รายงานแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวนเตียง 30 เตียง ประเภทโรงพยาบาลชุมชน วันรับรอง 13 มิถุนายน 2560 วันหมดอายุ 12 มิถุนายน 2564

| มาตรฐาน | \*สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ | | \*แผนการพัฒนาของโรงพยาบาล |
| --- | --- | --- | --- |
| สิ่งที่น่าชื่นชม | ข้อเสนอแนะ | แผนและรายงานความก้าวหน้า 12 เดือน/18 เดือน/48 เดือน |
| ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร | | | |
| I-1 การนำ | | | |
| 01 ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์การ(พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม) | มีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เช่น พัฒนาเครือข่ายบริการ ระบบการดูแลผู้ป่วย 6 กลุ่มโรคสำคัญ การจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค HT, DM, COPD/asthma, TB, ARV เพิ่มสมรรถนะของเครือข่ายสถานบริการ(รพ.สต.) พัฒนาคุณภาพด้านคลินิกผ่านทีมนำทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญและการตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน | ควรทบทวนบทบาทของผู้นำที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมการปฏิบัติตามค่านิยม(การนำดี มีทีมเด่น เน้นเรียนรู้ มุ่งดูผล บริการเลิศ เกิดคุณภาพ)ที่ได้กำหนดไว้ | **12 เดือน**   * ทีมนำกำหนดวิสัยทัศน์ “บริการสุขภาพเป็นเลิศ ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข” * **ค่านิยม**   **Mastery :** ตรงเวลา/รับผิดชอบต่อหน้าที่/ซื่อสัตย์/role model ด้านพฤติกรรมสุขภาพ  **Originality :** Best Practice, CQI, R2R, วิจัย, นวัตกรรม  **People Centered Approach :** รับรู้/เรียนรู้/ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ  **Humility :** ESB,Humanized, สัมพันธภาพในองค์กร  **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**  **เป้าประสงค์ที่ 1.**ลดการป่วยตายในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 88.89  **เป้าประสงค์ที่ 2.**ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 60.00  **เป้าประสงค์ที่ 3.**โรงพยาบาลบรรลุเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50.00  **เป้าประสงค์ที่ 4.**ชุมชนสุขภาวะ ร้อยละ 0   * กิจกรรมสื่อสารและประเมินผลความเข้าใจ/การปฏิบัติตามค่านิยม พันธกิจ วิสัยทัศน์ เมื่อวันที่ 3, 4, 5 เมษายน 2561 ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 77.80   **18 เดือน**  ผลการประเมินการรับรู้และเข้าใจทิศทางองค์กร ร้อยละ 96.38  **48 เดือน**   * การส่งเสริมการปฏิบัติตามค่านิยม(การนำดี มีทีมเด่น เน้นเรียนรู้ มุ่งดูผล บริการเลิศ เกิดคุณภาพ) ที่ได้กำหนดไว้ดังนี้ MOPH   **1.Mastery :** ตรงเวลา/รับผิดชอบต่อหน้าที่/ซื่อสัตย์/ต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับรางวัล  **2.Originality** : Best Practice, CQI, R2R, วิจัย, นวัตกรรมผลงานคุณภาพ ปี2562-2564  **3.PeopleCentered Approach :** รับรู้/เรียนรู้/ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ มีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เช่น กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อระหว่างรอรับบริการ ,การโทรสอบถาม/ติดตามอาการหลังรับบริการ เป็นต้น  **4.Humility :** พฤติกรรมบริการ (ESB), การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanize), สัมพันธภาพในองค์กร มีกิจกรรมOD/ESB,กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในองค์กร เช่น เค้กวันเกิดแก่บุคลากรทุกระดับ   * กิจกรรมสื่อสารและประเมินผลความเข้าใจ/การปฏิบัติตามค่านิยม พันธกิจ วิสัยทัศน์ มีการ   ประเมินการรับรู้และเข้าใจทิศทางองค์กรร้อยละ 98.69 ปัจจัยความสำเร็จคือทีมนำมีกิจกรรมLeadership walkround/สื่อสารทิศทางองค์กรแก่บุคลากรผ่านช่องทางไลน์/เว็บรพ./เฟสบุ๊ค เป็นต้น |
| 02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี(สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย) | ส่งเสริมการดำเนินงานผ่านกิจกรรมการจัดทำผลงานคุณภาพ CQI นวัตกรรม R2R งานวิจัย กิจกรรม leadership walk round ผู้นำเป็นประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรม safety walk round | ควรส่งเสริมความเข้าใจในการกำหนด PSG ที่มีจุดเน้น เป้าหมาย แนวทางและมีตัวชี้วัดที่สอดคล้อง ผู้นำติดตามและใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์การใช้ Patient safety goals (เช่น การล้างมือ การตอบสนองผู้ป่วย ACS ประเด็นการวินิจฉัย การส่งต่อ เป็นต้น) การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยและใช้ผลการสำรวจเพื่อปรับปรุง และสร้างการเรียนรู้ในองค์กร | **12 เดือน**   * ประเมินผลลัพธ์ PSG เช่น การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้ความสำคัญในประเด็น   **S: Safe Surgery :** อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง = 0  **I: Infectious control: hand hygiene :**อัตราการล้างมือของบุคลากร 5 Moment (Moment 1 ร้อยละ 54.83 , Moment 2ร้อยละ 80.64, Moment 3ร้อยละ 100, Moment 4ร้อยละ 100, Moment 5ร้อยละ 61.29)  **M: Improve the safety of High-Alert Drug:** อัตราความผิดพลาดจากการใช้ยา HAD ตั้งแต่ปี 2559-2561=0  **P : Patients Identification:**อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดงานเวชระเบียนและสถิติตั้งแต่ ปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 0.29, 0.26,0.20 ตามลำดับ  **L ; Line &Tube** ไม่ได้นำมาใช้เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่ใส่ Tube หรือ สวนคา Foley Catheter  **E : Emergency** :อัตราผู้ป่วยACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที (เป้า100%) ตั้งแต่ปี  2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 60, 53.8, 62.96 ,71.40 ตามลำดับและอัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการ  ส่งต่อถึงรพ.พัทลุงภายใน 80 นาที (เป้าหมาย 100 %) คิดเป็นร้อยละ 76, 80, 44.44, 72.20 ตามลำดับ  **18 เดือน**   * มีแผนสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ในวันที่ 1 มีนาคม 2562   **S : Safe Surgery :** อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง = 0  **I: Infectious control: hand hygiene :**อัตราการล้างมือของบุคลากร 5 Moment (Moment 1 ร้อยละ…. , Moment 2 ร้อยละ.... , Moment 3 ร้อยละ….. , Moment 4 ร้อยละ...... , Moment 5 ร้อยละ..... )  **M: Improve the safety of High-Alert Drug:** ปี 2561, 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการใช้ยา HAD  **P : Patients Identification:**อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดงานเวชระเบียนและสถิติตั้งแต่ ปี 2561, 2562 คิดเป็นร้อยละ 0.42 (45 ครั้ง), 0.27 (26 ครั้ง) ตามลำดับ  **E : Emergency** :อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที (เป้า100%) ตั้งแต่ปี  2561, 2562 คิดเป็นร้อยละ 69.5,78.57 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการส่งต่อถึงรพ.พัทลุงภายใน 80 นาที (เป้าหมาย 100 %) คิดเป็นร้อยละ 75,50 ตามลำดับ  **48 เดือน**   * ประเมินผลลัพธ์ PSG ปี2564 ดังนี้   **S: Safe Surgery :** อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง = 0  **I: Infectious control: hand hygiene :**อัตราการล้างมือของบุคลากร 5 Moment (Moment 1 ร้อยละ 54.83 , Moment 2ร้อยละ 80.64, Moment 3ร้อยละ 100, Moment 4ร้อยละ 100, Moment 5ร้อยละ 61.29)  **M: Improve the safety of High-Alert Drug:**อัตราความผิดพลาดจากการใช้ยา HAD ตั้งแต่ปี 2562-2564=0  **P : Patients Identification:** อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดงานเวชระเบียนและสถิติตั้งแต่ ปี 2563-2564 (มิ.ย.)คิดเป็นร้อยละ  0.20 (22 ครั้ง) และ 0.22(16 ครั้ง) ตามลำดับ  **E : Emergency** :อัตราผู้ป่วยACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที (เป้า100%) ตั้งแต่ปี2563, 2564 คิดเป็นร้อยละ 84.61, 76.92 ตามลำดับและอัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการส่งต่อถึงรพ.พัทลุงภายใน 80นาที (เป้าหมาย 100 %) คิดเป็นร้อยละ 61.5,75 ตามลำดับ |
| 03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ |  | ควรสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับ หน่วยงาน เครือข่ายบริการ ทีมที่เกี่ยวข้องรับทราบ และทำความเข้าใจการนำจุดเน้นสู่การปฏิบัติ เสริมพลังและสร้างแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม (เช่น ไม่ชัดเจนว่าจุดเน้นการสร้างเสถียรภาพทางการเงินการคลังมีการเสริมพลังอย่างไร จูงใจอย่างไร) | **12 เดือน**   * สื่อสารจุดเน้นในกิจกรรม OD รุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 25-26 มิถุนายน 2561 รุ่นที่ 2 เมื่อวันที่ 3-4 กรกฎาคม 2561 * ผลการประเมิน   **จุดเน้น 1** พัฒนาสู่ NCD Clinic Plus ดีเด่น รอการประเมิน  **จุดเน้น 2** พัฒนาบุคลากร  - ด้านการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 90.00  - OD/ESB ร้อยละ 82.53  - IT ร้อยละ 82.40  **จุดเน้น 3 HDC** (ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ความสมบูรณ์ของข้อมูล ร้อยละ 99.98)  **จุดเน้น 4** 2P Safety  - ผู้ให้บริการ:ความพึงพอใจ ร้อยละ 68.00  - ผู้รับบริการ:ความพึงพอใจ อยู่ระหว่างดำเนินการ  **18 เดือน**   * ผลตามจุดเน้น ปี 2562   NCD :ลดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยเรื้อรังDM(ตา ไต เท้า)/HT(ACS/Stroke/CKD)  - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เป้าหมาย ร้อยละ 60 ทำได้ 57.83  - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 60 ทำได้ 60.11 เป็นต้น  - RDU: RDUขั้น 1  - LTC:ผ่านเกณฑ์  - การเงินการคลัง: ประหยัดทรัพยากรสาธารณูปโภค ,เพิ่มCMI:0.47  - HDC: QOF ตัวชี้วัด 14 ตัว ผ่านเกณฑ์ 5 ตัว คิดเป็นร้อยละ 35.71(25 ก.พ.62)  - 43file:ความสมบูรณ์ ร้อยละ 99.99   1. **เดือน**  * ผลการสื่อสารจุดเน้น ปี 2564 * ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง /หอบหืดAIDS/ จิตเภท) สามารถควบคุมได้ เป้าหมายร้อยละ 80 ทำได้ร้อยละ 80.00 * การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ผลงานขั้น 2 * อุบัติเหตุ:อัตราการส่งต่อผู้ป่วยTraumaไปรพ.พัทลุงภายใน 1ชม. ปี2563-2564เป้าหมายร้อยละ70 ทำได้ ร้อยละ 100,80 * การดูแลIMC LTC Palliative เป้าหมายร้อยละ100 ทำได้ร้อยละ 100 * เพิ่มรายได้ QOF,ความสมบูรณ์43file=99.99 * 2P safety: ผู้ให้บริการ:ความพึงพอใจ ร้อยละ 74.60, ผู้รับบริการ:ความพึงพอใจ ร้อยละ 89.19 |
| 04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ |  | 1.ควรทบทวนระบบการกำกับดูแลกิจการ การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการปรับปรุงจากการตรวจสอบภายในของ สสจ.(เช่น ผู้ตรวจราชการ สปสช.ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง เป็นต้น)  2.ควรทบทวนระบบการประเมินผู้นำและระบบการนำการใช้ผลการประเมินมาวางแผนพัฒนา | **12 เดือน**   * ผลการตรวจสอบภายในจากสสจ.พัทลุง เมื่อวันที่ 28 ก.พ.2561 มีข้อเสนอแนะ 3 เรื่อง รพ.ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ครบถ้วน * โรงพยาบาลยังไม่ได้กำหนด managerial competency ให้ชัดเจน แต่ใช้ core competency ตามที่ ก.พ. กำหนดมาประเมิน โดยให้น้ำหนักสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการนำสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานมากกว่าหัวหน้างานและหัวหน้างานมากกว่าผู้ปฏิบัติ   **18 เดือน**   * ผลการตรวจสอบภายในจากสสจ.พัทลุง เมื่อวันที่ 21-25 ม.ค.2562 มีข้อเสนอแนะ 10 เรื่อง รพ.ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ครบถ้วน * ผลการประเมินการนำ/ระบบการนำ จากความพึงพอใจมากสุดถึงน้อยสุดรายด้านมีดังนี้   1.ด้านการกำหนดทิศทางองค์กร ร้อยละ 66.91  2.ด้านการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจทิศทางองค์กรให้บุคลากรรับรู้ ร้อยละ 65.09  3.ด้านการให้ความสำคัญเรื่องธรรมาภิบาลขององค์กร ร้อยละ 62.18  4.ด้านการสร้างบรรยากาศและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 59.64  5.การเป็นตัวอย่างที่ดีของผู้บริหารในการดำเนินเรื่องต่างๆ ร้อยละ 57.82  **48 เดือน**   * ผลตรวจสอบภายในจากสสจ.พัทลุง ไม่มีข้อเสนอแนะ * ผลการประเมินระดับความพึงพอใจต่อการนำองค์กรของผู้บริหาร ปี2564 ดังนี้   1.การกำหนดทิศทางขององค์กร มีระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.088  2. การสื่อสารและการสร้างความเข้าใจทิศทางองค์กรให้แก่บุคลากร มีระดับความพึงพอใจมาก ( คะแนนเฉลี่ย 3.98)  3.การสร้างบรรยากาศและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาองค์กร มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ( คะแนนเฉลี่ย 3.833)  4.การให้ความสำคัญเรื่องธรรมาภิบาลขององค์กร( คะแนนเฉลี่ย 3.6176)  5.การเป็นตัวอย่างที่ดีของผู้บริหารในการดำเนินเรื่องต่างๆ ระดับความพึงพอใจมาก ( คะแนนเฉลี่ย 3.588) |
| 05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม |  | ควรทบทวนความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ ความกังวลของสาธารณะ และด้านจริยธรรมให้ครอบคลุมทุกด้าน กำหนดเป้าหมาย กระบวนการเชิงรุก และกำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม | **12 เดือน**   * ทีมนำได้ทบทวนความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ ความกังวลของสาธารณะในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในประเด็นดังกล่าว * การดำเนินงานอย่างมีจริยธรรมนั้น ปี 2561โรงพยาบาลได้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA   **18 เดือน**   * รพ.ป่าพะยอม ผ่านเกณฑ์การประเมินหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ITA ระดับ 5   **48 เดือน**   * ผลการประเมิน ITA ระดับ 5 มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดําเนินงานสูงมาก (ระดับ 5 :80-100 คะแนน) ทำได้ 100 คะแนน ที่มา ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) |
| I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ | | | |
| 06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล |  | ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วนและครอบคลุมตามบริบทของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่ตรงประเด็นตาม balance score card เช่น ด้านบุคลากร กระบวนการภายในและ social responsibility เป็นต้น นำมาสู่การวางแผนกลยุทธ์ที่ตอบสนองกับความท้าทายขององค์กรได้จริง การวิเคราะห์ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ที่มาจากทรัพยากรและความสามารถทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมทั้งการระบุโอกาสเชิงกลยุทธ์(strategic opportunity) ที่เป็นมุมมองของผู้นำ | **12 เดือน**   * ทีมนำกำหนดวิสัยทัศน์ “บริการสุขภาพเป็นเลิศ ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข” **ค่านิยม**   **Mastery :** ตรงเวลา/รับผิดชอบต่อหน้าที่/ซื่อสัตย์/role model ด้านพฤติกรรมสุขภาพ  **Originality :** Best Practice, CQI, R2R, วิจัย, นวัตกรรม  **People Centered Approach :** รับรู้/เรียนรู้/ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ  **Humility :** ESB,Humanized., สัมพันธภาพในองค์กร   * ทีมนำ ได้นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในโดยนำมาตรฐาน HA มาประยุกต์ใช้ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกได้นำเครื่องมือ STEEP Model เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล   **18 เดือน**   * สรุปความท้าทายเชิงกลยุทธ์ โรค/ปัญหาสุขภาพสำคัญ   - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM/HT:ลดภาวะแทรกซ้อน-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เป้าหมาย ร้อยละ 60 ทำได้ 57.83  -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 60 ทำได้ 60.11   * การรักษาเสถียรภาพการเงินการคลัง :ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพหน่วยบริการ Grade Risk Plus (7 Plus) ผลที่ได้เกรดB   **48 เดือน**   * สรุปความท้าทายเชิงกลยุทธ์ โรค/ปัญหาสุขภาพสำคัญ ปีงบประมาณ 2564 เท่ากับร้อยละ 88.89   **ประเด็นความท้าทาย**   1. การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด) บรรลุร้อยละ 75(KPI 4 ตัวชี้วัด ผ่าน 3) 2. การรักษาเสถียรภาพการเงินการคลัง:เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการงบประมาณที่จ่ายตามผลงานของ สปสช.บรรลุร้อยละ 100 (KPI 2 ตัวชี้วัด ผ่าน 2) 3. การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บรรลุร้อยละ 100 (KPI 2 ตัวชี้วัด ผ่าน 2) 4. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) บรรลุร้อยละ 100 (KPI 1 ตัวชี้วัด ผ่าน 1) |
| 07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุมHP |  | ควรทบทวนเรื่องความท้าทายเชิงกลยุทธ์ให้ครอบคลุมทุกด้าน รวมถึงด้านบุคลากรในเครือข่ายกระบวนการภายใน ความรับผิดชอบต่อสังคม(social responsibility)ทำให้เกิดความสอดคล้องกันระหว่างความท้าทายเชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ เป้าหมายและตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามแผนที่ครอบคลุมทุกเรื่องที่เป็นกลยุทธ์ รวมทั้งการวางแผนด้านทรัพยากรบุคคล แผนเครื่องมือที่สนับสนุนให้แผนบรรลุวัตถุประสงค์ | **12 เดือน**   * ทีมนำมีการทบทวนความท้าทายด้านการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี โรคสำคัญ คือ DM/HT มีตัวชี้วัดกำกับ คือ อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 8 ผลงานที่ทำได้ ร้อยละ 6, อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 6 ผลงานที่ทำได้ ร้อยละ 2.26 เป็นต้น   **18 เดือน**   * สรุปผลการดำเนินงานตามกลุ่มวัย   **1.กลุ่มปฐมวัย0-5 ปี**:อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะ shockเป้าหมาย 0 ผลงาน 0  **2**.**กลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี :**อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (ตำบลป่าพะยอม) ต่อแสนประชากรเป้าหมาย 200/แสน ปชก. ทำได้ 210.70,อัตราการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี เป้าหมายลดลงร้อยละ2 ต่อปี (ปี60 69.35)ทำได้ร้อยละ 64.67  **3**.**กลุ่มวัยรุ่น /นักศึกษา 15-21 ปี :**ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป้าหมาย ร้อยละ 17.5 ทำได้ร้อยละ 15.38  **4**.**กลุ่มวัยทำงาน15-59 ปี :**อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เป้าหมาย <8% ทำได้ ร้อยละ 6,อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ เป้าหมาย<6% ทำได้ร้อยละ 2.26  **5.กลุ่มวัยสูงอายุ 60 ขึ้นไป** : LTC ผ่านเกณฑ์การประเมิน  **48 เดือน**  ผลการทบทวนเรื่องความท้าทายเชิงกลยุทธ์ เช่น   1. การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคเอดส์ จิตเวช) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวันทำงาน 15-59 ปี มี โครงการ อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีแผนพัฒนาบุคลากร คืออบรมให้ความรู้บุคลากรในเครือข่ายดูแลภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยากต่อการรักษา ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามคือ 1.อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2.อัตราภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 2. การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Trauma :HI เสริมพลังภาคีเครือข่ายในการสร้างและดูแลสุขภาพ มีโครงการ1.โครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ การคัดแยกผู้บาดเจ็บ2.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแผน/ซ้อมแผนรับอุบัติภัยหมู่ ซึ่งมีแผนพัฒนาบุคลากร คืออบรมบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ การคัดแยกผู้บาดเจ็บ /อบรมบุคลากรทุกคนและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่เมื่อเกิดอุบัติภัยหมู่ 3. การรักษาเสถียรภาพการเงินการคลัง:คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม,งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)มีโครงการ1.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 2.โครงการ ประชุมให้จัดการความรู้การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม และการจัดการข้อมูล QOFซึ่งมีแผนพัฒนาบุคลากร คือ1 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาฐานข้อมูล 43 แฟ้ม2.ชี้แจงรายละเอียดของข้อมูล QOFตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม/งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) 4. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)เพื่อ1.พัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลและเครือข่ายใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีACTION PLANSดังนี้ โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ซึ่งมีแผนพัฒนาบุคลากร คืออบรมให้ความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 |
| 08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ |  | ควรทบทวนเรื่องการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่าแผนกลยุทธ์ทั้งหมดมีแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้น(1ปี)และระยะยาว(5ปี) มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีความจำเป็น | **12 เดือน**   * การติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ   **กลยุทธ์ที่ 1** พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 โครงการ อยู่ระหว่างดำเนินการ  **กลยุทธ์ที่ 2** ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกครอบคลุมทุกกลุ่มวัย จำนวน 4 โครงการ ดำเนินการ 4 โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 100  **กลยุทธ์ที่ 3** พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแบบบูรณาการ จำนวน 10 โครงการ ดำเนินการ 8 โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 80 \*บูรณาการ 8 โครงการ  **กลยุทธ์ที่ 4** ขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ชุมชนสุขภาวะ จำนวน 1 โครงการ อยู่ระหว่างดำเนินการ  **กลยุทธ์ที่ 5** พัฒนาบุคลากรสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 8 โครงการ ดำเนินการ 8 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100   * งบประมาณโครงการ 2561 จำนวน 749,940 บาท ใช้ไป 685,782.28 บาท คิดเป็นร้อยละ 91.44   **18 เดือน**   * การติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ   **กลยุทธ์ที่ 1** พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 โครงการ ดำเนินการ 2 โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 66.67  **กลยุทธ์ที่ 2** ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกครอบคลุมทุกกลุ่มวัย จำนวน 4 โครงการ ดำเนินการ 4โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 100  **กลยุทธ์ที่ 3** พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแบบบูรณาการ จำนวน 10 โครงการ ดำเนินการ 8 โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 80 \*บูรณาการ 8 โครงการ  **กลยุทธ์ที่ 4** ขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ชุมชนสุขภาวะ จำนวน 1 โครงการ ดำเนินการ 1 โครงการ คิดเป็น ร้อยละ 100 \*บูรณาการ  **กลยุทธ์ที่ 5** พัฒนาบุคลากรสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 8 โครงการ ดำเนินการ 8 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100   * งบประมาณโครงการ 2561 จำนวน 749,940 บาท ใช้ไป 693,927 บาท คิดเป็นร้อยละ 92.53 * แผนงบประมาณ ปี 2562 จำนวน 806,719 บาท แบ่งเป็น   - งบพัฒนาทีมนำและทีมคร่อมฯ จำนวน 275,900 บาท  - งบกองทุนตำบล จำนวน 113,095 บาท  - งบพัฒนาหน่วยงานในรพ. จำนวน 417,724 บาท  **48 เดือน**   * ผลการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ปี 2564 เท่ากับร้อยละ 66.67 * สรุปงบประมาณรายจ่ายจากโครงการ ปีงบฯ 2564 แบ่งเป็น   - งบพัฒนาทีมนำและทีมคร่อมฯ จำนวน178,900 บาทใช้ไป 61,800 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.54  - งบส่งเสริมป้องกันในเครือข่าย จำนวน 525,440 บาทใช้ไป331,200 บาทคิดเป็นร้อยละ63.03  - แผนพัฒนากำลังคนและservice plan) 178,900 บาทใช้ไป 64,961 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.31 |
| 09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร |  | ควรทบทวนแผนด้านทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ในทุกด้าน เพื่อให้บรรลุตามแผนที่วางไว้ เช่น แผนพัฒนาบุคลากรในการบริการด้านคลินิกที่สำคัญ ด้าน service plan อุบัติเหตุที่เป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลของโรงพยาบาล รวมทั้งบทเรียนในการวางแผนทรัพยากรบุคคล | **12 เดือน**   * ทบทวนแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี 2560-2564 ประกอบด้วย 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน 2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) 3.บุคลากรสนับสนุน (Associations Health personal) 4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)และ service plan ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น * กรณีลูกจ้าง/พกส. รพ.มีแผนพัฒนาบุคลากรตามความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ งานทันตกรรม ส่งเข้าอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงานทันต- กรรม/ตำแหน่งนายช่าง เข้าอบรมหลักสูตรการซ่อมเครื่องมือแพทย์ของกองวิศวกรรมการแพทย์ เป็นต้น   **18 เดือน**   * พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย แพทย์ 1 ,พยาบาลวิชาชีพ 3 * พยาบาลจิตเวช * Intermediate care * พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมะเร็ง * มีการจัดทำแผนพัฒนาตามService plan อย่างต่อเนื่อง |
| 10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า |  | ควรทบทวนการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบกับคู่เทียบผลการดำเนินงาน เช่น ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง มากำหนดตัวชี้วัดของแผนกลุยุทธ์ในแต่ละตัว เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงกับผลงานที่คาด การเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ในพื้นที่ใกล้เคียง การใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับโรงพยาบาลในจังหวัด | **12 เดือน**   * นำผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด/เขตในระบบHealth Data Center เช่น ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป้าหมายกระทรวง มากกว่าร้อยละ 40 ผลงานทั้งประเทศทำได้ร้อยละ 25 .64 โรงพยาบาลทำได้ ร้อยละ 26.96, ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี เป้าหมายกระทรวง มากกว่าร้อยละ 50 ผลงานทั้งประเทศทำได้ร้อยละ 40.53 โรงพยาบาลทำได้ ร้อยละ 40.37 เป็นต้น   **18 เดือน**   * **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**   **เป้าประสงค์ที่ 1.**ลดการป่วยตายในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 88.89  **เป้าประสงค์ที่ 2.**ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 60.00  **เป้าประสงค์ที่ 3.**โรงพยาบาลบรรลุเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50.00  **เป้าประสงค์ที่ 4.**ชุมชนสุขภาวะ ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด  **48 เดือน**   * มีการนำผลการดำเนินงานจากตัวชี้วัดโครงการTHIP 2 มาเปรียบเทียบมากขึ้น เช่น  1. DC0101 : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ผลงานทำได้30.54อยู่ ระดับ 2 Percentile25 : 21.62 ถึง Median : 35.75   DC0201 : ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผลงานทำได้ 60.54ระดับ 3 Median : 57.11 ถึง Percentile75 : 70.75 |
| I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน | | | |
| 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม |  | ควรทบทวนช่องทางการรับรู้ความต้องการเกี่ยวกับผู้ป่วยในกลุ่มสำคัญที่หลากหลาย และเหมาะสมตามการแบ่งของโรงพยาบาล กลุ่มอายุ กลุ่มโรค กลุ่มตามสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มตลาด พิจารณาวิธีการรับฟังที่ยังไม่ได้ใช้ เช่น การสำรวจ การวิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web การใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ และศึกษาวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น | **12 เดือน**   * นอกจากการรับฟังความคิดเห็นจากกล่องรับฟังความคิดเห็น จากสมุดบันทึกความคิดเห็นที่ รพ.จัดไว้ให้ตามจุดต่างๆแล้ว ยังได้มีการสอบถามความต้องการในชุมชนจากที่ร่วมประชุมหมู่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน ผ่านทาง อสม. โดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ว่าหากมีปัญหาหรือข้อติดขัดเกี่ยวกับการมารับบริการที่ รพ.สามารถสะท้อนกลับทางช่องทางไหนได้บ้าง * จากการประเมินผลการรับรู้พบว่ายังมีประชาชนบางส่วนไม่กล้าเขียนความคิดเห็นแต่จะเล่าให้เจ้าหน้าที่ฟังขณะไปในชุมชน ไปเยี่ยมบ้าน * ทางโรงพยาบาลมีแผนเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้น   **18 เดือน**   * กำหนดช่องทางการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้   1) กิจกรรมแลกเปลี่ยนความต้องการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  2) จากการเยี่ยมบ้าน  3) จากกล่องรับความคิดเห็น รพ. 10 จุด และรพ.สต. 6 แห่ง  4) ไปรษณีย์อิเล็กโตนิก, E-mail Facebook, เว็บไซด์โรงพยาบาล [http://www.phapayomhospital.com/contact us.html](http://www.phapayomhospital.com/contact%20us.html)  E-mail: phapayomhospital@gmail com Facebook [www.facebook](http://www.facebook).com/page/โรงพยาบาลป่าพะยอม 5) ทางโทรศัพท์ 074-673967-6) สมุดความคิดเห็นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 7) แบบประเมินความคิดเห็นผู้ใช้บริการในชุมชน 8) แบบประเมินความพึงพอใจ 9) ช่องทางรับเรื่องร้องเรียน   * จำนวนข้อร้องเรียนเดือน ต.ค.-ธ.ค. 2561 มี 1 เรื่องผ่านทางเว็บไซด์ โรงพยาบาล 1 เรื่องเป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ ได้มีการเจรจาผ่านทีมไกล่เกลี่ย ผลผู้รับบริการเข้าใจ รับรู้ ยอมรับกับเหตุการณ์ * ผลสรุปความพึงพอใจงานผู้ป่วยใน ปี 2561 เป็น 88.47   ข้อเสนอแนะในสมุดแสดงความคิดเห็น ปี 2561 ดังนี้ 1) ประตูห้องพิเศษปิดไม่ค่อยได้ ประตูปิดด้านหลังเสีย 2) ควรจัดห้องพิเศษมากกว่านี้เพื่อรองรับกับความต้องการของผู้ป่วย 3) สถานที่แออัด 4) ความสะอาดภายในห้องพิเศษควรทำให้ดีกว่านี้ 5) การบริการที่ห้องรอตรวจช้า 6) เสื้อผ้าชองผู้ป่วยควรซักให้สะอาดกว่านี้ 7)การจองคิวห้องพิเศษ 8) ญาติ/ผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจ/รู้เรื่องอาการของคนไข้จัดเจนโดยแพทย์ 9) ผ้าม่านไม่สะอาด 10) ห้องน้ำไม่สะอาด/หัวฉีดไม่พร้อมใช้งาน   * ข้อเสนอแนะในสมุดแสดงความคิดเห็น ปี 2562 ดังนี้ 1) ห้องพิเศษมีมดเยอะ 2) อุปกรณ์เครื่องใช้ในห้องพิเศษไม่ครบ/บางอย่างชำรุดยังไม่ซ่อม 3) ความสะอาดของห้องน้ำในห้องพิเศษ 4)ความสะอาดภายในหอผู้ป่วย * สิ่งที่ชื่นชม เช่น พยาบาลใจดี พูดเพราะ, โดยภาพรวมบุคลากรดีมาก, เจ้าหน้าที่มีความเต็มใจในการให้บริการดี ท่าทางเป็นมิตร การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ความกระตือรือร้นต่อคนไข้ดี การให้ข้อมูลรายละเอียดดี ห้องพิเศษกว้างขวาง คำแนะนำที่ดีจากแพทย์และพยาบาล * ตอบสนองข้อเสนอแนะในปี 2561-2562 ดังนี้ 1) เข้าแผนปรับปรุงห้องพิเศษปี 2562 2)บันทึกเสนอซื้ออุปกรณ์จานถ้วยช้อนผ่านแล้ว(รอของ) 3) OPD ปรับระบบเวลาการออกตรวจของแพทย์ ช่วงเช้า 8.30 น.ช่วงบ่าย 13.30 น. 4) แจ้งข้อเสนอแนะไปยังโรงซักฟอกเพื่อปรับปรุงการซักผ้า 5)ประเมินพนักงานทำความสะอาดทั้งห้องพิเศษและสามัญและเน้นย้ำความสะอาดให้มากกว่านี้ 6) ทำทะเบียนการจองคิวเข้าห้องพิเศษ 7) แจ้งฝ่ายบริหารเรื่องการกำจัดมดเนื่องจากมดอยู่ตามซอกฝาผนัง * ประชาสัมพันธ์ช่องทางการรับรู้แก่ประชาชน โดยประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในโรงพยาบาล หน้า Web Facebook อสม. ที่ประชุมหมู่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ * ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการในชุมชน พบว่า มีความพึงพอใจ ร้อยละ 83.28 ประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ พยาบาลมีการตรวจเยี่ยมประชาชนอย่างสม่ำเสมอ ทางหน่วยงานได้ติดตามเยี่ยมเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง หญิงหลังคลอด ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.แม่ข่าย ในการติดตามเยี่ยมครอบครัวปกติยังเยี่ยมไม่ได้ครอบคลุม ได้จัดทำแผนให้พยาบาลประจำครอบครัวติดตามเยี่ยมให้ได้อย่างน้อย 1 ครัว/ครอบครัว/ปี ประเด็นที่มีความพึงพอใจน้อย คือ พยาบาลมีกิริยามารยาทในการให้บริการดี และมีความรวดเร็วในการให้บริการ ได้เน้นย้ำในเรื่องพฤติกรรมบริการและ Service mind * การรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการในชุมชน พบประเด็นเรื่องความกระตือรือร้นในการต้อนรับผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน พฤติกรรมบริการ การรอรับบริการนาน(รอตรวจ) คิวฟันไม่พอต้องมาหยิบคิวฟันตั้งแต่ตี 5 |
| 12 การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน | ผู้ป่วยทั่วไปสามารถขอรับบริการได้ทุกคลินิก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถขอรับบริการ EMS ได้โดยโทร 1669 หรือเบอร์โทรศัพท์ภายใน พบว่าอัตราการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น | 1.ควรทบทวนวิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับผลงานเฉพาะกลุ่มสำคัญ(segmentation)โดยกำหนดช่องทางการติดต่อที่เหมาะสมสำหรับค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการและเสนอข้อร้องเรียน  2.ควรทบทวนช่องทางการรับร้องเรียนเพื่อให้ได้ข้อมูลการร้องเรียนที่ครบถ้วน นำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์หาแนวโน้ม จัดลำดับความสำคัญสื่อสารเพื่อปรับปรุง รวมทั้งทบทวนการนำข้อร้องเรียนไปตอบสนองและจัดการกับคำร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ | **12 เดือน**   * โรงพยาบาลแบ่งกลุ่มผู้รับบริการออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้   1. กลุ่มผู้ป่วยและญาติ: ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ปลอดภัย หายจากโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็น พฤติกรรมบริการที่ดี ความเป็นกันเอง ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา ได้รับความสะดวก รวดเร็ว สถานที่สะอาด มีความเสมอภาคในการให้บริการและมีการพิทักษ์สิทธิ  2. ผู้มาติดต่อราชการ: การต้อนรับที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้บริการได้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจน ทันเวลา ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ  3 กลุ่มผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน): การประสานงานที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน   * การสื่อสาร   1.ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรศัพท์ให้สามารถสอบถามบริการได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง  2.ป้ายประชาสัมพันธ์การให้บริการต่างๆ  3.มีตารางแสดงการให้บริการของแผนกต่างติดไว้ให้เห็นชัดเจน  4.แผ่นพับประชาสัมพันธ์ และแผ่นพับเกี่ยวกับโรคต่างๆ  5.เสียงตามสาย  6.Website โรงพยาบาล   * มีการจัดตั้งคณะกรรมการ 2 คณะ   1.คณะกรรมการความปลอดภัยและเจรจาไกล่เกลี่ย  2.คณะกรรมการทำงานทีมเคลื่อนที่เร็ว(RRT)   * โรงพยาบาลกำหนดช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้   1.ตู้รับข้อเสนอแนะที่ รพ.และรพสต.  2.สมุดรับข้อเสนอแนะที่จุดคัดกรอง  3.บันทึกข้อเสนอแนะในตึกผู้ป่วยและห้องพิเศษ  4.ช่องทาง อสม.ในพื้นที่  5.แบบสอบถามความพึงพอใจ ความต้องการผู้รับบริการ  6.แจ้งข้อคิดเห็นต่อศูนย์รับเรื่องร้องเรียน  7.Web.site ของโรงพยาบาล  จำนวนข้อร้องเรียนมีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2560 มีข้อร้องเรียน 5 ครั้ง ด้านบริการล่าช้า 1 ครั้ง ด้านเทคนิกบริการ 1 ครั้ง ด้านสิ่งแวดล้อม 1 ครั้ง ด้านพฤติกรรม 2 ครั้ง การตอบสนองต่อการร้องเรียน 100 % ในปี 2561 มีข้อร้องเรียน 6 ครั้ง ด้านบริการล่าช้า 1 ครั้ง ด้าน เทคนิกบริการ 3 ครั้ง ด้านสิ่งแวดล้อม 0 ครั้ง ด้านพฤติกรรม 2 ครั้ง การตอบสนองต่อการร้องเรียน 100 % ในปี  **18 เดือน**   * มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน ดังนี้   1.มาด้วยตนเองที่ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพหรือที่หน่วยบริการ  2.ตู้รับความคิดเห็นในโรงพยาบาลจำนวน 10 ตู้และรพสต. 6 แห่ง  3.เว็บไซด์โรงพยาบาล http://www.phapayomhospital.com/contact us.html  4.E-mail phapayomhospital@gmail com  5.Facebook www.facebook.com/page/โรงพยาบาลป่าพะยอม  6.ทางโทรศัพท์ 074-673967-8  จำนวนข้อร้องเรียนเดือน ต.ค.-ธ.ค.2561 มี 1 เรื่องผ่านทางเว็บไซด์โรงพยาบาล 1 เรื่องเป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ ได้มีการเจรจาผ่านทีมไกล่เกลี่ยเรียบร้อยแล้ว  **48 เดือน**   * จำนวนข้อร้องเรียนปี2563 มี 7 เรื่อง ด้านพฤติกรรมบริการ3ครั้ง เทคนิกบริการ4ครั้ง ปี2564 มีจำนวน 1 เรื่องด้านพฤติกรรมบริการได้ผ่านคณะกรรมการไกล่เกลี่ยเรียบร้อยแล้ว |
| 13 การประเมินความพึงพอใจ การรับรู้ข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง |  | ควรทบทวนวิธีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พอใจและรับข้อมูลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ นำมาวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มต่างๆทีได้กล่าวไว้ใน hospital profile มีการนำข้อมูลป้อนกลับความพึงพอใจ/ไม่พอใจมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา รวมทั้งการรับข้อมูลป้อนกลับและตอบสนองอย่างทันท่วงที(prompt,actionable, feedback) | **12 เดือน**   * มีระบบการประเมินความพึงพอใจเชิงรุกในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรคสำคัญ เช่น สุ่มการโทรศัพท์ในการสอบถามความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นบริการภายในเวลาที่เหมาะสม * ผลการประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรคสำคัญ ปี 2560 ครั้งที่ 1 = 87.40 %, ครั้งที่ 2 = 87.00 % * มีกิจกรรมตอบสนองสำคัญเช่น ทำข้อตกลงร่วมกับองค์กรแพทย์ กำหนดเวลาออกตรวจของแพทย์ 08.30 น. ในช่วงเช้า เวลา 13.30 น. ในช่วงบ่ายรับประกันระยะเวลารอคอย, เพิ่มคลินิกบริการ * จากการทบทวนความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ยังไม่มีการประเมินผู้รับบริการนอกเขต ทีมนำได้ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยเขตรอยต่อหรือนอกเขต ผลการประเมินจากมากสุด-น้อยสุด ดังนี้ 1.ด้านความเชื่อมั่นในโรงพยาบาล ร้อยละ66.70 , 2.ด้านช่องทางติดต่อและที่ตั้งของการให้บริการ(Place) ร้อยละ 66.70, 3.ด้านบุคลากร (Person) ร้อยละ 66.67, 4.ด้านกระบวนการ(Process) ร้อยละ 66.64, 5.ด้านผลิตภัณฑ์(Product) ร้อยละ 55.60, 6.ด้านราคา (Price) ร้อยละ 55.00 และ 7.ด้านการส่งเสริมการตลาด(Promotion) ร้อยละ 40   **18 เดือน**   * งานผู้ป่วยใน : งานผู้ป่วยในจะมีการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ สรุปผลการเมินรวมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคปีละ 2 ครั้ง( รอบ 6 เดือน ) และจะสรุปผลรวมอีกครั้งเป็นค่าเฉลี่ยในปลายปี * ผลการประเมินความพึงพอใจในรอบปี 2561 ร้อยละ 88.35 ประเด็นความพึงพอใจลำดับน้อยที่สุด 3 อันดับในปี 2561 คือ 1)ความสะอาดของห้องที่นอน 85.29% 2)ความสะดวกสบายภายในห้องที่ท่านนอน 85.65% 3)การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 86.36% ทางหน่วยงานนำข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ควรปรับปรุงมาทบทวนเพื่อพัฒนา เช่น ความสะอาดของห้องน้ำและสถานที่จะมีการติดตามประเมินวันละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้าและช่วงบ่ายหลังจากนั้นอัตราความพึงพอใจเรื่องความสะอาดในปี 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น * ผลการประเมินความพึงพอใจเชิงรุกจากการเยี่ยมบ้าน การประชุม เวทีประชาคม จากการสอบถาม พบว่ามีประเด็นพฤติกรรมบริการ รอนาน ความสะอาด * ผลประเมินความพึงพอใจ OPD ร้อยละ 88.46 พบประเด็น รอนาน ห้องน้ำไม่สะอาด อุปกรณ์ไม่ทันสมัย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง * การตอบสนองสร้างห้องน้ำผู้ป่วยหลังใหม่ * ก.พ.2562 ปรับระบบการออกให้บริการของแพทย์ OPD ช่วงเช้า เวลา 08.30 น. -12.00 น. ช่วงบ่าย 13.30 – 16.30 น. * สะท้อนข้อมูลพฤติกรรมบริการในมุมมองของชุมชน/ผู้รับบริการ ให้หน่วยรับรู้ เน้นย้ำความกระตือรือร้นในการตอบสนองผู้ป่วย |
| 14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป | การสอบถามการรับรู้สิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ผู้ป่วยทราบชื่อ-สกุลของผู้ให้บริการ และรับรู้เรื่องการรักษาความลับอยู่ในระดับสูง |  | **12 เดือน**   * ประเมินการรับรู้สิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่รับรู้สิทธิ ร้อยละ 88.50 รับรู้มากสุด ข้อ 1.สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ ร้อยละ 95 ข้อ 5. ผู้ป่วยทราบชื่อ-สกุลของผู้ให้บริการ ร้อยละ 93 และข้อ7 การปกปิดข้อมูลการรักษาร้อยละ 90 ตามลำดับ * นำผลการประเมินสู่การพัฒนามีแผ่นพับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อทุกหน่วยบริการ พร้อม จนท. ให้ข้อมูลสิทธิผู้ป่วยทุกครั้ง   **18 เดือน**   * ประเมินการรับรู้สิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ในผู้รับบริการปีละ 1 ครั้ง * ผลประเมินการรับรู้สิทธิผู้รับบริการ เดือนมกราคม 2562 พบว่า รับรู้สิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ร้อยละ 87.33 ไม่รู้ ร้อยละ 12.67 รับรู้มากสุดคือ ข้อ 7 สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล รับรู้น้อยสุด คือข้อที่ 8 สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจาก บางคนไม่เข้าใจความหมายการทำวิจัย เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วนแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจ * ได้ดำเนินการให้มีแผ่นพับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อมีไว้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ   **48 เดือน**   * ประเมินการรับรู้สิทธิผู้ป่วย ตาม คำประกาศสิทธิ ในผู้รับบริการปี ละ 1 ครั้ง * ผลการรับรู้สิทธิผู้รับบริการ ปี2563 ร้อยละ 90.63 มากสุดคือ ข้อ 6 การปกปิดข้อมูล น้อยสุด คือ ข้อ.5 การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เนื่องจากข้อจำกัดในการให้บริการ ปรับปรุงการให้ข้อมูลครบถ้วนในการให้บริการ * ผลการรับรู้สิทธิผู้รับบริการ ปี 2564 รับรู้ ร้อยละ 91.33 มากสุดข้อ 6 การปกปิดข้อมูลน้อยสุด คือ ข้อ.7การเข้าร่วมวิจัย. เนื่องจากไม่พบการวิจัยทางคลินิกในผุ้รับริการ * นำมาปรับการให้ข้อมุล ทีครบถ้วน มีข้อจำกัดในการให้บริการ การส่งต่อตามแผนการรักษา |
| 15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ(เด็ก ผู้ พิการ ผู้สูงอายุ) |  | ควรทบทวนกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะให้ครอบคลุม การติดตามผลลัพธ์จาการคุ้มครองการเรียนรู้เพื่อสร้างความมั่นใจว่ากระบวนการดังกล่าวได้คุ้มครองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแลที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องแยก/ผูกยึด เป็นต้น | **12 เดือน**   * ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ได้แก่ เด็ก มีการจัดสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเด็ก เช่น ผ้ากั้นเตียง ให้ญาติเฝ้า 2 คน มีมุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีของเล่นที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก อุปกรณ์ผูกยึดเด็กขณะทำหัตถการ บริการรถรับส่งเด็กนักเรียนในกรณีทำฟันชุดอุปกรณ์การให้ IV หน้ากากพ่นยาเด็ก ของเล่นขณะเจาะเลือด เป็นต้น ผู้สูงอายุ มีการจัดสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ให้ญาติเฝ้า 2 คน มีบริการยืมอุปกรณ์ช่วยเดิน มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (more fall)อุบัติการณ์ = 0 จัดบริการตามนโยบาย 70 ปีไม่มีคิว เป็นต้น ผู้ป่วยผู้พิการ มีบริการคิวด่วน ทางลาดมีราวจับ มีห้องน้ำผู้พิการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ นำไปสูการได้รับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย มีแนวทางดูแล ผู้ป่วยแยก/ผูกยึด ผลลัพธ์มีการบาดเจ็บ ญาติเข้าใจและให้ ความร่วมมือ มีห้องแยกโรคแบบ negative pressure 1 ห้องและแนวทางในการแบ่งโซนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยชัก ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทีมดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน ระบบยา เครื่องมือ ไปดูแลที่บ้าน มีการจัดสิ่งแวดล้อมขณะอยู่รพ.สนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วย ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จากการสอบถามญาติผู้ป่วยทุกราย มีความพึงพอใจระดับมากต่อการให้บริการ * ประเมินผลการคุ้มครองสิทธิอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.20 ข้อที่มากที่สุดคือ ข้อ 5. ผู้ป่วยทราบชื่อ-สกุลของผู้ให้บริการ และข้อ7. มีนโยบายปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย ข้อน้อยที่สุดคือข้อ 8 การได้รับข้อมูลการวิจัย   **18 เดือน**   * ประเมินผลการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ปีละ 1 ครั้ง * ประเมินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในผู้รับบริการเดือนมกราคม 2562 พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.67 ปานกลางร้อยละ 19.33 น้อย ร้อยละ 4 เมื่อพิจารณารายข้อที่มากที่สุดคือข้อ 7 มีนโยบายปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย ข้อน้อยที่สุดคือข้อ 8 การได้รับข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย * มีการจัดบริการ one stop serviceในคลินิกผู้ป่วยจิตเวช วัณโรค คลินิกARV OSCC การให้คำปรึกษา และเจาะเลือดเฉพาะราย มีการปกปิดข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย HIV การปรับปรุงสิทธิการเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยการบริหารคิว และระบบนัด เป็นต้น * การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทีมดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วางแผนให้การดูแล ระบบยา เครื่องมือ เยี่ยมบ้าน มีการจัดสิ่งแวดล้อมขณะอยู่รพ.และที่บ้าน สนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วย ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จากการประเมินความพึงพอใจญาติผู้ป่วยทุกราย มีความพึงพอใจระดับมากต่อการให้บริการ อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในปี 2560-2561 เป็น 92.25 % , 93.73 % ตามลำดับ * มี จนท.ไปร่วมบำเพ็ญกุศลศพผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ได้บริจาคเงินและอุปกรณ์ให้กับโรงพยาบาล * การติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ต้องแยก/ผูกยึด เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยชัก ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ไม่พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บจาการผูกยึด อธิบายผู้ป่วยและญาติ และได้รับคำยินยอมก่อนผูกยึดผู้ป่วยทุกครั้ง * จัดบริการตรวจฟันและนัดทำฟันปลอมในผู้สูงอายุ (เป้าหมาย 40 ราย/ปี ในปี2561 จำนวน 52 ราย) เด็ก 0 – 2 ปีที่มารับบริการที่คลินิก WBC ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ปี 2561 ร้อยละ 67.93, ปี 2562 ร้อยละ 53.93   **48 เดือน**   * ประเมินการรับรู้สิทธิผู้ป่วย ตาม คำประกาศสิทธิ ในผู้รับบริการปี ละ 1 ครั้ง * ผลการรับรู้สิทธิผู้รับบริการ ปี2563 ร้อยละ 90.63 มากสุดคือ ข้อ 6 การปกปิดข้อมูล น้อยสุด คือ ข้อ.5 การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เนื่องจากข้อจำกัดในการให้บริการ ปรับปรุงการให้ข้อมูลครบถ้วนในการให้บริการ * ผลการรับรู้สิทธิผู้รับบริการ ปี 2564 รับรู้ ร้อยละ 91.33 มากสุดข้อ 6 การปกปิดข้อมูลน้อยสุด คือ ข้อ.7การเข้าร่วมวิจัย. เนื่องจากไม่พบการวิจัยทางคลินิกในผุ้รับริการ * นำมาปรับการให้ข้อมุล ทีครบถ้วน มีข้อจำกัดในการให้บริการ การส่งต่อตามแผนการรักษา |
| ตอนที่ I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ | | | |
| 16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน | มีนวัตกรรมที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน เช่น การบันทึกบัตรนัด การพิมพ์ sticker ติดถาดอาหารด้วยระบบ MIT-NET การใช้ program LIS เชื่อมโยงผลการตรวจ lab การดูภาพ x-ray ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ในคลินิกทันตกรรมและระบบ online จากโปรแกรม Thai Refer | 1.ควรทบทวนความสอดคล้องของตัวชี้วัด(alignment) ระหว่างตัวชี้วัดกลยุทธ์ที่แสดงความสำเร็จขององค์กร ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ระบบงานที่เสริมให้ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์  2.ควรทบทวนการใช้ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน  3.ควรกำหนดข้อมูลเชิงเปรียบเทียบให้ครอบคลุมทุกด้านที่แสดงการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร การจะเป็นผู้นำระดับเขตด้านบริการสุขภาพองค์รวมที่ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข | **12 เดือน**   * จากการทบทวน/จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ปี 2561-2565 และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์มากขึ้นจากเดิมมีตัวชี้วัด 64 ตัว ปรับลดลงเหลือ 28 ตัว * การเปรียบเทียบรพ.ใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) สสจ.พัทลุง * มีแผนเข้าร่วมโครงการ THIPของ สรพ. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ   **18 เดือน**   * การบรรลุผลตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ปี2561 คิดเป็นร้อยละ 58.33 * การเปรียบเทียบรพ.ใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) สสจ.พัทลุงและสรพ.(THIP) เข้าร่วมโครงการ   THIP ของ สรพ. ในวันที่ 30 ต.ค.61  **48 เดือน**   * ทีมนำและผู้เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด ทบทวนความสอดคล้องของตัวชี้วัด(alignment) ระหว่างตัวชี้วัดกลยุทธ์ที่แสดงความสำเร็จขององค์กร ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ระบบงานที่เสริมให้ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์และทบทวนการใช้ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยแนวคิด strategic line of sight เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของทิศทางองค์กร ทำให้ตัวชี้วัดครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจากผลการติดตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 86.20 * การกำหนดข้อมูลเชิงเปรียบเทียบให้ครอบคลุมทุกด้านที่แสดงการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร   บริการสุขภาพเป็นเลิศ: (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตฯ/โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลงานระดับเขต1-10 อันดับ) มีตัวชี้วัดกำกับ 5 ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวอย่าง เช่น ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี >40%(2559-2564มิ.ย) ผลงาน ร้อยละ 23.1, 24.92 ,28.41, 32.50, 34.2, 32.75 ตามลำดับ (ผลงานระดับเขต12 เท่ากับ 17.91, 18.0, 19.14, 20.93, 21.5, 21.04 ผลการเปรียบเทียบในโปรแกรม THIP2 ผลงาน 30.54 (มิ.ย.) ระดับ 2 Percentile25 : 21.44 ถึง Median : 33.22, ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี >60% (2559-2564มิ.ย) ผลงาน ร้อยละ36.15,34.02,41.14,68.84,78.82,69.67 ตามลำดับ(ผลงานระดับเขต12 เท่ากับ 33.65,32.4,36.4,51.48,49.43,46.85 ผลการเปรียบเทียบในโปรแกรม THIP2 ผลงาน 60.54 (มิ.ย.) ระดับ 3 Median : 58.51 ถึง Percentile75 : 67.91  ผู้ใช้บริการอบอุ่นใจ: ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปี2560-2564เท่ากับ 89.11, 88.58, 88.64, 88.85และ89.14  ผู้ให้บริการมีความสุข: ความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กร ปี 2560-2564 เท่ากับ 68.38, 68.02, 66.39, 71.4, 74.60 ตามลำดับ |
| 17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน | มีการทบทวนผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบระดับเขต ตัวชี้วัดที่มีผลอยู่ในลำดับท้ายของจังหวัดนำสู่การปรับปรุง เช่น การฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ จำนวนครั้งตามเกณฑ์ | ควรทบทวนและเรียนรู้ตัวชี้วัดในทุกระดับเพื่อการปรับเปลี่ยนแผนในระดับโรงพยาบาลที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลง การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับทีมนำทางคลินิก และระดับหน่วยงาน นำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร เช่น การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉินนำสู่การปรับปรุงการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างเข้าใจ เป็นต้น | **12 เดือน**   * การวิเคราะห์ข้อมูล: ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด   **เป้าประสงค์ที่ 1.**ลดการป่วยตายในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 88.89  **เป้าประสงค์ที่ 2.**ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย ร้อยละ 60.00  **เป้าประสงค์ที่ 3.**โรงพยาบาลบรรลุเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50.00  **เป้าประสงค์ที่ 4.**ชุมชนสุขภาวะ ร้อยละ 0   * **การทบทวนผลการดำเนินงาน**: การเข้าถึงของผู้รับบริการผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดเตียง ทีม PCT ได้ปรับปรุงให้มีการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวโดยการออกตรวจเชิงรุกในรพ.สต., หน่วยงานแพทย์แผนไทยได้ทบทวนตัวชี้วัดร้อยละผู้รับบริการแพทย์แผนไทย พบว่ายังไม่ถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัด จึงได้เพิ่มการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในคลินิก NCD และทำนวัตกรรมยาพอกสมุนไพรใช้ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และวัตกรรมยาอมเลิกบุหรี่ร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงผู้รับบริการแพทย์แผนไทย และเผยแพร่องค์ความรู้ต่อไป   **18 เดือน**   * ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายเป้าประสงค์   **เป้าประสงค์ที่** 1.ลดการป่วยตายในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 80  **เป้าประสงค์ที่** 2.ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของแต่กลุ่มวัย บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 70  **เป้าประสงค์ที่** 3.โรงพยาบาลบรรลุเกณฑ์คุณภาพ บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 83.33  **เป้าประสงค์ที่** 4.ชุมชนสุขภาวะไม่บรรลุเป้าหมาย   * **การทบทวนผลการดำเนินงาน**:จากการทบทวนตัวชี้วัดร้อยละผู้รับบริการแพทย์แผนไทย พบว่า เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ร้อยละ 16.19 เป็น ร้อยละ 16.48 ในปี 2561 นำมาสู่การปรับปรุงระบบการให้บริการและเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ปี 2562(ม.ค.62)เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.5 * จากการติดตามการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์พบว่าในปี 2561 มีแนวโน้มลดลง (ปี2559=60.29 ,2560= 66.66 และในปี2561=65.68 ) ในปี 2561 มีแผนในการรณรงค์โดยการให้ อสม.ในพื้นที่สำรวจหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในเขตรับผิดชอบของตนเองและกระตุ้นให้มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์เพราะ รพ.ป่าพะยอมมีนโยบายรับฝากครรภ์ฟรีในกลุ่มคนไทยทุกสิทธิ์   **48 เดือน**   * การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงานปี2564 พบว่า ตัวชี้วัด อัตราการ Re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง (ปี 2560-2564 = ร้อยละ 2.64, 7.67, 4.33, 5.9, 3.98) ในกลุ่มโรคที่ re-visit บ่อย เช่นโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบทางเดินอาหาร แนวโน้มลดลงไม่คงที่ ในปี2561และปี2563นำมาปรับปรุงโดยการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์/ผู้ป่วยที่ re-visit ทุกรายก่อนจำหน่ายจากแผนกจะได้รับคำแนะนำทุกรายเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทุกราย |
| 18 การจัดการสารสนเทศ |  | ทีมควรประเมินระบบสารสนเทศที่ได้มีการออกแบบระบบต่างๆรวมทั้งการจัดเก็บข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลเพื่อนำผลการประเมินมาวางแผนพัฒนาระบบต่างๆให้เอื้อต่อการทำงานของ user และลดความซ้ำซ้อนการจัดเก็บข้อมูล ให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง | **12 เดือน**   * มีการสำรวจความพึงพอใจของระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ2560 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีรายละเอียดรายด้าน พบว่า   - ด้านต่ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์และระบบ Mit-net มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก  - ด้านระบบเครือข่าย LAN/wireless มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง  - ด้าน website/systems มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด  - ด้านบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก   * จากการสำรวจด้านระบบเครือข่ายLAN และระบบเครือข่ายไร้สาย wireless มีการปรับเปลี่ยนระบบสัญญาณอินเตอร์เน็ตแบบ Leased Line เพื่อความเสถียรและปลอดภัยยิ่งขึ้น นำข้อมูลจากแบบสำรวจมาวิเคราะห์และจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2561 เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำรายงานจากโปรแกรม Mit-Net, ประชุมเชิงปฏิบัติการดูแลคอมพิวเตอร์เบื้องต้น, อบรมเชิงปฏิบัติการใช้งานโปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ (SPSS) เป็นต้น   **18 เดือน**   * ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศวิเคราะห์และกำหนดนโยบายหลักการด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในระบบคอมพิวเตอร์ ระบบเครือข่ายระบบสารสนเทศและสื่อสังคมออนไลน์ของโรงพยาบาล * ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศใช้งานระบบ paperless ในหน่วยบริการผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค.2561 จากจำนวนหน่วยบริการ 11 หน่วย ใช้ระบบ paperless 9 หน่วย ใช้ระบบงานเดิม 2 หน่วยคืองานคลินิกเฉพาะโรคและงานทันตกรรม * จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2562 และมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการทบทวนการใช้งานโปรแกรม Mit-Net สำหรับบุคลากรใหม่และตัวแทนหน่วยงาน ในวันที่ 21ก.พ.2562 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำผลงานคุณภาพประเภทR2R และการใช้งานโปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ ในวันที่ 13 มี.ค. 2562   **48 เดือน**   * ทีมพัฒนาระบบสารสนเทศ   1) ปรับปรุงนโยบายด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศโรงพยาบาลป่าพะยอม, แนวปฏิบัติงานการเข้าถึงระบบโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วย (โปรแกรม MIT-NET) และแนวปฏิบัติการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เมื่อวันที่ 25 ม.ค. 2564  2) กำหนดแนวปฏิบัติการใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564   * มีแผนประเมินการรับรู้นโยบายด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศโรงพยาบาลป่าพะยอม * มีแผนสำรวจความพึงพอใจของระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ2565 * พัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่ความรู้ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับ New Normal ของสถานการณ์โรคระบาดในประเทศ |
| 19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ  ยุทธศาสตร์ | โรงพยาบาลมีการนำโปรแกรม MIT-NET มาใช้สนับสนุนต่างๆและมีการพัฒนาระบบ MIT-NET กับ application สนับสนุนในงานบริการผู้ป่วย ได้แก่ ระบบการระบุตัวผู้ป่วย ระบบนัดผู้ป่วยรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแจ้งเตือนแพ้ยา นอกจากนี่ยังพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนงานบริหารครุภัณฑ์ และพัฒนาโปรแกรมเชื่อมกับระบบการรายงานความเสี่ยง | ทีมควรติดตามข้อมูลอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของฮาร์ดแวร์/ซอฟแวร์ รวมทั้งข้อมูลสำรวจเครื่อง PC ที่เปิดตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อนำสู่การปรับปรุงระบบการบำรุงรักษา รวมทั้งการวางระบบสำรองและระบบรักษาความปลอดภัย เพื่อให้ฮาร์ดแวร์/ซอฟแวร์ปลอดภัย พร้อมใช้งานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน | **12 เดือน**   * มีการทบทวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของฮาร์ดแวร์/ซอฟแวร์ พบว่าอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของฮาร์ดแวร์/ซอฟแวร์ ลดลง จาก 3 รายงาน ในปี 2560 เหลือ 1 รายงาน ในปี 2561(ข้อมูล ณ ส.ค. 61) * มีการจัดทำและขออนุมัติประกาศใช้แผนรับสถานการณ์ฉุกเฉินจากภัยพิบัติระบบเทคโนโลยีสารสนเทศตั้งแต่เดือนมีนาคม 2561 * มีการจัดทำแผนการบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วงประจำปี 2561 * มีการจัดทำบัญชีเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วง และวิเคราะห์Risk assessment   **18 เดือน**   * จากแผนการบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วงประจำปี 2561 พบว่าผลการดำเนินการเป็นไปตามแผน91% เนื่องจากบางหน่วยงานมีการใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชม.ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการบำรุงรักษาตามแผนได้ จึงมีการวิเคราะห์ปัญหาและปรับแผนการบำรุงรักษาให้สอดคล้องกับการใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์ของแต่ละหน่วยงาน * จัดทำบัญชีเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วง พบว่ามีอุปกรณ์ทั้งหมด 102 รายการ และผลจากการวิเคราะห์ Risk assessment พบว่า ความเสี่ยง 3 ลำดับแรกคือ   1.ภัยหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ไฟฟ้าขัดข้อง น้ำท่วม ไฟไหม้  2. ระบบคอมพิวเตอร์เครื่องมือและอุปกรณ์ อาจเกิดถูกโจมตีจากไวรัสหรือโปรแกรมไม่ประสงค์ดี ถูกก่อกวนจาก Hacker  3.การบริหารจัดการเข้าถึงข้อมูลไม่เหมาะสมกับการใช้งานหรือการให้บริการและมีการกำหนด  แผนป้องกัน/แนวทางการแก้ไข  **48 เดือน**   * มีการทบทวนอุบัติการณ์เรื่องเกิดปัญหาด้าน Network & Security คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ จึงมีการวิเคราะห์และทำแผนตรวจสอบเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วงทุกๆ 3 เดือนเพื่อตรวจสอบให้เครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วงมีความพร้อมใช้สม่ำเสมอ * มีการบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วงโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์สำรองพร้อมใช้ ทดแทน หน่วยงานมีการใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชม เพื่อสะดวกการบำรุงรักษา   • ปรับปรุงบัญชีเครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วง พบว่ามีอุปกรณ์เพิ่มขึ้นหลาย รายการ เพื่อตอบสนองผู้ใช้งานมากขึ้น และผลจากการวิเคราะห์ Risk assessment พบว่า ความเสี่ยง 3 ลำดับแรกคือ  1.ภัยหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ไฟฟ้าขัดข้อง น้ำท่วม ไฟไหม้ ได้จัดซื้อเครื่องสำรองไฟฟ้าสำหรับเครื่อง SERVER ให้มีการสำรองไฟฟ้าให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม เพื่อป้องกันไฟฟ้าดับและไฟฟ้าขัดข้อง ติดตั้งอุปกรณ์ควบคุมเวลา เปิด-ปิด อัตโนมัติ Timerเครื่องปรับอากาศ ห้องSERVER เพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร อาจเกิดไฟไหม้ได้  2. ระบบคอมพิวเตอร์เครื่องมือและอุปกรณ์ อาจเกิดถูกโจมตีจากไวรัสหรือโปรแกรมไม่ประสงค์ดี ถูกก่อกวนจาก Hacker อัพเดทโปรแกรมป้องกันไวรัส และฐานข้อมูลไวรัส อย่างสม่ำเสมอ ติดตั้งและอัพเดทระบบปฏิบัติการ Windows ให้ทันสมัยตลอดเวลา เพื่อความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ  3.การบริหารจัดการเข้าถึงข้อมูลไม่เหมาะสมกับการใช้งานหรือการให้บริการและมีการกำหนดแผนป้องกัน/แนวทางการแก้ไข มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบตรวจสอบสิทธิการรักษาและลงทะเบียนรับบริการด้วยบัตรประชาชน (SmartCard) กับโปรแกรมบริการผู้ป่วยนอก |
| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล | | | |
| 21 ความผูกพันและความพึงพอใจ |  | ทีมควรประเมินเครื่องมือสำรวจความพึงพอใจและความผูกพัน โดยให้เครื่องมือแบบสอบถามมีการแยกชุดที่ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลที่มีคะแนนน้อยไปพัฒนาปรับปรุงเพิ่มความผูกพันและความพึงพอใจให้ตรงกับความต้องการของบุคลากร นอกจากนี้ควรนำข้อมูลวิเคราะห์แยกกลุ่มบุคลากรแต่ละสายงานและอายุ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจ ความผูกพันได้ตรงกับความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่ม/อายุ | **12 เดือน**   * ความพึงพอใจในงานของบุคลากรสุขภาพ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ รอบที่ 2/2561 เท่ากับร้อยละ 68.02 พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจที่ได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ รองลงมา คือ ความพึงพอใจที่ได้ทำงานในหน่วยงานนี้ ส่วนประเด็นที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ การจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานของหน่วยงานและนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร * นำข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันที่มีคะแนนน้อย มาปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของบุคลากร ดังนี้   - ปรับระบบจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มในการปฏิบัติงานวันหยุดเทศกาล  - บุคลากรหรือญาติสายตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล จะได้รับสิทธิการใช้บริการห้องพิเศษ  - ปรับปรุงภูมิทัศน์ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อให้สะดวกและปลอดภัย  **18 เดือน**   * ผลการประเมินความพึงพอใจในงานของบุคลากรสุขภาพ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ รอบที่ 1/2562=67.73 พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจที่ท่านได้ทำงานในหน่วยงานนี้มากที่สุด รองลงมา คือ ความพึงพอใจที่ได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ส่วนประเด็นที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ กระบวนการแก้ไขปัญหา และการยุติความขัดแย้งในหน่วยงาน และ การจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงาน   **48 เดือน**   * ผลการสำรวจความพึงพอใจ ปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ ร้อยละ 74.6 * อัตราความคงอยู่ของบุคลากรโรงพยาบาลป่าพะยอม ปี2559-2564 เท่ากับ 72.0,68.38,68.02,66.39,95.0,99.38 ตามลำดับ ปัจจัยความผูกพันของบุคลากรที่มีผลต่ออัตราคงอยู่คือ 1.บุคลากรส่วนใหญ่เป็นรุ่นแรกๆตั้งแต่เปิดรพ. 2.เป็นคนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอมและใกล้เคียง |
| 22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ |  | ควรประเมินระบบการประเมินผลเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการประเมินสมรรถนะที่สามารถนำผลการประเมินนั้นไปวางแผนพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของหน่วยงาน/บุคลากร เพื่อพัฒนาบุคลากรและสร้างแรงจูงใจในการสร้างสรรค์ผลงาน | **12 เดือน**   * ทีมนำได้จัดทำHappy Moph โรงพยาบาลป่าพะยอมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 2561-2561 ซึ่งมี3องค์ประกอบ คือ 1.คนทำงานมีความสุข(มืออาชีพ, ครอบครัวอบอุ่น, มีศีลธรรม, มั่นคงการงาน เศรษฐกิจและสังคม, มีความสุข) 2.ที่ทำงานน่าอยู่ (บ้านหลังที่ 2, สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานดี, ลดข้อขัดแย้ง, สร้างความสามัคคี) 3.ชุมชนสมานฉันท์(มีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน, องค์กรภายนอก, มีความเอื้ออาทร) จะมีกิจกรรมรองรับทุกองค์ประกอบ * แผนพัฒนา:การประเมินผลHappy Moph Paphayom   **18 เดือน**   * ผลการประเมินผล Happy Moph Paphayom พบว่า   1.ด้านคนทำงานมีความสุข ทีมนำได้ปรับอัตรากำลังพนักงานขับรถเวรReferบ่าย/ดึกและวันหยุด จากเวรละหนึ่งคนเป็นสองคน จ่ายค่าตอบแทนเต็มเวร เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งลดความเสี่ยงจากการเหนื่อยล้า เป็นต้น  2.ที่ทำงานน่าอยู่ ปรับปรุงห้องพักสำหรับแพทย์และพยาบาล กิจกรรมOD และกิจกรรมตามเทศกาล เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารทเดือนสิบ เป็นต้น  3.ชุมชนสมานฉันท์ โรงพยาบาลจัดกิจกรรมทอดผ้าป่า เมื่อวันที่ 21 ก.ค.2561 ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่/อสม./ชุมชน/หน่วยงานภายนอกอย่างดี กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาโรงพยาบาล วันที่ 26 พ.ย.2561   * การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาผลงาน โดยการกำหนดให้บุคลากร มีผลงานคุณภาพ เพื่อใช้ในการประเมินและเลื่อนขั้นเงินเดือน ทางโรงพยาบาลได้เชิญวิทยากรจาก ม.ทักษิณ มาให้ความรู้ เรื่อง การจัดทำผลงานคุณภาพ เมื่อวันที่ 13 มี.ค.2562และจัดเวทีนำเสนอภายในรพ.และสนับสนุนให้ส่งเข้าประกวดในระดับที่สูงขึ้นต่อไป  1. **เดือน**  * ผลการประเมินความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุลากร พบว่า   ความพึงพอใจสายวิชาชีพ ร้อยละ73.4  **ประเด็นที่พึงพอใจมากที่สุด**  - ความพึงพอใจที่ได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ(3.72คะแนน)  - ความพึงพอใจที่เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของหน่วยงาน(3.57คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อมาตรการการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีต่อความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงานของบุคลากร(3.49คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อสัมพันธภาพกับบุคลากรในหน่วยงาน การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน(3.48คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนของผู้บังคับบัญชาให้มีความก้าวหน้า(3.45คะแนน)  **ประเด็นที่พึงพอใจน้อยที่สุด**  - ความพึงพอใจต่อนโยบาย/มาตรการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน(3.09คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานของหน่วยงานที่เอื้อต่อการทำงาน การส่งเสริมอาชีวอนามัย สุขภาพและความปลอดภัย(3.22คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อบรรยากาศการทำงานของหน่วยงานที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างบุคลากร สร้างสรรค์วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกัน(3.28คะแนน)  - ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานของหน่วยงาน(3.28คะแนน)  ความพึงพอใจสายสนับสนุน ร้อยละ 76.8   * ความพึงพอใจที่มีต่อการที่หน่วยงานเปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นต่อ   ผู้บริหารในการพัฒนาและปรับปรุงการบริหารหน่วยงาน (3.29คะแนน)   * การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาผลงาน โดยการกำหนดให้บุคลากร มีผลงานคุณภาพ เพื่อใช้ใน   การประเมินและเลื่อนขั้นเงินเดือนและจัดเวทีนำเสนอภายในรพ.และสนับสนุนให้ส่งเข้าประกวดในระดับที่สูงขึ้นต่อไป |
| 23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ | โรงพยาบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร มีการส่งบุคลากรไปอบรมกับหน่วยงานภายนอกให้สอดคล้องกับนโยบาย 6 กลุ่มโรคสำคัญ โดยเฉพาะการอบรมเฉพาะทางและมีแผนการพัฒนาที่ต่อเนื่อง | ควรวางแผนการพัฒนาให้ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับทุกสาขาวิชาชีพ และสายสนับสนุน โดยเฉพาะแผนพัฒนาบุคคลที่เป็น learning need ที่จำเป็นและสำคัญที่ได้จากอุบัติการณ์/ปัญหาที่กระทบต่อความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ และจากผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สอดคล้องตรงกับปัญหาและความปลอดภัยของผู้ป่วย | **12 เดือน**   * พัฒนาการประเมินสมรรถนะบุคลากรให้ครอบคลุมและให้สอดคล้องกับโรคสำคัญตามกลุ่มวัย เช่น การกำหนดตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล/ประเมินผลระบบการบริหารอัตรากำลัง ให้สอดคล้องตาม Work Load ของกลุ่มการพยาบาล เป็นต้น * การวางแผนและพัฒนาบุคลากรตาม service plan ในสาขาต่างๆ   **18 เดือน**   * ผู้บริหาร/หัวหน้างาน:อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น จำนวน 1 คน (6-24 พ.ค.62) * สายวิชาชีพ:มีการส่งเสริมให้บุคลากรศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตร 4 เดือน (ก.พ.-พ.ค.62) จำนวน 1 คน เป็นต้น * สายสนับสนุน ช่าง:อบรมการดูแลเครื่องมือแพทย์ 4-5 เม.ย.62 แม่บ้าน:หลักสูตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและอันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ เมื่อวันที่ 31 ม.ค.62 เป็นต้น   **48 เดือน**   * แผนการพัฒนาให้ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับทุกสาขาวิชาชีพ และสายสนับสนุน ดังนี้ * สายวิชาชีพ แผนพัฒนาตามSERVICE PLAN * สายสนับสนุน แผนพัฒนาระดับบุคคล พกส.สนับสนุนงานบริการทางการแพทย์ เช่นผู้ช่วยเหลือคนไข้ อบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือคนไข้ระยะสั้น(ส่งอบรมร่วม รพ.พัทลุง) ช่างซ่อมบำรุง อบรมการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ ของศูนย์วิศวะกรรมความปลอดภัยที่ 12 (สงขลา)และศูนย์ซ่อมรพ.พัทลุง เป็นต้น * กลุ่มผู้บริหารทุกระดับ แผนพัฒนาผู้บริหารระดับต้น จำนวน 2 คน, ระดับกลาง จำนวน 5 คน |
| 24 การบริหารและการจัดบุคลากร |  | ควรส่งเสริมการพัฒนาเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากรที่ไปทดแทนในหน่วยงานเสี่ยงสูง ให้มีสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง | **12 เดือน**   * จากการวิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า โดยรวมอัตรากำลังไม่สอดคล้องตามภาระงาน พยาบาลอยู่เวรเฉลี่ยคนละ 28 เวร/เดือน ได้ขออนุมัติจ้างลูกลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 2 ตำแหน่ง * มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริมที่ชัดเจนในหน่วยงานความเสี่ยงสูง * เพิ่มอัตรากำลังบริการนอกเวลาในหน่วยงาน LAB และ X-ray * การเฝ้าระวังผู้ป่วย precipitate labour ในช่วงนอกเวลาราชการ มอบหมายผู้รับผิดชอบโดยตรง ดูแลอย่างต่อเนื่อง   **18 เดือน**   * ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า อัตรากำลังไม่สอดคล้องตามภาระงาน ได้ขออนุมัติจ้างลูกลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 2 ตำแหน่ง เนื่องจาก อยู่ในระยะปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวง * แผนพัฒนา มีการทบทวนรูปแบบการประเมินบุคลากรในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ER : ACLS,การอ่านEKG ห้องคลอด: ประเมินทักษะการทำคลอด การเย็บแผลฝีเย็บ เป็นต้น |
| 25 สุขภาพบุคลากร |  | ทีมควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมแต่ละกลุ่ม(กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) | **12 เดือน**   * แผนปฏิบัติการ ปี 2561:ทีมได้จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของบุคลากร เช่น กิจกรรมรวมพลคนไร้(ไข)มัน/ป้ายให้ความรู้ในการจัดอาหารว่างและอาหารกลางวันในการประชุมภายในโรงพยาบาล เป็นต้น * แผนปฏิบัติการ ปี 2562:จัดตั้งชมรมเดิน-วิ่ง รพ.ป่าพะยอม เพื่อกระตุ้นการออกกำลังกายของ   บุคลากรทุกกลุ่ม/ทุกวัย  **18 เดือน**   * กิจกรรมส่งเสริมในบุคลากรกลุ่มปกติ คือ การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายตามแนวทางของตนเองมีบุคคลากรเข้าร่วมกิจกรรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และตรวจประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพปีละครั้ง * กิจกรรมส่งเสริมในกลุ่มเสี่ยงได้มีการสร้างความตระหนักเรื่องการดุแลสุขภาพตนเองพร้อมทั้งติดตามตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงทุก 6 เดือน มีบุคคลากรกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น * กลุ่มป่วยได้ส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาตามแนวทางและแผนการรักษาของแพทย์รวมถึงการฟื้นฟูภาวะสุขภาพตามอาการเจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังไม่พบว่าบุคลากรกลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน * มีบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพภายในจังหวัดและต่างจังหวัด   **48 เดือน**   * กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมแต่ละกลุ่ม(กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) จะยึดหลัก 3อ.2ส.ในทุกกลุ่มดังนี้ * กลุ่มปกติ มีกิจกรรมออกกำลังกาย 30นาทีอย่างน้อย 3วัน/สัปดาห์ ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์/ควบคุมอารมณ์ ทำงานอย่างมีสติ อาหาร ควบคุมอาหาร (ลด หวานมันเค็ม) เช่น ปิ่นโตสุขภาพจากงานโภชนาการ ควบคุมแคลเลอรี่ของอาหารว่างเมื่อมีการประชุม เป็นต้น งดสุรา ยาเสพย์ติด * กลุ่มเสี่ยง มีกิจกรรมออกกำลังกาย มากกว่า30นาที5-7วัน/สัปดาห์ /ควบคุมอารมณ์ ทำงานอย่างมีสติ อาหาร ควบคุมอาหาร (ลด หวานมันเค็ม) ด้วยวิธี **สะกด**-ห้ามใจต่ออาหารที่อยากรับประทาน **สะกิด**-หาบัดดี้เพื่อสะกิดเตือนเรื่องอาหาร **สะกัด**-อาหารทุกอย่างที่ไม่มีประโยชน์มารับประทาน /นัดพบกลุ่มเสี่ยงป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมอาหาร เป็นต้น งดสุรา ยาเสพย์ติด * กลุ่มป่วย มีกิจกรรมออกกำลังกายต่อเนื่องและเหมาะสม ติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังตรวจสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี |
| 26 การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กร และการออกแบบระบบงานโดยรวม |  | ควรส่งเสริมการพัฒนาความเชี่ยวชาญขององค์กรให้ครอบคลุมกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวชและการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อนำสู่การออกแบบระบบประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก การพัฒนาความสามารถของบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อรองรับการให้บริการ นำสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร และส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ | **12 เดือน**   * โรงพยาบาลได้กำหนดจุดเน้นในเรื่องการดูแลโรคเรื้อรัง พัฒนาสู่มาตรฐาน NCD clinic plus ระดับดีเด่น ทางโรงพยาบาลจึงได้พัฒนาสมรรถนะของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มี Nurse case manager โรคเรื้อรัง ประชุมร่วมกับคณะกรรมการ Service plan NCD, ไต ของจังหวัด ในส่วนของการทำงานกับชุมชน บุคลากรที่ทำงานด้านชุมชน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านการสื่อสาร การพูดในที่ชุมชน การจัดทำแผนงาน/โครงการ การทำประชาคม ทำให้การทำงานกับชุมชนราบรื่น ได้รับความร่วมมือที่ดีจากภาคีเครือข่าย   **18 เดือน**   * มีการทบทวนและกำหนด core competency ของ รพ. ดังนี้   - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม : โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคเอดส์ โรคทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง  - ทันตกรรมเฉพาะทางด้านปริทันต์  - การทำงานร่วมกับชุมชน:ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ  - ทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 5 คน (แพทย์ 1 คน, เภสัชกร 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน), การพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการ(พยาบาล 2 คน) เฉพาะทางด้านจิตเวช เฉพาะทางด้านจักษุ case manager DM HT  - มีการใช้นวตกรรมในการดูแล เช่น syringe driver ในผู้ป่วยระยะท้าย  - นวัตกรรมเซียมซีชีวิตพิชิตไตในผู้ป่วย เบาหวานความดันที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต  **48 เดือน**   * การพัฒนาความเชี่ยวชาญขององค์กรให้ครอบคลุมกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวชและการทำงานร่วมกับชุมชน ดังนี้ * กลุ่มโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โดยการพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการ (พยาบาล 2 คน) เฉพาะทางด้านจิตเวช เฉพาะทางด้านจักษุ case manager DM HT * โรคทางจิตเวช โดยพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการ (พยาบาล 1 คน) เฉพาะทางด้านจิตเวช * การทำงานร่วมกับชุมชนทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 5 คน (แพทย์ 1 คน, เภสัชกร 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน) รวมทั้งการเสริมพลังให้ความรู้แก่ อสม. |
| 27 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ |  | ควรวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินให้ครอบคลุม สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น ภัยธรรมชาติ(น้ำท่วม วาตภัย โคลนถล่ม ฟ้าผ่า) ภาวะฉุกเฉิน(ไฟฟ้าดับ หม้อแปลงระเบิด) เพื่อนำสู่การวางแผนและซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินให้ทันต่อสถานการณ์ | **12 เดือน**   * มีการแต่งตั้งคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข   (Emergency Operation Center :EOC)และมีระบบบัญชาการเหตุการณ์(Incident Command System : ICS)ระดับอำเภอเพื่อเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินเช่นภัยจากเชื้ออุบัติใหม่ ภัยจากธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สารเคมี ภัยจากอุบัติเหตุจราจร   * มีโครงการซ้อมแผนรับอุบัติภัยหมู่ในวันที่ 18 กันยายน 2561   **18 เดือน**   * มีการซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2561 มีสิ่งที่ควรปรับปรุง ดังนี้   1.เปลนอนไม่เพียงพอ  2.ควรกำหนดจุดที่เอาอุปกรณ์ให้ชัดเจน  3.ยังไม่มีการ Assign แพทย์ที่ประจำจุด OPD   * มีการร่วมซ้อมแผนอัคคีภัยระดับอำเภอ ในเดือน มีนาคม 2562   **48 เดือน**   * ปี 2563-2564 ไม่ได้ดำเนินการซ้อมแผนเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด19 |
| 28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน |  | ควรส่งเสริมการใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3P ให้กับทุกระดับ/หน่วยงานด้วยความเข้าใจ รวมทั้งควรกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานในการติดตามกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำสู่การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ | **12 เดือน**   * มีการสื่อสารแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3P ในทุกกิจกรรม เช่น การสื่อสารทิศทางองค์กร/OD/ประชุมทีมคร่อมสายงาน เป็นต้น * การติดตามกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการปรับปรุงกระบวนการทำงาน: การปรับระบบนัดในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน เดิมนัดผู้ป่วยมาตรวจ FBS ที่ห้องชันสูตรในช่วงเวลาเดียวกัน ได้พัฒนาระบบการนัดแบบเหลื่อมเวลาโดยนำแนวคิดแบบลีน ( Lean Thinking ) มาใช้/การนำระบบ Paperless มาใช้ เป็นต้น * กำหนดกิจกรรมคุณภาพ (นวัตกรรมCQI/R2R/ผลงานวิจัย) มาเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล * มีการนิเทศติดตามและซักซ้อมความเข้าใจ 3P ในหน่วยงานที่ยังไม่มีความชัดเจนโดยใช้เครื่องมือ Service Profile * ทีมนำส่งเสริมให้มีกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การ   พัฒนาและปรับปรุงระบบงาน  **18 เดือน**   * ทุกหน่วยงานใช้แนวคิด 3 P ในการพัฒนางาน เช่น OPD การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาด้านการใช้ยา เช่น ลืมกินยา, กินยาผิดขนาด โดยเฉพาะในกลุ่มที่แพทย์สั่งปรับเปลี่ยนยาในการรักษาแต่ละครั้ง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาจึงได้ปรับระบบการดูแล คือ ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งปรับยาทุกครั้งจะส่งพบเภสัชกรทุกรายเพื่อให้คำแนะนำด้านการใช้ยาที่ถูกต้องและตรงประเด็น ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ลืมกินยามาจากบ้านจะมียา stat dose ไว้บริการที่คลินิกเบาหวาน/ความดัน โลหิตสูงผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยาจะส่งพบเภสัชกรทุกราย * งาน IPD มีการนำ 3P มาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยจะมีการประชุมชี้แจงในหน่วยงาน และทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ * ทบทวนข้างเตียงการดูแลผู้ป่วยเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น Case DM ที่มาด้วยภาวะhyperglycemia/Hypoglycemia จะมีการประเมินร่วมกันและวางแผนในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะ hypoglycemia ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้อัตราการเกิดHypoglycemiaซ้ำ ในหอผู้ป่วยเป็น 0 * Case COPD : ที่ re – admit บ่อยจะมีการประเมินการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยลดการเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น * ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เช่น ความผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยให้เจ้าหน้าที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจ Check ก่อนเก็บ specimen ขณะเก็บ และก่อนส่งไปยังห้อง Lab ต้องมีการตรวจสอบซ้ำทุกครั้งทำให้อัตราความผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจมีแนวโน้มลดลง( ปี 2559-2561 = 0.20, 1.02, 0.40 ตามลำดับ) * ทบทวน case refer ที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเพื่อวางระบบการดูแลและทบทวนข้อผิดพลาดจากการดูแลแล้วนำมาปรับปรุงวางระบบการดูแลผู้ป่วย |
| ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล | | | |
| II-1การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ | | | |
| 29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและการประสานงาน | ผู้นำสนับสนุน ติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้อำนวยการเป็นประธานความเสี่ยง กำหนดนโยบายการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก มุ่งเน้นความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้ PSG สนับสนุนกิจกรรม risk round การอบรมเชิงปฏิบัติการการเพื่อสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ การนำอุบัติการณ์ที่สำคัญทางคลินิกมากำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล การประสานการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาชาวิชาชีพเชื่อมโยงและลงรายกรณี โดยใช้ case manager ทำให้อัตรา re-admit ของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคหลัก มีแนวโน้มลดลง |  | **12 เดือน**   * มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 5 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา(ต.ค.60-ก.ค.61) พิจารณาอุบัติการณ์ จำนวน 749 รายงานส่งต่อทีมระบบงานสำคัญ/หน่วยงาน จำนวน 52 รายงาน เพื่อนำไปทบทวน/วางระบบให้รัดกุมยิ่งขึ้น * จัดกิจกรรม Risk Round รพ.สต. เมื่อวันที่ 7-9 มี.ค. 2561 เพื่อสื่อสาร ติดตามระบบบริหารความเสี่ยง และมีแผน Risk Round รพ.สต. รอบ 2 ในวันที่ 7,10,11 กันยายน 2561   **18 เดือน**   * ปีงบประมาณ 2561 มีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 6 ครั้งพิจารณาอุบัติการณ์ จำนวน 1,123 รายงาน ส่งต่อทีมระบบงานสำคัญ/หน่วยงาน จำนวน 67 รายงาน * ปีงบประมาณ 2562(ต.ค61.-ธ.ค.61) จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 2 ครั้งพิจารณาอุบัติการณ์ จำนวน 231 รายงาน ส่งต่อทีมระบบงานสำคัญ/หน่วยงาน จำนวน 25 รายงาน * จัดกิจกรรม Risk Round รพ.สต. (รอบ 2)เมื่อวันที่ 7, 10, 11 กันยายน 2561 เพื่อสื่อสาร ติดตามระบบบริหารความเสี่ยง พบว่า หน่วยงานเห็นถึงความสำคัญและเริ่มมีการรายงานอุบัติการณ์ผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของ รพ.(จำนวน 14 รายงาน) * กำหนดแผนจัดกิจกรรม Risk Round หน่วยงานใน รพ. 3 เดือน/ครั้ง * กำหนดแผนประชุมเชิงปฏิบัติการ 2P Safety แก่เจ้าหน้าที่ รพ. จำนวน 3 รุ่นๆละ 1 วัน ในเดือนกรกฎาคม 2562 |
| 30 การทำงานเป็นทีม |  | ควรกำหนดเป้าหมาย กระบวนการทำงานที่สำคัญ critical success factors การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการทำงานของทีมระบบ/ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่างๆ ให้ครอบคลุม เพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ข้อมูลและการวิจัยเพื่อการเรียนรู้ | **12 เดือน**   * ทีมนํามีการประชุมติดตามปัญหาและการดําเนินงานของทีมคร่อมสายงาน 8 ทีม(ทีม PCT, PTC, ENV, IC, HRD, RM, EQU, IM) ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา   **18 เดือน**   * ทีมนํามีการประชุมติดตามปัญหาและการดําเนินงานของทีมคร่อม เช่น ทีมRM:มีการทบทวนอุบัติการณ์ เรื่อง เวรพนักงานขับรถ ,ทีมPalliative care : มีสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทั้งในรพ.และชุมชน/ส่งเสริมการเข้าถึงOP OIDS * ทีมนำติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล |
| 31 การประเมินตนเอง |  | ควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานประเมินตนเอง โดยใช้วิธีการประเมินตนเองและเครื่องมือที่หลากหลายด้วยความเข้าใจ เช่น การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของงานที่ทำ สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานและระบบงานวิเคราะห์กระบวนการหลักเพื่อหาโอกาสพัฒนาปีละ 1 ครั้ง เช่น ใช้ประเด็นNEWS(customer’ need, scientific evidence, safety, waste) การติดตามตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของงาน การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยการตามรอยทางคลินิก การประเมินตนเองตามมาตรฐาน การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจการใช้ประโยชน์จาก scoring guideline เป็นต้น | **12 เดือน**   * ทุกหน่วยงานมีการประเมินตนเอง (Service Profile) เพื่อหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ปีละ 1 ครั้ง * มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานคุณภาพ การอภิปลายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การติดตามตัวชี้วัด เป็นต้น   **18 เดือน**   * ทีมนำและทีมคร่อมสายงาน มีกิจกรรมทบทวนการประเมินตนเองของหน่วยงาน/ทีมนำระบบงาน เช่น ทีมนำ Leader ship walkroud:ประเด็นการนำ3P การใช้Trigger tool ในหน่วยงาน/ ENV round :ด้านโครงสร้าง/อาคาร/IC round:ประเด็นป้ายสื่อสารขั้นตอนการล้างมือ เป็นต้น * วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย เช่น การติดตามตัวชี้วัด HDC/THIP,การนิเทศงาน เป็นต้น |
| 32 ระบบบริหารความเสี่ยง | ทีมนำให้ความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ค้นหาและรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งทีมบริหารความเสี่ยงยังพัฒนาโปรแกรม IT ที่ใช้เองในระบบการรายงาน เพื่อให้ง่ายต่อการรายงานและการประมวลข้อมูลวิเคราะห์จำแนกตามประเภทความเสี่ยง ระดับความรุนแรงรายโปรแกรมและหน่วยงาน แล้วสะท้อนกลับเพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้มีรายงานความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น | ควรส่งเสริมให้ทีมทบทวนประเด็นดังต่อไปนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ได้แก่  1.ควรกำหนดเป้าหมายของระบบบริหารความเสี่ยง/flow และระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนทั้งการรายงานและการจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระดับความรุนแรง รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนประสิทธิภาพของระบบทั้งการรายงานและการจัดการที่รวดเร็ว ทันการณ์เพิ่มมากขึ้น  2.หัวหน้าหน่วยงานควรส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักในการค้นหาความเสี่ยงจากงานประจำทั้งด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและจากกระบวนการทำงาน  3.ทีมควรส่งเสริมให้วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่แท้จริงเชื่อมโยงกับระบบที่อยู่เบื้องหลังมากขึ้น รวมทั้งควรประมวลข้อมูลจากการทบทวนรายกรณีเป็นภาพรวมเพื่อสื่อสารให้ทีมระบบที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนพัฒนาและประเมิน ติดตามผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ | **12 เดือน**  มีการทบทวนระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในประเด็นดังต่อไปนี้  - ทบทวนเป้าหมายของระบบบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้  1. ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนปลอดภัย  2. ลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล  3. ลดโอกาสสูญเสียชื่อเสียงและด้านการเงินของโรงพยาบาล  - มีการกำหนดระยะเวลาในการรายงานความเสี่ยง ดังต่อไปนี้ อุบัติการณ์ทั่วไปรายงานภายใน วันที่ 5 ของทุกเดือน, ระดับ G, H, I รายงานภายใน 24 ชั่วโมง และมีการจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระดับความรุนแรง  - คณะกรรมการ RM กำหนดตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนประสิทธิภาพของระบบ RM เช่น จำนวนอุบัติการณ์รุนแรงระดับ GHI ได้รับการายงานและทบทวนภายใน 72 ชม.,อัตราอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทบทวนและวิเคราะห์ RCA นำไปสู่การปรับปรุงระบบมากกว่าร้อยละ90 เป็นต้น   * มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม พบความเสี่ยงดังต่อไปนี้   - การเพิ่มป้ายที่จอดรถ  - ปรับปรุงระบบเสียงตามสายในงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน  - ท่อไขมันในบ่อบำบัดอุดตัน   * มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซ้ำซ้อน มีทั้งบันทึกในOPD Card และบันทึกในระบบ mit-net ทำให้ใช้เวลามากในการบันทึก ส่งผลให้การรับบริการของผู้ป่วยล่าช้า ทีม RM ได้นำเสนออุบัติการณ์ที่พบต่อคณะกรรมการบริหาร รพ.ส่งผลต่อการพัฒนาสู่ระบบ Paper Less * ทบทวนการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA) ป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น   - การตกเลือดหลังคลอด ทีม PCT ร่วมกับงาน LR ได้นำไปวิเคราะห์ RCA และปรับปรุงระบบ พบว่า ตั้งแต่ ปี 2559-2561 อัตรา PPH แนวโน้มไม่คงที่ คิดเป็นร้อย 4.3, 3.01, 4.65 และเกิดภาวะ Shock จำนวน 12.5, 0, 1 ราย ตาม ลำดับ  - การเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia ในผู้ป่วย DM ทีม PCT ร่วมกับงาน IPD ได้นำไปวิเคราะห์ RCA และวางระบบให้รัดกุม ครอบคลุม ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น พบว่า ตั้งแต่ ปี 2559-2561 อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย DM คิดเป็นร้อยละ 16, 12, 9.35ตามลำดับ  **18 เดือน**   * มีการทบทวนรายการความเสี่ยง(Risk Profile) ให้ครอบคลุมความเสี่ยงทั้งด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายอื่นๆ * กำหนดแผนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง(Risk Register) ในเดือน มิถุนายน 2561 เพื่อศึกษาและเรียนรู้เรื่องการทำทะเบียนความเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งด้านคลินิกและด้านที่ไม่ใช่คลินิก * ทบทวนการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA) ป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น   - การตกเลือดหลังคลอด ทีม PCT ร่วมกับงาน LR ได้นำ CPG ที่ได้จัดทำร่วมกันใน MCH Board จังหวัด มาใช้ใน รพ. เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยตั้งแต่ปี2559-2562 อัตรา PPH แนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อย 4.3, 3.01, 2.9, 0 ตามลำดับ  - ทำ RCA ในผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ทำให้พบปัญหาและสามารถนำไปป้องป้องกันพลัดตกหกล้ม/ตกเตียง อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในปี 2560-2562 เป็น 0  - มอบหมายการดูแลรายโรค(เบาหวาน)/ทำ RCA /CQI ในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดการภาวะHypoglycemia ซ้ำในหอผู้ป่วยทำให้ อัตราการเกิด Hypoglycemia ซ้ำในหอผู้ป่วย ในปี 2561-2562 เป็น 7.32 ,3.20 ตามลำดับ อัตราการ re-admit ในผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2561-2652 เป็น 4.35, 3.46 ตามลำดับ  **48 เดือน**  - ทีมความเสี่ยงและทีมนำได้นำเอานโยบายความปลอดภัย 2P safety เข้าเป็นค่านิยม โรงพยาบาล  - ประชาสัมพันธ์ถ่ายทอดค่านิยมความปลอดภัยและการรายงานความเสี่ยง  - นำเอาโปรแกรม HRMS on cloud มาใช้รายงานความเสี่ยงทุกระดับ พร้อมติดตามผลผ่าน dashboard กระตุ้นหน่วยงานแจ้งความเสี่ยง แก้ไข ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน  - นำเอาข้อมูลที่ได้จากการประมวณผลผ่าน HRMS คืนกลับทีมต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการทบทวน  - ติดตามการทำ RCA ในเคส E up อย่างต่อเนื่อง  - ติดตามการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกใน และการรายงานความเสี่ยงในหมวด nonclinic เช่น personal safety ,organize safety |
| 33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่1HA) | ทีมนำส่งเสริมให้มีการใช้กิจกรรมทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนาทั้งในระดับทีมและหน่วยงาน โดยเฉพาะการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ และทีมนำทางคลินิกมีการกำหนด trigger tools สำหรับทบทวนเวชระเบียนเพื่อนำมาวิเคราะห์หากระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง | 1.ทีมคุณภาพควรส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในเป้าหมายของ 12 กิจกรรมทบทวน การส่งต่อและการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อให้หน่วยงานเลือกทำกิจกรรมทบทวนที่เหมาะสมกับหน่วยงานและสามารถนำผลการทบทวนไปใช้ประโยชน์ในการหาโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานได้อย่างแท้จริงและไม่เป็นภาระกับหน่วยงาน  2.ควรกำหนดคำนิยามร่วมกับทีม IT ในการออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อให้ง่ายต่อการดึงข้อมูล/เวชระเบียนมาทบทวน รวมทั้งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น | **12 เดือน**   * มีการทบทวนเป้าหมายของกิจกรรมทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา ซึ่ง PCT มีการทบทวนการส่งต่อ Appendicitis ด้านการวินิจฉัยที่ความถูกต้อง ผลการประเมิน ความถูกต้องในปี 2561 เท่ากับ 56.8% จากเดิมอยู่ที่ 53.52% ซึ่งจะต้องเน้นการปฏิบัติตามแนวทางต่อไป   หน่วยงาน ER  1. มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย MI เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การสื่อสารล่าช้าในการรอคำตอบของแพทย์เฉพาะทาง การปรับระบบมีการทบทวนการสื่อสารการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การอบรม CPR  2. การทบทวนการเตรียมและการดูแลระหว่างส่งต่อพบข้อบกพร่อง ปี 2561=0.74%  เช่น มีอุบัติการณ์การเลื่อนของET.Tube มีการทบทวนการติด ET.Tube  **18 เดือน**   * มีการติดตามผลความถูกต้องของการวินิจฉัยการส่งต่อผู้ป่วย Appendicitis = 59.5% (ต.ค.-ม.ค.)   **หน่วยงาน ER**  1.มีการทบทวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตที่มาด้วย Chest pain ผล EKG ปกติ ผู้ป่วย Arrest ขณะรอย้ายขึ้นตึก ผลการทบทวน  1) ไม่ได้ Defib. ทันทีเมื่อคลื่นEKG เป็น VF  2) ไม่ได้สอดแผ่นรองหลังขณะ CPR  3) ระยะห่างการให้ adrenaline มีทุก 3 นาทีและ 4 นาทีไม่เท่ากัน  2. มีการทบทวนการส่งต่อ มีข้อบกพร่อง (ต.ค.-ธ.ค.)=0.97%  1) ET.tube เลื่อน 1 ราย  2) ไม่ได้ On Oxygen ในผู้ป่วย HCT =19%  **หน่วยงาน OPD** :  มีการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปีชักเกร็งในห้องน้ำระหว่างรอเจาะเลือด ในเวรเที่ยง มีการปรับระบบ แนวทางการดูแลผู้ป่วย Febrile convulsion ในเด็ก 0-5 ปี และสื่อสารถือปฏิบัติร่วมกันในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย  หลังทบทวนยังไม่มีอุบัติการณ์  ทีมPCT และ หน่วยงานผู้ป่วยในมีการทบทวน case dead ในward  พบโอกาสพัฒนาดังนี้  1. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis  2. จัดประชุมชี้แจงแก่จนท.เรื่อง sepsis  3. การ state ยา Antibiotic ในผู้ป่วย sepsis ต้องปฏิบัติภายใน 1 ชม.เมื่อแพทย์วินิจฉัยแล้ว  4. ปรับปรุงแนวทางการายงานแพทย์ เรื่อง ผล lab การดู filmต่างๆ ของแพทย์  5. องค์กรแพทย์ทบทวนการเขียน Progress note ทุกครั้งที่มาดูอาการผู้ป่วย  6. การบันทึกทางการพยาบาลต้องบันทึกให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย  **48 เดือน**   * มีการติดตามผลความถูกต้องของการวินิจฉัยการส่งต่อผู้ป่วย Appendicitis ปี64 = 77.27% * มีการทบทวนการส่งต่อ ปี2564 มีข้อบกพร่องในการเตรียมและดูแลขณะส่งต่อ=1.01%   1) Case Post Arrest ไม่ได้ monitor EKG  2) Case Plural effusion ไม่ได้ on oxygen  3) Case Stroke ไม่มีญาติมาด้วย |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ | | | |
| 35 ระบบบริหารการพยาบาล | ทีมบริหารการพยาบาลมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการตามแผนโดยส่งเสริมให้มีการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และดูแลผู้ป่วย 6 กลุ่มโรคสำคัญ มีการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนเพื่อติดตามและนำมาส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลของทีมพบว่าสถิติผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบมีความพึงพอใจในพฤติกรรมบริการและมาใช้บริการเพิ่มขึ้น | 1.ควรส่งเสริมการวางระบบการจัดการด้านศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละระดับให้ชัดเจน ได้แก่ 1)การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละจุดบริการ และการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ 2)ออกแบบระบบการประเมินสมรรถนะ เพื่อนำสู่การวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลเป็นรายบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย และมีคุณภาพ3) การวิเคราะห์ GAP ด้านอัตรากำลังและสมรรถนะส่วนขาดของบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนในการจัดการที่รองรับภารกิจของโรงพยาบาลตาม service plan และทิศทางขององค์กรที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น  2.ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายของระบบ การนิเทศทางการพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อนำมาออกแบบกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งการกำหนดแผนการนิเทศ คุณสมบัติผู้นิเทศ รูปแบบการนิเทศที่เหมาะสมสอดคล้อง รวมทั้งทั้งการออกแบบในการประเมินระบบนิเทศในด้านต่างเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบต่อไป | **12 เดือน**   * กำหนดสมรรถนะพยาบาลที่สอดคล้องกับหน่วยงาน * มีการประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลป่าพะยอม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.00 รองลงมากอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 45.00 สมรรถนะเชิงวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด , SD = 0.62) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ในระดับมากที่สุด และมาก และพบว่าสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศอยู่ในระดับมาก แต่เป็นระดับที่ได้ค่าคะแนนน้อยกว่าด้านอื่น วางแผนพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลตามส่วนที่ขาด คือ การมีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลทางการแพทย์และทางการพยาบาล, การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสารสนเทศในหน่วยงาน และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และโปรแกรมการใช้งานระบบสารสนเทศขององค์กรในการปฏิบัติงาน   จากการวิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า โดยรวมอัตรากำลังไม่สอดคล้องตามภาระงาน พยาบาลอยู่เวรเฉลี่ยคนละ 28 เวร/เดือน ได้ขออนุมัติจ้างลูกลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 2 ตำแหน่ง  **18 เดือน**   * ทุกหน่วยงานมีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น เช่น LR การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผล การประเมินสภาพแรกรับ และการดูแลทารกแรกเกิด ร้อยละ 80 มากสุด และการเฝ้าระวังติดตามภาวะฉุกเฉินวิกฤติและอาการเปลี่ยนแปลงด้วยความรอบคอบไม่ประมาท ร้อยละ 70 น้อยสุด   งานผู้ป่วยใน : มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการบันทึกทางการพยาบาลการพบว่าระดับคะแนนสูงสุดอยู่ในส่วนของการประเมิน (Assessment) คิดเป็น 82 % พบโอกาสพัฒนาในส่วนของการบันทึกอาการสำคัญยังไม่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลสำคัญยังไม่ครบ รองลงมาคือ การวางแผนการพยาบาล  ( Planing ) 80 % พบโอกาสพัฒนาในส่วนของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ขาดการมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการวางแผนร่วมกัน ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ การประเมินผลการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง (Evaluation) 77 % พบโอกาสพัฒนาในส่วนของการบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องครอบคลุม ขาดการติดตามปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องตาม D-METHOD Model ได้นำโอกาสพัฒนาดังกล่าวมาชี้แจงน้องๆในหน่วยงานเพื่อปรับปรุงและพัฒนาเรื่องการประเมินสมรรถนะพยาบาลการใช้กระบวนการพยาบาล  มอบหมายการดูแลรายโรคในหน่วยงานจะมีการส่งไปอบรม/ศึกษารายโรคแล้วกลับมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคในหอผู้ป่วยดังนี้   * อัตรา re-admit ผู้ป่วย Asthma2561 – 2562 เป็น 0 * อัตราการ re-admit ผู้ป่วย COPD ในปี 2561 – 2562 เป็น 15.24 , 16.32 ตามลำดับ * อัตรา re-admit ผู้ป่วย เบาหวาน ในปี 2561 – 2562 เป็น 3.08 , 2.54   อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำในหอผู้ป่วย ในปี 2561 – 2562 เป็น 7.32 , 3.20 และในหน่วยงานผู้ป่วยในทำ RCA และCQI การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และเฝ้าระวังน้ำตาลต่ำ และสูง หน่วยงานผู้ป่วย สามารถตอบคำถามตามแบบประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้ > 80% เพิ่มขึ้น   * ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลพบว่า โดยรวมอัตรากำลังไม่สอดคล้องตามภาระงาน พยาบาลอยู่เวรเฉลี่ยคนละ 10-12 เวร/เดือน ได้ขออนุมัติจ้างลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 2 ตำแหน่ง อยู่ระหว่างรอผลอนุมัติ   **48 เดือน**   * สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ห้องฉุกเฉินมี 5 สมรรถนะ 1) การประเมินคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน2)การตรวจรักษาเบื้องต้นโดยพยาบาล   3) การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการสาธารณภัย 4) การทำหัตถการ 5) การช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการประเมินพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการมีสมรรถนะ 80-89.9 อยู่ในขั้นที่ใช้งานได้ 5คน ค่าคะแนน 90-100 อยู่ในขั้นที่เป็นแบบอย่างที่ดี 5คน ระดับปฏิบัติการค่าคะแนน 70-79.9 อยู่ในขั้นกำลังพัฒนา 3 คน   * LR มีการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นได้แก่ การประเมินสภาพแรกรับ การดูแลระยะรอคลอด การ   บรรเทาอาการเจ็บครรภ์ การทำคลอดปกติ การเฝ้าระวังติดตามภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และอาการเปลี่ยนแปลงด้วยความรอบคอบ การตัดและการเย็บซ่อมแผลฝีเย็บ จากการประเมินพบว่าเรื่องที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การทำคลอดปกติ เนื่องจากยังพบ อุบัติการณ์ PPH ,แผลฝีเย็บแยก การพัฒนาคือ หน่วยงานนำอุบัติการณ์มาทำ RCA ส่งเจ้าหน้าที่ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องสูติศาสตร์ฉุกเฉิน   * สมรรถนะพยาบาลที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่งานผู้ป่วยนอกการพยาบาลระยะก่อนตรวจ,   ขณะตรวจและหลังตรวจ ผลการประเมินสมรรถนะในภาพรวมเฉลี่ยมากกว่า 80 % พบว่าด้านการคัดกรอง(การรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตทบทวน /ซักประวัติการตรวจร่างกายและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเพื่อวางแผนและจัดการให้ผู้ป่วยดูแลที่เหมาสมร้อยละ 84 มากสุดส่งผลให้การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนมีความครอบคลุมมากขึ้นโดยพบว่าผลการตรวจสอบเวชระเบียนในปี 2564= 96.56 % และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุด ร้อยละ 80 % |
| 36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล | ทีมมีการประเมินความรู้ทักษะเชิงวิชาชีพ 10 ประการผลการประเมินพบว่าคะแนนในภาพรวมแต่ละด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนเพื่อติดตามการใช้กระบวนการพยาบาลผ่านการบันทึกซึ่งพบว่ามีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น | ควรส่งเสริมการวิเคราะห์สาเหตุอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง/การทบทวนเวชระเบียนในเชิงคุณภาพที่วิเคราะห์ในเชิงความสัมพันธ์กับโรคและพยาบาลที่ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางและสร้างการเรียนรู้เพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินและการจัดการอย่างทันท่วงทีและการวินิจฉัยสั่งการได้อย่างดี มีเหตุผลรวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาลที่มีเฉพาะในแต่ละโรค และมีความเฉพาะกับปัญหาของแต่ละรายมากขึ้น ทั้งความครอบคลุมในการประเมินปัญหา ความเหมาะสมสอดคล้องในการวางแผนดูแลและการประเมินติดตามในเวลาที่เหมาะสมกับความเร่งด่วน/ปัญหาสำคัญ | **12 เดือน**   * หน่วยงาน ER ร่วมกับทีมได้ทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต/หน่วยงาน LR ทบทวนผู้ป่วยตกเลือด   - ER case STEME พบว่า ระบบการสื่อสารในการส่งต่อล่าช้า แพทย์ไม่อ่านไลน์กลุ่ม STEME โทรติดต่อไม่ได้ /ได้นำปัญหาเสนอระดับครือข่าย ให้โทรแพทย์เวร ไม่ต้องส่งไลน์/ปลายปี 61 รพ.พัทลุงเปิดศูนย์หัวใจ ให้ consult ศูนย์หัวใจ รพ.พัทลุงทุก case ได้ตลอด 24 ชม.  - ทบทวนผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด จำนวน 4 ราย (shock 1 ราย) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ Atone 2 ราย,จากประวัติการขูดมดลูก/รกค้าง 1 ราย/ประวัติเคยตกเลือด 1 ราย พบว่า จนท.ขาดการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/ขาดการ alert case ไม่ปฏิบัติตาม CPG ทีมได้ทบทวนและนำ CPG ชี้แจงรายบุคคลทั้งในกลุ่มแพทย์และพยาบาล   * จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยDMที่มีภาวะHypo/Hyperglycemia พบว่า การให้การรักษาล่าช้า เนื่องจากต้องผ่านศูนย์ Admit ที่ OPD บางครั้งผู้ป่วย admit หลายคนทำให้รอนาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DM Shock กลุ่มการพยาบาลได้นำปัญหาที่พบมานำเสนอในที่ประชุม PCT ได้กำหนดแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypo/Hyperglycemia ให้ส่งมา ER ทุกราย เพื่อให้การรักษาตาม State Order ก่อนส่งขึ้นWARD * จากการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาล   - ในผู้ป่วย OPD/ER พบว่า การบันทึกซ้ำซ้อนต้องบันทึกทั้งใน OPD Card และในระบบ mit-net ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน การบันทึกไม่ครอบคลุม ต้องเร่งรีบเนื่องจากผู้ป่วยมากในแต่ละวัน ได้นำเสนอต่อทีม IM เพื่อยกเลิกการบันทึกใน OPD Card ให้บันทึกในระบบ mit-net อย่างเดียว และ รพ.ได้นำระบบ Paper Less มาใช้ในเดือน สิงหาคม 2561 ตอนนี้อยู่ระหว่างประเมินผลระบบ  - นิเทศการบันทึกในผู้ป่วย IPD พบว่า ในปี 2561 ยอดผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 30-35 ราย อัตราครองเตียง 110 % การดูแล/การเฝ้าระวังและการบันทึก จะเน้นตามการแยกประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยประเภท 3 ขึ้นไปจะเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด บันทึกอย่างครอบคลุมสอดคล้องตามมาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค  **18 เดือน**   * การส่งต่อผู้ป่วย STEMI ที่ศูนย์หัวใจพัทลุงไม่มีปัญหาการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลตั้งแต่เดือน ส.ค.2561 - ก.พ.2562 มีผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PCI 7 ราย * IPD : ทบทวน case refer ที่มีอาการทรุดลง เพื่อปรับปรุงแนวแนวทางการดูแลผู้ป่วย ในปี2561 ได้ทบทวน Case COPD จำนวน 6 case พบโอกาสพัฒนาดังนี้   -พบว่าผู้ป่วย COPD ที่ Admit มีจำนวนวันนอนนานมากกว่า 5 วันทุก case พบ AE 2 case ระดับ F on ET-tube refer รพ.พัทลุงพบโอกาสพัฒนาดังนี้  : ทบทวน/ปรับปรุง CPG พร้อมสื่อสาร ในองค์กรแพทย์ทุกคนพร้อมปฏิบัติตาม  : ทบทวน case COPD ที่ admit ทุกครั้งแล้วเกิด AE เพื่อนำมาปรับปรุงวางระบบในการดูแลผู้ป่วยต่อไป  : ทบทวนวิชาการในการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ Update อยู่เสมอแล้วนำมาสื่อสารในทีมผู้ดูแล  : ติดตาม ordit เวชระเบียนในผู้ป่วยที่ Admit ทุกราย   * ปี 2561 มี PPH 4 ราย ปี 2562 ยังไม่มี จากการนำอุบัติการณ์มาทบทวนได้นำผลการทบทวนแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ องค์กรแพทย์, ANC รับทราบปัญหาเพื่อจะได้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดและมารดาที่เสียงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดของ MCH board จังหวัดต่อไป   **48 เดือน**   * การส่งต่อผู้ป่วย STEMI ที่ศูนย์หัวใจพัทลุงไม่มีปัญหาการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลปี 2563-64 มีผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PCI 16,5 รายตามลำดับ * ปี 2563 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.20 ปี, 2564 ร้อยละ 2.24 จากการทบทวนเกิดจาก uterine atony, เศษรกค้าง ทางรพ. ได้เน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลมารดาในระยะคลอดและหลังคลอด * ปี 2563 มีอัตราการ BA ร้อยละ 24 ปี2564 ร้อยละ 11.23 จากการทบทวน ปี2563 เกิดจากคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 เกิดจากทารกที่คลอดท่าก้น PCT ได้ทบทวน เน้นย้ำ ANC เรื่องการแนะนำหญิงตั้งครรภ์ถึงอาการผิดปกติที่ต้องมารพ. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด เน้นการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีท่าผิดปกติ ห้องคลอดมีการทบทวนการช่วยคลอดท่าก้น มีแผนส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยคลอดท่าก้น |
| 37 องค์กรแพทย์ | ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียน/สรุปเวชระเบียนให้ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น ส่งผลให้ค่า sum adjust RW เพิ่มขึ้น | ควรส่งเสริมให้กำกับดูแลเพื่อให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดีตามมาตรฐาน การตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยี (เช่น การตัดสินใจรับไว้ในโรงพยาบาล ส่งต่อ การขอคำปรึกษาจากแพทย์โรงพยาบาลใหญ่ การส่งตรวจราคาแพง) การทบทวนผลการรักษาพยาบาลร่วมกับวิชาชีพอื่น นำผลการทบทวนมาออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่สร้างความปลอดภัย รวมทั้งการสื่อสารแผนการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างวิชาชีพ | **12 เดือน**   * มีการใช้เทคโนโลยีร่วมกันในองค์กรแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและแม่นยำมากยิ่งขึ้น * มีการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบเครือข่ายร่วมกับ รพท., รพศ. เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย * สมาชิกองค์กรแพทย์ทุกคนได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความรู้, ทักษะต่างๆในส่วนที่สมาชิกสนใจ หรือส่วนที่มีความจำเป็นต่อองค์กร * องค์กรแพทย์มีส่วนร่วมกับคณะกรรมการระดับองค์กร เช่น ทีม PCT, PTC, IC, RM เป็นต้น   **18 เดือน**   * มีการใช้เทคโนโลยีร่วมกันในองค์กรแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพิ่มสัมพันธภาพในองค์กรแพทย์ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้เกิดการดูแลรักษาได้ครอบคลุมและแม่นยำขึ้น * มีการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบเครือข่ายร่วมกับ รพท., รพศ. อย่างต่อเนื่องและเพิ่มสาขาเฉพาะทางมากขึ้น เช่น อายุรกรรม, สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่มีแนวทางการรักษาส่งตัวกลับจาก รพท., รพศ. เพื่อมารักษาต่อยัง รพช. เช่น Pallative care ซึ่งจะมีการสื่อสารระหว่างองค์กรแพทย์ด้วยกัน เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย, ส่งต่อไปรักษา, ส่งตัวกลับมารักษาใกล้บ้าน ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ก็ทำให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างแพทย์ด้วยกันมากขึ้น * สมาชิกในองค์กรแพทย์ทุกคนได้รับการสนับสนุนให้มีการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเพิ่มเติมในเรื่องที่สนใจ หรือเป็นประโยชน์ต่อองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีงบประมาณจากเงินบำรุงของหน่วยงานสนับสนุน * องค์กรแพทย์มีส่วนร่วมในการเป็นประธาน, เลขานุการ และคณะกรรมการระดับองค์กร เช่น ทีม PCT, PTC, IC, RM, ทีมประสานคุณภาพ เป็นต้น รวมทั้งร่วมกิจกรรมต่างๆในองค์กรอย่างต่อเนื่อง   **48 เดือน**   * องค์กรแพทย์เข้าร่วมการทบทวนเคสกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดแนวทางในโรคสำคัญ * มีการประชุมเพื่อทบทวนพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ * ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ (CPG) * พัฒนา standing order ในโรคสำคัญ ได้แก่ STEMI ,Sepsis,Covid 19 * พัฒนาการดูแลสหวิชาชีพ และ care plan ในโรคที่มีความซับซ้อน ได้แก่ COPD, DM * มีส่วนร่วมในการออกแบบปรับปรุงสถานที่ และระบบ ARI ในผู้ป่วย covid 19 |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย | | | |
| 38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ |  | 1. ทีมควรประเมินระบบและบทบาทของทีม ENV เพื่อนำสู่การพัฒนาปรับปรุงระบบ ENV ให้มีโครงสร้างอาการสถานที่มีความปลอดภัย 2. ควรส่งเสริมให้ทีม/หน่วยงานค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก จากทีมทำ ENV round เพื่อค้นหาความเสี่ยงอาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อมและระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการสำรวจจากผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานภายนอกและอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นมาทบทวนโดยบทบาทของทีมและดำเนินการพัฒนาปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ เช่น กิ่งไม้ใหญ่พาดสายไฟ น้ำรั่ว ระบบระบายอากาศ (หอผู้ป่วยใน OPD, คลินิกต่างๆ แพทย์แผนไทย) ทางลาดต่างระดับต่างๆ ป้ายบอกทางหนีไฟให้เป็นไปตามมาตรฐาน พื้นลื่นในห้องน้ำผู้ป่วย และสุนัขกัด ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ เป็นต้น 3. ระบบรักษาความปลอดภัยควรวิเคราะห์พื้นที่ที่เป็นจุดเสี่ยงในโรงพยาบาล เพื่อนำสู่วางระบบป้องกันรักษาความปลอดภัยทรัพย์สินของโรงพยาบาลและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำทรัพย์สินสูญหายของผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ | **12 เดือน**   * กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมใหม่ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน * มอบหมายคณะกรรมการ ENV ในหน่วยงาน ค้นหาความเสียงและนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ ENV * สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเข้ามาดำเนินการวิศวกรรมความปลอดภัยในวันที่ 3 -5 มกราคม 2561 * นำผลการดำเนินด้านวิศวกรรมความปลอดภัยที่มีความเสื่ยงเข้าสรุปในคณะกรรมการ ENV   เพื่อเสนอคณะกรรมการบริหารพิจารณาวางแผนในปีงบประมาณ 2562  **18 เดือน**   * กำหนดบทบาทและหน้าที่ของทีมครอบคลุมทุกหน่วยงาน * จากค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกของอาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อมและระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระบบป้องกันฟ้าผ่าและวิทยุชำรุดและไม่มีระบบป้องกัน นำมาปรับปรุงและติดตั้งระบบสายล่อฟ้า * แผนพัฒนาด้านโครงสร้างมีการดำเนินการดังนี้   - ปรับปรุงห้องแยกโรคผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีระบบระบายอากาศที่ปลอดภัย (อยู่ระหว่างการก่อสร้าง)  - สำรวจจุดเสี่ยงและติดตั้งกล้องวงจรปิดเพิ่มเติมจำนวน 18 จุด |
| 39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม |
| 40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย |  | ควรสำรวจวัสดุและสารเคมีอันตรายในโรงพยาบาลนำมาจัดทำบัญชีวัสดุสารเคมีอันตรายและวางแนวทางการจัดการเมื่อมีการสัมผัสหรือรั่วไหล ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้จริงและมีความปลอดภัย | **12 เดือน**   * อยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมเล่มเอกสาร วัสดุและของเสียอันตรายที่มีใช้ในโรงพยาบาลป่า   พะยอม โดยจากการสำรวจวัสดุและสารเคมีอันตรายในรพ.พบว่า ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ มีสารเคมีมากถึง 23 รายการ สารเคมีที่อยู่ในสถานะก๊าซ คือ EO ที่หน่วยจ่ายกลาง สารเคมีอัดแท่ง คือ คลอรีนอัดแท่งสำหรับบำบัดน้ำเสียและสารเคมีที่มีผลต่อกระบวนการบำบัดน้ำเสียที่ยังมีใช้อยู่ คือ น้ำยาล้างห้องน้ำ( เป็ด ) ซึ่งคณะกรรมการ ENV ควบคุมปริมาณการใช้เพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อระบบบำบัดน้ำเสียของ รพ.  **18 เดือน**   * จัดทำคู่มือบัญชีวัสดุสารเคมีอันตราย พร้อมทั้งแนวทางการป้องกันอันตราย การจัดเก็บที่ปลอดภัย มีการแยกเก็บสารเคมีโดยเฉพาะ ไม่นำมาเก็บไว้ในห้องปฏิบัติการ จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน หน้ากากป้องกัน P100 และเปลี่ยนตัวกรองตามระยะเวลา เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ อบแก๊ส EO กำหนดเวลาระบายแก๊ส ติดป้ายเตือน * การจัดเก็บของมีคม ด้วยการพัฒนานวัตกรรม กล่องทิ้งเข็ม แกลลอนทิ้งเข็ม ที่แข็งทนต่อการแทงทะลุ โดยการใช้งานมาต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2556 |
| 41 การจัดทำแผนฝึกซ้อม ตรวจสอบระบบ เพื่อป้องกันอัคคีภัย | มีการซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง และนำผลการฝึกซ้อมมาพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ จัดหาถังดับเพลิงและอุปกรณ์ดับเพลิงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การติดตั้ง smoke detector ในคลังยา และปรับปรุงระบบการตรวจสอบความพร้อมของถังดับเพลิงให้มีความพร้อมใช้ |  | * ผลจากการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561 มีบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม ร้อยละ 89.87พบโอกาสพัฒนา ดังต่อไปนี้   1. ความร่วมมือของบุคลากรในการเรียนรู้เรื่องการใช้ถังดับเพลิง  2. ทะเบียนทรัพย์สินไม่เป็นปัจจุบัน  3. อุปกรณ์ขัดข้องในวันฝึกซ้อม (เครื่องขยายเสียง)  4. ยังสับสนในบทบาทหน้าที่ระบบบัญชาการ  5. แสดงบทบาทสมมุติไม่เหมือนจริง (เดินเล่น หัวเราะ)  6. หน่วยงานไม่ได้สำรวจความพร้อมของถังดับเพลิง   * ติดตั้งถังดับเพลิงเพิ่มเติมครอบคลุมทุกพื้นที่ตามมาตรฐานที่กำหนด * ติดตั้ง smoke detector ในคลังยา พร้อมทดสอบทุกเดือน * มีแผนซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในวันที่ 7 กันยายน 2562 |
| 43 ระบบสาธารณูปโภค |  | 1.ควรจัดทำแผนสำรองระบบสาธารณูปโภคทุกระบบ ได้แก่ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบน้ำสำรอง ระบบน้ำสำรอง ระบบแก๊สทางการแพทย์  2.ควรประเมินระบบการตรวจสอบบำรุงรักษา ระบบสาธารณูปโภค เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันอย่างต่อเนื่อง นำข้อมูลอุบัติการณ์/ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟกระชาก ไฟฟ้าดับขณะที่ให้บริการผู้ป่วย (ไฟฟ้าสำรองทำงานล่าช้า และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ) ความไม่พร้อมใช้/ชำรุดขณะใช้งาน จำนวนครั้งของระบบที่หยุดชะงัก การบำรุงรักษาที่ขาดความต่อเนื่อง ได้แก่ ระบบไฟฟ้า (หม้อแปลงไฟฟ้า เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง) ระบบแก๊สทางการแพทย์ ระบบน้ำ เป็นต้น มาทบทวนกันเพื่อนำไปวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค | **12 เดือน**   * มีระบบน้ำสำรองจากส่วนภูมิภาค กรณีน้ำประปาเกิดขัดข้อง * มีแผนการบำรุงรักษาจากหน่วยงานภายนอกปีละ 1 ครั้ง   **18 เดือน**   * ดำเนินการปรับปรุงและบำรุงรักษาระบบประปาในวันที่ 4 กรกฎาคม 2561 * ติดตั้งเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองขนาด 300 กิโลวัตต์ สามารถใช้ได้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล * นำเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองขนาด 100 กิโลวัตต์มาเป็นเครื่องสำรองในกรณีเครื่องขนาด 300 กิโลวัตต์ขัดข้อง |
| 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการการสร้างเสริมสุขภาพ |  | ควรส่งเสริมการจัดพื้นที่การเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งบุคลากรเพื่อสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม | **12 เดือน**   * จัดมุมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มเติมในอาคารผู้ป่วยนอกและอาคารอุบัติเหตุ   **18 เดือน**   * จัดมุมส่งเสริมสุขภาพในอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินหลังใหม่ เช่น มุมให้ความรู้ มุมพักผ่อน สำหรับผู้ป่วยและญาติ |
| 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม |  | ควรปรับปรุงระบบบำบัดนำเสียจากหน่วยงานในพื้นที่เสี่ยง เช่น หน่วยงานซักฟอก จ่ายกลาง ที่พักขยะติดเชื้อ พื้นที่ล้างรถ ambulance ให้น้ำเสียเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลก่อนปล่อยลงสู่ชุมชน เพื่อความรับผิดชอบต่อสังคมและความปลอดภัยของชุมชนในพื้นที่ | **12 เดือน**   * จากการสำรวจน้ำเสียหน่วยงานพื้นที่เสี่ยง มีการปรับปรุง ดังนี้   - น้ำเสียจากหน่วยงานซักฟอก จ่ายกลาง นำเข้าสู่ระบบบำบัดของโรงครัว  - น้ำเสียจากที่พักขยะติดเชื้อ พื้นที่ล้างรถ ambulance ได้สร้างบ่อบำบัดแบบรวมชนิดเกรอะ ขนาด 1,600 ลิตร  - ผลการวิเคราะห์น้ำเสียครั้งล่าสุด (14/6/61) ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์  **18 เดือน**   * ผลการวิเคราะห์น้ำเสียในปี 2561 ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ * ส่งตัวอย่างน้ำทิ้งจากจุดที่ได้ทำการปรับปรุงตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในเดือน มีนาคม   2562  **48 เดือน**   * ผลการวิเคราะห์น้ำเสีย ปี 2562-2563 ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ * ปี 2564 ผลหลังสุดเดือน สิงหาคม ไม่ผ่านเกณฑ์ TKN และ BOD บ่ออาคาร 30 เตียง เนื่องจาก   มีใบไม้ตกลงในบ่อพักน้ำจำนวนมาก ทำให้เกิดการเน่าเสีย มีการปรับปรุงโดยสูบน้ำออก เพิ่มการเติมอากาศ ใช้ฝาปิดบ่อและตัดแต่งต้นไม้ออก ส่งน้ำตรวจวิเคราะห์ครั้งต่อไป พ.ย. 2564 |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | | | |
| 46 การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | ทีมมีการออกแบบระบบการทำงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย รพ.สต. เช่น การจัดการขยะติดเชื้อคุณภาพในการจัดการอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เป็นต้น | ควรส่งเสริมให้ทีมสำรวจ/วิเคราะห์สถิติข้อมูลความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/การแพร่กระจายเชื้อ เพื่อนำมาวางมาตรการป้องกันและการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมตามบริบทโรงพยาบาล เช่น ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่รับส่งกลับมาดูแลรักษาต่อ ให้ครอบคลุมในทุกจุดบริการที่เกี่ยวข้องทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ on device และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นต้น | **12 เดือน**  - ทีมร่วมทบทวนและปรับปรุงนโยบายและแนวปฏิบัติในการการป้องกกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา  - ผู้ป่วยส่งกลับมารักษาต่อ ปีงบประมาณ ต.ค.60 - มิ.ย. 61 จำนวน 42 ราย พบเชื้อดื้อยา 1 ราย Pseudomonas aeruginosa ( MDR ) ใน U/C ปฏิบัติตามแนวทางฯ ไม่มีการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาใน รพ ป่าพะยอม  - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในชุมชน มี 6 ราย  - พบผู้ป่วย 4 ราย คิดเป็น66.67% ป่วยด้วย UTI ความถี่ที่ป่วยสูงสุด 3 ครั้ง/คน  - จัดทำแนวทางการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ให้แก่ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว  **18 เดือน**   * ประชุมทีม IC พร้อมทั้งทบทวนนโยบายเชื้อดื้อยาในวันที่ 9 ส.ค. 2561 * จัดประชุม เรื่อง “การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา” 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 21 ก.ย. และรุ่นที่ 2 วันที่ 24 ก.ย. 2561 * เฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งกลับมารักษาต่อจาก รพ ที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับ ปีงบประมาณ 61 จำนวน 59 ราย มีเชื้อดื้อยา 1 ราย Pseudomonas aeruginosa ( MDR ) ปีงบ 2562 ผู้ป่วยส่งกลับ 14 ราย ไม่มีเชื้อดื้อยา * การเฝ้าระวัง CAUTI ในผู้ป่วยคาสายในชุมชน ปีงบ 61 ผู้ป่วยคาสาย 6 ราย ปลายปี เหลือ 5 ราย ( Dead 1) อัตราป่วย 80% ปี 62 ผู้ป่วย 6 ราย (ต.ค.-ธ.ค.61) อัตราป่วย 33.33% * การเปลี่ยนสายสวน ทุก 4 สัปดาห์ |
| 47 การจัดการและทรัพยากร | ทีมนำสนับสนุนในการวางแผนพัฒนาองค์กรความรู้เฉพาะทางของ ICN อีกทั้งยังมีการปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลา เพื่อเป็นแกนนำในการกำหนดจุดเน้นและวางแผนการพัฒนาระบบ IC ของโรงพยาบาล ทั้งยังสนับสนุนให้ ICWN ได้รับการอบรมหลักสูตรพื้นฐานการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล โดยดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนการปรับโครงสร้างทางกายภาพและจัดหาอุปกรณ์ในการทำงานเพื่อช่วยลดการปนเปื้อน เช่น เครื่องล้างอุปกรณ์ทางการแพทย์ การสร้างลานล้างรถเข็นขยะ เป็นต้น | ควรร่วมกับทีม ENV ในการสำรวจปัจจัยเสี่ยงด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม การระบายอากาศที่มีผลต่อการแพร่กระจายทั้งในหน่วยงานทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนเพื่อนำสู่การจัดการ หรือออกแบบระบบงาน/กระบวนการทำงานที่เหมาะสมในแต่ละหน่วยให้ครอบคลุม เช่น ความแออัด การระบายอากาศและแผนการรองรับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วย การจัดการน้ำทิ้งจากหน่วยงานซักฟอก หน่วยจ่ายกลาง และลานล้างรถเข็นขยะ ผ่านระบบการบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น | **12 เดือน**   * ปัจจัยเสี่ยงในหอผู้ป่วย คือ 1) การระบายอากาศ 2) การจัดพื้นที่ระหว่างเตียงผู้ป่วย (น้อยกว่า 3 ฟุต) การปรับปรุง:   1) เพิ่มพัดลมตั้งพื้นให้ผู้ป่วยเตียงเสริม  2) เปิดประตู หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ  3) งดนำอาหาร ที่มีกลิ่นรุนแรงมารับประทานในหอผู้ป่วย  4) จำกัดการเข้าออกของญาติในห้องพักมารดาหลังคลอด  5) รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ เตียงผู้ป่วยประจำวัน  6) การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัยแก่ผู้ป่วยที่มีอาการไอ   * ระบบระบายน้ำเสีย ติดตั้งถังบำบัดน้ำเสียในจุดรองรับน้ำจากห้องพักขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ   ลานล้างรถเข็นขยะ, ที่ล้างรถ refer, ต่อท่อระบายน้ำจากหน่วยจ่ายกลางมารวมกับบ่อบำบัดน้ำเสียงานโภชนาการ  **18 เดือน**   * การระบายอากาศในห้องพักมารดาหลังคลอด ลดจำนวนเตียง เหลือ 2 เตียง (เดิม 3 เตียง) เพื่อเพิ่มพื้นที่ว่าง * การจัดระยะห่างระหว่างเตียง ยังประสบปัญหา เนื่องจากมีผู้ป่วยเตียงเสริม * การใช้พัดลมตั้งพื้น ประจำเตียงให้เปิด Fix กับที่ ไม่ควรให้หมุนรอบทิศทาง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ * การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม รอบ ๆ เตียงผู้ป่วย ยังประสบปัญหาไม่ได้ทำความสะอาดอย่างต่อเนื่อง * การจัดการน้ำทิ้งจากหน่วยจ่ายกลาง ที่พักขยะทั่วไป ที่พักขยะติดเชื้อและลานล้างรถเข็นขยะ ได้จัดการลงบ่อบำบัดนำเสียแล้ว ยังคงติดตามการตรวจวิเคราะห์น้ำเสียต่อไป * ปรับปรุงระบบระยายอากาศผู้ป่วย โดยติดตั้งมุ้งลวดเพิ่มเติมเพื่อเปิดประตูและหน้าต่าง * ปรับปรุงที่พักขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ |
| 48 การป้องกันการติดเชื้อ | มีการทบทวนการติดเชื้อแผลฝีเย็บ และ neonatal sepsis ที่เป็นปัญหาสำคัญร่วมกับทีมผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติและการใช้นวัตกรรมในการดูแลมารดาและทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การปรับระบบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์ในหอผู้ป่วยโดยเยี่ยมมารดาและทารกก่อนผู้ป่วยอื่นๆ การจัดชุดอุปกรณ์เย็บซ่อมแผลฝีเย็บออกจากอุปกรณ์ทำคลอดและการทำให้ปราศจากเชื้อ การประเมินภาวะน้ำเดินโดยใช้กระดาษลิสมัสทดสอบและ cough test เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยคลอดที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งยังมีการอบรมให้ความรู้บุคลากรเรื่องมาตรการป้องกันการติดเชื้อต่างๆเป็นประจำทุกปี และเริ่มมีการประเมินความรู้ด้าน IC ในบุคลากรทั้งองค์กร | 1.ควรวิเคราะห์แยกตามกลุ่มวิชาชีพ/กลุ่มงานเพื่อนำมาออกแบบการให้ความรู้ที่มีเฉพาะกับปัญหาในแต่ละกลุ่มต่อไป  2.ควรร่วมกันออกแบบระบบการกำกับ/กระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความตระหนัก | **12 เดือน**   * ประเมินความรู้ในบุคลากรแยก 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 กลุ่มแพทย์ พยาบาล, ชุดที่ 2 บุคลากรทั่วไป ผลการประเมินความรู้ ชุดที่ 1 ร้อยละ 75.66, ชุดที่ 2 ร้อยละ 74.33 * เตรียมดำเนินการจัดการความรู้ในกลุ่มพยาบาล เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในเดือนกันยายน 2561 * ลงสอนหน้างาน on the job training ให้แก่แม่บ้านพนักงานเก็บขนขยะที่มาใหม่   **18 เดือน**   * จัดการความรู้ประจำปีให้แก่บุคลากรพยาบาลทั้งเครือข่าย เรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา วันที่ 21 และ 24 ก.ย.2561 การประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.03 * ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการ ล้างมือ 5 moment ผลดังนี้ M 1=55.56% M 2 = 73.68% M 3 = 100% M 4 = 100% M 5 = 76.00% * อัตราการติดเชื้อใน รพ ปีงบ 2561 =0.33 : 1000 วันนอน ปีงบ 2562 ยังไม่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อใน รพ. |
| 49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ | ผลการเฝ้าระวังพบว่า neonatal sepsis ยังเป็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญ จึงมีการออกแบบการเฝ้าระวังโดย ICN ได้ติดตามเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังกลุ่มมารดาและทารกหลังคลอด โดยสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 66.66 ในปี 2559 | ควรส่งเสริมให้ประมวลข้อมูลผลการเพาะเชื้อในกลุ่มผู้ป่วย sepsis เพื่อติดตามแนวโน้มของเชื้อโรคและความไวต่อยาปฏิชีวนะ ทั้งที่พบในพื้นที่และที่รับ-ส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อนำประสานเชื่อมโยงกับทีม PCT และ PTC ในการนำไปใช้ประโยชน์ หาโอกาสพัฒนาต่อไป | **12 เดือน**   * ผลการเพาะเชื้อ ( H/C )กลุ่มผู้ป่วย Sepsis ที่รับการรักษาใน รพ. 23 ราย ( ต.ค.60 - มี.ค.61) Positive 7 ราย คิดเป็น 30.43% ส่งต่อ รพ.พัทลุง 1 ราย พบเชื้อ *Klebsiella Pneumoniae* * อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับการทำ H/C ภายใน 45 นาทีหลัง วินิจฉัยโรค 75% * อัตราผู้ป่วย sepsis ได้ยา ATB ภายใน 1 ชม หลังวินิจฉัย 25% * อัตราการได้รับสารน้ำเพียงพอ ใน 1-2 ชม. 100%   **18 เดือน**   * อัตราการติดตามเยี่ยมทารกหลังคลอดเพื่อเฝ้าระวัง ปีงบ 2561 =60.60% มีอุบัติการณ์ Neonatal sepsis 1 ราย ความเสี่ยงของการติดเชื้อ คือ Thick meconium ปีงบ 2562 อัตราการติดตามเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง 53.12% ยังไม่มีอุบัติการณ์ Neonatal sepsis * ปี 2561 พบอุบัติการณ์ Local infection ในผู้ป่วยที่ให้ IV 1 ราย จึงเป็นที่มาของการพัฒนา IV Care ใน รพ. * การติดตามผลเพาะเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งกลับมารักษาต่อ เพื่อศึกษาความไวต่อยา ยังไม่ได้ปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม เป็นโอกาสพัฒนาที่ทีมจะต้องดำเนินการต่อในปีถัดไป * กลุ่มผู้ป่วย Sepsis ที่ส่งต่อ อยู่ระหว่างการเชื่อมโยงข้อมูลผลตรวจเพาะเชื้อกับ รพ.แม่ข่าย * การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับ PCT จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis และการใช้เครื่องมือ SOS Score เพื่อประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง |
| II-5 ระบบเวชระเบียน | | | |
| 51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน |  | 1.ทีมควรประเมินระบบเวช  ระเบียน เช่น ระบบการยืม-  คืนเวชระเบียน ระบบการ  จัดเก็บแฟ้มเวชระเบียน เพื่อ  หาโอกาสพัฒนาปรับปรุง  2.ทีมควรประเมินระบบรักษา  ความลับของข้อมูลเวช  ระเบียนที่ได้กำหนดนโยบาย  แนวทางปฏิบัติไว้ เพื่อให้มั่นใจ  ว่าระบบที่ออกแบบนั้น  ปลอดภัย เช่น การเข้าถึง  ข้อมูลผู้ป่วย การจัดเก็บข้อมูล  เวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV  คดีความกลุ่ม OSCC เป็นต้น | **12 เดือน**   * ทีมได้ทบทวนระบบการยืม – คืนเวชระเบียน โดยการใช้แบบฟอร์มขอยืม – คืน เวชระเบียน และกำหนดให้ยืมเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้ 1 วัน/ผู้ป่วยในได้ 7 วัน * ผลการประเมินระบบยืม – คืน เวชระเบียน พบว่า ปี 2560 ผู้ป่วยนอก 96 ฉบับ, ผู้ป่วยใน 276 ฉบับ ปี 2561 ผู้ป่วยนอก 47 ฉบับ, ผู้ป่วยใน 167 ฉบับ ไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด   **โอกาสพัฒนา** พัฒนาโปรแกรมยืม – คืน เวชระเบียนแทนการใช้แบบฟอร์ม   * ทีมได้ทบทวนระบบการจัดเก็บเวชระเบียน โดยจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในตู้เก็บเวชระเบียน/ เวชระเบียนผู้ป่วยในมีห้องจัดเก็บแยกเป็นสัดส่วน * ผลการประเมินระบบการจัดเก็บเวชระเบียน ไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหายแต่พบปัญหา   1.พื้นที่จัดเก็บเวชระเบียนไม่เพียงพอ  2. มีน้ำรั่วไหลเข้าไปในห้องเวชระเบียนผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มีเวชระเบียนเปียกน้ำ 5 ฉบับ  **โอกาสพัฒนา**  1.พัฒนาระบบจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์(paperless)  2. บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงและประสานทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา   * ทีมได้ทบทวนระบบการรักษาความลับของข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV, คดีความ,กลุ่ม OSCC พบว่าแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่พบการรั่วไหลของข้อมูล แต่มีการปรับเปลี่ยนระบบการรายงานผล Anti HIV โดยเปลี่ยนจากระบบเดิมที่มีการใช้ Code ในการระบุตัวผู้ป่วย เป็นการระบุชื่อ – นามสกุล และ HN โดยจำก้ดสิทธิการเข้าดูผลตรวจ ของผู้ป่วยจากระบบ Mit-net เฉพาะผู้ที่ระบุให้สามารถดูผลได้เท่านั้น เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น * ผลการประเมินระบบการรักษาความลับของข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV, คดีความ, กลุ่ม   OSCC ไม่พบอุบัติการณ์การรั่วไหลของข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวฯ  **18 เดือน**   * ทีมได้นำโปรแกรมยืม- คืนเวชระเบียน มาใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562ควบคู่กับการเขียนแบบฟอร์ม * ผลการประเมินระบบยืม – คืน เวชระเบียน พบว่า ปี 2561 ผู้ป่วยนอก 47 ฉบับ, ผู้ป่วยใน 167 ฉบับ ปี 2562 ผู้ป่วยนอก90 ฉบับ ผู้ป่วยใน 135 ฉบับ   มีการยืม – คืน โดยใช้โปรแกรม ผู้ป่วยนอก 40 ฉบับ ผู้ป่วยใน 50 ฉบับ ไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด  **โอกาสพัฒนา**  1.ให้มีการใช้โปรแกรมยืม-คืน เวชระเบียนเพียงอย่างเดียว  2.พัฒนาโปรแกรมรับเวชระเบียนจากแผนกผู้ป่วยใน เพื่อจะได้ติดดามเวชระเบียนได้อย่างสะดวก ป้องกันเวชระเบียนสูญหาย   * ทีมทบทวนระบบการรักษาความลับของข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV, คดีความ, กลุ่ม OSCC * ผลการประเมินระบบการรักษาความลับของข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV, คดีความ, กลุ่ม OSCC ไม่พบอุบัติการณ์การรั่วไหลของข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวฯ * ทีมได้มีการปรับเปลี่ยนการบันทึกและการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์(paperless)ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2561 ใน 9 แผนก จากทั้งหมด 11 แผนก และได้มีการสุ่มตรวจความสมบูรณ์ของการบันทึก ในเดือนตุลาคม จำนวน 100 ฉบับ ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน = 85.36% โดยแยกคะแนนแต่ละเกณฑ์ ดังนี้ * Patient’s profile = 72.1%   หัวข้อที่พบการบันทึกไม่ครบถ้วน ได้แก่ ประวัติแพ้ยา, กรุ๊ปเลือด, เบอร์โทรศัพท์   * History = 81.86%   หัวข้อที่พบการบันทึกไม่ครบถ้วน ได้แก่ Underlying disease และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน, ประวัติประจำเดือน,ประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ไม่ได้ระบุปริมาณและระยะเวลาที่ใช้   * Physical examination = 91.14%   หัวข้อที่พบการบันทึกไม่ครบถ้วน ได้แก่ ไม่บันทึกการตรวจร่างกาย   * Treatment/Investigation = 63.5%   หัวข้อที่พบการบันทึกไม่ครบถ้วน ได้แก่ แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง (การนัด)  **โอกาสพัฒนา**  1.มีการบันทึกและการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (paperless) ครอบคลุมทุกแผนก  2.จัดทำแนวทางในการบันทึกข้อมูลเพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน  3.มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุก 4 เดือน  **48 เดือน**   * ทีมได้นำโปรแกรมรับเวชระเบียนจากแผนกผู้ป่วยในมาใช้เพื่อติดตามเวชระเบียน * ผลการประเมินการใช้โปรแกรมรับเวชระเบียนจากแผนกผู้ป่วยในพบว่า ปี 2563 ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 รับเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 3,129 ฉบับ พบการส่งเวชระเบียนล่าช้าเกินเวลาที่กำหนด 56 ราย อุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย ปี 2563 จำนวน 1 ราย * ปี 2564 ณ วันที่ 30 มิถุนายน2564 รับเวชระเบียนผู้ป่วยใน2,020ฉบับ พบการส่งเวชระเบียนล่าช้าเกินเวลาที่กำหนด 42ราย ไม่พบอุบัติการณ์ เวชระเบียนสูญหาย   **โอกาสพัฒนา**  1.พัฒนาระบบยืม – คืนเวชระเบียนใหม่เพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหาย   * ทีมทบทวนระบบการรักษาความลับของข้อมูลเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วย HIV, คดีความ, กลุ่ม   OSCC ผลการประเมิน ไม่พบอุบัติการณ์การรั่วไหลของข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวฯ |
| 52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก | มีการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เช่น พัฒนาการบันทึกแพ้ยา การบันทึก physical examination พัฒนา problem list ในแบบฟอร์ม history & physical exam เป็นต้น ส่งผลความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอกร้อยละ 89.60 ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในร้อยละ 89.98 |  | **12 เดือน**   * ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2560   **Internal Audit**  IPD ร้อยละ 80.63  OPD ร้อยละ 87.15  **External Audit**  IPD ร้อยละ 88.12 อยู่ในลำดับ 3 เทียบกับ รพ.ในจังหวัดพัทลุง  OPD ร้อยละ 87.40 อยู่ในลำดับ 1 เทียบกับ รพ.ในจังหวัดพัทลุง   * ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2561   **Internal Audit**  IPD ร้อยละ 77.25  OPD ร้อยละ 91.50   * จากผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน พบว่า IPD มีคะแนน ลดลงจาก ปี 2560 ร้อยละ 80.63 เป็น ร้อยละ 77.25 ในปี 2561 จากการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนที่ลดลง มาจากเกณฑ์ informed consent,History,Physical examination และพบในเวชระเบียนที่ Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทำให้แพทย์ไม่ได้บันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง   **แผนการพัฒนา**   1. นำผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแจ้งกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  * องค์กรแพทย์จัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง กรณี Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์   **18 เดือน**   * ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน   **Internal Audit ปี 2561**  IPD ร้อยละ 77.25  OPD ร้อยละ 91.50  **Internal Audit ปี 2562**  IPD ร้อยละ 87.57  OPD ร้อยละ 93.26   * จากผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน พบว่า IPD มีคะแนน เพิ่มขึ้นจาก ปี 2561 ร้อยละ 80.63 เป็น ร้อยละ 87.57 ในปี 2562 จากการวิเคราะห์ พบว่าประเด็นที่บันทึกไม่ครบถ้วน มาจากเกณฑ์ informed consent,   History,Physical examination และพบในเวชระเบียนที่ Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทำให้แพทย์ไม่ได้บันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง  Progress note ไม่บันทึก เวลาและชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด  Nurses’note ไม่บันทึกปัญหาทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน  **แผนการพัฒนา**  1.นำผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแจ้งกลับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  2.องค์กรแพทย์จัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง กรณี Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์  3.ทบทวนการบันทึก Nurses’note  **48 เดือน**   * ผลความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2563 ,2564   **Internal Audit IPD**  ร้อยละ 84.82, 76.14  OPD ร้อยละ 96.31, 96.56   * จากผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน พบว่า IPD มีคะแนน ลดลงจาก ปี 2563 ร้อยละ 84.82เป็น ร้อยละ 76.14 ในปี 2564 จากการวิเคราะห์ พบว่าประเด็นที่บันทึกไม่ครบถ้วน มาจากเกณฑ์ informed consent, History,Physical examination และพบในเวชระเบียนที่ Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทำให้แพทย์ไม่ได้บันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง, Progress note ไม่บันทึก เวลาและชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด, Nurses’note ไม่บันทึกปัญหาทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน   แผนการพัฒนา  1.นำผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแจ้งกลับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  2.องค์กรแพทย์จัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง กรณี Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์  3.ทบทวนการบันทึก Nurses’note |
| 53 การทบทวนเวชระเบียน |  | ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงานโดยการวิเคราะห์เชิงระบบ ออกแบบการปรับปรุงที่สอดคล้องกับเป้าหมาย รวมทั้งทำให้การบันทึกมีความสอดคล้องกันระหว่างวิชาชีพ | **12 เดือน**  จากผลการทำ Trigger Tool ใน ปี 2561 ในกลุ่มผู้ป่วย Dead, Re-admit, Refer ER, LR, IPD และผู้ป่วยนอนนาน จำนวน 131 ฉบับ พบ AE จำนวน 8 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 6.10 ซึ่ง จำนวน 4 ฉบับ (ร้อยละ 50) เกิดจากขาดการประเมินซ้ำในระยะเวลาที่เหมาะสม จำนวน 3 ฉบับ (ร้อยละ 37.50) เกิดจากการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ได้สะท้อนข้อมูลให้ทีมPCT/MSO/NSO และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปทบทวน เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น  **18 เดือน**  IPD: มีการทบทวนเวชระเบียน1.ผู้ป่วย Case Abdominal pain R/O Appendicitis 22 case ที่ refer ไม่พบ AE จากการติดตาม case พบว่าเป็น Appendicitis 12 ราย คิดเป็น54.55 % และมีการ refer กลับมาฉีดยา Antibiotic ต่อที่โรงพยาบาลป่าพะยอมจนครบ อีก 10 รายพบว่า เป็น Peritonitis 4 ราย คิดเป็น 18.18% เป็น UTI 4 ราย คิดเป็น 18.18 % เป็นนิ่วในไต 2 ราย คิดเป็น 9.09 %  2.มีการทบทวนเวชระเบียนที่นอนนาน.จำนวน 10 case  1) CA ต่าง ๆ ระยะสุดท้าย 4 case มารักษาตามอาการไม่พบ AE  2) Latent Syphilis ผู้ป่วยต้องอยู่ครบ 14 วันจำนวน ( 3 ราย ) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาไม่พบ AE  3) Dengue Fever นอนรพ. 6วันมีไข้ขึ้นลง สลับฟันปลา มีการ monitor CBC ทุกวัน , Hct ทุกเวร แพทย์มีแผนการรักษาทุกวันจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่มีภาวะ Shock  4) DM with Hyperglycemia with Vertigo LOS 17 วัน ผู้ป่วยเป็นข้าราชการบำนาญ ไม่มีญาติดูแล ไม่พบ AE เนื่องจากผู้จะมีอาการเวียนศีรษะตลอด  5) COPD with AE with Pneumonia LOS 20 วันพบ AE ระดับ F ใน case  - Delay refer  - Delay Diagnosis  - Care of Patient การวางดูแลขณะอยู่ในพื้นที่ขาดการวางแผนร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการRecord I/O ไม่ต่อเนื่อง ขาดการบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมหากผู้ป่วยมีไข้/ชีพจรเร็ว  - Plan of Care: การวางแผนการดูแลขาดการประเมินความก้าวหน้าในการรักษา  - Information: ขาดการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อรพ.พัทลุงเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง  - Reassess : การประเมินอาการผู้ป่วย  - MSO: ทบทวนในทีม PCT เรื่อง CPG COPD ,CHF, Pneumonia พร้อมชี้แจงองค์กรแพทย์ให้ถือปฏิบัติทุกคนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ  - NSO : การประเมินซ้ำและร่วมวางแผนการดูแลแบบสหวิชาชีพ หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องร่วมกัน  หลังจากนั้นยังไม่พบอุบัติการณ์ในผู้ป่วย COPD ที่เกิด AE  3. มีการทบทวน case dead 1 case  พบโอกาสพัฒนาดังนี้  1) ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis  2) จัดประชุมชี้แจงแก่จนท.เรื่อง sepsis ( 20 กพ.62 )  3) การ state ยา Antibiotic ในผู้ป่วย sepsis ต้องปฏิบัติภายใน 1 ชม.เมื่อแพทย์วินิจฉัยแล้ว  4) ปรับปรุงแนวทางการายงานแพทย์ เรื่อง ผล lab การดู filmต่างๆ ของแพทย์  5) องค์กรแพทย์ทบทวนการเขียน Progress note ทุกครั้งที่มาดูอาการผู้ป่วย  6) Delay refer  7) การบันทึกทางการพยาบาลต้องบันทึกให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย |
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา | | | |
| 54 การวางแผนและการจัดการ | นโยบายและเป้าหมายของ PTC มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ผลการจัดการบัญชียาของโรงพยาบาล พบว่า รายการและจำนวนการจัดซื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติลดลง สัดส่วน ED : NED เท่ากับ 94:6 การจัดซื้อยาร่วมในระดับจังหวัดและเขตเพิ่มขึ้นทำให้ราคายาถูกลง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และ ASU มีการปรับปรุงเพื่อลด medication error ที่สำคัญ เช่น การจัดการยา LASA การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ แต่ยังพบการแพ้ยาซ้ำ 3 ครั้งในปี 2559 ได้วิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการออกมาตรการเพิ่มเติม การส่งข้อมูลแพ้ยาให้รพ.สต. การป้องกัน drug interaction 17 คู่ โดยการ pop up ในระบบโปรแกรมบริการผู้ป่วย MIT-NET การติดตามการใช้ high alert drug 11 รายการ มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพียง 2 ครั้ง รวมทั้งการค้นหา ADE โดยใช้ trigger ในการทบทวนเวชระเบียนและค้นหา ADE ในขณะปฏิบัติงาน |  | **12 เดือน**   * คณะกรรมการ PTC ได้ดำเนินการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอโดยพิจารณาจากบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลพร้อมทั้งได้นำนโยบายรวมทั้งข้อตกลงในการจัดการบัญชียาของจังหวัดพัทลุงมาประกอบการพิจาณารายการที่จะนำเข้า/ตัดออกรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลป่าพะยอมจนได้บัญชียาที่คิดว่าเหมาะสมตอบสนองต่อผู้ป่วยในพื้นที่ที่เข้ามารับบริการโดยตรงและผู้ป่วยที่ส่งกลับมาจากรพ.พัทลุง แต่ยังคงอัตราการสำรองยาไว้ได้ที่ต่ำกว่า 1.5 เดือน(1.31, 1.22 ปี 59, 60 ตามลำดับ) ในส่วนของรายการและจำนวนการจัดซื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็ยังคงอยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมคือ ED:NED ต่ำกว่า 90:10 * รพ.มีการจัดซื้อยาร่วมในระดับจังหวัดและเขตเพิ่มขึ้นทำให้ราคายาถูกลง รวมทั้งรพ.ปรับปรุงแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามหลักเกณฑ์ RDU ช่วยลด medication error ที่สำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรงเรื้อรังแต่ก็ยังคงแนวทางการจัดการ Medication error ไว้อย่างเข้มข้นเหมือนเดิม ทั้งการการจัดการยากลุ่ม LASA การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ทำให้อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำไม่เพิ่มขึ้นโดยพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 3 ครั้งในปี 60 และ 1 ครั้ง ในปี61(สิ้นเดือนกรกฎาคมปี 61) * คณะกรรมการ PTC ยังคงมาตรการการรับข้อมูลแพ้ยาจากโรงพยาบาลพัทลุงและส่งข้อมูลแพ้ยาให้รพ.สต.เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าพะยอม เพื่อให้มั่นใจว่าการป้องกันการแพ้ยาซ้ำจะครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการใน รพ.ป่าพะยอมและ รพ.สต.ในเครือข่ายครอบคลุมมากที่สุด แต่ก็ยังพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำซึ่งเกิดขึ้นในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าพะยอม(รพ.ป่าพะยอม+7 รพ.สต) 3 ครั้งในปี 60 และ 1 ครั้งในปี 61 (31 กรกฎาคม 61)   Fatal drug interaction 17 คู่ของโรงพยาบาลยังมีมาตรการป้องการที่เข้มข้นจากการ pop up ในระบบโปรแกรมบริการผู้ป่วย MIT-NET   * โรงพยาบาลยังคงใช้แนวทางการติดตามการใช้ high alert drug ทั้ง 11 รายการอย่างครอบคลุมและยังไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(ปี 60-61(31/07/2561)) * การค้นหา ADE โดยใช้ trigger ในการทบทวนเวชระเบียนและค้นหา ADE ในขณะปฏิบัติงานยังคงดำเนินการอย่างสม่ำเสมอโดย PCT   **18 เดือน**   * ปี 2562 ยังไม่มีการประชุม PTC บัญชียาโรงพยาบาลป่าพะยอมใช้บัญชีเดียวกับบัญชียาปี 2561 ที่ได้ผ่านการพิจารณาจากPTCแล้วว่าเป็นบัญชียาที่คิดว่าเหมาะสมตอบสนองต่อผู้ป่วยในพื้นที่ที่เข้ามารับบริการโดยตรงและผู้ป่วยที่ส่งกลับมาจากรพ.พัทลุง โดยมีรายการยาทั้งหมดจำนวน337 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 313 รายการ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 24 รายการ อัตราส่วนED:NED เท่ากับ 92.9:7.1 พร้อมทั้งได้ส่งรายการยาตามบัญชียาดังกล่าวให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดทำแผนการจัดซื้อ เพื่อให้ รพ.มียาเพียง เหมะสมในการให้บริการผู้รับบริการโดยอัตราการสำรองยานั้นยังดำเนินงานตามนโยบายเดิม คือไม่เกิน 1.5 เดือน(1.31, 1.22, 1.58 ปี 59, 60 และ 61 ตามลำดับ) * ปี 2562 มีการทบวนบัญชียาจัดซื้อที่เป็น LASA ในการประชุมคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัดในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 * ปี 2562 นำเสนอผลการดำเนินงาน RDU ในคณะกรรมการ พัฒนาระบบบริการ(PCT) 2 ครั้ง * ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 3ครั้งเป็นการแพ้ยานอกระบบ 3 ครั้ง * ไม่พบอุบัติการณ์หรือความคลาดเคลื่อนจากการใข้ยา HAD   **แนวทางการปรับปรุง**  1.ทบทวนแนวทางปฏิบัตินำเสนอในรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในการประชุมคณะกรรมการADR ในระดับจังหวัด ทุกไตรมาส  2.ทบทวนรายการการจัดซื้อยาร่วมในคณะกรรมการบริหารเวขภัณฑ์ระดับจังหวัดทุกรายไตรมาส  **48 เดือน**   * มีการประชุมคณะกรรมการ PTC 3 ครั้งใน ปี 2563 และ 2 ครั้งในปี 2564 * สัดส่วนยาในบัญชีและยานอกบัญชี 92.84:7.16 ในปี 2563 * ปี -2563- 2564 ผล การดำเนินการRDU ระดับ 2 * พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง ในปี 2563 และ 1 ครั้ง ในปี2564 * ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา HAD ในปี 2563-2564 * อัตราการสำรองยา ในปี 2563 1.85 และ 1.82 ในปี 2564 เป้าหมายน้อยกว่า 2 เดือน |
| 55 การเก็บสำรองยา | อัตรายาคงคลัง ทำได้น้อยกว่า 1.5 เดือน ตั้งแต่ปี 2558 และมีการเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบปริมาณคงคลังและเฝ้าระวังยาที่มีการใช้ไม่คงที่ การติดตามการส่งยาของบริษัทหลังการจัดซื้อ 1 สัปดาห์ ทำให้อัตรายาขาดคราวควบคุมอยู่ที่ร้อยละ 1.26-1.7 | 1.ควรทบทวนระบบการสำรองยาเพื่อให้มียาเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่มียาหมดอายุในหน่วยสำรองยา (มีอุบัติการณ์ยาหมดอายุจำนวน 5 รายการในรอบ 5 ปี ซึ่งเป็นยาช่วยชีวิต) ไม่มียาขาดคราว  2.ควรทบทวนรายการยาสำรองที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็น  3.ควรจัดการโครงสร้างของคลังยาเพื่อสร้างความมั่นใจว่ามียาที่ได้คุณภาพและปลอดภัยโดยเพิ่มเติมเรื่องการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นที่สามารถทวนสอบย้อนหลังได้ ทั้งในวันทำการและในวันหยุด เพื่อสร้างความมั่นใจว่าคลังยาจะมีอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม | **12 เดือน**   * คณะกรรมการ PTC รพ.ป่าพะยอมกำหนดอัตรายาคงคลังของไว้ที่ไม่เกิน 1.5 เดือน (1.31, 1.22 ปี 59, 60 ตามลำดับ) และให้ดำเนินการตรวจสอบระบบการสำรองยาอย่างสม่ำเสมอและให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ทันเวลา กรณีเกิดปัญหาในการดำเนินงานเพื่อป้องกันยาหมดอายุและยาขาดชั่วคราว * คณะกรรมการ PTC ทำการทบทวนรายการยาสำรองที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยทุกปีอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง และทำการทบทวนทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์ด้านยา เพื่อป้องกันและ บรรเทาความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันในทุกจุดที่มีการสำรองยาให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็น * ดำเนินการจัดการโครงสร้างของคลังทางกายภาพมีการติดตั้งกล้องวงจรปิดหน้าคลังเวชภัณฑ์เพื่อเฝ้าระวังการเข้าถึงยาของบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องและใช้เป็นหลักฐานสำหรับผู้รับผิดชอบ เพื่อป้องกันการเปิดคลังยาโดยไม่จำเป็น * ด้านคุณภาพยา ยาที่จัดซื้อมาใช้ในโรงพยาบาลเป็นยาตามบัญชีจังหวัดซึ่งแต่ละรายการผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ของจังหวัดพัทลุงทำให้คุณภาพยาเป็นที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ * ระบบการจัดเก็บยาได้มาตรฐานและตรงตามหลักวิชาการ มีการควบคุมปัจจัยทางกายภาพให้เหมาะสมในการจัดเก็บยา ทั้งอุณหภูมิ/ความชื้น PTC มีนโยบายให้ผู้รับผิดชอบไปทบทวนแผนอัคคีภัย แผนอุทกภัย และแผนสำรองยากรณีไฟดับ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินและจะนำเสนอต่อ PTCในการประชุมครั้งต่อไป   **18 เดือน**   * ปี 2562 พบ 5 รายการยาหมดอายุที่หน่วย   1.antivenom serum งูกะปะ  2.AMIODARONE inj  3.CEPHALEXIN 250 MG  4.METHERGIN INJ  5.ZIDOVUDINE 300 MG   * ปี 2562 พบ 1 รายการอุบัติการณ์ยาขาดขณะจ่าย (ASA 300 MG   **48 เดือน**   * อัตราการสำรองยา ในปี 2563 1.85 และ 1.82 ในปี 2564 เป้าหมายน้อยกว่า 2 เดือน   ปี 2563 ไม่พบรายการยาหมดอายุ และปี 2564 พบรายการยาหมดอายุ  จำนวน 30 รายการ เป็นรายการยา ช่วยชีวิต 2 รายการ  1.Atropine INJ  2.Adrenaline INJ   * ปี 2563-2564 พบ 1 รายการ.อุบัติการณ์ยาขาดขณะจ่าย (Nytatin Susp) |
| 56 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง | มีการปรับปรุงการสั่งใช้ยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนโดยใช้เทคนิค bold face และ tall man letter เพื่อให้สังเกตขณะสั่งยาในระบบ MIT-NET การทำ drug reconcile ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากที่รับไว้ในโรงพยาบาล ผลลัพธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น | ควรส่งเสริมให้ทบทวนการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูง HAD การใช้ตัวย่อ การสั่งยาทางโทรศัพท์ การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา (ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 3 รายในปี 2559 เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้) การทบทวนการใช้ยา (DUE) ให้ครอบคลุม การปรับปรุงให้มีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากขึ้นนอกเหนือจากรายการที่ได้ทบทวนไปแล้ว (เช่น azithromycin) โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการทบทวน เช่น ในกลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และถอดบทเรียนจากการติดตามผลลัพธ์อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่ DUE ด้วย | **12 เดือน**   * ทีม PTC กำหนดให้มีการทบทวนการใช้ยาความเสี่ยงสูง ในการประชุมคณะกรรมการPCT, การประชุมฝ่ายการพยาบาล และการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงและทีม PTC จะทำงานการติดตามประเมินหน้างานทุกปี อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี เพื่อทบทวนและประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงานรองรับผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ * การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา มีการประเมินความครอบคลุมในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยกับ รพ.พัทลุงและ รพ.สต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าพะยอม เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังได้ทั่วถึงมากขึ้น(ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 3 รายในปี 2560และลดลงเหลือ 1 รายในปี 2561 (31ส.ค.61) * การทบทวนการใช้ยา มีมติให้ดำเนินการตามแนวทาง RDU ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยหลายๆกลุ่ม   มากกว่าและตอบสนอง service plan ของจังหวัดพัทลุงสาขา RDU ซึ่งเป็นการดำเนินการที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด  **18 เดือน**   * ปี 2562 Prescription OPD 2.35 ครั้งต่อพันใบสั่งยา(86) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดิม ปี 2561.Prescription OPD 2.04 ครั้งต่อพันใบสั่งยา(220) * ปี 2562 (ต.ค. 2561-ม.ค. 2562) พบอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ 10 ครั้ง ระดับความรุนแรง ระดับ B * ปี 2562 (ต.ค.2561-ม.ค. 2562) พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 3 ครั้ง ระดับความรุนแรง E   **แนวทางการปรับปรุงที่สำคัญ**  -การเขื่อมโยงประวัติใข้ยาและการแพ้ยาในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลพัทลุงในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการติดต่อทาง Line   * ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา HAD * ปี2562(ต.ค. 2561-ม.ค. 2562)ไม่พบอุบัติการณ์ความความคลาดเคลื่อน ในการจ่ายยา การเฝ้าระวังการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง,ผู้ป่วยกินยา warfarin * ปี 2562 (ต.ค.2561-ม.ค.2562) จำนวนการทำ drug reconcile ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากที่รับไว้ในโรงพยาบาลลดลงจากปี 2561 = 4.72%   **48 เดือน**   * ผลการดำเนินงานด้าน ME prescription OPD 4.76 ครั้งต่อพันใบสั่งยา ,2.85 ครั้งต่อพันใบสั่งยา ในปี 2564 ซึ่งมีแนวโน้มไม่คงที่ ได้มีการปรับระบบการเตือนการสั่งยา ในเรื่อง การจำกัดปริมาณยาบางรายการ รูปแบบ จำนวน การแสดงข้อความเคือน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา การล๊อคหน้าจอกรณีผู้ป่วยแพ้ยาและมีข้อควระวังการใช้ เช่น Warfarin CKD * พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง ในปี 2563 และ 2564 ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา HAD |
| 57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา |  | ควรทบทวนเรื่องการเตรียมยาในหอผู้ป่วย และระบบการตรวจสอบ HAD ในหอผู้ป่วยก่อนส่งมอบยา | **12 เดือน**   * มีการกำหนดวาระในการทบทวน/สื่อสารแนวทางปฏิบัติในการเตรียมยาในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทั้งในเฉพาะกลุ่มพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานของของ จนท.ที่มีความชำนาญ * ทบทวน/ประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้(ตราปั้ม, แบบบันทึกต่างๆ)เพื่อให้เหมาะสมและตอบสนองต่อผู้ปฎิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย   **18 เดือน**   * ปี 2562 Dispensing IPD 2.20 ครั้งต่อพันวันนอน(5) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดิม ปี 2561 Dispensing IPD 1.39 ครั้งต่อพันวันนอน(16) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น   **48 เดือน**   * ผลการดำเนินงานด้าน ME prescription OPD 4.76 ครั้งต่อพันใบสั่งยา ,2.85 ครั้งต่อพันใบสั่งยา ในปี 2564 ซึ่งมีแนวโน้มไม่คงที่ ได้มีการปรับระบบการเตือนการสั่งยา ในเรื่อง การจำกัดปริมาณยาบางรายการ รูปแบบ จำนวน การแสดงข้อความเคือน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา การล๊อคหน้าจอกรณีผู้ป่วยแพ้ยาและมีข้อควระวังการใช้ เช่น Warfarin CKD * พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง ในปี 2563 และ 2564 * ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา HAD |
| 58 การบริหารยาและติดตามผล |  | ควรส่งเสริมให้เรียนรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่กำหนดไว้การสร้างความเข้าใจในเป้าหมายของการใช้แบบบันทึกการบริหารยา โดยเฉพาะ HAD การสร้างความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาจากการบริหารยา และเรียนรู้จากรายการปัญหาการใช้ยา (drug related problems) ที่ได้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านมาใช้ประโยชน์เพื่อลดปัญหาให้น้อยลง | **12 เดือน**   * ทางทีมนำโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้คณะกรรมการ RM จะจัดส่งรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยามายังคณะกรรม PTC ซึ่งจะสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องโดยมีเงื่อนไข คือ ทางหน่วยงานจะต้องทำ RCA ในกรณีมีอุบัติการณ์ที่ระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ G ขึ้นไป จากการดำเนินงานในปี 60, 61 ยังไม่พบอุบัติการณ์ด้านยาที่ต้องทำ RCA นอกจากนี้ทางPTC ยังส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก เช่น การค้นหาความเสี่ยงจากกการใช้แบบบันทึกข้อมูล จากกระบวนการในการปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแบบบันทึก/กระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ สร้างความปลอดภัยให้กับผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยมากขึ้นโดยเฉพาะ แบบบันทึกการบริหารยา โดยเฉพาะ HAD * PTC ได้กำหนดให้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านให้นำมาใช้ในกระบวนการ Medication reconcile เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยให้น้อยลง * นอกจากนี้ในกรณีที่พบปัญหาจากการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านข้อมูลการเยี่ยมบ้านจะถูกนำเสนอเข้าสู่คณะกรรมการ PCT เพื่อส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องเข้าไปนำเดินการแก้ไขต่อไป   **18 เดือน**   * ปี 2562 Administration IPD 4.32ครั้งต่อพันวันนอน(12) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากปี 2561 Administration IPD 5.31ครั้งต่อพันวันนอน โดยในปี 2562พบระดับความรุนแรง D 2 ครั้ง ระดับความรุนแรง C 2 ครั้ง ระดับความรุนแรง B 8 ครั้ง * ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา HAD   **48 เดือน**   * ผลการดำเนินงาน ME Administration error 2.86 ครั้งต่อพันวันนอนในปี 2563, 2.10 ครั้งต่อพันวันนอน ในปี 2564 มีแนวโน้มลดลง * ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา HAD ในปี 2563-2564 |
| II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง | | | |
| 59 การวางแผนทรัพยากร  และการจัดการ  ห้องปฏิบัติการทาง  การแพทย์ | มีการจัดบริการ 24 ชั่วโมง มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน มีการจัดระบบบริการเพิ่มในวันที่มีการตรวจคลินิกโรคเรื้อรังโดยเปิดให้บริการเจาะเลือดตั้งแต่เวลา 6.30 น. ทุกวันจันทร์ วันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ และคลินิก ARV ในวันอังคารเดือนละ 2 ครั้ง มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและสอบเทียบ มีการพัฒนาระบบการรายงานผล Lab เชื่อมกับระบบ LIS |  | **12 เดือน**   * ดำเนินการจัดการบริการ 24 ชั่วโมง โดยมีการเพิ่มบริการนอกเวลาในช่วง 16.30-20.30 น.ของ   วันราชการ มีการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์  **18 เดือน**   * ดำเนินการจัดบริการ 24 ชม. มีการจัดการระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์   **48 เดือน**   * ดำเนินการจัดบริการ 24 ชม. มีการจัดการระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ |
| 60 การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์ |  | ควรส่งเสริมการติดตามประเมินระบบการรายงานค่าวิกฤติที่ออกแบบให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีค่าวิกฤติจะได้รับการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว | **12 เดือน**   * ดำเนินการกำหนดค่าวิกฤตร่วมกับทีม PCT ในการประชุมทีม PCT วันที่ 23/1/2561 * การติดตามค่าวิกฤตพบว่ามีการรายงานค่าวิกฤต ร้อยละ 98.30   **18 เดือน**   * ดำเนินการกำหนดค่าวิกฤตร่วมกับทีม PCT ในการประชุมทีม PCT วันที่ 22/01/2562 * การติดตามค่าวิกฤต พบมีการรายงานค่าวิกฤต ร้อยละ 98.62   **48 เดือน**   * การติดตามค่าวิกฤติพบมีการรายงานค่าวิกฤติ ร้อยละ 100 |
| 61 ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ | ทีมมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองต่ออายุ LA ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2559 หมดอายุ วันที่ 27 ตุลาคม 2560 นอกจากนี้การประเมินคุณภาพการวิเคราะห์กับหน่วยงานภายนอกมีการทดสอบความชำนาญ(EQA)และการทดสอบความเที่ยงตรงประจำวัน(IQC) |  | **12 เดือน**   * มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองต่ออายุ LA เมื่อ 28 ต.ค.2559 หมดอายุ 27 ต.ค.2562 มีการบริหารจัดการระบบคุณภาพอย่างครอบคลุมทั้งระบบ   **18 เดือน**   * มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองต่ออายุ LA เมื่อ 28 ต.ค. 2559 หมดอายุ   27 ต.ค. 2562 มีการวางแผนกิจกรรมเพื่อธำรงระบบคุณภาพและแผนกิจกรรมเพื่อต่ออายุระบบคุณภาพในปี 2562  **48 เดือน**   * มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองต่ออายุ LA เมื่อ 22 พฤศจิกายน 2562 หมดอายุ 21 พฤศจิกายน 2565 * มีการวางแผนกิจกรรมเพื่อธำรงระบบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ |
| 62 (ก) บริการโลหิตวิทยา  ในโรงพยาบาลที่ไม่มี  คลังเลือด |  | ควรติดตามเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือดและนำบทเรียนมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่รัดกุมในการให้เลือด | **12 เดือน**   * มีการดำเนินการติดตามปฏิกิริยาหลังการรับโลหิต และนำมาวิเคราะห์สาเหตุตามแนวทางที่วาง   ไว้ โดยมีการจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วย 57 ยูนิต มีการรายงานปฏิกิริยาผิดปกติหลังการรับเลือดจำนวน 3 ราย  **18 เดือน**   * มีการติดตามปฏิกิริยาหลังการรับโลหิตและนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุตามแนวทางที่วางไว้ โดยมี   การจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วย 53 ยูนิต ไม่มีรายงานปฏิกิริยาผิดปกติหลังการรับเลือด  **48 เดือน**   * มีการติดตามปฏิกิริยาหลังการรับโลหิตและนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุตามแนวทางที่วางไว้ โดยมีการจ่ายเลือดให้กับผู้ป่วย 104 ยูนิต มีรายงานปฏิกิริยาผิดปกติหลังการรับเลือด 5 ยูนิต |
| 63 การวางแผนทรัพยากรและการจัดการบริการรังสีวิทยา | ทีมเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และนำเอกซ์เรย์ digital PACC มาใช้บริการ ห้องปฏิบัติการรังสีผ่านการตรวจรับรองคุณภาพ(28 กันยายน 2558-27 กันยายน 2561)เครื่องเอกซ์เรย์จากกรมวิทยาศาสตร์ได้รับการสอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดและได้รับใบอนุญาตใช้พลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี พ.ป. ส.4ค-2 จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ หมดอายุวันที่ 19 เมษายน 2561 มีการจัดพื้นที่ทำงาน/การจัดเก็บอุปกรณ์เป็นสัดส่วน มีการจัดหาวัสดุฉากตะกั่วรังสี การติดตั้งเครื่องหมายสัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี ป้ายเตือนสตรีมีครรภ์ |  | **18 เดือน**   * ต่ออายุใบรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย   **48 เดือน**   * มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ในการส่งภาพรังสี จะส่งในระบบ Data Center โดยมีโรงพยาบาลพัทลุงเป็นแม่ข่าย เริ่มทดลองการใช้งานการส่งภาพในวันที่ 23 ธันวาคม 2562 กำลังอยู่ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ * ได้ผ่านการตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสี โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จ.ตรัง เมื่อวันที่ 23ตุลาคม 2562 ผลการตรวจทดสอบเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทั่วไปและเครื่องเอกซเรย์ฟันได้มาตรฐาน ห้องปฏิบัติการทดสอบคุณภาพแล้วได้มาตรฐาน * ได้รับใบอนุญาตมีไว้ครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี และผลิต หรือใช้พลังงานจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ อนุญาตตั้งแต่ 20 เมษายน 2561 ถึง 19 เมษายน 2566 |
| 64 การบริการรังสีวิทยา |  | ควรส่งเสริมให้ทีมติดตามข้อมูลเพื่อหาโอกาสพัฒนาทบทวนความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายรังสี ผ่านผู้เชียวชาญภายนอกหรือการประชุมทีมแพทย์เพื่อให้เกิดการพัฒนาความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายรังสีเพิ่มขึ้น | **12 เดือน**   * จากการติดตามข้อมูลพบว่า ในปี 2561 พบภาพถ่ายรังสีที่มีความผิดปกติ ทั้งหมด397 ราย   ในรายที่มีความผิดปกติของภาพถ่ายรังสี และมีการส่งไปรับการรักษาต่อยังแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.56 โดยมีการสื่อสารทางเทคโนโลยี (ทาง line) ปรึกษา หาแนวทางการรักษาร่วมกัน ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์เฉพาะทาง ของโรงพยาบาลพัทลุงทุกราย  **18 เดือน**   * จากการติดตามข้อมูลพบว่า ข้อมูลภาพถ่ายรังสีที่มีความผิดปกติ ทั้งหมด 594 ราย ในรายที่มี   ความผิดปกติของภาพถ่ายรังสี และมีการส่งไปรับการรักษาต่อยังแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 232 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.05  **48 เดือน**   * ทีมมีการทบทวนความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายทางรังสี ปี 2564 (ต.ค.-มิ.ย.) จำนวน 590   ราย ส่งต่อ 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.60 |
| 65 ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา | มีการพัฒนาตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์ป้องกันรังสีอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามตัวชี้วัดของการถ่ายภาพรังสีซ้ำในผู้ป่วยมาพัฒนากำหนด exposure chart ตามลักษณะของผู้ป่วย มีการวางระบบป้องกันอันตรายจากรังสี เช่น จัดพื้นที่รอตรวจแยกเป็นสัดส่วน มีเครื่องหมายแสดงบริเวณรังสี มีสัญญาณไฟแดงแสดงขณะที่มีผู้ป่วยเอกซเรย์ |  | * ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพงานรังสีวินิจฉัย(Internal Audit) ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 12 มี.ค.2564 ซึ่งผลการประเมิน มีครบถ้วนตามมาตรฐานจำนวน 80 ข้อ มีบางส่วน 4 ข้อคือในส่วนของเอกสารไม่ครบถ้วน และไม่มีตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 3ข้อ คือ ฉากตะกั่ว ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าไม่ควรอยู่ในพื้นที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ กำลังดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | | | |
| 66 นโยบาย แผน การติดตามประเมินผล บุคลากรทรัพยากร การสร้างความรู้ | โรงพยาบาลมีการกำหนดพันธกิจในการสร้างสุขภาพ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 6 กลุ่มโรคสำคัญที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และดำเนินการในระดับอำเภอโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ.เพื่อการวางระบบและการกำกับติดตามงานทั้งการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ทั้งโรคติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ ปัจจัยในการเกิดโรคเรื้อรัง และการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่(เช่น อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน การส่งเสริมกิจการเพื่อการท่องเที่ยว) โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น การขยายบริการและพัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับการเป็นแม่ข่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ การวางระบบ FR ในพื้นที่ อบรมการกู้ชีพและช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับแกนนำในชุมชนและผู้ประกอบการล่องแก่ง ได้พัฒนาการผ่าตัดเพื่อแก้ปัญหานิ้วล๊อคที่เป็นผลจากการกรีดยาง และสื่อแผ่นพับสำหรับการดูแลตัวเองของผู้ป่วย เป็นต้น |  |  |
| 67 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง | จากการสัมภาษณ์ทีมและแกนนำชุมชนในตำบลพบว่าทีมนำทางคลินิกมีการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนนและส่งกลับสถิติอุบัติเหตุให้คณะกรรมการ คปสอ. เพื่อนำมาวิเคราะห์จุดเกิดเหตุและปัจจัยเสี่ยงร่วมกับตำรวจและกรมทาง ส่งผลให้มีปรับปรุงทางกายภาพในถนนสายหลัก 4 จุดเกิดเหตุที่พบบ่อยและกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการรณรงค์กำกับการสวมหมวกกันน๊อคในชุมชน | ควรส่งเสริมการใช้หลักการทางระบาดวิทยามาวิเคราะห์แนวโน้มเชิงความสัมพันธ์ เช่น การเปรียบเทียบแนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกแยกตามพื้นที่ในชุมชนเพื่อบ่งชี้พื้นที่เสี่ยง การเปรียบเทียบสถิติการเจ็บป่วยกับผลการสำรวจค่า HI, CI เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานรณรงค์ในชุมชนที่สอดคล้องตรงประเด็นเพิ่มขึ้น เป็นต้น | **12 เดือน**   * มีการจัดประชุมเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้รับผิดชอบระดับตำบล อำเภอ   สอนการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาวิเคราะห์แนวโน้มเชิงความสัมพันธ์ โดยวิทยากรจาก สคร. 12 สงขลา (12 มิ.ย.61)  **18 เดือน**   * มีการติดตามสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทุกเดือน ข้อมูลอุบัติเหตุจราจร วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง เพื่อหามาตรการในการป้องกันการระบาดของโรค * จัดกิจกรรมตามโครงการจิตอาสาเราทำความดีด้วยหัวใจ พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อกำจัดแหล่ง   เพาะพันธุ์ยุงลาย ทุกหมู่บ้าน เดือนละครั้ง  **48 เดือน**   * จากการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงอุบัติเหตุจราจร ได้นำเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อปท.ป่าพะยอม มีการปรับปรุงในการติดตั้งไฟฟ้าส่องสว่างถนนในหมู่บ้าน ม.4,6 และ 7 * มีกิจกรรมตามโครงการจิตอาสาเราทำความดีด้วยหัวใจ พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทุกหมู่บ้าน เดือนละครั้งจนถึงเดือนมกราคม 2563 และมาเริ่มกิจกรรมใหม่ในเดือน กรกฎาคม 2563 เนื่องจากโรคโควิด 19 |
| 68 การตอบสนองต่อการระบาดและการเผยแพร่ข้อมูล | ทีมมีการวางระบบการรายงานโรคติดต่อตาม รง.506 ผ่านโปรแกรม epi-net และ line group ส่งผลให้สามารถรายงานและตอบสนองต่อการระบาดได้อย่างรวดเร็วทันภายในเวลาที่กำหนด รวมทั้งร่วมกับ อสม. และแกนนำชุมชนในการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก จนส่งผลให้ในปี 2559 ที่พบการระบาดของไข้เลือดออกจังหวัดแต่โรงพยาบาลมียอดสถิติการเจ็บป่วยต่ำสุดในจังหวัด และไม่พบการระบาดซ้ำ |  | **18 เดือน**   * มีการติดตามข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และวิเคราะห์แนวโน้มทุกเดือน เพื่อวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรค มีการสื่อสารข้อมูลโรคต่างๆในที่ประชุม อสม.ประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประชุมหัวหน้าส่วนอำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค   **48 เดือน**   * มีการติดตามข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติมคือ โรคโควิด19 มีการวิเคราะห์แนวโน้มทุกสัปดาห์ เพื่อวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรค ค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อกักตัว และเข้ารับการตรวจหาเชื้อ โดยร่วมกับทุกภาคส่วนทั้ง สาธารณสุข ปกครอง ท้องถิ่น มีการสื่อสารข้อมูล ผ่านทางช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ ของ อสม.และประชาชนทั่วไป เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค |
| II-9 การทำงานกับชุมชน | | | |
| 69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ  ชุมชน | ทีมมีการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรวัยทำงานที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาโปรแกรมระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับจังหวัด ส่งผลให้สามารถประมวลข้อมูลในภาพรวมผู้ป่วยทั้งอำเภอที่น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น | ควรส่งเสริมให้ประมวลข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย วิเคราะห์แยกตามกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย เพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์แนวโน้มภาวะสุขภาพของประชาชนเป็นภาพรวมทั้งอำเภอ นำสู่การทบทวนออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งวิเคราะห์ผลลัพธ์เปรียบเทียบเชิงความสัมพันธ์กับชุมชน/รพ.สต. เพื่อนำสู่การถ่ายทอดบทเรียนปัจจัยสำเร็จของงาน และกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย รพ.สต. ต่อไป | **12 เดือน**   * ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอป่าพะยอมได้มีการคัดกรองโรคเบาหวานและ   ความดันโลหิตสูงเสร็จสิ้นแล้วพบความครอบคลุมการคัดกรองความดันฯ ร้อยละ 93.78 และได้ประมวลผลแยกเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 46.85 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 38.08และสงสัยป่วย ร้อยละ 14.88 ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 94.19 ปกติ ร้อยละ 76.37 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 20.81 สงสัยป่วยร้อยละ 2.13 ทุกหน่วยได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันตามเกณฑ์ มีการทำ SMBP ในรายที่ยังสูง ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา นอกจากนี้มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีสถานที่ออกกำลังกายที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลป่าพะยอม ซึ่งเป็นศูนย์กลาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย  **18 เดือน**   * ทีมแกนนำในชุมชน อสม.มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน โดยเขียนโครงการของบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในการจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต เพื่อใช้ติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยและรักษา * ในชุมชนมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเต้นแอโรบิค เดิน วิ่ง เล่นฟุตบอล * เจ้าหน้าที่ได้ออกไปให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงในเครือข่าย รพ.สต.ซึ่งแกนนำ อสม. เป็นคนจัดโครงการเอง |
| 70 การเสริมพลังชุมชน | องค์กรมีความร่วมมือที่ดีกับเครือข่ายชุมชน มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอเพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน และการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบของ chronic care model มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เกิดชมรม อสม. เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทีมมีการสะท้อนกลับข้อมูลการเจ็บป่วยในการทำประชาคมเพื่อนำปัญหาที่พบในแต่ละชุมชนมากำหนดนโยบาย และวางแผนดำเนินการร่วมกันดำเนินการร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัย โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายซึ่งมีกลุ่มแกนนำ/จิตอาสาในชุมชนที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงาน เช่น การร่วมกับโรงเรียนและชุมชนในการให้ความรู้เพศศึกษาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร่วมกับ รพ.สต. และ อสม.ในการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้ง อบต.กำหนดนโยบายในการจัดตั้งชุมชนลดหวานและอาหารขยะ และโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคทั้ง 39 หมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและ care giver ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดตั้งชมรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ เป็นต้น |  | **12 เดือน**   * ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันทำประชาคมตำบลและจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบลร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าพะยอม โครงการต่างๆตอบสนองต่อการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน * ดำเนินงานตามโครงการ Long term care ครอบคลุมทั้ง 4 ตำบล โดยได้อบรม care giver ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน * มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดย พมจ.สนับสนุนงบประมาณ ชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และมีแผนเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาและเสริมพลัง มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป * แกนนำเอดส์อำเภอป่าพะยอมได้จัดทำโครงการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคเอดส์และป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทั้งในโรงเรียนและเด็กนอกระบบ   **18 เดือน**   * มีการดูแลผู้สูงอายุ Long Term Care ครอบคลุมทั้ง 4 ตำบล มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้ นอกจากนี้มีคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงาน อบต. ร่วมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ * มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส * มีแผนพัฒนาศักยภาพจิตอาสาประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน * ให้ความรู้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย |
| ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | | |
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | | | |
| 71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | องค์กรมีการขยายบริการและพัฒนาระบบบริการโดยความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ได้แก่  1.การออกให้บริการในพื้นที่ เช่น จัดตั้ง FCT และแพทย์ออกดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงร่วมกับ รพ.สต. 24 แห่ง การจัด mobile ทีมในการตรวจตาเพื่อดูค่า DR เพื่อคัดกรองต้อกระจกในกลุ่มผู้สูงอายุ  2.การพัฒนาระบบ fast track ระบบ real time medicine และระบบ mobile ICU ในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในกลุ่ม STEMI เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่รวดเร็ว  3.การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรัง/palliative เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นต้น | ควรส่งเสริมให้ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลระบบEMS ในภาพรวมโดยเฉพาะกลุ่มในโรคเร่งด่วนฉุกเฉิน เพื่อนำมาออกแบบระบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น | **12 เดือน**   * ผลการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล ในปี 2561(ต.ค.-ก.ค.) มีผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS 786 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2560 มีผู้ใช้บริการ 737 ราย มีโรคสำคัญที่ต้องเข้าถึงอย่างรวดเร็วคือ Stroke ในปี 2561 มีผู้ป่วย Stroke มาด้วยระบบ EMS 11 ราย มาด้วยอาการแน่นหน้าอก/ มีประวัติเป็นโรคหัวใจ 27 ราย ผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ 13 ราย ซึ่งต้องมีการปรับปรุงระบบ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงเพิ่มมากขึ้น ด้านการประชาสัมพันธ์กลุ่มประชาชนทั่วไป และในกลุ่มเสี่ยง * คลินิก NCD มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน วิกฤติ ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันทุก visit ที่มารับบริการ ครอบคลุม ร้อยละ 100 * มีการให้ความรู้/ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี CVD risk มากกว่า ร้อยละ 30 เพื่อเฝ้าระวัง   ภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดสมอง หัวใจ  **18 เดือน**   * ปี 2561 มีผู้ใช้บริการด้วยEMS 911 ราย ปี 2562 (ต.ค.-ม.ค.) มีผู้ใช้บริการ 280 ราย Stroke 3 ราย, หัวใจ 4 ราย, Head Injury 8 ราย มีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนือง * การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้ OGTT ใน รพ.สต จำนวน 310 คน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงวินิจฉัย การรักษาที่รวดเร็วป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น * การตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ติดเตียง, ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ญาติมารับยาแทน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการตรวจ LAB ประจำปีอย่างต่อเนื่อง ปีละ 1ครั้ง ได้ประสานงานร่วมกับ จนท. รพ.สต.และญาติ.ในการเก็บ specimen และนำส่งเพื่อรับการตรวจและรับการดูแลที่เหมาะสม   **48 เดือน**   * ปี 2564 มีผู้ใช้บริการด้วย EMS 586 ราย Stroke 4 ราย, หัวใจ(ACS) 0 ราย, Head Injury 33 ราย มีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง |
| 72 กระบวนการรับผู้ป่วย |  | ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนและวางระบบการคัดกรองที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นทั้งการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและการกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองที่ชัดเจน เพื่อใช้สื่อสารสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรรวมทั้งออกแบบระบบการประเมินประสิทธิภาพในการคัดกรอง เพื่อนำมาหาโอกาสพัฒนาต่อไป | **12 เดือน**   * ทีม PCT ได้กำหนดให้ทุกหน่วยมีการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเป็น 5 ประเภท คือ Resucitate, Emergency, Urgency, Semi-urgent, Non-urgent * ผลการประเมินความถูกต้องการประเมินหน่วยงาน ER .เดือน ก.พ. 61 มีการประเมินถูกต้อง 64% Under Triage 24% Over Triage 12% เดือน พ.ค. 61 มีการประเมินถูกต้อง 77.4% Under Triage 17.7% Over Triage 4.8% * มีการนำผลมาปรับปรุงระบบโดยการกำหนดเกณฑ์ในโรคที่ไม่ชัดเจน เช่น COPD, Asthma,สัตว์กัด Hypertension crisis และ Hyperglycemia * มีการประเมินการคัดกรองโดยหัวหน้างานพบว่าอัตราผู้ป่วยได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องร้อยละ   98.07  **18 เดือน**   * มีการประเมินการคัดกรองคัดแยกประเภทผู้ป่วยพบว่าอัตราผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้องปี 2561 ร้อยละ 98.52 และอัตราความครอบคลุมในการประเมินซ้ำของผู้ป่วยขณะอยู่ในพื้นที่ ร้อยละ 97.42 * ผลการประเมินความถูกความถูกต้องของการTriageหน่วยงาน ER ในเดือน ธ.ค.2561 ถูกต้อง 76.7% * Under triage 5.4% Over triage 17.8% ซึงเป้าหมายความถูกต้องมากกว่า 80% จะให้การประเมิน Over ไม่เกิน 15% และ Under ไม่เกิน 5 % และการประเมินให้ Over ดีกว่าประเมิน Under * การทบทวนการดูแลผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hyperglycemia จัดทำแนวทางในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น IPD มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hyperglycemiaในปี 2561-2562 จำนวน 25, 10 ราย ตามลำดับ พบการส่งต่อผู้ป่วยมายังหอผู้ป่วยล่าช้าทำให้การได้รับ state Order ภายใน 30 นาทีไม่เป็นไปตามระบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 6 ราย   ทีม PCT จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hyperglycemia และส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2562 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้  - case DM ที่มีภาวะ Hyperglycemia FBS/DTX > 250mg% หากมีอาการ ปวดท้อง คลื่นไส้/อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจหอบ/เหนื่อย ซึม หมดสติ ให้ผู้ป่วยคิวด่วน OPD ส่งผู้ป่วยทำ treatment ที่ ER ทันที หลังจากนั้นยังไม่พบอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้ามายังหอผู้ป่วย  - ห้องคลอดผู้ป่วยได้รับการประเมินตามความเร่งด่วน และได้รับการดูแลที่ทันท่วงทีไม่มีอุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินผู้ป่วยผิดพลาดหรือล่าช้า  **48 เดือน**   * ผลการประเมินความถูกความถูกต้องของการTriageหน่วยงาน ER ปี.2563-64 ถูกต้องร้อยละ 87.8,86.68 * Under triageปี2563-64เท่ากับร้อยละ 9.6,9.52 Over triageร้อยละ 2.6,3.8% ซึงเป้าหมายความถูกต้องมากกว่า 80% จะให้การประเมิน Over ไม่เกิน 15% และ Under ไม่เกิน 5 % |
| 73การให้ข้อมูลและInform consent |  | 1.ควรทบทวนเป้าหมายของการให้ข้อมูลและนำผลการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนในส่วนของการให้ informed consent มาวางแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อสะท้อนการบรรลุเป้าหมาย  2.ควรส่งเสริมการติดตามประเมินผลความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติหลังได้รับข้อมูลที่สะท้อนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติต่อไป | **12 เดือน**   * เป้าหมายของการให้ข้อมูลในส่วนของ informed consent ห้องคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึง   สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในรพ.ผลดีของการรักษา ผลเสียของการไม่รักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระยะเวลาในการรักษา แนวทางการส่งต่อ พร้อมทั้งสิทธิในการรักษาครั้งนี้  **18 เดือน**   * ปี 2562 ความสมบูรณ์ในส่วนของการให้ informed consent ร้อยละ 79.55 ประเด็นที่พบในเวชระเบียนที่ Admit นอกเวลาราชการ และรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ทำให้แพทย์ไม่ได้บันทึกเวชระเบียนในส่วนที่เกี่ยวข้อง Progress note ไม่บันทึก เวลาและชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด * แก้ปัญหาเสนอผลการ Audit ขอความร่วมมือองค์กรแพทย์เพิ่มความสมบูรณ์ * การรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ   **IPD**: จะมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับและแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวันหลังจากที่ร่วมกับแพทย์เวร ที่ round ผู้ป่วยและญาติจะให้ความร่วมมือดี  ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการเกี่ยวกับการนอนรพ.   * - ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นและวิธีการักษา = 90 % * - ท่านได้รับการอธิบายการตรวจเลือดปัสสาวะเอกซเรย์ = 98 % * นำผลการประเมินและการทบทวนมาปรับปรุงระบบ   **ห้องคลอด:** ผู้ป่วยได้ทราบถึงสาเหตุที่ต้องนอนรพ.แนวทางการรักษา และรับทราบถึงสิทธิใน  การรักษาของตัวเอง มีส่วนร่วมในการเลือกสถานพยาบาลตามสิทธิของตัวเอง |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย | | | |
| 74 การประเมินผู้ป่วย |  | ควรทบทวนผลการประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น การประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม การหาวิธีการลดอุบัติการณ์ของการประเมินผิดพลาด (missed diagnosis) ล่าช้าหรือส่งต่อช้า รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ติดตามผลลัพธ์ประสิทธิผลของการประเมินในโรคสำคัญเพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง | **12 เดือน**   * ห้องคลอดมีการประเมินแรกรับที่ครอบคลุม มีการประเมินแรกรับโดยแพทย์ทุกราย และมีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน โดยไม่มีอุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินแรกรับ การประเมินซ้ำผิดพลาด * หน่วยงาน ER มีการประเมินแรกรับจาการซักประวัติ การ ตรวจร่างกาย Vital signs ใช้หลัก Primary Survey ABCD มีการ Triage 5 ประเภท และมีการประเมินซ้ำขณะผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ตามประเภทของผู้ป่วยคือ   **ประเภท Resucitate** ประเมินซ้ำทุก 5-10 นาที  **ประเภท Emergency** ประเมินซ้ำทุก 15 นาที  **ประเภท Urgency** ประเมินซ้ำทุก 30 นาที  **ประเภท Semi-urgen** ประเมินซ้ำทุก 1 ชม.  ผลการตรวจสอบการเฝ้าระวังในพื้นที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการบันทึกการเฝ้าระวังเท่ากับ 24.1%   * มีการปรับปรุงระบบ การทบทวนในหน่วยงานเรื่องการเฝ้าระวัง การประเมินซ้ำให้เป็นไปตาม   เกณฑ์ตามประเภทผู้ป่วย  **18 เดือน**   * ห้องคลอดไม่มีอุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินผู้ป่วยแรกรับผิดพลาด นอกจากนั้นทางหน่วยงานยังมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง * ทบทวน การประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยหัวหน้างาน * ก่อนส่งต่อผู้ป่วยมีการประเมินและเฝ้าระวังตามระยะเวลาที่กำหนด * นำอุบัติการณ์ที่พบมาทบทวนและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile convulsion, การประเมินผู้ป่วยภาวะ Sepsis, การเฝ้าระวังผู้ป่วย DM c Hyperglycemia * IPD : จะมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่รับโทรศัพท์จากจุดคัดกรอง และห้องฉุกเฉินโดยจะมีการแจ้งว่าผู้ป่วยจะอยู่เตียงไหน Lock ไหน เมื่อผู้ป่วยมาถึงที่หอผู้ป่วยในจะมีการประเมินอีกครั้งเพื่อการวางระบบการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับ state order ภายใน 30 นาที 100% และจะมีการปรับปรุงระบบ การทบทวนในหน่วยงานเรื่องการเฝ้าระวัง การประเมินซ้ำให้เป็นไปตามเกณฑ์ตามประเภทผู้ป่วย   **48 เดือน**  หน่วยงานทบทวนการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคเสี่ยงสูงสำคัญ ได้แก่   * Sepsis ทบทวนการประเมิน SOS score และรายงานแพทย์ * STEMI ทบทวนการประเมิน chest pain ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง โดยมติที่ประชุมสรุปให้แพทย์ ประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยตนเอง ทุกราย * Stroke ทบทวน ปฏิบัติตามcheck list * เฝ้าระวังผู้ป่วยในที่ admit เกิน 3 วัน แต่อาการไม่ดีขึ้น ให้มีการทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับการรักษา หาสาเหตุเพิ่มเติม ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อ * ทบทวน Assess & reassess ในหน่วยงาน เช่น ก่อนส่งต่อผู้ป่วยใน ER และ การรับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติโรค |
| 75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น |  | ควรทบทวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเหมาะสมทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อประกอบการวินิจฉัยในกลุ่มโรคสำคัญ การสื่อสารผลการตรวจบันทึกผลและอธิบายผลการตรวจที่ผิดปกติ | **12 เดือน**   * **ดำเนินการทบทวนแนวทางการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกำหนดให้รายงานผลค่าวิกฤตภายใน 5 นาทีหลังตรวจพบ และรายงานผลด่วน รายการดังต่อไปนี้CBC,UA,FBS, Electrolyte ภายใน 30 นาที** * **ดำเนินการทบทวนค่าอ้างอิงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2561**   **18 เดือน**   * **ทบทวนค่าวิกฤต ล่าสุด 22 ม.ค. 2562 โดยทีม PCT ผลการทบทวนมีมติเปลี่ยนแปลงค่าวิกฤต**   **Potassium จาก >6.0 เป็น >5.5 mmol/L**  **48 เดือน**   * ทบทวนค่าวิกฤติที่ส่งผลเกี่ยวข้องกับระยะเวลารอคอยและทำหัตถการเพิ่มเติม เช่น FBS >300 ให้รายงานแพทย์ ทันที เพื่อพิจารณา ให้ยาหรือ work up เพิ่มเติม ในผู้ป่วย NCD * ทบทวนการส่ง Hemoculture ให้ส่งเฉพาะ ผู้ป่วยที่ final diagnosis เป็น sepsis ชัดเจน เพื่อลดค่าใช้งานที่ไม่จำเป็นในเคส fever บางเคสนำเอา blood lactate มาใช้ detect severe sepsis |
| 76 การวินิจฉัยโรค |  | ควรทบทวนการใช้ CPG ในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการประเมินซ้ำ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคทางศัลยกรรม เช่น การบาดเจ็บศีรษะที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางสมอง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่วินิจฉัยไม่ชัดเจน เช่น เจ็บหน้าอก ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปวดท้อง รวมทั้งสื่อสารผลการวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและบันทึกเพื่อการทวนสอบ | **12 เดือน**   * มีการทบทวนการCPG ที่ยังไม่ชัดเจน ได้แก่Hyperglycemia ,Viral Group, Sepsis, Neonatal Sepsis * บุคลากรทางการแพทย์ใช้ CPG เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย * การจัดอบรมวิชาการเรื่องการฟื้นฟูเวชปฏิบัติเบื้องต้นแก่บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่า   พะยอม ในวันที่ 17,18 พ.ค. 2561  **18 เดือน**   * ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia อย่างต่อเนื่อง ล่าสุด 22 ม.ค. 2562 * ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis Septic Shock ล่าสุด 20 ก.พ. 2562   **48 เดือน**   * ปรังปรุง CPG ฉบับล่าสุด ปี 2564 * ในกลุ่มโรคสำคัญ sepsis ,stemi,covid มีการพัฒนา standing order และปรับปรุงโดยทีมสหวิชาชีพ * ในกลุ่มโรคซับซ้อน ได้แก่ copd, DM มีการพัฒนา care map และใบสหวิชาชีพ   กำหนดแนวทางการ admit ภายในองค์กรแพทย์ โดย ผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง เช่น chest pain, abdominal pain, mild head injury ให้ประเมิน และ work up โดยละเอียด หากไม่ชัดเจนให้ admit สังเกตอาการเสมอ |
| III-3 การวางแผน | | | |
| 77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย |  | ควรทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เครือข่ายมีเป้าหมายการดูแลร่วมกันที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย ใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ในกลุ่มโรคเรื้อรัง HI, stroke, AMI, TB, HIV เป็นต้น | **12 เดือน**   * จากการประเมินปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล นำมาวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพโดยให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยติดตามประเมินผลโดยทีม PCT และนำมาปรับปรุงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย * หน่วยบริการในโรงพยาบาลได้แก่ ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ฝากครรภ์ มีการปรับปรุงแนวทางการประเมิน การดูแลและการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทุกหน่วยงานชัดเจนมากขึ้นเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย DMที่เกิดภาวะHypo/Hyperglycemia * ทีมพัฒนาระบบมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย DM และมีการวางแผนการจำหน่ายพร้อมการส่งต่อผู้ป่วยให้ทีม HHC ดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบอัตราการRe-admit ในปี 2561 เป็น 0 * มีการประชุมองค์กรแพทย์ชี้แจงการทำงานเพื่อการสื่อสาร การวางแผน การดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยบันทึกใน Progress Note * กรณีพบผู้ป่วย DHF/DFในโรงพยาบาล จะมีการประสานไปยังกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในการสอบสวนโรคและส่งข้อมูลให้ ทีม SRRT ลงพ่นหมอกควัน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน * ผลการติดตามการประเมินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยพบว่า   - อัตราการ Re-admit ของผู้ป่วยใน ในปี 2560-2561 เป็น 0.72 และ 0.43 ตามลำดับ  - อัตราการ Re-admit ในผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2561 เป็น 0  - พบอัตราการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย DF/DHF เป็น 0  - พบอุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วยผิดพลาดก่อนการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นเป็น 1 ราย  - Case Pneumonia ในเด็กมาถึงหอผู้ป่วยใน On ET-Tube refer รพ.พัทลุง   * แผนการพัฒนาต่อจะมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพที่   เกี่ยวข้องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง  **18 เดือน**   * ทีม PCT จะมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัยเพื่อนำมาปรับปรุงและปรับระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น   - แนวทางการดูแลผู้ป่วย DM ที่เกิดภาวะHypo/Hyperglycemia ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและไม่เกิดภาวะ DKA  - แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis มีการปรับปรุงแนวทางการประเมินการดูแลและการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนมากขึ้น เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม   * HIV มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ(กรณีผู้ป่วยบอกสภาวะการเจ็บป่วยกับญาติ) ทีมสหสาขาวิชาชีพและจิตอาสาตามสภาพปัญหา ความต้องการและความสมัครใจของผู้ป่วย มีระบบการนัดเป็นรอบปี เพื่อการดูแลรักษาและการติดตามผลสำเร็จของการรักษา * มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำไปรับบริการฝากครรภ์ที่ รพ. สต. ใกล้บ้าน ในปี 2561 จำนวน 115 ครั้ง * มีการส่งต่อหญิงกลุ่ม GDM ไปรับการเจาะ 2HR PP ที่ รพ.สต. ใกล้บ้านจำนวน 9 ราย ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก รพ.สต. หญิงตั้งครรภ์ได้รับดูแล/เยี่ยมบ้านทุกราย   **48 เดือน**   * พัฒนา care map ,ใบสหวิชาชีพ ในกลุ่มโรค COPD , DM ติดตามการใช้ต่อเนื่อง |
| 78 การวางแผนจำหน่าย |  | ทีมควรทบทวนเป้าหมายของการวางแผนจำหน่ายนำออกแบบให้สามารถประเมินและค้นหาความต้องการหลังจำหน่ายที่มีความเฉพาะในแต่ละราย เพื่อนำมาวางแผนเฉพาะเป็นรายบุคคลเพิ่มขึ้นรวมทั้งเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป | **12 เดือน**   * กำหนดเป้าหมายในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด ผู้ป่วย   ระยะท้าย เป็นต้น   * ออกแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายโรค โดยทีมสหวิชาชีพ * ทีมพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานผู้ป่วยในมีการกำหนดโรคในการวางแผนจำหน่าย คือ   1.ในกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ COPD, Asthma, DM, HT, Palliative care  2.ในกลุ่มโรค Top 5 ของผู้ป่วยใน คือ Diarrhea /AGE, DF/DHF, Pneumonia   * อัตราการ Re-admit ของผู้ป่วยในในปี 2560-2561 เป็น 0.72และ 0.43 ตามลำดับ * อัตราการ Re-admit ในผู้ป่วยเบาหวานปี 2561 เป็น 0 * อัตราการ Re-admit ในผู้ป่วย COPD ปี 2560-2561 เป็น 3.6% และ6.72%ตามลำดับ จะมี   แผนพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและเจาะประเด็นปัญหาในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น   * ผู้ป่วย DF/DHF, Diarrhe /AGE ไม่พบภาวะ Shock/เสียชีวิต * ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีมPalliative care ได้ดูแลผู้ป่วยครบตามแผนการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยใน   หอผู้ป่วยและไปเยี่ยมบ้านจำนวน 18 ราย ได้รับการเตรียม Advance care plan และได้รับการดูแลและเสียชีวิตตามความต้องการจำนวน 18 ราย  **18 เดือน**   * เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาได้หลังจำหน่าย * จัดกลุ่มผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายดังนี้ กลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT, COPD, Asthma, CHF,   CVA/Stroke, กลุ่ม Palliative care กลุ่ม Top 5: AGE/Diarrhea กลุ่มโรคระบาด DF/DHF กลุ่มเด็ก0-5 ปี ที่มีภาวะ Febrile convulsion   * ในปี 2560 ทีม Palliative care ได้ดูแลผู้ป่วยครบตามแผนการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและไปเยี่ยมบ้านจำนวน 40 ราย ได้รับการเตรียม Advance care plan 15 ราย และได้รับการดูแลและเสียชีวิตตามความต้องการจำนวน 18 ราย โดยต้องการเสียชีวิตที่ รพ. 3 ราย และเสียชีวิตที่บ้าน 15 ราย * **ผลการดำเนินงาน ปี 2561**   - อัตรา re-admit รวม 0.45  - อัตรา re-admit Asthma เป็น 0 % (2561)  - อัตรา re-admit DM เป็น 0 % (2561)  - อัตรา re-admit ผู้ป่วย COPD เป็น 15.24 % (2561)  - อัตราผู้ป่วย DF/DHF เกิดภาวะ Shock เป็น 0  - ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง   * ในปี 2561 ทีม Palliative care ได้ดูแลผู้ป่วยครบตามแผนการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยในหอ   ผู้ป่วยและไปเยี่ยมบ้านจำนวน 23 ราย ได้รับการเตรียม Advance care plan 21 ราย และได้รับการดูแลเสียชีวิตตามความต้องการจำนวน 23 ราย โดยต้องการเสียชีวิตที่ รพ. 8 ราย และเสียชีวิตที่บ้าน 15 ราย   * อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในปี 2560 -2561 เป็น 92.25%, 93.73% ตามลำดับ * แผนปรับปรุง แลกเปลี่ยนฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับ Discharge Plan * สนับสนุนอุปกรณ์การพ่นยา กลุ่ม COPD * การเสริมพลังผู้ป่วยกลุ่ม COPD ในการพ่นยาด้วยตัวเอง * กายภาพสร้างแกนนำชุมชนด้านเสริมพลังด้านการฝึกการหายใจ   **48 เดือน**   * พัฒนา care map, ใบสหวิชาชีพในกลุ่มโรค COPD , DM ติดตามการใช้ต่อเนื่อง |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย | | | |
| 80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง |  | ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนประเด็นความปลอดภัยในบริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง โดยวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงทั้งที่เคยเกิดและมีโอกาสเกิด เช่น การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงโรคหัวใจ, high risk pregnancy, ผู้ป่วยสงสัย sepsis เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อสร้างความปลอดภัย การสื่อสาร สร้างความเข้าใจในการใช้early warning signs, SBAR ในกลุ่มโรคความเสี่ยงสูง ความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ การประสานงานกับเครือข่ายในการส่งต่อ รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (อัตรามารดาที่มีภาวะ PPH มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ควรใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสู่การปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เช่น การประเมินการหด รัดตัวของมดลูกที่ทำได้ดี มีประสิทธิผล การให้ยา เพิ่มการหดตัว maneuver ต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจส่งต่ออย่างรวดเร็วในกรณีผู้ป่วยไม่ดีขึ้น) | **12 เดือน**   * มีการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย MI อัตราผู้ป่วยที่มาด้วยACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที ปี 2560=62.96% ปี2561=71.4% ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีเสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมี STEMI 4 ราย ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที 100% PCI กรุงเทพหาดใหญ่ 2 ราย PCI ที่รพ.พัทลุง 1 ราย และให้ SK ที่ รพ.ป่าพะยอม 1 ราย เส้นไม่เปิด ส่งต่อ รพ.มอ. * มีการพัฒนาระบบการส่งต่อกับศูนย์โรคหัวใจ รพ.พัทลุงด้านการสื่อสารแนวทางปฏิบัติในเดือนสิงหาคม 2561ได้ส่ง PCI 1 ราย * จากการทบทวนผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ในปี 2560 มีอุบัติการณ์ตกเลือดร้อยละ 3.01(4ราย)   ปี 2561 มีอุบัติการณ์ตกเลือดร้อยละ 4.66(4 ราย) ประเมินผลการดูแลพบว่าการสื่อสารการใช้ CPG ยังมีปัญหา คือยังมีการรับรู้ไม่ทั่วถึงทั้งแพทย์และพยาบาลทำให้การจัดการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงยังไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสามารถส่งต่อไปคลอดที่รพ.พัทลุงได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง ในปีนี้ทางจังหวัดได้ประชุมเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยทั้งจังหวัดเพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน และทางหน่วยงานได้นำแนวทางที่ได้มาแจ้งแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และแจ้งแพทย์ทุกคนเมื่อมีแพทย์มาใหม่ พร้อมทั้งจัดทำแฟ้มแนวทางการดูแลผู้ป่วย, แนวทางการส่งต่อไว้ในหน่วยงาน  **18 เดือน**   * ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสน/ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ   บริการที่มีความเสี่ยงสูง คือ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้เลือด การให้ยาเพื่อหลับลึก   * การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย MI อัตราผู้ป่วยที่มาด้วยACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน   10 นาที ปี 2562 (ต.ค.-ธ.ค.) = 87.5% ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีเสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยมาด้วย Chest pain ผล EKG ปกติ Arrest ระหว่างรอย้ายขึ้นตึก มี STEMI จำนวน 4 ราย ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที 100% PCI จำนวน 2 ราย ที่ศูนย์หัวใจพัทลุง   * ตั้งแต่เดือน ส.ค.2561-ก.พ.2562 มีผู้ป่วยที่ส่งต่อไปศูนย์หัวใจได้รับการทำ CAG +PCI   จำนวน 7 ราย   * มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis โดยจัดประชุมวิชาการดูแลผู้ป่วย Sepsis และมีการปรับปรุงแนวทางการประเมิน การดูแลและการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนมากขึ้นเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม * ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย DM ที่เกิดภาวะ Hypo/Hyperglycemia ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและไม่เกิดภาวะ DKA * อุบัติการณ์ PPH ปี 2561-2562 พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงคือ ร้อยละ 2.9, 0 ตามลำดับ แต่อัตรา   PPH c shock มีแนวโน้มไม่คงที่ คือ ร้อยละ 25, 0 ตามลำดับ พบว่ามีการปฏิบัติตาม CPG การดูแลมารดา PPHแต่ไม่มีการนำ early warning sings มาใช้ในการดูแลมารดาที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้มารดาที่ภาวะแทรกซ้อน จึงได้มีการทบทวนร่วมกันในหน่วยงาน จัดทำแนวทางการดูแลมารดาที่เสี่ยงต่อ PPH ทบทวนร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ ANC, องค์กรแพทย์ในการดูแลมารดาที่เสี่ยงต่อตกเลือดหลังคลอด ปี 2562= 0  **48 เดือน**   * การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย MI อัตราผู้ป่วยที่มาด้วย ACS ได้รับการวินิจฉัยภายใน 10 นาที ปี 2563, 2564 = 84.61%, 76.92% ตามลำดับ ไม่มีเสียชีวิต ได้รับ SK ที่รพ.ป่าพะยอม ปีละ1 ราย ได้รับการทำPCI ที่ศูนย์หัวใจพัทลุงจำนวน 16 และ5 รายตามลำดับ |
| 82 การผ่าตัด | ทีมมีการธำรงคุณภาพกระบวนการผ่าตัดนิ้วล็อค ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งกระบวนการเตรียมผ่าตัด และระหว่างการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เช่น นวัตกรรมอุปกรณ์ห้ามเลือดในการผ่าตัด decompression สื่อแผ่นพับป้องกันโรคนิ้วล็อค เป็นต้น และจากการเฝ้าระวังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด |  | **12 เดือน**   * อัตราติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด excision ,Decompression ปี 2561 = 100 % * อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ปี 2561 = 0 * มีการประสานพยาบาล ICN ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด * case Decompression ติดตามหลังผ่าตัด 7 วัน พบแผลผ่าตัดแห้งดี การทำงานของนิ้วมือขยับงอได้ไม่ติดขัด และจากการติดตาม 1 เดือน ไม่พบกลับการเป็นซ้ำในตำแหน่งที่ผ่าตัดเดิมการทำงานของนิ้วมือปกติ * อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด= 0   **18 เดือน**   * ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด แยกตามหัตถการเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด และติดตามภาวะแทรกซ้อนอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ปี 2562 = 0 * ประสานงานกับหน่วยงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด   ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วล๊อก (Decompression)ได้รับการติดตามหลังการผ่าตัด การทำงนของนิ้วมือ และไม่กลับเป็นซ้ำในตำแหน่งที่ผ่าตัดทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน  **48 เดือน**   * อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ปี 2563,2564 = 0 * อัตราภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดปี 2563,2564 = 0 * ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วล๊อกมีการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ห้ามเลือดในการผ่าตัด decompressionไม่พบภาวะแทรกซ้อนทุกระยะผ่าตัดการทำงานของนิ้วมือขยับงอได้ไม่ติดขัดและติดตาม1เดือนไม่พบภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยพึงพอใจต่อการผ่าตัด * ตรวจสอบความพร้อมผู้ป่วยตาม surgical checklist * พัฒนาระบบ 2P Safety การป้องกันผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ไม่พบอุบัติการณ์ ปี 2563, 2564 = 0 * พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Day Case Surgery |
| 83 อาหารและโภชนบำบัด |  | ทีมควรพัฒนาระบบการประเมินภาวะโภชนาการและเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบสารสนเทศมาช่วยประเมินภาวะโภชนาการจากค่า BMI และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดเตรียมอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย | **12 เดือน**   * ผลการประเมินภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่นอน รพ เดือน ก.พ. 61 พบภาวะโภชนาการ ดังนี้   BMI < 18.5 = 18.18% (ผอม)  BMI 18.5-22.90 =31.82% (สมส่วน)  BMI 23.0-24.9=12.12% (อ้วน1)  BMI 25.0-29.90 =25.76% (อ้วน 2)  BMI > 30 = 12.12% (อ้วน3)   * ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับตรงตามโรคและอาการป่วย ปี 61 มีผู้ป่วยรับอาหารเฉพาะโรคเรื้องรัง รวม 578 ราย อาหารงดดำ-แดง รวม 88 ราย อาหารท่งสายยาง รวม 12 ราย   **18 เดือน**   * จัดบริการอาหารผู้ป่วย เฉพาะโรค ปี งบประมาณ 62 จำนวน 374 ราย อาหารทางสายยาง 5 ราย * การดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย รับการประเมินจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เมื่อ 19 มิถุนายน 61 ผ่านเกณฑ์ * **โอกาสพัฒนา** คือ 1) ไม่มีโภชนากรรับผิดชอบงานโดยตรง มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ดูแลงานโภชนาการ การปฏิบัติงานเฉพาะด้าน ใช้วิธีปรึกษากับโภชนากร รพ พัทลุง 2) ผู้ป่วยขอเปลี่ยนประเภทอาหาร เนื่องจากไม่คุ้นกับการรับประทานอาหารอ่อน เมื่อป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร   **48 เดือน**   * ดูแลจัดบริการอาหารเฉพาะโรค ปีงบประมาณ 2563,2564 จำนวน 1,422 ราย   - อาหารงดดำ-แดง จำนวน 114 ราย  - อาหารทางสายยาง จำนวน 47 ราย   * การดำเนินงาน มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย รับการประเมินจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ผลประเมิน “ผ่านเกณฑ์” * โอกาสพัฒนา คือ * 1.พัฒนาถาดอาหารสามัญให้มีฝาปิดมิดชิด 2.การพัฒนารถเข็นอาหารแบบมีมอเตอร์ไฟฟ้าเพื่อช่วยผ่อนแรงในการเข็นอาหารในทางลาดชัน |
| 84 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | ทีมนำมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายของโรงพยาบาลและเริ่มมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแต่งตั้งทีมและส่งบุคลากรไปเพิ่มพูนความรู้ เพื่อพัฒนาการดูแลระยะสุดท้ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ได้แก่ 1) มีการใช้PPS score เพื่อการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการประเมินความเจ็บปวดและแนวทางการใช้ยา MO syrup 2) ในด้านจิตใจมีการส่งเสริมการสวดมนต์และนั่งสมาธิตามความต้องการของผู้ป่วย 3) มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อการประสานงานระหว่างทีมดูแลและ FCT ในชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนครุภัณฑ์และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ และส่งต่อให้มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น | ควรทบทวนการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายที่ชัดเจนครอบคลุมเพิ่มขึ้น(เช่น การติดตามคุณภาพชีวิต/ปัญหาทางกายภาพที่พบทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การประเมินปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติเป็นต้น) รวมทั้งออกแบบระบบฐานข้อมูล การติดตาม/ประมวลข้อมูลเพื่อประเมินผลเชิงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในภาพรวม(ทั้งที่อยู่ในชุมชนและรับไว้ในโรงพยาบาล) เพื่อนำมาวางแผนและกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาระบบที่ชัดเจนต่อไป | **12 เดือน**   * มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative นำเสนอในทีม PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง * มีการกำหนด criteria ผู้ป่วย PC เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากผู้ป่วยมะเร็ง * มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย PC ที่ครอบคลุมทั้งอำเภอ * มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย PC ทั้งในรพ.และในชุมชน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioids และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยระยะท้าย * ผู้ป่วย PC จะต้องได้รับการทำ Advance care planครอบคลุมทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และให้ญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยต้องการ place of death ที่ใดจะได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย * มีอุปกรณ์เครื่องมืออยู่ที่ศูนย์ COC ที่ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ เช่น เตียง ที่นอนลม ถังออกซิเจน เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ syringe driver ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ได้มาจากการบริจาค * มีการจัดทำแบบฟอร์มต่างๆเพื่อใช้กับผู้ป่วย pc * จากการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า เจ้าหน้าที่ที่พบผู้ป่วยคนแรกไม่ได้แจ้งทีม PC ไปประเมินผู้ป่วย บางครั้งญาติมาเบิกยา Morphine ผู้ป่วยไม่ได้มาด้วย ทำให้ไม่ได้ประเมินอาการผู้ป่วยขณะนั้น แต่มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพทันทีที่ได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ทั้งที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและจากการแจ้งของ อสม. * ในรอบปีมีผู้ป่วย PC ที่ได้รับการดูแลทั้งหมด 37 ราย   **18 เดือน**   * ทีม PC : การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative นำเสนอในทีม PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง * มีการกำหนด criteria ผู้ป่วย PC เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากผู้ป่วยมะเร็ง * มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย PC ที่ครอบคลุมทั้งอำเภอ * ผู้ป่วย PC ได้รับการทำ Advance care planครอบคลุมทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และให้ญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยต้องการ place of death ที่ใดจะได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย * ปี 2560 ทีมPalliative care ได้ดูแลผู้ป่วยครบตามแผนการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและไปเยี่ยมบ้าน จำนวน 40 ราย ได้รับการเตรียม Advance care plan 15 ราย และได้รับการดูแลและเสียชีวิตตามความต้องการจำนวน 18 ราย โดยต้องการเสียชีวิตที่รพ. 3 ราย และเสียชีวิตที่บ้าน 15 ราย * ปี 2561 ทีมPalliative care ได้ดูแลผู้ป่วยครบตามแผนการดูแล มีการเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและไปเยี่ยมบ้านจำนวน 23 ราย ได้รับการเตรียม Advance care plan 21 ราย และได้รับการดูแลเสียชีวิตตามความต้องการจำนวน 23 ราย โดยต้องการเสียชีวิตที่รพ. 8 ราย และเสียชีวิตที่บ้าน 15 ราย * อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในปี 2560 -2561 เป็น 92.25%, 93.73 % ตามลำดับ * จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)โดยจัดอบรมทีมสุขภาพทั้งเครือข่าย และจัดอบรมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน * มีการจัดเก็บตัวชี้วัดตาม Service plan palliative ทุกเดือนและรายงานผลไปยังจังหวัดและเขตสุขภาพ * ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมกลุ่มโรคอื่นมากขึ้นนอกเหนือจากมะเร็ง * ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายทุกคนพร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง |
| 85 การบำบัดอาการเจ็บปวด | มีการพัฒนาการประเมินและการดูแลบำบัดอาการเจ็บปวดโดยการใช้ยาและระบบการจัดการยาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน | ควรส่งเสริมให้กำหนดแนวทางการบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วย palliative ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนรวมทั้งควรส่งเสริมการประเมินและติดตามผลการบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆที่ครอบคลุมในทุกหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น | **12 เดือน**   * รพ.ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งรวมถึงการบำบัดอาการเจ็บปวด มีการนำยา   opioids มาใช้กับผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก กลืนยาไม่ได้ ได้ให้ยาทาง syringe driver โดยให้ผู้ป่วยไปเบิกยาจาก รพ.พัทลุงซึ่งอนุญาตให้นำยา MO.inject ออกนอกโรงพยาบาลได้ ภายใต้การควบคุมของเภสัชกร มีแบบบันทึกการใช้ยา MO.ให้ญาติบันทึกทุกครั้งที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย สร้างความเข้าใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวลในการใช้ยา ญาติสามารถให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดลงได้ ไม่ทุกข์ทรมาน มีการฝึกทักษะพยาบาลในการให้ยาทาง syringe driver นอกจากการใช้ยาบรรเทาปวดแล้ว ได้ให้ผู้ป่วยฟังธรรมะ อ่านบทสวดอานาปานสติโดยเจ้าหน้าที่และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ คลายความปวด ความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ให้ญาติได้นวดเบาๆสัมผัสบริเวณที่ผู้ป่วยปวด  **18 เดือน**   * ทีม PCT มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วย palliative ซึ่งรวมถึงการบำบัดอาการเจ็บปวด มีการนำยา opioids มาใช้กับผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก กลืนยาไม่ได้ มีระบบการบริหารยาทาง syringe driver ทีมแม่ข่าย รพ.พัทลุง จะเป็นผู้ให้คำแนะนำและให้ญาติไปเบิกยาจาก รพ.พัทลุง ในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้บริหารยาทาง syringe driver เพื่อบรรเทาอาการรบกวนจำนวน 3 ราย ทำให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดลงได้ ไม่ทุกข์ทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบตามความต้องการ * มีการประเมิน Pain score ทั้งก่อนได้รับยา และหลังได้รับยา ในรอบปีที่ผ่านมามีการให้ยาทาง syringe driver ทั้งใน รพ.และที่บ้านผู้ป่วย จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยลดอาการปวด ทุรนทุราย และเสียชีวิตอย่างสงบ * MI มีการประเมิน pain score ในปี 2561 มีการให้MO 5 ราย และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ MO * LR ได้มีการประเมิน pain score มารดารอคลอดทุกรายในทุกระยะของการคลอดเป็นระยะๆ และได้มีการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการอดทนต่อความเจ็บปวด และทางหน่วยงานยังได้นำศาสตร์มณีเวชมาใช้ในการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย |
| 86 การฟื้นฟูสภาพ | การปรับปรุงการให้บริการ โดยเพิ่มเครื่องมือที่สำคัญ เช่น เครื่องดึงหลัง ดึงคอ เครื่องcombined ultrasound and electrotherapy การขยายบริการคลินิกกายภาพวันเสาร์ เริ่มเปิดเดือนมกราคม 2559 ทำให้จำนวนผู้เข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น | ทีมกายภาพบำบัดควรทบทวนบทบาทที่ชัดเจนในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และชุมชน การลดอุปสรรคในการเข้าถึง/เข้ารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆให้มากขึ้น การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามโรคหลัก การใช้บันทึกทางกายภาพเพื่อสื่อสาร กระบวนการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เพิ่มความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย (มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการทำกายภาพ 3 ครั้งในปี 2559) การติดตามผลลัพธ์การให้บริการ ปรับปรุง เพื่อให้ผลลัพธ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เช่น pain score ที่ลดลงในผู้ป่วยระบบกระดูกกล้ามเนื้อ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี ADL ดีขึ้น เป็นต้น | **12 เดือน**   * สแกนแบบบันทึกทางกายภาพบำบัดลงใน Mit-net เนื่องจากใช้ระบบ paperless แทนการใช้ OPD card เพื่อให้การบันทึกมีความครอบคลุม * กำหนดเป้าหมายในการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ป่วยและและส่งปรึกษาแพทย์หากพบว่าอาการของผู้ป่วยคงที่หรือแย่ลงโดยใช้ pain score และการประเมิน functional activity * พบอุบัติการณ์จากการรักษาด้วยการประคบร้อน 1 case (Second degree burn) แก้ปัญหาโดยการส่งพบแพทย์เพื่อรักษาอาการ burn และรายงานความเสี่ยง ทบทวนแนวทางการรักษาด้วยการประคบร้อน และส่งเรื่องขอพิจารณาเยียวยาความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขให้แก่ผู้ป่วย * ติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) 3 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, TBI, SCI โดยรับเป็น IPD,OPD และ PCC (เมษายน – สิงหาคม 2561) มีผู้ป่วยระยะกลางส่งต่อ 24 ราย   - BI 20 = 15 ราย  - BI 11-19 = 4 ราย  - BI < 11 = 4 ราย  - เสียชีวิต = 1 ราย  มีการติดตามเยี่ยมและประเมิน Barthel index ทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน  - BI 20 D/C  - BI 11-19 ติดตามฟื้นฟู  - BI < 11 long term careประเมินความพิการ  **18 เดือน**   * พบอุบัติการณ์จากการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า 1 case (Second degree burn) แก้ปัญหาโดยการส่งพบแพทย์เพื่อรักษาอาการ burn และรายงานความเสี่ยง ทบทวนแนวทางการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า * ติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)   มีผู้ป่วยระยะกลางส่งต่อจากโรงพยาบาลพัทลุงจำนวน 45 ราย มีการติดตามเยี่ยมร้อยละ 100 แบ่งกลุ่มตาม Barthel’s index ดังนี้  -BI 20 = 35 ราย  -BI 11-19 = 2 ราย  -BI < 11 = 7 ราย   * ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อการรักษาในกลุ่มโรคสำคัญ คือ OA knee และ LBP เนื่องจาก   เป็นกลุ่มโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากความเสื่อมสภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถหายจากโรคได้ จึงออกแบบท่าทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นการออกกำลังกายง่ายๆ 1-3 ท่าผู้ป่วยสามารถจำได้และนำไปปฏิบัติที่บ้าน  **48 เดือน**   * เพิ่มเครื่องมีที่สำคัญคือ Short wave diathermy * ทบทวนและปรับปรุง risk profile ครอบคลุมกระบวนการทำงานและเครื่องมือสำคัญ * ติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) มีผู้ป่วยระยะกลางส่งต่อจากโรงพยาบาลพัทลุง   + เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน โดยผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านแล้วพบว่ายังช่วยเหลือ   ตัวเองได้น้อยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องพบแพทย์และมีคลินิกบริการเฉพาะ   * มีการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง Triage ก่อนเข้ารับบริการกายภาพบำบัด และส่งต่อผู้ป่วย   พบแพทย์ในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้ อัตราการคัดกรองคิดเป็น 100%   * แผนการให้บริการทางกายภาพบำบัดในสถานการณ์โควิด ผู้ป่วยติดเชื้อโควิดในพื้นที่ < 5 คน   เปิดให้บริการปกติ ผู้ป่วยติดเชื้อโควิดในพื้นที่ 5-12 ให้บริการผู้ป่วยระบบประที่อยู่ในช่วงเวลาทองของการฟื้นฟู ผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดมากในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินกรณีฝึกเดิน งดกิจกรรม Chest PT ผู้ป่วยติดเชื้อโควิดในพื้นที่ 12–20ให้บริการอุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์พยุงข้อต่อ ตามที่แพทย์ส่งปรึกษา งดกิจกรรม Chest PT   * มีการจัดทำแนวทางและปฏิบัติตามแนวทางการปรับรูปแบบบริการกายภาพบำบัดใน   สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 |
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว | | | |
| 88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | ทีมนำทางคลินิกร่วมกับทีมบริหารการพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล เพื่อนำมาวางระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีแบบองค์รวม (nurse case management ) และจากการศึกษาข้อมูล การสัมภาษณ์ทีมพบว่ามีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายในการจัดกิจกรรมเสริมพลังทั้งรูปแบบทั้งรายกรณีและรายกลุ่ม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งยังมีระบบการติดตามผลเป็นระยะหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่และผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และจากการสัมภาษณ์ตัวแทน อสม.พบว่าทีม อสม. มีส่วนสำคัญในการรับรู้ปัญหาและสภาพจิตใจในเชิงลึกของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น | ควรส่งเสริมการวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก เชื่อมโยงกับกระบวนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบที่ใช้เสริมพลังเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบต่อไป (เช่น การประเมินเพื่อให้ได้ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว การกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกัน การประเมินติดตามผลลัพธ์การรับรู้ของการให้ข้อมูลและความพร้อมในการดูแลตนเอง และการสะท้อนกลับผลการเยี่ยมของทีม อสม.ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพื่อสื่อสารให้ทีมที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนาระบบที่เหมาะสมต่อไป เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น) | **12 เดือน**   * ทีมได้ร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านยกตัวอย่างการเสริมพลังแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อประเมินความต้องการ ความพร้อมของครอบครัวพบว่าครอบครัววิตกกังวลว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก สงสารผู้ป่วยและกลัวญาติๆจะว่าว่าทำไมไม่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เมื่อทีมได้ให้ความรู้ ความมั่นใจในการบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงจนถึงอาการใกล้ตายเพื่อที่จะไม่ให้ญาติตกใจ เตรียมพร้อมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ในรายที่จะต้องทำแผล ให้ยาทาง syringe driver ทีมได้ฝึกทักษะจนญาติสามารถทำได้ ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินจนญาติเกิดความมั่นใจและคลายความกังวล นอกจากนี้มีการสร้างกลุ่มไลน์ไว้ติดต่อสื่อสาร ญาติสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีปัญหาติดขัด   **18 เดือน**   * IPD จัดกลุ่มผู้ป่วยเน้นการให้ข้อมูลและเสริมพลังในกลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT, COPD, Asthma, CHF, CVA/Stroke กลุ่ม Palliative care กลุ่ม Top 5 AGE/Diarrhea กลุ่มโรคระบาด .DF/DHF, กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะ Febrile convulsion * ปี 2561   - อัตรา re- admit โดยรวม ร้อยละ 0.45 ซึ่งแยกรายโรคดังนี้ Asthma ร้อยละ 0, DM ร้อยละ 0, COPD ร้อยละ 15.24  - อัตราผู้ป่วย DF/DHF เกิดภาวะ Shock เป็น 0  - จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในปี 2560 – 2561 จำนวน 40, 91 ราย ตามลำดับ  - คลินิกยาต้านฯ แกนนำ: พัฒนาศักยภาพแกนนำอย่างต่อเนื่อง ให้โอกาสแกนนำร่วมดูแลเพื่อนรูปแบบ “ศูนย์องค์รวม”  - กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS มีกิจกรรมพบกลุ่มในทุก visit เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์/วิธีการดูแลตนเอง/สุข ทุกข์ ผลพบว่า ผู้ป่วย HIV/AIDS รับรู้สภาวะการเจ็บป่วย การกินยา การดูแลสุขภาพของตนเอง อัตราความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) ร้อยละ 100 อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังรับยาต้าน ร้อยละ 0 |
| III-6การดูแลต่อเนื่อง | | | |
| 89 การดูแลต่อเนื่อง | ทีมเริ่มมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโดยการทำงานร่วมกันของทีมโรงพยาบาลกับทีมรพ.สต.และอสม.ในการเยี่ยมบ้าน และมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเชื่อมโยงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรวมทั้งมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับจังหวัดเพื่อให้ง่ายต่อการจัดการในภาพรวมของเครือข่ายทั้งจังหวัด | ควรทบทวนการดำเนินงานในประเด็นต่อไปนี้   1. ควรกำหนดเป้าหมายของการดูแลต่อเนื่องและการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น 2. ควรทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม 3. ควรติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองโดยร่วมกับทีม IT ในการวางระบบที่ง่ายต่อการประมวลผลและการจัดการข้อมูล และนำผลการติดตามปรับปรุง/วางแผนบริการต่อไป | **12 เดือน**   * ทีม PCT ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะท้าย ได้ส่งต่อข้อมูลเหล่านี้ให้ รพ.สต.เครือข่าย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ได้บอกประเด็นสำคัญที่ต้องประเมิน หรือดูแลต่อ มีแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่พื้นที่สามารถบันทึกและส่งกลับให้แม่ข่ายได้รับทราบข้อมูล มีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายเช่น Facebook ไลน์กลุ่ม โปรแกรมดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้มีศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน สามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย สรุปประเด็นที่เป็นปัญหาและนำมาแก้ไขต่อไป   **18 เดือน**   * เป้าหมายของการดูแลต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการ * ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการขาดนัดในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) ของผู้ป่วยคลินิกยาต้านฯ * IPD ส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ปี 2561 จำนวน 16 ราย ดังนี้ wound 2 ราย, CA lung 3 ราย, CA breast 1 ราย ,DM 2 ราย, Bed ridden with UTI 2 ราย, CVA 5 ราย, CHF 1 ราย ได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมจากทีมเยี่ยมบ้านและเครือข่าย ร้อยละ 100 * มีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย Palliative Care * กำหนดแผนนัดประชุมเครือข่ายการดูแล มาสะท้อนข้อมูลแนวทางการดูแล ร่วมกันในที่ประชุม คปสอ. สสอ. * กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS ต้องรับประทานยาตรงเวลา สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง จัดระบบการนัดรายบุคคล แจ้ง/แจกแผนการนัดในรอบปี ให้ได้รับรู้ เพื่อผู้ป่วยได้บริหารเวลาของตนเองให้สามารถมารับบริการตามนัดกรณีไม่สามารถมาตามนัดให้เลือกใช้วิธีการมอบหมายญาติ/แกนนำประจำพื้นที่รับยาแทน และหรือประสานเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกจัดส่งยากรณีอยู่ต่างจังหวัด หากมี ไม่มาตามนัด/ไม่มีการประสาน จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ใน 2 วัน หากยังไม่มาจะประสานแกนนำติดตามเยี่ยมบ้าน ผล อัตราความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) ร้อยละ 100 |