**แบบฟอร์มบันทึกแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล**

โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี จำนวนเตียง 60 เตียง ประเภท โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2

วันรับรอง 26-27 พฤษภาคม 2559 วันหมดอายุ 26-27 กรกฎาคม 2562

| มาตรฐาน | \*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ | รายงานความก้าวหน้า 12 เดือน ผลการดำเนินงานโรงพยาบาล |
| --- | --- | --- |
| ข้อเสนอแนะ |
| ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร | | |
| 01 ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม |  | • มีการสื่อสารค่านิยมขององค์กร SOIDAO TEAM (ปรับเปลี่ยน เดือนสิงหาคม 2558 )  เน้น T /Teamwork I / Innovation E /Evidence base  • ทีม FA มีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมให้เกิด R2R ,KM , CQI โครงการมหกรรมตลาดนัดคุณภาพ เป็นแผนประจำปี สรุปผลการดำเนินงานปี 2560 จำนวน 52 เรื่อง CQI 36 / นวัตกรรม 5 / R2R 11  • ประเมินผลการทำงานทีม FA จัดประชุม 12 ครั้ง/ปี มี FA เข้าร่วม ร้อยละ 71.42 ประเมินความพึงพอใจการทำงานทีมFA ร้อยละ 65 ไม่พึงพอใจเรื่องไม่สามารถทำงาน FA ได้เต็มที่ |
| 02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย) |  | • ผลประเมิน Healthy work place ผ่านในระดับดีมาก (วันที่ 27 กันยายน 2559)  • ผลการประเมิน GREEN & Clean Hospital ผ่านในระดับดีมาก(วันที่ 17 พฤษภาคม 2560)  การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (วันที่ 27 พฤษภาคม 2560)  -การประเมินมาตรฐานความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล (วันที่ 14 มิถุนายน 2560)  • ผลการสำรวจ patient safety culture survey ประจำปี Results ร้อยละ 78.80 /71.60  • Leader มีแผนพัฒนาด้าน Strategic planning เรื่องการวางแผนสำหรับอนาคต (2a)  • บุคลากร มีแผนพัฒนาด้าน Measurement เรื่องวิธีการวัดคุณภาพของงาน (4a) |
| 03 การสื่อสารเสริมพลังจูงใจเน้นที่การปฏิบัติ | มีการกำหนดจุดเน้น ด้านระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ( ผู้ป่วย DM,HT ) ด้าน IT ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลคนไข้โรคเรื้อรัง , HHC ในเครือข่าย ควรสื่อสารให้ทุกหน่วยงานได้รับการถ่ายทอด นำไปกำหนดเป็นจุดเน้นที่สอดคล้องกันของหน่วยงาน มีกิจกรรม แผนงาน ตัวชี้วัด ในด้านโรคเรื้อรังตามจุดเน้น เช่น การดูแลโรคเรื้อรังในหน่วยงาน กายภาพบำบัด ทันตกรรม เภสัชกรรม ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย | • มีจุดเน้นด้านระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ( ผู้ป่วย DM,HT ) มีกิจกรรม แผนงาน ตัวชี้วัด ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ = 32.13 (เป้าหมาย 40) และ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ = 33.94 (เป้าหมาย 50) มีแผนพัฒนาจัดตั้งชมรมแกนนำ /กิจกรรม โดยของบเทศบาล(อนุมัติแล้ว)  • การดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD clinic Plus เน้นการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยการจัดตั้งชมรมแกนนำ |
| 04 ระบบกำกับดูแลกิจการการประเมินผู้นำ/ระบบการนำ |  | • มีการพัฒนาผู้บริหารระดับกลาง  • มีผลการประเมินหลักธรรมาภิบาลองค์กร ประจำปี 2560 ร้อยละ73.87 ลดลงจากปี 2559 (76.50) ข้อที่ได้คะแนนน้อยสุด หลักที่ 7 ข้อที่ 2 (67.33) มีการถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ ทรัพยากร และการตัดสินใจให้แก่ผู้ร่วมงานอย่างเหมาะสม ปรับปรุงโดยมีแผนพัฒนา Clinical Governance และ Ethical Dilemma พัฒนาทีม Clinical Ethics Committee |
| 05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม | ควรทบทวนการดำเนินงานด้านจริยธรรม เช่น การรักษาและการส่งต่อ ในกลุ่มชาวต่างชาติที่มีข้อจำกัดด้านการรักษา การส่งต่อและการส่งกลับประเทศ ทบทวนวิเคราะห์อย่างรอบด้าน นำตัวอย่างมาสร้างการเรียนรู้ และสำรวจความกังวลสาธารณะเชิงรุก เช่น การบำบัดน้ำเสีย ขยะ เป็นต้น | • มีแผนการจัดการ Ethical Dilemma ทบทวนประเด็น Ethical Dilemma เช่น การรักษาและการส่งต่อ ในกลุ่มชาวต่างชาติที่มีข้อจำกัดด้านการรักษา การส่งต่อและการส่งกลับประเทศ ภายใต้โครงการ ASEAN  • พัฒนาทีม Clinical Ethics Commitee |
| I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ | | |
| 06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล |  | • จัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสอยดาว ปี 2561-2565 เดือนตุลาคม 2560 จำนวน 8 วัน ปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ เป็น *โรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูงระดับประเทศ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มี ความสุข* กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ข้อ ดังนี้  1. การส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างความฉลาดรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อการพึ่งตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ 5 โครงการ  2.การควบคุมป้องกัน และคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชน ในพื้นที่อย่างทั่งถึงมีประสิทธิภาพ ด้วยนวัตกรรมและการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 3 โครงการ  3. การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการทางการแพทย์ รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ  แก่ประชาชนในพื้นที่ด้วยนวัตกรรมสุขภาพ 4.0ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ 7 โครงการ  4. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพสมรรถนะสูง ทันสมัย มีธรรมาภิบาล และบุคลากรมีคุณภาพ มีความสุข ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ 6 โครงการ |
| 07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP |  | • การส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างความฉลาดรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อการพึ่งตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ 5 โครงการ |
| 08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ |  | • ผู้รับผิดชอบแต่ละกลยุทธ์ ตรวจสอบการทำแผนปฏิบัติการ โดยกำหนดให้มีการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จตามแผนการประเมินผล  • ผู้นำติดตามแผนปฏิบัติการที่ท้าทายหรือต้องใช้ความพยายามสูง |
| 09 การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากร |  | • แผนพัฒนาบุคลากร1 คน/ครั้ง/ปีใน ปี 2560 ร้อยละ 92.90 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานตาม Service Plan จำนวน 10 คน ในหลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เดือน 3 คน การพยาบาลเด็กแรกเกิด 1 เดือน 2 คน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน การพยาบาลผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(Heart failure)และหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว(Atrial fibrillation) 4 คน มีแผนพัฒนา ตาม service plan ปี 2561 จำนวน 17 หลักสูตร |
| 10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า |  | • ทีมนำติดตามตัวชี้วัด อย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายไตรมาศ รายปี ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ประจำเดือน ทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน |
| I-3การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน | | |
| 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | ควรเพิ่มการเรียนรู้ความต้องการในกลุ่มลูกค้าที่เป็นชาวต่างชาติให้ชัดเจน เช่น การรับบริการในด้านคลอด การสื่อสารที่รองรับทั้งในและนอกเวลาราชการ ระบบการส่งต่อที่มีข้อจำกัด เป็นต้น | • จัดระบบบริการสุขภาพอาเซียน ประกอบด้วย  1. ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร  2. ศูนย์ประสานบริการสุขภาพชาวต่างชาติ ระบบการส่งต่อ  3.บุคลากรมีสมรรถนะด้านการสื่อสารรองรับทั้งในและนอกเวลาราชการ  4. จัดระบบบริการพิเศษ ( Soidao Premium Service)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ผลลัพธ์ | เป้าหมาย | 2560 (ร้อยละ) |  |  |  | | จำนวนผู้รับบริการต่างชาติเพิ่มขึ้น | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 | 15.27 |  |  |  | | ความพึงพอใจจากผู้รับริการต่างชาติ | ร้อยละ80 | 86.00 |  |  |  | | รายได้จากการจัดบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 | 31.31 |  |  |  | |
| 12 การสร้างความสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน |  | • การเข้าร่วมประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ร่วมกิจกรรม ของส่วนราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุก 1 เดือน  • จัดหน่วยแพทย์ ให้บริการในพื้นที่ห่างไกล ทุก 1 เดือน พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ  • มีช่องทางการเสนอข้อร้องเรียนต่อ รพ. ตู้รับความคิดเห็น ศูนย์รับข้อร้องเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ โทรศัพท์ Facebook การทำประชาพิจารณ์ ประชาคมหมู่บ้าน |
| 13 การประเมินความพึงพอใจการรับข้อมูลป้อนกลับนำมาปรับปรุง |  | • ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ทุก 1 เดือน  • วิเคราะห์และปรับปรุงคำร้องเรียนทุก 1 เดือน  • ความไม่พึงพอใจในเรื่องการรอนาน  การปรับเปลี่ยน 1.แยกคลินิกบริการ DM HT COPD Asthma HIV ANC Phy CKD 2.ใช้ระบบนัดจำกัดจำนวน DM 50 คน/นัด 3.ER ติดสัญญาณไฟสีแดงหน้าห้อง  4.ป้ายประชาสัมพันธ์ แยกประเภทผู้ป่วยรุนแรงตามสี  5.เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ Triage nurse 2 NA 1 เวรเปล 2 คน  6.จุดวัดความดันโลหิตแบบอุโมงค์ จำนวน 2 เครื่อง ที่ จุดคัดกรอง |
| 14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป |  | • ผลการตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการโดยทีม FA พบว่า มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 7 ร้อยละ 40 *ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย [มีการจัดสถานที่เป็นส่วนตัว เหมาะสมในการให้คำปรึกษา]* ข้อ 5 ร้อยละ 48 *ติดป้ายชื่อแพทย์ที่ดูแลทุกเตียง* ข้อ 3 ร้อยละ 83 *ให้ผู้รับริการโทรสอบถามอาการ* |
| 15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ(เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/การผูกยึด) |  | • ผลการประเมินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มเด็ก ร้อยละ 79 เรื่องให้ผู้รับริการโทรสอบถามอาการ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ การแยก/การผูกยึด ร้อยละ 64 เรื่องการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมในการดูแล |
| I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ | | |
| 16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน |  | • ตัวชี้วัดที่มี alignment ทั่วทั้งองค์กร /ตัวชี้วัดสำคัญเพิ่มตามจุดเน้น เข็มมุ่งปี 2560 และตัวชีวัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ใช้ติดตามผลงานทุก 6 เดือน ขององค์กร และเปรียบเทียบผลงานกับ โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง และตัวชี้วัดใน THIP |
| 17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน | ทีมนำควรวิเคราะห์และประเมินผลในภาพรวมของผลลัพธ์ในการปรับปรุงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบงานที่สำคัญ ในระดับนโยบายหลัก วิเคราะห์ ประเมิน ประสิทธิภาพของระบบและแผนงาน | • ทีมนำเพิ่มแผนการวิเคราะห์และประเมินผลในภาพรวมของผลลัพธ์ในการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ทุกไตรมาส  • สร้างนวตกรรมการปรับปรุงความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย |
| 18 การจัดการสารสนเทศ | ควรรวบรวมและนำความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศของทีม/หน่วยงาน/บุคลากรต่างๆ มาวางระบบให้สามารถตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ พร้อมทั้งควรวางระบบการเข้าถึงข้อมูลและการกำหนดสิทธิ์ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น เหมาะสม รวมทั้ง ควรศึกษาและนำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ISMS มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของระบบ | • ผลการพัฒนาระบบการบูรณาการสารสนเทศ ให้สะดวกต่อการใช้งานและการนำมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา  1.ระบบ LAB: (พัฒนาเพิ่มเติมโดย BMS) เพื่อจะเชื่อมโยงข้อมูลข้อมูล Lab ในผู้ป่วย NCD ในระดับอำเภอ  2.โปรแกรม Thai Refer: เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลอื่นๆ  ในเครือข่าย  3. ระบบ PAC X-ray: ลดการใช้ฟิล์ม และเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการตรวจรักษาผู้ป่วย  4. โปรแกรมบันทึกความเสี่ยง: นำมาใช้ในการเพิ่มช่องทางการบันทึกความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งสามารถประมวลผลได้สะดวก รวดเร็ว ผู้รับผิดชอบโปรแกรมสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เร็ว  5. โปรแกรมบันทึกเงินเดือนค่าตอบแทน: มี user name และ password เฉพาะตัว เจ้าหน้าที่สามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลเงินเดือนของตัวเองได้ตลอดเวลา  6. โปรแกรมจองรถจองห้องประชุม  7. ระบบบันทึกข้อมูลบ่อบำบัดน้ำเสีย  8. โปรแกรมระบบ DataCenter เพื่อขอข้อมูลสถิติ และรายงานข้อมูลผ่านระบบเครือข่าย Internet  • ผลการพัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลให้พร้อมใช้ ทันเวลา ลดการเกิด Information systems down time  1.เทคโนโลยีสารสนเทศที่กำลังเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้อง upgrade อุปกรณ์ เนื่องจากระบบสารสนเทศในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยมีแนวโน้นการใช้อุปกรณ์สมาร์ทโฟนมากขึ้น จึงวางแผนดำเนินการปรับปรุงรูปแบบการนำเสนอข้อมูลให้ตอบสนองกับผู้ใช้กลุ่มนี้เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศให้มากขึ้น  2. มีระบบที่ตรวจสอบความพร้อมใช้และการทันความต้องการใช้ของผู้เกี่ยวข้องอยู่ตลอดเวลามีการจัดทำโปรแกรมแจ้งซ่อมผ่านระบบอินเตอร์เน็ตเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถแจ้งซ่อมได้ทุดที่ทุกจุดและยังจัดทำกลุ่ม LINE ต่างๆ เช่นกลุ่ม IT Service เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่IT ได้ทันที  ความพร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน:  1.การใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง และสำรองข้อมูลการให้บริการไว้ในอุปกรณ์บันทึกข้อมูลและเก็บแยกไว้ภายนอกตามมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยข้อมูล ในกรณีที่เครื่องคอมพิวเตอร์มีปัญหาใช้งานไม่ได้จะทำการเตรียมเครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ไว้สำรองหากอุปกรณ์มีการชำรุด ส่วนคอมพิวเตอร์ที่ประจำแต่ละจุดบริการ  จะมีเครื่องสำรองไฟขนาดเล็กทุก เครื่องซึ่งจะสามารถสำรองไฟได้ประมาณ 15 นาที  2.ในกรณีที่โปรแกรม Hos-XP ไม่สามารถใช้งานได้จะทำการเก็บข้อมูลด้วยมือตามแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์จะทำการแก้ไขระบบและทำให้ระบบกลับมาใช้งานได้เป็นปกติภายใน 1 ชั่วโมง ในเวลาราชการหากการใช้งานโปรแกรมมีปัญหาเฉพาะจุดสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ ศูนย์คอมพิวเตอร์ได้ทางโทรศัพท์ภายใน และวันหยุดราชการสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ได้โดยใช้โทรศัพท์มือถือ หรือกลุ่ม LINE: “IT Service” |
| 19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ | • ผลการพัฒนาระบบ Information System  • ผลการพัฒนาสารสนเทศ เพื่อให้มีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง  • ผลการพัฒนาระบบการจัดการเรื่องความมั่นคง ปลอดภัยของสารสนเทศ (ISMS) |
| 20 การจัดการความรู้ | ควรพัฒนาระบบในการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดจากการพัฒนาและการให้บริการข้อมูลวิชาการต่างๆที่จำเป็นสำหรับองค์กรมารวบรวมเป็นหมวดหมู่ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงและนำมาใช้ประโยชน์ | ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบในการรวบรวมองค์ความรู้  1.จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างองค์ความรู้จากการแก้ไขปัญหา โดยทีม CQI 2 ครั้ง/ปี  2 สร้าง web soidao.go.th โดยทีม IT  3.นำข้อมูลจากการนำเสนอ CQI/R2R /การประชุม อบรม ข้อมูลวิชาการต่างๆที่จำเป็นรวบรวมใส่ใน ห้อง KM สอยดาว จำนวน 3 หมวดหมู่ โดยทีม KM  4.ประชาสัมพันธ์ โดยการส่ง E-mail Group KM  5.ผลการประเมินการใช้งาน 2 ครั้ง/ปี (มีนาคมและสิงหาคม)โดยทีม KM การใช้งาน ร้อยละ 20 ความพึงพอใจ ร้อยละ 60 เริ่มใช้ ระบบยังไม่เสถียร ข้อมูลยังไม่ครบ มีหัวข้อ ยังไม่มีรายละเอียด |
| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล | | |
| 21 ความผูกพันและความพึงพอใจ | ปี 2560 เพิ่มการประเมิน Happinometer ความสุข 9 มิติ ในบุคลากรทุกคน (ประกอบ ด้วย)   |  |  | | --- | --- | | ความสุข | คะแนน | | Happy Body | 71.20 | | Happy Relax | 61.80 | | Happy Heart | 74.20 | | Happy Soul | 74.00 | | Happy Family | 67.60 | | Happy Society | 68.00 | | Happy Brain | 68.00 | | Happy Money | 60.80 | | Happy Work-life | 69.60 | | ภาพรวม | 87.13 |   ในปี 2561 จะดำเนินการแผนที่จะเพิ่มความสุข 1.Happy Relax เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี ใช้โครงการ OD ของทีม SOIDAO TEAM  2.Happy Society เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี ใช้โครงการ OD ของทีม SOIDAO TEAM | - สำรวจและประเมินผล ปีละ 1 ครั้ง   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ความผูกพันและความพึงพอใจ | พ.ค. 59 | ก.พ. 60 | | ข้าราชการ | 83.25 | 83.25 | | พนักงานกระทรวง | 83.69 | 83.69 | | ลูกจ้างประจำ | 88.65 | 88.65 | | ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. | 88.65 | 88.47 | | ภาพรวม | 83.92 | 83.84 |   - กลุ่มวิชาชีพ   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ผลประเมิน | 2558 | 2559 | 2560 | | คุณภาพชีวิตในการทำงาน | 81.96 | 82.01 | 69.21 | | ความพึงพอใจในงาน | 81.37 | 82.51 | 68.23 | | ความผูกพันต่อองค์กร | 81.84 | 82.37 | 74.06 | |
| 22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ |  | -ได้จัดทำแผนค่าตอบแทน บ่ายดึก ลูกจ้างในตำแหน่ง พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานเปล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค เพิ่ม 100 บาท/เวร ตามหนังสือเลขที่ จบ.0032.301/6272 ลว. 25 ตุลาคม 2559  - ปี 2560 ได้มีการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544(ฉบับที่ 11)พ.ศ. 2559 แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านสนับสนุนและบริการ ทุกคนที่ทำงานตามแนวทางปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าตอบแทน จังหวัดจันทบุรี |
| 23 ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ |  | -ผลการแผนพัฒนาบุคลากรตามแผน ปี 2560 ตามส่วนขาดและ Service plan 1 คน/ครั้ง/ปี ร้อยละ 92.90 (ในงบการพัฒนา 800,000 บาท )  -ประเมินประสิทธิภาพบุคลากร เช่น การประเมิน CPR ER ทุกครั้ง แบบ real time ร้อยละ 100 โดยแพทย์และทีม  -จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล ทุกหน่วยงาน  - ปัญหา คือ สายผู้บริหาร ไม่ได้รับการคัดเลือกจากส่วนกลาง |
| 24 การบริหารและจัดระบบบุคลากร |  | -การพัฒนาบุคลากร ตามวิชาชีพ ตาม service plan และ M2 ปี 2560  - ให้ทุนแพทย์ อายุรกรรม 1/ กุมารเวชศาสตร์ 1/ สูติศาสตร์ 1  - พยาบาล ปี 2560 จบใหม่ 3 คน ศึกษาอยู่ 9 คน  - การพัฒนาตาม service plan ปี 2560 ทารกแรกเกิด อายุรกรรม อุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวใจทันตกรรมRDU แพทย์แผนไทย |
| 25 สุขภาพของบุคลากร |  | -การตรวจสุขภาพประจำปี เดือน มกราคม 2560 ร้อยละ 98.97  -จัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรในแต่ละกลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมบุคลากรตัวอย่าง  - การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ บุคลากรในโรงพยาบาล ร้อยละ 78.81 |
| I-6 การจัดการกระบวนการ | | |
| 26 การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม |  | - การทบทวนและปรับปรุง core competency ที่กำหนด คือ การรักษากลุ่มโรคสำคัญที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและเพิ่มการเทียบเคียงผลงานกับองค์กรอื่น |
| 27ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ | ควรวิเคราะห์และวางแผนเพื่อทำการฝึกซ้อมการรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลโดยตรง เช่น ภัยธรรมชาติ การล้มเหลวของระบบสาธารณูประโภค การล้มเหลวของระบบคอมพิวเตอร์ เป็นต้น เพื่อให้มีความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น | • ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่รพ.มีโอกาสประสบ มีการกำหนดเหตุภาวะฉุกเฉินไว้รวม 4 เหตุการณ์ ดังนี้ อุบัติเหตุหมู่, น้ำหลาก , ไฟป่า, โรคอุบัติใหม่ /อุบัติซ้ำ  ผลการซ้อมรับภาวะฉุกเฉินที่ผ่านมา พร้อมแผนการปรับปรุงแก้ไข  1.ผลการซ้อมอุบัติเหตุหมู่ มีประสิทธิภาพ 98% มีความพร้อมด้านกำลังพล เครื่องมือ งบประมาณ และการร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทำให้สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็ว ทันท่วงที จนสามารถลดการสูญเสียได้ชัดเจน ปัญหา พบว่าการติดต่อสื่อสารกับ 1669ไม่สามารถติดต่อได้ในบางครั้ง เนื่องจากสายไม่ว่าง หรือบางครั้งก็เป็นการแจ้งเหตุการณ์ที่ไม่เป็นจริง  2.ผลการซ้อมอัคคีภัย มีประสิทธิภาพ 92.5% มีความพร้อมเป็นอย่างมากทั้งเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ และงบประมาณในการฝึกซ้อม พร้อมทั้งได้รับความร่วมมือจากเป็นอย่างดีจากทางเทศบาล ทำให้สามารถดับเพลิงที่ซ้อมกันได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อประสานกับทางเทศบาลขอรถดับเพลิงมาดับไฟที่ลุกไหม้อย่างราบรื่น ปัญหา ที่พบมีเจ้าหน้าที่บางคนไม่กล้าใช้เครื่องอุปกรณ์ และพยายามช่วยกันโดยลืมฟังหัวหน้าทีมทำให้เกิดความสับสนเล็กน้อยในบางกิจกรรม  3.ผลการฝึกซ้อมรับมือน้ำหลากกับไฟป่า มีประสิทธิภาพ 81.5% โดยร่วมมือกันหลายหน่วยงานในอำเภอสอยดาว และมีนายอำเภอเป็นผู้อำนวยการ การฝึกซ้อมเป็นไปอย่างกัน ตามความถนัดของแต่ละหน่วยงาน เช่น รพ.ก็ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ เทศบาลก็นำรถดับเพลิงมาช่วยดับไฟป่า อำเภอก็นำอาหารและเครื่องใช้มาช่วยผู้เดือดร้อน ปัญหา ที่พบเป็นการช่วยเหลือที่ยังติดขัดกับการสื่อสาร เพราะแต่ละหน่วยงานมีการติดต่อกันเฉพาะหน่วยงาน โดยไม่ใช้คลื่นวิทยุกลาง  4.ผลการฝึกซ้อมการรับมือโรคอุบัติใหม่ /อุบัติซ้ำ มีประสิทธิภาพ 85.25% โดยใช้เหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนก และเมอร์ส จากประเทศเพื่อนบ้าน โดยร่วมมือกันหลายหน่วยงานในอำเภอสอยดาว เช่น รพ.,รพ.สต.,ปศุสัตว์,ด่านผ่านแดน และทีมสาธารณสุขจากประเทศเพื่อนบ้าน และมีนายอำเภอเป็นผู้อำนวยการ โดยมีการซ้อมอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ทราบข้อมูลได้รวดเร็ว สามารถควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์ ปัญหา ที่พบจากการฝึกซ้อมเป็นการเข้าใจที่ไม่ตรงกันบางประเด็น เพราะใช้ภาษาที่ต่างกัน จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อความหมายให้ตรงกัน  5.ความพร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน:ระบบคอมพิวเตอร์ การใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง และสำรองข้อมูลการให้บริการไว้ในอุปกรณ์บันทึกข้อมูลและเก็บแยกไว้ภายนอกตามมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยข้อมูล ในกรณีที่เครื่องคอมพิวเตอร์มีปัญหาใช้งานไม่ได้จะทำการเตรียมเครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ไว้สำรองหากอุปกรณ์มีการชำรุด ส่วนคอมพิวเตอร์ที่ประจำแต่ละจุดบริการ  จะมีเครื่องสำรองไฟขนาดเล็กทุก เครื่องซึ่งจะสามารถสำรองไฟได้ประมาณ 15 นาที  2.ในกรณีที่โปรแกรม Hos-XP ไม่สามารถใช้งานได้จะทำการเก็บข้อมูลด้วยมือตามแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์จะทำการแก้ไขระบบและทำให้ระบบกลับมาใช้งานได้เป็นปกติภายใน 1 ชั่วโมง ในเวลาราชการหากการใช้งานโปรแกรมมีปัญหาเฉพาะจุดสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ ศูนย์คอมพิวเตอร์ได้ทางโทรศัพท์ภายใน และวันหยุดราชการสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ได้โดยใช้โทรศัพท์มือถือ หรือกลุ่ม LINE: “IT Service” |
| 28การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน | ควรให้ทีมและหน่วยงานเรียนรู้แนวคิด 3P เรียนรู้เป้าหมายของงานที่รับผิดชอบ และระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ร่วมกับการวางระบบการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนางานด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น | • บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย DM, HT เพิ่มประสิทธิภาพในกลุ่มอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้ HI, AMI, Stroke และ  1.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ดังนี้ วางระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้องรัง เพื่อควบคุมโรคโดยใช้แนวคิดปิงปอง 7 สี เพื่อการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้ง่ายต่อการบริหารจัดรายกรณี ซึ่งเน้นให้ความสำคัญในการเสริมพลังและติดตามต่อเนื่องแบบเข้มข้นถ้าพบผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มสีแดง ซึ่งวิธีการนี้จะส่งผลเชิงวิทยาให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดการเปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าพบผู้ป่วยในกลุ่มสีแดง กรณี 1) พบผู้ป่วยที่น้ำตาล control ไม่ได้ต่อเนื่อง 3 ครั้งจะมีการจัดทีมลงเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาและปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมโดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหาร 2) กรณีพบสีแดง 3 ครั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเฉพาะรายโดย case nurse manager และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งเภสัชกรและนักโภชนาการ ทุกครั้งต่อเนื่อง และนัดติดตามจากกลุ่มทั่วไปที่ 8 สัปดาห์แต่กลุ่มเสี่ยงจะนัดติดตามทุก 4 สัปดาห์ 3) ระบบการตรวจติดตามโดยอายุรแพทย์ใน รพ.และระบบขอคำปรึกษาอายุรแพทย์เมื่อพบปัญหาซับซ้อน แพทย์จะร่วมประเมินผู้ป่วยว่ามีส่วนขาดในเรื่องใดที่ส่งผลให้คุมน้ำตาลได้ไม่ดี หากประเมินได้ว่ามีปัญหาเรื่องการใช้ยาจะส่งพบเภสัชกร เป็นต้น 4) ระบบการประเมินการใช้ยาดู compliance ของยาโดยแพทย์ กรณีการใช้ยาฉีดจะมีระบบติดตามประเมินทุก 6 เดือนในรายที่ไม่พบปัญหาการใช้ยาฉีด แต่ถ้ามีปัญหาเรื่องการใช้ยาฉีดจะประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ และประเมินผู้ป่วยทุก visit ที่รับยาเบาหวาน เป็นต้น ด้วยกลไกการดำเนินการที่ผ่านมาส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องมีแนวโน้มดีขึ้น ปี 2555-2558 ดังนี้ อัตรา DM Control ค่า HbA1C < 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.83, 29.96, 24.10, 35.55 ตามลำดับ อัตรา HT Control BP < 140/90 mmHg. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.08, 73.85, 71.78, 77.27  2.การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม AMI พัฒนาระบบการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้อง มี CPG และแนวทางการประเมินแยกโรคและประเมินซ้ำโดยใช้แนวทางปฏิบัติในกลุ่มที่มาด้วย Atypical chest pain และระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ที่อายุ > 60 ปีพร้อมกับมีประวัติ DM, HT,IHD หรือมีประวัติครอบครัวเสียชีวิตด้วย MI และเนื่องจาก รพ.ได้ให้การรักษาด้วย SK จึงมีระบบการการให้ยาและการส่งต่อที่ทันเวลาร่วมกับรพศ. ซึ่งผลลัพธ์ของการรักษาที่ผ่านมาปี 2555-2558 มี อัตราการเข้าถึง Sk < 30 min. (หลังวินิจฉัยได้) ที่ร้อยละ 66.66 ,80, 33.3, 10.8 อัตราการเข้าถึง PCI < 90 min. ที่ร้อยละ NA, NA, 100, 100 นอกจากนี้รพ. ได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาประจำของ รพ. เพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการที่รวดเร็วขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษานำมาระบบติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะฉุกเฉินโดยการติดตามระดับ CVD Risk score ผลลัพธ์ปี 2557-2558 ใน HT เป็นดังนี้ ไม่พบ CVD risk score > 30 และปี 2558 มีค่าผลการตรวจคัดกรอง CVD risk < 10% ที่ร้อยละ 97.75 ,10-20% ที่ร้อยละ 0.56 ,20-30 % ที่ร้อยละ 1.68  3.การดูแลผู้ป่วย Stroke พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็วร่วมกับ รพศ. ซึ่งรพ.มีการประชาสัมพันธ์เรื่อง โรค อาการและเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองปี 56 อบรม“FAST” ให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่รพ.สต.กรณี Dx. Stroke ที่อาการไม่เร่งด่วน admit หรือจำหน่าย ให้ refer for CT ทุกราย, ปรับ CPG Strokeให้มีการ re-assessment ที่ ER30, 60 นาที และ IPD ในผู้ป่วย Focal seizure, เวียนหัวที่ชวนให้สงสัย cerebellar lesion ผิดปกติ refer ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ HT, DM, AF โดยเฉพาะ HT Urgency ให้ประเมิน FAST ทุกรายและประเมินซ้ำหลังการให้ยา 1 ชั่วโมง รวมถึงปรับแนวทางการประเมินผู้ป่วย โดยดู GCS. ถ้า Drop ≥ 2 ให้นึกถึง Stroke และ refer ทำ CT ทุกราย Case ที่ on set time < 30 นาที และประเมิน stroke fast track criteria ผ่าน ประสานและเข้าระบบ stroke fast track ทันที |
| ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล | | |
| II-1 การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ | | |
| 29 การสนับสนุนจากผู้นำการเชื่อมโยงและประสานงาน | ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยกำกับ ติดตาม การดำเนินงาน ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการทำงานคุณภาพ องค์ความรู้ของบุคลากรให้ทั่วทั้งองค์กร การพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดอยู่ในแผนกลยุทธ์ | การกำกับ ติดตาม  1. กำหนดการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทุก 1 เดือน ติดตามผลการปฏิบัติงานของทีมต่าง ๆ  2. ติดตามความครอบคุลมของการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ ทุก 1 เดือน  3.นำเสนอผลการทบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปของทุกทีมแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อกำกับ ติดตามผลลัพธ์การแก้ไข พบความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป 8 อุบัติการณ์ แบ่งเป็น โปรแกรม PCT เรื่อง การประเมินผู้ป่วย Stroke 2 case ,การดูแล case Pre Term Refer 1 case, เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยชักซ้ำ 1 case, การดูแล case Refer จากรพ.สต. 1 case, Delays Refer 1 case, การประเมินผู้ป่วย Hypoglycemia 1 case และจากโปรแกรม ENV 1 เหตุการณ์ รถจักรยานยนต์เจ้าหน้าที่รพ.หายในโรงพยาบาล 2 คัน  ส่งเสริม ความรู้ความเข้าใจ  1. วางแผนให้เจ้าหน้าที่ไปอบรมความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงอยู่ในแผนของงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล กำหนดกลุ่มเป้าหมาย  -ทีม RM วางแผนลงหน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง,การทำ Risk Matrix ,การทำกระบวนการหลักของหน่วยงาน และการทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน |
| 30 การทำงานเป็นทีม | ควรเชื่อมโยงการทำงานเป็นทีม เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของทีมในโรงพยาบาล ด้านการรักษา ป้องกัน ใน NCD clinic และจากรพ.สต. ด้านการส่งเสริม การคัดกรอง การฟื้นฟู โดยการนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกัน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงาน | 1. มีการเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานเป็นทีม ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากทีมโรงพยาบาล ทีมชุมชน PCU รพ. ทีม รพ.สต.ในการคัดกรองประชากรทั่วไป เมื่อพบกลุ่ม Pre-DM,Pre HT มีการทำกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน เพื่อไม่ให้เป็นโรค ส่วนกลุ่มที่คัดกรองแล้วพบโรค มีการส่งต่อผู้ป่วย เข้ามารักษาและขึ้นทะเบียนใน NCD Clinic ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีรพ.จะส่งคืนข้อมูลและผู้ป่วยไปดูแลรักษาที่รพ.สต.ที่ผู้ป่วยสะดวกในการไปรักษาโดยมีทีมจากโรงพยาบาล และทีมจากรพ.สต.ร่วมกันดูแลมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านที่เป็นสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วย Palliative careเพื่อการฟื้นฟูสภาพ  2. มีการจัดมหกรรมในการตรวจ เลือดประจำปี และตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เชื่อมโยงข้อมูลให้ NCD Clinic เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ใช้ในการวางแผนปีต่อไป  3. มีการประชุมคณะกรรมการ NCD board ของโรงพยาบาลและรพ.สต.ทุก 4 เดือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และใช้ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน |
| 31 การประเมินตนเอง | ควรพัฒนาการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทบทวนและการปรับปรุงตัวชี้วัด การทบทวนเวชระเบียนโดยเน้นด้านคุณภาพ การลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยระบบ ตามรอยโรค เป็นต้น | การทบทวนและการปรับปรุงตัวชี้วัด  1. ติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงทุก 1 เดือน ปี 60 มีรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.28  การทบทวนเวชระเบียนโดยเน้นด้านคุณภาพ  1. ทีมเวชระเบียนได้มีการ Audit เวชระเบียน ได้ร้อยละ 90.02  2. ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วย Dead Dead ผู้ป่วยใน 54 ราย  - CA 21 ราย เป็น End Stage no Sepsis - Sepsis 10 ราย เป็น case NR ทั้งหมด ปฏิเสธการส่งต่อ ที่เหลือ 23 ราย เป็น case NR ทั้งหมด  ทบทวน Dead ER 4 ราย  1.Severe head injury with prolong shock สาเหตุ – delayed intubate - Delayed intravenous volume การแก้ไข – กำหนด goal intubate - กำหนด goal IV fluid  2.Hypovolemic shock c post arrest  สาเหตุ – delayed shock resuscitation - Incomplete record EKG -Delayed refer หลังจาก ROSC การแก้ไข – Rapid resuscitation  3. Severe head injury with hemothorax with fracture  สาเหตุ – Inappropriate Management delayed ICD  การแก้ไข – ปฏิบัติตามแนวทาง ABCD ,ATLS  4.Mild head injury ,pneumothorax lt ,hypovolemic shock  สาเหตุ – ไม่ทำตามทาง Trauma fast track  การแก้ไข – follow Trauma fast track  3. ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วย Refer  Refer in 24 hr 196 ราย Unplaned refer 20 ราย ร้อยละ 10.20  สาเหตุ Asses และ Re - asses Plan refer 176 ราย ร้อยละ 89.8  ทีม PCT ไม่มีแนวทางการติดตาม case refer ทุกcase มีแต่แนวทางการติดตาม case Appendicitis,STEMI,Stroke,Trauma ส่วนการตอบกลับของ โปรแกรม Thai Refer ยังไม่เสถียร  Re-admit ผู้ป่วยใน 114 ราย COPD ร้อยละ 15.78 CHF ร้อยละ 8.77 Neonatal jaundice ร้อยละ 7.89  มีความเสี่ยงระดับ E ทั้งหมดไม่มี GHI  Re-visit ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 0.27 สาเหตุส่วนใหญ่จาก progressive ของโรคและการให้ education ที่ไม่เพียงพอ เป็นความเสี่ยงระดับ E ไม่มี GHI  การลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยระบบตามรอยโรค  1. มีการ ทำ IC ENV RM Round ทุกสัปดาห์แรกของเดือน |
| 32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | 1.พบว่าอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานและที่ได้จากการทบทวนเป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปที่พบเห็นได้ชัดเจน ดังนั้นทีมจึงควรเรียนรู้ร่วมกันในการหาความเสี่ยงเชิงรุกที่ซ่อนเร้นอยู่โดยเฉพาะระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การเกิด precipitating labor ที่เสี่ยงต่อ PPH , Tear, Fetal distress หรือการให้ยา HAD ที่เสี่ยงต่อ tachycardia ศูนย์การควบคุมการหายใจถูกกด เป็นต้น เพื่อนำมาสู่การเฝ้าระวัง ดักจับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย  2.ควรเพิ่มการวิเคราะห์แนวโน้มความรุนแรงของความเสี่ยงทั้ง 9 โปรแกรม เพื่อดูประสิทธิภาพการจัดการที่ได้ดำเนินการไปแล้วและเรียนรู้การจัดทำ risk matrix ให้ได้ความเสี่ยงของโรงพยาบาล นำมาทบทวน ร่วมกันค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อปรับปรุงแก้ไขในเชิงระบบ | 1.เชิงรุกการเกิด precipitating labor, Tear, Fetal distress (ดูแนวทางปฏิบัติของห้องคลอด) ผล precipitating labor ที่เสี่ยงต่อ PPH 18 ราย  2.เชิงรุก การให้ยา HAD ที่เสี่ยงต่อ tachycardia ศูนย์การควบคุมการหายใจถูกกด (ดูแนวทางปฏิบัติของห้องยา) มีการปรับการให้ใบ monitor ยา HAD แก้ ward โดยการติดคำเตือนที่ตัวยา,note แจ้งและปรับรวบใบ HAD ของ HAD drug inotrope และ HAD insulin กับ DM chart ผลการดำเนินงานปี 60 พบความครอบคลุมของการ monitor ร้อยละ 92.41 ความสมบูรณ์ของการ monitor ร้อยละ 46.58 ไม่พบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง  3.ให้ความเสี่ยง 9 โปรแกรม วิเคราะห์แนวโน้มความรุนแรงของตนเอง และนำมาเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อดูประสิทธิภาพของการจัดการในแต่ละทีม ( Plan การนำเสนอ (ของ 9 โปรแกรม) ต่อไปจาก กระบวนการหลัก)  4.ให้แต่ละทีม และแต่ละหน่วยงานจัดทำ Risk Matrix เพื่อให้ได้ความเสี่ยงของทีม และของหน่วยงาน เพื่อรวบรวมมาเป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อจะได้แก้ไขในเชิงระบบ ( Plan การนำเสนอ (ของ 9 โปรแกรม) ต่อไปจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน)  5.ปี 60 ค้นหาความเสี่ยงจากกระบวนการหลักของหน่วยงาน ด้านบริการ และหน่วยสนับสนุน จำนวน ..... หน่วย ร้อยละ...................... พบการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกที่สำคัญ.......วางแผนการเฝ้าระวัง.................................. |
| 33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย(ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้น 1 สู่ HA) | จากการทบทวนเวชระเบียนควรนำประเด็นการไม่ปฏิบัติตาม CPG มาวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย/อุปสรรคที่แก้ไขให้ตรงประเด็นมากขึ้นเกี่ยวข้องที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ นำมาร่วมกัน | การใช้ CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ประเมินการใช้ CPG | 2559 | 2560 | | 1.ACS | 95.69 | 100 | | 2.Stroke | 73.74 | 100 | | 3.BA | 66.04 | 100 | | 4.PIH | 41.94 | 100 | | 5.PPH c Shock | 92 | 100 | | 6.Febrile convulsion | 100 | 100 | |
| 34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ | มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ เช่น การส่งต่อ การทบทวนการเสียชีวิต unplanned refer , unplanned intubation มีการนำมาปรับปรุงการดูแล ควรติดตามผลการปรับปรุงจากการทบทวนให้มีผลลัพธ์ที่ดี วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในกลุ่มที่สำคัญ เช่น การเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล โรคมะเร็งขั้นสุดท้ายที่สูงขึ้น โรคหัวใจ การเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ โรคแม่และเด็ก เป็นต้น | 1.ผลการปรับปรุงจากการทบทวน   |  |  |  | | --- | --- | --- | | การทบทวน  เหตุการณ์สำคัญ | สาเหตุ ปัจจัย  ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย | ผลการปรับปรุงจากการทบทวน | | การเสียชีวิตก่อนถึง รพ. | อุบัติเหตุจราจร  รถมอเตอร์ไซด์ ไม่สวมหมวกกันน๊อค | อัตราการเสียชีวิตลดลง  อัตราการเกิดอุบัติเหตุ ลดลง | | โรคมะเร็ง | มะเร็งระยะสุดท้าย | ระบบประเมินอาการปวด ร้อยละ 100 ผู้รับบริการพึงพอใจ ร้อยละ 100 และ Palliative care โดยทีมดูแลในโรงพยาบาลลงเยี่ยมที่บ้าน | |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ | | |
| 35 ระบบบริหารการพยาบาล | ควรทบทวนการจัดอัตรากำลังเสริมในห้องคลอด บทบาทที่เหมาะสมในการทำหัตถการ(เจาะน้ำคร่ำเอง) และนำผลที่ได้จากการประเมินต่างๆ เช่น ทักษะเชิงวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาล มาพัฒนารูปแบบการประเมินให้มีความเป็นรูปธรรม มีความเฉพาะที่สามารถเห็น GAP ในการพัฒนาชัดเจนขึ้น | •จัดผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในเวรบ่ายและดึก เวรละ 1 คน และอัตรากำลังพยาบาลเสริม ตามแนวทางที่กำหนด  •กำหนดแนวทางในการทำหัตถการ (เจาะถุงน้ำคร่ำ) โดยทีม PCT ประเมินผลการใช้ CPG ร้อยละ 100  •ผลการประเมินทักษะเชิงวิชาชีพ 10 ข้อ ภาพรวมจากการประเมินตนอง ร้อยละ95.33 หัวหน้างานประเมิน ร้อยละ 95.15 ข้อที่ได้คะแนนน้อยสุด คือ ข้อ 6 ด้านการตัดสินวินิจฉัยสั่งการ ร้อยละ 83.33 ข้อ 10 ความสามารถให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย หน่วยงานที่มีผลการประเมินทักษะเชิงวิชาชีพน้อยสุด คือ ER ร้อยละ84 และ OPD ร้อยละ 97 มีแผนพัฒนารูปแบบการประเมินทักษะเชิงวิชาชีพ 10 ข้อและการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นรายโรค สอดคล้องกับ Tracer และ อุบัติการณ์ที่พบ ใน ER ประเมินการตัดสินวินิจฉัยสั่งการ กลุ่มโรค Stroke STEMI  •ปรับแบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ใน PPH Sepsis ให้เป็นเฉพาะโรค เพื่อการประเมินที่ชัดเจนขึ้น  •ปรับระบบการนิเทศการพยาบาล 3 ระบบ คือ การนิเทศทางการบริหาร การนิเทศการพยาบาล และ การนิเทศทางคลินิก ผลพบว่า ระบบนิเทศทางคลินิก ยังไม่เป็นแบบ real time |
| 36 ปฏิบัติการพยาบาล | ควรส่งเสริมความสามารถในการประเมิน วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรค และกลุ่มโรคร่วมให้มีความเฉพาะ ระบุความเสี่ยง ความรุนแรงได้ นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลที่สอดคล้องกัน พร้อมการบันทึกที่ต่อเนื่องในประเด็นสำคัญ ทั้ง V/S อาการ อาการแสดงเพื่อการสื่อสารการดูแลและเห็นภาพการปรับแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อเนื่อง | • ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลในกลุ่มโรค PPH BA Sepsis  • การทำกิจกรรมทบทวน ในทีมFA เน้นกลุ่มโรคร่วม ระบุความเสี่ยง ความรุนแรง ผลการทบทวน จัดกิจกรรม 1 ครั้ง ขาดความต่อเนื่อง  • ผลการประเมินบันทึกเวชระเบียนเรื่องกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติประเมินตนเองก่อน ส่ง ประเมินโดยผู้ร่วมงาน และหัวหน้างาน   |  |  | | --- | --- | | ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน | ร้อยละ | | ต.ค. | 89.53 | | พ.ย. | 89.56 | | ธ.ค. | 91.18 | | ม.ค. | 88.57 | | ก.พ. | 91.79 | | มี.ค. | 89.94 | | เม.ย. | 88.83 | |
| 37องค์กรแพทย์ |  | - มีการประเมินการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เป็นลายลักษณ์อักษร และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการละเมิดจริยธรรม |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย | | |
| 38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ |  | -สำรวจปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิศวกรรม ชลบุรี ปี 2559 ไม่ได้รับการประเมิน แต่ได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านมาตรฐานระบบการจัดการคุณภาพด้านอาคารและความปลอดภัยด้านอาคาร สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล เมื่อ วันที่ 1 มิถุนายน   |  |  | | --- | --- | | โอกาสพัฒนา | ดำเนินการ | | 1.การเชื่อมโยงระเบียบ กฎหมาย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ระเบียบปฏิบัติ | - ระเบียบปฏิบัติ การเก็บขยะ  -ระเบียบการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ  -บัญชีสารเคมีในโรงพยาบาล  -ขั้นตอนการปฏิบัติงานบ่อบำบัด  -ระเบียบการปฏิบัติงานบ่อบำบัด  คู่มือปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัย  -คู่มือการป้องกันรังสี | | 2.การติดตั้งเครื่องดูดอากาศที่ห้องตรวจ | C:\Users\manage1\Desktop\11333.jpg | | 3.ER เครื่องดูดอากาศ | **เพิ่มพัดลมดูดอากาศ ห้อง ER** | |  |  | | 4.ป้ายไฟทางห้องฉุกเฉิน | C:\Users\manage1\Downloads\15211.jpg  ดำเนินการแล้วเสร็จ | | 5.ตีเส้นจราจร จุดจอดรถ |  | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | 4.ป้ายไฟทางห้องฉุกเฉิน | คำอธิบาย: C:\Users\manage1\Downloads\15211.jpg  ดำเนินการแล้วเสร็จ | | 5.ตีเส้นจราจร จุดจอดรถ |  | |
| 39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม | ควรวางแผนการสำรวจ ปรับปรุง บำรุงรักษาอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความชัดเจนทั่งระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้สถานที่และสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ดี มีความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง | - ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม ทำแผนปรับปรุงสถานที่ ปี ละ 1 ครั้ง มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบโดยนักวิชาการในโรงพยาบาล  -เดิน round ENV + IC เดือน ละ 1 ครั้ง   |  |  | | --- | --- | | โอกาสพัฒนา | ผลการดำเนินการ | | ระบบไฟฟ้า  - หม้อแปลง | -ตรวจสอบหม้อแปลงประจำปี จากการไฟฟ้า จันทบุรี | | -เครื่องกำเนิดไฟฟ้า | -จัดทำคู่มือดูแล ตรวจ check เครื่องประจำสัปดาห์ | | -ห้องและตู้ควบคุม | -ดำเนินงาน 5 ส.  -ตามจุดต่างๆบำรุงรักษา 1 เดือน/ครั้ง พร้อมบันทึกผล | | การติดตั้งสายไฟนอกอาคาร | -ตัด ลานกิ่งไม้ ใกล้แนวสายไฟทุก 3 เดือน | | ก๊าซออกซิเจน  -สีของท่อก๊าซไม่ตรงตามมาตรฐาน  -ตรวจ check ประจำปี  -ท่อบรรจุก๊าซออกซิเจนไม่มีการสวมฝาครอบ | -ติดต่อบริษัทดำเนินการแก้ไข จำนวน 75 ท่อๆละ 250 บาท แล้วเสร็จ 29 สิงหา 60  ดำเนินการแล้วเสร็จ  -แจ้ง จนท.ที่ควบคุม | | ระบบสุขาภิบาล  -มีการบรรจุถังขยะล้นถัง  -ระบบบ่อบำบัด ตรวจพบBacteria เกินค่ามาตรฐาน | -มีการทบทวนการเก็บ/ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง  -ตรวจสอบพบ คลอรีนหมดอายุ ดำเนินการแก้ไข 5 มค 60 | | ระบบระบายอากาศ  -ER มีสิ่งกีดขวาง  -ห้องตรวจแพทย์ ไม่มีที่ระบายอากาศ  -ห้องกายภาพบำบัดไม่มีที่ระบายอากาศ | -แจ้ง จนท.  -ดำเนินการแล้วเสร็จ  -ดำเนินการในปี 2561 | | ระบบอัคคีภัย  -ป้าย คู่มือการใช้งานใบตรวจเช็คสภาพความพร้อมใช้งาน | -ปรับปรุง แก้ไข ตามมาตรฐาน | |
| 40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย | ควรรวบรวมและจัดทำบัญชีรายการวัสดุและของเสียอันตรายให้ครอบคลุม พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการเก็บ การเคลื่อนย้าย การกำจัดและจัดการที่เหมาะสมตามประเภทของวัสดุ ขยะอันตราย และการสื่อสารลงสู่การปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติและมีการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง | -จัดทำบัญชีสารเคมี และของเสียอันตรายในโรงพยาบาลสอยดาว จำนวน 25 รายการ  -จัดทำ Flow chart  -จัดทำแนวทางการกำจัดขยะ อันตรายและขยะทั่วไป  -มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital  -จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานแจกหน่วยงาน |
| 41การจัดทำแผนฝึกซ้อมตรวจสอบระบบเพื่อป้องกันอัคคีภัย | ควรวางระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในการระงับอัคคีภัยแต่ละประเภท ไฟฉุกเฉิน ตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้มีการทบทวน/ระบบตรวจสอบภายในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสม่ำเสมอ เช่น คลังยา คลังวัสดุการแพทย์และคลังวัสดุทั่วไป เพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัย | - ซ้อมแผนอัคคีภัยในเดือน กันยายน 2560  - ผลการตรวจสอบไฟฉุกเฉินทุก 1 เดือน ตรวจสอบทั้งหมด 36 จุด ใช้งานได้ 36 จุด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยช่างเป็นผู้ตรวจสอบ พร้อมใช้ ร้อยละ 100 ไม่พบอุบัติการณ์  - ผลการตรวจถังดับเพลิง หน่วยงานตรวจสอบทุกเดือน และมีช่างตรวจสอบทุก 3 เดือน ตรวจสอบทั้งหมด 60 จุด ใช้งานได้ 60 จุด คิดเป็นร้อยละ 100  ทำตารางชัดเจนโดยมีการตรวจพร้อมกับการเดิน -Round ENV + IC ทุกวันจันทร์ ต้นเดือน ทุกเดือน ครั้ง/ปี |
| 42 เครื่องมือ | ควรทบทวนและเรียนรู้ระบบประเมินความพร้อมใช้และการดูแลรักษาประจำวันของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อความปลอดภัยในการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น รถ emergency และยาฉุกเฉิน อุปกรณ์และยาในรถ ambulance การควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาในหอผู้ป่วยเป็นต้น | - มีแผนส่ง จนท.ผู้รับผิดชอบงานอบรมการดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ (ปี 2560 ยังไม่มี)  - มีการให้ความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือแพทย์ โดยศูนย์วิศวกรรม ชลบุรี เขต6 สอบเทียบเครื่องมือแพทย์และให้ความรู้ด้านการบำรุงรักษาเครื่องมือ วันที่ 23 ธันวาคม 2559)  - ติดตามตัวชี้วัดเครื่องมือไม่พร้อมใช้ ปี 2560 พบเครื่องมือที่ไม่พร้อมใช้ จำนวน 2 รายการ  (1.เครื่อง EKG /W2/ สาย LEAD เสีย/ซื้อทดแทนแล้ว) (2.เครื่อง Defibrillator /W2/ โปรแกรมบอร์ด เสีย/จำหน่าย) \*ซื้อเครื่องใหม่ทดแทนแล้ว  - เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงและเสื่ยงปานกลางได้รับการสอบเทียบ ในเดือน ธันวาคม 2559  (สอบเทียบจำนวน 249 ราการ ผ่านการสอบเทียบ 248 รายการ คิดเป็นร้อยละ 99.59)  เครื่องที่ไม่ผ่านการสอบเทียบ จำนวน 1 รายการ –เครื่อง Defibrillator /W2/ โปรแกรมบอร์ด เสีย  -เครื่องมือที่มีแบตเตอรี่ ได้รับการตรวจสอบและเปลี่ยนแบตเตอรี่ ตามเวลาที่กำหนด ปี 2560 มีการเปลี่ยนแบตเตอรี่ จำนวน 5 เครื่อง ดังนี้  1.เครื่อง EKG / ER / พฤศจิกายน 2559  2.เครื่อง Defibrillator / W1 / ตุลาคม 2559  3.เครื่อง EKG / W1 / ธันวาคม 2559  4.เครื่อง EKG / W2 / มีนาคม 2560  5.เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกแรกเกิด / LR / กรกฎาคม 2560  -รถ Ambulance Emergency มีการตรวจcheck โดย จนท.พยาบาล ER เวลา 08.00 – 09.00 น.ทุกวันและทุกคัน มีการจดบันทึก และแลกเปลี่ยน ยาและเวชภัณฑ์ ในรถสม่ำเสมอ  ///////////////////////////////////  -ตู้เย็น ยาแนวทางติดที่ตู้เย็น มีระเบียบแนวทางการเคลื่อนย้ายยา |
| 43 ระบบสาธารณูปโภค | ควรกำกับดูแลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตรวจสอบดูแลบำรุงรักษาสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบไฟฉุกเฉิน ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมใช้อยู่เสมอทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน | -มีแผนให้ห้วหน้ากลุ่มงานการจัดการมีการนิเทศ การบำรุงรักษาระบบน้ำ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบไฟฉุกเฉิน ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ และมีหลักฐานการนิเทศ ทุก 3 เดือน  -จัดทำแผนการบำรุงรักษาระบบไฟฟ้าสำรอง ปี ละ 1 ครั้ง โดยบริษัทภายนอก และช่างไฟฟ้าของโรงพยาบาลทุกวันศุกร์  1.เดือนมีนาคม 2560 บำรุงรักษาจากช่างภายนอก  2.ตรวจสอบการทำงานสัปดาห์ละ1ครั้ง จากช่างโรงพยาบาล เครื่องทำงานปกติ คิดเป็นร้อยละ 100  -ระบบไฟฉุกเฉิน เดือนละ 1 ครั้ง โดยช่างโรงพยาบาล ตรวจเช็คทั้งหมด 36 จุด ใช้งาน 36 จุด คิดเป็นร้อยละ 100  -ระบบน้ำประปา จัดหาน้ำสำรองให้เพียงพอ และทำการเปลี่ยนทรายกรองน้ำ 1 ครั้ง / ปี เดือน  1.วันที่ 26 พฤศจิกายน 2559 จะมีการล้างถังน้ำส่งประปา แก้ไข น้าขุ่น น้ามีตะกอน  2.วันที่ 5 สิงหาคม 2560 เปลี่ยนทรายกรอง  -ระบบก๊าซทางการแพทย์ มีการตรวจcheck ประจำปี ในเดือน มีนาคม 2560 และตรวจ check โดย จนท. ทุกสัปดาห์ โดยใช้ฟองสบู่ ปี 60 ไม่พบ อุบัติการณ์ ปี 63 แผนปรับปรุงระบบอ๊อกชิเจนเหลว |
| 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ |  | - ประเมิน Healthy work place ผ่านในระดับดีมาก (วันที่ 27 กันยายน 2559)  -GREEN & Clean Hospital ผ่านในระดับดีมาก(วันที่ 17 พฤษภาคม 2560)  -การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (วันที่ 27 พฤษภาคม 2560)  -การประเมินมาตรฐานความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาล (วันที่ 14 มิถุนายน 2560)  - สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ จากศูนย์วิศวกรรม เขต6 (วันที่ 23 ธันวาคม 2559) |
| 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | ระบบบำบัดน้ำเสีย : ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลระบบและผู้กำกับงานผ่านการอบรม สามารถดูแลระบบบำบัดน้ำเสียได้อย่างเข้าใจ และเรียนรู้จากผลวิเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ จากเหตุการณ์ที่ผ่านมา(ผลตรวจภายนอก เมื่อเมษายน 2559 มี TDS สูง ตะกอนลอยผิดปกติ) มาดำเนินการตามแผนการปรับปรุงที่วางไว้ และเฝ้าระวังระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบมีความเสถียรอย่างต่อเนื่อง | -ผู้ควบคุมไปอบรม (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ที่กรมอนามัยปีละ 1 ครั้ง  -มีการประเมินโดยผู้ชำนาญกว่า ผลการประเมิน  1.การตรวจประเมินระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล จากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ.เขต6  2.การตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital กรมอนามัย เขต6  -เดือนมิถุนายน 2559 ได้มีการดำเนินการแก้ไข และมาตรการณ์ ตามแผนควบคุมดังนี้.  -กำหนดให้มีการตรวจสอบค่า V30 (ปริมาณตะกอน) ทุกวัน ตรวจสอบวันละ 1 ครั้ง ช่วงเช้า  -กำหนดค่ามาตรฐาน ค่า V30 ไม่เกิน 600 ค่าปัจจุบัน เฉลี่ย 400  -กำหนดสูบตะกอบตาก ค่า V30 ค่าปริมาณตะกอน ที่ 600 และหรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง  -ตรวจคุณภาพน้ำ ปี ละ 3 ครั้ง ผลการประเมิน. ผ่านทุก พารามิเตอร์ |
| **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | | |
| 46 การออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | เนื่องจาก ICN เพิ่งจบการศึกษาเฉพาะทาง 4 เดือน ดังนั้นควรนำองค์ความรู้ที่ได้มาประสานทีมในการทบทวนการออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ ด้วยการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ป่วย/การจัดบริการของโรงพยาบาล มาออกแบบระบบให้แต่ละหน่วยงานรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น ระบบการคัดกรองแยกโรคที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ กลุ่ม low immune กลุ่ม sepsis พร้อมการกำหนดนโยบายป้องกัน นำสู่การปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่อง | 1.ทบทวนการจัดบริการในแต่ละพื้นที่และกำหนดกลุ่มผู้รับบริการ โดยกำหนดเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วย Low immune และกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ  2.ร่วมกับทีม PCT จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันตามกลุ่มที่กำหนด  3.นำแนวทางการคัดกรองแยกโรคไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งที่ OPD คลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย  4.ติดตามผลการคัดกรอง และการปฏิบัติตามแนวทาง ในแต่ละพื้นที่บริการ  ผลการพัฒนา  1. ปรับระบบบริการโดยจัดให้มีระบบ Triage และเพิ่มแนวทางการคัดกรองแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ใน OPD และคลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผลไม่พบการติดเชื้อ  2. การติดตามผลการคัดกรองและการปฏิบัติตามแนวทาง พบว่ายังพบผู้ป่วย Low immune รอรับบริการปะปนกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แต่ไม่พบการติดเชื้อเพิ่ม |
| 47 การจัดการและทรัพยากร |  | 1.กำหนดหน้าที่รับผิดชอบทีม ICWN รณรงค์ป้องกันการติดเชื้อ ติดตามการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวทาง และร่วมกับทีม HHC เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ  2.IC Round ร่วมกับทีมคุณภาพ ทุก 1 เดือน และติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปรับปรุงของหน่วยงาน  3.สำรวจความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และจัดหาให้เหมาะสมในทุกพื้นที่การให้บริการ  4.นำข้อมูลความเสี่ยงด้าน IC จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยง ทบทวนและวางแนวทางแก้ไขป้องกัน  ผลการพัฒนา  1. คณะทำงาน IC ร่วมกับทีม HHC เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ และติดตามการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด   |  |  |  | | --- | --- | --- | | วัน | กิจกรรม | ผู้รับผิดชอบ | | จันทร์ 1 ของเดือน | IC ROUND | ประธาน IC, ICN | | 13.30-16.30 น. | ENV / RM Team | | วันอังคาร  08.30 – 16.30 | HHC | ICWN / ทีม HHC | | ศุกร์ที่ 1 ของเดือน | ประชุม คกก. IC, ทบทวน Case | ICC | | 13.30-16.30 น. | | วันจันทร์ | IV Round (Phlebitis) | ICN, ICWN | | 13.00 - 16.00 | | วันจันทร์ | CAUTI Round | ICN, ICWN | | 13.00 - 16.00 | | วันจันทร์  10.30-12.00 น. | Hand hygiene & PPE Round  หมุนเวียนสัปดาห์ละ 3-4 หน่วยงาน | ICN, ICWN |   2. ผล IC ROUND  - หน่วยงานมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC=86.75% โดยด้านที่ปฏิบัติได้ต่ำกว่า 80 % คือการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC, การใช้ PPE, Hand hygiene, การ Zoning  - ผลการติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปรับปรุงของหน่วยงาน ดังนี้ หน่วยงานCSSD ปรับเปลี่ยนวัสดุหีบห่อและวันหมดอายุให้เป็นไปตามมาตรฐานงานจ่ายกลาง หน่วยงาน OPD และคลินิกเฉพาะโรค ปรับระบบ Triage การคัดกรองแยกโรค  3. ผลการใช้อุปกรณ์ป้องกัน  - หน่วยงานมีการใช้อุปกรณ์ป้องกัน = 78.65% โดยมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบถ้วน  - มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันเพิ่มเติม เพื่อความสะดวก และปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เช่น เอี๊ยมพลาสติกแบบมีแขน แว่นตากันเลือด  4. ผลการสุ่มสำรวจการล้างมือในบุคลากร  - บุคลากรล้างมือถูกต้องตาม 7ขั้นตอน 78.89% ล้างมือตาม 5moment 37.46% กลุ่มที่ปฏิบัติตาม 5M น้อยที่สุด คือกลุ่มหน่วยงานสนับสนุน ในMoment หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม กลุ่มที่ปฏิบัติตามการล้างมือ 7 ขั้นตอนน้อยที่สุดคือกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เวรเปล  5. ผลการทบทวนความเสี่ยงด้าน IC จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยง พบว่า เป็นความเสี่ยงระดับ A-C ในเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC ไม่ถูกต้อง การใช้ PPE การแยกขยะไม่ถูกต้อง มีการส่งข้อมูลแจ้งกลับหน่วยงานทบทวนป้องกันแก้ไข และนิเทศติดตาม |
| 48 การป้องกันการติดเชื้อ | 1.จากการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานพบโอกาสพัฒนาในด้านการติดตามความเข้าใจของผู้ปฏิบัติต่อมาตรการ/แนวทางที่ ICC ได้จัดทำ เช่น การคัดกรองแยกโรคสำคัญตามบริบท การจัดพื้นที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อ/ภูมิต้านทานต่ำ การป้องกันเชื้อดื้อยา การปฏิบัติงานใน CSSD เป็นต้น เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติ  2.ควรสำรวจพื้นที่เสี่ยงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล พร้อมการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย การจัดบริการ และหลักวิชาการ นำมาปรับปรุงพื้นที่ต่างๆ ให้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น OPD, IPD กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย คลินิกโรคเรื้อรัง | 1.สำรวจพื้นที่เสี่ยงในโรงพยาบาล  2.จัดพื้นที่สำหรับบริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และกลุ่ม low immune  3.จัดทำบัญชีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และวางแนวทางป้องกันตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่กำหนด  4.นำแนวทางการคัดกรองแยกโรคไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งที่ OPD คลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย  5.ติดตามผลการคัดกรอง และการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ปฏิบัติ ในแต่ละพื้นที่บริการ  ผลการพัฒนา  1. ผลสำรวจพื้นที่เสี่ยงในโรงพยาบาลจาก IC Round พบว่า OPD และคลินิกโรคเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ จึงปรับระบบบริการโดยจัดให้มีระบบ Triage และเพิ่มแนวทางการคัดกรองแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ใน OPD และคลินิกบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น DM HT CKD ANC กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผล ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  2. การป้องกันเชื้อดื้อยา มีการจัดทำบัญชีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และการแจ้งเตือนในระบบ Hos XP และกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา โดยให้บริการผู้ป่วยแบบ One stop service ที่จุดแยกตรวจ รวมถึงผู้ป่วยที่รับกลับจาก รพ.ศูนย์ หากไม่ทราบประวัติการติดเชื้อ ให้จัดบริการเหมือนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา  ผล ไม่พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล |
| 49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ | 1.ควรวิเคราะห์หาสาเหตุการติดเชื้อ เช่น SSI, CAUTI, Phlebitis, Episiotomy ให้ครอบคลุมปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ด้วยหลักวิชาการ(เพิ่มจากสาเหตุคือไม่ปฏิบัติตาม Aseptic technique) เช่น การนำปัจจัยจากผู้ป่วย (ครบคลุมลักษณะ/กลุ่มผู้ป่วย วิถีชีวิต) เจ้าหน้าที่ กระบวนการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และลักษณะเชื้อที่พบ เช่น E coli ในแผล TR เพื่อนำมาสู่การแก้ไข ปรับปรุงแนวทางการป้องกันที่เป็นระบบชัดเจน( clinical policy ) พร้อมประสานทีมระบบงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการร่วมพัฒนา แก้ไขเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ  2.ควรให้ความสำคัญในการค้นหาการติดเชื้อกลุ่ม non target พร้อมเพิ่มความรู้ให้แก่ทีมและผู้ปฏิบัติงานในการวินิจฉัยการติดเชื้อ เช่น sepsis , sepsis in NB เป็นต้น และการพัฒนาระบบ post discharge surveillance ให้ได้ตามมาตรฐาน | 1.เฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide ในทุกหน่วยงาน นำข้อมูลการติดเชื้อในปีที่ผ่านมา กำหนด ปรับเปลี่ยน Targeted ที่ต้องเฝ้าระวัง และทบทวนสาเหตุ แนวทางการป้องกัน  2.เฝ้าระวังแบบ Prospective active surveillance โดย ICN ร่วมกับ ICWN เฝ้าระวังผู้ป่วยในขณะอยู่ในโรงพยาบาล และรายงานทันทีเมื่อพบหรือสงสัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่ม Target และ non target เพิ่มการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น Sepsis in NB  3.ร่วมกับทีม PCT ทบทวนผู้ป่วย Sepsis  4.ร่วมกับทีม RM ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการติดเชื้อ โดยร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อพบการติดเชื้อ  5.ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อ และการติดตามผู้ป่วย post discharge surveillance ตามมาตรฐานและแนวทางที่เป็นปัจจุบัน  ผลการพัฒนา  1. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide ในทุกหน่วยงาน และเฝ้าระวังแบบ Prospective active surveillance โดย ICN ร่วมกับ ICWN เฝ้าระวังผู้ป่วยขณะอยู่รพ.  2. แพทย์ ICN และ ICWN ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อร่วมกัน  3. ICN และ ICWN ร่วมทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและฝึกการวินิจฉัยการติดเชื้อร่วมกับ ICN ทุกรพ. ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีทีม ICN จากรพศ.จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ  4. เฝ้าระวังแบบ Prospective active surveillance โดย ICN ร่วมกับICWN เฝ้าระวังผู้ป่วยในขณะอยู่ในโรงพยาบาล และรายงานทันทีเมื่อพบหรือสงสัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล  ผล : หน่วยงานผู้ป่วยในชาย พบการติดเชื้อ 1 ราย ตำแหน่งการติดเชื้อ : VAP = 7.14:1000 Vent. day (10 เดือน)วิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้ป่วย NR แต่ญาติต้องการให้ใส่ ETT ต่อกับ Ventilator ไว้เป็นระยะเวลานาน ไม่ยินยอมให้ใส่ Tracheostomy ทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายจากการค้างของเสมหะ แนวทางแก้ไข แพทย์จึงอธิบายญาติให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใส่ Tracheostomy และนำ WHAPO bundles มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย  : หน่วยงานผู้ป่วยคลอด พบผู้ป่วยสงสัย Neonatal sepsis 1 ราย ทบทวนพบว่าผู้ป่วยหลังคลอด 1 วัน มีไข้ รอบสะดือแดง สะดือไม่แฉะมีกลิ่นเล็กน้อย ส่ง H/C ไม่พบเชื้อ วิเคราะห์สาเหตุพบว่ามีการสอนมารดาทำความสะอาดสะดือทารกหลังคลอดแล้วให้มารดาเช็ดทำความสะอาดเอง เจ้าหน้าที่ไม่ได้ประเมินซ้ำทุกเวร แนวทางแก้ไข ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัย Omphalitis และปรับการประเมินอาการทารกแรกเกิดและการติดตามการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดในช่วงเวลาที่เหมาะสม  5. เฝ้าระวังแบบ Post discharge surveillance  ผล : พบการติด SSI 1 ราย = 0.98% (10เดือน) ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก ขั้นตอนการเย็บแผล ได้ฝึก Extern เป็นผู้เย็บแผล การเย็บลึกไม่ถึงก้นแผล ทำให้แผลแยก และไม่ได้เช็ดทำความสะอาดก่อนปิดแผล แนวทางแก้ไข แพทย์ผู้ควบคุมการฝึก Extern จะร่วมดูแลผู้ป่วยจนสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลปรับการทำความสะอาดรอบแผลก่อนปิดแผลติดตามการประเมินผู้ป่วย และให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน1.นำผลการควบคุมโรคจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และแนวโน้มการเกิดโรคทั้งรายปีและรายเดือน มาวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังในแต่ละช่วงเวลาก่อนเกิดโรค  2.จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันตามกลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อยในพื้นที่  ผลการพัฒนา  1. ประสานกับทีม SRRT อำเภอสอยดาว รับส่งข้อมูลการควบคุมโรคและสอบสวนโรค แล้วนำมาวางแผนซ้อมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก ในโรคที่เกิดบ่อยตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดใหญ่ มือเท้าปาก สุกใส ประสานกับงานคัดกรองใช้ระบบ Triage การคัดกรองแยกโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผลไม่พบการระบาด |
| 50 การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ | ควรประสานการทำงานกับหน่วยงานควบคุมโรค โดยนำวิชาการที่มีมาใช้ในการออกแบบเฝ้าระวัง วิเคราะห์ สอบสวน เพื่อให้ได้แนวโน้มการระบาดที่ไว และจัดการอย่างทันท่วงที | 1.นำผลการควบคุมโรคจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และแนวโน้มการเกิดโรคทั้งรายปีและรายเดือน มาวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังในแต่ละช่วงเวลาก่อนเกิดโรค  2.จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันตามกลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อยในพื้นที่ |
| II-5 ระบบเวชระเบียน | | |
| 51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน | ควรทบทวนและกำหนดนโยบายการบริหารเวชระเบียนให้มีความชัดเจน รัดกุม ได้แก่ นโยบายการเก็บรักษาและการทำลาย การแก้ไขข้อมูลและผู้มีสิทธิแก้ไขในแฟ้มผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปในระบบคอมพิวเตอร์ การยืม-คืนเวชระเบียน(รวมถึงฟิล์มเอ็กซเรย์) เป็นต้น | กำหนดนโยบายระยะเวลาการเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน   * การเก็บรักษาเวชระเบียน ทั่วไป เก็บรักษาย้อนหลัง 5 ปี เป็นคดีความ เก็บรักษาย้อนหลัง 10 ปี และทำลายเวชระเบียนที่หมดระยะเวลาการเก็บรักษาทุกปี   การยืมเวชระเบียน   * มีแบบฟอร์มขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียน 1 ฉบับยืมได้ไม่เกิน 7 วัน ในกรณียืมเพื่อการวิจัย การทบทวน ยืมได้ไม่เกิน 30 วันลงบันทึกการยืมเวชระเบียนในระบบ HosXp   การคืนเวชระเบียน   * มีระบบตรวจสอบรายการคืนเวชระเบียน พร้อมลงบันทึกการคืนเวชระเบียนในระบบ HosXp บันทึกผู้คืน และผู้รับคืนในใบยื่นคำร้อง   การยืม-คืน เวชระเบียนผู้ป่วยใน  มีระบบยืม-คืนในโปรแกรม HosXp โดยจำกัดสิทธิ์ให้ผู้สามารถทำการบันทึกระบบยืมคืนได้ มีเพียงเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเท่านั้น |
| 52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก |  | - เพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ไม่น้อยกว่า 85%  -เพิ่มคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการเรียนรู้และการวิจัย โดยทีมนักศึกษาแพทย์ ทุก 1 เดือน |
| 53 การทบทวนเวชระเบียน | ควรทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ โดยทบทวนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ความสอดคล้องเหมาะสมในการดูแลจากการบันทึกในเวชระเบียน การใช้ timeline ในการทบทวนเพื่อค้นหา AE ในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมการนำ trigger tool มาใช้ในการทบทวนเวชระเบียน | มีการทบทวนเวชระเบียนโดยทีม audit ของรพ. 1.แพทย์ 2.พยาบาล 3.เวชสถิติ ตรวจสอบทุก1เดือน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการทบทวนดังกล่าว แพทย์ พยาบาล หรืผู้เกี่ยวข้องได้นำไปพัฒนาและปรับปรุงให้เข้ากับเกณฑ์ สปสช. และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป  2. ค้นหา AE โดย การใช้ timeline เดือนละ 1 ครั้งโดยทีม FA  3.การนำ trigger tool ในเคส unplan-refer มาใช้ในการทบทวนเวชระเบียน |
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา | | |
| 54 การวางแผนและการจัดการ | ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในการออกนโยบายการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายด้านยา ให้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การนำปัญหา อุปสรรคมาวางแผนพัฒนาระบบยาให้ปลอดภัยมากขึ้น | นโยบายสำคัญ 12 ด้าน ได้แก่ 1.ระบบป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา 2. Reconcile OPDและ IPD 3. ME 4.กระบวนการสั่งใช้ยา 5. การจัดและจ่ายยา OPDและ IPD 6. การเตรียมและการให้ยา7.การจัดหา การเก็บรักษา การสั่ง การให้ยา การประเมิน HAD 8.การจัดหายา 9.การเก็บรักษายาที่คลังและหน่วยงาน 10.RDU/ASU/DUR 11. การใช้ยาเน้นโรคสำคัญ12. ระบบยาลูกข่าย— ผลมีการติดตามและวัดผลและ feedback แก่ผู้เกี่ยวข้องเป็นประจำสม่ำเสมอ11 ด้าน ด้านที่ยังไม่สมบูรณ์ เป็นด้านการเตรียมและให้ยา มีการประชุมวางแผนการดำเนินการแล้ว แต่ยังไม่มีการประชุมติดตามงาน มีเพียงการตามทางline |
| 55 การเก็บสำรองยา | ควรทบทวนระบบการบริหารคลังยาให้มีการจัดพื้นที่ให้ถูกต้องในการจัดเก็บ การจัดพื้นที่ การวางยา ระบบมาตรฐานในคลังให้ถูกต้อง มีแผนการพัฒนาคลังยาให้สามารถเก็บยาให้สะดวก มีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการเก็บรักษายา | -มีแผนจัดหาคลังให้เพียงพอ ไม่ได้รับอนุมัติ ขาดงบ  -มีรายการเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น 80รายการ พื้นที่ไม่เพียงพอมากขึ้น จัดระบบซื้อเป็นรอบไม่stockคลัง แต่ยังมีปัญหา  -นำข้อมูลจาก logtag มาประมวลผลอุณหภูมิแล้วfeedbackหน่วยงานรายเดือนในปี60 |
| 56 การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง | 1.ควรนำผลการเกิด medication error ในการสั่งยาและถ่ายทอดคำสั่งที่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ไว้แล้วมาวางแผนการพัฒนาให้เกิดความถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น การ orientation บุคลากรใหม่ในการสั่งใช้ยา  2.ควรนำระบบ IT ในการ pop up ด้านการแพ้ยาซ้ำ, DI, ADR เตือนให้เสถียรมีประสิทธิภาพ  3.ควรพัฒนาระบบ medication reconciliation โดยใช้ระบบ IT แบบบันทึกรายการที่ต้องประสานให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้คัดลอก เภสัชกร แพทย์ ในการทบทวนรายการและสื่อสาร นำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ | 1.feedback ข้อมูลME ให้องค์กรแพทย์ สร้าง line กลุ่ม เพื่อแจ้งข่าวสารระหว่างกันorientation แพทย์หมุนเวียนทุกรุ่น ผล การสั่งยาOPD ปี57-60(8ด.) เพิ่มขึ้น 11.72 5.95 9.16 13.41 ต่อพันใบสั่งยา พบที่ฉลากไม่เป็นภาษาไทยหายไป แต่การสั่งผิดขนาดและจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่มีการเปลี่ยนทีมแพทย์ การสั่งยาIPD ปี58-60(8ด.)มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8.62 12.14 16.17 ต่อพันวันนอน สูงสุดที่การสั่งยาผิดขนาดและผิดชนิด ซึ่งเป็นรูปแบบเดิมสัมพันธ์กับแพทย์extern  2.reviewข้อมูลแพ้ยาในระบบLAN แยกการlockกับการไม่lock ยังพบความไม่เสถียรของระบบ pop lock บางครั้ง ได้ปรับแก้ตาม IT กดประมวลผล พบว่าไม่สามารถแก้ได้ แจ้ง IT  3. ปรับระบบreconcile IPD โดยพิมพ์จากระบบ LAN ทดลองระบบและประชุมสหวิชาชีพปรับระบบเพิ่ม ความครอบคลุมการreconcile admit ปี60 หลังปรับระบปลายปี59 รายเดือนคิดเป็น 92.59-100 % การ reconcile D/C เพิ่มขึ้น |
| 57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา | 1.ควรนำระบบ MAR ในการบริหารยา โดยสามารถใช้ IT สื่อสาร ตรวจสอบ ลดการคัดลอกรายการยา  2.มีการเฝ้าระวังการเกิด medication error ในการ transcribing , dispensing ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ควรนำมาวิเคราะห์และวางแผนปรับปรุงอย่างเป็นระบบให้ถูกต้องมากขึ้น | 1. พิมพ์ใบMARจากLAN ปรับขนาดตารางจำนวนช่อง ขนาดตัวหนังสือ ข้อความที่จำเป็นให้เหมาะแก่การใช้งาน  2. มาตรการเพิ่มการดักจับ +เตือนจุดเสี่ยงที่พบบ่อยและเมื่อพบความเสี่ยงแบบใหม่ในการประชุมฝ่ายช่วงเช้า transcribing IPD เภสัชปี 58-60(8ด.) **ผล** เพิ่ม 15.98 24.22 27.19 ต่อพันวันนอน transcribing IPD wardปี 58-60(8ด.) **ผล** เพิ่ม 32.93 31.92 58.20 ต่อพันวันนอน จัดยาผิด58-60(8ด.) **ผล** 20.07 32.59 41.23 ต่อพันวันนอน การคัดลอกและการจัดผิดเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ใหม่ ส่งผลต่อ dispensing IPD 58-60(8ด.) **ผล**เพิ่มเป็น 8.77 16.68 19.37ต่อพันวันนอน ควรประชุมวางแผนร่วมกันในการเช็คยาที่นำไปส่งทันที dispensing OPD เชิงรุกพบ 2.91% ทั้งหมดเป็นการได้รับยาไม่ครบนัด แต่ตรงจำนวนที่แพทย์สั่ง ปรับแก้โดยทำตารางคำนวณเม็ดยา วางที่จุดจ่ายยาเรื้อรังทุกจุด,การเช็คยอด warfarin ที่จ่ายทั้งสัปดาห์ |
| 58 การบริหารยาและติดตามผล | 1.ควรทบทวนการเกิด administration error ที่มีการรายงานต่ำ ให้มีการพัฒนาโดยสหสาขาวิชาชีพ ในการเฝ้าระวัง การติดตามบริหารยาให้เป็น real time การติดตามผลการเกิด ADR, HAD เป็นต้น  2.ควรติดตามผลการใช้ยาเชิงรุก เช่น การติดตามในหน่วยงาน หอผู้ป่วย นำผลการเกิด ADR ที่พบบ่อยในกลุ่มยา ARV , TB การใช้ยาไม่ถูกต้องจากคลินิกพิเศษต่างๆ ที่มีการสอน มีการติดตามผลการใช้ยาต่อเนื่องเพื่อให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำลดลง | 1.1 เพิ่มช่องทางการรายงานทั้งทางระบบcomp และรายงานกระดาษ administration error มี   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | อัตรารายงานลดลงจาก  ต่อพันใบสั่งยา | 58 | 59 | 60(8ด.) | | 4.53 | 4.86 | 3.46 |   1.2 การสั่งยาที่แพ้ซ้ำในward สูงขึ้นจาก แม้ว่าได้เปลี่ยนใบDOSเป็นสีชมพูและorientationแพทย์ใหม่แล้วในปี60   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | การสั่งยาที่แพ้ซ้ำ ในward(ครั้ง) | 58 | 59 | 60(8ด.) | | 5 | 2 | 7 |   1.3 การวัดผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการให้ยายังไม่สม่ำเสมอ  1.4 ประชุมปรับเอกสาร ลดความซ้ำซ้อนของใบติดตามการให้ยา HAD **ผล** ความครอบคลุม55/59 93.22 % และความสมบูรณ์25/59 42.37%  2. จัดบริบาลเภสัชกรรมแบบcase manager ใน 2.1 TB clinic, ARV และ warfarin นำผล compliance มาค้นหากลุ่มเสี่ยง และปรับระบบบริการ มีการรายงาน ADR แบบ intensive   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | TB | 57 | 58 | 59 | 60 (9ด.) | | default | 0 | 3 | 7 | 5 | | complete / cure | 19 | 40 | 24 | 31 | | ตาย | 5 | 6 | 1 | 4 | | ไม่มีตายจากยา ARV | | | | | | adherence % | 98.82 | 98.4 | 97.14 | 97.83 | | drug resis | รายใหม่ปี60(9ด.) 2 ราย ตาย6ไม่มีตายจากยา | | | | | warfarin INR in target% | 55.23 | 51.14 | 42.6 | 46.13 | | complianceจากwarfarin % | 10.7 | 6.09 | 8.8 | 9.77 | | พบปัญหา ปี 57-60(9ด.) ปรับแก้ด้วยปฏิทินรูปยา | | | | | | DI กับยาอื่น ครั้ง ปี | 52 | 37 | 89 | 53 | | DI กับอาหาร | 56 | 95 | 165 | 264 | | DI กับdiseaseครั้ง | 18 | 89 | 93 | 80 | | ตาย3 poor compliance 2 good conpliance1 | | | | |   2.2 ปัญหาการใช้ยา DM HT CKD พบรูปแบบของปัญหาการใช้ยา โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิด จาก 1.การใช้ยาผิด สาเหตุเนื่องจาก1.1 การปรับยาเอง 1.2 เข้าใจวิธีใช้ยาผิด  2.การไม่ใช้ยา สาเหตุเกิดจากเกิด2.1 ความผิดปกติต่อร่างกาย 2.2 ไม่มีอาการจึงไม่ใช้ยา แต่ข้อมูลที่เก็บได้ยังไม่ถึง root cause จึงปรับการรายงานให้ระบุroot cause เพื่อให้วิเคราะห์ได้ตรงปัญหามากขึ้น  ปัญหาการใช้ยาasthma COPD   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 58 | 59 | 60 | | ความครอบคลุมของการประเมินการพ่นยา% | | | | | asthma | 127.61 | 47.06 | 45.81 | | COPD | 55.56 | 52.15 | 40.56% | | ความถูกต้อง% | | | | | asthma | 27.49 | 65.76 | 75.30 | | COPD | 30.83 | 62.02 | 68.39 | |
| II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง | | |
| 59 การวางแผนทรัพยากรและการจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ |  | - มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารจัดการระบบ ทุก 1 ปี |
| 60 การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์ | ควรวางระบบการให้บริการนอกเวลาให้ครอบคลุมบริการและมีการติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาระบบให้บริการที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความปลอดภัย | มีการเพิ่มเติมการให้บริการนอกเวลาราชการจันทร์-ศุกร์ 16.30-20.30 หลังจาก 20.30เป็นต้นไป เป็นเวร on call และวันอาทิตย์ ให้บริการนอกเวลาราชการเวลา 8.30-16.30 หลังจาก 16.30 เป็นเวร on call เริ่มตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน 2559 |
| 61ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ | ควรนำข้อมูลอุบัติการณ์/เครื่องชี้วัดคุภาพต่างๆ เช่น การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การรายงานผลผิดพลาด การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า เป็นต้น รวมทั้งการนำผลการทำ IQC และ EQA มาทบทวน เพื่อการปรับปรุงระบบการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัย ให้มีหลักประกันได้ว่าจะให้ผลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ | มีการนำตัวชี้วัดต่าง ๆ มาสรุปประจำปี ตามมาตรฐานงาน LA และนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาในปีต่อไป |
| 62(ข) บริการโลหิตวิยาในโรงพยาบาลที่มีคลังเลือด | ควรวางระบบรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับเลือด ติดตามข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด และนำมาทบทวนอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงระบบการคัดเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ป้องกันการเกิดปฏิกิริยาการแพ้เลือด | มีการเก็บข้อมูลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยแยกประเภทการเกิดปฏิกิริยาและสรุปผลอัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังการให้เลือดเป็นรายปีเพื่อวางแผนพัฒนาในปีถัดไป |
| 63 การวางแผนทรัพยากรและการจัดการบริการรังสีวิทยา |  | - มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน  - มีแผนรับการประเมิน จากหน่วยงานภายนอก  - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เนื่องจากไม่มีรังสีเทคนิค |
| 64 การบริการรังสีวิทยา |  | - มีการทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจ  - มีการประเมินและปรับปรุงระบบ ทุก 1 ปี โดยทีมประเมินจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน |
| 65 ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิยา | 1.ควรนำข้อมูลอุบัติการณ์และผลข้อมูลเครื่องชี้วัดคุณภาพ เช่น อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ ผิดพลาด มาทบทวนและนำสู่การปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง  2.ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดในกระบวนการทำงานจากการปรับเปลี่ยนระบบเดิมมาเป็นระบบ PACs เพื่อนำมาวางแผนป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ | 1.นำข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญมาสรุปผลรายปีและวางแผนการพัฒนา  2. เก็บข้อมูลความเสี่ยง และวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน และนำมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อพัฒนาในการให้บริการ |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | | |
| 66นโยบายแผนการติดตามประเมินผลบุคลากร ทรัพยากรการสร้างความรู้ | ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ทั้ง hospital base และ community base เพื่อนำมากำหนดประเด็นโรคและภัยสุขภาพอื่นที่สอดคล้องกับบริบท ปัญหาที่มีประชากรต่างด้าว อาชีพ วิถีชีวิต เช่น ปัญหาสารฆ่าแมลงที่ใช้ในสวนลำไย การเสียชีวิตด้วย CA จำนวนมาก การใช้ยาแก้ปวดเมื่อย เป็นต้น เพื่อนำมาสู่ความร่วมมือในการจัดการปัญหาในภาพรวมของคปสอ. ที่ชัดเจน | ในภาพ คปสอ. พบการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในปริมาณมาก จึงเป็นปัญหาสำคัญในภาพ คปสอ. ในการเจาะหาสารเคมีในกระแสเลือดสำหรับผู้ที่ใช้สารเคมีโดนเฉพาะผู้ประกอบอาชีพการเกษตร โดย ศูนย์สุภาพชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว ได้เจาะหาสารเคมีตกค้างในกลุ่มผู้ทำอาชีพการเกษตรจำนวน 81 คน พบปกติ75 คิดเป็นร้อยละ 92.5 ปลอดภัย 2 คิดเป็นร้อยละ 2.469ราย เสี่ยง 4ราย คิดเป็นร้อยละ 4.94 ไม่ปลอดภัยระดับอันตราย 0 ราย ในคปสอ.สอยดาวได้ให้ทุก รพ.สต.มีการดำเนินงานทุกแห่ง จัดตั้งคลินิกเกษตร ร่วมมือกับกระทรวงการเกษตรส่งเสริมให้มีการปลูกพืชอินทรีย์ ล้างผัก ถูกวิธี มีการเจาะตรวจหาสารเคมี 2 ครั้ง/ปี ในรายที่อยู่ในระดับอันตราย ได้มีการแนะนำหยุดการใช้สารเคมี พร้อมทั้งให้มีการรับประทานสมุนไพรรางจืดไม่เกิน 2 สัปดาห์ แล้วจึงมีการเจาะซ้ำอีกครั้ง  -นำข้อมูลที่ได้จากการคัดกรอง คืนชุมชนและท้องถิ่น กำหนดทำแผนสุขภาพตำบล  -ชุมชนและท้องถิ่นร่วมจัดทำโครงการคัดกรองสารเคมีในเลือด  -โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2ส. ใช้ยา 9 เม็ดหมอเขียว บูรณาการกับการปลูกผักปลอดสารและทำปุ๋ยชีวภาพในภาพเพื่อลดการใช้สารเคมี |
| 67การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง | 1.ทีมควรนำข้อมูลที่ได้จากสสอ.มาทำการวิเคราะห์ด้วยหลักระบาดวิทยา time place person ในกลุ่มโรคสำคัญ เทียบเคียงกับค่ามัธยฐาน นำมาวางแผนป้องกันร่วมกับชุมชนแต่ละพื้นที่ในเชิงรุก เพื่อลดอัตราการเกิด  2.จากการสัมภาษณ์ชุมชนและสถิติข้อมูล พบว่าทีมควรทบทวนระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้าจากชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มต่างด้าวที่เจ็บป่วย เพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้ชุมชน ในการมีส่วนร่วมรายงาน เพื่อให้เกิดการจัดการควบคุมที่รวดเร็ว | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 10 อันดับโรค | | | | disease | Sick rate | Case | | Diarrhoea | 1512.3 | 975 | | Pneumonia | 392.42 | 253 | | Food Poisoning | 353.64 | 228 | | Hand,foot and mouth | 150.45 | 97 | | H.conjunctivitis | 94.61 | 61 | | Influenza | 83.75 | 54 | | S.T.D.,total | 82.2 | 53 | | D.H.F,Total | 71.34 | 46 | | Chickenpox | 52.73 | 34 | | Malaria | 9.3 | 6 | |
|  | Diarrhoea    พบผู้ป่วยโรค Diarrhoea จำนวนทั้งสิ้น 978 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1516.96 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ช่วงเวลาที่มีอัตราการเกิดโรคเมื่อเทียบค่า median ย้อนหลัง 5 ปี พบว่า ช่วงเดือน ก.พ. – เม.ย. มีอัตราการเกิดโรคมากกว่าค่า median เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อซึ่งเป็นช่วงหน้าร้อน กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 7069.56 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าอาชีพที่ป่วยมากที่สุดคือ ในความปกครองจำนวน 283ราย รองลงมาคือ รับจ้าง จำนวน 278 ราย ตำบลที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ ตำบลทุ่งขนาน อัตราป่วยเท่ากับ 1,829.68  การป้องกันเชิงรุก ให้สุขศึกษากับมารดา/บิดา ในเรื่องของการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ในวันคลินิก WBC ให้การสนับสนุนวิชาการเรื่องโรคอุจจาระร่วงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ชั้นอนุบาลในโรงเรียน ให้สุขศึกษาเชิงรุกในชุมชน – เสียงตามในชุมชน – ประชุมหมู่บ้าน  Pneumonia    พบผู้ป่วยโรค Pneumonia จำนวนทั้งสิ้น 257 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 398.63 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ช่วงเวลาที่พบอัตราป่วยสูงเมื่อเทียบค่า median คือเดือน ม.ค. – มี.ค. กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 2280.5 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป โดยอาชีพที่ป่วยสูงสุด คือในความปกครอง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 74 ราย กลุ่มโรคที่สำคัญ รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ตำบลที่มีอัตราป่วย สูงสุดคือตำบลปะตง อัตราป่วยเท่ากับ 597.38 ต่อแสนประชากร  การป้องกันและควบคุมโรค  หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ โดยเฉพาะไม่ควรพาเด็กเล็กๆไปในสถานที่ดังกล่าวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ภาวะทุพโภชนา ควันบุหรี่ ควันไฟ ควันจากท่อไอเสียรถยนต์ หรืออากาศที่หนาวเย็นไม่ควรให้เด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีและผู้ที่สุขภาพไม่แข็งแรงคลุกคลีกับผู้ป่วยให้วัคซีนป้องกันแก่ผู้ที่เสี่ยง วัคซีนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีผลในการลดอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบในชุมชนในต่างประเทศ คือวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ  การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม  รายงานการระบาด: เมื่อพบการป่วยเป็นกลุ่มก้อนให้รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันทีทางโทรศัพท์หรือโทรสาร แล้วส่ง รง.506ไปตามลำดับขั้นของเครือข่ายระบาดวิทยา  การแยกผู้ป่วย: จัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะอยู่ห้องแยก เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยอื่นที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ  การทำลายเชื้อ: ทำลายเชื้อที่ออกมาในสารคัดหลั่ง เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยปิดปากและจมูกด้วยผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูเวลาไอหรือจาม ล้างมือหลังสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือ เสมหะ และควรพักอยู่บ้าน 2-3 วัน ขณะมีไข้หรือไอมาก ซึ่งเป็นระยะที่แพร่เชื้อได้มาก  การสอบสวนผู้สัมผัสและแหล่งโรค: ไม่มีความจำเป็นยกเว้นกรณีที่สงสัยว่าจะเป็นปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ที่จะทำให้เกิดการระบาด หรือปอดอักเสบจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่  Hand foot mouth disease    พบผู้ป่วยโรค Hand foot mouth disease จำนวนทั้งสิ้น 98 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 152.01 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ช่วงเวลาที่พบจำนวนป่วยมากอยู่ระหว่างเดือน มิ.ย. – ส.ค. กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 2337.51 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือในความปกครอง จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 74 ราย รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน ตำบลที่มีอัตราป่วย สูงสุดคือตำบล ทับช้าง อัตราป่วยเท่ากับ 223.97 ต่อแสนประชากรรองลงมาคือ ตำบล ทุ่งขนาน  การป้องกัน  ให้สุขศึกษากับมารดา/บิดา ในเรื่องของการป้องกันโรคมือ ปากเท้า ในเด็ก ในวันคลินิก WBC ให้การสนับสนุนวิชาการเรื่องโรคมือ ปาก เท้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ชั้นอนุบาลในโรงเรียน สอนการตรวจเบื้องต้นให้กับคุณครู ในการตรวจเด็กทุกเช้า เมื่อพบมีอาการหรือเป็นไข้ให้ผู้ปกครองรับกลับบ้าน ให้สุขศึกษาเชิงรุกในชุมชน – เสียงตามในชุมชน – ประชุมหมู่บ้าน  Influenza    พบผู้ป่วยโรค Influenza(15,91) จำนวนทั้งสิ้น 56 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 86.86 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ มิ.ย. – ส.ค. กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 285.06 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 24 ราย รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือตำบลปะตง อัตราป่วยเท่ากับ 128.98 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือตำบลทรายขาวการป้องกันเชิงรุกให้สุขศึกษากับมารดา/บิดา ในเรื่องของการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในเด็ก ในวันคลินิก WBC ให้การสนับสนุนวิชาการเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ชั้นอนุบาลในโรงเรียน ตรวจเบื้องต้นโดยคุณครู ในการตรวจเด็กทุกเช้า เมื่อพบมีอาการหรือเป็นไข้ให้ผู้ปกครองรับกลับบ้าน ให้สุขศึกษาเชิงรุกในชุมชน - เสียงตามในชุมชน - ประชุมหมู่บ้าน  ไข้เลือดออก    พบผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 46 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 71.35 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ช่วงเดือน พ.ค. – ก.ค. พบจำนวนผู้ป่วยมากสุด แต่ยังไม่เกินค่า median ช่วงนี้เป็นช่วงฝนตกชุกเหมาะกับการเจริญเติบโตและแพร่กระจายเชื้อของยุง กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 266.25 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 23 ราย รองลงมาคือ อาชีพนปค. ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือตำบลทับช้าง อัตราป่วยเท่ากับ 157.38 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ตำบลทรายขาว  การป้องกันเชิงรุก  ให้การสนับสนุนวิชาการเรื่องโรคไข้เลือดออกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ในโรงเรียน ควบคุมโรคทางกายภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย แบบบูรณาการร่วมกับทุกฝ่าย ช่วงเดือน มี.ค. – เม.ย. ของทุกปี ให้สุขศึกษาเชิงรุกในชุมชน – เสียงตามในชุมชน – ประชุมหมู่บ้าน |
|  |  |
| 68การตอบสนองต่อการระบาดและการเผยแพร่ข้อมูล |  |
| II-9การทำงานกับชุมชน | | |
| 69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | ควรเพิ่มการนำเนอข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่ครอบคลุมต่างด้าวมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วย ที่เชื่อมโยงการสร้างสุขภาพ คืนให้แต่ละชุมชน เพื่อนำไปทำประชาคมให้แก่ชุมชนได้ทราบปัญหาด้านสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน นอกจากนั้นยังควรกระตุ้นให้ชุมชนมองปัญหาอื่นๆให้ครอบคลุมปัญหาทางสังคม เช่น การติดเกมส์ ติดโทรศัพท์มือถือ ที่ตัวแทนชุมชนได้ให้ความสำคัญ | ส่งคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและท้องถิ่น ก่อนดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ ซึ่งจะนำไปแก้ปัญหาของแต่ละท้องถิ่น โดยการของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ในทุกตำบล เช่น รพ.สต.เตาถ่าน บ้านซับตารี ได้นำข้อมูลโรคติดต่อชายแดน มาจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพชายแดน( คสช.) ให้มีการเฝ้าระวังโรคโดยยึดหลัก รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมโรคเร็ว โดยใช้แบบคัดกรองผู้ต้องสงสัยเป็นโรคในพื้นที่ชายแดนเป็นเครื่องมือ  PCU . รพ.สอยดาว : หมู่ 6 เขาแก้ว ชุมชน และโรงเรียน จัดกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเรียนรู้ให้กับเด็กนักเรียนเพื่อลดปัญหาเด็กติดโทรศัพท์ ติดเกมส์ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 3 อ.2ส. เชื่อมโยง บ้านวัดโรงเรียน ( โดยให้เด็กนักเรียนใส่ชุดขาวทุกวันพระ การออกกำลังกายทุกวันอังคาร การใช้สมุนไพรพื้นบ้านทุกวันพุธ โดย อสม.ในชุมชน ได้จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์ขยายพื้นที่การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากพันธุกรรมพืช โดยกิจกรรมให้นักเรียนมีส่วนร่วมทำสบู่สมุนไพร และการทำลูกประคบ และน้ำแช่เท้าสมุนไพรลดปวด รพ.สต. บ้านปะตง : จัดทำโครงการชุมชนคลองทรายเขาสอยดาวเหนือพัฒนาสร้างสุขภาพตามรอยพ่อ ปี2560 เรื่องเกษตรอินทรีย์ วิถีสุขภาพ ตามศาสตร์พระราชา : โครงการยา 9 เม็ด หมอเขียว บูรณาการปลูกผักปลอดสารและทำปุ๋ยชีวภาพในภาพเพื่อลดการใช้สารเคมี |
| 70 การเสริมพลังชุมชน |  | - สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน  - มีการประเมินและปรับปรุงการทำงานกับชุมชน โดยงานเวชปฏิบัติครอบครัว |
| ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | |
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | | |
| 71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | ควรลดปัญหา อุปสรรคในด้านภาษา การปฏิเสธการส่งต่อของผู้ป่วยต่างด้าวให้แก่ทุกหน่วยงาน และวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเข้าถึงที่ยังคงล่าช้าในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke , AMI, การฝากครรภ์และการคลอด โดยคำนึงถึงบริบทในพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การประสานงานในการจัดการ เสริมพลังให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดความเข้าใจ ชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้ในเวลาที่รวดเร็วมากขึ้น และพัฒนาการจัดบริการส่งต่อให้แก่ผู้ป่วยต่างด้าวที่เหมาะสม(ทั้งในไทยและกลับภูมิลำเนา) | ลดอุปสรรคด้านภาษา   1. มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารภาษากัมพูชา มีเวรเปล /ผู้ช่วยเหลือคนไข้ /พยาบาล ด่านหน้า 2. มีป้ายประชาสัมพันธ์ และป้ายจุดบริการ 3 ภาษา ไทยกัมพูชา และอังกฤษ 3. จ้างล่ามสื่อสารภาษากัมพูชา 1 คน 4. จัดศูนย์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ(FCSC) 5. ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบเป็นมิตรแก่ประชากรต่างด้าว (Friendly service) ทั้ง 5 ข้อ 6. จัดอบรมสมรรถนะบุคลากรด้านการสื่อสารภาษาประเทศเพื่อนบ้าน ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ76.96 บุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลสอยดาวส่วนใหญ่มีความสามารถสื่อสารกันได้ สื่อสารกันได้ดีมาก ร้อยละ 2.31 สื่อสารกันไม่รู้เรื่องเลย ร้อยละ 0.91   ด้านปฏิเสธการส่งต่อ   1. มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติภายในเครือข่าย ไม่ปฏิเสธการส่งต่อ หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตสามารถส่งต่อได้ทุกกรณี ผลการดำเนินงานยังพบ โรงพยาบาลศูนย์ ปฏิเสธการรักษาอยู่ในชาวต่างชาติและบัตรทองต่างจังหวัด 2. การส่งผู้ป่วยกัมพูชากลับภูมิลำเนา มีโครงการส่งคนรักกลับบ้าน โดยหน่วย EMS เริ่มที่อบต.สะตอน ตั้งแต่ต.ค.59จนถึงปัจจุบันสามารถส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินทางกลับบ้านได้ 20 ราย(ทั้งชาวไทยและกัมพูชา ปี 2561เพิ่มการบริการอีก 1 หน่วยบริการที่อบต.ทุ่งขนาน   การเข้าถึงในกลุ่ม stroke , MI , การฝากครรภ์และการคลอด   1. ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรค การบริการฉุกเฉิน 2. พัฒนาระบบ EMS โดยเพิ่มหน่วยบริการในพื้นที่ที่ห่างไกลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สามารถลงทะเบียนล่วงหน้าในการใช้บริการฉุกเฉินในกรณีคลอด   การเสริมพลังในกลุ่มเสี่ยงและโรคเรื้อรัง   1. ชมรมรักษ์หัวใจ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและความเสี่ยงที่จะเกิดโรคโดยออกให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงทุกรพ.สต.ในวันคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. จัดทำชมรมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในแต่ละตำบล โดยเริ่มที่ตำบลสะตอน มีหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและประเมิน CVD risk รายงานและติดตามผล และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง |
|  |  | การเข้าถึงในกลุ่ม stroke , MI , การฝากครรภ์และการคลอด  1.ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรค การบริการฉุกเฉิน ทุก รพ.สต จำนวน 12 แห่ง ร้อยละ 100 (เดิม ร้อยละ 50 ) และ 2 อบต. ร้อยละ 40  2.พัฒนาระบบ EMS โดยเพิ่มหน่วยบริการขึ้นมาเป็น 3 หน่วย ให้บริการได้ครอบคลุม 3 ตำบล ร้อยละ 75 (5 ตำบล) อีก 2 ตำบล /3 หน่วย มีแผนพัฒนาระบบ EMS ปี 2561  3.ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่มีการลงทะเบียนล่วงหน้า ใช้บริการฉุกเฉิน 1669 ในกรณีคลอด 3 ราย ปี 2561 เพิ่มระบบแผนที่บ้าน check in on Google map  การเสริมพลังในกลุ่มเสี่ยงและโรคเรื้อรัง  1.ชมรมรักษ์หัวใจ จำนวน 50 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและความเสี่ยงที่จะเกิดโรคโดยออกให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงทุกรพ.สต.ในวันคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ออกให้บริการทุก 3 เดือน (6 รพ.สต.) ร้อยละ 100  2.จัดทำชมรมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3 แห่ง ร้อยละ 50 ใน รพ.สต. สะตอน และ PCU รพ. และ คลินิก รพ. ตำบล โดยเริ่มที่ตำบลสะตอน มีหน้าที่เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและประเมิน CVD risk รายงานและติดตามผล และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ผลการดำเนินงานอัตราป่วยรายใหม่ DM 32.10 อัตราป่วยรายใหม่ HT 34.71 (อำเภอ) |
|  | 1.ทีมได้นำเกณฑ์ ESI มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยด่านหน้า และ ER แต่อย่างไรก็ตาม ทีมควรทำการทบทวนเกณฑ์ดังกล่าวให้สอดคล้องกับเป้าหมายการคัดกรองด่านหน้า ให้มีความชัดเจน ความไวในการแยกประเภทผู้ป่วยไปรับการรักษาในแผนกที่เหมาะสม ด้วยการตามรอยการคัดกรองที่หน้างานและนำผลการทบทวนผู้ป่วยที่ทรุดลง หรือ ส่งต่อมา ER หรือ refer หลัง admit 24 ชั่วโมงมาทบทวนปรับเกณฑ์การคัดกรองให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล  2.เนื่องจากในโรงพยาบาลมีผู้รับบริการนอกเวลาจำนวนมาก ดังนั้นทีมควรจัดให้มีระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมนอกเวลา โดยมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและสามารถสื่อสารให้แก่ชาวต่างด้าวเข้าใจ | การคัดกรอง  1.เกณฑ์การคัดกรอง นำESI มาปรับเปลี่ยนเกณฑ์ให้เข้ากับแนวทางการคัดกรองของโรงพยาบาล และมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ(E up) ทุกเดือนเพื่อนำมาปรับแนวทางในการคัดกรอง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่ปรับเกณฑ์ยังไม่พบอุบัติการณ์ที่จุดคัดกรอง  2.มีการทบทวน case ที่admit จาก ER และ refer ภาย ใน 24 ชม.ทุก case และนำผลที่ได้จากการทบทวน มาปรับ แก้แนวทางในการคัดกรองและการ admit ผู้ป่วย ผลการทบทวน refer in 24 ชม. มีจำนวน 196 ปี 2560 (plan 176 และ unplan20) ราย พบว่า  1. COPD c AE ...... ราย 2.UGIB…… ราย 3.CKD ….. ราย สาเหตุ 1. จากการ assess และReassess ไม่เหมาะสม ตรวจร่างกายไม่ครบ ไม่พบบันทึกที่ ER จากแพทย์ ร้อยละ .......  3.การเข้ารับบริการนอกเวลา มีการจัดระบบการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ ตลอด 24 ชม. และมีการรับพนักงานเปลที่สามารถพูดสื่อสารภาษากัมพูชาได้ และมีการจัดเวรผลัดได้ตลอด 24 ชม. หลังปรับระบบยังไม่พบอุบัติการณ์ |
| 73การให้ข้อมูลและ informed consent | ควรทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการให้ความยินยอมการรักษา ทั้งชาวไทยและต่างด้าว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจนสิ้นสุดกระบวนการ(พบชาวต่างด้าวปฏิเสธการรักษา/ส่งต่อ) | 1.เดือนตุลาคม 59 จัดทำแนวทาง informed consent แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแพทย์เจ้าของไข้/พยาบาล และแนะนำการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ทุกรายที่ admit / refer / ผ่าตัดหรือปฏิเสธการรักษา  ผลการดำเนินงานยังพบผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในปี 2559 จำนวน 34 ราย ดังนี้1. ขอไปรพ.เอกชนเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง(ในผู้ป่วยเด็ก)และมีประกันชีวิต 2.ขอกลับบ้าน เนื่องจากนอนโรงพยาบาลนาน(> 3 วัน)พบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง 3.ขอไปรักษาต่อใกล้บ้านใกล้ญาติพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย | | |
| 74การประเมินผู้ป่วย | 1.ควรทบทวนเกณฑ์การประเมินแรกรับของผู้ป่วยในและ LR ให้สามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับอาการ ความรุนแรงได้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการประเมินซ้ำในเวลา ประเด็นที่เหมาะสม นำผลการประเมินของแพทย์มาร่วมวางแผนดูแล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ไปในทิศทางเดียวกัน  2.ควรทบทวนการประเมินให้รอบด้าน ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ โรคร่วมที่สำคัญ ที่เป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรค เช่น การเกิด hypo-hyperglycemia ใช้ยาถูกต้องแต่กินได้น้อยจากสาเหตุด้านจิตใจ เบื่ออาหาร เป็นต้น  3.ควรทบทวนการประเมินซ้ำให้เหมาะสม ทันเวลาตามการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม หรือตามการปฏิบัติของ CPG, WI ที่ได้ดำเนินงานไว้ มีการบันทึกให้ทันเวลา | 1. เกณฑ์การประเมินแรกรับผู้ป่วยในและห้องคลอด มีการแยกจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม ภาระงานและความรุนแรงของโรคทุกรายทุกเวร นำ clinical risk รายโรคที่แพทย์ระบุใน progress note มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายนั้นๆ ผลการดำเนินงานผู้ป่วยในนำ clinical risk รายโรคที่แพทย์ระบุใน progress note มาวางแผนการพยาบาลทุกรายคิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนห้องคลอดใช้เกณฑ์การประเมินแรกรับของมารดาคลอด คิดเป็นร้อยละ 100  2.ปรับเปลี่ยนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและด้านอารมณ์สังคม จิตใจ แรกรับเป็นตลอดการรักษาจนกระทั่งจำ หน่าย และนำมาวางแผนการพยาบาลในแต่ละรายแต่ละเวร ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลจะได้รับการประเมินด้านจิตใจทุกรายโดยใช้แบบประเมิน 2Q หากพบ 1 ข้อ ส่งประเมินซ้ำโดยพยาบาลสุขภาพจิต ในกลุ่มโรคเบาหวานได้รับการประเมินโดย CM เภสัชกรและโภชนากร ทุกราย  3. พยาบาลลงบันทึกการประเมินซ้ำตาม CPG/WI รายโรค (Tracer 19 โรค)ในเวชระเบียน(ผู้ป่วยใน) ประเมินโดยผู้รับเวรถัดไปและบันทึกในรายการส่งเวร และในHos xp ผู้ป่วยนอกประเมินโดยแพทย์ผลการประเมินการใช้ CPG/WI ตาม tracer พบว่าพยาบาลใช้ CPG คิดเป็นร้อยละ 80 (จาก 19 โรค) Sepsis |
| 75การตรวจ investigate ที่จำเป็น |  | ปรับเปลี่ยนการตรวจ Trop T เป็น Trop I เนื่องจาก Trop I มีค่าการคลาดเคลื่อนน้อยกว่า  (เริ่ม มกราคม 2560) G6PD H/C |
| 76การวินิจฉัยโรค | ควรส่งเสริมการนำเวชระเบียน การติดตามผลการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่เสียชีวิต มาทบทวนการวินิจฉัยให้ถูกต้องมากขึ้น | ทบทวนการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มส่งต่อ โดยการติดตามจากใบตอบกลับ/โทรศัพท์ติดตามในกลุ่มโรค Stroke ,MI ,Appendicitis และ trauma ผลการติดตาม Appendicitis มีการวินิจฉัยถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 100 Stroke มีการวินิจฉัยถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 100  MI ปี60 มีการวินิจฉัยถูกต้องคิดเป็นร้อยละ100  Trauma ปี 60 มี miss Dx. 7 ราย ทบทวนพบว่าเกิดจากการตรวจร่างกายไม่ครบตามแนวทาง  การทบทวนการเสียชีวิตผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากสุดได้แก่กลุ่มมะเร็ง ได้มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยตัวโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ20 เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ10 (ญาติปฏิเสธการส่งต่อ) |
| III-3 การวางแผน | | |
| 77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | ควรส่งเสริมให้ทีมแพทย์กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการวางแผนการรักษา เช่น observe อาการแค่ไหน อย่างไร การติดตาม HAD พร้อมการบันทึกสื่อสาร เพื่อให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีการเฝ้าระวัง ติดตามรายงานตามเป้าหมายที่แพทย์ได้กำหนดไว้ เพื่อทำการปรับแผนการรักษาอย่างทันการณ์ | 1. มีการ orientation extern/ intern ทุกราย ผลปฏิบัติตาม CPG ร้อยละ 95 ไม่ปฏิบัติตาม เช่นกลุ่มโรค DM TB Sepsis ส่งผลกลับ องค์กรแพทย์ อุบัติการณ์ที่พบบ่อย 2. รวมใบการประเมินทางการพยาบาลกับใบmonitor HAD บางตัว เช่น insulin เข้าด้วยกันเพื่อใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 3. มีการกำหนดค่าวิกฤติของผล lab ให้รายงานภายใน 20 นาที การใช้ early warning sign ผลการดำเนินงานการรายงานค่าวิกฤติรายงานได้ภายใน 20 นาทีคิดเป็นร้อยละ 100 |
| 78 การวางแผนจำหน่าย | ควรกระตุ้นให้ทีมเพิ่มความสำคัญในการวางแผนจำหน่าย และทำความเข้าใจเป้าหมาย เน้นการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร HHC ให้เข้ามาร่วมในการวางแผน ด้วยการกำหนดประเด็นความรู้ ข้อมูลที่ต้องการสอน/ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติเฉพาะรายในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น กลุ่ม re admit COPD กลุ่มโรคร่วม ผู้มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มต่างด้าว ที่ชัดเจนในเวลาที่เหมาะสม มีการบันทึกสื่อสาร ประเมินผลต่อเนื่องและร่วมกันค้นหาอุปสรรค สาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยทรุดลง/ไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต การขาด/เปลี่ยนผู้ดูแล การเดินทาง นำมาร่วมวางแผนแก้ไข ปรับปรุงก่อน  จำหน่าย | เริ่มมีการปรับการประเมินผล ผู้ป่วยกลุ่ม COPD , DM โดยการใช้ใบวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาและประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากการวางแผนจำหน่ายจากแพทย์ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 34.28 |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย | | |
| 79 การดูแลทั่วไป |  | - มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาทุก 1 เดือน |
| 80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง | 1.ควรทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม high risk pregnancy โดยเฉพาะในกลุ่มชาวต่างชาติที่มาคลอด no ANC , ความเสี่ยงแรกรับในกลุ่มหญิงรอคลอด ตามหลักวิชาการด้วยข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย พร้อมการเฝ้าระวังที่สอดคล้องปัญหา ประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม การกำหนดค่า early warning sign ที่มีความจำเพาะของสูติกรรมในแต่ละระยะการดูแล เพื่อตัดสินใจรายงานแพทย์มาร่วมเตรียมการในเวลาที่เหมาะสม  2.ควรติดตามการดำเนินงาน ความเข้าใจในการนำ early warning sign ในการประเมินผู้ป่วยเช่น respiratory failure ,heart failure, septic shock ให้ทีมสามารถเข้าใจ นำไปปฏิบัติ เฝ้าระวัง และตอบสนองการดูแลได้ถูกต้อง | -ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม high risk pregnancy ในกลุ่มชาวต่างชาติที่มาคลอด no ANC 90 ราย พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 7.78 (BA 4 ราย ไม่มี refer PPH 3 ราย ไม่มี refer)  -ผลการประเมินความเสี่ยงแรกรับในกลุ่มหญิงรอคลอดทั้งหมด 353 ราย ประเมิน ร้อยละ 100 พบกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 88.39 เสี่ยงต่ำ ร้อยละ 11.61 พบอุบัติการณ์ ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 9.76 (BA 1 ราย PPH 3 ราย)  -จัดทำ early warning sign ในกลุ่ม Precipitate labour (กลุ่มเสี่ยงจำนวน 65 ราย) ประเมินผล ร้อยละ 100 รายงานแพทย์ เพื่อตัดสินใจในกรณี ก่อนพบอุบัติการณ์ BA 1 ราย และ PPH 4 ราย  -ประเมินการใช้ early warning sign ทุกรายขณะนอนโรงพยาบาลโดยหัวหน้างานทุกวันในกลุ่มโรคตาม tracer ผลการดำเนินงาน กลุ่ม sepsis มีการใช้ sos score คิดเป็นร้อยละ 92 กลุ่มเฝ้าระวัง respiratory failure คิดเป็นร้อยละ 94.8 |
| 81 การระงับความรู้สึก | ทีมควรวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง/ความเสี่ยงที่อาจพบจากการระงับความรู้สึกให้รัดกุม ทั้งด้านผู้ป่วย อุปกรณ์(ถังแก๊สไนตรัสที่ควบคุมปริมาณไม่ได้) กระบวนการ และนำกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ Bronchospasm หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ มาทบทวน ปรับปรุงกระบวนการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัยมากขึ้น | 1. ด้านอุปกรณ์การระงับความรู้สึกถังไนตรัสออกไซด์เดือนตุลาคม 59ได้เปลี่ยนถังไนตรัสและหัวปรับแรงดันชนิด 2หัว(วัดความดันในถังและวัดแรงดันของก๊าซที่ปล่อยออกมาก่อนเข้าเครื่องดมยาสลบ) และปี2561   1.1. ได้ดำเนินการติดตั้ง pipeline N2O โดยนำถัง N2O ไปวางไว้ที่ห้องเฉพาะที่สามารถควบคุมแรงดันมาตรฐาน มี zone valueเปิด ปิดและมีตัวควบคุมและปรับแรงดันก่อนจะมาที่ตัวจ่ายก๊าซ(outlet)  2. ปัจจุบันได้จัดซื้อเครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐาน สามารถวัดแรงดันของก๊าซและดมยาสลบได้  3. การทบทวนภาวะ แทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด  3.1 มีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทุกรายก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง/ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ผู้สูงอายุ >60 ปี,โรคประจำตัวต่างๆ HT, DM, CKD, asthma, COPD, obesity BMI>35 ,anemia Hct<30%,เด็กเล็กอายุ<5 ปีและCase emergency NPO time<6ชั่วโมง  3.2วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก   * เตรียมบุคลากรให้พร้อม ปี 2560 -2561 ส่งพยาบาลอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี 1 คน เพื่อให้ได้มาตรฐานวิสัญญี 2 คน/1ห้อง * เตรียมอุปกรณ์ รถ emergency ให้พร้อม * ทบทวนความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายกับแพทย์   3.3 ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลัง 1 ชั่วโมง ก่อนส่งกลับ score =10 |
| 82 การผ่าตัด |  | มีบริการผ่าตัด Tubal resection , D/C,F/C Debridement,Circumcision,Excision, Hernia โดย แพทย์ทั่วไป,และแก้ไขปัญหาเรื่องนิ้วล็อค โดย และทีมแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปีละ 2 ครั้ง  1.สถานที่เครื่องมือระบบงานและบุคลากรเอื้อต่อการผ่าตัดที่จำเป็นต่อบริบทของโรงพยาบาล  2.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม มีการประเมินวางแผนอย่างเหมาะสม ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด  3.กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย มีการใช้ Surgical checklist เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดผู้ป่วย  4.มีบริการผ่าตัด 24 ชม.พร้อมทีม ในผู้ป่วยรายที่ฉุกเฉิน เช่น ขูดมดลูกในกรณีผู้ป่วยตกเลือด |
| 83 อาหารและโภชนบำบัด | ควรติดตามประเมินผลการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วย ในกลุ่มต่างเพื่อประเมินระบบการให้โภชนศึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรนำผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหา เช่น ผู้ป่วย DM , CKD เป็นต้น มาจัดอาหารที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความต้องการสารอาหารและปริมาณแคลอรี่ที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย | - แผนการประเมินผลการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วย IPD กลุ่ม DM HT โรคหัวใจและหลอดเลือด OPD ในกลุ่ม CKD stage 3b ขึ้นไป และในทุกรายที่แพทย์ส่งปรึกษา ผลการดำเนินงาน ต.ค.59-ส.ค.60 IPDจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 77 ราย แยกเป็น  DM= 48 ราย / DM+ HT = 23 ราย / CKD = 3 ราย / HT=3 ราย  จากการติดตามประเมินผลพบว่า  - ผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแลระดับน้ำตาล/ความดัน/ได้ ดี 41 ราย (คิดเป็น=53.2%)  -ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 32 ราย (สาเหตุเกิดจาก ผิดนัด/ขาดยา/ไม่ได้ควบคุมอาหาร/รับประทาน ยาสมุนไพร) (คิดเป็น=41.6%)  - ผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย (จากภาวะแทรกซ้อน - ติดเชื้อฯและอื่นๆ) (คิดเป็น=5.2%)  ประเมินภาวะโภชนาการจากการทำกลุ่ม OPD ( CKD stage 3b ขึ้นไป) 37 ราย  - ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับค่า EGFR ระดับ .....ได้ ดี 24 ราย (คิดเป็น=64.9%)  - ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ EGFR ไม่ได้ 13 ราย (คิดเป็น=35.1%) สาเหตุเกิดจาก ผิดนัด /ไม่ควบคุมอาหารรับประทานเค็ม) |
| 84 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | สถิติพบการเสียชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก CA เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทีมควรเรียนรู้ในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วย/ญาติ ด้วยทีมสหสาขา ตามระยะต่างๆของการเจ็บป่วย จนถึงระยะสุดท้ายที่มีเป้าหมายชัดเจนครอบคลุมกลุ่มต่างด้าว มีการประเมินสภาพจิตใจ กาย สังคม อย่างเป็นองค์รวม และให้การติดตามดูแลอย่างเหมาะสม | 1. ทีม palliative care โดยบูรณาการร่วมกับทีม HHC เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย3 วัน จำนวน 8 คน 2. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขั้นพื้นฐาน(รพ.พระปกเกล้าและศูนย์มะเร็งชลบุรี) จำนวน 6 คน 3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กำหนดกลุ่มโรค CA COPD CKD ERRD stage 5 กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำร่วมกับรพศ.เพื่อให้เป็นไปในทางเดียวกัน |
| 85 การบำบัดอาการเจ็บปวด | ควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินความเจ็บปวดให้ครอบคลุม เช่น กลุ่มรอคลอด หลังคลอด หลังผ่าตัด กลุ่มเด็ก ผู้ป่วยระสุดท้าย เป็นต้น มีพร้อมกำหนดแนวทางการบำบัดที่ชัดเจนตามระดับความเจ็บปวด ทั้งใช้ยา หรือทางเลือกอื่นๆ และมีการติดตามประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม | * กำหนดนโยบาย pain management   ในทุกหน่วยงาน เดือนตุลาคม 2557 กลุ่ม Acute pain ได้แก่ Abdominal pain, Headache,อุบัติเหตุที่มี Fracture กลุ่ม Chronic pain ได้แก่ CA ระยะสุดท้าย   * ประเมิน pain โดยใช้ numeric scale ทุกหน่วยงานทั้งในผู้ป่วย acute และ chronic ผลการดำเนินงานพบว่ามีการประเมินคิดเป็นร้อยละ 85 ขาดในส่วนของผู้ป่วย chronic พบอุบัติการณ์...................................ปวดมาก สเกลเกิน 7 * บริหารยาบรรเทาปวดและประเมินซ้ำตามแนวทางที่กำหนดให้ จากการทบทวนเวชระเบียนพบมีการประเมินซ้ำตามแนวทางคิดเป็นร้อยละ 90 * ในกลุ่มรอคลอด ใช้การนวดเพื่อผ่อนคลายและ empowerment กลุ่มมารดาที่ pain scale > 7 หลังได้รับการนวด pain scale ลดลงคิดเป็นร้อยละ..... * CPG Pain management ประเมินปวดทั้งในโรงพยาบาล ยังใช้ CPG ได้เฉพาะที่ รพ. ร้อยละ 100 และการประเมินอาการเจ็บปวดที่บ้านจัดทำคู่มือประเมินตนเอง (อ.ฉันทนา) * ยังไม่สามารถใช้แนวทางการระงับปวดด้านจิตบำบัด |
| 86 การฟื้นฟูสภาพ | ควรทบทวนผลการประเมินผลการฟื้นฟู มีตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์การฟื้นฟูให้เหมาะสม มีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ควรทบทวนความครอบคลุมของผู้ป่วยในชุมชน ใช้ระบบเครือข่ายในการร่วมฟื้นฟู จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชนในการดำเนินงานร่วมกัน | 1. ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดในกลุ่ม stroke อัตราผู้ป่วย Stroke รายใหม่ที่มี Barthes  index < 15 ได้รับ intensive rehab ดีขึ้นอย่าง น้อย 1 ระดับ ปี 59 =61.58 % ปี60= 92.3 %  2. ได้ทำการฝึกอบรม care giver 2 รุ่น ปี 59 24 คน ใน ต.ปะตงมีครบทั้ง 11 หมู่บ้าน ปี 60 ขยายสู่ชุมชนอื่นได้แก่เขตเทศบาลทรายขาว อบรมเพิ่ม 10 คนผลการติดตามหลังอบรม care giver ออกเยี่ยมและแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและติดบ้านติดเตียง โดยมีพยาบาลออกร่วมด้วย แผนปีหน้าให้กลุ่ม care giver ออกเยี่ยมเอง |
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว | | |
| 88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | จากการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานและศึกษาเอกสารพบโอกาสพัฒนาในการเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาการสื่อสารระหว่างชาวต่างชาติ ทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย การดูแลตนเองรวมทั้งเน้นการให้ข้อมูล เสริมพลังที่ทำให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบทท้องที่ เช่น การควบคุมอาหาร ผลไม้ตามฤดูกาลในพื้นที่ เป็นต้น | 1. ได้ดำเนินการจัดทำแผ่นพับเพิ่มเป็นภาษากัมพูชา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มต่างชาติที่มารับบริการมากที่สุด ทำแผ่นพับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง สามภาษา ( กัมพูชา,อังกฤษ,ไทย) ภายใน ธันวาคม 2559  2. จัดซื้อ model อาหารสำหรับสอนผู้ป่วยในคลินิกและได้พัฒนาแผ่นภาพอาหารเพิ่มเป็นอาหารในท้องถิ่น |
| III-6การดูแลต่อเนื่อง | | |
| 89 การดูแลต่อเนื่อง | 1.ประสานทีม IM ในการออกแบบระบบ IT ที่เอื้อในการติดตามนัดอย่างต่อเนื่อง และทำการติดตามผลจากการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่ทีมเยี่ยมบ้าน ทีมรพ.สต. ในการดูแลต่อเนื่อง  2.วิเคราะห์ สาเหตุ ปัญหาของการขาดนัดที่มีจำนวนมาก นำมาทำการปรับปรุงให้สอดคล้องกับสาเหตุ บริบท เช่น พื้นที่ไกล ขาดรถประจำทาง ไม่มีรถส่วนตัว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง | 1. ใช้ drop box ซึ่งสามารถส่งรายละเอียด ได้มากกว่าไลน์ และใช้ password เดียวกันทุกคน ในการรับส่งข้อมูลและประเมินผลการเยี่ยมบ้าน ผลการดำเนินงานพบว่าการใช้ drop box ไม่สามรถดำเนินการให้ลุล่วงได้จึงได้ปรับเปลี่ยนการส่งต่อข้อมูลไปยังรพ.สต.ทางระบบ Thai refer กำลังอยู่ในช่วงเก็บข้อมูล   วิเคราะห์สาเหตุการขาดนัดพบว่าผู้ป่วย ยาเดิมยังมีอยู่ รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ลืมวันนัด นัดเข้าคลินิกอื่น เช่น CKD เดินทางไปต่างจังหวัด ตามลำดับ จึงปรับระบบนัดโดย   1. มีการบันทึกรายการนัดในโปรแกรมนัดผู้ป่วย ทุกราย และปรับระบบการติดตามโดยมีการตรวจสอบรายการนัดผู้ป่วยในวันที่นัด กรณีไม่มาตามนัด โทรติดตามผู้ป่วยในวันที่นัด กรณีที่ติดต่อไม่ได้ ประสาน รพ สต ในพื้นที่ติดตาม ผลพบว่า ขาดนัดและขาดยาร้อยละ 1.42 สาเหตุจาก ไม่มีคนนำส่ง ไม่มีผู้ดูแล วางแผนหาผู้ดูแล เพื่อนบ้าน อสม. รพ.สต. ที่สามารถส่งต่อข้อมูลได้รวดเร็ว   2. ลงบันทึกระบบรายการนัดครั้งหมายครั้งต่อไปในโปรแกรมการนัดหมายระบบ Hos XP  และตรวจสอบ รายการนัดครั้งต่อไปเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลพบว่า ประสิทธิภาพ  ของระบบบันทึกการนัดหมาย ร้อยละ 100 ใช้ 2 ช่องทาง โดยการโทรศัพท์ และ  ติดต่อ รพ.สต. |