**ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ**

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

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้า**  **หมาย** | **2558** | **2559** | | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต | | | | | | | |
| จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย) | 0 | 13 | 23 | | 9 | 8 | 5 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ ER(ราย) | 0 | 5 | 15 | | 6 | 7 | 6 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ IPD(ราย) | 0 | 8 | 8 | | 2 | 3 | 2 |
| จำนวนรวมการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลทุกประเภท | 0 | 30 | 46 | | 41 | 61 | 23 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั่วไป | 0 | 21 | 19 | | 33 | 43 | 14 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ | <16 ต่อแสนประชากร | 4.82 | 20.43 | | 29.46 | 19.96 | 26.83 |
| 2. ผู้ป่วยที่Refer | | | | | | | |
| 2.1 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ ER (ราย) | 0 | 937 | 934 | | 1187 | 1028 | 955 |
| 2.2 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ IPD (ราย) | 0 | 782 | 709 | | 644 | 651 | 849 |
| 2.3 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ LR (ราย) | 0 | 30 | 44 | | 49 | 36 | 21 |
| 2.4 จำนวนผู้ป่วย Unplan Refer ด้วย โรค MI , Sepsis , Tube (ราย) | 0 | 1 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 3.การกลับมารักษาซ้ำ |  |  |  | |  |  |  |
| - อัตราการ Re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.โดยไม่ได้วางแผน | <2% | 2.44 | 2.36 | | 1.79 | 2 | 1.77 |
| - อัตราการ Re-admit ที่ IPD ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน | <3% | 3.82 | 1.06 | | 2.14 | 1.62 | 2.01 |
| **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** | | | | | | | |
| อัตราการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน | ≥85% | 22.37 | 26.29 | 85.91 | | 94.22 | 96.48 |
| ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดย EMS ในกลุ่ม MI , Sepsis , Stroke , HI | ≥60 % | 80.82 | 84.88 | 74.79 | | 46.94 | 60.92 |
| เวลาเฉลี่ยผู้ป่วยAMI ชนิด STEMI ได้รับยา SK | < 30 นาที | NA | 143.33 | 60.5 | | 108.22 | 58.5 |
| ผู้ป่วย Stroke มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม./ 270 นาที (Golden period ) ( Fast track ) | ≥50% | NA | 18 ราย  34.13% | 18 ราย 28.13% | | 33 ราย 43.42% | 21 ราย 94.12 % |
| **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | | **2560** | **2561** | **2562** |
| ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม/270นาที ( Fast track ) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที  (Door to refer ) (ทัน/ไม่ทัน ) (เวลาเฉลี่ย) | 100% | NA | 55.56  10/18  39 นาที | | 44.44  8/18  33 นาที | 78.79  26/33  26 นาที | 80.95  17/21  24 นาที |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่บ้าน | ≥60% | NA | NA | | 41.67 | 45.75 | 58.82 |
| ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย | 100% | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ | 80% | 85 | 83 | | 86 | 84 | 88 |
| **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** | | | | | | | |
| อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง | 100% | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย MI missed diagnosis | 0 | 1 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม/270นาที ( Fast track ) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที  (Door to refer ) (ทัน/ไม่ทัน ) (เวลาเฉลี่ย) | 100% | NA | 55.56  10/18  39 นาที | | 44.44  8/18  33 นาที | 78.79  26/33  26 นาที | 80.95  17/21  24 นาที |
| Door to needle time เฉลี่ยในการให้ยา SK ของผู้ป่วย STEMI | ≤ 30 นาที | NA | 143.33  นาที | | 60.5  นาที | 108.22  นาที | 58.5  นาที |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับการทำ H/C ก่อนได้รับAntibiotic | ≥ 90% | NA | 22.73 | | 14.29 | 18.84 | 96 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับAntibiotic ภายใน 1 ชม. | ≥ 90% | NA | 59.10 | | 57.14 | 87.23 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับ IV Fluid 1500 ml/hr.ภายใน 1 ชม. | ≥ 90% | NA | NA | | 55.10 | 53.19 | 96 |
| อัตราการเกิดภาวะ shock ในผู้ป่วยไข้เลือดออก  (Volume Overload) | 0 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการMissed diagnosis or Delay diagnosis ในผู้ป่วยไข้เลือดออก | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละผู้ป่วย CKDควบคุมระดับBP <140/90 mmHg | >80% | NA | NA | | 88.01 | 87.59 | 91.41 |
| อัตราการขาดยาวัณโรค | <5% | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการขาดนัด | <5% | 6.5 | 6.1 | | 1.86 | 0.64 | 0.60 |
| อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค | ≥85% | 89.36 | 86.36 | | 85.72 | 87 | 88 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | ≥80% | 100 | 100 | | 100 | 89.47 | 84.16 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา Opioids  เพื่อการจัดการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ | ≥80% | NA | 15.38 | | 33.33 | 55.56 | 51.96 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน  (Hypo-Hyperglycemia ) | <2% | 2.27/  3.83 | 1.89/  4.76 | | 0.7/  1.56 | 0.5/  1.2 | 0.79/  1.95 |
| อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเบาหวานใน Clinic NCD | ≤5% | NA | 4.75 | | 3.82 | 3.01 | 2.78 |
| **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | | |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% | >40% | 23.48 | 26.49 | | 18.79 | 19.15 | 24.13 |
| อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค | >85% | 89.36 | 86.36 | | 85.72 | 87 | 88 |
| อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired | <30% | 0 | 0 | | 1.45 | 1.45 | 4.54 |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ Advance care plan | 100% | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของค่า  eGFR < 4ml/min/1.73 ตารางเมตร /ปี | >66% | 51.99 | 51.67 | | 59.8 | 54.4 | 75.84 |
| **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** | | | | | | | |
| อัตราการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด | ≥ 95% | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด | 0 | 1.47 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** | | | | | | | |
| อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล | ≤ 0.3% :1000 วันนอน | 0.22 | 0.16 | | 0.61 | 0.32 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อที่แผลEpisiotomy | ≤ 0.2% | 1.47 | 0 | | 2.87 | 1.79 | 0 |
| **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** | | | | | | | |
| 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 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | ≤ 20% | NA | NA | | 32 | 29.15 | 20.61 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | ≤ 20% | NA | NA | | 18 | 15.59 | 13.24 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ | ≤ 40% | NA | NA | | 58 | 57.59 | 40 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด | ≤ 10% | NA | NA | | 100 | 63 | 0 |
| อัตราการเกิดความผิดพลาดจากการให้เลือด เช่น ผิดคน ผิด group ผิดจำนวน | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** | | | | | | | |
| อัตราการพลัดตกหกล้ม | 0 % | 0 | 0 | | 3 | 2 | 3 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | 0 % | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 3-4 ในโรงพยาบาล (ราย) | 0 | 0 | 0 | | 2 | 1 | 0 |
| **89ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** | | | | | | | |
| อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 | 0 % | 0.08 | 0.07 | | 0 | 0.08 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อ CAUTI | ≤5 %:1000 วันนอน | 2.34 | 2.74 | | 2.26 | 0 | 0 |
| **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** | | | | | | | |
| อัตราการใช้เครื่องมือการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis, Severe Sepsis,Septic shock ) | 100 % | NA | NA | | 34.69 | 89.56 | 95.45 |
| Door to EKG ภายใน 10 นาที | 100% | NA | 95 | | 100 | 68.42 | 100 |
| ร้อยละการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ | 80 % | 45.58 | 48.78 | | 49.63 | 68.01 | 82.86 |
| อัตราการตกเลือดหลังคลอด | ≤ 2 % | 1.85 | 0.92 | | 0.69 | 1.69 | 0 |
| อัตราการเกิด Birth Asphyxia | ≤25:1000 การเกิดมีชีพ | 0:1000 | 9:1000 | | 7:1000 | 0:1000 | 0:1000 |
| **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** |  |  |  | |  |  |  |
| โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green &Clean Hospital | อันดับ 1 | NA | NA | | 2 | 1 | 1 |
| โรงครัวผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย | ผ่านเกณฑ์ | ดี | ดี | | ดีมาก | ดีเด่น | ดีเด่น |
| **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** |  |  |  | |  |  |  |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ | 80% | 46.72 | 49.29 | | 51.35 | 78.75 | 90.57 |
| ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | | 96.72 | 98.43 | 93.56 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | | 95.83 | 98.26 | 93.53 |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง(IFG) | <5% | 4.86 | 4.79 | | 2.85 | 3.01 | 3.57 |
| ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (Pre-Hypertension) | <10% | 8.06 | 8.05 | | 2.68 | 2.83 | 3.33 |

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | ≥ 85% | 89 | 87 | 86.32 | 88.77 | 88 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน | ≥85% | 89 | 90 | 91 | 94 | 91 |
| ร้อยละความพึงพอใจในชุมชน | ≥80% | 89 | 89.56 | 84.76 | 88.65 | 92 |

**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร | 80% | 87 | 88.51 | 87.01 | 88.51 | 81.19 |
| ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) | 50-74.99 | NA | NA | 62.82 | NA | 63.11 |
| จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากร | 0 | 2 | 0 | 5 | 4 | 3 |
| จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากโรคติดต่อในการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**IV-4 ผลด้านการนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **95 ผลด้านการนำ (IV-4)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ≥ 85% | NA | NA | 96.93 | 100 | 100 |
| จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ (การชดใช้ม.41) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain , RM, ENV** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความถูกต้อง สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล 43/50 แฟ้ม | 98% | 98.78 | 99.93 | 95.61 | 99.89 | 94.4 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ  -Information system down time < 30 นาที  -Information system down time > 30 นาที | 2 ครั้ง  0 ครั้ง | 2  0 | 1  0 | 2  0 | 0  0 | 0  0 |
| ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานตามตัวชี้วัด | 100% | 70.59 | 81.40 | 71.31 | 76.52 | 93.33 |
| ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง | 5 | 3 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 4 |
| ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E – I ได้รับการทบทวน ปรับปรุงและพัฒนามาตรการป้องกัน | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของหน่วยงานที่มีการปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยง | 100% | 63.63 | 100 | 54.54 | 49.90 | 100 |
| ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | <5% | 4.25 | 3.12 | 3.56 | 2.86 | 4.34 |
| ระบบการจัดการขยะที่ได้มาตรฐานไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการขยะ | 100% | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 |
| ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์ประเมิน น้ำทิ้ง(กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติ และ ส.ว.ล.) | 100%  (3 ครั้ง/ปี) | 87.8 | 87.5 | 68.2 | 100 | 90.90 |

**IV-6 ผลด้านการเงิน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio | ≥ 1.5% | 2.4 | 1.77 | 2.90 | 2.89 | 6.95 |
| อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว Quick Ratio | ≥ 1.0% | 2.25 | 1.64 | 2.62 | 2.62 | 6.17 |
| อัตราส่วนเงินสดหรือเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) | ≥ 0.8% | 2.01 | 1.43 | 2.09 | 2.21 | 5.18 |

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้า**  **หมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต | | | | | | |
| จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย) | 0 | 13 | 23 | 9 | 8 | 5 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ ER(ราย) | 0 | 5 | 15 | 6 | 7 | 6 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ IPD(ราย) | 0 | 8 | 8 | 2 | 3 | 2 |
| จำนวนรวมการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลทุกประเภท | 0 | 30 | 46 | 41 | 61 | 23 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั่วไป | 0 | 21 | 19 | 33 | 43 | 14 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ | <16 ต่อแสนประชากร | 4.82 | 20.43 | 29.46 | 19.96 | 26.83 |
| 2. ผู้ป่วยที่Refer | | | | | | |
| 2.1 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ ER (ราย) | 0 | 937 | 934 | 1187 | 1028 | 955 |
| 2.2 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ IPD (ราย) | 0 | 782 | 709 | 644 | 651 | 849 |
| 2.3 จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ LR (ราย) | 0 | 30 | 44 | 49 | 36 | 21 |
| 2.4 จำนวนผู้ป่วย Unplan Refer ด้วย โรค MI , Sepsis , Tube (ราย) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3.การกลับมารักษาซ้ำ |  |  |  |  |  |  |
| - อัตราการ Re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.โดยไม่ได้วางแผน | <2% | 2.44 | 2.36 | 1.79 | 2 | 1.77 |
| - อัตราการ Re-admit ที่ IPD ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน | <3% | 3.82 | 1.06 | 2.14 | 1.62 | 2.01 |

- มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทาง Service Plan จนได้รับรางวัลรองชนะเลิศEMS Rally ระดับจังหวัด ผู้รับบริการเข้าถึงได้เร็ว และ ส่งต่อทันเวลา

- พัฒนาร่วมกับเครือข่ายกำหนดจุดเสี่ยงระบบจราจร ซ้อมแผนทั้งสถานการณ์จริงและTable top

- การเสียชีวิตของ ER ยังเป็น Cardiac arrest รองลงไปเป็นอุบัติเหตุจราจร

- IPD พบ ผู้ป่วย Palliative care เสียชีวิตแบบ Good dead

-ปี 2559

- ที่ ER พบสูงขึ้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน(sudden cardiac arrest) ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน บางรายเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดัน รองลงไปเป็นอุบัติเหตุจราจร

- ที่ IPD พบผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้ป่วย ESRD, CA liver, AML, Pneumonia, Palliative care ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการ Palliative care และ เสียชีวิตแบบ Good dead

- ระบบ EMS และ ระบบส่งต่อยังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยเข้าถึงระบบช้า ไม่มั่นใจในระบบบริการ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการ Refer ทุกประเภท อย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการ 1.)พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการอ่านและแปลผล EKG เพื่อการวินิจฉัยภาวะ STEMI ได้ถูกต้อง รวดเร็ว 2)พัฒนาระบบ Pre-Hospital 3)พัฒนาระบบ Triage 4) พัฒนาศักยภาพทีม Emergency response ตาม Service plan rally team ทั้งงาน ER และ LR 5)พัฒนาระบบขอคำปรึกษาและส่งต่อ 6)ทบทวน อุบัติการณ์การเสียชีวิตและวางแนวทางแก้ไข

**อัตราการ Re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.โดยไม่ได้วางแผน**

- มีระบบการนัดหมายผู้ป่วยมารักษาแบบ F/U อย่างชัดเจน ตามแนวทางของแต่ละโรค จากองค์กรแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ

- Case Re – visit ในปี 2561 มากขึ้น เนื่องจาก การเก็บข้อมูลจาก Hos- xp แทนการเก็บข้อมูลจากการลงสมุดด้วยลายมือ ซึ่งจากเดิม ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนมาก

- Under report จากการทบทวนเวชระเบียน

- ปรับปรุงระบบการทำ Discharge plan และ มีการนัดมา F/U หลังจาก จำหน่ายตามแผนการรักษาตามกลุ่มโรคที่เหมาะ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** | | | | | | |
| อัตราการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน | ≥85% | 22.37 | 26.29 | 85.91 | 94.22 | 96.48 |
| ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดย EMS ในกลุ่ม MI , Sepsis , Stroke , HI | ≥60 % | 80.82 | 84.88 | 74.79 | 46.94 | 60.92 |
| เวลาเฉลี่ยผู้ป่วยAMI ชนิด STEMI ได้รับยา SK | < 30 นาที | NA | 143.33 | 60.5 | 108.22 | 58.5 |
| ผู้ป่วย Stroke มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม./ 270 นาที (Golden period ) ( Fast track ) | ≥50% | NA | 18 ราย  34.13% | 18 ราย 28.13% | 33 ราย 43.42% | 21 ราย 94.12 % |

- มีการเช็คทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานทุกคน นำสู่การลงบันทึกข้อมูล CVD Risk ทุกนัดที่ผู้ป่วยมารักษา

- ผู้ป่วยที่ได้คัดกรองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจทุกราย

- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

- พัฒนาศักยภาพกู้ชีพของ ร.พ.

- ผู้รับบริการมั่นใจในระบบและเรียกใช้ 1669 เพิ่มขึ้น

- รพ กู้ชีพ รพ ออกรับเหตุเอง จาก ผู้ป่วย โทรเข้าระบบ 1669 เนื่องจากไม่มีระบบอื่นมาช่วย

- หน่วยกู้ชีพจาก อบต ออกรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้ รพ ออกน้อยลง

- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเองมากขึ้น เพราะไม่มั่นใจในระบบบริการของ รพ , รพให้บริการช้า

- ระบบ EMS อปท ครอบคลุมทุกพื้นที่

- ประชาสัมพันธ์ EMS อย่างทั่วถึง

- ให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์เรื่องการประเมิน CVD Risk ที่จะดำเนินโรคไปเป็นโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทีม รพ. และ กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่ NCD Clinic

- บุคลากรพัฒนาศักยภาพตาม Service plan (Service plan rally )

- มีการใช้ Early warning signs / update CPG

- ระบบ Consult / Fast track

- ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรค ไม่มีการเรียกใช้ 1669

- ไม่มีญาติ ในการโทรเรียก 1669

- ผู้ป่วยมาเองโดยรถส่วนตัว

- พบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี ไม่มี underlying มากขึ้น

**แนวทางในการแก้ไขปัญหา :** 1) บุคลากรโรงพยาบาล : เพิ่มสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่ รพสต ทั้ง 14 แห่ง , นำ CPG เชื่อมโยงจาก รพ สู่ รพสต. และ มีการฝึกจำลองสถานการณ์จริงใน รพสต 2) อสม : เพิ่มสมรรถนะ , ความรู้ เรื่องโรคที่เป็นความเสี่ยงสูง , การรับแจ้งเหตุ , การทำ CPR และ ให้ อสม สอน Care giver 3) หน่วยกู้ชีพ : เพิ่มสมรรถนะโดย ให้ความรู้ , เชื่อมโยง CPG ให้หน่วยกู้ชีพเข้าใจตามบริบทของตนเอง , อบรมเชิงปฏิบัติการ 40 ชม , EMS Really ของ SR ทีม

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม/270นาที ( Fast track ) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที  (Door to refer ) (ทัน/ไม่ทัน ) (เวลาเฉลี่ย) | 100% | NA | 55.56  10/18  39 นาที | 44.44  8/18  33 นาที | 78.79  26/33  26 นาที | 80.95  17/21  24 นาที |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่บ้าน | ≥60% | NA | NA | 41.67 | 45.75 | 58.82 |
| ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ | 80% | 85 | 83 | 86 | 84 | 88 |

การดูแล ผู้ป่วย Stroke Fast track เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงมีกระบวนการ ดังนี้ 1) มีรูปแบบเครือข่าย Stroke ในชุมชน และ รพ ให้ความรู้ , Care map โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) มีทีมบุคลากร(แพทย์ ,พยาบาล,นักกายภาพบำบัด) มีความสามารถ ผ่านการอบรม Basic 3 วัน และPlan Advance Stroke ในปี 63 3) มีโปรแกรม COC , IMC Stroke สำหรับส่งต่อข้อมูลการตอบกลับ กับ รพมค 4) มีสื่อสนับสนุนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ 5) มียาและเครื่องมือแพทย์ เพียงพอพร้อมใช้ , มีรถ Safety ambulance ในการส่งต่อ 6) มีการปรับระบบผู้ป่วย On set > 72 ชม ไม่เข้าเกณฑ์ Fast track เข้าตรวจที OPD ต้องมีการรอผล Lab ก่อนการ Refer ไปที่ OPD ของ รพ แม่ข่าย

- มีทีม Palliative ให้ครอบคลุมทุกจุดบริการและเครือข่าย

- มีแนวทางในการดูแล และการสื่อสารในเครือข่าย

- มีการทบทวน Case การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน

- ออกแบบบันทึกในการบันทึกเวชระเบียน ( PPS Scale/ESAS)

- ทบทวนระบบยาแก้ปวดและคลายเครียด

-จัดทำระบบการยืม อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์

- การเยี่ยมบ้าน

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงมีกระบวนการ ดังนี้ 1) ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2) มีการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายรายกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 3) มีคัดกรอง cvd risk ให้ครอบคลุมมาก ที่สุด เพื่อเฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) ผู้ป่วย Stroke หลัง D/C ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ 1 ครั้งทุกราย 5) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Functional mobility task, Quality of movement, Muscle tone, Passive ROM โดยนักกายภาพบำบัด 6) การวางแผนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายการรักษาญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการรักษา

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 1) ได้มีระบบติดตามผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน หรือ รพสต. ในกลุ่มผู้เข้าถึงบริการยาก/ผู้ด้อยโอกาสเช่น ผู้ป่วยช่วยเหร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วย จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน 2) มีแบบฟอร์มในการส่งต่อ/การเยี่ยมบ้าน แก่ฝ่ายเวชปฏิบัติ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.โดยการกำหนดจาก โรงพยาบาลกันทรวิชัย และมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/การติดต่อทางโทรศัพท์ ซึ่งอยู่ระหว่างการประเมินประสิทธิภาพของข้อมูลการบันทึกการส่งต่อ 3) มีอบรม/ประชุมวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น HT, DM ,CVA ,CAPD และ ผู้ป่วย Palliative care ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องใน รพ.สต 4) อบรม/ประชุมวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการให้บริการเยี่ยมบ้าน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย MI missed diagnosis | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม/270นาที ( Fast track ) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที  (Door to refer ) (ทัน/ไม่ทัน ) (เวลาเฉลี่ย) | 100% | NA | 55.56  10/18  39 นาที | 44.44  8/18  33 นาที | 78.79  26/33  26 นาที | 80.95  17/21  24 นาที |
| Door to needle time เฉลี่ยในการให้ยา SK ของผู้ป่วย STEMI | ≤ 30 นาที | NA | 143.33  นาที | 60.5  นาที | 108.22  นาที | 58.5  นาที |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับการทำ H/C ก่อนได้รับAntibiotic | ≥ 90% | NA | 22.73 | 14.29 | 18.84 | 96 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับAntibiotic ภายใน 1 ชม. | ≥ 90% | NA | 59.10 | 57.14 | 87.23 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับ IV Fluid 1500 ml/hr.ภายใน 1 ชม. | ≥ 90% | NA | NA | 55.10 | 53.19 | 96 |
| อัตราการเกิดภาวะ shock ในผู้ป่วยไข้เลือดออก  (Volume Overload) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการMissed diagnosis or Delay diagnosis ในผู้ป่วยไข้เลือดออก | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละผู้ป่วย CKDควบคุมระดับBP <140/90 mmHg | >80% | NA | NA | 88.01 | 87.59 | 91.41 |
| อัตราการขาดยาวัณโรค | <5% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการขาดนัด | <5% | 6.5 | 6.1 | 1.86 | 0.64 | 0.60 |
| อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค | ≥85% | 89.36 | 86.36 | 85.72 | 87 | 88 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | ≥80% | 100 | 100 | 100 | 89.47 | 84.16 |
| ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา Opioids  เพื่อการจัดการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ | ≥80% | NA | 15.38 | 33.33 | 55.56 | 51.96 |
| อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน  (Hypo-Hyperglycemia ) | <2% | 2.27/  3.83 | 1.89/  4.76 | 0.7/  1.56 | 0.5/  1.2 | 0.79/  1.95 |
| อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเบาหวานใน Clinic NCD | ≤5% | NA | 4.75 | 3.82 | 3.01 | 2.78 |

จากการดำเนินงานที่ การวินิจฉัย MI ได้ถูกต้อง ทุกราย ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาระบบ Fast tract ทันเวลา จากการทบทวน Case ที่ผ่านมา โดยมีการะบวนการปรับปรุง คือ 1. พัฒนาระบบ Triage จากแบบประเมินคัดกรองภาวะเจ็บหน้าอก มี update CPG อย่างต่อเนื่อง 2.พัฒนาบุคลากรในการประเมินผู้ป่วยโดยฟื้นฟูความรู้เรื่อง EKG พร้อมตัวอย่าง 3.พัฒนาระบบ consult ผ่านกลุ่ม line รพ.แม่ข่าย , พัฒนาบุคลากรตามระบบ Service plan และ ฝึกการปฏิบัติจาก Service plan rally

บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยมี 1) การทบทวน Case 2) การใช้ Early warning signs 3) มีการปรับปรุง CPG และ Update CPG 4) มี ระบบ Fast Track ระดับจังหวัด 5) ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับความรู้และ up date ความรู้เรื่อง MI

การดูแล ผู้ป่วย Stroke Fast track เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงมีกระบวนการ ดังนี้ 1) มีรูปแบบเครือข่าย Stroke ในชุมชน และ รพ ให้ความรู้ , Care map โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) มีทีมบุคลากร(แพทย์ ,พยาบาล,นักกายภาพบำบัด) มีความสามารถ ผ่านการอบรม Basic 3 วัน และPlan Advance Stroke ในปี 63 3) มีโปรแกรม COC , IMC Stroke สำหรับส่งต่อข้อมูลการตอบกลับ กับ รพมค 4) มีสื่อสนับสนุนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบ 5) มียาและเครื่องมือแพทย์ เพียงพอพร้อมใช้ , มีรถ Safety ambulance ในการส่งต่อ 6) มีการปรับระบบผู้ป่วย On set > 72 ชม ไม่เข้าเกณฑ์ Fast track เข้าตรวจที OPD ต้องมีการรอผล Lab ก่อนการ Refer ไปที่ OPD ของ รพ แม่ข่าย

- จัดหา H/C ได้อย่างเพียงพอ

- มี CPG ที่ชัดเจน ตลอดจนการรายงานแพทย์ เกณฑ์การส่งต่อ เกณฑ์ในการต้องมีการทำ H/C ทุกรายก่อนการนำส่ง

- พัฒนาระบบ Fast Track และ ระบบ Consult ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

- พัฒนาทักษะบุคลากรในการประเมินโดยใช้ SIRS Criteria และ qSOFA ตั้งแต่ จุด OPD และ ER ตลอดจน IPD

- พัฒนาระบบ Fast Track และ ระบบ Consult ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

- มี CPG ที่ชัดเจน ตลอดจนการรายงานแพทย์ เกณฑ์การส่งต่อ

- ปรับปรุง Guideline

- อบรมวิชาการ ทั้งเครือข่าย

- Sepsis Check list Form/SOS Score Form

- ติดตาม กำกับการใช้ Guideline/ Protocol

N/A

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้ดำเนินการ คือ 1) มีการปรับปรุง CPG และ มีการ update เสมอในการดูแลผู้ป่วย ไข้เลือดออก 2). มีการอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากร ทั้งทาง Line App ในเรื่อง กระบวนการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกอยู่เสมอ 3 ) เปิดให้บริการ Lab 24 ชั่วโมง 4) มีการประสานงานกับกุมารแพทย์และอายุรแพทย์จากแม่ข่ายตลอดเวลา

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดตั้ง One Stop Service Clinic 2) ปรับปรุง Update CPG 3) การบันทึกข้อมูลลงระบบ HDC 4) ชุมชนรักษ์ไต 5) โครงการชะลอไตเสื่อมครอบคลุมทุกชุมชน 6) ส่งผู้ป่วยกลับ รพ.สต.คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ 7) เพิ่มหน่วยบริการคลินิกเรื้อรังให้ครบทุก รพ.สต. 8) อบรม ประชุมวิชาการ 9) เพิ่มศักยภาพการตรวจ LAB

เพื่อลดอัตราการขาดยาและขาดนัดวัณโรค ได้ตามเป้าหมาย จึงมีกระบวนการดังนี้ 1) รพ. ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการ และทำความเข้าใจกับชุมชนร่วมแก้ไขปัญหากับทีมสหวิชาชีพ 2) จัดตั้ง TB Care team in community ทุกชุมชนที่มีผู้ป่วย 3) อบรมพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุก รพ.สต. 4) ประสานงาน HHC รพ.สต เน้นย้ำการใช้รูปแบบ TB Care Team ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 5) มีนวัตกรรม “ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (TB care team in community :TCTC )”

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รพ.ได้ดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CPG) และจัดทำคู่มือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2)กำหนดรายการยาที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3)พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งใน และนอกรพ. 4) พัฒนาศักยภาพชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย 5)พัฒนาระบบการดูแลในรพ.และที่บ้าน 6) ทบทวนติดตามการใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วย 7) มีวันนัด Clinic Palliative care

อัตราการเกิด ภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง บรรลุเป้าหมาย รพ.ได้ดำเนินการดังนี้ 1) มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบ One Stop Service 3) มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย(case manager / mini case manager) 4) การให้สุขศึกษาในคลินิกและตึกผู้ป่วยในที่ Admit

-ทีมสหวิชาชีพลงพื้นที่ รพ.สต. 1-2 ครั้ง/เดือน 5) ปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เชื่อมโยงไปถึง รพ.สต. เครือข่าย

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ รพ ได้ใช้กระบวนการ ดังนี้ 1) จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย 2) มีการจัดกลุ่ม Self help group 3) พัฒนาแกนนำ อสค , อสม และ care giver 4) นำการจัดการรายกรณี มาใช้กับผู้ป่วย 5) พัฒนาเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย แบบ HHC จาก รพ สู่ รพสต และ ชุมชน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% | >40% | 23.48 | 26.49 | 18.79 | 19.15 | 24.13 |
| อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค | >85% | 89.36 | 86.36 | 85.72 | 87 | 88 |
| อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired | <30% | 0 | 0 | 1.45 | 1.45 | 4.54 |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ Advance care plan | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของค่า  eGFR < 4ml/min/1.73 ตารางเมตร /ปี | >66% | 51.99 | 51.67 | 59.8 | 54.4 | 75.84 |

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ รพ ได้ใช้กระบวนการ ดังนี้ 1) จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย 2) มีการจัดกลุ่ม Self help group 3) พัฒนาแกนนำ อสค , อสม และ care giver 4) นำการจัดการรายกรณี มาใช้กับผู้ป่วย 5) พัฒนาเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย แบบ HHC จาก รพ สู่ รพสต และ ชุมชน

อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค ได้ตามเป้าหมาย มีกระบวนการดังนี้ 1) รพ. ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการ และทำความเข้าใจกับชุมชนร่วมแก้ไขปัญหากับทีมสหวิชาชีพ 2) จัดตั้ง TB Care team in community ทุกชุมชนที่มีผู้ป่วย 3) อบรมพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุก รพ.สต. 4) ประสานงาน HHC รพ.สต เน้นย้ำการใช้รูปแบบ TB Care Team ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 5. มีนวัตกรรม “ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (TB care team in community :TCTC )”

อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired เป้าหมาย <30% บรรลุเป้าหมาย รพ. ได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) พัฒนาทักษะบุคลากรในการประเมินโดยใช้ SIRS Criteria , Sepsis Check list Form/SOS Score Form และ qSOFA ตั้งแต่ จุด OPD และ ER ตลอดจน IPD 2) พัฒนาระบบ Fast Track และ ระบบ Consult ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย 3) มี CPG ที่ชัดเจน ตลอดจนการรายงานแพทย์ เกณฑ์การส่งต่อ 4) อบรมวิชาการ ทั้งเครือข่าย 5) ติดตาม กำกับการใช้ Guideline/Protocal

- มีทีม Palliative ให้ครอบคลุมทุกจุดบริการและเครือข่าย

- มีแนวทางในการดูแล และการสื่อสารในเครือข่าย

- มีการทบทวน Case การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน

- ออกแบบบันทึกในการบันทึกเวชระเบียน ( PPS Scale/ESAS)

- ทบทวนระบบยาแก้ปวดและคลายเครียด

-จัดทำระบบการยืม อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่าย แบบมีส่วนร่วม

- ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ 4 C model

- นวัตกรรมวงกลมสีบอกฉัน

- ผู้ป่วยต้นแบบ/ครอบครัวต้นแบบ

- ชุมชนรักษ์ไตต้นแบบ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด | ≥ 95% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด | 0 | 1.47 | 0 | 0 | 0 | 0 |

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ / แนวทางป้องกันตาม Safety Goals โดย 1) แผลผ่าตัดทำหมันติดเชื้อเพิ่มการเปิดแผล days 2 จาก 3 days 2) ระยะเวลาผ่าตัดเกิน 1 ชม. แพทย์พิจาณาให้ ATB prophylaxis คือ cafazolin 1 gm V stat 3) ทำใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องถึง รพ.สต.จึงทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล | ≤ 0.3% :1000 วันนอน | 0.22 | 0.16 | 0.61 | 0.32 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อที่แผลEpisiotomy | ≤ 0.2% | 1.47 | 0 | 2.87 | 1.79 | 0 |

ปี 2560 – 2561 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บงานห้องคลอด จำนวน 6 รายเนื่องจากการทบทวน รพ ไม่สามารถหาสาเหตุที่เป็น Root cause ที่ชัดเจนได้ จึงแก้ปัญหาโดยการป้องกัน ดังนี้ 1) ทบทวนกระบวนการทำหัตถการ ทำคลอด เย็บแผล โดยยึดหลัก Sterile อย่างเคร่งครัด 2) ดูแลความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ เตียง จากเดิมใช้เฉพาะผงซักฟอก + ALC เพิ่มเติมโดยใช้ 0.5% sodium hypochlorite ระหว่างเคส และ Routine สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3) แยกโซนอย่างชัดเจน สำหรับทำคลอด ดูแลทารก เท่านั้น ไม่ให้มีการใช้หัตถการอื่น 4) ทบทวนระบบ RDU อย่างเข้มข้น 5) เปลี่ยนระยะเวลาของ Set คลอด จากเดิม Re-sterile ทุก 1 เดือน (ใช้พลาสติกหุ้มถึงข้างนอก) เป็น 2 สัปดาห์ (ผ้า 2 ชั้น ) 6) เปลี่ยนประตู หน้าต่างห้องคลอดใหม่ ทำเป็นระบบปิดที่ชัดเจน ผลลัพธ์ ไม่พบการติดเชื้อหลังปี 2562 เป็นต้นมา

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 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% | NA | NA | 32 | 29.15 | 20.61 |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | ≤ 20% | NA | NA | 18 | 15.59 | 13.24 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ | ≤ 40% | NA | NA | 58 | 57.59 | 40 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด | ≤ 10% | NA | NA | 100 | 63 | 0 |
| อัตราการเกิดความผิดพลาดจากการให้เลือด เช่น ผิดคน ผิด group ผิดจำนวน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Med error ผู้ป่วยนอก เป้าหมาย < 5 ต่อพันใบสั่งยา บรรลุเป้าหมาย รพ. ได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1)ทบทวน Med error ในปี 2560 – 2561 พบว่าอัตรา Pre-dispensing สูง เนื่องจากมีการจัดยา ในกลุ่ม LASA ผิดพลาด แก้ไขปัญหาโดยจัดการระบบแจ้งเตือนใน Sticker ยาเมื่อปริ้นใบออกมา , ชั้นวางยาจัดตามหลักการ LASA Drugs คือจัดเก็บยาที่เป็นLASA และต่างความแรงออกห่างจากกันชัดเจน 2) พิมพ์แบบฟอร์มจาก HOSxp 3)เปรียบเทียบรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่กับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อเข้ารับการรักษา4)เมื่อมีปัญหาประสานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ 5)ตรวจสอบรายการยาก่อนผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน 5)นำผลจากการติดตามมาทบทวนปรับปรุงกระบวนการทุกครั้ง

Med error ผู้ป่วยใน เป้าหมาย < 5 ต่อพันวันนอน ยังไม่บรรลุเป้าหมาย รพ. ได้ทบทวนพบว่า อัตรา Pre – dispensing ยังสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก วันนอนรวมผู้ป่วยใน มีค่าไม่สูงเมื่อเทียบกับความผิดพลาดในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในผิดพลาด 2 ครั้งจึงได้วางแนวทางคือ 1)มีแนวทางการเขียนคำสั่งใช้ยาว่าแพทย์ควรสั่งยาเป็นชื่อสามัญ ไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา 2)การเขียนคำสั่งใช้ยาต้องระบุขนาดความแรงของยา ขนาดยาที่ให้ วิถีทางให้ยา 3)การสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ ต้องมีการทวนซ้ำระหว่างผู้สั่งใช้และผู้รับคำสั่งใช้ยาทุกครั้งและต้องมีการ ทบทวนคำสั่งนั้นภายใน 24 ชม. เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ รพ ได้ดำเนินกิจกรรม คือ 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

- ปฏิบัติตามหลัก Safety Goals อย่างเคร่งครัด

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการพลัดตกหกล้ม | 0 % | 0 | 0 | 3 | 2 | 3 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | 0 % | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 3-4 ในโรงพยาบาล (ราย) | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 |

- ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วย Alcohol with drawl ไม่สามารถผูกยึดได้ เนื่องจากญาติไม่เข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และ ไม่ทำตามคำแนะนำ

- เกิดนวัตกรรม รั้ง ไร้ รอย ผูกยึดผู้ป่วย ที่ตึกผู้ป่วยในชาย

- ปฏิบัติตามหลัก Safety Goals อย่างเคร่งครัด

- ส่วนใหญ่ พบในผู้ป่วย Palliative care

- ปี 2560 พบ ระดับ 2 = 1 ราย , ระดับ 3-4 = 1 ราย ปี 2561 พบระดับ 2 = 1 ราย

- มีการตรวจดูผิวหนังในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง การทำความสะอาดและดูแลผิวหนัง , การจัดท่าที่เหมาะสม , การพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง ในกรณีที่เป็นคนไข้ที่ไม่สามารถขยับพลิกตัวได้ , การใช้แผ่น หมอนจากลูกโป่งใส่น้ำรองเพื่อลดแรงกด

- มีการให้ความรู้ญาติในการพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **89ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3-4 | 0 % | 0.08 | 0.07 | 0 | 0.08 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อ CAUTI | ≤5 %:1000 วันนอน | 2.34 | 2.74 | 2.26 | 0 | 0 |

- เพิ่มแบบฟอร์มประเมินบริเวณให้ IV/HL ก่อนและหลัง ทุกครั้ง ,IV/HL

- round ทุก 2 ชม. กรณีคนไข้มีจำนวนมาก อย่างน้อย 2-3 ครั้ง/เวร

- เปลี่ยนบริเวณที่ให้ IV/HLตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด คือ IV ทุก 3 วัน HLทุก 4 วัน

- เพิ่มแผ่นให้ความรู้การสังเกตอาการ Phlebitis ก่อนกลับบ้าน

- เพิ่มป้ายเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวังและรีบแจ้งแขวนไว้ที่เตียงผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังร่วมกัน

- Phlebitis มีการปรับแบบฟอร์มการติดตามผู้ป่วยจากเดิมที่ยัง ไม่ครอบคลุมทำให้ under report

เพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ รพ ได้ดำเนินการ 1) ปรับแบบฟอร์มการตรวจสอบจากแบบฟอร์มเดิมให้ครอบคลุมมากขึ้น 2) ประเมินประสิทธิภาพจากเดิมประเมินเฉพาะเวรเช้าเป็นทุกเวร 3) ปรับปรุงแผ่นให้ความรู้ ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ (คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยคาสายสวน , วิธีการปล่อยปัสสาวะออกจากถุง) 4) เพิ่มการสร้างเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการให้ความรู้ในการฝึกปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะและเพิ่มชุด Alc 70%ให้ผู้ป่วยนำกลับไปบ้าน 5) ทำตราปั๊มการเกิด CAUTI ใน OPD card เพื่อการสื่อสารของทีม สหสาขาวิชาชีพ 6) ปรับปรุงแบบการดูแลและเฝ้าระวังของพยาบาลแบบใหม่ และปรับปรุงแบบให้คำแนะผู้ป่วยขณะที่อยู่ รพ. และ เมื่อกลับบ้าน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราการใช้เครื่องมือการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis, Severe Sepsis,Septic shock ) | 100 % | NA | NA | 34.69 | 89.56 | 95.45 |
| ร้อยละการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตภายใน 4 นาที | 100% | NA | 95 | 100 | 68.42 | 100 |
| ร้อยละการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ | 80 % | 45.58 | 48.78 | 49.63 | 68.01 | 82.50 |
| อัตราการตกเลือดหลังคลอด | ≤ 2 % | 1.85 | 0.92 | 0.69 | 1.69 | 0 |
| อัตราการเกิด Birth Asphyxia | ≤25:1000 การเกิดมีชีพ | 0:1000 | 9:1000 | 7:1000 | 0:1000 | 0:1000 |

- พัฒนาทักษะบุคลากรในการประเมินโดยใช้ SIRS Criteria และ qSOFA ตั้งแต่ จุด OPD และ ER ตลอดจน IPD

- พัฒนาระบบ Fast Track และ ระบบ Consult ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

- มี CPG ที่ชัดเจน ตลอดจนการรายงานแพทย์ เกณฑ์การส่งต่อ

- อบรมวิชาการ ทั้งเครือข่าย

- Sepsis Check list Form/SOS Score Form

- ติดตาม กำกับการใช้ Guideline/Protocal

- ทบทวนแนวทาง CPR ที่ชัดเจน

- เจ้าหน้าที่มีการเพิ่มทักษะ , อบรมการ CPR อยู่ตลอดตลอดจนพนักงานบริการที่เกี่ยวข้อง ทุกคน

- มีการซ้อม CPR และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในจุดเสี่ยงต่างๆ ใน รพ ทุกปี และ เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นผ่านตามเป้าหมาย โดยมีกิจกรรม 1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ทบทวนความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยแพทย์วางแผนการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน 2)ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กทุก 3 เดือน 3) ประชา สัมพันธ์โครงการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ตามสถานบริการของรัฐ 4) ติดตาม/ประสาน อสม.ทุกเดือน ทางสมุดรายงาน ทางกลุ่มไลน์ เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมาฝากครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง 5) นิเทศติดตามการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของรพ.สต.

ผ่านตามเป้าหมาย โดยมีกิจกรรม คือ 1) จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH 2) พัฒนาทักษะในการทำคลอด การตัดฝีเย็บ โดยพยาบาลพี่เลี้ยง 3) ใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และตัดสินใจช่วยเหลืออย่าง ทันท่วงที 4) จัดทำ แนวทางการดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 5) กำหนดมาตรฐานวิธีปฏิบัติการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด 6) ภาวะ ut.atonyให้ Synto 10 unit V หลังทารกคลอด ถ้าไม่ดีขึ้นใช้ cytotec และ/หรือ nalador 7) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลมารดาคลอดที่มีภาวะวิกฤติโดย รพ.แม่ข่าย

ผ่านตามเป้าหมาย โดยมีกิจกรรม คือ 1) กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิด birth asphyxia 2) กำหนดวิธีปฏิบัติในการทำ Intrauterine Resuscitationกรณีเกิดภาวะ Fetal distress / ทำ Fetal monitoring ในมารดารับใหม่ทุกราย 3) บุคลากรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้และฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดทุกปี 4) มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้คลอด เช่น U/S NST Doptone ชุดเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้ 5) กำหนดแนวทางการส่งต่อทารก Birth Asphyxiaและการขอคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ร่วมกันเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด 6) ทีมจังหวัดฟื้นฟูทักษะ NCPR อย่างต่อเนื่องทุกปี 7) เข้าร่วม OB crisis rally และ NCPR rally ทุกปี

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green &Clean Hospital | อันดับ 1 | NA | NA | 2 | 1 | 1 |
| โรงครัวผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย | ผ่านเกณฑ์ | ดี | ดี | ดีมาก | ดีเด่น | ดีเด่น |

โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green &Clean Hospital ระดับดีมาก Plus และ โรงครัวผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ระดับดีเด่น บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ รพ ได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) Gabage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวง มีการคัดแยกถูกต้อง โดยใช้หลัก 5 R (นวัตกรรม รถเข็นขยะติดเชื้อ “ไม่ต้องแพง...แต่ต้องแดงไว้ก่อน” “ ลดขยะถุงแดง...โดยใช้กล่องปิดล๊อค... ลด Cost โรงพยาบาล” , นวัตกรรม “ฝานี้ใช้ดีประหยัด” )

2) Rest room ส้วมผ่านการประเมิน HAS , มีการนำน้ำหมักชีวภาพ มาใช้เพื่อลดการอุดคันสุขภัณฑ์ ใช้น้ำยาเอนกประสงค์จากน้ำหมักมะกรูดแทนสารเคมีในการล้างห้องน้ำ

3) Energy มีมาตรการประหยัดพลังงานโดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร

4) Environment จัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

5) Nutrition สถานประกอบอาหารได้ตามมาตรฐาน , มีตลาดนัดสีเขียวใน รพ และ สร้างเครือข่ายพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ | 80% | 46.72 | 49.29 | 51.35 | 78.75 | 90.57 |
| ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | 96.72 | 98.43 | 93.56 |
| ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | 50% | 91.25 | 91.50 | 95.83 | 98.26 | 93.55 |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง(IFG) | <5% | 4.86 | 4.79 | 2.85 | 3.01 | 3.57 |
| ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (Pre-Hypertension) | <10% | 8.06 | 8.05 | 2.68 | 2.83 | 3.33 |

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12สัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและบรรลุค่าเป้าหมาย รพ ได้วิเคราะห์ สาเหตุ คือ เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ไม่กล้ามาฝากครรภ์เพราะกลัวผู้ปกครองดุด่า รอจนใกล้คลอดจึงมาฝากครรภ์ และ หญิงตั้งครรภ์ที่ไปทำงานต่างถิ่นไม่ได้ฝากครรภ์พอใกล้คลอดกลับมาบ้านเพื่อคลอด

**การดำเนินงาน** 1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ทบทวนความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยแพทย์ วางแผนการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน 2) ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กทุก 3 เดือน 3) ประชาสัมพันธ์ และติดป้ายรณรงค์การฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ ในชุมชน 4) ประชาสัมพันธ์โครงการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ตามสถานบริการของรัฐ 5) ติดตาม/ประสาน อสม.ทุกเดือน ทางสมุดรายงาน ทางกลุ่มไลน์ เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 6) รณรงค์การยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิดที่เหมาะสมในวัยรุ่น 7) นิเทศติดตามการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของรพ.สต.

ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและบรรลุค่าเป้าหมาย รพ ได้จัดกิจกรรม คือ 1) มีกิจกรรมเชิงรุกมากขึ้น ในชุมชน โดยอบรมทบทวนความรู้ให้ อสม.ทุกปี เพื่อช่วยในการคัดกรองให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากขึ้น เมื่อคัดกรองเสร็จ บันทึกข้อมูล แยกกลุ่ม ปกติ เสี่ยง ป่วย ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุกกลุ่ม ใช้เทคนิค พูด บ่อยๆ พูดซ้ำๆเพื่อกระตุ้น ให้เกิดความรู้ และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ 2) โครงการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต/โรคอ้วน (ตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป) 2 รอบ/ปี 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ อสมฺ. จัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบและศูนย์แรกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) โครงการอบรม เพื่อพัฒนาบุคคลากรจัดตั้งคลีนิก DPAC ครบทุกรพ.สต. 5) ร่วมกับชุมชนในเทศกาลต่างๆโดยจัดขบวน ป้ายประชาสัมพันธ์เข้าร่วมกับชุมชน เช่น วันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ วัน อสม. เสริมกิจกรรมลดหวานมันเค็ม 6) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ใช้เทคนิคพูดบ่อยๆ พูดซ้ำๆเพื่อให้จำได้ และเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง 7) ติดตามประเมินผลงานของรพ.สต. รอบเดือนมีนาคมและกรกฎาคม ปีละ 2 รอบ

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง(IFG) และ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (Pre-Hypertension) มีแนวโน้มลดลง รพ ได้ดำเนินกิจกรรม คือ 1) จากการทบทวนพบว่า การป่วยรายใหม่มักพบในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งจากปัญหาทีมได้ดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหาโดยหลังจากคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งสองโรคเรียบร้อยแล้ว มีการให้ความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตัว หลังจากนั้นจัดอบรมเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามหลัก3 อ.2ส.1ฟ. 2) นำเข้าระบบติดตามรายกรณี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยง/ประเมินทุก 1 เดือน 3) สร้างหมู่บ้านต้นแบบการจัดการสุขภาพในการเป็นชุมชนต้นแบบ ลดหวาน มัน เค็ม (หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) เพื่อเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | ≥ 85% | 89 | 87 | 86.32 | 88.77 | 88 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน | ≥85% | 89 | 90 | 91 | 94 | 91 |
| ร้อยละความพึงพอใจในชุมชน | ≥80% | 89 | 89.56 | 84.76 | 88.65 | 92 |

จากกราฟร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลได้เพิ่มช่องทางในการ รับฟังข้อคิดเห็นผู้รับบริการเพื่อนำมาพัฒนาอยู่เสมอ และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้รับบริการ คือ 1) พัฒนาระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้รับบริการที่จุดคัดกรอง โดยพยาบาลวิชาชีพในการส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกต่างๆ 2) จัดทำลำดับคิวเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบโดยการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย 3 ) แบ่งโซนผู้มารับบริการให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มที่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยพระภิกษุ ผู้ป่วยที่ภาวะเสี่ยงต่อการติดต่อระบบทางเดินหายใจ 4) ด้านการบริการ เพิ่มการให้สุขศึกษาแนะนำขั้นตอนบริการ และให้ความรู้การปฏิบัติตัวในโรคที่พบบ่อย โรคตามฤดูกาลขณะรอตรวจ ปรับเวลาแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่เวลา 8.30 น. และช่วงเวลาพักรับประทานอาหารกลางวันได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทุกจุดเพื่อให้บริการ 5) พัฒนาพฤติกรรมบริการบุคลากรทุกระดับโดยการอบรม ESB 6) ด้านโครงสร้างกายภาพ ได้ดำเนินการ ปรับโฉม OPD ให้กว้าง และโล่ง เพิ่มเก้าอี้รอตรวจให้เพียงพอ 7) ปรับปรุงห้องน้ำตามเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะ HAS จึงทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

จากกราฟร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์ โดยโรงพยาบาลได้เพิ่มช่องทางในการ รับฟังข้อคิดเห็นผู้รับบริการเพื่อนำมาพัฒนาอยู่เสมอ และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้รับบริการ คือ 1) **ด้านโครงสร้างกายภาพ** มีการจัดสถานที่มุมพักผ่อนและเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ จัดมุมดูทีวีเป็นสัดส่วน ติดพัดลมระบายอากาศ ปรับปรุงห้องพิเศษและมีการจัดพื้นที่ไว้สำหรับการทิ้งขยะที่เป็นสัดส่วน 2 ) **ด้านความปลอดภัย** เตียงผู้ป่วยใหม่เป็นแบบมีราวกั้นและผ้าม่านทุกเตียง จัดแยกโซนผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและอุจจาระร่วง ปรับปรุงห้องน้ำตามมาตรฐาน **3) ด้านการให้บริการ** ปรับปรุงการดูแลด้านโภชนบำบัดโดยนักโภชนากร พัฒนาระบบ D/C Plan การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วย D/C รวมถึง พัฒนาพฤติกรรมบริการบุคลากรทุกระดับโดยการอบรม ESB จึงทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น

จากกราฟ ร้อยละความพึงพอใจการบริการในชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจาก รพ.ได้มีการนำข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ติดบ้าน ติดเตียง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังและหาปัญหาของสุขภาพ ปัจจัยความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ป่วย พบว่าการเข้าถึงบริการที่ลำบากผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยขาดผู้ดูแล การรับส่งข้อมูลรวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงาน รพ.จึงได้นำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันเพื่อจัดบริการให้ตอบสนองกับความต้องการของประชาชน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเยี่ยมบ้านทีมหมอครอบครัวที่ชัดเจน ออกแบบการเยี่ยมบ้านเป็นรูปแบบเดียวกัน กำหนดเกณฑ์เป็นตัวชี้วัดรายบุคคล พัฒนาการรับ-ส่งข้อมูลผ่านระบบไลน์และอีเมล์ให้ทันเวลา ติดตามดูแลร่วมกับผู้ดูแลและเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งจัดการกับข้อร้องเรียนต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล จากการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเชิงรุกตามเป้าหมายทำให้เกิดการเข้าถึงผู้ป่วยมากขึ้นและทันเวลา จึงทำให้ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร | 80% | 87 | 88.51 | 87.01 | 88.51 | 81.19 |
| ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) | 50-74.99 | NA | NA | 62.82 | NA | 63.11 |
| จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากร | 0 | 2 | 0 | 4 | 5 | 4 |
| จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากโรคติดต่อในการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร ผ่านเกณฑ์ มีอัตราขึ้น – ลง ทาง รพ จึงมีกิจกรรม ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับเกิดความรักและผูกพันกับองค์กรโดย 1) สร้างขวัญกำลังใจและจัดสวัสดิการค่าตอบแทนที่เหมาะสมเป็นธรรม เช่น สวัสดิการเยี่ยมป่วย เยี่ยมคลอด จ่าย OT ตรงเวลา 2) สนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน 4) จัดสถานที่ทำงานน่าอยู่ เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและปลอดภัย 5) ประเมินและวิเคราะห์ความสุขของบุคลากร ตามแบบประเมิน Happinometer เพื่อนำสู่การพัฒนาทุก 2 ปี

N/A

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) ผ่าตามเกณฑ์ จากการวิเคราะห์ พบว่า ดัชนีที่มีค่าคะแนนน้อย ได้แก่ สุขภาพการเงิน , ผ่อนคลายดี ได้มีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับการดำเนินงานองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม ,กระทรวงสาธารณสุขช่วยเหลือด้านการเงินโดยทำ MOUกับธนาคารไทยพานิชย์

เพื่อแก้ปัญหาและลดความเสี่ยง Sharp injury ทีมงานได้ใช้แนวคิดการตามรอยการเกิดอุบัติการณ์ราย

กรณี โดยดำเนินการดังนี้ 1)วิเคราะห์ RCA 2) ให้คำปรึกษาและติดตามทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี 3)ปรับปรุงมาตรการ ทำให้เกิดบทเรียนการเกิด Sharp injury ที่หลากหลายรูปแบบไม่ซ้ำเดิม และ ปรับมาตรการการป้องกันเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ RCA 4) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรโดยกิจกรรมปฐมนิเทศ นิเทศทางคลินิกโดย ICN 5) อบรมฟื้นฟูความรู้ด้าน IC

เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ได้ส่งเสริมวัฒนธรรมการล้างมือตาม My 5 moments จึงปรับปรุงกระบวนการดังนี้ 1)สนับสนุนทรัพยากรในการล้างมือ 2) สร้างการเรียนรู้และกระตุ้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC ครอบคลุมทุกวิชาชีพ 3)นิเทศโดยหัวหน้าเวร/หัวหน้างาน 4)ยืนยันการปฏิบัติโดย ICWN/ICN

ผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรไม่มีการติดเชื้อโรคติดต่อจากการปฏิบัติงาน

**IV-4 ผลด้านการนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **95 ผลด้านการนำ (IV-4)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ≥ 85% | NA | NA | 96.93 | 100 | 100 |
| จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การชดใช้ม.41) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |

เพื่อการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์องค์กรด้านพัฒนาระบบบริหารให้เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลตามเกณฑ์ ITA โดยนำนโยบายการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสใน การดำเนินงานภาครัฐเป็นเกณฑ์ในการดำเนินงาน 1) มอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละ EB 2)ประเมินตนเองตามเกณฑ์ 3)วิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยงนำสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน 4)รับการประเมินโดยองค์กรภายนอก ผลลัพธ์ทุกหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละความถูกต้อง สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล 43/50 แฟ้ม | 98% | 98.78 | 99.93 | 95.61 | 99.89 | 98.56 |
| ความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ  -Information system down time < 30 นาที  -Information system down time > 30 นาที | 2 ครั้ง  0 ครั้ง | 2  0 | 1  0 | 2  0 | 0  0 | 0  0 |
| ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานตามตัวชี้วัด | 100% | 70.59 | 81.40 | 71.31 | 76.52 | 93.33 |
| ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง | 5 | 3 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 4 |
| ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E – I ได้รับการทบทวน ปรับปรุงและพัฒนามาตรการป้องกัน | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของหน่วยงานที่มีการปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยง | 100% | 63.63 | 100 | 54.54 | 49.90 | 100 |
| ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | <5% | 4.25 | 3.12 | 3.56 | 2.86 | 4.34 |
| ระบบการจัดการขยะที่ได้มาตรฐานไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการขยะ | 100% | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 |
| ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์ประเมิน น้ำทิ้ง(กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติ และ ส.ว.ล.) | 100%  (3 ครั้ง/ปี) | 87.8 | 87.5 | 68.2 | 100 | 90.90 |

ร้อยละความถูกต้อง สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล 43/50 แฟ้ม มีแนวโน้มที่ดีขึ้น บรรลุตามเกณฑ์ รพ ได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) เข้าร่วมประชุม อบรมเกี่ยวกับมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ การลงบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน 2) จัดทำคู่มือ คำนิยาม ตัวชี้วัดและรายงาน เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน 3) จัดประชุมทบทวน การลงบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม และเกณฑ์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (เกณฑ์ สนย.) พร้อมทำจัดทำคู่มือและแนวทางการลงบันทึกให้กับเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานย่อย และในเครือข่ายบริการโดย 3.1 ) ดำเนินการที่หน้างานของแต่ละหน่วยงาน ในวาระประชุมประจำเดือน 3.2) นิเทศติดตามการลงบันทึกคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ ในเครือข่ายบริการ เชิงปฏิบัติ แบ่งพื้นที่ตามโซนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Audit เวชระเบียนตามเกณฑ์ ทุก 3 เดือน ทั้งในระดับ รพ.สต.และ ระดับโรงพยาบาล)

- ตั้งแต่ ปี 2558 – 2560 Server ที่มีการสำรองแบบ Real time ใน Hard disk เครื่องที่ 2 และมีการสำรองข้อมูลในเครื่อง PC ซึ่งจะสำรองข้อมูลทุกวันเวลา 24.00 น. โดยทำการสำรองข้อมูลแบบ Real time อย่างเต็มระบบ ในกรณีอุปกรณ์มีปัญหาจะมีอุปกรณ์สำรองสำหรับการใช้งาน ทำให้เกิดปัญหาระบบล่ม ได้บ่อยครั้ง

เปลี่ยนเป็นระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication ซึ่งสามารถกู้คืนระบบสารสนเทศกลับมาโดยเร็วที่สุดตาม Flow chart การันตีภายใน 30 นาที

ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานตามตัวชี้วัด บรรลุตามเกณฑ์ รพ. ได้ดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1)คณะกรรมการบริหารทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย 2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ 3)มอบหมายหน้าที่ รับผิดชอบและMOU 4) ถ่าย ทอดตัวชี้วัดสู่ระดับกลุ่มงาน ระดับทีม หน่วยงาน และบุคคล 5) นิเทศติดตามการดำเนินงาน เพื่อผลลัพธ์ตัวชี้วัดบรรลุตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น.

จากเดิมระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยงประเมินอยู่ที่ ระดับ 3.5 – 4 คือ รพ มีนโยบาย มีขอบเขต วัตถุประสงค์ คู่มือในการบริหารความเสี่ยง มีคณะกรรมการระบุหน้าที่ชัดเจน และ มี Risk profile ในภาพรวม รพ ในปี 2562 ประเมินความสำเร็จระดับ 4 เนื่องจากต่อยอดการพัฒนา คือ มีการทบทวนความเสี่ยงอย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยงนำสู่การปรับปรุงมาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ มีการนำ Risk register มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงและปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น ล้างมือ , สวมหมวกนิรภัย

บรรลุตามเป้าหมายโดยมีกิจกรรม คือ กำหนดให้อุบัติการณ์ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 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

มีแนวโน้มที่ดีขึ้น บรรลุตามเป้าหมายโดยมีกิจกรรม คือ 1) กระตุ้นหน่วยงานให้ทบทวนบัญชีความเสี่ยงของตนเองทุกปี ให้เป็นปัจจุบัน 2) ติดตามผลการทบทวนทุกครั้งให้เป็นแบบ real time 3) พบว่าหน่วยงานที่ไม่ได้ทบทวนและปรับปรุงบัญชี เช่น X – ray , Lab ที่เป็นหน่วยงานย่อย ๆ ส่วนหน่วยงานหลัก เช่น LR , ER , IPD มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย รพ มีการดำเนินการ: เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและควบคุมวัสดุอุปกรณ์ที่หมดอายุ single-use ดังนี้ 1) ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ single-use ทุกชนิดว่าสมารถนำกลับมาใช้งานซ้ำได้หรือไม่/จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ 2) วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ LINE ต่างๆที่เป็นsingle use ที่หมดอายุขึ้นกับคำแนะนำของผู้ผลิตโดยส่วนมากจะมีข้อห้าม Re sterile 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

- ปี 2562 มีการลาออกของบุคลากรห้องเอกซเรย์ ทำให้ระบบการ Training บุคลากรใหม่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เทคนิคการถ่ายภาพรังสียังผิดพลาด

- ปี 2559 – 2561 ไม่มีการปรับเปลี่ยนบุคลากร

- นักรังสีการแพทย์ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยนักรังสีจำนวน 1 คน นักรังสีการแพทย์ได้ใบรับรองเจ้าหน้าที่

ความปลอดภัยทางรังสีระดับกลาง เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ วิชาการใหม่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ช่วย นักรังสีได้รับการทบทวนกระบวนการถ่ายภาพ และความรู้ด้านการป้องกันอันตรายจากรังสี จากนักรังสีการแพทย์เป็นประจำ หากมีปัญหาในการปฏิบัติงานสามารถสื่อสารแก้ไขปัญหาได้ตลอดเวลา

เพื่อให้ระบบการจัดการขยะที่ได้มาตรฐาน ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการขยะ มีความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลกันทรวิชัย มีการจัดการวัสดุของเสียที่สำคัญ ได้แก่ ขยะติดเชื้อ และของมีคม ,ขยะอันตราย โดยได้นำมาตรฐานงาน IC และวางระบบการควบคุมป้องกันการติดเชื้อมาปฏิบัติทุกหน่วยบริการดังนี้ 1) คณะกรรมการกำหนดแนวทางในการจัดเก็บ การเคลื่อนย้าย และการกำจัดขยะติดเชื้อ ขยะอันตรายและของมีคมโดยมีการอบรมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง 2) มีระบบการติดตาม การคัดแยกขยะขยะอันตรายและของมีคมและการกำจัดขยะติดเชื้อ ของเสียอันตราย 3) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ 4) จัดให้มีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการเก็บที่เหมาะสม 5)มีระบบการจัดการอุบัติการณ์ โดยผ่านคณะกรรมการ ENVและIC RM

ค่าผลตรวจคุณภาพน้ำทิ้งจากการบำบัดผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีติดตั้งเครื่องเติมอากาศ จำนวน 2 เครื่อง โดย เครื่องที่ 1 (กันยายน 2561) , เครื่องที่ 2 จัดซื้อ สิงหาคม 2562

**IV-6 ผลด้านการเงิน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio | ≥ 1.5% | 2.4 | 1.77 | 2.90 | 2.89 | 6.95 |
| อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว Quick Ratio | ≥ 1.0% | 2.25 | 1.64 | 2.62 | 2.62 | 6.17 |
| อัตราส่วนเงินสดหรือเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) | ≥ 0.8% | 2.01 | 1.43 | 2.09 | 2.21 | 5.18 |

อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio , อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว Quick Ratio , อัตราส่วนเงินสดหรือเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) ผ่านตามเกณฑ์ และมีแนวโน้มดีขึ้น แสดงถึงสินทรัพย์หมุนเวียนของโรงพยาบาลและความสามารถในการชำระหนี้ด้วยเงินสดของโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับอัตราส่วนของหนี้สินหมุนเวียน และ สินทรัพย์หมุนเวียนแล้วเป็นไปในทิศทางที่ดี มีสภาพคล่อง