I-1 การนำ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ(ITA) | 90% | NA | NA | 96.97% | 100% | 100% |
| อัตราส่วนทุนหมุนเวียน | >1.5 | 2.25 | 1.64 | 2.62 | 6.17 | 3.43 |
| จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การชดใช้ม.41) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| ii. บริบท  โรงพยาบาลกันทรวิชัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 50 เตียง ระดับทุติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการด้านสุขภาพทั่วไปทุกสาขา ซึ่งลักษณะของโรคไม่รุนแรงหรือซับซ้อน ถ้าเกินศักยภาพในการรักษาพยาบาล จะส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นแม่ข่าย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 14 แห่ง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนและให้การดูแลรักษาโรคทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน รวมถึงการส่งต่อที่เหมาะสม  ระบบกำกับดูแลองค์กร :  มีคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมจริยธรรม คณะกรรมการติดตามผลการดำเนินงานขององค์กร คณะกรรมการ 15 ทีมนำคุณภาพ และ มีระบบรายงานสถานการณ์การเงิน การคลัง และรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพทุกทุกเดือน ด้านความโปร่งใสมีคณะกรรมการตรวจสอบภายในจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการติดตามประเมินจากองค์กรภายนอก และมีการตรวจเยี่ยมภายในและบูรณาการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร ปีละ 2 ครั้ง  iii. กระบวนการ  I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:  วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการจัดระบบบริการที่ดี ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง  พันธกิจ : 1. เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการจัดระบบบริการที่ดี  2. บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล  3. พัฒนาระบบริการสุขภาพในทุกด้าน เน้นปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ  4. พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | | | | | | |
| อัตลักษณ์ : รู้หน้าที่มีวินัย ให้บริบาลดุจญาติมิตร ยึดสุจริตเป็นที่ตั้ง  ค่านิยม : SMART  S : Systems management and Safety : ทำงานภาพรวมอย่างเป็นระบบ และ มุ่งเน้นความ  ปลอดภัย ( ตอบสนองวิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน)  M : Morality , Empowerment and Learning : สนใจใฝ่รู้ เชิดชูคุณธรรม  (ตอบสนองวิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการจัดระบบบริการที่ดี)  A : Agility : ตอบสนองแก่ลูกค้าภายนอกและภายในอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น  R : Respect : เคารพสิทธิ /ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์(ตอบสนองวิสัยทัศน์: มีการจัดระบบบริการที่ดี)  T : Team work : บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม ยึดมาตรฐานวิชาชีพ  (ตอบสนองวิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน,ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง)  (1) ผู้นำชี้นำองค์กร :   * การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร :โรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการเป็นโรงพยาบาล Green and Clean และพัฒนาระบบริการ ตาม Service plan โรคที่มีความเสี่ยงสูง /โรค NCD มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทุกด้าน มีการจัดระบบการบริหารเครื่องมือทางการแพทย์ ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับรางวัล ในระดับเขต * ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม : ผู้นำระดับสูงและทีมนำมีเป้าหมายให้บุคลากรนำค่านิยมสู่การปฏิบัติทั้งองค์กร จึงมีรูปแบบการสร้างคนดีในองค์กรคือ 1)ส่งเสริมยกย่องชื่นชมคนทำงานดีในที่ประชุมประจำเดือน 2)ประกาศเกียรติคุณและมอบใบประกาศที่ได้รับจากองค์กรภายนอกในที่ประชุมประจำเดือน   3)นำผลงานคนทำงานดีมาพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน  ผลลัพธ์ 1)ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้รับรางวัล ศิษย์เก่าดีเด่น ปี 2559 และได้รับการคัดเลือกเป็นคนดีศรีมหาสารคาม ในการจัดงานเฉลิมฉลอง 150 ปีมหาสารคาม และเป็นแบบอย่างในการขึ้นปฏิบัติงานที่ตรงเวลา และออกปฏิบัติงานในการตรวจรักษาที่คลินิก NCD , เป็นทีมนำจิตอาสาทำความดีเพื่อแผ่นดิน 2)หัวหน้ากลุ่มงานต่างๆเป็นแบบอย่าง ที่ดีในการให้บริการประชาชน และในด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3)หัวหน้าหน่วยงานในกลุ่มงานการพยาบาล ได้รับรางวัลพยาบาลต้นแบบ จังหวัดมหาสารคาม  (2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติงานตามกฎหมายและหลักจริยธรรม : ผู้นำมีเป้าหมายสร้างความซื่อสัตย์ ความโปร่งใสและความปลอดภัย ทั่วทั้งองค์กร โดยมีการประกาศเจตนารมณ์ ต่อต้านทุจริตและคอรัปชั่น ความโปร่งใสและความปลอดภัย ทั่วทั้งองค์กร โดยมีการประกาศเจตนารมณ์ ต่อต้านทุจริตและคอรัปชั่น ได้ปรับปรุงกระบวนการ คือ 1) ปี2560-2561 ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมความรู้ เรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและระเบียบวินัยเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างต่อเนื่อง และนำความรู้มาเผยแพร่สู่การปฏิบัติ 2)จัดทำกิจกรรมรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนคาดเข็มขัดและสวมหมวกนิรภัยขับขี่ในการเดินทาง 3)ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานนำอัตตาลักษณ์ของโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติ  ผลลัพธ์ 1) โรงพยาบาลกันทรวิชัยผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ(ITA) ปี 2560-2562 100 % 2) บุคลากรของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ไม่เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน  3)โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้รับรางวัลชนะเลิศ โรงพยาบาลคุณธรรม ระดับจังหวัด และระดับเขตในปี 2562  **I-1.1 ข. การสื่อสาร**  (1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:   * กับกำลังคน(สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง,สร้างแรงจูงใจ) : ผู้นำมีเป้าหมาย | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ในการสื่อสารเข้าถึง เข้าใจ พัฒนา บุคลากร ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยพัฒนาระบบการสื่อสารหลายรูปแบบคือ 1)จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ และประชุมกรรมการบริหาร 2)การเข้าร่วมประชุมกับทีมนำคุณภาพ  3)การพบปะในงานเลี้ยงสังสรรค์ในโอกาสต่างๆที่จัดขึ้น เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ OD 4)กิจกรรมพัฒนาองค์กร เช่น กิจกรรมทำความดีหัวใจ การทำความสะอาด ในหน่วยราชการ การปลูกต้นไม้ในวัด สวนสาธารณะหนองบัว 5)การสื่อสาร ข้อมูล ผ่าน โทรศัพท์มือถือ ( Line group)  ผลลัพธ์ 1)เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน 2) เจ้าหน้ามีความรักในองค์กร มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน 3)ได้รับบริจาคตึกกายภาพบำบัด 4)ผลอัตราความคงอยู่ของบุคลากรปี 2562 กลุ่มข้าราชการ ร้อยละ96.33 กลุ่มลูกจ้างประจำ 76.90 กลุ่มพนักงานราชการร้อยละ100 กลุ่มพนักงานกระทรวงร้อยละ96.23 กลุ่มลูกจ้างชั่วคราวร้อยละ93.30 5)ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ 97.39   * กับผู้รับบริการ : เป้าหมาย ผู้นำมอบหมายให้ทุกหน่วยบริการเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นของ   ผู้รับบริการ โดยมีระบบการสื่อสารผ่านหลายช่องทาง 1)ตู้แสดงความคิดเห็น 2)การให้คำแนะนำโดยตรง 3)การสอบถามความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ 4)การรับฟังเสียงสะท้อนกลับจากชุมชน การเยี่ยมบ้าน ผ่าน Line Application หรือ ทาง Face Book ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ปี2562 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 91 และ 88 2)ไม่มีข้อร้องเรียน  ผลลัพธ์ 1) บรรยากาศองค์กร เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน 2)ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน  3)ความพร้อมใช้ของยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆไม่ว่าจะเป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพหรือเครื่องมืออื่นๆ   * การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย : ผู้นำระดับสูงมี เป้าหมาย สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้ง ผู้ให้บริการ   ผู้รับบริการและชุมชน โดยนำเกณฑ์มาตรฐานด้านความปลอดภัยขององค์กร 2P Safety Goal มาดำเนินการ  การปรับปรุงระบบริหารจัดการความเสี่ยงและพัฒนาโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ และนำเทคโนโลยีมาปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่เกิดข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมจากชุมชน 2)บุคลากรไม่เกิดการติดเชื้อจากโรคติดต่อเช่นTBจากการปฏิบัติงาน 3)ผู้นำทุกหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ได้รับการแก้ไข ทันเหตุการณ์ ลดความรุนแรง   * การเรียนรู้ : ผู้นำระดับสูงมีเป้าหมายส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้และพัฒนางานด้วยตนเอง   ตามค่านิยม ดังนี้ 1)บุคลากรได้รับการอบรมทั่วถึงทั้งองค์กรครอบคลุมทุกระดับทั้งภายในและภายนอก 2)จัดประชุมองค์ความรู้เกี่ยวข้องกับการทำงาน 3)การจัดทำ CQI งานวิจัย 4)การทบทวนการดูแลผู้ป่วย 5)การประชุมและการตรวจเยี่ยมของทีมนำคุณภาพ 6)การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 7)การนำเสนอวิชาการในเวทีต่างๆ 8)การรับการประเมินมาตรฐานของหน่วยงานที่ผ่านมา ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)หน่วยงานและบุคลากรมีผลงาน CQI และงานนวัตกรรม 2)ชนะเลิศการแข่งขันทักษะทางวิชาการ Service Plan Rally, EMS Rally   * การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม : ผู้นำระดับสูงกำหนดเป้าหมายให้หน่วยงานและบุคลากรทุกคนพัฒนางานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุกๆปี โดยมีกิจกรรมคือ 1)สนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุมการจัดทำผลงานวิชาการภายในและภายนอกองค์กร ทุกๆปี 2)มอบเงินรางวัล และใบประกาศ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทุกคนได้สร้างสรรค์ผลงานคุณภาพ 3)การติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาแต่ละเดือนของหน่วยงานและคณะกรรมการต่างๆผ่านการรายงานตัวชี้วัด และลงติดตามโดยทีมนำคุณภาพส่งผลการพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1)มีผลงานวิจัย CQI นวัตกรรม ที่ได้รับการคัดเลือกส่งเข้าประกวดระดับเขต ระดับประเทศอย่างต่อเนื่องทุกปี * การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ : ผู้นำระดับสูงกำหนดเป้าหมายให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์   เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ตามอัตลักษณ์ คือรู้หน้าที่ มีวินัย ให้บริบาลดุจญาติมิตร ยึดสุจริตเป็นที่ตั้ง ทุกหน่วยงานนำอัตลักษณ์ไปใช้ในงานบริการ ได้สร้างความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ ระดับ โรงพยาบาล ลงสู่ชุมชน  ผลลัพธ์ 1)ได้รับรางวัลชนะเลิศโรงพยาบาลคุณธรรม ระดับเขต ปี 2562 2)ผู้รับบริการพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน 3)ได้รับการบริจาค เครื่องมือทางการแพทย์ ตึกกายภาพบำบัด และเครื่องมือแพทย์ในการบริการผู้ป่วย  ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (Focus on action) :   * ทีมนำได้วิเคราะห์สถานการณ์ ศักยภาพ ทรัพยากรในระบบ สภาพแนวโน้มและปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เป็นจุดเน้นต่างๆจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพบว่า เน้นเรื่องพัฒนาโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ให้และผู้รับบริการ และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ,HI, STROKE, SEPSIS ,DM ,CKD และ TB   **I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร**  (1) ระบบกำกับดูแลองค์กร   * การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร : เป้าหมาย ให้องค์กรมีความ   มั่นใจระบบการดูแลกิจการที่มีความผิดชอบโดยมีระบบกำกับการนำองค์กรดังนี้ 1)ผู้นำ นำผลการประเมินผลงาน KPI และ ผลงานของการดำเนินงานส่วนที่ยังไม่ บรรลุผลของทีมนำมาปรับเปลี่ยน กิจกรรมดำเนินงานทุก 3 เดือน ให้สอดคล้องกับปัญหา แนวนโยบายและให้ผ่านเกณฑ์ 2)นำผลจากการตรวจประเมินของหน่วยงาน ภายนอกด้านคุณภาพและความปลอดภัย เช่น 1.สรพ. 2.สำนักงานบริการสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น 3.สำนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ฯ ดำเนินการปรับปรุงดังนี้ 1)แผนปรับปรุงช่องระบายอากาศห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2561 2)หม้อแปลงไฟฟ้า เปลี่ยนเป็นหม้อแปลงขนาดใหญ่ ทำให้กระแสไฟฟ้าเพียงพอ เพิ่มเครื่องกำเนิดไฟฟ้า จำนวน 1 เครื่อง 3) ห้องคลอดและห้องผ่าตัด เปลี่ยนหน้าต่างเป็นอลูมิเนียม 4)ปรับปรุงระบบจราจรภายในโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนในการเดินติดต่อภายในหน่วยบริการการ 5) นิเทศ ตรวจเยี่ยมหน่วยงานย่อยมอบให้ทีมผู้ประสานงานคุณภาพบูรณาการกับติดตามตัวชี้วัดขององค์กรปีละ 3 ครั้ง 6)รายงานผลความก้าวหน้าของงานคุณภาพ และสถานการณ์การเงินการคลัง ทุกเดือน 7)มอบหมายให้บุคลากรมีตัวชี้วัดประเมินผลงานในการเลื่อนขั้นเงินเดือนปีละ 2 ครั้ง 8)ระบบด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมมอบให้กลุ่มงานบริหารทั่วไปร่วมทีมนำENV&IC  ผลลัพธ์ 1)บุคลากรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญการพัฒนาคุณภาพ โดยมีผลงาน CQI และ R to R อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับ CUP 2)ปี 2562 แผนงานโครงการมีการดำเนิน งานตามแผนครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 85.14  3)ผลการประเมินตัวชี้วัดในระดับจังหวัดดีขึ้นตามลำดับปี 2559-2562 อยู่ระดับดี 4)เกิดผลงานดีเด่น 4.1)ด้านการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม ต่อเนื่อง ปี2558ถึงปี2562 4.2)ด้านการพัฒนาระบบคลินิกโรคเรื้อรังคุณภาพ 4.3)ด้านบุคลากรดีเด่น ทั้งระดับผู้บริหารระดับสูงและระดับปฏิบัติการทุกระดับในเครือข่ายCUP กันทรวิชัย  (2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ   * การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลมาจาก   การทบทวนเป้าหมายคือ ผู้นำมีการพัฒนาศักยภาพคนเพื่อการปรับเปลี่ยน จึงมีกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับสมรรถนะ ดังนี้ 1)การสนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรให้มีภาวะผู้นำทางคุณภาพ 2)การกำกับ นิเทศ โดยการใช้สมรรถนะ 5 ด้าน 3) มีระบบการประเมินบุคลากรทุกระดับโดยกำหนดสมรรถนะ 5 ด้านในการทำงาน และนโยบายและถ่ายทอดสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติงาน 4)กำหนดเกณฑ์ประเมินผลงานตามตัวชี้วัดรายบุคคล  5)มีระบบการตรวจสอบขององค์กร ในการขึ้นปฏิบัติงาน 6)มีระบบการประเมินพิจารณาความดีความชอบในการเลื่อนขั้นเงินเดือน 7)มีระบบการมอบรางวัลสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน  ผลลัพธ์ 1) มีบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะ 5 ด้าน ร้อยละ100 2)ปี2253-2562 พยาบาลได้รับรางวัลพยาบาลต้นแบบของพยาบาลวิชาชีพในระดับจังหวัดทุกปี ปี2557 รางวัลบุคคลดีเด่นของชมรม  ทันตสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2559 ผู้นำเข้ารับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่น คนดีศรีมหาสารคาม ปี2560ลูกจ้างได้รับรางวัลรองชนะเลิศ อันดับ1 คนดีศรีสาธารณสุข 3) ผู้บริหารผ่านหลักสูตรผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน ผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น 1 คน  (3) ระบบกำกับการดูแลทางคลินิก  เป้าหมาย คือ พัฒนาคนให้มีขีดความสามารถ มีคุณภาพ โดยมีกระบวนการ กำกับดังนี้  1)คณะกรรมการบริหารตัดสินใจ และหากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีทีมไกล่เกลี่ยทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและญาติ 2)การ Conference Case ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย 3)ส่งเสริมและสนับสนุน ให้บุคลากรมีสมรรถนะเฉพาะสาขา เช่น LR, DM, CKD, Palliative care 4)มีการลงตรวจเยี่ยมตัวชี้วัด ด้านคลินิกที่มีความสำคัญของหน่วยงานปีละ2- 3 ครั้ง 5)จัดเวทีนำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในด้านคลินิก ด้านความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ปีละ 1 ครั้ง 6)มีคณะกรรมการดำเนินงานวิจัยและคณะกรรมการพิจาณาด้านจริยธรรม ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการข้อร้องเรียน 3 คน ได้ดำเนินการจัดการข้อร้องเรียน จนผู้รับบริการพึงพอใจ 2)มีผลงานด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 3)ไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่รุนแรง มีแนวทางการแก้ไขปัญหา 4)ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ไม่เกิดอุบัติกาณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บซ้ำ การตกเลือดหลังคลอดลดลง การติดตามผลHb A1C ในผู้ป่วยDM ดีขึ้น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที เป็นต้น  **I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม**  (1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ :   * การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ : เป้าหมาย การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ  |  | | --- | | โรงพยาบาลได้ดำเนินการ เพื่อปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการดังนี้ 1)ประกาศนโยบายการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรแต่ละสาขา 2)โรงพยาบาลกำหนดระบบจราจรภายใน จัดการทางเข้า-ออกของโรงพยาบาล มีป้ายเตือนที่ชัดเจน 3)วางระเบียบปฏิบัติกระตุ้นการสวมหมวกนิรภัย กรณีขับขี่มอเตอร์ไซด์ และคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งในการขับรถยนต์ และมีคณะกรรมการตรวจสอบและมีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ 4)กำหนดให้ทำประกันภัยชั้น 1ในรถ Ambulance ทุกคัน และทำ พรบ.รถของโรงพยาบาลทุกประเภท ติดตั้ง GPS ควบคุมความเร็ว พนักงานขับรถทุกคนผ่านการอบรม Ambulance Safety และอนุญาตให้ญาติขึ้นรถพยาบาลได้ไม่เกิน 2 คน และมีการสื่อสารให้กับญาติได้รับทราบทุกครั้ง 5)ควบคุมการดำเนินงานของสถานประกอบการโดยออกตรวจสอบสถานบริการที่จำหน่วยผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้มาตรฐาน 4)ควบคุมร้านขายยาในชุมชนและให้ความรู้ในการใช้ยา  ผลลัพธ์ ลดการจ่ายยาต้านจุลชีพให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะกรณีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน บาดแผลจากของมีคม ท้องร่วง เภสัชกรมีการประสานให้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วน มีการประเมินติดตามการใช้ยาสมเหตุสมผล |  * การตอบสนองต่อความคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ :   เป้าหมาย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้1) จ้างเหมาบริษัทเอกชนในการจัดการขยะ ยกเลิกการเผาขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) ปรับปรุงวิธีการบำบัดน้ำเสียจนได้มาตรฐานน้ำทิ้ง จัดระบบทดสอบที่น่าเชื่อถือก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน 3) โรงพยาบาลเป็นที่พักขยะติดเชื้อจากคลินิกเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และมีบริษัทเอกชนรับไปกำจัดต่อไป  ผลลัพธ์ ไม่มีข้อร้องเรียนจากชุมชนเรื่องขยะติดเชื้อและบ่อบำบัดน้ำเสีย  เป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจ และตอบสนองการแก้ปัญหา โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1)กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ เช่น อบรม ESB กิจกรรม OD และกิจกรรมเชิดชูคนดีที่ภาคภูมิใจ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อองค์กรภายนอกและผู้นำชุมชนทุกระดับ เช่น การร่วมแข่งขันกีฬา ระดับอำเภอ การสนับสนุนวิทยากรให้กับโรงเรียนและหน่วยงานต่างๆ จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์  ผลลัพธ์ มีข้อร้องเรียนแต่สามารถจัดการได้   * การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม :   เป้าหมาย การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลได้ดำเนินการโดย 1)โรงพยาบาลได้ทบทวนปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคและวัสดุสำนักงานที่เพิ่มขึ้น ได้ดำเนินการดังนี้ ปรับปรุงระบบเวชระเบียน แบบลดกระดาษ(paperless) ,การนำกระดาษที่ใช้แล้วนำมาใช้อีก,การประหยัดพลังงานไฟฟ้าโดยกำหนดเวลาในการปิด-เปิดเครื่องปรับอากาศ,ประหยัดพลังงานน้ำมันเชื้อเพลิงโดยจัดระเบียบการใช้รถในการไปติดต่อราชการ และการบูรณาการการ ใช้รถร่วมกันของแต่ละงาน ,การแยกและกำจัดขยะ,การยกเลิก Transfer Forceps และเปลี่ยนมาเป็น Single Pack ทำให้ลดปริมาณสำลี/ก๊อส ที่ต้องทิ้งและ Re-sterile,การทำน้ำหมักชีวภาพจากเศษอาหารและเศษผลไม้นำมาใช้ในโรงพยาบาล  ผลลัพธ์ ปริมาณขยะแต่ละประเภทลดลง เกิดนวัตกรรมการทำน้ำยาอเนกประสงค์ น้ำหมักชีวภาพและ โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562  (2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม : เป้าหมายเพื่อเคารพสิทธิผู้ป่วย   |  | | --- | | * โรงพยาบาลมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลมีระบบรักษาความลับของผู้ป่วย เช่น การขอประวัติการรักษาผู้ป่วย โดยตัวผู้ป่วยเอง หรือ ผู้ได้รับมอบอำนาจ ,ระบบการรักษาความลับของผู้ป่วย HIV, OSCC และระบบปฏิเสธการรักษา |   (3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เป้าหมาย คือ เคารพสิทธิผู้ป่วย   * เพื่อบรรลุเป้าหมายการให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การ   ตัดสินใจยุติการรักษา การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลได้ปรับปรุงระบบงานดังนี้ 1) กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ2) มีการประเมินการตัดสินใจซ้ำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลง 3) การดูแลด้วยความเอื้ออาทร 4)มีการลงบันทึกการปฏิเสธการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร   * การในการย้ายสถานบริการหรือขอให้ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นตามความต้องการของผู้รับบริการ   โดยไม่มีข้อบ่งชี้ โรงพยาบาลได้วางระบบดังนี้ 1)จัดทีมรับเรื่องราวร้องทุกข์และเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อให้ข้อมูลทางเลือกในการตัดสินใจ 2)ปรับปรุงแนวทางการตอบสนองต่อ การร้องขอของผู้รับบริการโดยใช้หลักจริยธรรมและความยืดหยุ่น 3)มีระบบการตามจ่ายในส่วนค่าบริการรักษาพยาบาลส่วนเกินนอกเหนือจากสิทธิผู้ป่วย 4)ประสานดูแลเรื่องการย้ายสิทธิและอานวยความสะดวก ในการส่งต่อ ผลลัพธ์ไม่พบข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม   * กรณีเกิดความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไปที่รอผลการพิจารณาตามเกณฑ์ ม. 41 ได้   ดำเนินการดังนี้ 1)ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยประชุมทบทวนและกำหนดแนวทางการปรังปรุงบริการ 2)เยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและความต้องการความช่วยเหลือ 3)ให้การช่วยเหลือและติดตามการดูแลรักษา   |  | | --- | | 4) ชดเชยกรณีเข้าเกณฑ์ ม.41 ทำให้เกิดบทเรียนเรื่องลดข้อร้องเรียนและมีแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการตาม RCA และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ   * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่องกฎหมายและจริยธรรม โรงพยาบาลได้วางแผนในการพัฒนาตาม   เกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดาเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่อง  **I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม**  (1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม(ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ) :  เป้าหมายสิ่งแวดล้อมที่ดี   * เพื่อเกิดระบบสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่สะอาดปลอดภัย ทีม ENV, IC ได้ควบคุมกำกับโดยมีระบบบำบัดน้ำเสียที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ปล่อยของเสียออกสู่ชุมชน * ป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลได้ดำเนินการดังนี้ 1) ขยะติดเชื้อในชุมชนของผู้ป่วยที่บ้าน นำส่งขยะติดเชื้อที่รพ.สต./รพ.กันทรวิชัย   ผลลัพธ์ ไม่มีการติดเชื้อในชุมชน  เป้าหมาย โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โรงพยาบาลมีกิจกรรมดำเนินการดังต่อไปนี้ 1)จัดตลาดนัดสีเขียวทุกวันพุธ และศุกร์ เพื่อให้นำสินค้าทางการเกษตรปลอดสารให้ประชาชน 2)โรงครัวของโรงพยาบาลนำเข้าวัตถุดิบที่มาจากผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ (GAP)3)การตรวจสุขภาพผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงพยาบาล4)การตรวจสารเคมีตกค้างในเลือดผู้ประกอบการ 5)การสุ่มตรวจสารเคมีจากอาหารปรุงสำเร็จ 6)ตรวจ น้ำดื่ม น้ำใช้ในโรงพยาบาล  ผลลัพธ์ โรงอาหารผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2560 -2562 ,โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562 ผลการตรวจ น้ำดื่มน้ำใช้ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน ผู้นำโรงพยาบาลส่งเสริม สนับสนุน การช่วยเหลือชุมชน ในกรณีเกิดอุบัติภัยต่างๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ อุบัติเหตุหมู่  **iv ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  1.ผ่านการประเมินมาตรฐานองค์กร ได้แก่   1. รางวัลชนะเลิศ โรงพยาบาลคุณธรรม ระดับ จังหวัดและระดับเขต ปี2562 2. โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562 3. โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2560-2562 4. โรงพยาบาลกันทรวิชัย ผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณภาพขั้น Re-accredit ครั้งที่ 1รับใบประกาศจาก สรพ. วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2560 5. โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้รับรางวัลดีเด่น ด้านการส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2559-2562 6. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัดปี 2559 7. รางวัลชนะเลิศ สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัด ปี 2560รางวัลชมเชย Bright spot ทางการเงิน ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ประจำปี 2562   8. งานยาเสพติด ได้รับการประเมินผ่าน Re-ac HA ยาเสพติด 2562 |   2.ด้านวิชาการ   1. รางวัลชนะเลิศการแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับ จังหวัด 2. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับเขต 3. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ Service Plan Rally ปี 2559-2562 4. รางวัลชนะเลิศ การแข่งขันทักษะทางวิชาการ LR Rally ปี 2562 ระดับเขต 5. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ด้านนวัตกรรมซอฟท์แวร์ Mobile application กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559 6. รางวัลนวัตกรรม เรื่องลูกบีบมหัศจรรย์ ลดความดันโลหิตสูง,ยางยืด ยืดชีวิตพิชิตโรค,สมุนไพรไทย ไทยพอกดูดพิษและลดอาการปวดบวม,มะกรูดนวดเท้า cup กันทรวิชัย 7. รางวัลนวัตกรรม ไม้ธรรมดา ที่ไม่ธรรมดา ไม้ไผ่นวดเท้า โรงพยาบาลกันทรวิชัย   3. ด้านอื่นๆ cup กันทรวิชัย  1. รางวัลระดับจังหวัด รองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทโปสเตอร์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  2. รางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศ  ไทยในการสอบสวนการระบาดของเชื้อไวรัสซิกก้า  3. รางวัลวิจัยดีเด่น ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการประยุกต์ใช้  ทฤษฎี POCCC เพื่อป้องกันไข้เลือดออกของ อสค.  4. รางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศ อสม.ดีเด่น สาขานมแม่  **V. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี | | 1.การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง | 4 | I | พัฒนาระบบการ นำไปปฏิบัติ และถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงาน (มี passion ในวิสัยทัศน์และใช้ค่านิยมของ รพ.และของ HA เป็นหลักในการตัดสินใจ) | | 2.การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ | 4 | I | แผนพัฒนาบุคลากรตามจุดเน้นขององค์กรและนำผลการประเมินมาปรับปรุงตอบสนองความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มโดยการจัดทำFocus Group และถอดบทเรียนหาโอกาสพัฒนาทุกปี | | 3.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา | 4 | I | พัฒนาระบบการเรียนรู้/คุณภาพ/ความปลอดภัย/มุ่งเน้นผู้รับบริการโดยมีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง | | 4.ระบบกำกับดูแลกิจการการประเมินผู้นำ/ระบบการนำ | 4 | ALI | พัฒนาระบบการประเมินผู้นำ ระบบการนำ/ระบบกำกับดูแลและการพัฒนาผู้นำและระบบการนำตามผลการประเมิน | | 5.ระบบกำกับดูแลทางคลินิก | 3.5 | DALI | พัฒนาระบบทีมนำในการกำกับดูแลทางคลินิกขององค์กรในการติดตามนโยบายคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูงได้,และระบบการประเมินและปรับปรุงระบบกำกับดูแลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง | | 6.การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม | 4 | I | พัฒนาระบบ การนำ ethical dilemma มาเรียนรู้ร่วมกัน | |

**I-2 กลยุทธ์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| i. **i.ผลลัพธ์**  [ รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (1)]  เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูลตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละความสำเร็จของผลลัพธ์การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ( KPI CUP ) | > 80% | 77.43 | 81.20 | 74.42 | 83.26 | 85.14 | | ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินงาน | > 80% | 56.78 | 63.42 | 70.59 | 72.40 | 74.50 | | **ii.บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยคณะกรรมการ CUP Board และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล แบ่งเป็น แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันทรวิชัย และแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกันทรวิชัย การกำหนดยุทธศาสตร์ได้นำนโยบายระดับกระทรวง เขตบริการสุขภาพ สสจ. มาเป็นแนวทางในการกำหนดและนำปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ผ่านกระบวนการ SWOT ANALYSIS จนเกิดแผนยุทธศาสตร์ในระดับ CUP และ ระดับ โรงพยาบาล 3 ปี (2562-2564) มีแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีระบบการติดตามจากการนิเทศและประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง ในตัวชี้วัดที่สำคัญ ติดตามในที่ประชุม คป.สอ. ทุกเดือน  **ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ** :  โรคที่เป็นปัญหาสำคัญขององค์กร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ  1. กลุ่มโรคภาวะฉุกเฉินและเสี่ยง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคมารดาและทารก  2.กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ถุงลมโปร่งพอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  3. กลุ่มโรคระบาดวิทยา ได้แก่ วัณโรค ไข้เลือดออก  4.กลุ่มโรคอื่นๆ ในรพ.ได้แก่ โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคเลือดออกในกระเพาะ โรคปอดบวม  **โอกาสเชิงกลยุทธ์** :  1. การทบทวน วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ (โรคที่มีความเสี่ยงสูง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โรคติดต่อ)  2. บุคลากรและทีมนำมีศักยภาพทางวิชาการ  3. ภาคีเครือข่าย เข้มแข็งและมีส่วนร่วม  **ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:**   * ด้านผู้รับบริการ   1. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และและการส่งต่อที่เหมาะสม ทั้งก่อน ขณะ และหลังส่งต่อ ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยเน้นเข้าถึงบริการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น STEMI Stroke Sepsis Trauma  2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ เช่น DM HT และ CKD และกลุ่มโรคติดต่อ  เช่น TB DHF  3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง   * ด้านกระบวนการ 1. การพัฒนาระบบ รับ-ส่งต่อ ของโรงพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับที่มีประสิทธิภาพ 2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน 3. การจัดระบบบริการให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัย * ด้านผู้ให้บริการ   1. การส่งเสริมบุคลากร ให้ดี เก่ง มีสุข 2. เพียงพอและปลอดภัย  **ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ :**  1. ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาและปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน  2. บุคลากรมีประสบการณ์ ทักษะ ความเชี่ยวชาญและมีการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ  3. โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการบริหารการเงิน การคลังที่ดี  4. เครื่องมือ มีความเพียงพอ พร้อมใช้ และมีประสิทธิภาพ  5. มีโครงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาวะที่ดี  6. เป็นพื้นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทำให้มีการพัฒนาวิชาการร่วมกัน  7. มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ  **สมรรถนะหลักขององค์กร :**  เพื่อบรรลุปัญหาสุขภาพที่สำคัญและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ จึงมีการกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรให้มีความเชี่ยวชาญระบบบริการปฐมภูมิให้การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่าย มีแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความคลุมทุกหน่วยบริการ ดังนี้  1.จัดระบบบริการดูแลรักษาโรคทั่วไป ตามศักยภาพของ รพ.ระดับ F2  2.พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่ม Fast Track และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ  3.พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4.สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ  5. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี  **ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ :**  1.ผู้นำเปิดโอกาสและให้ความสำคัญในการประชุมประจำเดือน , ประชุมประจำเดือนของแต่ละทีมคุณภาพ  2. ผู้นำส่งเสริมในการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร  3.ผู้นำสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพ / ทักษะ ของบุคลากรเพื่อการพัฒนา  4. บุคลากรมรการสื่อสารและการประสานงานที่ดี ให้ความร่วมมือ มีความสามัคคี ทำงานเป็นทีม  5. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้ให้บริการ และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **iii.กระบวนการ**  **I-1.2 ก.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ :**  (1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ : เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีส่วนร่วมในการจัดทำกลยุทธ์   * โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 3 ปี (2562-2564) โดยคณะกรรมการ CUP Board   คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีการประชุมทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตามตัวชี้วัด  แล้ววิเคราะห์หาสาเหตุ ในตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย รวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ ประกอบ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พร้อมกับ การทบทวน วิสัยทัศน์ พันธกิจ พร้อมกับนำนโยบายระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่มาพิจารณาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนด กลยุทธ์/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ให้ตอบสนองต่อตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์การ ซึ่งได้มีการนำข้อมูลสถานการด้านการเงินมาประกอบการพิจารณาขอรับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละโครงการ มีการติดตามผลข้อมูล ตัวชี้วัด เป็นรายเดือน รายไตรมาส  (2)การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาส และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ :  เป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย จึงมีกระบวนการกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ โอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรม ดังนี้  1. การทบทวน วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ (โรคที่มีความเสี่ยงสูง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โรคติดต่อ)  2. บุคลากรและทีมนำมีศักยภาพทางวิชาการ  3. ภาคีเครือข่าย เข้มแข็งและมีส่วนร่วม  (3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์ :  เป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จึงมีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้  1)ข้อมูลผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก ข้อมูลผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ข้อมูลด้านการระบาดวิทยา 5 ปีย้อนหลัง สาเหตุการ  เสียชีวิตของประชาชน 5 ปี  2)ปัจจัยสำคัญ เช่น นโยบายที่สำคัญ ผลการดำเนินงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย  3)ภัยธรรมชาติ  (4) วิธีการกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร : เพื่อบรรลุปัญหาสุขภาพที่สำคัญและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ จึงมีการกำหนด  สมรรถนะหลักขององค์กรให้มีความเชี่ยวชาญระบบบริการปฐมภูมิให้การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่าย มีแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความคลุมทุกหน่วยบริการ ดังนี้ 1)กำหนดหน่วยบริการที่ต้องมีสมรรถนะความเชี่ยวชาญระบบบริการปฐมภูมิ เช่น งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อรัง) งานผู้ป่วยใน เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2)เพิ่มศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการตามจุดเน้นที่เป็นปัญหาและท้าทายขององค์กร  (5) วิธีการตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือ พันธมิตรทำ : การจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม และหาโอกาสพัฒนาทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย วิเคราะห์ตัวชี้วัดและมอบหมายผู้รับผิดชอบ ดังนี้  1. รพ.สต. ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา รับส่งต่อผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่องและเยี่ยมบ้าน  2. รพ.มหาสารคาม ส่งต่อผู้ป่วยที่พ้นวิกฤติมารับการรักษาต่อเนื่อง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลกันทรวิชัย  3. โรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพที่ 7 ส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องตามสิทธิ์การรักษา  4. หจก. ส.เรืองโรจน์ สระบุรีรับขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาล  **I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**  (1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ: เป้าหมาย บรรลุวัตถุประสงค์กลยุทธ์  1. เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี  2. เพื่อพัฒนาระบบบริการได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย  3. เพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ  4. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค   5. เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน  จึงกำหนดเป้าหมายและกรอบเวลาดังนี้   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ความท้าทาย** | **วัตถุประสงค์** | **เป้าหมายและกรอบเวลา** | **ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม** | | 1.พัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ( Stroke, STEMI , Sepsis, HI ) | เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ตามเกณฑ์มาตรฐาน | เป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอย่างทันท่วงที ลดอัตราตายปี 2562-2564 | -อัตราการเข้าถึง  -อัตราการส่งต่อทันเวลา  -อัตราตาย  -ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยSepsis | | 2.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย DM, CKD | การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่ติดต่อ (DM,CKD ) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ | เป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่/ลดภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของไต  ปี 2562 -2564 | -อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(DM ,HT) รายใหม่  -อัตราการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วย CKD | | 3.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคDHF ,TB | การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยDHF ,TB | เป้าหมาย  เพื่อลดอัตราป่วย  เพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่  ปี 2562 -2564 | อัตราตาย  อัตราการรักษาสำเร็จ  อัตราการคัดกรอง | | 4. ศักยภาพและความสุขของบุคลากร | 1.เพื่อเพิ่มสมรรถนะที่จำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม  2.สร้างเสริมสุขภาพและความสุขของบุคลากร | เป้าหมาย  บุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะ  Happinometer  ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ50  ปี 2562 -2564 | สมรรถนะผ่านเกณฑ์  การผ่านการอบรมของแต่ละวิชาชีพ  ร้อยละความสุขในการทำงาน  ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร |   I-2.2 ก.การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ :  (1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว :   * เป้าหมาย คือการจัดทำแผนระยะสั้น 1 ปี เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ จึงมีกระบวนการจัดทำแผนดังนี้ 1)จัดทำคำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการ 2)ผู้บริหารมอบนโยบายการดำเนินงาน และประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3)ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์และการวิเคราะห์องค์กร(SWOT Analysis) ตัวชี้วัดที่สำคัญ 4)กำหนดแผนงาน/โครงการ ให้บรรลุตัวชี้วัดระยะเวลา 1 ปี 5)ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการนิเทศ/ ประเมินผล * เป้าหมาย คือการจัดทำแผนระยะ 3 - 5 ปี เพื่อบรรลุความท้าทายเชิงกลยุทธ์ จึงมีกระบวนการดำเนินการกำหนดแผนงาน/โครงการต่อเนื่อง คือ 1)พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2)พัฒนาและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง   (2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร :   * เป้าหมาย การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร จึงมีกระบวนการดังนี้ 1)ประชุมชี้แจงให้บุคลากรเข้าร่วมรับการถ่ายทอดนโยบาย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย 2)ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติให้กับภาคีเครือข่ายในส่วนที่เกี่ยวข้อง 3)ติดตามการดำเนินบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการ ทำให้เกิดผลลัพธ์บุคลากรและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงาน/โครงการ   (3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์ : เป้าหมาย เพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ จึงมีการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน ดังนี้ 1)พิจารณาจัดสรรงบประมาณและอื่นๆ ให้กับแผนงานโครงการที่เป็นปัญหาของพื้นที่และประเด็นที่ท้าทายขององค์กร 2)คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ รับรองการจัดสรรงบประมาณตามแผนงาน/โครงการ 3)ผู้รับผิดชอบดำเนิน การขออนุมัติการใช้งบประมาณตามระเบียบที่กำหนดทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)การจัดสรรงบประมาณและอื่น ๆ มีความเพียงพอและบรรลุตามวัตถุประสงค์ 2)ประชาชนได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามแผนงาน/โครงการ  (4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์ :เป้าหมาย จัดทำแผนกำลังคนให้มีความเพียงพอตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้ 1)กำหนดผู้รับผิดชอบตามแผนงาน/โครงการที่มีความยากง่าย และภาระงาน 2)ผู้รับผิดชอบต้องมีสมรรถนะให้สอดคล้องกับแผนงาน/โครงการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ แผนงาน/โครงการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์กลยุทธ์3) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า : เป้าหมายเพื่อให้การบรรลุวัตถุประสงค์กลยุทธ์ตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ องค์กรจึงคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามความก้าวหน้า ดังนี้ 1) มอบหมายตัวชี้วัดให้รับผิดชอบที่ชัดเจน 2)กำหนดระยะเวลาในการติดตามตัวชี้วัดให้เหมาะสม 3)ผู้รับผิดชอบประเมินผลงานและรายงานความก้าวหน้า 4)คณะกรรมการนิเทศ ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ  I-2.2 ข.การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ  การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์   * เป้าหมาย เพื่อปรับแผนตอบสนองประเด็นปัญหาของพื้นที่และระยะเวลาที่เหมาะสม จึงมีกระบวนการดังนี้ 1)ปรับแผนปฏิบัติการปีละ 2 ครั้ง 2)ปรับตามสถานการณ์ที่จำเป็นตามนโยบายและกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับผิดชอบ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)แผนงาน/โครงการดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์   **iv.ผลการพัฒนาที่สำคัญ**   * มีผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA) ร้อยละ 100 * รางวัลชนะเลิศการแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับ จังหวัด * รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับเขต * รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ Service Plan Rally ปี 2559-2562 * รางวัลชนะเลิศ การแข่งขันทักษะทางวิชาการ LR Rally ปี 2562 ระดับเขต   **V.แผนการพัฒนา**  [ นอกเหนือจากการระบุแผนพัฒนาจาก gap ของการปฏิบัติตามมาตรฐานแล้ว ให้นำโจทย์ขององค์กร(ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา) กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด และผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆมาพิจารณาด้วย]   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนา 1-2 ปี** | | 7.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | 3.5 | LI | พัฒนาบุคลากรด้านการวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคม/ชุมชนที่รับผิดชอบและประเมินผลจากกลุ่มงานที่ดำเนินการได้ดีและนำบทเรียนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน | | 8.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ | 3.5 | LI | พัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และวิเคราะห์ข้อได้เปรียบนำมาวางแผนเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายในทุกๆด้าน | | 9.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร | 3.5 | LI | พัฒนาระบบการสนับสนุนให้เพียงพอเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  บูรณการการใช้ทรัพยากรร่วมกับทั้งในระดับองค์กรและระดับกลุ่มงาน | | 10.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า | 3 | ALI | พัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยทีมผู้รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอผลการวิเคราะห์ให้รับทราบในทุกระดับ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน**  **i.ผลลัพธ์** [ รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2 ]  ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน : ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ข้อมูลตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | | จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการ | 0 | NA | NA | 9 | 10 | 6 | | ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก | ≥85% | 89 | 87 | 86.32 | 88.77 | 88 | | ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน | ≥85% | 89 | 90 | 91 | 94 | 91 | | ร้อยละความพึงพอใจการบริการเชิงรุกในชุมชน | ≥80% | 89 | 89.56 | 84.76 | 88.65 | 92 |   **ii.บริบท**  ส่วนการตลาดที่สำคัญ : ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพ ข้าราชการ ประกันสังคม ซึ่งมีความต้องการที่สะดวก รวดเร็ว ไม่แออัด ไม่รอนาน และปลอดภัย กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ(ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ) :   |  |  | | --- | --- | | ผู้รับผลงาน | ความต้องการสำคัญผู้รับบริการ | | กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป | การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | | กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน | ต้องการการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล  อาการที่เปลี่ยนแปลง การประเมินอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ | | กลุ่มโรคเรื้อรัง | ต้องการความรวดเร็ว ไม่รอนาน สถานที่เพียงพอไม่แออัด ต้องการคำแนะนำ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ การให้สุขศึกษาเพื่อการดูแลตนเอง และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีบริการอาหารและสถานที่สำหรับบริการในผู้ป่วยนอกเรื้อรัง | | กลุ่มโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา /โรคติดต่อที่สำคัญ | การสอบสวนที่รวดเร็ว มาตรการป้องกันที่ดี การให้ความรู้สุขศึกษา  การติดตามอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน การสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีรวดเร็ว การดูแลสิ่งแวดล้อม การควบคุมการแพร่กระจาย การให้ข้อมูลความรู้  การปกปิดความลับของผู้ป่วย การบริการแบบ one stop service มีห้องตรวจแยกเฉพาะทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน | | กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ  ทุกกลุ่มวัย | การมีส่วนรวมทุกภาคีเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน การให้  ข้อมูลความรู้ การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง การดูแลต่อเนื่องและ  ครอบคลุมทั่วถึงทั้งประชาชนและบุคลากรสุขภาพ | | กลุ่มผู้ด้อยโอกาส | มีทีมสุขภาพที่ดูแลเฉพาะ การเสริมพลังในการดูแลตนเอง การได้รับการ  รักษาพยาบาลดูแล เยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับของชุมชน | | กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย/ชุมชน | การให้ข้อมูล อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการตัด  สินใจ การประสานส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุม ระบบส่งต่อที่มี  ประสิทธิภาพ และมีมาตรฐาน(รถพยาบาล บุคลากร เครื่องมือช่วยชีวิตชั้นสูง) |   โอกาสเชิงกลยุทธ์: 1. การทบทวน วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ (โรคที่มีความเสี่ยงสูง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โรคติดต่อ) 2. บุคลากรและทีมนำมีศักยภาพทางวิชาการ 3. ภาคีเครือข่าย เข้มแข็งและมีส่วนร่วม  (ความต้องการสำคัญ) :   |  |  | | --- | --- | | ผู้รับผลงาน | ความต้องการสำคัญ | | ญาติผู้ป่วย | การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีสิ่งอำนวยความสะดวก สะอาด ทันสมัย และมี  ภูมิทัศน์ที่สวยงาม ร่มรื่นให้กับผู้มารับบริการ | | เครือข่ายด้านสุขภาพ  (บริการหน่วยปฐมภูมิ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ,โรงพยาบาลอื่นๆ) | มีระบบการสื่อสารและการประสานงานหลายช่องทางที่รวดเร็ว และระบบการบริหารจัดการที่รวดเร็ว ทันเวลา และเพียงพอ | | ชุมชน( องค์การบริหารส่วนตำบล.,อาสาสมัครสาธารณสุข,หน่วยงานต่างๆ) | การรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและการประสานงานที่รวดเร็ว เข้าถึงง่าย พร้อมมีสิ่งอำนวยความสะดวก สะอาด ทันสมัย และมีภูมิทัศน์ที่สวยงาม ร่มรื่นให้กับผู้มารับบริการ | | กลุ่มติดต่อประสานงานจากภายนอก | การรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง มีสิ่งอำนวยความสะดวก สะอาด ทันสมัย และมีภูมิทัศน์ที่สวยงาม ร่มรื่นให้กับผู้มารับบริการ |   ส่วนได้ส่วนเสีย : 1)ประชาชนทั่วไป 2)หน่วยงานอื่นๆ 3)โรงพยาบาลมหาสารคาม 4)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย 5)รพสต.ทุกแห่ง 6) อบต.ทุกแห่ง 7)โรงพยาบาลสุทธาเวช  **iii.กระบวนการ**  I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน :  (1)การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:   * การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง : เป้าหมายคือการรับฟังความต้องการและความคาดหวัง: เป้าหมายคือนำผลการับฟังความความความคาดหวังไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบริการโดยวิธีการที่หลากหลายช่องทาง ดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยเรื้อรังการรับฟังเสียงสะท้อนกลับที่หน้างานของแต่ละหน่วยบริการ 2)ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ทันตกรรม/แพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัดแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ 3)การสอบถาม/ให้ข้อมูลระหว่างนั่งรอตรวจ 4)การทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนเข้ารับบริการ 5)รับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนจากการเยี่ยมบ้าน การจัดประชุมต่างๆ 6)การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางและอารมณ์/เสียงบ่น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)มีแผนมาพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/คลินิกโรคเรื้อรัง 2)ดำเนินการแก้ไขข้อเสนอแนะทันทีกรณีที่สามารถทำได้ในหน้างาน 3)ระบบบริการได้รับการพัฒนาให้เกิดคุณภาพและเกิดความพึ่งพอใจของผู้รับบริการ * การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ : องค์กรเป้าหมายคือนำผลการรับฟังไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบริการและการปรับปรุงกระบวนการทำงานดังนี้ 1)การสอบถามก่อนเข้ารับบริการ ระหว่างเข้ารับบริการและหลังเข้ารับบริการ 2)สอบความความคิดเห็นรับฟังเสียงสะท้อนกลับและให้ข้อมูลสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ 3)การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางและอารมณ์ 4)ข้อเสนอแนะจาก ตู้แสดงความคิดเห็นและสื่อสังคมออน์ไลน์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ทีมนำความเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานมีการทบทวนข้อมูลสะท้อนกลับนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ทางด้านพฤติกรรมบริการ การรอคอยยา รอแพทย์ตรวจ 2)ปรับเปลี่ยนระบบบริการลดความแออัดเป็นคลินิกเฉพาะโรคในแต่ละวัน 3)ปรับปรุงกระบวนการทำงานในคลินิกโรคเรื้อรัง   (2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต: คือ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มที่มาติดต่อราชการหรือมาประสานงาน   * เป้าหมายคือเพื่อได้ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1)การรับฟังเสียงสะท้อนกลับของการใช้บริการในชุมชนและหน่วยงาน 2) สำรวจสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปหรือผู้มาติดต่องาน 3)จากเรื่องเล่าของชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลง 2)วางแผนจัดบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานในหน่วยงาน NCD คลินิก 3)พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพทั่วทั้งองค์กร   I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  วิธีประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ : เป้าหมายการประเมินแต่ละกลุ่มเพื่อบริการตอบสนองความต้องการและคาดหวัง โดยมีวิธีประเมินแต่ละกลุ่มดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ห้องคลอด ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน /กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และคลินิกโรคเรื้อรังใช้แบบสอบถามความ พึงพอใจจากกองการพยาบาล 2)กายภาพบำบัด 3)แพทย์แผนไทย 4)หน่วยงานทันตกรรม 5)ห้องยา 6)งานโรงครัว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ปี2562 ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 88 ผู้ป่วยในร้อยละ 91 ห้องคลอด ร้อยละ 96 ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินร้อยละ 87 2)ปี 2562 กลุ่มผู้มารับบริการงานเวชปฏิบัติครอบครัวฯ พึงพอใจร้อยละ 92 3)กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เสนอแนะเรื่องน้ำใช้ไม่เพียงพอ  I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก :  (1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ: เป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังจึงนำแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้บริการOne Stop Service 2)กลุ่มผู้ป่วยทันตกรรม กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย แยกออกจากหน่วยบริการผู้ป่วยนอกให้บริการทุกวันในเวลาราชการ 3)การดูแลต่อเนื่องที่รพสต.และชุมชน 4)กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านเกณฑ์คุณภาพ  (2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:เป้าหมายให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นสะดวกในการค้นหาข้อมูลข่าวสารในการเข้ารับบริการดังนี้ 1)มีประชาสัมพันธ์ทางสังคมออนไลน์ website โรงพยาบาลกันทรวิชัย, Facebookของโรงพยาบาล กันทรวิชัย 2)จัดทำประชาสัมพันธ์ทางหอกระจ่ายข่าว เวทีประชุมหน่วยงานผู้นำ อสม. 3)มีโทรศัพท์หมายเลขโดยตรง และไลน์กลุ่ม และเบอร์บุคลากรที่มีการติดประกาศไว้ที่ในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน 4) มีระบบช่องทางด่วนเรียก 1669 และมีรถและทีมกู้ชีพครอบคลุมทุกอบต.  (3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ: องค์กรมีการจัดกลุ่มจำแนกผู้ป่วยสำคัญโดยมีเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพแต่ละกลุ่มให้เหมาะสมดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้พิการ กลุ่มพระภิกษุ/นักบวช มีการจัดที่นั่งรอเป็นสัดส่วนเฉพาะ โดยติดป้ายแสดงที่นั่งจุดรอตรวจเฉพาะพระภิกษุ/นักบวช และจัดช่องทางด่วนโดยผ่านจุดประชาสัมพันธ์ 2) ห้องบัตรมีบัตรคิวแยกสีเพื่อสะดวกในการให้บริการ ต่างหาก ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้มารับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็ว 2)ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ  I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น  (1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน :  องค์กรมีเป้าหมายสร้างความสัมพันธ์ความผูกพันกับผู้ป่วยจึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1)มีพยาบาลวิชาชีพที่จุดคัดกรอง/คัดแยก แนะนำการให้บริการและวัดสัญญาณชีพก่อนไปห้องบัตรรับบัตรคิว แล้วส่งต่อให้หน่วยบริการอื่นๆ 2)ห้องบัตรตรวจสอบสิทธิ กรณีสิทธินอกเขต ส่งต่อที่ศูนย์ประกันแนะนำสิทธิการรักษาพร้อมดำเนินการให้ 3)การส่งมอบให้หน่วยบริการแต่ละจุดบริการมีการให้แนะนำ และอำนวยความสะดวกในจุดบริการ 4)มีการติดตามการขาดนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด คลินิกส่งเสริม 5) ทบทวน ข้อมูลการสะท้อนกลับการให้บริการ จากการสอบถาม ตู้แสดงความคิดเห็น การออกติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ  (2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้มและการนำไปปรับปรุง :  ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้มข้อร้องเรียนได้แก่ 1)พฤติกรรมบริการ 2)โครง สร้างสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก 3)สิ่งแสดล้อมเป้าหมายการจัดการคำร้องเรียน คือป้องกันการเกิดซ้ำและใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร จึงมีแนวทางดังนี้ 1)มีคณะกรรมการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ 2)มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ได้แก่ 1)ตู้รับความคิดเห็น 10 จุด ซึ่งมีการเปิดทุกวัน 2)ทางหมายเลขโทรศัพท์,เวปไซด์ 3)จดหมาย 4)ผู้รับผลกระทบมาร้องเรียนโดยตรง 5)เมื่อมีเหตุการณ์ นำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงหาสาเหตุ และแนวทาง แก้ไขข้อร้องเรียนมาตอบกลับผลการแก้ไขให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ที่ผ่านมา ปี 2558-2562 มีจำนวนเรื่องร้องเรียน NA,NA,9,10 และ 6 เรื่องตามลำดับ และได้รับการแก้ไขทั้งหมด 2)ข้อร้องเรียนเกิดซ้ำ คือ ด้านพฤติกรรมบริการ  I-3.3 สิทธิผู้ป่วย  ข (1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร : องค์กรมีเป้าหมายให้บุคลากรทุกคนคระหนักและให้การ คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยยึดตามแนวทางคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้ 1)ทุกหน่วยบริการมีติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 2)ให้บุคลากรทุกคนอ่านและทำความเข้าใจการปฏิบัติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและให้การคุ้มครอง 3)ให้บุคลากรทุกคนมีป้ายแสดงตนการให้บริการแต่ละวิชาชีพและหน้าที่การให้บริการ 4)ให้บุคลากรบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และเป็นจิตอาสาเราทำความดีด้วยหัวใจ 5)จัดกิจกรรม สร้างสุข ด้วยสติ ในการให้บริการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ไม่มีข้อร้องเรียนการให้บริการการใช้มาตรา41 2)ปี2558-2562 บุคลากรเข้าร่วม 3)มีบุคคลต้นแบบการให้บริการที่ดี  ก(1) ข(2) – (6) การคุ้มครองผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของโรงพยาบาล :เป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับการคุ้มครอง สิทธิและศักดิ์ศรีที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ ได้รับการดูแลด้วยความเคารพเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย 1)การจัดหน่วยบริการและคลินิกแยกออกเป็นสัดส่วนในแต่ละหน่วยบริการ เช่น คลินิกNCD, คลินิกเอดส์ ,คลินิกวัณโรค, คลินิก จิตเวช, คลินิกสารเสพติด, คลินิกโรคไตเรื้อรัง เป็นการจัดบริการ One Stop Service 2)การปรับปรุงโครงสร้างให้มีเส้นทางเดินเชื่อมต่อแต่ละหน่วยบริการและคลินิก พร้อมจัดทำป้ายสัญลักษณ์ให้ชัดเจน ทำให้เกิดผลลัพธ์ปี2562ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในคลินิกโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 92 3)ไม่มีข้อร้องเรียนประเด็นการละเมิดสิทธิ  ข(7) การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก : หน่วยงานมีเป้าหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยการกำหนดแนวทางและข้อปฏิบัติในการทำวิจัยในคน 1)มีคณะกรรมการจริยธรรม 2)งานวิจัยในองค์กรมีระบบการขอจริยธรรมการวิจัยผ่านคณะกรรมการโรงพยาบาล และการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  ค. การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ   * ผู้ป่วยระยะสุดท้าย : ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป้าหมายการดูแลลดความทุกข์ทรมานและสิทธิ ศักดิ์ศรี ข้อบังคับ กฎหมาย ความเชื่อวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมดังนี้ 1)มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2)ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกรณีการให้ การคงไว้ ยุติหรือยืดชีวิตจะบันทึกในProgress noteและใบเซ็นยินยอมในการทำหัตกาลซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษาการหนังสือแสดงเจตจำนง(Living will)ที่จะนำมาปฏิบัติต่อกับผู้ป่วยและญาติ 3)ด้านความเชื่อวัฒนธรรม ได้จัดทำมุม ธรรมะ และหนังสือ เทปรับฟัง ตลอดจนพิธีกรรมที่สามารถดำเนินการได้ 4)ส่งต่อภาคีเครือข่ายและจิตอาสา ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) ผู้ป่วยทุกรายได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ 2)ปี2562 มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนร้อยละ**92** * ผู้สูงอายุ : เป้าหมายผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีแนวทางการดูแลตามเกณฑ์ตำบล ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้ 1)มีแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) 2)มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager) 3)มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ(Care Giver) 4)มีบริการ Home Health Care ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ร้อยละ100 2) ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90 3) ผู้พิการ : เป้าหมายคนพิการเข้าถึงสิทธิ์ครอบคลุม โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ 1)การค้นหา ส่งต่อข้อมูลเพื่อออกรับรองความพิการ 2)ออกใบรับรองและส่งต่อข้อมูลไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและออกบัตรคนพิการ เพื่อลงทะเบียนรับเบี้ยคนพิการรายเดือน 3)วางแผนการรักษาและวางเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแลและชุมชน เพื่อจ่ายกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความพิการนั้นๆ 4)กรณีคนพิการขอใช้บริการมีช่องทางด่วนและส่งต่อข้อมูลและประสานหน่วยงานเพื่อความรวดเร็วในสถานพยาบาลที่ชำนาญกว่า ทำให้เกิดผลลัพธ์ คนพิการได้รับการทำขาเทียมใหม่/ซ่อมแซม ร้อยละ100 * ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด : ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด/ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีตามแผนการรักษา จึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ให้ข้อมูลญาติและผู้ป่วยให้เข้าใจแนวทางการรักษา 2)มีอุปกรณ์ผูกยึดคำนึงถึงความปลอดภัยกับผู้ป่วย 3)ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยให้ญาติร่วมตัดสินใจในระหว่างการดูแลรักษา 4)ประเมินการดูแลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด 2) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลตามแผนการรักษาอย่างปลอดภัย * ผู้ป่วย HIV ,TB,OSCC,ยาเสพติด ให้บริการแบบ One -Stop -Service กำหนดสิทธิ์กลุ่มเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางการรักษาความลับผู้ป่วย เช่น OSCC, HIV มีจัดการแบ่งโซน ป้องกันการล่วงละเมิดและความปลอดภัย การให้ข้อมูล ชี้แจงเหตุผล ความจำเป็นแก่ผู้ป่วยหรือญาติกรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา/ผ่าตัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้จัดแยกคลินิกผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอดส์ที่มีวัณโรคร่วมจัดเป็นหน่วยบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวกัน   **iv ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ :**  มีการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนโดยมีคณะกรรมการร้องเรียนเป็นผู้รับผิดชอบและสามารถจัดการเรื่องร้องเรียนได้ทันท่วงที โดยมีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ทำให้เรื่องร้องเรียนในหน่วยงานได้รับการแก้ไขด้วยดี มีความพึงพอใจทั้งผู้ร้องเรียน และผู้ถูกร้องเรียน ไม่มีกรณีพิพาทจนถึงชั้นศาล ผู้ปฎิบัติมีส่วนร่วมใน การพัฒนาระบบข้อร้องเรียนและมีความสุขกับการทางาน ผลลัพธ์ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ปี 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 89,87.86.36,88,88  **V.แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI GAP | ประเด็นในแผนพัฒนา1-2 ปีข้างหน้า | | 11.การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | 4 | LI | พัฒนารูปแบบการรับ/ฟังเรียนรู้ และความคาดหวังของผู้มารับบริการแต่ละกลุ่ม | | 12.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน | 3.5 | LI | ศึกษาปัจจัยความผูกพันของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการแต่ละกลุ่ม | | 13.การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก | 3.5 | ALI | การวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาองค์กร | | 14.การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน | 3.5 | ALI | พัฒนาด้านจริยธรรม พฤติกรรมในการบริการสร้างความสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ | | 15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย | 4 | ALI | การสร้างความตระหนักและการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม | |

|  |  |
| --- | --- |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้** | |
| **i. ผลลัพธ์**  ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1.ร้อยละความถูกต้อง สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล 43/50 แฟ้ม | 98 | 98.78 | 99.93 | 95.61 | 99.89 | 98.56 | | 2. ความมั่นคง ปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ  - Information System down time น้อยกว่า 30 นาที | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | | - Information System down time มากกว่า 30 นาที | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 4. จำนวนผลงานวิจัย |  | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 5. จำนวนผลงาน CQI ของหน่วยงานและทีมนำ(จำนวน14 หน่วยงาน) |  | 0 | 9 | 12 | 7 | 15 |   **ii. บริบท**  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ : 1.เพื่อมุ่งพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทันเวลา  2.เพื่อพัฒนาการใช้ข้อมูลสารสนเทศอย่างเหมาะสม ทันสมัย และนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กร ทั้งด้านบริการ บริหารทั้งภายในและภายนอกองค์กร  กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:   |  |  | | --- | --- | | ผู้รับผลงาน | ความต้องการของผู้รับผลงาน | | ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติ | ใช้ระบบคอมพิวเตอร์บริการผู้ป่วยนอก ลดระยะเวลารอคอย เวชระเบียนไม่ผิดคน ลดขั้นตอนในการสืบค้นประวัติและส่งตรวจ ข้อมูลไม่สูญหาย และรักษาความลับผู้รับบริการ | | ลูกค้าภายนอกโรงพยาบาล | ชุดข้อมูลบริการและรายงานตามตัวชี้วัดเป็นปัจจุบัน มีความถูกต้อง รวดเร็ว สามารถใช้ข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาค้นคว้าและวิจัย | | บุคลากรในองค์กร/หน่วยงานภายในองค์กร | ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ในการบริการ ลดขั้นตอนการทำงาน สะดวกรวดเร็ว ทันสมัย มีระบบป้องกันระบบล่ม และมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ มีรายงานข้อมูลสนับสนุน การทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ |   แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:  ตารางเปรียบเทียบCase Max Index ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ ( CMI )  ที่มา : <https://phdb.moph.go.th>   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | โรงพยาบาล | เกณฑ์อ้างอิง | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | | ร.พ.กันทรวิชัย | 0.6 | 0.5845 | 0.5511 | 0.5679 | 0.5531 | 0.5392 | | ร.พ.นาดูน | 0.6 | 0.5739 | 0.5481 | 0.5839 | 0.5219 | 0.5316 | | ร.พ.ยางสีสุราช | 0.6 | 0.5088 | 0.5214 | 0.5460 | 0.5488 | 0.5621 |   CMI คือ ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด เป็นการแสดงถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ผ่านเกณฑ์ 0.6 โดยคณะกรรมการเวชระเบียนโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการตรวจสอบเวชระเบียนครบ 100 % และการสุ่มเวชระเบียนจาก สปสช. ผลการประเมินศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยใน(CMI) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับระดับเกณฑ์ของโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน  เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:  **1.ด้านฮาร์ดแวร์**  โรงพยาบาลมี Server ที่มีการสำรองแบบ Real time ใน Hard disk เครื่องที่ 2 และมีการสำรองข้อมูลในเครื่อง PC ซึ่งจะสำรองข้อมูลทุกวันเวลา 24.00 น. โดยทำการสำรองข้อมูลแบบ Real time อย่างเต็มระบบ ในกรณีอุปกรณ์มีปัญหาจะมีอุปกรณ์สำรองสำหรับการใช้งาน  **2.ด้านซอฟแวร์**  มีชุดคำสั่งในการประมวลผลในระบบโปรแกรม HosXP สามารถดูรายงานเพื่อนำมาตรวจสอบข้อมูล โรคที่พบบ่อย กลุ่มโรคความเสี่ยงสูง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง รายงานการเรียกเก็บทุกสิทธ์ ในกรณีที่ต้องการรายงานนอกเหนือทีมีในโปรแกรม HosXP ก็สามารถใช้คำสั่ง SQL เพื่อจัดทำรายงานตามความต้องการผู้ใช้งานได้  **iii. กระบวนการ**  I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์(ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):  เป้าหมาย ตามจุดเน้นตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ Tracer เรื่อง Stroke  (2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก: เป้าหมายเลือกตัวชี้วัดเพื่อเปรียบเทียบผลงานที่มีขนาดประชากรใกล้เคียง คือ โรงพยาบาลนาดูน โรงพยาบาลยางสีสุราช จึงมีการเลือกตัวชี้วัดดังนี้ 1)ด้านการเงิน 2)การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)สถานณ์การการเงินเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีค่าใกล้เคียงกัน 2)ด้านการดูแลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีผลงานดีกว่า คือ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน(Hypo-Hyperglycemia)  (3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง): เป้าหมายนำข้อมูลสะท้อนกลับปรับปรุงผลงานขององค์กร เช่น การจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีแนวทางดังนี้ 1)รายงานความเสี่ยง 2)การสะท้อนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 3)การแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ 4)การรับฟังจากประชุมและการเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ดำเนินงานจัดตั้งคลินิกบริการโรคเรื้อรังแยกออกจาก งานผู้ป่วยนอกแบบ One Stop Service 2)มีการกำหนดให้บริการในคลินิกออกเป็นรายโรคเพื่อลดความแออัด 3)ปี 2559-2562 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจคลินิกโรคเรื้อรังคิดเป็น ร้อยละ 92,94,93 และ 94  (4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร: เป้าหมาย ปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้ ดังนี้ 1)ทบทวนกิจกรรม แผนงาน ในการดำเนินงานเพื่อการตอบสนองตัวชี้วัด 2)ปรับเปลี่ยนกิจกรรม แผนงานเพื่อบรรลุตัวชี้วัด 3)ติดตามการวัดผลงานให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรม แผนงานที่ระบุไว้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)แผนงาน/โครงการที่มีการปรับแผน ปี 2559 – 2562 คิดเป็นร้อยละ 80 2)คุณภาพการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 90 3)การบริหารจัดการคุณภาพผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด 86.79  I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา: เป้าหมาย การทบทวนผลการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง โดยการนำผลการทบทวนไปปรับปรุงการดำเนินงาน ประเด็น ความทันเวลา กลุ่มเป้าหมาย งบประมาณ ดังนี้ 1)นำกิจกรรม แผนงาน/โครงการ มาวิเคราะห์ความทันเวลาของผลงานและงบประมาณ 2)ปรับเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรม แผนงาน/โครงการ ให้มีความเหมาะสม 3)ติดตามประเมินผล รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ดำเนินงานตามแผนงานทันเวลา 2)ผลงานขององค์กรบรรลุตัวชี้วัด ร้อยละ 86.79  I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:  เป้าหมายการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรตามความสำคัญจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานองค์กร พบว่า ผลการดำเนินงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จึงมีกระบวนการปรับปรุงดังนี้ 1)ทบทวนผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน 2)กำหนดกลยุทธ์ให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดให้คลอบคลุม 3)ติดตามประเมิน และรายงานผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาส ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) CQI จำนวน 5 เรื่อง 2)นวัตกรรม จำนวน 4 เรื่อง  I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ  (1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):  เป้าหมาย คือ มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1)กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล 2)จัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานกรณีที่มีการเพิ่มเติมข้อมูลในโปรแกรม Hos XP เพื่อให้เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ 3)กำหนดแผนรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีบุคคลที่รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจนมีอุปกรณ์ป้องกันและมีแบบแผนในการรองรับอัคคีภัย มีผังงานในการปฏิบัติงาน 4)มีระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication สามารถกู้คืนระบบสารสนเทศกลับมาโดยเร็วที่สุดตาม Flow chart การันตีภายใน 30 นาที 5)กำหนดขอบเขตการใช้งานเป็นลายลักษณ์อักษรให้แต่ละฝ่าย เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลและการกระทำผิดตาม พรบ.คอมพิวเตอร์ 6)ตรวจสอบบำรุงอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้งาน และเมื่ออุปกรณ์เครื่องมือมีปัญหาสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบได้ทันความต้องการใช้งาน 7)จัดทำแนวทางปฏิบัติ การบำรุงรักษาและการแก้ไขกรณีเหตุฉุกเฉินหรือระบบคอมพิวเตอร์มีปัญหาใช้งานไม่ได้ทำให้เกิดผลลัพธ์ ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาร้อยละ 98.56  (2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา: ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน มีความพร้อมใช้ข้อมูลและสารสนเทศดังนี้ 1)ระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication ไว้ที่เครื่อง Server สำรอง มีการสำรองข้อมูลทุกวัน 2)มีการวางแผนรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีบุคคลที่รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจน 3)มีอุปกรณ์ป้องกันและมีแบบแผนในการรองรับอัคคีภัย มีผังงานในการปฏิบัติงานกรณีมีเหตุขัดข้องเกิดขึ้น 4)ความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศปัจจุบัน โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication ไว้ที่เครื่อง Server สำรองข้อมูล และมีการสำรองข้อมูลทุกวัน มีการวางแผนรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีบุคคลที่รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจน  (3) ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:  ปัจจุบันข้อมูลการให้บริการมีปริมาณเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการใช้งานข้อมูลการให้บริการ จึงมีแผนพัฒนาระบบ Server เป็นแบบ Virtual image server ทำให้การจัดการ Server ง่ายขึ้นและมีแผนจะใช้ระบบ High Availability เพื่อป้องกันกรณีระบบล่ม Hos XP Server ยังสามารถ Start ที่ Host ใหม่ได้โดยไม่มี Downtime ทำให้เกิดผลลัพธ์ ข้อมูลทุกจุดบริการไม่มีความเสียหายมีความมั่นใจพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ  I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ  (1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:  สร้างความมั่นใจ เชื่อถือของระบบสารสนเทศ มีความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและสารสนเทศ 1)กำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล 2)มีแผนการจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน 3)การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม 4)ประชาสัมพันธ์นโยบายตามบอร์ดต่างๆ ในโรงพยาบาล 5)จัดอบรมให้ความรู้ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ 6)การตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจยอมรับและปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ไม่มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อมูลสูญหาย 2)ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง 3)เมื่อระบบเซิร์ฟเวอร์ล่ม จะสามารถกู้ระบบกลับมาได้อย่างรวดเร็ว  (3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:รักษาความลับของผู้ป่วยทางสื่อออนไลน์ โดยที่กระบวนการดังนี้ 1)ยึดประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ลงในราชกิจจานุเบกษาลงวันที่ 24 มีนาคม 2560 เรื่องแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 2)ประกาศนโยบายแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าทีโรงพยาบาลกันทรวิชัยปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน 3) คณะกรรมการสารสนเทศดักจับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสื่อออนไลน์เช่น facebook ,Line ,website ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์  I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร  (1) การสร้างและจัดการความรู้:  เป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้และการสร้างนวัตกรรมโดยมีรวบรวมข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้ 1)นำข้อมูลมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2)ทบทวนแนวทางการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลมาศึกษา ค้นหาแหล่งวิชาการมาสนับสนุนกับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม บริบท  (2) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร: องค์กรนำความรู้ลงสู่การปฏิบัติโดยมีเป้าหมายให้เกิดงานคุณภาพการบริการ ซึ่งมีแนวทางและนโยบายดังนี้  1)หน่วยงานมีผลงาน และนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม 1เรื่อง/ข้าราชการ 4 คนและนำเสนอผลงานCQIทุกปี 2)จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ CUP และจังหวัด 3)นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศทุกๆปี 4)เก็บรวบรวมผลงาน เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ในรูปแบบเอกสารและเผยแพร่ในWebsite ของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ผลลัพธ์ทีเกิดขึ้น 1)มีศูนย์การเรียนผลงานวิชาการ 2)ผู้ป่วย/ผู้มารับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ 3)บุคลากรมีคุณค่าและภูมิใจ ในการพัฒนาตนเองและเรียนรู้คุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4)จำนวนผลงานวิชาการแยกประเภทและปีพ.ศ.2562 นวัตกรรม 4 เรื่อง วิจัย 2 เรื่อง CQI 5 เรื่อง  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  Green Digital Hospital ระบบHos.XP. Paperless เมื่อ 1 ตค. 58ถึงปัจจุบัน สามารถ ลดค่าใช้จ่ายในการใช้กระดาษลดลง ปีละ 58,712 บาท/ปี  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 16. การวัดผลการดำเนินงาน | 4 | LI | พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง | | 17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง | 3.5 | ALI | การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน | | 18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ | 3.5 | ALI | พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช. | | 19. การจัดการระบบสารสนเทศ | 3.5 | ALI | พัฒนาระบบเครือข่ายสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพในการพร้อมใช้งาน | | 20.ความรู้ขององค์กร | 4 | ALI | แผนพัฒนาผลงานวิชาการให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานทุกคนและนำไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน | | |
| **I-5 กำลังคน** |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] บุคลากรมีคุณภาพ สุขภาพดี มีความสุข  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **258** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร | 80 | 87 | 88.51 | 88.39 | 88.51 | 90.19 | | ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร |  |  |  |  |  |  | | - กลุ่มข้าราชการ | 90 | 98 | 99 | 98 | 99 | 96.33 | | - กลุ่มลูกจ้างประจำ | 90 | 100 | 100 | 100 | 92.86 | 76.90 | | - กลุ่มพนักงานราชการ | 90 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | - กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 90 | 98.30 | 98.27 | 96.49 | 96.36 | 96.23 | | - กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว | 90 | 97.05 | 96.97 | 96.87 | 96.80 | 93.30 | | ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน | 100 | 95.45 | 95.45 | 95.45 | 95.45 | 95.45 | | ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ | 90 | 0.25 | 92.46 | 94.55 | 95.67 | 97.39 | | ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ HAPPY (กระทรวงสาธารณสุข) | 50-74.99 | - | - | 62.82 | - | 63.11 | | ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี | 100 | 88.73 | 97.47 | 89.29 | 91.94 | 92.52 | | จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากร | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 4 | | จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากโรคติดต่อในการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   **ii. บริบท :**  กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร: บุคลากรทั้งหมด 206 คน(ณ 10 ก.พ.63) ประกอบด้วย ข้าราชการ 105 คน พนักงานราชการ 3คน ลูกจ้างประจำ10คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 53 คน ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 10 คน ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน 25 คน แยกเป็นบุคลากรในสายงานการรักษาพยาบาล 119 คน สายงานสนับสนุน 87คน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และบางส่วนอาศัยในตัวเมืองมหาสารคามซึ่งห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 16 กิโลเมตร อัตราการโยกย้ายค่อนข้างต่ำ อายุเฉลี่ย 40.50 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 22-59 ปี อายุงานเฉลี่ยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป แพทย์มีอัตราการโยกย้ายและลาศึกษาต่อค่อนข้างสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ  สมรรถนะหลักขององค์กร: : มีความเชี่ยวชาญระบบบริการปฐมภูมิให้การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่าย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญขององค์กร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มโรควิกฤติที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคติดเชื้อในกระแสโลหิต อุบัติเหตุทางสมอง 2) กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ถุงลมโปร่งพอง วัณโรค การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) กลุ่มโรคระบาดวิทยา ได้แก่ วัณโรค ไข้เลือดออก 4) กลุ่มโรคอื่นๆ ที่เกิดจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน รพ. ได้แก่ โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โรคปอดบวม จึงกำหนดสมรรถนะบุคลากร ให้มีความเชี่ยวชาญการทำงานเชิงรุกและเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกผันของบุคลากรสูงสุด คือความมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร ร้อยละ 92.74 รองลงมา คือความมั่นคงของหน้าที่การงานที่ได้รับปฏิบัติในปัจจุบัน ร้อยละ 92.34 ส่วนด้านที่น้อยที่สุด คือ สวัสดิการนอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 83.16 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว และกลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีความมั่นคงในตำแหน่ง ทำให้มีโอกาสเปลี่ยนงานและลาออกมากกว่ากลุ่มข้าราชการ  ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: 1) ผู้ที่ปฏิบัติงานทางคลินิก งานกำจัดขยะมูลฝอยและบำบัดน้ำเสีย เสี่ยงต่อโรคติดต่อต่างๆ และอุบัติเหตุจากของมีคม 2) ทันตกรรมและX-ray เสี่ยงต่อตะกั่วและสารปรอท และปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้น 3) งานโภชนาการ เสี่ยงอุบัติเหตุประเภทต่างๆ 4) งานซ่อมบำรุง เสี่ยงต่ออุบัติเหตุประเภทต่างๆสายตาและการสูญเสียการได้ยิน 5) งานจ่ายกลางและซักฟอก เสี่ยงต่ออุบัติเหตุของมีคม การสูญเสียการได้ยิน และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อต่างๆ 6) งานภาคสนาม เสี่ยงต่ออุบัติเหตุประเภทต่างๆ ของมีคมและการสูญเสียการได้ยิน 7) งานBack office เสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางกล้ามเนื้อ และสายตา 8) งานคลินิก TB เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยมีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น  **iii. กระบวนการ**  **I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน**  (1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง: เป้าหมายบุคลากรมีความเพียงพอและมีขีดความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีการประเมินกำลังคน ดังนี้  1. คณะกรรมการ HRD ได้วิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรกลุ่มงาน/งานต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีกลุ่มงาน/ งานที่ขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับอัตรากำลังที่ควรจะมีเพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น  2. การประเมินและวิเคราะห์อัตรากำลังคนในสายงานที่จำเป็นต่อระบบบริการหลัก ตำแหน่งนายแพทย์ บุคลากรไม่เพียงพอตาม FTE เนื่องจากมีการลาออกจากราชการ ในสายสนับสนุน บุคลากรได้มีการลาออกไปทำธุรกิจส่วนตัว จึงได้วางแผนการสรรหาบุคลากร ทดแทนอัตรากำลังที่ขาด เช่น การโยกย้าย ได้กำหนดแนวทางไว้ต้องมีบุคลากรทดแทนจึงสามารถโยกย้ายได้ ทำให้มีจำนวนบุคลากรมีความเพียงพอและมีขีดความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ  (2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน: เป้าหมาย การรักษากำลังคน ให้คงอยู่ในการปฏิบัติงาน ดังนี้  1)คณะกรรมการ HRD ร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ทบทวนกระบวนการสรรหา,พัฒนา, และการประเมินผลงานบุคลากร ให้สอดคล้องกับภาระงาน 2)กำหนดคุณสมบัติวิชาชีพต่างๆ ให้สอดคล้องกับภาระงานที่ได้รับผิดชอบ 3)กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการที่ดีและครอบคลุม คือบุคลากรทุกวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาวิชาการด้านต่างๆ ให้ทันต่อภัยสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งทำให้ 1)บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาวิชาการนำความรู้มาถ่ายทอดให้กับบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2) องค์กรมีบุคลากรที่ได้นำความรู้มาพัฒนาระบบ บริการกลุ่มโรค 4 กลุ่ม ซึ่งเป็นโรคที่สำคัญในพื้นที่ 3) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ  (3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ: เป้าหมาย พัฒนากำลังคนที่มีให้เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงกำลังคน จึงมีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการเปลี่ยนกำลังคน ดังนี้  1) มีการจัดสรรบุคลากรและอบรมทักษะทดแทนให้เพียงพอในหน่วยงานรังสี (โดยมีพี่เลี้ยงกำกับดูแล) 2) ปรับปรุงด้านโครงสร้างกำลังคน และสภาพแวดล้อมของการทำงาน สำหรับผู้มารับบริการและผู้ให้บริการได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งทำให้ หน่วยงานมีกำลังคนเพียงพอ  (4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ: เป้าหมาย เพื่อให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย จึงมีการจัดระบบบริหารกำลังคนตามโครงสร้างของโรงพยาบาลขนาด F2 จำนวน50 เตียง ดังนี้ 1)โครงสร้างการบริหารองค์กร 2)โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม 3) การจัดระบบบริการของหน่วยบริการแยกตามคลินิกเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพื้นที่ ตามจุดเน้นขององค์กร คือการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอโดย แยกเป็นคลินิกโรคเรื้อรัง เฉพาะโรคในแต่ละวันให้เป็น One Stop Service 3)พัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะหลักขององค์กร ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ปี2559-2562 บุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพร้อยละ 92.46, 94.55, 95.67,97.39  I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน  (1) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์: องค์กรจัดสวัสดิการให้แก่บุคลากรเพื่อสร้างบรรยากาศในการทำงาน ได้แก่ 1)การจัดกิจกรรมศึกษาดูงานนอกสถานที่ กีฬาและสันทนาการประจำปี การปรับปรุงบ้านพักอาศัย 2)ความก้าวหน้าในตำแหน่งและความมั่นคงของงานทำให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการทำงานความผูกพันกับองค์กร 3)มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น ให้คำยกย่องชมเชยต่อผู้ปฏิบัติงานดี นำผลงานคนทำงานดีมาพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน ยกย่องคนดีที่ประทับใจ ในที่ประชุมประจำเดือน และมอบรางวัลบุคคลต้นแบบในวันส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่  I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน  (1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน: เพื่อป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพความปลอดภัยของกำลังคน และให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด โรงพยาบาลได้มีการดำเนินการดังนี้ 1)มีการจัดโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน 2)การจัดให้มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้เพียงพอ เช่น ชุดPPE ,อุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน 3)การมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 4)การประเมินมาตรฐานงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล 5)การจัดทำแนวทางป้องกันอันตรายต่อสิ่งคุกคาม อันตรายจากของมีคมทิ่มตำ รังสี และการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน 6)การให้ภูมิคุ้มกันที่สำคัญกับบุคลากร 7)มีการจัดกิจกรรมแก้ไขภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพบุคลากร ผลลัพธ์ที่ได้ 1)บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ ปี 58 ร้อยละ 88.73 ปี 59 ร้อยละ 97.47 ปี 60 ร้อยละ 89.29 ปี 61 ร้อยละ 92.52 และปี 62 ร้อยละ 99.48 2)บุคลากรไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 3)บุคคลากรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 30 4)บุคลากรไม่มีการติดเชื้อจากโรคติดต่อจากการทำงานตั้งแต่ปี 58 ถึงปัจจุบัน  (2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน: เพื่อให้เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลดำเนินการ ดังนี้ 1)กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2)ส่งเสริมการดำเนินงานประเมินอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 3)กำหนดให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปี 4) จัดตั้งชมรมรักษ์สุขภาพ โดยให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กิจกรรมเช้า Work เย็นวิ่ง ชมรมจริยธรรม เป็นต้น เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและใจ 5)สร้างบุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพในหน่วยงานและเป็นแกนหลักในโรงพยาบาล เช่น แกนนำออกกำลังกาย แกนนำในการพาบุคลากรปฏิบัติธรรม ผลลัพธ์ คือ 1)ได้บุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพปี61/ 3 คน ปี62/ 3 คน 2) ได้บุคลากรต้นแบบด้านความดีตามอัตลักษณ์ ปี60/ 4 คน ปี61/8 คน ปี62/ 4 คน  (3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ: เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้มีนโยบายให้บุคลากรได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานทุกราย และมีการส่งเสริมให้ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุประจำปีทุกปี และมีการตรวจสุขภาพบุคลากรตามภาวะเสี่ยงจากการทำงาน (หู ตา ปอด) จากการดำเนินงานพบว่า 1)บุคลากรที่เข้าทำงานใหม่ทุกรายได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 100 2)ร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า ปีปี 58 ร้อยละ 88.73 ปี 59 ร้อยละ 97.47 ปี 60 ร้อยละ 89.29 ปี 61 ร้อยละ 92.52 และปี 62 ร้อยละ 99.48 บุคลากรทั้งหมด 214 คน ตรวจสุขภาพ 198 คน พบว่ามีเจ้าหน้าที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเดิม 7 ราย ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มที่รอบเอวเกินร้อยละ 50.48 กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 3.35 กลุ่มไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10.53 กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันสูงร้อยละ 18.66 และกลุ่มป่วยโรคความดันสูง ร้อยละ 11.96 ซึ่งได้ดำเนินการ 1)ผู้ที่มีภาวะอ้วนได้เข้าร่วมชมรมออกกำลังกาย และDPAC 2) ผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง  (4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน: เพื่อให้กำลังคนได้รับการดูแลหลังการบาดเจ็บจากการทำงาน และสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ดำเนินการดังนี้ 1)มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในบุคลากร เช่นวัณโรค หรือโรคติดต่อที่สำคัญ 2)มีการทดแทนหรือปรับเปลี่ยนงานที่เหมาะสม 3)มีการวางแผนจัดหาอัตรากำลังเพิ่มหรือทดแทน 4)มีการจัดให้ลาพักงานและการดูแลที่เหมาะสม 5)จัดทำแนวทางการดูแลรักษากรณีถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มตำ องค์กรได้ดูแลผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจากของแหลมคมทิ่มตำ ตามแนวทางการดูแลจนหายเป็นปกติ 100%  I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน  (1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:   * วัฒนธรรมองค์การของ โรงพยาบาลกันทรวิชัย เป็นองค์กรที่มีการอยู่ร่วมกันเสมือนญาติพี่น้อง เมื่อมีปัญหา ในการ ทำงานจะมีการปรึกษากัน ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ   **วัฒนธรรมคุณภาพ “ SMART ”**  S : Systemic management,Safety : การจัดการระบบ, ความปลอดภัย  M : Morality empowerment and learning : สนใจใฝ่รู้ เชิดชูคุณธรรม  A : Agility : ตอบสนองความต้องการลูกค้ารวดเร็วทันเหตุการณ์  R : Respect : เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์  T : Team work : ทำงานเป็นทีม สร้างภาคีเครือข่าย   * โรงพยาบาลมีการจัดปฐมนิเทศแก่บุคลากรใหม่ทุกคน เน้นการบริการด้วยพฤติกรรมบริการที่ดี มีการจัดสวัสดิการสำหรับบุคลากร สนับสนุนการปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ ส่งผลให้ลดข้อร้องเรียนและข้อขัดแย้งของผู้รับบริการ มีการจัดตั้ง HR คลินิก อัตราความผูกพันและพึงพอใจของบุคลการ ปี 2562 ร้อยละ 90.19 * โรงพยาบาลมีการสร้างความผูกพันของบุคลากร โดยมีกิจกรรมสร้างความรักความผูกพันและความสามัคคีของบุคลากรเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะ Enter เจ้าหน้าที่ใหม่ มีกิจกรรมปฐมนิเทศ กิจกรรมรู้จักพี่รู้จักน้อง และเลี้ยงต้อนรับ 2)ระยะปฏิบัติงาน สร้างความผูกพันในการอยู่ร่วมกัน (Engagement) โดยมีกิจกรรมในการอยู่ร่วมกัน ทำบุญร่วมกัน กิจกรรมวันเทศกาลต่างๆ กิจกรรมเช้า Work เย็นวิ่ง เป็นต้น 3)ระยะ Exit (ช่วงเกษียณ, ลาออก) จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความทรงจำที่ดีอย่างอบอุ่น ส่งผลให้ การดำเนินงานคุณธรรมขององค์กรได้รับรางวัลชนะเลิศระดับจังหวัดและระดับเขต * โรงพยาบาล มีการสื่อสารหลายหลายช่องทาง เพื่อให้บุคลากรได้รับทราบและถือปฏิบัติร่วมกันในการทำงาน เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการและความสำเร็จขององค์กร ได้แก่ สื่อสารทางวาจา บันทึกข้อความ โทรศัพท์ภายในภายนอก ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย สื่อโซเชียล เฟสบุ๊ค “โรงพยาบาลกันทรวิชัย” เว็บไซด์ รพ.กันทรวิชัย ไลน์กลุ่มต่างๆ มีการประชุมประจำเดือนทุกเดือน เพื่อถ่ายทอดนโยบายต่างๆ จากท่านผู้บริหาร คณะกรรมการบริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงานย่อย สู่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง * โรงพยาบาลส่งเสริมความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ให้โอกาสในการลาศึกษาอบรมภายในเงื่อนไขที่กำหนด การอบรม/สัมมนาในงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปี 2560 อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน และความดันโลหิตสูง) 4 เดือน 1 ราย ปี 2561 อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 4 เดือน 1 ราย และอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 1 ราย * ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยนำเกณฑ์มาตรฐานด้านความปลอดภัยขององค์กรมาดำเนินการปรับปรุงระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและพัฒนาโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก Plus ในปี 2562 * ผู้นำกำหนดเป้าหมายให้บริการด้วยความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งยังคำนึงถึงจิตใจ จึงมีการขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม จริยธรรม ตามอัตลักษณ์ คือ รู้หน้าที่มีวินัย ให้บริบาลดุจญาติมิตร ยึดสุจริตเป็นที่ตั้ง และดำเนินกิจกรรมตามอัตลักษณ์ทุกหน่วยงาน   (2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:   * เป้าหมาย เพื่อสร้างความผูกพันกับกำลังคนให้มีผลงานที่ดี ดังนี้ 1)จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ และประชุมกรรมการบริหาร 2)การศึกษาปัจจัยความสุขและความผูกพันในองค์กร 4)การปรับปรุงด้านความผูกพันในปัจจัยที่ มีค่าน้อย ในกลุ่ม ลูกจ้าง โดยการสร้างแรงจูงใจ เช่น เพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอ เพิ่มค่าตอบแทน พัฒนาสร้างความสามัคคีภายในองค์กร สร้างบรรยากาศในการทำงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี 2560 บุคลากรมีความสุข ร้อยละ 62.82 และปี 2562 บุคลากรมีความสุข ร้อยละ 63.11 ความผูกพันและพึงพอใจ ปี 2558 ร้อยละ 87 ปี 2559 ร้อยละ 88.51 ปี 2560 ร้อยละ 88.39 ปี 2561 ร้อยละ 88.51 และปี 2562 ร้อยละ 90.19 ตามลำดับ   (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:   * เป้าหมาย พัฒนากำลังคนให้มีผลการดำเนินงานที่ดี จึงมีระบบการสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1)มอบตัวชี้วัดที่สำคัญให้กับบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับตามภาระงานที่ได้รับผิดชอบ 2)นำผลงานที่ได้รับมอบหมายตามการทำข้อตกลง (MOU) รวมถึงสมรรถนะต่างๆ มาพิจารณาในการประเมิน 3)คณะกรรมการพิจารณาการกลั่นกรองการเลื่อนเงินเดือน ประเมินบุคลากรทุกระดับ โดยการนำผลงานต่างๆเข้าร่วมพิจารณา เช่นการตรงต่อเวลา การเข้าร่วมกิจกรรมที่หน่วยงานกำหนด การพัฒนาตนเองด้านวิชาการ การร่วมกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร ผลลัพธ์ 1) ปี 2562 บุคลากรมีอัตราการคงอยู่ กลุ่มข้าราชการ ร้อยละ 96.33 กลุ่มลูกจ้างประจำ ร้อยละ 76.92 กลุ่มพนักงานราชการ ร้อยละ 100 กลุ่ม พกส.ร้อยละ 96.23 กลุ่มลูกจ้างชั่วคราวร้อยละ 93.30 2)บุคลากรได้รับคัดเลือกนำเสนอผลงานวิชาการกระทรวง 2 คน   I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ  (1) learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | กลุ่มกำลังคนและผู้นำ | Learning need ที่สำคัญ | วิธีการพัฒนา/เรียนรู้ | | ผู้บริหารสูงสุด | - นโยบายและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง  - ด้านการบริหารจัดการองค์กรที่ดี | -แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากระดับผู้บริหารและอบรมภายนอกหน่วยงาน | | หัวหน้ากลุ่มงาน | -การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์  -การบริหารทางการพยาบาล  -การจัดทำแผนกลยุทธ์และการประเมิน  กลยุทธ์ | - อบรมเชิงปฏิบัติการ  - อบรมภายนอกหลักสูตร นบสต. นบสก.  - การเรียนรู้ ศึกษาด้วยตนเอง | | ผู้ปฏิบัติ | -การพัฒนาสมรรถนะความรู้และทักษะ ในงานที่รับผิดชอบ  - การจัดการความรู้  - จิตสำนึกในการให้บริการ  - ระบบพี่เลี้ยง | - การฝึกอบรมภายนอก  - ในหน่วยงานจัดอบรม/ฟื้นฟูวิชาการตามความต้องการของตนเองและหน่วยงานรวมถึงส่วนขาดของการประเมินสมรรถนะ  - ศึกษาด้วยตนเอง การสอนงานในขณะปฏิบัติงานจริง)และการฝึกให้ตัดสินใจโดยการดูแลอย่างใกล้ชิด( ระบบพี่เลี้ยง)  - การเรียนรู้ ศึกษาด้วยตนเอง |   (2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:การพัฒนาเรียนรู้ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมขององค์กร  1) เริ่มจากหน่วยงานประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และประเมินสมรรถนะของการปฏิบัติงาน โดยหัวหน้างาน เมื่อพบปัญหาหรือส่วนขาดของสมรรถนะ จะมีการส่งมาที่คณะกรรมการ HRD เพื่อเป็นข้อมูลในการทำแผนพัฒนาบุคลากรต่อไป  2) มีการกำหนดให้บุคลากรในโรงพยาบาล ได้รับการอบรม หรือเข้าร่วมประชุมวิชาการทั้งในและนอกโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี  3) มีมหกรรมการเรียนรู้ โดยมีการประกวด CQI ทุกปี ทำให้ได้ CQI และนวัตกรรม ใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานหลายเรื่องด้วยกัน  **(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:**  เป้าหมายการพัฒนา/สร้างผู้นำรุ่นใหม่ จึงมีกระบวนการปรับปรุงการทำงาน ให้สอดคล้องกับสมรรถนะ ดังนี้ 1)การเตรียมคนเข้าสู่การบริหารงานคุณภาพ 2)การดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังแยกออกจากคลินิกผู้ป่วยนอก และพัฒนาคนให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย 3)กำหนดเกณฑ์ประเมินผลงานตามตัวชี้วัดรายบุคคล 4)มีระบบการตรวจสอบขององค์กรในการขึ้นปฏิบัติงาน 5)มีระบบการประเมินพิจารณาความดีความชอบในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) บุคลากรได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรทั้งระดับผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 3 คน (หลักสูตรผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 1 คน)  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **ด้านองค์กร**  ปี 2560 รางวัลชนะเลิศ รพ.คุณธรรมจริยธรรมดับจังหวัด และรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับเขต  ปี 2561 รางวัลชนะเลิศ Green and Clean Hospital กระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด และระดับเขต  ปี 2562 1)รางวัลชนะเลิศ รพ.คุณธรรมจริยธรรมดับจังหวัด และรางชนะเลิศระดับเขต 2)ผ่านการประเมิน Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus 3) รางวัลชมเชยการพัฒนาประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (Bright Spot Hospital) ระดับเขต  **ด้านบุคลากร**  ปี2558 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้รับการคัดเลือกเป็น “คนดีศรีมหาสารคาม” และได้รับรางวัลเข็มเชิดชูเกียรติ ประเภทสรรเสริญชั้น 5 จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน  ปี2559 1)ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้รับโล่ศิษย์เก่าดีเด่นจาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2)พยาบาลวิชาชีพงานยาเสพติดได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณบุคคลที่มีผลงานยอดเยี่ยมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จากสำนักงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  ปี 2561 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม เข้ารับคัดเลือกผู้บริหารสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | DALI Gab | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้าหน้า** | | 1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ | 4 | **L** | - พัฒนาตาม service plan และตามส่วนขาดขององค์กร  - ทำแผนอัตรากำลัง สรรหาอัตรากำลังที่ขาดแคลน เช่น นักรังสี เป็นต้น  - ส่งนักเรียนทุนในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาล | | 1. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | 4 | **L** | - อบรมให้ความรู้บุคลากร เรื่องการปฏิบัติตนเองและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน | | 1. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน | 4 | **L** | - ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีบุคคลต้นแบบ | | 1. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน | 4 | **L** | - พัฒนาความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร และนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากรรวมถึงการย้ายหรือลาออกจากหน่วยงาน  - ใช้แบบประเมินความผูกพันและนำ PMS เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร | | 1. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | 4 | **L** | -พัฒนาระบบการจัดการความรู้โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  เน้นการเสริมพลังโดยใช้ CQI นวัตกรรม วิจัย ให้เกิดการพัฒนา  -พัฒนาผู้นำเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและการสืบทอด ในอนาคต | | |
| **I-6 การปฏิบัติงาน** |
| **i ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]  ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน :ผลิตภาพ รอบเวลาประสิทธิผล ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ผลด้านห่วงโซ่อุปาทาน   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง | 5 | 3 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 4 | | อุบัติการณ์การส่งกลับสิ่งส่งมอบ  (ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ตอบโต้และจัดการได้ทันเวลาภายใน24ชั่วโมง | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 5. จำนวนผลงาน CQI ของหน่วยงานและทีมนำ(จำนวน14 หน่วยงาน) | 1เรื่อง/หน่วยงาน | 0 | 9 | 12 | 7 | 15 |   **ii. บริบท**  โรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ F2 เน้นการบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและฟื้นฟูสภาพประชาชนในเขตอำเภอกันทรวิชัย และพื้นที่ใกล้เคียงรวมถึงให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. ในเครือข่ายด้วยรูปแบบทีมสหวิชาชีพร่วมกับการให้บริการ ส่วนในกลุ่มโรคที่เกินขีดความสามารถหรือต้องใช้ความสามารถด้านการแพทย์เฉพาะทางจะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย  ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ :  พัฒนาระบบการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้  กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง (Stroke , STEMI , Sepsis, PPH, Birth asphyxia )  กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM , CKD,HT,COPD)  กลุ่มผู้ป่วย Palliative care  กลุ่มผู้ป่วย DHF , TB  ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ :  1.ประชาชนในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย  2.กลุ่มประกันสังคมในเครือข่ายและนอกเครือข่าย  3.องค์การเภสัชกรรม/บริษัทยา/บริษัทร้านค้าต่างๆที่โรงพยาบาลสั่งซื้อยา วัสดุทางการแพทย์  วัสดุทันตกรรม วัสดุงานบ้านงานครัว เวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์  4.ส่วนราชการต่างๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  5.ภาคีเครือข่ายชุมชน  โอกาสเชิงกลยุทธ์ :  1. การทบทวน วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ (โรคที่มีความเสี่ยงสูง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โรคติดต่อ)  2. บุคลากรและทีมนำมีศักยภาพทางวิชาการ  3. ภาคีเครือข่าย เข้มแข็งและมีส่วนร่วม  การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน :  1. สถานที่ฝึกปฏิบัตินักศึกษาแพทย์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  2. สถานที่ฝึกปฏิบัตินักศึกษาพยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  3. สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเภสัชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม  4. สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาธารณสุข จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น  ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ :  โรงพยาบาลได้วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน พบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัย อุบัติเหตุหมู่ และการเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่  **iii. กระบวนการ**  I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ  (1)การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ :   * กลุ่มโรค Acute : ได้แก่ MI, Stroke, HI, Sepsis * กลุ่มโรคเรื้อรัง : DM, CKD * กลุ่มโรคทางระบาดวิทยา : DHF TB /กลุ่ม Palliative Care   (2) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ :   * ทีมนำขับเคลื่อนระบบสำคัญ ให้การสนับสนุน ติดตาม ประเมินผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องของระบบงาน * ติดตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญที่สนับสนุน เสนอต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก 3 เดือน * ติดตาม IS หน้างานในระบบสำคัญและหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ในกรณีเร่งด่วนเช่น ENV หรือ PCT จะลง IS ตามแต่กรณี * ควบคุมกำกับผ่านมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละสาขา/นิเทศกากับติดตามโดยหัวหน้างาน   (3) การระบุกระบวนการทำงานสำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ :   * หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: จัดทาเอกสารวิชาการ/คู่มือที่เป็นปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลง ทบทวนแนวทางและ CPG/CNPG ดำเนินการปรับให้สอดคล้องกับ Evidence base นำมาใช้ในปัจจุบัน * เทคโนโลยี: ใช้ระบบ HOSxP เป็นโปรแกรมหลักในโรงพยาบาลนำระบบ NAS มาเก็บข้อมูลและเขียนโปรแกรมดึงข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสามารถใช้งานได้มากขึ้น * ความรู้ขององค์กร: มีกระบวนการ KM ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้บริหารสนับสนุนการพัฒนาวิชาการงานวิจัย, นวัตกรรม, R2R, CQI, Best practice ต่างๆทั้งเครือข่าย * คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น: ได้รับความปลอดภัย หายจากการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะปกติได้ พึงพอใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ อาคารสถานที่สะดวก เข้าถึงได้ง่าย เครื่องมือทันสมัยพอเพียง * ความคล่องตัว: จุดบริการ สะดวกมีการสื่อสารช่องทางพัฒนาและปรับการจัดบริการเป็น   ระบบและลดความซับซ้อนสำหรับผู้ป่วย   * ความปลอดภัย: สื่อสารและนำวัฒนธรรมความปลอดภัย 2P Safety ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบอื่นๆในองค์กร พัฒนาความรู้ความสามารถตามสาขาวิชาชีพที่ตอบสนองต่อศักยภาพขององค์กรครบทุกสาขา * มิติคุณภาพอื่นๆ: คุณภาพด้วยหัวใจทำงานการดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติ   (4) การควบคุมเอกสาร :   * เอกสารที่เป็นกระดาษและElectronic file จัดระบบการป้องกันข้อมูลได้แก่   - การรักษาความลับของผู้ป่วย และข้อมูลทางการรักษาของแพทย์  - จัดกลุ่มและมาตรการเข้าถึงข้อมูล แต่ละประเภทแต่ละระดับของบุคลากร  - การสำรองข้อมูลและเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน  - จัดระบบการขอข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ  I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ :  (1)(2)(3) การทำงานให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ :   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ :   1. หัวหน้างานเป็นแบบอย่าง และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่พัฒนาคุณภาพในงานประจำอย่างต่อเนื่อง  2. จัดช่องทางการนำเสนอผลงาน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรทุกระดับ  3. สนับสนุนการส่งผลงานเข้าร่วมงานวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและการติดตาม กำกับงานประจำวัน :   1. การนิเทศติดตามในหน้างานโดยหัวหน้างาน ทีมระบบงานที่สำคัญ เพื่อติดตามและกระตุ้นการพัฒนา   * 2. นำเสนอการพัฒนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสานงานระบบระหว่างทีมต่างๆอย่างต่อเนื่องบทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ :   1. เพื่อการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีคุณภาพโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามดังต่อไปนี้  1) กำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาสอดคล้องกับเข็มมุ่ง 2) มอบหมายผู้รับผิดชอบตามรายโรค 3) กำหนดตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางคลินิกรายโรคที่เป็นจุดเน้น 4) ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดทำให้เกิด ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รายโรคมีแนวโน้มดีขึ้น  2. เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรงพยาบาลได้ดำเนินงานปรับปรุง 1) ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงด้วยระบบ Fast track 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีสมรรถนะเฉพาะสาขา 3) สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ LAB ยาและเวชภัณฑ์ 4) ทีมบริหารติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เช่น ผู้ป่วย MI Onset to needle น้อยกว่า 6 ชม. ปี 2558 -2562 ร้อยละ(รอผลการดำเนินงาน) ตามลำดับ  3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ,MI ทีมงานได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีโดย 1) เสริมสร้างการรับรู้อาการเตือนของประชาชน 2) ให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT 3) ประเมินภาวะเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Stroke หลังจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วย StrokeและMI เข้ารับการรักษาทันเวลาเพิ่มขึ้น  4. การดึงชุมชนมาเป็นเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากองค์กรมีการทบทวนข้อมูลผู้รับบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีภาระค่าใช้จ่ายสูงจึงทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานโดยเน้นการทำงานเชิงรุก สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นขยายบริการไปที่ รพ.สต. ให้ได้มาตรฐานบริการซึ่งนำมาสู่การพัฒนาบุคลากรและกระจายบุคคลากรให้เพียงพอ โดยกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ต้องผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนบุคลากรอื่นๆ กำหนดให้ผ่านเกณฑ์ของ CUP กันทรวิชัย  I-6.1 ค . การจัดการห่วงโซ่อุปทาน :   * เพื่อการบรรลุเป้าหมายการเลือกผู้ส่งมอบที่ตรงตามความต้องการขององค์กร ได้ปฏิบัติตามระบบงานดังนี้   (1) จัดทำข้อกำหนด (2) ประเมินและเลือกผู้ส่งมอบทั้งผลิตภัณฑ์และบริการก่อนการจัดซื้อจัดจ้าง (3) ติดตามประเมินตามข้อกำหนดและมาตรฐาน (4) ยกเลิกสัญญาจ้างกรณีผลิตภัณฑ์ส่งมอบไม่ได้ตามข้อกำหนดและมาตรฐาน ผลลัพธ์ได้ผลิตภัณฑ์และสิ่งส่งมอบที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานและ มีคุณภาพ   * เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรมโดยมีเป้าหมายผลิตภัณฑ์มีคุณภาพสูง ต้นทุนเหมาะสม ทีมงานได้ดำเนินการดังนี้ (1) กำหนดคุณลักษณะตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับการบริการ (2) จัดซื้อร่วมยา วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันต กรรม (3) ประเมินโดยผู้ใช้และสะท้อนผลให้ทีมบริหาร ผลลัพธ์ได้ผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพตรงตามคุณลักษณะกำหนด * เพื่อแก้ไขปัญหาการไม่สามารถจัดซื้อยาได้ตามปริมาณที่ตกลง คณะกรรมการได้ใช้แนวคิดการพัฒนาระบบสำรองทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต โดยดำเนินการดังนี้ (1) กำหนดให้มีบริษัทสำรองในการจัดซื้อยาร่วมทุกรายการ (2) กำหนดแนวทางการยืมยาและเวชภัณฑ์ในระดับจังหวัด (3) มีระบบแม่ข่ายสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลที่ไม่สามารถจัดซื้อเองได้ ทำให้เกิดบทเรียน สามารถบริหารจัดการเพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอและมีประสิทธิภาพ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม   * เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนางานวิจัย ผู้นำได้สนับสนุน การจัดกระบวนการพัฒนางานวิจัย ตั้งแต่ กระบวนการพัฒนา CQI ให้มีความต่อเนื่อง จากงานประจำ หลังจากนั้นมีการ KM ร่วมกับการเสริมพลังเชิงบวก จัดเวทีถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนแหล่งความรู้เชิงวิชาการและการนำเสนอผลงาน ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ พบว่า เกิดผลงานวิจัย /CQI/นวัตกรรม ปี 2558 -2562 จำนวนวิจัย 2เรื่อง CQI /นวัตกรรม 0,9,12<15,7,15 ตามลำดับ   I-6.1 ง. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก  เพื่อบรรลุเป้าหมายการสนับสนุนการจัดการศึกษา โรงพยาบาลกำหนดระบบงานดังนี้ (1) มีข้อกำหนดในการรับนักศึกษา ประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันและแหล่งฝึก (2)พัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอนทางคลินิก(3) สนับสนุนด้านอาคารสถานที่เทคโนโลยีและทรัพยากรที่เอื้อต่อการฝึกอบรม มีจำนวนและลักษณะผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย (4) มีระบบปฐมนิเทศก่อนฝึก (5) มีระบบการนิเทศระหว่างการฝึกอบรม (6) ประเมินผลการฝึกอบรม ผลลัพธ์ผู้ที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เพียงพอ เกิดคุณภาพและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย   * เพื่อปรับปรุงระบวนการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพิ่มจำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน จึงส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยง หลักสูตรครู ก ทางคลินิก เป็นต้น ผลลัพธ์มีครูพี่เลี้ยงและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและเพียงพอในแต่ละด้าน * เพื่อแก้ปัญหาและสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย ทีมงานได้ใช้แนวคิด   ระบบพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลและร่วมปฏิบัติหน้างานในระหว่างฝึกอบรม ทำให้เกิดบทเรียนในการประเมินและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติการทางคลินิกที่ถูกต้องตามมาตรฐานและความปลอดภัย   * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาต่อการสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม โรงพยาบาลได้วางแผนในการสนับสนุนให้นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมร่วมกิจกรรมทบทวนการประชุมวิชาการที่องค์กรจัดขึ้น   I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ  (1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล   * เพื่อให้ต้นทุนบริการอยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ย จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนการเงินการคลังทุกปี และมีผู้รับผิดชอบรายหมวดเงิน มีการควบคุมติดตามกำกับแผนการเงินการคลัง รวมทั้งได้วิเคราะห์ต้นทุน เสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกเดือน ส่งผลให้ ต้นทุนผู้ป่วยนอก ต้นทุนผู้ป่วยใน ในปี 2558 –2562 อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับเดียวกัน   I-6.2 ข. การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)  (1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:   * เพื่อให้มีการเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉินได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) จัดตั้งศูนย์EOC (2) แต่งตั้งคณะกรรมการ EOC (3) วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (4)จัดทำแผนฯ (5)ซ้อมแผนฯ (6)เฝ้าระวังภัยพิบัติ (7)เปิดศูนย์เมื่อเกิดสถานการณ์ ได้แก่อุทกภัย,ไข้เลือดออก,ไข้SIKA และ TB (8) รายงานต่อผู้บังคับบัญชาระดับสูง (9) ถอดบทเรียน   (2) การเตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน :   * บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุดและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น :   - การประสานงานด้วยเบอร์โทรศัพท์คลาดเคลื่อน ปรับเปลี่ยนโดยใช้วิทยุสื่อสารร่วมด้วย  - เสียงกระจายไม่ทั่วบริเวณภายในโรงพยาบาลทั้งหมด เพิ่มเติมจุดลำโพงทุกโซนบริการที่มี  ผู้ป่วยและบุคลากร  - วิทยุสื่อสารเปิดรับฟังสถานการณ์ตลอด 24 ชั่วโมง   * ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ :   ระบบสำรองข้อมูล 2 เครื่อง และสำรองไฟ ติดภายใน 5-10 วินาที ป้องกันการสูญหายของข้อมูล  **iv ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  1. งานยาเสพติด ได้รับการประเมินผ่าน Re-ac HA ยาเสพติด 2562  2. มีบุคลากรต้นแบบงานยาเสพติด ระดับประเทศ   |  | | --- | | 4) ชดเชยกรณีเข้าเกณฑ์ ม.41 ทำให้เกิดบทเรียนเรื่องลดข้อร้องเรียนและมีแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการตาม RCA และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ   * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่องกฎหมายและจริยธรรม โรงพยาบาลได้วางแผนในการพัฒนาตาม   เกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดาเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่อง  **I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม**  (1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม(ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ) :  เป้าหมายสิ่งแวดล้อมที่ดี   * เพื่อเกิดระบบสิ่งแวดล้อมที่ดี สถานที่สะอาดปลอดภัย ทีม ENV, IC ได้ควบคุมกำกับโดยมีระบบบำบัดน้ำเสียที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ปล่อยของเสียออกสู่ชุมชน * ป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลได้ดำเนินการดังนี้ 1) ขยะติดเชื้อในชุมชนของผู้ป่วยที่บ้าน นำส่งขยะติดเชื้อที่รพ.สต./รพ.กันทรวิชัย   ผลลัพธ์ ไม่มีการติดเชื้อในชุมชน  เป้าหมาย โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โรงพยาบาลมีกิจกรรมดำเนินการดังต่อไปนี้ 1)จัดตลาดนัดสีเขียวทุกวันพุธ และศุกร์ เพื่อให้นำสินค้าทางการเกษตรปลอดสารให้ประชาชน 2)โรงครัวของโรงพยาบาลนำเข้าวัตถุดิบที่มาจากผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ (GAP)3)การตรวจสุขภาพผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงพยาบาล4)การตรวจสารเคมีตกค้างในเลือดผู้ประกอบการ 5)การสุ่มตรวจสารเคมีจากอาหารปรุงสำเร็จ 6)ตรวจ น้ำดื่ม น้ำใช้ในโรงพยาบาล  ผลลัพธ์ โรงอาหารผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2560 -2562 ,โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562 ผลการตรวจ น้ำดื่มน้ำใช้ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน ผู้นำโรงพยาบาลส่งเสริม สนับสนุน การช่วยเหลือชุมชน ในกรณีเกิดอุบัติภัยต่างๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ อุบัติเหตุหมู่  **iv ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  1.ผ่านการประเมินมาตรฐานองค์กร ได้แก่   1. รางวัลชนะเลิศ โรงพยาบาลคุณธรรม ระดับ จังหวัดและระดับเขต ปี2562 2. โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562 3. โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2560-2562 4. โรงพยาบาลกันทรวิชัย ผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณภาพขั้น Re-accredit ครั้งที่ 1รับใบประกาศจาก สรพ. วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2560 5. โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้รับรางวัลดีเด่น ด้านการส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2559-2562 6. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัดปี 2559 7. รางวัลชนะเลิศ สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัด ปี 2560รางวัลชมเชย Bright spot ทางการเงิน ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ประจำปี 2562   8. งานยาเสพติด ได้รับการประเมินผ่าน Re-ac HA ยาเสพติด 2562 |   2.ด้านวิชาการ   1. รางวัลชนะเลิศการแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับ จังหวัด 2. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับเขต 3. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ Service Plan Rally ปี 2559-2562 4. รางวัลชนะเลิศ การแข่งขันทักษะทางวิชาการ LR Rally ปี 2562 ระดับเขต 5. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ด้านนวัตกรรมซอฟท์แวร์ Mobile application กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559 6. รางวัลนวัตกรรม เรื่องลูกบีบมหัศจรรย์ ลดความดันโลหิตสูง,ยางยืด ยืดชีวิตพิชิตโรค,สมุนไพรไทย ไทยพอกดูดพิษและลดอาการปวดบวม,มะกรูดนวดเท้า cup กันทรวิชัย 7. รางวัลนวัตกรรม ไม้ธรรมดา ที่ไม่ธรรมดา ไม้ไผ่นวดเท้า โรงพยาบาลกันทรวิชัย   3. ด้านอื่นๆ cup กันทรวิชัย  1. รางวัลระดับจังหวัด รองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทโปสเตอร์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว  2. รางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศ  ไทยในการสอบสวนการระบาดของเชื้อไวรัสซิกก้า  3. รางวัลวิจัยดีเด่น ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการประยุกต์ใช้  ทฤษฎี POCCC เพื่อป้องกันไข้เลือดออกของ อสค.  4. รางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศ อสม.ดีเด่น สาขานมแม่  **V. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี | | 26.การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล | 3.5 | DALI | พัฒนาระบบกระบวนการทำงานหน่วยบริการเชื่อมโยงสู่ชุมชน | | 27.การจัดการห่วงโซ่อุปาทาน | 3.5 | LI | การติดตามตรวจสอบของผู้ส่งมอบผลิตภัณฑ์ | | 28.การจัดการนวัตกรรม | 4 | LI | การติดตามนวัตกรรมและการนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ต่อเนื่อง | | 29.การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก | 3.5 | LI | การติดตามประเมินหลังฝึกปฏิบัติงาน | | 30.ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ | 4 | LI | การติดตามการประเมินผลและการจัดกิจกรรมซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินอุบัติเหตุทางถนน | | |
| **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ** | |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้หมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง | 5 | 3 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 4 | | 2.จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับ(เรื่อง) | เพิ่มขึ้น | 1,919 | 1,984 | 1,999 | 1,025 | 910 | | 3.ร้อยละของการรายงานเหตุการณ์ near miss (ระดับA,B) | 75% | 38.85 | 68.0 | 69.45 | 83.97 | 87.69 | | 4.ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทบทวน ปรับปรุงและพัฒนามาตรการป้องกัน | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | 5.ร้อยละของหน่วยงานที่มีการปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยง | 100% | 63.63% | 100% | 54.54% | 40.90% | 100% | | 6.จำนวนรายการความเสี่ยงที่อยู่ในทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register) | เพิ่มขึ้น | NA | NA | NA | NA | 20 |   โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย: มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและเชื่อมโยงกับทีมนำคุณภาพ  โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้ทีม RM และทีมผู้ประสานงานคุณภาพ ตรวจเยี่ยมความปลอดภัยทั้งองค์กร  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:  จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย: 2P safety  เป้าหมายความปลอดภัย: ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัย  โรคที่มีความเสี่ยงสูง: โรคหัวใจขาดเลือด โรคติดเชื้อในกระแสเลือด หลอดเลือดในสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ  หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: CPR การทำ ICD การทำคลอดโดยการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ  **iii. กระบวนการ**  **II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ**  (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:องค์กรมีเป้าหมายให้หน่วยงานทุกหน่วยงาน  ให้นำแนวคิด 3C-PDSA มาใช้ทั่วทั้งองค์กรดังนี้ 1)ประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร 2)จัดประชุมและอบรมการนำระบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยมอบหมายให้ทีมนำ ระบบ ศึกษา ออกแบบการทำงาน ตามมาตรฐานแต่ละหมวดสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 3)ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการจัดทำแบบประเมินตนเอง CQI และนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาและติดตามกำกับการทำงาน 4)มีศูนย์คุณภาพและคณะกรรมการประสานงานคุณภาพในการทำบทบาทและหน้าที่ในการประสานงานคุณภาพทั้งองค์กร 5)ส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรทุกคนให้เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการทีมนำคุณภาพและให้ความรู้การพัฒนาคุณภาพปีละ 1 ครั้ง และติดตามสอนหน้างานในการตรวจเยี่ยมปีละ2-3ครั้ง 6)บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมหลักสูตร HA ตามความต้องการของหน่วยงานและจำเป็นทุกๆปีทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร 2)บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมีความเข้าใจงานคุณภาพ 3)ปี2558-2562 มี นวัตกรรม / CQI รวมทั้งหมดจำนวน 15 เรื่อง  (2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:ผู้นำทุกระดับมีการเป้าหมายนำระบบการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสู่การปฏิบัติ ดังนี้ 1)กำหนดนโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล 2)จัดทำแผนงาน โครงการ ให้ความรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่บุคลากรอย่างน้อยปีละครั้ง 3)สนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัย 4)ประสานงานผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 ขอนแก่นในการตรวจสอบด้านความปลอดภัย เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่กองมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ 5)ส่งเสริมสนับสนุนการซ้อมแผนสาธารณภัย และภัยพิบัติฉุกเฉินทุกๆปี 6)การตรวจเยี่ยมของทีมนำ ให้บุคลากรมุ่งเน้นวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลลัพธ์ 1)ไม่พบความเสี่ยงที่ร้ายแรงจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน  (3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:องค์กรมีการเป้าหมายพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการรับรองHAจึงมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงานคือ1)จัดทำโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ โดยให้เหมาะสมกับบริบท กำหนดบทบาทหน้าที่ๆชัดเจน 2)ให้จัดทำแผนพัฒนางานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงในแผนปฏิบัติการประจำปีทุกปีในหัวข้อกลยุทธ์ 3)ทุกทีมนำมีการทบทวนกระบวนการทำงานแล้วค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญ  จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)ของหน่วยงานและจัดทำมาตรการป้องกัน 4)ในปี 2563โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้สมัครเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital การพัฒนาระบบริการและการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ 5)มอบหมายทุกทีมนำ( FA RM ENV PCT IM PTC และ IC จัดประชุมระบบการพัฒนาคุณภาพ และระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กรให้กับบุคลากรทุกคนทราบทุกๆปี ปีละ 1-2 ครั้งหรือตามที่ทีมนำกำหนดในแผนพัฒนาคุณภาพ 6) ติดตามประเมินผล โดยทีมนำ FA ลงตรวจเยี่ยมทุกหน่วยงาน บูรณาการกับการติดตามผล  ตัวชี้วัดขององค์กร ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ทีมนำและบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจระบบการพัฒนาคุณภาพ 2)ทีมนำระบบและหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หน้างาน 3) หน่วยงานและทีมนำมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง(CQI)  (4) การทำงานเป็นทีม: องค์กรมีเป้าหมายการบริหารให้มีคุณภาพยึดหลัก 3C PDSA จึงมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับดังนี้ 1)จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพให้มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน โดยให้มีอำนาจตัดสินใจอิสระภายใต้การพัฒนาองค์กรคุณภาพ 2)ทุกทีมนำมีแผนพัฒนาคุณภาพ และดำเนินการประชุม 3)ทีมผู้ประสานงานคุณภาพร่วมกับทีมนำระบบ RM ,IC,ENV, HRD, PCT, IM กำหนดแผนงานโครงการ กิจกรรมในการขับเคลื่อนใน  หน่วยงานตามมาตรฐานของโรงพยาบาล 4)มีการติดตามกำกับงาน และประเมินผลงานในแต่ละทีมนำและรายงาน  ความก้าวหน้าที่ประชุมประจำเดือนกรรมการบริหารทุกเดือน 5)องค์กรกำหนดการทำงานเป็นทีมเป็นเกณฑ์ในการประเมินสมรรถนะรายบุคคลปีละ 2 ครั้งทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)องค์กรมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2)บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ 3)มีบุคลากรเป็นบุคคลต้นแบบในการทำงานเป็นทีม ทั้งประเภทข้าราชการและลูกจ้างทุกๆปี 4)องค์กรมีการปรับปรุงการบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ  (5) การประเมินตนเอง: องค์กรมีเป้าหมายในการประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาจึงมีแนวทางการดำเนินการที่หลากหลาย ดังนี้1)การประเมินตนเองตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพรวมทั้งมาตรฐานหน่วยงานอื่นๆ 2)ปี2561 สมัครเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ(THIP) 3)การใช้เครื่องมือคุณภาพในการติดตามการดูแลผู้ป่วยและการเยี่ยมสำรวจภายใน 4)จัดกิจกรรม นวัตกรรม/CQI 5)การติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานและองค์กร 6)การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในองค์กร 7)การร่วมรับฟังและประเมินกับทีมQLN ในระดับจังหวัดทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ทำให้องค์กรเข้าใจมาตรฐานบริการสู่การปฏิบัติทำให้ มีระบบการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง 2)บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม และได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุณภาพทั่วทั้งองค์กร 3)องค์กรมีกระบวนการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก  (6) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ: องค์กรมีเป้าหมายการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อเนื่อง จึงมีการกำหนดจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ 1)องค์กรกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน นโยบาย แผนงาน กิจกรรม ทุกๆปี 2)จัดกิจกรรมทบทวนการพัฒนาคุณภาพของทีมนำและหน่วยงาน โดยกำหนดตัวชี้วัด ให้มีผู้รับผิดชอบ 3)นำเสนอแผนพัฒนาคุณภาพต่อคณะกรรมการจัดทำแผนของโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)องค์กรมีแผนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุกๆปี 2)เกิดผลงานคุณภาพของทีมนำ และหน่วยงาน  (7) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล : องค์กรมีเป้าหมายติดตามประเมินผลงานตามแผนพัฒนาคุณภาพดังนี้ 1)การตรวจเยี่ยมภายในของทีมนำ และหน่วยงานปีละ 2-3 ครั้ง 2)กระตุ้นติดตามการดำเนินงานโดยทีมผู้ประสานงานคุณภาพร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 3)รายงานผลความก้าวหน้าในการประชุมประจำเดือนกรรมการบริหารและของโรงพยาบาลทุกเดือน 4)สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปีละ 2 ครั้ง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)หน่วยงานและทีมนำบรรลุการดำเนินงานตามเป้าหมาย 2)มีระบบการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดงานคุณภาพที่สำคัญ  (8) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:องค์กรมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลการดำเนินงานขององค์กร จึงมีรูปแบบ 1)การประเมินตนเองหาโอกาสพัฒนาโดยใช้เครื่องมือคุณภาพ การทำCQI /นวัตกรรม 2)จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพทุกๆปี 3)ดำเนินตามแผนและการติดตามผลการ พัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)องค์กรมีผลงานด้านการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนอย่างมีคุณภาพ 2)หน่วยงานทุกหน่วยงาน มีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องทั้งองค์กร  **II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย**  (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย: เป้าหมายคือการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีคุณภาพ จึงมีกระบวนการทบทวนการให้บริการเพื่อค้นหาโอกาส ดังนี้ 1)ทีมนำคุณภาพร่วมจัดทำแผนจัดกิจกรรมทบทวน ทุกทีม  ทุกเดือน 2)นำผลการทบทวนสู่การปฏิบัติปรับปรุง ในรูปแบบระเบียบปฏิบัติ หรือจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน  3)กรณีที่ผลการทบทวน ต้องใช้งบประมาณจะนำเข้าเสนอต่อคณะกรรมการบริหารและบางเรื่องจะจัดทำแผนปฏิบัติงาน ของบประมาณ สนับสนุน 4)ติดตามประเมินผลการทบทวนสู่การปฏิบัติ จากการรายงานความเสี่ยง การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การตามรอยหน้างานของทีมนำRM ,ENV ,IC, FA ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)บุคลากรมีความมั่นใจและได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ 2)มีระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทุกหน่วยบริการ  (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงกำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม ปี2562 คือ ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(Hb A1C น้อยกว่า7) >40% ร้อยละ 24.13  ร้อยละ ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า4 ML/min/1.73 ตารางเมตรต่อปี >66% ได้ ร้อยละ 75.84 จึงมีกระบวนการติดตามผลการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1)มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพพื้นที่ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทุกปี 2)แยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น2กลุ่ม กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ดีและไม่ดี ทบทวนการดูแลรักษา ปรับยาให้ข้อมูลการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยา โดยทีมสหวิชาชีพและใช้การจัดการรายกรณีในการควบคุมระดับน้ำตาล  3)การติดตามในชุมชน ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับพื้นที่รพ.สต. โดยมีทีมสหวิชาชีพติดตามและให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้โดยชุมชนมีส่วนร่วม 4)คัดเลือกหมู่บ้านและบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพ5)มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดมหกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี2558-2562 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Hb A1C น้อยกว่า7) >ร้อยละ 40 เท่ากับ 14.43,21.59,18.25,19.69 และ24.13 ปี  2558-2562 ร้อยละผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ML/min/1.73 ตารางเมตรต่อปี เท่ากับ 51.99 51.67,59.80,54.41 และ 75.84  (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1)มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพพื้นที่ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทุกปี 2)จัดตั้งทีม NCD Boardและพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับรพ.สต.และชุมชน 3)จัดทำแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้จัดการรายกรณี 2 คน มีการอบรม mini-case manager เบาหวานในรพ.สต. 100% 4)ขยายหมู่บ้านต้นแบบให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 5)จัดบริการคลินิกเบาหวานทุกวันพุธ / ศุกร์และเครือข่ายรพ.สต.ให้บริการคลินิกเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพตามแผนของรพ.สต. 6)ติดตามประเมินผล ทุกเดือน โดยการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC, การเยี่ยมบ้าน,การติดตามหมู่บ้านต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)มีระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมทั้งเครือข่าย 2)บุคลากรมีความเชี่ยวชาญการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ 3)ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ปี2558-2562 คิดเป็นร้อยละ NA,NA,92,94 และ93  **II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง**  (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมาย โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีการดำเนินการ ดังนี้  1.มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงาน/ทีมนำต่างๆ ทำหน้าที่ประสานการ  ดำเนินการบริหารความเสี่ยง มีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงและถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ มีการทบทวนปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง ใน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มีคู่มือการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงทุกหน่วยงาน ทุกทีมนำมีการทบทวนกระบวนการทำงานและค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญ จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile) และจัดทำมาตรการป้องกัน ของหน่วยงาน โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้สมัครเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital ซึ่งจะดำเนินการในปี 2563  2.มีนโยบายบริหารความเสี่ยง กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง และปฏิบัติตามมาตรการแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด ให้ทุกหน่วยงาน ทุกทีมนำดำเนินการค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุม รวมทั้งการจัดทำมาตรการป้องกันและติดตามไม่ให้เกิดซ้ำ  3. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดให้ทุกหน่วยงานรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ KC RISK กรณีมีเหตุการณ์เร่งด่วนอาจใช้โทรศัพท์หรือรายงานด้วยวาจาในเบื้องต้น อุบัติการณ์หรือความเสี่ยงของโรงพยาบาลกันทรวิชัยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ Clinic กับ non-Clinic และ 8 โปรแกรม ได้แก่ 1)ด้านคลินิก/การตรวจรักษาและบริการทางการพยาบาล 2)ด้านการบริหารยาและความคาดเคลื่อนทางยา 3)ด้านกายภาพและความปลอดภัย 4)ด้านการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5)ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 6)ด้านการสูญเสียรายได้ การเงิน การบัญชี 7)ด้านงานเวชระเบียนและสารสนเทศ 8) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ระบบงาน ทีม RM จะประมวลผลวิเคราะห์ความเสี่ยงเชื่อมโยงไปสู่ทีมนำที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมด้านต่างๆนำไปแก้ไขวางระบบและมาตรการป้องกัน ถ้ายังมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นซ้ำ จะมีการทบทวนระบบ / มาตรการป้องกัน และปรับปรุงให้รัดกุมยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำอีก  4. ปลายปี 2562 โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้เริ่มทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register) โดยทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดนำความเสี่ยงที่สำคัญมาทำ RCA โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางระบบ /มาตรการป้องกันให้รัดกุม กำหนดผู้รับผิดชอบ และมีการกำหนดการติดตามเป็นระยะๆ  (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register: เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล  กันทรวิชัย ได้กำหนดแนวทางให้ทุกหน่วยงานทบทวน Risk Profile และทบทวนมาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ  กำหนดให้ทุกทีมนำทุกหน่วยงานดำเนินการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (KC RISK) ที่งาน IT ของโรงพยาบาลติดตั้งให้ เน้นการรายงานที่เป็นปัจจุบัน จากการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา มีความเสี่ยงสำคัญบางเรื่องที่ยังเป็นปัญหา โรงพยาบาลจึงนำเอาระบบ risk register มาใช้ในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงสำคัญที่นำมาจัดทำ Risk Register ระดับโรงพยาบาล มีดังนี้  Clinical Risk…  1.ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ  2.ผู้ป่วย miss การรักษา  3.มารดาหลังทำหมันตั้งครรภ์  4.จ่ายยาผิด  5.PPH  6.Birth asphyxia  7.Burn จากการวางแผ่นร้อน  8.ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม  9.เกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยขณะ refer  10.ทำหมันนานเกิน 1 ชั่วโมง  11.ตรวจภายในประเมินส่วนนำทารกผิดพลาด  12.แผล Episiotomy ติดเชื้อ  Non-Clinical Risk…  1.ทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการสูญหาย  2.ไฟฟ้าลัดวงจร  3.รถโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุ  4.ไฟไหม้  5.ออกซิเจนไม่เพียงพอ  6.น้ำใช้ไม่เพียงพอ  7.เครื่องสำรองไฟไม่ทำงาน  8.ตามคนขับรถ refer ไม่ได้  จากรายการความเสี่ยงที่คัดเลือกมาได้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบทั้งหมด และกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาให้ทะเบียนจัดการความเสี่ยงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น  (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด: เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการอบรมทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้มีความตระหนักในการบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และกำหนดให้อุบัติการณ์ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ E-I จะต้องได้รับการทบทวน ปรับปรุงระบบและจัดทำมาตรการป้องกัน ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินการครบ 100 % ตัวอย่างการปรับปรุงที่เกิดขึ้น เช่น 1)การปรับปรุง CPG รายโรค การใช้Early warning signs ประเมินผู้ป่วยในการรายงานแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น 2)การปรับปรุงกระบวนการ Med Reconcile โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วย และการสร้างความตระหนักแก่บุคคลากรทำให้อัตราความครอบคลุมการทำ Med Reconcile ในผู้ป่วยเรื้อรังครอบคลุม  100 % 3)เหตุ ไฟดับ ไฟตก ความไม่พร้อมของระบบไฟฟ้า มีการเปลี่ยนหม้อแปลงไฟฟ้าให้มีขนาดใหญ่ขึ้นในปี 2560 เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มเครื่องสำรองไฟอีก 1 เครื่องเพื่อความเพียงพอต่อการใช้งานในปี 2561 4)เนื่องจาก รพ.กันทรวิชัยใช้ระบบ paperless ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล  ผู้ป่วย ซึ่งใช้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั้งหมด เพื่อป้องกันระบบข้อมูลล่ม ได้มีการจัดซื้อ Server 3 ตัวในปี 2559 ซึ่งที่ผ่านมามีตัวเดียว โดยตัวแรกใช้บันทึกข้อมูลตามปกติ ส่วนตัวที่2และ3 ใช้บันทึกข้อมูลแบบ Real Time เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บข้อมูล  (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับ PCT กำหนดให้ทุกหน่วยงานนำ PSG(SIMPLE) มาเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน มีการฝึกอบรมสร้างความตระหนัก มีการวิเคราะห์ GAP Analysis ของ SIMPLE จัดทำมาตรการป้องกันและนำเข้าสู่ Risk Register และมีการติดตามตัวชี้วัดให้ครอบคลุม PSG ดังแสดงในผลการดำเนินงาน PART IV  (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่าในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้ง 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มีการดำเนินการได้ครอบคลุมในระดับหนึ่ง แต่มีโอกาสพัฒนาในเรื่องการกระตุ้นให้มีการรายงานอุบัติการณ์ให้ครบถ้วน และสม่ำเสมอ มีแผนจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยงให้สมบูรณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา ทำให้จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  1. รางวัลชนะเลิศการแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับ จังหวัด  2. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ EMS Rally ปี 2559-2562 ระดับเขต3. รองชนะเลิศ อันดับ 1 การแข่งขันทักษะทางวิชาการ Service Plan Rally ปี 2559-2562  4. รางวัลชนะเลิศ การแข่งขันทักษะทางวิชาการ LR Rally ปี 2562 ระดับเขต  5. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ด้านนวัตกรรมซอฟท์แวร์ Mobile application กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 25596. รางวัลนวัตกรรม เรื่องลูกบีบมหัศจรรย์ ลดความดันโลหิตสูง,ยางยืด ยืดชีวิตพิชิตโรค,สมุนไพรไทย ไทยพอกดูดพิษและลดอาการปวดบวม,มะกรูดนวดเท้า cup กันทรวิชัย  7. รางวัลนวัตกรรม ไม้ธรรมดา ที่ไม่ธรรมดา ไม้ไผ่นวดเท้า โรงพยาบาลกันทรวิชัย  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **ALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม | 4 | LI | พัฒนางานโดยการนำ 3C-PDSA มาใช้ในการบริหารงานคุณภาพในหน่วยงาน /ระบบงาน / กระบวนการหลักและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง | | 32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ | 4 | L | พัฒนากระบวนการสำคัญ / แผนการพัฒนาคุณภาพและมีการนำผลการประเมินตนเองมาเรียนรู้ร่วมกัน | | 33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย | 3. | ALI | พัฒนาระบบการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและให้มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring | | 34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย | 4 | ALI | การนำกระบวนการวิจัย (เช่น R2R) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกที่มีผลกระทบสูง | | 35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | 3.5 | ALI | การพัฒนาระบบการวิเคราะห์และการติดตามความเสี่ยงและความปลอดภัย |   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง | 3.5 | ALI | พัฒนาการติดตามและทบทวนความเสี่ยงต่างๆ อย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยง นำมาสู่การปรับปรุงมาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ | | 37.การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ | 3.5 | ALI | พัฒนาระบบการวิเคราะห์ RCA ทั้งในกรณีที่มีความรุนแรงและเหตุเกือบพลาดที่พบบ่อย นำมาสู่การปรับปรุงที่ปัจจัยองค์กรโดยเชื่อมโยงผลการทำ RCA กับการทบทวนมาตรการป้องกัน (ใน risk register) | | 1. ปฏิบัติการทางการพยาบาล | 4 | DALI | พัฒนาระบบปฏิบัติการทางการพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อปรับปรุงระบบงานและพัฒนาวิชาชีพ ดังนี้  1.การจัดทำ Care Map ดูแลผู้ป่วยรายโรคที่มีความสำคัญและ มีความเสี่ยงสูง  2.พัฒนาทักษะการประเมินและการดูแลผู้ป่วยรายโรคตาม  Service Plan และโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาของพื้นที่ |   **II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)  **ตัวชี้วัดการดำเนินงาน (Performance Indicator)**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1. ร้อยละตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ | ≥80% | 76.92 | 84.62 | 84.62 | 84.62 | 92.30 | | 2**.** ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการพยาบาล | ≥80% | 86 | 87.15 | 72.47 | 83.96 | 88.66 | | **ระบบคุณภาพการให้บริการพยาบาล** |  |  |  |  |  |  | | 3**.** อัตราการติดเชื้อ CA-UTIครั้ง/1000วันนอน | ≤ 5 | 2.34 | 2.74 | 2.26 | 0 | 0 | | 4. อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับ 3-4 | 0 | 0.08 | 0.07 | 0 | 0.08 | 0 | | 5.อัตราการติดเชื้อที่แผล Episiotomy | ≤2% | 0 | 0 | 2.87 | 1.79 | 0 | | 6. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล | 0 | 5 | 6 | 0 | 1 | 0 | | 7. ร้อยละการแก้ไขและ/หรือตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ งานบริการผู้ป่วยใน | ≥85% | 89 | 90 | 91 | 94 | 91 | | 9. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการผู้ป่วยนอก | ≥85% | 92 | 92 | 85 | 89.4 | 88 | | 10. อุบัติการณ์การเกิดพลัดตก หกล้มของผู้ป่วย | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 3 | | **ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล** |  |  |  |  |  |  | | 11. ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่มีProductivity ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน | ≥80**%** | 83.33 | 83.33 | 83.33 | 83.33 | 80 | | 12. ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการ | ≥80**%** | 10 | 10 | 100 | 10 | 10 | | **ด้านการพัฒนาองค์กรพยาบาล** |  |  |  |  |  |  | | 13. ร้อยละของบุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด (หลัก 5 ตัว กลุ่ม 3 ตัว) | ≥80**%** | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 14. จำนวนองค์ความรู้และ/หรือนวัตกรรม วิจัย CQI ทางการพยาบาลที่ผลิตโดยหน่วยบริการทางการพยาบาลทั้งหมด | ≥2  หน่วยงาน/เรื่อง/ปี | 12 | 17 | 15 | 7 | 15 |   **ii. บริบท**  **ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:** แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ตามการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 1)กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป 2)กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 3)กลุ่มโรคเรื้อรัง 4)กลุ่มโรคติดต่อ 4.1)เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 4.2) โรคติดต่อที่สำคัญ TB 5)กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 6)กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ 7)กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ  **กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง**  1. โรคหัวใจขาดเลือด  2. โรคหลอดเลือดสมอง  3. โรคติดเชื้อ (Sepsis)  4. โรคมะเร็ง  5. อุบัติเหตุ  **จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน**  จำนวนพยาบาลทั้งหมด 57 คน มี Productivity ดังนี้   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **หน่วยงาน** | **ข้อมูล Productivity%** | | | | | | **ปี2558** | **ปี2559** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | | O.P.D | 122 | 131 | 110 | 111 | 130 | | E.R. | 136.44 | 123.76 | 112.95 | 122.5 | 106.8 | | N.C.D | 97 | 120 | 124 | 125 | 135 | | L.R. | 23 | 23.53 | 29.40 | 25.16 | 24.57 | | O.R. | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | | WARDชาย | 160 | 124 | 117 | 112 | 127 | | WARDหญิง | 130 | 117 | 110 | 114 | 122 |   **สาขาที่พยาบาลเชี่ยวชาญ**  **-**มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ดังนี้  1. การบริหารทางการพยาบาล มี 3 คน  2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไต มี 1 คน  3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช มี 3 คน  4. การพยาบาลยาเสพติด มี 2 คน  5. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน มี 1 คน  6. สาขาเวชปฏิบัติ มี 7 คน  7. ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliatiue Care) 1 คน  **iii. กระบวนการ**  **II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล**  **(1) การจัดทีมผู้บริหาร:**กำหนดนโยบาย เป้าหมายให้ผู้นำทางการพยาบาลทุกคนปฏิบัติงานเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยยึดหลักธรรมาภิบาล  มีการพัฒนาศักยภาพ ดังนี้ ผู้นำทางการพยาบาลได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงาน เช่น หลักสูตรการไกล่เกลี่ย,ผู้นำทางการพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดธรรมนูญองค์กร ผู้นำทางการพยาบาลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ เลขานุการทีมนำต่างๆของโรงพยาบาล และได้ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านการบริหารทางการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้นำทางการพยาบาลทุกคนมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน  ไม่มีข้อร้องเรียนทางการพยาบาล ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางโรงพยาบาล ปี2558=86% ปี2559=87%  ปี2560=72.47% ปี2561=83% ปี2562=88% ,องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่เข้มแข็ง เป็นองค์กรนำด้านต่างๆในการทำงานของโรงพยาบาล  **(2) การจัดอัตรากำลัง** โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร: องค์กรพยาบาลมีเป้าหมายจัดอัตรากำลังให้เพียงพอทุกหน่วยบริการสร้างความมั่นใจในการบริการสร้างความมั่นใจในการบริการ โดยมีการกำหนดแนวทางและขั้นตอนการจัดอัตรากำลังดังนี้  1. มีการตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะบุคลากรการพยาบาลงาน ในหน่วยงานปีละ 2 ครั้ง ( เม.ย. , ต.ค. )  2. มีการทบทวนประเด็นความเสี่ยง ข้อเสนอแนะ การสะท้อนกลับ ปรับเปลี่ยนออกแบบการทำงานอย่างต่อเนื่องเหมาะสม  3. มีจัดอบรมและส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงาน ตลอดจนส่งไปอบรมนอกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง  4. ,มีการจัดอัตรากำลังเสริมในหน่วยงานตามข้อตกลงกรณีมีผู้ป่วยภาวะวิกฤติ  5. มีการจัดประชุมนำเสนอผลงาน CQI, นวัตกรรม, วิจัย ทุกๆปี  **ผลลัพธ์**  - ทุกหน่วยงานมีอัตรากำลังเพียงพอ  - ทุกหน่วยงานมีบุคลากรที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับลักษณะการทำงาน  - หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น L.R , E.R ,WARD มีการจัดอัตรากำลังเสริม  - บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ปี2558-2562 = 86,87,72,83,88%  - ไม่มีข้อร้องเรียน และอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการจัดอัตรากำลังบุคลากร  **(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ**:   1. **การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:** องค์กรพยาบาลมีเป้าหมายให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนยึดหลักมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพและมีธรรมนูญองค์กรพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติดังนี้ 1)มีการประกาศนโยบาย MOPH NURSE ทั่วทั้งองค์กร 2)นำแบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการให้บริการพยาบาล(สภาการพยาบาล)ประเมินตนเองและหัวหน้าประเมิน และผลการประเมินนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากรและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นเกณฑ์พิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนปีละ 2 ครั้ง 3)นำประเด็นความเสี่ยงด้านพฤติกรรมของพยาบาล มาทบทวนและมากำหนดแนวทางการพัฒนาด้านประเมินพฤติกรรมของพยาบาลตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ไม่มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ 2)ผลการประเมินพฤติกรรมบริการ อยู่ในระดับดีมากร้อยละ ระดับดีร้อยละ 6.38)ระดับการนำนโยบาย MOPH NURSEสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับ 5 2. **การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:** เป้าหมายให้บุคลากรทางการพยาบาลมีขวัญกำลังใจ และเข้าใจแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีคุณภาพ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1)มีคำสั่งคณะกรรมการนิเทศทางการพยาบาล ออกปฏิบัติตามแผนนิเทศปีละ 3 ครั้งบูรณาการร่วมกับ IS ของทีมนำของโรงพยาบาล 2)แจ้งผลการนิเทศทางการพยาบาลให้หน่วยงานทราบนำไปปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพ 3)นอกเวลาราชการหัวหน้าเวรตามที่มอบหมายของแต่ละหน่วยบริการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติการพยาบาลบันทึกในสมุดตรวจเวรการพยาบาลทุกวัน ดังนี้ER รับผิดชอบวันอาทิตย์และวันจันทร์ LR วันอังคาร WARDชาย วันพุธและวันพฤหัสบดี WARDหญิง วันศุกร์และวันเสาร์ ส่วนในเวลาราชการหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้ตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงาน 4)มีการส่งเวร การทบทวนการดูแลผู้ป่วย ข้างเตียง และทบทวนผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อและเสียชีวิตทุกราย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ปี 2561 บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในงานปี 2558-2562= 85,86,87,72,83,88%ตามลำดับ 2)ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100 3)อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการพยาบาลกลุ่มข้าราชการและลูกจ้างคิดเป็นร้อยละ ปี2558 คือ 98.4,100 ปี2559 คือ 98.3,100 ปี2560 คือ 100,100 ปี2561 คือ 94.74,100 ปี2562 คือ100,98.4 4) ไม่มีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล 3. **การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:** เพื่อบรรลุเป้าหมาย องค์กรพยาบาลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย จึงนำแนวทางการปฏิบัติบูรณาการ Patient Safety Goal(SIMPLE) กับเครื่องมือคุณภาพสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังดังนี้ 1)อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล และให้แนวทางการปฏิบัติทุกหน่วยบริการ 2)ให้ทุกหน่วยบริการจัดทำบัญชีความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเสี่ยงพร้อมจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง 3)ติดตามและทบทวนความเสี่ยงทุกหน่วยบริการ 4)กำหนดตัวชี้วัดเป็นรายบุคคล และกำกับติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน 2)บุคคลากรไม่มีอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ 3)ปี 2558-2562 จำนวนการพลัดตกหกล้ม ตกเตียงของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการมีจำนวน 0,0,3,2,3 รายตามลำดับ 4)หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง(CQI , RtoR ,Best Practis) ปี2558-2562จำนวน12,17,15,15,15 เรื่องตามลำดับ 5)เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านการสอบเทียบ และมีจำนวนเพียงพอทุกหน่วยงาน 6)โรงพยาบาลผ่านการรับรอง รพ.ได้มาตรฐานGreen &Clean plus.และรางวัลดีเด่นระดับเขต 4. **การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:** เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ หน่วยบริการจึงได้ดำเนินการปรับปรุงดังนี้ 1)ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยในประเด็นความเสี่ยงทางคลินิกและเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร 2) อบรมให้ความรู้คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก 3)จัดประชุมCase Conferrence ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น Caseใส่Tube Case Dead Caseที่มีความเสี่ยงทางคลินิกสำคัญ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)หน่วยบริการมีการพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติได้ครอบคลุมกลุ่มโรคที่มีความสำคัญและเสี่ยงสูง 2)บุคลากรทางการพยาบาลมีการนำข้อมูลวิชาการมาใช้ในการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเช่น Sepsis Stroke MI ,CKD ,DM, Palliative Care 3)มีการนำระบบ ITมาใช้ในการบริการผู้ป่วย เช่น ระบบคิว,ระบบเตือนSOS Scoreในผู้ป่วยSepsis,การแพ้ยา,การเบิกของหน่วยจ่ายกลาง,การรายงานความเสี่ยง 5. **การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:** เป้าหมายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1)จัดปฐมนิเทศตามหัวข้อที่กำหนดขององค์กร 2)มอบหมายให้หัวหน้างาน พยาบาลหัวหน้าเวร พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า เป็นผู้ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานหรือระหว่างการฝึกอบรม 3)มีแบบบันทึกติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)บุคลากรมีความมั่นใจในการขึ้นปฏิบัติงาน 2)ลดความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 3) ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจ 6. **การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:** เป้าหมายเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการพัฒนาองค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ดังนี้ 1)จัดตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการและเทคโนโลยี 2) สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลและหน่วยงานมีผลงานวิจัยและนำเสนอผลงานทุกปี 3)กำหนดตัวชี้วัดให้บุคลากรและหน่วยงานมีผลงานการพัฒนาคุณภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)มีผลงานวิจัย RtoR ,Best Practis)ปี2558-2562 จำนวน12,17,15,15,15   **(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:** เพื่อการบรรลุเป้าหมายองค์กรพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงมีรูปแบบการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการดังนี้ 1)ผู้นำทางการพยาบาลทุกคนเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าห้องผ่าตัดเป็นเลขาศูนย์คุณภาพ 2)พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยบริการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพในทีมนำทุกทีมนำ 3)บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการในการดำเนินงานที่สำคัญของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆทำให้ง่ายและสะดวกในการขอความร่วมมือในการทำงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย 2)ได้รับการสนับสนุนการทำงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลของกองการพยาบาล 3)ผ่านเกณฑ์คุณภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และคลินิกพิเศษ อย่างต่อเนื่อง 4)ผ่านการรับรองคุณภาพงานสุขภาพจิตและยาเสพติด 5) การแข่ง Service Plan Rally ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ,ชนะเลิศในระดับจังหวัด,ระดับเขต อย่างต่อเนื่อง  **(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:** องค์กรพยาบาลมีเป้าหมายการจัดการความเสี่ยง ด้านความปลอดภัย และคุณภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์และมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้ 1)หน่วยงานมีบัญชีรายการความเสี่ยง และสร้างมาตรการป้องกันความเสี่ยง 2)เมื่อเกิดอุบัติการณ์มีการรายงานและจัดการตามแนวทางการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลกำหนด 3)ติดตามกำกับความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานโดยใช้ระบบ I.Tในการรายงานความเสี่ยงโดยมีหัวหน้าห้องคลอดเป็นเลขาทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล 4)ทบทวนบัญชีรายการความเสี่ยงปีละครั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)หน่วยงานมีระบบการจัดการความเสี่ยงรวดเร็ว ทันเวลา 2)หน่วยงานมีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดซ้ำ 3)ปี2558-2562จำนวนครั้งของความผิดพลาดในการบริหารยาและสารน้ำ(ระดับ Eถึง I)= 0,0,0,0,0 ตามลำดับ 4) อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ปี2558-2562=0,0,2,1,0 ตามลำดับ  **(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:** องค์กรพยาบาลมีเป้าหมายนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1)การพัฒนาทักษะบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง 2)พัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญคือโรคเบาหวานCKD,H.T,Palliative Care ,TB และกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูง(Stroke Sepsis MI STEMI CKD ) 3) พัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.บุคลากรทางโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถตามสมรรถนะ ร้อยละ100 2.เครื่องมืออุปกรณ์ได้มาตรฐานผ่านการสอบเทียบ 3.มี CNPG เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน เช่น DM,CKD,ไข้เลือดออก,Sepsis ,TB, Palliative Care ,Stroke 4.ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาล(IPD) ปี2558-2562=83,99,99,99,75 ตามลำดับ 5)อัตราการเกิดแผลกดทับ ปี2558-2562=0,0,2,1,0 ตามลำดับ  **II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล**  **(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:** เป้าหมายคือการเคารพสิทธิและการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ องค์กรพยาบาลมีแนวทางการประสานความร่วมมือวิชาชีพอื่นดังนี้ 1)ทุกหน่วยงานนำข้อปฏิบัติสิทธิผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ 2)บุคลากรทางการพยาบาลยึดหลักการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ 3)นำนโยบาย MOPH NURSEสู่การปฏิบัติ ทั่วทั้งองค์กร 4)ประชุมทบทวนประเด็นความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพทุกๆปี 5)นิเทศ ติดตามตรวจเยี่ยมหน่วยงาน ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพปีละ 3 ครั้ง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ 2)ไม่มีข้อร้องเรียนม.41 3)ปี2558-2562 บุคลากรทางการพยาบาลเป็นบุคคลต้นแบบด้านการพยาบาลจำนวน 5 คน และผลงานพยาบาลดีเด่นระดับประเทศการทำงานด้านยาเสพติด 1คน 4)พยาบาลวิชาชีพเป็นเลขานุการการทำงานโรงพยาบาลคุณธรรมทำให้ได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขต  **(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:** เป้าหมาย คือการให้การพยาบาลที่มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพที่ทันสมัย จึงมีกระบวนการนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1)ศึกษาและสืบค้นข้อมูลวิชาการในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะโรคที่มีความสำคัญขององค์กร 2)นำมาตรฐานและแนวทาง ปฏิบัติแต่ละโรคมาทบทวนด้านวิชาการให้เหมาะสมและทันสมัยร่วมกับสหวิชาชีพ 3)ติดตามและประเมินการนำแนวทางและมาตรฐานสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน 4) ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการจำแนกประเภทผู้ป่วย 10 ประเภท ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางปฏิบัติและ Erly warning Sing คลอบคลุมร้อยละ100 2)หน่วยงานมีผลงานการพัฒนาคุณภาพจำแนกประเภทผู้ป่วย 10ประเภทอย่างต่อเนื่อง 5)มีผลงานนวัตกรรมทางการพยาบาลได้รับรางวัลระดับเขตปี2562 2เรื่อง  **(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:** เป้าหมาย ผู้มารับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ เบ็ดเสร็จผสมผสาน และเป็นองค์รวมจึงให้ทุกหน่วยงานมีการใช้กระบวนการพยาบาลดูแลในการดูแลรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน แบบองค์รวม ซึ่งยึดหลักปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1)มีแบบประเมินแรกรับและหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมอย่างต่อเนื่อง 2)มีการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความสมบรูณ์ ครบถ้วนถูกต้องทุกๆวัน 3)ติดตามประเมินผลการนำกระบวนการพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยรายบุคล ครอบครัวและชุมชนโดยการตรวจเยี่ยม สุ่มถามผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการออกไปเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัย  1.1)ปี2558-2562มีจำนวนการพลัดตกหกล้ม ตกเตียงของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการจำนวน0,0,3,2,3 ตามลำดับ 1.2)ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา opioids เพื่อการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ 1.3)หน่วยงานนำNursing Processใช้ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ100 1.4)อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนปี2558-2562 IPD=91,95,94,95,90 ตามลำดับ  **(4) บันทึกทางการพยาบาล:** เป้าหมายเพื่อการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่องจึงมีการกำหนดปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทำให้เกิดการพัฒนาระบบ ดังนี้ 1)หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ใช้บันทึกในโปรแกรมPaperless 2)งานผู้ป่วยในและงานห้องคลอด มีแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting 3)การบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยคดี OSCC HIV จะเก็บข้อมูลการบันทึกในแฟ้มแยกต่างหากโดยมีผู้รับผิดชอบเฉพาะ 4)มีการบันทึกข้อมูลในHosxpจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม 2)มีระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ 3)การบันทึกทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการสื่อสารด้านผู้ป่วยคดี งานวิจัย 4)ไม่มีข้อร้องเรียนจากการบันทึกทางการพยาบาล 5)ปี2558-2562 ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลถูกต้อง ปี2558-2652 คิดเป็นร้อยละ=83,99,99,99,75 ตามลำดับ  **(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:** เป้าหมายเพื่อหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงระบบการทำงานเพื่อผู้รับบริการมีความปลอดภัยพึงพอใจจึงมีระบบการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1)การรับส่งเวรของหน่วยบริการทุกวัน 2)การรายงานบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน 3)การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 4)การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ 5)การนิเทศทางคลินิกการพยาบาลปีละ 3 ครั้ง 6)การประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาล 7)การทบทวนการดูแลผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนเรียนผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 8)การรับฟังเสียงสะท้อนกลับของหน่วยบริการ 9)จากแบบรายงานความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของหน่วยบริการ 10)การประเมินติดตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ ปีละ 3 ครั้ง ทำให้เกิด ผลลัพธ์ 1)หน่วยงานมีระบบการพัฒนาตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ อย่างต่อเนื่อง 2)ปี2558-2562ผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ92,92,93,89,88 ตามลำดับ ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ89,93,92,95,92 ตามลำดับ 3)ได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้อย่างมีคุณภาพ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับรางวัล  1.พยาบาลต้นแบบ ระดับจังหวัด 10 คน  2.พยาบาลวิชาชีพได้รับรางวัลดีเด่นระดับประเทศการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด 1 คน  3.ปี2562 พยาบาลวิชาชีพได้รับรางวัลการปฏิบัติงานรองชนะเลิศระดับจังหวัดประเภทลูกจ้าง 1 คน  4.ปี2561 การแข่งขันService Rallyได้รับรางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 ระดับจังหวัด  5.ปี2561 การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD-Plus ระดับดีเด่นชนะเลิศ ระดับจังหวัด  6.ปี2562 การแข่งขันService Plan Rally ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับจังหวัด  7.ปี2562 การแข่งขันService Plan Rally สาขาสูติกรรมได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับจังหวัด  8.ปี2562 การแข่งขันService Plan Rally สาขาสูติกรรมได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ระดับเขต  9.ปี2562 การประเมินผลการดำเนินงาน คลินิก NCD-Plus ระดับดีเด่น  10. .ปี2562 การประเมินผลการดำเนินงาน คลินิกชะลอไตเสื่อมระดับดีเด่น ชนะเลิศระดับจังหวัด  11.กลุ่มการพยาบาลผ่านการประเมินงานคุณภาพ Q.A. ปี2555  12.กลุ่มการพยาบาลผ่านการประเมินงานคุณภาพ H.A. ปี2557  13.กลุ่มการพยาบาลผ่านการประเมินงานคุณภาพ Reaccreditation H.A. ปี2559  14.ปี2562 พยาบาลวิชาชีพได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่น ระดับเขต 2 เรื่อง  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 1. ระบบบริหารการพยาบาล | 4 | ALI | พัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาลและนำไปปรับปรุง | | 1. ปฏิบัติการทางการพยาบาล | 4 | DALI | พัฒนาระบบปฏิบัติการทางการพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อปรับปรุงระบบงานและพัฒนาวิชาชีพ ดังนี้  1.การจัดทำCare Mapดูแลผู้ป่วยรายโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง  2.พัฒนาทักษะการประเมินและการดูแลผู้ป่วยรายโรคตาม Service Plan และโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาของพื้นที่ |   **II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์**  I. ผลลัพธ์  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน : ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง**  มาตรฐานและจริยธรรม   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก( External Audit ) | ≥ 80% | 78.10 | 91.61 | 86.77 | 91.25 | 93.36 | | อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน  ( External Audit ) | ≥ 80% | 91.06 | 95.99 | 94.25 | 94.75 | 9.51 | | ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก | ≥ 85 % | 89 | 87 | 86.32 | 88.77 | 88 | | ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน | ≥ 85 % | 89 | 90 | 91 | 94 | 91 |   **บริบท:**  โรงพยาบาลกันทรวิชัยเป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ เพื่อกำกับดูแลการให้บริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยยึดตามมาตรฐานวิชาชีพ  **จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ :** โรงพยาบาลกันทรวิชัยประกอบด้วยแพทย์ทั้งหมด 8 คน เป็นแพทย์ทั่วไป 7 คน และ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน 1 คน ( ผอ.รพ. พบ. สม. อว. เวชศาสตร์ป้องกัน)  **ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ :** แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ตามการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 1)กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป 2)กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 3)กลุ่มโรคเรื้อรัง 4)กลุ่มโรคติดต่อ 4.1)เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 4.2) โรคติดต่อที่สำคัญ TB 5)กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 6)กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ 7)กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ  **กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง**  1. Stroke 2. MI 3. Sepsis 4. HI  **iiiกระบวนการ:**  (1)(2)บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์   * OPD เวชปฏิบัติทั่วไป , ER , ตึกผู้ป่วยใน , ตึกผู้ป่วยชาย , ตึกผู้ป่วยหญิง , ห้องคลอด , OPD ANC , NCD , คลินิกโรคเบาหวานและCKD แบบ one stop service , คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แบบ one stop service , คลินิกวัณโรคและเอดส์ แบบ one stop service , คลินิกโรคหอบหืดและถุงลมโป่งพอง แบบ one stop service , แผนกห้องผ่าตัด และ รพ.สต. เครือข่าย   **(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์**   * การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน : แพทย์ประจำโรงพยาบาลกันทรวิชัยมีสิทธิในการดูแลผู้ป่วยดังนี้แพทย์ทุกท่านมีสิทธิในการดูแลให้บริการเท่าเทียมกันมีสิทธิการสั่งการ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการบริการสุขภาพมีสิทธิในการสั่งการรักษาผู้ป่วยทุกคนในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน   การจัดอัตรากำลังแพทย์ในเวลาราชการ   1. OPD เวชปฏิบัติทั่วไป มีแพทย์ออกตรวจ 3 คน โดยมีแพทย์ประจำ 2 คน และอีก 1 คน เป็นแพทย์ที่เสร็จภารกิจจาก NCD ให้บริการตั้งแต่ 8.30-16.00 น.   การจัดอัตรากำลังแพทย์ในเวลาราชการ  1. OPD เวชปฏิบัติทั่วไป มีแพทย์ออกตรวจ 3 คน โดยมีแพทย์ประจำ 2 คน และอีก 1 คน เป็นแพทย์ที่เสร็จภารกิจจาก NCD ให้บริการตั้งแต่ 8.30-16.00 น.  2. ER มีแพทย์ประจำ 1 คน ตั้งแต่ 8.30-16.00 น.  3. ตึกผู้ป่วยใน มีแพทย์ประจำตึกผู้ป่วยชาย 1 คน, แพทย์ประจำตึกหญิงและห้องคลอด 1 คน  4. ANC แพทย์ที่ดูแล OPD 1 คนดูแลคลินิก โดยทำ Ultrasound ทุกวันจันทร์ 13.00-15.00 น.  5. NCD มีแพทย์ประจำ 2 คน  6. คลินิคหอบหืดและถุงลมโป่งพองให้บริการทุกวันจันทร์ 8.30-12.00 น  7. คลินิกความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ให้บริการทุกวันอังหาร 8.30-12.00 น.  8. คลินิกวัณโรคให้บริการทุกวันจันทร์ 8.30-12.00 น  โดยแพทย์แต่ละจุดมีหน้าที่รับคำปรึกษาตามจุดที่ตนเองรับผิดชอบ หากมีผู้ป่วยอาการวิกฤติสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทุกคน มีแพทย์จาก NCD 1 คนตรวจ Ultrasound ทุกวันจันทร์เวลา 13.00-15.00 ของทุกสัปดาห์ ในกรณีที่มีแพทย์ลาหรือไปอบรม มอบหมายให้แพทย์ประจำ NCD ออกตรวจแทน มีการหมุนเวียนแพทย์ตามจุดต่างๆสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แพทย์แต่ละแผนกมีการประสานงานระหว่างแผนกมีการปรึกษาข้ามแผนกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงโรคและได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุดตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากแพทย์ที่ออกตรวจ NCD เวลา 8.30-10.00น. หลังจากนั้นจะออกตรวจ OPD การออกตรวจคลินิกโรคเรื้อรังที่ PCU ประกอบด้วย 12 PCU จะมีแพทย์ออกตรวจประจำทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยที่ถูกเลือกให้ออกไปรับยาที่ PCU ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การจัดแพทย์ออกตรวจ PCU ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ใช้บริการ โดยแพทย์ที่ออกตรวจจะประจำ PCU ไปตลอดทั้งปี กลุ่มงานแพทย์มีห้องพักแพทย์ตั้งอยู่หลังห้อง ER และห้องด้านหลัง OPD ใช้เป็นห้องประชุมองค์กรแพทย์ ห้องทำงาน ห้องพักแพทย์เวรและรับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อสร้างความสามัคคีในองค์กร มีการประชุมองค์กรแพทย์เดือนละ 1 ครั้ง   * การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้   1.โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีการส่งเสริมให้แพทย์ได้ศึกษาอบรมและเข้าร่วมประชุมวิชาการในโรงเรียนแพทย์ต่างๆเพื่อพัฒนาความรู้และนำมาพัฒนาการบริการของโรคพยาบาลให้มีความทันสมัยและประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอบรมประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น , ประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ , ACLSของโรงพยาบาลศรีนครินทร์, โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในชุมชน, อบรม ultrasound คัดกรอง CHCA, อบรม palliative care อบรมการใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วย เป็นต้น  2.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆในองค์กรแพทย์ จะมีนำความรู้ที่ได้จากการประชุมมาแลกเปลี่ยนภายในองค์กรแพทย์ มีการจัดทำ Case conference และมีการถ่ายทอดความรู้สู่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่น การกู้ชีพพื้นฐาน ให้การปรึกษาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเช่น Stroke และ Acute coronary syndrome   * **การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ**   แพทย์ใช้ทุน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่มาทำงานใหม่ในโรงพยาบาลกันทรวิชัย จะได้รับการปฐมนิเทศในเรื่องการอยู่เวร ตารางการปฏิบัติงาน การบันทึกเวชระเบียน การสรุปเวชระเบียน และแนวทางการใช้CPGในการดูแลผู้ป่วย เพื่อควบคุมและกำกับการทำงาน  ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยองค์กรแพทย์ได้จัดแพทย์ พี่เลี้ยง เพื่อให้การดูแลและปรับปรุง แก้ไขปัญหา รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดของแพทย์   * การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ   องค์กรแพทย์โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย โดยมีการปรึกษากันระหว่าง แพทย์โดยตรง และ มีการจัดทำ Morbid Mortal case conference, case conference โดยทีมสหวิชาชีพเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งพิจารณาจากผลกระทบต่อองค์กรและโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันแก้ไขและวางแนวทางการป้องกันในอนาคต เช่น กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตใน Ward มีการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมองค์กร ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, จริยธรรม, กฎหมาย และมีข้อตกลงร่วมกันในองค์กร โดยใช้เวทีประชุมองค์กรแพทย์ โดยมีประธานองค์กรแพทย์และผู้อำนวยการเป็นผู้กำกับดูแล โดยวิธีนี้ทำให้เกิดการแก้ปัญหาในการทำงานของแพทย์โดยรวม   * การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย   1.แพทย์เป็นผู้นำในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการทำทบทวน 12 กิจกรรมคุณภาพ เช่น ทบทวน กิจกรรมทบทวนที่ 10 : การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ เรื่อง Sepsis and Septic Shock เกิดแนวทาง ปรับปรุง CPG : แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด Septic shock and Severe sepsis : SP – CPG – PCT – 013 ใหม่ , ปรับปรุงระบบการให้ยา Antibiotic แบบ stat dose ภายใน 1 ชม. ตามเกณฑ์ ,การให้ยา streptokinase ในผู้ป่วย STEMI เป็นต้น  2.มีการแบ่งแพทย์รับผิดชอบคลินิกต่างๆเพื่อทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ   * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน   องค์กรแพทย์ให้ความสำคัญในเรื่องเวชระเบียนเนื่องจากเป็นเอกสารสำคัญในการดุแลรักษาผู้ป่วยมีประธานพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนเป็นแพทย์ โดยมีบทบาทดังนี้  1.ออกแบบระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม  2.กำหนดมาตรฐานและนโยบายเวชระเบียนผู้ป่วย  3.เชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน  4.วิเคราะห์ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและการบันทึกรหัส   * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม   1.องค์กรแพทย์มีการนำหลักฐานทางวิทยาสาสตร์(Evidence Base) และแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยต่างๆมาใช้ในการตัดสินใจรักษาและมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการโทรปรึกษาสายตรงสูติแพทย์และกุมารแพทย์โดยตรงหากมีภาวะฉุกเฉินทางช่องคลอด เช่น ภาวะ PPROM Birth, asphyxia , Postpartum hemorrhage เป็นต้น เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและมีคุณภาพสูงสุด  2.มีการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีโดยแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีการสั่งซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่อง Ultrasound เครื่อง Monitor ต่างๆ เป็นต้น   * การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย   องค์กรแพทย์ให้การสนับสนุนนโยบายต่างๆของโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการดุแลผู้ป่วยโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและยึดถือสิทธิผู้ป่วย 10 ประการเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีการจัดทำแนวทางการรักษาทางคลินิก (Clinical Practice Guideline : CPG )  **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**  องค์กรแพทย์มีการทบทวนและปรับปรุง CPG ที่เป็นปัจจุบันในปี 2558 – 2562 ตามบริบทของโรงพยาบาล และมีการทบทวนนำมาพูดคุยในวาระของทีมสหวิชาชีพ  V แผนการพัฒนา   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | เป้าหมาย | DALI Gap | ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี | | 40.องค์กรแพทย์ | 4 | DALI | พัฒนาการทำ ศึกษา วิจัย  พัฒนาอบรมงานด้าน family medicine |   **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล | ไม่เกิน  2 เรื่อง/ปี | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | | ส้วมในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS | ผาน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | | ระบบการจัดการขยะที่ได้มาตรฐานไม่มีข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับขยะ | 100% | 100 | 100 | 9 | 100 | 100 | | ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง (กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) | 100%  (3ครั้ง/ปี) | 87.8 | 87.3 | 68.2 | 100.0 | 97.5 |   **ii. บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง และได้รับประมาณก่อสร้างตึก IPD ใหม่เพิ่มอีก 1 ตึก เสร็จสิ้นปี2556 โดยตึก IPD หลังเก่าใช้เป็นตึกผู้ป่วยในชายและตึก IPD ใหม่ใช้เป็นตึกในหญิง ตั้งอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลตำบลโคกพระมีพื้นที่ประมาณ 16 ไร่ 2 งาน แบ่งพื้นที่เป็น 3 ส่วน ได้แก่ พื้นที่หน่วยบริการ พื้นที่บริเวณบ้านพักบุคคลากร และพื้นที่พักบ่อบำบัดน้ำเสียโดยระหว่างพื้นที่บริเวณบ้านพักและพื้นที่บ่อบำบัดน้ำเสียมีการระบายน้ำที่ผ่าน การบำบัดแล้วลงสู่ทางระบายน้ำของเทศบาลตำบลโคกพระ(โดยส่วน หน่วยบริการแบ่งพื้นที่เป็น 4 ตึก ได้แก่ ตึกผู้ป่วยนอก ตึกคลอด ตึกผู้ป่วยใน และอาคารสนับสนุน 2 ตึก )  ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:  อาคารผู้ป่วยนอกและอาคารผู้ป่วยใน จำนวน 2 หลัง เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็กชั้นเดียวยกพื้นสูง มีถนนคอนกรีตภายใน สิ่งก่อสร้างประกอบด้วย อาคารที่พักอาศัย แฟลต ขนาด 3 ชั้น อาคารโรงครัว จ่ายกลาง ซักฟอก หอประชุม อาคารอเนกประสงค์ จำนวน 2 หลัง อาคารอำนวยการชั้นเดียว อาคารคลังยาและวัสดุทางการแพทย์เวชภัณฑ์มิใช่ยา อาคารผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด อาคารแพทย์แผนไทยและทางเลือก อาคารศูนย์ข้อมูลและคลินิกคลายเครียด โรงพัสดุ จำนวน 2 หลัง โรงพักขยะติดเชื้อ เตาเผาขยะ ศาลาพักญาติ จำนวน 2 หลัง อาคารจอดรถ บุคลากร ผู้มารับบริการ ผู้พิการ ทั้งบริเวณด้านหน้าและหลัง โรงอาหารสำหรับญาติและบุคลากร และลานอเนกประสงค์สำหรับออกกำลังกาย  มีระบบสนับสนุน ได้แก่ ระบบประปา ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบการกำจัดขยะ ระบบสำรองไฟ ระบบรักษาความ  ปลอดภัย (กล้องวงจรปิด มีเส้นทางจราจรภายใน ประตู เข้าออก 2 ทาง กริ่งสัญญาณเตือนภัย /Nurse call )  เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:  1. ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่สำคัญ ได้แก่ เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ เครื่องUltrasound EKG Patient monitor Drop tone Infusion pump เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต แบบอัตโนมัติ แบบสอดแขน แบบวัดมือ เครื่อง Suction เป็นต้น  2. รถพยาบาล ระดับสูง จำนวน 4 คัน  3. ระบบวิทยุสื่อสารทางไกล  4. ระบบ Inter – Intra net  5. เครื่องซักผ้า เครื่องอบผ้า เครื่องนึ่งอบไอน้ำ  6. เครื่องปั่นไฟ  **iii . กระบวนการ :**  **II -3. 1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ**  **(1)** ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ   * แยกอาคารผู้ป่วยเรื้อรัง (ไม่รวมคลินิกวัณโรค)ออกจากระบบผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัด ความรวดเร็วในการ และป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น เบาหวาน เป็นต้น * แยกคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ฝากครรภ์ วัคซีนเด็ก ออกจากระบบผู้ป่วยนอกเช่นกัน เพื่อความสะดวก และมีเวลาให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่างๆ * สร้างจุดเก็บเสมหะแยกห่างจากอาคารเพื่อปราศจากเชื้อ และมีจุดคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไอ ออกจากบริเวณ OPD ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อจากการไอจามได้รวดเร็วขึ้น และหากตรวจพบว่าเป็นวัณโรค ก็จะส่งต่อที่คลินิกวัณโรคซึ่งแยกอาคารจากตึกผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไปที่คลินิกวัณโรคโดยไม่ต้องยื่นบัตรตามระบบเพื่อลดขั้นตอนและลดการกระจายเชื้อ * โรงพยาบาลตระหนักถึงการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จึงได้สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกขึ้น เช่น ทางลาด ห้องน้ำ ผู้พิการ ราวจับในห้องน้ำ กริ่งขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ/ห้องพิเศษ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือได้ทันท่วงทีในกรณีฉุกเฉิน * ห้องฉุกเฉินขยายห้องให้มีโซนฟื้นคืนชีพเพื่อความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน/แยกห้องฉีดยาทำแผล /พ่นยา ปีเพื่อลดความแออัดของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน * มีการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่2 (ขอนแก่น)ทุกปี   (2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่ และการรักษาความปลอดภัย   * มีคณะกรรมการ ENV รับผิดชอบในการกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย และนำเสนอผู้บริหาร และคณะกรรมบริหารเป็นระยะ * คณะกรรมการมีแผนในการตรวจสอบ บำรุงรักษา และแก้ไขเพื่อให้มั่นใจได้ว่ามีความปลอดภัยในสถานที่ ดังนี้ * ศูนย์วิศวกรรมฯ ตรวจสอบโครงสร้างและความปลอดภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง * ผู้รับผิดชอบงานและคณะกรรมประเมินปีละ 1 ครั้งโดยใช้เครื่องมือกรมสนับสนุนบริการวิชาการ * คณะกรรมการเดินสำรวจทุก 1-2 เดือนเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * รับรายงานความเสี่ยงจากแผนกที่ประสบเหตุการณ์ * มีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเป็นผู้ดูแลกำกับการฝึกอบรม การซ้อมแผนอัคคีภัย และมีการสำรวจและติดตามผลและให้   เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละหน่วยเสนอแจ้งซ่อมบำรุง และในด้านความปลอดภัยมียามรักษาความปลอดภัยดูแลพื้นที่ โรงพยาบาลทั้งกลางวันและกลางคืนตลอด 24 ชั่วโมง  (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย(ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)   * คณะกรรมการมีการเดินสำรวจทุก 1-2 เดือนเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก สำหรับในปีนี้มีการค้นพบและดำเนินการแก้ไขดังนี้ * การตีเส้นจราจรภายในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยได้จัดบริเวณ   - สำหรับพักผ่อนและบอร์ดให้ความรู้ตามจุดต่างๆ  - จัดทำหลังคาบริเวณทางเดินเพื่อป้องกันแดดและฝนเพื่อความสะดวกและปลอดภัย  - มีบันทึกรายงายการแจ้งซ่อมวัสดุครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง สาธารณูปโภค อาคารที่ชำรุด  - มีการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น  (4)ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน   * ในระดับหน่วยงานมีการตรวจสอบความเสี่ยงทุกวัน เมื่อพบปัญหามีการจัดการเบื้องต้นตามสภาพปัญหา * ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น การแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้รับบริการจึงได้มีการปรับปรุงระบบการให้บริการโดย การจัด Zoning การให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินได้ทันท่วงที * ความเสี่ยงในการลื่นล้มของผู้ป่วย ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างภายใน เช่น มีราวจับ มีป้ายเตือนทางลาด ทางต่างระดับ มีทางลาดและห้องน้ำสำหรับผู้พิการ มีการเพิ่มช่องทางด่วนในการให้บริการ * การสร้างอาคารเพื่อแยกผู้ป่วย TB / HIV ออกจาก OPD เพื่อไปรับบริการที่คลินิกพิเศษ * การสร้างห้อง Negative Pressure และห้อง Positive Pressure เพื่อดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ และ รับเชื้อ   มีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการเก็บที่เหมาะสม 5)มีระบบการจัดการอุบัติการณ์ โดยผ่านคณะกรรมการ ENVและIC RM ทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ขยะติดเชื้อและวัสดุมีคมมีการจัดการขนย้ายไปพักที่อาคารที่พักขยะติดเชื้อมีการส่งกำจัดกับบริษัทเอกชนที่ได้มาตรฐานและมีใบอนุญาต 2)ขยะอันตราย ได้แก่ หลอดไฟ,ถ่านไฟฉาย,ตลับหมึกเครื่องปริ้นต่างๆ, ปากกาเคมี มีการเก็บรวบรวม และส่งกำจัดกับเทศบาล ตามลำดับ 3)บุคลากรที่ได้รับอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ของมีคม ทิ่มตำ ได้รับการดูแล 100% ( ปี 2558 พบอุบัติการณ์ 2 ครั้งปี 2559 ไม่พบอุบัติการณ์ ปี 2560 พบอุบัติการณ์ 5 ครั้ง,ปี2561 พบอุบัติการณ์ 4 ครั้ง,ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 3 ครั้ง)  **II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน**  **(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบ/ความต้องการบริการ บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ**   * ไฟฟ้าลัดวงจร * อัคคีภัย * อันตรายจากถังออกซิเจน * ฟ้าผ่า * อุบัติเหตุหมู่   **ผลกระทบ/ความต้องการบริการ**   * ไฟฟ้าลัดวงจร อัคคีภัยและฟ้าผ่ามีผลกระทบต่อเครื่องมือทางการแพทย์ ระบบไฟฟ้า ระบบการสื่อสาร การให้บริการ * อันตรายจากถังออกซิเจนมีผลกระทบต่อระบบการบริการผู้ป่วย   **บทเรียน**   * จากการเฝ้าระวังความเสี่ยงและอุบัติการณ์พบว่าเกิดไฟฟ้าลัดวงจรและมีอุบัติการณ์ไฟไหม้ห้องบริหารทำให้เกิดความเสียหายต่อเครื่องมือ วัสดุสำนักงานและเอกสารของทางราชการ ทำให้นำสู่การวางมาตรการที่เข้มงวด เพิ่มสมรรถนะการใช้ถังดับเพลิง สร้างมาตรการในการถอดปลั๊ก ไฟฟ้าทุกครั้งหลังใช้งาน เพิ่มระดับความเข้มงวดในการตรวจตราของยาม ในช่วงยามวิกาล   บทเรียนที่ได้รับ **:**  จากการซ้อมแผนอัคคีภัยพบว่า เกิดปัญหาในการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในการแจ้งเหตุเมื่อเกิดอัคคีภัย และแผนผังการหนีไฟแต่ละหน่วยงานและบุคลากรยังขาดความรู้และแนวทางปฏิบัติตามบทบาทตนเอง  การปรับปรุง : ให้แต่ละหน่วยงานจัดทำแผนผังการหนีไฟและแผนการอพยพเคลื่อนย้ายในแต่ละหน่วย งานจัดทำคู่มือการป้องกันและระงับอัคคีภัยในทุกหน่วยงานโดยหัวหน้าตึก หัวหน้างานทุกงานต้องทบทวนแผนอพยพหนีไฟให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้  (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย  : เป้าหมายเพื่อให้อุปกรณ์และเครื่องมือมีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยที่ได้มาตรฐานได้มีการ 1)มอบหมายเจ้าหน้าทีในแต่ละจุดบริการตรวจสอบทุกเดือน บำรุงรักษาอุปกรณ์โดยเฉพาะตรวจสอบจุดเสี่ยงที่อาจจะเกิดอัคคีภัย 2)มีทีม ENV round ทุก 1 เดือน 3)จัดทำคู่มือดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า 4)มีการเตรียมความพร้อมถังดับเพลิงให้พอเพียงเหมาะสมกับประเภทใช้งานและมีการตรวจสอบอยู่อย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือน 5)มีการตรวจสอบ  สัญญาณเตือนให้พร้อมใช้งาน ผลลัพธ์ที่ได้1.ถังดับเพลิงมีทั้งหมด 30 ถัง( สีเขียว A-B-C ) มีความพร้อมใช้  2.มีเหตุการณ์อัคคีภัยในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 ปี มีระบบการแจ้งเตือนอัคคีภัย ในจุดเสี่ยง มีการวางแผนวางระบบให้ครอบคลุมทุกอาคาร  **II -3.2 ก.เครื่องมือ**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | | 1.ร้อยละเครื่องมือแพทย์ที่กำหนดได้รับที่กำหนดได้รับการสอบเทียบตามเกณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 100 | 100 | 100 | 100 | | 2. อัตราความพร้อมใช้เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน (%) | 100 | 98 | 98 | 99 | | 3. อัตราความเพียงพอของเครื่องมือ | 100 | 100 | 100 | 100 | | 4. อัตราบุคลากรในหน่วยบริการได้รับการสาธิตการใช้เครื่องมือใหม่ | 100 | 100 | 100 | 100 |   **บริบท**  **บริบท**  ทีมเครื่องมือทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลที่หน่วยงานบริการ กำหนดความต้องต้องการใช้เครื่องมือภายในหน่วยงานแล้วเสนอผ่านคณะกรรมการบริหาร เพื่อจัดทำแผนการจัดหา คัดเลือก ครุภัณฑ์/อุปกรณ์แพทย์ ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ผู้ใช้กำหนด เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีเครื่องมือที่มีคุณภาพ เพียงพอ ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ  (1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา   * ทีมนำเครื่องมือมีแผนการจัดหาเครื่องมือ โดยทีมมีการสำรวจความเพียงพอของเครื่องมือที่จำเป็นในหน่วยงานสอดคล้องต่อการบริการผู้ป่วย * โรงพยาบาลมีเครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐาน สปสช. โดยประเมินปีละ 1 ครั้ง * โรงพยาบาลมีการกำหนดเครื่องมือที่จำเป็นตามมาตรฐานครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นตามมาตรฐาน โรงพยาบาลเครือข่ายระดับ F2 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข * มีการวางแผนจัดหาร่วมกันกับผู้ใช้งานตามความจำเป็นของหน่วยงานโดยเสนอแผนความต้องการใช้เครื่องมือราคาสูง ปีละ 1 ครั้ง   (2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้   * ทุกหน่วยงานมีการจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ นำเสนอให้กับทีมเครื่องมือ รวบรวมส่งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสอดคล้องกับแผนการรายงานอุบัติการณ์ สถิติผู้รับบริการแต่ละแผนก ลักษณะงานบริการ นำข้อมูลร่วมกันพิจารณาความเพียงพอ และวางแผนตอบสนองตามความจำเป็น โดยมีการจำแนกเครื่องมือเป็น 4 กลุ่ม และเรียงตามความสำคัญ ดังนี้   1. กลุ่มเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง คือ เครื่องมือกลุ่มช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ เครื่องกระตุ้นหัวใจ, Ambu bag, Laryngoscope, Suction Vacuum, Transport Incubator, Incubator  2. กลุ่มเครื่องมือที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ได้แก่ Infusion Pump, Radiant Warmer, เครื่องจี้ไฟฟ้า, เครื่อง Photo  3. กลุ่มเครื่องมือที่มีความเสี่ยงน้อย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัย ได้แก่ เครื่องเอกซ์เรย์, เครื่อง EKG, เครื่อง Ultrasound, เครื่องปั่นแยกเลือดและปัสสาวะ, เครื่องตรวจวิเคราะห์เคมี-ชีวะ, เครื่องตรวจ CBC, เครื่องตรวจ NST, เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด, Microfilament, Oxygen Saturation, เครื่องตรวจ Monitoring BP, Drop tone, NST, MB, Pulse Oximeter, Patient Monitor, เครื่องตรวจ Electrolyte, เครื่องวัดความดันโลหิต  4. เครื่องมือสนับสนุนการรักษาและการให้บริการ ได้แก่ รถส่งต่อ ไฟสำรองและไฟฉุกเฉิน เครื่องนึ่งปราศจากเชื้อ เครื่องคอมพิวเตอร์ Program HOS XP, เครื่องใช้ทั่วไป ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก, หม้อนอน เป็นต้น   * กระบวนการจัดหา   1. หน่วยงานกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องอยู่ในหน่วยงาน กำหนดให้หน่วยงานที่มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤติมาก หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด/วิสัญญีฯ หอผู้ป่วยใน ต้องมีเครื่องมือวิกฤติครบ เครื่องมือที่ต้องมี คือ Defibrillator Laryngoscope เครื่อง Suction Ambu bag และถังออกซิเจนต่อสายให้พร้อมใช้ รถช่วยชีวิตฉุกเฉินพร้อมใช้  2. หน่วยงานที่มีความเสี่ยงระดับรองลงมา เช่น งานทันตกรรม งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานรังสีวินิจฉัยเครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน แต่ไม่มีเครื่อง Defibrillator มีแผนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่ใกล้เคียงและมีอุปกรณ์พร้อม และมีการตรวจสอบระบบโดยเหตุการณ์สมมติสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและเคลื่อนย้าย ใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที ทุกหน่วยงาน  3. กำหนดให้มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและจัดเก็บอย่างถูกวิธี  4. กรณีเครื่องมือมีปัญหาขัดข้องขณะใช้งาน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หากหน่วยงานแก้ไขไม่ได้ ช่างของโรงพยาบาลจะมาประเมินภายใน 30 นาที และถ้าซ่อมไม่ได้ พัสดุจะส่งซ่อมไปยังหน่วยงานภายนอกประกันเวลา 30 วัน  5. การส่งซ่อมภายนอกจะได้รับการดำเนินการภายใน 1 สัปดาห์ โดยงานพัสดุ ประมาณการแล้วเสร็จ แจ้งให้หน่วยงานทราบหากเกินกำหนด งานพัสดุต้องแจ้งให้หน่วยงานทราบทุกสัปดาห์  - ให้หน่วยงานมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือตามความสำคัญ เช่น Laryngoscope ทุกเวร เครื่องกระตุกหัวใจ ทุกวัน ผลการสุ่มตรวจสอบ ทุกหน่วยงาน มีการตรวจสอบตามมาตรฐาน  - ให้มีผู้รับผิดชอบเครื่องมือและจัดให้มีคู่มือการใช้งานอย่างง่ายในเครื่องมือที่ซับซ้อนในหน่วยงาน เช่น เครื่องตรวจเคลื่อนไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุกหัวใจ ปฏิบัติได้ทุกหน่วยงาน  - ให้มีการทบทวนและซักซ้อมการใช้เครื่องมือที่สำคัญ แต่มีความถี่ในการใช้งานน้อยในแต่ละหน่วยงาน เครื่องมือแพทย์จะได้รับการสอบเทียบทุกปี  - ให้มีประวัติเครื่องมือที่สำคัญ เช่น เครื่องจี้ เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่อง Monitor เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ วางแผน จัดหา  - มีการสำรองเครื่องมือที่จำเป็นในกรณีชำรุด เพื่อให้พร้อมใช้ทันที ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต Laryngoscope เครื่องดูดเสมหะ Infusion Pump Stethoscope ถังขยะ คอมพิวเตอร์   * หน่วยงานที่เครื่องมือแพทย์ชำรุดและไม่มีสำรองใช้ ให้แก้ปัญหาโดยขอยืมเครื่องมือจากหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงยืน * กำหนดคุณลักษณะของเครื่องมือที่จะจัดซื้อจัดหาโดยหน่วยงานที่ใช้มีส่วนร่วม * การจัดซื้อจัดจ้างให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุ   1. เครื่องมือที่มีราคาตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ต้องจัดซื้อด้วยการสอบราคา ใช้เวลาการจัดซื้อจนถึงเวลาที่เครื่องมือถึงมือผู้ใช้ เวลา 60 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติ  2. เครื่องมือที่มีราคาต่ำกว่า 100,000 ต้องจัดซื้อด้วยการตกลงราคา ใช้เวลาการจัดซื้อจนถึงเวลาที่เครื่องมือถึงมือผู้ใช้ เวลา 30 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติ   * การสอบเทียบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ   มีการสอบเทียบเครื่องมือ ปีละ 1 ครั้ง โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 ในกรณีที่ไม่ได้สอบเทียบเครื่องมือ หน่วยงานได้ทวนสอบโดยคณะกรรมการทีมเครื่องมือ  1. ปี 2558 วันที่ 12-13 มีนาคม 2558 มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน 244 รายการ ผ่าน 209 รายการ คิดเป็น 85.65 % ไม่ผ่านการสอบเทียบ 35 รายการ คิดเป็น 14.38 % เครื่องมือที่สอบเทียบความเที่ยงตรงไม่ผ่าน ได้แก่ ตู้อบเด็ก 1 เครื่อง Infusion pump 7 เครื่อง EKG Monitor1 เครื่อง Drop tone 2 เครื่อง BP digital 1 เครื่อง เครื่องผสมสารของเหลว 1 เครื่อง Suction 7 เครื่อง เครื่องดึงกระดูก 1 เครื่อง Ultrasound 1 เครื่อง Oxygen Flowmeter 4 เครื่อง เทอร์โมมิเตอร์วัดตู้เย็น 9 เครื่อง  2. ปี 2559 วันที่ 28-29 มีนาคม 2559 มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน 251 รายการ ผ่าน 221 ราย คิดเป็น 88.05 % ไม่ผ่านการสอบเทียบ 30 รายการ คิดเป็น 11.95 % เครื่องมือที่สอบเทียบความเที่ยงตรงไม่ผ่านได้แก่ เครื่อง Defibrillator จำนวน 2 เครื่อง ,เครื่องจี้ไฟฟ้า จำนวน 1 เครื่อง, Drop tone จำนวน 3 เครื่อง, Vacuum จำนวน 1 เครื่อง ,เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก จำนวน 1 เครื่อง,หม้อต้มพาราฟิน จำนวน 1 เครื่อง,เครื่องส่ายสำหรับผสมของเหลว จำนวน 1 เครื่อง ,Suction จำนวน 4 เครื่อง ,เครื่องดึงกระดูก จำนวน 1 เครื่อง,เครื่อง Ultrasound จำนวน 4 เครื่อง ,เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่ จำนวน 5 เครื่อง ,เครื่องวัดอัตราการไหลของออกซิเจน จำนวน 1 เครื่อง และเทอร์โมมิเตอร์วัดในตู้เก็บเวชภัณฑ์ จำนวน 3 เครื่อง  3. ปี 2560 วันที่ 3-4 กรกฎาคม 2560 มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 60 รายการ ผ่าน 44 รายการ คิดเป็น 73.33% ไม่ผ่านการสอบเทียบ 16 รายการ คิดเป็น 26.66% เครื่องมือที่สอบเทียบความเที่ยงตรงไม่ผ่าน ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า จำนวน 1 เครื่อง เครื่อง Drop tone จำนวน 1 เครื่อง ตู้อบเด็ก จำนวน 1 เครื่อง เครื่อง Infusion pump จำนวน 3 เครื่อง เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 1 เครื่อง เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 3 เครื่อง เครื่องส่ายผสมของเหลว จำนวน 1 เครื่อง เครื่อง Suction จำนวน 1 เครื่อง เครื่อง Ultrasound จำนวน 4 เครื่อง  4. ปี 2561 วันที่ 26-27 มีนาคม 2561 มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 291 รายการ ผ่าน 288 รายการ คิดเป็น 98.96% ไม่ผ่านการสอบเทียบ 3 รายการ คิดเป็น 1.04% แยกเป็น เครื่อง Infusion pump จำนวน 1 เครื่อง รถ Transport Incubator จำนวน 1 เครื่อง เครื่อง Drop tone จำนวน 1 เครื่อง  5. ปี 2562 วันที่ 13-15 พฤษภาคม 2562 มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 322 รายการ ผ่าน 319 รายการ คิดเป็น 99.06% ไม่ผ่านการสอบเทียบ 3 รายการ คิดเป็น 0.94% แยกเป็น เครื่อง Infusion pump จำนวน 2 เครื่อง เครื่อง Suction จำนวน 1 เครื่อง  (3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ   * หน่วยงานมีเครื่องมือขั้นต่ำใช้อย่างเพียงพอ * เครื่องมือวิกฤติฉุกเฉินครบชุดมีพร้อมใช้ในหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย เช่น อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด/วิสัญญีฯ หอผู้ป่วยใน และมีการจัดระบบสำรองให้พร้อมใช้ หากตรวจสอบพบว่าเครื่องมือใช้ไม่ได้หรืออยู่ในระหว่างส่งซ่อม เช่น หากเครื่อง Defibrillator ที่ ตึกผู้ป่วยในชำรุด ให้ใช้เครื่องที่อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมาสำรองใช้ เนื่องจากอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มี 2 เครื่อง หากกรณีสำรองขั้นแรกแล้วยังเกิดปัญหา ให้ใช้วิธีเรียกให้หน่วย * ส่วนในหน่วยให้บริการอื่นๆ ที่มีผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ ทันตกรรม งานรังสีวินิจฉัย จะมี Ambu bag สำรองพร้อมใช้และกำหนดแนวทางในการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน เช่น งานผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษ ทันตกรรมใช้ทีมช่วยเหลือจากอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นต้น จากการติดตามมีเหตุการณ์ที่ต้องเรียกใช้ทีมช่วยเหลือในหน่วยงานทันตกรรมและมีการซ้อมจากการจำลองเหตุการณ์หากเกิดกรณีฉุกเฉิน * ยังมีอุบัติการณ์ที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือตามแนวทางที่กำหนด แก้ไขโดยเพิ่มการตรวจสอบของหัวหน้าหน่วยงาน และสุ่มตรวจสอบโดยทีมเครื่องมือแพทย์ พบว่ามีการปรับปรุงดีขึ้นในปี 2561 สุ่มตรวจยังพบ ดำเนินการแก้ไขโดยกระตุ้นเรื่องการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่อง * การส่งซ่อม การซ่อมภายในปฏิบัติได้ดีตามแนวทางที่กำหนด การส่งซ่อมภายนอกมีความล่าช้า * เจ้าหน้าที่ทุกคนผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือสำคัญ แต่บางส่วนขาดความชำนาญและทักษะเนื่องจากไม่ได้ใช้ จึงกำหนดให้มีการฝึกซ้อมการใช้เครื่องมือปีละ 1 ครั้ง   เครื่องมือวิกฤติฉุกเฉินและเครื่องมือสำคัญได้รับการสอบเทียบร้อยละ 100 ผลการสอบเทียบปี 2562 ส่งผลให้มีการจัดซื้อเครื่องมือเพิ่มเพื่อตอบสนองการบริการของหน่วยงาน เช่น เครื่อง Ultrasound Defibrillator เป็นต้น  **II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค**  (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค  (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค: เพื่อให้ระบบสาธารณูปโภคพร้อมใช้และปลอดภัย และสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ โดยมีการจัดทำผังโครงสร้างและคู่มือของระบบต่างๆให้ครอบคลุม มีทะเบียนการตรวจสอบ การบำรุงรักษาระบบ ดังนี้  1. ระบบไฟฟ้า เป็นหม้อแปลงไฟฟ้าปกติ 1 เครื่อง (400 KW) เปลี่ยนจากเดิม 125 KW บำรุงรักษา โดยช่างเทคนิค ของโรงพยาบาล ตรวจสอบประจำปี จากบริษัท ที่รับติดตั้ง อย่างสม่ำเสมอ  2. ระบบไฟฟ้าสำรอง มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง 2 เครื่อง (200 KW) ได้รับการตรวจสอบจากศูนย์  วิศวกรรมการแพทย์ที่ 2 ขอนแก่น ปีละ 1 ครั้ง  3.ไฟสำรองฉุกเฉินทุกจุดบริการสำคัญและจุดเสี่ยง บำรุงรักษาโดยผู้ใช้งานและช่างเทคนิค ครอบคลุมทุกจุดบริการ  4. ระบบประปา จากระบบประปาเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีการตรวจสอบคุณภาพปีละ 1 ครั้ง ผ่านการประเมินทุกพารามิเตอร์ และมีการขอสนับสนุนการประปาส่วนภูมิภาค กรณีน้ำประปาไม่ไหล  5. ระบบน้ำดื่ม เป็นระบบน้ำจากแหล่งที่ผู้ผลิตผ่านการส่งตรวจที่ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ปีละ 1 ครั้ง ผลการตรวจผ่านเกณฑ์คุณภาพ  6. ระบบแก๊สโรงพยาบาล เป็นระบบถัง ที่ขนส่งจากผู้ผลิต และมีระบบตรวจสอบโดยช่างทุกเดือน  7. ระบบระบายอากาศและเครื่องปรับอากาศ มีช่างตรวจสอบ 2 ครั้ง/ปี การตรวจสอบสามารถใช้งานได้ ทุกจุด  8. ระบบขนส่งและการสื่อสาร 1) หน่วยยานพาหนะมีการตรวจสอบเชิงป้องกัน มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้สามารถพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา2) มีสัญญาณเตือนภัยกรณีเกิดอัคคีภัย3) มีระบบโทรศัพท์ภายในสื่อสารจุดบริการสำคัญ 4) มีเสียงตามสายรับฟัง ได้ทุกจุดบริการ 5) ระบบอินเตอร์เน็ต ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1.มีแผนผังโครงสร้างของระบบสาธารณูปโภค 2.มีอุบัติการณ์น้ำใช้เหลืองขุ่น ได้ดำเนินการแก้ไข จนสะอาดปลอดภัย 3.น้ำดื่มปลอดภัย สามารถให้บริการกับผู้ป่วยได้  (2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์   * ความครอบคลุม ระยะเวลาสำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง : ระบบสำรองไฟ ของโรงพยาบาล   มี 2 เครื่อง ขนาด 200 KW โดยแยก ระบบสำรองไฟของหน่วยบริการ และระบบสำรองไฟของบ้านพักที่อยู่อาศัย  ของเจ้าหน้าที่ สามารถใช้ได้ได้ทันทีภายใน 5 –10วินาที ใช้ได้เป็นระยะเวลา 40 ชั่วโมง /เครื่อง ติดต่อกัน ไม่พบอุบัติการณ์ไฟฉุกเฉิน ไม่ทำงาน  ระบบสำรองแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ : โรงพยาบาลใช้ระบบ ถังออกซิเจน โดยมีจำนวน ถังขนาดใหญ่ 6 ลิตร จำนวน 50 ถัง ขนาดกลาง 1.5 ลิตร 11 ถัง ขนาดเล็ก 0.5 ลิตร จำนวน 13 ถัง บนรถพยาบาล จำนวน 4 คัน จำนวน 8 ถัง เครื่องผลิตออกซิเจน 2 เครื่อง มีความเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ พร้อมใช้ ของออกซิเจน  การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ : ระบบไฟฟ้าได้รับการทดสอบ และบำรุงรักษาจากบริษัทที่จำหน่ายเครื่องไฟฟ้า ให้กับโรงพยาบาล และมีวิธีปฏิบัติในการบำรุงรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการทดสอบระบบทุกวัน โดยช่างเทคนิคของโรงพยาบาล ส่วนออกซิเจนสำหรับบริการผู้ป่วย จะทำการตรวจเช็ดโดยเจ้าหน้าที่ของตึกผู้ป่วยในชาย ทุกวันเวรเช้าโดยมีเกณฑ์ถังออกซิเจนขนาดใหญ่ เปล่า มี จำนวน 10 ถังขึ้นไป จะแจ้งบริษัทเพื่อนำส่งออกซิเจน ผลลัพธ์ ไม่มีอุบัติการณ์ ความไม่เพียงพอของออกซิเจน ในรายงานความเสี่ยง  (3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน   * มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลโดยระบบการรายงานความเสี่ยง ระบบซ่อมบำรุง และจากการประชุม   ประจำเดือน ปัญหาที่พบในช่วงที่ผ่านมา ได้แก่ ไฟฟ้าตกในบางอาคาร เครื่องปรับอากาศชำรุดและซ่อมนาน ระบบน้ำประปาไม่เพียงพอ มีสีเหลืองขุ่น ระบบน้ำดื่มของผู้รับบริการไม่เพียงพอ   * มีแผนพัฒนาการจัดการระบบไฟฟ้า โดยมีการจัดซื้อเครื่องสำรองไฟ เพิ่ม 1 เครื่อง นำเครื่องเดิม ไปใช้ในส่วนของบ้านพักบุคลากรเครื่องสำรองไฟใหม่มาใช้ในส่วนของหน่วยบริการ ระบบประปา มีระบบการจัดการโดย จัดตั้งถังสำรองน้ำรอบๆตัวอาคารทุกหน่วยบริการ นอกจากนั้นขอรถบริการน้ำจากการประปาส่วนภูมิภาค และเทศบาลตำบลโคกพระ สำหรับผู้รับบริการ ตัดระบบน้ำของโรงพยาบาลออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของหน่วยบริการ และบ้านพักบุคลากร ระบบน้ำดื่มของผู้รับบริการ ซื้อถังน้ำสำรองเพิ่มอีกจนเพียงพอ ไม่พบปัญหาน้ำดื่ม น้ำใช้ ขาดแคลน   **II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ**  (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี   * มีการกำหนดนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อการ   ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรและผู้มารับบริการ   * จัดให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร มี   การจัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน สะอาด เป็นระเบียบ ได้แก่ มีพระพุทธรูปที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีที่จอดรถยนต์เพียงพอ มีการแยกจุดตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ มีคลินิกวัณโรคแยกพื้นที่ชัดเจน มีห้องแยกโรค มีสถานที่ให้บริการที่ชัดเจน มีสถานที่พักผ่อนข้างอาคารสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีน้ำดื่มสะอาดให้บริการ มีโทรทัศน์ มีการต้อนรับและให้คำแนะนำจากบุคลากร ผลจากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับดีมาก  (2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้   * จัดให้มีสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วยและผู้มารับบริการอื่นๆ ในเส้นทางระหว่างหน่วยบริการ มีการจัดบอร์ดให้ความรู้ที่จุดบริการทุกจุดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการ ความรู้ต่างๆ เช่น ที่ผู้ป่วยใน NCD คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ห้องคลอด มีที่นั่งรอตรวจ มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านวิทยาการใหม่ๆ ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับดี   (3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ   * ส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภคอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล จัดให้นักโภชนากรมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ตึกผู้ป่วยทุกวัน เน้นการบริโภคเพื่อสุขภาพและบริการน้ำสมุนไพรแก่ผู้มารับบริการที่งานแพทย์แผนไทย จัดประชุมไม่มีอาหารว่างที่เป็นขนม น้ำอัดลม ร้านค้าในรพ.และผู้ที่เข้ามาจำหน่ายอาหารในรพ.ได้รับการตรวจสอบแนะนำให้ปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร เช่น ลดการใช้กล่องโฟม หลอดดูด การใช้หม้อก๋วยเตี๋ยวโดยไร้สารตะกั่ว เป็นต้น นอกจากนั้น สนับสนุการใช้ถุงผ้าแทนถุงยาพลาสติก ลดการใช้ถุงแดงเก็บภาชนะที่ใช้แล้ว เป็นกล่องพลาสติก ทำความสะอาดง่าย   ส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้กำหนดนโยบายการใช้น้ำยาถูพื้น โดยใช้น้ำหมักแทน การใช้แก้วกระดาษใส่น้ำดื่ม เพื่อลดการใช้แก้วพลาสติก จากการสอบถามผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ มีการส่งเสริมให้ชุมชนปลูกผักปลอดสารพิษและเลือกให้มีตลาดนัดสีเขียวที่นำพืชผักปลอดสารพิษมาจำหน่ายในรพ.  **II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม**  (1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:   * โรงพยาบาลมีการบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่สิ่งแวดล้อม โดยระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล เป็นระบบบึงประดิษฐ์วิศวกรรม   ถังเกรอะกรองไร้อากาศ โดยมีระบบถังหมักของเสีย 3 ถัง ไว้ปล่อยกากของเสียลงสู่ลานตากตะกอน หยดคลอรีนทุก 2วันในตอนเช้า วันละ ¼ ของถ้วยตวง มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม มีการส่งตรวจทุก 3 เดือน มี การตรวจค่า PH ค่าคลอรีน ค่า OD ค่าตะกอน และ ค่าพารามิเตอร์ 97.5 ค้นพบปัญหาคือ ในฤดูฝน ปริมาณน้ำฝนมากกว่าปกติ การหยดคลอรีนไม่สม่ำเสมอ เกิดแนวคิดให้ใช้สายน้ำเกลือเพื่อควบคุมการหยดของคลอรีน พัฒนาทักษะผู้ดูแลระบบบำบัด  **(**2) การลดปริมาณของเสีย:   * โรงพยาบาลมีการใช้กระดาษปริมาณมากในแต่ละปี และเพื่อลดผลกระทบของของเสียต่อสิ่งแวดล้อมผู้บริหาร   จึงกำหนดนโยบายให้ใช้กระดาษทั้งสองหน้า ใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติกในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ลดการใช้กล่องโฟมในการจัดประชุม อบรม ลดการใช้สารเคมีที่ไม่จำเป็นทุกประเภทเช่น น้ำยาทำความสะอาดพื้น ลดการใช้ถุงแดงใช้กล่องพลาสติก ลำเลียงเครื่องมือที่ใช้แล้วส่งจ่ายกลาง เกิดนวัตกรรม ขวดนี้มีคุณค่า  (3) การกำจัดขยะ:   * ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับทีมกายภาพและสิ่งแวดล้อมได้กำหนดประเภทขยะ   เส้นทางรับส่งขยะ และผู้รับผิดชอบขยะแต่ละประเภทให้ชัดเจนเพื่อสะดวกต่อการควบคุมกำกับ รวมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ โดยขยะทั่วไปจะมีรถของเทศบาลมารับไปกำจัดต่อ ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย/เคมี จ้างเหมาบริษัท ส.เรืองโรจน์รับขยะติดเชื้อไปทำลาย จัดเก็บ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนขยะรีไซเคิลแต่ละหน่วยงานนำมาจำหน่ายและจัดตั้งเป็นกองทุนองหน่วยงาน ผลจากการดำเนินงานไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้มารับบริการ  (4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:  ระบบสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน โดยการพัฒนาระบบ Green and Clean Hospital ระดับ Plus กำหนดให้พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมลงสู่ชุมชนและเครือข่ายโรงพยาบาลกันทรวิชัย เน้นเรื่องการจัดการปัญหาขยะในชุมชน โดยพัฒนาให้ชุมชนรู้จักการแยกขยะ เช่น ขยะเปียกจากครัว ขยะรีไซเคิล โดยจุดแข็งผ่านเกณฑ์ชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง มีระบบการจัดการปัญหาที่ดี เช่น หลุมขยะ เป็นต้น  IV ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ  รางวัล Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2562  V แผนการพัฒนา   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Scre | DALI Gap | ประเด็นพัฒนา ใน 1-2 ปี | | 41.ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุของเสียอันตราย | 4 | DALI | - ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร ในส่วนที่ชำรุด  - ส่งเสริมให้บุคลากร มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา  - พัฒนากระบวนการนิเทศ กำกับ ติดตาม | | 42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉินและการป้องกันอัคคีภัย | 4 | DALI | - จัดการซ้อมแผน ในหน่วยงานที่มีทางเข้า - ออกทางเดียว  - มีการซ้อมและปรับปรุงแผนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นประจำทุกปี | | 43.ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค | 4 | DALI | - พัฒนาศักยภาพช่างซ่อมบำรุง  - จัดตั้งศูนย์สำรองเครื่องมือ  - วางแผนและปรับปรุงระบบน้ำในหน่วยงานเสี่ยงสูง คือ OR LR ทันตกรรม จ่ายกลาง-ซักฟอก โรงครัว  - พัฒนากระบวนการนิเทศ กำกับ ติดตาม |   **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**  **i. ผลลัพธ์**  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล /1000 pt.day | ≤ 0.3 | 0.22 | 0.16 | 0.61 | 0.32 | 0 | | อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1000 cath.day | ≤ 5 | 2.34 | 2.74 | 2.26 | 0 | 0 | | อัตราการติดเชื้อแผล Episiotomy | ≤ 2 | 1.47 | 0 | 2.87 | 1.79 | 0 | | อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 | 0 | 0.08 | 0.07 | 0 | 0.08 | 0 | | อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 3 – 4 | 0 | 0 | 0 | 1 / 1ราย  100% | 0 | 0 | | อุบัติการณ์เข็มทิ่มตำจากการปฏิบัติงาน (ราย) | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 4 | | อัตราการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (ราย) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | อัตราการใช้ PPE เหมาะสม | ≥ 80% | 88.82 | 88.90 | 90.72 | 89.60 | 85.25 | | อัตราการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน (สังเกต) | ≥ 8% | 82.37 | 81.25 | 82.12 | 84.75 | 83.36 | | อัตราการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน(ทดสอบ) | ≥ 80% | 98.3 | 96.08 | 97.14 | 98.25 | 97.21 | | อัตราการล้างมือตามหลัก My 5 Moments | ≥ 80% | 8.88 | 80.62 | 85.71 | 81.47 | 80.23 | | อัตราการแยกขยะติดเชื้อถูกต้องจากจุดกำเนิด | ≥ 80% | 93.5 | 81.50 | 94.90 | 99.85 | 96.86 |   **ii. บริบท**  จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ:  เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 50 เตียง ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในกลุ่มโรคที่ไม่ซับซ้อนซึ่งมีทั้งโรคทั่วไป โรคติดเชื้อและโรคติดต่อ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม  ระยะทาง 16 กิโลเมตร ใช้เวลา 30 นาที เปิดให้บริการห้องผ่าตัดเล็กเฉพาะทำหมันหญิงหลังคลอดและผ่าตัดเล็ก Excision คนไข้ที่รับไว้ค้างคืนประกอบด้วยหอผู้ป่วยใน และห้องคลอด ผู้ป่วยในมีจำนวนเตียงทั้งหมด 60 เตียงแยกเป็นผู้ป่วยชาย 30 เตียง ผู้ป่วยหญิง 30 เตียง ห้อง Positive 1 ห้อง , ห้อง Negative 1 ห้อง , ห้องแยกโรค 1 ห้อง ส่วนห้องคลอดมีบริการ 7 เตียงรอคลอด 3เตียงหลังคลอด 4 เตียง รวมให้บริการจริงทั้งหมด 60 เตียง  บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:  1. การติดเชื้อและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ(phlebitis) ระดับ 3-4 2.การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน 3.การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ 4. การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ 5. การติดเชื้อที่ตาทารก 6.การติดเชื้อที่สะดือทารก 7.การติดเชื้อจากการผ่าตัด 8.การติดเชื้อแผลกดทับระดับ 3-4 9. บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค , ไข้หวัดใหญ่ , ไวรัสตับอักเสบบี  การติดเชื้อสำคัญ:  ปี 2554 พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 1 ครั้งที่ตึกผู้ป่วยใน เกิด Phlebitis 1 ครั้ง ที่ตึกผู้ป่วยในปี 2556 พบการติดเชื้อแผล Episiotomy 1 ครั้ง ที่งานห้องคลอด  ปี 2557 พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 1 ครั้งที่ตึกผู้ป่วยใน เกิด  Phlebitis 1 ครั้ง ที่ตึกผู้ป่วยใน และการติดเชื้อแผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอด 1 ครั้งที่งานห้องผ่าตัด  ปี 2559 พบการติดเชื้อ 2 ราย คือ Phlebitis ระดับ 3-4 จำนวน 1 รายและ CAUTI จำนวน 1 ราย  ปี 2560 พบการติดเชื้อ 7 ราย คือ CAUTI จำนวน 1 ราย และ การติดเชื้อแผล Episiotomy 4 ครั้ง  ที่งานห้องคลอด แผลกดทับระดับ 3-4 จำนวน 1 ราย HAP จำนวน 1 ราย  ปี 2561 พบการติดเชื้อ 4 ราย คือ Phlebitis ระดับ 3-4 จำนวน 1 รายและ CAUTI จำนวน 1 ราย  การติดเชื้อแผล Episiotomy 2 ครั้ง ที่งานห้องคลอด  ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ การติดเชื้อ  โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:  มีผู้ป่วยรับRefer กลับเพื่อดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน/ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมารับยาต่อ เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยจาก รพ. อื่น ส่วน ใหญ่เป็นผู้ป่วย MRDO / MRSA ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น MRSA / MRD , ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไปหรือ โรงพยาบาลศูนย์เป็นเวลานานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน ICU และต้องใส่ท่อช่วยหายใจรับย้ายจากโรงพยาบาลมหาสารคาม,โรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น Refer มารับยายาปฏิชีวนะต่อเนื่อง และรับยาผู้ป่วยวัณโรค MDX มีมาตรการในการรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่ว่าจะระบุในใบส่งตัวว่าติดเชื้อดื้อยาหรือไม่ก็ตามและ ใช้มาตรการ contract precaution ตั้งแต่ ER , OPD ผู้ป่วยในจัดให้นอนห้องแยกโรค หรือแยกพื้นที่เฉพาะ เน้นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมถุงมือในการทำหัตถการ ติดป้ายหน้า chart หน้าห้อง/ปลายเตียงให้เห็นชัดเจน มีโซนติดเชื้อกรณีผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำก็จัดไว้ในส่วนห้อง Positive  โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:  มีผู้ป่วยรับRefer กลับเพื่อดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน/ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมารับยาต่อ เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยจาก รพ. อื่น ส่วน ใหญ่เป็นผู้ป่วย MRDO / MRSA ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น MRSA / MRD , ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไปหรือ โรงพยาบาลศูนย์เป็นเวลานานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน ICU และต้องใส่ท่อช่วยหายใจรับย้ายจากโรงพยาบาลมหาสารคาม,โรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น Refer มารับยายาปฏิชีวนะต่อเนื่อง และรับยาผู้ป่วยวัณโรค MDX มีมาตรการในการรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่ว่าจะระบุในใบส่งตัวว่าติดเชื้อดื้อยาหรือไม่ก็ตามและ ใช้มาตรการ contract precaution ตั้งแต่ ER , OPD ผู้ป่วยในจัดให้นอนห้องแยกโรค หรือแยกพื้นที่เฉพาะ เน้นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมถุงมือในการทำหัตถการ ติดป้ายหน้า chart หน้าห้อง/ปลายเตียงให้เห็นชัดเจน มีโซนติดเชื้อกรณีผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำก็จัดไว้ในส่วนห้อง Positive  วงจรตั้งแต่แรกรับจนถึงชุมชน โดยมีการคัดกรองตั้งแต่แรกที่ผู้รับบริการที่สงสัยมายื่นบัตรในรายใหม่หลังจากซักประวัติ เจ้าหน้าที่นำส่งผู้ป่วยที่จุดนั่งรอที่จัดไว้ที่ห้องเบอร์ 19 เจ้าหน้าทีเจาะสิ่งส่งตรวจเมื่อได้ผลตรวจแล้วเข้าเอ็กซ์เรย์และรอพบแพทย์และให้ความรู้และรับยาในรายเก่าคนไข้จะไปรอที่จุดรอหรือคลินิคTB ผู้ดูแลใกล้ชิด/ผู้สัมผัสทุกรายจะได้รับความรู้ในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อและได้รับการคัดกรองทุกราย มีกิจกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี2560 -62 มีนวัตกรรม” การใช้ระบบ TCTC ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ ห้องเก็บเสมหะผู้ป่วยวัณโรค ในคลินิกวัณโรค  (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม  การป้องกันการติดเชื้อและควบคุมโรควัณโรคของโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีเป้าหมายดังนี้1.จุดคัดกรองมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 2. มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย/ญาติหรือผู้มาติดต่ออื่นๆในหน่วยบริการทุกหน่วย 3. กำหนดพื้นที่บริการเป็นแบบ one way ในการคัดกรองวัณโรค 4. การบริการคลินิกวัณโรคเป็น one stop service โดยเป็นอาคารให้บริการเฉพาะโรค 5. กรณีผู้ป่วยมารับบริการนอกเวลาราชการ/ฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะมีการกำหนด zoning ที่เตียงด้านในติดหน้าต่างและปิดเครื่องปรับอากาศ และเปิดพัดลมกรงกระรอก 6. ผู้ป่วยในมีแนวทางแยกพื้นที่ชัดจนสำหรับโรคติดต่อตามการแพร่กระจายเชื้อ มีห้อง Negative pressure 1 ห้อง สำหรับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และจัดห้องแยก (ไม่ใช่ห้อง Negative) สำรอง 1 ห้อง สำหรับกรณีมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมากกว่า 1 คน กรณีมีมากกว่า 2 คน ผู้ป่วยที่เริ่มกินยาวัณโรคก่อน จะอยู่ที่ Cohort ward มีแผนรองรับสำหรับการเตรียม Cohort ward (ซึ่งจากข้อมูลบริการ ปี 2557 มีผู้ป่วยวัณโรค admitted เวลาเดียวกันมากที่สุด 4 คน) ยังไม่พบอุบัติการณ์ในปี 2558-2562 7. ในชุมชน ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและติดเชื้ออื่นๆโดยผู้รับผิดชอบและมีการประสานพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือ มีนวัตกรรม” การใช้ระบบ TCTC ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) บุคลากรในโรงพยาบาลไม่ติดเชื้อวัณโรค 2) บุคลากรสาธารณสุข ประชาชนและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงการคัดกรองวัณโรคมากขึ้นคิดเป็นปี 2560 ร้อยละ100,ปี2561 ร้อยละ100และปี2562 ร้อยละ100  (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ  เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้ 1.มีระบบและมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2.มีคู่มือปฎิบัติงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3.สร้างความตระหนัก การล้างมือโดยการสุ่มประเมินของหน่วยบริการ 4.มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะการปฎิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกปี 5.มีการซ้อมแผนโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำปีละครั้ง ปี 2559 ซ้อมโรค Ebola รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ , ปี 2560 ซ้อม MERS รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ, ปี 2561 ซ้อมโรค MERS รับผู้ป่วยที่ รพสต และปี 2562 ซ้อมโรค Ebola รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ 6.ให้วัคซีนที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่/HB 7.จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองให้ครบตามลักษณะงาน 8.มีการกำกับติดตาม เผ้าระวังโดยทีม SRRT MINIMERT 9.สรุปบทเรียนเพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนางาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)เจ้าหน้าที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 100 2)อัตราการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคลากร ปี2562 ร้อยละ30 และยังอยู่ในช่วงการรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยง 3)บุคลากรสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำปี 2559 = 0 ราย ปี2560 = 4 ราย , ปี2561= 5 ราย, ปี2562 = 4 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 4)ไม่พบการติดเชื้อจากการปฎิบัติงาน  (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย  เพื่อให้มีข้อมูลการดำเนินงานและเกิดความร่วมมีอในการปฏิบัติงานคณะกรรมการมีเป้าหมายประสานความร่วมมือ IPC ทั่วทั้งองค์กรครอบคลุมทุกพื้นที่โดยเชื่อมประสานกับระบบงานพัฒนาคุณภาพดังนี้1.ประกาศนโยบายให้ทราบและถือปฎิบัติทั่วกัน 2.คณะกรรมการ ICจัดประชุม นำเสนอประเด็นปัญหาร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 3.ออกแบบระบบความปลอดภัยในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในทุกหน่วยบริการ เช่น TB , โรคติดเชื้อต่างๆ 4.กำกับ ติดตามประเมินผล ทุก 3 เดือน ผลลัพธ์ 1)บุคลากรทุกงานทุกหน่วยเข้าใจปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 2)บุคลากรบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ เนื่องจากความไม่ตระหนัก , ยังไม่เห็นถึงความสำคัญ นำเข้าสู่แผนการทบทวน และ วางแผนแก้ไข ต่อไป  (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ  เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร ดังนี้1.บุคลากรผ่านการอบรมตามหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลักสูตร 2 สัปดาห์ 2.ICWN ทุกงานผ่านการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.บุคลากรได้รับการฟื้นฟูทักษะและความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4.การจัดทำคู่มืองานIC ให้ทุกหน่วยงาน 5.การสนับสนุนPPE ที่จำเป็นเช่น ผ้าปิดปาก-จมูก หน้ากากN95 ถุงมือ อุปกรณ์ในการล้างมือให้เพียงพอ 6.มีการเชื่อมโยงข้อมูลการติดเชื้อจากโปรแกรม HOSXP การระบาดของโรค เพื่อนำมาวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุง 7.จัดทำแผนการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเข้าในแผนงานโครงการของหน่วยงาน ผลลัพธ์. 1)บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจปฏิบัติตามหลัก standard precaution ร้อยละ 85.89 2)ไม่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อของบุคลากร  (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย  เพื่อให้บุคลากรและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฎิบัติได้ถูกต้อง ดังนี้ 1.ICN ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลักสูตร 2 สัปดาห์ 2.ICWN ทุกงานผ่านการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.บุคลากรได้รับการฟื้นฟูทักษะและความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4.ให้ความรู้หน้างานในการเยี่ยมสำรวจภายใน 5.ในผู้ป่วยทั่วไปให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นรายกรณีของโรคนั้นๆ 6.ในผู้ป่วยTB /ผู้ดูแลให้ความรู้เรื่อการแยกของใช้การสวมผ้าปิดปาก-จมูกและการล้างมือ ทำให้เกิด ผลลัพธ์ 1)บุคลากรทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตาม standard precaution 2)ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติได้เรื่องการแยกของใช้การสวมผ้าปิดปาก-จมูกและการล้างมือ  (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน  เพื่อให้องค์กร ได้เข้าใจบทบาทICNและการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้ 1.มี ICN ทำหน้าที่รับผิดชอบและมีการกำหนดบทบาทร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยมีแพทย์เป็นประธาน 2.มีการกำหนดการประชุมและจัดทำแผนของทีม ICC 3.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม PCT RM ENV PTC ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ICN และICC เข้าใจบทบาทและมีการประสานงานทั้งในระดับหน่วยบริการและองค์กร 2) มีระบบการทำงานเป็นทีมและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน  II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ  (1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance  เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลรวมทั้งจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยวัณโรครายใหม่Admitedทุกรายที่ห้องแยกโรคเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อเป็นการป้องกันควบคุมการติดเชื้อและควบการกินยาให้ครบมีพี่เลี้ยงที่ได้รับการฝึกอบรมคอยดูแลคนไข้ได้รับการเจาะAnti HIV และLFT ทุกราย หลังจำหน่วยในช่วงรักษาเข้มข้น(2เดือน)จะมอบหมายพี่เลี้ยงคอยดูแลให้ความรู้เรื่องการควบคุมกำกับกินยา การสวมผ้าปิดปาก จมูก การกำจัดขยะที่ถูกวิธีและปลอดภัยและนัดตรวจ เสมหะและเอ็กซ์เรย์ปอดทุก1 เดือนจนกว่าจะรับประทานยาครบ 6 เดือนและผลตรวจเป็นลบทำไห้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วย TB ทุกรายที่นอนโรงพยาบาลได้รับการเฝ้าระวังร้อยละ100  (2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance  เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่ทำหัตถการและไม่ได้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยเข้าทำหัตถการผ่าตัดเล็กที่ห้องผ่าตัด เช่น เย็บแผลสะอาด/ Excission กรณีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลจะเก็บข้อมูลจากการกลับมาพบแพทย์ กรณีนอกเขต มีใบส่งตัวให้จนท.รพสต.ประเมินและส่งข้อมูลกลับ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยทุกรายที่ทำหัตถการได้รับการเฝ้าระวังร้อยละ100ไม่พบการติดเชื้อจากการทำหัตถการ  (3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน  เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบข้อมูลการเฝ้าระวังและนำมาปรับปรุงพัฒนางาน  ตัวอย่างเช่น ปี 2560 – 2561 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บงานห้องคลอด จำนวน 6 รายเนื่องจากการทบทวน รพ ไม่สามารถหาสาเหตุที่เป็น Root cause ที่ชัดเจนได้ จึงแก้ปัญหาโดยการป้องกัน ดังนี้ ทบทวนกระบวนการทำหัตถการ ทำคลอด เย็บแผล โดยยึดหลัก Sterile อย่างเคร่งครัด , ดูแลความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ เตียง จากเดิมใช้เฉพาะผงซักฟอก + ALC เพิ่มเติมโดยใช้ 0.5% sodium hypochlorite ระหว่างเคส และ Routine สัปดาห์ละ 1 ครั้ง , แยกโซนอย่างชัดเจน สำหรับทำคลอด ดูแลทาราก เท่านั้น ไม่ให้มีการใช้หัตถการอื่น ทบทวนระบบ RDU อย่างเข้มข้น , เปลี่ยนระยะเวลาของ Set คลอด จากเดิม Re-sterile ทุก 1 เดือน (ใช้พลาสติกหุ้มถึงข้างนอก) เป็น 2 สัปดาห์ (ผ้า 2 ชั้น ) ผลลัพธ์ ไม่พบการติดเชื้อหลังปี 2562 เป็นต้นมา  (4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)  เพื่อบ่งชี้การระบาดได้รวดเร็วและควบคุมการระบาดได้ทันกรณีเกิดโรคระบาด ทีม SRRT ระดับรพ.ระดับอำเภอ ร่วมกับงาน IC ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนการรับมือโรคระบาดทุกปี และกรณีมีโรคระบาดในเขตพื้นที่อื่นๆ คือ ปี 2559 ซ้อมโรค Ebola รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ , ปี 2560 ซ้อม MERS รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ, ปี 2561 ซ้อมโรค MERS รับผู้ป่วยที่ รพสต และปี 2562 ซ้อมโรค Ebola รับผู้ป่วย Walk in เข้ามาที่ รพ ผลลัพธ์ ปี2559-2561 ไม่พบการระบาดของโรคติดเชื้อหรือโรคระบาดใหม่ ระบาดซ้ำ , ปี 2562 พบการระบาดของเชื้อ Zika สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และ ปี2561 ได้รับการประเมินมาตรฐานทีม SRRTระดับดี จากสำนักระบาดวิทยา  II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป  (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ   * Hand hygiene: 1)เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 2)บุคลากร ผู้ป่วย ญาติและผู้มาเยียม มีความตะหนักในการล้างมือจึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1.กำหนดเป็นนโยบายองค์กร 2.ให้ความรู้/สาธิตการล้างมือแก่บุคลกรผู้ป่วย ญาติและผู้มาเยียม 3.ติดภาพการล้างมือ7ขั้นตอนทุกจุดล้างมือ 4.จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอเช่นสบู่เหลว/ผ้าเช็ดมือสะอาด 5.ประเมินการล้างมือเป็นระยะโดยการสังเกต/สอบถาม ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ไม่มีรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2)จากการสังเกตส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติไม่ล้างมือเลย สำหรับบุคลากรจากการสังเกตการณ์ล้างมือ 7 ขั้นตอน พบว่า ล้างมือหลังทำหัตการแต่ไม่ถอดเครื่องประดับ , จำขั้นตอนไม่ครบ การล้างมือ 5 movement พบว่าขาดความตระหนักในส่วนการล้างมือก่อน – หลังสัมผัสผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย * Isolation precautions: เพื่อป้องกันการควบคุมแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วยรายอื่น/บุคลากร/ญาติและผู้มาติดต่อราชการจึงมีแนวปฏิบัติดังนี้ 1.มีห้องแยกโรค(Negaitive presure) 1 ห้องสำหรับรับผู้ป่วยติดเชื้อและกำหนด Zoning ผู้ป่วยติดเชื้อในกรณีมีผู้ป่วยมากกว่า 1 รายแต่ยังไม่ทำการกั้นเป็นสัดส่วนมิดชิด 2.แยกของใช้ผู้ป่วยวัสดุอุปกรณ์และภาชนะใส่อาหารจากผู้ป่วยอื่น 3.จำกัดการเยี่ยม 4.จัดพยาบาลรับผิดชอบการดูแลคนเดียวใน1เวร 5. ปี2562 – 63 มีแผนแยกคลินิก TB เป็นสัดส่วนชัดเจน มากกว่าเดิม ผลลัพธ์ 1)มีห้องแยกโรคเพียงพอในการรองรับผู้ป่วย 2)ไม่แพร่กระจายเชื้อไปยังบุคลอื่น * Standard precaution อื่นๆ: เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ/บุคลากรมีความรู้ปฏิบัติถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกันดังนี้ 1.ให้ความรู้บุคลากรเรื่อง Standard precaution 2.ปฏิบัติการทางการพยาบาลตาม Standard precaution กับผู้ป่วยทุกราย3.สนับสนุนPPEอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดผลลัพธ์ บุคลกรปฏิบัติตาม Standard precaution กับผู้ป่วยทุกรายโดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัย , ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร   การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: เพื่อให้ 1.บุคลากรปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากการทำงาน 2.วัสดุอุปกรณ์ที่นำไปใช้กับผู้ป่วยมีกระบวนการทำความสะอาด/ทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้องมีแนวทางดังนี้ 1.ด้านบุคลากร 1.1.สวมชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานให้ครบตามลักษณะงาน 1.2.มีระเบียบปฏิบ้ติในการทำงานครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2.ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ 2.1.วัสดุอุปกรณ์ปนเปื้อนหลังใช้งานมีระบบแยกประเภทมีคม/ไม่มีมีคม 2.2.เช็ดคราบเลือด/สิ่งสกปรกบนพื้นผิววัสดุอุปกรณ์ก่อนนำลงถังที่มีฝาปิดมิดชิดไม่แช่น้ำ 2. 3.หน่วยจ่ายกลางรับวัสดุอุปกรณ์ไปล้างที่หน่วยจ่ายกลางมีรถเข็นรับอุปกรณ์ที่มิดชิด   * 2.4.แช่อุปกรณ์เครื่องมือในน้ำที่มีส่วนผสมของเอ็นไซม์ในการล้างทำความสะอาด 30 นาที 2.5.ล้างทำความสะอาดตามขั้นตอน/ผึ่งให้แห้ง/ห่ออุปกรณ์ตามประเภทเครื่องมือ 2.6.การทำให้ปราศจากเชื้อมี 2 วิธีคือวัสดุอุปกรณ์ทั่วไปนึ่งโดยเครื่องนึ่งไอน้ำไฟฟ้าและทำการตรวจสอบประสิทธิภาพสูงสุดโดยวิธีทางชีวภาพ วัสดุอุปรณ์ที่เป็นยางหรือพลาสติกส่งอบแก๊สEO ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้เกิดผลลัพธ์ วัสดุอุปกรณ์ได้รับการทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสมไม่พบการติดเชื้อจากการใช้วัสดุอุปกรณ์ * การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ไม่มีจัดบริการ * การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและควบคุมวัสดุอุปกรณ์ที่หมดอายุ single-use ดังนี้ 1.ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ single-use ทุกชนิดว่าสมารถนำกลับมา * ใช้งานซ้ำได้หรือไม่/จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ 2.วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ LINE ต่างๆที่เป็นsingle use ที่หมดอายุขึ้นกับคำแนะนำของผู้ผลิตโดยส่วนมากจะมีข้อห้ามResterile กำจัดโดยทิ้งเป็นขยะติดเชื้อเพื่อเป็นการจัดการที่เหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ไม่มีรายงานการติดเชื้อจากการใช้วัสดุอุปกรณ์ 2) อัตราการ re sterile ) ปี ปี 59 = 139 ชิ้น (ร้อยละ 0.78 ) ปี 60 = 98 ชิ้น(ร้อยละ 0.08 ) ปี 61 = 74 ชิ้น ( ร้อยละ0.05) ปี 62 = 159 (ร้อยละ 0.11 ) เป็นผลจากการทบทวนของงาน LR ปรับเปลี่ยนแนวทางการ Re sterile อุปกรณ์ จาก 1 เดือน เป็น 2 สัปดาห์ และ ตึกต่างๆ มี set เฉพาะ เช่น กรรกไกรตัดกระดูก , Trecheostomy , cutdown , เจาะปอด เป็นต้น มีปริมาณการใช้งานน้อย แต่มีความจำเป็นต้องสต๊อกไว้ในหน่วยงาน   (2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม  เพื่อลดความเสี่ยงและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลการปนเปื้อนเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลดังนี้ 1.กรณีที่มีการก่อสร้างต่อเติมอาคารจะจัดแบ่งพื้นที่กั้นเป็นสัดส่วนป้องกันการปนเปื้อนและฝุ่นละออง 2.จัดให้มีห้องNegative pressure สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อAirborneและDroplet Precaution มีระบบตรวจสอบความพร้อมใช้ภายในโดยบุคลากรหอผู้ป่วยทุกวันและตรวจสอบระบบโดยช่างเทคนิค จากการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่7 ขอนแก่นร่วมกับการประเมินโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยทุกปี 3.จัดทำที่พักขยะติดเชื้อที่เหมาะสมเพียงพอกับปริมาณขยะเพื่อรอบริษัทเอกชนเข้ารับ มีที่ล้างรถขยะต่อลงระบบบำบัดน้ำเสีย ทำให้ผลลัพธ์ ไม่มีรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากร  (3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ  เพื่อสร้างความมั่นใจระบบการป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่เป้าหมายสำคัญ ดังนี้1.แบ่งพื้นที่การใช้งานในหน่วยงานสำคัญ  คือห้องคลอด/ห้องผ่าตัด/หน่วยจ่ายกลางจำกัดคนเข้าออก 2.มีการแบ่งพื้นที่เป็นเขตปนเปื้อน เขตสะอาด เขตปลอดเชื้อในหน่วยงานห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยจ่ายกลาง ซักฟอก โรงครัว 3 เปลี่ยนรองเท้า สวมเสื้อคลุม ทุกครั้งที่เข้าปฏิบัติงานในเขตสะอาดและเขตปลอดเชื้อ 4. เส้นทางเข้าออกเป็นระบบ One-Way ในหน่วยงานจ่ายกลางและซักฟอก คนผ่านบริเวณสะอาดไปสกปรก อุปกรณ์เครื่องมือผ่านบริเวณสกปรกไปบริเวณสะอาด 5. ห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินจัดโซนรับผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไว้เตียงด้านใน เปิดเครื่องปรับอากาศทุกครั้งจะมีการเปิดพัดลมกรงกระรอกด้วย 5. ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดนกและโรคติดเชื้อรุนแรงอื่นๆ ของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) โดยคัดกรองผู้ป่วยนอกทุกราย โดยกำหนดจุดคัดกรองชัดเจน และแยกตรวจกรณีสงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่อาจแพร่กระจายเชื้อ ในห้องตรวจโรคแยกโรค เบอร์ 19 เช่น ตาแดง, จัดคลินิกตรวจแยกเฉพาะวัณโรคปอด ผลลัพธ์ ไม่มีรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล  II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ  (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร  เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรจึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1.มีระเบียบปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำคัญองค์การเช่นการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ , การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ , แผลฝีเย็บ เป็นต้น 2. มีการติดตามตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อทราบสถานการณ์การติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรทุกเดือน 3.ทบทวนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติให้ทันสมัยตามหลักวิชาการ 4.มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สำคัญโดยมอบหมาย ICWN เป็นผู้รายงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ปี 2559 พบการติดเชื้อ 2 ราย คือ Phlebitis ระดับ 3-4 จำนวน 1 รายและ CAUTI จำนวน 1 ราย , ปี 2560 พบการติดเชื้อ 5 ราย คือ CAUTI จำนวน 1 ราย และ การติดเชื้อแผล Episiotomy 4 ครั้งที่งานห้องคลอด , ปี 2561 พบการติดเชื้อ 4 ราย คือ Phlebitis ระดับ 3-4 จำนวน 1 รายและ CAUTI จำนวน 1 ราย , การติดเชื้อแผล Episiotomy 2 ครั้ง ที่งานห้องคลอด , ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ การติดเชื้อ ได้ปรับปรุงระบบงานห้องคลอด ทั้งทางด้านโครงสร้าง , การทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ ,การปรับระบบยา RDU (การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม )  (2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่  เพื่อลดความเสี่ยงในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อซึ่งมีระเบียบปฏิบัติดังนี้  1.ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตเช่น HIVให้การดูแลและปฏิบัติตามStandard precaution แยกอุปกรณ์ของใช้จากผู้ป่วยอื่นมีภาชนะรองรับต่างหากและเขียนป้ายติดทุกครั้ง 2. ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ เช่น ผู้ป่วยCA หลังได้รับเคมีบำบัดและค่าเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำกว่า 500 /µl มีห้องแยกปลอดเชื้อสำหรับคนไข้ภูมิต้านทานต่ำ (ห้อง Positive ) 1 ห้องกรณีมีผู้ป่วยมากว่า 1 รายใช้ห้องพิเศษเดี่ยวสำหรับรองรับหรือจัดZoning เตียงผู้ป่วยบริเวณ Nurse station การปฏิบัติของบุคลากรที่ดูแลคือการล้างมือ ล้างมือแบบ Hygienic Handwashing ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย จำกัดการเยี่ยมและของเยี่ยมเช่นห้ามผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ/แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นเข้าเยี่ยม 3. การติดเชื้อดื้อยา ยังไม่มีผู้ป่วยดื้อยาในโรงพยาบาลแต่หน่วยงานมีโอกาสรับผู้ป่วยจากการRefer กลับเพื่อให้ยา/รักษาต่อเนื่อง แนวทางการดูแลกรณีพบผู้ป่วยคือ ขอข้อมูลผู้ป่วยก่อนรับRefer กลับ ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส(contact  precaution) จัดzoning ในโซนติดเชื้อ 4.โรคอุบัติใหม่เช่นโรคระบาด มีแนวทางปฏิบัติตามหลักการ SRRT ที่พบในปี 2562 คือ ไข้ Zika ได้เปิดระบบ EOC ตามแนวทาง SRRT ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ไม่พบการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ 2)จากปี2557-2561 ยังไม่พบเชื้ออุบัติใหม่ในเขตรับผิดชอบ ปี 2562 พบZika แต่สามารถควบคุมได้ สามารถปิดระบบ EOC ได้ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ  (3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน  เพื่อให้บุคลากรที่สัมผัสได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามแนวทางที่กำหนดขององค์กรดังนี้ 1.มีแนวทางทางในการปฏิบัติหลังเกิดอุบัติการณ์สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง/ของมีคมทิ่มตำหรือติดเชื้อจากการปฏิบัติงานเป็นที่รับทราบทั่วกัน2. ติดตามเยี่ยม สอบถามให้กำลังใจ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) จากปี 2559-2562 เกิดอุบัติการณ์ 13 รายได้รับการดูแลร้อยละ100 2)ไม่พบการเจ็บป่วย/ติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีนวัตกรรม การใช้ระบบ TCTC ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนและห้องเก็บเสมหะผู้ป้วยวัณโรค ในคลินิกวัณโรค * นวัตกรรม “ ลดขยะถุงแดง...โดยใช้กล่องปิดล๊อค... ลด Cost โรงพยาบาล” , ซองซีลใช้แล้วมีคุณค่า ... อะอ๊ะโปรดอย่าทิ้ง , ขวดนี้มีคุณค่า จากหน่วยจ่ายกลาง * การบริหารจัดการระบบขยะติดเชื้อ CUP กันทรวิชัย มีนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ รถเข็นขยะติดเชื้อ “ ไม่ต้องแพง...แต่ต้องแดงไว้ก่อน ”   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 1. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | 3.5 | ALI | - เพิ่มศักยภาพICWN หน่วยงานIPD/ER/LR โดยส่งอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ ให้ครบทุกหน่วยงานให้บริการผู้ป่วย | | 1. การเฝ้าระังและควบคุมการติดเชื้อ | 3.5 | ALI | - สร้างความตระหนักการล้างมือของบุคลกร/ผู้ป่วย/ญาติและผู้มาเยือน , ระบบการทิ้งขยะผิดประเภท  - ติดตามผลการควบคุมกำกับการปฏิบัติตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงทุก 3 เดือน และเมื่อมีเหตุการณ์เร่งด่วน | | 1. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป | 3.5 | ALI | - การปฏิบัติตามแนวทางในคู่มือปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด | | 1. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ | 3.5 | ALI | - สร้างความตระหนักให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้  - ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือนและทบทวนผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเมื่อมีอุบัติการณ์  - พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย |   **II-5 ระบบเวชระเบียน**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **256** | | อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก  ( External Audit ) | ≥ 80% | 78.10 | 91.61 | 86.77 | 91.25 | 93.36 | | อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ( External Audit ) | ≥ 85% | 91.06 | 95.99 | 94.25 | 94.75 | 89.51 | | ร้อยละความครบถ้วนทันเวลาของการส่งเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในโปรแกรม(E-Claim)เวชระเบียนผู้ป่วยใน | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 99.98 | | ค่า CMI | > 0.6 | 0.58 | 0.56 | 0.56 | 0.55 | 0.54 |   **ii. บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ซึ่ง ประกอบด้วยตัวแทนจากสหวิชาชีพของทุกหน่วยงาน ทำหน้าที่วางแผน ออกแบบ ระบบบริหารเวชระเบียนและสารสนเทศ กำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บรักษา การเข้าถึงและการทำลาย เวชระเบียน  **ปริมาณผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน:**  หมายเหตุ : นับจำนวนผู้ป่วยทุกรายที่มา visit โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 300 ครั้ง/วัน และจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย  16 คน/วัน   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปริมาณ** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562(11 เดือน)** | | จำนวนผู้ป่วยนอก (ราย)  จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) | 25,957  105,380 | 26,751  112,302 | 26,640  109,786 | 26,799  109,627 | 27,497  105,071 | | จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง)  จำนวนผู้ป่วยใน (คน) | 3,998  5,532 | 4,155  5,667 | 3,946  5,523 | 4,069  5,811 | 3,599  4,931 |   ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:  โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้นำ digital technology มาใช้ในงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดย เริ่มตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2559 เป็นต้นมา และในระบบการจัดการแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีแผนในการนำข้อมูลผู้ป่วยเข้าเก็บรักษาในระบบคอมพิวเตอร์(Scan) เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ของทีมสหวิชาชีพ  **iii. กระบวนการ**  **II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ**  (1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์: เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาปรับปรุง ดังนี้ 1.ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง 2.นำเกณฑ์การตรวจบันทึกของ สปสช. มาออกแบบให้ง่ายต่อการปฏิบัติ 3.ทบทวนการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 4.มีการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบสุ่ม เดือนละ 50 ฉบับ และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, ER , ทันตกรรม , กายภาพบำบัด , แพทย์แผนไทย , งานบริการปฐมภูมิฯ และงานNCD จำนวน 60 ฉบับ สุ่มไตรมาส ละ 1 ครั้ง 5.นำข้อมูลผลการตรวจสอบเวชระเบียนในส่วนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาออกแบบระบบการบันทึกให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6.ทบทวนการออกแบบระบบการบันทึกเพื่อปรับปรุงปีละ 4 ครั้ง ทำให้เกิดผลลัพธ์ มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง เวชระเบียนผู้ป่วยนอกร้อยละ 93.36 เวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 89.51  (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน: เป้าหมายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดอย่างเคร่งครัด จึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1.มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลเฉพาะงานที่เกี่ยวข้อง 2. มีการจำกัดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลโดยจะมีการแจ้งเตือนในระบบ HosXP 3.มีแนวทางการทบทวนการบันทึกการักษาที่ไม่ใช่แพทย์โดยสหวิชาชีพ 4.มีการประชุมชี้แจงและติดตามผลเป็นรายไตรมาส  (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้: เป้าหมาย เพื่อวางแผนกระบวนการการดูแลผู้ป่วย ให้เหมาะสม ทันเวลา และการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1.มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง ,กลุ่มโรค High Cost High Volume ฯ 2.นำข้อมูลไปวางแผนพัฒนางานคุณภาพแต่ละหน่วยบริการ 3. นำข้อมูลไปจัดทำแผนยุทธศาสตร์ นำเสนอผลงานประจำปี 4.สนับสนุนข้อมูลงานวิชาการ งานวิจัย 5.มีการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับ ก่อนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล 6.มีการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกกลุ่มที่มีสิทธิการรักษา เบิกกรมบัญชีกลาง เบิกได้ อปท. ก่อนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ทุก visit ทำให้เกิดผลลัพธ์ การเบิกค่ารักษาพยาบาล มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ลดการถูกสุ่มตรวจ Audit เพื่อเรียกเก็บเงินคืน  (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน: เป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความมั่นใจขององค์กร จึงมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1. มีระเบียบปฏิบัติของการบริหารเวชระเบียนตามขั้นตอนการส่งข้อมูลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อความทันเวลา 2. ความสมบูรณ์ของระบบบริหารเวชระเบียน โดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน 3.นำเสนอข้อมูลคุณภาพเวชระเบียนต่อคณะกรรมการบริหาร เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบเวชระเบียน 4. มีระบบความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน โดยมีการกำหนดบุคคลการเข้าถึง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1. การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่ารักษาพยาบาลสามารถทำได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา โดยจะมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติและพยาบาล ทำหน้าที่ช่วยกันตรวจสอบความถูกต้อง ในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ 2.ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วนเนื่องจากบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งใน รพ.และส่งไปอบรมเพื่อความรู้  **II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ**  (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย: เป้าหมาย เพื่อความปลอดภัยและความลับ จึงมีกระบวนการจัดเก็บ ดังนี้ 1.มีการจัดเก็บเวชระเบียน แบบ Decentralized Filing System คือการเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแยกจากกัน โดย   * เวชระเบียนผู้ป่วยนอก จัดเก็บที่งานห้องบัตร โดยเรียงตาม Hospital Number รับผิดชอบโดยงานห้องบัตร * เวชระเบียนผู้ป่วยใน จัดเก็บที่คลังเก็บเวชระเบียน โดยเรียงตาม Admit Number รับผิดชอบโดยงานศูนย์ประกันสุขภาพโดยจะมีการให้บริการเวชระเบียน เฉพาะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตามแนวทางปฏิบัติการให้บริการเวชระเบียน และสถานที่จัดเก็บที่มีความสะอาด ปลอดภัย * มีการกำหนดระยะเวลาในการเก็บเวชระเบียนทั้งที่เป็นเอกสาร และ Electronic file ไว้ในโรงพยาบาล 5 ปี เวชระเบียนที่เกินระยะเวลาที่กำหนด จะมีการทำลาย ตามระเบียนการทำลายเอกสาร   (2) มีการกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ   * มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลเฉพาะงานที่เกี่ยวข้อง * มีแนวทางการขอประวัติผู้ป่วยในระบบเวชระเบียน * มีการจัดระบบการยืม-คืนเวชระเบียน ทำให้ปัจจุบันไม่มีการสูญหายของเวชระเบียน   (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน: เป้าหมาย รักษาความลับของเวชระเบียน โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1. ในส่วนเวชระเบียนที่ต้องมีการปกปิด เช่น ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการเจาะเลือดตรวจเชื้อ HIV , ผู้ป่วย OSCC จะมีตู้เก็บเวชระเบียนเฉพาะที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้เท่านั้น  2. ในส่วนของผลตรวจ HIV ผู้รับผิดชอบเท่านั้นที่สามารถรู้ได้และเข้าถึงและแจ้งต่อผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับผู้ป่วย  (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน: เป้าหมาย องค์กรมีเป้าหมายการเข้าถึงข้อมูลของตนเองในเวชระเบียน ดังนี้ 1.มีระเบียบปฏิบัติในการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน  ทำให้เกิดผลลัพธ์ : ไม่มีข้อร้องเรียนการเปิดเผยข้อมูลผู้มารับบริการ  **II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย**  (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด : เป้าหมาย มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง โดยมีการออกแบบและมาตรการตามข้อกำหนด ดังนี้ 1. มีแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์ของ สปสช. 2. ประชุมชี้แจงเกณฑ์การบันทึกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจในการบันทึก 3.มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทั้งในและนอกหน่วยงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2.การทบทวนการบันทึกเวชเบียนเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 3.สนับสนุนการเรียนรู้การวิจัย 4.เป็นหลักฐานทางกฎหมายในกรณีคดีความและสนับสนุนข้อมูลการขอประวัติการรักษาของบริษัทประกันชีวิตตามระเบียนปฏิบัติ  (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด): เป้าหมาย พัฒนาระบบเวชระเบียน จึงกำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. วิเคราะห์ปัญหาจากการบันทึกเวชระเบียน 2. ออกแบบปรับปรุงระบบการบันทึกเวชระเบียนให้เหมาะสม ครอบคลุม ต่อหน่วยบริการ 3. จัดทำข้อตกลงและขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละวิชาชีพในการบันทึกเวชระเบียน 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจสอบเวชระเบียนโดย สปสช. ทุกปี 5. มีการติดตามการตรวจสอบเวชระเบียนตามข้อกำหนดขององค์กร ทำให้เกิดผลลัพธ์ ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์  จากการทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียน โดยได้มีการประชุมปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมและทำข้อตกลงร่วมกันในแต่ละวิชาชีพเกี่ยวกับการบันทึก (โดยในแต่ละวิชาชีพจะกำหนดแบบฟอร์มของตัวเอง) เพื่อให้ได้การบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์และถูกต้อง ทำให้อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวโน้มสูงขึ้น  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 50.ระบบบริหารเวชระเบียน | 4 | LI | มีแผนการนำข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในเข้าเก็บรักษาในระบบคอมพิวเตอร์(Scan) เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง | | 51.การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก | 4 | LI | พัฒนาการออกแบบบันทึกเวชระเบียนที่ เอื้อต่อการบันทึกร่วมกันและปรับปรุงความสมบูรณ์และความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับสารสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง |   **II-6 ระบบการจัดการด้านยา**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **559** | **2560** | **2561** | **256** | | อัตราprescribing error ผู้ป่วยนอก | ≤ 5ต่อพันใบสั่งยา | 0.87 | 0.58 | 0.40 | 0.38 | 0.25 | | อัตราpre-dispensing ผู้ป่วยนอก | ≤ 5ต่อพันใบสั่งยา | 1.50 | 3.22 | 5.08 | 3.15 | 4.57 | | อัตราdispensing ผู้ป่วยนอก | ≤ 5ต่อพันใบสั่งยา | 0.12 | 0.20 | 0.50 | 0.32 | 0.23 | | อัตราprescribing error ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 1.17 | 0.44 | 0.26 | 0.56 | 0.70 | | อัตราpre-dispensing ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 12.67 | 5.44 | 17.6 | 20.00 | 21.75 | | อัตราtranscribing errorผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 3.22 | 1.17 | 0.44 | 0.24 | 0.17 | | อัตราdispensing ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 2.93 | 2.72 | 2.90 | 1.20 | 0.96 | | อัตราadmin error ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 1.17 | 0.95 | 2.20 | 1.84 | 1.74 | | เหตุการณ์แพ้ยาซ้ำ | 0 ราย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ทำ Med. Reconcile | ≥ 80 % | 50.45 | 59.97 | 95.81 | 96.42 | 97.19 | | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | ≤ 20% | - | - | 32.00 | 29.15 | 20.61 | | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | ≤ 20% | - | - | 18.00 | 15.59 | 13.24 | | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ | ≤ 40% | - | - | 58.00 | 57.59 | 40 | | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด | ≤ 10% | - | - | 100 | 63.00 | 0 | | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20 | ≥ 60% | - | - | 35.71 | 71.43 | 100 | | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  ≤ ร้อยละ 20 | ≥ 60% | - | - | 35.71 | 50.50 | 100 | | อุบัติการณ์การส่งกลับสิ่งส่งมอบ  (ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | จำนวนรายการยาขาดคลังไม่เกิน ร้อยละ 5 ของรายการทั้งหมด | 0 | - | - | 4.50 | 4.00 | 3.80 | | อัตราสำรองยาไม่เกิน 3 เดือน | 0 | - | - | 1.82 | 2.09 | 2.61 | | อัตราสำรองเวชภัณฑ์มิใช่ยาไม่เกิน 3 เดือน | 0 | - | - | 1.67 | 2.03 | 2.34 | | ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ | ≥ 85 % | - | - | 85 | 86 | 88 |   **ii. บริบท**  ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: โรงพยาบาลมียากลุ่มเสี่ยงสูงรวม 13 รายการ มีการกำหนดมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยานี้ ครอบคลุม ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ด้านข้อมูล การจัดเก็บ การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การให้ยา การติดตามอาการข้างเคียง และการติดตามกำกับ  **iii. กระบวนการ**  II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา  (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา: การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา โดยมีกระบวนการดังนี้ 1)จัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) 2)กำหนดนโยบายและประเด็นคุณภาพด้านยา 3)นโยบายความปลอดภัยใน 5 ประเด็นหลัก คือ ระบบป้องกันการแพ้ยา/แพ้ยาซ้ำและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยา การจัดระบบยากลุ่มเสี่ยงสูง การบริหารเวชภัณฑ์ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวทางในการใช้ยาอย่างปลอดภัย  (2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเพียงพอ พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ปลอดภัยและเหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้ 1)มีการทบทวนบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อ กันยายน 2562 โดยยึดหลักการใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติเท่าที่จำเป็น 2)กำหนดนโยบายสำคัญ คือ เน้นการใช้ในบัญชีหลักแห่งชาติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล3)กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชี ต้องได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีจำนวนยาในบัญชีโรงพยาบาลรวม 351 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 334 รายการ (ร้อยละ 94.00) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 17 รายการ (ร้อยละ 6.00 )  (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADEมาตรการป้องกันADE ได้แก่ ไม่สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา แม้ว่าการแพ้นั้นจะไม่รุนแรง มาตราการป้องกันการสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ยาอันตรกิริยาร่วมกันในระดับ significant 1 ซึ่งล็อกการสั่งใช้คู่DI sig 1 ในHosXP สำกรับคู่ยาDIระดับนัยสำคัญรองลงไป จะแจ้งเตือนในรูปแบบPop-Upเมื่อมีการสั่งใช้คู่กัน เพื่อให้ผู้สั่งพิจารณาการสั่งใช้คู่ยาดังกล่าว และช่วยแจ้งเตือนให้ทีมรักษาเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาที่อาจจะเกิดจากอันตรกิริยาระหว่างยา  (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)โรงพยาบาลกันทรวิชัยมียากลุ่มเสี่ยงสูงรวม 13 รายการ โดยได้มีการปรับปรุงรายการยาความเสี่ยงสูงล่าสุดเมื่อ กันยายน 2562 มีการกำหนดมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มนี้ครอบคลุม ด้านเจ้าหน้าที่โดยการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับยาที่จำเป็นต้องรู้ ด้านอุปกรณ์ ด้านการจัดเก็บ การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา การติดตามอาการข้างเคียง และการติดตามกำกับผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีการบันทึกแบบติดตามการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 90.00 ในปี 2562 ได้ปรับลดการสำรองยา ให้เพียงพอในปริมาณน้อยที่สุดในแต่ละหน่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ และได้เพิ่มการ สำรองยา มอร์ฟีน ที่หอผู้ป่วย เพิ่มขึ้นเนื่องจากเคยพบอุบัติการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ยานอกเวลาที่ห้องยาเปิดทำการโดยมีแนวทางการเก็บยาแยกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้เก็บรักษากุญแจ หลังจากนั้นไม่พบอุบัติการณ์อีก  (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล( Rational Drug Use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial Stewardship) เพื่อบรรลุเป้าหมาย การใช้ยาอย่างสมเหตุผล รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ 1)อบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่องแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 2)ใช้แนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน กลุ่มโรคเป้าหมาย 3)ใช้ยาสมุนไพรทดแทนในกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจส่วนบน และ อาการท้องเสียแบบเฉียบพลัน เช่น ฟ้าทะลายโจร ยาเหลืองปิดสมุทร 4)รายงานผลการดำเนินงานให้ PTC และบุคลากรโรงพยาบาลทราบทุก 3 เดือน และสะท้อนข้อมูลให้คณะกรรมการ ดำเนินการ และองค์กรแพทย์ ทุก 1 เดือน อีกทั้ง ให้แพทย์ได้ติดตามการสั่งใช้ยาของแต่ละท่านด้วยตัวเองจากโปรแกรม RDU 2016 5)ปรับปรุงกระบวนการรายงานสถานการณ์การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค และ ยาในกลุ่มคนไข้โรคเรื้อรัง 6)ใช้โปรแกรม RDU 2016 ในการประมวลผล ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ เหลือผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ยังที่ ผ่านเกณฑ์ เพียง 1 ตัวชี้วัด คือร้อยละการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคระบบทางเดินหายในส่วนบน ร้อยละ 20.61  (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:เป้าหมายเพื่อให้การใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัย ได้ผล และยามีคุณภาพสูงพร้อมใช้ มีการดำเนินงานดังนี้ 1) มีการติดตามตัวชี้วัดด้านยา คือ ความความคลาดเคลื่อนทางยา, Medication reconciliation , การแพ้ยาซ้ำ, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Medication error และ medication reconcile พบว่าการดำเนินงานของระบบยาเกี่ยวกับการประสานรายการยาเดิมของผู้ป่วยที่มารับยาต่อที่ โรงพยาบาลกันทรวิชัยยังไม่ครอบคลุม ทุกราย จึงมีการปรับปรุงกระบวนการ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานดังนี้ 1) พิมพ์แบบฟอร์มจาก HOSxp 2)เปรียบเทียบรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่กับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อเข้ารับการรักษา 3)เมื่อมีปัญหาประสานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ 4)ตรวจสอบรายการยาก่อนผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน 5)นำผลจากการติดตามมาทบทวนปรับปรุง อยู่ในระหว่างการติดตาม ผลลัพธ์จากการปรับปรุงกระบวนการพบว่า ลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยาและได้ร้อยละ 5  II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน  (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:   * เภสัชกรได้รับการฝึกอบรม/ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคคล ตามความต้องการส่วนบุคคลทุกปี ปีละ1 ครั้ง * เภสัช/จนท.ห้องยาได้รับการฝึกอบรม/ประชุมตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตามนโยบาย   (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:   * เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยในPatient EMR รวมถึงสามารถเข้าถึงประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆได้   (3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:เภสัชกรรมจัดทำบัญชียาของโรงพยาบาลให้กับแพทย์และหน่วยงานต่างๆ มีการบันทึกแจ้งเตือนPop-UpทันทีในHosXPสำหรับการสั่งใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน มีการพัฒนาฉลากยาให้มีข้อมูลสำคัญในการใช้ยาสำหรับยาแต่ละรายการ มีการบันทึกข้อมูลPregnancy CategoryในรายการยาในHosXPที่สำคัญ  (4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:ด้วยรพ.มีการสั่งใช้ยาผ่านระบบ CPOE ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการสั่งใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาได้ ในด้านความปลอดภัยด้านยาฝ่ายเภสัชกรรมได้จัดทำระบบแจ้งเตือน POP-UP ทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ การแจ้งเตือนเรื่องการแพ้ยา, Drug Interaction(DI), Warfarin ซึ่งระบบแจ้งเตือนได้มีระดับของการอนุญาตในการสั่งใช้ยาที่มีการแจ้งเตือนไว้ ได้แก่ DIที่มีความสำคัญในระดับSignificant 1 จะไม่อนุญาตให้สั่งใช้ยาดังกล่าว  (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:   * ห้องยาผ่านการตรวจสอบความปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยจากหน่วยงานภายนอก ทั้งด้านฝุ่นละอองเสียง และแสง * มีการจัดทำกิจกรรม 5 ส   II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา  (1) การจัดหายา:จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ตามแผนจัดซื้อ ซึ่งพิจารณาทบทวนรายการยาโดยคณะกรรมการPTCทุกปี สำหรับยาขาดคราวพิจารณาตามความจำเป็นติอการใช้ยา โดยยาที่มียารายการอื่นที่สามารถทดแทนได้ จะประสานผู้สั่งใช้พิจารณาเปลี่ยนยาเป็นตัวอื่นทดแทน กรณียาที่มีความสำคัญจำเป็น เช่น ยาฉุกเฉิน ยาช่วยชีวิต วัคซีน จะดำเนินการขอยืมโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพื่อมาสำรองใช้ก่อนดำเนินการจัดซื้อเร่งด่วน  (2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:รพ.มีคลังยาและเวชภัณฑ์ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนห้ามมิให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าถึงได้ คลังยาและเวชภัณฑ์มีการติดตั้งSmoke Detector และแผนป้องกันอัคคีภัย มีการบันทึกและติดตามอุณหภูมิและความชื้นให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีการจัดเก็บยาด้วยระบบFEFO (First Expire date Frirst Out) สำหรับยาที่เก็บสำรองที่ Sub Stock และหน่วยบริการต่างๆ ได้มีการกำหนดรายการยาที่จำเป็นโดยPTC จัดเก็บยาที่เป็นLASA และต่างความแรงออกห่างจากกันชัดเจน  (3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:PTCได้ทบทวนรายการยาและจำนวนยาที่สำคัญจำเป็นให้เพียงและพร้อมใช้ โดยกำหนดกลุ่มยาทั่วไป ยาสำคัญจำเป็น ยาฉุกเฉิน และยาช่วยชีวิต สำหรับยาฉุกเฉินและยาช่วยชีวิตได้จัดทำกล่องยาEmergency Drug Box และ CPR Drug Box ไว้สำรองในหน่วยบริการที่จำเป็น เมื่อมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยสามารถนำมาเปลี่ยนกล่องใหม่พร้อมใช้ที่ฝ่ายเภสัชกรรม  (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:เนื่องจากห้องยาปิดบริการหลังเวลา 24.00 น.จึงได้มีแนวทางปฏิบัติเป็นระเบียบปฏิบัติการจ่ายยาโดยผู้ไม่ใช่ เภสัชกรมีผู้รับผิดชอบการจ่ายยาเหมือนทำหน้าที่แทนเภสัชกรได้แก่พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งรายการยาสำรองได้กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด รายการยาที่กำหนดจะมีทั้งรายการยาที่สามารถจ่ายได้โดยพยาบาลและรายการยาที่สั่งจ่ายได้โดยแพทย์ ซึ่งหากมีการสั่งจ่ายยาโดยพยาบาลแพทย์จะมีส่วนในการประเมินความเหมาะสมของการสั่งจ่าย และเภสัชกรจะมีส่วนช่วยทบทวนขนาดยา ความเหมาะสมของจำนวนยาที่จ่าย โดยจะต้องทบทวนความเหมาะสมให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง หากมีกรณีแพ้ยา และมีการ consult เรื่องยาฝ่ายเภสัชกรรมได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยแพ้ยานอกเวลาปฏิบัติงานของเภสัชกรและระบบ pharmacy on call  (5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลมีนโยบายให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของยาที่เหลือรวมถึงการทวนสอบความถูกต้องในการรับประทานยา โดยยาเดิมที่เหลือหากมีสภาพที่ดีใช้ได้ให้จ่ายยาคืนกลับผู้ป่วยรายนั้นๆโดยหักคำนวณเม็ดยาให้เพียงพอต่อการนัดครั้งถัดไป หากเป็นรายการที่สั่งหยุดใช้จะเก็บยาคืนจากผู้ป่วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา   * ผู้ป่วยใน กรณีที่มีคำสั่งหยุดใช้ยาหรือD/C จนท.จะนำยาดังกล่าวแนบกับChartผู้ป่วยมาคืนห้องยาทันที   ยาที่รับคืนจากผู้ป่วยและจุดต่างๆ จนท.ห้องยาจะทำการคัดแยกยาโดยยาที่ไม่หมดอายุและอยู่ในสภาพเดิม เช่น ขวด/Vials/Amps/แผงที่ยังไม่เปิดใช้ จะนำกลับมาใช้ต่อ ยาเม็ดเปลือยและยาที่หมดอายุจะเก็บรวมรวมเพื่อรอทำลายตามประเภทของขยะยา ซึ่งขยะยาของโรงพยาบาลแยกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ขยะยาอันตรายทั่วไป ขยะติดเชื้อ และขยะยาอันตรายสูง  II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง  (1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:มีการดำเนินงานดังนี้ 1)มีแนวทางการเขียนคำสั่งใช้ยาว่าแพทย์ควรสั่งยาเป็นชื่อสามัญ ไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา 2)การเขียนคำสั่งใช้ยาต้องระบุขนาดความแรงของยา ขนาดยาที่ให้ วิถีทางให้ยา 3)การสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ ต้องมีการทวนซ้ำระหว่างผู้สั่งใช้และผู้รับคำสั่งใช้ยาทุกครั้งและต้องมีการทบทวนคำสั่งนั้นภายใน 24 ชม. เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา ผลการดำเนินงาน พบว่า ในปี 2562 มีการคัดลอกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในผิดพลาด 2 ครั้ง  (2) medication reconciliation:รพ.ได้พัฒนาระบบMedication Reconciliation(MR) โดยดำเนินการMRในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนอกผู้สั่งใช้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลยาผู้ป่วยโดยตรงทางเวชระเบียนผู้ป่วยและPatient EMRของโปรแกรม HosXP และสั่งใช้ยาด้วยMode Ree-Med เภสัชกรรมตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาผ่านเวชระเบียนและทวนสอบรายการยา วิธีบริหารยาโดยตรงจากผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยในดำเนินการMRเบื้องต้นตั้งแต่จุดรับผู้ป่วยโดยพยาบาลและแพทย์สอบถามข้อมูลโรคและการรักษาเบื้องต้นก่อนAdmitผู้ป่วย เภสัชกรรมตรวจสอบประวัติการรักษาผ่านPatient EMR และพิมพ์ใบรายการMRแนบไปกับใบDoctor order sheet เพื่อส่งต่อไปยังตึกผู้ป่วย จากนั้นเภสัชกรประจำตึกผู้ป่วยจะสืบค้น และทวนสอบรายการยา พร้อมวิธีการบริหารยากับผู้ป่วยหรือญาติ และบันทึกลงในใบMR และทำการประสานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาภายใน 24 ชั่วโมง โดยใบMR จะแนบไว้ในแฟ้มผู้ป่วย และส่งต่อให้กับผู้ป่วยเมื่อD/C  (3) ถ้ามีการสั่งจ่ายผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ใช้(Computerized Physician Order Entry ; CPOE ) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:ผู้มีอำนาจในการสั่งใช้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลยาเดิม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการเอ็กซเรย์ของผู้ป่วยได้ และเข้าถึงข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยา ในแบบPop-Up  II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา  (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:ยาที่แพทย์สั่งใช้ในเวลาที่ห้องยาเปิดทำการ08.30น.- 24.00น. ผู้ป่วยหรือจนท.จะยื่นรับยาที่ห้องยา ซึ่งมีช่องทางรับยาด่วนกรณียาStatหรือยาที่จำเป็นต้องใช้ก่อน มีการทบทวนและจ่ายยาโดยเภสัชกรก่อนการบริหารยา ยกเว้นยาฉุกเฉินที่จนท.สามารถบริหารได้ และส่งกลับใบสั่งยามาที่ห้องยาเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาเพื่อการทบทวนการสั่งใช้ยาทันที สำหรับนอกเวลาทำการของห้องยาใบสั่งยาจะถูกรวบรวมมาที่ห้องยาเพื่อเภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยาในวันทำการถัดไป  (2) การจัดเตรียมยา:โรงพยาบาลไม่มีการผลิต มีเฉพาะการแบ่งบรรจุยาเม็ด น้ำยาฆ่าเชื้อ สบู่เหลวล้างมือ waterless และการเตรียมยาให้ผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งได้แก่ การเตรียมยาน้ำTamiflu การเตรียมยาSodium bicarbหยอดหู ซึ่งมีการเตรียมในบริเวณเฉพาะที่จัดตรียมไว้ มีความสะอาด แสงสว่างเพียงพอ  (3) การติดฉลากยา:ฉลากยามาตรฐานทั่วไปจะระบุชื่อผู้ป่วย รายการยา ความแรง วิธีการใช้ยา จำนวนยา และคำเตือนหรือข้อควรระวังที่ฉลากยา และยาที่มีความเสี่ยงสูงจะมีฉลากยาเพิ่มเติมเพื่อการติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา  (4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:การจ่ายยาให้หอผู้ป่วยในเป็นแบบOne-Day dose ซึ่งทำการตรวจสอบและจ่ายโดยเภสัชกร ส่งมอบรถยาให้ตึกผู้ป่วยไม่เกินเวลา 15.00น. สำหรับยาที่แพทย์มีคำสั่งใช้ยาแบบStat จะมีจนท.นำchartเพื่อติดต่อขอรับยาที่ช่องทางด่วนห้องยาเพื่อนำยามาบริหารให้กับผู้ป่วยภายใน30นาที ส่วนยาที่แพทย์สั่งใช้เพิ่มในวัน เภสัชกรประจำตึกจะทำการคัดลอกคำสั่งแพทย์และจ่ายยาเพื่อบริหารให้กับผู้ป่วยไม่เกินรอบเวลา12.00 น.หรือรอบเวลาบริหารยามื้อถัดไปหลังจากแพทย์สั่งใช้  (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:ในเวลาที่ห้องยาเปิดทำการ08.30น.- 24.00น. จะมีการจ่ายยาพร้อมคำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกร(ยกเว้นเวรเที่ยง 12.00-13.00น. มีการจ่ายยาโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในบางวัน) สำหรับการจ่ายยาผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษจะทำการจ่ายยาพร้อมการสอนเทคนิคพิเศษในการใช้ยาโดยเภสัชกร  นอกเวลาที่ห้องยาเปิดทำการ24.00น.- 08.30น. จ่ายยาโดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งยาที่จ่ายนอกเวลามีรายการยาที่ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการPTC  II-6.2 ค. การบริหารยา  (1) การบริหารยา การใช้(Medication Administration Record : MAR ) การตรวจสอบซ้ำ:ยาที่ถูกส่งมายังตึกผู้ป่วยจะทำการคัดลอกคำสั่งแพทย์โดยเภสัชกรเข้าไปคัดลอกคำสั่งแพทย์ที่ตึกผู้ป่วย และบันทึกในใบPatient Profileเพื่อพิมพ์ฉลากยา จัดยา ตรวจสอบและจ่ายยาโดยเภสัชกรก่อนส่งให้กับตึกผู้ป่วย การบริหารยาจะคัดลอกคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลลงในใบMAR เมื่อพยาบาลที่ตึกตรวจสอบยาที่ได้รับกับใบMARไม่สอดคล้องกัน จะทำการประสานกับเภสัชกรทันทีเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง การบริหารยามีการdouble check ทั้งยารับประทานและยาฉีดก่อนการบริหารยาให้กับผู้ป่วยด้วยใบMAR ยารับประทานจะจัดยาตามบันทึกในใบMAR โดยพยาบาลM1 ตรวจสอบความถูกต้องของยาตามใบMARโดยพยาบาลM2 และให้ยาโดยพยาบาลM1 สำหรับยาฉีดจัดยาตามใบMARโดยพยาบาลIncharge จากนั้นเตรียมยาที่เตียงผู้ป่วยโดยมีพยาบาลM1เป็นผู้ตรวจสอบยาตามใบMAR และให้ยาโดยพยาบาลIncharge ก่อนให้ยาต้องมีการทวนสอบชื่อผู่วยทุกครั้ง  (2)การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว: ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษารวมถึงการบริหารยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทีมแพทย์ได้ให้คำแนะนำตามแผนการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้พิการหรือผู้ที่มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแล ผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องใช้ยาที่มีเทคนิคพิเศษ เช่น การฉีดยาอินซูลิน การใช้ยาพ่น ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับการสอนเทคนิคการใช้ยาพิเศษดังกล่าวโดยเภสัชกรทุกราย รวมถึงอธิบายอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การเก็บรักษา และการทิ้งขยะยา  (3) การติดตามผลการใช้ยา:เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) เภสัชกรมีการติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ 2)มีการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยทีมีการใช้ยา warfarin ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ อินซุลิน โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรคและโรคเอดส์ และประเมินการใช้ยาเทคนิคพิเศษ  (4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:   * สำหรับยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย ทางโรงพยาบาลจะเก็บยาผู้ป่วยไว้ที่รถยาเพื่อบริหารยาให้กับผู้ป่วยแบบ one day dose ตามแผนการรักษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาซ้ำซ้อน ยกเว้นยาต้านไวรัสเอดส์ที่อนุญาตให้ผู้ป่วยบริหารยาเองได้ตามรอบเวลาบริหารยาเดิมของผู้ป่วย * ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย เภสัชกรจะตรวจสอบคุณภาพของยา ทำMedication Reconciliation(MR) และส่งคืนยาเดิมของผู้ป่วยที่ตรงตามแผนการรักษาปัจจุบันพร้อมกับยาHMและใบMR เพื่อให้ผู้ป่วยนำติดตัวไปยังหน่วยบริการถัดไป   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  โรงพยาบาลกันทรวิชัยและเครือข่าย ได้ ให้ความสำคัญในการใช้ยาที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนวิธีการ กลวิธี ในการปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต ทั้ง 14 แห่งอย่างเป็นรูปธรรมมาตั้งแต่ปี 2560 และได้บรรลุเป้าหมายที่น่าพอใจ เกือบทุกตัวชี้วัดในปี 2562 กำลังจะผ่าน RDU ขั้น 2 เหลือเพียงตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ระบบทางเดินหายใจส่วนบนในโรงพยาบาล รพ.สต. มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ในปี 2562 และ ในปี 2563 คาดว่าจะผ่านเกณฑ์ขั้น 2 และ3 ตามลำดับ  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 52.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา | **3** | **L** | -พัฒนาศักยภาพและความรู้ของทีมระบบยา  มีการประชุมคณะกรรมการ PTC โดยสหวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อ กำหนดนโยบาย ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ | | 53.สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดหาและเก็บรักษายา | **3** | **L** | -ทบทวนรายการยาและจำนวนยาที่สำรองในแต่ละหน่วยงาน และวางระบบทวนสอบโยสหวิชาชีพนอกเวลาห้องยาเปิดทำการเพื่อให้มั่นใจการสั่งใช้ยา จัดเตรียม และให้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม | | 54.การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง | **3.5** | **L** | การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลยาที่สำคัญ โดยใช้ระบบIT  - พัฒนาการแจ้งเตือน ยาที่เป็นคู่อันตรกิริยากัน ครอบคลุมถึงยาสมุนไพรที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อ ตับ ไต G6PD และหญิงตั้งครรภ์ | | 55.การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่ายและส่งมอบยา | **3.5** | **L** | - พัฒนาระบบติดตามความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก  - ลดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน | | 5.6การบริหารยาและติตตามผล | **3** | **L** | - ติดตามผลการใช้ยา ทั้งการบริหารยาฉีดที่ห้องฉีดยาผู้ป่วยนอก และยาที่โอกาสเกิดการแพ้ที่รุนแรงเพื่อป้องกันและปรับเปลี่ยนการรักษาอย่างทันท่วงที |   **II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค** และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)  **II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | | ร้อยละความพึงพอใจในการให้บริการ | >80% | 80% | 83% | 85% | 85% | 86% | | จำนวนของการร้องเรียนการให้บริการ | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | ร้อยละการเอกซเรย์ซ้ำ | <5% | 4.25 | 3.12 | 3.56 | 2.86 | 2.56 | | จำนวนความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | จำนวนการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | ร้อยละบุคลากรได้รับการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคลและไม่ได้รับรังสีเกินมาตรฐานสากล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | ร้อยละเครื่องมือทางรังสีและห้องปฏิบัติการทางรังสีผ่านการสอบเทียบตามกำหนดเวลา | 100% | 100 | 100 | 0 | 100 | 100 |   **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):  ให้บริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป (General X-ray Machine) ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยแบ่งเป็น เวรเช้า 08.00-16.00บ่าย16.00-24.00 ดึก 24.00-08.00  การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ไม่มี  จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):   * จพ.รังสีการแพทย์ชำนาญงาน วุฒิ ป. รังสีเทคนิค * พนง. การแพทย์รังสีเทคนิค   จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี  เทคโนโลยีสำคัญ:   * เครื่องเอกซเรย์แบบแขวนเพดาน ยี่ห้อ SHSMADZU รุ่น SBUDI50L ขนาด 630AM 150 kV จำนวน 1 เครื่อง และ เครื่องเอกซเรย์ฟัน ยี่ห้อ VIVISI รุ่นERGON ขนาดX70 70AM 70 KV * ระบบดิจิทัลการจัดเก็บภาพและส่งข้อมูลภาพทางการแพทย์(PACS) พร้อมเครื่องอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิทัล(CR) เริ่มใช้งาน 10 สิงหาคม 2561   **iii. กระบวนการ**  II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ: การวางแผนจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้มีการจัดทำแผนการจัดหาเครื่องมือและแนวทางการพัฒนางานประจำปีงบประมาณ เพื่อทดแทนเครื่องมือที่เสื่อมประสิทธิภาพ ได้แก่   * การตั้งงบประมาณจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์แบบแขวนเพดาน ติดตั้งเมื่อ 4 มิถุนายน 2561 ทำให้การปฏิบัติงานสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้นไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็น * การเช่าระบบการถ่ายภาพและจัดเก็บระบบดิจิทัล ทดแทนระบบจัดเก็บฟิล์มเอกซเรย์ เพื่อลดขั้นตอนเพิ่มประสิทธิภาพ ติดตั้งเมื่อ 1 ตุลาคม 2561   **การจัดการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ**   * มีตารางการตรวจเช็คเครื่องเอกซเรย์และเครื่องแปลงสัญญาณภาพระบบดิจิทัล เป็นประจำวัน เช่นการ Erase cassette ก่อนการปฏิบัติงานทุกวัน เพื่อป้องกันรังสีกระเจิงและทำความสะอาดแผ่น มีแผนการบำรุงรักษาโดยช่างบริษัท ประจำทุก 3 เดือน และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยระบบออนไลน์ * มีการสอบเทียบเครื่องเอกซเรย์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 7 ขอนแก่น ประจำทุก 1 ปี   (2) ทรัพยากรบุคคล:นักรังสีการแพทย์ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยนักรังสีจำนวน 1 คน นักรังสีการแพทย์ได้ใบรับรองเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสีระดับกลาง เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ วิชาการใหม่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ช่วยนักรังสีได้รับการทบทวนกระบวนการถ่ายภาพ และความรู้ด้านการป้องกันอันตรายจากรังสี จากนักรังสีการแพทย์เป็นประจำ หากมีปัญหาในการปฏิบัติงานสามารถสื่อสารแก้ไขปัญหาได้ตลอดเวลา  (3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:   * ได้รับใบอนุญาตมีไว้ครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ อนุญาต   ตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 20 กันยายน 2566 ใบอนุญาตเลขที่4XM1386/61F4xm1386/1418   * ได้รับการทดสอบมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องปฏิบัติการทางรังสี โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ขอนแก่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการทดสอบ เครื่องเอกซเรย์ได้มาตรฐานและห้องเอกซเรย์สามารถป้องกันรังสีได้ถูกต้องตามหลักการป้องกันอันตรายจากรังสี อายุการรับรอง 1 ปี   (วันที่ 3 กรกฎาคม 2562–วันที่ 3 กรกฎาคม 2563)  5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:   * ระบบการส่งคำสั่งเอกซย์จะส่งผ่านระบบ HosXP และมีใบสั่งยาให้ผู้ป่วยยื่นที่แผนกด้วย * ระบบการรับส่ง การจัดเก็บภาพทางรังสี จะใช้ระบบดิจิทัลในระบบ PACS แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่   เกี่ยวข้องสามารถดูภาพได้ตามจุดที่ลงโปรแกรมเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แผนกต่างๆ ครอบคลุมทั่วโรงพยาบาล แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะมี Password เฉพาะตัว   * การส่งต่อผู้ป่วยจะใช้วิธี ส่ง on line กับโรงพยาบาลมหาสารคาม เริ่ม 5 มกราคม 2563, แผ่นCD * การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น กลุ่มไลน์ระบบ PACS กลุ่มไลน์งานคุณภาพ ทำให้เกิดการแก้ปัญหา   ได้ทันท่วงที มีประสิทธิภาพ สามารถส่งภาพ โต้ตอบ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย  (6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก   * ไม่มี   (7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:   * คำสั่งเอกซเรย์หากเจ้าหน้าที่รังสีมีความสงสัย จะติดต่อโดยตรงกับแพทย์เพื่อสอบถาม ความประสงค์   ของการตรวจและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน   * เพิ่มเติมท่าตรวจพิเศษ ในรายการคำสั่งเอกซเรย์ ตามความต้องการของแพทย์   II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา  (1) คำขอส่งตรวจ:คำขอส่งตรวจจะสั่งจากแพทย์ หรือคำยินยอมจากแพทย์ให้สั่งเอกซเรย์จากห้องตรวจ ตึกผู้ป่วยใน  หรือแผนกอื่นๆ ผ่านระบบ HosXP และจะมีใบนำทางโดยใช้ใบสั่งยา ใบซักประวัติ(กรณีห้องฉุกเฉิน) ใบนัดตรวจกรณี case F/U เพื่อตรวจสอบยืนยันตัวผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ป้องกันการเอกซเรย์ผิดคน  (2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการตรวจที่จำเป็นและเหมาะสม อาจมีการทวนซ้ำในกรณีที่มีประวัติเดิม และเตรียมตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมกับอวัยวะที่ตรวจ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การถอดเครื่องประดับ เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของภาพทางรังสี  (3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:ในเวลาราชการผู้ป่วยจะได้รับการบริการที่รวดเร็ว ทันท่วงที และตามลำดับความจำเป็น โดยผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับบริการก่อน และผู้ป่วยอื่นๆจะได้รับบริการตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งเมื่อเปลี่ยนระบบจากการถ่ายภาพโดยใช้ฟิล์มเอกซเรย์ เป็นระบบดิจิทัล CR และจัดเก็บ รับส่งภาพทางรังสีระบบPACS ทำให้ลดเวลาการให้บริการ การค้นหาฟิล์มเดิม ลดการถ่ายฟิล์มซ้ำ สามารถให้บริการได้รวดเร็ว ภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที  นอกเวลาราชการ มีการเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรผลัด เช้า, บ่าย, ดึก ตลอด 24 ชั่วโมง  (4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ   * การดูแลระหว่างให้บริการ หากเป็นผู้ป่วยวิกฤตหรือเฝ้าระวัง จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลตามมาดูแล   จากจุดที่ส่งผู้ป่วยมาเอกซเรย์  ในกรณีเกิดเหตุการณ์ ผู้ป่วยมีอาการวิกฤตที่ห้องเอกซเรย์ จะกดกริ่งสัญญาณไปยัง Ward ชายเพื่อได้รับการ   * ช่วยเหลือทันทีภายในเวลาไม่เกิน 1 นาที * ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา หรือพูดจาไม่รู้เรื่อง ไม่ได้สติ จะต้องมีญาติมาด้วยป้องกันการพลัดตกเตียง   (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:   * เมื่อผู้ป่วยยื่นเอกสาร ใบนัด ใบสั่งเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคำสั่ง แยกประเภทคำสั่ง และลงทะเบียนในระบบ * เรียกผู้ป่วยตรวจสอบว่าถูกชื่อ ถูกคน อาการเบื้องต้น เตรียมผู้ป่วยในการตรวจ เปลี่ยนชุด เครื่องประดับฯ * ซักซ้อมความเข้าใจ แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างการตรวจ * ถ่ายภาพเอกซเรย์ และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน * ผู้ป่วยเปลี่ยนชุด และนั่งรอ * เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภาพ ความถูกต้อง ส่งภาพเข้าระบบ/ถ่ายภาพซ้ำ * ส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกอื่น หรือกลับไปพบแพทย์   (6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:   * เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต้องลงรายละเอียดที่จำเป็นเพียงพอ เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยของแพทย์   เช่น ด้านซ้าย ด้านขวา ท่านอน หรือนั่ง ซึ่งมีผลต่อการแปรผลภาพทางรังสี   * การให้บริการจะส่งรายการตรวจจากระบบ HosXP ทีละคน ป้องกันการส่งภาพผิดคน   (7) การแปลผลภาพรังสี (หน่วยงานไม่มีรังสีแพทย์ จึงอ่านผลโดยแพทย์ผู้สั่ง)   * แพทย์ผู้สั่ง และแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการรักษา สามารถเข้าดูภาพถ่ายทางรังสีจากระบบ PACS และ   มีโปรแกรมในการช่วยในการวินิจฉัยที่หลากหลาย เช่น การปรับความเข้ม-ขาว การปรับความคมชัด การปรับดูเฉพาะส่วนกระดูก การปรับย่อ-ขยายภาพ เป็นต้น ทำให้แพทย์วินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น ซึ่งจากการสอบถามแพทย์พึงพอใจในการใช้งานเป็นอย่างมาก  II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:   * จัดทำป้ายเตือนและสัญลักษณ์บริเวณรังสี สำหรับหญิงมีครรภ์มีการเฝ้าระวังป้องกัน สำหรับผู้ป่วย   หญิงวัยเจริญพันธ์ที่สงสัยตั้งครรภ์มีการสอบถามประจำเดือนครั้งสุดท้าย LMP โดยยึดหลัก “10 day rule”   * ผู้ปฏิบัติงานต้องยึดหลักความปลอดภัยตามหลักการ ALARA(As Low As Reasonably Achievable)   ได้แก่ Time Distance Shieldind มีการจำกัดลำรังสี และมีอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม   * นำเทคโนโลยีมาช่วยในการถ่ายภาพ สามารถลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับและลดการถ่ายภาพซ้ำ * มีการซ้อม CPR ทบทวนความรู้ทุกปี   (2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:   * จัดทำคู่มือการป้องกันอันตรายจากรังสี เพื่อให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานได้ศึกษาและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน * จัดทำโปสเตอร์หลักการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย * เครื่องมืออุปกรณ์ และห้องตรวจได้มาตรฐานความปลอดภัย * มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอ พร้อมใช้ มีเสื้อตะกั่ว จำนวน 2 ตัว มี gonads shield   จำนวน 1 อัน มี thyroid shield จำนวน 1 อัน   * สร้างความตระหนักให้เพื่อนร่วมงานเห็นความสำคัญในการป้องกันอันตรายจากรังสี ตามหลัก ALARA   (3) ระบบบริหารคุณภาพ:   * ภายในหน่วยงานมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร มีการประชุมทบทวนและแจ้งข่าวสารจากผู้บริหารองค์กร * ระดับโรงพยาบาล หัวหน้าผู้รับผิดชอบได้เป็นกรรมการในงานคุณภาพทีมต่างๆได้สะท้อนปัญหาและข้อสรุป ต่างๆนำมาปฏิบัติจนเกิดเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน * มีการประชุมทีมป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น โรคซาร์ โรคไข้หวัดสายพันธ์ใหม่ และมีการซักซ้อมแนวทางปฏิบัติ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * เครื่องมือเครื่องใช้มีความทันสมัย แผนกรังสีได้เปลี่ยนระบบการจัดเก็บเป็นระบบดิจิทัล ลดระยะเวลา   การรอคอย การจัดเก็บส่งต่อมีความสะดวก ใช้งานสะดวก คล่องตัว มีมาตรฐาน ตอบสนองการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ห้องตรวจสะอาด ปลอดภัย ห้องตรวจได้ปรับปรุงและทาสีใหม่   * อัตราการถ่ายฟิล์มซ้ำลดลง * นำ grid cassette ที่ไม่ได้ใช้งาน นำแผ่นกริดมาช่วยถ่ายภาพอวัยวะที่มีความหนา ลดการจัดซื้อใหม่ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาสูง   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนา 1-2 ปี | | 57.บริการรังสีวิทยา/  ภาพการแพทย์ | **3.5** | **DALI** | 1. พัฒนาระบบส่งต่อภาพทางรังสีในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคามเกิดเป็น data networks ,แผ่น CD เพื่อสนองนโยบายไทยแลนด์ 4.0  2. จัดหาผู้ช่วยเจ้าหน้าที่รังสีปฏิบัติงานในเวลาราชการ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง |   **II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราการปฏิเสธตัวอย่าง | <2% | 0.01 | 0.09 | 0.06 | 1.08 | 2.09 | | อัตราการรายงานผลผิด | <5% | 0.02 | 0.02 | 2 | 1 | 0.02 | | อัตราการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) | 100% | 80.8 | 98.9 | 98.9 | 98.9 | 98.9 | | อัตราการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก(EQA/PT) | ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | | อัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ขอด่วนทันตามเวลาที่กำหนด (Electrolyte/Cardiac marker) | ≥90% | 95.23 | 94.90 | 97.60 | 96.59 | 94.90 | | อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ  แพทย์  เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล  ญาติและผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  | | ≥80% | 84.0 | 85.5 | 82.5 | 80.0 | 85.5 | | ≥80% | 82.83 | 88.6 | 85.00 | 86.0 | 88.6 | | ≥80% | 85.37 | 87.8 | N/A | 85.0 | 87.8 |   **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก)  เวลาเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้วันธรรมดาเปิดให้บริการใน**เวลาราชการ** จันทร์-ศุกร์ เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง **คลินิกเบาหวานพุธและศุกร์** เริ่ม7.00 -8.00 น. **คลินิกความดันวันอังคาร**เริ่ม 7.30 น. วันหยุดเสาร์ – อาทิตย์และ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และมีการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอกห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจพิเศษที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ภายในหน่วยงานได้เช่น culture ,Acid phosphatase,Fluid cytology,PT,PTT ส่งต่อกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม TFT ,G6PDส่งต่อ เอเชีย แล๊บบอราทอรี่ Hb typing คู่เสี่ยงสามี-ภรรยาฝากครรภ์ ส่งศูนย์วิทยาศาสตร์ ขอนแก่น  จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา)  นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 4 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน  -เวรเช้าวันราชการ 08.00-16.00 น. : ขึ้นเต็ม อัตรากําลัง  -เวรเช้าวันเสาร์-อาทิตย์,วันหยุดนักขัตฤกษ์ 08.00-16.00 น.: นักเทคนิคการแพทย์/จพ.วิทย์ 1 คน,พนักงานผู้ช่วย 1คน  -เวร-บ่าย 16.00-24.00น. นักเทคนิคการแพทย์/จพ.วิทย์ 1 คน,พนักงานผู้ช่วย 1คน **(ขึ้นถึง20.00น.)**  -เวรดึก 24.00-8.00 น.นักเทคนิคการแพทย์/จพ.วิทย์ 1 คน  **iii. กระบวนการ**  II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:  **การเพิ่มขีดความสามารถของการตรวจ lab (ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา/แผนที่จะเพิ่ม)**   * ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีการใช้ระบบการจัดการข้อมูล โดยใช้ระบบ LIS เชื่อมกับโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลในการรายงานผลและรับรองผลการตรวจวิเคราะห์ในปี 2555 * มีการตรวจ Trop T จากเดิมที่ตรวจเป็น Trop I ,CK-MB และ Myoglobin เพื่อรองรับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย Acute MI * มีการเพิ่มศักยภาพการตรวจของผู้ป่วยเรื้อรังในโรค DM,HT เพื่อให้ไดรับการตรวจเลือดตามเกณฑ์พบว่าในปี 2554 - 2562ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจคัดกรอง HbA1C,ตรวจคัดกรองไขมันและตรวจคัดกรองการทำงานของไต มากกว่า 95% ผู้ป่วย HT ได้รับการตรวจคัดกรองไขมันและตรวจคัดกรองการทำงานของไต มากกว่า 95% * ปี 2562 ผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจคัดกรอง Macroalbumin ทุกราย และ ผู้ป่วยที่ให้ผลลบได้รับการตรวจหา Microalbumin ในเชิงปริมาณคิดเป็นร้อยละ 81% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง Macroalbumin และพบว่ามีผู้ป่วย Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 24% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง Macroalbumin * ปี 2562 ได้มีการรับตรวจผู้ป่วยเรื้อรัง (DM,HT)จาก รพสต.ในเขตรับผิดชอบทุกแห่งทั้งหมด * ปี 2561มีการตรวจ PT,PTT,INR เพื่อติดตามการรักษาคนไข้กลุ่มรับยา Warfalin ที่ส่งตัวมาจาก ร.พ.มหาสารคามตาม Service Plan ที่จังหวัดมหาสารคามกำหนด * ปี 2562 มีการตรวจ Creatinine ซ้ำในคนไข้ที่ผล GFR(CKD-EPI) Stage 3-4 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนไข้ในการชะลอไตเสื่อม ในกลุ่มคนไข้ CKD   (2)(4) พื้นที่ใช้สอยเครื่องมือและอุปกรณ์   * มีการแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน แยกบริเวณเอกสาร และบริเวณตรวจวิเคราะห์ * การเตรียมตัวอย่างที่สงสัยแพร่กระจายทางอากาศ จะทำการเตรียมตัวอย่างภายใต้ตู้ปลอดเชื้อ Bio-safety cabinet class II เช่นการเตรียมสไลด์ AFB * มีห้องเจาะเลือดและสถานที่เก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น ที่เก็บเสมหะเป็นสัดส่วน ห้องน้ำสำหรับเก็บปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย แยกจากห้องปฏิบัติการ เพื่อมิให้บุคคลภายนอกเข้าไปในส่วนตรวจวิเคราะห์และทะเบียนผลตรวจที่เป็นความลับของคนไข้ * เครื่องมือตรวจวิเคราะห์และคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการรายงานผลตรวจมีเครื่องสำรองไฟฟ้าป้องกันไฟฟ้ากระตุก หรือไฟดับ * เครื่องมือพื้นฐานมีการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามแผนและระยะเวลาที่กำหนดเช่น Thermometer, เครื่องปั่นแยกเลือด, เครื่องปั่นเม็ดเลือดแดงอัดแน่นและเครื่องหมุนส่าย * เครื่องมือที่สำคัญมีการจัดทำแผน preventive maintenance เช่น เครื่องตรวจ chemistry, CBC และ Urine Analysis เป็นต้น * เครื่องมือภายในห้องปฏิบัติการมีการสอบเทียบเป็นประจำทุกปี เช่น Thermometer, เครื่องปั่นแยกเลือด, เครื่องปั่นเม็ดเลือดแดงอัดแน่น และเครื่องหมุนส่าย ตู้ปลอดเชื้อ Bio-safety cabinetclass II เป็นต้นโดยศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ขอนแก่น ปีละ 1 ครั้ง ในส่วนที่เป็นเครื่องมือที่เป็นของบริษัทเอกชนก็จะมีการสอบเทียบโดยบริษัทเอกชนเจ้าของเครื่อง   (3) ทรัพยากรบุคคล   * นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 4 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คนพนักงานบริการคนไข้ 2 คน * บุคลาการทุกคนมีแผนการอบรมประจำปีทุกคน และมีการดำเนินตามแผน เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลากร * มีการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีในภาคทฤษฎี และปฏิบัติ กรณีผลการประเมินไม่ผ่านก็จะมีการสอนที่หน้างาน (Training on job)   (5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:   * มีระเบียบปฏิบัติจัดทำขึ้นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ และคุณลักษณะเชิงเทคนิคในการตรวจสอบงานบริการจากภายนอกมีการประเมินบริการทุกๆ ปี * มีระเบียบปฏิบัติการคัดเลือกเครื่องมือ,วัสดุ, และน้ำยา ครอบคลุมถึงการกำหนดหลักเกณฑ์ทั่วไปในการประเมิน ก่อนการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ที่จะนำมาใช้ภายในโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการจัดทำบัญชีรายชื่อบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนจำหน่าย มีการตรวจสอบ/ตรวจรับ วัสดุอุปกรณ์ ว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์และคุณลักษณะตามที่กำหนดรวมทั้งมีการประเมิน ครั้ง ตัวแทนผู้ขายอย่างน้อย ปีละ 1 **ครั้ง** * การส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก กรณีไม่สามารถตรวจเองได้ โดยมีทั้งหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน   - Culture,Acid phosphatase,Fluid และ Blood alcohol ส่งต่อกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม เพราะอยู่ใกล้ สะดวกในการส่งตัวอย่าง  - TFT และ special Lab ได้ส่งต่อห้องปฏิบัติการเอกชน ในรายที่ได้รับมาตรฐาน ISO 15189 มีราคาเหมาะสม ให้บริการรายงานผลรวดเร็วมีช่องทางการรายงานหลายช่องทางเช่น E-mail, fax, โทรศัพท์และฉบับจริงส่ง EMS  - Hb typing,PCR คู่เสี่ยงสามี-ภรรยาฝากครรภ์ ส่งศูนย์วิทยาศาสตร์ขอนแก่น เนื่องจากเป็นนโยบายและแผนการดูแลผู้ป่วยตาม สปสช.กำหนดสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้   * มีคำสั่งแต่งตั้งผู้ให้คำปรึกษาทั้งในและนอก ผู้ให้คำปรึกษาภายนอกได้แก่หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์   โรงพยาบาลมหาสารคาม  (7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ   * การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า มีปัญหาในขั้นตอน Pre-analysis เช่น การเก็บตัวอย่างไม่ถูกต้อง, การส่งตรวจโดยใบนำส่งไม่ถูกต้อง, เลือดส่งตรวจCBC:clotและ เลือด Hemolysis แนวทางดำเนินการ คือ จัดทำแผนอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยจัดอบรมทุกปี พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้บริการงานชันสูตรฯ จัดแจกให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและใช้บริการ จัดทำแผ่นตัวอย่างแสดงภาชนะในการเก็บตัวอย่างให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง * มีการร่วมประชุม ปรึกษาหารือในทีมสหวิชาชีพ( PCT)เกี่ยวกับการวางแผนงาน รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติงานพร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เช่น การเฝ้าระวังในผู้ป่วยอุจจาระร่วง โดยได้กำหนดแนวทางในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเพาะเชื้อในกรณีอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงร่วมกับทีม SRRT และมีการแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบการเฝ้าระวังในผู้ป่วยไข้เลือดออกร่วมกับแพทย์และพยาบาล * มีการสื่อสารการเปลี่ยนแปลง เช่น การเพิ่ม/ลด Test การให้บริการทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงแบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ ต่อที่ประชุมเพื่อทราบล่างหน้าทุกครั้ง ก่อนมีการเปลี่ยน * เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการให้คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการทดสอบ การใช้บริการ และการแปลผลการทดสอบ ตามความเหมาะสม   II-7.2 ข. การให้บริการ  (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:  ห้องปฏิบัติการมีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจโดยมีการเก็บสิ่งส่งตรวจในตู้เย็นทึ่มีการควบคุมอุณหภูมิ 2- 8 °C จัดเก็บเป็นเวลา 1 สัปดาห์หลังจากนั้นก็จะมีการทำลายตามหลักการจัดการกับขยะติดเชื้อ ส่วนในกรณีที่เป็นคดี (ยาบ้า)จะเก็บไว้จนกว่าคดีสิ้นสุดหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจบอกให้ทำลายได้ประมาณ 6 เดือน กรณีผู้ป่วยที่ผล anti HIV (positive) จะเก็บไว้เป็นเวลา 2 ปีภาชนะบรรจุเป็นชนิดใช้ครั้งเดียว ทั้งหลอดบรรจุเลือด ขวดเก็บปัสสาวะ การรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจมีการรักษาสภาพตามคู่มือการใช้ห้องปฏิบัติการ ในการส่งตัวอย่างตรวจจากหอผู้ป่วยจะมีการส่งตัวอย่างตรวจมาพร้อมใบนำส่งเพื่อตรวจสอบการส่งตรวจ แล้วเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และประเมินคุณภาพของสิ่งส่งตรวจ ;ว่าสิ่งตรวจได้คุณภาพตามมาตรฐาน มีปริมาณเพียงพอ มีการClot – Hemolysis ของเลือดหลังจากตรวจสอบแล้วก็จะ ปริ๊นสติกเกอร์บาร์โค้ดจากระบบLIS ติดทับฉลากจากหอผู้ป่วย  (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:   * 1. **ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์** * มีคู่มือใช้บริการและจัดเก็บตัวอย่าง.ให้แต่ละหน่วยบริการ ( หอผู้ป่วย /รพ สต ) * การนำส่งตัวอย่าง มีใบนำส่ง การชี้บ่ง วิธีการนำส่งมีการปฏิบัติตามแนวทางในคู่มือการใช้บริการ * มีการรับและการเก็บรักษาตัวอย่าง สำหรับตัวอย่างที่ส่งตรวจภายนอกจะมีการปริ๊นสติกเกอร์ 2 แผ่นติดที่หลอดสำหรับเจาะเก็บ/รับจากหอผู้ป่วย และติดหลอดสำหรับเก็บส่งต่อพร้อมกัน พร้อมเก็บในตู้เย็น   1. **การวิเคราะห์** * มีวิธีการตรวจวิเคราะห์ ที่ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักวิชาการซึ่งมีการทวนสอบ ว่าได้ผลลัพธ์ตามต้องการ มีการตรวจสอบน้ำยา วิธีการวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ให้เป็นไปตามข้อกำหนดและความเหมาะสมในการใช้งาน เป็นประจำ * มีข้อมูล การสอบทวน การสอบกลับ * มีการทบทวนวิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิงเป็นประจำ   1. **ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์** * มีระบบตรวจสอบผลการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการโดยนักเทคนิคการแพทย์ก่อนส่งมอบผลการตรวจ * มีระบบจัดเก็บตัวอย่างหลังวิเคราะห์ ระยะเวลา สภาวะแวดล้อม * มีระบบเคลื่อนย้ายและ ทำลายตัวอย่างหลังวิเคราะห์ตามหลัก IC   2.4 **การรายงานผล**  - มีการประกันระยะเวลาสำหรับการรายงานผล มีระบบรายงานทาง LIS ส่งออกทาง HIS ว่าผลการตรวจนั้นมีความถูกต้อง ครบถ้วน  (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:  การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์และการรายงานค่าวิกฤติ   * เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รายงานผลการตรวจวิเคราะห์แก่แพทย์ หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบทางโทรศัพท์ทันที และบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์และแบบบันทึกรายงานค่าวิกฤติเพื่อเป็นหลักฐานว่าได้ดำเนินการแจ้งผลแล้ว * ได้ทบทวนข้อตกลงร่วมกับองค์กรแพทย์ในการกำหนดค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทุกๆปี   การรักษาความลับของการรายงานผล   * ผลการตรวจวิเคราะห์ทุกประเภทถือเป็นความลับของผู้ป่วย ต้องได้รับการปกปิด ซึ่งการลงรายผลจะรายงานในระบบ HOSxPในการดูผลจะกำหนดสิทธิ์เฉพาะผู้ที่มีสิทธิ์เข้าดูผลได้เช่นแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องเท่านั้นโดยใช้รหัสเฉพาะบุคคลที่มีสิทธิ์เท่านั้น บุคคลทั่วไปหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถดูได้ ยกเว้นการรายงานผล Anti-HIV จะไม่มีผลปรากฏให้ดูผ่าน HOSxPจะมีเฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่เห็นผลการรายงานเท่านั้นจะมีการรายงานผลโดยใส่ซองปิดผนึกรายงานให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นคนรับผลรายงานโดยตรง * ผลการวิเคราะห์ทุกประเภท ถือเป็นความลับ ต้องได้รับการปกปิด เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย โดยการใส่ซองทึบที่ปกปิดหรือส่งมอบผลการตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ * สำหรับผลการตรวจที่ปกปิดและมีความเสี่ยงสูง เช่น Anti-HIV จะมีแนวทางป้องกัน คือ * ผู้ที่มารับบริการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV ทั้งกรณีที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ขอใบรับรองแพทย์ และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจะส่งต่อทีมของผู้ให้คำปรึกษาก่อนโดยทีมของผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้เจาะเลือดมาให้ห้องปฏิบัติการตรวจโดยตรงเพื่อให้เป็นความลับโดยไม่ทราบว่าเป็นใคร * ไม่มีการลงชื่อ-สกุลในใบนำส่งตรวจและหลอดเลือดผู้รับบริการ แต่จะใช้ระบบการ code รหัสแทน * เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทำการปกปิดผลการตรวจ โดยนำผลการตรวจใส่ซองปิดผนึก และส่งผลตรวจให้กับผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือแพทย์เจ้าของไข้เท่านั้น   (4) (7)การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:   * สิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์แล้วเก็บไว้เพื่อทวนสอบ ได้แก่ Heparin tube,Clot blood tube เก็บไว้ 1 สัปดาห์ EDTA Blood tube เก็บไว้ 1 สัปดาห์ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาส่วน Clot blood tube ทีส่งตรวจ Anti-HIV แล้วผล Positive จะทำการเก็บแช่แข็งไว้ 2 ปี * สิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์ ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ   II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) (1)ระบบบริหารคุณภาพ:  เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง และเพิ่มศักยภาพงานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้ ผลถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว เชื่อถือได้เป็นที่พึงพอใจ และ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ผ่านการประเมินคุณภาพ LAเดือน ธันวามคม 2562  ผู้บริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีความมุ่งมั่นในการให้การสนับสนุนทรัพยากรทุกประเภท ในการให้บริการ ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านโลหิตวิทยาเคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์ น้ำเหลืองวิทยาภูมิคุ้มกันวิทยา และจุลชีววิทยา และจุลชีววิทยา จากสิ่งส่งตรวจของผู้มารับบริการเพื่อช่วยในการวินิจฉัย พยากรณ์โรค ติดตาม การรักษา และประเมินสุขภาพ และมุ้งเน้นปฏิบัติงานให้สอดคล้องตามมาตรฐาน LA 2555 ที่เป็นปัจจุบัน มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดนโยบายประกาศให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดโดยทั่วกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์  1. การบ่งชี้ปัญหา/โอกาสพัฒนาห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการภายใน( Inter audit ) จากคณะกรรมการฯของจังหวัดมหาสารคาม และได้รับรายงานเพื่อมาจัดทำโอกาสพัฒนา เป็นประจำทุกปีๆละ1 ครั้ง  2.ห้องปฏิบัติการมีระบบการบันทึกความผิดพลาดและรายงานอุบัติการณ์เป็นประจำ มีการรายงานประจำ และนำความเสี่ยงที่ได้รับรายงานมาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติ  3.ห้องปฏิบัติการมีการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญเป็นประจำทุกเดือนเพื่อเป็นการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์และรายงานผลการตรวจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แม่นยำ รวดเร็ว  เป็นที่พึงพอใจของลูกค้าได้อย่างยั่งยืนตามนโยบายคุณภาพ  4. การแก้ไข/ป้องกันปัญหา เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือได้รับรายงานหรือข้อร้องเรียน จะดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุ และดำเนินการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดทำแนวทางปฏิบัติพร้อมเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นทราบ  5. ห้องปฏิบัติการมีการติดตามปัจจัยที่ผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งในขั้นตอนก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ เข่นตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ได้ติดตามการเก็บสิ่งส่งตรวจของเจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วย ตัวอย่างติดตามหลังการตรวจวิเคราะห์มีการประเมินความพึงพอใจการบริการของห้องปฏิบัติการเพื่อนำผลการประเมินมาแก้ไข  6. ห้องปฏิบัติการมีการจัดทำเอกสารและควบคุมเอกสารมีการทบทวนการแก้ไขเอกสารใหม่ และการควบคุมเอกสารคุณภาพให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน มีการทำลายเอกสารเพื่อให้สอดคล้องกับการควบคุมเอกสารของระบบคุณภาพสากลและให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน  7. ห้องปฏิบัติการได้มีการกำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)  โดยได้จัดทำคู่มือความปลอดภัยสำหรับห้องปฏิบัติการ และปฏิบัติตามแนวทางของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเรื่อง Patient Safety goal  (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:   * มีการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญกับองค์กรภายนอก จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในสาขา เคมีคลินิก, สาขาโลหิตวิทยา, สาขา ภูมิคุ้มกันวิทยาและAnti-HIV, สาขาจุลชีววิทยา และสาขาจุลทรรศนศาสตร์ ผล EQA ปี 2561 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด * เข้าร่วมการทดสอบอื่นๆ เช่นการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิสกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและกามโรคการตรวจสารเสพติด (เมทแอมเฟตามีน และกัญชา) กับสำนักยาและวัตถุเสพติดกรมวิทยาศาสตร์การ- แพทย์ * มีการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญกับองค์กรภายนอก ที่เป็นบริษัทเอกชนในสาขาเคมีคลินิก, เครื่อง POCT Blood sugar * เข้าร่วมการทดสอบแบบ Interlab comparison ในจังหวัดมหาสารคาม สำหรับการทดสอบที่ไม่ได้สมัครกับองค์กรภายนอก   (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:   * ห้องปฏิบัติการมีระบบควบคุมคุณภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ ,ขั้นตอนการวิเคราะห์ และขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์   (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:   * ได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561 หมดอายุ วันที่ 8 กันยายน 2563 * ห้องปฏิบัติการ ได้รับการตรวจนิเทศจากทีมตรวจติดตามคุณภาพภายใน งานเทคนิคการแพทย์ของจังหวัดมหาสารคาม วันที่ 27 กันยายน 2562 หน่วยงานได้มีการนำข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนามาปรับปรุงงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานงานให้ดียิ่งขึ้น ในการขอการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ * ห้องปฏิบัติการ ได้รับการตรวจประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์(LA) ในวันที่ 7 ตุลาคม 2562 และรอผลการรับรองการตรวจประเมิน   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การตรวจที่ห้องปฏิบัติการ : งานห้องปฏิบัติการได้มีการควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอน มีการควบคุมคุณภาพภายในและการประกันคุณภาพโดยองค์กรภายนอก * งานห้องปฏิบัติการ มีบริการส่งต่อเพื่อตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจที่ไม่มีเปิดให้บริการเช่น Thyriod Hormone, Hb typing , Hemocultureและการตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยได้คัดเลือกสถานที่ส่งต่อที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือผลการตรวจได้ และมีการทบทวนคุณภาพและการประเมินสถานส่งต่อทุกปี ทำให้ได้รับผลการตรวจที่ถูกต้องรวดเร็ว ตรงตามความต้องการของแพทย์ * พัฒนาระบบการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง * พัฒนาในเรื่องการแจ้งการรอคอย (TAT) ให้แก่ผู้ป่วยได้ทราบ * พัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ใน รพ.สต. * พัฒนาระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการ (LIS) เชื่อมต่อกับระบบ HIS   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนา ใน 1-2 ปี | | **58.บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก** | 3.5 | DALI | * ขออัตรากำลังทดแทนในตำแหน่งจะโอนย้ายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ * เพิ่มศักยภาพในด้านการพัฒนาระบบธนาคารเลือด * เพิ่มศักยภาพในด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศ   เตรียมความพร้อมด้านต่างๆเพื่อรอรับการประเมิน LA ในปี 2562 |   II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต  i. ผลลัพธ์  ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ  ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | | 1. จำนวนการใช้ส่วนประกอบของเลือด (ยูนิต) |  | 403 | 461 | 516 | 617 | 649 | | 2. จำนวนความผิดพลาดของการจ่ายเลือด (ครั้ง) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 3. จำนวนปฏิกิริยาจากการให้เลือด (ครั้ง) | 0 | 3 | 8 | 6 | 7 | 6 | | 4. จำนวนการคืนเลือดที่ขอไว้ (ยูนิต) | 4 | 3 | 6 | 4 | 8 | 6 |   **II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ**: ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | | การประเมินผลงานด้านระบาดวิทยาโดย สคร. | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ยังไม่รับการประเมิน | | ความครบถ้วนของการรายงาน รง. 506 | 80 % | 85 | 90 | 90 | 91 | 92 | | ความทันเวลาของการรายงาน รง. 506 | 80 % | 92.20 | 92.71 | 93.28 | 95.00 | 94.67 | | ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย | 80 % | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | | คุณภาพของการสอบสวนโรค | ≥ 40 % | 62.00 | 69.00 | 70.00 | 72 | 72 |   **Ii. บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัย ตั้งอยู่ในเขตชุมชนตำบลโคกพระ อำเภอกันทรวิชัย มีพื้นที่ประมาณ 26 ไร่ หมู่บ้านรับผิดชอบ แบ่งเป็น 15 หมู่บ้าน มีประชากร รวม 71,212 คน มีเทศบาล 1 แห่ง รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง รับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 179 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม  โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีดังนี้  1. โรคไข้เลือดออก  2. โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี  3. โรคพิษสุนัขบ้า  งานป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ดำเนินตามนโยบาย อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน มีการติดตามเฝ้าระวัง ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายร่วมกับชุมชน  ผู้รับผิดชอบ : พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ส่งเสริมสุขภาพ/รักษา  นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เฝ้าระวังโรค/ส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เฝ้าระวังโรค  เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน เฝ้าระวังและป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพ  โดยทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการรายงาน และวิเคราะห์ข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงทำหน้าที่เป็นศูนย์ให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการแก่ เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย โดยการใช้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ทำให้มีความสะดวกรวดเร็วในการประเมินผล และตรวจจับการระบาดได้ง่าย  โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ : โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหลอดลมอักเสบ โรคคออักเสบ  โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง ,โรคติดต่อที่ควรเฝ้าระวัง : โรคไข้เลือดออก,ติดเชื้อไวรัสซิก้า,อุจจาระร่วง,เลปโตสไปโรซีส,พิษสุนัขบ้า,มือเท้าปากเปื่อย,มะเร็งท่อน้ำดี,วัณโรค,หลอดเลือดสมองและโรคติดติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ  iii. กระบวนการ  II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร :  (1)(2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ : เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมีระบบติดตามเฝ้าระวัง และค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มี 1)การกำหนดนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยครอบคลุมทั้งในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย เครือข่ายสุขภาพ และชุมชน 2)มีกิจกรรม/แนวทางแก้ไขปัญหาเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยในพื้นที่ 3มีการจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำความร่วมมือ 4)ทบทวนปัญหาและความเป็นมาร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5)มีการพัฒนาติดตามนิเทศตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาทุก รพ.สต. ผลลัพธ์ที่ได้ 1)นโยบายแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งอำเภอ 2)เกิดความร่วมมือของเครือข่าย 3)มีการจัดทำแผนร่วมกัน เพื่อทำให้บรรลุเป้าหมาย 4)ผู้นำ/ชุมชนให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ  (3)(4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ :การสร้างความรู้ความเข้าใจ   * การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ปรับตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงและปรับให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่และภัยสุขภาพเน้นหนักที่เป็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ดั้งนี้ * มีคณะกรรมการการควบคุมป้องกันโรคที่แต่งตั้งขึ้นจากทุกสถานบริการ และประชุมเพื่อจัดทำแผนในระดับ CUP ทุกปี มีการนำปัญหา/โรคภัยที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ และจัดทำแผนขึ้นโดย ได้รับการสนับสนุนงบ ประมาณจากคณะกรรมการ ในระดับ CUP * มีการบริหารการจัดสรรกำลังคน จัดตั้งคณะทำงาน EOC (Emergency Operations Center) เฉพาะโรค ภายใต้ระบบการทำงาน ICS ([Incident Command System](https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilp9HI4ZjQAhXMMY8KHRT3BAIQFggsMAQ&url=http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/attachments/2387_%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%95%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%20(Incident%20Command%20System%20-%20ICS).pdf&usg=AFQjCNFFXhCt1m5zyKGSWL-xbbEyYjzPlw&sig2=QYZV2eHh3BLa6JeF0hnsTg&bvm=bv.137904068,d.c2I)) * มีเทคโนโลยี/โปรแกรมตรวจจับการระบาดของโรคที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว แม่นยำ มีการจัดทำทีมทำงาน SRRT ระดับอำเภอ และ SRRT ระดับตำบล ที่พร้อมในการสอบสวนและควบคุมโรค หากมีการระบาดของโรคในพื้นที่ ตลอด 24 ชม. * เร่งรัดการดำเนินการควบคุมป้องกันเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ,โรคพิษสุนัขบ้า,อุจจาระร่วง,เลปโตสไปโรซีส ,มือเท้าปากเปื่อย โดยเน้นความร่วมมือของทีม SRRT ระดับอำเภอ และ SRRT ระดับตำบล   (5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ : เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้บุคลากรตระหนักในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ได้ดำเนินการ 1.มีการชี้แจงนโยบายการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปีงบประมาณทุกระดับ 2.มีการจัดทำ MOU ในระดับอำเภอกับหน่วยงาน หรือภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 3.มีการสั่งการโดยนายอำเภอเพื่อประสานความร่วมมือ 4.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทีม SRRT เป็นประจำทุกปี 5.มีการเตรียมการซ้อมแผนโรคและภัยสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น  1.บุคลากรได้รับการฟื้นฟูความรู้ ปีละ1ครั้ง 2.มีแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติงาน 3.มีเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชน  II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:  (1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล   * มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ เช่น การสอบสวนโรคเฉพาะรายในหอผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า วัณโรค ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ถูกต้อง   **การเฝ้าระวังเชิงรับ**   * ทีมได้จัดทำระบบเฝ้าระวังโรคโดยใช้ฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ใช้ในการเฝ้าระวังผ่านระบบรายงาน 506 เพื่อตรวจจับการระบาดวิทยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด * มีระบบการรายงานโรคติดต่อที่ต้องรายงานด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เช่น โรคไข้เลือดออก พิษสุนัขบ้า คอตีบ อหิวาตกโรค เป็นต้น * ในโรงพยาบาลมีระบบการแจ้งข่าวทางกระดานข่าวในหอผู้ป่วย โทรศัพท์ Facebook , Lineที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่มพยาบาล เสียงตามสายของโรงพยาบาล   **การเฝ้าระวังเชิงรุก**   * จัดตั้งทีม SRRT ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน มีการรายงานโรคที่เฝ้าระวังในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยไม่ได้มารับบริการในในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ไปรักษาที่คลินิก หรือซื้อยามารับประทานเอง * การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น การเฝ้าระวังไม่ให้ประชาชนบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ เน้นอาหารที่มีประโยชน์และปลอดสารพิษ การให้สุขศึกษา ในสถานศึกษาและชุมชน โดยทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เสียงตามสายโรงเรียน การประชุมและจัดอบรมในพื้นที่ รวมทั้งมีแผนการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในตำบลต้นแบบและขยายโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง   **การพัฒนาขีดความสามารถ/ความพร้อมเพื่อรองรับหากมีการระบาดของโรคหรือการเพิ่มขึ้นของภัยสุขภาพ:**   * จัดตั้งคณะทำงาน EOC **(**Emergency Operations Center) เฉพาะโรค ภายใต้ระบบการทำงาน ICS ([Incident Command System](https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilp9HI4ZjQAhXMMY8KHRT3BAIQFggsMAQ&url=http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/attachments/2387_%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%95%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%20(Incident%20Command%20System%20-%20ICS).pdf&usg=AFQjCNFFXhCt1m5zyKGSWL-xbbEyYjzPlw&sig2=QYZV2eHh3BLa6JeF0hnsTg&bvm=bv.137904068,d.c2I)) ในหน่วยงาน สั่งการได้ทันเวลาและรวดเร็ว * มีระบบเชิงรุกในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนโดยการให้ความรู้แก่ชุมชน สถานประกอบการ จัดอบรมแกนนำควบคุมโรคในชุมชน โรงเรียน และระบบการแจ้งเหตุ * มีกระบวนการประชุมร่วมกันหาแนวทางจัดระบบการเฝ้าระวัง กำหนดหน้าที่ให้ชัดเจน ดำเนินการเฝ้าระวัง ประสานงาน แจ้ง-รับข่าวสาร * มีระบบที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังเมื่อมีสถานการณ์การระบาด สามารถดำเนินการได้ทันที เช่น การจัดระบบการสอบสวนโรค/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น * มีการอบรมทางวิชาการ/ซ้อมแผนการระบาดของโรคที่เป็นปัญหาทุกปี ให้แก่บุคคลกรทุกระดับทั้งหมด เช่น การประชุมวิชาการไข้เลือดออก เป็นต้น   **บทเรียนเกี่ยวกับความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง:**   * จากการดำเนินงานที่ผ่านมามีโปรแกรมในการบันทึกรายงาน 506 โดยทำการเก็บรายงาน/ส่งรายงานทุกวัน ถ้ามีการรายงานข้อมูลช้ากว่าที่กำหนด จะมีการโทรศัพท์ติดตามผู้เกี่ยวข้องทันที เพื่อความครบถ้วน และทันเวลา * กรณีวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการมีเวรห้องบัตรที่รับส่งข้อมูล และเก็บข้อมูลไว้ให้   (3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาความผิดปกติหรือการระบาด   * เพื่อค้นหาความผิดปกติหรือการระบาด ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโรคและภัยสุขภาพ 1.จัดทำสถานการณ์โรคประจำเดือนทุกเดือน 2.มีการค้นหาผู้ป่วยและเฝ้าระวังการระบาดโดยเครือข่าย SRRT ระดับตำบล หมู่บ้าน 3.เฝ้าระวังรายงานโรคประจำวัน 4.มีการตรวจจับระบาดและกรองข่าวผ่านระบบสื่อสารต่างๆ เช่นLine Groupอำเภอ/Line Group จังหวัด ,เครือข่ายอินเตอร์เน็ต 5.มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้านโรคและภัย เช่น เบาหวาน ความดัน TB สารเคมีตกค้างจากเลือดเกษตรกร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1.ทำให้ทราบโรคและภัยในพื้นที่เพื่อวางแผนดำเนินการต่อไป 2.ทราบกลุ่มเสี่ยง เพื่อเข้า สู่การปรับเปลี่ยน และรักษาต่อไป   (5)(6)การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนการป้องกัน:   * ในช่วงปีที่ผ่านมามีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี 2562 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอำเภอกันทรวิชัย มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2561 ซึ่งมีการเกิดโรคไข้เลือดออกครบทุกตำบล มีพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอัตราป่วยสูงสุดคือ ตำบลศรีสุข รองลงมาคือ เขตพื้นที่ที่ตั้งของสถานศึกษา มหาวิทยาลัย ได้แก่ ตำบลท่าขอนยาง ตำบลขามเรียง ซึ่งตรวจจับความผิดปกติได้จากรายงานโทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด และการรับแจ้งเหตุจากชุมชน เจ้าหน้าที่ทีม SRRT ตำบล ยังมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ยังมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มของนักเรียน นักศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ศึกษาอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง และเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย ในปี 2562 ทีม SRRT อำเภอ จึง มาปรับทำการเฝ้าระวังที่เข้มข้นมากขึ้นก่อนช่วงการระบาด มีการรณรงค์ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในทุกหลังคาเรือนมีการฉีดพ่นยุงลายก่อนเปิดเรียนในสถานศึกษาทุกแห่ง การป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งทำประชาคมทุกหมู่บ้าน รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย ทำความสะอาดหมู่บ้าน พร้อมสำรวจค่า HI CI ทุกวันศุกร์ และเปิด EOC ไข้เลือดออกอำเภอกันทรวิชัย ในปี 2562 * มีระบบการรายงาน ประสานงานทุกภาคีเครือข่าย ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด * มีการรายงานผลการสอบสวนโรคให้ผู้บริหารโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ * มีการจัดทำแผน และซ้อมแผนตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข   **บทเรียนเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฝ้าระวัง:**   * นำข้อมูลมาวางแผนป้องกันในปี 2563 และปีถัดไป * มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรายงาน มาทำการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่สำคัญ เช่น ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง โดยแยกเป็นรายสัปดาห์ รายเดือน   II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:  (1) แผนตอบสนองและเตรียมความพร้อม:   * คณะกรรมการสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับตลอดเวลา เช่น ภัยไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า และพิบัติต่างๆ ซึ่งมีการซักซ้อมทุกปี โดยมีบุคลากรที่สามารถรับข้อมูลในเวลาราชการ และมีแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่ ไข้เลือดออก มือเท้าปาก โรคเลปโตสไปโรซีส ซึ่งเป็นแนวทางในการสอบสวนควบคุมป้องกันโรคเมื่อมีการแพร่ระบาด   มีเครือข่ายระบบแจ้งข่าวในชุมชน โดยเครือข่าย อสม. สามารถให้การช่วยเหลือควบคุมโรคเบื้องต้น  (2) ทีม SRRT:   * เฝ้าระวังโรคติดต่อ ที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง * ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข * สอบสวนโรค อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว * ควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที * แลกเปลี่ยนข้อมูลและทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย * วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อ และภัยสุขภาพในพื้นที่ * รับแจ้งข่าวและบันทึกการแจ้งข่าวจาก อสม. ประชาชน ฯลฯ เหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน * แจ้งข่าวหรือเหตุผิดปกติให้แก่ SRRT ในพื้นที่ สสอ./สสจ.ทุกเดือน   (3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:   * มีการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อตอบสนองต่อการระบาด หลายช่องทาง เช่นการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในปี 2562 ได้ทำการเผยแพร่ข้อมูลรายงานไปยังชุมชนส่วนราชการโดยทำเป็นหนังสือเวียน ให้ผู้นำชุมชนประกาศเสียงตามสายให้ ส่วนหน่วยงานราชการก็ทำเป็นหนังสือราชการ เพื่อแจ้งเตือนให้หน่วยงานให้รับทราบ และดำเนินการเชิงรุกในพื้นที่ในกรณีการระบาดของโรคติดต่อประจำถิ่น ไข้เลือดออก มือเท้าปากเปื่อย อุจจาระร่วง มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลกรณีเกิดโรคติต่อทันเวลาใน 24 ชั่วโมง * มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพเพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนทุกเดือน โดยมีช่องทางการเผยแพร่หลายช่องทางได้แก่ การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ การทำเป็นหนังสือราชการ ทาง Facebook ไลน์ โทรศัพท์ E-mail ทะเบียนผู้ป่วย หอกระจ่ายข่าว เสียงตามสายในโรงพยาบาลและในชุมชน หนังสือแจ้งข่าวโรคประจำเดือน   (4) ช่องทางรับรายงาน :   * เมื่อมีโรคหรือภัยสุขภาพเกิดขึ้นจะรายงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง ได้ใช้ช่องทางจะเป็นทาง Facebook , ไลน์กลุ่มแจ้งโรค , โทรศัพท์ , E-mail และ ทะเบียนผู้ป่วย   (5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย :   * การรวบรวมข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้สัมผัสออกสอบสวนโรคเมื่อพบเพียง 1 ราย โดยมากเป็นโรคที่สำคัญๆ มีความรุนแรง/เสียชีวิต โรคอุบัติใหม่/โรคอุบัติซ้ำ หรือเหตุการณ์ที่น่าสนใจ เพื่อ * ยืนยันการเกิดโรค * ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคต่อไป * เข้าใจถึงลักษณะการเกิดโรคในผู้ป่วยแต่ละราย   (6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด :  (1) มีการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด  (2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการ  เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ  (3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง  ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้  (4) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา  (5) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค139 ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง  รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ  ในกรณีโรคไข้เลือดออก ใช้มาตรการ 3-3-1 คือ หลังโรงพยาบาลพบผู้ป่วย ให้รายงานโรคให้หน่วยควบคุมโรคของพื้นที่ภายใน 3 ชั่วโมง และให้หน่วยควบคุมโรคกำชับให้ อสม. ลงกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่บ้าน ชุมชนผู้ป่วยใน 3 ชั่วโมงและส่งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ลงพื้นที่ควบคุมโรคภายใน 1 วันทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น  II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:  (1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ: เพื่อรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะได้มีการดำเนินการดังนี้ 1)มีการจัดทำสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพี่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเดือนละ 1 ครั้ง 2)รายงานผู้บริหารและทีม SRRT ทราบ 3)มีการรายงานไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อกฎอนามัยระหว่างประเทศ 4)มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่กำลังระบาด หรือต้องเฝ้าระวัง ผ่านที่ประชุม คปสอ. ที่ประชุมกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านระดับอำเภอ และหัวหน้าส่วนราชการ และผ่านเบอร์ประชาสัมพันธ์ 5)มีการจัดตั้งทีมสื่อสารความเสี่ยงแต่ละเหตุการณ์เพื่อให้ข้อมูลต่อสาธารณะกรณีฉุกเฉินตามโครงสร้างผัง EOC ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน 2)ภาคีเครือข่ายสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน  (2) การรายงานโรคตามกฎหมาย: เพื่อให้การรายงานโรคเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินการ 1)มีการเฝ้าระวังและรายงานโรคติดต่ออันตรายที่ต้องเฝ้าระวังตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 จำนวน 13 โรค อย่างช้าไม่เกิน 3 ชม. 2)มีการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค โดยการส่งรายงานที่งานควบคุมโรค สสจ.มหาสารคามภายใน 24 ชม. 3)มีทีม SRRTอำเภอ และทีมผ่านการอบรม CDCU เข้าเวรเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ไม่พบโรคระบาดที่ร้ายแรงเกิดขึ้น 2)โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังได้มีการรายงานตามมาตรการที่กำหนดและไม่เกิดการระบาด  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ :**   * การพัฒนาการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการส่งข้อมูล ผ่านทาง Facebook ไลน์ โทรศัพท์ E-mail กลุ่มคป.สอ.กันทรวิชัย กลุ่ม อสม. * เครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว   ( SRRT) เครือข่ายระดับตำบล   * รางวัลรองชนะเลิศ ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยในการสอบสวนการระบาดของเชื้อไวรัสซิกก้า * รางวัลวิจัยดีเด่น ระดับประเทศ ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎี POCCC เพื่อป้องกันไข้เลือดออกของ อสค.   **V. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 61.การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | 3.5 | LI | * พัฒนาประเมินผลและปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ * การสร้างและพัฒนาเครือข่ายให้เกิดความเข้มเข็ง และต่อเนื่องในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ |   II-9 การทำงานกับชุมชน  **I. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน : ความครอบคลุม ผลกระทบ**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย | 90% | 91.27 | 99.92 | 93.97 | 98.45 | 99.86 | | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ | ≥ 60 % | 66.8 | 62 | 68.18 | 77.29 | 100 | | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ | ≥ 65 % | 19.17 | 27.10 | 20.83 | 68.01 | 86.36 | | อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน | ≤50 ต่อพันประชากรหญิง  15-19 ปี | 10.72 | 3.57 | 0.75 | 1.18 | 4.86 | | ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | 96.72 | 98.43 | 97.09 | | ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | 95.83 | 98.26 | 97.63 | | ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (IFG) | < 5% | 4.86 | 4.79 | 2.85 | 3.01 | 3.20 |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (pre-hypertension) | < 10% | 8.06 | 8.05 | 2.68 | 2.83 | 3.18 | | ร้อยการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60ปี (เป้า 5 ปี จากปี 53 – 57 )  ตั้งเป้าต่ออีก 5 ปีจากปี 2558-2562 | ≥ 80% | 20.56 | 0.26 | 2.31 | 8.46 | 3.11 | | จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (คัดกรอง ADL) | ≥ 80 % | 28.38 | 4.07 | 2.24 | 3.34 | 0.37 | | ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการด้านชุมชน | ≥ 80 % | 89 | 89.56 | 84.76 | 88.65 | 92.00 |   **II บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการจัดการด้านการทำงานในชุมชน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ เป็นเครือข่ายสุขภาพอำเภอกันทรวิชัย ดูแลประชาชนในเขตอำเภอกันทรวิชัย จำนวน 10 ตำบล 183 หมู่บ้าน ประชากร 70,951 คน เป็นชาย 30,649 คนและ เป็นหญิง 40,302 คน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มี รพ.สต.จำนวน 14 แห่ง โรงเรียนจำนวน 53 แห่ง วัด 81 วัด  ผู้รับผิดชอบ : พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน  **ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ**  เป็นหน่วยบริการสุขภาพ ที่ดูแลสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน โดยจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ แก่  บุคคลครอบครัวและชุมชน รวมทั้งวัด โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก สถานประกอบการ โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ภาครัฐ เอกชนและสื่อมวลชน เน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามสภาพปัญหาแต่ละชุมชน  Iii. **กระบวนการ**  II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน  (1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน   * ในปี 2559 - 2562 มีการจัดบริการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน แต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากประชาชนไม่อยู่ในช่วงที่เจ้าหน้าที่ออกบริการในเจ้าหน้าที่ออกบริการในชุมชน จึงมีการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ ฯ ในแต่ละหมู่บ้านให้มีความรู้และสามารถใช้เครื่องมือการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการทดสอบความรู้ วัดระดับความดันโลหิต การเจาะเลือด ค้นหากลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป็นโรค ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ความครอบคลุมในการตรวจเพิ่มขึ้น และจากการทบทวนการให้บริการดังกล่าวพบว่าควรเพิ่มศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญในการเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจาก อสม.บางคนยังไม่มีความมั่นใจในการเจาะเลือด โดยในปี 2562 ได้จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการอบรมการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด และได้จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและมีการจัดเวที ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้มหกรรมสุขภาพออกเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมมากขึ้นปี 2562 คัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ 97.09 และคัดกรองความดันโลหิตได้ ร้อยละ 97.63   **-** การคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกทั้งในเชิงรับและเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 – 60 ปี ในชุมชนในปี 2558 - 2562 พบว่ามีอัตราการตรวจต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (80%) เนื่องจาก ผู้รับบริการไม่มาตรวจ จากทัศนคติ ความเชื่อเรื่องความอาย ในการตรวจภายใน และไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวันจึงได้จัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจโดยจัดโครงการเชิงรุกในชุมชน โดยการออกให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านในตอนเย็นหลังเลิกงาน และเคาะประตูบ้านให้บริการแต่ละหลังคาเรือน โดยมีการประสานงาน กับ อสม.ที่ผ่านการอบรมสามารถเป็นผู้นำและให้ความรู้กับประชาชนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพื้นที่ ร่วมกันการค้นหากลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้การตรวจมะเร็งปากมดลูกและเต้านมเชิงรุกในชุมชนทำให้อัตราการตรวจครอบคลุมมากขึ้นโดยผลงานปี 2557 อัตราความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 95.30 และมีแผนพัฒนาต่อเนื่อง 5 ปีในปี 2558 -2562 โดยการออกให้บริการร่วมกับเครือข่าย รณรงค์ค้นหาในชุมชนเชิงรุกมากขึ้น ทั้งใน รพ.สต. และ อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ทุกหมู่บ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ปี 2558 ผลงานร้อยละ 20.56 , ปี 2559 ผลงาน ร้อยละ 50.26 , ปี 2560 ผลงาน ร้อยละ52.31 , ปี 2561 ผลงาน ร้อยละ 58.46 และปี 2562 ผลงาน ร้อยละ 83.11  **-** อบรมแกนนำการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ในหมู่บ้านใช้ชื่อว่ากลุ่มรักษ์เต้านม เพื่อช่วยในการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ถ้าพบรายสงสัยหรือผิดปกติจะส่งต่อมายังโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ และรักษาต่อไป ทำให้การคัดกรองการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในปี 2560 ได้ร้อย 81.60 , ปี 2561 ร้อยละ 94.39 และปี 2562 ร้อยละ 94.48  **-** การดูแลสุขภาพมารดาและทารกในชุมชน โดยอสม.ที่ผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก มีชมรมสายใยรักในชุมชน ให้บริการในชุมชน มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เพื่อแนะนำการมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการดูแลทารก สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และการส่งเสริมภาวะโภชนาการ และพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ทำให้ อัตราการฝากครรภ์ ≤12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 77.29 ในปี 2561 และ ร้อยละ 100 ในปี 2562  **-** มีระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนโดยใช้ระบบหมอครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่มีการแบ่งหมู่บ้านรับผิดชอบ สำรวจข้อมูลประชากรแยกตามกลุ่ม WECANDO และแบ่ง อสม.รับผิดชอบดูแลหลังคาเรือนคนละ 10-15 หลังคาเรือน ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลในการดูแลสุขภาพร่วมกัน มีพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ โดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการให้ได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นผู้ป่วยสะดวกและประหยัดเวลา ค่าเดินทางนอกจากนี้จัดทำสติ๊กเกอร์หมอครอบครัวมีรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อแพทย์ และ อสม.ประจำครอบครัว พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โรงพยาบาล และสายด่วน 1669 เพื่อให้ประชาชนสามารถปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ผลการดำเนินงานพบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น แต่บางครั้งขาดความต่อเนื่อง และดำเนินงานได้ตามเกณฑ์คุณภาพ มีแผนดำเนินการพัฒนาในการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพและชุมชนอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2563  **-** ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ปี 2557 - ถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับบริการทั้งหมดจำนวน 223 ราย และยังมีชีวิตอยู่ 31 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน ท่ามกลางญาติพี่น้อง ทีมสุขภาพได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติสอนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีมมีการประเมินและดูแลจัดเตรียมสถานที่ที่บ้านร่วมกับญาติ และสนับสนุนอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน ชุดทำแผล ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะพร้อมสายดูดเสมหะ พร้อมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องยืมอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน แต่โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยไม่เพียงพอ จึงได้ทำแผนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะรถเข็นนั่ง ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน  **-** ระบบการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานความดันโลหิตสูงมีการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม อบรมแกนนำการออกกำลังกาย การจัดเวทีให้แกนนำที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นวิทยากรในชุมชนต่อไปในการให้ชุมชนได้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคลดพุง  **-** สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดมหกรรมสุขภาพในเครือข่ายและภาคีเครือข่ายและในระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศ  (3) ความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน   * มีการจัดทำประชาคม ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน โดยใช้ข้อมูลปัญหาประเมินผลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและจัดทำแผนติดตามประเมินผลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสถานศึกษา อสม. จนท. โดยการจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน มีดังนี้   **-** มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยร่วมเป็นคณะกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นซึ่งที่ผ่านมายังมีบางกองทุนที่ยังขาดความเข้าใจในการดำเนินงานทำให้การจัดสรรงบประมาณของโครงการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงได้คืนข้อมูลภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบจากการตรวจคัดกรองสุขภาพแก่ชุมชนให้ข้อคิดข้อเสนอแนะและร่วมพิจารณาโครงการที่ชุมชนเสนอมาตามปัญหาและความต้องการของชุมชนประสานงานภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นผลการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยมีกองทุนสุขภาพระดับตำบล จำนวน 15 กองทุน และทุกกองทุนให้การสนับสนุนโครงการทุกแห่งครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ  **-** มีการจัดประชุมครูผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนเพื่อวางแผนร่วมกันในการจัดบริการและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนักเรียนตามแนวทางมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากการดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียน การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพยังไม่ผ่านเกณฑ์ในบางข้อเกิดการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่องโรงเรียน สามารถพัฒนาตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่ง เสริมสุขภาพระดับทอง ครอบคลุมร้อยละ100 และมีแผนจะพัฒนาให้ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจำนวน 1 แห่งในปี 2562 ซึ่งอยู่ในขั้นดำเนินการ  **-** จากการดำเนินงานที่ผ่านมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ เนื่องจากมีเกณฑ์มาตรฐานที่หลายองค์ประกอบ เกี่ยวกับหลายฝ่ายและต้องใช้งบประมาณ ครูผู้ดูแลเด็กขาดความเข้าใจ จึงได้มีการประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก ประสานการทำงานร่วมกันในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันเป็นทีมในการประเมินศูนย์เด็กเล็กภายในเครือข่ายของอำเภอ ผลการดำเนินงานทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ 26 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100  (4) การประเมินและปรับปรุง  จากการทำงานร่วมกับองค์กรต่างๆ เช่น เทศบาลตำบลโคกพระ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระและอสม.ประจำหมู่บ้าน มีการจัดระบบการทำงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดให้มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.กันทรวิชัย โดยมีเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอสม.ออกเยี่ยมบ้านร่วมด้วยเพื่อรับทราบปัญหาและส่งต่อข้อมูลในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ขาดกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า เพื่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาอุปกรณ์และงบประมาณช่วยเหลือ และสนับสนุนปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น เบี้ยยังชีพ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยเรื้อรังให้กับผู้ป่วยด้วยนอกจากนั้นในการทำงานร่วมกับองค์กรภายนอก เช่น ที่อบต.ศรีสุข และเทศบาลโคกพระ เทศบาลท่าขอนยาง ได้มีการจัดระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกัน โดยจัดอบรมอสม.หมู่บ้านละ 2 คน ทุกหมู่บ้าน รวมทั้งบุคลากรทั้ง 3 แห่ง ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำแผล การฉีดยา การพลิกตะแคงตัวการให้อาหารทางสายยาง โดยอบต./เทศบาล ทั้ง 3 แห่ง เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพร้อมได้จัดตั้งงบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นเช่นเครื่องผลิต ออกซิเจนและนอกจากนี้ยังประสานงานและร่วมกันหาแนวทางติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย  **-** ยังมีการพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความสามารถมากขึ้นและร่วมเป็นทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ด้วย ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยและเข้าถึงได้ง่าย โดยมีการอบรมอสม.เชี่ยวชาญเป็นประจำทุกปี พัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญหลากหลายด้าน เช่น อสม.เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อสม.เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไข้เลือดออก โรคเบาหวาน กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชเป็นต้น ซึ่งแต่ละกลุ่มก็ได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถด้านนั้นๆ เช่น อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน สามารถตรวจ FBS หาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยและอ่านค่าความหมายเป็น สามารถวัดความดันโลหิตและเข้าใจความหมายค่าที่ออกมาได้ ทำให้ให้คำแนะนำผู้ป่วยได้เหมาะสม  - เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดอออกในปี 2561 จึงทำให้มีการดำเนินการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจังร่วมกับทุกภาคส่วน โดยมีการสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อให้เชื่อมโยงในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น โรงเรียน วัด ชุมชน และสถานบริการต่างๆ ร่วมทั้งผลักดันให้เป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ในปี 2562 ได้มีการรณรงค์ดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีกิจกรรมไล่ล่าฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ลุงลายทุกวันศุกร์ และมีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการในทุกตำบล เพื่อกระตุ้นความตื่นตัวของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความรู้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจนปัจจุบัน จึงทำให้พบผู้ป่วยไข้เลือดออกลดลง  II -9.2 การเสริมพลังชุมชน  (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย   * เกิดหมู่บ้านต้นแบบดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง มีอสม. แกนนำหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย โดยมีการประชาคมหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาในชุมชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีกลุ่มออกกำลังกาย ปลูกผักปลอดสารพิษ กลุ่มจิตอาสา กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนเกิดขึ้น ที่หมู่ที่ 11, หมู่ 5 ตำบลโคกพระ ซึ่งการดำเนินงานโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม มีการเอื้ออาทรในชุมชน ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่ยังพบว่าเยาวชนยังมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในปี 2562 จะมีแนวทางการพัฒนาเยาวชนจิตอาสาดูแลสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น มีโครงการจิตอาสาแกนนำการดูแลสุภาพและมีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการในทุกตำบล   **-** จำนวนผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม จึงได้มีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระ มีการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกันทรวิชัย แกนนำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระ ในการออกตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ผลการดำเนินงานทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 100 และที่ตำบลโคกพระ มีการประชาคม และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกันกับชุมชน เทศบาลตำบลโคกพระได้ผ่านเกณฑ์ตำบลผู้สูงอายุระยะยาวในปี 2562  **-** มีคณะกรรมการบริหารดำเนินงานสนับสนุนกิจการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลครอบคลุมทุกแห่งและมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง  **-** การมีส่วนร่วมของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมสนับสนุนเกิดเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีศาลาสุขภาพเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นในชุมชน เช่น หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บ้านกุดใส้จ่อ ตำบลกุดใส่จ่อผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานทำให้มีตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ตำบล ท่าขอนยางตำบลศรีสุข ตำบลโคกพระ ตำบลมะค่า  (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆเพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน   * พัฒนาความรู้ ทักษะ ให้กับภาคีเครือข่ายกลุ่มต่างๆในแต่ละระดับ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษา วินิจฉัย และป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก เบาหวาน ความดัน หัวใจหลอดเลือดและวัณโรค การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันยาเสพติด การใช้สารเคมีในการประกอบอาชีพ   - การพัฒนาทักษะของอสม.ในการดำเนินงานหมอครอบครัว โดยการอบรมในการดูแลประชาชนในชุมชนทุกกลุ่มอายุ แบ่งหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้อสม.เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากยิ่งขึ้น  **-** ส่งเสริมสมาชิกชมรมออกกำลังกายแอโรบิคเข้ารับการอบรมหลักสูตร ครูฝึกออกกำลังกายแอโรบิค แล้วกลับมาเป็นผู้นำออกกำลังกายแอโรบิคที่ลานกีฬาเทศบาลโคกพระ ตั้งแต่ ปี 2555 จนถึงปัจจุบันและสนับสนุนการออกกำลังกายแก่ อสม. เช่น การเต้นฮูล่าฮูป การเต้นแอโรบิค และการรำไม้พอง เพื่อเป็นแกนนำการออกกำลังกายในชุมชนและในโรงเรียน และมีโครงการจิตอาสาแกนนำการออกกำลังกายทั้งในหน่วยงานและชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก(คีตะมวยไทย) ครอบคุมทุกพื้นที่  **-** การให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพกลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มแกนนำในโรงเรียน กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  **-** มีการรวมกลุ่มด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ ซึ่งมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเพื่อให้ได้บริโภคพืชผักปลอดสารพิษ โดยใช้ปุ๋ยชีวภาพเพื่อแก้ปัญหาสารพิษตกค้าง โดยกระจายสู่ชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้รับพืชผักปลอดสารพิษและสร้างความตระหนักในการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ให้แก่ผู้ที่สนใจ  **-** มีการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจดูแลผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน มีจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุ  (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล   * การจัดเวทีสุขภาพเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ประชาชนทุกกลุ่มโดยเน้น 3อ. 2ส. 1ฟ. สำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยได้ให้ความรู้และจัดระบบให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพการใช้ภูมิปัญญา และสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เช่น บ้านดอนแดง มีปราชญ์ชาวบ้านเป็นผู้นำด้านการปลูกพืช ผัก โดยไม่ใช้สารเคมี ทำให้มีพืช ผัก ปลอดสารพิษไว้กินเองในชุมชน และยังเหลือแบ่งขายสร้างรายได้ให้กับครอบครัวและชุมชนเพิ่มอีกทาง มีการจัดทำตลาดนัดสีเขียวภายในโรงพยาบาล มีการจัดมุมให้ความรู้ด้านการเลือกบริโภคอาหารภายในบริเวณตลาดนัดสีเขียว มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเกษตรกรในชุมชนที่นำสินค้ามาจำหน่าย   **-** จัดประกวดสุขภาพ เช่น ประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ, ประกวดคนไทยไร้พุงและดำเนินโครงการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพพร้อมกับจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประกวดองค์กรไร้พุง  **-** ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนและการส่งเสริมการพัฒนาการเด็กให้สมวัย มีความฉลาดทั้งทางด้านสติปัญญาและอารมณ์  **-** ส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในทุกครัวเรือน  **-** ส่งเสริมสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชน เช่น การเต้นแอโรบิค ฮูล่าฮูป การรำไม้พลองในผู้สูงอายุ คีตะมวยไทย 10 ท่า  **-** การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว วิทยุ ป้ายประชาสัมพันธ์ และแผ่นพับ  **-**  การคัดกรองภาวะสุขภาพโดยสร้างความตระหนักในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มอายุ เช่น กลุ่มเบาหวานความดันโลหิต กลุ่มคัดกรองมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็ก 0-5 ปีกลุ่ม 15 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงมีครรภ์และมารดาหลังคลอด  **-** การ ฝึกทักษะ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลเบื้องต้นเพื่อเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง ภาวะความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งแนะนำช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน  **-** มีให้บริการคลินิก DPAC ในระดับ รพ. จำนวน 1 แห่ง และใน รพ.สต. มีมุม DPAC ทุกรพ.สต.จำนวน 14แห่ง มีแผนพัฒนาให้มีคลินิก DPAC ครอบคลุมทุก รพ.สต.  **-** สร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน โดยมีหมู่บ้านจัดการสุขภาพตัวอย่าง ในตำบลโคกพระ ปีงบประมาณ 2557 – 2559 เช่น ชุมชนบ้านสมศรี หมู่ที่ 11, ชุมชนบ้านลุมพุก หมู่ที่ 5 และมีแผนต่อเนื่องชุมชนอื่นๆ และในปี 2562 ได้มีการจัดทำโครงการร่วมกับภาคีเครือข่าย(เทศบาล,อบต.) เพื่อดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่บริการ  (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ   * การประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายของเทศบาลโคกพระโดยการนำบทความที่มีประโยชน์จากส่วนราช การต่างๆและข่าวใหม่ๆนำเสนอแก่ชุมชนเวลา 12.00-13.00 น. ทุกวันและมีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน โดยแกนนำในชุมชน และอสม.ผลัดเปลี่ยนในการให้ความรู้   **-** โครงการพัฒนาศักยภาพการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนเกิดเป็นผลการดำเนินงานทำให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงการแยกขยะ บ้านสะอาดลดจำนวนขยะในชุมชน และเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับครัวเรือน  **-** ปรับปรุงภูมิทัศน์สวนสาธารณะหนองบัว และปลูกต้นไม้บริเวณเกาะกลางถนน เขตเทศบาลตำบลโคกพระโดยใช้งบประมาณจากเทศบาล  **-** โครงการตลาดสดน่าซื้อ มีการจัดระเบียบแผงลอย อบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ โดยใช้งบประมาณของเทศบาล และกำหนดระเบียบตลาดโดยเทศบาลร่วมกับสมาชิกที่ค้าขายในตลาดเกิดชมรมแม่ค้าตลาดสดเทศบาลตำบลโคกพระ  **-** การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยจัดทำของเล่นที่ปลอดภัยตามพัฒนาการทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. เช่น ของเล่นโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กจัดตั้งในชุมชน  **-** การประกวดกิจกรรมหน้าบ้านน่ามอง เป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ เกิดความสวยงาม ประชาชนเกิดความตระหนักในดูแลความสะอาดของบ้านเรือน ป้องกันพาหะนำโรคชนิดต่างๆ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการรณรงค์ร่วมกันทำความสะอาดหมู่บ้านของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดประกวดหมู่บ้านโดยมีเจ้าหน้าที่,อปท.และแกนนำชุมชนร่วมเป็นกรรมการในการประกวด เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทำให้หมู่บ้านสะอาด ไม่เกิดโรคที่เกิดจากพาหะนำโรค  **-** การส่งเสริมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคระบาดในชุมชนเช่น กำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือด ออก ทุกสัปดาห์โดย อสม. และรณรงค์ทำความสะอาด ภายในชุมชน ลงทรายอะเบท ป้องกันลูกน้ำยุงลาย พ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย การใส่รองเท้าบู๊ท เพื่อป้องกันโรคฉี่หนู  **-** ส่งเสริมการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการของหมู่บ้านในการพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการพัฒนากับพระ และชุมชนร่วมกัน เพื่อให้เป็นสถานที่ที่ส่งเสริมสุขภาพแก่พระในวัดและประชาชนที่มาวัดผลการดำเนินงานมีวัดที่ผ่านเกณฑ์ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 81 วัด ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐาน 81 วัด คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีแผนพัฒนาและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน  **-** การส่งเสริมการใช้ปุ๋ยชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตร เช่น กลุ่มปุ๋ยหมัก กลุ่มผักปลอดสารพิษ  **iV. ผลการพัฒนาที่โดดเด่น และความภาคภูมิใจ**   1. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัดปี 2559 2. รางวัลชนะเลิศ สถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อน ระดับจังหวัด ปี 2560   3. โรงพยาบาลได้รับรางวัลชนะเลิศ ระดับเขต Green & Clean hospital Plus ปี2562  4. โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2560-2562  **V. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนา 1-2 ปี | | 62.การทำงานกับชุมชน | 3 | DALI | -การจัดบริการร่วมกับหน่วยราชการอื่นๆ เช่น เทศบาลโคกพระ,อบต.ทุกแห่งในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่  -ขยายชุมชนสามารถจัดการสุขภาพประชาชนได้ด้วยชุมชนเอง  - สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มจิตอาสา แกนนำสุขภาพ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มิตรภาพบำบัด |   **III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราการคัดกรองที่มีอาการทรุดลงจาก OPD | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าเกณฑ์ stroke fast track ได้รับส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30 นาที | 100 | NA | NA | 44.44 | 78.79 | 80.95 | | อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการภายใน 270 นาที | ≥50% | NA | 34.13 | 28.13 | 43.42 | 18.75 | | เวลาเฉลี่ยผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาที | <30 นาที | NA | 143.33 | 60.50 | 108.22 | 58.50 | | อัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน | ≥60 | 80.82 | 84.88 | 74.79 | 46.94 | 60.92 | | อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง | > 80% | 84 | 80 | 88 | 92 | 85 | | อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยพิการเคลื่อนไหว(โรคหลอดเลือดและสมอง) | 100% | 72.3 | 87.5 | 91.4 | 100 | 100 | | อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต | 60% | NA | 37 | 43 | 62 | 78 |   **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:โรงพยาบาลกันทรวิชัยให้บริการประชากรทั้งหมด 85,782 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง รวม 183 หมู่บ้าน มีการบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ พบปัญหาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่ติดเตียงและผู้ป่วยสุขภาพจิต นอกจากนี้พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น MI, Stroke ที่มารับบริการช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการักษาไม่ทันท่วงทีและเกิดอันตรายถึงชีวิต อีกทั้งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินมีอัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ** | | Stroke ,MI | -มีการจัดอบรมหมอครอบครัว แกนนำสุขภาพชุมชน และประชาชน การคัดกรองผู้ป่วย Stroke ,MI เพื่อให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิดโรคและการเข้าถึงการบริการ  -ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงทั้งระบบ | | D ,HT | มีการจัดบริการ One Stop Service และให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาของผู้ป่วย มีแนวทางในการประสานงานและส่งต่ออย่างชัดเจน มี CPG เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งเครือข่าย มี Case manager ในการดูแลและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย | | ผู้ป่วยซึมเศร้า | พัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเข้ารับบริการตามแนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า |  1. การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน: โรงพยาบาลกันทรวิชัยมีเป้าหมายให้บริการตอบสนองการเข้าถึงบริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายจึงมีการพัฒนาระบบดังนี้ (1)มีทีมสหวิชาชีพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ.สต. 13 แห่ง แห่งละ 2 ครั้ง/เดือน (2) มี Primary Care Cluster (PCC) 1 แห่ง (3)มีทีมหมอครอบครัวประจำหมู่บ้าน มี Care giver (CG) ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย (4)มีระบบ EMS ในผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินมีบริการออกรับ ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับหน่วยกู้ชีพ อบต. ครบ 100 % (5)การให้บริการโรคเรื้อรังใน รพ. มีการจัด One stop service ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.)ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลร้อยละ 90 2.)ปี 2560-2562 อัตราการขึ้นทะเบียนการรับบริการที่หน่วยบริการเบาหวาน ร้อยละ 59.74, 91.96 และ 88.63 และอัตราการขึ้นทะเบียนการรับบริการที่หน่วยบริการความดันโลหิตคิดเป็นร้อยละ 51.21, 89.51 และ 81.43 ตามลำดับ 3.)อัตราการเข้าถึงของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้น 4.)อัตราการแจ้งเหตุผ่าน 1669 ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 77.71, 87.82 และ 95.20 ตามลำดับ 5)ร้อยละข้องผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาด้วยระบบ EMS ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 46.94, 60.92 และ 29.49 ตามลำดับ 2. การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:เพื่อให้เกิดการส่งต่อและรับผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้จัดทำแนวทางในการรับผู้ป่วยจากหน่วยงานอื่น โดยมี 1.) มีCPG ในการส่งต่อผู้ป่วยรายโรค ในผู้ป่วยฉุกเฉิน 2.) มีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ประจำ รพ.สต.โดยตรง เพื่อให้การดูแลเบื้องต้นอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.)โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตรงกับปัญหา และมีประสิทธิภาพ 2.)กลุ่มโรคอื่นๆผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย ดูแลและมีการตอบกลับข้อมูลตรงปัญหาของผู้ป่วยทันที 3. การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม:เพื่อตอบสนองต่อการดูแลในภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยให้ได้รับบริการตรงตามปัญหาและได้รับบริการที่รวดเร็ว ตามแนวทาง ดังนี้ 1.มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนโดยพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ ณ จุดคัดกรองเบื้องต้นทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ Resuscitation, Emergency, Urgency, Semi urgency, Non urgency 2.)มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป 3.)มีการจัดหาเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น เครื่องวัดสัญญาณชีพ ออกซิเจนในเลือด เป็นต้น 4.)มีแบบฟอร์มคัดแยกผู้ป่วย 5.)มีเกณฑ์ในการตามแพทย์ตามประเภทของผู้ป่วย 6.) มีการคัดแยกผู้ป่วยติดเชื้อที่ชัดเจนและมีการประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.)ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว อัตราความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 98 4. การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้: เพื่อให้การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทางโรงพยาบาล กรณีฉุกเฉิน 1.)มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นรายโรค 2.)มีระบบการให้คำปรึกษา ทำให้เกิดผลลัพธ์ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยส่งต่อทันเวลา 5. การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ: โรงพยาบาลกันทรวิชัยไม่มีหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติที่ห้องอุบัติฉุกเฉินและส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 6. การให้ข้อมูลและการขอ informed consent: เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลการรักษา ตลอดจนค่ารักษาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โรงพยาบาลจึงมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ 1.)ให้คำแนะนำในข้อมูลดังกล่าว โดยมีแบบบันทึกความยินยอม/ไม่ยินยอมของผู้ป่วยและญาติ ทั้งในผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ทำหัตถการ 2.) ให้ผู้ป่วยและญาติมีการทวนกลับในข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้มั่นใจในการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่พบปัญหาและข้อร้องเรียนในการให้บริการจากผู้ป่วยและญาติ 7. มีการประชาสัมพันธ์อาการที่ต้องมา รพ ทันที เช่น stroke ในรูปแบบเสียงตามสาย โปสเตอร์   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   1. พัฒนาระบบ EMS ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลครอบคลุมทุกตำบล 2. มีนวัฒตกรรมการคัดแยก triage แยกประเภทตามสี เชื่อมโยงไปจุดต่างๆทั้งระบบ online และใบคัดแยก 3. ผู้ป่วย STEMI เข้าเกณฑ์การได้รับยาสลายลิ่มเลือด 4 ราย ได้รับยาทันเวลาและส่งต่อทันเวลาและปลอดภัย 4. มีการเตรียมพร้อมการรับผู้ป่วยติดเชื้อที่สำคัญตามฤดูกาลทั้งการให้ความรู้ การซักซ้อมบนโต๊ะและการซักซ้อมเสมือนจริง 5. ตัวแทนจังหวัดมหาสารคามเข้าร่วมแข่งขัน EMS rally ระดับเขตได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ในปี 2562 6. เข้าร่วมแข่งขัน Service plan rally ระดับจังหวัดได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ในปี 2562 7. มีการฝึกซ้อม EMS ร่วมกับศูนย์กู้ชีพอื่นๆเป็นประจำ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของเจ้าหน้าที   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 1. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | 3 | ALI | - พัฒนาระบบการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรคที่มีความเสี่ยงสูง  -พัฒนาชุมชนให้มีความรู้และตระหนักในการเฝ้าระวังโรคที่มีภาวะเสี่ยงสูง | | 1. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent | 3.5 | DALI | - ทบทวนระบบการให้ข้อมูลและ informed consent ตามเกณฑ์มาตรฐาน |   **III-2 การประเมินผู้ป่วย**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละผู้ป่วยโรค ACS ไม่เข้าเกณฑ์ให้ยา SK ได้รับการส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30 นาที | 100 | 81.39 | 92.31 | 100 | 100 | 100 | | ร้อยละผู้ป่วยเรื้อรัง DM/HT ที่ได้รับการประเมิน CVD risk>20% และได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงมี CVD risk ลดลง | >40% | NA | NA | NA | NA | 51.52 | | เวลาเฉลียผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาที | <30 นาที | NA | 143.33 | 60.50 | 108.22 | 58.50 | | อัตราผู้ป่วยSepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1ชม. | ≥80% | NA | NA | 87.54%  28/32 | 87.23  41/47 | 100  18/18 | | อัตราผู้ป่วยนอกทรุดลงย้ายไปรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน | 0 ราย | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | | อัตราผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ stroke fast track ได้รับการส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30 นาที | 100% | NA | NA | 44.44 | 78.79 | 80.95 | | อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการภายใน 270 นาที | ≥50% | NA | 34.13 | 28.13 | 43.42 | 18.75 | | อัตราผู้ป่วย MI missed diagnosis/Delay treatment | <5 ราย | 3.22 | 0 | 1 | 0 | 0 | | ผู้ป่วย Stroke ได้รับการวินิจฉัยเป็น Stroke ถูกต้อง (ราย/ร้อยละ) | 100% | NA | 64/  100% | 76/  80% | 112/  94.12% | 37/  97.37% |   **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน ได้แก่การให้บริการผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง เช่น MI, Stroke, Sepsis, Appendicitis กลุ่มผู้ป่วยที่หมดสติ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น ดังนั้นการให้บริการจึงเน้นการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว ให้การรักษาเบื้องต้น และมีการประเมินซ้ำตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่งต่อให้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค** | | MI | 1.)มีแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพและมีการใช้แบบฟอร์มร่วมกัน  2.)มีการประเมินตาม CPG รายโรค  3.)การใช้ Early warning signs การประเมินผู้ป่วยในการรายงานแพทย์  4.)มีการใช้ LAB | | Stroke | | Sepsis | | Appendicitis |   **III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย**   1. การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน: เพื่อการประเมินที่ครอบคลุม หน่วยงานมีเป้าหมายพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมและรอบด้านดังนี้ 1.)ทบทวนแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพและมีการใช้แบบฟอร์มร่วมกัน 2.)กลุ่มเสี่ยงสูงมีการประเมินตาม CPG รายโรค 3.)การใช้Early warning signs การประเมินผู้ป่วยในการรายงานแพทย์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว 2. ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ: เพื่อให้การประเมินผู้ป่วยแรกรับมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครอบคลุม จึงมีแบบบันทึกการประเมินการซักประวัติ และการตรวจร่างกายที่ครอบคลุมทุกด้านตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการบริการ ดังนี้ 1. ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการประเมินตามแบบฟอร์มความเร่งด่วน 2. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีการออกแบบปรับปรุงตามเกณฑ์ สปส. 3.หน่วยงานอื่นๆตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินผู้ป่วย 4.คลินิกพิเศษ คลินิกเฉพาะโรคมีแบบการประเมินที่เฉพาะตามมาตรฐานบริการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี 2558 – 2562 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนคิดเป็นร้อยละ 91.06, 95.99, 94.25,94.75 และ 95.25 ตามลำดับ 3. ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น): เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว จึงมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ 1.)พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในการประเมินรายโรค 2)มีการปรับปรุงและออกแบบบันทึกประเมินรายโรค 3)มีการทบทวนเวชระเบียนในรายที่ตรวจโดยไม่ใช่แพทย์ 4)มีการใช้ CPG และมีการปรับปรุงให้ทันสมัย เช่น ในผู้ป่วย Stroke, MI 5)มีการจัดสถานที่แยกเป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและมีการตรวจสอบเครื่องมือพร้อมใช้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ผู้ป่วยในกลุ่ม Stroke, MI ได้รับการประเมินและส่งต่อตามเวลาที่กำหนด 2)ปี 2561-2562 อัตราความถูกต้องของการตรวจโดยไม่ใช่แพทย์คิดเป็นร้อยละ100 เพราะมีแพทย์เวรตลอด 24 ชั่วโมง   (4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ: เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว ลดความรุนแรงของโรค 1)มีแนวปฏิบัติและการประเมินซ้ำตาม CPG รายโรค ในกลุ่มทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มดูแลเฉพาะ 2)กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยรายโรคตามความรุนแรง เร่งด่วน 3)มีแบบบันทึกการประเมินและตรวจร่างกายที่ครอบคลุม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการประเมินซ้ำและได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาเร่งด่วนก่อนย้ายออกจากแผนก 2)กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการประเมินในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับดูแลและส่งต่อทันเวลา  (6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว: เป้าหมายการอธิบายผลการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจึงกำหนดแนวทางดังนี้ 1)กรณีผู้ป่วยเสี่ยงสูงแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลการประเมิน 2) กรณีผู้ป่วยทั่วไปแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผลการประเมิน และให้ความร่วมมือในการรักษา 2)ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในผลการประเมินอาการผู้ป่วย  **III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค**  (1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:  เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเหมาะสม น่าเชื่อถือจึงมีกระบวนการปรับปรุง พัฒนาระบบ ดังนี้ 1)เพิ่มศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยโรคที่จำเป็น เช่น Troponin T, PT, INR, HbA1C 2)มีระบบรายงานค่าวิกฤติ 3)มีการควบคุมคุณภาพของการตรวจทั้งภายในและภายนอก 4)มีระบบการตรวจและรายงานผลทางรังสีผ่านระบบคอมพิวเตอร์ 5)มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยงานภายนอก ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยตามความจำเป็นของโรคได้ครอบคลุม เช่นผู้ป่วยที่มาด้วย Typical/Atypical chest pain ได้รับการตรวจ Trop. T ทุกราย 2) นอกจากนี้ยังขยายเวลาเปิดห้อง lab และห้อง x-ray จากเดิมห้อง lab ปิด 24.00 น. และ 20.00 น เป็นเปิดทำการ 24 ชั่วโมง  (3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ: เพื่อการสื่อสารและสืบค้นที่มีประสิทธิภาพจึงมีระเบียบปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจ ดังนี้ 1)มีการบันทึกและรายงานผลการตรวจผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ 2)มีการกำหนดบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย 3)มีการกำหนดระยะเวลาในการรายงานผล 4)มีระบบป้องกันข้อมูลสูญหาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ไม่มีข้อมูลสูญหายและสะดวกในการสืบค้น 2)ปี 2560-2562 ผลการตรวจได้รับการรายงานในเวลาที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ90.16, 92.57 และ 96.78 ตามลำดับ 3)ปี 2560-2562 ความ คลาดเคลื่อนในการรายงานผลคิดเป็นร้อยละ0.21,0.14 และ 0.10 ตามลำดับ 3) มีการกำหนดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล  (4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย: เป้าหมายการอธิบายผลการตรวจวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ถึงผลการตรวจ จึงกำหนดแนวทางดังนี้ 1)แพทย์เจ้าของไข้มีการอธิบาย ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยหรือส่งตรวจเพิ่มเติม 2)มีแบบบันทึกการเซ็นยินยอมเมื่อมีความจำเป็นในการส่งตรวจที่มีความเสี่ยง เช่น การส่งตรวจน้ำในเยื่อหุ้มปอด / น้ำในไขสันหลัง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการส่งตรวจวินิจฉัย 2)ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องปลอดภัยทันเวลา  **III-2 ค. การวินิจฉัยโรค**  (1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วมีแนวทางปฏิบัติดังนี้1) มีแนวทางCPG Early warning signs 2)การใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจ/ส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น 3)มีการบันทึกผลการตรวจและวินิจฉัยตามแบบฟอร์ม 4)บันทึกความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยใน Progess note ผลลัพธ์ 1) ปี 2560-2562 ผู้ป่วย MI ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วร้อยละ100 เพราะมีการ consult staff ทาง Line และสายตรง 2) อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการวินิจฉัยถูกต้องร้อยละ 100 3) อัตราผู้ป่วยSepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1ชม. ปี 2560-2562 ร้อยละ89.90, 89.13 และ 100 ตามลำดับ 4)อัตราผู้ป่วย appendiccitis ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 96  (3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค: เพื่อให้การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยถูกต้ององค์กรมีการกำหนดในหน่วยบริการให้มีการทบทวนตามเกณฑ์ดังนี้ 1)ทบทวน case dead ภายใน1 สัปดาห์ 2)ทบทวนทรุดลงส่งต่อภายใน 2 สัปดาห์ 3)ทบทวนอุบัติการณ์ 1ครั้ง/เดือน ทำให้เกิดผลลัพธ์1)มีแนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคให้เหมาะสมกับบริบท 2 ) เพิ่มศักยภาพในการตรวจพิเศษที่จำเป็น 3)จัดหาอุปกรณ์ที่เพียงพอทันสมัยเช่น เครื่องมือตรวจ trop-t/ เอกซเรย์  (4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย: เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีกระบวนการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคดังนี้1)มีการกำหนด Early warning sign ,CPG กลุ่มโรคสำคัญ2) มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม FAST Tract 3)นำผลการทบทวนมาปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น 4)มีการส่งผลการตรวจพิเศษเพื่อขอคำปรึกษาการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางระบบ Line/โทรศัพท์ส่วนตัว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ปี 2559-2561 ผู้ป่วยMI ได้รับการวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100 ามลำดับร้อยละ ะ 81.00 2) ปี 2560-2562 อัตราผู้ป่วย Stroke fast track ได้รับการส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100, 97.30 และ 100 ตามลำดับ 3) ปี 2560 -2562 อัตราผู้ป่วยSepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1ชม. คิดเป็นร้อยละ 89.80, 83.33 และ 100 ตามลำดับ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  - มีระบบการดูแล ผู้ป่วย STEMI ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง  พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 7 รายได้รับยา SK จำนวน 4 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา และส่งต่อผู้ป่วย 4 ราย ทำ PCCI จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวได้รับวินิจฉัย การดูแลรักษาทันเวลา และกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี  - ทีมห้องคลอดเข้าร่วมแข่งขันการดูแลทารกวิกฤติชนะเลิศอันดับ 1 ระดับเขต ปี 2562  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 65.การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | 3.0 | ALI | -พัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยในรายโรคที่สำคัญเพื่อลดความซ้ำซ้อนและมีการเชื่อมโยงข้อมูลการประเมินผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ  -พัฒนาระบบการตรวจนอกเวลาราชการโดยแพทย์ | | 66.การวินิจฉัยโรค | 3.0 | ALI | -พัฒนาระบบการวินิจฉัยโรคร่วมกับทีมสหวิชาชีพ |   **III-3 การวางแผน**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ องค์รวม ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราการ Re-admit ผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia | 0 | 0.46/0.47 | 0/0 | 0/0.10 | 0.08/0 | 0.02/0.09 | | การวางแผนการดูแลผู้ป่วย pallitive | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | การชะลอไตเสื่อม/อัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.72m2/yr | 66 | 51.99 | 51.67 | 59.80 | 54.41 | 75.84 | | อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน   * ตา * ไต * เท้า | <2%  <9%  <0.5% | 3.11  13.09  0.64 | 3.99  13.77  0.87 | 2.39  33.45  0.49 | 2.24  20.92  0.40 | 2.18  19.54  0.41 | | จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วย UGIB ที่ admit อาการทรุดลงได้ส่งต่อ | 0 ราย | 34/16 | 23/13 | 15/8 | 17/7 | 20/12 | | อัตราการ Unplan refere ในผู้ป่วย Sepsis | 0 | NA | 4 | 0 | 4 | 0 | | อัตราการ Re admission ผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน | ลดลง 10% | 1.76 | 1.89 | 0.16 | 0.13 | 0.25 |   **ii. บริบท**  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: โรคที่พบบ่อยและต้องใช้การวางแผนในการดูแลที่ดี ได้แก่โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย COPD/Asthma และalcohol withdrawal เป็นต้น มีการวางแผนร่วมกันในสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย ให้มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมดูแลต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผล ตัวอย่างโรคที่มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ/ครอบครัวผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ได้แก่โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย COPD/Asthma และalcohol withdrawal  **iii. กระบวนการ**  **III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย** | | Sepsis | ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/การวินิจฉัย/การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง  โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีเครื่องมือในการประเมิน มีCPG  มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายในการประเมิน  ผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ารคัดกรอง/ผู้ป่วยรายใหม่/การดูแลรักษา/ภาวะแทรกซ้อน/มีการส่งต่อข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง | | เบาหวาน | | HT | | Stroke | | MI | | COPD/Asthma | | ผู้ป่วยระยะท้าย |   (1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย: เพื่อให้การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงมีกระบวนการดังนี้1)มีการประชุมทีมเพื่อชี้แจงวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับโรค 2) มี care map ในการดูแลผู้ป่วยรายโรค  ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น1)ทีมสหวิชาชีพได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตาม CPG , Early warning signs ,Care mapรายโรค 2)ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมตามรายโรคครอบคลุม100%  (2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน: เพื่อตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนจึงมีการกำหนดแผนการดูแลดังนี้1)มีการนำข้อมูลการประเมินผู้ป่วยมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม CPG , Early warning signs, Care map รายโรค 2)บันทึก/ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพในการดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) ผู้ป่วยMIได้รับยา SK จำนวน 4 รายได้รับการดูแลส่งต่อทันเวลาผู้ป่วยปลอดภัย  (3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น): เพื่อให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้ถูกต้องและเหมาะสม 1)มีการใช้เครื่องมือใน  การประเมินSepsis เช่น SOS gric SOFE 2)มีการปรับปรุงCPG sepsis. ให้ทันสมัยได้มาตรฐาน 3)ฟื้นฟูวิชาการ ในการใช้เครื่องมือในการประเมินที่ทันสมัยครอบคลุมทั้งเครือข่าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)ไม่พบ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในปีงบประมาณ 2560-2562 2) บุคลากรปฏิบัติตาม CPG sepsis ปี 2561-2562 ร้อยละ 80.52, 85.70 ตามลำดับ  (4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน: เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้ข้อมูลที่เพียงพอ1)ทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและกระบวนการดูแล 2) มีการร่วมวางแผนรายบุคลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจ เป็นระยะ 3)มีการติดตามประเมินผลการวางแผน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น1) ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ100%  (5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้ : เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเหมาะสมปลอดภัย องค์กรมีแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาวในป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยเสี่ยงสูง/ผู้ป่วยเฉพาะ1) มีCPGเฉพาะโรค/care map/ Early warning signs 2) คู่มือปฏิบัติงานของหน่วยงาน/เอกสารวิชาการที่ทันสมัย 3) ทีมสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ 4)มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นพร้อมใช้ 5)การจัดคลินิกเฉพาะโรค 6)มีแผนการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1)มีแผนการดูแลผู้ป่วยรายโรคครอบคลุมผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยเสี่ยงสูง/ผู้ป่วยเฉพาะ 2)ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานตามแผนการดูแล  (6)การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง: เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1)ทีมสหวิชาชีพมีการประชุมชี้แจงกำหนดบทบาทในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ 2)มีผู้รับผิดชอบ(CM)รายโรค ประสานงานและมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติ เช่นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งเครือข่าย/การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนที่กำหนดครอบคลุมในโรคที่สำคัญทางคลินิก  (7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย: เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยถูกต้องตามสภาพและปัญหาดังนี้1) มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาความรุนแรงผู้ป่วยหรืออาการและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ 2)ประสานทีมสหวิชาชีพในการปรับแผนการดูแลให้มีความพร้อม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องตามสภาพปัญหาและความรุนแรงอย่างเหมาะสม  **III-3.2 การวางแผนจำหน่าย**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย** |  | | DM | มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่การคัดกรอง/ผู้ป่วยรายใหม่/การดูแลรักษา/ภาวะแทรกซ้อน/มีการส่งต่อข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง |  | | HT |  | | CKD |  | | COPD/Asthma |  | | TB |  | | Stroke |  | | MI |  | | ผู้ป่วยระยะท้าย |  |   (1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย): มีการกำหนดกลุ่มโรคที่สำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย  เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนเป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติตามได้ชัดเจนใช้หลักวิชาการที่ทันสมัยและตามบริบทของพื้นที่ 1) มีการจัดทำวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยล่วงหน้าตามกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ 2) ทีมสหวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายและครอบครัว 3) มีการใช้Care map รายโรค ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตามข้อบ่งชี้ทุกรา  (2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย: เพื่อให้การวางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้จึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้1) ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการดูแลตามCare mapตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญ 2) กลุ่มโรคสำคัญอื่นๆใช้วางแผนจำหน่ายโดยแนวหลัก METHOD ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยทั่วไปทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD  (3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว): เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายจึงมีแนวทางปกิบัติดังนี้ 1) มีการประเมินปัญหาตามสภาพความต้องการ 2) ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลและวางแผนจำหน่าย 3) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ/มั่นใจในการดูแลตนเอง 4)มีระบบการ Discharge plan ตามระดับปัญหา FBS โดยใช้การจัดการรายกรณีในการส่งต่อปัญหาแต่ทีมที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปี 2558-2562 อัตราการ Re-admit ผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะ Hypoglycemia คิดเป็นร้อยละ 0.46, 0, 0, 0.08 และ 0.02 ตามลำดับ อัตราการ Re-admit ผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะ Hyperglycemia คิดเป็นร้อยละ 0.17, 0, 0.10, 0 และ 0.09 ตามลำดับ  (4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย: เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายจึงมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้1)ประเมินความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นซักถามปัญหาข้อสงสัย 3) ประสานเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยละญาติมีความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเองร้อยละ 100  (5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.: ผู้ป่วย/ครอบครัวมีศักยภาพและมั่นใจในการดูแลตนเอง จึงมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ 1) มีทีมสหวิชาชีพประชุมชี้แจงร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 2) ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ และมีการสาธิตย้อนกลับ 3) มีช่องทางที่ชัดเจนในการขอคำแนะนำกรณีมีปัญหาเกิดขึ้นในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย 4) มีการประเมินศักยภาพผู้ป่วยและญาติเป็นระยะก่อนจำหน่าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) ผู้ป่วย/ครอบครัวมีทักษะและมั่นใจในการดูแลตนเอง 2) ผู้ป่วยและญาติทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ปี 2561 ผลงานเด่น ผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น ผลการประเมินได้ลำดับที่ 1 ของจังหวัด   - ปี 2562 ผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 67.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | 3.5 | LI | พัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง  การใช้ early warning sign,CPG ในแต่ละจุดบริการwarning sign, CPG ในแต่ละจุดบริการ | | 68.การวางแผนจำหน่าย | 3.5 | LI | พัฒนาระบบและแนวทางในการวางแผนจำหน่ายตามกลุ่มโรค  โดยทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่าย และมีการติดตามประเมินผล  อย่างต่อเนื่อง |   **III-4 การดูแลผู้ป่วย**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | เวลาเฉลี่ยผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ได้รับยา SKภายใน 30 นาที | <30 นาที | NA | 143.33 | 60.50 | 108.22 | 58.50 | | ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าเกณฑ์ stroke fast trackได้รับการส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30นาที(ร้อยละ/เวลาเฉลี่ย) | 100% | NA | 55.56  39 นาที | 44.44  33 นาที | 78.79  26 นาที | 80.95  24 นาที | | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล HbA1C<7% | >40% | 14.43 | 21.59 | 18.25 | 19.69 | 24.13 | | อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี <140/90 mmHg | >50% | 45.22 | 43.92 | 56.70 | 69.12 | 65.13 | | อัตรา Re-Admit ในผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยภาวะ Hypoglycemia | 0 | 0.46 | 0 | 0 | 0.08 | 0.02 | | อัตรา Re-Admit ในผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยภาวะ Hyerglycemia | 0 | 0.17 | 0 | 0.10 | 0 | 0.09 | | อัตราการใช้แบบประเมินหลังการทำหัตถการ | 80% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | อัตราการเกิดแผลติดเชื้อในห้องคลอดและห้องผ่าตัด | <2% | 0 | 0 | 2.87 | 2.06 | 1.77 |   **ii. บริบท**  มีการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ โดยมีแนวทางในการประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วย บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในแต่ละจุดบริการ เพื่อประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา เหมาะสม ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | III-4.1 การดูแลทั่วไป**ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป** | | DM, HT, Pneumonia | จัดให้มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ปรับปรุง CPG การใช้ early warning sign | | (1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา องค์กรจึงมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้  ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้ 1) แพทย์ทางเลือก( ฝังเข็ม) 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3) แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน 4) พยาบาลเฉพาะทาง DM HT การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลครอบครัว การผดุงครรภ์ขั้นสูง 5) ปรับปรุง CPG การใช้ early warning sign ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถอย่างเหมาะสม  (2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกัน  อันตราย/สิ่งรบกวน: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว จึงได้มีการปรับปรุง พัฒนาคลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกพิเศษ แยกจากผู้ป่วยนอกอย่างเป็นสัดส่วน มีการให้บริการ One Stop Service ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปี 2560-2562ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 92, 94 และ 93 ตามลำดับ  (3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน: เพื่อให้มีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะ  วิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ดังนี้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกจุดบริการ 2) มีการซ้อมแผน CPR และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ทุกจุดบริการ 3) มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ซ้อมแผนอัคคีภัย 4) จัดอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน 5) มีการประเมินผลการให้การดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย Arrest ณ จุดบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2 ราย และส่งต่ออย่างทันท่วงที 2) ปี 2559-2562 ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการซ้อมแผน CPR ร้อยละ 100 3) ปี 2560-2562 อัตราการเข้าร่วมซ้อมแผนอัคคีภัยคิดเป็นร้อยละ 100 ทุกปี  (4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์  รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้ 1) มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ 2) มีการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม 3) ประสานภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล 4) กรณีสูญเสียหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีทีมสุขภาพจิตช่วยดูแลญาติ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น1)ร้อยละความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 86, 90 และ 88 ตามลำดับ 2) ปี 2558-2562 ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 91.25, 92.25, 91.25, 91.50 และ 90.50 ตามลำดับ  (5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล: เพื่อให้การสื่อสาร  ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จึงมีระบบการสื่อสาร ดังนี้ 1) ส่งต่อข้อมูลในโรงพยาบาลแต่ละจุดบริการทางโทรศัพท์และการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ 2) การดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน เช่น ทางโทรศัพท์ ไลน์ ใบส่งต่อ 3) มีการติดตามผลการดูแลโดยกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยบริการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อัตราการตอบกลับใบดูแลต่อเนื่องปี 2560-2562  **III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค**  **(proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง** | | MI | พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ จัดทำ GPG , early warning sign เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย พัฒนาทักษะและความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพรช่วยฟื้นคืนชีพ | | Sepsis | พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ จัดทำ GPG , early warning sign เชื่อมโยงกาดูแลผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย | | **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:โรงพยาบาลมีการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในผ่าตัดเล็กและทำหัตถการ  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาและความปลอดัยของการระงับความรู้สึก** | | การทำหมันหญิง  I&D  Excission / Suture | มีการประเมินผู้ป่วย ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาระงับความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล และผู้ให้บริการต้องมีทักษะการทำหัตถการ |   **(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :** เป้าหมาย เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย จึงมีแนวทาง 1)การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึก 2)ให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก 3)การปรึกษาแพทย์ผู้ทำหัตถการเพื่อร่วมวางแผนในการใช้ยาระงับความรู้สึก ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำหัตถการ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน  **(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:** เป้าหมายให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงมีแนวทางดังนี้ 1)ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษา 2)ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจร่วมกันในแนวทางปฏิบัติ 3) ผู้ป่วยและญาติลงบันทึกยินยอมในเอกสารในการทำหัตถการ ผลลัพธ์ ผู้ป่วยยินยอมในการทำหัตถการ  **(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :**เป้าหมาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีกระบวนการพัฒนาทักษะ ดังนี้ 1)บุคลากรมีความรู้และทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึก  **(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:**เป้าหมาย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างพักฟื้น มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2)มีการประเมินระยะพักฟื้น/ภาวะฉุกเฉิน/ก่อนจำหน่าย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดตามแนวทางการปฏิบัติทุกราย  **(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):**   * ไม่มี   **การดูแลการใช้ deep sedation**   * ไม่มี   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   1. ไม่มี   **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 1. การระงับความรู้สึก | 4 | LI | พัฒนาทักษะ ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ | | **III-4.3 ข. การผ่าตัด**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1.อัตราการเยี่ยมก่อนผ่าตัด | ≥95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 2.อัตราการเยี่ยมหลังผ่าตัด | ≥95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 3.อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดหมันหญิง | <0.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 4.อัตราการส่งต่อการทำหมันหญิง | 0 ราย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง: กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก เช่น การทำหมันหญิงหลังคลอด. I&D  Excission Suture  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง | การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของ  การผ่าตัด | | 1.หญิงหลังหลอดต้องการทำหมันหญิงมีความวิตกกังวล กลัวการปวดแผลทำหมัน แล้วยกเลิก  2.การทำหมันหญิงไม่สำเร็จ ต้องส่งต่อรพ.มค. | 1.ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม การใช้ยาระงับความรู้สึก การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน/ขณะและหลังการผ่าตัด  2.การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด |   **(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:**  เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด มีกระบวนการ 1.) เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำหมันหญิงทุกราย มีการประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจ การให้ความรู้การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ การปฏิบัติตัวในการผ่าตัด 2.) การปรึกษาแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังคลอดที่หน้าท้องหนาหรืออ้วนมาก ผลการประเมิน ปี 2561 หลังจากทำหมันหญิงมีการตั้งครรภ์จำนวน 3 ราย ( 1 รายตั้งครรภ์นอกมดลูก) หลังคลอดที่โรงพยาบาลกันทรวิชัยได้ส่งไปทำหมันที่โรงพยาบาลมหาสารคามทั้ง 3 ราย และการทำหมันหลังคลอดทุกรายให้เพิ่มการถ่ายภาพไว้เป็นหลักฐานตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลกันทรวิชัยทุกราย  **(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:** เพื่อความ  ปลอดภัยและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลห้องผ่าตัดจะเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการและให้ความรู้ การปฏิบัติตัวในการผ่าตัด และลงนามก่อนผ่าตัดทุกราย ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติได้รับการเยี่ยมร้อยละ100 ในปี2558-2562  **(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:** เพื่อความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะ  เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพ ให้ข้อมูลการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด เพื่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมทุกรายและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง  **(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ:** เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน  ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง พยาบาลห้องผ่าตัดจะมีการประเมินซ้ำ การตรวจเอกสารผู้ป่วย การให้ตรงกันทุกราย จากการรวบรวมข้อมูลไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง  **(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย**  **(ดู SPA):** เพื่อความปลอดภัย มีประสิทธิภาพของห้องผ่าตัดมีการจัดการดังนี้ 1)การจัดZoning ของห้องผ่าตัดเป็นเขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตสะอาด และเขตปนเปื้อน 2)การจัดระบบไหลเวียนให้เป็น One way เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เครื่องมือ ผ้าปนเปื้อน ตามความเหมาะสมของโครงสร้างอาคาร 3)การตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ พร้อมใช้ ตลอดจนการทำให้ปราศจากเชื้อ ผลการดำเนินงานไม่พบอุบัติการณ์การไม่พร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการทำผ่าตัด  **(6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:** เพื่อใช้ประโยชน์ในการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยผ่าตัดมีการจัดการดังนี้ 1) แพทย์จะทำ  การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนให้ครอบคลุม 2)พยาบาลจะบันทึกอาการและอาการแสดง การให้ยาระงับความรู้สึกและรายละเอียดการทำผ่าตัดให้ครอบคลุม 3)การส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่ดูแลหลังผ่าตัดและมีการเยี่ยมหลังผ่าตัดทุกราย  **(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:** เพื่อความปลอดภัยป้องกัน  ภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจะเยี่ยมหลังผ่าตัด24ชั่วโมง และมีการส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลเวรทุกเวร ผลการติดตามไม่พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด  **(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:** เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด จะตรวจดูแผล อาการและอาการแสดงทุกเวร และนัดผู้ป่วยมาเปิดแผลผ่าตัดพร้อมตรวจแผลหลังคลอดหลังให้กลับบ้าน7วัน ยังไม่พบอุบัติการณ์แผลผ่าตัดติดเชื้อ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 71.การผ่าตัด | 3.5 | ALI | พัฒนาทักษะการดูแลขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดทำหมันหญิง |   **III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**  การบริการอาหารที่มีคุณภาพ มีคุณค่าทางโภชนาการ ตรงตามคำสั่งแพทย์ มีความปลอดภัยตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และการบริการด้วยความประทับใจ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | อัตราผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ | 100% | 99.52 | 99.87 | 99.53 | 99.55 | 99.60 | | จำนวนครั้งอุบัติการณ์การพบสิ่งแปลกปลอมในอาหาร(ครั้ง/ปี) | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการอาหาร | >95 | 95 | 95 | 97 | 98 | 99 | | อัตราการพบสิ่งปนเปื้อนเชื้อในอาหารสด/ผัก/ผลไม้ในแต่ 1 เดือน | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | อัตราอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(IS-2,สุขาภิบาล,โคโลนี) | 100 % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | อัตราผู้ป่วยได้รับอาหารทันเวลา | 100 % | 100 | 99.84 | 94.91 | 100 | 100 |   **ii. บริบท**  **กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:**  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ** | | ผู้ป่วยเบาหวาน | 1.คำนวณพลังงาน จัดเมนูอาหารโดยการจำกัดปริมาณและชนิดอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตสูง และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และอาหารปรุงแต่งที่มีรสหวาน  2.ให้โภชนศีกษาและโภชนบำบัดอาหารแก้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งให้สอดคล้องกับภาวะของโรคและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมแผ่นพับนำกลับไปอ่านศึกษาต่อที่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน | | ความดันโลหิตสูง | คำนวณพลังงาน จัดเมนูอาหาร แต่ปรุงรสให้อ่อนกว่าอาหารทั่วไป หรือตามกำหนดปริมาณจำกัดโซเดียมของแพทย์ ปริมาณไขมันต่ำ  ติดตามเยี่ยมประเมินต่อเนื่องที่บ้าน | | ไตวายเรื้อรัง | คำนวณพลังงาน จัดเมนูอาหาร จำกัดโซเดียม จำกัดโปรตีน  จำกัดโปรแตสเซียม ติดตามเยี่ยมบ้าน | | ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง | คำนวณพลังงาน ตามคำสั่งของแพทย์ จัดทำอาหารทางสายยางให้กับผู้ป่วยขณะนอนรักษา สอนญาติผู้ป่วยทำอาหารสายยาง/เตรียมอุปกรณ์อาหารทางสายยาง พร้อมแผ่นพับสูตรอาหารตามออเดอร์แพทย์  ติดตามเยี่ยมประเมินต่อเนื่องที่บ้าน | | ผู้ป่วยทางเดินอาหาร (ท้องร่วง) | ให้คำแนะนำควรกินร้อน ช้อนกลาง รับประทานอาหารที่ปรุงประกอบสุกใหม่ๆ ไม่รับประทานอาหารที่ค้างคืน และมีกลิ่นบูด เน่าล้างมือก่อนรับประทานอาหาร |   (1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:  เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสม เพียงพอ และมีคุณค่าทางโภชนาการ จึงมีกระบวนการดังนี้ 1)จัดเมนูอาหารตามมาตรฐานอาหารของโรงพยาบาล 2)มีการจัดอาหารหมุนเวียน ให้เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน 3)มีการตรวจสอบรายการอาหาร ถูกคน ถูกโรค 4)ประเมินความพึงพอใจ โดยการสุ่มเดือนละครั้ง ผลการดำเนินงาน อัตราผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ในปี 2562 ร้อยละ 99.60, ผู้ป่วยได้รับอาหารทันเวลา ในปี 2562 ร้อยละ 100% และความพึงพอใจในปี 256 ร้อยละ 99  (2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่คุณค่าทาง  โภชนาการเพียงพอ และตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ จึงมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ 1)มีแบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ และผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ 2)มีการสื่อสาร ค้นหาปัญหาสาเหตุ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย 3)จัดอาหารให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1.)อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล HbA1C< 7% เป้าหมาย > 40% ในปี 2560-2562 ร้อยละ 18.25, 19.69 และ 24.13ตามลำดับ 2.)อัตราการชะลอความเสื่อมของไต มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m2/Yr ในปี 2560-2562 ร้อยละ 47.93, 80.54 และ 82.83 ตามลำดับ  (3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว: เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเตรียมอาหารและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค จึงมีแนวทางดังนี้ 1)ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2)วางแผน คำนวณพลังงาน ให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย 3)สะท้อนปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ในการวางแผนการดูแลและต่อเนื่องที่บ้าน 4)ติดตามประเมินความรู้และความเข้าใจในการเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับโรค ผลลัพธ์ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค  (4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:เป้าหมายงานโภชนาการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาล และโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ซึ่งเดิมงานโภชนาการได้มีบทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลในด้านโครงสร้างภายในหน่วยงานไม่ผ่านเกณฑ์ จึงได้มีการปรับปรุงด้านโครงสร้างดังนี้ 1.มีการติดมุ้งลวด 2.มีบ่อดักไขมัน 3.ปูกระเบื้องบริเวณล้างจาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ปี 2560 2.ปี2561 ยกระดับโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยดีเด่น รอรับการประเมิน รอบ 2  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * โครงการชุมชนรักษ์ไต กลุ่มชุมชนตัวอย่างที่มีการจัดการอาหารที่เหมาะกับโรคที่เป็นรูปธรรมและขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆได้ * ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) ปี 2560 * การดำเนินงานGreen and Clean Hospital และโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ปี2560 ผ่านเกณฑ์ระดับดี * 4C Kaedam Modal ในการชะลอไตเสื่อม สู่ 4 จังหวัด (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 7 (ในเรื่องของอาหารและโภชนาการ)   **v. แผนการพัฒนา**  มีการพัฒนาแบบปริ้นสติ๊กเกอร์ออนไลน์ ในการลงข้อมูลผู้ป่วย จากงานผู้ป่วยในไปยังงานโภชนาการผ่านระบบ HOSxP   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 72.อาหารและโภชนบำบัด | **3** | การประเมินการบริโภคอาหารในหอผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค | -การพัฒนาระบบการคัดกรองปัญหาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยทุกรายและผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้สำคัญ  -การพัฒนาการให้โภชนศึกษาและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว  -มีการพัฒนาแบบปริ้นสติ๊กเกอร์ออนไลน์ ในการลงข้อมูลผู้ป่วย จากงานผู้ป่วยในไปยังงานโภชนาการผ่านระบบ HOSxP (1-5 ปี) |   **III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | ≥ 80 | 100 | 100 | 100 | 89.47 | 84.16 | | 2.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา opioids เพื่อการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ | ≥ 80 | NA | 15.38 | 33.33 | 55.56 | 51.96 | | 3.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่บ้าน | ≥ 60 | NA | NA | 41.67 | 45.75 | 58.82 | | 4.อัตราความพึงพอใจต่อการให้บริการ | ≥ 80 | 80 | 84 | 86 | 90 | 88 |   **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล: กลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลได้แก่มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและโรคอื่นๆที่รักษาไม่หายในพื้นที่คือStroke Pulmonary and Heart Disease Multiple Trauma Patient Infectious Disease HIV/AIDS  กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่  มีอาการปวดเรื้อรังที่มีสาเหตุอื่นนอกเหนือจากมะเร็งที่มีข้อจำกัดในการรักษา  **iii. กระบวนการ**  **III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**  (1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: เป้าหมาย เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีกระบวนการดังนี้ 1)มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน 2)เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย 3)จัด ทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เชื่อมโยงข้อมูลและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)แพทย์ หลักสูตร 3 วัน เภสัชกรหลักสูตร 5 วัน พยาบาลวิชาชีพ หลักสูตร 1เดือน พยาบาลรพ.สต. หลักสูตร 3 วัน 2)บุคลลากรมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมโยงถึงรพ.สต.  (2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: เป้าหมาย เพื่อการประเมิน รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยมีการใช้แบบประเมิน PPS และ ESAS ทำให้สามารถประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้เตรียมความพร้อมในการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการประเมินความต้องการทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100 2)ผู้ป่วยและญาติได้ดำเนินการกิจกรรมตามความคิด ความเชื่อ ที่ต้องการทำให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ  (3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ: เป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างรอบด้าน(กาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) จึงมีรูปแบบ1) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 2)วางแผนการดูแลผู้ป่วย จัดให้มีห้อง/มุมที่เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3)ทีมสหวิชีพให้ข้อมูลการรักษาทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา 4)มีการสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนาในโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ 5)สนับสนุนยาและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 6)ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย 7)จัดรถบริการนำส่งที่บ้าน ในกรณีจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 8)ร่วมงานฌาปนกิจ ติดตามเยี่ยมสูญเสีย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประครองปี 2560 – 2562 คิดเป็นร้อยละ 100 2)ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ  **III-4.3 จ. การจัดการความปวด**  (1) การคัดกรองและการประเมินความปวด: เป้าหมาย เพื่อจัดการความปวดที่เหมาะสม จึงมีแนวทางดังนี้ 1)คัดกรองและประเมินความปวดโดยใช้ Pain scale 2)จัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวด ระดับเฉียบพลันและรุนแรง 3)ให้ข้อมูลการรักษาแพทย์ทางเลือกในการบรรเทาอาการปวด เช่น การนวด การประคบ การฝังเข็ม เป็นต้นทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยได้รับประเมิน และคัดกรองความปวด คิดเป็น ร้อยละ 100 2)ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 100  (2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด จึงมีแนวทาง 1)วางแผนการจัดการกับอาการปวดที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด 2)ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด 3)มีการเตรียมยา Opioid ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาการปวด ทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราความพึงพอใจต่ออาการลดปวดในผู้ป่วย ร้อยละ 100  (3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงมีแนวทางการดูแลจัดการกับความปวดให้กับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้1)มีช่องทางการการติดต่อสื่อสารหมายเลขโทรศัพท์ ตลอด24 ชม.ระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย 2)ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและการได้รับยา Opioid ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  1)ผู้ดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดการอาการปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในครอบครัวและชุมชนทุกราย  **v.แผนการพัฒนา**-  **III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1.ร้อยละของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุและผู้ป่วยSubacuteได้รับการฟื้นฟูสภาพในชุมชน | 100 | **20** | 35 | 100 | 100 | 100 | | 2.อัตราผลลัพธ์การรักษาดี | 100 | NA | NA | 100 | 100 | 100 | | 3.ความพึงพอใจการให้บริการ  ปี2560-2562(เปลี่ยนรูปแบบการประเมิน แบบอิเล็กทรอนิกส์และเพิ่มระดับการให้คะแนน) | 85 | 98.8 | 97.5 | 98.4 | 97.9 | 98.2 |   **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: การฟื้นฟูสภาพเพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และธำรงไว้ซึ่งการใช้งานของอวัยวะต่างๆที่เหมาะสม โรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายได้ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วย Sub acute ,Chronic painและกลุ่มpain เป็นต้น  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ** | | Pain  Sub acute  Stroke  Trauma | ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูตามสภาวะของผู้ป่วย มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองในชุมชนภายหลังการตรวจรักษา และมีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย |   (1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ: เพื่อวางแผนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุม จึงมีการประเมินดังนี้1.การประเมินทางกายภาพบำบัด วางแผนการรักษา กรณีที่มีปัญหาซับซ้อน วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 2.มีช่องทางในการส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลร้อยละ 100  (2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยใช้อวัยวะการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงมีแนวทางการดูแลรักษาฟื้นฟู ทั้งในสถานบริการและในชุมชน ดังนี้ 1.ในโรงพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(COPD DM CKD ผู้ป่วยใน) 2.ในชุมชน ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(COPD DM CKD) 3.ได้มีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการประเมิน ดูแล ส่งต่อให้เข้าถึงสิทธิ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าคิดเป็นร้อยละ 95 ร้อยละผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียน คิดร้อยละ 100 ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพปอด ร้อยละ 100 4.มีผลงานวิจัยเรื่องการรักษาทางกายภาพบำบัดช่วยลดอาการปวดขาและเพิ่มการทำกิจวัตรประจำวันได้ 5.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 98.2 6.ผู้มารับบริการบริจาคอาคารเวชกรรมฟื้นฟูจำนวน 1 หลังพร้อมอุปกรณ์ราคาประมาณ 4 ล้านบาท  (3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ: เป้าหมายผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังต่อไปนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด, พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม, ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล, ผู้ประกอบวิชาชีพโภชนากรและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความปลอดภัย  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **-** เข้าร่วมแข่งขัน service plan ประจำปี 2562 ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับจังหวัด  **-** ได้รับความกรุณาบริจาคอาคารเวชกรรมฟื้นฟูพร้อมอุปกรณ์จำนวน 4 ล้านบาท เพราะพระอาจารย์ได้เห็นความสำคัญและจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากขึ้น  **-** มีการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 74.การฟื้นฟูสภาพ | 3.5 | ALI | พัฒนาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย STROKE ร่วมกับชุมชนและภาคี |   **III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1. การชะลอไตเสื่อม/อัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.72m2/yr | ร้อยละ66 | **51.99** | **51.67** | **59.80** | **54.41** | **75.84** | | 2.ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ได้รับการ  ค้นหาคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | ร้อยละ 80 | 73.71 | 81.81 | 47.93 | 80.54 | 82.83 | | 3.ร้อยละผู้ป่วย CKD BP<140/90  mm.Hgควบคุมได้ | ร้อยละ 80 | 80.12 | 82.18 | 88.01 | 87.59 | 83.38 | | 4.ผู้ป่วยDM ได้รับการตรวจ HbA1C  ค่าผลตรวจตั้งแต่ 6.5-7.5% | ร้อยละ 40 | 14.43 | 21.59 | 18.25 | 19.69 | 24.13 | | 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน   * ตา * ไต * เท้า | <2%  <9%  <0.5% | 3.11  13.09  0.64 | 3.99  13.77  0.87 | 2.39  33.45  0.49 | 2.24  20.92  0.40 | 2.18  19.54  0.41 |   **ii. บริบท**  โรงพยาบาลกันทรวิชัย เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 50 เตียง จัดตั้ง CKD Clinic เดิมให้บริการ  ที่งานผู้ป่วยนอก ให้บริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง วันพุธ/สัปดาห์ เปิดบริการ CKD Clinic ครอบคลุม  ทุกรพ.สต.เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันทรวิชัย ได้มีศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2557 แต่โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอกันทรวิชัยปี 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 73.71, 81.81, 47.93, 80.54 และ 82.83 ตามลำดับ ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เครือข่ายอำเภอกันทรวิชัยได้มีการส่งเสริมพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างให้มีประสิทธิภาพ และให้ต่อเนื่อง โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วม ชะลอไตเสื่อม โดยใช้รูปแบบ 4 C Model  **iii. กระบวนการ**  (1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน: องค์กรมีเป้าหมายดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพจึงมีกระบวนการ คือ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วม ชะลอไตเสื่อม โดยใช้ 4C Model (Class Camp Club CoPs)  1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน/ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง /สอดคล้องกับอำเภอ จังหวัด /Service Plan 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร จนท.ที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง ภาคีเครือข่าย เชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน ( ความรู้ ยา อาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพจิต) 3.พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล เชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน ( ความรู้ ยา อาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพจิต) 4. นวัตกรรมวงกลมสีบอกฉัน นวัตกรรมผู้ป่วยเป็นครู /สื่อ/คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (สำหรับเจ้าหน้าที /คู่มือสำหรับแกนนำสุขภาพครอบครัว อสม.และผู้ดูแล) 5. จัดตั้งชมรมโรคไตเรื้อรัง 6. คัดเลือกครอบครัวต้นแบบ/บุคคลต้นแบบ 7. การกำกับนิเทศ ติดตาม เยี่ยมบ้าน 8. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ชะลอไตเสื่อม 9. พัฒนาระบบข้อมูลโรคไตเรื้อรัง 10. สรุปถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข /นำเสนอผู้บริหาร ผลลัพ์ที่เกิดขึ้น แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายอำเภอกันทรวิชัย  (2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: โรงพยาบาลกันทรวิชัยไม่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * **Best Practice CKD** ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ ปี 2562 ระดับดีเยี่ยม * **Best Practice CKD** ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ สถานบริการที่มีผลลัพธ์การ   ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง (CKD) ดีเด่น ประจำปี 2562  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 75.การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | **5** | **LI** | 1.การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลได้รับ ยาACE/ARB เป้าหมาย >ร้อยละ 60  2.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการมี/ค่า BP <140/90 mm0Hg. เป้าหมาย >ร้อยละ80 |   **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | 1. การชะลอไตเสื่อม/อัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.72m2/yr | 66% | **51.99** | **51.67** | **59.80** | **54.41** | **75.84** | | 3.ร้อยละผู้ป่วย CKD BP<140/90  mm.Hgควบคุมได้ | 80% | 80.12 | 82.18 | 88.01 | 87.59 | 83.38 | | 3.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | 100% | NA | 100 | 100 | 100 | 100 | | 4.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | 100% | NA | 100 | 100 | 100 | 100 | | 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน   * ตา * ไต * เท้า | <2%  <9%  <0.5% | 3.11  13.09  0.64 | 3.99  13.77  0.87 | 2.39  33.45  0.49 | 2.24  20.92  0.40 | 2.18  19.54  0.41 | | **ii. บริบท**  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง  ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครอบครัว และชุมชน  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | ตัวอย่างโรค (proxy disease) | การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง | | CKD  DM  HT | 1.มีการจัดอบรมผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในรูปแบบ MODEL 2.จัดมหกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง 3.จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4.อาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.ผู้ป่วยเป็นครู 6.ชุมชนรักษ์ไต |   (1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและวิถีชีวิต จึงมีการประเมินและวางแผนการดูแลดังนี้ 1)ผู้ป่วยเรื้อรังมีการประเมินโดยใช้แบบประเมินMethodและการประเมินด้านจิตใจ 2)กรณีผู้ป่วยเสี่ยงสูงและกลุ่มผู้ป่วยสำคัญมีการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวทางโรคนั้นๆ โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันประเมิน วางแผนการดูแลกับครอบครัวหรือร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.ผู้ป่วยได้รับการประเมินวางแผนครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ 2.มีรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมตามวิถีชีวิต  2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม: เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับชุมชน จึงการกำหนดรูปแบบการสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ 1.มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาลเช่นคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน คลินิกแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด 2.การให้ข้อมูลด้านชุมชน มีการให้ความรู้ผ่านสื่อ หอกระจายข่าว เวทีประชุม การเยี่ยมบ้าน อบรมกลุ่มวัยทำงานลดเสี่ยงลดโรค 3.จัดมหกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ นวัตกรรมผู้ป่วยเป็นครู บุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ชุมชนรักษ์ไต เมนูอาหารท้องถิ่น เป็นต้น  (3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และการช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์ และคำปรึกษาจึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1.มีระบบบริการให้คำปรึกษาและดูแลช่วยเหลือ ทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยบุคลากรด้านให้คำปรึกษา 2.มีการประเมินด้านจิตใจในคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก 3.ด้านชุมชนมีการประเมินด้านจิตใจ โดยอสม.ที่ผ่านการอบรมการดูแลสภาพจิตใจ โดยใช้2Qและแบบประเมินความเครียด 4.มีระบบการส่งต่อตั้งแต่ชุมชน และเครือข่ายรพ.สต. 5.การส่งต่อข้อมูล มีเครื่องมือในการประเมิน และส่งต่อทีมสุขภาพจิต และมีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทุกหมู่บ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์และจิตใจ ทันเวลาและเหมาะสมทุกราย ร้อยละ100 2.ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  (4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว: เป้าหมาย ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ จึงมาการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยดังนี้ 1.มีการประเมินปัญหาสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว 2.มีการประสานข้อมูลเชื่อมโยงถึงชุมชนกับภาคีเครือข่าย 3.จัดกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจการดูแลตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้ 2.ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม  (5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีรูปแบบ1.มีการจัดอบรมผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในรูปแบบ4C kaedam MODEL 2.จัดมหกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง 3.จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ นวัตกรรมอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเป็นครู เป็นต้น  (6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง: เป้าหมายเพื่อปรับปรุงกระบวนการการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย จึงมีรูปแบบการประเมินดังนี้ 1.ทีมสหวิชาชีพมีการติดตามผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง 2.จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3.รายงานผลการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต (eGFR) ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1.ชุมชนรักษ์ไต 2.มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแกดำ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * **Best Practice CKD** ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ ปี 2562 ระดับดีเยี่ยม * **Best Practice CKD** ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ สถานบริการที่มีผลลัพธ์การ   ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง (CKD) ดีเด่น ประจำปี 2562   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี | | 75.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | 5 | LI | พัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ |   **III-6 การดูแลต่อเนื่อง**  **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | ร้อยละของผู้ป่วยส่งต่อเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน | 100 | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | | ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน(เยี่ยมบ้าน) | 80 | 98 | 99 | 96 | 98 | 99 | | อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรคดูแลตัวเองได้(DM, HT, COPD, Asthma, Stroke, TB, Palliative) | 80 | 85 | 83 | 86 | 84 | 88 | | ผู้ป่วย Stroke fast track ทันเวลา 30 นาที | ≥90 | NA | NA | 28.13 | 43.42 | 18.75 | | ร้อยละผู้ป่วยโรค ACS ไม่เข้าเกณฑ์ให้ยา SK ได้รับการส่งต่อและประสานก่อนการส่งต่อภายใน 30 นาที | 100 | 81.39 | 92.31 | 100 | 100 | 100 | | DN0106 อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล | 100 | 20 | 35 | 100 | 100 | 100 |   **ii. บริบท**  ระดับการให้บริการ:มีระบบปฐมภูมิ ทุติยะภูมิ โดยมีหน่วยบริการ ได้แก่ IPD , OPD , LR ,ER, คลินิกโรคเรื้อรัง , คลินิกพิเศษ กายภาพบำบัด,แพทย์แผนไทย,ทันตกรรม และงานเวชปฏิบัตครอบครัว และตติยะภูมิ ในระบบส่งต่อ  ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:ประกอบด้วย รพ.สต. 8 แห่ง ผ่านระบบสารสนเทศ ไลน์ และโปรแกรม COCr9  ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย: Stroke, MI, Trauma , DM, HT, COPD, TB, จิตเวช,CKD, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย  **iii. กระบวนการ**  (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:เป้าหมาย คือ การส่งต่อทันเวลาและปลอดภัยในกลุ่มผู้ป่วย Stroke, MI, Trauma, DM, HT, COPD, TB, จิตเวช, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีขั้นตอนการจำหน่ายและส่งต่อดังนี้ 1.1กรณีส่งต่อผู้ป่วยจะมีการประสานข้อมูลไปโรงพยาบาลแม่ข่าย และเตรียมบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ ยานพาหนะ 1.2 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)การส่งต่อทันเวลา รวดเร็ว ปลอดภัย  (2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อ จึงมีแนวทางดังนี้1.บุคลากรผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยรายโรคทีสำคัญ2. ระบบการสื่อสารปรึกษาส่งทางโทรศัพท์มือถือระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาในระบบส่งต่อ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่ทันเวลา และปลอดภัย 2)บุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ  (3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:เป้าหมาย คือ ความปลอดภัยในการส่งต่อ จึงมีกระบวนการดั้งนี้ 1.มีการตรวจสอบอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ พร้อมใช้ทุกเวร 2. ยานพาหนะมีการตรวจสอบตามมาตรฐานความปลอดภัยทุกเวร 3. พนักงานขับรถได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและการขับรถอย่างปลอดภัย ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นขณะส่งต่อ  (4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย: เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตอบสนองความต้องการ จึงมีระบบการนัดหมายและช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ดังนี้1.ระบบนัดหมาย 1.1 ตามแผนการรักษาของแพทย์ 1.2 การวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค 1.3 หน่วยบริการคลินิกพิเศษ คลินิกโรคเรื้อรัง 1.4 หน่วยบริการอื่นๆที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น LR, OPD , ER, ทันตกรรม, กายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทย,คลินิกส่งเสริมสุขภาพ 1.5 กรณีที่ไม่มาตรวจตามนัดหน่วยบริการจะเป็นผู้ประสานติดตามผู้ป่วยและกรณีที่ไม่มาตามนัดเกิน 1 เดือน จะมีการส่งข้อมูลให้ศูนย์ COC เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพออกติดตามเยี่ยม 2.ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย 2.1 วางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน 2.2 ส่งต่อข้อมูลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องประสานทีมสหวิชาชีพออกติดตามเยี่ยมบ้าน 2.3 ช่องทางการช่วยเหลือและใช้คำปรึกษาผ่านระบบโทรศัพท์มือถือและ Line ส่วนตัว 2.4 ลงบันทึกการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม COCR9 ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรคดูแลตัวเองได้(DM, HT, COPD, Asthma, Stroke, TB, Palliative) ปี 58 – 62 มากกว่าร้อยละ 80 จำนวนที่ได้ 85, 83, 86, 84 และ 88 ตามลำดับ  (5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงมีแนวทางพัฒนาและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังนี้1.อบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ 2.ภาคีเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมบ้านและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ 3.ภาคีเครือข่ายรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้รับผิดชอบ ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 2)ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนเกิดเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพและมีบุคคลต้นแบบการดูแลสุขภาพทุกตำบล  (6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง: เป้าหมาย คือ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1. การสื่อสารภายในหน่วยบริการ1.1.ส่งต่อข้อมูลตามแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านตามหน่วยบริการ 1.2. ให้ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก 1.3.สื่อสาร ให้ข้อมูลผ่านโทรศัพท์ มือถือและ Email ทั้งส่งต่อและตอบกลับ 2. การสื่อสารภายนอกหน่วยบริการ (ภาคีเครือข่ายสุขภาพ)2.1.ส่งข้อมูลทางโทรศัพท์ในข้อมูลที่สำคัญ2.2. ส่งแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านของชุมชน 2.3. ภาคีเครือข่ายรายงานผลการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมในชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)การส่งต่อข้อมูลรวดเร็วทันเวลา 2)ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100  (7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป้าหมาย เพื่อประเมินความเพียงพอข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจึงมีขั้นตอนการทบทวน ดังนี้ 1.มีการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนในโปรแกรม HOS-xP มีความครบถ้วน ถูกต้อง 2. มีการทบทวนการบันทึกแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน (IN HOME SSS)มีความครบถ้วน ถูกต้อง 3.นำผลการทบทวนมาพัฒนาวางแผน ปรับปรุง การติดตามการเยี่ยมบ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมประเด็นปัญหา 2.ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพตอบสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย  (8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ: เป้าหมาย เพื่อพัฒนา ปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพ จึงมีรูปแบบการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้1. รายงานผลการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย2. ลงติดตามเยี่ยมในหมู่บ้านต้นแบบ บุคคลต้นแบบ3.ผลการทบทวนเวชระเบียนและการบันทึกการเยี่ยมบ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ 1)ทีมสหวิชาชีพมีทักษะดูแลผู้ป่วยรายโรค 2)ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 3)มีนวตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือผู้ป่วยเป็นครู  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  ตัวอย่างการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยอุบัติเหตุกระดูกหักหลายตำแหน่งติดเตียง เพศหญิง อายุ 60 ปี กระดูกข้อเข่าหักไม่สามารถเดินได้ สะโพกหัก และหัวไหล่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมวางแผนการดูแลและให้การช่วยเหลือ สนับสนุน โดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่อง 1ปี ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ไม่เป็นภาระกับครอบครัว  **v. แผนการพัฒนา**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | 1. การดูแลต่อเนื่อง | 3.5 | DALI | -พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายและมีการติดตามประเมินซ้ำ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |