รายงานการประเมินตนเองของ CLT/PCT โรงพยาบาลปากพนัง

พันธกิจ/ความมุ่งหมาย: ทีมนำทางคลินิกในการวางระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพเป็นโรงพยาบาลระดับ M2ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยการทำงานเป็นทีมและการเชื่อมโยงในระบบเครือข่ายสุขภาพ

ขอบเขตบริการ: ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ จิตเวช ทันตกรรมโดยแพทย์เฉพาะทางและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั่วไปให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งในและนอกเขตอำเภอปากพนัง

ผู้รับบริการสำคัญและความต้องการ: ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน

รายงานการประเมินตนเอง(SAR 2020) รพ.

โรค	ความต้องการ(needs/requiremeant)
1. ACS	ได้รับยา SK + ส่งต่อทันเวลา ไม่เสียชีวิต
2. Stroke	เข้ารับการรักษาภายใน 3 ชม. ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดความพิการทุพพลภาพ ไม่เสียชีวิต
3. Sepsis	รักษาหาย ไม่เกิดภาวะ shock
4. DM, HT	การดูแลต่อเนื่องเหมาะสมตามมาตรฐาน ควบคุมโรคได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
5. Suicidal	ไม่เกิดการฆ่าตัวตาย
6. PPH	ไม่มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากการตกเลือด
7. Birth asphyxia	ลดอัตราการเกิด Birth asphyxia ในทารกแรกเกิด
8. DHF	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต
9. HI	รักษาส่งต่อรวดเร็ว ไม่เกิดความพิการ
10. Multiple Trauma	รักษาส่งต่อรวดเร็ว ไม่เกิดความพิการ ไม่เสียชีวิต

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

จุดเน้นของการจัดบริการและการพัฒนา: พัฒนาการดูแลกลุ่มโรค Stroke ACS Sepsis DM HT

กลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical Population)

โรค Disease	**เกณฑ์**				
	มีความเสี่ยงสูง High risk	**มีค่าใช้จ่ายสูง/นอนโรงพยาบาลนาน** High cost/Long LOS	**มีปริมาณผู้ป่วยมาก**High volume	**มีหลักฐานใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย**	**การดูแลมีความซบซ้อน** Complex Care
MI	5	4	4		5
Stroke	4	5	5		
sepsis	5	4			
NCD		5	5		
Suicidal	4				4
PPH	5		4		
Birth asphyxia	5	5	5		4
DHF	4				4
HI	3	2	3		2
Multiple Trauma	5	4	2		5

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
กลุ่มNCD/ DM/HT	-ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน >90% -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ปี 2567 ≥72% -ร้อยละของประชากรอายุ35	-อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl≥85% -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า	- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB≥ 60% - ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	-ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7%) - ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมได้ดี (≥ 60%)	-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง≥5 % -ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (≥ 40%) -ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ≤2% -อัตรา re-admit hypo - hyperglycemia ผู้ป่วย DM (เป้าหมาย <5%)	- ผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ มีการใช้โปรแกรม home BP ≥85%	-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง≥5 % -ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง > 2.5%

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
	ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง>90% -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥80%	>60% -ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ≥ 80%	≥ 80% - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความคันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)≥90%		เฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานลดลง≤2% -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย≥65% -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มี			

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
					CVD Risk 20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD ลดลง≥50%			
CKD	-ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ≥ 80% -ร้อยละของผู้ป่วย	-ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP < 140/90 mmHg ≥80%	- ผู้ป่วยCKDที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB>60%		-ผู้ป่วย CKD ระดับ 2-4 ที่ control ค่า EGFR ลดลง< 5 ml/mine/1.73m2/ปี ≥ 66%	ผู้ป่วยCKDที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB>60% -การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ		-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตาม

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
	DM, HT ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) > 20%					โรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statin>60%		เป้าหมาย≥65%
COPD		-อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการใช้ยาพ่นถูกวิธี >85%		-อัตราผู้ป่วย Visit ด้วยอาการ Exacerbation <10% - Admition Rate Exacebation <10%	-จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ส่งเข้าคลินิกสูบบุหรี่ (คน)	-ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว <2%		-ร้อยละของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ re-admit <3%

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
				-ร้อยละของผู้ป่วย COPD Re-Admit ภายใน 28 วัน <3% -ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว <2%				
-กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด (MI)	ผู้ป่วย ACS มา รพ.ภายใน 2 ชั่วโมง	-ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตหลังจากวินิจฉัย-30 วัน	-ทำ EKG ภายใน 10 นาที -แพทย์ วินิจฉัยภายใน 10 นาทีหลังจากอ่าน EKG - Door to ASA < 20 min	-ร้อยละผู้ป่วยทำ EKG ภายใน 10 นาที -ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา ASA ภายใน 20	อัตราตายผู้ป่วย ACS <9%	-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยา SK -อัตราตายผู้ป่วย STEMI <9%	-เพิ่ม Heath literacy แก่ประชาชนในการเฝ้าระวังและการรับรู้อาการของ	-เสริมสร้างให้ประชาชนเข้าถึง Heath literacy เกี่ยวกับโรคหัวใจ การเฝ้าระวัง

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
			- Dx. To SK in 30 min -Investigate to refer in 30 min	นาที -ร้อยละผู้ป่วยได้รับ SK หลังจาก Dx. ภายใน 30 min -ร้อยละผู้ป่วย STEMI refer ภายใน 30 นาที หลังจาก Dx.			โรค -รพ.สต./รพช. ประชาสัมพันธ์ EMS/1669	อาการของโรค -ประชาสัมพันธ์ 1669 แก่ประชาชน
-กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด (Stroke)	-ผู้ป่วย stroke เข้ารับการรักษาในช่วง goden	-ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีระดับ	-ผู้ป่วย NCD มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารทั้งรายใหม่และราย	-Door to refer stroke FAST TRACK in 30 min	-อัตราตายผู้ป่วย Stroke <5% -จำนวนประชาชน	-ผู้ป่วย stroke FAST TRACK ได้รับการรักษา	-ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง Stroke Alert	-ประชาสัมพันธ์ 1669 อบรม EMR อสม.เพื่อพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
	period 4.5 hr.	คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นหลังจำหน่าย	เก่า -Door to refer Stroke FAST TRACK in 30 min	และได้รับยา rt-PA	ได้รับความรู้ด้าน Stroke	และได้รับยา rt-PA ลดความพิการและเสียชีวิต -อัตราตายในผู้ป่วย Stroke	Stroke Anareness สู่ชุมชนเพิ่มขึ้น	ศักยภาพการส่งต่อ -ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมงาน NCD
-กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด/stroke, MI รอน้องทิพย์	-ผู้ป่วยstroke มา รพ.ภายใน4.5 ชม.	-ผู้ป่วย stroke ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง 6 เดือน	-ร้อยละของผู้ป่วย STEMI/ Stroke ที่ได้รับการส่งต่อ	-อัตราผู้ป่วยAMI ที่ได้รับยาSK ภายใน 30 นาที	-จำนวนประชาชนได้รับความรู้ด้าน stroke alert and awareness ทั้งกลุ่มทั่วไปและ	-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยา SK -อัตราตายในผู้ป่วย stroke -อัตราเสียชีวิต	ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ที่เข้าร่วมโครงการ EMS member club	-อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มี CVD risk ทำโครงการ EMS MB

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
					กลุ่มเสี่ยง	ด้วยSTEMI		
กลุ่มโรคติดเชื้อ/ Sepsis	-Sepsisได้ATB.ใน 1 ชม≥ 90 %		- อัตราได้รับ iv 30 ml/kgใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥90%	-อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต	อัตราการเจาะ H/c ก่อนให้ ATB≥ 90 %	-Sepsisได้ATB.ใน 1 ขม≥ 90 %		
-กลุ่มสุขภาพจิต Suicidal	-ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ			-อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ		-ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ	-ผู้ป่วย OSCC การบันทึกข้อมูลเป็นความลับ	- อบรมให้ความรู้สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
-กลุ่มแม่ และเด็ก PPH	-ร้อยละการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง			-อัตรามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด		-ร้อยละการเกิด PPH < ร้อยละ5		-นวัตกรรมถุงรับเลือด -ทำ RCA ทุกเคสเพื่อโอกาสพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
-Birth asphyxia				-Neonatal mortality rate คลอดในรพ.		อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia ไม่เกิน 25: 1,000		-อบรม NCPR ปีละ 1ครั้ง
DHF	- ร้อยละของประชากรผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจยืนยันจากแพทย์	- ประเมินอาการผู้ป่วยแบบประเมิน Early warning sign - ดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ (CPG) - ฝึกทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักขณะอยู่	- อุบัติการณ์ Miss / Delay diagnosis 0 ราย - อัตราการปฏิบัติตาม CPG 100 % - อัตราการรายงานผล CBC จากห้องปฏิบัติการในผู้ป่วย DHF ภายใน 60 นาที (กรณีสงสัย) 90 %	- อัตรา shock นาน > 4 ชั่วโมง 0 % - อัตราการเกิดเลือดออกรุนแรง 0% - อัตรามีภาวะน้ำเกิน (volume overload 0 %)	- อัตราความพึงพอใจของผู้เข้ารับการรักษาและญาติ ≥ 85 % - ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 0 %	- อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนอนโรงพยาบาล 0 % - ไม่พบผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ	- ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับความรู้/ทักษะการดูแลโรคไข้เลือดออกขณะอยู่โรงพยาบาลและความรู้หลังจำหน่าย ≥ 80 % - ผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานโรคภายใน 24 ชั่วโมง 100 %	- พัฒนาการนิเทศติดตามสมรรถนะบุคลากร การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกและ Case Manager โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่บรรจุใหม่

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
		โรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมหลังจำหน่าย						
HI	เข้ารับบริการภายในเวลาที่รวดเร็ว	ให้การดูแลผู้บาดเจ็บตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	-การประเมิน coma scale -on Hardcollar เหมาะสม ถูกต้อง	อัตราผู้ป่วย HI เสียชีวิต	การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว	ลดอัตราการตายในผู้ป่วย HI	-การใช้สิทธิกรณี พรบ.	-จัดอบรม Trauma 1 ครั้ง/ปี -ส่ง เจ้าหน้าที่อบรม/ประชุม ATLS ทุกคน 1 ครั้ง/ปี
Multiple trauma	การส่งต่อผู้ป่วย Trauma FAST Track ภายใน	ให้การดูแลผู้บาดเจ็บตามแนวทางการดูแล	-Reassessment -FAST -การเคลื่อนย้าย	อัตราผู้ป่วย Trauma เสียชีวิต	-การดูแลรักษาตามขั้นตอนที่ถูกวิธี	ลดอัตราตายในผู้ป่วย Trauma	-การใช้สิทธิกรณี พรบ.	-จัดอบรม Trauma 1 ครั้ง/ปี

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
	30 นาที	ผู้ป่วยก่อนส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช						-ส่ง เจ้าหน้าที่อบรม/ประชุม ATLS ทุกคน 1 ครั้ง/ปี

รายงานการประเมินตนเอง(SAR 2020) รพ.
ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
- เกิดภาวะhypo-hyperglycemia	5	-จัดให้มีการให้ความรู้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพค้นหาสาเหตุของการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ -นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายอาหารแลกเปลี่ยน -ในรายที่FBS > 180 หรือมีแนวโน้มระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆส่งพบนักโภชนากร - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต.มารักษาต่อที่โรงพยาบาล - มีการตามนัดผู้ป่วยที่ผิดนัดในรายผู้ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี -มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลสูงและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ - มีคลินิก DM poor control ออกตรวจโดยแพทย์อายุรกรรมเพื่อติดตามผู้ป่วยที่เบาหวานควบคุมยาก -ฝึกทักษะการฉีดinsulin แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการทำ Two tick กรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลฝึกเภสัชการประสานอสม.ช่วยในการ	-ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ≤2% -อัตรา re-admit ผู้ป่วย DM <5%

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		ดูแลผู้ป่วย -ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อสงสัยการใช้ยาฉีดที่ห้องยาในเวลาราชการ	
-ผู้ป่วยstrokeที่เข้ารับการรักษาไม่ทันช่วง golden period -อัตราตายจากstroke	5	STROKE pre-hospital 1.ประชาสัมพันธ์เชิงรุก อาการของโรคหลอดเลือดสมองในรพ. และรพสต.ทุกแห่ง 2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยNCD ทั้งรายใหม่รายเก่า 3. อบรมEMR/อสม.เพื่อพัฒนาศักยภาพการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยStroke และขยายหน่วย EMS.ให้ครอบคลุมทุกตำบลและการเข้าถึงบริการ**1669** 4. สร้างเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขเช่น	- Door to refer in 30 min **100%** - ร้อยละของผู้ป่วยstrokeที่เข้ารับการรักษาในช่วงgolden period 4.5 hr.**>80%** **-**อัตราผู้ป่วยStroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตประจำวัน (ADL)เพิ่มขึ้น หลังจำหน่าย >80% -อัตราตายของผู้ป่วยstroke <5 %

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		ท้องที่ท้องถิ่นโรงเรียน **In-hospital** 1.มีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วและมีระบบการขอคำปรึกษาและส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย 2. จัดประชุมและอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแพทย์ 3. จัดทำแผนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (CPG)ร่วมกับองค์กรแพทย์และทีม PCT 4. ประสานการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM/HT/AF ที่มีในคลินิกในโรงพยาบาล และในรพ.สต. เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ	

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		อย่างครอบคลุมทุกสัปดาห์ จัดทำนามบัตรแสดงอาการของโรค/เบอร์โทรติดต่อ EMS 5. พัฒนาระบบRefer ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลแม่ข่าย/รพ.สต. รวมทั้งการ Refer ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านโรงพยาบาลชุมชน **-post Stroke** 1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) 2. มีการคืนข้อมูลการดูแลต่อเนื่องPost Stroke care จากโรงพยาบาลแม่ข่ายกลับโรงพยาบาล 3. มีการติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกรายใหม่อย่างต่อเนื่องในระยะ6 เดือนแรกในชุมชน	

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		4. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ (Seamless System for stroke care)	
Sepsis : Septic shock, acute respiratory failure, Cardiac arrest	5	1. ออกแบบเครื่องมือที่เข้าใจง่ายในการประเมิน NEWS score เพื่อค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม 2. นิเทศการใช้เครื่องมือให้เข้าใจไปในแนวทางเดียวกันในการใช้งานทั้งรพ. 3. มีการประเมิน NEWS score ตั้งแต่จุดคัดแยกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วเหมาะสม 4. จัดทำ Flow Sepsis ตั้งแต่แรกรับจน Admit/Refer ทุกจุดที่เกี่ยวข้องทั้งโรงพยาบาล 5. เชื่อมโยงกับรพ.สต.โดยการจัดทำ Flow Sepsis เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง รักษาได้รวดเร็ว เหมาะสม 6. ทำงานร่วมกับทีม EMS โดยการออกแบบ Flow Tele Med Sepsis ในการออกรับผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด 7. ทบทวน CPG Sepsis ใหม่โดยอายุรแพทย์	-อัตราได้รับiv30 ml/kgใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ 90 % -การได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.≥ 90 % -อัตราเสียชีวิต ≤ 30 % -ปรับการเก็บข้อมูลจากเก็บอัตราที่ผู้ป่วยได้นับการดูแลใน ICU เป็นอัตราผู้ป่วยที่มีภาวะ shock หรือผู้ป่วย sepsis ที่ต้องใช้เครื่อง HFNC

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		และแพทย์รับผิดชอบเฉพาะโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 8. จัดทำ Standing Order Sepsis เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย Sepsis 9. ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อนำมาพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	
-อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	4	**-ผู้ป่วยซึมเศร้า** 1. พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครมีความรู้และสามารถคัดกรองและเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ทันถ่วงทีและสามารถบอกและชี้ได้ว่าบ้านไหนมีกลุ่มเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเอง 2. ให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเข้าถึงบริการได้ทันเวลาและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเช่นผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย	**ตัวชี้วัด** - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		โรคเรื้อรัง/ผู้ติดสุราและสารเสพติด/เด็กที่มีครอบครัวแตกแยก 3. ให้ชุมชน/ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายมีแนวทางส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงบริการรักษาที่เร็วขึ้น 4. คัดกรองเชิงรุกActive screening ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเชิงรุก	
อัตราการเกิดbirth asphyxia	5	**ANC** - Hight case GA 36 wksขึ้นไป Monitor NST ทุกสัปดาห์ -Case GDMA2 Overt DM induction GA 38 wks GDMA1 induction GA 40wks **LR** -ฝึกทักษะ NCPR ทุกปี -Monitor NST เวรละครั้ง	- อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia <25/1,000

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		- การติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ ระยะ Latent phase ฟังทุก 1ชั่วโมง ระยะ Active phase ฟังทุก 30นาที ขณะเบ่งคลอด ฟังทุก 15นาที กรณีใช้ยาเร่งคลอดฟังทุก 15-30นาที - จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำเดิน - หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ <37 wks เตรียมทีมรับเด็ก - Case thick meconium stained พิจารณาผ่าคลอดหรือส่งต่อไปยังรพ.แม่ข่าย	
-ร้อยละการเกิดPostpartum hemorrhage	5	ANC - โครงการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กในเขตอำเภอปากพนัง	- อัตราการตกเลือดหลังคลอด <5% - อัตรามารดาตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 0%

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		- ANC คุณภาพ - แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด LR -เน้นการใช้ partograph -มีเครื่องมือ Safety checklists for immediate postpartum hemorrhage เพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ ระยะคลอด หลังคลอด - G1-G3 CBC แรกรับทุกราย if HCT <30% G/M PRC 1U , G4ขึ้นไป แรกรับ CBC G/M PRC 1U - มีการใช้นวัตกรรมถุงรับเลือดทุกเคส - หญิงตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป หลังรกคลอด เพิ่ม syntocinon เป็น20 u + IV rate 120ml/hr , syntocinonเป็น 10 u im, if BP < 140/90 mmHg Methergin 1amp im.	

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		- Early warning sign blood loss 300 ml - หลังคลอดสวนปัสสาวะทุกรายและติดตามการถ่ายปัสสาวะใน 6 ชม. หลังคลอด - มีการซ้อมแผนในการตามทีมช่วยเหลือ การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด - มีจัดทำ Flow chart ติดในห้องคลอดชัดเจน compression และการทำ Balloon tamponade	
MI	-ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้า -การคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ไม่ครอบคลุม	- เพิ่ม Health literacy ประชาชนในการเฝ้าระวัง และการรับรู้อาการของโรค -รพ.สต./รพช.ประชาสัมพันธ์ EMS/1669 - บริการเชิงรุก คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการควบคุม NCD - รณรงค์เลิกบุหรี่และเพิ่มจำนวนการเลิกบุหรี่	-ติดตามการรักษาผู้ป่วยใน NCD Clinic -เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		ให้ครอบคลุม	
DHF Dengue hemorrhagic fever with shock	5	- พัฒนาผู้ป่วยนอกมีระบบ Fast tract ในการพบแพทย์ ทำ tourniquet test ภายใน 30 นาที , เจาะ CBC รายงานผลใน 60 นาที / แนวปฏิบัติ DHF grade 3 , 4 - จัดโซนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ - ดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ (CPG) - ประเมินอาการผู้ป่วยแบบ Early warning sign และการรายงานแพทย์ก่อนเข้าสู่ภาวะ shock - การรายงานค่า Lab วิกฤตในเวลา 60 นาที - ฝึกทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักขณะอยู่โรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมหลังจำหน่าย - ส่งต่อข้อมูลใน Case ที่ต้องเฝ้าระวัง - มีการประสานทางเวชกรรม รายงานโรค	- อุบัติการณ์ Miss / Delay diagnosis 0 ราย - อัตราการปฏิบัติตาม CPG 100 % - อัตราช็อคนาน > 4 ชั่วโมง 0 % - อัตราการเกิดเลือดออกรุนแรง 0% - อัตรามีภาวะน้ำเกิน (volume overload) 0 % - อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนอนโรงพยาบาล 0 % - ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับความรู้/ทักษะการดูแลโรคไข้เลือดออกขณะอยู่โรงพยาบาลและความรู้หลังจำหน่าย ≥ 80 % - อัตราความพึงพอใจของผู้เข้ารับการรักษาและญาติ ≥ 85 % - ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 0 % - ไม่พบผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ (refer in)

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
		ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อการควาบคุมเชิงรุก ให้ประสานกับชุมชนเพื่อสอบสวนโรค โดยการเฝ้าระวังพื้นที่ / กลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ควบคุมโรคได้รวดเร็ว การให้ความรู้แก่ อสม. โรงเรียน เป้นต้น ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ - พัฒนาการนิเทศติดตามสมรรถนะบุคลากรการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกและ Case Manager โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่บรรจุใหม่ - ทบทวนและพัฒนาระบบการ Refer ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว - ทบทวนอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่เกิด Dengue shock syndrome ที่ต้องส่งต่อหรือเสียชีวิตทุกรายอย่างสม่ำเสมอ	- อัตราการกลับมารักษาด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน 0 %
HI	-ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า -ผู้ป่วยได้รับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	-ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMSให้ทั่วถึง	-อัตราการเสียชีวิตลดลง 3%

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง(Risk Level)	มาตราการป้องกัน	ผลการติดตาม/ควบคุม
	ไม่ถูกต้อง	-จัดประชุม อบรม การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ประชาชน เจาหน้าที่ รพ.สต.	
Multiple trauma	-ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า -ผู้ป่วยได้รับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุไม่ถูกต้อง -ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง Trauma Fast Tack	-จัดบริการ รณรงค์ประชาสัมพันธ์การขับขี่ปลอดภัย/ลดอุบัติเหตุ -ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ATLS และการเข้าถึงการรับบริการ	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง Trauma Fast Tack เพิ่มขึ้นมากกว่า 8%

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.
ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวม

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
ปลอดภัย	ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต	-อัตราการเกิด cardiogenic shock ใน ERของผู้ป่วย STEMI <10% ผลลัพธ์ :ปี 2561= 0%, ปี2563 = 3.9 %, ปี 2564= 3.97% ปี 2565= 12.06 % ปี 2566= 2.78% ปี 2567= 2.57 % ปี 2568/2 = 9.67 % -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (เป้าหมาย 0%) ผลลัพธ์ : ปี 2561=1.01%, ปี 2563 = 2.02% ปี 2564 = 9.37% ปี 2565= 12% ปี 2566 = 2.87% ปี 2567 = 2.57% ปี 2568/2 = 3.33%	- ทบทวนพัฒนา CPG -ใช้ SOS SCOREประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง - ฝึกทบทวน CPR อย่าง น้อยปีละครั้ง - ระบบเครื่องมือพร้อมใช้ -พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่มีการทบทวน advance CPR ทุกปี

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		- จำนวนผู้ป่วย DHF เสียชีวิต (เป้าหมาย 0 %) ผลลัพธ์ : ปี 2560-ปัจจุบัน= 0 ราย -อัตรา ROSC (เป้าหมาย >30%) ปี 2563 = 20.9% ปี 2564 = 17% ปี 2565 = 20% ปี 2566 = 20% ปี 2567 = 24% ปี 2568/2 = 29.62 %	- Care map DHF -มี line กลุ่มไข้เลือดออกรายงานผู้ป่วยรายใหม่กับทีมสสอ.ทันที ทีมลงพื้นที่กำจัดยุงลายป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม - จัดอบรมฟื้นฟู ACLS แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง -จัดอบรมฟื้นฟู BLS แก่ฝ่ายสนับสนุนอย่างน้อยปีละ 1ครั้ง
รวดเร็ว	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว	-ระยะรอคอยเฉลี่ยแพทย์ตรวจในผู้ป่วยฉุกเฉิน (เป้าหมาย< 15 นาที) ปี 2563 = 5 นาที ปี 2564 = 7 นาที ปี 2565 = 5 นาที ปี 2566 = 5.51นาที ปี 2567 = 5.44 นาที ปี 2568/2 = 5.19 นาที - Door to needle time ในผู้ป่วย STEMIที่ได้SK ภายใน 30 นาที (เป้าหมาย> 60%)	-จัดแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินอยู่ตลอด 24 ชม. - จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชม. -สอนสาธิตการบริหาร ยา SK ในผู้ป่วย STEMI -มีระบบ line เพื่อ consult แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจกับรพ.แม่

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		ปี 2563 = 100 % ปี 2564 = 93.33 % ปี 2565-2568/2= 100 % -(Door to Door in 3 ชม.)ร้อยละของผู้ป่วยstrokeที่เข้ารับการรักษาในช่วงgolden period 4.5 hr. (เป้าหมาย > 80%) ปี 2563 = 36.41 % ปี 2564 = 44.44 % ปี 2565 = 45.05 % ปี 2566 =50 % ปี 2567 = 60.62 % ปี 2568/2 = 64 % - อัตราการให้บริการ EMS Response time ภายใน 10 นาที (เป้าหมาย > 80%) ปี 2563 = 41.13 % ปี 2564 = 46.92 % ปี 2565 = 41.17 % ปี 2566 =64.95 % ปี 2567 = 69.50 % ปี 2568/2= 44.73%	ข่าย -ขยายเครือข่ายโดยกระตุ้นให้ อปท.ในพื้นที่ดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีหน่วยปฏิบัติครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ห่างไกลรพ. -ประชาสัมพันธ์ 1669 .ในเชิงรุก

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		-ผู้ป่วย sepsis ได้รับ ATB(door to needle time ภายใน 1ชม.) (เป้าหมาย >90 %) ผลลัพธ์ : ปี 2563 = 96.76 % ปี 2564 =97.91% ปี 2565=100% ปี 2566 = 92.20% ปี 2567 = 93.6% ปี 2568/2= 96%	-กลุ่มผู้ป่วย sepsis หรือสงสัย ส่ง H/Cให้ ATB ที่ ER
ถูกต้อง มีคุณภาพ	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องได้มาตรฐาน	ผู้ป่วยวินิจฉัยผิดพลาด ผลลัพธ์ : **ปี 2563** พบว่ามี - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย ACS 2ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย stroke 1 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย appendicitis 2 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis1 ราย **ปี 2564** พบว่ามี - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย ACS/CHF 3 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis	- ฝึกทักษะการอ่าน EKG - พัฒนาแบบฟอร์มการซักประวัติ - จัดทำ early warning sign - ทบทวนและปรับ CPG - ทบทวนเกณฑ์การปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญกว่า - พัฒนาบุคลากรส่งอบรมการอ่านEKG

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		1 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย UGIB 1 ราย **ปี 2565** พบว่ามี - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis 1 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Asthma/COPD 1 ราย **ปี 2566** พบว่ามี - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย ACS/CHF 3 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis 5 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Acute appendicitis 1ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย MAS 1 ราย **ปี 2567** พบว่ามี - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย ACS/CHF 2ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย Acute appendicitis 2 ราย - Miss diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis 1 ราย ปี 2568 ในกลุ่ม Choledocholithiasis	

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
การดูแลอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูอย่างต่อเนื่อง	- อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการฟื้นฟูสภาพและมีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) เพิ่มขึ้นหลังจำหน่าย (เป้าหมาย > 80%) ผลลัพธ์ ปี 2563= 87.36% ปี 2564 =87.5% ปี 2565= 85.71% ปี 2566= 83.92% ปี 2567= 89.06% ปี 2568/2 =76.3%	- ระบบนัด การติดตาม - ฉลากช่วยจำ - Home program
ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดูแลตนเองได้	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเพียงพอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา	- อัตรา re-admit hypo-hyperglycemia ผู้ป่วย DM (เป้าหมาย <5%) ผลลัพธ์ : ปี 2563=0.44% ปี 2564 =0.28% ปี 2565=0.65% ปี 2566= 0.05% ปี 2567 = 0.04% ปี 2568/2 =0.02%	- การให้ความรู้ สร้าง empowerment แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย - HHC ในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี

รายงานการประเมินตนเอง**(SAR 2020)** รพ.

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		- ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับ HbA_1C น้อยกว่า 7 (เป้าหมาย >40%) ผลลัพธ์ : ปี 2563= 27.25% ปี 2564 =33.19% ปี 2565= 34.88% ปี 2566 = 33.71% ปี 2567= 32.27% ปี 2568/2 = 23.20%	-ผู้ป่วย FBS> 180mg% ส่งพบนักโภชนากรให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยพร้อมญาติ -ในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ส่งเข้าคลินิก DM poor control - การติดตามการใช้ยา -ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด -ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน
		- ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (เป้าหมาย >60 %) ผลลัพธ์ : ปี 2563= 53.73% ปี 2564 =62.67% ปี 2565 = 61.94% ปี 2566= 62.78% ปี 2567= 63.24% ปี 2568/2 = 55.76%	- ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง>140/90 mmHg ค้นหาสาเหตุ และส่งพบนักโภชนาการเพื่อลดพฤติกรรมการกินเค็ม -ติดตามผู้ป่วยขาดนัดขาดยา
		- อัตรา re-admit ผู้ป่วย COPD	- การฝึกทักษะการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
		(เป้าหมาย <5%) ผลลัพธ์ : ปี 2563= 0.67% ปี 2564 = 1.9 % ปี 2565 =1.82% ปี 2566= 0.1.98% ปี 2567 = 2.24% ปี 2568/2 = 1.42%	- การบริหารปอด - การดูแลตัวเองที่บ้าน - oxygen therapy

ตัวชี้วัด PCT

ตัวชี้วัดภาพรวม	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568/2
ตัวชี้วัดจาก Patient Safety Goals						
- จำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มทั้งหมด	0ราย	1	0	1	0	1
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน (OPD)	0 ครั้ง	1	1	0	0	1

-อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ2-4	0 ราย	0	0	0	0	0
มารดาและทารก - การเกิดภาวะ PPH	<5%	1.7	1.6	1.2	1.31	0
- อัตราการเกิด Birth asphyxia	< 25:1000	8.54	21.68	35.39	13.11	18.18
ตัวชี้วัดเฉพาะโรค	**เป้าหมาย**	**2564**	**2565**	**2566**	**2567**	
<u>การดูแลผู้ป่วยขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI)</u>						
Needle time(SK)	ภายใน 30 นาที	80	100	100	100	100
<u>การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)</u>						
การ Re- Admit ภายใน 28 วัน	<5%	1.9	1.98	1.98	2.24	1.42
<u>การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever)</u>						
1. อัตราป่วย	<120:100000	0	0	11	154	4
2. อัตราการเสียชีวิต	<10	0	0	0	0	0
<u>การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน</u>						
1.ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C<7%)	> 40%	33.19	34.88	33.71	32.27	23.20
2.อัตรา re-admit hypo-hyperglycemia ผู้ป่วย DM	< 5%	0.28	0.39	0.05	0.04	0.02
<u>การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</u>						
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP < 140/90 mmHg)	>50%	62.67	61.94	62.78	63.24	55.05
<u>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)</u>						
1.Dour to Refer ภายใน 30 นาที	100%	100	100	100	100	100
2.อัตราผู้ป่วยStroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตประจำวัน (ADL)เพิ่มขึ้น หลังจำหน่าย	>80%	87.50	85.71	88.51	89.06	76.30

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)						
1.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่อง	≥40%	NA	20	30	80	95
2.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการความปวด	≥85%	100	100	100	100	100
การดูแลผู้ป่วยภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) - ร้อยละของการตกเลือดหลังคลอด	< 5 %	1.7	1.60	1.2	1.31	0
การดูแลผู้ป่วยวัณโรค -อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่(Success rate)	>85%	81.03	48.51	78.5	80	7.14
การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (CKD)						
1. ผู้ป่วยมีค่า serum potassium <5.5 mEq/L	>80%	0	98.13	98.45	98.40	98.41
2. ผู้ป่วยมีค่า serum bicarbonate >22 mEq/L	>80%	0	75.46	63.25	65.24	59.65
3. ร้อยละการลดลงของGFR<5ml/min^2/1.73m^2	>66%	68.36	67.19	68.36	62.33	62.16
4. ผู้ป่วย CKD ที่ได้รับยา ACEi/ARB	> 60%	33.51	36.15	39.54	52.78	57.80
กลุ่มงานสุภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8	11.13	9.26	8.2	16.59	20.9

ความภาคภูมิใจ:

- ปี 2566 ได้รับรางวัลชนะเลิศ NCD Clinic Plus ระดับเขต

- มี one stop service ในกลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT, อายุรกรรม, COPD, Asthma และ CKD

- มีทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายเข้มแข็งและจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ วิถีชีวิตและหลักศาสนา

- มีศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อให้บริการยืมอุปกรณ์ไปใช้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียงนอน เครื่องดูดเสมะ

- พัฒนาระบบให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) มีคลินิกให้บริการด้านวิสัญญี (Pre anesthetic clinic) เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ที่ต้องให้บริการวิสัญญีแบบวันเดียวกลับ

- โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลเฉพาะทางด้านจักษุ มีการให้บริการคลินิกจักษุ ปี 2567

สรุปการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัยสำคัญ:

1. นวัตรรมมีนาฬิกาพลิกตะแคงตัวเพื่อใช้ในกลุ่มเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

2. นวัตรรมถุงรับเลือดเพื่อประเมินการเสียเลือดหลังคลอด

3. นวัตรรมถ่ายรูปประเมินแผลเพื่อใช้ในการส่งเวรเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

แผนการพัฒนาในอนาคต:

-พัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ S+ จำนวน 120 เตียงเต็มศักยภาพ

-ขยายบริการห้องผ่าตัดทางจักษุ ภายในปี 2568

-ให้ยา rt-PA ได้ที่รพ.และเปิด stroke unit ภายในปี 2570

รายงานการประเมินตนเอง(SAR 2020) รพ.

-มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก เปิดบริการห้องผ่าตัด ฟอกไตและผู้ป่วยวิกฤตใน ICU ภายในปี 2570