดพลาด
- Standard precaution อื่นๆ:
- การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและการสัมผัสสารคัดหลั่ง ปี 2562-2566 พบ 4 ราย 0 ราย 3 ราย 1 ราย และ 2 รายตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคืน เย็บแผลในโพรงลึก ฉีดยาในที่แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเบื่อน ได้ทบทวนและหามาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ
- การจัดการขยะ : มีระเบียบปฏิบัติการจัดการขยะ และได้พัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอบางกอกน้อย ได้รวบรวมขยะติดเชื้อจากบ้านเรือนมาสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ จากนั้นทางโรงพยาบาลออกเก็บ ขนย้ายมาสู่เรือนพักขยะของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะขนย้ายขยะขึ้น-ลงจากรถ ส่วนขยะติดเชื้อจากคลินิกเอกชนทางคลินิกนำถุงแดงใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิดและล็อกได้นำมาส่งที่เรือนพักขยะติดเชื้อ มีการชั่งน้ำหนักขยะจากทุกหน่วยบริการ จากนั้นบริษัทไฟคอลอีเนอร์จี จำกัด มารับไปกำจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งทุกวันอังคารและวันศุกร์
- การจัดการผ้าเบื่อน: มีการคัดแยกผ้าเบื่อนจากหน่วยงาน เป็นผ้าเบื่อนมาก/ติดเชื้อ ผ้าเบื่อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาซักในเครื่องซักผ้าสำหรับซักผ้าติดเชื้อ ผ้าเบื่อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ ปี 2561 งานซักฟอกได้รับเครื่องซักผ้า 200 ปอนด์ จากงบค่าเสื่อม เมื่อนำมาติดตั้งทำให้ไฟไม่พอ เครื่องทำงานพร้อมเครื่องอื่นๆไม่ได้ อีกทั้งสายไฟไม่เป็นระเบียบและอายุการใช้งานสายไฟรวม 20 กว่าปี ได้ปรับปรุงระบบไฟฟ้าในอาคารซักฟอกเพื่อให้สามารถใช้งานเครื่องพร้อมๆกันได้ และยังเป็นการบำรุงรักษาเครื่องไปด้วย
- การจัดการผ้าเบื่อน:เดิมการ Flow ในหน่วยซักฟอก ไม่เป็นระบบ one way และผลจากพายุปากบึก เมื่อมกราคม 2562 ทำให้น้ำท่วมอาคารซักฟอก หลังคาปลิว เป็นโอกาสให้งานซักฟอกได้รับการอนุมัติปรับปรุงโครงสร้างใหม่บางส่วนให้ได้มาตรฐานมากขึ้น
- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ:การทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มี 2 วิธี คือการนึ่งไอน้ำ และการอบแก๊ส ได้พัฒนาเป็นระบบCentral supply ทั้งเครือข่าย มีการควบคุมประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทุกกระบวนการ ทั้งเคมีภายนอก -ภายใน ทำ Spore test 3 ครั้ง/สัปดาห์ ที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี2562-2566 ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ 100%
- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ในปี 2565 มีศัลยแพทย์ ให้บริการทางด้านศัลยกรรมทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง มีการจัดทำขั้นตอนการทำความสะอาดกล้อง หลังการใช้
- การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing:วัสดุที่เป็นเครื่องสายต่างๆชนิด single-use ที่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หมดอายุก่อนใช้งาน 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

- โรงพยาบาลปากพ่องได้เปิดใช้อาคารผู้ป่วยใหม่ 4 ชั้นเมื่อปี 2559 ซึ่งยังไม่มีห้องแยกโรคแรงดันลบ ทางงาน ic ได้ขออนุมัติใช้โคมไฟยูวีซี ติดตั้งในห้องแยกโรคขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาเพื่อช่วยฆ่าเชื้อโรค ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อกลุ่ม airborne
- ผู้ป่วยกลุ่ม droplet และ contact ใช้วิธีการแยกโซนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร
- อาคารเรือนพักขยะ เดิมมี 2 ห้อง คือห้องขยะทั่วไป และห้องขยะติดเชื้อ ซึ่งขยะอันตรายไม่มีที่พัก ได้นำไปฝากเก็บในห้องขยะติดเชื้อ อีกทั้งประตูเรือนพักขยะชำรุดทำให้สัตว์พาหะนำโรคเข้าไปในอาคารได้ และพื้นชำรุดเป็นหลุมทำให้น้ำขัง เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคทำความสะอาดยาก จึงได้ขออนุมัติปรับปรุงโครงสร้างเพิ่มเติมมาอีก 1 ห้องให้เป็นสัดส่วน และปรับปรุงพื้นและซ่อมประตูให้ได้มาตรฐานเรือนพักขยะ

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

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

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร

- จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบอัตราการเกิด Phlebitis เกรด 1 1 ครั้ง ในปี 2566 ซึ่งพบในผู้ป่วยหลังจาก off IV และ on HL ไว้ ไม่มียาฉีด จึงทำให้ขาดการดูแล ที่ต่อเนื่อง นำแนวทางการปฏิบัติตาม PVC Bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย และ เพิ่มการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิด Phlebitis
- การเกิด Episiotomy wound Infected ไม่พบในปี 2562-2566
- 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 ซึ่งต้องใช้ความ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น ตลอดจนคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยด้วย

- การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคเลือด เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ในกรณีที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ดูแล เน้นการล้างมือแบบ hygienic handwashing ก่อนสัมผัสผู้ป่วย การเข้าเยี่ยมของญาติต้องล้างมือก่อน หลังการเข้าเยี่ยม ห้ามผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและแพร่เชื้อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การแยกแยกโซนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร
- ผู้ป่วยดื้อยา มีการรับ Refer case มาจากรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช และกรณีที่พบเองในรพ. ต้องให้รู้ว่าเป็นเชื้อดื้อยาให้เร็วที่สุด และเริ่มมาตรการป้องกันแบบ contact precaution ตั้งแต่ OPD ER และ Admitted โซนห่างจากเตียงอย่างน้อย 1 เมตร การแยกของใช้ การจำกัดผู้เยี่ยม มีสื่อกระตุ้นเตือนการสื่อสารในการดูแล มีป้าย MDR หน้า chart และหัวเตียง ยังไม่พบการการระบาดหรือแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาไปยังเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยรายอื่น

กลุ่มผู้ป่วยอุบัติใหม่ ในปี 2563-2565 เกิดการระบาดของ COVID-19 ในครั้งนี้ทางงาน IC ได้ติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้ออุบัติใหม่อยู่เสมอ และมีแนวทางตั้งแต่การคัดกรอง แยกผู้ป่วย เน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ประสานทีมหน่วยสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเพื่อสอบสวนโรคหาสาเหตุป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ประสานโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อส่งต่อผู้ป่วย 3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลปากพนัง เดินหน้ารับมือ โควิด-19 ยกระดับมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของ ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ทุกคน

- กำหนดแนวทางการปฏิบัติคัดกรองผู้ป่วยและจัดทำคลินิกระบบทางเดินหายใจ เพื่อการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และแยกผู้ป่วยเสี่ยงออกจากผู้ป่วยทั่วไป
- ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ สร้างองค์ความรู้ เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยและ N95 ใส่ชุด PPE ป้องกันติดเชื้อ รักษาระยะห่าง สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ออกกำลังกาย เป็นต้น

ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แนวทางการปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน

มีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ (SCOT : Special Covid-19 Operation Team) เพื่อออกรับ และดูแลผู้ป่วย

- ออกหน่วยบริการร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเสี่ยงสูงติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตามชุมชน ต่างๆที่มีการระบาด คัดแยกผู้ป่วยเสี่ยงสูงเพื่อควบคุมการระบาดของโรค
- ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไป

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

- มีแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง และสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่าย ทราบ ในปี 2562-2566 พบว่าเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายปากพนัง ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม จำนวน 4 ราย 0 ราย 3 ราย 1 รายและ 4 รายตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคั้น เย็บแผลไนโพรลิก ฉีดยาในที่ แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเบื่อน และได้หามาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ

- ดูแลให้บุคลากรได้รับวัคซีน ได้แก่ วัคซีน HBV บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อตับอักเสบบี หากยังไม่ภูมิและไม่ติดเชื้อตับอักเสบบี พิจารณาให้วัคซีนตับอักเสบบี 3 dose ในปี 2562-2563บุคลากรกลุ่มเสี่ยง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ได้รับวัคซีนมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนวัคซีน Influenza vaccine งาน IC ร่วมกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวรณรงค์ ในปี 2562 บุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ร้อยละ 60.4 และในปี 2563-2566 ซึ่งมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีมาตรการให้เจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีน 100 %

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	พัฒนาระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต้อยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์

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

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส)
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80%	97.42	97.81	88.28	87.18	95.95	97.13
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	83.15	87.66	72.43	86.23	82.11	91.79
อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0%	0.029	0	0	0	0.019	0.045
ค่า CMI	≥0.80%	0.57	0.56	0.61	0.64	0.65	0.69

ii. บริบท

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส)
จำนวนผู้ป่วยนอก	คน	38,218	39,921	36,125	51,754	76,546	20,630
จำนวนผู้ป่วยนอก	ครั้ง	160,558	167,228	151,646	183,557	246,809	40,173
จำนวนผู้ป่วยใน	คน	6,856	8,927	8,185	7,460	10,316	2,215
จำนวนผู้ป่วยใน	วัน	20,587	26,762	23,714	26,570	54,541	7,824
อัตราครองเตียง	%	60.54	79.65	67.12	69.33	140.65	79.83

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/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:

- 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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน: การแบ่งกลุ่มเข้าถึงระบบ HOSxP
- การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน: ใช้หลักเกณฑ์ของ WHO เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- การรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา ให้ลงวันที่และเวลาเมื่อรับคำสั่ง ชื่อผู้สั่งให้ชัดเจน อ่านทบทวนคำสั่งการรักษาให้แพทย์ทราบอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องมีการเซ็นรับคำสั่งปกติ ติดตามแพทย์เช่นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชม.
- การใช้รหัสวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน: ใช้หลักเกณฑ์ของ WHO โดยมีเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นคนให้รหัสโรคและตรวจสอบความถูกต้องในกรณีที่แพทย์ให้รหัสผู้ป่วยนอก
- การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ: มีการแจ้งเตือนผ่านระบบ HOSxP เช่น การแพ้ยา , ยื่นเอกสาร พรบ. ครบ , ค้างชำระ

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลประมวลได้ไปใช้:

- สรุปผลการจัดทำรายงานเป็นสถิติเกี่ยวกับข้อมูล จำนวนผู้รับบริการ รายงานผลการวินิจฉัยกลุ่มโรค รายงานหัตถการและอุบัติการณ์เกิดโรค เป็นรายเดือน รายไตรมาส และรายงานประจำปี นำเสนอที่มีคุณภาพ 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 งานเวชระเบียนจัดทำการตรวจนับและตรวจสอบ ยื่นเอกสารขอทำลายต่องานสารบรรณ งานสารบรรณยื่นเอกสารขอทำลายเวชระเบียนไปยัง สสจ. นครศรีธรรมราช เพื่ออนุญาตทำลายเวชระเบียนต่อไป จำนวนอุบัติการณ์/อัตรา การสูญหายของเวชระเบียน ปี 2562 – 65 = 2,0,0,0 ครั้ง

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับบัญชีผู้ใช้เฉพาะบุคคลให้สามารถเข้าถึงระดับข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านระบบ HOSxP แพทย์และพยาบาลกำกับดูแลไม่ให้บุคลากรในที่รักษาเปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วยโดยมีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ไว้ที่บริเวณงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วย
- เพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน ได้ดำเนินการ (1) มี PR มาตรการพิเศษเวชระเบียนที่ถูกละเมิดและ HIV (2) กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HosXp (3) MSO, NSO ควบคุมกำกับ การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (4) มี PR การเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง (5) มี PR สิทธิของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราการร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติความลับของผู้ป่วย ร้อยละ 0

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียนได้อย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการ (1) มี WI การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (2) มีการนิเทศหน่วยงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วยร้องเรียนเรื่องการถูกเปิดเผยข้อมูล ปี 62,63,64,65 = 0,0,0,0 ครั้ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- เวชระเบียนต้องประกอบด้วย ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย มีการระบุโรคและการแพทย์ บันทึกการตรวจร่างกาย มีการวินิจฉัยโรคและการรักษา มีการเก็บรักษาประวัติทั้งหมดไว้ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าพนักงานสถิติเป็นผู้ลงรหัสโรค โดยการวินิจฉัยที่ถูกต้องตามหลัก WHO

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (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 -จัดให้มีสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วย ในอย่างปลอดภัย สะดวกในการจัดเก็บ และค้นหา
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	3.0	L	-พัฒนาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ธ.ค.65)
Medication error OPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	13.99	6.39	1.75	0.54	7.10
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	< 3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0	0.51	0.03	0.18	0.45
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	2.30	2.88	2.26	0.53	4.52
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0.02	0.34	0.04	0.07	0.18
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0.02	0.14	0.07	0.01	0.04
Medication error IPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	4.04	1.98	2.05	0.73	0.64
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	2.60	0.17	0.98	0.62	0.64
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	7.58	5.73	3.56	1.47	1.79
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<10 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	0.68	0.51	0.22	0.11	0.77
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<5 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	0.64	0.76	0.45	0.44	0.13
Adverse drug event (ADE)						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

-จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	1	0	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	1	1	1	0	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ GHI จากยาที่มีความเสี่ยงสูง	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
-อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD	> 95%	89.52	92.36	92.95	91.42	92.01
-ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD	<1%	3.75 (B=9 ใน 157)	5.73	1.24	2.86 B=3 C=1	2.00 C=1
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
Adherence ยาด้านไวรัส ARV Clinic (%)	≥ 95%	97.88	97.43	98.00	96.50	97.00
ความพึงพอใจในงานบริการจ่ายยา						
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD	>ร้อยละ 80	96.85	96.00	96.00	96.2	96.0
- ระยะเวลาการรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วย OPD	≤20 นาที	11.20	11.30	11.00	10.30	11.00
- อัตราผู้ป่วย OPD ที่รอรับยาเกิน 20 นาที	<ร้อยละ 20	4.25	5.50	4.00	3.50	0
บริหารเวชภัณฑ์ยา -อัตราการสำรองคลัง	< 2.0 เดือน	1.21	1.27	1.30	1.31	1.14
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 3	1	2	3	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่รพ.เก็บปกติเป็นต้น						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ii. บริบท ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพ่อง ดำเนินงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยแต่งตั้งในรูปของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ.

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพ่อง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่งจัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 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
- Fentanyl inj

iii. กระบวนการ**II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา**

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็นมีการทบทวนบัญชียาน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่าประกอบการพิจารณาและทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

- บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้มีการใช้ยาที่เป็นไปอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

การดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – ปีงบประมาณ 2566 พบว่าร้อยละรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 98.26 : 1.74 , 97.81 : 2.19 , 97.62 : 2.38 , 98.01:1.99 และ 97.47 : 2.53 ตามลำดับ และร้อยละมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 97.20 : 2.80 , 97.93 :2.07 , 98.11 :1.89 ,98.83: 1.17 และ 97.39:2.61 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2562 -ปัจจุบัน เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัดRDU HOSPITAL (เป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัว) ปี 2565 พบว่ายังมีปัญหาตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ
 - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 51.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยโรค
 - ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 76.50) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยานิตติยรอยด์ ซึ่งได้ประสานงานทีมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อปรับปรุงในฐานข้อมูลระบบรายงาน พบว่า ในปี 2565 ไตรมาสที่ 3 และ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด
2. ตัวชี้วัด RDU PCU หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ในไตรมาสที่ 2 /2565 ยังพบว่า ร้อยละของการร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 6 รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากการไม่ลงวินิจฉัยโรค
3. ตัวชี้วัดRDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพะนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2565 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 40 ร้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากพะนัง

จากตัวชี้วัด RDU ซึ่งยังผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกตัว คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งใช้ยาและสั่งการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคแผลสะอาด
2. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น พืชทะเลยาใจ เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้อง และการวินิจฉัยโรคให้ครอบคลุมในกรณีผู้ป่วยมารับการรักษา visit อื่นๆ และประสานงานข้อมูล สสจ.เพื่อปรับปรุงระบบรายงานสำหรับรายการยาที่มีปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

5. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดแพทย์ และเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

6. พัฒนาเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรใหม่ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ยาสมุนไพร

7. เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล

8. ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยัง สสอ. รพ.สต. และ พชต. บวร.ร. ชุมชนต่างๆในพื้นที่ เชื่อมโยงการดำเนินงานผ่านงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภค ในปีงบประมาณ 2565 จนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลปากพ่อง ผ่านการประเมิน RDU DISTRICT และสามารถขยายเครือข่ายร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จาก 40 ร้าน เป็น 71 ร้าน และวางแผนขยายเครือข่ายลงสู่ร้านขายยา

9. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัย ผ่านระบบ ตาไว โดยประชาชน ชุมชน สามารถเฝ้าระวังความปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้ด้วยตนเอง

- การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – 2566 พบว่ารายการยาสมุนไพรในบัญชีโรงพยาบาลปากพ่อง มีทั้งหมด 43 รายการ และมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพรมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 1,051,957.20 บาท (ร้อยละ 5.43) , 1,733,589.50 (ร้อยละ 8.41) , 1,058,660.90 (ร้อยละ 4.72) , 1,356,339.80 บาท (6.53%) และในไตรมาสที่ 1/2566 จัดซื้อสมุนไพร 319,221.80 (ร้อยละ 5.44) ตามลำดับ
- การดำเนินงานด้านการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาสมเหตุผล ผลการดำเนินงาน ร้อยละการจัดซื้อรวมในปีงบประมาณ 2562 -2566 แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา ร้อยละ 30.77 , 39.03 , 40.32, 37.63 และ ในไตรมาสที่ 1/2566 ร้อยละ 28.06 ตามลำดับ เวชภัณฑ์มีชียา ร้อยละ 13.19 , 38.20 , 38.20, 35.62 และ ในไตรมาสที่ 1/2566 ร้อยละ 21.86 ตามลำดับ

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- ปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2565 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 506 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 509 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 13 รายการ รายละเอียดดังนี้

รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล 522 รายการ

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 509	รายการ
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 13	รายการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพรร

จำนวน 43

รายการ

ยาสันับสนุนจาก สปสช.

จำนวน 48

รายการ

- นโยบายสำคัญ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านยา เช่น

- การมีระบบการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่ชัดเจน โดยการดำเนินการจัดซื้อพร้อมทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม

- มาตรการกำกับในการใช้ยา ประกอบด้วยมาตรการการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ RDU DISTRICT ในปีงบประมาณ 2565 และต่อเนื่องในปี 2566

การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาในรายการยาเฉพาะทางโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

- มาตรการการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา

- ระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วย

- การเฝ้าระวังยากลุ่มเสี่ยงสูง

- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- มาตรฐานระบบยาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีการจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนและเจ้าหน้าที่พัสดุแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ยาขาด พร้อมแจ้งแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงการใช้ยาทดแทน

1. ไม่มีการจัดหายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาโรงพยาบาล

2. ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนในยาบางรายการ

- 2.1 ยาและเวชภัณฑ์ขาดสต็อก ทำให้มีการจัดซื้อจัดจ้างที่เร่งด่วน อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และยังส่งผลกระทบต่อการใช้ยาและเวชภัณฑ์ในจุดบริการผู้ป่วยและหน่วยเบิกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ และจากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา -19 ส่งผลกระทบต่อบริษัทผู้ผลิตยาและระบบการขนส่งยาและเวชภัณฑ์เป็นอย่างมาก ทำให้ยาและเวชภัณฑ์หลายรายการขาดตลาด ราคาสูงขึ้นเกินราคากลาง ไม่มีวัตถุดิบสำหรับการผลิต ทำให้ยาและเวชภัณฑ์ขาด ไม่เพียงพอในการให้บริการเช่น paracetamol tab ,glyceryl guaiacolate tab, ยาแก้ไอชนิดน้ำ ,ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูลและยาดานไวรัส Tramadol ยาโรคเรื้อรัง ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เช่น Fentanyl Midazolam inj ไม่สามารถจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์บางรายการในท้องตลาดได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการสำรองยาในภาพรวมระดับประเทศ เช่น Insulin inj ,Midazolam, Cisatraculium injection และยาหลายรายการที่ปริมาณการใช้ไม่บ่อย แต่มีความจำเป็นต้องใช้ และให้โรงพยาบาลแจ้งความต้องการใช้เพื่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

จัดสรรยา และมีระบบการช่วยเหลือภายในจังหวัด โดยโรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราชโรงพยาบาลค่ายชิวราวุธ ให้มีการช่วยเหลือ ยืมยาและเวชภัณฑ์ในกรณีจำเป็นเร่งด่วน มีแนวทางการสื่อสารข้อมูล การปรึกษาองค์กรแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนยากรณีมียาแทนในกลุ่มเดียวกัน

2.2 การใช้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการที่มากกว่าแผนการจัดซื้อที่วางไว้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค เช่น ถุงมือDispose หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เจล ถุงมือผ้าตัดสเตอร์ไรต์ ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับแผนการใช้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการ ซึ่งเจ้าหน้าที่พัสดุจะต้องดำเนินการจัดทำแผนอย่างรัดกุม และควบคุมปริมาณการใช้การจัดซื้อในแต่ละครั้งให้มีความครอบคลุม และจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ให้มีปริมาณเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีระบบการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชและโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีระบบการรายงานยาคงเหลือผ่านกลุ่มไลน์หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อรายงานสถานการณ์ยาของแต่ละโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลที่ยังมีสต็อกอยู่ ทำให้สามารถปลดเปลื้องยาค้างจ่ายคนไข้ได้ภายในไม่เกิน 1 วัน

3. มีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มสูงอย่างฉับพลัน

3.1 กลุ่มยาสำหรับเด็ก เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ มาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

3.2 กลุ่มยาที่ใช้ในทางศัลยกรรม เนื่องจาก โรงพยาบาลปากพนัง มีแพทย์ศัลยกรรมมาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

3.2 การพัฒนางานการแพทย์แผนไทย งานเวชกรรมไทย ทำให้การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมุนไพรที่เป็นสูตรตำรับสำหรับผู้ป่วย

3.3 ห้องฝากครรภ์เปิดให้บริการการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ทำให้ต้องมีการสำรอง Hepatitis B immunoglobulin สำหรับแม่ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

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

ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้ยา โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้มีเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยศัลยกรรม 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 และระบุค่า CrCl ที่ต้องปรับขนาดยาไว้ที่ฉลากยา พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้จากการเก็บข้อมูล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

พบว่าผู้ป่วยในทุกราย ได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และไม่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

- เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง ความคลาดเคลื่อนจากการให้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้ทบทวน และมีการสื่อสารการทบทวนร่วมกับองค์กรแพทย์ 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 Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูลหลังจากการปรับระบบในปีงบประมาณ 2565

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

- เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไต ไม่ได้รับการปรับขนาดยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงระบบการจ่ายยา Enoxaparin inj โดยก่อนจ่ายยาเภสัชกรต้องดูค่า ptt และ CrCr ก่อนทุกครั้ง ถ้า Ptt < 100000 ให้โทรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ไม่จ่ายยาก่อนค่า lab ออก) และถ้า CrCr < 30 ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับขนาดยา เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์สั่งยาก่อนผล lab ออก ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมไม่ได้รับการปรับขนาดยา ส่งผลให้ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับ enoxaparin inj ได้รับการปรับขนาดยาทุกราย

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

ตัวชี้วัด RDU โรงพยาบาลปากพ่องี ปีงบประมาณ 2562 –ปัจจุบัน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2562	2563	2564	2565	ปัจจุบัน ธ.ค.65
1	ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ 85	95.04	94.99	94.98	95.04	97.61
2	ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3	4	4	4	4	4
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	4	4	4	4	4
4	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก	≤ 1	0	0	0	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

	รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	รายการ					
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	4	4	4	4	4
6	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ 20	30.44	13.91	12.81	30.44	11.93
7	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ 20	25.5	27.43	15.57	13.07	17.45
8	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ 40	60.87	59.16	38.34	31.10	55.27
9	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ 10	12.24	4.64	2.00	9.63	9.06
10	ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ใช้ RAS blockage 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาความดันโลหิตสูง	= 0	0.08	0	0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	≤ 5	0	0	0	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และมี eGFR < 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	0	0	0	0	0
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ MFM เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และมี eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m ²	≥ 80	81.55	83.53	84.95	86.15	87.39
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5	0.1	0.06	0.04	0	0
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10	1.76	1.56	1.67	0	0.46
16	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS	≥ 80	77.05	83.85	84.46	84.03	77.91
17	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long acting BDZ	≤ 5	0.77	1.19	0.67	0.63	0.34

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

18	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	= 0	0	0	0	0	0
419	ร้อยละการได้รับยาต้านฮีสตามีนชนิด non-sedative ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	≤ 20	2.86	10.21	11.90	4.11	8.36

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2562 -ปัจจุบัน เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัด RDU HOSPITAL (เป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัว) ปี 2565 พบว่ายังมีปัญหาตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ
 - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 55.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยโรค
 - ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 77.20) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยาชนิดสเตียรอยด์ ซึ่งได้ประสานงานทีมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อปรับปรุงในฐานข้อมูลระบบรายงาน พบว่า ในปี 2565 ไตรมาสที่ 3 และ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด
2. ตัวชี้วัด RDU PCU หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ในไตรมาสที่ 2 /2565 ยังพบว่าร้อยละของการร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 6 รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากการไม่ลงวินิจฉัยโรค
3. ตัวชี้วัด RDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2565 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 40 ร้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากพนัง

จากตัวชี้วัด RDU ซึ่งยังผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกตัว คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งใช้ยาและสั่งการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคแผลสะอาด
2. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น พืชทะเลยาโจร เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้อง และการวินิจฉัยโรคให้ครอบคลุมในกรณีผู้ป่วยมารับการรักษา visit อื่นๆ และประสานงานข้อมูล สสจ.เพื่อปรับปรุงระบบรายงานสำหรับรายการยาที่มีปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- เพื่อบรรลุเป้าหมาย การลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ที่ทีมงานได้ปรับปรุงระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในระบบยาผู้ป่วยใน โดยก่อนหน้านั้น เกสซ์กรคัดลอกคำสั่งใช้ยา continue ลงใน patient medication profile ซึ่งพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยาลง patient medication profile. 22.2 % ของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาทั้งหมด ปีงบประมาณ 2561 จึงปรับระบบเป็นการพิมพ์ไป patient medication profile จากโปรแกรม Hox-XP ทำให้เกิดผลลัพธ์ปีงบประมาณ 2562 จนถึงปัจจุบัน 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 1/2562 ร้อยละ 23 ,24 และ 42 ตามลำดับ และสิ้นปีงบประมาณ 2563 ต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2565 ส่งผลให้โรงพยาบาลปากพนังสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับ 3 และในปี 2565-2566 เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้พัฒนาระบบข้อมูลลงชุมชน ส่งผลให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

- การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:
- ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี
เกสซ์กรโรงพยาบาลปากพนัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ดังนี้
- หัวหน้ากลุ่ม ผ่านการอบรมการบริหารระดับต้น สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์ สังคมและการบริหาร และปริญญาเอก สาขารัฐศาสตร์ และหลักสูตรวุฒิปัตริเยศวชาญ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากสภาเภสัชกรรม
- เกสซ์กรในกลุ่มงาน จำนวน 5 ราย สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
- เกสซ์กร ผ่านการอบรมระยะสั้น เกสซ์กรครอบครัวและชุมชน และระบาดวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน
- เกสซ์กร ผ่านการอบรมหลักสูตรคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 คน เพื่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

พัฒนางานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่

- เกษัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานและคลินิกต่างๆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ การเข้ารับการฝึกอบรมตรงกับภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รอบปีที่ผ่านมา มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ คลินิก NCD คุณภาพ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- เกษัชกรทุกคนเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 10 หน่วยกิตต่อปี และครบ 100 หน่วยกิตในระยะเวลา 5 ปี 100 %
- เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยงาน ได้รับการอบรมการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพ การป้องกันอัคคีภัย ทบทวนวิชาการในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง การทบทวนความรู้หน้างาน การพูดคุยตอนเช้าก่อนเริ่มงานและสรุปปัญหาอุปสรรคก่อนเลิกงาน

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้นำโปรแกรม HOSXP ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย ส่งผลทำให้แพทย์ เกษัชกรและสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่จำเป็นต้องใช้ในการจ่ายยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาในอดีต การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
- ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับแต่ละโรค เช่น ค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

- เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการสารสนเทศ ได้พัฒนาระบบให้เข้าถึงข้อมูลดังนี้ บัญชียาโรงพยาบาล ราคายา ทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา จำนวนยาที่สามารถสั่งใช้ได้ คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction, fatal drug interaction ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม กลุ่มยา ความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้จัดทำคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกาศที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- มีคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกาศที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

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 ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ข้อมูลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานบริการอื่น ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลการได้รับวัคซีน ขนาดยาเฉพาะโรค ข้อมูลเกี่ยวกับ drug compliance ของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่นยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต ข้อมูลยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มยาสำคัญ 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 การติดตามยา กลุ่มเสี่ยงสูง สารละลายที่ใช้ในการผสมยา ความคงตัวของยาหลังผสม วิธีการบริหารยา

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- โปรแกรม HOSXP สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยารายการยา ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย 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 และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีกรรบกวน.

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหา: เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การจัดหาที่มีคุณภาพ เพียงพอกับความต้องการสำหรับผู้รับบริการ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้พัฒนาระบบงาน ดังนี้

- การมีระบบการจัดหายา โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินงานตามแผนการจัดซื้อ และมีการดำเนินการสืบราคาทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และพิจารณาความเหมือน ต่าง ของผลิตภัณฑ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

บรรจุกัญชี เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้าน LASA

- มีระบบการรายงาน minimum stock ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์และการรายงานจากคลังเวชภัณฑ์ผ่านแบบฟอร์มและทางไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุ ได้ดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ได้เพียงพอต่อการใช้
- ระบบการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลปากพ่อง ผ่านระบบ e-gp ของกรมบัญชีกลางทั้งหมดทุกรายการ
- ยาต้านพิษ เป็นยาที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองยาในปริมาณเพียงพอและเหมาะสม และมีความรวดเร็วในการหยิบใช้และสะดวกในการตรวจสอบยาที่เหลือ ทางทีมจึงได้เสนอการเก็บสำรองยาต้านพิษไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันทั้งในคลังยา และห้องยาผู้ป่วยนอก ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่พบความเสี่ยงในเรื่องยาไม่พอใช้ หรือการหายาไม่เจอ และมีระบบการส่งเบิกยาคืนทันทีหลังจากใช้ยา เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ไม่มียาขาด เซรุ่มงูเห่า มีระบบการส่งข้อมูลการใช้ของผู้ป่วยผ่านไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบและคีย์ข้อมูลเบิกคืนยาผ่าน สปสช.ทันทีทันที

ส่งผลทำให้ รายการยาที่จัดหา มีคุณภาพ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และไม่มีรายการยาจำเป็น ยาช่วยชีวิต ที่ไม่มีรายการยาทดแทนได้ ค้างจ่ายแก่ผู้มารับบริการของโรงพยาบาล ส่วนรายการยาที่มียากลุ่มเดียวกันที่ใช้แทนกันได้ ในโรงพยาบาล สามารถปลดเปลื้องยาค้างจ่ายได้ในเวลาที่กำหนด ไม่เกิน 7 วัน

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย: เพื่อให้การจัดเก็บยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

- ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย การจัดเก็บยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์เป็นไปตามมาตรฐานมีผู้รับผิดชอบชัดเจน
- คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม มีประตูลิ้นชัก 2 ชั้น มีระบบป้องกันอัคคีภัย smoke detector กล้องวงจรปิด ป้องกันการสูญหายของยาและเวชภัณฑ์ มีผู้รับผิดชอบและแนวทางการเปิดปิดคลังยาชัดเจน ไม่มีการวางเวชภัณฑ์บนพื้น แยกจัดเก็บเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆชัดเจน มีระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันสัตว์และแมลง การควบคุมการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบสต็อกเกอร์สีเฝ้าระวังเวชภัณฑ์หมดอายุ การจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาและวัคซีนที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ มาตรฐานตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ การบันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละ 2 ครั้งทุกวัน ติดตั้งระบบสัญญาณเตือนในกรณี que อุณหภูมิตู้เย็น ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทีทั้งที่ 14 จุด ได้แก่ ตู้เย็นคลังยา 6 ตู้ ช่องแช่แข็ง 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ห้องปฏิบัติการ 2 โรงครัว 1 ตู้ ระบบการสุ่มตรวจสอบรายการเวชภัณฑ์คงคลังและการหมดอายุเวชภัณฑ์ ระบบการเฝ้าระวังตู้เย็นเก็บวัคซีนผ่านโปรแกรมกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการเฝ้าระวังวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต้องติดตามตลอด 24 ชั่วโมง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- คลังยาหน่วยงานย่อยและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเภสัชกร และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยที่ชัดเจนรายการ ปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ การจัดเก็บอย่างมีคุณภาพ จัดทำป้ายชื่อยาที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการกำหนดปริมาณสต็อกขั้นต่ำ ขั้นสูงที่ชัดเจน ในทุกคลังยาย่อย การเฝ้าระวังข้อร้องเรียนมีคุณภาพ มีการตรวจสอบปริมาณคงเหลือและเบิกทดแทน หน่วยงานในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หน่วยเบิกนอกโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีการทบทวนรายการและปริมาณสำรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลังยาย่อยผู้รับผิดชอบทุกเดือน
- ส่งผลให้ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการทั้งเครือข่าย ผ่านการประเมินคุณภาพ ไม่มีรายการยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพและหมดอายุ

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

- มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป
 - คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อกำหนดชุดยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency box) เพื่อป้องกันความเสี่ยง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเบิกยาทดแทนทันทีเมื่อเปิดใช้ และทำการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้งาน รายการและจำนวนวันหมดอายุ ทุกเดือน มีระบบการสำรองชุดยาฉุกเฉิน ณ จุดบริการ และห้องยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดทำชุดยาฉุกเฉินสำหรับห้องคลอด และในปี 2564 จัดทำชุดยาฉุกเฉินเพิ่มเติมสำหรับรถพยาบาลส่งต่อต่อ ในปี 2566 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ปรับปรุงการสำรองยาสำหรับรถฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง จำนวน ยา และเวชภัณฑ์ 17 รายการ สำหรับรถส่งต่อจำนวน 4 คัน และสำรองอีก 2 ชุด เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์พร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย
- ดังรายละเอียดดังนี้

1. Adrenaline inj	จำนวน 20 amp
2. Adrenosine inj 6 mg/3 ml	จำนวน 3 amp 18 mg)
3. Atropine inj 0.6 mg/1 ml	จำนวน 5 amp (3 mg)
4. Calcium Gluconate inj 1 กรัม/10 ml	จำนวน 1 amp (1gm)
5. Dopamine 250 mg inj	จำนวน 1 amp (250 mg)
6. Sodium Bicarbonate inj	จำนวน 1 amp (100 mg)
7. Magnesium Sulphate inj 50 %	จำนวน 4 amp (4 gm)
8. Dexamethasone 4 mg inj	จำนวน 3 amp (10 mg)
9. Diazepam 10 mg/2 ml inj	จำนวน 2 amp (20 mg)
10. Dextrose 50 % inj 50 ml	จำนวน 2 vial (50 gm)
11. Berodual neb 2.5 mg/2.5 ml	จำนวน 2 nb
12. Salbutamol neb 2.5 mg/2.5 ml	จำนวน 2 nb

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

13. Haloperidol inj 5 mg/ml	จำนวน 2 amp (10mg)
14. Tramadol inj	จำนวน 1 amp
15. Isordil sl	จำนวน 2 tab
16. Aspirin 81 mg	จำนวน 4 tab (1dose)
17. Clopidogrel 75 mg	จำนวน 4 tab (1 dose)

(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 เหมาะสมในการสั่งจ่าย การจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเช้า นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในไลน์กลุ่มห้องยา

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2561 พบว่าเวรตึกที่มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีการจ่ายสารน้ำสำหรับผสมยาฉีดไม่เหมาะสม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้จัดทำข้อมูลสารน้ำที่ใช้ในการผสมยาฉีดในฉลากยาฉีดทุกรายการ จัดทำสติ๊กเกอร์ระบุสารน้ำที่เหมาะสมติดไว้ที่จัดเก็บยาฉีดแต่ละรายการ จัดทำการคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูงที่ระบุในฉลากยา เช่น Dopamine Norepinephrine injection หลังจากการปรับปรุงระบบในปีงบประมาณ 2562-ปัจจุบัน ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัว ในเวลาที่กำหนด จึงมีระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เวรตึก โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องติดตามยาเดิมผ่านระบบไลน์ เพื่อให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในได้ติดตามยาเดิมผู้ป่วยในวันถัดไป ผลลัพธ์ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการ Medication reconciliation เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.00 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 96.36 และ 96.55 ในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 ตามลำดับ

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์จัดยาผิดชนิด จากสาเหตุเก็บยาคืนใส่ผิด lock ของยาที่ส่งคืนมายังห้องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนด ให้ รายการยาน้ำและยาเม็ด ที่ส่งคืนห้องยา ให้ทำลายทิ้ง ส่วนยาฉีดจะรวบรวมใส่ถุงแล้วคืน lock ยาโดยมีการ double check โดยเภสัชกรจากการดำเนินการดังกล่าว ไม่พบอุบัติการณ์ การจัดยาน้ำ ยาเม็ด ผิดชนิดเนื่องจากการคืนใส่ยาผิด lock

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2561 พบแพทย์มีการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานคำย่อของโรงพยาบาลปากพนัง ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายทอดคำสั่ง สื่อสารไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร.พ.ปากพนังจึงจัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำย่อปีละ 1 ครั้ง และมีการประชุมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทุกปี จากการดำเนินการดังกล่าว ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวในปี 2562-ปัจจุบัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- เกสัชกรผู้ป่วยใน รับคำสั่งใช้ยาจาก Doctor order sheet โดยตรง

(2) medication reconciliation:

โรงพยาบาลปากพ่องได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกสาย และผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรังเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้รับุรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในการประชุม PTC และขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายการยาเดิมของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเขียนคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจนสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ตรงกัน 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 2563, 2564 และ 2565 ลดลง จากปี 2564 เป็น 1.98, 2.05 และ 0.73 ครั้งต่อพันวันนอน ตามลำดับ

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

- Fatal drug interaction
- ADR
- Warfarin clinic
- CKD

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

เพื่อให้การสั่งใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ เป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้วางระบบ ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือ ทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ยากลุ่มเสี่ยงสูง เกสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

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

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา ทบทวนขนาดยาที่ใช้โดยใช้คู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และมีข้อมูลการทำงานของไตที่จะต้องปรับขนาดยาในฉลากยา ผู้ป่วยในทุกสายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

(2) การจัดเตรียมยา:

เพื่อให้การจัดเตรียมยาเป็นไปตามมาตรฐาน สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ฉุกเฉิน 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 และขนาดยา ค่าเตือนและการเฝ้าระวัง

- ฉลากยาชนิดที่ให้ไปกับห่อผู้ป่วยจะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เดียง ห่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา ตัวทำละลายที่ใช้ ความคงตัวหลังผสมยา และมีจำนวนฉลากยาเท่ากับจำนวนครั้งที่จะใช้ยาใน 1 วัน การผสมยา (ยาความเสี่ยสูง)
- มีฉลากยาภาษาไทย ฉลากเสริม ฉลากช่วยในการใช้ยารวมถึงยาเทคนิคพิเศษ จัดทำฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ เช่น ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูง ยาโรค Gout Paracetamol ยากลุ่ม NSAIDs กลุ่มยาแก้แพ้ Domperidone Amoxycillin พัฒนาฉลากยาในโปรแกรม HOSXP ให้เป็นไปตามมาตรฐานฉลากยา RDU
- มีฉลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยาผิดห่อผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เดียงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรดยาก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย
- ปีงบประมาณ 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยในได้รับยาผิดเวลาเนื่องจาก รดยาส่งช้า จากการที่แพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่าเวลาที่กำหนด ทำให้มีการปรับระบบการจัดยาให้แก่ตึกผู้ป่วย โดยห้องยาจัดยาส่งให้แก่ตึกผู้ป่วยถึงมือเย็นของวันถัดไป (ก่อนหน้านี้จัดให้ถึงมือเที่ยง) หลังจากปรับระบบ ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

เพื่อให้การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนดนโยบาย การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยา ก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- ผู้ป่วยในมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน D/C counseling โดยเภสัชกรทุกราย โดยเฉพาะ ในผู้ป่วย DM/HT รายใหม่, CVA, ACS, ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษรายใหม่, ผู้ป่วย warfarin, และผู้ป่วยที่มีปัญหาต้านยา
- 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. ผู้ส่งยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถตรวจจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 เท่ากับ 5 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ ใน จาก การตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ให้ยาผิดเวลา จากการส่งรดยาซ้ำ เนื่องจากแพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่ากำหนด มีการ feedback ข้อมูลสู่องค์กรแพทย์ เพื่อทบทวนเวลาการขึ้น round ward เพื่อส่งรดยาให้ทันเวลารวมทั้งปรับระบบการจัดยาให้แก่เด็กผู้ป่วย โดยห้องยาจัดยาส่งให้แก่เด็กผู้ป่วยถึงมือเย็นของวันถัดไป
- ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำละลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดภาระการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากฉีดจัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose และมีการสอบทวนการเตรียมยา small dose และยา HAD ในหอผู้ป่วย

(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 ในผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

รายใหม่ในปี 2560 -2564 ทุกราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 87.36,93.40,91.80,94.35 และ 97.19 ตามลำดับ และได้มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยในรายเก่าที่ยังไม่เข้าใจการใช้ยาฉีดโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความรู้จากการใช้ยาฉีดเพิ่มขึ้น

(3) การติดตามผลการรักษา:

- ยากลุ่มจิตเวชบางตัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น Lithium , Sodium valproate ,Phenytoin :ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ระบบยามีการติดตามประเมินผลการรักษาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทางทีมจึงได้พัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชโดย มีการทำสมุดบันทึกสุขภาพจิต เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการเตือนในยาแต่ละตัวใน Hos-XP ของกลุ่มยาจิตเวช ในการติดตามผลเลือดประจำปี เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและดูความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจ Thyroid function ในยา Lithium การตรวจ Liver function และ CBC ในยา Sodium Valproate , Phenytoin ซึ่งจากการติดตามในช่วงระยะเวลา ปีงบประมาณ 2560 – 2564 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามข้อกำหนด มากกว่าร้อยละ 80
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาโรค ยาด้านไวรัสเอดส์ มีระบบการติดตามค่าการทำงานของตับตามแนวทางการรักษาในผู้ป่วยทุกราย
- ผู้ป่วยได้รับยา warfarin ทุกราย มีการติดตามค่าผล INR และมีการปรับระดับยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกราย
- มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 11 รายการที่กำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เช่น การติดตามภาวะ Bleeding จากยา Enoxaparin inj ,Fondaparinux inj

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

ผู้ป่วยใน

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งไปที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกลงในโปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยยังใช้อยู่เป็นปัจจุบัน เภสัชกรเขียนปรึกษาแพทย์ลงใน Doctor order sheet หากแพทย์สั่งใช้ต่อ และเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง จะใช้ยาเดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้ยาของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา ใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งไปที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการจัดเก็บ และค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับจำนวนยาให้พอดีกับวันนัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบ medication reconciliation
- พัฒนากล่องยาฉุกเฉินสำรองพร้อมใช้
- พัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RDU District
- 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 การปฏิบัติตามนโยบายด้านยาที่ครอบคลุมและชัดเจน -พัฒนาการให้บริการข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลฯ ที่ชัดเจน
53. สิ่งแวดล้อม สนับสนุน การ จัดหาและเก็บ รักษา ยา	3.0	L	-พัฒนาระบบการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม
54. การสั่งใช้ยาและ การถ่ายถอด คำสั่ง	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยา และถ่ายถอดคำสั่ง, -การทำ med reconcile ในการดูแลผู้ป่วยนอก
55. การทบทวน คำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัด จ่าย และส่ง มอบยา	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, - พัฒนาการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
56. การบริหารยา และติดตามผล	3.0	L I	- ประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตาม ผล -พัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามผลการใช้ยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพภาพทางรังสี ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65- ธ.ค65)
1. Software หรือ Hardware Error เป็นเหตุให้ไม่สามารถถ่ายภาพรังสีได้	≤ 5 ครั้ง	0	0	0	0	1
2. การถ่ายภาพรังสีซ้ำของผู้รับบริการทางเอกซเรย์	≤ 8%	0.78	1.12	1.05	1.97	1.15
3. ความผิดพลาดจากการส่งข้อมูลภาพรังสีให้กับแพทย์	≤ 3 ครั้ง	0	1	1	1	2
4. ทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหาย	≤ 2 ครั้ง	0	0	1	0	0
5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตกเตียง	< 1 ราย	0	0	0	0	0
<p>ii. บริบท</p> <p>ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):</p> <ul style="list-style-type: none"> ถ่ายภาพรังสีทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง ให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับทางด้านรังสีวิทยาแก่ผู้รับบริการให้บริการถ่ายภาพทางรังสีผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่งานรังสีในวันเวลาราชการ และฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง <p>การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ปัจจุบันไม่มีการส่งตรวจวินิจฉัยตามหัวข้อนี้</p> <p>จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): นักรังสีการแพทย์ 2 คน/พนักงานการแพทย์ฯ 2 คน</p> <p>จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี</p> <p>เทคโนโลยีสำคัญ:</p> <ol style="list-style-type: none"> เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป 2 เครื่อง, เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ 2 เครื่อง ชุด DR (Digital Radiography) 2 ชุด เครื่อง Server 1 เครื่อง เครื่อง Computer 5 ตัว <p>iii. กระบวนการ</p> <p>II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ</p> <p>(1) การวางแผนและจัดบริการ:</p> <ul style="list-style-type: none"> งานรังสีวิทยาเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไป มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 63 คน โดยในเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 4 คน และนอกเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 1 คน <p>(2) ทรัพยากรบุคคล:</p> <ul style="list-style-type: none"> ปัจจุบันมีนักรังสีการแพทย์ 2 คน, พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค 2 คน มีแผนจะรับนักรังสีการแพทย์ 1 คน และพนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค 1 คน แผนพัฒนาบุคลากรไปเข้าอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้วิทยาการใหม่ๆ <p>(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- มีห้องเอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 2 ห้อง

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- มีระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัล(DR) มีระบบการเก็บภาพ,กระจายภาพ(PACs)
- มีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่พร้อมระบบ(DR) และเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ทั่วไป

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- การส่งต่อภาพเอกซเรย์ไปโรงพยาบาลอื่นหรือคลินิกที่ผู้ป่วยต้องการจะไปรักษาต่อ มีการส่งภาพเอกซเรย์ 2 วิธีดังนี้
 - 1.วิธีออนไลน์ โดยการส่งวิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการนำภาพเอกซเรย์ไปใช้ประกอบการรักษาโรงพยาบาลอื่น ๆ ภายในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจะส่งภาพเอกซเรย์เข้าserverรวมของจังหวัดผ่านโปรแกรมระบบเครือข่ายรังสี นครศรีธรรมราช
 - 2.วิธีเขียนลงแผ่นCD วิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการจะนำภาพเอกซเรย์ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชหรือคลินิกแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งสามารถเปิดดูภาพเอกซเรย์ได้โดยใช้คอมพิวเตอร์ทั่วไป

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- แพทย์ Request เอกซเรย์ทางระบบHOSxP ซึ่งระบบดังกล่าวได้ Link กับระบบการถ่ายภาพรังสี ผู้ส่งตรวจดังกล่าวสามารถดูภาพทางคอมพิวเตอร์ได้เลยในทุกจุดที่มี คอมพิวเตอร์PC หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องทางเทคนิค สามารถโทร.ติดต่อโดยตรงได้ที่แผนกรังสีวิทยา
- ได้พัฒนาระบบเพื่อความสะดวกกับแพทย์ สามารถดูภาพทางรังสีได้ทุกจุดของโรงพยาบาลที่มีเครื่อง computer ได้มีการกำหนดรหัสผ่านเพื่อนำเข้าดูภาพทางรังสีเพื่อให้ข้อมูลภาพเป็นความลับของผู้ป่วย และป้องกันการโจรกรรมไฟล์ข้อมูลภาพทางรังสี
- มีApplication ดูภาพเอกซเรย์ผ่านมือถือหรือแทปเล็ต โดยบริษัทผู้ให้เข้าได้กำหนดรหัสผ่านไว้ให้
- มีการจัดประชุมกันระหว่างหัวหน้างานกับเจ้าหน้าที่ด้วยกันเดือนละครั้ง และได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ 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 โดยจะมีเจ้าหน้าที่ประจำห้องตั้งแต่เวลา 8.00-24.00น. และ24.00-8.00น. จะมีเวร on call จะมาให้บริการภายในเวลา 10 นาที

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- หากผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับ ก่อนทำการเอกซเรย์ ทางแผนกจะมีถุงซิปเตรียมไว้ให้ใส่เครื่องประดับ
- หากผู้ป่วยมีญาติมาด้วย จะให้ญาติเก็บเครื่องประดับที่ถอดไว้ป้องกันการสูญหายหรือลืมทิ้งไว้ที่แผนก

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- การถ่ายภาพทางรังสีจะใช้ระบบแปลงสัญญาณรังสีเอกซ์เป็นดิจิทัล(DR) ทำให้ได้ภาพหลังจากกดปล่อยรังสีแล้วออกมาภายในไม่เกิน 20 วินาที

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

- เมื่อได้ภาพทางรังสีมาแล้วบนภาพจะแสดงชื่อผู้ป่วย ชื่ออวัยวะและท่าที่ถ่ายเอกซเรย์ พร้อมทั้งมีค่า EI (Exposure Index) คือ ค่าที่บ่งบอกถึงปริมาณรังสีที่อุปกรณ์รับภาพในระบบดิจิทัลได้รับ ทำให้เจ้าหน้าที่ทางรังสีสามารถกำหนดการให้ปริมาณรังสีที่เหมาะสมได้) ปรากฏบนหน้าจอของโปรแกรมการถ่ายภาพรังสีด้วย

(7) การแปลผลภาพรังสี:

- เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์เสร็จแล้ว ภาพที่ได้จะต้องทำQCโดยเจ้าหน้าที่รังสีทุกภาพก่อนส่งเข้าserver เพื่อให้แพทย์สามารถดึงภาพเอกซเรย์ไปดูได้ทุกจุดที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์โดยต้องใส่รหัสผ่านในการเข้าดูภาพ

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลไปยังเตียงเอกซเรย์สำหรับผู้ป่วยที่ขยับตัวไม่ได้ ต้องใช้ Pat slide ช่วยในการเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการตกเตียง
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงเอกซเรย์ที่นอนมาเปลตัก ให้ยกผู้ป่วยทั้งเปลตักไปยังเตียงเอกซเรย์ได้เลย
- ประตูเอกซเรย์อัตโนมัติ มี sensor ป้องกันประตูหนีบผู้มารับบริการ

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- มีเครื่องหมายสัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี (รูปใบพัด) ติดที่หน้าประตูห้องเอกซเรย์
- มีป้ายที่มีข้อความ“โปรดระวัง บริเวณรังสี” และ “สตรีมีครรภ์ โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่”
- หน้าประตูห้องเอกซเรย์มีไฟเตือนสีแดงในขณะให้บริการ เพื่อป้องกันไม่ให้นักศึกษาอื่นเปิดประตูห้องในขณะที่กำลังทำการเอกซเรย์
- ก่อนทำการเอกซเรย์จะต้องไม่มีบุคคลอื่นนอกจากผู้ป่วยอยู่ในห้องเอกซเรย์ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยไม่มีสติให้ญาติเข้ามาช่วยจับผู้ป่วยได้ โดยใส่เสื้อตะกั่วให้ญาติด้วย
- เจ้าหน้าที่รังสีต้องติดเครื่องวัดรังสีประจำบุคคล (OSL) ทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีการทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์ ปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 จ.สุราษฎร์ธานี ดำเนินการทดสอบให้
- มีการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัยประจำปี
- การตรวจเช็คระบบการถ่ายภาพเอกซเรย์โดยช่างประจำบริษัทที่เช่าระบบทุก ๆ 3 เดือน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับระบบแปลงรังสีเอกซ์เป็นสัญญาณภาพเอกซเรย์ในระบบดิจิทัล Digital Radiography(DR) เก็บข้อมูลใน Server เป็นระบบ PACS รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆของงานรังสีในโปรแกรม HOSxP ให้สมบูรณ์ดียิ่งขึ้น เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์
- ได้มีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่(Mobile X-Ray) จำนวน 2 เครื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ,หายใจเหนื่อยหอบมาก ลดการเคลื่อนย้ายมาถ่ายเอกซเรย์ที่แผนกซึ่งอาจจะทำให้มีอาการเพิ่มมากขึ้นได้ โดยเจ้าหน้าที่รังสีสามารถนำเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ไปให้บริการที่เตียงผู้ป่วยได้เลย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3	ปัญหา 1. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางรังสี ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกส่งตัวไปตรวจวินิจฉัยที่รพ. ศูนย์ฯ เพิ่มความแออัดให้กับรพ. ศูนย์ฯ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลานาน	แก้ปัญหา 1. มีแพทย์เฉพาะทางรังสี ทำให้งานรังสีวิทยาสามารถเพิ่มศักยภาพในการตรวจวินิจฉัย เช่น สามารถเพิ่มการตรวจUltrasound,Mamogram เป็นต้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.)
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อนทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
1. อัตราความสอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (Check list 100 ข้อ)	> 90 %	94.44	98.99	94.44	NA	NA
2. อัตราผล IQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	93.94	92.15	92.20	92.87	92.75
3. อัตราผล EQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	85.87	86.57	85.50	84.15	NA
4. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ทันเวลาที่กำหนด	≥ 90 %	91.81	90.42	90.76	90.51	91.05
5. อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ทันเวลาที่กำหนด	≥ 80 %	97.95	95.27	96.3	97.45	95.86
6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 85 %	91.0	91.5	90.7	90.9	90.9
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	≥ 85 %	89.9	88.4	88.6	89.2	89.8
8. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	0 ครั้ง	0	0	1	0	0
9. อัตราการปฏิบัติตามของเจ้าหน้าที่	100 %	100	100	100	100	100
10. คะแนนประเมินของระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ	≥ 95 %	99.09	99.09	96.55	NA	NA
11. อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ	≥ 98 %	99.955	99.28	99.34	99.98	99.97
12. อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์	≥ 98 %	99.965	99.98	99.971	99.99	100
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):						
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใต้ระบบการควบคุม การประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามการรักษา พยากรณ์โรค และประเมินสภาวะสุขภาพ ซึ่งจะให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา เคมี						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

คลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา จุลชีววิทยาคลินิก จุลทรรศน์วิทยาคลินิก ธนาการเลือด และส่งตรวจต่อไปยังหน่วยงานอื่นในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ และเป็นแหล่งข้อมูลสถิติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

เวลาเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

วัน/เวลา	นักเทคนิคการแพทย์/จพง.วิทย์ฯ	พนักงานผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ
วันเวลาราชการ (8.00-16.00 น.)	9	3
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)	-

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 เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จึงมีการปรับระบบให้มีการเปิดให้บริการเองและส่งต่อกรณีที่ Hemo growth เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่งต่อหน่วยงานภายนอกตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2562
- จัดให้มีการ one stop service ณ คลินิกบริการผู้ป่วย ANC และ ARV เพื่อลดขั้นตอนและความยุ่งยาก เพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ
- เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลจึงได้ปรับแผนให้มีการเปิดบริการตรวจ RT-PCR ตั้งแต่ ตุลาคม ปี 2564 นอกจากนั้นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมีการเน้นเชิงรุกในการคัดกรองมะเร็งต่างๆรวมถึงมะเร็งปากมดลูก ปี 2565 ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการเปิดบริการ HPV DNA Test เพื่อลดการส่งต่อหน่วยงานภายนอก และรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา
- มีการจัดระบบการรับผิดชอบงานหลักและรองอย่างชัดเจนของตำแหน่งวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และ ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการงานโดยหมุนเวียนงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้ทุกงาน และกำกับติดตามเป็นระยะ ๆ สามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อมีเกิดข้อขัดข้องในการปฏิบัติงาน

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

- สถานที่ปฏิบัติการ แยกจากงานเอกสาร และห้องพักเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อและการปนเปื้อน มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมีและวัสดุติดเชื้อ มีให้กระจายสู่สิ่งแวดล้อม การจัดวางเครื่องมือให้มีผลกระทบต่อตรวจวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังมีแผนการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช
- ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมและเพียงพอต่อความต้องการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยมี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และทุก 3 เดือน จากช่างบริษัท รวมทั้งมีการสอบเทียบเครื่องมือตามแผน ในปี 2565 ผ่านการสอบเทียบ 100 % โดยบริษัทเพอร์เฟค ควอลิตี้ (ประเทศไทย) จำกัด

- มีแผนปรับย้ายพื้นที่บริการห้องปฏิบัติการใหม่ ชั้น 2 ของตึก OPD 5 ชั้น ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 แต่พื้นที่บางส่วนได้ปรับเป็นห้องปฏิบัติการอณูชีวโมเลกุลทางการแพทย์แล้วมีการแยกโซนชัดเจนและมีกัญญแจล็อกห้องควบคุมการเข้าออกเฉพาะที่จำเป็นและรับผิดชอบ
- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ปรับเปลี่ยนย้ายสถานปฏิบัติงานไปยังอาคารผู้ป่วยนอก OPD 5 ชั้น ตั้งแต่ ก.ค. 65 ซึ่งทำให้มีการห้องเจาะเลือดอยู่ที่เดียวกับห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเร็วขึ้นจากเดิมที่ต้องเดินรับส่ง lab เป็นรอบๆ ทุก 30 นาที

(3) ทรัพยากรบุคคล:

- มีการประเมินเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งด้านสมรรถนะหลักและความสามารถเชิงเทคนิค ปีละ 1 ครั้ง มีการพัฒนาเพิ่มในประเด็นที่ขาด หรือผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ในปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์ 100 %
- มีการวิเคราะห์ภาระงาน ให้เพียงพอกับภาระงานและกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการปรับระบบการให้บริการโดยมีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนปฏิบัติงาน โดยจัดหน้าที่ทำงานทดแทนกัน เนื่องจาก ปี 2564 มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น มีการเปิดบริการตรวจ RT PCR ภาระงานเพิ่มขึ้น มีการตรวจเชิงรุก ATK และช่วยงานคลินิก ARI ในการตรวจ ATK ในแต่ละวันด้วย ทำให้มีการขอยุทธศาสตร์เพิ่มในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน และ พนักงานประจำห้องทดลอง 2 คน

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อผู้ให้คำปรึกษา:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดเกณฑ์ การประเมินผู้ขายก่อนการให้บริการ มีการคัดเลือก และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ขาย โดยมีการจัดทำเกณฑ์ประเมินผู้ซื้อ ผู้ขาย ปีละ 1 ครั้ง มีการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ มีบัญชีรายชื่อวัสดุ อุปกรณ์ น้ำยาตรวจวิเคราะห์ และมีการบันทึกการตรวจรับพัสดุ รายงานวัสดุที่ใช้ไปและคงคลังในแต่ละเดือน
- มีการประเมิน คัดเลือกห้องปฏิบัติการส่งต่อ และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการส่งต่อ ซึ่งพิจารณาถึงการให้หรือขอคำปรึกษาจากหน่วยงานที่รับส่งต่อด้วย พร้อมจัดทำทะเบียนบัญชีห้องปฏิบัติการส่งต่อแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ ซึ่งในปี 2565 จากการทบทวนและการประเมินการส่งต่อกับแพทย์ที่ปรึกษาห้องปฏิบัติการ พบว่าบางรายการมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ส่งต่อหน่วยงานเอกชน (N Health) เพื่อความคุ้มค่าเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและความรวดเร็วในกายรายงานผล

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ การทบทวนข้อตกลงกับผู้รับบริการ (WP-LAB-002) โดยมีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ID-LAB-001) แจกจ่ายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ พร้อมทั้งทบทวนข้อตกลงต่างๆในการประชุมร่วมกับคณะกรรมการ PCT ซึ่ง ได้แก่ การทบทวนคำวินิจฉัย วิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิง ปริมาณตัวอย่าง การส่งต่อหน่วยงานภายนอก โดยกำหนดให้มีการประชุมทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปี
- นอกจากนั้นกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ยังมีการสื่อสารกับผู้ส่งตรวจโดยวิธีการให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการต่างๆ และการตรวจเยี่ยมตามหน่วยงานต่างๆ ซึ่งได้บันทึกในแบบบันทึกการให้ขอคำปรึกษาทุกครั้งจากหน่วยงานต่างๆ

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ID-LAB-001) แจกจ่ายแก่หน่วยงานที่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมถึง การจัดเก็บ การเลือกมาขณะบรรจุ การเขียนฉลาก การขึ้นบ่ง ราคา ปริมาณตัวอย่าง การรักษาสภาพ การนำส่ง เกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การเก็บรักษาตัวอย่างหลังการตรวจวิเคราะห์ แนวทางการเพิ่มรายการตรวจ ซึ่งเหล่านี้กำหนดให้มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- หน่วยงานต่างๆที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีทะเบียนการส่งสิ่งส่งตรวจมีการเซ็นรับและตรวจสอบทุกครั้งก่อนบันทึกรับส่งตรวจในระบบ HosXP ซึ่งปี 2564 จากการทบทวนไม่มีตัวอย่างส่งตรวจ out lab สูญหาย

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

- ในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ ที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ซึ่งได้รับการทวนสอบและผ่านการตรวจสอบแล้วว่า น้ำยาริวิวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน ซึ่งแต่ละวิธีวิเคราะห์ได้มีการจัดทำ วิธีปฏิบัติงาน(Work Instruction) และทำวิธีปฏิบัติแบบย่อติดไว้ ณ จุดปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) ในแต่ละวันทุกเช้าก่อนมีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้สารมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการตรวจวิเคราะห์ มีความถูกต้องแม่นยำ เชื่อถือได้ กรณีผล IQC ไม่อยู่ในเกณฑ์ มีบันทึกการแก้ไขเป็นลายลักษณ์อักษร

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ 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 เรื่องการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ (P-PCT-046) และกำหนดให้มีการทบทวนระบบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งผลทบทวนพบว่ายังไม่มีอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ที่ระดับความรุนแรง E ขึ้นไป

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการระบุการเก็บรักษาตัวอย่างและการทำลายหลังการตรวจวิเคราะห์และแนวทางการรับตรวจวิเคราะห์เพิ่มในคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพบว่าในรอบปี 2563, 2564 และ 2565 ไม่มีการรายงานการแพร่กระจายของเชื้อจากขยะติดเชื้อของห้องปฏิบัติการออกไปสู่สิ่งแวดล้อม อีกทั้งไม่มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหรือได้รับอันตรายจากสารเคมีที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ
- ปี 2563 ได้มีปรับให้มีการบันทึกการนับจำนวนหลอดตัวอย่างเลือดที่ต้องเก็บรักษาในตู้เย็น 4 องศาเซลเซียสและจำนวนหลอดตัวอย่างที่ต้องทำลายในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนให้มีการเก็บสายจากถุงเลือด Donor หลัง Crossmatch ให้นาน 7 วันทุกราย
- ปี 2565 มีการทบทวนปรับให้มีการเก็บเสมหะ ให้นาน 7 วันเพื่อให้สามารถเก็บตัวอย่างไว้สำหรับส่งต่อ gene X-pert

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีนโยบายการทบทวนระบบบริหารคุณภาพครอบคลุมหัวข้อตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นำผลเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานและแผนการปฏิบัติงานสำหรับปีต่อไป

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

- ห้องปฏิบัติการได้เข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ โครงการประเมินคุณภาพทางเคมีคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการประเมินคุณภาพทางฮอริโมน มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการการตรวจแอนติเอชไอวีภาคใต้ ศูนย์วิทยาศาสตร์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

การแพทย์สงขลา โครงการประเมิน HbA1C กรณีผลการทดสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์มีปฏิบัติการแก้ไข ตามแบบ
บันทึกการแก้ไข EQC

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีระบบติดตามการควบคุมคุณภาพภายในอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลที่เป็นกราฟ ในงานตรวจทางเคมีคลินิก CBC,TFT,Trop T, และ Anti-HIV ซึ่งง่ายต่อการติดตาม แนวโน้ม ความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนเพื่อเตรียมการแก้ไขและป้องกัน ก่อนทำการทดสอบตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนงานอื่น ๆ มีการติดตามผล IQCในรูปแบบตารางบันทึกผล กรณีที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับมีบันทึกการแก้ไขโดยไม่มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จนกว่าจะดำเนินการแก้ไขแล้วเสร็จ
- กรณีรายการทดสอบที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการวางระบบโดยมีการทำ inter-lab compare ภายในเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช ได้แก่ RF,UPT, Meth test, THC, HBsAg, HBsAb, HBcAb,Anti HCV,Lepto test และ ESR 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 และระบบการประเมินความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ มาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน หลังจากนั้นทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้พัฒนางานบริการตามข้อเสนอแนะจากการตรวจติดตามภายในมาปรับปรุงงานบริการ และระบบบริหารคุณภาพเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน โดยในปี 2564 มีการตรวจติดตามภายในผลการประเมินได้เท่ากับ 94.44 คะแนน ปี 2565 ไม่ได้มีการตรวจติดตามภายในเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19

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 ซึ่งจากการประเมินการตรวจติดตามภายในในแต่ละปีคะแนนที่ได้บ่งบอกได้ว่ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาและรักษาระดับอย่างต่อเนื่อง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิ วิทยาคลินิก	4		มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อรองรับการขยายโรงพยาบาลเป็นระดับ M2 โดยมีการทบทวนระบบบริการ จำนวนรายการที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาความคุ้มค่าตั้งแต่ปัจจัยการนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดยมีแผนรองรับในการเพิ่มการตรวจการเพาะเชื้อต่างๆได้เอง เป็นต้น และการจัดพื้นที่บริการและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือสำหรับงานธนาคารเลือดเพื่อการรับบริจาคโลหิตเอง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ii. บริบท						
การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:						
iii. กระบวนการ						
II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค						
(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:						
●						
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ						
(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:						
●						
(2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล:						
●						
iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ						
●						
v. แผนการพัฒนา						
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี			
59. พยาธิวิทยากายวิภาค และ บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค)
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด						
- แบบรุนแรง	0 %	0	0	0	0	0
- แบบไม่รุนแรง	≤ 0.5 %	0	0.0023	0	0	0
อัตราการเตรียมเลือดต่อการใช้จริง	≤ 2.0	1.58	1.59	1.76	2.02	1.98
อัตราการตอบสนองต่อการขอใช้เลือด	≥ 90 %	99.86	99.99	99.73	99.30	100
ผลการควบคุมคุณภาพงานธนาคารเลือดโดย องค์กรภายนอก	Score =4.0	4.00	4.00	4.00	4.00	NA
อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 95 %	99.86	99.88	99.86	100	100
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ:						
<p>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลปากพนังให้บริการทางด้านงานธนาคารเลือดที่เกี่ยวกับการทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และรวมถึงการจัดการจัดหาเลือดและส่วนประกอบของเลือด โดยเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 11 ท่งสง และเบิกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช เพื่อให้มีความปลอดภัยและเพียงพอ ทันต่อความต้องการใช้แก่ผู้รับบริการ โดยได้มีการนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้: ไม่มีการรับบริจาคโลหิต 						
iii. กระบวนการ						
* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:						
<ul style="list-style-type: none"> • (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) • 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 แต่จากการประชุมร่วมกับทีม PCT เห็นควรจัดทำแผนปรับระบบการตรวจสอบการจ่ายเลือดของหน่วยบริการผู้ป่วยโดยนำแบบฟอร์มการบันทึกการให้เลือดทั้งก่อนและหลังการให้เลือด และส่งข้อมูลบันทึกการให้เลือดส่งคืนงานธนาคารเลือดทุกครั้ง 						
ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:						
<ul style="list-style-type: none"> • จากการเก็บข้อมูลปริมาณการใช้เลือดปี 2565 แล้วนำมาคำนวณหาปริมาณเลือดคงคลังเฉลี่ยที่ต้องสำรองไว้ใน 1 สัปดาห์ พบว่า ต้องมีการสำรองโลหิต หมู่โลหิต A = 5 unit, B = 6 unit, O = 11 unit ,AB = 2 unit ทั้งนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดได้ตามความเหมาะสมและความต้องการใช้โลหิตในห้วงเวลานั้นๆ 						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบคัดแยก กักกัน ชั่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

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

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- การดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมและรายงานการเกิด Hemovigilance เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้โลหิตตามนโยบาย National Hemovigilance ที่กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กำหนดให้เริ่มในปี 2559

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- มีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 จากสภาเทคนิคการแพทย์ 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
60. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	3		มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเลือดที่ดี กำหนดให้มีการทำ CQI การทิ้งเลือดหมดอายุ หากสถานที่เพียงพอและเครื่องมือ บุคลากร มีศักยภาพมากพอก็จะ มีการจัดทำแผนร่วมกับภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่่งสูง เพื่อจัดหาโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ และปี 2565 มีการวางแผนในจัดระบบบริจาคเลือดได้เอง ทดแทนการเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่่งสูง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 ไตรมาสแรก
ทีม SRRT ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจาก สคร.	ผ่านเกณฑ์	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ	รักษา สภาพ
ความครบถ้วนของการรายงาน รง.506	80%	100	100	95.25	82.00	100	30.01
ความทันเวลาของการรายงาน รง.506	80%	81.04	82.15	81.05	80.15	82.15	80.00
ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย	80%	94.42	90.00	85.20	81.10	82.25	100
ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย	60%	92.41	80.25	76.00	72.10	70.20	100
คุณภาพของการสอบสวนโรค	60%	88.32	82.00	81.15	80.05	80.50	85.25

ii. บริบท

โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:

- 1.โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง MI Stroke
- 2.มะเร็ง และผู้ป่วยติดเตียง
- 3.โรคระบาด เช่น วัณโรค โรคไขเลือดออก
- 4.คุณภาพมารดา และทารก
- 5.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19, โรควัณโรค และโรคไขเลือดออก

iii. กระบวนการ

II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:

(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:

- เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน กำหนดในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และกำหนดกระบวนการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่ มีคำสั่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหวิชาชีพประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขเป็นแกนหลัก พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตัวแทนจากงานชันสูตร กรณีที่จำเป็นต้องมีการส่งตรวจ ซึ่งทีมงานมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา และกำหนดสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ งบประมาณ ยาพาหะ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เพียงพอและเหมาะสม
- มีระบบการรายงานการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ตามรายงาน 506 โดยนำข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่มาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้ในกิจกรรมดังกล่าวมีระบบการกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามและประเมินผล รายสัปดาห์ ยึดหลักความถูกต้อง ครบถ้วน ทันต่อเหตุการณ์และสามารถหยุดการแพร่ระบาดของโรคได้
- มีการจัดทำแผนงาน/โครงการการเฝ้าระวังโรคภัยสุขภาพที่สำคัญ ครอบคลุม โดยใช้ข้อมูล สถานการณ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เหตุการณ์ต่างๆ มาจัดทำโครงการเฝ้าระวัง การดูแลเช่น การคัดกรองสุขภาพค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ,การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการเกิดโรคไขข้ออักเสบ โรคอุจจาระร่วง โรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรคฉี่หนู โรคไขข้ออักเสบและอื่น ๆ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

- การดำเนินงานเฝ้าระวังภัยสุขภาพและการควบคุมโรค เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ดำเนินการโดยคณะกรรมการ SRRT ซึ่งได้รับการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีการอบรม แกนนำเจ้าหน้าที่ทีม SRRT อำเภอ การสร้างเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล 17 ตำบล
- การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ในทีมของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
- มีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังโรค รวมถึงการประชาสัมพันธ์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของชุมชน
- มีการนำความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค เช่นการใช้ปูนแดง กำจัดลูกน้ำยุงลาย 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:

- 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) มีส่วนร่วมในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบในการเก็บและรวบรวมข้อมูล รายงานผลถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา เฝ้าดูสถานการณ์แนวโน้มและคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการควบคุมโรค
- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ประกอบด้วยบุคลากรที่ผ่านการอบรมทางระบาดวิทยา สามารถดำเนินการสอบสวนโรค และกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมโรค มีระบบการประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ การส่งตัวอย่างในการวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุในการเกิดโรค และมีระบบการให้คำปรึกษาองค์ความรู้ประกอบการตัดสินใจวางแผนในการควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงาน และชุมชนได้รับทราบข้อมูล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- มีระบบรายงาน 506 ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
- มีระบบการรายงานโรคติดต่อที่ต้องรายงานด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ใช้หัวหน้ากคตตบ มีการประสานข้อมูลข่าวสารร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราชและสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
- กรณีวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการ หลังจากรับส่งข้อมูล 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:

- มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.
- ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในพื้นที่อำเภอปากพนัง ทีม SRRT จึงดำเนินการลงพื้นที่ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
- มีทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านโรคติดต่อระดับอำเภอ ตำบล สามารถตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพทุกเหตุการณ์
- มีการรายงานผลการสอบสวนโรคให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทราบ
 - ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีความพร้อมในการดำเนินงาน ใช้ระบบ IT ในการประสานแจ้งข้อมูลกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิก ตลอด 24 ชั่วโมง.

(2) ทีม SRRT:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรค และภัยสุขภาพทั้งระดับอำเภอ และทีม SRRT ระดับตำบล ซึ่งมีชุมชนมีส่วนร่วม

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

1.กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ได้แก่

1.1 กำหนดนโยบายชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยทุกรายแบบ Dot ทุกราย

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการ เร่งรัด ป้องกัน วัณโรค อำเภอปากพนัง เพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคใน

พื้นที่

1.3 สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน ปรับปรุงตามหลักควบคุมป้องกันการติดเชื้อ

1.4 พัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบ การเป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยา เทคนิคการต่อรอง และการให้คำปรึกษา

1.5 พัฒนาระบบการคัดกรองผู้มารับบริการ โดยกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน กำหนดช่องทางด่วนที่แผนกผู้ป่วยนอก แยกผู้รับบริการที่คลินิก one stop service และมีการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านในผู้ป่วยทุกราย

1.6 พัฒนาระบบการรักษาและยาตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค พบว่า อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคลดลง จากร้อยละ 4.84 ในปี 2561 เหลือ 3.57 ในปี 2565 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 ที่นอนรวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในศูนย์เด็กเล็ก

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 การระบาดด้วยโรคโรค มือ เท้า ปาก จึงไม่พบ ในปี2565 โรงเรียนเปิดเรียนตามปกติในภาคเรียนที่ 2 พบนักเรียนป่วยเป็นโรค มือ เท้า ปาก จำนวน 3 คน ใน 2 โรงเรียน ได้ดำเนินการตามแนวทางการสอบสวนโรคของกรมควบคุมโรค

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 มีกิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มผู้ที่มีเสี่ยง เฝ้าระวังและติดตามประเมินเป็นระยะในรอบ 1 ปี

3.3กลุ่มเป็นโรค ประสานคลินิกโรคเรื้อรัง ความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการรักษา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

4. กิจกรรมการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-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:

- มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีสมาชิกทีมที่เป็นสหวิชาชีพมากขึ้น ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ

v. แผนการพัฒนา

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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปัจจุบัน
ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดี สมส่วน	ร้อยละ 68	48.80	56.41	54.91	50.31	40.87	51
ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน	ร้อยละ 100	95	95.62	100	100	NA	93.25
วัคซีนนักเรียน	ร้อยละ 100	94.25	98.85	98.48	NA	NA	95.00
ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 ปี ใต้รับยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 100	NA	NA	98.35	-	-	78.54
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 95	61.65	77.60	70.54	73.11	88.11	74.46
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	ร้อยละ 95	63.43	78.62	77.88	74.33	88.12	71.87
ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 56	NA	NA	45.66	46.15	25.00	37.07
ร้อยละประชากรวัยทำงานอายุ 25-59 ปี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	NA	NA	45.85	27.21	46.37	อยู่ระหว่างดำเนินการ
อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี	ร้อยละ 80	64.73	70.79	68.54	72.06	71.34	59.22
อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี	ร้อยละ 50	53.32	59.67	38.54	50.27	56.49	55.87
ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	4.75	10.50	15.28	1.5	NA	28.57
ร้อยละครัวเรือนที่ผ่านการตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน	60 ครัวเรือน	NA	48	60	69	60	66
ร้อยละของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านชกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (VL < 1000 copies/ml)	90	98.70	97.70	96.82	96.28	96.35	รอผลดำเนินการ
อัตราการขาดยาของผู้ป่วย วัณโรค	น้อยกว่าร้อยละ 5	4.84	5.02	5.14	5.23	3.57	0.11

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปัจจุบัน
-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่(Success rate)	85 ปี 64 88	85.64	84.91	83.72	81.03	48.51	0.03
-อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	82.5 ในปี 64 85	47.3	50.68	56.88	95.21	91.02	87.50
ร้อยละของผู้ใช้ผู้ใส่ที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสทต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจาก การบำบัด 3 เดือน	74	78/ 47.37	82/ 23.81	86/ 48.48	90/ 42.86	NA	NA
อัตราผู้ที่เข้ารับการบำบัดบุหรี สามารถเลิกได้ในระยะเวลา 6 เดือน	20	21.43	27.27	20	22	18	4.8
ร้อยละเด็ก 0- 5 ปี กินนมแม่อย่าง เดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	48.24	57.80	67.73	70.83	76.24	85.89
คัดกรองพัฒนาการเด็ก 0- 5 ปี	ร้อยละ 90	79.52	93.80	91.49	79.80	91.95	30.67
พัฒนาการเด็ก 0- 5 ปี สงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	23.04	32.23	24.03	17.28	16.46	18.80
คัดกรองพัฒนาการเด็ก0-5 ปี สมวัย	ร้อยละ 80	73.06	89.15	80.85	85.37	92.49	77.30
ติดตามพัฒนาการเด็ก0-5 ปีที่สงสัย ล่าช้ามารับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ 100	69.3	90	65.61	75	60.74	NA
เด็ก0- ปีที่ล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการโดยเครื่องมือ TEDA4I	ร้อยละในแต่ละ ปี55,60,60,70, ตามลำดับ	80	100	NA	100	NA	NA

i. บริบท

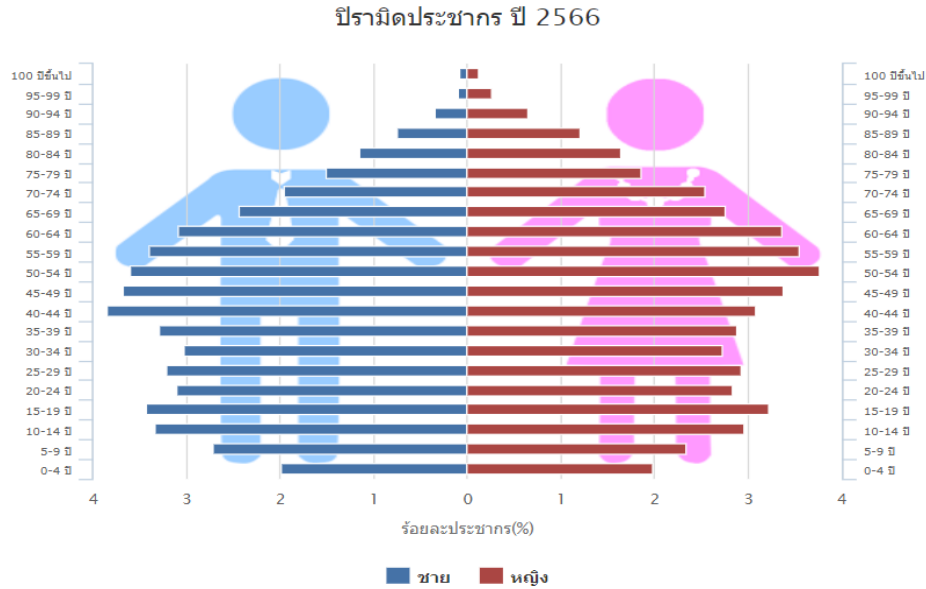
ชุมชนดำเนินงานที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

โรงพยาบาลปากพ่องเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) ประกอบด้วยหน่วยบริการสุขภาพระดับ ตำบล (รพ.สต.) จำนวน 25 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (Primary Care Unit : PCU) ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพ่อง มีจำนวนประชากร 97,153 คน (จากฐานข้อมูล HDC เมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2566) ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ส่วน คือองค์กรบริหารส่วนตำบลปากพ่องฝั่งตะวันออก (2 หมู่บ้าน) และเทศบาลเมืองปากพ่อง (22 ชุมชน) มีลักษณะเป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นชนบทหมู่บ้านเล็กๆ ที่อยู่ติดกับเมืองเป็นส่วนใหญ่ มีลักษณะของพื้นที่ทั้งแบบชนบท และแบบเมือง ชุมชนชนบทเป็นชุมชนดั้งเดิมทำอาชีพประมง ออกเรือหาปลาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ชุมชนเมืองเป็นชุมชนใหม่ที่ขยายมาและเปลี่ยนแปลงมาจากชุมชนดั้งเดิม เป็นที่ตั้งของส่วนราชการ และร้านค้าประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจ สังคมต่างคนต่างอยู่ ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดนครศรีธรรมราช 35 กิโลเมตร การทำงานกับชุมชนเน้นการสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่อง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

มีผู้ดูแลที่มีศักยภาพและดูแลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

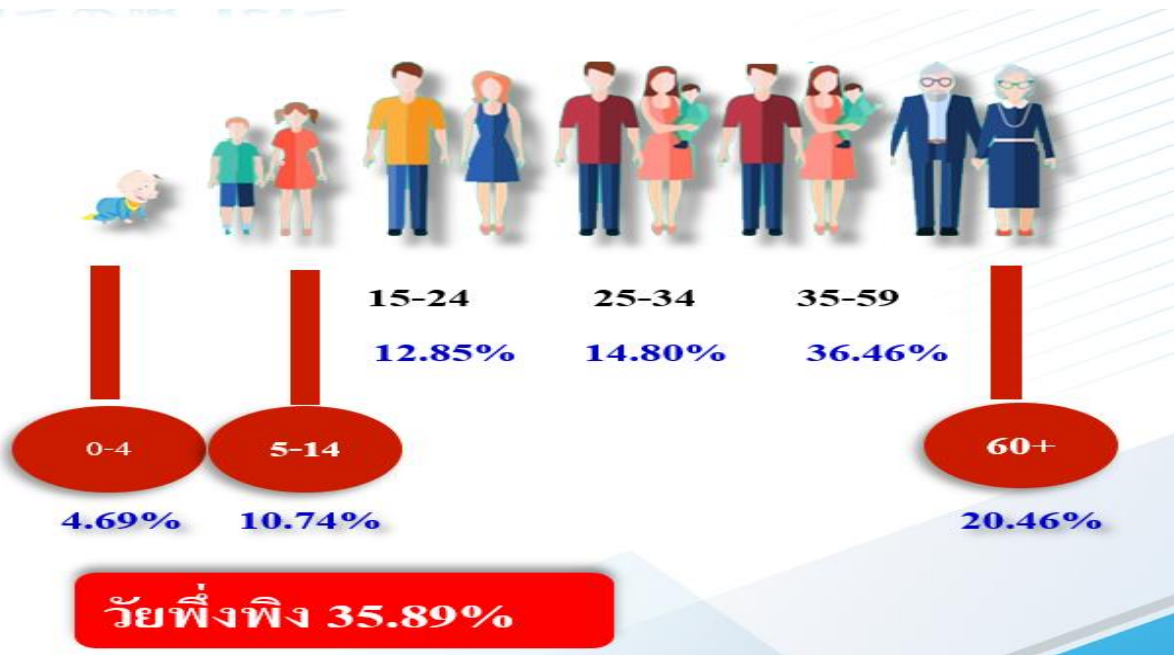
ลักษณะโครงสร้างประชากรอำเภอปากพนังจากการสำรวจของสถานบริการสาธารณสุข ณ 5 กุมภาพันธ์ 2566 ตามปิรามิดประชากร ดังนี้



ลักษณะโครงสร้างประชากรอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่มา จากฐานข้อมูล HDC เมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2566

จากปิรามิดประชากรอำเภอปากพนังจะเป็นปิรามิดแบบหดตัว (Constrictive Pyramid) ลักษณะเป็นฐานแคบ ตรงกลางพองออก และยอดค่อยๆ แบนเข้า แสดงว่าในช่วงปีที่ผ่านมาประชากรอำเภอปากพนัง จำนวนคนเกิดและจำนวนคนเสียชีวิตลดลง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน (15-59 ปี) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 66.96 ของประชากรทั้งหมด อัตราส่วนพึ่งพิง (Dependency Ratio) คิดเป็นร้อยละ 35.89 อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก ร้อยละ 15.43 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 20.46

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.



iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

- การดำเนินงานภายใต้จากการทบทวนสถานการณ์ สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ปี 2563-2565 โรงพยาบาลปากพ่องทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 17 ตำบล 142 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 97,153 คน ดำเนินงานในรูปแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จำนวน 25 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล 1 แห่ง มีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน การบริการเชิงรุกในการคัดกรอง สร้างเสริมสุขภาพ ให้สามารถดูแลและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงเรียน แลกเปลี่ยนปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มจากโรคที่เป็นปัญหาหลักของชุมชน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคและภัยสุขภาพในชุมชน ช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาส
- ความต้องการของประชาชนในชุมชน ประชาชนมีความต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์บริการ ต่าง ๆ ที่จัดให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง มีบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนให้มากขึ้น

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

- การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน ศักยภาพของชุมชน/เครือข่ายในชุมชน มี อบต. 13 แห่ง เทศบาลตำบล 3 แห่ง เทศบาลเมือง 1 แห่ง เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล และสนับสนุนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ในพื้นที่ โครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในหมวดจัดการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และสนับสนุนสถานบริการ ส่วนโครงการที่เกิดจากชุมชนดำเนินการเองยังมีน้อย
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่บูรณาการ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของร่วมกันโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการไปสู่การสร้างเสริมให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน จากการวิเคราะห์การเกิดตาย สาเหตุการตาย การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนโดยรวมพบว่า โรคที่เป็นปัญหา คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และโรค

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ติดเชื้อไวรัส COVID-19 จึงได้สรุปประเด็นปัญหาความต้องการ ดังนี้ ประเด็น 1. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) 2. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3. การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19

- กองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองปากพอง และองค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณมีการดำเนินการแผนงานโครงการในทุกปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม/มะเร็งลำไส้ /คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง/ สืบตรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน 19-59 ปี โครงการ long term care
- มีการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานควบคุมโรค ที่ 11 (สคร.ที่ 11) สนับสนุนโครงการดูแลลูกหลานบ้านพอ ที่ปากพอง
- จัดบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ long term care ร่วมกับ อปท. พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 17 ตำบลเข้าร่วมโครงการ Long term care กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) ครบร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564
- ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพปากพอง มีจำนวน 14,183 คนคิดเป็นร้อยละ 23.77 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 851 คน (ตัดบ้าน 558 คน ตัดเตียง 293 คน) คิดเป็นร้อยละ 6.0 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มตามสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ได้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเครือข่ายโดยจัดอบรม Care giver (CG) ในชุมชนหลักสูตร 70 ชั่วโมงเพิ่มในปี 2564 และปี 2565 ได้ขยายการจัดอบรม Care giver (CG) ในทุกพื้นที่เพื่อติดตามดูแลในชุมชน (CG 1 คนต่อผู้สูงอายุ 5-10 ราย) ในส่วนของโรงพยาบาลปากพองมีผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ 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

(4) การประเมินและปรับปรุง:

กลุ่มเป้าหมายสำคัญ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ได้แก่ ปัญหา สุขภาพที่สำคัญของ

- ประชากรในพื้นที่จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่า (1) ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากพฤติกรรมบริโภคและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมแล้ว อาจเกิดจากการที่มีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการ ได้รับการคัดกรอง การเฝ้าระวังโรค และคำแนะนำในการป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการเชิงรุก เข้าถึงชุมชน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น กล่าวคือ อ.ส.ม. ที่ผ่านการอบรมเป็น อ.ส.ม. มีประสบการณ์และทักษะด้านการคัดกรอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เข้าไปดำเนินการในพื้นที่แต่ละหมู่บ้านจนถึงบ้านและเก็บข้อมูลจน ครอบคลุม มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ การคัดกรอง ดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติ (2) ปัญหาผู้สูงอายุ ประชากรในอำเภอปากพอง ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ (จากการสำรวจ) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.77 เป็นร้อยละ 20.46 และจากการตรวจคัดกรองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มติดสังคมมีแนวโน้ม กลุ่มติดบ้าน และติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอปากพองได้ดำเนินการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และ ในปี 2564 การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ครอบคลุมทุกตำบล มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ได้รับการดูแลโดยบุคลากร สาธารณสุขที่มีสาขาวิชาชีพและ care giver ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) (3) การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในช่วง ปี 2563-2565 อำเภอบางแพะหนึ่งมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ติดเชื้อเป็นจำนวนมากและมีผู้ป่วยเสียชีวิต ปัจจุบันได้มีการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยใช้มาตรการ DMHTT และให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการใช้ชีวิตในสถานการณ์โควิด ในช่วงที่ผ่านมาได้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสร้างการรับรู้การป้องกันส่วนบุคคล เช่น universal prevention การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าในที่ชุมชนและพูดคุยกัน รวมถึงการเว้นระยะห่าง การเข้าไปที่แออัด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในชุมชนก็ยังคงมีการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานโดยใช้การสื่อสารทางไลน์/ ไลน์กลุ่ม/ โทรศัพท์/ เฟสบุ๊ค ใช้ระบบ IT เพื่อพัฒนา และเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

- II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

- (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

การมีส่วนร่วมเน้นการทำงานของภาคเครือข่าย ได้แก่ องค์การปกครองท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำสุขภาพในหมู่บ้าน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย

1. การดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคร่วมกับกองทุนสุขภาพตำบล อำเภอทับปดปากหนึ่งมีกองทุนสุขภาพ ครอบคลุมตำบล โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการ และโครงการที่ทำร่วมกับกองทุน สุขภาพตำบล ได้แก่ การแก้ปัญหาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

- โครงการ (คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ดำเนินการเชิงรุกตั้งแต่คัดกรองภาวะเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อสม. และกองทุนสุขภาพตำบลจนถึงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

- โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

- โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิด-5 ปี

- โครงการวัยเรียนวัยใสเริ่มรักอย่างไรไม่ให้เสี่ยง

- โครงการชุมชนปลอดภัยจากไข้เลือดออก

- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

2. ในปี 2561-2565 การดำเนินการ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนาให้เกิดเครือข่ายชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพนำสู่ระบบสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง และประชาชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจากเครือข่าย อสม. มีการอบรมฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพ อสม. ในระดับอำเภอ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและพัฒนาการในเด็กแรกเกิด-5 ปี การพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้สูงอายุในชมรมให้เป็นจิตอาสา มีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านบริการ และการต้อนรับทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในโรงพยาบาลปากหนึ่ง รวมทั้งมีการ ประชุมอสม. อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง มีประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

3. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ รพ.สต. อปท. พม. และชุมชน

4. โรงพยาบาลปากหนึ่งมีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านเชิงคุณภาพ โดยทีมหมอครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

- ด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพ ของพื้นที่

อำเภอบางแพะหนึ่ง ได้ดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อปท. และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เข้ามามีบทบาทในการผลักดันการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนทรัพยากร เวชภัณฑ์และเครื่องพ่นยุง การณรงค์ในพื้นที่ช่วงที่มีการระบาด กรณีมีผู้ป่วยสงสัยโทรแจ้ง อปท. จะดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ร่วมกับสถานบริการ มีการปรับบทบาททีม SRRT ในระดับตำบลให้เกิดความรวดเร็วในการควบคุมโรค มีอสม. เป็นเครือข่ายการรายงานโรคระบาดในชุมชนที่รวดเร็วและทันเวลา ทำให้อัตราป่วยในพื้นที่ลดลง และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในปี 2563-2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

โรงพยาบาลปากพนังมีมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก และได้ดำเนินการต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกยังมีน้อย ได้แก่

- 1) เร่งรัดสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างเข้มข้น
- 2) ให้แต่ละสถานบริการรายงานผลการสำรวจดัชนียุงลาย (HI CI)
- 3) รายงานโรคให้ รพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ทราบภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับ รายงาน
- 4) สำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ฟันสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย ไนรัสมี่ 100 เมตรของบ้านผู้ป่วยและ จุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรคภายใน 1 วัน

5) มาตรการควบคุมโรคเมื่อพบผู้ป่วย ภายใน 24 ชม. โดยพ่นหมอกควัน และครั้งที่ 2 ภายใน 7 วัน

6) มาตรการให้ความรู้และสร้างความร่วมมือจากประชาชนการกำจัดลูกน้ำยุงลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนทุกชุมชน มีแผนรณรงค์การกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ชัดเจนในแต่ละเดือน เพื่อปากพนังปลอดโรคปลอดยุง

และได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพขอ.อำเภอปากพนัง รวมทั้งการควบคุม ป้องกัน โรคไวรัสโคโรนา- 19 การลงเชิงรุกในพื้นที่ (ปากพนังปลอดโรค)

- ความปลอดภัยทางถนนรณรงค์ให้สวมหมวกกันน็อค ถนนสายสีขาว มีการดูแลความปลอดภัยบนท้องถนนและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ของพขอ.อำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์อาหารปลอดภัยทุกปีโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการจัดทำโครงการสินค้าไม่ปลอดภัยในชุมชนทั้ง 17 ตำบล โดยให้กำหนดทำ MOU กับประธาน พขอ.จะไม่จำหน่ายสินค้าต้องห้ามในพื้นที่ ได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพขอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเองทุกครัวเรือนเพื่อลดการเกิดสารพิษในร่างกายได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพขอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์การแยกขยะในครัวเรือน แปรรูปขยะรีไซเคิลในท้องถิ่น รณรงค์การเก็บขยะในพื้นที่เพื่อความสะอาด มีกิจกรรมเพื่อลดปัญหาขยะในชุมชน เดินรณรงค์ลดขยะ (ปากพนังสะอาด)
- โครงการในพระราชดำริ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้ดูแลผู้ต้องขังเรือนจำปากพนัง ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลตามเกณฑ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคัดลอกเป็นเรือนจำนำร่อง เรือนจำติดดาว
- (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:
- ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการจัดการขยะในอำเภอปากพนัง
- ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทคณะกรรมการบริหารกองทุนตำบลครบทุกตำบล ให้มีความรู้และความเข้าใจหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฯ ดำเนินการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จัดทำแผน ครอบคลุมทุกกองทุน
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนับสนุน การอบรม อสม.แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นแกนหลักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยแบ่งจำนวนหลังคาเรือนที่ดูแลเป็นรายบุคคล อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน ประชุมร่วมกันทุกเดือน โดยเพิ่มพูนความรู้ทักษะและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในชุมชนแต่ละหมู่บ้านและมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง
- มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพ
- มีการส่งเสริมความสามารถของทีมกู้ชีพกู้ภัยในการช่วยชีวิตเบื้องต้น (BLS) เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติต่างๆ ส่งผลให้พัฒนาระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอัตราการตายก่อนนำส่งรพ.
- การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:
- พัฒนาทักษะเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่แต่ละตำบล กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อสม.นักวิทยุ อสม.คุ้มครองผู้บริโภค สามารถใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย หาสารปนเปื้อนในอาหาร ยาฆ่าแมลง น้ำมันทอดซ้ำ การตรวจร้านค้า เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคในชุมชน

(2) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- คปสอ.ปากพนัง ได้กำหนดกลยุทธ์ ตามลจัดการสุขภาพเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน การส่งเสริม พฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล หมู่บ้านต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 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

(3) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

- โรงพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ให้หลากหลาย
- ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองปากพนังมีสนามกีฬาประจำอำเภอ สระว่ายน้ำ เครื่องออกกำลังกายในที่ร่ม สนามเด็กเล่น ลานแอโรบิก ลานกีฬากลางแจ้ง สนามฟุตบอล สนามแบดมินตัน มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้ประชาชนมารวมกันในการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน
- กิจกรรมความร่วมมือกับชุมชนในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยมีชุมชนต้นแบบคัดแยกขยะ เริ่มจากการคัดแยกขยะในครัวเรือนเพื่อลดปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดจากการบริโภคอาหารหรือการจับจ่ายซื้อของ นำขยะรีไซเคิลมาดัดแปลงใช้ประโยชน์เพื่อลดจำนวนขยะในชุมชน
- การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล ชุมชนและท้องถิ่น ได้แก่ นโยบายไม่สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ในโรงพยาบาล ลดพุง ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพของอำเภอปากพนัง
- การจัดรณรงค์สื่อสารความเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ การจัด กิจกรรมวันรณรงค์ต่าง ๆ (วันเบาหวานโลก วันหัวใจโลก วันอัมพฤกษ์อัมพาตโลก วันความดันโลหิตสูงโลก) ของทุก ๆ ปี สื่อสารเสี่ยงตามสาย เสียงตามสายในโรงพยาบาลหอกระจายข่าวในชุมชน
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ท างาน ได้แก่ จัดสถานที่ออกกำลังกายในโรงพยาบาล สวนสุขภาพในเขตเทศบาล ไม่ขายเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ขนมหวาน และขนมกรุบกรอบในโรงเรียน
- สนับสนุนชมรมผู้สูง และโรงเรียนอายุในอำเภอปากพนัง
- โรงพยาบาลปากพนัง จัดทำโครงการให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่ขาดแคลนและมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เมื่อกลับไปอยู่บ้านรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลจนถึงวาระสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้กลับมาอยู่บ้านด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายให้กับคนไข้และญาติ มีระบบการยืมอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ได้แก่ เตียง ถังออกซิเจน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

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

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3.5	I	- คืบข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนและร่วมวางแผนการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

			<p>ทำงานในชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสู่การทำ home ward - พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง - บูรณาการขับเคลื่อนงานร่วมกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 	
--	--	--	--	--

