คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

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

i) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร

ตัววัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัววัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย

ii) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

Iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆbullet 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.....

* สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่

ผ่านมา

iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อiii) กระบวนการอยู่แล้ว

v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

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

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน

- Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
- Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
- การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
- ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ

- บริบทขององค์กร
  - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
  - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

I-1 การนำ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ	Accreditation ขั้น 3	3	3	3	3	3
อัตราของความสำเร็จใน KPI ตามแผนยุทธศาสตร์	≥80	NA	85.12	82.45	85.71	80.95
โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA	90%	NA	NA	7	100	100
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน			ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับดี
ระดับวิกฤตการเงิน (Risk Scorig)	<4	4	6	6	2	0
CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศโรงพยาบาล M2 = 0.8)	≥ 0.80%	0.62	0.62	0.57	0.56	0.61
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	>85	89.96	89.62	91.12	94.76	95.55
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85%	90.19	90.07	90.74	89.35	88.07
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	≥80%	90.50	88.68	88.87	90.07	86.88
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100 %	100	100	100	100	100

ii. บริบทโรงพยาบาลปากพนัง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ขนาด 90 เตียง กำลังขยายเป็น 120 เตียงให้บริการประชาชนในเขตอำเภอปากพนัง

โรงพยาบาลปากพนัง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และการรักษาพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง 3 สาขา คือ ด้านอายุรกรรม สูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม ทันตกรรมเฉพาะทาง ดังนี้ คือทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิโลเฟเชียล มีการจัดบริการ คลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 แห่ง และศูนย์บริการสุขภาพในเขตเมือง ของโรงพยาบาลปากพนัง จำนวน 1 แห่ง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการจัดบริการเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย งานบริการทันตกรรม มีบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ส่วนการบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพในเขตเมืองและหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นแม่ข่าย จะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปจัดให้บริการ ด้านการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เช่น คัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นต้น

การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลปากพนัง เป็นศูนย์ข้อมูลในการติดตามเยี่ยม รวมทั้งเป็นศูนย์วิชาการของเครือข่ายในด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เชื่อมโยงกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

ด้านการควบคุมป้องกันโรค มีการทำงานร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชนต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลเมืองปากพนัง เทศบาลตำบลบางพระ เทศบาลตำบลเกาะทวด เทศบาลตำบลคลองน้อย เทศบาลตำบลชะเมาและองค์การบริหารส่วนตำบล อีก 13 แห่ง ในแต่ละตำบลจะมี SRRT ระดับตำบลทำงาน ด้วยความเข้มแข็ง ภายใต้การสนับสนุน จาก SRRT ระดับอำเภอ

ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินงานร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง มีการตรวจแหล่งผลิตอาหาร ตรวจร้านขายยา ตรวจคลินิกเอกชน ตรวจร้านขายเครื่องสำอาง และตรวจร้านชำ ทุกร้าน โดยการทำงานเป็นระบบเครือข่ายร่วมกันกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกำลังขยายผลสร้างความปลอดภัยให้ชุมชน โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เข้ามามีบทบาท ตาม พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457

วิสัยทัศน์: เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข

พันธกิจ:

1. ให้บริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. บริหารจัดการให้มีมาตรฐานและมีธรรมาภิบาล
3. พัฒนาระบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพตาม service plan
4. พัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์สมรรถนะ และทำงานอย่างมีความสุข

ค่านิยม:

ค่านิยมกระทรวง MOPH

M : Mastery=เป็นนายตนเอง คือเป็นบุคคลที่หมั่นฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึกรับผิดชอบ คุณธรรม และจริยธรรม

O : Originality=เร่งสร้างสิ่งใหม่ คือสร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P : People centered=ใส่ใจประชาชนคือต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงานเพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน โดยใช้หลักเข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้

H : Humility=ถ่อมตน อ่อนน้อม คือมีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความเห็นเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

ค่านิยมโรงพยาบาลปากพนัง

P = People center approach ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

K = Knowledge based working ปฏิบัติงานบนฐานความรู้

N = Nobleness ปฏิบัติงานบนฐานคุณธรรม

H = Harmony and Humility ศาสตร์พระราชาพัฒนาองค์กร รู้รักสามัคคี อ่อนน้อมถ่อมตน

ระบบกำกับดูแลองค์กร:: ผู้นำระดับสูงและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและเครือข่าย มีการติดตามตัวชี้วัด ติดตามประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร โดยมีการทบทวนทีมบริหาร ทีมนำระบบต่าง ๆ เชื่อมโยงระบบงานภาพรวม ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มอบและกระจายอำนาจเพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน เปิดช่องทางเพื่อให้บุคลากรทุกระดับสามารถสื่อสารถึงผู้นำระดับสูงโดยตรง มีการส่งมอบการนำองค์กรตามกลุ่มงานและหน่วยงาน ดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ กำกับติดตามการดำเนินงานประเด็นสำคัญได้แก่ แผนพัฒนาองค์กรตามแผนยุทธศาสตร์ และ Service Plan แผนการเงินการคลัง แผนการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาคุณภาพและความเสี่ยง การพัฒนาสารสนเทศ และการบริหารการจัดการในองค์กร โดยติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานและตัวชี้วัดในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

iii. <u>กระบวนการ</u>

I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:

(1) ผู้นำชี้นำองค์กร:

- การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:ผู้นำระดับสูงมีการปรับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเมื่อปีพ.ศ. 2562 ให้มุ่งเน้นให้เป็นไปตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่าย มอบหมายให้ทีมนำระบบงานสำคัญรับผิดชอบและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามนโยบาย วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำทบทวนความท้าท้าย จุดแข็ง จุดอ่อนสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและร่วมกันกำหนดเป็นจุดเน้น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการต่าง ๆ ทีมคร่อมสายงาน กลุ่มงาน หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ จัดลำดับการพัฒนาระบบบริการขององค์กรและอาศัยความร่วมมือของชุมชน
- ระบบการจัดซื้อจัดจ้างยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม พัสดุและครุภัณฑ์การทำงานด้านพัสดุ ผ่านระบบ e-gpกรมบัญชีกลาง เพื่อควบคุมกำกับ พบว่าไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน ความโปร่งใสและเกิดความคล่องตัวในการทำงาน
- ส่งเสริมและสนับสนุนกำหนดนโยบายความเสี่ยง เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital เดือนกันยายน ปี 2561 ส่งผลปัจจุบันทีมดูแลผู้ป่วยและทีมสนับสนุนบริการ มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงและทำ RCA เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการบริการ เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการและบุคลากร ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และมีการต่ออายุการเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital อย่างต่อเนื่อง

- ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

  - กำหนดค่านิยมร่วมกัน MOPHPKNH โดยอ้างอิงค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) เพิ่มคุณค่าด้านการทำงานเป็นทีม ทำงานบนพื้นฐานความรู้และคุณธรรม ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาศักยภาพของบุคลากร พร้อมทั้งสร้างขวัญกำลังใจเพื่อการทำงานที่มีคุณภาพผสมผสานกับคุณธรรม
  - ผู้นำกำหนดนโยบายคุณภาพและมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการทั้งองค์กร โดยนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ผู้นำระดับสูงเป็นแกนนำในการติดตามผลการพัฒนาประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรโรงพยาบาล โดยใช้หลัก 2P Safety เชื่อมกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและPatient Safety Goals

(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:

- ผู้นำกำหนดเป้าประสงค์ที่จะทำให้องค์กรมีความเคารพต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม โดยสอดแทรกระเบียบข้อบังคับที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ และมีการส่งเสริมให้มีวินัยในองค์กร ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่จัดให้มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกตำแหน่ง ทุกครั้งที่มีการรับเจ้าหน้าที่ใหม่ พร้อมคู่มือการปฐมนิเทศเพื่อให้ตระหนักถึง วิสัยทัศน์ พันธกิจ สร้างค่านิยมร่วม และแจ้งข้อปฏิบัติกฎระเบียบต่าง ๆ ตลอดจนผู้นำระดับสูงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ด้วยการมาทำงานตรงเวลากลับตรงเวลา ประชุมตามที่นัดหมาย การอ่อนน้อมถ่อมตน การรู้รักสามัคคี การประกาศนโยบายขับขี่ปลอดภัยโดยผู้นำพร้อมครอบครัวเป็นแบบในแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย
- ด้านจริยธรรมในการบริหารงานการบริหารพัสดุ ครุภัณฑ์ ดำเนินตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐด้านจริยธรรมการดูแลผู้ป่วยและการเคารพสิทธิผู้ป่วย ติดประกาศสิทธิผู้ป่วย ตามรอยระบบงานต่าง ๆ ค้นหาความเสี่ยง ด้านสิทธิผู้ป่วย มีคณะกรรมการเจราไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดกรณีความเสียหายเกิดขึ้นปี 2559- 2563 ไม่พบข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม
- ผู้นำประกาศนโยบายขับขี่ปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามกฎหมายจราจรอย่างพร้อมเพรียงกันผลลัพธ์ คือ บุคลากรไม่เกิดอุบัติเหตุและลดความเสี่ยงในการทำงาน

- ด้านการวิจัยและนวัตกรรม ผู้นำสนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรให้สร้างสรรค์นวัตกรรม และผลงานวิจัยด้านสุขภาพและนำเสนอในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ ในปี 2563 มีงานวิจัยในโรงพยาบาลจำนวน 12 เรื่อง

I-1.1 ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- กับกำลังคน(สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):

- ผู้นำ/ ทีมนำสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับทราบนโยบายและจุดเน้นของโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างานมอบหมายหน้าที่ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการ กำกับติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน นำเสนอผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิด และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ

- ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ค้นหา RCA และประชุมหน่วยงานทุกเดือน โดยกำหนดให้มีวาระด้านงานคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักและเกิดการเรียนรู้

- จัดตั้งคณะกรรมการ ทีมคร่อมสายงาน ทีมคุณภาพต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ด้านการบริการและการบริหารทรัพยากร ด้านการเงินและรายได้ของโรงพยาบาล และแต่งตั้งรองผู้อำนวยการจำนวน 5 คน มอบอำนาจการตัดสินใจแก้ปัญหาและการดูแล รับผิดชอบหน่วยงาน

- ผู้นำส่งเสริมบรรยากาศในองค์กรให้เกิดการเรียนรู้ โดยให้บุคลากรอบรมวิชาการ R2R และเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่งเสริมให้ส่งผลงาน CQI และนวัตกรรม เข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัด ระดับเขต ทุก ปี โดยได้รับความร่วมมือและส่งผลงานเข้าร่วมประกวดระดับจังหวัด และระดับเขตอย่างต่อเนื่อง

- กับผู้รับบริการ:

โรงพยาบาลปากพนัง มีการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการปีละ 1 ครั้ง และเพิ่มช่องทางการแสดงความคิดเห็นหลายช่องทางเช่น จดหมาย ตู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล

ผลจากการประเมินความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	2559	2560	2561	2562	2563
ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	90.19	90.07	90.74	89.35	88.07
ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	90.50	88.68	88.87	90.07	86.88

I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กระประสบความสำเร็จ:

- การบรรลุพันธกิจ:

ผู้นำสูงสุดกำหนดเป้าหมายชัดเจนและมีส่วนร่วมในการเป็นประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล

มี Hospital Round โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อรับทราบข้อมูลจากผู้ปฏิบัติโดยตรงและติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมร่วมกับทีม บทเรียนที่ทำให้เกิดการพัฒนา ได้แก่การปรับภูมิทัศน์รอบอาคารผู้ป่วยนอก 5 ชั้น การปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยนอก การปรับปรุงหลังคาอาคารห้องคลอด ห้องผ่าตัด การปรับพื้นที่สิ่งแวดล้อม โรงพักขยะ ปรับพื้นที่บริเวณรอบบ่อบำบัด ปรับปรุงเส้นทางการจราจรในโรงพยาบาล ปรับปรุงโรงครัว และติดตามควบคุมกำกับในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

- การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:

- ผู้นำระดับสูงปรับโครงสร้างบริหาร มอบและกระจายอำนาจเพื่อลดขั้นตอนการทำงาน โดยการแต่งตั้งรองผู้อำนวยการ 5 ด้าน บริหารจัดการ และพัฒนาแบบบูรณาการ เปิดช่องทางให้บุคลากรทุกระดับ สามารถสื่อสารถึงผู้นำระดับสูงได้โดยตรงหลายช่องทาง เช่น ตู้รับความคิดเห็นโทรศัพท์สายตรง การสื่อสารที่เป็นเอกสาร และการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ พร้อมทั้งแสดงออกถึงการรับฟังข้อเสนอแนะต่าง ๆ ผ่านการตอบสนองด้วยการชี้แจงในที่ประชุม

- ผู้นำให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับทีมงานเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นทีมงานเดียวกันเกิดบรรยากาศที่ดีต่อการทำงาน สร้างบรรยากาศการเรียนรู้โดยให้ทีมงานมีโอกาสนำเสนอความก้าวหน้าผลการพัฒนาตลอดจนเสนอปัญหาและอุปสรรคให้ผู้บริหารร่วมทบทวนและแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา และเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้แก่บุคลากร

- การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:

-ให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยง ทบทวนและกำหนดเข็มมุ่งด้านความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety ประกาศและมอบนโยบายให้กับทีมคุณภาพต่าง ๆ สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์โดยผู้นำสูงสุดกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่รายงานความเสี่ยง รวมทั้งให้หน่วยงานทุกระดับต้องมีการปรับปรุง Risk Profile ทุกปี เพื่อกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการสื่อสารและถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆได้แก่ โปรแกรมความเสี่ยง คู่มือบริหารความเสี่ยง

-มอบหมายนโยบายการบริหารความเสี่ยงผ่านคณะกรรรมการจัดการความเสี่ยง ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเมื่อเกิดปัญหา โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดของบุคคล ไม่มีการตำหนิ หรือลงโทษ มีการติดตามผลผ่านตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สำคัญรายเดือน รายไตรมาส และรายปี และติดตามผลการทบทวนข้อร้องเรียนทุกช่องทาง ทุกข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข

- มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยกรณีเกิดความเสี่ยงที่เร่งด่วนสำคัญ กรณีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป Sentinel event กำหนดให้รายงานผู้อำนวยการผ่านสายบังคับบัญชาภายใน 24 ชั่วโมง กรณีนอกเวลาราชการกำหนดบทบาทให้ตรวจการด้านการพยาบาลเป็นผู้จัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เบื้องต้น และรายงานผ่านสายบังคับบัญชาตามลำดับ

-ด้านกายภาพมีมาตรการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยเชิงรุก โดยการติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดที่สำคัญทั่วโรงพยาบาล และจัดพนักงานรักษาความปลอดภัยให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อสามารถให้การดูแลให้ปลอดภัยอย่างทั่วถึง แต่ยังพบว่ามีทรัพย์สินสูญหายเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีรั้วรอบและมีประตูเข้าออกหลายทาง

- กำหนดนโยบายสวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัยให้เป็นแบบอย่างเมื่อขับขี่รถมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล มอบหมายให้หัวหน้างานเป็นผู้กำกับดูแล ไม่พบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัย และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย
- ด้านอาชีวอนามัยมีการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ผลการตรวจ ในปี 2559-2563 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 47.91,NA,31.35.,26.00 และ 37.09 ตามลำดับ กลุ่มป่วยร้อยละ 18.60, NA,31.35 ,26.20 และ 23.47 ตามลำดับ ได้จัดโครงการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย
- ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของรถพยาบาล ปฏิบัติตามข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข ควบคุมความเร็วของรถพยาบาลติดเครื่องติดตามพิกัด (GPS) ทุกคัน โดยพบว่าในปี 2559-2563 ยังไม่พบอุบัติเหตุรุนแรงขณะส่งต่อผู้ป่วย

- การเรียนรู้:

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสนับสนุน ผลักดัน และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้หลัก 3P และ PDSA ลงสู่การปฏิบัติงานในงานประจำและค้นหา RCA กรณีเกิดอุบัติการณ์ เน้นให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ดำเนินกิจกรรมหัวหน้าพาทำ และหัวหน้าพาทบทวน จัดทำ Quality Round โดยทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ENV, IC, RM และ MRS เพื่อติดตามปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การ

สนับสนุน

- เปิดโอกาสให้นำเสนอปัญหาและทบทวน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบายสำคัญต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ หรือการประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญ ร่วมกับการสื่อสารผ่านเครือข่ายออนไลน์(กลุ่มในแอพพลิเคชั่น LINE) ซึ่งการสื่อสารที่ได้ผลดี คือ การสื่อสารโดยหัวหน้างาน จึงกำหนดให้มีการประชุมหน่วยงานทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการรับรู้ของบุคลากรทุกระดับ

- การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:

- ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้ ให้บุคลากรเข้าอบรม R2R ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย จัดประชุมวิชาการตามสมรรถนะของทีมดูแลผู้ป่วย อุบัติการณ์ โรคตามฤดูกาล เช่น โรคไข้เลือดออกโรคพิษสุนัขบ้า ไวรัสโควิด-19 โรค RSV โรคมือ เท้า ปาก เป็นต้น

- ให้บุคลากรที่มีการจัดทำ R2R และ CQI เข้าร่วมมหกรรมงานคุณภาพร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อประกวดผลงาน กรณีได้รับรางวัลมีการยกย่องชมเชยให้เป็นตัวอย่างของหน่วยงานอื่น ในปี 2563 มีงานวิจัย R2R จำนวน 12 เรื่อง

- การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:

- โรงพยาบาลมีการสื่อสารด้านข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพผ่าน Web site ของโรงพยาบาล รวมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้ความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพภายในโรงเรียน ชุมชน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ โดยได้รับความความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง เทศบาลเมืองปากพนัง คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอและคณะอนุกรรมการระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม.

- โรงพยาบาลสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยการรับฟังความคิดเห็นผ่านตู้รับเรื่องร้องเรียน เสียงสะท้อนของชุมชนจากการเยี่ยมบ้าน ผ่านโทรศัพท์สายตรง และผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล นำเข้าสู่วางระบบเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และนำข้อมูลมาวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองและไม่เกิดการฟ้องร้อง

(2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):

- จุดเน้นของโรงพยาบาลประกอบด้วยกระบวนการการให้บริการ 5 มิติ คือส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู คุ้มครองผู้บริโภค เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และในปี 2562 โรงพยาบาลปากพนังเน้นการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในกลุ่ม Stroke และ Sepsis และการเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ ผู้อำนวยโรงพยาบาลประกาศนโยบายในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มอบผ่านหัวหน้ากลุ่มงานหัวหน้างาน และประธานและเลขาทีมพัฒนาคุณภาพ โดยทีมคุณภาพแยกตามระบบงานสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการสารสนเทศ คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานที่ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและเชื่อมโยงกับชุมชน แต่ละทีมมีการประชุม อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการทำงานประจำ 3P และPDSA ทบทวน 12 กิจกรรมเข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยมีทีมนำคุณภาพเป็นผู้ประสานงานทำให้การดำเนินงานมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการดำเนินกิจกรรม และยังพบตัวชี้วัดบางรายการยังไม่บรรลุเป้าหมาย และอาคารผู้ป่วยนอก 5 ชั้นยังก่อสร้างไม่แล้วเสร็จ ดังนั้น ในปี 2563 โรงพยาบาลปากพนัง มีจุดเน้น ระบบความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ้งแวดล้อม ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในกลุ่มโรค STROKE การเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย DM HT เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:

- การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:
  - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับนโยบายการกำกับดูแลกิจการที่ดีจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการเขต 11 ผู้ว่าราชการจังหวัด และการนิเทศ มีการตรวจสอบภายในจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่งผลในโรงพยาบาลมีนโยบายยึดหลักธรรมาภิบาลและโปร่งใส และปี 2563 ผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA 100 %
  - ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในองค์กรตามระเบียบพัสดุ เปิดให้ผู้ใช้เข้ามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพอย่างโปร่งใส มีการแข่งขันด้านราคาที่ยุติธรรมตามระเบียบ มีระบบบริการหลังการขายที่ดี และมีระบบการดูแลเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์จากบริษัทภายนอกที่ได้รับมาตรฐาน และมีการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและครุภัณฑ์ โดยจัดทำเอกสารผ่านระบบ e-gpของกรมบัญชีกลาง
  - มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามผล การจัดเก็บรายได้ ประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน และติดตามดัชนีชี้วัดทางการเงินอย่างสม่ำเสมอ ปี 2562 พบปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิเบิกได้เนื่องจากการจัดส่งข้อมูลไม่ทันเวลา คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้ทบทวน และมีการกำนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน กำหนด time line ในการปฏิบัติงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระบบการติดตามและการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มคณะกรรมการบริหารและองค์กรแพทย์ ทำให้ปี 2563 สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิเบิกได้เพิ่มขึ้นและทันเวลา
  - มีคณะกรรมการควบคุมภายใน เป็นผู้ควบคุมกำกับให้หน่วยงานมีการวางแผนควบคุมภายในให้เป็นไปตามระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน โดยเน้นทุกเรื่องที่เกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การคลัง และมีการรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และปี 2563 ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน
  - ทีมบริหารทบทวนนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพ พบว่า บุคลากรไม่เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ให้เชื่อมโยงกับงานประจำ จึงกระตุ้นโดยกระบวนการพี่เลี้ยงคุณภาพจากทีมนำ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินผลลัพธ์ ระบบเวชระเบียนและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาศักยภาพของกำลังคน

(2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

- การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- โรงพยาบาลมีการทบทวน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนำระบบงานสำคัญทุกปี โดยมีการมอบหมายงานตามความรู้และความสามารถ มอบหมายให้มีเจ้าภาพในแต่ละงานชัดเจนขึ้น
- การคัดเลือกผู้นำระดับต่าง ๆใช้หลักคุณธรรมเป็นข้อพิจารณาอันดับแรกและพัฒนาบุคลากรด้านบริการโดยส่งเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น ได้แก่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมชุมขน หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

(3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

- ระบบกำกับดูแลทางคลินิกโรงพยาบาลปากพนังอยู่ภายใต้การกำกับการดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชกระทรวงสาธารณสุข และการกำกับภายในองค์กรโรงพยาบาลปากพนังอยู่ภายใต้คณะกรรมการการกำกับดูแลทางคลินิกโดยมีประธานองค์กรแพทย์เป็นประธาน และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับดูแลทางคลินิก
- ทีมผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ติดตามประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งองค์กร ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยองค์การแพทย์ เภสัชกรกลุ่มการพยาบาลสหสาขาวิชาชีพ
- ทีมดูแลผู้ป่วยสร้างและจัดการความรู้ของบุคลากร จัดทำแนวปฏิบัติ CPGเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย มี

ระบบทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

- รายงานผลการดูแลทางคลินิกทั้งในด้านความสำเร็จและสิ่งที่ต้องพัฒนา ผลลัพธ์การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์สำคัญในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามประเด็นคุณภาพ ความปลอดภัย และตอบสนองอย่างเหมาะสม
- ทีมบริหารความเสี่ยงมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีม PCT เพื่อวิเคราะห์หา Adverse Event วิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อนำไปสู่การวางมาตรการแก้ไข ป้องกัน กรณีมีข้อร้องเรียนมีคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยและจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล เข้ามาดำเนินการแก้ไข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละปีที่ผ่านมา แนวโน้มของข้อร้องเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ดังนี้ 1) พฤติกรรมบริการ มีนโยบายของโรงพยาบาลปากพนังเน้นพฤติกรรมบริการนำลงสู่การปฏิบัติทุกระดับ โดยประชุมชี้แจง ดำเนินการแก้ไขประเด็นต่างๆ และติดตามประเมินพฤติกรรมต่อไปเป็นระยะ

I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:

- โรงพยาบาลปากพนัง มีเป้าหมายที่จะทำให้องค์กรมีความเคารพต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมที่ดี โดยสอดแทรกระเบียบข้อบังคับที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับทราบ มีการส่งเสริมให้มีวินัยในองค์กรผ่านกิจกรรมต่าง ๆ กรณีรับเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ มีการปฐมนิเทศ ชี้แจง กฎระเบียบ ข้อบังคับขององค์กร
- กำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานให้บริการภายใต้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สมาคม วิชาชีพ สาขาต่าง ๆ มีการกำกับติดตามภายในองค์กร
- กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีใบประกอบวิชาชีพที่ออกให้โดยหน่วยงาน องค์กร หรือสมาคมของวิชาชีพนั้น ๆซึ่งเป็นไปตามกฎหมายและหลักจริยธรรม

- การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติเรื่องการกำจัดของเสีย เช่น น้ำเสีย มีการตรวจคุณภาพน้ำเสียทุกวัน เพื่อปรับค่าน้ำให้ได้มาตรฐานก่อนปล่อยสู่สาธารณะ และกำหนดแผนการส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ 14 Parameter ทุก 6เดือน ในปี2562 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ได้มอบหมายผู้รับผิดชอบตรวจคุณภาพน้ำเสียรายวัน โดยเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 และเก็บตัวอย่างน้ำส่งตรวจวิเคาะห์คุณภาพน้ำที่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ในเดือน กรกฎาคม 2562 ผลการวิเคราะห์ยังมีน้ำจากบ่อบำบัดงานซักฟอก พบปัญหาค่า BOD เกินมาตรฐาน ทำให้ต้องมีการมาตรการปรับลดความเข้มข้นของการใช้น้ำยาซักผ้าให้เหมาะสม บันทึกข้อมูลรายวัน และเก็บตัวอย่างน้ำบ่อบำบัดไปส่งวิเคราะห์ซ้ำ ในวันที่ 31 มกราคม 2563 ผลพบว่าผ่านมาตรฐานทุกตัวชี้วัด
- การจัดการขยะ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน Green and Clean Hospital และมีการสุ่มติดตามรถขยะติดเชื้อปีละ 1 ครั้ง จากการติดตามยังไม่พบการขนส่งออกนอกเส้นทาง รวมทั้งมีการติดตามกระบวนการทำลาย และเทศบาลเมืองปากพนังมีการแจ้งกลับกรณีคัดแยกขยะผิดประเภท
- การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ โดยการให้ความรู้สิทธิผู้ป่วยในการปฐมนิเทศใหม่ และติดป้ายทุกแผนกที่ให้บริการผู้ป่วย
- จัดทำนโยบายจริยธรรมและแนวปฏิบัติในองค์กรได้แก่ การส่งต่อ การยุติการฟื้นคืนชีพ การสวมหมวกนิรภัยคาดเข็มขัดขณะขับรถ และการไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลมีการจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV และมีระบบการปกปิดและจำกัดสิทธิในการเข้าดูผลการชันสูตร Lab Anti-HIV โดยรายงานผลในระบบ HOSxPว่า “ปกปิด” โดยให้สิทธิแพทย์ Counsellor และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
- แพทย์ผู้สั่ง Admit ให้ข้อมูลการนอนโรงพยาบาล ข้อมูลการทำผ่าตัด หรือทำหัตถการที่สำคัญทุกราย และลงชื่อในใบยินยอมการรักษา
- การเข้าถึงเวชระเบียนสามารถยื่นคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษาด้วยตนเองพร้อมแสดงบัตรประชาชนที่กลุ่มงาน

ประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์กรณีผู้อื่นรับแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ

-การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยที่ต้องรักษาความลับ เช่น Case OSCC และ Case คดี จัดให้มีตู้เก็บรักษาและจำกัดสิทธิผู้เข้าถึงเวชระเบียน

- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:
  - กำหนดนโยบาย 5 ส ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ ทุกปี เพื่อให้มีการสะสางและจัดเก็บ หน่วยงานมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยลดการเบิกของมากเกินความจำเป็น ช่วยประหยัดงบประมาณในการสำรองวัสดุ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

- นโยบายการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยมีศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ จ.สุราษฎร์ธานีมาดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์จัดทำบัญชีเครื่องมือที่ใช้ตามหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลรักษาเครื่องมือให้พร้อมใช้

- โครงการ Green & Clean Hospital นโยบายการคัดแยกขยะโดยนำถังขยะที่สามารถแยกขยะก่อนทิ้งตั้งไว้ตามหน่วยงาน นำน้ำเสียที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วมาใช้รดน้ำต้นไม้ มีระบบจัดการขยะrecycle

- นโยบายประหยัดพลังงานทั้งไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์นโยบายอนุรักษ์พลังงานเพื่อให้บุคลากรทุกระดับทราบ รายงานค่าใช้จ่ายด้านพลังงานให้คณะกรรมการบริหาร และรายงานผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกเดือน เป็นการสร้างความตระหนักให้กับบุคลากร รณรงค์การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ กำหนดเวลาปิด-เปิดเครื่องปรับอากาศและเครื่องไฟฟ้าและจัดทำตารางการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ

(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

- ดำเนินด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และการเคารพสิทธิผู้ป่วย ติดประกาศและปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดกรณีความเสียหายเกิดขึ้น

(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:

- กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในประเด็นที่อาจเสี่ยงต่อจริยธรรม เช่น การผูกยึดผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่ถูกละเมิดสิทธิทางเพศ การรายงานผล Lab Anti-HIV ต่อคู่สมรส การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการยุติการรักษา เป็นต้น

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):

- ทีมนำสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมจริยธรรมที่ดีงาม สร้างวัฒนธรรมการไหว้เคารพผู้ที่มีอาวุโส ร่วมพิธีสำคัญทางศาสนา กิจกรรมบุญกฐิน ประเพณีแห่ผ้าขึ้นธาตุ ประเพณีบุญสารทเดือนสิบ วันสำคัญของชาติ ของประเทศร่วมกับชุมชน กิจกรรมกีฬา โรงพยาบาล กิจกรรมกีฬาเทศบาลและศาลปากพนัง การใช้กระดาษถ่ายเอกสารซ้ำ (Reuse)

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ผลการพัฒนาศักยภาพการบริการ

- การผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 วันที่ 26 พ.ค. 2563
- รางวัลระดับจังหวัดและระดับเขต การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 2558 -2563
- รางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการเภสัชกรรมระดับจังหวัด ปี 2562
- ผ่านการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพเขต 11 ปี 2563 ระดับดีมาก
- การดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เน้นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2563
- การรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2563-2565
- ประกาศนียบัตรศูนย์เรียนรู้งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสภาเภสัชกรรม 2562-2563

- ผลงานงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากคณะกรรมการอาหารและยา / และดีเด่นระดับจังหวัด ปี 2563

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	3	L	- ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์และแผนพัฒนาระบบบริการService Plan - เปิดโอกาสให้เครือข่ายในชุมชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการก าหนดแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน - มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความตระหนักในค่านิยม จนเกิดผลการดำเนินงานที่ดีและมีคุณภาพ - สำรวจ Patient Experience รับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบบริการ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ	3	L	- สร้างบรรยากาศ ส่งเสริมการเรียนรู้ &การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - กำหนดให้มีการประชุมประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง(ผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติงาน)
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา		L	พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3	L	-กำหนดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของผู้นำระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน -เปิดโอกาสให้มีการประเมินการดำเนินงานของผู้นำ ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างานจากหน่วยงานภายใน/นอก - พัฒนาระบบตัวชี้วัดระดับบุคคลมุ่งเน้นระดับทีมนำ
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก	3	L	- ทบทวนประเด็นจริยธรรมที่ที่มีความเสี่ยงทางคลินิก -พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงวิกฤติ โรคเรื้อรัง โรคจากการประกอบอาชีพ และอุบัติเหตุจราจร - พัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพ โปรแกรม COC
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	3	L	- นำประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจมาเรียนรู้ร่วมกัน และหาแนวทางปฏิบัติ - ติดป้ายการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกแผนกบริการ - ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควบคุมกำกับงานด้านจริยธรรม

I-2 กลยุทธ์

i. ผลลัพธ์[รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด	≥80	85	85	90	75	78
ร้อยละการดำเนินงานตามแผนงานประจำปี	>90	NA	85	76.12	100	100
ร้อยละการใช้งบประมาณตามแผนกลยุทธ์	≥80	NA	85.80	92.28	100	100
ร้อยละของการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีครอบคลุม ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	NA	100	100	100	100
ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์	≥80	NA	85.12	82.45	85.71	80.95

ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพนัง มีการทบทวน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ทุกปี โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร ในปี 2562 ได้มีการกำหนด วิสัยทัศน์ ขององค์กร คือ โรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข มีการนำกลยุทธ์ของโรงพยาบาลไปถ่ายทอดให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทราบเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน

ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:

1.Stroke
2.MI
3.DM
4.HT
5.DHF

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

1.นโยบายจังหวัดสนับสนุนให้ขยายบริการเป็น 120 เตียง
2.ชุมชนมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลปากพนัง
3.ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสาร
4.นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ HA
5.ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

1.การลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
2.การเพิ่มความรวดเร็วในการเข้ารับบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉิน เช่น Stroke,ACS
3.การบริหารจัดการ การเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
4.การปรับโครงสร้างอาคารสถานที่ให้มีความปลอดภัยและเพิ่มพื้นที่ใช้สอย
5.เปิด unit intermediate care
6.การลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:

1. เป็นเครือข่ายใหญ่มีประชากรรับผิดชอบมาก
2. บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
3.ผู้บริหารเป็นคนรุ่นใหม่ มีวิสัยทัศน์ มีความมุ่งมั่น

4.ใช้หลักการรู้รักสามัคคี ผลักดันการดำเนินงานในองค์กร

สมรรถนะหลักขององค์กร: ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู คุ้มครองผู้บริโภค

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

- มีผู้นำระดับสูงที่มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพ ให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณและโอกาส การทำให้เป็นตัวอย่าง การติดตามกำกับ การให้กำลังใจ มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน
- มีการวางแผนยุทธศาสตร์ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวิเคราะห์องค์กร
- มีการวางแผนด้านการเงิน มีคณะกรรมการการเงิน เพื่อให้มีการบริหารการเงินที่ดี ลดปัญหาหนี้สินและเพิ่มสภาพคล่องทางการเงิน
- หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน มีความรู้ความสามารถ มีความมุ่งมั่นตั้งใจและให้ความร่วมมือในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ใช้กระบวนการหัวหน้าพาทำคุณภาพ
- บุคลากร มีประสบการณ์การทำงานอันยาวนาน
- มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

iii. กระบวนการ

I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

- องค์มีการจัดทบทวน และทำแผนยุทธศาสตร์ ทุกปี ด้วยวิธี SWOT Analysis โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ หลังจากนั้นได้ถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์สู่คณะกรรมการคุณภาพและหน่วยงาน เพื่อให้มีการจัดทำตัวชี้วัดได้สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาลต่อไป

(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:

- จากการทบทวนปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกพบว่าจากการที่โรงพยาบาลปากพนังได้รับนโยบายจากจังหวัดสนับสนุนให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง และชุมชนมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน พร้อมบริจาคครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จึงเป็นโอกาสกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อการขยายโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยที่สำคัญพบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุหลักที่จะนำไปสู่ โรคหลอดเลือดอื่นๆอีกมากมายประกอบกับสภาพสังคมเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นที่มาของการกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุม และมาตรฐาน

(4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:

- กำหนดสมรรถนะหลักจากจากพันธกิจของ โรงพยาบาล คือ การให้บริการสาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบ บริการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพตาม Sevice plan

(5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:

- การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบุคลากรและความเสี่ยง พบว่า จำนวนบุคลากรในด้านการสนับสนุนบริการบางงาน ที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก จำเป็นที่ต้องมีการจ้าง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ตรงกับลักษณะความเชี่ยวชาญ ช่วยลดภาระงาน ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ เช่น การจ้างเหมากำจัดขยะ ระบบการดูแลเครื่องมือแพทย์ จ้างเหมาทำอาหารผู้ป่วย

I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาระบบการเข้าถึงเข้ารับบริการ เพิ่มคุณค่าลดระยะเวลาและเพิ่มความพึงพอใจ	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย	มากกว่าร้อยละ 90	ร้อยละความพึงพอใจรวมของผู้รับบริการ
ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล	100	ร้อยละการผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานทุกระบบ
พัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	≥40 ≥50	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:

- ในปี 2562 คณะกรรมการบริหาร และหัวหน้างาน ร่วมกันทบทวน วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร และได้ปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์จากเดิม “เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 อย่างเต็มที่ศักยภาพเพื่อคนลุ่มน้ำปากพนังในปี 2566” เป็น “โรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข” เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่และได้จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล ซึ่งของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแผนปฏิบัติการระยะสั้น 1 ปี

(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:

- ชี้แจงนโยบายการประชุมในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานเป็นเวลาทุกเดือน เพื่อให้หัวหน้ากลุ่มงานนำไปถ่ายทอดกับผู้ปฏิบัติงาน
- ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ เข็มมุ่ง ในวาระการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการต่างๆ เพื่อให้ทีมคุณภาพและคณะกรรมการต่างๆ นำไปจัดการตัวชี้วัด เพื่อตอบสนองตัวชี้วัดขององค์กร
- ส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายองค์กรและนำไปปฏิบัติในงานประจำ ทำให้มีโครงการและตัวชี้วัดติดตามผลการดำเนินงานครอบคลุมทุกหน่วยงาน

(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า มีครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพจากการขาดการบำรุงรักษา
  จึงได้มีการวางแผนการซ่อมบำรุง และมีการจ้างหน่วยงานจากภายนอกในการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์
- ในด้านทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอต่อการบริการที่มีคุณภาพ ต้องเน้นทั้งการอบรมภายในและภายนอก เพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าของแต่ละวิชาชีพ
- การบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้ทรัพยากรเงินที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยการจัดตั้งคณะกรรมการ CFO เพื่อวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล วางแผนการเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย

(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- จัดทำแผนปฏิบัติการ หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการ นำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงาน จากนั้นหัวหน้ากลุ่มงานรวบรวม นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติ โดยมีเป้าหมายการจัดทำแผนงบประมาณให้สมดุล

- การจัดสรรบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร มีการจัดทำแผนสรรหาบุคลกรตาม FTE และตามภาระงาน รวมทั้งแผนพัฒนาบุคลากร โดยทีมนำกำหนดเป้าหมายและมอบให้คณะกรรมการ HRD ดำเนินการตามระเบียบ

(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:

- ทีมนำต่างๆเป็นผู้ติดตามตัวชี้วัด ประเมินผลการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล เสนอแนะแนวทางผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการ มีทีม IM รวบรวมตัวชี้วัด ออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้สะดวกขึ้น
- ทีมนำติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยมีระบบการรายงานตัวชี้วัดรายเดือน รายไตรมาส ราย 6 เดือน และรายปี มีการติดตามตัวชี้วัดผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อติดตามกำกับให้บรรลุแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- ผลการดำเนินบางกิจกรรมบังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากการขาดระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศที่ดี และการนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินปัญหาของหน่วยงาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทั้งการรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน ทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ
- เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการทบทวนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดในการทำงาน
- มีการสื่อสาร

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3.0	L	มีการวิเคราะห์อย่างครอบคลุม นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาจัดทำกลยุทธ์
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ	3.0	L	มีการปรับค่าเป้าหมายให้ท้าทายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร	3.0	L	มีการประเมินความตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า	3.0	L	ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน และนำผลมาทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์[รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥ 85%	90.19	90.07	90.74	89.35	88.07
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥ 80%	90.50	88.68	88.87	90.07	86.88
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100 %	100	100	100	100	100
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	≤90 นาที	49	73	64	64	52

ii. บริบท โรงพยาบาลปากพนังมีการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่าย กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีปรอมาณมาก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน Acute nasopharygitis ผู้ป่วยใน พบผู้ป่วย ติดเชื้อทางเดินอาหาร หอบหืด ไข้เลือดออก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ Stroke MI DHF PPH มีจุดเน้นในการพัฒนา ปี 2563 เน้นการดูแลความปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่ม Stroke และ Sepsis

ส่วนการตลาดที่สำคัญ:

- เพิ่มจำนวนผู้รับบริการเบิกได้ (ข้าราชการ /เบิกต้นสังกัด)
- เพิ่มจำนวนผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ออกตรวจสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ รวมทั้งตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):

- กลุ่มผู้ป่วย NCD (DM HT COPD Asthma)
  - 1.1 DM : ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
  - 1.2 HT : ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
  - 1.3 COPD/ Asthma : อาการไม่กำเริบ ทำงานได้ปกติ

2. กลุ่มผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ACS, Stroke, Head injury, Appendicitis)
   - 2.1 ACS : ได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาอย่างรวดเร็วปลอดภัย ไม่เสียชีวิต
   - 2.2 Stroke : ช่วยเหลือตัวเอง ไม่กลับมาเป็นซ้ำ
   - 2.3 Multiple trauma : ได้รับการช่วยเหลือรักษารวดเร็วปลอดภัย
   - 2.4 Appendicitis: ได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. กลุ่มแม่และเด็ก (Preterm Delivery, PPH)
   - 3.1 Preterm delivery : ไม่คลอดก่อนกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
   - 3.2 PPH : ปลอดภัย ไม่มีภาวะช๊อค
4. .กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องควบคุม (TB , Sepsis , DHF,HIV)
   - 4.1 TB : รักษาหายขาดจากโรค ไม่แพร่เชื้อ
   - 4.2 Sepsis : ไข้ลง หายจากการติดเชื้อ
   - 4.3 DHF : ไม่มีภาวะเลือดออกหรือช๊อค
   - 4.4 HIV: ความเป็นส่วนตัว และต้องการรักษาความลับ
5. กลุ่มสูงอายุ ผู้พิการ: สิ่งอำนวยความสะดวก ช่องทางด่วนเฉพาะ และการช่วยเหลือเป็นพิเศษ
6. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ตายอย่างสมศักดิ์ศรี ญาติพึงพอใจ
7. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด/จิตเวช/OSCC : ต้องการความเป็นส่วนตัว และต้องการรักษาความลับ

ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):

1. กลุ่มข้าราชการ/เบิกได้ : ไม่ต้องสำรองจ่าย ให้บริการนอกเวลาราชการ บริการและยาที่มีคุณภาพสูง มีห้องพิเศษ มีระบบนัดหมายที่ชัดเจน
2. กลุ่มผู้ประกันตน : มีช่องทางด่วน ไม่เก็บค่าตรวจนอกเวลาราชการ
3. กลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : เท่าเทียมกัน ได้รับการรักษาตามสิทธิ
4. กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันค่ารักษาพยาบาล(นอกเขตหลักประกันชำระเงินสด) : ต้องการใช้สิทธิ์ฉุกเฉิน,ไม่ต้องจ่ายเงิน,ได้รับบริการเท่าเทียมกับคนไข้อื่น
5. กลุ่มแรงงานต่างด้าว/ต่างประเทศ : ต้องการสิทธิเท่าเทียม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

1. รพ.สต.ในเครือข่าย (ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการ การประสานงานที่ดี ระบบการส่งต่อ)
2. ชุมชน (ต้องการความปลอดภัยของขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย)
3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปากพนัง (: การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน)
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน สถาบันการศึกษา (ต้องการการประสานงานที่ดี พฤติกรรมการบริการที่ดี การสนับสนุนข้อมูลวิชาการ ยา-เวชภัณฑ์ที่จำเป็น)
5. สสจ. สปสช. (ต้องการระบบรายงาน ข้อมูล ที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา)
6. กลุ่มบริษัทผู้จำหน่ายพัสดุ ยา เวชภัณฑ์ (ต้องการการจัดซื้อจัดจ้างที่โปร่งใสไม่เลือกปฏิบัติ,ได้รับเงินตรงเวลา,บริการที่เป็นมิตร)

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</u>

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

- การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง:
  -ผ่านทางตู้รับความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล
  -ผ่านทางแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ
  -ทางวาจา ณ จุดบริการและในชุมชน
  -ผ่านทางโทรศัพท์โรงพยาบาล
  -ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียน หรือผ่านเบอร์โทรศัพท์สายตรงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
  -ผ่านจดหมาย E-mail web board ของโรงพยาบาล
- การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ: มีแบบประเมินความพึงพอใจในหน่วยงาน และสอบถามความพึงพอใจในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

- มี website ของรพ.ในการให้ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษต่างๆ มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานต่างๆ มีป้ายประกาศเรื่องความเคลื่อนไหวในโรงพยาบาล สอบถามข้อมูลโดยตรงจากบุคลากรและผู้บริหารทุกระดับ มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วยซึ่งจะมีการประเมินสภาพและสอบถามความต้องการของผู้ป่วยทุกวันอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจเยี่ยม การรับ–ส่งเวรของพยาบาล การ Round ward ประจำวันของแพทย์ และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถที่จะใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลได้ โดยมอบหมายเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ดักจับคำพูดของผู้รับบริการ และแจ้งแก่คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนในเหตุการณ์ที่ดักจับได้ว่าผู้รับบริการต้องการหรือไม่พึงพอใจและให้เจ้าหน้าที่เขียนข้อแสดงความคิดเห็นแทนผู้รับบริการ

<u>I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</u>

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:

- จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจแบบมีแบบแผนโดยการตอบแบบสอบถามแยกตามจุดบริการต่างๆทุกจุดบริการสอบถามแบบไม่เป็นทางการของเจ้าหน้าที่เช่นพูดคุยขณะรอรับบริการต่างๆทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการอื่น การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการผู้ป่วยในภาพรวมความพึงพอใจผู้ป่วยนอกปี ปี 2559 = 90.19 ปี 2560= 90.07 ปี2561 = 90.74 ปี 2562= 89.35 และปี 2563 = 88.07 ผลความพึงพอใจผู้ป่วยใน ปี 2559= 90.50 ปี 2560=88.51 ปี 2561= 88.69 ปี 2562 = 90.07 และปี 2563 = 86.88 ได้มีการนำประเด็นที่ไม่ได้รับความพึงพอใจน้อยมาปรับปรุง เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ให้มีพนังงานทำความสะอาดดูแลทุก 1ชม. ประเด็นความไม่เพียงพอและไม่มีห้องน้ำผู้พิการถือเป็นโอกาสพัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อไป

I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

- จากการวิเคราะห์อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันทุกปี เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและมีคลินิกพิเศษ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ด้านการให้บริการ มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำอยู่ในระดับดีมาก การให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยพยาบาลได้คะแนนสูงสุด รองลงมาเป็นคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน มีการปรับเวลาการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรองและจุดซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.00 น. จุดละ 1 คน แพทย์เริ่มตรวจเวลา 08.00 น. รวมถึงปรับระบบการนัดตรวจสุขภาพโรงงาน เปลี่ยนเวลาตรวจสุขภาพเป็น 13.00 น. เป็นต้นไป ด้านพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ กิริยามารยาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นการดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมั่นใจ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม ได้คะแนนต่ำสุด เป็นโอกาสพัฒนา มีการปรับปรุงโดยการติดพัดลมและพัดลมระบายอากาศในห้องน้ำเพิ่มขึ้น ควบคุมติดตามให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ผ่านตู้แสดงความคิดเห็น และมีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
- จากการติดตามระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก ปี 2559 – 2562 พบว่า ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกนาน 80-90 นาที เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการดำเนินงานลดระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกทีมงานได้ มีการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean 1) ปรับระบบบริการของแพทย์ 2) ปรับระบบการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. 3) ระบบตรวจสุขภาพโรงงานนัดมา เวลา 13.00 น. ทำให้ระยะรอคอยดีขึ้น ในปี 2563 = 52 นาที
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ในปี 2560, 2561 เท่ากับร้อยละ 88.51, 88.69 ปี 2562 เท่ากับร้อยละ 90.07 และปี 2563 = 86.88 เนื่องจากมีการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ตู้แสดงความคิดเห็น พบว่ายังไม่ผ่านในเรื่อง ความสะดวกสบายในห้องที่ผู้ป่วยนอนร้อยละ 73.6 เรื่องการมีโอกาสพูดคุยความรู้สึกกังวลใจกับพยาบาล ร้อยละ78.8 และ และเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลที่ท่านได้รับในภาพรวม 79.6 และได้มีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ น้ำดื่ม เสื้อผ้า เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวจากพยาบาลและแพทย์ เน้นพฤติกรรมบริการผู้ให้บริการทุกระดับ

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- จัดช่องทางด่วนให้ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้ 1)ผู้ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ 2)ผู้ป่วยที่ใช้บริการเปลนั่ง/นอน 3) พระภิกษุสงฆ์ 4)ผู้พิการ 5)ผู้สูงวัย 6)ผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจ 7)ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะเพื่อสร้างความเข้าใจต่อการรับบริการ มีทีมเยี่ยมบ้านและสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น สายดูดเสมหะ ชุดทำแผล ฯลฯ จัดบริการ รถ EMS รับ/ส่งผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้

เบอร์โทรศัพท์ 1669 โดยไม่คิดค่าบริการ

- โรงพยาบาลพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย จำนวน 26 แห่ง ให้การดูแลต่อเนื่องสำหรับประชาชนในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบในด้านการสร้างเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อ ตามข้อบ่งชี้ที่ได้กำหนดไว้
- มีทีมเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ และมีหน่วยสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ เช่น สายดูดเสมหะ ชุดทำแผล มีระบบการประสานงานกับศูนย์นเรนทรและหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ซึ่งสามารถรับส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ มายังโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว ให้บริการนอกโรงพยาบาลประกอบด้วย หน่วยปฐมพยาบาล หน่วยอำเภอยิ้ม หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ต่างๆ ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจัดทีมสหวิชาชีพให้บริการในพื้นที่ ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการโดย อสม.และ รพ.สต. เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียน ค้นหากลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การดูแลโดยสหวิชาชีพอย่างเหมาะสมต่อไป จัดกิจกรรมรณรงค์ในหมู่บ้าน การคัดกรองโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง การรณรงค์ทำลายลูกน้ำยุงลาย เวทีประชาคมหมู่บ้านในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก การรณรงค์การป้องกันและลดอุบัติเหตุจากการจราจรในชุมชน การจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอาง ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:

1. กลุ่มผู้ป่วย NCD (DM HT COPD Asthma)
2. กลุ่มผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ACS, Stroke, Head injury, Appendicitis)
3. กลุ่มแม่และเด็ก (Preterm Delivery, PPH)
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องควบคุม (TB , Sepsis , DHF,HIV)
5. กลุ่มสูงอายุ ผู้พิการ: สิ่งอำนวยความสะดวก ช่องทางด่วนเฉพาะ และการช่วยเหลือเป็นพิเศษ
6. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ตายอย่างสมศักดิ์ศรี ญาติพึงพอใจ
7. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด/จิตเวช/OSCC : ต้องการความเป็นส่วนตัว และต้องการรักษาความลับ

I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:
- มีพยาบาลวิชาชีพคัดกรองด่านหน้า เพื่อคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วยและอำนวยความสะดวก/ให้ข้อมูลให้กับผู้มาใช้บริการ มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์แจ้งขั้นตอนการเข้ารับบริการทุกเช้าเป็นระยะๆ พยาบาลหลังตรวจให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมาตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด หรือให้ข้อมูล เซ็นยอมรับการรักษากรณีนอนโรงพยาบาล/ส่งต่อ มีหัวหน้าเวร, หัวหน้างานและหัวหน้าพยาบาลติดตามพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติและสอบถามความต้องการ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการหน้างานพร้อมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องและข้อกังวลต่างๆทันที
- มีมุมหนังสือ บอร์ด เอกสารแผ่นพับความรู้ สำหรับผู้ใช้บริการได้อ่าน เพื่อผ่อนคลายระหว่างรอพบแพทย์และรอรับยา มีมุมพัฒนาการเด็กที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และห้องเรียนพ่อแม่ที่คลินิกฝากครรภ์
- นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค โดยการใช้สื่อโมเดลอาหาร ธงโภชนาการ แผ่นพลิกอาหารหวาน มัน เค็ม ตัวอย่างปริมาณน้ำตาลของอาหารแต่ละชนิด แผ่นพับอาหารสำหรับโรคต่างๆโดยการแสกน QR code เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง ญาติ และครอบครัว ระหว่างรอพบแพทย์
- มีการประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แจกแผ่นพับและโปสเตอร์ให้กับผู้มาใช้บริการแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจต้องใช้บริการ 1669 รายบุคคล
- ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน
- จัดอบรมหน่วยกู้ชีพเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้องและการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นทุกปี

- ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มชมรมต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุของโรงพยาบาลปากพนัง กลุ่มออกกำลังกาย
- เข้าประชุมในเวทีการประชุมหมู่บ้าน, หัวหน้าส่วนราชการ ,ผู้นำท้องถิ่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ,เทศบาล
- มีโครงการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับ พชอ. โดยนายอำเภอ, อบต. และผู้นำชุมชน

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละปีที่ผ่านมา แนวโน้มของข้อร้องเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ดังนี้

1) พฤติกรรมบริการ มีนโยบายของโรงพยาบาลปากพนังเน้นพฤติกรรมบริการนำลงสู่การปฏิบัติทุกระดับ โดยประชุมชี้แจง ดำเนินการแก้ไขประเด็นต่างๆ และติดตามประเมินพฤติกรรมต่อไปเป็นระยะ

- ระยะเวลารอคอย จัดพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานจุดคัดกรองและจุดซักประวัติจุดละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 07.00 น. และแพทย์ออกตรวจเวลา 08.00 น. มีการแยกคลินิกเฉพาะโรคเพิ่มขึ้น เช่น คลินิก warfarin, CKD, COPD

3) อาคารสถานที่ไม่สะอาด เนื่องจากอาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ 5 ชั้น ก่อสร้างไม่แล้วเสร็จ งานปูพื้นบริเวณด้านล่างตึกยังไม่เรียบร้อย มีแผนดำเนินการปูพื้นในปีงบประมาณ 2562 ห้องน้ำไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็น ดำเนินการโดยการติดพัดลมและพัดลมระบายอากาศเพิ่ม ควบคุมกำกับให้พนักงาน ทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง

- มีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและคณะกรรมการไกล่เกลี่ยระดับโรงพยาบาลและชุมชนในกรณีที่มีปัญหาด้านบริการ

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกระดับ เรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิรับรู้ข้อมูล การรักษาความลับ ชื่อสกุลของผู้ให้บริการ
- การติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยทุกจุดบริการ
- สร้างความตระหนักและจิตสำนึกในการพิทักษ์สิทธิ์แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ เช่น ให้เจ้าหน้าที่ติดป้ายชื่อประจำตัวทุกคน ทุกครั้งขณะที่ปฏิบัติงาน การไม่ expose ผู้ป่วยขณะให้บริการ การรักษาความลับผู้ป่วย

ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

- ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือกลุ่มเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงหรือคดีความผิดทางเพศ และคลินิกให้คำปรึกษาวัยรุ่นเพื่อให้คำปรึกษาดูแลช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้โครงการ Refer For Save Abortion (RSA)
- สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล กรณีตรวจเลือด เอช ไอ วี ผู้รับบริการได้รับการพิทักษ์สิทธิ์โดยต้องได้รับความยินยอมก่อนเสมอในการแจ้งผลตรวจเลือดแก่คู่สมรส เพื่อวางแผนในการดูแลรักษา การป้องกันตนเอง และการแพร่กระจายโรค
- การรักษาความลับของผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงเอกสารของบุคลากรแต่ละระดับ มีการใช้ Password & Username ส่วนบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน จัดทำแนวทางการขอสำเนาเวชระเบียนให้เฉพาะตนเองและญาติสายตรงเท่านั้น

ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:

- โรงพยาบาลสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิก ปีงบประมาณ 2559-2563 โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดทำวิจัยและงานวิจัยทางคลินิก เช่น สนับสนุนการทำวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเรื่ององค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน และของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับพัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์

ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มีทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรม เน้นการดูแลครอบคลุมกาย จิต สังคม โดยญาติมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล มีส่วนในการตัดสินใจต่อกระบวนการรักษาพยาบาล และจัดโซนที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้ป่วยในวาระสุดท้าย สนับสนุนในกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาทุกศาสนา
- ผู้ป่วยเด็ก : มีการป้องกันตกเตียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลจึงได้จัดกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะสำหรับเด็ก ได้แก่ การใช้ไม้กั้นเตียงหรือหมอนข้างเพื่อป้องกันการตกเตียง มีระเบียบปฏิบัติในการเฝ้าไข้สำหรับเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจโดยกุมารแพทย์ ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการเจาะเลือด เช่น เด็กที่อ้วนมากหรือเด็กทารก ให้ผู้เชี่ยวชาญในการเจาะเลือดมาช่วย
- ผู้สูงอายุ : ผู้ป่วยนอก มีการจัดบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยอายุ 70 ปี ไม่มีคิว ส่งผลให้ได้รับบริการรวดเร็ว มีการใช้แบบประเมินพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกหากมีภาวะเสี่ยงให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวัง สำหรับผู้ป่วยในหากพบภาวะเสี่ยงต้องขึ้นไม้กั้นเตียงและให้มีญาติเฝ้าตลอด หากญาติมีภารกิจต้องแจ้งพยาบาลทราบ มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด Bed Sore ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยให้นอนที่นอนลมและช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
- ผู้พิการ : มีบริการประเมินความพิการที่บ้านเพื่อลดขั้นตอนบริการโดยกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กรณีผู้พิการไม่สามารถมารับยาเองได้ ทีมเยี่ยมบ้านจะรับยาไปส่งให้ที่บ้าน
- ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด : ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องผูกมัด แจ้งข้อมูลให้ญาติทราบเหตุผลของการผูกมัด เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เมาสุรา หรือไม่ได้สติ มีระบบเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการผูกมัด เช่น การเกิดแผลบริเวณที่ผูกมัด กรณีมีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มมีพยาบาลคัดกรอง และพยาบาลประจำหน่วยงานให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ มีหัวหน้าพยาบาล, หัวหน้างานติดตามพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติและสอบถามความต้องการ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการหน้างานมีประเมินความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามข้อมูลป้อนกลับในแต่ละหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการ
- การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน จัดช่องทางการสื่อสาร ร้องเรียนหลากหลายช่องทาง เช่น ตู้แสดงความคิดเห็น เวปไซต์ โทรศัพท์สายตรง มีการจัดตั้งทีมทำงานเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อติดตามการร้องเรียนและเหตุการณ์ที่อาจเกิดข้อร้องเรียน
- การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยกำหนดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Hos Xp ของระบบในโรงพยาบาล โดยกำหนดใช้ Password & Username เฉพาะคน และ Sign Out หน้าจอทุกครั้งที่ลุกจากโต๊ะคอมพิวเตอร์จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็กผู้ป่วยHIV กลุ่มOSCC กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายปรับปรุงระบบบริการสอดคล้องกับความต้องการและคาดหวังผู้ป่วย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
●การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3.5	I	●ปรับปรุงวิธีการรับฟังความคิดเห็นให้เหมาะสมสำหรับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม ●พัฒนาระบบ IT พร้อมทั้งประเมิน ปรับปรุงกระบวนการรับฟัง เพื่อมาปรับปรุงระบบบริการ ●เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับกลุ่มผู้รับบริการที่

			สำคัญ
●การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	3.5	L	●นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำกลับมาพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงานให้เป็นรูปธรรม ●จัดทำห้องให้คำปรึกษา ●จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามการรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการต่อเนื่อง
●การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก	3	I	●นำข้อมูลความพึงพอใจในส่วนขาดมาพัฒนา ●ขยายพื้นที่ให้บริการเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการโดยย้ายห้องเอ็กซเรย์และห้องLabไปอยู่ติดเดียวกับห้องฉุกเฉิน
●การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน	3.5	I	●สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนผ่านผู้นำชุมชน อสม อปท และคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล ●เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อโรงพยาบาล ●พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างมีระบบ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ●จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามข้อร้องเรียนจาก Website หรือ Social media
●การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	3.5	I	●สร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทุกขั้นตอนการดูแลครอบคลุมถึงครอบครัวและประเด็นอื่นๆ ● พัฒนาระบบการดูแลผู้พิการในชุมชน ●พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ●มีการกำหนดนโยบายกับการใช้สื่อออนไลน์ Social Media เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อุบัติการณ์การเกิดระบบ HosXP ล่มทุกสาเหตุ	≤1ครั้ง/ปี	0	0	1	0	0
อัตราการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทันเวลา	≥100%	92.45	97.82	100	100	100
ความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล ในระบบคอมพิวเตอร์ ของข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	91.87	93.45	95.32	98.55	98.02
Information systems response time (min)						
- Back Office	< 30	NA	NA	20.25	18.83	19.26
- Front Office	< 10	NA	NA	8.22	6.35	7.29
ค่า CMI	≥0.80%	0.62	0.62	0.57	0.56	0.61

ii. บริบท

มุ่งเน้นให้มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านบริการ บริหาร รวมถึงคุณภาพด้านงานวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแผนในการพัฒนางานสารสนเทศให้สอดคล้อง เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยงาน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และประกอบการตัดสินใจ ด้านบริหาร การพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนางานวิชาการ และการศึกษาวิจัย

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:

1. ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงระบบสารสนเทศ เช่น ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา ข้อมูลการนัดหมาย ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ
2. ผู้ปฏิบัติงาน เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สารสนเทศมีความน่าเชื่อถือ สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ที ก่อให้เกิดการนำไปใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ในด้านการบริการ การศึกษาวิจัย
3. ผู้บริหาร สามารถนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผน การบริหารจัดการการเงิน บุคลากร เครื่องมือครุภัณฑ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:

- จากเป้าหมายตามตัวชี้วัดในระบบ MIS และ HDC ของจังหวัดและกระทรวงที่กำหนดขึ้น
- โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:

โรงพยาบาลได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศโปรแกรม HOSxp มาช่วยในการบันทึกข้อมูลบริการตั้งแต่ปี 2549 และได้พัฒนาระบบรายงาน และโปรแกรมเสริมระบบงานต่างๆ เช่น การแจ้งเตือนผู้ป่วยแพ้ยา ที่เชื่อมโยงกับโปรแกรม HOSxp มีห้อง Server จำนวน 1 ห้อง มีการใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง คือ master และ slave โดยเครื่อง slave จะทำหน้าที่อัพเดทข้อมูลจาก master อัตโนมัติ (replication) หากเครื่อง Server1 (Master) ไม่สามารถใช้งานได้ เครื่องสำรอง (slave) จะทำงานได้ภายใน 5-10 วินาที มีระบบอินเทอร์เน็ต จำนวน 2 สาย ป้องกันเครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่ม มีระบบอินทราเน็ตเพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรม Back Office มีระบบ PACS ระบบ LIS และโปรแกรมการจัดการความเสี่ยง

iii. กระบวนการ

I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

โรงพยาบาลปากพนังมีการวัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลจากตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน เพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติงานประจำ ตัวอย่างตัวชี้วัด โรคไข้เลือดออก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการให้บริการการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1. อัตราตาย	< 10%	0	0	0	0	0
2. อัตราป่วย	120:100000	81	165	201	224	87
3.อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน	< 10%	0	0.30	1.15	0.4	0

อัตราตาย : ในปี 2559-2563ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากไข้เลือดออก เนื่องจากมีการพัฒนาแนวทางการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนรู้วิธีการป้องกันโรค มีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลส่งผลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการตาย

อัตราป่วย : ในปี 2561-2563 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประชนรู้วิธีการป้องกันโรค ช่วยลดอัตราการป่วย

อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน : ในปี 2561-2563 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาแนวทางการรักษา ทำให้ประชนมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว ส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

จากข้อมูลผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	92.47	79.30	83.15	87.66	72.43

พบว่า ผลการตรวจสอบ ปี 2561-2562 มีผลงานดีขึ้น เนื่องจากมีการปรับปรุงระบบงาน มีการนำเสนอผลการ Audit เวชระบียน ในส่วนที่ไม่สมบูรณ์ และได้ปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น จัดทำ Clinical summary เพิ่ม, การปรับปรุง Inform consent แต่ปี 2563 ลดลง เนื่องจากการบันทึก progess note ที่ไม่ต่อเนื่อง Nurse note เขียนไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ลายมือชื่ออ่านไม่ออก จึงได้ มีการปรับแบบฟอร์ม progess note ,การใช้ตรายางชื่อ- สกุล ตำแหน่งของแพทย์และพยาบาล ปรับเพิ่มแบบฟอร์มการสรุป clinical summary และสแกนเข้าระบบ Hosxp เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

- จากข้อมูลความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥ 85%	90.19	90.07	90.74	89.35	88.07

และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	≤90 นาที	49	73	64	64	52

- จากการวิเคราะห์อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันทุกปี

เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและมีคลินิกพิเศษ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ด้านการให้บริการ มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำอยู่ในระดับดีมาก การให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยพยาบาลได้คะแนนสูงสุด รองลงมาเป็นคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน ด้านพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ กิริยามารยาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นการดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมั่นใจ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม ได้คะแนนต่ำสุด เป็นโอกาสพัฒนา มีการปรับปรุงโดยการติดพัดลมและพัดลมระบายอากาศในห้องน้ำเพิ่มขึ้น ควบคุมติดตามให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ผ่านตู้แสดงความคิดเห็น และมีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

- จากการติดตามระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean 1) ปรับระบบบริการของแพทย์ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 08.00 น. 2) ปรับระบบการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. 3) ระบบตรวจสุขภาพโรงงานนัดมา เวลา 13.00 น.

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

- การวัดผลการดำเนินงานขององค์กร เดิมใช้รายงานจากระบบโปรแกรม HOSxp ในการติดตามตัวชี้วัด ปัจจุบันมีการใช้รายงานจาก HOSxp ร่วมกับโปรแกรม HDC ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับรวบรวมข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขทั้งประเทศ ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันได้

I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

- อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา มีการกำหนดระยะเวลาในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในตามลำดับขั้นตอน รวมถึงระยะเวลาในการส่งข้อมูลเรียกเก็บภายใน 20 วัน หลังจำหน่าย ส่งผลให้อัตราการเรียกเก็บทันเวลา 100% และได้รับรางวัล Claim award ประจำปี 2563
- อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี 2558 – 2560 ร้อยละ 26.25, 19.67 และ 15.94 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จึงได้จัดให้มีการให้ความรู้เพศศึกษาในโรงเรียน โครงการ 1 รพ.สต. All Scholl ร่วมกับ อบต. มีสภาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนโครงการ stop teen mom มีการการประชาสัมพันธ์สายด่วน 1663, การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ฝังยาแบบ 1 หลอด ฟรี)และการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ในมารดาคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่งผลให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงและอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีลดลงอย่างต่อเนื่อง
-

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

- มาตรการจัดเก็บรายได้
- การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2 P Safety
- พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan
- พัฒนาบริการปฐมภูมิใน รพ.สต.เครือข่าย
- สร้างความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร
- ระบบการบันทึกข้อมูลที่สะดวก ไม่สร้างภาระงานให้ผู้รับผิดชอบ
- การติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

- ใช้โปรแกรม HOSxP ระบบงาน Front Office
- ใช้ระบบ LIS รายงานผล LAB
- ใช้ระบบ PACS งาน X-ray
- งาน Back Office ใช้โปรแกรม Smart Office งานพัสดุ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบบริหารจัดการคลัง ทะเบียนครุภัณฑ์ มีระบบ Datacenter เชื่อมโยงข้อมูลไว้ให้บุคลากรเข้าใช้งานต่าง ๆ
- มี Website โรงพยาบาล เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลโรงพยาบาลและเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

- มีระบบสำรองข้อมูล (Back up) ข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย (Server) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย
- ระบบ firewall และ antivirus ในการป้องกันการโจมตีจาก Hacker
- มีระบบไฟฟ้าสำรอง มี UPS สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทุกเครื่อง
- มีเครื่องปั่นไฟสำรองกรณีไฟฟ้าดับ
- มีแผนพัฒนาระบบ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
- ระบบลูกหนี้ เจ้าหนี้
- โปรแกรม Back office ให้เป็น Web Service
- ระบบป้องกันเพลิงไหม้ smoke detector และเครื่องตรวจวัดความชื้นในห้อง server

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

- มีการติดตั้งโปรแกรม Antivirus สำหรับ Server และ เครื่องคอมพิวเตอร์ลูกข่าย
- มีการจำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลในการใช้โปรแกรม HOSxP ระบบงาน Front Office
- มีการกำหนดรหัสบุคคลในการเข้าระบบอินเทอร์เน็ตและระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

- การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ ปัจจุบันโรงพยาบาลใช้โปรแกรม Thai Refer ในการส่งต่อข้อมูล ด้านการรักษาพยาบาล ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งได้มีการกำหนดรหัสของผู้เข้าถึงข้อมูล และยังไม่พบรายงานความเสี่ยงเรื่อง การรักษาความลับของผู้ป่วย
- การรายงานแพทย์ทางแอพพลิเคชั่น LINE ด้วยกลุ่มปิด และมีการกำหนดรหัสบุคลากรในการเข้าระบบอินเทอร์เน็ต และระบบอินทราเน็ต ของโรงพยาบาล

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

- มีเวทีการเผยแพร่ความรู้จากการอบรมภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น จัดประชุมวิชาการโดยองค์กรแพทย์และกลุ่มการพยาบาล
- จัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการนำเสนอผลงานคุณภาพ เรื่องเล่า CQI นวัตกรรม งานวิจัย และความรู้ที่ได้จาก การปฏิบัติงาน จากการอบรม และแหล่งค้นคว้า ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล

(2) การระบุ good practice และขยายผล:

- การให้ความรู้ในคลินิก NCD ของงานโภชนาการ แต่เดิมมีการแจกแผ่นพับให้ความรู้ พบปัญหา คนไข้ไม่

สนใจ เนื่องจากเอกสาร ไม่ดึงดูดความสนใจ จึงมีแนวคิด นำนโยบายประหยัดทรัพยากร และก้าวทันยุค 4.0 มาใช้ จึงสร้างนวัตกรรมใหม่ โดย ทำแผ่นพับอาหารสำหรับโรคต่าง แสกนผ่าน QR code หลังจากมีการทดลองใช้ พบว่ามีผู้ป่วยให้ความสนใจมากขึ้น

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

- การปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยกำหนดให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยง เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพให้เกิดปัญหา โดยสร้างวัฒนธรรมการรายงาน โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดของบุคคล ไม่มีการตำหนิหรือลงโทษ ผลจากการสร้างวัฒนธรรมพบว่า ในปี 2563 มีจำนวนหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงมากขึ้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ปี พ.ศ.2558
- มีระบบไฟฉุกเฉิน เครื่องสำรองไฟ ระบบสำรองข้อมูลและเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของระบบ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
11. การวัดผลการดำเนินงาน	3	L	-พัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัดตาม critical success factor ขององค์กรให้ไปในทิศทางเดียวกัน
12. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3	L	-มีการถ่ายทอดการปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
13. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	3	I	-มีการปรับปรุงตามผลการประเมินข้อมูล และสารสนเทศอยู่ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันเหตุการณ์
14. การจัดการระบบสารสนเทศ	3	I	-พัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น -พัฒนาความเชื่อมโยงข้อมูลบริการและเวชระเบียนระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต
15. ความรู้ขององค์กร	3.5	I	ส่งเสริมการจัดการความรู้ การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ นวัตกรรม

I-5 กำลังคน

i. ผลลัพธ์[รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน	>80	80.00	80.00	80.00	70.00	72.72
อัตราการฝึกอบรมตาม learning need ไม่ต่ำกว่า 80%	100	100	100	100	100	100
อัตราความสุขในการทำงานวัดจาก happinometer	>70	NA	NA	60.34	74.00	83.75
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงาน	≥75	63.11	64.36	76.71	81.25	73.50
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	>85	89.96	89.62	91.12	94.76	95.55
อัตราการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร	100	97.29	NA	97.66	98.10	94.24
• กลุ่มปกติ		33.49	NA	26.49	30.00	39.44
• กลุ่มเสี่ยง		47.91	NA	42.16	44.00	37.09
• กลุ่มป่วย		18.60	NA	31.35	26.00	23.47
จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำ/ของมีคมบาด	0	5	2	1	4	0
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี	100	53.57	41.42	40.74	60.37	84.00

ii. บริบท

กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร: โรงพยาบาลปากพนังเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ให้การดูแล รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู

การบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลปากพนังได้ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานหัวหน้างานบุคลากร ตัวแทนจากทีมสหวิชาชีพ และทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลให้มีความเก่ง ดี มีความสุข เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานตามโรคเน้นของโรงพยาบาล บุคลากรทั้งหมด 225 คน ประกอบด้วย แพทย์ 13 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 1 คน สูตินารีแพทย์ 1 คน แพทย์อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนแพทย์ทั่วไป 8 คน ทันตแพทย์ 6 คน, พยาบาล 64 คน , เภสัชกร 10 คน กายภาพบำบัด 4 คน แพทย์แผนไทย 4 คน นักรังสีเทคนิค 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ 5 คน กลุ่มวิชาชีพอื่น 111 คน (ข้อมูล ณ.วันที่ 30 ตุลาคม 2563)

สมรรถนะหลักขององค์กร: โรงพยาบาลปากพนังมีวัฒนธรรมการปฏิบัติงานโดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้บุคลากร เก่ง ดี และมีความสุข เน้นให้บุคลากรยึดแนวทางปฏิบัติตามจรรยาบรรณของกระทรวงสาธารณสุข ตามค่านิยมหลักและจุดเน้นขององค์กร (MOPH.PKNH) โดยกำหนดกรอบโครงสร้างสมรรถนะของบุคลากรโรงพยาบาลปากพนัง เพื่อธำรงไว้ซึ่งสมรรถนะของบุคลากรให้อยู่ในระดับมาตรฐาน โดยประเมิน 1) สมรรถนะหลัก (Core Competency) ประกอบด้วย การบริการที่ดี การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม การทำงานเป็นทีม การมุ่งผลสัมฤทธิ์ และการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 2) สมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (Functional competency) ซึ่งแบ่งเป็น สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional competency) ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การวางแผนและจัดระบบงาน การคิดเชิงระบบและการมองภาพองค์รวม การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ และสมรรถนะเฉพาะสาขา (Specific competency) ตามความจำเป็นในสาขาเฉพาะทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: โรงพยาบาลปากพนังมีการประเมินความสุขของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ Happinometer ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ตอบแบบสอบถาม 177 คน คิดเป็นร้อยละ 81.56 ค่าเฉลี่ย

ความสุขภาพรวมร้อยละ 74 โดยพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy Money (ร้อยละ 57.63) Happy Relax (ร้อยละ 57.80) Happy Body (ร้อยละ 60.10) และด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่Happy soul (ร้อยละ 7.83) Happy Heart (ร้อยละ 70.16) Happy Family (ร้อยละ 66.67) ในปี 2562 คณะกรรมการได้ทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข โครงการแข่งขันกีฬา ปากพนังเกมส์ในเดือนกันยายน 2562 เพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน ความสามัคคีในองค์กร และแก้ไขปัญหาบุคลากรด้าน Happy Money โดยการจ่ายค่าตอบแทนค่าจ้าง ค่าทำงานล่วงเวลาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอทุกเดือน และแก้ไข Happy Relax ที่มีค่าคะแนนต่ำเป็นลำดับที่ 2 โดยการจัดกิจกรรมสันทนาการ เพิ่มความรักความผูกพันธ์ และลดความตึงเครียดในการทำงาน ในปี 2563 ภาพรวมองค์กรแห่งความสุสขที่มีคุณภาพมาตรฐาน วัดโดยแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข (Happy Public Organization) ค่าคะแนนสุขภาวะองค์กร อยู่ที่ 83.75 คือ ภาวะของคนในองค์กรน่าปลื้มที่สุด

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: โรงพยาบาลปากพนังกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัย โดย

1. มุ่งมั่นพัฒนาระบบการจัดการอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของ HA และข้อกำหนดอื่นๆ
2. การดำเนินกิจกรรมของอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน โดยมุ่งเน้นความมีส่วนร่วมในองค์กร
3. ดำเนินการควบคุม ปรับปรุงและป้องกันอันตรายจากการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. โรงพยาบาลจะสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ เวลา บุคลากร และทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้งานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
5. จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานตามปัจจัยเสี่ยงของเจ้าหน้าที่และส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้มีสุขภาพดี
6. มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่และประชาชนโดย สร้างกระแสการเรียนรู้ สู่สร้างนำซ่อม เพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อในกลุ่มบุคลากรทุกกลุ่ม

iii. กระบวนการ

I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:

- มีการบริหารจัดการบุคลากรจากการทบทวนอัตรากำลังและในสาขาที่ขาดแคลน ปีงบประมาณ 2559 ได้ส่งพยาบาลศึกษาต่อสาขาการพยาบาลเด็กในระดับปริญญาโท 1 คน/ปี 2560 ส่งพยาบาลศึกษาต่อหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉินระยะสั้น 4 เดือน 1 คน/ ปี 2561 ได้ส่งพยาบาลศึกษาต่อสาขาพยาบาลวิสัญญี 1 คน เภสัชศึกษาต่อหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือนสาขาเภสัชกรรมครอบครัวและบริการปฐมภูมิ 1 คน/ ปี2562 ได้ส่งพยาบาลศึกษาต่อสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และฝึกอบรมระยะสั้นหลักสูตร Intermediate care 1 คน /ปี2563 ได้ส่งแพทย์ศึกษาต่อสาขาอายุรแพทย์ 1 คนสาขาแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และพยาบาลศึกษาต่อสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน
- จากการทบทวนพบว่า การพัฒนาบุคลากรยังขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยรายโรค จากมีภาระงานมากขึ้นและจำนวนโรคเรื้อรังที่มากขึ้น โรงพยาบาลจึงได้ปรับแผนการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในและภายนอก ปีงบประมาณ 2558-2563 บุคลากรได้รับการพัฒนาโดยการอบรม/ประชุมมากกว่า10 วัน ร้อยละ 100 พร้อมการติดตามสมรรถนะหลังได้รับการอบรม ตลอดจนการถ่ายทอดสู่ผู้ร่วมงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง.เข้าอบรม mini case manager เพื่อการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ
- จากการวิเคราะห์ภาระงานของทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลตาม FTE ขนาดโรงพยาบาลขนาด M2 พบว่าในปี 2563 มี FTE ดังนี้

1. แพทย์ อัตรากำลังขั้นต่ำ 19 คน อัตรากำลังขั้นสูง 24 คน มีอัตรากำลังจริง 13 คน

2.พยาบาลวิชาชีพ อัตรากำลังขั้นต่ำ 62 คน อัตรากำลังขั้นสูง 78 คน มีอัตรากำลังจริง 64 คน

3. นักเทคนิคการแพทย์ อัตรากำลังขั้นต่ำ 6 คน อัตรากำลังขั้นสูง 8 คน. มีอัตรากำลังจริง 7 คน แบ่งเป็น นักเทคนิคการแพทย์ 5 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 คน

4. นักวิชาการสาธรณสุข อัตรากำลังขั้นต่ำ 10 คน อัตรากำลังขั้นสูง 12 คน อัตรากำลังจริง 4 คน

5. ทันตแพทย์ กรอบขั้นต่ำ 9 คน กรอบขั้นสูง 11 คน อัตรากำลังจริง 6 คน

6. เภสัช อัตรากำลังขั้นต่ำ 10 คน อัตรากำลังขั้นสูง 13 คน มีอัตรากำลังจริง 10 คน

7 .กลุ่มงานรังสีวิทยา อัตรากำลัง 2 คน มีอัตรา กำลังจริง 2 คน

8.นักกายภาพบำบัด อัตรากำลังขั้นต่ำ 6 คน อัตรากำลังขั้นสูง 8 คน มีอัตรากำลังจริง 4 คน

9.แพทย์แผนไทย อัตรากำลัง 4 คน มีอัตรา กำลังจริง 4 คน

10.งานโภชนาศาสตร์ อัตรากำลัง 2 คน มีอัตรากำลังจริง 2 คน

- วิเคราะห์ภาระงานและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือเพื่อวางแผนความต้องการการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม วางแผนการจัดอัตรากำลังทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน จัดอัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ขาด มีแผนเสริมอัตรากำลังในกรณีฉุกเฉินหรือเพิ่มในหน่วยงานที่มีภาระงานเกินความจำเป็น รวมทั้งพิจารณาเฉลี่ยอัตรากำลังในแต่ละเวร แต่ละหน่วยงาน การจัดอัตรากำลังเวรผลัด ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มงานพยาบาลทุกแผนก มีการวางแผนและจัดอัตรากำลังเวรผลัดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการให้บริการและช่วยเหลือผู้ป่วย และกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริมกรณีที่ภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนดและมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
  - กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในชายให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในหญิง
  - กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในหญิงให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในกุมารกรรม
  - กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในกุมารกรรมให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในชาย
  - กรณีที่มีผู้ป่วย Admitted เกิน 30 คนในแต่ละหอผู้ป่วยเรียกอัตรากำลังเสริมเพิ่มอีก 1 คนในเวรผลัดบ่าย และ Admitted เกิน 25 คนในผลัดเวรดึก ให้เรียกอัตรากำลังเสริมอีก 1 คน
  - แผนกห้องผ่าตัดกรณีมีผ่าตัดใหญ่ (ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) ตามอัตรากำลังจากห้องคลอด 1-2 คน
  - แผนกห้องคลอดเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเรียกอัตรากำลังจากหอผู้ผู้ป่วยในหญิง/ถ้ามีผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอดพร้อมกัน 2 คน ตามอัตรากำลังเสริมอีก 1 คน

(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:

- โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนอัตรากำลังและแผนความต้องการบุคลากรทุกปี มีการทบทวนเป็นระยะโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการ HRD เพื่อวิเคราะห์ภาระงานและความเพียงพอ กรณีเจ้าหน้าที่เกษียณอายุ ย้าย หรือลาออกจะมีการทบทวนและจัดอัตรากำลังทดแทน หากเป็นข้าราชการจะเสนอขออัตรากำลังทดแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนที่เป็นลูกจ้างจะมีการสรรหา โดยการประกาศรับสมัครและคัดเลือกอย่างเปิดเผย เป็นธรรมและมีคณะการคัดเลือก สรรหาเข้ามา ละมีการสอนงานและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดค่าจ้างตามประเภทการจ้าง ตามระเบียบที่เป็นธรรมการจ่ายค่าจ้างตรงเวลา และดูแลด้านสวัสดิการรวมทั้งสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจและเป็นการรักษาคนขององค์กร

(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:

- องค์กรได้มีการปรับแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองความเปลี่ยนแปลงโดยการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การบริหารโครงสร้างภายในให้สามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กร การกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่ชัดเจน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร สร้างความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดภาระงานที่เหมาะสมและการพัฒนาบุคลากร มีการสร้างแรงจูงใจโดยการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทุกกลุ่มพร้อมกันครบถ้วนตรงเวลา

(4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

- สร้างระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าเจ้าหน้าที่ผ่านการประเมินด้านสมรรถนะที่กำหนดของ กพ. โดยมีการประเมินปีละ 2 ครั้ง
- องค์กรได้มีการปรับแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองความเปลี่ยนแปลงโดยการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร การกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่ชัดเจน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร สร้างความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดภาวะงานที่เหมาะสมและการพัฒนาบุคลากร สร้างแรงจูงใจโดยการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทุกกลุ่มกันครบถ้วนตรงเวลา
- องค์กรปรับระบบการทำงาน โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ มีการมอบหมายตัวชี้วัดเป็นรายบุคคล/รายกลุ่ม มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องรายไตรมาส

I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน

(2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

- โรงพยาบาลได้สร้างบรรยากาศการทำงาน มีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในองค์กร การประชุมเจ้าหน้าที่ประจำเดือน เพื่อสื่อสารทิศทาง นโยบาย และการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงาน, การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมทั้งภายในและภายนอก, การจัดงานขึ้นปีใหม่, งานเลี้ยงรับส่งเจ้าหน้าที่, กิจกรรมกีฬาภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง, มีการอำนวยความสะดวกแก่บุลากร ได้แก่ ลานกีฬาเปตอง, มีการสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา, ลานวิ่งออกกำลังกาย, บ้านพักเจ้าหน้าที่, สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับ การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยงทุกคน สวัสดิการพักห้องพิเศษทั้งตัวบุคลากรและญาติสายตรง การประกันภัยอุบัติเหตุหมู่รถพยาบาล
- มีแนวทางในการจัดการบุคลากร มีการมอบหมายงานในหน่วยงานที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายในกลุ่มบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ จัดให้พยาบาลวิชาชีพที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติงานเวรผลัดบ่ายดึกได้ปฏิบัติงานเวรเช้าแทน

I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:

1. โรงพยาบาลปากพนังได้จัดให้ มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ชุดและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกระดับชั้น เช่นเสื้อกาวน์ หมวก ถุงมือ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงในการทำงาน เครื่องวัดรังสีประจำตัวบุคคล และกำหนดให้มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการดำเนินการในปี 2562-2563 พบว่า อุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้ ร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อ/เจ็บป่วยจากการทำงาน นอกจากนี้มีการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น การติดเชื้อ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย และมีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อเกิดอันตรายจากการทำงาน เช่น ถูกเข็มทิ่มตำ จัดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และฟื้นฟูความรู้ให้บุคลากรขณะปฏิบัติงานเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน เช่น การล้างมือให้ถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน การป้องกันอันตรายจากของมีคม/เข็มตำ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ/เจ็บป่วย จากการทำงาน แต่ยังพบอุบัติการณ์บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือดสารคัดหลั่งจากการทำงานปี 2560-2562 และในปี 2563 ไม่พบอุบัตการณ์ของมีคมบาด/เข็มตำในบุคลากร

2. สถานที่ปฏิบัติงานมีการประเมินประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยเช่น ห้องปฏิบัติการ มีการสอบเทียบและตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือที่อาจมีการแพร่กระจายเชื้อ แผนกรังสีเทคนิคได้รับการตรวจปริมาณรังสีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่เกินมาตรฐาน และไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อในการทำงาน

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลังเวชภัณฑ์ ได้รับการสนันสนุน support สำหรับรัดหลัง ในการยกยาและเวชภัณฑ์ที่มีน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการยกของ และได้รับคำแนะนำการหยิบยกของหนักจากงานกายภาพบำบัด

3. จากการทบทวนและประเมินอัตรากำลังคนต่อภาระงาน ได้มีการจัดทำแผนและดำเนินการหาอัตรากำลังทดแทน ทั้งในระยะสั้น โดยการจัดหาบุคลากรตามความจำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข สำหรับแผนระยะยาว โดยการให้ทุนแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เรียนเฉพาะทาง เมื่อเรียนจบให้กลับมาปฏิบัติงานชดใช้ทุนที่โรงพยาบาลปากพนัง

(2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:

- โรงพยาบาลกำหนดให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคต่างๆ ที่สำคัญ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และวัคซีนป้องกันโรคหัดมื่อมีโรคหัดระบาดในพื้นที่
- ผลการตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากพนังที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีกิจกรรมพบแพทย์ นักโภชนากร แนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน การแข่งขันกีฬาร่วมกับองค์กรอื่นๆ

(3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:

- บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน มีการจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐานบุคลากรและบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีการตรวจเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ หากพบบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจะดำเนินการหาแนวทางป้องกัน/แก้ไข โรงพยาบาลปากพนังไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
- ผลการตรวจสุขภาพบุคลากรในปี 2561 -2563 พบว่าบุคลากรอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 26.49 ร้อยละ 30.00 และร้อยละ 39.44 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 42.16 ร้อยละ 44.00 และร้อยละ 37.90 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนในกลุ่มป่วยร้อยละ 31.35 ร้อยละ 26.33 และร้อยละ 23.47 มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ บุคลากรรพ.ปากพนังให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น จากการสนับสนุนของผู้บริหารให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการออกกำลังกายในแต่ละวัน ตามความถนัด และในเจ้าหน้าที่กลุ่มป่วยที่มีภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสมกับโรคและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มปกติ โดยการจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย เครื่องออกกำลังกายให้บุคลากรในบ้านพักเจ้าหน้าที่

(4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

- การติดตามนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำขณะปฏิบัติงาน และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติกรณีบุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำ/ของมีคมบาด ให้ทันสมัยและเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้กรณีเกิดอุบัติเหตุ หลังการดำเนินการติดตาม ปี 2560-2563 พบอุบัติการณ์บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำ/ของมีคมบาด 2,1 และ 0 ครั้งตามลำดับ มีแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำ/ของมีคมบาด เนื่องจากรพ.ปากพนังเน้นให้บุคลากรเห็นถึงความสำคัญ one hand technique ที่มีการนิเทศผ่านหัวหน้างาน
- การป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล มีการนำนโยบายและจัดการให้มีระบบในการรายงานเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล
- มีการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการ โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทำประกันสังคม และมีสวัสดิการตามความเหมาะสม

I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

- ผู้นำ/ ทีมนำสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับทราบนโยบายและจุดเน้นของโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน มอบหมายหน้าที่ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการ กำกับติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน นำเสนอผ่านที่

ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิด และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ

- ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ค้นหา RCA และประชุมหน่วยงานทุกเดือน โดยกำหนดให้มีวาระด้านงานคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักและเกิดการเรียนรู้
- จัดตั้งคณะกรรมการ ทีมคร่อมสายงาน ทีมคุณภาพต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ด้านการบริการและการบริหารทรัพยากร ด้านการเงินและรายได้ ของโรงพยาบาล และแต่งตั้งรองผู้อำนวยการจำนวน 5 คน มอบอำนาจการตัดสินใจแก้ปัญหาและการดูแล รับผิดชอบหน่วยงาน
- นำผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงาน ไปใช้ในกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติราชการ 2 ครั้งต่อปี
- ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กร พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย นวัตกรรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลงานเข้าร่วมระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

(2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:

- โรงพยาบาลปากพนังมีการประเมินความสุขของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ Happinometer ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ตอบแบบสอบถาม 177 คน คิดเป็นร้อยละ 81.56 ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมร้อยละ 74 โดยพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy Money (ร้อยละ 57.63) Happy Relax (ร้อยละ 57.80) Happy Body (ร้อยละ 60.10) และด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่Happy soul (ร้อยละ 7.83) Happy Heart (ร้อยละ 70.16) Happy Family (ร้อยละ 66.67) ในปี 2562 คณะกรรมการได้ทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข โครงการแข่งขันกีฬา ปากพนังเกมส์ในเดือนกันยายน 2562 เพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน ความสามัคคีในองค์กรและแก้ไขปัญหาบุคลากรด้าน Happy Relax ที่มีค่าคะแนนต่ำเป็นลำดับที่ 2 และในปี 2563
- มีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านศักยภาพการทำงานและบรรยากาศในการทำงาน พร้อมทั้งเสริมสร้างความรัก ความสามัคคี และความผูกพันในองค์กร ภายใต้เข็มมุ่ง รู้รักสามัคคี 90 ปี โรงพยาบาลปากพนัง ผลการทบทวนพบว่าอัตราการคงอยู่ของบุคลากร เพิ่มขึ้น จากปี 2559-2560 (ร้อยละ 89.96 และ 89.62) เป็นร้อยละ 91.12 และร้อยละ 94.76 ในปี 2561-2562 ตามลำดับ
- การสร้างขวัญ กำลังใจ การยกย่องชมเชย คนทำดี หน่วยงานที่มีผลงาน ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และยกย่องชมเชยผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อเป็นการชื่นชมให้กำลังใจบุคลากรที่มีผลงานเป็นต้น
- จัดให้มีระบบอัตรากำลังสำรองในทุกหน่วยงาน

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นรูปธรรม และได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคบากรตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ 70 % และเกณฑ์สมรรถนะ 30 % ปีละ 2 ครั้ง มีการ feedback ผลการประเมิน เผยแพร่ผลการประเมินให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง
  - ทีมนำมีระบบการติดตามตัวชี้วัดในการประชุมคณะกรรมการบริหาร รายเดือน รายไตรมาส และรายปี เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิด และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ และมอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงานติดตามกำกับตัวชี้สัดในแต่ละกลุ่มงาน

I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
กลุ่มผู้บริหารระดับสูง	การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการบริหาร/การ

	พัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำ	จัดทำแผน
		อบรมผู้บริหารระดับต้น/
กลุ่มผู้บริหารระดับกลาง	พัฒนาด้านภาวะผู้นำ(หัวหน้างาน)	ผู้บริหารระดับกลาง
กลุ่มวิชาชีพ	การพัฒนาสมรรถนะ/ความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ	การประชุม/อบรมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้
แพทย์	เวชศาสตร์ครอบครัว (นโยบาย รพ.เน้น Primary Care) ทุกหลักสูตร ตาม หลักเกณฑ์ สสจ.	-อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว
ทันตแพทย์	(ทันตกรรมประดิษฐ์รักษาราก,ศัลยศาสตร์ช่องปาก ,ปริทันตวิทยา)	-ศึกษาต่อ
เภสัชกร	เภสัชกรรมครอบครัวและปฐมภูมิ	อบรมระยะสั้น
	เภสัชกรด้านจิตเวช	อบรมระยะสั้น
	เภสัชกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค	
พยาบาล	- การดูแลผู้ป่วยโรคไต	อบรมระยะสั้น
	- CPR ในเด็กทารก	อบรมระยะสั้น
	- หัตถการงานสูติกรรม	-ประชุม
	- แนวทางปฏิบัติอย่างปลอดภัยในครรภ์เสี่ยงสูง	-อบรม
	- การพยาบาลมารดาและทารก	-ศึกษาต่อ
	- การใช้ยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
	- การใช้ยาผู้ป่วยจิตเวช	
	- คลินิกหมอครอบครัว	
	- การดูแลผู้สูงอายุระยุระยะยาว	
	- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
	- การดูแลผู้ป่วยโรคไต	
	- การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	
กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัดชุมชน	ประชุม อบรม ศึกษาต่อเนื่อง

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น จากการประเมินทักษะการช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการทางสูตินารีเวช พบว่าบุคลากรห้องคลอดยังขาดทักษะ ได้มีกิจกรรมทบทวนและอบรมพัฒนาทักษะโดยสูตินารีแพทย์ ส่งผลให้มารดาคลอดมีความเสี่ยงลดลง

- บุคลากรห้องคลอดหลังได้รับการอบรมเพิ่มทักษะการช่วยเหลือแพทย์ทำหัตการทางสูติ มีหัตถการทางสูติศาสตร์เพิ่มขึ้น

หัตถการ	2559	2560	2561	2562	2563
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	0	5	2	34	28
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	6	4	3	4	3
มารดาคลอดที่มีภาวะความเสี่ยงสูง(จากกรรมการแพทย์)	115	136	27	32	31

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

- คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลปากพนัง มีระบบติดตามความก้าวหน้าในการเลื่อนระดับของบุคลากรทุกวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้จัดทำผลงานวิชาการเพื่อเตรียมความพร้อม
- มีแผนพัฒนาบุคลากรตาม service plan เพื่อพัฒนาคนให้มีศักยภาพ ความรู้ความสามารถเหมาะสมกับหน้าที่ที่รับผิดชอบ
- การเปิดโอกาสให้บุคลากรรุ่นใหม่ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงาน มีส่วนร่วมในทีมคุณภาพต่างๆในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคนรุ่นใหม่ให้เรียนรู้การทำงาน สืบทอด ต่อยอด พัฒนาระบบงาน
- มีระบบการเตรียมบุคลากรทดแทนกรณีเจ้าหน้าที่เกษียณอายุราชการในตำแหน่งสำคัญ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยมีการประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่สุขภาพดี
- สนับสนุนผลงานวิชาการ ผลงานพัฒนาคุณภาพระบบงาน
- ผลงานจิตเวชชุมชนดีเด่น
- ผลงานงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากคณะกรรมการอาหารและยา / และดีเด่นระดับจังหวัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
21. มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
22. ขีดความสามารถและความเพียงพอ	3	I	-จัดระบบงานที่ดีเพื่อสนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ป่วย -การเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง -การประเมินและปรับปรุงระบบการบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง
23. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน	3	I L	-ส่งเสริมให้บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีครบร้อยละ 100 -จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของบุคลากร และการนำผลการตรวจสุขภาพไป วิเคราะห์เพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี บุคลากรเป็นผู้นำในการสร้าง สุขภาพ •มีระบบกำกับติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเพื่อการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง
24. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน	3	I	-ส่งเสริมให้บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
25. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน	3	I	- จัดกิจกรรมสร้างความผูกพันของกำลังคนที่มีความเฉพาะในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มีผลงานที่ดี -ใช้ PMS เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรร่วมกัน"

26. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ	3	I L	-จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ -สร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง -การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน -พัฒนาระบบการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา

I-6 การปฏิบัติการ

i. ผลลัพธ์[รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562 (มี.ค. 62)	2563
อัตราของความสำเร็จใน KPI ตามแผนยุทธศาสตร์	≥80	NA	85.12	82.45	85.71	80.95
จำนวนแผนที่ตอบสนองต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน	3	3	3	3	2	3
งานวิจัย R to R นวัตกรรม	10เรื่องต่อปี	8	8	10	11	12

ii. บริบท

ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ:โรงพยาบาลปากพนัง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอปากพนัง มีแพทย์เฉพาะทาง 3 สาขา คือ อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม มีแผนพัฒนาศักยภาพให้สามารถให้บริการได้เต็มรูปแบบให้มีแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขา ซึ่งแพทย์ศัลยกรรมและออโธปิดิกส์ อยู่ในช่วงศึกษาต่อ มีบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิโลเฟเชียลมีบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและการคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:

ผู้ส่งมอบ :โรงพยาบาลใช้บริการจ้างเหมาเอกชนในระบบการสนับสนุนบริการผู้ป่วย ได้แก่ อาหารผู้ป่วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จ้างเหมาทำความสะอาด

พันธมิตรสำคัญ :

1.องค์การเภสัชกรรมและบริษัทยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา บริษัทจำหน่ายครุภัณฑ์ทางการแพทย์ :ยาและเวชภัณฑ์ครุภัณฑ์

2.กฟภ. กสท.:การไฟฟ้าและโทรคมนาคม การสื่อสาร

3.สปสช.,กองทุนสวัสดิการข้าราชการ, สำนักงานประกันสังคม: สนับสนุนงบประมาณ

4.สสจ.: ควบคุม กำกับผลงานและนโยบาย

5.รพ.มหาราช, รพ.สวนสราญรมย์ ,:รับส่งต่อผู้ป่วย

6.พชอ. พชต. สสอ.ปากพนัง, รพ.สต.25 แห่ง, PCU 1 แห่ง:ประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วย

7.อสม. :ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

1. เป็นเครือข่ายใหญ่มีประชากรรับผิดชอบปริมาณมาก
2. บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
3.ผู้บริหารเป็นคนรุ่นใหม่ มีวิสัยทัศน์ มีความมุ่งมั่น
4.ใช้หลักการรู้รักสามัคคี ผลักดันการดำเนินงานในองค์กร

การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน: โรงพยาบาลปากพนังเป็นแหล่งฝึกงานให้แก่สหวิชาชีพหลายสาขา

ได้แก่

- นศ.แพทย์ จาก ม.สงขลานครินทร์
- นศ.เภสัช จาก ม.วลัยลักษณ์ ม. สงขลานครินทร์ และนศ.เภสัช ส่วนกลาง ด้านงานเภสัชกรรมคลินิก งานบริบาลเภสัชกรรมระบบยา

- งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
- นศ.พยาบาล จาก ม.วลัยลักษณ์ /วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช
- นศ.สาธารณสุขศาสตร์ จาก ม.ทักษิณ
- นศ.ทันตสาธารณสุข ม.ทักษิณ
- นักเรียนอาชีวศึกษา จากวิทยาลัยเทคโนโลยีทักษิณ

ปัจจุบันโรงพยาบาลปากพนังยังคงเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานให้กับบุคลากรสาธารณสุขและสายวิชาชีพ สนับสนุนบริการอย่างต่อเนื่องและร่วมมือกับสถาบันปรับปรุงพัฒนากลวิธีในการฝึกปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ: อัคคีภัย วาตภัยอุบัติเหตุหมู่ ไฟดับ น้ำประปาไม่ไหล การลักขโมยทรัพย์สินของผู้ป่วย

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ</u>

(1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพประชาชนครอบคลุม 3 สาขาหลัก ได้แก่อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม ให้บริการทันตกรรมและทันตกรรมเฉพาะทาง

(2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:

โรงพยาบาลปากพนัง มีแผนการพัฒนาระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิโดยมีการพัฒนาบุคลากรควบคู่ไปตาม service plan พัฒนาแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 5 สาขา บริการการแพทย์แผนไทย บริการกายภาพบำบัด บริการทารกแรกเกิด งานบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

- พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มโรคอุบัติการณ์ใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (DM,HT, Stroke, STEMI, MI,CKD) มะเร็ง ผู้ป่วยติดตียงโรคระบาด เช่น วัณโรค ,ไข้เลือดออกคุณภาพมารดาและทารกท้องไม่พร้อม โดยกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มโรค
- พัฒนาระบบ Fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และลดอัตราตายในกลุ่มโรคสำคัญ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร เตรียมทรัพยากร เครื่องมือ สถานที่ให้สอดคล้องกับ Core Competency ขององค์กร และส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ของบุคลากร เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้ทักษะตามส่วนขาดอย่างครบถ้วน และให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และมีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมใช้
- พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคสำคัญ ร่วมกับเครือข่าย โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช ด้านจิตเวชจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีการประชุมพัฒนาระบบบริการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม service plan แต่ละสาขา
- การประสานความร่วมมือกับสสอ. ในรูปแบบ คปสอ. และพชอ. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนโดยวิเคราะห์จากปัญหาในพื้นที่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและเครือข่ายด้วยบริการCOC เชื่อมโยงการบริการ เช่น COPD, Stroke และ Palliative งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ:

โรงพยาบาลปากพนัง ได้ออกแบบระบบการจัดการและการปรับปรุงกระบวนการการดูแลผู้ป่วย โดย

- มีการใช้ CPG, Work Instruction ในการดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมการทำผลงานวิจัย CQI และนวัตกรรมต่าง ๆ
- การจัดการปัญหาเพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยให้บริการเชิงรุกเพื่อกระจายผู้ป่วยสู่ชุมชนจัดระบบคลินิกหมอครอบครัว PCC (1แห่ง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนฝั่งตะวันตก) โดยโรงพยาบาลร่วมสนับสนุน

ทีมแพทย์ เภสัชกรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โรงพยาบาลสนับสนุนแพทย์ให้บริการโรคเรื้อรังหน่วยบริการสาธารณสุขเทศบาลปากพนังฝั่งตะวันออก สนับสนุนเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. จำนวน 20 แห่ง

- จัดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ วันทำการ เวลา 16.00 - 20.00น.วันหยุดราชการ เวลา 08.00-16.00 น. และ 16.00 – 20.00 น. เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก
- ออกแบบระบบการนัดเป็นช่วงเวลางานผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยเบาหวานนัดพบแพทย์ช่วงเช้า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นัดพบแพทย์ช่วงบ่าย ระบบวันนัดแยกคลินิกโรคต่างๆและงานทันตกรรมเพื่อลดระยะเวลาในการรอคอย
- เสริมสร้างแรงจูงใจด้วยกระบวนการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เช่น การส่งเสริมความรู้สุขภาพ โภชนาการและฟื้นฟูสภาพ
- จัดสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาผู้รับบริการ ได้แก่ สวนหย่อมหน้าโรงพยาบาล บริเวณอาคารที่ให้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาล
- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ เช่น ที่ออกกำลังกายบริเวณหน้าอาคารผู้ป่วยใน
- ส่งเสริมและสนับสนุนกำหนดนโยบายความเสี่ยง นำโปรแกรมความเสี่ยง2 P safety มาใช้ทำให้ปัจจุบัน ทีมดูแลผู้ป่วยและทีมสนับสนุนบริการ มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรง
- ใช้ข้อมูลจากอุบัติการณ์และความเสี่ยงเพื่อพัฒนาระบบการบริการ เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการและบุคลากรป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ
- จัดทำแผน/การเตรียมความพร้อม/ซ้อมแผน ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
- ใช้ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อ ผ่านกลุ่มไลน์เพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านกับเครือข่ายชุมชน
- ใช้ระบบสนับสนุนบริการดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จากบริการเอกชนและหน่วยงานภายนอก ได้แก่ งานโภชนาการงานกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พนักงานทำความสะอาด ที่ตรงกับลักษณะ/ความเชี่ยวชาญในงานช่วยลดภาระงาน เพิ่มความคล่องตัวและศักยภาพในการให้บริการ

- หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ:
  - โรงพยาบาลปากพนัง มีการใช้ CPG, Work Instruction ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในการบริการภายในโรงพยาบาลและ CPG สำหรับให้บริการผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
  - มีการจัดทำคู่มือ แนวทาง มาตรฐานที่ใช้สำหรับให้บริการผู้ป่วย ครอบคลุมการให้บริการทุกวิชาชีพ และครอบคลุมการบริการผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย เช่น CPG แพทย์แผนไทย คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวทางการใช้ยากลุ่ม NASIDs แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต แนวทางการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร คู่มือการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพคู่มือการบริการกายภาพบำบัด
- เทคโนโลยี: โรงพยาบาลปากพนังมุ่งเน้นให้มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านบริการ บริหาร รวมถึงคุณภาพด้านงานวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแผนในการพัฒนางานสารสนเทศให้สอดคล้อง เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทาง Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital เช่น การใช้ระบบ HOSXP แบบ paperless สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอก โปรแกรม DRUG ในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ เช่นใช้ระบบ PACS งาน X-ray ระบบการตรวจห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย ข้อมูลถูกต้องแม่นยำ
- ความรู้ขององค์กร:
  - โรงพยาบาลปากพนังพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกวิชาชีพ ตาม service planการให้บริการเฉพาะทางด้านอายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม และเตรียมความพร้อมรองรับการพัฒนาศักยภาพแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขา

- มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต ติดดาว เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่ายในพื้นที่

- คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น:ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความประทับใจในบริการ สถานบริการเป็นที่ยอมรับ ได้รับความเชื่อมั่นจากชุมชน
- ความคล่องตัว:
  - มีการพัฒนาระบบบริการให้รวดเร็ว ลดขั้นตอน ระบบนัดหมายที่สะดวก การบริการคีนิกเฉพาะโรคแบบ one stop service
  - การกระจายอำนาจทางการบริหาร ให้รองผู้อำนวยการ 5 ภารกิจ เพื่อความสะดวกในการดำเนินงานของหน่วยงาน
  - นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการ ระบบบริหารจัดการ
- ความปลอดภัย:
  - โรงพยาบาลปากพนัง มีระบบรักษาความปลอดภัย 24 ชั่วโมง มีระบบกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญ ๆต่าง ๆใน โรงพยาบาล
  - มีระบบป้องกันอัคคีภัย การซ้อมแผนอุบัติเหตุ อุบัติภัย
  - ระบบการสำรองทรัพยากร ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน ระบบการสำรองข้อมูล
  - ระบบการรายงานความเสี่ยงและการตอบสนองความเสี่ยง
  - ระบบการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุจากการทำงานและของมีคมบาด/ทิ่มตำ
- มิติคุณภาพอื่นๆ:

(4) การควบคุมเอกสาร:

โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมเอกสารโดย

1) เอกสารคุณภาพมีการควบคุมเอกสารโดยทีมคุณภาพ และอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2) เวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วย OSCC และผู้ป่วยคดีมีระบบควบคุมเอกสารโดยเก็บเป็นความลับควบคุมโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

3) เวชระเบียนผู้ป่วยกรณีนำออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือญาติยื่นความจำนงขอเอกสารที่งานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

4) ผลการตรวจ Anti-HIV และผล CD4 กำหนดให้แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องคลอด สามารถดูผลได้

และไม่อนุญาตให้พิมพ์ กรณีผู้ป่วยต้องการผลเป็นเอกสารต้องยื่นแสดงความจำนงขอเอกสารที่งานเทคนิคการแพทย์ตามขั้นตอน

5)มีแนวทางปฏิบัติขออนุมัติเผยแพร่เอกสารก่อนเผยแพร่ผ่านเวบไซด์ของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างรายเดือน(สขร.1) ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน

I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือPDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:
  - จากนโยบายและความมุ่งมั่น ผู้นำสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเน้นให้ทำงานประจำอย่างมีคุณภาพ หัวหน้าพาทำคุณภาพ ตรวจเยี่ยมหน้างานโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และนอกเวลาราชการมอบหมายให้พยาบาลผู้ตรวจการ นิเทศการทำงานและพัฒนาคุณภาพทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น เน้นให้มีการประเมินตนเอง วิเคราะห์ปัญหา และนำ

ประเด็นความเสี่ยงมากำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการ ติดตามตัวชี้วัด เพื่อการพัฒนาคุณภาพทั้งทีม

- ปีงบประมาณ 2560 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยร้องเรียนจากการรอคอยนานที่งานบริการผู้ป่วยนอก คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ทบบทวน และปรับระบบการทำงานเพื่อลดระยะเวลารอคอย โดยจัดพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานจุดคัดกรองและจุดซักประวัติจุดละ 1 คน ตั้งแต่เวลา07.00 น. และกำหนดให้มีแพทย์ออกตรวจเวลา 08.00 น. มีการแยกคลินิกเฉพาะโรคเพิ่มขึ้น เช่น คลินิก warfarin, CKD, COPD ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการมากขึ้นและระยะเวลารอคอยลดลง จาก 73 นาที เป็น 64 นาที และเป็น 52 นาที ในปี 2563
- ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลพบว่า ในการบันทึกทางการพยาบาล ปี 2559-2563 การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ ผลลัพธ์ 90.45 , 89.45 ,95.00,95.00 และ 90.00 ตามลำดับ และในปี 2561 ได้เปลี่ยนระบบการประเมินและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากการใช้ MEWS มาใช้ SOS Score เช่นเดียวกับการประเมิน Sepsis มีการประชุมชี้แจงแนวทางการใช้แบบประเมิน SOS Score ทำให้การประเมินและการเฝ้าระวัง มีความละเอียด ดักจับความผิดปกติได้ดีขึ้น คะแนนปี 2559-2563 เท่ากับ 90.0%,70.05 %,65.00 %,68.50 % และ 77.16 % ตามลำดับ

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน:

มีการประชุมติดตามตัวชี้วัดระดับหน่วยงานและระดับองค์กร ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และในการประชุมทีมคุณภาพต่างๆ เช่น

จากการประชุมทบทวนตัวชี้วัด การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลปากพนัง พบว่า ยังมีปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ผ่านเกณฑ์ใน 3 โรค ได้แก่ URI AD และแผลสะอาดทำให้ ตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลปากพนัง ได้ระดับ 1 คณะกรรมการมีมติให้เร่งดำเนินการติดตามตัวชี้วัดอย่างเข้มข้นเป็นรายสัปดาห์ แจ้งแพทย์เป็นรายบุคคล รายงานผู้บริหารทราบ ผ่านระบบไลน์ และมีระบบการทบทวนการสั่งใช้ยาบางรายการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สั่งใช้เท่านั้น ส่งผลให้ ตัวชี้วัดทั้ง 3 รายการ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในปีงบประมาณ 2563

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- กลุ่มโรคเรื้อรัง: มีจำนวนมากขึ้น จึงปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นเชิงรุกเพิ่มขึ้นมีการเสริมพลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) สร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม เกิดนวัตกรรม เน้นให้บริการในชุมชนเช่น รพ.สต. PCC และการคัดกรองเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมแซมและผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น
- กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง: กลุ่มโรคสำคัญมีการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้ CPG และ Warning Sign ในการดูแลผู้ป่วยพัฒนาระบบการส่งต่อแบบ Fast Track ร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 มีรูปแบบและวิธีการที่ชัดเจน ใช้แอพพลิเคชั่นLINE ในการส่งต่อผู้ป่วย (เน้นการรักษาความลับและระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง)
- กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการในชุมชน: พัฒนาการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชน มีระบบการให้ยืมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ที่บ้าน เน้นเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล Care Giver (CG)อสม. รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ Long term care
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย: พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง การลดปวด และการตอบสนองความต้องการทุกมิติ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และเลือกการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี กรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์

ทางการแพทย์เพื่อใช้ที่บ้าน

- การเชื่อมโยง นวัตกรรม การแลกเลี่ยนเรียนรู้:

1) จากอุบัติการณ์การการคัดลอกคำสั่งใช้คลาดเคลื่อน ของงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ทำให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย และคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อน และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานซึ่งต้องคีย์รายการยาใน Drug Profile ซ้ำ

2) การเสริมพลังความรู้และทักษะการดูแลตัวเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกบริการโดยสหวิชาชีพ

3) จากอุบัติการณ์พบบุคลากรติดเชื้อวัณโรคปอด 1 ราย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยสงสัยโรคระบบทางเดินหายใจ

- ผลการพัฒนาที่สำคัญ

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญได้รับการประเมิน:

1. ผู้ป่วย ACS - ผู้ป่วย dyspepsia ในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุมากกว่า 35ปีให้ซักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG12 lead และส่ง film chest

- ปรับปรุง CPG ACS โดยปรับเพิ่มกรณี Atypical Chest pain ดังนี้
- ติดตามประเมินซ้ำหลังสังเกตอาการประมาณ1/2-1ชั่วโมง หากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาหรือญาติวิตก กังวล ให้รายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อadmit observe และเจาะ trop-t *3 ครั้ง
- หลังติดตาม Trop-T ครบ 3 ครั้งแล้ว แล้วผู้ป่วยมี chest pain อีกหลังจากนั้น ให้รายงานแพทย์เพื่อเจาะ trop-t *2 ครั้ง
-ทำ EKG ให้รายงาน EKG เดิม พร้อม EKG ใหม่
-กรณีอาการดีขึ้นให้กลับบ้าน นัด F/U เช้าและแนะนำอาการที่ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด
- การประเมิน ,ทักษะการอ่านEKG และการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง
-การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้ Early warning signs ร่วมกับ SOS score (เดิมใช้MEWS)
-ปรับการให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิก NCD เน้นการใช้ยา การปฏิบัติตัว อาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์
-กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัย STEMI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพาะ ผู้ป่วยมาด้วยอาการเวียนศีรษะ การซักประวัติให้เพิ่มเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และประเมิน V/S หากพบว่า PR<60ครั้ง/นาที,PR>120ครั้ง/นาที ให้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS และส่งผู้ป่วยเข้าER

หมายเหตุ CVD risk : DM, HT, อายุมากกว่า 60 ปี, smoking, obesity, มีประวัติ stroke, MII

2. ผู้ป่วย stroke มีการประเมินผู้ป่วยตามCPG และส่งตรวจ CT scan ที่ร.พ.ศูนย์ และการรับกลับมาดูแลต่อ มีการประเมินเป็นระยะ อาการทรุดลง ส่ง referไปร.พ.ศูนย์ซ้ำ

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญได้รับการประเมินและคัดกรอง

-อัตรา Door to EKG ผู้ป่วย ACS < 10 นาที ในปี 2559 -2563 ตามลำดับดังนี้ 93.5,98.00 และในปี 2562-2563 สามารรถทำได้ครอบคลุม 100 %

-อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที ผลการดำเนินงาน ในปี 2559-2563 พบว่าผู้ป่วยstroke ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที 100 %

- อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง พบว่าในปี 2559-2563 ผลการดำนินงานตามลำดับ ดังนี้ 96.2,96.7,99.32,98.5 และในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 99.2 %

--อัตราที่ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Hemoculture ก่อนให้ ATB ในปี 2560 ผลการดำนินงาน 93.33 % คณะกรรมการ pct จึงได้ทบทวน และกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผลการดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Hemoculture ก่อนให้ ATB ทุกราย

- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลปาพนัง ตั้งแต่ปี 2559-2563 ผลการดำเนินงานพบว่า มีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกราย (100 %)

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดห่วงโซ่อุปทาน เพื่อความมั่นใจในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีคณะกรรมการใน

เรื่องต่าง ๆ โดยผู้บริหารสูงสุดมอบนโยบาย ดังนี้

- การคัดเลือก มีเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยกำหนดรายละเอียดคุณสมบัติให้ชัดเจน และตามระเบียบพัสดุจัดซื้อจัดจ้าง
- การส่งมอบต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การจัดซื้อจัดจ้าง
- การประเมินผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง
- กำหนดให้มีคณะกรรมการทำสัญญาและข้อตกลงร่วมกับคู่สัญญา และมีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินงานไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงไว้
- มีการตามรอยเส้นทางการเดินทาง การจัดการ การจัดเก็บ ที่โรงงานกำจัดขยะของบริษัทเอกชนผลจากการติดตามงาน พบว่า การกำจัด การขนส่งของมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทเป็นไปตามมาตรฐาน
- การจัดบริการอาหารผู้ป่วยใน พบว่า จัดอาหารไม่เป็นไปตามที่กำหนด มีการทบทวนและปรับปรุงร่วมกัน ไม่พบปัญหาเกิดซ้ำ และมีนักโภชนากร คอยกำกับดูแล ประเมินอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมตามกลุ่มโรค
- โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินพนักงานทำความสะอาด ทุกเดือน

I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม

- โรงพยาบาลปากพนังมีนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยทำกิจกรรม 5 ส อย่างต่อเนื่อง
- มีการส่งเสริมให้แต่ละงานสร้างนวัตกรรมในหน่วยงาน จัดการประกวดนวัตกรรมภายในโรงพยาบาลและส่งผลงานเข้าร่วมการประกวดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

  รูปแบบการทำงานที่พัฒนาจากเดิม เช่น

  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญและระบบ Fast Track ที่ ER
  - พัฒนาการใช้ Early Warning Sing ในการประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ
  - ทีม ER ได้พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย Organize Plate for Priority Setting
  - งานผู้ป่วยนอกพัฒนาระบบลดขั้นตอนและระยะรอคอยของผู้ป่วยนอก
  - งานผู้ป่วยในพัฒนาการบริหารยาโดยการพิมพ์ใบบันทึกการให้ยา จากเดิมพยาบาลเป็นผู้ลอกยาลงใบบันทึกการให้ยา และการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อน และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน
  - งานวิสัญญีพัฒนาระบบการแนวทางการประเมินความพร้อมและตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด
  - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - ใช้ระบบ PACS งาน X-ray

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก

โรงพยาบาลปากพนังเป็นเครือข่ายของแหล่งฝึกปฏิบัติงานให้กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนามิติการเรียนรู้คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ เพื่อให้การเรียนการสอนมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนและมีโครงสร้างบริหารที่ชัดเจนการปฏิบัติการดูแล/รักษา โดยนักศึกษาและผู้เข้ารับการฝึกเป็นไปตามด้านนโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผู้นำสูงสุดมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก และมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1) มอบหมายให้หัวหน้างานแต่ละงานกำหนดและพิจารณาคุณสมบัติของผู้ฝึกสอนตามวิชาชีพเฉพาะ เพื่อคัดเลือกและตรวจสอบคุณสมบัติและจำนวนของนักศึกษาที่ประสงค์จะฝึกปฏิบัติงาน

2) สถาบันการศึกษาที่ประสงค์จะรับการฝึกปฏิบัติงานต้องได้รับการเห็นชอบและมีการกำกับติดตามจาก

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลปากพนัง โดยหน่วยงานที่จะส่งนักศึกษาฝึกงานต้องทำหนังสือแสดงความจำนง ขอส่งนักศึกษาฝึกงานและข้อตกลงความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลปากพนังกับสถาบันการศึกษา โดยกำหนดการปฏิบัติที่อนุญาตให้นักศึกษา/ผู้รับการฝึกปฏิบัติได้ภายใต้การกำกับควบคุมจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญของโรงพยาบาล

3) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหัวหน้างานมีหน้าที่คัดเลือกอาจารย์ผู้สอน/ครูพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและจำนวนเพียงพอกับผู้ฝึกปฏิบัติงาน จัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ สถานที่ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนตามลักษณะผู้รับบริการที่หลากหลาย

4) เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลสร้างเจตคติที่ดีเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติงานเป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ ส่งเสริมให้ผู้ฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย

5) หัวหน้างานแต่ละงานเป็นผู้การติดตามประเมินผลการเรียนการสอนทางคลินิก และมีการประเมินผลร่วมกับสถาบันการศึกษานั้น ๆ โรงพยาบาลมีนักศึกษาฝึกงานหลากหลายสาขาวิชาชีพจากสถาบันต่าง ๆ ดังนี้

- นศ.แพทย์ จาก ม.สงขลานครินทร์
- นศ.เภสัช จาก ม.วลัยลักษณ์และนศ.เภสัช ส่วนกลาง ด้านงานเภสัชกรรมคลินิก งานบริบาลเภสัชกรรมระบบยา
- งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
- นศ.พยาบาล จาก ม.วลัยลักษณ์ /วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช
- นศ.สาธารณสุขศาสตร์ จาก ม.ทักษิณ
- นศ.ทันตสาธารณสุข ม.ทักษิณ
- นักเรียนอาชีวศึกษา จากวิทยาลัยเทคโนโลยีทักษิณ

I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

- PCT ร่วมประชุมทบทวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวิจัยในกลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง
- คณะกรรมการพิจารณาแผนการใช้งบประมาณประจำปี เพื่อควบคุมรายการเบิกจ่ายให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดตามนโยบายบริการ และสมดุลกับรายได้ของโรงพยาบาลเน้นลดค่าใช้จ่าย หารายได้เพิ่ม ติดตามความครบถ้วนของการเรียกเก็บเงินงบประมาณหมวดต่างๆ
- คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กำหนดมาตรการประหยัดพลังงานในโรงพยาบาล
- ทีมเวชระเบียนมีการทบทวนและปรับระบบการเบิกจ่ายตามค่า DRG
  ทบทวนความทันเวลาในการส่งเบิกสิทธิข้าราชการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผู้ป่วยประกันสังคม
- ทีม PTC ทบทวนนโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพบริการอำเภอปากพนัง
- การดำเนินการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับจังหวัด ระดับเขต ปี 2563 ร้อยละของการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 39.03 (มากกว่าร้อยละ 30)

I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

- โรงพยาบาลปากพนังมีนโยบายในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยให้มีการจัดทำ 5 ส อย่างต่อเนื่อง

- มีระบบการรักษาความปลอดภัย มีการปรับพื้นที่สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลมีโอกาสเผชิญ ได้แก่ อัคคีภัย วาตภัยอุบัติเหตุหมู่ ไฟดับ น้ำประปาไม่ไหล การลักขโมยทรัพย์สินของผู้ป่วย ที่ผ่านมา โรงพยาบาลยังไม่มีแผนการการเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินครบทุกสถานการณ์เช่น การลักขโมยทรัพย์สินของผู้ป่วย และยังไม่เคยซักซ้อมแผนนอกเวลาราชการ ผู้นำสูงสุดจึงมอบหมายให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการจัดทำแผนและซักซ้อมให้ครอบคลุมทุกแผน ทั้งในและนอกเวลาราชการ

- บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:
  - มีแผนการซ้อมแผนอัคคีภัย โดยในปี 2563 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2562
  - แผนสำหรับวาตะภัย และอุทกภัย หลังจากมีการรายงานสถานการณ์พายุปาบึก ขึ้นฝั่งที่แหลมตะลุมพุก ในวันที่ 4 ม.ค. 2562 คณะกรรมการ EOC จึงได้มีการประชุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และเครือข่าย มีการฝึกซ้อมแผน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียม ไฟ น้ำ อาหาร น้ำมันเชื้อเพลิง ระบบออกซิเจน มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเป็นระยะๆ ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์มีความเสียหายน้อย
  - กรณีเกิดโรคระบาดไวรัสโคโรนา (covid-19) คณะกรรมการ EOC จึงได้มีการประชุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และเครือข่าย มีการประสานงาน 24 ชั่วโมงในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ห้องแยกโรค ระบบสารสนเทศ การรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน การประสานงานระหว่างเครือข่าย ระหว่างหน่วยงาน ทำให้อำเภอปากพนังพร้อมสำหรับการให้บริการ และการป้องกันโรคและไม่พบผู้ป่วย

- ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:

โรงพยาบาลมีระบบบริการอินทราเน็ตและอินเทอร์เน็ตมีห้อง Server จำนวน 1 ห้อง มีการใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง มีระบบอินเทอร์เน็ต จำนวน 4 สาย ป้องกันเครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่ม มีระบบอินทราเน็ตเพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรม Back Office มีระบบ PACS ระบบ LIS และโปรแกรมการจัดการความเสี่ยง เพื่อบูรณาการข้อมูลทั้งระบบบริการหน้างานและสนับสนุนบริการ โปรแกรม DRUG สำหรับงานคลังเวชภัณฑ์การติดตามตัวชี้วัด ปัจจุบันมีการใช้รายงานจาก HOSxpร่วมกับโปรแกรม HDC ระบบ LIS รายงานผล LAB งานพัสดุ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบบริหารจัดการคลัง ทะเบียนครุภัณฑ์ มีระบบ Datacenter เชื่อมโยงข้อมูลไว้ให้บุคลากรเข้าใช้งานต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสำรองข้อมูล (Back Up) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล สามารถติดตาม ประเมินผลและนำเสนอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีเว็บไซต์และ Facebookโรงพยาบาลเพื่อเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพกับประชาชน

มีระบบสำรองข้อมูล (Back up) ข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย (Server) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายระบบไฟฟ้าสำรอง มี UPS สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทุกเครื่องมีเครื่องปั่นไฟสำรองกรณีไฟฟ้าดับ

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- การดำเนินงานโครงการ R2R และนวัตกรรม ตั้งแต่ปี 2559 – 2562 จำนวน 49 เรื่อง และมีนวัตกรรมที่เป็น KM แก่โรงพยาบาลอื่น

v. <u>แผนการพัฒนา</u>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3	I	พัฒนาระบบการออกแบบและปรับปรุงกระบวนการทำงาน การจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	3	L	พัฒนาระบบประเมินและปรับปรุงการจัดการห่วงโซ่

			อุปทานอย่างมีประสิทธิภาพ
28. การจัดการนวัตกรรม	**3**	I	ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมทุกหน่วยงาน และสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนนวัตกรรม หรือ CQI
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	**3**	L	พัฒนาระบบการประเมินผลในทุกวิชาชีพ การเรียนรู้คุณภาพ และความปลอดภัย ทุกโปรแกรมในทุกมิติ
30. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	**3**	I	พัฒนาระบบการเตรียมแผนและการซ้อมแผน ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	>5,000เรื่อง	5,458	4,100	3,659	2,467	1,460
อัตราการรายงาน near miss	>70 %	72.00	76.00	87.00	90.00	56.00
อัตราของอุบัติการณ์ ระดับ E – I ที่ได้รับการแก้ไข	100 %	72.60	84.30	83.00	83.30	65.69
อัตราของอุบัติการณ์ระดับ 3 – 4 ได้รับการแก้ไข	100 %	100	100	100	100%	100
อัตราการเกิด AE : 1,000วันนอน	<5:1,000	2.16	3.56	3.58	2.67	1.90

ii. บริบท

โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:

โรงพยาบาลปากพนังดำเนินการวางแผน กำกับดูแล ระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพ เพื่อให้บุคลาการเห็นความสำคัญ ของการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถือเป็นความผิด ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ประชาชน ตลอดจนลดความรุนแรงและความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนได้รับการดูแลความปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:

1. ระบบบริการมีคุณภาพ และมีความปลอดภัย
2. ประชาชนมี health literacy and self health care
3. ระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย: โรงพยาบาลปากพนัง กำหนดเข็มมุ่งด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย คือมีระบบความปลอดภัยด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Stoke ACS DHF PPH โดยมีข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย ตามหลัก 2 P Safety และ Community responsibility

เป้าหมายความปลอดภัย: โรงพยาบาลปากพนังมีระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย เพื่อการจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้ที่มาเยือน

โรคที่มีความเสี่ยงสูง: Stroke MI DHF PPH

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:

- การเจาะเลือด การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำในเด็กเล็ก อายุน้อยกว่า 5 ปี
- หัตการเจาะปอด เจาะท้อง เจาะน้ำไขสันหลัง
- ผ่าตัดคลอด

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

- พัฒนาตามบริบทและมาตรฐาน โดยสนับสนุนให้บุคลลากรเรียนรู้ร่วมกัน และกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- สนับสนุนการเข้าร่วมโรงพยาบาล 2P safety
- กำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรต่างๆในการดำเนินการ ติดตามการดำเนินการตามแนวทางการทบทวนอุบัติการณ์ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความปลอดภัย และกำหนดอยู่ในแผนกลยุทธ์

(4) การทำงานเป็นทีม

- ทีมนำระดับกลางทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT, ทีม PTC, ทีมIC, ทีมทรัพยากรบุคคล(HRD), ทีมสิ่งแวดล้อม(ENV), องค์กรแพทย์ องค์การพยาบาล และทีมทำงานร่วมกับชุมชน
- โครงสร้างของแต่ละทีม ประกอบด้วย คณะกรรมการกำกับดูแล กำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานและคณะทำงานจากทุกหน่วยงาน เป็นเครือข่ายการพัฒนาลงสู่การปฏิบัติ และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีมนำ มีการประชุมคณะทำงาน เพื่อติดตามงานและทบทวนปัญหาอย่างน้อยเดือนละ1 ครั้ง
- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลตามความเสี่ยงทางคลินิก ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงทางคลินิก นำความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงสำคัญมาวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และมีการติดตาม ประเมิน เฝ้าระวัง ความเสี่ยง และทบทวนมาตรการป้องกันเชิงระบบ
- ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญร่วมกับทีมนทางคลีนิค โดยมีคณะทำงานบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานและคณะกรรมการที่ดูแลระบบรายงานของหน่วยงานเข้าร่วมทบทวน แก้ไขปัญหาและวางระบบร่วมกัน รวมทั้งมีการติดตามประเมินการดำเนินการ ตามระบบที่วางไว้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

(5) การประเมินตนเอง:

- ประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ และservice plan เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์และเชื่อมโยงกับการพัฒนามาตรฐานความเสี่ยงเป็นภาพรวม การกระตุ้นการเรียนรู้กับหน่วยงาน บุคลากรระดับปฏิบัติงาน และการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงานประเมินภายนอกต่างๆ

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- ประชุมทีมนำร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง วิเคราะห์โอกาสพัฒนาของการดำเนินงานคุณภาพ มาจัดทำแผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โดยการจัดอบรมแกนนำหน่วยงานเรื่องการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ทุกหน่วยงานบริหารความเสี่ยงทุกๆด้านได้ไปในแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง โดยคัดเลือกความเสี่ยงสำคัญมาวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล นำสู่การปฏิบัติ ติดตามประเมิน และเฝ้าระวังแนวโน้มการเกิดความเสี่ยง
- ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์สำคัญ ร่วมกับทีมนำและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล วางระบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เฝ้าติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

- จากการประเมินตนเอง พบว่าเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ และทักษะในการบริหารความเสี่ยง บางหน่วยงานพบปัญหาแต่ไม่ทราบ/ไม่กล้ารายงานอุบัติการณ์ จึงจัดทำแผนการให้ความรู้การบริหารจัดการความเสี่ยงแก่แกนนำหน่วยงานทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงโดยจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง

<u>II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย</u>

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

- มีการทบทวนเวชระเบียนในหน่วยงาน ทบทวน12กิจกรรมในหน่วยงาน ทบทวน case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันในทีม PCT และ PTCทบทวนใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งต่อ และ กับทีมสหวิชาชีพ

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย และติดตามตัวชี้วัดผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ACS, Stroke, Sepsis มีระบบการทางด่วนให้ได้รับการเข้าถึงในการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว
- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ใน 10 km ภายใน 10 นาที
- กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรมต้องได้รับการดูแล ณ ห้องฉุกเฉินและส่งต่อ รพ แม่ข่ายภายใน 1ชม. ได้แก่ Multiple trauma ,ผู้ป่วยtrauma on ICD, Head injury ที่ CT brain พบ intracerebral hemorrhage ส่งรักษาต่อ รพ.มหาราชทุกราย เนื่องจากไม่มีศัลยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- กลุ่มผู้ป่วยทางสูติกรรม ได้แก่ PPH, PIH , preterm labor โดยมีสูติแพทย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- กลุ่มผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ได้แก่ ไข้เลือดออกที่มีภาวะ Shock ,โดยมีกุมารแพทย์ในการดูผู้ป่วยต่อเนื่อง

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วย STEMI พัฒนาการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยการขอคำปรึกษาจาก รพ แม่ข่าย ก่อนขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดและขณะส่งต่อ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการรักษา การส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ผลลัพธ์ ในปี 2559- 2563 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI ร้อยละ 23.08, 60, 60.86,83.33 และ 87.25 พัฒนาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที พบปัญหาใช้ระยะเวลานานในผู้ป่วยสูงอายุ , ญาติที่ร่วมตัดสินใจอยู่ต่างจังหวัด และปัญหาระยะเวลาในการ consult รพ แม่ข่าย ก่อนให้ยานาน ทบทวนและปรับโดยแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ส่วนญาติให้ข้อมูลแนวทางการรักษาทางโทรศัพท์ และส่วนของ รพ แม่ข่ายปรับโดยให้โทรศัพท์แทนการรอคำตอบทาง line และเก็บข้อมูลระยะเวลา consult สะท้อนกลับข้อมูลเมื่อใช้เวลานาน ผลลัพธ์ Door to

Needle time เป้าหมายภายในเวลา 30 นาที ในปี 2559- 2563 NA , 43.14 ,52.64 , 47. และ 38 นาที ปี 2564 มีการปรับระบบการให้คำปรึกษาจาก รพ แม่ข่าย โดยให้ประสานศูนย์ส่งต่อและขอคำปรึกษาแก่แพทย์ staff โดยตรงเพื่อลดระยะเวลาการขอคำปรึกษา

- กลุ่มผู้ป่วยStroke พัฒนาการเข้าถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 3 ชั่วโมง พบว่ามีสาเหตุจากความเชื่อเรื่องการนวดอาการจะดีขึ้น,ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ,ไม่ทราบอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ,ไม่มีรถมาโรงพยาบาล ทบทวนและปรับโดย ในคลินิกเรื้อรังและ รพสต เครือข่าย ให้ความรู้อาการของโรคที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ช่องทาง 1669 และติดเอกสารอาการในสมุดประจำตัว ผลลัพธ์ การเข้าถึง Onset to Door ปี 2559 - 2563 ร้อยละ 22.93 , 30.63, 38.95, 30 และ 36.40 ยังพบปัญหาผู้ป่วย มาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 3 ชั่วโมง ปี 2563 ทบทวนและปรับโดยแจกเอกสารอาการสำหรับติดในบ้านเพื่อการรับรู้อาการที่ต้องไปโรงพยาบาลแก่ทุกคนในครอบครัว ให้ความรู้อาการของโรค ช่องทางการแจ้งเหตุ 1669 และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น แก่ ผู้นำชุมชน อสม ในทุก รพ สต และแจกเอกสารช่องทางแจ้งเหตุในผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 13 ปี2564 มีแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และประชาสัมพันธ์ช่องทางแจ้งเหตุครอบคลุมพื้นที่ใน อำเภอปากพนัง
- กลุ่มผู้ป่วย Sepsis พัฒนาการเข้าถึงการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย พบปัญหาการได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า ในปี 2560 ทบทวนและปรับโดย ให้ยาปฏิชีวนะที่ห้องฉุกเฉิน ผลลัพธ์ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ปี2559 - 2563 ร้อยละ 91.9, 94.5, 93.33, 100 , 97.32 และ 100 ตามลำดับ
- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการให้ข้อมูลการเสริมพลัง ในการดูแลตนเอง

พบปัญหา เรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ทราบอาการที่ต้องมา โรงพยาบาล ทบทวนและปรับโดย จัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้เรื่องอาหาร การปฏิบัติตน และการสังเกตอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลสูง /น้ำตาลต่ำ ปี 2559 - 2563 ร้อยละ 2.61 , 2.05 , 0.58 ,1.72 และ1.67

- กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ปี 2559 - 2563 ร้อยละ 51.26 , 52.66 , 58.59 และ 53.73
- กลุ่มผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พัฒนาการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบสาเหตุการตกเลือดเกิดจากรกค้าง การฉีกขาดช่องคลอด uterine atony และการประเมินปริมาณเลือดคลาดเคลื่อน ในปี 2560 มีนวตกรรมทำถุงตวงเลือด ทำให้ประเมินปริมาณเลือดถูกต้องจึงทำให้ได้จำนวนผู้ตกเลือดที่สูงขึ้น ทบทวนและปรับโดยให้มีการประเมินความเสี่ยงตกเลือดตั้งแต่ตอนฝากครรภ์ เพิ่มการดูแลผู้ตกเลือดหลังคลอดโดย ให้ยา oxytocin ทันทีหลังคลอดทารก , คลึงมดลูก รวมทั้งซ้อมการตามทีมแพทย์และพยาบาล ผลลัพธ์ ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
ปี 2559 – 2563 ร้อยละ 3.52 , 5.29 , 2.86 , 2.11 และ 2.5 ตามลำดับ
- ผู้ป่วย COPD พัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลเสริมพลัง พบปัญหา ผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ยังสูบบุหรี่ สัมผัสสิ่งกระตุ้น ทบทวนและปรับโดย จัดกลุ่มผู้ป่วยที่หอบบ่อย ให้ความรู้การปฏิบัติตน การใช้ยาพ่นที่ถูกวิธี และหากพ่น 3 ครั้งอาการไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาล ส่งผู้ที่ยังสูบบุหรี่เข้าคลีนิคสูบบุหรี่ ติดตามผู้ป่วยขาดนัด รวมทั้งประเมินความรู้ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับยาแล้วไม่ไปคลินิกสูบบุหรี่ ปี 2564 ปรับให้ส่งคลินิกสูบบุหรี่หลังจากซักประวัติ ก่อนพบแพทย์
- ผู้ป่วยไข้เลือดออก มีกุมารแพทย์ ปี 2561 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก ป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน ผลลัพธ์ อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินลดลง ปี 2560- 2563 ร้อยละ 0.3 ,1.15 , 0.4 และ 1.2 ตามลำดับ

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- ผู้นำองค์กรกำหนดให้ การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้วยความปลอดภัย และคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้มาเยือน โดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหารความเสี่ยง ตามองค์ประกอบสำคัญ และกระบวนการหลัก ดังนี้ คือการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และติดตามประเมินผล
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพของทุกหน่วยงาน ร่วมกันกำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยง กำหนดขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกระดับ และกำหนดขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากเครื่องมือต่างๆ เช่น Trigger tool , 12 กิจกรรมทบทวน บันทึกอุบัติการณ์ ในโปรแกรม NRLS เริ่มใช้ในปี 2562 แต่ยังใช้ไม่ครบทุกหน่วยงาน ปี 2563 กำหนดให้ทุกหน่วยงานบันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรม NRLS

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

- ผู้นำองค์กรกำหนดนโยบายความปลอดภัย ให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง โดยการประกาศใช้และสื่อสารแก่เจ้าหน้าทุกระดับในการประชุมประจำเดือน และมีการแก้ไขวางระบบในอุบัติการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นและติดตามปฏิบัติตามแนวทาง และการเกิดซ้ำ ผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกร่วมกับทีมนำ และเป็นประธานทีมความปลอดภัยทางคลินิก ร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกทุกสัปดาห์ ทำให้บุคลากรในองค์กรเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย เน้นให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือรายงานทางวาจา และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์สำคัญในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนกรณีอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป มีการทบทวน และ

ติดตามผลในที่ประชุม PCT

- การสนับสนุนและการกระตุ้นของผู้นำ เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญให้บุคลากรในองค์กร เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ ค้นหาความเสี่ยง และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์

- กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทุกหน่วยงานทางคลินิค ทีมระบบงานสำคัญ เช่น IC , ENV , HR , PTC , IM , NSO และ MSO กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม และหน่วยงานสนับสนุน ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมิน พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันและแก้ไข จัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยง(Risk Profile)ประจำหน่วยงาน ทีม ต่างๆ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ หน่วยงาน ทีมต่างๆ บันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง NRLS ทบทวนเหตุการณ์ และหาแนวทางป้องกัน แก้ไข คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ทบทวนแนวทางแก้ไข วิเคราะห์ผลกระทบ หรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ ประเมินความรุนแรงโดยให้คะแนน 1-5 แล้วนำคะแนนทั้งสองมาคูณกัน นำผลคูณมากำหนดระดับความเสี่ยง(Risk Level) พิจารณาจัดความสำคัญของ Risk ทั้งหมด เพื่อวางแผนการจัดการความเสี่ยงด้วยกิจกรรม ป้องกันการเกิดความเสี่ยง หรือทุเลาความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น และติดตามการเกิดอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง (Risk Register)

- ปี 2561 พบอุบัติการณ์ Adverse Event จากการให้ยาปฏิชีวนะขนาดความแรงปกติในผู้ป่วยโรคไต ส่งผลให้ผู้ป่วยชักต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ รพ แม่ข่าย และรับกลับมารักษาต่อเมื่ออาการดีขึ้น จากการทบทวนปรับโดยให้มีการซักประวัติโรคประจำตัวทุกครั้ง และลดความแรงของยาปฏิชีวนะตามค่าไต (ระเบียบปฏิบัติ)

- ปี 2562 พบอุบัติการณ์ Adverse Event จากการใช้ยา KCl Elixer จากคำสั่งการใช้ยาใน order one dayไม่ระบุจำนวนครั้งของการให้ยา จึงให้ยาครบ 4 ครั้งใน 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะ hyperkalemia ผลการทบทวน กำหนดแนวทางการรักษาภาวะ Hypokalemia โดยให้ order ยา KCl Elixer ระบุจำนวน 2-3 dose แล้วตรวจ K+ ซ้ำเปรียบเทียบกับค่าเดิมของผู้ป่วย

-ปี 2563 พบอุบัติการณ์ Adverse Event ผู้ป่วย admit ด้วย NSTEMI หลังจำหน่ายนัดติดตามอาการ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวหลังจากนั้น 8 วัน ผู้ป่วย admit CHF

- อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดของปี 2559-2563 คือ ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับเกือบพลาด ทีม PTC กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา ดังนี้

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

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

ในปี 2557-2558 พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาสูงถึง ร้อยละ 25.46 และ 31.90 เนื่องจาก มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยา ทำให้สามารถดักจับปัญหาการสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสั่งใช้ยาที่พบบ่อย คือ การไม่สั่งพิมพ์ sticker รายการยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา และการใช้คำย่อ ที่ไม่อยู่ในมาตรฐานในการสั่งใช้ยา จึงได้ ประสานขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ ผลลัพธ์ อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ปี 2559 – 2563 ร้อยละ 19.32 ,18.31 ,17.89 ,16.9 และ13.99

- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ของแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง

เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกรในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น

- ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา(Administration error)พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ HosXp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10 R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ อัตรา Administration error แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 1.38 , 0.77, 2.35 0.58 และ 0.68 และ อัตรา Administration error แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 0.01 ในปี 2562 จากอุบัติการณ์ผสมยา

Heparin ในน้ำยาล้างไตขนาดคลาดเคลื่อน ไม่มีอันตรายแก่ผู้ป่วย ทบทวนและปรับโดย กรณีผู้ป่วยนำยามาจากที่อื่นให้ผ่านห้องยาทุกราย หลังจากนั้นไม่พบอุบัติก่รณ์ซ้ำ

- การระบุผู้ป่วยผิดพลาด เกิด Identification Error ในผู้ป่วยเด็กพี่น้องฝาแฝด และผู้ป่วยที่มีชื่อ-สกุลเดียวกัน จึงได้กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ ภาพถ่าย ถ้าเป็นฝาแฝดจะระบุแฝดพี่ แฝดน้อง กรณีมีชื่อ-สกุลและอายุเท่ากันให้ถามชื่อพ่อแม่ และทำPop-upในระบบHosXP เจ้าหน้าที่ห้องบัตรสอบถามยืนยันอีกครั้งก่อนการบันทึก เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานต้อง สอบถาม ชื่อ-สกุล อายุ ซ้ำทุกครั้งของการให้บริการ และก่อนทำหัตถการต่างๆ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการนำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดงทุกครั้ง
- การส่งตรวจสิ่งส่งตรวจเกิดความผิดพลาดในเรื่องของการสิ่งส่งตรวจไม่ครบ สิ่งส่งตรวจผิด ระบุชื่อ-สกุลสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง สิ่งส่งตรวจไม่ได้ตามปริมาณที่ Label ของ Tube ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 83 ครั้ง ทบทวนแนวปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ ปรับเน้นขั้นตอน การลงรายการส่งตรวจ การตรวจสอบหลังเจาะเลือด และก่อนนำส่ง (ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การส่งสิ่งส่งตรวจ) ปี 2563 ยังคงเกิดอุบัติการณ์ 65 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบ
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ ปี 2561 เกิดอาการ Burn จากการใช้แผ่นร้อนในผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดระดับ E จำนวน 1 ครั้ง ทบทวนและปรับให้มีการประเมินความรู้สึกก่อนวางแผ่นร้อนทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ในปี 2562 และ ปี 2563 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

- มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบโปรแกรมความเสี่ยง NRLS ปี 2559-2563 จำนวนอุบัติการณ์ 5458, 4100, 3,659 , 2,467และ 1640 ครั้งตามลำดับ ช่องทางการค้นหาอุบัติการณ์ เช่น หน้า web โรงพยาบาล , ตู้ความคิดเห็น หรือรายงานแก่ผู้อำนวยการโดยตรง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรตระหนักถึงวัฒนธรรมความปลอดภัย แต่มีแนวโน้มลดลง จากการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ พบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงาน, บางหน่วยงานไม่มีคอมพิวเตอร์, เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นชินการใช้โปรแกรม ,ไม่มีเวลา และบางหน่วยงานเก็บรายงานนอกโปรแกรม แต่บุคลากรมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัยแจ้งโรงจอดรถ มีจุดเสี่ยงเนื่องจากไม่มีไฟ จึงให้เขียนและแจ้งหัวหน้างานลงอุบัติการณ์ในคอมพิวเตอร์ให้ ทำให้มีการปรับปรุงโดยติดไฟโรงจอดโรงพยาบาลให้สว่าง

  ในปี 2562 มีการลงอุบัติการณ์ในระบบ NRLS เนื่องจากเป็นการใช้โปรแกรมใหม่ และมีการกำหนดรหัสอุบัติการณ์ตาม 2 P safety เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นชินในการหารหัสอุบัติการณ์ จึงทำให้การรายงานอุบัติการณ์ลดน้อยลง ทบทวนและปรับโดยจัดประชุมการลงบันทึกอุบัติการณ์ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง , ในที่ประชุมประจำเดือน กลุ่มการพยาบาล ร่วมกับการลงแนะนำในแต่ละหน่วยงานทางคลินิก และผู้นำองค์กรกระตุ้นให้มีการลงอุบัติการณ์เมื่อมีการรายงาน ผลลัพธ์ ยังคงมีรายงานอุบัติการณ์น้อย

ปี 2563 กำหนดให้ทุกหน่วยงานลงอุบัติการณ์ในโปรแกรม NRLS เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้รับทราบอุบัติการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

- การรับรู้เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิด(เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่างๆ

- Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูง ในเรื่องโครงสร้าง กายภาพ สิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสจะเกิดอุบัติเหตุจากรถสวนกันเนื่องจากพื้นที่แคบ , มีสัตว์เลื้อยคลานในกอหญ้า ได้มีการปรับสภาพแวดล้อมรอบตึก 5ชั้น และ 4ชั้น โดย จัดเป็นสวนหย่อม แบ่งโซนจอดรถจักรยานยนต์ รถยนต์ และตัดแต่งกิ่งไม้

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

- IC Round โดยคณะกรรมการ IC พบปัญหาเรื่อง การแยกขยะของหน่วยงาน , การจัดโซนสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยไอ 2 สัปดาห์บริเวณ opd ปรับเปลี่ยนบริเวณคัดกรองให้มีฉากกั้นไม่เปิดเผยผู้ป่วย

- RM Round พบปัญหาการใช้โปรแกรม NRLS ในบางหน่วยงาน ปรับโดยให้ความรู้การใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ในที่ประชุม ลงหน้างาน และหัวหน้าหน่วยงานนิเทศเจ้าหน้าที่

- บทเรียนการวิเคราะห์ RCA/ การกำหนดมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม การใช้ Human Factor Engineering

-ปี 2561 เกิดปัญหา Unplaned CPR ในผู้ป่วย Anaphylaxis พบการประเมินผู้ป่วยและการรักษาไม่ครอบคลุมที่ER เกิดภาวะ acute respiratory failure และ Cardiac arrest หลัง admit 4 ชั่วโมง ผลการทบทวน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Anaphylaxis ในผู้ใหญ่และเด็ก ปี 2562 -2563 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

-Missed Diagnosis ในผู้ป่วย Appendicitis ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ส่งตัวรักษาต่อล่าช้า เกิด Appendix Ruptured ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการประเมิน โดยใช้ใบAlvarado score ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง และประเมินต่อเนื่องขณะ Admit หากประเมินได้ 5-6 คะแนนให้NPO และ Referในกรณีประเมินได้ 7 คะแนน ปี 2563 พบอุบัติการณ์ซ้ำ 1 ครั้ง ทบทวนและปรับโดยหลังจากซักประวัติผู้ป่วยให้ใส่ใบประเมิน Alvarado score ก่อนพบแพทย์ตรวจ

- มีการวางระบบให้ทบทวนโดยใช้ RCA ในกรณีที่เป็นอุบัติการณ์ ระดับ G-I และในรายที่เกิด Adverse Event ที่มีระดับความรุนแรง E-I ในปี 2563 เกิดอุบัติการณ์ ระดับ H 18 ครั้ง และ I 9 ครั้ง

(5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

- กำหนดจุดเน้นนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลปากพนัง (2P Safety) ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาล 2P Safety ในเดือนกรกฎาคม2561 โดยเริ่มนำระบบการรายงานในโปรแกรม NRLS

(National Reporting and Learning System) เลือกรายงานแบบ Real time ในเดือนมีนาคม 2562 ปรับปรุงคู่มือบริหารความเสี่ยงและแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ Safety Goal : Simple โดยกำหนดจุดเน้นของโรงพยาบาลปากพนัง มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการตื่นตัวในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. Patient Safety Goals เน้น เรื่องหลัก S-I-M-P-L-E คือ
   - 1.2 Safe Surgery: Surgical Safety Checklist / SSI
   - 1.2 Infection Control: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เน้นการล้างมือ, CAUTI
   - 1.3 Medication Safety: ความปลอดภัยในการใช้ยา เน้น High Alert Drug และ Medication Error Medication Reconciliation, RDU , Blood Transfusion Safety
   - 1.4 Patient Care Process: Patient Identification ,Critical Test Result , Prevention Pressure Ulcer , Prevention Patient Fall
   - 1.5 Line , Tube and Catheter / Right and Accurate Laboratory Results
   - 1.6 Emergency Response: การตอบสนองต่อภาวะเร่งด่วนในกลุ่มโรงเสี่ยงสูง เน้น Stroke, ACS, PPH ,

Birth asphyxia และ ER Safety

2. Personnel Safety Goal เน้นเรื่องหลัก S-I -M-E คือ

2.1 Social Media and Communication: การใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม

2.2 Infection and Exposure การป้องกันการติดเชื้อทางอากาศขณะปฏิบัติงาน , การสัมผัสเชื้อผ่านของมีคม

2.3 Mental Health and Mediation: การดูแลความรู้สึกไม่ปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกคุกคาม ทางร่างกายและจิตใจ

2.4 Ambulance and Referal Safety ,Workplace Violance

- ปลูกฝังบุคลากรเรื่องค่านิยมองค์กรในเรื่องการทำงานเป็นทีม และให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้นำให้คุณค่า และใส่ใจเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ และบุคลากรอย่างต่อเนื่องเน้นย้ำในทุกโอกาสที่มีการประชุม

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- ประสิทธิภาพในการค้นหา (เป้าหมาย สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Near Miss › Miss) มีแนวโน้มสูงขึ้น
- ประสิทธิภาพการรายงาน (เป้าหมายเพิ่มขึ้น)การรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากเปลี่ยนแปลงโปรแกรมในการรายงานอุบัติการณ์ ได้มีการกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ แนะนำการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มอบหมายให้ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง เป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน สนับสนุนการรายงานความเสี่ยงด้วยการใช้โปรแกรมความเสี่ยงคอมพิวเตอร์
- ตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ G-I ได้รับการทำ RCA ภายใน 7 วัน เป้าหมายร้อยละ 100 (เดิมกำหนดให้ทำ RCA ภายใน 3 วัน เนื่องจากมีการประชุมทีมสหวิชาชีพทุกสัปดาห์ จึงปรับเป็นภายใน 7 วัน) แต่พบปัญหาบันทึกการแก้ไขในโปรแกรม NRLS ล่าช้า

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกรในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น ผลลัพธ์ ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา ปี 2559 – 2563 ร้อยละ 1.79 ,0.82 ,0.82 0.68 และ 0.51
- ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา(Administration error)พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ กำหนดให้มีการสั่งยาผ่านระบบ Hosxp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10R, เพิ่มการ double check และการ cross check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ผลลัพธ์ อัตรา Administration error ผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.77, 2.35, 0.58 ,0.64 และ 0.76 อัตรา Administration error ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 0.01และ 0.14 ในปี 2562 ปี 2563 สาเหตุจากการไม่ได้ให้ยาจากห้องฉุกเฉินก่อน admit และการให้สารน้ำผิดชนิด ทบทวนและปรับโดยกำหนดให้มีการตรวจสอบแผนการรักษาก่อนจำหน่ายพร้อมบันทึกในใบตรวจสอบ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม	3	L	จัดประชุมร่วมกับทีมอื่นๆ เพื่อจัดทำทะเบียนและระบบความเสี่ยงทั้งเชิงรับและรุก กระตุ้นแต่ละทีมในการรายงานอุบัติการณ์และจัดระบบพัฒนาป้องกันการเกิดซ้ำ
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3	L	ประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงทุกเดือนเพื่อร่วมกันจัดระบบความเสี่ยงให้พัฒนายิ่งขึ้น
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3	I	ทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิกและทบทวนจาก Trigger tool เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3	I	จากการทบทวนอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยงเชิงมาวางระบบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรคหรือแต่ละอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	L	Quality Round ในกลุ่มงานที่ยังขาดความรู้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความเสี่ยงแก่บุคลากร เพื่อกระตุ้นการดักจับ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3	L	สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำผ่านหัวหน้าพาทำกิจกรรมคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงาน รวมทั้งเพิ่มการนำเสนอข้อมูล อุบัติการณ์ความเสี่ยงในวาระการประชุมของคณะกรรมการบริหารเพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3	L	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวางแนวทางพัฒนาคุณภาพ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ รวมทั้งติดตามประเมินผลในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน : ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล						
1.ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	50%	100	100	100	100	100
2.จำนวนผลงานวิชาการ นวัตกรรมที่นำมาใช้ในหน่วยบริการพยาบาล	4 เรื่อง/ปี	7	6	8	8	9
การใช้กระบวนการพยาบาล						
3.ร้อยละผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล	>80%					
(ผู้ป่วยใน)						
-Internal		90.81	91.44	83.85	76.66	72.58
-External		NA	80.09	75.88	71.11	66.94
(ผู้ป่วยนอก)						
-External	>80%	94.70	93.70	86.36	86.15	88.28
4.ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล	>80%	81.76	80.18	83.33	83.39	77.16
ความปลอดภัย						
5.อัตราการเกิดอุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไป	0	168	244	254	127	239
ความสามารถในการดูแลตนเอง						
6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ Hb A_1C <70%	>40%	38.29%	37.24%	36.99%	33.07%	27.28
7.ร้อยละของการควบคุมระดับความดันโลหิต BP < 140/90 mmHg.	>50%	47.60	48.65%	52.63%	57.06	53.73
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล						
8.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>85%	88.67	83.76	86.98	88.25	87.75
9.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	>85%	91.50	88.95	88.00	86.16	85.65
10.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องคลอด	>85%	87.69	87.40	87.00	90.45	86.17
11.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องผ่าตัด	>85%	90.40	97.50	97.24	93.64	93.95
12.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในหญิง	>85%	92.80	89.64	89.73	88.59	80.90
13.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในชาย	>85%	91.03	89.00	87.41	90.25	92.21
14.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในเด็ก	>85%	N/A	88.00	90.64	91.00	89.13

ii. บริบท

กลุ่มการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุด แบ่งการบริหารตามลักษณะงาน บริหารออกเป็น 8 งาน ประกอบด้วย 1) งานพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) งานการพยาบาลผู้ป่วยคลอด 4) งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล 5) งานการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง 6) งานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย 7) งานการพยาบาลผู้ป่วยในเด็ก (รับผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และหลังคลอด) 8) งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ งานจ่ายกลางและซักฟอก และมีงานโภชนาการขึ้นอยู่กับกลุ่มการพยาบาลด้วย

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ กลุ่มผู้พิการ สูงอายุ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย ACS Stroke COPD Multiple trauma และ Preterm delivery

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 58 คน

ข้าราชการ 55 คน ลูกจ้างเงินบำรุง 3 คน

อายุการปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็น 18.96%

อายุการปฏิบัติงาน 6-10 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็น 22.41%

อายุการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน คิดเป็น 58.62%

อายุเฉลี่ย 38.5 ปี

เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 19 คน พนักงานธุรการ 1 คน

พนักงานเปล 5 คน พนักงานบริการ 5 คน

โภชนาการ 1 คน พนักงานซักฟอก 5 คน

รวมจำนวนบุคลากรกลุ่มการพยาบาลทั้งหมด 97 คน

จาการประเมินความเพียงพอของอัตรากำลังและภาระงาน พบว่าอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานตามกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาล ตามมติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลปากพนัง ควรมีพยาบาลวิชาชีพ อัตรากำลังขั้นต่ำเท่ากับ 62 คน อัตรากำลังขั้นสูงเท่ากับ 78 คน ปัจจุบันกลุ่มการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพ 58 คน (ตุลาคม 2563)

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

ลำดับ	คุณวุฒิของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (คน)
1.	ปริญญาโท (ด้านการพยาบาล)	2
	- ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่	1
	- ด้านการพยาบาลมารดา – ทารก	1
2.	ปริญญาตรี	56
3.	เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ	
	- การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2
	- เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น)	6
	- การพยาบาลวิสัญญี	2

iii. กระบวนการ

II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

ผู้นำทีมการพยาบาลโรงพยาบาลปากพนังทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านบริหาร ดังนี้

- หัวหน้าพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 27 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลเป็นเวลา 10 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
- ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอทั้งด้านการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 100%
- มีการจัดทำวิธีการสรรหา คัดเลือกหัวหน้างาน โดยคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

- หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลปากพนัง ได้แก่ ER และ LR คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล จึงได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่จะจัดให้อยู่ประจำ 2 หน่วยงานนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ปี และการจัดเวรต้องอยู่ควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร แต่ในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการสอบเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการใหม่ลงใน รพ.สต.และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้ข้อกำหนดเรื่องประสบการณ์การปฏิบัติงาน จะต้องยืดหยุ่น มีความจำเป็นต้องจัดพยาบาลใหม่ไปประจำในหน่วยงาน ER และ LR แต่ต้องอยู่เวรควบคู่กับพยาบาลรุ่นพี่ทุกเวร โดยหัวหน้างาน มีการนิเทศ ประเมิน ติดตาม การปฏิบัติหน้างานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการสอนฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด
- มีการกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริม กรณีที่ภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนด และมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ในกรณีมีการลาหรือเจ้าหน้าที่ไปประชุม ได้ให้อำนาจหัวหน้างาน เรียกอัตรากำลังเสริมได้ทันทีตามความเหมาะสม เพื่อให้การทำงานมีความคล่องตัวตลอดเวลา

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ต้องมีวุฒิพยาบาลศาสตร์ พร้อมใบประกาศวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 กำหนดให้บุคลากรทางการพยาบาลต้องได้รับการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและได้รับคะแนน CNEU 50 หน่วยคะแนนภายใน 5 ปี ผลการดำเนินการปี 2559 – 2563 พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพครบ 100%

กลุ่มงานการพยาบาลกำหนดนโยบายหลักให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน มีพฤติกรรมบริการที่ดี ยึดมั่นในจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในปี 2563 พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของพยาบาลเวรบ่าย – ดึก 1 ครั้ง ได้ว่ากล่าวตักเตือน จากการทำแบบสอบถามประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาล ในปี 2563 พบว่า มีการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยร้อยละ 95.08 มีการประเมินพฤติกรรม จริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาลโดยผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 91.35

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:

มีการกำหนดการนิเทศของกลุ่มงานการพยาบาล 3 ระดับ คือ ระดับกลุ่มงานการพยาบาล ระดับหน่วยงานและระดับทีมการพยาบาล ระดับกลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นิเทศ โดยทำแผนนิเทศหน่วยงานละ 1 ครั้ง/เดือน
ระดับหน่วยงาน มีหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกวัน เพื่อให้คำปรึกษา สอนงานหน้างาน และทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุก 6 เดือน รวบรวมผลการประเมินส่งหัวหน้าพยาบาล
ระดับทีมการพยาบาล มีหัวหน้าเวรเป็นผู้นิเทศเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ลงไป นิเทศวันละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน

ผลการนิเทศ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังมีจุดอ่อนในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ยังไม่ครอบคลุมทางด้านจิตวิญญาณ สังคม และมีจุดอ่อนในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลจึงนำเรื่องนี้มาเป็นจุดเน้น ปรับปรุงรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยประเมินผู้ป่วยแรกรับ ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปรับ nursing progress note ให้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน สอดคล้องกับเกณฑ์ สปสช.มีการกำหนดแผนการพยาบาล

ตามข้อวินิจฉัยตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล 5 โรค ได้แก่ MI , Stroke , COPD , DM , HT มีการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยการทำ One day one chart และตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยทีม Audit chart เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุง ได้ปรับระบบโดยนำคะแนน SOS Score มาใช้ในการประเมินอาการแรกรับและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
  - ส่งเสริมการนำ 3P มาใช้ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรในเรื่องความปลอดภัย
  - ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวน เช่น ทบทวนอุบัติการณ์ ทบทวนเวชระเบียน การปฏิบัติงานประจำวันและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธี การลดอัตราการเกิดภาวะ PPH

ผลการดำเนินงาน

-การติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.07,0.06,0.05,0.04 และ 0.04 ต่อพันวันนอน ในปี 2559,2560,2561,2562 และปี 2563 ตามลำดับ

-อัตราการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 35.72,30.0,14.28,2.11และ 2.5 ในปี 2559,2560,2561 และปี 2563 ตามลำดับ

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

- กลุ่มการพยาบาลสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ มาพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลในหน่วยงาน ได้แก่ การนวดเต้านมในมารดาหลังคลอดวันแรกในกรณีมารดาน้ำนมไม่ไหล การใช้แบบประเมิน Fall risk score เพื่อประเมินผู้ป่วยตกเตียง และใช้ Pain management มาจัดการความปวดเป็นต้น
- จัดซื้อเครื่องดูดสุญญากาศ (Vaccuum) เพื่อใช้ทำคลอดกรณีการคลอดล่าช้า จำนวน 1 เครื่อง
- จัดซื้อเครื่อง NIBP เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ ความดันโลหิต ชีพจร และความอิ่มตัวของออกซิเจน จำนวน 2 เครื่อง
- จัดซื้อเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด จำนวน 2 เครื่อง
- จัดซื้อเครื่อง Drop tone เพื่อความแม่นยำในการตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ จำนวน 1 เครื่อง
- จัดซื้อเครื่องรักษาเด็กตัวเหลืองชนิดหลอด LED (Intensive Photo) เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด จำนวน 1 เครื่อง

-กลุ่มการพยาบาลกำหนดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ทุกคน 100%

-มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม โดยหัวหน้างาน และหัวหน้าพยาบาล

-จัดให้มีพยาบาลรุ่นพี่รับผิดชอบน้องเป็นรายบุคคล ทำหน้าที่ กำกับ ดูแล สั่งสอน ชี้แนะ การปฏิบัติงานและกำหนดไม่ให้น้องจบใหม่แลกเวรมาอยู่ด้วยกัน

-กำหนดให้หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงและหัวหน้าเวรเป็นผู้นิเทศ กำกับ ดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล

-ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นรอบ ๆ นำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:
  - จัดตั้งคณะกรรมการวิชาการกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อสำรวจความต้องการและความรู้ที่จำเป็นในงานของกลุ่มงานการพยาบาล รวมถึงความรู้ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ ใน รพ.สต.เครือข่าย
  - จัดทำ Specific clinical risk ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคอุจาระร่วง โรคไข้เลือดออก
  - จัดประชุมวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาลและเครือข่ายตามแผนพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลปากพนัง
  - ส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการจากการไปประชุมวิชาการนอกหน่วยงานทุกครั้งในการประชุมประจำเดือน กลุ่มงานการพยาบาล
  - สนับสนุนบุคลากรร่วมเก็บข้อมูลโครงการวิจัยกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ร่วมกับมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- สนับสนุนบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ณ. โรงแรมทวินโลติส นครศรีธรรมราช

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

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

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

- จัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล โดยเลขานุการความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาลเป็นเลขานุการความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วย ให้การสนับสนุน กระตุ้น การพัฒนาคุณภาพ และติดตามประเมินผล
- ใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยงระบบเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์และการค้นหาความเสี่ยง ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- กำหนดให้ทุกหน่วยงานทำ Risk Profile เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและดูแลความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

- กลุ่มงานการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังภาวะการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน ผลการปฏิบัติ ปี 2561 มี 3 ราย ปี 2562 ไม่มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และในปี 2563 มี 1 ราย
- ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD มีการประสานงานกับทีม Home Health Care และเครือข่ายสุขภาพใกล้บ้าน ในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการดำเนินการพบว่าการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนในปี 2559 – 2563 เท่ากับ 90 , 70.05 , 65.0 , 68.5 และ 70.00 ตามลำดับ
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีการปรับเวลาขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรองและจุดซักประวัติ ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.00 น. จุดละ 1 คน แพทย์เริ่มตรวจเวลา 08.00 น. เพื่อประเมิน คัดแยกผู้รับบริการ ลดระยะเวลารอคอยและประเมินระดับความพึงพอใจ จากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ ปี 2562 เท่ากับ ร้อยละ 88.25 และร้อยละ 87.75 ในปี 2563 และพบประเด็นห้องน้ำ มีกลิ่นอับ ไม่สะอาด ไม่เพียงพอ ได้ควบคุม กำกับ ให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง ติดพัดลมเพิ่มขึ้น เพื่อระบายอากาศ ส่วนในประเด็นกิริยา มารยาทของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และการดูแลให้ความช่วยเหลือด้วยความมีน้ำใจ มีคะแนนจาก ร้อยละ 92.80 เป็นร้อยละ 92.90
- งานบริการฝากครรภ์ ให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน โดยแยกประเภทของผู้มารับบริการ วันอังคารเป็น ANC รายใหม่ วันพฤหัสบดี ANC รายเก่า เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน high risk ในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
- การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อและศรัทธา และดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการสอบถามความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ปี 2563 เท่ากับร้อยละ 90

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

- ทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึง “สิทธิ” และ “ข้อพึงปฏิบัติ” ของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยมีการติดคำประกาศสิทธิไว้ในทุกหน่วยงาน ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่จบใหม่ทุกคน และให้ผู้ปฏิบัติงานติดป้ายชื่อตำแหน่ง ต้อนรับผู้รับบริการด้วยอัธยาศัยอันดี แนะนำให้ข้อมูลก่อนให้บริการทุกครั้ง การเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกให้การช่วยเบื้องต้นตามความเหมาะสม และข้อมูลความลับจะได้รับการปกปิด

- กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สื่อสารให้บุคลากรกลุ่มการพยาบาลรับทราบและถือปฏิบัติ
- มีช่องทางรับความคิดเห็นจากผู้รับบริการ จากการตรวจเยี่ยมในหน่วยงาน จากตู้รับความคิดเห็นนำมาปรับปรุง
- ทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติการพยาบาลที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
- ประเมินบุคลากรทางการพยาบาลด้านพฤติกรรมบริการโดยผู้รับบริการ

(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาลทุกคน ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม กาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยการ

1.เสริมความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการส่งพยาบาลเข้าร่วมอบรมการใช้กระบวนการพยาบาล และพูดให้พยาบาลทุกคนฟังในการประชุมประจำเดือน

2.มีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลและติดตามประเมินผลการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

3.นำผลการ Audit เวชระเบียน แจ้งให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนทราบ พร้อมแนวทางการแก้ไขปรับปรุง

4.ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยติดตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลและรายงานอุบัติการณ์ในภาพรวม

5.จัดทำแผนการประชุมวิชาการทุก 1-2 เดือน และส่งเสริมให้มีการนำผลการประชุมวิชาการมาใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น การรักษาและการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไข้เลือดออก ผู้ป่วย Stroke , ACS , การดูแลครรภ์เสี่ยง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น

6.ส่งเสริมการใช้องค์ความรู้ในการพัฒนางานบริการ เช่น การใช้เทคนิคการนวด การหายใจ เพื่อลดปวดในระยะรอคลอดของหญิงตั้งครรภ์ การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมในมารดา หลังคลอด

(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายจัดบริการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วยทุกราย โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ซึ่งมีการประเมินและ วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ โดยเน้นผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งมีระบบในการส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพให้สถานบริการใกล้บ้าน โดยมีการประสานงานกับทีม Home Health Care เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดทำแบบฟอร์มติดตามการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการตอบกลับของข้อมูล

จากการติดตามการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชาชน ผลการวางแผนการจำหน่ายโดยการสอบถามความเข้าใจ และเก็บรายงานตัวชี้วัดพบว่า วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การตอบกลับของข้อมูลยังมีน้อย

- กลุ่มการพยาบาล กำหนดให้บุคลากรทางการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินผู้ป่วยแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครอบคลุมปัญหาที่เกิดและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยในปี 2559 – 2563 พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 80.09 , 75.88 , 71.11 และในปี 2563 เท่ากับ 66.94 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในปี 2560 – 2562 เท่ากับร้อยละ 93.70 , 86.36 , 86.15 และในปี 2563 เท่ากับ 88.28 ตามลำดับ

- กลุ่มงานการพยาบาลในงานห้องคลอด ได้ทบทวนแบบประเมินความเสี่ยงแรกรับของผู้คลอดพบว่า ไม่ครอบคลุมในประเด็นการเกิดภาวะ PPH และ Birth asphyxia จึงได้ร่วมกันปรับปรุงให้มีการประเมินครบถ้วน และจัดลำดับความรุนแรง โดย

จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงแรกรับ Intrapartum risk score

- กลุ่มงานการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน ได้ปรับแบบบันทึกความก้าวหน้าในการรักษาไว้กับ Doctor order sheet ใช้ร่วมกันในสหวิชาชีพ (แพทย์,เภสัชกร,พยาบาล,แพทย์แผนไทย,โภชนากร) ง่ายต่อการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย

(4) บันทึกทางการพยาบาล:

- กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้ทุกหน่วยบริการพยาบาล ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผลการประเมินมีดังนี้

ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล					
ข้อมูล	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	90.45	89.45	95.0	95.0	90.0
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	79.5	81.5	82.50	82.7	80.0
การวางแผนการพยาบาล	75.2	80.0	82.50	83.0	72.5
การปฏิบัติการพยาบาล	80.2	81.30	85.0	85.5	77.5
การประเมินผลการพยาบาล	75.25	78.8	90.0	85.67	72.5
การวางแผนการจำหน่าย	90.0	70.05	65.0	68.5	70.0
รวม	81.76	80.18	83.33	83.39	77.16

- ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ในการบันทึกทางการพยาบาล คะแนนลดลงและมีคะแนนรวมเฉลี่ย 77.16 จากการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า มีการใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แต่การนำผลคะแนน SOS Score มาใช้ในการเฝ้าระวังดูแลยังมีน้อย สำหรับการวางแผนการจำหน่าย ปี 2559 – 2563 เท่ากับร้อยละ 90.0 , 70.05 , 65.0 , 68.5 และ 77.16ตามลำดับ เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ รวมทั้งการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล คำแนะนำ ข้อมูลอาการผู้ป่วยที่รับและส่งต่อมีน้อยจากการประชุมร่วมกับทีมสารสนเทศและเวชระเบียนของโรงพยาบาล ได้มีการกำหนดให้มีการบันทึกตั้งแต่แรกรับลงในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลทุกราย

การบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า

1. การประเมินอาการและการบันทึกแรกรับไม่ครอบคลุม อาการสำคัญ ขาดการประเมินสภาพร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วย Sepsis จากแผล DM แรกรับไม่ได้ประเมินแผล DM ที่เป็นสาเหตุของการเกิด Sepsis ทำให้การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำมาสู่ของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
2. การซักประวัติประจำเดือนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และซักประวัติพัฒนาการ การได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
3. การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในผู้ป่วยหลังทำหัตถการไม่เหมาะสม การ Record Vital Signs ก่อนและหลังทำหัตถการ ไม่มีการบันทึกผลการตรวจที่สำคัญ เช่น ลักษณะน้ำคาวปลา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การให้ PRC การเจาะปอด การให้ยาความเสี่ยงสูง
4. ไม่ระบุวันและเวลาที่ชัดเจนในการบันทึกแต่ละเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง
5. การลงลายมือชื่อผู้บันทึกไม่ชัดเจน ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาล ต้องบันทึกทั้งชื่อและนามสกุล อ่านออก ชัดเจน
6. การวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับมีน้อย รวมทั้งการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล กิจกรรมการพยาบาล คำแนะนำ การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป

จากปัญหาที่พบ ทีมบริหารการพยาบาลและทีม Audit เวชระเบียน แจ้งให้ทุกหน่วยบริการพยาบาลรับทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:

- กำหนดการส่งเวรด้วยการส่งความเสี่ยง หรืออาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง Specific Clinical Risk
- วางระบบป้องกันความเสี่ยงในการประเมินอาการสำคัญ Early warning signs , Pre arrest signs
- ส่งพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวแทนของหน่วยงาน เข้ารับการอบรม การใช้กระบวนการพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาล

และการ Audit เวชระเบียน

- ส่งเสริมการทำ One day one chart โดยใช้ C 3 THER ในการรายงาน มีการทบทวน 12 กิจกรรม เพื่อเชื่อมโยงสหวิชาชีพ
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน CPG กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบและทำความเข้าใจ โดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร
- กำหนดตัวชี้วัดทางการพยาบาลและผู้รับผิดชอบ เพื่อนำมาทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเบื้องต้น
- จัดทำคู่มือการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ไว้ประจำหน่วยงาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การพัฒนาการบริหารพยาบาล

- การจัดอัตรากำลัง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปากพนังและจำนวนผู้รับบริการในปัจจุบัน ให้ได้รับบริการตามความคาดหวัง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความสุข โดยการกำหนดประเภทผู้ป่วยและจำนวนผู้ป่วย หากผู้ป่วยเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรือกรณีมีคนลา/ประชุม/อบรม สามารถเรียกพยาบาลมาเสริมได้ตามแนวปฏิบัติ

การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล

- กำหนดให้การรับส่งเวร ให้ส่งความเสี่ยง อาการที่ต้องเฝ้าระวัง (Specific clinical Risk) ในแต่ละเวร และให้บันทึกข้อมูลลงในสมุดรับส่งเวร เพื่อส่งให้ทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพรับทราบ
- จัดทำ CPG ในโรคสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล	3	L	-พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานด้านการบริหาร -พัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล -สนับสนุนการนำผลงานวิชาการ เช่น CQI นวัตกรรม การทำวิจัยจากงานประจำ/การใช้ความรู้เชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาล
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	L	นิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล โดยเฉพาะประเด็น D/C Plan เพื่อการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและต่อเนื่องถึงทีม Home Health Care

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (แพทย์)	>80%					
- Discharge summary : Dx , OP		NA	NA	81.61	94.01	85.80
- History		NA	NA	53.89	80.15	62.50
- Physical exam		NA	NA	67.78	82.58	76.90
- Progress note		NA	NA	46.67	69.62	44.70
- Consultation record		NA	NA	100	94.54	N/A
- Operative note		NA	NA	92.06	97.16	N/A
ร้อยละการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
-อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20%	26.98	21.18	23.15	32.00	13.90
-อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20%	24.48	27.03	25.50	28.81	15.50
-อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40%	60.53	67.93	60.87	59.16	38.30
-อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤10%	12.70	12.02	12.24	5.06	2.00
ร้อยละแพทย์สรุปเวชระเบียนไม่ทัน (ภายใน 7 วัน)	≤5%	7.4	9.4	17.6	15.7	43
ข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมขององค์กรแพทย์	0%	0	0	0	0	0
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	≤90 นาที	49	73	64	64	52

ii. บริบท เป็นองค์กรแพทย์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ประกอบด้วยรักษาการผู้อำนวยการ 1 คน แพทย์ประจำ 9 คน แพทย์ใช้ทุน 4 คน มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 2 คน , สูตินรีเวช 1 คน , กุมารเวช 1 คน รับผิดชอบการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งให้คำปรึกษาวางแผนเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:

กลุ่มโรคเรื้อรัง (DM HT CKD Asthma และ COPD)

กลุ่มโรคเฉียบพลัน (ACS และ Stroke)

กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน (TB DHF HIV Pneumonia Sepsis และ AGE)

กลุ่มแม่และเด็ก (Birth asphyxia, Preterm delivery, PPH)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ

iii. กระบวนการ

(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

องค์กรแพทย์มีบทบาทหลัก 3 บทบาท คือ

- **บทบาทด้านบริหาร** โดยรักษาการผู้อำนวยการเป็นตัวแทนขององค์กรแพทย์ในการบริหารงานของ

โรงพยาบาล

- **บทบาทด้านการบริการ** ให้การรักษาดูแลผู้ป่วย กำหนดนโยบาย ข้อปฏิบัติของสมาชิกองค์กรแพทย์ ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน มีการหมุนเวียนให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยกันตามความเหมาะสม การจัดตารางการทำงานในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ การปฏิบัติงานยึดหลักตามระเบียบราชการและระเบียบที่กำหนด
- **บทบาทด้านวิชาการ** เป็นประธานทีมนำต่าง ๆเช่นทีม PCT,RM , IM ,ICมีการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เด็ก และผู้ใหญ่ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆโดยเฉพาะโรคตามบริบทในพื้นที่ให้ดีขึ้นได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง (DM HT CKD Asthma และ COPD) กลุ่มโรคเฉียบพลัน (ACS และ Stroke) กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคระบาดในชุมชน (TB DHF HIV Pneumonia Sepsis และ AGE) งานอนามัยแม่และเด็ก (Birth asphyxia Preterm delivery PPH) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและอุบัติการณ์ระดับ E-I ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปรับปรุง CPG ให้เหมาะสม

(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:

โรงพยาบาลปากพนังมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 10 คน ซึ่งจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานอย่างเท่าเทียมในทุกแผนก เช่น OPD , ER , คลินิกพิเศษต่าง ๆ โดยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้ตามความเหมาะสม ส่วนแพทย์เฉพาะทางรับผิดชอบดูแลคลินิกพิเศษต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อน , ผู้ป่วยหนัก , งานวิชาการตามความถนัดของตัวเอง

- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

เป้าหมายเพื่อให้แพทย์ทุกคนได้รับการศึกษาต่อเนื่อง พัฒนาความรู้ใหม่ ๆ มาพัฒนางาน ผู้อำนวยการจึงสนับสนุนให้แพทย์ทุกคนได้เข้าร่วมประชุมวิชาการอย่างน้อย 2ครั้ง/ปี ในเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและฟื้นฟูวิชาการใหม่ ๆ โดยทางโรงพยาบาลสนับสนุนค่าใช้จ่าย โดยหลังจากประชุมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันต่อภายในโรงพยาบาล เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติในแต่ละเรื่องให้เป็นปัจจุบัน เช่น การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก , การดูแลผู้ปวดหลอดเลือดหัวใจ, การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:

จัดให้มีแพทย์พี่เลี้ยง ดูแล/กำกับการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ มีระบบการประเมินการทำงานของนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยประธานองค์กรแพทย์ ส่วนใหญ่ให้นักศึกษาแพทย์คอยสังเกตุการปฏิบัติงานของแพทย์พี่เลี้ยงตามจุดบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ฉุกเฉิน รวมถึงการเยี่ยมบ้าน การออกตรวจที่ รพ.สต. หากมีกรณีให้ซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วยจะให้แพทย์พี่เลี้ยงได้ตรวจซ้ำเซ็นกำกับทุกครั้ง และไม่อนุญาตให้ทำหัตถการกับผู้ป่วยโดยลำพัง

ส่วนแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำนั้น ทางโรงพยาบาลปากพนังไม่มี เนื่องจากมีอัตรากำลังแพทย์ประจำของโรงพยาบาลเพียงพอที่จะจัดเวรได้

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

มีการนำข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมของแพทย์มาทบทวน โดยมีผู้อำนวยการเป็นประธาน โดยในปีที่ผ่านมาไม่มีข้อร้องเรียนของแพทย์ด้านจริยธรรม

- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ก่อนหน้านี้โรงพยาบาลปากพนังประสบปัญหาขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา เนื่องจากแพทย์โยกย้ายบ่อย แต่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีแพทย์เฉพาะทางมาปฏิบัติงาน และเป็นแกนหลักในการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาราช เช่น NSTEMI , CKD , Clinic warfarin, ผ่าตัดคลอด, DHF grade III, close fracture, asthma ในเด็ก

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน

มีการทบทวนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในเป็นประจำทุก 3 เดือนร่วมกับทีมเวชระเบียนในการทบทวนแบบฟอร์มและพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน เช่น แบบฟอร์มการซักประวัติ การตรวจร่างกาย แบบ Inform Consent , Summary Discharge เพื่อให้เกิดความสะดวกและเหมาะสมตามมาตรฐาน MRA ในการบันทึกเวชระเบียนจากการทบทวนเวชระเบียน ประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์ได้แก่ การวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อการได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าความเป็นจริง ประเด็นการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และ Progress note ไม่ครบถ้วน ได้มีการพูดคุยและสร้างความตระหนักในองค์กรแพทย์เพื่อให้แพทย์เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียน เช่น พบว่ามีการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ยังมีการลืมเขียนProgress note และไม่ได้ลงลายมือชื่อ รวมถึงไม่ได้บันทึกเวลาที่สั่งการรักษา มีการปรับโดยเพิ่มในวาระของการประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อเติมเต็มในการบันทึกให้ครบ และให้ทีมพยาบาลช่วยเตือนหากแพทย์ลืมลงชื่อในตอนท้ายการบันทึก ทำให้การบันทึกสมบูรณ์มากขึ้น และได้ปรับปรุง doctor's order and progress note ใหม่ เพื่อให้เอื้อให้การเขียน progress note ได้สะดวกและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และได้ร่วมกับทีม IM จัดทำแบบฟอร์ม clinical summary เพื่อให้การนัดตรวจติดตามอาการของผู้ป่วยได้สะดวกและเป็นสื่อกลางในการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ และได้มีการทบทวนเวชระเบียนที่พยาบาลเวรดึกตรวจแทนแพทย์ในรายอาการไม่ซับซ้อน (ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า) ยังไม่พบปัญหาและเป็นการเพิ่มโอกาสพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของทีมพยาบาลเวรดึกในการดูแลผู้ป่วยในเคสกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

มีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทางโทรศัพท์และ application line , ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลปากพนังและแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราช เช่น ผล EKG , CT ผ่านทาง application line , ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาราช โดยใช้ Program Thai refer ซึ่งสามารถส่งต่อข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยได้ 3 เดือน โดยอัตโนมัติ และในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหัก มี group line ortho service plan เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รพ มหาราช ซึ่งช่วยให้ลดอัตตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้มากและการเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์ในการรักษา มีการปรึกษากับ CCU มหาราชผ่านทาง application line ในกลุ่มโรค STEMI เพื่อให้มีความมั่นใจในการรักษาและสามารถรักษาได้อย่างรวดเร็ว

- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

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

ผลลัพธ์ ของการชี้นำพบว่า หน่วยงานสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน บทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ แพทย์จบใหม่มาปฏิบัติงานครั้งแรกจะได้รับการปฐมนิเทศจากแพทย์รุ่นพี่ก่อนการปฏิบัติงานและในระหว่างการปฏิบัติงานสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่และแพทย์เฉพาะทางได้ตลอดเวลา

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

- พบว่ายังมีแพทย์บางท่านไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG เนื่องจากพบว่าแนวปฏิบัติบางอย่างไม่เหมาะสมกับความรู้ในปัจจุบัน โรงพยาบาลปากพนังจึงได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน ทันสมัย และดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนCPG ACS, Stroke,appendicitis , Preterm dilivery, DHF, Febrile convulsion, Sepsis,PPH

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- มีตัวแทนแพทย์ร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมคร่อมสายงานของโรงพยาบาล ได้นำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มาร่วมแก้ปัญหาในการประชุมองค์กรแพทย์(ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
- ส่งเสริมให้แพทย์เข้าร่วมทบทวนการดูแลรักษา มีตัวแทนองค์กรแพทย์ร่วมในทีม PCT round และ

นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้ตัวชี้วัดการดูแลกลุ่มโรคต่างๆดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น stroke fast tract door to refer 30 นาที ทำได้ 100% อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/PCI/CAG เพิ่มขึ้นจาก 36 เป็น 90% อัตราการตกเลือดหลังคลอด ลดลงจาก 2.6 เป็น 1.4% ถ้าในการรักษาไม่เป็นไปตามCPG พยาบาลจะโทรปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญกว่าอีกครั้ง ว่าจะยืนยันให้ทำตามที่แพทย์เวรสั่งหรือไม่ ถ้าไม่เห็นด้วย แพทย์ที่เชี่ยวชาญกว่าจะโทรปรึกษากับแพทย์ที่อยู่เวรอีกครั้งในเรื่องของแนวทางการรักษา

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ACS ด้วยการประชาสัมพันธ์ อาการสำคัญของโรคผ่านสื่อ , แผ่นพับ , อสม. , รพ.สต. พัฒนาเครือข่าย EMS ประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว ได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว (Stoke fast tack , MI fast tack) , ลดอัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด , พัฒนาศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโดยลดการส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่ม NSTEMI โดยสามารถรักษาโดยการฉีด enoxaparin ที่โรงพยาบาลปากพนังได้ และ STEMI สามารถฉีดยา streptokinase ที่โรงพยาบาลปากพนังก่อนส่งต่อได้ ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม stroke ที่รู้สึกตัวดีมีการประสานงานกับทาง รพ มหาราชเพื่อส่งผู้ป่วยไป CT และรอรับกลับมารักษาต่อที่ รพ ปากพนังได้ในผู้ป่วยกลุ่ม ischemic stroke
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย HIV โดยการจัดเป็น clinic one stop service ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน มีการดูผลโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย HIV สามารถเข้าด้วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย DM โดยการจัดให้มี clinic DM 4 วัน/สัปดาห์ , ผู้ป่วย DM ที่มีผลแทรกซ้อนรุนแรงจะได้รับการดูแลจากอายุรแพทย์ , มีการกระจายผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีไปสู่ รพ.สต. โดยมี CPG เป็นแนวทาง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- สามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในเวลาราชการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำได้
- พัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วย fracture และลดการส่งต่อไปยัง รพ มหาราช
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม palliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้านเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด
- สามารถให้บริการ CT ได้ ทำให้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้มากและรวดเร็วขึ้น ลดการส่งตัวไปยัง รพ มหาราช รวมถึงกลุ่มผู้อื่นๆที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจ CT

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
40. องค์กรแพทย์	3.0	I	-ขอตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 4 สาขาหลัก คือ สูติกรรม , ศัลยกรรม , กุมารเวชกรรม -เปิด ICU เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ -พัฒนาการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ ลงสู่เครือข่ายบริการ รพ.สต.และชุมชน -เปิดให้บริการห้องล้างไตทางเส้นเลือด

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.อัตราของเครื่องมือที่สอบเทียบแล้วผ่านเกณฑ์	100	100	100	100	100	N/A
2.จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนอพยพอัคคีภัย	1	1	1	1	1	1
3.อัตราของเครื่องมือความเสี่ยงสูงถูกซ่อมแซมให้พร้อมใช้งาน (ภายใน 1 เดือน)	100%	100	100	100	100	100
4.ระยะเวลาที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองสามารถทำงานได้ในกรณีที่ไฟฟ้ากระแสหลักดับ	ภายใน 5 วินาที	5	4	5	5	5
5.ผลการตรวจน้ำประปาไม่พบเชื้อ E-Coli	ผ่าน 100%	100	100	100	100	100
6.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบออกซิเจน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
7.อัตราการกำจัดขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ และขยะอันตราย อย่างได้มาตรฐาน (มีการจ้างเหมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมารับขยะไปกำจัดที่ได้มาตรฐาน)	100	100	100	100	100	100
8.อัตราการบำบัดน้ำเสียอย่างได้มาตรฐาน ก่อนปล่อยออกสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐาน 14 พารามิเตอร์ (2ครั้ง/ปี)	100	NA	NA	NA	100	100
9.ตรวจคุณภาพน้ำใช้	ผ่านเกณฑ์ทุกตัว	NA	NA	NA	ผ่าน	ผ่าน
10.ตรวจคุณภาพน้ำดื่ม	ผ่านเกณฑ์ทุกตัว	NA	NA	NA	ผ่าน	ผ่าน

ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพนัง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ในรูปของคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกสาขาวิชาชีพ ผู้อำนวยการเป็นประธาน โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานการจัดการทั่วไปเป็นเลขานุการ โรงพยาบาลตั้งอยู่บนพื้นที่ที่เป็นดินอ่อนยุบตัวง่าย อาคารของโรงพยาบาลแบ่งเป็นสองส่วน ส่วนผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และส่วนผู้ป่วยใน อาคารสนับสนุน โรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียเพียงพอสำหรับการรองรับปริมาณน้ำเสีย

ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:โรงพยาบาลปากพนังเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง มีอาคารตึกผู้ป่วยนอก 5 ชั้น ปัจจุบันเปิดใช้ 1ชั้น มีอาคารผู้ป่วยใน4 ชั้น ใช้อาคารผู้ป่วยในเดิม 2 หลังเป็นจุดให้บริหารหน่วยงานต่างๆ เช่น LAB ,X-Ray , ทันตกรรม ,ห้องผ่าตัด ,ห้องคลอด ,งานส่งเสริมสุขภาพ ,งานสนับสนุน มีอาคารให้บริการผู้ป่วย TB และ ARV แยกต่างหาก อาคารซักฟอก อาคารจ่ายกลาง อาคารคลังยาและเวชภัณฑ์ มีอาคารแพทย์แผนไทย กายภาพ อยู่ฝั่งถนนตรงข้ามโรงพยาบาล(ฝั่งบ้านพัก)

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:

เทคโนโลยีและอุปกรณ์	จำนวน	หน่วยงาน
1.โปรแกรม Hos-xp	1	สารสนเทศ
2.ระบบ paperless ในผู้ป่วยนอก	1	สารสนเทศ
3.โปรแกรมการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์(RMC.)	1	สารสนเทศ
4.โปรแกรม LIS (laboratory information system)	1	สารสนเทศ+lab
5.โปรแกรม thai refer	1	สารสนเทศ
6.เครื่องแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิตอล	1	รังสี
7.ระบบ PACS (ระบบกระจายและเก็บภาพเอกซเรย์)	1	รังสี
8.เครื่อง defibrillator	9 เครื่อง	ER3/ช.2/ญ.2/ด.1/LR1
9.เครื่อง EKG	10 เครื่อง	ER1/ช.2/ญ.2/ด.2/OPD3
10.Central monitor	1ชุด/4เครื่อง	ช.
11.เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ :NIBP	17 เครื่อง	ER4/ช.5/ญ.4/LR2/OR2
12.เครื่อง Infusion pump	24 เครื่อง	ER2 /ช.8/ญ.5/ด.5/LR4
13.เครื่องวัดการบีบตัวของมดลูก	2 เครื่อง	LR2
14.เครื่องดมยาสลบ	1 เครื่อง	OR
15.เครื่อง Ultrasound :วินิจฉัย	6 เครื่อง	ER1 / ช.1 / LR4
16.เครื่อง Ultrasound :รักษา	3 เครื่อง	กายภาพ
17.เครื่องอบความร้อนด้วยคลื่นสั้น	2 เครื่อง	กายภาพ
18.เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อจุลินทรีย์	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
19.เครื่องอบแก๊ส	2 เครื่อง	จ่ายกลาง
20.ยูนิตทำฟันระบบไฟฟ้า	4 ยูนิต	ทันตกรรม
21.เครื่องสเปรย์หัวกรอ	1 เครื่อง	ทันตกรรม
22.ด้ามกรอฟันแบบเร็วชนิดป้องกันการดูดกลับของน้ำ	12 ด้าม	ทันตกรรม
23.เครื่องฉายแสงสำหรับอุดฟัน	4 เครื่อง	ทันตกรรม
24.เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย	1 เครื่อง	OPD (ห้องตรวจสุขภาพ)
25.เครื่องวัดความดันชนิดสอดแขน	3 เครื่อง	OPD

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- อาคารและสิ่งก่อสร้างใช้แบบแปลนของกระทรวงสาธารณสุข
- มีระบบบำรุงรักษาลิฟท์ ให้สามารถใช้งานได้ มีปัญหาติดขัดตามช่างภายในได้ตลอด 24 ชม.
- มี สบส.เขต 11 สุราษฎ์ธานี มาตรวจสอบ ให้ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความพร้อมใช้ของเครื่องมือ

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- มีระบบรายงานความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- ติดตั้งกล้อง CCTV จำนวน 33 ตัว ในจุดเสี่ยงทั่วโรงพยาบาล และติดป้าย ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการระวังภัย เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อช่วยสอดส่องความปลอดภัย

(3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)

- ENV มีระบบ Round ทุก 1 เดือน พบว่า
  - อาคารสนันสนุนบริการ ที่มีอายุการใช้งานกว่า 30 ปี มีหลังคาและฝ้าชำรุด ได้รับการแก้ไขเปลี่ยนหลังคาใหม่ เมื่อมีนาคม 2562
  -อาคารอนามัยแม่และเด็ก ห้องคลอด ผ่าตัด และX-ray ปรับปรุงเปลี่ยนหลังคาใหม่ เมื่อ เมษายน 2562
  - ทางเชื่อมระหว่างอาคารผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในไม่มีหลังคา เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในหน้าฝน จึงได้ปรับปรุงหลังคาทางเชื่อม
  -โรงครัว มีการระบายอากาศไม่ดี ได้ปรับปรุงโดยการติดตั้งลูกหมุนระบายอากาศและพัดลม
  -ติดตั้งรั้วรอบหม้อแปลงไฟฟ้าเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร และป้องกันไม่ให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณอันตราย
  ในปี 2563 ยังพบปัญหาหลังคารั่วในหลายจุดบริการ โดยเฉพาะอาคาร OPD 5 ชั้น เช่น ห้องน้ำ OPD ห้องยา ห้องฉุกเฉิน กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการซ่อมแซม และก่อสร้างอาคาร

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- การระบายอากาศ
  -อาคารผู้ป่วยในมีห้องแยกโรค ตึกละ 1 ห้อง
  -อาคารผู้ป่วยนอก มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคระบบทางเดินหายใจ จัดมุมสำหรับให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็น One Stop Service
  -งานทันตกรรม: คัดกรองคนไข้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค ก่อนเข้าทำหัตถการ

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
กรกฎาคม 2562	การจัดการระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดย สบส.	30 คน
กรกฎาคม 2562	มาตรฐาน Green &Clean Hospital โดย สสจ	20 คน
2563	ไม่มีการประชุมอบรมจากสถานการณ์โรคระบาด	

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์

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

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

- มีคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอมีหน้าที่ บัญชาการ สั่งการ กำหนดนโยบาย ประสานงาน และถ่ายทอดข้อมูล กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ แบ่งกรรมการเป็นชุดรับผิดชอบตามหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ฝ่ายอำนวยการ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ฝ่ายยุทธศาสตร์ มีแผนอุบัติเหตุหมู่ การจัดการโรคระบาด ภัยจากพายุปาบึก อุทกภัย

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

- ร่วมประชุมซ้อมแผนฉุกเฉินในกรณีที่เกิดภาวะโรคระบาด และแนวทางปฏิบัติการรองรับกับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น

(3) การฝึกซ้อมแผน

- แผนสำหรับวาตะภัย และอุทกภัย หลังจากมีการรายงานสถานการณ์พายุปาบึก ขึ้นฝั่งที่แหลมตะลุมพุก ในวันที่ 4 ม.ค. 2562 คณะกรรมการ EOC จึงได้มีการประชุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และเครือข่าย มีการฝึกซ้อมแผน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียม ไฟ น้ำ อาหาร น้ำมันเชื้อเพลิง ระบบออกซิเจน มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเป็นระยะๆ ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์มีความเสียหายน้อย
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ แผนอัคคีภัย ติดลิฟท์ ในเดือน ตุลาคม 2562

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาลที่ ครอบคลุม การตรวจสอบจุดเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิด อัคคีภัย การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อก่อเกิดอัคคีภัย การดับเพลิงการจัดลำดับความสำคัญ การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คนสิ่งของออกจากอาคาร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว
- มีแผนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อัคคีภัยบนโต๊ะ เดือนสิงหาคม 2562 ซ้อมการอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริง และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพอัคคีภัย เพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขในครั้งต่อไป
- มีแผนงานโครงการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์ดับเพลิงเทศบาลเมืองปากพนัง มาอบรมเรื่องการดับเพลิง เบื้องต้น ฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และฝึกการใช้ถังดับเพลิง บุคลากรในโรงพยาบาล ในเดือน กันยายน 2562 เพื่อให้ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ดับเพลิงได้ รู้จักวิธีป้องกันการเกิดอัคคีภัย และรู้หน้าที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้

(2)การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

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

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

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

II-3.2 ก. เครื่องมือ

(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา

- เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้จัดทำแผนการจัดหาเครื่องมือแพทย์ทุกปี โดยการสำรวจความต้องการจากทุกหน่วยงาน และมีระบบสำรองเครื่องมือแพทย์กับหน่วยงานที่อยู่ใกล้กัน (ยกเว้นห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะไม่เป็นจุดสำรองของหน่วยงานใด) ส่วนการจัดหาทางโรงพยาบาลมีการได้มาของเครื่องมือแพทย์ 2 ช่องทาง คือ ทางงบประมาณของทางราชการและจากการบริจาค ซึ่งมีการบริจาคเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ด้านเครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

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

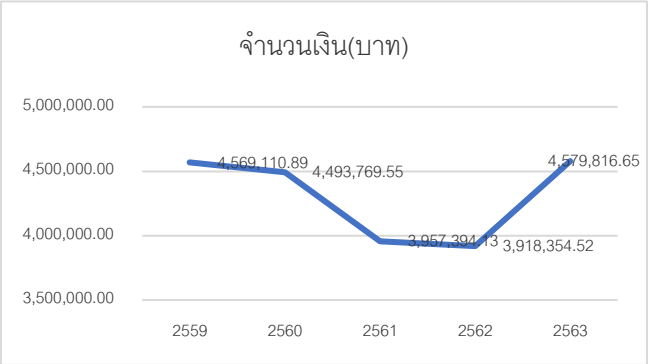
(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

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

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค

(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

แผนภูมิแสดงค่าสาธารณูปโภค โรงพยาบาลปากพนัง ปี 2559-2563



โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมระบบสาธารณูปโภค ลดการใช้น้ำ ประปา มีการกำหนดมาตรการประหยัด เช่น เปิดแอร์ 25 องศา กำหนดเวลาเปิดปิดเครื่องปรับอากาศ ตรวจสอบจุดรั่วของน้ำ รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด ให้เห็นคุณค่าของน้ำ และค่าใช้จ่ายด้านไฟฟ้าและน้ำมีแนวโน้มลดลง ในปี 2560-2562 แต่ในปี 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรการประหยัดพลังงานอย่างเข้มข้นต่อไป

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

- ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:
  - ในระบบปกติไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าจะส่งผ่านเข้าระบบ ATS หลังไฟฟ้าดับ ไม่เกิน 6 วินาที
  - ความครอบคลุม และระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง : มีแผนรองรับเมื่อไฟฟ้าดับ มีเครื่องปั่นไฟสำรอง สามารถปั่นไฟได้ไม่น้อยกว่า 8 - 10 ชั่วโมง และมีระบบน้ำมันสำรองสำหรับเครื่องปั่นไฟ
- ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:
  - แก๊สออกซิเจนเหลว ของบริษัท Kinaxx
  - ช่างประจำโรงพยาบาล ตรวจสอบเบื้องต้นประจำวัน เมื่อปริมาณแก๊สออกซิเจนเหลวต่ำกว่า ร้อยละ 30 จะมีการแจ้งเตือนไปทางบริษัทให้เข้ามาเติม เมื่อเกิดเหตุขัดข้องจะติดต่อบริษัท Kinaxxแก้ปัญหา ได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการบำรุงรักษาโดยบริษัท 1 ครั้ง/ปี
  - ระบบสำรองแก๊สออกซิเจน ที่อาคารซ่อมบำรุง จำนวน 40 ถัง สามารถจ่ายก๊าซได้อย่างน้อย 12 ชม.
  - ระบบสุญญากาศ (Vacuum)ตรวจสอบเบื้องต้นประจำวัน และทำการ Test Leak
- การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:การตรวจสอบโดยช่างซ่อมบำรุงเป็นประจำทุกสัปดาห์

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

- ระบบน้ำประปา: มีการจดบันทึกมิเตอร์น้ำประจำเดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้น้ำรายเดือนว่ามีการรั่วหรือมีท่อแตกไหม ส่งตรวจน้ำประปาหลังจากนำมาใช้ผลิตน้ำดื่มทุกเดือน กรณีฉุกเฉิน น้ำประปาไม่ไหลมีระบบการสำรองน้ำที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน 1,000 ลิตร ตึกผู้ป่วยนอก 3000 ลิตร มีแผนปรับปรุงระบบสำรองน้ำบริเวณฝั่งบ้านพัก จำนวน 2000ลิตร

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- มีพื้นที่บริเวณบ้านพักโรงพยาบาลสำหรับการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ สถานที่ออกก าลังกาย ได้แก่ สนามวอลเลย์บอล สนามบาส สนามเปตอง ทางวิ่งรอบสระน้ำ พบว่าบุคลากรใช้บริการเป็นอย่างมากในช่วงหลังเลิกงาน
- จัดสวนหย่อมบริเวณข้างตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สำหรับเป็นมุมพักผ่อนของผู้รับบริการ
- โรงพยาบาลมีนโยบายเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100%

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

- แจกแผ่นพับให้ความรู้ตามหน่วยงานต่างๆ
- บอร์ดให้ความรู้ตามจุดต่างๆ

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

- โรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์ไม่ใช้วัสดุครุภัณฑีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพบรรจุอาหาร โดยมีนักโภชนาการดูแลภาชนะบรรจุอาหารของโรงครัว
- โรงครัวโรงพยาบาลมีการเลือกผลิตภัณฑ์ผักปลอดสารพิษ มีการใช้ข้าวกล้องในการหุงอาหารผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดกล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

- ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลปากพนังใช้ระบบถังบำบัดแบบเติมออกซิเจน

มีการตรวจสอบประจำวัน ดังนี้

1.ระบบปั๊มเติมอากาศ

2.ตรวจคลอรีนตกค้าง

3.ตรวจค่า PH

4.ตรวจเช็คปั๊มน้ำ

5.บ่อบำบัดบริเวณโรงครัวมีการตักเศษอาหาร ล้างตะแกรง ตักเศษขยะทุกวัน และตักไขมันและเศษอาหารทุกวัน

การส่งตรวจคุณภาพน้ำ 14 พารามิเตอร์ทุก 6 เดือน กับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ 2562 ได้ส่งตรวจเดือนกรกฎาคม 2562 ผลการวิเคราะห์ยังมีน้ำจากบ่อบำบัดงานซักฟอก พบปัญหาค่า BOD เกินมาตรฐาน ทำให้ต้องมีการมาตรการปรับลดความเข้มข้นของการใช้น้ำยาซักผ้าให้เหมาะสม บันทึกข้อมูลรายวัน และเก็บตัวอย่างน้ำบ่อบำบัดไปส่งวิเคราะห์ซ้ำ ในวันที่ 31 มกราคม 2563 ผลพบว่าผ่านมาตรฐานทุกตัวชี้วัด

(2) การลดปริมาณของเสีย:

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

(3) การกำจัดขยะ:

- มีการกำหนดรายการขยะของเสียอันตรายของโรงพยาบาล ได้แก่ ถ่านไฟฉาย , หลอดไฟ , แบตเตอรี่ , กระเบื้องสเปรย์บรรจุสีหรือสารเคมี , ตลับหมึกพิมพ์ , ขวดบรรจุน้ำยาลบคำผิด, ภาชนะบรรจุน้ำมันเครื่อง กำหนดให้เก็บใส่ถุงแยกส่งเก็บในถัง
- กำหนดวิธีการเก็บรักษา การใช้ การทำลายที่ถูกวิธี และการแก้พิษเบื้องต้นจากการสัมผัสสารเคมีแต่ละชนิด จัดทำบัญชีขยะอันตราย

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

- รณรงค์ให้นำถุงผ้ามาใส่ยาแทนการใช้ถุงพลาสติกมีการประชาสัมพันธ์ผู้บริจาคถุงผ้าสำหรับการใส่ยาผู้ป่วยผ่านเวบไซด์โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริจาคเงินเพื่อจัดหาถุงผ้าให้บริการ ทั้งในโรงพยาบาลและ

เครือข่ายสุภาพอำเภอปากพนัง

- มีโครงการรณรงค์กำจัดขยะติดเชื้อในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยล้างไต ทำแผล ฉีดยาอินซูลิน โดยนำขยะติดเชื้อมาส่งที่รพ.สต.เพื่อส่งให้โรงพยาบาลส่งต่อให้บริษัทเอกชนกำจัดต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล Green&Clean Hospital ระดับพื้นฐาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3	I,L	-มีการจัดพื้นที่ใช้สอยเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ -พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก -ระบบการกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย	3	I	การซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและอัคคีภัยครอบคลุมทุกสภาวะการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3	L	พัฒนาระบบข้อมูลเครื่องมือแพทย์
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3	I	ส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3	I	-ติดตามและประเมินระบบบำบัดน้ำเสียให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง -มีนโยบายลดการใช้วัสดุที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(:1000 วันนอน)	2:1000	0.07	0.06	0.05	0.04	0.04
2.อัตราการเกิด CaUTI(:1000cath day)	20	0	0	0	0	0
3.อัตราการเกิด Phlebitis (:1000 iv. day)	0	0	0	0	0	0
4.อัตราการเกิดติดเชื้อแผลฝีเย็บ	0 %	0	0.4	0.4	0	0
5.อัตราการเกิดติดเชื้อที่ตาทารก	0 %	0	0	0	0	0
6.อัตราการเกิดติดเชื้อที่สะดือทารก	0 %	0.3	0	0	0	0.2
7.อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	0 %	0.98	0	0	0	0
8.อัตราการเกิด HAP	0.5 %	NA	NA	NA	0.04	0
9.ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	80%	100	100	100	50	75
10.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	100%	100	100	100	100	94.24
11.การตรวจพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และผู้สัมผัสอาหาร	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
12.จำนวนอุบัติการณ์บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	5	2	1	4	0
13.อัตราการได้รับการดูแลตามแนวทางเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคม	100	100	100	100	100	100
14.การล้างมือ 7 ขั้นตอน	80%	90.90	89.54	90.19	86.7	88.70

ii. บริบท

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: โรงพยาบาลปากพนัง เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด M2 120 เตียง ให้บริการจริง 90 เตียง ผู้ป่วยนอก เฉลี่ย ในปี 2559-2563 จำนวน 427, 445 , 440 , 458, 422 ราย/วัน ตามลำดับ โรคติดเชื้อที่อยู่ใน Top 5 OPD ได้แก่ URI ผู้ป่วยในเฉลี่ย ในปี 2559-2563 จำนวน 46 , 47 , 56 , 73 ,65 ราย/วัน ตามลำดับ โรคติดเชื้อที่อยู่ Top5 IPD ได้แก่ diarrhea และ Pneumonia

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: บริการในโรงพยาบาลปากพนังที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง , excision , ทำหมันหญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด การทำคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดา ส่วนทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสะดือ การทำหัตถการต่างๆ เช่น การคาสายสวนปัสสาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวเนื่องกับการคาสายสวนปัสสาวะ การคาสายสวนหลอดดำเลือดส่วนปลายเสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis การผ่าตัดฟันคุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการผ่าตัด การฉีดวัคซีนใน well baby clinic เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการฉีดวัคซีน การเย็บแผลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลเย็บ กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยBed ridden ARV Clinic ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน เสี่ยงต่อการเกิด HAP กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในส่วนบุคลากรผู้ให้บริการเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม ,การติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงาน

การติดเชื้อสำคัญ: จากการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่เกิน

เกณฑ์ (2: 1000 วันนอน) ในแต่ละปีพบการติดเชื้อปีละ 1 ครั้ง ในปี 2559และ ปี 2563 พบ ติดเชื้อที่สะดือทารก จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.07,0.02 : 1000 วันนอน ปี 2560 , 2561 พบติดเชื้อแผลฝีเย็บปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นอัตราการติดเชื้อในรพ.0.06 : 1000 วันนอน และ 0.05 : 1000 วันนอน ตามลำดับ ปี 2562 พบ HAP จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็น 0.04: 1000 วันนอน

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

การติดเชื้อดื้อยา: เดิมเมื่อพบเชื้อดื้อยา มีการรายงาน ICN และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที พบว่าบางครั้งมีการรายงานแต่ไม่ได้รับรายงานทันที ในปี 2561 ได้พัฒนาการการงานและการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยามาเป็นการบันทึกข้อมูลออนไลน์ และใช้ line notify ในการช่วยเตือนให้ ICN รับทราบทันทีที่รายงาน อีกทั้งยังทำให้ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อนเพราะข้อมูลจะถูกเก็บไว้ใน google sheet สามารถนำไปใช้ประมวลผลได้ ซึ่งพบว่าในปี 2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 42 ครั้ง ปี 2562 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 78 ครั้ง ปี 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 120 ครั้ง มีการรายงานให้ ICN และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทันทีร้อยละ 100 พบมากในอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 61.2 specimen ที่พบส่วนใหญ่เป็นปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 78 พบเพศชายร้อยละ 56.4 เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็น E. coli ร้อยละ 71.79

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: มี ICN 1 คน(ใหม่) รับงานมา 7 เดือน ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแผนส่งอบรม 4 เดือน ในปี 2564 มี ICWN 7 คน ผ่านการอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ 1 คน อีก 5 คนมีแผนส่งอบรม 2 สัปดาห์ ปีละ 2 คน ทั้ง ICN และ ICWN ได้รับการอบรม IC ประจำปีจากหน่วยงานภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง/คน

iii. กระบวนการ

II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

- งาน IC ดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC.) มีกุมารแพทย์เป็นประธาน มีสหวิชาชีพที่เป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเป็นกรรมการ และมีหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่ในการออกแบบระบบ กำหนดนโยบาย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและชุมชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะในกิจกรรมสำคัญ เช่น การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล การหาประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การทบทวนกรณีพบการติดเชื้อหรือปัญหาอุปสรรคในการทำงาน การทบทวนระเบียบปฏิบัติ ฯลฯ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทาง line group ชื่อ ICC. Pakphanang 2017 มีการรายงานผลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในแต่ละหน่วยงานทาง intranet เพื่อให้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และคณะกรรมการบริหารสามารถดูข้อมูลเบื้องต้นได้

- จากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลปากพนังเดือนตุลาคม 2561 จำนวน 545 chart พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล Hospital Acquired Pneumonia 1 ครั้ง ความชุกของการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 0.2 จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุ COPD ให้ออกซิเจน พ่นยาเป็นระยะ นอนรพ. 6 วัน จากนั้นมี Pneumonia จากการทบทวนได้ปรับเปลี่ยนการดูแลชุดกระป๋องน้ำให้ออกซิเจนจากการทำความสะอาดอย่างเดียว เป็นการทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊สก่อนการนำไปใช้ซ้ำ และด้วยชุดกระป๋องน้ำ มีน้อยและราคาสูงหากใช้การอบแก๊ส ต้องซื้อชุดประป๋องน้ำเพิ่มประมาณ 3 เท่าตัวซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงและกระบวนการอบแก๊สต้องใช้เวลาประมาณ 3 วันจึงจะนำมาใช้ได้ จึงมีแผนขอปรับไปใช้กระป๋องน้ำแบบ sterile และ single use

และในปี 2563 กำลังดำเนินการทบทวน เพื่อออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุม ใน กลุ่มโรคปอดอักเสบ การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเกิดเชื้อดื้อยา

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

- จากข้อมูลการเฝ้าระวังแบบ target surveillance พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ แต่จากการสำรวจความชุกพบการติดเชื้อ HAP ซึ่งยังขาดการเฝ้าระวัง จึงได้กำหนดให้เป็นจุดเน้น
- จากการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบทั้งในชุมชนและส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาราชมีจำนวนมากขึ้น เป็นเชื้อดื้อยาทั่วไป ESBL MDR อีกทั้งเชื้อดื้อยาเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้เป็นจุดเน้น
- จากเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว 62 ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กำหนดให้กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อให้ทำ central supply ที่โรงพยาบาลเท่านั้น จึงได้กำหนดให้การทำให้ปราศจากเชื้อ central supply เป็นจุดเน้น

(3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

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

(5)(6) การประสานงาน IPC ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- การแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย สหวิชาชีพ และตัวแทนของแต่ละหน่วยงานเช่น กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้การประสานงานได้สะดวก ครอบคลุมทุกหน่วยงานทั่วทั้งองค์กร
- ทีม IC. รับรายงานอุบัติการณ์ด้าน IC. จากทีม RM เพื่อนำมาทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
- ICN เป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล Patient Safety Goal ได้นำเสนอตัวชี้วัดด้าน IC Hand hygiene เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลใช้ในการวางแผนพัฒนางานIC

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

- การสนับสนุนบุคลากร ICN , ICWN ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม อบรมด้าน IC นอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อคนต่อปี มีแผนให้ ICN อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน ICWN อบรม หลักสูตร 2 สัปดาห์จนครบทุกคน
- การสนับสนุนสิ่งของในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในปี 2561 งายจ่ายกลางเครื่องนึ่งไอน้ำชำรุดบ่อยอายุการใช้งานเกิน 10 ปีได้รับเครื่องนึ่งไอน้ำขนาด 700 ลิตรจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง เครื่องอุ่นเชื้อติดๆดับๆ อายุงานเกิน 10 ปี ได้รับเครื่องอุ่นเชื้อจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง การซีลซองซีลเดิมใช้แบบ manual เครื่องชำรุดได้รับเครื่องซีลซองจากงบค่าเสื่อม 1 เครื่อง ปี 2562 งานซักฟอกได้รับผลกระทบจากพายุปาบึกหลังคาปลิวบางส่วน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงหลังคาและโครงสร้างให้เป็นระบบ one way ปรับปรุงระบบไฟฟ้าระบบน้ำในระบบซักฟอก อีกทั้งยังได้รับการอนุมัติให้ปรับปรุงเรือนพักขยะซึ่งเดิมมี 2 ห้องคือขยะทั่วไป และขยะติดเชื้อ ให้เพิ่มห้องขยะอันตรายมาอีก 1 ห้อง
- การสนับสนุนระบบสารสนเทศ ในปี 2562 งานจ่ายกลางเครื่องยิงฉลากวันผลิตวันหมดอายุชำรุด ได้รับการอนุมัติให้ใช้โปรแกรมฉลากหน้าชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อซึ่งมีรายการเครื่องมือในห่อบรรจุ วันผลิตวันหมดอายุผู้ห่อผู้นึ่ง autoclave tape รวมกันในแผนเดียว ลดความยุ่งยากในการทำงานและลดอุบัติการณ์การระบุวันหมดอายุผิดพลาด งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้เพิ่มความรวดเร็วและลดขั้นตอนของการรายงานข้อมูลเชื้อดื้อยาแก่ ICN โดยพัฒนาระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาโดยใช้ line notify อีกทั้งพัฒนาการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อของหน่วยงานต่างๆในระบบ intranet ของโรงพยาบาล
- การสนับสนุนระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอปากพนัง โดยสนับสนุนให้มีรถออกเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 21 หน่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง/หน่วยบริการ
- การสนับสนุนระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้ได้มาตรฐาน งานจ่ายกลางจึงเป็น central supply เพื่อบริการชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อแก่หน่วยบริการทั่วทั้งอำเภอปากพนัง
- มีแผนสนับสนุนห้องแยกโรคแรงดันลบ ในปี 2563

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นหนึ่งในหัวข้อในการใช้ปฐมนิเทศ
- มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ปี 2559 ใช้การทำ IC walk rally ซึ่งมี 5 ฐาน คือ การล้างมือ การปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เชื้อดื้อยา การคัดกรองและการทำให้ปราศจากเชื้อ ปี 2560-2562 อบรมในห้องประชุม ปี 2563 plan ใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบ เริ่มเรื่องแรกคือการล้างมือ ได้จัดทำคลิบการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment สื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทางไลน์กลุ่มและยูทูบ จากนั้นประเมินผลโดยการให้เจ้าหน้าที่ส่งคลิบล้างมือของตนเองส่ง พบว่า ร้อยละ 91.11 ล้างได้ครบ 7 ขั้นตอนและล้างถูกต้อง ยังพบการล้างไม่ถูกต้องคือการไม่ถอดแหวน และการปิดก๊อกน้ำด้วยมือสะอาด ได้ชี้แจงเป็นรายบุคคลและล้างซ้ำได้ถูกต้อง
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการล้างมือ เน้นในกลุ่ม contact precaution มือเท้าปาก เชื้อดื้อยา ฯลฯ และติดโปสเตอร์ที่จุดล้างมือทุกจุด
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใส่ mask เน้นในกลุ่ม droplet / airborne precaution เช่น TB และติดป้ายวิธีการใส่ mask ในห้องแยกและล็อค droplet
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน งานเภสัชกรรมและงาน NCD ได้จัดหากระป๋องยาไว้ให้ผู้ป่วยใส่เข็มฉีดยา หรือแนะนำให้ผู้ป่วยหาภาชนะเองเป็นกระป๋องพลาสติกหนาที่เข็มไม่สามารถแทงทะลุได้ เมื่อใกล้เต็มคือ 3 ใน 4 ส่วนให้นำมาทิ้งที่โรงพยาบาลในวันนัด เพื่อไม่เป็นอันตรายกับคนในครอบครัวและชุมชน

(9)(10) ICN กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

- การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบคณะกรรมการ โดยมี ICN เป็นผู้รับผิดชอบหลัก เป็น

ผู้ประสานงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวบรวมผลการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง การสอบสวนการระบาด การติดตามการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติต่างๆ การสนับสนุนทรัพยากร การให้ความรู้ ฯลฯ

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

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

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

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

  ไม่พบ HAP

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

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

(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

- ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลปากพนังไม่พบการระบาดของการติดเชื้อ ในการนี้ทางงาน IC ได้ออกแบบระบบเมื่อมีการติดเชื้อชนิดเดียวตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปให้รายงาน ICN เพื่อสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดให้เร็วที่สุด

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

- Hand hygiene: กำหนด Hand hygiene เป็น PSG ขององค์กร มีมาตรการส่งเสริมการล้างมือ โดยจุดล้างมือมีเพียงพอเพื่อให้เข้าถึงง่าย อุปกรณ์ของใช้พร้อม ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ตั้งแต่วันปฐมนิเทศและฟื้นฟูปีละครั้ง มีโปสเตอร์เตือนใจและแสดงวิธีกี่ล้างมือ 7 ขั้นตอนและ 5 moment และติดตามประเมินผล พบว่าอัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน ปี 2559-2563 ร้อยละ 90.90 89.54 90.19 , 86.7และ 88.70 ตามลำดับในปี 2562 ได้เพิ่มการ

สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยใช้รูปผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นสื่อประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการล้างมือ

- Isolation precautions: มีระเบียบปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้ Standard precautions ควบคู่กับ Isolation precautions โดยคำนึงถึงวิถีการแพร่กระจายเชื้อ ทั้ง Airborne Droplet Contact มีบัตร AP DP CPเพื่อใช้สื่อสารระหว่างวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองผู้ป่วย กำหนดโซนรอตรวจในแต่ละกลุ่ม หากเป็นกลุ่ม Airborne ให้บริการที่จุด one stop service กลุ่ม Airborne ที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจัดให้นอนห้องแยกหอผู้ป่วยหญิงและห้องแยกหอผู้ป่วยชาย ในหอผู้ป่วยมีการจัดแยกโซนให้กลุ่ม DP และ CP แยกของใช้ส่วนเครื่องผ้าใช้แล้วแยกใส่ถุงแดง มีการทำความสะอาดประจำวัน โซนดังกล่าวหลังสุด ได้มีการเก็บข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม Airborne ผิดพลาดในปี 2561 พบ 5 ครั้งเนื่องจากการย้ายไปอาคารใหม่ ไม่มีป้ายอาการที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ ปี 2562 พบ 8 ครั้ง เหตุเกิดช่วง 07.00- 08.00 น. ไม่ผ่านการคัดกรอง แก้ไขโดยให้เวรเปลคัดกรองและ training ให้ ปี 2563 พบ 1 ครั้ง

Standard precaution อื่นๆ:

- การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและการสัมผัสสารคัดหลั่ง ปี 2559-2562 พบ 5 ราย 2 ราย 1 ราย และ 4 รายตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคืน เย็บแผลในโพรงลึก ฉีดยาในที่แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเปื้อน ได้ทบทวนและหามาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ
- การจัดการขยะ : มีระเบียบปฏิบัติการจัดการขยะ และได้พัฒนาระบบการจัดการขยะติดเชื้ออำเภอปากพนัง ได้รวบรวมขยะติดเชื้อจากบ้านเรือนมาสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ จากนั้นทางโรงพยาบาลออกเก็บ ขนย้ายมาสู่เรือนพักขยะของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะขนย้ายขยะขึ้น-ลงจากรถ ส่วนขยะติดเชื้อจากคลินิกเอกชนทางคลินิกนำถุงแดงใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิดและล็อคได้นำมาส่งที่เรือนพักขยะติดเชื้อ มีการชั่งน้ำหนักขยะจากทุกหน่วยบริการ จากนั้นบริษัทไฟศอลอีเนอร์จี จำกัด มารับไปกำจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งทุกวันอังคารและวันศุกร์ น้ำหนักขยะติดเชื้อประมาณ 1,100 กิโลกรัม/เดือน
- การจัดการผ้าเปื้อน: มีการคัดแยกผ้าเปื้อนจากหน่วยงาน เป็นผ้าเปื้อนมาก/ติดเชื้อ ผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาซักในเครื่องซักผ้าสำหรับซักผ้าติดเชื้อ ผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้าเจ้าหน้าที่ ปี 2561 งานซักฟอกได้รับเครื่องซักผ้า 200 ปอนด์ จากงบค่าเสื่อม เมื่อนำมาติดตั้งทำให้ไฟไม่พอเครื่องทำงานพร้อมเครื่องอื่นๆไม่ได้ อีกทั้งสายไฟไม่เป็นระเบียบและอายุการใช้งานสายไฟร่วม 20 กว่าปี ได้ปรับปรุงระบบไฟฟ้าในอาคารซักฟอกเพื่อให้สามารถใช้งานเครื่องพร้อมๆกันได้ และยังเป็นการบำรุงรักษาเครื่องไปด้วย
- การจัดการผ้าเปื้อน:เดิมการ Flow ในหน่วยซักฟอก ไม่เป็นระบบ one way และผลจากพายุปาบึกเมื่อมกราคม 2562 ทำให้น้ำท่วมอาคารซักฟอก หลังคาปลิว เป็นโอกาสให้งานซักฟอกได้รับการอนุมัติปรับปรุงโครงสร้างใหม่บางส่วนให้ได้มาตรฐานมากขึ้น

- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ : การทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มี 2 วิธี คือการนึ่งไอน้ำ และการอบแก๊ส ได้พัฒนาเป็นระบบCentral supply ทั้งเครือข่าย มีการควบคุมประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทุกกระบวนการ ทั้งเคมีภายนอก -ภายใน ทำ Spore test 3 ครั้ง/สัปดาห์ ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี2559-2563 ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ 100%

- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ในโรงพยาบาลปากพนัง ไม่มีการใช้กล้องส่องอวัยวะ

  - การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: วัสดุที่เป็นเครื่องสายต่างๆชนิด single-

use ที่หมดอายุก่อนใช้งาน reprocessing โดยการนำมาอบแก๊ส เช่น oral airway , สาย ICD , สาย N/G สายออกซิเจน mask และ canular ผู้ใหญ่ ฯลฯ หากใช้กับผู้ป่วยแล้วไม่นำกลับมาใช้ซ้ำ ส่วนเครื่องสายที่นำกลับมาใช้ซ้ำได้ คือ ชุดพ่นยา และสายออกซิเจน canular ของเด็ก โดยนำมาอบแก๊ส

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

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

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

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

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร

- จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบอัตราการเกิด Phlebitis เกรด 2 ขึ้นไป 1 ครั้ง ในปี 2559 ซึ่งพบในผู้ป่วยตัดไต on prednisolone นำแนวทางการปฏิบัติตาม PVC Bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อลดการเกิด Phlebitis ในปี 2560-2563 ไม่พบ Phlebitis

- การเกิด Episiotomy wound Infected พบในปี 2561 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 เกิดจากความเสี่ยงด้านแผลที่ฉีกขาดลึก และ wound care ได้ใช้ด่างทับทิมในการแช่แผลและในแผลที่ tear ลึก มีการประเมินแผลทุกเวร ในปี 2562-2563 ไม่พบ Episiotomy wound Infected

- การเกิด CaUTI ไม่พบนานเกิน 5 ปี เนื่องจากมีระเบียบปฏิบัติในการป้องกันและ ใช้ CaUTI Bundle มาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ CaUTI

(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV มี ARV Clinic ให้บริการ one stop service ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น ตลอดจนคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยด้วย

- การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมต้านทานต่ำ เช่น HIV ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคเลือด เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีในกรณีที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ดูแล เน้นการล้างมือแบบ hygienic handwashing ก่อนสัมผัสผู้ป่วย การเข้าเยี่ยมของญาติต้องล้างมือก่อน หลังการเข้าเยี่ยม ห้ามผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและแพร่เชื้อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การแยกแยกโซนห่างจากผู้ป่วยอื่นอย่างน้อย 1 เมตร

- ผู้ป่วยดื้อยา มีการรับ Refer case มาจากรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช และกรณีที่พบเองในรพ. ต้องให้รู้ว่าเป็นเชื้อดื้อยาให้เร็วที่สุด และเริ่มมาตรการป้องกันแบบ contact precaution ตั้งแต่ OPD ER และ Admitted โซนห่างจากเตียงอื่นอย่างน้อย 1 เมตร การแยกของใช้ การจำกัดผู้เยี่ยม มีสื่อกระตุ้นเตือนการสื่อสารในการดูแล มีป้าย MDR หน้า chart และหัวเตียง ยังไม่พบการการระบาดหรือแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาไปยังเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยรายอื่น

- กลุ่มผู้ป่วยอุบัติใหม่ SARS MERS COVID-19 ที่ผ่านมายังไม่พบ SARS MERS COVID-19 ในการนี้ทางงาน IC ได้ติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้ออุบัติใหม่อยู่เสมอ และมีแนวทางตั้งแต่การคัดกรอง แยกผู้ป่วย เน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ประสานทีมหน่วยสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเพื่อสอบสวนโรคหาสาเหตุ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ประสานโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

- มีแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง และสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายทราบ ในปี 2559-2562 พบว่าเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายปากพนัง ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม จำนวน 5 ราย 2 ราย 1 ราย และ 4 รายตามลำดับ ได้มีการทบทวนหาสาเหตุพบว่าเกิดจากสวมปลอกเข็มคืน เย็บแผลในโพรงลึก ฉีดยาในที่แสงสว่างไม่พอ เข็มติดมากับผ้าเปื้อน และได้หามาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ

- ดูแลให้บุคลากรได้รับวัคซีน ได้แก่ วัคซีน HBV บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีการตรวจหาภูมิต้านทานต่อตับอักเสบบี หากยังไม่มีภูมิและไม่ติดเชื้อตับอักเสบบี พิจารณาให้วัคซีนตับอักเสบบี 3 dose ในปี 2559-2563บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนวัคซีน Influenza vaccine งาน IC ร่วมกับงานเวชศาสตร์ครอบครัว รณรงค์ ในปี 2562 บุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 60.4

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบการจัดการขยะติดเชื้อทั้งเครือข่าย
- ระบบการทำความสะอาด และการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นระบบ Central Supply ทั้งเครือข่าย

v. แผนการพัฒนา

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

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์

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

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80%	94.70	93.60	97.42	97.81	88.28
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	92.47	79.30	83.15	87.66	72.43
อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0%	0	0	2	0	0
ค่า CMI	≥0.80%	0.62	0.62	0.57	0.56	0.61
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**2559**	**2560**	**2561**	**2562**	**2563**

ii. บริบท

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้ป่วยนอก	คน	35,568	38,394	38,218	39,921	36,892
จำนวนผู้ป่วยนอก	ครั้ง	155,938	162,337	160,558	167,228	147,812
จำนวนผู้ป่วยใน	คน	5,065	5,490	6,856	8,927	8,185
จำนวนผู้ป่วยใน	วัน	16,608	17,064	20,587	26,762	23,714
อัตราครองเตียง	%	72	74.32	60.54	79.65	67.12

หมายเหตุ :ปี 2563 คิด 94 เตียง

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

iii. กระบวนการ

II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

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

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

(3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

- เวชระเบียนมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้

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

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- สรุปผลการจัดทำรายงานเป็นสถิติเกี่ยวกับข้อมูล จำนวนผู้รับบริการ รายงานผลการวินิจฉัยกลุ่มโรค รายงานหัตการและอุบัติการณ์เกิดโรค เป็นรายเดือน รายไตรมาส และรายงานประจำปี นำเสนอทีมนำคุณภาพ และทีมที่เกี่ยวข้อง

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- มีการนำเสนอผลการ Audit เวชระบียน ในส่วนที่ไม่สมบูรณ์ และได้ปลับเปลี่ยนแบบฟอร์มเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น จัดทำ Clinical summary เพิ่ม, การปรับปรุง Inform consent

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- ยกเลิกการใช้เวชระเบียนในผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลด้วยโปรแกรม HOSxP ในระบบคอมพิวเตอร์ ใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล
- เวชระเบียนผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการสร้างตึก ห้องจัดเก็บอาจยังไม่เหมาะสม แต่มีการควบควบดูแล โดยผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนตลอด 24 ชม.
- การทำลายเวชระเบียนที่ไม่ได้ใช้งานเกิน 5 ปี งานเวชระเบียนจพทำการตรวจนับและตรวจสอบ ยื่นเอกสารขอทำลายต่องานสารบรรณ งานสารบรรณยื่นเอกสารขอทำลายเวชระเบียนไปยัง สสจ.นครศรีธรรมราช เพื่ออนุญาตทำลายเวชระเบียนต่อไป จำนวนอุบัติการณ์/อัตรา การสูญหายของเวชระเบียน ปี 2561 – 63 = 2,0,0 ครั้ง

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับบัญชีผู้ใช้เฉพาะบุคคลให้สามารถเข้าถึงระดับข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านระบบ HOSxP แพทย์และพยาบาลกำกับดูแลไม่ให้บุคลากรในทีมรักษาเปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วยโดยมีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ไว้ที่บริเวณงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยเพื่อสร้างความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วย
- เพื่อบรรลุเป้าหมายการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน ได้ดำเนินการ (1)มีPR มาตรการพิเศษเวชระเบียนที่ถูกละเมิดและ HIV (2) กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลในระบบ HosXp (3)MSO,NSO ควบคุมกำกับการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (4)มีPR การเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง (5)มีPR สิทธิของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราการร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติความลับของผู้ป่วย ร้อยละ 0

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียนได้อย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการ (1)มี WI การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (2)มีการนิเทศหน้างาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วยร้องเรียนเรื่องการถูกเปิดเผยข้อมูล ปี 61,62,63 = 0,0,0 ครั้ง

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- เวชระเบียนต้องประกอบด้วย ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย มีการระบุโรคและการแพ้ยา บันทึกการตรวจร่างกาย มีการวินิจฉัยโรคและการรักษา มีการเก็บรักษาประวัติทั้งหมดไว้ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าพนักงานสถิติเป็นผู้ลงรหัสโรค โดยการวินิจฉัยที่ถูกตามหลัก WHO

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

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

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

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

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
Medication error OPD						
- Prescribing error	<20 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	18.31	17.89	16.90	13.99	6.39
-Transcribing error	<3 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	0	0	0	0	0.51
- Pre-dispensing error	<20 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	3.92	3.56	3.29	2.30	2.88
- Dispensing error	<1 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	0.04	0	0	0.02	0.34
- Administrating error	<1 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	0	0	0	0.01	0.14
Medication error IPD						
- Prescribing error	<30 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	29.50	21.82	5.75	4.04	1.98
-Transcribing error	<20 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	7.93	6.63	2.19	2.60	0.17
- Pre-dispensing error	<30 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	26.22	15.66	9.16	7.58	5.73
- Dispensing error	<10 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	1.79	0.82	0.82	0.68	0.51
- Administrating error	<5 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	0.77	2.35	0.58	0.64	0.76
Adverse drug event (ADE)						
-จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ GHIจากยาที่มีความเสี่ยงสูง	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
-อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD	> 95%	96.35	96.03	91.34	89.52	92.36
-ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD	<1%	9.13	6.35	3.84	3.75	5.73 (B=9 ใน 157)
Adverse drug event Type A -จำนวนครั้งของการเกิด ADR Type A ระดับ G-I	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

อัตราการเกิด medication error ในระดับอันตราย(G-I)จากกระบวนการทำ Medication Reconciliation	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
Adherenceยาต้านไวรัส ARV Clinic (%)	≥ 95%	98.24	98.65	98.70	97.88	97.43
ความพึงพอใจในงานบริการจ่ายยา						
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD	>ร้อยละ 80	93.40	94.00	95.20	95.30	95.00
- ระยะเวลารอรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วย OPD	≤20 นาที	12.87	12.02	11.27	11.20	11.30
- อัตราผู้ป่วย OPDที่รอรับยาเกิน 20 นาที	<ร้อยละ 20	7.30	5.20	4.55	4.25	5.50
บริหารเวชภัณฑ์ยา -อัตราการสำรองคลัง	< 2.0 เดือน	1.57	1.24	0.76	1.21	1.27
งานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	1	1	1	2	3

ii. บริบทระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพนัง ดำเนินงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยแต่งตั้งในรูปของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 11 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้

1. Dopamine in
2. KCl inj. (20 mEq/10 ml)
3. Morphine inj.
4. Pethidine inj
5. Magnesium sulfate 10 % inj
6. Magnesium sulfate 50 % inj
7. Amiodarone inj. (150 mg/3ml)
8. Enoxaparin inj
9. Norepinephrine inj
10. Streptokinase 1,500,000 IU
11. Fondaparinux inj

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็นมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ2 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณาและ

ทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

- บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้มีการใช้ยาที่เป็นไปอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2563 พบว่าร้อยละรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 97.19: 2.81 , 98.26 : 1.74 , 98.26 : 1.74 และ 96.33 : 3.67 ตามลำดับ และร้อยละมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 97.09 : 2.90 , 97.35 :2.65 , 96.79 :3.21 และ 97.66: 2.34 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90
- การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการการดำเนินงานในการควบคุมกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับร้อยละ 21.18 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 23.15 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 32.00 ผลการดำเนินงานในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 27.03 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 25.50 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 28.81 และผลการดำเนินงานในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 59.16 ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลงในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และได้มีการปรับกระบวนการทำงาน โดยมีการติดตามตัวชี้วัดรายสัปดาห์ การทำความเข้าใจและร่วมรับผิดชอบตัวชี้วัดระหว่างองค์กรแพทย์และทีมงานระบบยา ที่มีการติดตามและ feedback ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เข้าสู่รับบการทบทวน การสื่อสารตัวชี้วัดแบบ real time ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลปากพนัง ผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 คือตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ทุกรายการ
- การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 – 2563 พบว่ารายการยาสมุนไพรในบัญชีโรงพยาบาลปากพนัง มีทั้งหมด 31 รายการ และมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพรมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 1,116,465.40 บาท (ร้อยละ 5.59) , 1,217,633.20 บาท (ร้อยละ 6.02) , 1,051,957.20 บาท (ร้อยละ 5.43) และ 1,733,589.50 (ร้อยละ 8.41) ตามลำดับ
- การดำเนินงานด้านการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาสมเหตุผล ผลการดำเนินงาน ร้อยละการจัดซื้อร่วมในปีงบประมาณ 2560 -2563 แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา ร้อยละ 19.50 , 24.46 , 30.77 และ 39.03 ตามลำดับ เวชภัณฑ์มิใช่ยา ร้อยละ 15.04 ,15.37 ,13.19 และ 38.20 ตามลำดับ พบว่าผลการดำเนินงานทำให้เกิดการประหยัดแยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา มูลค่าประหยัด 1,001,273.10.- บาท , เวชภัณฑ์มิใช่ยา มูลค่าประหยัด 228,102.35 บาท

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- ปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2563 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 503 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 492 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 11 รายการ รายละเอียดดังนี้

  รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล 503 รายกร

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน	492	รายการ
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน	11	รายการ
ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพร	จำนวน	43	รายการ

ยาสนับสนุนจาก สปสช. จำนวน 48 รายการ

- นโยบายสำคัญ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านยา เช่น

- การมีระบบการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ที่ชัดเจน โดยการดำเนินการจัดซื้อร่วมทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม
- มาตรการกำกับในการใช้ยา ประกอบด้วยมาตรการการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2563

การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาในรายการยาเฉพาะทางโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

- มาตรการการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา
- ระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วย
- การเฝ้าระวังยากลุ่มเสี่ยงสูง
- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- มาตรฐานระบบยาหน่วยบริการปฐมภูมิ
- มีการจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหายาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนและเจ้าหน้าที่พัสดุแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ยาขาด พร้อมแจ้งแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงการใช้ยาทดแทน

1. ไม่มีการจัดหายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาโรงพยาบาล

2.ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหายาขาดแคลนในยาบางรายการ

- ยาโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตศูง ไม่สามารถจัดซื้อจัดหาได้ จากสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรน่า (COVID-19) เช่น ENALAPRIL GLIPIZIDE METFORMIN เนื่องจากเหตุระบาดของโรคส่งผลต่อบริษัทผู้ผลิตและระบบการขนส่งยาและเวชภัณฑ์เป็นอย่างมาก ทำให้ยาและเวชภัณฑ์หลายรายการขาดตลาด ราคาสูงขึ้น ไม่มีสัตถุดิบสำหรับการผลิต โรงพยาบาลปากพนัง แก้ปัญหาโดยการ นำเจ้าที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีระบบการนัดผู้ป่วยที่สอดคล้องกับอัตราคงคลังยา คือปรับเหลือไม่เกิน 2 เดือน ระบบการช่วยเหลือกันภายในระดับจังหวัด ผ่านการรายงานข้อมูลระบบจังหวัด
- รายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า เช่น ถุงมือ dispose mask mask n-95 ชุดป้องกัน alcohol 70 % alcohol gel ขาดตลาด โรงพยาบาลมีการสะท้อนปัญหาสู่ระดับจังหวัด มีระบบการรายงานระดับจังหวัด ระดับประเทศ มีระบบการจัดสรรทรัพยากรตามปริมาณงาน ทำให้สามารถลดปัญหาจากการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ในชาวงดังกล่าวได้
- rabie vaccine ขาดตลาด มีการปรับระบบการจัดส่งยาโดย สปสช. ทำให้สามารถแก้ปัญหาวัคซีนพิษสุนัขบ้าขาดสตอคได้

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีระบบการยืมยาจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชและโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีระบบการรายงานยาคงเหลือผ่านกลุ่มไลน์หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อรายงานสถานการณ์ยาของแต่ละโรงพยาบาลและมีการยืมยาจากโรงพยาบาลที่ยังมีสตอคอยู่

3. มีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มสูงอย่างฉับพลัน

3.1 กลุ่มยาสำหรับเด็ก เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ มาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

3.2 การพัฒนางานการแพทย์แผนไทย งานเวชกรรมไทย ทำให้การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมุนไพรที่เป็นสูตรตำรับสำหรับผู้ป่วย

3.3 ห้องฝากครรภ์เปิดให้บริการการป้องกันไวรัสตับอักเสบจากแม่สู่ลูก ทำให้ต้องมีการสำรอง

Hepatitia B immunoglobulin สำหรับแม่ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ

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

ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้ยา โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก การแพทย์แผนไทย คลินิกฝากครรภ์ และสถานการร์โรคระบาด

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE

- อุบัติการณ์ แพทย์ไม่ได้ปรับขนาดยา Penicillin ในผู้ป่วย CAPD ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต จากอุบัติการณ์นี้ได้มีการทบทวนในทีม PCT และทำ root cause analysis จากการทบทวนอุบัติการณ์ดังกล่าวได้มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง โดยกำหนดรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามการทำงานของไต และระบุไว้ที่ฉลากยาว่าต้องปรับขนาดยาเมื่อไหร่ พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกราย ได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

จากข้อมูล Medication Error มีข้อมูลการสั่งใช้สารน้ำที่ผสมไม่เหมาะสม มีการสื่อสารทบทวนร่วมกับองค์กรแพทย์ในคณะกรรมการ PTC และ PCT และมีการจัดทำข้อความสารน้ำเพิ่มเติมในฉลากยา ปัจจุบันไม่พบความคลาดเคลื่อนนี้

- พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ในระดับ A จำนวน 2 เหตุการณ์ของงานบริการผู้ป่วยใน แต่มีแนวโน้มหากเกิดเหตุการณ์จะมีความรุนแรง คือ Fondaparinux injปนอยู่กับEnoxaparin injในเดือนมกราคม 2562 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้มีการทบทวนระบบและวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่าเกิดจากการคืนยาเข้าลอคยา จึงได้มีการวางระบบการคืนยา และปรับการรายงานอุบัติการณ์ medication error โดยแยกเหตุการณ์ near miss ออกจากรายงานอุบัติการณ์ระดับ A-B เพื่อนำมาทบทวน และในเดือนมีนาคม 2562 พบ Levophedปนอยู่ใน Clindamycin injสาเหตุเนื่องจากมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากจุดอื่นมาช่วยปฏิบัติงาน กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน จึงได้มีการประชุมทบทวนวิธีปฏิบัติการคืนยาให้เจ้าหน้าในหน่วยงานทั้งหมด

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

- มีการปรับปรุงระบบการจ่ายยา Enoxaparin injโดยก่อนจ่ายยาเภสัชกรต้องดูค่า pltและ ClCrก่อนทุกครั้ง ถ้า Plt<100000 ให้โทรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ไม่จ่ายยาก่อนค่า lab ออก) และถ้า ClCr<30 ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับขนาดยา เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์สั่งยาก่อนผล lab ออก ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมไม่ได้รับการปรับขนาดยา

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผลและแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ:

ตัวชี้วัด RDU โรงพยาบาลปากพนัง ปีงบประมาณ 2559 -2563

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2559	2560	2561	2562	2563
1	ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ 85	95.29	95.42	94.91	95.04	94.99
2	ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำ สื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3	3	3	3	4	4
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	3	3	4	4	4
4	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8	≤ 1	0	0	0	0	0

	รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	รายการ					
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	3	3	3	4	4
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ 20	26.98	21.18	23.15	30.44	13.91
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ 20	24.84	27.03	25.5	27.43	15.57
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ 40	60.53	67.93	60.87	59.16	38.34
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ 10	12.70	12.02	12.24	4.64	2.00
10	ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ใช้ RAS blockage 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาความดันโลหิตสูง	= 0	0.16	0.08	0.08	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	≤ 5	0	0	0	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	0	0	0	0	0
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ MFM เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและมี eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m^2	≥ 80	82.98	82.89	81.55	83.53	84.95
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5	0.04	0.05	0.1	0.06	0.04
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10	1.56	2.07	1.76	1.56	1.67
16	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS	≥ 80	65.77	73.95	77.05	83.85	84.46
17	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long acting BDZ	≤ 5	0.99	0.85	0.77	1.19	0.67
18	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	= 0	0	0	0	0	0
419	ร้อยละการได้รับยาต้านฮีสตามีนชนิด non-sedative ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	≤ 20	3.14	2.67	2.86	10.21	11.90

ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2560 -2563 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 2561 และ 2562 แต่อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ มีแนวโน้มลดลง คือในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และ ใน

ปีงบประมาณ 2562 ลดเหลือร้อยละ 59.16 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้น โรงพยาบาลปากพนังมีเป้าหมาย ต้องผ่าน RDU ขั้น 2 และจากตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว ของ RDU ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทางคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้ ดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งใช้ยาและสั่งการรักษา
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการส่งเสริม แนะนำ การสั่งการวินิจฉัย การสั่งการรักษา และการสั่งใช้ยา ให้สมเหตุผล
3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง โดย ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เสนอให้ตั้งรหัสยาเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการพิมพ์สั่งใช้ยาในระบบ Hos-xp
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้องตามโรคและการวินิจฉัย และให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงศึกษาและพัฒนาระบบการลงวินิจฉัย การสั่งใช้ยาที่สมเหตุผล
5. กลุ่มงานเภสัชกรรม กำหนดเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป
6. พัฒนาเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรใหม่ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ยาสมุนไพร

ผลลัพธ์ ในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลปากพนัง สามารถผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด)

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- การปรับปรุงระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในระบบยาผู้ป่วยใน โดยก่อนหน้านี้ เภสัชกรคัดลอกคำสั่งใช้ยา continue ลงใน PMP ซึ่งพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยาลง PMP . 22.2 % ของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาทั้งหมดปีงบประมาณ 2561 จึงปรับระบบเป็นการพิมพ์ใบ Patient profile จากโปรแกรม Hox-XP
- จากการทบทวนการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า 5 ปีย้อนหลัง เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ผ่านระดับ 1 ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานคือผ่านระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2562
  เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้มีการประชุมทบทวน นำแนวทางจากหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ เช่น รพ.ท่าศาลา รพ.จุฬาภรณ์ มาใช้ปรับปรุงการติดตามตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางในการทำงาน เช่น การ feedback ตัวชี้วัด รายสัปดาห์ แจ้งแพทย์รายคน ทบทวนวิชาการ บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ระบบสารสนเทศช่วยในการเตือน การกำหนดรายการยาที่แพทย์สามารถสั่งใช้ได้ พบว่า ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค คือ URI AD และแผลสะอาด ในไตรมาสที่ 3/2562 ร้อยละ 23 ,24 และ 42 ตามลำดับ และสิ้นปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลปากพนังสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับ 3

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:
- ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี

เภสัชกรโรงพยาบาลปากพนัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ดังนี้

- หัวหน้ากลุ่ม ผ่านการอบรมการบริหารระดับต้น สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร และปริญญาเอก สาขารัฐศาสตร์ และหลักสูตรวุฒิบัตรเชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากสภาเภสัชกรรม
- เภสัชกรในกลุ่มงาน จำนวน 5 ราย สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
- เภสัชกร ผ่านการอบรมระยะสั้น เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน และระบาดวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน

- เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 คน เพื่อพัฒนางานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่
- เภสัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานและคลินิกต่างๆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ การเข้ารับการฝึกอบรมตรงกับภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รอบปีที่ผ่านมา มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ คลินิก NCD คุณภาพ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- เภสัชกรทุกคนเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 10 หน่วยกิตต่อปี และครบ 100 หน่วยกิตในระยะเวลา 5 ปี 100 %
- เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยงาน ได้รับการอบรมการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพ การป้องกันอัคคีภัย ทบทวนวิชาการในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง การทบทวนความรู้หน้างาน การพูดคุยตอนเช้าก่อนเริ่มงานและสรุปปัญหาอุปสรรคก่อนเลิกงาน

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- โปรแกรม HOSXP ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย ทำให้แพทย์ เภสัชกรและสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่จำเป็นต้องใช้ในการจ่ายยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาในอดีต การสินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย
- ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับแต่ละโรค เช่น ค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

- บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น ดังนี้ บัญชียาโรงพยาบาล ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา จำนวนยาที่สามารถสั่งใช้ได้ คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- มีคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเวปไซด์ของโรงพยาบาล

3.1 การเข้าถึงข้อมูลยาของแพทย์

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

3.2 ข้อมูลที่เภสัชกรเข้าถึงได้

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

3.3 สำหรับข้อมูลที่พยาบาลเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยา

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

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- โปรแกรม HOSXP สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยารายการยา ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- การส่งสัญญาณเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ มีดังนี้ คือ ข้อมูลการแพ้ยา fatal drug interaction ขนาดยาสำหรับโรคเฉพาะ เช่น ขนาดยา Oseltamivir ขนาดยารักษาวัณโรค ค่าผลตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นค่าวิกฤต ประวัติการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนครบ การติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ บันทึกสำหรับการติดตามกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

- การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

(1) การจัดหายา:

- การมีระบบการจัดหายา โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินงานตามแผนการจัดซื้อ และมีการดำเนินการสืบราคาทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และพิจารณาความเหมือน ต่าง ของผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้าน LASA
- มีระบบการรายงาน minimum stock ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์และการรายงานจากคลังเวชภัณฑ์ผ่านแบบฟอร์มและทางไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุ ได้ดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ได้เพียงพอต่อการใช้
- ระบบการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลปากพนัง ผ่านระบบ e-gpของกรมบัญชีกลางทั้งหมดทุกรายการ
- ยาต้านพิษ เป็นยาที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองยาในปริมาณเพียงพอและเหมาะสม และมีความรวดเร็วในการหยิบใช้และสะดวกในการตรวจสอบยาที่เหลือ ทางทีมจึงได้เสนอการเก็บสำรองยาต้านพิษไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันทั้งในคลังยา และห้องยาผู้ป่วยนอก ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่พบความเสี่ยงในเรื่องยาไม่พอใช้ หรือการหายาไม่เจอ และมีระบบการส่งเบิกยาคืนทันทีหลังจากใช้ยา เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ไม่มียาขาด เซรุ่มงูเห่า มีระบบการส่งข้อมูลการใช้ของผู้ป่วยผ่านไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบและคีย์ข้อมูลเบิกคืนยาผ่าน สปสช.ทันท่วงที

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีควำมเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอีเล็คทรอไลท์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย การจัดเก็บยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์เป็นไปตามมาตรฐานมีผู้รับผิดชอบชัดเจน

- คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม มีประตูล็อค 2 ชั้น มีระบบป้องกันอัคคีภัย smoke detector กล้องวงจรปิด ป้องกันการสูญหายของยาและเวชภัณฑ์ มีผู้รับผิดชอบและแนวทางการเปิดปิดคลังยาชัดเจน ไม่มีการวางเวชภัณฑ์บนพื้น แยกจัดเก็บเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ ชัดเจน มีระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันสัตว์และแมลง การควบคุมการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบสติกเกอร์สีเฝ้าระวังเวชภัณฑ์หมดอายุ การจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาและวัคซีนที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ มาตรฐานตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ การบันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละ 2 ครั้งทุกวัน ติดตั้งระบบสัญาณเตือนในกรณีที่อุณหภูมิตู้เย็น ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ผ่านแอบพลิเคชั่นไลน์ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที 14 จุด ได้แก่ ตู้เย็นคลังยา 6 ตู้ ช่องแช่แข็ง 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ห้องปฏิบัติการ 2 โรงครัว 1 ตู้ ระบบการสุ่มตรวจสอบรายการเวชภัณฑ์คงคลังและการหมดอายุเวชภัณฑ์
- คลังยาหน่วยงานย่อยและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเภสัชกร และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยที่ชัดเจนรายการ ปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ การจัดเก็บอย่างมีคุณภาพ จัดทำป้ายชื่อยาที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการกำหนดปริมาณสตอคขั้นต่ำ ขั้นสูงที่ชัดเจน ในทุกคลังยาย่อย การเฝ้าระวังชื่อพ้องมองคล้าย มีการตรวจสอบปริมาณคงเหลือและเบิกทดแทน หน่วยงานในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หน่วยเบิกนอกโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีการทบทวนรายการและปริมาณสำรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลังยาย่อยผู้รับผิดชอบทุกเดือน

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:,

- มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป
- ปีงบประมาณ 2562 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อกำหนดชุดยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency box) เพื่อป้องกันความเสี่ยง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเบิกยาทดแทนทันทีเมื่อเปิดใช้ และทำการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้งาน รายการและจำนวน วันหมดอายุ ทุกเดือน มีระบบการสำรองชุดยาฉุกเฉิน ณ จุดบริการ และห้องยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และในปีงบประมาณ 2563 มีการจัดทำชุดยาฉุกเฉินเพิ่มเติมสำหรับห้องคลอด

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

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

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2561 พบว่าเวรดึกที่มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีการจ่ายสารน้ำสำหรับผสมยาฉีดไม่เหมาะสม กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน จึงได้จัดทำข้อมูลสาน้ำที่ใช้ในการผสมยาฉีดในฉลากยาฉีดทุกรายการ จัดทำสติกเกอร์สีระบุสารน้ำที่เหมาะสมติดไว้ที่จัดเก็บยาฉีดแต่ละรายการ จัดทำการคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูงที่ระบุในฉลากยา เช่น Dopamine Norepinephrine injection

พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัว ในเวลาที่กำหนด จึงมีระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เวรดึก โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องติดตามยาเดิมผ่านระบบไลน์ เพื่อให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในได้ติดตามยาเดิมผู้ป่วยในวันถัดไป

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์จัดยาผิดชนิด จากสาเหตุเก็บยาคืนใส่ผิด lock ของยาที่ส่งคืนมายังห้องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนด ให้ รายการยาน้ำและยาเม็ด ที่ส่งคืนห้องยา ให้ทำลายทิ้ง ส่วนยาฉีดจะรวบรวมใส่ถุงแล้วคืน lock ยาโดยมีการ double check โดยเภสัชกร ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2561 พบแพทย์มีการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานคำย่อของโรงพยาบาลปากพนัง ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายทอดคำสั่ง สื่อสารไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดร.พ.ปากพนังจึงจัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำย่อปีละ 1 ครั้ง และมีการปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่

(2) medication reconciliation:

โรงพยาบาลปากพนังได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกราย และผู้ป่วยนอกในคลีนิคโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้ระบุรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในการประชุม PTC และขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายการยาเดิมของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเขียนคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจน สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ตรงกัน ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ลดลงในปีงบประมาณ 2559-2562 ดังนี้ 301, 267, 63 และ 38 ครั้ง ตามลำดับ

(3) ถ้ามีการใช้ CPOE ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

-

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา: ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ยากลุ่มเสี่ยงสูง เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

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

  คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา ทบทวนขนาดยาที่ใช้โดยใช้คู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และมีข้อมูลค่าการทำงานของไตที่จะต้องปรับขนาดยาในฉลากยา จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกรายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

(2) การจัดเตรียมยา:สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศอุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

- มีการเตรียม adrenaline prefill ตาม order แพทย์ โดยมีการจัดเตรียมตามแนวทางการเตรียม adrenaline prefill เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- การเตรียมแบ่งบรรจุยาในขวดพลาสติกใส ขนาด 30 และ60 ซีซี ยารายการมีการเตรียม
- แบบบรรจุในขวดพลาสติกใส ซึ่งรูปแบบยา สี ความหนืดที่คล้าย ๆ กัน เช่น KCl elixir , Lactulose, จัด ให้มีการจัดแบ่งบรรจุไว้ล่วงหน้าพร้อมติดฉลาก Label ให้ชัดเจนก่อนการหยิบจ่าย
- มีการเตรียมยา Oseltamivir syrup สำหรับผู้ป่วยเด็กเฉพาะราย

(3) การติดฉลากยา:ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท. มีฉลากติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยาคำเตือนและการเฝ้าระวัง

- ฉลากยาฉีดที่ให้ไปกับหอผู้ป่วยจะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เตียง หอผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา ตัวทำละลายที่ใช้ ความคงตัวหลังผสมยา และมีจำนวนฉลากยาเท่ากับจำนวนครั้งที่จะใช้ยาใน 1 วัน การผสมยา (ยาความเสี่ยงสูง)
- มีฉลากยาภาษาไทย ฉลากเสริม ฉลากช่วยในการใช้ยารวมถึงยาเทคนิคพิเศษ จัดทำฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ เช่น ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูง ยาโรค Gout Paracetamol ยากลุ่ม NSAIDs กลุ่มยาแก้แพ้ Domperidone Amoxycillin พัฒนาฉลากยาในโปรแกรมHOSXP ให้เป็นไปตามมารฐานฉลากยา RDU
- มีฉลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยาผิดหอผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เตียงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรถยาก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย หลังจากการเปลี่ยนแปลง ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

- ผู้ป่วยในมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน D/C counseling โดยเภสัชกรทุกราย โดยเฉพาะ ในผู้ป่วย DM/HT รายใหม่, CVA, ACS, ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษรายใหม่, ผู้ป่วย warfarin, และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา
- ผู้ป่วยนอก มีการส่งมอบยาโดยเภสัชกรทุกราย โดยใช้เทคนิค Prime question การส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ มีการติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรคและผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยาการใช้ MAR การตรวจสอบซ้ำ:มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการมีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถดักจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ 17 ครั้ง จากการตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ให้ยาผิดเวลา จากการส่งรถยาช้า เนื่องจากแพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่ากำหนด มีการ feedback ข้อมูลสู่องค์กรแพทย์ เพื่อทบทวนเวลาการขึ้น round ward เพื่อส่งรถยาให้ทันเวลา
- ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำละลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดภาระการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากผิด จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- จากการติดตามประเมินผลเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ พบ ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ asthma ในปีงบประมาณ 2560 89.30% ในปีงบประมาณ 2561 89.00% และในปีงบประมาณ 2562 89.25% และ ความถูกต้อง

ในการพ่นยาของคนไข้ COPD ในปีงบประมาณ 2560 91.00% ในปีงบประมาณ 2561 91.40% และในปีงบประมาณ 2562 91.61%

- มีการประเมินการให้ความรู้คำแนะนำในการฉีดอินซูลินชนิดปากกาในคลินิกโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2560 จำนวน 15 ราย และในปี 2561 จำนวน 12 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ได้ 93.33 และ 100 % ตามลำดับ และได้มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยในรายเก่าที่ยังไม่เข้าใจการใช้ยาฉีดโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความรู้จากการใช้ยาฉีดเพิ่มขึ้น

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

- ยากลุ่มจิตเวชบางตัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น Lithium , Sodium valproate ,Phenytoin :ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ระบบยามีการติดตามประเมินผลการใช้ยาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทางทีมจึงได้พัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชโดย มีการทำสมุดบันทึกสุขภาพจิต เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการเตือนในยาแต่ละตัวใน Hos-XP ของกลุ่มยาจิตเวช ในการติดตามผลเลือดประจำปี เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและดูความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจ Thyroid function ในยา Lithium การตรวจ Liver function และ CBC ในยา Sodium Valproate , Phenytoin ซึ่งจากการติดตามในช่วงระยะเวลา ปีงบประมาณ 2559 – มิ.ย.2562 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามข้อกำหนด มากกว่าร้อยละ 80
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ มีระบบการติดตามค่าการทำงานของตับตามแนวทางการรักษาในผู้ป่วยทุกราย
- ผู้ป่วยได้รับยา warfarin ทุกราย มีการติดตามค่าผล INR และมีการปรับระดับยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกราย
- มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 11 รายการที่กำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เช่น การติดตามภาวะ Bleeding จากยา Enoxaparin inj ,Fondaparinux inj

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

ผู้ป่วยใน

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกประวัติยาที่ผู้ป่วยนำมาลงในแบบบันทึกยาเดิมผู้ป่วย และบันทึกลงในโปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยยังใช้อยู่เป็นปัจจุบัน เภสัชกรเขียนปรึกษาแพทย์ลงใน Doctor order sheet หากแพทย์สั่งใช้ต่อ และเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง จะใช้ยาเดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้ยาของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งยารายการที่ผู้ป่วยนำมา ใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอก

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการจัดเก็บ และค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับจำนวนยาให้พอดีกับวันนัด

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อน และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานซึ่งต้องคีย์รายการยาใน Drug Profile ซ้ำ
- พัฒนากล่องยาฉุกเฉินสำรองพร้อมใช้
- พัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว

- ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RDU ขั้น 3
- รางวัลงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และอันดับ 1 ระดับจังหวัด
- ประกาศนียบัตร ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
- รางวัลงานวิจัยระดับจังหวัดด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	3.0	L I	-ระบบการติดตาม/ประเมินผล การปฏิบัตินโยบายด้านยาที่ครอบคลุมและชัดเจน -พัฒนาการให้บริการข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยจัดทำระบบฐานข้อมูลฯ ที่ชัดเจน
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา	3.0	L	-พัฒนาระบบการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม
54. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง, -การทำ med reconcile ในการดูแลผู้ป่วยนอก
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, - พัฒนาการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
56. การบริหารยาและติดตามผล	3.0	L I	- ประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตามผล -พัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามผลการใช้ยา

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:คุณภาพภาพทางรังสี ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.Software หรือ Hardware Error เป็นเหตุให้ไม่สามารถถ่ายภาพรังสีได้	≤5 ครั้ง	6	4	2	0	1
2.การถ่ายภาพรังสีซ้ำของผู้รับบริการทางเอกซเรย์	≤3%	2.11	1.34	0.88	0.78	1.12
3.ความผิดพลาดจากการส่งข้อมูลภาพรังสีให้กับแพทย์	≤3 ครั้ง	3	2	1	0	1
4.ทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหาย	≤2 ครั้ง	0	0	1	0	0
5.การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตกเตียง	<1 ราย	0	0	0	0	0

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

- ถ่ายภาพรังสีทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับทางด้านรังสีวิทยาแก่ผู้รับบริการให้บริการถ่ายภาพทางรังสีผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่งานรังสีในวันเวลาราชการ และฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ปัจจุบันไม่มีการสั่งตรวจวินิจฉัยตามหัวข้อนี้

จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): นักรังสีการแพทย์ 2 คน,พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค 1 คน

จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี

เทคโนโลยีสำคัญ:

1.เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT) 1 เครื่อง
2. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป 1 เครื่อง
3. เครื่อง DR (Digital Radiography) 1 ชุด
4. เครื่องServer 1 เครื่อง
5. เครื่อง Computer 3 ตัว

iii. กระบวนการ

II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- งานรังสีวิทยาเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไป มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 40 คน โดยในเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 3 คน และนอกเวลาราชการจะมีเจ้าหน้าที่รังสีให้บริการ 1 คน

(2) ทรัพยากรบุคคล:

- ปัจจุบันมีนักรังสีการแพทย์ 2 คน,พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค 1 คน
- มีแผนจะรับพนักงานการแพทย์และรังสีฯ 1 คน
- แผนพัฒนาบุคลากรไปฟื้นฟูงานด้านเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:

- มีห้องเอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 1 ห้อง และห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT) 1 ห้อง

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- ใช้ระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิตอล(DR)และมีระบบการเก็บภาพ,กระจายภาพ(PACs)

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- การส่งต่อภาพเอกซเรย์ไปโรงพยาบาลอื่นหรือคลินิกที่ผู้ป่วยต้องการจะไปรักษาต่อ มีการส่งภาพเอกซเรย์ 2 วิธีดังนี้
  1.วิธีออนไลน์ โดยการส่งวิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการนำภาพเอกซเรย์ไปใช้ประกอบการรักษาโรงพยาบาลอื่นๆในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจะส่งภาพเอกซเรย์เข้าserverรวมของจังหวัดผ่านโปรแกรมระบบเครือข่ายรังสีนครศรีธรรมราช
  2.วิธีเขียนลงแผ่นCD วิธีนี้จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการจะนำภาพเอกซเรย์ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชหรือคลิกแพทย์ต่างๆ ซึ่งสามารถเปิดดูภาพเอกซเรย์ได้โดยใช้คอมพิวเตอร์ทั่วไป
  - การส่งภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT)ให้รังสีแพทย์อ่าน ใช้วิธีการส่งE-mail

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- แพทย Request เอกซเรย์ทางระบบHOSxP ซึ่งระบบดังกล่าวได้ Link กับระบบการถ่ายรังสี(DR) ของระบบงานรังสี ผู้ส่งตรวจดังกล่าวสามารถดูภาพทางคอมพิวเตอร์ได้เลยในทุกจุดที่มี คอมพิวเตอร์PC หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องทางเทคนิค สามารถโทร.ติดต่อโดยตรงได้ที่แผนกรังสีวิทยา
- ได้พัฒนาระบบเพื่อความสะดวกกับแพทย์ สามารถดูภาพทางรังสีได้ทุกจุดของโรงพยาบาลที่มีเครื่อง computer รวมตลอดถึงผู้รับบริการเพียงแต่มี H.N. ของตนเองเท่านั้น
- โดยมีการจัดประชุมกันระหว่างหัวหน้างานกับเจ้าหน้าที่ด้วยกันเดือนละครั้ง และได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของแต่ละงานแล้วหาทางแก้ไขอยู่เรื่อย ๆ มีหาข้อสรุปในแต่ละปัญหา จากนั้นก็ประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงซึ่งกันและกัน
- รังสีแพทย์ผู้อ่านภาพ CT จะสื่อสารผ่านโทรศัพท์และE-mail

II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) คำขอส่งตรวจ:

- แพทย์ Request เอกซเรย์ทั่วไปทางระบบHOSxP ซึ่งระบบดังกล่าวได้ Link กับระบบการถ่ายภาพ(DR) ของระบบงานรังสี
- แพทย์ Request เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยเขียนในใบขอส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:

- ก่อนทำการเอกซเรย์เจ้าหน้าที่จะอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเอกซเรย์ เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับ ระหว่างทำการเอกซเรย์ และเอกซเรย์แล้วเสร็จ
- หากไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ก็จะสื่อสารกับญาติในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำการเอกซเรย์ ระหว่างทำการเอกซเรย์ และเอกซเรย์แล้วเสร็จ

(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:

- งานบริการรังสีทั่วไปเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยจะมีเจ้าหน้าอยู่ประจำห้องตั้งแต่เวลา 8.00-24.00น. และ24.00-8.00น.จะมีเวร on call มาให้บริการภายในเวลา 10 นาที (งานเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น เนื่องจากกำลังบุคลากรไม่เพียงพอ)

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- หากผู้ป่วยต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับ ก่อนทำการเอกซเรย์ ทางแผนกจะมีถุงซิปเตรียมไว้ให้ใส่เครื่องประดับ
- หากผู้ป่วยมีญาติมาด้วย จะให้ญาติเก็บเครื่องประดับที่ถอดไว้ป้องกันการสูญหายหรือลืมทิ้งไว้ที่แผนก

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

- การถ่ายภาพทางรังสีทั่วไปจะใช้ระบบแปลงสัญญาณรังสีเอกซ์เป็นดิจิตอล(DR) ทำให้ได้ภาพหลังจากกดปล่อยรังสีแล้วออกมาภายในไม่เกิน 1 นาที

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

- เมื่อได้ภาพทางรังสีทั่วไปมาแล้วบนภาพจะแสดงชื่อผู้ป่วย ชื่ออวัยวะและท่าที่ถ่ายเอกซเรย์ พร้อมทั้งมีค่า EI (Exposure Index)ปรากฏบนหน้าจอของโปรแกรมการถ่ายภาพรังสีด้วย

(7) การแปลผลภาพรังสี:

- เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปเสร็จแล้ว ภาพที่ได้จะต้องทำQCโดยเจ้าหน้าที่รังสีทุกภาพก่อนส่งเข้าserver เพื่อให้แพทย์สามารถดึงภาพเอกซเรย์ไปดูได้ทุกจุดที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์โดยต้องใส่รหัสผ่านในการเข้าดูภาพ
- การแปรผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะส่งภาพทาง E-mail ให้รังสีแพทย์อ่าน และรังสีแพทย์จะส่ง Official report กลับมาให้ทาง E-mail

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย เช่น เจ็บหน้าอก ความดันตก ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น จะต้องมีพยาบาลติดตามมาเอกซเรย์ด้วยอย่างน้อย 1 คน
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลไปยังเตียงเอกซเรย์สำหรับผู้ป่วยที่ขยับตัวไม่ได้ ต้องใช้ Pat slide ช่วยในการเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการตกเตียง
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงเอกซเรย์ที่นอนมาเปลตัก ให้ยกผู้ป่วยทั้งเปลตักไปยังเตียงเอกซเรย์ได้เลย

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

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

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีการทดสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์ ปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิทยศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ดำเนินการทดสอบให้
- มีการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิการทางรังสีวินิจฉัยประจำปี
- การตรวจเช็คระบบการถ่ายภาพเอกซเรย์โดยช่างประจำบริษัทที่เช่าเครื่องอยู่ทุกๆ 3 เดือน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

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

v. แผนการพัฒนา

DALI Gap	DALI Gap	DALI Gap	DALI Gap
ปัญหา 57. 1.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT) เช่น stroke ต้องrefer ไปโรงพยาบาลมหาราชทุกราย	ปัญหา 1.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	ปัญหา 1.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	ปัญหา 1.ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT) เช่น stroke ต้องrefer ไปโรงพยาบาลมหาราชทุกราย

	(CT) เช่น stroke ต้อง refer ไป โรงพยาบาลมหาราชทุกราย	(CT) เช่น stroke ต้อง refer ไป โรงพยาบาลมหาราชทุกราย	

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.อัตราความสอดคล้องของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 (Check list 100 ข้อ)	> 90 %	96.97	96.46	96.97	94.44	98.99
2. อัตราผล IQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥ 80 %	NA	NA	NA	93.94	92.15
3. อัตราผล EQC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥80 %	NA	NA	NA	85.87	86.57
4.อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย ER ทันเวลาที่กำหนด	≥ 90 %	NA	NA	NA	91.81	90.42
5.อัตราการรายงานผลกลุ่มผู้ป่วย OPD ทันเวลาที่กำหนด	≥ 80 %	NA	NA	NA	97.95	95.27
6.ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 85 %	92.8	89.5	89.0	91.0	91.5
7.ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	≥ 85 %	88.7	88.1	90.0	89.9	88.4
8.จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	0 ครั้ง	0	0	1	0	0
9.อัตราการภูมิคุ้นกันของเจ้าหน้าที่	100 %	100	100	100	100	100
10.คะแนนประเมินของระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ	≥ 95 %	96.02	96.55	95.75	99.09	99.09
11.อัตราความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ	≥ 95 %	99.938	99.957	99.958	99.955	99.28
12.อัตราความถูกต้องของการรายงานผลวิเคราะห์	≥ 95 %	99.987	99.973	99.965	99.965	99.98
13.อัตราความถูกต้องของโลหิตที่จ่ายให้ผู้ป่วย	≥ 95 %	99.77	99.89	99.82	99.86	99.88

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใต้ระบบการควบคุม การประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามการรักษา พยากรณ์โรค และประเมินสภาวะสุขภาพ ซึ่งจะให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา จุลชีววิทยาคลินิก จุลทรรศน์วิทยาคลินิก ธนาคารเลือด และส่งตรวจต่อไปยังหน่วยงานอื่นในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ และเป็นแหล่งข้อมูลสถิติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

เวลาเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

1.วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น.มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 9 คน
เวลา 16.00-20.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน
เวลา 20.00 -24.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน
เวลา 24.00-08.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน (on call)

นอกจากนี้ เวลา 07.00-08.00 น. ได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน พนักงานผู้ช่วย 1 คน ทุกวัน ยกเว้นวันอังคาร มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน พนักงานผู้ช่วย 1 คน

2.วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

เวลา 08.00-16.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน พนักงานผู้ช่วย 1 คน

เวลา 16.00-20.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน

เวลา 20.00 -24.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน (on call)

เวลา 24.00-08.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน (on call)

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บุคลากรทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย

นักเทคนิคการแพทย์	5 คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2 คน
พนักงานผู้ช่วย	2 คน

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ</u>

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- มีการทบทวนระบบการส่งต่อหน่วยงาน ปี 2561 พบว่า มีจำนวนการส่งตรวจ Hemo culture เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จึงมีการปรับระบบให้มีการเปิดให้บริการเองและส่งต่อกรณีที่ Hemo growth เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่งต่อหน่วยงานภายนอกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562
- จัดให้มีการ one stop service ณ คลินิกบริการผู้ป่วย ANC และ ARV เพื่อลดขั้นตอนและความยุ่งยาก เพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

- มีสถานที่ปฏิบัติการ แยกจากงานเอกสาร และห้องพักเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อและการปนเปื้อน มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมีและวัสดุติดเชื้อ มิให้กระจายสู่สิ่งแวดล้อม การจัดวางเครื่องมือมิให้มีผลกระทบต่อการตรวจวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังมีแผนการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราช
- ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมและเพียงพอต่อความต้องการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยมีระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และทุก 3 เดือน จากช่างบริษัท รวมทั้งมีการแผนการสอบเทียบเครื่องมือรับรองจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งในปีที่ 2561 และปี 2562 เครื่องมือผ่านการสอบเทียบ 100 % และกำลังจัดทำแผนสอบเทียบเครื่องมือครั้งต่อไปในช่วงเดือน ธ.ค.2563

(3) ทรัพยากรบุคคล:

- มีการประเมินเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งด้านสมรรถนะหลักและความสามารถเชิงเทคนิค ปีละ 1 ครั้ง มีการพัฒนาเพิ่มในประเด็นที่ขาด หรือผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ในปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์ 100 %
- มีการวิเคราะห์ภาระงาน ให้เพียงพอกับภาระงานและกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการปรับระบบการให้บริการโดยมีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนปฏิบัติงาน โดยจัดหน้าที่ทำงานทดแทนกัน

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

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดเกณฑ์ การประเมินผู้ขายก่อนการใช้บริการ มีการคัดเลือก และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ขาย โดยมีการจัดทำเกณฑ์ประเมินผู้ซื้อ ผู้ขาย ปีละ 1 ครั้ง มีการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ มีบัญชี

รายชื่อวัสดุ อุปกรณ์ น้ำยาตรวจวิเคราะห์ และมีการบันทึกการตรวจรับพัสดุ รายงานวัสดุที่ใช้ไปและคงคลังในแต่ละเดือน

- มีการประเมิน คัดเลือกห้องปฏิบัติการส่งต่อ และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการส่งต่อ ซึ่งพิจารณาถึงการให้หรือขอคำปรึกษาจากหน่วยงานที่รับส่งต่อด้วย พร้อมจัดทำทะเบียนบัญชีห้องปฏิบัติการส่งต่อแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ ซึ่งในปี 2563 จากการทบทวนและการประเมินการส่งต่อกับแพทย์ที่ปรึกษาห้องปฏิบัติการ พบว่าบางรายการมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ส่งต่อหน่วยงานเอกชน (BRIA LAB)เพื่อความคุ้มค่าเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและความรวดเร็วในกายรายงานผล

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

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

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ID-LAB-001) แจกจ่ายแก่หน่วยงานที่เกี่ยงข้อง ซึ่งครอบคลุมถึง การจัดเก็บ การเลือดภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การชี้บ่ง ราคา ปริมาณตัวอย่าง การรักษาสภาพ การนำส่ง เกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การเก็บรักษาตัวอย่างหลังการตรวจวิเคราะห์ แนวทางการเพิ่มรายการตรวจ ซึ่งเหล่านี้กำหนดให้มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- หน่วยงานต่างๆที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีทะเบียนการส่งสิ่งส่งตรวจมีการเซ็นรับและตรวจสอบทุกครั้งก่อนบันทึกรับสิ่งส่งตรวจในระบบ HosXP

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

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

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:

- ในขั้นตอนการรายงานผลการตวจวิเคราะห์ กำหนดให้มีการตรวจสอบผลโดยนักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยอาจมีการตรวจสอบผลการตรวจครั้งก่อน ความเป็นไปได้หรือความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยก่อนมีการส่งผลการตรวจวิเคราะห์กลับไปยังผู้สั่งตรวจ กรณีที่พบค่าวิกฤติ ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่องการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ (P-PCT-046)
- ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติการรายงานผล(WP-LAB-009) ซึ่งครอบคลุมการรายงานผลด่วน การรายงานผลทางวาจา ระเบียบปฏิบัติการ การรักษาความลับผู้ป่วย(WP-LAB-024) ระเบียบปฏิบัติ การควบคุมบันทึกคุณภาพ(WP-LAB-021)

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กำหนดให้มีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Turn around time ในรายการตรวจที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงรายการตรวจ Trop T ที่ทุกคนต้องเฝ้าระวังการรายงานผลมิให้เกินเวลาประกัน

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการระบุการเก็บรักษาตัวอย่างและการทำลายหลังการตรวจวิเคราะห์และแนวทางการรับตรวจวิเคราะห์เพิ่มในคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพบว่าในรอบปี 2561,2562และ 2563 ไม่มีการรายงานการแพร่กระจายของเชื้อจากขยะติดเชื้อของห้องปฏิบัติการออกไปสู่สิ่งแวดล้อม อีกทั้งไม่มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานหรือได้รับอันตรายจากสารเคมีที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ
- ปี 2563 ได้มีปรับให้มีการบันทึกการนับจำนวนหลอดตัวอย่างเลือดที่ต้องเก็บรักษาในตู้เย็น 4 องศาเซลเซียสและจำนวนหลอดตัวอย่างที่ต้องทำลายในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนให้มีการเก็บสายจากถุงเลือด Donor การ Crossmatch ทุกครั้ง

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีนโยบายการทบทวนระบบบริหารคุณภาพครอบคลุมหัวข้อตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นำผลเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานและแผนการปฏิบัติงานสำหรับปีต่อไป

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

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

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

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

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 จากสภาเทคนิคการแพทย์ รับรองรอบที่ 2 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562 และมีผลถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565
- นอกจากนี้ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการจัดทำแผนการตรวจติดตามภายในร่วมกับ สสจ.นครศรีธรรมราช และเครือข่ายห้องปฏิบัติการนครศรีธรรมราชทุกปี ปีละ 1 ครั้งโดยนำมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 และระบบการประเมินความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ มาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน หลังจากนั้นทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้พัฒนางานบริการตามข้อเสนอแนะจากการตรวจติดตามภายในมาปรับปรุงงานบริการ และระบบบริหารคุณภาพเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน โดยในปี 2563 มีการตรวจติดตามภายในเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2563 ผลการประเมินได้เท่ากับ 98.99 คะแนน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

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

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	4		มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อรองรับการขยายโรงพยาบาลเป็นระดับ M2 โดยมีการทวนทวนระบบบริการ จำนวนรายการที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาความคุ้มทุนตั้งแต่ปัจจัยการนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดยมีแผนรองรับในการเพิ่มการตรวจการเพาะเชื้อต่างๆได้เอง เป็นต้น และการจัดพื้นที่บริการและเตรียมความพร้อมของเครื่องมือสำหรับงานธนาคารเลือด เพื่อการรับบริจาคโลหิตเอง

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด						
- แบบรุนแรง	0 %	0	0	0	0	0
- แบบไม่รุนแรง	≤ 0.5 %	0	0.2	0.17	0	0.0023
อัตราการเตรียมเลือดต่อการใช้จริง	≤ 2.0	1.31	1.38	1.68	1.58	1.59
อัตราการตอบสนองต่อการขอใช้เลือด	≥ 90 %	98.5	98.7	99.8	99.86	99.99
ผลการควบคุมคุณภาพงานธนาคารเลือดโดยองค์กรภายนอก	Scor =4.0	3.85	3.97	4.00	4.00	4.00

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ:

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลปากพนังให้บริการทางด้านงานธนาคารเลือดที่เกี่ยวการทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และรวมถึงการจัดหาเลือดและส่วนประกอบของเลือดโดยเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 11 ทุ่งสง และเบิกจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อให้มีความปลอดภัยและเพียงพอ ทันต่อความต้องการใช้แก่ผู้รับบริการ โดยได้มีการนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

iii. กระบวนการ

ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:

- โรงพยาบาลปากพนังมีระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิตและส่วนประกอบโลหิตทุกชนิดในการประชุมร่วมกับคณะกรรมการ PCT โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทางสถิติ เพื่อประเมินการขอโลหิต การเจาะเก็บตัวอย่างโลหิตของผู้ป่วย การใช้โลหิต การจำหน่ายทิ้งโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
- ปี 2563 มีการปรับให้มีการตรวจหมู่โลหิตซ้ำในผู้ป่วยขอเลือดที่ไม่ประวัติการการตรวจหมูเลือดหรือการให้เลือดที่โรงพยาบาลปากพนัง โดยทางกลุ่มงานเทคนิคกาแพทย์เป็นผู้แจ้งให้หน่วยงานทราบก่อนมารับเลือดทุกครั้ง

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:

- จากการเก็บข้อมูลปริมาณการใช้เลือดปี 2563 แล้วนำมาคำนวณหาปริมาณเลือดคงคลังเฉลี่ยที่ต้องสำรองไว้ใน 1 สัปดาห์ พบว่า ต้องมีการสำรองโลหิต หมู่โลหิต A = 7 unit, B = 8 unit, O = 13 unit ,AB = 4 unit ทั้งนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดได้ตามความเหมาะสมและความต้องการใช้โลหิตในห้วงเวลานั้นๆ

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

- ไม่มีการรับบริจาคโลหิต

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

- มีระบบการเก็บรักษาถุงเลือดให้มีคุณภาพ มีการใส่เทอร์โมมิเตอร์ในกระติกเก็บรักษาความเย็นบันทึกอุณหภูมิทุก

ครั้งที่มีการเบิกเลือดจากหน่วยงานภายนอก มาส่งที่โรงพยาบาลซึ่งระบุไว้ตามเกณฑ์ การเก็บรักษา การขนส่ง มาตรฐานงานธนาคารเลือด

- กำหนดให้หน่วยงานที่มารับเลือดเฉพาะ unit ที่ต้องการใช้เท่านั้นห้ามมิให้มีการ Stock เลือดที่หน่วยงานพร้อมนำกระติกรักษาความเย็นมารับเลือดทุกครั้ง

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- การดำเนินการเพื่อเก็บรวมรวมและรายงานการเกิด Hemovigilance เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้โลหิตตามนโยบาย National Hemovigilance ที่กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กำหนดให้เริ่มในปี 2559

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- มีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2560 จากสภาเทคนิคการแพทย์ รับรองรอบที่ 2 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562 และมีผลถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการจัดทำคู่มือการให้บริการงานธนาคารเลือด (ID-LAB-026) แจกจ่ายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกับมาตรฐานงานธนาคารเลือด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต มีการรับบริจาคโลหิตได้เอง เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนเลือด และลดอัตราการทิ้งเลือดหมดอายุ	3		มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเลือดที่ดี กำหนดให้มีการทำ CQI การทิ้งเลือดหมดอายุ หากสถานที่เพียงพอ และเครื่องมือ บุคลากร มีศักยภาพมากพอก็จะ มีการจัดทำแผนร่วมกับภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่งสง เพื่อจัดหาโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ และปี 2565 มีการวางแผนในจัดระบบบริจาคเลือดได้เอง ทดแทนการเบิกจากภาคบริการโลหิตแห่งชาติทุ่งส่ง

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561

ii. บริบท

การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:

iii. กระบวนการ

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค

(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:

●

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:

●

(2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล:

●

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

●

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
60. พยาธิวิทยากายวิภาค และ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ			

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ทีม SRRT ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจาก สคร.	ผ่านเกณฑ์	รักษาสภาพ	ผ่าน	รักษาสภาพ	ผ่าน	รักษาสภาพ
ความครบถ้วนของการรายงาน รง.506	80%	100	100	100	100	100
ความทันเวลาของการรายงาน รง.506	80%	80.31	81.03	81.04	82.40	82.35
ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย	80%	94.13	92.15	94.42	93.56	91.25
ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย	60%	90.51	91.31	92.41	92.50	92.74
คุณภาพของการสอบสวนโรค	60%	87.51	86.97	88.32	86.72	85.45

ii. บริบท

โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:

1.โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง MI Stroke

2.มะเร็ง และผู้ป่วยติดเตียง

3.โรคระบาด เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก

4.คุณภาพมารดา และทารก

5.ท้องไม่พร้อม

โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง:โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรควัณโรค, โรคมือ เท้า ปาก, และไข้เลือดออก

iii. กระบวนการ

II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:

(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:

- เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการ ผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน กำหนดในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และกำหนดกระบวนการการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่ มีคำสั่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหวิชาชีพประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขเป็นแกนหลัก พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตัวแทนจากงานชันสูตร กรณีที่จำเป็นต้องมีการส่งสิ่งตรวจ ซึ่งทีมงานมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา และกำหนดสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ งบประมาณ ยานพาหนะ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เพียงพอและเหมาะสม
- มีระบบการรายงานการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ตามรายงาน 506 โดยนำข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่มาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้ ในกิจกรรมดังกล่าวมีระบบการกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามและประเมินผล รายสัปดาห์ ยึดหลักความถูกต้อง ครบถ้วน ทันต่อเหตุการณ์และสามารถหยุดการแพร่ระบาดของโรคได้
- มีการจัดทำาแผนงาน/โครงการการเฝ้าระวังโรคภัยสุขภาพที่ส าคัญ ครอบคลุม โดยใช้ข้อมูล สถานการณ์เหตุการณ์ต่างๆมาจัดทำ โครงการเฝ้าระวัง การดูแลเช่น การคัดกรองสุขภาพค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ,การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โรคอุจาระร่วงโรคมือเท้าปาก โรคตาแดง โรควัณโรค โรคไข้หวัดใหญ่และอื่นๆ

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

- การดำเนินงานเฝ้าระวังภัยสุขภาพและการควบคุมโรค เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ดำเนินการโดยคณะกรรมการ SRRT ซึ่งได้รับการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 มีการอบรม แกนนำเจ้าหน้าที่ทีม SRRT อำเภอ จำนวน 2 คนอบรมการสร้างเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล 17 ตำบล
- การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ในทีมของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
- มีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังโรค รวมถึงการประชาสัมพันธ์ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของชุมชน
- มีการนำความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค เช่นการใช้ปูนแดง กำจัดลูกน้ำยุงลาย การพ่นสเปรย์ฆ่ายุงตัวแก่ หลัก 3 เก็บในการควบคุมโรค

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

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

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:

- เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้มีการจัดตั้ง EOC (Emergency Operation Center) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางการบัญชาการ การกำหนดนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรการประสานงาน รวบรวมวิเคราะห์และกระจายข้อมูล
- มีระบบการรายงานเคสที่รวดเร็วผ่านไลน์กลุ่ม โดยพยาบาลประจำตึก เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปจัดการปัญหาได้อย่างทันท่วงที เช่น กรณีพบผู้ป่วยไข้เลือดออก หลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค พยาบาลประจำตึกพยาบาลประจำตึกรายงานข้อมูลเข้ากลุ่มไลน์ เจ้าหน้าที่สาธาณสุขในพื้นที่ลงพื้นที่เพื่อดำเนินการต่อไป พร้อมกับนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว ลงบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 506
- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีส่วนร่วมในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังและภัยสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบในการเก็บและรวบรวมข้อมูล รายงานผลถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา เฝ้าดูสถานการณ์แนวโน้มและคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคเพื่อประโยชน์ในการวางการควบคุมโรค
- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ประกอบด้วยบุคลากรที่ผ่านการอบรมทางระบาดวิทยา สามารถดำเนินการสอบสวนโรค และกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมโรค มีระบบการประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ การส่งตัวอย่างในการวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุในการเกิดโรค และมีระบบการให้คำปรึกษาองค์ความรู้ประกอบการตัดสินใจวางแผนในการควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงาน และชุมชนได้รับทราบข้อมูล
- มีระบบรายงาน 506 ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
- มีระบบการรายงานโรคติดต่อที่ต้องรายงานด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เช่น ไข้หวัดนก คอตีบ มีการประสานข้อมูลข่าวสารร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชและสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
- กรณีวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการ หลังจากมีการรับส่งข้อมูล ทีมดำเนินการออกสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมง
- นำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ความแม่นยำในการวินิจฉัย ปัจจัยองค์ประกอบ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

(3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

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

(5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

- มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.
- ในช่วงปีที่ผ่านมา มีโรคไข้เลือดออกระบาด หลายๆพื้นที่ ทีม SRRT จึงดำเนินการลงพื้นที่ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และประสานงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ่นเคมีหมอกควัน
- มีทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านโรคติดต่อระดับอำเภอ ตำบล สามารถตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพทุกเหตุการณ์
- มีการรายงานผลการสอบสวนโรคให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทราบ
- ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีความพร้อมในการดำเนินงาน ใช้โทรศัพท์ในการประสานแจ้งข้อมูลกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง.

(2) ทีม SRRT:

- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพทั้งระดับอำเภอ และทีม SRRT ระดับตำบล ซึ่งมีชุมชนมีส่วนร่วม

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

1.กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ได้แก่

1.1 กำหนดนโยบายชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยทุกรายแบบ Dot ทุกราย

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการ เร่งรัด ป้องกัน วัณโรค อำเภอปากพนัง เพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่

1.3 สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน ปรับปรุงตามหลักควบคุมป้องกันการติดเชื้อ

1.4 พัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบ การเป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยา เทคนิคการต่อรอง และการให้คำปรึกษา

1.5 พัฒนาระบบการคัดกรองผู้มารับบริการ โดยกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน กำหนดช่องทางด่วนที่แผนกผู้ป่วยนอก แยกผู้รับบริการที่คลินิก one stop service และมีการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านในผู้ป่วยทุกราย

1.6 พัฒนาระบบการรักษาและยาตามมาตรฐาน

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค พบว่า ปี 2559-2563 ผลการดำเนินงาน อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีเสมหะพบเชื้อ(success rate) ตามลำดับ ดังนี้ 82.26% ,89.74%,82.23%,84.65%

และในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 83.33 % และได้มีการติดตามระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงโดยเจ้าหน้าที่ทุกราย

2.กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ไม่ให้โรคแพร่กระจาย และลดการป่วยของเด็กไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในศูนย์เด็กเล็ก โดยใช้แนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค

ศูนย์เด็กเล็ก เป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อระหว่างกันได้ง่ายเมื่อเด็กเจ็บป่วย ซึ่งศูนย์เด็กเล็ก หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอทั้งหมด

1. เฝ้าระวังป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการคัดกรองอาการป่วย
2. ควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยการแยกเด็กป่วย และทำความสะอาด ห้องเรียน ของเล่น ที่นอน รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในศูนย์เด็กเล็ก
3. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชนและท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน ข้อมูลอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก 5 ปีย้อนหลัง

พ.ศ.	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
อัตราป่วย	19	33	74	19	12

3.กิจกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

การเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้ดัชนีลูกน้ำยุงในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในชุมชนเป็นข้อมูลในการแจ้งเตือนและกำหนดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และการพ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาล ตามแผนป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกประจำเดือน การใช้ทรายเคลือบสารเคมีกำจัดลูกน้ำยุง กรณีที่พบผู้ป่วย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เป็นศูนย์ข้อมูลในการรับข้อมูลผู้ป่วยจากตึกผู้ป่วย และแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้สถานบริการในเครือข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทราบทางโทรศัพท์ทันทีและ e-mail ทุกวัน เพื่อให้สถานบริการดำเนินการควบคุมโรค และแจ้งข้อมูลให้องค์กรปกครอบส่วนท้องถิ่นทราบ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และร่วมวางแผนควบคุมป้องกันโรค

ผลการดำเนินงานโรไข้เลือดออก

พ.ศ.	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
อัตราป่วย	61	165	101	224	61

โดย 5 ปีที่ผ่านมาไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ยังคงต้องเพิ่มความเข้มข้นในการเฝ้าระวังโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยเอื้อต่อการระบาดของโรค

4. กิจกรรมดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. จัดทำระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2.1 Plan

- วิเคราะห์ข้อมูลผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนัง
- จัดทำแนวทางการดำเนินงานกับผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนัง เพื่อเฝ้าระวัง COVID-19
- จัดทำฐานสารสนเทศ online สำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อเก็บ วิเคราะห์ และแสดงข้อมูลผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนัง
- ประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่

2.2 Do

- เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานกับผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนังเพื่อเฝ้าระวัง COVID-19
- เจ้าหน้าที่จัดเก็บข้อมูลผู้เดินทางจากต่างพื้นที่เข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนัง
- ศูนย์ระบาดวิทยาวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินโอกาสเสี่ยงการนำเข้าเชื้อ COVID-19 เข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนัง และคืนข้อมูลเพื่อเจ้าหน้าที่นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน

2.3 Check

- ศูนย์ระบาดวิทยาติดตามความพึงพอใจและความสะดวกในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่
- ศูนย์ระบาดวิทยาติดตามการใช้ ประโยชน์จากข้อมูลตามสถานการณ์ของโรค COVID -19

2.4 Action

- ศูนย์ระบาดวิทยาปรับปรุงระบบระบบ สารสนเทศผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอปากพนังเพื่อเฝ้าระวัง COVID-19 ให้เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและสถานการณ์ของโรค

3. จัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI CLINIC)

ผลการดำเนินงาน

ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

พบผู้ป่วยเข้าข่าย PUI จำนวน 32 คน

5. โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

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

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

2.กลุ่มเสี่ยง มีกิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มผู้ที่เสี่ยง เฝ้าระวังและติดตามประเมินเป็นระยะในรอบ 1 ปี

3.กลุ่มเป็นโรค ประสานคลินิกโรคเรื้อรัง ความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการรักษา

(4) ช่องทางรับรายงาน:

- มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง.

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

- มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที.

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

- มีการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที.

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

- มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา
- มีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:

- มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติ

โรคติดต่อกฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

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

v. แผนการพัฒนา

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

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ความครอบคลุม ผลกระทบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.ร้อยละของประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน	≥90	18.84	2.40	2.18	92.22	93.08
2.ร้อยละของประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต	≥90	19.49	2.82	2.33	96.65	95.85
3.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มได้รับการตรวจคัดกรอง TB (case finding)	≥85	NA	NA	52.57	58.60	73.70
4.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน	>50	69.12	66.48	62.43	61.73	63.80
5.ร้อยละของเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	>50	45.16	50.32	51.85	61.90	67.07
6.ร้อยละของการตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก	>20	25.53	28.40	23.12	32.23	23.65
7.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ตามเกณฑ์กำหนด	>92	90	88.88	91.67	71.43	50 (40)
8.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤6.3	11.9	6.8	6.8	10.04	11.13
9.อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี	≤10	19.67	15.94	8.6	9.6	13.51

ii. บริบท

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพนัง ปี 2562-2563 มี จำนวนประชากร 27,384 คน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อยู่ 2 แห่ง คือองค์การบริหารส่วนตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก (2 หมู่บ้าน) และเขตเทศบาลเมืองปากพนัง (22 ชุมชน) มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท อยู่ใกล้ตัวจังหวัดนครศรีธรรมราช ประมาณ 30 กิโลเมตร การทำงานกับชุมชนเน้นการสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่องประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีผู้สูงอายุ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพและดูแลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

- จากการทบทวนสถานการณ์ ฐานข้อมูลชุมชน พบว่ามีความต้องการในบริการสุขภาพชุมชน เน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย การค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มวัย และได้จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และบูรณาการกับพชอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) โดยกำหนดประเด็นสุขภาพของเครือข่าย 4 ยุทธศาสตร์ 1.สุข@ ปากพนัง (การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ (1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (2) ผู้พิการติดบ้านติดเตียง (3) กลุ่มเด็ก

พัฒนาการล่าช้า (4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย 2.เด็กปากพนังสร้างชาติ 3. ปากพนัง สะอาด ปลอดโรค ปลอดภัย 4. บริการสุขภาพมืออาชีพ โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นผู้ประสานงานหลักในการสนับสนุนรับทราบปัญหาอุปสรรคเพื่อนำไป ปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

- การจัดบริการดูแลสุขภาพชุมชนเน้นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย คืนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชนในเวทีประชุมประจำเดือน อสม. เวทีประชุมกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ให้ประชาชนรับรู้ปัญหา ตระหนักในปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการกำหนดมาตรการชุมชน
- กองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองปากพนัง และองค์การบริหารส่วนตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก สนับสนุนมีการดำเนินการแผนงานโครงการปี 2562 คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม
- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก สนับสนุนโครงการ long term care
- มีการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานควบคุมโรค ที่11 (สคร.ที11) สนับสนุนโครงการดูแลลูกหลานบ้านพ่อที่ปากพนัง STOP TEEN MOM
- จัดบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ long term care ร่วมกับ อปท. และชุมชนในปี 2562-2563 พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 ตำบล เข้าร่วมโครงการ Long term care กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนังมีแผนงานโครงการ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 มาให้ความรู้ ความเข้าใจแก่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการและผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากพนัง มีจำนวน 17,612 คนคิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 807 คน (ติดบ้าน 631 คน ติดเตียง 176 คน) คิดเป็นร้อยละ 4.58 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มตามสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ได้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเครือข่ายโดยจัดอบรม Care giver (CG) ในชุมชนหลักสูตร 70 ชั่วโมง จำนวน 60 คน ในปี 2560 และปี 2561 ได้ขยายการจัดอบรม Care giver (CG) ในทุกพื้นที่เพื่อติดตามดูแลในชุมชน ปี 2563 ได้จัดอบรม Care Giver (CG) เพิ่มจำนวน 40 คนรวม 191 คนในอำเภอปากพนัง (CG 1 คนต่อผู้สูงอายุ 5-10 ราย)
- กลุ่มงานทันตกรรม ร่วมกับโรงเรียนดูแลสุขภาพช่องปาก งานอนามัยโรงเรียน ในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี
- โรงเรียนมีการตรวจสุขภาพเด็ก ประเมินภาวะโภชนาการ และดูแลแก้ไขเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันเด็กวัยเรียน ประเมินกลุ่มเสี่ยงปัญหาการเรียนรู้สติปัญญา ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และ ออทิสติก โรงเรียนมัธยมมีการดูแลสุขภาพเด็ก ประเมินภาวะโภชนาการ ทบทวนปัญหาเด็กอ้วน โครงการครอบครัวอบอุ่น ป้องกันปัญหาท้องไม่พร้อม STOP TEEN MOOM
- พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน ของทีมสหวิชาชีพกับทีม (Family care team) FCT ในชุมชน
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลปากพนัง จัดทำโครงการการจัดการสินค้าไม่ปลอดภัยโดยกลไก พชอ.ในเขตอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(4) การประเมินและปรับปรุง:

- มีการทำงานร่วมกับชุมชนด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 79.21 คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 84.58 ชุมชนรับรู้ปัญหามีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนในชุมชนเพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชน โดยงบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก ทำกิจกรรมการเต้นบาสโลบในกลุ่มสตรี โดยมีแกนนำอสม.เป็นครูฝึกท่าทาง การออกกำลังกายในชุมชนโดยการสนับสนุนอุปกรณ์การกีฬา

เทศบาลเมืองปากพนังสนับสนุนให้มีชมรมออกกำลังกาย ชมรมปั่นจักรยาน ชมรมเต้นลีลาศ ลานแอร์โรบิค มีกิจกรรมวิ่งและปั่นจักรยานทุกเช้าวันเสาร์เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรักการออกกำลังกาย ในกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่และ care giver (CG) เยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงทุกวันอังคารและวันพฤหัสบ่าย

- ปัญหาแม่และเด็ก มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำอสม. อบรมเข้มข้นในกลุ่มอสม.แม่อาสา เพื่อดูแลกลุ่มหญิงหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นในพื้นที่โดยเน้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้เข้าถึงบริการหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และมีการรณรงค์ให้มีลูกเมื่อพร้อม Stop teen mom ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี
- ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง โรงพยาบาลปากพนังเทศบาลเมืองปากพนังและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบลร่วมกับผู้นำชุมชนและอสม. ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโดยเน้นการใช้มาตรการ 3:3:1 ทั้งอำเภอ 3 แรกคือโรงพยาบาลปากพนังรายงานพื้นที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกภายใน 3 ชม.หลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค 3 ที่สองคือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่ลงพื้นที่จัดทำรายงานสถานการณ์โรค แจกทรายอะเบท ฉีดสเปย์กันยุง ทายากันยุงภายใน 3 ชม.หลังได้รับรายจากโรงพยาบาล และมีการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ทั้งชุมชนภายใน 1 วัน

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

- การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในทุกกลุ่มโรค โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 4 กลุ่ม (1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (2) ผู้พิการติดบ้านติดเตียง (3) กลุ่มเด็กพัฒนาการล่าช้า (4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของ พชอ.อำเภอปากพนัง (สุข@ปากพนัง)
- การกำจัดลูกน้ำยุงลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนทุกชุมชน มีแผนรณรงค์การกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ชัดเจนในแต่ละเดือน เพื่อปากพนังปลอดโรคและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.อำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดโรค)
- ความปลอดภัยทางถนนรณรงค์ให้สวมหมวกกันน็อค ถนนสายสีขาว มีการดูแลความปลอดภัยบนท้องถนนและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ของพชอ.อำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์อาหารปลอดภัย ในปี 2562 ได้ดำเนินการจัดทำโครงการสินค้าไม่ปลอดภัยในชุมชนทั้ง 17 ตำบล โดยให้กำนันทำ MOU กับประธาน พชอ.จะไม่จำหน่ายสินค้าต้องห้ามในพื้นที่ ได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเองทุกครัวเรือนเพื่อลดการเกิดสารพิษในร่างกายได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังปลอดภัย)
- รณรงค์การแยกขยะในครัวเรือน แปรรูปขยะรีไซเคิลในท้องถิ่น รณรงค์การเก็บขยะในพื้นที่เพื่อความสะอาด มีกิจกรรมเพื่อลดปัญหาขยะในชุมชน เดินรณรงค์ลดขยะและได้ประกาศเป็นมติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของพชอ.ของอำเภอปากพนัง (ปากพนังสะอาด)

(2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

- การส่งเสริมความสามารถของกลุ่ม อสม. ผ่านการประชุมประจำเดือน เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะในการตรวจคัด
- กรองสุขภาพเบื้องต้นเช่น วัดความดันโลหิต การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาล และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแกนนำในชุมชน เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดำเนินงานของทีมสุขภาพในชุมชน ทำให้สามารถคัดกรองสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็วขึ้น

- มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพและทดสอบสมรรถนะประจำทุกปี มีการรวมกลุ่มออกกำลังกายหลังงานเลิก
- มีการส่งเสริมความสามารถของทีมกู้ชีพกู้ภัยในการช่วยชีวิตเบื้องต้น (BLS) เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤติต่างๆ ส่งผลให้พัฒนาระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดอัตราตายก่อนนำส่งรพ.ลงได้
- การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกผักปลอดสารพิษกินเองทุกครัวเรือน และแลกเปลี่ยนกันในชุมชนส่งเสริมการปรับเปลี่ยน
- พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสม เช่น เต้น แอร์โรบิค ออกกำลังกายตามความเหมาะสม
- พัฒนาทักษะเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่แต่ละตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.นักวิทย์ อสม.คุ้มครองผู้บริโภค สามารถใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย หาสารปนเปื้อนในอาหาร ยาฆ่าแมลง น้ำมันทอดซ้ำ การตรวจร้านชำ เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคในชุมชน

(3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

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

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

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

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- การคัดกรอง TB ในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุม
- ผู้สูงอายุ ผู้พิการในระยะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดย care giver มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น
- การขับเคลื่อน พชอ.อำเภอปากพนังตามแผนยุทธศาสตร์

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3.5	I	- คืนข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนและร่วมวางแผนการทำงานในชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของชุมชน -พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบบูรณาการ - พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ระยะเวลารอคอยที่ OPD	<90 นาที	49	73	64	64	52
ระยะเวลารอคอยที่ ER	≤ 15 นาที	17.5	21	19.5	9.6	7.2
ระยะเวลาตอบสนองต่อการเรียกใช้ EMS	10 นาที	5.42	5.96	5.62	5.31	5.7
อัตราการฝากครรภ์ก่อน12สัปดาห์	> 60	59.6	44.2	71.54	83.33	80.89
อัตราการเข้าถึง Stroke Fast Tract <2 ชั่วโมง	>80%	22.92	36.62	39.95	24.8	36.4

ii. บริบท โรงพยาบาลปากพนัง เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป และรับผู้ป่วยไว้นอน มีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเปิดบริการตลอด 24 ชั่งโมง บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/COPD/Asthma/หัวใจ/CKD/อายุรกรรม , คลินิกนรีเวช ,คลินิกเด็ก และOPD คู่ขนานแพทย์แผนไทย บริการนวดแผนไทย กายภาพบำบัด และมีบริการแบบ One Stop Service ในคลินิก ANC/WBC/ARV/TB/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว และมีทีมเยี่ยมบ้านให้บริการเชิงรุก ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยง่าย มีกระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และมีประสิทธิผลทั้งในเวลาราชการ สะดวก รวดเร็ว สร้างความมั่นใจและประทับใจต่อผู้รับบริการ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:

ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วย ACS , Stroke จึงได้ปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงโดย

1.ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จัดเข้าระบบคิวด่วนของ OPD

2.ผู้ป่วยจิตเวช จัดให้มีคลินิก แยกจาก OPD มีการเยี่ยมบ้านนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ

3.ผู้ป่วยเอดส์/วัณโรค จัดให้มีคลินิก One Stop Service แยกจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้สะดวก กล้าเปิดเผยตัวตนและมารับยาได้ต่อเนื่อง

4.กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง มีระบบ EMS รองรับการรับส่งผู้ป่วย มีการประชาสัมพันธ์อาการนำและอาการของโรคที่จะต้องรีบมาโรงพยาบาลในชุมชน และทุก รพ.สต. มีการอบรมผู้นำชุมชน อสม. ให้รับทราบระบบการแจ้งเหตุ การนำส่ง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

5.ผู้ป่วย PPH หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI)	พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่และการประสานงานระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในชุมชน - มีแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ ระบบ 1669 - ให้ความรู้ อสม. ผู้นำชุมชนเรื่องโรคหัวใจ การจัดการเมื่อพบเหตุ ,อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่รพ. และอาสากู้ชีพ

	- การประสานงานขอความช่วยเหลือเร่งด่วน ,1669, 075-517837 - ให้ความรู้ข้อมูลโรค และอาการเบื้องต้นที่ต้องรีบมารพ. ผ่านเสียงตามสายวิทยุชุมชน <u>ในรพ.</u> - ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ในคลินิกNCD , COPD) อาการของโรคหัวใจ การมาโรงพยาบาล การแจ้งเหตุ - คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง - รู้พิกัดเบื้องต้น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่และการประสานงานระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ <u>ในชุมชน</u> - ทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์อาการโรคหลอดเลือดสมอง - ให้ความรู้ อสม.ผู้นำชุมชน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น <u>เครือข่ายสุขภาพอำเภอและโรงพยาบาล</u> - ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลในคลินิก NCD เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมารพ. โดยการแจกเอกสารให้ทุกครัวเรือน - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงและปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วย - มีระบบ อสม.เคาะประตูบ้านคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและส่งต่อ - มีบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke ในช่วง 6 เดือนแรก หลังมีอาการ เพื่อประเมิน และติดตาม คลินิกนอกเวลากายภาพและแผนไทย 16.00-20.00 น. ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวก และทั่วถึง
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	-คัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการ โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q และ -ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรอง และส่งต่อข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ -พัฒนาระบบการติดตามและการดูแลผู้ป่วย
PPH ในหญิงตั้งครรภ์	-รณรงค์หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และติดไวนิลทุก รพ.สต. -มีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอด -มีเบอร์โทรติดต่อ ขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ห้องคลอด/ห้องฝากครรภ์(ติดเบอร์โทรหน้าปกสีชมพู)
CKD	ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - NCD clinic คัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง lab DM/HT ปีละ 1 ครั้ง - CKD stage 1-2 ติดตาม lab ปีละ 1 ครั้ง ถ้า MAU >= 300 ให้ F/U ทุก 6 เดือน

(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน:

- นำโปรแกรม SRRT มาใช้ในการรายงานข้อมูลการระบาดโรค เพื่อเชื่อมต่อกับเครือข่ายป้องกันการระบาดและเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น
- พัฒนาระบบเครือข่าย EMS โดยผู้ป่วยสีแดง ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถเข้าถึงภายใน 8 นาที (ระยะทางไม่เกิน 10 กม.) ปี2558-2563 พบว่าสามารถเข้าถึงผู้ป่วยภายในเวลา 8 นาที คิดเป็นร้อยละ100
-พัฒนาจุดคัดกรองด่านหน้า ให้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ ER/OPD/หน่วยบริการอื่นๆ

ประสานงานจุดบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ โดยผู้ป่วยคัดกรองเข้า ERเป็นประเภท Resuscitate , Emergent , Urgent และ Ac.illness ในปี 2559-2563 พบร้อยละ over triage เท่ากับ 1.8, 0.11, 0.5, 0.07 และ 0.39 under triage เท่ากับ 2.6, 1.88, 0.14, 0.7 และ 1.15 ทีมประสานงานการดูแลผู้ป่วยได้ทบทวนพบว่าจุดคัดกรองไม่มีพยาบาลอยู่ได้ตลอดเวลาจึงปรับให้บุคลากรอื่นที่อยู่แทนมีองค์ความรู้ในการคัดแยกเบื้องต้นให้เหมาะสม

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพสามารถติดต่อห้องคลอดได้โดยตรง ตลอด 24 ชั่วโมง (084-1562130)
- ใช้โปรแกรม line ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยจากเครือข่าย

-กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบัตรทางด่วน ร่วมกับองค์กรแพทย์ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง กลุ่มผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อวัณโรค พระภิกษุ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ

-กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และ HIV รับบริการแบบ one stop service ที่คลินิกวัณโรค

-มีแนวทางการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ควบคู่ไปกับการทำ Quick Round ทุก 30 นาทีในช่วงชุก เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ป้องกันภาวะฉุกเฉิน ขณะรอตรวจที่อาจเกิดขึ้นได้ ปีพ.ศ.2561 พบผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน ปีละ 2 รายนำส่ง ER

-เปิดคลินิก DM , HT , Asthma , COPD , อายุรกรรม , CKD, นรีเวช แยกจากผู้ป่วยทั่วไป ลดความแออัด ทำให้ความพึงพอใจจากปี พ.ศ. 2559-2563 เป็น 88.17, 88.67, 88.17, 86.78, 88.25 และ 87.75 จากการวิเคราะห์พบว่าความพึงพอใจในด้านความสะอาดของห้องน้ำมีน้อย เนื่องจากจำนวนของห้องน้ำไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ

-มี OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน บริการแพทย์แผนไทย และกายภาพ นอกเวลา 16.00-20.00 น. ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้รวดเร็ว และทั่วถึง บริการ -กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้บริการเชิงรุก ใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการจัดบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังทุกแห่ง มีระบบ consult แพทย์เพื่อปรับยา

(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:

- ใช้ระบบส่งต่อจากเครือข่าย (ใบส่งต่อการรักษา)
- ใช้ใบประสานงานจากงานผู้ป่วยนอก ในการไปรับบริการยังจุดต่างๆ
- โทรศัพท์
- ส่งข้อความทาง line, massage
- วิทยุสื่อสาร
- สมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง (ข้อมูลยา, lab)

(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม:

- คัดกรองเข้า ERเป็นประเภท Resuscitate , Emergent , Urgent และ Ac.illness พบว่ามีการคัดกรอง Over triage ปี พ.ศ. 2559-2563 เท่ากับ 1.8, 0.11, 0.5, 0.07 และ 0.39 ตามลำดับ

(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

- กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินที่โรงพยาบาลปากพนังให้การรักษาดูแลเบื้องต้นและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช เช่น STEMI, Hemorrhage stroke , Severe Head injury , Appendicitis , Open Fracture , ผู้ป่วย Respiratory failure on ET – tube และผู้ป่วย Post arrest
- ก่อนส่งต่อจะให้การดูแล แก้ไขภาวะวิกฤตให้อาการคงที่ และมีการดูแลขณะส่งต่ออย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย โดยมีกำหนดกิจกรรมการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อมีการโทรประสานข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างแพทย์หน่วยรับและหน่วยส่งต่อ กรณีผู้ป่วยมีอาการเลวลง หรือมีข้อบ่งชี้ต้องรายงานแพทย์ จะมี

การโทรประสานมายังแพทย์ที่ส่งต่อ และมีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai Refer ก่อนการส่งต่อ ทำให้หน่วยรับส่งต่อได้รับข้อมูล อาการ การรักษา ผล Lab ต่าง ๆ ของผู้ป่วย และสามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้ 3 เดือน

- กลุ่มผู้ป่วย Stroke /TIA ให้การดูแลเบื้องต้นโดย On O_2canula , เจาะ DTX , ให้ 0.9%NSS นอนศีรษะสูง 15 องศา ประเมิน motor power , record V/S & N/S ทุก 5-15 นาที ประสานการส่งต่อ , ลงบันทึกในโปรแกรม Thai Refer ในระบบ FAST TRACK , เฝ้าระวัง Respiratory failure และ brain herniation ระหว่างส่งต่อและรอรับกลับในเวลาราชการ นอกเวลาไม่เกิน 20.00น. (Stroke ทุกรายที่ on sat ไม่เกิน 72 ชั่วโมง และ ไม่มี intra cerebral hemorrhage glasgow coma score ไม่น้อยกว่า 10 ไม่ต้อง intubation)
- กลุ่มผู้ป่วย Trauma เช่น Multiple trauma , Moderate & Severe Head injury ช่วยเหลือเบื้องต้นโดยประเมิน Primary survey ตามหลัก ABCD และ ให้มีการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ประเมิน Secondary survey ตามหลัก AMPLE ให้สารน้ำ 0.9%NSS 2 เส้น , ประเมิน V/S & N/S ทุก 5–15 นาที ตามความรุนแรงของผู้ป่วย และแพทย์พิจารณา On ET tube ตามแนวทางการรักษา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างนำส่ง

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- ไม่มีหน่วยบริการวิกฤติ

(6) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

- มีการกำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการให้ข้อมูลการรักษา โดยกำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัว พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบ/ไม่เข้าใจ ผลดี ผลเสีย ของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงกำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้อธิบายผลดี ผลเสีย และความจำเป็นของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกครั้ง พบว่าเมื่อผู้ป่วยadmit จะมีญาติมาขอปฏิเสธการรักษาสาเหตุจากญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาและเซ็นยินยอมเป็นคนละคนกับญาติที่มีอำนาจในการตัดสินแท้จริง ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยจึงปรับแนวทางปฏิบัติโดยให้สอบถามค้นหาผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจมาเซ็นยินยอม ถ้าหากในขณะนั้นไม่สามารถมาเซ็นได้ให้ญาติที่อยู่กับผู้ป่วยติดต่อก่อนตัดสินใจ
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูล และเซ็นยินยอมการดูแลรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ จะมีการให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ดูแลทุกรายเป็นผู้ตัดสินใจเซ็นยินยอมแทนผู้ป่วย

iv.ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีทันตแพทย์เฉพาะทาง 4 สาขา คือ ทันตกรรมประดิษฐ์, ทันตกรรมเด็ก, ทันตกรรมศัลยศาสตร์และแบ็กซิลโลเฟเชี่ยล , ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง ปี 2563 ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมจำนวน 26,569 ราย
- จัดตั้งคลินิก OPD นอกเวลาราชการ ตรวจโดยแพทย์เปิดให้บริการเวลา 16.00 น. – 20.00 น. ในวันเวลาราชการ วันหยุดราชการ เวลา 08.00 น. – 20.00 น. ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากปี 2559-2563 มีผู้รับบริการจำนวน 42516 , 54823 , 51999, 40798 และ 3757 รายตามลำดับ จากการสอบถามผู้รับบริการพึงพอใจปี 2561-2562 (ต.ค.61-มี.ค.62) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.78 และ 88.25 ตามลำดับ
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย TB โดยใช้ระบบ Dots เครือข่าย ผลมีผู้ป่วยมารับบริการ Dots 100 %
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS โดยมีระบบการ consult EKG ทาง line และมีระบบ consult อายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งต่อสำหรับทำ CAG± PCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2561-มี.ค.2562 สามารถส่งต่อผู้ป่วยทำ CAG± PCI ได้ 100%
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยส่งผู้ป่วยไป CT ตั้งแต่ปี 2558-2562(ต.ค.61-มี.ค.62) จำนวน

172,157,160,172และ 121 รายตามลำดับ บริการรอรับกลับในปี2560-2562(ต.ค.61-มี.ค.62) จำนวน102,84 และ 16 รายตามลำดับ

- มีระบบการดูแลผู้ป่วย Fracture around of hip joint / head of femur / intertrochanteric fractureที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราช แล้วส่งกลับมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลปากพนัง และมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่พบปัญหาผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกไปรพ.มหาราช และกรณีที่ไม่ซับซ้อนแพทย์รพช.สามารถดูแลได้ ในปี 2562 ได้ปรับแผนการดูแลโดยให้ญาติไปเบิกอุปกรณ์และขอยืม skin traction มา on ที่รพ.ปากพนัง และเตรียมจำหน่ายไป ดูแลต่อที่บ้านพร้อมนัดมาติดตามผล
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย DM,HT ให้เข้าถึงระบบบริการได้สะดวกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีระบบ consult แพทย์เพื่อปรับยา ระบบการปรึกษาปัญหาด้านยากับเภสัชกรผู้รับผิดชอบ
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) โดยประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย วางแผนดูแลร่วมกัน และมีระบบการให้ยืมอุปกรณ์ เช่น Suction, เกย์และถัง O_2 ฯลฯ ไปใช้ที่บ้านร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- มีระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) โดยการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ตั้งแต่อยู่ใน รพ. เมื่อมีความพร้อมจะมีรถบริการส่งผู้ป่วยที่บ้าน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้บริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ออกซิเจน เครื่อง Suction บริการใส่สาย NG /สาย Foley's catheter /เจาะเลือดที่บ้าน มีทีม HHC ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชม. จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีการจัดตั้ง CKD คลินิก เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายในระยะต่างๆ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งไปล้างไต จำนวนผู้ป่วยรับบริการคลินิก CKD ปี 2559-2563 จำนวน 751, 702, 796, 785 และ818 รายตามลำดับ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3	L I	- พัฒนาระบบสารสนเทศ เชื่อมต่อข้อมูลในเครือข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่าย - พัฒนาระบบ EMS ทางน้ำ - ทำห้อง CT-Scan
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3	I L	- พัฒนาการดูแล ประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงให้ ครอบคลุม รวดเร็ว และถูกต้อง - มีการจัดอบรมการคัดกรองเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ด่านหน้า ได้แก่ พนักงานเปล - ติดตามการใช้ informed consent ให้เป็นไปตามเกณฑ์ MRA ของ สปสช.

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
-อัตรา Door to EKG ผู้ป่วย ACS ≤ 10 นาที	100	93.5	98	100	100	100
-อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100	100	100	100	100	100
-อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง	> 95	96.2	96.7	99.32	98.5	99.2
-ร้อยละของผู้ป่วยคลอดระหว่างส่งต่อ	0	0	0.27	0	0	1.75
-อัตราที่ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Hemoculture ก่อนให้ ATB	>80	100	93.33	100	100	100
-อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	100	100	100	100	100	100
อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<5	3.52	5.39	2.86	1.48	2.5
อัตรา Door to refer Stroke fast tract ใน30 นาที	100%	85.29	95.92	100	100	100

ii. บริบท

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ การประเมินแรกรับผู้ป่วยนอกจะกระทำโดยผ่านพยาบาลจุดคัดกรอง และคัดแยกตามเกณฑ์การคัดกรอง และส่งผู้ป่วยไปจุดบริการต่างๆ โดยใช้ใบประสานข้อมูล ข้อมูลในส่วนประวัติจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงทุกราย ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง จะสัมภาษณ์จากญาติหรือผู้ดูแล มีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hos-XP และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 30 นาที กรณีมีอาการผิดปกติ ให้การพยาบาลเบื้องต้นและประสานงานส่งพบแพทย์ สำหรับผู้ป่วยในมีแบบ ประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยใช้แบบประเมิน 11 แบบแผน กอร์ดอน พบปัญหา เมื่อประเมินทางด้านจิตวิญญาณและ สังคม แต่ขาดการนำข้อมูลมาแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย มีการพัฒนาโดยให้บุคลากรให้ความสำคัญกับปัญหาด้านจิตวิญญาณ และสังคมมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

- ACS
- Appendicitis
- Stroke
- Sepsis
- DF
- Anaphylaxis
- PPH

iii. กระบวนการ

ขั้นตอนประเมินแรกรับโดย พยาบาล แพทย์ ซักประวัติ ตรวจร่างกายจากผู้ป่วย กรณีผู้ป่วย เด็กหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะสัมภาษณ์ประวัติจากญาติผู้ผู้ดูแล และบันทึกใน Hos- xp กรณี admit ใช้ Progress note และใบประสานงาน สำหรับสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
◉ ACS	1.ผู้ป่วย dyspepsia ในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุมากกว่า 35ปี ให้ซักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG 12 lead และส่ง film chest ร้อยละผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2559-2563 พบ 52.59, 56.38, 80.69, 45.12 และ 37.88 ตามลำดับ หมายเหตุ CVD risk : DM, HT, อายุมากกว่า 60 ปี, smoking, obesity, มีประวัติ stroke, MI 2.ปรับปรุง CPG ACS โดยปรับเพิ่มกรณี Atypical Chest pain ดังนี้ - ติดตามประเมินซ้ำหลังสังเกตอาการประมาณ1/2-1ชั่วโมง หากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาหรือญาติวิตก กังวล ให้รายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อadmit observe และเจาะ trop-t *3 ครั้ง - หลังติดตาม Trop-T ครบ 3 ครั้งแล้ว แล้วผู้ป่วยมี chest pain อีก หลังจากนั้น ให้รายงานแพทย์เพื่อเจาะ trop-t *2 ครั้ง -ทำ EKG ให้รายงาน EKG เดิม พร้อม EKG ใหม่ -กรณีอาการดีขึ้นให้กลับบ้าน นัด F/U เช้าและแนะนำอาการที่ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด - การประเมิน ,ทักษะการอ่านEKG และการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง -การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้ Early warning signs ร่วมกับ SOS score (เดิมใช้MEWS) -ปรับการให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิก NCD เน้นการใช้ยา การปฏิบัติตัว อาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์ -กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัย STEMI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพาะ ผู้ป่วยมาด้วยอาการเวียนศีรษะ การซักประวัติให้เพิ่ม เรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และประเมิน V/S หากพบว่า PR< 60ครั้ง/นาที,PR>120ครั้ง/นาที ให้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS และส่งผู้ป่วยเข้าER - ปี2559 ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา thrombolytic agent ถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการมีการพัฒนาระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย STEMI ทุกราย โดยแพทย์อายุรกรรม - ปี 2561- ปัจจุบัน มีการปรับระบบ consult โดยประเมินผู้ป่วยร่วมกับ CCU ร.พ.แม่ข่าย สำหรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ CAG± PCI หรือ ให้ SK ก่อนส่งต่อ - มีการคัดกรองโรคหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง - ปรับระบบการ consult อายุรแพทย์ได้ตลอด 24 ชม.และมีการ consult แพทย์เฉพาะทางรพ.แม่ข่าย พัฒนาระบบ EMS โดยทีมอาสากู้ภัย ประสานอบต.ในการจัดตั้งทีม FR และประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงในแต่ละตำบล

	- ผลการดำเนินงานปี2559ได้รับ SK13.6% และDrip SK นอกเวลาโดยไม่มีหมอ MED 1 ราย (ผ่านการ Consult แพทย์ CCU รพ. มหาราช ดูEKGทางLine หลัง Dripแล้ว Refer) ปี2560 คิดเป็น60% ปี 2561 ได้รับ SK36 % ส่งต่อและได้ทำ CAG± PCI 78 % ปี 2562 ได้รับ SK10% ส่งต่อและได้ทำ CAG±PCI 80% ปี 2563 ได้รับ SK 9.09% ส่งต่อและได้ทำ CAG±PCI 22.07%
DHF	- มีการปรับ CPG ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกระยะ - มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค เช่น Pleural effusion, Bleeding
Sepsis	- มีการปรับ CPG ในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้ -การประเมิน V/S ผู้ป่วย shock ให้วัด BP โดย manual เป็นหลัก และให้ระบุว่าวัดด้วยเครื่องหรือ manual -Case ที่สงสัยให้เจาะ H/C และให้ยา ATB ไปก่อนทุกรายภายใน 1 ชั่วโมง - ปรับแนวทางการประเมินผู้ป่วยมาด้วยปวดท้องให้เจาะ CBC, เก็บUA - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการรักษา -ให้เฝ้าระวัง Sepsis ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีไข้และหนาวสั่น มี U/D DM
appendicitis	- มีการนำ Alvarado score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย และนำ SOS scoreมาประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย - มีการปรับปรุง CPG มาใช้ในการประเมินดูแลรักษาผู้ป่วย
stroke	- ประเมินผู้ป่วยตาม CPG และส่งตรวจ CT scan ที่ร.พ.ศูนย์ - การรับกลับมาดูแลต่อ มีการประเมินเป็นระยะ อาการทรุดลง ส่ง refer ไปร.พ.ศูนย์ซ้ำ
Anaphylaxis	- มีการจัดทำ CPG ในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วย Anaphylaxis - มีการทำ check list ที่จุดคัดกรองผู้ป่วยเพื่อช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม
PPH	ปี2558-2559ไม่มีเครื่องมือการประเมินปริมาณเลือดที่แม่นยำ ปี2560มีนวตกรรมการสร้างถุงรับเลือด

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

- ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการประเมินแรกรับ โดยแพทย์ และพยาบาล โดยมีการสอบถามข้อมูล ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีการสื่อสาร ข้อมูลของทีมสหสาขา วิชาชีพ ปรับการประเมินทางด้านจิตใจ รพ โดยมีการประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q ในผู้ป่วยนอก/ในทุกราย,และประเมิน 8Q,9Q ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อกำหนด ผลลัพธ์ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินสุขภาพจิต 100%
- การบันทึกข้อมูล/ส่งต่อข้อมูลค้นหาปัญหาเร่งด่วนและหาปัญหาที่เหมาะสม ทำให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในการรักษา ใช้Progress note เป็นสื่อ และบันทึก Pain Score ในฟอร์มปรอท เป็น V/S ตัวที่ 5 ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
- การเฝ้าระวังโอกาสเกิดปัญหาเฉียบพลัน มีการกำหนด Early Warning Sign ของกลุ่มโรคสำคัญในแต่ละ

หน่วยงาน โดยเฉพาะในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด, คลอดก่อนกำหนด, BA และมีการเชื่อมโยงกับงานห้องคลอดโดยการติดสติกเกอร์สีและระบุความเสี่ยงติดหน้าปกสมุดฝากครรภ์และบันทึกความเสี่ยงในแบบบันทึกการตรวจครรภ์(ใบ OPD Card สีชมพู) เพื่อสื่อสารให้บุคลากรรับทราบ

- สูติกรรม กำหนดแนวทางการออกรับ EMS หญิงตั้งครรภ์ให้มีการประเมิน สัญญาณชีพ FHS โดยปรับแบบฟอร์มการบันทึกในใบEMS เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ให้สอดคล้อง ตามแบบฟอร์มของ MCH broad เพื่อใช้สื่อสารร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเครือข่าย
- ER มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระบบ ESI เป็น 5 ระดับ Resuscitate, Emergency, Urgency, Semi-urgency, Non urgency และมีการคัดกรองผู้ป่วย โดยในเวลามอบหมายให้พยาบาลคัดกรอง เป็นผู้คัดกรอง นอกเวลาให้ incharge เป็นผู้คัดกรอง มีการติดป้ายแยกประเภทผู้ป่วยไว้ที่ปลายเตียงอย่างชัดเจน พบว่า ผู้ป่วย Resuscitate, Emergency ได้รับการตรวจ รักษาภายใน 4 นาทีคิดเป็นร้อยละ 100
- กลุ่มผู้ป่วย ACS มีการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ทำ EKG ทันทีภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที ผู้ป่วยหมดสติทุกราย ได้รับการทำ EKG และรายงานแพทย์ทันที และจัดระดับความรุนแรง ให้อยู่ในระดับผู้ป่วยวิกฤต มีระบบ ปรึกษาอายุรแพทย์ โดยใช้ CPG STEMI เป็นแนวทาง กรณีผล EKG เข้าข่าย STEMI มีระบบ Consult CCUโรงพยาบาลศูนย์โดยแพทย์ โดยการส่งข้อมูลทางแอพพลิเคชั่น LINE เพื่อวางแผนการรักษาต่อ และในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุมากกว่า 35ปีให้ซักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG 12 lead และส่ง film chest ร้อยละผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ผู้ป่วย Multiple Trauma มีการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน เพื่อความรวดเร็ว ลดซ้ำซ้อน และมีระบบการ Consult Neuro Sx ที่โรงพยาบาลศูนย์ ได้ และปรับแบบฟอร์ม Standing Order ในผู้ป่วย Head Injury coma score ≤13 คะแนน หรือ drop ลง2 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งทำ CT Scan
- ผู้ป่วย Appendicitis พัฒนาการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Alvarado Score
- ผู้ป่วย Simple Fracture และผู้ป่วย Multiple Fracture เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ มีแพทย์เวรอยู่ ประจำประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และ Consult Staff แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ตลอด 24 ชม. มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และส่งภาพเอกซเรย์ให้แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ดูผ่านทางแอพพลิเคชั่น LINE ตลอด 24 ชม. กรณีผู้ป่วยมีโรค เรื้อรังร่วม มีแพทย์อายุรกรรมร่วมประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคร่วมด้วย
- กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ สร้างแบบประเมินเพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและส่ง ผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยควรได้เข้ารับการรักษาเร่งด่วน ขนาดไหน ต้องเข้ารับการรักษาให้โรงพยาบาล หรือควรใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

(2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ:

- มีการบันทึกในใบประเมิน ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยมีข้อมูลที่ครอบคลุมประวัติการตรวจร่างกาย ประวัติครอบครัว รวมทั้งการประเมินด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ตามแบบประเมินสมรรถนะ11แบบแผนกอร์ดอน และมีการประเมินความเสี่ยงทุกราย ประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q ในผู้ป่วยนอก/ในทุกราย พบ positive ให้ประเมิน 9Q และ 8Q เพิ่ม

(3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- ทีม PCT มีการทบทวนข้อมูลวิชาการในการประเมินผู้ป่วยโรคสำคัญ เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน
- ปรับปรุงแบบการประเมินและแบบบันทึกผู้ป่วยกลุ่ม ACS และปรับปรุง CPG ACS พัฒนาสมรรถนะพยาบาลประจำงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่นการฝึกทักษะการอ่าน EKG การอบรม ACLS advance แก่เจ้าหน้าที่ทุกปี การฝึกอุบัติเหตุหมู่ร่วมกับเจ้าที่หน้าที่กู้ภัย จุดคัดกรอง มีแนวทางในการประเมินคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย ACS/ Atypical chest pain ถ้าเข้าข่ายส่งเข้าห้องฉุกเฉินทันที เพื่อทำ EKG เจาะ trop-t และ รายงานแพทย์
- การตรวจ Troponin – T ในผู้ป่วยที่สงสัย STEMI ที่มีอาการไม่ชัดและมีการตรวจเป็นระยะ ๆ ประกอบการประเมิน
- มีการใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อความรวดเร็วมีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ โรคหัวใจจาก CCU โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทางระบบแอพพลิเคชั่น LINE
- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางทุกราย ผู้ป่วยมาด้วย chest pain ทำ EKG ภายใน 4นาที*3แผ่นห่างกัน 5-10 นาที วัด BP แขนซ้ายขวา ประเมิน PR HR วัด O_2 Sat ฟัง Breath sound ทั้ง 2ข้าง และรายงานแพทย์ทันที จากการทบทวนพบผู้ป่วยมาด้วย Atypical chest pain มารับการรักษาให้ยาไปกินและนัดพบแพทย์อีกครั้งตอนเช้า แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำด้วย cardiogenic shock และผู้ป่วยมาด้วย dyspepsia ในกลุ่ม NCD เป็น STEMI ทีมดูแลผู้ป่วยจึงทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS โดยผู้ป่วยมีปัญหา dyspepsia อายุ ≥ 35 ปี ทำ EKG พร้อมกับให้ประเมินตาม CPG ACS และส่ง film chest และเพิ่มการดูแลผู้ป่วย Atypical chest pain หลังจากนั้นยังไม่เกิดปัญหาซ้ำ
- การใช้ Pain score ในการประเมินความเจ็บปวด
- การใช้ early warning sings และPre arrest signs ประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกรายที่รับบริการในห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และประเมินต่อเนื่องหลังadmit ,ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทุกราย
- การใช้ Ultrasound และ non stress test เพื่อประเมินสภาวะของทารกในครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการคลอดของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
- ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Sepsis มีการใช้ sign SIRS ส่งเข้าห้องฉุกเฉินแล้วให้การรักษา อย่างรวดเร็วตาม CPG Sepsis และให้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ในปี 2560-2563 มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 93.33 , 100, 100 และ 100 ตามลำดับ
- ผู้ป่วย DF,DHF มีเกณฑ์ในการประเมินตาม CPG เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัย และเฝ้าระวังระยะ shock ได้ , ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพบว่า พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินในปี 2560-2561 ปีละ 1 ราย ในปี 2562 ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินและในปี 2563 พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน 2 ราย ตั้งแต่ปี 2559-2563 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ปี2561มีการรายงานการระบาดโรคไข้เลือดออกทันทีในเครือข่ายอย่างเป็นระบบSRRT ปี2562 ปรับระบบการรายงานตามแนวทางการดำเนินงานไข้เลือดออกของกระทรวง 3:3:1 โดย 1) หลังแพทย์วินิจฉัยพยาบาลward แจ้งชื่อเข้าไลน์ EOC ปากพนัง 2) เจ้าของพื้นที่ติดตามสอบสวน 3) พ่นหมอกควันภายใน 24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วย stroke ใช้ CPG ประกอบการประเมิน ปรับปรุงแบบประเมินผู้ป่วย Stroke ให้ได้ครบถ้วนและรวดเร็ว กำหนดให้มีการทำ EKG , เจาะ DTX ให้ 0.9% NSS และส่งต่อ รพ.มหาราชภายใน 30 นาที เพื่อวินิจฉัยโดย CT ทุกราย ผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามแนวทางทุกรายและผู้ป่วย Fast track ได้รับการส่งตัวภายใน 30 นาที จากปี 2560-2563 เท่ากับร้อยละ 95.92, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ
- การประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยในได้รับการประเมิน Pressure sore ด้วย Braden Score ตั้งแต่แรกรับทุกราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงการเกิด pressure sore จัดให้นอนที่นอนลมและเฝ้าระระวังในปี 2561-2562(ต.ค. 2561-มี.ค.2562) ไม่พบการ เกิด pressure sore ระดับ2-4

- การประเมินหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ได้แก่ เบาหวาน PPH ภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ดาว์นซินโดรมและภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เมื่อพบความเสี่ยงจะทำสัญลักษณ์สติ๊กเกอร์สีแดงและนัดฝากครรภ์พบแพทย์เป็นครรภ์เสี่ยง มีการตามเคสผิดนัดทุก visit ที่ไม่มาตรวจโดยใช้โทรศัพทญีและระบบไลน์ประสานเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน
- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเมินความพร้อมการตั้งครรภ์ พบมีการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนซึ่งมีค่านิยมเรื่องต้องมีแฟนจึงจะเหมือนเพื่อนๆ เป้าหมาย teenage<10% ผลการดำเนินงาน ปี 2558-2562 พบ 18.37%, 12.53% ,18.60%และ13.14% ตามลำดับ จากปี2558 พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น18.37%,มีการจัดตั้งคลินิกเพื่อนใจวัยใสร่วมกับโรงเรียนมัธยมในอำเภอ ทบทวนแนวทางหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จัดอบรมแกนนำอสม.ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การวางแผนครอบครัว ป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นก่อนจำหน่าย ปี2562 13.14%

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

• ผู้ป่วย ACS มีการประเมิน Trop – T , CK , CK – MB q 8 hr./ทำ EKG ซ้ำทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ทันที พบ case STEMI หลัง admit ปี 2559-2563 พบ 0 ราย, 1 ราย, 1 ราย, 2 ราย และ 0 .ราย ตามลำดับ

• กลุ่มผู้ป่วย TB มีการประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยา โดยการตรวจเลือด LFT , BUN , Cr. ก่อนใช้ยาและหลังให้ยา 2 สัปดาห์ หรือประเมินทันทีเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

• ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง แรกรับที่แผนกผู้ป่วยใน จึงได้ทบทวนในทีมคณะกรรมการประสานงานดูแลผู้ป่วยกำหนดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 ครั้งคือแรกรับและก่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผลพบในปี 2561 ยังพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลง จึงได้กำหนดให้มีพยาบาลนำส่งในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีการรับผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในและพยาบาลจากห้องฉุกเฉิน

• ทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ พบว่าการประเมินซ้ำขณะอยู่ในหน่วยงานไม่เหมาะสม จึงได้นำ SOS Score มาปรับใช้ในการประเมินติดตามความรุนแรงของอาการและการรายงานแพทย์ ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- ปี 2560 พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ร้อยละ 5 จึงได้กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยทุกคนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับคำอธิบายจากแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับโรคที่เป็น อาการของโรค แผนการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงและให้คำอธิบายโดยแพทย์เจ้าของไข้ทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ผลพบปี 2561-2563 ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 99% เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา
- ปี 2560 จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ admit ใช้ยาฉีดไม่ถูกต้อง ปรับปรุงกระบวนการอธิบายกำหนดให้เภสัชกรมีการประเมินผลการฉีดยาและให้ผู้ป่วยสาธิตกลับ สอนจนทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาฉีด ไม่ readmit ซ้ำ ปี 2561 พบอัตรา re-admit ในผู้ป่วยเบาหวาน จากร้อยละ 2.50 เป็น 4.44 เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลทีมจึงได้ปรับโดยประสาน รพ.สต.ร่วมแก้ปัญหา ค้นหาเพื่อนบ้านมาเป็นผู้ดูแลร่วมกับรพ.สต. ปี 2562-2563 ไม่พบ
- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสงค์รักษาแบบประคับประคองต้องมีการอธิบายแบบกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวที่เกียวข้องทุกคนรับทราบร่วมกันและวางแผนการรักษาอย่างพร้อมเพรียง เพื่อป้องกันการขัดแย้งและอาจทำให้คนไข้ได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าหากอยู่ในภาวะวิกฤติ พบว่าการให้ข้อมูลรายคนทำให้ผู้ให้บริการต้องใช้เวลาในการคุยหลายรอบ การทำ family meeting ช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างกระชับและทันที
- ในผู้ป่วยทั่วไปแพทย์ มีการบอกผลตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกรายหลังการประเมินอาการของผู้ป่วย แจ้งแนวทางการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวใน รพ.จะมีการบันทึกและลงชื่อรับทราบใน Inform Consent 100%

- ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้ ,ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเด็ก มีการบอกผลการตรวจให้ญาติทราบทุกรายหลังการประเมินและแจ้งแนวทางการรักษาและผลข้างเคียง เปิดโอกาสญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาเช่นในผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและต้องใส่ ET.Tube กรณีมีญาติจะแจ้งให้ญาติทราบ 100%
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลูกหลานมากทำให้ต้องให้ข้อมูลหลายครั้งและต้องรอการตัดสินใจจากญาติ คนอื่นๆ แก้ปัญหาโดย ให้ข้อมูลญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

- มีการเพิ่มศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาผู้ป่วยที่แพทย์สั่งตรวจวินิจฉัยแล้วพบค่าวิกฤต จะต้องรายงานแพทย์ทันที โดยจะประสานงานมาหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อรายงานแพทย์และวางแผนการรักษาอย่างทันท่วงที
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจเลือด คัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วน กรณีเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่น เช่น การตรวจ HB Typing AFP CEA PSA Amylase Lipase Cytology LDH G6PD .เป็นต้น
- โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ การรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการโดยกำหนดทบทวนอย่างน้อยปีละ 1ครั้งในทีม PCT ซึ่งค่าวิกฤตที่กำหนดได้แก่ WBC <2500 cell/mm^3 >18000 cell/mm^3 ,k$^+$<2.8 mmd/L>5.8 mmd/L,Na$^+$<125 mmd/>155 mmd.glucose<60mg/dl>350 mg/dl เป็นต้น
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นตามแผนการรักษาของแพทย์ หากเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่น เช่น IVP, CT, MRI
- ผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆที่อาการเข้าได้กับ Acute MI ได้รับการตรวจ EKG ทันที และส่งตรวจ trop-t
- กลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้องรอบ ๆสะดือ หรือปวดท้องน้อยข้างขวา จะได้รับการตรวจ CBC, UA ผู้ป่วยหญิงตรวจ UPTและทำultrasound เพิ่มเติมในรายที่อาการไม่ชัดเจน เพื่อวินิจฉัยแยกโรค และยืนยันการวินิจฉัยโรค appendicitis

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- โรงพยาบาลปากพนังมีการนำโปรแกรม Hos-xp มาใช้ในระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการทำหัตถการทางการพยาบาล เป็นต้น สำหรับกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีนำระบบ LIS มาเชื่อมต่อกับเครื่องมือการตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งผลมายังระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกผลและลดความผิดพลาดในการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งมีการตรวจสอบผลความถูกต้องในการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละวัน และย้อนหลังทุก 3 เดือน ในส่วนของเอกซ์เรย์ ก็มีการนำระบบ PAC มาใช้การดูฟิล์ม x ray ของผู้ป่วย
- การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ มีการใช้ใบบันทึกประสานงานระหว่างวิชาชีพหรือบันทึกใน progress note และการสื่อสารภายในหน่วยงานพยาบาลมีการรับส่งเวร บันทึกใน nurse note ส่วนการสื่อสารระหว่างหน่วยงานได้แก่พยาบาลกับ LAB เกี่ยวกับการรายงานค่าวิกฤติและการแจ้งผล out lab เมื่อห้องlabได้รับผลจะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ และโทรแจ้งหน่วยงานเพื่อprintผลมารายงานแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาจะนัดมาฟังผลแต่ถ้าหากผลมาผิดปกติหน่วยงานจะนำผลมาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาต่อว่าจะติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาทันทีหรือไม่ จากการทบทวนพบว่ายังมีอุบัติการณ์ได้รับผลlab ล่าช้าซึ่งเกิดจากกระบวนการนำส่งและการรับผลlab จากโรงพยาบาลศูนย์ จึงได้มีการปรับแนวทางการส่ง-รับผล out lab
- จากอุบัติการณ์มีการรายงานผลผิดพลาด ทางหน่วยงานติดต่อประสานห้องlab ทันทีเพื่อตรวจสอบ

- กรณีการรายงานผล Anti HIV ใบรายงานจะถูกเก็บใส่ซองและปิดผนึกส่งห้องให้คำปรึกษา/ตึกที่ส่งตรวจ และมีการกำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล ยังไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิ์
- การส่งตรวจ viral load ห้อง lab รายงานผลไป ARV Clinic เพื่อลงทะเบียนและนำผลรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา
- จากการทบทวนพบว่าการรายงานผลlabวิกฤต ผู้ป่วยรับใหม่ไปยังผู้ป่วยในแต่ผู้ป่วยยังไม่ย้ายไปตึกส่งผลให้ตึกผู้ป่วยในไม่มีข้อมูลในการรายงานแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วยจึงปรับแนวทางการปฏิบัติงานโดยให้รายงานไปยังER ก่อน ถ้าหากได้รับแจ้งว่าย้ายผู้ป่วยเข้าตึกแล้ว ให้แจ้งผลไปที่ตึก และพบว่ามีแจ้งผลโดยการส่งข้อความทางคอมพิวเตอร์ การปฏิบัติงานที่ตึกไม่ได้นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์จึงไม่ทราบผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมล่าช้า จึงปรับให้มีการแจ้งผลlab วิกฤตทางโทรศัพท์เท่านั้น

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แพทย์จะต้องอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย เหตุผลของการตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติม เช่น CT Brain, MRI, Ultrasound ขั้นตอนการรักษา และผลการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถาม เพิ่มเติมมีการกำหนดการแจ้งผลการประเมินความก้าวหน้า ทางการรักษา รวมถึงแผนการรักษาให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยและญาติ
- พยาบาลอธิบายเหตุผลในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการรักษา
- เคารพถึงสิทธิผู้ป่วยในการบอกความจริงหรือการแจ้งข่าวร้าย โดยประเมินความพร้อมสภาะทางจิตใจก่อน รวมถึงการบอกข้อมูลถึงบุคคลที่สาม
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงผู้ป่วย Multiple Trauma/HI ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ให้ข้อมูลกับญาติ/ผู้ดูแล
- ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการระบุตัวบุคคลหรือ ผู้ดูแลที่ต้องสื่อสารให้ชัดเจน ซึ่งแพทย์เจ้าของคนไข้ เป็นผู้ให้ข้อมูล ผลการรักษาโดยจะอธิบาย ญาติหรือผู้ดูแลทราบ
- ผู้ป่วยต่างด้าว มีปัญหาความไม่เข้าใจภาษา ประสานนายจ้างให้ส่งล่ามจากญาติ หรือเพื่อนร่วมงานที่เข้าในภาษามาช่วยแปลภาษา

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- ทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคผ่านกิจกรรมทบทวนเช่น ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ทบทวนส่งต่อ ทบทวนเสียชีวิต การทบทวนวิชาการ ผลจากการทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพพบว่า กลุ่มโรคที่มีอาการคล้ายคลึงกันทำให้มีโอกาสวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้ จึงกำหนดแนวทางการการตรวจสอบเพิ่มเติม
- ใช้ CPG เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค มีระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทาง เพื่อการวินิจฉัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีแพทย์เฉพาะทางติดราชการจึงจัดระบบให้มีการ ให้ Consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศูนย์

  - มีการบันทึกข้อมูลในใบ Progress Note และ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีข้อมูลสนับสนุนปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยใหม่

  - สูติกรรมใช้แบบบันทึก ซึ่งออกแบบการบันทึกเวชระเบียนที่สอดคล้องตามแนวทาง ของกรมการแพทย์ร่วมกับ MCH broad ที่ประกาศให้ทุกโรงพยาบาลในภาคีเครือข่าย

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- มีการทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคโดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน มีการทบทวนความถูกต้อง โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงกิจกรรมการทบทวน การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพทำให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้น และนำเสนอการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในที่ประชุม PCT
- ผู้ป่วยไข้เลือดออกเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นไข้รากสาดใหญ่ ต้องปรับแผนการรักษาตามโรค จึงกำหนดให้ตรวจค้นหารอยแผลคล้ายบุหรี่จี้เพิ่มเติมทุกรายที่มีอาการและผลห้องปฏิบัติการไม่ชัดเจน ปี2561 ,2562 และปี 2563 ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง 100%
- ผู้ป่วย COPD with AE มีอาการหายใจหอบเหนื่อย เหมือนผู้ป่วย Heart failure จึงต้องตรวจสอบประวัติแวดล้อม ฟังปอด และส่ง CXR เพื่อวินิจฉัยแยกโรค
- จากการทบทวนผู้ป่วยพบการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วยAppendicitis เนื่องจากการตรวจร่างกายและการซักประวัติ การยอมรับผลการตรวจเบื้องต้นจากหน่วยงานอื่น ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลเพิ่มโดยกำหนดแนวทางการadmitเพิ่ม กรณีผู้ป่วยสงสัยAppendicitis ส่งต่อมาให้admit observe โดยใช้ทุกราย และให้ปฏิบัติตามแนวทางในเรื่องการตรวจร่างกาย Investigation เช่น CBC UA U/S เป็นต้น
- จากการทบทวนผู้ป่วยพบการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการอื่นๆเช่น dyspepsia , atypical chest pain ทีมดูแลได้ปรับแนวทางการดูแลACS เพื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องและรวดเร็วผู้ป่วย sepsis มีการวินิจฉัยล่าช้า ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัย sepsis ให้ส่งตรวจ CBC H/C ค้นหาสาเหตุและมีการปรับใช้ SOS Score มาใช้และเฝ้าระวังติดตามประเมินต่อเนื่อง

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย:

- การทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงการทบทวนcase การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้น ทบทวนเวชระเบียนในERที่ตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบการวินิจฉัยโดยแพทย์เวร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วย STEMI ปี 2561- ปัจจุบัน มีการปรับระบบ consult โดยประเมินผู้ป่วยร่วมกับ CCU ร.พ.แม่ข่าย สำหรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ CAG ± PCI หรือ ให้ SK ก่อนส่งต่อ
- ผู้ป่วย ที่สงสัย SEPSIS เจาะ H/C และให้ยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง (เริ่มยาจาก ER)
- ผู้ป่วยstroke ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วและแม่นยำโดยการส่งทำ CT scan ทุกราย
- ผู้ป่วยสูติกรรมได้รับการตรวจด้วยเครื่อง U/S 4มิติ
- นวัตกรรมถุงรับเลือดในการประเมิน case PPH และปรับปรุงแนวทางการดูแลทำให้อัตราการเกิด PPH ลดลง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	3	I	-พัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่พบปัญหา -พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย -นำ SOS Scoreมาใช้ให้ครอบคลุม และพัฒนา

		L	สมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score - ประเมินติดตามความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร - เพิ่มศักยภาพ รายการตรวจเพื่อตอบสนองการวินิจฉัยโรค เช่น การทำU/S CT Scan ทบทวนความสมเหตุสมผลของตรวจ investigation
66. การวินิจฉัยโรค	3	I	-การติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ Missed/Delayed Diagnosis ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมาวิเคราะห์ทบทวนระหว่างสหสาขาวิชาชีพ -ทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในการวินิจฉัย -ติดตามcase refer เพื่อนำข้อมูลมาทบทวนความถูกต้องในการวินิจฉัย

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ องค์รวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 2561-มี.ค. 2562	2563
1.อัตรา Re – admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย DM	<5	4ราย	3ราย	2ราย	0	0.34
2.อัตรา Re – admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย COPD	<5	0.18	0.32	0.09	0.02	0.67
3.อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Premature Contraction)	7	3.2	5.19	7.7	5.4	4.5
4.ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia	<25/1,000	24.67	24.32	17.1	4.9	16
5.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<5	3.52	5.39	2.86	1.48	2.5
6.อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/ CAG ±PCI	>70%	13.6	60	36	90	63
7.อัตรามารดาอายุ<20ปี คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า2500 กรัม	7	9.8	13.04	1.7	9.6	10.9
8.อัตราการ Re – visit ผู้ป่วย COPD ด้วยอาการ exacerbation	<13	2.20	1.5	2.37	0.014	4.2
9.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(HbA1C<7)	>40	45.01	43.86	36.99	33.07	27.28
10.อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	>60.00	35.53	43.86	38.49	40.85	55.06
11.ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน)	≥50.00	51.26	52.66	57.06	57.06	67.01

ii. บริบท:

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม และมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม กำหนดแนวทางตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อจำหน่าย โดยประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติสามารถให้การดูแลตนเองได้

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: DHF, Stroke, DM, HT, COPD-Asthma, ACS, TB, PPH

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: Stroke, DM, HT, COPD, Premature Contraction

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
Stroke :	1. มีระบบ EMS รับแจ้งเหตุ และออกเหตุ ตลอด 24 hrs. 2 มีการสร้างกลุ่ม line เครือข่าย NCD เพื่อ ติดต่อประสานงานและปรึกษาแพทย์เฉพาะราย. 3. ให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด Stroke เช่น DM HT 4 มีระบบการดูแล Home Health Care โดยสหวิชาชีพ 5. มีการประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว โดยผู้ป่วย Stroke FAST TRACK ส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลมหาราช ภายใน 30 นาที ในปี 2559-2563คิดเป็น ร้อยละ 85.29, 95.92, 100 ,100 และ 100 ตามลำดับ
COPD :	1. มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยนักกายภาพจัดกิจกรรมทดสอบสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกส่งไปพบกับพยาบาลต่อเพื่อซักประวัติและให้เป่าpeak flow-meterเพื่อบันทึกค่าpeak flow เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการจึงจะได้เข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป หลังจากพบแพทย์คนไข้จะถูกจำหน่ายมาห้องยาเพื่อทำการประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นและให้คำปรึกษา กรณีใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยจากการเก็บข้อมูลปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกวิธี ร้อยละ 97, 96.7, 96.6 97 และ 92.0ตามลำดับ 2. จัดตั้ง Easy COPD Clinic เป็น one stop service และแยกจากคลินิกโรคหืดในปี 2554 ดำเนินการมาถึงปัจจุบัน 3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ GOLD guideline และปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล 4. ทำ D/C plan ทุกราย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 5.ใช้โปรแกรม HOS-Xp และโปรแกรม Easy Asthma ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรค และส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) 6. เสริมพลังในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในคลินิกและตึกผู้ป่วยในในเรื่อง - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อมีอาการกำเริบ และให้ คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง - ฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการฝึกการหายใจแบบห่อปากและการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น การเป่าขวดน้ำ การใช้ยางยืด - ประเมินผลยาพ่นขยายหลอดลมทุกครั้งที่มารับบริการ - ให้คำแนะนำและส่งเสริมการเลิกบุหรี่7. ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เข้าระบบคลินิก นัดเข้าคลินิกทุกรายในวันอังคารเช้า 8. มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัด 9. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ หรือผู้ป่วยที่ re –

	admission จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จากการเก็บข้อมูลพบว่า พบผู้ป่วย re – admission พ.ศ. 2559-2563 คิดเป็นร้อยละ 0.18, 0.32 ,0.09 , 0.02 และ 0.02 ตามลำดับ 10. ปรับ CPG COPD เพื่อให้ปฏิบัติได้มาตรฐานเดียวกัน
DM ,HT :	1. จัดให้บริการคลินิกพิเศษเบาหวาน วันจันทร์ถึงวันศุกร์ช่วงเช้า และคลินิกความดันโลหิตสูงช่วงบ่าย ยกเว้นวันอังคาร มีนักโภชนากรให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2. มีระบบส่งตัวผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดี ไปดูแลต่อเนื่องที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน โดยจัดทำและอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีการประสานข้อมูลและการร่วมมือของสหวิชาชีพโดย case manager มีแพทย์ออกตรวจ รพ.สต.ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูล 3. ฝึกทักษะการฉีด Insulin แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการทำ two tick กรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลักเภสัชกรประสานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยในการดูแลผู้ป่วย 4. อัตราการ Re – admit จากภาวะ Hypo-hyperglycemia ทีมผู้ดูแลประเมิน ค้นหาสาเหตุและวางแผนดูแลเพื่อป้องกันการ Hypoglycemia ตั้งแต่แรกรับโดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ ปรับแผนการรักษา นักโภชนาการปรับเรื่องอาหาร พยาบาลแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายประสานทีม HHC ลงเยี่ยมบ้าน 5.พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยHT ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Stroke Fast Track ในระยะยาว
ACS	ผู้ป่วย NSTEMI ,Unstable Angina ให้นอนพักในโรงพยาบาล ให้การดูแลรักษาตามแนวทางและวางแผนจำหน่ายทุกราย ส่งตัวเพื่อตรวจ investigation เพิ่มเติมที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช/สุราษฎร์ธานี/โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และนัดติดตาม พบว่า ผู้ปาวยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง Needle time(SK) ใน ผู้ป่วย STEMI ปี 2561-2563 พบร้อยละ 36, 33.3 และ 38 ตามลำดับ
Sepsis	1.ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง โดยใช้ sign SIRS ได้รับการตรวจที่ ER 3.เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยโดยคำนวณ SOS (Search Out Severity) Score 4.ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เกินศักยภาพ มีการส่งต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพได้รวดเร็ว 5.มีการทบทวนและปรับแผนการรักษาโดยการทบทวน Dead Case/Refer Case
PPH	1.มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด PPH ใน first ANC และแรกรับในห้องคลอด 2.รณรงค์การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์12สัปดาห์ มีไวนิลทุกรพ.สต.

	3.เจาะ Hct ก่อนคลอด และการเตรียมเลือดพร้อมใช้ 4.ให้ IV และNPO ระยะ Active phase และ oxytocin 10u หลังทารกคลอด 5.การใช้ถุงตวงเลือด 6.Early warning signs มี blood loss 300ml 7.มีCPG และ Flow chart PPH ติดในห้องทำคลอด 8.มีการประสานงานการส่งต่อและนำ Case มาทบทวน 9.มีการติดตามครรภ์เสี่ยง ผิดนัดและส่งต่อข้อมูลติดตามเยี่ยม
TB,	1.มีการคัดกรองกลุ่มเจ้าหน้าที่ร.พ.ปากพนังและเครือข่ายสุขภาพ 2.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย NCD 3.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้สัมผัสผู้ป่วย TB 5.มีการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยHIV 6.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ต้องขัง 7.ใช้ CPG กำกับการดูแลรักษา และทำ DOT 100% 8.ให้บริการแบบ one stop service และแยกโซนการตรวจรักษา 9.มีห้องแยก
DHF	1.มีแนวทางปฏิบัติใช้ในเครือข่ายทั้งจังหวัด 2.มีระบบ SRRT ใช้ในเครือข่ายและควบคุมการระบาดโรคได้รวดเร็วทันที 3.หลัง admit ให้ใส่ CPG ไว้หน้า chart เพื่อกำกับการใช้ CPG 4.มีระบบ consult ผู้ป่วยเด็ก consult กุมารแพทย์ ผู้ใหญ่ consult อายุรแพทย์ 5.มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ โดยconsult แพทย์เฉพาะทาง รพ.แม่ข่ายก่อนส่งต่อทุกราย

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- มีการเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพทีมดูแลผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีการเขียนบันทึกผลการประเมินความก้าวหน้าและแผนการรักษาอย่างชัดเจน ไว้ในเวชระเบียนส่วนของ progress note /ใบประสานงานระหว่างสหวิชาชีพซึ่งกำหนดโดยทีม PCT ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยสาขาอื่น ๆ สามารถนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนให้การดูแลในบทบาทของแต่ละวิชาชีพได้อย่างสอดคล้องครบถ้วน
- มีระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วย การปรึกษา แบบสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดมีใบขอคำปรึกษาประสานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา โดยใช้แบบฟอร์ม ใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหรือเร่งด่วนให้แพทย์เป็นผู้ปรึกษาด้วยตนเองก่อนเขียนใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยสูติ-นรีเวชให้แพทย์เป็นผู้ปรึกษาด้วยตนเองทุกรายและเขียนใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- พยาบาลบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยง และประสานงานกันระหว่างวิชาชีพ

(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:

- มีการประเมินความต้องการอย่างรอบด้านในผู้ป่วยทุกราย สรุปปัญหาให้ครอบคลุม และวางแผนตามปัญหาที่

ประเมินได้ ใช้ CPG / Care Map มาใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค และนำระเบียบปฏิบัติมาใช้ให้เหมาะสม กรณีผู้ป่วยเด็กให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและประเมินปัญหา ความต้องการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

(3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- ในกลุ่มผู้ป่วย DHF มี CPG และ Care map ใช้ในการประเมินและดูแลรักษา มีกุมารแพทย์ให้การรักษาและรับ consult ได้ 24 ชั่วโมง สามารถดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และประสานชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ จากการดำเนินการ ปี 2559-2563 ไม่พบผู้ป่วยDHF เสียชีวิต
- จากปัญหากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง จึงได้เปิดบริการ CKD Clinic ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

*ลดปัจจัยเสี่ยง
-ไม่กินเค็ม
-ไม่ใช้ยาสมุนไพร+อาหารเสริม
-รักษากลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อม
-ควบคุมการใช้ยา NSAID และ COX2 inhibitor
.ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค
-งดสูบบุหรี่
*Early detection
-ติดตาม lab: Cr., urine albumin ปีละ 1ครั้ง
-ตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม
*Effective treatment
- CKD clinic คุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพ
- CKD stage 1-3 ได้ยา ACEI/ARB
- ระบบติดตามผู้ป่วยไม่มาตามนัด
-ใช้ CPG ในการดูแลและติดตามผลลัพธ์
- empowerment ผู้ป่วยและญาติ

กำหนดแนวทางการส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนส่งโรงพยาบาลมหาราช เพื่อทำการล้างไตทางหน้าท้อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย ติดตามดูแลเยี่ยมตามแนวทางโดยทีม HHC ทุกราย

- ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด มีการปฏิบัติตามแนวทางและนำ CPG มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด อัตราการเกิดไม่คงที่แต่มีแนวโน้มลดลง จากการเก็บข้อมูลปี 2558-2561 นำ case ที่พบมาทบทวนเพื่อปรับ CPG ตั้งแต่แรกรับมีการประเมินความเสี่ยงผู้คลอดที่มีแนวโน้มการเกิด PPH มาหาวิธีป้องกันทุกระยะของการคลอดที่เพิ่มการดูแลขึ้น เช่น การเฝ้าคลอดเมื่อเกิดการเจ็บครรภ์ล่าช้า โดยใช้ patho graph การรายงานแพทย์ ระยะคลอด การทำคลอดรกที่ถูกวิธี การทำนวัตกรรมถุงรับเลือด ฝึกทีมทำ condom balloon tamponade, bimanual uterine compression โดยมี flow chart และขั้นตอนการตามทีมฉุกเฉิน PPH ในห้องคลอด การเฝ้าหลังคลอด สวน urine หลังคลอด และ observe void 6 ชม. และการใช้ยาฉีดเปลี่ยนจาก methergin inj IM เป็น oxytocin 10 u IM หลังทารกคลอดทันที ทำให้การเกิด PPH ลดลงปี 2560-ปี 2563 เท่ากับร้อยละ 5.39, 2.85, 1.48 และ 2.5 ตามลำดับ

- ผู้ป่วย STEMI ใช้ CPG กำกับการในการรักษาโดยการใช้ SK รวมทั้งมีการ consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยในปี 2560 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 85% ปี 2561 มีการปรับแผนการรักษาร่วมโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยปรับให้มีการ consult CCU เพื่อพิจารณาให้ยา SK/ส่งต่อไป PCI±CAG ปี 2562-2563 ได้รับการส่งต่อไป CAG ± PCIทั้งหมด

- Appendicitis ได้รับการวินิจฉัยและรักษารวดเร็ว ถูกต้อง Early detection โดย ซักประวัติและตรวจร่างกายได้ถูกต้อง ครอบคลุม ส่งตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นได้ถูกต้องทันเวลา-เฝ้าระวัง ติดตามอาการได้ถูกต้องและเหมาะสม ให้การรักษา ตาม CPG ระบบ Consult อายุรแพทย์/แพทย์อาวุโส การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการรักษา ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

- ให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยวาระสุดท้ายจะให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล โดยบางรายจะแจ้งญาติ ในการวางแผน เรื่องการ ช่วยฟื้นคืนชีพ และหากปฏิเสธการรักษา แพทย์จะดูแลแบบประคับประคอง และลดอาการรบกวนที่ทำให้ไม่สุขสบาย ให้จากไปอย่างสงบและเป็นสุข บนพื้นฐานการดูแลรักษาตามสิทธิ์พื้นฐานของความเป็นมนุษย์
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไม่ชัดเจน แพทย์จะให้ข้อมูลและแนวทางการรักษาเบื้องต้น และแจ้งผลการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ โดยทีมจะติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นระยะ เมื่อมีข้อสงสัยจะประสานกับแพทย์โดยตรง
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง แพทย์จะให้ข้อมูลเหตุผลของการรักษาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วย/ญาติ ลงนามรับทราบข้อมูล
- กลุ่มผู้ป่วยเด็กมีการแจ้งแผนการดูแลแก่ผู้ปกครองแจ้งให้ทราบถึงความจำเป็นในการให้การดูแลรักษา โดยผู้ปกครองสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผน
- งานฝากครรภ์จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว Couple Counseling ในการเจาะเลือด เมื่อมาฝากครรภ์ จัดทำโรงเรียนพ่อแม่ ในการเตรียมตัวของหญิงตั้งครรภ์ และสามีก่อนการคลอดบุตร
- หลังคลอดจะเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอด ญาติและครอบครัว เข้าร่วมเมื่อทำการเตรียม ความพร้อมก่อนจำหน่าย สอน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังคลอด และฝึกทักษะ เช็ดตา เช็ดสะดือทารก แก่ทั้งมารดา และครอบครัว ทุกรายก่อนจำหน่าย

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้จัดทำโครงการ “สานใจสี่ดวง” ด้วยสองมือเราเพื่อความสุขสุดท้ายของผู้ป่วย” นำแบบประเมิน Palliative Performance Scale Version2 (PPSv2) มาใช้ในการประเมิน มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษาทุกราย โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย Prognosis ของโรค จัดกิจกรรมให้ตามญาติต้องการ เช่น ทำพิธีทางศาสนา ฟังธรรมะ ในรายที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน ทีมมีการสนับสนุนให้ตามเหมาะสม เช่น รถส่งกลับบ้าน เตรียมอุปกรณ์ให้นำไปใช้ต่อ ฝึกผู้ดูแล ในปี 2560 เน้นกิจกรรม family meeting advance ,ACP และส่งเยี่ยมบ้านทุกราย โดยปฏิบัติเต็มรูปแบบปี 2560 และในปี 2561 ได้ขยายกิจกรรมการดูแลสู่รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในชุมชน ได้รับการดูแล พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึง จำนวนผู้ป่วย palliative care ในปี 2559-2563 มีจำนวน 81, 92, 62,70.และ.95ตามลำดับ
- การดูแลผู้ป่วย Stroke ญาติร่วมวางแผนการดูแลรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหลักร่วมวางแผนกับทีมตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่ง refer , กลับบ้าน ญาติปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมเพื่อจัดสรรเวลาดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทำแผลเจาะคอ suction การทำกายภาพ เทคนิคการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจากการดำเนินงานผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง 100%
- CKD เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ไม่กินเค็ม ไม่ใช้ยาสมุนไพร+อาหารเสริม ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ให้ความรู้ในชุมชนผ่านอสม.เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การดู เลขอย.ผ่านapplication เปิด line กลุ่ม อสม.CKD รักษากลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อม ควบคุมการใช้ยา NSAID และ COX2 inhibitor งดสูบบุหรี่ ส่งผู้ป่วยติดบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ นักโภชนาการและเภสัชให้ความรู้ที่ CKD clinic มีตัวอย่างอาหาร

เฉพาะโรค

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

- การประชุมร่วมกันในคณะกรรมการ PCT โดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการให้แผนการรักษาสู่ผู้ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ
- มีการจัดทำ CPG ให้สอดคล้องกัน และแขวนไว้ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เพื่อให้แต่ละหน่วยงานนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- แฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย และใช้ progress note /ใบประสานงานระหว่างวิชาชีพ
- ระบบ SRRT สื่อสารในทีมเครือข่ายเพื่อรายงานโรคและลงควบคุมการระบาดได้รวดเร็ว
- จากข้อมูลจะรายงานผ่านระบบ HIS ทางโปรแกรม HOSxP
- จากระบบ LIS ของงาน Lab กรณีเป็น lab alert จะโทรประสานกับมาที่หน่วยงานทราบผลทันทีกับทีม ผู้ดูแลในหน่วยงาน และรายงานแพทย์ผู้ order
- ระบบส่งต่อ จาก Program Thai Refer และการโทรประสานก่อนส่งต่อ
- ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในทีมเครือข่ายโดยใช้แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่อง
- สื่อสารการดูแลผู้ป่วยโดยโทรศัพท์ แอพพลิเคชั่น LINE วิทยุสื่อสาร SMS
- จัดประชุมวิชาการและสื่อการนำ CPG/ระเบียบวิธีปฏิบัติ มาใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:

- มีการทบทวนวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการทำกิจกรรม C3THER , one day one chart ค้นหาความเสี่ยง มุ่งเน้นความปลอดภัย ดูแล 4 มิติ จากการดำเนินการพบว่าปัญหาด้านจิตใจ เศรษฐกิจถูกมองข้าม การมองปัญหา Clinical risk ไม่ครอบคลุมในกลุ่มโรค , การนำปัญหาที่ประเมินได้จาก 11 แบบแผนของกอดอน ไม่มีการนำมาวางแผนดูแล จึงได้ปรับให้มีการ Audit chart คนละ 2 chart เพื่อค้นหาปัญหาและนำไปปรับปรุง , จัดทำแนวทางและทบทวน. CPG นำมาวิเคราะห์มาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย TB พบปัญหาอัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ปี 2559-2563 ร้อยละ 2.99, 5.26, 6.0, 6.0 และ0 ตามลำดับ และมีอัตราผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ร้อยละ 10.45, 5.26, 6.0, 6.0 และ16.67 ตามลำดับ ทีมได้พัฒนาระบบติดตามการใช้ระบบเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาทุกวัน(DOTs) มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีระบบติดตามนัดล่วงหน้า และโทรศัพท์กระตุ้นเตือนก่อนถึงวัดนัดอย่างน้อย 2 วัน พัฒนาระบบติดตามเมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัด โดยประสานเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่เพื่อออกติดตาม มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา และทุกเดือนในช่วง 4 เดือนหลังของการรักษา เพื่อป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ปี 2560-2563 อัตราการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs) 100%การดำเนินงานผู้ป่วย TB ทำ DOTs 100% มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงจากการใช้ยา
- Stroke การดูแลขณะรับกลับผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะอยู่ในรถrefer 1 ราย ปี2561 มาถึงโรงพยาบาลต้อง refer กลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ จากการทบทวนให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
- AMI ให้มีการconsult CCU รพ.มหาราชก่อนให้ยา SK ทุกราย และในกรณีสามารถทำ CAG±PCI สามารถให้การรักษาได้รวดเร็วทันที
- PPH มีการเตรียมเลือดในรายที่ใช้ยา induction PRC 2 u และรายที่มีภาวะซีด Hct < 30% จะเตรียมเลือด 2 U และกรณีหลังคลอด เกิดภาวะ PPH มีการติดตาม Hct ทุก 4 ชม. หลังคลอด และ เช้าวันรุ่งขึ้น กรณี Hct <33%

มีการติดตาม Hct หลังคลอด 7 วัน และ 1 เดือน ร่วมกับมีการจ่ายยา FeSO4 1*3 pc x 1 เดือน การให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนครอบครัวตาม

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
Stroke	1.ใช้ Care MAPและมีการประเมิน Barthel Index ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องอุปกรณ์นำไปใช้ต่อที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ทำแผล การให้อาหารทางสายยางเป็นต้น 2.มีแนวปฏิบัติการส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก 3.ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่นการเตรียมอาหารเหลว การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลไม่ให้มีการอุดตันของเสมหะ, การป้องกันการสำลัก, การดูแลท่อหลอดลมคอ การดูแลสายสวนปัสสาวะ, การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การจัดท่านอนพลิกตะแคงตัว, การป้องกันข้อติด/กล้ามเนื้อลีบและการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว
HT	1.ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตัว เช่นเรื่องการบริโภค การออกกาลังกาย การรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น 2. ให้ความรู้แก่แกนนำหมู่บ้าน อสม.เพื่อเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งมีสุขภาวะที่ดีห่างไกลโรค HT และภาวะแทรกซ้อนเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
COPD	ค้นหาปัญหาผู้ป่วยร่วมกับญาติและวางแผนการดูแลร่วมกัน 1.ฝึกทักษะการพ่นยา โดยเภสัชกร 2. ฝึกทักษะการบริหารปอด โดยกายภาพบำบัด 3.ผู้ป่วยที่ re-admit ให้สำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมด้วย
TB	1.เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาผู้ป่วย TB โดยทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา การใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไป โภชนาการ การเตรียมที่อยู่อาศัย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ฝึกทักษะการล้างมือ การจัดการสิ่งคัดหลั่ง การตรวจคัดกรองผู้สัมผัส การนัดตรวจและติดตามผู้ป่วย 2.เตรียมการทำ DOT 3.การมาตรวจตามนัด
ผู้ป่วยติดเตียง/palliative care	1.ทำ family meeting /ACP เตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล สถานที่ อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ 2.สอนทักษะที่จำเป็นให้ญาติ/ผู้ดูแล 3.ส่งทีม HHC ติดตามเยี่ยม
DM	1.เตรียมผู้ป่วยและญาติโดยประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วย ทำ discharge plan

	ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทีม HHC 2. เตรียมความพร้อมวางแผนการดูแล ฝึกทักษะ เตรียมอุปกรณ์นำไปใช้ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น อุปกรณ์ทำแผล การฉีด insulin เป็นต้น 3.ส่งทีมลงเยี่ยมบ้านติดตามดูแล พฤติกรรมที่บ้าน และประเมินผลการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
AMI	1.ประเมินความเข้าใจโรคที่เป็น การปฏิบัติตัว การใช้ยา และร่วมกับผู้ป่วยและญาติวางแผนการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม 2.การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด 3.การมาตรวจตามนัด
Teenage pregnancy	-การวางแผนจำหน่ายเริ่มทำตั้งแต่วันแรกรับ โดยการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อวางแผนให้เหมาะสมเฉพาะราย ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นระยะ มีการเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพ และมีการส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
GDM	-มี CPG กำกับการติดตามเยี่ยมและติดตามมาตรวจคัดกรองเบาหวาน 45 วันหลังคลอด พร้อม FP
หญิงหลังคลอด ทารกหลังคลอด PPH	มีการวางแผนจำหน่าย PPH มีการเตรียมเลือดในรายที่ใช้ยา induction PRC 2 u และรายที่มีภาวะซีด Hct < 30% จะเตรียมเลือด 2 U และกรณีหลังคลอด เกิดภาวะ PPH มีการติดตาม Hct ทุก 4 ชม. หลังคลอด และ เช้าวันรุ่งขึ้น กรณี Hct <33% มีการติดตาม Hct หลังคลอด 7 วัน และ 1 เดือน ร่วมกับมีการจ่ายยา FeSO4 1*3 pc x 1 เดือน การให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนครอบครัวตามความเหมาะสมทุกราย

(1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ Care Map เพื่อการวางแผนจำหน่าย):

- อายุรกรรม: Stroke, COPD,AMI,DM, HT ,TB และ Palliative Care/ผู้ป่วยที่มีแผล มีอุปกรณ์ต่างๆ ติดตัว ผู้ที่ re-admit บ่อย
- กุมารเวชกรรม: Preterm และasthma DHF
- ศัลยกรรม/ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์: SHI, Multiple Trauma , กลุ่มผู้ป่วย Fail Plate และ Osteomyelitis
- สูติกรรม: มารดาหลังคลอดทุกราย PPH, และทารกแรกเกิด

(2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:

- มีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับโดยค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติจนถึงวันจำหน่าย พบปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับวิชาชีพใด พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานเช่น กลุ่มผู้ป่วย DM จำเป็นต้องฉีด Insulin ดำเนินการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้เภสัชแนะนำเรื่องการใช้ยา Insulin , มีปัญหาเรื่องอาหาร Consult นักโภชนาการ ในกรณีมีแผลพยาบาลฝึกการทำแผล ซึ่งการฝึกทักษะทุกอย่างต้องผ่าน 2 tick กลุ่มผู้ป่วย COPD พบว่า admit ด้วย Exacerbation และ re-admit ภายใน 28 วันปี2558-2560 เป็น 0.64%,0.08%และ 0.36%เห็นได้ว่าเปอร์เซ็นเพิ่มสูงขึ้นปี2560 เนื่องจากมีผู้ป่วยชาย 1คน ไม่มีญาติเมื่อมีอาการเหนื่อยจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เตรียม O2 home therapy หลังจำหน่ายประสานทีม HHC ติดตามดูแลต่อ ปี2561-2562 admit ด้วย Exacerbation และ re-admit ภายใน 28 วัน มี re-admit ภายใน28 วัน อัตรา 0.09,0.02 ตามลำดับ และ re-admit

ด้วย Exacerbation อัตรา 2.37,0.014 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วย Stroke ฝึกการบริหารปอดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วย นักกายภาพสอนฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ก่อนจำหน่ายและวางแผนติดตามเยี่ยมพร้อมทีม HHC การทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในปี 2563 พบร้อยละ 0.67 ซึ่งเกิดในผู้ป่วยรายเดิมประมาณ 3-4 ราย เป็น case severe COPD ที่ไม่สามรถปรับเปลี่ยนพฤติกกรมได้ เช่นยังสูบบุหรี่ มีสัตว์เลี้ยงที่บ้าน และมีโรคร่วม

- Palliative Care พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้มีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ลดอาการรบกวนให้มากที่สุดตามสภาพของผู้ป่วย
- DHF วางแผนจำหน่ายตั้งแต่นอนโรงพยาบาล แจ้งฝ่ายวิชาการส่งข้อมูลใน ทีมSRRTการควบคุมการระบาดและแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

(3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):

- ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความเชื่อ การให้กำลังใจต่อการรักษาพยาบาล แพทย์เป็นผู้วางแผนให้การรักษาปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสม และติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง พยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกทักษะ ประสานทีมสุขภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยในทีมสหวิชาชีพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมวางแผนและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมในแต่ละราย ทีมมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรก โดยรวบรวมปัญหาจาก แบบแผนกอดอน ใช้หลัก D-METHOD สอนและฝึกทักษะ ประเมินความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดย 2 tick การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จำเป็นต้องวางแผนร่วมกับหัวหน้าครอบครัว , อุปกรณ์บางอย่างในครอบครัว ร่วมกันจัดซื้อ เช่น เครื่อง Suction , เครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ไม่สามารถจัดหาได้ ทางโรงพยาบาลสนับสนุนให้ตามความเหมาะสม ทีมฝึกทักษะการใช้งานให้พร้อมก่อนจำหน่าย มีการประสานข้อมูล แผนการดูแล โดยใช้แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านเป็นสื่อ

(4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผนร่วมกับญาติและทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการทำแผล การใช้ออกซิเจนโดยเฉพาะการดูดเสมหะให้ญาตินำเครื่อง Suction ที่บ้านมาฝึกจนชำนาญ ปฏิบัติได้ตามแผน มีการพัฒนาศักยภาพและมั่นใจในการดูแล ประสานทีม HHC ลงติดตามประเมินผลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลบางรายไม่ใช่ผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะจากโรงพยาบาล จากการสอบถามพบว่า ผู้ดูแลหลักไม่สามารถมาเรียนรู้ในวันที่เจ้าหน้าที่นัดสอน เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในจึงปรับแผนสอนให้ผู้ดูแลหลักจริง ๆ ถ้าญาติไม่พร้อมเจ้าหน้าที่นัดสอนใหม่ ขณะอยู่บ้านหากพบปัญหา ผู้ดูแลสามารถโทรมาปรึกษาทีม HHC หรือตึกผู้ป่วยในหรือเข้ามาปรึกษาได้ตลอดเวลา

(5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ. :

- ทีมสหวิชาชีพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมวางแผนและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมในแต่ละราย ทีมมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรก โดยรวบรวมปัญหาจาก แบบแผนกอดอน ใช้หลัก D-METHOD สอนและฝึกทักษะ ประเมินความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดย 2 tick การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จำเป็นต้องวางแผนร่วมกับหัวหน้าครอบครัว , อุปกรณ์บางอย่างในครอบครัว ร่วมกันจัดซื้อ เช่น เครื่อง Suction , เครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ไม่สามารถจัดหาได้ ทางโรงพยาบาลสนับสนุนให้ตามความเหมาะสม ทีมฝึกทักษะการใช้งานให้พร้อมก่อนจำหน่าย ประสานทีม HHC และ มีการประสานข้อมูล แผนการดูแล โดยใช้แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านเป็นสื่อ
- งานสูติกรรม ฝึกทักษะการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดตั้งแต่ฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และมีการ

นัดติดตามหลังคลอด 7วัน 45วันและส่งต่อข้อมูลเครือข่ายเยี่ยมบ้าน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อในรูปแบบเครือข่าย มีระบบให้คำปรึกษากับทีม HHC ได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีแพทย์ประจำทีมพร้อมให้ consult สร้างความเข้มแข็งให้ทีม case ที่มีความซับซ้อนลงเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพทุกราย มีระบบการจัดลำดับในการลงเยี่ยมผู้ป่วย palliative care /ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนทีมลงเยี่ยมทันที
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต้องเตรียมกับผู้ดูแลหลักทุกรายและใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมเฉพาะโรค มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
- มีแนวทางการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความยินยอมก่อนทุกราย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3	การวางแผนการแผนการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหา (I)	-ปรับปรุงแผนการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ -ร่วมวางแผนการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
68. การวางแผนจำหน่าย	3	การวางแผนการจำหน่ายพบปัญหาผู้ดูแลไม่ใช่บุคคลที่สอนก่อนจำหน่าย (I)	-ร่วมวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย -ปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุม โรคสำคัญ -ดึงแกนนำในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของชุมชน

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มทั้งหมด	0 ราย	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2 -4	0/1000 วันนอน	0.14	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	<10%	0	0.38	1.15	0.4	1.2
อัตราการเกิดภาวะ shock ในผู้ป่วย DHF	<10%	0	0	0	0	0
อัตราการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแล DOT (Direct observe treatment)	100%	100	100	100	100	100
อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการดูแลตาม care map	100%	100	100	100	100	100
อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH	< 5%	3.52	5.39	2.86	1.48	2.5
มารดาติดเชื้อ HIV อัตรา VL<50 copies/ml	100%	40	50	100	100	100
การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.73	>66%	63	66.28	58.04	68	63.8
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis	< 30%	4.2	5.19	5.19	2.70	0

ii. บริบท

:บริบท:

- โรงพยาบาลปากพนังเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ให้การดูแลผู้ป่วย ทุกเพศ ทุกวัยโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยรักษาหายจากภาวะสุขภาพที่ถูกคุกคามและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามกลุ่มโรคเสี่ยงสูง(DHF, ACS, Stroke, PPH) มีความซับซ้อน(CKD, HIV, Warfarin) และกลุ่มโรคอื่นๆ (DM, HT, COPD, Asthma, Appendicitis, TB, Sepsis, HI, Trauma, Birth asphyxia, LBW, Palliative care) ทีมประสานงานการดูแลผู้ป่วยได้จัดทำและปรับปรุง CPG ทบทวน case ทำ RCA ปรับปรุงเชิงระบบ มีอายุรแพทย์ประจำ 1 คน กุมารแพทย์ประจำ 1 คน สูตินารีแพทย์ 1 คน มีแพทย์ทั่วไป 9 คน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกเวลาราชการให้บริการคลินิกนอกเวลา 16.00 น. – 20.00 น. และให้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์อยู่เวร On call แพทย์เฉพาะทางรับ consult ตลอดเวลา ถ้าเกินศักยภาพ Refer รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ระยะทางประมาณ 29 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 30 นาที

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
โรค HT	-ค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Role model บุคคล ชมรม หมู่บ้าน -มีระบบติดตามทุกกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่าย -การมีส่วนร่วมของอสม. -จดหมายติดตามนัด - ดูแลตาม CPG Hypertension -มีการประเมินภาวะเสี่ยง CVD risk, CKD Stage -ให้ความรู้เรื่องโรคและความเสี่ยงโรคแทรกซ้อนรายบุคล/รายกลุ่ม เช่น Stroke MI -ติดตาม lab ประจำปี -HHC ติดตามเยี่ยมเคสที่มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวและ re-admit -Home BP
โรค DM	-ค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Role model บุคคล ชมรม หมู่บ้าน -จัดให้มีการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลทุกวัน และรายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพ ค้นหาสาเหตุของการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในทุกวันศุกร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน - นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย อาหารแลกเปลี่ยน -เภสัชให้ความรู้เรื่องการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากยา การใช้ยาฉีด และแนะนำการใช้ยาให้เหมาะสมการดำเนินชีวิต -กายภาพดูแลภาวะแทรกซ้อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเช่นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอ้วน ปวดเข่า -ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และส่งรพ.สต.และ HHC ในการติดตาม -มีระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัด -มีช่องทางให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา -มีการติดตาม HbA1C ทุกปี และติดตามซ้ำเมื่อมีแนวโน้มการควบคุมน้ำตาลดีขึ้น -ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือนและปรับปรุงฐานข้อมูล
โรค COPD	-พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค/การป้องกัน/การรักษา -เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา -นักกายภาพให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การฝึกการหายใจเพื่อลดอาการหายใจลำบาก/สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ -มีการใช้ spirometry มาใช้ในการวินิจฉัยโรค -มีการประเมิน MMR,CAT score,6 MWT -ใช้ COPD gold guideline ในการประเมิน stage ความรุนแรงของโรค -ผู้ป่วย stage3, 4 ได้รับยา LABA -ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกราย

	-แพทย์ปรับการใช้ยาตาม stage -ผู้ป่วย DS ≥ 2 ส่งพบนักกายภาพทุกราย -ผู้ป่วย BMI ≤ 19 ส่งพบโภชนากร -ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่
โรค CKD	-คัดกรองกลุ่มเสี่ยงจาก NCD คลินิก - ติดตาม lab ประจำปี DM/HT - CKD stage 1-2 ปีละ1ครั้งถ้า MAU≥ 300ให้ F/U ทุก 6เดือน - HT control BP ≤ 140/90 - DM control FBS < 90-130 mg%, HbA1C < 7% - start ACEI/ARB ในผู้ป่วยที่ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (ติดตาม Cr. และ K หลังได้รับยาช่วง 8-6 สัปดาห์) -โภชนากร/เภสัชให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเฉพาะราย - แพทย์ปรับการใช้ยาตาม stage - จัดกลุ่มผู้ป่วยพร้อมญาติสร้าง empowerment -นักโภชนาการ เภสัชให้ความรู้ที่ CKD clinic -มีตัวอย่างอาหารเฉพาะโรค -ให้ความรู้ในชุมชนผ่านอสม.เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การดู อย.ผ่าน application -เปิด line กลุ่ม อ. ส .ม.CKD -.ส่งผู้ป่วยติดบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ - โทรติดตาม case NCD ที่ loss F/U กรณีโทรติดตามไม่ได้แจ้งผ่าน รพ.สต.อสม. หรือแกนนำหมู่บ้าน

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

- การดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

-มีแพทย์เวรอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีแนวทางการรายงานแพทย์ของพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลที่มีความชำนาญ ประสบการณ์สูง ให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที จัดให้มีการทบทวน audit เวชระเบียน เพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันแก้ไข

- ห้องยาผู้ป่วยนอก เปิดตลอด 24 ชั่วโมง มีเภสัชกรอยู่เวร จนถึง 24.00 น.หลังจากนั้น 0.00-8.00 น.มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม / เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานสามารถขอคำปรึกษาจากเภสัชกรได้ตลอดเวลา และมีการทบทวนการสั่งใช้ยา ความเหมาะสมในการจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเช้า

- การดูแลผู้ป่วยใน มีการดูแลแบบ case management และให้การดูแลตามการจำแนกประเภท ใช้กระบวนการพยาบาลครบถ้วน มีการมอบหมายงานตามหน้าที่รับผิดชอบ มีแนวทางการบริหารอัตรากำลัง มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริม น้องจบใหม่ทำงานภายใต้การนิเทศของรุ่นพี่
- มีการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม โดยอายุรแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะด้าน
- มีการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์ ตั้งแต่การฝากครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด โดยสูตินารีแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะด้าน
- มีการดูแลผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่แรกเกิด เด็กเล็ก เด็กโต โดยกุมารแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญ
- มีพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะราย ตามมาตรฐาน

- กำหนดแนวทางในการรายงานแพทย์และเกณฑ์ที่แพทย์ต้องลงมาตรวจผู้ป่วยด้วยตัวเองนอกเวลาราชการ โดยทีม PCT
- ทีมเภสัชกรรมได้จัดทำคู่มือและแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงพร้อมทั้งแบบบันทึกการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงมีระบบขอคำปรึกษาเภสัชกร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ICN จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- มีการดูแลผู้ป่วยด้านทันตกรรมโดยทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง
- มีนักเทคนิคการแพทย์และมีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ปฏิบัติงานทุกวัน 8.00-24.00น. และมีเวร on call เวรดึก
- การเตรียมผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วย Stroke

-มีการเตรียมตามความเหมาะสมกับช่วงเวลาพร้อมทั้งให้ได้ฝึกปฏิบัติจริงและใช้อุปกรณ์จริงที่นำไปใช้ต่อที่บ้าน

- มีทีมกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย บริการในและนอกเวลาราชการ 8.00 -20.00 น.
- มีการคัดกรองแยกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต้องห้ามไม่ให้เข้านวด คือ
  - มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
  - บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปริ ร้าวที่ยังไม่ติดดี
  - บริเวณที่เป็นมะเร็ง
  - บริเวณที่หลอดเลือดดำอักเสบบวม
  - ทำหัตถการเกี่ยวกับตาน้อยกว่า 6 สัปดาห์
  - หญิงตั้งครรภ์ไตรมาตรที่ 1 และไตรมาตรที่ 3
  - หลังผ่าตัดใหญ่น้อยกว่า 1 เดือน เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดคลอดบุตร ฯลฯ
  - ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์(จากการได้กลิ่น)
  - โรคที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอด ฯลฯ
  - โรคติดเชื้อเฉียบพลัน
  - กระดูกพรุนรุนแรง
  - โรคผิวหนังที่สามารถติดต่อได้ เช่น โรคสะเก็ดเงิน เชื้อรา
  - ความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
  - อาการแขนขาชา อ่อนแรง หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
  - รับประทานยา warfarin มีรอยฟกช้ำ

(2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:

- มีการเตรียมความพร้อมสถานที่ อุปกรณ์ ให้เพียงพอ สะอาด หยิบใช้สะดวกและปลอดภัย
- มีกรรมการ 5 ส. ENV , IC ทำงานประสานกัน เพื่อทำแผนกำกับการดูแล ป้องกันสิ่งรบกวนและป้องกันอันตราย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว มีป้ายประจำเตียง มีการแยกโซนผู้ป่วย IC ทีม Round พ.ศ.2557 สามารถขยาย ward แยกเป็น ผู้ป่วยหญิง , ผู้ป่วยชาย เพื่อความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย และเอื้อต่อการดูแล ได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี อยู่รวมกับตึกผู้ป่วยหญิง 10 ตุลาคม 2559 ได้เปิดขยายตึกเด็กโดยรับเด็กตั้งแต่แรกคลอด จนถึงอายุน้อยกว่า 15 ปี รับมารดาและ ทารกหลังคลอด โดยการแยกโซน
- มีการจำแนกความรุนแรงผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
- ผู้ป่วยติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจัดให้อยู่ในห้องแยกโรค ผู้ป่วยหนักจัดให้อยู่ใกล้ชิดห้องทำงานพยาบาล
- มีกล้องวงจรปิด ครอบคลุมจุดสำคัญทั่วทั้งโรงพยาบาล เพื่อป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วย ,

โรงพยาบาล , เจ้าหน้าที่

- มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีการแสดงบัตรเยี่ยมผู้ป่วยหลังเวลา 20.00 น.

(3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:

จากอุบัติการณ์ ในปี 2560 พบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับ levophed (1:12.5) พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแสบ แดง บริเวณที่ฉีด โดยที่เส้นไม่ leak ไม่หมดอายุ ได้มีการทบทวนและแก้ปัญหาโดยการเลือกเส้นเลือดที่ใหญ่กว่า และมีการติดตามประเมินภาวะ phlebitis ทุก 1 ชั่วโมง ผลลัพธ์ อัตราการเกิดPhlebitis /1000 วัน on IV เป็น 0.31 ในปี 2561 และไม่พบในปี 2562-2563

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) มีการนำ CPG มาใช้ใน case PPH ทุกราย มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอด และการตามทีมช่วยเหลือโดยตามพยาบาลเวรเสริมตามตารางเวรที่จัดไว้ ในปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยการใช้ oxytocin inj ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง
- ปี 2559 จากการทบทวนผู้ป่วยsepsis พบว่าเกิดปัญหา miss Dx./Delay Dx. แผนการรักษาหลัง admit ส่งผลให้เกิด prolong shock แผนการปรับปรุง DM มาด้วยเรื่องไข้ หา source และค้นหาแผล case Infected wound ส่งผู้ป่วยประเมินแผล ER ก่อน Admit

  ทบทวนและปรับCPG sepsis ประชุมชี้แจงการนำใช้ CPG พร้อมทั้งปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมวิชาการ/ให้ความรู้โดยอายุรแพทย์ ผลการดำเนินงาน พบว่า

  - การทำ H/C ก่อนให้ ATB เป้าหมาย>80% ปี 2559-2563 พบร้อยละ 93.24,100, ,93.33, 100 และ 100 ตามลำดับ

  -การได้รับ ATB (door to needle time) ภายใน 1 ชม. เป้าหมาย>80% ปี 2559-2563 พบร้อยละ 94.5, 93.33 , 100, 94.34 และ 96.29

  -ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1500 cc ใน1 ชม.หลังจากวินิจฉัย septic shock ยกเว้นผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ โรคไต เป้าหมาย>80% ปี 2559-2563 พบร้อยละ 94.5, 68.89, 81.11, 100 และ 88.89 ตามลำดับ

  - เป้าหมายอัตราการตายของผู้ป่วย sepsis <30% ปี 2559-2563 พบร้อยละ 4.20, 5.19, 5.19, 2.70 และ 0ตามลำดับ

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและขจัดสิ่งรบกวน ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ แต่ไม่รบกวนผู้ป่วยคนอื่น ผู้ที่ต้องการกลับบ้านจัดบริการรถส่งตามที่ผู้ป่วยร้องขอ จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติพอใจ แต่สำหรับประเด็นต้องการพบผู้ที่พลัดพราก บางรายไม่สามารถตอบสนองให้ได้ จึงได้จัดโครงการ สานใจสี่ดวงด้วยสองมือเรา ทีมผู้ดูแลสามารถประสานให้ผู้ป่วยได้พบผู้พลัดพราก แม่ไตวายระยะสุดท้ายได้พบลูกสาว , พ่อได้พบกับลูก 2 ราย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายขอกลับบ้านเสียชีวิตที่บ้าน ปี2560 จำนวน 5 ราย, ปี2561 จำนวน 13ราย, ปี 2562 จำนวน 15 ราย และปี ปี 2563จำนวน 10ราย ความพึงพอใจปี 2560-2563 คิดเป็นร้อยละ 99.0, 99.5, 99.8 และ.90ตามลำดับ
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้หลักการดูแลแบบบูรณาการ ผู้ป่วยไม่มีญาติ สภาพที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยกองขยะ ทีมลงเยี่ยมบ้านพบว่ามีปัญหาเหนื่อยหอบ ประสานแพทย์admitให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง4 มิติ ก่อนจำหน่ายเตรียมแผนการดูแลโดยชุมชน แกนนำในชุมชน อบต.ร่วมกันวางแผนดูแลต่อเนื่องโดย ล้างทำความสะอาดบ้าน เตรียมของใช้จำเป็นให้ผู้ป่วย อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลติดตามดูแลต่อเนื่อง มี 2ราย ไม่มีญาติ แต่ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ ประสานสังคมสงเคราะห์ส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อ

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

- มีการประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและบันทึกความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยใน progress note มีการตาม round โดยทีมสหวิชาชีพ , มีการ consult แพทย์เฉพาะทาง พร้อมบันทึกความก้าวหน้า อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
- ในหน่วยงานมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในการรับ – ส่งเวร , การทำ pre – post conference , ทำ one day one chart , กิจกรรม C3 ther , การทบทวน case หลังจากนั้นมีข้อมูลยางอย่างที่เกี่ยวกับหน่วยงานอื่น หัวหน้างานจะเป็นผู้รับไปประสานต่อ
- การประสานข้อมูล เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผ่านทีม HHC , นักกายภาพบำบัด ใช้แบบฟอร์มการสื่อสาร หลังจากทีมลงเยี่ยมบ้าน มีความต้องการประสานโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ทีม HHC ใช้แบบฟอร์มประสานจากทีม HHC หลังจากนั้นตอบกลับด้วยทุกราย
- ผู้ป่วยเบาหวาน , HT , Asthma , COPD , warfarinใช้สมุดประจำตัวเป็นสื่อการประสานการดูแล

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
Stroke	ปรับปรุง CPG Stroke, จัดอบรมวิชาการ Stroke เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งทำ CT ทุกรายและรอรับกลับในกรณี onset ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ไม่มี intracerebral hemorrhage glasglow coma score ไม่น้อยกว่า 10ไม่ต้องรอ intubation
STEMI	ปรับปรุง CPG STEMI, จัดอบรมวิชาการ STEMI ปรับการซักประวัติการประเมิน การรายงาน ระบบ consultกับอายุรแพทย์กับระบบ CCU เพื่อพิจารณาให้ SK หรือ CAG±PCI
DHF	ปรับปรุง CPG DHF เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กอายุน้อยกว่า1ปี, จัดอบรมวิชาการ DHF การเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น น้ำเกิน shock เสียชีวิต ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติควบคุมการระบาดรวดเร็วตามหลัก 3:3;1
PPH	ปรับปรุง CPG PPH, ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH,จัดทำนวัตกรรมถุงรับเลือด

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

- IPD การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จัดผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล จัดอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ Emergency ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ทบทวนความรู้และซ้อม CPR
- เดิมการดูแลผู้ป่วย Stroke ไม่ได้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การเข้าถึงการบริการล่าช้า จึงมีการให้ความรู้ในผู้ป่วย NCD, การวินิจฉัยล่าช้า จึงมีการปรับปรุง CPG เพิ่มเติมเรื่องการ refer ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐาน
- มีปัญหาในการวินิจฉัยผู้ป่วย STEMI ล่าช้า จึงมีปรับ CPG ให้พยาบาลทำ EKG ส่ง Trop T และรายงานแพทย์ได้ทันที เดิมนอกเวลาราชการถ้ามีเคสที่ต้อง Drip SK ต้องส่งต่อ รพ. ศูนย์ จึงได้เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยคือ มีการ Drip SK ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ทันที
- เดิมเคยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จึงได้มีการจัดทำ CPG DHF หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วย

เสียชีวิตจากไข้เลือดออกอีก แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำเกิน จึงได้มีการปรับปรุง CPG DHF เพิ่มเติม จากนั้นพบผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะน้ำเกินลดลง จากเดิมที่ต้อง refer ผู้ป่วย DHF < 1 ปี, มีปัญหาโรคเลือด, กรณีต้องให้ Dextran dose ที่ 2 หลังจากมีกุมารแพทย์ได้มีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลงและลดการส่งต่อ

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ได้มีการปรับปรุง CPG มาใช้ มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอดและการตามทีมช่วยเหลือ ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยการใช้ oxytocin inj ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง พบผู้ป่วย PPH ลดลง
- ผู้ป่วย Anaphylaxis มีปัญหาเรื่องการคัดกรอง ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ได้มีการจัดทำ CPG และแบบฟอร์มการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีและเหมาะสม

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

- มีการจัดอบรมวิชาการและฝึกปฏิบัติ BCLS, ACLS, PALS, NCPR ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการประเมินผล เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
- มีการจัดอบรมวิชาการ Stroke, STEMI, DHF ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่าย
- มีการอบรมฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาน้อยส่งผลให้ติดขัดขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ จึงจัดทำ flow chart ติดไว้ให้เห็นชัดในห้องทำคลอด พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดปี2561 ร้อยละ 2.86 ปี 2562 ร้อยละ 2.11 และปี2563 ร้อยละ 2.5

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการเจาะเลือด การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำในเด็กเล็ก จึงมีการอธิบายเพิ่มเติมและให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำทำหัตการในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี
- ในผู้ป่วยหญิงที่วางแผนครอบครัวด้วยวิธีคุมกำเนิดด้วยยาคุมชนิดฉีด ทำหมัน มีการอธิบายข้อมูลโอกาสของการตั้งครรภ์หลังคุมกำเนิดและเซ็นใบรับทราบข้อมูลก่อนการคุมกำเนิดทุกราย
- ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการเจาะปอด เจาะท้อง มีการอธิบายข้อมูลและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำ และมีการใช้เครื่อง Ultrasound guide เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการทำหัตถการมากขึ้น
- ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการเจาะน้ำไขสันหลัง มีการอธิบายข้อมูลและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำหัตถการทุกครั้ง

(4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- ในผู้ป่วย Stroke ที่รับ refer กลับจาก รพ.ศูนย์ มีการเพิ่มการประเมินผู้ป่วยขณะรับกลับ
- ในผู้ป่วย Atypical chest pain พยาบาลสามารถทำ EKG, ส่ง Trop T และรายงานแพทย์ได้ทันทีผ่านทาง Line ตลอด 24 ชั่วโมง
- ในผู้ป่วยไข้เลือดออก มีการใช้ Care map ไข้เลือดออกในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแต่ละระยะร่วมด้วย
- ในผู้ป่วย PPH มีการเฝ้าระวังภาวะตกเลือด Early warning sign โดยดูจากปริมาณเลือด 300 ml มีการรายงานแพทย์และให้การรักษาเพิ่มเติม
- ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องด้านขวา ท้องน้อย โดยที่อาการยังไม่ชัดเจน มีการเฝ้าระวัง Acute appendicitis โดยการนำ Alvarado score มาประเมินร่วมด้วย

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response

system):

- มีการกำหนด Early warning signs และใช้ SOS Score เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา กำหนด criteria รายงานแพทย์ มีแนวทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ก่อนส่งต่อ พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลก่อนส่งขณะส่งต่อ
- ผู้ป่วยกลุ่ม NCD อายุ ≥ 35ปี ที่มาด้วยอาการ dyspepsia และผู้ป่วยCOPD อายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ให้ทำ EKG ทุกราย
- กำหนดค่า lab วิกฤต จัดทำแนวทางการรายงาน lab วิกฤตและเพิ่มการรายงาน Lab วิกฤตทางไลน์แก่แพทย์
- จัดทำ CPG และทบทวนการนำ CPG มาใช้ ให้ครอบคลุมโรคที่สำคัญ และมารับการรักษาบ่อยโดยเฉพาะกลุ่มโรคที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ก่อนรายงานแพทย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) จากอุบัติการณ์และการเก็บข้อมูล ปี 2556 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด 5.54% ได้มีการปรับปรุงการดูแลโดย มีการนำ CPG มาใช้ใน case PPH ทุกราย มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอด และการตามทีมช่วยเหลือ ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยการใช้ oxytocin inj ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง ปี 2559-2563 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด เป็นร้อยละ 3.50 ,5.30 ,2.90, 2.11 และ 2.50 ตามลำดับ
- จากการทบทวนผู้ป่วย DHF มีภาวะน้ำเกิน จึงได้มีการทบทวนเคส พบว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากตัวโรคไม่ได้เกิดจากการรักษา จึงได้เพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและใช้ CPG ในการรักษาต่อไป
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น TB ขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง , ขาดผู้ดูแลคอยกระตุ้นให้กินยา ทีม PCT ร่วมกับ IPD และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวจัดตั้งทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย TB โดยจัดให้มีการ DOT ยา TB 100%
- ผู้ป่วย DM , HT เช่น ผู้ที่ฉีดยา insulin ผิดตำแหน่ง/ผิด dose เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากต้องฉีดยาเอง อยู่บ้านคนเดียว ญาติ/ผู้ดูแลซึ่งเป็นคนฉีดยาให้ ไม่ได้รับการสอนการฉีดยาจากเภสัชกรโดยตรง แต่ผู้ป่วยหรือคนข้างบ้านเป็นผู้สอนการฉีดยาแทน ทางคลินิกเรื้อรังจึงได้ทำการซักประวัติและทบทวนการฉีดยา insulin ซ้ำในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทุกราย หากพบว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งพบเภสัชกรสอนการใช้ยาฉีดซ้ำ
- ผู้ป่วย Stroke มีคะแนน ADL ต่ำ และผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องการบีบนวดแบบชาวบ้าน ไม่เห็นความสำคัญของการทำกายภาพ ทีม PCT ร่วมกับทีม HHC นักภายภาพ IPD จัด Home program ให้ผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากโรงพยาบาลศูนย์ refer กลับ พบว่าผู้ป่วย stroke มีคะแนน ADL สูงขึ้น ร้อยละ ปี2560-2562 เป็น90.76, 91.86, 92.85 ตามลำดับ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยการใช้ oxytocin inj ฉีด IM หลังทารกคลอด
- การใช้ Early warning signs และการใช้ 2S2A (Sign Severe Action point Alert point)
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในเครือข่าย
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย DM , HT ทั้งเครือข่าย
- การนำ SOS Score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย แทน MEWs

v. แผนการพัฒนา

	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69. การดูแลทั่วไป	3	ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ยากยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน(I) - ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลตามแนวทางเฉพาะที่ยังไม่ครอบคลุม(I)	- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ยากและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม - จัดทำ Intermediate ward
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3	- ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษาอย่างชัดเจนในผู้ป่วย Anaphylaxis(I) - แนวทางในการประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วย ACS ยังไม่ครอบคลุม(I) - การใช้ Early warning signs ในการเฝ้าระวังยังไม่ครอบคลุม(I) - ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย hypoglycemia ในทารกแรกเกิด(I)	- มีการจัดทำ CPG Anaphylaxis - ปรับปรุง CPG ACS โดยพยาบาลสามารถทำ EKG ส่ง Trop-T และรายงานแพทย์ได้ทันที - พัฒนาสมรรถนะการดูแลและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยวิกฤต - ควบคุมกำกับการนำ specific clinical risk และ Early warning signs มาใช้เป็นแนวทางในการติดตามและประเมินอาการผู้ป่วย - จัดทำ CPG Neonatal hypoglycemia

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความครอบคลุมของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนรับบริการวิสัญญี(ตามเกณฑ์การนัดผ่าตัด Elective Case)	100	100	100	100	100	100
อัตราความครอบคลุมของการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดรับบริการวิสัญญี	100	100	98.53	100	98.14	100
อัตราความครบถ้วนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	100	100	80	80	100	100
อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด	0	0	0	1	0	0
อัตราความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาล	85	86.66	92.30	100	92.50	99.74
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องผ่าตัด (ที่ไม่ใช่สาเหตุของการผ่าตัด)	0	0	0	0	0	0
อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในห้องพักฟื้น	0	0	0	0	0	0
จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	0	0	0	0	0	1
จำนวนข้อร้องเรียนต่อพฤติกรรมบริการ	0	0	0	0	0	0

ii. บริบท

- ให้บริการวิสัญญีแก่ผู้มารับบริการห้องผ่าตัดด้านสูติกรรม ในราย ASA class I,II มีจำนวนห้องผ่าตัด 1ห้อง สามารถให้บริการชนิด LA with MAC, General Anesthesia ในเวลาราชการ ด้วยอัตรากำลัง วิสัญญีพยาบาล 2 คน โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก รวมทั้งติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยหลังการได้ยาระงับความรู้สึกภายใน 24-72 ชั่วโมง ห้องพักฟื้น ใช้ห้องผ่าตัดเป็นห้องพักฟื้น

กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:

- GDM , Chronic HT ในผู้ป่วยตั้งครรภ์,Mild PIH

iii. กระบวนการ

- บริการวิสัญญีให้บริการทั้ง 3 ระยะ

1. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก จะเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ตรวจเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทุกรายที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ณ ห้องผ่าตัดและเยี่ยมบริการที่หอผู้ป่วยกรณีที่ไม่ได้นัดผ่าตัดล่วงหน้าตามเกณฑ์ และยังมีเวลาก่อนผ่าตัดที่สามารถเยี่ยมก่อนผ่าตัดได้ โดยให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก/ก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การระงับความรู้สึกวิธีต่าง ๆให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการทำผ่าตัด และให้เซ็นยินยอมรับการระงับความรู้สึก

2.ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เริ่มจากการประสานงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และสถานที่ โดยใช้กระบวนการตรวจสอบ ความถูกต้องของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วย Surgical Safety Checklist : Sign in ร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัด Time out ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด เฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แก้ไขภาวะวิกฤติทันท่วงที สื่อสารกับทีมผ่าตัดทันทีหากพบปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด

3.หลังให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะช่วงหลังผ่าตัดก่อนเย็บผิวหนัง ต้อง Sign out ให้ถูกต้อง พร้อมสรุปสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังต่อเพื่อการส่งต่อการดูแลในห้องพักฟื้น ซึ่งต้องเฝ้าระวังดูแลแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด รวมถึงต้องประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากห้องพักฟื้นตามเกณฑ์(Modified Aldrete scores, PAR Score) โดยต้องมีคะแนนก่อนย้ายจากห้องพักฟื้นอย่างน้อย 8 คะแนน ต้องมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก 24-72 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆต้องมีการรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาต่อไป

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก
GDM , Chronic HT ในผู้ป่วยตั้งครรภ์,Mild PIH	- จัดทำระบบการให้/รับคำปรึกษา การประสานงานของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดที่จะมีการปรึกษาเตรียมผู้ป่วยร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจคุกคามถึงชีวิต หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ - มีเครื่องมีมาตรฐานเพียงพอต่อการให้บริการตามศักยภาพของโรงพยาบาล มีการจัดซื้อทดแทนของเดิมที่เสื่อมสภาพ มีการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือประจำปี มีระบบก๊าซทางการแพทย์ที่ได้รับมาตรฐาน โรงพยาบาลยังขาดช่างเทคนิคที่จะช่วยดูแลซ่อมบำรุงอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดมยาสลบซึ่งยังต้องใช้ช่างเทคนิคของบริษัทเป็นผู้ดูแลเครื่องมือ การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก -ประสานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกรณีที่ต้องมีการดูแลเฉพาะรายอย่างใกล้ชิด การเตรียมเครื่องมือให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เฝ้าระวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะวิกฤติขณะให้การระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ต้องมีการให้เลือดระหว่างผ่าตัด มีการประสานการปฏิบัติเช่น การตรวจสอบก่อนให้เลือด การสังเกตอาการข้างเคียงของการให้เลือด เป็นต้น -การจัดการความปวด ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความปวดตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาติดตามนิเทศการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ -ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ

(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :

- ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยด้วยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่นัดตามมาตรฐาน(Elective case)ทุกรายโดยจัดมุมตรวจประเมินร่างกายและให้คำแนะนำที่ห้องผ่าตัดด้วยการให้ผู้ป่วยอ่านคำแนะนำจากแผ่นพับเพื่อรับการระงับความรู้สึกพร้อมอธิบายซ้ำและแจกแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนคำแนะนำเตรียมพร้อมรับการระงับความรู้สึก และเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ไม่ได้นัดล่วงหน้าหรือกรณีฉุกเฉิน หากสามารถประเมินเยี่ยมได้ทันก่อนเวลาผ่าตัดขณะรอผ่าตัด

(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- โดยให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก/ก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของการระงับ

ความรู้สึกให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจผ่าตัด และให้เซ็นยินยอมการระงับความรู้สึก

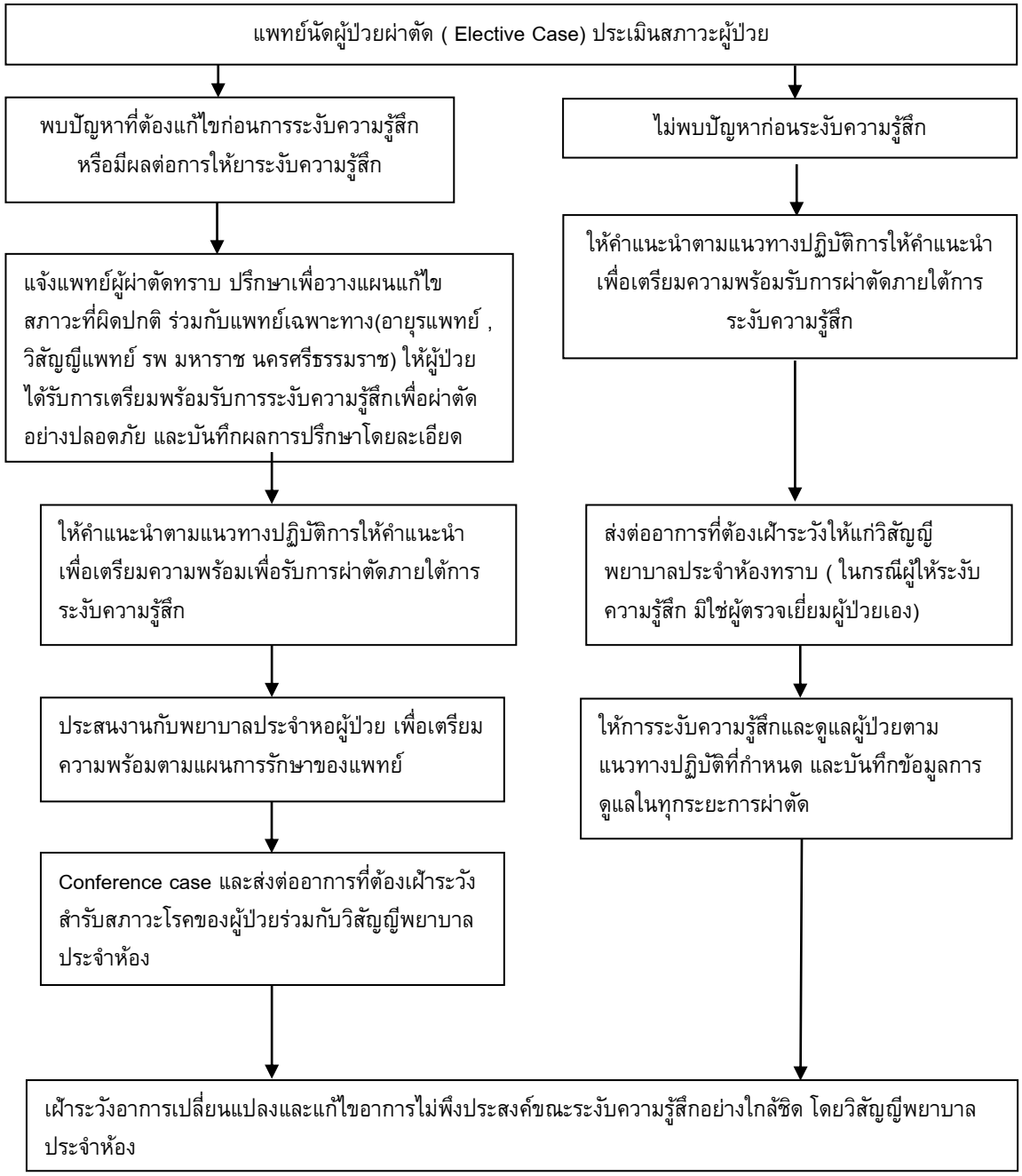
(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัยโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :

- ให้การระงับความรู้สึกโดยบุคลาการที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิสัญญีเท่านั้น ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลต้องผ่านหลักสูตรอบรมวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น

  มีแผนอบรมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีพยาบาลประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง

  - ให้การระงับความรู้สึกโดยบุคลาการที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิสัญญีเท่านั้น ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลต้องผ่านหลักสูตรอบรมวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น
  - มีแผนอบรมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีพยาบาลประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง

แนวทางการรับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขสภาวะผู้ป่วยที่พบปัญหาให้มีความพร้อมก่อนรับการระงับความรู้สึกโรงพยาบาลปากพนัง



(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้นการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:

- การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เนื่องจากโครงสร้างทางกายภาพที่จำกัด PACU ร่วมกับพื้นที่ที่ใช้รับ-ส่งผู้ป่วย กรณีมีการผ่าตัดต่อเนื่อง ให้บริการดูแลพักฟื้นในห้องผ่าตัดกรณีไม่มีผ่าตัดต่อเนื่อง โดยจะดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการระงับความรู้สึก และจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเวรแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบก่อนการส่งกลับทุกรายเพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย เพื่อการประเมินผู้ป่วยซ้ำ สามารถแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแนวทางเดียวกันต่อไป
- หลังการผ่าตัดประเมินความปวดตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา

(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):

- 1.) มีการตรวจสอบเครื่องมือก่อนการใช้งานและมีการบำรุงรักษาและสอบเทียบตามแผนที่กำหนดโดยกองวิศวกรรมการแพทย์ และบริษัทผู้จำหน่าย
- 2.) มีการควบคุมการใช้ยาเสพติดตามมาตรฐานด้วยการล็อคตู้เก็บยาเสพติด ลงบันทึกการตรวจนับตรวจสอบ เบิกจ่าย ให้ครบถ้วนทุกวัน

การดูแลการใช้ deep sedation

- ไม่มีการใช้ เทคนิค Deep sedation

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- การติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71.การระงับความรู้สึก	3	L	- พัฒนาการประเมินผู้ป่วยและให้คำแนะนำก่อนระงับความรู้สึกด้วยการทำ VDO ให้ความรู้ในการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด - จัดทำแผนซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์รองรับแผนพัฒนางาน

III-4.3 ข. การผ่าตัด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/งดผ่าตัดเนื่องจากทีมงานและอุปกรณ์ไม่พร้อม	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	0	0	0	2	0	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	0	0.98%	0	0	0	0
จำนวนครั้งของผู้ป่วยบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการผูกยึด/จัดท่า	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการเก็บชิ้นเนื้อไม่ถูกต้อง	0	0	0	0	0	0
จำนวนผู้เสียชีวิตขณะผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	0	4	0	0	2	1
อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	0	0	0	0	0	0

ii. บริบท

งานผ่าตัดโรงพยาบาลปากพนัง บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้บริการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป (ผ่าตัดเล็ก)และทางสูติกรรม ให้บริการผ่าตัดใหญ่ทางสูติกรรม ผ่าตัดเล็ก แลหัตถการเพื่อการรักษาพยาบาลอื่นๆ ในเวลาราชการ จำนวนบุคลากรห้องผ่าตัด มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากห้องคลอด 1-2 คนกรณีที่มีผ่าตัดคลอด มีจำนวนแพทย์สาขาสูตินรีเวช 1 คน ห้องผ่าตัดมีจำนวน 1 ห้อง พร้อมอุปกรณ์พื้นฐานครบ ได้แก่ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด เครื่องจี้ตัดไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว เป็นต้น

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง: -

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด
ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	-จัดลำดับผู้ป่วยผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดตามความเร่งด่วนและตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ -มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา -มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย -มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า

(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:

- เมื่อแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด แพทย์จะบันทึกการผ่าตัด และการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน หอผู้ป่วยแจ้ง set ผ่าตัดล่วงหน้าในกรณีไม่ฉุกเฉิน เพื่อให้ห้องผ่าตัดได้เตรียมห้อง อุปกรณ์ และบุคลากรให้เหมาะสมกับการผ่าตัดนั้นๆ พยาบาลห้องผ่าตัดจะไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด นำมาวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลดูแลผู้ป่วย ถ้าพบความเสี่ยงที่ต้องมีการปรึกษากับสหวิชาชีพ แพทย์ผ่าตัดจะเป็นผู้ consult แพทย์ต่างแผนก เช่น พบผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบหัวใจ หลอดเลือด จะ consult อายุรแพทย์ หรือวิสัญญีพยาบาลประเมินความเสี่ยงด้านอื่นๆ จะ consult วิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- ผลการดำเนินงาน
  - การประเมินผู้ป่วยในรายที่ไม่ฉุกเฉินที่หอผู้ป่วยปฏิบัติได้ 100 %
  - การประเมินผู้ป่วยในรายฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยตกเลือดทางช่องคลอด ส่งมาทำ Ultrasound ส่งต่อขูดมดลูก ให้มีการประเมินผู้ป่วยขณะรอเข้าห้องผ่าตัดทุกราย
  - ไม่พบอุบัติการณ์ เลื่อนผ่าตัด จากการไม่พร้อมของเครื่องมือ หรือห้องผ่าตัด

(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- เมื่อแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัด จะอธิบายเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อการตัดสินใจ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ เช่น ผู้ป่วย เด็ก ญาติหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ จะเป็นผู้รับทราบและยินยอมให้ผู้ป่วยทำการรักษาแทนผู้ป่วย แพทย์เขียน Set ผ่าตัดใน Order Sheet ในกรณี Elective Case วิสัญญีพยาบาลให้คำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด หลังจากรับทราบ ทางเลือกในการผ่าตัด จะให้มีการลงนามใบยินยอมในการผ่าตัด
- ส่วนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทุกราย เตรียมระบบการสำรองเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต ถ้ามีความผิดปกติแพทย์ผู้ผ่าตัดจะเป็นผู้อธิบายญาติทราบเป็นระยะและร่วมในการตัดสินใจ

(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

- ในกรณีผ่าตัดที่กำหนดล่วงหน้า แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเป็นผู้อธิบายวิธีการผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- วิสัญญีพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำตามแนวทางคู่มือการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วย หากพบปัญหาจะปรึกษาวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พยาบาลห้องผ่าตัดมีการวางแผนการพยาบาล การเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมทีมผ่าตัด เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องผ้าให้พร้อมใช้ทำผ่าตัดได้
- กรณีผ่าตัดฉุกเฉิน แพทย์ผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมได้รับการ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสามารถเริ่มผ่าตัดได้ภายในเวลา 30 นาที การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมและให้ข้อมูลเพิ่มขณะรอผ่าตัด การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์การให้ข้อมูลผิดพลาดหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการผ่าตัด

(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งผิดหัตถการ:

- มีมาตรการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรวจสอบจากป้าย ข้อมือ ถามชื่อ-สกุล และเวชระเบียน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และก่อนผ่าตัดมีการทำ Surgical Safety Checklist
- ผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการผ่าตัดติดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิด ตำแหน่ง การระบุตัวผู้ป่วยมีการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ร้อยละ 100 การทำ Time Out ก่อนลงมีดยังทำไม่ครบขั้นตอน ได้ปรับปรุง ระบบการทำ Time Out ให้มีความชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ง่าย ในปี 2563

(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):

- มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็น 4 เขต ในห้องผ่าตัดไม่ชัดเจนเนื่องจากพื้นที่ห้องผ่าตัดโครงสร้างไม่ได้ตามมาตรฐาน การจัดทำระบบ One Way ป้องกันการย้อนกลับของเครื่องมือได้ไม่สมบูรณ์ตามมาตรฐาน เครื่องมือหลังผ่าตัดทางห้องผ่าตัดใส่กล่องที่มีฝาปิด มิดชิดนำไปล้างทำความสะอาด ห่อ และทำให้สะอาดปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลาง
- การทำความสะอาดห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด โดยมีแนวทางปฏิบัติในการทำความสะอาดห้องผ่าตัด การตรวจสอบความ พร้อมอุปกรณ์และการเตรียมห้องก่อนผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด หลังการผ่าตัดส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดไปทำปราศจากเชื้อยังหน่วยจ่ายกลางได้100% สามารถบ่งชี้การปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐานทุกชิ้น การเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ของ ห้องผ่าตัดเก็บในห้องปราศจากเชื้อใช้ระบบ First-In, First-Out ในการหมุนเวียนเครื่องมือโดยมีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแล
- ห้องผ่าตัดสามารถให้บริการผ่าตัด 1ห้อง มีพยาบาลช่วยผ่าตัด 1 คนกรณีผ่าตัดใหญ่ มีการจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้องคลอดซึ่งผ่านการฝึกทักษะเข้ามาช่วย 1-2คน จากตัวชี้วัดพบว่าไม่มีอุบัติการณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ ทีมไม่พร้อมในการผ่าตัด
- การดูแลระหว่างรอผ่าตัด จะมีการรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 30 นาที โดยมีการโทรประสานทางหอผู้ป่วย มีการส่งต่ออาการก่อนรับ-ส่งผู้ป่วยผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยมาส่ง การรับผู้ป่วยเด็กจะมีผู้ปกครองอยู่ด้วยจนกว่าจะเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างรอผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดคอยดูแลอย่างใกล้ชิด
- การตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ ห้องผ่าตัดได้จัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการตกค้างของเครื่องมือ อุปกรณ์ใน อวัยวะผู้ป่วยโดยให้พยาบาลส่งเครื่องมือนับร่วมกับ Circulate รอบนอก ในห้องผ่าตัดใช้ระบบ Check list บนกระดานในห้องผ่าตัด ใน 3 ขั้นตอนคือก่อนผ่าตัด ก่อนเย็บปิดช่องท้องและก่อนนำเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด พร้อมติดตามดูแล ในรอบ5ปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดตกค้างในผู้ป่วย
- การจัดเก็บชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย จัดใส่ภาชนะที่เหมาะสมปลอดภัยและติดป้ายไว้ชัดเจนทุกครั้ง ระบุชื่อ-สกุล HN AN หน่วยงาน ชนิดของชิ้นเนื้อและการผ่าตัด พร้อมใบส่งชิ้นเนื้อที่แพทย์เขียน โดยบันทึกในสมุดรับส่ง เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเป็นผู้นำส่งฝ่ายธุรการเพื่อส่งสถาบันพยาธิวิทยา มีการลงลายมือชื่อรับ-ส่งทุกครั้ง ผลการดำเนินงานไม่พบอุบัติการณ์ชิ้นเนื้อหรือสิ่งส่งตรวจสูญหาย และการเก็บไม่ถูกต้อง
- การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ห้องผ่าตัดมีแนวทางการขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินจากทีมพยาบาลห้องคลอด นอกจากนี้หน่วยงานเตรียมซ้อมแผนโดยส่งเจ้าหน้าที่อบรม CPR ของโรงพยาบาลทุกปี ผลการดำเนินงานพบว่าปี 2561 มีภาวะฉุกเฉิน1ราย ผู้ป่วยมาทำ Debridement มีความดันโลหิตต่ำลง สามารถตามทีมมาช่วยเหลือได้ตามเวลา

(6) บันทึกการผ่าตัดการใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ลงรหัสข้อมูล ค่าบริการผ่าตัด ได้รับความสะดวกในการดูผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์และการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด มีการลงทะเบียนข้อมูลของผู้ป่วยในสมุดทะเบียนผู้รับบริการผ่าตัด แพทย์มีการบันทึกข้อมูลการผ่าตัด (Operative Note) ในส่วนของพยาบาลผ่าตัด มีการบันทึก ข้อมูลการผ่าตัดโดยบันทึกข้อมูลก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูล ในการสื่อสาร การส่งต่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นการดูแลต่อเนื่อง

(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:

- หลังผ่าตัดมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ติดตามอาการและผลของการผ่าตัด ให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ผลการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดพบว่า ปี 2559-2563 คิดเป็น 100%,98.53%,100%,98.73%และ100%ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า วันรุ่งขึ้นของการผ่าตัดเป็นวันหยุดและจำหน่ายก่อนวันเปิดทำการ (ห้องผ่าตัดไม่เปิดทำงานในวันหยุดราชการ) แต่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์

(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยมีกระบวนการเตรียมผ่าตัดอย่างปลอดภัยโดยใช้มาตรการของ IC Hand hygiene ในบุคลากร การให้ Antibiotic Prophylaxis ในผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังตัดสายสะดือรวมทั้งมีการตรวจสอบความปลอดเชื้อของเครื่องมือทุกห่อ การบันทึกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีระบบติดตามการติดเชื้อและนัดตัดไหม ติดเชื้อแผลผ่าตัด gr 2 ปี 2559 , 2560 ร้อยละ 1,1 ตามลำดับ การติดตามข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกราย พบ ประวัติเฉพาะรายที่มาตัดไหมตามนัดเท่านั้น โอกาสพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในรายที่ทำผ่าตัดและทำหัตถการที่มีแผลเย็บ ภายใน 7วัน และ 30วัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- การติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71. การผ่าตัด	3.0	L	-เพิ่มศักยภาพพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางสูติกรรม -ปรับปรุงโครงสร้างให้ได้ตามมาตรฐาน -พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในรายที่ทำผ่าตัดและทำหัตถการที่มีแผลเย็บ ภายใน 7วัน และ 30วัน

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: สะอาด ปลอดภัย ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด และแผนการรักษาของแพทย์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ข้อมูล/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
สะอาด 1. ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยน้ำยา SI-2	100%	100	100	100	100	100
2. จำนวนครั้งการพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียจากผล Swab ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
ปลอดภัย 3. ร้อยละการตรวจสารห้ามใช้ในอาหาร ผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัย	100 %	100	100	100	100	100
4. อุบัติการณ์ผู้ป่วยท้องเสียจากการรับประทานอาหารของรพ.	0 ราย	0	0	0	0	0
ถูกต้อง 5. อัตราความถูกต้องของการจัดบริการอาหารผู้ป่วยถูกคน ถูกโรค	100 %	97.00	97.00	95.00	95.00	97.00
6. อุบัติการณ์ผู้รับบริการได้รับอาหารไม่ครบถ้วน	0	0	0	0	0	0
7. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับอาหารตรงเวลา	100%	100	97.5	93.33	93.33	85.83
ความพึงพอใจ 8. ร้อยละของผู้รับบริการพึงพอใจในการบริการอาหาร	80 %	84.77	87.19	93.48	83.25	79.44
9. จำนวนคำร้องเรียนในเรื่องพฤติกรรมการบริการ	‹ 3ครั้ง/เดือน	0	1	0	0	0

ii. บริบท

หน่วยโภชนาการมีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด ตามหลักสุขาภิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพโดยสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องตามสภาวะของโรคและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคถูกต้อง

กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตที่มีปัญหาการกลืน

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค(Proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ
-โรคเบาหวาน -โรคความดันโลหิตสูง -โรคไขมันในเลือดสูง -โรคไตเรื้อรัง	- มีนักโภชนาการคำนวณจำนวนแคลอรี่ในอาหารเฉพาะโรค ให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะราย - มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้สุขศึกษาโภชนะบำบัด โดยจัดโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน สื่อแผ่นพลิก แจกแผ่นพับโภชนาการ, เพื่อนช่วยเพื่อน - มีการตรวจสอบอาหารให้ตรงกับใบเบิกอาหาร ก่อนนำส่งหอผู้ป่วย

(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

- ระบบการสั่งอาหาร : แพทย์ที่ทำการรักษา เป็นผู้กำหนดแผนรักษา และทำทำหน้าที่เป็นผู้สั่งอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ภายหลังจากได้ตรวจอาการผู้ป่วยแล้ว โดยเขียนคำสั่งอาหาร และระบุรายระเอียดของอาหารไว้ที่ Doctor ”order sheet ของผู้ป่วย พยาบาล รับผิดชอบอ่านแผนการรักษาของแพทย์ และดำเนินการบันทึกอาหารตามที่แพทย์สั่งของหอผู้ป่วยในผ่านระบบ Hosxp เปลี่ยนแปลงคำสั่ง โดยให้คนครัวไปรับคำสั่ง หรือ โทรแจ้งคำสั่งอาหารไปยังงานโภชนาการ เมื่อเปลี่ยนคำสั่งหรือกรณีผู้ป่วย Admit ใหม่ โภชนาการรับคำสั่งอาหาร แล้วดำเนินการ ตรวจสอบคำสั่งให้มีรายละเอียดครบถ้วน บันทึกคำสั่งอาหารและรายละเอียดทั้งหมดลงในใบบันทึกคำสั่งอาหาร คำนวณอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารตามคำสั่งอาหาร เขียนใบสั่งเตรียมอาหารให้พนักงานเพื่อผลิตอาหาร เขียน diet slip เพื่อติดถาด และถุงอาหารทางสาย ระบุหมายเลข/ห้องเตียงผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี ชื่อผู้ป่วย มื้ออาหาร ส่งให้พนังงานเพื่อติดถาดหรือถุงอาหาร หากพบข้อผิดพลาดมีการแจ้งข้อมูลคำสั่งไม่ถูกต้อง นักโภชนาการจะโทรศัพท์สอบถามทบทวนกลับไปยังหอผู้ป่วยอีกครั้ง พบโอกาสพัฒนาจากการที่มีหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลอาหารไม่ตรงตามแพทย์สั่งไม่ปรับให้ทันสมัยและลงข้อมูลอาหารไม่ถูกต้องตามคู่มือการสั่งอาหารทางระบบ Hosxp
- ระบบการตรวจสอบ : มีการตรวจเช็คอาหารให้ตรงกับใบเบิกอาหารก่อนนำส่งหอผู้ป่วย โดยคนครัว นักโภชนาการทุกมื้อ และมีการรับ – ส่งระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โดยทีมโภชนาการ พบโอกาสพัฒนา ในการทบทวนปรับปรุงระบบตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นเพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ให้เหลือ 0 ครั้ง
- การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง : มีการเก็บตัวชี้วัดความพึงพอใจด้านอาหารและโภชนาการทุก 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ได้นำมาแก้ไขปรับปรุงในประเด็นที่พบบ่อย อาทิรายการอาหาร รสชาติอาหาร รวมทั้งข้อเสนอแนะโดยได้ปรับปรุงรายการอาหารให้หลากหลายไม่ซ้ำกัน พัฒนาทักษะการปรุงอาหารของแม่ครัว ส่งผลให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเกินเป้าหมายเป็นร้อยละ 93.48

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

- ทีมโภชนาการคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้เกณฑ์ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่จะต้องประเมินโดยละเอียดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนโภชนาบำบัด ด้วยการพิจารณาตัดสินจากจากระดับผลทางชีวเคมีในเลือดที่เกินระดับปกติ อาการที่จำเป็นต้องได้รับโภชนาบำบัดและสภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้ป่วยที่พร้อมจะรับโภชนาบำบัดหรือไม่ตามดุลยพินิจของแพทย์ ประสานงานกับโภชนาการ

บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน : จัดให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับมาตรฐาน จึงต้องควบคุมทั้งพลังงานและสารอาหาร จำกัดการใช้แป้งและน้ำตาลพร้อมให้

คำแนะนำไปปรับพฤติกรรมการบริโภคได้ถูกต้อง

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : อาหารจำกัดโซเดียม อาหารที่คนทั่วไปรับประทาน จะมีโซเดียมอยู่ประมาณ 3,000-6,000 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งเท่ากับเกลือแกง ประมาณ 2-3 ช้อนชา (8-15 กรัม) ดังนั้นอาหารที่จำกัดโซเดียมก็คือ อาหารธรรมดาลดโซเดียมให้น้อยกว่าอาหารปกติของคนทั่วไปการสั่งอาหารระบุลักษณะอาหาร เช่น อาหารธรรมดาลดโซเดียมหรืออาหารธรรมดาลดเกลือ หรืออาหารอ่อนลดเกลือ ระบุปริมาณของโซเดียม หรือเกลือที่ต้องการ เช่น โซเดียม 2,000 มิลลิกรัม/วัน หรือ เกลือ 5 กรัม/วัน ,โซเดียม 1.2 กรัม/วัน หรือเกลือ 3กรัม/วัน ระบุพลังงาน โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ที่ต้องการ ถ้าแตกต่างไปจากคุณค่าของอาหารที่กำหนดไว้

กลุ่มผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง : อาหารจำกัดหรือลดไขมัน อาหารปกติมีไขมันประมาณ 20-30% ของพลังงานทั้งหมด กรณีที่ต้องควบคุมไขมันจะถูกจำกัด ให้เหลือเพียง 15-25% ของพลังงานที่ควรได้รับการสั่งอาหารระบุลักษณะอาหาร เช่น อาหารธรรมดาลดไขมัน อาหารอ่อนลดไขมัน ระบุปริมาณ และชนิด เป็นกรัมหรือเปอร์เซ็นต์ของพลังงานอาหารทั้งวัน ตามที่แพทย์ต้องการ เช่น ไขมัน 25% ระบุพลังงานของอาหาร ถ้าแตกต่างไปจากคุณค่าของอาหารที่กำหนดไว้

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- การให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วย ให้โดยนักโภชนาการ ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และร่วมกับ PCT ต่างๆ เช่น การดูแลกลุ่มโรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผลการดำเนินงานให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกคลินิก เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรได้จัดบริการโดยระบบให้คำปรึกษาเฉพาะราย โอกาสพัฒนาคือ งานโภชนาการจัดทำแผนให้คำปรึกษาด้านโภชนาการในผู้ป่วยเชิงรุก
- กลุ่มผู้ป่วยใน : แพทย์จะเป็นผู้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแล้ว จะแจ้งให้โภชนาการทราบขึ้นเยี่ยมให้โภชนาศึกษา ด้วยการให้คำปรึกษา/ แนะนำประกอบแผ่นพับ และโมเดลอาหารตัวอย่าง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค ในปี 2561 ผลการประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ปัญหาอุปสรรคคือผู้ป่วยและญาติขาดความสนใจและการโต้ตอบ เนื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นโอกาสพัฒนาของทีมโภชนาการที่จะต้องปรับปรุงวิธีการให้ความรู้กิจกรรมสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักรับรู้เพิ่มขึ้น
- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน : ทีมโภชนาการร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลดำเนินการให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม เริ่มจากคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยโภชนาการเน้นการให้คำปรึกษา/ คำแนะนำในเรื่องอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดของอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและแคลอรี่สูง อาหารแลกเปลี่ยน ยกตัวอย่างรายการแต่ละมื้อใน 1 วันเหมาะสมกับสภาวะของโรค พร้อมตัวอย่างอาหารจริงและแผ่นพลิกอาหาร โมเดลอาหารประกอบการบรรยาย จากการประเมินผลความรู้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 79แต่มีโอกาสพัฒนาในการติดตามพฤติกรรมการกินกลุ่มผู้ป่วยนอกและญาติ
- ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน : คลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานทุกวัน ทีมโภชนาการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5 – 10 คน ให้มีกิจกรรม คิดคำนวณจำนวนแคลอรี่ในอาหารตัวอย่างให้คำแนะนำ/ ปรึกษาเฉพาะราย ผลการจัดกิจกรรม ผู้ป่วยให้ความสนใจมีส่วนร่วมอย่างดี หลังการประเมินการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 มีโอกาสพัฒนาติดตามพฤติกรรมการกินของผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ในกลุ่มญาติผู้ป่วยอาหารปั่นผสม : จัดให้มีการสอนเกี่ยวกับการเลือกวัตถุดิบ การคำนวณมาตรวัด ชั่ง ตวงวัตถุดิบ สาธิตวิธีการทำอาหารปั่นผสม(จากเดิมได้สาธิตอาหารปั่นผสมแต่ปัจจุบันไม่ได้สาธิตอาหารเนื่องใช้สูตรสำเร็จรูป แต่ได้มีการคำนวณสูตรให้และอธิบายขั้นตอนการทำอาหารปั่นผสม) จากการให้ดูวิธีการทำพร้อมให้ซักถามจนญาติเข้าใจ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นคิดเป็นร้อยละ 80.00 สามารถนำไปปฏิบัติได้คิดเป็นร้อยละ 74.52 ทีมโภชนาการได้ขอที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับไปสอบถามความก้าวหน้าจากญาติผู้ป่วยทุกราย ผลการติดตามพบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาทำอาหารปั่นผสมเอง (จากเดิมใช้สูตรปั่นผสม ปัจจุบันได้ใช้สูตรอาหารสำเร็จรูป เบลน

เดอร่า เอ็มเอฟ Blendera-MF และ สูตรเจ็น-ดีเอ็ม GEN-DM)

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

- ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลจากสาธรณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อปฏิบัติได้ 30 ข้อตั้งแต่ปี 2561ได้นำหลักสุขาภิบาลอาหารมากำหนดแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

-การเลือกซื้อและเก็บวัตถุดิบ : มีตรวจรับอาหารทุกวันโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและสุ่มตรวจหาสารปนเปื้อนปีละ 3 ครั้ง ผลไม่พบสิ่งปนเปื้อน มีแนวทางการทำความสะอาด/ คัดแยกวัตถุดิบเพื่อจำกัดและลดสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค จัดเก็บวัตถุดิบสดจำพวกเนื้อสัตว์ ผักในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนดและตรวจสอบทุกวัน มีระบบสัญญาณเตือนในกรณีที่อุณหภูมิตู้เย็นไม่อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ผ่านแอบพลิเคชั่นไลน์ เพื่อสามารถรับทราบปัญหาและจัดการได้อย่างทันท่วงที การเก็บวัตถุดิบพวกของแห้งสำเร็จรูป แยกออกแต่ละประเภทไว้ในตู้เย็น ใช้ระบบ First out ตรวจสอบวันหมดอายุทุกวัน ไม่พบของหมดอายุหรือวัตถุดิบที่เสีย

- การจัดเตรียมและประกอบอาหาร : โดยมีใบรายการประเภทของอาหารซึ่งเช็คจากผู้ป่วยในทั้ง 4 ตึก เพื่อการเตรียมอาหารให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น อาหารธรรมดา อาหารอ่อน และอาหารเฉพาะโรค และประกอบอาหารในระดับอุณหภูมิที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักสุขาภิบาลอาหารโดยมีโภชนาการกำกับดูแล มีการให้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาหารสะอาดรสชาติอร่อย และวิธีการปรุงกำหนดอาหารเฉพาะโรคแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างสม่ำเสมอ

- การจัดเตรียมและประกอบอาหารปั่นผสม : กำหนดแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำอาหารปั่นผสม และสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องอาหารปั่นผสมมีการวิเคราะห์สารอาหาร เตรียมวัตถุดิบ การชั่งตวงตามใบสั่งอาหารปั่นผสมสูตรต่างๆ ได้กำหนดเขตสะอาดในห้องอาหารปั่นผสมเป็นสัดส่วนตามหลักสุขาภิบาลอาหาร (เนื่องจากสถานที่ไม่อำนวยความสะดวก แต่ทางงานโภชนาการได้จัดมุมโดยแยกเป็นสัดส่วน จากเดิมใช้สูตรปั่นผสม ปัจจุบันได้ใช้สูตรอาหารสำเร็จรูป เบลนเดอร่า เอ็มเอฟ Blendera-MF และ สูตรเจ็น-ดีเอ็ม GEN-DM))

- การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง : มีการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกปี ผลการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกคนอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่พบโอกาสพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ทุกเช้ามีการกวดขัน สุ่มตรวจการแต่งกายและการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลของเจ้าหน้าที่ เน้นย้ำเรื่องต่างๆ อาทิการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้ถูกต้อง แต่พบโอกาสพัฒนาเรื่องเจ้าหน้าที่ละเลยการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการทำอาหาร

- การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ : ในการบรรจุอาหาร ได้จัดหาภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและเก็บรักษาอุณหภูมิสำหรับผู้ป่วยทุกคน จัดให้มีแนวทางปฏิบัติในการจัดล้างภาชนะและอุปกรณ์ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร มีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทเป็นสัดส่วน การสุ่มตรวจเพาะเชื้อในอาหารทุก 1 เดือน และสุ่มตรวจตรวจเพาะเชื้อภาชนะทุกประเภททุก 1 เดือน ผลไม่พบการปนเปื้อนทั้งอาหารและภาชนะ

- การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ : กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามหลัก IC มีการแยกภาชนะโดยการกำหนดหมายเลขและแยกภาชนะล้างทำความสะอาดต่างหากสำหรับเจ้าหน้าที่มีแนวทางการจัดการกับเศษอาหารจากผู้ป่วยติดเชื้อโดยการใส่ถุงมือป้องกันและคัดแยกเศษอาหารทิ้งในถุงสีแดง ส่วนการจัดการกับเศษอาหารได้จัดถังเศษอาหารที่มีฝาปิดมิดชิดรองรับ มีผู้ประมูลมาเก็บทุกวัน

- การรวบรวมขยะและจัดการน้ำเสีย : มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภท อาทิขยะแห้ง ขยะเปียก และขยะทั่วไป แยกออกนำไปเก็บให้ถูกต้องลงในภาชนะเก็บขยะแต่ละประเภทที่มีฝาปิดที่มิดชิดและทำความสะอาดทุกวัน การจัดการน้ำเสียมีแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในการตักบ่อไขมันทุกเช้า พบโอกาสพัฒนาในความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการทิ้งขยะให้ถูกต้อง

- การทำความสะอาดโรงเรือนและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค : มีมุ้งลวดติดตั้งทั้งโรงประกอบอาหาร

กำหนดให้มีการ Big Cleaning ในทุกบ่ายวันจันทร์และวันศุกร์ แนวทาง 5ส. ประจำสัปดาห์/เดือน เช่นการทำ 5ส. เพื่อป้องกันหนู แมลงสาป การทำความสะอาดมุ้งลวด พัดลม ตู้เย็น และทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ประกอบอาหารทุกครั้ง พบเพียงบางจุดที่ต้องปรับปรุง เช่นห้องเตรียมอาหาร พื้นที่ส่วนกลางที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมมากขึ้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- จากการบริการอาหารแก่ผู้ป่วยภายใน ยังไม่มีอุบัติการณ์ที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารจากฝ่ายโภชนาการแล้วมีอาการท้องเสีย
- มีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ให้บริการอาหารได้ตรงตามเวลาที่กำหนด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
72. อาหารและโภชนบำบัด	3.0	I I	● พัฒนาระบบการให้บริการด้านโภชนาเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มรายโรคทุกกลุ่มครอบคลุมมากขึ้น ● พัฒนาสื่อที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายทั้งที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะคุกคามของโรค ภาวะทุพโภชนาการ

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562(ต.ค. 61-มี.ค. 62)	2563
1 .ความพึงพอใจต่อการดูแลระยะสุดท้าย	>90%	98.3	99	99.5	99.8	90
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	>90%	95	100	100	100	100
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการความปวด	>85%	100	100	100	100	100
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการอาการรบกวน	>85%	92	98	100	100	98
5.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	>90%	100	100	100	100	98

ii. บริบท

- มีทีมรับผิดชอบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทางโรงพยาบาลนำเครื่องมือ Performance Scale (PPSv2)ใช้ในการประเมินระยะของผู้ป่วย เพื่อช่วยการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เหมาะสมตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Meeting) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยและมีการจัดพื้นที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติตามความเหมาะสมต่ออาการ พยาธิสภาพของโรค ร่วมถึงมีอุปกรณ์การแพทย์ไว้ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวยืมไปดูแลต่อที่บ้าน โดยมีแบบฟอร์มประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ แบบฟอร์มการยืมอุปกรณ์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยไตวายที่ปฏิเสธการฟอกไต ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อมาเตรียมความพร้อมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกันกับญาติพี่น้องในวาระสุดท้ายของชีวิต ในปี 2561 พบอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย palliative care ดังนั้นทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่แพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ทีมHHC และพยาบาลในรพ.สต.เครือข่าย มีผู้รับผิดชอบทุกงาน แต่ไม่มีหน่วย palliative care แยกเฉพาะ มีการพัฒนาทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care ระยะกลาง 1คน เป็น case manager อบรม 5 วัน 3คน และ เภสัชกร อบรมระยะ3 วัน 1 คน

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:

- ผู้ป่วยระยะท้ายตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย กรมการแพทย์ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยระยะท้ายในโรคเหล่านี้ Heart disease , Pulmonary disease , Dementia /Aging , HIV disease , Liver disease , Renal disease

กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย , กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดอื่นๆเช่น หลังทำหัตถการ ผ่าตัด

iii. กระบวนการ :ใช้ PPSv2 ESAS Pain score ในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย ลดอาการรบกวนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- จัดตั้ง คณะกรรมการทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณะอำนวยการ และ คณะดำเนินงาน) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบาบัด และทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
- จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อลงเยี่ยมร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ของเครือข่าย รพ.สต. เจ้าหน้าที่เทศบาล PCU และประชุมร่วมกันเพื่อร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ได้ทันท่วงทีหลังจำหน่ายผู้ป่วยและส่งเยี่ยมบ้าน
- จัดทำ CPG และทบทวนทุกปี นำลงสู่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการ สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายตั้งแต่ตุลาคม ปี 2561 คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยระยะท้ายในโรคเหล่านี้ Heart disease , Pulmonary disease , Dementia /Aging , HIV disease , Liver disease , Renal disease เน้นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS v2 ≤30 คะแนน
- พยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative Care Ward Nurse)ประสานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่อเยี่ยมบ้าน
- ทีมแพทย์และพยาบาล มีการใช้เครื่องมือ PPSV2 เพื่อช่วยการคัดเลือกระยะอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับทุกรายการประเมิน ความต้องการการดูแลโดยใช้แบบประเมินESAS เพื่อนำไปวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแล การเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา/ตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขในการดูแลผู้ป่วย
- มีระบบการบำบัดความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา เช่น พาราเซตามอล,กลุ่ม NSAIDS Tramadol, และมอร์ฟีน ตามเกณฑ์ Pain management
- ระบบการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น ให้คำปรึกษาพูดคุยให้กำลังใจ การสัมผัส ฝึกการหายใจและหลักธรรมความเชื่อของแต่ละศาสนา
- จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา จัดให้นอนในมุมที่สงบ เป็นส่วนตัว และอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ เพื่อเข้าถึงความสงบในระยะท้ายของชีวิต ในรายที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จัดบริการรถพยาบาล
- สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เตียงนอนผู้ป่วย บริการแลกถังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล และเครื่อง suction
- ในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะเน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการรับฟังผู้ป่วยแสดงความเห็นใจด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวลให้การช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ลดขั้นตอนการรับบริการ
- ส่งต่อทีม HHC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความต้องการการดูแลในชุมชน ช่วยบรรเทาอาการรบกวน (ESAS) ที่เกิดขึ้น และมีเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

จากการประเมินความรับรู้และความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้แบบประเมินเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอในการวางแผนการดูแล ทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมpalliative care นำแบบประเมิน PPSv2 และ pain scoreมาใช้ ยังพบว่าไม่สามารถประเมินอาการรบกวนผู้ป่วยได้ครอบคลุม จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการ

ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ดังนั้นปัจจุบันได้นำแบบประเมิน ESAS มาใช้ร่วมบันทึกอาการโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ ๆ ทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมปัญหา/ความต้องการ สามารถตอบสนองได้จากข้อมูลของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนและอาการปวด คิดเป็น 100 %

- มีการใช้เครื่องมือ PPSv2 มาช่วยประเมินและการคัดเลือกระยะอาการของผู้ป่วย
- มีการประเมินการรับรู้/ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลให้ข้อมูลและคำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตัดสินใจรับ/ไม่รับการดูแลแบบประคับประคอง
- กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงมีโอกาสเสียชีวิต ผู้ป่วยหรือครอบครัว มีการเซ็นชื่อเพื่อปฏิเสธการช่วยชีวิต เช่น CPR, การช่วยใส่ท่อหายใจ เป็นต้น แพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยใน มีการประเมินติดตามอาการของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ญาติขอเปลี่ยนแปลงการรักษา ทีม Palliative Care ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ กรณีมีญาติหลายคนและมีความขัดแย้งในกลุ่มญาติ มีผลต่อการประเมิน/การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายสูง ทีมจึงนำ family meeting เพื่อจัดหาผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน และ นำadvance care plan มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกราย พร้อมทั้งทบทวนเป็นระยะ
- มีการประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

ด้านร่างกาย มีการประเมินเกี่ยวกับอาการรบกวนต่าง ๆ (ESAS) เช่น อาการปวด คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูก อาการเหนื่อย และ/หรืออาการเฉพาะตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการบวม เป็นต้น

ด้านจิตใจ มีการประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวลจะ ใช้การประเมินจากการพูดคุย การสอบถาม สีหน้า การนอนของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าจะมีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q และ 8Q และมีระบบการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวช

ด้านสังคม มีการประเมินด้านครอบครัว ความพร้อมของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรักความผูกพันในครอบครัว ด้านอาชีพ การเงิน สิทธิการรักษา เพื่อนของผู้ป่วย

ด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินด้านปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม เช่น นิมนต์พระมาให้ผู้ป่วยทำบุญ ตักบาตรที่เตียง หรือเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วย การอโหสิกรรม

- มีการประเมินและประเมินซ้ำเรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายล่วงหน้า โดยการรับฟังปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย
- ประเมินค้นหาความปรารถนาสุดท้ายของชีวิต (Last Wish) ซึ่งข้อมูลที่ได้ นำมาวางแผนให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

(3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:

- จากการประเมินพบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวในระยะสุดท้ายของชีวิต และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือคนที่เข้าใจอยู่ข้างๆ โรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ตามต้องการไม่จำกัดเวลา หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วย/ญาติ รู้สึกผ่อนคลายและลดความกลัว ความพึงพอใจ 99.8 %
- ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตสังคม พยาบาลผู้ดูแลพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความวิตกกังวลรับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าว่าผิดหรือถูก พร้อมทั้งสอบถามในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและความต้องการก่อนถึงวาระสุดท้ายและช่วยดำเนินการในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ
- ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดสื่อถึงความเชื่อความศรัทธาส่งเสริมให้ได้ทำในสิ่งที่อยากทำในวาระสุดท้าย
- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตมีการทำความสะอาดและแต่งตัว แต่งหน้า ให้อยู่ในสภาพที่ญาติมาพบเห็นมีความประทับใจ เสมือนนอนหลับ หลังทำกิจกรรมนี้ญาติมีความพึงพอใจ 99.8 %

III-4.3 จ. การจัดการความปวด

(1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:

- แนวทางการประเมินอาการปวด เพื่อประเมินระดับความรุนแรงและพิจารณาบำบัดตามแนวทาง ทีมได้กำหนด pain score เป็น v/s ตัวที่ 5 บันทึกในฟอร์มปรอททุกราย
- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเจ็บปวด มีแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยอายุมากกว่า 3 ปี ที่มีอาการปวดเป็นสำคัญ โดยใช้การประเมิน pain score และแบบประเมิน face wrong score เพื่อการใช้ยาลดปวดที่เหมาะสม และประเมินซ้ำหลังการให้ยาตามแนวทาง

(2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อญาติต้องการไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะให้ยาแก้ปวด เช่น Paracetamol, Tramadol, NSAID, Morphine หากไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ แนะนำให้มา รพ. เพื่อพิจารณาปรับยา
- แนะนำแพทย์ทางเลือก/ผู้ป่วยสามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

(3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:

- การดูแลผู้ป่วยเพื่อบำบัดอาการปวดที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับ MO Syr , MO tab จากโรงพยาบาลศูนย์มาแล้ว ทีมมีบทบาทในเรื่องการติดตามการใช้ยาให้ถูกต้อง เหมาะสม ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี2561 ทางโรงพยาบาลมีการจัดให้มียาใช้ในโรงพยาบาลและสามารถสั่งใช้ยาได้เอง ถ้าหากมีความกังวลในเรื่องการใช้ยาเช่นการปรับยาเพิ่ม สามารถ consult แพทย์ที่รับผิดชอบ palliative care หรือ consult อายุรแพทย์ได้ตลอด
- ทีม HHC ลงติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ติดตามการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา ญาติผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องผู้ป่วยติดยา จึงให้แนะนำการใช้ยาและการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้นแก่ญาติ เพื่อคลายกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่า จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่รู้จะใช้ยาเพิ่มช่วงไหน ต้องรอเวลาให้ครบชั่วโมง จึงสอนการใช้ pain score มาใช้ หลังจากนั้นพบว่า มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม และมีช่องทางให้โทรปรึกษาโดยพยาบาล palliative care จากการประเมินพบผู้ดูแลยังคงมีความกังวลจะให้เบอร์ผู้ดูแล

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายเข้มแข็งและจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ วิถีชีวิตและหลักศาสนา เช่น กิจกรรมฟังธรรม สวดมนต์
- ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลแบบประคับประคอง(ท่านเจ้าอาวาสและพระวัดนันทาราม)
- มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองมาใช้ในรูปของเครือข่ายที่เข้มแข็ง
- มีการใช้ pain management ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด และมีการใช้ opioid ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วย PPSv2 ESAS Pain score
- มีความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายในปี 2559-2563 เป็นร้อยละ 98.3, 99.0, 99.50, 99.80 และ 90 ตามลำดับ
- ผู้ป่วย palliative ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	-ทักษะและความพร้อมของทีมในเครือข่าย(I)	-พัฒนาและเพิ่มทักษะของทีม palliative care ให้ครอบคลุมในเครือข่าย

		-การเข้าถึงการดูแลแบบ palliative care(I) - การทำ advance care plan ร่วมกับญาติ(I) -อุปกรณ์ใช้ต่อเนื่องที่บ้านมีไม่เพียงพอ(I)	-ปรับ CPG palliative care เพิ่มขั้นตอนการพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบpalliative care และประชุมทีมต่อเนื่อง -ค้นหาญาติ/ผู้ดูแลที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทำadvance care plan และทบทวนเป็นระยะ -จัดหาอุปกรณ์เพิ่ม เกย์ออกซิเจน 2 ชุด เครื่องผลิตออกซิเจน 1 เครื่อง เครื่องพ่นยา 2เครื่อง ที่นอนลม 2 เตียง
75. การจัดการความปวด	3	-การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ต่อเนื่องที่บ้าน(I)	-ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความปวดเป็นและพิจารณาเพิ่มยาให้สามารถควบคุมอาการได้ -ทำแผนให้มี syring driver เพื่อให้ยาแก้ปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน1 –2ชุด

III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย รวดเร็วและผู้รับบริการพึงพอใจ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.ร้อยละของผู้ป่วยStrokeที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ส่งต่อจาก รพศ. อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 เดือนหลังD/C	≥80	95.27	90.76	91.86	97.9	92.2
2.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นหลังD/C	≥80	93.57	90.76	91.86	92.85	87.36

ii. บริบท

- งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้บริการกายภาพบำบัดด้านการตรวจรักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัด ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเน้นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอำนวยความสะดวกในการมารับบริการ

ขอบเขตบริการ : ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยในชุมชนโดยให้บริการรักษาด้วย วิธีการทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคทางระบบประสาทและสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่และให้ความรู้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ความต้องการของผู้รับบริการ: ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ คือ มีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น, การดำเนินโรค, พยากรณ์โรค, วิธีการรักษา และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับอาการอาการเจ็บป่วยที่เป็นอย่างถูกต้อง

ความต้องการของผู้รับผลงานภายในที่สำคัญ คือ มีการประสานงานที่ดี ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูล การส่งต่อ ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

- โรคหลอดเลือดสมอง (CVA)
- โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)
- โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง(Traumatic brain injury)
- ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (COPD)
- ผู้ป่วยโรคถุงลมแฟบ (Atelectasis)
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (Diabetic foot)
- ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล้าช้า
- ผู้พิการและผู้สูงอายุ ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง
- ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ระบบประสาท • ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ทุกราย ที่เข้าAdmit ที่โรงพยาบาลปากพนัง จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทำกายภาพบำบัด

	-มีการประเมิน ตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย -ผู้ป่วยและญาติได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นซึ่งสามารถนำกลับไปปฏิบัติเองได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล -ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ที่ยังมีความบกพร่อง หลังออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ
2.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	-ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)ทุกราย ได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางปอด โดยนักกายภาพบำบัด ทำให้แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ -ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)ทุกราย ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งสามารถนำกลับไปปฏิบัติเองได้

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และญาติหลังจากได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่มารับการประเมิน และการปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลเนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและด้วยสภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นนักกายภาพบำบัดจึงได้มีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ และปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ให้กายอุปกรณ์ที่จำเป็น ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังจากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว แพทย์จะส่งปรึกษา นักกายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสอนผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน โดยการฟื้นฟูในระยะแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จุดประสงค์เพื่อฝึกการเรียนรู้ของสมอง ตามสภาพของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติด แผลกดทับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ญาติจะได้รับโปรแกรมเหล่านี้เพื่อนำไปฝึกให้ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้นนักกายภาพบำบัด จะนัดผู้ป่วยมาประเมินและปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตามความสามารถของแต่ละราย · จัดทำแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม HHC · หลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านและมีการประสานงานและส่งข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กลับมายังโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้มีการเยี่ยมซ้ำโดยทีมสหวิชาชีพอีกครั้ง ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ครอบคลุมมากขึ้น

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:

- การตรวจประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาผู้ป่วยในแต่ละโรค เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด · ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ 2 ของการAdmit ที่โรงพยาบาลปากพนังซึ่งเป็นไปตามCare map · ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จะได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางปอด(Spirometer)โดยนักกายภาพบำบัดทุกราย

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ให้บริการฟื้นฟูสภาพและกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยในตามแผนการรักษาของแพทย์หลังจำหน่าย ซึ่งเน้นเชิงรุกโดยการขยายงานกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชน โดยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และร่วมมือกับ HHC ในการดูแลผู้พิการ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้ครอบคลุม สนับสนุนกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์

พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
76. การฟื้นฟูสภาพ	3.0	-ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ(I) –ไม่มีการวางแผนและสรุปประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน(I) -อุปกรณ์เครื่องช่วยเดินไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย(I)	- ประสานพยาบาลตึกผู้ป่วยในให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกราย กรณีที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับในวันหยุด ให้พยาบาลนัดผู้ป่วยมาที่แผนกกายภาพบำบัดในวันทำการปกติ - มีการวางแผนและสรุปประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน - วิเคราะห์ ติดตามประสิทธิผลของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง - เพิ่มอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ให้เพียงพอ

III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย	>90%	98.8	99.8	100	99.4	92.64
ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	94.6	98.2	85.7	100	88.89

ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพนังมีแพทย์อายุรกรรม 1คน มีคลินิก CKD เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และติดตามดูแลเฝ้าระวังชะลอภาวะไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต ต้องการดูแลแบบประคับประคอง และ ให้การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตผ่านทางหน้าท้องที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อน โดยจัดทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ความรู้ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตผ่านทางหน้าท้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกไตผ่านทางหน้าท้อง

iii. กระบวนการ

(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:

- แพทย์อายุรกรรม ให้ข้อมูลเรื่องโรคและprognosis ของโรค แนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและพยาบาลให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่เลือกทำการรักษาโดยการฟอกไตหรือฟอกไตทางหน้าท้องแพทย์พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางที่รพ.มหาราช
- จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางหน้าท้องร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่าย
- กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายทุกราย
- รับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย/ญาติที่พบปัญหา
- เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ให้การดูแลแบบประคับประคอง

(2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:

- -

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางหน้าท้อง ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC ทุกราย
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเชื้อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับยา Antibiotic จัดให้นอนในโซนที่สะอาดหรือห้องพิเศษ(ถ้าหากผู้ป่วยมีความพร้อม)
- มีคลินิก CKD เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม โดยแพทย์อายุรกรรมและทีมสหวิชาชีพประจำคลินิก
- ผู้ป่วยที่ตัดสินใจไปฟอกไตที่โรงพยาบาลศูนย์ มีบางรายเปลี่ยนใจหลังจากไปเตรียมความพร้อมก่อนฟอกไต เนื่องอายุมากขอรับการรักษาแบบประคับประคอง และไม่พบผู้ป่วยฟอกไตฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3	-การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งไปรับการรักษาด้วยการฟอกไตทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศูนย์ (I)	● จัดทำและปรับปรุง CPG CKD ● พัฒนา CKD clinic คุณภาพ ● ส่งเจ้าหน้าที่ใน clinic CKD ไปอบรมการดูแลผู้ป่วยฟอกไต ● พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้อง ● พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายแบบประคับประคอง

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิผล ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตรา Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย DM	< 5	0.45	0.36	0.21	0	0.34
อัตรา Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย COPD	< 3	0.18	0	0.19	0.02	0.67
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7)	>40%	45.01	43.86	36.99	33.07	27.28
อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥80%	93.57	90.76	91.86	92.85	87.36
ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ส่งต่อจาก รพศ.อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 เดือนหลัง D/C	≥80%	95.27	90.76	91.86	97.90	92.20

ii. บริบท :

- ทีมดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นบริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยพัฒนาขีดความสามารถของผู้ป่วยและญาติ โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังจำหน่าย

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

- DM HT COPD Stroke CKD HIV CA จิตเวช CKDกลุ่ม Palliative,TB,มารดาหลังคลอด, มารดาหลังการผ่าตัดคลอดบุตร, หญิงตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์แท้งบุตร, ทารกแรกเกิด, DVT ในผู้ป่วยกระดูกหัก Around the Hip, Failed Plate in Closed Fracture Femur and Tibia

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้
- ผู้ป่วยจิตเวช ติดยาเสพติด โรคเรื้อรังที่สังคมไม่ยอมรับ
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้ หรือขาดผู้ดูแล
- ผู้ป่วยต่างชาติและต่างด้าว
- หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- ครอบครัวที่บุตรคนแรก

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
DM,HT,CKD,COPD/Asthma,TB Stroke	การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และวางแผนการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนการดูแลร่วม กับทีม ให้คำแนะนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ ต่าง ๆ ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหา re-admit ให้ทีม HHC ลงเยี่ยมบ้าน ทบทวน

	การใช้ยาพ่นโดยเภสัชกรทุกครั้งที่มารับบริการ เช่น COPD เพื่อติดตามดูสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การพ่นยา การปฏิบัติตัว ทีมดำเนินการวางแผนปรับกิจกรรมให้เหมะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่(คลินิคเลิกบุหรี่เริ่มเดือนมกราคม 2560) DM สอนการใช้ยาฉีด insulin ทบทวนการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกรทุกครั้งที่มารับบริการ
PP/Preterm	PP/Preterm เสริมแรงให้แก่มารดาหลังคลอด โดยการสอนการให้นมแม่ ดูแลใกล้ชิดจนมารดามีความพร้อมในการให้นมแม่ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลทารก และให้ข้อมูลการรับวัคซีน แหล่งประโยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	- ประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ - สร้างความเป็นกันเองเข้าใจปัญหา - ให้ข้อมูลพร้อมคำถามเปิดกว้างเพื่อให้คิดและแก้ปัญหาด้วยตนเอง - ให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเสริมพลังพร้อมให้กาลังใจ

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

- ทีมสุขภาพจะมีการประเมินสภาพปัญหาที่มีผลต่อความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณเพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาเหมาะสมกับวิถีชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยวางแผนการดูแลร่วมกันตั้งแต่นอนโรงพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูสภาพแวดล้อมและเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การพ่นยา ฉีด insulin การทำแผล Bed Sore การสอนทำกายภาพ อาหารเฉพาะโรค ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ PPSv2 ESAS Pain Score

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

- แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาทางเลือกในการรักษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เลือกแนวทางการรักษา รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- พยาบาลจะให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการดูแล ให้ข้อมูลของแผนการพยาบาล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรับการรักษาที่รพ.ใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและญาติ เช่นแผ่นพับให้ความรู้เพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้น การพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและมีการประเมินการเรียนรู้จนกว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
- ค้นหาความต้องการปัญหาที่มีผลต่อความสามารถต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พูดคุย หาทางออกร่วมกันให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่นผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีแผล หรืออุปกรณ์ติดตัว มีการวางแผนการดูแลร่วมกันตั้งแต่นอนโรงพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูสภาพแวดล้อมและเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลด้วยความเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการคงไว้หรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับของกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรม เช่น เปิดโอกาสให้พระมาสวดข้างเตียงให้ผู้ป่วยจิตสงบตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ กรณีขอพาผู้ป่วยไปดูแล Palliative careต่อที่บ้านมีการพูดคุยกับญาติเพื่อวางแผนการดูแล เช่น แพทย์ประเมินอาการแล้วว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูง จะมีการพูดคุยการดูแลก่อนจำหน่ายพร้อมส่ง HHC ติดตาม

- ผู้ป่วยมีประวัติแพ้บ่อยในเด็ก มีการฝึกการใช้ยาฉีด

(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

- มีการดูแลให้คำปรึกษาการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ผู้ป่วยซึมเศร้า(Depress) เครียด วิตกกังวล โดยมีการใช้แบบประเมินในผู้ป่วยแต่ละรายตามสภาพปัญหาที่พบ จากการซักประวัติการสังเกต แล้วพบว่ามีความวิตกกังวลซึมเศร้า จะได้รับบริการให้คำปรึกษา รวมทั้งมีเกณฑ์และแนวทางการให้ความช่วยเหลือเป็นขั้นตอน และพบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ(ต่อแสนประชากร)ในปี 2559-2563 ร้อยละ 11.9, 6.8, 6.8, 3 และ11.13.ตามลำดับ
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) จะจัดให้อยู่ในมุมสงบ หรือห้องพิเศษ หากญาติต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนาทีมจะอำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ และเมื่อถึงวาระสุดท้ายโรงพยาบาลจะสนับสนุนรถในการเคลื่อนย้ายกลับบ้าน
- ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยครั้งแรก (First Diagnosis) ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกราย จะได้รับการให้คำปรึกษาการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวการ/ดูแลที่บ้าน เพื่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

- มีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงปัญหา
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมได้ ทีมสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการดูแลโดยการกำหนดเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ผู้ป่วยสมัครใจที่จะรับยาใกล้บ้าน ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วในการเดินทาง และมีการพบแพทย์ประจำปี 1 ครั้งในวันตรวจเลือดประจำปี
- ในกรณีที่ผิดปกติ มีการ consult แพทย์ และมีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ โดยการเตรียมความรู้ของบุคลากรของ รพ.สต.ให้มีความพร้อม เตรียมความพร้อมของยา และเวชภัณฑ์ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สามารถรับยาได้ที่รพ.สต.ใกล้บ้านได้เป็นจำนวนมาก

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเช่น การทำแผล การฉีดอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง
- การดูแล Hygiene care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวได้รับการฝึกทักษะ ในเรื่องการทำกายภาพบำบัด การฝึกเดิน การบริหารข้อ ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลโดยใช้ระบบการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงช่วยในเรื่องการกินยาผู้ป่วยจิตเวชโดยแพทย์ปรับเปลี่ยนมื้อยาให้เพื่อความสะดวกในการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Therapy :DOT) ทำให้การกินยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยา หรือการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชลดลง
- OPD ให้ข้อมูลรายโรคตามปัญหาที่ประเมินได้ การนัดหมายครั้งต่อไป ณ จุดบริการหลังตรวจ
- มีการเสริมพลังและให้ความรู้ในคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ DM, HT, ไต, COPD, Asthma, TB, ARV โดยสหสาขาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
- คลินิกพัฒนาการเด็กสมวัย
- ในทารกแรกเกิด/คลอดก่อนกำหนด มีการจัดการเรียนรู้ในการดูแลทารก ได้แก่ การให้นมแม่ อาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ และการให้ยาทางปาก

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

- ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจเรื่องการทำแผล การฉีดอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง การดูแล Hygiene care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวได้รับการฝึกทักษะ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลโดยใช้ระบบการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง ผู้ปกครองได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับคำแนะนำ และส่งต่อชุมชน
- ฝึกปฏิบัติการให้นมลูกอย่างถูกต้อง
- ผลลัพธ์การกินยา TB ทำ DOT ได้
- ไม่พบมารดากลับมารักษาจากการไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตน
- มีการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายในรายที่จำเป็นต้องติดตามผลด่วน ก่อนทีม HHC ลงเยี่ยม

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนันสนุนให้มีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน
- กิจกรรมให้ข้อมูลและเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ โดยสหสาขาวิชาชีพขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่นผู้ป่วย stroke และญาติมีทักษะการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ระบบการดูแลผู้ป่วยใกล้บ้านใกล้ใจในกลุ่ม NCD ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปรับการรักษาที่รพ.สต.

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3	I ,L	-การวางแผนจำหน่าย การให้บริการและการให้ข้อมูลในระบบสุขภาพในชุมชนเชิงรุกที่ครอบคลุมเชื่อมโยงกับเครือข่ายให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มการค้นปัญหาด้านจิตใจ - จัดหาแหล่งสนับสนุนในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอกับความต้องการการใช้ของผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs)	100%	100	100	100	100	100
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย DM	<5%	1.26	0.56	0.14	0.07	0.34
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย HT	<5%	0.77	0.56	0.10	0.01	0.45
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB	<5%	2.99	5.26	6	6	0
ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate)	85%	82.26	89.74	82.23	84.65	83.33
Good Adherence ในผู้ป่วย HIV	≥90%	98.50	95.24	98.70	97.80	96.82
อัตราที่ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥85%	92.68	95	90.49	89.11	90
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด DM	<3%	2.19	3.02	1.2	0.8	0.94
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด HT	<3%	3.12	2.29	2.13	1.16	0.42
อัตรา re-admit ในผู้ป่วยCOPD	<3%	0.18	0	0.19	0.02	0.67

ii. บริบท

- ทีมให้บริการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ โดยมีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทั้งภายในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่น ๆ โดยได้มีการวางแผนและทำข้อตกลงระหว่างทีมสุขภาพกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกัน กรณีมีการพบปัญหาของผู้ป่วยและญาติในขณะเยี่ยมบ้าน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากในสถานบริการในเครือข่ายและจากทีมเยี่ยมบ้านในชุมชนสู่โรงพยาบาล

ระดับการให้บริการ:

- โรงพยาบาลระดับ M2 ระดับทุติยภูมิ ให้การดูแลผู้รับบริการแบบต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์มาเตียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน โดยมีการประสานงานที่ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทั้ง 25 แห่ง และ 1 PCU โดยมีกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่องทั้งหมด 7 กลุ่ม ได้แก่

1.ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)
2.ผู้ป่วยมะเร็ง
3.ผู้ป่วยวัณโรค
4.ผู้ป่วยเอดส์
5.ผู้ป่วยจิตเวช
6.ผู้สูงอายุ
7.ผู้ป่วยเรื้อรัง

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

- มีระบบนัดผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องและกรณีมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษามีระบบการเยี่ยมติดตามอาการของผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ(HHC)โดยส่งต่อPCU 1 แห่ง

รพ.สต. 20 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพประจำ 15 แห่ง และมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ/กลุ่มเสี่ยง ที่เกินศักยภาพส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยนอก โรค HT/DM ที่ควบคุมได้ตามแนวทางส่งไปรับการรักษาดูแลต่อเนื่องที่รพ.สต. หากพบมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนreferมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน โรคเรื้อรังเช่น HT,DMที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น hypo-hyperglycemia ,COPDที่ re-admit ภายใน 28วัน ,Strokeทุกราย, ส่งทีม HHC เพื่อลงเยี่ยมบ้านทุกราย
- ผู้ป่วยวัณโรคส่งคลินิก เพื่อทำ DOT ทุกรายและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT ต่อเนื่องผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Success Rate)ในปี2559-2563 อัตรา 82.26, 89.74, 82.23,84.65 และ 83.33 ตามลำดับ
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยละญาติในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีแนวทางดูแลต่อเนื่องกับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายพร้อมจากไปอย่างสงบ
- กระบวนการ:มีการวางแผนการจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปดูแลฟื้นฟูต่อที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันฝึกผู้ป่วย ญาติให้เกิดทักษะที่จะดูแลตนเอง ได้อย่างต่อเนื่องและมั่นใจ มีทีม HHC ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต.

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
HT/DM/Stroke/ /STEMI/COPD/ TB/HIV/ Palliative Care/ Bed Ridden/ผู้ป่วยเด็ก	-มีแนวทางส่งไปรับการรักษาดูแลต่อเนื่องที่รพ.สต. หากพบมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนreferมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่งทีม HHC เพื่อลงเยี่ยมบ้านทุกราย TB/HIV ส่งคลินิก เพื่อทำ DOT ทุกรายและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT -ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน มีระบบส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์
ผู้ป่วยจิตเวช	มีแนวทางการประเมินและติดตามเยี่ยมโดยพยาบาลจิตเวชร่วมกับทีมรพ.สต. / ทีมจังหวัด

(1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

- กลุ่ม Stroke Fast Track, STEMI, SHI, Multiple Trauma, Multiple Fracture, Preterm, PIH
- กลุ่ม DM, HT, IHD, Stroke/ Old CVA ,TB,HIVที่มีอาการ Stable จะส่งต่อ รพ.สต.

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- ผู้ป่วยSTEMI/Post Arrest ผู้ป่วย On ET-Tube Refer โดย พยาบาลวิชาชีพ 2-3 คน แพทย์มีการประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนส่งต่อทุกราย
- ผู้ป่วย Stroke /กล่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาล 1-2 คน ตามลักษณะผู้ป่วย และผู้ป่วย Stroke ที่ส่งทำ CT รอรับกลับกรณีผลไม่มี bleeding

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

- มีรถ Refer มีการตรวจสอบความพร้อมใช้เวรละ ครั้ง มีพร้อมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น Monitor , Ventilator ,Suction ในทารกแรกเกิด มีการใช้ Transport Incubator หากใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ Neo Puff แทน Ambubag เพื่อลดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และมีแรกดันที่เหมาะสม ทำให้การดูแลขณะส่งต่อเป็นไปอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

- มีระบบนัดหมายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับมารักษาติดตามผล และในผู้ป่วยนอกที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องทุกราย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการใช้สมุดนัดประจำตัวเพื่อสามารถสื่อสารเรื่องยา lab ข้อมูลผู้ป่วย มีการนัดผู้ป่วยตรงตามคลินิกและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง
- ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัดถ้ามีการขาดนัดเกิน 15 วันจะมีการตามผู้ป่วย โดยการประสานกับ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ในการตามผู้ป่วย ถ้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทีมจะโทรตามผู้ป่วยโดยตรง ถ้าไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุของการขาดนัด ผลพบว่าอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวานปี 2559-2563 พบร้อยละ 2.19, 3.02, 1.20, 0.80 และ 0.94 ตามลำดับ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี 2559-2563 พบร้อยละ 3.12, 2.29, 2.13, 1.16 และ 0.42 ตามลำดับ
- มีระบบการติดตามผู้ป่วย Day care /TB ในกรณีไม่มาตามนัดโดยติดต่อทางโทรศัพท์หรือติดต่อรพสต.ในเขตที่ รับผิดชอบเพื่อติดตาม ผู้ป่วย TB ในผู้ป่วยTB มีการจัดระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำ DOT ทุกรายและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT ต่อเนื่องโดยอธิบายถึงความสำคัญของการกินยาให้ตรงตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะติดตามทางโทรศัพท์หรือทางระบบเครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อดูแลเรื่องการกินยา และผลข้างเคียงของยา ตลอดระยะเวลาของการรักษา และประเมินพี่เลี้ยงที่กำกับการกินยาของผู้ป่วยโดย เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มารับประทานยาแบบมีพี่เลี้ยงในตอนเช้า ตอนบ่ายทีมจะโทรศัพท์ตามให้มารับยา มีระบบการติดตามโดยการติดตามทางโทรศัพท์โดยตรงกับผู้ป่วยและมีแกนนำเยี่ยมบ้าน
- ในผู้ป่วยเรื้อรังมีเครือข่ายร่วมกับรพ.สต.ในการปรึษาปัญหาผ่านทางระบบ line และสามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอดมีระบบส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

- มีการส่งต่อชุมชนโดยใช้แบบฟอร์มการเยี่บ้าน ในปี 2562 กำลังปรับใช้โปรแกรม Smart COC เยี่ยมบ้านแล้วร่วมกันทั้งเครือข่าย ติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจาก รพ. ศูนย์ HHC ของ รพ. ประสานทีมและลงเยี่ยมร่วมกับรพ.สต.
- มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มแกนนำมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงในการเยี่ยมในผู้ป่วย ARV รายใหม่ มีการประสานงานสหวิชาชีพ ทีม ARV มาร่วมดูแลให้การปรึกษาเยีนวยาด้านจิตใจ ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา และการเปิดเผยผลเลือด
- ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายก่อนจำหน่ายต้องได้รับการประเมิน 2Q และ Suicidal Idea ทุกราย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายภายใน 30 วัน 1ครั้ง ทุกราย
- ในเด็กที่ได้รับการประเมินว่าผู้ปกครองไม่พร้อมให้การดูแล เช่น ทารกที่บิดา-มารดา ติดสารเสพติด ทาการส่ง OSCC เพื่อให้มาประเมินและให้แนวทางช่วยเหลือร่วมกับทีมจังหวัด
- มีการเชิญเจ้าหน้าที่ จากชุมชนเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้นทุกครั้ง รวมทั้งมีการลงพื้นที่ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ด้วย เช่น โรคไข้เลือดออก พบว่า มีการส่งตัวผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออกมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น พร้อมทั้งมีผลการทาTunique Test มาด้วย การดูแลผู้ป่วย palliative care /ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- ประสานขอความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการของบประมาณจัดหาอุปกรณ์ หรือตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- มีระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการเครือข่ายเช่น รพ.สต. รพ.มหาราช และรพอื่นๆโดยใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา และโปรแกรม Thai refer สำหรับส่งต่อข้อมูลในการส่งต่อ
- มีสมุดประจำผู้ป่วยเรื้อรัง (DM/HT/COPD/HIV/AIDS/Schizophrenia) ที่ทาง รพ.ออกให้เป็นสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อนำไปเป็นข้อมูลสุขภาพสำหรับสื่อสารกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
- มีการใช้แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเฉพาะโรคและแบบเยี่ยมทั่วไปเพื่อใช้ในการบันทึกปัญหาผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อเนื่องรายละเอียดที่สำคัญที่ควรดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมทั้งการประสานข้อมูลในทีมสหวิชาชีพการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยปฐมภูมิ

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- มีทะเบียนเยี่ยมบ้านบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องของทีม
- มีการลงข้อมูลเยี่ยมบ้านในรายงานบัญชี 1 โปรแกรม HOS XP
- มีการนำเวชระเบียนในรายที่ส่งต่อมาทบทวนทุกราย เพื่อปรับปรุงระบบ

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบปัญหาการกินยาไม่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่อ่านหนังสือไม่ได้ พบว่ามีความเสี่ยงเรื่องผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาไม่ถูก ส่งผลให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติการปรับปรุงที่เกิดขึ้นคือ มีใช้ฉลากภาพ และสัญลักษณ์ต่างๆที่ซองยา การจัดยาเป็นมื้อ การเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร เป็นต้น
- จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่ามีปัญหาเรื่องผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญของการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมี Complication โดยเฉพาะข้อติด ทีมจึงได้มีการเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพ มีการสอน สาธิตผู้ดูแล
- จากการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช ทีบ้านพบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังเข้าถึงบริการได้ไม่ดีนัก มีการเจาะเลือด CBC ให้ที่

บ้านในกรณีที่ต้องรับยาจิตเวชทางไปรษณีย์จาก รพ.สวนสราญรมย์เพื่อป้องกันการขาดยา มีการทำDOT ยาจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในรายที่มีปัญหาเรื่องผู้ดูแล และมีการจัดยาเป็นมื้อๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกินยาผิด

- ผู้ป่วย TB ติดตามและประเมินการรับประทานยาด้วยระบบ DOT โดยญาติ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- มีการติดตามการดูแลต่อเนื่องและผลการเยี่ยมพบปัญหาที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ประสานงานกับเวชระเบียนในการซักถามเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยใหม่ทุกครั้ง
- มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ระดับสูงกว่าโดยการโทรถามผลการวินิจฉัยและการตรวจรักษา
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการใน รพ.ที่มีความสามารถสูงกว่า ได้แก่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล จะมีการโทรประสานก่อนการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและมีการโทรติดตามผลการรักษา/ มีการตอบกลับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเป็นเอกสาร
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ การส่งต่อในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อในจังหวัดนครศรีธรรมราชให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
- มีทีมดูแลผู้ป่วย palliative care ของเครือข่าย
- เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
79. การดูแลต่อเนื่อง	3	I	-พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสู่สถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ -พัฒนาระบบข้อมูลเครือข่ายเพื่อใช้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาทีม HHC ให้มีอัตรากาลังที่เพียงพอ ครอบคลุมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง -พัฒนาทีมดูแลผู้ป่วย palliative care ของเครือข่าย -พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพ -ส่งเสริมการใช้โปรแกรม Smart COC ในการดูแลต่อเนื่องในเครือข่าย

รายงานการประเมินตนเองของCLT/PCT โรงพยาบาลปากพนัง

พันธกิจ/ความมุ่งหมาย:

ทีมนำทางคลินิก ได้วางระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และการเชื่อมโยงในระบบเครือข่ายสุขภาพ

ขอบเขตบริการ:

กำหนดแนวทางดำเนินงานในกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม ทันตกรรม โดยแพทย์เฉพาะทาง และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงผู้ป่วยจิตเวช ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยหาปัญหาและนำมาวางแผนเพื่อแก้ไข เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และกำกับดูแลระบบ การดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานให้ได้มาตรฐาน

ผู้รับบริการสำคัญและความต้องการ:

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วย/ ญาติผู้ป่วย	- ได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องพึงพอใจและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ - ได้รับการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วย - ต้องการรักษาให้หายจากโรค - ได้รับการรักษาตามมาตรฐานและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ - ได้รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วย และร่วมวางแผนในการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับ - กลับบ้าน - มีส่วนร่วมในการตัดสินใจยินยอม ปฏิเสธการรักษา
ชุมชน	- มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟู - ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน - มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล

จุดเน้นของการจัดบริการและการพัฒนา:

1. พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD, DM, CKD, Screening TB, Stroke และ Palliative careทั้งในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริสุขภาพตำบล

2.เพิ่มศักยภาพด้านสูติกรรมเช่น การดูแลกลุ่ม High risk, เปิดบริการห้องผ่าตัดสูติกรรม (เมษายน 2561)

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โรค Stroke Sepsis ACS และส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบ fast track ที่โรงพยาบาลมหาราชได้ทันเวลา

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ

กลุ่มผู้ป่วย ACS, DM, CKD stage 3b ขึ้นไป, COPD, TB, Stroke , ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical Population)

โรค Disease	เกณฑ์				
	มีความเสี่ยงสูง High risk	มีค่าใช้จ่ายสูง/ นอนโรงพยาบาลนานHigh cost/ Long LOS	มีปริมาณผู้ป่วยมาก High volume	มีหลักฐานใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย New evidence/ technology	การดูแลมีความซับซ้อน Complex Care
DM	3	3	5	4	5
HT	3	2	5	3	3
COPD	3	4	4	4	5
Asthma	3	3	3	3	5
หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น HIV	4	3	1	1	4
DHF	4	4	4	3	3
ACS	5	4	3	4	4
Stroke	3	3	4	4	5
CKD	3	3	4	4	4
Appendicitis	3	3	2	2	2
HIV	2	5	2	1	4
TB	3	5	2	1	4
Sepsis	5	5	3	3	3
HI	4	3	3	2	2
Trauma	4	3	3	2	2
Wafarin	2	3	3	3	3
PPH	5	5	3	2	3
Birth Asphyxia	4	4	2	4	3
Palliative care	2	5	3	1	2
ทารกน้ำหนักน้อย	3	2	2	2	3

หมายเหตุ:

- เป็นการบอกภาพรวมว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญของ CLT/PCT มีอะไรบ้าง เพื่อเป็นฐานสำหรับพิจารณาต่อว่าจะทบทวน/สรุปผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ในประเด็นใดบ้าง
- ระบุโรคสำคัญให้มากที่สุด ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่าง ๆโดยให้น้ำหนักคะแนน 1-5
- ความสำคัญอาจจะมาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อร่วมกันก็ได้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion
DM			ร้อยละ ผู้ป่วยที่ ได้คัดกรอง ตา ไต เท้า	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มิ HbA1c<7		**#hypo/ Hyper glycemia**		**ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน**
HT		อัตราการขาดนัดขาดยา	คัดกรองผู้ป่วยรายใหม่/วัดBP ที่บ้าน	% BP control		**Stroke**		**ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง**
COPD		Readmit, ER Visit		Admition Rate Exacubation	การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้อง	**# resp. failure**		
Asthma								
DHF						**pulmonary Edema, อัตราตาย**		
ACS	Door to EKG, Trap-T Onset to door in 2 ชม.	referin 30 min		ร้อยละSTEMI ได้รับSK/ CAG±PCI	Door to refer	**อัตราตาย**		
Stroke	ผู้ป่วยstrokeที่เข้ารับ	refer in 30 min			Door to refer strok fast track	**อัตราตาย**		

	การรักษาในช่วง golden period 4.5hr. ผู้ป่วย Stroke มาด้วยระบบ EMS							
TB		อัตราการขาดยา	อัตราการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs)	อัตราผู้ป่วยรักษาหายขาด		**อัตราตาย**		
HI	ผู้ป่วย HI ได้รับการประเมิน GCS		การดูแลระหว่างนำส่งถูกต้อง ดูแลเคลื่อนย้ายระหว่างนำส่งถูกต้อง		Door to refer in 1 ชม.	**เสียชีวิตระหว่างส่งต่ออัตราตาย**		**ได้รับคำแนะนำและแจกเอกสารการสังเกตอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ**
Trauma	ผู้ป่วย trauma ที่มาด้วยระบบ EMS		ใช้CPG ถูกต้อง	จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย multiple trauma ลดลง	ส่งต่อ trauma fast track ได้ภายใน 1 ชม.	**อัตราการสวมหมวกกันน็อคที่มาด้วย trauma**		
Wafarin				INR ที่อยู่ในช่วง 2-3		**ภาวะแทรกซ้อนจากยา warfarin**		
Birth Asphyxia	มารดาได้รับการตรวจ			อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia				

	สุขภาพทารกแรกเกิดในครรภ์							
Palliative care		ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำ (ACP)/ Family Meeting ได้รับการจัดการความปวด/อาการรบกวน					
ทารกน้ำหนักน้อย				อัตราคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม				
Teenage pregnancy		อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ		อัตรามารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี				**ได้รับคำแนะนำคุมกำเนิด**

หมายเหตุ:

- นำโรคที่วิเคราะห์ไว้ในตารางแรกมาระบุตัวชี้วัดตามมิติต่างๆ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกมิติ)
- ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ระบุจะมีรายละเอียดในข้อมูลรายโรค และนำไปสรุปรวมในรายงานประเมินตนเองตอนที่ IV

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค/กระบวนการ	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
ACS, Stroke ,Appendicitis ,Trauma , HI การเฝ้าระวังการดูแล ระบบส่งต่อ	- delay refer	ปรับระบบการเฝ้าระวังต่อเนื่องจากMEWS มาเป็น SOS ปรับ CPG ACS, Stroke ,Appendicitis ,Trauma , HI และ Warning Sign ในการดูแล พัฒนาระบบการส่งต่อแบบ Fast Track
STEMI ,Appendicitis ,stroke การประเมิน การตรวจวินิจฉัย การดูแลต่อเนื่อง	miss diagnosis	- ผู้ป่วย dyspepsia ในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุมากกว่า 35ปีให้ซักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG 12 lead และส่ง film chest ปรับเพิ่มกรณี Atypical Chest pain และผู้ป่วยที่เฝ้าระวังมี chest pain ซ้ำให้รายงานแพทย์เพื่อเจาะ trop-t *2 ครั้ง สงสัย STEMI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพาะ มาด้วย เวียนศีรษะ ซักประวัติเพิ่ม คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และประเมิน V/S หากพบว่า PR< 60ครั้ง/นาที,PR>120 ครั้ง/นาที ให้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS และส่งผู้ป่วยเข้าER ปรับ CPG Appendicitis ใช้alvarado score
โรค stroke ACS HI Trauma กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ HIV โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	- เข้าถึงล่าช้า	ปรับบริการ EMS ใช้แนวคิด lean ปรับระบบบริการแพทย์ พยาบาลจุดคัดกรอง จัดช่องทางด่วนให้ผู้รับบริการ จัดบริการ one stop service ในคลินิกพิเศษ บริการคลินิกนอกเวลาปรับการให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิก NCD เน้นการใช้ยา การปฏิบัติตัว อาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์
โรค DHF CKD ,กระบวนการดูแลรักษา การให้สารน้ำ การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว	volume overload	ปรับปรุง CPG ไข้เลือดออก , CKD
Anaphylaxis การประเมิน	Un-plan dead	จัดทำ CPG Anaphylaxis นำSOS Score มาใช้แทน MEWS SOS≥4 รายงานแพทย์ V/S I/O ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง
Postpartum Hemorrhage	PPH	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมิน PPH และดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ : ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด PPH ใน first ANC ,ติดสัญลักษณ์ ,ทำแบบประเมินความเสี่ยงที่ห้องคลอด,จะ hct,เตรียมเลือด U กรณี hct<30% เฝ้าระวังภาวะ PPHและช่วยเหลือทันที :ให้ IV และ NPO ระยะ active phase synto 10 U ทันทีหลังรกคลอด ใช้ถุงตวงเลือด มีแนวทางและ flow chart PPH ในห้องคลอด ติดตามเยี่ยม

ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวม:

ทีมนำทางคลินิก ได้วางระบบการดูแลผู้ป่วย ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานวิชาชีพ กำหนดแนวทางดำเนินงานในกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม ทันตกรรม โดยแพทย์เฉพาะทาง และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงผู้ป่วยจิตเวช โดยหาปัญหาและนำมาวางแผนเพื่อแก้ไข เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และกำกับดูแลระบบ การดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานให้ได้มาตรฐานตั้งแต่เข้าถึง-เข้ารับบริการจนจำหน่ายและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)บริการที่จำเป็นสำหรับ ชุมชนที่รับผิดชอบ การคัดกรอง DM HT การลดอุปสรรคต่อการ เข้าถึงต่าง ๆใช้ทางเลือกต่าง ๆ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงอย่างเต็มศักยภาพ มีคลินิกนอกเวลา มีระบบ EMS บริการตรวจสุขภาพ ออกเจาะเลือดที่หน่วยงานและนัดพบแพทย์บ่ายมีคลินิกนอกเวลามีบริการ one stop serviceในคลินิกพิเศษ บริการคลินิก VIPบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก ผู้ป่วยส่งต่อ ได้รับการประเมินดูแลเบื้องต้น ประสาน รพ.ที่จะส่ง ต่อ และเคลื่อนย้าย อย่างเหมาะสมinformed consent การให้ข้อมูลและข้อความยินยอมที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเด็กอายุ<5ปี มีประสิทธิภาพของการรับ ผู้ป่วยไว้ดูแลใน รพ. รวมทั้งการ identify ผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)ประเมินโดยทีมสหวิชาชีพและมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ใช้ข้อมูลวิชาการเป็นแนวทางในการประเมินและตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยที่เหมาะสม มีความครอบคลุมในการประเมินแรกรับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ การ investigation เป็นไปอย่างเหมาะสมทันเวลา การตรวจพิเศษต้องทำในสิ่งแวดล้อมปลอดภัย และมีทรัพยากรเหมาะสม ผลการตรวจที่ผิดปกติ ได้รับการยืนยันและสื่อสารอย่างเหมาะสม มีการบันทึกผลการประเมินสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ในเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการระบุปัญหา/ความต้องการอย่างชัดเจนทั้งปัญหาสำคัญและเร่งด่วน การวินิจฉัยโรคมีความชัดเจน

การวางแผน (Planning)ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการระบุปัญหา/ความต้องการอย่างครบถ้วน โดย ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการวางแผน มีการใช้ข้อมูลวิชาการเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเป็นองค์รวม มีเป้าหมายที่ชัดเจนอยู่ในรูปแบบที่ง่ายในการสื่อสารและใช้ประโยชน์ได้ มีการติดตามสภาวะของผู้ป่วยเพื่อทบทวนและปรับแผนการดูแลตามข้อบ่งชี้อย่างทันเวลา มีการระบุปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมจนมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแลตนเองได้

การดูแลผู้ป่วย (Care Delivery)ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง เป็นองค์รวมตามแผนการ ดูแลที่กำหนดมีการจัดทำและปฏิบัติตาม นโยบาย/แนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตาม แนวปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับภายใต้สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยมี ความปลอดภัยและเอื้อต่อการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยเจ้าหน้าที่มีศักยภาพเหมาะสม กับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย และปัญหาของผู้ป่วยการติดตามเฝ้าระวังอาการ ของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสาร การรายงานและระบบขอคำปรึกษามีประสิทธิภาพมีการปรับเปลี่ยนแผนการ ดูแลอย่างเหมาะสมมีดวามพร้อมและสามารถ ตอบสนองต่อภาวะวิกฤต และภาวะฉุกเฉินสามารถตอบสนองต่อผู้ป่วย ที่มีอาการทรุดลงได้รวดเร็ว

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information & Empowerment)แผนการให้ข้อมูลและสร้างการ เรียนรู้มีความเหมาะสมกับปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละรายมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นและ สร้างการเรียนรู้ที่ได้ผลผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจและการให้คำปรึกษา มีการติดตามและช่วย แก้ปัญหาอุปสรรคมีการประเมินและ

นำผลมาใช้ปรับปรุง ร่วมกันการวางแผนการดูแล ตนเอง ให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวมีการสอนทักษะที่จำเป็นแก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างได้ผลผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ขั้นตอนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนมีระบบการนัดหมายและ ติดตามมีประสิทธิภาพมีระบบการให้ความช่วยเหลือและ คำปรึกษามีประสิทธิภาพมีการลือสารข้อมูลผู้ป่วยไปยัง สถานพยาบาลและทีมงานที่ เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมีความครอบคลุมและได้ผล หน่วยงานที่รับดูแลต่อเนื่องมีความพร้อมผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลโดยทีม เยี่ยมบ้านหรือสถานพยาบาลใกล้ บ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสม