**คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง**

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2022 มีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ที่มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 และเพื่อการรายงานประเมินตนเองที่กระชับและตรงประเด็นมากขึ้น และเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลในการมองเห็นตนเองและโอกาสในการพัฒนาร่วมกัน ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ในการบริหารโรงพยาบาล

การปรับปรุงที่สำคัญโดยลดหัวข้อที่มีความซ้ำซ้อน ปรับลำดับการเขียนแบบประเมิน และการปรับคำถามในส่วนกระบวนการเพื่อตอบเป้าหมายของมาตรฐานได้ชัดเจนมากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ และเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) และสร้างความมั่นใจในการธำรงระบบคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสามารถสังเกตสัญลักษณ์ \* เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และสัญลักษณ์ \*\* ในข้อที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์หลัก (core criteria for sustainability)

รายงานการประเมินตนเองฉบับ 2022 ประกอบด้วยมาตรฐานตอนที่ I, II, III, และ IV สำหรับการรายงานประเมินตนเองแต่ละหมวดประกอบด้วย 4 ส่วน คือ i) บริบท ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ iv) ผลลัพธ์ของบทนั้น

**i) บริบท**

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญขององค์กรที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ การดำเนินงานและการประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานในแต่ละบท ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญขององค์กร

**ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap**

สามารถยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) เพื่อสะท้อนให้เห็นการพัฒนาตามมาตรฐานหรือเพื่อบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานในแง่มุมต่างๆ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อสรุปการดำเนินงานโดยการมองอย่างรอบด้านและใช้ข้อกำหนดของมาตรฐานเพื่อหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม คู่ขนานไปกับการประเมินตนเองและให้คะแนนในแต่ละข้อกำหนดของมาตรฐานตาม Scoring guideline ในแต่ละบทจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

**แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline**

| **Score** | **Process** | **Result** |
| --- | --- | --- |
| **1** | ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation | มีการวัดผล Measure |
| **2** | มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ[[1]](#footnote-2)  Partial implementation | ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ  Relevant and valid measure |
| **3** | มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation | วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures |
| 4 | มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement | มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย)  Good results (better than average) |
| **5** | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation | มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile) |

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์การพัฒนาและหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม อีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการสอดคล้องกับการให้คะแนน เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline โดยการเขียนประเด็นการพัฒนาสอดคล้องกับข้อกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถประมวลความคิดเพื่อตอบ SAR ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

V: คุณค่าและผลลัพธ์ (value) คือ คุณค่า/ประโยชน์ที่ผู้รับผลงานได้รับคืออะไร แสดงด้วยข้อมูลอะไร ผลเป็นอย่างไร

R: ความเสี่ยง (risk) คือ ความเสี่ยงสำคัญคืออะไร มีการออกแบบหรือมาตรการในการป้องกันอย่างไร

G: การปฏิบัติที่ดี (good practice) คือ แนวทางการปฏิบัติที่ดี การใช้วิธีการใหม่ๆ ในการทำงานที่ได้ผล (นวัตกรรม) มีอะไรบ้าง

D: ความหลากหลาย (diversity) คือ ความหลากหลายของสถานการณ์มีอะไรบ้าง มีแนวทางตอบสนองอย่างไร มีแนวทางในการลดความหลากหลายของการปฏิบัติของบุคลากรแต่ละคนอย่างไร

I: บูรณาการ (integration) คือ มีการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ ระบบงาน วิชาชีพ หน่วยงาน องค์กร ต่างๆ อย่างไร มีความพยายามที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างไร

S: จิตวิญญาณ (spiritual) คือ มีการใช้มิติจิตวิญญาณ/แนวคิดสุขภาวะทางปัญญา ในการทำงานอย่างไร

K: ความรู้ (knowledge) คือ มีการสร้างความรู้จากการทำงานอะไรบ้าง

ประเด็นที่จะเป็นแผนพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

* การปฏิบัติตามมาตรฐาน
  + Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
  + Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
  + การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย Scoring guideline
  + ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ

**iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนาอยู่แล้ว

**iv) ผลลัพธ์ของบทนั้น**

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาในการคัดเลือกตัวชี้วัดดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่ตรงตามเป้าหมาย/ประเด็นสำคัญของของมาตรฐาน
2. ตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูง โดยวัดแล้วใช้ประโยชน์ได้ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่จำเป็นของโรงพยาบาล
3. ตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ
4. ตัวชี้วัดที่ก้าวข้ามตัวชี้วัดพื้นฐานที่ควรปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่
5. ตัวชี้วัดที่มีการใช้หรือยอมรับในระดับสากล

**และในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล** รวมทั้งสถาบันได้จัดทำรายการตัวชี้วัดที่เป็น Suggested Indicators เพื่อเป็นแนวทางและตัวอย่างให้สถานพยาบาลได้ใช้พิจารณาในการเลือกระบุในแบบประเมินตนเองและสร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีม ดังตารางท้ายเอกสารแบบประเมินตนเอง โดยมิได้บังคับว่าต้องใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อกำหนดหรือเลือกตัวชี้วัดดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่มีผลต่อการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล: เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร
2. ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ/ผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล (organization relevance)
3. ตัวชี้วัดที่เป็นการรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ เพื่อสะท้อนภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนาด้วย **กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน ii)**

| มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย | มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 | มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว  (ให้เช็ค  ก่อนส่งสรพ.) |
| --- | --- | --- |
| การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ | มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4) |  |
| การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSI | มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ  ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (1) |  |
| บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน | มาตรฐาน I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร ค. สุขภาพความปลอดภัยของบุคลากร (1)(i)(ii)  มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ  ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (5) |  |
| การเกิด Medication error และ Adverse drug event | มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน  ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3) |  |
| การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด | มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต |  |
| การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ค. การเข้ารับบริการ (entry) (5) |  |
| ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค | มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4) |  |
| การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน | มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก  ข.การให้บริการ (3)  II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก  II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |  |
| การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน | มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (4) |  |

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

**I-1 การนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  I-1.1 ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง  I-1.2 องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม  **i. บริบท** โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S ในเขตสุขภาพที่ 7 (ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม) เป็นโรงพยาบาลขนาด 540 เตียง ในปี 2566 อัตราการครองเตียง 99.35 % มีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบให้บริการทางด้านสาธารณสุขด้วยการบูรณาการอย่าง ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา (ทั้งprimary care , secondary care , Tertiary care) โดยสาขาเฉพาะที่ให้บริการ ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป (รวมทั้ง ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมสาขาศัลยกรรมประสาท) ศัลยกรรมกระดูกและข้อ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก จิตเวช เวชศาสตร์ฟี้นฟู ให้บริการแก่ผู้ป่วย ที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดใกล้เคียง บทบาทด้านการศึกษาเป็นสถาบันผลิตแพทย์โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่า-สูงกว่าปริญญาตรี เป็นแหล่งเรียนรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา พัฒนางานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และให้การสนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่  **ii**. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน   | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา (เขียน 3P) | | --- | --- | --- | --- | | การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง  [I-1.1ก(1)(2)(3)] | 3.5 | LI | ผู้นำสูงสุดและทีมนำกำหนดวิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศในปี 2570 โดยมี พันธกิจ คือ1.พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ แบบบูรณาการสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 2.ยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3.เป็นสถาบันผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ4.พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล มีค่านิยมที่ยึดถือในการปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล คือ TEAM ซึ่งประกอบด้วย T= Trust , E= Enthusiasm , A= Agile , M= Management โดยผู้นำสูงสุดและทีมนำได้มีการปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากรในด้านต่างๆ มีการปรับโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดรองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการเพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม (TEAM) และมีการกระจายอำนาจ และเกิดความคล่องตัว (Agility)ในการบริหารและพัฒนาคุณภาพ พร้อมทั้งติดตามกำกับโรงพยาบาลในด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้การบริหารจัดการจากปัญหาในพื้นที่ที่เกิดขึ้นจริง (Management by fact) ด้วยการลงพื้นที่หน้างาน (focus on action) การทำ Leadership walk round ทุก 3 เดือน ให้คำแนะนำผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement) ใช้ข้อมูลจากงานที่ปฏิบัติ มาวิเคราะห์และพัฒนา (Management by fact) เช่น ปัญหาการมีโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และยังมีโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ทางทีมระบบการดูแลผู้ป่วยได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย NCD ระดับประเทศได้รับรางวัล NCD clinic plus award ปี 2562 และยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อมีปัญหาผู้สูงอายุหกล้มมีกระดูกสะโพกหักเนื่องจากมีผู้สูงอายุที่พบมากขึ้น ทางศัลยกรรมกระดูกและข้อจึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการติดตามดูแลหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งต่อไปยังทีการดูแลผู้ป่วยแบบ Intermediated และ Long term care ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการให้บริการการฟื้นฟูสภาพโดยศูนย์โฮมสุข มีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวแบบส่วนร่วมโดยชุมชน โรงพยาบาลมีการกำหนดจุดเน้น ในการพัฒนา ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคStroke , STEMI , Trauma และการพัฒนาระบบสารสนเทศ เกิดผลการปฏิบัติงาน เช่น จัดระบบบริการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน ได้รับการดูแลด้วยระบบ Fast track เช่น กลุ่มผู้ป่วย STEMI , stroke , trauma เป็นต้น ในการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นจุดเน้นได้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการปรึกษาแพทย์เวรเฉพาะทาง one click one specialist เป็นต้น ผู้นำสูงสุดส่งเสริมให้มีการใช้พลังในการทำงานจากภายใน inner life ด้วยแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และหลักจริยธรรมในการทำงาน เช่น มีแนวทางในการให้ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยตนเองหลังจากให้ข้อมูลทั้งข้อดีข้อเสียกับผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีคณะกรรมการ palliative careให้การดูแลตลอดทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้นำส่งเสริมให้ปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆทั้งด้านกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับด้านความปลอดภัย ข้อบังคับอื่นๆที่องค์กรต้องปฏิบัติตาม เช่น [พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/01/02-1.pdf)[พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/01/03.pdf)พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2556 [พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/01/05.pdf)กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง [พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริการวัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/02/01.pdf)ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในส่วนราชการ พ.ศ. 2551 เป็นต้น ผู้นำ ส่งเสริมให้มีการพัฒนางานโดยการใช้ข้อมูลทางวิชาการ และส่งเสริมให้มีการพัฒนางานด้วยการวิจัยงานประจำทำให้เกิดผลงานวิจัยและนวัตกรรมต่างๆ เช่น นวัตกรรมการผ่าตัดด้วยเทคนิค Single incision multipleport การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การพัฒนารูปแบบการนำน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ต้องขังป่วยแบบองค์รวมโดย สหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น **แผนพัฒนา:** โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค PDSC ได้แก่ PDSC Trauma , PDSC STEMI , PDSC Spinal cord injury , PDSC Spiritual health care โครงการพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยทางการแพทย์ และปี 2566 ขอรับการประเมินซ้ำ PDSC Stroke | | การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข] \*\* | **3.5** | **LI** | เพื่อสื่อสารให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบข้อมูลและสามารถนำไปปฏิบัติได้มีการกำหนดช่องทางสื่อสารทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ การสื่อสารในที่ประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน สื่อสารในที่ประชุมทีมนำในการพัฒนาคุณภาพ (โดยมีประธานเป็นท่านผู้นำสูงสุด เป็นการประชุมแยกต่างหากจากประชุมกรรมการบริหาร) มีการลงเยี่ยมหน้างานของทีมผู้บริหาร leadership walk round โดยมีตารางกำหนดเวลาที่ชัดเจนทุก 3 เดือน การเดินเยี่ยมหน่วยงานประจำวัน เวรตรวจการ จากการแลกเปลี่ยนในที่ประชุมกรรมการอื่นๆ เช่น กรรมการ Core team คุณภาพ ส่วนช่องทางการสื่อสารรูปแบบไม่เป็นทางการ เช่น group line กลุ่มทีมนำโรงพยาบาล กรรมการบริหาร คณะกรรมการทีมนำต่างๆ มีการสื่อสารโดยสายตรงกับผู้อำนวยการ จัดกิจกรรม OD 10 รุ่นที่มีเป้าหมายชัดเจนในแต่ละรุ่น มีการกำหนดเนื้อหาประเด็นของการสื่อสาร เช่น การเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ ค่านิยม พันธกิจ เข็มมุ่งองค์กร นโยบายความปลอดภัย 3 P safety เป็นต้น มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงเยี่ยม รพ.สต. ประชุม คปสอ. การประชุมกับหัวหน้าส่วนราชการ (ข้าราชการตำรวจ ปกครอง ฯ) และสื่อมวลชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ พร้อมทั้งมีการสร้างความผูกพันส่งเสริมให้กำลังใจให้บุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน เช่น ผู้นำและทีมบริหารลงเยี่ยมศูนย์โฮมสุขที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว มีการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักเพื่อติดตามรับฟังความต้องการ และให้คำแนะนำหลังจากกลับไปอยู่บ้าน **แผนการพัฒนา** :วางแผนการพัฒนารายบุคคล จัดอบรมโครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการการ พัฒนาการดูแลเฉพาะโรคที่เชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลงพื้นที่ให้การดูแลป้องกันการเกิดความเจ็บป่วย เช่น sepsis , spinal cord injury , trauma เป็นต้น | | การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค(1)(2)(3)] \*\* | **3.5** | **LI** | ทีมนำมีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหลายด้าน เพื่อส่งเสริมความสำเร็จขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการทางการแพทย์การสาธารณสุข และการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุ พันธกิจ วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้โดยมีนโยบายปรับปรุง ขยาย และพัฒนาระบบบริการทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริการผู้ป่วยนอก ระบบความปลอดภัย ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ระบบการเชื่อมโยงการดูแลรักษาตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนที่สำคัญ ระบบงานคุณภาพ รวมทั้งการเชิดชูและให้รางวัลกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพต่อการขับเคลื่อนงานคุณภาพขององค์กร ได้แก่ โครงสร้างการบริหารทั้งงานคุณภาพและงานบริหารด้านอื่นๆ โดยปรับให้มีรองผู้อำนวยการ และผู้ช่วยผู้อำนวยการฝายการเงินการคลัง รองผู้อำนวยการฝ่ายพัสดุ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาบุคลากร ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ และปรับคณะกรรมการทีมนำด้านต่างๆ ทำให้การตัดสินใจด้านต่างๆ มีความคล่องตัวมากขึ้น การปรับโครงสร้างของศูนย์แพทย์ศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการพัฒนาด้านการเรียนการสอนร่วมกับคณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัยสารคาม (มีหลักสูตรการสอนทางด้านความปลอดภัย patient safety Effective team player สำหรับนักศึกษาแพทย์) **การพัฒนาด้านโครงสร้าง เพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงาน และสนับสนุนบริการ:** ปรับปรุง ขยายพื้นที่งานผู้ป่วยนอก พัฒนาระบบSmart OPD ห้องตรวจ OPD ศัลยกรรม ห้องตรวจทางพยาธิวิทยา ธนาคารเลือด ห้องตรวจเวชกรรมสังคม คลินิกวัณโรค ARI คลินิก ห้องผ่าตัด (มีอาคารเก่า และอาคารใหม่ตึก100ปี) มีการขยายเตียง **หอผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้น** เช่น Stroke unit, ICU อายุรกรรมมีการขยายหอผู้ป่วยสำหรับผู้ต้องขังที่มารับบริการ (แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป) มีการปรับหอผู้ป่วย Semi ICU เป็น ICU อายุรกรรม เป็นต้น  **ระบบงานคุณภาพ :** เพื่อส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสร้างสรรค์ผลงานการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสร้างสรรค์ผลงานการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงได้ดำเนินโครงการ  โครงการ P4P คุณภาพ ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยงโดยไม่มีการกล่าวโทษ เป็นต้น | | ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)] | **3** | **LI** | **การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน :** มีระบบการประเมินผู้นำองค์กรในการประเมินผลการปฏิบัติราชการตาม KPI ที่ได้รับมอบหมาย และมีการทำข้อตกลง(MOU)กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามกลุ่มภารกิจมีรองผู้อำนวยการ 9 ด้าน ที่ช่วยในการบริหารงานองค์กร และหัวหน้ากลุ่มภารกิจมีการถ่ายทอด สื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ พร้อมมีการนิเทศกำกับตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ เพื่อบรรลุตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล ตามที่ได้รับมอบหมายมีระบบการส่งบุคลากรเข้าอบรม เพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งผู้บริหาร เช่น หลักสูตรรองแพทย์ หลักสูตร นบส. / พยาบาล / แพทย์ ประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน โดยเน้นเรื่องการเงินการบัญชีที่ต้องมีการติดตามทุกเดือน ผลพบว่ารายงานผลตรวจสอบภายในการประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ **แผนพัฒนาต่อเนื่อง**: พัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตาม กำกับตัวชี้วัดตามแผนงานโครงการ | | ระบบกำกับดูแลทางคลินิก  [I-1.2ก(3)] \*\* | **3.5** | **LI** | ด้านการเรียนการสอนทางคลินิก วางระบบให้นิสิตแพทย์ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานมีระบบอาจารย์พี่เลี้ยงคอยกำกับดูแล โดยเป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพ การปฐมนิเทศนิสิตแพทย์และประเมินระหว่างฝึก ในเรื่องของความเสี่ยงและ 2P Safety และติดตามระบบการบริหารความเสี่ยง การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านทางระบบการทบทวน 12 กิจกรรมโดยให้ทุกหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยมีการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ส่งรายงาน นำอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงสูงและเกิดซ้ำบ่อยครั้ง ทบทวนหา RCA และหาแนวทางป้องกัน ปี 2566 พบร้อยละของการตอบสนองทันเวลาเพิ่มขึ้น ด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย พบว่าทีมนำมีระบบการกำกับติดตาม ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และนำเสนอผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัด เช่น การดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย จัดทำ Clinical Tracer และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis ปี 2565 = 34.50% ในปี2566 ลดลงเป็น 25.42 % มีระบบการรายงานความเสี่ยงที่รวดเร็วกรณีที่เป็นความเสี่ยงในระดับที่รุนแรง มีระบบรายงานถึงผู้อำนวยการโดยทันที | | การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)(2)] | **3.5** | **L** | การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ โรงพยาบาลมีนโยบายให้บุคลากรปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและกฎหมายต่างๆ โดยมีกฏหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติความผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2535 (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2556 พระราชกฤฏีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง [พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริการวัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/02/01.pdf)[ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในส่วนราชการ พ.ศ. 2551](http://www.kch.moph.go.th/kch/upload/law/2564/02/02.pdf)การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ: ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านการจัดการขยะและของเสียอันตราย มีแนวทางการปฏิบัติการควบคุมกำกับการจัดการขยะ ทั้งภายในโรงพยาบาลและขยะที่มีการรับเหมาจ้างทำลาย เช่น ขยะติดเชื้อ ผลพบว่า ในปี 2566 มีการติดตามรถขยะของบริษัทเอกชนที่รับเหมาทำลายมีการปฏิบัติตามข้อตกลง และไม่มีข้อร้องเรียนจากชุมชนที่อยู่ข้างเคียงโรงพยาบาลในเรื่องขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย ในปี 2564 - 2566 ค่าพารามิเตอร์น้ำเสียของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย สามารถนำน้ำที่ผ่านการบำบัดกลับมาใช้ประโยชน์ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีนโยบายการงดใช้โฟม และพลาสติกในการ บรรจุอาหารที่ใช้ในโรงพยาบาล และสำหรับผู้ป่วย มีนโยบายให้ใช้ถุงผ้าในการรับยากลับบ้าน สำหรับกลุ่มงานเภสัชกรรม มีโครงการธนาคารขยะของชมรมลูกจ้างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีการนำขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกทำให้เกิดมูลค่ากับสมาชิก |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * รางวัลปฏิบัติตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus จากกรมอนามัย * รางวัล ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง จากสถาบันประสาทกรมการแพทย์ 15 สิงหาคม 2560 - 14 สิงหาคม 2563 * ผ่านการรับรองการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค หลอดเลือดสมอง (DSC : Stroke) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล * ผ่านการรับรองการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคกระดูกสะโพกหัก (DSC Hip fracture) * รางวัลใบประกาศหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม เขตสุขภาพที่ 7 * รางวัลใบประกาศเกียรติคุณหน่วยงานที่มีผลปฏิบัติงานดีเด่นด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด จังหวัดกาฬสินธุ์ * ผ่านการรับรองและรับรางวัล NQA Awards จากกองการพยาบาล * ผ่านการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม * ระบบสารสนเทศผ่านการรับรองมาตรฐานจากสมาคมเวชสารสนเทศ * ผ่านการประเมินธรรมาภิบาล ITA   **iv.ผลลัพธ์** รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** | | ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | >85% | 82.49 | 83.15 | 79.12 | 80.21 | 81.23 | 83.48 | 84.32 | 88.75 | 87.24 | | ความพึงพอใจผู้ป่วยใน | >85% | 88.16 | 8840 | 81.04 | 81.32 | 83.67 | 84.49 | 85.05 | 92.12 | 94.8 | | ความพึงพอใจของบุคคลากร | >80% | 83.48 | 78.93 | 71.04 | 71.81 | 74.4 | 76.23 | 80.02 | 82.64 | 83 | | ความผูกพันของบุคคลากร | >80% | 83.74 | 75.61 | 64.55 | 68.98 | 70.02 | 72.02 | 69.31 | 68.02 | 70 | | CMI | >1.2 | 1.46 | 1.48 | 1.36 | 1.44 | 1.47 | 1.57 | 1.65 | 1.57 | 1.7 | | Quick Ratio | >1 | 1.73 | 1.83 | 0.99 | 0.91 | 1.0 | 1.32 | 2.42 | 3.15 | 3.22 | | I/E Ratio | >1 | 1.22 | 1.21 | 1.06 | 1.03 | 0.99 | 0.91 | 1.23 | 1.18 | 1.00 | | ระดับสำเร็จของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | | ค่าพารามิเตอร์ระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | |
|  |

**I**-2 กลยุทธ์

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):  I-2.1 องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร  I-2.2 องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  i. บริบท : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล แผนงบประมาณ แผนพัฒนาระบบบริการ และแผนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างให้สอดคล้องกับนโยบายของชาติ กระทรวง จังหวัด ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ความต้องการของลูกค้า ผู้มีส่วนได้เสียและบริบทขององค์กร รวมทั้งการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งขององค์กร SWOT Analysis โดยการวิเคราะห์  ปัจจัยภายนอกใช้ PEST model และปัจจัยภายในใช้ 7S model การจัดทำยุทธศาสตร์ นำมาสู่การจัดทำตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติราชการ การกระจายตัวชี้วัดนำสู่การปฏิบัติ และการ  กำหนดกระบวนการติดตามประเมินผลให้ครอบคลุมทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ต่อเนื่องจากแผนกลยุทธ์ ปีงบประมาณ 2560-2564 และขยายต่อในปี 2565  เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 จนมาถึงการปรับแผน โดยนำข้อมูลจากแผนกลยุทธ์เดิมซึ่งยังมีเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุ ข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และจากนโยบายสาธารณสุขระดับต่างๆ  เช่น ระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับประเทศมาปรับแผนจึงได้แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลปีงบประมาณ 2566 - 2570 เป็นกรอบในการพัฒนาฉบับล่าสุด  ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ : ตามปีระมิดโครงสร้างประชากร และฐานประชากรจังหวัดกาฬสินธุ์ (ปี 2564-2566) พบว่าประชากรจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยสัดส่วนประชากรกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ปี2564 จำนวน 165,061 คน คิดเป็น 16.86 % ปี2565 จำนวน 171,664 คน คิดเป็น 17.59 % ปี2566 จำนวน 178,446 คน คิดเป็น 18.35 % (ที่มา : HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์)  ปี 2564 - ปี 2566 พบปัญหาผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อันดับต้นๆ คือ เบาหวาน โรคทางเดินหายใจ ความดันโลหิตสูง (ที่มา:ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  ปี 2564 - ปี 2566 พบปัญหาผู้ป่วยในที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอันดับต้นๆ คือ Pneumonia โรคทางเดินหายใจ บาดเจ็บทางศีรษะ (ที่มา:ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  ปี 2564 - ปี 2566 พบปัญหาสาเหตุการเสียชีวิตจาก Pneumonia , Cerebrovascular diseases , Other heart diseases (ที่มา:ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  **Top 5 Refer out OPD**  ปี 2564 - CKD , Breast malignant , Conjunctivitis , Abdominal and pelvic pain infection , Diabetes mellitus (ที่มา:ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  ปี 2565 - Malignant neoplasm of cervix uteri , Epilepsy , Malignant neoplasm of lip , oral cavity and pharynx , Other heart disease , Abdominal and pelvic pain infection  (ที่มา : ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  ปี 2566 - Malignant neoplasm of trachea, bronchus , lung , Acute myocardial , Malignant neoplasm of cervix uteri Infarction , Other heart disease , Malignant  neoplasm of lip , oral cavity and pharynx , (ที่มา:ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)  **Top 5 Refer out IPD**  ปี 2564 - Acute myocardial infarction , Pneumonia c respiratory tract infection , CA trachea , bronchus , lung , leukemia , Heart failure  ปี 2565 - Acute myocardial infarction , Heart failure , Pneumonia c respiratory tract infection , Intracranial Hemorrhage , CA trachea, bronchus , lung  ปี 2566 - Acute myocardial infarction , CA trachea , bronchus , lung , CA liver and bile duct , Pneumonia c respiratory tract infection , Heart failure  **โอกาสเชิงกลยุทธ์:**  **ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:** การส่งเสริมความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดระบบสุขภาพด้านพันธกิจ   * การส่งเสริมความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดระบบสุขภาพ ลดโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ * การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อสร้างองค์ความรู้ ในการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ประชาชนมีสุข   ภาวะที่ดีและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเข้มแข็งอย่างยั่งยืน   * การธำรงรักษาระบบคุณภาพโรงพยาบาล และ ผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพ * การบริหารการเงิน การคลังเพื่อความมั่นคงและเสถียรภาพขององค์กร * ความคาดหวังของประชาชน / ผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น * โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จากพฤติกรรมการบริโภคและการดำเนินวิถีชีวิตท้องถิ่น ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี * โครงสร้างประชากรเปลี่ยน (ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ด้านปฏิบัติการ * การนำแนวคิดจิตปัญญาสู่การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั้งองค์กร * พัฒนาระบบงาน และคุณภาพบริการ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจลดระยะเวลารอคอยและการสูญเสียในระบบ * การพัฒนาระบบบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรด้านทรัพยากรบุคคล * พัฒนาบุคลากร ให้เป็นบุคลากรที่เป็นคนดี มีจริยธรรม มีสมรรถนะสูง สอดคล้องกับค่านิยมขององค์กร และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ * การพัฒนาผู้นำ และกลยุทธการสร้างระบบถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานจากบุคคลที่มี ความเชี่ยวชาญในงานสู่บุคคลในรุ่นต่อไป * พัฒนาระบบ Career Management และสร้างแรงจูงใจให้คนรักองค์กรมีจริยธรรม มุ่งสู่ องค์กรเข้มแข็งอย่างยั่งยืน * การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับภาระงาน   **ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:**  **สภาพแวดล้อมภายใน**   * ผู้บริหารระดับสูงมีวิสัยทัศน์ นโยบายชัดเจน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง * มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่าย บริการสุขภาพ และทุกหน่วยงาน มีกระบวนการสื่อสาร แผนยุทธศาสตร์สู่หน่วยงานทุกระดับและผู้ปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม * มีโครงสร้างการบริหาร และการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน มีการมอบหมายหน้าที่และกระจายความรับผิดชอบให้แก่ผู้นำในแต่ละระดับ สร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ   ในระบบธรรมาภิบาล   * เป็นโรงพยาบาลของรัฐดำเนินกิจการโดยไม่มุ่งหวังกำไร และผ่านการรับรอง คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด * เทคโนโลยีสารสนเทศและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ทันสมัย * มีระบบการนิเทศติดตามในทุกระดับ ทั้งภายในองค์กร และภายนอกองค์กรทำให้สร้างมูลค่าเพิ่มจาก ข้อเสนอแนะและผลการนิเทศได้อย่างต่อเนื่อง * บุคลากรมีสมรรถนะสูง มีแพทย์ที่มีคุณวุฒิและมีความ เชี่ยวชาญเฉพาะทางในทุกสาขาหลักที่สำคัญ มีบุคลากร ทางการพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี   ในทุกสาขาการพยาบาล   * บุคลากรต้นแบบด้านคุณธรรม จริยธรรม และบุคลากร ดีเด่นในแต่ละสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้นทุกปี * วัฒนธรรมองค์กรที่เด่นชัด ในการทำงานเป็นทีม และ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2566 - 2570 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเป็นพี่   น้อง มีค่านิยมร่วมที่ยึดถือปฏิบัติ 7 ประการ โดยมีทิศทางองค์กรสู่วิสัยทัศน์เดียวกัน   * มีการพัฒนาระบบงานที่สำคัญ นวัตกรรม และ ผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัล และ ได้รับการคัดเลือกเป็น Best practice อย่างต่อเนื่อง มากกว่า 10 เรื่อง/ปี * เป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก และเป็นสถาบัน ร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ในองค์กร * ได้รับยกย่องเป็นหน่วยงานต้นแบบด้านกระบวนการ ขับเคลื่อนองค์กรโดยใช้หลักคุณธรรม จริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข * มีการพัฒนาการแพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทย ภายในองค์กรที่เป็นรูปธรรม และโดดเด่น * มีกิจกรรมเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังของชุมชน   **สภาพแวดล้อมภายนอก**   * องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมือ และสนับสนุน การจัดระบบการบริการสุขภาพที่เอื้อต่อความต้องการของประชาชน * การสนับสนุนจากจังหวัดในการช่วยผลักดัน ขยายพื้นที่ โรงพยาบาล และการบริการต่างๆในระบบสุขภาพ * นโยบายทุกระดับ ส่งเสริมการขับเคลื่อนกระบวนการ คุณภาพในโรงพยาบาล * มีชมรม เครือข่าย และผู้นำชุมชน เข้าร่วมเป็น คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล * ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการ จาก สปสช. / กองทุนหลักประกันสุขภาพ และ องค์กร ต่างๆ   สมรรถนะหลักขององค์กร: เป็นผู้นำสุขภาพ ให้บริการดี มีความปลอดภัย และการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการดูแลที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจและหลอดเลือด Newborn care , Multiple trauma  ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ :   * บุคลากรมีความมุ่งมั่นการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลและปัญหาในพื้นที่ ตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ตลอดจน   สนับสนุนขับเคลื่อนตาม   * นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการสื่อสารและ ถ่ายทอดตัวชี้วัด ในทุกระดับ และมีการติดตามประเมินผล ทุก 6 เดือน * มีการจัดทำแผนปฏิบัติราชการงานประจำเป็นประจำทุกปี เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กร และพัฒนางานในหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมาย * ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพ ชุมชนที่เข้มแข็ง   ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน   | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา | | --- | --- | --- | --- | | กระบวนการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)\*\* | 3.5 | I | Purpose เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของ  ประชากรในพื้นที่(1)กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:ผู้บริหารทุกระดับร่วมกับทีมนำ และตัวแทนจากทุกหน่วยงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองกันทุกปีก่อนสิ้นปีงบประมาณเพื่อร่วมกันทบทวนเป้าประสงค์จุดเน้นหรือยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและกลยุทธ์ของแต่ละปี โดยนำนโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขและผลการประเมินการปฏิบัติราชการ4มิติ มาเป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและการมองภาพอนาคตนำมาซึ่งการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศในปี2570เพื่อใช้เป็นทิศทางในการขับเคลื่อนองค์กรและการจัดทำแผนปฏิบัติการของทุกหน่วยงานมีการติดตามประเมินผลแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2566 - 2570 และแผนปฏิบัติการประจำปีของทุกปี เป็นการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนงานทุกมิติ(2) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์: ปัญหาสุขภาพจากการวิเคราะห์พบปัญหาสุขภาพโรคที่ไม่ติดต่อคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จนถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ เช่น Stroke , STEMI , CKD และโรคติดเชื้อคือ Pneumonia ความท้าทาย โรคที่อัตราตายสูงคือ Pneumonia และSepsis หัวใจ หลอดเลือดสมอง   * เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับแบบไร้รอยต่อมีระบบการ Refer ที่เข้มแข็ง การรับเข้า - การส่งกลับ และเครือข่ายปฐมภูมิที่เข้มแข็ง คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) การดูแลโรคเรื้อรัง * การรองรับอุบัติภัย ภัยพิบัติ * โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ Covid-19   การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:   * ปริมาณผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก 5 อันดับโรคผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อัตราตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน * ศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ * สิทธิการรักษา * อาชีพประชากร * นโยบายเขตสุขภาพที่ 7   (3) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือก  ดำเนินการ:การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนตามแนวทาง SWOT analysis และระดมสมอง อ้างอิงนโยบาย  ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ และจังหวัด โดยมียุทธศาสตร์หลักเป็น4 excellence  (Promotion & Prevention excellence , Service excellence , People excellence , Governance  excellence) ซึ่งจากแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมีเข็มมุ่งในการพัฒนา มีการจัดทำนวัตกรรมในการ  ปรับเปลี่ยนบริการที่ตอบสนองต่อเข็มมุ่ง จนมีผลงานที่เด่นชัดในหลายเรื่อง เช่น พัฒนาระบบ  การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสะโพกหัก  (4) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือ  พันธมิตรทำ:ผู้นำตัดสินใจภายใต้สมรรถนะขององค์กร ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และความคุ้มทุน กระบวนการใดที่ส่งมอบ ให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม CT , MRI , การกำจัดขยะติดเชื้อ  แผนพัฒนา : พัฒนาระบบข้อมูล ให้เชื่อมโยงคู่ขนานกับการพัฒนาบุคลากรในการพัฒนาองค์กรโดยมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุน | | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)] | 3.5 | L | Purpose มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่มาจาก 4 ยุทธศาสตร์หลัก เพื่อมีเป้าหมายตามแผน กลยุทธ์ที่ครอบคลุม โดยมีตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายประกอบด้วย 15 เป้าประสงค์ ดังนี้  1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี  2. ระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันทีและมีประสิทธิภาพ  3. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ  4. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี  5. ประชาชนทุกครัวเรือน ได้รับการดูแลด้วยหมอครอบครัว  6. ระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน  7. ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ  8. เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย  9. อัตรากำลังคนด้านสุขภาพ ที่เหมาะสม ตามเกณฑ์  10. บุคลากรมีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความสุข  11. ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการบริการและการบริหาร  12. โรงพยาบาลมีความมั่นคง ด้านการเงินการคลังสุขภาพ  13. ระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ ที่ทันสมัย  14. มีวิจัย นวัตกรรม ด้านสุขภาพ  15. การบริหารจัดการอย่างมีคุณธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้  มีเป้าประสงค์ที่ครอบคลุมตามเป้าหมายของแผนกลยุทธ์แต่ตัวชี้วัด ความสำเร็จระยะสั้น ระยะยาวยังไม่ชัดเจน แผนพัฒนา: พัฒนาระบบการติดตามความสำเร็จของแผนให้เห็นความก้าวหน้าที่ชัดเจนและวัดผลได้ | | การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]\*\* | 3.5 | LI | Purpose ; การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้มีกิจกรรมที่ตอบสนองการบรรลุเป้าประสงค์จนถึงการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่ผู้ปฏิบัติให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยมีการจัดสรรที่มีทรัพยากรให้เพียงพอ(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว: มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ 5 ปี ปี 2566 - 2570และจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับทุกปีงบประมาณมีการจัดทำแผนโดยผู้ปฏิบัติจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและมีคณะกรรมการในการพิจารณาแผนต่างๆ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญในการพิจารณาการใช้งบประมาณ(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:มีการจัดทำคำรับรองปฏิบัติราชการ ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ และนำไปถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติต่อไปจนถึงระดับบุคคล และนำไปประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ประเด็นความท้าทายสามารถนำไปกำหนดเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนางานที่สำคัญที่ตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโดยนำประเด็นความท้าทายพัฒนาระบบ เช่น ระบบบริการให้มีคุณภาพปลอดภัยได้มาตรฐาน 3P Safety การพัฒนาระบบบริการตามเข็มมุ่ง การยกระดับบริการ(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:เพื่อให้เห็นกรอบการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เป็นเข็มมุ่ง และปัญหาขององค์กร มีการจัดทำแผน planfin ประกอบด้วยแผนต่างๆ คือ 1.แผนประมาณการรายได้ค่าใช้จ่าย 2.แผนจัดซื้อยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา3.แผนจัดซื้อวัสดุอื่น 4.แผนบริหารจัดการลูกหนี้ 5.แผนบริการจัดการเจ้าหนี้ 6.แผนการลงทุนหน่วยบริการ (4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:   * วิเคราะห์อัตรากำลัง FTE ทำให้มีข้อมูลว่าต้องการอัตรากำลังที่เพียงพอที่เท่าไหร่โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีแผนการสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอ * ตามแผนกลยุทธ์ซึ่งจะมีการยกระดับบริการ excellence center ในหลายสาขา และตามนโยบาย Service plan ซึ่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีความเชี่ยวชาญในหลายสาขา จึงต้องมีแผนการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทาง * ดำเนินการพัฒนาเพื่อตอบสนองการจัดทำกลยุทธ์ ดังนี้   **ความสอดคล้องของเป้าหมายของหน่วยงานกับเป้าหมายโรงพยาบาล**  1. จัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจ เรื่องเป้าหมายของหน่วยงาน และองค์กรจัดกิจกรรมให้ความรู้  โดยเฉพาะผ่านหัวหน้างานถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ  2. จัดสื่อเพื่อใช้ในการสื่อสาร ทำบอร์ด เรื่อง เป้าหมายโรงพยาบาล และหน่วยงาน ในพื้นที่ที่มองเห็นได้  ทุกวันในรูปแบบกระดานคุณภาพ  **การกำหนดตัวชี้ระดับบุคคลที่สอดคล้องกับหน่วยงาน**  1.มีการประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด กำหนดตัวชี้วัดที่ง่าย และปฏิบัติได้ ยกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับงานประจำที่ทำอยู่  2. หัวหน้าเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดของหน่วยงานร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กลุ่มงานกำหนดมาให้ชี้แจงในหน้าที่ของแต่ละบุคคลในการประเมิน ติดตามผล  **การกำหนดเป้าหมายงานที่ท้าทาย**  1. สร้างแรงกระตุ้นให้อยากทำงานที่ท้าทาย เช่น เป้าหมายของงานด้านคุณธรรมนวัตกรรมในการ ช่วยคนไข้นำเสนอในโครงการคุณธรรม  2.ให้แต่ละหน่วยงานปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการ Digital Transformation & LEAN  **ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล** 1. มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร จัดทำแฟ้มงานที่รับผิดชอบ มีใบมอบหมายงานรายบุคคลในแต่ละเวร2. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล ตัวชี้วัดรายบุคคล แจ้งให้ทราบ ทบทวนความเข้าใจตรงกัน การประเมินผล การปฏิบัติงานทุก 6 เดือน  3.มีการสอนหน้างานแต่ละวิชาชีพแบบพี่สอนน้องในการปฏิบัติงานชี้แนะให้กำลังใจ 4.สนับสนุนทรัพยากรส่งอบรม Core Competency ขององค์กรและนำมาถ่ายทอดเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน  แผนพัฒนา :1. การพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรร่วมกันแบบบูรณาการให้เกิดความคุ้มค่าและครอบคลุม 2. การปรับแผนให้สอดคล้องกับนโยบาย 3. การพัฒนาคนให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ | | การกำหนดตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้า และการทบทวนแผนปฏิบัติการ [I-2.2ก(5), ข] | 3.5 | LI | 1. กำหนดการรายงานผลของผู้รับผิดชอบในแต่ละแผนปฏิบัติการและมีการสรุปว่าแต่ละยุทธศาสตร์  มีการจัดทำแผนงานหรือโครงการได้ร้อยละเท่าไร ตามแผนงานโครงการที่เสนอไว้  2. กิจกรรม Internal survey และ Quality round  3. การควบคุมภายใน 5 มิติ(มิติด้านการเงิน ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ด้านงบการเงิน  ด้านบริหารพัสดุ และด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง)  4. การติดตามการใช้งบประมาณตาม Planfin  5. มีการติดตามจากการรับตรวจราชการปีละ 2 ครั้ง  6. โดยมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันและเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยตัวชี้วัดส่วนใหญ่กับบรรลุตามเป้าหมาย มีรายละเอียดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์องค์กร  7. มีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานในแต่ละไตรมาส และมีการปรับแผนปฏิบัติการในรอบ 6 เดือน ถ้าแผนปฏิบัติการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย  แผนพัฒนา : พัฒนาการประเมินติดตามความก้าวหน้าให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการได้ทันเวลา  โดยมีการพัฒนาให้สามารถใช้ข้อมูล real time สามารถตัดสินใจได้อย่างทันท่วงที |   iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ  1. มีการทบทวนยุทธศาสตร์ทุกปี มีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับสามารถเข้าใจในทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล มีเป้าหมายเดียวกันที่จะทำให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นที่พึ่งให้แก่ชาวกาฬสินธุ์ ได้เป็นจริง มีการบูรณาการร่วมกัน ในทุกหน่วยงานเกิดการขับเคลื่อนเป็นภาพโรงพยาบาลจนเกิดผลงานเด่นที่เกิดจากการวางแผนยุทธศาสตร์ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ตัวอย่างเช่นการได้รับรางวัล DSC Stroke ระดับประเทศ , DSC Hip fracture เป็นแห่งที่ 2 ของกระทรวงสาธารณสุข  2.มีการใช้ Planfin และแผนเงินบำรุง มาร่วมในการทบทวนแผนปฏิบัติการทุก 3,6,9 และ 12 เดือน เพื่อให้กิจกรรมของโรงพยาบาลสามารถดำเนินไปได้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทำให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่มีความตระหนักและเห็นคุณค่าในการใช้ทรัพยากร เพื่อให้การบริหารทรัพยากรมีคุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดทำให้โรงพยาบาลไม่ประสบวิกฤติทางการเงิน  iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย การสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กรการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติเพื่อการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** | | ร้อยละของแผนปฏิบัติการที่มีการดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล | 70%  ของจำนวนแผนปฏิบัติการ | 56.41 | 37.71 | 78.72 | 57.93 | 89.84  (แผนใหม่) | | ร้อยละของกลุ่มงาน /งานที่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ | 80%ของกลุ่มงานทั้งหมดในโรงพยาบาล | 90.32 | 87.10 | 88.68 | 86.79 | 88.68 | | ร้อยละของตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด | 80% | 75.58 | 73.8 | 92.75 | 87.64 | 81.55 | |

**I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  I-3.1 องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง  I-3.2 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน  I-3.3 องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.  **i. บริบท:** วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ ดังนี้ 1) แบ่งตามช่องทางการรับบริการได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 2) แบ่งกลุ่ม ตามสิทธิการรักษาได้แก่ UC ประกันสังคม ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เด็ก ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้ป่วยต่างชาติ 3) แบ่งตามสภาวะการเจ็บป่วยได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม จิตเวช ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีเวชกรรม โสต ศอ นาสิก ทันตกรรม เป็นต้น4) ผู้ป่วยกลุ่มเปาะบาง กลุ่มพิเศษ เช่นผู้ต้องขัง 5) กลุ่มเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ความต้องการสำคัญกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ต้องการรักษาตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย กลุ่มตามสิทธิการรักษาและกลุ่มสภาวะการเจ็บป่วย ต้องการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วโดยแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือแพทย์ทันสมัย พฤติกรรมบริการที่ดี กลุ่มผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น สปสช. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายผู้สนับสนุนโรงพยาบาล ต้องการบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพและความปลอดภัย พฤติกรรมบริการที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องพิเศษ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Scor** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)\*\* | **4** | **I** | เพื่อเรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการและมีการตอบสนองทันต่อเหตุการณ์และเป็นปัจจุบัน โรงพยาบาลได้มีการพัฒนา ดังนี้  1.กำหนดวิธีการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ผ่านหลายช่องทางทั้งเป็นทางการ เช่น ใช้แบบสำรวจ OP Voice , IP Voice กล่องรับความคิดเห็น ข้อร้องเรียน เวรตรวจการพยาบาลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ และไม่เป็นทางการ เช่น การแสดงความคิดเห็นด้วยวาจา Social media (โทรศัพท์ , QR code หัวหน้าพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน , Application Line , Web page , Link ทั้งระดับโรงพยาบาล และหน่วยงาน)  2.โรงพยาบาลกำหนดนโยบายการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทุกเดือน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสะท้อนข้อมูลกลับคืนไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนา  3. ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:  - มอบหมายให้หน่วยบริการประชาสัมพันธ์ เป็นศูนย์บริการตั้งอยู่บริเวณด่านหน้าแผนกผู้ป่วยนอกที่เห็นได้ชัดเจน มีระบบการสื่อสารและค้นหาข้อมูล ทั้งทางโทรศัพท์ และทางระบบคอมพิวเตอร์โดยจะเป็นการให้บริการแบบ One-Stop-service ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง  - ทางระบบ Internet โดยการเปิดช่องการเข้าถึงข้อมูลบริการทั่วไปทาง Website ของโรงพยาบาล และ Facebook page ของโรงพยาบาล ไลน์สายตรงผู้บริหารโรงพยาบาล  - สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้มีจิตบริการ และภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือ ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้มารับบริการด้วยความประทับใจตลอดเวลา  4. มีการทำประชาคมเพื่อรับฟังเสียงผู้รับผลงาน นโยบายสาธารณะ นำข้อมูลข่าวสารที่เกิดความเสี่ยง และเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการจากหน่วยบริการอื่นๆ ที่มีการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ Line Facebook ฯลฯ นำมาวางแผน จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง ต่อไป  Performance:.โรงพยาบาลมีรับฟัง/การเรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการที่ทันต่อเหตุการณ์และเป็นปัจจุบัน  แผนพัฒนา : การรับฟังเสียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในอนาคต (กลุ่มเสี่ยงเกิดโรค) | | การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพ  [I-3.1ข(1)(2)] | **4** | **I** | Purpose : เพื่อกำหนดแผนการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการในแต่ละกลุ่ม  Process:  1. กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ ดังนี้ 1) แบ่งตามช่องทางการรับบริการได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 2) แบ่งกลุ่มตามสิทธิการรักษาได้แก่ UC ประกันสังคม ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เด็ก ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้ป่วยต่างชาติ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส 3) แบ่งตามสภาวะการเจ็บป่วยได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม จิตเวช ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สูติ-นรีเวชกรรม โสต ศอ นาสิก ทันตกรรม เป็นต้น  2. ความต้องการสำคัญกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ต้องการรักษาตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย กลุ่มตามสิทธิการรักษาและกลุ่มสภาวะการเจ็บป่วย ต้องการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วโดยแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือแพทย์ทันสมัย พฤติกรรมบริการที่ดี กลุ่มผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น สปสช.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายผู้สนับสนุนโรงพยาบาล ต้องการพฤติกรรมบริการที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องพิเศษ  3. มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ: 1.กลุ่มผู้ป่วย Fast Track กำหนดแนวทางในการดูแลและการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว 2.กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ กำหนดแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับผู้ป่วย  Performance : 1. มีการกำหนดแผนตอบสนองความต้องการในแต่ละกลุ่มอย่างครอบคลุม  2. ผู้รับบริการพึงพอใจ | | การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน [I-3.2ก(1)(2)(3)] | **3.5** | **Li** | **Purpose:** เพื่อลดข้อร้องเรียนและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ  **Process:**  1. โรงพยาบาลมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนกระทั่งวาระสุดท้ายโดยผ่านการจัดกิจกรรมต่างๆและการจัดการข้อร้องเรียน เช่น ห้องคลอดมีการส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์รอคลอดบุตรในระยะที่ 1 , ตึกทารกป่วย ส่งเสริมการตระหนักในคุณค่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ , ตึกเด็กมีการจัดบริการ One stop service สำหรับผู้ป่วยThalassemia , งานบริการผู้ป่วยหนักจัดให้มีพิธีขอขมาผู้ป่วยวาระสุดท้ายก่อนเสียชีวิต มีรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยวาระสุดท้ายให้จากไปด้วยความสงบการจัดการข้อร้องเรียน เช่น ปัญหาระยะเวลาในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปรับระบบโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ทันสมัยด้วยระบบ Smart OPD , Smart Queue ,Paper less แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหาการรอเปลส่งหน่วยงาน จึงพัฒนาโปรแกรมศูนย์เปลเพื่อใช้ในการบริหารอัตรากำลัง ได้อย่างเหมาะสมกับภาระงาน มีการเตรียมอุปกรณ์ เปลนอนเพียงพอ ใช้ภาระงานในการประเมินผลการปฏิบัติงาน  2. โรงพยาบาลปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพโดยมีศูนย์บริการลูกค้าและประชาสัมพันธ์ ที่อาคารผู้ป่วยนอก อาคารอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกหน่วยงานมีจุดบริการติดต่อ-สอบถามที่มองเห็นได้ชัดเจน และประสานงานระบบส่งต่อผู้ป่วยที่บริเวณด่านหน้าของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่รับส่งต่อ หรือรอส่งต่อ รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและคล่องตัว และ Green channel สำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับบริการโดยมีจุดประชาสัมพันธ์ที่ OPD และ ER เพื่อให้คำแนะนำขั้นตอนการให้บริการที่งานผู้ป่วยนอก เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับเครือข่ายเอกชนและรับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรมเชิงรุก ด้านลูกค้าสัมพันธ์ กับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และเครือข่าย การเน้นย้ำและพัฒนาพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลการบริการและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติมีการประชาสัมพันธ์งานบริการของโรงพยาบาลทางวิทยุกระจายเสียงและเคเบิ้ลทีวี  3.การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:  ช่องทางการร้องเรียน:กำหนดช่องทางในการรับข้อร้องเรียน และแนวทางการรับข้อร้องเรียน ได้แก่ ไลน์สายตรงผู้บริหาร ทางโทรศัพท์ ทางสมุดรับความคิดเห็นร้องเรียน ทางจดหมายทาง Internet แบบสอบถาม การทำกิจกรรมกลุ่ม การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ การประชุมเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะโดยตรงและทางตู้รับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะระหว่างการให้บริการจากการพูดคุย การรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาล พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ เพิ่มมากขึ้น ในปี 2564 - 2566  Performance :ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขเชิงระบบมากขึ้น 2. ผู้รับบริการพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น  แผนพัฒนา:1. การจัดการคำร้องเรียนเชื่อมโยงไปถึงการปรับระบบที่ root cause และป้องกันการเกิดซ้ำ | | การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.2ข(1)(2)] | **4** | **I** | เพื่อลดข้อร้องเรียนและสร้างความพึงพอใจ/ความผูกพันแก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลมีการพัฒนา ดังนี้โรงพยาบาลกำหนดนโยบายให้มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทุกเดือน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสะท้อนข้อมูลกลับคืนไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนา จากผลการประเมินประสบการณ์ ของผู้ป่วย พบว่า ผู้รับบริการที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก ต้องการทราบขั้นตอนการบริการ โรงพยาบาลจึงได้พัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยการจัดให้มีจอ Monitor ให้ข้อมูลขั้นตอนบริการ มีป้ายบอกทางห้องตรวจ มีระบบคิวออนไลน์หน้าห้องตรวจ นอกจากนี้ ในเรื่องลดแออัด โรงพยาบาลมีการจัดบริการนัดผู้ป่วยแบบเหลื่อมเวลา การจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้รวดเร็ว จัดที่นั่งพักคอยสำหรับตรวจเพิ่มขึ้น และจัดมุมสำหรับญาตินั่งรอ ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับบริการเร่งด่วน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการพัฒนาระบบบริการ ในกลุ่มโรค Fast tact เช่น Stroke ,STEMI ,Trauma มีนวัตกรรมช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเข้าถึงบริการได้เร็ว เช่น นวัตกรรมการ โปรแกรม Refer ในมิติด้าน Spiritual health care มีการจัดให้มี ห้องธรรมะ ให้มีการตักบาตรในเส้นทางสีเหลืองให้กับผู้รับบริการ  **Performance :** 1. ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขทันเวลา 2. ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น  แผนพัฒนา : เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินความพึงพอใจตามประเภทกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่มมากขึ้น | | 1. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3] | **4** | **I** | **Purpose :**1.เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ตามกฎหมาย2.ไม่มีอุบัติการณ์การละเมิดสิทธิ์ผู้รับบริการ  **Process**  1. การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร: มีแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ สื่อสารนโยบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทบทวนเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ติดคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ จัดทำและแจกคู่มือและแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน นำเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเข้าในหลักสูตรการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกปี  2.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:  - นโยบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 9 ข้อ มีการดำเนินการครอบคลุมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน  - การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก: มีนโยบายคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาทบทวนด้านจริยธรรมการวิจัย มีการชี้แจงแนวปฏิบัติสื่อสารให้รับทราบมีคณะกรรมการที่มาจากหลายสาขาวิชาชีพร่วมพิจารณาและทบทวน  - การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะ  สุดท้ายด้วยยึดหลักหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยมีแนวทางปฏิบัติมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ป่วยที่มีภาวะปวด ผู้ป่วยเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยเด็ก มีผู้ดูแลเด็กตลอดเวลา มีศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง มีมุมสันทนาการ มีคลินิกเฉพาะสำหรับเด็กพิเศษ ผู้สูงอายุ ปรับห้องน้ำ ห้องส้วมที่เหมาะสม พระภิกษุ มีช่องทางพิเศษ จัดที่นั่งเฉพาะ ผู้พิการ ปรับห้องน้ำห้องส้วมที่เหมาะสม มีที่จอดรถเฉพาะ ผู้ต้องขังมีหอผู้ป่วยพะยอมปันสุขที่ดูแลเฉพาะร่วมกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสมโดยมีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่สมควรต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง แยก ผูกยึด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติผู้ป่วยทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงมีแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก และผูกยึดอย่างชัดเจน มีการประเมินอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผูกยึด  **Performance :** ผลการดำเนินการไม่พบอุบัติการณ์  **แผนพัฒนา:**ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ในการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นไปตามหนังสือแสดงความจำนง living will |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ   * การปรับระบบโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ทันสมัย ด้วยระบบ Smart OPD , Smart Queue , Paper less * แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหาการรอเปลส่งหน่วยงาน จึงพัฒนาโปรแกรมศูนย์เปลเพื่อใช้ในการบริหารอัตรากำลัง ได้อย่างเหมาะสมกับภาระงาน มีการเตรียมอุปกรณ์ เปล   นอนเพียงพอ ใช้ภาระงานในการประเมินผลการปฏิบัติงาน   * จัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัดให้การดูแลเยียวยาทางด้านจิตใจแก่ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง * การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาดได้มาตรฐานส่งผลให้ได้รับรางวัลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและผ่านการประเมิน Healthy Work Place ในระดับทอง * ผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐาน HPH ของกรมอนามัย * มีศูนย์ OSCC เพื่อให้การดูแลกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการกระทำรุนแรง * มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง * มีศูนย์การเรียนสำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง * มีคลินิกสำหรับเด็กพิเศษ * การปรับปรุงระบบการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการนำ แอปพลิเคชั่นไลน์ (Application line) มาใช้ ด้านการรับฟังความคิดเห็น และการสร้าง   ความสัมพันธ์  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2][รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** การเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก | >85% | 81.23 | 83.48 | 84.32 | 88.75 | 87.24 |
| 2.ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน | >85% | 83.67 | 84.49 | 85.05 | 92.12 | 94.38 |
| 3.อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด  (ภายใน 15 วัน) | >80% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  I-4.1 องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้  I-4.2 องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ  **i. บริบท** :ทีมบริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนดำเนินงานด้านการวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์เข็มมุ่ง วิสัยทัศน์ และเชื่อมโยงกับทุกพันธกิจ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อส่งเสริมให้คนในองค์กรเกิดองค์ความรู้ จัดการองค์ความรู้ที่จะสนับสนุนต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]\*\* | **4** | **I** | 1. เพื่อให้ตัวชี้วัดมีการ alignment ทั่วทั้งองค์กร และใช้ในการติดตามความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ขององค์กรมีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด (MOU) มีการกำกับติดตาม ในที่ประชุมประจำเดือน ประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และวางแผนการนำเข้าข้อมูลเพื่อประมวลผลตัวชี้วัดได้อย่างเป็นปัจจุบัน สร้างกระดานรายงานตัวชี้วัดที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถดูผลการปฏิบัติงาน และปรับกลยุทธการทำงานได้อย่างทันสถานการณ์ มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมทั้งมีการพัฒนาและมีการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดกับองค์กรภายนอก องค์กรมีการ Bench marking ข้อมูลตัวชี้วัด กับโครงการ THIP จำนวน 56 ตัวชี้วัด ผลพบว่า มีตัวชี้วัดจำนวน 38 ตัว ที่มีระดับใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ทั่วไปที่มีขนาดเดียวกัน ตัวชี้วัด 4 ตัว ที่มีระดับสูงกว่าโรงพยาบาลระดับเดียวกัน และ อีก 14 ตัวชี้วัดที่มีระดับต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด เช่น   * พัฒนากระบวนการทำงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis, การนำ VAP Bundle มาใช้ใน   ผู้ป่วยPneumonia , การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย service planสาขาSepsisพัฒนาแนวทางการส่งต่อ ผลพบว่า ในปี 2565 เหลือ 8 ตัวชี้วัด ที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป   * การปรับระบบคิวกระดาษสู่ระบบพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินพ.ศ.2535   คิวDigitalเพื่อลดความผิดพลาดจากเสียงจากเสียงสะท้อนของผู้รับบริการการประชาสัมพันธ์ตารางการให้บริการและสื่อสารจากเสียงสะท้อนของเครือข่าย การจัดบริการ OPD Lab จากเสียงสะท้อนความไม่สะดวกของผู้รับบริการ ลดขั้นตอนการประสานงานและความรวดเร็วในการรับบริการผู้ป่วย Fast track ผ่านระบบศูนย์สั่งการและผู้ป่วย Refer เป็นต้น   * เพื่อความคล่องตัวได้นำโปรแกรมบันทึกตัวชี้วัดสำหรับบุคลากรให้สามารถบันทึกข้อมูลได้   อย่างสะดวก มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในทุกระดับขององค์กร ในระบบ Intranet ที่สามารถเรียกดูข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์และสะท้อนกลับไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว สามารถติดตาม กำกับตัวชี้วัดตามระยะเวลาที่กำหนด และพัฒนาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลบุคลากร และกระบวนการทำงานเข้าด้วยกันเพื่อทำให้ข้อมูลเชื่อมโยงและสามารถประมวลผลให้เป็นปัจจุบัน ประมวนผล unit cost และลดขั้นตอนการทำงานของบุคลากรลง | | การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค] | **3** | **I** | * เปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของผลการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมาเพื่อประเมิน   ความก้าวหน้าและความสำเร็จรวมทั้งวิเคราะห์เทียบเคียงกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันในเขตสุขภาพที่ 7 มาตรฐานผลลัพธ์ทั้งในประเทศและนานาชาติ เช่น การพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียน CMI พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และเทียบเคียงตัวชี้วัดในโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) จำนวน 70 ตัวชี้วัด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปสู่การวางแนวทางพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นระบบ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น   * การวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตในโรงพยาบาล 24 ชม. พบว่ากลุ่มโรคที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ   Pneumonia และ traumatic brain injury พบว่า 1. pneumoniaที่เสียชีวิตมีความเชื่อมโยงกับNCD การเข้ารับบริการที่ล่าช้า และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่ม pneumonia ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย sepsis 2. traumatic brain injury มากกว่า 80% เป็นกลุ่มขับขี่จักรยายนต์และไม่สวมหมวกกันน็อก ขณะมาถึงรพ.กาฬสินธุ์พบมีระดับ GCS < 5 ทำให้เกิดการทบทวนกระบวนการลด secondary brain injury ตั้งแต่หลังเกิดเหตุ นำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ pre hospital careตามแนวทาง Pre Hospital trauma Life Support และมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ ER และระบบนำส่งผู้ป่วย อีกทั้งนำข้อมูลและผลักดันไปในเวที สปถ.จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการลดการบาดเจ็บโดยเฉพาะกับขับเคลื่อนเรื่องหมวกกันน็อกในจังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งได้บรรจุในมาตรการจังหวัดในปัจจุบัน   * การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการใช้กระดาษในแต่ละปี และปรับกระบวนการลดการใช้งาน   กระดาษในระบบ OPD paperless, การพัฒนาระบบหนังสือราชการภายในโรงพยาบาล   * การวิเคราะห์และติดตามผลกรวดน้ำเสียทำให้ผู้บริหารสารมารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเรื่อง   ระบบบำบัดน้ำเสียอย่างทันท่วงที และมีการปรับแนวทางการจัดการบำบัดน้ำตามค่าที่วัดได้ในแต่ละวัน   * การพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปและนำมาตอบสนองการแก้ปัญหาอัตรากำลังทางการพยาบาล   ให้สามารถบริหารอัตรากำลังได้อย่างเหมาะสม   * การดูแลผู้ป่วยSepsis ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe sepsis ลดลงจาก 34.50 %   ในปี 2565 เป็น 25.42 % ในปี 2566   * ปี พ.ศ.2566 การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อตอบโจทย์โครงการ unit cost โดยกำหนดรหัสการทำ   ธุรกรรมภายในโรงพยาบาลในรูปแบบ CCID   * ผู้ป่วย severe sepsis ที่มีภาวะ ARF ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตขนาดสูง อาการไม่คงที่   มีข้อบ่งชี้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (acute hemodialysis) หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปฟอกที่หน่วยไตเทียมได้ พบปัญหาขาดจำนวนบุคคลากรที่สามารถทำ CRRT ได้ 24/7 ในระบบมีการพัฒนาแนวทางการทำ CRRT (ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตลอด 24 ชั่วโมง) ในหอผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรม และศัลยกรรม ส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรระยะสั้น ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และอบรมภายใน (มี work shop) ผลลัพธ์ อัตราการรอดชีวิตที่ 28 วัน ร้อยละ 13 (ข้อมูลถึง มีนาคม 2566) ผู้ป่วยได้รับการทำ CRRTมากขึ้น   * จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาตามศักยภาพขององค์กรที่สอดคล้องกับนโยบายและ   ตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ พัฒนาระบบบริการหรืองานต่างๆโดยนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบบริการและนำระบบ ITมาใช้ในกระบวนการทำงานเพื่อให้ระบบบริการมีคุณภาพ ทันสมัยผู้รับบริการเกิดความสะดวก รวดเร็ว และพึงพอใจ ยกตัวอย่าง เช่น พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกให้เป็น Smart OPD, จัดให้มีศูนย์ผู้สูงอายุ, ระบบ One day surgery, SMC Clinic ลดขั้นตอนการทำงานโดยพัฒนานวัตกรรมปรึกษาแพทย์เวรเฉพาะทางโดยนำ เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Line Application และ Google sheet ตลอดจนวางแผน/ดำเนินการให้ทุก PCT   * ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการที่จำ   เป็นได้ เช่น เครือข่าย Palliative care, Home ward ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาองค์กร และเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร ได้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด ในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโดยให้ผู้ที่รับผิดชอบ นำเสนอผลการวิเคราะห์ สาเหตุ และแนวทางพัฒนาปรับปรุง   * การพัฒนาระบบประสานงาน Refer ตั้งแต่ปี 2561 ที่ใช้ระบบกระดาษ ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูล   ผู้ป่วยในระบบ digital และการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญ เช่น รายชื่อ staff เวรในการรับปรึกษาเคส ได้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลในรูปแบบ digital และ Realtimeทำให้ระยะเวลาการประสานลดลง และความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้น   * การพัฒนาระบบ Refer back center ในช่วงปี 2561 พบว่าอัตราการครองเตียงผู้ป่วย   โรงพยาบาลกาฬสินธุ์สูงมากกว่า 115% จึงได้วิเคราะห์ปัญหาส่วนหนึ่งพบว่า 85% ผู้ป่วยในที่ติดต่อขอส่งตัวกลับไม่สามารถส่งกลับ refer back รพช.ได้ภายใน 24 ชม. จึงพัฒนาระบบ refer back จนปัจจุบันสามารถส่งกลับผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชม. มากกว่า 85% ซึ่งลดอัตราการครองเตียงที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ และได้เสนอแนะแนวทางกับทางเขตสุขภาพที่ 7 ในการดำเนินมาตรการเดียวกันเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่   * ขึ้นทะเบียนเข้าใช้งานระบบจัดการข้อมูลและระบบพิสูจน์ตัวตนสำหรับหน่วยบริการ   (หมอพร้อม DID) เป็นระบบสำหรับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการใช้พิสูจน์และยืนยันตัวตนของผู้มารับบริการเพื่อเข้าถึงข้อมูลประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้รับบริการในหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ส่งข้อมูลเข้ามายังระบบระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล(Personal Health Record : PHR) บนแอปพลิเคชันหมอพร้อม ทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการข้อมูลได้ถูกต้อง ถูกคน ถูกกฎหมาย ซึ่งรพ.ได้ทำการขึ้นทะเบียนบุคลากรที่ให้บริการได้ 100% | | คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก] | **4** | **I** | * เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศองค์กรมีแนวทางตรวจสอบความถูกต้องของ   ข้อมูลสารสนเทศซึ่งถูกรวบรวมในรูปแบบKPI onlineโดยหัวหน้างานผู้รับผิดชอบในโปรแกรมระบบข้อมูล ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ตามลำดับ รวมทั้งกำหนดนิยามตัวชี้วัดส่งผลให้ข้อมูลมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ และเพื่อให้มีข้อมูลสารสนเทศจำเป็นที่เชื่อมโยงถึงเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายประเมินความต้องการใช้ร่วมกัน   * การพัฒนาสารสนเทศเพื่อการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการบริการผู้ป่วยที่สะดวก รวดเร็ว   ไม่ติดขัด และปรับปรุงระบบบริการให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด ลดการใช้กำลังคน และลดขั้นตอนการทำงาน โดยโปรแกรมปฏิบัติการหลักที่ให้บริการผู้ป่วยคือโปรแกรม HosXpเชื่อมโยงการให้บริการ Lab ผ่านโปรแกรม LIS, เชื่อมโยงข้อมูลผล X-RAY ผ่าน โปรแกรมPACK ,เชื่อมโยงการบริหารจัดการยาให้กับผู้ป่วย และคลังยา , เชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยผ่าน N-refer   * เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลระบบออนไลน์ องค์กรกำหนดการเข้าถึงระบบด้วยรหัสผ่าน   ส่วนตัวพร้อมทั้งระบบบันทึกการเข้า-ออกระบบ (Log file)จัดทำคู่มือปฏิบัติด้านความปลอดภัย สื่อสาร กำกับติดตาม และกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลของผู้ใช้งานจัดให้มีห้องสำหรับคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Data center) กำหนดสิทธิ์ผู้เข้า-ออกห้อง นอกจากนี้ ยังติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสที่เครื่องคอมพิวเตอร์ลูกข่ายในระบบเครือข่าย และตรวจสอบอัตโนมัติทุกวัน เพื่อเสริมความมั่นคงอีกทางหนึ่ง เนื่องจากไวรัสอาจมาจาก E-mail หรือการ download และเพื่อให้ระบบข้อมูลและสารสนเทศพร้อมใช้งาน มีการจัดทำระบบ Backup คอมพิวเตอร์ Server ทั้งแบบ Back up real time และ Back up completeส่งผลให้สามารถนำข้อมูลสำรองกลับมาให้บริการผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง   * อีกทั้งยังวางระบบ Emergency response ทางสารสนเทศเป็นแผน DRP และ BCP กรณี   ระบบสารสนเทศ มีปัญหาการประกันระบบกระบวนการใช้งานของระบบสารสนเทศ SLA และพัฒนาปรับปรุงระบบซ่อมพร้อมใช้ และพัฒนาระบบคลังสำรองพร้อมใช้ของศูนย์คอมพิวเตอร์ และยังมีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉินสำหรับคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ทุกตัว   * เพื่อให้เกิดคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ องค์กรมีแนวทางในระบบการจัดการข้อมูล   สารสนเทศตั้งแต่การส่งรายงานตัวชี้วัด ข้อมูลสถิติ ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้อง โดยหัวหน้างานก่อน และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทวนสอบความถูกต้องได้ เมื่อมีการรายงานข้อมูลเข้ามาในระบบผู้รับผิดชอบในโปรแกรมระบบข้อมูลมีการตรวจสอบอีกครั้ง และมีการทวนสอบข้อมูลกับผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โดยในโปรแกรมระบบข้อมูลตัวชี้วัดมีการกำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลในแต่ละระดับ อีกทั้งศูนย์ข้อมูลยังมีระบบการทวนสอบข้อมูลที่สำคัญก่อนส่งต่อผู้บริหาร   * เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการประมวลผลข้อมูลได้มีการเริ่มพัฒนาการนำเข้าข้อมูลพื้นฐาน   และจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล สามารถตรวจสอบและประมวลผลได้แบบอัตโนมัติ และมีการตรวจสอบกระบวน การจากภายในโรงพยาบาล เช่น การพัฒนาระบบตารางปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ และการตรวจสอบการเข้าทำงานผ่านระบบแสกนลายนิ้วมือ เพื่อเชื่อมระบบการเบิกจ่ายเงิน และระบบอัตรากำลังบุคลากรให้เป็นปัจจุบันที่สุด โดยเป้าหมายพร้อมใช้ข้อมูลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้เลย   * เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความพร้อมใช้ของข้อมูลสารสนเทศ ทีมงานสารสนเทศได้มีการปรับ   รูปแบบการดำเนินงานหลายส่วน โดยแบ่งระบบการดูแลแลจัดหาเป็น 1. ระบบ Server 2. ระบบ network 3. ระบบ Client โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ปรับ Flow การจัดหา ซ่อมบำรุง และการพัฒนายกระดับระบบจากฐานข้อมูลจริง   * ปรับรูปแบบการวางแผน การจัดหา หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการทำงานและการ   เชื่อมโยงข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเชื่อมโยงการค่าใช้จ่ายด้านต่างๆกับการปฏิบัติงานในโครงการ unit cost, การเชื่อมโยงอัตรากำลังการทำงานกับการจัดตารางเวรพร้อมระบบการลาและตรวจสอบการขึ้นปฏิบัติงาน Smart OPD เชื่อมโยงบริการโดยปรับรูปแบบเป็นระบบคิว Digital และ tracking การบริการให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สามารถตรวจกระบวนการให้บริการ และรับบริการได้ และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลง   * เพื่อความมั่นคงปลอดภัยในการใช้สารสนเทศภายในโรงพยาบาลได้ประกาศนโยบายการใช้   สารสนเทศโดยยึดหลักกฎหมาย และระเบียบกระทรวง และมีประกาศระเบียบการใช้งานสารสนเทศ และสื่อโซเชียลของเจ้าหน้าที่รพ.กาฬสินธุ์   * เริ่มมีการใช้เทคโนโลยี digital licenceในการรับรองหนังสือราชการทั้งภายใน ภายนอก   โรงพยาบาล และจะขยายสู่งานให้บริการทางการแพทย์ในอนาคต   * ระบบสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วย มีการจัดทำระบบ Backup คอมพิวเตอร์ Server เป็น   2 แบบ คือแบบ Back up real time และ Back up complete ซึ่งสามารถนำข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยสำรองกลับมาใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง   * มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉินสำหรับคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หลักทุกตัว สามารถใช้งานได้ต่อเนื่องถ้าหากกรณีไฟฟ้าดับภายใน 30 นาที มีระบบ Shut down เครื่องอัตโนมัติ ในกรณีไฟฟ้าดับเกิน 30 นาที ในปี 2562-2563 พบอุบัติการณ์ของไฟตกปีละ 1 ครั้ง ปรากฏว่าระบบคอมพิวเตอร์และสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วยยังสามารถทำงานได้ปกติ และในปี 2565-2566 พบอุบัติการณ์ ไฟตก 2 ระบบสามารถใช้งานได้ * มีนโยบายการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่สื่อสารทั่วทั้งองค์กร กำหนดแนวทางการส่งข้อมูลผู้ป่วย   ทางไลน์ตามกฎหมาย PDPA เช่น การปรับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน N-refer เชื่อม Line group notify ซึ่งได้รับความร่วมมือในภาพจังหวัด และเขตสุขภาพ ปัจจุบันยังไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในเรื่องสื่อสังคมออนไลน์ | | ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข]\*\* | **3** | **L,I** | * เพื่อยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำในปี 2570 องค์กรมีการสืบค้นและนำองค์ความรู้ที่   เป็นexplicit knowledge เช่น แนวทางการรักษาพยาบาล มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาองค์ความรู้ที่อยู่ตัวบุคคล เช่น ผู้เชี่ยวชาญ บุคคลต้นแบบ เพื่อระบุ Tacit knowledge รวบรวมและจัดเก็บองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ เช่น Website ของงานพัฒนาคุณภาพ เผยแพร่ และสนับสนุนให้นำองค์ความรู้ไปปฏิบัติ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น COP สาขาต่างๆ ในWebsite   * เพื่อสร้างความรู้ใหม่ นำความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วย และบรรลุถึงการเป็นองค์กรสมรรถนะ   สูงมีการอบรมและใช้ระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยสนับสนุนงบประมาณด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมเพื่อให้กระบวนการเรียนรู้ฝังลึกในการทำงานในชีวิตประจำวันของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยใช้หลักการ PDSA จนเป็นปกติของบุคลกรทุกคน รวมถึงปลูกฝังค่านิยม เกิดผลงาน CQI, วิจัย และนวัตกรรมเด่นผลงานได้รับคัดเลือกนำเสนอ/ได้รับรางวัลในเวทีวิชาการ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญเชื่อมโยงการดูแลร่วมกันในเครือข่าย จนกลายเป็น Best practice ระดับประเทศ   * เพื่อสร้างบุคคลกรยุคใหม่มีการพัฒนาศักยภาพ และความรอบรู้ในการใช้เทคโนโลยี   สารสนเทศให้ทันกับปัจจุบัน มีการพัฒนาความรู้เรื่องข้อมูล ความสำคัญของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับหัวหน้างาน   * การตอบสนองของทีมสารสนเทศต่อนโยบายโรงพยาบาล และงานบริการ มากกว่า 70% ของ   เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบข้อมูลในองค์กร เจ้าหน้าที่ภายในองค์กรเป็นผู้สร้าง และพัฒนาขึ้นเพื่อให้ตอบสนองต่อการทำงานและการให้บริการ อีกทั้งปัจจุบันทีมผู้บริหารสนับสนุนและมีนโยบายสร้างแรงจูงใจให้ผู้พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเป็นค่าตอบแทนพิเศษสำหรับงานวิจัย หรือโปรแกรมที่ใช้งานในโรงพยาบาล และค้นหาขยายเครือข่ายผู้มีความสามารถในองค์กรเพื่อเข้าร่วมทีมพัฒนา |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การติดตามค่า CMI และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันในเขตสุขภาพที่ 7 นำไปสู่การพัฒนาเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ และ   เพิ่มรายได้ในการจัดส่งข้อมูล   * ปรับปรุงและจัดระบบบริการงานผู้ป่วยนอกให้เป็น Smart OPD ซึ่งเป็นผลจากเสียงสะท้อนถึงความไม่สะดวกของผู้รับบริการและเป็นการแก้ไขปัญหาจากจำนวนผู้รับบริการที่มี   จำนวนมาก ส่งผลให้ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทันสมัย สะอาด สะดวกสบายสวยงามลดแออัด และลดระยะเวลารอคอย   * นวัตกรรมปรึกษาแพทย์เวรเฉพาะทางโดยนำ Line Application และ Google sheet มาใช้ส่งผลต่อการลดระยะเวลาสำหรับการปรึกษาแพทย์เวรเฉพาะทาง ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความ   พึงพอใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่รวดเร็วขึ้นอย่างชัดเจน   * นวัตกรรมการผ่าตัดแบบส่องกล้องด้วยเทคนิค Single incision multiport ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแบบเฉียบพลันแผลเล็ก เจ็บน้อย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล * นวัตกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจใน   การบริหารอัตรากำลังบุคลากรให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง แม้เกิดการแพร่ระบาดหนัก COVID-19 ในกลุ่มบุคลากร   * การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย Stroke และศูนย์โฮมสุข ที่เชื่อมโยงการดูแลร่วมกันในเครือข่าย * การพัฒนาคุณภาพน้ำเสียให้สามารถนำกลับมาใช้ได้ * การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการระบบยาแบบองค์รวมตั้งแต่คลังยา จนถึงการบริหารยาให้เกิดความปลอดภัย และดักจับความเสี่ยงในการบริหารยา * โปรแกรมสารบรรณอิเล็กทรอนิคส์ โปรแกรมวิเคราะห์อัตรากำลังทางการพยาบาล โปรแกรมเวรตรวจการพยาบาล * การปรับรูปแบบการส่งตัวผ่านกระดาษ เป็นระบบ digital ผ่าน N-refer * พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในเหตุการณ์ฉุกเฉิน โดยเน้นที่ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็นโดย   + กำลังพัฒนาระบบและโปรแกรมบุคคลกรเพื่อเชื่อมโยงอัตรากำลังที่เป็นปัจจุบัน ระบบการจัดตารางเวร และการออกค่าตอบแทน   + กำลังพัฒนาระบบวัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้ตรวจสอบสถานะปัจจุบัน ไปกับระบบ Unit cost   **iv.ผลลัพธ์**  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:การเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสม มีการ** alignment & integration**การรวบรวม วิเคราะห์**และใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดีเพื่อให้งานองค์กรบรรลุผลสำเร็จ   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** | | 1. ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการตัวชี้วัดขององค์กร | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | 1. ความถูกต้องของข้อมูล | 100% | 99.91 | 99.37 | 99.40 | 99.45 | 99.20 | | 1. ร้อยละการส่งข้อมูลทันเวลา | 95% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | 1. IT user satisfaction | >75% | 84.25 | 85 | 84.95 | 91.53 | 75 | | 1. Information systems down time | 0 ครั้ง | 1 |  | 2 | 12 | 11 | | 1. Information systems response time(sec) | < 60% | 25 | 25 | 45 | 15 | 40 | | 1. knowledge asset created ผลงานวิจัย/CQI/นวัตกรรมเรื่องเล่า | > 20 เรื่อง/ปี | 23 | 20 | 12 | 38 | 38 | |

**I-5 บุคลากร**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  I-5.1 องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร  I-5.2 องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี  **i. บริบท**  โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีบุคลากรทั้งสิ้น 1,683 คน (ข้อมูล ณ 12 ตุลาคม 2566) เป็นข้าราชการ 844 คน ลูกจ้างประจำ 24 คน พนักงานราชการ 42 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 371 คน และ ลูกจ้างชั่วคราว 402 คน บุคลากรจำแนกตามวิชาชีพ ดังนี้ แพทย์ 99 คน ทันตแพทย์ 16 คน เภสัชกร 37 คน พยาบาล 582 คน นักวิชาการสาธารณสุข 27 คน บุคลากรทุกคนได้รับรู้ถึงวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศ ภายในปี 2570 ผ่านการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น การประชุมกรรมการบริหาร การสื่อสารผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน การประชาสัมพันธ์ทั้งระบบ intranet และป้ายประชาสัมพันธ์ ที่สำคัญคือ ผ่านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบุคลากร 2566 (Organization development) ทั้ง 4 โครงการ มีการกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรผ่านการกลั่นกรองโดยทีมนำ และกรรมการบริหารเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กร รวมถึงเข็มมุ่งในปี 2566 สองด้าน คือ ด้านพัฒนาระบบบริการ service plan (Stroke, STEMI และTrauma) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยสมรรถนะหลักขององค์กรมี 4 ด้าน คือ เป็นผู้นำสุขภาพ ให้บริการดี มีความปลอดภัย และการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานอย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพในการทำงาน องค์กรได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ความเสี่ยงด้านบุคลากรต่อการขับเคลื่อนองค์กร พบปัญหาภายนอก (องค์กร) ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ ภาวะโรคร้อน สภาพเศรษฐกิจตกต่ำ ปัญหาเงินเฟ้อ และปัญหายาเสพติด เป็นต้น ปัญหาภายใน (องค์กร) ได้แก่ ปัญหาด้านสมดุลการทำงานกับชีวิต (work life balance) ช่องว่างระหว่างวัยทำงาน ความคาดหวังของผู้รับบริการ สุขภาวะของบุคลากร และภัยความเสี่ยงจากการทำงาน (แสง สี เสียง การติดเชื้อ) เป็นต้น เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ องค์กรจึงได้กำหนดกลยุทธ์ด้านความเป็นเลิศของบุคลากร (people excellent) ขับเคลื่อนผ่านโครงสร้างการบริหารงานขององค์กร (Top-down) และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร เช่น คณะกรรมการสร้างสุขในองค์กร, คณะกรรมการจริยธรรม, คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในทุกกระบวนการทำงานของบุคลากรถูกกำกับด้วยค่านิยมร่วม ตัวย่อ TEAM (Trust ความไว้วางใจ, Enthusiasm ความกระตือรือร้น, Agile ความยืดหยุ่นในการทำงาน และ Management การบริหารจัดการ) ความสำเร็จขององค์กรถูกประเมินผ่าน KPI ขององค์กร ส่วนความสำเร็จในการทำงานของบุคลากร ถูกประเมินผ่านระบบการประเมินผลงานบุคลากร PMS (performance management system) โดยมีการกำหนด และถ่ายทอดตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดงานประจำ และตัวชี้วัดด้านงานคุณภาพ ส่วนผลของการประเมินใช้เป็นองค์ประกอบในการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจ และวางแผนการพัฒนารายบุคคล (IDP : individual development plan) เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในภาพรวมองค์กรรายปีต่อไป  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร [I-5.1ก]\*\* | **3.5** | **I** | องค์กรกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ระยะ 5 ปี (2566-2570) เข็มมุ่งรายปี และกลยุทธ์ทั้ง 4 ด้าน (PP&P, service plan, people and governance excellent) โดยผู้นำระดับสูงได้มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงานวิเคราะห์ และจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลรายปี และราย 5 ปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร มีกระบวนการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่ (ปฐมนิเทศ 100%) เพิ่มสมรรถนะขีดความสามารถตามการให้บริการที่ต้องใช้ศักยภาพระดับสูง โดยจัดอบรม ทำ workshop ภายใน และส่งบุคลากรไปอบรมภายนอกตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ผลลัพธ์ คือบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ และสมรรถนะตามแผน ยกระดับการให้บริการทางการแพทย์ที่สูงและซับซ้อนมากขึ้น (CMI เฉลี่ยรายปีสูงขึ้นต่อเนื่อง) ด้านความเพียงพอของบุคลากรมีการดำเนินการตามแผนบริหารทรัพยากรบุคคล ผลลัพธ์ ไม่สามารถสรรหาได้ตามกรอบอัตรากำลังที่ต้องการ ทำให้บุคลากรต้องทำงานมากเกินภาระงานที่กำหนด แผนพัฒนา คือ ทบทวนภาระงานเพื่อจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม ปรับปรุงกลวิธีในการสรรหาบุคลากร | | สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร  [I-5.1 ค]\*\* | **3.5** | **I** | สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19 ทีมนำให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรเป็นสิ่งแรก มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ปรับพื้นที่รับผู้ป่วย ปรับระบบการทำงาน สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันสำหรับบุคลากร (PPE) อย่างเพียงพอ และบริหารจัดการทรัพยากรทุกอย่างจนผ่านพ้นภาวะวิกฤติบุคลากรปลอดภัย ไม่เกิดปัญหาการล่มสลายของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ ทีมนำได้ประกาศนโยบาย 3P safety ทั้งองค์กร และจัดโครงการพัฒนาบุคลากรด้านความปลอดภัยเพื่อถ่ายทอด และทำ workshop action plan มีคณะทำงานกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมติดตามประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของหน่วยงาน จัดทำรายงานเสนอต่อทีมนำและปรับปรุงในแต่ละพื้นที่ บุคลากรใหม่และเก่าได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี รับรายงานผลการตรวจรายบุคคล และส่งต่อบุคลากรที่เสี่ยงเป็นโรค หรือเจ็บป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป มีคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร จัดกิจกรรมโครงการพัฒนาบุคลากรด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้น 3อ (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) 2ส (ไม่สูบ,ไม่ดื่มสุรา) 1น (นอนพักผ่อน) 1ฟ (แปรงฟัน)มีบุคลากรต้นแบบด้านผู้นำสุขภาพ แผนการพัฒนา การดำเนินการตามนโยบาย 3P safety ด้านบุคลากร สร้างวัฒนธรรมการการเป็นผู้นำด้านสร้างเสริมสุขภาพ | | ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [I-5.1ง] | **3.5** | **I** | ทีมนำได้สนับสนุนให้บุคลากรมีการทำงานและชีวิตที่สมดุล ผ่านคณะทำงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการปรับระบบสวัสดิการให้เหมาะสม ปรับเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำ มีการกำหนดมาตรฐานชั่วโมงการทำงาน หัวหน้างานติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกิดปัญหาความเครียด เสี่ยงเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานการตรวจสุขภาพประจำปีมีการคัดกรองภาวะเครียดและหมดไฟในการทำงาน โดยมีแนวทางปรึกษาทีมจิตแพทย์ และติดตามการรักษา แผนการพัฒนา จัดโครงการอบรมหัวหน้างาน (new wave leader development project) | | ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร  [I-5.2ก, ข] | **3.5** | **I** | เพื่อให้บุคลากรมีความรักในงาน มีความสุขในการทำงานสู่วัฒนธรรมองค์กรแห่งความสุข และองค์กรสมรรถนะสูง ทีมนำองค์กรมีการเปิดช่องทางการสื่อสารทั้งผู้นำระดับสูง และระดับกลาง ให้บุคลากรสามารถสื่อสาร ร้องเรียนผ่านทาง line ได้ ทำให้บุคลากรเห็นคุณค่าในตัวเอง และเสนอโอกาสพัฒนาต่อผู้นำองค์กรโดยตรงองค์กรได้จัดให้มีกิจกรรมสันทนาการ งานประเพณี เช่น งานกีฬาสี งานปีใหม่ งานสงกรานต์ งานเกษียณทุกปี กิจกรรมพัฒนาบุคลากรทั้งองค์กร (organization development ปี 2567) สร้างความสัมพันธ์ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์ของ รพ. ทำให้บุคลากรมีความสุข ทุ่มเทในการทำงาน มีความผูกพันต่อองค์กร แผนการพัฒนา ขอรับรองมาตรฐาน SHA | | การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร[I-5.2ค]\*\* | **3** | **LI** | ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System : PMS)ผู้นำระดับสูงได้กำหนดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดคุณภาพถ่ายทอดลงสู่หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และบุคลากรทุกคน บูรณาการกับตัวชี้วัดงานประจำ โดยมีการสื่อสารทำข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร ผลลัพธ์ มีการปรับตัวชี้วัดตามนโยบายผู้นำระดับสูงในบางกลุ่มงาน แผนการพัฒนา ทีมนำกำกับติดตามการปรับตัวชี้วัดตามที่กำหนด และการประเมินตามตัวชี้วัด องค์กรมีแผนพัฒนาบุคลากร การอบรมภายนอกครอบคลุมทุกกลุ่มภารกิจ ทั้งด้านบริหาร และด้านการบริการโดยพิจาณาตามเป้าหมายขององค์กร การจัดบริการ และการพัฒนาตามวิชาชีพ ส่วนกระบวนการพัฒนาสมรรถนะและการเรียนรู้ภายในจัดตามแผนของ service plan และ back office มีการทบทวนความเสี่ยง (Root cause analysis : RCA) ในทุกระดับตั้งแต่หน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาลผลการทบทวนนำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน ผลงานวิจัย และนวัตกรรม |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * สนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรในการเป็นบุคคลดีเด่นประเภทต่าง ๆ จนได้รับรางวัลภาคภูมิใจระดับประเทศ ระดับจังหวัด ฯลฯ เช่นรางวัลข้าราชการพลเรือนดีเด่นรางวัลคนดี   ศรีสาธารณสุข และอื่นๆ   * จัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน ให้มีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน มีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีความสุขและมีพลัง   ในการทำงาน ปี 2566 จำนวน 10 รุ่น   * ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี เช่น กิจกรรมวันปีใหม่และงานกีฬาสี กิจกรรมเส้นทางสีเหลือง วันสำคัญและประเพณีทางศาสนา ฯลฯ * การดูแลเรื่องของสุขภาพบุคลากร โดยมีการตรวจสุขภาพประจำปีในหน่วยงาน 100% * นวัตกรรม การบริหารอัตรากำลัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 * การตรวจสุขภาพประจำปี มีอัตราบุคลากรป่วยรายใหม่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ลดลง   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ขีดความสามารถ ความเพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สวัสดิภาพ สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ ความพึงพอใจ ความผูกพัน เพื่อให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ความพึงพอใจของบุคลากร | >85% | 74.45 | 76.23 | 80.02 | 82.64 | 83.00 |
| ความผูกพันของบุคลากร | >85% | 70.02 | 72.02 | 69.31 | 68.02 | 70.00 |
| ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรโรงพยาบาล | >71% | 72.80 | 75.47 | 72.64 | 73.97 | 72.67 |
| บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี | >80% | 85.09 | 72.62 | 75.74 | 82.36 | 87.07 |
| อัตราการ Turnover rate ของบุคลากร | < 1% | 0.016 | 0.012 | 0.103 | 0.051 | 0.120 |
| ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI ≥ 25 | <15% | 23.5 | 31.3 | 31.6 | 31.3 | 34.3 |
| อัตราการสัมผัสเชื้อจากการปฏิบัติงานของถูกของมีคม | <1% | 1.58  (24 ราย) | 2.07  (33 ราย) | 2.24  (36 ราย) | 1.25  (21 ราย) | 1.33  (22 ราย) |
| อัตราการติดเชื้อ TB ของบุคคลากร | 0 | 2 ราย | 9 ราย | 9 ราย | 7 ราย | 4 ราย |
| \*\*ตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) | | | | | | |

**I-6 การปฏิบัติการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  I-6.1 องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ  I-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ  **i. บริบท**  สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement) ให้บริการสาธารณในระดับ Primary care, Secondary care, Tertiary care ให้บริการผสมผสาน (Integrated service) ครอบคลุมทั้ง 4มิติ มีเข็มมุ่ง ทางด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke ,STEMI ,Trauma ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญ ในเรื่องการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว นอกจากนี้แล้วยังมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเข้ามาช่วยสนับสนุนกระบวนการทำงาน ระบบงานต่างๆให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งการจัดการเครือข่ายอุปทาน มีการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก โดยเป็นศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก ผลิตแพทย์ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม นำนวัตกรรมมาช่วยในการสนับสนุนการทำงาน ควบคุมต้นทุน ลดค่าใช้จ่าย และปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน มีการเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะภาวะฉุกเฉิน  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]\*\* | **3.** | **LI** | 1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ   * เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการที่มีประสิทธิผล ทีมนำได้มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพ จำแนก   ตามสาขาความเชี่ยวชาญ ได้แก่ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ ตาหู คอ จมูก จิตเวช เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการ ให้การบริการที่หลากหลาย ได้แก่ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการ ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้ผล ปลอดภัย  2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ   * เพื่อให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ มีการส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และ   ความสำเร็จขององค์กร โรงพยาบาลได้มีการกำหนดกระบวนการสำคัญ ได้แก่ กระบวนการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และจุดเน้นของโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย Stroke STEMI Tauma และพัฒนาระบบสารสนเทศ  3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ   * เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงาน ที่คล่องตัว มีความปลอดภัย และทันสมัย โรงพยาบาลได้มีการ   ออกแบบกระบวนงานที่สำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ แนวปฏิบัติทางวิชาชีพ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ มีแนวทาง และนโยบาย 3P Safety เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการปลอดภัย มีการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ และกำกับติดตามตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย   * เพื่อให้ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมีความพึงพอใจ ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว   ลดระยะเวลาการรอคอยตรวจ ลดแออัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการ สำรวจประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) และนำข้อมูลจากตู้รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการมาวิเคราะห์และออกแบบระบบบริการ โดย พบว่าผู้รับบริการต้องการทราบข้อมูล ขั้นตอนการรับบริการ ข้อมูลสถานะรอตรวจ ลำดับคิว โรงพยาบาลจึงได้มีการจัดทำขั้นตอนการให้บริการ ประชาสัมพันธ์ที่จอ monitor ให้ผู้รับบริการได้รับทราบ จัดทำคิวหน้าห้องตรวจออนไลน์ ให้ทราบลำดับคิวรอตรวจ การให้ข้อมูลโดยทีมประชาสัมพันธ์ด่านหน้า การจัดที่นั่งพักรอตรวจให้เพียงพอ จัดระบบเวลานัดผู้ป่วยแบบเหลื่อมเวลา ในกลุ่มผู้ป่วย DM,HT ที่ควบคุมได้ดี มีการคัดกรองส่งกลับ รพสต.ใกล้บ้าน นำระบบ Telemedicine มาใช้ในระบบบริการกลุ่มผู้ป่วย โรคหัวใจ หอบหืด COPD Stroke ลมชัก เพื่อให้บริการที่รวดเร็ว ถึงที่ และลดแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งผลจากการปรับระบบ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ในปี 2566 เพิ่มขึ้น 87.24% ระยะเวลารอคอยที่ OPD ในปี 2566 = 158 นาที แผนในการพัฒนา ต่อไปพัฒนาระบบ Smart OPD ให้ครอบคลุมได้ประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการควบคุมติดตาม | | การจัดการเครือข่ายอุปทาน [I-6.1ค] | **3** | **LI** | เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับบริการที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลมีการจัดทำข้อตกลงมีเอกสารที่ชัดเจน  กับบริษัทเอกชนที่ส่งมอบผลิตภัณฑ์ให้กับโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น CT Scan ไตเทียมเอกชน บริษัทขนส่งขยะติดเชื้อ บริษัทผลิตภัณฑ์ยา มีหน่วยงานที่รับผิดชอบและจัดหาผลิตภัณฑ์ และปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ มีระบบการการกำติดตามและส่งคืนข้อมูลเพื่อการปรับปรุงพัฒนา เช่น CT Scan เอกชน พบอุบัติการณ์การแพ้สาร Contrust ซ้ำในผู้ป่วยที่รับการ CT จึงได้มีการทบทวน RCA ร่วมกัน และปรับระบบการให้สาร Contrust ในผู้ป่วยที่ CT นำเทคโนโลยีมาช่วยเตือนก่อนการบริหารยา พบว่า หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วย แพ้สาร Contrust ซ้ำอีก ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมา มีการพัฒนระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ และรับยาที่ร้านขายยา | | การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง] | **4** | **I** | เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านนวัตกรรมที่สำคัญ ผู้นำได้มีการกำหนดแนวทางในการบริหารงาน  เรื่องการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิชาการ วิจัยนวัตกรรม เป็นนโยบายการบริหารงานของผู้บริหาร สนับสนุนบุคลากรให้มีการผลิตผลงานคุณภาพ จากงานประจำที่พบในหน่วยงาน นำมาพัฒนาเป็นงานวิจัย นวัตกรรม สนับสนุนด้านทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจในการผลิตผลงานวิจัย นวัตกรรม ซึ่งพบว่าในปี 2565 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผลงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ผลงานนวัตกรรม จำนวน 25 เรื่อง ปี 2566 มีผลงานวิจัย จำนวน 14 เรื่อง ผลงานนวัตกรรม 23 เรื่อง นอกจากนี้แล้วยังเป็นผลงานนวัตกรรมดีเด่นของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นวัตกรรมบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์โควิด โปรแกรม HR -COVID ที่นำเทคโนโลยีมาช่วยทำให้สามารถจัดอัตรากำลังบุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม นวัตกรรมที่เกิดจากการทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์ ได้แก่ นวัตกรรม ป้ายเตือนแทนใจ AVF. ในการป้องกันการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือทำหัตถการในแขนข้างที่มีเส้น AVF ทำให้อุบัติการณ์การที่ผู้ป่วยต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเปิดเส้น AVF ใหม่ลดลงทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล นวัตกรรมรายงานด่วนทันใจ ปลอดภัย 3P Safety ที่สามารถช่วยให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รวดเร็ว | | การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล [I-6.1จ] | **3** | **LI** | * เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพแลความปลอดภัย มีความ   เหมาะสมกับผู้เรียนได้จัดการเรียนรู้และฝึกทักษะให้กับนิสิตและผู้รับการฝึกตามข้อกำหนดของหลักสูตร มีการจัดการเรียนการสอนด้านคุณภาพและความปลอดภัยให้กับนิสิต มีระบบอาจารย์พี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษา ควบคุมกำกับในการฝึกปฏิบัติ เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยให้นิสิตได้มีโอกาสเรียนรู้และทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง   * ในส่วนของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน มีระบบการควบคุมโดย พี่เลี้ยงประจำ   หน่วยงาน อาจารย์พี่เลี้ยง ที่ผ่านการอบรม มีแนวทางสำหรับบุคลากรในป้องกันอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน เมื่อมีนักศึกษาได้รับอุบัติเหตุ ใช้แนวปฏิบัติเดียวกันกับบุคลากรในโรงพยาบาล  ผลลัพธ์ การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนทั้งเนื้อหาตามหลักสูตรนิสิตผ่านตามหลักสูตร ด้านความปลอดภัย พบอุบัติการณ์การนิสิตแพทย์ถูกเข็ม LP ทิ่มแทง 1 ครั้งในปี 2565มีการกำหนดแนวปฏิบัติการปฐมนิเทศนิสิตก่อนขึ้นปฏิบัติงาน ในปี 2566 ไม่พบอุบัติการณ์ | | การจัดการระบบสารสนเทศ [I-6.2ข]\*\* | **3** | **LI** | **เพื่อให้ระบบบสารสนเทศมีความน่าเชื่อถือ มั่นคง ปลอดภัย**  ผู้นำได้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการวิเคราะห์จุดที่มีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละองค์ประกอบ  ของความน่าเชื่อถือ   * เพื่อทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลโรงพยาบาลมี   นโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร มีการสื่อสารนโยบายผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดียประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับทราบ ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายโดยทีมสารสนเทศ ผลพบว่า มีการปฏิบัติตามนโยบายได้ครอบคลุม ระบบสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟแวร์ มีความพร้อมใช้งานต่อเนื่อง โดยมีระบบตรวจสอบ สร้างระบบการตรวจเช็ค ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดทั้งระบบการแจ้งเตือนผล พบระบบ Information systems response time (เกณฑ์ <60 นาที) ในปี 2565= 4นาที และปี 2566 = 6 นาที ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือเกิดภัยพิบัติ มีแผนในการเผชิญภาวะฉุกเฉินทางสารสนเทศ มีการซ้อมแผนภาพรวมของระบบปีละ 1 ครั้ง มีระบบการรักษาความลับและการเข้าถึงทางกายภาพและอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การกำหนดให้มี User name และ Password การเข้าถึง ผลพบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องข้อมูลของผู้ป่วยถูกเปิดเผย   * กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ไลน์กลุ่ม มีการกำหนดแนวทาง   ปฏิบัติในการปกปิดชื่อ และข้อมูลที่สามารถระบุไปถึงตัวผู้ป่วยได้ หลีกเลี่ยงการปรึกษาผู้ป่วยครั้งละหลายๆคนพร้อมกัน และการลบข้อมูลทันทีที่หมดความจำเป็นในการใช้ ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย | | 1. ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ค]\*\* | **3** | **LI** | * องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ   การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม โดยทีมนำร่วมกับผู้เกี่ยวข้องมีการนำผลจากการลง Leadership walk round มาวิเคราะห์ความเสี่ยงในเรื่องสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ ระบบสาธารณูปโภค สวัสดิภาพของบุคลากร ความปลอดภัยจากอัคคีภัย ความปลอดภัยด้านกายภาพ และจากการติดเชื้อ ทบทวนและปรับปรุงให้ได้ตามาตรฐานความปลอดภัย มีระบบการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัย นำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการปรับปรุง ตัวอย่างเช่น พบอุบัติการณ์ญาติผู้ป่วยลื่นล้มณ จุดหน้าอาคารกุมารเวชกรรมบ่อยครั้ง ทบทวนพบว่าเกิดจากบริเวณนั้นมีความลาดชัน จึงได้มีการปรับพื้นที่ให้มีความเหมาะสม ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์อีก และพบอัตราของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ในปี 2565 จาก 76.24% เป็น 80.09 % ในปี 2566   * องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติ   ที่อาจเกิดขึ้น ทีมนำได้มีการวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นพื้นที่ ได้แก่ น้ำท่วม มลภาวะฝุ่น PM 2.5 ซึ่งได้มีการปรับปรุงให้มีห้องปลอดฝุ่นสำหรับให้บริการในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่อาจทำให้ระบบบริการหยุดชะงัก เช่น ระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้ ไฟดับ ออกซิเจนสำรองหมด เหตุการณ์ที่ทำให้ความต้องการเพิ่มขึ้น ได้แก่ การระบาดของโรคติดเชื้อ อุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น   * องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความ   ต่อเนื่องขององค์กร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน แผนดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน แผนบริหารจัดการเพื่อให้ระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิม มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปีละ 2 ครั้ง ผลลัพธ์ ความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน บทเรียนจากการซ้อมแผนอัคคีภัย พบว่า ระบบการสื่อสาร การแจ้งเหตุ ยังมีปัญหา จึงมีแผนพัฒนาในระบบการสื่อสารแจ้งเหตุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ * นวัตกรรมดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข โปรแกรมบริหารอัตรากำลัง HR COVID * การปรับโครงสร้าง ภูมิทัศน์ด่านหน้า * พัฒนาระบบการยืนยันตัวตน คิวออนไลน์ * พัฒนาระบบเบิกจ่ายพัสดุออนไลน์ * พัฒนาระบบสารบัญอิเล็กทรอนิกส์ * ผลงานวิจัยและนวัตกรรมนำเสนอในเวทีระดับกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 เรื่อง นำเสนอเวที HA Forum ครั้งที่ 23 จำนวน 6 เรื่อง   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ][รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ , ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร , ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ , การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน , ผลด้านเครือข่ายอุปทาน เพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| Information systems response time | <60 นาที | 25 | 25 | 25 | 4 | 6 |
| ร้อยละของอุบัติการณ์ ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | >80% | 70.45 | 75 | 75 | 76.24 | 80.09 |
| การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ | 2 ครั้ง | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. บริบท** โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย: โรงพยาบาลมีโครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการด้านคุณภาพและความปลอดภัย หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน เป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการที่มาจากทุกสาขาวิชาชีพ และทุกหน่วยงาน มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย: เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ทั้งผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน จุดเน้นในการพัฒนา โรคที่สำคัญ ได้แก่ Trauma ,Stroke, STEMI และพัฒนาระบบสารสนเทศ มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย คือ มีนโยบาย 3P Safety ที่กำหนดให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง สื่อสารทั้งองค์กร กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม เพื่อเป้าหมายของความปลอดภัย คือ ผู้รับบริการปลอดภัย บุคลากรโรงพยาบาลปลอดภัย และประชาชนปลอดภัย โรคที่มีความเสี่ยงสูง: โรค ในระบบ Fast track ได้แก่ โรค Stroke , STEMI , Head injury , ผู้ป่วย Sepsis , ไข้เลือดออก , ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 เดือน , ผู้สูงอายุ , ผู้ป่วยโรคหัวใจ , ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: การทำ CPR , การผ่าตัดสมอง , การให้ยาละลายลิ่มเลือด , การผ่าตัดระบบหลอดเลือด (Vascular Surgery)  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(9)]\*\* | **3** | **LI** | **เป้าหมาย** : เพื่อให้ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีมสอดคล้องกันในทุกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กร**กระบวนการ :** 1)โรงพยาบาลมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หาGap Analysisในบริบทขององค์กรร่วมกับมาตรฐานวิชาชีพในการนำมาวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านคุณภาพนำแผนสู่การปฏิบัติและมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2)มีการประเมินผลการพัฒนาตามตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการต่างๆและสะท้อนข้อมูลผ่านเวทีคณะกรรมการคุณภาพและคณะกรรมการบริหาร 3)องค์กรมีการจัดระบบบริหารจัดการด้านคุณภาพและการบริหารความเสี่ยงขององค์กรโดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์องค์กร เป้าประสงค์ที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ 4)มีการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์คือ ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบริการสู่การรับรองคุณภาพและมีการควบคุมกำกับตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 5)โรงพยาบาลมีระบบการทำงานประสานกันด้านคุณภาพความปลอดภัยและระบบงานต่างๆภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน 6)มีระบบการทำงานประสานกันด้านคุณภาพความปลอดภัยต่างๆในการทำงานเป็นทีมนอกองค์กรในรูปแบบภาคีเครือข่ายเช่น service plan สาขาต่างๆ และสาขาวิชาชีพ 7)มีการควบคุมกำกับการทำงานโดยคณะกรรมการตรวจติดตามภายในโรงพยาบาลการนิเทศงานตามระบบราชการ **ผลลัพธ์ :**ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ปี 2566 80.45 %**แผนการพัฒนา :** มีการพัฒนาการใช้ 3C PDSAในงานประจำของหน่วยงาน | | การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(4)(5)(6)(7)(8)] | **3** | **LI** | **เป้าหมาย :**เพื่อให้การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ นำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามระบบของคุณภาพ**กระบวนการ :**1)โรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพโรงพยาบาล หา DALY GAPs กำหนดแผนในการพัฒนา 2)มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญตามแผนพัฒนานำผลลัพธ์ที่ได้ มาวิเคราะห์และหาโอกาสพัฒนาโดยมีการ Benchmark กับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ของตัวชี้วัด THIP และ ตัวชี้วัด Service plan ระดับเขต 3)ทีมบริหารความเสี่ยง สรุปข้อมูลความเสี่ยงจากระบบ risk register นำมาวางแผนเพื่อจัดทำแผนงานโครงการด้านการพัฒนาคุณภาพขององค์กรให้สอดรับกับการแก้ปัญหาในบริบทของโรงพยาบาล 4)มีการจัดทำแผนงานโครงการ ได้แก่ การจัดโครงการพัฒนาคุณภาพด้านความเสี่ยงความปลอดภัย 3P safety โครงการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โครงการส่งบุคลากรเข้าอบรมตามหลักสูตรของ สรพ. เพื่อให้บุคลากรนำความรู้มาถ่ายทอดด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 5)โรงพยาบาลมีการจัดทำแบบประเมินตนเอง SAR 2022 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 6)มีการนำ DALY GAPs ที่ได้จากการทบทวน และวิเคราะห์ มากำหนดเพื่อจัดทำแผนพัฒนาตามประเด็น นั้น ๆ 7)มีการควบคุมกำกับโดยทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และการลงเยี่ยมประเมินติดตามของทีม Internal survey การทำ Hospital safety culture survey **ผลลัพธ์ :** อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์ **แผนการพัฒนา** : พัฒนาการนำผลการประเมินตนเองมาพัฒนาระบบให้เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง | | การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)]\*\* | **3** | **LI** | **เป้าหมาย:**เพื่อให้การทบทวน การพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพพร้อมเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยโดยครอบคลุมถึงผู้รับบริการสุขภาพด้านสร้างเสริมและป้องกัน **กระบวนการ:** 1)มีการทบทวน ความเสี่ยงที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วยในทุก PCTโดยกำหนดให้มีการทบทวน 12 กิจกรรมอีกช่องทางหนึ่ง และมีระบบควบคุมกำกับติดตามในที่ประชุม มีการตามรอยผู้ป่วยตาม Clinical tracer ของ PCT และปรับระบบบริการ เช่น ระบบ Stroke Fast track ซึ่งผลจากการพัฒนาระบบทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกันคือ โรงพยาบาลทั่วไป ในปี 2565 ค่าเฉลียอยู่ที่ 5.35 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ 7.03 ปี 2566 = 6.99 2) มีการกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย โดยมีระบบการติดตามตัวชี้วัดทางคลินิกตามความเสี่ยงที่สำคัญรายโรค ของแต่ละ PCT ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีการ Benchmark กับตัวชี้วัด THIP ในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เพื่อปรับระบบการพัฒนาในแต่ละโรค และป้องกันความเสี่ยงรายโรคที่อาจเกิดขึ้น พบว่า ในปี 2566 ที่ผ่านมา มีตัวชี้วัดที่มีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ THIP ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis ในปี 2562 = 25.27 , ปี 2563 = 32.28% , ปี 2564 = 33.50% , ปี2565 = 34.50% , ปี 2566 = 25.42 % ได้มีการนำมาทบทวน และวิเคราะห์ พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis มีการนำไปปฏิบัติ และนิเทศติดตามอย่างครอบคลุมทั้งองค์กร จึงได้ปรับระบบในการนิเทศกำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางต่อไป 3.) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยมีการนำอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในเหตุการณ์ระดับ E ขึ้นไปและเหตุการณ์ที่มีอุบัติการณ์เกิดซ้ำ ทบทวนใน PCT ปรับระบบแนวทางการป้องกัน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย Sepsis , Stroke พัฒนานวัตกรรมถุงน้ำรอง ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง นวัตกรรม ป้าย AVF ช่วยระบุแขนข้างที่มีเส้น AVF ป้องกันการทำหัตถการข้างนั้น **ผลลัพธ์ :**อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์ **แผนการพัฒนา :** มีการส่งเสริมให้มีการทบทวนบูรณาการในงานประจำครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา และติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดในทุกหน่วยงาน | | ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (3) (5)]\*,\*\* | **3** | **LI** | **เป้าหมาย:**เพื่อให้องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลกรและผู้มาเยือน**กระบวนการ:** 1)การบริหารความเสี่ยง PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลมีการนำความคิดเห็นของผู้รับบริการ จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ นำสู่การวางแผนร่วมกันอย่างเป็นระบบในเวทีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในเรื่องคิวรอตรวจที่ OPD จึงนำมาซึ่งการปรับระบบคิวออนไลน์เพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วกับผู้รับบริการ และทำให้การปฏิบัติงานของบุคลากรมีความคล่องตัวมากขึ้น 2)มีแผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk registerโดยโรงพยาบาลมีนโยบายบริหารความเสี่ยง แนวทางปฏิบัติกระบวนการทำงาน ในการบริหารความเสี่ยง โดยมีการ ลงทะเบียนอุบัติการณ์ในระดับ E ขึ้นไป ความเสี่ยงทั่วไปในระดับ 3 ขึ้นไป และเหตุการณ์ที่มีความอุบัติการณ์ซ้ำ ในระบบ Risk register ของโรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบ เพื่อกำกับติดตาม 3)มีการรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด โดยทีมบริหารความเสี่ยง มีการปรับระบบรับรายงานความเสี่ยง ทั้งทางช่องทางโปรแกรม โปงลาง Risk การรายงานของเวรตรวจการ การลงLeadership walk round , ENV Round , RM Round พบเหตุการณ์อุบัติการณ์เกือบพลาด ที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์เชิงระบบได้ มีการนำมาทบทวน และนำสู่การปรับปรุง ได้แก่ การปรับปรุงโครงสร้าง การปรับปรุงช่องทางหนีไฟ สัญลักษณ์ สัญญาณเตือนต่าง ๆ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ผลพบว่ายังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่มีแนวโน้มลดลง ปี 2565 พบอุบัติการณ์ ไฟตก 2 ครั้ง เพดานชำรุด 1 ครั้ง ลิฟท์ไม่ทำงาน 1 ครั้ง ปี2566 พบอุบัติการณ์ ฝ้าเพดานชำรุด 1 ครั้ง ฝาครอบไฟชำรุด 1 ครั้ง **แผนการพัฒนา**: ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | | กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)] | **3** | **LI** | **เป้าหมาย :** 1)เพื่อให้เกิดระบบกระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ 2)เพื่อให้องค์กรเกิดความครอบคลุมและความครบถ้วนของการนำระบบกรอบงานการบริหารความเสี่ยงและมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติและการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงรวมทั้งมาตรการเชิงรุก และเชิงรับ **กระบวนการ :**1)บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีหน้าที่ค้นหา ประเมินความรุนแรง รายงาน รวมถึงจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แก้ไข ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ 2)มีการจัดการ เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):มีระบบการติดตามตัวชี้วัดเรื่อง Patient safety goal ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และติดตามในระบบบริหารความเสี่ยง 3) มีระบบรายงานในที่ประชุม เพื่อควบคุมกำกับ เมื่อพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มีการทบทวน และหาแนวทางแก้ไขเชิงระบบ 4)พบตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ในปี2566 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 78.94 % พบประเด็นในเรื่อง Patient identification ในระดับ A-D ปี 2562 ที่ผ่านมา จำนวน 96 อุบัติการณ์ ซึ่งได้มีการนำมาทบทวนและวางระบบ เป็นแนวทาง Patient identification โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สื่อสารแนวทางปฏิบัติ กำหนด risk Owner ในปี 2563 ยังพบอุบัติการณ์ Patient identification ในระดับ A-D ในปี2563 = 35 อุบัติการณ์ ปี2564 = 28 อุบัติการณ์ ปี2565 = 14 อุบัติการณ์ ในปี2566 = 49 อุบัติการณ์ และพบอุบัติการณ์ในระดับที่รุนแรง ในปี 2565 1 อุบัติการณ์ ได้นำมาทบทวนแก้ไขทำRCAแล้ว 5)มีการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยมีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ในการบริหารความเสี่ยง การเข้าถึง การลงข้อมูลของผู้ใช้งาน พบว่ายังมีปัญหาการเข้าถึงของระบบช้า ได้มีการปรับปรุงระบบโปรแกรม เพิ่มช่องทางการรายงานทางมือถือเพิ่มขึ้น พบว่ามีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น และตอบสนองกับเหตุการณ์ได้เร็วขึ้น พบร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบเพิ่มขึ้น ในปี 2565 = 76.24 %และปี 2566 = 80.45% **ผลลัพธ์** :อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์ **แผนการพัฒนา** : มีการติดตามและทบทวนความเสี่ยงต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับระดับความเสี่ยง นำมาสู่การปรับปรุงมาตรการป้องกัน อย่างสม่ำเสมอ | | การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]\* | **3** | **LI** | **เป้าหมาย:**เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากอุบัติการณ์แล้วนำไปทบทวน ปรับปรุงระบบ และสามารถป้องกัน เหตุเชิงระบบได้ **กระบวนการ :**มีการรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด โดยทีมบริหารความเสี่ยง มีการปรับระบบรับ รายงานความเสี่ยง ทั้งทางช่องทางโปรแกรม Prolang risk การรายงานของเวรตรวจการ การลง Leadership walk round , ENV Round , RM Round พบเหตุการณ์อุบัติการณ์เกือบพลาด ที่สามารถป้องกันเหตุเชิงระบบได้ มีการนำมาทบทวน และนำสู่การปรับปรุง ได้แก่ การปรับปรุงโครงสร้าง การปรับปรุงช่องทางหนีไฟ สัญลักษณ์ สัญญาณเตือนต่าง ๆ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ผลพบว่ายังไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น **ผลลัพธ์** :ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ G,H,I) ทีเกิดซ้ำ **แผนการพัฒนา:**มีการนำอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบ และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ พบบ่อยสู่การปรับปรุง เชื่อมโยงผลการทำ RCA กับการทบทวนมาตรการป้องกัน |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * พัฒนาการรายงานความเสี่ยงทาง โปรแกรม โปงลาง Risk * พัฒนาระบบDash board Kalasin Hospital Risk Report * การลงความเสี่ยงเชิงรุก ในหน้างาน ENV round * ผ่านการนำเสนอผลงานรายงานด่วน ทันใจ ปลอดภัย 3P Safety โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ HA Forum National ครั้งที่23   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | 100% | 70.45 | 85.15 | 75 | 76.24 | 80.45 |
| อุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ G,H,I) ทีเกิดซ้ำ | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์ของการรายงานเหตุการณ์ near miss | ครั้ง | 89 | 258 | 435 | 11,765 | 9,509 |
| อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย  ตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์ | 100% | 57.14 | 50 | 50 | 75 | 78.94 |

**II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):** II-.2.1 องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุ พันธกิจขององค์กร  **i. บริบท:**   * กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 582 คน (ข้อมูล 12 ตุลาคม 2566) แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วย   หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา 16 กลุ่ม หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้างาน จำนวน 60 คน และ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 480 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 478 คน และพยาบาลเทคนิค 2 คน บุคลากรทุกคนได้รับรู้ถึงวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศ ภายในปี 2570 โดยสื่อสารผ่านหลายช่องทาง เช่น การประชุมกรรมการบริหาร การสื่อสารผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน การประชาสัมพันธ์ในระบบ Intranet ป้ายประชาสัมพันธ์ ที่สำคัญ คือ ผ่านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบุคลากร 2566 (Organization development) ทั้ง 4 โครงการ มีการกำหนดเข็มมุ่งในปี 2566 รวม 2 ด้าน คือ 1) ด้านพัฒนาระบบบริการ Stroke , STEMI , Trauma 2) พัฒนาระบบสารสนเทศ ตามสมรรถนะหลักองค์กร 4 ด้าน คือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2)การยกระดับบริการ 3)การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ 4) การบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล   * หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นำสูงสุด ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้า   พยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขา ตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา จำนวน 16 กลุ่ม มีบทบาทหน้าที่กำหนดทิศทางการนำองค์กรเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะสาขาตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา จำนวน 16 กลุ่ม หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้างาน มีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น หัวหน้าพยาบาลได้มอบหมายภาระหน้าที่งานแก่รองหัวหน้าพยาบาลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารทรัพยากร ด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาล ด้านพัฒนาวิชาการ ด้านการพัฒนาจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพและกิจกรรมพิเศษ และด้านการพัฒนาบุคลากร/บริการการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานให้มีประสิทธิภาพ   * กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: กลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ได้จัดบริการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 , หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 , หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ,หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม , หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงอื่นๆ จัดบริการหน่วยไตเทียม ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care center) เป็นต้น กลุ่มผู้รับบริการที่มีความต้องการเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยที่ต้องผูกยึด ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เช่น COVID – 19 วัณโรค SAR ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็กที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยถูกคุกคามทางด้านร่างกายและจิตใจ และกลุ่มด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ได้แก่ พระภิกษุ ผู้นับถือศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ ศาสนาซิกข์ * มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนาที่สำคัญในการบริหารการพยาบาลและการจัดบริการพยาบาล ได้แก่ ปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ การประเมินและประเมินซ้ำ ความเพียงพอเหมาะสมของบุคลากร ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และ ประชาชนหรือญาติผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ องค์กรพยาบาลจึงได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญคือ 1) ทุกหน่วยงานผ่านการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลด้วยคะแนนมากกว่าร้อยละ 60 , 2) ผ่านการประเมิน NQA มากกว่า 700 คะแนนโดยมีกลยุทธ์ คือ 1) ยกระดับสู่ความเป็นเลิศ 2) เตรียมความพร้อมสู่ผู้บริหาร 3) Generation Gap 4)การธำรงรักษาบุคลากร 5)การจัดการความปลอดภัยตามหลัก 3Psafety 6) สมรรถนะด้านการป้องกันการติดเชื้ออุบัติใหม่ 7)สมรรถนะด้านสารสนเทศทางการพยาบาลของบุคลากร   **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก] | **4** | **I** | **Purpose :**1)เพื่อให้องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง  2) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ในการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศในปี 2570  **Process:**1)องค์กรกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ระยะ 5 ปี (2566 - 2570) เข็มมุ่งรายปี กลยุทธ์ และเป้าประสงค์ ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาล 2)ผู้นำระดับสูงได้มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจฯ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างานวิเคราะห์และจัดทำแผนบริหารการพยาบาลเพื่อจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง ด้านบริหาร บริการ วิชาการ พัฒนาบุคลากร และจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ รายปี และ 5 ปี 3)การจัดอัตรากำลังในหน่วยงานวิกฤตยังต่ำกว่า ร้อยละ 80 หน่วยงานพิเศษต่ำกว่าร้อยละ 80 หน่วยงานทั่วไปร้อยละ 78.56 เนื่องจากมีการขยายบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยอายุรกรรม และมีแผนการสรรหาบุคลากรให้เพียงพอตามเกณฑ์ ระยะ 1 ปี และ 5 ปี (2567 , 2566 – 2570) 4) มีการตรวจสอบการหมดอายุของใบประกอบวิชาชีพทุกปีและประเมินสมรรถนะบุคลากรทุกหน่วยงานทุก 6 เดือน 5)การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โดยอบรมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพทุกปี ผลการประเมินการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง 6)มีระบบการนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล จัดอบรมการนิเทศทางการพยาบาล จัดทำคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล ปี 2566 จัดเก็บตัวชี้วัดการนิเทศทางการพยาบาลและความเสี่ยงทางคลินิก จัดทำ QR CODE ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจต่อการนิเทศ ของผู้รับการนิเทศ นำผลการนิเทศมาพัฒนาตามมาตรฐาน NQA  7)การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย นำ 3P safety เน้น 9 - safety มาเป็นกระบวนงานสำคัญที่ทุกหน่วยนำไปปฏิบัติจนผ่านเกณฑ์ โดยโรงพยาบาลกำหนดเป็น Quality point ในการรายงานความเสี่ยงผ่านการสแกน QR code และกำหนดให้มีการทบทวนอุบัติการณ์และการวิเคราะห์ RCA ทันเวลา เพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 8)การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีโปรแกรมเวรตรวจการพยาบาลการนิเทศทางการพยาบาลผ่านโปรแกรมเวรตรวจการ ที่เชื่อมต่อกับระบบรายงานผู้บริหารสูงสุดตามลำดับ ในไลน์กลุ่มระบบรายงานยอดผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญ และการรายงานความเสี่ยง เพื่อให้ตัดสินใจบริหารจัดการทางคลินิกได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ 9)จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมโรคสำคัญของโรงพยาบาล และโรคตาม Service plan 25 โรคมีโปรแกรมตัวชี้วัดเป็นระบบอิเล็กทรอนิคส์ เพื่อการวิเคราะห์ที่รวดเร็วใช้งานง่าย 10)การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์ จัดสอนและการฝึกสมรรถนะตามส่วนขาดรายบุคคล โดยหัวหน้าหน่วยงาน ใช้ระบบพี่เลี้ยงและกำหนดให้เป็นสมาชิกทีม จนกว่าจะมีคุณสมบัติครบเป็นหัวหน้าทีม (Incharge) 11)จัดทำคลังความรู้ด้านงานวิจัย และงานพัฒนาคุณภาพของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลแบบออนไลน์มีทีมพี่เลี้ยงวิจัย มีทุนวิจัยฯลฯ และเชื่อมโยงกับทีมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบไลน์กลุ่มองค์กรพยาบาล เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้แชร์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกวัน และนำเสนอผลงานวิชาการทุกปีทั้งเวทีระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศ 12)กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลประสานงานกับคณะกรรมการต่างๆในโรงพยาบาล โดยผ่านการเป็นทีมในสหสาขาวิชาชีพ และเป็นกรรมการในคณะทำงานต่างๆ 13)ระบบความเสี่ยงของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเป็นระบบเดียวกันกับของโรงพยาบาล โดยกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลรายงานความเสี่ยงเข้าศูนย์พัฒนาคุณภาพทั้งก่อนและหลังการปรับปรุงแก้ไข ทุกหน่วยงานมีการทบทวนอุบัติการณ์ และ มีกระบวนการเรียนรู้นำสู่การป้องกันการเกิดซ้ำ 14)กำหนดผลลัพธ์ของการบริหารการพยาบาล เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย ในด้านความเพียงพอและเหมาะสมของอัตรากำลัง ประสิทธิภาพของการบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การนิเทศ มาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การจัดการความรู้ การวิจัย ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดการให้ข้อมูลและ การเสริมพลังเป็นต้น มีการจัดทำแผนพัฒนาฯ กำหนดตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด **(KPI owner)**การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการและกำกับติดตามตัวชี้วัด โดยการรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทุกเดือน ประเมินผลรวมทุก 3 เดือน เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการให้บริการ เช่น นำผลการทบทวน ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกมาปรับระบบบริการ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ทันสมัย ด้วยระบบ Smart OPD , Smart Queue ,Paper less การปรับปรุง CNPG ผู้ป่วย Stroke ในเรื่องการความถี่ในการ Observe V/S และการรายงานแพทย์ กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เป็นต้น **Performance**: 1) ปี 2562 ผ่านการประเมิน NQA ในระดับ Class 2)ปี 2566 ทุกหน่วยงานผ่านการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลแบบไขว้กับโรงพยาบาลมหาสารคามด้วยคะแนนร้อยละ 80.64 **แผนพัฒนา:**1)การนำสารสนเทศทางการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2)ปี 2566 บุคลากรกลุ่มเสี่ยง 168/540 คน คิดเป็น 31.11 % กลุ่มป่วย 69/540 คน คิดเป็น 12.78 % จึงควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและเหมาะสม รวมทั้งมีการกระตุ้น ติดตาม เฝ้าระวัง อย่างใกล้ชิด 3)การบันทึกทางการพยาบาลควรประเมินปัญหาผู้ป่วยให้ครอบคลุม การประเมินซ้ำระหว่างเวรอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อขอมูลครบถ้วน ลายมืออ่านง่าย บันทึกครบถ้วนสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ | | ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข] | **4** | **I** | **Purpose :** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน  **Process :** 1)กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดนโยบายสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพและชี้แจงแนวการปฏิบัติให้บุคลากรทุกคน 100% ประเมินผลการปฏิบัติพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพทุก 1 ปี 2) นำเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาล 12 งาน มาใช้ในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ และโรคตาม Service plan 25 โรค และใช้ Evidence - Based Practice : EBP 3)การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับ ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม เช่น การดูแลผู้ป่วย Stroke แบบครบวงจร , การดูแลผู้ป่วย STEMI แบบครบวงจร , การดูแลผู้ป่วยข้อสะโพกหัก , การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ,การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย , ศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง 4)มีการอบรมแนวทางประเมินบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรประเมินการบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกันโดยหัวหน้างานและทีมเวชระเบียน เป็นผู้ประเมินทุกเดือน นำผลการประเมินมาพัฒนาการทำ Discharge Plan และการส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย Stroke , ผู้ป่วยข้อสะโพกหัก เป็นต้น 5) มีระบบติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล โดยการทบหวนการดูแลผู้ป่วย เช่น Stroke round , MM conference , การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ กลุ่มภารกิจการพยาบาลทุกเดือน เพื่อให้มีการปรับปรุงผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง **Performance :**ร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติผ่านเกณฑ์มากกว่า 80 % ทุกหน่วยงาน แผนพัฒนา: การกำกับติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **ระดับองค์กร**   * รางวัลองค์กรต้นแบบด้านคุณธรรมจริยธรรม 5 ปี * ปี 2561 ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพระดับ A จากกรมควบคุมโรค * ปี 2562 คลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับโล่เกียรติคุณ ระดับดีเยี่ยม จากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น * ปี 2562 ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์สภาการพยาบาล ระดับ NQA Class วันที่ 14 สิงหาคม 2562 - 13 สิงหาคม 2564 (2 ปี) * ปี 2563 รางวัลการแต่งกายดี จากมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล วันที่ 3 กันยายน 2563 * ผ่านการรับรองซ้ำครั้งที่ 1 ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (Standard Stroke Center Certification : SSCC) วันที่ 15 ส.ค. 2565 - 14 ส.ค. 2568 (3 ปี) * ผ่านการประเมิน DSC Stroke 5 กุมภาพันธ์ 2564 – 4 กุมภาพันธ์ 2567 (3 ปี) * ผ่านการประเมิน Reaccredit SSCC 21 มิย.65-20 มิย.68 ผ่านการประเมิน DSC 5 dr.64 – 4 กพ.67 * รางวัล Thailand Angels Awards 2021-2022 ระดับ Glod และ WSO Angels Awards 2021-2022 ระดับ Gold * ผ่านการประเมิน DSC Hip Fracture สิงหาคม 2566 – สิงหาคม 2569 (3 ปี)   **ระดับบุคคล**  - ปี 2560 นางประดับพร เนตรวงศ์ รับรางวัลพยาบาลดีเด่นด้านปฏิบัติการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  - ปี 2561 น.ส.บวร โคตรโยธา รับรางวัลคนดีศรีสาธารณสุขระดับจังหวัด  - ปี 2563 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ รับโล่รางวัลและเกียรติบัตรนำเสนอ ผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามระบบบริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ รูปแบบโปสเตอร์ดีเด่น”  สาขาศัลยกรรม ในการประชุม Service Plan Sharing 7 th จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  - ปี 2565 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ รับโล่รางวัล พยาบาลดีเด่น สาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาล ระดับ โรงพยาบาลทั่วไป” จาก สมาคมพยาบาลแหํงประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จ  พระศรีนครินทร์ทราบรม ราชชนนี สำนักงานสาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  - ปี 2565 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ ได้รับเกียรติบัตร ศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ผู้มี ผลงานดีเด่น ประจำปี 2565” จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี  - ปี 2565 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ ได้รับโล่รางวัล ศิษย์เก่าดีเด่น ระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล” จากสมาคมศิษย์เก่า คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  - ปี 2565 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ ได้รับโล่รางวัล ผลงานวิชาการ ดีเด่น ในงานมหกรรมการจัดการความรู๎จาก บทเรียนโควิด 19 และโครงการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข  ผลงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร อัตรากำลังในสถานการณ์การแพรํระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา  - ปี 2565 นางเยาวเรศ ก้านมะลิ รับโล่ รางวัล R2R ดีเด่นระดับประเทศผลงานนวัตกรรมการผ่าตัดแบบลำกล้องแบบเทคนิค Single incision multiport ในผู้ป่วยไส้อักเสบแบบเฉียบพลัน  โครงการสนับสนุนการพัฒนางาน ประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ] **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| **การบริหารการพยาบาล** |  |  |  |  |  |  |
| 1.ร้อยละแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ที่บรรลุเป้าหมาย | ≥80 % | 88.95 | 95.60% | 47.27 | 63.38 | 82.25 |
| 2.ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล | ≥60 % | 100 | 100% | 100 | 100 | 100 |
| 3.ร้อยละของหน่วยงานบริการที่มีอัตรากำลังเพียงพอตามมาตรฐานขั้นต่ำ |  |  |  |  |  |  |
| 3.1หน่วยงานวิกฤต | 80% | 87.50 | 100% | 70 | 75 | 80 |
| 3.2หน่วยงานสามัญ | 80% | 87.09 | 92.68% | 72.42 | 80.87 | 82.54 |
| 4.ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่มีผลิตภาพพยาบาล (Nursing Productivity) ตามเกณฑ์ที่กำหนด | 100% | 80.23 | 84% | 81.05 | 85.27 | 64.29 |
| 5.อัตราการลาออกของบุคลากรทางการพยาบาล | < 1 % | 0.013 | 0.153% | 0.03 | 0.01 | 0.07 |
| 6.ร้อยละความพึงพอใจคุณภาพชีวิตความพึงพอใจในงานกับความผูกพันต่อองค์กร | >80% | 70.22 | 74.71% | 86.01 | 78.81 | 81.62 |
| 7.ร้อยละของหน่วยงานที่มีการดำเนินการประเมินและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป | 100 % | 93.08 | 100% | 100 | 100 | 100 |
| 8.ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมจริยธรรม | 80% | 100 | 94.25% | 100 | 100 | 100 |
| 9.ร้อยละหน่วยงานที่มีการดำเนินงาน KM ระดับ 5 | >80% | 100 | 100% | 100 | 100 | 100 |
| 10.จำนวนงานวิจัย | 16 เรื่อง/ปี | 16 | 21 เรื่อง | 3 | 29 | 20 |
| **11.การปฏิบัติการพยาบาล** |  |  |  |  |  |  |
| 12.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล(100%) | ≥85 % | 88.41 | 88.32 | 89.32 | 92.53 | 86.25 |
| 13.ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ได้ผ่านเกณฑ์ | ≥80 % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 14.ร้อยละของหน่วยงานที่ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลผ่านเกณฑ์ | ≥ 85% | 88.20 | 89.50 | 87.67 | 90.15 | 92.25 |
| 15.อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ | <10:1000  วันใส่สายสวน | 0.24 | 0.31 | 0.67 | 0.42 | 0.27 |
| 16.อัตราการเกิด Phlebitis | <5:1000  วันให้สารน้ำ | 0.87 | 0.00 | 0.03 | 0.04 | 0.02 |
| 17.ร้อยละความสำเร็จของหน่วยงานจัดการบริการพยาบาลเพื่อ |  |  |  |  |  |  |
| ความปลอดภัยของผู้ป่วย | ≥ 85% | 100.00 | 100% | 100 | 100 | 100 |
| 18.บุคลากรพยาบาล (3Psafety)ผ่านเกณฑ์ | ≥ 85% | 90.00 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 19.จำนวนการเกิดอุบัติการณ์จากการพยาบาลระดับ G – H - I | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 20.จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทุกระดับ | 0 | 10,898 | 18,890 | 10,744 | 16,672 | 17,230 |
| 21.ร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้และทักษะการดูแลตนเองรายโรค | ≥80 % | 89.77 | 89.77% | 89.32 | 92.53 | 95.20 |
| 22.ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ | ≥80 % | 89.35% | 89.93% | 88.24 | 92.10 | 94.23 |
| 23.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 | <10:1000 วันนอน | 0.00 | 0.01% | 0.19 | 0.15 | 0.13 |
| 24.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบรรเทาความปวด | >85% | 90.62 | 90.27% | 98.00 | 88.70 | 89.25 |
| 25.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาลภาพรวม | ≥ 85% | 82.93 | 82.87% | 84.32 | 88.73 | 87.24 |
| 26.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลภาพรวม | ≥85% | 82.65 | 86.87% | 85.09 | 92.12 | 94.38 |

**II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-2.2 องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร  **i. บริบท**  - จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์ทั้งหมด 134 คน เป็นแพทย์เฉพาะทาง 99 คน แพทย์พี่เลี้ยง 2 คน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 33 คนมีตำแหน่งทางการบริหาร 12 คน  - แพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงาน 98 คน ประกอบด้วย กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม 9 คน กลุ่มงานศัลยกรรม 15 คน ประกอบด้วย ศัลยกรรมแพทย์ 9 คน ศัลยแพทย์ตกแต่ง 1 คน ประสาทศัลยแพทย์ 2 คน ศัลยแพทย์ยูโรวิทยา 1 คน ศัลยแพทย์หลอดเลือด 1 คน ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 คน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม 1 คน กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค 1 คน กลุ่มงานอายุรกรรม 19 คน ประกอบด้วย อายุแพทย์ทั่วไป 8 คน อายุรแพทย์โรคไต 3 คน อายุรแพทย์ระบบประสาท 2 คน อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 1 คน อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติซั่ม 1 คน อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร 2 คน อายุรแพทย์โรคเลือด 1 คน กลุ่มงานกุมารเวชกรรม 10 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ทั่วไป 8 คน กุมารแพทย์โรคผิวหนัง 1 คน กุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม 1 คน กลุ่มงานรังสีวิทยา 6 คน กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา 7 คน กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 8 คน กลุ่มงานจิตเวช 4 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชบำบัดวิกฤติ 1 คน แพทย์เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา 1 คน กลุ่มงานโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา 3 คน กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 3 คน และกลุ่มงานเวชศาสตร์ป้องกัน(แขนงอาชีวเวชศาสตร์) 2 คน  ลักษณะผู้ป่วยสําคัญ: ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยสูง ผู้ป่วยกลุ่มโรคสําคัญในแต่ละ PCT  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้อง CPR, STEMI, Stroke, Pneumonia, Sepsis, Upper GI Bleeding  (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ  - องค์กรแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีพันธกิจ คือ 1.รักษามาตรฐานทางการแพทย์และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ 2.เสริมสร้างความเข้าใจและความสามัคคีในกลุ่มแพทย์ 3.ประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่น 4.วิเคราะห์ เสนอแนะบริการทาง การแพทย์สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณะสุข 5.ร่วมกันพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้คุณภาพมาตรฐาน ดําเนินงานผ่านคณะกรรมการดําเนินงาน  (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง  - องค์กรแพทย์ร่วมดำเนินงานผ่านคณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1.คณะอนุกรรมการด้านวิชาการ 2.คณะอนุกรรมการความเสี่ยง จริยธรรม และจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ 3.คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพและสร้างเสริมสุขภาพ 4.คณะอนุกรรมการเวชระเบียน และสารสนเทศ 5.คณะอนุกรรมการด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน  - องค์กรแพทย์มีกระบวนการประชุมองค์กรแพทย์อย่างสม่ำเสมอ มีผู้อํานวยการโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุมเพื่อมอบนโยบาย และรับฟังข้อเสนอแนะต่าง ๆ และกําหนดเป็นแนวทางในการนําไปปฏิบัติ ผลพบว่า ร้อยละของการบรรลุตามเป้าหมาย เช่น การพัฒนาคุณภาพของเวชระเบียน พบว่าอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.25 เป็นร้อยละ 92.36  (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ  - องค์กรแพทย์กําหนดให้ แพทย์ทุก PCT มี การจัดทํา Clinical Practice Guideline ที่ยึดหลัก Evidence-based medicine สําหรับการตามรอยทางคลินิก และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สําคัญ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke, STEMI, Sepsis ซึ่งมี Clinical tracer ที่นํามาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งองค์กร  - การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย : องค์กรแพทย์มีกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วย แบบ Timeline เพื่อตามรอยทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สําคัญในแต่ละ PCT และตาม Service plan มีการติดตามตัวชี้วัดและคุณภาพการดูแลในการประชุมองค์กรแพทย์ และที่ประชุมคณะกรรมการคุณภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วย Sepsis ซึ่งได้มี กระบวนการพัฒนา และนําแนวทางการดูแลผู้ป่วยมาใช้ ในภาพ ของ Service plan มีการปรับระบบและแนวทางร่วมกัน  (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาในวิชาชีพ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  - การพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เพื่อการสื่อสารระหว่างแพทย์แต่ละสาขา และระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ  - การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน : พัฒนาคุณภาพของเวชระเบียนทั้งเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ความทันเวลา และมีระบบการติดตามเวชระเบียนกับแพทย์ที่รับผิดชอบรายบุคคล มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการลงบันทึก  - การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ มีการตรวจสอบยืนยันตัวตนผู้ป่วยทุกครั้งก่อนตรวจ และก่อนทำหัตถการ มีการให้ข้อมูลของการวินิจฉัยและการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ และมีการให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการรักษาภายหลังจากที่ได้รับการฟังอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ  (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างได้ผลดังต่อไปนี้:  (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;  - แพทย์ทุกคนมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีใบวุฒิบัตรแสดงความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา(แพทย์เฉพาะทาง)  - ปฏิบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ  - มีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับ  (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;  - มีกระบวนการประชุมองค์กรแพทย์ โดยมีผู้อํานวยการโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุม กําหนดบทบาทหน้าที่ และสิทธิการดูแลผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์แต่ละสาขา  - กําหนดเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และการดูแลผู้ป่วยภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทาง  - กำหนดแนวทางการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา  - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจํา: องค์กรแพทย์กําหนดให้มีแนวทางในการในการอยู่เวรของแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์ประจําโดยกําหนดให้หัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้รับผิดชอบ และมีคู่มือสําหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และนักศึกษาแพทย์  (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้;  - ส่งเสริมและสนับสนุนการประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ของแพทย์ในทุกสาขา ทั้งการประชุมระดับประเทศ และนานาชาติ  - การจัดประชุมวิชาการภายในองค์กร และหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนและเพิ่มพูนความรู้ของแพทย์ในแต่ละสาขา และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ กิจกรรมวิชาการได้แก่ Topic review สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในหัวข้อที่พบบ่อยในแต่ละสาขาวิชา MM conference ในแต่และสาขา 1-2 ครั้งต่อเดือน และ กิจกรรมวิชาการ Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขา เพื่อให้เกิดการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น  (iv) การให้คำแนะนำ ปรึกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์;  - มีการจัดกลุ่มให้นักศึกษาแพทย์อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทาง โดยมีแพทย์เฉพาะทางให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย และการทำหัตถการอย่างใกล้ชิดทั้งในหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และการออกตรวจผู้ป่วยนอก  - มีคู่มือสำหรับนักศึกษาแพทย์ที่เข้าฝึกในแต่ละสาขา และการเก็บเคสผู้ป่วยและหัตถการ  (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;  - องค์กรแพทย์กําหนดให้ แพทย์ทุก PCT มี การจัดทํา Clinical Practice Guideline ที่ยึดหลัก Evidence-based medicine สําหรับการตามรอยทางคลินิก และใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สําคัญ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke, STEMI, Sepsis ซึ่งมี Clinical tracer ที่นํามาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งองค์กร  - แพทย์ทุกคนปฏิบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ  (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัย/การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ Evidence-based การคาดการณ์และการจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง;  - มีการดำเนินการ Risk management เพื่อดำเนินการป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์  - มีการทบทวนในกรณีที่มีการรายงานความเสี่ยงเข้ามาอย่างสม่ำเสมอ และสร้างพลังบวกในการทบทวนความเสี่ยง ทำเพื่อพัฒนาไม่กล่าวโทษ วางระบบเพื่อการลดความเสี่ยงในอนาคต  - การหา Root-cause analysis ในทุกเคสที่มีความรุนแรง หรือเสียชีวิต เพื่อทำแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยมีการเสริมพลังบวกจากผู้บริหาร  (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;  - ส่งเสริมให้แพทย์เป็นผู้นำในการทบทวน พัฒนาคุณภาพ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมในรูปแบบ MM conference และ การหา Root cause analysis  - มีการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกวัน เพื่อดูการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ  (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;  - การจัดอมรมเพื่อให้ความรู้ และความเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพของเวชระเบียนให้กับอาจารย์แพทย์และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ  - การจัดทำสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้แพทย์ทุกคนเข้าถึงข้อมูล และทบทวนความรู้ได้สะดวกมากขึ้น  - การติดตามคุณภาพเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งชี้แจงจุดพัฒนาของแพทย์เป็นรายบุคคล  - การจัดการทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งการให้คำแนะนำในส่วนที่แพทย์สามารถพัฒนาได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพของเวชระเบียน  (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;  - ส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนแบบออนไลน์เพื่อการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็ว และถูกต้อง  - ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการช่วยวินิจฉัย เพิ่มจำนวนและคุณภาพของเครื่องตรวจอัลตราซาวน์ การส่ง CT SCAN การส่ง MRI ให้สมเหตุสมผล  - ส่งเสริมการวินิจฉัยและการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง การผ่าตัดแผลเล็ก เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการรักษา และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย  (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย;  - องค์กรแพทย์มีการรับนโยบาย 3P Safety ของโรงพยาบาล มาใช้ เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ความปลอดภัยของบุคลากร และความปลอดภัยของประชาชน และมีระบบการติดตามและทบทวนร่วมกัน ได้แก่ ในเรื่อง Surgical Safety Checklists ความปลอดภัยในห้องผ่าตัด มีการทบทวนร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดและทีม PCT เรื่องการกําหนดแนวทางการส่งผู้ป่วยไปผ่าตัด ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง  (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและทำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร  - องค์กรแพทย์ มีการกําหนดแนวทางปฏิบัติที่สําคัญร่วมกันภายในองค์กรแพทย์ ได้แก่ ข้อกําหนดในการอยู่เวร การ Consult แนวทางการปฏิบัติงานของแต่ละกลุ่มงานและแพทย์แต่ละระดับ แนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ทั้งคุณภาพ และปริมาณ แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจากการทํางาน นโยบายสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมแพทย์โดยยึดตามเกณฑ์แพทย์สภา  (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย : องค์กรแพทย์มีการประสานความร่วมมือ กับคณะกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการ PCT ยา ในการกําหนดยาที่สําคัญสําหรับการดูแลผู้ป่วย การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม พิจารณาในเรื่อง cross และประสานความร่วมมือกับ ทีมนําด้าน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เรื่องการ Sensitivity ของยา  (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามประเมินผลงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง  - การติดตามความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาคุณภาพ  - มีรูปแบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ และแนะนำวิธีการปรับปรุงรายบุคคล  - การติดตามการรักษาผู้ป่วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยากลุ่ม NSAIDS อย่างสมเหตุสมผล  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | **องค์กรแพทย์ [II-2.2]** | **3.5** | **LI** | -พัฒนาระบบกลไกลการตัดสินใจทางคลินิก และการนําเทคโนโลยีที่ สําคัญมาช่วยในการดูแลรักษา  - พัฒนาระบบเวชระเบียน การบันทึกข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล และการสืบค้นข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้สะดวกรวดเร็วในการสื่อสารระหว่างแพทย์ และบุคลากรทุกหน่วยงาน สะดวกในการสืบค้นประวัติการรักษาก่อนหน้าได้รวดเร็วและเป็นระบบ  - สนับสนุนอุปกรณ์ที่ทันสมัย เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว และเพื่อการรักษาที่ทันสมัย ผู้ป่วยฟื้นตัวไว |   i**ii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การดูแลผู้ป่วย Stroke , STEMI , Cancer , Newborn และกลุ่มโรคสําคัญเกิดคุณภาพ * พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ * ส่งเสริม และพัฒนากระบวนการผ่าตัดแบบ ODS * พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม Hip fracture ที่มีกระบวนการตั้งแต่ประเมินก่อนผ่าตัด จนถึงการดูแลที่บ้าน   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน | > 80% | 88.32 | 86.20 | 87.32 | 89.11 | 83.12 |
| อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก | > 80% | 93.74 | 85.26 | 87.12 | 87.25 | 92.36 |
| อัตราความสมบูรณ์ของ Progress note | > 80% | 93.06 | 93.51 | 91.67 | 87.56 | 83.00 |
| ค่า CMI ของโรงพยาบาล | 1.8 | 1.45 | 1.55 | 1.69 | 1.56 | 1.64 |
| ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก | < 20% | 26.72 | 24.79 | 26.24 | 3.31 | 11.99 |
| ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | < 20% | 13.89 | 14.60 | 18.23 | 16.99 | 14.94 |
| ร้อยละผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDS | < 10% | 3.44 | 1.19 | 2.98 | 2.44 | 2.58 |

**II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ  II-3.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา  II-3.3 องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม  **i. บริบท** คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดแผน ควบคุม และกำกับการบริหารด้านสิ่งแวดล้อมและ  ความปลอดภัยให้มีมาตรฐานความปลอดภัย ถูกต้องตามกฎหมายคำนึงถึงความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งการบริหารระบบสาธารณูปโภคให้มีความเพียงพอ  พร้อมใช้ การจัดการสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้มารับบริการ รวมถึงประชาชนทั่วไปและชุมชน  ลักษณะสิ่งก่อสร้าง: อาคารสำหรับให้บริการ จำนวน 14 หลัง อาคารสนับสนุน 13 หลัง ระบบบำบัดน้ำเสียที่ได้มาตรฐาน และเรือนพักขยะที่ได้มาตรฐาน  เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า เครื่องช่วยชีวิตในเด็กแรกเกิด เครื่องช่วยหายใจที่ควบคุมปริมาตรและความดัน เครื่องไตเทียม เครื่องสลายต้อกระจก ด้วยความถี่สูง เครื่องจี้ตัดห้ามเลือดและปิดเส้นเลือด กล้องส่องตรวจกระเพาอาหารและสำไส้ส่วนต้นผ่านวีดีทัศน์ เครื่อง ERCP ชุดผ่าตัดกระดูก ชุดผ่าตัดสมอง  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา (เขียน 3P )** | | --- | --- | --- | --- | | ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]\*\* | **3.5** | **LI** | เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่อผู้ป่วยและบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  1.โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ.การออกแบบและการจัดแบ่ง พื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัว ของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ   * ตรวจสอบอาคารอำนวยการ 1 และ 2 พบว่า ห้องน้ำเสื่อมสภาพจากการใช้งานได้ปรับปรุงห้องน้ำ   อาคารผู้ป่วยนอกและปรับปรุงห้องน้ำผู้พิการให้เป็นไปตามมาตรฐาน อาคารอำนวยการ 2 จัดทำห้องน้ำสำหรับผู้พิการให้เป็นไปตามมาตรฐาน จำนวน 1 ห้อง และปรับปรุงห้องน้ำจากแบบนั่งยองเป็นแบบชักโครกทั้งหมด/ปรับปรุงห้องน้ำอายุรกรรมชาย1 โดยการเปลี่ยนพื้นห้องน้ำและติดตั้งระแนงด้านหลังของอาคาร เพื่อให้เป็นระเบียบ และดูสวยงาม / ปรับปรุง อายุรกรรมชาย 2 และ EENTในห้องเก็บเครื่องมือทางการแพทย์ ให้เป็นสัดส่วน   * มีการย้ายหน่วยงาน ที่มีสถานที่คับแคบเพื่อให้จัดบริการได้เหมาะสม เช่น ห้องเก็บประวัติ   ผู้ป่วย , ธนาคารเลือด , กลุ่มงานประกันสุขภาพ   * จัดทำแผนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน และปรับปรุงในส่วนที่ชำรุดประกอบด้วย จัดทำทางหนีไฟ ในอาคารเฉลิมพระบารมี เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน/แผนปรับปรุงห้องฝากครรภ์ เนื่องจากผนังชำรุด/เปลี่ยนหลังคา และฝ้าเพดานอาคารกุมารเวชกรรม เนื่องจากเสื่อมสภาพ/ปรับปรุงห้องพิเศษ อาคารเฉลิมพระบารมี * ผลการตรวจสอบโครงสร้างโดยสำนักงานโยธาธิการและผังเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์/สำนักงาน   สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น อาคารเป็นไปตามกฎกระทรวง ส่วนที่ต้องปรับปรุงได้แก่ไฟฉุกเฉินระหว่างบันไดและทางเชื่อมทางเดิน   * ย้ายคลินิกวัณโรคไปที่อาคารโภชนาการเดิม มีการขยายพื้นที่ห้องLab และธนาคารเลือด และสร้าง   เรือนพักญาติ ย้าย OPD ศัลยกรรมไปที่ ER เดิม ปรับปรุงอาคารกายภาพบำบัด ปรับปรุง OPD ด่านหน้า คัดกรอง จัดทำประตูทางเข้า-ออกโรงเก็บขยะและอาคารพักศพ ปรับปรุงเรือนพักขยะให้ได้มาตรฐาน  ปรับปรุงอาคารที่เก็บน้ำเกลือ   * มีแผนในการบำรุงรักษาอาคารสถานที่โดยการจัดตารางสำรวจ ตรวจสอบ เป็นประจำ   2.องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัยมีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม   * คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำแผนในการ   ปรับปรุงอาคารสถานที่รวมถึงการติดตั้งกล้องวงจรปิด / การติดตั้งเครื่องไฟฉุกเฉิน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและจัดระบบการดูแลรักษาความปลอดภัย ได้จัดอัตรากำลังเพิ่มในจุดเสี่ยง ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะห้องที่มีความเสี่ยง เช่น งาน ER ได้ติดตั้งประตู เข้า-ออก จำนวน 2 จุด โดยใช้การสแกน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สำหรับการให้บริการ และมีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ คนร้ายก่อเหตุทำร้ายร่างกายผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกับสถานีตำรวจภูธรเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อระงับเหตุ และประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ สายตรวจ เข้ามาตรวจจุดภายในโรงพยาบาลทุก 4 ชม.   * มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดภายในและนอกอาคารแฟลตพักเจ้าหน้าที่/ติดระบบคีย์การ์ดประตู   ทางเข้าศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก  3.องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติ ที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับ ผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **การตรวจสอบความเสี่ยง/**  **การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย** | **ความถี่/สิ่งที่พบ** | **การปรับปรุง** | | 1. อาคาร 100 ปีสาธารณสุข ชั้น 1 หน้าห้อง CT scan มีเชื้อราขึ้นตามผนัง | -เชื้อราขึ้นตามผนัง  ฝ้าเพดาน ชำรุด | -เปลี่ยนฝ้า เพดาน ใหม่  -ทาน้ำยากันเชื้อรา  -ทาสีเพดาน ทาสีผนังใหม่  -เพิ่มพัดลมระบายอากาศ | | 2.ทางเชื่อมระหว่างตึกอำนวยการ กับอาคาร 100 ปี พื้นถนนชำรุด | -พื้นถนนทางเดินชำรุด | -ปรับปรุงซ่อมแซมพื้นถนน | | 3. ตึกศัลยกรรมชาย , ตึกศัลยกรรมหญิง,ตึกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ,ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฝ้าเพดานห้องน้ำชำรุด | -ฝ้าเพดานห้องน้ำชำรุด | -ปรับปรุงฝ้าเพดานใหม่ |   4.องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตรายธำรง ไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่   |  |  | | --- | --- | | **ความเสี่ยง** | **การป้องกัน** | | 1.ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล | 1. จัดระบบการดูแลรักษาความปลอดภัยได้จัดอัตรากำลังเพิ่มในจุดเสี่ยง ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะห้องที่มีความเสี่ยง เช่น งาน ER ได้ติดตั้งประตู เข้า –ออก จำนวน 2 จุด โดยใช้การสแกน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สำหรับการให้บริการ และมีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ คนร้ายก่อเหตุทำร้ายร่างกายผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกับสถานีตำรวจภูธรเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อระงับเหตุ และประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจ เข้ามาตรวจจุดภายในโรงพยาบาล ทุก 4 ชม. | | 2.ความเสี่ยงของขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ขยะเคมีบำบัดที่จะก่อให้เกิดการปนเปื้อน การแพร่กระจาย ของเชื้อโรคการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ | 1.ระบบการบริหารจัดการขยะชนิดต่างๆ ได้แก่ การคัดแยก การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ และการทำลายที่มีประสิทธิภาพ  2. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ให้มีความรู้ และปฏิบัติให้ถูกต้อง  3. จัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ | | 3.ความเสี่ยงจากการเกิดอัคคีภัย | 1. มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาล  2. มีการฝึกซ้อมใหญ่แผนอัคคีภัยของโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับทีมดับเพลิง  3. มีแผนการตรวจบำรุงอุปกรณ์ดับเพลิงทางหนีไฟให้พร้อมใช้และเครื่องมือจากทีมช่างและเจ้าของหน่วยงาน  4. ทุกหน่วยงานมีแผนอัคคีภัยในหน่วยงาน | | 4.ความเสี่ยงด้านสาธารณูปโภค และระบบสำรองออกซิเจนฉุกเฉิน | 1. การมีระบบบำรุงรักษา ระบบสาธารณูปโภคที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบลิฟต์ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบโทรศัพท์ ฯลฯ  2. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง โดยตรวจสอบหม้อแปลงไฟฟ้า บำรุงรักษาประจำปี ร่วมกับการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค และมีการบำรุงรักษา เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง (Generator) ตรวจสอบความพร้อมใช้ 2 เดือน/ครั้ง ตรวจสอบแบตเตอรี่ทดสอบเครื่องทำงานอัตโนมัติตรวจสอบน้ำมันรายสัปดาห์/รายเดือน กรณีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง (Generator) ไม่ทำงาน จะมีระบบทำงานด้วยมือโดยช่าง  3.จัดระบบการให้บริการแก๊สทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และพอเพียงอยู่เสมอโดยมีการตรวจสอบมาตราวัดปริมาตรความพร้อมใช้งาน หากปริมาณ ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของถัง จะมีสัญญาณอัตโนมัติ แจ้งเตือนไปที่บริษัท ,ตรวจสอบจากชุดปรับลดแรงดัน จาก 120 PSI ให้เหลือ 55 PSI เพื่อจ่ายไปยังหอผู้ป่วย , สำรวจความพร้อมใช้ของแป้น Outlet ท่อนำส่งออกซิเจน และตรวจสอบสุญญากาศทุกวันอังคาร และวันศุกร์ โดยตรวจสอบความพร้อมการใช้งานโดยการตรวจสอบ ตู้คอนโทรล , สายพาน , น้ำมันเครื่อง , แรงดัน  4.มีช่างอยู่เวรระบบสาธารณูปโภคตลอด 24 ชั่วโมง |   5.บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิผล   |  |  | | --- | --- | | **เนื้อหา** | **จำนวนผู้เข้าร่วม** | | เจ้าหน้าที่ รปภ. อบรมร่วมกับงานจิตเวชในศิลปะการป้องกันตัว/ร่วมซ้อมแผนเผชิญเหตุ คนร้ายก่อเหตุทำร้ายร่างกายผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกับสถานีตำรวจภูธร  เมืองกาฬสินธุ์ | เจ้าหน้าที่ รปภ. | | หน่วยงานช่างเข้าอบรมตามวิชาชีพแต่ละประเภท | จนท.กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานฯ | | เจ้าหน้าที่งานบำบัดน้ำเสีย ได้รับการอบรมการเก็บน้ำเพื่อตรวจคุณภาพ | จนท.บำบัดน้ำเสีย | | เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน ได้รับอบรม การคัดแยกขยะ การทิ้งขยะ | เจ้าหน้าที่ใหม่ | | เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานได้รับการอบรมจัดทำแผนอพยพ กรณีเกิดอัคคีภัย | ทุกหน่วยงาน | | ฝึกซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปีใหม่/สงกรานต์ | จนท.ที่เกี่ยวข้อง |   **วัสดุและของเสียอันตราย**   * วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ * การจัดระบบการคัดแยกวัสดุและของเสียอันตรายจากหน่วยงานโดยแบ่งเป็น ขยะติดเชื้อ ขยะเคมี   บำบัด ขยะอันตรายมาตรการป้องกันที่สำคัญ   * สำหรับขยะติดเชื้อ คือ การป้องกันไม่ให้มีการแพร่กระจายของขยะติดเชื้อ จึงได้วางมาตรการ   ป้องกันต่างๆ เช่น การแยกขยะติดเชื้อเฉพาะถุงแดง อุปกรณ์ของมีคมมีกล่องใส่ การขนขยะ การวางเส้นทางเดินขยะ ชุดสวมใส่ของเจ้าหน้าที่ การนำขยะติดเชื้อถุงแดงใส่ในถังเพื่อไม่ให้มีการปนเปื้อน จนถึงที่เรือน  พักขยะ  **ปัญหาและบทเรียน**   * เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับขยะติดเชื้อมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุโดนเข็มตำ   **บทเรียนจากการปรับปรุง**   * แยกถังขยะเคมีบำบัด ที่อยู่ในเรือนพักขยะติดเชื้อ ออกมาเป็นสัดส่วน * ทบทวนแนวทางปฏิบัติวัสดุและของเสียอันตราย มีกระบวนการสัมผัสสถานที่จัดเก็บ การเคลื่อนย้าย การใช้ และการกำจัดเพื่อป้องกันอันตราย โดยหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ปรับปรุงคู่มือให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์และมีแนวทางในการดูแลเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมทิ่มตำ   **ผลลัพธ์ :**พบว่าความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารสถานที่มีจำนวนลดลง ปีงบประมาณ 2564 มีความเสี่ยงฝ้าเพดานชำรุด 2 ครั้ง ปีงบประมาณ 2565 ฝ้าเพดานชำรุด 1 ครั้ง ลิฟต์ชำรุด 1 ครั้ง ปีงบประมาณ 2566 ไม่มีรายงาน มีการ Check list ทุกเดือน **แผนการพัฒนา:1)**พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก 2)จัดทำ Master plan โรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน 3)พัฒนาระบบโครงสร้างอาคารสถานที่ ให้มีความปลอดภัย | | ความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค]\*\* | **3.5** | **LI** | เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอัคคีภัยต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากร ได้มีการพัฒนาดังนี้  1.องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุม การสำรวจพื้นที่เสี่ยง การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่ เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน   * จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล/หน่วยงานครอบคลุม การตรวจสอบจุด   เสี่ยง และวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย การดับเพลิงการจัดลำดับความสำคัญ การเคลื่อนย้าย/ ขนย้ายคน สิ่งของออกจากอาคาร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว   * มีการวางมาตรการรองรับการป้องกันอัคคีภัยตาม พรบ.อาคารสูง และสำรวจวัสดุและการทำงาน   ของอุปกรณ์ป้องกัน และการเตือนภัย  2.องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผน อัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา มีการประเมินความพร้อมใช้ ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิผลของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจาก การฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย   * ทบทวนร่วมกับหน่วยงานภายในในการจัดทำแผนอัคคีภัยในหน่วยงาน และทบทวนจุดรวมพล และ   จุดอพยพ จัดทำผังอพยพของแต่ละโซน รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และครุภัณฑ์ที่สำคัญ ไปยังจุดรวมพล และจุดอพยพ   * สำรวจและค้นหาจุดเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดอัคคีภัย * ติดตั้งไฟฉุกเฉิน บันได/ ทางเดิน - ทางเชื่อม และจัดทำผังเส้นทางการหนีไฟ ติดตั้งป้ายบอกทาง   หนีไฟ ที่ชัดเจนตามมาตรฐาน ทุกหน่วยงาน **/**มีเครื่องดับเพลิงเป็นไปตามมาตรฐานและมีการตรวจเช็ดเครื่องดับเพลิง ทุก 1 เดือน  3.องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและ ควบคุมอัคคีภัย อย่างสม่ำเสมอ   * ตรวจสอบและทดสอบ ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน ในการแจ้งเหตุไฟไหม้   ระบบดับเพลิง ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิงระบบฉีดน้ำ ระบบน้ำสำรองจากทีมช่างและเจ้าของหน่วยงาน  **ผลลัพธ์:** พบว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินการซ้อมแผนอัคคีภัยทุกปี ปีละ 1 ครั้ง และมีการซ้อมแผนอัคคีภัยประจำหน่วยงาน **แผนการพัฒนา :** 1)ออกแบบและจัดพื้นที่ใช้สอยเพื่อความปลอดภัย 2)พัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการป้องกันอัคคีภัย | | เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค  [II-3.2ก, ข] | **3.5** | **LI** | เพื่อให้ระบบเครื่องมือแพทย์มีระบบที่เชื่อถือได้และปลอดภัย เพื่อให้มีระบบสาธารณูปโภคที่ปลอดภัย  เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการลิฟท์  **ก. เครื่องมือ (Equipment)**  **1.องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ**   * ทุกหน่วยงานจัดแผนความต้องการประจำปี เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการ และทดแทนกรณีที่   ชำรุด และแผนเร่งด่วน กรณีมีเหตุจำเป็น  **2.องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝน จนเกิดความชำนาญ**   * การจัดการข้อมูลเครื่องมือแพทย์เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเพียงพอในเครื่องมือแพทย์ที่มีความ   จำเป็น/ความเสี่ยงสูง ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ(Respirator) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) เครื่องดมยาสลบ เครื่องฟอกไต และเครื่องมือทั่วไปของหน่วยงานให้บริการ ได้แก่ เครื่องตรวจติดตามสัญญาณชีพสำคัญ (Physiological Monitor) เครื่องควบคุมการหยดไหลของสารน้ำ(Infusion Pump)และเครื่องมือสำหรับให้บริการเฉพาะของแต่ละแผนก เช่น แผนกศัลยกรรมแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกตา หู คอ จมูก แผนกสูติกรรมแผนก X-ray แผนกพยาธิวิทยา ผลการประเมินความเพียงพอพบว่าเครื่องช่วยหายใจ(Respirator) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) เครื่องดมยาสลบ เครื่องฟอกไตสามารถจัดบริการได้เพียงพอเนื่องจากไม่มีการเลื่อนนัดบริการผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากเครื่องดมยาสลบและเครื่องฟอกไตไม่เพียงพอ และไม่มีผู้ป่วยที่ต้องส่งรักษาต่อเนื่องจากเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอในการให้บริการ  **3.องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้ เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว**   * โรงพยาบาลได้จัดทำฐานข้อมูลเครื่องมือ เพื่อให้ทราบจำนวนเครื่องมือที่สำคัญ และจำเป็นในการใช้   งาน และนำข้อมูล มาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์โดยคำนึงถึงประโยชน์การใช้งานที่เหมาะสม ความเพียงพอ และความสามารถในการซ่อมบำรุงรักษาได้ด้วยบุคลากรของโรงพยาบาลเอง ทั้งนี้ได้มีการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือล่วงหน้า ให้ครอบคลุมถึงการใช้เครื่องมือเมื่อเปิดอาคารใหม่  **ข. ระบบสาธารณูปโภค (Utility Systems)**  **1.องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ**   * ระบบสาธารณูปโภคของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ระบบไฟฟ้า / ประปา / ระบบก๊าชทาง   การแพทย์และสุญญากาศ / ระบบระบายอากาศ/ระบบขนส่ง / ระบบไอน้ำ / ระบบสื่อสาร มีการจัดทำแผนผัง ตำแหน่งที่ตั้งต่าง ๆ ของระบบ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบก๊าชทางการแพทย์  **ระบบไฟฟ้า**   * จัดให้บริการเกี่ยวกับไฟฟ้าให้มีความพร้อมใช้ ตลอด 24 ชั่วโมง * หม้อแปลงไฟฟ้า ติดตั้งภายในโรงพยาบาล จำนวน 7 เครื่อง รวม 6,800 KVA และติดตั้งนอก   โรงพยาบาล เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/แฟลตที่พักอาศัย จำนวน 3 เครื่อง รวม 650 KVA   * การบำรุงรักษาโดยสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัด ร่วมกับช่างโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง   และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 2 เดือน/ครั้ง   * เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง ติดตั้งภายในโรงพยาบาล จำนวน 4 เครื่อง รวม 2,155 KVA และ   อาคาร 100 ปี สาธารณสุข จำนวน 1 เครื่อง ขนาด 1,000 KVA การบำรุงรักษา โดยมีการตรวจสอบความพร้อมใช้เป็นรายสัปดาห์ /รายเดือน/รายปี และตรวจสอบรายปีร่วมกับสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น   * เครื่องไฟฉุกเฉิน ติดตั้งในโรงพยาบาล จำนวน 148 เครื่อง / ศูนย์แพทยศาสตรฯ จำนวน 56   เครื่อง รวมทั้งหมด จำนวน 204 เครื่อง และอยู่ระหว่างการติดตั้ง การบำรุงรักษา เครื่องไฟฉุกเฉินที่ติดในหน่วยงาน ตรวจเช็คความพร้อมใช้ ทำความสะอาดทั่วไป ตามวิธีปฏิบัติ 1 ครั้ง /เดือน โดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน / ที่ติดภายนอกหน่วยงาน ตรวจเช็คความพร้อมใช้ ทำความสะอาดทั่วไป ตามวิธีปฏิบัติ 1 ครั้ง/เดือน โดยช่างไฟฟ้า  **ระบบประปา**   * จัดให้บริการเกี่ยวกับน้ำประปาให้มีความพร้อมใช้ โดยน้ำประปา สะอาดเป็นไปตามมาตรฐาน   เพียงพอต่อการให้บริการในโรงพยาบาล และบำรุงรักษาระบบให้ พร้อมใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง   * แหล่งน้ำ แหล่งน้ำจากการประปาภูมิภาคจังหวัดกาฬสินธุ์ แหล่งน้ำใต้ดิน (บาดาล) สำหรับที่จะเติม   น้ำในระบบหอสูงโดยผ่านการแปรงสภาพให้เป็นน้ำประปาที่พร้อมใช้และใฃ้ระบบโซล่าเซลล์ในการสูบน้ำ   * ระบบสำรอง มีถังเก็บน้ำสำรอง ขนาด 200 ลูกบาศก์เมตร และในหอถังสูง ขนาด 50 ลูกบาศก์เมตร   และในแต่ละอาคารซึ่งเป็นอาคารสูง มีถังสำรองใต้ดิน ทุกอาคาร   * การควบคุมคุณภาพ โดยการตรวจวัดระดับความเข้มคลอรีนต้นท่อ และปลายท่อ ไม่ให้เกิน 0.2   PPM ตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ หาการปนเปื้อนของแบคทีเรีย 3 เดือน/ครั้ง   * มีระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบประปามีการนำพลังงานแสงอาทิตย์มาผลิตประปาของ   โรงพยาบาลเพื่อลดค่าไฟฟ้า   * มีแผนการตรวจคุณภาพน้ำประปาโดยภายในโดยอาชีวอนามัยและส่งตรวจภายนอกที่ศูนย์   วิทยาศาสตร์เขต 7  **ระบบก๊าชทางการแพทย์และสุญญากาศ**  - ระบบก๊าซทางการแพทย์ ประกอบด้วย  **1. ออกซิเจนเหลว มีถังออกซิเจนเหลว ภายใน รพ. 2 ถัง**   * ถังออกซิเจนเหลว ขนาดจุปริมาณ 15,000 ลบ.ม. ใช้สำหรับอาคารเฉลิมพระบารมี, อาคาร   ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, อาคารอายุรกรรม, อาคารกุมารเวชกรรม, อาคารสูตินรีเวชกรรม , อาคารหลังคลอด , อาคารอำนวยการ 2 (ห้องฉีดยา)   * ถังออกซิเจนเหลว ขนาดจุปริมาณ 19,000 ลบ.ม. ใช้สำหรับอาคารผ่าตัด อุบัติเหตุ ผู้ป่วยหนัก และ   ผู้ป่วยในอาคาร 100 ปี สาธารณสุข  **การบำรุงรักษา** เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมใช้และปริมาณออกซิเจนเหลวทุกวัน ตรวจสอบจากชุดปรับลดแรงดันจาก 120 PSI ให้เหลือ 55 PSI เพื่อจ่ายไปยังหอผู้ป่วย และหากปริมาณลดลงระบบ Internet จะแจ้งผลปริมาณและยอดคงเหลือในถังไปที่บริษัทผู้จำหน่าย ซึ่งหากปริมาณลดลงก่อนถึง 30-40 % บริษัทจะเข้ามาเติมออกซิเจนให้ภายใน 24 ชั่วโมง  **2. ออกซิเจนชนิดถัง** ออกซิเจนชนิดถัง แบ่งออกเป็น ถังออกซิเจนขนาด 6 ลบ.ม. และขนาด 0.75 ลบ.ม.  1. ถังออกซิเจน ขนาด 6 ลบ.ม. จำนวน 125 ถัง ลักษณะการใช้งาน ใช้สำรองใน (อาคาร 100 ปี สธ. 15 ถัง/อาคาร AE 20 ถัง/อาคารผ่าตัด 19 ถัง, อาคารเฉลิมพระบารมี 20 ถัง/อาคารอายุรกรรม 20 ถัง ที่เหลือสำหรับใช้ สำรองและใช้ในรถส่งต่อผู้ป่วย) แต่ละอาคารจะมีระบบการจ่ายอัตโนมัติ ในกรณีที่ระบบหลักมีแรงดันต่ำกว่าที่กำหนด (50 PSI)  2. ถังออกซิเจน ขนาด 0.75 ลบ.ม. จำนวน 80 ถัง ลักษณะการใช้งาน ใช้กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และใช้ในรถส่งต่อผู้ป่วย  การบำรุงรักษา เจ้าหน้าที่ตรวจสอบทุกวันอังคาร และวันศุกร์ โดยตรวจสอบความพร้อมการใช้งาน, การรั่ว การไหล โดยการใช้น้ำฟองสบู่ลูบตามรอยต่อ /ตรวจสอบจากชุดควบคุมที่บ่งบอกสถานะ พร้อมใช้งาน/รอจ่าย/หมดในกรณีที่หมด มีการนำถังสำรองมาเปลี่ยน และประสานพัสดุดำเนินการซื้อทดแทน  3. ไนตรัส ใช้สำหรับห้องผ่าตัด   * การบำรุงรักษา มีการตรวจสอบทุกวันอังคาร และวันศุกร์ โดยตรวจสอบความพร้อมการใช้งาน   , การรั่วการไหล โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  4. อากาศอัด มีจำนวน 4 เครื่อง ใช้สำหรับห้องผ่าตัด และ ICU เด็ก   * การบำรุงรักษา มีการตรวจสอบทุกวันอังคาร และวันศุกร์ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ   **ระบบระบายอากาศ**   * ระบบระบายอากาศและปรับอากาศของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มี 3 แบบ ดังนี้   1. เครื่องปรับอากาศทั่วไป จำนวน 821 เครื่อง 2. AHU จำนวน 19 เครื่อง 3. Chiller จำนวน 2 เครื่อง   * การบำรุงรักษา   1. บำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศทั่วไป  - ล้าง ทำความสะอาดคอยร้อน คอยเย็น และแผ่นกรองอากาศ (2 ครั้งต่อปี)  - ทำความสะอาดทั่วไป (เดือนละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน)  2. AHU ห้องผ่าตัด 4 ครั้ง/ปี  - ล้าง ทำความสะอาดคอยร้อน คอยเย็น แผ่นกรองอากาศและหลอดฆ่าเชื้อ (UV) (4 ครั้ง/ปี โดยช่างผู้ชำนาญงาน)  - ทำความสะอาดทั่วไป (เดือนละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน)  3. AHU/ Chiller ทั่วไป 2 ครั้งต่อปี  - ล้าง ทำความสะอาดคอยร้อน คอยเย็น และแผ่นกรองอากาศ (2 ครั้งต่อปี โดยช่างผู้ชำนาญงาน)  - ทำความสะอาดทั่วไป (เดือนละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน)  **ระบบขนส่ง**   * ลิฟต์ มีจำนวน ทั้งหมด 23 เครื่อง ประกอบด้วย ลิฟต์ขนส่งของ จำนวน 4 เครื่อง ลิฟต์โดยสาร   จำนวน 5 เครื่อง และลิฟต์ขนส่งผู้ป่วย จำนวน 15 เครื่อง   * การบำรุงรักษา มีการตรวจสอบ จากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบทุกวัน และบริษัทภายนอก   ตรวจสอบความพร้อมใช้ ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ครบทุกเครื่อง /เดือน ซึ่งลิฟต์ทุกเครื่อง จะมีไฟสำรองจ่ายทดแทนเมื่อกระแสไฟฟ้าดับ   * มีระบบการตรวจสอบลิฟท์รายวัน/เดือนมี Check lisk ในตรวจสอบมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการใช้   ลิฟท์   * มีระบบการตรวจสอบคุณภาพของลิฟท์ทุกเดือนจากบริษัทข้างนอก * มีการซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุมีคนติดในลิฟท์   **ระบบไอน้ำ**   * เครื่องกำเนิดไอน้ำ มีจำนวน 2 เครื่อง ประกอบด้วย ขนาด 100 HP และ ขนาด 30 HP   ติดตั้งหน่วยงานซักฟอก ใช้ปฏิบัติงานในการอบผ้าประเภทต่างๆ   * การบำรุงรักษา โดยการตรวจความพร้อมใช้ ประจำวัน ก่อน – หลังการใช้งาน ทุกวัน และ   ตรวจสอบประจำปี โดยบริษัทเอกชนซึ่งวิศวกรมีใบรับรองการตรวจสอบความปลอดภัย  **ระบบสื่อสาร**   * ระบบสื่อสารประกอบด้วย ระบบโทรศัพท์ และระบบเสียงตามสาย ดังนี้ * ระบบโทรศัพท์   - ระบบโทรศัพท์ มีโทรศัพท์สายภายนอกที่สามารถติดต่อผ่านระบบโอเปอเรเตอร์ จำนวน 7  เลขหมาย ที่ให้บริการ ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ทั้งสายภายใน และภายนอก ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสามารถโอนไปยังหน่วยงานภายในได้ทุกหน่วยงาน จำนวน 380 หมายเลข มี SIM Card หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อใช้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน จำนวน100 เลขหมาย สำหรับแพทย์, แพทย์ Intern และหน่วยงานที่ต้องติดต่อกรณีเร่งด่วน  - การบำรุงรักษา เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบความพร้อมใช้ ของหมายเลขโทรศัพท์สายนอก  ของโรงพยาบาลทุกวัน และมีการตรวจสอบระบบตู้คอนโทรล โดยช่าง 1 ครั้ง/เดือน ซึ่งตู้คอนโทรลมีระบบไฟฟ้าสำรอง กรณีเกิดเหตุกรณีไฟฟ้าดับ   * ระบบเสียงตามสาย   - เสียงตามสายในโรงพยาบาล ติดตั้งในหน่วยงาน /หอผู้ป่วย/ทางเชื่อม-ทางเดิน และบริเวณถนนรอบ  โรงพยาบาล เพื่อให้การประชาสัมพันธ์ ภายในโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง และทันเหตุการณ์  - การบำรุงรักษาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบความพร้อมใช้ของตู้คอนโทรล ทุกวัน และตรวจลำโพง 1 เดือน / ครั้ง  **2.องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอ**  ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:   * เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง จำนวน 4 เครื่อง ครอบคลุมทุกอาคาร   ทุกหน่วยงาน และเครื่องจะทำงานโดยอัตโนมัติ ภายใน 7 วินาที หลังจากที่กระแสไฟฟ้าส่วนภูมิภาคไม่สามารถใช้ได้ หากกระแสไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ไม่สามารถทำงานได้ติดต่อกัน โรงพยาบาลจะมีน้ำมันสำรอง ในถังของแต่ละ เครื่องเต็มปริมาณของถังแต่ละถัง และมีการสำรองน้ำมันเพิ่มสำหรับทุกเครื่องฯ จำนวน 400 ลิตร ซึ่งสามารถใช้งานติดต่อกันนาน 10 ชั่วโมง เช่น เครื่องขนาด750KVA จะใช้น้ำมัน 100 ลิตร/ชั่วโมง, เครื่องขนาด 680 KVA จะใช้น้ำมัน 100 ลิตร/ชั่วโมง , เครื่องขนาด 375 KVA จะใช้น้ำมัน 30 ลิตร/ชั่วโมง ,เครื่องขนาด 350 KVA จะใช้น้ำมัน 30 ลิตร/ชั่วโมง และมีแผนสำรองน้ำมันจากถังสูงจากหน่วยงานซักฟอกที่มีปริมาณ 5,000 ลิตร   * เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบถังน้ำมันแต่ละถังของแต่ละเครื่อง หากปริมาณลดลงต่ำกว่า 70 %   จะดำเนินการเติมน้ำมันทันที เพื่อให้พร้อมใช้งาน   * ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ : แก๊สทางการแพทย์   1. ออกซิเจนเหลว จำนวน 2 ถัง  - ถังออกซิเจนเหลว ขนาด 8,000 ลบ.ม. จ่ายไปที่อาคารเฉลิมพระบารมี , อาคาร ER (เดิม)  อาคารศัลยกรรมกระดูกและข้อ , อาคารศัลยกรรม , อาคารอายุรกรรม , อาคารกุมารเวชกรรม , อาคารสูตินรีเวชกรรม , อาคารหลังคลอด , อาคารผ่าตัด , อาคารอำนวยการ 2 (ห้องฉีดยา)  - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบปริมาณออกซิเจนเหลวทุกวัน เพื่อให้มีความพร้อมใช้ และหากปริมาณลดลง  ระบบ Internet จะแจ้งผลปริมาณและยอดคงเหลือในถังไปที่บริษัทผู้จำหน่าย ซึ่งหากปริมาณลดลงก่อนถึง  30-40 % บริษัทจะเข้ามาเติมออกซิเจนให้ภายใน 24 ชั่วโมง  - ถังออกซิเจนเหลว ขนาด 9,000 ลบ.ม.จ่ายในอาคาร 100 ปี สาธารณสุข  2. ออกซิเจนชนิดถัง  - ออกซิเจนชนิดถัง มี จำนวน 2 ขนาด ประกอบด้วย ขนาด 6 ลบ.ม. และขนาด 0.75 ลบ.ม.  - ถังออกซิเจน ขนาด 6 ลบ.ม. จำนวน 125 ถัง ลักษณะการใช้งาน ใช้สำรองใน ( อาคารเฉลิมพระบารมี 20 ถัง/อาคารอายุรกรรม 20 ถัง ที่เหลือสำหรับใช้สำรองและใช้ในรถส่งต่อผู้ป่วย) แต่ละอาคารจะมีระบบการจ่ายอัตโนมัติ ในกรณีที่ระบบหลักมีแรงดันต่ำกว่าที่กำหนด (50 PSI)  - ถังออกซิเจน ขนาด 0.75 ลบ.ม. จำนวน 80 ถัง ใช้สำหรับเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และรถส่งต่อผู้ป่วย การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ  **3.องค์กรติดตามและรวมรวบข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผน ปรับปรุงหรือสร้างทดแทน**   * จากการตรวจสอบประวัติการใช้งานของเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง ขนาด 680 KVA ใช้งานมา   ตั้งแต่ปี 2544ซึ่งอาจทำให้เสื่อมสภาพจากการใช้งาน ได้มีการจัดหาทดแทนใหม่แล้ว   * ระบบ fire pump สำหรับสูบน้ำดับเพลิง อาคารเฉลิมพระบารมี ใช้งานมานาน ตั้งแต่ ปี 2543   ตรวจสอบพบว่า เครื่องเสื่อมสภาพการการใช้งาน ใช้งานไม่ได้ปกติ และได้จัดทำแผนเพื่อปรับปรุงระบบ ปีงบประมาณ 2563 – 2564 ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงระบบเรียบร้อย  **ผลลัพธ์:** พบว่า โรงพยาบาลมีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) จำนวน 1073 รายการ ผลการสอบเทียบผ่าน 1073 รายการ (100%) มีอุบัติการณ์ลิฟท์ชำรุดจำนวนลดลง และมีผลการตรวจคุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุดในโรงพยาบาล  **แผนการพัฒนา :**จัดทำแผนระยะสั้นและระยะยาว พัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค | | สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก] | **3.5** | **LI** | เพื่อให้ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนที่มาใช้บริการ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ  **(1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร**   * มีสภาพแวดล้อมที่มีความผ่อนคลาย มีสวนหย่อม /ไม้ประดับระหว่างอาคาร หน่วยงานผ่านเกณฑ์   สถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน มีการทำกิจกรรม 5 ส. ของหน่วยงาน จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น โครงการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ยืดเหยียดระหว่างรอตรวจ  **(2)(3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความสัมพันธ์ สำหรับบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชนทั่วไป**   * การจัดบอร์ดในหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น   จัดมุมเรียนรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง ซึ่งการจัดบอร์ดเรื่องโรคต่าง ๆ จะจัดเรื่องตามฤดูกาล เรื่องบุหรี่ การออกกำลังกาย การป้องกันโรคติดต่อ การล้างมือ เป็นต้น   * มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น โครงการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย   ออกกำลังกาย ยืดเหยียดระหว่างรอตรวจ   * ศูนย์เรียนรู้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM , HT , CKD , DPAC , fitness Center   **(4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ**   * โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการตามนโยบายอาหารปลอดภัย ของจังหวัด/กระทรวงสาธารณสุข   โดยได้จัดซื้อข้าวจากกลุ่มเกษตรกร ในกลุ่มนาแปลงใหญ่ และจัดซื้อผักสดจากเกษตรกรผู้เข้าร่วมโครงการของจังหวัด ในการปลูกผักปลอดสารพิษ   * มีศูนย์อาหารที่ได้มาตรฐาน   **(5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ**   * โรงพยาบาลมีการประกาศนโยบายงดการใช้โฟมเป็นภาชนะบรรจุอาหาร 100 %   **ผลลัพธ์** พบว่าโรงพยาบาลมีพื้นที่ในการทำกิจกรรมให้ความรู้ เพื่อลดระยะเวลารอคอย มีศูนย์เรียนรู้ (Health Literacy) และศูนย์สุขภาพดี (Wellness Center) ผู้ป่วย/บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีบุคคลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากร และมีศูนย์อาหารที่ผ่านเกณฑ์ร้านอาหารปลอดภัย  **แผนการพัฒนา**   * พัฒนาเป็นโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ * เพิ่มพื้นที่สุนทรียศาสตร์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา | | การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข] | **3.5** | **LI** | เพื่อพิทักษ์สิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน  **(1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ**   * ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นชนิดคลองวนเวียน สามารถรองรับน้ำเสียได้ 1,000 ลบม./วัน มีเจ้าหน้าที่   ได้รับการฝึกอบรมทบทวนทุกคน/ปี โดยผลการตรวจคุณภาพน้ำผ่านมาตรฐานกรมอนามัย   * มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย * มีการตรวจสอบ คุณภาพของน้ำที่ผ่านระบบการบำบัดน้ำเสีย * มีการกำหนดผู้ดูแลระบบและรับผิดชอบอย่างขัดเจนและผ่านการอบรม * มีการวิเคราะห์ของน้ำที่ระบบน้ำเสีย * กำหนดแผนการบำรุงรักษาระบบประจำวัน/เดือน/ปี * กำกับให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการบันทึกลงในระบบ   **(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุ ที่ทำลายสิ่งแวดล้อม**   * มีการนำน้ำจากระบบบำบัดน้ำเสีย ที่ผ่านการบำบัด มารดต้นไม้ภายในโรงพยาบาลโดยเปิดเป็น   เวลา และมีแผนในการนำน้ำจากระบบบำบัดที่ผ่านการบำบัดแล้วมาใช้ในชักโครก เฉพาะอาคารสนับสนุน   * มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในการคัดแยกและทิ้งขยะให้ถูกต้อง ไม่ใช้กล่องโฟมในการบรรจุอาหาร ใช้   ถุงผ้าในการรับยา มีการรณรงค์ Reuse กระดาษ ในหน่วยงาน   * องค์กรควรมีการกำหนดการนำน้ำที่ใช้แล้วกลับมาใช้ซ้ำ   **(3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ**   * มีการคัดแยกขยะ ในทุกหน่วยงาน ได้แก่ ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ขยะรีไซเคิล   ขยะเคมีบำบัด   * ขยะทั่วไป มีเรือนพักขยะทั่วไป โดยมีตู้คอนเทนเนอร์ที่ปิดมิดชิด และถังขยะขนาด 200 ลิตร   อย่างเพียงพอ มีการขนย้ายจากหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่งานสนามขนไปไว้ที่เรือนพักขยะ วันละ 2 ครั้ง และเทศบาลจะมารับขยะทั่วไป เพื่อนำไปทิ้งแหล่งกำจัดขยะของเทศบาลต่อไป   * ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย และขยะเคมีบำบัด มีโรงเรือนชัดเจน และเป็นสัดส่วน โดยมีเจ้าหน้าที่   งานบำบัดน้ำเสีย รับขยะที่หน่วยงาน และรับขยะติดเชื้อจากคลินิกเอกชน   * ได้ตามรอยการขนย้าย ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ขยะเคมีบำบัด ของบริษัทเอกชนที่รับขยะไปยัง   แหล่งเผาขยะ   * คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวกับ การแยก การเก็บ การขน   ย้าย การแต่งกายรัดกุมมีระเบียบวิธีปฏิบัติในการกำจัดของเสีย กำหนดเส้นทางและเวลาในการขนย้าย    **(4).องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุง สิ่งแวดล้อมองค์กรประเมินและรับฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของ โรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน**   * มีการดำเนินการทำงานร่วมกันกับท้องถิ่นทางวิชาการและการรวบรวมขยะโดยคลินิกเอกชน   รวบรวม นำส่ง ที่เรือน พักขยะติดเชื้อ และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 22 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โดยรถยนต์จาก โรงพยาบาลเก็บที่ รพ.สต.  **ผลลัพธ์**   * อัตราการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐานปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 100   ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 90 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 91.67   * ประสิทธิภาพการคัดแยกขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล มากกว่า 90 %   **แผนการพัฒนา**   * พัฒนางานบำบัดน้ำเสียเพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับชุมชน และ รพ.ในเขตจังหวัด |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ผ่านการรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับท้าทาย (Challenge) เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566 * นำเสนอผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการนำน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์   The effect of the development of the wastewater reuse model from the wastewater treatment system take advantage Kalasin Hospital Kalasin Province   * รางวัลรองชนะเลิศการประกวด EMS ระดับเขต ปี 2566 * พัฒนาเมนูอาหาร “ชูสุขภาพ” และได้รับรองเมนูอาหาร “ชูสุขภาพ” จากกรมอนามัย จำนวน 10 เมนู * ได้รับรางวัลมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารระดับดีมากของกรมอนามัย ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ความปลอดภัย สวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความพร้อมใช้ และประสิทธิภาพของเครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566**  **(มิ.ย. 66)** |
| อัตราการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน | 100% | 100 | 100 | 90 | 100 | 91.67 |
| ร้อยละเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญได้รับการสอบเทียบ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| มีการจัดการซ้อมแผนฉุกเฉินของรพ.แบบเสมือนจริง | 1 ครั้ง/ปี | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| จำนวนครั้งที่ไฟฟ้าดับและเครื่องกำเนิดไฟฟ้า (Generator)  ไม่ทำงานตามเวลากำหนด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร | >85% | 90.23 | 97.75 | 90.10 | 94.77 | 94.18 |
| ร้อยละของบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน | <20% | 32.15 | 31.03 | 33.94 | 34.55 | 34.54 |

**II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-4.1 ทีมนำด้าน IC ประกอบด้วยสหวิชาชีพได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ ออกแบบ กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์มาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ออกแบบระบบ IC ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยวางแผนการทำงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และพื้นที่เสี่ยงในโรงพยาบาล โดยออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อร่วมกับทีมนำด้านคลินิก ได้แก่ การป้องกันการปนเปื้อน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่เสี่ยง การเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากร เช่น วัณโรค การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มีระบบการเฝ้าระวังดังนี้ Active surveillance , Targeted surveillance , Post discharge surveillance , เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และสอบสวนโรคเมื่อเกิดการระบาด ทบทวนหา RCA เมื่อพบอุบัติการณ์ตามความเสี่ยง ติดตามการปฏิบัติและสรุปผลนำสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการติดเชื้อ  II-4.2 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องจะปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมนำจัดให้มีระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และกำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย Isolation precautions โดยเฉพาะ Standard precaution เน้นย้ำเรื่องการทำความสะอาดมือ การทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้ Central sterile service department เพื่อให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบคุณภาพปราศจากเชื้อ ห้องส่องกล้องมีกระบวนการ reprocess โดยบุคลากรได้ผ่านการอบรมเฉพาะ มีแนวปฏิบัติในการ reprocess กล้องส่องอวัยวะ  **i. บริบท** โรงพยาบาลทั่วไป 540 เตียง จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 1782 ราย / วัน จำนวนวันผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.15 วัน มีห้องผ่าตัด 10 ห้อง หอผู้ป่วยวิกฤต 5 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยสามัญ 23 หอผู้ป่วย ห้อง AIIR 2 ห้อง Modified AIIR 8 ห้อง ER มีห้อง negative pressure 2 ห้อง บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ ;  การผ่าตัดการคลอด Invasive procedure การให้ยาเคมีบำบัด การติดเชื้อสำคัญ: VAP CAUTI SSI CLABSI MDROs โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากที่อื่น : รับผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัด และผู้ป่วยส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน ICN และการศึกษาอบรม : พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 คน ทุกคนจบหลักสูตร 4 เดือน กำลังศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อ 1 คน และได้รับการอบรมด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การออกแบบ  ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีการประสานงานและให้ความร่วมมือทั้งองค์กร มีการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อครอบคลุม พื้นที่ดังต่อไปนี้ OR LR ICU หอผู้ป่วยอายุรกรรม  OPD ER ห้องแยก AIIR/Modified AIIR ทันตกรรม ไตเทียม ห้องเตรียมยา จ่ายกลาง โภชนาการ ซักฟอก เอกซเรย์ ห้องพักศพ เพื่อดูแลระบบในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  (Infection Prevention & Control-IPC)  [II-4.1ก] | **3.5** | **I** | ทีมนำด้าน IC ได้ออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยใช้หลักการ 3P safety ครอบคลุม ผู้ป่วย บุคลากร สิ่งแวดล้อม และชุมชน ประกอบด้วย การใช้หลัก standard precautions ในการดูแลผู้ป่วยทุกรายร่วมกับการปฏิบัติการเสริมตามการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้ การป้องกันการแพร่กระจายทางอากาศ (Airborne precautions) การป้องกันการแพร่กระจายทางละอองฝอย (droplet precautions) และการป้องกันการแพร่กระจายทางสัมผัส (contact precautions) ส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการทำความสะอาดมือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ เช่น COVID-19 , Monkeypox การจัดการขยะติดเชื้อ น้ำเสีย การดูแลพื้นที่เสี่ยงในโรงพยาบาล การส่งเสริมบุคลากรรับวัคซีนพื้นฐาน การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากร ออกแบบระบบการเฝ้าระวังแบบ Active surveillance, Targeted surveillance ในตำแหน่ง VAP , CLABSI , CAUTI , SSI , Post discharge surveillance , เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และสอบสวนโรคเมื่อเกิดการระบาด และสำรวจความชุกปีละ 1 ครั้ง | | 1. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]\*\* | **3.5** | **I** | การติดเชื้อที่สำคัญคือ VAP กำหนด KPI น้อยกว่า 3.5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในรอบปีที่ผ่านมา ได้นำการปฏิบัติตาม bundle of care ในการป้องกันการเกิด VAP พบยังมีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรม Essential practice prevention VAP ใน ICU และ IPD ดังนี้ ส่งเสริมการใช้ weaning protocol หากสามารถ wean ได้เร็วโอกาสเกิด VAP จะน้อยลง ส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ยกหัวเตียงผู้ป่วยสูง 30- 45 องศาเพื่อป้องกันการเกิด aspiration เปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อสกปรก เปลี่ยนการทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน แนะนำยกเลิกการใช้ 0.12% hlorhexidine ในการทำความสะอาดช่องปาก ให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตาม bundle of care มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีคู่มือ E-book สำหรับทบทวนการปฏิบัติ มีการประชุมทบทวน การนำ Evidence base ใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการประเมิน VAP bundle ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้มีการทบทวน RCA ในหอผู้ป่วยที่พบผู้ป่วยเกิด VAP ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยตาม EBP ใหม่ เรื่องการทำความสะอาดช่องปาก มีการนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอัตราการเกิด VAP มีแนวโน้มลดลง บุคลากรปฏิบัติตาม Bundle of care ได้มากกว่าร้อยละ 80  CAUTI กำหนด KPI การเกิด CAUTI น้อยกว่า 1.5 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ ในรอบปีที่ผ่านมาได้ประเมินการปฏิบัติตาม Bundle of care เพื่อป้องกันการเกิด CAUTI มาวิเคราะห์ จัดทำแผนการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการป้องกันการเกิด CAUTI ให้กับบุคลากรทุกระดับ โดยจัดกิจกรรม CAUTI Smart care ดังนี้ ก่อนการสวนปัสสาวะ ส่งเสริมการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์ด้วยน้ำและสบู่ สวนปัสสาวะตามข้อบ่งชี้ ขณะใส่สายสวนปัสสาวะต้องใช้หลัก aseptic technique หลังใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินความจำเป็นของการใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้เป็นระบบปิด ให้ความรู้กับบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI โดยเฉพาะพนักงานเปล คนงานห้องผ่าตัดที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีสายสวนปัสสาวะ ทบทวนเหตุการณ์เมื่อมีอุบัติการณ์ CAUTI เฝ้าระวังนิเทศกำกับติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์แนวโน้มอัตราการเกิด CAUTI ลดลงทุกปี  SSI กำหนดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไม่เกิน 0.5 ครั้งต่อ 100 รายผ่าตัด ออกแบบกระบวนการเฝ้าระวังโดยทำแผนให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามชุด Bundle of care เฝ้าระวังการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด 30 และ 90 วัน ตามชนิดการผ่าตัด มีระบบ Tracking ติดตามเครื่องมือผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป เฝ้าระวังนิเทศ กำกับติดตาม การปฏิบัติ มีการเฝ้าระวัง post discharge ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายที่กลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล และรับข้อมูลเฝ้าระวัง post discharge จากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านทาง ICN ของแต่ละโรงพยาบาล  CLABSI กำหนด KPI ไม่เกิน 1.5 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีการจัดทำแผนให้ความรู้แก่บุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ให้ทันสมัย มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามการใช้ Bundle of care ประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง มีคู่มือแนวทางในการป้องกันการเกิด CLABSI ทบทวนเหตุการณ์เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป แนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ลดลง  การจัดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ กำหนด KPI การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ น้อยกว่า 1.5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วย sepsis ที่เสียชีวิต ที่สัมพันธ์กับเชื้อดื้อยา ยังพบอุบัติการณ์จึงจัดทำแผนให้ความรู้กับบุคลากร ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา โดยการส่งเสริมการล้างมือ การใช้ PPE ให้เหมาะสม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การจัดพื้นที่เฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ระยะห่างระหว่างเตียง ให้ความรู้ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประเมินการปฏิบัติตาม Bundle of care สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประเมินการทำความสะอาดมือ มีการสอบสวนเมื่อเกิดการระบาด ในรอบปีที่ผ่านมาได้ทำ RCA ได้แนวทางในการเอกซเรย์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยจะทำในรายสุดท้ายในหอผู้ป่วยนั้นและใช้ปลอกหมอนหุ้มแผ่นรองเอกซเรย์ ก่อนเอกซเรย์ผู้ป่วย ผลลัพธ์การติดเชื้อลดลง ปฏิบัติตาม Bundle of care ได้มากกว่าร้อยละ 80  การรับมือกับโรคอุบัติใหม่ จากสถานการณ์การระบาดของCOVID- 19 ทีมนำด้าน IC ได้ร่วมกับ สหวิชาชีพออกแบบระบบการป้องกันการติดเชื้อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทุกระดับ ออกแบบระบบการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้ง OPD/IPD มีจุดคัดกรองเฉพาะ จัดเตรียม cohort ward , รพ.สนาม , CI , HI , และพื้นที่เฉพาะ เช่น เรือนจำ มีจุดบริการวัคซีนโควิด ด้านโยบายมีการประชุมเตรียมความพร้อมเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านโครงสร้างมีการจัดตั้ง ARI Clinic ปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็น cohort ward Cohort ICU Cohort เด็ก ห้องผ่าตัดสำหรับโควิด โรงพยาบาลสนาม HI CI มีห้อง AIIR 2 ห้อง Modified AIIR 4 ห้อง ด้านบุคลากรมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรทุกระดับฝึกทักษะปฏิบัติการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ให้กับบุคลากรทุกระดับในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 การบริหารอัตรากำลังโดยจัดอัตรากำลังหมุนเวียนบุคลากรภายในอย่างเหมาะสม เพื่อไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สามารถจัดอัตรากำลังได้เพื่อให้บริการผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการวางแผนการใช้อัตรากำลัง การติดตาม การนิเทศ ประเมินด้านจิตใจ การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สามารถจัดอัตรากำลังให้บริการได้ cohort ward 1-2-3 รวม 90 เตียง cohort ICU 18 เตียง cohort เด็ก 10 เตียง รพ.สนาม1-2 จำนวน 200 เตียง ตลอดจนการจัดตั้งรพ.สนามวัคซีน ด้านวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายต่างๆให้อย่างเพียงพอต่อการใช้งาน มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทุกสังกัด ทุกภาคส่วน ไม่มีรอยต่อการประสานงานกับรพ.ต่างๆประชาชนมีความศรัทธา บริจาคสิ่งของ อาหาร อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์การติดเชื้อจากการทำงานในปี 2564 จำนวน 0 ราย ปี2565 จำนวน 3 ราย  การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง เพื่อให้บุคลากรได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ปลอดภัย มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ โดยใช้แนวปฏิบัติของ CDC พบความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 3 คน และได้รับยาต้านไวรัสทันเวลา  การดูแลบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน การเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร เป้าประสงค์บุคลากรไม่ติดเชื้อจากการทำงาน ในปี 2564 บุคลากรติดเชื้อวัณโรค จำนวน 9 คน ทีมนำได้ออกแบบแนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมวัณโรค จัดทำแผนให้ความรู้ในบุคลากรทุกระดับ จัดทำแผนการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรค บุคลากรได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่งเสริมการล้างมือ สอนและฝึกปฏิบัติการทำ Fit test ปีละ 1 ครั้มีกระบวนการการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำหรับบุคลากรมีการประเมินและจัดระดับความเสี่ยงเพื่อค้นหาบุคลากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรค บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน มีการตรวจสุขภาพรายปี มีโปรแกรมการคัดกรองวัณโรคด้วยตนเอง ผลการเฝ้าระวัง ในปี 2565 พบบุคลากรติดเชื้อ 7 คน ปี 2566 พบบุคลากรติดเชื้อ 4 คน  การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ มีห้องแยกในแต่ละหอผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำใช้มาตรการ contact precaution จัดแยกพื้นที่ชัดเจน มีระยะห่างระหว่างเตียงตามมาตรฐาน ผู้รับบริการ สวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ ส่งเสริมการล้างมือ มีจุดวางแอลกอฮอล์เจลทุกเตียง | | 1. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก] | **3.5** | **I** | **ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ**ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ใช้หลักการ standard precautions ร่วมกับการปฏิบัติการเสริมถ้ามีการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้การป้องกันการแพร่กระจายทางอากาศ (Airborne precautions) การป้องกันการแพร่กระจายทางละอองฝอย(droplet precautions)และการป้องกันการแพร่กระจายทางสัมผัส (contact precautions)  การทำให้ปราศจากเชื้อ กระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อ ตรวจสอบ 3 วิธี ได้แก่ 1) การตรวจสอบทางกลไก โดยตรวจสอบการทำงานของเครื่อง sterilizer ได้แก่ มาตรวัดอุณหภูมิ มาตรวัดความดัน สัญญาณไฟ และแผ่นกราฟที่บันทึกการทำงานของเครื่อง 2)การตรวจสอบทางเคมี ทั้งตัวบ่งชี้ภายในและภายนอกห่ออุปกรณ์ การทดสอบ air removal test สำหรับเครื่องนึ่ง Pre-vacuum โดยใช้ Bowie Dick test ก่อนอบทุกครั้งที่ทำการอบทุกวัน 3) การทดสอบทางชีวภาพ โดยทำ spore test ใน steam sterilizer และ EO ทุกรอบ การแบ่งพื้นที่ในการปฏิบัติงานได้ดังนี้ 1) เขตปนเปื้อนคือ บริเวณที่ล้างอุปกรณ์ 2) เขตสะอาดคือ บริเวณที่จัดเตรียมและห่ออุปกรณ์ และบริเวณที่ทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และ3) เขตปราศจากเชื้อคือ บริเวณที่เก็บห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และบริเวณที่เตรียมนำส่งอุปกรณ์ มีการควบคุมอุณหภูมิ 18-22ºc และมีความชื้นสัมพัทธ์ 35-70% การจัดพื้นที่ทำงานโดยอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วจะนำเข้าบริเวณห้องล้าง การจัดการอากาศโดยจัดการให้อากาศบริเวณที่สะอาดไปบริเวณที่สกปรก การสัญจรของบุคลากรจากมีลักษณะเป็น one way โดยสัญจรจากที่สะอาดไปสกปรก  การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ การใช้ single use device (SUD)การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: โดยจัดตั้งคณะทำงาน ที่มาจากกรรมการ ICC ดำเนินการสำรวจอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ วางแผนให้เกิด นโยบายการจัดการ SUD ของโรงพยาบาลซึ่งกำลังดำเนินการต่อ และจะออกแบบระบบ tracking เพื่อให้ทราบจำนวนและประเภทอุปกรณ์ ว่าใช้กับใคร  การควบคุมสิ่งแวดล้อม การแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดออกจากบริเวณปนเปื้อน  เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม ทีมนำออกแบบระบบได้ร่วมกับคณะกรรมการ ENV กำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรงพยาบาลโดยการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดออกจากบริเวณปนเปื้อน โดยกำหนดช่วงเวลาขนส่ง ร่วมกำหนดเส้นทางของปนเปื้อน (ส่งผ้า ขนขยะ) และของสะอาด (อาหาร ผ้า) อย่างชัดเจน และให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้โรงพยาบาลได้ปรับปรุงโรงเรือนพักขยะ และแนวทางปฏิบัติ คือ คู่มือการแยกขยะให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น  การจัดพื้นที่และเส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทีมนำได้ออกแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจัดแบ่งพื้นที่ตามการแพร่กระจายของเชื้อและอาการผู้ป่วย มีห้องแยกโรคติดเชื้อในแต่ละหอผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ  การทำความสะอาดพื้นผิว การทำความสะอาดพื้นผิวที่เกี่ยวข้องกับการักษา ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาที่มีประสิทธิภาพปานกลาง 0.5 % โซเดียมไฮโปคลอไรด์ หากพื้นผิวที่มีการปนเปื้อนเลือด ทำความสะอาดโดยใช้กระดาษทิชชูเช็ดคราบเลือดออกให้มากที่สุด จากนั้นทำลายเชื้อด้วยน้ำยาประสิทธิภาพปานกลาง คือ 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรด์ และพื้นที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาทำความสะอาดด้วยน้ำยาที่มีประสิทธิภาพระดับต่ำ ในกรณีการทำความสะอาดพื้นผิวในสิ่งแวดล้อมกรณีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แนะนำให้ใช้ 1 % โซเดียมไฮโปคลอไรด์  การลดความเสี่ยงในพื้นที่สำคัญ  -เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในพื้นที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจาย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยดำเนินการแบบ one stop service ที่คลินิกวัณโรค  -กรณีการระบาดของ COVID-19 มี ARI clinic ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ มีการดำเนินการตามมาตรฐานเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย มีห้องแยกโรค AIIR, Modified AIIR, Isolation room สำหรับผู้ป่วย COVID -19 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีการเฝ้าระวังคือ กรณีมีไข้ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจต้องแยกตัวและเข้ารับการตรวจทันที  -พื้นที่ที่มีผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ ไตเทียมผ่านเกณฑ์การประเมินจากสมาคมโรคไต เคมีบำบัด ใช้การปฏิบัติตามมาตรการ contact precautions กับผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกราย เตรียมแอลกอฮอล์เจลให้เพียงพอ พร้อมใช้ มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ  -งานซักฟอก มีการแบ่งโซนสะอาด และสกปรก ทางเข้า-ออกมีระบบ one way traffic ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในบุคลากรที่จุดซัก มีอ่างล้างตาเมื่อเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่  -งานจ่ายกลางได้ดำเนินการการทำความสะอาด ทำลายเชื้ออุปกรณ์ตามมาตรฐาน CSSD  -โภชนาการ มีการจัดแบ่งพื้นที่ จัดระบบ flow ใส่ PPE ขณะปรุง ประกอบอาหาร การผลิตอาหารให้ทางสายยาง ดำเนินการตามมาตรฐาน GMP การตรวจสอบคุณภาพอาหารทุกเดือน ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารเหลว ผัก และมือผู้สัมผัสอาหาร ผลตรวจเป็นลบ ตรวจสุขภาพบุคลากร 100 % และตรวจเพาะเชื้ออุจาระในบุคลากรทุกปี  -งานผลิตยา กำหนดให้การจัดเตรียม TPN ตามมาตรฐาน และมีการติดตามต่อเนื่องการเพาะเชื้อจาก ผลิตภัณฑ์ทุกเดือน ปฏิบัติตามตามแนวทางแนวทางการผลิตยาเตรียมปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลตาม ASHP Guidelines on Compounding Sterile Preparations  -ห้องพักศพ ดำเนินการให้ความรู้ในเรื่องการ ป้องกันการติดเชื้อจากศพ และการแพร่กระจายเชื้อกรณีศพโรคติดต่ออุบัติใหม่  -ห้องผ่าตัด ให้บริการ 10 ห้อง ทบทวนเมื่อพบอุบัติการณ์แผลผ่าตัดติดเชื้อ ในแผล clean wound และ post discharge surveillance  ห้องคลอด มีห้องคลอดแยกสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ 1 ห้อง เฝ้าระวังการติดเชื้อแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอดร่วมกับ PCT สูติ  ICU เฝ้าระวังการเกิด VAP CAUTI CLABSI  หอผู้ป่วยอายุรกรรม ดูแลจัด zoning ตามอาการผู้ป่วยและการแพร่กระจายเชื้อ  OPD มี ARI clinic คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยเป็น COVID-19 มีระบบ fast tact สำหรับผู้ป่วย TB  ER มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย airborne transmission คัดกรอง COVID-19, TB มีห้องแยก negative pressure 2 ห้อง  ทันตกรรม ทีมนำได้ออกแบบระบบป้องกันการติดเชื้อดังนี้ ด้านบุคลากร ส่งเสริมการล้างมือ อย่างถูกวิธี การใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม ด้านอุปกรณ์ การทำอุปกรณ์ให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อศูนย์กลางที่งานจ่ายกลาง มีตัวบ่งชี้ทางเคมีให้ตรวจสอบผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ภายนอกห่อเครื่องมือทุกห่อ การจัดการระบบระบายอากาศ เพื่อให้บริเวณที่ทำการรักษา เพื่อให้มีอัตราการเปลี่ยนอากาศที่เหมาะสม ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการไม่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของระบบทางเดินหายใจ มีอัตราการเปลี่ยนอากาศ ไม่น้อยกว่า 3 ACH สำหรับผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจะให้การรักษาในห้องเดี่ยว การเปลี่ยนอากาศมากกว่า 12 ACH และเว้นระยะเวลาให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย 10-15 นาที ออกแบบระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในผู้ป่วยที่มีหัตถการ | | 1. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]\* | **3.5** | **I** | ทีมนำได้มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP CAUTI SSI CLABSI มี Bundle of care มีแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และเมื่อติดเชื้อวัณโรค มีแผนควบคุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามรายการบัญชีความเสี่ยงด้านผู้ป่วยคือ VAP CAUTI CLABSI SSI ด้านบุคลากรคือ การติดเชื้อจากการทำงานและการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมคือ การจัดการขยะ การจัดการระบบน้ำเสีย การจัดการน้ำดื่มน้ำใช้ ความเสี่ยงด้านการป้องกันการติดเชื้อคือ การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายโดยมีมาตรการเชิงป้องกัน และมาตรการเชิงแก้ปัญหา |     **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ** จากการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการตอบแบบประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามตำแหน่งที่สำคัญ โดยแบบเดิมมีการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามตำแหน่งที่สำคัญผ่านใบงาน ซึ่งขาดความต่อเนื่องในการใช้ใบงาน การรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่เป็นปัจจุบัน มีความสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการใช้เอกสาร การรวบรวมข้อมูล จัดเก็บ รวมถึงการประเมินผล ยังไม่สะดวกต่อการใช้งาน ต่อมามีการปรับการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามตำแหน่งที่สำคัญ ในรูปแบบ Google form มีความสะดวกในการใช้งานมากขึ้น แต่ยังมีการประเมินการปฏิบัติจำนวนน้อย ไม่มีความต่อเนื่อง จึงออกแบบเมนูของ Line official account ของหน่วยงานชื่อ “IPC KSH” มีเมนูในการเข้าถึงข้อมูล ได้แก่ ลิงค์แบบประเมินการปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อตามตำแหน่งต่างๆที่สำคัญ การรายงานเคสเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดต่อสอบถามปัญหา การส่งรายงานยอดประจำเดือน การทำความสะอาดมือ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพช. การคัดกรองวัณโรคด้วยตนเอง การเข้าถึงเว็บเพจของ IPC และแบบประเมินความพึงพอใจ รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือนในกลุ่มไลน์ของ ICWN โดยใช้ line notify แบบทันที เมื่อมีการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการทำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติต่างๆ มีการรายงานผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแต่ละตำแหน่งที่สำคัญ ได้แก่ VAP CAUTI CLACSI SSI และ การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รวมทั้งผลการประเมินการทำความสะอาดมือ โดยใช้ google data studio ในการรายงานเป็น Dashboard แบบ real-time เพื่อให้ข้อข้อมูลย้อนกลับแก่หอผู้ป่วยและหน่วยงานต่างๆ และได้ร่วมนำเสนอผลงานการพัฒนาดิจัลด้านการพยาบาล เรื่อง การแจ้งเตือนระบบ IPC (IPC Reminder system) ในงานอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสารสนเทศ ประจำปีงบประมาณ 2566 เรื่อง “การเชื่อมโยงและขับเคลื่อนองค์กรพยาบาลด้วยข้อมูล.(Digital NSO Data Driven)  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และการเฝ้าระวังที่เหมาะสม มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566**  **(ต.ค.65-ส.ค.66)** |
| อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ  (VAP Rate/1,000 Vent. Days)\* | ≤3.5 | 4.36  122 ครั้ง | 4.48  157 ครั้ง | 3.58  114 ครั้ง | 2.90  97 ครั้ง | 2.92  103 ครั้ง |
| อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI/1,000 Cath. Days)\* | ≤1.5 | 0.27  12 ครั้ง | 0.59  29 ครั้ง | 0.45  20 ครั้ง | 0.36  18 ครั้ง | 0.29  15 ครั้ง |
| อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (CLABSI/1,000 Cath. Days)\* | ≤1.5 | 0 | 0.49  2 ครั้ง | 0.30  1 ครั้ง | 0.35  2 ครั้ง | 0.16  1 ครั้ง |
| จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน\*(TB) | 0 ราย | 2 | 9 | 9 | 7 | 4 |
| จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน(ของมีคมทิ่มตำ) | < 1% | 1.58  24 ราย | 2.07  33 ราย | 2.24  36 ราย | 1.25  21 ราย | 1.33  22 ราย |
| จำนวนเจ้าหน้าที่ติดโควิด จากการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |  |

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-5.1 องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (1)(2) มีคณะกรรมการเวชระเบียนวางแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบ การปฏิบัติการเปิดเผยประวัติผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับผลงานทั้งภายในและภายนอก มีการพัฒนาระบบเวชระเบียนให้มีความเชื่อมโยงกันในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล ประสานกับหน่วยงานสารสนเทศในการรวบรวมข้อมูลเพื่อความสะดวกในการค้นหาข้อมูล  **การออกแบบระบบเวชระเบียน**: มีการร่วมกันออกแบบ ระบบบริหารเวชระเบียน มีระบบป้องกันการสูญหายและรักษาความปลอดภัย มีการดำเนินการระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ การรักษาความลับที่ดี **การประเมินส่วนขาด**: พบว่าการบันทึกของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและครอบคลุมโดยเฉพาะในการบันทึก การตรวจร่างกายโดยแพทย์ และการให้คำวินิจฉัยในผู้ป่วยนอก และในส่วนของผู้ป่วยในการบันทึก Progress Note ซึ่งสิ่งที่ยังไม่ครอบคลุมคือการลง Problem list และแผนการรักษาภายในเวลาที่เหมาะสม ได้มีการสะท้อนข้อมูลไปที่องค์กรแพทย์ ให้ได้รับการแก้ไขโดยแพทย์เจ้าของไข้ และมีการประชุมทบทวนทุกปี พบว่าผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อีกส่วนหนึ่งคือได้มีการปรับแบบฟอร์มใหม่จำนวน 7 แบบฟอร์ม อันได้แก่ Discharge summmary,Informed consent ใบยินยอมให้ทำการตรวจรักษา,History,physical exam, Informed consent ใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ,Operative note,Nurses' note และ Doctor' Order Sheet และมีการสื่อสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น บันทึกรายละเอียดได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น ต่อไปคือ ได้จัดทำโครงการอบรมแนวทางการวินิจฉัยโรคและหัตถการ การตรวจสอบเวชระเบียนตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อให้เป็นเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGs ซึ่งวัตถุประสงค์ของการจัดทำโครงการขึ้นก็เพื่อพัฒนาความรู้ให้แก่ คณะกรรมการแพทย์ Auditor ให้สามารถบันทึกเวชระเบียนและการสรุปโรค การให้รหัสโรคได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด เพื่อรองรับการจัดสรรเงิน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) และเพื่อเพิ่มค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร พบว่าผลลัพธ์คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น การให้บริการตามความจริง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กรทั้งการเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายรวมถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการทางการแพทย์และเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันตามนโยบาย **ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของการบันทึก** : จากการทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงได้ปรับแบบฟอร์มการบันทึกให้สะดวกขึ้น ตัดส่วนที่ซ้ำซ้อนออก และทำให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเช่น การเพิ่มการสื่อสาร Pain Score เป็นสัญญาณชีพที่ 5 และแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ผลลัพธ์ พบว่าคุณภาพการบันทึกดีขึ้น (3)การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:มีการประเมินผลการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้มาตรฐานการตรวจสอบเวชระเบียนของสปสชและ กยผ ทั้งนี้ ได้มีระบบกำกับติดตามการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกในทุก 6เดือน/ครั้ง อีกทั้งมีการนิเทศวิธีการบันทึกเวชระเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร Auditor ปีละ 1 ครั้ง (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:ประมวลผลจากเวชระเบียนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผลที่ได้หากดีอยู่แล้วก็จะคงไว้ ส่วนในกรณีที่มีข้อบกพร่องที่จะนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อพัฒนางาน เช่น Progress note คะแนนยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งได้มีการนิเทศติดตามให้มีการบันทึกอย่างถูกต้องยิ่งขึ้น (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:มีการประเมินประสิทธิภาพโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนภายในโรงพยาบาลและตรวจสอบซ้ำโดยคณะกรรมการจากภายนอก เช่น สปสช. กรมบัญชีกลาง ฯลฯ ซึ่งได้ยึดหลักตามเกณฑ์ของ สปสช. และ กยผ. ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้นำไปสู่กระบวนการพัฒนา การนำระบบ Paper less มาใช้ทั้งโรงพยาบาล  II-5.1 การรักษาความปลอดภัยและความลับ (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:มีการนำเวชระเบียนไปสรุปนอกหน่วยงาน พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหายจึงได้มีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหายโดยเน้นไม่ให้นำเวชระเบียนออกจากโรงพยาบาล และกำหนดสถานที่สำหรับทำการสรุปเวชระเบียนให้เป็นที่เป็นทาง  (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:   * คณะกรรมการเวชระเบียนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้กำหนดผู้ที่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลไว้ในระเบียบ   ปฏิบัติไว้ดังนี้เจ้าหน้าที่ของแผนกเวชระเบียนทุกคน แพทย์/พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผู้ที่ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการ   * ข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้ข้อมูลทางการแพทย์กำหนดให้แพทย์เท่านั้นที่   จะเป็นเข้าถึง ข้อมูลทางการพยาบาลกำหนดให้แพทย์พยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลทางเวชระเบียนผู้เกี่ยวข้องที่มีสิทธิ์สามารถเข้าถึงได้แต่ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่นผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยที่ถูกข่มขืน หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวซึ่งจากการปฏิบัติที่ผ่านมาไม่พบข้อร้องเรียนใด  **การรักษาความปลอดภัยและความลับ**  1. เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่  2. องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน  3. องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.  4. องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย  (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:   * ได้มีระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลในการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองที่อยู่ในเวชระเบียนได้โดยขอเป็นสำเนาข้อมูลหรือให้แพทย์ที่รักษาลงความเห็นแพทย์สรุปผลการรักษาให้ซึ่งให้ผู้ป่วยต้องขออนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจอนุมัติให้สำเนาข้อมูลไปได้แต่แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สามารถนำไปได้ * การให้ข้อมูลของผู้ป่วยในแฟ้มเวชระเบียน หรือจากผลการวินิจฉัยโรคLab, X -ray และผลชิ้นเนื้อแก่ผู้ป่วยได้   กำหนดให้แพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลวิชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมายให้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเท่านั้น  II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มใหม่ ขึ้นทดแทนแบบฟอร์มเก่า โดยนำเกณฑ์การประเมินของสปสช.องค์กรทางวิชาชีพมาประยุกต์ โดยวัตถุประสงค์ให้เวชระเบียนมีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถตอบสนองเป้าหมายการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลได้ (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด): การทบทวนเวชระเบียนจะทำการประเมินความสมบูรณ์และความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนปีละ2 ครั้ง ตามแผนโดยทีมตรวจสอบเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชสถิติใช้วิธีการสุ่มตรวจแบบ Random ร้อยละ 3 โดยประเมิน ดังนี้ - นำเกณฑ์การประเมินของสปสช.องค์กรทางวิชาชีพมาประยุกต์โดยวัตถุประสงค์ให้เวชระเบียนมีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถตอบสนองเป้าหมายการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลได้  - มีการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยโดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 3% ของจำนวนผู้ป่วยจำหน่ายแต่ละเดือน ประเมินโดยทีมแพทย์พยาบาล   - จัดทำแบบประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยในและแนวทางการประเมินซึ่งใช้ในการประเมินภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  - การประเมินภาพรวม เพื่อ Feedback ให้กับแต่ละ PCT และหน่วยงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น  **i. บริบท**เวชระเบียนทางการแพทย์ที่ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาโรคของผู้ป่วยที่มารับการบริการในสถานพยาบาล เป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ เพื่อสื่อสารระหว่างทีมแพทย์  พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยมีขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน: การให้บริการตามขั้นตอนโดยใช้ระบบ  Digitalเข้ามา Support ในกระบวนการ Register การส่งต่อข้อมูลทุกขั้นตอนไปยังแผนกต่างๆ มีการนำระบบ Scan เข้ามาเสริมในการจัดเก็บแฟ้มประวัติ ทำให้ลดขั้นตอนการค้นแฟ้มเวช  ระเบียน และเพื่อรองรับระบบ OPD Paperless และ IPD Paperless ในอนาคต  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | 1. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก,ข] | 3.5 | L | เพื่อให้มีระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้บริหารและลูกค้าภายนอก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนจึงได้มีการกำหนดแนวทางการบันทึกเวชระเบียน การจัดเก็บ การเข้าถึง การรักษาความปลอดภัยป้องกันการสูญหาย และการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยมีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hos-xpที่ต่างระดับชั้นกันสำหรับผู้ให้บริการ และยังมีการพัฒนาออกแบบระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยของแพทย์วิธีการบันทึกสื่อสารเข้าในองค์กรแพทย์โดยจัดทำเป็นวีดีโอแนะนำการบันทึกมีการติดตามผลทุกเดือน และมีแนวโน้มดีขึ้น | | 1. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2] | 3.5 | L | มีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยมีเป้าหมายว่าเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกเกณฑ์ทั้งของ สปสช. และ กยผ. โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ เวชระเบียนมีการประเมินความสมบูรณ์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน   * ผู้ป่วยนอกในปี 66 มีการตรวจประเมินและติดตามเป็นรายเดือน ยังมีผลการประเมินความ   สมบูรณ์ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้อันได้แก่ การบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ , การวินิจฉัย และการรักษา ได้นำเรียนผลการตรวจประเมินเป็นรายแพทย์ให้องค์กรแพทย์เพื่อการพัฒนาต่อไป   * ผู้ป่วยใน ได้มีการประเมินความสมบูรณ์และถูกต้องปีละ 2 ครั้ง ผลการประเมินยังมีส่วนที่ต้อง   พัฒนา ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการบันทึก Progress note , บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ และการบันทึกทางการพยาบาล (Nurses’note) ได้นำผลการประเมินให้องค์กรแพทย์ และกลุ่มการพยาบาลเพื่อพัฒนาต่อไป |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * พัฒนาระบบงานเวชระเบียนเป็นระบบ OPD paper less * พัฒนาระบบการไหลเวียนชาร์ท สามารถติดตามได้ และรอบการส่งเบิกทันเวลา * ค่า CMI ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น   **iv.ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก | >80% | 93.74 | 85.26 | 87.12 | 87.25 | 92.36 |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | >80% | 88.32 | 86.20 | 87.32 | 89.11 | 83.12 |
| อัตราความสมบูรณ์ของ progress note | >80% | 93.06 | 93.51 | 91.67 | 87.56 | 83.00 |
| อัตราความผิดพลาดของการให้รหัส ICD10 | < 5% | 4.90 | 3.66 | 4.20 | 2.51 | 7.60 |
| CMI ของโรงพยาบาล | 1.8% | 1.45 | 1.55 | 1.59 | 1.56 | 1.72 |

**II-6 ระบบการจัดการด้านยา**

**1. บริบท**สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)

**ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์** ได้มีการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยามาอย่างต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชีพ มีจุดเด่นด้านการนำเทคโนโลยีด้าน IT มาส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านยาที่จำเป็น มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง สหสาขาร่วมวางแผน พัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาโดยใช้มีข้อมูลความเสี่ยงด้านยาประกอบการพัฒนา มีระบบติดตามผล ปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่อง โดยให้ความตระหนักในกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงในด้านต่างๆ และนำมาเข้าสู่กระบวนการออกแบบการใช้ยา(กระบวนการสั่งใช้ยา ถึง การติดตามผลการใช้ยา) ในกลุ่มยาสำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง (HAD: High Alert Drug), ยาที่มีความเสี่ยงในการบริหารและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ยา rt-PA Amphotericin B Vancomycin, การใช้ Trigger tool ในการเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางยา, การดูแลการได้รับยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ปรับขนาดยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับและไตบกพร่อง กลุ่มผู้ป่วยเด็ก, การออกแบบกระบวนการทวนสอบการใช้และติดตามผลการใช้ยาทางวิสัญญีทุกจุดบริการ, เฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วย HIV ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้มีภาวะ G6PD หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร, กระบวนการติดตาม เฝ้าระวังยาสำคัญ ป้องกันการใช้ยาไม่สมเหตุผลตามหลักการของ RDU การเฝ้าระวัง ป้องกันการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาที่มารับบริการ ทั้งผู้ที่มีประวัติในโรงพยาบาลและประวัติของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยึดหลักมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลฉบับล่าสุด เกณฑ์มาตรฐานประเมินตนเองของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการออกแบบ วางแผน สะท้อนระดับของการปฏิบัติงานหรือศักยภาพของโรงพยาบาล การจัดการระบบยาตามบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลได้ดำเนินการในตัวชี้วัดนั้นแล้ว งานแล้วเสร็จ บางส่วนยังดำเนินการ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืนของระบบต่อไป โดยในมิติด้านพัฒนาคุณภาพ ระบบการจัดการด้านยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีจุดแข็งในมิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ มิติการบริหารและมิติการจัดการระบบยา และมิติด้านด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรมยังคงเป็นด้านที่มีโอกาสพัฒนาได้เพิ่มเติมในหลายๆประเด็น

**2. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- |
| การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] \*,\*\* | 3.5 | I | 1. การวิเคราะห์และสื่อสารข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาแก่คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง  2. การพัฒนากำกับการใช้ยาตามข้อกำหนด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแผนงานดูแลการกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพ  3. การพัฒนาการค้นหาความเสี่ยงด้านยาทุกมิติอย่างต่อเนื่อง  4. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลประวัติการแพ้ยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค] | 3.5 | I | 1. การพัฒนาการส่งเสริม และเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นแก่สหสาขาวิชาชีพ ประกอบการพิจารณาใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก] | 3.5 | I | 1. การพัฒนากระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนระหว่างนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะ การประสานรายการยาในผู้ป่วยที่วางแผนได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนหอผู้ป่วย  2. การ Scan ใบสั่งยาจากหอผู้ป่วย เพื่อคัดกรองใบสั่งยาตามมาตรฐานก่อนจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุม |
| การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข] | 3.5 | I | 1. คัดกรองใบสั่งยา(screening)หรือคำสั่งใช้ยา ก่อนจัดเตรียมยาให้ได้ครอบคลุม มากกว่าร้อยละ 80 ของปริมาณใบสั่งยา  2. การจ่ายยาอย่างถูกต้อง ทันเวลา กรณี ยา stat ภายใน 15 นาที และภายใน 120 นาที หลังจากที่ได้รับใบเบิกหรือคำสั่งใช้ยา  3. การพัฒนากระบวนการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาเชิงรุก  4. การพัฒนาระบบการปรับขนาดยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง แผนกผู้ป่วยใน |
| การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค] | 4 | I | 1. การติดตามการใช้ยา HAD (รายการยาใหม่) อย่างครอบคลุม  2. การพัฒนาการใช้ electronic MAR อย่างต่อเนื่อง  3. การพัฒนากระบวน Telepharmacy และติดตามผลการรักษา  4. การค้นหา Dispensing errors เชิงรุก จากกระบวนการ Telepharmacy โดยเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วย CKD Stage 3 / Case HD , Asthma/COPD , Epilepsy , DM/HTN (คนไข้ไปรษณีย์) |

**1. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] \*,\*\***

* คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด(Pharmaceutical Therapeutic Committee ; PTC) ทำหน้าที่ในการทบทวน กำหนดนโยบายการบริหารจัดการด้านยา การบริหาร

เวชภัณฑ์ทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยขับเคลื่อน

นโยบายร่วมกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการคุณภาพเภสัชกรรม(Quality

Pharmacy Committee) โดยมีระบบการจัดการด้านยาที่สำคัญ ดังนี้

* ADE/ME : โรงพยาบาลได้มีการเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาADE จากการพัฒนากระบวนการ MR ให้พิมพ์ประวัติการใช้ยาโรคเรื้อรังผู้ป่วยใน ที่จุดแรกรับก่อนส่งตัว

ผู้ป่วยเข้านอนบนหอผู้ป่วยและทุกรอยต่อของการบริการ, ใช้ Trigger tool เป็นตัวส่งสัญญาณแบบ Real time, ใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมในการค้นหา ADE การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากกรณีผู้ป่วยมาไม่ตรงนัด การคัดกรองประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มจากกระบวนการบริบาลเภสัชกรรม ส่งผลให้สามารถป้องกันและลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ ADE ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น การติดตามตัวชี้วัด RDU มีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น URI การออกแบบกระบวนการป้องกัน ติดตามการได้รับยาปฏิชีวนะในหญิงครบกำหนดคลอดปกติทางช่องคลอด การทบทวนความถูกต้องของการบันทึก ICD-10 ในผู้ป่วย Asthma แนวทางการสั่งใช้ ATB จากรายงานความไวยาต่อเชื้อในโรงพยาบาล

* การพัฒนาสิ่งแวดล้อมสนับสนุน : โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและเทคโนโลยีช่วยเชื่อมโยงระบบงาน

ต่างๆ มีระบบส่งสัญญาณเตือนเมื่อพบความเสี่ยงจากการใช้ยา มีข้อมูลยาที่จำเป็นที่เข้าถึงได้ง่าย ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วย ได้พิจารณาประกอบการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เหมาะสมเพิ่มขึ้น

* High alert drug: มีการกระตุ้น ติดตาม กำกับ ในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง อย่างสม่ำเสมอผ่านเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย (PCT

Manager) และทบทวนการปฏิบัติกับผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการผู้ป่วย

**การป้องกัน ME/ADE :** จัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติ นำสู่การปฏิบัติ ตรวจสอบ ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อ ME/ADE ที่เกิดหรือมีโอกาสเกิดอย่างเหมาะสม

**การติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)**

* ระบบการติดตาม รายงาน ป้องกัน พัฒนาความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา/ความเสี่ยงทางยา

ลดโอกาสเกิดและลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ได้มีการกำหนดนโยบายด้านยาของโรงพยาบาลที่สำคัญ มาตรการป้องกัน ค้นหา ผ่านเครื่องมือการคุณภาพ (เช่น การใช้ Trigger tool) กระบวนการทำงาน(เช่น การพัฒนาระบบ Medication reconciliation) การนำเทคโนโลยีเข้าช่วยค้นหา จัดการ สื่อสาร รายงาน เพื่อความคุมความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น

* มีกระบวนการการกระตุ้นการรับรู้ถึงความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง การรวบรวมและรายงานความเสี่ยงของระบบยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้พบปัญหาการรายงาน

น้อยกว่าความเป็นจริง ความยุ่งยากในการรายงาน ระบบยาได้ออกแบบการรายงานร่วมกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับระบบรายงานของโรงพยาบาลโดยใช้ระบบสารสนเทศในการรายงาน ได้ออกแบบกระบวนการทำงานของเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย เป็นกลไกกระตุ้นการค้นหา เรียนรู้ รายงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาร่วมกับหอผู้ป่วยในทุกวัน

* **การควบคุมอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา** มีมาตรการควบคุมได้แก่ นโยบายด้านยา แนวทางการสั่งใช้ยาควบคุมใน

บัญชียาโรงพยาบาล แนวทางการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูง ยาที่ควรระมัดระวัง พัฒนากระบวนการประสานรายการยาทุกรอยต่อ การเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น ประวัติแพ้ยา ประวัติแพ้ยาจากสถานบริการอื่น การอบรม ปฐมนิเทศบุคลาการแพทย์ในประเด็นความเสี่ยงสำคัญด้านยา การสั่งใช้ยาผ่านระบบสารสนเทศ การสั่งใช้ยาผ่าน standing order ในประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในการสั่งใช้ เป็นต้น ในระบบผู้ป่วยนอกใช้ระบบการสั่งใช้ยาผ่านคอมพิวเตอร์ แต่ยังไม่ครอบคลุมห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้และคัดลอกคำสั่งยาจากห้องฉุกเฉิน ได้สะท้อนปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดำเนินวางแผนการประสานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาในห้องฉุกเฉิน ใช้คำสั่งใช้ยาผ่านระบบสารสนเทศ และวางแผนพัฒนาระบบ CPOE จากคำสั่งใช้ยาที่เป็นรายการยาแนะนำอัตโนมัติ จาก Electronic Standing Order ของแต่ละโรคบนหลักการของการตัดสินใจทางคลินิค (Clinical Decision Support System; CDSS)

* **การควบคุมอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่ง** ในระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ณ ปี 2564-2566 ยังไม่

เป็นระบบpaperless ระบบยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยังพบความไม่ชัดเจนของลายมือแพทย์ผู้สั่งใช้ผ่าน doctor oreder และส่งคำสั่งใช้ยาโดยใช้ copy order sheet ทางหอผู้ป่วยในบางช่วงเวลาขาดเจ้าหน้าที่ในการนำส่งคำสั่งใช้ยา ปี 2566 ระบบยาจึงเสนอปัญหาและได้วางแผนการพัฒนาการส่งคำสั่งใช้ยาแบบ scan ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบนี้ร่วมกัน

ในระยะนำร่อง กลุ่มงานเภสัชกรรมได้เขียนพัฒนาโปรแกรมฟังก์ชั่นการ scan ใบสั่งยาขึ้นใช้เองในโรงพยาบาล ออกแบบกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่าง

หอผู้ป่วยและห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน สื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ ใช้เครื่องมือที่มีอยู่เดิม ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร all in one ที่สามารถ scan ได้ ทดลองนำร่องในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วย ผลลัพธ์ในระยะนำร่อง พบปัญหาเรื่องการอ่านใบสั่งยาที่ไม่สะดวกจากขนาดหน้าจอที่ใช้(แนวนอน) ทำให้การคัดกรองใบสั่งยาล่าช้า การ scan ที่ยังช้า คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการใช้งานในหอผู้ป่วย จึงได้เสนอเข้าแผนครุภัณฑ์โรงพยาบาลปีงบประมาณ 2567 และได้รับอนุมัติเพื่อพัฒนาระบบต่อเนื่อง

ในระยะขยายผล ตุลาคม 2567 ได้เริ่มทดสอบขยายผลการพัฒนาการ scan ใบสั่งยาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทั้งหมด และแผนกอื่นๆ และติดตามผลลัพธ์

การพัฒนาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

* ปี 2564 พัฒนาระบบ electronic MAR นำร่องในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พัฒนาระบบ electronic MAR เพื่อตรวจสอบข้ามวิชาชีพในการป้องกันความคลาดเคลื่อน

ทางยาจากการคัดลอกคำสั่งที่ผิดพลาดจากห้องยาทั้งระบบผู้ป่วยใน ลดภาระงานในการเขียนทางการพยาบาล ได้ผลตอบรับที่ดีจากผู้ปฏิบัติ ปัจจุบันได้ขยายผล electronic MAR ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

* ในระบบงานผู้ป่วยนอกใช้ระบบการสั่งใช้ยาผ่านระบบสารสนเทศ CPOE และใช้กระบวนการตรวจสอบข้ามวิชาชีพในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มี

กระบวนการตรวจสอบข้ามระหว่างผู้พิมพ์คำสั่งยา ผู้ตรวจสอบรายการยาและคำสั่งยา และเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายการยาก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการตรวจสอบซ้ำ 2 ขั้นตอน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของการคัดลอกความคำสั่งยาของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และระบบงานผู้ป่วยนอกใช้ระบบการสั่งใช้ยาผ่านระบบสารสนเทศพบว่าสามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งและช่วยลดระยะเวลารอคอยยาได้ได้ชัดเจน

* **การควบคุมอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา** มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองปัญหาด้านยาที่ชัดเจน(standard screening) การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ยาความเสี่ยงสูง การพัฒนาระบบโปรแกรมเชื่อมโยงประวัติแพ้ยาระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดและใช้ส่งต่อข้อมูลด้านยา มีระบบการสื่อสารเชื่อมโยงประสานงานในรูปแบบเครือข่ายภายในจังหวัด ใช้การจัดการ LASA ทุกเดือน เดือน มีระบบสัญญาณเตือนสำคัญ(Trigger Tools) ระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับและค่าทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในช่วงวิกฤติที่บ่งชี้ถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ป้องกันได้จากยาข้างต้น เพื่อให้มีการประเมินและจัดการการใช้ยาที่เหมาะสมผ่านการให้คำปรึกษากับแพทย์ในรูปแบบ “Pharmacist note” ก่อนจ่ายยาไปถึงตัวผู้ป่วย จนเสี่ยงเกิดอุบัติการณ์จ่ายยาไม่เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยที่รุนแรงขึ้น
* **การควบคุมอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา** มีแนวทางการเตรียมและบริหารที่ถูกต้องในฉลากยา การกระตุ้นการ

ค้นหาความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาเชิงรุกโดยเภสัชกรและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เช่น ระบบการตรวจสอบการใช้รายการยาสำรอง ระบบการตรวจสอบชั้นเก็บยาเฉพาะรายว่าสัมพันธ์กับช่วงเวลาในการบริหารยาหรือไม่ การคำนวณและประมาณระยะเวลาที่ใช้บริหารยาหมด ระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของเวชระเบียน/บันทึกทางการบริหารยา เป็นต้น

* เมื่อสหสาขาวิชาชีพพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์/ความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา/ความเสี่ยงผ่านช่องทาง intranet ของระบบ

โรงพยาบาลเพื่อนำไปประเมินความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญของปัญหา ในกรณีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรงดำเนินกิจกรรม RCA วางแผนแก้ไขเชิงระบบตามสาเหตุ ในกรณีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนไม่รุนแรง/เชิงปริมาณ ได้นำข้อมูลไปใช้วางแผนป้องกันต่อไป

* มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนกับให้กับคณะกรรมการและการบำบัด องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล และสะท้อนข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยารายเดือน

ให้แก่หอผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุง ลดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป

**ยาที่ต้องระมัดระวังสูง(HAD):**

* จากการทบทวนข้อมูลรายการยาที่มีความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า ระบบการจัดการด้านยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความ

เสี่ยงในการใช้ยาหลายรายการ ซึ่งยังได้รับการเฝ้าระวังไม่ครอบคลุม ปี 2564 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้มีการปรับเพิ่ม กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง จากเดิม 12 รายการ เป็น 38 รายการ โดยเพิ่มยาในกลุ่ม กลุ่มยา inotropic drus กลุ่มยา Cytotoxic drug Amphotericin B inj และ Vancomycin inj เป็นต้น

* เมื่อทบทวนรายการยาแล้ว จึงทำการออกแบบกระบวนการปฏิบัติ แนวทางกระบวนการปฏิบัติต่อยาความเสี่ยงสูง การคัดเลือกยาเข้าบัญชีโรงพยาบาล, การรับยาเข้า

มาใช้ในโรงพยาบาล, การเก็บรักษาและการสำรองยาที่มีความเสี่ยงสูง, การสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูง, การจัด ทบทวนคำสั่งใช้ยา จ่ายยาความเสี่ยงสูง, การบริหารยาและจัดการยาในหอผู้ป่วย, การเฝ้าระวังผลการใช้ยาความเสี่ยงสูง จัดทำคู่มือ สื่อสารในรูปแบบ electronic file และช่องทาง web site ของโรงพยาบาลเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึง ดำเนินการประกาศนโยบายยาความเสี่ยงสูง สื่อสารองค์กรแพทย์ กลุ่มงานพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม และมีระบบติดตามกำกับผลการใช้ยาต่อเนื่อง

* เพื่อให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระบบการจัดการยาความเสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ เกิดความปลอดภัยและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการ

ในเดือนสค2564 ประกาศใช้นโยบายการจัดการยา HAD ฉบับปรับปรุง 2564 กำหนดแนวทางปฎิบัติ พัฒนาเครื่องมือ และเริ่มการติดตามผล ปฏิบัติตามแนวทางในการใช้ยาความเสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้อง

* ผลการดำเนินการ จำนวนครั้งที่ได้ติดตาม HAD เพิ่มขึ้นจาก ปี 2564 17,552 ครั้ง เป็น 24,781 ครั้ง ในปี 2565 และ 25,845 ครั้ง ในปี 2566
* Norepinephrine inj ในปี 2563-2564 มีการสั่งใช้ยา Norepinephrine ทั้งหมด 15,473 ครั้ง พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Norepinephrine ทั้งหมด 9 ครั้ง

เกิด Extrvasation 6 ราย และ Phlebitis 3 ราย ซึ่งในปี 2565 การสั่งใช้ยา 9,977 ครั้ง พบ Administration error ระดับ C เพิ่มขึ้น 1,066 อุบัติการณ์ ร้อยละ 10.68 เป็น Wrong Documentation ไม่พบหลักฐานเวลาเริ่มบริหาร พบ ADR 4 ครั้ง เกิด Extrvasation 1 ราย และ Phlebitis 2 ราย และ Limb ischemia 1 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากการติดตามที่เพิ่มขึ้น

**2 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค]**

**การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุน การส่งสัญญาณเตือน**

**ระบบการจัดการด้านยา**

* แพทย์ผู้รักษาและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลทั่วไป เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว การวินิจฉัยโรค หรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

(การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง) เข้าถึงการแจ้งเตือนต่างๆ การส่งต่อข้อมูลการรักษาจากสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

* บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลการแพ้ยา หรือข้อมูลที่จำเป็นได้ ในสายคล้องมือผู้ป่วย ใบประสานรายการยาแรกรับ ใบนำทาง บัตรนัด ใบ electronic MAR

**ระบบงานเภสัชกรรม**

* พัฒนาโปรแกรม PharMS ให้สามารถเข้าถึงการตรวจของแพทย์ทำให้ทราบถึงเหตุผลในการปรับเปลี่ยนยา วิธีใช้ยา หรือสิ่งที่แพทย์ต้องการให้เภสัชกรแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมในการ

รักษาพยาบาลแต่ละครั้งของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มงานเภสัชกรรมได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ประวัติแพ้ยา, โรคประจำตัว, ภาวะตั้งครรภ์/ให้นมบุตร, น้ำหนักตัว, G6PD, on warfarin โดยสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดได้ นอกจากนั้นยังสามารถเข้าถึงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น โดยสามารถเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง ได้มากกว่า 2 visit ติดต่อกัน สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อ แพทย์และพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยในระบบ HOSxp ผ่าน pop-up แจ้งเตือนการเข้าถึงประวัติแพ้ยาของโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการสแกนใบสั่งยาผู้ป่วยใน ระบบการบันทึกการบริบาลด้านเภสัชกรรมของผู้ป่วยเฉพาะรายในกลุ่มโรค warfarin ทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้งงานบริบาลและบริการเภสัชกรรม การบันทึก DRPs , การให้คำปรึกษาด้านยาและนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วย การเข้าถึงข้อมูลค่า lab ที่สำคัญในกลุ่มยาที่มี ADE ที่สำคัญ (trigger tools) alert เตือนทุก 1 ชั่วโมง การออกแบบเครื่องช่วยจำ การคิด การตัดสินใจ (Design of cognitive aids and decision support systems) ใช้สัญลักษณ์สี เป็นเครื่องมือแจ้งเตือนของโปรแกรม PharMS เพิ่มเติม เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากความเหนื่อยล้าของระบบ pop – up (clinical reminder alert fatigue in healthcare) เพิ่มความรวดเร็วในการตัดสินใจในการจ่ายยา

* ใช้โปรแกรมช่วยในการคัดกรองและจ่ายยาจะสามารถทวนสอบการสั่งใช้ยาที่ขนาดและวิธีใช้ยาไม่เหมาะสม,การลืมสั่งยาเดิมโรคเรื้อรัง,การลืม off ยาเดิม,การสั่งยาไม่

เหมาะสมกับโรคหรือสภาวะของผู้ป่วย,การลืมสั่งใช้ยารักษาภาวะผู้ป่วย ทำให้ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งใช้ยาและการจ่ายยาได้ ตัวอย่างระบบที่สามารถแจ้งเตือน เช่น คัดกรองใบสั่งยาผู้ป่วยจากข้อมูลในระบบ Hosxp ระบบบันทึกการติดตาม Medication reconciliation ระบบ Alert ค้นหา Trigger ยากับค่า LAB ที่ผิดปกติ ระบบ Alert ยา TB พร้อมตารางเทียบ Dose ยาที่เหมาะสม ระบบการบันทึกการ Consult ระบบบันทึกและรายงานด้านยา ระบบบันทึกการจ่ายยา ระบบ Note สื่อสาร Sticky Note ระบบ Note Diag เครื่องมือช่วยคำนวณ เช่น warfarin,CrCl แผนภาพคู่มือการปรับขนาดยา สามารถดูค่า LAB ผ่านโปรแกรมได้โดยไม่ต้องเข้า Hosxp มีระบบ Lab Smart ดูประวัติ Lab รายตัวพร้อม วาดกราฟ สามารถนำไปใช้ที่ Ward สำหรับพิมพ์ใบ eMAR ได้ แจ้งเตือนแพ้ยา โดยใช้การตรวจสอบจากรหัส TMT รวมทั้งแพ้ยากลุ่มเดียวกันและแพ้ยาข้ามกลุ่ม แจ้งเตือนยาที่ต้องปรับตามค่าการทำงานของไต แจ้งเตือน ยา กับ ค่า LAB(ตั้งเพิ่มเติมเองได้) เช่น NSAIDs, Metformin, Glipzipe กับ ค่า eGFR, warfarin กับค่า INR เป็นต้น แจ้งเตือนกรณีผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดแล้วไม่ได้รับยา Premed แจ้งเตือนยากับโรคประจำตัว ระบบบันทึก Medication Reconsiliation เปรียบเทียบยากลับบ้าน กับ ยาต่อเนื่องล่าสุด และ ยาเดิม(กรณีทำ MR)

**เภสัชกรรมทางไกล**

* โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เภสัชกรได้มีส่วนร่วมในการให้บริการทางTelepharmacy เริ่มตั้งแต่เดือนก.พ.65ในคลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคลมชัก เภสัชกร

เริ่มดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2565 ในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ใหญ่ และโรคลมชักในการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยสามารถเลือกรับยาทางไปรษณีย์ หรือร้านยาใกล้บ้านที่ผู้ป่วยสะดวก ซึ่งการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทางไกล สามารถพบเภสัขกรผ่านทางระบบ Web Telehealthregion7ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ร่วมกับแอพลิเคชั่นซูม และแอพลิเคชั่นหมอพร้อมการติดตามวัดผลในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการบริบาล Telepharmacy จำนวน 53 ครั้ง พบความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) ร้อยละ 90.56 ความถูกต้องของการใช้ยาสูดพ่นร้อยละ 89.28 และไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโรคลมชักได้รับการบริบาล Telepharmacy จำนวน 65 ครั้ง พบความร่วมมือและความถูกต้องในการใช้ยาร้อยละ 92.30 และไม่เกิดพึงประสงค์จากการใช้ยา ปี 2566 ทางคณะกรรมการจึงเล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่านทาง Telepharmacy จึงวางแผนขยายการให้บริการไปคลินิกโรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่น palliative care , ผู้ป่วยในหลังจำหน่าย ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

* ในปีงบประมาณ 2566 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ได้เริ่มดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล Telepharmacy ในผู้ป่วยโรคStroke , Epilepsy , Parkinson

disease , Myasthenia Gravisที่เข้าร่วมโครงการนำร่อง Telemed ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้ platform Telehealth region 7 ของ อ.สุณี เลิศสินอุดม (สปสช.เขต 7) ร่วมกับการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยผ่านโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน, ส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ,และการที่ญาติมารับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกในสิทธิ์ประกันสังคมหรือจ่ายตรง โดยมีผลดำเนินการดังต่อไปนี้ จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Telepharmacy 12 ราย , โทรศัพท์ติดตาม 17 ราย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ Telemed มีการจัดส่งยาที่ร้านยาใกล้บ้าน 15 ราย ส่งยาทางไปรษณีย์ 29 ราย พบปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข 9 ราย (ลืมกินยา 5 ราย, เกิด ADR : amlodipine 1 รายแพทย์ให้ off ยา, ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ 3 ราย) แนวทางการพัฒนาในปีงบประมาณ 2567 คือเพิ่ม platform หมอพร้อมในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล Telepharmacy รวมถึงเพิ่มกลุ่มโรคที่ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรค ไตวาย(CKD, CAPD, HD) และในผู้ป่วย DM, HT ที่ส่งยาทางไปรษณีย์ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาทางคลินิกที่ดี รวมถึงได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่พึงพอใจ

**การจัดการยาที่ส่งคืน(องค์กรจัดการกับยาที่ถูกส่งคืนมาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้) ยาคืนระหว่างกระบวนการรักษาจากหอผู้ป่วย**

* คำสั่งหยุดใช้ยาหรือ hold ยา มีแนวทางการคืนยาโดย 1.คืนทันทีพร้อมคำสั่งแพทย์ 2.ส่งคืนพร้อมกับใบคืนยารายวัน โดยยาที่ส่งคืนจะมีการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้

และคัดแยกเพื่อหมุนเวียนกลับมาใช้โดยหลักการ FEFO ภายหลังที่ได้ดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการคืนยารายคนพร้อมใบสั่งยา และการคืนยารายหอผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ไม่พบอุบัติการณ์ยาคืนที่หมดอายุ และไม่พบยาคืนที่ค้างบนหอผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบระดับอันตราย ในปี 2564 ยาคืนรายหอผู้ป่วย จำนวน 23,213 ครั้ง ยาคืนรายบุคล จำนวน 3,484 ครั้ง ซึ่งพบการคืนยารายบุคคลที่ลดลง

* ใน ปี 2565 ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาความปลอดภัยด้านยา ร่วมกับแพทย์ และพยาบาล กระตุ้นความร่วมมือเรื่อง ระบบการจัดการยาคืน ในคำสั่ง OFF Hold

D/C ในการคืนยารายบุคคล พร้อมใบสั่งยาปัจจุบัน(คืนยาทันทีเมื่อมีคำสั่ง OFF HOLD D/C) วางมาตรฐานการปฏิบัติ และกำกับการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ระบุเป็นตัวชี้วัดในการติดตามปัญหาทุกเดือน เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำจากยาคืนที่ค้างบนหอผู้ป่วยที่เคยเกิดอุบัติการณ์ในปี 59 และ ปี60 โดยมีเครื่องมือใบติดตามยาคืนพร้อมใบสั่งยาที่ไม่มีการคืนยาเป็นปัจจุบัน การประชุม KM ผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานการติดตามยาคืน ทบทวนการนับวงรอบการบริหารยา เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยสื่อสารการคืนยาเป็นปัจจุบัน ทำให้ผลการคืนยารายบุคลลเพิ่มมากขึ้น จำนวน 19,215 ครั้ง ยาคืนรายหอผู้ป่วย จำนวน 18,767 ครั้ง ไม่พบยาคืนหมดอายุ และไม่มีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำจากยาคืน

* ใน ปี 2566 กระตุ้นติดตามยาคืน มีการทวนสอบใบสั่งยาทุกใบและรายงานผลการดำเนินผลการติดตามยาคืนของแต่ละเวรในการปฏิบัติงานประจำวันใน Line กลุ่มงาน

เภสัชกรรมผลการดำเนินงานโดยภาพรวม ร้อยละการติดตามยาคืนจากกระบวนการ ตอบสนอง ต่อคำสั่ง OFF Hold D/C มีการปฏิบัติได้ตามแนวทาง เฉลี่ยร้อยละ 88.71

**3. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก]**

**ความถูกต้อง ณ ช่วงรอยต่อ/ส่งต่อ(Medication Reconciliation) : มาตรฐานการบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วย บัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ การส่งมอบรายการยา ณ ช่วงรอยต่อ การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกับคำสั่งใช้ยา การตัดสินใจและการสื่อสาร**

**MR OPD**

* กระบวนการการทำ medication reconciliation ในงานผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่คลินิกพิเศษ กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ โดยพยาบาลผู้ซักประวัติจะเป็นผู้สอบถามรายการยา

เดิมสมุนไพร อาหารเสริม การรับประทานยาครั้งสุดท้าย และบันทึกส่งต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา เมื่อมีข้อสงสัยจึงส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อประสานรายการายการยา

* ในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก เภสัชกรคัดกรองคำสั่งใช้ยา จะทำหน้าที่ประสานรายการยาทั้ง OPD, IPD ( รายการยา D/C ), ยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับที่ รพ.สต.

ใน CUP ของรพ.กาฬสินธุ์ร่วมกับการดูประวัติการรักษา,ผล lab, อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์รวมถึงการส่งต่อข้อมูลในช่องตรวจร่างการ(Physical Examination) ของแพทย์/ใบส่งตัวของผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น แล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของยาที่แพทย์สั่งให้กับผู้ป่วยนอกทุกราย ทำการประสานรายการยาโดยเฉพาะยาโรคเรื้อรังร่วมกับผล Lab และเข้าถึงข้อมูลการตรวจรักษาของแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการสั่งใช้ยาอีกครั้งก่อนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงวิธีใช้ยา เช่น เพิ่มขึ้น,ลดลงหรือเพิ่มรายการยาใหม่จะมีข้อความแสดงในโปรแกรม pharMS เพื่อเตือนเภสัชกรผู้จ่ายยาให้แจ้งผู้ป่วยและติด sticker แจ้งเตือนที่ซองยา ในปี 2565-2566 เพิ่มการพิมพ์ใบสรุปรายการยาทั้งหมด/วิธีใช้ยา/จำนวนยาทีผู้ป่วยได้รับจากการตรวจรักษาวันนั้นให้ผู้ป่วยนำไปแจ้งสถานพยาบาลที่จะไปใช้บริการครั้งต่อไปหรือแจ้งประวัติการใช้ยากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องไปใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่น เพิ่มการตรวจสอบ drug profile สามารถดูการสั่งใช้ยาแต่ละ visit ของผู้ป่วยได้หลาย visit ในหน้าเดียวทำให้สามารถตรวจสอบการสั่งใช้ยาได้สะดวก

* งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ดำเนินการประสานรายการยาในขั้นตอนก่อนพบแพทย์และหลังพบแพทย์ทุกใบสั่งยา

**MR IPD**

* โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขั้นตอนแรกรับมีกระบวนการประสาน

รายการยาที่รวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี 2564 – 2566 พบความครอบคลุมการดำเนินการประสานรายการยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาเดิมในโรงพยาบาลร้อยละ 99.75, 99.35 และ100 ตามลำดับ จำนวนรายผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการใช้ยาเดิมในโรงพยาบาลที่ได้รับการประสานรายการยา 5,607 ราย 3,383 รายและ 5,676 ราย ตามลำดับ พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเดิมตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไป 1,096 รายการยา, 1,167 รายการยา และ 1,314 รายการยา ตามลำดับ ขั้นตอนระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล มีกระบวนการประสานรายการยาในผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการทำหัตถการ จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับการประสานรายการยาในขั้นตอนระหว่างนอนโรงพยาบาล 755 ราย 226 ราย และ 549 ราย ตามลำดับ พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเดิมตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไป 125 รายการยา, 8 รายการยา และ 20 รายการยา ตามลำดับ และขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน มีกระบวนการ discharge planning จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับการทำ discharge planning 3,824 ราย, 4,730 ราย และ 2,741 ราย ตามลำดับ พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเดิมระดับ B 37รายการยา, 25 รายการยา และ 17 รายการยา ตามลำดับ จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบปัญหาความครอบคลุมการดำเนินการประสานรายการยาในขั้นตอนระหว่างนอนโรงพยาบาล จึงวางแผนพัฒนากระบวนการเพื่อส่งต่อคำสั่งใช้ยาล่าสุดในผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนทำหัตถการและผู้ป่วยที่ถูกย้ายหอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

**4 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข] : การใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม ได้ผล**

**การทบทวนคำสั่งใช้ยา : ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ขนาดยา**

* ปี 2564-2566 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกได้เพิ่มการคัดกรองใบสั่งยาทุกใบผ่านโปรแกรม PharMS เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าร้อยละความ

ครอบคลุมการทบทวนใบสั่งยา(screening) ก่อนจัดเตรียมยา โดยเภสัชกรเท่ากับ 92.05

* **การทบทวนคำสั่งใช้ยาในงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก** ได้กำหนดให้มีการคัดกรองใบสั่งยา พิจารณาความถูกต้องและเหมาะสมของคำสั่งการใช้ยา จำนวนยาที่

ได้รับเทียบกับวันนัด พิจารณายาที่ผู้ป่วยได้รับกับผลทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีระบบแจ้งเตือนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ โดยใช้โปรแกรม PharMS ในการเปรียบเทียบและประสานรายการยา ทำให้เภสัชกรสามารถ consult แพทย์ให้สามารถสั่งใช้ยาได้ถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะโรคของผู้ป่วย

* **การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก** ทุกคลินิกพิเศษ เภสัชกรประจำคลินิกมีกระบวนการตรวจสอบใบสั่งยาทุกใบหลังพบแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่ง

ใช้ยาจากแพทย์และแนะนำขนาดยาที่ได้รับในปัจจุบันแก่ผู้ป่วย ก่อนส่งผู้ป่วยไปรับที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะถึงผู้ป่วย

* **การทบทวนคำสั่งใช้ยาในหอผู้ป่วย** ได้แก่ การคัดกรองโดยเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ยังมีข้อจำกัดการคัดกรองโดยเภสัชกรบนหอ

ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย นอกจากนั้น พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีบทบาทในการคัดกรองคำสั่งใช้ยา เพื่อคัดกรองความถูกต้อง เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วนของคำสั่งใช้ยา

* **การทบทวนคำสั่งใช้ยาของระบบการบริการผู้ป่วยใน** จากอดีต-ปี 2566 งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ได้กำหนด minimum standard screening ในการทบทวน

คำสั่งใช้ยาการทบทวนคำสั่งใช้ยาในปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2566 จากการทบทวนมาตรฐาน จากเดิมเป็นการทบทวนคำสั่งใช้ยาในกลุ่มโรค ตัวยาสำคัญ ปัจจุบันขยายมาตรฐานการปฏิบัติในการทบทวนคำสั่งใช้ยาให้ครอบคลุม กำหนดเป้าหมาย ร้อยละครอบคลุมกระบวนการ Screening ใบสั่งยาที่เข้าสู่งานบริการ ก่อนจัดเตรียมยา ทุกรายการ สามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของปริมาณใบสั่งยา ผลการดำเนินงานปี 2566 พบความครอบคลุมในกระบวนการ screening คิดเป็นร้อยละ 66.16 ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 ได้เพิ่มอัตรากำลัง และเพิ่มกระบวนการ scan ใบสั่งยาเพื่อให้เภสัชกรสามารถ screening ได้เพิ่มมากขึ้น

**การส่งมอบให้หน่วยดูแลและผู้ป่วย**

* ในปีงบ 2566 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ได้มีการพัฒนาระบบงาน โดยใช้มาตรฐานตาม กบรส ดังนี้ 1.ระยะเวลาเฉลี่ยในการจ่ายยา Stat ประกันเวลาที่ ไม่เกิน 15

นาทีภายหลังจากที่ยื่นใบสั่งยาจนถึงรับยา 2.การยาจ่ายยาทั่วไปที่เป็นคำสั่งใหม่ ภายใน 120 นาที หลังจากที่ได้รับใบเบิกหรือคำสั่งใช้ยา 3.ร้อยละการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติ โดยเภสัชกร ได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่กลับบ้าน

* ปี 2566 ได้เริ่มเก็บข้อมูลการประกันเวลาในการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลา โดยการประกันเวลายา stat ทุกกรณี จะต้องมีการจ่ายยาภายใน 15 นาที

ภายหลังจากยื่นใบสั่งยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ 5 โรค ได้แก่ 1.AMI (ASA/Plavix) 2. AF (digoxin inj.) 3. SK /rT-PA 4.ATB (SEPsis) 5. ATB meningitis ได้มีการพัฒนาเครื่องมือสื่อสารโดยการจัดทำแผ่นป้ายยา STAT 5 โรค (ภายใน 5 นาที) แผ่นป้ายยา STAT และ Antibiotic ครั้งแรก (ภายใน 15 นาที) ทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยากับหอผู้ป่วย และมีการคัดกรองใบสั่งยาที่มีคำสั่งใช้ยา Stat แยกจากรายการยาทั่วไป ช่วงแรกของการดำเนินการยังพบการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง จึงทำการมอบหมายใช้เภสัชกรประจำ PCT ทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยากับหอผู้ป่วย หลังจากทบทวนแนวทางยังพบการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง จึงทำการสื่อสารไปยังหอผู้ป่วยทันทีเพื่อทำการแก้ไข

* ปี 2566 ได้เริ่มเก็บข้อมูลการประกันเวลาในการให้บริการการจ่ายยาทั่วไปที่เป็นคำสั่งใหม่ ภายใน 120 นาทีหลังจากที่ได้รับใบเบิกหรือคำสั่งใช้ยา มีการกำหนดแนว

ทางการคัดกรองใบสั่งยาโดยเภสัชกรทำการคัดกรองใบสั่งยาใบหอผู้ป่วย หากพบความไม่สมบูรณ์หรือความไม่เหมาะสมของคำสั่งใช้ยา ให้ทำการประสานกับหอผู้ป่วยหรือแพทย์ทันทีเพื่อทำการแก้ไข และมีการจัดส่งยาให้หอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างทันท่วงทีตามวงรอบการบริหารยา

**กระบวนการ/และผลลัพธ์ที่ได้จาก D/C counseling**

* ผลลัพธ์ในปีงบประมาณ 2566 มีการ D/C counselingผ่านเภสัชกรครอบคลุม 100 % โดยมีการส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยถ้ามีคำสั่งให้ยากลับบ้าน

**5 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]**

**การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:**

* กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย แพทย์มีคำสั่งใช้ยาและเป็นยาที่มีในรายการยาใยบัญชียาโรงพยาบาล จะบริหารยาโดยใช้ยาของโรงพยาบาล โดยเก็บยาเดิมผู้ป่วยไว้เพื่อ

ป้องกันการบริหารยาซ้ำ และมีการตรวจสอบรายการยาให้ครบถ้วนและส่งคืนผู้ป่วยในกรณีแพทย์สั่งกลับบ้าน

* กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย แพทย์มีคำสั่งใช้ และเป็นยาที่**ไม่มี**ในรายการบัญชียาโรงพยาบาล จะนำยาของผู้ป่วยมาบริหารโดยโดยพยาบาล และมีการบันทึกลง

ฐานข้อมูล HosXPเพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลยาเดิมผู้ป่วย

* 2564 – 2566 มีกระบวนการประสานรายการยาที่รวดเร็วในขั้นตอนแรกรับส่งผลให้เภสัชกรมีการจัดการยาเดิมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม กรณีผู้ป่วยบางรายที่มีคำสั่ง

NPO เภสัชกรได้เน้นย้ำให้ผู้ป่วยหยุดยาเดิม เพื่อป้องกันไม่ได้ผู้ป่วยบริหารยาเดิมเองบนหอผู้ป่วยโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ และการมีกระบวนการ discharge planning ทำให้สามารถวางแผนการจัดการยาเดิมผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยบางรายบริหารยาเฉพาะยารับใหม่ ไม่บริหารยาเดิม เภสัชกรจึงสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

**การพัฒนาการใช้ Electronic MAR**

* จากการเยี่ยมสำรวจของทีมนำระบบการจัดการด้านยาการบันทึกใบ MAR ของหอผู้ป่วย พบความหลากหลายในการบันทึกใบ MAR เช่น บางหอผู้ป่วยไม่มีการบันทึก

MAR for oneday order หรือ บางหอผู้ป่วยบันทึกการบริหารยา one day order ใน Nurse note คณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยาได้ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล กำหนดมาตรฐานในการบันทึกใบ MAR ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ดังนี้ MAR for one day order 1 ใบ , MAR for continue order 2 ใบ แยกเป็นยารับประทาน และยาฉีด/ยารูปแบบอื่นๆ เช่น ยาพ่น

* ปี 2563 ได้พัฒนาการใช้ electronic MAR โดยนำร่องในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อลดการคัดลอกและเป็นการตรวจสอบซ้ำอย่างอิสระ และวางแผนกระจายให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยต่อไป
* ปี 2564-2566 ได้พัฒนาโปรแกรมการใช้ electronic MAR ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยในรพ. และใช้เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบข้ามวิชาชีพ ใช้เป็นมาตรฐานประกอบการบริหารยา

**3. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ** : **ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)****การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ**

* ได้วางแนวทางให้สหวิชาชีพมีบทบาทในการทวนสอบประวัติแพ้ยาก่อนการสั่งใช้ยา จ่ายยาและบริหารยา มีการสื่อสารประวัติแพ้ยาเดิมผู้ป่วยในฐานข้อมูล

โรงพยาบาลผ่านระบบแจ้งเตือนใน HOSxP โปรแกรมจ่ายยา และแสดงรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ท้ายสติกเกอร์รายชื่อผู้ป่วยเมื่อเข้านอนโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอุบัติการณ์การแพ้ยา

* ปี 2565 พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำที่เกี่ยวกับระบบโรงพยาบาล 1 เหตุการณ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่น สาเหตุเกิดจากความบกพร่องการซัก

ประวัติแพ้ยาตั้งแต่ห้องตรวจฉุกเฉินและหอผู้ป่วย, การตรวจสอบข้อมูลแพ้ยาที่ใบ refer , การส่งต่อประวัติแพ้ยาระหว่างห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย, การซักประวัติแพ้ยาก่อนจ่ายยาและก่อนบริหารยา รวมถึงการบันทึกประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สมบูรณ์ จึงไม่พบประวัติแพ้ยาที่โปรแกรมจ่ายยา จึงมีการปรับปรุงพร้อมเน้นย้ำแนวทางการป้องกันแพ้ยาซ้ำของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปรับแนวทางการแจ้งและส่งต่อข้อมูลประวัติแพ้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีประวัติแพ้ยาในโรงพยาบาลมายังเภสัชกรให้ทันท่วงที

* ปี 2566 พบเหตุการณ์แพ้สารทึบแสงซ้ำ 1 เหตุการณ์ และเหตุการณ์แพ้สารทึบแสงกลุ่มเดียวกัน 1 เหตุการณ์ ที่หน่วย X-ray คอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นหน่วยงานภายนอก

เมื่อทำการทบทวนพบสาเหตุสำคัญคือ การไม่มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับระบบป้องการแพ้สารทึบแสงซ้ำที่ชัดเจน ได้ดำเนินการแก้ไขเช่น สร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันแพ้ยาและสารทึบแสงซ้ำของโรงพยาบาล และกระจายไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ หน่วย x-ray หน่วย X-ray คอมพิวเตอร์ งานผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย ปรับปรุงกระบวนการป้องกันแพ้ยาซ้ำในหน่วยงาน X-ray ให้รัดกุม เช่น การซักและเข้าถึงประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย มีการบันทึกรายการสารทึบรังสีก่อนบริหารทุกครั้ง เพิ่มช่องทางแสดงประวัติแพ้ยาที่ใบบัตรนัด ใบนำทาง การทำตราปั้มประวัติแพ้ยา การนำข้อมูลสารทึบรังสีเข้าสู่ระบบผ่านการตรวจสอบที่ห้องจ่ายยา การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไปยังแพทย์และเภสัชกร

* ปี 2566 มีแพ้ยาซ้ำที่ไม่เกี่ยวกับระบบโรงพยาบาลถึง 6 เหตุการณ์ สาเหตุเกิดหลักเกิดจากความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้ป่วย เช่น การไม่แสดงข้อมูลแพ้ยาแก่

สถานพยาบาลอื่นการไม่ตระหนักในข้อมูลแพ้ยา ได้วางแผนการป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยการแจกซองใส่บัตรแพ้ยาแนบกับบัตรประชาชนทุกราย การเน้นย้ำการให้ความรู้ข้อมูลแพ้ยากับญาติทุกราย

**กระบวนการพัฒนาป้องกันแพ้ยาซ้ำต่อเนื่องและผลลัพธ์**

* ปี 2564-2566 ดำเนินการค้นหาความคลาดเคลื่อนการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จากการดึงข้อมูลจากรายงานการส่งปรึกษาแพทย์และการรายงานจากพยาบาลหอ

ผู้ป่วยต่อเนื่อง และมีการพัฒนาระบบดึงประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนโดยดึงข้อมูลจากแพ้ยาจากระบบ HOSxP เพื่อให้ได้ประวัติที่ชัดเจนถูกต้องและครบถ้วนยิ่งขึ้น จึงสามารถค้นหาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์การพัฒนา ในปี2564 พบอุบัติการณ์สั่งยาที่มีประวัติแพ้เป็น 61 ราย ผู้ป่วยใน 59 ราย ผู้ป่วยนอก 2 ราย (0.008 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา ) ( 0.29 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) โดยเป็นประวัติจาก โรงพยาบาลชุมชน 29 รายซึ่งไม่พบอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ปี 2565 เป็น 65 ราย ผู้ป่วยใน 62 ราย ผู้ป่วยนอก 3 ราย ( 0.01 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา) ( 0.26 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ) และเป็นประวัติจาก โรงพยาบาลชุมชน 22 ราย ปี 2564 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำที่เกี่ยวข้องกับระบบโรงพยาบาล และไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยากลุ่มเดียวกัน ปี 2565 พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 1 เหตุการณ์ เกิดจากความบกพร่องการซักประวัติแพ้ยาของหอผู้ป่วยรวมและการส่งต่อประวัติแพ้ยาระหว่างห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย ได้มีการทบทวนแนวทางการซักประวัติแพ้ยาและการส่งต่อประวัติแพ้ยาที่ชัดเจนกับบุคลากรทุกรายในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะบุคลากรใหม่ และพบอุบัติการณ์แพ้ยากลุ่มเดียวกัน 1 เหตุการณ์ในยากลุ่ม NSIADs ซึ่งเมื่อได้ทบทวนสาเหตุ เกิดจากการบริหารยาที่มีคำสั่งหยุดยาไปแล้ว ได้มีการทบทวนชี้แจงแนวทางการจัดการระบบคืนยาเมื่อแพทย์มีคำสั่งหยุดยาทั้งหอผู้ป่วยและห้องจ่ายยา เช่นมีการคืนยารายบุคคลทุกรายการที่มีคำสั่งหยุด หากไม่ปฏิบัติตามแนวทางมีการสะท้อนกลับทันที และได้มีการปรับปรุงโปรแกรมจ่ายยาเพื่อช่วยแจ้งเตือนและเป็นแนวทางช่วยให้เภสัชกรตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มเดียวกันที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ภายหลังการปรับปรุง ในปี 2565 ไม่พบอุบัติการณ์จ่ายยาตัวเดียวกันที่มีประวัติแพ้ และมีอุบัติการณ์จ่ายยากลุ่มเดียวกันที่มีประวัติแพ้ 4 เหตุการณ์ ปี 2566 เพิ่มกระบวนการดึงข้อมูลรายงานการจ่ายยาตัวเดียวกันและกลุ่มเดียวกันจากเดิมที่รายงานโดยสมัครใจจากเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย คาดหวังเพื่อเพิ่มการค้นหาความเสี่ยง พบอุบัติการณ์จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ 2 เหตุการณ์ ความคลาดเคลื่อนระดับ B และเป็นประวัติแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่นทั้ง 2 เหตุการณ์ อุบัติการณ์จ่ายยากลุ่มเดียวกันที่มีประวัติแพ้พบ 4 เหตุการณ์ เป็นการจ่ายยาไม่ผ่านโปรแกรม 2 เหตุการณ์ และเป็นการลงประวัติแพ้หลังจ่ายยา 2 เหตุการณ์ ได้รายงานความเสี่ยงเข้าคณะกรรมการ QPC และแจ้งเภสัชกรเพื่อสร้างความตระหนักการจ่ายยา ในปี 2566 พบรายงานอุบัติการณ์สั่งยาที่มีประวัติแพ้เพิ่มขึ้นชัดเจน โดยพบอุบัติการณ์สั่งยาที่มีประวัติแพ้ 73 ราย เป็นผู้ป่วยใน 70 ราย( 0.36 ครั้งต่อ 1000 วันนอน) ผู้ป่วยนอก 3 ราย (0.01 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา ) สั่งยากลุ่มเดียวกันที่มีประวัติแพ้ 137 ราย โดยเป็นประวัติจาก โรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลอื่น 40 ราย และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 97 ราย

* สาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้น คือการกระตุ้นการรายงานความคลาดเคลื่อน และได้มีการปรับระบบการดึงข้อมูลประวัติยาจากโรงพยาบาล

ชุมชนได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 70.80 ที่ระบบการสั่งยาไม่ผ่านคอมพิวเตอร์โดยตรง และเครื่องมือช่วยในระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำเดิมอาจไม่รัดกุม จึงได้วางแผนปรับปรุงเวชระเบียนให้แสดงประวัติแพ้ยาและบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาชัดเจนขึ้น การทำ wrist band บ่งชี้ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ทบทวนแนวทางปฏิบัติป้องกันป้องกันแพ้ยาซ้ำกับบุคลากรที่หมุนเวียนใหม่ทั้งแพทย์ใช้ทุนและพยาบาลให้สม่ำเสมอ

* ปี 2565-2566 มีการปรับปรุงกระบวนการดึงประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนโดยดึงข้อมูลจากแพ้ยาจากระบบ HOSxP ทำให้ได้ประวัติที่ชัดเจนถูกต้องและครบถ้วน

ยิ่งขึ้น เภสัชกรสามารถเข้าถึงประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนได้ทันท่วงทีตั้งแต่ขึ้นตอนแรก และในปี 2565-2566 ได้พัฒนาระบบการแสดงประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้สามารถเข้าถึงโดยแพทย์ได้ซึ่งจะสามารถป้องกันการสั่งยาที่มีประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนได้สมบูรณ์รัดกุมยิ่งขึ้น เพิ่มประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนให้แสดงที่ใบ MR เภสัชกรสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่กระบวนการทำ admit MR ทำให้ป้องกันได้การสั่งยาที่มีประวัติแพ้และป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้ทันท่วงที ผลลัพธ์ ปี 2563-2566 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำหรือแพ้ยากลุ่มเดียวกันในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชน

**การป้องกันการแพ้ยากลุ่มเดียวกัน**

* ปี 2564-2565 ได้เพิ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงประเด็น 1.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำที่ไม่เกิดจากระบบโรงพยาบาล 2. สั่งยาที่มีประวัติแพ้หรือกลุ่มเดียวกันและผู้ป่วยได้รับยาแต่

ไม่เกิดอาการแพ้ เป็นตัวชี้วัดหลักของกลุ่มงาน เพื่อให้มีการทบทวนความเสี่ยงและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่อาจเกิด ปี 2564 พบแพ้ยาซ้ำที่ไม่เกิดจากระบบโรงพยาบาล 4 เหตุการณ์ สาเหตุหลักเกิดจากปัญหาผู้ป่วยจำข้อมูลแพ้ยาไม่ได้และใช้ยาผู้อื่น ได้มีการเพิ่มการแนะนำข้อมูลแพ้ยากับญาติที่ใกล้ชิดเมื่อออกบัตรแพ้ยาทุกราย พบสั่งยาที่มีประวัติแพ้หรือกลุ่มเดียวกันและผู้ป่วยได้รับยาแต่ไม่เกิดอาการแพ้ 4 เหตุการณ์ ซึ่งเมื่อได้ทบทวนสาเหตุ ได้มีการปรับปรุงโปรแกรมจ่ายยาเพื่อช่วยแจ้งเตือนและเป็นแนวทางช่วยให้เภสัชกรตัดสินใจจ่ายยาในกลุ่มเดียวกันที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ภายหลังการปรับปรุงยังไม่พบอุบัติการณ์จ่ายยาตัวเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกันที่มีประวัติแพ้

* ผลลัพธ์ปี 2566 ผลจากการปรับปรุงโปรแกรมจ่ายยาเพื่อช่วยแจ้งเตือน ทำให้พบการจ่ายยากลุ่มเดียวกันที่มีประวัติแพ้ลดลง และไม่พบการจ่ายยาที่มีประวัติแพ้
* อุบัติการณ์แพ้ยากลุ่มเดียวกันในปี 2565 จำนวน 1 เหตุการณ์ และแพ้สารทึบแสงกลุ่มเดียวกันในปี 2566 เกิดจากการบริหารยาผู้ป่วยที่ไม่ผ่านระบบห้องจ่ายยา และ

การบริหารContrast media ที่ไม่ผ่านห้องยา

**การรายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล**

* ปี 2564 สร้างระบบการรายงาน ADR ให้เป็นมาตรฐานและเข้าถึงง่ายเพื่อกระตุ้นให้มีการรายงานเข้าระบบมากขึ้น พบรายงาน ADR เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะ ADR type A

พบว่าในปี 2564 มีจำนวนรายงาน ADR 1,394 รายงาน จำแนกเป็น type A 1,035 รายงาน และ type B 359 รายงาน และปี 2565 มีรายงาน ADR 1,394 รายงาน Type A 1,035 รายงาน และ type B = 359 รายงาน (เพิ่มจาก ปี 2563 มีรายงาน Type A 918 รายงาน) และปี 2565 มีรายงาน ADR 1,191รายงาน Type A 930 รายงาน และ type B = 261 รายงาน ซึ่งมีจำนวนรายงานลดลงจึงวางแผนกระตุ้นการรายงานโดยเฉพาะการรายงานจากหน่วยงานอื่น

* ปี 2564 เพิ่มกระบวนการค้นหาจาก ICD-10 ที่อาจมีความสัมพันธ์อาการไม่พึงประสงค์จากยา สามารถค้นหา ADE เพิ่มจากกระบวนการรายงานวิธีการเดิม โดยในปี

2564 ค้นหา ADE ได้เพิ่ม 16 รายงานเป็น ADR 1 รายงาน ปี 2565 พบ ADE 17 รายงาน เป็น ADR 1 รายงาน ปี 2566 พบ ADE 25 รายงาน เป็น ADR 2 รายงาน

* ปี 2564 ใช้รายการยาที่เป็น antidote ในค้นหา ADR ที่ไม่ได้มีการรายงานเข้ามาในระบบ ในปี 2564 มีรายงาน ADR จากกระการค้นหาโดยใช้ antidote 6 ราย ปี 2565 พบ 8 ราย
* ปี 2566 มีรายงาน ADR เข้าสู่ระบบทั้งสิ้น 1,994 รายงาน เป็น ADR type A 1,688 รายงาน ADR type B 306 รายงาน และมีการรายงาน ADR ที่เกิดในโรงพยาบาล

ผ่านคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ระบบ Intranet อย่างสม่ำเสมอ

* ปี 2566 ได้เพิ่มรายการยา antidote 3 รายการ คือ protamine sulfate , Prothombin , idaruzumab ให้ครอบคลุมการค้นหาADR จากยาที่มีบัญชีในโรงพยาบาล ปี

2566 พบรายงาน ADR เพิ่ม 11 คือ พบ EPS จากการใช้ Cogentin 10 ราย และพบ bleeding จากการใช้ protamine sulfate 1 ราย

* ปี 2567 ได้วางแผนปรับปรุงโปรแกรมรายงาน ADR ให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนยิ่งขึ้นและสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลรายงาน ADR ที่รายงานไปยังศูนย์ HPVC

**การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์แบบใกล้ชิด (Intensive ADR)**

* โรงพยาบาลเริ่มดำเนินการติดตาม Intensive ADR โดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool) ตั้งแต่ปี 2558 และมีการพัฒนาปรับปรุงระบบจนปัจจุบันเป็นระบบ real time trigger tool

monitoring ซึ่งโปรแกรมจะคัดกรองและส่งสัญญาณเตือนที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ทุก 1ชั่วโมง เพื่อให้เภสัชกรสามารถจัดการปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ป้องกันและ/ลดความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ปี 2564 คัดกรองและติดตามผู้ป่วย 971 ราย พบ ADE จำนวน 20 ราย สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 97.94 (ความรุนแรงระดับ F = 0) และปี 2565 คัดกรองและติดตามผู้ป่วย 910 ราย พบ ADE จำนวน 18 ราย ป้องกันได้ถึงร้อยละ 98.02 (ความรุนแรงระดับ F = 0) ปี 2564 เพิ่มกระบวนการติดตาม Intensive ADR ในยากลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือ inotropic drug ปี 2564 พบรายงาน ADR เพิ่มเป็น 11 รายงาน จากปี 2563 ที่มี 3 รายงาน ปี 2565 พบ 5 รายงาน ปี 2566 มีการทบทวนและกระตุ้นเภสัชกรเกี่ยวกับการจัดการและติดตามระบบ real time trigger tool เป็นระยะ มีระบบ line notify แจ้งเตือนเพื่อจัดการ สามารถคัดกรองและติดตามผู้ป่วยได้เพิ่มเป็น 1,298 ราย พบรายงาน ADR 25 ราย ป้องกันได้ถึงร้อยละ 98.07 (ความรุนแรงระดับ F = 1) ปี 2567 วางแผนทบทวนรายการคู่ยา Trigger tool ให้สอดคล้องกับความความเสี่ยงและรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล

**การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลแพ้ยากับ รพสต.เครือข่าย**

* ปี 2564 ส่งต่อข้อมูลแพ้ยาจากรพ.กาฬสินธุ์ไปยัง รพ.สต. ได้จำนวน 325 ราย ปี 2565 ส่งต่อ 356 ราย สามารถจัดการประวัติแพ้ยาอย่างสมบูรณ์ได้ทุกราย ปี

2565 เพิ่มความถี่ในการการดึงรายงานและส่งต่อประวัติแพ้ยาของเภสัชกรปฐมภูมิเพื่อให้ส่งต่อประวัติให้ทันท่วงที ปี 2566 ได้พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลประวัติการแพ้ยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถเข้าถึงประวัติแพ้ยาได้ทันท่วงทีมีความพร้อมใช้ตลอดเวลา ผ่านระบบ Rx link ผลลัพธ์ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำหรือกลุ่มเดียวกันในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจากโรงพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มช่องทางการส่งต่อประวัติแพ้ยาและข้อมูลการเกิด ADR ที่สำคัญ ไปยัง รพสต.เครือข่าย ผ่านทาง Line กลุ่มส่ง ADR ของรพ.สต. เช่น ประวัติการเกิด ADR : MALA จากยา metformin วางแผนพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลประวัติการแพ้ยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อป้องกันปัญหาแพ้ยาซ้ำระหว่างโรงพยาบาล และเพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัด กาฬสินธุ์ทุกแห่งสามารถเข้าถึงและรายงานข้อมูลแพ้ยาทันทีมีความพร้อมใช้ตลอดเวลา

**แผนงานการใช้ยาสมเหตุผลและการดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ**

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล:**2564 ผลการดำเนินงานผ่าน RDU ขั้นที่ 1 เนื่องจากมีสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา simvastatin เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยได้รับยาโรคเรื้อรังเดิมเป็น simvastatin และมาตรวจพบว่าตั้งครรภ์ภายหลัง จึงได้รับยาที่ห้ามใช้ ในการนัดครั้งถัดมาแพทย์จึงสั่งหยุดยา simvastatin ผู้เกี่ยวข้องได้นำเหตุการณ์มาทบทวนการคัดกรองยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ ต่อมาปี 2565 รพ.กาฬสินธุ์ได้ดำเนินการจนผ่าน RDU ขั้นที่ 3 ในปี 2566 รพ.กาฬสินธุ์ได้ดำเนินการจนผ่าน RDU ขั้นที่ 3 โดยเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านกิจกรรมการอบรมความรู้ด้านยาในเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และเสริมสร้างความรู้ด้านยาในระดับแกนนำสุขภาพในชุมชน แผนพัฒนาในปี กำหนดแผนดำเนินโครงการความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร่วมกับแกนนำในชุมมชน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายในโรงพยาบาล ได้วางแผนอบรม เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับนิสิตแพทย์และบุคลากรใหม่ การติดตามตัวชี้วัด RDUมีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน เช่น การออกแบบกระบวนการป้องกัน การทบทวนความถูกต้องของการบันทึก ICD-10 ในผู้ป่วย Asthma แนวทางการสั่งใช้ ATB จากรายงานความไวยาต่อเชื้อในโรงพยาบาล

**การดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ** : **ระบบจัดการ AMR โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

| **รายการ** | **เกณฑ์** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ผลการประเมินการดำเนินงาน 5 กิจกรรม  Advance 350- 500 คะแนนและข้อบังคับ Basic และIntermediate > 0 คะแนน | ระดับ 3 (Intermediate)  250–349 คะแนนและข้อบังคับ Basic และIntermediate > 0 คะแนน | 347 | 347 | 357 | 357 | 377 |
| อัตราการติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยา | อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา | 51.19 | 45.41 | 46.22 | 49.14 | 45.04 |
| อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (NI) |  | 0.65 | 1.17 | 0.78 | 0.84 | 2.38 |
| ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด | ลดลง 10 % เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา | 108.67 | 114.73 | 107.26 | 96.46 | 127.34 |

จากการประเมินการดำเนินงานของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินงานระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ A,S,M1 เพียง 1 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ S ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ระดับ Intermediate ร้อยละ 100

การประเมินตนเองพบว่า การประเมินตนเองพบว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สามารถดำเนินการระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ 5 กิจกรรม ปี 2565 ได้คะแนนทั้งหมด 364 คะแนน และในปี 2566 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รวมได้คะแนนทั้งหมด 377 คะแนน จัดอยู่ในระดับ 3 มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate) ซึ่งบ่งชี้ได้ถึงการเชื่อมโยงระบบแลพกระบวนการทำงานที่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แม้อัตราการติดเชื้อดื้อยาในพื่นที่ยังไม่ลดลงถึงเป้าหมาย **สิ่งที่ได้ดำเนินงานในปี 2564-2566** ปรับรายการยาควบคุมและจำกัดการใช้ยาให้เหมาะสม จัดทำแนวทางการรักษาโรคเติดเชื้อที่ผิวหนังและเยื่อบุอ่อน (CPG Skin & Soft tissue infection, SSTIs)  จัดทำแนวทางการประเมินและคู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพ ทำ IC Surveillance system โดยใช้ระบบสารสนเทศเครือข่าย ด้วยแบบฟอร์มการวินิฉัยการติดเชื้อ Google form , Line notify ในการจัดการอุบัติการณ์และความเสี่ยงของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การประชุม IC และ AMR ร่วมกัน การทำ RCA และ KM อย่างต่อเนื่อง เพิ่มจุดบริการ 75% Alcohol Hand rub ให้ครบถ้วนทุกจุดบริการ, สนับสนุนให้มีชุด PPE เพียงพอ, จัดทำป้ายสื่อสารการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ตามประเภทการกระจายเชื้อที่จัดเจน  มีการประชุมการอบรมพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลและในจังหวัดจากทีม อ.แพทย์โรคติดเชื้อและทีม AMR รพ.รามาธิบดี มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลระดับจังหวัด และระดับเขตร่วมกับศูนย์วิทย์ และ ศคร.เขต ผ่านการรายงานภาพรวมด้วยระบบ AMASS ที่สามารถเชื่อมโยงเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพและภาพรวมประเทศ **ปี 2567** **ได้ดำเนินการ** พัฒนาระบบการแจ้งเตือนผลเชื้อดื้อยาผ่านระบบ Line Notify เข้ากลุ่มแต่ละ PTC เพื่อให้ทราบผลและรายงานแพทย์ ร่วมตัดสินใจในการรักษาอย่างทันท่วงที , **OPAT(Outpatient Antimicrobial Therapy)** ซึ่งช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ละระยะวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ลดโอกาสการสัมผัสเชื้อดื้อยา โดยจัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย ทำงานประสานกับทีมหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลเป็นผู้ฉีดยาที่ศูนย์ หรือที่บ้านของผู้ป่วย คณะกรรมการได้ดำเนินการจัดการและประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพโดยสหวิชาชีพ ปรับปรุงรายการยา Controlled Antimicrobials และ Restricted Antimicrobials และแบบติดตามการใช้ยา เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการ Antimicrobial stewardship (ASP) ในรพ.กาฬสินธุ์ **วางแผนดำเนินการ**ให้คำแนะนำการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด วางแผนจัดทำ CPG การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ CAP, UTI, Surgical Prophylaxis ร่วมกันระหว่าง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ ด้านยา ให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง

**ผลลัพธ์ เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ระบบการจัดการด้านยาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และการมียาที่มีคุณภาพ พร้อมใช้

| ตัวชี้วัด | **เป้าหมาย** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing\* |  | 5,633 | 7,000 | 5,698 | 5,518 | 5,231 | 4,920 | 3,105 | 6,486 | 5,300 | 5,450 |
| อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing\* |  | 46 | 96 | 135 | 102 | 187 | 57 | 105 | 112 | 74 | 189 |
| อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing\* |  | 5,329 | 4,075 | 4,743 | 3,712 | 10,706 | 16,915 | 8,529 | 9,864 | 7,268 | 9,675 |
| อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing\* |  | 924 | 716 | 586 | 780 | 825 | 1,007 | 725 | 1,182 | 1,073 | 1,561 |
| อุบัติการณ์ Medication error : Administration\* |  | 85 | 178 | 300 | 353 | 225 | 440 | 7,019 | 6,090 | 5,396 | 9,802 |
| อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป **ทั้งหมด** | 0 ครั้ง | 5 เหตุการณ์ | 16 เหตุการณ์ | 10  เหตุการณ์  (22 ความคลาดเคลื่อน) | 12 เหตุการณ์  (31 ความคลาดเคลื่อน) | 7 เหตุการณ์  (18 ความคลาดเคลื่อน) | 2 เหตุการณ์  (2 ความคลาดเคลื่อน) | 6 เหตุการณ์ (12 ความคลาดเคลื่อน) | 4 เหตุการณ์ ( ความคลาดเคลื่อน) | 6 เหตุการณ์ ( 10 ความคลาดเคลื่อน) | 5 เหตุการณ์ ( 9 ความคลาดเคลื่อน) |
| อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป **ยาทั่วไป** | 0 ครั้ง | 5 เหตุการณ์ | 15 เหตุการณ์ | 8 เหตุการณ์  (12 ความคลาดเคลื่อน) | 10 เหตุการณ์  (24 ความคลาดเคลื่อน) | 4 เหตุการณ์  (11 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์  ( 1ความคลาดเคลื่อน) | 5 เหตุการณ์ (10 ความคลาดเคลื่อน) | 3 เหตุการณ์ ( 9 ความคลาดเคลื่อน) | 4 เหตุการณ์ ( 8 ความคลาดเคลื่อน) | 3 เหตุการณ์ ( 5 ความคลาดเคลื่อน) |
| อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา จาก**ยาที่มีความเสี่ยงสูง** (High alert drug) ระดับ E ขึ้นไป | 0 ครั้ง | 0 | 1 เหตุการณ์ | 2 เหตุการณ์  (10ความคลาดเคลื่อน) | 2 เหตุการณ์  (7 ความคลาดเคลื่อน) | 3 เหตุการณ์  (7 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์  (1 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์  (1 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์ (3 ความคลาดเคลื่อน) | 2 เหตุการณ์ ( 2 ความคลาดเคลื่อน) | 2 เหตุการณ์ ( 4 ความคลาดเคลื่อน) |
| อุบัติการณ์**แพ้ยาซ้ำ** | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 4 เหตุการณ์  (8 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์  (3 ความคลาดเคลื่อน) | 0 | 1 เหตุการณ์  (3 ความคลาดเคลื่อน) | 0 | 1 เหตุการณ์  (2 ความคลาดเคลื่อน) | 1 เหตุการณ์  (2 ความคลาดเคลื่อน) |

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่น การเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่โรงพยาบาลจัดเก็บตามปกติเป็นต้น

**II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.  **i. บริบท**  **ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก)  :** ให้บริการตรวจทางรังสีวินิจฉัยกับผู้มารับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการทั้งผู้ป่วยภาวะปกติ  และผู้ป่วยฉุกเฉินดังนี้   * ให้บริการเอกซเรย์ทั่วไป (General  radiography)  ในทุกส่วนของร่างกาย จัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง   เช่น  ทรวงอก ช่องท้อง  ฟันทั้งปาก เป็นต้น * ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสี(Special radiography)ที่ใช้สารทึบรังสีและหรือใช้เครื่องส่องตรวจทางรังสี(digital fluoroscopy)เช่น การตรวจระบบทางเดิน   อาหาร  ระบบทางเดินปัสสาวะ   เป็นต้น   * ให้บริการถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ที่หอผู้ป่วย(Portable x-ray)บริการแก่ผู้ป่วยที่เคลื่อนที่ยากหรืออาการหนักตลอด24 ชั่วโมง * ให้บริการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) * ให้บริการตรวจเส้นเลือดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (High resolutioncolor Doppler ultrasound) * ให้บริการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม  (Mammography ) * ให้บริการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์  (Multislice CT scan) * ให้บริการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) โดยหน่วยงานเอกชนภายนอกที่ตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล   **การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี :**บริการตรวจพิเศษได้แก่ การตรวจ Ultrasound โดยแพทย์/รังสีแพทย์ การตรวจ Mammogram การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจด้วยเครื่องDigital fluoroscopy ร่วมกับการใช้สารทึบรังสี ได้แก่ IVP, Hysterosalpingogram, Barium swallowing, Upper GI study, GI follow through, Barium enema  ฯลฯ  **จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา) :** นักรังสีการแพทย์ 10 คน (ปริญญาตรี) เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์   1 คน (ต่ำกว่าปริญญาตรี)  **จำนวนรังสีแพทย์ :** มีรังสีแพทย์  6  คน  **เทคโนโลยีสำคัญ :** เครื่องเอกซเรย์ดิจิทัลฟลูออโรสโคปี้ (Digital Fluorescopy) จำนวน 1 เครื่อง เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป  จำนวน  4  เครื่อง  เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่  จำนวน   5 เครื่อง  เครื่องเอกซเรย์เต้านม  (Mammogram)  จำนวน  1  เครื่อง  เครื่องเอกซเรย์พาโนรามิก (Orthopantomogram)  จำนวน  1  เครื่อง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์  (Multislice CT scan) จำนวน 2  เครื่อง  เครื่องอัลตราซาวด์(High resolutioncolor Doppler ultrasound) จำนวน 4 เครื่อง เครื่องอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์แบบดิจิทัล (CR & DR) จำนวน  4  เครื่อง  **กระบวนการ**  **ก.การวางแผนทรัพยากรและการจัดการ**  **(1)การวางแผนและจัดบริการ:**มีการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นและเหมาะสมให้เป็นไปตามข้อกำหนดของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยเช่นจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์การตรวจทางรังสีที่ทันสมัยให้เพียงพอต่อการให้บริการ  **(2)ทรัพยากรบุคคล:**จัดให้มีบุคลากรด้านวิชาชีพปฏิบัติงานอย่างเพียงพอต่อการให้บริการรวมทั้งมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรตามความเหมาะสมของภาระงานตลอด24 ชั่วโมง บุคลากรได้รับการประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานเพื่อหาส่วนที่ขาดและมีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง  **(3)(4)พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:** มีการตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสีโดยหน่วยงานภายนอก   * มีการตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของเครื่องกำเนิดรังสีทุกเครื่อง / อุปกรณ์ป้องกันรังสีและสถานที่ห้องปฏิบัติการทางรังสีโดยหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับดูแลโดยรายงานผลเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565 รายงานว่า เครื่องเอกซเรย์ทั้งหมด 12 เครื่อง ได้มาตรฐานทั้งหมด  11  เครื่อง อุปกรณ์ป้องกันรังสีและผนังห้องเอกซเรย์ได้มาตรฐานสามารถป้องกันรังสีได้ * มีการส่งตรวจประเมินการได้รับรังสีของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโดยสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์  กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุก3 เดือน ผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์   ทุกครั้ง   * มีการจัดทำแผนกำหนดผู้รับผิดชอบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและการตรวจ visual checklist ของเครื่องเอกซเรย์ประจำวันทำให้ทราบถึงอาการผิดปกติเบื้องต้นกรณี   เครื่องมืออุปกรณ์เสียหรือเกิดขัดข้องมีระบบรายงานเพื่อติดตามช่างภายในและภายนอกเพื่อมาตรวจเช็ค/ซ่อม/แก้ไข เพื่อให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ  **(5)ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:** การตรวจทางรังสีทั่วไปมีการบันทึกข้อมูลผลการตรวจและภาพในระบบรังสีดิจิทัล (PACS) ผ่านโปรแกรมWebPACS โดยมีการตรวจสอบคุณภาพภาพถ่ายรังสีก่อนรายงานตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการส่งภาพมีการใช้ AI ช่วยแปลผลสำหรับรถ Mobile และ AI ใช้ในระบบPacsในอนาคต  **(6)คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:**หน่วยบริการภายนอกมีเครื่องมือที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดและภาพถ่ายทางรังสีถูกแปลผลโดยรังสีแพทย์  **(7)การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:** รังสีแพทย์/รังสีเทคนิคตรวจสอบความถูกต้อง/ครบถ้วนของข้อมูลการส่งตรวจก่อนทำการตรวจหากเมื่อมีข้อสงสัยจะติดต่อกับแพทย์ผู้ส่งตรวจโดยตรง  **ข.การให้บริการรังสีวิทยา**  **(1) คำขอส่งตรวจ:** การขอตรวจพิเศษทางรังสีและกรณีที่ต้องการรายงานผลการตรวจโดยรังสีแพทย์ต้องมีการเขียนใบขอส่งตรวจ (request for x-ray) ข้อมูลสำคัญ ประวัติและข้อบ่งชี้สำคัญ  เช่น  กรณีที่ต้องใช้สารทึบรังสีต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN ,creatinine,GFR การซักประวัติการแพ้สารทึบรังสี เป็นต้น พร้อมระบุชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจชัดเจนเพื่อการติดต่อประสานงาน   * เมื่อมีข้อสงสัยในใบขอส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย(ใบ request for x-ray)แพทย์หรือรังสี เทคนิคสามารถสอบกลับไปยังหน่วยงานที่ส่งตรวจโดยตรงเพื่อผลการวินิจฉัยที่ถูกต้อง   ทันเวลา  **(2)การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:**ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวและอธิบายวิธีการตรวจก่อนตรวจทุกรายมีการบันทึกข้อมูลสำหรับช่องทางติดต่อผู้ป่วยเช่นเบอร์โทรศัพท์  **(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:** ผู้ป่วย stroke fast track ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และแปลผลภายใน 30  นาที ระยะเวลาการรอภาพรังสี/ฟิล์มผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 12 นาที ระยะเวลาการรอภาพรังสี/ฟิล์มฉุกเฉินเฉลี่ย  8นาที  **(4)การดูแลระหว่างได้รับบริการ:** มีการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยต่างๆในการส่งผู้ป่วยมารับบริการ เช่น ถ้าเป็นผู้ป่วยวิกฤตต้องมีพยาบาลนำส่งทุกครั้งและโทรประสานก่อนที่จะส่งผู้ป่วยมารับบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย มีการประเมินอาการผู้ป่วยก่อน/หลังการให้บริการตรวจทางรังสีวินิจฉัย  **(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:** มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลผู้รับบริการและรายการส่งตรวจทางรังสีและบันทึกในระบบ HOSxP ก่อนให้บริการตรวจทางรังสีทุกครั้งมีการสอบถามชื่อสกุลเพื่อป้องกันการให้บริการผิดคน การถ่ายภาพทางรังสีปฏิบัติตามมาตรฐานการถ่ายภาพรังสี (standard procedure) มีการควบคุมปริมาณรังสีตาม exposure guideline และตามดัชนีชี้วัดปริมาณรังสีที่เหมาะสมของแต่ละอวัยวะ มีการตรวจสอบคุณภาพการถ่ายภาพรังสีและความถูกต้องของชื่อสกุล HN. Position และการระบุข้าง มีการเก็บข้อมูลอัตราการถ่ายภาพทางรังสีซ้ำและตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการทางรังสีทุกเดือน  **(6)การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:** ภาพถ่ายทางรังสีได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุล HN Position/Projection และคุณภาพโดยรังสีเทคนิคก่อนที่จะมีการส่งภาพ  **(7)การแปลผลภาพรังสี:** การตรวจพิเศษทางรังสีและ CT scan ได้รับการตรวจและแปรผลโดยรังสีแพทย์และรายงาน  ผลไม่เกิน4วันทำการหากกรณีจำเป็นต้องการวินิจฉัยอย่างเร่งด่วนจะมีการรายงานผลที่ตรวจแก่แพทย์เจ้าของไข้โดยตรงภาพรังสีทั่วไปโดยปกติอ่านแปลผลโดยแพทย์ผู้ส่งตรวจมีระบบปรึกษารังสีแพทย์เพื่อสอบถามปรึกษาหรือขอทบทวนผลการอ่านภาพรังสี  **ค.การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย**  **1)ความปลอดภัยของผู้ป่วย:** มีการทบทวนระบบการช่วยเหลือและประสานงานกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสีรุนแรง ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการเอกซเรย์  **2)การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:**มีเอกสารแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใช้วัสดุป้องกันรังสีแก่ผู้ช่วยจับขณะทำการเอกซเรย์และใช้เวลาในการเอกซเรย์ให้น้อยที่สุด  มีระบบการตรวจสอบซ้ำตั้งแต่ขั้นตอนลงทะเบียน/ก่อนการเอกซเรย์เพื่อป้องกันการได้รับรังสีซ้ำ  **3)ระบบบริหารคุณภาพ:**เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับและสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นการสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรจึงมีการจัดทำแผนฝึกอบรมประชุมสัมมนาโดยส่งผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมการอบรมความรู้ฟื้นฟูวิชาการและรับรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่จำเป็นสำหรับนำมาใช้ในการปฏิบัติและพัฒนางานทั้งจากภายในและนอกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นทักษะและวิชาการที่ถูกต้อง  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | **การจัดบริการรังสีวิทยา/ภาพถ่ายทางการแพทย์** | **4** | **I** | 1.ดำเนินการให้บริการตรวจด้วยรถเอกซเรย์ดิจิทัลโมบายเชิงรุกภายนอกโรงพยาบาล เปิดบริการห้องเอกซเรย์ทั่วไปและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์24ชั่วโมงที่ตึกอุบัติเหตุแห่งใหม่ (ขยายบริการเพิ่ม) เพื่อให้สอดรับกับนโยบายโรงพยาบาลมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางด้านการดูแลผู้ป่วยทางอุบัติเหตุ  2.การพัฒนาการส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากช่วง2-3ปีที่ผ่านมามีการส่งตรวจเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม กำหนดให้แพทย์ที่ส่งตรวจทางรังสีที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น CT/MRI ให้แพทย์ระบุข้อมูลสำคัญทางคลินิก ข้อบ่งชี้ ถ้าเป็นแพทย์internให้มีการกำกับดูแลโดยแพทย์Staffทุกราย และมีระบบให้รังสีแพทย์ได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและรายงานผลการตรวจได้โดยตรงกับแพทย์แผนกที่ส่ง  3.วางแผนปรับขยายพื้นที่ / ย้ายทั้งหน่วยงานไปที่อาคาร7ชั้นหลังใหม่เพื่อรองรับการให้บริการทางรังสีได้มากขึ้นและแก้ปัญหาลดความแออัดของผู้รับบริการอีกทั้งเพื่อการให้บริการทางรังสีเป็นลักษณะone stop service  4.การจัดหาเพื่อพัฒนาระบบการสร้างภาพจัดเก็บและสื่อสารภาพทางการแพทย์(Pacs)ใหม่ เพื่อทดแทนระบบเดิมซึ่งหมดอายุสัญญาและมีการเสื่อมคุณภาพของอุปกรณ์ต่างๆ โดยได้มีการกำหนดคุณสมบัติลักษณะเฉพาะด้านสมรรถนะ คุณภาพและประสิทธิภาพของการใช้งานให้เหมาะสมและเพียงพอกับการให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ เช่น AI | | **2.การวางแผนทรัพยากรและการจัดการรังสีวิทยา** | **3.5** | **L,I** | 1.เพื่อพัฒนาการให้บริการตรวจทางรังสีให้มีความครอบคลุมมากขึ้นจึงวางแผนจัดหาเครื่องมือตรวจทางรังสีที่ทันสมัยที่ยังไม่มีให้บริการมาเพื่อให้บริการได้แก่   เครื่องเอกซเรย์ฟันแบบสามมิติ(CBCT) เครื่องตรวจวิเคราะห์มวลกระดูก (BMD Scan) และชุดแปลงสัญญาณภาพระบบดิจิทัลเต้านม (DR)  2.พัฒนาการควบคุมคุณภาพเครื่องมือการตรวจทางรังสีเพื่อให้หน่วยงานมีเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและพร้อมใช้งาน กำหนดให้มีการบันทึกรายการบำรุงรักษาประจำวัน (Daily checklist) และตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานข้อกำหนดของเครื่องมือแต่ละชนิดโดยมีรายงานผลการตรวจจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ | | **3.ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา** | **3.5** | **L,I** | 1.เพื่อให้ผู้รับบริการทางรังสีได้รับการตรวจทางรังสีที่มีคุณภาพ และปลอดภัยตามมาตรฐาน จึงมีการพัฒนาระบบการให้บริการทางรังสีตามข้อกำหนดมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนในขอการรับรองจากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข  2.พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน/วิกฤติขึ้นขณะมารับบริการที่หน่วยงานจึงได้มีการเตรียมความพร้อมด้านรถยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินแพทย์และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประสานงานขอความช่วยเหลือจากทีมหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม2/หอผู้ป่วยหนักเด็ก และห้องตรวจฉุกเฉิน |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและความภาคภูมิใจ**   1. เป็นหน่วยงานที่มีการนำเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีการตรวจรังสีแบบดิจิทัลที่ทันสมัยมาให้บริการตรวจทางรังสีซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับผลงานทั้งแพทย์และ 2. เป็นหน่วยงานที่เป็นภาคีให้ความร่วมมือกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัยคัดกรองโรคและความผิดปกติในโครงการต่างๆ ได้แก่ คัดกรองวัณโรคกลุ่ม   เสี่ยง มะเร็งตับและท่อน้ำดี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี ตรวจสุขภาพประจำปีหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น   1. การพัฒนาการส่งต่อภาพรังสีในเครือข่ายภายในจังหวัด   **iv.ผลลัพธ์ เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**ความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็วคุณภาพฟิล์ม | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2562** | **ปี 2563** | **ปี 2564** | **ปี 2565** | **ปี2566** |
| ระยะเวลาการรอภาพรังสี/ฟิล์มผู้ป่วยนอก | 20 นาที | 12 นาที | 11 นาที | 12 นาที | 12 นาที | 12 นาที |
| ระยะเวลาการรอภาพรังสี/ฟิล์มฉุกเฉิน | 10 นาที | 8 นาที | 8 นาที | 9 นาที | 9 นาที | 9 นาที |
| ระยะเวลาการนัดตรวจพิเศษ | 7 วัน | 11 วัน | 10 วัน | 7 วัน | 7 วัน | 7 วัน |
| อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | < 2% | 0.98% | 0.94% | 1.2% | 1.05% | 1.18% |
| จำนวนผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสีแพ้รุนแรง | 0 ราย | 0 ราย | 0 ราย | 0 ราย | 0 ราย | 0 ราย |
| จำนวนผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสีไม่รุนแรง | < 2% | 0.05%  (2/439 ราย) | 0%  (0/238 ราย) | 0.46%  (1/214 ราย) | 0.43%  (1/230 ราย) | 0%  (0/310 ราย) |
| อัตราความผิดพลาดของการลงทะเบียน | ≤1% | 0.04%  (36/92,238ครั้ง) | 0.04%  (27/67,384ครั้ง) | 0.03%  (36/91,939ครั้ง) | 0.03%  (32/105,490ครั้ง) | 0.02%  (24/97,021ครั้ง) |
| จำนวนครั้งการเอกซเรย์ผิดคน | ≤1% | 0.01%  (17 ครั้ง) | 0.01%  (18 ครั้ง) | 0.01%  (13/91,939ครั้ง) | 0.01%  (15/105,490ครั้ง) | 0.01%  (17 /97,021ครั้ง) |

**II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม  **i. บริบท**สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ที่  สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)  กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกได้จัดแบ่งงานเป็น 3 งาน คือ งานบริหาร งานวิชาการ และงานบริการ  1**. งานบริหาร**การบริหารงานกลุ่มงานฯ เพื่อตอบสนองต่อนโยบายขององค์กร โดยจัดให้มีคณะกรรมการบริหารงานกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก เพื่อดำเนินการ  วางแผนจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับแผนงานโรงพยาบาลและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การวางแผนพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และ มีความรู้ความสามารถและมี  ความพร้อมในการ  **2.งานวิชาการ**  กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก จัดให้มีคณะกรรมการวิชาการของกลุ่มงาน โดยจัดให้นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแต่ละงานรับผิดชอบงานด้าน  วิชาการของงานนั้น ๆ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม/ประชุมสัมมนาทางวิชาการในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม สนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทำการศึกษาวิจัย ตลอดจนการให้  ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในด้านวิชาการ  **3.งานบริการ** จัดระบบให้บริการโดยแบ่งเป็นสาขาย่อย 7 แผนก ได้แก่ แผนกธนาคารเลือด แผนกจุลทรรศน์ศาสตร์และโลหิตวิทยา แผนกเคมีคลินิก แผนกภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก แผนก  จุลชีววิทยาคลินิก แผนกจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและส่งต่อ แผนกแล็บER และแผนกอณูชีวโมเลกุล เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ  **สถานที่ตั้ง** กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกมีพื้นที่ห้องปฏิบัติการทั้ง 2 ชั้น จัดสัดส่วนของห้องต่าง ๆ ของแต่ละงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดทั้งในด้านขนาดพื้นที่แสงสว่าง การระบายอากาศ และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวกต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งงานธนาคารเลือดซึ่งให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ จัดสถานที่ชั้นที่ 1 ในส่วนงานห้องเจาะเลือดผู้ป่วยนอกจะตั้งอยู่ชั้นล่างตึกอำนวยการหลังใหม่และแผนกแล็บER จะตั้งอยู่ที่ชั้นล่างอาคาร สธ.100 ปี  ปัญหา :1.พื้นที่ให้บริการคับแคบทั้งบริเวณห้องเจาะเลือดและอาคารห้องปฏิบัติการทำให้ไม่สามารถแยกโซนปฏิบัติงานกับโซนเอกสารได้ชัดเจน 2.จำนวนบุคลากรมีน้อยเมื่อเทียบกับ  work load  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2]\* | **3.5** | **L I** | **เป้าหมาย**  **-**เพื่อให้บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม  **กระบวนการ**  1. ขอรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์(LA)  2. การบริหารจัดการเพื่อรองรับการให้บริการตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินหลังใหม่ และคลินิกพิเศษต่างๆที่เปิดบริการเพิ่ม  3. เปิดให้บริการการตรวจวิเคราะห์ทางด้านฮีมาโตเพิ่มเพื่อพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนการรักษาของแพทย์เฉพาะทางทางด้านฮีมาโต  4. Rational Laboratory Use (RLU)  5. พัฒนาระบบสารสนเทศ  6. ติดตั้งระบบท่อลมในการส่งตัวอย่างจากห้องเจาะเลือดไปยังห้องปฏิบัติการ  การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกดำเนินการดังนี้  1. แต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  2. แต่งตั้งผู้จัดการคุณภาพ ผู้จัดการวิชาการ และผู้จัดการด้านความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ  3. แต่งตั้งหัวหน้าแผนกและมอบหมายอำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับให้เหมาะสมกับลักษณะและภาระงาน  **เครื่องมือห้องปฏิบัติการ**  -มีการกำหนดแนวทางการคัดเลือกเครื่องมือ น้ำยาตรวจวิเคราะห์ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการตรวจวิเคราะห์ของแต่ละรายการ เช่น วิธีการตรวจที่เป็นมาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับ หลักการตรวจวิเคราะห์ ความไว ความจำเพาะ เวลาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ บริการหลังขาย ความเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งจะถูกพิจารณาในการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะในขั้นตอนการจัดซื้อ  -แนวทางการจัดหา ดำเนินการตามระเบียบทางราชการ และยึดปฏิบัติตาม พ.ร.บ.พัสดุ 2560 เป็นหลัก โดยการดำเนินการแบบคณะกรรมการจัดทำแผนการสอบเทียบเครื่องมือที่จำเป็น และมีผลต่อคุณภาพผลการตรวจวิเคราะห์ แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และสรุปประเมินผลการสอบเทียบเสนอผู้บริหารต่อไป  **เทคโนโลยี/เครื่องมือ**  -เทคโนโลยี : HIS, LIS. LAS, ROBO, Web รายงานผล  **การให้บริการ**  -จัดระบบให้บริการโดยแบ่งเป็นสาขาย่อย 7 แผนก ได้แก่ แผนกธนาคารเลือด แผนกจุลทรรศน์ศาสตร์และโลหิตวิทยา แผนกเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก แผนกจุลชีววิทยาคลินิก แผนกจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและส่งต่อ แผนกอณูชีวโมเลกุล และแผนกเซลล์วิทยา เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ  **การบันทึกและการเก็บรักษาข้อมูล/ผลการตรวจวิเคราะห์ :**งานแต่ละงานจะต้องดำเนินการบันทึกและการเก็บรักษาข้อมูล/ผลการตรวจวิเคราะห์ ให้สามารถตรวจสอบกลับได้ และดำเนินการปกปิดเป็นความลับ กำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการมอบหมายงานในหน้าที่ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ระยะเวลาการเก็บรักษาให้เป็นไปตามระเบียบทางราชการ ในกรณีที่เก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ต้องกำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและผู้ที่สามารถแก้ไขข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีการมอบหมายงานในหน้าที่ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้  **งานส่งต่อที่อื่น :** กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ต้องดำเนินการส่งตรวจต่อที่อื่นในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เองได้ และห้องปฏิบัติการนั้น ๆ จะต้องมีระบบมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ มีระบบควบคุมคุณภาพที่น่าเชื่อถือ มีระบบการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ทันต่อการนำผลการตรวจไปใช้ ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการที่ส่งต่อต้องได้รับการประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสรุปผลการประเมินต่อผู้บริหาร  **ผลลัพธ์**  1. ความความพึงพอใจของผู้รับบริการ  2.ระยะเวลารอคอยผล OPD  3.คะแนนการทดสอบความชำนาญของการตรวจวิเคราะห์(EQC)ของสาขาต่าง ๆ  4.การทำ IQC  5.การรายงานค่าวิกฤต (electrolyte,Trop-T,PT/INR)  6.การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน  7.ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ  8.จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\*  9.ผ่านการรบรอบจากสภาเทคนิคการแพทย์  **แผนพัฒนา** :พัฒนาระบบสารสนเทศ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การเปิดบริการตรวจ lab เพื่อตอบสนองSP ทุก คลินิก และเพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคลากร เช่น ตรวจ HBV & HIV , PTH, Ferritin ,Iron study, d-dimer, tumor markers,   C3,C4,Covid-19,serum ketone, Fibrinogen, TT, Mixing test   * การเชื่อมต่อข้อมูลผล lab ของ รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัด เข้าสู่โปรแกรม Checkpoint ทำให้ จนท.รพ.สต. และ รพช. แต่ละ แห่งสามารถ log in เข้าดูผล lab และ   สามารถ ปริ้นผลรายงานแพทย์ได้แบบ real time   * ออกให้บริการนอกสถานที่ร่วมกับหน่วยงานอาชีวอนามัยและ หน่วยงาน OPD เชิงรุก   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ความปลอดภัย ประสิทธิภาพในการจัดการ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1. ความความพึงพอใจของผู้รับบริการ  -ความความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก  -ความความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน | ≥80 (%)  **≥80 (%)** | 84  77 | 84  76 | 85  81 | 86  84 | 88  87 |
| 2. ระยะเวลารอคอยผล OPD | ≤ 90 (นาที) | 78 | 82 | 64 | 80 | 114 |
| 3. คะแนนการทดสอบความชำนาญของการตรวจวิเคราะห์(EQC)ของสาขาต่าง ๆ  -จุลชีววิทยา  -งานภูมิคุ้มกันวิทยา  -งานโลหิตวิทยาและจุลทรรศน์  -การตรวจ Anti-HIV  -งานเคมีคลินิก  -งานอณูชีวโมเลกุล  -งานธนาคารเลือด | เกรด≥3.0 (เฉลี่ย)  เกรด≥3.0 (เฉลี่ย)  เกรด≥3.0 (เฉลี่ย)  100 (คะแนน)  VIS≤100  10 (คะแนน)  Excellent | 3.4  3.5  3./5  100  58  10  Excellent | 3.5  3.5  3.5  100  50  10  Excellent | 3.8  3.5  3.0  100  48  10  Excellent | 3.25  3.5  3.25  100  54  10  Excellent | 3.5  3.9  3.5  100  49  10  Excellent |
| 4.การทำ IQC | 100 (%) | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 5.การรายงานค่าวิกฤต (electrolyte,Trop-T,PT/INR) | 100 (%) | 98 | 99 | 99 | 99 | 98 |
| 6.การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน | 0 (ครั้ง) | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 7.ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ  -ผู้ป่วยนอก  -ผู้ป่วยใน | ≤1 ฉบับ/ด  ≤5 ฉบับ/ด | 0.8  2.2 | 0.4  4.5 | 0.2  1.5 | 0.1  2.5 | 0.1  1.4 |
| 8.จำนวนอุบัติการณ์ การตรวจ/รายงานผลการตรวจวิเคราะห์LAB คลาดเคลื่อน(ผลล่าช้า/ตรวจผิดวิธี/ผลคลาดเคลื่อน) ระดับE ขึ้นไป  จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | 0 ฉบับ/ด | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 |
| 9.ผ่านการรบรอบจากสภาเทคนิคการแพทย์ | ผ่านการรับรอง | ขอรับรอง | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ยื่นre-LA1 |

**II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวช & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-7.3 องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.  II-7.5 ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์  ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.  **i. บริบท**  งานบริการ:   1. งานศัลยพยาธิวิทยา มีหน้าที่ในการรับตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อ, จัดเตรียมเป็นสไลด์แก้ว และรายงานผลการวินิจฉัยชิ้นเนื้อ 2. งานเซลล์วิทยา มีหน้าที่ในการรับตรวจวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีม น้ำคัดหลั่ง และการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก และรายงานผลการวินิจฉัย 3. งานย้อมพิเศษ มีหน้าที่ย้อมสีพิเศษ (ปัจจุบันย้อมได้ 2 อย่างคือ AFB และ GMS) 4. งานขอทบทวนและปรึกษาผลการวินิจฉัย มีหน้าที่ทบทวนผลวินิจฉัยหรือรับปรึกษาผลการวินิจฉัยตามที่แพทย์ต้องการ 5. งานยืมสไลด์และพาราฟินบล็อกเพื่อการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น มีหน้าที่จัดเตรียมพาราฟินบล็อกและสไลด์แก้วเพื่อนำให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปส่งมอบให้กับโรงพยาบาล   ที่ได้ทำการไปรักษาต่อ   1. งานขอส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก มีหน้าที่ส่งสิ่งส่งตรวจบางส่วนที่ปัจจุบันโรงพยาบาลยังไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกที่ได้รับรองมาตราฐาน   ทางวิชาการของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย  สถานที่: ห้องปฏิบัติการรับส่งสิ่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อาคารเทคนิคการแพทย์ชั้น 2 (เบอร์ติดต่อภายใน 2745, 2746)  โดยจัดสรรการส่งตรวจสิ่งส่งตรวจเป็นรอบ 2 รอบ ดังนี้ 1.รอบเช้า (9:00-11:00) 2. รอบบ่าย (16:00-18:00)  บุคลากร:   1. พยาธิแพทย์ 1 คน 2. นักพยาธิวิทยากายวิภาค 2 คน 3. นักเซลล์วิทยา 2 คน 4. ธุรการ 1 คน   สถานการณ์ปัจจุบัน:  สามารถตรวจชิ้นเนื้อและจัดทำสไลด์แก้วเพื่อวินิจฉัยได้บางส่วน และย้อมพิเศษ AFB กับ GMS ได้ แต่บางกรณียังจำเป็นต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปห้องปฏิบัติการภายนอกเช่น สิ่งส่งตรวจมีลักษณะของแคลเซียมหรือกระดูกที่โรงพยาบาลยังไม่มีอุปกรณ์ในการตัดได้, ชิ้นเนื้อขนาดเล็กที่สงสัยมะเร็ง (first diagnosis malignancy) ที่ควรต้องใช้พยาธิแพทย์ 2 คนในการวินิจฉัย หรือกรณีสิ่งส่งตรวจที่คาดว่าจำเป็นต้องมีการย้อม Immunohistochemical studies เพื่อควรสะดวกรวดเร็วจึงจำเป็นต้องส่งออก  ปัญหา:   1. สถานที่คับแคบ ไม่เพียงพอต่อการทำงาน รวมทั้งการจัดเก็บสารเคมีอันตรายและเอกสารสำคัญ 2. พยาธิแพทย์ไม่เพียงพอ 3. ระบบ LIS ของพยาธิวิทยากายวิภาคยังไม่มี ทำให้ไม่สะดวกในการรายงานผล เสียเวลาในการทำงานผ่านโปรแกรมหลายโปรแกรมเพื่อให้ได้รายงานพร้อมทั้งยังต้อง Approved ผ่านอีกโปรแกรมทำให้ทำงานซ้ำซ้อน 4. การนำส่งชิ้นเนื้อโดยคนไข้นำสิ่งส่งตรวจมาส่งเอง อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิ่งส่งตรวจได้   ความเสี่ยง:   1. สถานที่ เนื่องจากไม่มีพื้นที่จัดเก็บสารเคมีเป็นหลักแหล่ง ทำให้ต้องจัดเก็บสารเคมีไว้ห้องเดียวกับห้องปฏิบัติการเป็นจำนวนมาก รวมทั้งไม่มีทางหนีไฟ 2. การที่คนไข้นำส่งชิ้นเนื้อเอง ไม่มีคนเซ็นต์รับสิ่งส่งตรวจตามรอบ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบย้อนหลังกรณีสิ่งส่งตรวจสูญหายหรือเสียหายได้ 3. ไม่มีระบบ LIS ที่สะดวกต่อการใช้งาน ก่อให้เกิดความเสี่ยงจาก Human error ได้ เช่น รายงานผลสลับหมายเลขชิ้นเนื้อ ลงทะเบียนสลับ   การประเมินผลความสำเร็จ   1. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ 2. อัตราการรายงานผลในระยะเวลาที่กำหนด 3. อัตราความผิดพลาดในการรายงานผลหรืออัตราการแก้ไขรายงานผล 4. อัตราความพึงพอในของผู้รับบริการ   **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก [II-7.3 / 7.5] | **3.5** | **LI** | 1. การขอรับรองมาตรฐานทางวิชาการของห้องปฏิบัติการของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่ง   ประเทศไทย   1. จัดทำคู่มือห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยากายวิภาค พร้อมทั้ง work instruction 2. การจัดหาพยาธิแพทย์เพิ่ม 1-2 ตำแหน่ง 3. การจัดหาเครื่องมือ cytocentrifuge เพื่อลดภาระพยาธิแพทย์ 4. ขอพื้นที่ห้องปฏิบัติการเพิ่ม 5. การจัดหา LIS ที่สะดวกต่อผู้ใช้งาน เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ระบบรับ-ส่งสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเกณฑ์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ * กระบวนการตัดตรวจชิ้นเนื้อได้ภายในโรงพยาบาล   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2565** | **2566** | | จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | 0 | 0 | 0 | | อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ | 10 ครั้งต่อเดือน | 1 ครั้งต่อเดือน | 8.6 ครั้งต่อเดือน | | อัตราการรายงานผลในระยะเวลาที่กำหนด | 90% | 80% | 97% | | อัตราความผิดพลาดในการรายงานผลหรืออัตราการแก้ไขรายงานผล | 0 เคส | 0 | 2 | | อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ | 80% | - | - | | ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด | 0 เคส | 0 | 0 | | เข้าร่วมประเมินคุณภาพจากองค์กรภายนอก (EQA) | 90% | - | - | | อัตราการเสียหายสูญหายของสิ่งส่งตรวจ | 0 เคส | 0 | 1 | |

**II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):** องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ  **i. บริบท** งานธนาคารเลือดจัดหาโลหิตโดยรับบริจาคโลหิตทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โลหิตที่จัดหาได้ ส่งตรวจคัดกรองที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 6 จังหวัดขอนแก่น  มีการเตรียมจ่ายโลหิตให้กับผู้ป่วยทั้งภายในโรงพยาบาล และผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการเตรียมส่วนประกอบของโลหิตชนิดต่างๆ ได้แก่1.Pack Red  cells (PRC) 2.Leukocyte poor Pack Red cells (LPRC) 3.Fresh frozen plasma (FFP) 4.Platelet concentrate 5.Platelet Apheresis 6.Cryoprecipitate ปัจจุบันงานธนาคารเลือดใช้  โปรแกรม Ai convergence โดยเชื่อมต่อกับ โปรแกรม HosXP ลดความเสี่ยงในการพิมพ์ข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาดได้เข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก (EQC) คือ กรมวิทยาศาสตร์  การแพทย์ผ่านเกณฑ์ ผลการพัฒนาที่สำคัญ : เตรียมเลือดให้ผู้ป่วย Thalassemia เป็นชนิด Leukocyte poor Red blood cell (LPRC)และมีการทำAg Typing E ,c ,Mia ให้บริการภายใน  โรงพยาบาลและบริการสำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]\* | **3.5** | **LI** | โรงพยาบาลได้มีการนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และได้มีการวิเคราะห์ส่วนขาด และนำมาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ดังนี้ 1)เตรียมLPRCที่มีการทำAg Typing E,c,Mia ให้ผู้ป่วย Thalassemia ทั้งภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย รพ.ชุมชนส่งรายชื่อคนไข้+หมู่เลือด ขอจอง LPRCไว้ล่วงหน้า มารับเลือดตามนัดเพื่อนำไปเตรียมจ่ายให้คนไข้  2)เตรียมโลหิตชนิด LDPRCที่ผ่านการกรองเม็ดเลือดขาวเพื่อผู้ป่วยที่รับเลือดบ่อย ๆและผู้ป่วยที่แพ้เลือด ผลพบว่า อุบัติการณ์แพ้เลือด ในปี 2565= 0.09% และปี 2566=0.19% จึงมีแผนในการพัฒนา ให้ผู้ป่วยได้รับโลหิตชนิด LPRC ที่ครอบคลุมมากขึ้น 3)ประเด็นเรื่องความเพียงพอของโลหิต ได้มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การบริจาคโลหิต จัดหาจากภายนอกโรงพยาบาล จัดให้มีการออกหน่วยร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด ผลพบว่ามีความเพียงพอในการให้บริการ 4)ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง เลือดที่ได้จากการเจาะเก็บนอกสถานที่ มีถังเก็บเลือดที่มี Ice pack เพื่อควบคุมความเย็นในการขนส่ง เลือดและส่วนประกอบของเลือดจัดเก็บในอุณหภูมิตามชนิด ในหน่วยงานต่างๆ เมื่อมีการขอใช้โลหิต จะมีการนำส่งโดยธนาคารเลือด โดยมีถังบรรจุส่งที่ควบคุมอุณหภูมิ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * พัฒนาระบบงานบริการโลหิตสำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย มีการประสานงานที่รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับเลือดเร็วขึ้น และสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ต้อง   เดินทางมารับเลือดที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยลดจำนวนผู้ป่วยเข้ามาAdmit ประมาณ 600 คน   * ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการขนส่ง เพื่อการขนส่งโลหิตที่ได้คุณภาพ งานธนาคารเลือดได้ปรับระบบการขนส่งโลหิตโดยงานธนาคารเลือดเป็นคนจัดเตรียม   กระติกที่มีอุณหภูมิ 1 -10 ºC ให้เมื่อหอผู้ป่วยมารับเลือด และกระติกที่มีอุณหภูมิ 20 - 24 ºC  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด  (ทั้งหมด/ระดับ E)\* | 0 % | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด | <1% | 0.13% | 0.07% | 0.07% | 0.09% | 0.19% |
| 3. ความถูกต้องของผล EQC | >3.5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 4.จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการให้เลือด | 0 % | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร | | | | | | |

**II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.  **i. บริบท** สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และประเมินผลความสำเร็จ (ตอบ  ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน overall requirement)โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ดูแลรักษาผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์  นอกจากนี้ยังมีพื้นที่รับผิดชอบในรูปแบบหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) คือ คปสอ. เมืองกาฬสินธุ์ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 25 แห่ง (รพ.สต.21แห่ง/PCU 4 แห่ง) และเรือนจำ 1 แห่ง มีการ  แต่งตั้งคณะกรรมการทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว SRRT เพื่อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งมีโรคติดต่ออันตรายจำนวน 13 โรค และ  โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ระบบ รง. 506) จำนวน 58 โรค รวมถึงภัยสุขภาพในพื้นที่ โรคสำคัญในพื้นที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก โรคอุจาระร่วง  โรควัณโรค อุบัติเหตุจราจร และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ได้แก่ COVID-19 ภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ : หมอกควัน  **กระบวนการ :** เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการดำเนินงาน ดังนี้  • โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีนโยบายดำเนินการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและประชาชน ดำเนินการทั้งส่วนของผู้ป่วย บุคลากร และ ประชาชน กรณีเกิดโรคหรือภัยสุขภาพ โดยสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จะนำเข้าในวาระการประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และ/ หรือนำเข้าวาระการประชุมประจำเดือน เพื่อให้คณะกรรมการติดตามสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ มีการจัดประชุมทบทวนการรายงาน 506 ในเดือนพฤศจิกายน 2565 และถอดบทเรียนการจัดการสถานการณ์ ในเดือนเมษายน 2566 เช่น โรคพิษสุนัขบ้า และการซ้อมแผนอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์  • ประชุมร่วมกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อสื่อสารข้อมูล สถานการณ์โรค ให้ความรู้เรื่องโรค และขอความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค  **•** จัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่-โรคอุบัติซ้ำ ในชุมชน เตรียมความพร้อมในการ ดำเนินงานในพื้นที่ ในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ (CUP) มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน จัดรณรงค์ป้องกัน ควบคุมโรคที่มียุงลายเป็นพาหะร่วมกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ทุกไตรมาสและ มีกา**ร**จัดประชุม อบรมแนวทางการเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามมาตรการแนวทางของกรมควบคุมโรคและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์กำหนด  • โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงบ UC เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น โครงการบูรณาการลดโรคที่เป็น  ปัญหา คปสอ. เมืองกาฬสินธุ์ โครงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โครงการป้องกันควบคุมวัณโรค ส่งผลให้การคัดกรอง การ  -เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการปฏิบัติ ดังนี้  • จัดตั้งทีม SRRT เพิ่มสมรรถนะทีม SRRTให้มีทักษะด้านการ ป้องกัน ควบคุมการระบาดและสอบสวนโรค โดยวิธีจัดอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยหลักสูตรระบาดวิทยาสำหรับเจ้าหน้าที่ก่อนปฏิบัติงาน ตามโครงการบูรณาการลดโรคที่เป็นปัญหา คปสอ. เมืองกาฬสินธุ์ และโครงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ โดยมีศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นศูนย์กลาง จัดเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เวรละ 2 คน จากเจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา (นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน ) รับผิดชอบ ประสานงาน และรายงานโรคไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ทุกวัน ตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานงานระบาดวิทยารวมทั้งรายงานโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย รับการนิเทศจากทีมนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และทีมนิเทศงานสำนักงานควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ทุกไตรมาส ทุกปี  • มีการสอบสวนโรคที่ต้องสอบสวนโรคตามข้อกำหนดของสำนักระบาดวิทยา (รง.506)ทั้งเฉพาะราย และกรณีระบาดเป็นกลุ่มก้อน  • มีการเตรียมความพร้อมในการรับโรคและภัยสุขภาพที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน เช่น โรคอุบัติใหม่-โรคอุบัติซ้ำ และ จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสื่อสารแนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามสถานการณ์ เช่น การระบาดของโรค COVID-19 การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในสถานดูแลเด็กพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นต้น  • กำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก **มาตรการ 3-3-1** ( รายงานโรคให้ รพ.สต.หรือสถานบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ทราบภายใน 3 ชั่วโมง สอบสวนโรคและกำจัดลูกน้ำรอบบ้านผู้ป่วยรัศมี 100 เมตร ภายใน 3 ชั่วโมง พ่นสารเคมีในวันที่ 1,3,7 โดยพ่นสารเคมีภายใน 24 ชั่วโมง จากวันที่ได้รับรายงานผู้ป่วย/ผู้สงสัย (วันที่ 0 เตรียมชุมชน) รัศมีการควบคุมโรคอย่างน้อย 100 เมตร และพ่นสารเคมีครั้งต่อไปวันที่ 3 และ วันที่ 7 โดยต้องพ่นให้ครอบคลุมในบ้านและนอกบ้านอย่างน้อยร้อยละ 80 ของบ้านในรัศมี 100 เมตร **มาตรการ 7-14** ( ดัชนีลูกน้ำยุงลาย มีค่าเป็น 0 ภายใน 7 วัน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่หลัง 14 วัน โดยพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวแก่ ที่บ้านผู้ป่วยวันที่ 1, 3, 7  • สามารถติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามารับวัคซีนได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า  • ควบคุมโรควัณโรค โดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย Verbal screening และเอกซเรย์ปอด ในกลุ่มผู้ป่วยมีการส่งต่อเยี่ยมบ้าน และติดตามคัดกรองผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ  • มีการสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยจัดอบรมให้บุคลากรมีความรู้เรื่องแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม สอบสวน การรักษาและ การส่งต่อ โรคไข้เลือดออก บุคลากรได้เข้าร่วม  ประชุม NCD Board แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งจัดประชุมคณะทำงาน เพื่อการยกระดับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ Smart SAT 24/7 จังหวัดกาฬสินธุ์  การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง: ศูนย์ระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์รวบรวมข้อมูลทุกวันจากระบบรายงานหลัก(Hos XP) และรับรายงาน 506 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ศูนย์สุขภาพชุมชน ทีม SRRT ระดับตำบล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง จะต้องตรวจสอบข้อมูล และกรณีเป็นผู้ป่วยในจะสอบสวนโรคเบื้องต้น ตามเกณฑ์ที่กำหนด และแจ้งทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ในพื้นที่เกิดเหตุภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับรายงาน เพื่อให้ออกดำเนินการป้องกันควบคุมและสอบสวนโรค ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งศูนย์ระบาดวิทยา จะบันทึกข้อมูลรายงาน 506 ลงโปรแกรม R506 ส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี ทาง E-mailและดำเนินการส่งข้อมูล ระบบ D506 ควบคู่กันไปจนถึง 31 ธันวาคม 2566 เริ่มใช้งาน D506 จริง 1 มกราคม 2567 การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด: ศูนย์ระบาดวิทยา นำข้อมูลจากโปรแกรม R506 มาวิเคราะห์ และแปรผลตามหลักการทางระบาดวิทยาเพื่อเปรียบเทียบ ดูแนวโน้มการเกิดโรค และสรุปรายงานเสนอผู้บริหาร และแจ้งเตือนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบสถานการณ์โรค พร้อมทั้งเตรียมทีม SRRT ระดับอำเภอ ร่วมออกปฏิบัติงานในกรณีเกินขอบขีดความสามารถของทีมระดับพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนทางวิชาการและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการป้องกันความคุมโรค และกำกับติดตามการเฝ้าระวังโรคต่อเนื่อง 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรคนั้นๆ จนกว่าเหตุการณ์จะสงบหรือไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน :มีการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรค โดยศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกับศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ด้วยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์โรคที่สำคัญ เช่น โรค ไข้เลือดออก คำนวณหาอัตราป่วยของโรค กลุ่มอายุ อาชีพ เพศ พื้นที่เสี่ยง และแนวโน้มการเกิดโรคเทียบกับค่ากลางย้อนหลัง 5 ปี แจ้งกลับไปยังพื้นที่ เช่น สสอ. รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. /อบต. ทำให้เกิดการรับรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ :กำหนดช่องทางติดต่อทีม SRRT ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้ง group Line เครือข่ายเฝ้าระวังโรค ได้แก่ “ทีมป้องกันควบคุมโรคอำเภอเมืองกาฬสินธุ์” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์)“SRRT KALASIN” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์) “ทีมเฝ้าระวังโรคติดต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์” (สหวิชาชีพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์) มีการตรวจจับการระบาดจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง สื่อต่าง ๆ หรือเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ เมื่อพบการระบาดจะเตรียมทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น แบบสอบสวนโรค อุปกรณ์เก็บ/นำส่งสิ่งส่งตรวจ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ มีการรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในการประชุม คปสอ.เมืองกาฬสินธุ์ และนำเสนอในการประชุม Cup board ทุกเดือนและ”ทีมโดเรมอน” (แพทย์อายุรกรรม พยาบาล IC เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ เจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา) เพื่อรองรับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งมีการซ้อมแผนเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ เช่น ซ้อมแผนอัคคีภัย ซ้อมแผนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซ้อมแผนอุบัติเหตุ อบรม CPR และมีทีม ALS 1 ทีม (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์) BLS 2 ทีม (กู้ภัยสว่างกาฬสินธุ์ และเทศบาลตำบลหลุบ) FR 21 ทีม จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ คปสอ.เมืองกาฬสินธุ์ พัฒนาอำเภอ / ตำบลควบคุมโรค เข้มแข็งอย่างยั่งยืน และสนับสนุน/พัฒนาชุมชนต้นแบบ ลดโรค ลดเสี่ยง มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมวัณโรคอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีการใช้ระบบ TBCM และระบบ DOTSทีม SRRT : มีทีม SRRT ระดับ คปสอ. ระดับอำเภอ และระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคและระบาด วิทยาของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน เน้นหลัก 3 ร. คือ รู้เร็ว รายงานเร็ว และควบคุมเร็ว โดยจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ SRRT ระดับตำบล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำนวน 17 ตำบล ร้อยละ 100 สามารถออกดำเนินงานป้องกันควบคุมและสอบสวนโรคได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการทบทวนข้อมูลตามนิยามการเฝ้าระวังรายโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะอาการทางคลินิก และบริบทของผู้ป่วย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค ตามหลักการสอบสวนโรค โดยเตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องของ คน อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการ (4 M) ทำให้เกิดประสิทธิภาพการตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ  มาตรการป้องกันที่จำเป็น :   * มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งประเมินการปฏิบัติงาน อุปกรณ์เครื่องมือ ในการป้องกันควบคุมโรค * มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เช่นการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้าเป็นต้น และมีการตรวจสุขภาพทุกปี โดยดูแลผู้ปฏิบัติงานให้   มีสุขภาพดี และป้องกันการแพร่ระบาดต่อผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ จัดรณรงค์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการหมั่นล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การหลีกเลี่ยงแหล่งผู้คนแออัด และจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกปี โดยความร่วมมือระหว่าง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อปท. อบต. ผู้นำชุมชน โรงเรียน และรพ.สต. เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรค โดยเน้นหลัก ชุมชน คิดเอง ทำเอง เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และได้จัดประชาคมชาวบ้านเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวขึ้น โดยการปรับพฤติกรรมตามหลัก 5ส.3 ก. (สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย และ เก็บบ้าน ให้ปลอดโปร่งไม่ให้ยุงลายเกาะพัก เก็บขยะเศษภาชนะไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และเก็บน้ำ ปิดให้มิดชิด หรือเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกสัปดาห์ไม่ให้ยุงลายวางไข่) โดยมีชุมชนต้นแบบในการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้พบว่า ค่าHI / CI ในปี 2565 ลดลง จากการที่ชุมชนมีบทบาทการจัดการด้วยตนเอง และการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพตำบล เกิดประสิทธิภาพ เมื่อเกิดผู้ป่วยไข้เลือดออกรายใหม่และไม่พบการอุบัติซ้ำของโรคไข้เลือดออก (Gen2)  • มีมาตรการเฝ้าระวังเตรียมพร้อมรับมือกับปริมาณฝุ่นที่เกินค่ามาตรฐานและประชาชนที่เข้ารับการรักษาเมื่อได้รับการเจ็บป่วยจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อมโดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงาน 5 มาตรการได้แก่ 1. เฝ้าระวังแจ้งเตือนสถานการณ์ 2. เฝ้าระวังการเจ็บป่วยและสอบสวนโรค 3. สื่อสาร สร้างความรอบรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ประชาชน 4. ดูแลสุขภาพประชาชน จัดบริการสาธารณสุขคลินิกมลพิษ 5. มาตรการทางกฎหมาย   * ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อมจากโปรแกรม HOS XP แล้วไปที่ระบบรายงาน-ศูนย์ข้อมูล-รายงานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษสิ่งแวดล้อม 8 กลุ่มโรค ได้แก่ 1.โรคหอบหืด 2.โรคภูมิแพ้ 3.โรคติดเชื่อทางเดินหายใจส่วนบน 4.โรคปอดอุดตันเรื้อรัง 5.โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง 6.โรคผิวหนังอักเสบผื่นคันผื่นแพ้ 7.โรคเยื่อบุตาอักเสบและความผิดปกติของเยื่อบุตา 8.โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจขาดเลือดอื่นๆ   **การเฝ้าระวังปริมาณฝุ่น PM2.5 กับจำนวนผู้ป่วย8กลุ่มโรค**  **การเก็บข้อมูลปริมาณฝุ่นPM2.5 และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมลพิษจากสิ่งแวดล้อม จำนวน8กลุ่มโรค มาเปรียบเทียบในแต่ละวัน**    การเปิดให้บริการคลินิกมลพิษ OPDโรงพยาบาลกาฬสินธุ์   * ตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาอาการเบื้องต้น สอบสวนโรคให้คำปรึกษาแนะนำและสนับสนุนชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนหน้ากากอนามัยป้องกันฝุ่น   และสาธิตวิธีการใช้ที่ถูกต้อง สาธิตการจัดห้องปลอดฝุ่น เปิดให้บริการเมื่อค่าฝุ่นละออง PM2.5>37.5 มคก./ลบ.ม.ติดต่อกัน 3 วัน และปิดให้บริการเมื่อค่าฝุ่นละออง PM2.5≤37.5 มคก./ลบ.ม.ติดต่อกัน 6 วันทุกวันอังคารถึงพฤหัสบดี เวลา 08.30-16.00 น. ณ คลินิกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีห้องปลอดฝุ่นใช้รองรับประชาชนทั่วไปเมื่อมีฝุ่นเกินมาตรฐานระยะยาวรองรับประชาชนจำนวน 20 คน/พื้นที่ 4x 5 ตารางวา มีเครื่องฟอกอากาศประจำห้อง พร้อมให้การดูแลผู้มารับบริการได้อย่างถูกต้อง **ช่องทางรับรายงาน:**ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นศูนย์รับรายงาน 506 โดยใช้ช่องทางรับรายงาน ประกอบด้วย กล่องรับรายงาน 506 ข้างห้องบัตร ทางโทรศัพท์ E-mail Line group จากหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา สืบค้นหาข้อมูลจากโปรแกรม HOS XP และเวชระเบียน ทุกวัน **การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:**หลังได้รับแจ้งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ว่าพบผู้ป่วยสงสัย หรือยืนยันโรคติดต่อที่ต้องสอบสวนโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด เจ้าหน้าที่ SRRT ต้องออกสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับทราบเหตุการณ์โดยการสอบสวนโรคในสถานบริการ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ) และในพื้นที่ที่เกิดโรค ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา จะเป็นผู้สอบสวน โดย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและสอบถามผู้ป่วยหรือญาติ ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องชันสูตรในพื้นที่ที่เกิดโรค สอบถามผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อรวบรวมข้อมูลการป่วย สภาพแวดล้อม ผู้สัมผัส พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย และข้อมูลอื่นตามชนิดของโรค เช่น โรคไข้เลือดออก ต้องรวบรวมข้อมูลประวัติการเดินทางภายใน 14 วัน ประวัติอาการแสดงของผู้ป่วย และในละแวกบ้านที่พักอาศัย โรงเรียนหรือที่ทำงาน มีผู้ป่วยไข้เลือดออกมาก่อนหรือไม่ ทำให้เกิดความครบถ้วนของการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค **การสืบค้นและควบคุมการระบาด:**งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคโดยใช้แนวทางมาตรการของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยมีการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า เพื่อให้สามารถจัดการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดได้ เช่น มาตรการการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อจากยุงเป็นพาหะ การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยทุกราย และป้องกันการระบาดของโรค พร้อมทั้งมีการตรวจจับการระบาดจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง สื่อต่าง ๆ หรือเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ เมื่อพบการระบาดจะเตรียมทีม อุปกรณ์เครื่องมือ เช่น แบบสอบสวนโรค อุปกรณ์เก็บ/นำส่งสิ่งส่งตรวจ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และทบทวนความรู้ที่จำเป็น ดำเนินการยืนยันการวินิจฉัยโรคตามนิยามรายโรค จากอาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และปรึกษาแพทย์ วิเคราะห์ยืนยันการระบาด ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนตั้งสมมุติฐานการเกิดโรค วิเคราะห์ข้อมูลตามเวลา สถานที่ และบุคคล ศึกษาสภาพแวดล้อมเพิ่มเติมตามความจำเป็น สรุปสาเหตุและเสนอมาตรการควบคุมป้องกันโรค เขียนรายงานผลการสอบสวนโรค ติดตามผลการสอบสวนโรค กรณีเกิดโรคไข้เลือดออก เมื่อมีการแจ้งว่าพบผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันจะต้องทำการป้องกันควบคุมและสอบสวนโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกราย ภายใน 3 ชั่วโมง โดยสำรวจ HI /CI บ้านผู้ป่วยและพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วย รัศมี 100 เมตร ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย พ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย ใน วันที่ 1, 3, 7 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินโรคไข้เลือดออก คือ พบผู้ป่วย/ผู้สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกสูงกว่าปกติและต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ หรือเกิด Second Generation ในชุมชนเดียวกัน หรือพบผู้เสียชีวิตจะจัดตั้ง War Room โรคไข้เลือดออก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การระบาด ประชุมแก้ไขสถานการณ์ สื่อสารแจ้งเตือนผู้ที่เกี่ยวข้อง ติดตามกำกับการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน สนับสนุนทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรค และจัดทำสรุปรายงานเสนอผู้บริหารรับทราบ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย : การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ: มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด และ สถานการณ์โรคที่สำคัญระดับประเทศ จัดทำรายงาน สถานการณ์ทุกสัปดาห์ เสนอผู้บริหารและเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ ผู้บริหารระดับอำเภอ และการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล การรายงานโรคตามกฎหมาย: มีการสื่อสารกับสมาชิกเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เกี่ยวกับโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ ตามแนวทางพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558, กฎอนามัยระหว่างประเทศ 2005 (International Health Regulation: IHR) และพันธะสัญญานานาชาติ เช่น การกวาดล้างโรคหัด โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ และโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | 1.การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | **3** | **LI** | - ติดตามประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคสครับไทฟัส และวัณโรค  - สร้างชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ  - พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง  - พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เขตพื้นที่อำเภอเมือง ด้านโรคอุบัติใหม่  - รับการประเมินมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอ ภายในปี 2567 |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ทีม SRRT สำหรับสอบสวนโรคและจัดทำรายงานโรค ติดต่อได้ทั้งในเวลาราชการและวันหยุดราชการ * ปี 2562 ได้รับรางวัลคนดีศรีระบาดเขตสุขภาพที่ 7 ระดับโรงพยาบาลทั่วไป * ปี 2563 -2566 บริหาร จัดการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรอง ป้องกัน ควบคุมโรค โรคโควิด 19 ในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้อย่างมี   ประสิทธิภาพ   * ปี 2565 ได้รับรางวัลดีเด่นการประกวดผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข : โปรแกรม HR Covid-19 * ปี 2566 พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพของระบบสอบสวนควบคุมโรคติดต่อเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| การประเมินผลงานด้าน  ระบาดวิทยาโดย สคร.7 | ผ่านเกณฑ์ | N/A | N/A | N/A | ผ่านเกณฑ์ระดับดี | ผ่านเกณฑ์ระดับดี |
| ความครบถ้วนของการรายงาน รง.506 | > 80% | 99.92 | 99.64 | N/A | 94.20 | 97.85 |
| ความทันเวลาของการรายงาน รง.506 | > 80% | 99.92 | 99.64 | N/A | 55.60 | 64.68 |
| ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย | > 80% | 99.92 | 99.64 | N/A | 94.50 | 96.25 |
| ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย | > 80% | 99.92 | 99.64 | N/A | 94.50 | 96.25 |
| คุณภาพของการสอบสวน | โรค 1 เรื่อง/ปี | 2 | 2 | N/A | 3 | 5 |

**II-9 การทำงานกับชุมชน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  II-9.1 องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน  II-9.2 องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน  **i. บริบท** จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากร 972,101 คน ชาย 479,874 คน หญิง 492,227 คน วัยทำงาน 457,529 คน วัยสูงอายุ 162049 คน มี 18 อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง มีหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมด 269 แห่ง รพสต. 250 แห่ง ถ่ายโอน 51 แห่ง มีจนท. 6,025 คน มีอสม 15,663 คน ในอำเภอเมืองมีประชากร 144,173 คน คิดเป็นร้อยละ14.83 ของจังหวัด เป็นชาย 70,444 คน หญิง 73,841 คน วัยทำงาน 71,881 คน วัยสูงอายุ 22,333 คน มีพื้นที่ 17 ตำบล 21 รพ.สต. ถ่ายโอน10 แห่ง มีจนท.1,872 คนมี อสม 2,190 คน ในตำบลกาฬสินธุ์ มีประชากร 31,767 คนคิดเป็นร้อยละ22.03 ของอำเภอ เป็นชาย 15,190 คน หญิง 16,577 คน วัยทำงาน 12,917 คนวัยสูงอายุ 4,648 คน มี 36 ชุมชน ขยายเพิ่มเป็น 42 ชุมชน มี 5 PCU รพ.2 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง เรือนจำ 1 แห่ง จนท.1,834 คน สสอ.177 คน มี อสม 322 คน จาก**ปัญหาสุขภาพระดับจังหวัดจากHDC**พบว่าปัญหาจังหวัดต่อ อ.เมืองคิดเป็นร้อยละ ได้แก่ 1.ด้านสมอง 2,729 คนและ 588 คนคิดเป็นร้อยละ 21.55 2.ภาวะอ้วน 31,790 คนและ6,037คนคิดเป็น ร้อยละ18.99 3.เบาหวาน 18,476 คนและ 3,395 คนคิดเป็น18.38 4.มะเร็ง 2,777 คนและ 495 คน คิดเป็นร้อยละ 17.83 5.โรคหัวใจ 2,179 คนและ 380 คิดเป็นร้อยละ17.44 6.ทางเดินหายใจ 13,207 คน และ1,740คนคิดเป็นร้อยละ 13.17 7.ไต 18,847 คนและ 2,072 คิดเป็นร้อยละ 10.99 **อัตราการเสียชีวิต(YLLs)**ของทั้งจังหวัดได้แก่ ติดเชื้อทางเดินหายใจ , มะเร็งตับ , IHD , ไต DM , อุบัติเหตุจราจร , HT **ปัญหาสุขภาพโรงพยาบาล**จังหวัดกำหนดนโยบาย NBB , Stroke , STEMI , Fracture hip , Trauma **ปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิ**กำหนด โรคมะเร็งตับ , มะเร็งท่อน้ำดี , เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง , โรคอ้วนและเริ่มอ้วนในเด็กวัยเรียน , โรคไข้เลือดออก , อาหารปลอดภัย , การจัดการขยะ  สภาวะสุขภาพ จ.กาฬสินธุ์ปี 66 HDCมิ.ย.66   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **รายการ** | **จำนวน จ.กาฬสินธุ์** | **จำนวน อ.กาฬสินธุ์** | **ร้อยละ** | **รายการ** | **จำนวน จ.กาฬสินธุ์** | **จำนวน อ.กาฬสินธุ์** | **ร้อยละ** | | ป่วยรวม | 90,005 | 14,707 | 16.3402 | อ้วน | 31,790 | 6,037 | 18.99 | | หายใจ | 13,207 | 1,740 | 13.17483 | หัวใจ | 2,179 | 380 | 17.43 | | ไต | 18,847 | 2,072 | 10.99379 | สมอง | 2,729 | 588 | 21.54 | | CA | 2,777 | 495 | 17.82499 | DM | 18,476 | 3,395 | 18.37 |   ตารางเทียบปัญหาสุขภาพในพื้นที่   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | แหล่ง/รายการ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | HDC | สมอง | อ้วน | DM | CA | HD | URI | CKD |  |  |  | | YLLs |  |  | DM | CA | IHD | LRI |  |  | จราจร | HT | | รพ. | stroke |  |  |  | stemi |  |  | #hip | trama |  | | ปฐมภูมิ |  | อ้วน | DM | CA |  |  |  |  |  | HT | | รวม | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |   **การจัดกลุ่มความเชื่อมโยง ในด้าน.NCD**  1 DM + อ้วน+แทรก.=CKD 2 HT +DVD+อ้วน = STROKE 3 อาหารไม่ปลอดภัย = CA 4 ENV= DHF 5 เมา+ขับ= trauma 6 ยาเสพติด 7 ผู้สูงอายุ = # hiPII-9.1  องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ก่อนเกิดปัญหา ได้มีการจัดการระบบสนับสนุนการมีสุขภาพ การให้ความรู้ 3 ส 2 อ การจัดทำ จัดหา สนับสนุนเรื่อง อาหารปลอดภัย การคัดแยกและการจัดการขยะ การส่งเสริมลานกีฬาในทุกตำบล การจัดการค่ายหมอเขียวลดโรค NCD ได้มีการจัดระบบการคัดกรองตามสิทธิประโยชน์ทุกกลุ่มวัย เริ่มตั้งแต่ก่อนการเกิด มีการค้นหาการตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ก่อนการคลอดคัดกรองค้นหาแม่แอมเฟตามีน เพื่อพิจารณาช่วยเหลือแม่และเด็ก เช่น การพิจารณาเริ่มนมมารดาเมื่อไม่พบสารในร่างกาย ติดตามพัฒนาการเด็กพร้อมการแก้ไข ในโครงการมหัศจรรย์1,000 วันขยาย 2,500 วัน มีการค้นหาการรับวัคซีนในเด็กปฐมวัย ใช้สารสนเทศเพื่อให้การช่วยในกลุ่มด้อยโอกาส เมื่อเข้าสู่วัยเรียนเสริมวัคซีน papuluma วัยรุ่นเสริมกิจกรรมทูบีนัมเบอร์วัน และองค์ความรู้เรื่องอุบัติเหตุจราจรเข้าสู่วัยทำงานเริ่มคัดกรองกลุ่มโรค NCD , BMI เกิน , เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง , มะเร็งลำไส้ , มะเร็งมดลูก เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาเร็วขึ้น เมื่อวัยสูงอายุมีการคัดกรอง 9 ด้าน เพื่อลดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุของการติดเตียง และเป็นผู้พึ่งพิง เราได้ค้นหาความพิการเพื่อให้เข้าถึงสิทธิและการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้พิการ 9 ด้าน รวมทั้งจัดระบบการช่วยเหลือทีมพระสงฆ์ในระบบการนำเข้าผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท จะผ่านระบบการแก้ไขเฝ้าระวังเบื้องต้น ก่อนการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามกลุ่มโรค ตาม Service plan มีการคัดกรองในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ในการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและใน รพสต.หากเจ็บป่วยอาการมาก มีระบบเฝ้าระวังด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้เข้าสู้ระบบการรักษาทันท่วงที เมื่อพ้นภาวะวิกฤติ จะเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องรายโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในกรณีที่จำเป็น ด้วยระบบ 3 หมอ ทีมสหวิชาชีพ ช่วยฟื้นฟูช่วยเหลือ จนเข้าระบบ Long Term Care มีการร่วมมือกับ อปท. อบต.ในการเสริมทีม อสม , อสก , CG , พระบริบาล , คิลานุปัฏฐาก , ครูบำนาญจิตอาสา เยี่ยมเยียนช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายแห่งชีวิตสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม เศรษฐกิจได้มีระบบการช่วยเหลือ 3 ระดับตามขอบเขต ได้ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและ NGO ได้ดำเนินการพัฒนากลไกการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการสร้างเสริม ป้องกันและควบคุมโรคในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน ในการร่วมกันขับเคลื่อนการทำงานผ่านกลไก 3 หมอ และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด(พชจ.)ผ่าน คณะกรรมการ กวป.มีผู้ว่าราชการเป็นประธาน ระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน ระดับตำบล (พชต.) มีนายกเทศมนตรีหรือ นายกอบต./อปท.เป็นประธาน ให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วนระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานทุกหน่วยในจังหวัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคีภาคประชาชน สถานศึกษา วัด สถานประกอบการ และจิตอาสา รวมทั้งชมรมแม่บ้านสาธารณสุขโรงพยาบาลขับเคลื่อนผ่านแผนยุทธศาสตร์ เชื่อมร้อยงานPP&P ในระดับอำเภอ และผ่านแผนกองทุนประจำหมู่บ้านทุกแห่งโดยแต่ละแห่งจะกำหนดแผนตามปัญหาในพื้นที่ อสม ร่วมกับ จนท.ดำเนินการพร้อมทั้งประเมินผลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มวัย และตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ ร่วมกับ จนท. ประจำครอบครัวและหมู่บ้าน โอกาสการพัฒนา ธำรงชุมชนต้นแบบพัฒนาให้เกิดศูนย์การเรียนรู้ทุกตำบลและเวียนสุ่มประเมินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่  II-9.2 องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.  ชุมชนความต้องการเป็นเมืองสุขภาพดีมีการขับเคลื่อนจากทีม อปท./นวัตกรรม โครงการจุติสู่สุขาวดี ดูแลจัดงานศพให้กับผู้ยากไร้ ฟรี , โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบเป็นแหล่งดูงานให้จังหวัดต่างๆ , โครงการ สกสค , อบรมครูบำนาญจิตอาสาดูแลเยี่ยมเยียนให้กำลังใจครูป่วยติดเตียง , ชุมชนกรุณา ,วัดสร้างเสริมสุขภาพ ลพ.แดงร่วมคิด สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบันการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผล ปัญหา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม กรรมพันธุ์ ด้านสารเคมีสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลให้ประชาชนมีปัญหาด้านโรคมะเร็ง และที่ผลต่อการอายุยืนเสียชีวิตในวัยก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจรความเสี่ยง พื้นที่มีอาหารพื้นเมืองรสเค็มเผ็ด รับประทานข้าวเหนียว พฤติกรรมนั่งๆนอนๆ ออกกำลังกายน้อย พื้นที่ลุ่มน้ำขังเขื่อนลำปาว พฤติกรรมรับประทานสุกๆดิบๆ และด้านสิ่งแวดล้อมยังมีการใช้ยาฆ่าหญ้าแม้จะรณรงค์ต่อต้านยาฆ่าหญ้าอยู่รวมทั้งถนนยังไม่เป็น4เลนแยกกันโดยทั่วไปยังเป็นแบบ 2 เลนร่วมกันอาจเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและโอกาสพัฒนาที่สำคัญ หน่วยงานตระหนักและดำเนินการด้านเบาหวาน ความดันโลหิตมานานที่มีผลต่อความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement) เรามีความมุ่งมั่นต้องการลดอัตราการตายด้วยมะเร็งและอุบัติเหตุจราจร ซึ่งถูกกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล **ผลการดำเนินงาน** : ได้ดำเนินการหมู่บ้านต้นแบบตำบลละ1 แห่ง โดยการนำร่องสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนโดยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ชุมชนหาปัญหา และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) โดยร่วมกับ อปท.จากงบกองทุนสุขภาพ ในการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จากการทบทวน พบว่า อปท.ขาดความเข้าใจการบูรณาการสนับสนุนงบกองทุนสุขภาพ ได้มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายทุกระดับร่วมกับทีม อปท.และได้ปรับตัวชี้วัดให้เกิดการขับเคลื่อนในทุก รพสต.จากการทบทวน พบว่ามีการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งมากขึ้นแต่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง อำเภอ ตั้งแต่ปี 2556 ได้มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 3 ดี (คนดี สุขภาพดี รายได้ดี )ได้มีนวัตกรรมศูนย์โฮมสุขทั้งจังหวัดซึ่งเป็นความร่วมมือหลายภาคส่วนโดยเฉพาะ อปท. และการดำเนินงานชุมชนต้นแบบทั้งตำบล อปท.ตำบลกาฬสินธุ์มีความเข้มแข็งได้รับรางวัลมากมาย เช่น รางวัลเลิศรัฐในปี 2562 รางวัลด้านสิ่งแวดล้อมจัดการขยะครบวงจรได้ระดับ 2 ของประเทศ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การทำงานกับชุมชน [II-9] | **3.5** | **LI** | **เป้าหมาย** ในการร่วมมือกับชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่ององค์รวมครอบคลุมหลายมิติส่งผ่านประชากรทุกกลุ่มวัยอย่างราบรื่น ลดการเจ็บป่วย เพิ่มอายุขัย ให้เกิดความสำเร็จผาสุกอย่างเหมาะสม  **กระบวนการ** เริ่มจากการศึกษาข้อมูลบริบท เชื่อมร้อยนโยบายสุขภาพในระดับประเทศกับปัญหาท้องที่ จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ และความร่วมมือกับเครือข่าย ผ่าน นโยบายการดูแลกลุ่มด้วยแผน PP&P การดูแลรายโรคด้วย Service plan ผ่านระบบ 3 หมอ Tele health ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย อสม. อสก CG ครูบำนาญจิตอาสา พระบริบาล อปท สหวิชาชีพและ สหกระทรวง รวมทั้ง NGO กองทุนต่างๆที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งพระสงฆ์ ช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนทุกประเภทสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น  **ผลการดำเนินงาน**  การปรับปรุงกระบวนงาน  1.ปัญหาเด็กเล็กมีอัตราการรับวัคซีนได้น้อย แก้โดยทบทวนค้นหาในระบบสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลทั้ง รพ.รัฐและเอกชน เทียบกับเด็กในพื้นที่ เร่งค้นหาและปูพรมจัดช่องทางพิเศษขจัดอุปสรรค ผลKPIผ่านระดับจังหวัดส่งผลให้ สสจ.ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขต  2.ปัญหาการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพได้น้อยขาดความต่อเนื่อง แก้โดยการประสานการดูแลต่อเนื่องด้วยนักกายภาพบำบัด แต่มีอัตรากำลังที่น้อยจึงร่วมมือกับสหวิชาชีพ ก่อตั้งศูนย์โฮมสุข กระจายทุกอำเภอและทุกตำบลแก้ปัญสุขภาพและเชิงระบบเช่นด้านภูมิสถาปัตย์ เศรษฐกิจจัดหาอาชีพและรายได้ ทำให้KPIการเข้าถึงได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการ ADLที่ดีขึ้น พัฒนาหลายรอบหลายปี ดีขึ้นเรื่อยๆเป็นที่ยอมรับทุกระดับจนถึงระดับ เป็นต้นแบบระดับประเทศ ผลักดันให้เกิดกองทุนฟื้นฟู ของ สปสช.ที่ให้ อปท.ร่วมดำเนินงาน ทำให้ได้รางวัลเลิศรัฐในปี 2565  3.ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย กายอุปกรณ์มีการพัฒนาต่อเนื่องยาวนาน จากการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพข้อต่ออุปกรณ์แขนขาเทียม จนสามารถ มารับอุปกรณ์แขนขาเทียมรอบ 2 เพียง1 วันมีการขยายงานเป็นเครือข่ายครอบคลุมระดับจังหวัดและระดับประเทศ ได้ร่วมเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดต่างๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  4.ปัญหาการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคภัยเงียบNCDต่างๆ เราเริ่มต้นการคัดกรองเป็น รพ.แรกๆตั้งแต่ ปี 2544 เป็นต้นมาจากการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 6-8 โดยตั้งเป้าว่า ผู้ป่วยรายใหม่ต้องได้น้อยลง ไม่เกินร้อยละ2 ในปี 2555 การคัดกรองส่งเข้าระบบการรักษาให้รวดเร็ว ปัจจุบันมีอัตราการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ไม่ถึง ร้อยละ2 มาอย่างน้อย 3 ปี(ตามฐานHDC ร่วมกับNCD ได้รับรางวัลระดับประเทศและระดับเขต  5.ปัญหาการคัดกรองเส้นเลือดจอประสาทตาได้น้อยเกิดจากความยุ่งยากไม่สุขสบายในขั้นตอนการรอตรวจและหลังตรวจ ได้มีการปรับวิธีการทำให้ง่ายและสะดวกรวมทั้งระบบเชิงรุกมากขึ้น นอกจากได้ทราบถึงความเสื่อมของเส้นเลือดในดวงตาแล้วยังพบต้อกระจกจำนวนมากได้ประสานการตรวจรักษาและผ่าตัดได้มากขึ้น ยังได้ทำโครงการต่อเนื่องได้รับรับรางวัล O&M ไม้เท้าขาวต่อเนื่องการช่วยเหลือผู้พิการสร้างบ้านด้วยงบNGOพลังบวร ทั้ง 18 อำเภอ  6.ปัญหาแผลกดทับในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงการเข้ารับการดูแลลำบากทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ จึงได้ศึกษาพัฒนา นวัตกรรมการดูแลแผลแบบชุ่มชื้นทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย เพิ่มการหาย ความพึงพอใจ จนญาติมอบงบประมาณมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หวังไม่ไห้ยุ่งยากด้วยระเบียบราชการ ได้ขยายในการดูแลแผลเบาหวานที่เท้าที่คาดว่าจะต้องตัดเท้า 2 ข้างใช้วิธีนี้ร่วมกับวิธีพิเศษอีกเล็กน้อยทำให้แผลหายรักษาเท้าทั้ง2ข้างไว้ได้นำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับเขตและระดับประเทศมีผู้สนใจนำไปประยุกต์ใน รพ.บางเขตสุขภาพ  7.ปัญหากลุ่มเปาะบางการเข้าถึงบริการความทุกข์ยากซับซ้อน ชีวิตอนาถา เมื่อทีม พยาบาลชุมชนได้ประสบจึงนำปัญหาปรึกษาพระสงฆ์ที่มีแนวคิดอุดมการณ์ร่วมกันร่วมกับผู้คนและผลักปัญหาเข้าสู่ พชจ.ผู้ว่าเป็นประธาน มีชมรมแม่บ้านสาธารณสุขร่วมด้วย ข้าราชการจิตอาสาหลายภาคส่วนเยียวยากลุ่มเปราะบางสร้างบ้านให้ทุกอำเภอละ 1แห่งทำให้คุณภาพชีวิตผู้คนในกลุ่มนี้ดีขึ้น เมื่อนำเสนอเรื่องราวได้ชนะเลิศในเรื่องเล่าระดับประเทศ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ  ด้านClinic ระดับจังหวัด :Stroke , ศูนย์โฮมสุข , กายอุปกรณ์ , ทีม Service plan Hip fractureระดับอำเภอ ,แผลชุ่มชื้น , Trauma , ตา , สูงอายุระดับตำบล :วัคซีนในเด็ก  **ด้านสังคมเข้มแข็ง** ระดับจังหวัด : พลังบวร ระดับอำเภอ: แว่นสายตาสูงอายุ (หลุบ , เมือง , เหนือ) , พัฒนา CG , การศึกษานอกโรงเรียน ระดับตำบล , จุติสู่สุขาวดี , ชุมชนกรุณา , โรงเรียนสูงอายุ , ศ.อุปกรณ์เครื่องมือ วัดใต้ , กองทุนใจดี  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ความครอบคลุมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน  **ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**  **การเพิ่มHALE/LE เรื่องtrauma/ncd/ca เป็นโอกาสพัฒนา** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **256**4 | **2565** | **2566** |
| **ทักษะส่วนบุคคล** |  |  |  |  |  |  |
| **ผู้ป่วยรายใหม่ HT น้อยกว่า 2** | ต่อแสน | 296.02 | 263.49 | 332.47 | 303.93 | 308.5 |
| **ผู้ป่วยรายใหม่ DM น้อยกว่า 2** | ต่อแสน | 134.65 | 152.70 | 138.54 | 127.16 | 185.73 |
| -ร้อยละควบคุมความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ | ร้อยละ 60 | 64.66 | 62.76 | 64.78 | 61.64 | 59.71 |
| -ร้อยละควบคุมA1Cได้ในเกณฑ์ | ร้อยละ 40 | 38.97 | 31.60 | 25.41 | 27.53 | 26.85 |
| -ร้อยละควบคุมภาวะแทรกซ้อนในDM/HT | ร้อยละ 80 | 50.11 | 65.65 | 63.61 | 68.79 | 68.01 |
| **ชุมชนเข้มแข็ง** |  |  |  |  |  |  |
| -จำนวนการจัดชมรมสุขภาพ |  | 10 | 20 | 20 | 27 | 29 |
| -จำนวนเครือข่ายกองทุนชุมชนเข้มแข็ง |  | 4 | 4 | 4 | 5 | 7 |
| **แปลงบริการ** |  |  |  |  |  |  |
| -จำนวนการจัดบริการเชิงรุกกลุ่มวัย |  | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| -จำนวนการจัดPCTเชิงรุก |  | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| -จำนวน pct ที่ดำเนิน tele medicine |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| -จำนวนโรคที่ดำเนินการCI/ HI/HW |  | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| **สานสิ่งแวดล้อมกายภาพ** |  |  |  |  |  |  |
| -จำนวนลานกีฬาในชุมชน |  | 8 | 10 | 12 | 12 | 12 |
| -จำนวนเครือข่ายทางสังคม |  | 5 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **นโยบายสาธารณะ** |  |  |  |  |  |  |
| -จำนวนนโยบาย |  | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| **ลานกีฬา** 1.สนามกีฬากลาง 2.สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 3.สนามแก่งดอนกลาง 4.สนามกุดยางสามัคคี 5.สนามกุดโง้ง 6.สนามดงปอ 7.สนามซอยน้ำทิพย์ 8.สนามสุขสบายใจ 9.สนามโรงพยาบาล 10.สนาม สสจ.  **เครือข่ายทางสังคม** 1.โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบเป็นแหล่งดูงานให้จังหวัดต่างๆ ปี25612.ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการออทิสติก(NGO) ปี613.โครงการจุติสู่สุขาวดี ดูแลจัดงานศพให้กับผู้ยากไร้ ฟรี เริ่ม ปกเกล้า/การจัดการที่ดีปี2562 4.โครงการจัดการขยะครบวงจร ปี 25625.เครือข่ายกลุ่มเปราะบาง(HIV) ปี 25626โครงการ สกสค อบรมครูบำนาญจิตอาสาดูแลเยี่ยมเยียนให้กำลังใจครูป่วยติดเตียง ปี25627.กู้ชีพ 1132 ลดความขัดแย้ง ไม่ฉุกเฉิน ปี25638.ศูนย์ DIC ศูนย์เพศทางเลือก ปี25649.เครือข่ายพลังบวร ปี 256510.ชุมชนกรุณาคล้ายเมือง เคราล่า อยู่ดี 9 ลักษณะเริ่มทำเรื่องจิตอาสา good death 2566  **ชุมชนเข้มแข็ง** 1.วัดสร้างเสริมสุขภาพ ลพ.แดง ต.หนองกุง2.สถานชีวาภิบาลวัดหลุบใน3.กองทุนพลังบวร4.กองทุนสงฆ์อาพาธ (กำลังดำเนินการ)5.กองทุนใจดี/ดีใจ6.ศูนย์  โฮมสุข7.กองทุน จุติสู่สุขาวดี  **เทศบัญญัติ นโยบายสาธารณะรางวัลพระปกเกล้า 5 ปีซ้อน**  1.ไข้เลือดออก 2.ปรับไม่เก็บขยะกิ่งไม้/ในถนน 3.สถานบริการสร้างความรำคาญ 4.ชุมชนงานศพปลอดเหล้าปลอดการพนัน ลดลงจนเกือบไม่พบในชุมชน 5.มาตรการช่วงโควิด/ไปร่วมงานหิ้วถุงกลับบ้าน 6.สงฆ์อาพาธ (กำลังดำเนินการ)  **ชมรมสุขภาพ** 1.ตลาดดิ้นได้ , ตลาดทุ่งนาทอง , ตลาดเกษตร , ตลาดเทศบาล2.แอโรบิค , แก่งดอนกลาง , สนามกีฬากลาง , กุดน้ำกิน3.ลีลาลีลาศ , แก่งดอนกลาง , กุดน้ำกิน4.วู้ดบอล , สนามกีฬากลาง5.ฟิตเนส รพ.กส , สสจ. , กุดน้ำกิน6.เครื่องเล่นออกกำลังกาย แก่งดอนกลาง , สนามกีฬากลาง , กุดน้ำกิน , รพ.กส7.เดิน วิ่ง ปั่น แก่งดอนกลาง , สนามกีฬากลาง , กุดน้ำกิน , สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 8.ฟุตบอล สนามกีฬากลาง , สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 9.บาตสเกตบอล สนามกีฬากลาง , สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 10. วอลเล่ย์บอล สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 11.เทนนิส สนามกีฬากลาง , สนามมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 12.แบดมินตัน สนามเอกชน13.เทควันโด้ สนามเอกชน | | | | | | |

**III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล  **i. บริบท** โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดบริการและเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินและเร่งด่วน ได้แก่ผู้ป่วยที่  ต้องเข้าระบบ Fast track และกลุ่มโรคสำคัญที่เป็น Excellent service ได้แก่ Stroke , STEMI, Trauma 2) กลุ่มผู้พิการและด้อยโอกาส ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและยาเสพติด  กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข]\*\* | 3.5 | LI | * เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการจัดบริการที่เหมาะสม โรงพยาบาลได้มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่   สำคัญในบริการสุขภาพ จากข้อมูลบริการ ข้อมูลการส่งต่อ ศักยภาพของโรงพยาบาลมีการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ มีการจัดช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและปลอดภัย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเองกลุ่มผู้ป่วยStroke ที่มาโดย EMS ผู้ป่วยที่มาโดยระบบส่งต่อ ซึ่งมีการกำหนดแนวทางในปฏิบัติสำหรับเครือข่าย มีการนำระบบเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดบริการเช่นผู้ป่วยที่จัดบริการให้แบบ Telemedicine ผู้ป่วยที่จัดบริการที่บ้าน   * เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และลดการแพร่กระจายชื้อ   ในช่วงสถานการณ์โควิดที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วว่าอาการไม่รุนแรง เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อการจัดบริการแบบ Telemedicine สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ เช่นผู้ป่วย Asthma , ผู้ป่วย DM , HT เพื่อลดการสัมผัสเชื้อ ลดความแออัดในโรงพยาบาล   * เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการลดอุปสรรคในการเข้าถึง โรงพยาบาลได้มีการปรับระบบ   บริการได้แก่ ในกลุ่มผู้ป่วย Trauma มีระบบบริการ ณ อาคาร 100 ปี การสาธาณสุข ณ ที่เดียวซึ่งประกอบด้วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน CT scan ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ ICU ศัลยกรรม พัฒนาระบบ Fast Tract เครือข่ายทั้งจังหวัด จัดระบบ EMS ออกรับบริการ ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมทีมกู้ชีพฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อที่มีพยาบาลศูนย์ส่งต่อรอรับผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล มีระบบการให้คำปรึกษาทาง Line Application ทำให้ผู้ป่วย Trauma เข้าระบบ Fast Tract สามารถเข้าถึงห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที (Door to OR) ปี 2565=96.88% ปี 2566=97.22% นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่กลุ่มที่มาตรวจ OPD โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบบริการด้านโครงสร้าง ได้แก่ ป้ายบอกทางการเข้าถึงคลินิกตรวจต่างๆ ที่ชัดเจน ทั้งภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ ปรับทางลาดชันที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้รถเข็น ผู้สูงอายุ ปรับที่นั่งพักคอยขณะรอตรวจ ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยได้แก่ ระบบคิวออนไลน์ ที่ผู้ป่วยสามารถทราบลำดับคิวและสถานะการรอตรวจ การนำเครื่องมือที่ทันสมัยมาช่วยในการประเมินสัญาณชีพผู้ป่วยที่มารอตรวจ ซึ่งผลจาการปรับระบบบริการพบระยะเวลารอคอยที่ OPD ปี 2566 = 158 นาที ซึ่งลดน้อยลง จากปี 2565 คือ 207 นาที ซึ่งยังพบโอกาสในการพัฒนาต่อ คือการพัฒนาระบบ Smart OPD ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้มีการกำหนดแนวทางการเข้าถึง โดยปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ผ่านไปที่หอผู้ป่วยพะยอมปันสุข ที่เป็นหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการผู้ต้องขัง   * เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม และปลอดภัยโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการส่ง   ต่อทั้งเครือข่าย ระบบการรับปรึกษากับแพทย์เฉพาะทาง มีนวัตกรรม application ที่สามารถ  ติดต่อแพทย์เวรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (One Number One Specialist) และให้การรักษาเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกส่งมาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย การใช้โปรแกรมการส่งต่อ ที่สามารถเรียกดูข้อมูลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญได้รับการรักษาที่เหมาะสม และผู้ป่วยปลอดภัย เช่นผู้ป่วย Stroke สามารถเข้าระบบ Fast tact ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที ในปี 2566=71.4 % ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ปี 2565=31.25 % และปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 51.85%   * ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ที่ถูกต้อง เหมาะสม และเกิดความปลอดภัย งานผู้ป่วยนอก   โรงพยาบาลได้มีการกำหนดแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย ร่วมกับ PCT หน่วยงานฉุกเฉินมีการ Trainimg สมรรถนะสำหรับบุคลากร ที่ทำหน้าที่คัดกรอง ทำให้สามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (Triage) ที่เหมาะสม โดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และอุปกรณ์ที่ทันสมัย โรงพยาบาลได้มีการทบทวนร่วมกันระหว่าง ER OPD ทีม PCT กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาฉุกเฉินหรือเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วย Stroke STEMI Trauma Newbon ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ใช้เกณฑ์การประเมินที่เป็นมาตรฐาน โดยโรงพยาบาลใช้ MOPH ของกระทรวงสาธารณสุข มีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากร การนิเทศ มีการ triage audit ประเมินซ้ำโดยหัวหน้าทีม และแพทย์ staff ในเวรนั้นๆพบว่า อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน under triage และ Over triage ลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป | | 1. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 ค] | **3.5** | **LI** | * ผู้ป่วยได้รับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤต ได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่   กำหนดโรงพยาบาลได้มีการทบทวน กำหนดเกณฑ์ในการเข้า-ออก ICU ทั้ง ICU อายุรกรรม ICU ศัลยกรรม รวมทั้ง Stroke unit มีการใช้นวัตกรรม การจอง ICU online ผ่านโปรแกรมตั้งแต่เดือน กพ.2566 ผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ได้เข้า ICU มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีเรื่องร้องเรียนการรอเข้า ICU มียอดผู้ป่วยต่อเดือนของ ICU เพิ่มขึ้น ยอดผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยสามัญลดลง บุคลากรมีความสุข ความพึงพอใจต่อระบบ ICU online มากถึงร้อยละ 90 แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยังมีเป็นจำนวนมากจึงมีผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยสามัญ จึงเป็นแผนพัฒนา คือ การยกระดับ semi ICU จำนวน 6 เตียงในหอผู้ป่วยสามัญ ทั้ง 5 หอผู้ป่วย ให้สามารถมีสมรรถนะ ศักยภาพระดับสูงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดำเนินการภายในปี 2567   * ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและ   ญาติได้รับทราบถึงภาวะเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการ ดังนี้ กำหนดให้มีการขอความยินยอมในการดูแลรักษากรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและลงลายมือชื่อเป็นพยาน มีแบบฟอร์มการขอความยินยอมทั่วไป การผ่าตัด การทำหัตถการ การไม่สมัครใจรักษา เพื่อให้มีข้อมูลอย่างครบถ้วนมีระบบการให้ข้อมูลและแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วย Stroke ก่อนให้ยา rt-PA โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูล ผลลัพธ์ พบว่า ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาเกิดความพึงพอใจ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   1. พัฒนาระบบเครือข่าย EMS ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้เครือข่าย EMS เทศบาลเมือง ได้รับรางวัลระดับประเทศ ในปี 2564 2. ศูนย์โฮมสุข พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม ได้รางวัล เลิศรัฐ จาก กพร. ปี 2562 3. รางวัลระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองจากสถาบันประสาทกรมการแพทย์15 สิงหาคม 2560- 14 สิงหาคม 2563 และผ่านการรับรองในปี 2565 4. ปี 2566 รางวัลการรับรองกระบวนการคุณภาพระบบการดูแลการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ 5. นวัตกรรม One Number One Specialist 6. โปรแกรมจอง ICU ออนไลน์   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** การเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ทันเวลา ความครอบคลุม มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน under triage ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป\* | <ร้อยละ5/0 | 6/0 | 6/0 | 2.3/0 | 1.45/0 | 1.68/0 |
| 2.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน over triage ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป\* | <ร้อยละ12/0 | 14/0 | 12/0 | 7.48/0 | 5.77/0 | 6.48/0 |
| 3.จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | 0 ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน Level 1 และ 2 ที่มาโดย EMS | >ร้อยละ 24 | 29.46 | 30.12 | 39.22 | 33.15 | 38.60 |
| 5.ระยะรอคอยที่ ER (ทุกระดับสี) <2 ชม. | >ร้อยละ80 | 85.91 | 84.41 | 82.37 | 87.97 | 89.02 |
| 6.อัตรา ER-Revisited ภายใน 48 ชั่วโมง | <ร้อยละ0.5 | 1.14 | 0.25 | 0.43 | 0.18 | 0.26 |
| 7.ร้อยละของผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Tract | ≥ ร้อยละ50 | 20.39 | 20.14 | 25.09 | 23.48 | 23.65 |
| 7.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้ยา rt-PA ภายใน 60 นาที  (Door to Needle) | >ร้อยละ 50 | NA | 71  (เฉลี่ย59นาที) | 79  (เฉลี่ย52นาที) | 85  (เฉลี่ย44นาที) | 71.4  (เฉลี่ย48นาที) |
| 8.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตั้งแต่การวินิจฉัยจาก EKG (Dx. to Needle ) | >ร้อยละ 60 | NA | NA | 26.67  (เฉลี่ย46นาที) | 31.25  (เฉลี่ย51นาที) | 51.85  (เฉลี่ย45นาที) |
| 9.ร้อยละของผู้ป่วย Trauma FTที่ส่ง OR ภายใน 60 นาที (Door to OR ) | >ร้อยละ80 | NA | NA | 100  (24 ราย) | 96.88  (31/32 ราย) | 97.22  (35/36 ราย) |

**III-2 การประเมินผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):** ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม  **i. บริบท** โรงพยาบาลมีแนวทางในการประเมินแรกรับครอบคลุมทุกมิติ และมีการประเมินซ้ำในผู้ป่วยทุกราย เช่น ก่อนส่งต่อผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินเข้าหอผู้ป่วย หรือจากหอผู้ป่วยสามัญเข้าหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายจะได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค โดยใช้เครื่องในการช่วยวินิจฉัยต่างๆ เช่น การเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลง อาการเปลี่ยนแปลงมีระบบการรายงานแพทย์ หากเปลี่ยนแพทย์หรือส่งต่อแพทย์ท่านใหม่ จะได้รับการประเมินอาการภายใน 24 ชั่วโมง มีบางกลุ่มอาการที่ต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า เช่น bronchoscopy, kidney biopsy เป็นต้น ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด หรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีแนวทางการสื่อสารปัญหาของผู้ป่วยผ่านการบันทึกในเวชระเบียน และ standing order ในโรคสำคัญ เช่น sepsis, stroke ,UGIH เป็นต้น มีการเพิ่มศักยภาพในการตรวจวินิจฉัย sepsis โดยใช้การตรวจ lactate strip ทุกหอผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU) เพื่อกำกับติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้ ให้มีความเหมาะสมไม่มาก หรือน้อยเกินไป หากมีการวินิจฉัยผิดพลาด มีระบบการรายงานความเสี่ยง ระบบการจัดการปัญหา และความเสี่ยงหน้างาน รายงานหัวหน้าที่เหนือขึ้นไป และรายงานหัวหน้ากลุ่มงานตามลำดับหากอุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป จะมีการทบทวนหาสาเหตุร่วมกัน (RCA) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] \*\* | **3.5** | **LI** | เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยดังนี้   * ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ   โดยมีการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ในแต่ละบทบาทวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมดูแล มีการใช้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ ประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ   * การประเมินโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ การปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า เช่น ประวัติการใช้ยา   เดิมประวัติแพ้ยา การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผ่านทางใบบันทึการปรึกษา หรือการโทรศัพท์ติดต่อกรณีเร่งด่วน มี CPG การประเมินผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย stroke ผลลัพธ์ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน และประเมินซ้ำหากอาการเปลี่ยนแปลง แผนพัฒนา ยกระดับสมรรถนะในการประเมินอาการผู้ป่วยอาการวิกฤติ stroke, STEMI, sepsis แพทย์ใช้ทุน และพยาบาล   * ผู้ป่วยได้รับการประเมินในเวลาที่เหมาะสมและบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนโดยผู้ป่วยทุก   รายได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีการกำหนดเวลาที่ชัดเจน ในการประเมินร่วมกัน เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะ shock ต้องประเมินทุก 15 นาที มีการออกแบบแบบบันทึกที่ใช้ร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน และนำเทคโนโลยีมาช่วยในการประเมินผู้ป่วย เช่น เครื่อง BP monitor อัตโนมัติ ที่ช่วยให้สามารถประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยได้รวดเร็ว   * ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำทุกราย และประเมินซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงได้แก่ผู้ป่วย   วิกฤติฉุกเฉินผู้ป่วยที่นอน ICU และมีอาการเปลี่ยนแปลงโรคต่างๆ เช่น DHF,Traumatic Brain Injury ,Sepsis นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาประเมินซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง มีปัญหาด้านจิต สังคม และให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจการวินิจฉัยที่ถูกต้อง   * มีแนวทางในการรับคำสั่งแพทย์เพื่อส่งตรวจ เพื่อวินิจฉัย การรับผลการตรวจผ่านระบบ   HosXP มีระบบการรายงานค่าวิกฤติ การติดผลตรวจที่ชาร์ทเพื่อให้ง่ายต่อการดูผลย้อนหลัง สามารถส่งตรวจภายนอก รพ.ได้ มีแนวทางการตรวจ CT with contrast กรณี eGFR<60 ปรึกษาอายรุแพทย์โรคไตก่อนทุกราย ผู้ป่วยได้รับ inform consent ความเสี่ยงการเกิด CIAKI และลงลายมือชื่อในเวชระเบียน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยง CIAKI ทุกครั้ง ได้รับการป้องกันการเกิด และติดตามอย่างเหมาะสม   * มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีระบบ LAB alert ที่ใช้   เทคโนโลยีสื่อสารแจ้งเตือนผลการตรวจ กรณีที่ผิดปกติ การประกันเวลา ระบบการโทรแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษา มีการบันทึกในเวชระเบียน | | การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]\* | **3.5** | **LI** | * เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง มีข้อมูลที่บันทึกเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย   โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาดังนี้ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในสาขาเดียวกันร่วมกันทบทวนกำหนดแนวทางในการการวินิจฉัยโรคเพื่อการวางแผนดูแล เช่น STEMI , Stroke , Sepsis องค์กรกำหนดให้แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกายวินิจฉัยโรค สื่อสารแผนการรักษาทางเวชระเบียน เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงแพทย์จะประเมิน และวินิจฉัยปัญหา บันทึกลงใน progress note ที่กำหนดใว้ พร้อมทั้งสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการดูแล มีแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทั้งใน และนอกแผนก มีการทบทวนเวชระเบียนและอุบัติการณ์เพื่อหาแนวทางป้องกัน การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnosis error) ทำ RCA ในผู้ป่วยที่อาการทรุดลง หรือเสียชีวิตไม่ได้คาดหมาย (MM conference ระดับ PCT และทบทวน RCA ระดับหน่วยงาน) ผลการทบทวนได้แนวทางปฏิบัติ แผนการพัฒนา สุ่มเวชระเบียนมาทบทวนการบันทึกสนับสนุนข้อมูลการวินิจฉัยโรค (จาก safer Dx instrument criteria)   * เพื่อให้การบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนด ได้มีการประชุมทีมองค์กรแพทย์   กำหนดนโยบายให้มี การบันทึกการวินิจฉัยโรค ให้ครอบคลุม มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ เรื่องการบันทึกการวินิจฉัยโรค การประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เพื่อสะท้อนข้อมูลคืนให้กับแพทย์ในการพัฒนาการบันทึกการวินิจฉัยโรค   * ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน โรงพยาบาลได้กำหนดการซักประวัติ   เรื่องการสูบบุหรี่และบันทึกในเวชระเบียน เป็นแนทางปฏิบัติของโรงพยาบาล โดยบูรณาการในแบบฟอร์มซักประวัติหลักของโรงพยาบาล โดยซักประวัติทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดนิโคติน ได้ส่งต่อให้ได้รับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล ซึ่งในปี 2566 พบผู้ป่วยได้รับการบำบัดและเลิกบุหรี่ได้ 53.1%   * เพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาล   มีระบบการกำกับติดตาม การทบทวนเวชระเบียน การเรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ทบทวน ทำ MM Conferrence วางระบบรายงานผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค เช่นCritical Test ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการวินิจฉัยโรค ได้แก่การติดตามอาการผู้ป่วย รายงานเพื่อปรับการวินิจฉัย ตัวอย่างเช่น เรียนรู้ Case ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และต้องได้เข้าห้องผ่าตัด และย้ายเข้า ICU Stroke จากการทบทวนทบว่า มีการซักประวัติการเจ็บป่วยที่ไม่ครอบคลุม ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูก เมื่อได้มีการติดตามอาการของผู้ป่วยและซักประวัติเพิ่ม จึงได้พบสาเหตุของการเจ็บป่วย และได้มีการปรับแผนการรักษา |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ระบบ One stop service: ROP การใช้เครื่อง Retcam ในการช่วยวินิจฉัย * แนวทางการประเมินอาการของภาวะขาดยาในทารกที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**  การประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2562** | **ปี 2563** | **ปี 2564** | **ปี 2565** | **ปี 2566** |
| จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป\* | 0 | 1 | 6 | 3 | 4 | 6 |
| 1.อัตราการได้รับยา Thrombolytic Agent ภายใน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการ | <80นาที | 66.67 | 71.43 | 89.66 | 77.08 | 86.67 |
| 2.ร้อยละการได้รับATB ภายใน 1 ชั่วโมงในผู้ป่วย Sepsis | >80% | 96.38 | 90.87 | 94.53 | 93.45 | 95.56 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วยได้รับผลชิ้นเนื้อและ Hormonereceptor หลังผ่าตัดใน  2 wk. | >85% | 92.66 | 92.66 | 96.87 | 93.54 | 95.73 |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร | | | | | | |

**III-3 การวางแผน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  III-3.1 ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึง  ประสงค์  III-3.2 ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร  **i. บริบท**โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการวางแผนดูแลผู้รับบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน  หรือชุมชนและในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อรับการรักษายังโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพที่สูงกว่า โดยมีการวางแผนการดูแลผู้รับบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่  แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด โภชนาการ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง Palliative care และโรงพยาบาลชุมชน และในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ต้องดูแลซ็อนและอาศัยผู้เชี่ยวชาญ มีระบบการรับ  คำปรึกษา เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และนอกจากยังมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ และมีCPG, CNPGs โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | 1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1] | **3.5** | **LI** | เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย   * โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายบริการ โดยทีม   การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคมีการออกนิเทศ ให้ความรู้ สื่อสารแนวทางการดูแลและวางแผนการดูแลร่วมกันของโรงพยาบาลNode ได้แก่ผู้ป่วย Stroke, STEMI ,Hip Fracture,Newbon ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและส่งต่อ นอกจากนี้ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทีมมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับโรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยที่จะต้องส่งตัวมารักษา โดยมีระบบการให้คำปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในการวางแผนการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย Stoke ,STEMI, Sepsis ผู้ป่วยเด็กที่ต้องส่งตัวมารับการรักษาต่อ ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ผู้ป่วยที่ Hip fracture ที่ต้องได้รับการผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับ กรณีที่ผู้ป่วยมีความซับซ้อนต้องดูแลหลายสาขา มีระบบการ counsult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการักษาร่วมกัน และร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจให้การดูแล   * มีการวางแผนการดูแลจากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย โดยโรงพยาบาลมีการ   จัดทำProblem List ใช้ในการสื่อสารข้อมูลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดทำมาตรฐานการวางแผนการดูแล ในกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย STEMI ผู้ป่วย Sepsis ,Stroke, Hip fracture ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่นผู้ป่วย Strok ,STEMI ,Sepsis ใน PCT อายุรกรรม PIH, PPH, Ectopic pregnancy ในPCT สูติกรรม ผู้ป่วย Preterm/Low birth weight และผู้ป่วย DHF ในPCT กุมารเวชกรรม มีการจัดทำแผนการดูแลการดูแล โดยอาศัยความรู้ทางวิชาการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังมีการทำ Grand round ,การทำ Stroke round การทำ Hip fracture round เพื่อเป็นการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล   * ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และมีโอกาสในการตัดสินใจ ในการ   ดูแลตัวอย่างเช่น ในกลุ่มผู้ป่วย Hip Fracture มีการทำ Focus group ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา | | 1. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2] |  |  | เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายมีความครอบคลุม เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย   * โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดแนวทาง และกลุ่มโรคที่   เป็นเป้าหมายในการวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลมีการกำหนดให้ทุก PCT และทุกหน่วยงานทางคลินิก ให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับทุกราย หรือเร็วที่สุดเมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีการ Round ข้างเตียง ใช้ C3 THER และวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน สาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร เช่น ผู้ป่วย Stroke Hip Frature ผู้ป่วย Head injury ผู้ป่วย CA เป็นต้น ซึ่งพบ อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วยUGIB ภายใน 28วันด้วยสาเหตุเดิม มีแนวโน้มที่ลดลง จาก 0.48 % (4/822 ราย) ในปี 2565 เป็น 0.13% (7/533 ราย) ในปี 2566 |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับรางวัล Thailand Angle Aword * ผ่านการประเมิน DSC ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง * การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพร่วมกับศูนย์โฮมสุข * พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ESRD ที่ on CAPD * พัฒนาแนวทางการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Sepsis * พัฒนาแนวทางการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Pneumonia เรื่องป้องกันการเกิด VAP โดยทำ Ventrilator round * พัฒนาแนวทางการดูแลวางแผนส่งต่อ line Consult ในกลุ่มโรค Stroke, STEMI, Pneumonia, Sepsis, ESRD * พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ,STEMI เชื่อมโยงการออกให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและอสม. * พัฒนาศักยภาพการดูแลและวางแผนจำหน่ายโรค Stroke ,STEMMI ในโรงพยาบาลชุมชน   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มี**การตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม ประสานสอดคล้อง และการมีส่วนร่วม | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2562** | **ปี 2563** | **ปี 2564** | **ปี 2565** | **ปี 2566** |
| อัตราการรักษาผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน | <2.5% | 1.52 | 0.92 | 0.60 | 0.48 | 0.13 |
| อัตรา ER Re-visited ภายใน 48ชม | <0.5% | 1.14 | 0.25 | 0.43 | 0.18 | 0.26 |
| ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PCI+SK) | >80% | 90.63 | 82.14 | 93.62 | 100 | 96.30 |
| อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI | <9% | 6.25 | 0 | 6.38 | 0 | 0 |
| อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย UGIB ภายใน 28 วันด้วยสาเหตุเดิม | <2.5% | 1.56 | 0.92 | 0.60 | 0.48 | 0.13 |

**III-4 การดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  III-4.1 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.  III-4.2 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.  **i. บริบท** สรุปข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ความต้องการ ปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และประเมินผล  ความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)  ระบบการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีเป้าหมาย เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างทันท่วงทีปลอดภัยหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างเป็นองค์รวม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยแต่ละโรค แนวทางในการป้องกันความเสี่ยง Clinical tracer ในแต่ละโรค ในทุก PCT  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การดูแลทั่วไป [III-4.1] | 4 | **I** | เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ   * มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG) ในโรคสำคัญและแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้าน   คลินิกกำหนดคุณสมบัติ และสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรไว้ล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมปลอดภัยในการให้บริการ มีการประเมินสมรรถนะบุคลากร 6 เดือน/ครั้ง แล้วพัฒนาตามผลการประเมิน ซึ่งผลการประเมินสมรรถนะบุคลากรผ่านเกณฑ์ มีการจัดกลุ่มบุคลากรตามประสบการณ์การทำงาน มีแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่ยังมีคุณสมบัติไม่ครบใช้ระบบพี่เลี้ยงในกรณีผู้ดูแลยังอยู่ในระหว่างการ Training เช่น แพทย์ใช้ทุน นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ไปปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพโดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการตรวจสอบการวินิจฉัยร่วมกันประเมินซ้ำ เช่นเดียวกับผู้ป่วยสำคัญ จัดให้มี แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมดูแลครอบคลุม 24 ชั่วโมง   * มีการเตรียมความพร้อมของสถานที่,อุปกรณ์ต่างๆให้สะดวก สะอาด ปลอดภัยและเพียงพอ   ต่อการให้บริการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อตามนโยบายรพ. โดยมีทีมสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยของโรงพยาบาล ในการจัดทำแผนสำรวจ และลง ENV Roumd. เพื่อสนับสนุนทีมทางคลินิกด้านการจัดสภาพแวดล้อม เช่น การติดตั้งไฟฉุกเฉิน ให้ครอบคลุม ในจุดบริการ การปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้รับบริการในหอผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงการป้องกันอันตรายและสิ่งรบกวนต่างๆโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย   * การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน กำหนดแนวทางในการดูแล   ผู้ป่วยกลุ่ม Fast track กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ ในแต่ละ Fast track มีการ Monitorติดตาม   * จัดเตรียมรถ Emergency ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งรพ. พร้อมใช้ตลอดเวลา มีการจัด Zone   เพื่อให้การช่วยเหลือที่สะดวกและรวดเร็ว การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับเจ้าหน้าที่ทุกปี 100% ทุกปี มีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง โดยมีการกำหนด Early Warning Signs / Pre Arrest Signs ผู้ป่วยหนักที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาใน ICU แต่ไม่มีเตียงรองรับเพียงพอ ทำให้มีผู้ป่วยที่ On Respirator อยู่ตามหอผู้ป่วยสามัญจำนวนมากโดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้มีการพัฒนาโดยยกระดับเพิ่มศักยภาพของหอผู้ป่วยสามัญให้สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้ โดยมีการจัดโซนผู้ป่วยวิกฤติ เพิ่มอัตรากำลัง เพิ่มเครื่องมือเช่น Ventilator, Central Monitor, EKG monitor พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย และได้มีการพัฒนาเกณฑ์การย้ายเข้า -ออก ICU และพัฒนาโปรแกรมการจอง ICU ออนไลน์ ทำให้มีเกณฑ์ที่ชัดเจน และติดตามสถานะผู้ป่วยได้รวดเร็ว ในปี 2566 ไม่พบมีข้อร้องเรียนเรื่องการย้ายเข้า ICU   * การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย   ได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้คงไว้หรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว แพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีการอนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่นการเปิดเทปธรรมะให้ฟัง มีพระมาสวดข้างเตียงทำให้จิตสงบ จัดพิธีบวชพระให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ การให้ญาติขอขมาผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต มีการสร้างสิ่งแวดล้อมภายใน หอผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความตึงเครียด เช่น ญาติเฝ้าในห้องคลอด กิจกรรม “ดนตรีบำบัด” ผลพบว่าจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยใน พบคะแนน ปี 2564 = 85.05% และปี 2565= 92.12% และปี 2566 = 94.38% | | 1. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] \*\* | **3.5** | **I** | * การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง: ทีมให้การดูแล   ผู้ป่วยมีการกำหนดกลุ่มโรคเสี่ยงสูง หัตถการที่เสี่ยงสูง เพื่อสามารถจัดบริการ มีการใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินการปฏิบัติตาม CPG และปรับปรุง CPG ให้เหมาะสมเช่น CPG การดูแลผู้ป่วย Stroke , STEMI ,Sepsis, Head injury , Preterm, Pneumonia, มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่นผู้ป่วยผ่าตัดC/Sที่มีภาวะ PPH ที่ต้องทำHysterectomy มีการวางแนวทางปฏิบัติ CPR อย่างชัดเจนเพื่อลดอัตราการตายจากภาวะ sepsis มีการปรับ CPG และ CNPG ใหม่ ใช้ NEWS Score ประเมิน Early Warning Signs ร่วมกับการเจาะ Lactate (Point of Care Testing, POCT ) นำสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุม มีการจัดตั้ง Rapid Response Team (RRT) ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรโดยจัดฝึกอบรมCPR บุคลากรทุกปีผู้ป่วยวิกฤติ เช่น sepsis , Stroke , STEMI , ARF need CRRT ได้เข้ารับการดูแลรักษาใน ICU CCU หรือ stroke unit โดยมีการทบทวนเกณฑ์เข้าและออกจากทุกหอผู้ป่วยหนักสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจแนวทางปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้เข้าหอผู้ป่วยหนักมากขึ้น   * การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ มี   ความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือ มีบริการหน่วยไตเทียมทั้งในและนอกเวลา มีอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลไตเทียมในการให้บริการและดูแลผู้ป่วยโดยได้รับการรับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไต ผู้ป่วย ARF ได้รับการทำ CRRT มากขึ้นทุกปี ผลลัพธ์ อัตราการรอดชีวิตที่ 28 วันจากการทำ CRRT ร้อยละ 13 ในผู้ป่วยเด็ก หัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่การทำเจาะหลัง การใส่สาย ICD การใส่ท่อ ET tube การเปลี่ยนถ่ายเลือด จะทำภายใต้การควบคุมของกุมารแพทย์ โดยก่อนทำจะมีการแจ้งให้บิดามารดา ทราบถึงความจำเป็นและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและเซ็นยินยอมรักษาทุกครั้ง หลังทำหัตถการมีการบันทึกและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การบริหารยาเคมีบำบัด มีในหน่วยงานสามัญและพิเศษ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบ าบัด และเป็นพี่เลี้ยงในการสอนหน้างานส าหรับบุคลากรใหม่ การทำ Gastroscope/Colonoscope จะทำที่ห้องผ่าตัด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่ผ่านการอบรม Scope มีประสบการณ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่วน ICD ถ้าฉุกเฉินและเร่งด่วนจะทำที่ ER หรือ Ward ทันที   * การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ   (rapid response system) มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือมีภาวะวิกฤติ มีการปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญกว่าเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การกำหนด แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรค Stroke , STEMI , Sepsis, Head injury, UGIB ,Multiple Injury และกำหนด early warning sign เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเร็วขึ้น มีทีม CPR กลางของโรงพยาบาล เมื่อเกิดเหตุต้อง CPR ฉุกเฉินเร่งด่วน ทั้งในและนอกเวลาราชการสามารถประสานทีมช่วยได้ มีการกำหนด แนว ทางปฏิบัติ ที่ผ่านมาพบว่า ในปี 2565 ถึง 2566 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ G,H,I) ที่เกิดซ้ำ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ผ่านการรับรอง DSC Stroke, DSC Hip Fracture * พัฒนาโปรแกรมจอง ICU * พัฒนาโปรแกรมนัด Echo   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความปลอดภัย หมาะสม** ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยใน | >85% | 83.16 | 84.49 | 84.49 | 92.12 | 93.30 |
| อัตราตายของผู้ป่วย Stroke | <7% | 6.70 | 9.12 | 7.72 | 7.03 | 6.99 |
| อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis | <30% | 25.27 | 32.28 | 33.50 | 34.50 | 25.42 |
| อัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง | <30% | 7.27 | 9.38 | 22.67 | 22.40 | 13.96 |
| อุบัติการณ์ความรุนแรง (ระดับ G,H,I) ที่เกิดซ้ำ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราตายรวม | <3% | 2.70 | 3.03 | 3.07 | 3.00 | 2.81 |
| อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple Trauma ภายใน 24 ชั่วโมง | <12% | 2.03 | 2.81 | 0.21 | 4.31 | 5.29 |
| อัตรามารดาเสียชีวิต | <17/100,000LB | 30.73 | 31.43 | 0 | 0 | 28.43 |
|  | | | | | | |

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท บริการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทุกแผนกทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมงตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ โดยสามารถให้การระงับความรู้สึกทั้งแบบ general anesthesia, regional anesthesia, monitoring anesthetic care รวมทั้งให้ยาระงับความรู้สึกแบบ combined general และregional anesthesia ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ของราชวิทยาลัย และsafe anesthesia โดยพิจารณาทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วย(ASA physical status) และชนิดของการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และแพทย์ผ่าตัดมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดอุบัติการณ์ และลดความเสี่ยงทางวิสัญญี ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวกและราบรื่น ให้การดูแล และจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น รวมทั้งติดตามเยี่ยมหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

| มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา |
| --- | --- | --- | --- |
| การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก] | 4 | I | การ Set ผ่าตัด  1. ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก และระหว่างรอฟื้น มีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ ดังนี้  - Elective case มีการ set ผ่าตัดก่อนเวลา 15.00 น.  - เพื่อผู้ป่วย Elective case ทุกรายจะได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินความพร้อมและได้รับข้อมูลด้านวิสัญญีก่อนผ่าตัด 1 วันโดยบุคลากรวิสัญญี  - ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (ASA class 3 ขึ้นไป) แพทย์เจ้าของไข้ consult โดยตรงกับวิสัญญีแพทย์  - Emergency case มีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน โดยตรงจากศัลยแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายกับวิสัญญีแพทย์  การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และการวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก  2. ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้  - วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วย elective case และให้ข้อมูลด้านวิสัญญีก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน  - มีการตรวจสอบระบุตัวผู้ป่วย การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก  - ประเมินความเสี่ยงตาม ASA Physical Status ในกรณี ASA Class 3 ขึ้นไป/ มีปัญหาความเสี่ยงสูงต่อการระงับความรู้สึก วิสัญญีแพทย์วางแผนแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ผู้ผ่าตัดหรือแพทย์เฉพาะทาง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย  - ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูล/เข้าใจแนวทางการรักษาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก  - ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกได้ (กรณีเลือกได้) และการเซ็นใบยินยอมผ่าตัด  - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก  3. ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก  การดูแลขณะให้ยาระงับความรู้สึก  4. กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ  - ผู้ป่วยได้รับการวางแผนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหรือวิธีการผ่าตัด โดยมีการลงความเห็นร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล  - ผู้ป่วยที่มีปัญหา/ความเสี่ยงสูง ( ASA Class 3 ขึ้นไป ) ได้รับการวางแผนร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และแพทย์เฉพาะสาขา  - มีการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางวิสัญญีให้พร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก  - มีการทำ KALASIN Surgical safety Checklist ร่วมกันกับทีมศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนเริ่มให้บริการวิสัญญี  - ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีที่วางแผนไว้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน  - มีการบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ, ชนิดและวิธีการให้ยา, ชนิดและปริมาณสารน้ำ, เลือดและปัสสาวะที่สูญเสีย  - มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก (Difficult Intubation) ทุกกรณี  - ขณะให้ยาระงับความรู้สึกมีการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐาน สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงทีกรณีเกิดภาวะวิกฤติ  - ในระหว่างการผ่าตัดมีการส่งต่อข้อมูลปัญหาหรือความเสี่ยงระหว่างทีมทำผ่าตัด มีทีมแพทย์ผู้ทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลช่วยผ่าตัด  5. ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น  - วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลร่วมให้การดูแลผู้ป่วยหลังฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก ส่งต่ออาการของผู้ป่วยแก่พยาบาลที่ห้องพักฟื้น  - วิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้นทำหน้าที่ดูแลโดย ประเมินผู้ป่วยตาม PARS (Post anesthetic recovery score ) และ Sedation score  - มีการกำหนดช่วงระยะเวลาการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง  - ดูแลเฝ้าระวัง ป้องกันและรักษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที เช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน, หนาวสั่น มดลูกหดรัดตัวไม่ดีกรณีผ่าตัดคลอด  - มีการประเมินและจัดการความเจ็บปวดตามแนวทางที่กำหนดของหน่วยงาน  - กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตต้องใส่ท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลนำส่งพร้อมอุปกรณ์ให้ออกซิเจนและอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะนำส่ง  การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก  6. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้มีคุณวุฒิตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง  - มีการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น ต้องมี PARS ≥ 9 ขึ้นไปทุกราย Sedation score = 0  7. การติดตามเยี่ยมหลังให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก ให้การรักษา/ แก้ไขและนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนางานบริการวิสัญญี  - ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติต่องานบริการวิสัญญี  - ประเมินความพึงพอใจในการดูแลและจัดการความเจ็บปวดในห้อง พักฟื้น  - ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการได้รับยาระงับความรู้สึกครั้งต่อไป เช่น ผู้ป่วยโรค MG, severe pre - eclampsia, ผู้ป่วย difficult intubation  การบันทึกเวชระเบียน  8. การบันทึกข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกถูกต้องสมบูรณ์ สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องได้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ ป้องกันการร้องเรียนหรือการถูกฟ้องร้อง |

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

* มีคลินิกให้บริการด้านวิสัญญี (Kalasin hospital Pre-anesthesia clinic; KsPAC) โดยเริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความ

พร้อมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด หรือการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาต่อเนื่อง เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด หรือ การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ต้องการบริการทางวิสัญญีวิทยาแบบวันเดียวกลับ(One Day Surgery; ODS) เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด หรือการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาโดยการส่องกล้องที่ต้องการบริการทางวิสัญญีวิทยา (Minimal invasive surgery; MIS) สรุปถึงเดือนตุลาคม ผู้ใช้บริการรวมทั้งหมด 923 ราย

* ร่วมให้บริการการดูแลผู้ป่วยในโครงการเยี่ยมสำรวจ PDSC: ระบบการดูแลการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 โดยมีการรับ Consult

เพื่อดูแลและวางแผนเพื่อทำ Femoral Nerve Block เพื่อลดความปวดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกข้อสะโพกหัก เริ่มดำเนินการไปแล้ว ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ consult และได้รับการทำ Femoral Nerve Block จำนวน 76 ราย และยังดำเนินการต่อ ซึ่งโครงการนี้ได้รับผลการตอบรับดีมาก ช่วยลดความปวดในผู้ป่วยกระดูกหักได้เป็นอย่างดี

* ร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยมารับการผ่าตัดในโครงการที่เป็นนโยบาย ของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS), การผ่าตัด

MIS, โครงการการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหัก, โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการผ่าตัดในโครงการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ(service plan 2565)

* ร่วมให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตินอกห้องผ่าตัด เช่น บริการใส่ท่อหายใจนอกหน่วยงาน ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อหายใจยาก และหน่วยงานอื่นร้องขอให้ช่วย

บริการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ และเป็นส่วนหนึ่งของทีม CPR กลางของโรงพยาบาล

* ให้การดูแลและสอนนักศึกษาแพทย์ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม ในรายวิชาวิสัญญีวิทยาโดยวิสัญญีแพทย์ (วิสัญญีแพทย์ที่สอนต้องผ่านการเรียน

Rookies teacher ทุกท่าน) ในหัวข้อเรื่อง การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วย, ให้ความรู้เรื่อง patient and personal safety ได้แก่ safe surgery and safe Anesthesia, effective team player, Surgical ethic (invasive procedure )

* ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) ให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาล โดยทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล

มีส่วนร่วมเป็นทีมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ประชาชน

* มีส่วนร่วมในการทำผลงานและนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระดับเขต7 (ได้รับ

รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1) และนำเสนอผลงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566

**iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** มีความเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิผล

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด Anesthesia: Intra-operative cardiac arrest ASA physical status I, II (THIPII) | 0% | 0.04 | 0.03 | 0.07 | 0.06 |
| 2.ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินAnesthesia: percent of pre-anesthesia visit elective in-patient case (THIPII) | >80% | 90.68 | 87.25 | 97.33 | 83.85 |
| 3.อัตราการเยี่ยมผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึก | >80% | 92.23 | 91.67 | 91.78 | 90.67 |
| 4.อัตราการเกิดภาวะDesaturationในผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึก | < 0.5 % | 0.03 | 0.01 | 0 | 0.01 |
| 5.อัตราการรับผู้ป่วยไว้ใน ICUโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าภายใน 24 ชม. | 0% | 0 | 0 | 0.01 | 0 |
| 6.อัตราการเกิดภาวะ delay emergence | 0% | 0 | 0 | 0.01 | 0.01 |
| 7.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นAnesthesia: percent of patients observed in the recovery room (THIPII) | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 8.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจAnesthesia: percent of re-intubation within 2 hours after extubation (THIPII) | < 0.5% | 0.06 | 0.05 | 0.03 | 0.06 |
| 9.ร้อยละของผู้ป่วยที่ดมยาสลบที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก Anesthesia: percent of using capnometry during general anesthesia (THIPII) | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 10.อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังให้ยาระงับความรู้สึก ( Elective case ) | 0 % | 0.01 | 0 | 0.03 | 0.01 |
| 11.อัตราการเกิด Awareness ขณะให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป | < 0.5 % | 0 | 0 | 0 | 0.02 |
| 12.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการวิสัญญี | > 90 % | 92.23 | 93.60 | 91.78 | 95.57 |
| 13. อัตราความพึงพอใจต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังผ่าตัด | >90% | 90.68 | 98.00 | 88.70 | 92.69 |

**III-4.3 ก. การผ่าตัด**

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ

**i. บริบท** ห้องผ่าตัดมีทั้งหมด 13 ห้อง แบ่งเป็น ห้องผ่าตัดใหญ่ 10 ห้อง เปิดให้บริการ 10 ห้อง ห้องผ่าตัดเล็ก 1 ห้อง ห้อง Scope 2 ห้อง ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก สูติ-นรีเวชกรรม แม็กซิโลเฟเชียล และส่องตรวจพิเศษ 24 ชั่วโมง เพื่อวินิจฉัยรักษา ยกเว้นการผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจ นอกเวลาสามารถให้บริการผ่าตัดได้ 2 ทีม เพื่อรองรับการผ่าตัดในกรณีฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พึงพอใจ ลดอุบัติการณ์ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีศัลยแพทย์ 43 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 51 คน ความท้าท้ายความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การผ่าตัดผิดคน ,ผิดข้าง ,ผิดตำแหน่ง /การส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด สูญหาย เสียหาย/สิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังการผ่าตัด /การบริหารการใช้ห้องผ่าตัด /การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจผู้ป่วยผู้ป่วย Multiple injury

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- |
| การผ่าตัด [III-4.3 ข]\* | 3.5 | L | เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พึงพอใจ ลดอุบัติการณ์ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ  การ Set ผ่าตัด  1. ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อม และเหมาะสมโดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะผ่าตัด มีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ ดังนี้  - Elective case มีการ set ผ่าตัดก่อนเวลา 15.00 น.  - เพื่อผู้ป่วย Elective case ทุกรายจะได้รับการตรวจเยี่ยมประเมินความพร้อมและได้รับข้อมูลด้านการผ่าตัดก่อนผ่าตัด 1 วันโดยเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด  - ผู้ป่วยที่มีการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดพิเศษ มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ  - Emergency case มีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน โดยตรงจากศัลยแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายกับทีมผ่าตัด  การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและการวางแผนการผ่าตัด  2. ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการผ่าตัด ดังนี้  - ตรวจเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วย elective case และให้ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 1 วัน  - มีการตรวจสอบระบุตัวผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด  - ประเมินความเสี่ยงตาม ASA Physical Status ในกรณี ASA Class 3 ขึ้นไป/ มีปัญหาความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดศัลยแพทย์วางแผนแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย  - ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูล/เข้าใจแนวทางการรักษาและวิธีการผ่าตัด  - ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาโดยการผ่าตัด(กรณีเลือกได้) และการเซ็นใบยินยอมผ่าตัด  - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการผ่าตัด  3. ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด  สรุปอัตราการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดได้ ร้อยละ 84.5  การดูแลขณะผ่าตัด  4. กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณคุณภาพ  - ผู้ป่วยได้รับการการตรวจสอบความถูกต้องในการระบุตัวตน ชนิดการผ่าตัดตำแหน่งการผ่าตัด  - ผู้ป่วยได้รับการวางแผนวิธีการให้การผ่าตัดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหรือวิธีการผ่าตัด โดยมีการลงความเห็นร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด  - ผู้ป่วยที่มีปัญหา/ความเสี่ยงสูง (ASA Class 3 ขึ้นไป) ได้รับการวางแผนร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และแพทย์เฉพาะสาขาและพยาบาลห้องผ่าตัด  - มีการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การผ่าตัดให้พร้อมก่อนให้การผ่าตัด (ร้อยละ 100)  - มีการทำ KALASIN Surgical safety Checklist ร่วมกันกับทีมศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลวิสัญญีก่อนเริ่มให้บริการผ่าตัด (ได้ร้อยละ 100)  - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีที่วางแผนไว้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน  - มีการบันทึกข้อมูลประวัติการผ่าตัด, การใช้เครื่องมือ, ความครบถ้วนของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดชนิดและปริมาณสารน้ำ, เลือดและสิ่งส่งตรวจ (ร้อยละ 100)  - มีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดให้พร้อม ทุกกรณี  - ขณะผ่าตัดมีการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐาน สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงทีกรณีเกิดภาวะวิกฤติ  - ในระหว่างการผ่าตัดมีการส่งต่อข้อมูลปัญหาหรือความเสี่ยงระหว่างทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ทีมแพทย์ผู้ทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล  5. ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลหลังการผ่าตัด  -พยาบาลห้องผ่าตัดบันทึกข้องมูลสิ่งที่ติดไปกับการผ่าตัด เช่น drain การ /pack swab /การดูแลแผลผ่าตัด ส่งต่ออาการของผู้ป่วยแก่พยาบาลที่หอผู้ป่วย  -ติดตามการส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยที่ใส่สายchest drain  การดูแลหลังการผ่าตัด  6. ผู้ป่วยได้รับการประเมินการผ่าตัด โดยการติดตามการเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 วัน  - มีการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การประเมินแผลผ่าตัด(ร้อยละ 84.3)  -เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดให้การรักษา / แก้ไขและนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนางานบริการห้องผ่าตัด  - ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติต่องานบริการห้องผ่าตัด (ร้อยละ99.05 )  การบันทึกเวชระเบียน  7. การบันทึกข้อมูลการให้การผ่าตัดถูกต้องสมบูรณ์ สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องได้เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ ป้องกันการร้องเรียนหรือการถูกฟ้องร้อง (ร้อยละ 97) |

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1.ผลงาน CQI 5 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย (CNPG : Patient safety operation) ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับที่1 ในงานมหกรรมวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ งานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในห้องผ่าตัด ผ่านการคัดเลือกประเภทนำเสนอโดยโปสเตอร์ ในงานมหกรรมวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. มีส่วนร่วมในการนำเสนอผลงานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการผ่าตัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระดับเขต (ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1) และนำเสนอผลงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566

**iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** มีความเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิผล

| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดแพทย์ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. อุบัติการณ์มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. อุบัติการณ์การผ่าตัดที่เปลี่ยนไปจากการวางแผน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.อุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำใน 1 Admit  C/S  MRM  Hiprosthesis  Laminectomy  Laparoscopic Cholecystectomy  Hemorrhagic Stroke , Scondary Stroke  Total thyroidectomy | 0  0  0  0  0  0  0 | 0.009(2)  0  0.008(1)  0.008(1)  0  0  0 | 0.010(2)  0.005(1)  0  0  0  0  0 | 0  0.005(1)  0  0  0.005(1)  0  0 | 0.004(1)  0  0  0  0  0  0 | 0.013(3)  0  0  0  0  0  0 |
| 5. อัตราการเลื่อนผ่าตัด  - จากอุปกรณ์เครื่องมือและห้องผ่าตัดไม่พร้อม  - จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย  - จากสาเหตุอื่นๆ | 0  0  0 | 0.04(5)  0.27  0.30(34) | 0.021(4)  NA  0.165(31) | 0.010(2)  NA  0.219 (43) | 0.027(6)  NA  0.675(147) | 0.004(1)  NA  0.291(66) |
| 6 จำนวนครั้งการส่งชิ้นเนื้อผิดพลาด | 0 ครั้ง | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 7.อัตราการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด(01,02)  C/S  MRM  Hiprosthesis  laminectomy  Appendectomy  Hemorrhagic Stroke, Scondary Stroke | < 4.5  0 (ราย)  0 (ราย)  0 (ราย)  0 (ราย)  0 (ราย) | 0  0  0  0  0  0 | 0.15(2)  0  0  0  0.46(4)  0 | 1  0  0  0  0  0 | 0.15(2)  0  0  0  0.46(4)  0 | 0  0  0  0  0  0 |

**III-4.3 ค. อาหารและโภชนาการ**

**i.บริบท :** กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: อาหารและโภชนาการ มีความสำคัญต่อการหายและการฟื้นฟูของผู้ป่วยในกลุ่มสำคัญต่างๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื่อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีภาวะโภชนาการที่ดีตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและดูแลให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในคลินิกที่เป็นโรคสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และมีความพึงพอใจผู้รับบริการได้รับอาหารที่เหมาะ ถูกหลักโภชนาการที่เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์และอาหารที่มีมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**ii.ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| มาตรฐาน | Score | DALI | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา |
| อาหารและโภชนบำบัด III-4.3 ค. | 4 | I | เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับอาหารที่เหมาะสม ทีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย   * ผลิต / บริการอาหารผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการครบ   5 หมู่ตามมาตรฐานอาหารผู้ป่วยทั่วไป/ผู้ป่วยเฉพาะโรค จัดทําเมนูอาหารหมุนเวียน 1 เดือน มีการทบทวน/ปรับเปลี่ยนเมนูอาหารตามฤดูกาล สอดคล้องกับการบริโภคของคนท้องถิ่นและสั่งซื้อวัตถุดิบปลอดสารพิษจากกลุ่มเกษตรกร มีการตรวจรับ/ใช้วัตถุดิบที่คุณลักษณะที่ปลอดภัย มีกระบวนการล้างเตรียม เก็บ ปรุงสุก จัดอาหารอาหารผู้ป่วยตามขั้นตอนมาตรฐาน สุ่มส่งตรวจจุลินทรีย์ในอาหารปรุงสุก ภาชนะ มือผู้ประกอบ อาหารและนักโภชนาการกํากับควบคุมขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตามมาตรฐานงานโภชนาการ   * การบริการอาหาร แยกผลิต-ตักอาหารผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเฉพาะโรค   ออกจากกันชัดเจน มีขั้นตอนถูกต้องได้มาตรฐานโดยนักโภชนาการกํากับและควบคุมการผลิตอาหาร การตักอาหารธรรมดาและอาหารอ่อน มาตรฐานพลังงาน 1800 กิโลแคลอรี่ / วันและ 1500 กิโลแคลอรี่/วัน พลังงานจากสารอาหารโปรตีน ,ไขมัน , และคาร์โบไฮเดรท ร้อยละ 55-25-20 ของพลังงาน การตักอาหารเฉพาะโรคตามคําสั่งแพทย์ กรณีแพทย์ระบุพลังงาน/สารอาหาร นักโภชนาการคํานวณพลังงาน/สัดส่วนอาหาร/ปริมาณอาหารให้ถูกต้องเป็นรายๆ เช่น การลด เพิ่มโปรตีน ไขมัน ในอาหารผู้ป่วย เป็นต้น พร้อมติดป้ายกํากับอาหารเพื่อป้องกันการจ่ายอาหารผิดคน ผิดโรค และควบคุมระดับโซเดียมในอาหาร ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) มีการสุ่มตรวจความเค็มในอาหารผู้ป่วยสามัญ/เฉพาะโรค/ พบว่า ความเค็มในอาหารอยู่ในระดับที่ปลอดภัย   * การป้องกันความเสี่ยง จัดระบบทางเดินทางเดียว เข้าและออกคนละ   ทาง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้าม ป้องกันการลื่นล้ม ใช้กล่องชานอ้อยบรรจุอาหารผู้ป่วยติดเชื้อห้องแยกโรค ล้าง-ฆ่าเชื้อถาดอาหารผู้ป่วยตามมาตรฐานเครื่องล้างจาน เจ้าหน้าที่บริการ อาหารล้างมือถูกวิธี สวมชุดป้องกันการติดเชื้อ(ผ้ากันเปื้อน-ถุงมือ-หมวก-หน้ากากอนามัย-เอียปลั๊ก)ในขณะปฏิบัติงาน มีการตรวจสุขภาพประจําปีเจ้าหน้าที่ทุกคน เมื่อมีการเจ็บป่วยจะให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะมีสุขภาพดี   * การคัดกรองภาวะโภชนาการพื้นฐาน การประเมินอย่างละเอียดเมื่อ   มีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ มีการคัดกรองภาวะโภชนาการ: Nutrition Screening Tool และประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert From ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุพโภชนาการหรือมีข้อบ่งชี้มีการวางแผนให้ดูแลโภชนบําบัดและการปรึกษาผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ได้แก่ ผู้ป่วยทุพโภชนาการ ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง , โรคเบาหวาน , โรคความดันโลหิตสูง , โรคไต , เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่มีปัญหาโภชนาการที่มีข้อบ่งชี้   * การให้โภชนบำบัดและการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว: การให้   โภชนบําบัดและการปรึกษา ผู้ป่วยและญาติที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดและสมอง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่รับบริการ OPD และ IPD สามารถเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสมกับโรค   * บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ   จัดการของภาชนะและเศษอาหาร มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 30 ข้อ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทุกขั้นตอน มีสุ่มตรวจสอบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 30 ข้อ พบว่า ผ่านประเมินมาตรฐาน ระดับดีมาก  - มีการสุ่มตรวจเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร จากการเก็บตัวอย่างอาหารปรุงสุก swab ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร เดือนละ 1ครั้ง ไม่พบการปนเปื้อนในอาหาร เมื่อมีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร จะต้องสุ่มตรวจจุลินทรีย์ อีกครั้งและทบทวนขั้นตอน RCA  1.ทบทวนขั้นตอนการล้างวัตถุดิบและภาชนะก่อนนํามาปรุงประกอบ  2.ทบทวนขั้นตอนการผลิตอาหารตามหลักสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล  3.ทบทวนการเก็บรักษาอาหารที่ปรุงประกอบแล้ว  4.ทบทวนสุขลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนศาสตร์  - มีการตามรอยงานคุณภาพในการผลิตอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาล : พบโอกาสการเกิดการปนเปื้อนได้ทุกขั้นตอน เช่นการเตรียม การผลิต-ตัก-ขนส่ง-ล้าง-การจัดเก็บอาหาร การกำจัดขยะ มีการปรับปรุงโครงสร้างให้ถูกต้องได้มาตรฐาน ตามหลัก IC และ ENV เมื่อพบการปนเปื้อนจุดใดจะดําเนินการแก้ไขทันที  - การจัดเก็บวัตถุดิบอาหารสด – แห้ง คัดแยกวัตถุดิบอาหารสดแต่ละชนิดออกจากกันชัดเจน ตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นตามมาตรฐานของอาหารแต่ประเภท พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นเป็นไปตามชนิดอาหารแต่ละประเภท เมื่อพบความผิดปกติของอุณหภูมิจะเร่งดําเนินการแก้ไขทันที วัตถุดิบอาหารแห้ง/อาหารสําเร็จรูปแยกออกแต่ละประเภทเป็นสัดส่วนในห้องสต๊อก ใช้ระบบ first in first out มีการเบิก-จ่าย อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบวันหมดอายุทุกสัปดาห์ และทําความสะอาดทุกวัน (5.ส ประจําในกลุ่มงาน)  - ระบบการสั่ง - เบิก และส่งมอบอาหารผู้ป่วย : สั่ง-เบิกอาหารผ่านระบบ LAN โปรแกรม FoodOrder และตรวจสอบ ความถูกต้องโดยนักโภชนาการ เวลา 4.00 น. , 9.30 น . ,14.00 น . , และเมื่อมีการสั่งอาหารรายใหม่ให้โทรศัพท์แจ้งก่อนเวลาส่งมอบอาหาร ส่งมอบอาหารเวลา 6.00 น ,11.00 น. ,15.30 น. เป็นต้น  แผนพัฒนา  -พัฒนาระบบการคัดกรองภาวะโภชนาการและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยทุก  รายที่มีข้อบ่งชี้ให้ได้ 100%  - พัฒนาและปรับให้มีโครงสร้างห้องอาหาร ห้องผลิตอาหารทางสายและพัฒนาระบบ  การส่งอาหาร ให้ถูกคน โรค  - ปรับโครงสร้างรถขนส่งอาหาร ให้ได้มาตรฐานและใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม  - พัฒนาระบบการให้บริการด้านโภชนาเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มรายโรคทุกกลุ่ม  คลอบคลุมมากขึ้น (เฉพาะราย)  - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติและนำปัญหา  ที่พบจากการให้บริการด้านโภชนามาปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ |

**iii.ผลการพัฒนาที่โดดเด่นแลภาคภูมิใจ**

* พัฒนาเมนูอาหาร “ชูสุขภาพ” และได้รับรองเมนูอาหาร “ชูสุขภาพ” จากกรมอนามัย จำนวน 10 เมนู
* ได้รับรางวัลมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารระดับดีมากของกรมอนามัย ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป

**iv.ผลลัพธ์**

**ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง**

| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2563** | **ปี 2564** | **ปี 2565** | **ปี 2566** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.อาหารสะอาด (อาหารปรุงสุก)**  1.1 จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน | < 5% | 7.51 | 3.5 | 4 | 1 |
| **2.อาหารปลอดภัย**  2.1 ไม่พบสารตกค้างจากการสุ่มตรวจวัตถุดิบ  (ยาฆ่าแมลง สารฟอกขาว สารกันรา) | > 90 % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 4. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ | 100 % | 25.80 | 66.20 | 57.90 | 93.70 |
| 5. ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารได้รับการสอน/สาธิตอาหาร | 350 ราย | 167 | 234 | 210 | 343 |
| 6. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ | > 85 % | 82.3 | 85.6 | 88.5 | 88.5 |

**III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/การจัดการความปวด**

|  |
| --- |
|  |

**i. บริบท :** ศูนย์ดูแลผู้ป่ายแบบประคับประคอง รพ.กาฬสินธุ์ ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิตเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นที่การจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งทางกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังภาวะสูญเสียด้วย การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำร่วมกับการรักษาตัวโรค หรือ Life prolong treatment ซึ่งตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งผู้ป่วย และญาติสามารถเข้าถึงบริการได้ 24 ชั่วโมงนอกเวลาราชการสามารถขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้รับผิดชอบ ศูนย์ 24 ชั่วโมง มีระบบรับปรึกษา(Consult)ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ชุมชน ทุกวันไม่ เว้นวันหยุดราชการ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับจังหวัดและอำเภอ รพ.สต.ในเขตอำเภอเมือง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อขับเคลื่อนงานดูแลผู้ป่วยระยะอย่างเป็นระบบ กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นระยะสุดท้ายทุกโรค ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี 2. ผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาดมาเป็นเพียงการดูแลตามอาการ เนื่องจากโรคได้ ลุกลามไปมาก เช่น กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย กลุ่มโรคระบบประสาท(Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(stroke) สมองเสื่อม(Dementia) ไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง(COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลว(CHF)และโรคCOVID-19 กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด: 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain 2. ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกโรคที่มีอาการปวด และอาการหอบเหนื่อย

**ii.ประเด็นการพัฒนา/ แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** |
| 1.การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง  [lll-4.3 ง] | **3** | **LI** | (1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคอง   * ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านการทำ Family   Meeting  เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) แสดงเจตจำนงล่วงหน้า (advance directive) ตลอดจนการหาเป้าหมายของการดูแล (goal of care)  (2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยประคับประคอง:   * มีการประเมิน การรับรู้ ความต้องการการจัดการอาการปวดในการใช้ยากลุ่ม Morphine ตาม   ความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ เพราะผู้ป่วยหลายคนที่กลัวการใช้ Morphine ดังนั้นจึงมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นระยะๆ ประเมินอาการปวดและจัดการอาการผ่านตามมาตรฐานการจัดการอาการปวดบันได 3 ขั้นของ WHO โดยเริ่มจาก Non opioids ,Weak opioids ,Strong opioids  (3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์จิตวิญญาณ)  และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:   * การดูแลผู้ป่วยประคับประคองต้องทำการประเมินอย่างรอบด้านได้แก่ 1)การดูแลด้านร่างกาย   เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น2)การดูแลด้านจิตสังคม เพื่อ หาแหล่งสนับสนุนส่งเสริมให้ช่วยเหลือตนเอง จัดหาแหล่งรายได้ จัดหาบริการ 3)ด้านการแพทย์ ช่วยเหลือด้านอุปกรณ์การแพทย์ 4) การดูแลด้านอารมณ์ เพื่อ รับฟังให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเรื่องโรค ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายการดูแล และการตัดสินใจ ปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ถ้าต้องใช้ยาจัดการภาวะซึมเศร้า  4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อ ช่วยค้นหาความหวัง เป้าหมายในชีวิต สิ่งค้างคาใจ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจหลักให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาเตรียมสภาพจิตใจให้พร้อมกับการดำเนินโรคที่จะทรุดลงในอนาคต ปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ความต้องการเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย หรือการเลือกสถานที่เสียชีวิต |
| 2.การจัดการความปวด[III-4.3 จ] | **3** | **LI** | 1) การคัดกรองและการประเมินความปวด: โรงพยาบาลมีการประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSv2 Scale) แบบประเมินความปวด (NRS) เพื่อทบทวนการตรวจเยี่ยม เป้าหมายการดูแลและการวางแผนรักษา  (2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความ  ปวด: มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในการจัดการอาการปวด ถึงผลดี ผลเสียที่จะเกิดกับ  ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดการอาการ  (3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษา  ตัวที่บ้าน: กรณีปกติ ใช้ยาชนิดรับประทาน โดย 1) ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลจะได้รับการอธิบาย  วิธีการกิน โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล 2) พยาบาล Palliative ออกสมุด  ประจำตัวผู้ป่วยนำกลับบ้าน พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติจดบันทึกการใช้ยานอกรอบ  (BTP) ลงในสมุดประจำตัวเพื่อนำกลับมาพบแพทย์ Palliative 3) เมื่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลมารับ  ยาให้นำยาเดิมกลับมาด้วย กรณีใช้ยาชนิดฉีด โดย 1) ผู้ป่วยและไม่สามารถบริหารยาทาง  ปากได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึม (ท้องเสีย ลำไส้อุดตันจากมะเร็งลุกลามในช่องท้อง  คลื่นไส้อาเจียนรุนแรงและต่อเนื่อง) มีแผลหรือก้อนในช่องปาก คอและหลอดอาหาร กลืนยา  ไม่ได้หรือกลืนยาลำบาก ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการบริหาร  ทางปาก รวมถึงการรับรู้สติของผู้ป่วยลดลงในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งวิธีที่สะดวกที่สุดและ  สามารถให้ได้ที่บ้านคือการบริหารยาทางใต้ผิวหนัง 2) การให้ยาใต้ผิวหนัง มี 2 วิธี ได้แก่ การ  ให้ยาแบบครั้งคราว (bolus) เมื่อมีอาการปะทุขึ้นมาระหว่างวัน โดยการเตรียมยาใส่ syringe  disposable ครั้งละไม่เกิน 2 ml และไม่ควรเจือจางยา การให้ยาแบบต่อเนื่อง (continuous  subcutaneous infusion - CSCI) โดยผสมยาที่ต้องควบคุมอาการไม่สุขสบายต่างๆ 2-4 ชนิด  ลงใน syringe driver   * มีการสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบสถานการณ์ อธิบายสาเหตุและความจำเป็นใน   การให้ยาใต้ผิวหนังเพื่อควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น โดย  1) แพทย์ Palliative สั่งการรักษาการให้ยาใต้ผิวหนังและลงชื่อในใบ แบบเบิกยาเสพติดประเภท 2 /วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ชนิดฉีดสำหรับใช้นอกโรงพยาบาล 2) พยาบาล Palliative ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสารทั้งหมดแล้วนำไปยื่นห้องยา 3) เภสัชตรวจสอบเอกสารทั้งหมดให้ตรงกับคำสั่งของแพทย์ Palliative และจ่ายยาให้กับพยาบาล Palliative 4)พยาบาล Palliative ตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา ถ้าสามารถเข้ากันได้ ดำเนินการผสมยา เขียนฉลากยา บันทึกรายละเอียดตามคำสั่งของแพทย์ 5) เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ เข็มปีกผีเสื้อ (Butterfly scalp vein needle) ถ้าไม่มีใช้ IV catheter   * กรณีถ้าอยู่โรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาล Palliative จะให้ยาผู้ป่วยเอง กรณีที่   ผู้ป่วยอยู่บ้าน พยาบาล Palliative ประสาน พยาบาล รพสต.เพื่อให้ยาผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้เครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง ให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติได้ โดย 1) พยาบาล Palliative นำ amp ยาเปล่าคืนห้องยาตามจำนวนที่เบิก 2) เภสัช ตรวจรับ amp ยาเปล่าและจัดการทำลายตามระเบียบการทำลายยาเสพติดพัฒนาระบบการบริหารยาของทุกรพช. ให้มียา Palliative care ที่ จำเป็นครบทุกรพ. |

**iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

* เกิดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐานและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
* ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการติดตามดูแลที่บ้านและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
* มีระบบการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้านแบบไร้รอยต่อ
* มีระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าACP

**iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีการตอบสนองความต้องการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานเชื่อมต่อและความต่อเนื่อง ความเหมาะสม เป็นองค์รวมและความปลอดภัย

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | > 95 | 1,277/1,293  (98.76) | 1,350/1,357  (99.48) | 1,304/1,304  (100) | 1,176/1,180  (99.66) | 1,468/1,481  (99.12) |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน | > 90 | 1,235/1,293  (95.51) | 1,282/1,357  (94.96) | 1,191/1,304  (91.33) | 1,080/1,180  (91.53) | 1,350/1,481  (91.15) |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา opioids ในการจัดการอาการ | > 90 | 1,213/1,293  (93.81) | 1,257/1,357  (92.63) | 1,185/1,304  (90.87) | 1,047/1,180  (88.73) | 1,330/1,481  (89.8) |
| ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ | > 95 | 96.91 | 98.66 | 97.73 | 97.63 | 99.09 |
| ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทำ ACP,Living will | > 95 | 1,278/1,293  (98.84) | 1,346/1,357  (99.19) | 1,302/1,304  (95) | 1,174/1,180  (99.49) | 1,472/1,481  (99.39) |

**III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ**

**i. บริบท**

คนพิการทุกประเภทที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยระยะกลาง(IMC) เป็นประชากรส่วนหนึ่งของประเทศแต่เนื่องจากสภาพของความพิการหรือข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมหรือการยอมรับในการทำกิจกรรมของสังคม ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับสิทธิต่างๆ ให้เท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เมื่อเริ่มเกิดโรค แต่เมื่อได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่คงที่และพ้นระยะอันตรายแล้วก็ถูกจำหน่ายกลับบ้านอย่างรวดเร็ว บางครั้งผู้ป่วยก็ถูกจำหน่ายโดยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็นคนพิการที่มีปัญหา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเป็นจำนวนมาก เช่น ปอดบวม แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อหดสั้น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และมีอาการปวดตามร่างกาย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** |
| การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (III-4.3 ฉ.) | 4.5 | L | เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่เหมาะสม และปลอดภัย   * ทีมผู้ให้บริการของโรงพยาบาล มีการประเมินและวางแผนฟื้นฟู * สภาพ อย่างต่อเนื่อง เมื่อ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจะมีนักกายภาพบำบัด   ชุมชนลงติดตามเพื่อดูแลทั้งการฟื้นฟูสภาพ และปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย ให้เหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในโรงพยาบาล เช่นผู้ป่วย Stroke ,ผู้ป่วย Hip Fracture, ผู้ป่วย Trauma   * การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพ   ผู้ป่วยในชุมชน : จากแนวทางการปฏิบัติในปัจจุบัน ผู้ป่วย และคนพิการจะได้รับบริการการฟื้นฟูสภาพตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และคนพิการแต่ละรายที่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันวางแผนการฟื้นฟูสภาพ โดยปฏิบัติตามแบบบันทึกการฟื้นฟูของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและงานกายภาพบำบัด เช่น การจัดทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นักกายภาพบำบัดจะส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพื้นทีที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อให้นักกายภาพบำบัดอำเภอนั้นๆติดตามออกไปดูที่บ้านผู้ป่วยทุกราย   * การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชนในแต่ละปี ทีมนัก   กายภาพบำบัดชุมชนร่วมกับ รพ.สต. ทุกพื้นที่จะตรวจประเมินผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในชุมชนทุกราย เพื่อวางแผนร่วมกับพื้นที่ ในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องถ้ามีรายใหม่เกิดขึ้นระหว่างปีพื้นที่ก็จะรายงานมายังนักกายภาพ บำบัด เพื่อลงไปประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพร่วมกับพื้นที่ต่อไปการปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ : ให้การตรวจประมิน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ไปยังชุมชนโดยเครือข่ายกายภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ด้อยโอกาสในชุมชนที่เข้าไม่ถึงบริการ สามารถเข้าถึงบริการและสิทธิ์ ต่างๆที่พึงได้รับ เช่น การฟื้นฟูสภาพ ได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำ เนินชีวิต ได้รับการปรับสภาพบ้าน ได้รับการจ้างงานคนพิการตาม ม.35 เข้าถึงการศึกษา ฯลฯโดยทีมกายภาพบำบัดชุมชนจะออกให้บริการเชิงรุกครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ |

**iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

**ผลการพัฒนาที่โดดเด่น :**

* มีระบบการประสานงานในPCTอายุรกรรม ในการส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด ในผู้ป่วย Stroke พบว่าผู้ป่วย strokeได้รับการฟื้นฟูสภาพก่อน

จำหน่าย 100 % และมีการติดตามกายภาพบำบัด ในผู้ป่วย Stroke ในชุมชนได้ 100 %

* งานกายอุปกรณ์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้พัฒนานวัตกรรมการผลิตขาเทียมระดับใต้เข่าแบบแกนนอก และได้พัฒนาต่อยอดโดยดำเนิน

โครงการนวัตกรรรมการผลิตขาเทียมระดับเหนือเข่า กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งได้รับงบสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น

* งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น อบจ. พมจ. ศูนย์การศึกษาพิเศษ สสจ. รพช. รพ.สต.

เทศบาล/อบต. ผู้นำชุมชน ฯลฯ จัดตั้งศูนย์โฮมสุข ซึ่งเป็นต้นแบบของกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศในการดูแลคนพิการ และผู้สูงอายุในชุมชน

* เครือข่ายกายภาพบำบัด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการผลิตหมอโฮมสุข ซึ่งเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ไว้ให้การฟื้นฟู

สภาพกลุ่มเป้าหมายในชุมชนภายใต้การควบคุมดูแลของนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลกันเองได้โดยคนในชุมชน

**ผลการพัฒนาที่ภาคภูมิใจ :**

จากปัญหาที่ผ่านมาคือ คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เข้าไม่ถึงบริการและสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ หน่วยงานต่างๆที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้งสามกลุ่มนี้ขาดการทำงานแบบบูรณาการ ทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและสิ้นเปลืองงบประมาณ การดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนขาดความยั่งยืน จึงได้มีแนวคิดที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้ โดยการจัดตั้งศูนย์ให้บริการกลุ่มเป้าหมายทั้งสามกลุ่มนี้ในพื้นที่ มีชื่อว่า ศูนย์โฮมสุข

1.การจัดตั้งศูนย์โฮมสุข : รูปแบบการทำงานของศูนย์โฮมสุข เป็นการทำงานแบบบูรณาการจากหน่วยงานต่างๆที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข มหาดไทย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศึกษาธิการ เพื่อให้บริการกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีพ และด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้น โดยคนในชุมชนเพื่อชุมชน กิจกรรมบริการของศูนย์โฮมสุข มีดังนี้

1.เป็นศูนย์กลางให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

2.เป็นศูนย์ประสานการดำเนินงานขึ้นทะเบียนคนพิการ

3. เป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

4. เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. ให้บริการอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. ให้บริการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

7. เป็นศูนย์ประสานการรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมของคนพิการและผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพ และสร้างความเข้มแข็งขององค์กร

8. เป็นศูนย์ประชาสัมพันธ์และประสานรับเรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียน พิทักษ์สิทธิ์คนพิการและผู้สูงอายุ

**2.สร้างเครือข่ายฟื้นฟูสภาพในชุมชน (อาสาสมัครศูนย์โฮมสุข)**เพื่อให้คนพิการผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกรายในพื้นที่

**รางวัลและผลงานศูนย์โฮมสุขที่ภาคภูมิใจ :**

| ปีงบประมาณ | ผลงานเด่น |
| --- | --- |
| 2558 | 1.“ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกจากสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (สวสส.) เป็น 1 ใน 6 เรื่องงานบันดาลใจระดับประเทศ  2. .“ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกจากจังหวัดเป็น Best Practice นำเสนอผู้ตรวจราชการ |
| 2559 | 1.สปสช..และกระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้โมเดล “ ศูนย์โฮมสุข ” เป็นต้นแบบในการประกาศใช้นโยบาย Long term care |
| 2560 | 1.รองนายกรัฐมนตรี (พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย) พร้อมคณะติดตามปฎิบัติราชการในภูมิภาค ได้เดินทางมาตรวจเยี่ยม “ ศูนย์โฮมสุข ”  2. “ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกจากสภาวิชาชีพกายภาพบำบัด ให้เป็นตัวแทนวิชาชีพ นำเสนอผลงานเด่นในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 18 |
| 2561 | 1)สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ได้คัดเลือก “ ศูนย์โฮมสุข ” เป็นแหล่งฝึกอบรมหลักสูตรนักกายภาพบำบัดชุมชน 2) “ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกให้เป็นผลงานเด่น ของเขตสุขภาพที่ 7 3).ได้รับรางวัลชนะเลิศจากเขตสุขภาพที่ 7ในการประกวดกองทุนฟื้นฟูฯ |
| 2562 | “ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับรางวัล “ เลิศรัฐ ” ประเภทรางวัลสัมฤทธิผลประชาชนมีส่วนร่วม (Effective Change) ระดับดีเด่น |
| 2564 | “ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ของประเทศ ในการประกวดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดี |
| 2565 | .“ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกจากสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ และได้นำเสนอรูปแบบการทำงานของศูนย์โฮมสุข ในโครงการอบรมหลักสูตรเสริมพลังผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ รุ่นที่ 1 |
| 2566 | .“ ศูนย์โฮมสุข ” ได้รับคัดเลือกจากสำนักสนับสนุนสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ และได้นำเสนอรูปแบบการทำงานของศูนย์โฮมสุข ในโครงการอบรมหลักสูตรเสริมพลังผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ รุ่นที่ 2 |

**iv.ผลลัพธ์**

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ**

- ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

- ให้บริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่นอนรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านก็จะมีทีมชุมชนออกให้บริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม อาชีพ และการศึกษา

| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับบริการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ | >80% | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับบริการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน | >80% | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของคนพิการทุกประเภทที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้รับบริการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน | >80% | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้รับบริการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน | >80 % | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละของผู้ป่วยระยะกลาง(IMC)ได้รับบริการกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน | >80 % | 100 | 100 | 100 | 100 |

III-4.3 ช.การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care of Patients with Chronic Kidney Diseases)

**i. บริบท** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2564 ถึง 2566 ตามลำดับดังนี้ โดยแบ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 1,637, 1,578, 1,778 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 จำนวน 660, 605, 695 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 (รวมผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต) จำนวน 1,413, 1,500, 1,798 ราย พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโรงพยาบาลจึงจัดให้มีคลินิกโรคไต (CKD Clinic) เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคไตทุกระยะ 3 – 5 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ สุขศึกษาและทีมกายภาพบำบัด มีการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ยา และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในระยะที่ 3 และระยะ4 เมื่อเข้าสู่ระยะ 5 ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนการบำบัดทดแทนไต โดยการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อได้รับการบำบัดทดแทนไตให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดกรณีติดโควิด จนกระทั่งเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายจะได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยทีม Palliative care ตามแนวทางของสมาคมโรคไต

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ GAP ตามมาตรฐาน

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา |
| การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช] | 3.5 | I | * การพัฒนาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 เพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง   โดยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการพัฒนาระบบส่งต่อปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต พบว่าในปี 2566 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m2/yr. คิดเป็นร้อยละ 71.69 (เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 66)   * โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยงาน   ภายนอก(Outsource) ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และโรงพยาบาลมีระบบการกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐานเช่นเดียวกับไตเทียมของโรงพยาบาล  แผนการพัฒนา CKD Clinic บูรณาการกับ NCD Clinic plusพัฒนาการคัดกรองโรคไตเรื้อรังใน  ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง   * พัฒนาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือก RRT ที่เหมาะสมแก่   ตนเองล่วงหน้า และผู้ป่วยระยะท้ายที่ปฏิเสธ RRT ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษาแบบประคับประคองตามสมาคมโรคไต และลดการเกิด un plan dialysis โดยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต แต่ละวิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น  แผนการพัฒนา การให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต (Smart RRT) |

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การพัฒนาการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต ( Smart RRT) ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ในปี 2564 - 2566 ตามลำดับ ดังนี้ จำนวน 483, 602, 640, 717 ครั้ง จึงได้มีการพัฒนาหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลให้ได้รับการรับรองจาก ตรต. เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2569 และหน่วยไตเทียมเอกชน ดำเนินการโดยบริษัทภายนอก ภายใต้การกำกับติดตามดูแลคุณภาพจากโรงพยาบาล ได้รับการรับรอง ตรต. เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2564 – 21 ธันวาคม 2566 โดยได้รับการประเมินเพื่อต่ออายุการรับรอง เมื่อเดือนพฤษภาคม 2566 ได้รับรองต่อเนื่องวันที่ 22 ธันวาคม 2566 – 21 ธันวาคม 2570

iv. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : มีความปลอดภัย เหมาะสมต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และมีประสิทธิผล

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 |
| ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 l/min/1.73m2/yr. | ร้อยละ 66 | 64.26 | 62.35 | 67.06 | 71.69 |
| การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง | ≥ ร้อยละ 80 | 40.77 | 37.86 | 36.14 | 35.20 |
| การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด | ≤ 5% | 1.12 | 1.62 | 1.87 | 1.37 |
| การติดเชื้อ vascular access | 0 | 0.68 | 0 | 0 | 0.11 |
| การเกิด Peritonitis ในผู้ป่วย PD | < 0.5 episode / yr | 0.31 | 0.25 | 0.23 | 0.36 |
| การเกิด ESI ในผู้ป่วย PD | < 0.24 episode / yr | - | 0.01 | 0.01 | 0.01 |
| ระบุตัวผิดพลาด | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| รายงานผลตรวจLAB คลาดเคลื่อน | 0 | - | - | - | 2 |

**ไตเทียมเอกชน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 |
| การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด | ≤ 5% | 1.01 | 2.02 | 1.71 |
| การติดเชื้อ vascular access | 0 | 1.8 | 1.25 | 0.02 |

**III-4.3 ซ. การแพทย์แผนไทย**

**i. บริบท**

กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรฐานการบริการสร้างเสริมและบำบัดรักษาสุขภาพแบบองค์รวม (สปา) และมาตรฐานการแพทย์ทางเลือกอื่นๆทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจรวมถึงเป็นสถานที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**ด้านการแพทย์แผนไทย** ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ วิเคราะห์การเกิดโรค วางแผนการรักษาและให้การรักษาโดยวิธีหัตถบำบัด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร ดูแลฟื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือ รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพรพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้มารับบริการในการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทย

**ด้านการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย**

ด้านการแพทย์แผนจีน มีการตรวจวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา การฝังเข็มและหัตถการต่างๆตามแผนการรักษา โดยแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนจีน

ด้านสปา ตามมาตรฐานการบริการสร้างเสริมและบำบัดรักษาสุขภาพแบบองค์รวมประกอบด้วย การนวด การอบสมุนไพร/ซาวน่า การประคบสมุนไพร Body Treatment Facial Treatment และแช่น้ำนม / น้ำแร่

ด้านโฮมิโอพาธีย์ ศาสตร์แห่งการแพทย์ทางเลือกและการประยุกต์ใช้ เป็นการรักษาตามแนวธรรมชาติ มีรูปแบบการวิเคราะห์การเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวม ให้บริการตรวจ/วินิจฉัยโรค/รักษา จ่ายยาโฮมีโอพาธีย์ ให้คำปรึกษา

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** |
| **การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ]** | **3.5** | **LI** | เพื่อให้ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย ได้รับบริการที่เหมาะสม และปลอดภัย ทีมแพทย์แผนไทยมีการพัฒนา ดังนี้  - ดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ*.*สส*.*พท*.)* ของสถาบันการแพทย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข  -มีระบบการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการรับบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่มีการซักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่ม เช่น ธาตุเจ้าเรือน มีการตรวจร่างกายตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีการวางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา โดยใช้สมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ การนวด การประคบ การอบสมุนไพร ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแล พบว่าในปี 2566 ที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ลูกประคบมีอุณหภูมิสูง จึงได้มีการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และสื่อสารให้ทีมผู้ให้บริการได้เฝ้าระวัง  -มีระบบการกำกับดูแลมาตรฐานความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยผู้ให้บริการเป็นบุคคลที่ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ  -มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในระบบเวชระเบียนที่ครอบคลุม เตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน  แผนในการพัฒนา พัฒนาระบบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกันทางด้านการแพทย์แผนไทย |

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 5

2. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Palliative care :PC)ที่ได้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5

3. แนวทางการบริบาลมารดาหลังคลอด (ผู้ป่วยใน) ซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะไม่มีน้ำนมหลังคลอด ท่อน้ำนมอุดตัน ปวดคัดเต้านม ไม่สามารถให้นมบุตรได้ ขณะกำลัง Admit ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด และหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมชั้น 4

4. จัดตั้งคลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ และน้ำมันกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน และมีการจัดบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

5. จัดตั้งคลินิกโฮมีโอพาธีย์ ศาสตร์แห่งการแพทย์ทางเลือกและการประยุกต์ใช้ เป็นการรักษาตามแนวธรรมชาติ มีรูปแบบการวิเคราะห์การเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวม ให้บริการตรวจ/วินิจฉัยโรค/รักษา จ่ายยาโฮมีโอพาธีย์ ให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต/ IMC/ Palliative care/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้รับการเยี่ยมบ้าน เป้าหมายคือ ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษา เพื่อบูรณาการรักษาร่วมกันผู้ป่วยต้องการลดการใช้ยาเคมีและกรณีผู้ป่วยแพ้ยาเคมี

6. นวัตกรรมถุงสมุนไพรลดกลิ่นเหม็นของแผล เป็นนวัตกรรมที่จัดทำขึ้นจากปัญหาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลติดเชื้อมีกลิ่นเหม็น มักเป็นที่รังเกียจของบุคคลรอบด้าน ทำให้ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ หรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงได้คิดนวัตกรรมถุงสมุนไพรลดกลิ่นเหม็นของแผล โดยติดไว้เหนือแผลที่มีกลิ่นเหม็น เพื่อช่วยในการดูดกลิ่นเหม็นของแผลและกระจายความหอมของสมุนไพรแทน

7. นวัตกรรมเสื้อชั้นในสมุนไพรประคบเต้านม เป็นนวัตกรรมที่จัดทำขึ้นจากปัญหาที่พบว่า แม่หลังคลอดที่ต้องประคบสมุนไพรที่เต้านม เพื่อกระตุ้นการสร้าง การหลั่งของน้ำนมให้มาเร็วและเพิ่มปริมาณมากขึ้น แก้ไขปัญหาเต้านมคัด ท่อ น้ำนมอุดตันที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้วิธีการนวด ประคบด้วยลูกประคบ ระยะเวลาในการทำ 15 – 30 นาที ที่ต้องเสียเวลาในการนอนประคบทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจกรรมอื่นๆจึงทดลองใช้เสื้อชั้นในที่ใส่สมุนไพรมาให้แม่หลังคลอดได้ใส่เพื่อประคบเต้านม

8. งานวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมการรักษาโรคออฟฟิศซินโดรมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน (The effectiveness of office syndrome treatment program in accordance with Thai traditional medicine and Chinese traditional medicine guidelines.)

9. งานวิจัย กรณีศึกษาทางการแพทย์แผนไทย โรคนอนไม่หลับ ด้วยยาหอมนวโกศของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

10. งานวิจัย ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการนวดเท้า เพื่อลดอาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

11. โปรแกรมการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน

12. โปรแกรมการรักษาโรคออฟฟิศซินโดรมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน

**iv.ผลลัพธ์**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

* ผู้รับบริการและผู้ป่วย ได้รับการรักษาและรับบริการตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรฐานการบริการสร้างเสริมและบำบัดรักษาสุขภาพแบบองค์รวม (สปา) และมาตรฐานการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| -ระดับความสำเร็จตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) | ดีเยี่ยม | ดีเยี่ยม | ดีเยี่ยม | ดีเยี่ยม | ดีเยี่ยม |
| - ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ร้อยละ 5 | - | - | - | 1.54 |
| - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Palliative care :PC)ที่ได้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น | ร้อยละ 5 | - | - | - | 7.32 |
| - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก | ร้อยละ 12 | 11.58 | 8.18 | 9.75 | 11.90 |
| - ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้การรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 | - | - | 0.05 | 0.58 |
| -มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น เทียบกับปีที่ผ่านมา | ร้อยละ 5 | 1.70 | 1.47 | 2.03 | 1.39 |

**III-4.3 ฌ.การแพทย์ทางไกล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.  **i. บริบท** โรงพยาบาลมีการจัดให้บริการแพทย์ทางไกล โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่  ปีงบประมาณ 2566 โดยกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการคือผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD เป็นหลัก โดยในปีงบประมาณ 2566 มีการให้บริการผู้ป่วยจำนวน 296 คน / 568 ครั้ง โดย  ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรค Hypertension, Epliepsy ,Stroke ที่มีการเข้ารับบริการเป็นจำนวนสูงสุดตามลำดับ  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฌ] | **3** | **LI** | เพื่อให้ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล ได้รับบริการที่เหมาะสม และมีความปลอดภัย   * โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีการกำหนดกลุ่มโรคที่จัดบริการด้านการแพทย์ทางไกล   แนวทางปฏิบัติ และระบบในการให้บริการ เพื่อเฝ้าติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ห่างไกล   * มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการจัดบริการ ที่แพทย์และทีมให้การรักษาสามารถพูด   โต้ตอบกับผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และสามารถยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้   * ทีมผู้ให้การดูแลในคลินิก ได้มีการให้ข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้ป่วย มีการบันทึก   ข้อมูลในระบบเวชระเบียน   * มีการจัดให้บริการแพทย์ทางไกล โดยให้บริการตรวจรักษา และ Consulling ในกลุ่ม   ผู้ป่วย NCD แต่พบว่าจำนวนผู้รับบริการแพทย์ทางไกลยังมีจำนวนน้อย โดยในปี งบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแพทย์ทางไกลจำนวน 296 คน / 568ครั้ง ซึ่งเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการบริการทั้งหมด (463,980ครั้ง ปีงบประมาณ 2566) พบว่ายังไม่ถึง 1% ของจำนวนครั้งผู้รับบริการทั้งหมด ดังนั้นในปีงบประมาณ 2567 ทางโรงพยาบาลจึงมีแนวทางให้สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการให้บริการการแพทย์ไกล พร้อมทั้งกำหนดบทบาทและหน้าที่ โดยให้รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธาน เพื่อขับเคลื่อนการให้บริการแพทย์ทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * โรงพยาบาลนำระบบ Telehealth R7 และ Telehealth หมอพร้อม มาใช้ในการให้บริการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ Telehealth   ได้ง่ายผ่านทาง Smart Phone  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ทันเวลา และต่อเนื่อง | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ร้อยละ จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 5% | NA | NA | NA | NA | 2.03% |

**III-4.3 ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  **i. บริบท โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**  โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S ในเขตสุขภาพที่ 7 (ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม)เป็นโรงพยาบาลขนาด 540 เตียง ในปี 2566 อัตราการครองเตียง 99.35 % มีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบให้บริการทางด้านสาธารณสุขด้วยการบูรณาการอย่าง ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา (ทั้งprimary care, secondary care ,Tertiary care) โดยสาขาเฉพาะที่ให้บริการ ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป (รวมทั้ง ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมสาขาศัลยกรรมประสาท) ศัลยกรรมกระดูกและข้อ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ โสต ศอ นาสิก จิตเวช เวชศาสตร์ฟี้นฟู ให้บริการแก่ผู้ป่วย ที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดใกล้เคียง บทบาทด้านการศึกษาเป็นสถาบันผลิตแพทย์โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่า-สูงกว่าปริญญาตรี เป็นแหล่งความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีให้การสนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่  **ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)**  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | **ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน**  **(Home-based care)** | **3.5** | **LI** | เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างPCTกับชุมชนและเกิดการดูแลต่อเนื่ององค์รวม ครอบคลุมหลายมิติ ลดแออัด ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มการเข้าถึงบริการได้มีการพัฒนากระบวนการเริ่มจากการศึกษาข้อมูลบริบทเชื่อมนโยบาย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความซับซ้อน ความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย ร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนรวมทั้งพระสงฆ์ ให้ช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนทุกประเภทสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น (1)ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน.ประชาชนโดยเฉพาะสูงอายุได้รับการประเมินADL แบ่งเป็น3กลุ่มๆติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยบางประเภทได้รับการประเมินด้วยADL เพื่อคัดเข้าสู่กลุ่ม IMC LTC PC และการประเมินแยกผู้ป่วยในแบบ CI SI MI CL และผู้ป่วยนอก แยกตามเกณฑ์รายโรคแบบเขียวเหลืองแดงการจัดบริการให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภทผ่านโปรแกรมโปงลางCOCโปรแกรมกาฬสินธุ์stroke BIการจัดระบบ ส่งยาที่บ้านทางไปรษณีย์ในคนไข้NCD ตรวจและติดตามอาการในบางกลุ่มที่พร้อมทาง tele medicine และระบบODS รับผู้ป่วยพักรักษาแบบผู้ป่วยในต่อเนื่องhospital care at home หรือ HOME WARD เบื้องต้นดำเนินการในกลุ่มสิทธUC นอกสิทธิ์อื่นใช้ระบบติดตามต่อเนื่องด้วย LINE OA และสอดรับด้วยระบบ3หมอ และการดูแลเยี่ยมเฉพาะเจาะจงด้วยทีมพยาบาลชุมชนและCGในระบบ IMC LTC PC ร่วมกับสหวิชาชีพ และPCT ในแต่ละ SERVICE PLAN (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆเพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย. การเยี่ยมบ้านในระบบ3 หมอ จะดู สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน การลงแบบเจาะจงใช้แบบเยี่ยมประเมินINHOMESSSและในการลงโดยสหวิชาชีพจะแนะนำการปรับจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการดูแลที่บ้านเช่นในกลุ่มCAPDจะมีทีมพยาบาลในแผนกไตลงประเมินสถานที่จนแน่ใจว่าสามารถดำเนินการได้ทั้งด้านกายภาพครอบครัวสังคม ระบบสนับสนุนอื่น ในระบบHOME VENTILATOR จะมีความร่วมมือจาก รพศ.แม่ข่าย รพท. รพช.และ รพสต.ในการร่วมจัดระบบส่งผู้ป่วยกลับบ้านในผู้พิการพร้อมบ้านตามความเหมาะสมโดยเฉพาะห้องน้ำบางครั้งต้องร่วมมือกับ อปท.พระสงฆ์.NGO ในการปรับห้องน้ำจนถึงสร้างบ้านให้ใหม่หรือหาที่พักอาศัยให้ใหม่ รวมทั้งจัดระบบ อสม /CG จิตอาสาอื่นๆ internet เชื่อมระบบดูแลเป็นรายๆ(3)ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ.ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวผ่านช่องทางต่างเอกสาร แผ่นพับคู่มือผู้ป่วยรายโรครับคำแนะนำทั่วไปจากพยาบาลและคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงจาก สหวิชาชีพในการลงเยี่ยมที่บ้านและยังสามารถถามย้อนกลับทางTELE MED TELE NURSING หรือ TELE HEALTH ระบบ LINE LINE OA AMEDหรือสามารถโทรตรงถึงCMในแต่ละรายโรคหรือหอผู้ป่วยได้4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียน ได้ง่าย สะดวก และทันเวลา. สหวิชาชีพ สามารถสืบค้นประวัติจาก HOSxp จากโปรแกรม โปงลางCOC จากแฟ้ม family folderและในระบบAMED ของกรมการแพทย์ (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยการวินิจฉัย การวางแผนและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับได้รับการบันทึก ในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลได้จาก คู่มือ ใบนัดหมาย.จากโปรแกรม โปงลาง COCและในระบบAMED ของกรมการแพทย์ (6)ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล. ได้มีจัดระบบ ส่งยาที่บ้านทางไปรษณีย์ในคนไข้NCD หรือให้อสม. CG หรือญาติมารับยาแทน หรือนำส่ง การดำเนินการหัตถการ มีทีมเชิงรุก มีพยาบาลในชุมชนทั้งทีม หมอ2ใน รพสต PCU PCC และ พยาบาลชุมชนลงทำหัตถการรวมทั้งทีมกายภาพบำบัด แผนไทย รวมทั้งทันตกรรม และทีมอาชีวะเวชกรรม ทุกครั้งที่ดำเนินการมีการประเมินผลแต่การสะท้อนข้อมูลกลับได้ทั้งโปรแกรมโปงลาง COC และในระบบAMED ของกรมการแพทย์รวมทั้งระบบ เอกสาร เช่นความร่วมมือระหว่างกายภาพและทีมIMC (7) ในกรณีที่คาดว่าการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันกาลผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสมผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่นหรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วย วิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.ได้คู่มือในการปฏิบัติในรายโรค และมีอาการที่เฝ้าระวังและอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ อัตรากำลังในระดับพื้นที่ เป็นประชาชนที่ได้รับการอบรมเป็น อสม.ได้รับการพัฒนาเป็น อสก. อสน.อสค. CG พระคิลานุปัฏฐาก มีระบบ 3 หมอที่ใกล้ตัว หากเกิดภาวะฉุกเฉินมีระบบ1669 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่โดยความร่วมมือ อปท. จิตอาสา มูลนิธิ ชมรมต่างๆ มีระบบAMED ของกรมการแพทย์ในระบบHW มีการจัดอัตรากำลัง จนท.ที่ติดตามระบบการเปลี่ยนแปลงทันท่วงที (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยมี2แบบคือทีมสุขภาพแบบพื้นฐาน และแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่1. ทีมพื้นฐาน ประกอบด้วย ทีม 3 หมอมี อสม. พยาบาล แพทย์ปฐมภูมิ 2.ทีมเฉพาะเจาะจงตามปัญหาแบบสหวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทาง เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทีมพยาบาลเฉพาะด้าน(CM) NGO พระสงฆ์ ครู ทีมมหาดไทย อปทและอื่นๆ ผลการพัฒนาที่ผ่านมาพบว่า 1) ลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยเริ่มจากส่งยาทางไปรษณีย์ ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ขยายเป็น TELEMED TELE NURSE TELE HEALTH ผู้ป่วยมีโอกาสพบบุคลากรทางการแพทย์ โดยไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล ในขณะการผ่าตัดหรือความจำเป็นในผู้ป่วยใน ลดแออัดโดยใช้ระบบที่ได้มาตรฐานขยายบริการลงสู่ชุมชน ในระบบODS เชื่อมโยงกับ HWโดยใช้ระบบสารสนเทศเชื่อมโยงข้อมูลทั้ง โรงพยาบาลและผู้ป่วยผ่านโปรแกรม AMED หากนอนรักษาหมดปัญหาภาวะเร่งด่วนจะส่งข้อมูลผู้ป่วยสู่พื้นที่ด้วยโปรแกรมโปงลาง COC จัดระบบการดูแลด้วยระบบ 3หมอ และทีมสหวิชาชีพ รวมสรรพกำลังในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อความจำเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ผลKPIผ่านได้ระดับหนึ่ง 2)พัฒนาระบบริการในผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ติดบ้านติดเตียงการเข้ารับการดูแลลำบากทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ จึงได้ศึกษาพัฒนานวัตกรรมการดูแลแผลแบบชุ่มชื้นทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย เพิ่มการหาย ความพีงพอใจ จนญาติมอบงบประมาณมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่หวังไม่ไห้ยุ่งยากด้วยระเบียบราชการ ได้ขยายในการดูแลแผลเบาหวานที่เท้าที่คาดว่าจะต้องตัดเท้า2 ข้างใช้วิธีนี้ร่วมกับวิธีพิเศษอีกเล็กน้อยทำให้แผลหายรักษาเท้าทั้ง2ข้างไว้ได้นำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับเขตและระดับประเทศมีผู้สนใจนำไปประยุกต์ใน รพ.บางเขตสุขภาพ 3)พัฒนาระบบบริการเฉพาะในกลุ่มพิการได้มีการจัดระบบการฟื้นฟูด้วยทีมกายภาพในด้านการเคลื่อนไหว เรื่องการเป็นอยู่ทีม 3หมอและพยาบาลชุมชนเสริมรับบางครั้งต้องใช้เครื่องมือจัดศูนย์ใกล้บ้านเช่นศูนย์โฮมสุขเป็นแม่แบบศูนย์ความมือระดับประเทศ มีการจัดหน่วยเคลื่อนที่ในด้านการซ่อมบำรุงอุปกรณืเทียมเช่นขาเทียมครอบคลุมทั้งจังหวัด**แผนในการพัฒนา : จัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาล** |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ศูนย์โฮมสุข เริ่มจากทีม กายภาพบำบัด ขยายเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยงสหวิชาชีพสหกระทรวงตอบสนองปัญหาสุขภาพประชาชนเกือบเป็นแบบONE STOP   SERVICE ขยายแนวคิดในระดับเขต ระดับ ประเทศ   * O&M จากคัดกรองสายตา ตรวจจอประสาทตา นำสู่การรักษา หากรักษาไม่ได้ เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟู ปรับการดำเนินชีวิตกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ค้นหา   ผู้ด้อยโอกาสให้การช่วยเหลือเยียวยา ก่อเกิดการช่วยเหลือแบบพลังบวร สร้างบ้านให้ผู้ป่วยผู้ยากไร้ ทุกอำเภอๆละ1หลัง ขยายงานในระดับจังหวัดเป็น พชจ.มีพระสงฆ์ ผู้ว่าราชการ ชมรมแม่บ้านสาธารณสุข จิตอาสา ร่วมด้วยทุกอำเภอ   * การทำแผลแบบชุ่มชื้น เริ่มจากทีมพยาบาลในชุมชนได้รับการประสานในการจัดการแผลกดทับในระบบการดูแลต่อเนื่องมีความยาก ลำบากให้กับผู้ดูแล จึง   ทบทวนศึกษาการทำแผลแนวใหม่คงแนวคิดเดิมคือคงไว้ซึ่งความชุ่มชื้นของแผลลดการรบกวนกระบวนการ healing ผลออกมาเป็นที่น่าพอใจแผลหายได้ สามารถลดเวลาและค่าใช้จ่ายได้ มากกว่าร้อยละ60 ได้นำสู่การถอดบทเรียนKM นำเสนอในระดับการพยาบาลเขต มีการนำแนวคิดไปใช้ใน รพ.ในเขต   * ศูนย์สนับสนุนเครื่องใช้ผู้ป่วยที่บ้าน แนวนโยบายย้ายโรงพยาบาลไปไว้ที่บ้านมีมานาน เกือบ20 ปีปัญหาการเข้าถึงเครื่องใช้ เช่นเตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ   เครื่องผลิต ออกซิเจน และอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นเพื่อลดการใช้เตียงที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ทาง โรงพยาบาลใช้สนับสนุนงานด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นงบบริจาค NGO ครอบคลุมทั้งจังหวัดใช้การประสาน รพ.ในพื้นที่หากไม่มีก็จัดให้ยืมได้ แต่ก็ยังไม่เพียงพอ รพสต.ต่างๆก็มีบ้างเล็กๆน้อย ได้เสนอแนวคิด พระสงฆ์ได้เป็นหลักตั้งศูนย์เครื่องมือของวัดหนองไหล ต.นาจารย์ สนับสนุนสงเคราะห์ช่วยเหลือญาติโยมทั้งใกล้และไกล ได้ ชักชวน อปท.ร่วมด้วยจึงตั้งศูนย์เครื่องมือของเทศบาลที่วัดใต้เพิ่มอีก 1 แห่งสนับสนุนในเขตเทศบาลเมือง  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความ**เหมาะสม ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** | | ร้อยผู้ป่วยStrokeที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |

**III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):** ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง  **i. บริบท**กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญในการให้ข้อมูลและการเสริมพลัง ได้แก่ Stroke , NCD , ESRD on CAPD , TB ใน PCT อายุรกรรม ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวช กลุ่มมารดาหลัง  คลอดใน PCT สูติกรรม ผู้ป่วยจิตเภท ในPCT จิตเวช ผู้ป่วย Fracture around Hip และ Spinal cord Injury ใน PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่  แพทย์ พยาบาลนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิต ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันกำหนดกิจกรรมเสริมพลังตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน  **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**   | **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา** | | --- | --- | --- | --- | | การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5] | 3.5 | LI | เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลและเสริมพลังที่เหมาะสม ทีมนำทางคลินิกและสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลัง   * การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ มีการประเมินสภาพ   ผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาควบคู่กับการให้ข้อมูล เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วย และบันทึกลงในเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วย Strokeญาติ ได้รับการสอนเรื่องการทำอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัวแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วย DMได้รับการสอนเรื่องการฉีด Insulin ผู้ป่วย ESRD On CAPD ต้องได้รับการประเมินความพร้อมและขีดความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ ในกลุ่มเป้าหมาย Care Giver ที่ดูแล Preterm Low Birth Weight มีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการดูแลตาม Clinical Pathway ในการดูแลเด็ก Preterm Low Birth Weight มีการเตรียมความพร้อม ประเมินความรู้ ทักษะ มารดา Care Giver ก่อนหลังการเรียนรู้ วางแผนและเตรียมอุปกรณ์การสอน ผู้สอน เช่น DM foot, CA breast และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอุปกรณ์การแพทย์ ติดร่างกายไว้ เช่น การทำแผล, Colostomy bag , การฉีดยาอินซูลิน   * การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรม   สุขภาพที่เหมาะสม:องค์กรมีแนวทางในการให้ข้อมูล สร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและญาติ และสร้างการดูแลให้มีพฤติกรรมสุขภาพทีเหมาะสม ได้แก่การประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยและญาติ เมื่อเกิดปัญหาหลังจำหน่ายในผู้ป่วยDM foot ต้องได้รับการสอนเรื่องการปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยวัณโรคและเอดส์ ยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มี การส่งเข้ารับคำ ปรึกษา/ความรู้ที่ ARV clinic และ TB clinic ก่อนจำหน่ายทุกราย   * การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:ทีมให้ความสำคัญในการ   ประเมินในเรื่องขอภาวะอารมณ์และจิตใจผู้ป่วยก่อนที่จะมีการให้ข้อมูล ถ้าพบว่าผู้ป่วย มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จะมีการปรึกษาจิตแพทย์เพื่อหาแนวทางการรักษาดังกล่าว มีกิจกรรมที่จะช่วยบรรเทาความตรึงเครียด ความทุกข์ในหอผู้ป่วยเช่น การสวดมนต์ก่อนนอน การร่วมทำเส้นทางสีเหลือง การจัดมุมพักผ่อน   * การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:   ทีมมีการกำหนดแผนการดูแลตนเอง (Self-care plan)ในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ Stroke, Preterm, Head injury , Hip Fracture ,จะมีการก าหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิต ผู้ป่วยและญาติติดตามดูแลปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนถึงจ าหน่ายกลับบ้าน และมีการกำหนดแบบฟอร์มการสอนทักษะ มีการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลในชุมชนโดยใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องและมีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย   * การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถใน   การดูแลตนเอง: ผู้ป่วย Stroke ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว caregiver ได้การสอนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการสอนสาธิต ฝึกปฏิบัติ และทดสอบย้อนกลับในโรคที่ดูแลต่อเนื่อง เช่น Stroke, DM, ESRD On CAPD พร้อมทั้งมีความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์มีห้องสานฝันสานใยรัก เพื่อสร้าง Bondingในครอบครัว และฝึกทักษะ Care Giver ในกลุ่ม Preterm Low Birth Weight น้อยกว่า 2000 กรัมทุกราย ก่อนจ าหน่ายกลับบ้าน มีการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในกลุ่ม DM foot: เสริมพลังเรื่องการดูแลเท้า , CA breast เสริมพลังเรื่องการออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด, CA colon สอนวิธีการเปลี่ยนถุง Colostomy ให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าผลการประเมินกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังผ่าน   * การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:มีการประเมินผลการให้ข้อมูลแก่   ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดย การสอบถามความคิดเห็นโดยตรงและใช้แบบสอบถามพร้อมให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระผ่านกล่องรับความคิดเห็น ข้อมูลตอบกลับจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และโทรศัพท์ มี Line group ติดตามเพื่อนำปัญหาและข้อคิดเห็นมาปรับปรุงและพัฒนา |   iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ   * ศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้ป่วย Stroke * ผ่านการประเมิน SSCC ( Stroke Standard Center Certification ) ในระดับ 5 ดาว มีอายุการรับรอง 3 ปี ( 2565-2568) * รางวัล WSO and Thailand Angel Award ปี 2565 * ผ่านการประเมิน DSC Stroke * ผ่านการประเมิน DSC Hip Fracture   **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การจัดการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่าง**เหมาะสม ต่อเนื่อง | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูก่อนกลับบ้าน | 100% | NA | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละการมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน | > 80 % | 84.25 | 85.67 | 86.33 | 87.41 | 89.25 |
| อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายใน 3 เดือน | <15% | 3.7%  (1 ใน 45 ราย) | 4%  ( 1ใน 25) | 8.57%  (3ใน 35) | 4.26%  (2 ใน 47) | 8.78%  (5 ใน57) |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเสริมพลังในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลือ | > 80 % | NA | NA | NA | 50 | 63 |
| อัตราผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งทางนรีเวชได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**III-6 การดูแลต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**  ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี  **i. บริบท**  โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จัดตั้งจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง (COC) โดยมี Care Manager เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานการดูแล ติดตามเยี่ยม  บ้านผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้งผู้ป่วย IPD, ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD, NCD, PCU,กายภาพและแพทย์แผนไทย รวมถึงผู้ป่วยที่พบในชุมชนโดยจนท.  ทีมชุมชน ประสานรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจากหน่วยงานอื่น เช่น รพ.ขอนแก่น รพ.ร้อยเอ็ด รพ.มหาสารคาม ให้กับจนท.ในพื้นที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลชุมชน, รพ.สต  เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งอำเภอ เพื่อให้บริการการดูแลรักษาเบื้องต้น ให้การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/  ความพิการ/การฟื้นฟูสภาพ/การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การดูแลผู้ป่วยระยาว เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมในพื้นที่  ระดับการให้บริการ: ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ เป็นองค์กรเป็นแม่ข่ายในการรับการส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องจาก รพช. และมีการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งระดับสถานพยาบาลและที่บ้าน มีระบบการประสานทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่ม-สิ้นสุดการรักษา รวมถึงระบบการคัดกรองส่งต่อและติดตามประเมินผลการดูแล รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง  ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย: ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแม่ข่ายระดับจังหวัด มีเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับ รพช.จำนวน 17 แห่ง และมีหน่วยบริการสุขภาพ (PCU/รพ.สต.) เครือข่ายของ คปสอ.เมืองกาฬสินธุ์ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ รพ. จำนวน 25 แห่ง แบ่งเป็น สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 11 แห่ง สังกัด รพ.กาฬสินธุ์จำนวน 2 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 2 แห่ง และสังกัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงมหาดไทย 10 แห่ง  เป็นศูนย์รับข้อมูลและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ส่งผ่านข้อมูลผู้ป่วยมายัง โปรแกรมการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในชื่อของ โปรแกรม “โปงลาง COC” มีกระบวนการ การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1, กลุ่ม 2, กลุ่ม 3, กลุ่ม 4 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดทีมดูแลต่อเนื่อง การจัดการข้อมูลและพัฒนางานสารสนเทศ เป็นศูนย์กลางในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยในการนำข้อมูลในระบบการดูแลต่อเนื่องต่อคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนพัฒนา สร้างกระบวนการเรียนรู้ จัดทำคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นศูนย์สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการบริหารจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น สำหรับบริการผู้ป่วยที่บ้าน การดำเนินงานของศูนย์ ให้การบริการครอบคลุมทุกพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบเขตอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการการรักษาป้องกัน ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การร่วมวางแผนจำหน่าย จากงานผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการประสานส่งต่อส่งกลับและการตอบกลับข้อมูลดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองกาฬสินธุ์และการดูแลด้วยระบบสามหมอ  **ii.** ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน   | มาตรฐาน | Score | DALI Gap | ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา | | --- | --- | --- | --- | | การดูแลต่อเนื่อง [III-6] | **3** | **LI** | เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้ผลดี โรงพยาบาลมีการพัฒนาดังนี้   * กลุ่มโรคสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อเป็นกรณีพิเศษ   กลุ่มผู้ป่วยรายโรค ตาม Excellence ของโรงพยาบาล คือ STEMI , Stroke, Traumatic brain injury ผู้ป่วยโรคเรื้อรังตาม PCT กำหนด กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังติดบ้าน/ติดเตียง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การรักษาติดตัวกลับบ้าน มารดาหลังคลอด/ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูตามกลุ่มเป้าหมายโดยเน้น 4 กลุ่มโรคสำคัญคือ Stroke, Traumatic brain injury , Spinal cord injury , Fracture Hip รวมถึงกลุ่มเป้าหมายในการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่สอดคล้องกับทุก Service Plan และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลในระยะท้าย (Palliative care)   * การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:มีการสื่อสารและส่งต่อผู้ป่วยกัน   ระหว่างเครือข่ายทั้งทีมแพทย์ พยาบาลและวิชาชีพอื่นๆทั้งทางโทรศัพท์ ใบส่งตัว มีการประสานงานเครือข่ายเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน มีระบบ Fast track มีระบบ Consult ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยวิกฤต ที่ส่งต่อมีการประสานงานก่อนส่งต่อ100% มีแนวทางปฏิบัติขณะส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรที่นำส่ง ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านการส่งต่อผู้ป่วย ในปี 2562 ที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลผ่านอบรมและมีสมรรถนะพยาบาลนำส่งตามมาตรฐานจังหวัดกาฬสินธุ์ = 82.22 % ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ 100 %   * ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ: ยานพาหนะที่   ใช้ในการนำส่ง จัดรถ Ambulance, รถ EMS ได้รับการตรวจเช็คสภาพในทุกครั้ง มีคู่มือแนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้ขับรถนำส่ง บุคลากรที่ขับรถนำส่งผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการนำส่งผู้ป่วย และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการนำส่ง ได้รับการตรวจเช็คความพร้อมใช้ มีคู่มือ ตรวจสอบ ความพร้อมใช้ มีระบบหมุนเวียนอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ป้องกันการหมดอายุ   * ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง กรณีมีการนัดหมายเพื่อติดตาม   การดูแลต่อเนื่อง มีระบบการนัด HOSXP ลงนัดล่วงหน้าใน HOSXP ผู้มารับบริการสามารถนำบัตรนัดมายื่นที่จุดคัดกรองแล้วไปยังจุดนัดหมายได้เลยโดยไม่ต้องรอค้นบัตร ลดขั้นตอนเพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น การติดตามนัดผู้ป่วยที่ขาดนัดในโปรแกรมดูแลต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบจะตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยขาดนัดประจำวันข้อมูลเพื่อติดตามสาเหตุการขาดนัด และติดตามอาการปัจจุบัน ผู้ป่วยที่จำหน่ายและมีการนัด F/U ที่ OPD พบว่า ผู้ป่วยขาดนัดในคลินิกต่างๆมีสาเหตุที่ต่างกัน เช่น ลืมนัด /ไปรับการรักษาต่อที่อื่น /เข้ารับการต่อที่ รพช และกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล   * ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติทั้งก่อนและหลัง   จำหน่ายจากโรงพยาบาล :ทีมผู้ให้การดูแลใน รพ.มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD เน้นเรื่องให้ความรู้เรื่องโรคการรับประทานยา การปฏิบัติตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะโรค มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายและมีศูนย์ดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาลเป็นศูนย์ประสานงานให้คำปรึกษา ประเมินความพร้อมและสอนให้ความรู้ การมาตรวจตามนัดและภาวะฉุกเฉินที่มาก่อนนัดหมาย สามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้ มีการส่งต่อข้อมูลลงในโปรแกรม“ โปงลาง COC ” มีคณะกรรมการดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ เชื่อมโยงข้อมูลผ่านโปรแกรม “ โปงลาง COC ” ตั้งแต่ต้นน้ำถึงเครือข่าย รพช. ทราบ มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย พร้อมประสานข้อมูลมาที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง มีการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียง ที่นอนลม เครื่อง suction รวมถึงวัสดุอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น มี Call center รับปรึกษาปัญหา 24 ชม.ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนศูนย์ฯประสานภาคีเครือข่ายและชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ศูนย์ดูแลต่อเนื่องมีการติดตามเยี่ยมและประเมินการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว (3 หมอ)ของ PCU ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตามที่อยู่จริงของผู้ป่วยกรณีมีผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเพื่อความต่อเนื่องในการรักษา เช่น ในเครือข่ายจังหวัดเดียวกันส่งข้อมูลผ่านระบบดูแลต่อเนื่องจังหวัดกาฬสินธุ์ “ โปงลาง COC ” เครือข่ายต่างจังหวัดประสานผ่านหลายช่องทางผ่านทั้งระบบดูแลต่อเนื่องจังหวัดกาฬสินธุ์ , program Thai coc รวมทั้งช่องทางโทรศัพท์ และระบบ Line กลุ่มส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนือง เขต 7 ทีมมีการนำข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งสะท้อนกลับจากภาคีเครือข่ายมาพัฒนาระบบ เช่น การปรับระบบการให้ความรู้เฉพาะโรค ปรับระบบสำรองออกซิเจน กรณีผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน   * ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตาม   ดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:มีเครือข่ายในการประสานงาน/จิตอาสา/อสม.การดูแลผู้ป่วยในชุมชนครอบคลุมในเขตเทศบาลทำให้สามารถทราบปัญหาผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม มีแผนขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และมีการประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไปที่ ภาคีเครือข่ายของชุมชน เช่น ศูนย์โฮมสุขในกรณีผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อร่วมดูแลต่อเนื่อง   * การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแล   ต่อเนื่อง: ทีมผู้ให้การดูแลมีแบบฟอร์มการส่งต่อผลการดูแล ส่งออกจากโปรแกรม “ โปงลาง COC ” แต่ยังขาดการติดตามเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม และทันเวลา รวมถึงการสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายเฉพาะรายโรคที่เป็นรูปธรรม มีระบบการสื่อสารทั้งในและนอกโรงพยาบาลผ่านโปรแกรมดูแลต่อเนื่องจังหวัดกาฬสินธุ์ “ โปงลาง COC ” โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสารทำให้ข้อมูลไปถึงหน่วยบริการปลายทางได้รวดเร็วแต่ผู้ป่วยยังได้รับการตอบกลับการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ทันภายในเวลาที่กำหนด สำหรับกลุ่ม LBW กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ ได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ จะได้รับการสมุดบันทึกสุขภาพสีชมพู เพื่อนำไปใช้ในขณะอยู่ที่บ้าน เน้นการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ติดตามการเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยทีมหมอครอบครัวในชุมชน การมาตรวจตามนัด กรณีมีความเสี่ยงสูงกลุ่มโรคเรื้อรัง มีคลินิกเฉพาะโรคและได้รับข้อมูลการดูแลทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มในวันที่มีคลินิกรายโรค มีการส่งข้อมูลให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนไปยังเครือข่ายผ่านโปรแกรมดูแลต่อเนื่อง ระบบ Internet Line และทางโทรศัพท์ไปยังเครือข่ายเพื่อเตรียมชุมชนและดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉินทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงทางหมายเลขโทรศัพท์ 043-816664 (ในเวลาราชการ) 097-7276735 (นอกเวลาราชการ) การส่งต่อข้อมูลต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยทุกรายและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลหรือนำข้อมูลเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาล   * การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:ข้อมูลด้านการ   ดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญในการนำมาวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จากการทบทวนการบันทึกเวชระเบียน พบว่า การบันทึกยังไม่ครบถ้วน เช่น การค้นหาปัญหาที่ไม่ครบถ้วน การวางแผนการจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม 4 มิติจึงได้ทบทวนร่วมกับทีมเพื่อดำเนินการปรับปรุงให้ทุกวิชาชีพบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มเดียวกันมีแนวทางการติดตามเยี่ยมรายโรค ผ่านทางโปรแกรมดูแลต่อเนื่องซึ่งทำให้การวางแผนดูแลต่อเนื่องมีความครอบคลุมมากขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยประเภทที่ 3 พบว่ายังมีผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและไม่ได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดโอกาสในด้านต่างๆเช่น ขาดองค์ความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น แหล่งประโยชน์ใน การดำรงชีวิต จากปัญหาที่พบจึงได้พัฒนาให้มีการจัดระบบการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกขึ้น ติดตาม/ค้นหาผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยประเภทที่ 3ได้รับการวางแผนการจำหน่ายเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง/เรื้อรังทุกคน แต่มีแนวโน้มในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย   * การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/   ปรับปรุงบริการ: ด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ของบุคลากรในเครือข่ายยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสำคัญได้แก่ ผู้ป่วย STEMI , Stroke, Traumatic brain injury, Asthma, COPD จึงนำสู่การพัฒนาสมรรถนะโดยร่วมกับคณะกรรมการ Service Plan ในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งการอบรมเครือข่ายและนิเทศงาน ผลลัพธ์พบว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นมีมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะและเกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น   * กลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการการวางแผนการจำหน่ายตามเกณฑ์ปฏิบัติที่   กำหนดไว้จากการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลหลักได้ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ทราบแนวทางในการดูแลและมีความมั่นใจต่อการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผ่านการประเมินทักษะการดูแล ซึ่งกระบวน การดังกล่าวต้องเสร็จสิ้น ก่อนการจำหน่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามรถดูแลตนเองได้มากขึ้นและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่อง ยังพบปัญหาต่อเนื่องและค้นหาปัญหาใหม่เช่น ผู้ป่วยบางรายที่อาการทรุดลงเมื่อกลับบ้านจะนอนเป็นส่วนมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ข้อติด ปอดอักเสบ เกิดแผลกดทับขึ้นภายหลังเมื่อทราบปัญหาจึงได้หาทางช่วยเหลือโดยการประสานทีมเยี่ยมบ้านและสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เตียง ,ที่นอนลม ,อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น   * จากการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลการตอบกลับในโปรแกรมพบว่า   อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและตอบกลับจากเครือข่าย ยังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจาก เครือข่ายรับทราบข้อมูลมีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายจริง แต่ด้วยภาระงานในพื้นที่จึงทำให้ไม่สามารถลงข้อมูลการตอบกลับการเยี่ยมบ้านในโปรแกรมได้ทันที่จึงทำให้ข้อมูลการตอบกลับล่าช้า  แผนในการพัฒนา  1.พัฒนาระบบสารสนเทศ การสื่อสารข้อมูลการดูแลต่อเนื่องและการ วิเคราะห์ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบ ระหว่างทีม COC และการรักษาในโรงพยาบาล ผ่านการ บันทึกข้อมูลการ เยี่ยมใน HOSxP  2.พัฒนาแนวทางการส่งต่อและการติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  3. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย Stroke, Traumatic  brain injury , Spinal cord injury , Fracture Hip  4.มีระบบการช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น Home oxygen , Suction , เตียงปรับ  ระดับ , ที่นอนลมเป็นต้น  5.มีระบบการเยี่ยมบ้านทั้งแบบเยี่ยมให้การพยาบาลที่บ้านและระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์  6.เพิ่มศักยภาพบุคลากรพยาบาล Management และ ฟื้นฟู Home Health care  สำหรับ Caregiver และนัก บริบาลท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยบูรณาการ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแล ผู้ป่วย มีการประเมิน และปรับปรุง กระบวนการดูแล อย่างต่อเนื่อง |   **iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  - มีคู่มือปฏิบัติการให้บริการในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน  - สมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ( IMC)  - พัฒนาระบบศูนย์ ยืม-คืน เครื่องมือ อุปกรณ์แพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน  - มีศูนย์เรียนรู้สาธิตการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน  - การเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา  - มีเครือข่ายดูแลพระอาพาธ  - ระบบการดูแลด้านจักษุในชุมชน  - ระบบการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง  - การดูแลฟื้นฟูโดยศูนย์โฮมสุข ที่เข็มแข็งและยั้งยื่น  - ระบบ Tele health Nursing ในผู้สูงอายุกลุ่มป่วยติดบ้าน  **iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** การประสานร่วมมือ ความต่อเนื่อง เหมาะสม เป็นองค์รวม | | | | | | |
| **ข้อมูล / ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| อัตราความการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและตอบกลับจากเครือข่าย | 80% | 60.47 | 61.43 | 55.38 | 44.31 | 55.15 |
| อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระดับ 3 | 90% | 73.84 | 79.79 | 76.84 | 56.02 | 66.79 |
| อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการภายใน 5 วัน | 80% | 90.42 | 94.77 | 96.58 | 96.36 | 94.34 |
| อัตราการเกิดภาวะแทรกช้อนที่บ้าน | <5% | 2.91 | 3.08 | 4.17 | 5.48 | 3.53 |
| อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้ | 80% | 81.82 | 81.61 | 80.85 | 78.92 | 85.13 |
| อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤติ ตามเกณฑ์ IMCได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายภายใน 6 เดือน | >80 % | 58.42 | 81.81 | 91.00 | 79.49 | 87.88 |
| อัตรากระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (ภายใน1ปี ไม่มีหักซ้ำ) | < 20% | NA | 1.65 | 0.59 | 2.61 | 4.68 |
| อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แทรกซ้อนต่อผู้ป่วยในระหว่างส่งต่อ | ≤5% | 0.63 | 0.15 | 0.14 | 0.27 | 0.16 |
| อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการจราจรขณะส่งต่อ | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ**

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

กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 88 -93 และความปลอดภัยของบุคคลากรในด้านบุคลากรข้อ 97 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

1. **ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] \*\* (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อัตราตายรวม | <3% | 2.70 | 3.03 | 3.07 | 3.00 | 2.81 |
| 2.อัตราตายที่ ER | <3% | 0.29 | 0.42 | 0.51 | 0.36 | 0.33 |
| 3.อัตรามารดาเสียชีวิต | <17/100,000LB | 30.73 | 31.43 | 0 | 0 | 28.43  1:35179  ต่อแสนการ  เกิดมีชีพ |
| 4.อัตราตายทารกอายุ 0-28 วัน | <3.8/1,000LB | 0.51 | 4.24 | 6.03 | 2.26 | 4.64 |
| 5.อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง | <30% | 7.27 | 9.38 | 22.67 | 22.40 | 13.96 |
| 6.อัตราตายของผู้ป่วยStroke | <7% | 6.70 | 9.12 | 7.72 | 7.03 | 6.99 |
| 7.อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน28วันโดยไม่ได้วางแผน | <0.5% | 0.51 | 0.66 | 0.64 | 0.83 | 0.91 |
| 8.อัตราER-Revisitedภายใน48ชั่วโมง | <0.5% | 1.14 | 0.25 | 0.43 | 0.18 | 0.26 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดงกราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ  PDCA(คำอธิบาย) |
| อัตราตายรวม เกณฑ์ < 3%  **CPG Sepsis /การ Resuscitate shock** | อัตราตายรวมปี 2563 มีอัตราที่สูงขึ้น โดยสาเหตุการตายอันดับแรกจากโรคPneumonia และเกิด Septic shock จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบประเด็นความเสี่ยงสำคัญคือการรักษาภาวะ sepsis ล่าช้าจึงได้มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้รวดเร็วก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อก(resuscitation time<6 hr.)โดยพัฒนาระบบFast TrackจัดทำCPG sepsisและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย/นิเทศติดตามเพื่อป้องกัน HAP,VAP ขึ้นนอกจากนี้ สาเหตุการตายอันดับรองลงมาคือภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซึ่งจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีประวัติโรคร่วมหลายโรคโดยเฉพาะCirrhosis , DM , Hypertension , Heart diseaseและ/หรือมีภาวะMassivebleedingร่วมกับมี Coagulopathy ได้มีการพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติตาม CPGราชวิทยาลัยศัลยแพทย์/ CNPG การดูแลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมาใช้อย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะการจัดการในเรื่องResuscitationที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพก่อน/พร้อมกับการทำ Esophago-gastro-duodenoscopy (EGD)เพื่อวินิจฉัยและDefinite Treatment รวมทั้งการใช้ Warning signsในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในปี 2564 ยังพบว่าอัตราตายรวมยังมีแนวโน้มสูงขึ้น 3.07 ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุการเสียชีวิต อันดับแรก ยังเป็น Pneumonia จากการวิเคราะห์พบว่า ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารักษาจึงได้พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Pneumonia ที่ใส่ท่อช่วยหายใจตามระบบ Fast track และแนวทางการประเมิน Risk case สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อคือ ระบบการลงข้อมูลเยี่ยมบ้าน และการนิเทศระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย Pneumonia ผลพบว่าทำให้อัตราตายรวมปี 2565 และปี 2566 ลดลงและผ่านเกณฑ์ |
| อัตราตายของผู้ป่วยStroke < 7%  **Weaning Protocol , Oral hygiene care** | อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2562 คิดเป็น 6.70 % ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพค่อนข้างมาก เช่น มี Large infarct และมีโรคร่วม เช่น DM , HT ,โรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เช่น HAP ,VAP ทำให้อัตราการตายค่อนข้างสูง จึงได้มีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการป้องกัน Aspirate pneumonia ในขณะให้อาหารทางสายยาง ผลพบว่าในปี 2563 อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังสูงคิดเป็น 9.12 % ซึ่งได้มีการทบทวนร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Pneumonia และ Sepsis พบว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วยยังมีปัญหาในเรื่องการใช้ Weaning protocol และ Oral hygiene care จึงมีการปรับแบบฟอร์ม Weaning Protocol และการเน้นการดูแล Oral hygiene care มากขึ้น ผลพบว่า ในปี 2564-2566 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลงเป็น 7.72 % ,7.03% ,6.99% ตามลำดับ |
| อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน28วันโดยไม่ได้วางแผน เกณฑ์ <0.5% | อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ในปี 2562-2566 ไม่ผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่า พบผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำคือ กลุ่มผู้ป่วย Breast Malignant Neoplasm ที่มีปัญหาในส่วนที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ทำให้มีอาการ จึงได้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การทำ clinical tracer การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการให้ความรู้ และเตรียมความพร้อมญาติที่ดูแลให้เป็นอย่างดี โดยมีการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พัฒนาระบบให้คำปรึกษาผู้ป่วย on line จัดทำ Protocol การรับยาเคมีบำบัด พัฒนาศักยภาพของบุคลากร แพทย์ เภสัชกรพยาบาลพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย Palliative care ทั้งจังหวัด |
| อัตรา ER-Revisited ภายใน 48 ชั่วโมง เกณฑ์ <0.5% (ER) | อัตรา ER-Revisited ภายใน 48 ชม. ในปี 2562-2566 ซึ่งพบว่า ปี 2562 อัตราผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับมา Revisited สูงขึ้น โดยกลุ่มโรคที่มีการ Revisited ที่ ER 3 อันดับได้แก่ COPD Asthma และ Pneumonia จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจาก Disease Progression คือผู้ป่วยมาด้วยอาการที่ชัดเจน ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบถ้วน แต่เป็นตัวโรคเอง ดำเนินไปมากขึ้น พบประมาณ 70% และ สาเหตุรองลงมาคือจาก Patient education คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบถ้วน แต่กังวลกับอาการที่ไม่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมาโรงพยาบาลอีกครั้ง แนวทางในการพัฒนาคือ การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้งในเรื่อง Progression ของโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่รุนแรง และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรค การช่วยเหลือและดูแลเบื้องต้นเพื่อลด และป้องกันการกำเริบของโรคจากสถิติในปี 2563-2566 อัตราการ Revisited ลดลง และพบว่า 3 อันดับโรคแรกที่ Revisited ได้แก่ Abdomen pain, Gastroenteritis และ Fever unspecified สอดคล้องกับสถิติโรคที่มารับบริการ จากการวิเคราะห์และทบทวนเวชระเบียน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มา Revisited เป็นกลุ่มที่ Plan visit ไว้แล้วซึ่งได้มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) ไว้แล้วโดยหน่วยงานมีการทบทวนแนวทางการรักษารายกรณี (Case Conference) มีเอกสารให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการของโรค การสังเกตอาการที่ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเป้าหมายต่อไปจะลดกลุ่มที่เป็น Plan visit |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อัตราการได้รับยา Thrombolytic Agent ภายใน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการ | >80% | 66.67 | 71.43 | 89.66 | 77.08 | 86.67 |
| 2.ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด หลังจากได้รับผลชิ้นเนื้อใน 4 สัปดาห์ | >85% | 97.66 | 97.41 | 95.75 | 95.50 | 93.40 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วย Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที | >80% | 75 | 87.50 | 87.50 | 96.67 | 98.34 |
| 4.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple Trauma ภายใน 24 ชั่วโมง | <12% | 2.03 | 2.81 | 0.21 | 4.31 | 5.29 |
| 5.ร้อยละของผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Track | ≥50% | 20.39 | 20.14 | 25.09 | 23.48 | 23.65 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อัตราการได้รับยา Thrombolytic Agent ภายใน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการ เกณฑ์ >80% | อัตราการได้รับยา Thrombolytic Agent ภายใน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการ มีแนวโน้มลดลงและไม่ได้ตามเกณฑ์ในปี 2562 – 2563 ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากบางรายมีอาการไม่ชัดเจน เช่น ปวดจุกท้อง จึงรอดูอาการก่อน เป็นต้น จึงได้มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้มีความรู้และทราบช่องทางการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ในหลายช่องทาง ได้แก่ ออกให้ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนมัธยม แจกเอกสารแผ่นพับ ออกเสียงตามสายจัดบอร์ดนิทรรศการในงานต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ชุมชนในความรับผิดชอบของบุคลากรรพ.สต. ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรมมีการออกนิเทศเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลชุมชน สื่อสารแนวทางการดูแลผู้ป่วย หลังการดำเนินการ พบว่า อัตราการได้รับยาThrombolytic Agent ภายใน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2564 - 2566 และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปี 2566 |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด หลังจากได้รับผลชิ้นเนื้อใน 4 สัปดาห์ เกณฑ์ >85% | ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับผ่าตัดหลังจากได้รับผลชิ้นเนื้อใน 4 สัปดาห์ เกณฑ์อยู่ที่ 85 % มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการทบทวนพบว่ามีการกำหนดผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยรายโรค (Case manager) ในทุกแผนกของ PCT ศัลยกรรม มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคได้ครอบคลุมในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยผ่าตัด มีการติดตามผลการดำเนินงาน รายไตรมาส รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบเป็นระยะ ส่วนในปี 2565-2566 พบว่า ผลลัพธ์ KPI= 95.50%, 93.40 % จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วย 8 ราย ที่นัดมาผ่าตัด แต่ผลการคัดกรอง C0VID -19 Positive แพทย์จึงนัดมาผ่าตัด หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID- 19 เสร็จสิ้นแล้ว และอีกส่วนหนึ่งผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเรื่องโรคที่กำลังเผชิญ ทำให้ตัดสินใจรับการผ่าตัดล่าช้า แนวทางในการพัฒนาต่อไป พัฒนาระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยญาติ |
| ร้อยละผู้ป่วย Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที เกณฑ์ >80% | ร้อยละผู้ป่วย Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที จากการทบทวนวรรณกรรม (พนนวรรณ์ วงศ์วัฒนกิจ; 2019) พบปัจจัยด้านระยะเวลาความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บตามแนวคิด Golden hour ที่ระบุผู้บาดเจ็บต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง หลังประสบอุบัติเหตุจึงจะส่งผลต่อการอดชีวิต ซึ่งหลังจากมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากการวิเคราะห์พบว่า ในปี 2562 KPI ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน PCT ศัลยกรรม จึงได้มีการทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน กำหนดแนวปฏิบัติในการใช้ระบบ fast track มีระบบการ Consult ตั้งแต่ต้นทางเพื่อขอใช้แนวปฏิบัติ Trauma fast track โดยศัลยแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจและรับทราบ Case ถ้าใช่ จะมีการประสานมายังแผนกด่านหน้าต่างๆ เช่น ศูนย์ส่งต่อ, ERโดยแพทย์ ER ทีม Emergency Director ,ห้องบัตรโดยศูนย์ Admit ,ห้อง Lab , ห้องเลือด ,ธนาคารเลือด, ห้องผ่าตัด ,แพทย์วิสัญญี และหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถลดขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีการสื่อสารอย่างครอบคลุมครบถ้วนในหน่วยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ปี 2563 และ ปี 2564 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ส่วนในปี 2565-2566 การพัฒนามีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการยกระดับขึ้น ในการพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยสามารถผ่านจาก ER เข้าห้องผ่าตัด ได้ภายในเวลา และได้การสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย รวมถึงงบประมาณที่จำเป็น เปิดให้บริการเตียงใน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพิ่มจากเดิม 8 เตียง 10 เตียง 12 เตียงและเพิ่มอีก 6 เตียงในพื้นที่ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมใน ปี 2566 ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและต้องการ ICU ได้รับการรักษาใน ICUได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการจองที่เป็น Application Line ในการจองย้าย รวมถึงมีแพทย์เฉพาะทาง Critical care ทำหน้าที่เป็น Manager Consultant ในการดูแลผู้ป่วยหนักทั้งหมด |
| อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple Trauma ภายใน 24 ชั่วโมง เกณฑ์< 12% | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple Trauma ภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีแนวโน้มลดลงซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากระบบหายใจล้มเหลวเสียเลือดมากเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจึงได้มีการทบทวนและหาแนวทางในการพัฒนาร่วมกันโดยการป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock โดยใช้ Warning sing เกณฑ์มากกว่า 80 % ผลปฏิบัติได้ คือ ร้อยละ 82 ปี 2564 2) การติดตามรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,ผล CT และ ผล X-Ray ที่ผิดปกติ ผลที่ปฏิบัติได้คือ ร้อยละ 90 ปี 2564 3) มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Multiple Trauma ผลการปฏิบัติคือร้อยละ 90.90 ส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วย Multiple Trauma ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ในปี 2564 ลดลงเป็น 0.21% จากการเก็บข้อมูล ปี 2565-2566 เป็นการเก็บข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย Multiple Trauma ทั้งหมด ที่เสียชีวิต เดิมใช้ระยะเวลา ภายใน 24 ชั่วโมง ในปี 2565 ได้มีการปรับตัวชี้วัดนี้ตามคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขา Trauma โดยเก็บข้อมูลตาม ผู้บาดเจ็บที่มีค่า ISS score ( Injury Severity Score) ตามที่เขตสุขภาพที่ 7 กำหนดให้เก็บข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงปรับเป็นเก็บอัตราการตายทั้งหมด เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Multiple Trauma โดยรวมทั้งหมด ดังนำเสนอในแผนภูมิ |
| ร้อยละของผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke Fast Track เกณฑ์ ≥ 50% | จากข้อมูลร้อยละของการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ในช่วงปี 2562 - 2566 พบว่าการเข้าถึงระบบบริการ stoke fast track มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, การจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่องและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และพบว่าใน ปี2565 จำนวนผู้ป่วยเข้า fast tack ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 25.09เป็น ร้อยละ 23.48 จากการวิเคราะห์พบว่าเนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้การรณรงค์ความรู้เรื่องการเข้าถึงบริการยังลงไม่ถึงระดับหมู่บ้าน ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จึงมีการปรับกระบวนการให้ความรู้ประชาชนโดยการดึงผู้นำชุมชน อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับservice plan STEMI เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ประชาชน และมีการเพิ่มมาตรการ Screening CVD Risk แล้วให้ความรู้เรื่อง Fast track แก่ประชาชนเพิ่มขึ้น และเน้นในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่ม node อีก 3 nodeที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในทุก60 กิโลเมตร และในปี 2563 เริ่ม monitor door to refer ซึ่งทำให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพในการนำส่ง เพิ่มโอกาสของผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบ Stroke fast track ทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ในปี 2566 ได้เปิดnodeเพิ่มที่ รพช.อีก3แห่ง ทำให้ประชาชน เข้าถึงระบบ Stroke Fast track และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละโรงพยาบาล ต้องได้รับการติดตามประเมินผลการตรวจ CVD Risk และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วย UGIB ภายใน 28 วัน ด้วยสาเหตุเดิม | <2.5% | 1.56 | 0.92 | 2/328  (0.60) | 4/822  (0.48) | 7/533  (0.13) |
| 2.ร้อยละผลการประเมินความ สามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง | >90% | 90 | 92 | 91.30 | 92 | 93 |
| 3.อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ของผู้ป่วยจิตเภท | < 15% | 2.18 | 3.63 | NA | 6.85 | 5 |
| 4.โรคติดสุรา (Alcohol dependence) อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยติดสุรา | <15% | 5.19 | 3.71 | NA | 2.78 | 0 |
| 5.อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้ | 80% | 81.82 | 81.61 | 80.85 | 78.92 | 85.13 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วย UGIB ภายใน 28 วัน ด้วยสาเหตุเดิม เกณฑ์ <2.5% | อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย UGIB ภายใน 28 วันด้วยสาเหตุเดิมอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์จากการทบทวนพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ พบในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านก็กลับไปดื่มสุราอีก จึงทำให้มีอาการซ้ำกลับมาโรงพยาบาล จึงได้มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลเสริมพลังประสานกับกลุ่มงาน จิตเวชในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา และมีการส่งต่อข้อมูลผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อการดูแลที่ชุมชน ทำให้ อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วย UGIB ภายใน 28 วัน ปี 2563=0.93 ปี 2564 ลดลงเป็น 0.60 ปี 2565 = 0.48 ปี 2566 = 0.13 และมีแนวทางที่จะพัฒนาระบบวางแผนจำหน่าย และการรณรงค์การลดเลิกสุราร่วมกับคลินิกจิตเวชสำหรับผู้ป่วยติดสุรา |
| ร้อยละผลการประเมินความ สามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เกณฑ์ > 90% | การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยสำคัญ คือการดูแลที่ถูกต้องจาก Care Giver และการสนับสนุนที่เพียงพอจากชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการปรับระบบการพัฒนาด้านผู้ดูแล โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติขณะที่อยู่โรงพยาบาล ทำ Focus group โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการประเมินผู้ป่วยผลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องผ่าน ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ส่งสู่ชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนแบบเฉพาะราย ประสานความร่วมมือกับศูนย์โฮมสุขในชุมชนทุกแห่ง ทำให้ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ในระดับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2566=93% |
| อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้ เกณฑ์ >80% | อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้ ในปี 2565 มีลดลง ได้ 78.92 % จากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุมาจาก กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการขาดนัดในคลินิกต่างๆ ทำให้ความสามารถในการดูแลควบคุมโรคลดลงและมีการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบรายชื่อผู้ขาดนัด เพื่อติดตามผู้ป่วย สะท้อนข้อมูลกับภาคีเครือข่าย ปรับระบบการให้ความรู้เฉพาะโรคมีเครือข่ายประสานงานในชุมชน ศูนย์โฮมสุข พบว่า ในปี 2566 อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมโรค/ดูแลตนเองได้ เพิ่มขึ้น เป็น 85.13% และมีการพัฒนาต่อยอดในเรื่องการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้แก่เจ้าหน้าที่รพช./รพสต/และเครือข่ายเยี่ยมบ้าน |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโร**ค**สำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] \*\*** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness) | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PCI+SK) | >80% | 90.63 | 82.14 | 93.62 | 100 | 96.30 |
| 2.ร้อยละผู้ป่วยได้รับผลชิ้นเนื้อ หลัง Excision ใน 2 สัปดาห์ | >85% | 92.66 | 92.66 | 96.87 | 93.54 | 95.73 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง | ≥ 7% | 5.99 | 7.38 | 16.66 | 9.64 | 7.59 |
| 4. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก <2,500 กรัม (ในเขต) | <7% | 10.59 | 5.80 | 7.95 | 9.04 | 9.36 |
| 5.อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (ในเขต) | ไม่เกิน 30 ต่อ1,000 การเกิดมีชีพ | 15.52 | 9.50 | 24.63 | 14.42 | 25.04 |
| 6. ร้อยละของผู้ป่วย Thalassemia ที่มีระดับ Serum ferritin <2,000 ng/ml | >80% | 97.77 | 94.84 | 98.72 | 94 | 93.75 |
| 7. อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke | <25% | 22.64 | 22.98 | 20.86 | 18.18 | 17.20 |
| 8.อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI | <9% | 6.25 | 0 | 6.38 | 0 | 0 |
| 9.อัตราตายในผู้ป่วย UGIB | <5% | 10.88 | 7.47 | 21/379  (5.54) | 60/822  (0.72) | 37/533  (0.69) |
| 10.อัตราตายในผู้ป่วยไข้เลือดออก | <0.12% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11.อัตราตายของผู้ป่วย Severe sepsis | <30% | 25.27 | 32.28 | 33.50 | 34.50 | 25.42 |
| 12.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก | <180นาที | 130 | 166 | 130 | 142 | 158 |
| 13.ร้อยละของมารดาตกเลือดหลังคลอด | <2% | 0.80 | 0.84 | 0.83 | 0.77 | 1.17 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PCI+SK) เกณฑ์ >80% | ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือด (PCI +SK) ผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2562 -2566 เนื่องจากมีแนวทางในดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันภายในเขตสุขภาพ และภายในจังหวัด มีระบบการให้คำปรึกษาโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ และมีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรแพทย์ พยาบาลทุกปี เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งทักษะการดูแลรักษาและการพยาบาล |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับผลชิ้นเนื้อ หลัง Excision ใน 2 สัปดาห์ เกณฑ์ >85% | **ร้**อยละผู้ป่วยได้รับผลชิ้นเนื้อ หลัง Excision ใน 2 wk. มีแนวโน้มดีขึ้น ในปี 2566 จากการวิเคราะห์พบว่าเดิมการส่งชิ้นเนื้อเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพจะต้องส่งตรวจ Outsource ทั้งหมด ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งตรวจ และติดตามผลการตรวจ จึงได้มีการทบทวนและวางระบบร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ PCT ต่างๆ ทีมนำมีนโยบายขยายบริการตรวจชิ้นเนื้อในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เอง โดยแพทย์พยาธิวิทยาและมีระบบการรายงานผลผ่านเวปไซด์ที่สะดวกมากขึ้น ทำให้การรายงานผลรวดเร็ว แต่ยังพบว่า ชิ้นเนื้อบางชนิดยังต้องส่งตรวจ Outsource และบางชนิดต้องส่งตรวจเพิ่มเติมเนื่องจากด้านศักยภาพด้านการตรวจ และอัตรากำลังแพทย์พยาธิวิทยาที่มีเพียง 1 คนเท่านั้น |
| ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง เกณฑ์ ≥7 % | ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 4.5 ชม.มีแนวโน้มลดลง ในปี 2562 คิดเป็น 5.99 % ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุจากการรณรงค์การเข้าถึงบริการในรอบปีที่ผ่านมาเน้นในระดับรพท.และ รพช. จึงได้มีการปรับแนวทางการรณรงค์การเข้าถึงบริการร่วมกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอปท.และอสม.ในชุมชนเพื่อให้ความรู้ได้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนและมีการลดขั้นตอนในการให้บริการให้รวดเร็วยิ่งขึ้นเช่นการมีไลน์ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ,การส่ง Lab ตรวจจาก รพช.และรายงานผลมาที่ รพ.แม่ข่าย ,การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติบนรถ Refer เพื่อให้มีเวลาในการตัดสินใจให้ยาที่รวดเร็วขึ้น การเปิดให้บริการ ER ใหม่และมีศูนย์ CT รพ.กาฬสินธุ์เพิ่มอีก 1 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ติดกับ ER ใหม่ที่อาคาร 100 ปี พบว่าได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นคิดเป็น 9.64 และ 2566 =7.59 |
| ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก <2,500 กรัม (ในเขต) เกณฑ์ <7% | ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม ตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2566ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด( 7% ) จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจาก การคลอดก่อนกำหนด การฝากครรภ์ไม่ครบ5 ครั้งคุณภาพและมารดามีโรคร่วมก่อนและขณะตั้งครรภ์ จึงได้พัฒนาระบบการฝากครรภ์ให้ครบ 5 ครั้งคุณภาพโดยอสม.-รพ.สต.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก ให้ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และความเสี่ยงในการตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อยและเน้นการคุมกำเนิดไม่ให้ตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุถึง20ปีโดยใช้วิธีฝังยาคุมกำเนิดซึ่งได้ทำการอบรมให้ทุกรพช.ให้สามารถฝังยามกำเนิดได้ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงส่งต่อให้ได้รับการส่งต่อดูแลโดยสูติแพทย์และทีมสหสาขา ผลพบว่าในปี 2563 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม ลดลงเป็น 5.8% จากการทบทวนแนวทางในการดูแลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังมีปัญหาในเรื่องผู้ป่วยและครอบครัวขาดความตระหนักเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปัญหามารดาใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ ทำให้ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก< 2,500 กรัม ในปี2564 เพิ่มขึ้นเป็น 7.95% จึงเป็นโอกาสพัฒนา งานอนามัยแม่และเด็กที่จะต้องร่วมกับภาคีเครือข่ายดูแลเยาวชนโดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ |
| อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (ในเขต) เกณฑ์ ไม่เกิน 30 :1,000 การเกิดมีชีพ | อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ตลอดตั้งแต่ปี 2562 มาถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มลดลง ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุมาจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวค่อนข้างน้อย จึงได้มีการพัฒนาระบบANC ให้เจ้าหน้าที่ตระหนักในการให้คำแนะนำการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ให้รีบไปพบแพทย์เพื่อให้การดูแลได้ทันที การกำหนดแนวทางการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงภาวะ Birth Asphyxia โดยประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพต่างๆ ระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการจัดตั้ง High Risk Clinic ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีระบบการส่งต่อข้อมูลและระบบการให้คำปรึกษา โดยจัดตั้งเป็นกลุ่มไลน์ ในการให้คำปรึกษามีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมและทันเวลาโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์(Pregnancy Risk Assessment) จัดฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถประเมิน และแก้ไขเมื่อพบภาวะFetal distress ได้ทันท่วงทีและถูกต้องเหมาะสม โดยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้จัดหา Central Continuous Fetal Monitoringมาใช้กับผู้มารับบริการที่ห้องคลอดทุกราย รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะบุคคลากรห้องคลอดในการช่วยเหลือทารกที่มีภาวะ Birth Asphyxia |
| อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke เกณฑ์ <25% | อัตราการตายของผู้ป่วย Hemorrhagic stroke < 25% มีแนวโน้มลดลงจากการ นำแนวปฏิบัติที่กำหนดให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีการจัดทำระบบ Fast Track ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องการผ่าตัด มีระบบการส่ง Consult หลังจากการตรวจ CT scan พบว่ามี Hemorrhage และต้องผ่าตัดจะมีการสื่อสารให้ส่วนที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามแนวทาง และเมื่อพบว่าเกิดปัญหาจะมีการทบทวนอย่างเป็นระบบร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ นอกจากนี้มีการกำหนดแนวทางทุกระยะของการรักษา เช่น หลังผ่าตัดระยะแรก 0- 3 วัน เพื่อป้องกันภาวะคุกคาม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 81.30 |
| อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI เกณฑ์ < 9%  **ฉCPG/CNPG/Line consult** | อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ผ่านเกณฑ์ <9% ตลอด เนื่องจากใช้ระบบ Fast track ในดูแลผู้ป่วย STEMI มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกันภายในเขตฯและภายในจังหวัด มีระบบการให้คำปรึกษาโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ และมีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรแพทย์ พยาบาลทุกปี เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งทักษะการดูแลรักษาและการพยาบาล จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะโรคหัวใจอยู่ในระดับรุนแรงและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย |
| อัตราตายในผู้ป่วย UGIB เกณฑ์ < 5%  **Consult/พี่เลี้ยง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**  **CPG/CNPG/Line consult** | อัตราการเสียชีวิต ของ ผู้ป่วย UGIB มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก ได้มีการปรับระบบพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยUGIBขึ้น การจัดการในเรื่อง Resuscitationที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก่อน/พร้อมกับการทำ Esophago-gastro-duodenoScopy (EGD) เพื่อวินิจฉัย และDefinite Treatment ต่อไปรวมทั้งมีการกำหนด Early warning signs เพื่อการ Monitoring สำหรับพยาบาล ผลพบว่า ในปี 2564 อัตราตายของผู้ป่วยUGIB ลดลงเป็น 5.540% ปี 2565 = 0.72% ปี 2566 = 0.69 ซึ่งได้มีการทบทวนร่วมกัน พบว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วย หรือระบบที่พัฒนาขึ้น ยังมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยยังคงไม่มีการปรับเปลี่ยน แผนในการพัฒนาต่อไปคือ การวางแผนร่วมกับทีมชุมชน และเครือข่าย ในการรณรงค์และการกระตุ้น ให้ตระหนักในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุรา |
| อัตราตายของผู้ป่วย Severe sepsis เกณฑ์ < 30 %  **ประเมิน SOS /Ventilator round** | อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2563 ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุโดยการทบทวน Chart dead การทำ MM Conference พบว่า เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การให้ ATB ภายภายใน 1 ชม หลังแพทย์วินิจฉัย การให้ IV Fluid 30 cc/kgภายใน 1 ชั่วโมงแรก ปี 64 และ 65 ที่อัตราการตายสูงขึ้น เนื่องจากช่วงโควิด ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการทบทวนร่วมกับเภสัชกร ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้พัฒนาระบบบริการปรับช่องทางการรับยา ATB ให้รวดเร็วขึ้น และทบทวนแนวทางการดูแลในกระบวนการดูแลรักษา ให้รวดเร็ว ทันเวลา ผลพบว่า ในปี 2566 อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis ลดลงเป็น 25.42% |
| ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก เกณฑ์ < 180 นาที | ในปี 2562และ ปี 2563 ระยะเวลารอคอยเพิ่มขึ้น จึงได้มีการพัฒนาระบบโดยการนำระบบคิวมาใช้ ปี 2563 และในสถานการณ์ COVID-19 การจัดระยะห่างโดยมีการปรับระบบบางอย่าง เช่น มีการให้บริการรับยา-ร้านยาใกล้บ้าน / ส่งยาทางไปรษณีย์ / ส่งยาที่บ้าน / TELE-HEALTH กลุ่มผู้ป่วย โรคหัวใจ หอบหืด COPD STROKE Parkinson MG ลมชัก และขยายไปกลุ่ม DM / HT ปรับเวลาแพทย์ตรวจให้เร็วขึ้น ทุกคลินิกเริ่มตรวจเวลา 09.00 น. แพทย์อายุรกรรมออกตรวจ เร็วขึ้น เป็นต้น ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผลทำให้ระยะเวลารอคอยลดลงในปี 2564-2565 ในปี 2566 ณ ก.ค. 66 มีแนวโน้มสูงขึ้น การพัฒนามีการปรับคลินิกตา เพิ่มที่นั่ง จาก 30 เป็น 60 ที่นั่ง ทาสี ทำฝ้า ให้สวยงามทันสมัย ปรับคลินิกศัลยกรรม ย้ายไปที่ ER เก่า เพิ่มที่นั่งจาก 30 เป็น 100 ที่นั่ง ปรับปรุงคลินิกศัลยกรรมกระดูก ปรับปรุงเก้าอี้นั่งรอที่ชำรุด จำนวน 30 ชุด 90 ที่นั่ง จัดทำ QR CODE ศัลยกรรม (นำร่อง) สำหรับผู้รับบริการสแกนดูคิวตรวจ ผู้รับบริการสามารถไปทำธุระ หรือรอคอยในที่ๆสะดวก ก่อนเข้ามาหน้าห้องตรวจได้ เช่น ร้านอาหาร ร้านกาแฟ มุมสวนหย่อม ฯ  **แผนพัฒนาต่อเนื่อง** ปรับโปรแกรมคิวนัดเหลื่อมเวลา เช่น เดิมนัด 8.00 น. ทุกราย ปรับเป็น 6.00/ 7.00/ 8.00 /9.00 /10.00 ร่วมกับทำระบบเตือนการนัดเกินกำหนด ให้เจ้าหน้าที่ OPD, IPD และแพทย์ทราบจัดทำระบบจัดการสิทธิ์ผู้รับบริการ ให้ได้ทันที เพื่อลดการเดินของญาติติดตั้งระบบทีวีเพิ่ม แจ้งคิว ซักประวัติ คิวตรวจ เพื่อลดความกังวลรอตรวจหน้าคลินิกจัดซื้อชุดวัดV/S อัตโนมัติ 5 ชุด เพื่อเชื่อมต่อระบบHOSXP อัตโนมัติ ลดภาระงานพยาบาล เพิ่มคุณภาพการดูแลก่อนตรวจปรับ DIGITAL LOOK ด้วยระบบ SMART TV 2 เครื่อง เพื่อให้ข้อมูลความรู้บริการผู้ป่วย |
| ร้อยละของมารดาตกเลือดหลังคลอด เกณฑ์ < 2% | ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ จากการทบทวนราย case พบว่า ปัจจัยสำคัญเกิดจากการประเมินปริมาณเลือด (Blood loss) ขณะคลอดที่ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง (Under estimate)ร่วมกับสมรรถนะของผู้ดูแลด้านการประเมินต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทั้งนี้ ได้ดำเนินการ พัฒนาทักษะ คลินิกฝากครรภ์เพิ่มกระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ การดูแลระยะรอคลอด ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ระยะที่ 3 ของการคลอดทำการคลอดรกโดยวิธี Control Cord Traction การประเมินปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด ร่วมกับพัฒนานวัตกรรมถุงตวงเลือดและใช้ Early warning sign เพื่อนำไปสู่การแก้ไขได้ทันท่วงทีและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ ร้อยละของการตกเลือดหลังคลอดลดลง |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ค่า CMI | >1.2 | 1.47 | 1.57 | 1.65 | 1.57 | 1.72 |
| 2.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | >80% | 88.32 | 86.20 | 87.32 | 89.11 | 83.12 |
| 3.อัตราความสามารถตอบสนองความต้องการบริการเครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 4.อัตราความพอเพียงของเลือดและส่วนประกอบของเลือด | >80% | 70.0 | 90 | 89.75 | 100 | 100 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ค่า CMI เกณฑ์ >1.2 | ค่า CMI อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มดีขึ้น จากปี 2565 =1.57 ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 1.72 เนื่องจาก โรงพยาบาลมีศักยภาพการบริการที่สูงขึ้น ความซับซ้อนของโรค และหัตถการที่สูงขึ้น การปรับปรุงกระบวนการสรุปเวชระเบียน มีการพัฒนาคุณภาพการบันทึก และการสรุปเวชระเบียน โดยจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ในการสรุปเวชระเบียน การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกองค์กร มาให้ความรู้ในระบบการสรุปเวชระเบียน มีการสะท้อนผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนรายกลุ่มงาน รายบุคคลเพื่อพัฒนาสมรรถนะแพทย์ พัฒนาสมรรถนะทีม auditor และปรับปรุงกระบวนการ auditเวชระเบียน มีการรายงานติดตาม ในที่ประชุมประจำเดือน ทุกเดือน ทำให้ค่า CMI ปี 2566 = 1.72 |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เกณฑ์ > 80% | อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงระหว่าง ปี 2562ถึงปี 2566 ปีปัจจุบัน จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความสมบูรณ์ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่มากกว่าร้อยละ 80 ในส่วนของภาพรวม แต่ในรายละเอียดบางส่วนคะแนนยังไม่ได้ตามเป้าหมาย อาทิ เช่น ข้อมูล Progress note โดยแพทย์ , Nurse note เป็นต้น จึงได้มีการพัฒนาทีม Audit เวชระเบียนในทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ ทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ตลอดจนทีมศูนย์ประกันสุขภาพ เพื่อทำให้อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนสูงขึ้น โดยการวิเคราะห์หา Gap ในส่วนที่ต้องพัฒนาเพิ่ม พบว่าการลงบันทึกข้อมูลยังไม่ได้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ทุกส่วนรวมถึงแพทย์ที่จบมาใหม่จากหลายสถาบัน การให้ความสำคัญต่อการลงบันทึกข้อมูล จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการบันทึกโดย 1.การปฐมนิเทศแพทย์ Intern ทุกครั้งที่มีการผลัดเปลี่ยน 2. มีระบบการ Monitor กำกับติดตาม และรายงานผล ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และสะท้อนข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ทราบผลงาน และสามารถปรับปรุงพัฒนาได้ดีขึ้น รวมถึงการรายงานผลเป็นรายแผนก และรายบุคคล เพื่อให้หัวหน้าแผนก และผู้บริหารรับทราบข้อมูลและช่วยผลักดันให้การพัฒนาทำได้ง่ายขึ้น 3. มีแพทย์ประจำกลุ่มงานที่รับผิดชอบในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และกำกับดูแลในภาพของ PCT ทำให้ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในปี และมีแผนในการพัฒนาต่อเนื่องคือ 1. การให้แพทย์ และพยาบาลสามารถลงบันทึก รายงานความเสี่ยงด้านเวชระเบียนได้รวดเร็วและทันเวลายิ่งขึ้น 2. มีการวางแผนเพื่อลงเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey) งานเวชระเบียนเพื่อรับฟังปัญหา นำมาวางแผนพัฒนา กระตุ้น และผลักดันให้คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในดียิ่งขึ้นอีกในอนาคต |
| อัตราความสามารถตอบสนองความต้องการบริการเครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต  เกณฑ์ 100% | อัตราความสามารถตอบสนองความต้องการเครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต ผ่านเกณฑ์ ตลอด ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมีระบบในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะเครื่องมือวิกฤตสำคัญที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีศูนย์เครื่องมือแพทย์ที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ มีระบบหมุนเวียนการใช้เครื่องมือ การสอบเทียบเพื่อคงสภาพเครื่องมือ ในเครื่องมือเสี่ยงสูง 100% แผนในการพัฒนาคือ การมีระบบสำรองเครื่องมือ ที่ขยายไปยังเครื่องมือจำเป็นอื่น ๆ ในโรงพยาบาล |
| อัตราความพอเพียงของเลือดและส่วนประกอบของเลือด เกณฑ์ >80% | จากการรวบรวมสถิติ ในปี2565 พบว่างานธนาคารเลือดจัดหาโลหิตได้จำนวน 17,451 ยูนิต และมีการใช้โลหิตจำนวน 14,220 ยูนิต ซึ่งตัวเลขของการจัดหาโลหิตมากกว่าการใช้โลหิต ถือว่าโลหิตมีความเพียงพอ แต่ไม่สม่ำเสมอเพราะในบางครั้งพบการขาดแคลนส่วนประกอบของโลหิตบางชนิด บางหมู่โลหิตซึ่งหากพบว่าโลหิตมีแนวโน้มที่จะขาดแคลน งานธนาคารเลือดจะประสานไปยังสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด เพื่อปรับแผนการออกหน่วยรับบริจาคโลหิตและขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานทั้งราชการและเอกชนร่วมบริจาคโลหิตเป็นหน่วยย่อย เสริมจากกการออกหน่วยรับบริจาคโลหิตหลักตามอำเภอ ต่าง ๆ ในปี 2566 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือน มิถุนายน มีอัตราการจัดหาโลหิตต่อการใช้โลหิต เท่ากับ 9,903 /8,449 จะพบว่าตัวเลขของการจัดหา มากกว่าการใช้โลหิต ถือว่ามีความเพียงพอโลหิต |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) [IV-1, III-4.3 ก, ข]**\* | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ร้อยละอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2.อัตราการเกิด SSI | < 4.5% | 0.07  9ราย | 0.12  16ราย | 0.06  3ราย | 0 | 0 |
| 3.อัตราการผ่าตัดซ้ำ | 0% | 0.039 | 0.064  (12ราย) | 0.056  (10ราย) | 0.014  (3ราย) | 0.048  (8ราย) |
| 4.อุบัติการณ์เกือบพลาดในการชี้บ่งผิดคนผิดข้าง | 0% | 13 | 30 | 28 | 16 | 15 |
| ร้อยละอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เกณฑ์ 0% | โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ตั้งแต่ปี 2562-2566 ทั้งนี้จากการวิเคราะห์พบว่าอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ไม่ควรเกิดขึ้น สิ่งที่ทางโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ คือ มีแนวทางในการ Make site เนื่องจากการทบทวน พบว่าพบอุบัติการณ์การ ทำ Make site ผิดที่ผิดตำแหน่ง แต่ถูกดักจับได้ก่อน ด้วยระบบการทำ Surgical checklist มีการพัฒนาแนวทางการ Patient Identification และการพัฒนาเพื่อป้องกันไม่ให้มีการ Make site ผิด ด้วยระบบการทวนซ้ำที่หอผู้ป่วย และระบบการนิเทศโดยหัวหน้าเวร |
| อุบัติการณ์เกือบพลาดในการชี้บ่งผิดคนผิดข้าง | อัตราอุบัติการณ์เกือบพลาดในการบ่งชี้ผิดคนผิดข้าง พบว่ามีการดักจับได้ก่อน เกิดอุบัติการณ์ ปี 2562= 13 เหตุการณ์ และปี 2563 = 30 เหตุการณ์ ได้มีการสะท้อนข้อมูลที่ได้ ส่งกลับให้กับ PCT เพื่อหาแนวทางและปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน เชิงระบบ มีการนำ Surgical Safety Checklist มาใช้ในกระบวนการผ่าตัด มีการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนไปห้องผ่าตัด การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ในการลงข้อมูลในระบบการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ในปี 2564-2566 มีอุบัติการณ์ แนวโน้มลดลง ตามลำดับ 28 ,16 ,15 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]**\* | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days\* | <10:1,000  Vent.days | 4.36  122 ครั้ง | 4.48  157 ครั้ง | 3.58  114 ครั้ง | 2.90  97 ครั้ง | 3.09  90 ครั้ง  (เป้าหมายเกณฑ์ ปี 2566 (≤3.5 :1,000 Vent.days) |
| 2.อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days\* | <10:1,000  cath.days | 0.27  12 ครั้ง | 0.59  29 ครั้ง | 0.45  20 ครั้ง | 0.36  18 ครั้ง | 0.27  11 ครั้ง  (เป้าหมายเกณฑ์ ปี 2566 (≤1.5 :1,000 cath.days) |
| 3.อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days\* | <5:1,000 cath.days | 0  0 ครั้ง | 0.49  2 ครั้ง | 0.30  1 ครั้ง | 0.35  2 ครั้ง | 0.19  1 ครั้ง  (เป้าหมายเกณฑ์ ปี 2566 (≤1.5 :1,000 cath.days) |
| 4.อัตราการเกิด Multiple drug resistance (MDR) | <5:1,000 days | 0.65  131 ครั้ง | 1.17  224 ราย | 0.78  145 ครั้ง | 0.84  150 ครั้ง | 0.79  115 ครั้ง  (เป้าหมายเกณฑ์ ปี 2566 (<1.5:1,000 days |
| อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associateded infections) ต่อ 1,000 วันนอน\* |  | 0.65 | 1.17 | 0.78 | 0.84 | 0.91 |
| ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อในรพ.ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0 ครั้ง | 0 | 9 | 9 | 191 | 126 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อัตราการติดเชื้อ VAP เกณฑ์ <10:1,000 Vent.days (เป้าหมายปี 2566 ≤ 3.5 : 1,000 Vent.days) | อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา มีการใช้ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยแบบ Target โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ICU และ Semi-ICU และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แก้ไขโดยพบว่า อุบัติการณ์ VAP เกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ ด้านผู้ป่วย พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิต มะเร็ง)ใช้ Steroid ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นอนโรงพยาบาลนานมากกว่า7วันได้รับการผ่าตัดด้านเชื้อก่อโรคพบว่ามีการติดเชื้อ Acineto bacter baumanii และมีการติดเชื้อที่ดื้อยาต้านจุลชีพ (MDR) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานที่มีพื้นที่จำกัด การจัดวางถังขยะติดเชื้อที่รองรับสายยางดูดเสมหะอยู่ใกล้กับหัวเตียงผู้ป่วยมีอุปกรณ์ข้างเตียงจำนวนมาก ใช้เครื่องวัดสัญญาณชีพร่วมกัน การเกิด Cross Transmissions ผู้ป่วยระหว่างเตียงได้ง่าย จากการสังเกตพฤติกรรม ทักษะการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน VAPการใช้ Weaning Protocol การปฏิบัติมาตรการป้องกันเชื้อดื้อยา (SHIP) พบว่าปฏิบัติได้เพียงร้อยละ78 % จึงได้ดำเนินการโดย จัด KM-IC ทุกวันศุกร์เพื่อปรับปรุงเทคนิคและจัดพื้นที่ ปรับการจัดอุปกรณ์หัวเตียงผู้ป่วย การจัดหาอุปกรณ์ในการวัดความดันปอด จัดหาน้ำยา เทคนิคการดูแลและทำความสะอาดช่องปาก การให้ยาต้านจุลชีพตรงเวลาและเหมาะสม มีการสื่อสาร/กำหนดและนิเทศการนำ Weaning Protocol มาใช้ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทุกรายโดย ICN และ ICWN มีการวิเคราะห์ข้อมูลความไวของยาต่อเชื้อก่อโรคเพื่อใช้ยาต้านจุลชีพให้เหมาะสม จึงทำให้อุบัติการณ์ VAP ลดลงตามลำดับ |
| อัตราการติดเชื้อ CAUTI เกณฑ์ <5:1,000 cath.days  (เป้าหมายปี 2566 ≤ 1.5 : 1,000 Cath.days) | อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะในช่วงปี 2562-2564 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติในทุกหน่วยงานที่มีหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปี 2563 อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น จึงได้วิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า ส่วนมากเป็นผู้ป่วยมีโรคร่วม สูงอายุ ได้มีการนำ CAUTI Bundle=HARM มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในปี 2565 และ 2566 มีแนวโน้มลดลง อีก เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการสื่อสาร แนวทางปฏิบัติ ใช้ระบบสารสนเทศในการติดตาม มีไลน์ OA |
| อัตราการเกิด Multiple drug resistance (MDR) เกณฑ์ <5:1,000 days  (เป้าหมายปี 2566 < 1.5 : 1,000 days) | อัตราการติดเชื้อ จากเชื้อดื้อยาพบมีแนวโน้มลดลง ในปี 2566=0.79 ได้มีการพัฒนาระบบโดย การจัดระบบบริการ การบริหารจัดการในเรื่องยา ร่วมกับองค์กรแพทย์ ทีมเภสัชกร ชันสูตร แนะนำในเรื่องการล้างมือของเจ้าหน้าที่ 5 moment การจัดโซนผู้ป่วย การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม และการใช้ PPE ที่เหมาะสมการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยให้ แพทย์ผู้รักษาและสั่งใช้ยา ทราบผลตรวจที่รวดเร็ว ทำให้สามารถปรับแผนการรักษา และโรงพยาบาลมีการปรับลดค่าเป้าหมายตัวชี้วัด เพื่อให้เกิดการพัฒนา |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]\*** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ร้อยละ Medication error with harms (level E up)\* | 0 | 2 | 6 | 3  อุบัติการณ์ | 6  อุบัติการณ์ | 4  อุบัติการณ์ |
| 2.อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* | 0 | 4,920 | 3,804 | 6,486 | 5,300 | 3,891 |
| 3.อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* | 0 | 57 | 120 | 112 | 74 | 135 |
| 4.อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* | 0 | 16,915 | 10,031 | 9,864 | 7,268 | 7,271 |
| 5.อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* | 0 | 1,007 | 935 | 1,182 | 1,073 | 1,205 |
| 6.อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* | 0 | 3,906 | 8,672 | 6,090 | 5,396 | 9,114 |
| 7.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 8.ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขั้นไป/ทั้งหมด\* | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0 ครั้ง | 0 | 3 | 12 | 22 | 29 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ เกณฑ์ 0 | จากข้อมูลการพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ปีงบ 2563 โดยพบในกระบวนการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ได้วิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการใช้ยา คณะอนุกรรมการเร่งรัดจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาจึงได้มีมติกำหนดมาตรการของสหวิชาชีพในการปฏิบัติป้องกันแพ้ยาซ้ำโดยกำหนด **1**) การซักประวัติแพ้ยา  2) การสื่อสารข้อมูลประวัติแพ้ยา 2)การรับคำสั่งใช้ยาระหว่างหน่วยงานสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยา ในใบสั่งยาที่มีคำสั่งใช้ antibiotic ทุกใบสั่งยา ต้องระบุลายลักษณ์อักษร/แสดงผลการดำเนินการในปี 2564 ยังไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำเกิดขึ้นจากข้อมูลการพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565 พบเหตุการณ์แพ้ยาซ้ำ 1 เหตุการณ์ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา/บัตรแพ้ยาจากได้รับการส่งตัวมาจาก รพ.ชุมชน มีประวัติแพ้ยาในใบ refer จาก รพ.ชุมชน แต่ยังไม่มีประวัติแพ้ยาใน รพ.กาฬสินธุ์ จากการร่วมทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำที่ได้กำหนด พบว่า มีสาเหตุจากการซักประวัติที่ไม่ครอบคลุม แนวทางแก้ไข ปรับปรุงระบบแบบสหวิชาชีพ 1. หน่วยงานแต่ละจุด ทบทวนการปฏิบัติการซักประวัติและการส่งต่อข้อมูลแพ้ยาให้แก่แพทย์และเภสัชกร 2. ระบบยาประสานโรงพยาบาลชุมชนในการบันทึกประวัติแพ้ยาในโปรแกรม Rx link เพื่อส่งต่อข้อมูลแพ้ยาอย่างต่อเนื่อง 3. เพิ่มการดึงข้อมูลประวัติแพ้ยาจากหลายฐานข้อมูล ปีงบประมาณ 2566 พบเหตุการณ์ แพ้ Contrast media ซ้ำการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง พัฒนาระบบการสื่อสาร แนวทางปฏิบัติในการ ให้สารทึบแสง การใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารก่อนการจ่ายยา |
| จำนวนการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เกณฑ์ 0 | ไม่พบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งในปี 2565และปี 2566 โดยงานธนาคารเลือดได้นำระบบ LIS มาใช้ในกระบวนการทำงานตั้งแต่ ปี2563 ทั้งในส่วนของผู้ป่วยตั้งแต่การรับสิ่งส่งตรวจ จนถึงกระบวนการจ่ายเลือดให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงการใช้LIS ในกระบวนการคัดกรองโลหิตบริจาค มีการประชุมทบทวนแนวทางการให้เลือดเป็นประจำสม่ำเสมอที่หอผู้ป่วยและธนาคารเลือดเพื่อให้บุคลากรตระหนักและปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติที่วางไว้อย่างเคร่งครัด |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]**\* | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1. จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้นไป | 0 ครั้ง | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 2.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ2-4 | < 10 : 1,000  วันนอน | 0.82 | 0.36 | 0.19 | 0.15 | 0.13 |
| 3.อัตราการเกิด Rupture Appendicitis | <20 | 27.27 | 25.97 | 27.29 | 16.35 | 14.77 |
| 4.ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* |  | 0.18 | 0.40 | 0.12 | 0 | 0 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรง  ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* | 0ครั้ง | 1 | 6 | 3 | 4 | 6 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรง  ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0ครั้ง | 1 | 6 | 3 | 4 | 6 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0ครั้ง | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้นไป เกณฑ์ 0 ครั้ง | อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้นไป ในปี 2562 พบจำนวน 3 ครั้ง จากการทบทวนพบสาเหตุจากการเคลื่อนย้าย และขณะรับการรักษา จากการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root cause analysis) พบว่า เกิดจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม จึงได้ดำเนินการโดยสื่อสารและจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายใน หญิงตั้งครรภ์ กำหนดแนวทางการจัด zoning ตามประเภทผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของ รพ.ขึ้น ซึ่งในปี 2563 พบอุบัติการณ์ระดับ Eขึ้นไป อีก1 ครั้งจากการทบทวนพบว่า เกิดจากสภาพแวดล้อมในการเดินไม่ปลอดภัย จึงได้มีการปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและปลอดภัย รวมทั้งมีการทำ ENV Round ร่วมกับ Risk Round เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและป้องกัน ในปี 2564 พบอุบัติการณ์ Eขึ้นไป อีก1 ครั้ง จากการวิเคราะห์เกิดจาก ผู้ป่วยจิตเวช มีการชักเกร็งและล้มในห้องน้ำ จึงได้มีการวางระบบป้องกันความเสี่ยงโดย จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยจิตเวชให้มีความปลอดภัย ระบบเฝ้าระวัง และประเมินอาการผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ในปี 2566 พบอุบัติการณ์ Eขึ้นไป 2 ครั้ง อุบัติการณ์ที่ 1 จากการวิเคราะห์พบเกิดจากเด็กเล่นที่เตียงปีนป่ายที่ราวกั้นเตียงเลยพลัดตกเตียงจึงได้มีการวางระบบทบทวนเครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย สื่อสารและนำแนวทางการการป้องการตกเตียงมาใช้ในหน่วยงานมีการ Round ข้างเตียง ทุกวัน เพื่อป้องกันความเสี่ยง และมีแนวทางป้องกันเด็กตกเตียง อุบัติการณ์ที่ 2 จากการวิเคราะห์พบเกิดจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จึงได้มีการวางระบบ การประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังการตกเตียง แนวทางการป้องกัน คือ กำหนดให้มีการยกไม้กั้นตียงสำหรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว แนะนำญาติที่เฝ้า |
| ร้อยละของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | ร้อยละของการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2562 = 0.18 ปี 2563 = 0.40 ปี 2564 = 0.12 และในปี2565 และ 2566ไม่พบการระบุตัวผิดพลาดในระดับ E ขึ้นไป จากการทบทวนพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการระบุตัวผิดพลาดเกิดจาก ระบบการสื่อสาร ของบุคลากร สัญลักษณ์ที่ใช้ในการระบุตัวไม่ชัดเจน การขาดการกำกับติดตาม จึงได้มีการปรับช่องทางในการสื่อสาร แนวทางปฏิบัติ กำหนด Risk owner ในการควบคุมกำกับติดตาม ในปี 2565 และ 2566 มีแนวโน้มลดลง พบร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด = 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **92 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]**\* | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อัตราการเกิด ET tubeเลื่อนหลุด | <5% | 3.26 | 4.50 | 0.99  (167/37,147) | 0.79 | 0.56 |
| 2.ร้อยละของการรายงานผลค่าวิกฤติ (Electrolyte, Trop-T, PT/INR) | 100% | 98 | 99 | 99 | 99 | 98 |
| 3.อัตราการติดเชื้อ CAUTI (IC) | <5:1,000cath.days | 0.27  12 ครั้ง | 0.59  29 ครั้ง | 0.45  20 ครั้ง | 0.36  18 ครั้ง | 0.27  11 ครั้ง  (เป้าหมายเกณฑ์ ปี2566≤1.5:1,000 cath.days) |
| 4.จำนวนของการรายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน |  | 16 | 5 | 3 | NA | NA |
| ร้อยละอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* |  | 0 | 4 | 6 | 3 | 2 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อัตราการเกิด ET tubeเลื่อนหลุด เกณฑ์ < 5% | อัตราการเกิด ET tubeเลื่อนหลุด ในปี 2560-2566 มีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเลื่อนหลุดคือ ผู้ป่วยดิ้น ไม่รู้สึกตัว มีการติด Tube ที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ถูกวิธี จึงได้ทบทวนร่วมกันและ การพัฒนาเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้น ได้มีการกำหนด Weaning Protocol และแนวทางทางการผูกยึดผู้ป่วย ผลพบว่าในปี 2564 พบอัตราการเกิด ET tubeเลื่อนหลุดลดลงเหลื่อ 0.96 จึงได้วิเคราะห์หาสาเหตุพบในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ทารกป่วย จึงได้มีการปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ On ET Tube รวมทั้งระบบนิเทศกำกับติดตามโดยหัวหน้างาน เพื่อป้องกันการเกิด ET tubeเลื่อนหลุด |
| ร้อยละของการรายงานผลค่าวิกฤติ (Electrolyte, Trop-T, PT/INR) เกณฑ์ 100% | ร้อยละของการรายงานผลค่าวิกฤติ ใน Test ต่าง ๆ ตามที่กำหนด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 มีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่ายังไม่ถึงร้อยละ 100 จากการวิเคราะห์พบว่า เกิดจากระบบการบันทึกข้อมูลเมื่อผู้ปฏิบัติโทรแจ้งหอผู้ป่วยแต่ไม่บันทึกข้อมูล โทรแจ้งแต่ไม่มีใครรับหรือสายไม่ว่างแล้วทำให้หลงลืมการบันทึก และลืมโทรแจ้ง การดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำได้ทำการประชุมชี้แจงถึงความสำคัญของการรายงานผลค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการซึ่งจะต้องรายงานอย่างรวดเร็วหรือทันทีที่พบค่าวิกฤติ และเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน พัฒนาโปรแกรม LIS โดยเพิ่มเติมคำสั่ง Pop up ให้เตือนเมื่อพบ ค่าวิกฤติ และกำหนดช่องให้บันทึกข้อมูลผู้รับแจ้งด้วย พบว่าในปี 2566 ร้อยละของการรายงานผลค่าวิกฤติ ใน Test ต่าง ๆ ตามที่กำหนดอยู่ที่ 98% |
| อัตราการติดเชื้อ CAUTI เกณฑ์ <5:1,000 cath.days (เป้าหมายเกณฑ์ ปี 2566 ≤1.5:1,000 cath.days) | อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ทั้งนี้เนื่องจากมีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะ มีการกำกับติดตามนิเทศให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลามีการปนเปื้อนอุจจาระซึ่งมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]\*** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ร้อยละของการคัดแยกunder triageที่ ER | <5% | 4 | 6 | 2.3 | 1.45 | 1.68 |
| 2.ร้อยละของการคัดแยก over triage ที่ ER | <10% | 10 | 12 | 7.48 | 5.77 | 6.48 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล | >50% | 6.67 | 0 | 10.34 | 20.83 | 23.33 |
| 4.ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา Antibioticภายใน 1ชม.หลังการวินิจฉัย(Door to Antibiotic) | >80% | 96.38 | 90.84 | 94.53 | 93.45 | 95.56 |
| 5.ระบบการเตรียมพร้อมรับอุบัติภัย ภัยสุขภาพ | 2 ครั้ง/ปี | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 6.จำนวนการซ้อมแผนโรคอุบัติใหม่ | 1 ครั้ง/ปี | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* | 0ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด\* | 0ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)\* | 0ครั้ง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ร้อยละของการคัดแยก under triage ที่ ER เกณฑ์ < 5 % และร้อยละของการคัดแยก  over triage ที่ ER เกณฑ์ < 10% | จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2562-2563 พบว่ามีร้อยละการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดสูง ซึ่งเกิดจากพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง (Triage) ยังขาดความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ ดังนั้น หน่วยงานจึงได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการ Triage ให้แก่พยาบาลที่เกี่ยวข้องครบ 100 % เพื่อให้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในจุดคัดกรอง และมีการจัดระบบการคัดแยกให้มีการตรวจสอบซ้ำทันที่โดยหัวหน้าทีมหรือแพทย์เจ้าของไข้ทำให้โอกาสที่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยลดลง จากสถิติการคัดแยกผู้ป่วยในปี 2564-2566 พบว่า ร้อยละการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดลดลง และในปี2565 เป็นต้นมาหน่วยงานมีการCQI เรื่อง Triage มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ความถูกต้อง และประสิทธิภาพในการ Triage โดยการนิเทศทางการพยาบาลเรื่องการ Triage แก่พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ มีการนิเทศรายบุคคล การตรวจสอบความถูกต้องในการ Triage และการลงข้อมูลในระบบ Hos-xp ประเมินผลจากผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล การตรวจซ้ำโดยหัวหน้าทีม และแพทย์ Staffในเวร |
| ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล  เกณฑ์ >50% | ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล (Door to Needle Time) ยังไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีแนวโน้มดีเนื่องจากมีการพัฒนาระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทาง และมีช่องทาง Consult อายุรแพทย์โรคหัวใจทุกวันในวันและเวลาราชการ มีกิจกรรม Cardio Round ในหอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรมและศัลยกรรมเพื่อทบทวนแนวทาง รับทราบปัญหา และสร้างความมั่นใจ รวมทั้งมอบ SK Box kit ให้ทุกหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการบริหารยา SK ทำให้ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล สูงขึ้นในปี 2565 – 2566 |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา Antibioticภายใน 1ชม.หลังการวินิจฉัย(Door to Antibiotic) เกณฑ์ >80% | ร้อยละผู้ป่วยได้รับยาAntibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการพัฒนาระบบบริการ fast track จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อติดตามความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยรวม รวมทั้งร้อยละผู้ป่วยได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ในปี 2564 นี้จากการวิเคราะห์และทบทวนร่วมกันพบปัญหาความล่าช้าของการบริหารยา Antibiotic ในรายที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้ดำเนินการโดยสื่อสารไปยังทุกทีมการดูแลผู้ป่วย หน่วยงาน และหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และจัดประชุมฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis ในระดับจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น |

**(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 การออกกำลังกาย | ≥60% | 61.02 | 62.87 | 47.50 | 56.74 | 60.41 |
| 1.2 การสูบบุหรี่ | 0% | 6.01 | 2.43 | 2.59 | 2.67 | 2.22 |
| 1.3 อาหารไม่เหมาะสม | ≤40% | 29.09 | 24.95 | 26.11 | 39.36 | 38.63 |
| 1.4 การดื่มสุรา | 0% | 4.45 | 2.58 | 2.34 | 2.29 | 2.16 |
| 2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบ คุมระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 130 mg/dl ได้ 2 ครั้งติดต่อกัน | ≥40% | 37.78 | 31.50 | 18.15 | 23.22 | 25.50 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่า140/90 mmHg | ≥50% | 40.07 | 47.96 | 43.21 | 49.62 | 55.31 |
| **95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 36 ชุมชน |  |  |  |  |  |  |
| การออกกำลังกาย | ≥60% | 76.65 | 65.64 | 48.32 | 67.02 | 65.10 |
| การสูบบุหรี่ | 0% | 6.98 | 4.55 | 3.63 | 3.35 | 2.79 |
| การดื่มสุรา | 0% | 15.60 | 13.04 | 11.32 | 10.54 | 8.46 |
| 2.ประชากรที่มีค่า BMI สูงเกินเกณฑ์ |  |  |  |  |  |  |
| BMI 25 - 29.9 ครั้งที่ 3 | ≤10% | 14.29 | 13.84 | 11.03 | 13.45 | 18.77 |
| BMI 30 ขึ้นไป ครั้งที่ 3 | ≤5% | 1.86 | 2.61 | 3.26 | 3.08 | 4.86 |
| 3.ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานBS100-125 ครั้งที่ 3 | ≤5% | 3.74 | 3.42 | 3.29 | 4.95 | 5.69 |
| 4.ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงBP 120/80-139/89 รอบที่ 3 | ≤10% | 12.58 | 11.94 | 8.59 | 7.42 | 5.56 |

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1. ร้อยละข้อร้องเรียนที่ตอบสนองตามเวลาที่กำหนด (ภายใน 15 วัน) | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2. ร้อยละความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยใน | >85% | 83.67 | 84.49 | 85.05 | 92.12 | 94.38 |
| 3.ร้อยละความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยนอก | >85% | 81.23 | 83.48 | 84.32 | 88.75 | 87.24 |
| 4.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแพทย์ในด้านการดูแลรักษาจริยธรรม | >85% | 88.32 | 88.49 | 89.12 | 89.15 | 90.10 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ร้อยละความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยนอก เกณฑ์ > 85% | ร้อยละความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ขึ้นตามลำดับ เริ่มผ่านเกณฑ์ในปี 2564-2566 เนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการสำรวจความพึงพอใจ และความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงบริการ และมีการพัฒนาและปรับปรุง ด้านโครงสร้าง โดยมีการปรับปรุงบริการด่านหน้า ให้เข้าถึงง่าย มีระบบการให้ข้อมูล แจ้งขั้นตอนบริการ ปรับระบบ Smart OPD ใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยจัดระบบบริการ พัฒนาระบบบริการพฤติกรรมบริการบุคลากร |

**IV-3 ผลด้านบุคลากร**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5]** \* | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1. ความพึงพอใจของบุคลากร | >80 % | 74.45 | 76.23 | 80.02 | 82.64 | 83 |
| 2. ความผูกพันของบุคลากร | >80 % | 70.02 | 72.02 | 69.31 | 68.02 | 70 |
| 3. ร้อยละของการ Turn Over Rate ของบุคลากร | <1% | 0.016 | 0.036 | 0.035 | 0.051 | 0.072 |
| 4. จำนวนงานวิจัย/R2R/Mini Research/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/นวัตกรรม | >20  เรื่อง/ปี | 23 | 20 | 12 | 38 | 38 |
| 5.พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร |  |  |  |  |  |  |
| การออกกำลังกาย | ≥60% | 70.49 | 66.20 | 61.40 | 60.40 | 62.60 |
| การสูบบุหรี่ | 0% | 5.58 | 5.30 | 4.50 | 1.30 | 2.80 |
| อาหารไม่เหมาะสม | ≤40% | 30.29 | 23.40 | 24.50 | 24.20 | 38.20 |
| การดื่มสุรา | 0% | 24.73 | 22.70 | 26.50 | 20.20 | 29.30 |
| 6.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มบุคลากร |  |  |  |  |  |  |
| ร้อยละของบุคลากรมีค่าBMI>25 | ≤20% | 32.15 | 31.10 | 33.94 | 34.55 | 34.54 |
| FBS>100 | ≤10% | 8.00 | 15.90 | 21.80 | 18.19 | 16.94 |
| Cho>200 | ≤20% | 52.38 | 45.82 | 52.62 | 50.85 | 47.59 |
| Tri>100 (ปี 58-59)  Tri>150 (ปี 60-64) | ≤20% | 19.90 | 16.80 | 27.36 | 20.17 | 27.16 |
| 7.อัตราการสัมผัสเชื้อจากการปฏิบัติงาน | <1% | 1.58  (24/1513) | 2.07  (33/1597) | 2.24  (36/1605) | 1.25  (21/1673) | 0.73  12/1653) |
| 8.อัตราการติดเชื้อ TB ของบุคลากร | 0 ราย | 2 | 9 | 9 | 7 | 4 |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ความพึงพอใจของบุคลากร/ความผูกพันของบุคลากร เกณฑ์ > 80 % | ความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรมีแนวโน้มดีขึ้นความพึงพอใจของบุคลากรปี 2564=80.02 ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 82.64 ด้านความผูกพันของบุคลากรคือ ปี 2564 = 69.31 และปี 2565เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.02 จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจและผูกพันกับองค์กร คือ การสร้างขวัญกำลังใจ ทั้งด้านสวัสดิการ ภาระงาน ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จึงได้มีการสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร โดย การขับเคลื่อนงานองค์กรแห่งความสุข มีกิจกรรม OD มีระบบจ่ายค่าตอบแทน P4P การเพิ่มกองทุนสวัสดิการให้เจ้าหน้าที่การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีรายได้เสริม การมอบทุนการศึกษาบุตร สถานที่ออกกำลังกาย การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะให้กับแต่ละหน่วยงานสวัสดิการบ้านพักให้กับเจ้าหน้าที่ การมีเส้นทางสีเหลือง และห้องปฏิบัติของชมรมจริยธรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความผูกพัน |
| ร้อยละของการ Turn Over Rate ของบุคลากร เกณฑ์ <1 | อัตราการลาออกของบุคลาการผ่านเกณฑ์ จึงได้มีการตั้งเป้าหมายในการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น บริหารขีดความสามารถและกำลังคนให้เพียงพอ การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety การสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน การสร้างความผูกพันของกำลังคน การบริหารระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี |
| อัตราการติดเชื้อ TB ของบุคลากร เกณฑ์ 0 ราย | ปี 2565 พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อ TB จำนวน 7 ราย จากการวิเคราะห์พบว่า เกิดจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ได้นำมาทบทวนร่วมกันในภาพขององค์กร กำหนดแนวทางปฏิบัติในเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน พัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ภายในหน่วยงาน บุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรที่ติดเชื้อได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และติดตามประเมินผล สรุปผลการทำ RCA ของติดเชื้อ TB ในบุคลากรสรุปผลลการดำเนินการได้ดังนี้1.ได้แนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้สัมผัสร่วมบ้านโรงพยาบาลกาฬสินธุ์2. มีการประเมินความเสี่ยงจัดระดับความเสี่ยงเพื่อค้นหาบุคลากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรค มี 3 ระยะ ความเสี่ยงต่ำหมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโอกาสแพร่เชื้อให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขความเสี่ยงปานกลางบุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ความเสี่ยงสูงหมายถึงผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง 3.เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยวัณโรคบุคลากรใส่อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ (N95) PPE ในการป้องกันตนเองได้ถูกต้อง 4.มีแบบคัดกรองวัณโรคด้วยตนเอง5.ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน6.ตรวจสุขภาพรายปี 7.ล้างมือ 7 ขั้นตอนทุกครั้งหลังสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ตามหลักการ 5 moments |

**IV-4 ผลด้านการนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **98 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.ร้อยละของแผนปฏิบัติการที่มีการดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล |  | 56.41 | 37.71 | 78.72 | 57.93 | 89.84 |
| 2.ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการตัวชี้วัดขององค์กร | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3.I/E Ratio | ≥1 | 0.99 | 1.07 | 1.23 | 1.18 | 1.00 |
| 4.ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรโรงพยาบาล | ≥71% | 72.80 | 75.47 | 76.18 | 73.97 | 72.67 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ร้อยละของแผนปฏิบัติการที่มีการดำเนินการประจำปีของโรงพยาบาล | เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID –19ทำให้ในปี 2562-2563 มีข้อจำกัดหลายด้านทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนกิจกรรมให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ จะเห็นได้ว่า งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ในปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดใช้งบประมาณเพียง ร้อยละ 37.1 สำหรับในปีงบประมาณ 2564 ช่วงต้นปีงบประมาณเป็นช่วงระยะผ่อนคลายจากสภาวะโรคระบาด ในรอบ 2 ไตรมาสแรก มีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ 64.2 ทำให้ร้อยละการบรรลุผลตามยุทธศาสตร์ เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 78.72 ในปี 2566 ร้อยละการบรรลุผลตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดทำยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี 2566-2570 มีการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยพัฒนากระบวนการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ และการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management) โดยเฉพาะขั้นตอนการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติการกำกับดูแล การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring) มีการติดตามในที่ประชุมประจำเดือน ทำให้ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 89.84 % |
| ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการตัวชี้วัดขององค์กร เกณฑ์ 5 | ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการตัวชี้วัด พบว่า ตั้งแต่ปี 2562-2566 มีระดับความสำเร็จอยู่ที่ระดับ 4 จากการวิเคราะห์พบว่า Gap ของการบริหารจัดการคือ ระบบการควบคุมกำกับติดตาม ตัวชี้วัด จึงทำให้ตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ไม่ได้มีการควบคุมกับกับ และได้รับการแก้ไข และพัฒนา จึงได้มีการปรับปรุงและวางระบบในการควบคุมกำกับติดตามโดย การมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด การทำ MOU ระบบติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร และทีมนำโรงพยาบาลทุกเดือน |
| ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรโรงพยาบาล เกณฑ์ >71 % | ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ จากการวิเคราะห์พบว่า มีระบบการจัดสรรอัตรากำลัง การเกลี่ยอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การเปิดรับสมัครบุคลากรสาขาที่ขาดแคลน และมีระบบการคงไว้ของบุคลากรภายในโรงพยาบาล โดยการสร้างแรงจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร ส่งผลให้อัตราการลาออกลดลง และทำให้ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรผ่านเกณฑ์ ขึ้น |

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV [IV-5, II]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.อุบัติการณ์เกือบพลาด ทางคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป |  | 89 | 1,040 | 435 | 11,765 | 9,509 |
| 2.อัตราของอุบัติการณ์ ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | 80% | 70.45 | 75 | 75 | 76.24 | 80.29 |
| 3.อุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง (ระดับ G,H,I) ที่เกิดซ้ำ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์คุณภาพ | 100% | 57.14 | 50 | 50 | 75 | 78.85 |
| 5.ค่า BOD น้ำออกจากระบบ | <20mg/L | 3.37 | 12.87 | 6.08 | 6.2 | 6.5 |
| 6.ค่า PH น้ำออกจากระบบบำบัดน้ำเสีย (คุณสมจิตร) | 5-9 | 7.37 | 7.16 | 7.20 | 6.5 | 6.75 |
| 7.Information systems response time (sec) | ≤60 นาที | 25 | 25 | 25 | 4 | 6 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| อุบัติการณ์เกือบพลาด ทางคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป | อุบัติการณ์เกือบพลาดทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป พบจำนวนการรายงานอุบัติการณ์เข้าในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพิ่มสูงมาก ในปี 2565= 11,765 , ปี 2566=9,509 จากการวิเคราะห์พบว่า เกิดจากการมีการกระตุ้นให้เกิดการรายงานความเสี่ยงในระบบรายงานมากขึ้น จากการมีการเบิก Quality point P4P ในปี2566 ทำให้ อุบัติการณ์มีจำนวนที่สูงขึ้น อีกทั้งมีการปรับปรุงโปรแกรมบริหารความเสี่ยงใหม่ที่ง่ายต่อการรายงานและการเข้าถึง แต่เมื่อนำผลการรายงานอุบัติการณ์เกือบพลาดมาวิเคราะห์ดูพบว่า ส่วนใหญ่แล้วเป็นอุบัติการณ์ในเรื่องของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นส่วนใหญ่ จึงได้มีระบบการติดตาม รายงาน ป้องกัน พัฒนาความคลาดเคลื่อนทางยา /ความเสี่ยงทางยา ลดโอกาสเกิด และลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ได้มีการกำหนดนโยบายด้านยาของโรงพยาบาลที่สำคัญ มาตรการป้องกัน ค้นหา ผ่านเครื่องมือการคุณภาพ(เช่น การใช้ Trigger tool) กระบวนการทำงาน(เช่น การพัฒนาระบบ Medication reconciliation) การนำเทคโนโลยีเข้าช่วยค้นหา จัดการ สื่อสาร รายงาน เพื่อความคุมความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นมีกระบวนการการกระตุ้นการรับรู้ถึงความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง การรวบรวมและรายงานความเสี่ยงของระบบยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้พบปัญหาการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง ความยุ่งยากในการรายงาน ระบบยาได้ออกแบบการรายงานร่วมกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับระบบรายงานของโรงพยาบาลโดยใช้ระบบสารสนเทศในการรายงาน ได้ออกแบบกระบวนการทำงานของเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย เป็นกลไกกระตุ้นการค้นหา เรียนรู้ รายงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาร่วมกับหอผู้ป่วยในทุกวัน การนิเทศโดยหัวหน้างาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ถึงแม้ว่าจะเป็นอุบัติการณ์เกือบพลาด |
| อัตราของอุบัติการณ์ ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ เกณฑ์ >80% | ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2565-2566 จากการวิเคราะห์พบว่า เกิดจากระบบการทบทวน RCA ที่มากขึ้น ของ รพ. ที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการควบคุมกำกับติดตาม และสามารถวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้ โดยเฉพาะความเสี่ยงในระดับ Eและระดับ 3 ขึ้นไป จึงได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติ จัดทำแนวทางการทบทวนวิเคราะห์ปัญหา จัดเพิ่มพูนทักษะและความรู้ด้านบริหารความเสี่ยง การทบทวนแบบ Time line ในปี 2565 พบว่าร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบเพิ่มสูงขึ้น เป็น 76.24%ในปี 2566 = 80.29% และได้มีการปรับระบบการรายงาน และการส่งต่อข้อมูลด้านบริหารความเสี่ยงให้มีความรวดเร็วขึ้น เพื่อให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบที่รวดเร็วและครอบคลุมขึ้น |
| อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal ผ่านเกณฑ์คุณภาพ เกณฑ์ 100 | อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient safety  goal ในปี 2565-2566 มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการมีระบบการควบคุม  กำกับติดตาม ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ  รพ.เป็นประจำ ในปี 2562-2564 อัตราตัวชี้วัดด้านความปลอดภัย  ของผู้ป่วย มีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์พบว่าตัวชี้วัดที่ไม่  ผ่านเกณฑ์ คือตัวชี้วัดที่มีกำหนดค่าเป้าหมายเป็น 0 ซึ่งเมื่อ  วิเคราะห์ด้านคุณภาพแล้วพบว่า เป็นความปลอดภัยของผู้ป่วย  และเป็นความเสี่ยงที่พบในระดับที่ไม่รุนแรง พบอุบัติการณ์ในระดับที่  รุนแรง ในปี 2565 1 อุบัติการณ์ได้นำมาทบทวนแก้ไข ทำ RCA แล้ว  และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันได้มีการทบทวนระบบPatient  Identificationทั้งระบบของรพ.และแนวทางการออกบัตรและการ  เปิดVisit ของงานห้องบัตร มีการปรับระบบการจัดเก็บข้อมูล การ  บันทึกข้อมูล ตลอดจนการ Monitor และติดตามโดย Risk owner |
| ค่า BOD น้ำออกจากระบบ เกณฑ์ <20mg/L /ค่า PH น้ำออกจากระบบบำบัดน้ำเสีย 5-9 | ค่าพารามิเตอร์ระบบบำบัดน้ำเสีย ค่า BOD และ PH ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จากการวิเคราะห์มีการพัฒนาคุณภาพ การกำจัดสารเคมีก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้ค่า BOD และ PH ผ่านเกณฑ์ ถึงอย่างนั้นในปี 2563 ยังได้มีการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อให้ได้คุณภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนเครื่องมืออุปกรณ์ในระบบบำบัด การจัดทำแนวทางในการส่งการตรวจคุณภาพน้ำให้ได้ตามมาตรฐาน การทำโปรแกรมรายงานค่าพารามิเตอร์ระบบบำบัดน้ำเสียผ่านทางระบบ Internet ที่สามารถช่วยในการติดตามผลได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้ค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และแผนในการพัฒนาต่อเนื่องคือ การปรับปรุงระบบท่อ และแผนในการปรับระบบในการรองรับน้ำ เมื่อมีการขยายระบบบริการออกไปอีก |

**IV-6 ผลด้านการเงิน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** | **2566** |
| 1.Quick Ratio | ≥1 | 1.01 | 1.32 | 2.42 | 3.15 | 3.22 |
| 2.Current Ratio | ≥1.50 | 1.14 | 1.48 | 2.45 | 3.40 | 3.50 |
| 3.I/E Ratio | ≥1 | 0.99 | 1.07 | 1.23 | 1.18 | 1.00 |
| 4.Networking capital | + | +0.44 | +1.44 | +3.57 | +6.03 | +5.49 |
| 5.Cash Ratio | ≥0.80 | 0.60 | 0.85 | 0.87 | 1.88 | 1.83 |
| 6.ระดับทางการเงิน |  | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์(แสดง กราฟ) | การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA(คำอธิบาย) |
| ระดับทางการเงิน | ตัวชี้วัดด้านการเงินของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2564 มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในตัวชี้วัดการเงินทุกตัว ทั้งสภาพคล่องทางการเงินอัตราส่วนระหว่าง สินทรัพย์หมุนเวียน และหนี้สินหมุนเวียน ซึ่งบ่งบอกถึงสภาพคล่องของโรงพยาบาล ทรัพย์สินที่ใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้งนี้วิเคราะห์แล้วพบว่า จากสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลที่มีระดับเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลได้มีการปรับแนวทางในการจัดหารายได้ ลดรายจ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็น พัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียน เพิ่มค่า DRG ให้กับโรงพยาบาล ผลพบว่าสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และผ่านเกณฑ์ ในปี 2564,2565,2566 |

1. ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล [↑](#footnote-ref-2)