

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.มีจุดอ่อนในขั้นตอนนี้ใดในมาตรฐานเรื่องนั้น 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	
การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	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	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	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.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญในตาราง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (จากความพยายามในการพัฒนา หรือจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป) โดยอาจใช้ run chart หรือ control chart ที่มีคำอธิบายประกอบ (annotation) ตามข้อมูลปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุด

กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 85 -90 และความปลอดภัยของบุคลากรในตำแหน่งกำลังคนข้อ 94 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

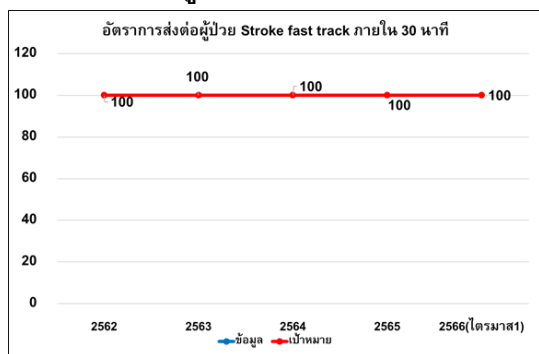
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส1)
อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ใน 30 นาที	100	100	100	100	100	100	100
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis	< 30%	5.19	2.70	0	0	0	0
อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH	< 5	2.86	2.5	2.5	1.7	1.60	3.70
Needle time (SK)ภายใน 30 นาที	>60%	11.11	16.67	0	80	100	100
อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน	<5	2.72	2.20	2.54	2.18	2.47	0.44

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ใน 30 นาที



การฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต., พัฒนา Flow chart stroke Fast Stroke, การรายงานแพทย์โดยใช้ sbar, มีแพทย์เวรประจำ ER ตลอด 24 ชม., การจัดให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการกลุ่ม NCD และประชาชนทั่วไป ร่วมกับ เครือข่ายสุขภาพ,การจัดอัตรากำลังสำรองของพนักงานขับรถ มีผลให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ใน 30 นาที ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด โอกาสพัฒนา

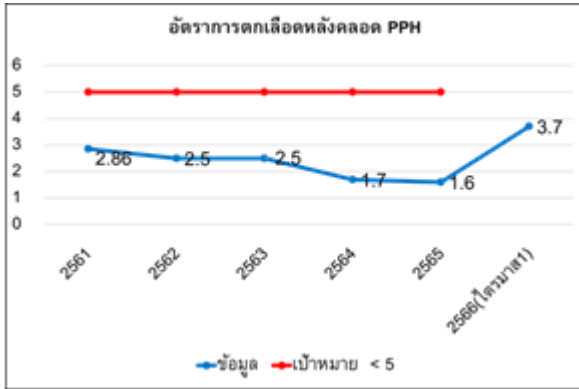


อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis

อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย severe sepsis / septic shock และถือปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ,พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการทำ early warning signs, Pre arrest signs การประเมินอาการ/เฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ให้ความสำคัญในการคัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

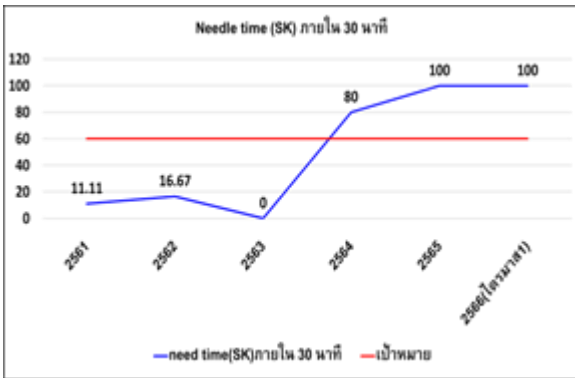
กรอง และการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่สำคัญๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่าย ในการติดตามประเมินความเสี่ยง sepsis



อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH

ในปี 2565 มีการให้บริการครรภ์เสี่ยงเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่า เกิดจากการ uterine atony, Retained placenta , Tear cervix, มารดามีภาวะซีด 2 ราย (Hct. 31% และ 32%) จึงพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะซีดที่มีค่า Hct < 33% จ่ายยา Triferdine และยา Ferrous sulfate จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์, ติดตาม Hct ทุก 1 เดือนจนกว่า Hct >33% และเข้ากลุ่มให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด, พัฒนาระบบการดูแล Early warning

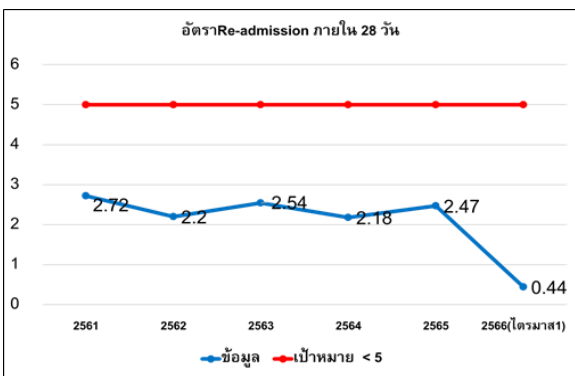
sign เมื่อ blood loss 300 ml., ใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือด, การบริหารยา Syntocinon, พัฒนาสมรรถนะในการทำ uterine tamponade, Uterine packing และการทำ uterine massage บริเวณ Lower uterine segment 15 – 20 นาที ส่งผลให้การตกเลือดหลังคลอดลดลง ในปี 2566 ไตรมาสแรก พบมารดาตกเลือดหลังคลอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70



Needle time (SK)ภายใน 30 นาที

ในปี 2561 – 2563 อัตรา Needle time (SK) ภายใน 30 นาที ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จากการทบทวนปัญหาหระยะเวลาการให้ยาไม่เป็นตามเกณฑ์ที่กำหนด และทักษะในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยการประชาสัมพันธ์อาการเตือนนำของโรคหลอดเลือดหัวใจ, พัฒนาระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วย STEMI (Fast track STEMI) รพ. สตร. เครือข่าย, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย

STEMI, การอ่านและแปลผล EKG รวมถึงการพัฒนาระบบการ consult และ Refer CCU ร่วมกับแม่ข่าย มีผลให้อัตรา Needle time (SK) ภายใน 30 นาที ผ่านเกณฑ์



อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน

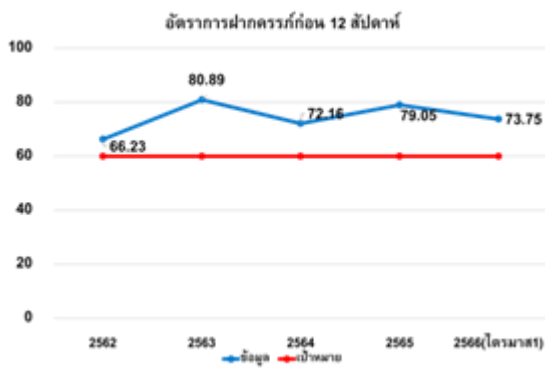
พบผู้ป่วย Re-admit ภายใน 28 วัน สูงในกลุ่มโรค DM, MI, และมะเร็ง ทบทวนสาเหตุพบว่า เกิดจากภาวะรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงจากการให้เคมีบำบัด การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และการ Discharge เร็ว ได้ปรับระบบโดยพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ การทำ Care Map ในกลุ่มโรคทั่วไปและเรื้อรัง คือ DM HT COPD STEMI Stroke เป็นต้น พัฒนาระบบการให้ข้อมูล

และการเตรียมความพร้อมรอบด้านก่อนการจำหน่าย โดยมุ่งเน้นผู้ป่วย COPD ในกลุ่ม D แบ่งความรุนแรงโดยอาศัย mMRC/Cat score/อาการกำเริบและติดตามเยี่ยมบ้านแบบ IN-HOMESSS มีการปรับความถี่ในการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส)
อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	60	71.54	66.23	80.89	72.16	79.05	73.75
ระยะเวลารอดคอยที่ OPD	<90 นาที	64	57	52	59	57	84
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	เป้าหมาย	44.4	49.06	55.8	60.05	62.02	99.48
		50	55	63	68	71	80
อัตราการเข้าถึง Stroke fast track ภายใน 2 ชั่วโมง (Onset to ER)	>80%	39.95	24.8	36.4	55.92	40	53.57
อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง	>95	99.32	98.50	99.20	99.40	99.50	99.1

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

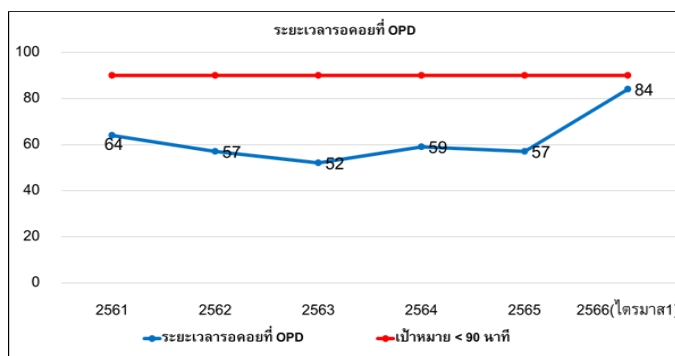


อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

จากการข้อมูลปี 2564 อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ลดลง เนื่องจาก การเข้าถึงบริการล่าช้า การไปทำงานต่างพื้นที่ หญิงตั้งครรภ์บางคนไม่ทราบว่าฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ การตั้งครรภ์ที่ท้องหลัง หญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญน้อยกว่าท้องแรก ได้มีการแก้ปัญหาโดยประสานรพสต. อสม. ร่วมรณรงค์ หญิงวัยเจริญพันธ์ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ติดตามรณรงค์การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เข้าร่วมโครงการ

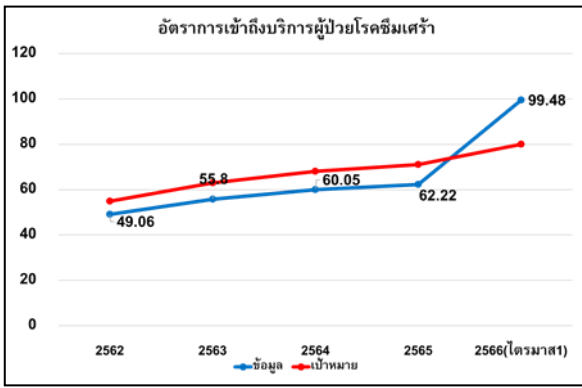
หญิงไทยฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ ทำให้อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้นในปี 2565 เป็นร้อยละ 79.05 ในปี 2566 ไตรมาสแรก ร้อยละ 73.75

ระยะเวลารอดคอยที่ OPD



จากการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean คือ ปรับระบบบริการของแพทย์ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 08.00 น., การขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. ทำให้ระยะเวลารอดคอยที่ OPD ปี 2561-2565 มีระยะเวลาลดลง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

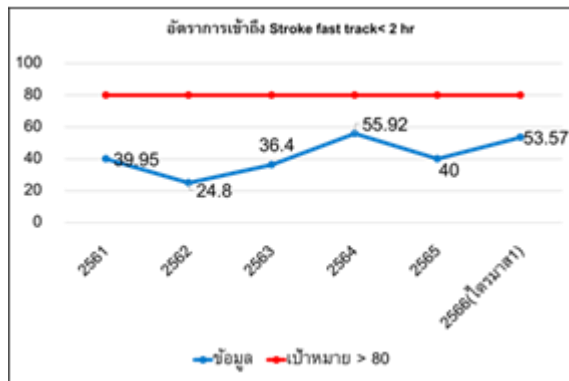


อัตราการใช้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบ ปัญหา การวินิจฉัยไม่ครอบคลุม, จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนมาก จึงได้ จัดให้มีการปฐมนิเทศ แพทย์ใหม่ในการให้วินิจฉัยและการให้รหัสโรคทางจิตเวช, เน้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั้งในชุมชนและในคลินิก ต่าง ๆ, พัฒนาแนวทางการส่งต่อคลินิกสุขภาพจิต เพื่อ ประเมินซ้ำในรายที่ 2Q Positive, โครงการป้องกันการฆ่า ตัวตายในชุมชน, ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ

ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางจิต

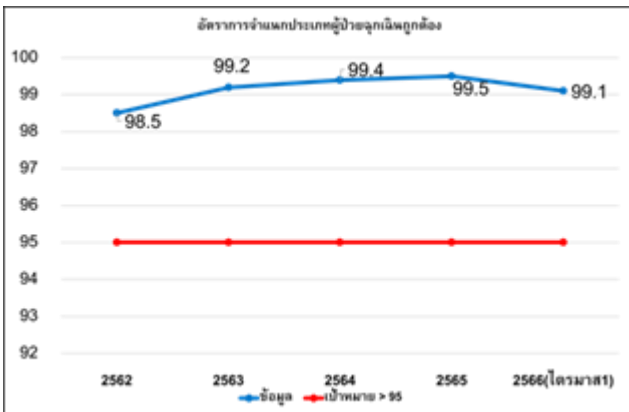
อัตราการใช้ Stroke fast track ภายใน 2 ชั่วโมง (Onset to ER)



ผลการดำเนินงานของ Stroke Fast track ภายใน 2 ชั่วโมง (Onset to ER) นับตั้งแต่มีอาคาร ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนยัง ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองและภาวะอันตรายของโรค ร้อยละ 36.09 ไม่ทราบ ระยะเวลาของการเกิดอาการชัดเจน ร้อยละ 10.98 และการ เดินทางไม่สะดวกร้อยละ 6.27 ประกอบกับการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลล่าช้า จึงได้ ฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการ คัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่

รพ.สต., การประชาสัมพันธ์เชิงรุก Stroke Early Sign แก่ประชาชนทั่วไป, จัดทำใบแจ้งเตือนอาการของโรคหลอดเลือด สมองและหลอดเลือดหัวใจ(card alert)ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เน้นย้ำการรับรู้ในกลุ่มเสี่ยง NCD Clinic , การบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

อัตราการใช้ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง



จากการปรับปรุงกระบวนการคัดกรอง โดยใช้ MOPH triage ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย, พัฒนา สมรรถนะพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการคัดกรอง/คัดแยก , อบรมประจำปี, กำหนดพยาบาลคัดกรองที่มีอายุงาน มากกว่า 2 ปี, จัดให้มีพยาบาลคัดกรองอยู่ประจำทุก เหว โดยบริหารอัตรากำลังร่วมกับ ER , ฝึกทักษะและ พัฒนาสมรรถนะการคัดกรองเบื้องต้น ให้กับพนักงาน เปล มีผลให้อัตราการใช้ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์

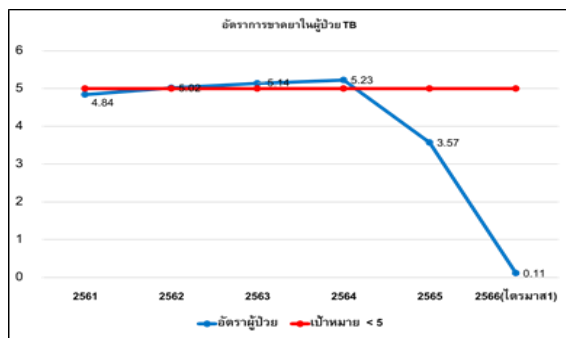
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB	<5%	4.84	5.02	5.14	5.23	3.57	0.11
อัตราที่ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥85%	90.49	89.11	97.46	76.2	41.66	53.98
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด HT	<10%	7.64	4.78	13.47	13.43	4.78	1.05
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด DM	<8%	4.71	5.30	10.52	10.32	4.89	2.6

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB

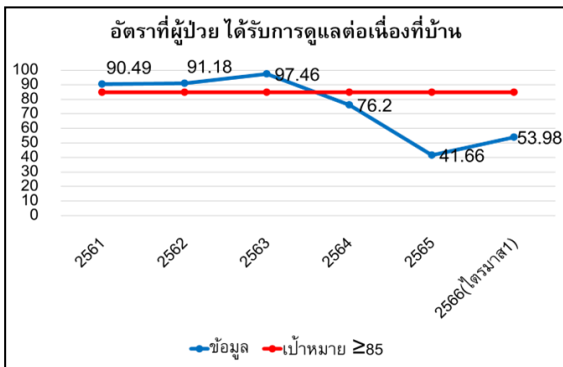


อัตราการขาดยา TB ยังมีปัญหาเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ

อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และมักมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคัน อ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือยุติการรักษาไม่มาตามนัด มีการปรับเปลี่ยน นัดผู้ป่วยทำ Dots ยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทั้งที่โรงพยาบาล และ รพ.สต. พุดคุย ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติเพื่อรับรู้แนวทางการรักษาไปด้วยกัน ติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โทรตามหากผิดนัด และคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย เพื่อค้นหาผู้ป่วยราย

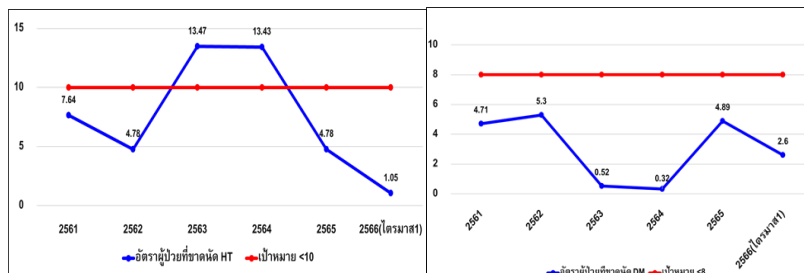
ใหม่ ทำให้ผู้ป่วยเข้าระบบการรักษามากขึ้น สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เข้าระบบการรักษาได้รวดเร็วขึ้น แผนพัฒนา อาจจะมีการลงพื้นที่เพื่อติดตาม case ที่ไม่มาตามนัด ทำให้ในปี 2565 ทำให้อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB ผ่านเกณฑ์

อัตราที่ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ในปี 2564 – 2565 อัตราการดูแลต่อเนื่องที่บ้านลดลง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19, ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตามที่อยู่ที่แจ้ง รวมทั้งไม่สามารถโทรติดต่อตามเบอร์ที่แจ้งได้ จึงได้มีการกำหนดให้ขอเบอร์ติดต่ออย่างน้อย 2-3 เบอร์ ปรับกระบวนการติดตามโดยการโทรเยี่ยม หรือ Video call มีการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลและเครือข่ายรวมทั้งพชอ. อำเภอปากพนัง โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทุกกลุ่มโรคตาม Service Plan

อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง & อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเบาหวาน



ในปี 2563-2565 อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีมาตรการส่งยาทางไปรษณีย์รวมถึง รพ.สต. เครือข่ายและ

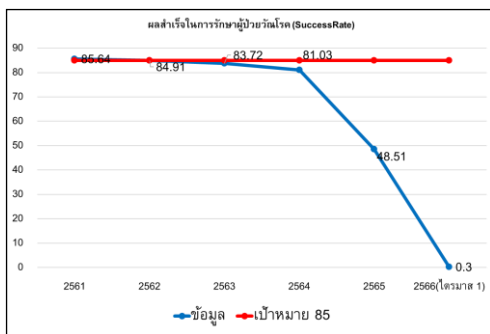
อสม. ดูแลติดตามเยี่ยมเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)

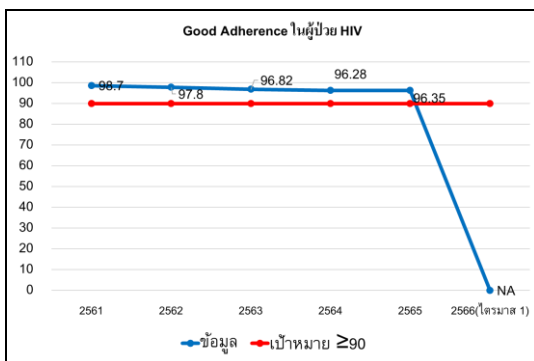
ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate)	85%	85.64	84.91	83.72	81.03	48.51	0.30
Good Adherence ในผู้ป่วย HIV	≥90%	98.70	97.80	96.82	96.28	96.35	NA
ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน)	≥60.00	57.06	66.10	64.24	62.67	61.94	49.38
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7)	>40%	36.99	33.07	27.28	33.19	34.88	15.07
อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥80%	91.86	95.15	87.36	87.50	85.71	88.57

ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate)



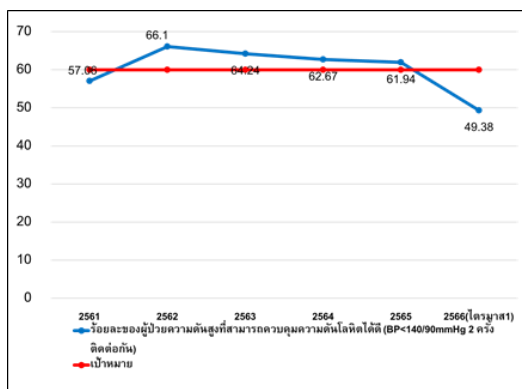
ในปี 2562-2565 ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate) ยังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาตามนัด รับประทานยาไม่ถูกต้องสม่ำเสมอ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคัน อ่อนเพลีย ได้มีการติดตามผู้ป่วยสม่ำเสมอ โทรตามหากผิดนัด หรือลงพื้นที่ไปตามที่บ้าน พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเรียนรู้แนวทางการรักษาไปด้วยกัน และนัดผู้ป่วยทำ Dots ยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยเข้าระบบมากขึ้น และรับประทานยาถูกต้องสม่ำเสมอครบตาม

แผนการรักษาส่งผลให้ ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate) ในปี 2564-2565 เพิ่มขึ้น



Good Adherence ในผู้ป่วย HIV

จากการดำเนินการในคลินิก ARV พบว่า Good Adherence ในผู้ป่วย HIV ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด แต่ยังมีปัญหา ผู้ป่วยรายใหม่ไม่ยอมมารับผลการตรวจ และไม่เข้าระบบการรักษา ได้มีการให้คำปรึกษาก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกทุกราย, มีกลุ่มผู้ป่วยจิตอาสาเข้ามาดูแลให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย มีแนวทางการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้เองเพื่อป้องกันการขาดยา



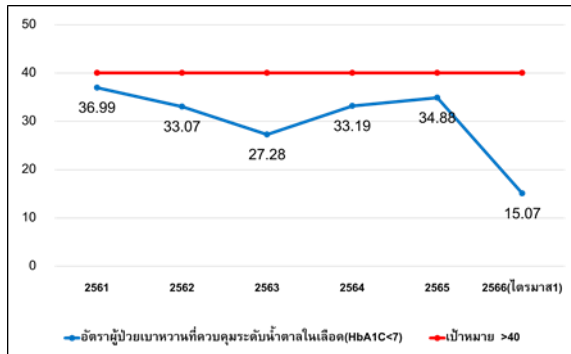
ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน)

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมีแนวโน้มลดลง พบว่า ประชากรมารับการตรวจรักษาไม่ต่อเนื่องเพราะไม่มีอาการผิดปกติ มีคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือก ร่วมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารรสเค็ม หมักดอง จึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล, มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด กรณียังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกิน 3 ครั้ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ส่ง HHC ติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับ รพ.สต.ในเครือข่าย และมีระบบ discharge counseling ด้านยา และการปฏิบัติตัว

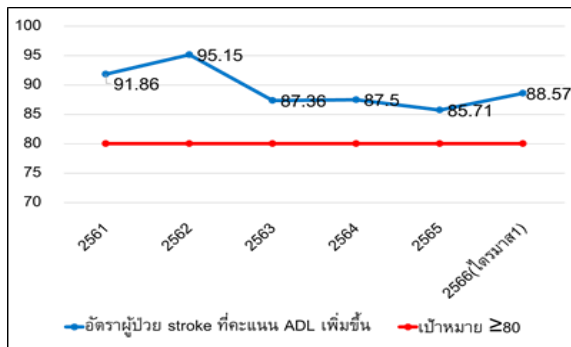
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7)



อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C<7) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพฤติกรรม การรับประทานและการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงได้ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพในการค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาตามสภาพ ปัญหาของแต่ละบุคคล มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม น้ำตาลไม่ได้($\geq 200\text{mg}\%$) ติดต่อกัน 2 ครั้ง นัดเข้าคลินิก DM poor control ตรวจโดยอายุรแพทย์ทุกวันพฤหัสบดี กรณีที่มี

ระดับน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกัน 3 ครั้ง ส่ง HHC ติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับรพ.สต.ในเครือข่าย และมีระบบ discharge counseling ด้านยา ร่วมกับการฝึกทักษะ การฉีด insulin แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินด้วยการทำ Two tick กรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลประสาน รพ.สต. และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตัว

อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น



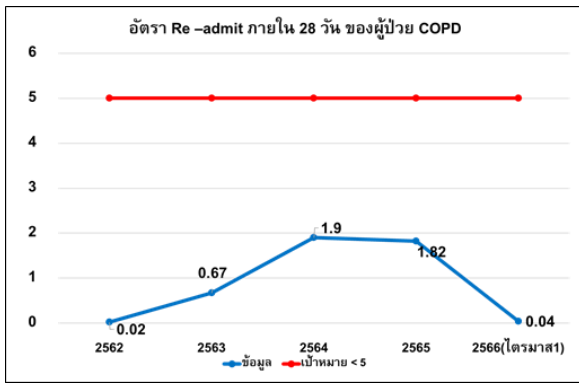
ในปี 2563-2564 ผู้ป่วย Stroke ที่พ้นระยะวิกฤติและถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราชเพื่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากพ่องในบางรายยังขาดการดูแลทางด้าน การฟื้นฟูสภาพเนื่องจากขาดการประสานข้อมูลกันระหว่างทีมสห วิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างช้า หรือบางรายอาจไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพเลย ทำให้ระดับ คะแนน ADL ไม่เพิ่มขึ้น มีการประชุมกำหนดแนวทางระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ และได้จัดทำ care map ในการดูแลผู้ป่วย

Stroke หลังจากกลับมาจากโรงพยาบาลมหาราช โดยกำหนดให้มีนักกายภาพบำบัดเข้าฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Stroke ในวันที่ 2 หลังจากการAdmit ที่โรงพยาบาลปากพ่อง โดยการประสานงานจากพยาบาลในตึกผู้ป่วยในทุกสาย โดยไม่ต้องผ่าน คำสั่งแพทย์ จากการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยStrokeได้รับการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพที่ มากยิ่งขึ้น จนทำให้ระดับคะแนน ADL มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในปี 2565 และมีแผนพัฒนาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง (IMC) โดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงพัฒนาระบบการฟื้นฟูสภาพให้มีรูปแบบในการฟื้นฟูสภาพที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น และพัฒนาเครื่องมือทางกายภาพบำบัดให้ทันสมัยเพื่อลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วย Stroke เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส1)
อัตรา Re – admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย COPD	< 5	0.09	0.02	0.67	1.90	1.82	0.04
อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI	>70%	60.86	83.33	100	100	100	100
อัตราป่วยด้วยโรคไขเลือดออก	<120:100000	231.62	489.98	196.61	9.19	6.18	11

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

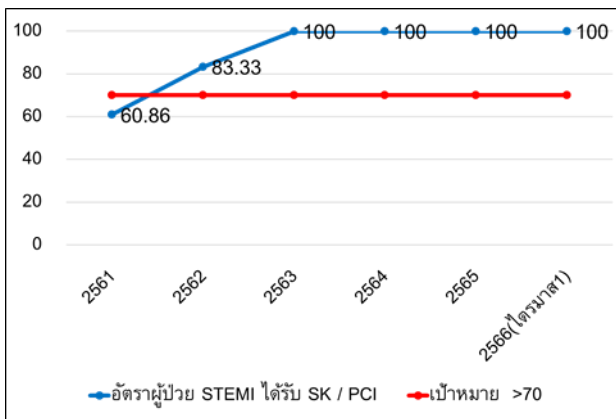
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.



อัตรา Re – admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

จากข้อมูลที่มีการเพิ่มขึ้นในปี 2562 มีข้อมูลคนไข้เพิ่มในครึ่งปีหลังเนื่องจากอากาศมีการเปลี่ยนแปลง และมีกลิ่นจากโรงงานปลาไก่ กระตุ้นให้คนไข้มีอาการ จากการทบทวนทีมและปรับแผนการดูแลรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมดูแลในคลินิก มีการประเมินโดยใช้ spirometer มาช่วยในการวินิจฉัยและแบ่งระดับ สมรรถภาพปอด ติดตามอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจาก CAT Score ใช้ MMRC ในการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มตาม GOLD guideline และให้

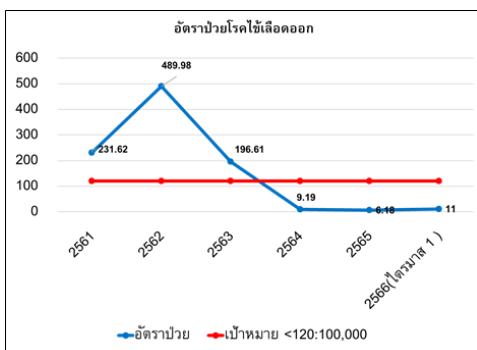
การดูแลตามระดับความรุนแรง มีการสั่งจ่ายยาตามแนวทางปฏิบัติ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของ COPD Thai guideline และ GOLD guideline ร่วมกับติดตามการเข้ายาพ่นที่ถูกต้องและประเมินการเข้ายา, ในกรณีผู้ป่วยสูบบุหรี่ ส่งคลินิกบุหรี่ยุติการเพื่อลดและเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งต่อ HHC ดูแลต่อเนื่องร่วมกับ รพ. สต. ในเครือข่าย ส่วน case ที่ $DS \geq 2$ ส่งพบกายภาพเพื่อสอนการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การไอแบบมีประสิทธิภาพ ถ้ามี admit > 2 ครั้ง/เดือน HHC เยี่ยมบ้าน ทำให้ผลลัพธ์ลดลงมาโดยตลอด



อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI

ในปี 2563 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK และหรือ การทำ PCI ไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า Cardiogenic shock ตั้งแต่แรกเริ่ม การมาโรงพยาบาลช้า จึงได้มีการพัฒนาระบบการเข้าถึง โดยการประชาสัมพันธ์อาการเตือนนำของโรค STEMI ในคลินิกเรื้อรัง ประชาชนทั่วไป ในแต่ละ รพ.สต.,ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ก่อนการส่งต่อ, พัฒนาสมรรถนะ

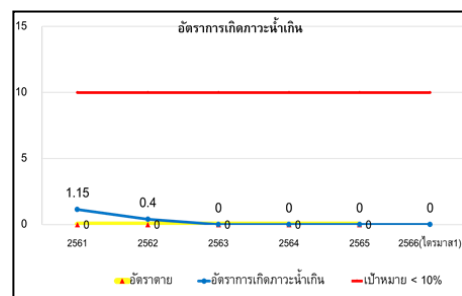
พยาบาลในการอ่าน EKG และการคัดกรอง และพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการประสานงานและการ Consult จาก CCU โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยใช้ระบบ Social media ก่อนส่งต่อทุกราย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast tract ตาม service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด



อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

การระบาดของโรคไข้เลือดออก ของปากพั้งในปี 2562 มีการระบาดเพิ่มขึ้นจากปี 2561 เนื่องจากฝนตกไม่เป็นไปตามฤดูกาล ทำให้มีการระบาดของยุงลายได้ดี ได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษา พัฒนาสมรรถนะ/อบรมวิชาการบุคคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินมีแนวโน้มลดลง ไม่มีอัตราการเสียชีวิตจากไข้เลือดออก มีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล รว ม ทั้ง มี ก ร

ประสานงานเครือข่ายในการตรวจสอบ (SRRT) กำจัดและเฝ้าระวัง/ควบคุมการระบาดในพื้นที่ โดยใช้มาตรการ 3:3:1 3 ที่ 1 คือ ภายใน 3 ชม. แรก พยาบาลที่เจอเคส รายงานทีม SRRT เครือข่าย 3 ที่ 2 คือ พื้นที่ลงสอบสวนโรคภายใน 3 ชม. 1 คือ การพ่นหมอกควันภายใน 24 ชม. ร่วมกับการความรู้เกี่ยวกับตัวโรคแก่ประชาชน ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี 2564-2565 ลดลง

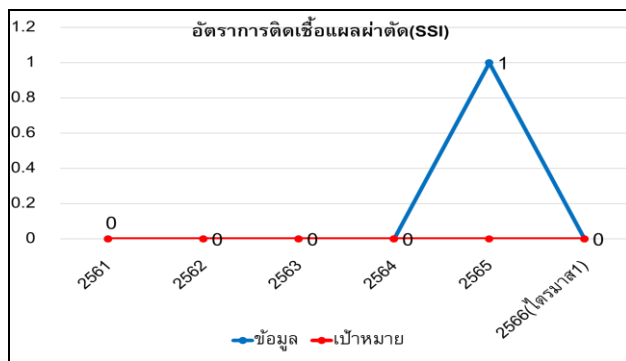


รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี					2566 (ไตรมาส 1)
		2561	2562	2563	2564	2565	
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	0	0	0	0	0	1	0
จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	0	0	2	1	0	0	0
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0	0

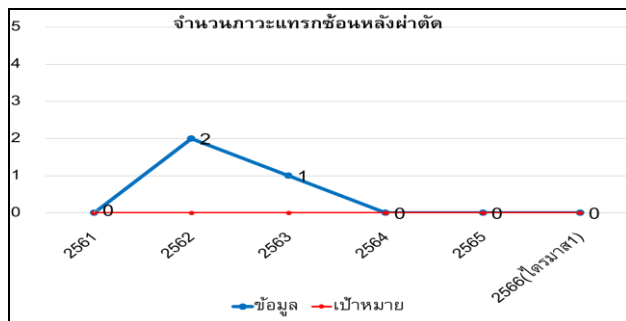
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)

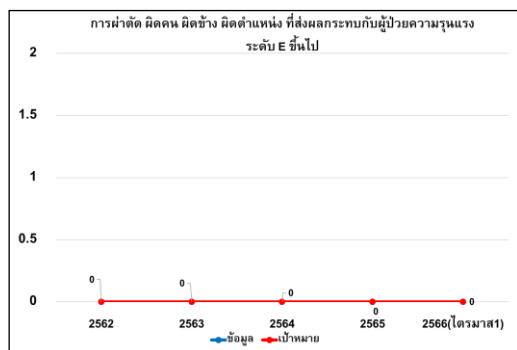


ปี 2565 พบอัตราการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ มีการทบทวน เน้นการซักประวัติ โรคประจำตัวและการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด , การปฏิบัติตามแนวทางการผ่าตัดที่กำหนด, สมรรถนะการ Stop bleeding, การทำ Pressure dressing เน้นการทำแผลช่วงรอยพับย่นของหน้าท้องและบริเวณหลัง

จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด



ในปี 2562-2563 จำนวน 2 และ 1 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตำแหน่งที่ผ่าตัด ยึดเหยียดบ่อย และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จึงเน้นการซักประวัติ โรคประจำตัวและการใช้ยาละลายลิ่มเลือด, การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด, พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงแผลผ่าตัดมี Hematoma



การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป

มีมาตรการการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยมีการ Identifile ตัวบุคคล ทำ Marking site ข้างและตำแหน่งที่ผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด ร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย มีการ ตรวจสอบซ้ำที่ Pre op และในห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ใช้ surgical marker บริเวณอวัยวะที่จะผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยและญาติร่วมรับรู้ ที่ OPD IPD PRE-OP ใช้แบบฟอร์ม (Surgical safety checklist) ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย ทีมงานร่วมรับรู้ร่วมกัน มีการ Time out การตรวจสอบก่อนการลง

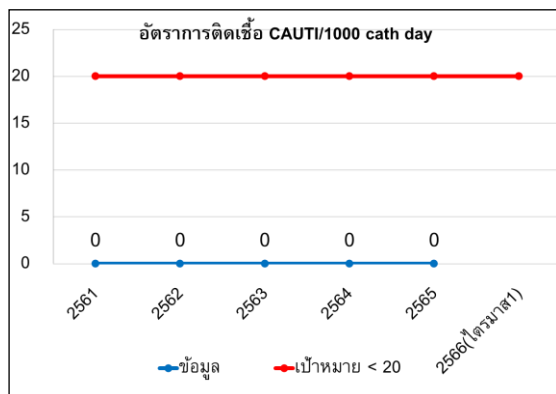
มีดผ่าตัด ศัลยแพทย์เป็นผู้เริ่ม Time out ขานชื่อ สกูลผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด ความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ การผ่าตัด ความถูกต้องของ sterility indicator ถ้าไม่ถูกต้อง ต้องทบทวนใหม่ พร้อมบันทึกเวลา ลงชื่อผู้ทำ Time out มีการ Sign out การสรุปเมื่อจบการผ่าตัด ก่อนศัลยแพทย์เย็บปิดแผลผ่าตัด Circulating Nurse ขานให้ทีม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

รับทราบ/ยืนยัน ทบทวน procedure พยาบาลวิสัญญี ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบจำนวนความถูกต้องของเครื่องมือ/อุปกรณ์ สรุปการเสียเลือดและร่วมกันระบุประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องดูแลในห้องพักฟื้น โอกาสพัฒนา : พัฒนาแนวทางการตรวจสอบ Surgical Safety Check List ให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้

86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราการเกิด CaUTI (:1000 cath day)	20	0	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน)	2:1000	0.05	0.04	0.04	0.04	0	0.05
การล้างมือ 7 ขั้นตอน	80%	90.19	86.7	88.7	86	90.2	94.4
บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	0	0	0	0	2.1%	20.5%	8%
อัตราการเกิด Phlebitis (:1000 iv. day)	0	0	0	0	0	0	0.5

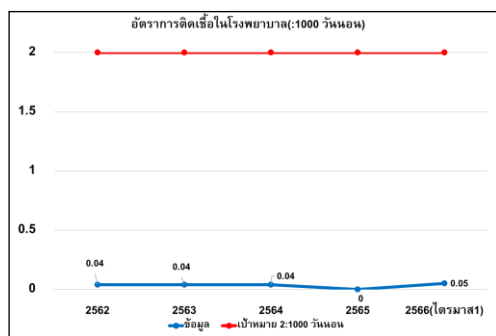
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)



อัตราการเกิด CaUTI (:1000 cath day)

ไม่พบการเกิด CaUTI ติดต่อกัน 5 ปี เนื่องจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการสายสวนปัสสาวะ บุคลากรมีความรู้ ทำให้บุคลากรมีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ และปฏิบัติตามได้ หลังจากนั้นจะมีการพัฒนาความรู้ให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงนิยาม และเกณฑ์

การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ อย่างถูกต้อง

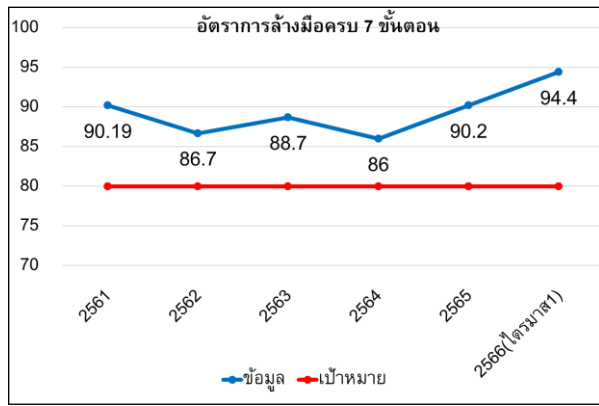


อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน)

ปี 2563-2564 พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน) 0.04 ติดต่อกัน 3 ปี คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้มีมาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากแต่ละหน่วยงาน มีการทบทวน กรณีพบการติดเชื้อหรือปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และมีการทบทวนระเบียบปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดย คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำตึกผู้ป่วย ทำให้ในปี 2565 ยังไม่พบอัตราการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล และในปี 2566 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น 0.05 จากการติดเชื้อ Phlebitis

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.



การล้างมือ 7 ขั้นตอน

ในปี 2564 การล้างมือ 7 ขั้นตอน ของเจ้าหน้าที่ลดลง เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และไม่ให้ความสำคัญกับการล้างมือ 7 ขั้นตอน ที่ถูกต้อง คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่อง การล้างมือ 7 ขั้นตอน มีการสุ่มประเมิน การล้างมือของบุคลากร ในหน่วยงานของตนเอง ทุก 3 เดือน เพื่อให้บุคลากรตระหนักและเห็นความสำคัญของการล้างมือ 7 ขั้นตอน

ทำให้อัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน เพิ่มขึ้น ใน ปี 2565-2566 จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคลากรตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือ 7 ขั้นตอน ทำให้อัตราการล้างมือเพิ่มขึ้นเป็น 90.2 และ 94.4 ตามลำดับ

บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโควิด-19

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
	0	0	0	0	2.1%	24.05%
						8%

ในปี 2565 มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้น จากปี 2564 ถึง 20.5 % เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่อาจขาดความระมัดระวัง ในการให้บริการ สิ่งแวดล้อมที่อาจจะยังไม่ปลอดภัย จึงได้มีการประชาสัมพันธ์ สร้างองค์ความรู้ เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยและ N95 ใส่ชุด PPE ป้องกันการติดเชื้อ รักษาระยะห่าง สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ออกกำลังกาย และเมื่อมีอาการป่วยหรือสงสัยติดเชื้อโควิด-19 ให้รีบมาตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษา มีการจัดบริการคลินิกระบบทางเดินหายใจ เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว และแยกผู้ป่วยเสี่ยงจากผู้ป่วยทั่วไป ออกหน่วยบริการร่วมการเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเสี่ยงสูงติดเชื้อโควิด-19 ตามชุมชน ต่างๆ รวมทั้งให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 แก่เจ้าหน้าที่ ทำให้อัตราการทางการแพทย์ติดเชื้อลดลง ทั้งนี้โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการ มีมาตรการ บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติตามแผน และมาตรการได้อย่างรวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ เพื่อป้องกันบุคลากรติดเชื้อ

อัตราการเกิด Phlebitis (:1000 iv. day)

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
	0	0	0	0	0	0.5

อัตราการเกิด Phlebitis เป็น 0 ติดต่อกัน 5 ปี เนื่องจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้จัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากการเปิดหลอดเลือดดำส่วน

ปลายทำให้บุคลากรมีความรู้ในเรื่องการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อจากการเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย แต่ในปี 2566 พบการเกิด Phlebitis 1 ราย จากการทบทวน ได้มีการปรับแนวทางการดูแลเพิ่มขึ้น มีการประเมิน ติดตาม

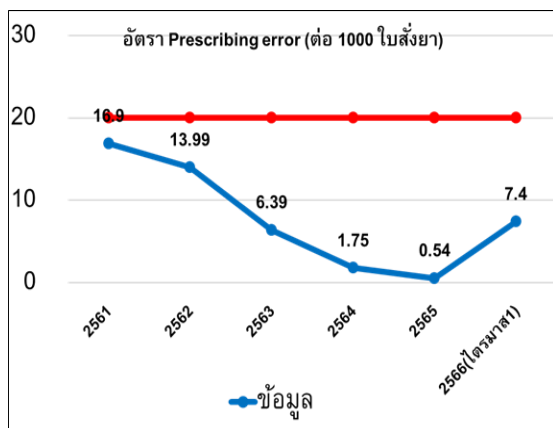
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาศ 1)
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<20:1,000	16.90	13.99	6.39	1.75	0.54	7.40
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<1:1,000	0	0.02	0.34	0.04	0.07	0.98
อัตรา Admin error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<1:1,000	0	0.01	0	0	0	0
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 วันนอน	<30:1,000	5.75	4.04	1.98	2.05	0.73	0.64
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 วันนอน	<10:1,000	0.82	0.68	0.51	0.22	0.11	0.77
อัตรา Admin error ต่อ 1000 วันนอน	<5:1,000	0.58	0.64	0.76	0.45	0.15	0.13
จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	0	1	0	0
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	1	2	3	3	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT
อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 95 %	99.82	99.86	99.88	99.86	100	100

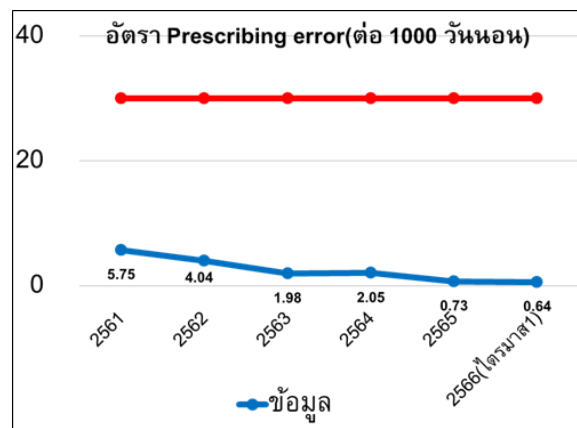
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

Prescribing error

OPD



IPD



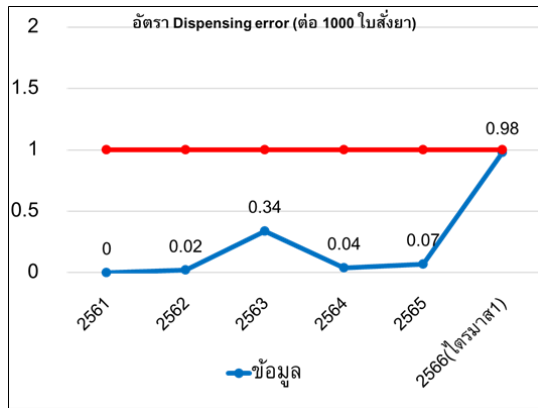
อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาสูง ในผู้ป่วยใน ในปี 2561-2562 ปัญหาการสั่งใช้ยาที่พบคือ ปัญหาแพทย์ไม่ได้สั่งยาโรคประจำตัวผู้ป่วย และสั่งยาเดิมไม่ครบรายการ จึงได้ประสานขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และมีการปรับปรุงระบบการดำเนินงาน medication reconciliation ในปี 2563 ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในปี 2563-ปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยนอก ปี 2566 (ไตรมาส 1) เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ระบบแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การสั่งใช้ยามี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

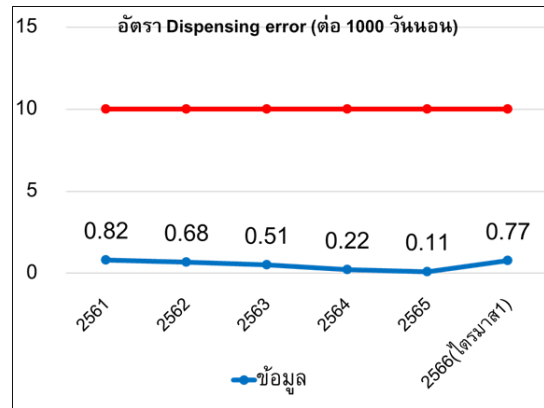
หลายระบบ คือ พิมพ์ใบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เขียนใบสั่งยา หรือ ทั้งพิมพ์และเขียนในผู้ป่วยคนเดียวกัน ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ medication error ได้มีการประชุม PTC และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน และปฏิบัติตามแนวทาง ระเบียบปฏิบัติ การป้องกัน Medication error รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ Prescribing error แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

Dispensing error

OPD



IPD

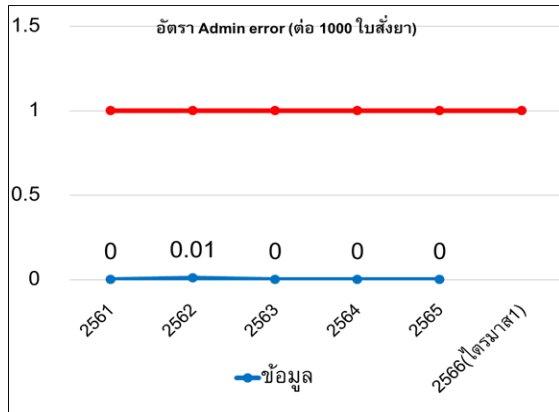


ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร มีกิจกรรม 5 ส เปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางยา LASA การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกร ในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้นแต่ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเร่งรีบ ส่งผลให้ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในการจ่ายยา ประกอบกับมีบุคลากรใหม่ในหน่วยงาน จึงได้มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา และ double check ยาโดยอีกบุคคลหนึ่งทุกครั้ง และในผู้ป่วยนอกพบปัญหาจำนวนรายการยาในบัญชียา รพ.มีการเพิ่มเติม/เปลี่ยนแปลง บ่อย เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ยาเปลี่ยนรูปแบบ/เปลี่ยนบริษัท มีคู่มือ LASA drug เพิ่มขึ้น และคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ไม่ชัดเจน/ลายมืออ่านยาก มีการทบทวนวิธีปฏิบัติการจัดยา ตรวจสอบยาก่อนจ่าย และจ่ายยาให้ถูกต้องตามรายการที่แพทย์สั่ง โดยการอ่านชื่อยาบนฉลากยาให้ตรงกับชื่อยาบนแผงยา/ซอง pre-pack ยา อย่างน้อย 2 ครั้ง และการจ่ายยาให้ถูกความแรง

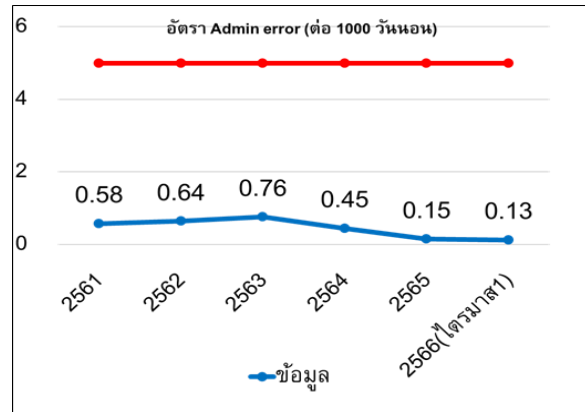
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Administration error

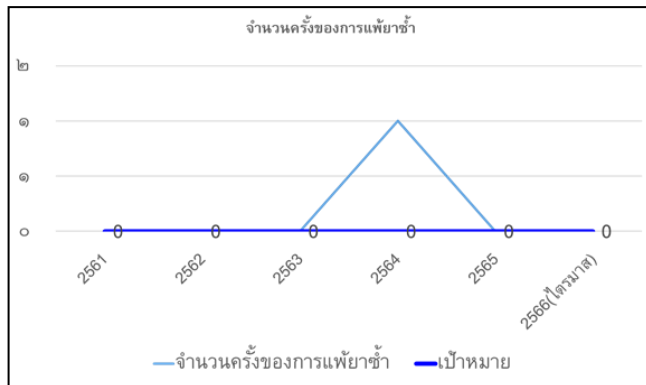
OPD



IPD



ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา (Administration error) พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ ให้ยาผิดเวลา ไม่ได้ให้ยา ให้ยาผิดจำนวน กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ Hosxp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10 R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีด และสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose จัดทำวงรอบการให้ยา มีการตรวจสอบยาที่จัดก่อนให้ยา ส่งผลให้ อัตรา Administration error ลดลงอย่างต่อเนื่อง



จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ

พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV stat พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีที่ห้องฉุกเฉิน ห้องยาจ่ายยา และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับ

ระบบยา stat OPD โดยยา stat ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้สามารถถือระบบการเข้าถึงยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา ให้ไม่สามารถสั่งจ่ายยาตัวที่ผู้ป่วยแพ้ได้ และมีการ POP-UP เตือน ผู้ป่วยแพ้ยาในระบบ Hos-xp ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 -ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 ยังไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ และอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลต่อไป แผนพัฒนาจะปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ การนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการเฝ้าระวัง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
ระดับ 3	1	2	3	3	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT

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
 - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 51.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยโรค
 - ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 76.50) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยาชนิดสเตียรอยด์ 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 ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยต้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2565 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 40 ร้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากพนัง

แนวทางการแก้ไข

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
5. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดแพทย์ และเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป
6. พัฒนาเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

สต. ปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรใหม่ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ยาสมุนไพร

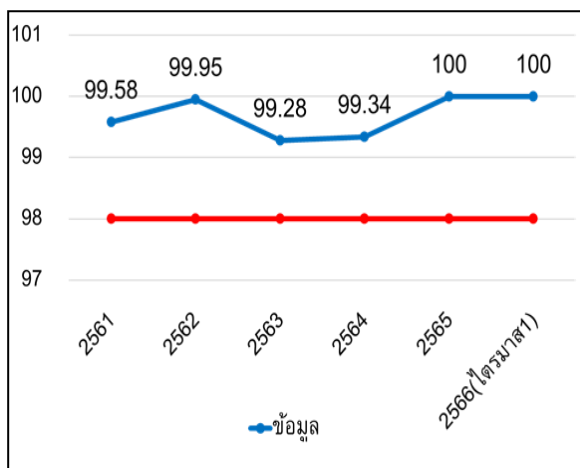
7. เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล

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

9. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัย ผ่านระบบตาไว โดยประชาชน ชุมชน สามารถเฝ้าระวังความปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้ด้วยตนเอง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัดที่ชัดเจนและต่อเนื่อง
2. มีการพัฒนาระบบผ่านเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง และมีการประสานงานที่ดี



อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย

อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจาก มีการระบบตรวจสอบการจ่ายเลือดซ้ำ โดยนักเทคนิคการแพทย์ ไม่ซ้ำกับผู้ที่ทำการ Crossmatch และเจ้าหน้าที่ประจำตึกตรวจสอบซ้ำ พร้อมลงชื่อในทะเบียนรับเลือดทุกครั้ง ทำให้ ในปี 2565 -2566 (ไตรมาส1)ไม่พบความผิดพลาดในการตรวจสอบก่อนจ่ายโลหิตให้แก่ผู้ป่วย ทำให้มีอัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย 100% แผนพัฒนาจะมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้พัฒนางานการเบิกจ่ายโลหิตของงาน

ธนาคารเลือด ใช้เครื่องอ่านบาร์โค้ด ลดความเสี่ยงในการคัดลอกหมายเลขผิด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

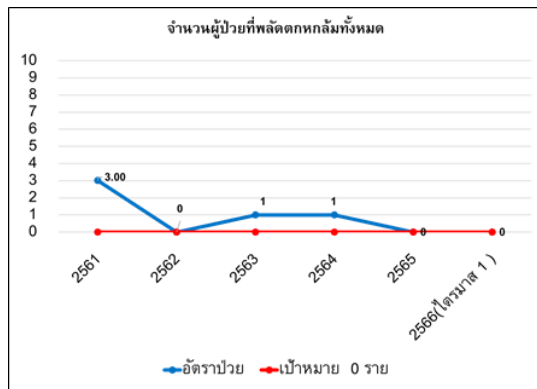
88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มทั้งหมด	0 ราย	3	0	1	1	0	0
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis	< 30%	5.19	2.70	0	0	0	0
อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH	< 5%	2.86	1.48	2.5	1.7	1.6	3.7
จำนวนอุบัติการณ์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยผิดคน (Patient Identification)	0	18	16	13	16	18	3

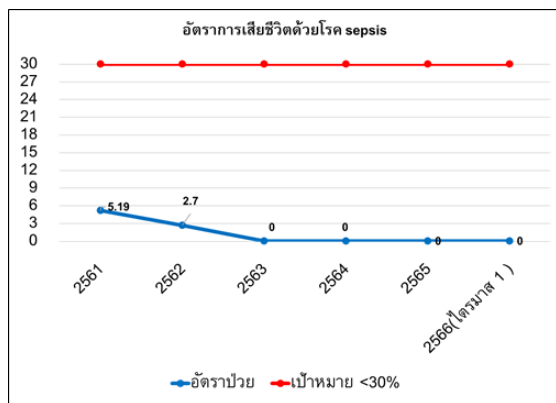
*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มทั้งหมด



จากข้อมูล พบจำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้ม มีแนวโน้มลดลง โดยมีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม และนำเคสมาทบทวน เพื่อหาแนวทางร่วมกันในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การประเมินความเสี่ยงแรกรับทุกรายที่นอนโรงพยาบาล หากประเมินพบภาวะเสี่ยงแจ้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันดูแลเบื้องต้น, ติดป้ายปลายเตียงระวังพลัดตกหกล้ม, เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 7 ปี มีการใช้หมอนข้างกันก้นตกเตียงชม กรณีเคสที่สับสน/ช่วยตนเองไม่ได้อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ 2 คน, กรณีย้ายผู้ป่วย X-ray ต้องมีญาติและขึ้นไม้กันเตียงทุกครั้ง



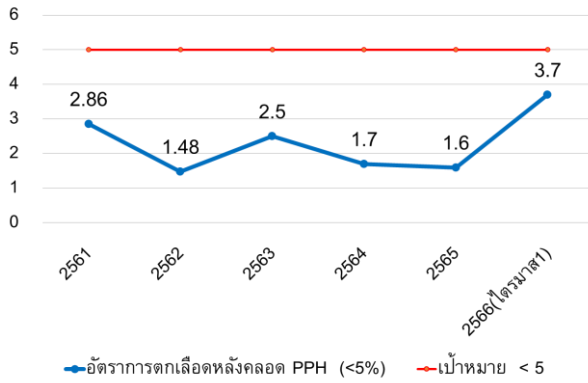
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis

อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย severe sepsis / septic shock และถือปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ,พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการนำ early warning signs, Pre arrest signs การประเมินอาการ/เฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ให้มีความสำคัญในการคัดกรองและการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่สำคัญๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงใน

ชุมชน ร่วมกับสาขาชีพและเครือข่าย ในการติดตามประเมินความเสี่ยง sepsis

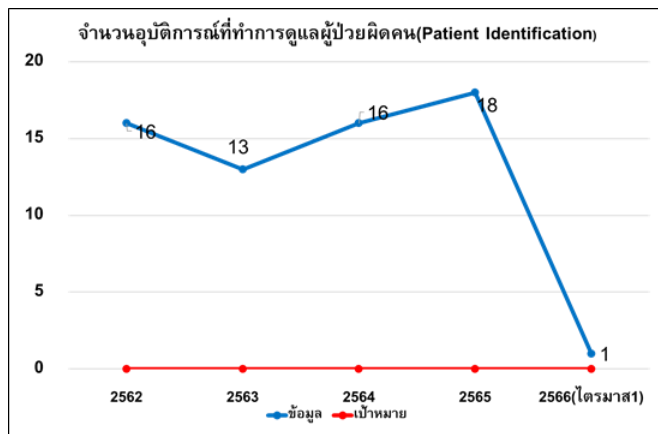
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH



ในปี 2565 มีการให้บริการครรภ์เสี่ยงเพิ่มขึ้น จาก การทบทวนพบว่า เกิดจากการ uterine atony, Retained placenta , Tear cervix, มารดามีภาวะซีด 2 ราย (Hct. 31% และ 32%) จึงพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มี ภาวะซีดที่มีค่า Hct < 33% จ่ายยา Triferdine และยา Ferrous sulfate จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์, ติดตาม Hct ทุก 1 เดือนจนกว่า Hct > 33% และเข้ากลุ่มให้ความรู้หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด, พัฒนาระบบการดูแล Early warning sign เมื่อ blood loss 300 ml., ใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือด, การบริหารยา Syntocinon, พัฒนาสมรรถนะในการทำ

uterine tamponade, Uterine packing และการทำ uterine massage บริเวณ Lower uterine segment 15 – 20 นาที ส่งมอบให้อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ในปี 2566 ไตรมาสแรก พบมารดาตกเลือดหลังคลอด 3 ราย คิด เป็นร้อยละ 3.70



จำนวนอุบัติการณ์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยผิดคน (Patient Identification)

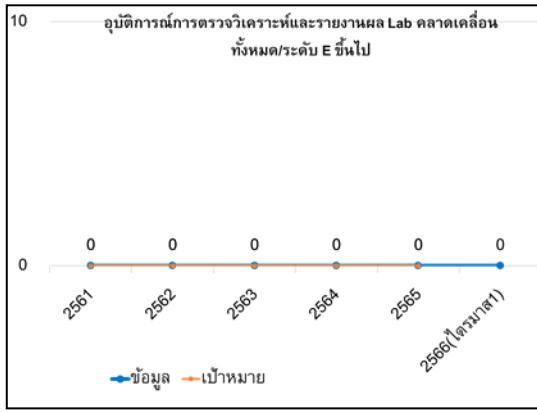
จากการทบทวนอุบัติการณ์ พบมีการส่งสิ่งส่งตรวจติด sticker ผิดคน ทำบัตรผิดคน จำหน่ายผู้ป่วยผิดคน ลงผลทางห้องปฏิบัติการผิดคน ที่มีความเสี่ยงได้ พัฒนาแนวทาง Patient Identification เพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วย ในกระบวนการดูแลรักษา ให้สามารถแยกแยะผู้ป่วยแต่ละคนได้ชัดเจน ทำให้การดูแลรักษาไม่ผิดคน โดยหน่วยงานมีการกำหนดตัวบ่งชี้สำคัญของ

ตนเอง, ใส่ POP UP เตือนในระบบ Hosxp. กรณีผู้ป่วยที่มีชื่อ-สกุลซ้ำกัน โดย เวชระเบียน งานตรวจสอบสิทธิ์ สอบถามชื่อบิดา/มารดา เพิ่มเติม, ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวให้ถูกต้อง โดยให้บอกชื่อ-สกุล ตนเองหากสามารถสื่อสารได้หรือ ญาติเป็นผู้สื่อสาร, ในปี 2565 ได้มีการนำระบบ Smart Queue มาใช้ ส่งผลให้จำนวนอุบัติการณ์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยผิดคน (Patient Identification) มีแนวโน้มลดลง

89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อนทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์	≥ 98 %	99.96	99.96	99.98	99.97	99.99
อัตราการรายงานคำวิฤติทันเวลาภายใน 5 นาที	100	NA	100	99.95	100	100

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

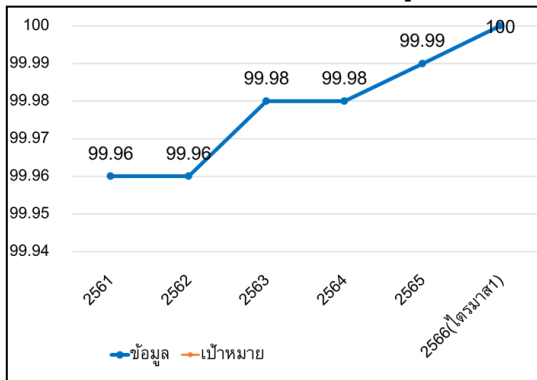
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.



อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อนทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป

อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อนทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0 ตั้งแต่ ปี 2561-2566(ไตรมาส 1) เนื่องจากมีระบบการตรวจสอบ ชื่อ-สกุล โดยมีการบันทึกชื่อและปรีนสติคเกอร์ ติด tube ก่อนเจาะเลือดผู้ป่วย พร้อมสอบถาม ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยซ้ำทุกครั้ง ทำให้ไม่พบการรายงาน lab คลาดเคลื่อนที่เป็นระดับ E ขึ้นไป แผนพัฒนา จะมีการพัฒนาระบบรายงานทางห้องปฏิบัติการด้วยระบบ

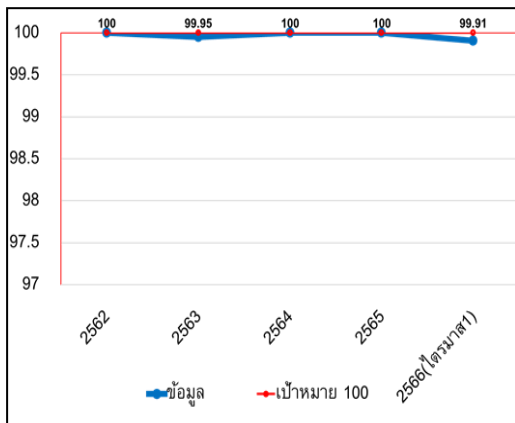
สารสนเทศที่ทันสมัย ได้แก่ การส่งไฟล์รูปภาพจากเครื่องไปยัง LIS เพื่อประกอบรายงาน



อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์

อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์ ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 5 ปี เนื่องจาก มี ระบบการสุ่มตรวจรายงานผลการวิเคราะห์ ย้อนหลัง มีการ Double Check ก่อนการรายงานผล โดยนักเทคนิคการแพทย์ คนที่ 1 และ 2 และมีระบบการรายงานผลผ่าน LIS สูระบบ hosxp ทำให้ความผิดพลาดในการรายงานผลวิเคราะห์พบได้น้อย ส่งผลให้อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้มีการวางระบบการตรวจสอบและรายงานผลอัตโนมัติ มีการแจ้งเตือนเมื่อผลผิดปกติ

อัตราการรายงานค่าวิกฤติทันเวลาภายใน 5 นาที



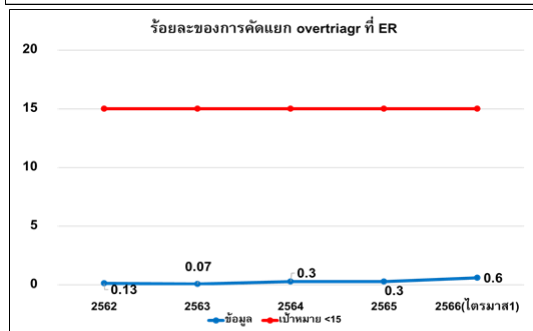
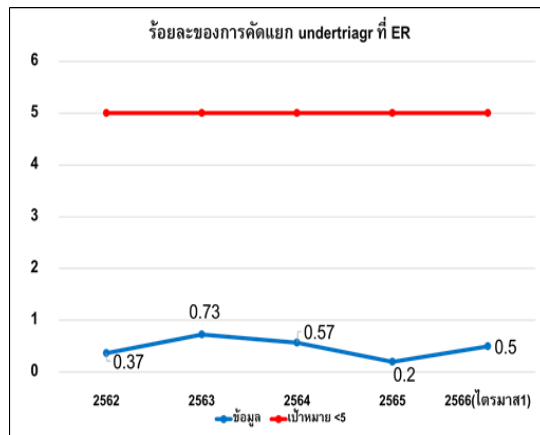
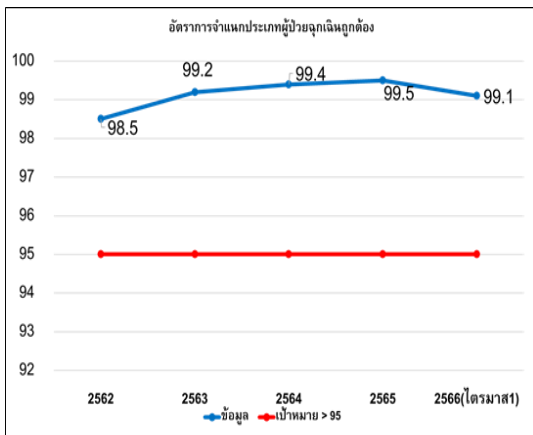
อัตราการรายงานค่าวิกฤติทันเวลาภายใน 5 นาที ยังมี การเกิดความบกพร่องบ้างในช่วงส่งต่อผู้ป่วยอยู่ระหว่างเดินทางไปยังหน่วยงานถัดไปต่างๆ เมื่อเกิด อุบัติการณ์เกี่ยวกับการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติ นำมาทบทวนในคณะกรรมการ PCT เพื่อหาข้อตกลงและแนวทางแก้ไขต่อไป นอกจากนี้ยังมีการจัดหา ระบบ LIS ที่สามารถบันทึกการรายงานค่าวิกฤติในระบบได้ทันทีที่มีการรายงานผลเพื่อลดการบันทึกในกระดาษมีการบันทึกการรายงานในระบบ LIS สามารถเข้าถึงได้ง่าย และบันทึกได้ทันที นอกจากนี้มีการวางระบบสารสนเทศได้ครอบคลุม กำหนดค่าวิกฤติที่ต้องมีการรายงานให้มีการแจ้งเตือน

และบังคับให้มีการบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง	>95	99.32	98.50	99.20	99.40	99.5	99.1
ร้อยละของการคัดแยก undertriage ที่ ER*	<5	0.14	0.37	0.73	0.57	0.2	0.5
ร้อยละของการคัดแยก overtriage ที่ ER*	<15	0.50	0.13	0.07	0.30	0.30	0.60



จากการปรับปรุงกระบวนการคัดกรอง โดยใช้ MOPH triage ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย, พัฒนาสมรรถนะพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการคัดกรอง/คัดแยก, อบรมประจำปี, กำหนดพยาบาลคัดกรองที่มีอายุงานมากกว่า 2 ปี, จัดให้มีพยาบาลคัดกรองอยู่ประจำทุกเวร โดยบริหารอัตรากำลังร่วมกับ ER, ฝึกทักษะและ

พัฒนาสมรรถนะการคัดกรองเบื้องต้น ให้กับพนักงานเปล มีผลให้อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง, ร้อยละของการคัดแยก undertriage และ overtriage ที่ ER ผ่านเกณฑ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

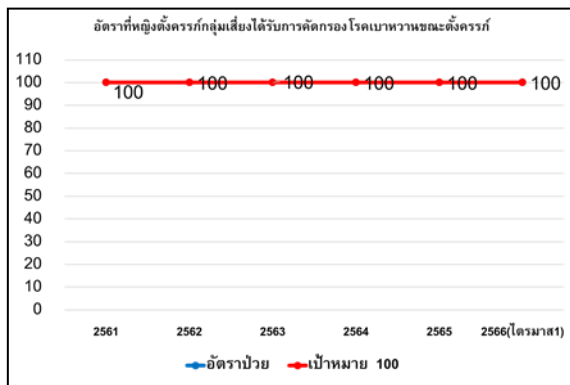
(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	100	100	100	100	100	100	100
อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	>60.00	38.49	40.85	55.06	55.09	56.34	39.42

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

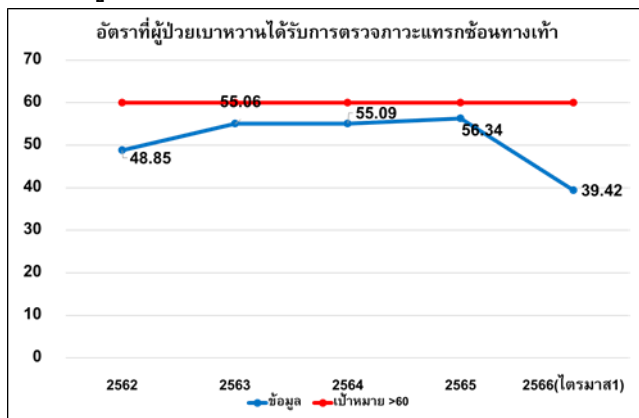
อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์



อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ ปี 2561-2566(ไตรมาส 1) ผ่านเกณฑ์ 100 % ได้มีการวางแผนระบบให้หญิงตั้งครรภ์อายุ > 30ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน หรือเคยคลอดลูกมีน้ำหนัก > 4,000 กรัม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย > 23 จะคัดกรองครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผล < 140 mg% คัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถ้า ผล > 140 mg% นัดทำ 100 gm OGTT ผลผิดปกติ 2 ค่า ถือว่าเป็น GDM ถ้าผลปกตินัด

ทำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ กรณีหญิงตั้งครรภ์อายุ < 30 ปี คัดกรองเบาหวานที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ และมีการประสานงานกับทีมคณะแม่และเด็กในเครือข่าย รณรงค์ให้หญิงที่ตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบมาฝากครรภ์ และสามารถรับฝากครรภ์ได้ที่รพ.สต. รวมถึงการคัดกรองเบาหวานได้ที่ รพ.สต

อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า



อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ได้ทำการประสานแผนไทยและกายภาพในการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า กำหนดระยะเวลาในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้ครบตั้งแต่ ไตรมาสแรก

92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

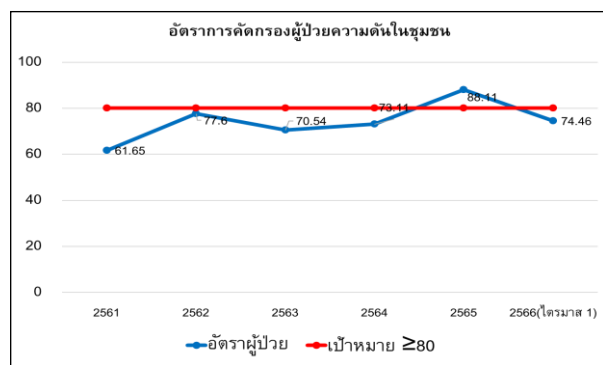
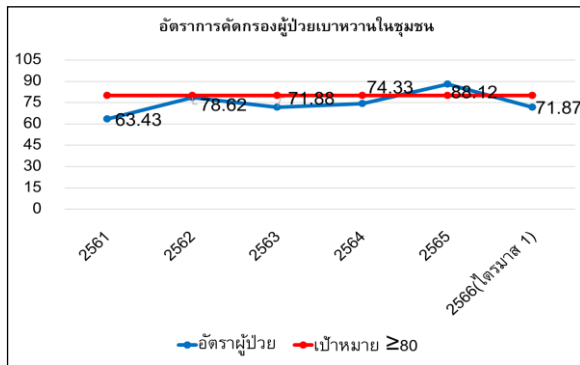
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานใน	≥ 80 %	63.43	78.62	71.88	74.33	88.12	71.87

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ชุมชน							
อัตราการคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน	≥ 80 %	61.65	77.60	70.54	73.11	88.11	74.46
อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี	≥ 80 %	64.73	70.79	68.54	72.06	71.34	59.22
อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี	≥ 80 %	53.32	59.67	38.54	50.27	56.49	55.87
ร้อยละของเด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	≥ 50 %	48.24	57.80	67.73	70.83	76.24	85.89

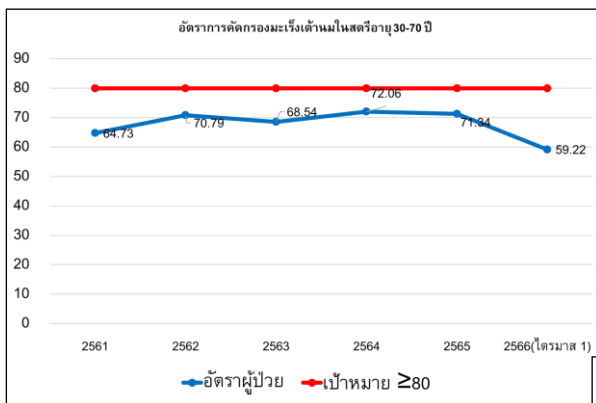
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

อัตราการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน



อัตราการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน เพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ปี 2562 เนื่องจากได้มีการพัฒนาทีมสุขภาพในชุมชนให้มีความรู้ ทักษะในการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน, อสม. ประจำบ้าน, นโยบาย 3 หมอ รวมถึงปฏิบัติงานเชิงรุก ในปี งบประมาณ 2566 ได้มีการ วางแผนการและประชุมการดำเนินงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำโครงการเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและโครงการแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยง

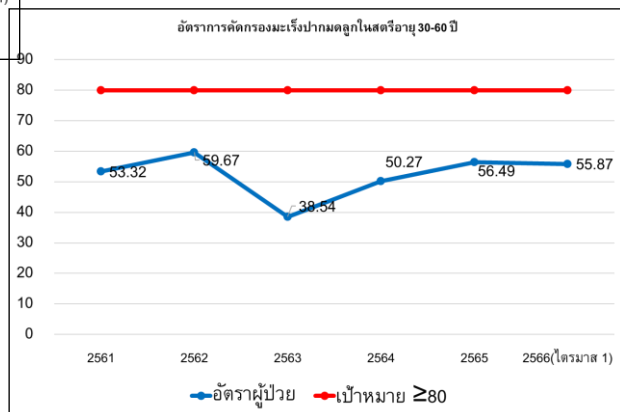
อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี



อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ใน 2561 – 2562 ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม, มีความเขินอายในการตรวจ และเมื่อพบความผิดปกติยังมีความละอายใจไม่เข้าพบแพทย์ จึงได้ทำการอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง , พัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการตรวจคัดกรอง

อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี

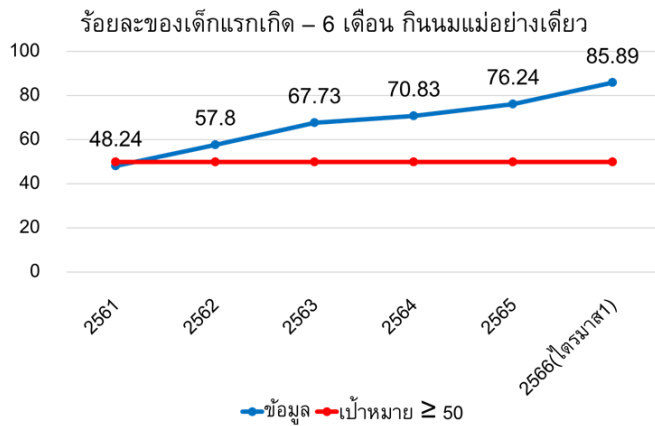
อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 รวมทั้งประชาชนขาดความรู้, มีความเขินอายในการ



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ตรวจ ในปี 2565 ได้มีการออกหน่วยในชุมชน, เทศบาล, อบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง, พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่เครือข่ายในการตรวจ PAP Smear และ HPV

ร้อยละของเด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว



จากการดำเนินงานพบปัญหาที่ส่งผลต่อการให้เด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว คือเต้านมคัด, การดำเนินงานนมหยั่งจรรยา 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ไม่ครอบคลุมทุกตำบล จึงได้ มีการพัฒนาสมรรถนะมารดาหลังคลอด สอนการแก้ปัญหาเต้านมคัด เช่นการใช้ลูกประคบ, การประสานเครือข่ายประชุมออนไลน์และติดตามประเมินตำบลหยั่งจรรยา 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันทุก 3 เดือน ยกกระต๊อบบุคคลในท้องถิ่นให้สร้างความร่วมมือในภาคประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเห็นถึงความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และมีการจัดทำโครงการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน สำหรับประชาชน ให้มีความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ส่งผลให้ร้อยละของเด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น

สามารถปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเห็นถึงความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และมีการจัดทำโครงการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน สำหรับประชาชน ให้มีความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ส่งผลให้ร้อยละของเด็กแรกเกิด – 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดี่ยวเพิ่มขึ้น

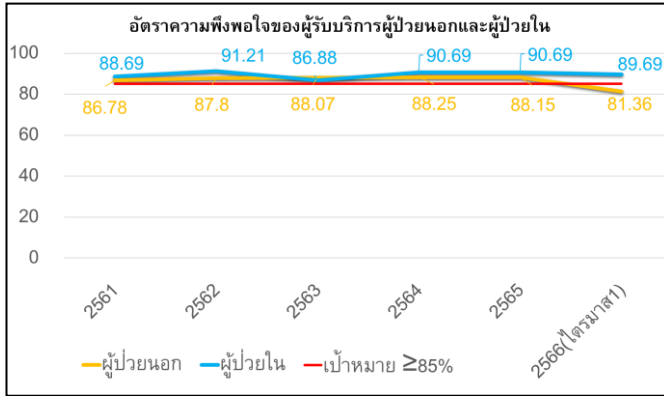
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85%	86.98	88.25	87.75	88.25	88.15	81.36
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	≥ 85%	88.87	90.07	92.21	90.69	90.69	89.69
อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ชุมชน	≥ 85%	85.28	87.53	84.16	86.85	88.92	90.60
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100	100	100	100	100	100	100

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

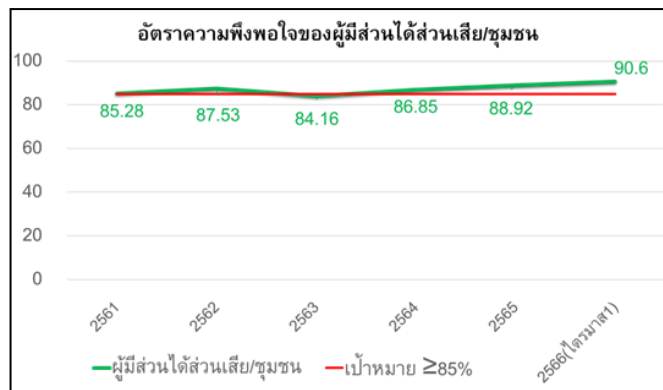


จากการใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ พบปัญหาพฤติกรรมบริการ ระบบบริการโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ได้มีการอบรมจริยธรรมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริการที่ดี (service mild), ปรับลด ขั้นตอนการรับบริการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงทุกจุด บริการ เช่น บัตรคิวด่วน ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ใช้ บริการเปลนั่ง/นอน พระภิกษุสงฆ์ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้ ทางเดินหายใจ เป็นต้น, ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการ รับบริการ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง, ใช้

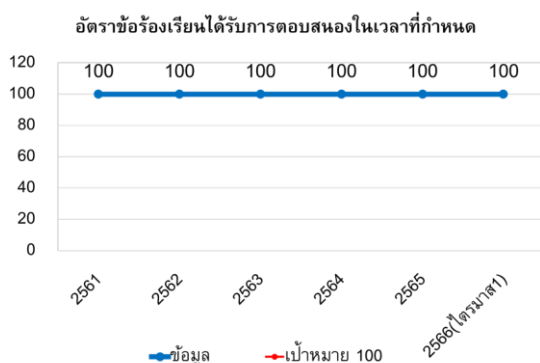
แนวคิด Lean ในการปรับระบบบริการโดยแพทย์เริ่มตรวจ เวลา 08.00 น., การขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดย พยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. และระบบนัดตรวจสุขภาพ, ปรับระบบการ เยี่ยมของญาติที่ชัดเจนในหอผู้ป่วยใน, สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล, ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความสะอาดสบาย สะอาด ติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด, นำข้อร้องเรียน/ความคิดเห็นของผู้รับบริการมา ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีโดยเสมอมา

อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ชุมชน

อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ ชุมชน ผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ ปี 2564-2565 เนื่องจาก มีการปรับ ระบบบริการโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ได้มี การอบรมจริยธรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ ที่ดี (service mild), ปรับลดขั้นตอนการรับบริการ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงทุกจุดบริการ เช่น บัตรคิว ด่วน ในผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยที่ใช้บริการเปลนั่ง/นอน, พระภิกษุสงฆ์, ผู้พิการ, ผู้ติดเชื้ทางเดินหายใจ เป็น ต้น ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการ, นำข้อ ร้องเรียน/ความคิดเห็นของผู้รับบริการมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยเสมอมา



อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด



มีการวางแผนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เป็นระบบมาก ขึ้น ปี 2562 แต่งตั้งคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนขึ้นใหม่ โดยแบ่งเป็นทีมต่างๆ ดังนี้ คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ทีม RRT และ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยปัญหาของ ผู้รับบริการ มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนเพิ่มมากขึ้นโดย ผู้รับบริการสามารถร้องเรียนได้ ทางตู้รับเรื่องร้องเรียน ทาง เฟจ facebook และร้องเรียนได้โดยตรงที่ศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียน จึงทำให้อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนในเวลาที่

กำหนดเท่ากับ 100% แผนพัฒนา มีการเพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน โดยให้สแกน คิวอาร์โค้ด และ ร้องเรียนได้ ทางไลน์เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน -บุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	0	0	0	0	2.1%	24.05%	8%
-จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มด้า/ของมีคมบาด	0	1	4	0	3	1	2
ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน	>80	80	70	72.72	81.81	72.72	80
อัตราความสุขในการทำงานวัดจาก happinometer	>70	60.34	74	NA	NA	65.07	ระหว่างดำเนินการ
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่ประจำปี	100	40.74	60.37	100	100	100	ระหว่างดำเนินการ

บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสโควิด-19

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
0	0	0	0	2.1%	20.5%	8%

ในปี 2565 มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้น จากปี 2564 ถึง 20.5 % เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่อาจขาดความระมัดระวัง ในการให้บริการ สิ่งแวดล้อมที่อาจจะยังไม่ปลอดภัย จึงได้มีการประชาสัมพันธ์ สร้างองค์ความรู้ เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยและ N95 ใส่ชุด PPE ป้องกันการติดเชื้อ รักษาระยะห่าง สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ออกกำลังกาย และเมื่อมีอาการป่วยหรือสงสัยติดเชื้อโควิด-19 ให้รีบมาตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษา มีการจัดทำคลินิกระบบทางเดินหายใจ เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว และแยกผู้ป่วยเสี่ยงจากผู้ป่วยทั่วไป ออกหน่วยบริการร่วมการเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเสี่ยงสูงติดเชื้อโควิด-19 ตามชุมชน ต่างๆ รวมทั้งให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา COVID-19 แก่เจ้าหน้าที่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อลดลง ทั้งนี้โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการ มีมาตรการ บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติตาม และมาตรการได้อย่างรวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ เพื่อป้องกันบุคลากรติดเชื้อ

จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มด้า/ของมีคมบาด

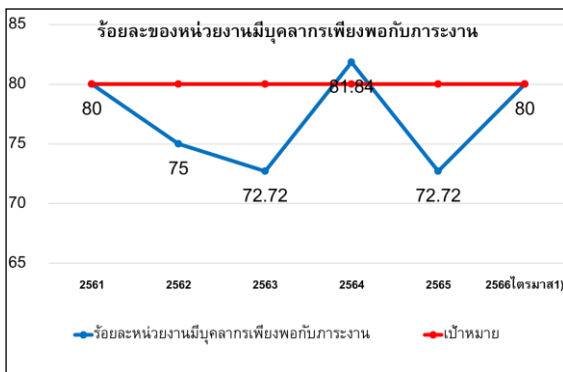
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
0	1	4	0	3	1	2

บุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสน้ำเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มดตำ/ของมีคมบาด

เพิ่มขึ้นในปี 2562 เนื่องจากบุคลากรใหม่ขาดความรู้ ทักษะ ในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุในการปฏิบัติงาน บุคลากรขาดความระมัดระวัง ไม่ตระหนักถึงการป้องกันตนเอง จึงได้มีการจัดให้บุคลากรใหม่ได้รับการอบรมหลักปฏิบัติ และการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด /สารคัดหลั่ง/เข็มที่มดตำ/ของมีคม และให้บุคลากรเก่าได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะ หลักปฏิบัติ และการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด /สารคัดหลั่ง/เข็มที่มดตำ/ของมีคม ทำให้ในปี 2563 ไม่พบอุบัติเหตุการณบุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสน้ำเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มดตำ/ของมีคมบาด และในปี 2564-2565 เกิดจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.มาช่วยงานบริการวัคซีนโควิด ทำให้เกิดอุบัติเหตุ การณ์ขึ้นแผนพัฒนา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะมีการออกติดตามหน้างานเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญ และก่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด และ ทั้งนี้ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของแต่ละหน่วยงานสามารถเป็นผู้นำและแบบอย่างในการปฏิบัติและป้องกันตนเองได้

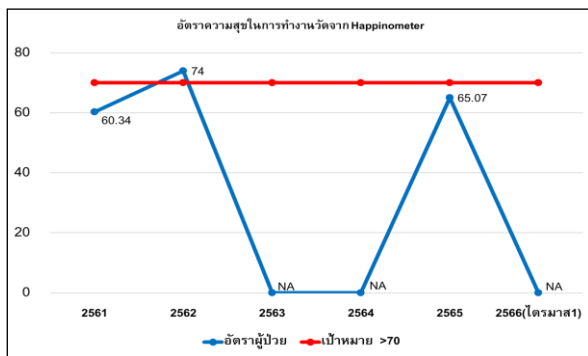
ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน



โรงพยาบาลมีทั้ง 12 กลุ่มงาน ในปี 2564 ได้มีการจ้างบุคลากรเพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในหน่วยงานเทคนิคการแพทย์ รวมทั้งถูกจ้างโครงการของมหาลัย ในกลุ่มงานสนับสนุน และกลุ่มงานปฐมภูมิฯ แต่ในปี 2564 – 2565 เริ่มมีการเกษียณอายุและลาออกมากขึ้น ทำให้ขาดแคลน จึงได้มีการวิเคราะห์ภาระงานและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือเพื่อวางแผนความต้องการการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม วางแผนการจัดอัตรากำลังทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

กำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริม จัดอัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ขาด รวมทั้งพิจารณาเฉลี่ยอัตรากำลังในแต่ละเวร การจัดอัตรากำลังเวรผลัด ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มงานพยาบาลทุกแผนก มีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และดำเนินการขยายกรอบอัตรากำลังขั้นสูงไปยังกระทรวงฯ

อัตราความสุขในการทำงานวัดจาก happinometer



ในปี 2565 พบปัญหา โครงสร้างอาคารสถานที่อยู่ระหว่างปรับปรุง การติดต่อสื่อสารลำบาก ส่งผลให้การบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีผลให้อัตราความผาสุกของบุคลากร (Happinometer) ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้ทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข โครงการอบรม OD (อยู่ระหว่างดำเนินการ) เพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน ความสามัคคีในองค์กรและแก้ไขปัญหามูลค่าด้าน Happy Relax ที่มีค่าคะแนนต่ำเป็น

ลำดับที่ 2, เพิ่มการสื่อสาร ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กร มีการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานตามหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผู้ที่มีผลงานดี/ทำงานดี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี

เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
100	40.74	60.37	100	100	100	กำลังดำเนินการ

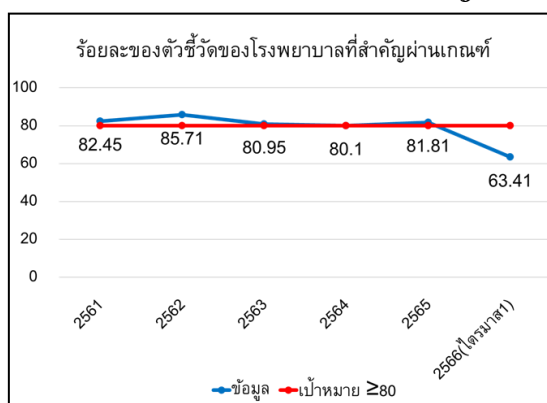
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี ในปี 2561 – 2652 ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีภาระงาน จึงได้มีการจัดบริการเชิงรุก “โครงการหิ้วกระติก” ฉีดวัคซีนให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงาน และให้บริการฉีดวัคซีนทุกวันทีกลุ่มงานบริการปฐมภูมิ ทำให้ตั้งแต่ปี 2563 อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี ผ่านเกณฑ์

IV-4 ผลด้านการนำ

95 ผลด้านการนำ (IV-4)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส1)
ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์	≥ 80	82.45	85.71	80.95	80.10	81.81	63.41
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์	7%	100%	100%	98.25%	85.22%	0
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์ดีมาก plus	ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก
โรงพยาบาลผ่านการประเมิน EMS	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	NA	NA	NA	ระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพระบบ HS4	ระดับคุณภาพ	NA	NA	NA	ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน	ระหว่างดำเนินการ

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์

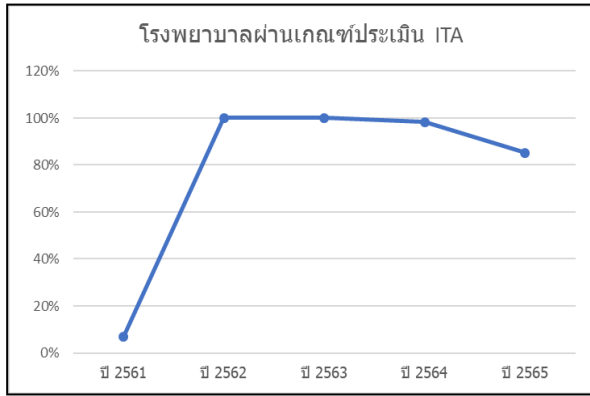


ผู้นำระดับสูงมีการปรับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเมื่อปี 2564 ให้มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร มอบหมายให้ทีมระบบงานสำคัญรับผิดชอบและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามนโยบายวิสัยทัศน์ และแผนยุทธศาสตร์ เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำทบทวนความท้าทาย จุดแข็ง จุดอ่อนสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและร่วมกันกำหนดเป็นจุดเน้น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับ

คณะกรรมการต่าง ๆ ทีมคร่อมสายงาน กลุ่มงาน หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ จัดลำดับการพัฒนาระบบบริการขององค์กรและอาศัยความร่วมมือของชุมชนผลักดันให้ KPI ตามแผนยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และมีการวางแผนการจัดระบบติดตามตัวชี้วัด รายการผลการติดตาม ทุก 3 เดือน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA



โรงพยาบาลปากพนังได้วางระบบคุณภาพและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงาน (ITA) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์องค์กร โดยจัดประชุมชี้แจงที่มหน้าและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน ศึกษาตัวชี้วัดและดำเนินงานตามข้อกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงระบบการรายงานให้ครอบคลุมและทันเวลา ทำให้ผลการดำเนินงานในปี 2562-2564 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และ ในปี 2565 ในไตรมาสที่ 2 ผลงาน 85.22%

ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์ดีมาก plus	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก

โรงพยาบาลปากพนัง ได้ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัดในขั้นพื้นฐาน ในปี 2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และที่มหน้าได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้บรรลุการประเมินระดับดีมาก plus โดยมีการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยให้ครอบคลุมทุกประเภทโดยเฉพาะขยะเปียกจากเศษอาหาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เตือ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชน การพัฒนาชุมชนสู่ GREEN COMMUNITY

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส 1)
โรงพยาบาลผ่านการประเมิน EMS	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	NA	NA	NA	ระหว่างดำเนินการ

อยู่ในระหว่างการดำเนินงานในปีแรก ได้จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ และอยู่ระหว่างการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน วิเคราะห์ Gap เพื่อวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566(ไตรมาส 1)
โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพระบบ HS4	ระดับคุณภาพ	NA	NA	NA	ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน	ระหว่างดำเนินการ

ผลการประเมินคุณภาพระบบ HS4โรงพยาบาลปากพนัง ในปี 2565 อยู่ในระดับพื้นฐาน จากการทบทวน พบว่า มีการประเมินไม่ครบทุกด้าน จึงจัดตั้งคณะกรรมการ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบทั้ง 9 ด้าน ชี้แจงรายละเอียดในแต่ละด้าน และกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

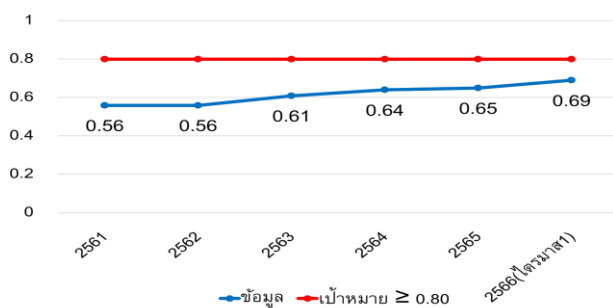
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส 1)
CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โรงพยาบาล M2 = 0.8)	≥ 0.80	0.56	0.56	0.61	0.64	0.65	0.69
อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ E – I ที่ได้รับการแก้ไข	100 %	72.6	84.3	83	83.3	83.3	80
ความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล ในระบบคอมพิวเตอร์ ของข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	95.32	98.55	98.02	98.60	97.20	97.95

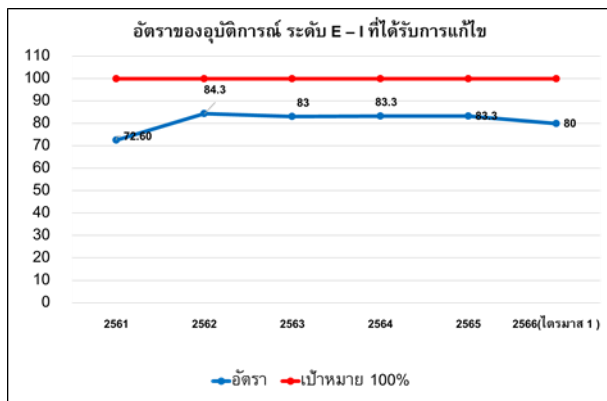
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โรงพยาบาล M2 = 0.8)



จากการดำเนินงาน ค่า CMI อยู่ในเกณฑ์ที่ จึงได้มีแผนปรับบริการ โดย การเพิ่มแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 5 สาขาหลัก และกำหนดให้มีระบบ consult ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร 5 ชั้น ให้แล้วเสร็จ เพื่อขยายบริการให้ครอบคลุมโรคที่มีความซับซ้อน, ICU, OR รวมถึงการพัฒนาระบบ Audit เวชระเบียน, จัดให้มีทีม Audit เวชระเบียนย่อยในหน่วยงาน เช่น ANC, OPD, ER เป็นต้น

อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ E – I ที่ได้รับการแก้ไข

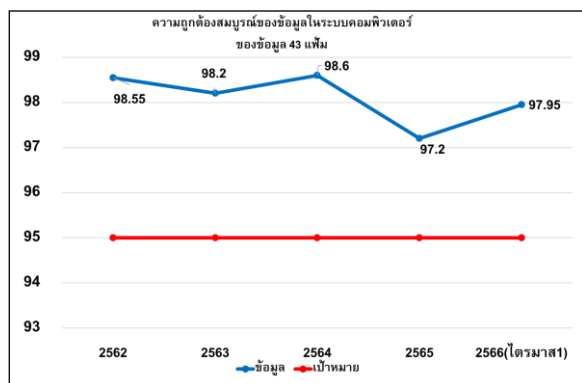


มีการปรับเปลี่ยนหัวหน้าหน่วยงาน, การลาออก รวมถึงการเกษียณอายุราชการ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทีมงาน และในสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาโควิดเกิดภาระงานอัตรากำลังเน้นการบริการด้านรักษา และเชิงรุกเป็นหลัก ส่งผลการทบทวนการเกิดเหตุการณ์ ระดับ E-I ล่าช้า จึงจัดให้มีการประชุมติดตามเดือนละ 1 ครั้ง, มีแพทย์รับผิดชอบแต่ละตึกทำการทบทวนอุบัติการณ์ในแต่ละหน่วยงาน เบื้องต้น, ทีมบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมนำและหน่วยงาน ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ วิเคราะห์ RCA , ร่วมกับประสานงาน

ทางไลน์หรือโทรศัพท์โดยตรงให้มีการแก้ไขอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ระดับ G-I ได้รับการแก้ไขตามกำหนด แต่ระดับ E - F ยังไม่ครบถ้วน ทำแผนให้มีการจัดอบรมการใช้โปรแกรม NRLS อย่างต่อเนื่องทุกปี, การสร้าง buddy ระหว่างหน่วยงานในการเรียนรู้ “ช่วยกันเตือน ช่วยกันทำ”, การพัฒนาสมรรถนะการบริการความเสี่ยงเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล ในระบบคอมพิวเตอร์ ของข้อมูล 43 แฟ้ม



อัตราความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล ในระบบคอมพิวเตอร์ ของข้อมูล 43 แฟ้ม ลดลงจากปี 2564 เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีการตรวจคัดกรอง ATK เชิงรุก การรับตรวจ RT-PCR จากโรงพยาบาลอื่นๆ รวมถึงผู้รับบริการในคลินิก ARI มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายใหม่ในแฟ้ม patient ไม่ครบถ้วน, และแฟ้ม opd screen ไม่ครบถ้วนในผู้ป่วยรายเก่าที่เข้ารับบริการใน คลินิก ARI จึงประสานเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับบันทึกข้อมูลให้ครบ

IV-6 ผลด้านการเงิน

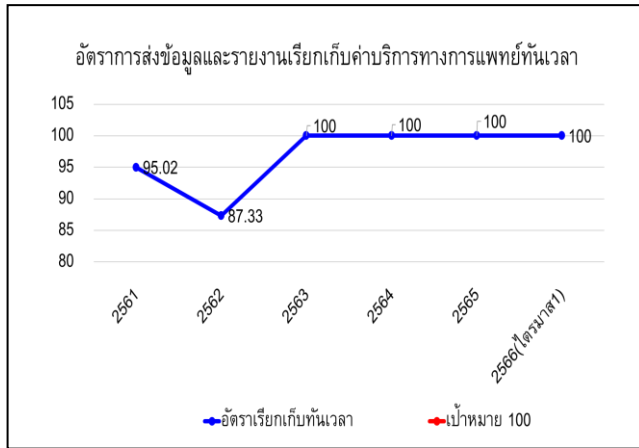
97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส1)
อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา	100	95.02	87.33	100	100	100	100
อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์	> 90	95.87	96.45	97.78	94.87	92.49	96.32
อัตราส่วนเงินสด/หนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	>0.8	0.48	0.77	1.03	1.29	1.96	2.27
อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio)	>1.00	0.77	1.03	1.14	1.41	3.43	3.29
อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	>1.5	0.86	1.14	1.52	2.47	3.56	3.42
ระยะเวลาการชำระหนี้	< 90 วัน	430.03	337.7	394.72	394.72	269.73	267.30
ระดับวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring)	< 4	6	1	0	0	0	1

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

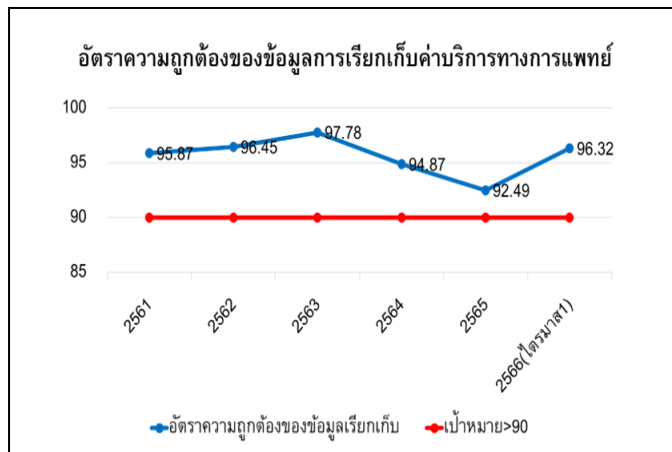
อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา



ในปี 2561 – 2562 อัตราความทันเวลาในการเรียกเก็บลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดอัตราค่าคลัง และขาดการกำกับติดตาม จึงได้กำหนดให้ส่งข้อมูลที่ค้างตั้งแต่ 2561 – 31 ม.ค. 62 ให้เสร็จสิ้นภายใน 28 ก.พ. 62 ดำเนินการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ในช่วงเดือนมีนาคม 2562 กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน, รวมถึงจัดทำ Flow chat การเรียกเก็บ, กำหนดระยะเวลาการสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่าย, กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล และกระบวนการเคลมแต่ละประเภท

โดยศูนย์จัดเก็บรายได้เป็นผู้ส่งเคลมทั้งหมด มีผลให้อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา ตั้งแต่ปี 2563 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด

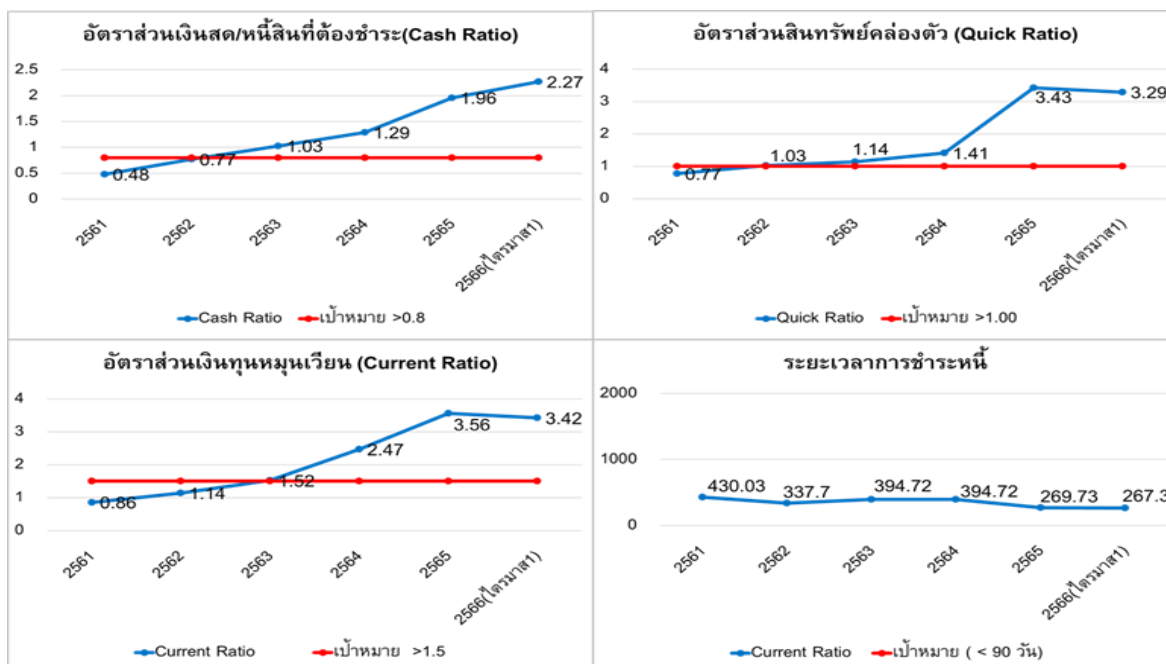
อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์



ในปี 2561 อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ลดลงเหลือ ร้อยละ 95.87 เกิดจากมีการปรับระบบการให้บริการสิทธิเบิกได้จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online) ผ่านเครื่อง EDC ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากไม่บันทึกเลข Approve Code หรือ เลข Approve Code ที่บันทึกในโปรแกรม e-Claim ไม่พบในฐานข้อมูล EDC ของหน่วยบริการ ร้อยละ 62.27 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายที่บันทึกเบิกใน e-Claim ไม่ตรงกับ

ค่าใช้จ่ายในฐานข้อมูล EDC ของหน่วยบริการ ร้อยละ 25.29 และเลือกเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ ไม่ตรงตามสิทธิที่พึงเบิกได้ ร้อยละ 2.57

ยาที่บันทึกเบิกไม่พบใน Drug Catalog ของหน่วยบริการระบบการบันทึกรายการยา ประเภทยาในบัญชียา



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หลัก (ED) หรือยานอกบัญชียาหลัก(NED) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่ระบุเหตุผลการใช้ยา EA-EF โดยเฉพาะสิทธิ OFC และ LGO โดยเฉพาะยาสมุนไพรที่นำเข้าใหม่ รวมถึงประเภทยาในบัญชียาหลัก (ED)/ยานอกบัญชียาหลัก(NED) ที่บันทึกรายการ TMT ไม่ตรงกับ Drug Catalog ที่ สปสข.กำหนด ร้อยละ 2.48 จึงได้จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ในช่วงเดือน มีนาคม 2562 จัดทำแนวทางการเรียกเก็บที่ชัดเจน ประสานและกำกับติดตามการระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลัก(NED) ของแพทย์โดยเภสัชกร กรณีไม่มี Approve Code ประสานขอเลข Approve Code ภายใน 30 วัน หลังให้บริการ ตรวจสอบยาที่ไม่มีเลข 24 หลัก ให้จัดเลขรายการ แจงเภสัช เพื่อค้นหาเลข 24 หลักและบันทึก/แก้ไขในโปรแกรม Drug Catalog, รหัสยามาตรฐานไทย(TMT) , LAB Catalog รวมถึงรหัสรายการเบิกจ่ายโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้อัตราการติด C และ V เพิ่มขึ้น แต่ได้ดำเนินการแก้ไข/อุดหนุน ส่งผลให้อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ มีแนวโน้มคงที่ และได้มีการทำแผนเพื่อเพิ่มรายรับโดย การออกตรวจสุขภาพเชิงรุก ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากร รณรงค์การขึ้นทะเบียนสิทธิให้มีความครอบคลุม ถูกต้อง พัฒนาศักยภาพด้านการรักษา โดยมีแพทย์เฉพาะทางด้าน อายุรเวช สูตินารีเวช และกุมารเวช และเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บรายได้ให้ครอบคลุมและทันเวลา มีนโยบายการจัดซื้อร่วมของคลังเวชภัณฑ์เพื่อลดต้นทุนการซื้อ และมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลใกล้เคียง และการเปลี่ยนคืนบริษัท รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รณรงค์การใช้กระดาษอย่างคุ้มค่า รณรงค์การแยกขยะให้ถูกประเภท ลดการจัดซื้อวัสดุที่ไม่จำเป็น เช่น กระดาษชำระ ลดการใช้เครื่องฟรีนเตอร์ชนิดหมึกสี เป็นต้น การประหยัดพลังงาน ส่งผลให้สภาพคล่องทางการเงินดีขึ้นสามารถชำระหนี้ได้เพิ่มขึ้น

ระดับวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ไตรมาส1)
ระดับวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring)	< 4	6	1	0	0	0	1

ในปี 2562 ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ในช่วงเดือน มีนาคม 2562 กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน, รวมถึงจัดทำ Flow chat การเรียกเก็บ, กำหนดระยะเวลาการสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่าย, กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาล และกระบวนการเคลมแต่ละประเภท โดยศูนย์จัดเก็บรายได้เป็นผู้ส่งเคลมทั้งหมด มีผลให้อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา รวมถึงปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน EIA, ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ส่งผลให้ระดับวิกฤตทางการเงิน ระดับ 0 ผลงานเด่น ได้รับรางวัลชนะเลิศ (Claim Award) ระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ในปี 2563 และ รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ในการประกวดศูนย์จัดเก็บรายได้ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 11 (ระดับ M1/M2) ในปี 2564

