**ตอนที่ IV ผลการดำเนินการโรงพยาบาลป่าพะยอม อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง**

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

กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 85 -90 และความปลอดภัยของบุคคลากรในด้านกำลังคนข้อ 94 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

**สารบัญ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** |  | **หน้า** |
| **(1)** | **IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |
| 1. | **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** |  |
|  | 1.อัตรา Re- visit ภายใน 48 ชม | 4 |
|  | 2.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน  3.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke | 5 |
|  | 4.จำนวนผู้ป่วย ACS เสียชีวิตที่โรงพยาบาล | 5 |
|  | 5.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis ที่รับไว้ในรพ. | 5 |
| 2 | **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** |  |
|  | 1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาที | 6 |
|  | 2.อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ รพ.ป่าพะยอม ได้รับยา Streptokinase ภายใน 30 นาที | 6 |
| 3. | **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** |  |
|  | 1.อัตรา cure rate ของผู้ป่วย TB | 7 |
|  | 2.อัตราผู้ป่วยเรื้อรังตามจุดเน้นได้รับการเยี่ยมบ้าน  3.อัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ | 7 |
| 4. | **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** |  |
|  | 1.door to refer ACS | 8 |
|  | 2.door to refer Stroke | 8 |
| 5. | **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** |  |
|  | 1.จำนวนวันนอน LOS ใน COPD with exacerbation  2.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานRDU  3.อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | 9 |

**สารบัญ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** |  | **หน้า** |
| 6. | **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** |  |
|  | 1.อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง | 9 |
|  | 2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24ชม.หลังได้รับยาระงับความรู้สึก | 9 |
| 7. | **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** |  |
|  | อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ( Health care associated infections) ต่อ 1000 วันนอน | 9 |
| 8. | **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** |  |
|  | 1.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ (ครั้ง) | 11 |
| 9. | **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** |  |
|  | 1.อัตรามารดาที่มีภาวะ Postpartum Hemorrhage (PPH) | 12 |
|  | 2.อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia | 12 |
|  | 3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (ตา ไต เท้า) | 13 |
| 10. | **89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** |  |
|  | 1.อัตราการรายงานผลผิดพลาดผลทางห้องปฏิบัติการ | 13 |
| 11. | **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** |  |
|  | 1.ร้อยละของการคัดแยก undertriage ที่ ER\* | 14 |
|  | 3.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค | 14 |
|  | 4.อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที | 14 |
|  | **ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** |  |
| 12. | **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** |  |
|  | 1.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยCOPD | 15 |
|  | 2.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยAsthma | 15 |
| 13. | **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** |  |
|  | 1.อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง | 16 |
|  | 2.อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง | 16 |
| **(2)** | **IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)** |  |
| 14. | **93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** |  |
|  | 1.ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | 17 |
|  | 2.ความพึงพอใจผู้ป่วยใน | 18 |
|  | 3.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 18 |

**สารบัญ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** |  | **หน้า** |
| **(3)** | **IV-3 ผลด้านกำลังคน** |  |
| 15. | **94 ผลด้านกำลังคน** |  |
|  | 1.ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน(**I**) | 19 |
|  | 2.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)  3..สภาวะสุขภาพของบุคลากร -กลุ่มปกติ / กลุ่มเสี่ยง /กลุ่มป่วย  4.อุบัติการณ์ความไม่มั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศ(S) | 20 |
| **(4)** | **IV-4 ผลด้านการนำ** |  |
| 16. | **95 ผลด้านการนำ (IV-4)** |  |
|  | 1.การบรรลุผลตัวชี้วัดองค์กร  2.การบรรลุผลตามแผนปฏิบัติการ  3.ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (HA)  4.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษายาเสพติดที่ให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสพติด  5. Case Mix Index (CMI)  6.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA  7.ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital | 21 |
| (5) | **IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** |  |
| 17 | **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV**  1.ร้อยละอุบัติการณ์เกือบพลาด (Near Miss)  2.คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม  3.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียหลังการบำบัดผ่านเกณฑ์  4.ผลการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัย  5.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก  6.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยใน |  |
|  |  |  |
| . | **IV-6 ผลด้านการเงิน** | 23 |
| 18. | **97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)** | 23 |
|  | 1.อัตราทุนหมุนเวียน Current Ratio (เท่า)  2.อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio (เท่า)  3.อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน Cash Ratio (เท่า)  4.ทุนสำรองสุทธิ Net Working Capitation (บาท)  5.รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายNet Income+ Depleciation  6.ค่าวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) |  |
|  |  |  |

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2559** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อัตรา Re- visit ภายใน 48 ชม | <5:1000ครั้งบริการ | 3.80 | 2.64 | 7.67 | 4.33 | 4.03 | 4.03 |
| 2.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน | < 0.50% | 0.33 | 0.72 | 0.45 | 0.81 | 0.45 | 0.48 |
| 3.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.จำนวนผู้ป่วย ACS เสียชีวิตที่โรงพยาบาล | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis ที่รับไว้ในรพ. | 0 | NA | 0 | 2.70 | 0 | 0 | 0 |

**80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม** 1.อัตราRe- visit ภายใน 48 ชม

อัตรา Re-visit ต่อพันครั้งบริการภายใน 48 ชม. ของ OPD มีแนวโน้มลดลงและผ่านเป้าหมายตั้งแต่ปี 2562 โดยในปี 2561 มีอัตราการ re-visit มากที่สุดโดย 3 ลำดับแรกคือ 1.กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ(pharyngitis,common cold, Tonsillitis) 2.กลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร(AGE, gastritis, dyspepsia ) 3.กลุ่ม Dizziness เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับอาการที่เป็นอยู่ 2)มีอาการเพิ่มเติมและอาการไม่ทุเลาหลังจากรับยาไปแล้วต้องการมารับการรักษาต่อ 3) ต้องการมารับการตรวจเพิ่มเติม จึงได้มีการปรับปรุงระบบดังนี้ 1) จัดทำสื่อเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ,ระบบทางเดินอาหาร แจกให้ผู้ป่วยและญาติ 2) พยาบาลจุดบริการหลังตรวจจะให้คำแนะนำทุกรายเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวและอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาพบแพทย์ทันที 3) ผู้ป่วยที่มีอาการ Dizzinees ทุกรายแพทย์จะนัดมารับบริการในวันราชการเพื่อ Investigate หาสาเหตุและวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4) ผู้ป่วย re-visit ทุกรายจะได้รับคำแนะนำหลังตรวจจากพยาบาลและเป็นข้อมูลที่ตรงกับปัญหาจริงๆของผู้ป่วย ทำให้ปี 2563 อัตราRe-visit ลดลงเหลือร้อยละ 4.03 และลดลงเหลือร้อยละ 3.98 ในปี 2564

**80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม** 2. อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราRe-admit ภายใน 28 วันมีแนวโน้มลดลงและผ่านเป้าหมายในปี2563 และ2564 โดยวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง ขาดอุปกรณ์ที่ต้องใช้ต่อที่บ้านเช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา ผู้ป่วยกลัวการอยู่บ้าน จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยยืมโดยการจัดตั้งศูนย์ยืมเครื่องมือ 2)พูดคุยให้คำปรึกษาผู้ป่วยเรื่องความเจ็บป่วย/ความจำเป็นของการนอนรพ. 3).ทบทวนปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1).ปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรคเน้นการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (กิจกรรม Grand Round) 2).พัฒนาบุคลากร update วิชาการใหม่ๆมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3)จัดหาเครื่องมือไว้ที่ศูนย์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

**80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม** 3.จำนวนผู้ป่วย stroke เสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560จนถึงปี2564 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่ รพ.ป่าพะยอม และจากการติดตามไม่พบผู้ป่วยส่งต่อที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของเครือข่าย Strokeจังหวัดพัทลุง

**80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม** 4.จำนวนผู้ป่วย ACS เสียชีวิตที่โรงพยาบาล

จากผลการดำเนินงานพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงจนเหลือศูนย์ในปี 2563 และ 2564 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตปี2560 พบว่าไม่ได้ทำ EKG ให้ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ epigastrium pain ปี 2561 เกิดจาก progressของโรคและปี2562 เกิดจากdefibrillation ช้าเมื่อคลื่นหัวใจเป็นVF จึงนำมาปรับปรุงและดำเนินการต่อเนื่องดังนี้ 1)ทำ EKG ทุกรายที่มี epigastrium pain 2) Case chest pain admit ทุกราย 3)ปฏิบัติ CPG ของเครือข่ายศูนย์หัวใจแผนพัฒนา 4)ทบทวนการใช้เครื่องมือ Defibrillator 5)ทบทวนการCPR

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ** 5.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis ที่รับไว้ในรพ. **ไม่ อัพคำอธิบาย**

กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis ที่รับไว้ใน รพ ปี 2560 -2562 ผู้ป่วย Sepsis ที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลป่าพะยอม ปีงบประมาณ 2560 มี 17 ราย ไม่มีอุบัติการณ์เสียชีวิตในโรงพยาบาล อาการทรุดลงและส่งต่อ 5 ราย อาการทุเลากลับบ้านได้ 12 ราย ในปีงบประมาณ 2561 ผู้ป่วยที่รับไว้วินิจฉัย Sepsis ทั้งหมด 37 ราย อาการทุเลากลับบ้านได้ 27 ราย อาการทรุดลง ส่งต่อ 8 ราย และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 1 ราย อัตราตายอยู่ที่ 2.7% ปีงบประมาณ 2562 ผู้ป่วย Sepsis ที่รับไว้ 39 ราย อาการทุเลากลับบ้านได้ 32 ราย อาการทรุดลงส่งต่อ 7 ราย ไม่มีอุบัติการณ์เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563 ผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้วินิจฉัย Sepsis จำนวน 35 ราย รักษาอาการทุเลา กลับบ้าน 24 ราย ส่งต่อจากอาการทรุดลง 10 ราย และปฏิเสธการรักษา 1 ราย ไม่มีอุบัติการณ์เสียชีวิตในโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบว่า การส่งต่อล่าช้า การใช้เครื่องมือประเมิน SOS SCORE ไม่ต่อเนื่อง และภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการเพาะเชื้อจากเลือด พบเชื้อ Streptococcus suis

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาที | 100% | NA | 100  4/4 | 66.6  12/18 | 77.7  14/18 | 75.0  6/8 |
| 2.อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ รพ.ป่าพะยอม ได้รับยา Streptokinase ภายใน 30 นาที | 100 | 50  2/4 | 0  0/1 | 100  1/1 | 0  0/1 | 100  1/1 |
| 3.อัตราผู้ป่วย sepsis ได้ ATB ภายใน 1ชม.(นับจากเวลาที่วินิจฉัย) | > 90% | 82.61 | 71.87 | 82.71 |  |  |
| 4.Stroke door to ER (ภายใน 2 ชม.30นาที) | > 80% | 46.6 | 55.5 | 61.25 | 31.5 | 36.53 |
| 5.ระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก < 60 นาที | <60นาที | N/A | 52.29 | 50.30 | 48 | 54 |

**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** 1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาที

ในปี 2564 มีผู้ป่วยSTEMIจำนวน 8ราย ได้รับการส่งต่อทันเวลาถึงศูนย์หัวใจภายใน120นาที 6 ราย=75% อีกสองรายที่ให้ไม่ทันเนื่องจาก Door to EKG ล่าช้า ทำให้ Door to refer ล่าช้าไปด้วย

**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** 2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยา Streptokinase ภายใน 30 นาที

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาStreptokinase ในแต่ละปีตั้งแต่ 2560 – 2564 มีจำนวนน้อยโดยเฉพาะสี่ปีหลังมีแค่ปีละ 1 รายเท่านั้น ทำให้ผลการดำเนินงานเป็นร้อยละในแต่ละปีมีความแตกต่างมาก อย่างไรก็ตามรพ.ได้เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทางที่แพทย์ศูนย์หัวใจวินิจฉัยและสั่งการ และจากการประเมินพบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางแต่ไม่ทันเวลาเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ เปิดเส้นIV ล่าช้าหาเส้นเลือดค่อนข้างยาก แนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS 1. มีการAlert Team 2.ปฏิบัติตาม CPG ของเครือข่ายศูนย์หัวใจพัทลุง

**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** 3.อัตราผู้ป่วย sepsis ได้ ATB ภายใน 1ชม.(นับจากเวลาที่วินิจฉัย)

**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** 4.Stroke door to ER (ภายใน 2 ชม.30นาที)

ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลง ด้วยสาเหตุ 1) ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการของstroke ที่ต้องมารพ. 2) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ลำพัง 3) เดินทางไม่สะดวกและไม่ได้ใช้บริการ EMS การปรับปรุงระบบหน่วยฉุกเฉินได้ดำเนินการการประสานไปยังคลินิก NCD รพ.สต. และPCU เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคStoke และประชาสัมพันธ์ระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน 1669

**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** 5.ระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก < 60 นาที

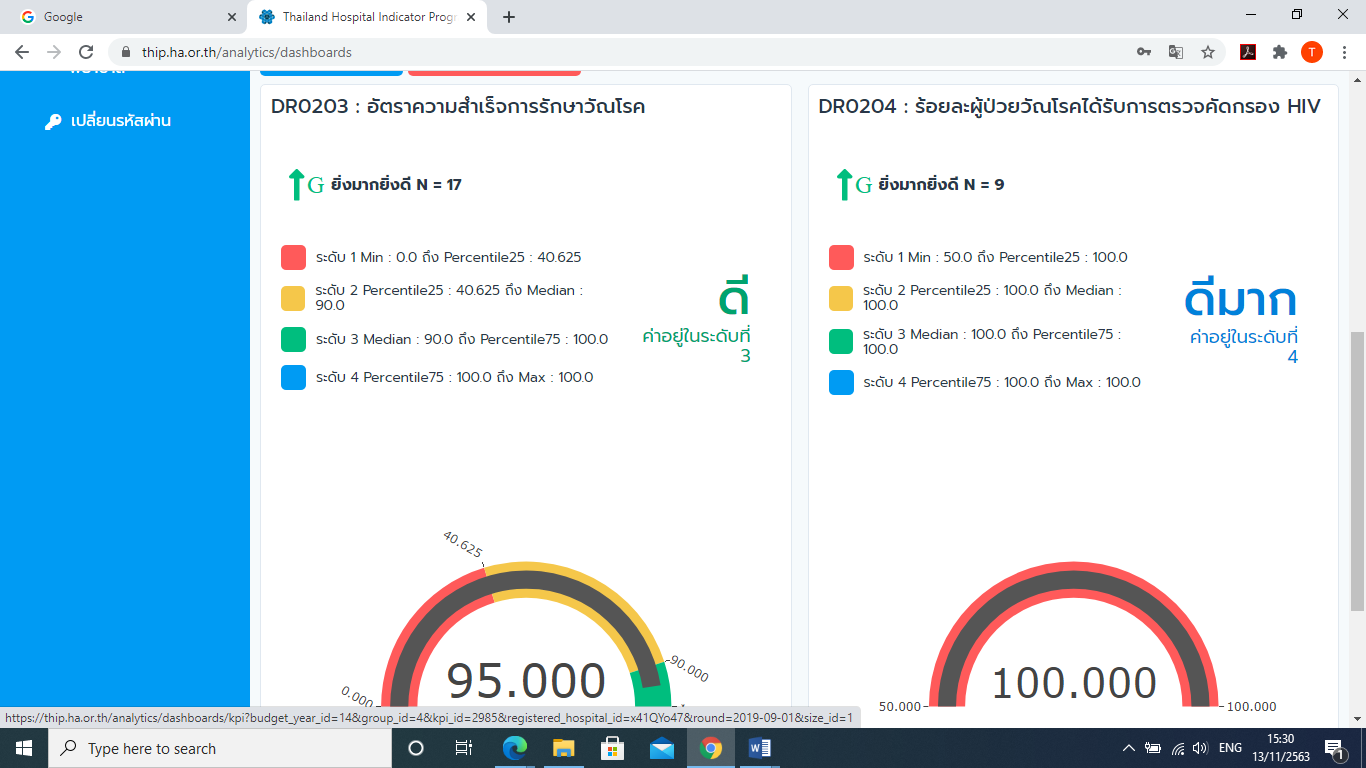
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอกน้อยลดลงประมาณปีละ 2 นาทีต่อเนื่องจากปี 2561- 2563 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2564 จากการวิเคราะห์พบว่าในปี 2562 รพ.ป่าพะยอมใช้ระบบการบันทึกข้อมูลการซักประวัติในเวชระเบียนและลงบันทึกอีกครั้งในระบบ mit-net , การบริหารอัตรากำลังของจนท.ที่ให้บริการ,ผู้ป่วยที่นัดมา F/U จะนัดมารับบริการในช่วงเช้า ทีม PCT ร่วมกับงานผู้ป่วยนอกได้ปรับปรุงระบบดังนี้ 1)นำระบบ paperless มาใช้เพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนลดระยะเวลาในการบันทึกและค้นหาเวชระเบียน 2)มีการบริหารอัตรากำลังโดยให้พยาบาลจุดซักประวัติมารับบริการก่อนเวลา 08.00 น. และแพทย์ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเวลา 08.30 น.ในช่วงเช้าและช่วงบ่ายเวลา 13.30 น. โดยแพทย์กำหนดตารางเวรในแต่ละวัน มีการแยกแพทย์ตรวจ OPDทั่วไปและผู้ป่วย NCDและเปิดตรวจผู้ป่วยทั่วไปอย่างน้อย 2 ห้องในแต่ละวัน 3)มีการพัฒนาระบบการนัดให้นัดเหลื่อมเวลา เกลี่ยการนัดผู้ป่วยที่มา F/U ให้มารับบริการทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่ายส่งผลให้ระยะเวลารอคอยลดลงในปี 2563เหลือ 48 นาที

ปี 2564 เนื่องจากสถานการณ์ โควิด-19 หน่วยงานได้เพิ่มจุดบริการคลินิก ARI ที่แผนกผู้ป่วยนอกอีก 1 จุด และมีจนท.จากหน่วยงาน OPD ไปให้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน 1คน ส่งผลให้อัตรากำลังที่แผนก OPD ลดลงจาก 6 คนเหลือ 5 คน รวมทั้งขอบเขตการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกให้บริการทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง(คลินิกเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, COPD ,Asthma ) ทำให้ในปี 2564 มีระยะเวลารอคอยเพิ่มขึ้นโดยพบว่าระยะเวลารอคอยการซักประวัติเพิ่มจาก 20 นาทีในปี 2563 เป็น 26 นาทีในปี 2564 มีแผนการปรับปรุงดังนี้ 1) จัดอัตรากำลังทดแทน 2) ให้พยาบาลประจำจุดคัดกรองมาให้บริการตั้งแต่เวลา 07.30 ของทุกวัน 3) ส่งยาไปยังรพ.สตในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อัตรา cure rate ของผู้ป่วย TB | >85% | 95 | 93.1 | 100 | 100 | 94.73 |
| 2.อัตราผู้ป่วยเรื้อรังตามจุดเน้นได้รับการเยี่ยมบ้าน | > ร้อยละ80 | 100 | 99.06 | 94.39 | 92.57 | 92.57 |
| 3.อัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ | >80% | N/A | 71.42(5) | 79.16(19) | 100(12) | 100(11) |
| 4. อัตราการมาตามนัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล | > 95% | N/A | 96.95 | 94.47 | 97.36 | 96.56 |

**82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** 1.อัตรา cure rate ของผู้ป่วย TB

.อัตรา cure rate ของผู้ป่วย TB ยังสูงกว่าเป้าหมายแม้ในปี 2564 มีอัตราลดลงเหลือร้อยละ 94.73วิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1.ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและแนวทางการรักษาที่ชัดเจน 2.มีการติดตามต่อเนื่องจากรพ.และรพ.สต.ในระบบDOT ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจมากขึ้นต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง 3.มีระบบConsultกับแม่ข่าย รพท.พัทลุง ทำให้แก้ปัญหาเฉพาะรายได้รวดเร็ว แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1)ระบบDOT 2).ระบบConsult ให้ครอบคลุมมากขึ้น(ในรพ./รพ.สต.และรพท.) 3.)พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลภายในเครือข่าย ด้วยแอปริเคชั่นLINE LOVE TB Online 4.)การติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโดยตรงหรือญาติกรณีที่ไม่มาตามนัด

(ข้อมูลการเปรียบเทียบจากโปรแกรมTHIP II)

**82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** 2.อัตราผู้ป่วยเรื้อรังตามจุดเน้นได้รับการเยี่ยมบ้าน ไม่มีกราฟ

**82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** 3.อัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราอัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า มีการจัดตั้งคณะทำงานเป็น Service Plan IMC ระดับจังหวัดพัทลุงและการทำงานในระดับอำเภอแต่ละอำเภอและมีการประชุมติดตามผลงานอย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1) จัดตั้งคณะทำงานในคปสอ.ป่าพะยอม 2) อบรมพยาบาลฟื้นฟูประจำหอผู้ป่วยใน 2 ท่าน 2).แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1) พัฒนาบุคลากร หลักสูตร NIMC 2) ทบทวนและพัฒนาระบบกาดูแลผู้ป่วย IMC.ในเครือข่าย3) ติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

**82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** 4. อัตราการมาตามนัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล(เป้าหมายมากกว่า๙๕ % )

อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเรื้อรัง(เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ > 95 % เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ทีมผู้ดูแลได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยลืมวันนัด ไปทำงานที่อื่นคิดว่าไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆจึงไม่มารับยาต่อเนื่อง บางรายไม่กล้ามารับการรักษาที่รพ.เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 รวมทั้งระบบติดตามผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ทีม PCTร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอกจึงทำการปรับปรุงระบบโดยให้ติดตามผู้ป่วยขาดนัดทุก visit แบบวันต่อวัน รวมทั้งได้วางระบบติดตามผ่านทางไลน์กลุ่มให้รพ.สตช่วยติดตาม และการโทรศัพท์แจ้งประสานติดตามกับผู้ป่วยโดยตรงอธิบายความสำคัญของการรับประทานยาและให้เห็นความสำคัญของการมารับการรักษาตามนัด รวมทั้งการพัฒนาระบบนัดโดยนัดเหลื่อมเวลาเพื่อเกลี่ยคนไข้แต่ละ visit ไม่ให้มากในบางวันและให้ผู้ป่วยได้เลือกเวลาในการมารับบริการ รพ.มีแผนจะพัฒนาระบบเทคโนโลยีให้การติดตามให้ผู้มารับบริการได้สะดวกมากขึ้น

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1. door to refer ACS | 100% | 47.6 | 75 | 50 | 87.5 | 75 |
| 2.door to refer Stroke | 100% | 97 | 91.3 | 91.1 | 83.3 | 65.38 |
| 3.door to refer moderate/severe HI(1ชม) | 100% | 75 | 100 | 77.7 | 100 | 80 |
| 4.อัตรากำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกโรคจิต | <10% | N/A | 2.98 | 1.47 | 3.7 | 2.56 |
| 5.อัตราการหยุดเสพได้ต่อเนื่อง ๓ เดือนของผู้ป่วยผ่านการบำบัดยาเสพติด | >ร้อยละ 50,52,54,56 | N/A | 88.89 | 97.46 | 95.95 | 100 |
| 6.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี | > 60% | 34.02 | 41.14 | 68.84 | 70.82 | 69.67 |
| 6.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับความดันได้ดี | > 40% | 24.92 | 28.41 | 32.50 | 34.20 | 32.75 |

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 1. door to refer ACS

ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการส่งต่อACSถึงรพ.พัทลุงภายใน80นาทีมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ได้ตามเป้าหมายพบว่าเกิดจาก Door to EKG ล่าช้าทำให้Door to refer ช้าไปด้วย เนื่องจาก1)เสียเวลากับการทำEKG กรณีมีคลื่นรบกวน 2)ผู้ป่วยมาด้วยอาการนำไม่ชัดเจน3)พยาบาลขาดทักษะการอ่านEKG จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)มีการAlert Team ให้ทำตามTime lineที่กำหนด 2) การตรวจสอบเครื่องมือความพร้อมใช้เครื่องEKGทุกเวร 3)การนิเทศน์การอ่านEKG 4) จัดหาเครื่อง EKG ใหม่

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 1. door to refer stroke

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่ส่งต่อถึง รพ.พัทลุงทันเวลา<3 ชม.30นาทีมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะในปี 2564 และไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จากการวิเคราะห์สาเหตุหลักพบว่า 1)รอญาติเตรียมตัว 2)รถพยาบาลไม่เพียงพอ จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)แจ้งญาติให้เตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย แต่ยังพบว่าคนพาผู้ป่วยมามักไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนหรือไม่ใช่บุคคลที่จะเดินทางไปกับผู้ป่วย 2)จัดหารถพยาบาลเพิ่มอีก1คัน 3)ประสานคลินิก NCD รพ.สต. และPCU เพื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์แนวทางการเตรียมตัวและดูแลผู้ป่วย

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 3.door to refer moderate/severe HI(1ชม)

จากผลการดำเนินงานปี2560-2564 พบว่าอัตราผู้ป่วย moderate/severe HI ที่ส่งต่อภายใน1ชม.มีแนวโน้มยังไม่คงที่โดยขึ้น-ลงอยู่ในช่วงร้อยละ75ถึงร้อยละ100 และปี 2564 ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าเสียเวลากับการเอ็กซ์เรย์หลายตำแหน่ง จึงนำมาหาทางปรับปรุงโดยประชุมร่วมกับแม่ข่ายรพ.พัทลุงมีการแนะนำให้เอ็กซ์เรย์เฉพาะ Chest และSkull

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 4.อัตรากำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกโรคจิต(เป้าหมายไม่เกินร้อยละ10)

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตรากำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกโรคจิต มีแนวโน้มลดลง เป็นผลจาก 1) ทีมสหวิชาชีพสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคและกระบวนการดูแลรักษา

2) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจในแผนการรักษา การรับบริการ การนัด และการเยี่ยมบ้าน 3) มีกิจกรรมกลุ่ม ให้ข้อมูลและความรู้ในคลินิกโดยทีมสหวิชาชีพ 4) มีระบบการนัดหมายผู้ป่วยมารับบริการ มีระบบติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด 4) มีแกนนำเครือข่ายชุมชน ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 5)ในช่วงสถานการณ์วิด-19 คลินิกได้ปรับการให้บริการ โดยประสานไปยังเครือข่ายรพ.สต.และแกนนำอสม.เพื่อให้ช่วยกระจายยาให้ผู้ป่วย ซึ่งคลินิกจะเบิกยาไว้ก่อนนัด 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องตรงนัด

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 5.อัตราการหยุดเสพได้ต่อเนื่อง ๓ เดือนของผู้ป่วยผ่านการบำบัดยาเสพติด(เป้าหมายร้อยละ 50,52,54,56ตามลำดับ)

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการหยุดเสพได้ต่อเนื่อง ๓ เดือนของผู้ป่วยผ่านการบำบัดยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นผลจากการปรับการเข้ารับบริการของผู้ที่ผ่านการบำบัด เพื่อติดตามเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ครบ 6 สัปดาห์และครบ 12 สัปดาห์ โดยการนัดมาติดตามที่คลินิกบำบัดและมีการตรวจปัสสาวะดูสาร Metamphetamine สำหรับในช่วงสถานการณ์วิด-19 คลินิกได้ปรับการให้บริการเพิ่มเติมเรื่องโรค การติดเชื้อ และปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและลดการรวมกลุ่มในการเสพยา

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 5.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๖๐)

ปี 2560คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลป่าพะยอมมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ BP ได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 60 จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคและความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอันตราย ดังนั้นจึงได้มีการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยจัดการเป็นรายกรณีในกลุ่มuncontrol โดยเน้นให้ความรู้เรื่องDASH Diet การใช้ SKTสมาธิในการช่วยลดระดับความดัน อาการเตือนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ทันที พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับBP ได้ดีขึ้นจนผ่านเป้าหมายในปี 2562 มีการพัฒนาต่อเนื่องโดยสนับสนุนการทำ HBPM ให้ผู้ป่วยใช้การวัดความดันเป็นเครื่องมือในการดูแลตนเองเพื่อประเมินผลการดูแลตนเอง โดยมีการสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยจำนวน 1 เครื่อง/หมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยหมุนเวียนในการทำ HBPM และเพื่อให้ควบคุมระดับ BP ได้อย่างยั่งยืน จาการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วย HT ที่มี BP < 140/90 mm.Hg ผ่านเป้าหมายอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 70 ต่อเนื่องจากปี 2562 จนถึงปัจจุบัน

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** 6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 %

จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C < 7% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่40% จาการทบทวนพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและขาดทักษะในการจัดการตนเอง ในปี 2561 จึงได้นำระบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง การทำSMBG ในกลุ่ม DM Uncontroll เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดการรายกรณีในกลุ่ม DM uncontroll และรายใหม่ทุกรายทั้งในคลินิก ,รพ.สต.ในเครือข่ายและชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนดูแลเป็นรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลโดยการตรวจ HbA1C ในกลุ่มที่ได้ดำเนินการทุกราย โดยมี case managerและ minicase manager เป็นผู้ประสานการดูแล ส่งผลให้แนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในปี 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

และในปี 2563 จากสถานการณ์โควิด -19 มีระบบการส่งยาทางไปรษณีย์, โครงการรับยาที่รพสต.ใกล้บ้านในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และระดับความดันปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการให้ข้อมูลการดูแลตนเองถึงอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ให้บริการปรึกษาทางไลน์กลุ่มโดยทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.จำนวนวันนอน LOS ใน COPD with exacerbation | <5วัน | 3.35 | 3.37 | 3.24 | 2.06 | 3.92 |
| 2.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานRDU | ขั้น3 | n/a | 1 | 3 | 2 |  |
| 3.อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | < 0.2 | 0.28 | 0.16 | 0.22 | 0.20 | 0.20 |

**84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** 1.จำนวนวันนอน LOS ใน COPD with exacerbation

จากผลการดำเนินงานพบว่าจำนวนวันนอนผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่คงที่จากการวิเคราะห์พบว่า 1.ผู้ป่วยบางรายมีพยาธิภาพที่ปอดเรื้อรังทำให้ปอดอุดกั้นยืดหยุ่นไม่ดีต้องพึ่งออกซิเจนตลอดเวลา อุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่พร้อม ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือการดูแลต่อเนื่องมีเครื่องมือไม่เพียงกับจำนวนของผู้ป่วย 2.จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วย COPD with exacerbation บางรายที่ Admit ขาดการ CXR ซ้ำจึงขาดการประเมินสภาพของปอด จึงนำมาปรับปรุงพัฒนาดังนี้ 1) ส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์ COC ในการดูแลต่อเนื่องและติดต่อประสานงานเรื่องการยืมอุปกรณ์ต่างๆก่อน D/C 2) กรณีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอหรือมีไม่ครบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ ก็จะติดต่อประสานงานร้านที่เปิดบริการให้เช่าอุปกรณ์เครื่องมือ3) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD with exacerbation ที่ LOS มากกว่า 5 วันเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1).จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ไว้ที่ศูนย์ COC ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย 2) ส่งบุคลากรอบรมฟื้นฟูวิชาการให้ Update อยู่เสมอและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน

**84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** 3.อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ

จากผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเอกซเรย์ซ้ำมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2562-2564 และต่ำกว่าระดับเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากในปีงบประมาณ 2563 ได้มีการปรับเปลี่ยนการถ่ายเอกซเรย์จากระบบฟิล์มเป็นระบบดิจิตอล (DR) และส่งภาพเข้าในระบบจัดเก็บและรับส่งภาพทางการแพทย์ระบบดิจิตอล (Picture Archiving and Communication System: PACS) ซึ่งสามารถปรับคุณภาพความขาว-ดำ ของภาพหรือขยายภาพได้ จากการเปลี่ยนระบบทำให้ไม่ต้องเอกซเรย์ซ้ำ สามารถลดอัตราการเอกซเรย์ซ้ำ ที่เกิดจากการตั้งค่าเทคนิคไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และลดระยะเวลาในการตรวจ การรอคอยผลเอกซเรย์ แพทย์ได้รับผลที่รวดเร็วขึ้น

โรงพยาบาลป่าพะยอม มีแผนพัฒนา ดังนี้

1)จัดทำนวัตกรรมที่ใช้สำหรับเอกซเรย์เด็ก จากการวิเคราะห์การเอกซเรย์ซ้ำที่ผ่านมา เกิดจากการเอกซเรย์ผู้ป่วยเด็กเป็นส่วนมาก จึงคิดทำนวัตกรรมเพื่อลดการเอกซเรย์ซ้ำในเด็ก

2) มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยการส่งภาพรังสีจะส่งภาพในระบบ Data Center มีโรงพยาบาลพัทลุงเป็นแม่ข่าย เริ่มทดลองการใช้งานการส่งภาพเอกซเรย์ในวันที่ 23 ธันวาคม 2562

3) เก็บข้อมูลการถ่ายภาพรังสี เพื่อประเมินค่าปริมาณรังสีที่ใช้ถ่ายภาพให้กับผู้ป่วย นำมาคำนวณปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ และปรับปรุงแก้ไขให้ภาพถ่ายมีคุณภาพ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อุบัติการณ์ผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24ชม.หลังได้รับยาระงับความรู้สึก | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** 1.อุบัติการณ์ผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ โดยได้พัฒนาระบบ2PSafety การป้องกันผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ผลลัพธ์ ปี2560-2564 ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ มีระบบตรวจสอบความปอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการผ่าตัด ตามแบบ Surgical safety checklist ทุกราย ที่มารับการผ่าตัด คิดเป็น ร้อยละ100 โดย มีแนวทางปฏิบัติ Sign in, Time out , Sign out สามารถป้องกันข้อผิดพลาด จากกระบวนการผ่าตัด เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม

**85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)**  **2.**อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24ชม.หลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ผลลัพธ์ ปี2560-2564 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24ชม.หลังได้รับยาระงับความรู้สึก มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็น Emergency case ได้รับการประเมินจากแพทย์ผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีพยาบาล พัฒนาการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนให้ยาระงับความรู้สึก · ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือต้องส่งต่อมีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์รพ.พัทลุง ถ้าเกินศักยภาพแพทย์พิจารณาส่งต่อรพ.พัทลุงโดยปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อของเครือข่าย · ฟื้นฟูความรู้ ทักษะวิชาการวิสัญญีพยาบาล อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2558** | **ปี2559** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปัจจุบัน** |
| อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ( Health care associated infections) ต่อ 1000 วันนอน | 0.5 :1000 | 0.64 | 0.41 | 0.09 | 0.33 | 0.41 |

**86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)**

**1.**อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ( Health care associated infections) ต่อ 1000 วันนอน

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแนวโน้มลดลงและได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปีงบประมาณ 2558 -2563 มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต่อพันวันนอน ดังนี้ 0.64,0.41,0.09,0.33 , 0.32 และ 0.41 ตามลำดับ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Target surveillance ตำแหน่งติดเชื้อที่เป็นปัญหา คือ Neonatal Sepsis (Clinical) ,Infected Episiotomy, และ Phlebitis การติดเชื้อ Neonatal Sepsis (Clinical) ปีงบประมาณ 2558 มี 4 ครั้ง ปี 2559 มี 4 ครั้ง ปี 2560 -2561 มีปีละ 1 ครั้ง และ ปี2562 ไม่พบการติดเชื้อตำแหน่งนี้ การติดเชื้อตำแหน่ง Infected Episiotomy ปี 2558 มี 1 ครั้ง ปี 2559- 2560 ไม่มีการติดเชื้อตำแหน่งนี้ และมาพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ปี 2561 มี 2 ครั้ง ปี 2562 มี 3 ครั้ง ปี 2563 มี 1 ครั้ง การติดเชื้อ Phlebitis มีรายงานการติดเชื้อตำแหน่งนี้ ในปีงบประมาณ 2561 มี 1 ครั้ง และในปีงบประมาณ 2563 มี 2 ครั้ง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2559** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปัจจุบัน** |
| 1.อัตรา prescribing error : OPD (ต่อพันใบสั่งยา) | 1.5 | 3.02 | 1.70 | 2.06 | 2.88 | 4.76 |
| 2.อัตรา prescribing error : IPD (ต่อพันวันนอน) | 5 | 2.15 | 1.70 | 1.92 | 4.58 | 3.13 |
| 3.อัตรา pre-dispensing error : OPD (ต่อพันใบสั่งยา) | 1.0 | 0.40 | 0.29 | 0.40 | 0.27 | 0.36 |
| 4.อัตรา pre-dispensing error : IPD (ต่อพันวันนอน) | 10 | 1.53 | 0.09 | 0.61 | 0.42 | 0.00 |
| 5.อัตรา dispensing error : OPD (ต่อพันใบสั่งยา) | 0 | 0.38 | 0.19 | 0.08 | 0.13 | 0.14 |
| 6.อัตราdispensing error : IPD (ต่อพันวันนอน) | 5 | 4.81 | 1.26 | 1.39 | 1.87 | 0.00 |
| 7.อัตรา administration error : IPD (ต่อพันวันนอน) | 0 | 7.16 | 6.28 | 4.79 | 2.81 | 2.86 |
| 8.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ (ครั้ง) | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| 9.จำนวนการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด\* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)**

8.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ(ครั้ง)

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำมีแนวโน้มลดลงจนเป็น 0ในปี 2563จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าในปี2562 มีรายงานการแพ้ยาซ้ำเพิ่มสูงขึ้นมาก (3 ครั้ง) เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559.2560,2561 ซึ่งพบอุบัติการณ์เพียง 1 , 0 , 1 ครั้ง ตามลำดับ PTC ได้ทำการทบทวนระบบ พบว่าระบบที่รพ.มีอยู่ค่อนข้างครอบคลุมขั้นตอนที่อาจมีความเสี่ยง เพียงแต่ต้องมีระบบควบคุมกำกับให้มีการทำตามระบบอย่างเคร่งครัดและมีระบบติดตามผลการดำเนินและรายงานปัญหาผ่านการประชุมPTCอย่างสม่ำเสมอ ผลงานในปี 2563 จึงไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำและอุบัติการณ์สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ลดลงเหลือเพียง 1 ครั้ง ในปี 2563 แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1)การติดตามผลการดำเนินรายงานปัญหาอุปสรรครายเดือนในปี 2564 2)การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ทั้งใน รพ.และในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

**87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)**

9.จำนวนการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

จำนวนผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาให้เลือดในหอผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 -2564 มีจำนวน 61, 51 , 92, 92 และ 65 รายตามลำดับ ยังไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดวิธี โดยมีการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือดอย่างเคร่งครัดและรัดกุมทุกครั้งเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่น การตรวจสอบแผนการรักษาการให้เลือด การตรวจสอบเลือดก่อนส่งไปห้องชันสูตรและก่อนให้เลือดกับผู้ป่วยทุกครั้งเช่น ชนิดเลือด, กรุ๊ปเลือด, Donor มีการ Monitorอาการเปลี่ยนแปลงเช่น v/s ก่อนให้เลือด ขณะให้เลือด และหลังให้เลือด พร้อมลงบันทึกหากมีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆขณะให้เลือด ซึ่งทางหน่วยได้เฝ้าระวังตามระบบที่วางไว้อย่างชัดเจนและต่อเนื่องทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ แผนพัฒนาต่อเนื่องคือ 1)การติดตามการรายงานอุบัติการณ์และทบทวนทุกครั้งหากพบอุบัติการณ์การให้เลือดเกิดขึ้น 2)ส่งบุคลากรอบรม Updateความรู้ทางวิชาการการให้เลือดอย่างต่อเนื่องและนำมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อัตรามารดาที่มีภาวะ Postpartum Hemorrhage (PPH) | 2.75 | 2.96 | 2.9 | 0.86 | 3.2 | 1.66 |
| 2.อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia | < 15 : 1,000 การเกิดมีชีพ | 7.46 | 7.02 | 8.26 | 24 | 33.33 |
| 3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (ตา ไต เท้า) | < ร้อยละ 5 | 8.95 | 6 | 5.22 | 4.02 | 2.48 |

**88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** 1.อัตรามารดาที่มีภาวะ Postpartum Hemorrhage (PPH)

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการเกิด PPH มีแนวโน้มไม่แน่นอนจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าสาเหตุเกิดจาก Uterine Atony จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)เน้นเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูมารดาหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก โดย check V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชม. และประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที พร้อมทั้งประเมิน Blood loss เป็นระยะๆ 2)เน้นการเฝ้าระวังในมารดาที่มี Blood loss มากกว่า 300 ml ให้ปฏิบัติตาม CPG หาสาเหตุและให้การแก้ไขแม้ V/S และอาการของมารดาจะ stable ก็ตาม แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1)นำ standing order การดูมารดาตกเลือดหลังคลอดที่จัดทำโดยเครือข่ายจังหวัดพัทลุงมาใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองและดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด 2)เพิ่มการดูแลใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยพยาบาลจะไล่ Blood clot ในโพรงมดลูกเพื่อป้องกันไม่ให้มี Blood clot ไปขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกซึ่งจะทำให้ตกเลือดหลังคลอดตามมา

**88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** 2.อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia

จากผลการดำเนินงานปีพบว่าอัตราการเกิด Birth asphyxia มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุปี2563พบว่าเกิดจากทารกที่คลอดก่อนกำหนด 2 ราย คือ GA 27 wks และ 28 wks โดยทารกมีน้ำหนัก 880 กรัม และ 1320 กรัม โดยทั้ง 2 รายมาถึงโรงพยาบาลตรวจภายใจพบว่าปากมดลูกเปิดหมดแล้ว และอีก 1 ราย เป็นทารกที่คลอดจากมารดาที่เบ่งคลอดเกิน 1 ชั่วโมง ปี 2564 เกิดจากทารกคลอดท่าก้น จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)ประสานกับ ANC เรื่องการให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2)หญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการทางช่องท้องให้ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูกทุกราย 3)เน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานอย่างเคร่งครัด คือ หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกเบ่ง 1 ชั่วโมง และครรภ์หลังเบ่ง 30 นาทีไม่คลอดให้รายงานแพทย์ 4)เน้นการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดอย่างเคร่งครัด คือ ให้ ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15 นาที พร้อมบันทึก แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1) ในหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดทุกรายให้ Monitor EFM 2)ฟื้นฟูการช่วยคลอดฉุกเฉิน

**88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** 3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (ตา ไต เท้า)

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวานปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 2.48 ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี 2560 และผ่านเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5 ตั้งแต่ปี 2563 ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) การให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพทั้งในรพ.และรพ.สต.เครือข่าย 2) เพิ่มการเข้าถึงระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน( ตา ไต เท้า )อย่างครอบคลุม 3)การจัดการรายกรณีผู้ป่วย DM uncontrol และDM รายใหม่ทุกราย **มีแผนพัฒนาต่อดังนี้** 1)จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ,ให้คำแนะนำทั้งรายบุคคล/รายกลุ่มกรณี DM uncontrol และรายใหม่ 2)จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยคลินิก DM uncontrol ในรพ.สต.ใกล้บ้าน ชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี 2564** |
| 1.อัตราการรายงานผลผิดพลาดผลทางห้องปฏิบัติการ | ไม่เกิน1% | 0.1 | 0.2 | 0.01 | 0.01 | 0.01 |

**89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** 1.อัตราการรายงานผลผิดพลาดผลทางห้องปฏิบัติการ

อัตราการรายงานผลผิดพลาดในปี 2564 อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คืออัตราการรายงานผลผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการรายงานผลในปี 2564 อยู่ในระดับ 0.01 จากการวิเคราะห์พบว่า อัตราการผิดพลาดลดลงเนื่องจากมีการทบทวนวิธีการรายงานผล การทวนสอบผลการตรวจวิเคราะห์ก่อนการรายงานผลการตรวจ การทวนสอบก่อนการยืนยันผลการตรวจวิเคราะห์และมีการพัฒนาระบบ LIS (Laboratory Information System) อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมทุกรายการทดสอบ โรงพยาบาลป่าพะยอมมีแผนพัฒนาดังนี้ 1)พัฒนาระบบการรายงานผลการตรวจโดยใช้ระบบ LIS และระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งในด้านการเชื่อมต่อข้อมูลจากเครื่องตรวจวิเคราะห์และระบบส่งต่อเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER\* | <ร้อยละ5 | NA | 24 | 7.5 | 9.6 | 9.52 |
| 2.ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER\* | <ร้อยละ15 | NA | 12 | 10 | 2.6 | 3.8 |
| 3.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค | 1 | 6 | 6 | 1 | 0 | 1 |
| 4.อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที | 100 | 65.21 | 69.50 | 78.57 | 62.5 | 76.92 |

**90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)**

1.ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER\***,**

2.ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER\*

ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการคัดแยกทั้ง under triage และover triage ที่ERยังไม่ได้ตามเป้าที่กำหนดแต่มีแนวโน้มดีขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุมีความผิดพลาดในประเด็น ผู้ป่วยเด็กอายุ0-8 ปี Vital signs เข้า Dangerous zone คัดแยกเป็นประเภท 2 ประเด็นผู้ป่วย Dizziness, Dyspepsia ฉีดยา+observeให้คัดแยกเป็นประเภท3 การ observeอาการและ vital signs ให้นับเป็น 1 กิจกรรม ส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยแผลถลอกหรือโดนสุนัขกัด ทำแผลให้คัดแยกเป็นประเภท 5 เพราะทำแผลไม่นับเป็นกิจกรรม ถ้าฉีดERIGต้องobserveเป็นประเภท4 และMHI moderate risk ให้คัดแยกเป็นประเภท3 High risk เป็นประเภท2

การปรับปรุงระบบ 1) ใช้เกณฑ์การประเมินคัดแยกและจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของ MOPH ED. TRIAGE 2) มีการทบทวนความรู้เรื่องการTriage อย่างต่อเนื่อง 3) Audit ประเมินทุก 6 เดือน

**90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** 3.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค

จากข้อมูลปี 2564 มีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ระบบสาธารณูปโภค 1 ครั้ง คือระบบไฟฟ้าส่วนภูมิภาคดับและระบบไฟฟ้าสำรองขัดข้องไม่ทำงานจากสาเหตุมีความผิดพลาดของระบบเชื่อมต่อจากไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จึงมีการปรับปรุงระบบ ทำการเชื่อมต่อระบบไฟฟ้าใหม่เพื่อให้ระบบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าทำงานเมื่อไฟฟ้าภูมิภาคดับ และมีการตรวจสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองทุกวันพุธ

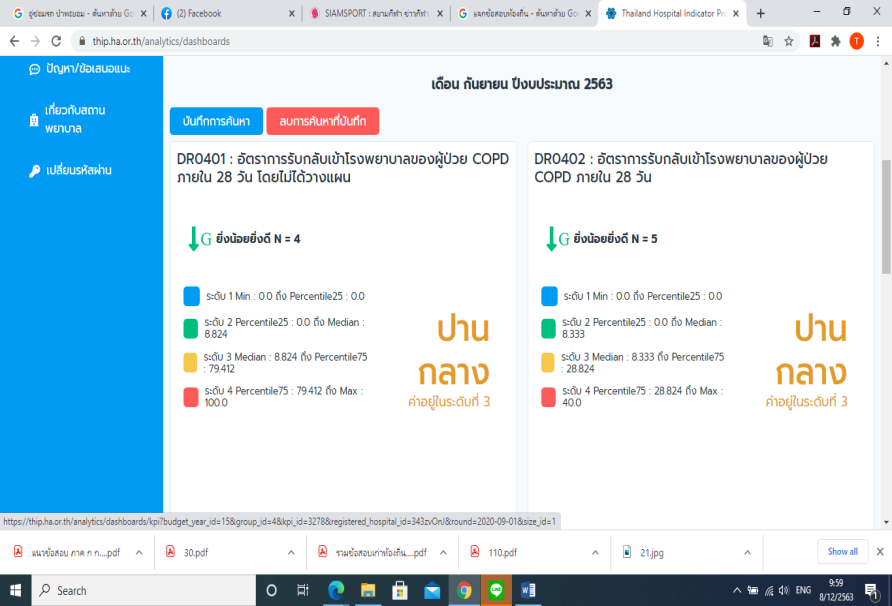
**90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** 4.อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที

จากข้อมูลปี 2560-2564 อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน10 นาที(ตั้งแต่แรกรับ)มีแนวโน้มที่สูงขึ้นแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดสาเหตุ1) ผู้ป่วยมาด้วยอาการ Atypical chest pain เช่น หอบเหนื่อย เวียนศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี ยอดอก 2)การรายงานแพทย์ล่าช้า 3) เครื่องมือEKGไม่พร้อมใช้แบตเตอรีเสื่อม 4) ผู้สูงอายุติด Electrode ค่อนข้างยาก **การปรับปรุงระบบ** 1 พัฒนาช่องทางการสื่อสารกับแพทย์เวร ด้วยโทรศัพท์มือถือ และการส่งผล EKG ทาง Line application2). การทำ EKG ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ atypical chest pain ทุกราย3) การฝึกทักษะการอ่านผล EKG สำหรับพยาบาล ประจำปี และการประเมินรายบุคคลโดยหัวหน้างาน4)การAlert Team เมื่อมีผู้ป่วย Chest Pain5)การตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือทุกเวร

**(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**

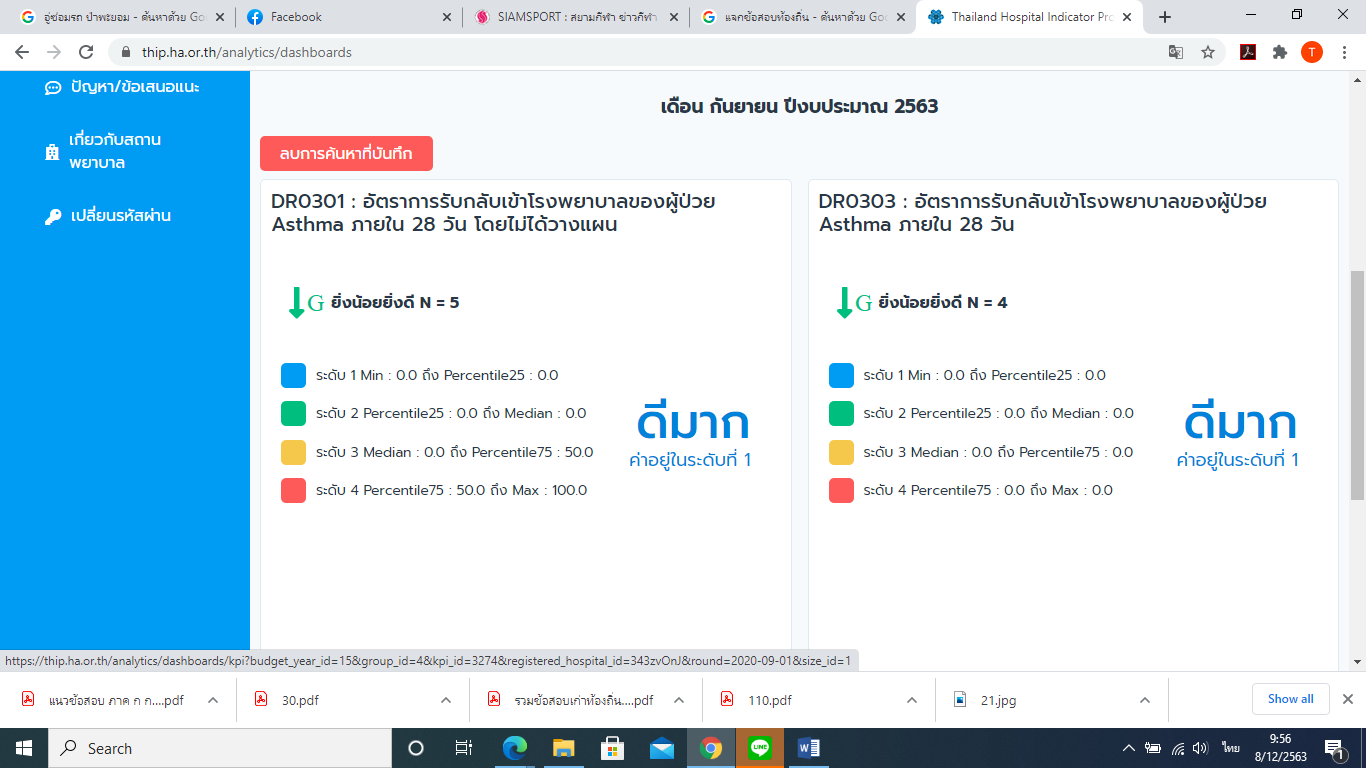
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2559** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยCOPD | <20% | 12.98 | 13.28 | 15.24 | 13.49 | 10.37 | 10.32 |
| 2.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยAsthma | <5% | 3.43 | 2.56 | 4.12 | 3.23 | 1.16 | 4.71 |

**91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** 1.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยCOPD

 จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตรา Re-admit COPD มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีการทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย COPD มีการแก้ปัญหาเฉพาะรายนำมาวางแผนการดูแลซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ยังสูบบุหรี่ ก็จะส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ บางรายรับยาไม่ต่อเนื่องจัดคลินิก One stop service แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1)พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2.)จัดโครงการอบรมผู้ป่วย COPD Role model 3.)จัดทำวิจัยศึกษาผู้ป่วยCOPDที่Admit 4.)ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแล COPD ปรับการวางแผนจำหน่ายแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรม Grand round

ข้อมูลการเปรียบเทียบจากโปรแกรมTHIP II)

**91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** 2.อัตราการ re admitted ในผู้ป่วยAsthma

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราRe-admit Asthma มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีการทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจากการวิเคราะห์ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายยังสูบบุหรี่ ขาดนัด พ่นยาไม่ถูกวิธี จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)เข้าคลินิกอดบุหรี่ 2) จัดคลินิกAsthma One stop serviceแผนพัฒนาต่อเนื่องคือ 1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2)ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยAsthma3)ปรับปรุงวางแผนจำหน่ายโดยเน้นการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อมูลการเปรียบเทียบจากโปรแกรมTHIP II)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปัจจุบัน** |
| 1.อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง | <2% | 1.27 | 1.42 | 1.33 | 1.58 | 1.09 |
| 2.อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง | <2% | 2.11 | 3.42 | 2.34 | 3.85 | 3.67 |

**92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** 1.อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

จากกราฟแสดงอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างสม่ำเสมอตั้งแต่ปี 2560- ปัจจุบัน โดยตั้งแต่ปี 2560 ได้มีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประเมินติดตามอย่างสม่ำเสมออย่างเข้มข้นจากเดิมปีละ1 ครั้งเป็น 2 ครั้งโดยทีม จนท.และเครือข่ายในชุมชน 2.มีการจัดการรายกรณีรายบุคคลและรายกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วย HT 3.จัดหาอุปกรณ์สำหรับเจาะน้ำตาลในหมู่บ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงในการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงได้ตลอดเวลาโดย อสม.ที่ผ่านการอบรม ส่งผลให้การดำเนินงาน ตั้งแต่ปี 2560-ปัจจุบัน ผ่านเกณฑ์และต่ำกว่าเป้าหมาย

**92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** 2.อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 2 จากการวิเคราะห์สาเหตุน่าจะมาจาก 1)การเข้าถึงระบบบริการง่ายขึ้นทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงระบบการคัดกรองและเข้าสู่การวินิจฉัยได้มากขึ้น 2)สถานบริการมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง เน้น 3 อ. 2 ส.ปีละ1 ครั้ง 3)ประชาชนมีความตื่นตัวในการคัดกรองแต่ยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง จึงเตรียมแผนการพัฒนาต่อดังนี้ 1)การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประเมินติดตามอย่างเข้มข้นอย่างน้อย ปีละ 2ครั้งอย่างต่อเนื่อง 2)ติดตาม/ประเมินและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของอสม./ชุมชน เพื่อสร้างความตื่นตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี 2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | >85% | 89.74 | 88.80 | 88.66 | 88.99 | 89.14 |
| 2.ความพึงพอใจผู้ป่วยใน | >88% | 88.47 | 88.35 | 88.62 | 88.70 | 89.14 |
| 3.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | >85% | 92.25 | 93.73 | 94.50 | 92.46 | 96.78 |

**93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

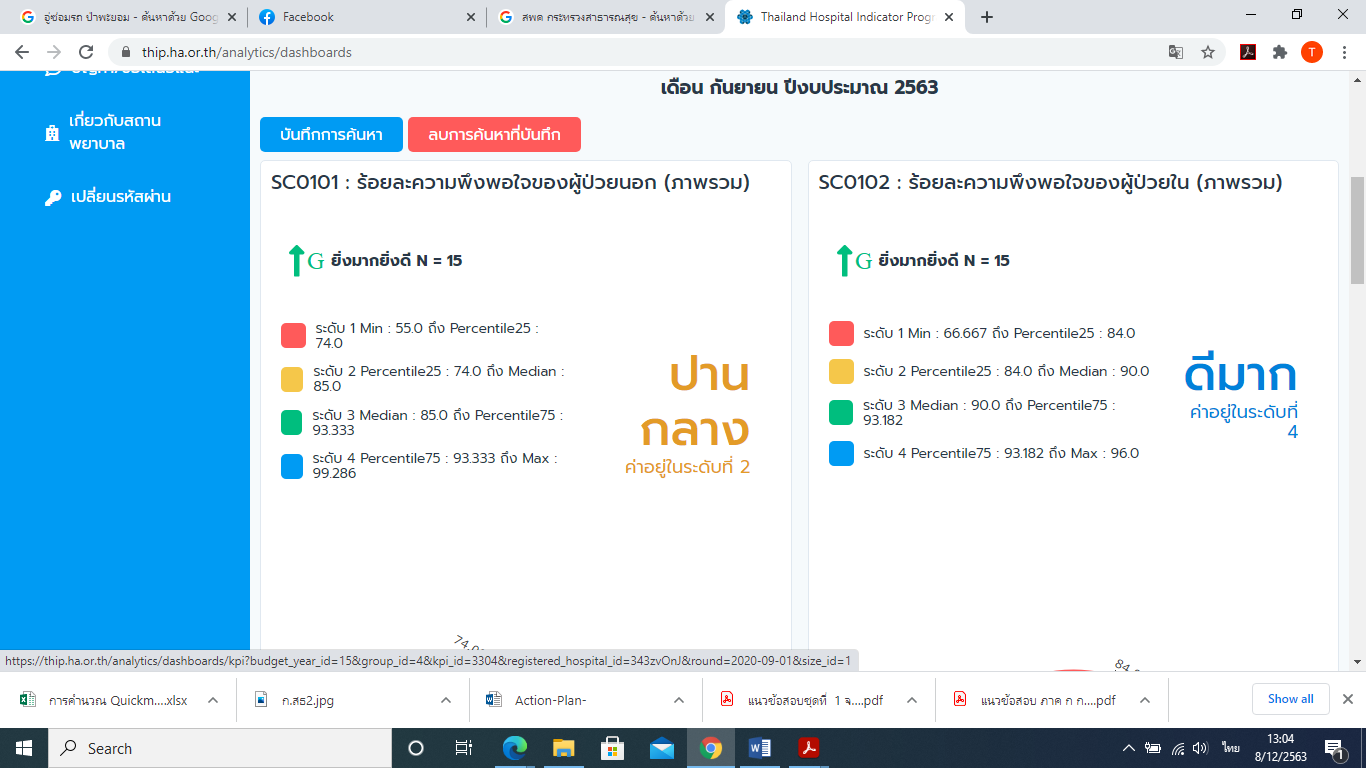
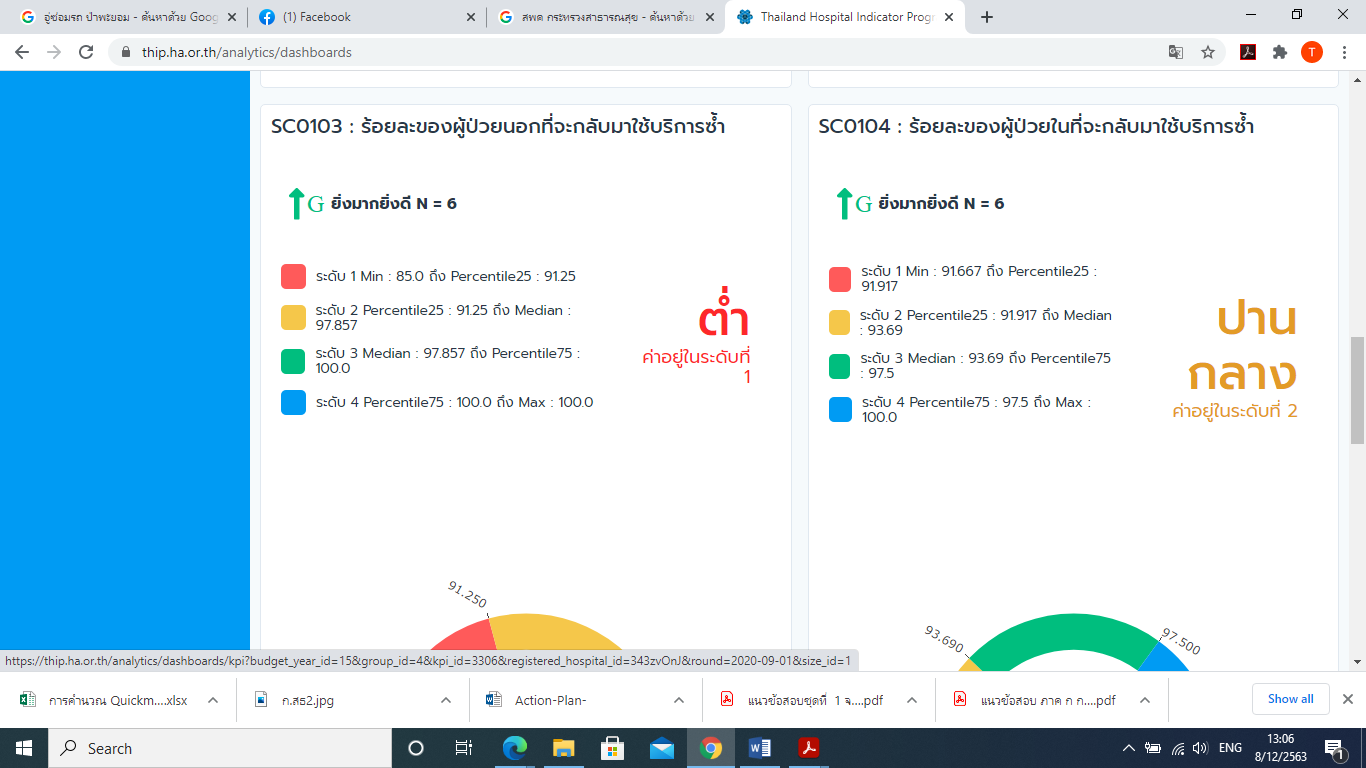
1.ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก

จากกราฟอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ปี 2560-2564 อยู่ในระดับ 80-90% เกินเป้าหมาย(>85%)ทุกปี ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ ปี 2562 มีการปรับระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้นโดย 1)การเปลี่ยนเวลาออกตรวจของแพทย์ให้เร็วขึ้นเริ่มตั้งแต่เวลา08.30น.ในช่วงเช้า และเวลา13.30น.ในช่วงบายของทุกวัน 2)นำระบบ Paperless มาใช้ในการบันทึกข้อมูลส่งผลให้ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยได้รับบริการเร็วขึ้น 3)การพัฒนาระบบนัด 4)ปรับระบบการส่งต่อใช้ระบบ Thai refer และการออกใบรับรองแพทย์แทนระบบmanual เดิม และจากการวิเคราะห์ 3 อันดับแรกที่พอใจน้อยที่สุดคือ 1)ขั้นตอนการรอรับบริการนาน 2)ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกเครื่องมือไม่ทันสมัย 3)ห้องน้ำไม่เพียงพอมีกลิ่นรบกวนบางช่วงเนื่องจากอยู่บริเวณลานผู้ป่วยนอก จึงได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้รับบริการเช่น ปรับภูมิทัศน์อาคารสถานที่โดยเพิ่มและปรับย้ายห้องน้ำผู้ป่วยนอกไปไว้ด้านหลังอาคารมีความเป็นสัดส่วนมากขึ้น เพิ่มอุปกรณ์ที่ทันสมัยเช่นเครื่องวัดความดัน digital ,เครื่อง U/S, เครื่อง NST และเครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดที่เพียงพอและพร้อมใช้ครอบคลุมในจุดให้บริการ

**93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

2.ความพึงพอใจผู้ป่วยใน

จากกราฟพบว่าอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ 3 อันดับความพึงใจที่น้อยที่สุดคือ 1)ด้านความสะอาดของห้องที่ท่านนอน=84.36% 2)ความสะดวกสบายภายในห้องนอน=85.28% 3)การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา= 85.67 % หน่วยงานได้นำมาปรับปรุงดังนี้ 1)ปรับปรุงห้องน้ำผู้ป่วยปี2564 2)การประชุมชี้แจงในทีม PCTเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยและการตาม round 3) ประเมินการทำความสะอาด 2 ช่วงคือเช้าเวลา 10.30 น.และช่วงบ่าย 14.30 น. 4)จัดกิจกรรม 5ส ทุกวันพฤหัสบดีบ่ายในหอผู้ป่วยใน ส่วนด้านความผูกพันธ์ของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลป่าพะยอมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92 และจะแนะนำญาติมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90



**93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

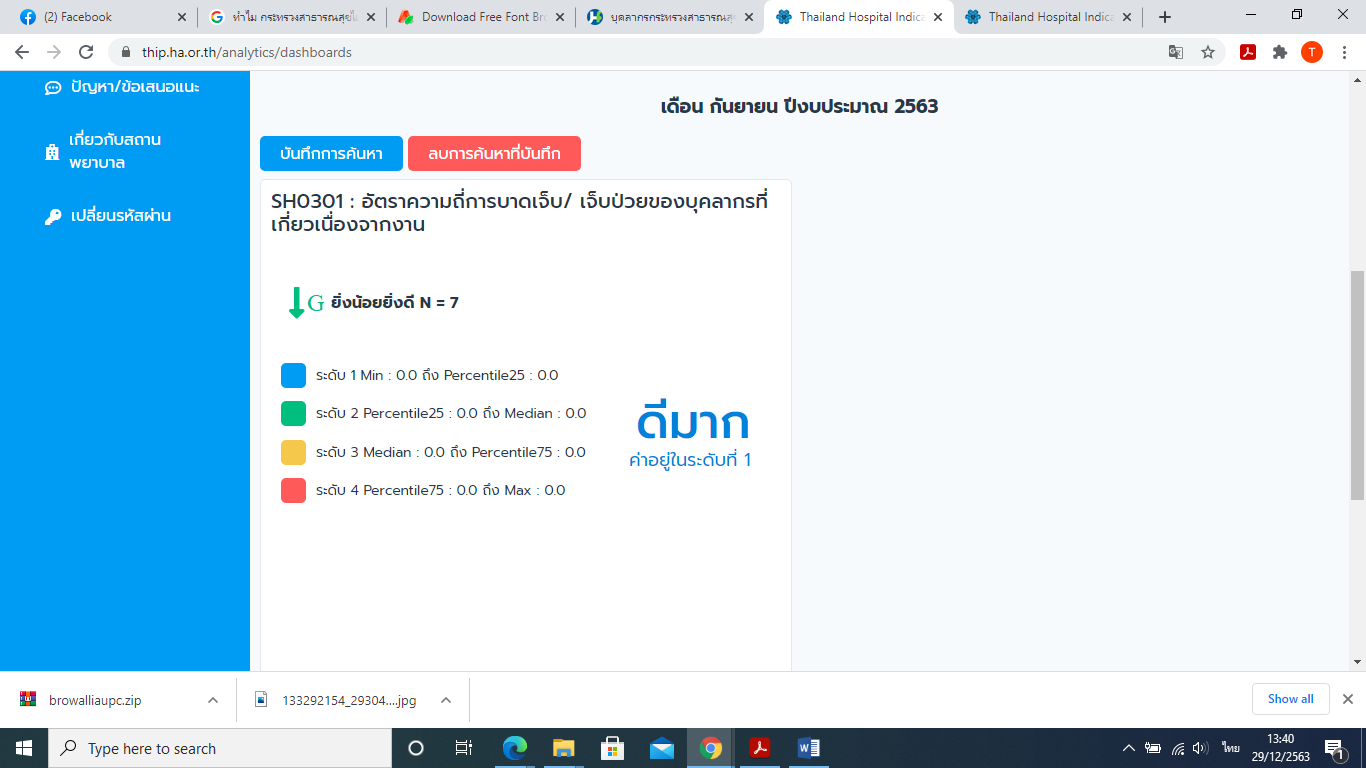
3.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังอยู่ในระดับสูงเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 85 และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี จากการวิเคราะห์พบว่าญาติและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการ มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลพัทลุงด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในการจัดการอาการรบกวน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการปวดทุกข์ทรมาน กรณีที่ผู้ป่วยขอกลับบ้านทางโรงพยาบาลได้จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยยืมใช้ เช่น ถังออกซิเจน ที่นอนลม syringe driver และส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ติดตามดูแลต่อเนื่อง ให้เบอร์โทร และไลน์สำหรับญาติขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา แต่ปัญหาที่พบคือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไม่มีความมั่นใจในการเปลี่ยน syringe และยาที่ให้ทาง syringe driver จึงมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรและจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น

**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)** | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี 2562** | **2563** | **ปัจจุบัน** |
| 1.ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน(**I**) | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) | >95 | 68.38 | | 68.02 | 66.39 | 95.00 | 99.38 |
| 3.สภาวะสุขภาพของบุคลากร  -กลุ่มปกติ |  | 26.87 | | 49.35 | 52.03 | 77.84 | 39.87 |
| -กลุ่มเสี่ยง |  | 66.25 | | 43.31 | 41.23 | 10.75 | 22.79 |
| -กลุ่มป่วย |  | 6.87 | | 7.98 | 6.75 | 11.39 | 37.34 |
| 4.อุบัติการณ์ความไม่มั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสารสนเทศ(**S**) | 0 | - | | - | - | 0 | 0 |

**1.ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน(I)\* (\*PERSONAL SAFTY)**

จากผลการดำเนินงาน ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน ยังไม่มีบุคลากรติดเชื้อหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เนื่องจาก 1)ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจของแต่ละตำแหน่ง ในเรื่องความเสี่ยงของแต่ละงาน

1. นโยบายเรื่องการป้องกันและการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) ส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายเหมาะสมตามวัย 4)นโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของโรงพยาบาล

**2.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)**

จากผลการดำเนินงาน พบว่าอัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)มีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1.บุคลากรส่วนใหญ่เป็นรุ่นแรกๆตั้งแต่เปิดรพ. 2.เป็นคนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอมและใกล้เคียง ส่วนปี2560- 2563 พนักงานกระทรวงสาธารณสุขลาออก เพื่อไปประกอบอาชีพส่วนตัวมากขึ้น เนื่องจากบุคลากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพเสริมอยู่แล้ว ในกลุ่มสหวิชาชีพไม่มีการลาออกและไม่มีการย้ายไปหน่วยงานอื่น โรงพยาบาลมีกิจกรรมในการรักษาและคงอยู่ของบุคลากร ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างความรัก สามัคคี เช่น ทำบุญตักบาตรร่วมกัน/งานเลี้ยงปีใหม่/งานประเพณีสำคัญต่างๆ 2) กิจกรรม OD เป็นต้น

**3.สภาวะสุขภาพของบุคลากร**

จากผลการดำเนินงานพบว่า บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกลุ่มปกติมีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ 1)ดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน 2)ระดับไขมันในเลือดสูง 3)ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4)ความดันโลหิตสูง สาเหตุมาจากบุคลากรมีอายุมากขึ้น และเพิ่มการค้นหาในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ได้มีการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงทุกปีและกลุ่มเสี่ยงที่ลดไม่ได้มักจะเป็นบุคลากรที่อายุมากกว่า35ปี มีข้อจำกัดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเดิม และบุคลากรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีจะมีการมอบรางวัลอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการที่จะควบคุมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้ลดภาวะเสี่ยงคือ1) มีนโยบายสาธารณะในการลดการใช้กาแฟสำเร็จรูปในการรับประทานอาหารว่าง 2) มีการจัดบริการอาหารเพื่อสุขภาพแทนอาหารจานเดียวที่มีไขมัน น้ำตาลมาก 3) ส่งเสริมการออกกำลังกายในหน่วยงานร่วมกันทุกวันตอนบ่าย

**IV-4 ผลด้านการนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **95 ผลด้านการนำ (IV-4)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี 2562** | **2563** | **ปัจจุบัน** |
| 1.การบรรลุผลตัวชี้วัดองค์กร | >85% | 42.11 | 58.33 | 64.29 | 82.61 | 86.20 |
| 2.การบรรลุผลตามแผนปฏิบัติการ | >85% | 91.03 | 79.63 | 85.37 | 6.67 | 66.67 |
| 3.ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (HA) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |
| 4.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษายาเสพติดที่ให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสพติด | ผ่านเกณฑ์ | n/a | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |
| 5. Case Mix Index (CMI) | 0.6 | 0.45 | 0.47 | 0.48 | 0.51 | 0.52 |
| 6.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA |  | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |
| 7.ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital |  | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |

**95 ผลด้านการนำ (IV-4)** 1.การบรรลุผลตัวชี้วัดองค์กร

จากผลการดำเนินงานพบว่าการบรรลุผลตัวชี้วัดองค์กรมีแนวโน้มบรรลุผลมากขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัจจัยที่ทำให้สำเร็จคือ 1)ทีมนำติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2)ปรับเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมากขึ้น 3)นำTHIP 2 มาใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบมากขึ้น แผนพัฒนาต่อเนื่อง การนำข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายมาใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

**95 ผลด้านการนำ(IV-4)**  2.การบรรลุผลตามแผนปฏิบัติการ

จากผลการดำเนินงานพบว่า ร้อยละการบรรลุตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มที่สูงขึ้นแต่ไม่คงที่จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปีงบฯ 2563-64 เกิดโรคระบาดCOVID-19ทำให้โครงการส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการจึงนำมาปรับแผน/โครงการให้สอดคล้องกับสถานการณ์เช่น โครงการให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนอำเภอป่าพะยอม แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ทีมเรียนรู้ถึงการเตรียมความพร้อมในการบริหารแผนปฏิบัติการและงบประมาณ ดังนี้ 1) จัดทำ(ร่าง) แผนสำรองในสถานการณ์ฉุกเฉินในประเด็นการบริหารแผนและงบประมาณ 2) ศึกษาและเฝ้าระวังในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้อย่างทันท่วงที เป็นต้น

**95 ผลด้านการนำ(IV-4)**  3. Case Mix Index (CMI)

จากผลการดำเนินงานพบว่าค่าดรรชนีผู้ป่วยใน(CMI)ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ0.6 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ยังมีความผิดพลาดในการสรุปการให้รหัสโรคและหัตถการ จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)พัฒนาความสมบูรณ์การบันทึกความก้าวหน้าทางการแพทย์(progress note) 2)ปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่เรื่องการสรุปโรคและหัตถการตามแนวทาง Standard Coding Guideline แผนพัฒนาต่อเนื่องคือ มีการทบทวนเวชระเบียนทั้งในส่วนของการสรุปการให้รหัสโรคและหัตถการโดย Auditor สะท้อนกลับไปยังแพทย์ผู้ให้รหัสในแต่ละเคส รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.ร้อยละอุบัติการณ์เกือบพลาด  (Near Miss) | >80% | 57.80 | 51.90 | 53.90 | 56.80 | 58.39 |
| 2.คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม | >ร้อยละ99 | 99.95 | 99.98 | 99.98 | 99.97 | 99.99 |
| 3.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียหลังการบำบัดผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |
| 4.ผลการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัย | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |
| 5.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก | 90% | 80.63 | 91.50 | 93.06 | 96.31 | 96.56 |
| 6.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยใน | 95% | 80.63 | 91.50 | 87.57 | 84.82 | 76.14 |

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

**96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** 1.ร้อยละอุบัติการณ์เกือบพลาด ไม่มีกราฟ

2.คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม

จากผลการดำเนินงานพบว่า คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก 1.Admin ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งแฟ้มข้อมูลแก่สสจ.พัทลุง 2.มีเครื่องมือที่ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งข้อมูล

แผนพัฒนา 1.พัฒนาเครื่องมือดักจอบข้อมูลError ที่ทันสมัยมากขึ้น 2.ให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล

**96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** 5.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ส่วนที่ขาดได้แก่ ไม่มีบันทึกผลการตรวจรังสี หรือตรวจอื่นๆ, บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัว ,บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องไม่ครบถ้วน/ไม่มีการบันทึก จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1) เน้นย้ำบุคลากรที่เกี่ยวข้องบันทึก ประวัติ การรักษา วินิจฉัยโรค ผลการตรวจ หัตถการและการสั่งยาผ่านระบบ Mit – net 2) บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Mit-net ตามเกณฑ์การตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. แผนพัฒนาต่อเนื่อง คือ 1) แจ้งผลการทบทวนเวชระเบียนในทีม PCT เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ 2) ทบทวนแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกเวชระเบียนให้มีความครอบคลุมตามเกณฑ์การบันทึกของ สปสช.

**96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** 6.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของผู้ป่วยใน

จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราฯ มีแนวโน้มลดลง โดยวิเคราะห์สาเหตุพบว่า มีการบันทึกไม่ครบถ้วนในส่วนของเกณฑ์ informed consent, History, Physical examination และพบในเวชระเบียนที่ Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทำให้แพทย์ไม่ได้บันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง Progress note ไม่บันทึกเวลาและชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด Nurses’note ไม่บันทึกปัญหาทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน จึงนำมาปรับปรุงดังนี้ 1)นำผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแจ้งกลับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) องค์กรแพทย์จัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้องกรณี Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ 3)ทบทวนการบันทึก Nurses’note ทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง 1) แจ้งผลการทบทวนเวชระเบียนในทีม PCT เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ 2) องค์กรแพทย์ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการรับคำสั่งทางโทรศัพท์ (รคส.) และแนวทางการบันทึก Discharge summary ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

**IV-6 ผลด้านการเงิน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี2560** | **ปี2561** | **ปี 2562** | **ปี2563** | **ปี2564** |
| 1.อัตราทุนหมุนเวียน Current Ratio (เท่า) | เกณฑ์≥1.5 | 0.68 | 0.86 | 1.05 | 1.61 | 1.94 |
| 2.อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio (เท่า) | เกณฑ์≥1.0 | 0.61 | 0.77 | 0.95 | 1.37 | 1.74 |
| 3.อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน Cash Ratio (เท่า) | เกณฑ์≥0.8 | 0.39 | 0.55 | 0.66 | 1.12 | 1.48 |
| 4.ทุนสำรองสุทธิ Net Working Capitation (บาท) |  | -5,935,952.37 | -2782022 | 877,115.73 | 6,616,055.30 | 10,025,001.32 |
| 5.รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายNet Income+ Depleciation |  | -3,930,894.25 | 2114513.04 | 2,455,704.93 | 4,589,017.10 | 422,960.03 |
| 6.ค่าวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) | 0 | 7 | 4 | 3 | 0 | 0 |

**97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)**

จากผลการดำเนินงานพบว่า ตัวชี้วัดทางการเงิน ที่บอกถึงสภาพคล่อง (Liquidity Ratio) ของโรงพยาบาล คือ Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลได้จัดทำPlanfin ควบคุมค่าใช้จ่ายและการหารายรับตามแผน ในปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลได้ดำเนินการ เช่น 1.หารายได้เพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยเขตรอยต่อ แรงงานต่างด้าว 2.เพิ่มรายได้จากคุณภาพข้อมูลบริการ 3.เพิ่มรายได้จากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ 4.กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 5.เพิ่มค่าSum adjust RW 6)เพิ่มรายได้จากงบตามเกณฑ์คุณภาพบริการของสปสช.(QOF) 7.ลดการสำรองการพัสดุคงคลัง 8.มาตรการประหยัดพลังงาน เป็นต้น