II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1.อัตราการรายงานความเสียง	90%	100	99.24	80.19	87.25	92
2.อัตราความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์	80%	75	84	78	87	90
3.อัตราการรายงานความเสี่ยง near miss/miss	50:1	4:1	7:1	22:1	19:1	32:1
4.รายงานอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยคลาดเคลื่อน	0	0.24	0.42	0.43	0.37	0.26
5.อัตราการทำ RCA ระดับ GHI&SE	100%	100	100	100	100	100

ii. บริบท

โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:

โรงพยาบาลชุมแสง ดำเนินการวางแผน กำกับ ดูแล ระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์ ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนลดความรุนแรงและความ สูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ชีวิต และทรัพย์สิน โดยกำหนดความเสี่ยง 3 ประเภท คือ ความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:

เพื่อปรับปรุงคู่มือความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน นำไปใช้ได้ง่าย สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องครอบคลุม ส่งเสริมตระหนักอันจะส่งผลต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:

ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญ สนับสนุนให้ความสำคัญกับความปลอดภัย รายงานแก้ไขให้ทันท่วงที พร้อมทั้งใช้ความรู้ความสามรถ เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆอันจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด

เป้าหมายความปลอดภัย:

ความปลอดภัยที่เกิดขึ้นมากกว่า99เปอร์เซ็นต์หรือความสามารถในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์100:1

โรคที่มีความเสี่ยงสูง:

เกิดแนวทาง วิชาการใหม่ๆที่ง่ายต่อผู้ปฏิบัติภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จนเป็นทักษะความชำนาญในโรคนั้น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคติดเชื้อในกระแสเลือดและการบาดเจ็บรุนแรง

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:

นอกจากผ่าตัดตา ต้อกระจก หัตถการที่จำเป็นต้องทำเพื่อรักษาชีวิตผู้รับบริการในการประคับประคองก่อนนำ การปั๊มหัวใจ การทำหัตการในผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง การช่วยทางเดินหายใจ การให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน สถานการณ์ที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

- พัฒนาตามบริบทและมาตรฐาน โดยสนับสนุนให้บุคลากรเรียนรู้ร่วมกัน และกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารจัดการ ความเสี่ยง เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- สนับสนุนการเข้าร่วมโรงพยาบาล 2P Safety • กำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินการ ติดตามความก้าวหน้าจากการประชุมประจำเดือน

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความปลอดภัย

(4) การทำงานเป็นทีม

- ทีมนำระดับกลางทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT pTc RM IC IM ENV HRD โครงสร้างของแต่ละทีมนำ ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลกำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานและคณะทำงานจากทุกหน่วยงานเป็นเครือข่ายการพัฒนาลงสู่การปฏิบัติและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีมนำ มีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามงานและ ทบทวนปัญหา อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

  - มีทีมดูแลระบบบริการ ติดตามปัญหาในระบบบริการของหน่วยงานต่างๆ ร่วมทบทวน แก้ไข เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ

  - ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลความเสี่ยงด้านคลินิกร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงทางคลินิก คัดเลือกความเสี่ยงที่สำคัญมาวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและมีการ ติดตามประเมิน เฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยง และทบทวนวางมาตรการเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I หา RCA เพื่อทบทวน ระบบและเพิ่มมาตรการป้องกันใหม่ เช่น การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่โคม่า การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแล้วมีอาการสับสน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองผู้ล่าช้าทำให้การรักษาที่จำเป็นไม่ทันเวลาที่จะเกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การดูแลส่งต่อเพื่อสวนหัวใจและ การเฝ้าระวังให้ยาละลายลิ่มเลือดระหว่างนำส่งด้วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อรุนแรงเพิ่มเติมและโรคติดต่อร้ายแรงอุบัติใหม่

  - ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ หรือรายงานอุบัติการณ์ภายนอก โรงพยาบาลร่วมกับทีมนำ โดยมี คณะทำงานบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานและคณะกรรมการที่ดูแลระบบรายงานของหน่วยงานเข้าร่วมทบทวน เช่น โรคระบาดเก่าและโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกัน กระตุ้นให้คณะทำงานประจำหน่วยงานของระบบงานต่างๆ เฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงของระบบงานที่รับผิดชอบ

(5) การประเมินตนเอง:

- ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์และ Service Plan เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์ และเชื่อมโยงกับการพัฒนามาตรฐานความเสี่ยงภาพรวม เยี่ยมตรวจสอบภายใน และการ Round ของทีมจัดการความเสี่ยงร่วมกับทีมนำต่างๆ กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน ติดตามการสร้างวัฒนธรรมการค้นหาความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องจับผิดแต่เป็นการค้นหาความไม่สมบูรณ์ที่แก้ไขให้ดี ปลอดภัยและบุคลากรระดับปฏิบัติงานมีความสุข เกิดนวัตกรรมสร้างสรรค์เกิดผลต่อดีสะท้อนไปถึงงานบริการต่อไป

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- ประชุมทีมนำเพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงระบบให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงทางคลินิก คัดเลือกความเสี่ยงที่ สำคัญมาวางมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมิน เฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยงและทบทวน มาตรการเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I เพื่อหา RCA • จัดประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่สำคัญหรือรายงานอุบัติการณ์ภายนอกโรงพยาบาล ร่วมกับทีมน า คณะกรรมการ จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลและคณะทำงานระบบงานสำคัญต่าง ๆของโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันและส่งเสริม ให้มีการเฝ้าระวัง/ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

- พัฒนาระบบรายงานรวมรวบข้อมูลมาใช้ประโยชน์ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

- มีการทบทวนเวชระเบียนในหน่วยงาน ทบทวน 12 กิจกรรม ในหน่วยงาน และทบทวน Case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันในแต่ละ PCT และ PCT รวม ทบทวนการใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทบทวนการให้เลือดร่วมกับเทคนิค การแพทย์ ทบทวนการติดเชื้อร่วมกับทีมแพทย์ และ ICN ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและการส่ง COC ร่วมกับงานบริการปฐมภูมิ และองค์รวม และ มีการทบทวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต การ Refer และ AE ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม STEMI, Stroke และ SEPSIS ได้รับการคัดแยก รักษาที่ ERและพิจารณาส่งต่อ ทันที
- กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินได้แก่ Open Fracture, HIP fracture, Neurovascular Injury
- กลุ่มผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินได้แก่ Head Injury และ Multiple Trauma
- กลุ่มผู้ป่วยทางสูติกรรมที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ได้แก่ PPH, PIH, Active Bleeding per Vagina
- กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลดูแลฉุกเฉินที่ ER ได้แก่ ไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก, ปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และทารกที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วย STEMI และ Stroke ถูกคัดกรองร่วมกับ NCD Team มีการพัฒนาระบบ Fast Tract และจัดทำแบบฟอร์มการ ส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG Standing Order ในผู้ป่วย Sepsis Appendicitis และ Head Injury

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยและคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้ บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าของความปลอดภัยผู้ป่วยและผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนโดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหาร ความเสี่ยงตามองค์ประกอบสำคัญและกระบวนการหลัก ดังนี้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย ตัวแทนสหสาขาวิชาชีพจากทุกหน่วยงาน ค้นหาความเสี่ยงร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) ทีมระบบงานสำคัญทีม IC ENV HRD PTC IM กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม และหน่วยงานสนับสนุน ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับโดยรับรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง ทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทำ Trigger Tools ตามรอยการดูแลผู้ป่วย และค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจาก Hospital Round ร่วมกับทีมนำ ทีม

จัดการความเสี่ยง ทีม IC และทีม ENV รวมทั้งดำเนินการฟื้นฟูความรู้เรื่องความเสี่ยง การใช้โปรแกรมความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับ โดยการเยี่ยม หน่วยงานของคณะกรรมการจัดการความเสี่ยง เพื่อเพิ่มการดักจับและค้นหาความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (Risk Profile) จากโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การทำและการใช้ Risk Register กำกับ ติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และทีมบริหารความเสี่ยง รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน ทำให้หน่วยงานและทีมรับทราบข้อมูล เพื่อพัฒนาและ ปรับปรุง ยกระดับความปลอดภัยต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือน

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:

- ผู้นำกำหนดนโยบายเรื่องคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย เกี่ยวกับการท างานเชิงระบบเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนได้รับความปลอดภัยสูงสุด กำกับติดตามงานโดยหัวหน้างาน ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อสนับสนุน กระตุ้นและติดตามการพัฒนาคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกร่วมกับทีมนำทุกเดือน โดยผู้นำสูงสุดให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นด้วยตนเองให้การสนับสนุนแก้ปัญหาทันทีกรณีเร่งด่วน และมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขติดตามและประเมินผล การสนับสนุนของผู้นำและทีมบริหารโรงพยาบาลเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญให้บุคลากรในองค์กรเห็นความสำคัญของ การบริหารจัดการความเสี่ยงและวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยทีมนำลงเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และรณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร เน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ (Self-Report) ค้นหาความเสี่ยง และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์ ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจในการติดตามการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง ผลลัพธ์มีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ปี 2560 – 2562 – มีนาคม2563 จำนวน 330 ครั้ง 314 ครั้ง 196 ตามลำดับ กรณีเกิดอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปมีการนำมาทบทวนและติดตามผลในที่ประชุม PCT ตั้งแต่ปี 2558 คณะกรรมการจัดการความเสี่ยงกำหนดแผนการบริหารความเสี่ยงเป็น 7 โปรแกรม ตามมาตรฐาน วิชาชีพ คือ 1) ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย 2) ความคลาดเคลื่อนทางยา 3)การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4)การบริหารจัดการบุคลากร 5)ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 6)สิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและเครื่องมือและ 7)สิทธิผู้ป่วยจริยธรรมองค์กรและร้องทุกข์/ร้องเรียน ทำให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนด บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม และสื่อสารข้อมูลแต่ละโปรแกรม แต่ละทีม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเร่งด่วน วางแผนงานกำหนดมาตรการการประเมินและนำไปพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับจุดเน้นและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล กำกับ/ติดตามในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยงของทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ทีมระบบงานสำคัญ เช่น IC, ENV, HRD, PTC, IM, เป็นต้น กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมและหน่วยงาน สนับสนุน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งดำเนินการฟื้นฟูความรู้เรื่องความเสี่ยง การใช้โปรแกรมความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อ เพิ่มการดักจับ/ค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (Risk Profile) จากโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน นำข้อมูลความ เสี่ยงมากำหนดเป็นความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน ทีม PCT และทีมน าระบบงานสำคัญ วิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็น อุบัติการณ์ วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น ประเมินความรุนแรงโดยให้คะแนนเป็น 1-5 แล้วนำ คะแนนทั้งสองมาบวกกัน นำผลบวกมากำหนดระดับความเสี่ยง (Risk Level) พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของ Risk ทั้งหมดเพื่อวางแผนการจัดการความเสี่ยงด้วยกิจกรรมป้องกันการเกิดความเสี่ยงหรือทุเลาความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น กำกับติดตาม อุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง (Risk Register) รายงานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

- ปี 2560-2563 พบอุบัติการณ์ Sentinel Event 3 เรื่อง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดนั่งปนกับผู้ป่วยนอกทั่วปรับให้มีระบบการการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับมีเกณฑ์ความเสี่ยงต้องได้รับการคัดกรองไปห้องฉุกเฉิกพบแพทย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกราย พบการระบาดไข้เลือดออกมีรายงานการช็อคอย่างรุนแรงและเสียชีวิตแตต่ช่วงป่วยรักษาคลินิกไม่ไดรักษาที่รพ. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังแต่ ส่งต่อโดยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยา Amitriptyline แล้วผู้ป่วยกินเกินขนาดจนหัวใจหยุดเต้นแล้วเสียชีวิต ผู้ป่วยSTEMI plan PCI เสียชีวิตระหว่างนำส่ง

- ปี 2561 Sentinel Event จำนวน หลังปรับใช้ไม่พบอุบัติการณ์ในปี62-63 ปรับเกณฑ์ในการส่งต่อในผู้ป่วยเด็ก เกิดแนวทางการการส่งต่อ ที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง แนวทางการดูแลไข้เลือดออกที่ช็อครุนแรงและเสียชีวิต การเฝ้าระวังการใช้ยา Amitriptyline อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดในปี 2561 คือ ความคลาดเคลื่อนทางยา ทีม PTC จึงมีการกำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา ดังนี้ 1) การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาทบทวนยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ที่มีใช้ในโรงพยาบาลทุก 6 เดือนโดยวางยาที่คล้ายคลึงกันให้ห่างกัน แยกเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) อย่างชัดเจนทุกจุดมีระบบป้องกันและมีระบบเลขที่ยามีพยานการให้ยาการปฏิบัติ ตามแนวทางในการบริหารยาบนหอผู้ป่วยตามหลัก 7 R ระบบทวนสอบซ้ำทาง Medication Reconciliation ในผู้ป่วยที่ Admit ยกเลิกระบบการ Stock ยาในตึกผู้ป่วยและ ใช้ Emergency Box สำหรับยาใช้ช่วยชีวิตใช้ทุกหน่วยงานลักษณะเดียวกันทั้งรพ. มีตู้ป้องกันการใช้ยาความเสี่ยงสูงและมีพยานในการลงทะเบียนการใช้2) การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ครอบคลุมยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีการติดตามและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ยา RI Drip ยา Levophed streptokinase 3) การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดย มีระบบสัญญาณเตือน (Pop Up) ในระบบ HospitalOS ติดสัญลักษณ์แพ้ยาในใบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก (OPD Card) ใบ Summary Discharge Chart ผู้ป่วยใน 4) มีระบบเตือนเมื่อมีการบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาที่มี Drug interaction ระดับที่มีอันตรายมาก ไม่พบอุบัติการณ์ 5) มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา DUE ได้แก่ Meropenam, Tazocin, Ertapenam 6) มีการปรับระบบให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากขึ้น โดยนำประเด็นความคลาดเคลื่อนเข้ามาทบทวนในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ และปรับเพิ่มยา HAD จาก 9 เป็น 11 ตัว 7) ปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่จบใหมให้มีความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน Prescribing Error และทบทวนร่วมกันกับทีม PTC ทุก 1 เดือน ผลลัพธ์ ใน ปี 2562 เกิดความคลาดเคลื่อนยา HAD ระดับ D 3 ครั้ง ปี 2561 เกิดความคลาดเคลื่อนยา HAD ระดับ C 4 ครั้ง พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการ Hypoglycemia ความคลาดเคลื่อนเกิดจากไม่ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา จึงได้พัฒนาระบบการบริหารยา พร้อมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการบริหาร ยาความเสี่ยงสูง ในปี 2562 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ C 4 ระดับ D 3 กลุ่มยาทั่วไปพบมีการบริหารยาคลาดเคลื่อน 553 ครั้ง ส่วนใหญ่รุนแรง ระดับA ระดับ 324 จำนวน B จำนวน 214 ครั้ง ระดับ C จำนวน 7 ครั้ง ระดับ D จำนวน 4 ครั้ง ระดับ Eประเภทความคลาดเคลื่อนเป็น Prescribing Error จำนวน 80 ครั้ง Transcribing Error จำนวน 78 ครั้ง Pre-Dispensing Error จำนวน 187 ครั้ง และ Dispensing Error จำนวน 157 ครั้ง พบการจ่ายยาผิด จำนวน 71 ครั้ง จ่ายยาผิดชนิด จำนวน 21 ครั้ง จ่ายยาไม่ครบ จำนวน 25 ครั้ง มีนาคม 2563 ความ คลาดเคลื่อนในการให้HAD ระดับ D 5กลุ่มยาทั่วไปบริหารยาคลาดเคลื่อนระดับ A 124 ระดับ B 124 ระดับc 6 ระดับ d 3ปรับโดยแจ้งเจ้าหน้าที่รับทราบข้อมูล Medication Error คัดกรองใบสั่งยา ใช้การเขียนพบปัญหาลายมือ จึงเปลี่ยนเป็นใบสั่งยาแบบพิมพ์ทั้งหมดในรายการยาที่มีมากกว่า 1 ระดับความแรง ส่วนของ Admin Error จำนวน 31 ครั้ง การไม่ลงรายการยาในใบ MAR เกิดอุบัติการณ์ช่วงเวรบ่าย ดึก แก้ไขโดยประสานกับ งาน IT โดยหลังเภสัชกรคีย์ยาใน Drug Profile พยาบาลสามารถพิมพ์ ใบแจ้งการให้ยา (ใบMAR) ได้ หลังปรับ ยังพบปัญหาไม่สามารถพิมพ์ใบแจ้งการให้ยาได้ ในกรณี ผู้ป่วยที่ Admit ช่วงเปลี่ยนเวรเภสัชกรยังไม่บันทึกยาใน Drug Profile - การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ จากนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลชุมแสง (2P Safety Goal) และนโยบายความปลอดภัยทางการพยาบาล พบอุบัติการณ์การระดับ H จึง

จัดทำ CQI เรื่อง แนวทางประเมินความเสี่ยงใน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วย Alcoholism รวมทั้งกำหนดแนว ทางการผูกยึดและจัดหาผ้าผูกยึดที่ปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ป่วย นวัตกรรมผ้าผูกนุ่มนวล ปี 2561 ยังไม่พบอุบัติการณ์

- การควบคุมการติดเชื้อ ร่วมกับทีม IC กำหนดแนวทางป้องกันการติดเชื้อตาม 2P Safety Goal ของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อใน ตำแหน่งที่พบบ่อย ติดตามโดยการนิเทศงานและ IC round นอกจากนี้ยังมีการดูแลสุขภาพบุคลากร และป้องกันบุคลากรติด เชื้อจากการปฏิบัติงานโดยสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้กับบุคลากรอย่างพอเพียง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่บุคลากร ได้แก่ ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี ไวรัสตับอักเสบบีและบาดทะยักในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีระบบการแยกขยะที่ต้นทาง จัดเก็บและส่งกำจัดขยะกับเทศบาลชุมแสง ปี 2561ระบบน้ำประปาไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าถูกของมีคม 3 ราย ปี2562 2 ราย และเจ้าหน้าที่ถูกสารคัดหลั่ง 2 ครั้ง มีนาคม 2563 0 ครั้ง จึงพัฒนาระบบคัดกรองโรคทางเดินหายใจ คลินิก ARI เพื่อค้นหาผู้ป่วย PUI ที่งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ Phlebitis จากการ ให้ยา meropenam มารวมด้วยจึงทำให้อัตราการติดเชื้อสูงขึ้น

- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด เกิด Identification Error ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก เช่น พี่น้อง เด็กแฝด และกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุมูลนิธินำส่งไม่มีญาติ ขาดหลักฐานแสดงความเป็นบุคคล ชื่อ- สกุลเดียวกัน ญาติยื่นบัตรตัวเองแทนบัตรผู้ป่วย จึงได้กำหนด แนวทาง Identify Patient ตามมาตรฐานเดียวกัน ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล อายุ ภาพถ่าย ปรับให้เซ็นใบยินยอมรับการรักษาโดยให้ ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ผู้รักษาเซ็นก่อน Admit และ Double Check พร้อมติดชื่อ-นามสกุล อายุ และ HN ของผู้ป่วยที่ข้อมือขวา กำหนดให้ถามชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำการรักษา/ทำหัตถการหรือส่งตรวจ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการนำบัตร ประจำตัวประชาชนมาแสดงทุกครั้ง/ทุกขั้นตอนของการรับบริการ ผลลัพธ์พบอุบัติการณ์ ระดับ B จำนวน 6 ครั้ง ระดับ C จำนวน 3 ครั้ง ระดับ D จำนวน 1 ครั้ง ระดับ E จำนวน 1 ครั้ง

- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ: จากการทบทวน RCA ที่เกิดขึ้น พบว่า เกิดความผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย/ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้ใช้ SBAR เป็นแนวทางการสื่อสาร การให้ข้อมูล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มโรคสำคัญและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล จัดทำแบบ Check list Refer สำหรับ การส่งต่อข้อมูลกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจนโดยแพทย์ เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นผลลัพธ์ พบอุบัติการณ์การสื่อสารผิดพลาด ระดับ B จำนวน 4 ครั้ง เรื่องการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ระดับ C จำนวน 2 ครั้ง เรื่องลืมส่งข้อมูลก่อน Admit

- งานโภชนาการ: การบริการอาหารแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นการจ้างเหมาบริษัทภายนอก โดยมีนักโภชนาการของโรงพยาบาลเป็นผู้ควบคุมคุณภาพ กระบวนการผลิตและบริการอาหารให้เพียงพอ น่ารับประทาน ถูกต้องตามหลักโภชนาการโภชนาบำบัด สุขาภิบาลอาหาร โดยมีเป้าหมายในการให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเฉพาะโรค มุ่งเน้นกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการสุ่มตรวจสารเคมีที่ปนเปื้อนในวัตถุดิบและสุ่มตรวจจุลินทรีย์ก่อโรคในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหารทุก 3 เดือน ผลลัพธ์ ไม่พบสารปนเปื้อน กำหนดให้ผู้ประกอบอาหาร ตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาหาร ประจำปี ผลลัพธ์ไม่พบภาวะผิดปกติ ส่งตรวจอุจจาระทุก 6 เดือน ส่งตรวจ Swab มือทุก 3 เดือน ไม่พบเชื้อ กำหนดให้ครัวรับเหมา ต้องจัดหาวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ที่มาจากแหล่งจำหน่ายที่ได้รับมาตรฐานจากร้านที่มีป้ายอาหารปลอดภัย Food Safety ที่ได้รับการรับรองจากงานคุ้มครองผู้บริโภค ตรวจสอบชนิดอาหารให้ตรงกับคำสั่งการรักษา ทั้งจำนวน ชนิดของอาหารโดยนักโภชนากรและจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย มีระบบการคัดกรองจากพยาบาลแรกรับ 100% เน้นผู้ปรุงอาหารแต่งกายรัดกุมมิดชิด จัดระบบขนส่งอาหารให้เป็น One Way Flow การปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลอาหาร เน้น ย้ำการล้างมือให้ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ทุกครั้งก่อนปฏิบัติงาน และทุกครั้งก่อนหยิบสัมผัสอาหาร เพื่อป้องกันการปนเปื้อนใน กระบวนการทำอาหาร พบอุบัติการณ์จ่ายอาหารไม่ตรงเวลา ล่าช้าปรับเปลี่ยนโดยจัดตารางแจกอาหารและเพิ่มจำนวนรถขนส่ง

อาหาร ผลลัพธ์จ่ายอาหารได้ตรงเวลา ผลการ ระบบการประปาบกพร่อง มีแผนมีระบบประปาสำรองไปก่อนรอ งบประมาณเพิ่มกำลังการผลิตประปา มีรถจักรยานยนต์ผู้รับบริการหาย จัดสถานที่จอดชัดเจน เพิ่มกล้องวงจรปิด

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

- จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบรายงานความเสี่ยงประจำเดือนและในระบบ line ในกรณีเร่งด่วนบุคลากรตระหนักถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุและพบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงที่ค่อนข้างซับซ้อน บางหน่วยงานยังไม่มีคอมพิวเตอร์ใช้ และบุคลากรบางคนเขียนไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ ออก จึงให้แจ้งหัวหน้างานหรือเลขาความเสี่ยงโดยตรง มีการปรับปรุงการเข้าถึงโปรแกรมความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ให้ใช้งาน ง่าย มีการเยี่ยมหน่วยงานและสอนหน่วยงานเขียนรายงานความเสี่ยง มอบหมายหัวหน้า รองหัวหน้า ผู้จัดการความเสี่ยงระดับ หน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง เป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน สนับสนุนการรายงานความเสี่ยงด้วยการใช้โปรแกรมความเสี่ยง เปิดโอกาสให้สามารถรายงานความเสี่ยงได้ทุกช่องทางและสนับสนุนการรายงานโดยการมอบรางวัลหน่วยงานที่มีการรายงาน ความเสี่ยงสูงสุดและหน่วยงานที่ไม่เคยรายงานแล้วมีการรายงานเข้ามาในระบบเพื่อการสร้างขวัญกำลังใจ

  - การรับรู้อุบัติการณ์ที่มีโอกาสเกิด (เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่าง ๆ
  - Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูง รวมทั้งมีการนิเทศทางการพยาบาล โดยหัวหน้าพยาบาลและรองหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด เช่น เรื่องการ บริหารยา High Alert Drug การบันทึกทางการพยาบาล Pain Management ระดับหอผู้ป่วย โดยหัวหน้างาน นิเทศเรื่องความ เสี่ยงในหน่วยงานและการพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลตาม Care Process ด้วยการใช้เครื่องมือและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น Nursing Conference การนิเทศนอกเวลาราชการโดยพยาบาลตรวจการพยาบาล
  - Nursing Round โดยทีมบริหารทางการพยาบาลร่วมกับทีม IC Round โดย ICN และ ICWN มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในเรื่อง HAP VAP CAUTI และการแพร่กระจายเชื้อ MDR ในหอผู้ป่วยโดยรณรงค์การล้างมือ ทบทวนการใช้ PPEทำสัญลักษณ์สื่อความหมายติด Chart เตียง มีการประเมินผู้ป่วยในแต่ละราย ว่าทำได้ครบตามหลักเกณฑ์หรือไม่ ปี 2561 หน่วย จ่ายกลาง งานซักฟอก และงานโภชนาการ มีระบบการแยกโซนปนเปื้อน ฯลฯ ใน ด้าน Standard Precaution ร้อยละ 85.6, ENV ร้อยละ 77.8, Aseptic Technique ร้อยละ 80, CAUTI Precaution ร้อยละ 75, Oxygen Care ร้อยละ 66.7 และ IV Care ร้อยละ 54.8
  - ENV Round โดยคณะกรรมการ ENV สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล สำรวจระบบป้องกันอัคคีภัย / ความเพียงพอ ของแสงสว่าง และเสียงดังเกินมาตรฐานตามจุดต่าง ๆ รวมทั้งจัดกิจกรรม 5 ส. ในหน่วยงาน กิจกรรม “Big Cleaning Day” ของโรงพยาบาลและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยี่ยวยา สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ มีการปรับปรุงแสงสว่างฉุกเฉินให้พร้อมใช้งานทุกจุด และติดตั้งเพิ่มเติมบริเวณที่จำเป็น เช่น บริเวณอาคารสนับสนุนต่าง ๆ เส้นทางหนีไฟ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและ บุคลากร รวมทั้งจัดซ้อมแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ และปฏิบัติได้ถูกต้อง จากการฝึกซ้อม แผนอัคคีภัยพบสัญญาณเตือนดังไม่ครบทุกจุด ควรซ้อมแผนนอกเวลาราชการ และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมซ้อมร้อยละ 100 - การทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วย Dead Case, Refer, Re-Admit, Unplan Dead, Unplan Refer พบว่าแนวโน้ม อัตราตายรวมของผู้ป่วยในปี 2560 มีแนวโน้มลดลง สำหรับปี2561 พบ 5 อันดับการเสียชีวิตรายโรคที่ใกล้เคียงกับ 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคปอดอักเสบ มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย และ ความผิดปกติอื่นของระบบทางเดิน ปัสสาวะ พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย สำหรับอัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน มีแนวโน้มลดลง จาก 7.36(2560) เป็น 5.18 (2561) เนื่องจากมีกระบวนการปรับแผนการดูแล เน้น Nurse Case Manager เป็นผู้ประสานการส่งต่อข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล ให้กับทีมเยี่ยมบ้าน รวมถึงการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย

• บทเรียนวิเคราะห์ RCA / การกำหนดมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ Human Factor Engineering

- เกิดปัญหา Unplan Dead และ Unplan Refer ในผู้ป่วยเด็ก Pneumonia วิเคราะห์ RCA พบการประเมินผู้ป่วยไม่เหมาะสม จึงพัฒนาและใช้แบบประเมินภาวะหายใจล้มเหลวในเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ ปี 2560 – 2561 ไม่พบจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ และปี 2561 มีผู้ป่วยที่ Plan Refer โดยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย
- มีการวางระบบให้ทำ RCA ในกรณีที่มีการรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกและอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป โดยปี 2561 มีการรายงานระ E จำนวน 30 ครั้ง ระดับ F จำนวน 6 ครั้ง ดับ ปี 2562 มีการ รายงานระดับ E จำนวน 21 ครั้ง ระดับ F จำนวน 3 ครั้ง ระดับ G จำนวน 2 ครั้งมีนาคม 2563 ระดับ D 16 ระดับE 6 ครั้ง
- จากรายงานเหตุเกือบพลาด กรณีผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะช็อก แพทย์เวรมีคำสั่งการรักษาไม่ครอบคลุม ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาของกุมารแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการวิกฤตนอกเวลาราชการ พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กตัดสินใจรายงานกุมารแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยน คำสั่งการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ทีม PCT เด็กนำมาทบทวน ปรับปรุงแนวทางการรายงานกุมารแพทย์นอกเวลาราชการ ให้พยาบาลสามารถรายงานกุมารแพทย์ได้ในกรณีคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน/ไม่ครอบคลุม ความเสี่ยงในการบริหารจัดการผู้ป่วยช็อครุนแรงให้พิจารณาส่งต่อให้ได้รับการดูแลภายใต้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์การรักษาผิดพลาด ส่วนการติดตามยอดการเสียชีวิตโดยเริ่ม ใช้มาตการผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดให้ได้การวินิจฉัยและรักษามีผลต่อยอดการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

(5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

- กำหนดจุดเน้นนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาลชุมแสง (2P Safety) ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital ในวันที่ 28 กันยายน 2560และเริ่มทำ Risk register กรกฎาคม 2561 ปรับปรุงคู่มือและแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์ Safety Goal: SIMPLE โดยกำหนด จุดเน้นของโรงพยาบาลชุมแสง มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบเพื่อให้เกิดการตื่นตัวในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) Patient Safety Goals เน้น 4 เรื่องหลัก S-I-M-P-L-E คือ 1.1) Safe Surgery: Surgical Safety Checklist / SSI 1.2) Infection Control: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เน้น VAP, CAUTI, และการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา 1.3) Medication Safety: ความปลอดภัยในการใช้ยา เน้น High Alert Drug และ Medication Error Medication Reconciliation RDU Blood Transfusion Safety 1.4) Patient Care Process: Patient identification / Pain Management / Palliative care / Refer and Transfer Safety กระบวนการดูแลผู้ป่วย เน้นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง Sepsis, Stroke, MI และ Continuous Care 1.5) Line, Tube and Catheter / Infusion pump / Right and Accurate Laboratory Results 1.6) Emergency Response: การตอบสนองต่อภาวะเร่งด่วนในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง เน้น Sepsis, Stroke และ MI 2) Personnel Safety Goal เน้น 3 เรื่องหลัก S-M-E คือ 2.1) Social Media and Communication: การใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม 2.2) Mental Health and Mediation: การดูแลความรู้สึกไม่ปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกคุกคามทางร่างกายและจิตใจ 2.3) Environment and Working Conditions: การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน
- ปลูกฝังบุคลากรเรื่องค่านิยมองค์กรในเรื่องการงานเป็นทีม และให้บริการโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำไปปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ปี 2559 โรงพยาบาลชุมแสงมีการรณรงค์เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืนทั้งองค์กร เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน สอดแทรกแนวความคิดลงสู่การท างานประจำนำเสนอ ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้นำให้คุณค่าและใส่ใจเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรอย่างต่อเนื่องในทุกโอกาส และ Hospital Round เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- ประสิทธิภาพในการค้นหา (เป้าหมาย สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Near Miss › Miss) มีแนวโน้มสูงขึ้น ปี

2560 - 2562 – มีนาคม2563 ร้อยละ 60 ,70 ,80 เป็นผลจากการกระตุ้นให้บุคลากรเข้าใจและเห็นความสำคัญการค้นหาความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

- ประสิทธิภาพในการรายงาน (เป้าหมายเพิ่มขึ้น): อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ปี 2560 จำนวน 2,592 ครั้ง ปี 2561 จำนวน 2,986 ครั้ง ปี2562 จำนวน 3,128ครั้ง และปี2563(ถึงมีนาคม) 2654 ครั้ง จากการกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ และปรับปรุงโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ทางคอมพิวเตอร์และทางแอปพิเคชั่นไลน์ ให้ง่ายต่อการใช้งาน มอบหมายหัวหน้า รองหัวหน้า ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง เป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน สนับสนุนการรายงานความเสี่ยงด้วยการใช้โปรแกรมความเสี่ยงคอมพิวเตอร์ กรณีเกิดปัญหา เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ผู้ดูแลระบบ คอยให้คำแนะนำและช่วยแก้ปัญหา ยังพบเรื่องปัญหาไฟฟ้าดับ จากภาวะไฟฟ้าตกและภาวะจากธรรมชาติ
- ตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา: อัตราของการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E-F ได้รับการทำ RCA ภายใน 14 วัน เป้าหมายร้อยละ 90 ผลลัพธ์ปี 2560 – 2561-มีนาคม 2563 ร้อยละ 90 95 100 ตามลำดับ อัตราของการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ G - H ได้รับการทำ RCA ภายใน 7 วัน เป้าหมายร้อยละ 100 ผลลัพธ์ ปี 2560-2562-2563 ร้อยละ 95,96 และ 97 ตามลำดับ(หมายเหตุแต่ได้แก้ไขและเกิดแนวทางแก้ไขหลังได้รับรายงานทันทีจากกรรมการบริหารโรงพยาบาล) อัตราของการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ I ได้รับการทำ RCA ภายใน 7 วัน เป้าหมาย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ ปี 2560 –มีนาคม2563ร้อยละ 100และ 100 ตามลำดับ อัตราของการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ SE ได้รับการท า RCA ภายใน 3 วัน เป้าหมายร้อยละ 100 ผลลัพธ์ปี 2560 –มีนาคม 2563 ร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ โดยการกระตุ้นและติดตามโดยคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาล

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ในปี 2562 อุบัติการณ์การจ่ายยาผิด ระดับ Cขึ้นไป ทีมนำได้ทบทวนเหตุการณ์ สร้างระบบบริหารยาโดยกำหนดให้แพทย์สั่งยาเป็นชื่อสามัญ ระบุความแรงของยา เขียน Progress Note เพื่อสื่อสารทีมเภสัชกร เฝ้าระวังกลุ่มยารูปพ้องมองคล้าย มีการ Double Check ก่อนจ่ายยา เช็นชื่อในใบสั่งยา 2 ครั้ง พร้อมบันทึกรายการยาในระบบ HospitalOS พยาบาลพิมพ์ใบบันทึกการให้ยา ตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์ทุกเวร บริหารยาโดยใช้หลัก 7R ไม่พบอุบัติการณ์การจ่ายยา ผิดระดับ G - I ในปี 2562ทบทวนการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบ ตั้งแต่เริ่มป่วยจน ช่วงวิกฤตและแนวทางการส่งต่อให้อยู่ภายใต้การดูแลผู้เชี่ยวชาญ ปี2562-มีนาคม2563ไม่มี ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยไข้เลือดออก
- จากอุบัติการณ์ไม่รายงาน Lab วิกฤต ในผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า รักษาไม่ถูกต้อง/ไม่ เหมาะสม มีการปรับปรุงระบบการรายงาน Lab วิกฤต โดยปรับปรุงขั้นตอนบริการให้ชัดเจนและติดตามตัวผู้ป่วยรอตรวจ, Admit, Discharge และ Refer เพื่อการรักษาที่ทันท่วงที ไม่พบอุบัติการณ์รายงาน Lab วิกฤต ในปี 2561 และสามารถตรวจเลือดในระบบที่จำเป็นเร่งด่วน มีเวร 24 ชั่วโมง จนมีความสามารถเชิงประจักษ์ผู้รับบริการนอกเขตยังเข้าถึงการบริการได้
- การคัดกรองผู้ป่วยSTROKE MI ไม่ผ่านการคัดกรองจากพยาบาล ไปอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนอกทั่วไปเพราะญาติเป็นคนยื่นบัตรไม่ได้บอกอาการที่สำคัญ ทำให้การวินิจฉัยและส่งต่อล่าช้า ได้เกิดแนวทางจนค้นหาพบผู้ป่วยนอก มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดจนสามารถส่งต่อรักษา จนกลับมาใช้ชีวิตปกติได้
- ส่วนฤดูกาลไข้เลือดออกระบาดมีผู้ป่วยอาการหนักไม่ได้มาตรวจในระยะแรก มาอีกที่จนอาการโคม่าไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ได้มีการทบทวน ประชาสัมพันธ์ ตรวจเยี่ยม เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ประกาศเป็นนโยบายเอาชนะไข้เลือดออก ออกจนไม่มี ผู้ป่วยเสียชีวิตและยอดผู้ป่วยก็ลดลง
- สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ลดการส่งต่อและมีทีมงานดูแลกรณีจิตเวชฉุกเฉิน
- ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญ แก้ไข ให้แนวทาง ให้

ความสำคัญอย่างทันท่วงที

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม	3.5	L	Quality Round ในกลุ่มงานที่ยังขาดความรู้ จัดอบรม เชิงปฏิบัติการเรื่องความเสี่ยงแก่บุคลากร เพื่อกระตุ้น การดักจับ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	4	L	ประชุมความพร้อมทุก 3 เดือน และร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	4	L	การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการชัก
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	4	I	สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำ ผ่านหัวหน้าพาทำกิจกรรมคุณภาพด้านความเสี่ยงและ ความปลอดภัยในหน่วยงาน รวมทั้งเพิ่มการน าเสนอข้อมูล อุบัติการณ์ความเสี่ยงในวาระการประชุมของคณะกรรมการบริหารเพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	4.5	I	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวาง แนวทางพัฒนาคุณภาพ นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ รวมทั้งติดตามประเมินผลในที่ ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เสนอกรรมการบริหารโรงพยาบาล
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	4.5	A,I	รายงานความเสี่ยงทางโทรศัพท์และลงทะเบียน (line คณะกรรมการความเสี่ยง)
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	4.5	I	นำเหตุการณ์ อุบัติการณ์ที่สำคัญ ความเสี่ยงที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตบุคลากรในองค์กรทบทวน สรุปประเด็นแนวทางการแก้ไขและโอกาสพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมการประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
ประสิทธิภาพการบริหารการพยาบาล						
1.สัดส่วนอัตราการบรรจุ ต่อการลาออก โอนย้าย	1 : 1	3 : 3	3 : 6	3 : 2	2 : 4	2 : 1
2.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาล	80%	100	95.32	96.88	90.63	89.07
3.อัตราบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน (FTE)	≥ ร้อยละ80	76.12	76.12	70.13	70.13	67.53
4..อัตราที่หน่วยงานมี Productivity ตามเกณฑ์ (90-110%)	≥ ร้อยละ80	14.29	14.29	14.29	14.29	14.29
- OPD (ทั่วไป)ในเวลาราชการ	90-110%	250	266	198	209	211
- OPD (VIP) เปิดบริการเฉพาะครึ่งวันเช้า	90-110%	118	149	161	174	136
- OPD (จักษุ) เปิดบริการเฉพาะครึ่งวันเช้า	90-110%	172	119	161	185	164
- OR (จักษุ) ผ่าตัดครึ่งวันบ่าย(วันจันทร์และวันพฤหัส) วันอังคารผ่าตัดทั้งวัน	90-110%	79	33	38	48	48
- OR (ทั่วไป)	90-110%	ไม่เปิดผ่าตัด	ไม่เปิดผ่าตัด	ไม่เปิดผ่าตัด	ไม่เปิดผ่าตัด	ไม่เปิดผ่าตัด
- ER	90-110%	127	132	126	124	129
- LR+ANC	90-110%	138	133	145	132	133
- IPD ทั้ง2ตึกแล้ว สูตร ประเภทผป.*ชม	90-110%	119	132	133	136	142
5.อัตราที่บุคลากรทางการพยาบาลผ่านตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ 5.1 สมรรถนะหลัก (CORE Competency)	≥ ร้อยละ80	84.21	96.37	96.16	96.37	98.04
- ระดับชำนาญการ		84.21	(95.13) IPD=100 OPD=85.72 VIP=100 LR+ANC=100 ER=87.50 จักษุ=100	(95.24) IPD=100 OPD=85.72 VIP=100 LR+ANC=100 ER=87.50 จักษุ=100	(95.13) IPD=100 OPD=85.72 VIP=100 LR+ANC=100 ER=87.50 จักษุ=100	(97.50) IPD=100 OPD=85.72 VIP=100 LR+ANC=100 ER=100 จักษุ=100
- ระดับปฏิบัติการ		100	(100) IPD=100 OPD=100 LR+ANC=100 ER=100 จักษุ=100	(100) IPD=100 LR+ANC=100 ER=100 จักษุ=100	(100) IPD=100 LR+ANC=100 ER=100 จักษุ=100	(100) IPD=100 LR+ANC=100 ER=100 จักษุ=100
5.2 สมรรถนะวิชาชีพ จาก5ภาคใต้ (Common functional Competency) -ชำนาญการ -ปฏิบัติการ	≥ ร้อยละ80		(85.46) 100 42.86	(88.47) 100 40.00	(89.09) 100 57.15	(90.20) 100 54.55

- งานผู้ป่วยใน (ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.3, 2.4	3.3, 2.4	3.4,2.5	3.3,2.6	4.2,2.6
- งานผู้ป่วยนอก (ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.8, 3.8	3.8, 3.8	3.8, -	4.2, -	4.2, -
-งานผู้ป่วยนอก(VIP) (ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.8,-	3.8,-	3.8,-	3.8,-	3.8,-
- งานฝากครรภ์(ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.1, 2.7	3.1, 2.7	3.2,2.7	3.4,2.8	3.6,3.0
- งานสูติกรรม(ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.3, 2.6	3.3, 2.6	3.4,2.7	3.6,2.8	3.9,3.8
- งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน(ชำนาญการ,ปฏิบัติการ)		3.2, 3.2	3.3, 3.3	3.4, 3.4	3.3, 3.2	3.3,3.2
- งานจักษุ(OPD,OR)		3.6, -	3.6,-	3.6,-	3.6,-	3.6,-
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
- งานห้องผ่าตัดและวิสัญญี(scrub nurse)		3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
6.อัตราความพึงพอใจงานของบุคลากรทางการพยาบาล	≥ ร้อยละ80	72.58	71.50	70.03	66.95	60.32
7.อัตราความผูกพันขององค์กรพยาบาล	≥ ร้อยละ80	61.29	75.67	74.74	75.40	74.13
8.อัตราผลการประเมินธรรมาภิบาลขององค์กรพยาบา	≥ ร้อยละ80	77.42	89.83	88.68	92.31	94.23
9.อัตราคุณภาพชีวิตขององค์กรพยาบาล	≥ ร้อยละ80	51.61	70.38	71.63	68.55	66.89
10.อัตราการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพ	≥ ร้อยละ80	NA	NA	67.80	73.58	76.60
11.จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการพยาบาล	0 ราย	7	6	5	5	5
12.จำนวนนวัตกรรม / CQI / R2R	4เรื่อง / ปี	5	4	1	7	1 (COVID)
ปฏิบัติการพยาบาลการใช้กระบวนการพยาบาล 13.อัตราการใช้กระบวนการพยาบาล	≥ ร้อยละ80					
- งานผู้ป่วยนอก		79.25	80.50	82.20	85.25	68.38
-งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		76.66	76.00	82.00	84.00	81.00
-งานฝากครรภ์		75.10	80.20	88.00	88.50	90.00
-งานห้องคลอด		73.34	76.67	85.00	86.67	86.67
-งานห้องผ่าตัดและวิสัญญี (งานผ่าตัดตา)		100	100	100	100	100
-งานผู้ป่วยใน		88.83	86.77	88.79	85.56	91.14
ความปลอดภัย						
14.การรักษาพยาบาลผิดคน/ผิดตำแหน่ง	0 ราย	4	11	4	2	2
15.อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ	0 ราย	0	0	1	0	0
16. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา Admin error	<3 /1000 วันนอน	10	7	8	10	0
17.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา High Alert Drug(ระดับE-I)	0 ราย	0	0	0	0	0

18.อุบัติการณ์การให้เลือดผิด	0 ราย	0	0	0	1	0
19.อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ระดับ2-4	5/1000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง	7.18	2.39	3.26	3.76	2.28
20.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	<1/1000 วันนอน	2.00	1.54	1.86	1.61	0.98
- อัตราการติดเชื้อ VAP	0 ครั้ง/พันวันใส่เครื่องช่วยหายใจ	3.79	15.6	8.26	8.45	0
- อัตราการติดเชื้อ HAP		0.22	0.57	0.73	0.59	0.59
- อัตราการติดเชื้อ CAUTI	< 0.6/1000 วันใส่Cath	9.20	4.07	3.15	2.02	0.43
- อัตราการติดเชื้อ Phlebitis	<0.3/1000 วันให้ IV	0.40	0	0.24	0.38	0.32
- .อัตราการติดเชื้อ Endophthalmitis	0 ราย	0	0	0	1	0
- อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ	<1%	0	0	0	0	0
25.อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม / ตกเตียง	0 ราย	6	2	4	9	1
26.อัตราการผ่าตัดตาต้อกระจกผิดคน/ผิดข้าง	0 ราย	0	0	0	0	0
28.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< 3%	0.54	1.34	5.03	3.03	0
29.อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง	≥ ร้อยละ80	90.10	91.50	92.75	94.30	95.2
ความสามารถในการดูแลตนเอง / การเสริมพลัง 30.ผู้ป่วย ER.กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรง สาเหตุจากไม่รู้วิธีเฝ้าระวัง	< 2%	0.79	0.45	0.60	0.67	0.74
31.อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วย จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	<4%	3.79	4.62	4.10	4.22	3.37
-อัตราผู้ป่วยCOPD Readmit ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	< 10%	13.93	10.90	16.48	12.24	21.43
- อัตราผู้ป่วย CKD Readmit ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	≤10%	15.58	11.58	22.77	22.73	16.00
- อัตราผู้ป่วย CHF Readmit ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	≤15%	18.08	17.62	10.65	19.40	5.63
- อัตราผู้ป่วย DM Readmit ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	<4%	4.04	4.23	6.84	2.53	5.63
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล 33.อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาล	≥ ร้อยละ80	90.00	90.00	92.50	92.67	87.86
34.อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล	≥ ร้อยละ80	90.00	92.67	90.00	95.34	87.34

ii. บริบท

กลุ่มการพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแสง มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุดและมีบทบาทประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการบริหารระดับองค์กร มีคณะกรรมการบริหารการพยาบาลประกอบด้วย หัวหน้างานจำนวน 8 คน ซึ่งอยู่ในทีมพัฒนาคุณภาพด้วย และจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติที่กลุ่มการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 52 คน (ข้าราชการ 48 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ลูกจ้างรายเดือน 1 คน) เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 1 คน) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 23 คน และพนักงานอื่นๆ 19 คน รวมทั้งหมด 95 คน โดยมีหน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของที่กลุ่มการพยาบาล มี 9 งานดังนี้

- งานผู้ป่วยนอก ได้แก่ งานผู้ป่วยนอกทั่วไป /งานคลินิกNCD(DM,HT,CKD) / งานคลินิกAsthma/COPD / คลินิกPalliative Care / คลินิกจิตเวช(ร่วมอยู่ในทีมงาน) / คลินิกกัญชา(ร่วมอยู่ในทีมงาน) / ผู้ป่วยนอกเปิดบริการนอกเวลาราชการ (เวลา 16.30 - 20.30น.)
- งานผู้ป่วยนอก (คลินิกจักษุ) เปิดบริการเฉพาะครึ่งวันเช้า
- งานผู้ป่วยนอก (คลินิกVIP.) เปิดบริการเฉพาะครึ่งวันเช้า
- งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน / งานEMS / ศูนย์ส่งต่อ / งานพิทักษ์สิทธิสตรีและเด็ก(OSCC) / งานชันสูตรพลิกศพและคดี / งานหน่วยแพทย์และหน่วยปฐมพยาบาลเคลื่อนที่ / งานออกรับบริจาคโลหิตของสภากาชาด / อุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย
- งานผู้ป่วยสูติกรรม ได้แก่งานฝากครรภ์ งานผู้ป่วยก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด
- งานผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป และผ่าตัดตา (เปิดผ่าตัดตาครึ่งวันบ่าย)
- งานผู้ป่วยใน 2 ตึก
- งานหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก
- งานประกันสุขภาพ / ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์

นอกจากนั้น พยาบาลของกลุ่มการพยาบาลยังรับผิดชอบงานชมรมจริยธรรมของโรงพยาบาลชุมแสง

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: ลักษณะผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็ง กลุ่มโรคติดต่อ ไข้เลือดออก โรคติดต่อร้ายแรง COVID -19 ปี 2563 เดือนเมษายน พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย (ครอบครัวเดียวกัน) PUI ราย 20 ราย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: STEMI, Stroke, Pneumonia, , Sepsis, ESRD, PPH, PIH, Asthma, COPD UGIH, Bed Sore, ได้รับเลือด, ตกเตียง,Cataract, Birth Asphyxia ,CHF ,DM, HT, CA End Stage ,GDM,

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน: จากการวิเคราะห์อัตรากำลังโดยใช้ FTE ปีงบประมาณ2562 จำนวนพยาบาลที่ต้องการตามภาระงาน มีอัตรากำลังจริง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และProductivity งานผู้ป่วยนอก(OPD)209% งานผู้ป่วยVIP174%งานผู้ป่วยจักษุ185% งานผ่าตัดตา48% งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน124% งานฝากครรภ์+ห้องคลอด 132% งานผู้ป่วยใน136% มีการวางแผนให้ทุนเรียนพยาบาล 4ปี โดยได้ส่งไปเรียนทุกปี

ข้อมูลทุนส่งเรียนพยาบาล ปี 2553 -2565											
พ.ศ.	2553	2555	2556	2557	2558	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ทุนพยาบาล	3	5	2	5	3	3	3	1	3	2	4

ปัญหาของกลุ่มการพยาบาล คือนักเรียนทุนที่ส่งไปเรียนเมื่อถึงเวลาบรรจุจะได้ไปบรรจุที่รพ.อื่นตามตำแหน่งราชการที่ว่าง

ทำให้การวางแผนอัตรากำลังขององค์ไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:

พยาบาลจบเฉพาะทางสาขา	ระยะเวลา	จำนวน (คน)
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็ก	4 เดือน	1
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	4 เดือน	1
การพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา	4 เดือน	2
การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง(DM & HT)	4 เดือน	2
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง	4 เดือน	1
การพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	2 เดือน	1
การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ	1 เดือน	1
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช	4 เดือน	1
วิสัญญีพยาบาล	1 ปี	2
เวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาพยาบาลเบื้องต้น)	4 เดือน	4 (กลุ่มการพยาบาล)

จากการพัฒนาหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงมีบุคลากรที่มีสมรรถนะปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานเฉพาะ ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ดังนี้

หน่วยงานเฉพาะ/ความเสี่ยงสูง	จำนวนพยาบาล	อัตราที่พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะสาขา	จำนวน(คน)
งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	9	การพัฒนาระบบบริการคุณภาพด้านการส่งต่อมีประชุมทุกปี	2
		การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	1
		เพิ่มทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ.จุดเกิดเหตุทุกปี	3
		พัฒนาศักยภาพการแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วย Triage	2
		การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2
		พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างครบวงจร (EMSคุณภาพ)	2
		พัฒนาสมรรถนะบุคลากรขณะส่งต่อผู้ป่วย	2
		Smart ER & EMS Literacy	2
		การคัดกรองผู้ป่วย โดยระบบESI	4
		วิกฤตโรคหัวใจปลอดภัยทั่วไทย	2
		ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน	2
		จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยAdvane Heart Faliure Clinic	1
		การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง	1
		แนวปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนSmart ER, EMS Literacy จัดประชุม C P R ให้กับพยาบาลทุกแผนกทุกปี	1
งานห้องคลอด	6	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6
		อบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่องการคลอดมาตรฐาน	2
		อบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิด	2
		ปริกำเนิดเรื่องPractical Point in Perinatal Care	2

		การป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์	1
		Care Conference GDM & DM Un-control 2ครั้ง	2
		การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก	2
		การดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย	1
		เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรงานสูติกรรม	1
		การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับการตั้งครรภ์	3
		การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง	2
		ประชุมวิชาการสูติ-นรีเวชส่วนภูมิภาค	1
		สมรรถนะการส่งต่อ	1
		การดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดและFetal and Maternal Mortality	3
		การพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดและนำเสนอนวัตกรรม	1

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล</u>

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

- มีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด บริหารการพยาบาลโดยคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล มีหัวหน้างานในหน่วยบริการ 7 หน่วยงานเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารการพยาบาล
- เพื่อให้การบริหารการพยาบาลมีประสิทธิภาพ องค์กรพยาบาลมีการกำหนดคุณสมบัติและสมรรถนะการขึ้นสู่ตำเหน่งผู้บริการพยาบาลดังนี้

☐ หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) มีคุณสมบัติดังนี้

- ดำรงตำเหน่งหัวหน้างานมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และจะต้องปฏิบัติราชการเกี่ยวกับงานการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี
- ผ่านการศึกษาหรืออบรมเฉพาะทางด้านการบริหารการพยาบาลหรือการจัดการพยาบาล

☐ หัวหน้างาน มีคุณสมบัติดังนี้

- วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือสูงกว่า
- ปฏิบัติงานในตำเหน่งพยาบาลประจำการไม่น้อยกว่า 5 ปี
- มีความเชี่ยวชาญในงานหรือผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางนั้นๆ

☐ หัวหน้าเวร มีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- มีความเชี่ยวชาญในงาน หรือผ่านการประเมินสมรรถนะ Competency
- พยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินผ่านการอบรมหลักสูตร Advance CPR ทุกคน และมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้กับเจ้าหน้าที่ของที่โรงพยาบาลชุมแสงทุกปี
- พยาบาลห้องคลอด ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝากครรภ์คุณภาพ การคลอดมาตรฐาน และ NCPR ทุกคน และมีการจัดอบรมฟื้นฟู NCPR ให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมแสงทุกปี

☐ พยาบาลงานจักษุ คุณสมบัติดังนี้

- ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านจักษุ

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพองค์กรพยาบาลได้จัดอัตรากำลัง เวรเช้า:บ่าย:ดึก โดยพิจารณาตาม Productivity ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5:4:2(วันทำการ) 4:4:2(วันหยุด) งานห้องคลอด 2:1:1(วันทำการ) 1:1:1(วันหยุด) งานผู้ป่วยในตึก1 5:4:3(วันทำการ) 4:4:3 (วันหยุด) งานผู้ป่วยในตึก2 4:2:2(วันทำการ) 3:2:2(วันหยุด)

ผลลัพธ์ จากการวิเคราะห์ผลิตภาพทางการพยาบาลภาระงานมากกว่าอัตรากำลังทุกหน่วยงาน กรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลมีประชุมและกำหนดอัตรากำลังให้เหมาะสมตามภาระงานกับหน่วยงาน โดยจัดอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานอื่นๆ และจากพยาบาล part time เพิ่มเติมในหน่วยงานที่ขาด ส่งผลให้การดูแลทางพยาบาลเพียงพอและปลอดภัย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ องค์กรพยาบาลได้กำหนดการเรียกอัตรากำลังเสริมในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ โดยมีแนวทางในการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ซึ่งหัวหน้างานและหัวหน้าเวร สามารถดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดได้

หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง :

ผลวิเคราะห์อัตรากำลังของหน่วยต่างๆที่มีความเสี่ยงสูง ดังนี้

- งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีขาดอัตรากำลังบางช่วงเวลา เช่นการReferคนไข้ซ้ำซ้อนหรือช่วงพักเที่ยง จึงได้มีการปรับเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ และมีการกำหนดแนวทางการเรียกเสริมอัตรากำลังและสามารถขอเสริมกำลังคนได้ โดยยึดเกณฑ์ดังนี้

- ER เวรนอกเวลาราชการ (เวรบ่าย-ดึก) และวันหยุดราชการ

  กรณีมีจำนวนคนไข้มากหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน/ฉุกเฉินให้เรียกเสริม

  - ลำดับ1 เจ้าหน้าที่เวรก่อน (1. LR 2. WARD)
  - ลำดับ2 เวร Refer มาเสริม
  - ลำดับ3 เสริมจากบ้านพัก (เมื่อเข้าเกณฑ์แผนอุบัติเหตุหมู่)และเสริมจากเวรReferมือ3, มือ4

- ศูนย์ส่งต่อ มีระบบการจัดอัตรากำลังส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และสำหรับในผู้ป่วยวิกฤต, ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจใช้พยาบาล 2 คน, ไปต่างจังหวัดในยามวิกาลใช้พยาบาล 2 คน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ขณะส่งต่อ

  - <u>ในเวลาราชการ</u> กำหนดให้ERเป็นผู้ส่งต่อ กรณีต้องใช้พยาบาล 2 คน พยาบาลประจำหน่วย ไปส่งต่อร่วมกับ ER

  - <u>นอกเวลาราชการ</u> ให้ ER เป็นศูนย์ประสาน มีการจัดตารางเวรRefer ในแต่ละเวรมี 2คน เป็นมือ1และมือ2 และให้ER สามารถตามเวร On Call มือ3 และมือ 4 เพิ่มได้ ในกรณีที่มือ1 และมือ2 ไปRefer ยังไม่กลับ หรือมี Refer ซ้อนกัน ซึ่งพยาบาลที่ Refer มาจากทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล <u>ยกเว้น</u> พยาบาลที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ไม่ต้องอยู่เวรRefer (ยกเว้นกรณีสมัครใจ)

- ศูนย์ EMS งานER. โดยมีเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน / พยาบาลER เป็นผู้ออกรับเหตุ และเป็นผู้ประสานงานหน่วยกู้ชีพ / อพปร. ออกรับเหตุ

- งานสูติกรรม (ฝากครรภ์-ห้องคลอด-หลังคลอด) วันหยุดราชการและเวรบ่าย – เวรดึก มีพยาบาลวิชาชีพ ขึ้น
  - ปฏิบัติงาน 1 คน และเมื่อมีการคลอดทุกครั้ง จะมีพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน มาประจำอยู่ช่วยในระหว่างการคลอด ตามแนวทางการประสานงานที่กำหนดไว้ และสามารถขอเสริมกำลังคนได้โดยยึดเกณฑ์ดังนี้ :

  - ผู้รับบริการ ANC มากกว่า 30 คน ให้เสริมอัตรากำลัง 4 ชั่วโมง
  - (กรณีนอกเวลาราชการ) ผู้ป่วยคลอด Active Phase มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ราย พร้อมกัน หรือมีภาวะแทรกซ้อน และ ภาวะวิกฤต ตามเจ้าหน้าที่เสริมได้ 1 คน ตามความเหมาะสม

3. งานห้องผ่าตัด

3.1 งานห้องผ่าตัดทั่วไป (ปัจจุบันนี้แพทย์ไม่ได้ทำผ่าตัด)

3.2 งานห้องผ่าตัดตา : มีพยาบาลทั้งหมด 4 คน เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2 คน) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

4. งานผู้ป่วยใน

- ได้มีการจัดอัตรากำลังNA เพิ่มจากเดิมเวรบ่าย1คนมาเป็น2คน

5. งานผู้ป่วยนอก (คลินิกผู้ป่วยนอก+คลินิกพิเศษ+คลินิกVIP+คลินิกจักษุ+คลินิกANC)

- ในเวลา มีการวางระบบในการจัดอัตรากำลังสำรองทดแทนในกรณีหน่วยงานผู้ป่วยนอกขาดกำลังคน
- นอกเวลา เปิดให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 16.30 – 20.30 น. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจในเวลา และรองรับผู้ป่วยที่ตกค้างจากในเวลา และลดการตรวจโรคทั่วไปที่ER ทำให้งานบริการด้านฉุกเฉินได้รวดเร็วขึ้น สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยรอตรวจนานที่ ER ได้ มีการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีที่มีผู้ป่วยค้างตรวจจากเวรเช้า20คนขึ้นไป

การเสริมอัตรากำลังทดแทน โดยยึดเกณฑ์ดังนี้ :

- ประชุม มีการลาต่างๆ
- ทำงานคลินิกพิเศษ ได้แก่ คลินิก Asthma/COPD DM/HT/CKD/จักษุ

หมายเหตุ : กรณีต้องการความช่วยเหลือหรือประสานงานจากหน่วยงานอื่น

- ให้ประสานงานระหว่างหัวหน้างานก่อน กรณียังหาอัตรากำลังไม่ได้ให้แจ้งมาที่หัวหน้าพยาบาล
- จากผลการดำเนินงานไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน พบข้อร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการส่วนบุคคล ปี2559 = 13 ราย ปี2560 = 7 ราย ปี2561 = 6 ราย ปี2562 = 5 ราย ปี2563 = 5 ราย

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:
  - จัดทำทะเบียนการขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องมีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ไม่หมดอายุ และส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับภาระงานและใช้ในการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผลลัพธ์ไม่มีใบประกอบวิชาชีพหมดอายุ
  - ปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ในเรื่องทิศทางนโยบายของกลุ่มการพยาบาล/โรงพยาบาล ระเบียบปฏิบัติงานหน้าที่ความรับผิดชอบ พฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมวิชาชีพ
  - มีระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการทดลองปฏิบัติงาน หรือฝึกอบรม โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลประจำการในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจโดยให้ปฏิบัติงานหมุนเวียนไปทุกแผนกของกลุ่มการพยาบาลหน่วยงานละ1สัปดาห์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทุกหน่วยงานและสามารถให้มาขึ้นทดแทนหน่วยงานที่บางวันขาดขาดอัตรากำลังคนได้ และหลังจากหมุนทุกหน่วยงานแล้วจะมาอยู่เวรเช้าที่หน่วยที่ต้องปฏิบัติงานจริง 1-3 เดือน หรือจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะ จึงจะจัดขึ้นเวรบ่ายดึก
- ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เรื่องคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในปี2562 ภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 82.72 ข้อที่ได้รับการปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1.ด้านซื่อสัตย์ สุจริต ไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ 2.ดำรงตนอยู่ในขอบเขตกฎหมายบ้านเมือง 3.ไม่มีประวัติการทำผิดศีลธรรม ข้อที่ได้รับการปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับคือ 1.กิริยาท่าทางสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยนใช้คำสุภาพ 2.สุขภาพจิตสมบูรณ์ 3.ติดตามข้อมูลข่าวสารของวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ การทบทวนข้อร้องเรียนและรายงานความเสี่ยงด้านจริยธรรม

ข้อที่ถูกร้องเรียน คือ1. ด้านพฤติกรรมบริการเกี่ยวกับ การพูดจาไม่ดี กิริยามารยาทไม่ดี 2.ด้านระบบการให้บริการ เกี่ยวกับ การบริการล่าช้า รอนาน ซึ่งได้นำมาประเมิน ทบทวนตนเอง มีการสะท้อนข้อมูลกลับสู่ผู้ปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ได้มีการชี้แจงข้อมูล เพื่อให้มีการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง ที่ผ่านมาได้ดำเนินการแล้ว ก็ยังพบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ได้มีการดำเนินการจัดอบรมเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรม จัดตั้งชมรมจริยธรรมและจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับบุคลากร มีนโยบายของโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดหลัก อัตลักษณ์ของรพ."ซื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี" สร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดี และกำหนดบทลงโทษผู้ที่มีข้อร้องเรียน การบริการล่าช้าได้มีการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างรวดเร็วถูกต้องปลอดภัย มีการเปิดคลินิกตรวจผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ 16.30-20.30น. ส่งแพทย์ออกตรวจที่รพ.สต. เพื่อลดความแออัด แต่ยังเกิดข้อร้องเรียน จึงได้จัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยมาช่วยงานให้เร็วขึ้น เช่น BP. Digital แบบสอดแขนไว้ให้ผู้มารับบริการสามารถวัดเองได้ และที่ OPD ได้จัดทำใบนัดตรวจเลือดแยกสีในผู้ป่วยนัดที่NPO เพื่อจะได้เรียกคัดกรองรับบริการเจาะเลือดก่อน

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล: จากการทบทวนความเสี่ยง

- จากการทบทวนความเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยStroke, STEMI ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยStroke, STEMI และการใช้Three Refer ในระดับเขตมาใช้ในโรงพยาบาล และเน้นเพิ่มให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ไขมัน เบาหวาน ได้ทราบสัญญาณอันตรายอาการเบื้องต้นของโรค Stroke, STEMI

- ทบทวนความเสี่ยงการประเมินและคัดแยกผู้ป่วย OPD พบว่าการประเมินและคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยนอกระหว่างERกับOPD ยังไม่ชัดเจน จึงได้จัดทำแนวทางการประเมินและคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างER กับ OPD

- ทบทวนความเสี่ยงผู้รับบริการแยกโรคไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น คนไข้สงสัยTB ได้จัดบริเวณที่แยกโรคไว้แต่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม เนื่องจากบริเวณที่จัดแยกโรคไว้ให้ จะอยู่ไกลจากบริเวณห้องตรวจโรค ทำให้ผู้ป่วยกลัวถูกลืมเรียกตรวจ จึงได้จัดทำใบคำอธิบายเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อมารับบริการในครั้งต่อไป ขั้นตอนในการตรวจ และระยะเวลาในการรอผลตรวจLab โดยใบนี้จะติดกับใบนัดตรวจที่จะมาครั้งต่อไป

- ทบทวนความเสี่ยงงานสูติกรรมเรื่อง PPH ,PIH, BA พบว่าการปฏิบัติงานยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด จึงได้มีการพัฒนาองค์ความรู้และนำคู่มือแนวทางการให้บริการภาวะวิกฤตทางสูติกรรมในระดับเขต มาใช้ในหน่วยงานสูติกรรม

- การทบทวนความเสี่ยงงานสูติกรรมเรื่องGDM พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ทำตามคู่มือที่กำหนดทำให้คนไข้ไม่ได้รับกรองความเสี่ยงจึงขาดการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด เมื่อคนไข้มาคลอดทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก จึงได้วางมาตรการกำหนดให้ทุกคนในหน่วยงานปฏิบัติและพัฒนาให้ทีมวิชาชีพอื่นได้แก่แพทย์ NCD โภชนากร Lab มาร่วมในทีม

- การทบทวนความเสี่ยงผู้ป่วยผ่าตัดตาต้อกระจกพบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดตาต้อกระจก Endophthalmitis ในปี 2558-2561ไม่พบการติดเชื้อ แต่ในปี2562พบจำนวน 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทาง รพ.ชุมแสงจึงได้ส่งตัวต่อไปรักษาต่อที่รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ปี 2560-2563 มีอัตราการติดเชื้อ Uveitis คือ 0.24,3.08 และ 5.87ตามลำดับ ทบทวนสาเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มีการหยอดยาเช็ดตาด้วยตนเอง เนื่องจากญาติติดภาระงาน และเกรงใจญาติเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนของโรงพยาบาลห้องที่ใช้ในการสอนญาติหยอดตาเช็ดตาอาจมีผลจากฝุ่นจากเครื่องปรับอากาศซึ่งเป็นห้องเป็นไม่ได้ใช้ประจำ ตึกสร้างใหม่ ได้มีการกำหนดการล้างเครื่องปรับอากาศและมีการจัดFlow ของอากาศทีมงานประชุมหารือ ปรับปรุงและพัฒนามาตรการแนวทางการดูแลคนไข้ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จัดทำวิดิทัศน์เพื่อให้เป็นสื่อการเรียนรู้ก่อนจำหน่ายและมีการทบทวนความเข้าใจการปฏิบัติ

อย่างถูกต้องจัดชุดเช็ดตาให้เพียงพอก่อนกลับบ้าน

- ทบทวนความเสี่ยงของผู้ป่วยSepsisที่เสียชีวิต พบว่าการบันทึกการติดตามผู้ป่วยในระยะวิกฤต ขาดความครบถ้วนและต่อเนื่อง จึงได้มีการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและเพื่อให้เข้าใจตรงกัน
- รูปแบบการนิเทศงาน มี 2ระดับ : (1) ในเวลาราชการ นิเทศโดยหัวหน้างานและรองหัวหน้างาน กรณีมีปัญหารายงานหัวหน้าพยาบาล (2)นอกเวลาราชการ นิเทศโดยหัวหน้าเวร กลุ่มการพยาบาลได้สร้างระบบนิเทศงานให้กับหัวหน้าเวรแต่ละงานเป็นผู้ดูแล กรณีมีปัญหาให้โทรปรึกษาหัวหน้างาน หรือรองหัวหน้างานก่อน และรายงานหัวหน้าพยาบาล ตามลำดับ
- นิเทศมีความหลากหลายประเด็น จึงกำหนดให้มีการนิเทศด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เช่นการนำ
- อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบในประเด็นที่มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัย ได้แก่ STEMI, Stroke, Pneumonia, Sepsis, ESRD, PPH, PIH, Birth Asphyxia , Asthma, COPD, Sepsis, UGI Bleeding, Bed Sore, ได้รับเลือด, ตกเตียง,Cataract, CHF, DM, HT, ,GDM , AGE CA End Stage ผลการนิเทศงานทางคลินิกที่ร่วมกิจกรรมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ ทีมRisk และทีมPCT มีประเด็นการพัฒนาร่วมกันดังนี้

1. STEMI 1)การเข้าถึงระบบEMSของประชาชนยังน้อยทำให้เกิดความล่าช้า จึงได้มีการชี้แจงประชาสัมพันธ์ 1669 โดยเน้นเพิ่มให้กับผู้นำชุมชน อสม.และประชาชนกลุ่มเสี่ยงรับทราบ 2)การให้ยาSK.ในผู้ป่วยเกิดความล่าช้าเนื่องจาแพทย์จบใหม่ต้องรอconsult แพทย์เฉพาะทางก่อนถึงจะให้ยาSK ทำให้เลยเวลา30นาที ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS เพื่อให้สอดคล้องกันทั้งระบบ ใช้ระบบ Fast Tract มาใช้ในองค์กรเพื่อการประเมินคัดกรองไปในทิศทางเดียวกันรวมถึงชุมชน

2. Stroke 1)การเข้าถึงระบบEMSของประชาชนยังน้อยทำให้เกิดความล่าช้า จึงได้มีการชี้แจงประชาสัมพันธ์ 1669 โดยเน้นเพิ่มให้กับผู้นำชุมชน อสม.และประชาชนกลุ่มเสี่ยงรับทราบ 2)พัฒนาแนวทางการดูแลให้รวดเร็วและลดระยะเวลาการส่งต่อโดยมีการประสานและนำระบบ Three Referมาใช้

3. Sepsis 1)การประเมินผู้ป่วยแรกรับได้ล่าช้า และขาดประเมินซ้ำทำให้การวินิจฉัยล่าช้า 2)การได้รับการรักษาล่าช้าและไม่Properโดยเฉพาะการให้สารน้ำและATB 3)ขาดทักษะในการติดตามเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น severe sepsis และ septic shock จึงได้มีการกำหนดแนวทางการประเมินในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยSepsis อย่างเหมาะสม โดย1)มีการทบทวนCPG และProtocol ที่ชัดเจนประกาศใช้ในโรงพยาบาลเพื่อมีการประเมินและวินิจฉัยที่ถูกต้อง 2)จัดทำแบบประเมิน qSOFA and SOFA Score และการmanagement ภาวะSepsis ตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign (SSC) 3)มีการจัดทำแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนในเรื่อง Hour-1bundle, Monitoring Eary warning sign โดยใช้SOS Score ประเมินระดับความรุนแรง , ติดตามการตรวจผลLab, Keep MAP $\geq$ 65 mmHg

4. GDM การประเมินผู้ป่วยแรกรับได้ล่าช้า จึงจัดทำ Eary warning sign GDM

5. ผ่าตัดตาต้อกระจก 1)พบผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในขณะผ่าตัดตาต้อกระจก จึงได้พัฒนาจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตา เพื่อป้องกันการเกิดการภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด 2)พบผู้ป่วยที่ส่งจากแผนกผู้ป่วยใน เพื่อเข้าห้องผ่าตัดมีม่านตาขยายไม่เต็มที่ทำให้ต้องมีการหยอดยาเพิ่มในห้องผ่าตัดทำให้มีความล่าช้าในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเกินความจำเป็น และช่วยให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากจำนวนรอบที่หยอดยาขยายรูม่านตาเกินความจำเป็นลดลง ทั้งยังประหยัดเวลาและแรงงานของพยาบาลอีกด้วยจึงได้มีการพัฒนาแนวทางในการหยอดยาขยายรูม่านตาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 3)พบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดตาต้อกระจก Endophthalmitis และติดเชื้อ Uveitis จึงได้พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดตาต้อกระจกโดยมีแนวทางการดูแลตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และมีป้องกันการติดเชื้อ ตั้งแต่

แบ่งโซนสถานที่ ความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ การจัดลำดับการผ่าตัดคนไข้ที่ไม่มีการติดเชื้อก่อน

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
  - มีการนำนโยบายการประกันคุณภาพการพยาบาล และใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ เช่น Trigger , Tool , Clinical Tracer , Analysis , CQI , Care Process , SIMPLE และ 2P Safety และมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและครอบคลุม มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล ดำเนินการตามระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการมีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์ จำแนกตามโปรแกรมความเสี่ยงและระดับความรุนแรง
  - Infection Control มีมาตรการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ได้มีแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยSepsis มีการกำหนดแนวทางการประเมินในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย sepsisอย่างเหมาะสม โดยมีการทบทวนCPGและมี Protocol ที่ชัดแจน
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยSTEMI มีจัดทำCPGในการดูแลผู้ป่วยACS จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน เช่น เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ(AED) , Ventilator, EKG monitor และความพร้อมของรถกู้ชีพ มีการพัฒนาทักษะพยาบาลในการอ่านแปรผลคลื่นหัวใจเบื้องต้นได้และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase) นำระบบ THREE REFERมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย มีBox Set MI และ CPR. พยาบาลReferผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยStroke มีการจัดทำCPGในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Fast Tract Stroke) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่รวดเร็วภายใน30นาที ได้มีการกำหนดแนวทางการส่งต่อร่วมกับรพ.สวรรค์ประชารักษ์ และมีทีมIMCในติดตามการดูแลผู้ป่วยStrokeระยะกลาง(Intermidiate Care)ที่กลับมานอนพักฟื้นAdmitที่โรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ มีการจัดสถานที่แยกโรค ใส่Mask ประเมินความรุนแรงของโรค ให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยPPH มีการใช้CPG PPHระดับเขต มีการกำหนดแนวทางส่งต่อ Fast Tract PPHร่วมกับรพ.สปร.
  - ความปลอดภัยการดูแลผู้ป่วยVAP โดยการใช้หลักการดูแลWHAPO
  - มีการเตรียมความพร้อมสำหรับโรคอุบัติใหม่และโรคติดต่อร้ายแรง และภัยสุขภาพ เช่น COVID -2019 ด้านอัตรากำกำลัง สถานที่รองรับ แนวทางปฏิบัติตามการUpdate การกำกับติดตาม สนับสนุนเมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนปลงเพื่อให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยการติดเชื้อในบุคลากรอย่างใกล้ชิด
  - ความปลอดภัยการดูแลคนไข้ผ่าตัดตาต้อกระจกที่มีภาวะวิกฤติ มีแนวทางการประสานงานทีมงานจากหน่วยงานอื่น เพื่อช่วยเหลือคนไข้ผ่าตัดตาต้อกระจกที่มีภาวะวิกฤติได้ทันท่วงที
  - ในด้านบทบาทของพยาบาลต่อการเสริมสร้างความปลอดภัย คือเรื่องการพัฒนา Safety checklist Round ตามประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับแต่ละหน่วยบริการ และนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาความเสี่ยง ตรวจสอบความปลอดภัยในผู้ป่วย
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:
  - ร่วมกับทีมนำทางคลินิก/ PCT นำ Evidence base practice มาใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่นการใช้ Pain score ในพยาบาลเพื่อดูแลอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง , การใช้ PPSในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

แบบประคับประคอง ,การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทางService plan เขต3 / Thailand sepsis 2018 ,การใช้ SOS score มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย , MI. / Stroke ได้เพิ่มช่องทางด่วนในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามCPGที่กำหนด โดยสามารถทำEKGอ่านและแปลผลเบื้องต้นได้ก่อนพบแพทย์ มีการรายงานแพทย์ทางLine และมีแนวทางการคัดกรองเบื้องต้น โดยใช้Warning Sign และขยายลงสู่ชุมชน , ในผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด มีการให้การพยาบาลแบบActive Management และการใช้ถุงรองเลือด , มีใช้แนวทางการMonitor กลุ่มยาHAD เพื่อการฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ Early detection

- การพัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือพิเศษ Ultrasound , NST , Incubator , Radian Warmer , Photo, Monitorสำหรับทารกแรกเกิด ,Defibrillator , Bird Respirator

- การส่งตรวจ CT เพื่อการพัฒนาระบบการประเมินและวินิจฉัย ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในผู้ป่วย Stroke , Brain Trauma

- มีระบบขอความช่วยเหลือ หากเกิดปัญหาระหว่างปฏิบัติงาน โดยกดกริ่งฉุกเฉิน
- มีการพัฒนาทักษะพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัยมากขึ้น ได้แก่ เวชปฏิบัติฉุกเฉิน1คน , เวชปฏิบัติทางตา 2คน , การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็ก 1คน ,การพยาบาลมะเร็ง1คน , การพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง(DM & HT) 2คน ,การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ 1คน , การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 1คน , เวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาพยาบาลเบื้องต้น) ที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มการพยาบาล 4คน , วิสัญญีพยาบาล 2คน

- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:
  - พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ จะได้รับการปฐมนิเทศดังนี้ เรื่อง CPR การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ขอบเขต งานประจำหน่วย การประสานงาน หน้าที่ความรับผิดชอบประจำเวร 5ส. ระบบคุณภาพ QA / HA และจัดให้ฝึกปฏิบัติงานทุกหน่วยของกลุ่มการพยาบาล หน่วยงานละ 1 สัปดาห์ เพื่อเรียนรู้ระบบงานและฝึกปฏิบัติในหน่วยงานที่กำหนด 1 เดือน โดยมีการจัดตารางเวรพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยง โดยประเมินสมรรถนะเป็นระยะๆ จนกว่าจะสามารถปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์สมรรถนะแต่ละหน่วย สำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์และย้ายมาปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมแสง จะได้รับการปฐมนิเทศใช้ระยะเวลาหน่วยงานละ 3 วัน และฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงานที่กำหนด 4 สัปดาห์ ยกเว้นห้องคลอดจะใช้เวลาการฝึกปฏิบัติ 3-6 เดือน หรือจนกว่าจะผ่านการประเมินจากหัวหน้างาน
- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:
  - การจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้เข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน ครอบคลุมเป็นเครือข่ายทุกรพ.สต.และมีการจัดตั้งคลินิกในวันอังคาร(บ่าย) ให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยและครอบครัว มีช่องทางปรึกษาทางโทรศัพท์ และจัดอุปกรณ์สนับสนุนเมื่อผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตชีวิตที่บ้าน
  - มีการจัดการความรู้มาอย่างต่อเนื่อง ในปี2559 จำนวน 5 เรื่อง1)เชื้อดื้อยา (IPD) 2)การคงสภาพปราศจากเชื้อ(Supply) 3)ผ้าอุ่นไอรัก(LR) 4)STEMI-MEAH(ER) 5)Refer Perfect(ER) ในปี2560 4 เรื่อง1) Chest to bag (IPD) 2) Awareness for healthy(IPD) 3)ป้ายสื่อดื้อยา(IPD) 4)การสื่อสารการนิเทศพยาบาลสู่การปฏิบัติ(IPD) ปี2561 3 เรื่อง 1)โมเดลสื่อสาธิต สมุดคู่คิดพิชิตเบาหวาน(NCD) 2.Box Set (ER) 3.สีช่วยได้(เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่NPOเพื่อลัดคิวการตรวจ) OPD ในปี2562 2 เรื่อง1)จัดทำคู่มือการฝากครรภ์คุณภาพให้กับรพ.สต.ทุกแห่งเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ (LR) 2)จัดทำแนวทางการดูแล

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์(LR) ปี 2563 1.การจัดตั้งคลินิกPalliative Care 2. การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยCOVID-19 3. การลดการแออัดผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช CKD DM 4. Smart Data with Google Form

- มีการนำเสนอผลงานนวัตกรรม/CQI ในปี2562 โดยศูนย์คุณภาพได้จัดเวทีนำเสนอผลงานการจัดการความรู้ (Reward for KM) มีการนำเสนอ 2ครั้ง(รพ.ชุมแสง1ครั้ง,คปสอ.ชุมแสง1ครั้ง) ซึ่งหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาลร่วมนำเสนอด้วยดังนี้ เรื่อง1) การบริหารนิเทศเชิงคลินิกร่วมกับทีมPCT 2)การพยาบาลกับประสิทธิภาพทางการเงิน (IM – MRA) 3)การพยาบาลEOL สู่ Model เรียนรู้(การพัฒนาทักษะการดูแล Empowerment , D/C Plan, Surveillance Target good –VAP, CAUTI , Phlebitis , MDRS) 4) HAVE-ME2 (การพัฒนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C >9) 5) Fix With Color การเตรียมความพร้อมชุดอุปกรณ์ที่สำคัญ -Bird Respirator) 5)การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Sepsis ปี2563 บูรณาการสถานการณ์ COVID-19 กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล , องค์กรสร้างสุขวิถีใหม่ (New Normal Organization)
- มีการอบรมความรู้เรื่อง CPR และNCPR ทุกปี

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ เป็นคณะกรรมการบริหารงานต่างๆของโรงพยาบาล เช่น คณะกรรมการอำนวยการคณะกรรมการบริหารงานโรงพยาบาล คณะกรรมการHRD คณะกรรมการPCT คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(Risk) คณะกรรมการIM คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(เป็นแกนนำงานIC.) คณะกรรมการPTC คณะกรรมการบริหารความขัดแย้ง คณะกรรมการENV คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล(เป็นQRT.ของรพ.) คณะกรรมการ5ส.ของโรงพยาบาล (เป็นแกนนำงาน5ส.) เป็นต้น

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

- เพื่อส่งเสริมนโยบายความปลอดภัยกลุ่มการพยาบาลกำหนดประเด็นนิเทศทางการพยาบาลด้านความปลอดภัยตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีการติดตามต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยSepsis, การคลอดแม่ลูกปลอดภัย, การใช้ยาHADอย่างปลอดภัย, การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างปลอดภัย, การลดการติดเชื้อVAP, การลดการติดเชื้อCAUTI, การลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดตา

- การป้องกันการติดเชื้อ: อัตราการติดเชื้อในภาพรวมลดลงเล็กน้อย เป้าหมาย<1/1000 วันนอน ในปี 2561=1.86 ในปี2562=1.61 ปี 2563 (ต.ค.-มี.ค.63) 0.98 ซึ่งยังเกินเป้าหมาย การติดเชื้อที่ลดลงคือ VAP CAUTI และ Pheblitis การติดเชื้อที่ตาเพิ่มขึ้น. ได้ติดตามสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่คำแนะนำ กลุ่มที่ติดเชื้อเป็นผู้สูงอายุ,ห้องสอนเช็ดตาก่อนจำหน่ายมีฝุ่นละออง, ทักษะการสอนแตกต่างกัน จึงมีปรับแนวทางดังนี้ 1. การให้ข้อมูลก่อน-หลังการผ่าตัดโดยมีผู้ดูแลร่วมรับรู้ 2.ทีมพยาบาลร่วมกันจัดทำแนวทางการเช็ดตาหยอดตา 3.จัดแผ่นพับ/วิดิทัศน์สื่อการเรียนรู้ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3.กำหนดระยะเวลาการทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ ,เน้นหลีกเลี่ยงบริเวณการฟุ้งละอองของฝุ่นขณะเช็ดตาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านหลังและมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

- การบริหารความเสี่ยง RM : ส่งเสริมสนับสนุน มีพยาบาลเป็นเลขาทีม RMมีบทบาทประสานทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านคลินิกและทางกายภาพ รวบรวบวิเคราะห์อุบัติการณ์ จำแนกตามโปรแกรมและระดับความรุนแรง และรายงานอุบัติการณ์ระดับE ขึ้นไป ให้กับทีมNSO , PCT, PTC, ENV, IC เพื่อนำมาแก้ไขร่วมกันในส่วนที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน
- การดูแลผู้ป่วย ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับนำผลการติดตาม/ประเมินผล จากทีมPCTมาจัดทำแผนนิเทศพยาบาลเชิงคลินิก ได้แก่ STEMI, Stroke, Pneumonia, ESRD, PPH, PIH, Asthma, COPD, Sepsis, UGI

Bleeding, Bed Sore, ได้รับเลือด, ตกเตียง,Cataract, Birth Asphyxia และในปี2562 ได้ค้นพบปัญหาโรคเพิ่มคือ DM,HT,GDM,AGE ได้ออกแบบการนิเทศงานทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการติดตาม เฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาและดูแลผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ผลสรุปการนิเทศการพยาบาล (รายละเอียดอยู่ในเอกสารแนบประกอบในหัวข้อประเมิน35 ระบบการบริหารการพยาบาล)

- การดูแลกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล : กำหนดให้มีการตรวจร่างกายประจำปีและติดตามภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่จัดหน้าที่ให้สอดคล้องกับสุขภาพบุคลากร ,ส่งเสริมความรู้พัฒนะทักษะการป้องกันการติดเชื้อรวมถึงการปรับจัดสถานที่อุปกรณ์ให้เพียงพอ ปี2563 การรองรับCOVID-19 นิเทศติดตามจัดARI และปรับสถานที่การรองรับผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยใน มีการจัดอัตรากำลังกำหนดแผนสำรอง กำหนดการเฝ้าระวังติดตามความปลอดภัย พบว่าไม่พบบุคลากรติดเชื้อCOVID-19

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

- เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย และบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาล องค์กรพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานนำมาตรฐานHA ,Q.A.การพยาบาลผลคะแนนภาพรวม 51.63 , ความพึงพอใจของผู้รับบริการ , Service Plan งานคุณภาพ/นวัตกรรมสร้างองค์ความรู้ในหน่วยงาน ใช้เป้าหมายและตัวชี้วัดประกอบการประเมินในการเลื่อนขั้นเงินเดือน วิธีการประเมิน 1. กำหนดตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน 2.กำหนดผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน 3.กำกับติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์และประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่บรรลุเป้าหมายได้มีการนำมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพต่อไป

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

- เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบอย่างทั่วถึง เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วยและให้ยึดปฏิบัติมีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่สภาการพยาบาล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขฉบับประกาศไว้ในบริเวณจุดให้บริการ

(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

- ส่งพยาบาลเข้าอบรมตามนโยบาย Service Plan และนำมาพัฒนางานในหน่วยงาน เช่น Case manager DM & HT , Case manager Palliative care , เฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็ก ,เฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน , เฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตา
- ส่งเสริมการนำความรู้เชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ PPH ,PIH ,BA ,GDM ,Umbilical cord prolapsed ,Stroke ,STEMI ,Sepsis ,VAP, Pneumonia ,DM ,Bed Sore ,Palliative Care มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหา AEร่วมกับPCT ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญ ผู้ป่วย Unplan Dead , Unplan Refer นำผลที่ได้มาเทียบเคียงกับข้อมูลทางวิชาการของแต่ละโรค และมีการพัฒนาในส่วนที่ขาด ยังไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ นำ Early warning sign มาใช้ในการประเมินในผู้ป่วยทุกราย ทุกโรคโดยมีการกำหนดรายละเอียด ในการประเมินแยกเป็นกลุ่มโรคที่ต้องดูแลต่างกัน ในรายผู้ป่วยSepsis มีการใช้ qSOFA และ SOFA Score ในการประเมิน และใช้ SOS Score ในการติดตามการดูแลผู้ป่วย ใช้ SBARในการรายงานแพทย์ ในผู้ป่วยBed Sore มีการใช้Braden Scale ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้ Glasgow Coma Score ในการประเมินภาวะบาดเจ็บทางสมอง มีการใช้Pain Score ในการประเมินความปวด มีการดูแลแบบPalliative Care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

- ส่งเสริมให้พยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยแพทย์แผนไทย มีระบบการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้

ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิต O2 เตียงนอน ไม้เท้า Walker ชุดทำแผล มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น วันแม่12สค.ให้ลูกมอบพวงมาลัยให้แม่ที่เตียงคนไข้ ในวันปีใหม่ได้มอบของขวัญให้กับผู้ป่วยที่Admit เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

- เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่าย กลุ่มการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ โดย 1) กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องทำการวางแผนจำหน่าย เช่น กลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรคหลอดเลือดสมอง(IMC) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง CHF, COPD, ESRD, DM กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือมีอุปกรณ์ติดตัว 2)เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ 3)เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน 4)ประเมินผลการวางแผนจำหน่ายรายบุคคลที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 5)ส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่รับผิดชอบแต่ละงาน ซึ่งในปีนี้ได้มีการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยองค์กรพยาบาลและทีมนำทางคลินิกและทีมเครือข่ายในชุมชนได้ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีการเปิดคลินิกPPCขึ้นทุกบ่ายวันอังคาร และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ 6)กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ตามแผน ได้มีการประสานชุมชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรภาครัฐอื่นๆ ได้แก่หน่วยงานประชาสงเคราะห์ / ศูนย์ไร้ที่พึ่ง

(4) บันทึกทางการพยาบาล:

- ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง พบว่ามีความสมบูรณ์ของผู้ป่วยในปี 62 =90.98 % , ปี 63 = 90.21% และผู้ป่วยนอกปี 62 =78.00 % , 63 =85.46 %ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานนำข้อมูลการ Audit ความสมบูรณ์ของคณะกรรมการเวชระเบียน ในส่วนของการบันทึกการพยาบาลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนา โดยให้พยาบาลในหน่วยงานที่เป็นผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนระดับจังหวัด ถ่ายทอดความรู้ให้กับพยาบาลประจำหน่วยงานต่างๆ
- ผลการวิเคราะห์การบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่าในขั้นตอนของการประเมินผู้ป่วย การบันทึกอาการสำคัญไม่ครอบคลุม ขาดการระบุปัญหา/กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านสังคมและจิตวิญญาณ ประเด็นสำคัญในโรคตามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยังไม่ครบถ้วนถูกต้องและขาดการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา ความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับก่อนจำหน่ายเขียนไม่ครบถ้วน และขาดการสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบปัญหา
- มีทีมตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการบันทึกทางการพยาบาล ตามเกณฑ์ของสป.สช. นำผลลัพธ์มาพัฒนาได้แก่ การวางแผนการจำหน่าย

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:

- ใช้การประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลโดยผสมผสานไปในการกำกับติดตามงานระดับทีม เช่น PCT Risk IC การนิเทศติดตามทางคลินิกทางการพยาบาล นำสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsisมีการใช้ qSOFA และ SOFA Score ,เชื้อดื้อยามีแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา , ผู้ป่วย Pneumoniaใช้ SBARในการรายงานแพทย์, ผู้ป่วยBed Sore มีการใช้Braden Scale , ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการดูแลแบบ Palliative Care , ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมีการใช้Pain Score ในการประเมินความปวด ในรายที่มีการติดเชื้อใช้ MEWS, SOS Score ในการประเมิน , การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยมีการใช้ Early warning sign ในการประเมิน

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ผ่านประเมินรพ.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ปี2561 (รับรองปี2561-2563)
- โล่โรงพยาบาลผลงานดีเด่นระดับเขต NCD Clinic Plus ปี2562
- ผลงานดีเด่นระดับประเทศ NCD Clinic Plus Awards ปี2562
- ใบประกาศนียบัตรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมแสงเป็นองค์กรแห่งความสุข ชนะเลิศของจังหวัดนครสวรรค์

ปี2562

- ใบประกาศนียบัตร Green& Clean Hospital การรับรอง1 กรกฎาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2563
- ใบประกาศนียบัตรนำเสนอผลงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ ปี2561

v. <u>แผนการพัฒนา</u>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล	3.5	L,I	-พัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่องและบุคลากรใหม่ -พัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลเพื่อรองรับการจัดหน่วยบริการ เช่น Intermedia Care, CKD clinic, NCD clinic, Asthma/COPD clinic, Mini ICU, Eye clinic, Palliative Care clinic ดูแลต่อเนื่องในชุมชน -พัฒนาการประเมินผลการนิเทศกำกับด้านมาตรฐานการพยาบาล -การใช้ Data and Information ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารทางการพยาบาล
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3.5	L,I	-นิเทศกำกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งยังขาดการประเมินอย่างต่อเนื่องและขาดการนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข -พัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาล -พัฒนาให้มีการจัดทำCQI , นวัตกรรม และการทำวิจัยR2R ทางการพยาบาล -พัฒนาคุณภาพความปลอดภัยในประเด็นที่เป็นปัญหา

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
การจัดทำ Case Conference	4 ครั้ง/ปี	4	7	6	4	4	4
ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 85	77.13	87.18	87.84	88.66	90.98	90.21
ร้อยละของการพัฒนาแนวทางการประสานการดูแลผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาระหว่างแพทย์และทันตแพทย์	100	100	100	100	100	100	100
การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่ทันสมัย	อย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	1	1	1	1	1	1

ii. บริบท

โรงพยาบาลชุมแสงถูกจัดให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F1) ตาม Service planของกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันมีจำนวนเตียงให้บริการเท่ากับ 60 เตียงรับผิดชอบประชากรทั้งอำเภอเท่ากับ 64,555 คน ปัจจุบันมีแพทย์ทั่วไป 7 คน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 คน,แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, แพทย์อายุรกรรม 1 คน ในส่วนของจักษุแพทย์ เดิมมี 1 คน ได้ลาออกไป เนื่องจากต้องการดูแลบุตรด้วยตนเอง แต่ได้มีการขอสนับสนุนจักษุแพทย์มาช่วยตรวจ Past Time จำนวน 1 ท่าน โดยจะมาช่วยออกตรวจ OPD อาทิตย์ละ 2 วัน และผ่าตัดตาสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: การให้บริการดูแลผู้ป่วยประเภททั่วไป ระดับปฐมภูมิ มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุกรรม 1 คน

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยในกลุ่มโรค SEPSIS Stroke Pneumonia STEMI DM

iii. กระบวนการ

(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ขึ้นเพื่อ กำกับดูแลด้านมาตรฐานวิชาชีพ และ ด้านจริยธรรม โดยมีการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน อัตราการจัดประชุมขององค์กรแพทย์ คิดเป็น 100%

- ด้านการพัฒนาคุณภาพ แพทย์มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนทีมนำด้านต่างๆ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นประธาน และเป็นที่ปรึกษาของทีมคุณภาพในโรงพยาบาล โดยมีการประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ พบว่าทีมนำทุกทีมของโรงพยาบาล มีแพทย์เป็นประธาน 100 %

(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:
- เนื่องจากมีการบูรณาการคลินิกพิเศษเฉพาะโรคในรพ.ชุมแสงจำนวนมาก แต่จำนวนแพทย์มีอยู่น้อยกว่ากรอบ FTE การจัดแพทย์เพื่อประจำแผนก IPD จึงยุติลงไป และให้แพทย์ round ward caseของตนเองที่ได้ Admit เข้ามา, ข้อดีคือแพทย์เพียงพอต่อการจัดสรรลงคลินิกต่างๆและได้ดูแล Case ต่อเนื่องตั้งแต่ต้น
- มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแพทย์อย่างชัดเจนในการทำงาน ว่าแต่ละสัปดาห์จะรับผิดชอบดูแลแผนกใดบ้าง โดยจะผลัดหมุนเวียนทุก 2 สัปดาห์ และ แบ่งความรับผิดชอบในการให้คำปรึกษารายโรคของแพทย์แต่ละท่าน ในส่วนของแพทย์เฉพาะทางจะมีบทบาทเข้ามาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในคลินิกพิเศษต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น แพทย์อายุรกรรม จะตรวจcase DM uncontrol หรือผู้ป่วยที่มี Co-morbid ซับซ้อน ที่ต้องระวังการใช้ยาร่วม ,CKD clinic ในผู้ป่วย stage 4-5,Clinic warfarin , กุมารแพทย์จะตรวจ Case เด็ก ,well baby Clinic,คลินิกพัฒนาการเด็กล่าช้า, แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชน จะออกตรวจ Clinic จิตเวชและวางกรอบแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน

ชุมชนถึงระดับรพ.สต เพื่อครอบคลุมการดูแลเชิงรุกในชุมชนด้วย. ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานมากขึ้นในระดับรพ.ประจำอำเภอ.รวมทั้งลดการ Refer ไปยังรพ.ประจำจังหวัด, ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น.

- องค์กรแพทย์มีข้อตกลงในเรื่องการจัดให้มี second opinion ในกรณีพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษาหรือผู้ป่วยและญาติมีความเห็นขัดแย้งกับแพทย์เจ้าของไข้หรือความเห็นแพทย์และพยาบาลไม่ตรงกันในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้พยาบาลโทรปรึกษากับผู้อำนวยการ หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายได้โดยให้ปฏิบัติตามความเห็นของผู้อำนวยการหรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย
- จักษุแพทย์มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคตาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและรับให้คำปรึกษาแก่แพทย์ทั่วไปร่วมด้วยทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ
- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:
- โรงพยาบาลกำหนดให้แพทย์สามารถเข้าร่วมการประชุมอบรมสัมมนาภายนอกโรงพยาบาล ปีละ 2 ครั้งหากมีการประชุมภายในจังหวัดไม่จำกัดจำนวนครั้ง
- ในการประชุมองค์กรแพทย์ มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์แต่ละท่านการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทการสื่อสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันของโรงพยาบาล
- มีการแลกเปลี่ยนผ่านเวทีการพัฒนาคุณภาพในงานต่างๆโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระบบยา
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:
- โรงพยาบาลชุมแสงเป็นสถาบันที่มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะ จากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

หมุนเวียนคราวละ 2 เดือน โดยแพทย์ที่มาหมุนเวียนมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทย์สภาทั้งสิ้น. โดยให้มีและได้จัดภาระงานเทียบเท่าแพทย์ประจำ ทีมองค์กรแพทย์เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาสำหรับกรณีที่มีปัญหาติดขัดหรือ Case ที่มีข้อสงสัยในการรักษา สามารถเข้าสอบถามทีมองค์กรแพทย์ในระบบช่องทาง Line หรือ ปรึกษาเป็นการส่วนตัวเพื่อให้ผู้ป่วยผู้รับบริการปลอดภัยสูงสุด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแพทย์มาเวียนบ่อยจึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานแต่ไม่มีผลกับการให้บริการในส่วนขององค์กรแพทย์

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ประธานองค์กรแพทย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาล กำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมแพทย์ ในองค์กรแพทย์โดยใช้วิธีแนะนำช่วยเหลือเพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้ดี
- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- กำหนดให้แพทย์แต่ละคนรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรคที่สำคัญของโรงพยาบาลเช่นผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยโรคทางสูติ-นรีเวชผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยมีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยและมีการสื่อสารภายในองค์กรแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น
- อายุรแพทย์เป็นประธานคณะกรรมการ PTC และเป็นแกนนำในการทบทวนคุณภาพของเวชระเบียน เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน
- องค์กรแพทย์ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี 2562 คิดเป็น 90.98 ซึ่งได้ตามเป้าหมายที่วางไว้
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

- มีการทำงานร่วมกับทีม PTC ในการออกแบบระบบการการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม (DUE) ของโรงพยาบาล เช่นยาลดไขมันในเลือดยาต้านเกร็ดเลือดยาลดความดันโลหิตยาคุมโรคหืดยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง
- มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical guideline) ในประเภทต่างๆเพื่อให้มีความเหมาะสมปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตลอดจน ส่งเสริมให้แพทย์ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเช่นการดูแลผู้ป่วย Fast track (Acute stroke, STEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคหืด/โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมและทารกแรกเกิด
- มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานเช่น Application Lineในการปรึกษาระหว่างแพทย์/พยาบาลในรพ. ,ในเครือข่ายรพ.สต ที่แพทย์เป็นผู้กำกับดูแล,แพทย์เฉพาะทางที่รพ.จังหวัด สวรรค์ประชารักษ์ เป็นต้น และการส่งต่อข้อมูลทาง e mail หรือ program Thai refer ในกรณีส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดมีการเก็บข้อมูลการรักษาโดยโปรแกรม Hospital OS โดยมีแพทย์เป็นผู้ key ข้อมูลการวินิจฉัย และการรักษา.
- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- โรงพยาบาลชุมแสงกำหนดให้มีแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที
- องค์กรแพทย์มีการนำข้อร้องเรียนมาเป็นข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้รับบริการและปรับปรุงระบบการทำงานมาเป็นลำดับ
- การเปิด OPD นอกเวลาราชการในช่วงเวลา 16.00 – 20.00 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย และลดความแออัดในการรับการรักษาในช่วงวันทำการปกติ

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามข้อตกลง จึงมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้อำนวยการเป็นเข้าร่วมประชุม กวป ระดับจังหวัด เพื่อรับนโยบาย ข้อมูล เรื่องเร่งด่วน ของ นายแพทย์ สสจ. และมาชี้แจงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อวางแนวทางปฏิบัติงาน
2. ในโรงพยาบาลมีการปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนหักษะ การนิเทศ โดยแพทย์เฉพาะทาง และการทบทวนการตรวจโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- ทีมนำของโรงพยาบาล จะมีแพทย์เป็นประธานหรือที่ปรึกษา และเป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพ ในทีมนำต่างๆ โดยมีการประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแนวทางการทำงานในด้านต่างๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- NCD Clinic Plus Awards โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ปี 2561
- NCD Clinic Plus Awards โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ผลงานดีเด่นระดับเขต และระดับประเทศ ปี 2562 ของกรมควบคุมโรค

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
40. องค์กรแพทย์	4	L	• มีการทำ case conference เพื่อแลกเปลี่ยนและเพิ่มพูนทักษะความรู้ทุก 3 เดือน • มีการจัดทำตัวชี้วัดและมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพการรักษาและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ • มีการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยรายโรค

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
1.จำนวนครั้งอุบัติการณ์ เกิดอุบัติเหตุจากโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อม	0	0	0	0	0	0
2.จำนวนครั้งโจรกรรมทรัพย์สิน	0	0	0	1	0	0
3.จำนวนครั้งของการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย	1	1	0	1	1	0
4.จำนวนการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	0	8	2	7	0	0
5.ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบ	100%	100	100	92.68	98.62	98.83
6.คุณภาพน้ำอุปโภค/บริโภค 20 พารามิเตอร์	ผ่านเกณฑ์ 100 %	100	100	100	100	100
7.ค่า BOD (3 ครั้ง/ปี)	≤ 20 mg./l	12/32/13.8	5.4/5/19	12/34/6	24/3/4/8	4/13

ii. บริบท

ลักษณะสิ่งก่อสร้าง: โรงพยาบาลชุมแสง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีอาคารที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 5 อาคาร และเป็นอาคารสนับสนุน จำนวน 7 อาคาร โครงสร้างอาคารเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอย

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: เครื่องมือทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมแสง มีทั้งหมด 297 แบ่งเป็น

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: เครื่องมือทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมแสง มีทั้งหมด 297 แบ่งเป็น

1.เครื่องมือความเสี่ยงสูง (High Risk) จำนวน 45 เครื่อง ได้แก่ เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) ตู้อบเด็ก (Infant Incubators) เครื่องตรวจวัดสัญญาณ (Vital Sign Monitor)เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดา (Infusion Pump) เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดา (Syringe Pump), เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดา (Syringe Pump) เครื่องตัดจี้ด้วยไฟฟ้า(Electrosurgical Unit)เครื่องดมยาสลบ (Anesthesia Units and Vaporizers) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)เครื่อง Ultrasound

2.เครื่องมือความเสี่ยงปานกลาง(Medium Risk) 22 เครื่อง ได้แก่ เครื่องปั่นปัสสาวะ (Centrifuge) เครื่องปั่นเลือด (Hematocrit))

3. เครื่องมือความเสี่ยงต่ำ (Low Risk) 230 เครื่อง ได้แก่ เครื่องควบคุมการใช้ออกซิเจน (Flow Meter) เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติ (Auto Blood Pressure) เครื่องวัดความดันแบบปรอท (Sphygmomanometers) ฯลฯ

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- อาคารและสิ่งก่อสร้างใช้แบบแปลนจากกองแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข

- มีการตรวจสอบโครงสร้าง อาคารและสถานที่ โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ เป็นประจำทุกปีๆ ละ 1 ครั้ง วันที่ 5-7 มิถุนายน 2561
- 12-14มิถุนายน 2562 มีการตรวจสอบโครงสร้าง อาคารและสถานที่ โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 นครสวรรค์ ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ระดับคุณภาพ)และสอบเทียบเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
- ปี 2561 ปรับปรุงทางลาดรถเข็นสำหรับผู้พิการให้มีความสะดวกในการมาใช้บริการทุกช่องทางเข้า-ออก
- ปี 2562 ปรับปรุงทางเดินเท้า การแบ่งขอบเขตของทางเดินเท้าออกจากเส้นทางจราจรของยานพาหนะ

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ENV เป็น 5 ทีมย่อย เป็นผู้ดูแลแต่ละระบบ ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยประธาน ENV เป็นผู้ติดตามผลการดำเนินงานแต่ละระบบ
  - ระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 95.00
  - ระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 97.50
  - ระบบสื่อสารในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 85.12
  - ระบบอาคารและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 91.31
  - ระบบเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 92.50

(3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)

- พบความเสี่ยงจากทีม Risk จำนวน 21 เรื่อง ได้รับการแก้ไขจำนวน 8 เรื่อง เช่น น้ำประปาไม่ไหล ,ไฟฟ้ารั่วที่พื้น , เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ ,การทำงานในที่อับอากาศ ,เครื่องสำรองไฟไม่ทำงาน, หม้อน้ำรถยนต์รั่ว ในปี 2562 จัดทำแผนซ้อมแผนอัคคีภัย , ล้างสิ่งสกปรกบริเวณหลังคาอาคาร , รณรงค์คัดแยกขยะ , ระบบระบายอากาศ ,ระบบการส่งต่อเครื่องมือ , การป้องกันนกพิราบ

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- พบอุบัติการณ์หลังคารั่วหลังฝนตกหนักทุกครั้งทำให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน ปี 2561 ได้ดำเนินการปรับปรุงสร้างหลังคาครอบทับหลังคาอาคารจุดที่มีน้ำรั่วซึม ยังไม่พบอุบัติการณ์หลังคารั่ว
- การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก การจัด One Stop Service ให้กับผู้สงสัยโรคระบบทางเดินหายใจแผนกผู้ป่วยนอก จัดสร้างห้องแยกระบบ Negative Pressure จำนวน 2 ห้อง รองรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรควัณโรค

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
18 มกราคม 2560	อบรมการป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	60 คน
5-7 มิถุนายน 2561	อบรมวิศวกรรมความปลอดภัย	21 คน
24 พฤษภาคม2562	อบรมการซ้อมแผนอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	60 คน

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์

- ปี 2562 ปรับปรุงบัญชีรายชื่อสารเคมี (MSDS)
- อบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้สารเคมีให้มีความปลอดภัย จำนวน 14 คน
- จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันสารเคมี เช่น PPE

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

- อุบัติเหตุหมู่ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมแสงตั้งอยู่บริเวณใกล้ถนนใหญ่ มีลักษณะโค้ง มีทางแยกหลายทาง ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ทุกปีๆละ 1 ครั้ง
- น้ำท่วม เนื่องจากโรงพยาบาลชุมแสงเคยถูกน้ำท่วม ปี 2554 มีแผนป้องกันน้ำท่วมโรงพยาบาล
- อัคคีภัย เนื่องจากลักษณะความซับซ้อนของโครงสร้างอาคาร และมีวัสดุติดไฟง่ายอยู่ในแต่ละหน่วยงาน ซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยทุกปีๆละ 1 ครั้ง

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

- การจัดทำแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์รองรับภาวะฉุกเฉินโรคระบาด

(3) การฝึกซ้อมแผน

- ซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่วันที่ 16 สิงหาคม 2561 จำนวนผู้เข้าร่วมซ้อมแผน 50 คน
  เป็นการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ที่ผู้บาดเจ็บมากกว่า 10 ราย โดยประสานความร่วมมือหน่วยงานเครือข่ายอำเภอชุมแสง เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยกู้ภัย เกิดแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือ นำส่ง ผู้บาดเจ็บ ซ้อมกรณีที่ ผู้บาดเจ็บจำนวนมากต้องประสานหน่วยงานโรงพยาบาลข้างเคียง เกิดข้อเสนอแนะ แนวทางปรับปรุงในการซ้อมครั้งต่อไป

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- โครงการซ้อมแผนและป้องกันอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจากเทศบาลนครนครสวรรค์ มาอบรมการดับเพลิงเบื้องต้น การใช้ถังดับเพลิง จำนวนผู้เข้าร่วม 60 คน วันที่ 24 พฤษภาคม 2562

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

- มีการซ้อมแผนบนโต๊ะ ซ้อมการอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริง และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพหนีไฟ เพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขครั้งต่อไป
- อบรมการซ้อมแผนอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง ซ้อมอพยพครั้งล่าสุด 24 พฤษภาคม 2562

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงโดยช่างไฟฟ้าเป็นประจำทุกเดือน และมีการตรวจสอบอุปกรณ์แจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินเป็นประจำทุกเดือน

II-3.2 ก. เครื่องมือ

(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา

- สำรวจจัดทำฐานข้อมูลเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ในโรงพยาบาล จำแนกประเภท ความเสี่ยงสูง ปานกลาง และต่ำ ได้รับการสอบเทียบทุกปี ปี 62 (12-14 มิถุนายน 2562)มีระบบการดูแลซ่อมบำรุงภายใน
- มีการกำกับดูแลสภาพความพร้อม หมุนเวียนอุปกรณ์ให้เพียงพอในโรงพยาบาล และมีระบบยืมเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความจำจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- มีการทบทวน ทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกิจกรรมหรือโครงการที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการช่วยชีวิต
- มีแผนจัดซื้อตามความจำเป็นในแผนงบประมาณประจำปี โดยให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการพิจารณา

ผลลัพธ์ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการบำรุงรักษากำกับดูแลเพียงพอ เครื่องมือที่ ไม่พร้อมใช้ได้รับการซ่อมบำรุง ในส่วนความล่าช้าเกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่ในส่วนอุปกรณ์ที่มีอยู่ก็ใช้ได้อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

- มีแผนจัดหา เครื่องมือที่มี ความสำคัญในการช่วยชีวิตให้เพียงพอ ดูแลรักษาพร้อมใช้ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานการกุศลช่วยเหลือร่วมบริจาคให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์เพียงพอ โดยโครงการวิ่งการกุศลเพื่อซื้ออุปกรณ์การแพทย์ 22 กันยายน 2562
- มีระบบการตรวจสอบ ความพร้อมใช้ในแต่ละหน่วยงาน และส่งซ่อมพร้อมกับมีเครื่องสำรองให้มีความต่อเนื่องในการใช้งานโดยระบบหมุนเวียนทั้งโรงพยาบาล

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

- มีระบบการดูแลเครื่องมือ เครื่องมือบางอย่างสามารถซ่อมเองได้ ทำให้ประหยัดงบประมาณ ส่วนความเสี่ยงที่เกิดจากความไม่พร้อมใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นจากความเสื่อมตามเวลาเช่น ปุ่มกดที่ผ่านการใช้งานมานาน แบตเตอรี่ที่ครบเปลี่ยน แต่ข้อจำกัดด้านงบประมาณ อาจจะต้องชะลอการเปลี่ยนยกเว้นอุปกรณ์การแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง
- มีระบบดูแลกำกับดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือและหน่วยงานภายสนับสนุนสอบเทียบ
- กรรมการบริหารโรงพยาบาลให้ ความสำคัญกับแผนบริหารความเพียงพอถึงแม้นจะจำกัดเรื่องงบประมาณโดยประสานความอนุเคราะห์หากมีผู้ประสงค์บริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมจากงบประมาณหลัก

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค

(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

- มีถังเก็บน้ำสำรองขนาด 60 ลูกบาศก์เมตร และ 80 ลูกบาศก์เมตร ในโรงพยาบาล สามารถใช้ได้ 1 วัน กรณีระบบหลักขัดข้อง มีถังสำรองน้ำขนาด 1,500 ลิตรในหน่วยงานที่สำคัญ มีการประสานงานท้องถิ่น อบต.เกยไชย และเทศบาลเมืองชุมแสง สนับสนุนน้ำประปาได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถเติมน้ำประปาได้ภายใน 30- 60 นาที
- มีระบบสูบน้ำดิบ และระบบสูบน้ำขึ้นหอถังสูงสำรองอย่างละ 1 ชุด สามารถทำงานทดแทนกันได้ทันทีกรณีระบบทำงานหลักขัดข้อง
- พบอุบัติการณ์น้ำไม่ไหลปี 2562 จำนวน 5 ครั้ง ปี 2563 น้ำไม่ไหลจำนวน 2 ครั้ง มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการแก้ไขทำระบบสูบน้ำขึ้นหอถังสูงและระบบสูบน้ำดิบพิ่มอย่างละ1 ชุด และมีการปรับปรุงชุดควบคุมระบบไฟฟ้าของประปาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

- ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:
  เครื่องสำรองไฟฟ้ามีทั้งหมด 2 เครื่องสามารถจ่ายไฟฟ้าให้กับทุกหน่วยงานได้เพียงพอ มากกว่า 8 ชั่วโมง กรณีไฟฟ้าดับสามารถจ่ายไฟฟ้าได้ไม่เกิน 10 วินาที
- ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:
  ถังออกซิเจนเหลวสามารถใช้ได้มากกว่า 2 เดือน ต่อการเติม 1 ครั้ง และมีระบบสำรองแก๊สกรณีฉุกเฉินระบบหลักไม่ทำงาน สามารถสำรองได้ 1 วัน
- การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:
  เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองมีการดูแลรักษาประจำวัน ประจำสัปดาห์โดยจะติดเครื่องทุกวันจันทร์ทดสอบการทำงานของเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

- ระบบน้ำประปา มีการจดบันทึกปริมาณการใช้น้ำประปาประจำวันๆ ละ 2 รอบเพื่อดูปริมาณการใช้น้ำ ดูความผิดปกติการรั่วไหลหรือท่อแตก ของท่อประปา กรณีที่น้ำสำรองมีไม่เพียงพอสามารถประสานขอน้ำจาก อบต.เกยไชย หรือเทศบาลเมืองชุมแสงมาเติมน้ำได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ระบบแก๊สทางการแพทย์ มีการดูแลระบบโดยบริษัทเอกชน การตรวจเช็คปีละ 1 ครั้ง

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- มีที่นั่งพักผ่อนของญาติบริเวณหน้าตึกสงฆ์ และบริเวณห้องประชุมฟ้าใส
- มีสถานที่ออกกำลังกายบริเวณข้างตึกผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- การจัดสถานที่โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่
- การจัดสร้างห้องน้ำและติดตั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

- มีมุมเรียนรู้เรื่องโรคต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ระหว่างรอรับบริการ

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

- โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลปลอดโฟม
- โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
- มีเมนูชูสุขภาพสำหรับอาหารเฉพาะโรคให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติทำที่บ้าน

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดกล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

- ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นแบบบ่อผึ่ง รองรับน้ำเสียได้ไม่เกิน 180 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งครั้งล่าสุดวันที่ 15 มกราคม 2563 ผ่าน 11 พารามิเตอร์จาก 11 พารามิเตอร์

(2) การลดปริมาณของเสีย:

- การลดการทิ้งเศษอาหารลงในท่อน้ำเสีย รณรงค์ทุกหน่วยงาน ผู้ป่วย และญาติคัดแยกเศษอาหารก่อนล้างจานทุกครั้ง

(3) การกำจัดขยะ:

- รณรงค์คัดแยกขยะ 4 ประเภท
  - ขยะทั่วไป : รวบรวมนำไปพักไว้ที่โรงพักมูลฝอยทั่วไป มีรถเทศบาลเมืองชุมแสงนำไปกำจัดโดยการฝังกลบทุกวัน
  - ขยะรีไซเคิล : รวบรวมรอขายให้ผู้รับซื้อของเก่าทุกเดือน
  - ขยะอันตราย :รวมรวมนำมาพักไว้ที่โรงพักขยะอันตราย ส่งกำจัดอบต.เกยไชย
  - ขยะติดเชื้อ : รวบรวมนำมาพักไว้ที่โรงพักมูลฝอยติดเชื้อ จ้างบริษัทเอกชนเก็บขนนำไปกำจัดที่เตาเผาขยะติดเชื้อ จ.นครสวรรค์

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

- รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกโดยการใช้ถุงผ้ามารับยาแทน
- การวางแผนระบบบริหารการจัดการขยะติเชื้อในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยติดเตียงนำขยะติดเชื้อมาไว้ที่รพ.สตและทางโรงพยาบาลจัดระบบการเก็บขยะติดเชื้อ สัปดาห์ละ 1ครั้ง
- โรงพยาบาลจัดสรรพื้นที่ให้ชุมชนมาขายผลิตภัณฑ์ของชุมชน ผักปลอดสารพิษ สัปดาห์ที่ 1และที่ 4 ของเดือน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- โครงการ Green& Clean Hospital ผ่านระดับดี ปี 2561
- โครงการ Green& Clean Hospital ผ่านระดับดีมาก Plus ปี 2562
- ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ระดับคุณภาพ)

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3	L	-ตรวจสอบอาคารและสถานที่โดยเจ้าหน้าของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 ทุกปี -การปรับปรุงข้อมูลความปลอดภัยของสารเคมี (MSDS) -การปรับปรุงโครงสร้างอาคารให้มีความปลอดภัยมั่นคงแข็งแรง - การทำ ENV Round 3 ครั้ง/ปี -จัดอบรมเรื่องการใช้สารเคมีและซ้อมเก็บกู้กรณีสารเคมีหกรั่วไหล
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย	3	L	-การซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยนอกเวลาราชการ -การซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยหน่วยงานที่มีลิฟต์ใช้งาน -จัดทำแผนและฝึกซ้อมแผนในกรณีเกิดการรั่วไหลของสารเคมี
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3	L	-จัดหาเครื่องมือที่สำคัญให้มีความเพียงพอพร้อมใช้ -จัดทำระบบสำรองน้ำประปาให้มีความเพียงพอพร้อมใช้
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3	L	-ปรับปรุงสถานที่พักผ่อน ออกกำลังกาย ให้สวยงามน่าใช้ -เพิ่มพื้นที่สีเขียวให้บริเวณจุดพักญาติ -สนับสนุนผลิตภัณฑ์ของชุมชนและส่งเสริมการเกษตรปลอดสารพิษ
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3	L	-การควบคุมผลการกรวดน้ำทิ้งระบบบำบัดน้ำเสียให้ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน 11 พารามิเตอร์ -ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติคัดแยกขยะให้ถูกประเภท

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
ก. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย						
1. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	100	92.9	93.78	94.25	95.87	90
2.อัตราการติดเชื้อภาพรวมในโรงพยาบาลต่อพันวันนอน	1 ครั้ง/1,000 วันนอน	2.00	0.45	1.86	1.61	0.98
3.อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะต่อพันวันใส่สายสวน	0.6 ครั้ง	9.20	4.07	3.15	2.02	0.43
4. อัตราการเกิด Phlebitis ต่อวันการให้สารน้ำหลอดเลือดดำ	0.3 ครั้ง	0.40	0	0.24	0.38	0.32
5.อัตราการติดเชื้อVAP/1000/ventday	0 ครั้ง	3.79	15.6	8.26	8.45	0
6..อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ	< 1 %	0	0	0	0	0
7.อัตราการติดเชื้อที่ตาทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 30วัน	0	0	0	0	0	0
8.อัตราการติดเชื้อที่สะดือทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 30 วัน	0	0	0	0	0	0
9.อัตราการติดเชื้อ ผ่าตัดตาต้อกระจก	< 0 %	0	0	1.5	3.08	5.87
ข.การเฝ้าระวังในเจ้าหน้าที่						
1.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานเช่น TB สุกใสตาแดงไวรัสตับอักเสบบีเอดส์	0	0	0	0	0	**0**
2.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่สัมผัสสารคัดหลั่ง/เข็มทิ่มตำ	0	0	8	2	8	**0**
3.ร้อยละเจ้าหน้าที่ล้างมือถูกต้อง (7ขั้นตอน)	80%	76.50	72.68	64.74	65.29	68.36
4.ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ	>90%	93.07	86.19	90.5	81.05	.....
5.อัตราการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ในกลุ่มเสี่ยง)	100 %	100	100	100	100	100
ค.การเฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อม						
1.ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ spor test เป็นลบ	100%	100	100	100	100	100
2.คุณภาพน้ำ อุปโภค/บริโภค	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3.มาตรฐานคุณภาพน้ำเสีย (BOD)	≤ 20 mg./l	ครั้งที่ 1 =12 2 =32.3 3 =13.8	ครั้งที่ 1=5.40 2 =1.0	ครั้งที่ 1=19 2 =12 3= 34 ครั้งนี้แก้ BOD แก้ได้6	6/24ครั้งนี้แก้ BOD เกิน3/8/4 3 =3	13

ii. บริบท

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: จำนวนเตียงที่ให้บริการ ขนาด 60 เตียง

ข้อมูลผู้ป่วยใน และข้อมูลประเภทผู้ป่วย มีดังนี้

ที่	ข้อมูล	หน่วย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
1.	ผู้ป่วยใน	ราย	5,963	5,615	5,711	6,114	3,128
2.	ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน	ราย	45.65	50.29	48.35	48.44	51.80
3.	ผู้ป่วยประเภท 1.	ราย	6.35	7.09	6.86	6.32	7.16
4.	ผู้ป่วยประเภท 2.	ราย	21.62	24.75	20.68	22.93	25.87
5.	ผู้ป่วยประเภท 3.	ราย	15.62	15.97	16.79	16.26	15.70
6.	ผู้ป่วยประเภท 4.	ราย	0.89	1.13	2.80	1.59	2.25

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยนอนติดเตียง, ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ , ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ,แผลฝีเย็บ, แผลผ่าตัดตาต้อกระจก, ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตนเอง, ผู้ป่วย CAPDผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตการ เจาะปอด เจาะท้อง , ผู้ป่วยรับ Refer กลับมีภาวะติดเชื้อดื้อยาจากโรงพยาบาลศูนย์

การติดเชื้อสำคัญ: การติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่

- การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ(VAP : Ventilator-associated Pneumonia)
- การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (CA-UTI: Catheter-Associated Urinary tract infection)
- การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (HAP: Hospital acquired pneumonia)
- ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis)
- การติดเชื้อดื้อยา (MDRO: Multiple drug resistant organism)
- การติดเชื้อ หลังผ่าตัดตา

ปี2561	**ปี 2562**	**ปี 2563** (ต.ค.62-มี.ค.63)
HAI (35 ครั้ง/18909 วันนอน) คิดเป็น 1.86 ต่อพันวันนอน	HAI (30 ครั้ง/18641 วันนอน) คิดเป็น 1.61 ต่อพันวันนอน	HAI (10 ครั้ง/ 10179 วันนอน) คิดเป็น 0.98 ต่อพันวันนอน
1.VAP 7 ราย คิดเป็น 8.26	1.VAP 5 ราย คิดเป็น 8.45	1. HAP 6 ราย คิดเป็น 0.59
2. CA_UTI 11 ราย คิดเป็น 3.15	2. CA_UTI 7 ราย คิดเป็น2.02	2. phlebitis 3 ราย คิดเป็น 0.32
3. HAP 13 ราย คิดเป็น 0.68	3. HAP 11 ราย คิดเป็น 0.59	3. CA_UTI 1 ราย คิดเป็น0.43
4. phlebitis 4 ราย คิดเป็น 0.24	4. phlebitis 6 ราย คิดเป็น 0.38	4. VAP 0 ราย
ผู้ป่วยดื้อยา = 28 ราย	ผู้ป่วยดื้อยา = 23 ราย	ผู้ป่วยดื้อยา = 14 ราย
MDR _TB = 2 ราย	MDR _TB = 2 ราย	MDR _TB = 0 ราย
Bed sore = 10 ราย คิดเป็น 0.53	Bed sore = 9 ราย คิดเป็น 0.48	Bed sore = 4 ราย คิดเป็น 0.39
CI =9 ราย	CI = 10 ราย	CI = 3 ราย

จากรายงานการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีสาเหตุมาจาก

- ผู้ป่วยวัยสูงอายุ

- ผู้ป่วยนอนติดเตียง / CVA
- ผู้ป่วยเบาหวาน
- ผู้ป่วย Malnutrition
- ผู้ป่วยมะเร็ง

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ป่วยต้องสงสัยโรคติดต่ออันตราย ได้แก่ คอตีบ ไข้กาฬหลังแอ่น (meningococcaldisease) ได้มีการติดตามเคสแล้วว่า ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย

- การเฝ้าระวังในกลุ่มเจ้าหน้าที่ไม่พบการติดเชื้อTB
- จากสถานการณ์ COVID- 19 พบว่า มีผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย ผู้ป่วย PUI 16 ราย

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น: การรับผู้ป่วยส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อมารักษาต่อและเตรียมความพร้อมกลับบ้าน เช่น ผู้ป่วย ON Ventilator ผู้ป่วยติดเชื้อที่ส่งตัวกลับมาให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยารุนแรง เช่น CRE, MRSA,MRSE,PXDR,CRPA,XDR

การติดเชื้อดื้อยา: จากรายงานการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแสง ในปี 2563 ของตึกผู้ป่วยใน พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 14 รายผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีเชื้อก่อโรคดังนี้

1.*Acinetobacter baumannii*

2. *Klebsiella pneumonia*

3. *Escherichia coli*

- ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยานอกโรงพยาบาลที่รับกลับจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 3 ราย

มีระบบการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาโดย จัดแยกบริเวณผู้ป่วย ติดป้ายสัญลักษณ์แจ้งเตือน สื่อสารเพื่อให้บุคลากรในทีมและผู้รับบริการ รับทราบ แยกของใช้และอุปกรณ์เฉพาะราย เพิ่มการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง โดยการส่งต่อข้อมูลไปยัง รพสต เครือข่าย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทาง Line group

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:

- ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางโรคติดเชื้อ หลักสูตร 4 เดือน 1 คน
- ผ่านการอบรมหลักสูตรขั้นพื้นฐาน 2 สัปดาห์ 2 คน (ปฏิบัติงานจริงผู้ป่วยใน , วิสัญญีพยาบาล)
- อบรมฟื้นฟู,ความรู้ประจำปี, แลกเปลี่ยนความรู้ในทีม ICN Network ภายในเครือข่ายจังหวัด

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</u>

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

- ทบทวนข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา VAP, HAP, CAUTI, Pheblitis, MDR, MDR-TB โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การติดเชื้อหลังผ่าตัดตา
- วางแผนเพื่อควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การนำหลักการให้การพยาบาล Bundle ต่างๆ เช่น WHAPO ,CA_UTI รวมทั้ง ค้นคว้างานวิชาการเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการพยาบาล เพื่อให้ทันสมัย ถูกต้อง
- ประเมิน กำกับติดตาม / IC Round เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคการทำงาน
- กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
- ประสานงานภายในทีม ICC และภายนอกทีมสหวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดการแพร่กระจายชื้อใน/นอกโรงพยาบาล การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

- จากรายงานการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี 2563 พบว่า การติดเชื้อดื้อยา จำนวน 14 ราย และการติดเชื้อในโรงพยาบาล 10ราย การติดเชื้อหลังผ่าตัดตา 5.89

(3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

- จากสถิติรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้น จึงได้มีการนำหลักการให้การพยาบาล ค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการจาก สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค นำBundle ต่างๆ เช่น WHAPO ,CA_UTI มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มาตรฐานการเจาะเลือดเพาะเชื้อ มาตรฐานงานชักฟอกจ่ายกลางแล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ทันสมัย ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการปลอดภัย ซึ่งได้ทำการศึกษาข้อมูลทางวิชาการ แล้วนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล ทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดลง ปี 2562 =1.61 ปี 2563 =0.98 อัตราการติดเชื้อ VAP ปี 2562 =8.45 ปี 2563 =0 อัตราการติดเชื้อ CA_UTI ปี 2562 =2.02 ปี 2563= 0.43

(5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- ใช้หลัก 2p SAFTY
- ประสานทีมความเสี่ยง เกี่ยวกับ มาตรฐาน Sharp injury ทีม PCT ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
- Antimicrobial Stewardship (การใช้ยาต้านจุลชีพให้เหมาะสมที่สุด) เพื่อให้รักษาการติดเชื้อได้ผลดี ลดผลแทรกซ้อนจากยา ประหยัดค่าใช้จ่าย และลดการเกิดเชื้อก่อโรคดื้อยา
- การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ไม่พบว่ามีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน การรับวัคซีนของบุคลากรร่วมกับออกแบบการควบคุมการได้รับวัคซีนให้ครอบคลุม ในบุคลากรที่มีความเสี่ยง
- การสนับสนุน PPE และให้ความรู้การใช้ PPE ที่ถูกต้อง อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

- Program IC survillance
- วางแผนจัดทำ Hospital OS popup MDR
- วางแผน นำ Thai COC มาเชื่อมโยงการดำเนินงาน

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- ICN เข้าร่วมการอบรมพัฒนาความรู้ตนเองอย่างต่อเนื่องโดย รับการอบรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แล้วนำมาเผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลต่อไป
- มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาล และรพ.สต.เครือข่ายเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ นักศึกษาที่มาฝึกงานในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ/เลือด สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา แนวทางการรายงานอุบัติเหตุและการจัดการตามแนวทาง เนื่องจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในบุคลากรใหม่ มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้น

(9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

- ประชุม ICC ทุก 3 เดือน ร่วมกับทีม IC ของรพ.สต.
- ส่งข้อมูลให้ทีมนำ ทีมคุณภาพ
- มีกลุ่ม Line ICC ของโรงพยาบาล และกลุ่ม รพ.สต.เพื่อส่งต่อ ประสานงานข้อมูล ข่าวสารความรู้ทางวิชาการต่างๆ

- ประสานพยาบาลในหอผู้ป่วย ในการนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผล รวมทั้งทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

- จากรายงานการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแสง ในปี 2563 พบว่า มีการติดเชื้อที่สำคัญ ดังนี้

1. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ(VAP : Ventilator-associated Pneumonia)
2. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (CA-UTI : Catheter-Associated Urinary tract infection)
3. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (HAP: Hospital acquired pneumonia)
4. ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis)
5. การติดเชื้อดื้อยา (MDRO: Multiple drug resistant organism)
6. การติดเชื้อ หลังผ่าตัดตา

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

- มีการทบทวนนิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อ โรคนอก Target , PROM

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

- จากข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2562 =1.61 และข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยดื้อยา = 23 ราย ได้ทำการสรุปข้อมูลดังกล่าว แจ้งข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อร่วมหาแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการ แนวทางการปฏิบัติของ WHAPO CA_UTI แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา Hand hygiene การลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การทำความสะอาด นำมาจัดทำแนวทางคู่มือปฏิบัติตามบริบทของโรงพยาบาล แล้วเสนอผู้บริหาร เมื่อมีการลงมติเห็นชอบ จึงนำมาเผยแพร่แก่ผู้ปฏิบัติ ทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2563 =0.98 และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาทั้งในโรงพยาบาลและ นอกโรงพยาบาล

(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

- มีมาตรการ ในการสื่อสาร ปฏิบัติ กำกับ ติดตาม การดูแลอย่างต่อเนื่อง
- เฝ้าระวัง Cross infection คอตีบ ไข้กาฬหลังแอ่น HFM ตาแดง โรคสุกใส และการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ
- จากสถานการณ์ COVID- 19 ได้มีการทบทวน นิยาม เกณฑ์การวินิจฉัย การดูแลรักษา การจัดระบบคัดกรอง Zoning การดูแลผู้ป่วย ในห้อง AIIR single room การใส่ PPE การส่งต่อ การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การลงพื้นที่สอบสวนการระบาดของโรค การจัดอบรมให้ความรู้ สื่อความรู้ พัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

- (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ : กำหนดนโยบาย /สนับสนุนงบประมาณวัสดุอุปกรณ์/ สร้างวัฒนธรรมองค์กร/ อบรม/ มีป้ายเตือน
- Hand hygiene: บุคลากรทำความสะอาดมือแบบ Hygienic ได้ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยจัดให้มี Alcohol hand rub ตามจุดที่สามารถเข้าใช้ถึงได้ง่าย และประจำเตียงที่มีการติดเชื้อเฉพาะราย ทั้งยังมีการติดตาม กระตุ้นเตือนเป็นระยะ ทำให้อัตราการล้างมือ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2562 = 65.29 ปี 2563 = 68.36 ตามลำดับ
- Isolation precautions: มีห้องแยกที่ได้มาตรฐาน/ จัดทำคู่มือปฏิบัติเกี่ยวกับโรค เชื้อก่อโรคที่ต้องแยกแต่ละประเภท การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในโรงพยาบาล

- Standard precaution อื่นๆ: : ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายในทุกหน่วยงาน ตามหลัก โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายมีเชื้อก่อโรคอยู่ตามร่างกาย
- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพ พอเพียง/บุคลากรมีความรู้ความสามารถ/ มีการจัดการพื้นที่/ มีแนวทางการปฏิบัติ
- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ไม่เปิดให้บริการ
- การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: มีระบบการ Re- check

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

- มีการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วย
- มีหน่วยงานและบุคลากรเพียงพอแก่การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม
- มีคู่มือปฏิบัติสำหรับการทำความสะอาด, ทำลายเชื้อในสถานพยาบาล
- มีวัสดุ อุปกรณ์ในการทำความสะอาดเพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
- มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร การทำความสะอาด โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และ COVID-19

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

- มีห้องแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อที่ได้มาตรฐาน การจัดพื้นที่การแยกของใช้ รวมทั้งในพื้นที่เสี่ยง เช่น OR LR ER
- บุคลากรใช้ PPE ถูกต้อง และมี PPE เพียงพอ ฝึกอบรม รณรงค์ ซ้อมการปฏิบัติ และการใส่ PPE เป็นระยะอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ใช้สื่อที่เหมาะสม เช่น Poster, buddy model

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร*

- การบริหารจัดการโดย มีการกำหนดนโยบาย ผู้บริหารสนับสนุน งบประมาณ จัดทำแผนงานและแนวทางในการปฏิบัติ มีการให้ความรู้แก่บุคลากร มีการกำกับติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังและประเมินผล
- การป้องกันไม่ให้เกิดหรือชะลอการเกิดเชื้อก่อโรคดื้อยา ได้แก่ Antimicrobial Stewardship (การใช้ยาต้านจุลชีพให้เหมาะสมที่สุด)
- การควบคุมไม่ให้เชื้อก่อโรคดื้อยาแพร่กระจายเชื้อInfection control) การแยกผู้ป่วยแบบ Contact precaution / Airbone precaution / droplet precaution การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกห้องแยก และการจำหน่ายผู้ป่วย
- อัตราการติดเชื้อ VAP ปี 2560 = 15.6 พบว่าการติดเชื้อมาจากหลายสาเหตุ เช่น วัยสูงอายุ การรับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ bed ridden Malnutrition ขาดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก ทบทวนหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข โดยใช้ แนวทางการปฏิบัติตามของ WHAPO มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับ บริบทของโรงพยาบาล โดยสอนให้ความรู้ ติดป้ายประกาศ กำกับติดตาม แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลด้วย อย่างต่อเนื่อง ผลลัพท์อัตราการติดเชื้อ VAP ปี 2561 = 8.26 ปี 2562 = 8.45 ปี 2563 = 0 ลดลงตามลำดับ ประกอบกับ ช่วง COVID-19 และมีผู้ป่วยใช้เครื่อง Ventilator ลดลง
- อัตราการติดเชื้อ CA_UTI ปี 2560 = 4.07 พบว่าการติดเชื้อมาจากหลายสาเหตุ เช่น วัยสูงอายุ การรับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ bed ridden Malnutrition ขาดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก ได้ทบทวนหาสาเหตุ และแนวทางการแก้ไข โดยการปฏิบัติตามแนวทางของ CA_UTI มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยสอนให้ความรู้ ติดป้ายประกาศให้ความรู้ แผ่นพับให้ความรู้ กำกับติดตาม แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์อัตราการติดเชื้อ CA_UTI ปี 2561 = 3.15 ปี 2562 = 2.02 ปี 2563 = 0.43 ลดลง
- ปี 2562 พบ Endophthalmitis จำนวน 1 ราย ในปี 2558-2563 พบภาวะแทรกซ้อน Uveitis 1.6 % ,0%

,1.43 % ,1.5 % , 2.93 % และในปี 2563 5.87 % พบว่าสูงขึ้น ทบทวนพบว่าสาเหตุมาจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เห็นความสำคัญของการดูแลหลังผ่าตัด ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้หลังผ่าตัด เช็ดตาและหยอดยาเอง เนื่องจากเกรงใจญาติที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย PM 2.5 พักอาศัยอยู่ในบริเวณเหมืองแร่ มีฝุ่นมีควัน อุณหภูมิที่สูงขึ้นทำให้คนไข้หลังผ่ามีเหงื่อออกมากทำให้มีการนำผ้าเช็ดหน้ามาเช็ดตา จึงได้มีการเน้นการให้ความรู้และให้ญาติเกิดความตระหนักและ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจก่อนการผ่าตัดว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และมีการปรับสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดตา ห้องตรวจตา และห้องให้ความรู้ในการหยอดยาเช็ดตา มีการล้างทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ ทุก 3 เดือน

(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

- มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย จัดเตรียมพยาบาลให้เพียงพอ มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ เพียงพอ มีห้องแยก/จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ
- ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ บริบทโรงพยาบาลมีพื้นที่และทรัพยากรจำกัด จึงห้องพิเศษ เป็นห้องแยกผู้ป่วยแทน
- การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ใช้ Antimicrobial Stewardship
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใช้ Isolation/precautions ใช้ contact precautions เป็นหลัก ยกเว้นวัณโรคดื้อยา ใช้ Air-borne precautions , ให้ความรู้แก่บุคลากรและญาติ
- COVID-19 ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการป้องกันโรคอุบัติใหม่ดังนี้

*จัดเตรียมความพร้อมตามมาตรการด้านนโยบายการบริหารจัดการ การคัดกรองประเมินผู้ป่วย การจัดแนวทาง การดูแลในสถานบริการ การจัดสถานที่รองรับผู้ป่วย การดูแลความปลอดภัย ใช้หลัก 2 P safety (บุคลากร/ผู้ป่วย) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในทีมบุคลากร การประสานงานกับชุมชน การปฏิบัติตาม พ.ร.บโรคติดต่อร้ายแรง

*สื่อสารแนวทางปฏิบัติตามที่ส่วนกลางกำหนด ในกลุ่มLine Appication ซึ่งมีการUpdate ตามจำนวนการติดเชื้อ แนวโน้มของผู้ติดเชื้อ ล่าสุดใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย 7เมษายน 2563 / แนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายสำหรับบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย/ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (สมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบโรคติดเชื้อ 10 เมษายน 2563)

* ทบทวนการดำเนินงาน จุดคัดกรอง คลินิก ARI และ การดูแลผู้ป่วย PUI/ยืนยัน

ผลการดำเนินการ

- การจัดตั้งคลินิกARI ตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2563 -20 เมษายน 2563 มีจำนวน 200 ราย
- มีผู้ป่วยPUI =16 ราย
- ผลยืนยัน 3 ราย Refer ร.พ.สวรรค์ประชารักษ์ 3 ราย
- ไม่พบเชื้อ 13 ราย
- การเฝ้าระวังบุคลากรที่ให้บริการ ไม่พบการติดเชื้อ
- PPE เพียงพอ จากการบริจาค

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน*

- ปี 2560 มีจำนวน 8 ราย เกิดในบุคลากรพยาบาล 3 ราย นักศึกษาพยาบาล 1 ราย ผู้ช่วยทันตกรรม 1 ราย เทคนิคการแพทย์ 1 ราย ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 ราย ลูกจ้างรายวันงานซักฟอก 1 ราย
- ปี 2561 มีจำนวน 2 ราย เกิดในบุคลากรพยาบาล 1 ราย ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1ราย
- ปี2562 มีจำนวน 8 ราย เกิดในบุคลากรพยาบาล 4 ราย ลูกจ้างรายวันงานจ่ายกลาง 1 ราย พนักงานเปล 1 ราย แพทย์ 1 ราย นักเทคนิคการแพทย์ 1 ราย มีบุคลากรพยาบาลสัมผัสสสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานซ้ำกัน 2 ครั้งใน

ปี 2562 1 ราย

- ปี2563 มีจำนวน 0 ราย

จากการทบทวนแนวทางร่วมกันกับหน่วยงาน โดยให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการ แนวปฏิบัติของบุคลากรเมื่อถูกเข็มทิ่มตำ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ในปี 2563 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในบุคลากรปฏิบัติงาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อย่างเป็นระบบ
- พัฒนาการลงระบบข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สอดคล้องกับมาตรฐานระดับจังหวัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	-ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยรับบริการทำหัตถการ เช่น On ETT with ventilater,ผู้ป่วยคลอดมขูดมดลูก, ผ่าตัดตาต้อกระจก,ผ่าตัดปันคุด และ Clean wound ทุกราย -พัฒนาระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในเครือข่ายตั้งแต่ รพศ.รพช.รพสต.และชุมชน
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	-พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆโดยใช้ข้อมูลจากแบบฟอร์มรายงานการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง -จัดอบรมให้ความรู้บุคลากร และจนท.ในเครือข่ายเรื่อง Standard Precaution,การใช้PPE และการล้างมือ อย่างน้อยปีละ1-2ครั้ง
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	3	L	-มีการคัดกรองแยกโรคในผู้ป่วยรับบริการผู้ป่วยนอก โดยจัดZoningให้เป็นระบบ One-stop Service และFast Track -การติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อน -จัดระบบสนับสนุนบริการงานทำให้สะอาด ปราศจากเชื้อของหน่วยบริการทันตกรรม และงานผ่าตัดตาต้อเนื้อ/ต้อกระจก
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ	3	L	-พัฒนาระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา -พัฒนาจุดคัดกรองแยกโรคให้มี Zoningชัดเจนแบบ One-stop ServiceและFast Track สำหรับผู้ป่วยรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งในOPD และ ER

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ต.62-มี.ค.63
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥ 85%	65.37	67.65	77.04	78	85.46
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥ 85%	87.18	87.40	88.66	90.98	90.21
อัตราการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการสอดคล้องกัน	≥ 95%	86.81	86.59	85.61	92.84	95.04
อัตราการค้นบัตรผิดคน	≤0.05%	0.09	0.08	0.10	0.02	0.04
จำนวนครั้งการบันทึกพยาบาลผิด (เวชระเบียนผิด)	0	2	1	0	0	0
อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบ (ออกบัตรแทน)	≤0.05%	10ใบ /เดือน 0.09	7ใบ /เดือน 0.06	8ใบ /เดือน 0.07	4ใบ /เดือน 0.03	5ใบ/ เดือน 0.04
ระยะเวลารอคอยที่ห้องบัตร (ค่าเฉลี่ย)	20 นาที	8.30	8.20	8.10	7.50	7.20
การสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0	2	0	0	0	0
การส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในล่าช้าเกิน15วัน	5%	6.34	11.94	0	0.25	0
การร้องเรียนเกี่ยวกับการถูกละเมิดสิทธิเรื่องการเปิดเผยความลับ	0	0	0	0	0	0
อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ทันเวลา	≥99%	100	100	100	100	100
อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกค่าใช้จ่ายบริการ (ติด C)	≥99%	97.03	98.84	98.75	99.10	98.25

ii. บริบท

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

จำนวนผู้ป่วย (ราย)	2558	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
ผู้ป่วยนอก(คน)	30,237	31,642	31,821	31,193	31,028	20,979
ผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	128,154	136,718	139,984	144,087	144,325	75,583
ผู้ป่วยใน(คน)	6,510	5,963	5,615	5,711	6,114	3,128
ผู้ป่วยใน(วันนอน)	19,909	18,028	19,441	18,909	18,641	10,179

ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน: โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีระบบบริหารจัดการเวชระเบียน ทั้งส่วนที่เป็นเอกสารและ Electronic โดยนำโปรแกรม Stat ของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ในครั้งแรกและปัจจุบันได้นำระบบบริการด้วยเครือข่ายคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Hospital – os มาให้บริการโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลทุกจุดบริการ สามารถเชื่อมกับงานชันสูตร (LIS) ,ระบบส่งต่อ (3-Refer) และงานเอ็กซ์เรย์โดยนำระบบ PACS เข้ามาใช้เพื่อความสะดวกสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ

iii. กระบวนการ

II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:

- หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ
  การวางแผน ระบบเวชระเบียน
  ตรวจสอบปรับปรุงระบบบันทึกเวชระเบียนให้ได้มาตรฐาน
  วางระบบความปลอดภัยและควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  ให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการโดยเวชสถิติ

การออกแบบระบบเวชระเบียน

- การออกแบบระบบเวชระเบียนระบบเวชระเบียนจะมีการบริหารโดยคณะกรรมการสารสนเทศมีผู้อำนวยการเป็นประธาน จากการที่มีข้อผิดพลาดของระบบเวชระเบียนเช่นค้น opd card ผิดคน,หา opd card ไม่พบต้องออกใบแทน ,มีระยะเวลารอคอยการค้นหา opd card, มีความเสี่ยงต่อการสูญหายของเวชระเบียน และจากนโยบายในเรื่อง Digital transformation จึงมีการวางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโดยไม่ใช่ opd card ทั้งระบบ ภายใน 3 เดือน พร้อมกับพัฒนาระบบ Scan เอกสารที่สำคัญเช่น เวชระเบียนผู้ป่วยใน ประวัติสำคัญทางคดี หรือใบสำคัญเฉพาะกรณี EKG, ultrasound ฯลฯ

การประเมินส่วนขาด การบันทึกเวชระเบียนใช้แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2557 เป็นแนวทางการตรวจสอบ พบว่าการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่ครบถ้วนตามแนวทางจึงพัฒนาเพิ่มเติมคือ

- ใบ Discharge Summary ในส่วนข้อมูลพื้นฐานจึงมีการ Print จากคอมพิวเตอร์หลังจากใช้การ print แทนการเขียน พบว่าลดปัญหาที่เกิดจากการคัดลอกและความไม่ครบถ้วน ถูกต้อง
- ในส่วนบันทึกความก้าวหน้าหลังจากทำหัตถการแพทย์ไม่ค่อยบันทึกจึงจัดทำตรายางในส่วนของชื่อและผลของหัตถการนั้นไว้ในส่วนของ Doctor order sheet หลังจากมีตรายาง พบว่ามีการบันทึกผลการทำหัตถการทุกครั้ง
- การบันทึกทางการพยาบาลในเรื่องการให้เลือดเนื่องจากเมื่อให้เลือดกับผู้ป่วยไม่ได้มีการบันทึกติดตามอาการจึงพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรค หลังจากการใช้งานพบว่ามีความสะดวกและง่ายต่อการติดตามอาการหลังให้เลือด นอกจากนี้มีแผนพัฒนาการบันทึกเฉพาะโรคในเรื่อง pneumonia และ การพยาบาลเด็กตัวเหลือง
- การลงวินิจฉัยไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้องมีผลต่อค่า CMI และ SumAdjRW มีผลต่อรายได้ของโรงพยาบาล พัฒนาโดยจัดตั้งทีม Approve Chart เป็นนวัตกรรมของระบบงาน เพิ่มรายได้ด้วยปลายปากกา โดยมีทีมแพทย์ พยาบาลและเวชสถิติ พบว่าหลังพัฒนาระบบ ค่า CMI เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 0.7 เป็น 0.92 ในปี 2562 การประเมินส่วนขาดของผู้ป่วยนอก ยังขาดความสมบูรณ์ของการบันทึกในส่วนข้อมูลพื้นฐานเช่น ชื่อญาติที่ติดต่อได้ ชื่อผู้บันทึก และข้อมูลการแพ้ยาเป็นต้น, ส่วนการลงวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วนที่ห้อง ER เมื่อผู้ป่วยมาทำแผล ฉีดยาหรือทำหัตถการต่างๆ,ที่ OPD ไม่ลงวินิจฉัยโรคในกรณีที่ผู้ป่วยขอใบส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่นโดยเฉพาะช่วงเดือนกันยายนซึ่งเป็นช่วงหมดอายุใบส่งตัว หลังจากมีการประชุมชี้แจงข้อมูลครบถ้วนมากขึ้น พบการลงวินิจฉัยผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 90.55

การประเมินความซ้ำซ้อนและการไม่ได้ใช้ประโยชน์

- คลินิกโรคเรื้อรังเมื่อมีการนัด Follow up และมีการตรวจชันสูตรต่างๆ เดิมต้องมีการ Print ผลการตรวจออกมาแนบกับ opd card ก่อนพบแพทย์ ได้มีการพัฒนาโดยการไม่มีการ print ผลออกมาโดยให้แพทย์ดูจากคอมพิวเตอร์ได้เลยเป็นการลดการซ้ำซ้อนและช่วยเรื่องของ paperless

(3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

- แนวทางการระบุตัวผู้ป่วยจากการค้น OPD card และการ Visit จากการติดตามพบว่ายังสูงอยู่เนื่องจากผู้ค้นบัตรไม่มีการตรวจสอบให้ถูกต้องจึงทบทวนแนวทางโดยเน้นย้ำให้มีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำออกจากชั้นเก็บ และตรวจสอบชื่อ – สกุลในโปรแกรม Hospital os ก่อนทุกครั้ง กรณีเรียกเพื่อรับบัตรหรือไปขั้นตอนต่อไปให้ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ในปี2563 ยังพบอัตราการค้นบัตรผิดอยู่ที่ 0.04%
- จากแนวทางปฏิบัติเวชระเบียนผู้ป่วยในแพทย์ผู้รักษาพยาบาลต้องลงวินิจฉัยโรคให้เสร็จสิ้นและส่งเบิกค่าบริการชดเชยทางการแพทย์ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล จากการทบทวนพบว่ามีแพทย์ไม่สามารถสรุปเวชระเบียนได้ทันตามข้อกำหนด จึงได้จัดทีมโดยมีธุรการประจำตึกและเจ้าหน้าที่ศูนย์คุณภาพและเวชสถิติคอยดูแลติดตามเวชระเบียนให้ทันเวลาที่กำหนดการส่งข้อมูลใน E – clame พร้อมกับติดตามการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งเป็นนวัตกรรมของระบบงาน ได้ดังค์ชัวร์อุดรอยรั่วสนิท หลังจากพัฒนาพบว่า ส่งเวชระเบียนล่าช้าในปี 2562 ร้อยละ.0.25 เหตุเนื่องจาก Chart ตกอยู่ในส่วนหลังเคาว์เตอร์พยาบาล จึงนำเหตุการณ์มาทบทวนและปรับปรุงระบบเพิ่มเติมพบว่าปี 2563 มีอัตราเท่ากับ 0
- ตามนโยบายจากการที่ใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน ในเรื่องการลงวินิจฉัยโรคผู้ป่วยในจะมีการใช้คำย่อในส่วนของแพทย์ที่มาประจำใหม่หรือแพทย์หมุนเวียนทุกปี ซึ่งยังไม่ทราบถึงข้อกำหนด แต่มีคณะกรรมการ Approve Chart ช่วยแก้ไขและแจ้งแพทย์ทราบถึงข้อกำหนดทำให้ในปัจจุบันไม่มีการลงตัวย่อในการลงวินิจฉัยโรคในใบ Summary

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- การประมวลผลข้อมูลสำคัญเช่น สาเหตุการเสียชีวิต อันดับโรคผู้ป่วย ฯลฯ ซึ่งเมื่อก่อนมีการประมวลผลเฉพาะการส่งรายงานเท่านั้น จึงพัฒนาเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยนำข้อมูลสำคัญมาทบทวนและกำหนดแผนยุทธศาสตร์ พร้อมกับยังใช้ในระบบบริการสุขภาพ Service plan เพื่อติดตามข้อมูล หลังจากได้นำการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนมาใช้ทำให้โรงพยาบาลมีทิศทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนยิ่งขึ้นและยังได้เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับทีม PCT ในการพัฒนารายโรค

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- โรงพยาบาลมีระบบบริหารเวชระเบียนทั้งในเรื่องการวางแผนออกแบบระบบ โดยมีคณะกรรมการและมีเป้าหมายชัดเจน มีการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียนและความลับตามนโยบายเวชระเบียน มีข้อมูลที่สำคัญตามข้อกำหนดและไม่สูญหาย มีการบันทึกด้วยรหัสโรคและหัตถการตาม ICD10 ,ICD9 เพื่อสะดวกในการประมวลผล ที่ผ่านมาระบบบริหารเวชระเบียน มีปัญหาในเรื่องการรอคอยการค้นบัตร การออกใบแทน บัตรผิดคน บัตรหาย จึงมีแผนพัฒนา Digital transformation โดยใช้การ Paperless ไม่ใช้ opd card

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- สถานที่เก็บเวชระเบียนโรงพยาบาลชุมแสง เวชระเบียนทุกฉบับในระบบผู้ป่วยนอกถูกจัดเก็บไว้ในห้องเวชระเบียน (ห้องบัตร) ไม่ให้สิทธิผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาเก็บหรือค้น มีระบบการจัดเรียงOPD card ใช้ระบบ Serial Number กำหนดระบบการ Check in – Check out จัดทำแนวทางการเข้าถึงเวชระเบียนและการเปิดเผยข้อมูล จัดทำทะเบียนการยืม – คืนเวชระเบียนฉบับจริง ส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยในมีสถานที่จัดเก็บอย่างชัดเจน ในสถานที่ทำงานของเจ้าหน้าที่เวชสถิติโดยมีการจัดเรียงแบบ Serial number แยกเป็นรายเดือน และรายปีตาม AN เช่นกันการทำลายเวชระเบียนตามมาตรฐาน 5 ปี ยึดเกณฑ์ตามแพทยสภา มีการสำรวจเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน 5 ปีสำรวจเพื่อขออนุมัติทำลายไปยังกองจดหมายเหตุแห่งชาติ และแผนพัฒนาในอีกประมาณ 3 เดือนไม่ใช้ opd card มีการพัฒนาในการเก็บข้อมูลเป็น electronic พัฒนาการลงข้อมูลใน Hospital os ให้ครบถ้วนมากขึ้น มีระบบการสำรองข้อมูล และมีการใช้ Server สำรับระบบการ Scan ข้อมูลที่สำคัญ

- การสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน **ได้มีแฟ้มเวชระเบียนเสียหาย เนื่องจากเกิดเหตุอุทกภัย วันที่ 22 กันยายน 2554 ในเวลากลางคืนซึ่งถือเป็นเหตุสุดวิสัย ดังนี้**

ลำดับ	รายการ	ปี พ.ศ.
1	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม เมษายน มิถุนายน สิงหาคม กันยายน ธันวาคม	2547
2	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนเมษายน	2548
3	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมีนาคม เมษายน กรกฎาคม กันยายน	2550
4	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ เมษายน พฤษภาคม พฤศจิกายน	2551
5	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน สิงหาคม ตุลาคม พฤศจิกายน	2552
6	เวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนมกราคม มิถุนายน พฤษภาคม สิงหาคม ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม	2553

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ไม่มีการกำหนด User name และ Password อย่างชัดเจนทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้โดยง่ายจึงมีการกำหนดการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ในโปรแกรม Hospital – OS มีการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานแต่ละหน้าจอโดยจัดให้มีรหัสผ่าน (Password) สำหรับผู้ใช้ในระบบคอมพิวเตอร์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเท่านั้นที่สามารถเข้าหน้าจอเพื่อดูข้อมูลได้ หากมีการแก้ไขผู้ที่ถูกกำหนดสิทธิหรือผู้ดูแลระบบเท่านั้น เท่านั้นที่สามารถเข้าไปแก้ไขเพิ่มเติมได้
- เนื่องจากที่ผ่านมามีการลงรายละเอียด OSCC ไว้ในคอมพิวเตอร์ทำให้ข้อมูลไม่เป็นความลับ จึงกำหนดให้ OSCC มีการบันทึก ข้อมูลไว้ในแฟ้มแยกต่างหากเก็บโดยผู้รับผิดชอบไม่ได้อยู่ในห้องบัตร
- ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศมาตรวจร่างกายเองโดยไม่ได้มากับตำรวจจะยื่นบัตรที่ห้องบัตร ทำให้ข้อมูลไม่เป็นความลับจึงกำหนด กรณีเวชระเบียนฉบับพิเศษ (ถูกล่วงละเมิดทางเพศ) โดยมีการประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจให้มาติดต่อที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น และเก็บแฟ้มข้อมูลแยกต่างหากโดยผู้รับผิดชอบไม่อยู่ในห้องบัตร และไม่เปิด visits ให้ผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วย HIV มีการเขียนวินิจฉัยโรค UP ในเวชระเบียนเพื่อสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทีมการรักษารับรู้ และได้มีการเน้นย้ำ ในเรื่องการตระหนักในเรื่องการไม่นำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผย ทั้งขณะปฐมนิเทศและเมื่อมีการอบรมทางด้านจริยธรรม หรือเมื่อมีการอบรมเจ้าหน้าที่ประจำปี (OD)

ผลสรุป ยังไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่อง การไม่รักษาความลับ หรือนำความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผยโดยไม่มีเหตุอันควร

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- มีแนวทางการเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาเพื่อนำไปใช้ต่อที่โรงพยาบาลอื่น หรือเป็นหลักฐานของบริษัทประกันชีวิต จะต้องเขียนบันทึกใบคำร้องและผ่านการอนุมัติ การตรวจสอบข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้ และเก็บไว้เป็นหลักฐานของทางโรงพยาบาล แล้วจึงสามารถถ่ายเอกสารประวัติการรักษาออกไปได้ การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยด้วยการยึดสิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึงเวชระเบียนเป็นหลัก ผู้ป่วยสามารถทราบประวัติและเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่ได้ตามสิทธิของผู้ป่วย การเปิดเผยประวัติสามารถเปิดเผยต่อญาติสายตรงเท่านั้น
- ที่ผ่านมามีเหตุการณ์ไม่พอใจการเข้าถึงประวัติการรักษา ผู้ป่วยมีความต้องการถ่ายสำเนาประวัติแต่ไม่มีเวลามารับด้วยตนเอง มีความต้องการให้ส่งทางไปรษณีย์

การปฏิบัติเดิม : ห้องบัตรให้ผู้ป่วยไปติดต่องานธุรการเอง โดยตอนนั้นเป็นเวลา 07.30น.ยังไม่เปิดทำการ ทำให้ผู้รับบริการไม่พอใจ ในการต้องนั่งรอ และรอเอกสารหลายรายรวมกันก่อนส่งให้ผู้อำนวยการอนุมัติ

แนวทางปฏิบัติใหม่ : ทบทวนระบบโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริหารฯ และทีมงานเวชระเบียน กำหนดให้งานเวชระเบียนรับเรื่องไว้แล้วประสานงานธุรการ ก่อนล่วงหน้าว่ามีผู้ป่วยจะขึ้นไปติดต่อ ทำเรื่องขอสำเนาประวัติและจัดส่งทางไปรษณีย์ รวมทั้งเอกสารที่ต้องการขอสำเนาประวัติให้ดำเนินการให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติได้ตลอดเวลาไม่ต้องรอจำนวนมาก

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- ตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2557 ซึ่งเป็นแนวทางปรับปรุงล่าสุดแต่ที่ผ่านมาการบันทึกยังไม่เพียงพอตามข้อกำหนดมีการปรับปรุงออกแบบการบันทึกเพิ่มเติมเช่น แบบบันทึกการให้เลือด การบันทึกใน opd card ส่วนของทันตกรรม มีการคืนข้อมูลโดยเฉพาะองค์กรแพทย์ และมีทีม Approve chart

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

- การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA) โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช.

ปีงบประมาณ	2559 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2560 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2561 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2562 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2563 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน	87.18	87.40	88.66	90.98	90.21

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในมีการบันทึกการวินิจฉัยโรคและหัตถการไม่ครบถ้วนและข้อมูลใน progress note ไม่เพียงพอในบางครั้ง ได้มีการพัฒนาโดยตั้งคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์และแก้ไขเวชระเบียนก่อนส่งเวชสถิติเพื่อทำการใส่รหัสโรคและหัตถการ (Approve Chart) ในส่วนของพยาบาลมีความสมบูรณ์ไม่เพียงพอในเรื่องการบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย มีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรค เช่นการให้เลือด การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตา หลังจากการพัฒนาบางส่วนทำให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

- การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการทบทวนปีละ 1 ครั้งตามแบบของ สปสช. จำนวน 40 ราย

ปีงบประมาณ	2559 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2560 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2561 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2562 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ	2563 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก	65.37	67.65	77.04	78.00	85.46

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบันและขาดข้อมูลบางส่วนเช่น ผู้บันทึกข้อมูล หมู่เลือด ข้อมูลแพ้ยา หลังจากมีการแก้ไขการบันทึกใน Hospital os แล้วพบว่ามีข้อมูลครบถ้วนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังขาดเรื่องคำแนะนำและการลงวินิจฉัย ลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ ได้มีการตรวจสอบและคืนข้อมูลกลับหน่วยงาน แต่เนื่องจากมีหน่วยบริการแยกหลายหน่วยทำให้มีความเข้าใจและปฏิบัติไม่ตรงกัน จึงมีการประชุมชี้แจงโดยให้มีตัวแทนแต่ละหน่วยงานเข้าร่วมรับฟังทุกหน่วยเพิ่มเติมจากรายชื่อที่เป็นคณะกรรมการสารสนเทศ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาเรื่องการลงวินิจฉัยโรคและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน ด้วยนวัตกรรมระบบงาน เพิ่มรายได้ด้วยปลายปากกา ได้ตังค์ชัวร์อุดรอยรั่วสนิท

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน	3.5	I	Digital tranformation
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	4.0	I	-ทบทวนหา AE รายโรค และหัตถการ และประสานกับทีม PCT เพื่อพัฒนารายโรค - พัฒนาศักยภาพทีมตรวจสอบเวชระเบียน

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
อัตรา Prescribing error ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/พันใบสั่งยา)	3	4.03	5.23	3.54	1.89	1.68
อัตรา Prescribing error ผู้ป่วยใน (ครั้ง/พันวันนอน)	3	0.17	-	0.26	0.16	0.65
อัตรา Pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/พันใบสั่งยา)	5	2.49	6.48	1.35	1.66	1.41
อัตรา Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน (ครั้ง/พันวันนอน)	5	0.06	-	-	0.16	-
อัตรา Dispensing error ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/พันใบสั่งยา)	1	0.13	0.65	0.14	0.11	0.09
อัตรา Dispensing error ผู้ป่วยใน (ครั้ง/พันวันนอน)	1	0.95	2.65	0.37	0.42	0.30
อัตรา Administration error (miss) (ครั้ง/พันวันนอน)	3	1.16	2.12	0.58	1.16	0.64
ระยะเวลารอคอยรับยาเฉลี่ย	15 นาที	12	13	11	12.5	14.8
อุบัติการณ์การเกิดแพ้ยาซ้ำโดยระบบ	0	1	1	2	1	0

ii. บริบท

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: จากการประชุมคณะกรรมการPTCได้กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงครอบคลุมตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีหลักเกณฑ์สำคัญ คือ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบได้บ่อยครั้ง ยาที่อาจพบเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ ยาเสพติดหรือยาวัตถุออกฤทธิ์ ยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงถ้าหากมีความผิดพลาด ดังนั้นการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติจึงเป็นมาตรการณ์ที่สำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลากรมีความตระหนักเพื่อลดข้อผิดพลาดและให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ทั้งในด้านการสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งการตรวจสอบก่อนจ่ายยา และ การให้ยา ฯลฯ ซึ่งยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ของโรงพยาบาลชุมแสงมีทั้งหมด 25 รายการ แบ่งได้ 6 กลุ่ม ดังนี้

- สารละลาย Electrolyte ในรูปแบบยาฉีด ได้แก่ Cacium gluconate inj., Magnesium sulfate inj., Potassium Chloride inj., Sodium bicarbonate inj., 3% Sodium chloride inj
- ยาที่ใช้สำหรับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ Adrenaline inj., Atropine inj., Adenosine inj., Amiodarone inj., Dopamine HCL inj., Enoxaparin inj., Heparin inj., Nicardipine inj., Nitroglycerine inj., Norepinephrine inj., Streptokinase inj.
- ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (Narrow therapeutic index) ได้แก่ Digoxin (inj.,tab), Phenytoin (inj.,cap.), Theophylline (SR), Warfarin tab., Methothexate tab.
- อินซูลิน ได้แก่ RI, NPH, MIXTARD

- วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 2 ได้แก่ Ketamine HCL inj.
- ยาเสพติดให้โทษ ได้แก่ Morphine sulfate (inj.,tab.,syr.), Pethidine HCL inj.

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

PTC สหสาขาวิชาชีพกำกับดูแล เพื่อความปลอดภัย สมเหตุผลมีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการ PTC เพื่อพิจารณากรอบบัญชียาทั้งโรงพยาบาลและรพสต และ กำหนดนโยบายด้านยากำหนดอย่างน้อย 3 ครั้ง /ปี ซึ่งรวมทั้งการประชุมกลุ่มย่อยในประเด็นการพัฒนาระบบยา ในแต่ละเรื่องโดยทีม สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยมีกลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการ เช่น การติดตามด้านMed Error ,การประเมินการใช้ยา(DUR)ทั้ง Unit cost / High Cost / High Volume ,การติดตามด้านADR ฯลฯ

- บริหารจัดการเภสัชตำรับ พิจารณายาเข้า ยาออกจากเภสัชตำรับ
- ทบทวนการใช้ยา (drug use review) ในเชิงมูลค่าตามสถานการณ์ทางการเงิน เพื่อประกอบการพิจารณายาเข้า-ออกในโรงพยาบาล
- วางหลักเกณฑ์ในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับยา เช่น การใช้ตัวย่อในการสั่งยา การประเมินและทบทวนการใช้ยา หรือการหยุดยาอัตโนมัติ เป็นต้น
- ทบทวน วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของ medication error และวางระบบการป้องกัน ทั้ง Prescribe error ,Pre-dispense error ,Dispense error และ Administration error ฯลฯ
- ติดตามรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา สะท้อนปัญหาและวางระบบแก้ไข
- กำหนดรายการและวางหลักเกณฑ์ทางด้าน HAD (High Alert Drug) เชิงระบบ รวมทั้งกำหนดวิธีปฏิบัติในการใช้ยาดังกล่าว
- ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในโรงพยาบาล (drug utilization evaluation – DUE)
- ติดตามและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการใช้ยาสมเหตุสมผล(RDU)

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

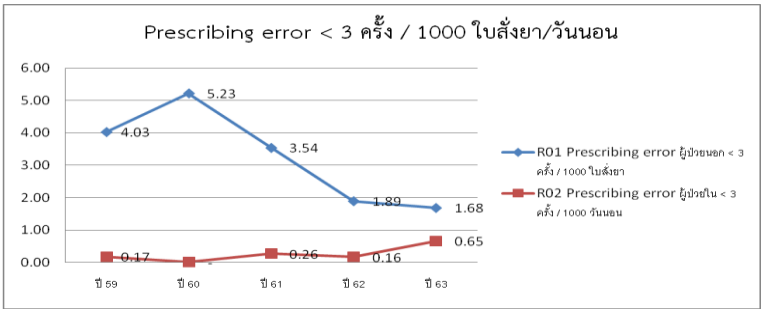
- จำนวนรายการยาในบัญชี 440 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวม 400 รายการ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 8 รายการ คิดเป็นสัดส่วน 98 : 2 ยาสมุนไพร 38 รายการ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ได้มีการปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย โดยมีการประชุมPTCเมื่อวันที่ วันที่ **25 มกราคม 2562** มีการเปลี่ยนแปลงรายการยาโดยรับเข้า 7 รายการ คงเดิมแต่ปรับความแรง 2 รายการ และตัดออก 1 รายการ
- นโยบายที่สำคัญ คือ นโยบายความปลอดภัยด้านยา ได้แก่
- การลดความคลาดเคลื่อนทางยา: ออกแบบระบบการเก็บข้องมูลและใช้สารสนเทศวิเคราะห์หาปัญหาเพื่อดำเนินการแก้ไขเชิงระบบ
- การลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง : การเฝ้าระวังADRที่รุนแรงหรือแพ้ยาซ้ำ รวมทั้งPREVENTABLE ADR โดยใช้ระบบสารสนเทศช่วย
- การป้องกันความเสี่ยงในยาที่มีความเสี่ยงสูง [High Alert Drug] : กำหนดหลักรายการและวิธีปฏิบัติเพื่อMornitor ปัญหาที่เกิดจากยา เช่น Streptokinase ,Warfarin ฯลฯ
- การประสานรายการยา [Medication Reconciliation] : ดำเนินการติดตามด้านDRPในกลุ่มยาโรงเรื้อรัง 3 โรค

สำคัญ คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคหัวใจ

- การติดตามและประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา [Drug Use EvaluationและDrug Use Review] โดยเฉพาะกลุ่มยา Antibiotic มูลค่าสูงในแผนกผู้ป่วยใน
- การจัดการด้านRational Drug USE ตามนโยบายRDU เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล [Antibiotic Smart Use] ฯลฯ
- การควบคุมอัตรายาคงคลังตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข อัตรายาคงคลังน้อยกว่า 2 เดือน
- การควบคุมระบบการเก็บ-การรับ-การจ่าย ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ให้เป็นส่วนสัดและรัดกุม กำหนดให้มีการสอบทานระหว่างผู้เบิก ผู้จ่าย และผู้รายงาน ทั้งในข้อมูลด้านสารสนเทศ(คอมพิวเตอร์)และเอกสาร(ลายลักษณ์อักษร)
- มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ต้องควบคุมการใช้ ได้แก่
- แนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพง เช่น Seretide, Avamys, Cefoperazone/sulbactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem , Piperacillin/tazobactam และ Vancomycin
- แนวทางปฏิบัติของแพทย์ในการสั่งใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาล
- แนวทางปฏิบัติในสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- แนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยากลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท [Pseudoephridrine ,Alprazolam]
- แนวทางปฏิบัติในการใช้ยาเสี่ยงสูง[HAD]
- แนวทางปฏิบัติการตรวจสอบภายในด้าน .การเก็บรักษา-เบิกจ่าย-การใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ฯ ตามแบบติดตาม ปย 2 ปี 2559

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE*

3.1 การสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อน Prescribing error

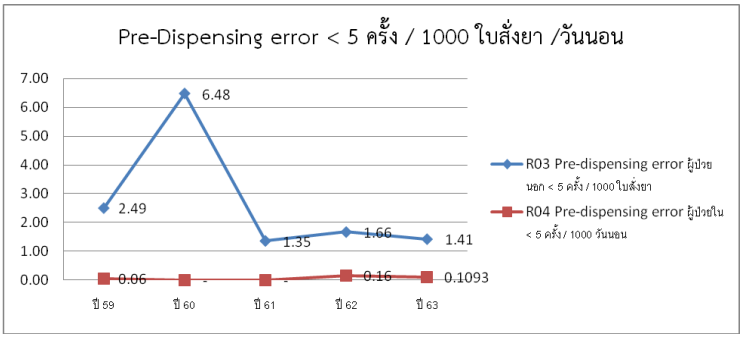


Prescribing error 2563	A	B	C	ผลรวม
R01 Prescribing error ผู้ป่วยนอก	14	55	-	69
R02 Prescribing error ผู้ป่วยใน		1	-	1

- **<u>ผลลัพธ์การดำเนินงาน</u>** การสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลงทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ ในปี 63 ระดับความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อน อยู่ที่ระดับ A และ B ไม่ถึงระดับ D จากการทบทวนพบว่าปัญหาที่พบมากคือ 1) การKEYยาผิด KEYไม่ครบจำนวน และ KEYวิธีใช้ผิดฯลฯ 2) เจ้าหน้าที่ที่KEYยาอาจไม่ใช่แพทย์ 3) จำนวนสั่งจ่ายมักไม่ตรงกับวันนัดหมายหรือจำนวนเต็ม เช่น 1 เดือนหรือ 2 เดือนฯลฯ

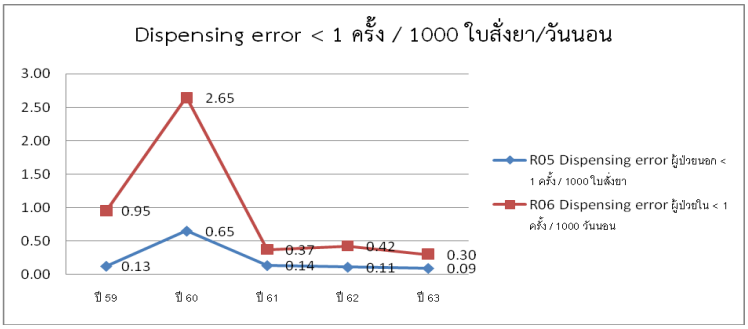
- **<u>การปรับปรุงเชิงกระบวนการ</u>** ดังนี้ ตรวจสอบยาก่อนจ่ายโดยใช้ข้อมูล จาก ใบสั่งยา+opd card + สมุดยาประจำตัว การสอบทานยาที่เคยใช้กับผู้ป่วยเวลารับยา เน้นย้ำให้แพทย์ใช้สัญลักษณ์การสั่งใช้ยา เช่น + , - , ↑,↓,hold ,off, การเปลี่ยนยาพร้อมเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับเจ้าหน้าที่อื่น ทั้งใน Doctor order sheet และในOPD CARD และ เมื่อพบว่าไม่ถูกต้องจะทำการแก้ไขตามเหตุการณ์หรือConsultแพทย์เพื่อแก้ไขในทันที และในกรณีถ้าหากเป็นยาHADโดยเฉพาะยาฉีดINSULIN จะต้องตรวจสอบทั้งชนิดและจำนวนให้เพียงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้ได้ตามกำหนดนัด นอกจากนั้น กำหนดให้นำยาเดิมที่ผู้ป่วยติดตัวมาเพื่อใช้ขณะพักเตียง รวมทั้งตรวจสอบด้านชนิดและจำนวนก่อนจ่ายยากลับบ้านโดยคำนึงถึง ความถูกต้อง ความปลอดภัย ความเหมาะสม และประหยัด

3.2 การจัดยาคลาดเคลื่อน Pre-dispensing error



- **<u>ผลลัพธ์การดำเนินงาน</u>** กระบวนการก่อนจ่ายยาเป็นกระบวนการของแผนกห้องจ่ายยาโดยตรง ทั้งการเรียงยา-การจัดยา-แก้ไขยา-การตรวจสอบ และ การจ่ายยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2563 มีระดับความเสี่ยงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระดับ B ไม่ถึงระดับ D และจากผลลัพธ์ในการติดตามพบว่า รูปแบบที่มักพบผิดบ่อยๆ คือ จัดผิด Checkผิด Keyผิด และ ลักษณะการสั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง คือ ผิดชนิด ผิดความแรง ผิดจำนวน ตามลำดับ
- กระบวนการแก้ไขสำคัญคือ
  - ด้านจัดการLASA Drug และ จัดทำป้ายชื่อยาให้สังเกตเด่นชัด
  - ด้านสถานที่และเครื่องมือ วางตำแหน่งของยาที่จัดผิดบ่อยไว้ห่างกัน /ย้ายที่วางยาที่พบจัดยาผิดบ่อยๆออกจากกันปรับปรุงการจัดยาทั้ง OPDและIPD แยกออกจากกันให้เป็นส่วนสัดชัดเจน
  - ด้านข้อมูลบนฉลากยา ระบุ รูปร่าง เม็ดยา สี ข้อสังเกตุ ลงบนฉลาก โดยเฉพาะกลุ่มยาจิตเวช /ทำตัวอักษร Tallman letter ไว้บนยา LASA / เปลี่ยนป้ายสีตัวเลขความแรงในยาที่มีหลายความแรงให้มีความแตกต่างกัน / ด้านเตรียมความพร้อม จัดระบบ pre –packหรือการแบ่งบรรจุยา เพื่อง่ายต่อการตรวจสอบ
  - ด้านการจัดซื้อ จัดซื้อยาเป็นรูปแบบแผงเพื่อลดปัญหานับเม็ดยา หลีกเลี่ยงการจัดซื้อยาที่มีแผงยาคล้ายกัน
  - ด้านการตรวจสอบ เน้นย้ำการตรวจสอบทั้งชนิดและปริมาณยา ก่อนจ่ายโดยคำนึงถึง ความถูกต้องเหมาะสมและความประหยัด

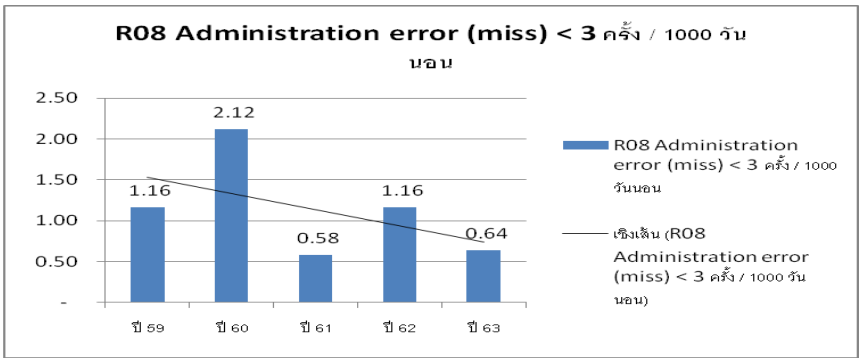
3.3 การจ่ายยาคลาดเคลื่อน Dispensing error

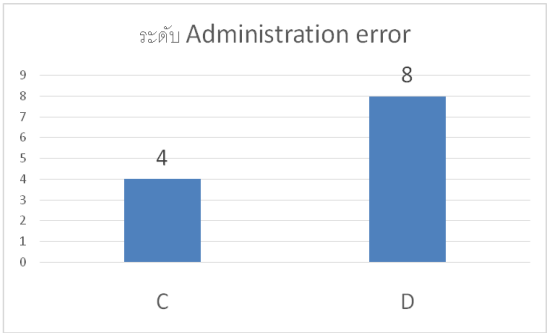


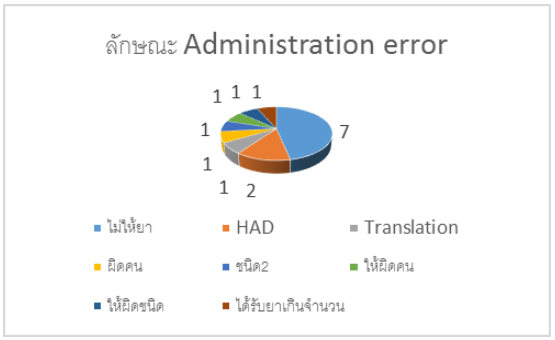
Dispensing error	B	C	D	ผลรวม
R05 Dispensing error ผู้ป่วยนอก	-	9	-	9
R06 Dispensing error ผู้ป่วยใน	3	3	2	8

- **<u>ผลลัพธ์การดำเนินงาน</u>** เป็นกระบวนการหลังจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและปลอดภัย โดยปัญหาที่ตรวจพบเมื่อเจอเหตุการณ์จะดำเนินการแก้ไขในทันที และส่วนใหญ่มักตรวจพบขณะทำการCheckยาก่อนจ่ายส่วนใหญ่จึงพบในระดับ A B หรือ C เท่านั้น เนื่องจากเป็นปลายทางก่อนผู้ป่วยรับยาแผนกเภสัชกรรมจะให้ความสำคัญกับการตรวจสอบยา โดยคำนึงถึงความถูกต้อง ปลอดภัย จ่ายยาเท่าที่จำเป็นและประหยัดงบประมาณ
- มาตรการณ์การแก้ไขหรือการป้องกันใช้หลายวิธีการ ดังนี้ จัดทำ Drug Identification และใบแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนบริษัทยาเพื่อให้มีตรวจสอบภายหลังการจ่ายยาโดยเฉพาะที่แผนกผู้ป่วยใน / กำหนดวันหมดอายุหลังแบ่งบรรจุ ติด sticker ระบุวันหมดอายุ / มาตรการตรวจสอบเอกสารก่อนจ่ายยา / ให้ผู้ป่วยทวนชื่อ นามสกุลเอง / ใช้Prime question ก่อนจ่ายยา / ตรวจสอบรายการยาทั้งชนิดและจำนวนกับประวัติเก่าผู้ป่วยและสมุดยาประจำตัวผู้ป่วย / เน้นให้นำยาเก่ามาโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อป้องกันยาเหลือใช้ และ ขณะจ่ายยาอาจทวนสอบสอบรายการกับผู้รับยาอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้อง ฯลฯ

3.4 การให้ยาคลาดเคลื่อน Administration error

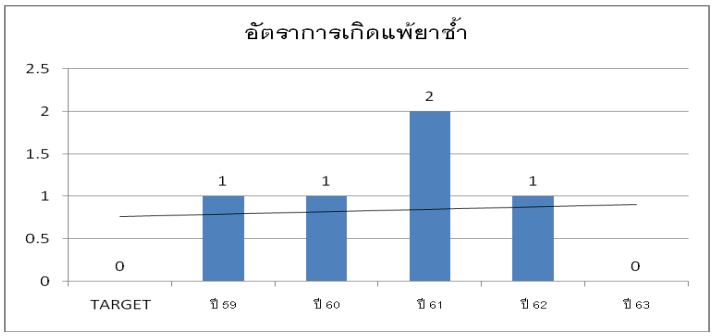






- **ผลลัพธ์การดำเนินงาน** จากการทบทวนความคลาดเคลื่อนในการให้ยา พบระดับ D 8 อุบัติการณ์ ซึ่งได้วิเคราะห์กิจกรรมและดำเนินการแก้ไขเฉพาะรายหน้างานในทันที ลักษณะที่พบบ่อยคือ คือ ไม่ให้ยา ผิดคน ผิดชนิด ได้รับยาเกินจำนวน ตามลำดับ แนวทางสำคัญคือใช้หลักเกณฑ์ตามหลักการให้ยา 6 R และเพิ่มเติม คือ ผู้ให้ยาต้องตระหนักและปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงการให้ยาแก่ผู้ป่วยถูกคน ใส่ใจและตรวจสอบผู้ป่วยให้ตรงกับยาที่ควรได้รับก่อนให้ยาทุกครั้ง ทบทวนคำสั่งใช้ยาฉบับจริงอีกครั้งก่อนให้ยาครั้งแรก (ไม่ควรทบทวนจากใบคัดลอกคำสั่งใช้ยา) ควรตรวจสอบคุณลักษณะทั่วไปของยา วันหมดอายุของยา ให้ยาตรงตามเวลาที่กำหนดในคำสั่งใช้ยา ควรนำยาออกจากภาชนะบรรจุเมื่อกำลังจะให้ยาเท่านั้น และหลังจากให้ยาแล้วผู้ให้ยาควรลงบันทึกการให้ยาทันที ไม่ควรยืมยาของผู้ป่วยคนอื่น หรือนำยาที่เหลือมาใช้ก่อน รวมทั้งแผนกเภสัชกรรม จัดทำ Drug Identificationเพื่อให้ทราบรูปลักษณ์ของยาที่สำคัญ ใบแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนบริษัทยา เพื่อตรวจสอบก่อนบริหารยา ทบทวนและเน้นย้ำการตรวจสอบยาก่อนส่งเข้าตึก จัด และ แยกซองยา ก่อนอาหาร เป็นสีฟ้าเพื่อให้ท ปรับปรุงสถานที่จัดยาเฉพาะยาผู้ป่วยในให้เป็นส่วนสัดแยกออกจากการจัดยาผู้ป่วยนอกเป็นต้น

3.5 การจัดการผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- มาตรการณ์สำคัญ คือ การสอบถามผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับบริการในทุกแผนกที่ให้บริการ รวมทั้ง ตรวจสอบ กับ

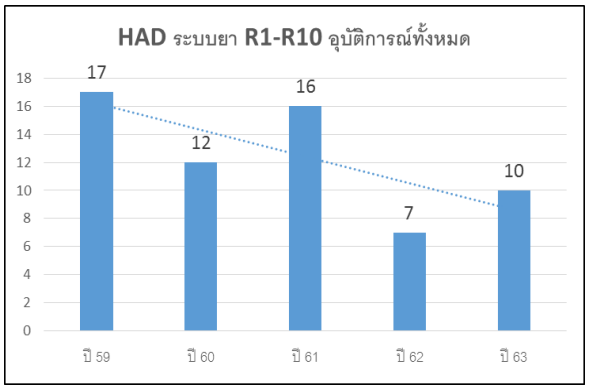
ระบบที่วางไว้คือ 1.ตรวจสอบบัตรแพ้/เฝ้าระวังการแพ้ยาจากผู้ป่วย 2.การเตือนโดยสติกเกอร์สีและข้อมูลใน OPD CARD 3.การPOP UPของระบบคอมพิวเตอร์ที่แจ้งเตือนถ้าพบการสั่งใช้ยาที่แพ้

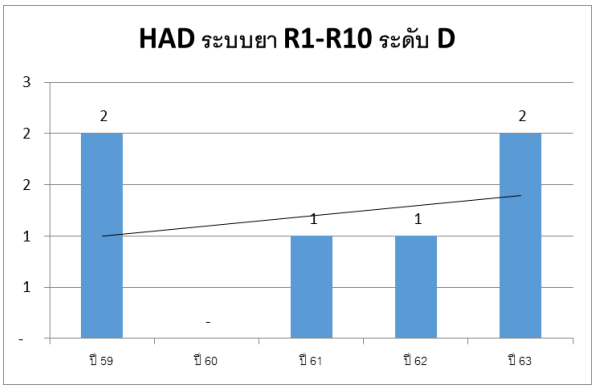
- โดยปี 2562 พบอุบัติการณ์สำคัญคือ แพทย์สั่งฉีดยาในผู้ป่วยมีประวัติเฝ้าระวังยา Tramadol พบว่าเมื่อแพทย์สั่งฉีดยาเจ้าหน้าที่พยาบาลจึงฉีดให้ผู้ป่วยในทันทีทันใด ทำให้ขาดการตรวจสอบกับOPD CARD และขาดการเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ จึงทบทวนระบบวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เน้นย้ำการตรวจสอบซ้ำของเจ้าหน้าที่ 2 คน ระหว่างผู้รับOrderกับผู้ให้ยา ซึ่งถ้าหากจะให้ยาผู้ป่วยจะต้องตรวจสอบการแพ้ยากับระบบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

- แนวทางการดำเนินการยาความเสี่ยงสูงที่ผ่านมา
- วางแผนเพื่อกำหนดแนวการสั่งใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น U เป็น unit, เครื่องหมาย ↑ หรือ ↓การเพิ่มหรือลดขนาดยา, CC เป็น ml, การระบุความแรง / ขนาดยา และ ตัวย่อที่สื่อความหมายต่อบุคลากรทางการแพทย์
- การติดตามการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง เช่น การเตรียมและบริหารยาตามฉลากยา HAD, การตรวจสอบ independent double check (เก็บภาชนะบรรจุยาที่บริหารแล้วไว้ตรวจสอบ double check), การติดตามการใช้ยา พร้อมบันทึกในแบบฟอร์มฯ และรายงานแพทย์
- แนวทางการคืนยาที่เหลือจากหอผู้ป่วยและยาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ฯ กรณียาเสพติดให้โทษ/ วัตถุออกฤทธิ์ยาทีเหลือจากการบริหารยาให้กับผู้ป่วย ก่อนทิ้งยาต้องบันทึกปริมาณยาคงเหลือเป็นมิลลิกรัมลงใน Cardex (ผู้ป่วยใน) หรือบันทึกใน OPD card (ผู้ป่วยนอก) พร้อมลงลายมือชื่อกำกับพร้อมพยาน
- การจัดทำฉลากยาฉีด สำหรับการบริหารยา HAD และการติดตามการใช้ยา รวมถึงแผ่นพับ ฉลากช่วย คำเตือนบนฉลากยา HAD ชนิดยาเม็ด ได้แก่ Methotrexate, Digoxin, Dilantin ,Magnesium เป็นต้น

ผลลัพธ์การติดตามปัญหาด้านความคลาดเคลื่อนทางยา(HAD)





- อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในยากลุ่มสี่ยงสูงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมแสง มีแนวโน้มลดลง แต่กลับพบว่าระดับDมีแนวโน้มสูงขึ้นใน ปี 2563 ซึ่งได้ดำเนินการหาRCAและกำหนดการแก้ไขหน้างานที่พบเหตุการณ์ ดังตัวอย่าง ดังนี้
- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในยากลุ่มเสี่ยงที่พบและแนวทาง/ แก้ไข ดังนี้

ชนิด	อุบัติการณ์ที่พบ	การปรับปรุง
Prescribing error	• แพทย์สั่ง Mixtard 10-0-4 แต่คีย์เป็น 10-0-10 • แพทย์สั่ง KCl inj แต่ห้องยา key KCl elixir (รับ order ทางโทรศัพท์)	1) เน้นย้ำพนักงานKEYควรทวนสอบกับORDERลายมือแพทย์โดยตรง 2) สอบถามข้อมูลยาด้านDOSEและRouteให้ชัดเจน
Pre-dispensing error	• แพทย์สั่ง NPH จัด Mixtard จัดยาผิดจาก Mixtard เป็น NPH	1) เน้นย้ำพนักงานจัดยาให้ตรวจสอบก่อนจัดเสร็จ 2) แยกตำแหน่ง ยาที่คล้ายหรือมีหลายความแรงบนชั้นยาให้เป็นส่วนสัด
Dispensing error	• จ่ายยาผิดความแรงจาก Wafarin2mg เป็น3 mg	• ตรวจสอบซ้ำหรือDouble check และเพิ่มการตรวจสอบโดยดูซองยาขณะจ่ายหรือTriple check
Administration error	• ให้ยา MgSO4 Iv drip แก่ผู้ป่วยผิดคน แพทย์ สั่งให้ RI 8 Unit แต่พยาบาลลืมฉีด	• เน้นหลักการให้ยาตามเทคนิค 6 R และ เน้นย้ำให้มีการตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยา

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship) :

- จากผลการดำเนินงานตัวชี้วัดRDU 2563 (ตัวชี้วัด ย่อยทั้งหมด18ตัว) โรงพยาบาลชุมแสง ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 (ตัวชี้วัด ที่ 1,2,3,4,5) และ ผ่านเกณฑ์ RDUขั้นที่ 2 ทั้ง 7 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัด ที่ 6,7,8,9,11,14,17,18) และ รพสต ผ่านเกณฑ์ RUA ร้อยละ 100 (ร้อยละURI&AD >= 60%) และ ถ้าจะผ่านเกณฑ์RDU 3 จะต้องผ่านเกณฑ์สำคัญเพิ่มเติม คือ ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสดจากอุบัติเหตุ จะต้องน้อยกว่าร้อยละ 40 เป็นความท้าทายสำคัญจึงได้วางแผนผ่านทางคณะกรรมการPTC ดังนี้
- ทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน “รพ.สต.” และ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เมื่อปี 2561 และติดตามผลงานผ่านทางHDCหรือข้อมูล 43 แฟ้ม จากWEBสสจ นครสวรรค์ ทุกเดือน ผลลัพธ์ ผ่านเกณฑ์ทั้งโรงพยาบาลและ รพสต
- ทบทวนการประเมินผู้ป่วยบาดแผลสด(Fresh Tramatic Wound)ทุกรายโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา จะต้องทำแบบประเมินบาดแผลแสดงเหตุผลสำคัญและลงลายมือชื่อในกรณีสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีบาดแผลสะอาด ณ แผนกER ผลลัพธ์ รพชุมแสงสามารถทำได้ ร้อยละ 48, 45, 43 และ 40 ในเดือน มีค – มิย 63 ตามลำดับ (เกณฑ์ < 40%) ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
- ทบทวนแนวทางการให้รหัส ICD-10 ใน หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดและมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ โดยเวชสถิติและพยาบาล ตรวจสอบการDIAGและให้รหัสที่ถูกต้องเหมาะสม ผลลัพธ์ ผ่านเกณฑ์RDUที่กำหนด
- ทบทวนการสั่งใช้ยา inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังโดยติดตามและตรวจสอบข้อมูลเป็นรายเดือนโดยคลินิกจะประเมินและสั่งใช้ยากลุ่ม inhaled corticosteroid (HN) เพื่อให้ผ่านเกณฑ์RDUที่กำหนด

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดตัวชี้วัด ด้านRDUหรือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตั้งแต่ ปี 2559 – ปัจจุบัน

และมีการกำหนดตัวชี้วัดย่อย 20 ตัวเพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านระบบยา โดยกำหนดเป็นขั้นเช่น RDUขั้นที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งเครือข่ายสุขภาพชุมแสง เดิมไม่ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด จึงได้ปรับปรุง ทบทวนระบบ และ กำหนดแนวทางให้สามารถแก้ไขปัญหาในภาพCUP จึงสามารถผ่านเกณฑ์ตามลำดับขั้นตั้งแต่ตั้งแต่ ปี 2561 อาทิเช่น

- ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid พบว่า ปี 2562 โรงพยาบาลชุมแสง อยู่ที่ ร้อยละ 62 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 80 ทางคลินิกได้กำหนดแนวทางแก้ไข ดังนี้
- ผู้ป่วยที่มารับบริการ นอกคลินิก ASTHMA&COPD เช่น ER,OPD,ANC,DM,TB,ARV,VIP ฯลฯ ถ้าแพทย์Diag ตาม ICD-10 ว่าเป็น Asthma J.45.0-J45.9,J46 ต้องมีการสั่งใช้ยากลุ่ม inhaled corticosteroid (HN) หรือ
- ถ้าหากไม่ดำเนินการสั่งใช้ยา หรือ Rouout ASTHMA หรือ ยังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นASTHMA จะนัดหมายและสนับสนุนให้ส่งผู้ป่วยเข้าคลินิคเพื่อประเมินPeakflow และสั่งใช้ inhaled corticosteroidในภายหลัง ไม่เช่นนั้นต้องเพิกถอนการDiagดังกล่าว
- ภายหลังดำเนินการดังกล่าวพบว่า ปี 2563 ตค – มีค ผลการดำเนินงาน อยู่ที่ ร้อยละ 87.32
- ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ปรับปรุงกระบวนการDiag ที่ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ และภายหลังการD/Cพยาบาลห้องคลอดจะตรวจสอบการDiagและให้รหัสICD-10ที่ถูกต้องโดยดำเนินการร่วมกับเวชสถิติอย่างเคร่งครัด ผลการดำเนินงาน ลดลงและเป็นที่น่าพอใจ คือ ร้อยละ 6 (เกณฑ์ < ร้อยละ 15)

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

- อบรมความรู้การใช้เข็ม อินสุลิน กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในเครือข่าย ปี 2559
- อบรมความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(Service Plan:Rational Drug Use) 2560 - 2562
- อบรมให้ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ รพสต. เรื่องการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ พร้อมสร้างระบบป้องกันในเครือข่ายในเขตรับผิดชอบ 2560-2562
- อบรมความรู้เรื่องการบริหารจัดการวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็นแก่เจ้าหน้าที่ รพสต 2560 -2562
- อบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่ รพ. และ รพสต. เรื่อง Updateวิชาการด้านยา และ จัดทำโครงการการจัดการความรู้ระบบยาเครือข่าย ในปี 2560 -2562
- อบรวมความรู้การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ปี 2562
- อบรวมความรู้เพื่อติดตามตัวชี้วัดด้านการเงินการคลัง(CFO) ปี 2560 -2562

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยได้จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์(Hospital OS) ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ ผู้ป่วย G6PD ประวัติการแพ้ยา ADR, Drug Interaction มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเชื่อมโยงข้อมูลทุกจุดบริการในโรงพยาบาล และบุคคลากรทุกคนที่ใช้โปรแกรมนี้จะมี User name , Pass word รายบุคคลเพื่อใช้ในการ Log in รวมทั้งการแบ่งระดับของแต่ละกลุ่มวิชาชีพในการจัดการMenu ที่Supportหน้างานของตนเอง อาทิเช่น กลุ่มเภสัชกรเท่านั้นที่จะบันทึกการแพ้ยาADR และ G-6-PD ฯลฯ
- การค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็น การวินิจฉัย การรักษา ประวัติการใช้ยา สามารถเรียกดูข้อมูลได้จากโปรแกรม Hospital Os รวมทั้งจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

- เพื่อให้เป็นการง่ายต่อการประสานรายการยาเดิมของผู้ป่วย และสามารถสื่อสารข้อมูลการรักษาด้วยยาต่อหน่วยบริการอื่นๆทั้งภายในรพ. กับ รพสต. และสถานพยาบาลอื่น ห้องจ่ายยาจะเป็นผู้พิมพ์ใบสรุปรายการยาโรคเรื้อรังที่มีข้อมูลยา วันที่การรักษา ชนิด-จำนวน-วิธีการใช้ยาทุกรายการ โดยติดไว้ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละครั้ง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยไม่ค่อยพกสมุดประจำตัว แก้ไขโดยการเน้นย้ำเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้สอบถามและนำสมุดมาจดบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการพกสมุดประจำตัว

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

- **ขณะสั่งใช้ยา** : ในการสั่งใช้ยาของแพทย์ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จะมี ชื่อยา ความแรง รูปแบบ รวมถึง วิธีการใช้ยาที่ใช้บ่อย ในลักษณะ Default manage ทั้งนี้ ผู้สั่งใช้ยารวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาล สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาที่มีความเหมาะสมตามต้องการ เช่น 1 x 1 , 1x 2 ,ac,prn ฯลฯ รวมทั้งการสั่งใช้ยาตามประวัติการรับยาในอดีตของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- **ขณะจัดยา :** เพื่อให้มีการจัดเก็บยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จึงให้มีข้อมูลจำเป็นสำหรับการจัดยาแสดงไว้ที่ฉลากยา เช่น ยาที่ต้องป้องกันแสง, ยาที่เป็น High Alert Drug, ยาที่ต้องแช่ตู้เย็น ในกรณีที่มีการใช้ยาที่แบ่งบรรจุไว้แล้ว ที่ซองยาแบ่งบรรจุ จะมีข้อมูลชื่อยา ความแรง จำนวนและวันหมดอายุ ที่ผู้จัดยาต้องอ่านเพื่อเพิ่มความถูกต้องขณะจัดยา
- **ขณะให้ยา :** ยาที่จ่ายออกจากห้องยา จะมีฉลากที่ระบุรายละเอียดวิธีใช้ เพื่อให้ พยาบาล สามารถตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์ และในกรณียาที่มีวิธีการใช้พิเศษ จะมีใบแนบเอกสารวิธีการบริหารยาเพิ่มเติม เช่น Premarin Cream, ยาตา,ยาเหน็บ,ยาความเสี่ยงสูง,Warfarinฯลฯ ในกรณีที่เป็น ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะติด sticker “ยากลุ่มเสี่ยง ” ไว้บน AMPยา เพื่อเตือนเพิ่ม และในกรณียาที่มีวิธีการใช้พิเศษ จะมีใบแนบเอกสารวิธีการบริหารยาเพิ่มเติม เช่น ยาตา , ยาเหน็บ, ยาความเสี่ยงสูง, Warfarin ฯลฯ
- **กลุ่มงานเภสัชกรรมจัดทำ** คู่มือระบบยา ไว้ที่หอผู้ป่วย ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับ ยาความเสี่ยงสูง คู่มือการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ วิธีผสมยา ความคงตัวหลังผสม ไว้เพื่ออ้างอิงและสืบค้นเบื้องต้น
- ในชุมชนเพื่อเป็นการประสานรายการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปยังรพ.สต.จะพิมพ์ฉลากยาที่สรุปข้อมูลการใช้ยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยทำการรักษา โดยมีข้อมูลทั้ง ชื่อผู้ป่วย วันที่การรักษา ชนิด-จำนวน-วิธีการใช้ยา ทุกรายการ ติดไว้ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มารับบริการในวันนั้นๆ

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- ในโปรแกรม Hos OS สามารถแจ้งเตือนอันตรกิริยาระหว่างยาเตือนการแพ้ยา เฝ้าระวังการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรได้บันทึก การแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งลงในโปรแกรม Hos OS เมื่อมีการบันทึก HN ผู้ป่วยที่มีการแพ้ยาระบบจะแจ้งเตือนทันที

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

- เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการตรวจสอบการใช้ยา การจัดยา การจ่ายยา รวมถึงการบริหารยาของหน่วยต่างๆ โรงพยาบาลโดยคณะกรรมการ ENV ได้จัดพื้นที่ที่มีแสงสว่างพอเหมาะสมกับการทำงาน สถานที่เก็บยามีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นให้เป็นไปตามมาตรฐาน

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

(1) การจัดหายา:

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาลทุกปี และกรณียาที่ไม่มีในบัญชีโรงพยาบาล ดำเนินการเฉพาะรายจัดหายาให้ทันท่วงทีต่อแผนการรักษา โดยอาจขออนุเคราะห์จาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์หรือโรงพยาบาลอื่น ในการดำเนินการสำรองเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ

- ดำเนินการจัดซื้อจัดหายาให้เป็นไปตามแผนจัดซื้อยาประจำปีสอดคล้องกับนโยบายคลังยาประหยัด โดย ลดอัตราการสำรองยาให้มีความเหมาะสมไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข จัดซื้อจัดหาโดยเลือกรายการยาที่ราคาต่ำสุดและเหมาะสมต่อการบริการผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพร

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- **การจัดการด้านคลังยา** เพื่อจะมียาใช้เพียงพอ มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ คลังยาจึงได้มีระบบเก็บสำรองยาทุกรายการอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีระบบควบคุมการเบิก-จ่าย อย่างรัดกุม และ มี การควบคุมกุญแจ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ปลอดภัยต่อการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก มีการบันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอและความชื้นของยา โดย คลังยาทั่วไป หมายเลข 1 = 30 C คลังยาหมายเลข 2 = 25 C เปิด ควบคุมความชื้นที่ 70 % ทั้ง 2 คลัง และการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นเพื่อควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะยาแช่เย็น 2-8 องศาเซลเซียสหากผิดปรกติให้แจ้งหัวหน้างาน
- เพื่อป้องกันปัญหายาหมดอายุ ณ จุดจ่ายยาที่ห้องจ่ายยานอก มีการจัดทำนวัตกรรม ปฏิทินยาเตือนใจ ตั้งแต่ ปี 2558 เพื่อช่วยในการตรวจสอบยาที่ใกล้จะหมดอายุ มีแนวทางการจัดการยาใกล้หมดอายุ ยาหมดอายุ ให้ตรวจสอบวัน exp. ทุกครั้งก่อนเติมยา/ คืนยาขึ้นชั้นยา หากอายุยาน้อยกว่า 12 เดือน ต้องมีการ ลงทะเบียนยา / ใกล้ Exp. ก่อนเติมยาขึ้นชั้นยาทุกครั้ง ผลลัพธ์การดำเนินการ พบยาหมดอายุลดลง
- จัดทำทะเบียน <u>ยาใกล้หมดอายุภายใน 12 เดือน</u> นับจากวันที่ดำเนินการตรวจสอบ
- กรณีอายุยา < 3 เดือน แต่เป็นยามูลค่าสูง
- กรณีอายุยา < 3 เดือน กรณียาทั่วไป
- กรณีอายุยา < 3 เดือน
- ยาที่หมดอายุ/ ใกล้หมดอายุผู้รับผิดชอบรวบรวม + บันทึกตามแบบฟอร์ม
- ดำเนินการ ตรวจสอบ exp. ทุกครั้งก่อนเติมยา/ คืนยาใส่กล่องยา หากอายุยาน้อยกว่า 12 เดือน ต้องมีการลงทะเบียนยา / ใกล้ Exp. ก่อนเติมยาขึ้นชั้นยาทุกครั้ง /หากยาหมดอายุ ลงทะเบียนในสมุดลงทะเบียนยารอทำลาย **ผลลัพธ์การดำเนินการ** มูลค่ายาEXPที่ส่งคืนจากหน่วยบริการรวมทั้งหน่วยงานเภสัชกรรม ปี 2559 – 2563 จำนวน 30,16,36,46 และ 7 รายการตามลำดับ คิดเป็นมูลค่า(บาท) 66,438, 12,782, 16,480, 17,341 และ 5,195 บาทตามลำดับ
- นอกจากนั้นเพื่อป้องกันปัญหาพบยาหมดอายุ ณ จุดจ่ายยาที่ห้องจ่ายยานอกดำเนินการจัดทำนวัตกรรม ปฏิทินยาเตือนใจ ตั้งแต่ ปี 2558 เพื่อช่วยในการตรวจสอบยาที่ใกล้จะหมดอายุ ผลลัพธ์การดำเนินการพบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ยาหมดอายุ ณ จุดจ่าย
- การจัดการคลังยาStock Management System **ตัวชี้วัดสำคัญ** อัตรายาคงคลังเฉลี่ย ไม่เกิน 2 เดือน **จากปัญหาเดิม ยา**คงคลัง (มีคลังย่อยแฝง) สูงกว่าเป็นจริง **นำไปสู่การจัดการ** จัดซื้อเฉลี่ยลดลง 2 เดือน / จัดระบบการสำรองยาให้เหมาะสม /ปรับปรุงแผนการจัดซื้อยา/ ยุบคลังย่อยและจัดเป็นจุดจ่ายแทน (กำหนดRATEให้เหมาะสม)/หาอัตราการใช้ที่แท้จริงให้ถูกต้อง(RATE จาก OS+EXPRESS) /ปรับปรุงการรับ-เบิก-จ่ายให้สอดคล้องกับบัญชีเกณฑ์คงค้าง/สั่งซื้อให้รวดเร็ว หรือ ยืมให้ทันการณ์ /ตรวจสอบข้อมูลคงคลังก่อนรายงาน **ผลลัพธ์**การดำเนินการ อัตราคงคลังลดลง ปี 2559 -2563 คิดเป็น 1.71 1.95 2.33 2.02 ,1.28 ตามลำดับ

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

- เพื่อสนับสนุนความพร้อมใช้และทันเวลา คณะกรรมการ PTC กำหนดให้แผนกบริการบางจุดมีการสำรองยาตามความจำเป็นวิกฤต ให้เหมาะสมทั้งชนิดและจำนวน ให้มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ วันหมดอายุอย่างสม่ำเสมอโดยพยาบาลประจำหน่วยบริการ ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน, ตึกผู้ป่วย (2 ตึก), ห้องคลอด, ห้องผ่าตัด, ห้องตา และมีเภสัชกรไป

นิเทศตรวจสอบ/แลกเปลี่ยนยา ทุก 2 เดือน ปัญหาที่พบ เช่น ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาไม่สม่ำเสมอ, การมียาเกินstock, ผู้ที่ทำหน้าที่แทนไม่ได้เรียงวันหมดอายุยาก่อนนำยาขึ้นชั้นยา เป็นต้น แก้ไขโดยการแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่รับทราบและตระหนัก ผลลัพธ์ดำเนินงานในปี 2560-2563 ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ และรายการยาหมดอายุ ณ จุดสำรองยามีแนวโน้มลดลง คำนวณมูลค่ายาหมดอายุ ในปี 2559 – 2563 (6เดือน) คิดเป็น 66,438, 12,782, 16,480, 17,341 และ 4,115 บาทตามลำดับ

- และเพื่อลดภาระและเวลาของพยาบาลประจำหน่วยบริการ ในการตรวจสอบรายการยาสำรองทีละชนิด ห้องยาจึงจัดให้มีชุดกล่องยาช่วยชีวิต(STEMI box และ emergency box) รูปแบบ Box set ปิดผนึก ระบุวันหมดอายุของกล่อง มีระบบการกำกับตรวจสอบและจัดทดแทนกรณีเปิดใช้ โดยสำรองไว้ที่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และห้องผ่าตัดตา

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

- เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด (24:00-8:30น.) การสำรองยาเพื่อบริการผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน จะมีการควบคุมและตรวจสอบปริมาณยาที่ใช้ไปเมื่อสิ้นสุดเวร ให้มีการเบิกและจัดคืนยาในเวรเช้าถัดไป มีการทบทวนความถูกต้องและเหมาะสมของการสั่งใช้ยาจากใบสั่งยาโดยเภสัชกร ก่อนที่จะจัดยาคืนหน่วย ผลการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ปัญหาที่พบบ่อยคือการบันทึกเพื่อเบิกยาคืนประจำวันไม่ตรงกับใบสั่งยา เช่นชนิด และ จำนวน จึงมีการแจ้งกลับหน่วยงานเพื่อเฝ้าระวังในประเด็นความคลาดเคลื่อนนั้นๆต่อไป

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

- เพื่อป้องกันไม่ให้ยาในมือผู้ป่วยกลายเป็นยาขยะ ยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ และยังป้องกันความสับสนในการใช้ยาของผู้ป่วย มีการรณรงค์และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือใช้มาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล โดยงานเภสัชกรรมจะตรวจสอบวันหมดอายุและลักษณะทางกายภาพของยาที่ผู้ป่วยนำมา ว่ายังอยู่ในสภาพพร้อมใช้อยู่หรือไม่ ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยคนเดิมนำยาเดิมกลับไปใช้ใหม่ หากแพทย์สั่งจ่ายยาเหมือนเดิม
- เพื่อลดการสูญเสียยาโดยไม่จำเป็น จึงให้มีการจัดการยาที่ OFF จากตึกผู้ป่วย โดยยาที่รับคืนจากFloor stock และหน่วยงานอื่นๆ ให้เจ้าหน้าที่นำกลับมาคืนที่ห้องยาโดยตรง โดยเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมผู้รับผิดชอบเป็นผู้พิจารณายาคืนนั้นก่อน ในกรณีที่ยายังไม่หมดอายุ ไม่เสื่อมสภาพ ให้มีการบันทึกการแลกเปลี่ยนยา นำกลับมาใช้หมุนเวียนภายในโรงพยาบาลได้ จัดวางบนชั้นโดยแจ้งเตือนการหยิบใช้ยานั้นๆก่อน แจ้งเตือนยาใกล้หมดอายุ หากน้อยกว่า 3 เดือนบนปฏิทินแจ้งเตือนยาใกล้หมดอายุ

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาและถือเป็นข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาต่างๆเพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เช่น การกำหนด U เป็น unit, เครื่องหมาย ↑ หรือ ↓การเพิ่มหรือลดขนาดยา, CC เป็น ml, การระบุความแรง/ขนาดยา และการใช้ตัวย่อตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล
- หากแพทย์มีการยาเดิมผู้ป่วยตาม visit ก่อน แล้วมีรายการสั่งฉีดยาด้วยแพทย์จะต้องเขียนระบุชัดเจนในประวัติวันนี้ว่า สั่งฉีดยาด้วย เช่น Diclofenac 1 amp IM เป็นต้น
- การรับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์จะต้องมีการทวนคำสั่งซ้ำ และลงข้อมูลไว้ในประวัติผู้ป่วย และจะลงข้อมูล รคส. แพทย์ไว้ หากเป็นการรับคำสั่งกรณีผู้ป่วยในแพทย์จะต้องลงชื่อกำกับที่คำสั่งนั้นอีกครั้งเสมอ
- เภสัชกรสามารถดูข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการพิจารณาคำสั่งแพทย์หากมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยรายนั้นๆ
- หากแพทย์มีคำสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีข้อควรระวัง เภสัชกรจะสอบถามเพื่อยืนยันคำสั่งหรือเหตุผลในการสั่งใช้ กรณีที่

แพทย์ตั้งใจสั่งยานั้นให้ผู้ป่วย หรือหากสอบถามแล้วแพทย์งด หรือ ปรับเปลี่ยนก็จะลงข้อมูลไว้ในประวัติ

(2) medication reconciliation:

- **ผู้ป่วยใน** :แพทย์จะทำการสั่งยาโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วยตั้งแต่ admit กรณีรับยาที่รพ.ชุมแสงจะสามารถดูประวัติได้จาก OPD card, HOSP OS, สมุดโรคประจำตัวผู้ป่วย รวมไปถึงถุงยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาและการซักประวัติการรับยาว่ามีรับยาจากที่อื่นหรือไม่ หากแพทย์ต้องการสั่งยา เพิ่มลดหรืองดรายการใดแพทย์ก็ระบุไว้ หากเภสัชกรหรือพยาบาลตรวจสอบประวัติแล้วข้อมูลไม่ตรงกันก็สามารถบันทึกเพิ่มเติมให้แพทย์ทราบหรือสอบถามเพื่อให้แพทย์พิจารณาคำสั่ง ซึ่งดำเนินการตรวจสอบเปรียบเทียบจนถึงผู้ป่วยรับยากลับบ้าน ซึ่งพบหลายปัญหา เช่น สั่งยาไม่ครบ ขนาดไม่ตรง ไม่ยอมบอกว่ารับยาที่อื่น ไม่กินยาตามสั่ง เป็นต้น
- **ผลการดำเนินการ** จากการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมและติดตาม ปัญหาการใช้ยา (DRPs)ในแผนกผู้ป่วยในจากกระบวนการMed Reconsile ตามตาราง ดังนี้

จำนวนครั้ง(ผู้ป่วยในโรคเรื้อรัง)	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
· จำนวนผู้ป่วยที่พบ DRPs (ครั้ง)	40	80	102	138	90
· จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการ Med. Reconcile (visit)	420	605	720	980	480
ร้อยละ	9.52	13.22	14.17	14.08	18.75

- พบปัญหาDRPs มากสุดเรียงลำดับดังนี้ ดังนี้ 1.Untreated condition 2.Compliance 3.DI, Drug-food Overdosage 4.Sub-therapeutic 5.ADR เป็นต้น
- กระบวนการเมื่อพบปัญหา DRPs เภสัชกรจะดำเนินการ Intervention กับแพทย์เพื่อแก้ไขในทันท่วงที ซึ่งส่วนใหญ่จะAccept
- **ผู้ป่วยนอก :** แพทย์จะทำการตรวจรักษาผู้ป่วยและสั่งยาโดยลงข้อมูลใน OPD card และระบบ HOSP OS แพทย์สามารถสั่งยาเดิมผู้ป่วยจาก visit โดยดึงข้อมูลมายืนยันแก้ไขปรับเป็นคำสั่งใช้ยาปัจจุบัน แพทย์จะเขียนระบุรายการที่ปรับเพิ่ม ลด งด หรือสั่งใหม่ หากเภสัชกรตรวจสอบประวัติใน HOSP OS และคำสั่งที่แพทย์เขียนไม่ตรงกัน หรือมีรายการใดหายไปก็จะทำการสอบถามเพื่อยืนยันคำสั่งแพทย์
- **คลินิกพิเศษต่างๆ:** จากการที่มีเภสัชกรเข้าไปในคลินิก เช่น คลินิกวาร์ฟาริน คลินิกหอบหืด คลินิกARV คลินิกTB คลินิกจิตเวช เพื่อดำเนินการบริบาลเภสัชกรรม ได้ทำการทวนสอบ เปรียบเทียบ รายการยา การนับยาที่ผู้ป่วยเหลือใช้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาครบถ้วน ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย นอกจากนั้นยังเป็นการประหยัดงบประมาณในยาที่ผู้ป่วยเหลือใช้ โดยปัญหาDRPsที่พบส่วนใหญ่ คือ ***Compliance , ADR , การใช้ยาไม่เหมาะสม*** ตามลำดับ ตัวอย่างเช่น คลินิกวาร์ฟาริน มีแนวปฏิบัติคือมีการส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ทุกราย เพื่อซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา (การรับประทานยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง, การซื้อยาอื่น/ใช้สมุนไพร/ใช้อาหารเสริม) และปรับขนาดยาในรายที่ค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย พร้อมทั้งบันทึกวิธีการรับประทานยาวาร์ฟารินลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยวาร์ฟาริน และโปรแกรม Warfarin Registry ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ
- **ข้อมูลประวัติยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับจากรักษาในแต่ละครั้ง** จะมีการติดฉลากรายการยาโรคเรื้อรังที่มีข้อมูลทั้งชื่อผู้ป่วย วันที่การรักษา ชนิด-จำนวน-วิธีการใช้ยา ทุกรายการ โดยติดไว้ที่สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อให้ทราบข้อมูลการใช้ยาและยังเป็นการสื่อสารข้อมูลการรักษาด้วยยาต่อหน่วยบริการอื่นด้วย และต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญของสมุดประจำตัวให้ผู้ป่วยทราบ

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

- ในระบบคอมพิวเตอร์จะเป็นโปรแกรม HOSP OS ซึ่งในส่วนนี้แพทย์สามารถตรวจสอบคำสั่งรายการยาจาก visit ก่อนหน้านี้ได้และทำการสั่งประวัติยาเดิมจากนั้นยืนยันคำสั่งให้เป็น visit ปัจจุบันแล้วแก้ไขคำสั่งรายการยาที่ต้องการปรับไม่ว่าจะเป็น off, add, เพิ่มหรือลดขนาดยา และมีช่องสำหรับการ Note ข้อมูลเพิ่มเติมได้
- แพทย์สามารถดูข้อมูล lab ผู้ป่วยย้อนหลังเทียบกับปัจจุบันได้ เพื่อประกอบการตัดสินใจก่อนการสั่งใช้ยา
- มีการตั้งค่า Default ของยาแต่ละตัวไว้เบื้องต้น ซึ่งสามารถทำการปรับเปลี่ยนแก้ไขให้เหมาะสม กับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนที่แพทย์ต้องการอีกที เช่น Glipizide(5) 1x1ac, Manidipine(20)1/2x1pc เป็นต้น
- มีระบบการแจ้งเตือนประวัติ แพ้ยา เฝ้าระวังการใช้ยา ผู้ป่วย G6PD ค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น
- ข้อมูลเตือนเรื่อง Drug Interaction ของยาแต่ละตัวที่ควรเฝ้าระวังหากใช้ร่วมกันหรือเป็นข้อห้าม 1.Contraindication Fatal Drug Interaction (ห้ามใช้ร่วมกัน) เช่น Warfarin กับ Amiodarone, Warfarin กับ Aspirin เป็นต้น 2. Mornitoring Fatal Drug Interaction สามารถป้องกันไม่ให้เกิด ADR ได้ถ้ามีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น Furosemide และ Digoxin ,Simvastatin และ Gemfibrozil ฯลฯ
- คำเตือน POP Up ต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาของแพทย์ว่าเหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่ เช่น กำหนดแจ้งเตือนDUE: Azithromycin, Fluimucil หรือ Morphine เป็นต้น

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

- ห้องยาทบทวนคำสั่งใช้ยา 3 จุด คือ จุดคีย์ จุดเช็ค จุดจ่าย หากพบปัญหาโทรปรึกษาแพทย์ พร้อมทั้งจดบันทึก Med error ทุกครั้ง เพื่อวางแนวทางแก้ไข โดย
- จุดคีย์ จะตรวจสอบคำสั่งใช้ยาเบื้องต้น เช่น จำนวนยาตรงตามวันนัดหรือไม่,สั่งยารายการซ้ำกันหรือไม่ เป็นต้น
- จุดเช็ค ทบทวนและตรวจสอบคำสั่งใช้ยาทุกรายการ เช่น การสั่งใช้ยาฉีด ต้องมีลายมือแพทย์กำกับการคีย์ยามาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการ remed ยาครั้งก่อนหน้าติดมา หรือ แพทย์คีย์ยาผิดตัว , การปรับขนาดยาฉีดอินซูลิน การเพิ่มขนาดยา การลดขนาดยา การเปลี่ยนชนิดยา หยุดยา หรือ เริ่มให้ยา ต้องมีลายมือแพทย์กำกับทุกครั้ง เพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของการสั่งใช้ยา และกรณีการสั่งใช้ยา KCl elixir, MgSO4 solution ต้องมีลายมือแพทย์กำกับทุกครั้งและจุดเช็คต้องตรวจสอบผล lab ร่วมด้วย
- จุดจ่าย จะทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการซ้ำอีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันความเคลื่อนทั้งหมด
- **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ข้อมูล Prescribing error ผู้ป่วยนอกปี 59 -63 คิดเป็น 4.03 5.23 3.54 1.81 1.68 / 1000 ใบสั่ง ละ Prescribing error ผู้ป่วยใน ปี 59 -63 คิดเป็น 0.17 N/A 0.26 0.16 0.65 / 1000 ใบสั่งยา (เกณฑ์ < 3/1000 ใบสั่งยา) ซึ่งมีแนวโน้มลดลง
- กรณีเบิกยาฉีดหรือยากินแบบ stat ต้องเป็นการถือ OPD card ที่มีคำสั่งใช้ยาจากแพทย์มาเบิกเท่านั้น เพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ และพยาบาลจะทบทวนคำสั่งใช้ยาซ้ำอีกครั้งก่อนนำยาให้ผู้ป่วยกินหรือฉีดยาให้ผู้ป่วย
- กรณีการสั่งใช้ยาในเด็ก แพทย์ต้องเขียนขนาดการสั่งใช้ยาเป็น mg/kg/day หรือ mg/kg/dose กำกับ**ด้วยทุกครั้ง** ห้องยาจะตรวจสอบคำสั่งใช้ยา โดยคำนวณขนาดยาที่ให้ทุกครั้งว่าถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ เช่น paracetamol , amoxycillin syrupเป็นต้น
- กรณีการเบิกยาของแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลหรือเภสัชกรจะเป็นผู้คัดลอกคำสั่งเพื่อจัดและจ่ายยา โดยต้องมีใบ copy order ที่เป็นลายมือแพทย์แนบมาด้วยทุกครั้ง หากพบข้อสงสัยในคำสั่งที่ไม่ชัดเจน จะ consult แพทย์โดยตรงทันที ก่อนมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยในพยาบาลและเภสัชกรจะตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง **ผลลัพธ์การดำเนินการ**

ข้อมูล Dispensing error ผู้ป่วยใน ปี 59 -63 คิดเป็น 4.03 5.23 3.54 1.81 1.68 / 1000 ใบสั่งยา 0.95 2.65 0.37 0.42 0.30 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

- กรณีทบทวนคำสั่งใช้ยาเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุสมผล(RDU) ตามตัวชี้วัดสำคัญคือ

  ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ระหว่างปี 60-63 คิดเป็นร้อยละ 0,0,0.5,0 ตามลำดับ (ร้อยละ 0) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

  ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ดำเนินการตรวจสอบคำสั่งใช้ยา NSAIDs กรณีสั่งใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน จะ consult แพทย์เพื่อ off ตัวใดตัวหนึ่งทันที **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ระหว่างปี 60-63 คิดเป็นร้อยละ 0,0.9,0 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 5)

  ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs หากพบจะ consult แพทย์ทันทีเช่นกัน **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ระหว่างปี 60-63 คิดเป็นร้อยละ 0,0,0,0 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ 0)

  ตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้วจะต้องตรวจสอบว่าการสั่งใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้หรือไม่ หากพบจะมีการ consult แพทย์เพื่อเปลี่ยนยาทันที **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ระหว่างปี 60-62 คิดเป็นร้อยละ 0,0,0 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 0)

(2) การจัดเตรียมยา:

- จากปัญหาการสั่งใช้ยา Oseltamivir ในเด็ก ที่มีน้ำหนัก น้อยกว่า และไม่สามารถใช้ยา Oseltamivir 75 mg capsuleได้ จะต้องปรับหรือเตรียมยาเฉพาะราย จะมีการคำนวณขนาดการให้ยาตามน้ำหนัก แล้วผสมผงยากับน้ำเชื่อมให้ผู้ป่วย โดยน้ำเชื่อมที่ใช้ผสมผงยา ซึ่งจะมีการระบุวันผลิต วันหมดอายุ ติดที่ขวดทุกขวด **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ปี 59-62 คิดเป็นจำนวน 177,261,439,790 ตามลำดับ
- มีการระบุชนิดของสารน้ำที่ใช้ผสมหรือเตรียมยาฉีดแต่ละตัวบนฉลากยา
- ห้องยามีการจัดทำคู่มือการเตรียมยาฉีด ความคงตัวหลังผสมยาให้

(3) การติดฉลากยา:

- ดำเนินการปรับรูปแบบฉลากยาในคอมพิวเตอร์ให้มีความเหมาะสม / ชัดเจน / อ่านง่าย / เป็นรูปแบบเดียวกัน โดยระบุข้อมูลสำคัญประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ความแรง คำแนะนำ คำเตือนที่จำเป็น ฯลฯ นอกจากนั้นจัดทำฉลากยา13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดบนฉลากยาในประเด็นชื่อภาษาไทยและคำเตือนสำคัญ(ตามหลักเกณฑ์RDU) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและปลอดภัยในการใช้ยา
- ยา pre-pack จะมีการระบุชื่อยา ความแรง จำนวน วันที่บรรจุ วันหมดอายุ ติดทุกซองยา

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- เพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจมีการคัดลอกผิดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัย จึงมีระบบกระจายยาผู้ป่วยในจัดเป็นแบบ One day dose กรณีในเวลาจะเป็นเภสัชกรและถ้านอกเวลาราชการพยาบาลเป็นผู้คัดลอก Drug Profile และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ห้องยาเพื่อดำเนินการ key ฉลากยา จัดยา และ ตรวจสอบซ้ำกับ drug profile และ Copy order อีกครั้งหนึ่ง
- กรณีเบิกยา stat จากแผนกผู้ป่วยใน จะมีผู้ช่วยพยาบาลถือใบเบิกยาพร้อม copy order แนบมา ห้องยาจะคีย์ยา จัดยา ตรวจสอบ และจ่ายยาให้ทันทีเพื่อให้ทันต่อความต้องการใช้ยา
- กรณีส่งคืนยาจากหน่วยดูแลผู้ป่วยที่แพทย์OFF หรือ เปลี่ยนแปลงทั้งชนิดและจำนวน แผนกผู้ป่วยในจะรวบรวม

และส่งกลับให้ห้องยาเพื่อตรวจสอบเบื้องต้นและวันหมดอายุทุกครั้ง ก่อนนำกลับมาใช้ใหม่

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

- เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย มีการดำเนินการตรวจสอบdouble checkยาทุกครั้ง ทั้ง ชนิด ขนาด จำนวน วิธีใช้ คำเตือน ฯลฯให้ถูกต้อง ก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง รวมทั้งแนะนำการใช้ยาทุกรายการแก่ผู้ป่วยทุกราย หากจำเป็นอาจต้องดำเนินการเยี่ยมบ้านด้านยาในผู้ป่วยบางราย
- ในปี 2562 พบว่าผู้ป่วยฉีดอินซูลินผิดบ่อยจากอุปกรณ์ จึงกำหนดให้ต้องทวนสอบขนาดการใช้ยาทุกครั้ง และ ให้ผู้ป่วยแสดงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องด้วยการใช้เข็มอินซูลิน หรือหมุนปากกาดึงตัวยาตามที่กำหนด หากพบปัญหากรณีเปลี่ยนผู้ฉีดยา กำหนดให้ดำเนินการสอนและทวนสอบใหม่
- กรณีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่อ่านไม่ได้หรือไม่มีผู้ดูแลการกินยา จะจัดทำตารางกินยาวาร์ฟารินในลักษณะรูปภาพประกอบการใช้ยาที่เข้าใจง่าย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80) **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาถูกต้อง (ครั้ง) ระหว่างปี 59-63 คิดเป็นร้อยละ 85.3 89.0 94.6 96.6 97.2 ตามลำดับ
- เพื่อลดระยะเวลารอคอยยา ปี2563 ในครึ่งปีหลังได้ปรับปรุงให้มีช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยกรณีดังต่อไปนี้

  ผู้ป่วยที่รอรับยาน้อยกว่า 5 ชนิด เช่น ผู้ป่วยจากห้องตา ห้องทันตกรรม ห้องฉุกเฉิน ห้องฝากครรภ์

  ผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค

  ผู้ป่วยพิเศษ เช่น พระ หรือ จิตเวช เป็นต้น
- เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องตามแพทย์สั่ง กรณีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่อ่านไม่ได้หรือไม่มีผู้ดูแลการกินยาจะจัดทำตารางกินยาวาร์ฟารินในลักษณะรูปภาพประกอบการใช้ยาที่เข้าใจง่าย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80) **ผลลัพธ์การดำเนินการ** ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาถูกต้อง (ครั้ง) ปี 2560 -63 คิดเป็นร้อยละ 89.0 94.6 และ 90.0 97.2 ตามลำดับ
- ภายหลังจากการที่ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย อาจติดตามและแก้ไขปัญหาการใช้ยาด้วยการเยี่ยมบ้านด้านยารายบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ยาหลายชนิด ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารูปแบบพิเศษ เช่น ยาฉีดอินซูลิน ยาพ่น MDI และ accuhaler รวมทั้งผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากปัญหาด้านยา เช่น ขาดยา ไม่มาตามนัด ฉีดอินซูลินผิดขนาด ปรับยาเอง เป็นต้น โดยดำเนินงานเยี่ยมบ้านด้านยาร่วมกับรพ.สต. สัปดาห์ละ 1 วัน (ศุกร์บ่าย) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ปี2559-2563 จำนวน 11,24,28,6,NA รายตามลำดับ และสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาส่วนใหญ่ คือ สูงอายุ,หลงลืมง่าย, ใช้ยาโรคเรื้อรังมากกว่า 4 ชนิด เป็นต้น และปัญหาส่วนตัวผู้ป่วยคือ สับสนวิธีใช้ยา ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา จึงมักหยุดยาเองหรือปรับขนาดยาเอง เป็นต้น โดยทุกรายได้รับการแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกันระหว่างเภสัชกรเจ้าหน้าที่รพ.สต.และผู้ป่วย

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

การบริหารยาและการใช้ MAR

- ด้วยระบบการบริหารยาและการกระจายยาจากห้องยาจนถึงหอผู้ป่วยในมีหลายขั้นตอน ซึ่งก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาอาจพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ Admin error –ให้ยาผิด Dispense error-จ่ายยาผิด การเตรียมยาทั้งยาเม็ดและยาฉีดที่ให้กับผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ทั้งคัดลอก และ บันทึกลงCardยาซึ่งมีหลายขั้นตอนรวมทั้ง เอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วยมีหลากหลายชนิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัย รวมทั้งเสียเวลาโดยไม่จำเป็น เพื่อให้การกระจายยาถูกต้องและเหมาะสมต่อการบริหารยา จึงมีแนวคิด นำ ใบMAR (Medication Administration

Record) หรือDrug profile จะรวบรวมข้อมูลที่ใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยรายบุคคล ระหว่างที่นอนพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย มาใช้

- ซึ่งทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จะสามารถตรวจสอบข้อมูล เช่น ชื่อผู้ป่วย อายุ เตียง ชนิด-ขนาด-จำนวนยาที่ให้ DIAG LAB ADR ข้อควรระวังที่สำคัญ ฯลฯ สามารถนำไปสู่การจัดการบริหารยาและให้ยาแก่ผู้ป่วยในลักษณะ Single Command Data (ข้อมูลการสั่งยาถูกบันทึกลงคอมพิวเตอร์ครั้งเดียวแล้วนำไปใช้สำหรับการบริหารยา) ลดขั้นตอนทั้งการคัดลอกและการบันทึกลงเอกสารโดยไม่จำเป็น และลดเวลาการทำงานลงเพื่อให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องปรับระบบITให้สอดรับกับการพิมพ์ข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งยังไม่สามารถตอบสนองได้ใช้ใบMARได้โดยตรง จึงทำในลักษณะ Semi-MAR โดยปรับระบบการพิมพ์สติกเกอร์ยาฉีด continue เช่น ทุก 6 ชั่วโมง,ทุก 4 ชั่วโมง ตามจำนวนครั้งในการบริหารฯลฯ เพื่อให้พยาบาลMedนำไปเตรียมและบริหารการให้ยาฉีดแก่ผู้ป่วยตามเวลาจริงแทนCardยาฉีดเดิม แต่ต้องรวมกับเอกสารอื่นของเจ้าหน้าที่พยาบาล เช่น Card Index ฯลฯ
- นอกจากนั้นพยาบาลบนหอผู้ป่วยใน ทำการตรวจสอบยาที่ห้องยาจัดให้ หากยาที่ห้องยาจัดให้ไม่ตรงกับคำสั่งแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับที่หอผู้ป่วยใน พยาบาลจะดำเนินการแจ้งมาที่ห้องยาเพื่อเปลี่ยนยาและแก้ไข พร้อมทั้งเขียนรายงาน ME (medication error) เข้าสู่ระบบต่อไป รวมถึงมีการตรวจสอบ คุณภาพยา และ ลักษณะเม็ดยา หากพบว่ามีลักษณะเปลี่ยนไป พยาบาลในตึกผู้ป่วยในจะโทรมาสอบถามห้องยาและแจ้งให้ทราบทันที โดยห้องจ่ายยาจะทำตัวอย่างรูปแบบยาที่ใช้เพื่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยตรวจสอบ
- ผลลัพธ์การดำเนินการ ความคลาดเคลื่อนทางยา Administration error (miss) ระหว่าง ปี 59 – 63 คิดเป็น 1.16,2.12,0.58,1.16,0.14 ต่อ 1000 วันนอนตามลำดับ อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด(เกณฑ์ < 3 ครั้ง / 1000 วันนอน)

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- สนับสนุนให้มีการส่งมอบยาและให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้านโดยเภสัชกร (Discharge counseling) และคำแนะนำพิเศษกรณีรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและ ลดปัญหาการกลับมาป่วยซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ อาทิเช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง / ผู้ป่วยที่ได้รับยาจำนวนมาก / ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยาบางชนิด / ผู้ป่วยที่ใช้ยาหยอดตา เป็นต้น นอกจากนี้ยังติดตามยาเดิมของผู้ป่วยก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาลและระหว่างนอนโรงพยาบาล (Medication reconciliation) รวมทั้งดูแลและทบทวนคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับแผนการรักษาและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความพร้อมและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และญาติ รวมทั้งส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำที่เข้าใจง่าย เช่น การใช้ยาเทคนิคพิเศษ ยาที่มีโอกาสเกิดอาการแพ้ ยาที่มีข้อควรระวังพิเศษ เป็นต้น
- จัดให้มีเภสัชกรประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ คลินิกวาร์ฟาริน, คลิกนิกโรคถุงลมโป่งพอง, คลินิกโรคหอบหืด, คลินิกโรคไตเรื้อรัง, คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ และ คลินิกวัณโรค โดยเภสัชกรทำหน้าที่ค้นหา และ ติดตามปัญหาในผู้ป่วยเฉพาะราย ก่อนและหลังพบแพทย์ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับยา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมระหว่างที่ใช้ยา สอนการใช้ยาที่มีเทคนิคพิเศษต่างๆ และ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น กรณีที่ไม่สามารถค้นหาปัญหาได้หรือไม่มีญาติดูแล จะมีการประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ข้อมูลจำนวนครั้งของการบริบาลเภสัชกรรมในคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ

คลินิกโรคเรื้อรัง	จำนวนการบริบาลทางเภสัชกรรม (ครั้ง)						
	ปี 57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63
คลินิกวาร์ฟาริน	412	544	823	1,220	1,585	1,801	1,092
คลิกนิกโรคถุงลมโป่งพอง	215	212	216	237	250	253	264
คลินิกโรคหอบหืด	242	258	264	247	276	288	215
คลินิกโรคไตเรื้อรัง	N/A	N/A	N/A	N/A	354	666	404
คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์	219	235	250	330	320	332	313
คลินิกวัณโรค	297	345	296	234	205	257	91

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

- การบริบาลเภสัชกรรมในจัดการคลินิกวาร์ฟารินวางแนวปฏิบัติไว้ดังนี้ กรณีผู้ป่วยมีค่า INR < 4 หรือ ค่า INR ≥ 4 และไม่มี bleeding จะมีการส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ เพื่อติดตามการใช้ยา การปฏิบัติตัว และปรับขนาดยาในรายที่ค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมาย ผู้ป่วยรายเก่าจะมีการซักประวัติการซื้อยารับประทานเอง รวมทั้งอาหารเสริมและสมุนไพรทุกครั้ง ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย(COMPLIANCE) ส่วนผู้ป่วยรายใหม่จะบันทึกข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องก่อนมารับบริการที่รพ.ชุมแสง ลงใน OPD cardและdrug profile รายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเดิมครบถ้วน รวมทั้งซักประวัติการใช้ยาอื่น,อาหารเสริม สมุนไพร ประมาณยาเหลือ สาเหตุที่ใช้ยาไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง

  ผลลัพธ์การดำเนินการ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจะต้องพบเภสัชกรเพื่อติดตามการใช้ยาและปัญหาต่างๆก่อนพบแพทย์ทุกราย ทำให้สามารถติดตามการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และ ตัวชี้วัดสำคัญพบว่า ผู้ป่วยมีค่าINR in target ระหว่างปี 59-63 คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 49.21, 48.0 , 47.6, 50.2, 52.2 ตามลำดับ ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาลทรวงอกและโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ คือ มากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนั้นผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องหรือCompliance ระหว่างปี 59-63 คิดเป็นร้อยละ 85.3, 89.0, 94.6, 96.6, 97.2 ตามลำดับ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ คือ มากกว่าร้อยละ 80 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างเห็นได้ชัด

- การบริบาลเภสัชกรรมในคลินิก Asthmaและ COPD

  - จัดให้เภสัชกรมีส่วนร่วมในคลินิกเฉพาะโรคโดยการบริบาลด้านเภสัชกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง มีความปลอดภัยจากการใช้ยา และ ประหยัดต้นทุนจากการใช้ยาพ่นสูดที่มีมูลค่าสูง ด้วยวิธีการ 1. การประเมินการใช้ยาพ่นในเรื่องความถูกต้อง และความสม่ำเสมอของการใช้ยา 2. การประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 3.การประเมินการใช้ยาทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ และ 4. การนับจำนวนยาที่เหลือใช้ในแต่ละครั้ง (Medication reconciliation)เพื่อประหยัดต้นทุนเนื่องจากมียาพ่นที่มีมูลค่าสูง

  ผลลัพธ์การดำเนินการ ผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้ยาถูกต้อง ระหว่างปี 59-63 คิดเป็นร้อยละ 98, 90 ,92 ,95,88

ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหืดสามารถใช้ยาสม่ำเสมอ ระหว่างปี 59-63 คิดเป็นร้อยละ 93, 92 ,94 ,95,98 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ยาถูกต้อง 59-63 คิดเป็นร้อยละ 96 92,90,93,86 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ยาสม่ำเสมอ 59-63 คิดเป็นร้อยละ 95,96,97,96,97 มูลค่ายาที่ประหยัดได้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563 คิดเป็นมูลค่า 103,492 บาท

สรุปผลการดำเนินการทั้งหมด แสดงว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

- การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค

--ดำเนินการจัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะโรคเพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีแนวปฏิบัติ คือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มได้รับยารักษาวัณโรค เภสัชกรซักประวัติการใช้ยา การแพ้ยา ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้ยารักษาวัณโรค อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ เภสัชกรตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดยา สูตรยารักษาวัณโรค และปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ แจ้งแพทย์ผู้ให้การรักษา หากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านวัณโรค รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ จากการใช้ยารักษาวัณโรค จนสิ้นสุดการรักษา

ผลลัพธ์การดำเนินการ ปี 2559-2563 พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา12, 15, 7, 18 และ 0ครั้ง พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านวัณโรค 12, 7, 9, 3, 1 รายตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ยาสูตรเดิมต่อได้ อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค คือร้อยละ 83.33, 82.60, 85.18, 85.71, 84.62 ตามลำดับใน ปีงบประมาณ 2559 และปี 2560 มีผลการการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย(ร้อยละ85) พบว่ามีอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคสูงมากกว่าร้อยละ5ทุกปี เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และมีโรคร่วม เป็น DM HT STROKE HIV LD CKD ผู้ป่วยมีอาการมานานจนกระทั่งอาหารหนักจึงมาพบแพทย์ ประกอบกับร่างกายอ่อนแอรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ทำให้ผลการรักษาไม่ต่อเนื่อง จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด จึงมีการวางแผนเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมครบ 100 % โดยเร็วที่สุด

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

- พบอุบัติการณ์ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาสูญหาย ยาตกค้างที่หอผู้ป่วย ยาของผู้ป่วยสลับกัน จึงได้กำหนดแนวทางการจัดการยาผู้ป่วยที่นำติดตัวมา โดยรวบรวมและจัดให้เป็นส่วนสัดในกล่องจัดยาแต่ละบุคคล ติดชื่อและ sticker ว่า มียาเดิมผู้ป่วย และจะดำเนินการ จัด จ่ายให้ผู้ป่วยตามระบบ one day dose จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะตรวจสอบและคืนยาเดิมที่เหลือให้ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคุณลักษณะของยาที่สำคัญ เช่น หมดอายุ เสื่อมสภาพ หรือยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ รวมทั้งตรวจสอบวิธีใช้ยาหรือจำนวนที่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่แพทย์มีคำสั่งเปลี่ยนแปลงระหว่างพักเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้ ผลลัพธ์ พบว่าอุบัติการณ์ความผิดพลาดลดลง
- นอกเหนือไปจากการตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จ่ายทั้งชนิดและจำนวน หน่วยจ่ายยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในยังจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เนื่องด้วยเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์เป็นการSAVE COST ค่ายาใช้ไปให้กับทางโรงพยาบาล จ่ายยาเท่าที่นัด ถ้ามียาเก่าไม่จ่ายหรือจ่ายเท่าที่ขาด ฯลฯ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์โดยใช้โปรแกรมEXPRESS MANAGEMENT SYSTEMสอดคล้องกับระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง
- การเฝ้าระวังและติดตามปัญหาด้านแพ้ยาในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม
- การดำเนินการตามนโยบายและผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้ยาสมเหตุสมผล RDU1 และ RDU2 ทั้งเครือข่ายสุขภาพ

- การควบคุมกำกับการบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามแผนงาน ทั้งด้านการสั่งซื้อยา การใช้ยา ตามนโยบายลดรายจ่ายด้านการเงินการคลัง
- การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมด้านคลินิกWAFARINของโรงพยาบาล

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	4	L ,I	● มีการนำข้อมูล Medication error ส่งเข้ากรรมการ PTC หรือ ระบบยา อย่างต่อเนื่อง และกำหนดแนวทางแก้ไขครบทุกประเด็นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและกำกับติดตามการใช้ยา High Alert Drugs อย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงและจัดระบบการเฝ้าระวังข้อมูล ADE หลังการใช้ระบบPAPER LESS
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา	4	L	● ทบทวนรายการยาสำรองหน่วยงานทุกแห่งโดยกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ● กำหนดแนวทางการตรวจสอบยาระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน เป็นประจำและต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหายาหมดอายุ และ Stockที่ไม่จำเป็น ลดการสำรองยาและจัดการคลังยาให้มีประสิทธิภาพ
54. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง	3.5	L	● เฝ้าระวังและติดตามปัญหา Prescribing errorอย่างใกล้ชิด ภายหลังใช้ระบบPAPER LESS ● เฝ้าระวังการสั่งใช้ยาในเชิงเศรษฐศาสตร์โดยติดตามข้อมูลDUR เพื่อSAVE COSTเช่น Unit cost,High Cost ,High volumne ตามกลุ่มยาทางPharmaco ฯลฯ รวมทั้งการทำDUEเพื่อวิเคราะห์การใช้ยาในเชิงคุณภาพ พัฒนาระบบ drug recosillation ในแผนก IPD เชิงระบบให้ทุกสหวิชาชีพ ทั้ง แพทย์ แพทย์ เภสัชกร รวมทั้งในแผนกอื่นมีความตระหนักแลดำเนินเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยสูงสุด
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา	3.5	L	● เฝ้าระวังและติดตามปัญหา Dispensing errorอย่างใกล้ชิด ภายหลังใช้ระบบPAPER LESS ลด medication error ในคู่ยาที่จัดผิดบ่อย กำกับติดตามคู่ยาที่เกิด DI ระดับ Sig I ครอบคลุมทุกตัวในรพ.
56. การบริหารยาและติดตามผล	3.5	L	ทบทวนระบบการบริหารยาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งMed Sheet (การให้ยาโดยพยาบาล),Drug Profile(การคัดลอกยาโดยเภสัชกร) ฯลฯ ให้มีการสอบทานและลดAdmin error

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62 -มี.ค.63
อัตราการตรวจทางรังสีซ้ำ	< 2 %	1.24%	2.30%	1.80%	1.19%	1.08%
อัตราการแพ้สารเปรียบต่าง	0%	0%	2.08%	0%	0%	3.70%
อัตราการเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์	0%	0%	0%	0%	0%	0%
อัตราป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย	> 95 %	NA	NA	NA	65.87%	96.21%
อัตราการร้องเรียนของผู้รับบริการ	< 2 %	NA	0.01	0.01%	0.01%	0%
อัตราการตรวจสอบเครื่องมือประจำวัน	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับรังสีเกินมาตรฐาน	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ระยะเวลารอคอยเอกซเรย์	< 10 นาที	6.06	5.82	5.78	5.67	5.73

ii. บริบท

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแสงตั้งอยู่ติดกับห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เปิดให้บริการทางรังสีวินิจฉัยตลอด 24 ชั่วโมงทั้งผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีเจตจำนงเพื่อการให้บริการทางด้านรังสีวินิจฉัย อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

- ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยภายในแผนกตลอด 24 ชั่วโมง
  - ถ่ายภาพเอกซเรย์ธรรมดา
  - ถ่ายภาพเอกซเรย์พิเศษ(IVP)
- ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยเคลื่อนที่ภายนอกแผนกตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้บริการตรวจ Ultrasound
- บริการรับ – ยืมภาพทางรังสีวินิจฉัย
- ให้คำแนะนำและให้ความรู้เรื่องการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

การส่งตรวจภายนอก

- การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์- การทำ MRI
- การทำเอกซเรย์พิเศษทางรังสีวินิจฉัย ที่ไม่ใช่การตรวจ IVP

การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ถ่ายภาพเอกซเรย์พิเศษ (IVP)

จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): ระดับปริญญาตรี 1 ท่าน ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 3 ท่าน

จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มีรังสีการแพทย์ การแปลผลทางรังสีวินิจฉัย ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้แปลผล

เทคโนโลยีสำคัญ:

ประเภท	อุปกรณ์	จำนวน
เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์	- เครื่องคอมพิวเตอร์สำนักงาน - เครือข่ายระบบ LAN - มีระบบ internet สามารถใช้งานได้ตลอด 24 ชั่วโมง - โปรแกรม HOSosในการให้บริการผู้มารับบริการ - โปรแกรม ATOMPACSเป็นโปรแกรมส่งภาพทางรังสีวินิจฉัยด้วยระบบคอมพิวเตอร์	1 เครื่อง
เครื่องมือและอุปกรณ์	- เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป - เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ - เครื่องอัลตร้าซาวด์ - เครื่อง CR - เครื่องสำรองไฟ	1 เครื่อง 2 เครื่อง 1 เครื่อง 1 เครื่อง 3 เครื่อง

iii. กระบวนการ

II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- มีการกำกับดูแลการทำงานในฝ่ายโดยหัวหน้าฝ่ายและนักรังสีเทคนิค เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปกฎหมายและตามมาตรฐานวิชาชีพ
- มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการเอกซเรย์เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการเอกซเรย์ ตามลำดับดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคติดต่อที่ขอผลด่วน ผู้ป่วยโรคทั่วไป ผู้ป่วยตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ เพื่อให้ทันต่อการรักษา
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์พิเศษทางรังสีวิทยา ที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ โดยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล เพื่อดำเนินการส่งผู้ป่วย
- มีการประกันเวลาในการรอรับบริการไม่เกิน 10 นาที / คน

(2) ทรัพยากรบุคคล:

- มีนักรังสีการแพทย์ ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ และใบอนุญาตเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสี ควบคุมกำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการอบรมทบทวนความรู้ให้เจ้าหน้าที่ในฝ่าย 2 เดือน / 1 ครั้ง โดยอัตราการเข้าอบรมของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา คิดเป็น 100%
- มีการจัดทำ Job description มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานรังสีวิทยาทุกท่าน และมีการประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โดยหัวหน้าฝ่ายเป็นประจำทุกปี โดยผลการประเมินเจ้าหน้าที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด คิดเป็น 100%
- มีการส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุมวิชาการทั้งในและนอกโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมมีการจัดทำประวัติการอบรมของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายรังสีวิทยา 100%
- มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ในฝ่าย และมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี
- มีการจัดทำคู่มือการอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการสอนงานกรณีมีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามาปฏิบัติงานใน

หน่วยงาน

บุคลากร	จำนวน(คน)	กิจกรรม
นักรังสีการแพทย์ (ปริญญาตรี)	1 คน	● มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ และ ใบอนุญาตเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสี ● อบรมทบทวนความรู้ทางวิชาการในโรงพยาบาล ● อบรมทบทวนความรู้ทางวิชาการนอกโรงพยาบาลปีล่ะ 1 ครั้ง
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ (อนุปริญญาตรี)	1 คน	● อบรมทบทวนความรู้ทางวิชาการในโรงพยาบาล ● อบรมทบทวนความรู้ทางวิชาการนอกโรงพยาบาล ปีล่ะ 1 ครั้ง
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ตำกว่าปริญญาตรี)	2 คน	● อบรมทบทวนความรู้ทางวิชาการในโรงพยาบาล ● อบรมทบทวนทักษะ ความรู้ เดือนล่ะ 2 ครั้ง -อัตราเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรม 100 %

(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:

เครื่องเอกซเรย์ เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ได้รับอนุญาตจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ อนุญาตมีไว้ในครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสีและผลิต หรือใช้พลังงานจากเครื่องกำเนิดรังสี (ใบอนุญาตเลขที่ 4XM1579/60RF) อนุญาตตั้งแต่วันที่ 5 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 4 ตุลาคม 2565

- มีการสอบเทียบเครื่องมือของฝ่ายรังสีวิทยาทุกเครื่องและตรวจสอบการกระเจิงของรังสีของห้องเอกซเรย์จากศูนย์วิยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 รับรองว่าได้มาตรฐาน เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2562
- มีการตรวจสอบเชิงบำรุงรักษาเครื่องมือฝ่ายรังสีวิทยา จากบริษัทภายนอกตามสัญญาการบำรุงรักษาเครื่องมือของแต่ล่ะบริษัท 100% ตามข้อตกลง
- มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ประจำวัน ตามแนวทางปฏิบัติงานการบำรุงรักษาเครื่องมือ (WP-XRA-008 RA 01) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการกำกับการบำรุงรักษาเครื่องมือโดยหัวหน้าฝ่ายและหัวหน้าเวร อัตราการตรวจสอบเครื่องมือประจำวัน 100%
- กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแสง นครสวรรค์ ผ่านการรับรองมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ งานรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ 2562 ระดับดีเด่น
- มีป้ายเตือน ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องห้ามเข้าเอกซเรย์ตามมาตรฐานงานรังสีวินิจฉัย

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- มีโปรแกรม ATOMPACS เป็นโปรแกรมส่งภาพทางรังสีวินิจฉัย ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และ มีระบบสำหรับการจัดการเก็บและรับส่งภาพทางการแพทย์พร้อมระบบสำรองข้อมูล และกู้คืนข้อมูล
- จอแสดงภาพมีความละเอียดสูง เพื่อควบคุมคุณภาพของภาพเอกซเรย์และมีการตรวจสอบคุณภาพของจอคอมพิวเตอร์ที่ใช้เปิดดูภาพเอกซเรย์ทุกเครื่อง เป็นประจำทุกปี ด้วยวิธี SMPTE Pattern Test

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- มีการกำหนดขั้นตอนในการส่งตรวจและรายงานผล รวมถึงการรายงานผลทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์หรือส่งแฟกซ์
- มีการกำกับติดตามคุณภาพของภาพเอกซเรย์ (CD) ที่ส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง ในปี 2562 copy CD คนไข้เพื่อรักษาต่อเนื่องทั้งหมด 882 ราย copy CD ผิด 1 ราย คิดเป็น 0.11 ราย หลังการทบทวน พบว่าช่วงเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 ไม่พบการ copy CD ผิดราย อุบัติการณ์คิดเป็น 0 %

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- มีระเบียบปฏิบัติงานทางรังสีวิทยา (WP-XRA-001 R 01) เป็นแนวทางการส่งผู้ป่วยมารับการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ในกรณี คำสั่งแพทย์ไม่ตรงกับอาการผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยา ต้องทวนสอบคำสั่งแพทย์กับแพทย์ผู้ส่งตรวจอีกครั้ง ในเดือน มกราคม 2563 พบอุบัติการณ์ไม่ลงรายการเอกซเรย์ใน OPD card จำนวน 5 ราย คิดเป็น 0.32% หลังการทบทวน เดือนกุมภาพันธ์มีผู้ป่วยมาเอกซเรย์ 1416 ครั้ง ไม่พบอุบัติการณ์ไม่ลงรายการเอกซเรย์ อุบัติการณ์คิดเป็น 0%
- มีการประชุม รวมกับแพทย์ ผ่านทางคณะกรรมการ PCT เพื่อค้นหาแนวทางในการทำงานร่วมกัน ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) คำขอส่งตรวจ:

- มีระเบียบปฏิบัติงานการส่งตรวจทางรังสีวิทยา (WP-XRA-001 R 01) โดยแพทย์ส่งตรวจทางรังสีวิทยาตามมาตรฐานวิชาชีพ และเขียนรายการเอกซเรย์ลงใน OPD card ผู้ป่วย แพทย์หรือพยาบาลบันทึกรายการเอกซเรย์ลงในระบบ HOSos เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาทวนสอบรายละเอียดผู้ป่วย คำสั่งแพทย์ อาการที่เป็น ตามวิธีปฏิบัติงานการเอกซเรย์ (WI-XRA-001 R 01)
- ในกรณีผู้ป่วย ส่งตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์จะเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วยในใบส่งตรวจพิเศษทางเดินปัสสาวะ (IVP) และส่งผู้ป่วยมานัดตรวจที่ฝ่ายรังสีวิทยา

(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:

- เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยา มีการอธิบายการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการเข้ารับบริการทุกครั้ง ตามระเบียบปฏิบัติงานการส่งตรวจทางรังสีวิทยา (WP-XRA-001 R 01)
- ผู้ป่วยที่รับการตรวจพิเศษทางเดินปัสสาวะ เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยา ซักประวัติผู้ป่วยตาม ใบส่งตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ(IVP) อีกครั้ง พร้อมอธิบายอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจ และให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมรับการตรวจ ตามวิธีปฏิบัติงานการตรวจ IVP (WI-XRA-002 RA 01) พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค. 63 มีผู้ป่วยตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ(IVP) ทั้งหมด 27 ครั้ง ผู้ป่วยเตรียมตัวตรวจ (IVP) ไม่ถูกต้อง 0 ครั้ง ดังนั้นอุบัติการณ์ผู้ป่วยเตรียมตรวจ (IVP) ไม่ถูกต้องคิดเป็น 0%
- สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 13 – 50 ปี) ก่อนการเข้ารับเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาซักประวัติการตั้งครรภ์ พร้อมให้ผู้ป่วยลงชื่อปฏิเสธการตั้งครรภ์ ในแบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค. 63 มีผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ รับการเอกซเรย์ทั้งหมด 1015 ครั้ง ไม่พบอุบัติการณ์การเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ดังนั้นอัตราการเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์ คิดเป็น 0%

(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:

- มีช่องทางพิเศษในการให้บริการทางรังสีวินิจฉัยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตามวิธีปฏิบัติงานการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (WP-XRA-007 R 01) เช่น ผู้ป่วย fast track ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น
- มีการประกันเวลาในการรอตรวจ ไม่เกิน 10 นาทีต่อคน พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 ระยะเวลารอคอยเอกซเรย์เฉลี่ย 5.73 นาที / ราย ซึ่งได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- มีการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนรับการบริการทางรังสีวินิจฉัยทุกราย โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยา ในกรณีผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ต้องมีเจ้าหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือญาติ ดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับบริการที่ฝ่ายรังสีวิทยาทุกครั้ง ตามวิธีปฏิบัติงานการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและขณะเข้ารับบริการที่ฝ่าย

รังสีวิทยา (WP-XRA-016 R 00)

- ผู้ป่วยตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ (IVP) มีการซักประวัติผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้และเจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาประเมินและซักประวัติผู้ป่วยก่อนตรวจ (IVP) อีกครั้ง พยาบาลสังเกตอาการผู้ป่วยหลังฉีดสารเปรียบต่างครบ 10 นาที และมีการวัดความดันผู้ป่วยก่อนและหลังตรวจ (IVP) ทุกครั้ง

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

- ก่อนการให้บริการผู้ป่วย มีการทวนสอบชื่อ-สกุล คำสั่งแพทย์ อาการของโรค การตั้งครรภ์ พร้อมอธิบายขั้นตอนในการให้การบริการและระยะเวลาในการรอภาพเอกซเรย์แก่ผู้ป่วย ในกรณีอาการของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์ มีการทวนสอบไปยังแพทย์เจ้าของไข้เพื่อยืนยันคำสั่งการรักษาตามระเบียบปฏิบัติงานการตรวจผู้ป่วยทางรังสีวินิจฉัย (WP-XRA-001 R 01) พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 มีผู้เข้ารับบริการที่ฝ่ายรังสีวิทยา ทั้งหมด 10,468 ครั้งการให้บริการผู้ป่วยผิดคน 0 ครั้ง คิดเป็น 0%
- มีตารางการให้ค่าปริมาณรังสีแก่ผู้ป่วยติดไว้ที่เครื่องเอกซเรย์ทุกเครื่องเพื่อเป็นแนวทางในการเอกซเรย์ และมีการทวนสอบตารางปริมาณรังสีเป็นประจำทุกปี
- ในกรณีผู้ป่วยฉีดสารเปรียบต่าง มีแนวทางการซักประวัติผู้ป่วย ตามวิธีปฏิบัติงานการตรวจ IVP (WI-XRA-002 R01) ครอบคลุมประวัติแพ้ยา แพ้อาหารทะเล โรคประจำตัวและค่าการทำงานของไต โดยมีการทบทวนวิชาการใช้ความรู้ทางวิชาการ เรื่องการฉีดสารเปรียบต่าง ร่วมกับ คณะกรรมการ PCT ในเดือนเมษายน 2562

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

- มีการระบุ ชื่อ-สกุล เพศ อายุ HN ของผู้ป่วย พร้อมระบุวันที่ทำการตรวจ ชื่อโรงพยาบาล บนภาพทางรังสีวินิจฉัย พร้อมมีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายขาวบนภาพเอกซเรย์
- มีตารางข้อมูลปริมานรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสีโดยจัดทำรวมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่8 เพื่อควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับไม่ให้เกินค่ามาตรฐานที่จัดทำไว้

(7) การแปลผลภาพรังสี:

- แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้แปลผลภาพทางรังสีวิทยา 100%

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ก่อนการให้บริการผู้ป่วย มีการทวนสอบชื่อ-สกุล คำสั่งแพทย์ อาการของโรค ประวัติการตั้งครรภ์ ในกรณีอาการของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์ มีการทวนสอบไปยังแพทย์เจ้าของไข้เพื่อยืนยันคำสั่งการรักษาตามวิธีปฏิบัติงานการถ่ายภาพเอกซเรย์ (WI-XRA-001 R 01)
  - ในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 มีผู้ป่วยมาเอกซเรย์ 9255 ครั้ง การเอกซเรย์ผู้ป่วยผิดคน 0 ครั้ง ผลลัพธ์ อัตราการเอกซเรย์ผู้ป่วยผิดคนคิดเป็น 0%
  - ในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 มีผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์มาเอกซเรย์ 1015 ครั้ง การเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 0 ครั้ง ดังนั้นอัตราการเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์ คิดเป็น 0%
  - ในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาลงข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 3 ราย คิดเป็น 0.32%
- มีการซักประวัติผู้ป่วยในกรณีมีการฉีดสารเปรียบต่าง ตามใบส่งตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ IVP ตามวิธีปฏิบัติงานการตรวจ IVP (WI-XRA-002 RA 01) ในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 มีผู้ป่วยมารับบริการฉีดสารเปรียบต่าง 27 ครั้ง ไม่พบผู้ป่วยแพ้สารเปรียบต่าง อัตราผู้ป่วยแพ้สารเปรียบต่าง คิดเป็น 0%
- มีแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตามระเบียบปฏิบัติงานการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (WP-XRA-001 RA 01) ในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ฝ่ายรังสีวิทยา คิดเป็น 0%

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสีที่ได้รับใบอนุญาต ดูแลด้านการป้องกันอันตรายจากรังสี
- มีระเบียบปฏิบัติงานการป้องกันอันตรายจากรังสี (WP-XRA-005 RA 01) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
- มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เช่น เสื้อตะกั่ว thyroid-shield gonad-shield collimator และฝ่ายรังสีวิทยาจัดทำนวัตกรรม robot' s arm (แขนกลอัจฉริยะป้องกันรังสี) พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 อัตราการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย คิดเป็น 96.21%
- เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาทุกคนติดแผ่น OSL (แผ่นวัดปริมาณรังสีขณะปฏิบัติงาน) ขณะปฏิบัติงาน และส่งตรวจค่าปริมาณรังสีทุก 3 เดือน โดยมีการบันทึกประวัติการรับปริมาณรังสีของเจ้าหน้าที่ทุกท่าน พร้อมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับรังสีเกินมาตรฐาน คิดเป็น 0%
- มีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันอันตรายจากรังสี แก่เจ้าหน้าฝ่ายรังสีวิทยา ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2563 พบว่าเจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยาเข้ารับการอบรม 100%
- มีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันอันตรายจากรังสี ให้แก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานเปลแม่บ้าน เจ้าหน้าที่ ER เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ในวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 จากการสำรวจความเข้าใจของเจ้าหน้าที่หลังการอบรมพบว่า เจ้าหน้าที่ทุกท่านมีความเข้าใจในการป้องกันอันตรายจากรังสีเพิ่มมากขึ้น 100%
- มีการตรวจสอบอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เป็นประจำทุกปี ตามระเบียนปฏิบัติงานการบำรุงรักษาเครื่องมือ (W-XRA-008-R01)

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน กลุ่มงานรังสีวิทยา เป็นประจำทุกปี
- มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติงาน และวิธีปฏิบัติงาน ครอบคลุมกระบวนการสำคัญของฝ่ายรังสีวิทยา พร้อมมีการอัพเดตข้อมูลเป็นประจำทำปี
- มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ประจำวัน ตามแนวทางปฏิบัติงานการบำรุงรักษาเครื่องมือ (WP-XRA-008 RA 01) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการกำกับการบำรุงรักษาเครื่องมือโดยหัวหน้าฝ่ายและหัวหน้าเวร อัตราการตรวจสอบเครื่องมือประจำวัน 100%
- มีการจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีวิทยา ในวันที่ 24 มกราคม 2563 อัตราเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรม คิดเป็น 100%
- มีการเก็บข้อมูลข้อร้องเรียนของผู้ป่วย และมีการทบทวนความคิดเห็นข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ พบว่าในเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 มีผู้ป่วยร้องเรียนเรื่องการบริการ 0 ราย อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ คิดเป็น 0%
- มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในฝ่ายรังสีวิทยา โดยใช้ 12 กิจกรรมทบทวน และ CQI ในการทบทวน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- นวัตกรรม robot's arm (แขนกลป้องกันอันตรายจากรังสี) ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ ในการประกวดผลงานของหน่วยงาน โพยาบาลชุมแสง ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2562
- พัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจัดทำนวัตกรรมการป้องกันอันตรายจากรังสี robot's arm และแก้ไขวิธีปฏิบัติงานการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2562 อัตราการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วยคิดเป็น 65.87% ช่วงเดือน ต.ค.62 – มี.ค.63 อัตราการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 96.21%
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มาบริการที่ฝ่ายรังสีวิทยาร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาลและองค์กรแพทย์

พร้อมทบทวนวิธีปฏิบัติงานการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (WP-XRA-007 R 01) และจัดทำวิธีปฏิบัติงานการประเมินสภาพผู้ป่วย (WP-XRA-016 R 00) พร้อมอบรมเจ้าหน้าที่ในฝ่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

- พัฒนาระบบการบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเอกซเรย์เพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ13–50 ปี โดยการปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ พบว่าช่วงเดือน ต.ค. 62 – มี.ค. 63 อัตราการเอกซเรย์ผู้ป่วยตั้งครรภ์คิดเป็น 0%
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแพ้สารเปรียบต่าง โดยการปรับปรุงวิธีปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยแพ้สารเปรียบต่าง พร้อมทั้งจัดทำ flow chart ขั้นตอนปฏิบัติงานเมื่อผู้ป่วยแพ้สารเปรียบต่าง โดยมีการกำหนดหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน อย่างชัดเจน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3.5	D,I	- พัฒนาระบบการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยโดยใช้ QR code -พัฒนาระบบการเก็บเอกสารการบำรุงรักษาเครื่องมือโดยใช้ QR code - จัดทำแนวทางการเอกซเรย์ผู้ป่วย portable - ทำงานวิจัยเรื่องการป้องกันอันตรายจากรังสี ด้วย robot' arm ร่วมการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 - ทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย - พัฒนาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วยเด็ก

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0
อัตราการรายงานผลผิดพลาด	< 0.5%	0.11	N/A	0.22	0.10	0.28
อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	< 2.0%	1.8	2.1	3.2	0.17	0.60
อัตราการรายงานค่าวิกฤติ	100%	100	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	> 80.0%	83.80	84.20	84.8	85.7	NA
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	> 80.0%			78.6	77.3	NA

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

1. ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ทั้งในและนอกเวลาราชการ สาขาเคมีคลินิก , จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ,โลหิตวิทยา ,จุลชีววิทยาคลินิก ,ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ,ธนาคารเลือด
2. บริการส่งต่อตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่เปิดให้บริการ
3. จัดหาและเตรียมเลือดที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วย
4. ให้ข้อมูลทางด้านวิชาการทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้เกี่ยวข้อง
5. เข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพระบบเครือข่ายของห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์

เวลาเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

1. วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 8 คน
   เวลา 16.30-20.30 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน
   เวลา 20.30-24.00 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1คน
   เวลา 24.00-08.30 น. เป็นระบบ On call
2. วันเสาร์ –อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์
   เวลา 08.30-16.30 น. มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน ผู้ช่วยฯ 1 คน
   เวลา 16.30-24.00 น. มีเจ้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน
   เวลา 24.00-08.30 น. เป็นระบบ On call

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): 9 คน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรรมการคุณภาพ ได้แก่

1) คณะกรรมการที่ปรึกษากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นที่ปรึกษาของกลุ่มงานในด้านวิชาการ และพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

2) ผู้จัดการคุณภาพห้องปฏิบัติการทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมด้านคุณภาพ จัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพและทบทวนดำเนินการติดตามการควบคุมระบบคุณภาพ

3) ทีมวิชาการให้คำปรึกษาการบริการทางห้องปฏิบัติการ ทบทวนวิธีการตรวจวิเคราะห์ ค่าอ้างอิงร่วมกับแพทย์

และการบริหารภายในร่วมกับผู้จัดการคุณภาพ

4) บุคลากร ห้องปฏิบัติการ ร่วมประชุมและพัฒนาระบบคุณภาพกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ในการวางแผน บริหารจัดการห้องปฏิบัติการโดยวิเคราะห์จากกระบวนการหลักในงานที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมทุกสาขางาน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานตามความต้องการของลูกค้า ความเสี่ยง โอกาสพัฒนา เพื่อนำมาวางแผนคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพ

iii. กระบวนการ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ 3 แผนคือ

1) แผนจัดหาอัตรากำลัง : โดยการพิจารณาจากภาระงานตามแบบฟอร์มและความต้องการของผู้ใช้บริการ จัดทำรายละเอียด ของหน้าที่ความรับผิดชอบและคุณลักษณะของตำแหน่งงาน (Job Descriptions)

2) แผนการประเมินความสามารถของบุคลากรด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน โดยการประเมินจากการปฏิบัติหน้างาน ตาม Job Description อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี และประเมินการทดสอบสารควบคุมคุณภาพภายนอก โดยผู้จัดการคุณภาพหรือผู้จัดการ วิชาการอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการทำงาน

3) แผนการฝึกอบรม กำหนดให้บุคลากรต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานและส่วนที่ขาดจากการประเมิน ความสามารถบุคลากร คนละ 1 ครั้ง/ปี เพื่อให้มีคุณลักษณะตรงตามลักษณะงานและเพิ่มศักยภาพบุคลากร

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

- เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญต่อการตรวจวัดในงานเทคนิคการแพทย์ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน จัดทำบัญชีรายชื่อ เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการเพื่อง่ายต่อการดูแลรักษาเครื่องมือ ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ ผู้ใช้เครื่องมือต้องผ่านการฝึกปฏิบัติงาน ต้องรายงานให้ผู้รับผิดชอบหรือหัวหน้างานทราบทันที ห้ามเคลื่อนย้ายเครื่องมือออกนอกห้องปฏิบัติการก่อนได้รับอนุญาตจากผู้รับผิดชอบ น้ำยา และวัสดุ ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการจัดซื้อและใช้บริการภายนอกเป็นแนวทางในการจัดหา รวมทั้งมีการขึ้นทะเบียนน้ำยา และวัสดุต่างๆ มีเจ้าหน้าที่พัสดุ เป็นผู้ควบคุมวัสดุคงคลัง การตรวจรับ การจัดเก็บ การเข้า-ออก ตรวจสอบวันหมดอายุ หากไม่เป็นไป ตามข้อกำหนดแจ้งหัวหน้าห้องปฏิบัติการเพื่อขอคืนสินค้าภายใน 30 วัน มีพื้นที่จัดเก็บแยกจากจุดปฏิบัติงาน ควบคุมอุณหภูมิ มีบัญชี ควบคุมเวชภัณฑ์ ระบุข้อมูลการใช้งาน รายการที่ใช้ ผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย วันที่รับ วันที่หมดอายุ มีใบรับรองจากผู้ผลิต

(3) ทรัพยากรบุคคล:

- บุคลากรทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย
  - นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 6 คน
  - เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน
  - พนักงานประจำห้องทดลอง จำนวน 2 คน

เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องได้รับการปฐมนิเทศจากหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน บุคลากร และกระบวนการทำงานของงานเทคนิคการแพทย์ตามหัวข้อต่างๆ ในคู่มือคุณภาพ มี ความสามารถในเชิงปฏิบัติการหรือทักษะที่จำเป็น และจัดให้มีการฝึกงานภายใต้การควบคุมดูแลของบุคลากรเดิมที่มีความรู้ความชำนาญ มีการประเมินบุคลากรทุกคนปีละ 2 ครั้ง โดยหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการสำรวจความต้องการฝึกอบรม (Training Need) ปีละ1ครั้ง

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:

- การจัดซื้อจัดจ้าง การคัดเลือกวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และการควบคุมวัสดุภายในห้องปฏิบัติการจะต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ โดยเน้นความ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประหยัด ได้สินค้าที่มีคุณภาพ มีการแข่งขันอย่างเสรีปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทบทวน การจัดซื้อสินค้าและการใช้บริการภายนอกอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี มีระบบการตรวจสอบ สอบเทียบหรือทดสอบก่อนนำไปใช้โดย ตรวจสอบ วัสดุสารเคมีที่มีผลต่อคุณภาพการทดสอบ หรือทวนสอบเครื่องมือ/วัสดุมาตรฐาน ว่าผลเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือความต้องการตามความเหมาะสม เป็นกรณีไป เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการจัดซื้อสินค้าและบริการมีคุณภาพ ตามความ ต้องการ โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของสินค้าหรือบริการโดยเจ้าหน้าที่พัสดุ และลงชื่อกำกับ ลงวันที่ หากไม่เป็นไปตามข้อกำหนดแจ้งหัวหน้าห้องปฏิบัติการเพื่อขอคืนสินค้าภายใน 30 วัน มีการบันทึก และการเก็บรักษารายละเอียดเกี่ยวกับผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/ผู้ให้บริการ เก็บรักษาบันทึก การตรวจสอบสินค้าหรือบริการตาม แบบฟอร์มหลักเกณฑ์การตรวจรับสินค้าประเมินผู้ขาย เพื่อการติดสินใจซื้อในครั้งต่อไป • การส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น เลือกใช้ห้องปฏิบัติการรับส่งต่อ ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีบัญชีรายชื่อห้องปฏิบัติการภายนอกการรายงาน ผลจากห้องปฏิบัติการภายนอกบันทึกในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์เข้าระบบ HOS-OSและจัดเก็บใบรายงานผลฉบับจริงไว้ที่ห้องปฏิบัติการ บันทึกการทบทวนข้อตกลงที่มีต่อห้องปฏิบัติการรับส่งต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อทบทวน รายชื่อห้องปฏิบัติการการเก็บตัวอย่าง การเตรียมตัวอย่าง วิธีที่ใช้ทดสอบ กำหนดวันรับผลและการจัดการใบรายงานผล รวมทั้งอัตราค่าบริการและข้อตกลงต่างๆ

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- ในกรณีปกติใช้แอพพลิเคชั่น LINE และ E-mail ของห้องปฏิบัติการเป็นช่องทางติดต่อกับ รพ.สต.ที่ส่งตรวจกับทางห้องปฏิบัติการ ส่วนกรณีที่เร่งด่วนใช้การโทรศัพท์ประสานงานโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถดูผลการตรวจ และพิมพ์ใบรายงานผลผ่านระบบอินเตอร์เน็ต เว็บบราวเซอร์ โดยมี Username และ Password ของแต่ละ รพ.สต. แบบ Realtime
- ใช้ระบบอินเตอร์เน็ต ดูผลการตรวจผ่านระบบออนไลน์ โดยมี User Name และ Password ของห้องปฏิบัติการเป็นช่องทางติดต่อกับบริษัทที่ส่งต่อ ทั้งข้อมูลปกติและกรณีเร่งด่วน
- มีการประชุมประจำเดือนเพื่อวางแผนและปรับปรุงเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงาน รวมถึงมีการทบทวนคู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ปีละ 1 ครั้ง

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- การจัดการสิ่งส่งตรวจห้องปฏิบัติการ ครอบคลุม ผู้เก็บ การให้ข้อมูล การนำส่ง การรับและปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การเตรียม การเก็บรักษาหลังการตรวจวิเคราะห์ และการทำลายสิ่งส่งตรวจ รับผิดชอบโดยหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และพนักงานห้องทดลอง เพื่อการวินิจฉัย ติดตามผลการรักษา ป้องกันการ ระบาดของโรค ตลอดจนตรวจหาสารเสพติดขั้นต้น และรายงานผลการควบคุมคุณภาพภายในและภายนอกองค์กร จัดเก็บในภาชนะที่สะอาด ไม่แตกร้าว และมีฝาปิดมิดชิด ด้วยเทคนิคที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่
    1) หลอดบรรจุสารกันเลือดแข็ง EDTA (จุกสีม่วง)
    2) หลอดบรรจุสารที่เร่งการแข็งตัวของเลือด (Clot activator) จุกสีแดง
    3) หลอดบรรจุ 3.2% Sodium citrate (จุกสีฟ้า)
    4) หลอดบรรจุ Lithium-heparin (จุกสีเขียว)
    5) ตลับสำหรับบรรจุเสมหะหรืออุจจาระ
    6) กระป๋องสำหรับบรรจุปัสสาวะ

7) อาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับส่งเพาะเชื้อแบคทีเรีย

ระบุข้อมูลสำคัญ เช่น ชื่อ – สกุล, HN, อายุ, เพศ หน่วยงานที่ส่ง, ชนิดการทดสอบ ชนิดของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ ตำแหน่งที่เก็บตัวอย่างส่งตรวจ จำนวนตัวอย่าง หรือจำนวนชิ้นของตัวอย่าง วันที่เก็บและวันที่ส่งสิ่ง ส่งตรวจ การวินิจฉัยของแพทย์หรือข้อสงสัยของแพทย์ และลายเซ็นผู้ส่งตรวจ การขนส่งสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงานต้นทางมาสู่ห้องปฏิบัติการ ต้องทำด้วยความรวดเร็ว ในกล่องหรือภาชนะพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และวางหลอดเก็บสิ่งส่งตรวจในแนวตั้ง หลีกเลี่ยงความร้อนและการกระทบกระเทือน โดยระยะเวลาจัดเก็บตัวอย่างจนถึงสั่งตรวจเกินเวลาที่กำหนด ได้แก่

- เลือดสำหรับตรวจ เจาะนาน > 2 ชั่วโมง ไม่รับตรวจ Glucose Electrolyte
- ปัสสาวะเก็บไว้นาน > 2 ชั่วโมง ไม่รับตรวจ UA, Urine culture
- เลือด EDTA Blood เจาะนาน > 4 ชั่วโมง ไม่รับตรวจ CBC
- เลือดเจาะนานเกิน 24 ชั่วโมง ไม่รับตรวจ Cross Matching

แพทย์หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสั่งรายการสั่งตรวจของแพทย์ลงในคอมพิวเตอร์ทุกครั้งก่อนส่งตรวจ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของใบนำส่งและสิ่งส่งตรวจ กรณีส่งตรวจรายการทดสอบที่ต้องการผลเร่งด่วน หรือ Fast Track พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยจะต้องแจ้งห้องปฏิบัติการให้ทราบ

การทำลายสิ่งส่งตรวจ : เมื่อครบกำหนดระยะเวลาการรักษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะนำออกจากตู้เย็นเพื่อรอทำลาย กรณีสิ่งส่งตรวจประเภทของเหลว ทิ้งลงในอ่างสำหรับเตรียมสิ่งส่งตรวจและเปิดน้ำตาม เพื่อกำจัดเข้าสู่ระบบบ่อบำบัดของ โรงพยาบาล สิ่งส่งตรวจอื่นๆ พนักงานห้องทดลอง จะเป็นผู้ทำลายสิ่งส่งตรวจตามมาตรฐาน IC โดยนำสิ่งส่งตรวจรอการกำจัด เก็บใส่ถุงแดง 2 ชั้น ผูกปากถุงให้เรียบร้อย รอการขนย้ายจากพนักงานขนขยะ เพื่อนำไปทิ้งโรงพักขยะ รอการขนย้ายโดยองค์กรเอกชน

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

- ใช้วิธีทดสอบที่ได้มาตรฐาน ยอมรับในระดับสากล จัดทำระเบียบปฏิบัติวิธีการทดสอบในห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การปฏิบัติงาน วิเคราะห์ ทดสอบเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นระบบเดียวกัน ตามวิธีปฏิบัติการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทบทวนกระบวนการอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี การทบทวนวิธีวิเคราะห์และค่าอ้างอิง กรณีที่ใช้วิธีการทดสอบที่จัดทำขึ้นเอง ให้มีการทวนสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรจัดทำวิธีปฏิบัติงานอย่างย่อวาง ณ จุดปฏิบัติงาน ครอบคลุมรายละเอียดที่สำคัญ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการทดสอบ และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเสมอ แจ้งวิธีการทดสอบที่ใช้ให้ผู้ใช้บริการทราบ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีทดสอบ หรือวิธีการแปลผลต้องแจ้งผู้ใช้บริการทราบ โดยระบุถึงชนิดของตัวอย่างระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์และราคาค่าตรวจเป็นลายลักษณ์อักษรโดยกำหนดในคู่มือการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการ มีการทบทวนค่าอ้างอิงค่าวิกฤติต่างๆ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี มีการกำกับ ติดตามให้บุคลากรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และทบทวนระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติต่างๆ อยู่เสมอ

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ*:

- การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ กำหนดระยะเวลาการรายงานผล(Turn Around Time) และแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบการประกันในกรณีพบว่ามีการรายงานผลล่าช้า เฉพาะในรายการที่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ผลการทดสอบให้ทันการณ์ผู้ปฏิบัติงานต้องแจ้งให้ ผู้ใช้บริการทราบและบันทึกการทบทวนวิธีการรายงานผล และการดำเนินการแก้ไขข้อมูลผลการตรวจของผู้ป่วยทั้งทางด้านเอกสาร/บันทึกผลการตรวจ เครื่องมือ และระบบสารสนเทศ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยต้องมีการควบคุมการเข้าถึง การใช้งาน การเปลี่ยนแปลง การเก็บรักษา และการทำลาย มีการกำกับติดตามตลอดเวลา
- จากการเก็บข้อมูลในการรายงานค่าวิกฤติ ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์การรายงานค่าวิกฤติที่ผิดพลาด เนื่องจากห้องปฏิบัติการได้ใช้ระบบการรายงานผลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (LIS) มาใช้เก็บข้อมูล และการรายงานผลที่มีค่าวิกฤติ

ทุกครั้งจะมีการแจ้งเตือน เป็น Pop up ในโปรแกรมและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ผลการรายงานค่าวิกฤติเป็นสถิติที่สามารถนำไปใช้พัฒนาในหน่วยงาน โดยมีระเบียบปฏิบัติการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

- กำหนดให้นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ผลการวิเคราะห์และรับรองผลการวิเคราะห์เท่านั้น และเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการวิเคราะห์ไว้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามชนิดของ สิ่งส่งตรวจเพื่อการทดสอบซ้ำหรือตรวจสอบ และมีวิธีการทำลายสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้องตามระเบียบปฏิบัติ

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีเอกสารคุณภาพ ประกอบด้วย คู่มือคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติวิธีปฏิบัติและเอกสารสนับสนุน ผ่านการอนุมัติใช้เอกสารโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทบทวนและปรับปรุงเอกสารคุณภาพระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System-LIS) รวมถึง ข้อมูลในระบบห้องปฏิบัติการที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลโรงพยาบาล มีการกำหนดรหัสชั้นความลับ ควบคุม ตั้งแต่การเข้าถึงการใช้งานการเปลี่ยนแปลง และการเก็บรักษาและทำลาย เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติ

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

- มี Interlab Compare ระหว่างโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 แห่ง ในแต่ละรายการที่ไม่มี EQC โดยมี โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโดยใช้ Test ที่จะเข้าร่วมประเมินที่มี หลักการเดียวกัน และ สลับกันเป็นเจ้าภาพในการส่งสิ่งส่งตรวจไปร่วมกันประเมินตัวอย่าง

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

- มีการทบทวนระบบคุณภาพ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีโดยครอบคลุมประเด็นการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มั่นใจว่า ระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ยังคงมีกิจกรรมที่เหมาะสม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และปรับปรุงพัฒนา กรณีที่ผลการ ทบทวนพบว่ามีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไข การบริหารระบบคุณภาพ ให้รายงานต่อผู้จัดการคุณภาพเพื่อให้มีการดำเนินการแก้ไขต่อไปและ สรุปผลการทบทวนระบบคุณภาพ ทั้งสิ่งที่ทำได้สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ตลอดจน สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อเสนอผู้บริหารสูงสุด กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพและเป้าหมายที่ต้องการ ติดตาม ประเมิน และรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด โดยสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบและเข้าใจ ร่วมกัน ผลตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และมีผลกระทบต่อระบบคุณภาพ ได้รับการทบทวน เพื่อให้มีการดำเนินการแก้ไข และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนและส่งเสริมให้มีศึกษาอบรมที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพการปฏิบัติงาน ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

- โรงพยาบาลชุมแสงได้รับการรับรองคุณภาพจากกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2559
- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2551 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2554 - 21 ธันวาคม 2557 (LA ครั้งที่1)
- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2558 - 29 กันยายน 2562 (Re-LA ครั้งที่2)
- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2562 – 17 มีนาคม 2565 (Re-LA ครั้งที่3)

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดพื้นที่การทำงานให้เป็นสัดส่วน สวยงาม สะอาดตา
- การเข้าเป็นส่วนร่วมในการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ PCT, RM, IC, ENV เพื่อพัฒนางาน
- ติดตั้งระบบคิว สำหรับใช้บริการทางห้องปฏิบัติการ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	3.5	L	- การเพิ่มศักยภาพของอุปกรณ์การทำงาน ให้เพียงพอกับการใช้งาน มีมาตรฐาน - พัฒนาระบบการรายงานผลผ่านคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรม i- view และการรายงานผลแบบออนไลน์ผ่าน เว็บบราวเซอร์

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E	0	0	0	0	0	0
อัตราการจ่ายเลือดผิดหมู่ ผิดคน	0	0	0	0	1	0
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด	<0.50	0.01	0.53	0.31	0.30	0.25

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ: งานบริการโลหิตของโรงพยาบาลชุมแสงไม่ได้รับบริจาคโลหิต

การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้: การเตรียมส่วนประกอบของเลือดโดยการเบิกมาจัดเก็บ จากศูนย์ภาคบริการโลหิตที่ 8 จ.นครสวรรค์ โดยต้องมีอย่างน้อย 8 unit ในหมู่โลหิต A,B,O และ 3 Unit ในหมู่โลหิต AB

iii. กระบวนการ

* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:

- ในแต่ละวันจะทำการตรวจสอบยอดการจัดเก็บโลหิตและส่วนประกอบโลหิตให้อยู่ในจำนวนที่กำหนดโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
- การขอรับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทุกครั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการรับเลือดในโรงพยาบาลชุมแสงจะมีหมู่โลหิตแสดงในระบบ HOS-OS กรณีผู้ป่วยรายใหม่ไม่มีประวัติการรับเลือด ในการรับเลือดครั้งแรกจะต้องเจาะเลือดใส่ Tube EDTA Blood เพื่อยืนยันหมู่โลหิตจากผู้ป่วยทุกครั้ง

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:

- จัดเก็บอย่างน้อยหมู่โลหิตละ 8 unit ในหมู่โลหิต A,B,O และ 3 Unit ในหมู่โลหิต AB เพื่อลดปัญหาความไม่เพียงพอในการใช้เลือดของผู้ป่วย

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

- โรงพยาบาลไม่ได้รับบริจาคโลหิต

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

- โรงพยาบาลไม่ได้รับบริจาคโลหิต

ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

- โรงพยาบาลไม่ได้รับบริจาคโลหิต

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

- มีกระติกที่มีระบบเก็บรักษาความเย็นที่คงที่โดยใช้เทอร์โมมิเตอร์ติดตามอุณหภูมิในระบบขนส่ง

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- การรับบริจาคโลหิตเองและส่วนประกอบโลหิต

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- มีการทำIQCน้ำยาที่ใช้ปฏิบัติงาน และมีการทำEQAจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

- ได้รับรองระบบบริหารคุณภาพ จากสภาเทคนิคการแพทย์

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การตรวจสอบ Blood group ก่อนการรับเลือดในรายที่ไม่มีประวัติการรับเลือดเพื่อช่วยตรวจสอบความถูกต้องก่อนได้รับเลือด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	3.5	L	- การลงโปรแกรม Blood bank เพื่อช่วยในการทำงานทั้งการตรวจสอบยอดการใช้งาน สถิติข้อมูลและการทำงานโดยใช้ระบบ Bracode ช่วยลดความผิดพลาดจากการใช้ระบบ Manual

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (.....ไม่เปิดให้บริการ.....)

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*						

*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

ii. บริบท

การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:

iii. กระบวนการ

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค

(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:

-

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

(1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:

-

(2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)
-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
60. พยาธิวิทยากายวิภาค และ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ			

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
ความทันเวลาของการรายงาน รง.506	80%	98.57	99.81	98.59	100	100
ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย	80%	100	100	100	100	100
ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย	80%	100	100	100	100	100
อัตราการเกิด 2nd Generation ของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน/ชุมชน	≤ 10%	12.50	22.22	10.41	12.50	11.11

ii. บริบท

โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:

- โรคไข้เลือดออก วัณโรค อุจจาระร่วง ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคจากการประกอบอาชีพ
- โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ

โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: **โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง**

- โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและภัยสุขภาพตามแผนอำเภอ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก วัณโรค โรคจากการประกอบอาชีพ

โรคและภัยสุขภาพอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าไวรัส 2019

iii. กระบวนการ

II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:

(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:

- แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ : ใช้กลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในการขับเคลื่อนงานนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์
- มีการจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติ รวมกันเป็นภาพ CUP อำเภอชุมแสง เพื่อดำเนินการแก้ไขร่วมกัน ได้แก่ โครงการโรคติดต่อ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และโรคจากการประกอบอาชีพ และแผนป้องกันโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรค ปี 2563 พบโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่เป็นปัญหา คือ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค
- มีการเปิด EOC ของอำเภอชุมแสง เพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยมีนายอำเภอเป็นผู้บัญชาการ
- แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน มีหน้าที่ เฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกันและควบคุม แก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- ท้องถิ่นทุกแห่งจัดทำแผนและสนับสนุนบุคลากรและงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019
- การออกมาตรการป้องกันและการบังคับใช้ เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยง ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ต้องรายงานเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในแต่ละพื้นที่ที่พักอาศัยอยู่ และดำเนินการเฝ้าระวังติดตามอาการจำนวน 14 วัน หากมีอาการป่วยให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดำเนินตรวจวินิจฉัยและรักษา

โดยทันที

- โรงพยาบาลชุมแสง จัดตั้งคลินิก ARI (คลินิกไข้หวัด) คัดกรองผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้หวัดและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ก่อนเข้ารับบริการ
- จัดโซนคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยาม PUI (นิยาม PUI มีอาการไข้มากกว่า 37 °C ไอ เหนื่อยหอบ มีน้ำมูก มีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

- มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรค ในปี 2563 มีแผนอบรมเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) การอบรม อสม. เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการต่อปัญหาของพื้นที่
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ได้รับงบประมาณการจัดสรรจากสำนักหลักประกันสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ในงบส่งเสริมและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังได้รับการจัดสรรงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นระดับตำบล
- มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค การรายงานการเกิดโรคในพื้นที่ การสร้างกลุ่ม Line เพื่อความรวดเร็วในการสื่อสาร แจ้งผู้ป่วย แจ้งแนวทางปฏิบัติในการทำงานโรคทางระบาดวิทยา โรคจากการประกอบอาชีพ เช่น แอฟพริเคชั่น อสม. ออนไลน์ ในการรายงานผลการปฏิบัติงานการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชน
- การเตรียมพื้นที่รองรับผู้ป่วย PUI การเตรียมความพร้อมของห้อง NEGATIVE PRESSURE การเตรียม COHORT WARD รองรับกรณีพบผู้ป่วย PUI จำนวนมากที่เข้ามารับบริการ
- การจัดบุคลากรสำหรับดูแลผู้ป่วย PUI ตลอด 24 ชั่วโมง

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

- การประชุมชี้แจงสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในที่ประชุมประจำเดือนผู้บริหารทุกเดือน ปี 2563 อบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 126 คน ถึงสถานการณ์ของโรคที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่ และนำไปถ่ายทอดสู่ชุมชนโดยหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ที่ประชุมประชาคมหมู่บ้าน ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของตนเอง
- การประชุมชี้แจงความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ให้กับหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าใจ และปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างเคร่งครัด
- มาตรการเชิงรุก ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ทุกหลังคาเรือน และแจ้งเจ้าของบ้านถ้าพบผู้ที่มาจากสถานที่เสี่ยง ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยด่วน และจัดพื้นที่กักบริเวณตัวเองเพื่อดูอาการภายใน 14 วัน

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:

- มีการตั้งระบบโรคที่ต้องรายงานเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดนก หัด เป็นต้น
- มีการรวบรวมข้อมูลจากระบบงานหลักของโรงพยาบาล (Hos OS) เป็นประจำทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากหน่วยงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะมีมาตรการและแผนการดำเนินการแจ้งหน่วยงานสุขาภิบาลและป้องกันโรคทางโทรศัพท์ เพื่อดำเนินการควบคุม สอบสวน ติดตาม เฝ้าระวังโรค และแจ้งต่อไปยังพื้นที่ที่เกิดโรคต่อไป
- การบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลชุมแสง มีการบันทึกข้อมูลในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาลงโปรแกรมรายงานระบาดวิทยา (R506) ทุกวัน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ดำเนินการมาตรการเข้มข้นในการป้องกันและควบคุมโรค

- การจัดเวรเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาในวันหยุดราชการ เพื่อตอบสนองความรวดเร็วในการแจ้งข้อมูลข่าวสารของการเกิดโรคในพื้นที่ ลดช่องว่างของความล่าช้าการรายงานโรคและควบคุมโรคในพื้นที่ภายใน 24 ชั่วโมง
- สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 พบผู้ป่วย PUI เดินทางกลับมาจากประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 1 ราย เดินทางกลับมากจากพื้นที่เสี่ยง จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดได้ทำการเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาโรคเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสโคโรน่า 2019 ช่วง 23 มีนาคม 2563 -20 เมษายน 2563 มีจำนวน 200 ราย มีผู้ป่วย PUI =16 ราย ผลยืนยัน 3 ราย Refer ร.พ.สวรรค์ประชารักษ์ 3 ราย ไม่พบเชื้อ 13 ราย 3 รายส่งตัวรักษาจนหายขาด และส่งตัวกลับพื้นที่ ทีม SRRT อำเภอชุมแสงเข้าพื้นที่ชี้แจงประชาชนทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่หายขาดของผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนในพื้นที่สบายใจคลายวิตกกังวล จัดพื้นที่พักที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยให้ปลอดภัยและจำกัดพื้นที่การเดินทาง

(3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

- มีการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (Hos OS) และระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ มาวิเคราะห์หาแนวโน้มการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง พบว่าโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ของอำเภอชุมแสง คือ โรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี จึงวิเคราะห์วางแผนบูรณาการกับเครือข่ายสุขภาพผู้รับผิดชอบ งานอนามัยแม่และเด็ก โดยเป้าหมายคือเด็กก่อนวัยเรียน และศูนย์เด็กเล็ก ในการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง และการป้องกันโรค กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ การจัดสิ่งแวดล้อม เสริมทักษะการดูแลเด็กให้ปลอดภัยจากโรค ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน การประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคจำนวน 12 แห่ง ผลการดำเนินงาน อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง คือ จาก 2,321.59 เป็น 2,017.82 ต่อแสนประชากร

(5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

- มีการติดตามข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาลจากโปรแกรมรายงานระบาดวิทยา (R506) ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อติดตามและเฝ้าระวังการระบาดของโรคในพื้นที่อำเภอชุมแสง นอกจากนี้ยังมีการติดตามข่างสารการระบาดโรคต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ เป็นต้น
- มีการติดตามข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุขและกรมควบคุมโรค เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

- ทีม SRRT ของอำเภอชุมแสง ได้มีการกำหนดมาตรการในการสอบสวนควบคุมโรคที่จำเป็นต้องมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอด 24 ชั่วโมง
- กำหนดช่องทางที่สามารถรายงานและรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้หลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์ ทาง Line ตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน การป่วยเป็นกลุ่มก้อน ดำเนินการรายงานเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาทันทีที่พบเหตุการณ์ และมีการตอบสนองเหตุการณ์ทุกครั้งที่แจ้ง
- ทำข้อตกลงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดทีมดำเนินงานตามมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 24 ชั่วโมง จำนวน 11 แห่ง
- จัดทำโครงการโรคติดต่อขอสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อุจจาระร่วง จากเครือข่ายสุขภาพอำเภอชุมแสง และจากท้องถิ่น

- เขียนแผนจัดซื้อชุดอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เช่น ชุดกาวน์ เครื่องวัดอุณหภูมิดิจิตอล FACE SHIELD

(2) ทีม SRRT:

- บุคลากรของทีม SRRT อำเภอชุมแสง ผ่านการอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) จัดโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ จำนวน 8 คน

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

- กำหนดมาตรการในการสอบสวนควบคุมโรคที่จำเป็นต้องมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและมีการเตรียมความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง
- กำหนดช่องทางที่สามารถรายงานได้หลายช่องทาง ได้แก่ ทางโทรศัพท์ ทาง Line
- มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT จากทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย หากเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยจำนวนมากหรือพบแนวโน้มการระบาดของโรคที่ผิดปกติ ทีม SRRT ลงควบคุมสอบสวนโรคทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง และมีการรายงานการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังพื้นที่ที่เกี่ยวข้องทันที
- การดำเนินมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก วันที่ 0-3-7 พบมีอัตราป่วยลดลง จาก 411.15 เป็น 122.52 ต่อแสนประชากร
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ใส่หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่ออยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรืออยู่ในกลุ่มคนจำนวนมาก ล้างมือบ่อยๆ

(4) ช่องทางรับรายงาน:

- ช่องทางที่สามารถรับรายงานได้หลายช่องทาง ได้แก่ ทางโทรศัพท์ ทาง Line

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

- มีการกำหนดให้มีการสอบสวนโรคเฉพาะรายในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ต้องรายงานและเฝ้าระวัง เช่น การสอบสวนโรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนก โรคพิษสุนัขบ้า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ตามบุคคล เวลา สถานที่เกิดโรค

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

- การสอบสวนโรคเฉพาะรายทำให้ทราบแนวทางการควบคุมการระบาดของโรค แหล่งเพาะพันธ์ได้ถูกต้อง ทำให้ค้นหาผู้สัมผัสโรค เฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชนได้ทันเวลา ในปี 2562 พบผู้ป่วยเป็นโรคหัดเยอรมันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1 ราย ดำเนินการสอบสวนโรค และควบคุมโรคในพื้นที่ การให้วัคซีนพื้นฐานครอบคลุมร้อยละ 100 ในหมู่บ้าน และตำบลที่เกิดโรค เฝ้าระวังการเกิดโรคต่อเนื่อง 2 เท่าของระยะฟักตัว ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่
- การเฝ้าระวังในพื้นที่ที่มีการพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เพื่อนำมาใช้กำหนดมาตรการป้องกันในระดับพื้นที่

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

- มีการจัดทำสถานการณ์โรค นำเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้พื้นที่ได้ทราบข้อมูลการระบาดของโรค

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:

- มีการสื่อสารกฎหมายพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ปี 2558 เกี่ยวกับโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง ,โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก : ได้มีการจัดสรรชุดตรวจโรคไข้เลือดออก เพื่อการวินิจฉัยได้ทันที ทำให้การป้องกันควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ทีม SRRT มีการสอบสวนโรคและควบคุมโรค จัดทำรายงานโรคติดต่อได้ทั้งในเวลาราชการและวันหยุดราชการ
- มีการพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาเป็นประจำทุกปี

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3.5	L	การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนเฝ้าระวังกลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพ

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค.63
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการในชุมชน	80	75.34	76.18	75.42	67.14	84.41
ร้อยละของเด็กอายุ9,18,30,42ได้รับการตรวจพัฒนาการ	95	21.23	64.12	81.65	94.17	84.06
ร้อยละประชาชนได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	90	74.18	83.83	92.60	90.63	92.71
ร้อยละของสตรีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	80	29.72	41.03	48.24	52.31	12.08
ร้อยละสตรีกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และตรวจมะเร็งด้วยตนเองได้ถูกต้อง	ร้อยละ80	44.18	34.20	80.17	96.40	91.77
ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองADL	ร้อยละ90	91.62	91.57	90.09	84.03	82.46
อัตราการเข้าถึงโรคซึมเศร้า	ร้อยละ80	71.60	56.87	64.03	78.75	78.25

ii. บริบท

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

กลุ่มงานด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชุมแสงเป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในชุมชนทั้ง 4 มิติแบบองค์รวมผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองส่งต่อและดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดทุกกลุ่มอายุ ในเขตตำบลเกยไชย จำนวน 11หมู่บ้านประชากร 5,912 คนชาย 2,823 คน หญิง3,089 คน ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย มีโรงเรียน 2 แห่ง วัด 3 แห่ง โครงสร้างด้านสุขภาพ มี อส.ม.จำนวน 54 คน

เป้าหมายการทำงานชุมชน มุ่งเน้นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน โดยสนับสนุนพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชน

ความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนเป็นเรื่องโรคเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังมีโรคระบาดได้แก่

โรคอุจาระร่วง ไข้เลือดออก

iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

1.การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ

งานบริการปฐมภูมิและองค์รวมมีพื้นที่รับผิดชอบ 11 หมู่บ้านมีการประชุมแบ่งผู้รับผิดชอบโดย 1 คนต่อ1-2 ชุมชน มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัยได้แก่

กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

1. กลุ่มปกติคือ กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงโดยแยกตามกลุ่มวัย 0 – 5 ปี, วัยเรียน, วัยรุ่น, วัยทำงาน,กลุ่มสตรีอายุ 30 – 60 ปี,

วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและพื้นที่เป้าหมาย เช่น สถานศึกษา, ศาสนสถาน, ชุมชน,ส่วนราชการ

2.กลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มประชาชนที่มีภาวะสุขภาพหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยโดยแยกตามกลุ่มอายุ, กลุ่มอาชีพ

3. กลุ่มป่วย คือกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชน โดยการใช้ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 5 อันดับโรคแรกของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมแสงซึ่งได้แก่ 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. ภาวะไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ 3. โรคเบาหวาน

4. โรคไตวายเรื้อรัง 5. โรคทางทันตกรรม (เนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันอักเสบเรื้อรัง)

ความต้องการของชุมชน

มีการสำรวจความต้องการของชุมชนจากช่องทางต่างๆ ดังนี้

- ตู้รับความคิดเห็น
- การรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เสียงสะท้อนจากการให้บริการในชุมชน
- จากการประชุมกลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
กลุ่มปกติ	-ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย การดูแลตนเอง -ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ -ลานออกกำลังกาย/ อุปกรณ์สนับสนุน	-ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว/อสม. -คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพปีละ1 ครั้ง -มีลานออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์ร้อยละ 45.46
กลุ่มเสี่ยง	-คำแนะนำ/วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม -ช่องทางการเข้าถึงบริการ/คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ -ได้รับการดูแลติดตามจากทีมสุขภาพสม่ำเสมอ	-มีเอกสาร แผ่นพับการปฏิบัติตัว -จัดให้มีช่องทางให้คำปรึกษาทั้งในและนอกเวลา -มีระบบเฝ้าระวังรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่
กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ	-การดูแลรักษาที่รวดเร็วปลอดภัย -ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน -ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว -กลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	-มีมาตรฐานวิชาชีพ และCPG -มีการพัฒนาทักษะบุคลากรสม่ำเสมอ -มีระบบติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษารายบุคคล:Care giver ได้รับการอบรมตามมาตรฐาน

2.การออกแบบสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

หัวหน้ากลุ่มงานด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวมเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมในการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับท้องถิ่น ให้ข้อมูลสุขภาวะที่เป็นปัญหาของชุมชนและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดให้กับชุมชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะพิจารณาโครงการที่ชุมชนเสนอมา

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเข้าร่วมกับชุมชนในการวางแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยให้ข้อมูลสุขภาวะที่เป็นปัญหาของชุมชน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ชุมชนรับทราบปัญหาของตนเอง และเกิดการร่วมคิดร่วมกันแก้ปัญหา เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย	การจัดบริการ	ผลลัพธ์
เด็กก่อนวัยเรียน	-การให้วัคซีน EPI -การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการพัฒนาการ -แก้ไขปัญหาร่วมกับ อปท. -การนิเทศครูพี่เลี้ยงเด็กและศูนย์รับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่	-เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ร้อยละ 74.27 -เด็ก0-5ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ.94.17 -เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ.98.20
เด็กวัยเรียน	-ร่วมประชุมกับครูผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนเพื่อวางแผนร่วมกันในการจัดบริการและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ -เคลือบหลุมร่องฟัน/แก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก -เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ -เฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจรส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย -ให้ความรู้เพศศึกษา /ยาเสพติด	-นักเรียนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ.36.28 -เด็กนักเรียนมีน้ำหนักส่วนสูงตามเกณฑ์ร้อยละ60.17 -โรงเรียนสามารถพัฒนาตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 1 แห่ง
วัยทำงาน	-การจัดบริการเชิงรุกคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดัน /มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม /หลอดเลือดสมอง)ในชุมชนครอบคลุมทุกชุมชน -ประชุมร่วมกับแกนนำเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเกี่ยวกับการเพิ่มทักษะการคัดกรองเฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย -เผยแพร่ความรู้เรื่องโรค /การปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมผ่านทาง หอกระจายข่าว แกนนำป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน	-ประชาชนได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ90.63 -ประชาชนได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงร้อยละ89.45 -สตรีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ59.38 -สตรีมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ96.40 -มีการรวมกลุ่มแกนนำในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ชมรมสายใยรัก ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมเกษตรปลอดสารอินทรีย์
ผู้สูงอายุ	- คัดกรองสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ -พัฒนาศักยภาพประชาชนให้สามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้ -จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง -ประชุมร่วมกับแกนนำท้องถิ่นเพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง	-ผู้สูงอายุได้รับการประเมินADL ร้อยละ....84.03 -ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่องจากcare giverร้อยละ 100 -มี Care giverสำหรับดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงครบทุกชุมชน -มีการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องด้วยระบบการมีส่วนร่วมในชุมชน(ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบล LTC)

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

ร่วมกับท้องถิ่นจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนโดยจัดบริการเชิงรุกในชุมชน ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ อสม. ตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม รายบุคคล

- หน่วยงาน อปท.จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ได้แก่โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนโดยมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายรำวงย้อนยุคสัปดาห์ละ3 วัน
- เครือข่ายโรงเรียนมีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์และปี2559 ช่วยจัดบริการร่วมกับโรงเรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนโดยทางโรงเรียนของบประมาณจากท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่นโครงการป้องกันไข้เลือดออกในโรงเรียน โครงการป้องกันเด็กจมน้ำ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนเป็นต้น

(4) การประเมินและปรับปรุง:

- มีการบันทึกข้อมูลจากการคัดกรองโรค, จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการเด็ก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง CVD risk, ผู้สูงอายุ วิเคราะห์, สรุป, จัดเวทีคืนข้อมูลให้ชุมชนในวาระประชุม อสม.ประจำเดือนและวาระประชุมกองทุนสุขภาพ หาแนวทางพัฒนาปรับปรุง โดยจัดให้มีการจัดอบรม ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายของชุมชนโดย มีคณะทำงานบริหารโครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายและลงนามข้อตกลงร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการสร้างกลุ่มดูแลสุขภาพในชุมชนเช่นกลุ่มสายใยรัก มีศักยภาพในการติดตามดูแลกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มศูนย์รวมใจ ดูแลติดตามกลุ่มผู้ติดเชื้อHIV กลุ่มคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ดูแลประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เป็นต้น
- มีการประชุมแลกเปลี่ยนระหว่างแกนนำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่เดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ปัญหาต่างๆด้านสุขภาพในพื้นที่ได้รับการติดตามแก้ไขทันท่วงที

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและได้ดำเนินงานเขียนโครงการในแต่ละชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่เป็นความต้องการของชุมชนเกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชุมชนสามารถรวมกลุ่มการดูแลด้านสุขภาพได้แก่ ชมรมสายใยรัก ดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ชมรมรักษ์ไต ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชน ชมรมศูนย์รวมใจ ดูแลประสานงานกลุ่มผู้ติดเชื้อในชุมชน

(2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

- มีการให้ความรู้ การฝึกทักษะในเรื่องการวัดความดันโลหิต การวัดรอบเอว และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้กับกลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน ในการออกตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาในชุมชน การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มชมรมสายใยรัก ในการชั่งน้ำหนัก ประเมินภาวะโภชนาการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อช่วยดำเนินงานเชิงรุกในการติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและพัฒนาการในกลุ่มเด็กแรกเกิด-5 ปี

(3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

ให้การสนับสนุนชุมชนโดยการเป็นวิทยากรให้ความรู้กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง

- ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารลดหวานมันเค็มในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน พฤติกรรมการลดละเลิกเหล้าบุหรี่
- ส่งเสริมพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อยาเสพติดและตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มเด็กโรงเรียนมัธยม
- ส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธ์

- ส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย6 เดือน
- ส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในสังคมรูปแบบ New Normal คือสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ในชีวิตประจำวัน

ผลลัพธ์ 1.ชุมชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.ชุมชนมีมาตรการในการจัดกิจกรรมต่างๆสอดคล้องกับสังคมรูปแบบNew Normal เช่น เช่นการสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

- ภายในโรงพยาบาลมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยส่งเสริมให้มีร้านอาหารในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานถูกหลักอนามัย ,ส่งเสริมให้มีสถานที่ออกกำลังกาย , สนามเปตอง สนามบาสเก็ตบอล
- มีระบบการกำจัดขยะ คัดแยกขยะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน มีเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมปลอดภัย มีการซ้อมแผนอัคคีภัยปีละครั้ง มีป้ายเขตปลอดบุหรี่ ภายในโรงพยาบาล .และดำเนินการรพ.ปลอดกล่องโฟมและมีการกำหนดให้ร้านค้าภายในโรงพยาบาลไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง
- ในชุมชนร่วมกับ อ.บ.ต ,เทศบาล และแกนนำสุขภาพ ส่งเสริมให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนและในโรงเรียนครอบคลุมร้อยละ 100 มีร้านค้าแผงลอยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ส่งเสริมปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อบริโภคในครัวเรือนและจำหน่าย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีชุมชนต้นแบบที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยชุมชนอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 ชุมชน เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงาน การสร้างสุขภาพโดยเน้นการบริโภคเกษตรปลอดสารพิษ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3.5	L	เสริมศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ