

Service Profile

ทีมเวชระเบียน โรงพยาบาลภักดีชุมพล

1.บริบท (Context)

โรงพยาบาลภักดีชุมพลได้ใช้ระบบ Paperless ในการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหาย ลดระยะเวลารอคอยเวชระเบียน การขาดพื้นที่ในการจัดเก็บ ผ่านระบบโปรแกรม hosxp มาช่วยในการบริหารจัดการเก็บข้อมูลการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกันและบันทึกต้นทุน ผ่านระบบแม่ข่าย

ก. หน้าที่และเป้าหมาย :

ให้บริการเวชระเบียน สถิติ และรายงานพร้อมทั้ง DRGs ที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับของผู้มารับบริการ มีระบบการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง และเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยและพัฒนางานคุณภาพในด้านต่างๆ เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์

ข. ขอบเขตการให้บริการศักยภาพข้อจำกัด :

1. ตรวจสอบปริมาณและคุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. ติดตามการให้รหัสโรค ตามระบบ DRGs .ให้รหัสโรค ICD-10 ตามมาตรฐาน WHO
3. เผยแพร่และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรคแก่เจ้าหน้าที่
4. พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูลและปรับปรุงเพิ่มเติมส่วนที่ขาดในการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมแต่ละโรคมากยิ่งขึ้น
5. ให้บริการค้นหาและสำเนาเวชระเบียน เพื่อการรักษาพยาบาล การวิจัย ประกันชีวิต และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้แก่บุคคลภายนอก และภายใน
6. ให้บริการข้อมูลสถิติและรายงานการให้บริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลภักดีชุมพลแก่บุคคลากรและหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล
7. พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อตอบสนองการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีความเป็นเลิศในการให้บริการ

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ: (ลูกค้ำภายใน)

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการ สำรวง ปี พ.ศ. 2565
งานผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none">- ใต้รับเวชระเบียนที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ทันเวลา- ใต้สถิติ รายงานที่ถูกต้องนำมาใช้ประโยชน์ใต้- ใต้ประวัติผู้ป่วยที่ถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของประวัติการรักษาผู้ป่วย ทั้งงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
งานผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none">- ใต้เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ถูกต้อง ครบถ้วน- ใต้สถิติ รายงานที่ถูกต้องนำมาใช้ประโยชน์ใต้- ใต้ประวัติผู้ป่วยที่ถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของประวัติการรักษาผู้ป่วย ทั้งงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
แพทย์	<ul style="list-style-type: none">- ใต้เวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว- ใต้เวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน นำมาใช้ประโยชน์ใต้- ใต้ประวัติผู้ป่วยที่ถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของประวัติการรักษาผู้ป่วย ทั้งงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ห้องเภสัชฯ/การเงิน	<ul style="list-style-type: none">- มีการตรวจสอบสิทธิที่ถูกต้อง แม่นยำ ไม่ซ้ำซ้อน- เวชระเบียนมีความถูกต้อง สมบูรณ์ ถูกคน- สามารถค้นหาเวชระเบียนใต้รวดเร็ว ถูกต้อง
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none">- ใต้รับข้อมูลที่ต้องการที่ถูกต้องรวดเร็วทันต่อการนำไปใช้

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้เวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่สูญหาย และได้รับการปกป้องความลับ - ได้สถิติรายงานที่ถูกต้อง นำมาใช้ประโยชน์ได้ - เจ้าหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
หน่วยงานอื่น / ประกัน เจ้าหน้าที่ทางการ	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องนำมาใช้ประโยชน์ได้ - ได้สถิติ รายงานที่ถูกต้อง นำมาใช้ประโยชน์ได้ - ได้รับการบริการข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพประกอบการพิจารณาคดีความทางกฎหมาย
สสจ./หน่วยงานอื่นๆ ด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และทันเวลา - ได้รายงาน 43 แฟ้มที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
สปสช/กรมบัญชีกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา - ได้ข้อมูล รายงาน 43 แฟ้มที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

ค. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ให้บริการเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ไม่สูญหาย
- ให้บริการเวชระเบียนที่มีคุณภาพ มีการบันทึกที่สมบูรณ์ถูกต้อง ได้มาตรฐาน
- ให้บริการ สถิติ รายงานที่ถูกต้องนำมาใช้ประโยชน์ได้
- ข้อมูลรายงาน 43 แฟ้ม ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- พัฒนา DRGs ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา และนำมาใช้ประโยชน์ได้
- ให้ผู้รับบริการมีความพอใจสูงสุด

ง. ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

- พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน การปกป้องและรักษาความลับ
- เวชระเบียนไม่สูญหาย
- การเข้าถึงเวชระเบียนถูกต้องตามสิทธิของผู้ป่วย และ พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร
- ให้รหัสโรค รหัสหัตถการที่ถูกต้อง ตามมาตรฐาน
- ข้อมูล 43 แฟ้ม ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
- จำนวน DRGs และการส่งข้อมูลทันเวลา

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน

	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	76,148	77,145	70,375	77,186	108,890
จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง)	2,098	1,601	1,941	1,948	2,608

อัตรากำลังทีมเวชระเบียน

ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์พยาบาล กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา เทคนิคการแพทย์ เอกอรรถ บริหาร การเงิน เจ้าหน้าที่งานเภสัช เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวม 23 คน

เทคโนโลยี และเครื่องมือ

มีระบบ HosXP ใช้ในระบบงานโรงพยาบาล มีระบบ LAN และInternet ที่ใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การวางแผนและออกแบบระบบเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - มี เวชระเบียนที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อการใช้ในหน่วยงาน - ข้อมูลสารสนเทศมีคุณภาพสามารถนำมาใช้ในการบริหาร บริการ และพัฒนาคุณภาพได้ - ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามความต้องการของหน่วยงาน - ข้อมูลเวชระเบียนมีความต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน พร้อมให้บริการ - ข้อมูลเวชระเบียน ปลอดภัยเป็นความลับ ไม่สูญหาย - คุณภาพของข้อมูลสามารถเชื่อถือได้ 	<ul style="list-style-type: none"> 1. อัตราความสมบูรณ์ของข้อมูล 2. จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ในสูญหาย 3.CMI มากกว่า 0.6
2. บริการเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการรักษา วิจัย และนำไปพัฒนาด้านอื่นๆ - เกิดความต่อเนื่องข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน ในการดูแลรักษาผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> 1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษาได้ - ผู้รับบริการปลอดภัยจากความเสีงต่าง ๆ ได้ - วางระบบการยืม-คืนแฟ้มผู้ป่วยใน 	
3.การเชื่อมโยงสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> -รายงานข้อมูลที่สำคัญให้กับทีมนำต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อพัฒนาคุณภาพต่อไป -มีการให้บริการข้อมูลเวชระเบียนด้านการรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวดเร็วและทันเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> -อุบัติการณ์การเกิดระบบล่ม - อัตราการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก Internal audit	90%	92.88	86.47	86.25	89.95	90.22
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน Internal audit	90%	93.90	92.10	89.64	92.82	92.77
3. อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ใน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
4.อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยและให้รหัสโรค ผู้ป่วยนอก EMA External audit	80%	NA	NA	NA	NA	NA
5.อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยและให้รหัสโรค ผู้ป่วยใน EMA External audit	80%	42.22	89.65	81.1	66.36	55
6. CMI มากกว่า 0.6	0.6	0.64	0.63	0.64	0.68	0.66

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (เกณฑ์ สปสช.)

- เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- สุ่มตรวจ 15 แฟ้มทุกเดือน
- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2561-2565

พบ ร้อยละ 92.88 ,86.47 ,86.25,89.95 และ 90.22 ตามลำดับ

อภิปรายผล : การบันทึกมีความถูกต้อง ครบถ้วน แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเล็กน้อย ทบทวนการบันทึก พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงระบบการบันทึกข้อมูล และเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินเวชระเบียน เป็นปี 2563 เกิดการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพการดูแลต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในเรื่องของการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ในช่วงปีแรก ในปี 62-63 มีการเริ่มพัฒนาระบบเป็นpaperless ทำให้การบันทึกข้อมูลบางส่วนยังไม่สมบูรณ์เท่าไรนัก ต่อมาเจ้าหน้าที่ได้ทราบวิธีบันทึกข้อมูลให้ครบและละเอียดมากขึ้นข้อมูลจึงกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

สิ่งที่ทำได้ดี :

1. คะแนนความสมบูรณ์ อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ เล็กน้อย และเพิ่มขึ้นในปีถัดมา
2. ดำเนินการพัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
3. การบันทึกข้อมูลในระบบ paperless ทำให้ข้อมูลด้านอิเล็กทรอนิกส์มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (เกณฑ์ สปสช.)

- เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- สุ่มตรวจ 10 ฉบับทุกเดือน
- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2560-2564

พบ ร้อยละ 93.90 ,92.10 ,89.64 ,92.82 และ 92.77 ตามลำดับ

อภิปรายผล : การบันทึกมีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์มาตรฐาน เกิดการสื่อสารที่ดีในทีมสหวิชาชีพ การดูแลต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่มีความตระหนักในเรื่องของการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์

สิ่งที่ทำได้ :

1. คะแนนความสมบูรณ์ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้
2. สามารถพัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
3. มีการปรับปรุงเพิ่มเติมแบบฟอร์มอื่น ๆ ของเวชระเบียนที่ได้จากการทบทวนเครสที่มดูแลผู้ป่วย PCT ทำให้เกิดการประเมินสภาพผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

โอกาสพัฒนา :

- การทบทวนการสรุปวินิจฉัยโรคให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า
- การทบทวนคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้ได้มาตรฐานและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแบบscan ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เป็นปัจจุบัน และมีความต่อเนื่องพร้อมใช้งานตลอด 24 ชม.
- พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ IPD Scan ให้รวดเร็ว ครบถ้วนถูกต้อง เพื่อลดปัญหาการค้นไม่พบหรือสูญหายของเวชระเบียน และเพื่อการให้บริการข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วยิ่งขึ้น
- พัฒนาระบบผู้ป่วยในเป็น IPD Paperless เพื่อความทันสมัย รวดเร็ว ลดความเสี่ยงที่เกิดจากการสื่อสารด้านการรักษา
- พัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. จัดทำศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ให้เชื่อมโยงข้อมูลด้านการรักษาและสนับสนุน ให้เกิดข้อมูลด้านสถิติ และรายงาน ที่มีประสิทธิภาพ นำไปวิเคราะห์และพัฒนางานด้านต่างได้
2. พัฒนาบุคลากรในด้านการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง
3. การใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในระบบสารสนเทศ
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลร่วมกับการสร้างบุคลากรด้านIT ในหน่วยงาน
5. การพัฒนาระบบออกหน่วยบริการคลินิกพิเศษที่รพสต. โดยมีระบบบันทึกข้อมูลที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้ลดความซ้ำซ้อนของการลงบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดเวลาให้บริการผู้ป่วยตามจริง
6. พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ IPD OPDCaed Scan เพื่อลดปัญหาการค้นไม่พบหรือสูญหายของเวชระเบียน และเพื่อการให้บริการข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. การนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ในวิเคราะห์ข้อมูลโรค เพื่อเกิดประโยชน์ในด้านบริการมากที่สุด
2. การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เข้าใจระบบสารสนเทศ โดยการอบรม เพื่อการบันทึกเวชระเบียน
3. การพัฒนาระบบการให้บริการทางสารสนเทศ
4. การสำรองอุปกรณ์เพื่อใช้งาน
5. พัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตโดยให้ครอบคลุมการใช้งานในส่วนของโรงพยาบาลและบ้านพัก
6. พัฒนาระบบบริการข้อมูลเวชระเบียนที่มีคุณภาพ
7. พัฒนาบุคลากรโดยการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียน การวินิจฉัยโรค และการให้รหัสทางการแพทย์
8. พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ IPD OPD Caed Scan เพื่อลดปัญหาการค้นไม่พบหรือสูญหายของเวชระเบียน และเพื่อการให้บริการข้อมูลประกอบการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วยิ่งขึ้น
9. การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลโหนดและโรงพยาบาลลูกข่าย

Service Profile 2022
งานห้องคลอด
โรงพยาบาลภักดีชุมพล

Service Profile ห้องคลอด

1.บริบท (Context)

หน่วยงานห้องคลอด

ก.หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการทำคลอด และดูแลมารดา-ทารกให้ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

ข.ขอบเขตการให้บริการ (Scope)

ให้บริการดูแลรักษาแก่หญิงหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 27 สัปดาห์ขึ้นไป ให้บริการทำคลอดปกติ ดูแลมารดา และทารก 2 ชม.หลังคลอด และให้บริการทำหัตถการเช่น D&C, PV, Ultrasound ฯลฯ และกรณี มี Case ยุ่งยากซับซ้อน มีระบบปรึกษาสูติแพทย์,กุมารแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อส่งต่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการ/ผู้รับผลงาน	ความต้องการหลัก
ผู้คลอด มารดาและทารกภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน	-ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล ปลอดภัยทั้งแม่และลูก -ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัว ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด หลังคลอด และขณะคลอด -การส่งต่อ มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ -ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว และปลอดภัยในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน
การประสานงาน งานภายใน และงาน ภายนอก	-เจ้าหน้าที่มีความชำนาญในการทำคลอด การดูแลทารก แรกคลอด การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดและสูติศาสตร์ หัตถการที่ถูกต้อง -ต้องการข้อมูลการประเมินภาวะวิกฤติ สามารถแก้ไขได้ ถูกต้องรวดเร็ว -การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลที่พบขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดทั้งมารดาและทารก พร้อมทั้ง สิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง -การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ครบถ้วน พร้อมใช้งาน
อัตรากำลังงานบริการและปริมาณงาน	อัตรากำลัง -เวรเช้าเวลาราชการ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยเหลือ คนไข้ 1 คน เวรนอกเวลาราชการ บ่าย/ดึก พยาบาล วิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ร่วมกับคน ER กรณี มี Case รอคคลอด Case คลอดจะตามพยาบาลเวรเสริม

2.กระบวนการหลักสำคัญ(Key Process) งานบริการคลอด

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
การรับผู้คลอด 1.ประเมินความเสี่ยงแรกรับ 1.1 ตอนรับสร้างสัมพันธ์ภาพ	-หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงอย่างถูกต้องตั้งแต่ แรกรับ	-อุบัติการณ์ที่ได้จากการประเมิน -ความเสี่ยงไม่ครอบคลุม เช่น

<p>1.2 ชักประวัติศึกษาข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์และOPD card และตรวจร่างกาย</p> <p>1.3 ประเมินคัดกรองโดยใช้แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงของห้องคลอด</p> <p>1.4 ปฐมนิเทศให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>1.5 เซ็นยินยอมทำการรักษา</p> <p>1.6 ultrasoundส่วนนำทุกราย NSTแรกรับ, HCT ทุกราย</p> <p>1.7 บันทึกข้อมูล Admission record</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวางแผนการดูแลรักษาการคลอดอย่างต่อเนื่องถูกต้องรวดเร็ว</p>	<p>การไม่ได้ ultrasoundซ้ำ กรณีที่ส่วนนำผิดปกติ</p>
<p>การเฝ้าคลอด</p> <p>1.การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง</p> <p>1.1 เฝ้าระวังสภาพทารกในครรภ์ การหดตัวของมดลูก</p> <p>1.2 การเฝ้าระวังผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น การคลอดเนิ่นนาน ความดันโลหิตสูง ทารกขาดออกซิเจน ภาวะน้ำคร่ำเขียว (Thick meconium stain)</p> <p>1.3 การรายงานแพทย์ทันที่เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-เฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาพยาบาลรวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>-อุบัติการณ์การเกิดภาวะFetal distress</p> <p>-การประเมินเครื่อง NST</p> <p>-การส่งต่อได้ทันที่</p>
<p>กระบวนการสำคัญ (Key Process)</p>	<p>สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)</p>	<p>ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)</p>
<p>1.4 การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและการสอนเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, การลูบหน้าท้อง การหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-เฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและให้การักษาพยาบาลรวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>	
<p>2.การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤต</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง/วิกฤตได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>-อัตราการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษ</p> <p>-อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด</p>

<p>2.1 การเฝ้าระวังสภาพทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก การใช้ NST และ partograph</p> <p>2.2 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ</p> <p>2.3 เฝ้าระวังความผิดปกติ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดยาก ตกเลือดก่อนคลอด ตกเลือดหลังคลอด ทารกขาดออกซิเจน</p> <p>2.4 การรายงานแพทย์ทันต่งที่เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย</p> <p>-มี CPG ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงครอบคลุม</p>	<p>-อัตราตกเลือดหลังคลอด</p> <p>-อัตราทารกขาดออกซิเจน</p> <p>-อัตราการตายของทารกปริกำเนิด</p>
<p>การดูแลระยะคลอด</p> <p>1. การทำคลอดปกติ</p> <p>2. การช่วยแพทย์ทำคลอด สูติศาสตร์หัตถการ</p> <p>3. การดูแลทารกแรกเกิด</p> <p>4. การช่วยชีวิตและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัย</p> <p>-ทารกได้รับการระบุตัวถูกต้อง</p> <p>-การช่วยชีวิตและการแก้ไขปัญหาคูณฉุกเฉินถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย</p>	<p>-อุบัติการณ์จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เนื่องจากการเฝ้าระวังการคลอดไม่เพียงพอ เช่น อุบัติการณ์คลอดห้องรอคลอด/ คลอดในห้องน้ำ</p> <p>-อุบัติการณ์การเกิดHematoma ของแผลฝีเย็บ</p> <p>-อุบัติการณ์การระบุตัวทารกผิดพลาด</p>
<p>กระบวนการสำคัญ (Key Process)</p>	<p>สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)</p>	<p>ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)</p>
<p>การดูแลหลังคลอด</p> <p>1. การดูแลและเฝ้าระวังมารดาและทารก2ชั่วโมงหลังคลอด</p> <p>2. คำแนะนำและติดตาม</p> <p>-การแจ้งเกิด</p> <p>-การดูแลแผลฝีเย็บ</p> <p>-การตรวจหลังคลอด การนัดฉีดวัคซีน</p> <p>-การ Refer</p> <p>3. การประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลมารดาและทารกหลังคลอด</p>	<p>-มารดาและทารกปลอดภัย</p> <p>-มารดาและทารกได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>-ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ</p>	<p>-อัตราการต้องตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุที่ป้องกันได้เนื่องจากการเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ เช่น ตกเลือดจากภาวะ Bladder Full</p> <p>-จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับ จากผู้รับผลงาน</p> <p>-ร้อยละความพึงพอใจของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>3.การวางแผนจำหน่าย</p> <p>-การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด</p>	<p>-หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย</p>	<p>-อัตราการ Re-Admit ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม Prematour</p>

	<p>-หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>-หญิงตั้งครรภ์แต่ละครอบครัวได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	Contraction , False Labor pain
<p>4.การให้ข้อมูลเสริมพลัง</p> <p>-วางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้</p> <p>-การเสริมทักษะ</p>	<p>-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะ จนมีความสามารถ เชื่อมั่นจะสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ได้ที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	-ร้อยละผู้ป่วย/ญาติผ่านการประเมิน ความรู้และทักษะ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
<p>5.การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>-ระบบนัดหมาย</p> <p>-ระบบ HHC</p> <p>-การ Refer</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการติดตามหลังจำหน่าย</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเยี่ยมหลังคลอดไปยังเครือข่ายรพสต. ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการประสานงานกับเครือข่ายก่อนส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง</p>	<p>-ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ รพสต./PCU</p> <p>-ร้อยละการดูแลก่อนส่งและขณะส่ง ต่อไม่เหมาะสม</p> <p>-จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับ จากเครือข่ายที่ส่งต่อ</p>

กระบวนการคู่ขนาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
-----------------------------------	---	--

1.การตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ -การให้ข้อมูล/พฤติกรรมบริการ	-ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ -ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้อง ได้รับผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ	-ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติ -จำนวนข้อร้องเรียน
2.การบันทึกเวชระเบียน	-มีการบันทึกครบถ้วนถูกต้อง -ใช้ในการสื่อสารโดยสหวิชาชีพ -ใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกครบถ้วนทั้ง 5 ขั้นตอน	-ความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียน -ร้อยละของการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน
3.การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ -การให้ข้อมูลข่าวสาร -พฤติกรรมบริการ	-หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพึงพอใจในพฤติกรรมบริการ	-ร้อยละความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว -จำนวนข้อร้องเรียน/ฟ้องร้อง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
4. การป้องกันการติดเชื้อ	-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บอย่างถูกต้องตามหลัก Universal Precaution -มารดาและทารกปลอดภัย	-อุบัติการณ์การติดเชื้อ/บาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากร -อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด -อัตราการติดเชื้อที่ตาและสะดือทารกแรกเกิด

3.ประเด็นคุณภาพ

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ดูแลใส่ใจ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

- ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด
- ภาวะตกเลือดหลังคลอด

ฉ.ศักยภาพ และข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

- ความสามารถในการประเมิน ความเสี่ยง การดูแลทุกระยะของการคลอด
- ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
- ทักษะการช่วยแพทย์ทำสูติศาสตร์หัตถการ การใช้เครื่องมือ
- ทักษะการทำคลอดปกติ ผิดปกติ เช่น คลอดติดไหล่ คลอดทำกัน
- ความชำนาญในการดูแลมารดา ทารกปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด, Birth Asphyxia ,

Preterm

ประเมินการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. มีการส่งเสริมการปฏิบัติตัวตั้งแต่ ก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด

2. สนับสนุนส่งเสริมสายสัมพันธ์ แม่ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แม่โอบกอดลูกและดูนมแม่ ภายใน 30 นาทีหลังคลอด

3. ติดตามมารดาหลังคลอด และประสานงานเจ้าหน้าที่ PCU ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด

3. ตัวชี้วัดผลดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลดำเนินงาน	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565
1. คลอดปกติ		112	103	78	89
2. คลอดผิดปกติ		0	0	0	0
3. การส่งต่อ		55	53	51	46

ตัวชี้วัดผลดำเนินงาน	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565
4. อัตราการเกิด Birth Asphyxia	25 : 1000 การเกิดมีชีพ	8.92	0	12.82	11.23
5. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<ร้อยละ 5	1.78	0.97	2.56	1.12
6. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	<ร้อยละ 7	5.35	7.76	6.41	5.61
7. อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ	<ร้อยละ 2	0	0	0	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ทบทวนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ชื่อ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปัญหา/อุปสรรค
พัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด	-จัดประชุมฟื้นฟูช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด -Flow chart ช่วยฉุกเฉิน Birth asphyxia	-อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia	< 25 : 1000	ปี 2565 11.23	ขาดทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
การพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ	-Flow chart ช่วยฉุกเฉิน PPH -Clinical tracer highlight PPH -จัดประชุมวิชาการ Fast tract PPH	-อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ 5	ปี 2565 1.12	-การประสานรับส่งต่อ case ที่มีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์สูติลำช้า -การฝากครรภ์ลำช้า

การพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการ	-ประชุมวิชาการ เครือข่ายปีละ 2 ครั้ง -ประชุมหน่วยงาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง -จัดประชุมวิชาการ พื่นคั้นชีพทารกแรก เกิด	-ลดอัตราการ เกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการ ตั้งครรรภ์ และ การคลอด	10ครั้ง/ ปี /คน	10ครั้ง/ ปี / คน	-การจัดวิชาการ ยัง เข้าไม่ครบ 100 % เนื่องจาก ติด การ ปฏิบัติงาน และ ลงเวรตึก ทำให้ เหนื่อยล้าจาก การทำงาน
---------------------------	--	--	--------------------	---------------------	---

4.2 แผนงานคุณภาพอยู่ระหว่างการดำเนินงาน

ชื่อ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปัญหา/อุปสรรค
การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ	-จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับแพทย์	-ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรรภ์ และการคลอด	อัตราการเกิดภาวะวิกฤติลดลง	ระหว่างดำเนินการ	-ภาระงานของแพทย์และพยาบาลทำให้การพัฒนาล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง

5. แผนงานพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจน	-การประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้คลอดตั้งแต่ แรกรับโดยใช้เครื่องมือ NST จนถึงระยะคลอด -การใช้ Partograph ในการดูแลบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด -อบรมเชิงปฏิบัติการ/ ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกแก่เจ้าหน้าที่ปีละครั้ง -เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพ ทารกพร้อมใช้	-อัตราการเกิด Birth asphyxia -ความครอบคลุมของการใช้ Partograph ได้ถูกต้อง -อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต
2.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	-ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรรภ์ตั้งแต่ระยะฝาก ครรภ์จนถึงหลังคลอด -มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอด -การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด หลังคลอด -การเก็บวิเคราะห์ข้อมูล นำอุบัติการณ์ตกเลือดมา หาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงต่อไป	-อัตราการตกเลือดหลัง คลอด -อัตราส่งต่อ Case PPH

Service Profile

หน่วยงาน อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

บริบท (Context)

งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลภักดีชุมพล เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนกาเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งยังให้การพยาบาลผู้ป่วยคลอดนอกเวลาราชการ ตามศักยภาพโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับต้น ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชัชภูมิ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ตามปัญหาความจำเป็นของผู้ป่วยในการรับบริการ มีผู้รับบริการเฉลี่ย 51 ราย / วัน และยอดรวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน 23,240 รายต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับจาก OPD เพื่อมาทำหัตถการ เช่นฉีดยา ทำแผล ใส่ฝือก และผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อยและมีความเสี่ยงสูงในการดูแล ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดในสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกหัก โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน อุบัติเหตุจากรถและอื่นๆ

การขึ้นปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินนอกเวลาราชการจะใช้บุคลากรกลุ่มเดียวกันในการดูแลผู้รับบริการห้องคลอด เฉลี่ยต่อวันๆละ 1 ราย และยังเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏชัชภูมิ และนักเรียนสอบชิงทุนเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งส่งบุคลากรเป็นวิทยากรอบรมเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การซ้อมแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ก.หน้าที่และเป้าหมาย: ให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ

พันธกิจ: งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานเป็นทีม

ข.ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

- 1.ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์เวรซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในเวลา 3 นาที และมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีความพร้อมกว่า
- 2.ให้บริการทำหัตถการต่างๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล ฟันยา ผ่าฝี ใส่แผล ตามความเหมาะสมทั้งในและนอกเวลาราชการ
- 3.งานปฐมพยาบาลนอกสถานที่
- 4.งานวิทยากรในและนอกสถานที่
- 5.งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 6.งานชั้นสูตรทางคดีทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- 7.บริการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มที่รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ลูกค้าภายนอก 1.ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none">-การบริการรวดเร็ว ปลอดภัยมีมาตรฐาน ห่างจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน-ต้องการได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่จะได้รับและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย-ต้องการเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี การดูแลที่อบอุ่นเป็นกันเอง-ต้องการได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย-ต้องการรับรู้ข้อมูลการรักษาและร่วมตัดสินใจในการรักษา

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
2.ญาติ	<ul style="list-style-type: none"> -ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว ความก้าวหน้าของโรคและร่วมตัดสินใจในการรักษา -การต้อนรับที่อบอุ่นเป็นกันเอง
3.ประชาชนทั่วไปหรือผู้มาติดต่อราชการ	<ul style="list-style-type: none"> -มีที่พักสำหรับผู้มาติดต่อราชการ -การต้อนรับที่อบอุ่น เป็นกันเอง -บริการธุระที่มาติดต่อด้วยความรวดเร็ว -ได้รับข้อมูลข่าวสารถูกต้องรวดเร็ว
ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	
1.แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> -ต้องการให้ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ถูกต้อง รวดเร็วรวมทั้งรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีเมื่อพบความผิดปกติ / เกินขีดความสามารถของพยาบาล - ต้องการให้ช่วยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน / หัตถการต่างๆอย่างถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย - ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ในการรักษาให้พร้อมใช้ -ต้องการการสื่อสารในการประสานเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและได้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น
2.ห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้เก็บส่งตรวจรวมทั้งนำส่งห้อง Labอย่างถูกวิธีและส่งตามระยะเวลาที่กำหนด

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
	<p>ต้องการให้เขียนป้ายชื่อ / Specimen ติดสิ่งส่งตรวจ และเขียนใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง</p>
<p>3.แผนกเภสัชกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เขียนรายการยาในใบสั่งยาที่ถูกต้อง อ่านง่าย ชัดเจน - ต้องการให้เบิก / รับ ยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามวันเวลาที่กำหนด - ต้องการให้ตรวจสอบยาหมดอายุและส่งคืนห้องยาก่อนยาหมดอายุ 3 เดือน - ต้องการให้ลงหัตถการต่างๆ รายการยาที่ทำกับผู้ป่วยให้ถูกต้องและครบถ้วนทุกเวอร์ - ต้องการให้ลงบันทึกจำนวนยาที่ใช้ในแบบฟอร์มการใช้ยาที่ผู้ยานอกเวลาราชการให้ถูกต้อง ครบถ้วน - จัดเก็บยาตามระบบ First in First out - การทำหัตถการที่ ER ให้ลงราคาในใบสั่งยาทุกครั้ง - การตรวจเช็คยาประจำวันให้เป็นปัจจุบัน ตรวจเช็คยาคืนที่ถูกต้องตามจำนวนที่ใช้ในเวรนอกเวลาราชการในแต่ละวัน
<p>4.แผนกผู้ป่วยนอก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้ลงวินิจฉัยโรค / หัตถการอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนทุกเวอร์ - ในกรณีที่จนท.มาช่วยปฏิบัติงานที่ OPD ต้องการให้ลงทะเบียนและเก็บ OPD Card อย่างถูกต้อง - การประสานงานที่ดี ถูกต้องตามข้อตกลงกรณีส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD

<p>5.แผนกผู้ป่วยใน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีส่ง Case Admit ให้โทรแจ้งรายละเอียดให้ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นมาตรฐานเดียวกันและเตรียมผู้ป่วย เอกสาร เวชภัณฑ์ให้พร้อม - กรณีทำ Treatment ต่างๆให้ลงเวลากำกับ ทุกครั้ง รวมทั้งรายละเอียดในการหัตถการนั้นๆ - กรณีผู้ป่วยหนัก / กิ่งหนักต้องมีพยาบาลติดตามดูแลผู้ป่วยรวมทั้งส่ง Case ให้ถูกต้อง ครบถ้วน - ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากร - การประสานงานที่ดีถูกต้อง
<p>6.เวรเปล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งข้อมูลที่ต้องการและชัดเจนก่อนให้เคลื่อนย้าย - เตรียมผู้ป่วย เอกสาร เวชภัณฑ์ต่างๆให้พร้อมก่อนเรียกเวรเปลในกรณี Case Admitted - ได้รับการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกขณะย้ายผู้ป่วยขึ้น / ลงจากเปล - แจ้งทุกครั้งที่มีการย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น
<p>7.แผนกส่งเสริมสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้มีการแจ้งล่วงหน้าก่อนส่งผู้ป่วยไปตรวจภายในอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - การประสานงานที่ดี ถูกต้อง รวดเร็ว
<p>8.ซักฟอก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้แยกผ้าเปื้อนให้ถูกต้อง - ต้องการให้ตรวจสอบว่าไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องต่างๆปนไปกับผ้าที่ส่งซัก - เครื่องผ้าที่ส่งซักมีลักษณะไม่ชำรุด

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องผ้าที่ส่งซักมีใบส่งพร้อมลงบันทึกจำนวนที่ถูกต้อง ครบถ้วนและมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ - เครื่องผ้าที่ส่งซักขณะขนส่งใส่ในอุปกรณ์ที่มีฝาปิดมิดชิด - เมื่อนำส่งกลับแผนกมีเจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องตามจำนวนส่ง
9.จ่ายกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้แยกเครื่องมือพร้อมลงบันทึกจำนวนให้ถูกต้อง - ส่งแลกของตามเวลาที่กำหนด - เมื่อนำส่งกลับแผนกมีเจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องตามจำนวนส่ง
10.X-Rays	<ul style="list-style-type: none"> - คีย์ คำสั่ง X – Ray ลงในคอมพิวเตอร์ทุกครั้งก่อนส่งX-Ray - ทำความสะอาดบาดแผล/ ห้ามเลือดก่อนส่ง X-Ray - กรณีผู้ป่วยอาการหนักควรมีพยาบาลตามขณะ X-Ray - การประสานงานที่ดี ถูกต้อง รวดเร็ว
11.ยานพาหนะ	<ul style="list-style-type: none"> - กรณี Refer รถ Refer นำผู้ป่วยออกไปแล้วไม่ขอให้เรียกกลับมารับผู้ป่วยเพิ่มอีกควรตรวจสอบผู้ป่วยให้หมดทุกจุดก่อน ก่อนจะปล่อยให้รถออกไป - การสั่งการ Refer ควรมีการประสานขอประเภทรถเพื่อใช้ให้ถูกกับประเภทผู้ป่วย

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
11.PCU	<p>การประสานงานต่างๆที่ถูกต้อง รวดเร็ว</p> <p>-ได้รับความร่วมมือในการส่งต่อคนไข้ และการเรียกใช้บริการ 1669 / EMS</p>
12.ฝ่ายทันตกรรม	<p>-ประสานงานร่วมกันในกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยทางทันตกรรม</p> <p>- ทบทวนการซ่อมแผน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยปีละ 1 ครั้ง</p>
13.งาน IC	<p>- ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดยเน้นหลัก UP</p> <p>-สรุปผลการดำเนินงานตามแบบเฟ้รางวัลแต่ละจุด ทุกสิ้นเดือน</p> <p>- รายงานการก้าวหน้าทุกครั้ง เมื่อเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>-ICWN รายงาน เมื่อเกิดอุบัติเหตุทุกครั้ง</p> <p>- ต้องการให้แยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อให้ถูกต้อง ล้างมือให้ถูกวิธี</p>
14.สุขาภิบาล	<p>- ต้องการไม่ให้ทั้งฝ้านามัยลงใน โถส้วม</p> <p>- เมื่อมีโรคติดต่อตามแบบรายงาน 506 ให้รายงานทุกCase อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อสอบสวนโรคได้ทันเวลา</p>
15.งานซ่อมบำรุง	<p>- ให้มีใบแจ้งซ่อมทุกครั้ง</p> <p>- เขียนรายละเอียดในใบแจ้งซ่อมให้ชัดเจน</p>

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - ให้แยกเครื่องมือแพทย์, ปรุป่า , ไฟฟ้า,อาคารสถานที่ออกเป็นอย่างละเอียด - คิดชื่อแผนกที่เครื่องมือส่งซ่อมทุกครั้ง - ถ้ามามีซ่อมที่หน่วยงานให้แจ้งตำแหน่งที่ต้องการซ่อมและอำนวยความสะดวกในการทำงาน
16.งานพัสดุ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ส่งใบเบิกและเบิกของตามวันเวลาที่กำหนด - ให้ไปรับของเบิกทันทีเมื่อเจ้าหน้าที่พัสดุจ่ายพัสดุออกให้แล้วเพื่อป้องกันวัสดุสูญหาย - ให้แยกประเภทวัสดุที่จะเบิกไว้คนละเล่ม วัสดุงานบ้าน - งานครัว , วัสดุสำนักงาน, เวชภัณฑ์มีโซยา (บางครั้งเขียนมารวมเล่มกัน ทำให้เวลาจ่ายวัสดุล่าช้า เสียเวลา เวลาตัดStock จะยุ่งมาก - การเบิกของที่ไม่มีในStock หรือ ไม่มีในพื้นที่ให้รอก่อนเพื่อจะได้จัดซื้อมาให้
17.ห้องคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้เข้ามาช่วยที่ห้องคลอดทันทีที่ได้รับการประสานงานว่าย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดแล้ว - ต้องการให้ช่วยทำคลอด นิดยาแม่และลูก วัสดุยาเวชภัณฑ์เงินเสร็จสิ้นระยะคลอด - ต้องการให้ช่วยผู้คลอด / ลูกเมื่อในภาวะวิกฤติอย่างถูกต้อง รวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพ

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
18.งานหลักประกันสุขภาพ	<p>ต้องการให้แจ้ง / ส่งผู้ป่วย / ญาติ มาพบงานประกันสุขภาพในกรณีบัตรทองหมดอายุ ประกันสังคมนอกเขต ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถ บัตรทองข้ามเขต หรือไม่มีสิทธิบัตรใดๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถต้องการให้ลงทะเบียนให้ถูกต้องครบถ้วนพร้อมเก็บเวชระเบียนไว้ในลิ้นชักให้ด้วย - ต้องการการประสานงานที่ดี ถูกต้อง รวดเร็ว
19.งานธุรการ	<p>ส่งใบลาล่วงหน้า 1 วัน (ลาพักผ่อน / ลากิจ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งใบลาหลังการทำงานปกติ 1 วัน (ลาป่วย) - การขอใช้รถให้ตรวจสอบวันที่ไปประชุมแล้วขอก่อนล่วงหน้า 2 วัน หรือกรณีทราบก่อน 1 วัน ให้ขอรถก่อนไม่เกินเวลา 13.00 น. - หนังสือส่งออกภายนอกไม่ให้ระบุวันที่มาก่อนเสนอเซ็น - สิ่งที่ส่งมาด้วยต้องแนบมาพร้อมหนังสือส่ง - ต้องการให้ลงเวลาปฏิบัติราชการทั้งใน และนอกเวลาราชการด้วย - การใช้ห้องประชุมให้แจ้งล่วงหน้าก่อน 1 วัน
20.งานการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> - การขี้มเงินทรองราชการควรยื่นสัญญาขี้มเงินก่อนออกอย่างน้อย 7 วัน - การเขียนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการควรจะสอบถามเจ้าหน้าที่การเงินหรือหัวหน้าบริหารก่อน จะได้ไม่ต้องแก้ไขบ่อย

	<ul style="list-style-type: none"> - การเคลียร์เอกสารโครงการต่างๆ ควรมีเอกสารให้ครบ เพื่อความรวดเร็วในการเคลียร์โครงการ - การเบิกค่าตอบแทนแต่ละเดือนให้ส่งตามเวลาที่กำหนด - การเขียนใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน
--	---

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ฟังพอใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

- 1.การดูแลผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระบบ Fast tack
- 2.การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokiness) ก่อนส่งต่อ
- 3.ความรวดเร็วและถูกต้องในการออกปฏิบัติการ EMS ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 4.การลดอัตราการเกิดและความรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร

ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	21,728	18,676	23,240
2.ผู้ป่วยวิกฤต	61	45	51
3.ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก	271	314	298
4.ผู้ป่วยฉุกเฉิน	13,231	12,617	13,416
5.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป	2358	2,105	2,212

ปริมาณงาน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
6.ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	617	579	609
7.ผู้ป่วย Refer	854	560	690
8.ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS	19	30	32
9.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	42	63	75
10.ดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก	250	289	312
11.ออกปฏิบัติการ EMS	243	348	334
12.ผู้ป่วย ไล่ท่อช่วยหายใจ	28	51	49
13.ไล่ ICD	5	5	6
14. CPR	19	33	23
15.ผู้ป่วยเสียชีวิตในER	25	32	27

กลุ่มโรค Top 5

1. อันดับโรคความเสี่ยงสูง

1.STEMI

2.Stroke

3.Sepsis

4.Pneumonia

5.Head injury

2. ลำดับโรคการเสี่ยชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน

1. Cardiac Arrest

2. Multiple Fx , HI

3. Acute MI

4. Hypovolimic shock c UGIB

5. Hypovolimic shock c Hypoglycemia

3.ลำดับโรคผู้ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน

โรคทั่วไป

1.Covid-19

2.Common cold

3.Dyspepsia

4.Diarrhea

5.Dizziness

ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ผู้ป่วยฉุกเฉิน

- 1.แผลจากสุนัขและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด
- 2.แผลฉีกขาดจากมีดบาดและรถ Mc ล้ม
- 3.กระดูกหัก (แบบเปิด, แบบปิด) จากตกต้นไม้, Mc ล้ม
 - 3.1 กระดูกเคลื่อน
 - 3.2 เอ็นขาด

อันดับการ Refer ของผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

- 1.Stroke
- 2.UGIB c Anemia
3. Ortho
- 4.Head Injury
- 5.Heart (MI ,CHF ,IHD)

ทรัพยากรบุคคล

อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

งานอุบัติเหตุมีจำนวนบุคลากร ทั้งหมด 18 คน ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ	11 คน (รวมหัวหน้างาน เวียนห้องคลอด คลินิก)
เวชกิจฉุกเฉิน	4 คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	4 คน(ใ้ร่วมกับ LR)

โดยกระจายอัตรากำลังดังนี้

เวร	อัตรากำลัง/เวร		
	พยาบาล	เวชกิจฉุกเฉิน	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
เวรเช้าในเวลา	3 (รวมหัวหน้างาน)	2	1
เวรบ่ายวันราชการ	2	1	1
เวรดึก	2	1	1
เวรเช้านอกเวลา	3	1	1
เวรบ่ายนอกเวลา	2	1	1

เครื่องมือและเทคโนโลยี

ลำดับ	ประเภทของเครื่องมือ	รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน
1.	เครื่องมือช่วยชีวิต	-Defibrillator	2
		-AED	2
		- Ventilator	1
		-Lucus	1
2.	เครื่องมือช่วยวินิจฉัย	-เครื่อง Ultrasound	1
		-เครื่อง EKG	1

ลำดับ	ประเภทของเครื่องมือ	รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน
		- NIBP - Pulse Oxymetor - เครื่องปั่น Hematocrit - เครื่องเจาะ DTX	3 5 1 4
3.	เครื่องมือรักษา	- Infusion Pump - เครื่อง Suction - Electrosurgical Unit	6 2 1
4.	เครื่องมือสนับสนุน	-Computer -printer -โทรศัพท์	4 3 3

2.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการหลักของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
1. การเข้าถึงบริการ						
1.1.การรับ และส่งต่อ ผู้ป่วย	-ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้บาดเจ็บเข้าถึง บริการและได้รับการ ส่งต่อรวดเร็ว ทันเวลา มี ประสิทธิภาพ ปลอดภัย	-การออกปฏิบัติการ EMSในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินล่าช้า	-ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน EMS>26%	69.2%	68%	65.9%
			-ระยะเวลา ตอบสนองต่อการ เรียกใช้ EMS ภายใน 10 นาที >80%	96%	92%	82%
			-อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับการส่งต่อ ภายใน 90 นาที >90%	100%	100%	100%

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
1. การเข้าถึงบริการ						
			อัตราของผู้ป่วย Stroke ได้รับการ ส่งต่อภายใน 60 นาที 80%	96%	94%	97%
			ร้อยละการส่งต่อ ผู้ป่วยCovid-19 <5%	NA	0.31%	0.21%
			ร้อยละผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ภายใน 3 ชม.หลัง มีอาการ >60%	81%	100%	92%

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก การใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
1. การเข้าถึงบริการ						
			-ร้อยละผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ภายใน 2 ชม. หลังมีอาการ >60%	62%	61.4%	60%
			-อัตราผู้ป่วยHIมา ด้วยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน EMS>50%	22.77%	43.75%	37.70%

--	--	--	--	--	--	--

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก การใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565

2. การประเมินผู้ป่วย

2.1 การ Triage	-ผู้ป่วยได้รับการ ประเมินเบื้องต้นเข้า รับการรักษาตาม ความเร่งด่วน ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย	-แยกประเภทผู้ป่วย ไม่ถูกต้องและ ได้รับการดูแล ล่าช้า	-อุบัติการณ์การคัด แยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* 0 ราย			
			ร้อยละของการคัด แยก under triage ที่ ER<2%	2.10%	1.94%	2%

			-ร้อยละของการ คัดแยก over triage ที่ ER<5%			
--	--	--	--	--	--	--

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565

3. การดูแลรักษา

3.1การ ช่วยชีวิต ฉุกเฉิน	-ผู้ป่วยได้รับการ รักษาอย่าง มี ประสิทธิภาพตาม มาตรฐาน ด้วยความ รวดเร็ว ครอบคลุม ปลอดภัย	-ผู้ป่วยได้รับการ รักษาล่าช้า -อาการทรุดลง ระหว่างรอการรักษา	-จำนวนอุบัติการณ์ การวินิจฉัย คลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่ มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้น ไป*0 ราย	6	4	1
			-Miss /Delay Diagnosis Sepsis 0 ราย	2	3	3

			-Miss /Delay Diagnosis Pneumonia 0 ราย	1	1	1
--	--	--	--	---	---	---

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
3. การดูแลรักษา						
			-Miss /Delay Diagnosis Appendicitis	3	0	0
			-Miss /Delay Diagnosis Stroke	0	0	0
			-จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตโดยไม่ คาดฝัน ไม่เกิน 2 ราย	0	0	0

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
3. การดูแลรักษา						
			อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิต 8%	0	0	0
			-อัตราการตายด้วย ผู้ป่วย sepsis <26%	13%	0	3%
			อัตราการเสียชีวิต HI<2%	2.70%	2.08%	6.55%
			-อัตราตายของ ผู้ป่วยโควิด-19 <5%	NA	0.12%	0.15%
			-อัตราการ	0.41%	0.25%	0.22%

			Re-visit<10%			
			-อัตราการ Re-admitted <3.5%	2.23%	1.90%	1.46%

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565

3. การดูแลรักษา

3.2การทำ หัตถการ / การ ระบุตัวตน ผู้ป่วย/การส่ง ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	-ผู้ป่วยได้รับการทำ หัตถการถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ -ผู้ป่วยได้รับการระบุ ตัวตนถูกต้องไม่เกิด การผิดพลาด -การส่งตรวจ/เก็บสิ่ง ส่งตรวจ LAB , X-RAY ถูกคน ถูกตำแหน่ง	-เกิดการผิดพลาด ด้านการส่งตรวจ/ เก็บสิ่งส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/การ ส่งX-Ray ผิด ตำแหน่ง -เกิดการระบุตัว ผู้ป่วยผิดพลาด	- จำนวน อุบัติเหตุตรวจ รักษา/สั่งยา/ทำ หัตถการผิดพลาด 0 ครั้ง	11	10	14
			อุบัติเหตุการ ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาดทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* 0 ราย	0	0	0
			- ลงทะเบียน/คัด กรอง/ซักประวัติ/	4	3	1

			ออกน้ดผิตพลาต 0ราย			
			-ส่งตรวจ/เก็บสิ่ง ส่งตรวจ LAB ,X- RAY 0 ราย	6	4	5

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
3. การดูแลรักษา						
3.3 การติด เชื้อที่สำคัญ ตามบริบท ของ หน่วยงาน	-ลดอัตราการติดเชื้อ สำคัญตามบริบท หน่วยงาน -ลดอัตราการติดเชื้อ ของบุคลากรจากการ ปฏิบัติหน้าที่	-ผู้ป่วยที่ใส่สายสวน ปัสสาวะเกิดการติด เชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ -บุคลากรติดเชื้อ covid-19จากการ ปฏิบัติหน้าที่	-อัตราการติดเชื้อ ระบบทางเดิน ปัสสาวะจากการ คาสายสวน ปัสสาวะ (CAUTI/1,000 Cath.Days)* <2:1000	0.30	0	0

			-อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (TB/COVID19) 0 ราย	0/0 ราย	0/2 ราย	0/32 ราย
--	--	--	--	---------	---------	----------

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากการ ใช้กระบวนการ	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)	ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี		
				2563	2564	2565
3. การดูแลรักษา						
			-จำนวนเจ้าหน้าที่ ได้รับอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด/สาร คัดหลังหรือของมี คมที่มตำขณะ ปฏิบัติงาน 0 ครั้ง	6ครั้ง	3ครั้ง	2ครั้ง
			-อัตราการล้างมือ ถูกต้อง 7 ขั้นตอน	76%	81%	86%

			และ 5 moment>80%			
			อัตราการใช้ PPE เหมาะสม>80%	95%	95%	96%

3. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

3.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

3.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
1. การเข้าถึงบริการ 1.1 การรับส่งผู้ป่วย	การออกปฏิบัติการ EMS ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	พัฒนาความพร้อมของทีมในการออกปฏิบัติการEMS และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. การประเมินผู้ป่วย 2.1 การ Triage	กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย	พัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการ Triage ผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจและมีประสิทธิภาพ

<p>3. การดูแลรักษา</p> <p>3.1 การช่วยชีวิตฉุกเฉิน</p> <p>3.2 การทำหัตถการ / การระบุตัวตนผู้ป่วย/การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>3.3 การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของหน่วยงาน</p>	<p>กระบวนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-มีการกำหนด Clinical Tracer ดูแลผู้ป่วยตามลักษณะอาการทางคลินิกและการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>-มีCPG และแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายโรค เช่น MI Stroke Sepsis</p> <p>-มีการกำหนด Early warning sing ในผู้ป่วยฉุกเฉิน</p>	<p>-พัฒนา Clinical Tracer ดูแลผู้ป่วยตามลักษณะอาการทางคลินิกและการช่วยเหลือเบื้องต้นให้ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>-พัฒนาCPG และแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายโรค เช่น MI Stroke Sepsis</p>
--	---	---

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
	<p>-มีแบบฟอร์มการบันทึกการเฝ้าระวังที่ต่อเนื่องชัดเจน</p> <p>กระบวนการตรวจสอบ</p> <p>เวชระเบียน/ผู้ป่วย/หัตถการ</p> <p>-การระบุตัวตนผู้ป่วย/ การตรวจสอบสิทธิบัตรตลอดจนการตรวจสอบคำสั่งการรักษาและหัตถการ</p>	<p>-พัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียน/การระบุตัวตน/การใช้ระบบ paperless</p>

	<p>กระบวนการป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>-จัดทำ BUNDLE เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่ม CAUTI</p> <p>-ได้จัดทำคู่มือเกี่ยวกับงาน IC เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ทันสมัย คือ คู่มือ Standard precaution</p> <p>-จัดทำจุดตรวจ ARI Clinic เพื่อให้บริการโรกระบบทางเดินหายใจแบบ One stop service</p>	<p>-พัฒนาจุดตรวจ ARI Clinic เพื่อให้บริการโรกระบบทางเดินหายใจแบบ One stop service</p>
--	--	---

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
	<p>-จัดทำจุดแยกโรกระบบทางเดินหายใจที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองเสมหะและทางอากาศ</p>	

ผลลัพธ์

มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกเวร และนำประเด็นปัญหาสำคัญเข้าทบทวนในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และนำประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญเข้าประชุม PCT ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพร่วมกัน มีระบบการทบทวน Dead case conference ร่วมกันกับแพทย์ ให้ความรู้ เสนอความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ไขกำหนดแนวทางปฏิบัติและการขอปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

3.3 การทบทวนการส่งต่อ

ในรอบ 1 ปี หน่วยงานอุบัติเหตุ – จุกเฉิน มีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 709 รายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ 185 ราย (26.11%) สาเหตุการส่งต่อคือ เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะให้การรักษาได้ ไม่มีเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ และขาดบุคลากรสาขาดังกล่าว

ประเด็นสำคัญที่นำมาวิเคราะห์

1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ
2. การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ
3. การติดต่อประสานงาน

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. จัดทำคู่มือในเรื่องการดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล , การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการส่งต่อ
2. อบรมให้ความรู้กับพยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้การพยาบาลบนรถพยาบาล
3. ทบทวนพยาบาลในหน่วยงานในเรื่องการให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อให้ครบถ้วน โดยเฉพาะในเรื่องการห้ามเลือด , การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การตามกระดูก และการให้ออกซิเจนอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. มีการประเมินถึงคุณภาพความเหมาะสมของการส่งต่อ

5. จัดทำแบบประเมินการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ
6. ใช้ใบประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาก่อนส่ง ระหว่างส่ง และนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงในทีม
7. ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ มีแบบบันทึกการดูแล เพื่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้โรงพยาบาลรับส่งต่อทราบ
8. ทบทวนกิจกรรมการส่งต่อ เพื่อปรับปรุงระบบบริการให้ดี
9. นำอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมมาปรับปรุงพัฒนาระบบ

ผลลัพธ์

1. มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
2. การประเมินผลการปฐมพยาบาลของโรงพยาบาลภักดีชุมพล ในด้านการห้ามเลือด, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การดามกระดูก และการให้ออกซิเจนอย่างถูกต้อง เหมาะสม
3. ไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการส่งต่อ
4. มีแบบบันทึกทางการพยาบาลในระหว่างส่งต่อ

4. แผนการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา
1.พัฒนาคุณภาพของทีมEMS ในการออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	-ทีม ACLS ออกปฏิบัติการภายใน 5 นาที ร้อยละ 90 -การดูแลผู้ป่วย ณ	ต.ค.-ก.ย. 2565

		จุดเกิดเหตุมีความถูกต้อง 100%	
2. พัฒนาคุณภาพการคัดกรอง ผู้ป่วย	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ คัดกรองจัดลำดับการดูแล ถูกต้อง	-ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จากการคัดกรองผิดพลาด น้อยกว่าร้อยละ 5	พ.ย.-ธ.ค. 2565
3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ACS	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	-ผู้ป่วย STEMI,R/O STEMI เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ 60 -ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ได้ EKG ภายใน 10 นาที มากกว่า ร้อยละ 90 -ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็น STEMI ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ	ม.ค.-ก.พ. 2566
การพัฒนาคุณภาพ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา
4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงมากกว่า ร้อยละ 60	มี.ค.-เม.ย. 2566

5.พัฒนาคุณภาพการ CPR	-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน	-ผู้ป่วยArrest ภายใน 4 นาทีมีชีวิตรอดหลัง CPR มากกว่าร้อยละ 60	พ.ค.-มิ.ย. 2566
6. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ส่งต่อ	-เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการ ต่อได้รับการดูแลที่รวด เร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	-ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแล ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 96	ก.ค.-ส.ค. 2566
7. พัฒนาการบันทึก เวชระเบียน	-เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วย มีความสมบูรณ์เป็น หลักฐานอ้างอิงได้	ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนมากกว่าร้อยละ 80	ส.ค.-ก.ย. 2566

Service Profile

งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภักดีชุมพล

1. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานผู้ป่วยนอกมีภารกิจในการกำกับดูแลการให้บริการคัดกรอง และ ตรวจรักษาพยาบาลแก่ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ในเขตพื้นที่อำเภอภักดีชุมพล และอำเภอใกล้เคียง

การปฏิบัติงานของงานผู้ป่วยนอก แบ่งพื้นที่ออกเป็น จุดคัดกรองแยกประเภทผู้รับบริการ และบริการวัดสัญญาณชีพที่อยู่ด้านหน้าห้องบัตร จุดบริการซักประวัติและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มีห้องตรวจโรคจำนวน 3 ห้อง ห้องตรวจอัลตราซาวด์และตรวจภายในร่วมด้วยจำนวน 1 ห้อง มี บุคลากรปฏิบัติงานทั้งสิ้นจำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน การ ให้บริการแก่ผู้รับบริการจะได้รับการคัดกรองเบื้องต้นโดยพยาบาลวิชาชีพ มีการให้คำแนะนำ และ ข้อมูลที่เป็นแก่ผู้รับบริการ มีการพิทักษ์สิทธิตลอดเวลา ป้องกันการเข้าถึงข้อมูล หรือเปิดเผย ความลับของผู้รับบริการโดย จัดให้มีเจ้าหน้าที่เดินส่งผู้รับบริการและเวชระเบียนไปทุกจุดบริการ มีการประสานการปฏิบัติงานกับภายในและภายนอกหน่วยงานต่างๆ เป็นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักเรียน นักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยต่างๆ และฝึกทักษะการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ใน ส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งปัจจุบันใช้โปรแกรม Hos XP บันทึกข้อมูลผู้รับบริการร่วมกับบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน

ข.ขอบเขตการให้บริการ

ขอบเขตการให้บริการ จะให้บริการคัดกรอง ดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยนอกทั่วไป ตั้งแต่ยื่นบัตรจนถึงรับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ ในเวลาราชการ

5 อันดับโรคที่พบบ่อย

1. โรคไข้หวัด
2. โรคอุจจาระร่วง
3. โรคปวดท้องช่วงบน
4. ไข้
5. ไชมันในเลือดสูง

จาก 5 อันดับโรคที่เข้ารับบริการบ่อย โดยมีจำนวนครั้งของการรับบริการเรียงลำดับจาก มากที่สุดคือโรคไข้หวัด ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นไข้หวัดอยู่ในวัยเด็ก ทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตรหลาน และไม่ทราบวิธีการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การ เช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องวิธี อีกทั้งยังมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ จะทำให้เด็กมีอาการชัก เกร็งได้ แผนกผู้ป่วยนอกจึงได้เน้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค และการ ดูแลบุตรหลานเบื้องต้น การรับประทานยาลดไข้ พร้อมทั้ง สาธิต วิธีการเช็ดตัวลดไข้ เพื่อให้ ผู้ปกครอง สามารถดูแลบุตรหลานที่เป็นไข้หวัดได้ถูกต้องเหมาะสมในครั้งต่อไป

ข้อจำกัดที่สำคัญ

1. มีข้อจำกัดในขีดความสามารถในการดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคติดเชื้อชนิดที่รุนแรง โรคต่อมไทรอยด์ที่ซับซ้อน โรกระบบประสาทที่ซับซ้อน โดยผู้ป่วยโรคเหล่านี้ จะถูกส่งไป รพ.ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า เช่น รพ.มหाराชนครราชสีมา รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ กทม. เป็นต้น

2. ข้อจำกัดด้านชั้นสูตร ไม่สามารถทำได้บางรายการ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยหรือ สิ่งส่งตรวจไปชั้นสูตรที่อื่น เช่นที่รพ.ชัยภูมิ หรือ ศูนย์วิทยาศาสตร์นครราชสีมา เป็นต้น

วิสัยทัศน์: ให้บริการดูแล รักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการ

พันธกิจ: พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ค่านิยม: ทำงานประจำให้ดี มีทีมร่วมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย: ผู้รับบริการได้รับการดูแล รักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และเกิดความพึงพอใจในบริการ

ค.ผู้รับผลงาน และความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน(ลูกค้า)	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. ลูกค้าภายนอก - ผู้ป่วย/ญาติ	<ul style="list-style-type: none">- สถานที่และสิ่งแวดล้อมสะอาดร่มรื่น มีที่จอดรถเพียงพอ- ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่นและเป็นกันเอง- ได้รับความเสมอภาค และเท่าเทียมกัน- ได้รับทราบขั้นตอนการรับบริการ- ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และ ปลอดภัย- ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน- มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา- ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว- ได้รับการรักษาตามสิทธิที่ถูกต้อง

ผู้รับผลงาน(ลูกค้า)	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- ผู้รับบริการทั่วไป เช่นตำรวจ ตัวแทนประกันฯ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นจริง - ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว - ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจน
- โรงพยาบาลอื่นๆ/สถานีนอนมัยที่ ส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับใบตอบกลับการส่งต่อ รวดเร็ว อ่านออก - ทราบผลการดูแลที่ต่อเนื่อง
2. ลูกค้าภายใน <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ซักประวัติผู้ป่วยครอบคลุม ตรงกับภาวะเจ็บป่วย - ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยา การผ่าตัด - เตรียมอุปกรณ์การตรวจเพียงพอ - เตรียมเอกสารที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน - รายงานอาการเปลี่ยนแปลง
- งานชั้นสูตร	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลการส่งตรวจชั้นสูตรของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- งานแปล	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานเรื่องชนิดของรถตามสภาพผู้ป่วย
- งานเอ็กซเรย์	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลการส่งตรวจเอ็กซเรย์ของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- ฝ่ายเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบสิทธิการรักษาอย่างถูกต้อง - บันทึกการสั่งยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- ฝ่ายทันตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบสิทธิการรักษาอย่างถูกต้อง - ส่งข้อมูลและประวัติผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงคน - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- งานห้องบัตร	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเวชระเบียนคืนให้ครบถ้วน ในเวลาที่กำหนด ไม่เสียหาย และไม่สูญหาย - มีการติดต่อสื่อสาร และประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- งานห้องคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็ว - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รับผลงาน(ลูกค้า)	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- งานห้องผ่าตัด	- ได้รับข้อมูล/ประวัติของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็ว - มีการติดต่อสื่อสารและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการรับ-ส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและปลอดภัย
- งานผู้ป่วยใน	- กรอกข้อความใน Head Note ให้ครบถ้วน - ส่งผู้ป่วยทำหัตถการต่างๆก่อน Admit - ประสานงานให้ทราบเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย
- งานจ่ายกลางและซักฟอก	- เบิกและรับของตรงเวลา - นับจำนวนของส่งหนึ่งให้พอดีกับจำนวนที่ส่ง
-งานกายภาพบำบัด	- ส่งต่อผู้ป่วยและเวชระเบียนเพื่อทำกายภาพบำบัด และขออุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์พยุงหลัง
-งานเวชกรรมฟื้นฟู(นวดแผนไทย)	- ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก โดยใช้ยาสมุนไพรและนวดแผนไทย

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
2. พัฒนาระบบการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน
3. ลดรอบและระยะเวลาารอรับบริการ
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

1. การระบุนยืนยันตัวบุคคลเข้ารับบริการ ถูกต้อง ถูกคน ตรงกับเวชระเบียน
2. ระยะเวลาการรอคอยลดลง
3. การดูแลผู้ป่วยอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน ได้รับการดูแลเบื้องต้นและทันเวลา
4. ผู้ป่วยมารับบริการผิคนัดลดลง
5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

การปฏิบัติงานของงานผู้ป่วยนอก แบ่งพื้นที่ออกเป็น จุดคัดกรองและจุดวัดสัญญาณชีพ หน้าห้องบัตร ชักประวัติและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มีห้องตรวจโรคจำนวน 3 ห้อง มีห้องตรวจโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 1 ห้อง ห้องตรวจอัลตราซาวด์และตรวจภายในร่วมด้วย จำนวน1ห้อง มีบุคลากรปฏิบัติงาน ทั้งสิ้นจำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผู้ช่วยเหลือ คนไข้ 2

ระบบการบันทึกข้อมูล บันทึกประวัติการรักษาลงในแฟ้มประวัติ และบันทึกลงในโปรแกรม Hospital XP ในคอมพิวเตอร์

เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในงานบริการผู้ป่วยนอก (ระบุจำนวนขั้นต่ำที่มีในหน่วยงาน)

- เครื่องมือตรวจหูตา คอ จมูก ในห้องตรวจโรค 3 ห้อง จำนวน 3 ชุด
- ไฟฉาย จำนวน 4 กระบอก
- เครื่อง อัลตราซาวด์ จำนวน 1 เครื่อง
- เตียง ตรวจภายใน จำนวน 1 เตียง
- พรอท Digital จำนวน 1 อัน
- เครื่องวัดความดันโลหิตตั้งโต๊ะ จำนวน 2 เครื่อง
- เครื่องวัดความดันโลหิตตั้งพื้น จำนวน 3 เครื่อง
- เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอล จำนวน 3 เครื่อง
- เครื่องชั่งน้ำหนัก ผู้ใหญ่ จำนวน 2 เครื่อง
- เครื่องชั่งน้ำหนัก เด็ก จำนวน 1 เครื่อง
- คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์งานทั่วไป จำนวน 5 เครื่อง
- หูฟัง Stethoscope จำนวน 5 อัน

2.กระบวนการสำคัญ (KEY PROCESSES)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	<ul style="list-style-type: none">- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองอาการ เพื่อตรวจตามแผนกต่างๆได้ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none">- อัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก
2. การประเมินผู้ป่วยและการซักประวัติ	<ul style="list-style-type: none">- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ และ ปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องครบถ้วน เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none">- อัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก

3.การดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงมีการประสานงานที่ดีระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยบริการ เพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ภายใต้หลักฐานทางวิชาการ หรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม - ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเองเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่เป็น 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ Re – visit ด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชม. หลังจำหน่าย โดยไม่ได้วางแผน - อัตราการเกิดภาวะชักจากไข้ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในเด็กอายุ 0-6ปี
------------------	---	--

3.ตัวชี้วัดและผลดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	> 80%	80.32	80.01	80.25	81.64	81.70
2. อัตราการ Re – visit ด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชม. หลังจำหน่าย โดยไม่ได้วางแผน	< 10 %	0.37	0.48	0.41	0.25	0.22
3.จำนวนการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก	0	2	0	0	0	1
4.อัตราข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข	≥ ร้อยละ 80	100	100	100	100	100
5.อัตราการเกิดภาวะชักจากไข้ขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในเด็กอายุ 0-6 ปี	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0

จากตารางพบว่า

- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากงานผู้ป่วยนอกได้มีการปรับปรุงห้องตรวจโรค สวยงาม สะอาด ทันสมัย มีระบบการเรียกคิว และแสดงคิวผู้ป่วย

ที่มารับบริการผ่านเครื่องเรียกคิวอัตโนมัติ ทำให้ ผู้ป่วยสามารถ คาดคะเน เวลาที่จะได้รับบริการได้ และสามารถไปทำธุระอย่างอื่นได้ในระหว่างที่รอตรวจ ด้านการบริการ งานผู้ป่วยนอกได้ เพิ่มพยาบาลขึ้นมา 1 อัตรา เพื่อช่วยในการซักประวัติ และให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วและดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังได้มีการปรับเปลี่ยนระบบใช้ตู้ ลงทะเบียนอัตโนมัติ(Kiosk) ทำให้ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียนรับบริการได้ด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่ และได้ยกเลิกการใช้ OPD card มาใช้ระบบ paperless โดยมีการลงข้อมูลของผู้ป่วยลงในระบบ Hos XP ทั้งหมด อีกทั้งยังมีการเพิ่มระบบบริการ ส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรค โควิด 19 ในรายที่อาการคงที่ ผลเลือดดี ไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ส่วนข้อที่ความพึงพอใจน้อยคือ ปี 2563-2565 อยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ทำให้งานผู้ป่วยนอกต้องจำกัดเก้าอี้ ให้มีการเว้นระยะห่าง ทำให้จำนวนเก้าอี้สำหรับผู้รับบริการน้อยลง ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงปรับปรุงขยายพื้นที่ และจัดหาเก้าอี้รองรับบริการมาเพิ่มเติม เมื่อขยายพื้นที่เสร็จเรียบร้อย

- อัตราการ Re - visit มีแนวโน้มลดลง และโรคที่มีอัตราการ Re - visit สูงที่สุด 3 ลำดับแรกยังเป็นโรคเดิม คือ common cold, dyspepsia และ dizziness ตามลำดับ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ทบทวนเคส พบว่าโรค common cold กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเด็ก ซึ่งจะกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมเนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตรหลาน และไม่ทราบวิธีการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานยาลดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง อีกทั้ง เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกันกับ common cold จึงทำให้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ส่วนโรค dyspepsia สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีพฤติกรรมภารกิจที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การดื่มสุรา และโรค dizziness พบในวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งอาการเวียนศีรษะมักจะส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน บางคนไม่สามารถทำงานได้ มีความกังวลว่าอาจจะต้องหยุดงานหลายวันและยังมีอาการอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับพบแพทย์อีกครั้ง จากการทบทวนเคส ทำให้ทราบว่าสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของญาติและผู้ป่วยเอง

งานผู้ป่วยนอกจึงได้เพิ่มอัตรากำลังในการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วย ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค คลายความวิตกกังวล

- จำนวนการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้นได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายโรค เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1 มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ในผู้รับบริการแบบ One stop service ดังนี้

- มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้รับบริการ
- มีการแยกโซนผู้รับบริการที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และติดป้ายชัดเจน
- มีพยาบาลวิชาชีพดูแลและช่วยแพทย์ขณะตรวจ

4.1.2 มีการปรับเกณฑ์การคัดกรองตามเกณฑ์ของER เพื่อความชัดเจนในการส่งผู้รับบริการให้ถูกแผนก และให้การดูแลช่วยเหลือได้ทันที่ ป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก

4.1.3 การจัดระบบบริการเพื่อลดรอบและระยะเวลาารับบริการ

- มีการจัดระบบการเรียกซักประวัติโดยผู้รับบริการที่นั่งอาหารมาเพื่อตรวจเลือดจะได้ซักประวัติก่อนเพื่อที่จะได้ไปเจาะเลือด และรับประทานอาหารในระหว่างรอผลเลือด เมื่อได้ผลเลือดมาแล้วจะได้เข้าพบแพทย์ตามลำดับคิวที่ได้รับ

- จัดทำป้ายสื่อสารกับแผนกต่างๆที่ส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่ต้องส่งต่อไปหลายๆแผนกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่องไม่ต้องย้อนกลับเข้ามา

- มีแนวทางในการปฏิบัติในการส่งตรวจส่งตรวจก่อนพบแพทย์ โดยหลังจากที่พยาบาลซักประวัติแล้ว หากพบอาการผิดปกติเช่น ไอเรื้อรังตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปหรือไอ มีเลือดปน ให้ส่งเสมหะ และเอ็กซเรย์ปอดไว้รอแพทย์ได้ เมื่อถึงคิว แพทย์สามารถดูผลได้ทันทีโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ก่อน

4.2 การพัฒนาที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1 พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยในงานผู้ป่วยนอก

4.2.2 พัฒนาพฤติกรรมบริการงานผู้ป่วยนอก

5. การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการหรือมีแผนจะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
2. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด

Service Profile ฝ่ายทันตสาธารณสุข

ปี 2565

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

บุคลากรฝ่ายทันตสาธารณสุขให้บริการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในเขตอำเภอภักดีชุมพลและพื้นที่ใกล้เคียงตามมาตรฐานวิชาชีพ มีกิจกรรมส่งเสริมร่วมกับเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้คำแนะนำทันตสุขศึกษาและทำกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นจากหญิงตั้งครรภ์ คลินิกเด็กดี ผู้ปกครองและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กนักเรียนระดับอนุบาล ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ จนถึงกลุ่มผู้พิการที่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการทำความสะดวกช่องปาก หรือผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยปรับเปลี่ยนคำแนะนำให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการกิจกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในด้านการรักษา ให้บริการตรวจ อุดฟัน ชูดหินปูน เกลาราก ถอนฟัน ผ่าฟันคุด รักษาโรคฟันน้ำนมและฟันแท้ ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้และติดแน่น จัดฟันด้วยเครื่องมือชนิดถอดได้เพื่อแก้ไขฟันหน้าสบไขว้เฉพาะชี้ ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการในวันจันทร์ อังคาร พุธ และพฤหัสบดี

นอกจากยังออกให้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเจียงและคลองจันทาเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่อยู่ห่างไกล เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลยากลำบากเดือนละ 1 ครั้ง

จัดอบรมเพิ่มศักยภาพเครือข่าย ได้แก่ อสม. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ซึ่งมักอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพในตำบลบ้านเจียง ซึ่งอยู่ห่างไกลโรงพยาบาลอบรม care giver เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้พิการได้อย่างเหมาะสม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
หญิงตั้งครรภ์	- ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะเกี่ยวกับอาการเหงือกอักเสบที่จะพบได้เนื่องจากฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลง - ได้รับการสอนการแปรงฟันและฟloss แปรงฟัน - ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - ได้รับการรักษาในช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
เด็กปฐมวัย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการขึ้นของฟันน้ำนม การทำความสะอาดช่วงที่ฟันน้ำนมยังไม่ขึ้น และกำลังขึ้นด้วยผ้าชุบน้ำเช็ด เมื่อฟันน้ำนมขึ้นแล้วสามารถใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กและยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์พอเพียงทำความสะอาดได้อย่างเหมาะสม - ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประเภทอาหารที่สามารถให้เด็กรับประทานได้แล้วไม่ส่งผลให้เกิดฟันผุ การเลิกขวดนม - ผู้ดูแลได้รับการสอนการแปรงฟันและฝึกแปรงฟันให้เด็ก - ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วานิชเมื่อฟันน้ำนมขึ้น - ได้รับการรักษาตามความเหมาะสมกับความร่วมมือของเด็ก
เด็กนักเรียนประถมศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคฟันผุ อาหารที่ทำให้ฟันผุ การแปรงฟัน - ได้รับการตรวจช่องปาก และรับการรักษาที่เหมาะสม - ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้
เด็กนักเรียนมัธยมศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ การแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน - ได้รับการฝึกแปรงฟัน
ผู้ป่วยเบาหวาน	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคปริทันต์ การแปรงฟัน ใช้แปรงชอกฟัน การใส่ฟันเทียม - ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม
ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคปริทันต์ การแปรงฟัน ใช้แปรงชอกฟัน การใส่ฟันเทียม - ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม เตรียมช่องปากเพื่อใส่ฟันเทียม และใส่ฟันเทียม
ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลและ/หรือ ผู้พิการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการแปรงฟัน การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้า - ได้รับการตรวจช่องปากและรับการรักษาตามความเหมาะสม
ประชาชนทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการตรวจคัดกรอง และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน - ได้รับการรักษาตามอาการสำคัญ (Chief complaint) อย่างสุภาพ นุ่มนวลและวางแผนการรักษาสำหรับการรักษาที่นอกเหนือจากอาการสำคัญ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

เพื่อป้องกันการร้องเรียนจากผู้ป่วยเมื่อมารับบริการทางทันตกรรมและผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้ปฏิบัติดังนี้

1. เรียกชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยเพื่อเข้ามารับบริการทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
2. ให้มีการตรวจคัดกรองผู้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่ของฝ่ายทันตสาธารณสุข ชักประวัติเกี่ยวกับอาการนำและประเมินสัญญาณชีพผู้รับบริการทุกคน โดยเฉพาะกรณีที่เกิดการอาจส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ ส่งถ่ายภาพรังสีเพื่อการวินิจฉัย และกรณีถอนฟันแท้ที่ไม่โยกหรือต้องการรักษาราก ผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม กรณีที่ต้องรอรับการรักษาานานกว่าปกติ หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวซึ่งไม่สามารถรับการรักษาได้ทันที จะแจ้งผู้ป่วยให้ทราบเพื่อตัดสินใจว่าจะรอรับบริการหรือนัดเพื่อรับการรักษาในวันที่สะดวก
 - 2.1 ในกรณีที่คนไข้ต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีก่อนทำหัตถการ เจ้าหน้าที่ต้องมีตรวจสอบชื่อ-นามสกุลคนไข้ และ ฟันที่ต้องการถ่ายอีกครั้ง เพื่อป้องกันการถ่ายภาพรังสีผิดตำแหน่ง
3. ผู้ให้การรักษาดูตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล โรคประจำตัว และหัตถการที่ผู้ป่วยต้องการรับการรักษาอีกครั้ง ก่อนให้การรักษาแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการรักษาผิดคน ผิดซี่
4. ตรวจบริเวณที่เป็น Chief complain และช่องปากโดยรอบ ให้การรักษาตามหลัก Universal Precaution กรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือต้องอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงความจำเป็นในการใช้ที่รัดตัวเด็กเพื่อความปลอดภัยขณะรับการรักษา รวมถึงกรณีที่คนไข้ยังไม่บรรลุนิติภาวะที่ได้รับการถอนฟันแท้ จำเป็นต้องมีการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนการถอนฟันแท้ทุกครั้ง เพื่อป้องกันสิทธิประโยชน์ของคนไข้
5. ภายหลังการรักษา ผู้ให้การรักษาให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือญาติ ถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ สอบถามการแพ้ยาและตรวจสอบจาก OPD card ก่อนจ่ายยาและอธิบายวิธีการรับประทานให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติเข้าใจทุกครั้ง
6. กรณีที่หัตถการซับซ้อนยุ่งยากเกินความสามารถของทันตแพทย์จะส่งต่อให้แก่ทันตแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลชัยภูมิต่อไป

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย คือ ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่จะทำให้บรรลุความท้าทายคือ การเน้นกิจกรรมส่งเสริม และให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่ประชาชนแต่ละกลุ่มอายุตามความเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันประชาชนในเขตอำเภอภักดีชุมพล

บัญชีความเสี่ยงที่สำคัญและแนวทางป้องกัน

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน
1. การทำหัตถการผิดชี้ ผิดตำแหน่ง	- ตรวจสอบ Chief complaint จาก OPD card ก่อนทำหัตถการ - ชักประวัติโรคประจำตัว Chief complaintผู้ป่วยซักก่อนทำหัตถการ - ตรวจในช่องปากเพิ่มเติม เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการรักษากับผู้ป่วย
2. การเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการรักษาทางทันตกรรม	- วัดสัญญาณชีพก่อนทำหัตถการ - ชักประวัติโรคประจำตัวที่การทำหัตถการอาจส่งผลกระทบต่อ - การใช้ผ้า gauze รองไม่ให้มีชิ้นส่วนใดตกลงไปในคอ
3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำศัลยกรรมช่องปาก	- วัดสัญญาณชีพก่อนทำหัตถการ - ชักประวัติโรคประจำตัวที่การทำหัตถการอาจส่งผลกระทบต่อ - ให้คำแนะนำหลังการรักษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ฝ่ายทันตสาธารณสุข มีบุคลากรประกอบด้วย

- ทันตแพทย์ 3 คน
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3 คน
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้, พนักงานบริการ 5 คน

ลงข้อมูลการรักษาในโปรแกรม HosXP และรายงานผลงานผ่านเว็บไซต์ ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ผลงานเคลือบหลุมร่องฟันแท้ในเด็กประถมศึกษา เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม power BI ซึ่งช่วยให้เปรียบเทียบผลงานของอำเภอภักดีชุมพลกับอำเภออื่นๆ ในจังหวัดชัยภูมิได้

จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรม (ครั้ง) ในปีงบประมาณ

จำนวนปริมาณงาน ฝ่ายทันตสาธารณสุข	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
รพ.ภักดีชุมพล	8,827	9,168	11,913	12,025	10,766	6,780	6,960
รพ.เนินสง่า (รพ.เทียบเคียง)	6,619	8,132	7,952	8,783	6,842	4,356	3,136

ทรัพยากร

เก้าอี้ทำฟัน	5	ตัว
ชุดทำฟันชนิดเคลื่อนที่ได้	4	ชุด

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การตรวจประเมิน ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ ตรวจวินิจฉัยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินโรคทางระบบและเตรียมผู้ป่วย (กรณีจำเป็น) ก่อนรับการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย - อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการรักษาทางทันตกรรม - อุบัติการณ์การเกิดความล้มเหลวในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเนื่องจากใช้เวลาเกิน 4 นาที
การรักษาฉุกเฉิน/ ช่องทางด่วน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในสถานะฉุกเฉินทางทันตกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการบวม มีหนอง ฟันที่ปวดและต้องการรักษารากฟัน ฟันหลุด - ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุซึ่งส่งผลต่อในช่องปากและขากรรไกร พระภิกษุได้รับการรักษาภายในวันนั้น 	

การรักษาทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทาง	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ	- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำศัลยกรรมช่องปาก - จำนวนอุบัติเหตุที่ผู้ป่วยกลับมาหลังรับการรักษาที่ตำแหน่งเดิม
การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ	- มีการตรวจและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย นักเรียนชั้นประถมศึกษา	- ติดตามจาก service plan ในระบบ HDC ชัยภูมิ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

3.1 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย

นิยาม ผู้รับบริการที่สามารถอ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ มารับการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเฉพาะทางและการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

วิธีการเก็บ แบบสอบถามความพึงพอใจประจำฝ่ายทันตกรรมและแบบสอบถามความพึงพอใจจากหน่วยงานพัฒนาบุคคล (HR) ของโรงพยาบาล โดยผ่านการประเมินแบบออนไลน์ link ,QR code

หน่วยการเก็บ อัตราความพึงพอใจ

ระยะเวลาในการเก็บ ทุกปี (รายงานผลรายเดือน)

ผู้เก็บ น.ส. ปันรส แสงตระกูลมกล

3.2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการรักษาทางทันตกรรม

นิยาม การเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การเกิดภาวะที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้หายใจไม่ออกทันที, หมดสติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ, ระบบหายใจล้มเหลว กระสับกระส่าย หายใจเร็วมากหรือช้ามาก, หายใจลำบาก, เจ็บหน้าอกรุนแรง ปวดแน่น, ซีด สับสนหรือไม่รู้สีกตัว มีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท, คลำชีพจรไม่ได้, ชีพจรน้อยกว่า 50 หรือมากกว่า 150 ครั้ง/นาที, ชักตลอดเวลา ต่อเนื่องหลายครั้ง, ความดันโลหิตซิสโตลิก \geq 180 มม.ปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก \geq 110 มม.ปรอท, แขนข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง, มีเลือดออกโดยควบคุมไม่ได้ร่วมกับมีภาวะซีด, ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเหงื่อออก ใจสั่น ซึม ระหว่างให้การรักษาทางทันตกรรม หรือหลังให้การรักษาเสร็จแล้วและยังอยู่ภายในโรงพยาบาล

วิธีการเก็บ แบบบันทึกอุบัติเหตุฝ่ายทันตสาธารณสุข

หน่วยการเก็บ ราย

ระยะเวลาในการเก็บ	ทุกปี
เป้าหมาย	0 ราย
ผู้เก็บ	นางสาวปัทมา แสงตระกูลกมล

3.3 อุบัติการณ์การเกิดความล้มเหลวในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเนื่องจากใช้เวลาเกิน 4 นาที

นิยาม ผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การเกิดภาวะที่มีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้หายใจไม่ออกทันที, หดสติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจ, ระบบหายใจล้มเหลว กระสับกระส่าย หายใจเร็วมากหรือช้ามาก, หายใจลำบาก, เจ็บหน้าอกรุนแรง ปวดแน่น, ช็อค สับสน หรือไม่รู้สึกรู้ตัว มีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท, คลำชีพจรไม่ได้, ชีพจรน้อยกว่า 50 หรือมากกว่า 150 ครั้ง/นาที, ชักตลอดเวลา ต่อเนื่องหลายครั้ง, ความดันโลหิตซิสโตลิก > 180 มม.ปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก > 110 มม.ปรอท, แขนข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง, มีเลือดออกโดยควบคุมไม่ได้ร่วมกับมีภาวะช็อค, ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเหงื่อออก ใจสั่น ซึม ระหว่างให้การรักษาทางทันตกรรม หรือหลังให้การรักษาเสร็จแล้วและยังอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาหรือแก้ไขเบื้องต้นภายใน 4 นาที

วิธีการเก็บ	แบบบันทึกอุบัติการณ์ฝ่ายทันตสาธารณสุข
หน่วยในการเก็บ	ราย
ระยะเวลาในการเก็บ	ทุกปี
เป้าหมาย	0 ราย
ผู้เก็บ	น.ส. ปัทมา แสงตระกูลกมล

3.4 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำศัลยกรรมช่องปาก

นิยาม ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการติดเชื้อ คือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง หรือผู้ป่วยกลับมาด้วยปัญหาที่มีเลือดไหลไม่หยุด บริเวณแผลที่ทำศัลยกรรมช่องปาก ได้แก่ การถอนฟัน ผ่าฟันคุด กรอกระดูก ตัดชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยมีการล้างแผล และ/หรือการได้รับยาปฏิชีวนะร่วมด้วย

วิธีการเก็บ	แบบบันทึกอุบัติการณ์ฝ่ายทันตสาธารณสุข
หน่วยในการเก็บ	ราย
ระยะเวลาในการเก็บ	ทุกปี
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 1
สูตรในการคิดอัตรา	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังทำศัลยกรรมในช่องปาก}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการศัลยกรรมในช่องปากทั้งปี}} \times 100$
ผู้เก็บ	นายวรพล เพียรจิตเลิศขจร

3.5 จำนวนอุบัติเหตุที่ผู้ป่วยกลับมาหลังรับการรักษาที่ตำแหน่งเดิม

นิยาม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอุดฟันแล้วเกิดอาการดังต่อไปนี้ มีอาการเสียว เศษอาหารติดด้านข้างฟัน วัสดุอุดบิ่น แตกหรือหลุด ผู้ป่วยที่ได้รับการอุดฟันแล้วเกิดเลือดซึมออกมาจากเหงือกเรื่อยๆ ไม่หยุด

วิธีการเก็บ แบบบันทึกอุบัติเหตุฝ่ายทันตสาธารณสุข

หน่วยในการเก็บ ราย

ระยะเวลาในการเก็บ ทุกปี

ผู้เก็บ นายวรพล เพียรจิตเลิศขจร

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1) การตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ระบบงานเดิม (ปี พ.ศ. 2551-2553) ผู้ป่วยที่ไม่ได้นัด จะได้รับการตรวจและรักษาโดย operator คนอื่นๆ

ปัญหา ระยะเวลาการรอคอยนาน ผู้ป่วยบางรายนั่งรอนานแต่เมื่อถึงคิวก็ไม่สามารถรับการรักษได้ เช่น ความดันโลหิตสูงไม่สามารถถอนฟันได้ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรได้รับการถอนฟัน ไม่ได้รับประทานยารักษาโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานเป็นประจำมาก่อน การรักษายุ่งยากต้องใช้เวลาเป็นต้น

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2554-2557) มีการจัดเวร operator เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ได้นัด

วัตถุประสงค์ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยขณะตรวจ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับการรักษได้ในวันนั้นๆ จะได้ไม่ต้องรอนานและได้รับวันนัดหมายสำหรับรับการรักษ ซึ่งมีทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ และทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินได้

ปัญหา มีทันตแพทย์ทั้งหมด 2 คน เมื่อทันตแพทย์ต้องมาตรวจคัดกรอง ทำให้มีทันตแพทย์ที่สามารถให้การักษาเฉพาะทางได้เพียงคนเดียว ส่งผลให้คิวรับการรักษาเฉพาะทางของผู้ป่วยนานเกิน 1 เดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินไม่สามารถรับการรักษได้ อาจต้องเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการรักษาจากเดิมที่สามารถเก็บฟันไว้ได้ กลายเป็นต้องถอนฟันไป

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 2 (ปี พ.ศ. 2557-2560) ทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดแทนทันตแพทย์

วัตถุประสงค์ เพื่อลดระยะเวลาการรอคิวรับการรักษาเฉพาะทาง

ปัญหา ทันตภิบาลที่ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดมีเพียง 2 คน ซึ่งไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดได้ทันเวลาในช่วงเช้า ทำให้ operator ต้องทำงานเกินเวลาพักรับประทานอาหารตอน 12.00 น. ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและมีอาการโรคกระเพาะกำเริบ

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 3 (ปี พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) ทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดและจัดให้มีทันตแพทย์ 1 คนมาช่วยทันตภิบาลให้การรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้นัด เนื่องจากมีอัตรากำลังทันตแพทย์เพิ่มมากขึ้น 1 คน (จากเดิมที่มีทันตแพทย์ 2 คน เพิ่มเป็นทันตแพทย์ 3 คน)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรทั้ง operator และผู้ช่วยได้พักรับประทานอาหารในช่วง 12.00-13.00 น.

2) การคัดกรองผู้ป่วยโรคทางระบบ

มีการทบทวนโรคทางระบบต่างๆ ที่การรักษาทางทันตกรรมอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และคิดแนวทางการรักษาให้ผู้คัดกรองใช้ขณะตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ ได้นำแนวทางนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทันตภิบาลประจำ ได้แก่ รพ.สต.ลาดชุมพล และรพ.สต.ถ้ำแก้ว พร้อมกับแบบฟอร์มสำหรับส่งตัวผู้ป่วย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกรณีที่เกิดความสามารถของทันตภิบาล มีการปรับแนวทางการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ

3) การป้องกันบุคลากรถูกของมีคมที่มิดำ

ระบบงานเดิม (อดีต - ปี พ.ศ. 2558) สามารถใส่-ถอดเข็มยาชาได้ทุกคน โดยให้ใส่พร้อมกับมีนิ้วข้างที่ถนัด rest อยู่ที่ syringe ยาชาขณะใส่เข็มที่ปลาย syringe และตอนถอดพลาสติกออก ขณะใส่พลาสติกเข็มหลังใช้งานเสร็จให้เป็น One hand technique และถอดเข็มออกโดยมีนิ้ว rest ที่ syringe เช่นเดียวกับตอนใส่เข็ม

ปัญหา พบว่าผู้ช่วยฯ ถูกเข็มยาชาที่มิดำ ขณะเก็บเครื่องมือแล้วต้องถอดเข็มยาชาที่ใช้งานแล้ว

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2559-2560) operator เป็นผู้ใส่-ถอดเข็ม แทนผู้ช่วยฯ ภายหลังจากใช้งานเสร็จแล้วทุกกรณี

ปัญหา พบเข็มเย็บแผลในที่กรองของอ่างบัวน้ำ และผู้ช่วยถูกหัวกรอที่มีปลายแหลมทิ่ม

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 2 (ปี พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) กำหนดให้ใช้ needle holder หนีบปลายเข็มและใบมีดที่ใช้ไว้ด้วยกัน แทนการใส่ในแก้วน้ำเกลือ และกำหนดให้แยกหัวกรอใส่กล่องพลาสติกเพื่อให้สะดวกต่อการนำไปทำความสะอาด โดยให้เทหัวกรอลงตะแกรงล้าง ไม่ต้องมีการสัมผัสกับหัวกรอโดยตรง

4) ระบบการส่งแฟ้มประวัติ (OPD card) ผู้ป่วย

ระบบงานเดิม ผู้ช่วยฯ รวบรวม OPD card ส่งคืนจุดเวชระเบียนภายหลังจากใช้งานเรียบร้อยในแต่ละวันในช่วง 15.00 น.

ปัญหา เจ้าหน้าที่เวชระเบียนหา OPD card ไม่พบ เมื่อตรวจสอบในโปรแกรม hos XP พบว่าผู้ป่วยมารับบริการครั้งสุดท้ายที่ทันตกรรม ทำให้ได้รับแจ้งว่าทันตกรรมไม่ได้คือ OPD card ผู้ป่วย

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2557-2562) มีการบันทึก HN ของ OPD card ที่ได้ส่งคืนให้กับจุดเวชระเบียน และจุดเวชระเบียนสามารถใช้ตรวจสอบว่าได้รับ OPD card นั้นๆ คืบจริง ทำให้มีหลักฐานยืนยันว่า OPD card นั้นไม่ได้อยู่ที่ทันตกรรมแล้ว

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 2 (ปี พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน) ไม่มีการใช้ OPD card แล้ว เปลี่ยนเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด

5) การพัฒนาแบบบันทึกสภาวะช่องปากในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพระดับชั้นประถมศึกษาแบบบันทึกสภาวะช่องปาก (ทส.001) เดิมมีรายละเอียดไม่ครบถ้วนที่ต้องใช้บันทึกในโปรแกรม HosXP ซึ่งหากข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSXP จะไม่สมบูรณ์ส่งผลให้การส่งออกรายงานล้มเหลว ผลงานตัวชี้วัดใน HDC ไม่เป็นไปตามที่ปฏิบัติจริง ดังตาราง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	โรคเหงือกอักเสบ			ฟันผุ	
		ปกติ ก	อักเสบ ข	เรื้อรัง จ	ไม่ผุ 0	ผุ 1

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปี พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) มีการปรับเปลี่ยนโดยเพิ่มช่องข้อมูลที่ต้องใช้ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ จำนวนฟันผุที่อุดแล้ว, ควรได้รับการอุด, ถอนแล้วและควรได้รับการถอน จำนวนฟันน้ำนมที่เหลือในช่องปาก ผุ อุดแล้ว ควรได้รับการอุด ถอนแล้วและควรได้รับการถอน ดังตาราง

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	โรคเหงือกอักเสบ			ฟันผุ				ฟันน้ำนม			
		ก	ข	จ	รวม	ผุ	อุด	ถอน	รวม	ผุ	อุด	ถอน

**หมายเหตุ ช่องตาราง อุดและถอน ที่ขีด / = ได้รับการรักษาแล้ว/ต้องได้รับการรักษา

จากการใช้แบบบันทึกสภาวะช่องปากที่มีการปรับเปลี่ยน เป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าการบันทึกข้อมูลในแบบสำรวจรวดเร็วและลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน การคีย์ข้อมูลลงในโปรแกรม HOSXP มีความรวดเร็วขึ้น เฉลี่ยที่ 2 นาที/คน จากเดิมเฉลี่ยที่ 3.5 นาที/คน อีกทั้งข้อมูลยังมีความครบถ้วนและครอบคลุมมากขึ้น

6) การนัดหมาย

ระบบเดิม (ตั้งแต่ต้น-2564) มีการนัดหมายโดยการใช้สมุดนัดกลางประจำฝ่าย และมีการจดชื่อ-นามสกุลคนไข้ลงในนัด

ปัญหา เนื่องจากการลงการนัดในสมุดนัดผู้ให้บริการจำเป็นต้องเดินหาสมุดนัดกลาง และต้องเปิดหาว้น เวลาที่ต้องลงนัด ซึ่งเสียเวลาในการทำงาน พร้อมทั้งเพิ่มภาระงานให้กับผู้ช่วยที่ต้องติดตามนัดลงสมุดกลาง และไม่สามารถนัดคนไข้ได้ในกรณีที่ออกหน่วยเพราะไม่มีสมุดนัดกลาง

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปลายปี 2564-ปัจจุบัน) มีการได้นำระบบการนัดหมายออนไลน์มาใช้ในหน่วยงาน โดยผ่าน google sheet ในคอมพิวเตอร์ทุกเครื่องภายในฝ่าย เพื่อให้สะดวกในการนัดหมาย ไม่ต้องเดินหาสมุดกลาง ไม่เพิ่มภาระงานให้แก่ผู้ช่วย และสามารถทำการนัดหมายนอกสถานที่ได้

7) การทำหัตถการที่ฟุ้งกระจาย เช่น ชูดหินปูน อุดฟัน เป็นต้น

ระบบเดิม (ตั้งแต่ต้น- 2563) ชูดหินปูน อุดฟัน หรือทำงานทุกอย่างได้โดยไม่ต้องมีการนัดหมาย และไม่จำกัดคิว

ปัญหา เนื่องจากปี 2564 มีการระบาดของสถานการณ์โควิด-19 จึงทำให้งานก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ ต้องถูกจำกัดการทำงานเพื่อลดการแพร่กระจาย

ปรับปรุงระบบงานครั้งที่ 1 (ปลายปี 2564-ปัจจุบัน) ได้เพิ่มหαρซักรัษะวัตัเกี่ยวกับอาการเรื้อรังระบบโรคหายใจอย่างละเอียด พร้อมทั้งจัดแยกการทำหัตถการ โดยแบ่งช่วงเช้าเป็นการทำงานที่ไม่ฟุ้งกระจายเนื่องจากคนไข้มีจำนวนมาก และช่วงบ่ายเป็นการนัดคนไข้เข้ามารับการทำหัตถการที่ฟุ้งกระจาย และกัลัจจากทำเสร็จเพิ่มการฆ่าเชื้อภายในห้องด้วยรังสีอืกครั้้ง

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1) การรักษาคนไข้นอกเขตรัษะพัิตชอบโรงพยาบาลภักดีชุุมพล (รพสต) เนื่องจากรพสต ได้มีการโอนย้ายไปอยู่ในหน่วยงานอื่นจึงทำให้การทำงานร่วมเป็นทีมแบบเดิมเป็นไปค่อนข้างอย่าง ทางบุคลากรในโรงพยาบาลจะมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันจึงมีการวางแผน คิดโครงการ จัดแบ่งหน้าที่ของบุคลากรให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัตรัษะรช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำงานแต่ละโครงการไม่ให้บุคลากรมีภาระงานมากเกินไป

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์ วัสดุคงทน ให้สอดคล้องกับระบบการดูแลรักษาครุภัณฑ์ วัสดุคงทน

- สนับสนุนให้มีการคิดค้นนวัตกรรม งานวิจัย และ CQI ที่สอดคล้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลและการรักษาคนไข้ที่ดีอย่างต่อเนื่อง

Service Profile

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภักดีชุมพล

1. บริบท (Context)

1.บริบท (Context) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ให้บริการแบบองค์รวมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภักดีชุมพล ให้บริการคลินิกต่างๆในโรงพยาบาล และเชิงรุก ตรวจรักษา ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรค ในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ประสานงานระหว่างเครือข่ายที่มีสุขภาพและชุมชน สนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) ให้บริการคลินิกต่างๆในโรงพยาบาล และให้บริการประชาชนเชิงรุกในเขตรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ดังนี้ ตำบลเจาทอง บ้านหนองไม้แก่น หมู่ที่ 2, บ้านเจาทอง หมู่ที่ 3, บ้านโนนม่วง หมู่ที่ 5 บ้านนาอุดม หมู่ที่ 6, บ้านชัยประสิทธิ์ หมู่ที่ 7, บ้านหนองกระทุ่มทอง หมู่ที่ 8, บ้านป่าคา หมู่ที่ 12, ตำบลวังทอง บ้านนาทุ่งใหญ่ หมู่ที่ 7 และบ้านห้วยหินฝน หมู่ที่ 8

1. งานบริการเชิงรุกในชุมชน

1.1 งานตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจคัดกรองเฝ้าระวังภาวะโภชนาการทุกกลุ่มวัย ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตรวจคัดกรองบุหรี่ยูเรธา และตรวจคัดกรองการดำเนินกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุ คัดกรองสารเคมี ฯลฯ

1.2 งานเยี่ยมบ้าน ให้บริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผู้ป่วยจิตเวช ติดตามการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย

1.3 งานระบาดวิทยา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคโควิด-19 โรคมือเท้าปาก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู โรคระบาดตามฤดูกาล โรคอุบัติใหม่ ป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ในชุมชน ฯลฯ

1.4 งานบริการสุขภาพชุมชนต่างๆ ได้แก่ ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสุขภาพ อบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้านต่างๆ รมรงค์โรคในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ให้บริการอนามัยโรงเรียน งานสุขภาพโภชนาการ วัตถุประสงค์ส่งเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงสารเคมี ฯลฯ

1.5 สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา วางแผน และดำเนินการด้านสาธารณสุข

2. งานบริการคลินิกในโรงพยาบาล

2.1 ให้บริการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพและวัคซีนป้องกันโรค ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว และประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆตามนโยบาย

2.2 ให้บริการตรวจรักษา ให้คำปรึกษา คลินิกเฉพาะ ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ คลินิกให้บริการวัคซีนและตรวจพัฒนาการเด็ก คลินิกอนามัยเจริญพันธุ์ คลินิกวัยรุ่น ผู้สูงอายุ

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน

ผู้รับผลงานภายนอก	ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี	ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี
1. ผู้รับบริการและญาติ	1. บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ปลอดภัย 2. บริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	1. สถานที่คับแคบ แออัด แสงสว่างไม่เพียงพอ
2. อสม.	1. การทำงานเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย 2. ความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ	1. อสม.ยังขาดทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ
3. ส่วนราชการ/ท้องถิ่น	1. การทำงานเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย 2. ความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3. ข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน	1. การประสานงานบางหน่วยงานล่าช้า
4. หน่วยงานอื่นๆ	1. ความเป็นกันเองในการประสานงาน	-

5. ผู้ใหญ่บ้าน	1. ติดต่อประสานงานกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	1. การแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์บางครั้งล่าช้า
6. โรงเรียน	1. ประสานข้อมูลและให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ตลอดจนการพัฒนายกระดับมาตรฐานของโรงเรียน 2. ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน	-
7. เครือข่าย คปสอ. อำเภอภักดีชุมพล	1. การประสานงานและการส่งต่อข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วนและรวดเร็ว	
ผู้รับผลงานภายใน	ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี	ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี
1. งานผู้ป่วยนอก	1. การวางแผนประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย	1. การติดต่อประสานงานยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งข้อมูลผู้ป่วยมายังพื้นที่
2. งานผู้ป่วยใน	1. ประสานงานให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2. สอบสวนโรคที่รายงานระบาดวิทยาทันเวลา	1. การติดต่อประสานงานยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งข้อมูลผู้ป่วยมายังพื้นที่
3. งานทันตกรรม	1. ประสานงานด้านการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการในคลินิก WBC คลินิกฝากครรภ์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้สูงอายุในชุมชน	-
4. งานเภสัชกรรม	1. ต้องการประสานงานการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องยาทุกราย กรณีรายใหม่ หรือใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วย DM HT ในชุมชน เป็นต้น 2. มีการประสานงานในกรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา การแจ้งเตือน ,RDU	
5. งานจ่ายกลาง	1. การจัดการด้านเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ เสื้อผ้าที่เป็นไปตามมาตรฐาน IC	

6. งานประกันสุขภาพ	1.การบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้รับบริการตามสิทธิ ต่างๆ ให้ครบถ้วน 2.ประสานกับชุมชนเรื่องสิทธิบัตรประกันสุขภาพ	
7. งานแผนและงานสารสนเทศ	1.การบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มให้ถูกต้องครบถ้วน 2.การส่งรายงานให้ตรงเวลา 3. จัดทำแผนงานให้ทันเวลา และครอบคลุม	
8. งานบริหารงานทั่วไป	1.การประสานงานจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายเงิน	
9. งานเทคนิคการแพทย์	1.ต้องการระบบข้อมูลประสานงานที่ถูกต้องและ ครบถ้วน	
10. แพทย์	1.ต้องการผลการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการ รักษา/ส่งต่อที่ถูกต้องและรวดเร็ว	
11. กายภาพ	1.แนวทางการดูแลและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน	
12. แผนไทย	1.แนวทางการดูแลและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน	

ง. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการ	2563	2564	2565
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 38 /ปก. หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน)	29.83	14.45	10.01
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	95.24%	68.42%	80%
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์			
ANC ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	66.67%	63.61%	100%
ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	95.65%	100%	97.21%
จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	NA	/	/
มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	/	/	/
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน			
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประชาชน	542 ราย	259 ราย	631 ราย
วัคซีนโควิดในเขตรับผิดชอบ รพ	-	2345 ราย	1393 ราย
ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ			
ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า			
ติดตามกลุ่มเสี่ยง DM	100%	100%	100%
ติดตามกลุ่มเสี่ยง HT	100%	100%	100%
premium health station	-	/	/

ประชากร 15-59 ปี ได้รับการคัดกรองสุขภาพ			
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	95.65%	75%	77.78%
สตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	38.80	9.77	6.19
สตรี 35 ปีขึ้นไป ผ่านการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	60.31	22.64	30.59
รับบริการฝากครรภ์	267 ราย	251 ราย	218 ราย

Key Clinical Population (สำหรับหน่วย/งานทางคลินิก)

จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2563	2564	2565
1	HT	HT	HT
2	DM	DM	DM
3	Common cold	Dyspepsia	Covid-19
4	Diarrhoea	Common cold	Common cold
5	Dyspepsia	DLP	Dyspepsia

จำนวนกลุ่มโรคความเสี่ยงสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2563	2564	2565
1	DM	DM	DM

2	Diarrhea	Diarrhea	Covid-19
3	Asthma	Covid-19	Diarrhea
4	Stroke	Stroke	Asthma
5	Pneumonia	Pneumonia	stroke

จ. ทรัพยากร

บุคลากร	จำนวน
1. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	3 คน
2. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	2 คน
3. นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	2 คน
4. นักวิชาการสาธารณสุข	1 คน

เครื่องมือ	จำนวน	การดูแลรักษา
ระบบบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม โดยใช้โปรแกรม Medeesoft	1 โปรแกรม	Mainternance ทุก 1 เดือน
เครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ/โน้ตบุ๊ก	4 เครื่อง /3 เครื่อง	Mainternance ทุก 1 เดือน
ตู้เย็นเก็บวัคซีน	1 ตู้	สอบเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี
ชุดเครื่องประเมินพัฒนาการเด็ก	1 ชุด	ตรวจสอบอุปกรณ์ทุกครั้ง
เครื่องเจาะน้ำตาล	5 เครื่อง	สอบเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี
เครื่องตรวจชีพจรทารกในครรภ์	2 เครื่อง	สอบเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี
เครื่องวัดความดันโลหิต	3 เครื่อง	สอบเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี
เครื่อง U/S	1 เครื่อง	สอบเทียบเครื่องมือ ครั้ง/ปี
เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	เครื่อง	

ฉ. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ระบุเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการ)

นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์	แนวทางตอบสนองที่มีอยู่	สิ่งที่ต้องพัฒนา
การพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ	จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พ.ศ. 2562	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน สร้างภาคีเครือข่าย 4 องค์กร ในการวางแผนระบบสุขภาพในชุมชน พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ช. ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ(Key Quality Issues & Key Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	1. ระดับความสำเร็จของการจัดการกลุ่มวัย
2. ให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน อุบัติการณ์ความเสี่ยงการรักษาผู้ป่วยผิดคน

ซ. ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
ความเสี่ยงด้านคลินิก	
1. หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด	<ol style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่โทรติดตามหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ อสม. และเจ้าหน้าที่แต่ละพื้นที่ติดตามมาฝากครรภ์ตามนัด เน้นย้ำและชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการมาตรวจครรภ์ตามนัด

2. เด็กกลุ่มเป้าหมายไม่มารับวัคซีนและตรวจพัฒนาการตามนัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่โทรศัพท์ติดตามผู้ปกครอง/ญาตินำเด็กมารับวัคซีนและตรวจพัฒนาการ 2. ชี้แจง ผู้ปกครองให้ตระหนักถึงการที่นำเด็กมารับบริการรับวัคซีนและตรวจพัฒนาการตามช่วงวัย 3. สืบหาข้อมูลเด็กในพื้นที่ ที่มีรายชื่ออยู่ในข้อมูลทะเบียนราษฎร์ แต่ไม่มีตัวตนอยู่ในเขตบริการ หรือโยกย้ายให้เป็นปัจจุบัน
3. การลงบันทึกข้อมูลโปรแกรมในบัญชีต่างๆไม่ครบถ้วนและถูกต้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมทุกครั้งให้บริการ 2. ให้คำแนะนำ สอนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในกรณีที่เกิดความผิดพลาดของข้อมูล
4. แพ้ประวัติผู้รับบริการไม่ถูกต้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตรวจสอบชื่อ-นามสกุลผู้รับบริการทุกครั้งก่อนให้บริการ
ความเสี่ยงทั่วไป	
1. รถยนต์เยี่ยมบ้านไม่เพียงพอ และไม่พร้อมใช้งาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขออนุมัติใช้รถและพนักงานทุกเดือนและประสานขอรถเป็นครั้งๆไป 2. มีการเช็คสภาพรถทุกคัน ทุกครั้งก่อนออกปฏิบัติงาน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ(Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง(Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดกระบวนการที่สำคัญ(Key Process Indicator)
1. ระบบการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก	1. ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กมีมาตรฐาน	1. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
	2. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	2. ผู้ปกครองขาดความตระหนักรู้ เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	2. ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
	3. การส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	3. ผู้ดูแลยังขาดความรู้เรื่อง การดูแลภาวะโภชนาการเด็ก	3. ร้อยละ 78 ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน
2. ระบบการคัดกรองสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่าง	1. ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายยังไม่ถึงเกณฑ์	1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ ≥ 90

	ครอบคลุม	เป้าหมาย	<p>2. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ≥ 90</p> <p>3. สตรีอายุ 35-60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก คัดกรองแบบสะสม 5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>4. สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>5. ผู้สูงอายุคัดกรอง 10 เรื่อง ร้อยละ 95</p>
3. ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน</p>	<p>1. ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>2. ยังพบความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่บ้าน</p>	<p>1. ร้อยละการติดตามเยี่ยมบ้าน</p>

4. ระบบการเฝ้าระวังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1. พัฒนาระบบการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนถูกต้องตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์
		2. สื่อประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม	2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสารเคมี มีการปฏิบัติตนถูกต้องตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์
5. ระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกันโรคและระบาดวิทยา	ระบบรายงานสอบสวนโรค	1. ปัญหาโรคระบาดยังพบในพื้นที่	1. ความทันเวลาในเวลาการายงานโรค
		2. สื่อประชาสัมพันธ์ยังมีน้อย และไม่ครอบคลุม	2. ความถูกต้องของเอกสารสอบสวนโรค
6. ระบบการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ	1. เพื่อสำรวจและพัฒนาข้อมูลสาธารณสุขพื้นฐานระดับครอบครัว/หมู่บ้าน	1. ระบบฐานข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครบถ้วน	1. ข้อมูลประชากรพื้นฐานมีความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน
	2. ระบบข้อมูลข้อมูล 43 แฟ้มที่เกี่ยวข้องมีคุณภาพ		2. ข้อมูล 43 แฟ้มที่เกี่ยวข้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
	3. ระบบติดตามประเมินผลชีวิตถูกต้องเป็นปัจจุบัน		3. มีระบบการบันทึก ติดตามประเมินผลงานตามตัวชี้วัด

3. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในรอบปีปัจจุบัน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ / ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
--	-----------------------	-----------	--------------

1. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดีพึ่งพาตนเองได้	1. ระดับความสำเร็จของการจัดการกลุ่มวัย	1. ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยตามมาตรฐานตัวชี้วัด
2. ให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน	1. ผู้รับบริการได้รับการบริการตามมาตรฐานและมีคุณภาพ	1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงการรักษาผู้ป่วยผิดคน	1. มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจนและถูกต้องตามมาตรฐาน
	2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการ	1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (OP voice)	1. พัฒนาระบบบริการที่รวดเร็วและถูกต้อง

4. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (สำหรับสายสนับสนุน: หากกิจกรรมใดไม่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องทบทวน)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม	กรณีตัวอย่าง	การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ทำงาน	1. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานแต่ละโรค	1. ห่วงตั้งครุฑพบความเสี่ยงได้รับการดูแลไม่เป็นไปตามแนวทางการดูแล	1. มีการทบทวนเคสและจัดทำ CPG
	2. ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงสูง		
	3. ปฏิบัติตามแนวทาง GPG		
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	1. ทบทวนขีดความสามารถในการให้บริการ	1. ประเมินความเสี่ยงห่วงตั้งครุฑและส่งต่อไม่ทันเวลา	1. มีแนวทางการดูแลและส่งต่อที่ชัดเจนตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
	2. ทบทวนระบบการส่งต่อ	2. แนวทางการส่งต่อไม่ชัดเจน	
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	1. Risk Profile ของหน่วยงาน	1. ส่งรายงานความเสี่ยงทุกเดือน	1. มีแนวทางป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
	2. ทบทวนและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง	2. ร่วมทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	
การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ	1. ช่องทางการแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ เช่น กล่องแสดงความคิดเห็น	1. ทบทวนข้อร้องเรียนและหาแนวทางแก้ไข	1. การบริการที่มีมาตรฐานเพื่อป้องกันข้อร้องเรียน
	2. แบบประเมินความพึงพอใจโดยแสกน		

	QR Code		
	3. ทบทวนข้อร้องเรียน แนวทางแก้ไขและป้องกัน		
การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า	1. ร่วมทบทวนเคสกับงาน PCT	1. ทบทวนเคส ให้ความรู้วิชาการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	1. มีแนวทางการปฏิบัติตาม CPG
การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1. ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ	1.อบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1. ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล
การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	1.ทบทวนการจ่ายยาตามหลัก 10 R	1. มีการทบทวนการจ่ายยาตามหลัก 10 R	1.ไม่พบอุบัติการณ์จ่ายยา
การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	1.ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน 2. บันทึกข้อมูลการให้บริการให้ถูกต้องและครบถ้วน	1. ผลการรายงานความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	1. ผ่านมาตรฐานเวชระเบียน
ทบทวนการใช้ทรัพยากร	1. ดูแลและตรวจสอบทุกครั้ง	1. ลดการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง	1. ลดการเบิกวัสดุและอุปกรณ์สำนักงาน
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	1. ทบทวนคู่มือการตรวจวินิจฉัย	1. ปฏิบัติตามแนวทาง CPG	1.ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ	1.ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญตามเวลาที่กำหนด	1. ส่งรายงานการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด	1. ตัวชี้วัดมีความก้าวหน้า
การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	1. ทบทวนและวางแผนการป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน	1. ซ้อมแผน CPRและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินปีละ 1 ครั้ง	1. ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

Service Profile
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
Pharmaceutical Therapeutic Committee

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน เภสัชกรเป็นเลขานุการ และแพทย์ พยาบาล เป็นคณะกรรมการซึ่ง PTC หน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย และระเบียบปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการด้านยา ที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่คุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย
2. กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ
3. จัดบัญชียาโรงพยาบาลและมีการทบทวนรายการยารายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยพิจารณาจากความปลอดภัยและความคุ้มค่า รวมทั้งกำหนดรายการที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล
4. สื่อสารให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาที่ปลอดภัย และสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง
5. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายด้านยา ที่ปลอดภัย เหมาะสม และให้มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยา
6. กำกับ ติดตาม รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผลตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อมทั้งสรุปปัญหา และหาแนวทางแก้ไขความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในโรงพยาบาล
7. รายงานผลการปฏิบัติงาน และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโรงพยาบาล แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
8. กำหนดนโยบาย แนวทาง ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล
9. การสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล

การจัดการระบบยาจะมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ควบคุมดูแลในภาพรวมและมีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงระบบระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องภายในทีม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับปลอดภัย เหมาะสม และได้ผลและมีประสิทธิภาพ

ทีมได้กำหนดวาระการประชุมให้สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพและทิศทางนโยบายเข็มมุ่งของโรงพยาบาลและเลขานุการจะได้นำประเด็นคุณภาพสำคัญที่ได้จากการประชุมที่นำเสนอต่อทีมคุณภาพใหญ่ (FA) ได้แก่

- ติดตามตัวชี้วัดระบบความปลอดภัยด้านยา
- ติดตามการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- การคัดเลือกยาที่มีคุณภาพ ปรับปรุงบัญชียา
- ระบบสนับสนุนด้านยาตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

- ทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในระบบยาและวางระบบเพื่อแก้ไขป้องกัน

แผนการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	ประเด็นคุณภาพที่จะติดตาม	การประเมินผลลัพธ์
ต.ค.-พ.ย. 64	ประชุมประชุมครั้งที่ 1/2565 - ทบทวนคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่ วิเคราะห์ ประเด็นคุณภาพ - วางแผนงานโครงการเพื่อ ปรับปรุงแก้ไขประเด็นที่ยังเป็น ความเสี่ยงในระบบยา - ทบทวนบัญชียาประจำปี 64 - จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์มีชีงยา	ระบบความปลอดภัยด้าน ยาและการใช้ยาอย่าง เหมาะสม อย่างมี ประสิทธิภาพและได้ผล, ความเพียงพอพร้อมใช้ของ ยาและเวชภัณฑ์มีชีงยา	- คำสั่ง PTC ปีงบประมาณ 65 - Medication error (ME) - RDU - ME HAD - DUE - Medication Reconciliation - การแพ้ยาซ้ำ - การติดตาม Intensive ADR - อัตราคงคลัง - อัตรายาช่วยชีวิต ฉุกเฉินขาด
ธ.ค.64 – ม.ค. 65	- เลขาทีมสรุปผลการ ดำเนินงานไตรมาสที่ 1 แจ้งให้ ทีมทราบและรายงานในที่ ประชุม FA	ระบบความปลอดภัยด้าน ยาและการใช้ยาอย่าง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และได้ผล, ความเพียงพอ พร้อมใช้ของยาและ เวชภัณฑ์มีชีงยา	- Medication error (ME) - RDU - การแพ้ยาซ้ำ - อัตรายาช่วยชีวิต ฉุกเฉินขาด
วัน เดือน ปี	กิจกรรม	ประเด็นคุณภาพที่จะติดตาม	การประเมินผลลัพธ์
มี.ค.-เม.ย. 65	ประชุมครั้งที่ 2/2565 - ติดตามงานตามวาระที่ได้ กำหนดไว้ -สรุปผลการดำเนินงานไตรมาส ที่ 2 เลขาทีมรายงานในที่ ประชุม FA	ระบบความปลอดภัยด้าน ยาและการใช้ยาอย่าง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และได้ผล	Medication error (ME), RDU, ME HAD, DUE, การแพ้ยาซ้ำ, Medication Reconciliation, Intensive ADR
มิ.ย.65- ก.ค.65	ประชุมครั้งที่ 3/2565 - เตรียมความพร้อมและจัด อบรมโครงการในการดำเนิน โครงการอบรมการใช้ยาอย่าง	ระบบความปลอดภัยด้าน ยาและการใช้ยาอย่าง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และได้ผล	- ร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผล - ผู้เข้าร่วมอบรมมี

	<p>สมเหตุผลปี 65</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำสื่อและกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในอำเภอภักดีชุมพล - สรุปผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 3 เลขที่มรายงานในที่ประชุม FA 		<p>ความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80</p>
<p>ส.ค. – ก.ย. 65</p>	<p>ประชุมครั้งที่ 4/2565</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 - เลขที่มรายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 ในที่ประชุม FA 	<p>ระบบความปลอดภัยด้านยาและการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและได้ผล, ความเพียงพอพร้อมใช้ของยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medication error - RDU - ME HAD - DUE - Medication Reconciliation (MR) - การแพ้ยาซ้ำ - Intensive ADR - อัตราคงคลัง - อัตรายาช่วยชีวิต <p>ฉุกเฉินขาด</p>

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	ผลผลิตโครงการ	ตัวชี้วัด (ผลผลิต)	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	แผนการใช้งบประมาณ (บาท)				
					ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
1.โครงการอบรมการใช้ยาอย่างสม เหตุผล ประจำปีงบประมาณ 2565			อภิศศร พองอ่อน นุจรี หวังฟังกลาง	10,000					
กิจกรรมหลัก:									
1) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยา อย่างปลอดภัยและสมเหตุผลแก่ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอภักดีชุม พล	1) ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80	ร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ ยาอย่างสม เหตุผล				/	/		
2) จัดเสวนาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลแก่สาขาชีพโดยให้ แพทย์มีส่วนร่วมทุกครั้งที่มีการ หมุนเวียนแพทย์ใหม่	2) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วง บนและหลอดลมอักเสบ เฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ โรงพยาบาล (RI) ≤ 20								
3) จัดทำสื่อและกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมใน อำเภอภักดีชุมพล	3) ประชาชนมีความรู้เรื่องยา ปฏิชีวนะ และอันตรายจากส เตียรอยด์เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 60								

ข. ขอบเขตการให้บริการ

1. จัดทำหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ เพื่อจัดทำบัญชียาโรงพยาบาล บัญชียาของสถานบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล F2 ขนาด 30 เตียง
2. วางแผนการพัฒนาระบบยา กำหนดนโยบายยา ตัวชี้วัด และควบคุมกำกับ การดำเนินงาน จัดการความปลอดภัยด้านยาเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา ได้รับยาที่เหมาะสม และได้ผลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
3. วางระบบการกระจายยา การสำรองยาที่จำเป็น ให้เหมาะสม เพียงพอ ในแต่ละจุดบริการ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้อำนวยการ	1. ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในระบบยาได้รับการปรับปรุงให้ถูกต้องตามกฎระเบียบของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ไม่มีข้อร้องเรียน 2. มีการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล ลดค่าใช้จ่ายด้านยา 3. บัญชียา/เวชภัณฑ์เหมาะสม ไม่มียา/เวชภัณฑ์หมดอายุในหน่วยงาน
แพทย์ / ทันตแพทย์	1. บัญชียาและเวชภัณฑ์รองรับการทำงานได้เต็มศักยภาพ 2. ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในระบบยาสะดวกต่อการปฏิบัติงาน 3. มีข้อมูลด้านยา/เวชภัณฑ์ที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน
เภสัชกร	1. บัญชียาและเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาล ไม่เป็นภาระในการจัดการ 2. ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในระบบยา ทุกองค์กรสามารถนำไปปฏิบัติ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างหน่วยงาน 3. บัญชีสำรองยาและเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการ มีจำนวนเพียงพอและเหมาะสม
พยาบาล	1. บัญชีสำรองยาและเวชภัณฑ์สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน 2. ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในระบบยาสะดวกต่อการปฏิบัติงาน 3. มีข้อมูลด้านยา/เวชภัณฑ์ที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน
เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน / เจ้าหน้าที่การเงิน	1. ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในระบบยา ถูกต้อง ตรงกับสิทธิ์ประโยชน์ของผู้รับบริการ ไม่มีข้อร้องเรียน

ลูกค้าภายนอก

ผู้ป่วย / ญาติ	1. ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่ยุติธรรม ไม่ขัดต่อสิทธิ์ที่พึงจะได้รับ 2. ได้รับยาที่เหมาะสม มีความรู้ในการใช้ หายจากโรค/อาการ ปลอดภัย
----------------	--

เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	<ol style="list-style-type: none"> 1. บัญชียาและเวชภัณฑ์สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน 2. ได้รับการสนับสนุนข้อมูลด้านยาและเวชภัณฑ์
--------------------	---

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)
2. ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา: ADR
3. การประสานรายการยา: Medication Reconciliation
4. งานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง: HAD
5. การดำเนินงานด้านการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา: DUE/DUR
6. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 4 โรคเป้าหมาย (URI, AGE, FTW, APL)

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา
2. การแพ้ยาซ้ำ
3. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน แก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิด
ความคลาดเคลื่อนทางยา จาก LASA	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งจ่ายยาโดยใช้ชื่อสามัญทางยา 2. เปลี่ยนชื่อการสั่งยาที่มีเสียงคล้ายกันเป็นชื่อการค้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีการใช้ชื่อการค้าในการสั่งยา 2. ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีลักษณะคล้ายกัน
การแพ้ยาซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำระบบ Pup-up แสดงการแพ้ยาในโปรแกรม Hos-xp ให้สอบถามประวัติแพ้ยาก่อนเสมอ 2. ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแพ้ยาหน้า chart ผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก และที่ ปก OPD card ในผู้ป่วยนอก 3. เกสซิกตรวจสอบถามทุก และซักประวัติแพ้ยาทุกราย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ
อันตรายจากยาที่มีความเสี่ยงสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดรายการยาความเสี่ยงสูง 2. นโยบาย ไม่ใช้อัตราส่วนการสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูง 3. กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูง 	<p>ในปีงบประมาณ 2561 มีอุบัติการณ์ 2 ครั้งได้มีการทบทวน แก้ไขแนวทางการใช้ยา จึงไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีความเสี่ยงสูงเลยในปี 2562</p>

จุดเน้นในการพัฒนา :

1. ระบบสนับสนุนยาจำเป็นสำหรับโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

2. การพัฒนาระบบการประสานรายการยา: Medication reconciliation
3. การค้นหาและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรง (Medication Error)
4. การประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation : DUE)
5. การลดอันตรายจากการแพ้ยาที่รุนแรง Intensive ADR
6. การจัดการกับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs: HAD)
7. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)
8. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 4 โรคเป้าหมาย (URI, AGE, FTW, APL)
9. การพัฒนาระบบให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในรูปแบบ One Stop Service
10. การพัฒนาระบบบริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไกลโดยเภสัชกร เพื่อลดความแออัด

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน

กิจกรรม	ผลงาน		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค. 64 - มี.ค.65)
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก/วัน	190	193	194
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน/วัน	16	23	28
อัตราการครองเตียง	44.04	60.21	46.33
การติดตาม Medication Reconciliation (ครั้ง)	812	978	521
การติดตาม High Alert Drug (ครั้ง)	306	317	168
ทบทวนการกินยาและผลข้างเคียงจากยา (วาร์ฟาริน/วินโรค/ยาต้านไวรัส) (คน)			

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การคัดเลือกจัดหายา/เวชภัณฑ์	ได้ยา/เวชภัณฑ์ที่จำเป็น เพียงพอ คงคลังมีจำนวนเหมาะสม	1. ยา/เวชภัณฑ์ค้าง คลัง 2. ยา/เวชภัณฑ์ หมดอายุ 3. ยา/เวชภัณฑ์	1. อัตราการสำรองยา/เวชภัณฑ์ < 3 เดือน 2. ร้อยละจำนวนยา/เวชภัณฑ์หมดอายุ < 2 3. จำนวนยา/เวชภัณฑ์ช่วยชีวิตขาด = 0 ครั้ง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
		ช่วยชีวิตขาด	
การสั่งยา	สั่งยาได้ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วย ปลอดภัยจากยา	1. สั่งยาคลาดเคลื่อน 2. สั่งยาให้ผู้ป่วยที่แพ้ ยาซ้ำ	1. อัตราการสั่งยาคลาดเคลื่อน/พันใบสั่งยา 2. อัตราการสั่งยาคลาดเคลื่อน/พันวันนอน 3. ความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยา (DUE) 4. การ
กระบวนการก่อนจ่ายยา	พิมพ์ฉลากยา จัดยา ได้ถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา	1. พิมพ์ฉลากยา คลาดเคลื่อน 2. จัดยาคลาดเคลื่อน	1. อัตรากระบวนการก่อนจ่ายยาคลาดเคลื่อน/พันใบสั่งยา 2. อัตรากระบวนการก่อนจ่ายยาคลาดเคลื่อน/พันวันนอน
การจ่ายยา	จ่ายยาได้ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการใช้ยา	1. จ่ายยา คลาดเคลื่อน 2. จ่ายยาให้ผู้ป่วยที่ แพ้ยาซ้ำ	1. อัตราการจ่ายยาคลาดเคลื่อน/พันใบสั่งยา 2. อัตราการจ่ายยาคลาดเคลื่อน/พันวันนอน 3. อุบัติการณ์จ่ายยาให้ผู้ป่วยที่เคยแพ้ยาซ้ำ = 0 ครั้ง
การให้ยา	ให้ยาผู้ป่วยได้ถูกต้อง วิธีบริหารยา เหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย	1. ให้ยาคลาดเคลื่อน 2. ให้ยาผู้ป่วยที่เคย แพ้ยาซ้ำ	1. อัตราการให้ยาคลาดเคลื่อน/พันวันนอน 2. ให้ยาผู้ป่วยที่เคยแพ้ยาซ้ำ = 0 ครั้ง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์		
			2563	2564	2565
3.1	อัตราการสำรองยา	≤ 2 เดือน	1.96	0.83	1.67
3.2	มูลค่ายาหมดอายุ	< ร้อยละ 2	1.4	0.11	0.10
3.3	จำนวนยา/เวชภัณฑ์ช่วยชีวิตขาดในทุกหน่วยบริการ	0	0	0	0
3.4	ความคลาดเคลื่อนทางยา	< ร้อยละ 2	1.17	0.65	0.49
3.5	อัตราการแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0
3.6	อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง	< ร้อยละ 2	3	6	1
3.7	ระดับการพัฒนาคุณภาพการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ชั้น 3	ชั้น 3	ชั้น 3	ชั้น 3
3.8	ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (DUE)	ร้อยละ 90	90	95.73	97.83
3.9	ร้อยละการประสานรายการยา (MR)	ร้อยละ 90	100	99.57	99.69

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

การบริหารคลังเวชภัณฑ์

เนื่องจากโรงพยาบาลภักดีชุมพลตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารค่อนข้างห่างไกลจากจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และห่างไกลจากจุดกระจายยาในการขนส่ง จึงมีความจำเป็นต้องสำรองยา 2-3 เดือนเพื่อความเพียงพอพร้อมใช้กรณีมีปัญหายาขาดคราวหรือเกิดความขัดข้องของระบบขนส่งยา อย่างไรก็ตาม ได้มีการวางระบบการบริหารจัดการคลังยาที่มีประสิทธิภาพ มีเครื่องปรับอากาศที่เปิดสลับตลอด 24 ชั่วโมง มีการบันทึกอุณหภูมิเป็นปัจจุบัน มีระบบสำรองไฟฟ้ากรณีไฟฟ้าดับ ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ได้มีระบบติดตามแจ้งเตือนอุณหภูมิตลอดเวลา รวมทั้งมีแนวทางการจัดการกรณี cold chain breakdown ตามมาตรฐานลูกโซ่ความเย็น

การบริการยาที่ใกล้หมดอายุ ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้ดำเนินการขอแลกเปลี่ยนคืนกับบริษัท และสอบถามโรงพยาบาลใกล้เคียงมีความต้องการใช้ยาดังกล่าว ทำให้มูลค่ายาหมดอายุมีแนวโน้มลดลง ส่วนยาที่ไม่สามารถบริหารได้ทัน ได้จำหน่ายเพื่อรอการทำลายตามระเบียบพัสดุเรียบร้อยแล้ว

สำหรับจำนวนยา/เวชภัณฑ์ช่วยชีวิตขาดในทุกหน่วยบริการ ได้กำหนดผู้รับผิดชอบในการสำรวจปริมาณ ความต้องการการใช้ยาในทุกหน่วยบริการ และมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมไปตรวจสอบยาในจุดสำรองยาฉุกเฉินทุกเดือนและรายงานปัญหาให้กับทีม PTC ทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไขรายการยาสำรองให้เพียงพอ พร้อมใช้ อย่างสม่ำเสมอ

การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)

ทีม PTC ได้ทำการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยได้กำหนดค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด น้อยกว่าร้อยละ 2 ในปี 2562-2565 ผลการดำเนินการร้อยละความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการบันทึกความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลง

สาเหตุมาจากช่วงเวลาเร่งรีบในการทำงาน การไม่ตระหนักในการบันทึกรายงาน แต่ได้มีการกระตุ้นทั้งในและนอกหน่วยงานให้เห็นความสำคัญในการบันทึกข้อมูล การเก็บข้อมูลจากทุกแหล่งที่มีการให้บริการด้านยาเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นสามารถตรวจพบและแก้ไขได้ก่อนที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายกับผู้ป่วย พบว่าจำนวนครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับไม่รุนแรง (A-D) เป้าหมายในการพัฒนาต่อคือ การลดความคลาดเคลื่อนระดับที่ถึงผู้ป่วย (ระดับ D) ให้ลดลงหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์เป้าหมายใหม่ โดยอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอกไม่มากกว่า 10 ต่อ 1000 ใบสั่งยา และอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในไม่มากกว่า 10 ครั้งต่อ 1000 วันนอน

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลภักดีชุมพล ได้ประกาศให้การใช้อย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในนโยบายด้านยาของโรงพยาบาล และกำหนดให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาตั้งแต่ ปี 2559 โดยได้จัดกิจกรรมต่างๆตามแนวทางการดำเนินงาน RDU hospital และมีการควบคุมกำกับ ติดตาม วิเคราะห์ผล ปรับปรุงและรายงานผล ทีมนำคุณภาพทราบอย่างสม่ำเสมอ โดยปัจจุบันในปี 2562 โรงพยาบาลได้ผ่านการประเมินโรงพยาบาลที่มีการใช้อย่างสมเหตุผลขึ้น 3

การเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug: HAD)

มีแนวทางในการเฝ้าระวังยาความเสี่ยงสูงที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และสามารถค้นพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้นโดยได้จัดทำกล่อง HAD box ให้กับหน่วยบริการห้องฉุกเฉิน ห้องคลอดและผู้ป่วยใน โดยคณะกรรมการ PTC ใช้เกณฑ์พิจารณาจากยา HAD ที่จำเป็นต้องใช้เร่งด่วน พร้อมแบบฟอร์มให้ติดตามและประเมินที่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้งานมากขึ้น เพื่อเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงและอุบัติการณ์ ที่ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูงได้ครอบคลุม และตรวจพบปัญหาและแก้ไขได้ทันเวลา

นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการทำปายเตือนติดที่เตียงผู้ป่วยหรือแขวนที่เสาน้ำเกลือเพื่อแจ้งให้ทราบว่ากำลังได้รับยาความเสี่ยงสูงอยู่ ผู้ป่วยหรือญาติจะได้มีความระมัดระวังตัวและเฝ้าสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาและแจ้งพยาบาลผู้ดูแลได้ทันที

ระบบเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)

มีแนวทางการดำเนินงานระบบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ADR) เพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม รายงานและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR) แบบ Spontaneous Reporting System (SRS) ลดความรุนแรงและอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยซ้ำเฝ้าระวัง และป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Intensive ADR Monitoring) ตั้งแต่ผู้ป่วยเป้าหมายได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบันโดยประสานงานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย แก้ไขปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและลดความรุนแรงและอุบัติการณ์การเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกจากการใช้ยา ในผู้ป่วย G-6-PD Deficiency

การประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MR)

โรงพยาบาลภักดีชุมพลได้กำหนดให้การประสานรายการยาเป็นนโยบาย ที่ทีมสหวิชาชีพต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา อย่างปลอดภัย ทั้งในส่วนแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการสร้างกลุ่มไลน์เครือข่ายประสานรายการยาของจังหวัดชัยภูมิที่สามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นช่องทางในการสอบถามรายการยาประจำตัวเดิมของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลใกล้เคียง

แผนกผู้ป่วยในกระบวนการประสานรายการยาจะเริ่มตั้งแรกกับผู้ป่วย การซักประวัติ โดยพยาบาล ส่งต่อมายังแพทย์เจ้าของไข้ และเภสัชกรตามลำดับแล้วทำการบันทึกการรายการยาและลงชื่อในแบบฟอร์ม Medication Reconciliation ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประสานและเปรียบเทียบรายการยา พร้อมทั้งมีการบันทึกติดตามประเมินผลการดำเนินงานและรายงานต่อคณะกรรมการทราบทุกไตรมาส

แผนกผู้ป่วยนอกมีการติดตามการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โดยการทบทวนรายการยาที่ได้รับทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล พร้อมทั้งมีบันทึกข้อมูลการใช้ยาลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่ยังคงขาดการเก็บข้อมูลติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ระบบสนับสนุนยาจำเป็นสำหรับโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

คณะกรรมการ PTC มีมติในที่ประชุมให้ฝ่ายเภสัชกรรมจัดยาที่จำเป็นสำหรับโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ได้แก่

1. จัดหายา Streptokinase ให้เพียงพอพร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย STEMI สำรองที่ห้องฉุกเฉิน และ Aspirin 300 mg และ Clopidogrel 75 mg สำหรับผู้ป่วย MI สำรองที่ห้องฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยใน พร้อมทั้งมีแนวทางการใช้ยาอย่าง ปลอดภัย เหมาะสม และมีแนวทางการเฝ้าระวังและจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา
2. จัดหายา Misoprostol พร้อมจัดทำกล่องยา PIH Box set สนับสนุนให้ห้องคลอดเพื่อความเพียงพอพร้อมใช้กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด
3. จัดหายาสารน้ำที่ใช้ป้องกันภาวะช็อก สำรองที่ห้องฉุกเฉินและห้องคลอดสำหรับผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดทั้งกรณีเกิดอุบัติเหตุและตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ และน้ำเกลือ Heamacel และ Dextran
4. จัดหา สำรองยาที่จำเป็นสอดคล้องตาม Service plan สาขาต่างๆ เช่น สำรองยา สำรองยากลุ่มจิตเวชที่ส่งต่อมารับยาที่โรงพยาบาลชุมชน และ สำรองยา Mehtylphenidate 10 mg สำหรับเด็กสมาธิสั้นรองรับ Service plan สาขาจิตเวชเด็ก เป็นต้น
5. ปรับปรุงบัญชียาให้สอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุผลในกลุ่มประชากรพิเศษ

การพัฒนาบริการผู้ป่วยนอก (ห้องจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรัง One stop service)

มีการจัดทำห้องจ่ายยาห้องจ่ายยาคลินิกโรคเรื้อรัง One stop service แยกออกไปให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดคับคั่งของงานจ่ายยาผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นและช่วยลดระยะเวลารอคอยรับยาได้

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin

ยา Warfarin เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตัน แต่ทว่าก็เป็นยาที่มีดัชนีในการรักษาแคบ ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้จึงจำเป็นต้องได้รับ

การดูแลติดตามระดับยาในเลือด ผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ อย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยทุกคนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจากเภสัชกร ทางโรงพยาบาลภักดีชุมพลจึงได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิก Warfarin ให้การดูแลรักษาและจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ในเขตพื้นที่อำเภอภักดีชุมพลและเขตรอย ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิสามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (DUE/DUR)

มีการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยในอดีตได้ทำการประเมินการใช้กลุ่มยาปฏิชีวนะ โดยเลือกยา Co-amoxycylav ทั้งรูปแบบยาเม็ดและยาฉีด และ Ceftazidime Injection โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลตาม อีกทั้งเพื่อเป็นการลดมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลและหวังผลว่าจะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเชื้อดื้อยาได้ และยา Atorvastatin เนื่องจากเป็นยาบัญชี ค ซึ่งต้องประเมินการใช้ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินการพบว่าการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมตามเงื่อนไขมากกว่าร้อยละ 90

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน Medication Reconciliation ในงานบริการผู้ป่วยนอก

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยากรณีใช้ระบบ Paperless

การพัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

การวางแผนเพื่อนำเทคโนโลยี Thermo Alert มาใช้ในคลังจัดเก็บเวชภัณฑ์

การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพ

ประเด็นคุณภาพ	การประเมินผลลัพธ์	แผนการพัฒนา ปีงบประมาณ 65
ความปลอดภัยด้านยา	<ul style="list-style-type: none"> - ความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) - Medication error ของยา HAD - การแพ้ยาซ้ำ - การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบรายงาน ME และ ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ D ขึ้น - อบรมบุคลากรเรื่องการบริหารยาที่ปลอดภัยทุกปี
การใช้ยาเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - RDU ชั้น 3 - Medication Reconciliation - DUE 	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาในระดับ RDU ชั้น 3 - RDU Community - พัฒนา MR ให้ครอบคลุมมากขึ้น
ยามีคุณภาพสูง ได้ผล	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบจัดเก็บยาตามมาตรฐาน - และมีการบันทึกอุณหภูมิเป็นปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบ Temperature Alarm

ความเพียงพอพร้อมใช้	- อัตรายาช่วยชีวิตฉุกเฉินขาด - ระบบตามยานอกเวลาราชการ	- อัตราคงคลังน้อยกว่า 3 ด. - ลดอัตรายาหมดอายุ
---------------------	--	--

Service profile

ชื่อสถานพยาบาล...กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลภักดีชุมพล..รหัส..10982..จังหวัด..ชัยภูมิ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย งานรังสีมีเจตจำนงให้บริการถ่ายภาพรังสีเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องครบถ้วน มีคุณภาพรวดเร็วตามมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ข. ขอบเขตบริการ กลุ่มงานรังสีโรงพยาบาลภักดีชุมพลให้บริการถ่ายภาพรังสีเพื่อช่วยแพทย์วินิจฉัยโรคทั่วไปแก่ผู้ป่วย ทั้งในและนอกเวลาราชการและผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่มารับบริการ เอกซเรย์ นอกเวลาราชการจัดเวร on call บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ)

ผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการบริการเอกซเรย์ ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ได้รับผลเอกซเรย์ ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว 3. ได้รับการจากเจ้าหน้าที่ด้วยความยินดี สุภาพ ยิ้มแย้มเป็นกันเอง 4. ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะได้รับการตรวจเอกซเรย์ก่อนและมีเวรตาม on call ตลอด 24 ชั่วโมง
ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับผลเอกซเรย์ ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว 2. ได้รับการประสานงานและตอบรับการประสานงาน สุภาพยิ้มแย้มเต็มใจให้บริการ เป็นกันเอง
ญาติผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับความสะดวก และรับข้อมูล การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง 2. ได้รับการจากเจ้าหน้าที่ด้วยความยินดี สุภาพ ยิ้มแย้มเป็นกันเอง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ผู้รับบริการได้รับการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ มีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจในบริการ

อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ไม่เกิน 3 %

ประเด็นคุณภาพ รวดเร็ว

-ระยะเวลารอคอยผลภาพรังสี เฉลี่ยไม่เกิน 10 นาที / फिल्म 1 แผ่น

-เมื่อเอกซเรย์เสร็จส่งภาพรังสีไปยังจุดตรวจภายใน 5 นาที

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ ให้บริการถ่ายภาพรังสีอย่างถูกต้องและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การเอกซเรย์ระบุ ถูกคน ถูกตำแหน่ง ให้ผู้รับบริการพึงพอใจด้วยทรัพยากรที่มีขีดจำกัด ตรวจวัดคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์ ให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงาน	แนวทางการป้องกัน/หลีกเลี่ยง
1.การถ่ายภาพรังสีซ้ำ	ทบทวนการเตรียมตัว และการเอกซเรย์ผู้ป่วย
2.เตรียมตรวจทางรังสีผิดพลาด(ผู้ป่วยไม่ถอดโลหะ/ขยับ/ไม่กลั้นใจ/หายใจเข้าไม่เต็มที่)	ตรวจสอบตำแหน่งที่แพทย์สั่งเอกซเรย์ ไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอม/ ชักซ้อมทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ก่อนถ่ายภาพรังสี /ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนชุดในห้องน้ำ , ถอดเครื่องประดับ โลหะออกจากอวัยวะที่ตรวจ
3.การส่งภาพรังสีผิดคน /ใส่ภาพฟิล์มผู้ป่วยสลับคน ภาพรังสี	ทบทวนตรวจสอบการชื่อผู้ป่วย การแปลงภาพรังสีในเครื่องแปลงสัญญาณให้ถูกคน ถูกชื่อ ถูกอวัยวะ
4.เอกซเรย์ผิดคำสั่ง/ผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	ตรวจสอบใบ request ให้ถูกคน ถูกตำแหน่ง ก่อน x-ray ทุกราย พบข้อสงสัยประสานงานกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร

กลุ่มผู้ป่วย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	เอกซเรย์ทั่วไป	เฉลี่ย..10.. คน/วัน	เฉลี่ย..10.. คน/วัน	เฉลี่ย..20.. คน/วัน

อัตราบุคลากรมีดังนี้

นักรังสีการแพทย์/ปฏิบัติงานบริหารและปฏิบัติงานรังสีเทคนิค 1 คน

พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค/ปฏิบัติงานช่วยเหลือบริการ 1 คน

นอกเวลาราชการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นเวร on call ตลอด 24 ชั่วโมง จัดเวรหมุนเวียนบุคลากร เวรละ 1 คน พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิคซึ่งเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ทำการถ่ายภาพรังสีโดยมีนักรังสีการแพทย์และแพทย์เวรควบคุมกำกับเป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

การมอบหมายงานกรณีหัวหน้างานไม่อยู่ ให้พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค รับผิดชอบงานแทนโดยอัตโนมัติ โดยมีแพทย์เวรควบคุมกำกับเป็นที่ปรึกษาเช่นกัน

เครื่องมือที่สำคัญของหน่วยงานรังสีโรงพยาบาลภักดีชุมพล

เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป ขนาด 500 mA 150 kV 1 เครื่อง

ได้รับการตรวจวิเคราะห์เครื่องจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา

เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ mobile portable x-ray 1 เครื่อง

เครื่องอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นดิจิทัล 1 เครื่อง

แผ่นเพลทขนาด 14"x17" 5 แผ่น , ขนาด 10"x12" 2 แผ่น

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี ได้แก่ เสื้อตะกั่ว 6 ชุด

แผ่นยางตะกั่วป้องกันไทรอยด์ 3 ชุด และ Gonad shield 1 ชุด

ฉากตะกั่วกันรังสี 2 ชุด (จุดห้องเอกซเรย์ และจุด x-ray Covid-19 ที่ IPD.)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งคาดหวังจากกระบวนการ	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.เตรียมเครื่องมือ	- เครื่องเอกซเรย์ อุปกรณ์พร้อมใช้ - เครื่องแปลงสัญญาณภาพทางรังสีพร้อมใช้งาน	-เครื่องเอกซเรย์ชำรุด -เครื่องแปลงสัญญาณภาพทางรังสีพร้อมใช้	จำนวนครั้งเครื่องมือทางรังสีไม่พร้อมใช้งาน - เครื่องเอกซเรย์
2.ถ่ายภาพทางรังสี	- เอกซเรย์ถูกคน ถูกตำแหน่ง ได้ภาพรังสีที่ถูกต้อง ไม่ถ่ายซ้ำ	- เอกซเรย์ผิดคน ผิดตำแหน่ง ถ่ายภาพรังสีซ้ำ ภาพรังสีที่ได้มี Artiifact -ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะเอกซเรย์ -ผู้ป่วยได้รับรังสีเกิน	-อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำไม่เกิน 3 %
3.การตรวจสอบคุณภาพ	-ผู้รับบริการได้รับฟิล์มที่มีคุณภาพถูกต้อง และส่งมอบถูกคน -เกิดภาพสมบูรณ์ ชัดเจน ถูกต้อง	-ภาพทางรังสี/ฟิล์มไม่ถูกชื่อ/ถูกคน -ส่งมอบฟิล์มผิดคน	-อัตราความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย 0 ราย
4. ส่งภาพรังสี/จัดเก็บ/ขอผลภาพรังสี	-มีการบันทึกยืมภาพรังสี กรณีส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อที่ รพ.อื่น ๆ -ใส่ฟิล์มถูกของถูกชื่อ ถูกคน -ส่งมอบภาพรังสีถูกต้อง -สัญญาณ Internet ใช้งานได้ เมื่อส่งภาพ -ส่งมอบภาพรังสีไปที่จุดตรวจทันเวลากำหนด	-ส่งภาพรังสีไม่ถูกต้องครบถ้วน -ส่งต่อรับการรักษารพ.อื่นไม่ได้เพราะไม่มีสัญญาณ Internet -ส่งภาพรังสีไปยังจุดตรวจไม่ทัน 5 นาที	- ความผิดพลาดในการส่งต่อภาพรังสีไม่เกิน 2 ราย -ระยะเวลารอคอยภาพรังสีไม่เกิน 10 นาที

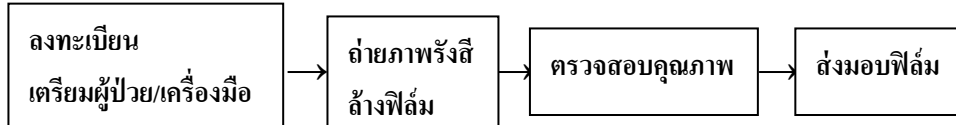
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าที่ประเมินได้			
		พ.ศ.2562	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565
1.อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	<1%	0.37 %	0.41%	0.35%	0.32%
2.การส่งมอบภาพรังสีผิดคน	<2ราย	0	0	0	2
3.การค้นหาฟิล์มไม่พบ	3%	0.15%	0%	0%	0%
4. ระยะเวลารอคอยผลภาพรังสีไม่เกิน 10 นาที	<10 นาที	10.60	8.06	7.05	8.72

5. ผู้รับบริการพึงพอใจ	>80%	85%	87%	92.65%	89.65%
6. ระยะเวลาการตาม เอกซเรย์ กระณี Fasct tract อุบัติเหตุ	8 นาที	N/A	N/A	3.95	4

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และเป้าหมายที่ตั้งไว้



4.2 ระบบพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการและทำไปแล้ว

-ระบบเตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความพร้อมใช้ ตรวจวัดมาตรฐานโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นครราชสีมาทุกปี 1 มีการดูแลรักษาเชิงป้องกัน โดยช่างซ่อมบำรุง

-ระบบการประเมินความเสี่ยงแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงที่สำคัญโดยใช้การประเมินจากการสังเกตการณ์นำส่งตัวรถนั่ง รถนอน จากการประสานงานจากพยาบาลห้อง ER จากพยาบาลตึกผู้ป่วยใน จากพยาบาล OPD ประกอบกับประวัติส่งตรวจ การสอบถามชื่อ-สกุล สภาพอาการผู้ป่วยแรกรับ

-ระบบการควบคุมคุณภาพภาพรังสี ตรวจสอบคุณภาพฟิล์มก่อนส่งแพทย์ ให้ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน หากสภาพอาการผู้ป่วยไม่เอื้อต่อการจัดทำตามเทคนิครังสี ให้มีคุณภาพปรึกษาแพทย์ผู้ส่ง ทบทวนตรวจสอบการตั้งเทคนิคการถ่ายภาพรังสี การแปลงสัญญาณภาพให้ปรึกษาและขอความช่วยเหลือทีม admin IT. โรงพยาบาลและ ทีม admin ของบริษัทโรตมาแก้ไขให้ทันท่วงที 24 ชั่วโมง

-การแปลงสัญญาณภาพรังสี/การล้างฟิล์ม บันทึกลับ คั้นฟิล์มเก่า จัดเก็บ ได้มีแนวทางปฏิบัติการการแปลงสัญญาณภาพรังสี/การล้างฟิล์ม การติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือจากทีม IT. โรงพยาบาล และทีม admin ของบริษัทโรตมาแก้ไขในระบบ PACS. ได้ตลอด 24 ชั่วโมงและการยืมฟิล์ม การจัดเก็บ ประจำวัน การประสานงาน การให้คำแนะนำผู้ป่วย,ญาติ ถึงความสำคัญของฟิล์มเก่าให้เก็บรักษาและส่งคืน

สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1. พัฒนาระบบการถ่ายภาพรังสี ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง

ปัญหา การถ่ายภาพรังสีซ้ำ

สาเหตุ คนไข้ยับ พบ Artifact และ position

ผู้ป่วยยับ พบสิ่งแปลกปลอม (Artifact) การจัดทำ การตั้งเทคนิค การคอนแสงไม่คลุมอวัยวะ

การปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์ ใน ปี2562 ปี2563 ปี2564 และ ปี2565 พบว่า อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำเท่ากับ 0.37%, 0.41% 0.35% และ 0.32% ตามลำดับ

ในปี 2565 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลภักดีชุมพล ได้นำกิจกรรมทบทวน และปรับปรุงวิธีการถ่ายภาพรังสี มีการทบทวนการถ่ายภาพรังสีทุกขั้นตอน จึงกำหนดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำไม่เกิน 1 %

การประชุม Morning brief, Afternoon brief ได้ประชุมในหน่วยงาน ปรับปรุงเทคนิค การจัด position ติดตามการส่งต่อภาพไม่ได้ ให้มีการประสาน Admin รพ. /บริษัทช่วยรีโมทแก้ไขภาพ
งานวิจัย -

ระบบการทบทวน 12 กิจกรรม

- การปรับปรุงคุณภาพห้องปฏิบัติการทางรังสีและเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการถ่ายภาพทางรังสีอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติงานทางรังสีวินิจฉัย
- เก็บตัวชี้วัด ทบทวน วิเคราะห์อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ การจัดทำ การเตรียมตัวผู้ป่วย จัดทำเป็นมาตรฐานขึ้น
- การเอกซเรย์เคลื่อนที่ จัดทำค่าเทคนิค Exposure chart กำหนดค่าเทคนิคเอกซเรย์ให้เหมาะสม
- ทำกิจกรรม 5 ส. จัดเก็บข้าวของเครื่องมือให้สะอาด เป็นระเบียบ สะดวกในการใช้
- การควบคุมการติดเชื้อความปลอดภัยห้องเอกซเรย์
- ปรับปรุงโครงสร้างภายในห้องเอกซเรย์ให้ทันสมัย เหมาะสมกับการให้บริการ

เจ้าหน้าที่รังสีทุกคนได้รับการอบรม IC ทุกคน การล้างมือ 7 ขั้นตอน และปฏิบัติตัวขณะทำงานได้อย่างถูกต้อง (เจ้าหน้าที่ไม่มีประวัติติดเชื้อ TB) และได้ฝึกปฏิบัติทดสอบ ก่อนและหลังการล้างมือ เพิ่มเจลแอลกอฮอล์ ล้างมือเพื่อความสะอาดฆ่าเชื้อโรค การปฏิบัติตัวแบบ New Normal และการสวมและถอดชุด PPE. ที่ถูกต้องเมื่อปฏิบัติหน้าที่เอกซเรย์ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา Covid-19

5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.การพัฒนาบุคลากรพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับเทคโนโลยีการเอกซเรย์ด้วยระบบดิจิทัล	-บุคลากรได้รับการอบรมเทคโนโลยีเพื่อการเอกซเรย์ด้วยระบบดิจิทัล -บุคลากรมีความรู้และทักษะเพื่อการใช้เทคโนโลยีใหม่	-จำนวนบุคลากรได้รับการอบรม 100 %
2.การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมบรรยากาศในการทำงานของบุคลากร	-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสี	-ผลฟิล์มวัดรังสีประจำบุคคล < 20µSV/เดือน
3.ตรวจสมรรถภาพและส่งเสริมสุขภาพจากทีมอาชีวอนามัย	-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ, สวม mass -การตรวจสมรรถภาพปอด,	-อัตราบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 0% -ผ่านการทดสอบการตรวจสมรรถภาพปอดและวัดแสง

	ตรวจวัดแสงสว่างในที่ทำงาน	สว่าง ทุกคน
--	---------------------------	-------------

การสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ ด้านความปลอดภัย การป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้รับบริการ

- ติดป้ายเตือนบริเวณรังสี สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับการสอบถามการตั้งครรภ์ และหากการแพทย์สั่งตรวจเอกซเรย์หญิงมีครรภ์ ต้องมีการเซ็นติบายนยอมการตรวจเอกซเรย์จากผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์นั้น และป้องกันรังสีให้บริเวณหน้าท้อง บันทึกการตั้งค่าเทคนิคการถ่ายภาพรังสีไว้
- ให้คำแนะนำขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและขณะทำการเอกซเรย์เพื่อลดการถ่ายฟิล์มซ้ำ
- ป้องกันอันตรายจากรังสี
 - ติดสัญญาณไฟแดงเตือนเหนือประตูห้อง
 - เตรียมเสื้อผ้าสะอาดให้เปลี่ยน มีข้อความแนะนำการปฏิบัติตัว
 - ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและจากตึกผู้ป่วยในไม่ต้องรอคิว (ลำดับความสำคัญในการให้บริการ)
- มีการประสานงานก่อนส่งเอกซเรย์
 - สถานที่สิ่งแวดล้อมสะอาด สะดวก ตามมาตรฐาน

การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการทำงาน

- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันอันตรายจากรังสี ติดฟิล์มวัดรังสีประจำบุคคล และส่งตรวจวัดปริมาณรังสีทุก 3 เดือน สวมเสื้อตะกั่วกันรังสีทุกครั้งเมื่อปฏิบัติหน้าที่จับผู้ป่วยขณะเอกซเรย์ อยู่หลังฉากตะกั่ว หรือกำบังรังสีและห่างจากแหล่งกำเนิดรังสี เมื่อปฏิบัติงาน
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากทีม IC 100%
 - ได้รับการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ครั้ง
 - ตรวจสุขภาพประจำปีทุกคนปีละ 1 ครั้ง
 - ส่งเสริมอบรมความรู้เรื่องการตรวจเอกซเรย์ผู้ป่วยสงสัย Covid-19 และปฏิบัติตามขั้นตอนการบริการอย่างเคร่งครัด
- ผลลัพธ์** บุคลากรมีความตระหนักในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ,อัตราการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน มีผลตรวจ ATK มีผลเป็นลบและรายงานปริมาณรังสีบุคคล ผลอยู่ในเกณฑ์ **ปลอดภัย** ทุกคน

-การกำกับดูแลการส่งภาพรังสีให้ได้และทันเวลา การป้องกันและแก้ไขปัญหา การส่งภาพไม่ได้ โดยมีการตรวจเช็คระบบการส่งต่อภาพรังสีในจุดต่างๆของโรงพยาบาล และนอกเขตคือโรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมาให้ส่งภาพรังสีได้ หากเกิดปัญหา Internet ใช้งานไม่ได้ต้องรีบแจ้งแอดมินดูแลระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล และวิศวกรของบริษัท โดยโทร.ติดต่อเบอร์ call center บริษัททันที

Service Profile

หน่วยงาน / ทีม งานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลภักดีชุมพล ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

บริบท (Context)

งานคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลภักดีชุมพลให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ(Warfarin) โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งจัดคลินิกในวันและเวลาราชการ คือ คลินิก Warfarin ให้บริการทุกวันจันทร์ที่ ๒ ของเดือน โรคไตให้บริการทุกวันอังคารที่ ๑, ๒ และ ๓ ของเดือน โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้บริการ วันพุธที่ ๒ และ ๔ ของเดือน โรคเบาหวาน ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี และวันอังคาร ที่ ๔ และ ๕ ของเดือน โรคความดันโลหิตสูง ให้บริการทุกวันศุกร์ มีบุคลากรประจำแต่ละคลินิก ๔ คน ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติประจำคลินิก ๒ คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน

ความมุ่งหมาย (Purpose)

๑. ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๒. สนับสนุนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

วิสัยทัศน์

บริการด้วยมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

๑.งานคลินิกบริการ ได้แก่ คลินิกwarfarin คลินิกโรคไต คลินิกโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกโรคเบาหวาน และ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

๒.งานสนับสนุนเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในด้านวิชาการ การส่งผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน การจัดเบิกจ่ายยาโรคเรื้อรัง

๓. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuious care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

๔.ให้บริการให้คำปรึกษา

๕.งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ปรัชญาของหน่วยงาน

๑.การทำงานเป็นทีมร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพในหน่วยงาน และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๒.ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

๓.บุคลากรในองค์กรมีการพัฒนาและเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

๔.ใช้ข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการในการปฏิบัติงาน

๕.มีการทำงานแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ : (ลูกค้ายานอก)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
ผู้ป่วยและญาติ	-ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว - เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเอง -ได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง

เจ้าหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ครบถ้วน - ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย
-------------	--

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ : (ลูกค้าภายใน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
ห้องบัตร	- ประสานงานเมื่อมีข้อผิดพลาดในการบันทึกเวชระเบียน
งานผู้ป่วยนอก	-ถ้ามีผู้ป่วยมาตรวจผิดคลินิกอยากให้ตรวจที่งานบริการผู้ป่วยเฉพาะโรคเลย -ได้รับการประสานงานเมื่อเกิดปัญหาในการบริการ
งานเภสัชกรรม	-นัดผู้ป่วยให้ตรงกับคลินิก และลงวันนัด ใน HosXP ให้ถูกต้อง -การเบิกยาให้มีการทบทวนการส่งจ่ายยาให้ตรงกับ order แพทย์ ตรวจสอบจำนวนวันที่นัดให้ตรงกับคลินิก และให้จำนวนเม็ดยาตรงกับจำนวนวันที่นัด -ได้รับการประสานงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการนัดผู้ป่วย -ทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วย -ให้ห้องยาตามประวัติยากรณีรับยาที่โรงพยาบาลอื่น
แพทย์	-ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ -การบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน อ่านง่าย -คำสั่งการรักษาได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้อง -มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา และพร้อมใช้งานได้ -ได้รับการประสานงานเมื่อเกิดปัญหาในการบริการ มีการให้บริการพิเศษ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการนัดผู้ป่วย
คลินิกให้คำปรึกษา	-ได้รับการประสานงานเมื่อมีการส่งผู้ป่วยไปที่หน่วยให้คำปรึกษา
งานบริการอาหาร	-ได้รับแจ้งยอดผู้ป่วย เพื่อที่จะจัดเตรียมอาหารให้พอเพียง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีมาตรฐาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

๒. พัฒนาการประกันคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานผลการประเมินตนเองได้ระดับ ๒

๓. พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

๑. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

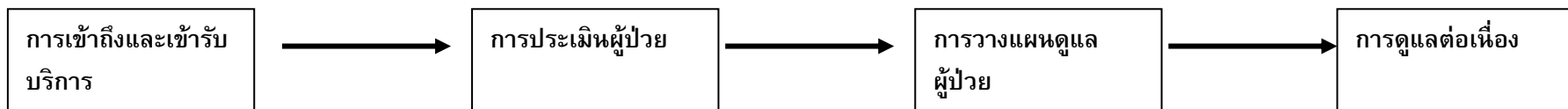
๒. ไม่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager)

๓. บุคลากรในหน่วยงานมี พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน จบเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) ๒ คน และจบสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติสาขาไต ๑ คน และพยาบาลแต่ละคนได้รับมอบหมายให้เป็น disease manager ในการดูแลผู้ป่วยรายโรค และได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยรายโรค

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

แผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว และปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงบริการลำบาก ไม่สะดวกในการเดินทาง - ผู้ป่วยไม่ทราบขั้นตอนในการรับบริการ - ระยะเวลาในการรับบริการ - จำนวนอุบัติเหตุการณผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอตรวจ
การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - การระบุตัวผู้ป่วยในการรักษาผิดพลาด - การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บส่งส่งตรวจผิด - การซักประวัติผู้ป่วยไม่ครอบคลุม - การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม - การวินิจฉัยล่าช้า ผิดพลาด - การประเมินซ้ำไม่ครอบคลุม
การวางแผนดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนอุบัติเหตุการณการดูแลรักษาไม่เหมาะสม - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน - ขาดการประเมินและปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว - จำนวนอุบัติเหตุการณความคลาดเคลื่อนในระบบยา - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราผู้ป่วยขาดนัด - อัตราผู้ป่วยที่ส่งรับยาที่ รพ.สต. แล้วไม่ได้รับยา - อัตราผู้ป่วยได้รับติดตามเยี่ยมไม่ครอบคลุม นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลำบาก	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการนัดผู้ป่วย โดยผู้ป่วยบ้านเดียวกันนัดพร้อมกัน - จัดระบบการส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่ สอ. ใกล้บ้านร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพผู้ป่วย และจำแนกประเภท กรณีที่มีภาวะ Urgent ส่งห้องฉุกเฉิน <p>กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กรณีที่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกมีภาวะฉุกเฉินคือหยุดหายใจ ให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่ห้องฉุกเฉิน และเรียกทีมจาก LR/ER มาช่วยพร้อม Defibrillation ๒. ใช้วิธีการสื่อสารที่เป็นมาตรฐาน เช่น SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) กับผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือ ๓. ประเมินผลจากช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต ส่งต่อ รับไว้รักษา เสียชีวิต ๔. ทบทวนและวิเคราะห์ (เช่น RCA) เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและไม่มีการให้ intervention ในเวลาที่เหมาะสม <p>Criteria สำหรับการขอคำปรึกษาแพทย์ขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย รู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย - อัตราการเต้นของหัวใจ < ๖๐ or > ๑๒๐ ครั้งต่อนาที - ความดัน Systolic B.P. < ๙๐ mmHg or ≥ ๑๘๐ mmHg Diastolic B.P. > ๑๐๐ mmHg - อัตราการหายใจ < ๑๔ or > ๒๘ ครั้งต่อนาที - O2 saturation < ๙๐% - การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว - ระดับน้ำตาลในเลือด < ๗๐ mg% or > ๒๕๐ mg% - มีภาวะเลือดออกตามร่างกายผิดปกติ - INR (Out of target ๒ – ๓ และ ๒.๕ – ๓.๕)

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
การประเมินสภาพ/การดูแลไม่เหมาะสม/ล่าช้า	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรในหน่วยงาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการทำงาน - การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาชีพ - จัดให้ Disease manager แต่ละโรคได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ประเมิน Competency บุคลากรในหน่วยงานและ Disease แต่ละโรคที่เกี่ยวข้อง
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแนวทางปฏิบัติในเรื่องการป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดแก่บุคลากรในหน่วยงาน โดย <ol style="list-style-type: none"> ๑. ในการให้บริการผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้ให้บริการต้อง ตรวจสอบ identity ผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน (เช่น การซักประวัติ การตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งส่งตรวจ หัตถการ) ก่อนที่จะให้การดูแล ๒. บ่งชี้ผู้ป่วยอย่างน้อย ๒ ตัว (เช่น ชื่อ - สกุล และเวชระเบียน) เพื่อยืนยันตัวบุคคลที่มารับบริการในคลินิก ไม่ใช่ หมายเลขบัตรคิวเป็นตัวบ่งชี้ ๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกชั้นของกระบวนการบ่งชี้ผู้ป่วย โดยถามชื่อผู้ป่วยทุกครั้งที่ใช้บริการ ๔. ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้เขียนฉลากติดภาชนะส่งตรวจให้ชัดเจน และตรงกับใบ Request และคำสั่งการรักษาของแพทย์ ๕. ให้สอบถามห้อง Lab เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย
ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์	ปรับปรุงระบบการนัดตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้า
ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค	ปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของ รพ. หรือให้คำปรึกษารายบุคคล
การบันทึกเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	ปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของ รพ.
ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย/จิตใจ ก่อนพบแพทย์	ปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนพบแพทย์ของ รพ.
ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรักษาที่ล่าช้าไม่เป็นไปตามแนวทาง/มาตรฐาน	ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา (CPG) และจัดทำ CPG ร่วมกับ PCT เพิ่มในโรคที่มีความสำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
ผู้ป่วยไม่พึงพอใจที่รอนาน	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม - ปรับปรุงระบบการนัดให้มีจำนวนผู้ป่วยนัดที่เหมาะสมต่อเวลาที่ให้บริการ - ปรับปรุงขั้นตอนในการปฏิบัติงานลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น
ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการควบคุมโรคไม่ดี หรือเกิดอันตรายจากเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้ยา - ปรับปรุง CPG ร่วมกับทีม PCT ให้ทันสมัย - ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง
ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดี / มีภาวะแทรกซ้อนไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง - แพทย์พิจารณาส่งต่อ รพท./ รพศ.
ผู้ป่วยขาดนัด	<ul style="list-style-type: none"> - ในการนัดผู้ป่วยทุกครั้งให้วิเคราะห์ปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อกำหนดวันนัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วย - ให้ระบุวันนัดในสมุดนัดและใน HosXP ให้ตรงกัน และเขียนด้วยลายมือที่อ่านออก - หลีกเลี่ยงการเขียนวันนัดเป็นคำย่อ หรือหากใช้คำย่อให้ทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยอ่านให้ฟังทุกครั้ง ผู้ป่วยครอบครัวเดียวกัน หรือหมู่บ้านเดียวกันให้นัดพร้อมกันเพื่อสะดวกในการเดินทาง ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ที่ต้องนัดก่อนเวลาให้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ - หากผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการตรงวันนัดได้แนะนำให้มาก่อนนัด - ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงอันตรายถ้าไม่มารับการรักษาตามนัด - ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ

๑. คลินิก Warfarin

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ประเมิน	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน(Warfarin) ที่มี INR(International Normalized Ratio) ในช่วงที่แนะนำ	ร้อยละ ๖๐	๔๔.๖๓	๔๖.๕๐	๓๖.๗๔	๓๖.๒๘	๓๘.๖๙
๒. ร้อยละการผิวนัดตั้งแต่ ๗ วันขึ้นไปของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด(Warfarin)	< ร้อยละ ๑๐	๒.๐๗	๓.๔๙	๓.๓๑	๒.๓๕	๗.๗๓
๓. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน(Warfarin)	ร้อยละ ๕	๑.๗๓	๐.๖๙	๐	๐.๕๘	๑.๑๙

๒. คลินิกโรคไต

๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไต (e GFR) ลดลงไม่เกิน 4 มล./1.73 ม² / นาที / ปี > 50%

ตัวชี้วัด	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	เป้าหมาย>๖๖%	เป้าหมาย> ๖๖%	เป้าหมาย>๖๖%	เป้าหมาย>๖๖%	เป้าหมาย>๖๖%
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไต (e GFR) ลดลงไม่เกิน 4 มล./1.73 ม ² / นาที / ปี > 50%	๖๗.๗๗	๗๒.๘๙	๗๐.๑๖	๔๘.๐๑	๗๒.๓๐
ผู้ป่วยทั้งหมด	๒๑๑	๒๗๓	๓๘๒	๔๐๒	๓๔๓

๒.การพัฒนา บุคลากรไปเรียนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะสาขาไต

๓. ปัญหา อุปสรรค

- จากการดำเนินงานผู้ป่วยได้ประเมินค่าอัตราการกรองของไต (e GFR)น้อยเนื่องจากเป็นช่วงต้นของปีงบประมาณ ซึ่งจะได้มีการติดตามไปเรื่อยๆตลอดทั้งปี
- ขาดโภชนาการในการให้ความรู้กับผู้ป่วย CKD

๔.ข้อเสนอแนะ

- เริ่มตรวจประเมินค่าอัตราการกรองของไต (e GFR) ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณและได้รับการตรวจ creatine/ มีผล eGFR \geq ๒ ค่า ในปีงบประมาณ

๓.คลินิกโรคหอบหืด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ประเมิน	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.อัตราผู้ป่วยคลินิกโรคหืดหอบที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	<ร้อยละ ๑๐	๗.๑๙	๒.๗๗	๑.๓๕	๖.๐๖	๓.๑๖
๒.อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคหืดหอบ	<ร้อยละ ๑๐	๑๗.๔๕	๘.๒๙	๕.๘๖	๘.๘๖	๑๕.๑๑
๓.อัตราการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบ	\leq ร้อยละ๒๐	๓๔.๒๔	๑๙.๐๒	๒๔.๗๕	๑๘๐๕	๑๔.๒๔
๔.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		๓๕๘	๓๖๐	๓๖๘	๓๓๐	๓๑๖

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคหืดหอบ จากปัญหาการขาดนัดในผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลภักดีชุมพล พบว่าสาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยลืมวันนัด และมีคนไข้บางรายที่ขาดนัดเนื่องจากไม่มีอาการหายใจหอบ คลินิกโรคเรื้อรังได้แก้ปัญหาโดยการให้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด สำหรับผู้ที่ติดต่อไม่ได้จะประสานกับ รพ.สต. เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับยา จากการปฏิบัติงานตามแผนดังกล่าวพบว่ายังมีปัญหาการขาดนัดอยู่ มีการวางแผนต่อเนื่องโดยมีแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด ประสานกับอสม.ในการติดตามให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัด

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบ จากปัญหาการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลภักดีชุมพล พบว่าสาเหตุเกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น เผลออ่าน ดายหญ้า ทำสวน รพ.ภักดีชุมพลได้แก้ปัญหาโดยให้ความรู้ผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้มีอาการหายใจหอบ มีการประเมินการสูบบุหรี่

ทุกราย และส่งรับคำปรึกษาในการเลิกบุหรืสำหรับผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรือยู่ มีนักกายภาพบำบัดมาฝึกสอนการหายใจ เภสัชกรสอนและประเมินการใช้ยา ทั้งความถูกต้อง ความสม่ำเสมอ

๔.คลินิกโรคปอดอุดกัันเรื้อรัง

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ประเมิน	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.อัตราผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกัันเรื้อรังที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	<ร้อยละ ๑๐	๑๕.๑๓	๙.๘๙	๔.๙๕	๓.๐๑	๓.๘๘
๒.อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกัันเรื้อรัง	<ร้อยละ ๑๐	๑๘.๖๔	๑๒.๒๖	๗.๙๙	๖.๒๙	๑๒.๐๗
๓.อัตราการเข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบ	≤ ร้อยละ๒๐	๒๗.๕๖	๑๗.๔๐	๑๔.๘๕	๑๑.๗๔	๗.๒๘

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. อัตราผู้ป่วยคลินิกโรคถุงลมโป่งพองที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นเนื่องจาก อากาศเย็น และการประกอบอาชีพ เช่น เผล่าถ่าน เผล่าป่าอ้อย
๒. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกัันเรื้อรมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการมีการติดตามผู้ป่วยโดยการขอเบอร์โทรศัพท์ และใช้ไปรษณียบัตรในการติดตามผู้ป่วย และรพ.สต. ตามให้
- ๓.อัตราการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยจะมีสิ่งกระตุ้น เช่น อากาศเย็น มีไข้ ผู้ป่วยไม่ได้พ่นยาขยายหลอดลมมาจากบ้าน แต่ผู้ป่วยมาพ่นยาที่โรงพยาบาลเลย ใช้ยาขยายหลอดลมไม่ถูก เป็นต้น

๔.คลินิกโรคเบาหวาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7%	> ๔๐ %	๑๙.๗๓	๔๐.๐๕	๓๙.๘๑	๓๒.๗๕	๓๐.๘๒
๒.	อัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลันจากโรคเบาหวาน (Hypoglycemia)	< ๒ %	๒.๑๗	๓.๓๑	๒.๒๖	๑.๘๒	๐.๙
๓.	ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl	≥ ๖๐ %	๔๖.๑๙	๕๖.๓๗	๕๕.๑๗	๕๑.๓๕	๕๖.๓๕
๔.	อัตราระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิต น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mm.Hg	≥ ๖๐ %	๘๐.๙๔	๘๔.๓๗	๘๔.๕๗	๖๔.๙๑	๖๑.๗๙
๕.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	> ๖๐ %	๗๓.๙๑	๗๑.๕๓	๗๔.๑๖	๖๔.๗๖	๖๐.๐๑
๖.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	> ๖๐ %	๗๒.๒๕	๗๓.๒๕	๖๗.๕๔	๕๖.๖	๖๐.๙๘
๗.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	< ๑๐ %	๓๖.๖๒	๓๑.๑๑	๒๓.๖๕	๑๘.๑๒	๑๕.๖๑
๘.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน Diabetic retinopathy	< ๑๐ %	๓.๘๑	๒.๔๐	๒.๘๓	๒.๔๙	๒.๒๑
๙.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน Diabetic nephropathy	< ๑๐ %	๓.๙๓	๑.๗๔	๑.๒๙	๒.๐๗	๐.๘๓
๑๐.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานขาดนัด	< ๑๐ %	๑๔.๔๕	๖.๐๓	๕.๑๗	๕.๒๐	๑๑.๓๙
๑๑.	ยอดผู้ป่วยทั้งหมด		๑๓๔๖	๑๓๗๗	๑๓๗๔	๑๔๘๔	๑๕๓๗

วิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เนื่องจาก

๑. มีอัตราการขาดนัดที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีการออกไปทำงานนอกพื้นที่เป็นระยะเวลานาน ไปรับยาที่อื่นหรือซื้อยาตามร้านขายยามารับประทานเอง เมื่อไปทำงานนอกพื้นที่ การติดตามเป็นไปด้วยความยากลำบากเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ตามโปรโมชั่นของ Sim มือถือ
๒. ไม่ควบคุมอาหาร เนื่องด้วยประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักและจะรับประทานจิ้มไม่จำกัดเนื่องจากต้องทำงานที่ใช้แรงงานหนัก และในพื้นที่มีการทำสวนผลไม้ประชากรทำงานที่เกี่ยวข้องกับผลไม้ รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะขามหวาน ทูเรียน มะม่วง
๓. ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากประชากรมีความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรทั้งตามคำบอกเล่า การโฆษณาทางสื่อต่างๆ
๔. ผู้ป่วยที่เป็นวัยสูงอายุมีพฤติกรรมชอบรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้สุก หรือเมื่อรับประทานข้าวได้น้อยจะรับประทานอาหารหวานแทน หรือดื่มนมรสหวานแทน
๕. ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ที่เป็นผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแล จัดหาอาหารมารับประทานตามสภาพเศรษฐกิจ การรับประทานยาหรือฉีดยา Insulin ไม่ถูกต้อง
๖. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเครียดและเบื่อหน่าย ทำให้มีการหยุดรับประทานยา หยุดมารับการรักษา

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑. มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล
๒. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน
๓. ส่งเจ้าหน้าที่ไปเรียนต่อเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม
๔. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกันค้นหาปัญหาให้กับผู้ป่วยและช่วยกันแก้ไขปัญหาให้กับทีมสหวิชาชีพ

๕. คลินิกความดันโลหิตสูง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (BP < 140/90 mm.Hg)	> ๕๐ %	๖๐.๘๓	๗๗.๕๕	๗๗.๙๕	๗๓.๗๓	๗๐.๙๗
๒.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด	< ๑๐ %	๑๙.๐๙	๘.๓๓	๕.๗๔	๕.๙๐	๑๖.๑๘
๓.	ยอดผู้ป่วยทั้งหมด		๒๒๓๖	๒๓๔๓	๒๕๓๑	๒๗๙๔	๒๘๘๗

--	--	--	--	--	--	--	--

วิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการวิเคราะห์ในกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ พบว่าเกิดจาก

๑. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่สามารถลดอาหารรสจัดได้ รวมไปถึงการถนอมอาหารไว้รับประทานของประชาชนในพื้นที่จะใช้เกลือเป็นส่วนใหญ่ในการถนอมอาหาร เช่น การทำปลาร้า การทำเนื้อตากแห้ง รวมไปถึงการประกอบอาหารโดยใช้ปลาร้า เช่น ส้มตำ เป็นอาหารที่รับประทานกันมากของประชาชนในพื้นที่

๒. พฤติกรรมการออกกำลังกาย คนในชุมชน มีการออกกำลังกายน้อย เมื่อว่างเว้นจากการทำไร่ ทำนา ก็จะนอนพักผ่อนอยู่บ้าน บางคนมีอาชีพเสริมคือการนั่งคัดแยกมะขาม ซึ่งใช้เวลานาน เมื่อเสร็จภารกิจก็ถึงเวลาเข้านอน รวมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องรับหน้าที่ดูแลหลาน การออกกำลังกายจึงน้อย

กิจกรรมที่ทำใน ๒๕๖๑

๑. ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย

๒. ถ้าวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ > ๑๔๐/๙๐ mm.Hg. จะให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อนและวัด BP ซ้ำอีก ๑๕ นาที

๓. ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม CPG

Service Profile ปีงบประมาณ 65
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภักดีชุมพล

1.บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภักดีชุมพล เป็นหน่วยงานทางคลินิกในการดูแล สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในเขตอำเภอภักดีชุมพลและเขตรอยต่ออำเภอ เทพสถิต รวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินจากต่างพื้นที่ และผู้ป่วยที่รับกลับมารักษาต่อจาก โรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อฟื้นฟู สภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ในชุมชนต่อไป

การปฏิบัติงานของผู้ป่วยในแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 ส่วน คือ หอผู้ป่วยรวม 12 เตียง ห้องพิเศษ 4 ห้อง ห้อง แยกโรค 2 ห้อง และ Cohort ward จำนวน 10 เตียง มีบุคลากรปฏิบัติงานได้แก่ แพทย์ประจำ 1 คน แพทย์ ทั่วไป 3 คน เป็นแพทย์เจ้าของไข้ตรวจผู้ป่วยแต่ละรายในเวลาราชการและมีแพทย์เวรตรวจในวันหยุดและนอก เวลาราชการ พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน คนงาน 1 คน และมีการหมุนเวียนอัตรากำลังจาก แผนกอื่นภายในกลุ่มการพยาบาลเสริมเป็นบางครั้ง เมื่ออัตรากำลังขาด ตลอดจนมีการประสานงานการปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรแพทย์ งานเภสัชกรรมชุมชน โรงครัว งานชันสูตร งานเวชระเบียน ฯลฯ มี การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ โรงพยาบาลตติยภูมิ และติดตามส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายจากโรงพยาบาล

5 อันดับโรคพบบ่อย

1. Other Viral Pneumonia
2. Acute pharyngitis due to other specified organisms
3. AGE
4. DM type II
5. CKD

5 อันดับความเสี่ยงสำคัญ

Common clinical risk ตามระดับความรุนแรง

1. ตกเตียง
2. การเกิดแผลกดทับ
3. อัตราการกลับมาอน รพ. ซ้ำ
4. ความผิดพลาดในการเก็บ Specimen
5. ความคลาดเคลื่อนทางยา

Specific clinical risk

1. ผู้ป่วย Post Arrest
2. ผู้ป่วย Pneumonia มีภาวะ Respiratory Failure
3. ผู้ป่วยมีภาวะ Septic Shock

4. ผู้ป่วย Covid Pneumonia
5. ผู้ป่วย UGIB

5 อันดับหัตถการ

1. การฉีดยา
2. การพ่นยาขยายหลอดลม
3. การเจาะเลือด
4. การให้สารน้ำ
5. การทำแผล

ข้อจำกัดที่สำคัญ

1. มีข้อจำกัดในขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซับซ้อน เช่น แพทย์เฉพาะทาง เทคนิคการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์/เครื่องมือขั้นสูง เช่น เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิตามขั้นตอน
2. พื้นที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลตติยภูมิทำให้เป็นอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการหนัก
3. เจ้าหน้าที่โยกย้ายบ่อย

ข. สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน

วิสัยทัศน์ : ผู้ป่วยในให้บริการตามมาตรฐาน บุคลากรรอบรู้ ประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ : งานผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ

1. งานผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ของบุคลากรในองค์กร
3. เน้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน

ขอบเขต : งานผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยมาตรฐานวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากหน่วยงาน รวมทั้งหญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด

เป้าหมาย :

1. พัฒนาการดูแลกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Sepsis
2. พัฒนาการดูแลกลุ่มโรคอุบัติใหม่ Covid-19
3. พัฒนาการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วย IMC และ Palliative care
4. พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมทบทวน
5. พัฒนานวัตกรรม ผลงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง

ค. ผู้รับผลงาน/ความต้องการของผู้รับบริการ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	ต้องการการพยาบาลที่รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการรักษา และบริการที่ประทับใจ
ญาติผู้ป่วย	ข้อมูลการรักษา/ระยะเวลาที่ต้องนอนในโรงพยาบาล/การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล/การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะโรคขณะได้รับการรักษา/การได้รับการพยาบาลที่มีมาตรฐานและปลอดภัย/สิทธิผู้ป่วย/การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน/การมาตรวจตามนัด
แพทย์	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องต่อเนื่อง/ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยตรวจสอบจากบันทึกทางการแพทย์/ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคสามารถรักษาโรคได้อย่างถูกต้องผู้ป่วยหายจากโรคและปลอดภัยจากการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน
เภสัชกร	คำสั่งการรักษาชัดเจน อ่านง่าย ระบุขนาดและวิธีการใช้ยา ระยะเวลาถูกต้อง ครบถ้วน
ห้องปฏิบัติการ	ได้รับส่งตรวจอย่างถูกต้อง มีบันทึกการนำส่งส่งตรวจเป็นลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบได้
งานรังสี	มีการนำส่งผู้ป่วยถูกคน ตรงเวลาที่กำหนด/ผู้ป่วยได้รับการเตรียมก่อนตรวจพิเศษอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
งานโภชนาการ	ได้รับใบแจ้งรายการอาหารที่ชัดเจน/ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ชัดเจนและครบถ้วน
งานซักฟอก	มีการคัดแยกผ้าอย่างถูกต้อง/รับ-ส่งผ้าตามกำหนด มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
งานจ่ายกลาง	รับ-ส่งของนั่งปราศจากเชื้อถูกต้องครบถ้วนตามกำหนด มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

เข็มมุ่ง :

1. การดูแลและเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่ม Sepsis ,Pneumonia
2. การพัฒนาระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ Covid-19
3. พัฒนาการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วย IMC ,Palliative care
4. พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการและกิจกรรมทบทวน

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทายและความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญจุดเน้นในการพัฒนาของหน่วยงาน

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็นจุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดการเฝ้าระวัง	พัฒนาแนวทางการ Early warning sing ในผู้ป่วย Sepsis, Pneumonia	- เพื่อลดอัตราการ On ET Tube ในผู้ป่วย Pneumonia - เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Sepsis	- อัตราการ On ET tube ในผู้ป่วย Pneumonia ลดลง - อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยลดลง
การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและผู้ป่วยที่นอนนาน	- ทบทวนการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่ม - การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ - จัดหาอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเช่น การใช้ที่นอนลม - แนะนำการดูแลที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล	- ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับขณะนอนในรพ	- อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4 ลดลง
อุบัติเหตุลื่นล้ม / ตกเตียง	- ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม - การมอบหมายงาน - ตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน - ติดป้ายเตือนระวังอุบัติเหตุ	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย	- อุบัติการณ์ลื่นล้มตกเตียง
การบริหารยาผิดพลาด	- ทบทวนแนวทางบริหารยาด้วยหลัก 6R - ส่งเสริมความรู้เรื่องการใช้ยา	- ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา	- อัตราการบริหารยาผิดพลาด - อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ
ข้อร้องเรียนจากผู้ใช้บริการ	- จัดห้องพักให้ได้รับความสะอาดความสะดวก - เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก - แจ้งระเบียบการเข้าพักห้องพิเศษ - ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่องพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ - ประเมินความพึงพอใจทุก 3 เดือน - ติดตามประเมินซ้ำ	- ผู้ใช้บริการพึงพอใจในการบริการ	- จำนวนใบร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ - อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ความเสี่ยง / ความ ท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
การ Re - admit	-กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องวางแผน จำหน่าย -ส่งต่อข้อมูลกับรพ.สต. -เจ้าหน้าที่ร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้าน	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ วางแผนจำหน่าย -ผู้ป่วยได้รับการดูแล ต่อเนื่อง	-อัตราการ Re - admit ลดลง
บันทึกทางการ พยาบาลยังไม่ สมบูรณ์	-นิเทศหน้างานทบทวนการใช้แบบ บันทึก -ทบทวนความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อย และเป็นความเสี่ยง	-บันทึกทางการ พยาบาลที่สมบูรณ์ -ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัย	-ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน
บุคลากรขาดความ ชำนาญเฉพาะโรค และขาดการเฝ้า ระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูง	-ประเมินความรู้ ทักษะ -มอบหมายกิจกรรมทบทวนความรู้ -ทบทวนความรู้โดยผู้ที่ชำนาญกว่า -ติดตามอุบัติการณ์/ประเมินซ้ำ - มี Early warning sign	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ความปลอดภัย	-อัตราพยาบาลผ่าน ตามเกณฑ์สมรรถนะ - อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับการเฝ้าระวัง
การดูแลแบบ Palliative care	- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย Palliative care - ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการทำ ACP - ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการ จัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ	เพื่อให้ผู้ป่วย Palliative care ได้รับ การจัดการอาการไม่ สุขสบายจากโรค ที่เป็น	-ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการทำ ACP -ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการจัดการ อาการไม่สุขสบาย
การดูแลผู้ป่วย IMC	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC	เพื่อให้ผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลฟื้นฟู สภาพและการได้รับ การฟื้นฟูสภาพอย่าง ต่อเนื่อง	ผู้ป่วย IMC ได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง 6 เดือน
การดูแลผู้ป่วยโรค อุบัติใหม่ Covid-19	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Covid-19	เพื่อให้ผู้ป่วย Covid- 19 ได้รับการดูแล ลด การเกิด ภาวะแทรกซ้อนและ การแพร่กระจายเชื้อ	-อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วย Covid-19 ลดลง

จ. ศักยภาพ และข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

มีอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพ 10 คน (ผ่านหลักสูตรพยาบาล Palliative Care หลักสูตร 1 เดือน จำนวน 2 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 4 คน อัตรากำลังเวรเช้า-บ่าย-ดึก คือ 4,2,2 และอัตรากำลังการดูแลผู้ป่วยโซน Cohort ward เป็นเวรละ 12 ชม. Day/Night 2:1 นอกเวลาราชการถ้าผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น มีการกำหนดแนวทางการตามทีมช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยเกิน 20 คน ตามอัตรากำลังเพิ่ม เป็น ครึ่ง OT กรณีผู้ป่วยเกิน 26 คน ตามอัตรากำลังเพิ่ม เป็น 1 OT และกรณีผู้ป่วยเกิน 30 คน ตามอัตรากำลังเพิ่ม เป็น ครึ่ง OT เจ้าหน้าที่ที่สามารถจำแนกผู้ป่วยตามประเภทการดูแลโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถและสามารถรายงานแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถประเมินศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้ สอน สาธิต กิจกรรมการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในส่วนการดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติและกึ่งวิกฤติ มีข้อจำกัดเรื่องแพทย์เฉพาะทาง และอัตรากำลังไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา หอผู้ป่วยในมีจำนวนเตียงสามัญ 12 เตียง ห้องพิเศษ 4 ห้อง ห้องแยกโรค 2 ห้อง และโซน Cohort ward จำนวน 10 เตียง มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ Defibrillator 1 เครื่อง , EKG 2 เครื่อง, O2 sat 2 เครื่อง, Infusion pump 12 เครื่อง, BP อัตโนมัติ 2 เครื่อง ,EKG monitor 1 เครื่อง

ประเด็นการสร้างสุขภาพที่เกี่ยวข้อง:

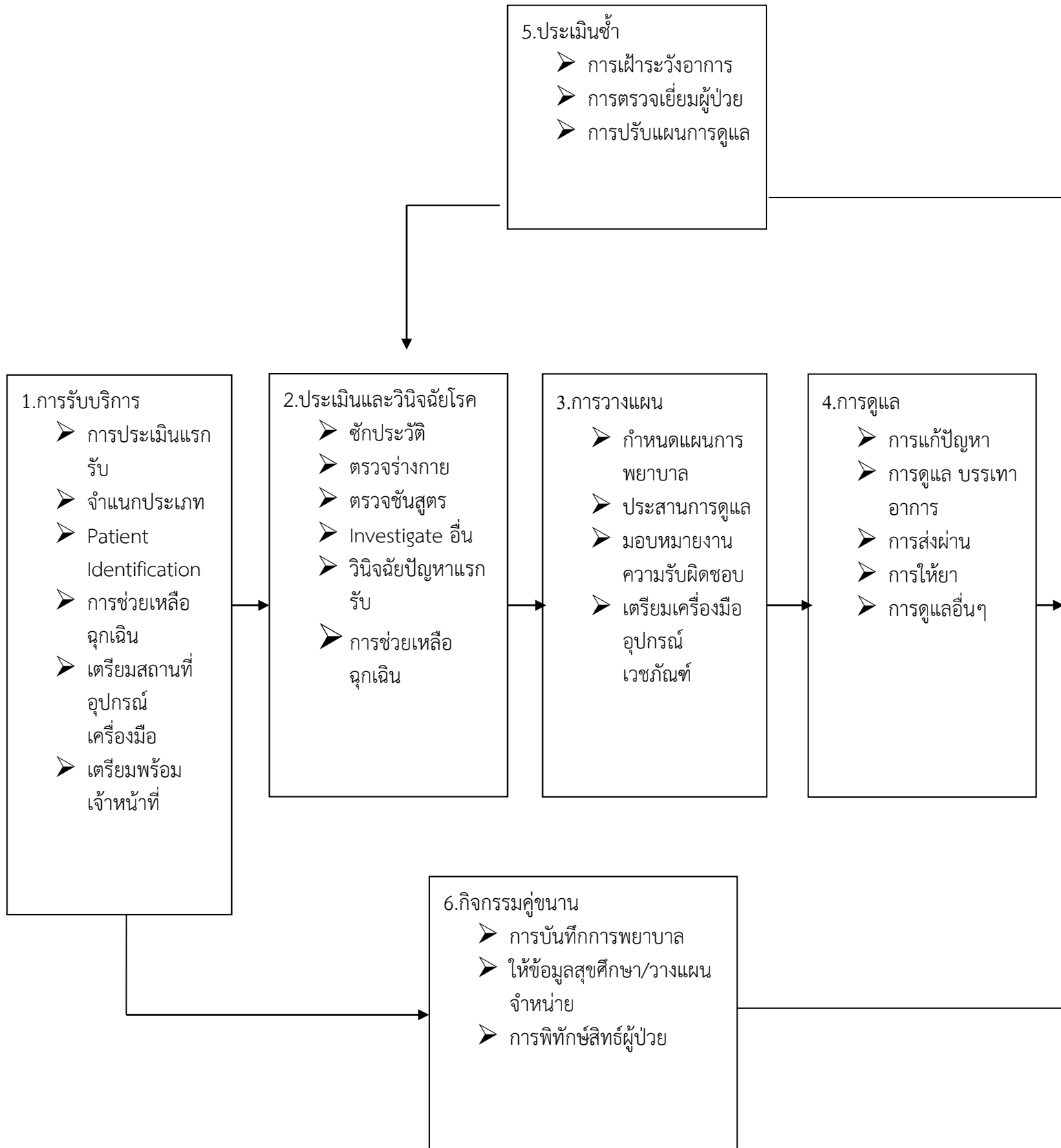
เจ้าหน้าที่ – เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง/ปี การส่งเสริมเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ โดยมีการตรวจ ATK ทุก 2 อาทิตย์และตรวจทุกครั้งเมื่อเดินทางไปต่างจังหวัดหรือเมื่อมีอาการ การปฏิบัติงานตามหลัก UP การใส่ชุดป้องกันตัวเอง การปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมเข็มตำ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ผู้ป่วยและญาติ – สร้างเสริมศักยภาพของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้ ให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย , ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการฝึกการหายใจและพ่นยาอย่างถูกวิธีโดยเภสัชกร ,ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะราย และส่งต่อข้อมูลให้คลินิกเบาหวานและทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย IMC ได้รับการฝึกทักษะโดยทีมสหวิชาชีพและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำพิธีตามความเชื่อทางศาสนาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และผู้ป่วยและญาติได้รับการตรวจคัดกรองเฝ้าระวัง Covid-19 โดยได้รับการตรวจ ATK ก่อนการนอน รพ. และตรวจซ้ำทุก 2 สัปดาห์ และมีการจำกัดญาติเฝ้าได้เพียงละ 1 คน

สิ่งแวดล้อม – ในปีงบประมาณ 65 มีการปรับปรุงให้มีห้องแยกโรค AIR จำนวน 2 ห้อง, บอร์ดสุขศึกษา, จัดที่ล้างมือและ alcohol hand gel ไว้ตามจุดต่างๆภายในตึก

ง. กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา

2.1 กระบวนการทำงานของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)



2. กระบวนการสำคัญ /วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
๑. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	-ไม่มีข้อร้องเรียน -ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ	-อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	-จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน -ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ > 85%
๒. การประเมินผู้ป่วย	-ผู้ป่วยรับใหม่ รับย้ายทุกรายได้รับการประเมินและ Stat order ภายใน 30 นาที	ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ	ร้อยละของการรับใหม่ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการทันทีและ Stat order ภายใน 30 นาที > 80%
๓. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง	-ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน -Un-plan ET Tube ลดลง -ผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตลดลง -อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Covid-19 ลดลง	-ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน -Un-plan ET Tube เพิ่มขึ้น -ผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น -โรคอุบัติใหม่ Covid-19 มีการระบาดและเสียชีวิตมากขึ้น	-อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน < 2 ราย -อัตราการ Un-plan ET Tube ลดลง < 30% - อัตราเสียชีวิตด้วย Sepsis < 30% -อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Covid-19 ลดลง
๔. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วย IMC	-ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม	-ผู้ป่วยกลุ่ม Re-admit และกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและเสริมพลัง	อัตราการวางแผนจำหน่าย > 80%
๖. การดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายกลับบ้าน	-ผู้ป่วยกลุ่ม Stroke, ผู้ป่วย Re-admitted 2 ครั้งขึ้นไป กลุ่ม Bed Ridden ,Palliative care,IMC ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน	-อัตราการเยี่ยมบ้าน > 60%

2.3 แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
1. การประเมินปัญหา/การให้ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนและครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการรับใหม่ - จัดทำแนวทางการจัดผู้ป่วยลงเตียง - กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วย ตรวจร่างกายตามสภาพปัญหาผู้ป่วย - ประชุมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน - ประเมินผลการปฏิบัติโดยหัวหน้างาน และแจ้งให้ทราบเป็นรายบุคคลในกรณีมีจุดต้องพัฒนา - นำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
2. การให้การพยาบาลผู้ป่วยผิวดคน , การส่งตรวจ Lab ผิวดคน	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการติดป้ายข้อมือ และติดทุกรายเมื่อรับใหม่ - จัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการ Identify ผู้ป่วย - ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด - ให้ใช้หลักการ 6R ทุกครั้งในการให้ยาและทำหัตถการกับผู้ป่วย - ทบทวนการปรีนสติ๊กเกอร์ก่อนส่งตรวจ Lab
3.เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการช่วยเหลือฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิชาการ ฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Monitor EKG, Defibrillation - มอบหมายผู้รับผิดชอบบันทึก / ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ทุกเวร - จัดทำแผนประมาณการใช้ แผนจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น แผนการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ
4. เครื่องมือไม่พร้อมใช้หรือมีไม่เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำสถิติและบัญชีเครื่องมือในหน่วยงาน - ให้ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและการบำรุงรักษา - ประสานงานกับหน่วยงานอื่นขอยืมในกรณีฉุกเฉิน - ให้มีการตรวจเช็คเครื่องมือ อุปกรณ์ ทุกวัน และตรวจเช็คทุกวันในเครื่องมือฉุกเฉิน
5. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่เข้าใจก่อนเซ็นยินยอมรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนเซ็นยินยอมรับการรักษา - จัดทำแบบฟอร์มเซ็นยินยอม เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและผู้ป่วยได้ทราบเหตุผล ความจำเป็น ข้อดี ข้อเสีย ที่ต้องนอน รพ.
6. นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิชาการเรื่องการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย - จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคที่มีสถิติการ admit 5 อันดับแรก โรคที่เป็นสาเหตุการตาย โรคที่มีอัตราการ Re-admit อันดับต้นๆ และชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบเพื่อยึดถือปฏิบัติ - มีการติดตาม นิเทศ กำกับ ให้มีการใช้โดยหัวหน้างานสุ่มตรวจ 1 ครั้ง/ สัปดาห์ - แจ้งให้ทราบในที่ประชุมประจำเดือน ในกรณีมีจุดต้องพัฒนา
7. เจ้าหน้าที่ขาดเจ็บบจากการทำงาน เช่นถูกของมีคมทิ่มตำ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการในเรื่อง การปฏิบัติงานตามหลัก IC - ติดตามนิเทศโดยหัวหน้างานและทีม IC ของโรงพยาบาล - เขียนรายงานเมื่อมีอุบัติเหตุ และเก็บรวบรวมอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น

	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
8. ระบบบริหารยา คลาดเคลื่อน	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิชาการเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการให้ยา ตามหลัก 6R - จัดทำมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา - เฝ้าระวังและบันทึกเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น และเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง - ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์รวบรวมหาสาเหตุและแนวทางในการป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดในแต่ละเดือน - Incharge ตรวจสอบ ชื่อ สกุล หรือการติดชื่อผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนส่ง Order ไปห้องยา
9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน โรงพยาบาล เช่น หลอด เลือดดำอักเสบ การติดเชื้อ จากการใส่สายสวนปัสสาวะ - การทิ้งขยะติดเชื้อผิด ประเภท	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนวิชาการเทคนิคปฏิบัติของหน่วยงาน ในหัตถการที่จำเป็นและอาจก่อให้เกิดอันตราย - กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
10. การเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน โรงพยาบาลเป็นระยะ เวลานาน	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ - จัดทำคู่มือบันทึกการพยาบาลเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ - มีการเฝ้าระวังและรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
11. ผู้ป่วยแพ้ยาลูก หรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ เลือด	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันผู้ป่วยแพ้ยาลูกหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด - ประชุมชี้แจงผู้ปฏิบัติทราบ และยึดถือปฏิบัติ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - เมื่อพบผู้ป่วยแพ้ยา แพ้จากการให้เลือดแจ้งเภสัชกรทราบ เพื่อดำเนินการตรวจสอบตามขั้นตอน
12. ผู้ป่วยตกเตียง / ผู้ป่วย ลื่น หกล้มในห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำมาตรการในการป้องกันผู้ป่วยตกเตียง / ลื่น หกล้มในห้องน้ำ - ทำป้าย แจ้งให้ทราบในกรณีพื้นต่างระดับ - มีระบบการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ - ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
13. เสี่ยงต่อการกลับมา รักษาซ้ำจากโรคเดิม เนื่องจากการไม่ทราบวิธี ปฏิบัติตัว	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยเฉพาะโรคที่มีอัตราการ Re-admitted ในอันดับต้นๆ โรคที่มีปัญหาซับซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น DM, HT, CVA, COPD, ASTHMA - ติดตามวิเคราะห์หาสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ
14. ผู้ป่วยไม่ได้รับการนัด ติดตามเพื่อการรักษา ต่อเนื่อง นัดผู้ป่วยผิดพลาด	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนระบบการออกใบนัดให้ผู้ป่วย - หาแนวทางการตรวจเช็คผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

15. ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยขณะนำส่งต่อ	- ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในขณะส่งต่อ - ทบทวนการส่งต่อและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข
16. อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝันภายใน 48 ชม.	- ทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงาน ภายใน 7 วัน
17. อัตรา Un-Plan ET Tube	- ทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพ - พัฒนาแนวทางการ Early warning sing
18. อัตราผู้ป่วย เสียชีวิตด้วย Sepsis	- ทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพ - พัฒนาแนวทางการ Early warning sing

3. วัตถุประสงค์,ตัวชี้วัด,ผลการปฏิบัติงาน (ตามแผนปฏิบัติงาน)

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน	ผลการปฏิบัติงาน	ผลการปฏิบัติงาน
			ปี 62	ปี 63	ปี 64
1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ - ให้การพยาบาลตาม WI - ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้	1.ผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการประเมินปัญหา/ความต้องการทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย	100%	100	100	100
	2.อัตราการให้เลือดผิดคน	0%	0	0	0
	3.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่คาดฝันภายใน 7 วัน ยกเว้น NR	100%	NA	100%	100%
	4.ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	90 %	88.42	85.6	
	5. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนจากการไม่ทราบการปฏิบัติตัว	3.2 %	3.02	2.2	1.9
	5. อัตราเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล	80%	83.03	82.10	77.01
2. พัฒนาระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย - มีระบบรายงานความ	6.อุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน				
	6.1.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาและสารน้ำ	0%	36.7	0.04	0.20

เสี่ยง (อุบัติการณ์) อย่าง สม่ำเสมอ	6.2.อัตราผู้ป่วยตกเตียง	0%	0.14	0	0.16
	6.3 อัตราการเกิดแผลกดทับ	0%	1.95	0.64	0.61
	6.4 อัตราการให้เลือดผิดคน	0%	0	0	0
	6.5 อัตราการติดเชื้อใน รพ.	0%	0.16	1.39	0
3. พัฒนาการเตรียมความ พร้อมก่อนจำหน่าย - มีแนวทางการวางแผน จำหน่าย	7.อัตราผู้ป่วยได้รับการวางแผน จำหน่าย	> 80%	89.14	73.22	44.22
	8. อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน จากการไม่ทราบการปฏิบัติตัว	< 3.2	3.02	2.2	1.9
	9. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลตามแนว ปฏิบัติ (ACP)	80	92	87	84

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1- 4.2 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและการพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ (ระบบต่างๆ ที่ใช้อยู่ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย)

1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

- การรับผู้ป่วย มีการประเมินสภาพเมื่อแรกรับ เพื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วย และจัดเตียงให้เหมาะสม มีการแนะนำสถานที่ และการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลมีการให้ข้อมูลที่ผู้รับบริการต้องการทราบ เช่น แผนการรักษา , ยา ,การดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

-ในปีงบประมาณ 64-65 กลุ่มผู้ป่วยที่ Admit และญาติผู้ป่วย ต้องมีการตรวจคัดกรองโควิด-19 ด้วยการตรวจ ATK ทุกราย และตรวจซ้ำทุก 14 วัน เพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19

2) การประเมินความเสี่ยง

-ใช้ Barthel Index เพื่อประเมินกิจวัตรประจำวันและวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายทุกราย

- มีการใช้ CPG ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงเช่น Sepsis , DHF, Diarrhea ,Alcohol withdrawal ทำให้พยาบาลมีการ Early ในการดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากขึ้น

- กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD โดยการใช้แบบบันทึกเฝ้าระวังความเสี่ยง โดยทดลองสุ่มเวชระเบียนพบว่ามี การบันทึกการติดตามอาการหลังได้รับยาครบถ้วนและถูกต้อง100%

- มีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่อาจเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale ในการประเมินความเสี่ยง จากการวิเคราะห์พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยBed ridden และใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกราย ทำป้ายเตือนการพลิกตะแคงตัวตามเวลา ผลลัพธ์ ในปี 63 พบอัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มมากขึ้น จากการวิเคราะห์ พบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ขยับร่างกายได้น้อย ไม่มีญาติดูแล และเจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย จึงได้เสริม

พลังให้ญาติคอยพลิกตะแคงตัวและเห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงทบทวนแนวทางการพลิกตะแคงตัวและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้กับเจ้าหน้าที่ ในปี 64-65 พบอัตราการเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มลดลง

3) การวางแผน/ การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนจำหน่าย โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วย IMC มีการส่งต่อข้อมูลจากแม่ข่ายและมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่ม IMC ตามมาตรฐาน และในปีงบประมาณ 64-65 ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ต่อเนื่องในชุมชน

4) ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

- มีการนำ CPG เรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis , DHF มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเวลาที่เหมาะสม
- มีการดูแลร่วมกันของ Care team ในผู้ป่วย Stroke , COPD , CKD , Sepsis , DM เช่นมีการประสานกายภาพเรื่องการฟื้นฟูในผู้ป่วย stroke และ IMC, โรค DM มีการ consult Case Management และเภสัชกรเรื่องการให้ยา นักโภชนาการเรื่องอาหารเฉพาะโรค, ผู้ป่วย COPD มีการประเมินโดยใช้ Peak flow meter โดยพยาบาล Clinic มีการประเมินและสอนพ่นยาโดยพยาบาลและเภสัชกร

-ในปีงบประมาณ 64-65 มีการพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มโรคอุบัติใหม่ Covid-19

5) การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

- พบปัญหาการบันทึกไม่ครบถ้วน ในส่วนการบันทึกของแพทย์ในส่วน Progress Note ทำให้ความสมบูรณ์เวชระเบียนลดลงจากเดิมประสานองค์กรแพทย์ในการนิเทศแพทย์ที่จะมาใหม่ให้รับทราบแนวทางปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของแพทย์ ผลลัพธ์ความสมบูรณ์เวชระเบียน

- ในส่วน Nurse part พบประเด็นที่ขาดความสมบูรณ์ คือ การบันทึก Focus ไม่ครบ ไม่มีการบันทึกเมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง จึงได้ปรับฟอร์ม Nurse Note ใหม่ ,ประชุม สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติทราบ

6) การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

- มีการทบทวนความรู้วิชาการ ,WI , CPG ต่างๆ ทุกวันศุกร์หลังการรับส่งเวร

5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

5.1.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจ

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

ภาวะ Sepsis และ Septic shock เป็นภาวะวิกฤติที่มีความสำคัญเพราะมีอุบัติการณ์การเกิดและอัตราการตายสูง การดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis และ Septic shock ให้ได้ผลดี ประกอบไปด้วย การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและการให้การรักษาย่างเหมาะสม จะส่งผลทำให้ผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock มีอัตราการตายและแทรกซ้อนลดลงได้

ข้อมูลผู้ป่วย Sepsis ของโรงพยาบาลภักดีชุมพล ในปีงบประมาณ 2556-2559 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis จำนวน 219, 135,103 และ 112 คน ตามลำดับ(รายงานจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลภักดีชุมพล, 2559) พบผู้ป่วย Sepsis เกิดภาวะ Septic shock และได้รับการส่งต่อเป็นจำนวน 153, 109,70 และ 82 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะ sepsis shock มีจำนวน 20, 32,14 และ 24 ราย ตามลำดับ (รายงานตามตัวชี้วัดระดับกระทรวง, 2559) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการส่งต่อและเสียชีวิตมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้น โดยกลุ่มเสี่ยงพบมากในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่ม Bed Ridden ที่คาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งจะมาด้วยทางเดินอาหาร (AGE) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Sepsis พบปัญหาการรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ขาดการเฝ้าระวังภาวะ Sepsis ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการ Early Detect sign Sepsis ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ตามมา ทีมการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีม IC รพ.ภักดีชุมพลจึงได้มีการพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sepsis โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดการส่งต่อและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Sepsis

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

2.1 ผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock ได้รับการวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

2.2 มีการเฝ้าระวังภาวะ Sepsis หรือ Septic shock

3. เป้าหมายการพัฒนา

3.1 ผู้ป่วยวินิจฉัย Sepsis และ Septic shock ได้รับการรักษาทันเวลา ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม.

3.2 ลดอัตราการเสียชีวิตและส่งต่อในผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock

3.3 มีการ Early detect sign Sepsis และได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันท่วงที

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

วิธีดำเนินการ : กิจกรรมการพัฒนา (โดยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ Plan - Do - Check - Act)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ในรูปแบบคณะกรรมการทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหา Gap analysis และเพื่อวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติ

2. ดำเนินการ ประกาศใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Sepsis และจัดอบรมวิชาการในโรงพยาบาลภักดีชุมพล เพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะบุคลากรในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพเหมาะสมตามแนวปฏิบัติ และส่งเสริมการใช้ SOS score และการดูแลรักษาตาม CPG 6 Bundle in 1 hour ในทุกหน่วยบริการ และพัฒนาการสื่อสารวิธีการประเมินและปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย Sepsis เบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ และ รพ.สต. ให้ง่ายขึ้นโดยเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ผ่านสื่อ Multimedia และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่าย ผ่าน Application line เพื่อรายงานข้อมูลผู้ป่วย และ Consult case sepsis
3. ทบทวนและ Audit chart ร่วมกับทีมวิชาชีพ รวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัดและวิเคราะห์ผลทุกเดือน และจัดทำตัวชี้วัดร่วมกับแม่ข่าย และเครือข่ายภายในจังหวัด โดยรวบรวมข้อมูลส่งผ่าน E-mail โดยผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล
4. ร่วมประชุมคณะกรรมการ Sepsis เครือข่ายระดับจังหวัด เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน Sepsis ประจำปี วิเคราะห์ Gap analysis ของแต่ละโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาโดยรวมร่วมกับแม่ข่าย

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2562	2563	2564	2565*
1. จำนวนการเกิดภาวะ sepsis (A40-41.9/ R65.1)	-	70	73	100	57
2. จำนวนการเกิดภาวะ septic shock (R57.2)	-	33	23	14	10
3. ร้อยละการได้รับ Fluid 30 ml/kg (1.5 lit/1 ชั่วโมง)	> 90%	50	22	33	57
4. ร้อยละการทำ H/C หลังวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง	> 90%	50	88	85	100
5. ร้อยละการได้รับ Antibiotic ใน 1 ชม. หลังได้รับวินิจฉัย	> 90%	50	75	85	100
6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	-	9 (3/33)	13 (3/23)	0 (0/14)	0 (0/10)
7. จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS)	-	4.7	4.1	3.8	2.7
8. ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล	-	13820	14,606	9,467	9,396

อภิปรายผล

จากผลของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sepsis และภาวะ Septic shock ในผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยและรักษาภาวะ Sepsis ที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการเกิดภาวะ Septic shock มีแนวโน้มลดลงความสำเร็จของการวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ในเวลาที่เหมาะสม ในการทำ H/C ,การได้รับ ATB และการได้รับ IV Fluid เพิ่มขึ้นร้อยละ 50, 50 และ 7 ตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัด จำนวนวันนอนเฉลี่ยคิดเป็น 3 วัน/คน เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเหลือ 4,424 บาท/ราย

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้ได้ประสิทธิภาพ ต้องมีการ Early detect และ Early resuscitate ให้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตลงได้

2. การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและภาวะเสื่อมถอยของร่างกายอย่างรวดเร็ว ซึ่งสุดท้ายจะกลายเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จากสถิติผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลภักดีชุมพล ในปี 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 23,34 และ 39 ราย ตามลำดับ แบ่งออกเป็นกลุ่ม CA ร้อยละ 38.46 และ Non CA ร้อยละ 61.53 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มความต้องการการบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ในปี 2560 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลภักดีชุมพล ยังไม่มีรูปแบบการบริการที่ชัดเจน ไม่มีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ไม่มีอุปกรณ์ที่เพียงพอในการให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้าน ผู้ป่วยระดับประคองส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 70 และไม่มียาในกลุ่ม Strong Opioids ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลจังหวัด ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความยากลำบากมากขึ้น มีความแออัดในการเข้ารับบริการ และการรอรับบริการใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระดับประคองได้รับความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นโรงพยาบาลภักดีชุมพล จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริการแบบประคับประคองเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในสถานบริการและในชุมชน ส่งเสริมและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักการดูแลผู้ป่วยแบบ New Normal มุ่งเน้นการจัดการอาการต่างๆอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลภักดีชุมพล
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน
3. เพื่อติดตามผลการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลภักดีชุมพล

วิธีการดำเนินงาน (ระยะดำเนินการ ปี 2562-ปัจจุบัน)

กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้แนวคิดของ Deming Cycle P-D-C-A

4. วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่มีรูปแบบการบริการที่ชัดเจน ไม่มียาในกลุ่ม Strong Opioids ไม่มีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยระดับประคองส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ไม่มีอุปกรณ์ที่เพียงพอในการให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้าน นำปัญหาที่พบเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และประชุมคณะกรรมการทำงานทีม Palliative Care เพื่อวางแผนพัฒนา

2. ดำเนินการ

- 2.1 ด้านระบบ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เครื่องมือ PPS ในการคัดกรองผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้กระบวนการดูแลแบบ Family Meeting และ Advance Care Plan จัดระบบการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ Thai COC และ Application line สร้างเครือข่ายในชุมชนให้เข้มแข็ง จัดระบบการเยี่ยมติดตามที่บ้านตามระดับ PPS Score ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ทีมดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการประเมินและให้คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัว ผ่านการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่บ้านมากขึ้นโดยผ่าน Application line หรือ Telephone จัดระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้ Multimedia มีการเยี่ยมยาหลังการสูญเสียกับครอบครัว ผ่านทาง Application line ตามหลักการการดูแลแบบ New Normal
- 2.2 ด้านความรู้ จัดอบรมแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.และ รพ.สต. , อสม., Care Giver ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน
- 2.3 ด้านยา นำเสนอต่อกรรมการ PTC เพื่อนำยา Strong Opioids เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล และประสานแม่ข่ายในกรณีต้องการยา Strong Opioids เพิ่ม
- 2.4 ด้านเครื่องมือ เข้าแผนจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน , Syring Driver ประสานองค์กรท้องถิ่น ทีม อบจ. เพื่อขอสนับสนุนจัดซื้อเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และจัดระบบในการ ยืม-คืน วัสดุอุปกรณ์
- 2.5 ด้านเครือข่าย สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อให้คำปรึกษา การบริหารด้านยา และการส่งต่อ
3. ติดตามนิเทศ กำกับ ติดตามตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน
4. วิเคราะห์ตัวชี้วัด และนำมาปรับปรุงพัฒนา

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.	ร้อยละผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (Advance Care Plan)	> 80 %	92	87	95
2.	ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการจัดการอาการด้วย Morphine	> 40 %	20	35	42
3.	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	> 60 %	54	62	65
4.	ร้อยละผู้ป่วยประคับประคองที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	< 40 %	62	37	25
5.	ร้อยละผู้ป่วยประคับประคองที่เสียชีวิตที่บ้าน	> 60 %	38	73	75
6.	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ	> 80 %	88	85	91
7.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการเครื่องมือทางการแพทย์ที่บ้าน	> 60 %	50	59	64
8.	จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยประคับประคอง		6	4	3
9.	อัตราค่ารักษาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง		21,236	17,508	13,589

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม ต้องอาศัยระบบการทำงานเป็นทีมทั้งในโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายในการดูแลร่วมกัน ทั้งทางด้านทีมการดูแล ด้านยา ด้านอุปกรณ์ที่เพียงพอ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรค Covid -19 การทบทวนและการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ซึ่งสอดคล้องตามหลักการการดูแลผู้ป่วยแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการดูแลแบบครอบคลุมและมีคุณภาพที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านเพิ่มสูงขึ้น ท่ามกลางครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักมากขึ้น และยังช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติได้อีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบผสมผสานกับศาสตร์แพทย์แผนไทย ให้สอดคล้องกับนโยบาย Service Plan เช่น การนำผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์มาใช้ร่วมในการจัดการไม่สุขสบายต่างๆในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยประคับประคอง จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษามากขึ้น

5.2 สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรม	การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ผู้รับผิดชอบ
1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none">- ทบทวนผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล ร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยนำ Clinical Risk มาทบทวน <p>ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none">- ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการ- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ- ได้ข้อตกลงแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น แนวทางการรักษาผู้ป่วยเพื่อลดการเกิด Clinical risk	- ทีม PCT + RM และงานผู้ป่วยใน
2. ทบทวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	<ul style="list-style-type: none">- ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย โดยทีมสหวิชาชีพ <p>ผลลัพธ์</p> <p>ตายแบบ NR</p> <ul style="list-style-type: none">- ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย- ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในรายที่ญาติได้เซ็น NG tube ,No CPR- ไม่พบปัญหาข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต	- ทีม PCT - งานผู้ป่วยใน

<p>3. ทบทวนความคิดเห็นข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแบบสำรวจและสุ่มสอบถามความพึงพอใจด้านพฤติกรรมบริการ - มีผู้รับความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียน และนำข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนมาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข - ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขทันทีที่สามารถทำได้ - มีการติดตามประเมินผลเรื่องพฤติกรรมบริการโดยหัวหน้างานผู้ป่วยในทุก 1 เดือน <p>ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการลดลง - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - งานผู้ป่วยใน 																																										
<p>4. การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p>	<p>ในปีงบประมาณ 57 ได้เพิ่มเติมกิจกรรม โดยให้เจ้าหน้าที่ในตึกผู้ป่วยใน ได้มีการ Audit chart คนละ 4 chart/เดือน โดยมี การ Training เจ้าหน้าที่ ก่อนการทำ Audit</p> <p>ผลลัพธ์</p> <p>ผลการประเมินพบว่าคุณภาพของเนื้อหาเวชระเบียน</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ปีงบ 59</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">=</td> <td style="width: 10%;">93.98 %</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 60</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>90.35 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 61</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>91.37 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 62</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>88.42 %</td> <td>(External Audit)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 63</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>85.6 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 64</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>92.82%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ปีงบ 65</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td>93.13 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับโรค, การวินิจฉัยโรคมากขึ้น - พยาบาลมีความตระหนักในการบันทึกข้อมูลและการรักษาพยาบาล - เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น 	ปีงบ 59	=	93.98 %				ปีงบ 60	=	90.35 %				ปีงบ 61	=	91.37 %				ปีงบ 62	=	88.42 %	(External Audit)			ปีงบ 63	=	85.6 %				ปีงบ 64	=	92.82%				ปีงบ 65	=	93.13 %				<ul style="list-style-type: none"> - งานผู้ป่วยใน - ทีม Audit
ปีงบ 59	=	93.98 %																																										
ปีงบ 60	=	90.35 %																																										
ปีงบ 61	=	91.37 %																																										
ปีงบ 62	=	88.42 %	(External Audit)																																									
ปีงบ 63	=	85.6 %																																										
ปีงบ 64	=	92.82%																																										
ปีงบ 65	=	93.13 %																																										
<p>6. การทบทวน CPG/WI ในหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำ CPG/WI ในหน่วยงานมาทบทวนและปรับปรุงให้เข้ากับบริบท ของหน่วยงานทุกวันจันทร์ <p>ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับ CPG/WI ต่างๆมากขึ้น และมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> - งานผู้ป่วยใน 																																										

8. การเตรียมผู้ป่วยจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตามแผนในผู้ป่วยกลุ่ม IMC และ Covid-19 โดย ทีมสหวิชาชีพ - ติดตามประเมินผล <p>ผลลัพธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม IMC ตามรับการดูแลตามเกณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - งานผู้ป่วยใน ร่วมกับทีม PCT

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการและแผนพัฒนาต่อเนื่อง

5.3.1 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง CQI เพื่อนำสู่นวัตกรรม

แนวคิด

การพัฒนางานคุณภาพในและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นำสู่การทำนวัตกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อมีนวัตกรรมใช้ในหน่วยงาน

ขอบข่าย

เจ้าหน้าที่ภายในแผนกผู้ป่วยใน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ทีมการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

จัดทำนวัตกรรมในหน่วยงาน

ผลลัพธ์

1. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. มีนวัตกรรมในหน่วยงาน

5.3.2 พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย R2R

แนวคิด

การพัฒนางานประจำ นำสู่การวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพงานประจำอย่างต่อเนื่องนำสู่งานวิจัย

ขอบข่าย

เจ้าหน้าที่ภายในแผนกผู้ป่วยใน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ทีมการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

จัดทำ R2R ในหน่วยงาน

ผลลัพธ์

มีงานวิจัย เรื่องการศึกษาความต้องการการช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.3.3 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย IMC

แนวคิด

ปัจจุบันมีผู้ป่วย IMC มีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นทางทีมงานผู้ป่วยในร่วมกับทีม IMC จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC ขึ้น และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนใน รพ. และการเชื่อมโยงสู่ชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ขอบข่าย

เจ้าหน้าที่ภายในแผนกผู้ป่วยในและทีมสหวิชาชีพ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ทีมการดูแล IMC

แนวทางปฏิบัติ

จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC

ผลลัพธ์

1. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. มีเครือข่ายชุมชนในการช่วยดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน
3. ผู้ป่วย IMC มีค่า BI เพิ่มขึ้น

5.3.4 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลภักดีชุมพล พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลโดยทีมประคับประคอง (Palliative Care) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานอย่างเป็นองค์รวมทุกมิติ

โรงพยาบาลภักดีชุมพลได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบปัญหาการรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วย Palliative care ที่เสียชีวิตที่บ้านยังน้อย และผู้ป่วย Palliative care ได้รับการรักษา/จัดการอาการด้วยยามอร์ฟีนค่อนข้างน้อย ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์มีการหมุนเวียนบ่อย ทีมการดูแลผู้ป่วย

Palliative care จึงได้มีแผนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย Palliative เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

มีการจัดระบบบริการงาน Palliative care ในโรงพยาบาลดังนี้

- 1) การประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบ ด้านการประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วย การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
- 2) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีกระบวนการประชุมปรึกษาครอบครัว (Family Meeting) เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) และมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- 3) มีระบบการจัดการอาการปวด อาการหอบเหนื่อย และอาการอื่นๆโดยใช้ยา Strong Opioid
- 4) การวางแผนจำหน่าย มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ
- 5) มีระบบการส่งต่อเครือข่ายและติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่องรวม
- 6) จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับดูแลผู้ป่วย
- 7) มีการดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement care)

ผลลัพธ์

1. ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ
2. ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการจัดการอาการไม่สุขสบาย

5.4 แผนพัฒนาต่อไป

1. การทบทวนเคส Un-Plan ET Tube เพื่อหาการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วย Sepsis เพื่อหาการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Service Profile

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลภักดีชุมพล

1. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล มีความมุ่งมั่นในการให้บริการตรวจ วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค ติดตามการรักษาและประเมินทางสุขภาพ ให้มีการรายงานผลที่ถูกต้องแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันต่อความต้องการใช้ของผู้รับบริการ และดำเนินการถูกต้องตามกฎหมายภายใต้ระบบประกันคุณภาพด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ พร้อมมีการตรวจติดตามคุณภาพเป็นระยะ

เป็นห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการตามกฎหมาย ที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นในงานประจำวันที่จำเป็น และครอบคลุมเหมาะสม สอดคล้องกับกลุ่มโรค กลุ่มผู้ป่วยในเขตพื้นที่บริการให้มากที่สุด ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ มีเจ้าหน้าที่ นักเทคนิคการแพทย์ 2 คน ,เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ 2 คน ข้อมูลการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการ จะต้องมีคุณภาพถูกต้อง แม่นยำเชื่อถือได้ และทันต่อเหตุการณ์ ภายใต้บรรยากาศการทำงานที่อบอุ่นเอื้ออาทร โดยการยึดถือเอาความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ภายใต้การดำเนินการตามระบบคุณภาพให้สอดคล้องกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) ,มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

ข. ขอบเขตบริการ

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลภักดีชุมพล เปิดบริการทุกวันเวลา 8.30-16.30 น.

1. งานตรวจวิเคราะห์ทางโลหิตวิทยา (Clinical Hematology) ให้บริการตรวจวิเคราะห์
 - ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC)
 - การวัดปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT)
 - การเตรียมและการศึกษา Blood Smear
 - การทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดง (OF test)
 - การทดสอบฮีโมโกลบิน อี ด้วยวิธี DCIP
 - การวัดอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (ESR)
 - การทดสอบความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Venous clotting time: VCT)
 - การทดสอบความผิดปกติของเกล็ดเลือด (Bleeding time: BT)

2. งานตรวจทางจุลทรรศน์คลินิก (Clinical Microscopy) ให้บริการตรวจวิเคราะห์
 - ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis)
 - ตรวจอุจจาระ(Stool examination) โดยวิธี Direct smear
 - ตรวจภาวะมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนปลาย Stool Occult blood
 - ตรวจวิเคราะห์น้ำไขสันหลัง (CSF examination)

- ตรวจวิเคราะห์น้ำไขข้อ(Synovial fluid examination)
- ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย(Tick/Thin film)
- ตรวจหาเชื้อ Microfilaria

3. งานตรวจทางเคมีคลินิก (Clinical Chemistry)เป็นการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารเคมีชนิดต่างๆ ในร่างกาย โดยตรวจหาเลือด น้ำไขสันหลัง

- ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, fasting blood sugar,Glucose)
- ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine ,eGFR)
- ตรวจการทำงานของตับ (Total protine, Albumin, Globurin, Total bilirubin, Direct binlirubin, Aspartate aminotransferase :AST, Alanin aminotransferase :ALT, Alkaline phosphatase :ALP)
- ตรวจวิเคราะห์ Lipid Profiled (Total cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, LDL)
- ตรวจวิเคราะห์ Uric acid
- ตรวจวิเคราะห์ Electrolyte

4. การตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา(Clinical Microbiology) เป็นงานตรวจวิเคราะห์หาจุลชีพ โดยการใช้กล้องจุลทรรศน์

- ตรวจหาเชื้อวัณโรค ด้วยวิธี AFB stain
- ตรวจหาเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Gram's stain
- ตรวจหาเชื้อราด้วยวิธี KOH preparation
- การตรวจวิเคราะห์ Wet preparation
- การตรวจวิเคราะห์ Leprosy

5. งานตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (Clinical Immunology) เป็นงานตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกัน

- ตรวจคัดกรองเบื้องต้นการติดเชื้อซีฟิลิสโดยวิธี RPR card test
- ตรวจหาการติดเชื้อ HIV (Anti HIV)
- การตรวจวิเคราะห์เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg , HBsAb , HBcAb
- การตรวจวิเคราะห์เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HCV)
- การตรวจวิเคราะห์ Typhoid fever , Scrub typhus, Leptospira Ab
- การตรวจวิเคราะห์ Rheumatiod Factor,
- ตรวจหาสารเสพติด (Urine amphetamine)
- การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (Pregnancy:UPT)
- การตรวจหาการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ (Influenza Ag)
- การตรวจวิเคราะห์ Troponin T
- ตรวจหาการติดเชื้อไข้เลือดออก (Dengue IgG/IgM, Dengue NS1)

6. งานตรวจทางธนาคารเลือด (Blood bank) ให้บริการตรวจหมู่โลหิต (ABO)
7. งานส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์หน่วยงานภายนอกต่างๆ

จัดให้มีการบริการ (เสริมเพิ่มเติม) อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการต่างๆ

1. บริการเจาะเลือดคลินิกเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่จะทำการเจาะเลือด หน้าห้องคลินิกเบาหวาน เวลา 7.00-8.30 น. วันอังคารและวันพฤหัสบดี
2. บริการตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ตำรวจ
3. บริการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการตรวจผู้ต้องสงสัยที่เสพสารเสพติด

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	คุณภาพ
1. ด้านผลการตรวจวิเคราะห์	- ต้องการให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน มีความรวดเร็ว - เชื่อถือได้ ตามระบบคุณภาพ
2. ด้านการบริการและบุคลากร	- ให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย ถูกต้อง - บริการดี รวดเร็ว ประทับใจ มีการพูดจาสุภาพ ไพเราะ มีการทักทายปราศรัยข้อมูล / แนะนำดี
3. ด้านอาคารสถานที่	- ควรหาง่าย , เข้าถึงสะดวก , สะอาด , ปลอดภัย ไม่แออัด มีที่นั่งรอสำหรับคนไข้
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	
- แพทย์	- ต้องการผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ ข้อมูลครบถ้วน ใบบรายงานผลอ่านง่าย มีลายเซ็นผู้ตรวจวิเคราะห์พร้อม วันเดือนปีที่ตรวจ - ต้องการให้มีการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉินก่อน
- พยาบาล	- ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดเก็บและส่งส่งตรวจ ผลการตรวจวิเคราะห์ออกตรงเวลาและผลครบถ้วน
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	- ได้รับการประสานงานที่ดีมีไมตรีจิต ให้ความช่วยเหลือ/แนะนำมีภาษา อูปรกรณ์เก็บส่งตรวจเพียงพอ การประสานงานที่ดี
- เจ้าหน้าที่อื่นๆ	- ต้องการการต้อนรับที่ดี ความสะดวกในการติดต่อหรือมารับบริการ ความเอาใจใส่ยอมรับความคิดเห็น มีน้ำใจ

เครื่องมือและอุปกรณ์

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	เครื่องตรวจวิเคราะห์ทางเคมีอัตโนมัติ (Automate Chemistry analyzer)	1
2	เครื่องตรวจ Electrolyte	1
3	เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ (Automate Cell Counter)	1
4	เครื่อง Centrifuge	1
5	เครื่อง Hematocrit Centrifuge	1
6	เครื่องปั่นตกตะกอนเม็ดเลือด Centrifuge	1
7	กล้องจุลทรรศน์ (Microscopic)	1
8	ตู้เย็นเก็บน้ำยา (Refrigerator)	3
9	ตู้ปราศจากเชื้อ	1
10	อ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิ (Water bath)	1

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ
1. ผลการตรวจ	- รวดเร็ว ถูกต้อง - ชัดเจน ครบถ้วน - เชื่อถือได้ ตามระบบคุณภาพ
2. ผลการตรวจวินิจฉัย	-

3. คำแนะนำ และความเห็น	- คำแนะนำที่เข้าใจง่าย ถูกต้อง ครบถ้วน
4. ผลของหัตถการที่กระทำต่อร่างกาย - การเจาะเลือด	- สะอาด ปลอดภัย ไม่เจ็บมาก ไม่ถูกเจาะซ้ำ - กระทำโดยผู้ปฏิบัติที่ผ่านการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี
5. การเฝ้าดูแลระหว่างอยู่ในหน่วยงาน	- มีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สามารถเรียกผู้ช่วยเหลือชีวิต ผู้ป่วยได้ทันท่วงที (เจ้าหน้าที่พยาบาล)
6. ผลงานที่ดำเนินการให้ - การเก็บสิ่งส่งตรวจ - อากัปกิริยา	- ถูกต้อง ครบถ้วน - พุดเพราะ เป็นกันเอง - การสัมผัสที่นุ่มนวล เวลาเจาะเลือด - ทราบประมาณระยะเวลา การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ - พึงกษสิทธิ์
สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ
7. สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ ที่ให้ใช้ <u>สถานที่</u> - บริเวณเจาะเลือด - ห้องน้ำ - บริเวณเก็บเสมหะ - จุดรับสิ่งส่งตรวจ <u>เครื่องมือและอุปกรณ์</u> - อุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ - อุปกรณ์ในการเจาะเก็บเลือด - อุปกรณ์ และเครื่องมือในการ ตรวจวิเคราะห์ - อุปกรณ์ทั่วไป	- สะอาด มีอากาศถ่ายเท - มีเก้าอี้นั่งรอ เพียงพอ - สะอาด หาง่าย ปลอดภัย - มีน้ำและแสงสว่างเพียงพอ - โល่งแจ้ง อากาศถ่ายเทสะดวก คนไม่พลุกพล่าน - มีบริเวณนั่งพัก หลังจากการเจาะเลือด - มีภาชนะที่รองรับสะอาด เหมาะสม เพียงพอ - สะอาด ถูกต้อง ปลอดภัย พอเพียง - สะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อ พอเพียง - สะอาด ปลอดภัย เครื่องมือที่ทันสมัย สภาพดี พอเพียง - สะอาด ปลอดภัย สภาพดี พอเพียง
8. ผลลัพธ์ที่ให้เป็นไป - เลือด	- ถูกคน ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่หมดอายุ มีคุณภาพ
9. ผลงานที่ชุมชน และสังคมต้องการ - เลือด&สิ่งส่งตรวจอื่น ๆ - ชยะ - ของมีคม	- มีระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - ไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม - มีระบบการจัดการทำลายที่เหมาะสม

จ. ความเสี่ยงหรือความท้าทายที่สำคัญ คือ

การควบคุมคุณภาพ เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ ปลอดภัย ทั้งต่อบุคลากรและผู้รับบริการ พร้อมทั้งได้รับพึงพอใจในการให้บริการ

ความท้าทายที่สำคัญ คือ ห้องปฏิบัติการมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความสุขในการทำงาน

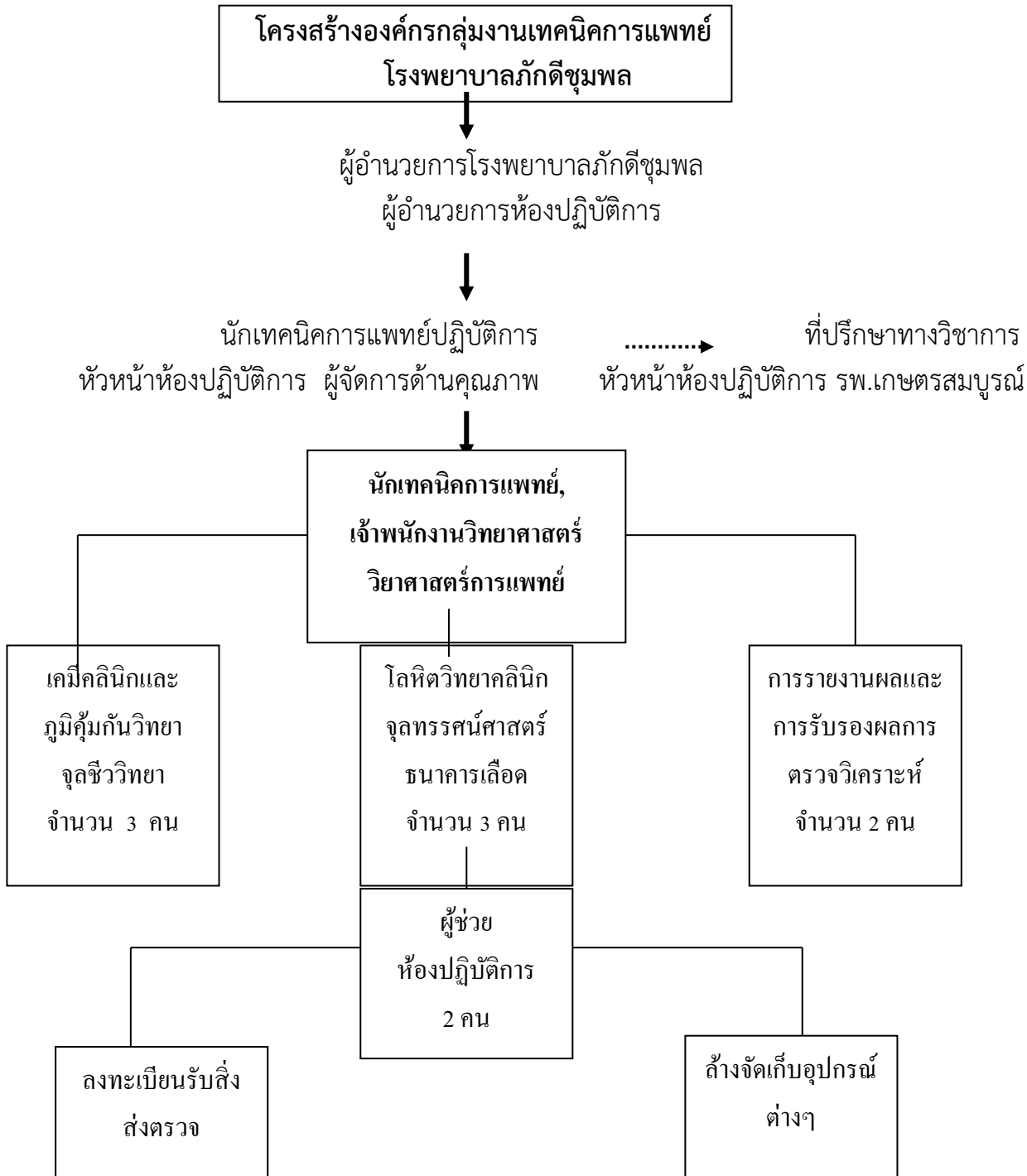
แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
1. ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย 1.1 เจาะเลือดผิดคน 1.2 การตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด 1.3 การเก็บส่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง 1.4 การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบชื่อ – สกุล ผู้ป่วยว่าตรงกับ OPD Card หรือไม่ทุกครั้ง ก่อนเจาะเลือด - แต่ละงานตรวจวิเคราะห์มีการบ่งชี้ส่งส่งตรวจว่าถูกต้องถูกคน - มีคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยระบุการตรวจวิเคราะห์แต่ละชนิดว่าตรวจวิเคราะห์อะไร ,มีระยะเวลาในการตรวจราคาค่าตรวจ, วิธีการเก็บรักษากรณีไม่ได้ส่งตรวจในทันที - มีการจัดเก็บข้อมูล , มีระบบในการเข้าถึงข้อมูล - มีเฉพาะแพทย์ , นักเทคนิคการแพทย์ , เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ , พยาบาลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ถึงจะทราบผลการตรวจวิเคราะห์ได้
2. ความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ 2.1 การติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 2.2 การใช้สารเคมี น้ำยาฆ่าเชื้อ น้ำยาทำความสะอาด	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามหลัก Universal precaution - มีคู่มือการใช้เครื่องมือในแต่ละงานตรวจวิเคราะห์ - มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างสม่ำเสมอ จากเจ้าหน้าที่และผู้แทนจำหน่าย - มีอุปกรณ์ป้องกัน เช่น แวนตา เสื้อคลุม ถุงมือ และผ้าปิดจมูกในการปฏิบัติงาน

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน / เทคโนโลยี / เครื่องมือ)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีบุคลากร ทั้งหมด จำนวน 4 คน ประกอบด้วย

- นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 2 คน
- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน



การจัดซื้อและการใช้บริการภายนอก

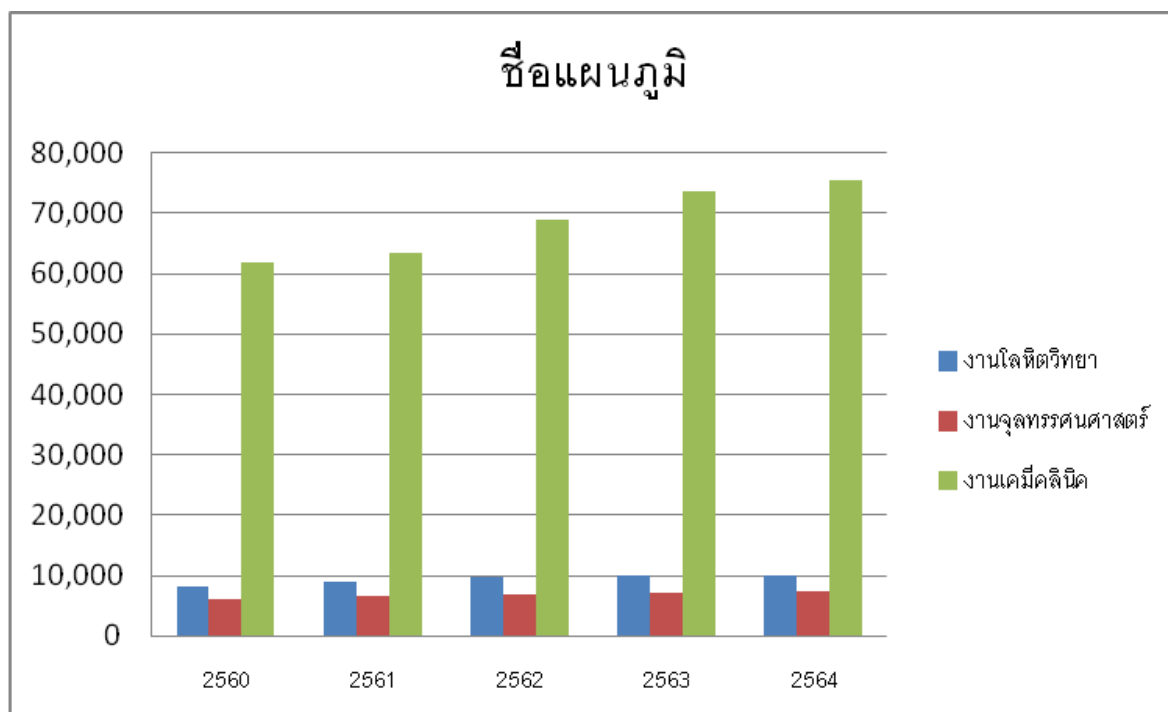
1. การกำหนดแผนการจัดซื้อน้ำยา
2. มีการประเมินน้ำยาการตรวจวิเคราะห์ 1 ครั้ง/ปี
3. มีการประเมินผู้ขาย 1 ครั้ง/ปี
4. มีการประเมินหน่วยงานส่งต่อสิ่งส่งตรวจ

จำนวนปริมาณงานทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลภักดีชุมพล 5 ปี ย้อนหลัง (2560 – 2564)

ปริมาณงาน

จำนวนปริมาณงานฝ่ายชั้นสูตร	2560	2561	2562	2563	2564
งานโลหิตวิทยา	8,159	9,056	9,861	10,015	10,158
งานจุลทรรศน์ศาสตร์	6,188	6,676	6,877	7,216	7,477
งานเคมีคลินิก	61,852	63,546	68,956	73,546	75,435

กราฟแสดงปริมาณงานปีพ.ศ. 2560-2564



2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

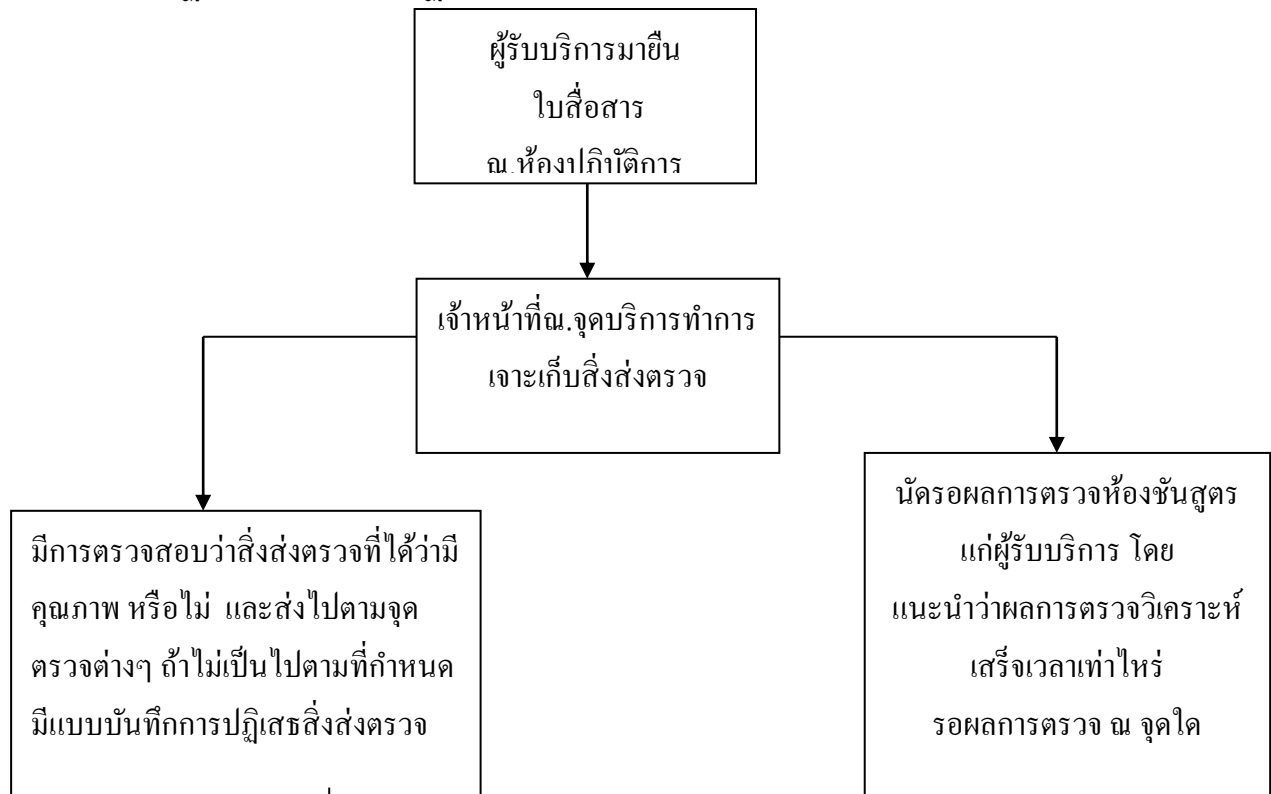
กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>1. การควบคุมคุณภาพสิ่งส่งตรวจ</p> <p>1.1 จัดหาภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆ</p> <p>1.2 มีคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแจกให้กับจุดที่ทำการเก็บสิ่งส่งตรวจทุกจุดบริการ</p> <p>1.3 นักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือ พนักงานผู้ช่วยห้องปฏิบัติการมีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการเจาะเลือดทั้งภาคทฤษฎีและภาคการปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวน เทคนิคการเจาะเลือด ทุก 3 เดือน <p>1.4 มีเกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ มีแบบบันทึกการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ</p>	<p>-ให้ได้สิ่งส่งตรวจที่มีคุณภาพซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยที่ดีเมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ
<p>2. การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้มีคุณภาพมาตรฐานมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ</p> <p>ปลอดภัย</p> <p>2.1 การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ IQC</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานโลหิตวิทยา - งานจุลทรรศน์ศาสตร์ - งานเคมีคลินิก - งานจุลชีววิทยา - งานภูมิคุ้มกันวิทยา - งานธนาคารเลือด <p style="text-align: center;">กระบวนการสำคัญ (Key Processes)</p>	<p>มีผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพ ผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ</p> <p style="text-align: center;">สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความครบถ้วนของการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) - อัตราความถูกต้องของการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) - อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด - อัตราการจ่ายเลือดผิดหมู่ - อัตราการขอเลือดแล้วไม่ได้เลือด <p style="text-align: center;">ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)</p>
<p>2.2 การควบคุมคุณภาพภายนอกห้องปฏิบัติการ EQA</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานโลหิตวิทยา - งานจุลทรรศน์ศาสตร์ - งานเคมีคลินิก 	<p>-มีผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพ ผลการตรวจที่ถูกต้อง แม่นยำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความครบถ้วนของการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) - อัตราความถูกต้องของการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA)

<ul style="list-style-type: none"> - งานจุลชีววิทยา - งานภูมิคุ้มกันวิทยา - งานธนาคารเลือด <p>2.3 การสอบเทียบอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์เครื่องมือหลัก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุปกรณ์เครื่องมือที่มีคุณภาพในการตรวจวิเคราะห์ที่ดี ทำให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจ EQA อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ดี, ดีมาก - จำนวนเครื่องมือหลักที่ได้รับการสอบเทียบและผลการสอบเทียบอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้
<p>3. การควบคุมการรายงานผล</p> <p>3.1 มีการตรวจสอบรับรองผลการตรวจโดยนักเทคนิคการแพทย์หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์เท่านั้น</p> <p>3.2 มีระเบียบปฏิบัติเรื่อง “ แนวทางการรักษาความลับผู้ป่วย “ ทุกการตรวจวิเคราะห์</p> <p>3.3 มีการรายงานผลกรณีพบค่าวิกฤติ</p> <p>3.4 มีแนวทางการจัดเก็บและทำลายใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์</p> <p>3.5 มีการจัดทำใบนัดรอผลการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ครบถ้วนรวดเร็ว - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ - ผลการตรวจของผู้รับบริการถูกเก็บเป็นความลับไม่สามารถเปิดเผยนอกจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานชั้นสูตรเท่านั้น - ผู้รับบริการทราบระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์ ว่าใช้เวลาเท่าไร 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การออกผลการตรวจวิเคราะห์ได้ทันกับระยะเวลาที่กำหนด - อัตราการออกผลการตรวจ LAB ต่วน ได้ทันกับระยะเวลาที่กำหนด - อัตราผู้มารับฟังผลแล้วไม่ได้ผลตามนัด - อัตราการรายงานผลผิดพลาด

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>4. การควบคุมกระบวนการหลังการตรวจวิเคราะห์</p> <p>4.1 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้เพื่อทวนสอบ</p> <p>4.2 มีแนวทางการทำลายสิ่งส่งตรวจแต่ละงานตรวจวิเคราะห์ ตามหลักการของ IC</p>	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้เป็นหลักฐานเพื่อทวนสอบกลับได้ -มีการขอตรวจเพิ่มตามระยะเวลาที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่มีการทวนสอบจากหลักฐานที่เก็บรักษา / เดือน
<p>5. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะ</p> <p>5.1 การอบรมเพิ่มเติม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เพิ่มขึ้นใน 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่อบรม / ปี

<p>5.2 การทดสอบความรู้ความสามารถ</p>	<p>การปฏิบัติงาน - เพื่อทดสอบความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานถ้ายังบกพร่องสิ่งใดก็ส่งอบรมเพิ่มเติม</p>	<p>- จำนวนครั้งที่ทดสอบความรู้ความสามารถ /ปี</p>
<p>6. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านต่างๆ</p>	<p>- มีการพัฒนาคุณภาพที่เป็นเรื่องเด่น</p>	<p>จำนวนเรื่อง CQI / ปี</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการ



	2. ผลการควบคุมคุณภาพภายนอก ห้องปฏิบัติการ(EQA) 2.1 อัตราความครบถ้วนของ การควบคุมคุณภาพภายนอก 2.1 งานโลหิตวิทยา 2.2 งานจุลทรรศน์ศาสตร์ - Malaria - ตะกอนปัสสาวะ - ตะกอนอุจจาระ 2.3 งานเคมีคลินิก 2.4 งานภูมิคุ้มกันวิทยา 2.5 งานจุลชีววิทยา 2.6 งานธนาครเลื้อด	 ≥ 80 % ≥ 3.0 ≥ 3.0 ≥ 3.0 ≥ 3.0 ≤120MVIS ≥ 80 % ≥ 3.0 ≥ 3.0
--	---	--

วัตถุประสงค์ / กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด	เป้า (Target)
1. พัฒนาคูณภาพบริการตามมาตรฐาน วิชาชีพ (ต่อ)	3. การควบคุมคุณภาพงานห้องปฏิบัติการ 3.1 อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ 3.2 อัตราการขอส่งตรวจซ้ำ 3.3 อัตราการติดใบรายงานผล 3.4 อัตราการรายงานค่าวิกฤติ ภายใน 5 นาที 3.5 อัตราการรายงานผลผิดพลาด	≤ 3% ≤ 0.5% ≤ 1% ≥ 90% ≤ 1%
	4. ระบบบริการโลหิต 4.1 อัตราการจ่ายเลือดผิดหมู่ 4.2 อัตราการเกิดปฏิกิริยาจาก การรับเลือด 4.3 อัตราขอเลือดแล้วไม่ได้เลือด	≤ 0 % ≤ 1 % ≤ 5 %
2. เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ	2.1 อัตราการออกผลการตรวจวิเคราะห์ได้ ทันกับระยะเวลาที่กำหนด 2.2 อัตราการออกผลการตรวจวิเคราะห์ LAB ด่วนได้ทันกับระยะเวลาที่กำหนด 2.3 อัตราผู้รับบริการมาฟังผลตรวจแล้วไม่ ได้ผลตามนัด 2.4 จำนวนข้อร้องเรียน	≥ 80% ≥ 90% ≤ 1 % ≤ 1 %

	2.5 อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ	≥ 80%
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	3.1 จำนวนอุบัติเหตุจากเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม	≤ 1 %
4. การพัฒนาบุคลากร	1. อบรมเพิ่มเติม 2. การทดสอบความรู้ ความสามารถ	2 ครั้ง /ปี 1 ครั้ง/ ปี

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ

4.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวช่วยให้ผู้อื่น

- 4.1.1 มีการรับรองการเข้าร่วมประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องจากส่วนควบคุมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 4.1.2 มีการนำผลการประเมินคุณภาพ EQA จากองค์กรภายนอก มาใช้เป็นแนวทางในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพขึ้น
- 4.1.3 ผ่านการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (LA) จากสภาเทคนิคการแพทย์ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560
- 4.1.4 มีการจัดทำใบนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้เก็บส่งส่งตรวจทราบว่าจะเจาะเลือดหรือเก็บส่งส่งตรวจปริมาณเท่าใด ใสในภาชนะแบบใด ได้ถูกต้อง
- 4.1.5 ได้นำเสนอผลงานในการประชุมมหกรรมแสดงผลทางวิชาการสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปี 2563 งานวิจัย R2R เรื่องความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ CQI เรื่อง การพัฒนาระบบการขอเลือดของโรงพยาบาลภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ
- 4.1.6 มีการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์น้ำตาลปลายนิ้วมือ โดยมีการควบคุมคุณภาพเครื่องและมีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจวิเคราะห์จากบริษัทโดยทำการสอบเทียบเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วให้กับทุกจุด ทุกๆ 3เดือน
- 4.1.7 มีการติดตั้งระบบการรายงานผลในห้องปฏิบัติการเป็นระบบ LIS มีการส่งตรวจผ่านจอคอมพิวเตอร์มีการใช้ระบบบาร์โค้ด ทางห้องปฏิบัติการจะทำการรับคำสั่งตรวจทาง มีการส่งตรวจและมีการรายงานผลโดยออกผลผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์โดยตรง พทย์สามารถดูผลผ่านระบบ hos xp ได้เลย
- 4.1.8 มีการเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์นอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16.00 – 08.30 น. เพื่อเป็นการรองรับในผู้รับบริการที่มาตรวจวิเคราะห์นอกเวลาราชการ
- 4.1.9 มีการขึ้นปฏิบัติงานในตอนเช้าเวลา 06.00-08.30 น เพื่อให้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของคนไข้ IPD เสร็จก่อนเวลา 8.00น.

4.2 สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว

- 4.2.1 ผ่านการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (LA) จากสภาเทคนิคการแพทย์รับรองครั้งที่3 ในวันที่ 24 มิถุนายน 2564
- 4.2.1 ระบบการรับส่งตรวจ
- มีการติดตั้งระบบการรายงานผลในห้องปฏิบัติการเป็นระบบ LIS มีการส่งตรวจผ่านจอคอมพิวเตอร์มีการเชื่อมข้อมูลไปยังระบบ HosExp ทางห้องปฏิบัติการจะทำการรับคำสั่งตรวจมีการใช้ระบบบาร์โค้ดในการส่งตรวจ มีการส่งตรวจและมีการรายงานผลโดยออกผลผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์โดยตรง
- 4.2.2 การเก็บส่งตรวจไว้เพื่อทวนสอบ
- มีระบบการจัดเก็บส่งตรวจที่ตรวจวิเคราะห์แล้วไว้ทวนสอบ
 - โดยแจกตู้เก็บส่งตรวจไว้เฉพาะ
 - เมื่อมีการส่งตรวจเพิ่มจะได้ไม่ต้องทำการเก็บส่งตรวจใหม่
- 4.2.3 การเจาะเลือดเบาหวาน

- ขึ้นปฏิบัติงานในการเจาะเลือดเบาหวาน เวลา 6.00 น. ที่คลินิกเบาหวานทุกวันอังคารกับวันพฤหัสบดี
- 4.2.4 การเจาะเลือด Routine lab
 - มีการพัฒนาการให้บริการในการเจาะเลือดในคนไข้ความดันเบาหวาน ในการตรวจ Routine lab
 - ได้จัดให้เจ้าหน้าที่ขึ้นมาเจาะเลือดในเวลา 6.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ได้รับการเจาะเลือดเร็วขึ้นได้ไปทานอาหารเร็วขึ้น คนไข้มีความพึงพอใจมากขึ้น ลดความแออัดหน้าห้องปฏิบัติการ
- 4.2.5 การขึ้นปฏิบัติการนอกเวลาราชการ
 - มีการเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์นอกเวลาราชการในช่วงเวรบ่ายตั้งแต่เวลา 16.00 – 08.30 น. เพื่อเป็นการรองรับในผู้รับบริการที่มาตรวจวิเคราะห์นอกเวลาราชการ
- 4.2.6 การปรับเปลี่ยนห้องปฏิบัติการ
 - มีการจัดระเบียบจุดเจาะเลือด ตามมาตรฐาน New normal
- 4.2.7 มีการจัดทำงานวิจัย R2R เรื่องความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กับการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
- 4.2.8 มีการควบคุมคุณภาพตัวอย่างส่งตรวจ เพื่อให้ได้ส่งตรวจที่ถูกต้องในการตรวจวิเคราะห์
 - มีการปฏิเสธส่งตรวจที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ของห้องปฏิบัติการ โดยมีใบบันทึกการเก็บส่งตรวจ
 - มีการเก็บข้อมูลทุกเดือนว่าจุดบริการใดมีการปฏิเสธส่งตรวจและหาสาเหตุ
- 4.2.8 การติดใบรายงานผลแทนการคัดลอกผล
 - เพื่อลดความผิดพลาดในการคัดลอกผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผิด
 - เพื่อให้ถูกต้องตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
 - เพื่อให้มีการอ่านผลการตรวจวิเคราะห์ที่ชัดเจนอ่านง่าย
- 4.3 การพัฒนางานที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
 - 4.3.1 การขยายห้องปฏิบัติการเพื่อให้มีการรองรับกับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น
 - 4.3.2 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อการขอรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ (LA) ในครั้งที่4ในปี 2567
 - มีการปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงาน
 - มีการปรับปรุงเอกสารระเบียบปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์ต่างๆ
 - มีการปรับปรุงเอกสารวิธีปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์ต่างๆ ,มีการปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานแต่ละงาน
 - 4.3.3 การพัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานตามโรงพยาบาล (HA)
 - การวางแผนยุทธศาสตร์ของงานเทคนิคการแพทย์
 - การกำหนดตัวชี้วัดของงานเทคนิคการแพทย์
 - มีการจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงานตรวจวิเคราะห์, การวางแผนการปฏิบัติงานแต่ละงาน

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เรื่อง	ระยะเวลาเริ่มดำเนินการ	เป้าหมาย
1. การพัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ	ต.ค.64	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้มีระบบการควบคุมคุณภาพทั้งภายใน (IQC) และจากองค์กรภายนอก (EQA) ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น - มีแผนการควบคุมคุณภาพการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่างๆ
2. การทบทวนจัดทำเอกสารให้ครบถ้วนมีความสอดคล้องกัน	ต.ค.64	- เอกสารระบบคุณภาพทุกระดับ ซึ่งมี QM, QP,WI ได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยและครบถ้วนสมบูรณ์
3. กิจกรรมการตรวจติดตามภายใน	ต.ค.64	- ทุกหน่วยงานได้รับการตรวจติดตามภายในและมีการนำโอกาสพัฒนาไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป
4. พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้เพิ่มเติม	ต.ค.64	-ดำเนินการจัดบุคลากรให้เพิ่มศักยภาพ วิชาการ มีการอบรมต่างๆ
5. ติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	ต.ค.64	- มีการติดตามตัวชี้วัดให้อยู่ในกรอบที่ระบุไว้

Service Profile งานกายภาพบำบัด

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการทางกายภาพบำบัดแก่ประชาชนในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับบริการคลายจากอาการเจ็บป่วย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นที่ยังพอใจแก่ผู้รับบริการ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่/ผู้รับบริการ รวมทั้งให้การดูแลผู้พิการแบบครบวงจร

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้รับบริการภายนอก (ผู้ป่วยและ/หรือญาติ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หายจากโรคที่เป็นอยู่ 2. ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อลดปัญหาและป้องกันการเกิดซ้ำ 3. ได้รับการบริการที่ดี เอาใจใส่ พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส 4. สถานบริการสะอาด สะดวก ปลอดภัยและเป็นสัดส่วน 5. ให้ความเคารพและคุ้มครองในเรื่องสิทธิผู้ป่วย
ผู้รับบริการภายใน (เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานและได้รับการตอบสนองที่ดี 2. มีการปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้ตกลงกันไว้ ตามระบบประสานงานระหว่างหน่วยงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้รับบริการพึงพอใจ ได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

ความท้าทาย

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อความรวดเร็ว และความปลอดภัยในการให้บริการ
2. สร้างเครือข่าย อสม. ดูแลผู้ป่วย stroke ในรายที่ไม่ซับซ้อนได้
3. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมแก่ผู้พิการเชิงรุก
4. พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ภาวะ Burn จาก Hot pack, Paraffin Bath
2. ผู้ป่วยตกเตียง
3. ผู้ป่วยหกล้มขณะได้รับการฝึกเดิน

จุดเน้นในการพัฒนา

1. พัฒนาระบบเชิงรุก ในการดูแลผู้ป่วย Stroke
2. พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
3. จัดหากายอุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย Sub acute และผู้ป่วย Palliative care ตามความจำเป็นของผู้ป่วย
4. ป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ
5. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังติดเชื้อ Covid-19

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน (จำนวนผู้รับบริการ)	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
-ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	2,013	7,735	1,751	4,002	1,657	3,914	1,812	4,324	415	1,178
-ระบบทางเดินหายใจ	78	237	8	21	39	84	105	217	25	53
-ระบบประสาทวิทยา	160	660	81	415	86	441	74	382	20	113
-ระบบประสาทในเด็กและอื่นๆ	51	112	6	18	9	30	7	31	0	0
รวม	2,302	8,744	1,846	4,456	1,791	4,469	1,998	4,954	460	1,344

ปริมาณงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ปริมาณงาน (จำนวนครั้งการให้ความรู้)	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
-การดูแลเท้าและออกกำลังภายในผู้ป่วยเบาหวาน	897	1,040	1,352	1,103	1,089
-การตรวจประเมินสมรรถภาพปอด	639	350	140	138	92
-การฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง	187	115	93	42	21
-การฟื้นฟูคนพิการในชุมชน	152	88	136	14	7
-การฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน	41	21	163	2	5

ปริมาณการจ่ายกายอุปกรณ์

กายอุปกรณ์	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Walker (โครงเหล็กสี่ขา)	19	13	18	18	15
Lumbar support (เพื่ออกผุงหลัง)	99	69	81	112	56
One cane (ไม้เท้าปุ่มเดียว)	60	54	28	12	35
3-ponit cane	8	19	3	8	5
รถเข็น	0	5	0	0	0
รถโยก	0	2	0	0	0
Crutch	3	7	4	5	4
รถเข็นพิเศษแบบนอน	0	0	0	0	0
Elbow support	0	0	0	2	0
เก้าอี้นั่งถ่าย	0	0	0	0	0
Knee support	17	25	11	10	20
Ankle support	3	0	4	4	0
Wrist support	0	0	2	2	0
เตียงฟาว์เลอร์	0	3	0	0	0

จ่ายกายอุปกรณ์ ได้รับงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัดชัยภูมิ

กายอุปกรณ์	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
รถเข็นชนิดนั่ง (ปรับข้าง)	7	6	6
เก้าอี้สำหรับนั่งถ่าย	3	2	2
เครื่องผลิตออกซิเจน	1	1	1
ที่นอนลมแบบลอน (ใหญ่)	3	5	4
เตียงฟิวเจอร์	0	0	1

ปริมาณเครื่องมือและอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัด

เครื่องมือและอุปกรณ์	มีสำหรับการให้บริการ	ไม่มีสำหรับการให้บริการ
Hydro collator	X	
TENS	X	
Infrared	X	
Paraffin bath	X	
Cold pack	X	
Traction	X	
Electrical stimulation	X	
Microwave diathermy		X
Shortwave diathermy		X
Ultrasound	X	
Tilt table		X
Walking aid	X	
Parallel bar	X	
Wheel chair	X	
Overhead pulley	X	
Push up block	X	
Quadriceps board	X	
เตียงฝึกผู้ป่วย	X	
Weight strap	X	
Dumbbell		X

* อ้างอิง จาก มาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2554

อัตรากำลังภายในงานกายภาพบำบัด

บุคลากร	จำนวนที่ควรจะมี	จำนวนที่มีอยู่จริง
นักกายภาพบำบัด	3 คน	2 คน
จพ.เวชกรรมฟื้นฟู	-	-
ผู้ช่วยกายภาพบำบัด	1 คน	1 คน

* อ้างอิง จาก GIS กระทรวงสาธารณสุข (ตามประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

1. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การเข้าถึงและเข้ารับ บริการ (Access & Entry) 1.1 การเตรียมความพร้อม ก่อนการรักษา 1.2 การส่งปรึกษา 1.3 การลงทะเบียน	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือและอุปกรณ์ บริการได้รับการตรวจสอบ สภาพความพร้อมก่อน ให้บริการทุกครั้ง - เจ้าหน้าที่มีความพร้อม ให้บริการ - ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ ร่างกาย วินิจฉัยโรค และ กำหนดวัตถุประสงค์การส่ง ปรึกษาจากแพทย์ - นักกายภาพบำบัดทราบ ข้อมูลของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือไม่เพียงพอ กรณีชำรุด - บุคลากรไม่เพียงพอ กรณี ลาหรือมีการประชุม - ผู้ป่วยมารับการรักษาโดย ไม่มีหลักฐานการส่งปรึกษา จากแพทย์ - ลงข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาด - ลงทะเบียนไม่ครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความไม่พร้อมใช้ของ เครื่องมือและอุปกรณ์ - ระยะเวลารอคอยการรักษา - อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน
2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ 2.1 การวินิจฉัยทางPT.	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ประเมินและวินิจฉัย ลักษณะอาการทาง กายภาพบำบัด (PT diagnosis) อย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - การซักประวัติตรวจ ร่างกายไม่ครอบคลุมถึง ปัญหาเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้านเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่เกิดจากการ รักษาผิดโรค / ผิดคน / ผิด ตำแหน่ง
3. การวางแผน (Plan) - การวางแผนการรักษา 3.1 กำหนดแบบการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการรักษา ต่อเนื่อง - การประสานงานอย่าง เป็นทีม - รวดเร็ว ครอบคลุม ปัญหาผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการ 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์การเกิดอันตราย จากการให้การรักษาผิด หรือไม่เหมาะสม (nearly and medical risk)
- การวางแผนจำหน่าย 3.2 กำหนดแนวทางข้อบ่งชี้ โรคกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ครอบครัวมี ศักยภาพและมั่นใจในการ ดูแลตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการแจ้งล่วงหน้าก่อน การจำหน่ายผู้ป่วยทำให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำ อย่างครบถ้วน - ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำ ทำให้กลับมา รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม - ผู้ป่วยนอกไม่ได้รับการ ตรวจประเมินซ้ำก่อน จำหน่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ของโรคเดิม (Re-admit)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
4. การดูแลผู้ป่วย (Care) การดูแลทั่วไป การบำบัดอาการ เจ็บปวด การระบายเสมหะ การออกกำลังกาย การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงสูง	- ผู้ป่วยได้รับบริการที่ สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ทางกายภาพบำบัดรวดเร็ว ปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน	- มีความเสี่ยงเกิดขึ้น ในขณะที่ได้รับการรักษา - ผู้ป่วยร้องเรียนเรื่อง พฤติกรรมบริการ - ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ จำเป็น - การดูแลรักษาทาง กายภาพบำบัดล่าช้า	- ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ
5. การให้ข้อมูลและเสริม พลัง 5.1 การให้ข้อมูล 5.2 ช่วยเหลือติดตามปัญหา และอุปสรรค	- ผู้ป่วย/ครอบครัวมี ความสามารถและ รับผิดชอบในการดูแล สุขภาพของตนเอง	- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	- อัตราการรับทราบข้อมูลที่ จำเป็นของผู้รับบริการ
6. การดูแลต่อเนื่อง 6.1 การนัดติดตาม 6.2 การส่งต่อ	- นัดผู้ป่วยมารับบริการ ตามแผน	- ผู้ป่วยขาดนัด	- อัตราผู้ป่วยไม่มารับบริการ ตามนัด

2. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยงานกายภาพบำบัดตามตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราการตรวจประเมินท่าใน ผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ 70	79.56	60.84	67.54	56.60	60.21
2	ผู้ป่วย Stroke ที่ admit ต้อง ได้รับกายภาพบำบัดทุกราย	ร้อยละ 100	100	100	100	95.83	100
3	คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน	ร้อยละ 90	100	100	100	100	100
4	พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย sub- acute และผู้พิการ	ร้อยละ 70	98.83	(10/11) 90.90	(13/14) 92.86	(19/21) 90.48	(4/4) 100

ประเด็น คุณภาพสำคัญ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ระดับที่ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)				
			2561	2562	2563	2564	2565
1. ด้านความปลอดภัยและ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	1. การรักษาผู้ป่วยผิคน ผิดโรค และผิคนตำแหน่ง (คน)	0	0	0	0	0	0
	2. อัตรา/ร้อยละของผู้ป่วยที่มา รับบริการกายภาพบำบัด บรรลุ ตามวัตถุประสงค์การรักษา	≥ 80	93.30	94.29	92.76	93.93	95.18
	3. ผู้ป่วยที่มา รักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 1 เดือน	≤ 3	3.70	3.71	4.24	3.07	1.82
	4. จำนวนการเกิด medical risk - ไหม้พอง - หกล้ม	0	1	0	0	1	1
2. ด้านความถูกต้อง	1. อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วย	100	99.50	99.60	100	100	100
	2. ความพร้อมใช้เครื่องมือทาง กายภาพบำบัด	100	100	100	100	100	100
3. ความรวดเร็ว	1. การรอคอยการรักษาทาง กายภาพบำบัดมากกว่า 30 นาที	0	0	0	0	0	0
4. ด้านความพึงพอใจ	1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ตามลำดับ ก่อน-หลัง (คน)	0	1	0	0	0	0
	2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	70	76.02	78.20	80.20	82.83	84.22

1. ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- การรักษาผู้ป่วยผิคน ผิดโรค และผิคนตำแหน่ง เป้าหมาย ร้อยละ 0 จากการดำเนินงาน ทั้ง 5 ปี ไม่พบอุบัติการณ์การรักษาผู้ป่วยผิคน ผิดโรค และผิคนตำแหน่ง
- อัตรา/ร้อยละของผู้ป่วยที่มา รับบริการกายภาพบำบัด บรรลุตามวัตถุประสงค์การรักษา เป้าหมาย ≥ 80 จากการดำเนินงาน ทั้ง 5 ปี การหายดีหรือดีขึ้นของผู้รับบริการ เป็นไปตามเป้าหมาย ≥ 80
- ผู้ป่วยที่มา รักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 1 เดือน เป้าหมาย ≤ 3 จากการดำเนินงาน ทั้ง 5 ปี ผู้ป่วยที่มา รักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 1 เดือน ในปี แต่ปี 2561- 2564 ยังไม่ผ่านเป้าหมาย ทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูจึงดำเนินการหาแนวทางการแก้ไข จนปี 2565 เป็นไปตามเป้าหมาย ≤ 3
- จำนวนการเกิด medical risk (ไหม้พอง, หกล้ม) เป้าหมาย ร้อยละ 0 จากการดำเนินงาน ปี 2562-2563 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด medical risk (ไหม้พอง, หกล้ม) แต่ปี 2561, 2564-2565 พบอุบัติการณ์การเกิด medical risk (ไหม้พอง, หกล้ม) คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตาม ดังนั้นจึงต้องหาปัญหาและทบทวนมาตรการป้องกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไข การให้บริการทางกายภาพบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องอธิบายชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการประคบแผ่นร้อนและการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดทุกครั้ง ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ และเน้นการเฝ้าระวัง สอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และจัดให้มีญาติเฝ้าดูแลตลอดเวลาในกรณีผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ และกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

2. ด้านความถูกต้อง

- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย เป้าหมายร้อยละ 100 จากการดำเนินงานปี 2561-2562 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้ร้อยละ 99.50 และ 99.60 ตามลำดับ ได้ดำเนินการหาแนวทางการแก้ไขเพื่อให้อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ปี 2563 – 2565 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 ทุกปี
- ความพร้อมใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เป้าหมายร้อยละ 100 จากการดำเนินงาน ทั้ง 5 ปี มีความพร้อมใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด ร้อยละ 100 ทุกปี

3. ความรวดเร็ว

- การรอคอยการรักษาทางกายภาพบำบัดมากกว่า 30 นาที เป้าหมายร้อยละ 0 จากการดำเนินงาน ทั้ง 5 ปี การรอคอยการรักษาทางกายภาพบำบัดมากกว่า 30 นาที เป็นไปตามเป้าหมายร้อยละ 0

4. ด้านความพึงพอใจ

- ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามลำดับ ก่อน-หลัง (คน)
จากผลการดำเนินงาน ปี 2561 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามลำดับ ก่อน-หลัง มีทั้งหมด 1 คน ตามลำดับ จึงหาแนวทางการแก้ไข เริ่มหา RCA เดือน เม.ย 2561 คนไข้มาถึง ก่อน แต่ไม่ได้ยื่นบัตรนัดแต่ออกไปรับประทานอาหารเข้าก่อนโดยที่ไม่ได้แจ้ง จนท.ทราบ ทำให้กลับมาได้รักษาหลังคนที่มาทีหลัง ดังนั้นกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้จัดทำบัตรคิวกายภาพบำบัด และแจ้งให้คนไข้ทราบทุกราย ในกรณีมาถึงห้องกายภาพบำบัดแล้วให้มาจับบัตรคิว ถ้าจะไปทำธุระให้แจ้ง จนท.ทราบก่อน ทำให้ปี 2562-2565 เป็นไปตามเป้าหมาย
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากผลการดำเนินงาน ปี 2561-2565 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นไปตามเป้าหมายทุกปี

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่อง: การลดการรอคอยการให้บริการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน

แนวคิด	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน
- ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่คลินิกในช่วงเช้าเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยในที่ต้องทำกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้านในช่วงเช้าเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยในเกิดการรอคอย กลับบ้านช้าหรือกลับบ้านก่อนโดยไม่ได้ทำกายภาพบำบัด	- ผู้ป่วยในได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนกลับบ้านทุกราย	- จัดระบบนัดผู้ป่วยนอกรายเก่าให้มารับบริการในช่วงเวลา 08.00-10.00 น. - จัดทำแผนให้ผู้ช่วยกายภาพฯ โทรสอบถามจำนวนการส่งปรึกษาและกำลังจะ D/C ก่อนเวลา 10.00 น.

เรื่อง: การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในคลินิกต่างๆ

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
จากการประชุมในแต่ละ PCT ได้มีการจัดทำโครงการขึ้นและกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้ โดย <u>การออกกำลังกายเท้าและตรวจประเมินเท้าเบื้องต้น</u> เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	จำนวนตัดเท้า และแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานลดลง	- ให้ความรู้/สอนการออกกำลังกายเท้า สอนตรวจประเมินเท้าเบื้องต้นและตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวานแบบละเอียด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 8.30 น. -12.00 น.

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma) ซึ่งสภาวะของโรคที่เกิดขึ้นก็คือ ไอ มีเสมหะ หายใจสั้นๆ หรือบางรายอาจมีรูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ ส่งผลให้มีอาการคั่งค้างในปอดมาก จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการหายใจไม่สะดวก และมีอาการหอบเหนื่อยตามมา หรือบางรายอาจนำไปสู่การเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ จากสถิติคลินิกผู้ป่วยของโรงพยาบาลภักดีชุมพล มีจำนวนผู้ป่วยโรค COPD จำนวน 176 คน และผู้ป่วยโรค Asthma จำนวน 292 คน	ผู้ป่วย COPD และ Asthma มีรูปแบบการหายใจที่ถูกวิธี ลดอาการหอบเหนื่อย และเพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจเข้า-ออก ของผู้ป่วยโรค COPD และ Asthma ในเขตอำเภอภักดีชุมพล	- ให้ความรู้/สอนการออกกำลังกาย ผู้ป่วย COPD และ Asthma ตรวจประเมิน Six minute walk test และให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ฝึกประสิทธิภาพการหายใจจากขวดน้ำเกลือ (ผู้ป่วยที่มีระดับความหอบเหนื่อยในช่วง Mild ถึง Moderate) ทุกวันพุธ, 2 วัน/เดือน เวลา 8.30 น. -12.00 น.

เรื่อง: การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพการออกเยี่ยมบ้าน

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
ในปัจจุบันผู้พิการ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้การออกเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วถึง และครอบคลุม	ออกเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวได้ทั่วถึง และครอบคลุม	- ตั้งทีม นักฟื้นฟูประจำแต่ละ รพ.สต. เพื่อเยี่ยมบ้านแต่ละเดือนได้ครบถ้วน - นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพ กำหนดแผนออกเยี่ยมบ้าน เดือนละ รพ.สต

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- ดำเนินการฝึกการหายใจในผู้ป่วย COPD และ Asthma โดยใช้อุปกรณ์ฝึกประสิทธิภาพการหายใจจากขวดน้ำเกลือตามรูปแบบที่กำหนดไว้ อยู่ในขั้นตอนเลือกกลุ่มทดลองผู้ป่วย COPD และ Asthma ที่มีระดับความหอบเหนื่อยในช่วง Mild ถึง Moderate

- งานวิจัยเรื่อง ผลของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเข้าต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลภักดีชุมพล

- ทำแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังติดเชื้อ Covid-19

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์โครงการ	ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
โครงการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย IMC	ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย สำหรับผู้ป่วยและญาติ สอน Home Program - เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ป่วย IMC ในเขตอำเภอภักดีชุมพล ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565	ผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูจากกายภาพบำบัดทุกราย	ผู้ป่วย IMC	งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

Service Profile

หน่วยงาน/ทีม

งานการเงินและบัญชี ฝ่ายบริหารทั่วไป

โรงพยาบาลภักดีชุมพล

บริบท (Context)

หน่วยงานการเงินและบัญชี เป็นหน่วยงานสนับสนุนบริการให้กับหน่วยบริการในโรงพยาบาลภักดีชุมพลและ รพ.สต.ในเครือข่าย (คป.สอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้

๑. การรับเงิน – การจ่ายเงิน และเก็บรักษาเงินบำรุง เงินงบประมาณ เงินประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เงินประกันสังคม เงินสวัสดิการ รวมถึงเงินบริจาคอื่น ๆ

๒. จัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินทุกประเภท ตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และระบบบัญชีเกณฑ์เงินสดของโรงพยาบาล และ รพ.สต.

๓. ให้คำปรึกษาด้านการเงินและบัญชี ประสานงานในระดับฝ่ายหรือกลุ่มงานในหน่วยงานและหน่วยราชการ เอกชน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในงานและแลกเปลี่ยนความรู้ความเชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงาน

๔. โอนเงินประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จัดสรรให้กับ รพ.สต.ในเครือข่าย จำนวน ๖ แห่ง

๕. ส่งรายงานทดลองของหน่วยงานและ รพ.สต. ทั้ง ๖ แห่ง ให้กลุ่มประกันสุขภาพ

๖. จัดทำบัญชีต้นทุนประจำปี ของหน่วยงาน

๗. วิเคราะห์สรุปรายได้ค่าใช้จ่ายประจำเดือน เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน

๘. วิเคราะห์สรุปรายได้ค่าใช้จ่ายประจำปี เพื่อเตรียมข้อมูลจัดทำแผนรับจ่ายเงินในปีถัดไป

โดยหน่วยงานการเงินและบัญชีตั้งอยู่ที่อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๒ กลุ่มงานการจัดการ มีอัตรากำลัง ๔ คน แบ่งเป็น ข้าราชการ ๑ คน ลูกจ้างประจำ ๑ คน พนักงานกระทรวง ๑ คน ลูกจ้างเงินบำรุง ๑ คน มีอายุระหว่าง ๓๑-๔๗ ปี ไม่มีใครประจำตัวระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีด้านการบัญชี จำนวน ๑ คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ด้านการบัญชี ๒ คน วุฒิมัธยมศึกษาตอนปลาย ๑ คน สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้กรณีจำเป็นเร่งด่วน ทั้งนี้หน่วยงานการเงินและบัญชีอยู่ภายใต้ความควบคุม กำกับของรักษาการหัวหน้ากลุ่มงานการจัดการ

จุดเด่น เจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านการเงินการบัญชีโดยตรง เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจ มีความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบและพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กร ใช้หลักการทำงานแบบมุ่งเน้นวัฒนธรรมองค์กร ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

จุดด้อย นโยบายและ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีการเปลี่ยนแปลงไม่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อีกทั้งจำนวนอัตรากำลังตามกรอบ FTE ของกระทรวงสาธารณสุขมีน้อย แต่ภาระงานมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลายด้าน

ความมุ่งหมาย (Purpose):

ให้บริการด้านการเงินและบัญชี ตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องในด้านการเงินการคลังตาม มาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้รับบริการและเครือข่ายอย่างมีคุณภาพ และร่วมสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานและในองค์กร

***คุณภาพ** คือ ความครบถ้วน ถูกต้อง ตามระเบียบการเงินการคลัง ทันกำหนดเวลา โปร่งใส และตรวจสอบได้

ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

๑. การรับเงิน หมายถึง การจัดเก็บหรือรับชำระเงิน เป็นเงินสด เช็ค ดราฟท์ หรือตราสารการเงินอย่างอื่น การ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร การรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข เช่น รับเงินค่า รักษาพยาบาล รับเงินโอนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ รับเงินโอนจาก สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงาน ประกันสังคม และหน่วยบริการอื่น

๒. การเก็บรักษาเงิน หมายถึง การดูแลรักษาเงินของทางราชการ เช่น เงินสด และเอกสารแทนตัวเงิน ไว้ในตู้ นิรภัยที่ปลอดภัย ไม่ให้เกิดการสูญหายและมีผู้ดูแลรับผิดชอบ สถานที่ และอุปกรณ์ในการจัดเก็บเงิน

๓. การเบิก-จ่ายเงิน หมายถึงการเบิกจ่ายเงิน เพื่อจ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่ และบุคคล ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

๔. จัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง เกณฑ์เงินสด วิเคราะห์สถานการณ์การเงิน การคลัง และวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาล เสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารและผู้เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการประสานระดับอำเภอ ทุกเดือน หรือตามวาระประชุม

๕. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระเบียบด้านการเงินและบัญชี แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และผู้รับบริการทั้งภายใน และภายนอกองค์กร

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ: (ลูกค้าภายนอก)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
<p>๑. เจ้าหนี้การค้า เจ้าหนี้ค้ำรักษาพยาบาลและเจ้าหนี้อื่น ๆ ได้แก่ บริษัท ร้านค้า การไฟฟ้า การประปา ไปรษณีย์ การโทรศัพท์ ส่วนราชการอื่น และบุคคลภายนอก ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. ธนาคาร</p> <p>๓. สรรพากร</p> <p>๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (เจ้าหน้าที่หน่วยเบิก)</p> <p>๕. ลูกหนี้ค้ำรักษาพยาบาล และลูกหนี้อื่น ๆ ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนง.ประกันสังคม บริษัทประกันภัย ไปรษณีย์ ไฟฟ้า ประปา โรงพยาบาลของรัฐ และรพ.ต่างสังกัด สป.</p> <p>๖. ผู้ตรวจสอบ (สตง. ผู้ตรวจสอบภายใน, สสจ., กรมบัญชีกลาง)</p>	<p>๑. ได้รับเงิน ครบถ้วน ถูกต้องตามจำนวน และกำหนดเวลา ตรงตามเอกสารหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน</p> <p>๒. - เงินฝาก ถูกต้องตรงกันทั้งตัวเลขและตัวอักษร - การถอนเงิน หรือจ่ายเช็ค มีความครบถ้วน ถูกต้อง มีลายมือชื่อผู้มีอำนาจครบถ้วน ตรงกับลายมือชื่อที่ให้ไว้กับธนาคาร</p> <p>๓. - นำส่งเงินภาษีหัก ณ ที่จ่ายถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลาที่กำหนด - ส่ง แบบ ภงด 1ก และ ภงด 1ก.พิเศษ ให้สรรพากรภายในเดือนกุมภาพันธ์ของปีถัดไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการยื่นชำระภาษีประจำปีบุคคลธรรมดา</p> <p>๔. - ส่งฎีกาเบิกเงินงบประมาณถูกต้อง ครบถ้วน ตามหมวดรายจ่าย - จำนวนเงินที่เบิกถูกต้อง ตรงกับยอดเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร - เอกสาร หลักฐานการขอเบิกถูกต้อง ครบถ้วน ส่งฎีกาเบิกเงินทันเวลาที่กำหนด (ทุกวันที่ ๕ ของเดือน) - ส่งรายงานทางการเงินตามระบบบัญชี เกณฑ์คงค้าง ทุกเดือน</p> <p>๕. ได้รับหลักฐานการจ่ายเงินที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระเบียบ ทันกำหนดเวลา และสามารถตรวจสอบได้</p> <p>๖ - มีการเบิกจ่ายเงินถูกต้องตามระเบียบ ข้อบังคับการเงินการคลังและระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง - จัดทำทะเบียนคุมรายรับ - รายจ่ายเงิน และทะเบียนคุมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามระเบียบและข้อบังคับ</p>

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
<p>๗. ประชาชนทั่วไป ผู้รับบริการ</p> <p>๘. สถานีนอนมัยในเครือข่าย</p>	<p>ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ - ยอดเงินคงเหลือถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามรายงานเงินคงเหลือประจำวัน (แบบ 407) - บันทึกบัญชีรับเงิน – จ่ายเงินทุกประเภทถูกต้องครบถ้วน - มีกรรมการเก็บรักษาเงินที่แต่งตั้งลงนามตรวจสอบในเอกสารครบถ้วน - จัดทำบัญชีเงินฝากธนาคารทุกสิ้นเดือน - ตรวจสอบเอกสาร ใบสำคัญ รับ – จ่ายเงินทุกประเภทมีการอนุมัติ ลงนามครบถ้วน ถูกต้องตามระเบียบการเงินการคลัง และระเบียบอื่นที่เกี่ยวข้อง <p>๗. - ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ(ตามสิทธิ) ด้วยความรวดเร็ว ทันกำหนดเวลา ตรวจสอบได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับบริการด้วยความเสมอภาคเท่าเทียม <p>๘. - ได้รับการโอนเงินสนับสนุน ต่าง ๆ ครบถ้วนถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลรายงานการเงินและรายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตรวจสอบได้ - ได้รับคำปรึกษา ด้านการเงินการคลัง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติของทางราชการ

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ:(ลูกค้าภายใน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
<p>๑. ผู้บริหาร</p> <p>๒. หน่วยงานใน รพ.</p>	<p>๑. ทราบข้อมูลทางการเงินและสถานการณ์ทางการเงินที่ถูกต้อง ทันกำหนดเวลา สามารถตรวจสอบได้ และสามารถนำข้อมูลทางการเงินมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาประกอบการตัดสินใจ</p> <p>๒. ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลทางการเงินการบัญชีที่ถูกต้องและสามารถนำข้อมูลทางการเงินมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจ</p>

๓. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	๓. - ได้รับเงินถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามกำหนดเวลา ตรวจสอบได้ - ได้รับคำปรึกษา ด้านการเงินการคลัง ตามระเบียบ วินัยของข้าราชการ สิทธิประโยชน์และสวัสดิการต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ที่ควรทราบ
-------------------------	--

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆ ไม่รวมตัวชี้วัด)

๑. การรับเงิน - จ่ายเงินบำรุง เงินงบประมาณ เงินประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เงินประกันสังคม และเงินสวัสดิการ รวมถึงเงินบริจาคอื่น ๆ
๒. การโอนเงินจัดสรรและเงินสนับสนุนอื่น ให้กับรพ.สต.จำนวน ๖ แห่ง
๓. จัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินทุกประเภท ตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และระบบบัญชีเกณฑ์เงินสดของหน่วยงาน และรพ.สต. ๖ แห่ง
๔. จัดทำบัญชีต้นทุนหน่วยบริการ
๕. วิเคราะห์งบการเงิน แผนการรับจ่าย รายงานการควบคุมภายใน ตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด
๖. ให้คำปรึกษาด้านการเงินและบัญชี ประสานงานในระดับกลุ่มงาน หน่วยงานราชการ เอกชน หรือประชาชนทั่วไปเพื่อขอความช่วยเหลือและร่วมมือในงานและแลกเปลี่ยนความรู้ความเชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงาน

ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปริมาณงาน		
		ปีงบประมาณ		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. การบริหารเงินงบประมาณ (การรับเงิน)				
๑.๑ การรับเงินประเภทเงินงบประมาณ				
- การจัดทำฎีกาเบิกคลัง	ฉบับ	๑๑๗	๑๒๓	๑๑๗
๑.๒ การรับเงินประเภทเงินนอกงบประมาณ				
- รายรับเงินนอกงบประมาณ	บาท	๖๗,๕๑๔,๒๒๐.๒๕	๖๕,๑๖๔,๗๙๒.๑๕	๘๖,๗๕๙,๗๘๘.๘๕
๒. การจ่ายเงิน				
- รายจ่ายเงินนอกงบประมาณ	บาท	๖๔,๑๒๘,๓๒๖.๕๑	๕๗,๕๐๗,๕๕๙.๘๙	๖๙,๙๑๓,๑๖๑.๘๔
๓. งานระบบบัญชี				
๓.๑ จัดทำบันทึกบัญชีตามเกณฑ์เงินสด				
- บันทึกบัญชีตามเกณฑ์เงินสด	ครั้ง	๒๔๖	๒๔๕	๒๔๖

ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน		
		ปีงบประมาณ		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๓.๒ จัดทำบันทึกบัญชีตามหลักเกณฑ์คง ค้าง				
- การวิเคราะห์รายการบัญชี(ด้านรับ จ่าย และทั่วไป)	ฉบับ	๘,๒๓๖	๙,๑๒๗	๙,๐๖๖
- การจัดทำและบันทึกบัญชีใบสำคัญ ด้านรับ	ฉบับ	๑,๗๒๒	๒,๒๐๕	๑,๙๖๐
- การจัดทำและบันทึกบัญชีใบสำคัญ ด้านจ่าย	ฉบับ	๕,๓๒๕	๕,๖๒๔	๕,๘๗๑
- การจัดทำและบันทึกบัญชีใบสำคัญ ด้านทั่วไป	ฉบับ	๓,๑๖๕	๓,๑๐๐	๓,๑๖๘
- การบันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้างของ สถานีอนามัยเครือข่าย (เดือนละ 1 ครั้ง)	แห่ง	๖	๖	๖
2. การจัดทำรายงานทางการเงิน				
- จัดทำรายงานเงินคงเหลือ ประจำวันฐานะเงินสด	ครั้ง	๒๔๖	๒๔๕	๒๔๖
- จัดทำงบการเงินประจำเดือน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
- จัดทำรายงานการเงินของสถานี อนามัย ๖ แห่ง	แห่ง/ ครั้ง	๗๒	๗๒	๗๒
- จัดทำรายงานอื่น ๆ	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
๓. งานแผนปฏิบัติการและยุทธศาสตร์				
- ร่วมจัดทำแผนประมาณ การงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน/ สถานีอนามัยเครือข่าย	ครั้ง	๒	๒	๒
- ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์และ แผนปฏิบัติการประจำปีของเครือข่าย	ครั้ง	๑	๑	๑
- ร่วมจัดทำแผนและออกตรวจสอบ ภายในของหน่วยงาน/สถานีอนามัย เครือข่าย ปีละ ๑ ครั้ง	แห่ง	๖	๖	๖
๔. งานด้านควบคุมภายใน/ตรวจสอบ ภายใน				
- สอบทานการบันทึกบัญชี	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
- สอบทานงบบเทียบยอดเงินฝาก ธนาคาร	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
- ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานทาง การเงิน	ฉบับ	๕,๓๒๕	๕,๕๘๓	๕,๘๗๑
๕. งานด้านการจัดเก็บรายได้และเร่งรัด หนี้สิน				

ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน		
		ปีงบประมาณ		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
- เรียกเก็บเงินลูกหนี้ประเภทสิทธิ ต่าง ๆ (รวมทุกสิทธิ)	ราย	๑๔	๑๔	๑๔
๖. การวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน				
- วิเคราะห์ฐานะการเงินของ หน่วยงานตามเกณฑ์เงินสด (ไตรมาส)	ครั้ง	๔	๔	๔
- วิเคราะห์ฐานะการเงินของ หน่วยงานตามเกณฑ์คงค้าง(ทุกเดือน)	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
๗. งานการเก็บหลักฐานทางการเงิน				
- เอกสารการรับเงิน(สำเนา ใบเสร็จรับเงิน)	ฉบับ	๕๓๑	๕๔๑	๖๕๓
- เอกสารการจ่ายเงิน(ใบสำคัญคู่ จ่าย)	ฉบับ	๔,๕๘๖	๔,๑๒๕	๔,๘๗๔
๘. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี				
- บันทึกข้อมูลและจัดส่งรายงาน ทางการเงินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต)	ครั้ง	๓๐	๓๒	๓๒
๙. การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน				
- เป็นคณะกรรมการที่พัฒนา คุณภาพ เฉพาะด้าน	คณะ	๓	๓	๓
- จัดทำเอกสารคุณภาพหน่วยงาน	เรื่อง	-	-	-
- วิเคราะห์งานในความรับผิดชอบ จากอุบัติการณ์ความเสี่ยง	เรื่อง			
๑๐. งานอื่น ๆ				
- จัดทำหนังสือรับรองเงินเดือน/สลิป เงินเดือน	ฉบับ	๓๕๐	๔๔๕	๘๗๕
- ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับระเบียบด้าน การเงินและบัญชี	ครั้ง	๓๑๒	๓๕๗	๖๑๗
- จัดทำหนังสือรับรองภาษีหัก ณ ที่ จ่ายให้ข้าราชการ/ลูกจ้าง	ฉบับ	๑๔๐	๑๔๐	-
- จัดทำหนังสือรับรองภาษีหัก ณ ที่ จ่ายให้บริษัท /ห้างร้าน/องค์กรต่าง ๆ	ฉบับ	๖๔๕	๕๙๒	๖๕๑
- โต้ตอบหนังสือราชการทางการเงิน	ฉบับ	๖๙๐	๖๕๑	๗๑๔
- จัดทำหลักฐานจ่ายเงินภาษีหัก ณ ที่ จ่าย และส่งชำระเงิน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒
- จัดทำหลักฐานการจ่ายเงินสมทบ ประกันสังคม และนำส่งเงิน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

จัดระบบการเงิน การบัญชีที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นไปตามระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลง และนโยบาย ตรวจสอบได้

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑. รับเงิน - จ่ายเงินทุกประเภทได้แก่ เงินงบประมาณ, เงินบำรุง, เงินกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า(uc) , เงินประกันสังคม, เงินสวัสดิการ เงินบริจาค อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และตรวจสอบได้

๒. จัดทำบัญชีตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของหน่วยงาน และ รพ.สต.ในเครือข่าย ตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และสามารถตรวจสอบได้

๓. จัดทำรายงานทางการเงิน วิเคราะห์ และเสนอต่อผู้บริหาร ทุกเดือน

๔. จัดทำบัญชีตามเกณฑ์เงินสดของหน่วยงาน เพื่อสอบทานยอดกับระบบเกณฑ์คงค้างและเพื่อการตัดสินใจ บริหารดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้ทันเวลา

๕. พัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำบัญชีตามระบบเกณฑ์คงค้าง นำเครื่องมือและเทคโนโลยี โปรแกรม คอมพิวเตอร์มาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูล พัฒนาระบบบัญชีและรายงานทางการเงินให้สอดคล้องกับ นโยบาย การบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ

๖. ตรวจสอบเอกสารทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระเบียบข้อบังคับและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องและ จัดเก็บเอกสารทางการเงินไว้ในที่ปลอดภัย

ศักยภาพ และข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

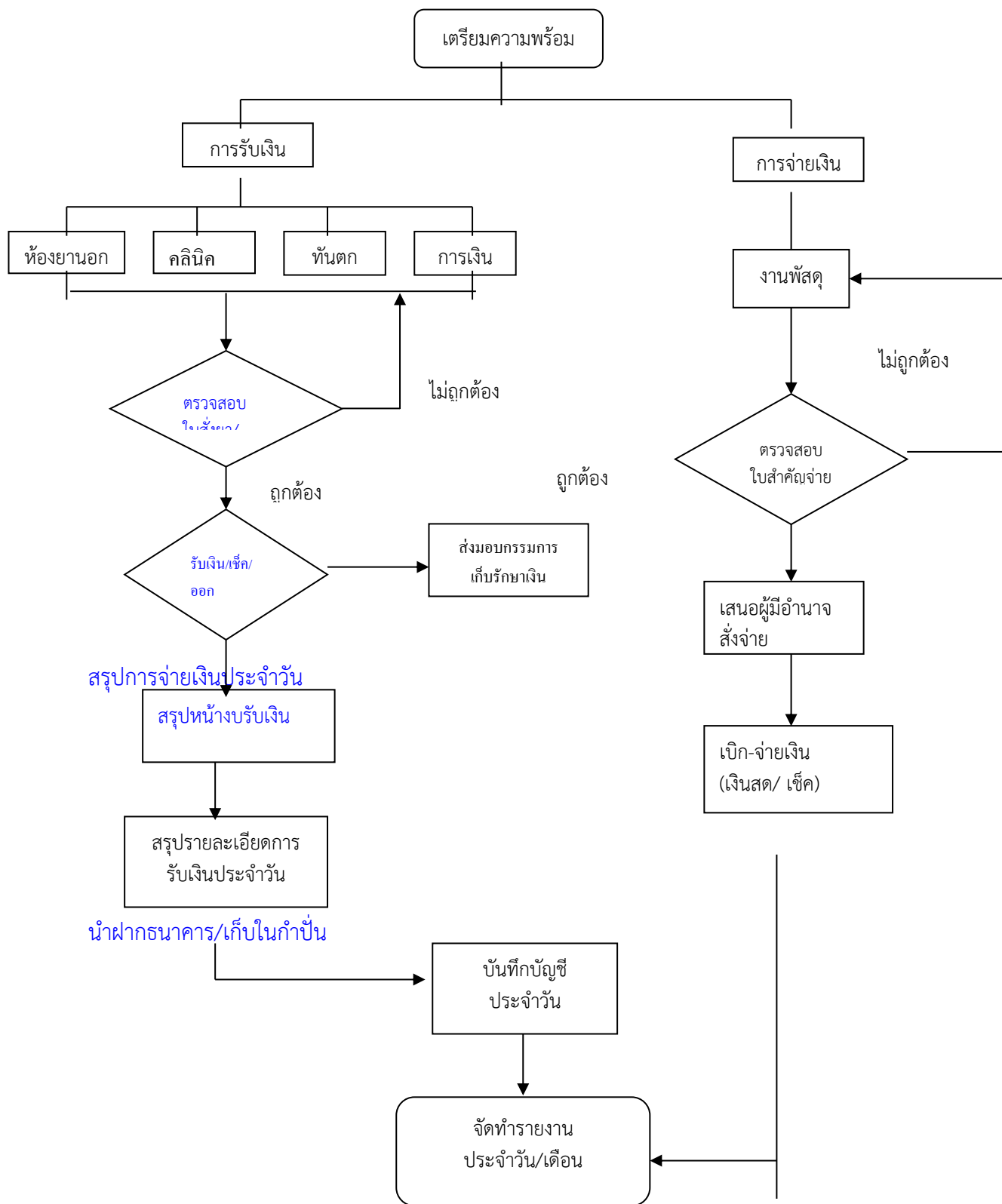
๑. ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบการเงินการคลัง และนโยบายการ บัญชีที่เปลี่ยนแปลงทุกปี หรือระหว่างปี

๒. ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลายด้าน ทำให้ไม่เอื้อต่อการตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ

๓. ข้อมูลในการบันทึกบัญชี มาจากหลายแหล่งต้องใช้เวลาในการตรวจสอบ ทำให้ล่าช้า

ประเด็นคุณภาพที่ สำคัญ/ความท้าทายที่ สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การ พัฒนา
๑. การพัฒนาระบบ บริการอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับบริการตามความ ต้องการและถูกต้อง ตามระเบียบ	๑. ชี้แจง ให้คำปรึกษา ข้อมูลและระเบียบด้าน การเงินการคลัง บัญชี และพัสดุ ๒. จัดทำแนวทางการ เบิกจ่ายเงินตาม ระเบียบการเงินการ คลัง ๓. จัดทำคู่มือการ จัดทำบัญชีเกณฑ์คง ค้าง	๑. อัตราความถูกต้อง ในการรับจ่ายเงินทุก ประเภท 100% ๒. การจัดทำบัญชี เกณฑ์คงค้าง ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา ตรวจสอบได้ ๑๒ ครั้ง/ ปี ๓. รายงาน ข้อมูล ทางการเงินถูกต้อง ครบถ้วน ๑๒ ครั้ง/ปี

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา
		๔. จัดทำรายงานข้อมูลทางการเงินถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	
๒. การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน	เพื่อลดอุบัติเหตุ ความเสี่ยง	๑. ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทุกวัน ๒. รายงานความเสี่ยงตามแนวทางการรายงาน ๓. ทบทวนหาแนวทางแก้ไข	จำนวนอุบัติเหตุ ความเสี่ยงที่ได้รายงาน และมีการทบทวนหาแนวทางแก้ไข
๓. การพัฒนา เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่	๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านคุณภาพในการปฏิบัติงาน ๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านความรู้และความสามารถ	๑. จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมพัฒนาคุณภาพ เช่น กิจกรรม ๕ ส. อบรมการป้องกันการติดเชื้อ, การช่วยฟื้นคืนชีพ, ซ้อมแผนอัคคีภัย, ซ้อมแผนอุบัติเหตุฉุกเฉิน ๒. จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติเฉพาะตำแหน่ง	อัตราการเข้ารับการฝึกอบรม และพัฒนา
๔. พัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างสำหรับเครือข่าย	๑. เพื่อให้บัญชีเกณฑ์คงค้างสำหรับเครือข่ายถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา ๒. เพื่อให้ได้รับข้อมูลทางการเงินของเครือข่ายถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา	๑. จัดทำแนวทางการจัดส่งข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างสำหรับเครือข่าย ๒. พัฒนางค์ความรู้ทักษะ ของเจ้าหน้าที่ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง	การจัดทำรายงานตามบัญชีเกณฑ์คงค้างทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

การรับเงิน - จ่ายเงิน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การเตรียมความพร้อม ๑. บุคลากร ๒. อุปกรณ์ คู่มือ	- เพื่อให้เกิดความพร้อมในการทำงาน	- เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่มีการเปลี่ยนแปลง นโยบายจากส่วนกลาง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
๓. หลักฐานการรับ-จ่ายเงิน	- เพื่อให้การตรวจสอบหลักฐานการรับเงิน-จ่ายเงินถูกต้องตามระเบียบการเงินการคลัง	
การให้บริการ	- เพื่อให้การรับเงิน-จ่ายเงินถูกต้อง ครบถ้วน ตรวจสอบได้	๑. การรับเงิน – จ่ายเงินโดยไม่มีหลักฐาน ๒. จ่ายเงินโดยเอกสารหลักฐานไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ๓. การรับเงิน-จ่ายเงินไม่ตรงกับหลักฐาน ๔. ไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเงินการคลัง
การตรวจสอบหลังปฏิบัติ	- เพื่อป้องกันการทุจริต ป้องกันการสูญเสีย	ผู้รับผิดชอบไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับการเงินการคลัง และระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ด้านบัญชี

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การเตรียมความพร้อม ๑. เตรียมบุคลากร ๒. เตรียมอุปกรณ์ คู่มือ ๓. เตรียมหลักฐานการรับ-จ่ายเงิน	- เพื่อให้เกิดความพร้อมในการทำงาน - เพื่อให้การงบการเงิน รายงานทางการเงิน ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา	- เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจวิธีการหลักการบันทึกบัญชีที่ต้องไม่ทันต่อสถานการณ์
การดำเนินงาน	- เพื่อให้การบันทึกบัญชีถูกต้อง ครบถ้วนตรงตาม - เพื่อป้องกันการทุจริต ป้องกันการสูญเสีย	๑. การบันทึกบัญชีโดยไม่มีหลักฐานครบถ้วน ๒. เอกสารหลักฐานไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ๓. การบันทึกบัญชีไม่ตรงกับหลักฐาน บันทึกบัญชีคลาดเคลื่อน ๔. ไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเงินการคลัง
การตรวจสอบหลังปฏิบัติ	เพื่อให้การบันทึกบัญชีถูกต้อง รายงานทางการเงินถูกต้อง เชื่อถือได้	ผู้รับผิดชอบไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบการเงินการคลัง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

บัญชีรายการความเสี่ยงของงานการเงินและบัญชี (วิเคราะห์จากกระบวนการหลัก)

๑. ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะ เกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับ กฎหมายและนโยบาย ที่เปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่ทันต่อเหตุการณ์

๒. เอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ทันกำหนดเวลา

๓. การรับเงิน-จ่ายเงินโดยไม่มีหลักฐาน หรือไม่ตรงกับเอกสารหลักฐาน

๔. ไม่ปฏิบัติตาม กฎ ระเบียบ การเงินการคลัง

๕. การบันทึกบัญชีผิดพลาด คลาดเคลื่อน

๖. ข้อมูลในการบันทึกบัญชีไม่ครบถ้วน

๗. รายงานทางการเงิน ข้อมูลทางการเงินไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ทันเวลา

จุดเน้นการพัฒนา

1. เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. พัฒนาสถานที่ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

3. พัฒนาการจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง และจัดส่งทันตามกำหนดเวลา

4. พัฒนาการรับ-จ่ายเงิน เอกสารทางการเงิน ให้ถูกต้องครบถ้วน และรวดเร็ว

แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาการจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง และจัดส่งทันตามกำหนดเวลา

- พัฒนาการรับ-จ่ายเงิน เอกสารทางการเงิน ให้ถูกต้องครบถ้วน และรวดเร็ว

Service Profile

หน่วยงาน: ชักฟอก

1.บริบท (Context)

งานซักฟอก เป็นหน่วยงานที่ให้บริการซักผ้า ตัดเย็บและจัดเตรียมผ้าที่สะอาดพร้อมใช้ให้กับผู้รับบริการ และทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ให้มีเพียงพอกับการใช้งานและผู้รับบริการพึงพอใจ

การปฏิบัติงานซักฟอกแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 เขต คือ เขตซักฟอก, เขตจัดเก็บผ้าสะอาดและเขตตัดเย็บซ่อมแซม มีบุคลากรปฏิบัติงาน 3 คน ได้แก่ ฝ่ายบริหาร 1 คน (ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 2 วัน) คนงาน 2 คน มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆภายในองค์กร เช่น ห้องฉุกเฉิน, ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด, ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ห้องยา, ห้องทันตกรรม, งานชันสูตร, ศสช., สุขาภิบาล, บริหารและหน่วยงานพาหนะมีการรับผ้าที่ใช้แล้วจากทุกหน่วยงานมาซักทำความสะอาด จัดเตรียม และซ่อมแซมผ้าที่ชำรุด ตัดเย็บผ้าให้ตามที่หน่วยงานต่างๆเบิกมา และส่งผ้าที่สะอาดพร้อมใช้ไปยังหน่วยบริการต่างๆ ตามเวลาที่กำหนด คือ 15.30 น. ทุกวัน มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่อบรมศึกษาดูงานในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ผ่านมาตรฐานคุณภาพ

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย

งานซักฟอก มีหน้าที่ในการให้บริการเครื่องผ้าที่สะอาดแก่หน่วยงานบริการผู้ป่วย การจัดการผ้าที่ใช้แล้ว และการบริการซ่อมแซม-ตัดเย็บผ้าที่ชำรุดเพื่อให้มีผ้าที่สะอาด เพียงพอ พร้อมใช้งาน

เป้าหมาย

1. เครื่องผ้าสะอาด ปลอดภัยและเพียงพอต่อความต้องการ
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน
3. ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากบริการซักผ้า

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1. การให้บริการรับผ้าและซักทำความสะอาดเครื่องผ้าที่ใช้แล้วจากหน่วยบริการผู้ป่วยช่วงเวลา 06.30-07.30 น. โดยประมาณ
2. ให้บริการส่งผ้าสะอาดให้หน่วยบริการผู้ป่วยทุกวันทำการในเวลา 15.30 น.
3. การให้บริการตัดเย็บซ่อมแซมเครื่องผ้าที่ชำรุด และการเก็บเครื่องผ้าสำหรับการหมุนเวียน/สำรองใช้จากหน่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

1.3 ผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1.ผู้ป่วย	-ต้องการเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่มีรอยเปื้อน ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ -เสื้อผ้าไม่ขาด ผ้าที่ไม่ยับ -มีเสื้อผ้า เครื่องนอนพร้อมเปลี่ยนเสมอ -สวมใส่แล้วมั่นใจว่าสะอาด ปลอดภัย
2.หน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล	
งานผู้ป่วยนอก, งานผู้ป่วยใน, งานอุบัติเหตุ, งานห้องคลอด, งานห้องผ่าตัด, งาน X-ray, งานชันสูตร, ห้องจ่ายยา, PCU, งานส่งเสริมสุขภาพ, งานทันตกรรม, ห้องแพทย์แผนไทย, ห้องกายภาพบำบัด	-ส่งผ้าครบตามจำนวนที่ส่ง ตรงเวลา ถูกแผนก -มีผ้าเพียงพอต่อความต้องการ ควรมีระบบสำรองผ้า -ผ้าเช็ดมือสะอาด เพียงพอ -ผ้าสะอาด ไม่มีคราบ -ผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ -ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดีจากเจ้าหน้าที่
งาน IC	-ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน -มีการประสานงานที่ดี
ผู้บริหาร	-ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า เหมาะสม -บริหารทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผ้าที่นำส่งสะอาด เพียงพอ พร้อมใช้ มีการตรวจสอบคุณภาพผ้าก่อนนำส่ง
2. ปริมาณผ้า เพียงพอ สามารถตอบสนองความต้องการใช้
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานปลอดภัย มีความสุขในการปฏิบัติงาน

1.5 ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

I ความท้าทาย

- การบริการเครื่องผ้าที่สะอาด เพียงพอ และทันในเวลาผู้รับบริการพึงพอใจ
- การพัฒนาระบบการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยปลูกฝังค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลในการทำงาน

II ความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกันความเสี่ยง
1	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สวมชุดอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การอบรมวิชาการให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2. การติดตามประเมินผลผู้ปฏิบัติงานเรื่องการสวมชุดอุปกรณ์ 3. การนิเทศและสาธิตเรื่องการสวมชุดอุปกรณ์ป้องกัน 4. มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อถูกเข็มทิ่ม ของมีคมทิ่มตำหรือสารคัดหลั่ง กระเด็นเข้าตาหรือเยื่อหู 5. การส่งเสริมการตรวจสุขภาพผู้ปฏิบัติงานปีละ 1 ครั้ง
2.	ผู้รับบริการได้รับผ้าที่ไม่สะอาด	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตรวจสอบเครื่องซักผ้าก่อนที่จะนำส่งหน่วยบริการผู้ป่วย 2. การประสานเรื่องการให้ผ้าให้ถูกประเภทเพื่อยืดอายุการใช้งานของผ้า เช่น <i>ผ้าเช็ดมือใช้สำหรับเช็ดมือเท่านั้น</i> 3. การสำรองผ้าสำหรับใช้ให้เพียงพอ
3.	การรับ-ส่งผ้าไม่ได้มาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีถังหรือภาชนะที่มิดชิดสำหรับการขนส่งผ้าเพื่อป้องกันการรั่วซึมของน้ำหรือสารคัดหลั่งจากเครื่องผ้าผู้ป่วยที่ใช้แล้ว 2. การแยกรถสะอาดและรถสกปรกสำหรับการรับ-ส่งเครื่องผ้าผู้ป่วย 3. มีแนวทางการทำความสะอาดเครื่องผ้าผู้ป่วย
4.	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและภูมิคุ้มกันตามความเหมาะสมของอาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำตามความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน 2. ส่งเจ้าหน้าที่หน่วยซักฟอกเพื่อรับการตรวจสมรรถนะการได้ยิน 3. การรับวัคซีนบาดทะยัก, Hep B, COVID19 4. การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง Ear plug / การใช้เมื่อปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน
5.	ส่งผ้าไม่ถูกจุดบริการ/ผ้าไม่ครบ ไม่เพียงพอในการใช้งาน ผ้าสูญหายไม่มีการจดบันทึก	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีทะเบียนการรับส่งเครื่องผ้าผู้ป่วยของหน่วยบริการ 2. มีการสำรวจความต้องการใช้ของเครื่องผ้า 3. การสำรองเครื่องผ้าให้เพียงพอสำหรับการหมุนเวียนใช้
6.	จำนวนสิ่งแปลกปลอมที่ปะปนมากับผ้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งประสานหน่วยงานเมื่อพบว่าสิ่งแปลกปลอมปนมากับเครื่องผ้าผู้ป่วย 2. การรายงานความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางแก้ไข/เป็น โอกาสพัฒนา 3. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือทุกครั้งหลังใช้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

II ความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกันความเสี่ยง
7.	อุปกรณ์เครื่องมือของหน่วยไม่พร้อมใช้หรือชำรุด	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ทำความสะอาดประจำวันทั้งก่อนและหลังปฏิบัติงาน 2. การตรวจสอบเรื่องความปลอดภัยของอุปกรณ์เครื่องมือ เช่น สายไฟ ปลั๊กไฟว่าเริ่มเสื่อมสภาพหรือไม่ 3. กรณีพบว่าเครื่องมือชำรุดให้แจ้งหัวหน้างาน/ผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการซ่อมบำรุงทันที

III จุดเน้นในการพัฒนา (ระบบบริการและบริการส่งเสริมสุขภาพ)

จุดเน้นโรงพยาบาล	จุดเน้นหน่วยงาน
<p>-สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามนโยบาย SIMPLE (ล้างมือ)</p> <p>- พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานเกิดความปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ</p>	<p>ข้อที่ 1 ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อจากกระบวนการทำความสะอาดเครื่องผ้าที่ใช้แล้ว</p> <p>ข้อที่ 2 บริหารจัดการความเสี่ยงที่สำคัญในหน่วยงานซักฟอก</p> <p>ข้อที่ 3 ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ซักฟอกมีการทบทวนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ข้อที่ 5 การปฏิบัติงานซักฟอกเป็นมาตรฐานเดียวกัน</p> <p>ข้อที่ 6 พัฒนาระบบบริหารจัดการเครื่องผ้าให้ได้สะอาด ปลอดภัย พร้อมใช้</p>

1.6 ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

I ปริมาณงาน

กิจกรรม	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
งานซักทำความสะอาดผ้า (กก.)	39,880	41,120	65,640	87,600	64,080
ปริมาณการซักผ้า(ครั้ง)	997	1,028	1,641	2,190	1,602
ปริมาณการอบผ้า(ครั้ง)	997	1,028	1,641	2,190	1,602
งานตัดเย็บเครื่องผ้า	970 ชิ้น	1,060 ชิ้น	2,000 ชิ้น	2,000 ชิ้น	1,000 ชิ้น

II อัตรากำลัง

ตำแหน่ง หน้าที่	จำนวน
1. คนงาน	2 คน

III เครื่องมือ

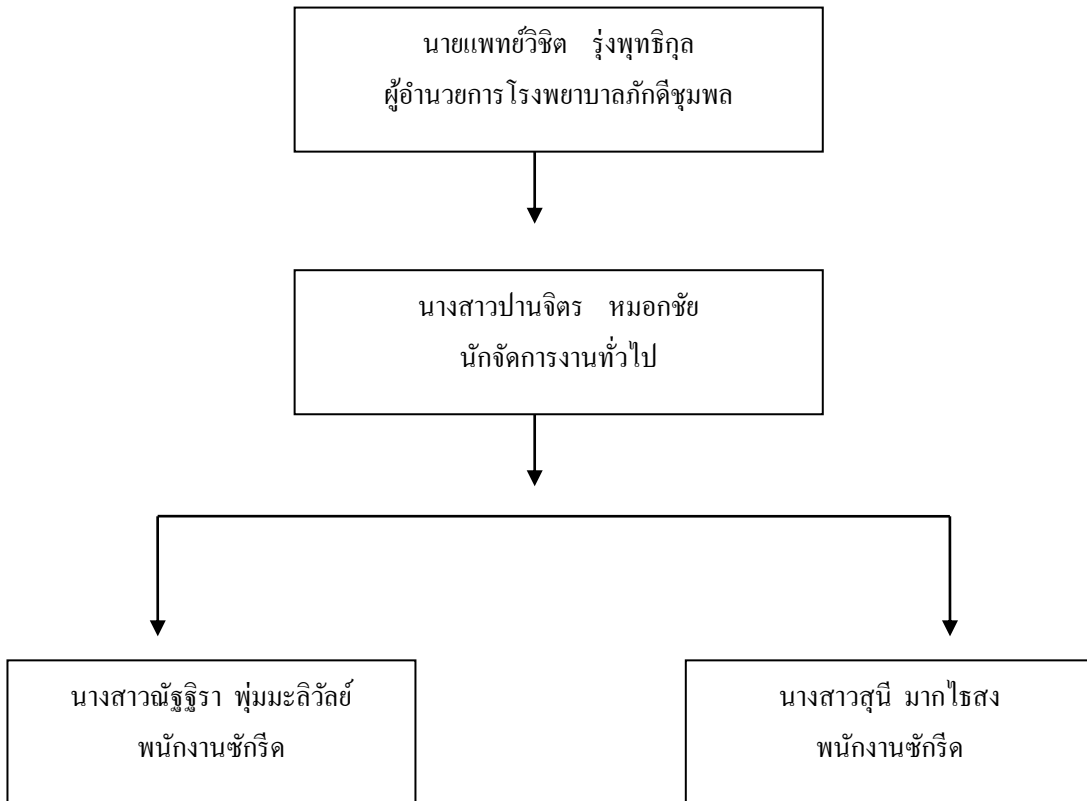
รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน	ระบบการดูแลรักษาเครื่องมือ
1. เครื่องซักผ้าขนาด 125 ปอนด์ (Image)	1 เครื่อง	-ทำความสะอาดตัวเครื่องด้วยผ้าสะอาดทุกวันเพื่อความเงางามและป้องกันการสะสมตัวของคราบต่างๆ -ไม่ควรให้เครื่องแตะถูกโลหะอื่น เพื่อป้องกันการสะสมตัวของตะกรัน/ คราบ -ให้ทำความสะอาดทันทีหลังการใช้งานทุกครั้ง -ปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานทุกประการ
2. เครื่องซักผ้าขนาด 125 ปอนด์ (Image)	1 เครื่อง	-ตรวจเช็คระบบล๊อคประตูก่อนสตาร์ทเครื่อง -ทำความสะอาดช่องเติมน้ำยาซักฟอกและเติมน้ำยาเข้าไปใหม่ -ช่องที่ 1 ใส่ผงซักฟอก -ช่องที่ 2 ใส่ผงซักฟอก/น้ำยาปรับผ้านุ่ม -ช่องที่ 3 ใส่น้ำยาปรับผ้านุ่ม

III เครื่องมือ

3. เครื่องอบผ้าขนาด 200 ปอนด์(Image)	1 เครื่อง	<ul style="list-style-type: none"> -ทำความสะอาดภายนอกและภายในตัวเครื่องด้วยผ้าสะอาดชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดทุกวัน -ทำความสะอาดที่กรองฝุ่นและเก็บใยผ้าออกทุกวันหลังเลิกใช้งาน -ไม่ควรนำกองผ้าไว้ใกล้กับท่อระบายอากาศหรือปล่องระบายความร้อน -ห้ามนำวัตถุที่ติดไฟง่าย เช่น น้ำมันวางใกล้บริเวณตัวเครื่อง -ปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานทุกประการ
4. เครื่องอบผ้าขนาด 125 ปอนด์(Image)	1 เครื่อง	<ul style="list-style-type: none"> -ทำความสะอาดภายนอกและภายในตัวเครื่องด้วยผ้าสะอาดชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดทุกวัน -ทำความสะอาดที่กรองฝุ่นและเก็บใยผ้าออกทุกวันหลังเลิกใช้งาน -ไม่ควรนำกองผ้าไว้ใกล้กับท่อระบายอากาศหรือปล่องระบายความร้อน -ห้ามนำวัตถุที่ติดไฟง่าย เช่น น้ำมันวางใกล้บริเวณตัวเครื่อง -ปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานทุกประการ
4. จักรเย็บผ้าUKI แบบ ไฟฟ้า	1 เครื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลเช็ดทำความสะอาดประจำวัน 2. ตรวจสอบความพร้อมสำหรับการเย็บผ้า 3. ตรวจสอบสายไฟฟ้าที่ใช้ในจักรเย็บผ้า
5. จักร ไค้จริมผ้า	1 เครื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลเช็ดทำความสะอาดประจำวัน 2. ตรวจสอบความพร้อมสำหรับการเย็บผ้า
6. จักรเย็บผ้าธรรมดา	1 เครื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลเช็ดทำความสะอาดประจำวัน 2. ตรวจสอบความพร้อมสำหรับการเย็บผ้า
7. รถเข็นรับผ้าสกปรก	1 คัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลเช็ดทำความสะอาดประจำวันก่อนและหลังใช้งาน 2. ตรวจสอบลมล้อ ความพร้อมใช้ประจำวัน
8. รถเข็นผ้าสะอาด	1 คัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลเช็ดทำความสะอาดประจำวันก่อนและหลังใช้งาน 2. ตรวจสอบลมล้อ ความพร้อมใช้ประจำวัน

โครงสร้างการบริหาร

- จัดทำผังสายงานการบังคับบัญชา



2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.ขั้นเตรียมการ 1.1 เตรียมบุคลากร	-เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีทักษะความรู้ในการปฏิบัติงานและปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐาน	1.เจ้าหน้าที่ไม่สวมเครื่องป้องกัน 2.เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ไม่ได้รับการตรวจสอบประจำปีและภูมิคุ้มกันตามความเหมาะสมของอาชีพ	-เจ้าหน้าที่สวมชุดอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน IC ได้ถูกต้อง 100% -เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
1.2 เตรียมเครื่องมือ	-เพื่อให้เครื่องมือมีความพร้อมใช้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานปลอดภัย	3.เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ 4.ไม่มีการตรวจสอบและบันทึกประวัติการส่งซ่อมเครื่องมือใช้เครื่อง ที่ชำรุด	-จำนวนครั้งของความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมของเครื่องมือทำความสะอาดผ้า เป็น 0
1.3 การเตรียมขนย้ายผ้า	-เพื่อให้มีเส้นทางขน-ส่งผ้าถูกต้องตามหลักการแพร่กระจายเชื้อ	5. รถขนผ้าไม่เพียงพอ 6. อุปกรณ์ขนส่ง/ใส่ผ้าไม่มีฉีดยา อาจมีการรั่วซึม	-ข้อร้องเรียนเรื่องการส่งเครื่องผ้าซ้ำ ไม่ทันในเวลา < 5 ครั้ง/เดือน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.การปฏิบัติงาน 2.1 ระบบการ รับ-ส่ง ผ้าเปื้อนจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> -เพื่อให้มีกระบวนการรับ-ส่งขนย้ายผ้าเปื้อนที่ถูกต้องตามหลัก IC -มีการคัดแยกผ้าได้ถูกต้อง -เพื่อให้หน่วยงานได้รับผ้าถูกต้อง -เพื่อจัดทำแนวทางการซักผ้าให้มีมาตรฐานและมีกระบวนการทำความสะอาดผ้าที่ถูกต้องวิธี 	<ul style="list-style-type: none"> 7.การขนส่งผ้าไม่มีถึงปิด 8.เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้สวมชุดป้องกันตามหลัก IC 9.หน่วยงานแยกผ้าไม่ถูกต้องและมีผ้าปนเปื้อนขณะเก็บจากถังแยกต่าง ๆ 10.ส่งผ้าไม่ถูกจุดบริการ/ผ้าไม่ครบ ไม่เพียงพอในการใช้งาน 11. ผ้าสูญหายไม่มีการจดบันทึก 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนสิ่งแปลกที่ปะปนมากับผ้า 0 ครั้ง - จำนวนครั้งการไม่ได้มีการคัดแยกผ้าที่หน่วย 0 ครั้ง
2.2 ระบบการทำ ความสะอาดผ้า	<ul style="list-style-type: none"> -เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผ้าที่สะอาด - ผู้รับบริการพึงพอใจ 	<ul style="list-style-type: none"> 12.ผู้รับบริการได้รับผ้าที่ไม่สะอาด 13. ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ 14. ไม่มีการตรวจการใช้น้ำซักผ้าและผงซักฟอกตามมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ 100% - อุบัติการณ์เครื่องผ้าไม่สะอาด เป็น 0 -จำนวนผ้าซักซ้ำ
2.3 ระบบการส่งผ้าสะอาด	<ul style="list-style-type: none"> -มีระบบการส่งผ้าสะอาดที่ถูกต้อง -มีการจัดเก็บผ้าเพื่อป้องกันการปนเปื้อน - ส่งผ้าได้ทันในเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> 15.ใช้ถุงผ้าในการขนส่งผ้าไม่มีถึงรอกันซึม ผ้าที่สะอาดมีโอกาสปนเปื้อนน้ำหรือความชื้น 16.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ 17. ไม่มีการจัดเก็บผ้าแบบ FI/FO 	<ul style="list-style-type: none"> -จำนวนครั้งที่ส่งผ้าไม่ทันตามระยะเวลา -จำนวนผู้ใช้บริการร้องเรียนเรื่องผ้าไม่เพียงพอต่อการให้บริการ -จำนวนผ้าสูญหาย
2.4 ระบบการจัดเก็บ	<ul style="list-style-type: none"> -เพื่อให้สะดวกในการหยิบใช้งาน - มีพื้นที่เก็บผ้าสะอาดเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> 18.จัดเก็บผ้าไม่เป็นระเบียบ เก็บไม่ถูกลิ้นชัก/ชั้น ไม่สะดวกในการหยิบใช้ 19. ไม่มีพื้นที่ในการเก็บเครื่องผ้า 	<ul style="list-style-type: none"> -มีพื้นที่จัดเก็บเพียงพอ

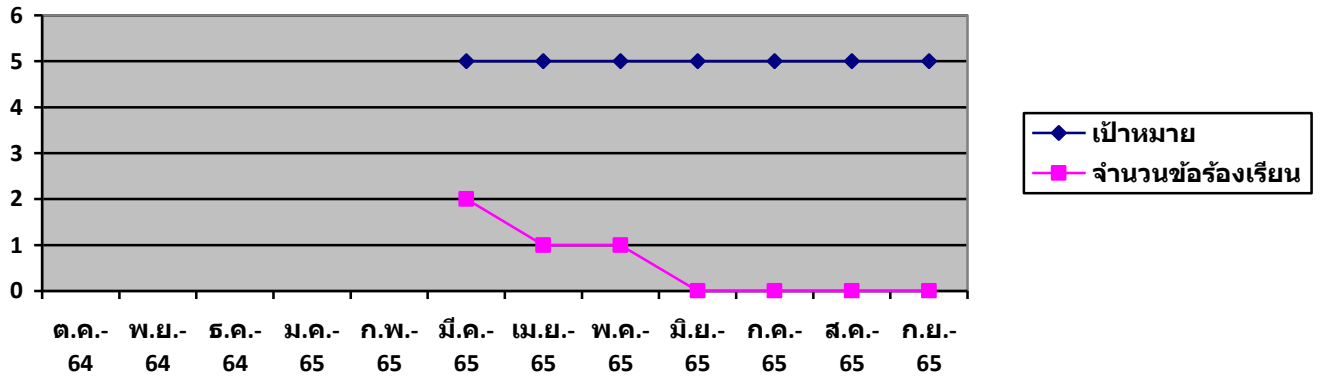
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Indicator)

เป้าหมาย หน่วยงาน	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์			การเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น	
		เป้าหมาย ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564		ปี 2565
1. เครื่องผ้า สะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อ ความต้องการ	-จำนวนของผ้าไม่สะอาด/การ ปฏิเสธการใช้ผ้า -จำนวนบุคลากรที่เข้าอบรม - สิ่งแปลกปลอมลงมากับผ้า -จำนวนครั้งของผ้าที่ไม่ เพียงพอต่อการใช้งาน -ผ้าปนเปื้อนอุจจาระ/สารคัด หลั่ง -จำนวนครั้งความไม่พร้อมของ เครื่องมือทำความสะอาดผ้า - ข้อร้องเรียนเรื่องผ้า เช่น ผ้าไม่ พอ,ส่งผ้าช้า - บุคลากรได้รับการอบรม วิชาการประจำปีโรงพยาบาล	>80%	82%	85%	96%	- ได้มีการสำรวจความ ต้องการใช้และ ประสานงานเรื่องการจัดซื้อเครื่องผ้า - ทบทวนเหตุการณ์ สำคัญประสานงานทีม เครื่องมือเพื่อการซ่อม บำรุงเครื่อง - ทบทวน Job การ ประสานงานเมื่อต้องส่ง ผ้าล่าช้า
2. เจ้าหน้าที่มี ความปลอดภัย จากการ ปฏิบัติงาน 3. ผู้รับบริการมี ความปลอดภัย จากบริการซักผ้า	- เจ้าหน้าที่ได้รับภูมิคุ้มกัน -เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสวมใส่ ชุดเครื่องป้องกันขณะ ปฏิบัติงาน -จำนวนครั้งของการติดเชื้อจาก การปฏิบัติงาน -จำนวนครั้งของอุบัติเหตุจาก การปฏิบัติงาน -อัตราบุคลากรที่ได้รับการ ตรวจสุขภาพประจำปี -เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับการตรวจ สุขภาพก่อนประจำการ	100%	100%	100%	100%	-มีการรับอุปกรณ์ป้องกัน เช่น PPE ถุงมือ เฟสซิล ในการป้องกันสิ่ง แปลกปลอมที่ปนมากับ ผ้า

สรุปตัวชี้วัดหลักฟอก ปี 2565 (ต.ค.64-ก.ย. 65)

ลำดับ	เป้าหมาย	ต.ค. 64	พ.ย. 64	ธ.ค. 64	ม.ค. 65	ก.พ. 65	มี.ค. 65	เม.ย. 65	พ.ค. 65	มิ.ย. 65	ก.ค. 65	ส.ค. 65	ก.ย. 65	รวม	
1	อุบัติเหตุการฉ่ำไม่สะอาด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	>80 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	เจ้าหน้าที่สวมชุดป้องกันและปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC ได้ถูกต้อง	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	98%	99%	%
4	อุบัติเหตุของการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	ซื้อโรงเรียนเรื่องผ้า เช่น ผ้าไม่พอใช้ ส่งผ้าช้าไม่ตรงเวลา	< 5 ครั้ง	2	1	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	4

ตัวชี้วัด: ผ้าไม่พอใช้ จำนวน น้อยกว่า 5 ครั้ง/เดือน



4. กระบวนการหรือระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและปัจจัยความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่องที่ 1. การจัดซื้อและสำรองผ้าเพื่อการหมุนเวียนใช้ให้ได้ตามมาตรฐาน		
แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
-เพื่อให้มีเสื้อผ้าผู้ป่วยเพียงพอ	จำนวนครั้งของผ้าที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งานปี 65พบ 4 ครั้ง	-เสนอพิจารณาจัดซื้อผ้า/เครื่องผ้าผู้ป่วย -วางจำหน่ายผ้าที่เก่า ชำรุดและตัดเย็บ การตัดแปลงผ้าเก่านำไปใช้เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
เรื่องที่ 2. เครื่องมือทำความสะอาดพร้อมใช้		
แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
เครื่องมือทำความสะอาดพร้อมใช้	ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทำความสะอาด 0 ครั้ง	- รายงานความเสี่ยง แจ้งซ่อม - ประสานงานทีมเครื่องมือ ทีมช่างซ่อม บำรุงตรวจดูเครื่องเบื้องต้น - การดูแลเชิงป้องกันเครื่องประจำวัน - การล้างทำความสะอาดเครื่องมือทำความสะอาดก่อนและหลังทำงานทุกวัน

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมทบทวน	ปัญหา/สาเหตุของปัญหา	แนวทางแก้ไข	หน่วยงาน/ทีมที่เกี่ยวข้อง	เครื่องชี้วัดเดิม/ผลการพัฒนาเดิม	เครื่องชี้วัด/ผลการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลง
คู่มือปฏิบัติงาน	คู่มือปฏิบัติงานไม่ครอบคลุม	- ทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานซักฟอกให้เป็นปัจจุบันถูกต้องตามหลักวิชาการ	ซักฟอก		
บริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานซักฟอก	- ขาดความต่อเนื่องในการรายงานความเสี่ยง	- การประชุมทบทวนความเสี่ยงที่พบแนวทางการแก้ไข การดำเนินการแก้ไขที่เกิดขึ้นทุกเดือนหรือเมื่อพบความเสี่ยง/ โอกาสพัฒนา - การติดตามนิเทศผลการรายงานความเสี่ยงที่สำคัญ การจัดการประชุมเพื่อค้นหาและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานซักฟอก	ซักฟอก		

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่องหน่วยงานซักฟอก

จุดเน้น พัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามนโยบาย SIMPLE																
วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ											ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.			ก.ย.
1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบ และปฏิบัติตามระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	- เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อปีละ 1 ครั้ง	1. การประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเพื่อรับทราบนโยบาย	<input checked="" type="checkbox"/>												IC	
		2. การติดตามนิเทศการล้างมือ การสวมชุดอุปกรณ์ป้องกัน	<input checked="" type="checkbox"/>												IC	
		3. การทบทวนการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ SP, การทำความสะอาดเครื่องผ้าที่ใช้แล้ว	<input checked="" type="checkbox"/>												IC	

หมายเหตุ สัญลักษณ์

☹ : ยังไม่ได้ดำเนินการ

● ดำเนินการแล้วเสร็จ

☺ อยู่ระหว่างดำเนินการ

พัฒนาสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยให้เกิดความปลอดภัยและน่าอยู่

จุดเน้น พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เกิดความปลอดภัยเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ																
วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ											ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ	
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.			ก.ย.
1. เพื่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรับทราบปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงาน	- เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน - เจ้าหน้าที่ได้รับภูมิคุ้มกันตามเกณฑ์	1. การตรวจประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามความเสี่ยงจากการทำงานประจำ	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		IC	
		2. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ - ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ตัวยก เสบ ไขหวัดใหญ่ COVID19 เป็นต้น - สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการป้องกันเสี่ยงดังจากเครื่องมือทำความสะอาด - ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยปีละ 1 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		PCU	
		3. การเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลสุขภาพเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง									<input checked="" type="checkbox"/>			IC		

จุดเน้น พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เกิดความปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (ต่อ)																
วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัดและเป้าหมาย	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ												ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
			ค.ค.	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย		
		4. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วม และทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยเดือนละครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DPAC	
		5. การป้องกันควบคุมสิ่งคุกคาม และเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การดูแลอุปกรณ์ ตรวจสอบพร้อมใช้ของอุปกรณ์ ดับเพลิงตามมาตรฐาน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ENV	
		6. การประสานการวางแผนงานร่วมกับแผนกต่าง ๆ และการให้บริการทางสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่										<input checked="" type="checkbox"/>			IC	

หมายเหตุ สัญลักษณ์



: ยังไม่ได้ดำเนินการ



ดำเนินการแล้วเสร็จ



อยู่ระหว่างดำเนินการ

Service Profile

หน่วยงาน/ทีม

ยานพาหนะ

โรงพยาบาลภักดีชุมพล

บริบท (Context)

หน่วยงานยานพาหนะ เป็นหน่วยงานสนับสนุนการบริการยานพาหนะให้กับหน่วยบริการในโรงพยาบาลหนองบัวระเหว และหน่วยงานภายนอก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้บริการ ดังนี้

1. ให้บริการยานพาหนะแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งกรณีส่งเพื่อการรักษาต่อ และ ออกไปรับ ณ จุดเกิดเหตุ
2. ให้บริการและสนับสนุนแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการเดินทางไปติดต่อราชการ ประชุมอบรม สัมมนา และออกหน่วยบริการต่างๆ ในชุมชน และพื้นที่ใกล้เคียง
3. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับงานยานพาหนะ และเครื่องยนต์ ประสานงานในระดับฝ่าย กลุ่มงาน หน่วยงานราชการ เอกชน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อขอความช่วยเหลือและร่วมมือในงาน และ แลกเปลี่ยนความรู้ความเชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของหน่วยงาน

โดยหน่วยงานยานพาหนะ ตั้งอยู่บริเวณอาคารสนับสนุนงานบริการด้านล่าง มีอัตรากำลัง 5 คน แบ่งเป็น ลูกจ้างประจำ 1 คน ลูกจ้างชั่วคราว 3 คน ลูกจ้างรายวัน 1 คน มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ไม่มีโรคประจำตัว

โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกันอย่างชัดเจน และสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ ในกรณีจำเป็นเร่งด่วน โดยปฏิบัติหน้าที่ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ หน่วยงานยานพาหนะอยู่ภายใต้ความควบคุม กำกับของหัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

ความมุ่งหมาย (Purpose):

ให้บริการด้านยานพาหนะที่มีความพร้อม ความรวดเร็ว และความปลอดภัย

ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

- ให้บริการด้านยานพาหนะ เพื่อสนับสนุนงานการบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น รับ-ส่งผู้ป่วย รับส่งเจ้าหน้าที่ในการติดต่อราชการ ออกหน่วยบริการนอกสถานที่ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ บริการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ

- ให้บริการยานพาหนะสนับสนุนโรงพยาบาลใกล้เคียงในการส่งต่อผู้ป่วย , บริการอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

- ให้บริการและสนับสนุนแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการเดินทางไปติดต่อราชการ ประชุมอบรม สัมมนา และออกหน่วยบริการต่างๆ ในชุมชน และพื้นที่ใกล้เคียง

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ: (ลูกค้าภายนอก)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
1. ผู้ป่วยและญาติ	1. ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และการมีพฤติกรรมบริการที่ดี
2. ส่วนราชการ	2. ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ด้วยความปลอดภัย และรวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ:(ลูกค้าภายใน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
1. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ภาคีชุมชนพล	1. ต้องการให้มีความพร้อมในการบริการ มีความปลอดภัย ทันต่อเหตุการณ์ และมีพฤติกรรมบริการที่ดี

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆ ไม่รวมตัวชี้วัด)

ลักษณะของงานบริการยานพาหนะ ให้บริการทั้งผู้ป่วย และบุคลากรในโรงพยาบาล โดยในการจัดบริการยานพาหนะจะให้ความสำคัญกับการรับ-ส่งผู้ป่วยเป็นสำคัญ รองลงมาคือหน่วยงานที่มีแผนการใช้รถ ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีแผนและขอฉุกเฉิน พิจารณาสับสนุนตามความจำเป็นและเหมาะสม

ข้อมูลบุคลากรงานยานพาหนะ

หน่วยงานยานพาหนะมีบุคลากร 5 คน โดยขึ้นปฏิบัติงานในเวลาราชการทั้งหมด 5 คน และจัดอัตราค่าจ้างให้ 2 คนอยู่เวร Refer และ EMS ส่วนพนักงานขับรถ อีก 2 คน สนับสนุนการ ออกหน่วยบริการนอกสถานที่และไปติดต่อราชการ ส่วนนอกเวลาราชการ(วันหยุดนักขัตฤกษ์ วันเสาร์ และวันอาทิตย์) จัดอัตราค่าจ้างโดยให้พนักงานขับรถอยู่เวร 2 คน โดยเป็นลักษณะเวรเข้าต่อเวรนอน

จำนวนบุคลากร	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรคืน	เวรเข้านอกเวลาราชการ
พนักงานขับรถยนต์	4	2	2	2
เวร EMS	1	1	1	1

ข้อมูลการให้บริการยานพาหนะ

การให้บริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
รับ-ส่งผู้ป่วย					
- ในจังหวัด	600	735	597	649	592
- นอกจังหวัด	58	62	30	30	64
ให้บริการ EMS	96	110	115	133	154
ออกหน่วยบริการนอกสถานที่	100	120	98	60	100
ไปราชการในจังหวัด	150	180	184	60	125
ไปราชการต่างจังหวัด	27	30	17	12	36
งานคำนวณนอกแผน	12	12	10	10	20

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของยานพาหนะ

ค่าใช้จ่าย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (บาท)	736,856	655,338	613,776.4	720,025.19	973,781.8
ค่าซ่อมและบำรุงรักษา (บาท)	389,713.01	314,896.1	265,420	253,353.11	413,547.58
รวม (บาท)	1,126,569.01	970,234.1	879,196.4	973,378.3	1,387,329.38

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues):

1. ผู้รับบริการปลอดภัยจากการใช้ยานพาหนะ
2. ยานพาหนะมีความพร้อมในการใช้งาน
3. ผู้รับบริการพึงพอใจ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

- ผู้รับบริการปลอดภัยจากการใช้ยานพาหนะที่มีความพร้อมในการใช้งาน และทันเวลา

ความเสี่ยง

- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ
- รถไม่พร้อมใช้งาน
- พนักงานขับรถไม่พร้อม
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้รับบริการ

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

1. พนักงานขับรถ 5 คน จัดอัตรากำลังตลอด 24 ชม. โดยเป็นลักษณะเวรเช้าต่อเวรนอนในพนักงานขับรถที่อยู่เวร Refer และ EMS
2. มีรถ ตู้พยาบาล (Refer) จำนวน 5 คัน
3. รถตู้โดยสาร 12 ที่นั่ง 2 คัน
4. รถ ปิคอัพ 3 คัน
5. รถตู้หน่วยบริการทันตกรรม 1 คัน
6. รถเก็บขยะติดเชื้อ 1 คัน

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง:

- การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการขณะขับขี่

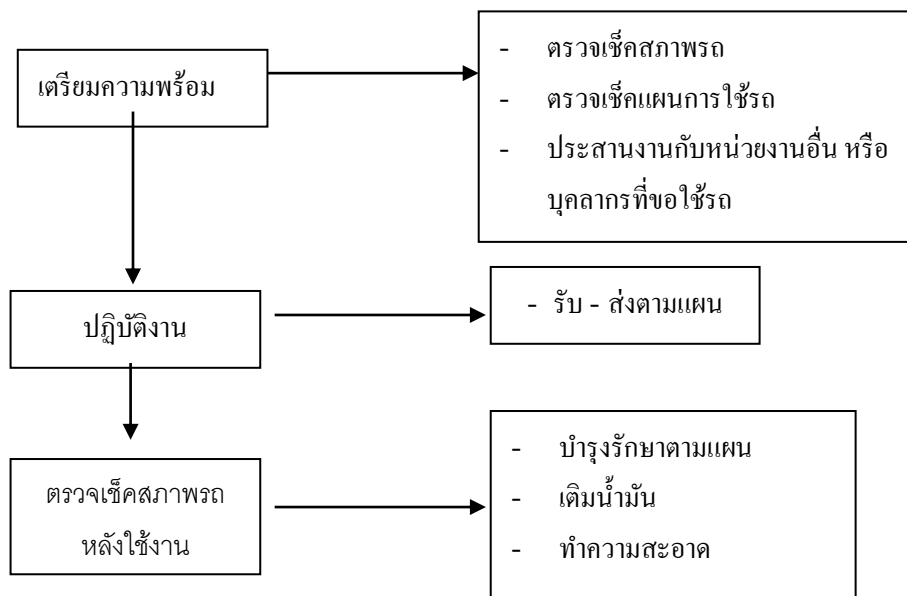
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา
ผู้รับบริการปลอดภัยจาก การใช้บริการยานพาหนะ และพึงพอใจ	เพื่อให้ผู้ป่วยและ บุคลากรได้รับบริการ ที่ปลอดภัยและพึง พอใจ	- เตรียมความพร้อมของ รถโดย 1. มอบหมายให้ พนักงานขับรถตรวจเช็ค รถประจำวันในช่วงเย็น และตรวจเช็คซ้ำในช่วง เช้าก่อนใช้รถ - บำรุงรักษารถตาม ระยะเวลา - ประกันเวลาในการ ตามรถไม่เกิน 10 นาที 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย ความระมัดระวัง 3. จัดอัตรากำลังทั้งเวร Refer และ EMS 4. พัฒนาพฤติกรรม บริการของพนักงานขับ รถ	- จำนวนอุบัติเหตุผู้ป่วย ได้รับบาดเจ็บเพิ่มจากการ เคลื่อนย้าย - จำนวนอุบัติเหตุรถเสีย ระหว่าง Refer - จำนวนอุบัติเหตุการ เกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ หรือให้บริการยานพาหนะ - จำนวนอุบัติเหตุการ ตามรถล่าช้ากว่าที่กำหนด - จำนวนอุบัติเหตุ พนักงานขับรถไม่พร้อม

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ระหว่างส่งต่อหรือ เดินทาง	เพื่อให้ผู้รับบริการ ปลอดภัยระหว่างส่ง ต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเช็คสภาพรถก่อนส่งต่อ - จำกัดความเร็วของรถไม่เกิน 90 km/hr. - บุคลากรไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - กรณีเดินทางไกลจอดพักรถทุก 2 ชม. เพื่อให้พนักงานขับรถได้พักผ่อนและเช็คสภาพรถ 	- จำนวนอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ
รถไม่พร้อมใช้งาน	เพื่อให้รถมีความพร้อมในการใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบรถประจำวันโดยมอบหมายความรับผิดชอบรถในแต่ละคัน - บำรุงรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด - ร่วมประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการถึงแนวทางในการขอใช้รถ - หน่วยงานที่ขอใช้รถให้เขียนแผนการใช้ล่วงหน้า ยกเว้นกรณีส่งต่อหรือ EMS 	- จำนวนอุบัติเหตุรถไม่พร้อมใช้งานหรือรถเสียระหว่างเดินทาง
บุคลากรไม่พร้อมปฏิบัติงาน	เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอัตรากำลังบุคลากรที่ชัดเจนในแต่ละวัน - ไม่อนุญาตให้พนักงานขับรถที่อยู่เวรหรือออกปฏิบัติงานดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 	จำนวนอุบัติเหตุพนักงานขับรถไม่พร้อมปฏิบัติงาน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา
เสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะ ให้บริการ	เพื่อให้บุคลากร ปลอดภัยจากการติด เชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - พนักงานขับรถ ป้องกันตนเองโดยใส่ถุง มือกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีบาดแผลหรือสิ่งคัด หลั่ง - กรณีส่งผู้ป่วยที่มีปัญหา ติดเชื้อทางเดินหายใจให้ ใช้ผ้าปิดจมูกทุกครั้ง - ขยะติดเชื้อ เช่น ผ้า เปื้อนเลือด นำจากการ ดูดเสมหะ หลังจากกลับ จากส่งต่อให้พยาบาลส่ง ต่อนำลงจากรถเพื่อกำจัด หรือแยกตามแนวทางIC ของโรงพยาบาล - การล้างรถให้พนักงาน ขับรถห้องกันตนเองโดย ใส่ผ้าปิดจมูก สวมถุงมือ ใส่เอี๊ยม และรองเท้าน้ำที่ ล้างรถที่เปื้อนเลือดหรือ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนอุบัติการณ์ผู้ ให้บริการติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน
การส่งเสริมความ ปลอดภัยขณะขับขี่	เพื่อให้ผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการปลอดภัย จากการขับขี่	<ul style="list-style-type: none"> - พนักงานขับรถ รัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ที่ขับขี่ - แนะนำผู้โดยสารให้ รัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ที่ขึ้นรถ - ขับรถความเร็วไม่เกิน 90 km/hr - ตรวจสอบสภาพรถ 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ขณะขับขี่ - อัตราเจ้าหน้าที่สวมหมวก กันน็อกขณะขับขี่ 100% - อัตราเจ้าหน้าที่รัดเข็มขัด นิรภัยขณะขับขี่ 100%

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา
		<p>ประจำวันและตาม ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบสภาพรถเบื้องต้น ให้กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล - สํารวจการสวมหมวก กันน็อกและคาดเข็มขัด นิรภัยของเจ้าหน้าที่เพื่อ กระตุ้นและปลูก จิตสำนึกในการขับขี่ที่ ปลอดภัย - ส่งเสริมการปฏิบัติตาม 3 ม 2 ข 1 ร 	
ผู้รับบริการพึงพอใจใน การใช้บริการยานพาหนะ	เพื่อให้ผู้รับบริการพึง พอใจ	- ปรับปรุงพฤติกรรม การให้บริการของ พนักงานขับรถทุกคน	

แผนภูมิกระบวนการทำงาน



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
1. เตรียมความพร้อม 1.1 ตรวจเช็คสภาพรถยนต์	- เพื่อให้รถมีความพร้อมใช้งาน	- รถไม่พร้อมใช้งาน - การตรวจเช็คไม่สม่ำเสมอ
1.2 ตรวจสอบแผนการขอใช้ รถยนต์	- เพื่อให้สามารถจัดรถ สนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ได้ตามแผนที่ขอใช้รถ	การประสานงานไม่มี ประสิทธิภาพจากสาเหตุต่างๆเช่น - การขอรถซ้ำซ้อน เช่น มีการขอ ใช้รถไปสถานที่ใกล้เคียงกันขอ รถพร้อมๆกัน - พนักงานขับรถไม่ทราบแผน กรณีการขอใช้รถกะทันหัน / ส่ง แผนการขอใช้รถล่าช้า - การประสานงานภายใน หน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ เพียงพอทำให้ผู้รับบริการไม่ได้ รับความสะดวก - ผู้โดยสารงดใช้รถแล้วไม่แจ้ง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
		<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้โดยสารที่เดินทางไม่ชัดเจนทำให้จัดรถไม่เหมาะสม - กำหนดเวลาเพื่อให้นักขับรถ
1.3 ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆหรือบุคลากรที่ขอใช้รถ	เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/หน่วยงานอื่นๆในการใช้รถร่วมกัน	- การใช้ร่วมกัน กรณีไป Refer แล้วมีบุคลากรอื่นร่วมไปด้วยทำให้รถกลับมาช้า
<p>2.ปฏิบัติงาน</p> <p>2.1 ให้บริการรถรับ-ส่งผู้โดยสารตามแผน</p>	เพื่อให้ผู้โดยสารได้รับความสะดวก ปลอดภัยและทันเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้โดยสารเมารถ - การให้บริการรถทางไกล กรณีต้องใช้รถพร้อมกันไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจากคนขับรถที่สามารถขับทางไกลได้มีจำนวนจำกัด - มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุขณะใช้รถเดินทาง - มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย
<p>3. ตรวจเช็คสภาพรถหลังใช้งาน</p> <p>3.1 บำรุงรักษาตามแผน</p>	เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้งาน	- ไม่ได้ตรวจสอบสภาพรถ
3.2 เติมน้ำมันก่อนใช้งาน	เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่กลับมาดึกมากปั๊มปิดก่อนไม่สามารถเติมน้ำมันได้ - กรณีที่ Refer ต่อเนื่องน้ำมันไม่เพียงพอ เช่น ไปรพ.มหาราชแล้วให้ส่งต่อไปขอนแก่น
3.3 ทำความสะอาดรถหลังใช้งาน	เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - รถ Refer มีกลิ่นเหม็นอับ - ไม่ได้ล้างทำความสะอาดหลังใช้

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ใช้รถ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบเช็คสภาพรถประจำวันและตามระยะเวลาที่กำหนด 2. ขับรถอย่างไม่ประมาท และไม่เกินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ไม่เกิน 90 กม./ชม. 3. พนักงานขับรถไม่ดื่มสุราหรือของมึนเมา ขณะปฏิบัติงาน 4. พนักงานขับรถและผู้โดยสารศึกษาเส้นทางก่อนออกเดินทาง 5. แนะนำผู้โดยสารที่นั่งด้านหน้าและเจ้าหน้าที่ที่นำส่งผู้ป่วยคาดเข็มขัดนิรภัย 6. กรณีเดินทางไกลให้ออดพักรถทุก 2 ชม. เพื่อให้พนักงานขับรถได้พักผ่อนและเช็คสภาพรถ
การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ	<p>จัดทำแนวทางปฏิบัติในการใช้รถดังนี้</p> <p>กรณีส่งต่อ /เวร EMS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ในเวลาราชการ การส่งต่อผู้ป่วยในเวลาราชการให้หน่วยงานต่างๆที่ส่งต่อแจ้งฝ่ายบริหารเพื่อติดต่อพนักงานขับรถ โดยโทรศัพท์ประสานที่หน่วยงานยานพาหนะ 611 หรือวิทยุสื่อสาร กรณีไม่อยู่ในพื้นที่ให้โทรตามมือถือ เนื่องจากบางครั้งพนักงานขับรถต้องไปช่วยงานซ่อมบำรุงหรืองานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย 2. นอกเวลาราชการให้โทรตามมือถือตามตารางเวรของพนักงานขับรถในแต่ละวัน 3. จัดเวร EMS นอกเวลาราชการ และวันหยุด ให้เป็นเวรนอน เพื่อเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนรถได้ตามความต้องการ <p>กรณีขอไปราชการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานที่มีแผนการใช้รถให้ส่งแผนการใช้รถภายในวันที่ 25 ของเดือน โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำแผนการใช้รถร่วมกัน กรณีที่ฝ่ายบริหารไม่สามารถสนับสนุนรถได้ตามแผนให้แจ้งให้หน่วยงานทราบ 2. กรณีขอไปราชการ อบรม/ประชุม ถ้าทราบล่วงหน้าให้ขอใช้รถก่อน 1 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประสานกับฝ่ายบริหารว่าได้รับอนุมัติหรือไม่ก่อนวันเดินทาง 1 วัน (ผู้ขอใช้รถให้แนบหนังสือการอบรม/ประชุมแนบด้วย) <p>หมายเหตุ ในการขอใช้รถทุกครั้งให้เป็นไปอย่างประหยัด และต้องได้รับอนุญาตก่อนทุกครั้ง</p>

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
	<p>การอนุมัติการใช้รถ</p> <p>พิจารณาตามลำดับความสำคัญดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อผู้ป่วยหรือกิจกรรมที่ทำเพื่อผู้ป่วย 2. หน่วยงานที่ทำแผนการใช้รถ 3. เจ้าหน้าที่ที่ขอใช้รถไปราชการต่างๆ กรณีไปคนเดียวให้รับผิดชอบตนเอง ยกเว้นต้องกลับมาทำงานต่อ หรือทำงานแล้วขอไปครึ่งวัน หรือที่ประชุม/อบรมไกลไม่สะดวกในการเดินทาง 4. กรณีหน่วยงานผู้จัดออกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่อนุมัติให้ใช้รถส่วนกลาง ยกเว้น เดินทางไกล ไม่สะดวกในการเดินทางจะพิจารณาเป็นกรณีไป
รถไม่พร้อมใช้งาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบและ เตรียมความพร้อมใช้เครื่องยนต์ อุปกรณ์ในรถประจำวันโดยมอบหมายความรับผิดชอบรถในแต่ละคัน พร้อมบันทึกผลการตรวจสอบ ทั้งก่อนและหลังการใช้รถ 2. รถ Refer นำรถมาให้เจ้าหน้าที่ ER ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยชีวิต และความพร้อมในการใช้งานทุกวัน เวลา 08.30 น. ทั้ง 5 คัน 3. บำรุงรักษายานพาหนะ การเปลี่ยนอะไหล่ตามระยะเวลาที่กำหนด เช่นยาง แบตเตอรี่ เป็นต้น 4. ร่วมประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการถึงแนวทางในการขอใช้รถ 5. หน่วยงานที่ขอใช้รถให้เขียนแผนการใช้ล่วงหน้า ยกเว้นกรณีส่งต่อหรือ EMS 5. มีระบบการรับคำสั่ง การจัดรถ การประกันระยะเวลา
เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - พนักงานขับรถป้องกันตนเองโดยใส่ถุงมือกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีบาดแผลหรือสิ่งคัดหลั่ง - กรณีส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเชื้อทางเดินหายใจให้ใส่ผ้าปิดจมูกทุกครั้ง - ชะดิเชื้อ เช่น ผ้าเบื่อนเลือด น้ำจากการดูดเสมหะ หลังจากกลับจากส่งต่อให้พยาบาลส่งต่อนำลงจากรถเพื่อกำจัดหรือแยกตามแนวทางของโรงพยาบาล - การล้างรถให้พนักงานขับรถป้องกันตนเองโดยใส่ผ้าปิดจมูก สวมถุงมือ ใส่เฝ้ายาม และรองเท้าบูทล้างรถที่เบื่อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย (เปิดหนีบมือ)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวให้พยาบาล Refer หรือญาติช่วยจับแขนผู้ป่วยไม่ให้ห้อยลงข้างเปิด - กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว ให้วางมือบนลำตัวขณะเคลื่อนย้าย

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
รถไม่สะอาด	<ul style="list-style-type: none"> - พนักงานขับรถดูแลความสะอาดรถคันที่ตนเองรับผิดชอบ ทุกครั้งที่สกปรก - ก่อนส่งเวรให้พนักงานขับรถคนต่อไป ให้ดูแลความสะอาดให้พร้อมใช้ก่อนส่ง - กรณีที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้ ให้มอบหมายพนักงานขับรถคนต่อไปช่วยดูแลความสะอาด

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

1. กิจกรรมทบทวนในหน่วยงาน

1.1 การทบทวนตัวชี้วัด/ความเสี่ยง

ปัญหา	สาเหตุ	การปรับปรุง	ผลลัพธ์
รถไม่พร้อมใช้งาน/ไม่สามารถสนับสนุนการใช้รถให้หน่วยงานตามที่ขอ	<ul style="list-style-type: none"> - จากไม่มีแผนการขอใช้รถที่ชัดเจน / ส่งแผนล่าช้า - ผู้รับบริการในการที่ ต้องใช้รถมากขึ้น - จากการพัฒนางาน EMS 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแนวทางการใช้รถร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้แนวทางปฏิบัติในการใช้รถ ดังนี้ - แนวทางปฏิบัติในการขออนุญาต ใช้รถส่วนกลาง กรณีส่งต่อ - ในเวลาราชการ ในการส่งต่อผู้ป่วยในเวลาราชการให้หน่วยงานต่างๆที่ส่งต่อแจ้งฝ่ายบริหารเพื่อติดต่อพนักงานขับรถ โดยโทร 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนอุบัติเหตุที่รถไม่พร้อมลดลง - ไม่พบอุบัติเหตุตามพนักงานขับรถไม่ได้

ปัญหา	สาเหตุ	การปรับปรุง	ผลลัพธ์
		<p>ประสานที่หน่วยงานยานพาหนะ 611 หรือ วิทยุสื่อสาร กรณีไม่อยู่ในพื้นที่ให้โทรตามมือถือเนื่องจากบางครั้งพนักงานขับรถต้องไปช่วยงานซ่อมบำรุงหรืองานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>นอกเวลาราชการให้ตามมือถือ/วิทยุสื่อสาร ตามตารางเวรของพนักงานขับรถแต่ละคน</p> <p>กรณีขอไปราชการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานที่มีแผนการใช้รถให้ส่งแผนการใช้รถภายในวันที่ 25 ของเดือน โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำแผนการใช้รถร่วมกัน กรณีที่ฝ่ายบริหาร ไม่สามารถสนับสนุนรถได้ตามแผนให้แจ้งให้หน่วยงานทราบ 2. กรณีขอไปราชการ อบรม/ประชุม ถ้าทราบล่วงหน้าให้ขอใช้รถก่อน 1 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน และให้ผู้ที่ขอรถประสานกับฝ่ายบริหารว่าได้รับอนุมัติหรือไม่ก่อนวันเดินทาง 1 วัน (ผู้ขอใช้รถให้แนบหนังสือการอบรม/ประชุมแนบด้วย) <p>หมายเหตุ ในการขอใช้รถทุกครั้งให้เป็นไปอย่างประหยัด และต้องได้รับอนุญาตก่อนทุกครั้ง</p> <p>การอนุมัติการใช้รถ</p> <p>พิจารณาตามลำดับความสำคัญดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อผู้ป่วยหรือกิจกรรมที่ทำเพื่อผู้ป่วย 2. หน่วยงานที่ทำแผนการใช้รถ 3. เจ้าหน้าที่ที่ขอใช้รถไปราชการต่างๆ กรณีไปคนเดียวให้รับผิดชอบตนเอง ยกเว้นต้องกลับมาทำงานต่อ หรือทำงานแล้วขอไปครึ่งวัน หรือที่ประชุม/อบรมไกลไม่สะดวกในการเดินทาง 4. กรณีหน่วยงานผู้จัดออกค่าใช้จ่ายในการ 	

ปัญหา	สาเหตุ	การปรับปรุง	ผลลัพธ์
		เดินทาง ไม่อนุมัติให้ใช้รถส่วนกลางยกเว้นเดินทางไกล ไม่สะดวกในการเดินทางจะพิจารณาเป็นกรณีไป	

2. กิจกรรมทบทวนร่วมกับระบบของโรงพยาบาล

2.1 การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ปัญหา	สาเหตุ	การปรับปรุง	ผลลัพธ์
- พนักงานขับรถเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน - บริเวณล้างรถเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ	- จากผู้ป่วยอุบัติเหตุและติดเชื้อทางเดินหายใจ - ไม่มีบริเวณล้างรถที่รับ-ส่งผู้ป่วยที่ชัดเจน	- ทบทวนแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแก่เจ้าหน้าที่และพนักงานขับรถกรณีส่งต่อ การกำจัดขยะ การล้างรถ - ปรับปรุงบริเวณล้างรถ	- บุคลากรไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน - มีการป้องกันตนเองเมื่อสัมผัสกับผู้รับบริการ - มีบริเวณล้างรถที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2 การทบทวนการใช้ทรัพยากร

ปัญหา	สาเหตุ	การปรับปรุง	ผลลัพธ์
ลดค่าใช้จ่ายน้ำมันเชื้อเพลิง	- การขอใช้รถต่างคนต่างขอ กรณีไปเส้นทางเดียวกัน - น้ำมันราคาแพงขึ้น	- กำหนดมาตรการลดใช้น้ำมันเชื้อเพลิง โดย วางแผนการเดินทาง ตรวจสอบสภาพรถ หมั่นบำรุงรักษาระบบต่าง ๆ และเครื่องยนต์ขับรถด้วยความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ไม่เปิดแอร์เย็นเกินไป ดับเครื่องยนต์ขณะจอดคอยเส้นทางเดียวกันไปด้วยกัน	พบว่าค่าใช้จ่ายเรื่องน้ำมันเชื้อเพลิงลดลง ปี 61 = 736,856.- ปี 62 = 655,388.- ปี 63 = 613,776.40.- ปี 64 = 720,025.19.- ปี 65 = 973,781.80.- ในปี 65 สูงขึ้นเนื่องจากราคาน้ำมันที่แพงมากขึ้น

ตัวชี้วัด:

เครื่องชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
- อัตราการตรวจเช็ครถประจำวันตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100%	100%	100%	100%
- อัตราการบำรุงรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100%	100%	100%	100%
- จำนวนอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุขณะขับขี่	0	0	0	0	0
- จำนวนอุบัติเหตุยานพาหนะเกิดภาวะขัดข้องระหว่างให้บริการ					
- ให้บริการต่อไปไม่ได้	0	0	0	0	0
- ให้บริการต่อไปได้	0	0	0	0	0
- จำนวนอุบัติเหตุที่พนักงานขับรถไม่พร้อม	-	-	-	-	-
- จำนวนอุบัติเหตุที่ไม่สามารถสนับสนุนรถได้ภายในเวลาที่กำหนด	-	-	-	-	-
- จำนวนอุบัติเหตุที่ไม่สามารถสนับสนุนรถให้หน่วยงาน	-	-	-	-	-

การแปลผลและการใช้ประโยชน์

จากการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า

- การตรวจเช็ครถประจำวันยังทำได้ไม่สม่ำเสมอ มีการตรวจเช็คแต่ไม่ได้ลงบันทึกข้อมูลในสมุดตรวจเช็ค จึงได้ทบทวนและปรับระยะเวลาในการตรวจเช็คใหม่ จากเดิมที่ตรวจเช็คตอนเช้า แต่บางครั้งไม่สามารถตรวจเช็คได้ จึงปรับเป็นตรวจเช็คในช่วงเย็นและช่วงเช้าตรวจสอบซ้ำ รถ Refer ตรวจเช็คร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกวัน เวลา 09.00 น.

- จากการเก็บข้อมูลพบว่าไม่สามารถสนับสนุนรถให้หน่วยงานได้ตามที่ขอ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าบางหน่วยงานไม่มีแผนการขอใช้รถ มีการขอรถฉุกเฉิน และบางครั้งพบว่าพนักงานขับรถไม่เพียงพอจากการลาหรือไปราชการต่างจังหวัดจึงทำให้ไม่สามารถจัดสรรรถให้ แนวทางการแก้ไขได้มีกรทบทวนการใช้รถร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีแนวทางการขอใช้รถร่วมกัน

- พบว่าไม่สามารถสนับสนุนรถให้หน่วยงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด สาเหตุเนื่องจากบางครั้งไม่ทราบแผนฯ และบางครั้งพบว่าหัวหน้ายังไม่อนุมัติจึงไม่สามารถออกรถได้ การแก้ไขได้ทบทวนแนวทางการขอใช้รถร่วมกับหน่วยงาน

บทเรียนจากการพัฒนา

เรื่อง การการตรวจสอบสภาพและบำรุงรักษารถยนต์

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

รถไม่พร้อมใช้งาน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์

- เพื่อตรวจสอบสภาพและบำรุงรักษารถยนต์ให้อยู่ในสภาพที่ดี พร้อมใช้งาน และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง

- กำหนดพนักงานขับรถเป็นผู้รับผิดชอบรถแต่ละคัน จำนวน 10 คัน
- ตรวจสอบสภาพรถประจำวัน เช่น ความดันลมยาง ระดับน้ำมันเครื่อง น้ำกลั่น
- นำรถเข้าศูนย์ซ่อมเพื่อบำรุงรักษาตามระยะทาง เช่น การเปลี่ยนน้ำมันเครื่อง การเปลี่ยนยาง แบตเตอรี่
- บันทึกการซ่อมบำรุงและค่าใช้จ่าย
- บันทึกรายงานการส่งซ่อม

ผลลัพธ์ จากการพัฒนาไม่พบเกิดอุบัติเหตุในการรับ-ส่งผู้โดยสาร

บทเรียนจากการพัฒนา

เรื่อง พัฒนาระบบการสนับสนุนรถยนต์ตามแผนความต้องการ

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

- ความต้องการใช้รถในราชการพร้อมกันหลายหน่วยงาน
- การจัดการสนับสนุนรถยนต์ไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากหน่วยงานต้องการใช้รถเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยงานที่ต้องการใช้รถ ได้รับการสนับสนุนรถยนต์ตามแผน และความต้องการ

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

- ทบทวนระบบการรับคำสั่ง การจัดรถ การประกันระยะเวลา
- แจกกำหนดให้ทุกหน่วยงานที่ต้องการใช้รถ ส่งแผนการขอใช้รถภายในวันที่ 25 ของเดือน
- เขียนอนุมัติขอใช้รถยนต์ล่วงหน้า 1 สัปดาห์
- จัดทำระบบการบันทึกการใช้รถ การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง

ผลลัพธ์

- จำนวนอุบัติเหตุรถที่ไม่สามารถจัดรถสนับสนุน งานบริการลดลง
- จำนวนครั้งที่มีการขอใช้รถยนต์นอกแผนการใช้รถ/ขอลูกเงิน

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการหรือมีแผนจะดำเนินการต่อไป

- การส่งเสริมความปลอดภัยในการขับขี่
- การประหยัดพลังงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- การตรวจสอบและบำรุงรักษาประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Service Profile

หน่วยงานโรงครัว

1.บริบท(Context)

โรงพยาบาลกักตักชุมพลเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีงานโรงครัวให้บริการด้านโภชนาการ มีหน้าที่จัดซื้อ เตรียม ผลิต ให้บริการอาหารสะอาด ปลอดภัย ถูกหลักอนามัย มีคุณค่าทางโภชนาการ รสชาติอร่อย เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค ผู้บริโภครู้สึกพึงพอใจและตรงเวลาที่กำหนด ซึ่งได้ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาหารกลางวันเจ้าหน้าที่ ผู้มาตรวจเยี่ยมและอาหารเวรป่วยเจ้าหน้าที่

งานโรงครัวได้ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการประสานงานที่กระหว่างทีมแพทย์พยาบาลและคนครัวในการสั่งและให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย ได้มีการให้บริการอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อาหารสายยาง นอกจากนั้นยังมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ ให้คำปรึกษาและเผยแพร่ความรู้ทางด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

งานโภชนาการมีหน้าที่ในการจัดซื้อ เตรียม ผลิต ให้บริการอาหารสะอาด ปลอดภัย ถูกหลักอนามัย มีคุณค่าทางโภชนาการ รสชาติอร่อย เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค ผู้บริโภครู้สึกพึงพอใจและตรงเวลาที่กำหนด

ข.ขอบเขตบริการ

1. การจัดซื้ออาหารสด/อาหารแห้ง
- 2.การผลิตอาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรค
- 3.ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ให้บริการอาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคแก่ผู้ป่วยเวลา

เช้า	07.30 น.
กลางวัน	12.00 น.
เย็น	16.00 น.

- 4.การล้างและจัดเก็บภาชนะอุปกรณ์

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
<p>ลูกค้าภายนอก</p> <p>-ร้านอาหารสด/อาหารแห้ง</p> <p>-ผู้ป่วย</p>	<p>-การคมนาคม ขนส่งสะดวก</p> <p>-จ่ายเงินครบตามกำหนด</p> <p>-รายการอาหารที่สั่งถูกต้อง ชัดเจน รับสินค้าทั้งหมดตามรายการที่สั่ง</p> <p>-อาหารสะอาด รสชาติอร่อย ถูกหลักอนามัย สีสันทันรับประทาน</p> <p>-ผู้ให้บริการแต่งกายสะอาด เรียบร้อย พุดจาไพเราะ</p> <p>-ให้บริการอาหารเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่</p> <p>-ภาชนะที่ใส่สะอาด</p> <p>-ให้บริการอาหารตรงเวลา</p>
<p>ลูกค้าภายใน</p> <p>-แพทย์</p> <p>-พยาบาล</p> <p>-เจ้าหน้าที่</p>	<p>-ให้บริการอาหารที่ถูกต้อง ถูกโรคถูกคน มีสารอาหารครบถ้วนและปลอดภัย สอดคล้องแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-ให้บริการอาหารตรงเวลา</p> <p>-ให้บริการอาหารที่เหมาะสมกับโรค ถูกโรค ถูกคน</p> <p>-แม่ครัวแต่งกายสะอาด มีพฤติกรรมที่ดี พุดจาไพเราะ</p> <p>-อาหารสะอาด รสชาติอร่อย มีคุณค่าทางโภชนาการ ปริมาณเพียงพอกับความต้องการ</p> <p>-แม่ครัวแต่งกายสะอาด มีพฤติกรรมที่ดี พุดจาไพเราะ</p> <p>-ห้องรับประทานอาหารสะอาดไม่มีกลิ่นอับ อากาศปลอดโปร่ง</p> <p>-ภาชนะ อุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหารสะอาด</p>

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- 1.อัตราการพบสิ่งปนเปื้อนในอาหาร เป้าหมาย 0%
- 2.อัตราความถูกต้องในการบริการอาหารเฉพาะโรค มากกว่า90%
- 3.อัตราผู้ป่วยได้รับบริการอาหารตรงเวลา (แจกอาหารช้าหรือเร็วกว่ากำหนดไม่เกิน 10นาที) เป้าหมายมากกว่า 90%
- 4.อัตราผู้ป่วยได้รับบริการอาหารอย่างเพียงพอ เป้าหมายมากกว่า 90%

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีคบาด
2. เสี่ยงต่อการเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อโรค จากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภค
3. เสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรคสู่อาหาร
4. เสี่ยงต่อการให้บริการอาหารผิดโรค ผิดคน
5. เสี่ยงต่อผู้ป่วยไม่ได้รับบริการอาหาร
6. เสี่ยงต่อการเกิดโรคปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการทำงานผิดหลักเออร์โกโนมิก
7. เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจ ไมเกรน จากกลิ่นในการประกอบอาหาร

จ.ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณ (จำนวนผู้รับบริการ)	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อาหารธรรมดา	1336	5087	2858
อาหารอ่อน	413	1525	1198
อาหารเหลว	2	52	62
อาหารสายยาง	11	59	206
อาหารเบาหวาน	215	715	874
อาหารลดเค็ม	170	271	518

2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

1.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การจัดซื้ออาหารสด/ อาหารแห้ง	-เพื่อจัดหาอาหารสด/ แห้งให้เพียงพอ	-เจ้าของร้านอาหารสด/ อาหารแห้งได้รับเงินไม่ ตรงเวลา	-อัตราข้อผิดพลาดในการ ตรวจสอบใบสั่งอาหาร
2.การตรวจรับอาหาร	-เพื่อตรวจรายการอาหา ที่สั่งและคุณภาพของ อาหาร	บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่มี เวลาลงมาตรวจรับ อาหาร	-อัตราข้อผิดพลาดในการ ตรวจรับอาหาร

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
3.การล้างอาหารสด	-เพื่อคัดเลือกว่าส่วนที่เป็น สิ่งปนเปื้อน ส่วนที่เน่า เสียออก ล้างทำความสะอาด สะอาดเพื่อลดเชื้อโรค และสิ่งสกปรก -เพื่อลดสารเคมีในผัก และผลไม้	-เสี่ยงต่อการเสียคุณค่า ทางอาหารที่สำคัญ	-อัตราข้อผิดพลาดในการ เตรียมอาหาร
4.การผลิตอาหาร	-เพื่อผลิตอาหารที่มี คุณค่าทางโภชนาการ -เพื่อให้ได้อาหารที่สุก สะอาด ปลอดภัย -เพื่อให้ได้อาหารที่ เหมาะสมกับโรค	-อาหารที่ได้รับอาจ สูญเสียคุณค่าทาง โภชนาการ -เสี่ยงต่อการได้รับ อาหารที่ไม่สะอาดหรือ มีสิ่งปนเปื้อน -ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับ อาหารไม่เหมาะสมกับ โรคที่เป็นอยู่	-อัตราพบสิ่งปนเปื้อนใน อาหาร
5.การจัดส่งอาหาร/ การบริการอาหาร	-เพื่อให้ได้อาหารที่ สะอาด ทันเวลา -บริการส่งอาหารได้ถูก โรค ถูกคน	-เสี่ยงต่อการปนเปื้อน ของอาหาร -เสี่ยงต่อการให้บริการ อาหารผิดโรค/ผิดคน	-อัตราความถูกต้องของ อาหารเฉพาะโรค -อัตราผู้ป่วยได้รับอาหาร อย่างเพียงพอ
6.การเก็บรวบรวมภาชนะ ที่ใช้แล้ว	-เพื่อความเป็นระเบียบ เรียบร้อย ทำความ สะอาดได้ง่าย -เพื่อลดการแพร่กระจาย เชื้อจากการปนเปื้อน น้ำลายหรือเสมหะของ ผู้ป่วย	-เสี่ยงต่อการเก็บภาชนะ ได้ไม่ครบ/เกิดการสูญ หาย -เสี่ยงต่อการปะปนกัน ของภาชนะติดเชื้อและไม่ ติดเชื้อ	-อัตราข้อผิดพลาดในการ เก็บรวบรวมภาชนะ การ แยกภาชนะติดเชื้อและไม่ ติดเชื้อ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
7.การทำความสะดวก ภาษา/การจัดเก็บ	-เพื่อให้ภาษาสะอาด -เพื่อบำรุงรักษาวัสดุ อุปกรณ์ให้คงทนใช้งาน ได้นานและมี ประสิทธิภาพ	-เสี่ยงต่อการเก็บภาษา ได้ไม่ครบ/เกิดการสูญ หาย -เสี่ยงต่อการปะปนกัน ของภาษาติดเชื่อและ ไม่ติดเชื่อ	-อัตราข้อผิดพลาดในการ ดูแลความสะดวกสถานที่ และอุปกรณ์การผลิต

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการ ปฏิบัติงาน ปี 2563	ผลการ ปฏิบัติงาน ปี 2564	ผลการ ปฏิบัติงาน ปี 2565
1.อัตราพบสิ่งปนเปื้อนในอาหาร	0 %	0 %	0.005 %	0 %
2.อัตราความถูกต้องในการบริการอาหารเฉพาะโรค	> 90 %	99.87 %	99.97 %	99.94 %
3.อัตราผู้ป่วยได้รับบริการอาหารตรงเวลา	> 90 %	99.65	99.12 %	99.16 %
4.อัตราผู้ป่วยได้รับบริการอาหารอย่างเพียงพอ	> 90 %	99.92 %	99.97 %	99.97 %

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จแล้ว)

ระบบงานที่บรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพของโรงครัวคือผลิตอาหารเป็นไปตามหลักมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตั้งแต่การจัดซื้อวัตถุดิบที่มีคุณภาพดี การเตรียมอาหาร การปรุงอาหาร การให้บริการอาหาร การล้างและการเก็บภาษาอุปกรณ์ที่สะอาด เป็นสัดส่วน ปฏิบัติตามโครงการ Clean food good test ซึ่งทางโรงครัวได้รับการประเมินอยู่ในระดับดีมาก ผ่านการตรวจรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยและผู้มาติดต่อเรื่องอาหารสะอาด รสชาติอร่อยและมีคุณภาพดี

4.2การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการและการให้บริการโภชนาบำบัด

เนื่องจากหน่วยงานโรงครัวไม่มีนักโภชนากร มีแต่พยาบาลวิชาชีพที่เข้ามาดูแลแทน จึงมีการประชุมกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยในและได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือพยาบาลเวรป่วยของทุกวันจะเป็นผู้เขียนใบโภชนาการให้ผู้ป่วยและคำนวณพลังงานเป็นกิโลแคลอรีที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน

การดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ

พบปัญหาในด้านการปรุงรสชาติอาหารให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีการจำกัด ปริมาณรสหวาน มันและเค็ม ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการรับบริการอาหารจากหน่วยงาน แม้จะมีการ แจ้งให้ทราบและประกาศเป็นนโยบายของทางโรงพยาบาลแล้วก็ตาม จากปัญหาดังกล่าวทางหน่วยงาน วางแผนจะจัดทำตำรับอาหารของโรงพยาบาลต่อไป