

I-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : ผู้นำระดับสูงต้องมีวิสัยทัศน์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างมีทิศทางและมีติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพจนเป็นวัฒนธรรมองค์กร โดยมีผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
จำนวนข้อร้องเรียนด้านธรรมาภิบาล	0	0	0	0	0
จำนวนร้องเรียนที่ออกนอกโรงพยาบาล	≥ 1.5	0	2	2	1
ความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	80.72	80.77	74.42	72.41
ร้อยละงบประมาณของโครงการที่ได้ดำเนินงานตามแผน	>ร้อยละ 80/ปี	70.79	40.41
ค่าใช้จ่ายรวมด้านการใช้วัสดุสิ้นเปลือง	ลดลง 10% ต่อปี	...	เพิ่มขึ้น 10%	ลดลง 10%	ลดลง 3%
สัดส่วนมูลค่า ED/NED	80 : 20	68.38 : 31.62	72.80 : 27.20	73.90 : 26.10	75.78 : 24.22
ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ร้อยละของมูลฝอยทั่วไปที่มีมูลฝอยติดเชื้อ /อันตรายปะปน	0	4.67	3.31	3.82	3.48
อัตราการออกให้บริการ EMS ถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที	70%	63.95	57.55	57.29	58.44

บริบท :

โรงพยาบาลชยันนาทนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดขนาด 348 เตียง ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในจังหวัดชยันนาทและจังหวัดใกล้เคียง โดยรับส่งต่อ (Refer) จากโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนภายในจังหวัดหนึ่งแห่ง และโรงพยาบาลของจังหวัดใกล้เคียง โดยรับผิดชอบเป็นแม่ข่ายดูแลประชากรในเขตอำเภอเมือง จำนวน 76,663 คน โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ 12 ตุลาคม 2553 และผ่านการ Re-accreditation ครั้งที่ 1 จาก สรพ.เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2555 หลังจากนั้นโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนตำแหน่งผู้นำสูงสุดคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 3 ท่าน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังประสบปัญหาวิกฤติการเงินการคลังของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ทำให้ต้องมีการปรับทิศทางในการบริหารองค์กรเป็นระยะๆ แต่ยังคงไว้ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเตรียมตัวสู่การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ (Re-accreditation ครั้งที่ 2)

วิสัยทัศน์(vision) : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย ใส่ใจบริการ เชื่อมประสานเครือข่าย

พันธกิจ (Mission) :

1. ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย
2. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาครีเครือข่ายและสนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ค่านิยมร่วมขององค์กร (Core Value) :

C : Customer focus	ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
T : Team work	การทำงานเป็นทีม
S : Service mind	มีจิตบริการ

เป้าหมาย (goal) : ผู้รับและผู้ให้บริการปลอดภัย พึงพอใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ

กระบวนการ :

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำหน้าที่ผู้นำองค์กร กำหนดนโยบายดูแลการบริหาร วางแผนติดตามผล ลงเยี่ยมหน่วยงาน โดย

1. เน้นนโยบายปฏิบัติราชการ 4 ป ประกอบด้วย ปลอดภัย โปร่งใส ประหยัด และมีประสิทธิภาพ
2. กำหนดเข็มมุ่ง ปี 2558-2559
 - 2.1 พัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคสำคัญ
 - 2.2 มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goal 5 ด้าน
 - 2.3 พัฒนาระบบคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
 - 2.4 ความมั่นคงของสถานการณ์การเงินการคลัง
3. เน้นการนำค่านิยมขององค์กรสู่การปฏิบัติจริง
4. Leader ship walk round

วิสัยทัศน์และค่านิยม :

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร :

- พัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ ด้านอายุรกรรมพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่ม STEMI STROKE ด้านศัลยกรรมพัฒนาการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดี การทำ colonoscopy การผ่าตัดดวงสายล่าง ไตทางหน้าท้องโดยการส่องกล้อง การผ่าตัดโรกระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดทางด้าน maxillo facial ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วย

- เพิ่มศักยภาพในการวินิจฉัยโดยเปิดบริการเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN) โดยเฉพาะในการผู้ป่วย head injury และ stroke ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วมากขึ้น ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและเกิดความปลอดภัยมากขึ้น

- การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม cataract ซึ่งมีจำนวนมากรอคิวการผ่าตัดนาน มีการทำโครงการผ่าตัดต่อกระจกนอกเวลาราชการทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น

- พัฒนาการบริการด้านหน้า one stop service ปรับปรุงคลินิก well baby อำนวยความสะดวกให้ผู้มารับบริการ ลดความแออัด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเด็กติดปะปนกับเด็กป่วย

- ปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ให้เกิดความปลอดภัยเหมาะสมและสะดวกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น ดำเนินการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยใน 6 ชั้น การก่อสร้างลิฟต์สำหรับขนส่งผู้ป่วย

- กำหนดค่านิยมร่วม CTS เน้นการสื่อสารค่านิยมองค์กรนำสู่การปฏิบัติจริง โดยผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ออกเสียงตามสาย การประกวดเรื่องเล่า การลงเยี่ยมหอผู้ป่วยหน่วยงานโดยทีมผู้บริหาร/ทีมนำ

บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

ทีมนำสูงสุดสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร เช่น

- การสร้างบรรยากาศองค์กร ผู้นำสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการพัฒนาให้อำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้างานมีการรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากบุคลากรทุกหน่วยงาน มีการสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น เสียงตามสาย ประชุมผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติงาน เอกสาร/ข้อร้องเรียน โทรศัพท์ โดยมีการแสดงออกทางการประชุม หรืองานเอกสาร เป็นต้น

- ผู้บริหารได้ทำ Quality round โดยลงเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ เพื่อช่วยชี้แนะ แก้ไขและให้ข้อเสนอแนะพร้อมทั้งรับฟังปัญหาเพื่อนำมาทบทวนและแก้ไข

- ส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการ การดูแลต่อเนื่อง เช่น

1. การจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงานและเครือข่ายในเขตอำเภอ โดยที่ผ่านมามีการอบรมทั้งภายใน และภายนอก เช่น อบรมเครือข่ายเบาหวาน หอบหืด ไข้เลือดออก พัฒนาการ

2. มีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลายเวที เช่น การนำเสนอผลงานคุณภาพในเวทีคุณภาพ ส่งเสริมให้มีการทำผลงาน R2R การนำเสนอเรื่องดีๆ จากเวทีการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การประกวดผลงานด้านจริยธรรมและคุณธรรม ฯลฯ

3. การส่งเสริมให้มีเครือข่ายการทำงานระหว่างโรงพยาบาล ในเขตตรวจราชการที่ 2 - 3 เช่น Service plan

4. การส่งเสริมให้มีเครือข่ายการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและเอกชน เช่น การดูแล stroke head injury acute MI

5. การส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานคุณภาพ โดยจัดเวทีนำเสนอผลงานคุณภาพระดับโรงพยาบาล เพื่อการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร

6. มีการส่งเสริม สนับสนุนการเรียน การสอน การอบรม ทรัพยากร เครื่องมือที่จำเป็น และเร่งด่วน เช่น โทรศัพท์มือถือในหน่วยงานการส่ง LINE Fax

7. มีการจัดงานรื่นเริง งานทำบุญ แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

8. มีศูนย์การเรียนรู้ผ่านระบบ Internet ให้ค้นคว้าหาข้อมูล และจัดระบบ Intranet ในการติดต่อสื่อสารข้อมูลกับทีมงาน และในองค์กร เริ่มมีการเขียนสารจากผู้อำนวยการถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผ่านทาง Intranet เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเป็นเอกภาพทั่วทั้งองค์กร

9. มีการจัดมุมหนังสือแก่เจ้าหน้าที่ ญาติ ผู้มารับบริการที่หน้าห้องตรวจ

10.การจัดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดให้แต่ละ PCT จัดทำ Clinical Tracer ตามกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญแต่ละหน่วยงาน (Clinical Population) โดยมีแพทย์เป็นประธานเช่น CVA, Acute Kidney Injury, DHF, Asthma, Trauma เป็นต้น และมีการทบทวนโครงสร้าง พร้อมปรับให้สอดคล้องกับทีมงาน และกลุ่มโรคสำคัญทุกปี

11.มีการสำรวจบรรยากาศองค์กรประจำปีทุกปี เพื่อนำไปพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงานปี 2558 อัตราความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและบทเรียนที่เกิดขึ้น :

- ผู้บริหารมุ่งมั่นสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เน้นการออกแบบกระบวนการที่มุ่งเน้นอนาคต คำนึงถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น การรักษา ฟื้นฟูโรคสำคัญ การส่งเสริม ป้องกันภัยสุขภาพของพื้นที่ ต่อการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน โดยกระจายอำนาจการทำงานแก่ทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง

- การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม โดยปรับรูปแบบระบบควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน

- ผู้บริหารปรับระบบงาน มอบหมายให้ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่างๆ (เช่น RM, IC, PCT, PTC, ENV) ใช้เครื่องมือตามรอยระบบเชิงรุก เน้นการลงหน้างานร่วมเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์หาคำชี้วัด กิจกรรมที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไข การสื่อสารพูดคุย ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามผลงาน

- ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยการปรับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงใหม่เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้บริหารและจากประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการที่ผ่านมา ยังพบปัญหาการเชื่อมโยงกับ PCT ในเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก จึงได้มีการนำตัวแทนจากทุก PCT รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มภารกิจต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการรายงานความเสี่ยงโดยนำประเด็นที่ได้เรียนรู้จากเวที HAForum ที่เมืองทองธานีมาวางแผนพัฒนาระบบ IT วิจารณ์รูปแบบ program การรายงานอุบัติการณ์ของ สรพ.

ร่วมกับผู้บริหารนำทีมไปศึกษาดูงานระบบบริหารความเสี่ยงและการจัดการข้อร้องเรียนที่โรงพยาบาลพิจิตร และตัดสินใจใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลที่มีอยู่ให้เหมาะสมคุ้มค่า ในการพัฒนาศักยภาพ IT ออกแบบprogram การรายงานความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจาก Incident report เดิมมาพัฒนา จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกระดับเกี่ยวกับการใช้ program การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบสารสนเทศ และมีการประกาศนโยบายการรายงานความเสี่ยงโดยผู้บริหารสูงสุดมีการจัดทำโครงการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทักษะการจัดการความเสี่ยงและการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ย สามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นได้เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีการจัดการ แก้ไขปัญหาและการรายงานที่รวดเร็วเพื่อลดข้อขัดแย้ง ข้อร้องเรียนและการฟ้องร้องกลุ่มเป้าหมายหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานรองหัวหน้าหอผู้ป่วย/รองหัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรระดับปฏิบัติจากหน่วยงานต่างๆ โดยเชิญวิทยากรที่มีประสบการณ์ด้านการเจรจาไกล่เกลี่ย (อาจารย์สุกานดา เมฆทรงกลด)มาบรรยาย

- ส่งเสริมให้มีการทบทวนความเสี่ยงเพื่อค้นหา Adverse Event เพื่อวางระบบป้องกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมนำ ทีมคร่อมสายงาน และหอผู้ป่วย โดยมีการชี้แจงปัญหา ความเสี่ยงทั้งด้านคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิก ซึ่งวัฒนธรรมดังกล่าวได้มีการเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงขาดการดักจับและค้นหาความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญในการเข้าร่วมและเป็นที่ปรึกษาในการทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกับ PCT/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ระดับความรุนแรง GHI อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 4-5 จะให้มีการทบทวนภายในที่หรือภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดการตื่นตัวเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญจะมีการทบทวนโดยทีมที่เกี่ยวข้อง

- มีการสนับสนุนด้านทรัพยากรเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น การติดไฟฟ้าในจุดที่อาจก่ออันตราย การติดตั้งกล้องวงจรปิดให้ครอบคลุมตามตึกต่าง ๆ การรักษาความปลอดภัยกรณีมีทะเลาะวิวาทที่ห้องตรวจ/ห้องฉุกเฉิน ซึ่งพบบ่อยกรณีเทศกาลสำคัญต่าง ๆ สนับสนุนการพัฒนาาระบบสารสนเทศเพื่อการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล มีการกระตุ้นและส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและติดตามรวมถึงสร้างความเข้าใจระบบจากทีมบริหารความเสี่ยงและทีม Facilitator อย่างต่อเนื่อง

- เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่นกรณีการเกิด Sepsis in newborn /การให้เลือดในผู้ป่วยไข้เลือดออก/การแพ้ยาที่รุนแรง(SJS), Unplanned dead at ER ทำให้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น การทบทวนข้างเตียง การทบทวนเวชระเบียน หรือการส่งต่อระหว่างเวร

- มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุฉุกเฉิน, อัคคีภัย, อุทกภัย

- มีการเดินเยี่ยมหน่วยงาน Leadership Walk round โดยผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ 3 ฝ่ายและทีมสำรวจโรงพยาบาล (Internal Survey) เพื่อสำรวจการปฏิบัติงาน โดยสุ่มสำรวจการบันทึกทางการแพทย์ที่ปรับเปลี่ยนระบบ การบันทึกแบบเดิม การเดินตามรอย Clinical tracer การสำรวจสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือ และ IC โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดินสำรวจร่วมกับทีมงาน ส่งผลในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร :

จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจให้นำจุดเน้นดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ :

- ผู้บริหารทบทวนจุดเน้นจากนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสภาพการณ์ กำหนดจุดเน้น ได้แก่ นโยบาย Safety 5ด้าน นโยบายปฏิบัติราชการ 4 ป การนำค่านิยมองค์กรสู่การปฏิบัติ โดยการประชุมชี้แจง ลงตรวจเยี่ยมหน้างาน ออกเสียงตามสาย การเวียนเอกสาร แผ่นพับ

- แม้จะมีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรบ่อย แต่ระบบการสื่อสารยังคงเป็นมาตรฐาน คือ มีการประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เป็นเวทีการสื่อสารในระดับการบริหาร มีการกำหนดวาระ เช่น การปฏิบัติงานตามนโยบายของระดับจังหวัด และระดับประเทศ การทำงานระบบต่างๆ รวมถึงตัวชี้วัดสำคัญ และมีวาระสำคัญถูกนำมาพิจารณาเป็นพิเศษบางกรณีในคณะกรรมการชุดนี้ เช่น การจัดสรรบุคลากร วาระฉุกเฉิน เป็นต้น

- จุดเน้นประเด็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและนโยบายของกระทรวง จะนำเข้าไปประชุมกรรมการ Service plan ถ่ายทอดผ่านกรรมการService plan และผู้ปฏิบัติงาน

- ทีมนำมีการสื่อสารแบบสองทาง เช่น จากการประชุมกรรมการบริหารผู้บริหารพบเจ้าหน้าที่ 100% การรับใบแสดงความเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน การลงพื้นที่ตามหน่วยงาน และขณะเดียวกันหัวหน้างานจะนำเรื่องผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน

และนำเข้าไปในที่ประชุมกรรมการบริหารเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารในรูปแบบอื่น ๆ เช่น เสียงตามสายจากผู้อำนวยการ หนังสือราชการ หนังสือเวียน ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย วารสารโรงพยาบาล Intranet และการติดประกาศในโรงพยาบาล ซึ่งแล้วแต่ความเหมาะสมของประเด็นที่ต้องการสื่อสาร

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ :

-การกำกับติดตามโดยใช้ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ เน้นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ การบรรลุตัวชี้วัด ค้นหาปัญหา ความเสี่ยง แนวทางแก้ไข โดยติดตามแบบเป็นทางการในการประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน และไม่เป็นทางการ ในการร่วมกิจกรรมต่าง ตามรอย เรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

- มีการดำเนินการกิจการต่างๆ ของโรงพยาบาลตามระเบียบราชการ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการร่วมตัดสินใจในการดำเนินการของโรงพยาบาล และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอื่นๆ ตามระเบียบ เช่น คณะกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง คณะกรรมการตรวจสอบภายใน คณะกรรมการจัดซื้อต่างๆ ตรวจสอบราคา ประกวตราค่า คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ คณะกรรมการตรวจสอบวัสดุคงคลัง คณะกรรมการพิจารณาความดีความชอบ คณะกรรมการการสอบคัดเลือกบุคลากร ผลพบว่าการตรวจสอบภายในผ่านเกณฑ์

- มีระบบการตรวจสอบจากภายนอก เป็นระบบการตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบโดย สสจ. เป็นประจำ ซึ่งผลการตรวจสอบที่ผ่านมาผ่านเกณฑ์ และไม่มีข้อร้องเรียนด้านการเงินทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน :

- การสื่อสารและการสำรวจภายใน การประเมินสมรรถนะหลักองค์กรของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ (กพ.) ปรับปรุงโครงสร้างและกรรมการให้คล่องตัวและปฏิบัติงานได้เป็นจริง

- ทีมนำโรงพยาบาลมีการกำหนดเครื่องชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ และถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติในการจัดทำแผนระดับหน่วยงาน และมีการติดตามประเมินผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมี 3 ยุทธศาสตร์ซึ่งได้มาจากการประเมินร่วมกันทุกองค์กร ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการภายในเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ
3. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มวัยโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่าย

- มีการกระตุ้นให้ทีมและหน่วยงานร่วมกันในการปฏิบัติตามแผนขององค์กร โดยมีการประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ในการประชุมกรรมการบริหาร มีการปรับปรุงตามประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ มีการทบทวนโดยใช้ข้อมูลจริง (manage by fact) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนดัชนีชี้วัดที่บรรลุ/ไม่บรรลุ นำตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุมาทบทวนและวางแนวทางต่อไป (one page) โดยมีการระบุรายชื่อผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย มีการพัฒนาแพทย์ผู้ดูแลตรวจสอบเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง การบริหารเตียงในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การรับเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ในการปรับระบบบริการผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัดผู้ป่วยช่วงเช้า โดยมีการเปิดคลินิกนอกเวลา ปรับเวลาการตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดีจากช่วงเช้ามาเป็นช่วงบ่าย ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

- ผลการทบทวนความพึงพอใจผู้ใช้บริการ มีการปรับระบบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ตลอดจนการรายงานผลให้ทีมกรรมการบริหาร และทีมหัวหน้ากลุ่มงานทราบ

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปล่อยน้ำเสียที่บำบัดแล้วสู่ชุมชน ในอดีตเคยมีปัญหาคือผลการตรวจคุณภาพน้ำเสียไม่ผ่านเกณฑ์จึงมีการทบทวนกระบวนการทำงานใหม่ ปรับโครงสร้าง ปรับระบบโดยล่าสุด โรงพยาบาลสามารถรองรับน้ำเสียได้ 220 ลบ.ม./วัน โดยรับปริมาณน้ำทิ้งสูงสุด 21.6 ลบ.ม./ชม. ในช่วงเวลา 9.00น. 11.00 น.และ 16.00น. มีการจัดให้มีผู้รับผิดชอบที่

ผ่านการอบรม(ปริญญาตรี) มีแนวทางการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดทุกวัน มีการบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียสม่ำเสมอ ล่าสุดผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทิ้งทางจุลชีววิทยา 3 ครั้งสุดท้ายโดยศูนย์ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรผ่านเกณฑ์ และผลการทดสอบคุณภาพน้ำทิ้งทางเคมี 3 ครั้งสุดท้าย ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ เช่นกัน

- สำหรับระบบการทิ้งขยะอันตราย, ขยะติดเชื้อ ทีมENV ได้ประสานกับบริษัทกำจัดขยะที่สมุทรปราการ (ผ่านมาตรฐาน มีการติดตามดู) เพื่อทำลาย โดยให้มารับสัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวัน จันทร์, พุธ, เสาร์ กรณีที่มาไม่ตรงนัดจะต้องมีถังบรรจุที่ปลอดภัย

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสีเขียวแวดล้อม:

- ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ Global warming ให้มีการสำรวจพื้นที่เสี่ยง (ENV Round) กำหนดนโยบายอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ (Green Hospital) ปรับภูมิทัศน์ เพิ่มพื้นที่สีเขียว ประหยัดพลังงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและบำบัดน้ำเสีย ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในกิจกรรม ENV Rally

- จัดนิทรรศการให้ความรู้เรื่องวันโลกรื้อถอน การนำสิ่งของเก่ามาใช้ใหม่ ส่งเสริมการแยกขยะ recycle

- มีการรณรงค์ติดข้อความด้านความรู้ในการประหยัดพลังงาน และเผยแพร่วิธีการประหยัดพลังงานทางหน้าจอคอมพิวเตอร์

- การใช้กระดาษทั้งสองหน้า ลดหนังสือเวียนประชุมในกรรมการพัฒนาคุณภาพ paperless

- การติดป้ายเตือนเรื่องการปิดน้ำ ปิดไฟ เมื่อไม่ใช้งาน ฯลฯ

- มีการควบคุมการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ให้ร่วมเดินทางไปด้วยกัน เพื่อประหยัดค่าน้ำมันเชื้อเพลิง

- จัดซื้อเครื่องกำเนิดไอน้ำชนิดใช้แก๊สแอลพีจี ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง 85% ทดแทนการใช้น้ำมันดีเซลเพื่อลดค่าใช้จ่าย

- นโยบายในการลดการใช้วัสดุภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น รณรงค์ให้ร้านค้าแผงลอยงดใช้โฟมใส่อาหาร

- รณรงค์ลดผลกระทบจากภาวะโลกร้อน ด้วยการร่วมบริจาควัสดุที่ไม่ใช้แล้ว คือ ลวดเย็บกระดาษที่แกะทิ้งแล้ว ส่งมอบให้สำนักงานจังหวัดชัยนาท เพื่อรวบรวมและนำไปบริจาคต่อไป

- นโยบายห้ามเผามูลฝอยในเขตโรงพยาบาลเพื่อลดปัญหาการเกิดมลพิษและการร้องเรียนของประชาชนละแวกใกล้เคียง

บทเรียนในการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย:

- ผู้บริหารมุ่งมั่นในการดำเนินกิจการตามกฎหมาย สอดคล้องนโยบายธรรมาภิบาล เน้นความโปร่งใสในระบบบริหาร ระบบจรรยาบรรณ จัดจ้าง ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติผ่านกรรมการควบคุมภายใน และกรรมการตรวจสอบภายใน

- มีการปฏิบัติตามกฎหมายต่าง ๆ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของโรงพยาบาล เช่น การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล ขยะติดเชื้อ โดยมีการแยกประเภทขยะอย่างชัดเจน การควบคุมมาตรฐานน้ำทิ้ง การกำหนดเขตสวนหมวกนิรภัย การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในโรงพยาบาล ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ การอนุรักษ์พลังงานตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน การปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและประวัติการรักษาของผู้ป่วย การปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการผลิต มีไว้ครอบครองหรือใช้ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี การปฏิบัติตามกฎหมายด้านยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพการควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพ ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ

- การปรับปรุงการจ่ายยาเพื่อให้เป็นตามบัญชียาหลัก และกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติ และถูกต้อง เหมาะสม

- ปรับภาระงานให้ตรงกับความรู้ขีดความสามารถวิชาชีพ เพื่อเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

- ติดตามการเบิกจ่ายเงินที่รัดกุม ชัดเจน โดยมีแนวทางเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถเบิกจ่ายตรงเวลา

- ควบคุมและติดตามจัดซื้อครุภัณฑ์ ทางกายภาพ โดยมีแนวทาง ระเบียบที่ชัดเจนรวดเร็วขึ้น
- ควบคุมการปฏิบัติตามข้อกำหนดฯ ขี้อุดมด้วยวินัยจราจร โดยการสวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัย

บทเรียนในการกำกับการดูแลเรื่องจริยธรรม:

- ผู้บริหารมุ่งมั่นในการส่งเสริมจริยธรรม ทบทวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดช่องทางรับเรื่องร้องเรียน จากการสำรวจความพึงพอใจ ลงพื้นที่รับฟังความคิดเห็น(ผู้บริหาร round) ข้อเสนอแนะข้อร้องเรียน มีการแก้ปัญหาโดยจัดตามลำดับความสำคัญ ขอความร่วมมือกลุ่มเป้าหมายประพฤติตนตามหน้าที่ เช่น องค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาล มีบทบาทในการดูแลและทบทวนเมื่อเกิดปัญหาเรื่องจริยธรรม ซึ่งที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม กุมารเวชกรรม ได้นำผลมาทบทวนจึงได้ปรับปรุงแนวทางการทำงานใหม่ เอื้อต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

- ผู้บริหารมุ่งมั่นในการจัดบริการอย่างมีจริยธรรม ทบทวนบริการโรคและภัยสุขภาพ การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยของประชาชนโดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันของทีมพัฒนาคุณภาพ กับ รพสต. อปท.ภาคีเครือข่ายระบบ DHS

- เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นเข็มมุ่งโรงพยาบาล และเน้นการส่งเสริมด้านจริยธรรมสำหรับบุคลากร เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมจริยธรรม การทำบุญครบรอบวันเกิดทุกเดือน มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติธรรมทุกปี การเล่าเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยใจ สมาธิบำบัด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยส่งผู้ป่วยกลับบ้าน การเตรียมญาติ

- มีคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สูโรงพยาบาลคุณธรรมมีการจัดทำอัตลักษณ์โรงพยาบาล และจะนำสู่การปฏิบัติต่อไป

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การ Empowerment ผู้ปฏิบัติงาน :

- โรงพยาบาลสร้างวัฒนธรรมความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานแก่บุคลากรทุกระดับในการปฏิบัติงานที่ดี และเห็นคุณค่าในการทำงาน โดยมีค่านิยม (CTS) ในการทำงานยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient focus) ทำงานเป็นทีมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน โดยให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือให้เกียรติผู้นำ และสมาชิกทีมงาน เพื่อให้ได้บรรลุเป้าหมายผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีและปลอดภัยและเจ้าหน้าที่มีจิตบริการ (service mind) การค้นคว้าวิเคราะห์ผู้รับบริการ ให้การสนองตอบต่อความต้องการ และความพึงพอใจได้อย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพมาตรฐานแบบองค์รวมและมีการกระตุ้นการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลักดันศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่ โดยเริ่มมีบุคคลดีเด่นในแต่ละเดือนโดยมาจากการเสนอจากหน่วยงาน เพื่อชื่นชม ยกย่องผู้ให้บริการ

- ในระดับหน่วยงานมีการประชุมเป็นประจำเพื่อการแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน

- เพื่อร่วมแก้ปัญหา การพัฒนาระบบงานต่างๆ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงหน้างาน เพื่อวางแผนและการดูแลผู้ป่วยให้ตรงปัญหา เช่น กรณีผู้ป่วยเกิดปัญหาการติดเชื้อเฉพาะที่จะมีการทบทวนการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของทุกหน่วยงาน สำหรับบางหน่วยงานอาจมีการติดตามการทำงานที่ยังไม่ชัดเจนอย่างต่อเนื่องจะมีการกระตุ้น

- มีการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยบุคลากรดีเด่น

- การจัดมหกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดแรงบันดาลใจในการสร้างสรรค์ผลงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
<p>1. ผู้นำระดับสูงชั้นนำองค์กร - มีความโดดเด่น เช่นผู้นำใช้นวัตกรรม ทางการบริหาร, การเรียนรู้ ค่านิยมของ องค์กรผ่านผลงานของทีม</p>	3.5	- ปลุกฝังค่านิยมองค์กรสู่การปฏิบัติ
<p>2. การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี - ผู้นำ proactive ในการติดตามและ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การสร้าง นวัตกรรมและวัฒนธรรมความปลอดภัย</p>	3.5	- Leader ship walk roundต่อเนื่อง - สร้างบรรยากาศส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง
<p>3. การสื่อสารให้อำนาจตัดสินใจ จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ - มีความโดดเด่นเช่น ผู้นำติดตามการ ปฏิบัติตามจุดเน้น, ผู้นำจุดประกายให้ เกิดพลังในการทำงาน (Zapp)</p>	3.5	- การติดตามประเมินผลการรับรู้และการปฏิบัติตามจุดเน้น ค่านิยม เข้มมุ่งขององค์กร
<p>4. ระบบกำกับดูแลกิจการประเมินผู้นำ /ระบบการนำ - มีการพัฒนาผู้นำและปรับปรุงระบบการ นำตามผลการประเมิน ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียมีความไว้วางใจต่อการทำงานของ ผู้บริหาร</p>	3.5	- การสำรวจและรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรของ โรงพยาบาล
<p>5. ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและ การดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม - มีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดสำคัญ และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการ นำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากใน การตัดสินใจมาเรียนรู้ร่วมกัน</p>	4.0	- ดำเนินการสู่โรงพยาบาลคุณธรรมกำหนดอัตลักษณ์ของ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับจุดเน้นในการพัฒนา ปัญหาของพื้นที่ โดยตอบสนองต่อสถานะทางการเงินและ การเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ร้อยละของตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ที่บรรลุตามเป้าหมาย	>ร้อยละ 70	72.83 (92)	40.74 (54)	44.44 (54)	51.58 (54)
ผ่านเกณฑ์ดัชนีผู้ป่วยในCMIที่กำหนดแต่ระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service plan	ไม่น้อยกว่า 1.2 (รพท.ระดับ S)	1.2291	1.2117	1.2101	1.2273
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	≥ 1.5	3.19	2.88	3.56	2.21
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick Ratio)	≥ 1.0	2.90	2.48	2.87	1.93
สัดส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่าย (I/E Ratio)	≥ 1.0	1.06	0.98	1.04	1.19
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 85%	82.81	88.09	84.03	83.08
ระยะเวลาารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก	ไม่เกิน 80นาที	90.71	81.86	76.57	83.73
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวม (ครั้ง / 1,000 วันนอน)	<1.5 ครั้ง	1.54	1.51	1.15	1.18
ความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	80.72	80.77	74.42	72.41
อัตราตายรวมผู้ป่วยใน	<4.5%	4.48	4.99	5.02	4.06
อัตราตายของผู้ป่วย STEMI	< 10%	23.17	20.00	23.26	13.43
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ 5	NA	0.15	0.18	0.29

บริบท:

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีอายุ 58 ปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ Sขนาด 348 เตียง เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง มี 1ศสม.,12 รพสต. มีแพทย์เฉพาะทาง 39คน ทันตแพทย์ 9 คน เภสัชกร 18 คน พยาบาลวิชาชีพ 314 คน อาคารสถานที่สำคัญ ได้แก่ อาคารผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยใน หน่วยไตเทียม อาคารสนับสนุน (ซักฟอก, จ่ายกลาง, โภชนาการ)เทคโนโลยีและอุปกรณ์สำคัญ ได้แก่ เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน เครื่องมือตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัจจุบัน มีอาคารใหม่ 2 แห่ง กำลังดำเนินการก่อสร้างอีก 2 แห่ง มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มในสาขาจิตเวช นิติเวช แต่ยังคงขาดแคลนบางสาขา เช่น อายุรแพทย์โรคหัวใจ แพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัดในขณะเดียวกันต้องรองรับปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคต่างๆ เพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน คือ Acute MI, Head Injury, CVA, Thoraco abdominal trauma กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อคือ TB, โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, DHF, Diarrhea และ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

- ความท้าทายด้านโครงสร้าง โรงพยาบาล และที่พักเจ้าหน้าที่ เนื่องจากโครงสร้างทรุดโทรม ตึกรั่ว และทรุดเสี่ยงต่อการถล่ม กำลังดำเนินการสร้างตึกผู้ป่วยเพิ่ม 2 แห่งมีบุคลากรเพิ่มมากขึ้นไม่สมดุลกับที่พักขณะนี้กำลังสร้างแพลตฟอร์มแพทย์แพทย์ และกำลังดำเนินการของบเพื่อสร้างแพลตฟอร์ม
- ความท้าทายในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการได้รับการรักษาพยาบาล ที่ปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐาน จากทีมแพทย์เฉพาะทาง และสหสาขาวิชาชีพ
- ความท้าทายในการสร้างศักยภาพในการรักษาพยาบาล เพื่อลดปัญหาการส่งต่อ
- ความท้าทายในการสร้างสรรคบริการสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟูที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนและปัญหาที่เกิดซ้ำซากในพื้นที่เช่นโรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง
- ความท้าทายในโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การลดความแออัดในโรงพยาบาล เช่นการออกตรวจที่ PCU ในโรคเรื้อรัง/โรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) โดยการสร้างเสริมสุขภาพผลักดันและส่งเสริมให้เครือข่ายมีส่วนร่วม สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน
- ความท้าทายในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลให้เป็นที่รับรู้ และเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่บริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรม จนเกิดความมั่นใจในการเข้ามารับบริการ
- ปัญหาของบุคลากรที่มีภาระงานมาก การขาดแคลนแพทย์บางสาขา เช่น ผิวน้ำง ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมระบบประสาท การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ มีการturn overate สูง ฉะนั้นจึงต้องบริหารกำลังคนให้มีขวัญและกำลังใจในการทำงานที่ดี
- ความท้าทายในการบริหารจัดการทางการเงินของโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเอง ท่ามกลางการแข่งขัน และมีทรัพยากรที่จำกัด และการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมภายนอก
- ความท้าทายในการบริหารจัดการทางสุขภาพ สารสนเทศ การเชื่อมโยงสารสนเทศกับงานประจำ
- ความท้าทายในการสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง พร้อมการเปลี่ยนวิถีการคิด การเปลี่ยนการปฏิบัติงาน การสร้างองค์ความรู้เพื่อการพัฒนา และการเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาบุคลากรจนมีสมรรถนะให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ผู้รับและผู้ให้บริการมีความสุข
- ความท้าทายการบริหารจัดการการบริการที่สามารถลดระยะเวลาในการรอรับบริการของประชาชน การจัดการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ
- ความท้าทายการรับเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่นอุทกภัย อุปทานหมู่อัคคีภัย

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ :

- มีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ, มีกลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่มอสม. ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสร้างสุขภาพต่างๆ ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง
- ศักยภาพในการจัดการความท้าทายในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล ที่นำไปสู่การลดอัตราการป่วยตายสามารถส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ในเขต 2 และเขต 3
- เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีข้อได้เปรียบมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ 1 แห่งทางด้านอาคารสถานที่ห้องพิเศษที่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย จำนวนแพทย์เฉพาะทาง ความรู้ทางวิชาการและจำนวนผู้ป่วยประกันสังคมที่มารับบริการ
- ความสามารถของโรงพยาบาลในการจัดการสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- มีสมาคมพ่อค้า ประชาชนในพื้นที่ที่เข้มแข็ง ช่วยระดมทุนในการจัดซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

- มีผู้นำองค์กรและทีมงานที่เข้มแข็งปฏิบัติงานในองค์กรเป็นระยะเวลานานต่อเนื่อง การบริหารงานอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ประสานเป็นเครือข่ายทั้ง CUP ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเครือข่ายเห็นความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน การได้รับความร่วมมือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล และผู้มีอุปการะ จากองค์กรอื่น ๆ ในการสนับสนุน เช่น รถเข็น ขาเทียม

- มีบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาลครอบคลุมทุกสาขาหลัก

- ความมีประสิทธิภาพในการเป็นแม่ข่ายเพื่อการรักษาพยาบาล วิชาการ การบริหารให้กับโรงพยาบาลชุมชน

กระบวนการ:

กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

บทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

- มีการจัดทำยุทธศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ กำหนดจุดยืนการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ (ความท้าทาย) การประเมินศักยภาพขององค์กร ทบทวนจุดอ่อน จุดแข็ง การกำหนดทิศทางการพัฒนา และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยมอบหมาย พรบส. เป็นแกนนำจัดทำยุทธศาสตร์ มีกำหนดเป้าหมายระยะ 5 ปี (2558-2563) และเข็มมุ่งระยะ 1 ปี เพื่อให้มั่นใจว่ายุทธศาสตร์มีความเป็นไปได้ มีความคล่องตัว และความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม

- มีการประชุมจัดทำโดยมีหน่วยงานที่สำคัญเข้าร่วม

บทเรียนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

- การศึกษาความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ ทบทวนนโยบาย ผลจากการสำรวจความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พันธกิจของโรงพยาบาล นำมาศึกษา วิเคราะห์ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองของบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลและเครือข่าย และสรุปเป็นความจำเป็นทางยุทธศาสตร์

- การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ โดยมีการนำข้อมูลโรคและปัญหาสุขภาพของพื้นที่มาประกอบการจัดทำ คือโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อยังรวมถึงสถานการณ์อื่น เช่น สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ด้านทุนมนุษย์ เพื่อการวางแผนจัดอัตรากำลัง รวมถึงการวิเคราะห์ ด้านอาชีวอนามัยเรื่องโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ

- ทบทวนประเด็นความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ ได้แก่ ความสำคัญต่อภารกิจ ผลกระทบต่อลูกค้าหลัก สภาพปัญหา ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และความเชื่อมโยงกับนโยบายและการพัฒนาประเทศ วิเคราะห์ จุดยืนการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์เกิดเป็นความท้าทาย

- การประเมินศักยภาพขององค์กร จากสภาพแวดล้อมภายใน กำหนดจุดแข็งภายในที่ทำให้จุดยืนบรรลุผล จุดอ่อนที่ทำให้จุดยืนไม่บรรลุผล สภาพแวดล้อมภายนอก กำหนดโอกาสจากภายนอกส่งเสริมในการสนองตอบต่อจุดยืนการพัฒนา และอุปสรรคภายนอกที่คุกคามทำให้ไม่สามารถสนองตอบจุดยืนการพัฒนา เพื่อนำไปกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ :

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน	- ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่กลุ่ม <u>วิกฤติ ฉุกเฉินSTEMI</u> ,Stroke,Head injury,มารดา และทารก <u>เรื้อรัง</u> ได้แก่ DM,HT, OA Knee (ระยะเวลา ปี 2556-2558)	ตัวชี้วัดเฉพาะโรคในกลุ่ม วิกฤตฉุกเฉิน และกลุ่มโรคเรื้อรัง
เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง	- มีระบบการเงินการคลังที่สมดุล	- เพิ่มรายรับ 10% - ลดค่าใช้จ่าย 10% (ระยะเวลา ปี 2556-2558)	- Quick Ratio - Current Ratio
ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ	- ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ	- ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนตามกลุ่มวัย (ระยะเวลา ปี 2556-2558)	ตัวชี้วัดตามแผนงาน/โครงการ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3
การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	- เพื่อให้เกิดระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การค้นหา รายงาน จัดการ และ ฝ้าระวังความเสี่ยง เป็นหน้าที่/งานประจำของเจ้าหน้าที่ทุกคน	- มีการค้นหาและรายงาน ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (ระยะเวลา ปี 2556-2558)	- จำนวนการรายงานที่เพิ่มขึ้น - อัตราส่วน Near miss > Miss
-แผนด้านทรัพยากรบุคคล	- จำนวนบุคลากรมีอัตราส่วนเหมาะสมกับภาระงาน	-จำนวนแพทย์ครบตามกรอบ อัตรากำลัง - จำนวนพยาบาลครบตาม อัตรากำลัง (ระยะเวลา ปี 2556-2558)	- ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรตามGIS

การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ

บทเรียนในการนำประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ:

- การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ต้องมีการกระตุ้นส่งเสริมให้มีช่องทางรายงานความเสี่ยงผ่านทางโปรแกรมHOSxPมีรางวัลสูงใจในการรายงานความเสี่ยงและติดตามประเมินผลต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการประชุมติดตามในกรรมการความเสี่ยงทุกเดือน สร้างวัฒนธรรมการพูดคุยSafety Briefในหน่วยงาน กรรมการบริหารเน้นนโยบายด้านความปลอดภัย Safety 5 ด้าน ทิมนำทางคลินิกค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ทิมนำระบบงานสำคัญลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อค้นหาความเสี่ยง เช่นระบบENVร่วมกับ ICเน้นให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

บทเรียนในการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนา:

- การสร้างความยั่งยืนในการพัฒนา โดยการนำค่านิยมองค์กรสู่การปฏิบัติโดยการประชาสัมพันธ์ออกเสียงตามสาย เน้นผ่านหัวหน้างานสู่ปฏิบัติ กรรมการบริหารลงเยี่ยมหอผู้ป่วยหน่วยงานย้ำให้เข้าใจถึงค่านิยมองค์กรและนำไปปฏิบัติได้จริง

- เน้นให้ทุกหน่วยงานใช้หลักแนวคิด 3Pเป็นหลักการในการพัฒนาคุณภาพ จัดกิจกรรมกระตุ้นให้ทุกหน่วยงาน มีเวทีนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- ปรับระบบบริหารการเงินการคลัง โดยทบทวนนโยบายธรรมาภิบาลความโปร่งใส มีระบบการตรวจสอบภายใน นำมาปรับการจัดทำแผนเงินบำรุง แผนจัดซื้อจัดจ้าง แผนงบลงทุน ปรับระบบบัญชีคุณภาพ
- การจัดสรรทรัพยากรบุคคลสำหรับหน่วยงานต่างๆ ยังไม่เพียงพอในบางหน่วยงาน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลภาครัฐที่มีข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร หน่วยงานต่างๆ จึงต้องปรับปรุงระบบการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การจัดโอที การให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยงานที่ระบุไว้ เป็นต้น
- มีการพัฒนาบุคลากร แผนการดำเนินการสำรวจความต้องการบุคลากร (5ปี ข้างหน้า) สำรวจ training need การประเมินสมรรถนะบุคลากร
- มีแผนการสร้างผู้นำในอนาคต โดยมีการจัดส่งผู้บริหารเข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆ คือผู้บริหารระดับต้น ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับสูง
- การถ่ายทอดแนวคิดกระบวนการ SHA ให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย, การฝึกเรียนรู้กระบวนการ Outcome Mapping ในชุมชน, การอบรมเจ้าหน้าที่ในการรับ-ส่งข้อมูล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Intranet, การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ที่ห้องสมุดโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าถึง Internet ร่วมทีมจังหวัดในการแก้ปัญหาในชุมชนในเรื่อง Teenage Pregnancy, การดูแลทันตสุขภาพเด็ก 0-3 ปี, กลุ่มผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล, กลุ่มผู้ป่วย COPD, มีการจัดเวทีเรื่องเล่าความดี

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์ :

- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินรายรับ-รายจ่ายพร้อมวางแผนบริหารทรัพยากรด้านอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ กำลังคนที่ชัดเจนทุกปี ซึ่งในภาพรวมไม่มีปัญหาด้านการเงิน
- ส่วนที่ใช้งบประมาณสูงมีการของบลงทุนจากเงินงบประมาณ เช่น การก่อสร้างอาคารสนับสนุนบริการ 5 ชั้น วงเงิน 76.5 ล้านบาท, อาคารบริการ 6 ชั้น วงเงิน 125 ล้านบาท, เครื่องอบฆ่าเชื้อโรคระบบพลาสมา, เครื่องกำเนิดไอน้ำ ขนาด 100 แรมม่า, เครื่องซักผ้า ขนาด 200 ปอนด์, เครื่องกำเนิดไฟฟ้าขนาด 625 KVA (500 กิโลวัตต์) เป็นต้น

บทเรียนในการติดตามความก้าวหน้า:

- การติดตามความก้าวหน้าของกลยุทธ์ ที่ผู้นำและผู้บริหาร มีการควบคุมกำกับ ติดตามการทำงานและผลการดำเนินงานจากทีมต่าง ๆ เช่น ประชุม คปสอ. ส่วนแผนคุณภาพ แผนบริหารทรัพยากรติดตามในที่ประชุม กรรมการบริหารและกรรมการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีการติดตามตัวชี้วัดการบรรลุของแผนงาน/โครงการ ทุก 3 – 6เดือน กรณีตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จะมีการวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแก้ไข ผลทำให้โรงพยาบาลผ่าน
- การติดตาม service plan, การตรวจราชการทุก3 เดือน
- การติดตามการปฏิบัติตามกลยุทธ์ขององค์กรพบว่าร้อยละของตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ที่บรรลุตามเป้าหมายยังต่ำกว่าเกณฑ์ จึงมีการทบทวนและปรับแผนยุทธศาสตร์ใหม่ และปรับตัวชี้วัด

ดัชนี ตัวชี้วัดที่ทบทวน	วิธีรายงาน/ทบทวน	ผู้ทบทวน	ความถี่
แผนปฏิบัติการ	รายงานการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด กิจกรรม ปัญหา การแก้ไข การดำเนินการต่อ	กก.บริหาร	ทุกไตรมาส
การพัฒนาคุณภาพของกระบวนการตามแผนพัฒนาคุณภาพ	รายงานการบรรลุเป้าหมายของระบบ และการดำเนินการต่อไป	HA	ทุกไตรมาส
ผลการดูแลผู้ป่วยตามแผนพัฒนาคุณภาพด้านคลินิก	ร้อยละของตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ รายงานสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข	PCT	ทุก 3เดือน
ตัวชี้วัดกระบวนการตามแผนพัฒนาคุณภาพ	ร้อยละของตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ รายงานสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข	ทีมคร่อม ทุกหน่วย	ทุก3เดือน
ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลที่สำคัญ	รายงานสถิติ	กก.บริหาร	ทุกเดือน
ตัวชี้วัดด้านการเงิน	รายงานดัชนีการเงินและแนวโน้ม	CFO	ทุกเดือน

ดัชนี ตัวชี้วัดที่ทบทวน	วิธีรายงาน/ทบทวน	ผู้ทบทวน	ความถี่
เสียงของลูกค้า	รายงานสรุปความต้องการ ที่แก้ไขแล้ว/ยังไม่ได้แก้ไข	RM	ทุกเดือน
ผลการประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่ประเมิน	HRM	ทุก 6 เดือน
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน	รายงานสาเหตุและแนวทางแก้ไข	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกวัน

การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

บทเรียนในการตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
การรายงานความเสี่ยงไม่ครอบคลุมและมีแนวโน้มลดลงในบางหน่วยงาน	-ปรับกลยุทธ์โดยสร้างแรงจูงใจในการรายงานความเสี่ยง 1 หน่วยงาน มีอย่างน้อย 5 ความเสี่ยง	-ปี 2558 อัตราความครอบคลุมในการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานเพิ่มขึ้น
การลดความแออัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม	-ปรับ Flow การรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ -มีเกณฑ์ในการคัดกรองภาวะวิกฤตฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉินที่ ER เพื่อการคัดกรองการ Admit เข้า ICU -กำหนดกลุ่มโรคที่สามารถรักษาเป็นผู้ป่วยนอกกับโรคที่ไม่ใช่โรคทางอายุรกรรม ถ้าเป็นโรคที่กำกวม การ Admit ให้อยู่ที่ดุลยพินิจของแพทย์อายุรกรรม -กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมร่วมกับ PCT อื่น ได้แก่ ระบบ Admit, การรับปรึกษาระหว่างแผนก, เกณฑ์การย้ายเข้า ICU, ระบบการจองเตียง ICU ล่วงหน้า, ระบบ Refer -กรณี Admit หอผู้ป่วยสามัญ/ย้ายห้องพิเศษ ให้มีการรายงาน Staff ทุกครั้ง	-มีการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และนำสู่การทบทวน case แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน -พบการรายงานอุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด & ลำช้า/Admit ผิดแผนก ในปี 2554 = 8 ครั้ง, ปี 2555 = 6 ครั้ง -ไม่พบอุบัติการณ์การ clear เตียงไม่ได้

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- การกำหนดและทบทวน วัสดุภัณฑ์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดการออกแบบกระบวนการที่คำนึงถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอนาคต
- มีกระบวนการติดตามแผนในที่ประชุมของกรรมการ CUP Board คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการ HA/HPH ทุกเดือน ผลทำให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญของผู้บริหารจากทีมผู้ประเมินระดับจังหวัด
- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินและวางแผนการบริหารทรัพยากรโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลยุทธ์และระบบบริการที่เปลี่ยนไปต่อเนื่องทุกปี
- ผลการดำเนินงานทางคลินิกที่สำคัญที่ผ่านมาในช่วง 2-3 ปี ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น
 - การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพิ่มศักยภาพในการให้ยา SK ที่ รพช.
 - เป็นที่เลี้ยงให้กับ รพช./รพ.สต.ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Strokeเน้นFast track การเข้าถึงการดูแลรักษาที่รวดเร็ว

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในด้านการวางระบบการป้องกัน, การดูแลรักษา, การประสานงาน, ด้านวิชาการและด้านการรับและการส่งต่อ Refer ผู้ป่วย
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดัน สร้างเครือข่ายในชุมชนทั้งจังหวัด
- การพัฒนาการดูแลโรคไตวายเรื้อรัง : มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยล้างไตหน้าท้องโดยทำแบบครบวงจรคือการอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน, *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* เรื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องมีแนวทางประเมินผู้ป่วยเข้าโครงการล้างไตทางหน้าท้องของ สปสช. 10 ข้อ นำรายชื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ประชุมสหสาขาวิชาชีพไตเทียม ศัลยแพทย์พยาบาลไตเทียม เพื่อการวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อผู้ป่วยที่เข้าโครงการได้รับการรักษา CAPD จะมีการสอน การฝึก ประเมินผู้ป่วยทั้งทางกายภาพ/ผลทางห้องปฏิบัติการทุก1เดือน, มีการประสานทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่พบ และให้กำลังใจเป็นระยะ
- การดูแลผู้ป่วยมะเร็งพัฒนาศักยภาพการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดแบบครบวงจร

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
6. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญอย่างครอบคลุม - มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบจุดแข็งหรือจุดอ่อนสำคัญที่อาจถูกมองข้าม 	3.5	- จัดระบบการประเมินแผนอย่างเป็นระบบ มีตัวชี้วัดที่สำคัญ นำมาปรับปรุงสม่ำเสมอ
7. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP <ul style="list-style-type: none"> - มีความสอดคล้องกันระหว่าง ความท้าทาย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด, วัตถุประสงค์มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ - มีความโดดเด่น เช่น มีการกำหนดเป้าหมายในระดับที่ท้าทาย, มีการใช้ข้อได้เปรียบขององค์กร, วัตถุประสงค์ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคม 	3.5	- วิเคราะห์ข้อได้เปรียบ นำมาวางแผนเพื่อตอบสนองต่อความท้าทาย
8. การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามการรับรู้และการนำไปปฏิบัติ, มีการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีความจำเป็น และประเมินผลอย่างมีระบบ 	3.5	- ปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ โดยใช้นวัตกรรมใหม่ๆ
9. การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความเสี่ยงด้านทรัพยากร, สร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรการเงิน บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆเพียงพอ - มีแผนงานริเริ่ม (initiative) เกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและระบบงานเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ 	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับนโยบาย - พัฒนาให้มีการประเมินการบริหารความเสี่ยงด้านทรัพยากรให้ครอบคลุมทุกด้าน
10. ความก้าวหน้า <ul style="list-style-type: none"> - มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมในการคาดการณ์เป้า หมายตาม KPI, มีการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงกับผลงานที่คาดหวังไว้ 	3.5	- พัฒนาระบบการวัดผลโดยใช้นวัตกรรมใหม่ และให้มีการใช้ benchmarking เพื่อเปรียบเทียบผลงานที่สำคัญ

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:การให้บริการด้วย Service mind ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค-มิ.ย.)
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	>85%	85.33	83.74	79.84	81.08
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	>85%	86.21	80.63	85.04	84.70
อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	<0.1:1000 OPD visit	0.81	0.6	0.53	0.27
จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด	ลดลง	201	157	146	39
- ด้านพฤติกรรมบริการ		79	71	54	25
- ด้านเทคนิคบริการ		102	67	75	11
- ด้านข้อมูล/ติดต่อสื่อสาร		20	20	18	3

ส่วนการตลาดที่สำคัญ :

- กลุ่มขึ้นทะเบียน (ข้อมูล ณ มีนาคม 2555) จำนวนประชากรทั้งหมด (รวมใน cup และนอก Cup)335,436ราย , สิทธิ UC จำนวน 247,814ราย, ผู้ป่วยประกันสังคม จำนวน 54,962ราย, กลุ่มข้าราชการจำนวน 31,110ราย, สิทธิว่าง รอพิสูจน์สถานะ 801 ราย, สิทธิอื่นๆ 749 ราย

กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ(ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ) :

แบ่งตามสภาวะสุขภาพ

- กลุ่มเจ็บป่วยทั่วไป(ได้รับการบริการที่ดี และการตรวจจากแพทย์ที่รวดเร็ว)
- กลุ่มอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินและกลุ่ม Refer In (สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัยได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ)
- กลุ่มโรคเรื้อรัง (ได้รับการตรวจจากแพทย์และมีระบบนัดต่อเนื่อง, ได้รับข้อมูล/คำแนะนำที่ถูกต้อง)
- กลุ่มมารดาและทารก (ได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ และพยาบาลที่มีความชำนาญตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนเข้าสู่ระยะคลอด และหลังคลอด มีการให้ข้อมูล คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมให้ทารกมีสุขภาพดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์)
- กลุ่มผู้ป่วยเด็ก (การดูแลรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย การให้ข้อมูลที่เพียงพอ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดูแล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดความกังวลของบิดา)
- กลุ่มผู้สูงอายุ(มีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวก รวดเร็ว รอไม่นานการขึ้นทะเบียนและได้รับสิทธิประโยชน์ ได้รับการดูแลเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ)
- กลุ่มผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส (มีช่องทางด่วนเฉพาะการลดปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนพิการ โดยส่งเสริมครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนมีส่วนร่วม จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านในชุมชนให้ปลอดภัย การสนับสนุนทางสังคม)
- พระภิกษุสงฆ์ (มีช่องทางด่วนเฉพาะการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสมณเพศ)

แบ่งตามสิทธิการรักษา

- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรท้องถิ่น (ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์/เทคโนโลยีที่ทันสมัย)
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลุ่มผู้ประกันตน (ได้รับการบริการตามสิทธิประโยชน์ และเสมอภาคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ถูกต้องการบริการที่รวดเร็วมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทางเลือกได้รวดเร็วเหมาะสม)

- ชำระเงินเอง/ประกันชีวิต (ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ครอบคลุม/ได้รับยาที่มีคุณภาพได้รับการอำนวยความสะดวก รวดเร็วในการเขียนใบรับรองแพทย์/ใบประกันชีวิตจากแพทย์)

ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):

- บุคลากรในโรงพยาบาล (มีความสุขในการทำงาน ได้รับการพัฒนา มีความก้าวหน้าในงานขวัญและกำลังใจ การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน สวัสดิการ/ค่าตอบแทนการพิจารณาความดีความชอบที่โปร่งใส, ผู้นำหรือผู้บริหารที่มีความสามารถสถานที่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ ทันสมัย)

- นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน(ต้องการพี่เลี้ยง การสอนและให้คำแนะนำ)

- ญาติ/ผู้รับบริการ/ผู้มาติดต่อ/ประชาชนทั่วไป(การบริการดูญาติมิตร ให้ข้อมูลคำแนะนำที่เป็นประโยชน์/ถูกต้อง การประชาสัมพันธ์ข่าวสารทั่วถึง สถานที่สะอาด สะดวก ปลอดภัย ที่จอดรถเพียงพอ มีอุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย)

- สถานประกอบการภาครัฐเอกชน (บริการตรวจสุขภาพประจำปี มีการออกบริการเชิงรุก แจกผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว)

- ผู้บริหาร(เจ้าหน้าที่ที่มี Service mind ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมโยงระบบงานที่สำคัญ มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ไม่ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน เป็นที่ยอมรับ มีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

- สื่อมวลชน (การให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในการกระจายข่าว การสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ)

- โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต.ในเครือข่าย(การประสานงานรับ - ส่งผู้ป่วยที่ดีและรวดเร็ว มีช่องทางในการติดต่อประสานงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีแพทย์รับปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงมีการเสริมสร้างความเป็นทีมเข้มแข็ง เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการสุขภาพ การให้ความรู้)

- โรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยส่งทำ PCI/ผ่าตัดสมอง (ประสานส่งต่อข้อมูลรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน การประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมก่อนส่งการส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัย)

- องค์กรท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/ภาครัฐ/สมาคมต่างๆ(ได้รับการที่ดี สะดวก รวดเร็ว ได้รับข้อมูล/ข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์เป็น มีอุปกรณ์/เครื่องมือ/เทคโนโลยีที่ทันสมัยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ, มีแพทย์เชี่ยวชาญทุกสาขา)

- บริษัทประกัน(การบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย/การรักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและรวดเร็วค่าใช้จ่ายที่ถูกต้อง)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ:

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตหรือพิการ โดยเฉพาะกลุ่ม Fast Track STEMI, Stroke, Head Injury เน้นความทันเวลาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยได้รับการบริการที่เร่งด่วน รวดเร็วกว่าผู้มารับบริการกลุ่มอื่นเช่น DHF, Asthma, AGE, Febrile convulsion, STEMI, COPD, Stroke hemorrhage, NF, Appendicitis, Fracture (limb) Trauma, PIH, Preterm

- ผู้ป่วยโรคที่สำคัญ(หน่วยบริการในเครือข่ายจัดบริการส่งเสริมและควบคุม ร่วมกับการรักษาและฟื้นฟู ในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ เช่น วัณโรค โรคพยาธิใบไม้ในตับ โรคไข้เลือดออก และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต Sepsis)

- ผู้ป่วย End of Life Care (ต้องการการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และการตอบสนองความต้องการก่อนเสียชีวิต)

กระบวนการ: ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

วิธีการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการ :

- มีการพัฒนาระบบการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล คือ ปรับปรุงและเพิ่มจุดรับข้อเสนอแนะความคิดเห็นจากผู้รับบริการ ในทุกจุดบริการ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์เสียงตาม

สาย แจ้งให้ผู้มารับบริการทราบว่า สามารถเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลผ่านช่องทางกรับเรื่องร้องเรียน/เสียงสะท้อนโดยมาแจ้งด้วยตัวเอง ทางจดหมายทางโทรศัพท์หรือทางตู้รับความคิดเห็นที่ติดไว้ตามจุดบริการ (30 ตู้) และมีสายด่วนถึงผู้อำนวยการ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการร้องเรียนออกนอกโรงพยาบาลผ่านสื่อ/Social online ซึ่งบทเรียนที่ผ่านมามีการลงข้อมูล/รูปภาพที่ไม่เหมาะสมโดยไม่ได้อุญาต หรือเมื่อได้รับบริการที่ไม่พึงพอใจ ประทับใจจะมีการ post แสดงความคิดเห็นที่เป็นเชิงลบผ่านทาง face book

- มีการนำข้อมูลเสียงสะท้อน/ข้อเสนอแนะจากการทำแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการมาวิเคราะห์และปรับปรุงในแต่ละช่วงเวลา

- การรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนผ่านที่ประชุมประชาชน อสม.และการเข้าไปทำกิจกรรมในชุมชนทุกแห่ง

การปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ :

- จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกแผนก ในปี 2556 (เม.ย. – มิ.ย.) คะแนนความพึงพอใจต่ำสุดที่ OPD นอกเวลา = 76.24% ลดลงจากปี 2555 (85.40%) พบว่าเป็นเรื่องของการรอตรวจนาน แพทย์ไม่เพียงพอ การปรับปรุงแก้ไข จัดพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน ประจำห้องตรวจ จากเดิมมีพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 : 1 บางครั้งมีการทำ Treatment เจาะเลือด/ฉีดยาเด็ก ซึ่งต้องใช้คนมากกว่า 1 คน ในการช่วยทำหัตถการ อาจเกิดความล่าช้าในการรอตรวจ และขยายเวลาการให้บริการ OPD นอกเวลาในวันหยุดราชการเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงเช้า และช่วงเย็น

- การนำข้อร้องเรียนเรื่องความไม่สะดวกในการรอรับบริการในเวลาราชการที่แผนกทันตกรรมมาปรับปรุงระบบบริการโดยการเพิ่มคลินิกนอกเวลา เนื่องจากในเวลาราชการปริมาณผู้รับบริการทางทันตกรรมในแต่ละวันมีจำนวนมาก จำเป็นต้องจำกัดจำนวนคนไข้แต่ละวัน และลักษณะงานที่ให้บริการไม่สามารถทำแบบ complete case ได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา แต่ถ้าเป็นคลินิกนอกเวลาสามารถให้การรักษแบบ complete case ได้ อีกทั้งมีผู้รับบริการที่ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ เช่น นักเรียนนักศึกษา ข้าราชการ ผู้ที่ต้องทำงานอยู่ในเวลาราชการจำนวนมาก นับตั้งแต่เริ่มจัดให้มีบริการทันตกรรมนอกเวลาราชการ พบว่าผลตอบรับจากผู้รับบริการดีมาก วัตถุประสงค์แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ได้มากกว่า 90%พึงพอใจมากจากความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากสามารถโทรนัดล่วงหน้าได้ มีบริการคั้นบัตรให้ผู้รับบริการไม่ต้องลงงาน ไม่ต้องขาดเรียน นอกจากนี้ยังได้รับการตอบรับจากผู้รับบริการที่ต้องชำระค่าใช้จ่ายเองมากพอสมควร เนื่องจากอัตราค่าบริการจะถูกกว่าคลินิกเอกชน แต่ได้รับความสะดวกมากกว่าที่มากอวยคิวในเวลาราชการ

วิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน :

- มีการกำหนดช่องทางการติดต่อ กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งเป้าหมายการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 ประเด็น คือ สนองความคาดหวัง และสร้างความประทับใจ

กลุ่มผู้รับบริการ	-ประเมินความพึงพอใจ IP/OP voice นำข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไข -ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆเช่น หอบหืด เบาหวาน -จัดทำสื่อต่างๆเช่น บอร์ด วารสาร ให้ข้อมูลข่าวสาร TV การศึกษา
ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย	-มีการประชุม เช่น คปสอ./สสอ. เพื่อประชุมพัฒนางานทุกเดือน -มีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมในชุมชน -อบรมให้ความรู้ อสม./กลุ่มเป้าหมายเช่นสายใยรัก -ประชุมวิชาการ เช่น NCPR, DHFประชุมระบบพัฒนาการส่งต่อ
หน่วยงานนอโรงพยาบาล	-ประชุมชี้แจงการทำงานร่วมกัน เช่น พมจ. และสังคมสงเคราะห์ เรื่อง OSCC -มีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมในชุมชน -ให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้วิชาการแก่ อสม.กลุ่มเป้าหมายเช่นสายใยรัก

การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน :

การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- บุคลากรให้บริการอย่างเป็นมิตร เน้นการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเช่น วัณโรค เอชส์ การตอบสนองที่ไม่ขัดต่อการรักษาเช่น การประกอบพิธีทางศาสนาที่หอผู้ป่วย
- การจัดจุดรับบัตรคิวและคัดกรองเบื้องต้นที่ OPD เพื่อแยกกลุ่มฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและมีการซักประวัติกลุ่มเสี่ยงเพื่อจัดคิวให้พบแพทย์ก่อนกรณีนัดตรวจเลือด /X-Ray จะส่งไปเจาะเลือดก่อนพบแพทย์เพื่อจะได้รวดเร็วขึ้น
- การสร้างสุขและคุณค่าระหว่างรอรับบริการ เช่น กำหนดเวลาแพทย์ออกตรวจ มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างรอตรวจ พร้อมสื่อสารความเข้าใจที่ถูกต้องในขั้นตอนการบริการแก่ผู้รับบริการ
- การให้ข้อมูลผู้รับบริการระหว่างรอคอยเกี่ยวกับขั้นตอนระบบบริการ และกรณีล่าช้าจากแพทย์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบสถานการณ์
- การประกันเวลารอผลเลือดและประกันเวลารอรับยา เพื่อผู้ป่วยจะได้ทราบเวลาการรอคอยที่ชัดเจน
- การให้คำแนะนำเมื่อแรกรับ และก่อนกลับบ้านทุกรายกรณีนอนโรงพยาบาล

ช่องทางการค้นหาข้อมูล:

- ผู้รับบริการสอบถามข้อมูลได้จากเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ทั้งในด้านการสอบถามข้อมูลต่างๆ การประสานงานกับทุกจุดบริการ และด้านการบริการทุกรูปแบบได้รับคำชื่นชมจากผู้รับบริการเป็นอย่างมาก

ช่องทางการเข้ารับบริการ:

- โรงพยาบาลจัดระบบการประชาสัมพันธ์การบริการไว้หลายช่องทาง ได้แก่ ป้ายประกาศ เสียงตามสาย และจุดบริการประชาสัมพันธ์ ซึ่งผู้รับบริการสามารถสอบถามและเข้าใช้บริการได้ตามช่องทางที่สะดวก
- มีระบบนัด/เลื่อนนัดทางโทรศัพท์เช่น ทันตกรรม, ระบบ One Stop Service
- ช่องทางการเข้ารับบริการปกติ ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่วมกับ รพสต.เพิ่มช่องทางเข้ารับบริการคลินิกต่าง ๆ ที่ รพสต. เช่น โรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์ที่ปรึกษาประจำโซน การขยายบริการ EMS, FR ร่วมกับ อปท. การขยายบริการคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกโรคไต คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกพัฒนาการเด็ก และจิตเวช

ช่องทางการร้องเรียน :

- จัดหน่วยบริการรับเรื่องร้องเรียนไว้ในหลายช่องทาง ได้แก่ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ผู้รับความคิดเห็น ทางโทรศัพท์ ทางจุดประชาสัมพันธ์ ทางจดหมาย ทางโทรสาร และผู้อำนวยการ เป็นต้นซึ่งข้อร้องเรียนจากช่องทางทั้งหมดนี้ จะได้รับการดำเนินการตามระดับความรุนแรงของเรื่องร้องเรียน และถูกรายงานเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม:

ลักษณะการร้องเรียน	2555	2556	2557	2558 (ต.ค-มี.ค.)
1. ข้อเสนอแนะจากผู้รับความคิดเห็น	182	141	136	29
2. ร้องเรียนทางจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล	4	1	2	-
3. ร้องเรียนทางโทรศัพท์	3	4	1	2
4. ร้องเรียนจากภายนอกโรงพยาบาล	2	3	2	1
5. ร้องเรียนขณะมารับบริการเนื่องจากไม่พึงพอใจระบบบริการ	10	8	5	7

- พบว่าข้อร้องเรียนจากผู้แสดงความคิดเห็นในปี 2558 ลดลงจากปี 2557 มากกว่า 70% ทำให้ภาพรวมข้อร้องเรียนในปี 2558 ก็ลดลงตามไปด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลอาจเนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางการร้องเรียนที่สะดวกรวดเร็วกว่าการเขียนกระดาษหย่อนใส่ตู้ และจากภาพรวมของข้อร้องเรียนที่ลดลงยังไม่สามารถวัดได้ถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อระบบบริการของโรงพยาบาล ซึ่งในทีม 2558 ทีมมีการกลั่นกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากผู้รับความคิดเห็นก่อนมีการ feed back ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ยกเว้นได้มีการรับฟังข้อมูลโดยตรงทางวาจา หรือทางโทรศัพท์ จึงสามารถวิเคราะห์น้ำหนักของข้อมูลนั้นๆ ได้ เนื่องจากมีการคำนึงถึงขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

- ข้อร้องเรียนขณะมารับบริการเนื่องจากไม่พึงพอใจระบบบริการ (แจ้งด้วยตนเอง) ยังพบได้สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของพฤติกรรมบริการ และเทคนิคบริการ จะมีการประสานกับหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง และรวบรวมรายงานให้ผู้บริหารรับทราบ

ข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน :

- โรงพยาบาลมีแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนที่เป็นระบบ โดยมีทีมผู้ประสานความเสี่ยง/ทีมใกล้เคียง เป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบช่องทางการร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ กรณีมีข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ จะมีการ feed back ไปยังหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการตรวจสอบข้อเท็จจริง และสรุปผลให้กับผู้ประสานความเสี่ยง เพื่อรวบรวมข้อมูลรายงานให้ผู้บริหารรับทราบ มีการติดตามการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากข้อร้องเรียน ให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วันมีการนำข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น จากการรับข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ มาปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

- กรณีมีเหตุการณ์ที่รุนแรงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ผู้บริหารและทีมผู้ประสานความเสี่ยงจะลงไปประเมินสถานการณ์ และช่วยจัดการแก้ไขปัญหาให้ทันที เพื่อลดระดับความรุนแรง

การประเมินความพึงพอใจ :

ความครอบคลุมในการรับ prompt actionable feedback :

- โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการกำหนดวิธีการสำรวจโดยกลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และชุมชน โดยกำหนดเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. รูปแบบของการวัดความพึงพอใจให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดย
 - กำหนดรูปแบบเครื่องมือในการสำรวจความพึงพอใจ เพื่อให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมประเด็นสำคัญ
 - กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการสำรวจ เพื่อให้เหมาะสมตามหลักการทางสถิติกำหนดวิธีการที่ชัดเจนในการเก็บข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความ Bias ของข้อมูล

2. ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ

3. ประเมินและวิเคราะห์ผลการวัดความพึงพอใจ เสนอต่อฝ่ายบริหาร

4. นำผลการประเมินและวิเคราะห์การวัดความพึงพอใจ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาจัดลำดับความสำคัญและปรับปรุงการดำเนินการ

- โรงพยาบาลยังได้รับการประเมินความพึงพอใจโดยหน่วยงานภายนอก คือ สำนักงานสถิติจังหวัดชัยนาทในการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการของการปฏิบัติงานภาครัฐ ของ จังหวัดชัยนาท เป็นประจำทุกปี

- กรณีผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจมาก เสี่ยงต่อการฟ้องร้องนั้น หัวหน้างานแจ้งหัวหน้าตึกและประสานทีมใกล้เคียง เน้นการดักจับความไม่พึงพอใจและใกล้เคียงให้สงบโดยเร็ว และสามารถส่งต่อไปยังทีมใกล้เคียงกลางและสูงได้ตามความเหมาะสม ความรุนแรง ความเร่งด่วนของเรื่องนั้น ผลคือลดความกังวลของญาติได้ระดับหนึ่ง

- แนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

ข้อมูลความพึงพอใจ	ปัญหา/ความคาดหวัง	การดำเนินการ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	-รอนาน -พฤติกรรมบริการ -ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ -ที่จอดรถไม่เพียงพอ	-ปรับเวลาการออกตรวจของแพทย์ -ลดขั้นตอนการบริการ -One Stop Service -ปรับพฤติกรรมบริการ -เพิ่มป้ายประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร -จัดระเบียบสถานที่จอดรถ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	-บริการที่มีคุณภาพ -ได้รับข้อมูลการดูแลรักษา	-พัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยในและ ขั้นตอนการบริการห้องพิเศษ -ปรับปรุงการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-ต้องการความรวดเร็วในการได้รับ การตรวจจากแพทย์ -ได้รับข้อมูลเพียงพอ	-ปรับปรุงจุดคัดกรอง -พัฒนา Fast track -ปรับปรุงการให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการ ตัดสินใจรับการรักษา ให้ผู้ป่วย/ญาติมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว การนัดมาตรวจ -พัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน
ความพึงพอใจของชุมชน	-ความมั่นใจในการดูแลรักษา รักษา ต่อเนื่องที่ รพ.สต. -มีทีมสุขภาพให้คำปรึกษา ลงเยี่ยม ดูแลเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่	-แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยการ บริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอ (DHS) โดยเชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นที่มี คุณภาพ โดยใช้ SRM เป็นเครื่องมือใน การทำแผนพัฒนา เน้นโรคเรื้อรัง สร้าง ความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น:

- ข้อร้องเรียนที่พบบ่อยคือ ความล่าช้า ระยะเวลารอคอยนาน เนื่องจากผู้รับบริการที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้ระยะเวลารอคอยนานขึ้น ผู้บริหารจึงมีนโยบายที่ตอบสนอง คือ ปรับเปลี่ยนป้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการบริการถูกช่องทาง ลดขั้นตอนการบริการ ลดระยะรอคอย มีการให้บริการเป็นแบบ One StopService เช่น การให้บริการฝากครรภ์ คุณภาพ คลินิกโรคเลือดจาง คลินิกหอบหืด มีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ เช่นการตรวจ การรับยา การตรวจLab
- จากปัญหามีข้อร้องเรียนเรื่องการรอรับยานานในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทำให้มีการปรับปรุงเพิ่มห้องยาที่คลินิก Rush Hour เพื่อจัดระบบเป็น One Stop Service
- มีการคัดกรองแยกผู้ป่วยระหว่างโรคติดต่อ-ไม่ติดต่อ
- การปรับระบบการตรวจสุขภาพเชิงรุก จากเดิมระยะเวลาในการรอแพทย์อ่านผลตรวจครบทั้งหน่วยงาน ประมาณ 7 วัน หลังมีแพทย์นิติเวชมา 1 คน มอบหมายให้รับผิดชอบอ่านผลการตรวจสุขภาพทุกวัน ช่วยลดระยะเวลาการอ่านผลจาก 7 วัน เป็น 3 วัน
- การจัดระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ เช่น คลินิกเบาหวาน, คลินิกไตวายเรื้อรัง, คลินิกสุขภาพเด็กดี, คลินิก Astma, คลินิก Thalassemia

สิทธิผู้ป่วย

บทเรียนในการสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกรายในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนในธรรมนูญองค์กร พร้อมติดประกาศสิทธิผู้ป่วยในทุกหน่วยงานบริการ
- ย้ายห้องตรวจสอบสิทธิ์เดิมมาอยู่ที่ห้องบัตร เพื่อลดขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิ์ มีการแยกศูนย์ประกันมาบริเวณอาคารผู้ป่วยนอกเก่า พร้อมจัดห้องให้เป็นสัดส่วนมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและติดต่อสอบถามหรือร้องเรียนเรื่องสิทธิการรักษา
- มีการเปิดตู้รับความคิดเห็นทุกวันหรือเมื่อมีใบร้องเรียน และหาโอกาสพัฒนาให้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
- มีการปรับปรุงแบบฟอร์มยินยอมก่อนทำหัตถการที่สำคัญและให้ปฏิบัติทุกจุดบริการเน้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจน
- มีการจัดทำบัตรป้ายชื่อเจ้าหน้าที่ใหม่ก่อนประจำการเสนอผ่านผู้อำนวยการเซ็นทุกรายและเน้นการคล้องป้ายชื่อทุกระดับ
- มีเวทีเรื่องการดูแลด้วยหัวใจ เรื่องเล่าเร้าพลังถึงการทำงานในการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของโรงพยาบาล:

- จากกรณีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและมีภาวะวิกฤติ ทีมดูแลรักษาได้ตัดสินใจส่งผู้ป่วยผ่าตัดด่วนเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นอันดับแรก โดยมีการแจ้งข้อมูลแก่ญาติเมื่อญาติมาถึง บทเรียนที่ได้คือทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันที กรณีที่ญาติยังไม่มาหรือไม่มาญาติ จึงไม่ต้องรอการตัดสินใจจากญาติ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากที่สุด
- การเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาความลับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจและรายงานผล HIV เนื่องจากพบว่าการรายงานผล HIV ใน HOSxP ไม่ได้ถูกปกปิด จึงมีการประสาน IM ในการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยใน HOSxP โดยยกเลิกการใช้ user & password ของหน่วยงาน ให้ใช้ user & password ในการเข้าถึง HOSxP และให้ตรวจสอบการรายงานผล HIV ในระบบ Rax Check point เนื่องจากใน HOSxP จะแสดงข้อมูลปกปิด
- จากการทบทวนข้อร้องเรียนที่เป็นประเด็นสำคัญของพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารและให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- จากปัญหาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการให้ญาติลงนามไม่ยินยอมให้ CPR ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยขาดการสื่อสารการให้ข้อมูลที่เพียงพอ ปี 2556 ทีมผู้ดูแลมีการบูรณาการแนวคิดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ ภายใต้หลักจริยธรรมและการปฏิบัติที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยมีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากยิ่งขึ้น
- มีเหตุการณ์ผู้ป่วย CA neck ระยะสุดท้ายเสียชีวิตที่ OPD เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลจะมีรถของ รพ.สต./ผู้นำชุมชน มาส่งแล้วมารับกลับ หรือบางครั้งผู้ป่วยมาด้วยตัวเอง ครั้งสุดท้ายมาโรงพยาบาลเพื่อมาทำแผล Tracheostomy และเปลี่ยนสาย NG ขณะรอทำหัตถการอยู่บนรถนอน พบว่าผู้ป่วยซึมเรียกไม่รู้สีกตัว หายใจ Air hunger ในขณะนั้นไม่มีผู้นำส่ง แพทย์ผู้ดูแลจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ จัดสถานที่เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสงบ จากเหตุการณ์นี้จึงนำมาทบทวนในประเด็นการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ OPD โดยให้ส่งผู้ป่วยในกรณีนี้เข้าสู่ระยะสุดท้าย ญาติยอมรับได้ไป manage ที่ ER

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ):

- จากการทบทวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ) พบว่าส่วนใหญ่จะมีญาติมาดูแลตลอดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและพยากรณ์โรคเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกญาติทอดทิ้ง/ไม่มีญาติ ทีมผู้ดูแลจะมีการประสานนักสังคมสงเคราะห์และ รพ.สต./รพช. ในเครือข่ายให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลที่บ้าน ส่วน

ด้านค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตที่จำเป็นจะประสานกับ อปท./พมจ.ให้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลให้การช่วยเหลือทั้งในส่วนภาครัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนร่วมกันภายในจังหวัด

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกมัด :

-จากการทบทวนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความจำเป็นต้องผูกมัด ผูกยึด พบว่าญาติผู้ป่วยบางรายแต่ยังไม่เข้าใจเหตุผล มีการปลดผ้าที่ใช้ผูกมัด โดยไม่แจ้งให้ทราบ ดังนั้นทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องทบทวนการให้ข้อมูลและขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย รวมทั้งขอการตัดสินใจกับญาติผู้ป่วยในกรณีจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยแต่ละราย

- จากปัญหาผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด, ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ มีการทำนวัตกรรมลงนามสำหรับสวมมือผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงสายต่างๆ โดยหุ้มผ้าป้องกันการกระคายเคือง และสอนญาติให้มีส่วนร่วมในการนำนวัตกรรมไปใช้ที่บ้าน

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การปรับปรุงการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ติดต่o ประเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูลป้อนกลับ:

- การปรับระบบบริการด้านหน้า มีแพทย์ออกตรวจตามเวลา มีOPD นอกเวลา (แพทย์ ทัศนกรรม)
 - มีระบบการติดตามข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจ เสนอผู้บริหารรับทราบ เพื่อวางแผนการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง กรณีมีข้อเสนอแนะจากผู้รับความคิดเห็นจะมีการออกไปโอกาสพัฒนาทุกใบเสนอผ่านผู้บริหารรับทราบ และส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวนระบบการให้บริการทุกครั้ง

- นอกจากการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการแล้ว มีการประชาสัมพันธ์ช่องทางต่างๆให้ผู้มารับบริการทราบ เพื่อเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ยังมีการติดต่อกลับไปยังผู้ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และยังช่วยเพิ่มความประทับใจ ลดความไม่พึงพอใจลงได้ เนื่องจากมีการรับฟังความคิดเห็นอย่างตั้งใจ อธิบายเหตุผลเพิ่มเติม เกิดการสื่อสาร 2 ทาง ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น

- ในหอผู้ป่วยมีการปรับปรุงเพิ่มเติมวิธีการประเมินความพึงพอใจจากผู้มารับบริการ จากบทเรียนที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยและญาติมักไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นในเรื่องการบริการขณะพักรักษาตัวอยู่ เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อตนเอง หอผู้ป่วยจึงใช้วิธีการ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยกลับไปแล้ว ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานมากขึ้นอีกทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีอีกด้วย วิธีนี้ยังช่วยติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สามารถให้คำแนะนำเพิ่มเติมได้ทันที และประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

การปรับปรุงเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย :

- ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนาใดการให้การรักษาก็เท่าเทียมกันและในกลุ่มที่เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตจะได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็นทันที ซึ่งสิทธิผู้ป่วยนี้ทีมดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องได้นำไปดำเนินการสานต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิผู้ป่วย เช่น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดที่เร่งด่วน ทีมสุขภาพจะให้การช่วยเหลือในทันที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
---------	-------	-------------------------------------

<p>11.การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT, การรับฟังกลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการโดยตรง 	<p>3.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มช่องทางการรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการทุกกลุ่ม
<p>12.การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อการจัดการคำร้องเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความโดดเด่น เช่น มีช่องทางติดต่อที่หลากหลาย, การตอบสนองข้อร้องเรียนในเชิงสร้างสรรค์, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการแก่สาธารณะ 	<p>4.0</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความสัมพันธ์ให้ครบทุกกลุ่ม - เพิ่มข้อมูลด้านสุขภาพใน Website ของรพ.เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถสืบค้นข้อมูลและนำไปใช้ได้
<p>13.การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ, มีการปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจ 	<p>3.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - นำผลการประเมินความพึงพอใจ มาพัฒนา และปรับระบบการบริการให้ดียิ่งขึ้น
<p>14.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีกระบวนการทำให้บุคลากรมีเจตคติที่ดีในเรื่องสิทธิผู้ป่วย, มีการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงระบบงาน 	<p>3.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนารูปแบบการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ เช่น การทำ Focus Group การสอบถามในชุมชน เป็นต้น - พัฒนาระบบติดตามเสียงสะท้อนหลังเข้ารับบริการทันทีโดยเน้นในบางกลุ่มที่สำคัญก่อน
<p>15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ผูกยึด)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม - มีความโดดเด่น เช่น ให้การดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวหรือประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพโดยตรง 	<p>3.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินผลการเข้าถึงช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส - การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : การบริหาร บริการ การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค. - มิ.ย.)
ระบบหยุดทำงานนานกว่า 30 นาที (ครั้ง)	0	0	0	2	1
ผ่านข้อตกลงระดับบริการ (SLA)	100%	-	-	-	73.81
อุบัติการณ์ความลับถูกเปิดเผย(ครั้ง)	0	0	0	0	0
จำนวนผลงานพัฒนาคุณภาพ	1 เรื่อง/ 1หน่วยงาน	21 เรื่อง	21 เรื่อง	44 เรื่อง	57 เรื่อง

บริบท:

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาล 367 เตียง มีงานศูนย์คอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยี ในการรับผิดชอบพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดูแลระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย ซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ ผูกอบรวมการใช้โปรแกรมต่าง ๆ และการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์กับทุกหน่วยงานตามความเหมาะสม ทบทวนการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่และตรวจสอบข้อมูลว่าบันทึกถูกต้องหรือไม่ บริการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ ให้บริการระบบอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ต ให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการทำงานแบบราบรื่น โดยมีเป้าหมายพัฒนาศูนย์คอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยี ให้บริการหน่วยงานของโรงพยาบาลได้รับบริการอย่างทันเวลา พร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมงทันสมัยและปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

กระบวนการ : กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. วางแผนยุทธศาสตร์แผนการพัฒนาและออกแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	- ข้อมูลสารสนเทศมีคุณภาพสามารถนำมาใช้ในการบริหาร บริการ และพัฒนาคุณภาพได้ - พัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องระบบ Data center	- ร้อยละของข้อมูล 43 แฟ้มที่มี ความถูกต้อง
2. กำหนดมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลทั้งทางด้าน Hardware, Software, People ware เพื่อให้มีทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร	- กำหนดมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ทั้งทางด้าน Hardware, Software, People ware, Network เพื่อให้ระบบสารสนเทศสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- ร้อยละของคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพดี
3. วางแผนการพัฒนาทักษะด้านไอทีของบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งผู้บริหารจัดการผู้ดูแลระบบ และผู้ใช้อุปกรณ์สารสนเทศ	- บุคลากรที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม	- ร้อยละของบุคลากรสารสนเทศ ได้รับการอบรมอย่างน้อย 1 เรื่อง /คน / ปี - ร้อยละของเจ้าหน้าที่ทั่วไปได้รับการอบรม 1 ครั้ง / คน / 5 ปี

กระบวนการ: กระบวนการสำคัญ (Key Process)(ต่อ)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
4. วางแผนรองรับภัยพิบัติระบบสารสนเทศล่มแนวทางการแก้ไขปัญหา	- มีแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหากรณีระบบเครือข่ายล่ม	- ระบบหยุดทำงานนานกว่า 30 นาที (ครั้ง) - มีแผนการทำงานกรณีระบบสารสนเทศไม่สามารถใช้งานได้ (BCP)
5. กำหนดนโยบายการบริหารเวชระเบียน พัฒนาคุณภาพ ประเมิน ทบทวน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	- การลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ - เพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ - มีข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องประเมินผลคุณภาพการรักษาได้	- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - ค่า CMI
6. การรักษาความปลอดภัย ความลับ และการสำรองข้อมูล	- ข้อมูลมีความปลอดภัยและมีระบบสำรองข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	- อุบัติการณ์ข้อมูลที่เป็นความลับถูกเปิดเผย - การสำรองข้อมูล(back up) 1 ครั้ง/วัน
7. บริการข้อมูลข่าวสารและเผยแพร่ข้อมูลทาง website ของโรงพยาบาล	- มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเฉพาะบุคคล - การเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารที่รวดเร็วทันสมัย - เจ้าหน้าที่รับทราบข้อมูล ข่าวสารที่เผยแพร่ทาง website	- จำนวนครั้งของการเข้าถึงบริการข้อมูล ข่าวสารใน website โรงพยาบาล

ความท้าทายความเสี่ยงสำคัญ :

- พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาองค์กร ให้มีความถูกต้อง ปลอดภัย และรวดเร็ว
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร
- ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์
- พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวัดผลงาน :

กลุ่มตัวชี้วัดที่มี alignment ทั่วทั้งองค์กร :

- องค์กรเลือกรวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศ/ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวมติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร
- โรงพยาบาลได้กำหนดความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้รับบริการและการสร้างสุขภาพ เป็นจุดเน้นในการพัฒนา ดังนั้น ทุกหน่วยงานจะมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการพลัดตกหกล้ม อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านความพึงพอใจ ได้แก่ ร้อยละความพึงพอใจของแต่ละหน่วยงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ร้อยละการใช้เครื่องป้องกันถูกต้อง ร้อยละการล้างมือถูกต้อง ร้อยละการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ เป็นต้น

ตัวอย่างการตัดสินใจ/นวัตกรรมที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด :

- ปี 2557 พบอุบัติการณ์การแก้ไขปัญหาล่าช้า ได้แก่ ใช้เวลาแก้ปัญหาระบบเครือข่ายล่ม 3 ชม. 2 ครั้ง จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าเกิดจากการเชื่อมต่อของระบบเครือข่ายหลายจุด ทำให้ยากต่อการตรวจสอบและแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา จึงได้ทำการแก้ไขการเชื่อมต่อของระบบเครือข่ายเหลือการเชื่อมต่อหลัก 4 จุด ปี 2558 ยังมีการแก้ปัญหาเครือข่ายที่ล่าช้า ได้แก่ ใช้เวลาแก้ปัญหาระบบเครือข่ายล่ม 30 นาที 1 ครั้ง จากการวิเคราะห์เกิดจากความล่าช้าในการให้บริการ จึงได้มีการกำหนดข้อตกลงระดับบริการ (SLA) ประกาศใช้เมื่อ เดือนเมษายน 2558 กำหนดได้ปัญหาในระบบเครือข่ายต้องแก้ไขได้ภายในเวลา 15 นาทีหลังจากการประกาศข้อตกลงระดับบริการ การแก้ไขปัญหาใช้เวลา 5 นาที

- ปี 2553 - 2554 มีการทบทวนเรื่อง pain ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล เนื่องจากพบปัญหาความเจ็บปวดมีผลต่อการกินอาหาร และการกำจัดเสมหะในช่องปากและคอ การปรับปรุง ร่วมกับหน่วยงานวิสัญญีจัดทำแนวทางการลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดให้น้อยที่สุด โดยระหว่างผ่าตัดทางวิสัญญีจะใช้ fentanyl เป็น pre-med ก่อนดมยาซึ่งสามารถลดอาการปวดและการคลื่นไส้หลังการผ่าตัดได้ และแพทย์ผู้ผ่าตัดจะให้ยาชา (1%xylocaine) ฉีดบริเวณรอยแผลหลังการผ่าตัดแล้วเสร็จอีกครั้งเพื่อช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น การดูแลหลังผ่าตัดมีนวัตกรรมประคบเย็นลดปวด เป็นถุง Cold jelly pack ประคบบริเวณลำคอด้านหน้าใต้คาง จากการติดตามพบว่าช่วยทุเลาอาการปวดในผู้ป่วยได้ดีและให้มีการประเมิน pain score ทุกราย โดยให้รายงานแพทย์กรณีที่มี pain score มากกว่า 5 เพื่อให้การรักษาบรรเทาปวดอย่างเหมาะสม มีการเพิ่มการเก็บตัวชี้วัดเรื่องระดับความเจ็บปวดโดยเริ่มเก็บข้อมูลในปี 2553 ผลลัพธ์ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความปวดน้อยกว่า 5 (เป้าหมาย >80%) ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงแรก pain score น้อยกว่า 5 = 100%, ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในช่วง 24 - 48 ชม. pain score น้อยกว่า 3 = 94.3%

ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- ทีมนำองค์กร ทีมคร่อมสายงาน และหน่วยงานใช้ข้อมูลการประมวลผลจากโปรแกรม HOSxP เป็นข้อมูลอ้างอิงในการนำไปใช้วางแผนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการ การวิเคราะห์เงินการคลัง การปรับปรุงบริการในการดูแลผู้ป่วย การจัดทำรายงานในปี 2556 กลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป ได้ร่วมกันจัดทำข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบ โดยมีคณะกรรมการ KM&IT ซึ่งเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลร่วมประชุมพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด เพื่อใช้เปรียบเทียบ (Benchmark) มีการเอาตัวชี้วัดจากภายนอกมากำหนดเป้าหมายเช่น อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ Teenage pregnancy เป็นต้น

การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง performance ขององค์กร

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล performance ขององค์กรในรอบปีที่ผ่านมา :

- มีการรายงานผลตัวชี้วัดทางคลินิกให้กรรมการบริหารทุกเดือน และมีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย ทีมคร่อมสายงาน/หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ติดเชื้อโรงพยาบาลทุกเดือน

ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง Performance ขององค์กร :

- โรงพยาบาลได้มุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลการให้บริการแต่ละครั้งให้ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อที่สามารถเรียกมาวิเคราะห์เป็นข้อมูล 18 แฟ้มหรือ 21 แฟ้มในอนาคต ให้ได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามมาตรฐานของ สนย. และ สปสช. ปรับปรุงระบบการลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบให้ครอบคลุม ลดจำนวนประชาชนสิทธิว่าง นอกจากนี้มีการปรับปรุง โครงสร้างการบริหาร สำนวจความพึงพอใจ ปรับปรุงระบบการรายงานโรคติดเชื้อ รายงานความเสี่ยง ระบบการดูแลผู้ป่วย การเงิน เป็นต้น

การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ :

IT module ที่มีใช้งานอยู่ในปัจจุบัน:

- ด้าน Hardware ได้มีการสำรวจความพร้อมและให้หน่วยงานต่างๆได้แสดงความต้องการอุปกรณ์ด้านไอที ที่เกี่ยวข้องกับงานประจำของตนเองในทศวรรษของการจัดสรรงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาล
- สร้างระบบเครือข่ายสายสัญญาณหลัก (Backbone of Network) ด้วยสายใยแก้วนำแสง(Optic fiber) เพื่อเป็นการรับประกันความสามารถในการรองรับข้อมูลที่มีการรับส่ง สื่อสารในระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลและมีความเสถียรที่ดีกว่าระบบเดิมที่เป็นสายเกลียวคู่ UTP Cat.5
- ระบบงานบริการผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HOSxP โดยได้ทำการใช้งานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 โมดูลที่สำคัญที่ได้เริ่มขึ้นคือระบบการเชื่อมกับระบบห้องปฏิบัติการ (LIS) ในปี 2553 ปัจจุบันโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรได้ใช้งานในโมดูลต่างๆของโปรแกรมทุกโมดูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผู้ป่วย มีการปรับเวอร์ชันของโปรแกรมให้เป็นปัจจุบันเสมอเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของมาตรฐานเพิ่มข้อมูลของกระทรวงที่ต้องส่งออกทุกเดือนให้กับสปสช. (ปัจจุบันมี43 แฟ้ม มาตรฐาน)
- ระบบเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานและองค์กรผ่านระบบเครือข่ายIntranet ภายในโรงพยาบาล
- ระบบการให้คำปรึกษาทางไกลระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่ายของอำเภอ/จังหวัดผ่านทางLine
- ให้บริการInternet ชนิดไร้สาย (Wireless LAN) กับบุคลากรของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งองค์กรและบริเวณบ้านพักของเจ้าหน้าที่
- ระบบการตรวจสอบ/จองห้องประชุม
- ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้งาน ตลอด 24 ชั่วโมงแบบ Real time คือสามารถリモทหน้าจอเครื่องลูกข่ายในโรงพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำ/แก้ไขปัญหาให้ทันทีที่มีการแจ้งเข้ามาที่ศูนย์คอมพิวเตอร์โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์คอมพิวเตอร์เดินทางไปที่หน้างาน
- ระบบ Report Request มีการเปิดช่องทางให้เจ้าหน้าที่สามารถขอรายงานสถิติต่างๆ ที่จำเป็นในการประเมิน พัฒนาระบบงานของตนเองจากฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล
- จัดหาเครื่อง High speed scanner ติดตั้งที่งานเวชระเบียนเพื่อสแกนแฟ้มผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย
- สร้างโปรแกรมสนับสนุนระบบงานโดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล เช่นระบบงานการให้บริการของศูนย์เคมีบำบัด, ระบบ Refer ผู้ป่วยในจังหวัด, ระบบทะเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต, ระบบงานการให้บริการของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา,ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง, การตรวจสอบสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่
- การจัดทำโพลสนับสนุนการแข่งขัน/ประกวด หรือโหวตคะแนนเสียงในกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาลเช่น ประกวดบุคลากรดีเด่น ประกวดนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เป็นต้น
- ให้สถานพยาบาลระดับรองในเขตอำเภอเมือง สามารถส่งตรวจผู้ป่วยล่วงหน้าผ่านทางอินเทอร์เน็ต ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล (www.chainathospital.org) กรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยมาทำการเจาะเลือดหรือส่งตรวจอื่นๆ เพื่อการวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการมารับบริการของผู้ป่วยและให้เกิดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการรักษาภายในเครือข่ายสถานพยาบาล
- จัดทำระบบการกำหนดสิทธิ์การใช้งานโปรแกรมต่างๆของโรงพยาบาล (Authentication) ความสามารถในการเข้าถึงฐานข้อมูลในระดับต่าง ๆ เพื่อเป็นการประกันความปลอดภัยของข้อมูลบางอย่างที่เป็นความลับ
- จัดทำสถิติกิจกรรมหลักต่างๆของการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งค่า KPI ของโรงพยาบาลทางหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาล อาทิเช่น สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก/ในต่อวัน, จำนวนวันนอน, อัตราครองเตียง, สาเหตุการป่วย/เสียชีวิตต่าง ๆ เป็นรายเดือน/รายไตรมาสและรายปี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปวิเคราะห์ประเมิน และวางแผนการพัฒนางานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- ร่วมประเมินสมรรถนะความรู้พื้นฐานด้านไอทีของบุคลากรเมื่อมีการสอบแข่งขันคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานใหม่ในโรงพยาบาล

IT moduleที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนที่จะพัฒนาในอนาคต :

- กำลังดำเนินการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในจังหวัด (Datacenter) ของจังหวัดชัยนาท

- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใน Data center โดยเริ่มการตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม
- พัฒนาโปรแกรม และสนับสนุนโรงพยาบาลเกี่ยวกับระบบการเงินการคลังให้สามารถเรียกเก็บเงินได้ครบถ้วน ทันเวลา
- ประยุกต์ใช้ไอทีเพื่อลดความซ้ำซ้อนของภาระงาน ลดการใช้กระดาษ และทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว เช่น การรายงาน Incident Report, การรายงาน Medication error,ระบบเอกสาร/หนังสือเวียนต่างๆ แจกจ่ายผ่านทาง Electronic fileซึ่งสารสนเทศเหล่านี้หากยังคงใช้งานในรูปแบบเดิมที่เป็นกระดาษแล้วนั้นจะเกิดปัญหาคือ สื่อเหล่านี้จะไม่สามารถนำมาประมวลผลเพื่อวัดหรือประเมินภาระงานและสภาพปัญหาจากการทำงานได้
- การนำไอทีมาสนับสนุนการการส่งต่อข้อมูลของสถานพยาบาลทุกระดับในจังหวัดเพื่อสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (กำลังดำเนินการ)

ความพร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน :

- มีแผนการดำเนินงานกรณีระบบสารสนเทศไม่สามารถทำงานได้(Business Continuity Plan, BCP)
- มีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ไอทีต่างๆที่พร้อมใช้สำรองไว้ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ กรณีมีการเสียหายหรือชำรุดของเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ต่อพ่วงต่าง ๆ ทำให้สามารถยกเปลี่ยนทั้งชุดและใช้งานได้ทันทีโดยผู้ใช้งานไม่ต้องเสียเวลารอเครื่อง ขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังทำการแก้ไขปัญหา
- จัดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรอง (Slave) ที่มีการจำลองข้อมูลกับเครื่องจริง (Master) แบบ Real time ซึ่งพร้อมที่จะเรียกใช้งานได้ทันทีที่เครื่องแม่ข่ายตัวจริงเกิดการขัดข้อง
- จัดให้มีบุคลากรด้านไอทีอยู่เวรนอกเวลา โดยจัดให้ประจำอยู่ที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชั่วโมงคอยให้คำปรึกษา แก้ไข กรณีเกิดปัญหาในการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ

การจัดการความรู้ขององค์กร :

การจัดการกิจกรรมการจัดการความรู้ :

- โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรได้มีกิจกรรมการจัดการความรู้โดยทุกหน่วยงานมีการทบทวนคู่มือ/ระเบียบปฏิบัติและแนวทางปฏิบัติที่สำคัญให้เป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทั้งระดับองค์กร กลุ่มงานและหน่วยงาน ได้แก่ ระดับองค์กร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง กระบวนการคุณภาพ และPatient Safety เป็นต้น, ระดับกลุ่มงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นต้น, ระดับองค์กร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การทบทวนดูแลผู้ป่วยใช้หลัก C3THER
- ปี 2556 จัดเวทีประกวดเรื่องเล่าเร้าพลัง มีจำนวนเรื่องเล่าทั้งหมด 21 เรื่อง
- ปี 2557 มีการจัดเวทีนำเสนอผลงาน CQI &นวัตกรรม โดยกลุ่มการพยาบาล จำนวนผลงานที่นำเสนอทั้งหมด 44 เรื่อง ประกอบด้วย CQI 23 เรื่อง นวัตกรรม 21 เรื่องและมีการคัดเลือกผลงานไปนำเสนอในเวทีของคณะกรรมการพัฒนาบริการพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 3
- ปี 2558 จัดโครงการการประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพภายใต้แนวคิด “จินตนาการสู่การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพร่วมกันกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม ได้แก่ บุคลากรจากหอผู้ป่วย/หน่วยงานในโรงพยาบาล และเครือข่าย รพช./รพ.สต. จำนวนผลงานทั้งหมดที่ส่งเข้าร่วม 57 เรื่อง ประกอบด้วย CQI 9 เรื่อง, นวัตกรรม 34 เรื่อง, เรื่องเล่าเร้าพลัง 14 เรื่องโดยเชิญวิทยากรภายนอกมาเป็นผู้วิพากษ์และร่วมตัดสินผลงาน

การนำความรู้มาออกแบบระบบงาน/สร้างนวัตกรรม :

- การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยยึดแผ่นฟิล์มในการถ่ายภาพรังสีของกะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้ใช้ในหน่วยงานรังสี โดยศึกษาจากอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลอื่นใช้งานอยู่ พบว่าอุปกรณ์เหล่านั้นไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ใช้ได้แค่ด้านข้างเพียงอย่างเดียว ดังนั้นเพื่อเป็นการลดเวลาในการถ่ายภาพ ลดความเสี่ยงที่

อาจเกิดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการได้รับรังสีในญาติและบุคลากร แผนกรังสีวิทยาจึงได้ประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยยึดแผ่นฟิล์มเพื่อช่วยในการถ่ายภาพรังสีของผู้ป่วยฉุกเฉินขึ้นมา สำหรับช่วยถ่ายภาพของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือบาดเจ็บในท่าด้านตรงและด้านข้างของกะโหลกศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอได้โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายอวัยวะของผู้ป่วยหลายครั้งโดยอุปกรณ์นี้สามารถจัดทำขึ้นใช้เองได้ภายในหน่วยงาน และเพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยงาน

- การทำนวัตกรรม 2S stylet โดยกลุ่มงานวิสัญญี จากการประเมินความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจจะใส่ stylet ด้วยเกือบทุกครั้ง (stylet เป็นลวดใช้สำหรับนำทางท่อช่วยหายใจสามารถดัดให้โค้งได้ตามความต้องการ แต่ต้องใส่มิให้ปลายโผล่พ้นปลายท่อช่วยหายใจเพราะจะทำให้เกิดบาดแผลในปาก เพดานกล่องเสียงและหลอดลมได้ และที่สำคัญมากคือถ้ามีบาดแผลที่ pyriform fossa, cricoids membrane และ cricopharyngeal membrane จะเป็นสาเหตุของ subcutaneous emphysema, mediastinitis และ pneumothorax ได้ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก) ดังนั้นเพื่อป้องกันมิให้ stylet โผล่พ้นปลายท่อช่วยหายใจจึงต้องดัดลวดที่ส่วนบนของท่อช่วยหายใจทำให้ stylet ชำรุดหักพับใช้งานไม่ได้เนื่องจากมีเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจมาก ด้วยเหตุนี้ทางหน่วยงานจึงได้ประดิษฐ์ 2S stylet ขึ้นเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจได้แล้ว สามารถดึง stylet ออกง่ายและปลอดภัยปัจจุบันกลุ่มงานวิสัญญีใช้ 2S stylet ในการใส่ท่อช่วยหายใจทุกรายและมีประจำทุกห้องผ่าตัด

- งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรได้ให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วยการทำ Endoscopic band Ligation ซึ่งการตรวจวินิจฉัยและรักษาดังกล่าว ให้บริการโดยการส่องกล้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร แล้วรัดยางบนส่วนของหลอดเลือดที่โป่งพองเพื่อยับยั้งการไหลของเลือดและทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารชั้นมิวโคซา (mucosa) และเนื้อเยื่อกระเพาะชั้นซับมิวโคซา (submucosa) ทำให้เกิดเนื้อตายตามมาซึ่งสามารถลดการมีเลือดออกได้โดยใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพงและเป็นอุปกรณ์ disposable / single use แบบใช้แล้วทิ้งเป็นขยะทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงกว่าขยะแบบทั่วไป เป็นของเสียที่กระทบต่อสิ่งแวดล้อม งานห้องผ่าตัดจึงได้นำมาประกอบใหม่ โดยหาวาสตุที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ แล้วนำไปทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ ช่วยลดต้นทุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงที่ใช้การผ่าตัด ลดขยะทางการแพทย์ที่เป็นของเสียที่กระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในหน่วยงาน

คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ ความรู้:

บทเรียนในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ :

- การทำให้ข้อมูลและสารสนเทศครอบคลุม รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ สามารถเข้าถึงได้ และเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม
- มีการบริหารจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและสารสนเทศและองค์ความรู้ที่มีความครอบคลุม รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสมัย เชื่อมโยง น่าเชื่อถือ เพื่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนจนส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศได้ โดยทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการข้อมูล ดังรายละเอียดแสดงในตาราง

การกำหนดคุณลักษณะของข้อมูลสารสนเทศและความรู้ที่ต้องการ

คุณลักษณะ	วิธีการ
-----------	---------

<p>1. ความครอบคลุม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนสาระสำคัญของงาน/โครงการว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใดร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน/โครงการและผู้รับผิดชอบในการจัดแผนปฏิบัติงานประจำปี เพื่อทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานที่จัดเก็บว่ามีความครบถ้วนสามารถตอบสนองผลผลิตและผลลัพธ์ของการทำงานได้หรือไม่ และ/หรือต้องจัดเก็บเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงประเด็นข้อมูลที่จัดเก็บอย่างไร ซึ่งดำเนินการเป็นประจำทุกปีก่อนการกำหนดและจัดทำแบบรายงานต่าง ๆ สำหรับในส่วนของกรณีวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการตามความจำเป็นของสถานการณ์และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเภทการจัดทำรายงานสรุปผลงาน - ปรับหมวดหมู่ข้อมูลข่าวสารบน Internet/Intranet ให้ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูล - จัดทำเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงานเพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล ข่าวสารและนำเสนอสำหรับบริการหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และประชาชนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์
<p>2. ความรวดเร็ว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรับประกันเวลาสำหรับการแก้ปัญหาและการขอข้อมูลรายงานต่างๆ รวมถึงการทำ template สำหรับรายงานที่มีการใช้บ่อยเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถค้นหารายงานได้ด้วยตนเอง - มีคณะผู้ประสานงานและจัดทำข้อมูล ทำหน้าที่พิจารณารูปแบบการนำเสนอข้อมูล จัดทำข้อมูลสำหรับเผยแพร่ใน Website ให้มีความเคลื่อนไหวต่อเนื่องและรวดเร็ว
<p>3. ความถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เกณฑ์ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องจากการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุขรายเดือน และหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนที่เกิดว่าเกิดจากส่วนใดจากนั้นจะทำการแจ้งข้อมูลกลับไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการแก้ไขและวางระบบป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก - การจัดทำข้อมูลข่าวสารไปเผยแพร่บน Website จะผ่านการกลั่นกรอง ตรวจสอบความถูกต้องจากผู้บังคับบัญชาตามสายงาน
<p>4. ความทันสมัย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดการรายงานข้อมูลให้เหมาะสมกับประเภทของข้อมูลเพื่อให้มีการประมวลและปรับปรุงข้อมูลเป็นปัจจุบันตามความต้องการใช้งาน โดยมีกำหนดเวลาที่ต้องดำเนินการปรับปรุงข้อมูลให้แล้วเสร็จที่ชัดเจน เช่น ข้อมูลที่มีความเคลื่อนไหวเร็วจะถูกกำหนดให้รายงานเป็นประจำทุกเดือน ส่วนข้อมูลที่มีความเคลื่อนไหวช้าจะถูกกำหนดให้รายงานทุก 6 เดือนหรือรายปี หรือกำหนดตามความจำเป็นของการใช้ข้อมูล เช่น กำหนดรายงานให้สอดคล้องกับรายงานที่ต้องรายงานหน่วยงานภายนอก เพื่อข้อมูลผลงานมีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด - มอบหมายหัวหน้าหน่วยงานรับผิดชอบและให้ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศและความรู้ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ
<p>5. ความสามารถในการเข้าถึง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ประมวลสรุปแล้วจะนำเสนอบนระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ โดยจัดลำดับชั้นของข้อมูลที่จะนำมาเผยแพร่ให้เหมาะสมกับผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ - มี Website สำหรับให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล การให้บริการข่าวสารทางวิชาการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวก

<p>คุณลักษณะ</p>	<p>วิธีการ</p>
------------------	----------------

<p>6. ความน่าเชื่อถือ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการส่งต่อข้อมูลที่เป็นการค้าลอก หรือการใช้กระดาษให้น้อยที่สุด เพื่อเป็นการลดขั้นตอนซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดลดลงให้มากที่สุด - ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในฐานข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย จะทำการตรวจสอบด้วยโปรแกรม OP-PP ของกระทรวงก่อนส่งออกทุกครั้ง และหากพบข้อผิดพลาดทางทีมผู้ตรวจสอบข้อมูลจะสะท้อนข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการแก้ไขทันที เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด - มีการ Audit ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และวางมาตรการ รูปแบบ และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยมากที่สุด
<p>7. ความสามารถในการตรวจสอบ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึงผ่าน Website

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

การปรับปรุงระบบการวัด performance ขององค์กร :

- ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ปรับปรุง เพิ่มเติมตัวชี้วัดเพื่อให้เห็นสะท้อนปัญหาหรือจุดคุณภาพของการทำงานมากขึ้นและให้มีการนำเสนอตัวชี้วัดทั้งหมด 25 ตัวชี้วัด ให้กับคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเป็นรายเดือน ทูกรอบของการประชุม เพื่อให้ทีมบริหารได้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือออกมาตรการใดๆออกมาสำหรับตัวชี้วัดบางรายการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์
- นำระบบการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของโรงพยาบาลเพื่อวัดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรขององค์กร
- นำดัชนีชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลอื่นๆมาใช้ประกอบในการตั้งเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้เกิดความท้าทายและเป็นการประกันคุณภาพการเป็นสถานพยาบาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานด้านการดูแลรักษา

การปรับปรุงการจัดการความรู้ :

- การจัดการKM กิจกรรมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน เช่น อบรม Stroke ระหว่างอายุรกรรม-ศัลยกรรม, ทำกิจกรรมSJS ระหว่างอายุรกรรม-เภสัชกรรม, ถ่ายทอดความรู้ผ่านทางIntranet, จัดเวทีคุณภาพ

ปรับปรุงความมั่นคง ปลอดภัยระบบสารสนเทศ :

- มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ
- มีการตรวจสอบระบบป้องกันไวรัสเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
- แยกส่วนของข้อมูลที่น่าเสนอบนระบบ Intranet ออกจากระบบฐานข้อมูลที่ใช้ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสียหายของข้อมูล
- มีระบบ Firewall เป็นการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาต
- จัดวางเครื่องสำรองไว้แยกจากเครื่องแม่ข่ายตัวจริง เพื่อป้องกันปัญหากรณีที่มีความเสียหายที่เกิดทางด้านกายภาพกับบริเวณที่วางเครื่องแม่ข่ายเป็นบริเวณกว้างก็จะไม่ทำให้ข้อมูลในเครื่องสำรองสูญหายไปด้วย
- ปรับปรุงห้อง data center ให้มีความปลอดภัยต่อความเสียหายทางกายภาพ ทั้งภัยพิบัติ และบุคลากร
- กำหนดชั้นความลับในการเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะส่วนของการวินิจฉัย หัตถการ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติการตรวจรักษา จะกำหนดให้เฉพาะกลุ่มแพทย์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลหากยังไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากผู้บริหารของโรงพยาบาล
- การกำหนดรหัสผ่านในการใช้งานข้อมูลสารสนเทศของบุคคลเป็นรายคน และมีการบันทึกการใช้งานของผู้ใช้เป็นประวัติสำหรับใช้ในการตรวจสอบการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ กรณีมีปัญหาที่เกิดจากการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่สมควร

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
16.ระบบการวัดผลการดำเนินงาน	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน - พัฒนา Individual Score Card
17. การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน	3.0	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาให้มีการใช้ข้อมูลทั่วทั้งองค์กร - การวิเคราะห์และทบทวนผลงานทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน/นโยบายสำคัญ
18.การจัดการสารสนเทศ	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีคุณภาพพร้อมใช้ เชื่อถือได้ทั้งองค์กร
19.การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.0	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างบูรณาการ
20.การจัดการความรู้	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้มีการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานมีจำนวนเพียงพอ มีความสุขและผูกพันกับองค์กรมีสุขภาพดี/ปลอดภัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
ความเพียงพอของบุคลากร					
ร้อยละความเพียงพอของบุคลากรตาม GIS/FTE1					
- แพทย์ (กรอบ 65.94 คน) (รวมแพทย์ใช้ทุน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	88.10	90.48	77.34 (51 คน)	83.41 (55 คน)
- ทันตแพทย์ (กรอบ 12.11 คน)		42.06	38.10	74.31 (9 คน)	82.57 (10 คน)
- เภสัชกร (กรอบ 29.39 คน)		81.82	90.91	68.05 (20 คน)	71.45 (21 คน)
- พยาบาลวิชาชีพ (420.37 คน)		78.20	88.56	76.36 (321 คน)	74.93 (315 คน)
ร้อยละของหอผู้ป่วยที่มี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน (90-120%)					
- ตามเกณฑ์มาตรฐาน (90 - 120 %)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	65.22	52.17	56.52	47.83
- เกินเกณฑ์มาตรฐาน (>120%)		26.09	47.83	43.48	52.17
- น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (< 90 %)		8.69	-	-	-
ความรู้ ทักษะ และการให้บริการ					
อัตราหน่วยงานที่บุคลากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการประชุม/อบรมตามความจำเป็นของงาน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของหน่วยงาน	84.12	84.12	85.71	
อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ (1,000 OPD visit)	<0.1	0.49	0.10	0.65	0.27
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	86.21	80.63	85.04	84.70
ความพึงพอใจและความผูกพัน					
อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	80.72	80.77	74.42	72.41
ร้อยละของบุคลากรที่ขอโอน- ย้าย – ลาออก (Turnover rate)	ไม่เกินร้อยละ 1	0.90 (8/895)	1.08 (10/924)	1.45 (13/896)	0.79 (6/888)
สุขภาพของบุคลากร					
อัตราบุคลากรมีสุขภาพดีตามเกณฑ์การตรวจสุขภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	41.93	56.62	46.97	78.60
จำนวนบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน (อุบัติเหตุจากสารคัดหลั่งของมีคม พลัดตกหกล้ม)	ลดลงจากปีที่ผ่านมา	12	14	16	8

บริบท:

คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร (HRD) ของโรงพยาบาลมีหน้าที่หลักคือการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และภารกิจของโรงพยาบาล ทั้งก่อนและระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะสามารถปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้รับบริการและองค์กร นอกจากนี้ยังมุ่งหวังให้มีบุคลากรเพียงพอในการปฏิบัติงานปฏิบัติงานด้วยความสุขและบรรยากาศในการทำงานดี

กระบวนการ:

การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

บทเรียนในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดี :

คณะกรรมการบริหารได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรมีผลงานที่ดีโดย

1. การสร้างค่านิยมในการทำงานให้กับบุคลากรในเรื่องการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำงานเป็นทีมซื่อสัตย์สุจริต
2. การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง ทีมงานและองค์กร ได้แก่การอบรมภายนอกโรงพยาบาล การอบรมเสริมความรู้ภายในโรงพยาบาล การอบรมด้านจริยธรรม การฝึกปฏิบัติธรรม กิจกรรมทบทวนคุณภาพGrand round ,Nursing Conference , PCT Conference , R2R
3. สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี โดยคณะกรรมการสร้างขวัญและกำลังใจของโรงพยาบาล การสอบถามความต้องการของบุคลากร การวิเคราะห์บรรยากาศการทำงาน การลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคแล้วนำมาแก้ไขให้ตรงประเด็น
- 4.การสร้างสรรค์ผลงานที่ดี เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ เช่นการประกวดนวัตกรรม R2R , CQI ,เรื่องเล่าแห่งความดี
5. การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในด้านการบริหาร

บทเรียนในการใช้ :Performance management system

โรงพยาบาลใช้การประเมินผลงานของบุคลากรตาม PMS ปีละ 2 ครั้ง ตามแนวทางของ ก.พ. พบว่ามีข้อดีคือมีแนวทางการประเมินบุคคลที่เป็นรูปธรรม มีการจัดปรับแบบฟอร์มอย่างเหมาะสมให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลและหน่วยงาน ทำให้เห็นภาพเป้าหมายระดับบุคคล/ระดับหน่วยงาน/ระดับองค์กร (โรงพยาบาล) มากขึ้น

การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ :

Learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆและวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ :

กลุ่มบุคลากร	Learning needที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
แพทย์เฉพาะทาง แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	- โรคที่สำคัญ high risk/high volume ของแต่ละ PCT - การทำหัตถการที่สำคัญต่าง ๆ - การบันทึกเวชระเบียน	- การประชุมวิชาการองค์กรแพทย์ - การประชุม/อบรม/ฟื้นฟูของแพทย์แต่ละสาขา / แต่ละ PCT - การออกตรวจ OPD/ER ร่วมกันของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ - การทบทวนเวชระเบียน / dead case - การ Conference ร่วมกันระหว่าง PCT เช่น สูติ- เด็ก Conference - การ Round ร่วมกัน / การ Consult - การทำ CPG / Guideline / Clinical Tracer highlight
กลุ่มบุคลากร	Learning needที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
พยาบาลวิชาชีพ	- การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค high risk/	- การประชุมเสริมความรู้ร่วมกันในแต่ละ PCT

	<p>high volume ของแต่ละ PCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำหัตถการที่จำเป็น เช่น CPR - การบันทึกทางการแพทย์ - มาตรฐานการพยาบาล - การนิเทศทางการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานสหพรหมหงส์ - การจัดทำ/ปฏิบัติตาม Guideline, CPG, คู่มือต่าง ๆ - Case conference - การทบทวนความเสี่ยง - อบรมการบันทึกทางการแพทย์ - การตรวจสอบเวชระเบียนโดย Auditor
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - การนิเทศงานทางคลินิก - การนิเทศงานทางการบริหาร - การสื่อสาร - การเจรจาไกล่เกลี่ย 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตรทางการบริหาร หลักสูตร ผบก./ผบต. - การลงนิเทศที่หน่วยงาน - การประชุมเสริมความรู้
ผู้อำนวยการ	<ul style="list-style-type: none"> - การตัดสินใจ - การบริหารความขัดแย้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การบริหารความขัดแย้ง

บทเรียนในการกำหนด : Learning need(รวมทั้งการเชื่อมโยงกับข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วย)

ได้มีการนำข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียน, Case Conference, ทบทวน Dead Case, และการทบทวนความเสี่ยง มาใช้ในการวางแผนการจัดอบรมให้แต่ละวิชาชีพ/หน่วยงาน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ อันส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุถึงขึ้น : (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น)

มีการพัฒนาความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญของแต่ละ PCT โดยให้ความสำคัญกับหน่วยวิกฤต ได้แก่ ER, ICU, หอผู้ป่วย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ยังได้มีการประชุมเสริมความรู้กับแพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำ Guideline ในการดูแลรักษาเบื้องต้นในแต่ละ PCTก่อนที่จะ Refer ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และมีระบบการปรึกษาระหว่างแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์เฉพาะทางก่อน Refer ผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้ :

มีการประเมิน Competency ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละหน่วยงาน ทั้งด้าน Specific competency , Core Competency , Functional competency แล้วนำผลมาจัดประชุมเสริมความรู้ให้กับทีมงาน / หน่วยงานต่างๆ การอบรมฟื้นฟู Advanced CPR , NCPDR การทบทวนความเสี่ยงที่เกิดจากการขาดความรู้ ทักษะมาจัดประชุม อบรมเช่นการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดเวทีประกวด R2R , มหกรรม CQI

ความผูกพันของบุคลากร :

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน/ความพึงพอใจของบุคลากร และผลการศึกษา:

ได้มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ความพึงพอใจในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2556 – 2558) มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 80.77 , 74.42, 72.41 ตามลำดับและพึงพอใจน้อยที่สุด เรื่อง

1. โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพ
2. ค่าตอบแทนและสวัสดิการ

การตอบสนองขวัญและกำลังใจ :

- จัดทำแผนและพัฒนาทักษะเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น (ส่งอบรม นบส. ผบก. ผบต.)
- ให้ค่าตอบแทนผลการปฏิบัติงาน P4P
- ผู้บริหารลงเยี่ยมหน่วยงาน
- เพิ่มงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร
- จัดงานและกิจกรรมสานสัมพันธ์ในวันสำคัญ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ กีฬาสี
- ทิมนผู้บริหารเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย
- จัดงานมุทิตาจิตและมอบของขวัญ
- เจ้าหน้าที่หรือญาติสายตรงเสียชีวิตมอบเงินช่วยเหลือ
- จัดอาหาร อาหารว่าง ให้ผู้ปฏิบัติงานเวรนอกเวลาราชการ
- ให้สวัสดิการ 50 บาท/คน/เดือน แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน
- จัดกิจกรรมวันครบรอบวันเกิดให้เจ้าหน้าที่ทุกเดือน
- คัดเลือกบุคลากรดีเด่นด้านการปฏิบัติงานและส่งเข้ารับการคัดเลือกระดับจังหวัด ระดับเขต
- ให้ความช่วยเหลือเป็นเงิน/สิ่งของ/ที่พักแก่เจ้าหน้าที่ที่ประสบอุทกภัย
- จัดเวรยามตรวจดูความปลอดภัย, เพิ่มไฟส่องสว่าง
- ติดตั้งกล้องวงจรปิดตามมาตรการรักษาความปลอดภัยและป้องกันการลักขโมย
- ปรับปรุงอาคารและหอผู้ป่วยต่างๆ
- จัดให้มีสถานที่จอดรถ
- จ้างบริษัทเอกชนดูแลความสะอาด
- โรงพยาบาลนำอยู่ น่านทำงาน มีความปลอดภัย ผ่านเกณฑ์ระดับทอง
- จัดตั้งชมรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเป็นสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ เช่น ชมรมแอโรบิค
- ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ ซึ่งทุกชมรมมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ด้านการแก้ไข้ปัญหาและยุติความขัดแย้ง :

- จัดกิจกรรมที่ส่งเสริม/สนับสนุนให้เกิดความรัก/ความผูกพัน/ความสามัคคีในองค์กร
เช่น กิจกรรม OD กิจกรรมของชมรมจริยธรรม
- การบริหารความขัดแย้ง

บทเรียนในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคลากร:

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันดังกล่าวข้างต้น ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับปัญหาต่างๆ จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการสร้างขวัญและกำลังใจ ซึ่งได้มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาแล้วนำมาจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความผูกพันเช่น การจัดกิจกรรม OD การจัดกีฬาสายสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมเนื่องในวันเกิดของเจ้าหน้าที่ทุกคน การจัดประชุมพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล การลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหา อุปสรรค แล้วนำมาปัญหาามาแก้ไข การคัดเลือกข้าราชการและลูกจ้างดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต

ขีดความสามารถและความเพียงพอ :

ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอ และการตอบสนอง :

กำหนดกำลังคนให้เพียงพอและเหมาะสมกับปริมาณงาน โดยพิจารณาจากอัตรากำลังคนที่มีอยู่โดยใช้กรอบ FTEและปริมาณภาระงานเป็นตัวกำหนดกำลังคนที่ต้องการ

อัตรากำลังของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ

ประเภท	ปี 2558		
	กรอบ FTE 1	ปฏิบัติราชการจริง	ร้อยละ
แพทย์	65.94	55	83.41
ทันตแพทย์	12.11	10	82.57
เภสัชกร	29.39	21	71.45
พยาบาลวิชาชีพ	420.37	315	74.93

วิธีการได้มาซึ่งกำลังคน:

- ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง
- ประกาศรับสมัคร สอบคัดเลือก หรือคัดเลือก การรับย้าย การโอน โดยกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งที่ต้องการ
- คัดเลือกโดยคณะกรรมการ และหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานและหัวหน้างานของงานนั้น
- บรรจุแต่งตั้งตามลำดับที่สอบคัดเลือกหรือคัดเลือกได้

แนวทางการทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน :

จัดสรรคนทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน

1. ในกรณีที่ปริมาณงานมาก หรือมีงานด่วน
 - 1.1 จัดให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นโดยได้รับค่าตอบแทน (OT)
 - 1.2 จ้างลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นบุคลากรตรงตามลักษณะงาน
2. ในกรณีที่เกษียณอายุราชการ ลาออกโอน ย้ายไปที่อื่นได้วางแผนในการให้ทุนนักศึกษาพยาบาล การประกาศรับสมัคร / รับย้ายพยาบาลวิชาชีพ

ปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลที่สำคัญและแนวทางแก้ไข :

สาขาแพทย์จัดทำแผนความต้องการแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่ขาดแคลนดังนี้

แผนอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทางปี 2558 – 2562(ที่จะจบการศึกษา)

ปี 2558 (5 คน)	ปี 2559 (6 คน)	ปี 2560 (4 คน)	ปี 2561 (1 คน)	ปี 2562 (2 คน)
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

กุมารเวชศาสตร์	โสต ศอ นาสิก ฯ	วิสัญญีวิทยา	ศัลยศาสตร์ยูโร	ศัลยศาสตร์ยูโร
จักษุวิทยา	รังสีวิทยา	สูติ-รีเวชศาสตร์		ศัลยศาสตร์ทั่วไป
จิตเวชศาสตร์	เวชศาสตร์ครอบครัว	อายุรศาสตร์		
อายุรศาสตร์	อายุรศาสตร์	ออโรโธปิดิกส์		
นิติเวชศาสตร์	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน			

- ขอโควตาแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (แพทย์ใช้ทุน) ช่วยปฏิบัติงานและได้รับจัดสรรปีละ 12 คน ปี 2558 ได้ 13 คน

สาขาทันตแพทย์ภาระงานมาก มีปัญหาความล่าช้า ในการให้บริการ

แนวทางแก้ไขระยะสั้น: เปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ 4 วัน/สัปดาห์, ใช้ระบบนัดกรณีคิวเต็ม, ให้บริการเชิงรุกที่ ANC, WBC, โรงเรียน, PCU

แนวทางแก้ไขระยะยาว: ขอรับย้าย รับโอนทันตแพทย์, ปี 2557 ได้รับย้ายทันตแพทย์เฉพาะทางสาขา *Maxillofacial*

สาขาเภสัชกรภาระงานมาก มีปัญหาความล่าช้า ในการให้บริการ

แนวทางแก้ไขระยะสั้น : หมุนเวียนอัตรากำลังมาช่วยจุดบริการที่ขาดแคลน (โดยเฉพาะช่วงเวลา Peak time)

แนวทางแก้ไขระยะยาว : ขอรับย้าย/รับโอนเภสัชกร, แสดงเจตจำนงขออัตรากำลังกับกระทรวงตามกรอบอัตรากำลัง

สาขาพยาบาลวิชาชีพได้ดำเนินการบริหารอัตรากำลังให้มีจำนวนเหมาะสมกับภาระงาน

แนวทางแก้ไขระยะสั้น :

1. จัดอัตรากำลังเสริมเมื่อมีภาระงานเพิ่มขึ้น โดยใช้พยาบาลวิชาชีพ ของหน่วยงาน (ward) นั้น
2. จ้าง OT โดยใช้พยาบาลวิชาชีพ ของหน่วยงาน (ward) นั้น
3. ขอจากหน่วยงานอื่นหรือใช้อัตรากำลังระดับที่ต่ำกว่า โดยใช้วิธีควบคุมคุณภาพ โดย
 - กำหนดให้มี Job specification
 - มีระบบพี่เลี้ยง ในการควบคุมผู้มีความสัมพันธ์ไม่ครบ
 - มีการปฐมนิเทศ โดยเฉพาะด้านอายุรกรรม ก่อนปฏิบัติงาน
 - มีการทบทวนการปฏิบัติงานทุกเวอร์
4. จ้าง Out source (จาก วพ. และผู้เกษียณ)
5. จ้างพนักงาน key ข้อมูล ปฏิบัติงาน key ข้อมูลแทนพยาบาลวิชาชีพ

แนวทางแก้ไขระยะยาว : จัดทำแผนรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยให้ทุนนักศึกษาพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล เพื่อทำสัญญาผูกพันล่วงหน้าก่อนเข้าปฏิบัติงานเมื่อจบการศึกษา, เปิดรับสมัคร รับย้ายพยาบาลวิชาชีพเข้าปฏิบัติงาน

แผนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปี 2558 – 2561(ที่จะจบการศึกษา)

ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	รวม
จบใหม่	5	13	10	13	41
เกษียณ	3	9	3	5	20

บทเรียนในการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ :

คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการ HRD ของโรงพยาบาลได้วางแผนในเรื่องการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

1. มีบุคลากรให้มีเพียงพอ โดยมีการวางแผนสรรหาบุคลากรให้เพียงพอ ในส่วนของแพทย์ได้มีการขออนุมัติแพทย์แต่ละสาขาทุกปีการขอทุนแพทย์ เภสัชกรให้มีเพียงพอตาม GIS การให้ทุนนักศึกษาพยาบาล การประกาศรับสมัคร / รับย้ายพยาบาลวิชาชีพเพื่อทดแทนผู้ที่เกษียณอายุราชการจำนวนมากในปี 2557 การจัดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา คัดเลือก บรรจุเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ การจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลให้กับหน่วยงานตามภาระงาน การจัด OTเสริมตามเกณฑ์

2. การส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน โดยการสอนงาน ซึ่งเน้น Training on the job , การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ระบบพี่เลี้ยง การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะตาม Job description , Job Specification ของแต่ละตำแหน่ง การกำหนดขีดความสามารถ (Competency) การประเมินผล Competency แล้วนำผลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. การส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการทำงานโดยนำปัญหาจากการวิเคราะห์บรรยากาศองค์กรมาแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเช่นในด้านส่งเสริมความผูกพันกับองค์กร มีการจัดกีฬาสามัคคี การจัดงานวันเกิดเจ้าหน้าที่ การจัดงานปีใหม่ สงกรานต์ งานเกษียณอายุราชการ ตลอดจนด้านจริยธรรม มีการบรรยายธรรมะ/ ปฏิบัติธรรมทุก 1-2 เดือนส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรให้บริการด้วยใจ โดยการจัดเวทีเรื่องเล่าแห่งความดี การลงเยี่ยมให้กำลังใจที่หน่วยงานโดยผู้บริหารและคณะกรรมการบริการด้วยใจ การจัดการด้านความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาลตาม Career path

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการตอบสนอง :

คณะกรรมการ HRD ได้วิเคราะห์ความต้องการของบุคลากรที่สำคัญ 2 ด้านคือ

1. ด้านการพัฒนาความรู้ ทักษะของบุคลากรให้ทุกหน่วยงานได้มีการประชุม อบรมได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกหน่วยงาน โดยการจัดสรรงบประมาณในการอบรมให้กับทุกหน่วยงาน การพัฒนาความรู้ ทักษะตาม JD ,JS การส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อเตรียมพร้อมการขยายเตียง ICU การส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ เพื่อเตรียมพร้อมรับแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการจัดทำ R2R โดยเชิญวิทยากรมาสอนให้ความรู้ การประกวด R2R การจัดมหกรรม CQI การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการ โดยการอบรมการใช้โปรแกรม HOSxPและนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยนอก การส่งจ่ายยา การพยาบาลหลังตรวจ

2. การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี โดยนำผลการวิเคราะห์บรรยากาศองค์กรแล้วนำมาแก้ไขปัญหาเช่น การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งโดยผู้บริหาร การให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ผู้บริหารลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาหน่วยงานที่ภาระงานสูง ปัญหาเตียงล้นสายอายุรกรรม การจัดปรับแนวทางการรับผู้ป่วยอายุรกรรม นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กร

นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์ :

โรงพยาบาลได้มีนโยบายในการบริหารบุคลากรให้มีความเพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีความสุขในการทำงาน (รายละเอียดดังกล่าวข้างต้น) นอกจากนี้ยังมีการจัดสวัสดิการและให้สิทธิประโยชน์แก่บุคลากรเช่น การจัดอาหารเวรป่วย ดึก การเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย จำนวนคนละ 500 บาท การให้เสื้อกีฬา การจัดกีฬาสามัคคี การจัดเครื่องออกกำลังกาย จัดเจ้าหน้าที่นำออกกำลังกาย การอยู่ห้องพิเศษโดยไม่ต้องชำระส่วนเกิน สิทธิ การเป็นเจ้าของภาพในการสวดศพและเงินทำบุญแก่ญาติสายตรง การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดงานเกษียณอายุราชการและมอบของขวัญแก่ผู้เกษียณ หรือผู้ที่ลาออกก่อนกำหนด การคัดเลือกบุคลากรดีเด่นระดับข้าราชการและลูกจ้างของโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับประเทศ

สุขภาพบุคลากร :

บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร :

จากการตรวจและประเมินสภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปี 2556-2558 บุคลากรกลุ่มสุขภาพดีร้อยละ 56.62, 46.97 , 60.27 ตามลำดับกลุ่มกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre -DM , Pre - HT) ร้อยละ28.19,35.48, 24.72 ตามลำดับ กลุ่มเป็นโรคเบาหวานและความดันร้อยละ 15.19,17.55,15.01ตามลำดับ กลุ่มสุขภาพดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและกลุ่มเสี่ยงสูง มีแนวโน้มลดลง แต่กลุ่ม เป็นโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ลดลง แต่กลุ่ม เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นความผิดปกติ 4 อันดับแรกที่พบในผลการตรวจสุขภาพประจำปี2558 ได้แก่ ระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูง ค่าดัชนีมวลกายเกิน ภาวะซีด จาก Thalassemia น้ำตาลในเลือดสูงโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเห็นความสำคัญจึงจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มคือ

1. **กลุ่มสุขภาพดี** : ปี2557 ส่งเสริม/จัดกิจกรรมให้บุคลากร สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย อารมณ์ งดดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (3 อ.2ส)ภายใต้โครงการปรับพฤติกรรมสัปดาห์ชีวิตสดใสและแจ้งผลการตรวจสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคลพร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตนเองอย่างถูกสุขลักษณะนิสัย สร้างกระแสการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยกระตุ้นให้บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีครบทุกคนแล้วแจ้งผลการตรวจให้ผู้บริหารระดับหน่วยงานทราบ ทำให้บุคลากรมีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพและถูกต้อง ผลทำให้กลุ่มสุขภาพดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปี2558 คิดเป็นร้อยละ 60.27 ซึ่งเพิ่มจากปีพ.ศ.2557 คิดเป็นร้อยละ 13.3กิจกรรมที่ทำต่อในปี 2559 คือ สร้างกระแสการดูแลสุขภาพ มีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพแบบภาพรวมของหน่วยงานเป็นกราฟสถิติ ให้หน่วยงานรับทราบ

2. **กลุ่มเสี่ยงสูง** (Pre -DM , Pre - HT) กิจกรรมที่จัดเพิ่มเติมจากกลุ่มสุขภาพดีคือการจัดเข้ารับการอบรมโครงการปรับพฤติกรรมสัปดาห์ชีวิตสดใส เน้นกิจกรรมสนทนา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเพื่อนช่วยเพื่อน และการได้รับความรู้ด้านวิชาการโดยแพทย์ การจัด work shop การเลือกและการคำนวณพลังงานอาหารโดยนักโภชนาการการออกกำลังกายแบบถูกต้องจากนักกายภาพบำบัด /จัดเข้าคลินิก DPAC (Diet Physical Active Clinic)ผลลัพธ์ บุคลากรในกลุ่มเสี่ยงในปี 2557มี จำนวนร้อยละ 46.97 ปี 2558 จำนวนร้อยละ 35.48 ซึ่งจำนวนลดลงร้อยละ 11.49 (เป้าหมายตั้งไว้ลดลงร้อยละ10)

กิจกรรมเพิ่มเติมในปี 2558-2559 จัดกิจกรรม I CAN DO IT FITAND FIRM (ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหาร) มีกิจกรรมสนทนาทุกวันพุธ เวลา 15.00-16.00น. ณ.อาคารปลื้มจิต เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด และผู้สนใจ มีกิจกรรมให้ความรู้ทางด้าน 3อ2ส (กิจกรรมสนทนา เช่น จัดร้องคาระโอเกะ เดินบาสโลบ เดินแอโรบิก ความรู้เรื่องการอาหารการคำนวณแคลอรี่ การออกกำลังกายเฉพาะส่วนโดยนักกายภาพบำบัด) ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม ลงทะเบียนประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อน-หลังโดย ตอบแบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย มีการติดตามประเมินผลทุก 3เดือนเริ่มกิจกรรมเดือนมิถุนายน 2558 เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงลดลงร้อยละ5

3. **กลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง**ในปี 2557 มีการเฝ้าระวังและติดตามโดยเจ้าหน้าที่ปลอดภัยในการทำงานในการช่วยเตือนให้ไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

ในปี2558 กลุ่มที่เป็นโรคคิดเป็นร้อยละ 15.01 ลดลงจากปี 2557 ร้อยละ 2.54 ประกอบด้วยโรคเบาหวานมีจำนวน 16 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 93 ราย โรคเบาหวาน+ความดัน จำนวน 22 ราย

ผลการดำเนินการโรคเบาหวาน :

ผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2557มีจำนวน 19คน ปี2558 จำนวน 16 คน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือปัญหาเดิม ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องโดยไม่พบแพทย์ เจาะ DTX ที่หน่วยงานจึงไม่สามารถติดตามประเมินผลได้ปัญหาที่พบใหม่คือ ผู้ป่วย ไม่ตระหนักถึงภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแนวทางแก้ไขในปี2558 คือ มีการจัดประชุมสอนสุขศึกษา รายกลุ่มและรายบุคคลเรื่อง โรค อาการแทรกซ้อนของโรค แนะนำให้เข้าคลินิกเบาหวานด้วยความสมัครใจ จากการประเมินโดยใช้ตาม(TCEN) Toward Clinical ExcellencceNetwort)ผล FPG คุมได้ 5 คน คุมไม่ได้ 11 คน HBA1c มากกว่า 7 จำนวน 9ราย พบมีภาวะแทรกซ้อนทางไต 1 ราย

กิจกรรมพัฒนาในปี 2559 มีจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ประชุม/เชิญชวนผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานคุณภาพของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ร้อยละ 100 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแล รักษาส่งต่อร้อยละ 100 มีการติดตามประเมินผลทุก 2 เดือน (ควบคุมได้ ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้)

ผลการดำเนินการโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 93 คน ลดลงจากปี 2557 จำนวน 14 คน ผู้ป่วยมารักษาและตรวจตามนัดทุกเดือน จากการประเมินความดันโลหิตสูงตรวจตาม Clinical Condition ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและ พบว่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ (BP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90mmhg) จำนวน 77 คน ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (BP สูงกว่า 140/90mmhg) จำนวน 16 คน มีการติดตามประเมินผลทุก 2 เดือน (ควบคุมได้ ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้)

ผลการดำเนินการโรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน เพิ่มจากเดิม 7 คน จากการประเมินโดยใช้ตาม (TCEN) Toward Clinical Excellencce Network) ผู้ป่วยเบาหวาน ผล FPG คุมได้ 8 คน คุมไม่ได้ 14 คน พบไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการประเมินความดันโลหิตสูงตรวจตาม Clinical Condition พบว่า ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ (BP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90mmhg) จำนวน 16 คน ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (BP สูงกว่า 140/90mmhg) จำนวน 6 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และควบคุมไม่ได้ทั้ง 2 อย่างจำนวน 2 คน กิจกรรมพัฒนาในปี 2559 กิจกรรมเหมือนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิต

4. สำหรับบุคลากรที่มีความเสี่ยงตามลักษณะการทำงาน เช่นงานซักฟอก จ่ายกลาง ช่างซ่อมบำรุง สนามยานพาหนะ พนักงานรักษาความปลอดภัย โภชนาการ ทัศนกรรม จะได้รับการตรวจการได้ยิน ร้อยละ 100 ผลการตรวจปกติ แต่เสื่อมตามวัย ร้อยละ 25 ทุกรายได้รับการรักษาโดยแพทย์ หน่วยงานมีการจัดหาที่อุดหูส่วนบุคคลและที่ครอบหู ให้ใส่ขณะทำงาน ร้อยละ 100 มีการตรวจสอบกำกับการใช้โดยหัวหน้างานอย่างเข้มงวด งานยานพาหนะ, งานบัญชี, คอมพิวเตอร์ มีการตรวจวัดสายตา ร้อยละ 100 ผลการตรวจปกติ

5. สำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยง/ด้านหน้า ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่จำนวน ปี 2557 จำนวน 490 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 ปี 2558 กำลังดำเนินการ

6. ด้านป้องกันและค้นหาความเสี่ยง สำหรับบุคลากรสตรีที่สมัครใจ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ในปี 2558 ส่งตรวจ Mammogram/Ultrasound breast จำนวน 92 คน (รายเก่า 33 คน รายใหม่ 59 คน) ผลปกติ 27 คน ผิดปกติ 64 คน Birad II จำนวน 62 คน นัดให้ตรวจตามนัดทุกปี 1 ปี สอนเรื่องตรวจนมด้วยนมด้วยตนเอง Birad III จำนวน 2 คน ได้รับการรักษาและส่งต่อ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจทั้งหมด 100 คน ร้อยละ 100 ปกติ

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรค :

- การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่กับบุคลากรของโรงพยาบาล ปี 2555 – 2558 ร้อยละ 68.17 (619/908), 58.36 (527/903) 64.81 (593/915), 56.84 (515/906) ตามลำดับ

- การให้วัคซีนตับอักเสบบี ในปี 2555 ได้รับโครงการให้บริการฉีดวัคซีนแก่บุคลากรของรัฐ ปี 2554 ของกระทรวงสาธารณสุข หลักการให้ Heb B

1. บุคลากรเกิดก่อน 2535 ไม่เคยได้รับวัคซีน ประวัติการรับวัคซีนไม่ชัดเจน และผลการตรวจ anti HBs ผล negative ให้ฉีดวัคซีนโดยไม่ต้องเจาะเลือด

2. บุคลากรที่เกิดหลังปี 2535 ฉีดวัคซีน 1 เข็ม แล้วเจาะเลือดตามคู่มือ 1-2 เดือน เจาะเลือดหา anti HBs ผล positive ไม่ต้องฉีดวัคซีนเข็ม 2 และ 3

- จากการสำรวจบุคลากรที่ต้องได้รับวัคซีน เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556 บุคลากรที่เกิดก่อน 2535 (อายุระหว่าง 22-60 ปี) จำนวน 205 คน ซึ่งมีภูมิป้องกัน (50 คน) คิดเป็นร้อยละ 24.4 และต้องได้รับวัคซีน (155 คน) คิดเป็น

ร้อยละ 75.60 ในปี 2557 จำนวนบุคลากรที่เข้าใหม่จำนวน 13 คน สํารวจมีภูมิป้องกัน ร้อยละ 100 ในปี 2558 อยู่ระหว่างการสำรวจบุคลากร

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

การพัฒนากระบวนการเสริมความรู้ ทักษะบุคลากรโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน มีขั้นตอนการขออนุมัติจนถึงได้ไปประชุม/อบรม/สัมมนาที่ชัดเจน แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด บุคลากรพึงพอใจและคณะกรรมการพิจารณา กลั่นกรองมีความพึงพอใจ การพัฒนาความรู้ ทักษะทางด้าน Specific Competency, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, เคมีบำบัด นอกจากนี้ยังได้มีการจัดสรรงบประมาณให้แต่ละหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรสามารถไปประชุมอบรมได้อย่างทั่วถึง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : จากการทบทวนปัญหาของบุคลากรผู้ไปประชุม/ อบรม/ สัมมนา พบปัญหาบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ ได้รับการอนุมัติไปประชุม/อบรม/สัมมนาตาม Training Need ไม่ทั่วถึง การได้รับงบประมาณเพื่อการศึกษาอบรมไม่ทั่วถึง ขั้นตอนการดำเนินการขออนุมัติเพื่อไปประชุมอบรมไม่ชัดเจน ระยะเวลาการพิจารณา กลั่นกรองการไปประชุมซ้ำ บางครั้งส่งเรื่องไปประชุม/อบรม/สัมมนาไม่ทัน

การเปลี่ยนแปลง : ทบทวนปัญหาอุปสรรคในการประชุม/อบรม/สัมมนาจากทุกหน่วยงานและนำปัญหามาหาโอกาสพัฒนาจัดทำ Flowchart การไปประชุมอบรมที่ชัดเจนให้กับทุกหน่วยงานพร้อมทั้งมีระยะเวลาเป็นตัวกำกับกระจายงบประมาณในการส่งบุคลากรเข้ารับการประชุม/อบรม/สัมมนาให้กับทุกหน่วยงานโดยกระจายตามรายชื่อของบุคลากรปรับระเบียบปฏิบัติโดยกำหนดเรื่อง จำนวนครั้ง/คน/ปี ให้ชัดเจนและเหมาะสมปรับขั้นตอนกำหนดระยะเวลาของการพิจารณา กลั่นกรองให้รวดเร็วขึ้นปรับแบบฟอร์มการขออนุมัติประชุม/อบรม/สัมมนาโดยเพิ่มเติมจำนวนครั้งที่เคยเข้าประชุม/อบรม/สัมมนาและตรวจสอบงบประมาณที่ผ่านมา จัดทำแผนงาน/ กิจกรรมที่จะดำเนินการหลังประชุม/อบรม/สัมมนา โดยให้ผู้ที่จะไปประชุมอบรม/สัมมนามีการวางแผนก่อนไปประชุมเพิ่มการสื่อสารข้อมูลจากคณะกรรมการ HRD ให้กับทุกหน่วยงานในการประชุมประจำเดือนสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรเรื่องการประชุม/อบรม/สัมมนาเพื่อนำผลมาหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่องการพัฒนาความรู้ ทักษะของทีมนพยาบาลในด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ เพื่อเตรียมพร้อมรับแพทย์เฉพาะทางที่จะมาปฏิบัติงานใหม่

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในการพัฒนา 1 - 2 ปี ข้างหน้า
21. ความผูกพันและความพึงพอใจ	4	- การยกย่องชมเชยผู้ที่มีผลงานที่ดี และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีผลงานที่ดี เพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีม
22. ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ	3.5	- การกำหนดค่าตอบแทนเป็นแต้มคะแนน
23. ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ	3.5	- การประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน - การจัดทำ Career path - การพัฒนาและจัดทำหลักสูตรตาม Career path - การพัฒนาพฤติกรรมบริการ การให้ข้อมูลการสื่อสารกับผู้ป่วยและประสานงานระหว่างทีมระหว่างหน่วยงาน
24. การบริหารและจัดระบบบุคลากร	3.5	- สร้างแนวทางที่เกิดความยุติธรรมในการจัดสรรในหน่วยงานที่ขาดแคลนบุคลากร
25. สุขภาพของบุคลากร	3.5	- การติดตามและกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล - การป้องกันภาวะเครียดในบุคลากร - การป้องกันและแก้ไขภาวะ office syndrome

I-6 การจัดการกระบวนการ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :คุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความสำเร็จขององค์กร การเรียนรู้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มี.ค.)
ผลการประเมินการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	ระดับ5	ระดับ5	ระดับ 5	ระดับ5	ระดับ5
ผลการประเมินการซักซ้อมอัคคีภัย	80 %	84.20%	86.45%	83.14	81.75
ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทุกสาขาโดยองค์กรภายนอก (EQA)	อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้	อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้			
ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานบริการโลหิตวิทยาโดยองค์กรภายนอก (EQA)	4.00 (Excellent)	4.00	4.00	4.00	4.00
ผลการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ตามเกณฑ์ Service plan	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	เริ่มดำเนินการปี 2555 รับการประเมิน ปี 2557 ผ่านการประเมินคลินิกNCD คุณภาพ ได้คะแนน 100 คะแนน อยู่ในระดับดีเยี่ยม(7 สิงหาคม 2558)			
ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลมีระบบการตรวจจัดการระบาดและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	100	100	100	100
จำนวนผลงานพัฒนาคุณภาพ	1 เรื่อง/ 1หน่วยงาน	21 เรื่อง	21 เรื่อง	44 เรื่อง	57 เรื่อง

บริบท :

- เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด 348เตียง อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ดูแลประชากรในจังหวัดชัยนาทและอำเภอใกล้เคียง อำเภอเมือง บริการตรวจรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในจังหวัด รับส่งต่อจาก รพช. 5แห่ง โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง มีแพทย์เฉพาะทาง 39คน ทันตแพทย์ 9 คน เภสัชกร 18 คน พยาบาลวิชาชีพ 314คน ช่างเทคนิค และบุคลากรอื่นๆ รวมทั้งหมด 887 คน (ข้อมูล ณ เดือน มี.ค.2558) ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,071 ราย/วัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 283ราย/วันด้านภาระงานเพิ่มขึ้นจากการสถิติผู้มารับบริการที่ในและนอกเวลาราชการ การส่งต่อเพิ่มขึ้น อัตราการครองเตียงล่าสุด 84.96%

Core competencyขององค์กร :

โรงพยาบาลกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร เพื่อตอบสนองพันธกิจและการบรรลุเป้าหมาย ได้แก่

1. **ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน** เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินร่วมกับService plan ในจังหวัดชัยนาทมี Fast track ในกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น Stroke, STEMI, Multiple Trauma, High risk pregnancy, high risk neonatal เป็นต้น

2. **ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน มีระบบการดูแลตั้งแต่ primary care จนกระทั่ง tertiary care การให้การรักษามะเร็งครบวงจร การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดและล้างไตทางหน้าท้อง

3. **ด้านการผ่าตัด/หัตถการมีแพทย์เชี่ยวชาญ**ในการทำผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง ผ่าตัดตาโดยใช้Phacomusificationผ่าตัดกระดูกและข้อโดยใช้ Intramedullary nailผ่าตัดผู้ป่วยที่มีปัญหาInfection บริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า/ผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า/ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อ(tumor)บริเวณขากรรไกรและใบหน้า/ปากแหว่งเพดานโหว่

กระบวนการ :

Core competency:

การพัฒนาหรือเพิ่มพูน core competency ขององค์กร :

1. ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

- เปิดศูนย์เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในโรงพยาบาลโดยการจ้าง out source เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke, Head injury ได้รับการเข้าถึงการดูแลรักษาเร็วขึ้น

- พัฒนาเครือข่ายในการดูแลรักษาโรควิกฤต ฉุกเฉิน และตาม Service plan มีการอบรม ฝึกให้ความรู้ระดับจังหวัด พัฒนาระบบ Fast track STEMI, Stroke, Trauma, High risk pregnancy, high risk neonatal, Sepsis มีการสื่อสารนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติโดยทีมER มีการประชุมวางแผน กำหนดแนวทางร่วมกับทีมสหสาขาตั้งแต่การรับRefer การส่งต่อ การประเมินผู้ป่วย การคัดกรอง และแบ่งระดับความเจ็บป่วย การรักษาตามแนวทาง Fast track ประกอบกับการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ MEWS score, การเฝ้าระวัง Septic shock และมีระบบการสื่อสารกับ รพช. และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อโดย D to D, N to N

2. ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาคุณภาพ NCD clinic การจัดตั้งคลินิกเบาหวานครบวงจร การค้นหาภาวะแทรกซ้อน การติดตามในกรณีที่มีปัญหา

- การดูแลผู้ป่วยด้านไตวายเรื้อรัง มีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดและล้างไตทางหน้าท้องมีการให้ความรู้ รพช. ในการตรวจ eGFR จัดตั้ง CKD Clinic โดยการประสานร่วมกับคลินิกเบาหวานเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

- มีการขยายบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยมีแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลเอกชนมาออกตรวจและทำ Echocardiogram ที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น ลดปัญหาการรอคิวส่งสวนหัวใจ

3. ด้านการผ่าตัด/หัตถการ

- เป็น Chainat Cancer Center ที่มีศักยภาพในการทำผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยการทำให้ MRM, Sentinel lymph node biopsy, Breast reconstruction และทำผ่าตัดมะเร็งลำไส้, มะเร็งทางเดินปัสสาวะ, ไต, ท่อไต รวมถึงให้ยาเคมีบำบัด โดยมีเภสัชกรที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เตรียมผสมยาเคมีบำบัด(Cytotoxic drugs) 4 ตำรับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบริหารจัดการงานเตรียมผสมเคมีบำบัดรวมถึงมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง(Oncology)3 คน

- เพิ่มศักยภาพในการทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีปัญหา Infection บริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ที่รุนแรง, ผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า, ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อ (tumor) บริเวณขากรรไกรและใบหน้า รวมถึงผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการ Refer out ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และรับส่งต่อให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง

- เพิ่มศักยภาพในการรักษาและผ่าตัดเชื่อมโยงกับชุมชนมีการจัดทำโครงการให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมเชิงรุกในโรงพยาบาลชุมชนจัดแพทย์ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกภาคเช้าและทำผ่าตัดภาคบ่ายที่ รพช. ทุกวันศุกร์นำร่องที่รพ.สรรคบุรี โดยมีการให้วิสัญญีพยาบาลรพช.มาฝึกปฏิบัติหาประสบการณ์เพิ่มเติมที่งานวิสัญญีโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สัปดาห์ละ ๑-๒ วันเวรเช้าวันราชการเพิ่มศักยภาพแพทย์ รพช. ในการตรวจพิเศษให้กับผู้ป่วยโดยประสานงานขอยืมเครื่องมือจากห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลให้พยาบาลหออผู้ป่วยใน รพช.มาฝึกปฏิบัติที่หออผู้ป่วยศัลยกรรมหัตถ ๔ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ เช่น การทำผ่าตัดเต้านม

- มีการพัฒนาการดูแลรักษาแผล Acute wound และ Chronic Wound ในกลุ่มงานศัลยกรรมโดยการใช้แรงดันลบหรือชุดปิดแผลสุญญากาศ (Negative Pressure Wound Therapy : NPWT) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลแผล ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ลดวันนอนโรงพยาบาล

- เปิดศูนย์สลายนิ่วโดยวิธี ESWLทางโรงพยาบาลจึงมีการจ้าง Out source มาให้บริการสลายนิ่วที่โรงพยาบาล สามารถมารับบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดอัตราการ Refer และการผ่าตัด

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุดและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น :

- เดือน พ.ศ.2558 มีการจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสนับสนุน และกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานเวรเปล และพนักงานทำความสะอาด หลังการอบรมมีการจัดซ้อมแผน Safety Emergency Response or Safety 191 จำนวน 2 ครั้ง และให้เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม BSL เข้าร่วมการซ้อมแผน โดยครั้งที่ 1 เป็นการซ้อมแผนการช่วยเหลือกรณีพบผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลง/ทรุดลง ณ จุดที่มีการให้บริการ โดยเลือกสถานที่ที่ OPD ชั้น 2 การซ้อมแผนครั้งที่ 2 เลือกจุดที่ไม่มีการให้บริการในโรงพยาบาลได้แก่ บริเวณลานจอดรถข้างตึกผู้ป่วยหลังคลอด จากการประเมินผลการซ้อมแผนพบว่าการสื่อสารแผน/แนวทางการช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วย หรือผู้รับบริการมีอาการทรุดลง ยังไม่ถึงระดับผู้ปฏิบัติ จึงได้ปรับปรุงวิธีการสื่อสารนอกเหนือจากประชุมชี้แจงหัวหน้าหน่วยงาน โดยการป้ายพื้นที่สีแดง ตัวอักษรสีขาว ติดตาม Zone ต่างๆ ทั้งหมด 15 จุด โดยการสื่อสารด้วยข้อความดังนี้ **“อุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล ติดต่อเจ้าหน้าที่ ที่อยู่ใกล้ที่สุด หรือ โทรฟรีสายด่วน 1669 โทรสายใน 1115”** และในเดือน พ.ศ.2558 มีเหตุการณ์ผู้รับบริการเป็นลมบริเวณทางเดินระหว่างหอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสีกกับอายุรกรรมหญิง พบปัญหาการตามทีมเนื่องจากขณะนั้นกำลังมีเคสที่ ER จึงนำปัญหามาประชุมทบทวนในเรื่องของแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น การตามทีม การดูแลหลังการช่วยเหลือ

- มีการเตรียมความพร้อมของระบบงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินรองรับสถานการณ์โรคระบาดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิเข้าทุกปี ล่าสุดในเดือนมิ.ย.2558 หลังมีการระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ หรือเมอร์สโคโรนาไวรัส (MERS-CoV) ทีมผู้บริหารร่วมกับทีม IC ได้มีการเตรียมความพร้อมตอบโต้สถานการณ์โรค MERS โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ดังนี้ด้านบุคลากร จัดประชุมให้ความรู้ด้านวิชาการโรค MERS การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และฝึกซ้อมการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ด้านสถานที่จัดเตรียมสถานที่ห้องตรวจห้องตรวจทางเดินหายใจ ห้อง Negative pressure และมีระบบการบำรุงรักษาเพื่อให้พร้อมใช้งานตลอดเวลาจัดเตรียมอุปกรณ์ PPE และทำระบบสำรองอุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ รวมทั้งยา เวชภัณฑ์ต่างๆ จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน จัดระบบคัดกรองผู้ป่วย โดยเน้นให้บุคลากรมีความตระหนักในหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแนวของกรมควบคุมโรคจัดทำแนวทางการดูแลรักษาส่งต่อรวมทั้งระบบการรายงานโรคเพื่อใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมให้สุศึกษาความรู้คำแนะนำแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยและญาติผ่านทางโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับให้ความรู้ เสียงตามสาย เน้นอาการต้องสงสัยที่ควรมาพบแพทย์ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือ และการใช้หน้ากากอนามัย **จากการประเมินผล** พบปัญหาตรงจุดคัดกรอง OPD เส้นทางส่งผู้ป่วยมาห้องทางเดินหายใจผ่านหน้าห้องบัตรมีผู้รับบริการหนาแน่น **การปรับเปลี่ยนกำหนดเส้นทางใหม่** ให้เดินอ้อมด้านหน้า OPD เข้าหน้า ER และพบปัญหาสถานที่ใส่ PPE เดิมแพทย์ พยาบาล จะใส่ในห้องตรวจทางเดินหายใจทำให้ไม่สะดวก จึงปรับเป็นให้ใส่จากด้านนอกห้องตรวจเข้าไป

การออกแบบระบบงานโดยรวมและสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงานโดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก:

- มีการดำเนินงานด้าน ODOP ในปี 2557 เพื่อลดความแออัดจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีระบบแพทย์ที่ปรึกษาโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ให้กับ รพ.สต./ศสม.cup เมือง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม และจัดกลุ่ม รพ.สต./ศสม. จำแนกตามจำนวนประชากรและ นศ. สนับสนุนอุปกรณ์การติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ที่ปรึกษากับ นศ.แต่ละกลุ่ม หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วางแผนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้ร่วมกับเทศบาลเมืองในการเปิดศูนย์บริการสาธารณสุข ให้มีแพทย์จากโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ไปออกตรวจทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เพื่อช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล

- เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองโลหิตผู้บริจาคด้วยวิธี NAT โดยโลหิตทุกยูนิตที่ได้รับจากการบริจาคจะต้องผ่านการตรวจ Infectious maker ด้วยวิธี Nucleic acid technology (NAT) สำหรับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เชื้อเอชไอวี โดยส่งตรวจกรองเชื้อที่ภาคบริการโลหิตที่ 8 จ.นครสวรรค์

- ในปีงบประมาณ 2558 โรงพยาบาลชยันนาทเรนทรได้รับคัดเลือกเป็นโรงพยาบาลในลำดับแรกของภาคเหนือให้เข้าร่วม “โครงการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านระบบสื่อสารจังหวัดชยันนา TOT Help Call Center 1669” เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจากอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดในสมอง เบาหวาน ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันที่ อาจก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมี

ประสิทธิภาพทันท่วงที่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ร่วมกับ บมจ. ทีโอที ชัยนาท จัดทำโครงการ TOT Help Call Center 1669 ขึ้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รวดเร็วในการช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งสามารถใช้งานได้ง่ายสำหรับผู้ป่วยหรือผู้สูงวัยที่อยู่บ้านตามลำพัง หากเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถกดปุ่มเพียงปุ่มเดียวไม่ต้องจำหมายเลขก็สามารถเรียกใช้บริการ 1669 ได้ ซึ่งระบบของทีโอที จะส่งข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นและที่ตั้งบ้านของผู้ป่วย ไปที่สายด่วน 1669 ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ โดยประชาชนที่สนใจสามารถแจ้งข้อมูลสุขภาพของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันได้สูงสุด 3 ราย ต่อ 1 หมายเลขให้บริการของทีโอทีหรือใช้วิธีกดหมายเลข 1669 และโทรออกก็ได้ ซึ่งสิ่งสำคัญที่ผู้แจ้งเหตุจะต้องให้ข้อมูล คือ ลักษณะเหตุการณ์ ว่าเกิดเหตุอะไร ประเภทใด หรือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะใด สถานที่เกิดเหตุ เพศ ช่วงอายุ จำนวนผู้บาดเจ็บ ชื่อผู้แจ้งหรือผู้ให้การช่วยเหลือ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้

ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II – 3)

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลมีโอกาสเผชิญ :

- ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลมีโอกาสเผชิญได้แก่ อัคคีภัย อุทกภัย การเกิดอุบัติเหตุหมู่ทางรถยนต์ เนื่องจากตั้งอยู่ใกล้ถนนสายหลักมุ่งสู่ภาคเหนือมีโอกาสนในการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุจากท้องถนนได้บ่อย รวมถึงรับอุบัติเหตุหมู่จากเหตุการณ์ทะเลาะวิวาทเนื่องจากมีการจัดงานเทศกาลประจำปีของจังหวัดปีละหลายครั้งและเสี่ยงต่อการเข้ามาทำร้ายซ้ำ การเจ็บป่วยหมู่จากบทรเย็นมีผู้ป่วย Diarrhea หมู่ในช่วงเหตุการณ์มหาอุทกภัย และลูกเสือเป็นลมหมู่มาโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีการจัดซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี เช่น ซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่จากรถและบรรเทาสาธารณภัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท โดยหน่วยงานเจ้าภาพเป็นผู้ประเมินผลการซ้อมและปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนร่วมเป็นวิทยากรในการจัดอบรมซ้อมแผนบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท ณ ศูนย์ฝึกป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุดและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น :

- บทเรียนจากการซ้อมแผนและเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น คือ การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติจะมีประสิทธิภาพมาก ถ้าได้รับความร่วมมือจากชุมชน หน่วยราชการ องค์กรส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องช่วยลดความสูญเสียได้เป็นอย่างมากและจากการซ้อมที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและการติดตามกำกับงาน

ประจำวัน :

- พบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกทันตกรรม ปี 2557 เพิ่มขึ้นจากปี 2556 ซึ่งเกิดจากการนำปัญหาที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการคือ การรอคิวเพื่อรับบริการนาน ต้องการให้ทันตแพทย์พูดคุยกับผู้ป่วยนานขึ้น มาไม่ทันรับบริการเนื่องจากคิวเต็ม การจำกัดการรับผู้ป่วยในแต่ละวัน ไม่เข้าใจขั้นตอนการรับบริการ มาปรับปรุงแก้ไขโดยชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ การพูดคุยอธิบายอย่างมีนวัตร การติดป้ายประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการป้ายชี้แจงจำนวนทันตแพทย์ผู้ให้บริการชี้แจงลำดับคิวในการรอรับบริการ

- จากการศึกษาจำนวนทันตแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ เนื่องจากมีการลาออกจากราชการ และลาศึกษาต่อโยกย้ายออก ในช่วงปี 2554-2555การแก้ไขปี 2556-2557 ได้รับทันตแพทย์ใช้ทุนมาเพิ่ม รัยย้ายทันตแพทย์มาเพิ่มบริหารจัดการกำลังคนที่มีอยู่โดยให้มีการหมุนเวียนทันตแพทย์ปฏิบัติงานแย่งงานบริการแต่ละวันให้ชัดเจน เช่น เวร OPD ตรวจ, ถอนฟัน, อุดฟัน, ขูดหินปูน, งานผ่าตัดช่องปาก, รักษาคลองรากฟัน, งานทันตกรรมประดิษฐ์และงานทันตกรรมป้องกัน คัดกรองผู้ป่วยแย่งงานตั้งแต่เช้าเวลา 07.30น. ทำให้สามารถให้บริการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพและรับผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น

- เนื่องจากงานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากประกอบกับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง และมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย การเฝ้าระวังของเจ้าหน้าที่อาจจะไม่เห็นชัดเจน ทำให้เกิดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน มีเหตุการณ์รายงานความเสี่ยง มีการเขียน Note หน้า OPD CARD ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าในการ

ให้บริการ ทีมจึงได้จัดทำ **นวัตกรรม“สัญลักษณ์การสื่อสารความปลอดภัย”**เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ผู้คัดกรองผู้ป่วย เสียบแผ่นกระดาษสีเหลืองหน้า OPD CARDและแขวนคลิปชาร์ตไว้ที่รถนั่ง รถนอนการประเมินผลพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถจัดลำดับให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

- หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง พบปัญหาการดูแลขออนามัยของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ได้แก่ การสระผมผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยบางรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางรายต้องถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง ซึ่งการสระผมผู้ป่วยเหล่านี้มีความไม่สะดวกในด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนการปฏิบัติ ประกอบกับเวลาที่ต้องใช้ในการสระผมไม่ต่ำกว่า 20 นาที ทำให้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านอื่นลดลง สาเหตุอีกประการได้แก่ภาระงาน และจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น บางรายวิกฤติต้องดูแลใกล้ชิด ทำให้การสระผมผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกชะงักจึงได้จัดทำ **นวัตกรรมรถสระผมเคลื่อนที่ “Mobile สบาย Hair”**ร่วมกับแผนกช่างซ่อมบำรุงในการออกแบบนวัตกรรม มีการนำวัสดุเหลือใช้ในโรงพยาบาลมาประดิษฐ์เป็นรถสระผมเคลื่อนที่ คำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย สามารถใช้งานได้ง่าย เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลและญาติสามารถทำได้ เป็นการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัตถ 3 มีการนำอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาดภายในทีมที่พบ บ่อยมาทบทวนภายในทีม ได้แก่ ลืมทำ treatment (DTX, Hct), ลืมตาม Lab/ตาม film, ทำ treatment ผิดเตียง เนื่องจากย้ายเตียง, ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวังที่เหมาะสมจากการทบทวนสาเหตุพบว่า ขาดการสื่อสารส่งต่อข้อมูลภายใน เวิร์ / ระหว่างการรับ-ส่งเวิร์ไม่เพียงพอ ไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจนโดย Incharge จึงคิดวิธีการหรือรูปแบบในการ สื่อสารและมอบหมายงานเพื่อให้มีความเหมาะสม ชัดเจน ช่วยในการปฏิบัติกรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ :

พบปัญหาจากการทำกิจกรรม Patient safety walk round ตาม Road map HA แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้แนวทางที่รัดกุม เหมาะสม เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ตัวอย่างการใช้ 3P / PDSA ในการทบทวนแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- พบแนวทางปฏิบัติเดิมที่กำหนดไว้ยังมีโอกาสที่ทำให้เกิดความผิดพลาด เช่น ให้พยาบาลมีการคัดลอกชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้/ยาที่เฝ้าระวัง ด้วยลายมือและใช้ปากกาเคมี บนป้ายและติดที่หน้า chart กับหน้าใบ MAR จากการประเมิน ความเสี่ยงโดยรวม อาจมีการคัดลอกชื่อยาผิด และชื่อยามีการลบเลือนได้ และมีการติด sticker ผู้ป่วยแพ้ยา/เฝ้าระวังการใช้ยาที่มุมบนด้านขวาของ chart กรณีที่จำหน่าย/ย้ายเตียงอาจพบความผิดพลาดเรื่องการติด sticker ออกและปัญหา/อุปสรรคของการลอก sticker คือ ลอกออกยาก มีกระดาษติดอยู่ที่ chart ทำให้ไม่สวยงาม เพิ่มภาระของเจ้าหน้าที่ที่ต้องมาขีด chart จึงมีการยกเลิกการติด sticker แพ้ยา/เฝ้าระวังแพ้ยาที่หน้า Chart ผู้ป่วย, ยกเลิกการคัดลอกชื่อยาที่แพ้/ยาที่ต้องเฝ้าระวังด้วยลายมือพยาบาลที่หน้า Chart และหน้าใบ MAR ให้ติดใบแจ้งเตือนแพ้ยา/เฝ้าระวังแพ้ยา ที่ print จากห้องยาแทน

- พบไม่มีการประทับตราয়งแพ้ยาในหน้า progress note ของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรายงานของหอผู้ป่วยพิเศษที่มีการดักจับและรายงานความเสี่ยงหลังมีการรับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญ จากการสอบถามตรายาง แพ้ยาทุกหอผู้ป่วย พบว่าหอผู้ป่วยที่มีตรายางและปฏิบัติตามแนวทางถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 68.42 มีตรายางแพ้ยา แต่ไม่เคยใช้/ไม่ทราบว่าต้องใช้ ร้อยละ 5.26 มีตรายางแต่ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ร้อยละ 5.26 ไม่แน่ใจว่ามี แต่ได้ทำป้ายแพ้ยาเอง เพื่อติดหน้า chart ร้อยละ 5.26 ไม่แน่ใจว่ามี แต่จะใช้ sticker แพ้ยาคิดใน progress note ของแพทย์ ร้อยละ 5.26 และไม่มีตรายาง/ตรายางหาย/ไม่ทราบว่ามีความหมาย คิดเป็นร้อยละ 24.05 และจากการสอบถามพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ไม่ทราบเรื่องแนวทางปฏิบัติ จึงมีการประสานให้หอผู้ป่วยดำเนินการทำตรายางให้ครบถ้วน และประสานกลุ่มการพยาบาลเรื่องการทบทวนแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ

- พบมีการยืมยาของผู้ป่วยอภีรายหรือยาใน stock ward บริหารให้ผู้ป่วยโดยที่ใบสั่งยา/Copy Doctor's Order Sheet ยังไม่ผ่านการตรวจสอบจากห้องยา จึงมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในกรณีที่มีการบริหารยา Stat drug ไว้ในนโยบาย Safety drug ของโรงพยาบาล โดยก่อนบริหารยา Stat drug ทุกครั้ง ต้องสอบถามประวัติแพ้ยาจากผู้ป่วย ต้อง ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาใน HOSxP และ ห้าม ยืมยาของผู้ป่วยรายอื่นหรือนำยาใน Stock ward มาบริหารให้ผู้ป่วย โดยที่คำสั่งการให้ยาของแพทย์ยังไม่ผ่านการตรวจสอบจากห้องยา และประสาน IT ในการจัดทำขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลแพ้ยาใน HOSxP จากนั้นมีการประเมินติดตามพบว่าขั้นตอนการตรวจสอบใน HOSxP ยุ่งยาก ไม่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติ

เนื่องจากต้องคลิกทั้งหมด 9 ครั้ง จึงประสาน IT ให้ปรับเป็นโปรแกรมตรวจสอบการแพ้ยาวางไว้ที่หน้า Desktop ซึ่งคลิกเพียง 2 ครั้ง สามารถเห็นข้อมูลแพทย์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพึงพอใจ

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ :

- การนำบทเรียนจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมา การปรับระบบและกระบวนการในคลินิก NCD คุณภาพ

อดีต	ปัจจุบัน (ปี 2557 – 2558)
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งข้อมูล รอวันเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ติดตามป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ตั้งรับตรวจเพื่อการรักษาที่ OPD Med/ GP โดยการตรวจ ให้คำแนะนำประมาณ 3-5 นาที ส่งยากกลับบ้าน นัดตรวจดูค่าน้ำตาล ความดันโลหิตสูง	- นัดคลินิก NCD คุณภาพ เป้าหมาย ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมจัดการตนเอง ควบคุมสภาวะโรคได้ โดยทีมสหวิชาชีพ บูรณาการโรคทางกาย จิตใจ ใช้มาตรฐาน การดูแลรักษา ร่วมกับการใช้ยาที่เหมาะสม
- ขาดการคัดกรองโรคแทรกซ้อน พบโรคแทรกซ้อนรุนแรงไตวาย อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอด แผลที่เท้าตัดขา	- มีการคัดกรองโรคแทรกซ้อนประจำปี และให้การป้องกันดูแลรักษา
- เพิ่มความแออัดในโรงพยาบาล / รพช. ไม่มั่นใจในการไปดูแลรักษาที่ รพ.สต.	- ลดความแออัดในโรงพยาบาล / รพช. ส่งกลับ รพ.สต.
- ย้ายที่รักษา ยาเหลือที่บ้าน การใช้ยาผิด	- ส่งต่อปัญหา การรักษา การใช้ยาที่ถูกต้อง ป้องกัน
- ผู้ป่วยพึ่งพาดูแลตัวเองไม่ได้ ไม่เข้าใจ ไม่ทราบข้อมูลการปฏิบัติตัว	- ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน - ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ เข้าใจ ทราบข้อมูลเรื่องโรค

ผลลัพธ์จากการติดตามการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาพรวม จังหวัดชัยนาท

- อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ เป้าหมาย <4% ปี 2555 – 2558 = 0.25, 0.34, 0.27, 0.43
- อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวโน้มลดลง จากปี 2555 – 2558 = 585, 640, 491, 340 ราย
- อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจแนวโน้ลดลง จากปี 2555 – 2558 = 478, 424, 437, 275ราย
- อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีแนวโน้มลดลง จากปี 2555 – 2558 = 7.54, 10.79, 8.5, 7 (เป้าหมาย ไม่เกิน 10%)
- ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี (FBS = 70 – 130 mg%, HbA1C <7% แนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2555– 2558 = 36.95, 40.16, 40.58, 45.12 (เป้าหมาย > 40%)
- ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP <130/80 mmHg) แนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2555 – 2558 = 54.13, 63.91, 60.24, 67.58 (เป้าหมาย >50%)

ผลลัพธ์จากการติดตามการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท

- อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เป้าหมาย <8% ปี 2555 – 2558 = 9.29, 7.91, 6.4, 1.56
- อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวโน้มลดลง จากปี 2555 – 2558 = 585, 640, 491, 340 ราย
- อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจ แนวโน้มลดลง จากปี 2555 – 2558 = 478, 424, 437, 275ราย
- อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มลดลง จากปี 2555 – 2558 = 4.37, 3.13, 3.14, 3.1 (เป้าหมาย ไม่เกิน 10%)

- การพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกสุขภาพเด็กดี พบปัญหาการให้บริการ ผู้ป่วยต้องรอนาน ระยะเวลารอคอยตรวจโรคไม่เกิน 2 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 60 เด็กที่ป่วยปะปนกับเด็กดีเด็กได้รับการคัดกรองไม่ครบถ้วน ตามมาตรฐาน (การซักประวัติความเสี่ยง การตรวจการเจริญเติบโต การประเมินพัฒนาการ การตรวจร่างกาย การฉีดยา/ เฝ้ารอวาง การนัด/การรับยาเสริมธาตุเหล็กที่อายุมากกว่า6เดือน) ไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศในงานคลินิก สุขภาพเด็กดี มีการทบทวนปัญหาพบว่าขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระหว่าง OPD – เวชกรรมสังคม ต่างคน ต่างทำไม่มีการนำปัญหามาพูดคุยกัน Flow ไม่ชัดเจน ระบบนัดซ้ำซ้อน จึงมีการปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิก สุขภาพเด็กดี โดย PCT กุมารเวชกรรมร่วมกับงานผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม **การปรับเปลี่ยน**มีการประชุม ทบทวน gap analysis งานคลินิกสุขภาพเด็กดีปรับปรุงระบบการบริการให้ครบถ้วนประชาสัมพันธ์การปรับเปลี่ยนให้ บุคลากรและผู้รับบริการรับทราบ เริ่มดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2557ประสานOPD เพื่อจัดทำคลินิกให้ครบวงจรประสาน IT ในการวางระบบคอมพิวเตอร์และสนับสนุนโปรแกรมการลงบันทึกข้อมูลจัดทีมเจ้าหน้าที่พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับ แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย แพทย์เพิ่มพูนทักษะ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร(อำนวยการควบคุมความสะอาดเรื่องยา)พยาบาล วิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่ห้องLAB พยาบาลจิตเวช นักโภชนาการและเวชระเบียนในการดำเนินการเรื่อง ระบบนัดหมาย โดยให้เวชกรรมฯ และพยาบาลวิชาชีพประจำงานคลินิกสุขภาพเด็กดีรับผิดชอบลงบันทึกผลการตรวจคัด กรองในโปรแกรม HOSXPและประมวลผล**การวัดผลการเปลี่ยนแปลง**ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการจัดระบบ บริการผู้ป่วยคลินิกสุขภาพเด็กดี เป้าหมาย >ร้อยละ 85 ปี 2557 = ร้อยละ 59 ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.) = ร้อยละ 80 ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจไม่เกิน 2 ชั่วโมง เป้าหมาย >ร้อยละ 80 ปี 2557 ทำได้ร้อยละ 67 ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.) ทำ ได้ร้อยละ 72 เด็กได้รับการคัดกรองครบถ้วนตามมาตรฐาน เป้าหมาย >ร้อยละ 90 ปี 2557 = ร้อยละ 88 ปี 2558 = ร้อยละ 94 **บทเรียนที่ได้รับ**ผู้รับบริการและญาติพอใจการบริการ เนื่องจากเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับเด็กป่วยการทำงานจะ สำเร็จราบรื่นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากเริ่มมีการเก็บบันทึกข้อมูลโดยใช้ IT ทำให้ลด ขั้นตอนการบันทึกซ้ำซ้อนและได้ข้อมูลครบถ้วนมากขึ้นแต่ต้องพัฒนาและปรับปรุงต่อไป ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรหลายจุดที่สามารถทำหน้าที่โรงเรียนพ่อแม่ได้มีการเฝ้าระวังความผิดปกติแต่ละจุดบริการและมีแนวทางการ ทำงานเป็นระบบมากขึ้น**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**การดูแลคลินิกสุขภาพเด็กดี จะไม่ครบสมบูรณ์แบบได้หากไม่ได้รับความ ร่วมมือจากหลายฝ่าย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนและเข้าใจระบบงานจากผู้บริหาร เนื่องจากทุกคนมีเป้าหมายการ ทำงานร่วมกันเพื่อหวังให้เด็กทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนา ดูแลสุขภาพ ส่งเสริมพัฒนาการในกรณีล่าช้า พร้อมกับมี ระบบการประสานงานการส่งต่อกรณีต้องดูแลต่อเนื่องหรือเพื่อการรักษาเพิ่มเติม

การเชื่อมโยงนวัตกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :

- การอบรมเพิ่มศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการใช้ปิงปอง 7 สี ในการคัดกรอง เบาหวาน

- มีการจัดเวทีสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ ทำให้เกิดแนวคิดในเรื่องของการออกแบบนวัตกรรม / รูปแบบการทำงาน เพื่อให้เอื้อต่อผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การใช้ใบแจ้งเตือนแพ้ยาที่ print จากห้องยาแทนการใช้ป้ายที่มีการ คัดลอกชื่อยาด้วยลายมือพยาบาลติดหน้า chart, การออกแบบป้าย IV Fluid ที่ผสมยา HAD ติดที่ขวดสารน้ำให้แตกต่าง จากป้าย IV Fluid ปกติ, การออกแบบวิธี/แนวทางการส่งสิ่งส่งตรวจ / Tube ตัวอย่างเลือดเพื่อขอเลือดให้เป็นแนวทาง เดียวกัน เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบระหว่างผู้นำส่งกับผู้รับสิ่งส่งมอบ ลดความผิดพลาดในการส่งสิ่งส่งตรวจ หรือส่งเลือด ตัวอย่างผิดคน

- จากเหตุการณ์การเฝ้ารอและประเมินภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด (Safety newborn checklist)หลังจาก ได้ทำแนวทางและทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าแนวทางเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อมีความไวในการดักจับได้มีประสิทธิภาพ ขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยในบางรายไม่ได้ติดเชื้อจริงแต่แสดงอาการคล้ายการติดเชื้อ (Sepsis liked symptom) จึงมีการ ปรับรูปแบบเป็นการเฝ้าระวังและประเมินภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด (Safety newborn checklist) แทนเพื่อให้เกิด ความมั่นใจแก่ทีมผู้ดูแลรักษา

การพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล :

- มีการจัดบริการแบบ One Stop service ในคลินิกพิเศษเพิ่มขึ้น ได้แก่ คลินิกเบาหวาน, คลินิกไตวายเรื้อรัง,

คลินิกหอบหืด, คลินิกธาลัสซีเมีย, คลินิกสุขภาพเด็กดี, คลินิกHigh risk, คลินิกเนื้องอก เป็นต้น

- พัฒนาโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง ส่งผลให้มีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น

- การจัดทำมาตรฐานยาในรถ CPR เป็นรูปแบบ Emergency box ให้กับทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงานโดยการ

ประสานความร่วมมือระหว่าง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเกิดปัญหาการกำหนดรายการยา/จำนวนยาที่ใช้ในแต่ละหน่วยงานไม่เป็นแนวทางเดียวกัน พบยาหมดอายุจากการนำมาหมุนเวียนแลกเปลี่ยน จึงมีการประชุมร่วมกันในทีมสหวิชาชีพกำหนดรูปแบบยา Emergency box ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย/หน่วยงาน

- การลดค่าใช้จ่ายในการทำให้ปราศจากเชื้อและน้ำยาทำลายเชื้อ จากการเลิกใช้กระปุก Forceps, Forceps, และอับสำลีปราศจากเชื้อ เพื่อใช้รักษาความปราศจากเชื้อของ Forceps ในการหยิบจับสำลีหรือของปราศจากเชื้ออื่นๆ ซึ่งมีจำนวนน้อย ซึ่งงานจ่ายกลางในแต่ละวันต้องนั่งกระปุก Forceps, Forceps, และอับสำลีจำนวนมาก จึงมีการปรับเปลี่ยนมาใช้เวชภัณฑ์ที่ผลิตจากโรงงานที่พร้อมใช้งาน ได้แก่ สำลีก้อน in Alcohol 70% ชนิด Pack 8 ก้อน และไม้พันสำลี 2 ก้าน ซุป Hibitane 2% in Alcohol 70% มาใช้แทน มีการคำนวณเปรียบเทียบกับกระบวนการเดิมกับกระบวนการที่ปรับใหม่ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ช่วยประหยัดเงินได้ 60916.65 บาท/ปีโดยมีวัตถุประสงค์ด้านคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วย เพราะพบว่าบุคลากรไม่ตระหนักเรื่องการเตรียมสำลี in Alcohol 70% จะเตรียมครั้งละมากๆ / เปิดบ่อย / ไม่ค่อยปิดฝา/ใช้มือหยิบ/ขณะใช้งานไม่ได้นำอับสำลีไปด้วย ทำให้ สำลี in Alcohol 70% ขาดประสิทธิภาพ และการใช้ไม้พันสำลี 2 ก้าน ซุป Hibitane 2% in Alcohol 70% สะดวกในการใช้งาน ประหยัดเวลาและประหยัดคนในการเตรียมไม้พันสำลี 2 ก้าน ซุป Hibitane 2% in Alcohol 70% จากเดิมใช้ผู้ช่วยเหลือคนใช้เตรียมไม้พันสำลี

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ตามเกณฑ์ Service plan ในระดับดีเยี่ยม ได้ 100 คะแนน

- เป็นแกนนำในการจัดทำมาตรฐานการคัดกรองดูแลรักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท

- การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบครบวงจร อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ลดการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น

- การพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยเด็กได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
26. การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม	3.5	- ทบทวนและพัฒนา Core Competency ให้ครอบคลุมกลุ่มงาน ทั้งด้านคลินิกและด้านสนับสนุน
27. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ	3.5	- ปรับปรุงแผน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือธรรมชาติ
28. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	3.5	- พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้สอดคล้องกับประเด็นกลยุทธ์มากขึ้น

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

เป้าหมายและประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
จำนวนรายงานอุบัติการณ์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50/ปี	เพิ่มขึ้น 21.55	ลดลงร้อยละ 26.04	ลดลงร้อยละ 3.97	เพิ่มขึ้นร้อยละ 62.10
ร้อยละของหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์	>ร้อยละ 70	55.88	47.05	64.70	67.76
สัดส่วนของอุบัติการณ์เชิงรุก / เชิงรับ	70: 30	42.44 55.56	46.49 53.51	51.92 48.08	65.39 34.61
ร้อยละของประสิทธิภาพการรายงาน					
- ความทันเวลาในการรายงาน	≥80%	NA	NA	69.10	63.20
- ความถูกต้องของโปรแกรม	≥80%			56.27	69.73
- ความถูกต้องของระดับ	≥80%			64.87	76.30
ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E – I และระดับ 4 – 5 ได้รับการทบทวน(RCA)	>ร้อยละ 50	66.67	41.63	48.38	56.60

บริบท :

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล, รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรแพทย์, องค์กรพยาบาล เกสซ์กร และตัวแทนด้านงานสนับสนุน มีการดำเนินการวางระบบและปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในแต่ละช่วงเวลา โดยมีเป้าหมายบุคลากรรับทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงให้ร่วมมือในการค้นหาและรายงานอุบัติการณ์สามารถจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้หน่วยงานมีการเฝ้าระวัง ดักจับความเสี่ยงมีแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์มีมาตรการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงสามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ความเสี่ยงสำคัญ :

1. ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป ได้แก่ การให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่, การแพ้ยาซ้ำ, การบริหารยาผิดพลาต, ความเสี่ยงด้านการผ่าตัด, อาการเปลี่ยนแปลง/ทรุดลงระหว่างรอตรวจ, การดูแลรักษาที่ล่าช้า/ผิดพลาต, การให้ข้อมูล/สื่อสาร, เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด, Sudden cardiac arrest, Falling, หนีกลับ, การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, เวชระเบียนสูญหาย
2. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค/หัตถการที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการดูแลมารดาและทารก, ด้านการดูแล ผู้ป่วย STEMI/ Stroke/DHF, ชักซ้ำใน Acute Febrile illness, Upper airway obstruction จากการ On tracheostomy, VAP in NB, ภาวะแทรกซ้อนหลังดมยา

3. ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ได้แก่ การฟ้องร้อง/ร้องเรียน, ทรัพย์สินสูญหาย, เจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย/ถูกคุกคามข่มขู่, ลิฟท์ค้าง, อัคคีภัย, ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ (เจ้าหน้าที่ขาดทักษะความรู้, Hard ware & Soft ware ไม่เพียงพอ, ไวรัสระบาด, มีการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต, ข้อมูลสูญหาย)

กระบวนการ:

เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่ในการค้นหาและรายงานความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ กรณีที่ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ (Preventive action) ให้มีการค้นหา ประเมินโอกาส/ผลกระทบและจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) ของหน่วยงาน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ และมีการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด กรณีเกิดอุบัติการณ์ (Corrective action) ให้มีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นโดยผู้ประสบเหตุ มีการประเมินระดับความรุนแรง ทาง Clinic ระดับ ABC และ Non clinic ระดับ 1 ให้รายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานในวันทำการ และรวบรวมรายงานอุบัติการณ์เป็นบัญชีความเสี่ยงส่ง RM ทุกเดือน ถ้าระดับความรุนแรงทาง Clinic DEF และ Non clinic 2 – 3 ให้รายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานในวันทำการ นอกเวลาให้รายงานผู้ตรวจการ รายงานอุบัติการณ์ผ่านโปรแกรม หรือใบ IR 01 (กรณีไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัด) ภายใน 7 วัน และรวบรวมเป็นบัญชีความเสี่ยง ถ้าเป็นเหตุการณ์รุนแรงระดับ GHI หรือ ระดับ 4-5 ให้รายงานหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานในวันทำการ นอกเวลาให้รายงานผู้ตรวจการและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ มีการจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเพื่อลดระดับความรุนแรงและจัดการปัญหาโดยหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน และแพทย์เจ้าของไข้ทันที และทบทวนเหตุการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง ผู้จัดการความเสี่ยงเฉพาะเรื่องและผู้เกี่ยวข้อง ทุกรายงานอุบัติการณ์จะถูกรวบรวมเป็นบัญชีความเสี่ยงส่งทีม RM วิเคราะห์เหตุการณ์/แนวโน้ม/ระดับความรุนแรง มีการติดตามผลการปรับปรุงแก้ไข การป้องกันและประเมินผลมาตรการการป้องกันความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และรายงานให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลรับทราบ ประकाไซนโยบาย/ระเบียบปฏิบัติ

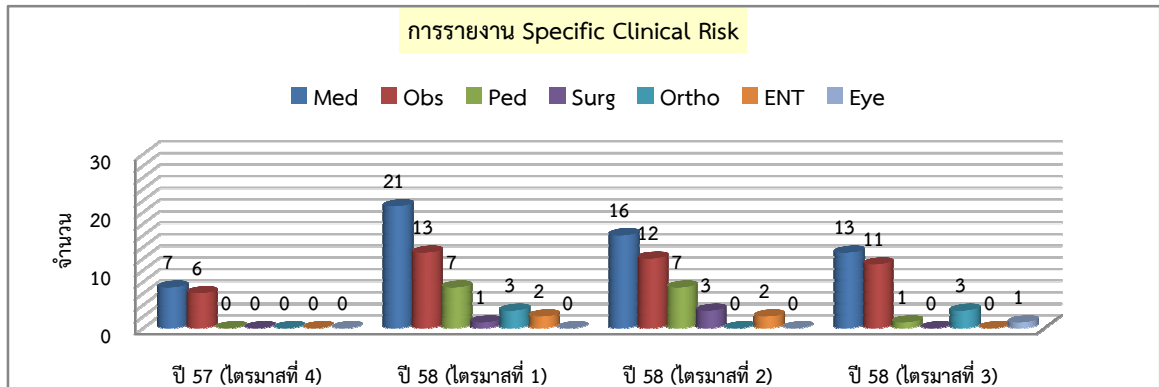
การสนับสนุนจากผู้นำและการเชื่อมโยง

บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง :

- เนื่องจากปี 2556 การรายงานอุบัติการณ์ลดลง พบว่าเป็นการรายงานแต่ความเสี่ยงของหน่วยงานอื่น ขาดการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเอง การรายงานผ่านโปรแกรมลดลงมีการใช้แบบฟอร์มรายงานไม่ถูกต้อง ขาดการสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติ ไม่มีการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงไว้ที่หน่วยงาน ปี 2557 ผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริหารความเสี่ยง เป็นที่ปรึกษาในการทบทวนและปรับ Flow, ปรับคณะกรรมการ, ปรับโปรแกรมรายงานให้เอื้อต่อผู้ปฏิบัติและสามารถประมวลผลจากโปรแกรมได้ ส่งเสริมให้ทีมไปศึกษาดูงานระบบบริหารความเสี่ยงและการจัดการข้อร้องเรียนที่โรงพยาบาลพิจิตร เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่าย และจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงให้กับบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการอบรมทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น เน้นกลุ่มผู้ปฏิบัติ ซึ่งได้วิทยากรที่มีประสบการณ์ด้านการเจรจาและการจัดการข้อขัดแย้งจากโรงพยาบาลพิจิตรมาให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากนั้นมีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน 9 รุ่น พร้อมการประกาศนโยบายการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติ

บทเรียนในการเชื่อมโยงระบบบริหาร ความปลอดภัย ความเสี่ยง คุณภาพ รวมทั้งแผนกลยุทธ์ :

- โรงพยาบาลมีการกำหนดให้ Patient Safety เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีข้อมูลการรายงานความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเรื่องของ Common Clinical Risk การรายงาน Specific Clinical Risk พบได้น้อยและไม่ครอบคลุม จึงมีการประสานข้อมูลความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วยในแต่ละ PCT มีการกำหนด Specific Clinical Risk ไว้ในโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และให้ความสำคัญต่อการรายงานเพื่อนำมาสู่การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ACS, Stroke, DHF, DM with complication, มารดาและทารก ผลลัพธ์จากการติดตามการรายงาน Specific Clinical Risk ดังกราฟ



จากกราฟจะเห็นว่า Specific Clinical Risk พบในผู้ป่วยอายุรกรรมสูงสุด รองลงมาคือ สูติกรรมและกุมารเวชกรรม หลังปรับโปรแกรมพบการรายงานเพิ่มขึ้นในปี 2558 (ไตรมาส 1-3) เริ่มมีการรายงานครอบคลุมทุก PCT มีการกำหนดให้ PCT ทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงทีมบริหารความเสี่ยงจะเป็นผู้ประสานให้มีการทบทวนเชิงระบบ ตัวอย่างการทบทวน STEMI เกิด Sudden cardiac arrest 2 ราย ในเดือน พ.ย.57 รายแรกประเมินเบื้องต้นว่าเป็น Dyspepsia ส่งมาฉีดยาและให้ observe ที่ ER อาการไม่ทุเลา ทำ EKG พบ ST Elevate ที่ V1-V5 ส่งตรวจ TnT ระหว่างรอผลเกิด arrest รายที่ 2 วินิจฉัยจาก OPD เป็น GERD ส่งมาฉีดยาและ observe ที่ ER ผู้ป่วยลุกเดินเข้าห้องน้ำและเกิดอาการเกร็ง arrest ทำ EKG พบ ST Elevate จากการทบทวนทั้ง 2 เคส พบว่าขาดการประเมินซ้ำที่จุดคัดกรอง ER หลังส่งต่อมาจาก OPD ไม่ได้ทำ EKG ตามข้อตกลงตั้งแต่แรกรับ สรุปการทบทวนกรณีที่ได้รับผู้ป่วย Epigastrium pain ทุกรายไม่ว่าจะผ่านการคัดกรองจาก OPD มาแล้ว ให้คัดกรองและประเมินซ้ำ (Re-Triage) ทำ EKG และ print ให้แพทย์อ่านทันที เดือน ม.ค.58 พบ Delayed Treatment ใน STEMI 1 ราย จากการประเมินคัดกรองส่งผู้ป่วยไปตรวจ OPD ทำให้ Door to EKG >10 นาที และ Door to needle time นานกว่า 30 นาทีสุดท้ายผู้ป่วยได้รับละลายลิ้มเลือด Stat ที่ ER และ Admit เข้า ICU ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา จากการทบทวนพบประเด็นความเสี่ยงเรื่องของการคัดกรองเป็น Less Urgent มีการทบทวนความรู้ผู้ปฏิบัติที่หน้างาน อาการที่ชวนสงสัยให้นึกถึง ACS

การทำงานเป็นทีม

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลทิศทางของการพัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก/ทีมนำของระบบงาน :

- จากเดิมทีมความเสี่ยงเน้นการรายงานข้อมูลตาม SIMPLE ทำให้ขาดการรายงานข้อมูลความเสี่ยงทางด้านระบบงานอื่นๆ ปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงในระบบงานที่สำคัญไม่ครอบคลุมจึงทำให้ข้อมูลความเสี่ยงไม่ส่งมาถึงทีม RM โดยเฉพาะทางด้าน Non clinic เช่น ข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงด้านสารสนเทศ, การเงิน-บัญชี, พัสดุ, อาชีวอนามัย จึงมีการกำหนดประเด็นความเสี่ยงที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบงานที่สำคัญไว้ในโปรแกรมรายงานความเสี่ยง ดังนี้

ความเสี่ยงทางการแพทย์ทั่วไป Common Clinical Risk		การประสานเชื่อมโยง
CCR01	ความเสี่ยงด้านกระบวนการผ่าตัด และการให้บริการวิสัญญี	PCT ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด, NSO, OR, วิสัญญี
CCR02	ความเสี่ยงด้านการให้เลือด	MSO, NSO, LAB, Blood bank
CCR03	ความเสี่ยงด้านยาและสารน้ำ	MSO, NSO, คกก.PTC
CCR04	ความเสี่ยงด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ	MSO, NSO, คกก.IC, ENV, ICN, ICWN
CCR05	ความเสี่ยงด้านการดูแลรักษา พยาบาล	MSO, NSO, PCT, HRD, IC, IM, ENV, Tool
ความเสี่ยงทางการแพทย์ทั่วไป Common Clinical Risk		การประสานเชื่อมโยง
CCR06	ความเสี่ยงด้านระบบบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	MSO, NSO, LAB, Blood bank
CCR07	ความเสี่ยงด้านระบบบริการรังสีวิทยา	MSO, NSO, X-Ray
CCR08	ความเสี่ยงด้านเวชระเบียน	คกก.พัฒนาเวชระเบียน, MSO, NSO, IM
CCR09	ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์	ทีมเครื่องมือแพทย์, MSO, NSO
ความเสี่ยงทางการแพทย์เฉพาะโรค Specific Clinical Risk		การประสานเชื่อมโยง
SCR01	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางอายุรกรรม	PCT Med, NSO, HRD
SCR02	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางศัลยกรรม	PCT Surg, NSO, HRD
SCR03	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	PCT Ortho, NSO, HRD
SCR04	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางสูติ-นรีเวชกรรม	PCT Obs-Gyn, NSO, HRD
SCR05	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางกุมารเวชกรรม	PCT Ped, NSO, HRD
SCR06	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางโสต ศอ นาสิก	PCT EENT, NSO, HRD
SCR07	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางจักษุ	กลุ่มงานจักษุ, NSO, HRD
SCR08	ความเสี่ยงเฉพาะโรค/หัตถการทางทันตกรรม	กลุ่มงานทันตกรรม
ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ Common Clinical Risk		การประสานเชื่อมโยง
NCR01	ความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม	คกก.ENV
NCR02	ความเสี่ยงด้านการรักษาความปลอดภัย	คกก.ENV
NCR03	ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย	คกก.ENV, กลุ่มงานอาชีวอนามัย
NCR04	ความเสี่ยงด้านการเงิน-การบัญชี และพัสดุ	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
NCR05	ความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียน เสียสะท้อน	คกก.บริหาร / ทีมนำ /MSO / NSO / HRD
NCR06	ความเสี่ยงด้านข้อมูล/การสื่อสาร ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์	คกก.บริหาร / ทีมนำ
NCR07	ความเสี่ยงด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์	คกก.บริหาร / ทีมนำ
NCR08	ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ/เทคโนโลยี	คกก.IM

- การปรับโปรแกรมความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและประสานติดตามงานโดยทีมที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานหลังปรับโปรแกรมพบว่า การประสานข้อมูลความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรมยังทำได้ไม่ครอบคลุมที่ผ่านมามีการประสานข้อมูลความเสี่ยงด้านยาและสารน้ำ ซึ่งพบสูงสุดเป็นอันดับแรก ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน เรื่องความคลาด

เคลื่อนทางยา และพบประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีการรายงานในเรื่องของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ, ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง Medication Reconcile, การจัดเก็บยาใน stock ward ไม่ถูกต้อง, การปฏิบัติตามระเบียบ/แนวทางการใช้ยาเสพติดไม่ถูกต้องไม่ได้คืนยาที่แพทย์สั่ง OFF ใน 24 ชั่วโมง เป็นต้น มีการประสานกับทีมพัฒนาคุณภาพระบบยาและทีมบริหารยาของกลุ่มการพยาบาล ได้มีการนำข้อมูลปัญหาด้านยาที่พบมาพูดคุยกันในเวทีสนทนาเรื่องยาระหว่างทีมเภสัชกรกับพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติ รวมถึงการลง Quality Round พบปัญหาการสื่อสารเรื่องการตรวจสอบข้อมูลแพ้ยาของผู้ป่วยไม่ถึงผู้ปฏิบัติ และความไม่สะดวกของผู้ปฏิบัติในเรื่องของการตรวจสอบประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยใน HOSxPซึ่งต้องคลิกผ่าน 9 ช่องทาง จึงจะสามารถตรวจสอบข้อมูลแพ้ยาได้ จึงมีการปรับปรุงโปรแกรมตรวจสอบประวัติแพ้ยาผู้ป่วยโดยวางโปรแกรมไว้ที่หน้า desktop เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบข้อมูลแพ้ยาจากช่องทางนี้โดยการคลิกผ่านเพียง 2 ครั้ง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นมีการ Set line กลุ่มเพื่อรายงานผื่นแพ้ยา มีการกำหนดข้อมูลที่จำเป็นและเงื่อนไขในการรายงานโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ทำให้มีการรายงานเพิ่มขึ้นปัจจุบันมีสมาชิก 114 คน ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยและมีแพทย์ร่วมเป็นสมาชิกในกลุ่มด้วย

การประเมินตนเอง

บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่างๆ :

- ปัญหาที่ผ่านมาจะพบว่าหน่วยงานขาดการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงจาก Risk Profile เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในขั้นตอน/กระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงทำให้การใช้ Risk Profile ยังไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี ถึงแม้จะมีการอบรม ทบทวนความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเมื่อเดือน ส.ค.57 (จำนวน 5 วัน 9 รุ่น) ก็ตาม แต่เป็นเพียงการอบรมในเวลาจำกัด ด้วยเรื่องของภาระงานของผู้ปฏิบัติ ทีมจึงมีการทบทวนตนเองอีกครั้งและปรับกลยุทธ์โดยใช้สารสนเทศมาเอื้อให้หน่วยงานสามารถรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองจากโปรแกรมรายงานเพื่อจัดทำ Risk Profile โดยที่วางแผนลงสอนเชิงรุกที่หน้างาน

ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

การบูรณาการระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง :

- การใช้ระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการสร้างโปรแกรมรายงานความเสี่ยง และการรวบรวมข้อมูลเสนอผู้บริหาร รวมถึงการ feed back ข้อมูลให้ทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นเรื่องการจำกัดสิทธิการเข้าถึงข้อมูล กำหนดให้ใช้ password & user ของตนเองเท่านั้นในการรายงาน ห้ามใช้ password & user ของผู้อื่น โดยให้ยึดถือตามระเบียบปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดย user สามารถเห็นข้อมูลความเสี่ยงเฉพาะของตนเองที่รายงานเท่านั้น และหัวหน้าหน่วยงานมีสิทธิเข้าไป Approve ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ไม่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานอื่น

- การนำข้อมูลที่เป็น Sentinel Event ทั้งที่เคยเกิดและยังไม่เคยเกิด มากำหนดผู้รับผิดชอบในการวางแผนและหาแนวทาง/มาตรการป้องกัน ได้แก่

Sentinel Event	เคยเกิด	มีโอกาสเกิด	ผู้รับผิดชอบ
อัคคีภัยที่รุนแรง		✓	ENV, ทีมอัคคีภัย
อุทกภัย		✓	ENV
อุบัติเหตุหมู่	✓		ER, MSO, NSO, เวชระเบียน, ENV
ทรัพย์สินสูญหาย	✓		ENV
ลิฟท์ค้าง/มีคนติดในลิฟท์	✓		ENV, NSO

Sentinel Event	เคยเกิด	มีโอกาสเกิด	ผู้รับผิดชอบ
โรคระบาด/โรคติดต่อ	✓		IC, MSO, NSO, LAB, เวชกรรมสังคม
ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย / กระโดดตึก	✓		MSO, NSO, ENV
ให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่	✓		MSO, NSO, LAB, Blood bank
แพ้ยาล้าง	✓		MSO, NSO, PTC

- ผลจากการนำข้อมูลอุบัติการณ์ Falling เมื่อปี 2554 เสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร มีผู้ป่วยตก รถเข็นนอน 1 ราย บริเวณทางลาดข้างตึกอายุรกรรมขณะนำส่งห้องผ่าตัดเนื่องจากปัญหาโครงสร้างมีความลาดชันสูง ได้มีการปรับทางลาดไปแล้ว 1 ครั้ง แต่มีการประเมินได้ว่าอาจเกิดความเสี่ยงซ้ำขึ้นอีก ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยและเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับความสะดวกในการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องมีการเข็นรถแจกอาหารผู้ป่วย/เครื่องเอ็กซเรย์เคลื่อนที่โดยใช้ ทางลาด ประกอบกับพนักงานโรงครัว/พนักงานเวรเปล/คนงานมีอายุมากขึ้น สุขภาพไม่แข็งแรง จึงมีการวางแผนก่อสร้าง ทางลาดขึ้นอาคารชั้น 2 บริเวณด้านข้างหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ให้มีความลาดชันน้อยลง โดยให้วิศวกรจากกองแบบ แผนออกแบบใหม่ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เพื่อใช้ในการ Transfer ผู้ป่วยระหว่าง ICU 1, OR ที่อยู่ชั้นล่างไปยัง หอผู้ป่วยที่อยู่ชั้นบน ได้แก่ ICU2, หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง, จักษุ โสต ศอ นาสิก, นรีเวช และพิเศษนิลกำแพงชั้น 2 แต่มี ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ ต่อมาในปี 2557 ทีมผู้บริหารได้เข้าร่วมในเวทีสนทนาสภาภาพกับผู้ว่าราชการจังหวัดชัยนาท โดยมีผู้บริหารจากองค์กร ภาครัฐ สมาคมพ่อค้า และตัวแทนจากภาคประชาชนเข้าร่วม มีการเสนอปัญหา/ความต้องการที่จะปรับปรุงระบบบริการเพื่อให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่ดีขึ้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้นำเสนอแผน ความต้องการในการปรับปรุงโครงสร้างทางลาดในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และต่อมาผู้ว่าราชการจังหวัดชัยนาทได้บริจาค เงินจำนวน 4,000,000 บาท ในการดำเนินการก่อสร้างลิฟท์ 2 ชั้นเพื่อประโยชน์แก่ทางราชการและอำนวยความสะดวกใน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการเคลื่อนย้ายเครื่องมือ/อุปกรณ์/รถเข็นต่างๆ มีการดำเนินการก่อสร้างเมื่อวันที่ 22 ม.ค. 2558 แล้วเสร็จและทำพิธีส่งมอบให้กับโรงพยาบาลในวันที่ 5 ก.ย.2558

บทเรียนในการรับรู้รายงานอุบัติการณ์/การส่งเสริมรายงานที่สมบูรณ์ :

- ปี 2556 รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ใช้โปรแกรมและแบบฟอร์มการรายงานเดิม ต่อเนื่องจากปี 2555 พบว่ามีการรายงานความเสี่ยงลดลง การรายงานมีเฉพาะบางหน่วยและเป็นหน่วยงานเดิม ผู้รายงานเป็นคนเดิมที่เป็น ผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงของหน่วยงานนั้นๆ ไม่ครอบคลุมบุคลากรทั้งหน่วยงาน ขาดความร่วมมือในการรายงานผ่าน โปรแกรม เจ้าหน้าที่ยังใช้โปรแกรมการรายงานยังไม่ถูกต้อง หลายส่วนสับสนเรื่องแบบฟอร์มและช่องทางการส่งรายงาน ผู้บริหารจึงได้กำหนดให้การรายงานความเสี่ยงสามารถนำมาคิดเป็นคะแนนผลงาน P4P เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีความ กระตือรือร้นในการรายงาน ผลลัพธ์มีการรายงานเพิ่มขึ้นเฉพาะในหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่อยู่ในกลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาลเท่านั้น ในปี 2557 ทีมจึงได้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยงโดยใช้ IT และได้นำรูปแบบการ ใช้โปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของ สรพ.จากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ HA Forum 16th ที่เมืองทองธานี เสนอผู้บริหาร รับทราบ จากนั้นผู้บริหารสูงสุดนำทีมไปศึกษาดูงานระบบบริหารความเสี่ยงที่โรงพยาบาลพิจิตร และให้โอกาสทีมได้มีส่วน ร่วมในการตัดสินใจพัฒนาโปรแกรมโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมให้คุ้มค่า จึงได้ร่วมกับนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของ โรงพยาบาลในการออกแบบและเขียนโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจาก Incident report เดิมมา พัฒนาการจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกระดับเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงโดยผ่าน ระบบสารสนเทศ

- หลังการปรับโปรแกรมและประกาศใช้โดยให้เริ่มรายงานวันที่ 25 ส.ค.2557 มีการติดตามการรายงานผ่าน โปรแกรม พบว่ามีบางหอผู้ป่วย/หน่วยงานยังไม่มีรายงานหรือรายงานเข้ามาน้อยจากการรับรู้เรื่องอุบัติการณ์จากทีม ความเสี่ยง มีการลง RM Round นำโดยทีมผู้บริหารเพื่อกระตุ้นการรายงานและประเมินปัญหา พร้อมกับมีการสอน/ แนะนำการแก้ไขปัญหาหน้างานหลังการลงเยี่ยมหน่วยงาน ER, OR, วิสัญญี, ICU, LR, หอผู้ป่วยกุมาร1 และกุมาร2ใน

เดือน ต.ค.2557 พบว่า ICU, OR, หอผู้ป่วยกุมาร 2 มีการรายงานเพิ่มขึ้นจากเดิม 5 - 7 เท่า แต่เป็นการรายงานความเสี่ยงย้อนหลัง, หอผู้ป่วยกุมาร 1 เริ่มมีการรายงานจากเดิมข้อมูลการรายงานเป็น 0, วิทยาลัยเน้นการรายงานในระดับ GHI เจ้าหน้าที่ยังมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากภาระงานมากทำให้ไม่สะดวกในการรายงานได้เป็นปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะรายงานย้อนหลัง, LR พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้โปรแกรมรายงานได้ทุกคน โปรแกรมใช้ง่าย สะดวกกว่าโปรแกรมเดิม, ER เจ้าหน้าที่ยังไม่สะดวกในการรายงานผ่านโปรแกรม เนื่องจากภาระงานและระบบ IT ไม่ support มีการนำข้อมูลการรายงานเสนอในที่ประชุมผู้บริหารทุก 3 เดือน

ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA / การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ human factor engineering :

ตัวอย่างการวิเคราะห์ RCA

- จากอุบัติการณ์ผู้ป่วย C/S with TR แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการทำหมันพบภายหลังผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์และมีปัญหานำมาสู่การร้องเรียน จากกรณีความเสี่ยง พบคำสั่งการผ่าตัดและใบเซ็นยินยอมไม่ตรงกันมีการสั่งการรักษาทางโทรศัพท์โดยไม่มีลายเซ็นแพทย์กำกับ ขาดการสื่อสารระหว่างทีมห้องคลอดกับทีมผ่าตัดการบันทึกข้อมูลในใบ Operative note และ Anesthetic record ไม่ตรงกัน ขาดการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย **แนวทางการแก้ไข** ทบทวนแนวทางปฏิบัติเรื่องการรับ-ส่งผู้ป่วยการระบุตัวผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ก่อนทำผ่าตัดคลอดต้องตรวจสอบการเซ็นยินยอมผ่าตัด คำสั่งการรักษา ประวัติการตั้งครรภ์ถ้าเป็นครรภ์หลังให้ถามเรื่องการทำหมันทุกครั้ง ขณะทำผ่าตัดต้องตรวจสอบว่าผ่าตัดตรงกับคำสั่งและการเซ็นยินยอมหรือไม่ถ้าไม่ตรงต้องมีการทักท้วงก่อนที่จะปิดการผ่าตัด ตรวจสอบการบันทึกใบ Operative note และใบ Anesthetic record ให้ถูกต้องตรงกัน หากมีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำผ่าตัดตามใบยินยอมการผ่าตัด แพทย์ต้องสื่อสารข้อมูลในใบ Operative note และใน progressnote ให้ชัดเจนเพื่อให้ทีมผู้ดูแลรับทราบหลังการทำผ่าตัด แพทย์ที่ Set ผ่าตัดทางโทรศัพท์ต้องมา sign ก่อนทำผ่าตัด และทบทวนการให้ข้อมูลและการบันทึกการวางแผนดูแลก่อนจำหน่าย

- จากอุบัติการณ์พบผู้ป่วยรับประทานยาซ้ำซ้อนในคลินิกเบาหวาน **ปัญหาและสาเหตุ** เกิดจากเป็นยาชนิดเดียวกันแต่เนื่องจากเป็นยาต่างบริษัทกันจึงมีรูปลักษณ์ที่ไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยนำยาเก่าที่เหลืออยู่มารับประทาน ผู้ป่วยขอรับยาเพิ่มจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน และซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเพิ่มจากยาที่แพทย์สั่ง **การปรับปรุงแก้ไข** จัดทำแผ่นป้ายรูปแบบเม็ดยาของบริษัทต่างๆ ที่โรงพยาบาลจัดซื้อปัจจุบันและที่เคยจัดซื้อในอดีตจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์รายการยาที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบเม็ดยาหรือแผงยาหน้าห้องจ่ายยาเภสัชกรที่ทำหน้าที่จ่ายยาอธิบายซ้ำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบแผงยาหรือเม็ดยาให้ผู้ป่วยเข้าใจประสานคลังยาให้แจ้งเภสัชกรห้องยาทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ยาจากการซื้อบริษัทใหม่ **ผลลัพธ์หลังการปรับปรุง** ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งและอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วยลดลง (ปี 2557 พบ 7 ราย ปี 2558 พบ 0 ราย) **บทเรียนที่ได้รับ** การสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมี Compliance ที่ดี และใช้ยาได้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ได้จัดทำสติ๊กเกอร์บอกเวลารับประทานยาและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานแต่ละมื้อ รวมทั้งกล่องพลาสติกเก็บยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกลุ่มที่อ่านหนังสือไม่ได้

- จากอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการแจ้งผลการตรวจสุขภาพผิพลาต/ล่าช้า ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่ง มารับการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเมื่อวันที่ 29 เม.ย.58 ได้รับการแจ้งผลวันที่ 2 มิ.ย.58 พบผล CA = 14.58 ค่าปกติ (0-5) จึงไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลเอกชน ผล CA = 1.5 **จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา** พบว่าไม่มีระบบการแจ้งเตือนค่าผิดปกติจากห้อง LAB และพยาบาล OPD ที่รับผิดชอบงานตรวจสุขภาพมีการแจ้งกลับให้ผู้รับบริการรับทราบผลล่าช้า เนื่องจากพยาบาล OPD ต้องทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและคิดเงินการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ในการตรวจสุขภาพของกระทรวงการคลังทำให้ต้องเพิ่มรหัสและราคาค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพก่อนส่งให้การเงินเพื่อเรียกเก็บเงินและต้องทำรายงานผลการตรวจสุขภาพส่งให้กับอาชีวอนามัยทำให้ใช้เวลานานประมาณ 5 - 7 วันและเนื่องจากการตรวจสุขภาพของหน่วยงานนี้ มีการตรวจเพิ่มเติมจากข้อกำหนดในการ

ตรวจสอบภาพประกอบกับมีเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานนี้ขอมาตรวจสอบคุณภาพในอีก 7 วัน จึงได้รอให้มาตรวจตามนัดให้ครบทุกคนก่อน มีการส่งผลการตรวจและฟิล์มเอ็กซเรย์ให้แพทย์อ่านในตอนบ่ายของสัปดาห์ต่อมา (ให้แพทย์ที่ออกตรวจ GP บ่ายอ่านผล) และในช่วงสัปดาห์นั้นมีผู้รับบริการจำนวนมากมารับบริการตรวจในภาคบ่าย จึงอ่านผลเสร็จครบอีกสัปดาห์ต่อมา หลังจากที่แพทย์ได้อ่านผลการตรวจสุขภาพเรียบร้อย พยาบาล OPD เป็นผู้สรุปรายงานผลเป็นรายบุคคล จึงได้เห็นว่ามีผลการตรวจ PSA กับ CEA ออกแล้ว และได้ลอกผลการตรวจใส่ในใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ พร้อมโทรศัพท์สอบถามห้องLAB ในรายที่ผลผิดปกติและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อเพิ่มการนัดหมายในรายที่ผลการตรวจผิดปกติ จากนั้นได้ฝากผลการตรวจไปให้กับผู้รับบริการที่หน่วยงาน จึงมีการปรับปรุงระบบบริการการตรวจสุขภาพเพื่อช่วยลดขั้นตอนและลดระยะเวลาการแจ้งผลการตรวจสุขภาพ โดยประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ให้เพิ่มรหัสการตรวจ LAB เพิ่มเติมใน HOSxP และขอให้เจ้าหน้าที่การเงินมาช่วยคิดเงินและทำรายงานเพื่อเรียกเก็บเงิน ให้เจ้าหน้าที่ LAB รายงานผลที่ผิดปกติกับพยาบาล OPD ได้แก่ CEA, AFP, PSA และผลการตรวจอื่นๆ ตามเกณฑ์การรายงานผลของห้อง LAB และพยาบาล OPD รายงานผลการตรวจที่ผิดปกติกับแพทย์ แจ้งผลทางโทรศัพท์ให้ผู้รับบริการทราบภายใน 2 วัน (หลังจากรายงานผลให้แพทย์ทราบ) สรุปผลการตรวจสุขภาพให้ส่งให้เจ้าหน้าที่อาชีวอนามัยส่งให้กับหน่วยงาน หรือถ้าหน่วยงานมารับผลการตรวจเองให้เซ็นชื่อรับผลการตรวจในสมุดทุกครั้ง ปรับ FLOW CHART ตรวจสุขภาพเชิงรุกใหม่ ดังนี้

Flow เดิม	การแก้ไข	ผลลัพธ์หลังการปรับปรุง
<p>ระยะเวลาที่แพทย์อ่านผลการตรวจทั้งหน่วยงาน ประมาณ 7 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้แพทย์ที่ออกตรวจ GP บ่ายอ่านผล เมื่อมีผู้รับบริการมารับการตรวจจำนวนมาก แพทย์ที่ออกตรวจไม่ได้อ่านผลการตรวจ - แพทย์แบ่งเวลามาตรวจคนละ 2 ชม. ทำให้ไม่มีเวลาในการอ่านผลการตรวจสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้แพทย์ออกตรวจ GP บ่ายมาตรวจผู้รับบริการตามตารางเวร ทั้ง 2 คน - มีแพทย์นิติเวช มาอ่านรายงานผลการตรวจทุกวัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาที่แพทย์อ่านผลการตรวจ ทั้งหน่วยงาน ไม่เกิน 3 วัน
<p>ผลการตรวจผิดปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการตรวจรวมทั้งหน่วยงาน พร้อมแจ้งให้ทราบเมื่อทำรายงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว ประมาณ 3 – 5 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการตรวจที่ผิดปกติเป็นรายบุคคลโดยมีการประสานงานกับแพทย์และแจ้งผู้รับบริการทราบ ภายใน 2 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการตรวจที่ผิดปกติเป็นรายบุคคลโดยมีการประสานงานกับแพทย์และแจ้งผู้รับบริการทราบ ภายใน 2 วัน
<p>ทำรายงานผลการตรวจสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำรายงานผลการตรวจรวมทั้งหน่วยงาน ประมาณ 3 – 5 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำรายงานผลการตรวจรวมทั้งหน่วยงาน ประมาณ 1 - 2 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำรายงานผลการตรวจรวมทั้งหน่วยงาน ประมาณ 1 - 2 วัน
<p>ทำรายงานคิดเงินค่าตรวจสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำรายงานคิดเงินค่าตรวจสุขภาพรวมทั้งหน่วยงาน ประมาณ 3 – 5 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำรายงานคิดเงินค่าตรวจสุขภาพรวมทั้งหน่วยงาน ประมาณ 1 – 2 วันในหน่วยงานที่ตรวจตามหลักของกระทรวงการคลัง - ประมาณ 2 – 3 วันในหน่วยงานที่ตรวจตามเกณฑ์การตรวจของหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ขอให้เจ้าหน้าที่การเงินมาช่วยในการคิดเงินค่าตรวจสุขภาพ

ตัวอย่างการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม

- การกำหนดแนวทางการนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ มีระบบการกำหนดรหัสผ่านในการใช้งานข้อมูลสารสนเทศของบุคคลเป็นรายคน และมีการบันทึกการเข้าใช้งานของผู้ใช้เป็นประวัติสำหรับใช้ในการตรวจสอบการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ กรณีมีปัญหาที่เกิดจากการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่สมควร
- การกำหนดให้มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาผู้ป่วยจากโปรแกรมตรวจสอบแพ้ยาที่อยู่หน้า desktop ทุกครั้ง ในกรณีที่มีการบริหารยากรณี Stat drug / Emergency drug
- การสร้างโปรแกรมตรวจสอบหมู่เลือดผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดจะเป็นผู้บันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนข้อมูลหมู่เลือด และ print sticker เพื่อยืนยันผลหมู่เลือดของผู้ป่วยพร้อมลายเซ็นยืนยันการตรวจสอบหมู่เลือดจากธนาคารเลือดกำกับใน sticker เพื่อส่งมอบให้หอผู้ป่วยนำไปติดที่หน้า OPD card และในใบยินยอมให้เลือดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเลือดปลอดภัยแล้ว

ตัวอย่างการใช้ human factor engineering

- การทำนวัตกรรมเตียงช่วยเอกซเรย์สำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและบาดเจ็บบริเวณร่างกายส่วนล่าง (สะโพก เข่า ขา ข้อเท้า)เมื่อมาเอกซเรย์โดยรถเข็นนั่ง/ไม้ค้ำยัน/เดินมาเอง ต้องขึ้นเตียงเอกซเรย์ ซึ่งเตียงเอกซเรย์มีความสูง 80-90 เซนติเมตร ทำให้ขึ้นเตียงลำบากเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และต้องใช้ผู้ช่วยในการเคลื่อนย้ายมากกว่า 2 คน ใช้เวลานานในการเอกซเรย์ต่อคนทางกลุ่มงานรังสีวิทยาได้ตระหนักถึงการบริการผู้สูงอายุ จึงได้ประดิษฐ์เตียงช่วยเอกซเรย์เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการเอกซเรย์ผู้สูงอายุ เช่น เอกซเรย์ขา เข่า สะโพก เป็นต้น **ประโยชน์ที่ได้รับ** ได้เตียงช่วยเอกซเรย์สำหรับช่วยเอกซเรย์ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกและปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายเพื่อเอกซเรย์ ลดระยะเวลาในการทำงาน ใ้กับผู้ป่วยโรคกระดูกที่ต่อเอกซเรย์ร่างกายส่วนล่างได้

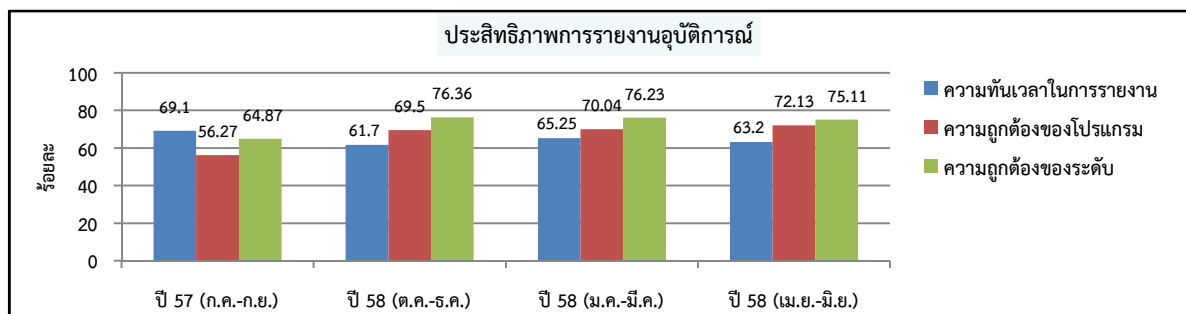
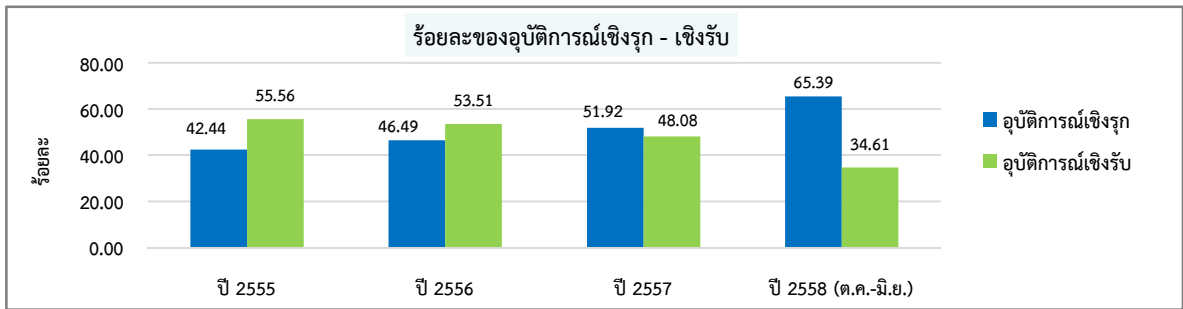
- การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบริหารจัดการงานเตรียมผสมเคมีบำบัด โดยงานเภสัชผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อ เนื่องจากยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งในการเตรียมผสมยาเคมีบำบัดนั้น ปัจจัยหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยก็คือ การคำนวณขนาดยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับพื้นที่ผิวร่างกายของผู้ป่วย หรือค่า BSA (Body surface area) ซึ่งการคิดคำนวณแบบเดิมโดยใช้เครื่องคิดเลขโดยอ่านค่า BSA จากนาโมแกรม อาจมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ขั้นตอนต่างๆ ในการบริหารจัดการยาเคมีบำบัดตั้งแต่ การถ่ายถอดคำสั่งแพทย์ การคัดลอกข้อมูลผู้ป่วย การเตรียมผสมยา ล้วนมีความซับซ้อนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการหรืออาจทำให้การเตรียมผสมยาต้องใช้เวลาอันยาวนาน ดังนั้นการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบริหารจัดการ ตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย การคำนวณขนาดยาเคมีบำบัด การพิมพ์ฉลากยาเตรียม จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วและป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าวได้ **ประโยชน์ของการใช้โปรแกรม** เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในกระบวนการเตรียมผสมยาเคมีบำบัด ลดระยะเวลาในการเตรียมผสมยาเคมีบำบัดลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานด้านการบันทึก การส่งต่อข้อมูล ทั้งข้อมูลประจำตัวของผู้ป่วยและข้อมูลด้านคลินิก

- การลดค่าใช้จ่ายในการทำให้ปราศจากเชื้อและน้ำยาทำลายเชื้อจากการเลิกใช้กระปุก Forceps, Forceps, และอับสำลีปราศจากเชื้อ เพื่อใช้รักษาความปลอดภัยของ Forceps ในการหยิบจับสำลีหรือของปราศจากเชื้ออื่นๆ ซึ่งมีจำนวนน้อย ซึ่งงานจ่ายกลางในแต่ละวันต้องนั่งกระปุก Forceps, Forceps, และอับสำลีจำนวนมาก จากการสำรวจพบว่ามี 116 ชุดต่อค่าบริการทุกวัน จึงกำหนดมาตรการเก็บกระปุก Forceps และอับสำลี และมีการผลิตน้ำยาทำลายเชื้อ (Post Cresol) ซึ่งฝ่ายผลิตต้องใช้น้ำกลั่นในการผสมซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น จึงใช้เวชภัณฑ์ที่ผลิตจากโรงงานที่พร้อมใช้งาน ได้แก่ สำลีก้อน in Alcohol 70% ชนิด Pack 8 ก้อน และไม้พันสำลี 2 ก้าน ซุป Hibitane2% in Alcohol 70% มาใช้แทน มีการคำนวณเปรียบเทียบกับกระบวนการเดิมกับกระบวนการที่ปรับใหม่ค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากกระบวนการที่เกี่ยวข้องในปีงบประมาณ 2556 รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 87,174.65 บาท ถ้าปรับมาใช้สำลี Alcohol 70% ชนิด Pack 8 ก้อน และใช้ไม้พันสำลี 2 ก้าน ซุป Hibitane2% in Alcohol 70% ใน 1 ปี ประมาณค่าใช้จ่าย 26,258.00 บาท ช่วยประหยัดเงินได้ 60916.65 บาท/ปีโดยมีวัตถุประสงค์ด้านคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วย เพราะพบว่าบุคลากรไม่

ตระหนักเรื่องการเตรียมสำลี in Alcohol 70%จะเตรียมครั้งละมากๆ / เปิดบ่อย / ไม่ค่อยปิดฝา/ใช้มือหยิบ/ขณะใช้งานไม่ได้นำ
 อับสำลีไปด้วย ทำให้ สำลี in Alcohol 70%ขาดประสิทธิภาพ และการใช้ไม้พันสำลี 2 ก้านชุบ Hibitane2% in Alcohol
 70%สะดวกในการใช้งาน ประหยัดเวลาและประหยัดคนในการเตรียมไม้พันชนิด 2 ก้านซึ่งจากเดิมใช้ผู้ช่วยเหลือคนใช้เตรียมไม้
 พันสำลี

ผลการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการรายงานอุบัติการณ์เชิงรุกเพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพการรายงาน ตามใน
 เรื่องของความเร็ว, ความถูกต้องของโปรแกรมและระดับยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ดังกราฟ



คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพในงานประจำ:

- จากการทบทวนปัญหาในการปฏิบัติงานของงานผู้ป่วยนอก พบว่าการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทั่วถึงซึ่ง
 บางครั้งมีผลทำให้การปฏิบัติงานผิดพลาดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทีมงานจึงได้คิด “นวัตกรรมเว็บบอร์ดความรู้ ดูงามตา”
 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้มาศึกษาในช่วงเช้าหรือบ่ายของทุกวัน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
 เพื่อให้การปฏิบัติงานราบรื่น เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ความสวยงาม ความแปลกใหม่ของนวัตกรรมสามารถดึงดูด
 ให้เจ้าหน้าที่ได้มาศึกษาวิธีการได้แก่ นำเอกสารติดตามหัวข้อต่างๆ เชิญชวนเจ้าหน้าที่มาศึกษา เก็บเอกสารเดิมเข้าแฟ้ม
 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และนำเอกสารใหม่มาติดบอร์ดอย่างต่อเนื่อง

- เนื่องจากมีข้อผิดพลาดในการส่ง Lab ตัวอย่าง ของผู้ป่วยเกิดความล่าช้าเพราะผู้ที่ทำการเก็บส่งตรวจไม่ได้
 ประสานงานกับผู้ส่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายจึงคิดวิธีการแก้ปัญหา โดยใช้
 Sticker ติดที่ Tube และใบนำส่ง เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสารภายในทีมให้ทราบว่ามีส่ง LAB ตัวอย่าง และใช้ชื่อว่า
 “The Fast Lab”

- หอผู้ป่วยศัลยกรรมทศ 3 มีผู้ป่วยที่เตรียมเข้าห้องผ่าตัด เฉลี่ยประมาณ 5-10 ราย/วัน และยังมีผู้ป่วยอื่น
 ที่อยู่ในความดูแลอีกในหอผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ราย จากสถิติที่ผ่านมาบางเดือนมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องงดหรือเลื่อน
 เวลาในการผ่าตัดออกไปถึง 1-2 ราย จากการที่ผู้ป่วยรายที่ต้อง NPO ผลอดดื่ม น้ำ ญาติให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร/น้ำ
 หรือเจ้าหน้าที่โรงครัวแจกอาหารให้ผู้ป่วย เพราะไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ ต้องเข้ารับการผ่าตัด จึงทำให้ต้องเลื่อนวัน/
 เวลาผ่าตัด รวมทั้งเสี่ยงต่อโอกาสการรับ-ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดผิดรายได้ เนื่องจากภาระงานของพยาบาลทำให้ล้นเลย

ขาดการเฝ้าระวัง ไม่ได้ตรวจสอบกับเวรเปลขณะมารับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จึงมีการจัดทำนวัตกรรม “สื่อให้เห็น เน้นให้รู้” เพื่อใช้ในการสื่อสารผู้ป่วยที่ต้องเข้าผ่าตัดทุกราย โดยจะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยรายใดต้องเตรียมเข้าห้องผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ทีมพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่อื่นช่วยเฝ้าระวัง ได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องว่าผ้าอะไร เวลาเท่าใด

- จากการทบทวนปัญหาของแผนกตรวจโรคทั่วไป พบผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (Urgent) หลายรายที่มีภาวะวิกฤตต้องส่งงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นทีมงานจึงให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินสภาพแรกรับ นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนปัญหาจากการปฏิบัติงานพบว่าห้องตรวจโรคทั่วไปมีผู้ป่วยจำนวนมาก ประมาณ 70-100 คนต่อวัน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-2 คนต่อวัน มีพนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน จากปัญหาภาระงานที่มาก บุคลากรน้อยมีผลให้ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินได้รับการตรวจล่าช้าจนผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จึงมีการทำนวัตกรรม “คัดกรองปลอดภัย ไร้อั้ววล” เพื่อเป็นการสื่อสารในทีมให้เห็นเด่นชัดว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการประเมินซ้ำหรือเข้ารับการตรวจอย่างเร่งด่วน

- มีการนำข้อมูลความเสี่ยงด้านระบบบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร/ประสานงานในการส่งตรวจ specimen ระหว่างเจ้าหน้าที่ห้อง LAB กับพยาบาลผู้ปฏิบัติ มาพูดคุยกันในเวทิสันทนา เพื่อหาข้อตกลงในการปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกันและเกิดการประสานงานที่ราบรื่น

- มีการนำข้อมูลเรื่องของการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่ควรเป็นความลับ มาพูดคุยกันระหว่าง ทีม RM กับกลุ่มการพยาบาล, LAB และ IM เพื่อหาแนวทางร่วมกันในเรื่องของการปกปิดข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยใน HOSxP

- มีการนำข้อมูลความเสี่ยงด้านกระบวนการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ อุบัติการณ์ที่เกิดในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด (การ Set OR) เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น จำนวนการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น แต่อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การเตรียมห้อง/เตรียมอุปกรณ์ไม่พร้อม ผ้าไม่เพียงพอ จึงเป็นที่มาของการประชุมร่วมกันระหว่างทีมบริหาร, ทีมผ่าตัด และกลุ่มการพยาบาล เพื่อหาแนวทางบริหารจัดการที่เหมาะสม

บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย:

- จากการแบ่งเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service Plan ทำให้มีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ซ้ำซ้อน จึงมีการใช้ Clinical tracer highlight ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ เชื่อมโยงกับ Service plan

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

การพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ :

- ทีม RM มีการปรับกลยุทธ์ระบบการค้นหาและรายงานความเสี่ยง เพื่อเพิ่มความสะดวกในการค้นหาและรายงานอุบัติการณ์ได้แก่ การเพิ่มช่องทางการรายงาน การให้รางวัลประเภทบุคคล/หน่วยงานที่ค้นหาและรายงานความเสี่ยงสูงสุด การสื่อสารผลการรายงานความเสี่ยงทราบ การส่งทีมเข้าไปทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่ยังรายงานความเสี่ยงน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรมการรายงานการเขียนใบ

- การประเมินและจัดการความเสี่ยง ในรอบปีที่ผ่านมามีการจัดการความเสี่ยงยังล่าช้า และค้นหาสาเหตุรากที่แท้จริงของปัญหาได้ไม่เพียงพอที่ทีมความเสี่ยงร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพได้จัดตั้งทีมเพื่อช่วยหน่วยงานในการทบทวน RCA ทำให้สามารถค้นหาสาเหตุและวางแผนการป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำได้ดีขึ้น

การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย:

- มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการ Safety Leadership WalkRound โดยผู้บริหารและทีม RM ทุกวัน จันทร์ทำให้ปัญหาหน้างานได้รับการแก้ไขที่รวดเร็วขึ้น ดังตัวอย่าง

หน่วยงานที่ลงเยี่ยม	กิจกรรม Quality Round	ปัญหา / การแก้ไข
<p>หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย, อายุรกรรมหญิง, ศัลยกรรมทึดล 3-4, กุมาร 1, พิเศษหลวงปู่ศุข 1-4</p>	<p>ตามรอย Safety blood & Safety Drug</p>	<p>ปัญหา -ได้รับทราบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ในเรื่องของ Sticker ระบุตัวผู้ป่วยไม่พอใช้</p> <p>การแก้ไข -มีการประชุมเพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการเรื่อง Sticker ผู้ป่วย โดยทีมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล -นำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไขให้เป็นแนวทางปฏิบัติ Safety blood & Safety Drug ของโรงพยาบาล</p>
<p>โภชนาการ</p>	<p>ประเมินความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน, ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่, โครงสร้าง สถานที่ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน</p>	<p>ปัญหา -หน่วยงานได้รับการแก้ไขเรื่องของการดำเนินการซ่อมอุปกรณ์ /สถานที่ที่ชำรุด ล่าช้า -พบถังแก๊สหุงต้มจำนวน 6 ถัง วางอยู่ในตำแหน่งใกล้เตาแก๊ส และไม่มีวาล์วควบคุมปริมาณของแก๊ส</p> <p>การแก้ไข -ประสานหัวหน้างานซ่อมบำรุง เพื่อดำเนินการแก้ไขในจุดที่สำคัญ โดยเฉพาะในจุด/ตำแหน่งที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ปรับย้ายตำแหน่งถังแก๊สและให้หน่วยงานดำเนินการติดต่อเรื่องวาล์วควบคุมการใช้แก๊ส</p>
<p>ซักฟอก</p>	<p>ประเมินความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน, ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่, โครงสร้าง สถานที่ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน</p>	<p>ปัญหา -พบสภาพอากาศภายในห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ที่ร้อนอบอ้าวมาก</p> <p>การแก้ไข -แผนเสนอให้มีการปรับโครงสร้างสถานที่ พิจารณาต่อเติมพื้นที่ด้านหลังอาคารซักฟอกให้เป็นสำนักงานของเจ้าหน้าที่</p>
<p>หอผู้ป่วยหลังคลอด</p>	<p>ประเมินความปลอดภัยด้านทรัพย์สินสูญหาย / การป้องกันการทากรสูญหาย / โครงสร้าง สถานที่ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน /การประเมินคัดกรองทารกแรกเกิด</p>	<p>ปัญหา -พบกล้องวงจรปิดทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ภาพบางมุมไม่ชัด -พดลมในหอผู้ป่วยเป็นพดลมเพดานไม่ถูกหลักIC และมาตรฐานสายใยรัก เนื่องจากทำให้มีฝุ่น และทำให้ทารกตัวเย็นได้ -การประเมินทารกโดยใช้แบบประเมินคัดกรองทารกแรกเกิด ยังไม่เห็นจุดเน้นที่สำคัญในส่วนที่ต้องรายงานแพทย์</p> <p>การแก้ไข -มีการประสานงานซ่อมบำรุงมาดำเนินการปรับแก้ไข -มีดำเนินการเปลี่ยนพดลมเพดานในหอผู้ป่วยให้เป็นพดลมโคจรแทนตำแหน่งเดิม 6 จุด พบว่ายังไม่เพียงพอที่จะระบายอากาศ มีข้อเสนอแนะจากกุมารแพทย์ขอติดตั้งพดลมโคจรเพิ่ม -เสนอแนะให้เพิ่มเติมในเรื่องของการปรับแบบฟอร์มโดยเพิ่มจุดเน้นที่สำคัญที่ต้องรายงานแพทย์</p>

หน่วยงานที่ลงเยี่ยม	กิจกรรม Quality Round	ปัญหา / การแก้ไข
หอผู้ป่วยกุมาร 2	ประเมินความพร้อมของ เครื่องมือ อุปกรณ์ / โครงสร้าง สถานที่ สิ่งแวดล้อม	<p><u>ปัญหา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -พบมีเครื่องช่วยหายใจที่ไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากสาย Flow sensor ชำรุด -พบประตูตู้อบเด็กทารกสำหรับปิดเปิดเวลาให้การพยาบาล ชำรุด ส่งซ่อมแล้วแต่ไม่สามารถแก้ไขได้ หน่วยงานมีการแก้ไขเบื้องต้นโดยใช้ plaster stap ไว้ที่ประตู ทำให้ดูไม่สวยงามและไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน -เครื่องปรับกระแสไฟ (AVS) ที่ใช้ในการต่อเครื่องช่วยหายใจ ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
หอผู้ป่วยกุมาร 2 (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> -ตู้เย็นแช่ยาตู้เล็กเกินไปไม่เพียงพอเก็บยา, อุณหภูมิตู้เย็นไม่ได้มาตรฐาน -มุมสื่อสารให้ความรู้เรื่องนมแม่ เก่า ไม่สวยงาม -zone แม่รอลูกอากาศร้อนอบอ้าวมาก อาจเนื่องจากกระเบื้องด้านหลังมีแสงแดดส่องถึงข้างใน และมีcompressor air ตั้งถึง 3 ตัว <p><u>การแก้ไข</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้รับดำเนินการขอซื้อสาย Flow sensor ใหม่ 1 ชุด -ให้หน่วยงานประสานงานซ่อมบำรุงเพื่อมาออกแบบแก้ไขประตูตู้อบใหม่ -แนะนำให้ประสานช่างเทคนิคของบริษัท มาแนะนำการใช้เครื่อง AVS และ training ช่างของโรงพยาบาล -ให้ดำเนินการขอซื้อตู้เย็นแช่ยาใหม่ขนาด 5 คิว -ให้ดำเนินการปรับมุมนมแม่ใหม่ให้สวยงาม ทันสมัย เพื่อเตรียมรับการประเมินสายใยรัก -วางแผนต่อเติมหลังคากันแดดตรงกระเบื้อง และปรับบริเวณหน้าต่างด้านหลัง และกระจกกันประตูด้านหน้าให้เป็นมุงลาด เพื่อเพิ่ม Flow ระบายอากาศ -เปลี่ยนพัดลมเพดานให้เป็นพัดลมโคจร(ดำเนินการแล้ว แต่ได้รับการประสานจากหน่วยงานว่า ติดตั้งพัดลมโคจรในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ทำให้อากาศยังร้อนอยู่)
Well Child Clinic	ตามรอยระบบบริการที่ Well Child Clinic	<p><u>ปัญหา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -ความแออัดที่ Well Child Clinic หลังจากมีการยกเลิกระบบนัด เนื่องจากที่ผ่านมามีผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดเป็นจำนวนมากครั้ง จึงยกเลิกระบบนัดไป และขั้นตอนบริการยังซ้ำซ้อน รอนาน และพบข้อมูลการคีย์ค่าบริการ/การทำหัตถการ ไม่ครบถ้วน, ไม่ได้คีย์ ทำให้สูญเสียรายได้ -ให้มีระบบนัดผู้ป่วยใหม่ โดยการปรับ Flow เพื่อลดขั้นตอนการบริการที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น -ประสานทีมสารสนเทศปรับข้อมูลการคีย์ค่าบริการใน HOSxP และให้ขยายผลในการปรับระบบบริการเพิ่มเติมที่ ANC

การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก :

- มีการทำ case conference ที่น่าสนใจ/มีปัญหาซับซ้อน/มีความเสี่ยงสูงทุกเดือนในองค์กรแพทย์ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน PCT
- การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในโรคที่มีความเสี่ยง/เป็นปัญหาในแต่ละ PCT ได้แก่ Fast track STEMI, Stroke, Head Injury, Trauma, Ectopic pregnancy, PIH
- การพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์อย่างเป็นระบบและได้มาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 – 2 ปีข้างหน้า
29. การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน	3.5	- ทีมนำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการค้นหาวัฒนธรรมความปลอดภัย
30.การทำงานเป็นทีม	3.5	- การติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีม/ระบบงานต่างๆส่งผลให้มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี
31.การประเมินตนเอง	3.5	- มีการตามรอยและค้นหาบทเรียนที่ได้รับจากผู้ป่วย การเรียนรู้การใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย
32. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3.5	- บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
33.การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่1 สู่ HA)	3.5	- มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล
34.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	3.5	- ส่งเสริมให้มีการนำ Clinical Tracer มาใช้ในการเชื่อมโยงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

เป้าหมาย / ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : คุณภาพชีวิต ปลอดภัย ประสิทธิภาพ มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค-มิ.ย.)
ประสิทธิภาพการบริหารการพยาบาล					
อัตราส่วนของหอผู้ป่วย หน่วยงานที่มี Productivity ตามเกณฑ์ (90-120)	> 80 %	68 % (17/25)	56 % (14/25)	60% (15/25)	56% (14/25)
อัตราส่วนของหอผู้ป่วย หน่วยงานที่มี Productivity เกินเกณฑ์ (มากกว่า120)		32 % (8/25)	44 % (11/25)	40 % (10/25)	44 % (11/25)
สัดส่วนการบรรจุ ต่อการโอนย้าย - บรรจุ รับย้าย - โอนย้าย เกษียณ เสียชีวิต		12 9	4 9	6 19	6 13
สัดส่วนของ Staff mix (RN : Non RN)	80 : 20	88 : 12	86 : 14	87 :13	88 : 12
สัดส่วนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ต่อวันนอนโรงพยาบาล(NHPPD) - ICU - IPD	11.5 4	12.09 5.40	11.50 5.05	11.34 5.42	8.21 6.58
การใช้กระบวนการพยาบาล					
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล - ระยะแรกรับ - ระยะต่อเนื่อง - ระยะจำหน่าย	> 80 % > 80 % > 80 % > 80 %	48.97 % 35.91 % 25.74 % 20.20 %	54.42% 57.68 % 49.36 % 40.02 %	67.20% 70.18 % 52.58 % 60.12 %	69.61% 80.49 % 56.91 % 64.38 %
ความปลอดภัย					
จำนวนความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง - Near miss - Miss		0 16	0 14	0 17	0 23
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ - Near miss - Miss		0 7	0 6	0 6	0 4
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วย - Near miss - Miss		0 44	0 29	0 34	0 78
		0 13	0 22	0 32	0 43

ความปลอดภัย					
อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา					
- AE – OPD (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา)	<0.5 ครั้ง	0	0.018	0.06	0
- AE – IPD (ครั้ง/1,000 ใบสั่งยา)	<0.5 ครั้ง	5.93	4.78	7.05	5.25
- อุบัติการณ์พลัดตก หกล้ม	0 ครั้ง	9	5	4	13
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย					
อัตราการติดเชื้อภาพรวม (ครั้ง/1,000 วันนอน)	< 1.05	1.54	1.51	1.15	1.18
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด (SSI)	< 0.5 %	0.05	0.40	0	0.14
อัตราการเกิด VAP (ครั้ง/Vent.day)	< 5	4.58	5.17	4.09	3.39
อัตราการเกิด CAUTI (ครั้ง/Cath.day)	< 1.50	2.03	1.43	1.15	1.07
อัตราการเกิดแผลกดทับ (ครั้ง/1,000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง)	< 5	4.33	3.58	3.77	3.63
การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน					
อัตราความพึงพอใจต่อการช่วยบรรเทา ความเจ็บปวด	>90 %	72.15	80.24	82.32	84.48
การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ					
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความ พร้อมก่อนจำหน่าย	100%	86	89.05	90.50	100
ความสามารถในการดูแลตนเอง/การเสริมพลัง					
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนจำหน่าย	>90%	76.78	82.45	85.20	88.65
อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	<2 %	0.94	0.97	1.05	1.34
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล					
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>85%	85.33	83.74	80.90	81.08
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	>85%	86.21	80.63	85.04	84.70

บริบท :

องค์กรพยาบาลหรือกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเป็นกลุ่มภารกิจหนึ่งในห้ากลุ่มภารกิจที่ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยมีคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลเป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารงาน

โดยมีเป้าหมายคือผู้รับบริการและผู้ให้บริการปลอดภัย อัตรากำลังมีจำนวนเหมาะสม บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจ มีหอผู้ป่วยจำนวน 17 หอผู้ป่วย 9 หน่วยงาน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 298 คน พยาบาลเทคนิค 20 คน ผู้ช่วยพยาบาล 12 คน เวชกิจฉุกเฉิน 5 คน เวชกร 3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 82 คน คนงาน 79 คน เจ้าพนักงานพัสดุ 1 คน เจ้าพนักงานธุรการ 9 คน รวมบุคลากรทั้งหมด 509 คน

หน้าที่ :

1. กำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารบริการพยาบาลของทุกหอผู้ป่วย หน่วยงาน
2. จัดทำแผนงาน รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงาน
3. จัดบริการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมด้านส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. นิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
5. บริหารอัตรากำลังให้แต่ละหอผู้ป่วย หน่วยงานให้มีจำนวนเหมาะสมกับภาระงาน
6. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะในเชิงวิชาชีพมีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
7. สร้างระบบในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในองค์กรและกับหน่วยงานต่างๆ
8. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล งานวิจัยและนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง
9. สนับสนุนงานบริการพยาบาลระดับเครือข่าย
10. สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

เป้าหมาย :

1. ผู้รับบริการ / ผู้ให้บริการปลอดภัย
2. บุคลากรมีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ
3. อัตรากำลังมีจำนวนเหมาะสม
4. ผู้รับบริการพึงพอใจ
5. ผู้ให้บริการมีความสุข

เข็มมุ่ง ปี 2558

1. บริหารอัตรากำลังให้มีจำนวนเหมาะสม
2. การใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล
3. การพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง Patient Safety Goals

กระบวนการ :

การบริหารการพยาบาล :

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดทีมผู้บริหาร

เป้าหมาย ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความสามารถในด้านการบริหารจัดการ การนิเทศทางการพยาบาล อย่างมีคุณภาพ

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้มีการจัดทีมผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนี้ ผู้บริหารระดับสูงได้แก่ หัวหน้าพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลจำนวน 3 คน ผู้บริหารระดับกลางได้แก่หัวหน้างานเฉพาะสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูตินรีเวชกรรม ผู้บริหารระดับต้นได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยงาน โดยมีคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลเป็นผู้กำหนดนโยบายและวางแผน กำกับติดตามงาน ซึ่งคณะกรรมการบริหารองค์กร

ประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานเฉพาะสาขา ตัวแทนจากหน่วยงานพิเศษ การแบ่งทีมผู้บริหารรับผิดชอบงานแต่ละด้าน ได้แก่ งานพัฒนาคุณภาพ งานพัฒนาด้านการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล , HRD,IC , พัฒนาระบบบริหารยา เป็นต้น มีการพัฒนาพัฒนาความรู้ทักษะของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยหัวหน้าพยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาคุณภาพรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป , การจัดส่งหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานเข้ารับการอบรมผู้บริหารระดับต้นและผู้บริหารระดับกลาง

ผลลัพธ์ อบรมหลักสูตรพัฒนาคุณภาพรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน, อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 92 % , อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง 88 %

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงหรือขาดแคลนบุคลากร :

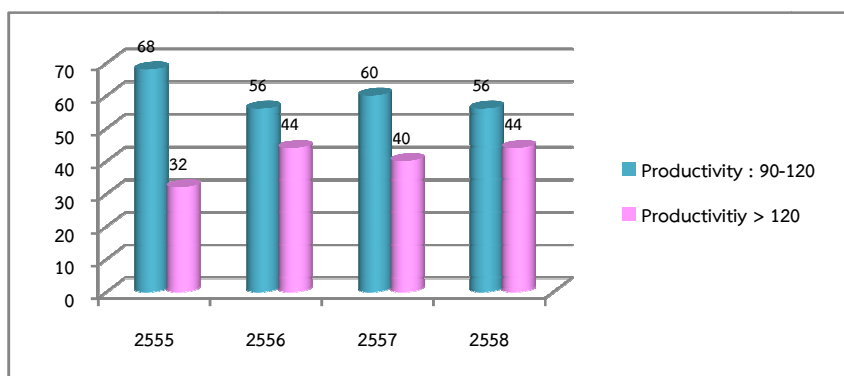
เป้าหมาย อัตรากำลังของแต่ละหน่วยงานมีความเหมาะสม สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีกระบวนการบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมที่จะให้บริการที่ปลอดภัย โดยกำหนดไว้ว่าในแต่ละเวรต้องมีอัตรากำลังพยาบาลอย่างน้อยตามมาตรฐานขั้นต่ำของสภาการพยาบาล มีการวิเคราะห์อัตรากำลังและมีการจัดสรรอัตรากำลังให้กับหอผู้ป่วย หน่วยงานให้มีจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัย โดยใช้เกณฑ์ในการจัดสรรอัตรากำลังให้กับหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ได้แก่จากการประเมิน Productivity/ Work load /จำนวนอัตรากำลังที่มีอยู่จริง/เกณฑ์สัดส่วนของพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล แล้วนำผลการประเมินมาจัดสรรอัตรากำลังให้กับหน่วยงาน โดยพิจารณาจากหอผู้ป่วย /หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ICU, ER, LR หน่วยงานที่มี Productivity สูง 3 ลำดับ ได้แก่หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังให้กับหอผู้ป่วย หน่วยงานไม่เพียงพอเนื่องจากในแต่ละปีมีผู้เกษียณอายุราชการ ลาออก ย้าย ถึงแก่กรรมและจากผู้ที่ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งในปี 2556-2558(Productivity > 120 %)= 40 % ,44 % ,40 %) จำนวนผู้ที่เกษียณ ลาออก ย้าย เสียชีวิตต่อจำนวนผู้ที่จบการศึกษา รับย้าย ปี 2556-2558 ดังนี้ 9:4 , 19:6, 13: 6 ได้แก่ปัญหาโดยการประกาศรับสมัครพยาบาลวิชาชีพ จ้างพยาบาลวิชาชีพจาก Outsource โดยจ้างจากวิทยาลัยพยาบาล ผู้เกษียณอายุราชการมาปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ ให้ทุนช่วยพยาบาลเพิ่มจำนวน 10 ทุน รับสมัครเจ้าพนักงานธุรการจำนวน 9 คนเพื่อมาปฏิบัติงานที่ไม่ใช่งานพยาบาล ได้แก่การ Key ข้อมูลค่าใช้จ่ายต่างๆ การ Key สถิติ การให้พยาบาลจากหอผู้ป่วยต่างๆขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานห้องผู้ป่วยหนัก งานห้องคลอด

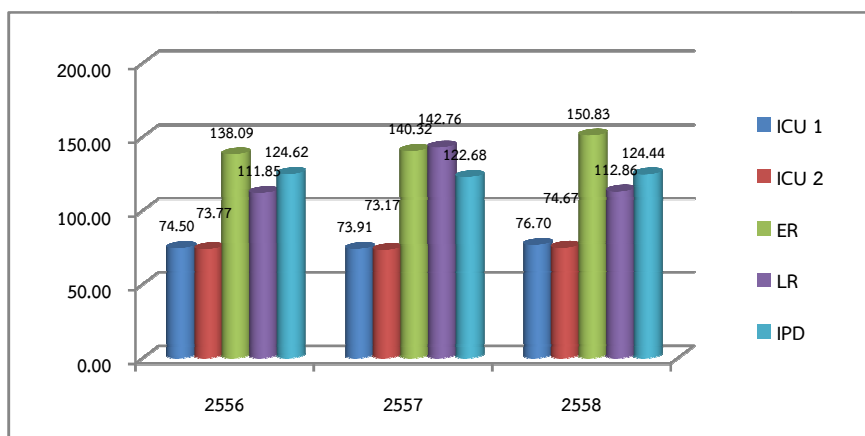
ทุกปีคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลจะมีการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังทดแทนให้กับหอผู้ป่วย หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง /หน่วยงานที่มีภาระงานสูง (ตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น) นอกจากนี้ยังมีการเกลี่ยผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันมีการกำหนดแผนอัตรากำลังเสริมและอัตรากำลังสำรองฉุกเฉิน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลตรวจการนอกเวลาราชการเป็นผู้ประเมินความเพียงพอของอัตรากำลังในแต่ละวัน แต่ละเวร และมีการปรับและบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม

ผลลัพธ์

Productivity ของหอผู้ป่วย / หน่วยงาน



Productivity ของ ICU , ER, LR, IPD



สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดเทียบกับเกณฑ์ของสภาการพยาบาล

หอผู้ป่วย /หน่วยงาน/สาขา	เกณฑ์ของสภาการพยาบาล (พยาบาลต่อผู้ป่วย)	พยาบาลต่อผู้ป่วย (ที่มีอยู่จริงของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร)
ผู้ป่วยนอก	1 : 50	1 : 62
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1 ทีม : 10 ราย	1 ทีม : 33 ราย
ผู้ป่วยหนัก	1 : 2	1 : 2.24
ผู้คลอด	2 : 1	1 : 3
ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	1 : 2	1 : 5.95
ไตเทียม	1 : 2	1 : 2
อายุรกรรม	1 : 4	1:7.03
ศัลยกรรม	1 : 5	1 : 8.39
สูติ นรีเวชกรรม	1 : 6	1 : 6.54
กุมารเวชกรรม	1 : 4	1 : 5.95
ออร์โธปิดิกส์	1 : 5	1 : 6.84
โสต ศอ นาสิก จักษุ	1 : 5	1 : 6.59
ผ่าตัด	2.5 : 1	3 : 1ราย
วิสัญญี	2 : 1	1.5 : 1
ผู้ป่วยพิเศษ	1 : 4	1 : 7.04

แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง

- จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลังระยะยาว เพื่อเตรียมพร้อมรับการเปิดอาคารหอผู้ป่วย 6 ชั้นและทดแทนผู้เกษียณราชการ

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ :

เป้าหมาย เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและมีจริยธรรมที่ดี

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานของสำนักการพยาบาลและมีการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลทุกหอผู้ป่วย ทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โครงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA , HNQA มีการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลตามนโยบาย Patient Safety Goals ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Care map , Clinical tracer highlight , CPG) ในกลุ่มโรคที่สำคัญของแต่ละ PCT มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกับเขตตาม Service Plan ของแต่ละสาขา , มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกันทั้งจังหวัด ได้แก่แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก การร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพและขอรับการประเมินตามมาตรฐานเภสัชกรรม พยาธิวิทยาคลินิก เป็นต้น

การพัฒนาด้านจริยธรรมวิชาชีพ มีการส่งเสริมให้บุคลากรด้านจริยธรรม โดยกำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรม พฤติกรรมบริการและแนวทางพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจริยธรรม มีการนั่งวิปัสสนา การสวดมนต์ทุกวันพุธ การทำวัตรธรรมะ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานกำกับติดตามมีการประเมินด้านจริยธรรมทุกหอผู้ป่วย หน่วยงานและนำมาพัฒนาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

- ผ่านการประเมินมาตรฐานบริการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล
- อัตราของหอผู้ป่วย หน่วยงานที่ผ่านการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลระดับ 3 = 72.72 % (ปี 2558)
- ผลการประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาล 82.48 % (ปี2556) , 85.61 % (ปี2557)

บทเรียนเกี่ยวกับการนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการทางการพยาบาล :

เป้าหมาย เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ สร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการนิเทศ ได้แก่การนิเทศโดยคณะกรรมการนิเทศจากทีมผู้นิเทศของกลุ่มการพยาบาล การนิเทศโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงาน การนิเทศโดยคณะกรรมการต่างๆของกลุ่มการพยาบาลเช่นคณะกรรมการพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาระบบยา คณะกรรมการ IC , HRD , คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

ผลลัพธ์

1. ด้านผู้รับการนิเทศ พบปัญหาส่วนใหญ่ตามลำดับดังนี้ การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล/ การบริหารยา / การบริหารอัตรากำลัง ได้แก่ปัญหาโดยการอบรมเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล และ One day One Chart audit โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงาน การเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนางานโดยให้ค่าตอบแทน P4 Pในหอผู้ป่วยที่มีผลการบันทึกทางการพยาบาลดีเด่น ด้านการบริหารยา ได้แก่ไขโดย การทบทวนแนวทางปฏิบัติในด้าน 7 R แนวทางการให้ยา การบันทึกการให้ยา ปัญหาในการให้ยา HAD การลงนิเทศซ้ำที่หอผู้ป่วยโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / คณะกรรมการพัฒนาระบบยา / เภสัชกรประจำหอผู้ป่วย ด้านการบริหารอัตรากำลังได้ทบทวนแนวทางการจัดอัตรากำลัง แนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริม แนวทางการจ้าง OT

2. ด้านผู้นิเทศ พบว่าผู้นิเทศนอกเวลาราชการบางคนยังขาดความรู้ ทักษะในการนิเทศ ได้วางแผนในการจัดอบรมผู้นิเทศในเดือนกันยายน 2558

บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย :

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

กระบวนการ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจะเน้นให้ทุกหอผู้ป่วย หน่วยงานให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามนโยบายของทีมบริหารคุณภาพในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มโรคตาม Service Plan ของแต่

ละ PCT ตลอดจนนโยบายในด้านความปลอดภัยตามแนว Patient Safety Goals 5 ด้านได้แก่ Emergency response , Safety Drug , Safe Surgery , Blood Safety และการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติในเรื่อง Patient Safety Goals 5 ด้าน จัดทำแนวทางปฏิบัติทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรทุกหน่วยงาน

2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญตาม Service Plan ตลอดจนสื่อสารให้ทุกหน่วยงาน รับทราบ

3. การทบทวนเหตุการณ์ในพึงประสงค์และจัดทำแนวทางปฏิบัติ เช่นการสอนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ใช้เลือดออกการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ทบทวนเรื่องแนวทางการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยและงานห้องผู้ป่วยหนัก (SBAR)

4. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน IC โดยการสอนให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในโรคที่กำลังระบาด ได้แก่ไวรัส MERS ให้กับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานด่านหน้า หอผู้ป่วย การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การรณรงค์เรื่องการล้างมือ การพัฒนางาน ป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ , CAUTI โดยมีการ Benchmark กับโรงพยาบาลทั่วไปในเขต 3

5. การพัฒนาด้านบริหารความเสี่ยง เน้นการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพิ่มการรายงานความเสี่ยงตามนโยบาย มีการสร้างแรงจูงใจในการรายงานความเสี่ยง สอนให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการ Key ข้อมูลความเสี่ยงผ่านโปรแกรมสารสนเทศ

6. การส่งเจ้าหน้าที่จากทุกหน่วยงานเข้าร่วมงานมหกรรมคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการนำเสนอ CQI , นวัตกรรมจากทุกหอผู้ป่วย หน่วยงาน

7. ทีมผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาลร่วมลง Quality round กับทีมบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลนิตะคดีตามทีหอผู้ป่วย หน่วยงาน

ผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลง บุคลากรมีความตระหนักเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวน 12 กิจกรรมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพแล้วนำมาวางระบบในการป้องกันการเกิดซ้ำ มีการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

บทเรียนเกี่ยวกับการบริหารยา :

จากการวิเคราะห์ข้อมูล

AE- IPD ในปี 2556 ถึงแม้ว่าอัตราการเกิด AE ภาพรวมจะลดลงจาก ปี 2555 แต่กลับพบว่าเป็น Miss > Near miss ในอัตราส่วน 64.85 : 39.98 และเป็นระดับ C ร้อยละ 73.74,ระดับ D = 26.25พบระดับ E ร้อยละ 0.27 (1 ครั้ง)

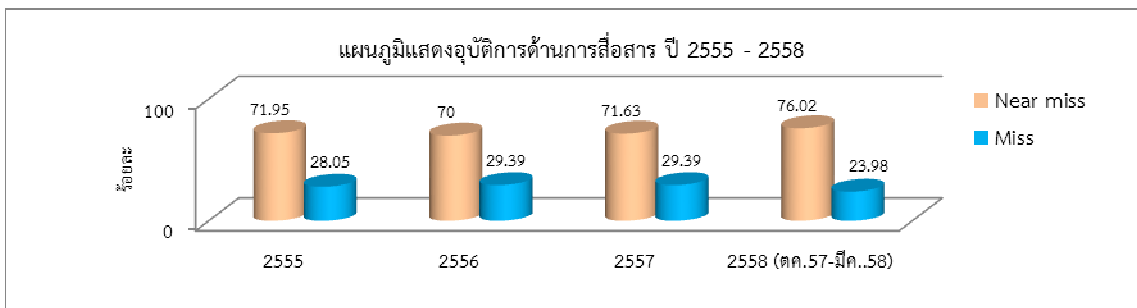
ปี 2557 พบอัตรา AE – IPD เพิ่มขึ้นกว่าปี 2556 อัตราส่วน Near miss : Miss = 51.04 : 48.96 พบระดับที่รุนแรงสูงสุดคือระดับ D ร้อยละ 12.23 และ ระดับ C 36.71 ซึ่งได้มีการทบทวนจากเวชระเบียน และจาก incident report พบว่าขาดการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา 7R พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เกิดจากการบันทึกผิดพลาดในใบแจ้งการให้ยา

อัตราการเกิด AE - IPD ในปี 2558 (ต.ค.-มี.ค.) พบอุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง อัตราส่วน Near miss: Miss = 56.34 : 43.66 พบระดับที่รุนแรงสูงสุด คือระดับ D ร้อยละ 14.43 ระดับ C ร้อยละ 28.87 เกิดจากการบันทึกที่ผิดพลาดในใบแจ้งการให้ยา โดยลืมบันทึก /บันทึกไม่ครบถ้วน รวมถึงการบันทึกใบเบิกยาเสพติดไม่ถูกต้อง และพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ยังไม่ถูกต้อง ไม่มีการ monitor หลังให้ยา การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ได้มีการกระตุ้น โดยการลง quality round ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และคณะกรรมการระบบยา และมีการกำหนดนโยบาย safety drug โดยเน้นแนวทางการแพ้ยาซ้ำและ HAD

บทเรียนเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านการสื่อสาร :

จากการวิเคราะห์ข้อมูล

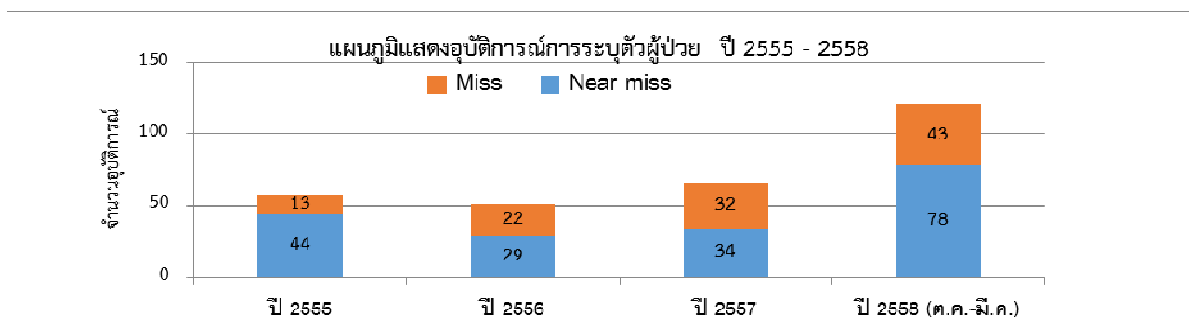
พบอุบัติการณ์ความผิดพลาด/คลาดเคลื่อนด้านการสื่อสาร ที่เกิดจากการสื่อสารภายในทีม หรือการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน/ระหว่างแผนก ที่พบบ่อยเกิดจากการส่งต่อข้อมูลในการรับ-ส่งเวร, การสื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลแผนการรักษาไม่ครบถ้วน และเรื่องการส่งต่อข้อมูลการย้ายผู้ป่วยระหว่างแผนก และการสื่อสารเรื่องการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย จากข้อมูลพบว่า ปี 2556 - 2558 แนวโน้มอุบัติการณ์การสื่อสารที่เป็น Near miss คิดเป็นร้อยละ 70 - 76.02 และอุบัติการณ์การสื่อสารที่เป็น Miss คิดเป็นร้อยละ 23.98 - 29.39 ได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติด้านการสื่อสารโดยใช้ SBAR เน้นการสื่อสารในทีมขณะรับเวร / ส่งเวร การทวนสอบการรักษาทางโทรศัพท์ รวมถึงการสื่อสารขณะร่วม Round กับแพทย์ผู้ดูแล และการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน มีการนิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน



บทเรียนเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านภาวะวิกฤตผู้ป่วย :

จากการวิเคราะห์ข้อมูล

ความเสี่ยงด้านภาวะวิกฤตผู้ป่วยที่พบสูงสุด (High volume) ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการบริหารยารองลงมา ได้แก่ ด้านเวชระเบียน และส่วนใหญ่เป็น Near miss ความเสี่ยงด้านภาวะวิกฤตผู้ป่วยที่เป็น (High Risk) ได้แก่ ด้านการให้เลือด, ด้านการผ่าตัด, ด้านการระบุตัวทารก และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดขึ้นทุกปีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด กลุ่มการได้มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และคณะกรรมการพัฒนาระบบยาเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำมีการวิเคราะห์ ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของ Patient Identification ที่สำคัญ ดังนี้



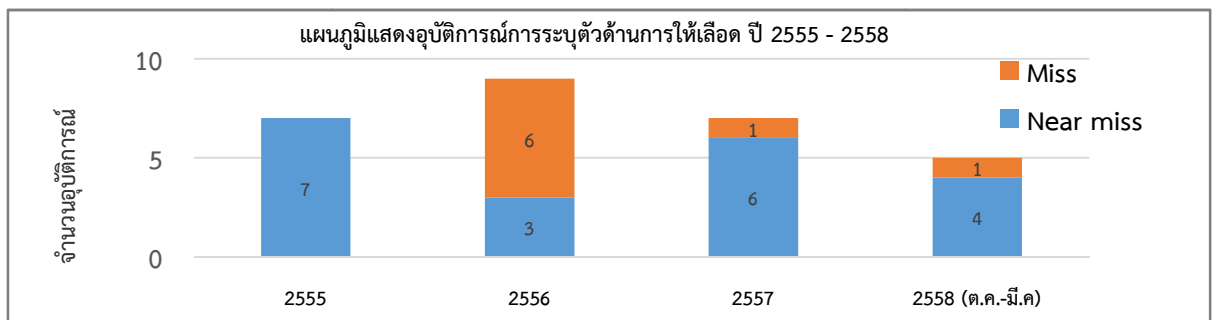
การระบุตัวด้านการให้เลือด

พบอุบัติการณ์การระบุตัวด้านการให้เลือดที่เป็น Near miss ในปี 2555 - 2558 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ การส่งขอเลือดจากหน่วยงาน ซึ่งมักจะพบในเรื่องของการระบุตัวผู้ป่วยในใบขอเลือดและ tube เลือดไม่ตรงกันอุบัติการณ์ความผิดพลาดด้านการให้เลือดที่เป็น Miss ปี 2556 พบระดับ C = 4 ครั้ง คือ G/M ผิดคน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการไม่ถามชื่อก่อนเจาะเลือดส่งตรวจ แต่มีการดักจับและส่งขอเลือดเพื่อตรวจซ้ำ และพบอุบัติการณ์มีการ

ให้เลือดผิดคน/ผิด กรุ๊ป 2 ราย ระดับ D เหตุเกิดในช่วงต่อเวรเช้า-บ่าย การเร่งรีบในการเจาะเลือดตัวอย่าง มีการทบทวน ภายเฉพาะในหน่วยงานและ PCT ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ได้แนวทางปฏิบัติ คือ ห้ามเจาะเลือดตัวอย่างพร้อม กัน โดยกำหนดให้เจาะครั้งละ 1 คนเท่านั้น

ปี 2557 มีอุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่ 1 ราย เกิดจากหยิบ tube เลือดของผู้ป่วยรายอื่นส่งไปขอเลือดแทน ซึ่ง tube นั้นเป็นตัวอย่างเลือดที่ไม่ได้ส่งขอเลือดแต่เตรียมที่จะส่งคืนธนาคารเลือด และมีการตั้ง tube เลือดทิ้งไว้ร่วมกับ tube เลือดอื่นโดยติด Sticker ข้าง tube เรียบร้อย รวมถึงการตรวจวิเคราะห์หมู่เลือดผิดพลาด เกิดจากไม่ตรวจสอบ tube เลือดกับใบขอเลือดให้ตรงกันก่อนส่งขอเลือด มีการเจาะเลือดไว้เกินกว่าที่แพทย์สั่ง และไม่ได้ส่งคืนธนาคารเลือด ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ และการตรวจสอบของธนาคารเลือดเบื้องต้นไม่ครบถ้วน ทำให้การตรวจวิเคราะห์เลือดผู้ป่วยผิดคน ผิด หมู่ โดยผู้ป่วยมีหมู่เลือด B กลับได้รับหมู่เลือด O จึงมีการให้เลือดผิดหมู่เกิดขึ้น มีการรับทราบเหตุการณ์การให้เลือดผิด หมู่ เนื่องจากมีการส่งขอเลือดเพิ่ม และต่อมาผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต แต่การเสียชีวิตเนื่องจากการคุกคามของโรค ไม่ได้ เสียชีวิตจากการให้เลือดผิดหมู่ มีการทบทวนทวนร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ไม่เจาะเลือดเกินที่มีคำสั่งแพทย์ มีการตรวจสอบ tube เลือดกับใบขอเลือดให้ตรงกันร่วมกันระหว่างพยาบาลและเจ้าหน้าที่นำส่ง การส่งคืน tube เลือดที่ไม่ได้ใช้ ให้กากบาททับ Sticker ข้าง tube และจัดหาภาชนะสำหรับใส่ tube เลือดที่ไม่ได้ใช้แล้ว

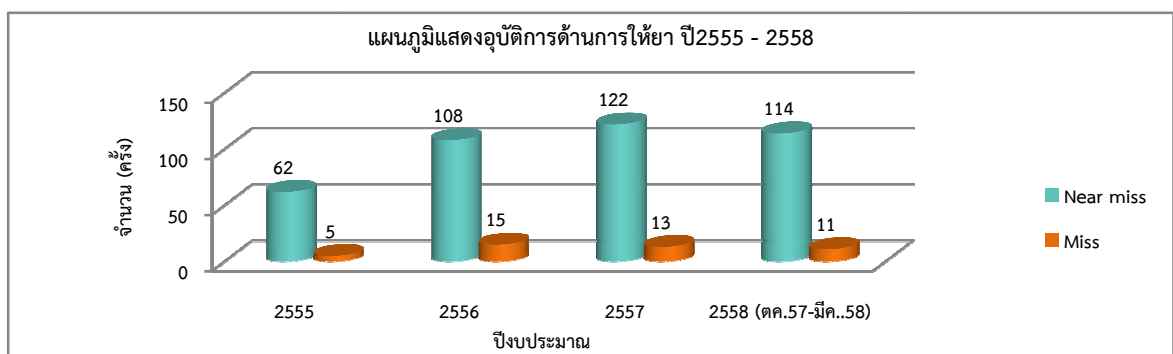
ปี 2558 พบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่ 1 ราย สาเหตุเกิดจากมีการเจาะเลือดตัวอย่างผิดคน โดยที่ไปเจาะผู้ป่วย เติงใกล้เคียงที่ไม่รู้จักตัว ไม่มีญาติ และไม่ได้ตรวจสอบป้ายชื่อมือก่อนเจาะ ได้มีการทบทวนร่วมกับคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่มาของการออกนโยบายของโรงพยาบาลเรื่อง Safety blood



การระบุตัวด้านการให้ยา

พบอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา สูงสุดในจำนวนอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ทั้งหมดได้แก่ การระบุ HN. ในใบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา เช่น ใบแจ้งการให้ยา, ใบ Copy Order, การคัดลอก รายการยาผิดพลาด เป็นต้น

ปี 2556 - 2558 พบแนวโน้มระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดด้านการบริหารยาสูงขึ้นส่วนใหญ่เป็น Near miss มากกว่า Miss ตามอัตราส่วน ปี 2556 = 87.80 : 12.19 ปี 2557 = 90.37 : 9.62 ปี 2558 (ค.ค.- มี.ค.) 91.20 : 8.8 และระดับที่พบสูงสุด คือ ระดับ C มีการประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทบทวนภายในหน่วยงานโดยให้หัวหน้า หน่วยงานกำกับติดตาม



การระบุตัวด้านการผ่าตัด

ปี 2556 พบอุบัติการณ์ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดผิดคน 1 ราย(ระดับD) ซึ่งเกิดจากการสั่งผ่าตัดทางโทรศัพท์ บอกเป็นชื่อหัตถการไม่ระบุชื่อผู้ป่วยและไม่มีการทวนคำสั่ง ได้มีการทบทวนร่วมกับทีมที่ดูแลรักษา มีการปรับปรุงเรื่องการสื่อสารภายในทีม

ปี 2557 พบอุบัติการณ์ทั้งหมด 6 ครั้ง Near miss 4, Miss 2 เป็นระดับ C ซึ่งเป็นขั้นตอนการรับส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทั้งสิ้น เกิดจากการไม่ตรวจสอบระหว่างผู้รับและผู้ส่งร่วมกัน ได้มีการทบทวนในหน่วยงานร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กำหนดให้ตรวจสอบร่วมกันก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

ปี 2558 พบแนวโน้มอุบัติการณ์ระบุตัวผิดพลาดด้านการผ่าตัดสูงขึ้น ส่งเข้าห้องผ่าตัดผิดคน 3 รายระดับ C เกิดจากการไม่ตรวจสอบใบset / นำใบset มารับผิดคน สื่อสารในทีมผิดพลาดทำให้ส่งผิดคน ส่วน Near miss พบในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการส่งใบset ผิดคน, ไม่ติดป้ายชื่อมือ sticker ในเวชระเบียนไม่ตรงกับชื่อผู้ป่วย, ได้มีการประชุมทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นที่มาของการกำหนดนโยบาย Safety operation

การระบุตัวทารกแรกเกิด

พบอุบัติการณ์การระบุตัวทารกผิดพลาด ปี 2555 – 2558 = 3, 2, 2, 3 ครั้งตามลำดับ ถึงแม้ว่า จะพบน้อย แต่เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ควรเกิด เหตุการณ์ที่พบเกิดจากการระบุบุคคลทารกในป้ายชื่อมือผิด, ไม่ผูกป้ายชื่อมือก่อนส่งมอบทารก มีการทบทวนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ โดยการเขียนป้ายชื่อมือของเด็กต่อหน้ามารดา และให้มารดาตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาคล้องที่ชื่อมือมารดา เมื่อเด็กคลอดจะนำป้ายชื่อมือมาเติมเพศ วัน เดือน ปี เกิด และเวลาเกิด ส่งให้มารดาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนผูกป้ายชื่อมือเด็ก

การระบุตัวด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2556 - 2558 ที่พบบ่อย ได้แก่ การเก็บ specimen ผิดคน, การระบุชื่อ-HN ที่ภาษาขณะเก็บสิ่งส่งตรวจผิดคน/ไม่ตรงกับใบนำส่ง, ใบนำส่งผิดคน, การศิษย์ส่งตรวจผิดคน

ความเสี่ยงที่เป็น High Risk

1. Line, Tube &Cath Care

การวิเคราะห์ข้อมูล จากข้อมูลอุบัติการณ์การดูแล Line, Tube & Cath ภาพรวมพบปัญหาในเรื่องของ ET-Tube Care สูงสุด มีการทบทวน weaning protocol พบการนำมาใช้ไม่ครอบคลุมหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ ET-Tube มีการประสานงาน ICN ติดตามการใช้ weaning protocol ให้ครอบคลุม

อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ICD พบรองลงมาจาก ET-Tube สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการประเมินและเฝ้าระวัง, มีการทบทวนในแต่ละ PCT จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ ICD

2. การประเมิน คัดกรอง

การวิเคราะห์ข้อมูล จากอุบัติการณ์การประเมิน คัดกรอง ปี 2556 แนวโน้มไม่ลดลงจากปี 2555 พบปัญหาการประเมินคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด ตั้งแต่ Access & Entry ในแต่ละ PCT ได้มีการทบทวน CPG, Guide line ต่าง ๆ ร่วมกับ PCT เกี่ยวข้อง ตัวอย่างการทบทวนร่วมกับ PCT ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วย PIH, แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีไข้, แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วย Chest pain/Stroke

ปี 2557 แนวโน้มอุบัติการณ์ลดลง ประเด็นสำคัญที่มีการทบทวน ได้แก่ Screening, Assessment & Re-assessment สาเหตุจากพยาบาลคัดกรองขาดประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย ได้มีการจัดคู่มือที่มีประสบการณ์และความชำนาญกว่า

ปี 2558 แนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น อาจเกิดจากการมีนโยบายการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลและมีการรณรงค์ให้มีการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม มีการรายงานในเรื่องการคัดกรองและส่งตรวจผดผื่นก พบผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ มีการทบทวนในคณะกรรมการด้านหน้าร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง มีการปรับการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในใบ Triage กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเท่านั้นเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วย

3. Falling

ข้อมูล Falling	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ตกเตียง	4	3	2	5
ตกรถเข็นนอน	0	0	0	2
ตกรถเข็นนั่ง	0	0	1	0
ตกเก้าอี้	0	1	0	0
ลื่นล้ม	5	1	1	6

ผลการวิเคราะห์

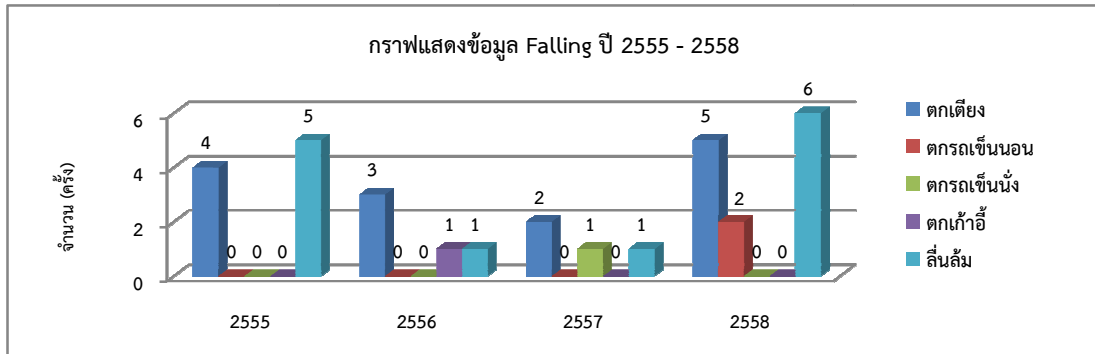
ปี 2555 พบอุบัติการณ์ Falling ทั้งหมด 9 ราย ตกเตียง 4 ราย ไม่รุนแรง ระดับ D ลื่นล้ม 5 ราย แต่รุนแรงระดับ E = 2 ราย คือ ล้มศีรษะขาดพื้น ต้องส่ง suture พบในผู้ป่วยหลังคลอด ลูกเข้าห้องน้ำ แล้วเกิดอาการ syncope ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอด เพิ่มการนิเทศติดตามการประเมินผู้ป่วยระยะต่อเนื่องในใบ Fall Risk Assessment Tool เนื่องจากพบปัญหาส่วนใหญ่มีการประเมิน Falling ผู้ป่วยในระยะแรกรับเท่านั้น ปี 2556 - 2557 อุบัติการณ์ Falling มีแนวโน้มลดลง

ปี 2256 - 2558 พบว่าผู้ป่วยที่เกิด Falling เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 58.38 เกิด Syncope ร้อยละ 10 ผู้ป่วยหลง/สับสน ร้อยละ 10

ช่วงเวลาที่เกิด เวรเช้า ร้อยละ 33.33 เวรตึก ร้อยละ 20.91 เวรบ่าย ร้อยละ 20.91 กลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญในการรณรงค์การพยาบาลให้มีความสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวัง Falling ให้ strict มากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้ประเมิน Falling เป็นระยะๆ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

ปี 2557 มีการปรับแบบประเมิน Falling เพื่อให้สะดวกในการประเมินทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เน้นการสื่อสารในทีมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ปี 2558 มีการประสานกับทีมบริหารความเสี่ยงและฝ่ายบริหารโรงพยาบาล มีการสำรวจอุปกรณ์รถเข็นนอนเพื่อป้องกันการเกิด Falling ขณะเข็นขึ้นลงบนทางลาด และได้จัดหาอุปกรณ์สายรัดเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รถนั่ง / รถนอน ให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล, พนักงานเวรเปล และคนงานในหอผู้ป่วย



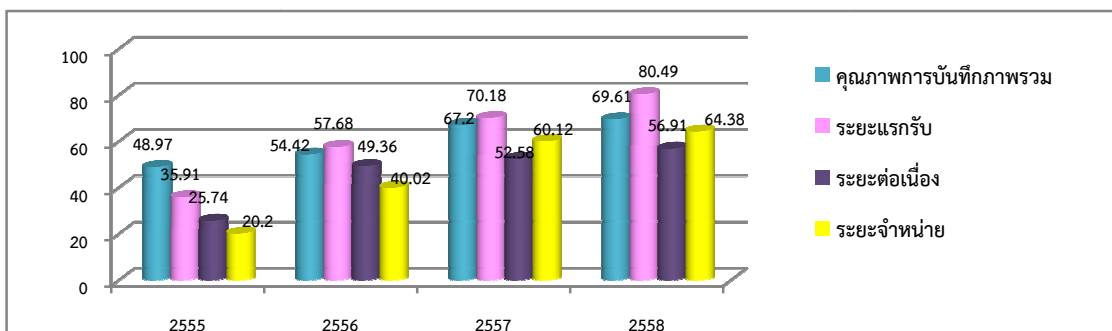
บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล :

เป้าหมาย เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลทุกหอผู้ป่วย ทุกหน่วยงาน

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดนโยบายให้ทุกหอผู้ป่วย หน่วยงานใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานโดยใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาด้านการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ การติดตามตรวจสอบ ตลอดจนให้หัวหน้าหอผู้ป่วย One day One chart audit แล้วนำผลมาพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาด้านการใช้กระบวนการพยาบาลพบปัญหาในด้านการประเมินแรกรับ การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการประเมินผลไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยและไม่สอดคล้องกับโรค ได้แก่ไขโดย

1. จัดอบรมความรู้ ทักษะให้บุคลากรจากทุกหอผู้ป่วย หน่วยงาน
2. ปรับรูปแบบเป็นแบบ Focus Charting
3. ปรับปรุงแบบฟอร์มต่างๆเพื่อให้สะดวกต่อการบันทึก
4. การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยทางการพยาบาลแยกตามสาขาต่างๆให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามรายโรค สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์แต่ละสาขา
5. จัดทำคู่มือให้กับทุกหอผู้ป่วย หน่วยงาน
6. มี Auditor ประจำหน่วยงานทำหน้าที่ตรวจสอบ วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอหัวหน้าหน่วยงาน
7. หัวหน้าหอผู้ป่วย One day one chart audit
8. ทีมพัฒนาด้านบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบ วิเคราะห์ปัญหาจากทุกหอผู้ป่วย ทุกหน่วยงาน ส่งคะแนนผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรคให้ทีมบริหารองค์กรพยาบาลและหอผู้ป่วย หน่วยงาน
9. สร้างแรงจูงใจ โดยให้ค่าตอบแทน P4P

ผลลัพธ์



บทเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม :

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล

1. นำแนวทางปฏิบัติประกอบการตัดสินใจเชิงคลินิกเช่น แนวทางการรายงานแพทย์และแนวทางการรับ-ส่ง เวิร์ ด้วย SBAR แนวทางการรับผู้ป่วยเข้า ICU การใช้ Early Warning signs และ Specific clinical risk ร่วมกับ PCT แต่ละสาขา การใช้ C3THER , 12 กิจกรรมทบทวน การใช้ CPG,Care map , Clinical tracer เป็นแนวทางปฏิบัติ แบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) มาใช้ในการปฏิบัติงาน การนำ Evidenced Based มา กำหนด/ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาโดยทุกคนมีส่วนร่วม และเปิดโอกาสให้นำเสนอแนวคิด และEvidenced Based ใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และส่งเสริม สนับสนุนให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด. มีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลเพื่อนำมาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ

มีการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความถูกต้องมากขึ้น เช่น การนำเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารละลายแบบอัตโนมัติทุกหอผู้ป่วย,การใช้ Central monitor ที่ ICU, ห้องคลอด,การใช้เครื่อง Echocardiogram ที่มีอยู่โดยการจ้าง Cardiologist มาตรวจรักษาผู้ป่วยนอก / รับ Consult จาก IPD, ICU เดือนละ 3 วัน การจ้าง Outsourcemaสลายนิ้วให้เดือนละ 2 – 3 วัน เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัล OPD ทุกแผนก การใช้ โปรแกรม HosXP เต็มรูปแบบตั้งแต่เวชระเบียน Screening ห้องตรวจ ห้องยา Lab การเงิน ทำให้ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการส่งยา การส่ง Lab ทำให้ มีความรวดเร็วในการให้บริการ การ KeyLab ล่วงหน้าในคลินิกเบาหวาน โดยระบบ Paperless ทำให้ลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอย เป็นต้น การใช้เครื่องพิมพ์สติกเกอร์ใช้กับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์ :

เป้าหมาย เพื่อพัฒนาทักษะบุคลากรใหม่หรือผู้มีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

กระบวนการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีการควบคุม ดูแลบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ยังไม่ได้ใบประกอบวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษา ผู้ปฏิบัติงานใหม่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยมีพี่เลี้ยงดูแลควบคุมอย่างใกล้ชิด (On the job training) มีการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงานโดยทีม HRD ของโรงพยาบาลและทีม HRD ของกลุ่ม การพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลจนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง หัวข้อในการปฐมนิเทศจะ ประกอบด้วย กฎระเบียบ มาตรฐานการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล แนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉิน (CPR) แนวทางป้องกันการติดเชื้อ ระบบคุณภาพ HA ,QA การบริหารความเสี่ยง ระบบสารสนเทศ การปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมและพฤติกรรมบริการที่ดี ฯลฯ

ผลลัพธ์ อัตราของบุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศ 100 %

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการส่งเสริมการวิจัย :

เป้าหมาย เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการ คณะกรรมการ HRD กลุ่มการพยาบาลได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ให้บุคลากร จากทุกหอผู้ป่วยทุกหน่วยงาน มีการส่งเสริมในด้านนวัตกรรม CQI การร่วมกับ PCT ในการทำ Clinical Tracer การทำ R2R โดยการเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาให้ความรู้ด้านการวิจัย โดยเน้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการนำเสนอวิจัย มีการประกวดและให้รางวัล การจัดมหกรรม CQI การเสริมความรู้ทางด้านคลินิกโดยสหสาขาวิชาชีพของแต่ละ PCT กิจกรรมทบทวน การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนความเสี่ยงและนำมาเสริมความรู้ให้บุคลากรแต่ละ PCT นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้ ทักษะของพยาบาลในด้าน Core competency , Specific competency , Functional Competency นำผลการประเมิน /ผลการทบทวนความเสี่ยงมาพัฒนาในส่วนขาดเช่น การทบทวนให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ,Stroke , DHF เป็นต้น มีการอบรม Advance CPR ,N CPR (เดือนมิถุนายน 2558)

ผลลัพธ์ ปี 2558 มี CQI 10 เรื่อง นวัตกรรมทางการพยาบาล 22 เรื่อง เรื่องเล่าดี ๆ จำนวน 4 เรื่อง

R2R 5 เรื่อง

แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในสาขาใหม่ ที่มีแพทย์เฉพาะทางจบมา อบรมเฉพาะทาง การพยาบาลวิสัญญี งานห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมเปิดห้องผ่าตัดเพิ่ม

การปฏิบัติการพยาบาล ;

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล จากการวิเคราะห์ปัญหา

ด้านการปฏิบัติ การเขียนบันทึกเป็น Routine ไม่เชื่อมโยงข้อมูลในบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ที่มีอยู่ การประเมินปัญหา การเขียน Focus list Nursing progress note (AIE) ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่สอดคล้อง แก้ปัญหาโดย

1. จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาล
2. จัดปรับแบบฟอร์มทางการพยาบาล
3. กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นประจำทุก 3 เดือน และนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ปัญหา เพื่อให้การบันทึกมีความสมบูรณ์มากขึ้น
4. อบรมความรู้เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล
5. นิเทศบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมการใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึก
6. พัฒนาความรู้ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน
7. สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน

พบว่าผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละระยะมีคะแนนสูงขึ้น แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ การบันทึกในระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย มีคะแนนต่ำ เนื่องจากมีการบันทึกไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้อง ในรายโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มีการประเมินซ้ำน้อยในทุกระยะของการดูแล ใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครบ มีการวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม ได้มีการเน้นการนิเทศในหอผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ผลลัพธ์ตามเกณฑ์

โอกาสพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนารูปแบบการบันทึกการพยาบาลของงานผู้ป่วยนอก งานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล งานผู้คลอด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานพิเศษ ตามกรอบกระบวนการพยาบาล
2. หน่วยงานผู้ป่วยนอก และหน่วยงานพิเศษมีเครื่องมือประเมิน รูปแบบ “การบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบ Focus charting” สอดคล้องตามบริบทของหน่วยงาน
3. สนับสนุนให้หน่วยงาน จัดทำแนวทางการบันทึกผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ และวิธีการเขียนเน้น Focus list, Progress Nurse’s Note (Focus note) และแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางการเขียน และประกอบการสอนให้แก่พยาบาล
4. สนับสนุนให้หน่วยงาน จัดทำแนวทางการบันทึกให้สอดคล้องกับ Patient Safety Goal 5 ด้านตามนโยบายของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ :

กลุ่มภารกิจทางการพยาบาลจะเน้นให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย โดยกำหนดนโยบายเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลมากขึ้นเช่นการทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผ่าตัด ทำหัตถการ สิทธิบัตร คำรักษา การติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิ

ผู้ป่วยเช่นแนวทางการให้ข้อมูลการบันทึกในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษา แนวทางการยินยอมให้มีการตรวจเชื้อ HIV และการแจ้งผลการตรวจ แนวทางการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย การมีช่องทางในการรับฟังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ มีช่องทางเน้นให้ผู้รับบริการมีสิทธิรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาอย่างเพียงพอ และ เข้าใจชัดเจนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาข้อร้องเรียนยังพบปัญหาข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการมาเป็นลำดับที่ 1 ดำเนินแก้ไขโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานมีการชี้แจงตักเตือน และติดตามประเมินพฤติกรรมโดยหัวหน้าเวรและหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน พร้อมทั้งรายงานผู้บริหารรับทราบนอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจริยธรรม / คณะกรรมการบริการด้วยใจ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการที่เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ข้อร้องเรียนลดลง ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงานมากขึ้น คะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 81.08% ผู้ป่วยใน 84.70% ในปีงบประมาณ 2558 ผลการประเมินด้านจริยธรรมของพยาบาลปี 2557 = 85.61 %

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ :

จากการทบทวนความเสี่ยงพบปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน 5 ด้าน ทีมผู้บริหารร่วมกับ PCT จึงได้ประชุมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติในเรื่อง Safety Drugs, Safety Blood , Safety Emergency Response, Safety Operation , Safety maternal and child เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทุกหอผู้ป่วยหน่วยงาน และจากการทบทวนความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก พร้อมกำหนดช่องทาง Fast track ในการส่งต่อผู้ป่วย แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยนอก แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรค MERS การทำคู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล การทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิตและบริบทสังคม :

ได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของโรงพยาบาล ทบทวนปัญหาอุปสรรค พบว่าขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน กำหนดกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีการประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนกำหนดระบบ / ผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่อง มีการจัดอบรมสม. / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคัดกรอง CVD risk มีการสอนให้ความรู้เบื้องต้น มีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการจัดทำคู่มือการคัดกรอง การสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการออกหน่วยสอนให้ความรู้ผู้ป่วยในชุมชน โดยอายุรแพทย์ เวชกรรมสังคม พยาบาลจากงานผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย/หน่วยงาน มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพครอบคลุมทุกPCT มีการกำหนดกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน กลุ่มโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยหรือค่าใช้จ่ายสูง จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ Nurse case manager ดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการดูแลแบบองค์รวม ประเมินปัญหาของผู้ป่วย ประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการดูแลตนเอง ตามส่วนขาดในแต่ละโรค โดยการอธิบาย สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติและประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็นระยะๆ เมื่อพร้อมจำหน่ายกลับบ้านมีการประสานงานผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ทีมเครือข่ายเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานงานส่งข้อมูล ปัญหาอุปสรรคมายังศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ในกรณีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ/สังคม จะประสานงานหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ผลลัพธ์

- ผ่านการประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ ได้คะแนน 100 คะแนน อยู่ในระดับดีเยี่ยม (7 กรกฎาคม 2558)
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 45.12 (>40 %)
- ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 58.58(>50 %)

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

การพัฒนาการบริหารการพยาบาล

- การนิเทศทางการพยาบาล นำผลการนิเทศมาพัฒนาทั้งด้านบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
- การประเมิน Competency ของพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำผลมาพัฒนาบุคลากร
- การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการด้านสารสนเทศ เช่นด้านการบริหารอัตรากำลัง มาใช้ด้านบริการโดยการนำโปรแกรม HOSxP มาใช้ในบริการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวชระเบียน คัดกรอง ห้องตรวจ หลังตรวจ Lab การเงิน ห้องยา ซึ่งเป็นผลให้มีการคัดกรองได้อย่างครอบคลุม ลดความคลาดเคลื่อนในการส่งจ่ายยา การเฝ้าระวังการแพ้ยาจาก Program Pop up

- การบริหารอัตรากำลัง นำผลมาจัดสรรอัตรากำลังให้กับหอผู้ป่วย หน่วยงานที่มีภาระงานสูง ความเสี่ยงสูง

การวางแผนสรรหาบุคลากรเพิ่มในระยะยาว

- การพัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการพยาบาล
- การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล

- การส่งเสริม /กระตุ้นให้มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม มีการตรวจสอบเวชระเบียนนำปัญหามาแก้ไข มีการจัดปรับแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลให้สะดวกต่อการนำไปใช้
- การส่งเสริมให้มีการนำมาตราฐานการพยาบาลและ Evidence base มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และมีการนิเทศติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาการวางแผนจำหน่าย การดูแลตนเอง
- การเสริมพลังในผู้ป่วย Palliative care
- การพัฒนาด้านมาตรฐานมารดาและทารก (โครงการสายใยรัก)
- การพัฒนาตามแนวทาง NCD คุณภาพ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
35. ระบบบริหารการพยาบาล	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอที่จะเปิดให้บริการอาคารหอผู้ป่วย 6 ชั้น (พ.ศ.2559) - การเตรียมความรู้ ทักษะบุคลากรให้สอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น - พัฒนาระบบไอทีของพยาบาลให้ชัดเจน
36. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - การ Benchmark คุณภาพบริการพยาบาลกับโรงพยาบาลทั่วไปในเขต 3

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
เพิ่มศักยภาพแพทย์เพิ่มพูนทักษะ					
- อัตราเข้าการปฐมนิเทศเข้าอบรม	100%	100	100	100	100
- อัตราการอบรมวิชาการใหญ่ > 2 - 3 ครั้ง/ปี	>90%	100	100	100	100
อัตราข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการและการรักษาของแพทย์	0.1:1,000 PD visit	0.6	0.42	0.48	0.28
อัตราการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์เสร็จภายในเวลาที่กำหนด (7 วัน)	>85 %	72.49	74.28	69.69	65.73
อัตราความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์	> 85 %	82.51	83.92	84.03	83.08

บริบท :

การกำกับดูแลแพทย์เป็นทั้งโครงสร้าง คือ การทำงานแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจะขึ้นกับแผนกที่อยู่ เช่น แผนกสูติ - นรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกกระดูกและข้อ เป็นต้น มีการกำกับดูแลทางวิชาชีพภายใต้ธรรมเนียมของศัลยกรรม โดยมีการเจตจำนงเน้นการส่งเสริมและกำกับดูแลให้แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และให้ความร่วมมือกับผู้บริหาร หน่วยงาน และ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการจัดและพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ ให้มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

อัตราการค้างของบุคลากรทางการแพทย์ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2558) มีแพทย์จำนวน 37 คน (ไม่รวมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 9 คน) ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 6 คน, กุมารแพทย์ 6 คน, ศัลยแพทย์ 4 คน, สูติ-นรีแพทย์ 4 คน, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 3 คน, จักษุแพทย์ 2 คน, โสต ศอ นาสิกแพทย์ 2 คน, วิสัญญีแพทย์ 2 คน, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน, รังสีแพทย์ 1 คน, ทันตแพทย์ 5 คน และในปีงบประมาณ 2555 กำลังจะได้แพทย์เฉพาะทางเพิ่ม

ขอบเขตบริการ :

1. กำหนดนโยบายในการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. ร่วมวางแผนเกี่ยวกับการจัดระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ
3. กำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
4. ส่งเสริมการใช้ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย เช่น จัดทำ CPG, Gap analysis, Conference
5. กำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
6. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่
7. ร่วมแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานทั้งภายในวิชาชีพระหว่างหน่วยงาน และผู้รับบริการฯ ละ 1 คน ได้แก่ เวชกัญฉะดิน, วิสัญญีวิทยา, ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

บทบาทหน้าที่ของแพทย์ :

การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร :

ด้านบริหาร

- ในระดับองค์กร : แต่งตั้งประธานองค์กรแพทย์ เลขาธิการแพทย์ ที่ปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรมีการประชุมกันทุกวัน พุธหีสมิวาระทั่วไปแจ้งให้ทราบ ปัญหาที่พบเพื่อร่วมหาทางแก้ไข ทบทวนวิชาการต่างๆ เช่น MM conference , ER conference , Dead case , interesting case , refer case เป็นต้น

- ระดับโรงพยาบาล : มีส่วนร่วมในกรรมการบริหารโรงพยาบาล กรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุดต่างๆ

ด้านวิชาการ มีการจัดการให้ความรู้ทั้งในองค์กร และ โรงพยาบาล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ด้านแพทย์ ที่เลี้ยงจัดตั้งกรรมการและมีแนวทางการประเมิน มีกิจกรรมวิชาการ มีการพบปะสังสรรค์แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และมีการรับการประเมินจากส่วนกลาง

ด้านเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพิจารณาคุณสมบัติแพทย์ที่จะมาร่วมปฏิบัติงานซึ่งช่วยตัดสินใจแทนผู้บริหารการดูแลในส่วนที่เกี่ยวกับการแพทย์ทั้งด้านจริยธรรม/วิชาการ/สวัสดิการ

จุดเน้นการพัฒนาในเรื่อง credential privileges CME :

การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- เนื่องจากแพทย์แต่ละสาขาและแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีเวลาปฏิบัติงานที่ไม่ค่อยตรงกัน ทำให้เวลาการศึกษาหรือพูดคุยกันมีน้อย องค์กรแพทย์เห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดให้มีการรับประทานอาหารร่วมกัน สัปดาห์ละ 1 วัน ทุกวันพุธ และขณะรับประทานอาหารร่วมกันจะมีการรายงานการศึกษาของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์อื่น ๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 – ปัจจุบันสามารถปฏิบัติได้ทุกสัปดาห์

- องค์กรแพทย์ส่งเสริมให้สมาชิกเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัย และสมาคมวิชาชีพที่ตนเป็นสมาชิก
- สมาชิกองค์กรแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาบุคลากร เช่น ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ กิจกรรมพัฒนา

พฤติกรรมบริการอบรมวิชาการทุกเดือนโดยมีแต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ

มีกลไกการพัฒนาและการสื่อสาร ข้อตกลง แนวทางปฏิบัติ การแก้ปัญหาภายในองค์กร :

- กำหนดแนวทางการทำงานระดับองค์กร(ภาคผนวก)
- คู่มือการทำงาน และการดูแลแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (ปรับปรุงทุกปี)
- แนวทางค้นหาปัญหา การแก้ไข ป้องกันความเสี่ยง

ตัวอย่างแนวทางค้นหาปัญหา การแก้ไข ป้องกันความเสี่ยงในองค์กรแพทย์

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	ปัญหา/โอกาสพัฒนา
1. ค้นหาปัญหาด้าน <ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐานการศึกษา/จริยธรรมของแพทย์/ข้อร้องเรียน/การบันทึกเวชระเบียน/การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการ/องค์กรต่างๆ ในรพ./อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ 2.เสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์มีความน่าเชื่อถืออยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ - เพื่อเป็นการติดตาม กำกับ การดูแลมาตรฐานวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - เพื่อให้มีการเคารพสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ - กำกับ การดูแลการทบทวนและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย - กำกับ การดูแลคุณภาพเวชระเบียน - ให้เกิดการติดต่อ สื่อสาร และการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์,ระหว่างแพทย์กับ ผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และ ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ 	<p><u>ปัญหา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การค้นหาปัญหาไม่ครอบคลุมทุกประเด็นนำเสนอเฉพาะบางประเด็น ทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขทำให้เกิดข้อร้องเรียนการฟ้องร้องแพทย์ <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาปัญหาเชิงรุกมากขึ้นเพื่อหาทางป้องกัน

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา
3. การลงมติ/ข้อตกลง	- ให้มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุม เรื่อง การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็น จริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพ และความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถ	<u>ปัญหา</u> - ผลการลงมติไม่ใช่เสียงส่วนใหญ่ ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสมาชิก - ไม่ได้ข้อสรุปหรือไม่มีข้อตกลง เกิดขึ้นจากการประชุมองค์กรทำให้ไม่มีแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ยึดถือและนำไปปฏิบัติ - ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขจากองค์กรแพทย์ <u>โอกาสพัฒนา</u> - ทุกครั้งในการประชุมควรให้ครบองค์ประชุมและควรได้ข้อสรุปทุกครั้ง
4. นำไปปฏิบัติ	- การบันทึกและการจัดทำเอกสาร	<u>ปัญหา</u> - ขาดการบันทึกและการจัดทำเอกสารสำคัญ <u>โอกาสพัฒนา</u> - กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน
5. ประเมินผล	- เพื่อติดตามและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ บรรลุตามเป้าหมายหรือพันธกิจขององค์กรแพทย์	<u>ปัญหา</u> - ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง <u>โอกาสพัฒนา</u> - กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
1. การร้องเรียนแพทย์ 1.1 พฤติกรรมบริการ 1.2 มาตรฐานการรักษา	- จัดประชุมวิชาการอบรม สัมมนา เพื่อส่งเสริมด้านจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ - ส่งแพทย์อบรม OD ของโรงพยาบาล - สร้างความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมบริการให้เกิดขึ้นกับสมาชิก - ติดตามและประเมินผลด้านพฤติกรรมบริการในองค์กรแพทย์อย่างต่อเนื่อง - องค์กรแพทย์คอยตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ - จัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ - จัดกิจกรรมทบทวนทางคลินิกเฉพาะของแพทย์และระหว่างสาขาอื่นๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ - จัดทำ Clinical tracer, CPG, Care map เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยและปรับปรุงอยู่เสมอตาม Evidence base - ส่งเสริมให้แพทย์ไปประชุมทางวิชาการนอกโรงพยาบาล - ส่งแพทย์ไปศึกษาต่อเนื่อง/ต่อยอดเฉพาะสาขา
2. การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์	- อบรมการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ - ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกเป็นประจำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

มีระบบกำกับดูแลมาตรฐาน คุณภาพและจริยธรรมวิชาชีพ :

ด้านการตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์ :

- มีคุณสมบัติตามแพทยสภากำหนด
- มีการตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์ในโรงพยาบาลว่าได้รับ แพทยศาสตร์บัณฑิตและมีเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทุกคน
- มีการตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์เฉพาะทางได้รับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญทุกคน
- มีกระบวนการโดยองค์กรแพทย์ได้ประสานกับฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบคุณสมบัติและรับสมัครแพทย์ โดยแพทย์ต้องนำเอกสารตัวจริงมาแสดง เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการที่แพทย์คุณสมบัติไม่ครบมารักษาผู้ป่วย จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แพทย์มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานวิชาชีพทุกคน
- มีการจัดประชุมวิชาการเป็นตารางที่รับผิดชอบโดยแพทย์ทุกท่านจัดทุกวันพฤหัสบดี ในองค์กร และทุกเดือนระดับโรงพยาบาล
- มีการประเมินผลการรักษาโดยดูตัวชี้วัดจาก PCT

การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน :

- จากการที่โรงพยาบาลได้เป็นสถาบันที่ดูแลการฝึกเพิ่มพูนทักษะของแพทย์ที่จบการศึกษา จำเป็นต้องมีการควบคุมการทำงานอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยเนื่องจากการขาดความรู้ความชำนาญของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยมีการกำหนดให้มีการปรึกษาแพทย์ที่ดูแลในแต่ละสาขาที่ฝึกตลอด 24 ชั่วโมง มีการปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะทุกคนที่ลงฝึกปฏิบัติ มี CPG แต่ละสาขาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน องค์กรแพทย์ และมีคู่มือปฐมนิเทศ ที่ผ่านมาพบว่าบางครั้งแพทย์เพิ่มพูนทักษะไม่กล้าขอคำปรึกษา หรือปรึกษาล่าช้า ทำให้เกิดการร้องเรียน ทาง PCT ได้ทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการทำงานเช่นคู่มือการดูแลเด็กที่ OPD/ER การดูแลผู้ป่วยfast track เช่น ACS, Stroke, Blunt abdominal trauma ทั้งนี้ได้ทำความเข้าใจกับกลุ่มการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์พี่เลี้ยงทุกสาขา เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้มีความชัดเจนขึ้น
- องค์กรแพทย์มีส่วนร่วมในการพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมในการรับแพทย์เข้าเพิ่มพูนทักษะปีที่ 1 โดยทบทวนว่าหากเป็นแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์ ให้เข้ามาเพิ่มพูนทักษะในกลุ่มงานต่างๆ ตามที่แพทยสภา กำหนด ให้อยู่ในความดูแลของแพทย์พี่เลี้ยงหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาซึ่งผ่านการอบรมได้รับอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร และให้การรักษากลับตามความชำนาญ เชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละกลุ่มงาน
- จัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- กำหนดให้มีแพทย์รับผิดชอบ ER ตลอด 24 ชั่วโมงโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/แพทย์เฉพาะทางเวรในกำกับ
- กำหนดให้มีแพทย์ออกตรวจห้องตรวจ OPD เฉพาะทางทุกแผนก และแพทย์ออกตรวจห้องตรวจ OPD GP เข้าและป่วยทุกวัน ในเวลาราชการ
- มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานให้เพียงพอ โดยพิจารณาตามจำนวนผู้ป่วยและนำข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย มาจัดสรรพิจารณาทุนศึกษาต่อแพทย์ประจำฝ่าย
- การดูแลรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มงาน ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลเฉพาะด้านดูแล ส่วนแพทย์เพิ่มพูนทักษะอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- จัดทำแนวทางการประเมินคณะปฏิบัติงานของแพทย์ ER, แพทย์เพิ่มพูนทักษะรวมทั้งการให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะประเมินกลับ

การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ :

(โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ที่ทำงานจากสถานที่อื่นมาอยู่เวร)

- การให้คำปรึกษา มีการควบคุมกำกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยมีแพทย์พี่เลี้ยงทุกสาขา
- มีแนวทางการรายงาน first callและsecond call หรือการรายงานหัวหน้ากลุ่มงานตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการปฐมนิเทศในแต่ละสาขาก่อนได้รับการฝึกปฏิบัติงาน

- มีเอกสาร CPG แต่ละสาขาที่หน่วยงานอุบัติเหตุดูแล
- มีคู่มือปฐมพยาบาล และคู่มือในองค์กรแพทย์
- มีกิจกรรมทางวิชาการของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- มีการบันทึกการปฏิบัติงาน หัตถการ กิจกรรมวิชาการ

การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย :

- การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดประชุมเพื่อการพัฒนา เช่น ปอดอักเสบ STEMI, CAPD, VAP, LBW เป็นต้น
- กระบวนการแก้ปัญหาาร่วมกัน เช่น สูติ - เด็ก Conference, ER conference, การadmit
- การทบทวนการดูแลผู้ป่วยสาขาวิชาชีพของแต่ละ PCT
- การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในองค์กรแพทย์ในการประชุมวิชาการแพทย์ในทุกวันพฤหัสบดี
- การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับงาน IC
- การทบทวนการเกิด ME ในโรงพยาบาลร่วมกับงานคณะกรรมการ ME
- การทบทวนการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในเวชระเบียนร่วมกับกรรมการ IM ของโรงพยาบาล
- ส่งเสริมการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ทุกกลุ่มงานมีการจัดทำ Clinical tracer, Gap analysis
- การทำ Journal/Topicreview/MM conference ขององค์กรแพทย์จะเน้นข้อมูลความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยถูกต้องตาม Evidence base โดยผู้รับผิดชอบ และเป็นการทบทวน แลกเปลี่ยน ฟื้นฟูความรู้ให้แพทย์เฉพาะสาขา และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ :

- มีแนวทางการรับข้อร้องเรียนขององค์กรโดยเป็นแนวทางเดียวกับของทีม RM โรงพยาบาล
- ได้มีการทบทวนใบร้องเรียนของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็นภาพบุคคล และภาพรวม โดยประธานองค์กรแพทย์รับข้อร้องเรียนโดยภาพบุคคลจะส่งมอบแพทย์ที่ถูกร้องโดยตรง ส่วนประเด็นที่เป็นภาพรวมจะนำมาทบทวนในองค์กรแพทย์ โดยเฉพาะการสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องมีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลและญาติ จากความเสี่ยงนี้ได้มีการจัดทำแบบฟอร์มเพื่อเป็นหลักฐานในการสื่อสาร จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งภาพรวมและบุคคล พบว่า ระบบการทบทวนของบุคคลยังไม่ชัดเจน จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายที่องค์กรแพทย์ต้องแก้ไขปัญหาร่วมกัน เนื่องจากเป็นทีมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านเรื่องส่วนใหญ่เป็นด้านพฤติกรรมบริการ ในปีผ่านมามี 3 - 4 อุบัติการณ์
- มีแนวทางกำกับการทำงานเพื่อให้เกิดความราบรื่นเป็นลายลักษณ์อักษร ติดที่องค์กร

บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์ :

- องค์กรแพทย์มีการส่งเสริมให้แพทย์ได้ใช้ศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม จากที่องค์กรแพทย์ประกอบด้วยแพทย์หลายสาขา ทำให้เกิดความคิดและแนวปฏิบัติที่หลากหลาย โดยเฉพาะการวินิจฉัยที่ก้ำกึ่งระหว่างแผนก การปรึกษาข้ามแผนก แต่สามารถสรุปได้จากการมองที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ตัวอย่าง เช่น การรับผู้ป่วยที่วินิจฉัยกำกวม เช่น stroke ที่ไม่สามารถส่งต่อได้ ให้admit ที่หออายุรกรรมทั้งหมด ยกเว้น CT พบ intracerebral hemorrhage ให้อยู่ที่แผนกศัลยกรรมหรือ ผู้ป่วยที่ปวดท้องแบบเฉียบพลันที่เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้ตรวจ UPT ทุกราย หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกที่กระเพาะอาหารให้อยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ยกเว้นกรณีที่เป็น massive UGIH ให้ปรึกษาศัลยกรรมการปรับระบบเวชระเบียนในผู้ป่วยสูติกรรม และทารกแรกเกิด ล่าสุดกำลังปรับระบบการดูแลผู้ป่วยและแบ่งประเภทผู้ป่วยใหม่(Triage) เพื่อให้การเข้าถึงได้ดียิ่งขึ้น

การใช้ข้อมูลวิชาการ เพื่อปรับบริการ ให้ทันสมัย :

ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม :

- ส่งเสริมให้มีการนำสารสนเทศมาพัฒนาระบบการดูแลรักษา ปัจจุบันกำลังดำเนินการเรื่องการใช้ระบบสารสนเทศ ในการอ่านฟิล์ม โดยไม่ต้องใช้ไบเอ็กซเรย์
- ส่งเสริมการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ผ่านการทำ journal club

การบริหารจัดการและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพ:

การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย :

- องค์กรแพทย์เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้แบบ Sepsis syndrome, Pre – arrest sign, PIH, PROM score, neonatal jaundice, FAST เพื่อให้ปฏิบัติในทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งผ่านแพทย์จากการประชุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแพทย์เห็นความสำคัญมากขึ้น
- จัดให้มีการทบทวนกรณีผู้ป่วยที่ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและที่เสียชีวิต ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน โดยการทบทวนเวชระเบียน และศึกษาร่วมกันในองค์กรแพทย์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และหาแนวทางป้องกันร่วมกันต่อไป เช่น กรณีผู้ป่วยไข้เลือดออก เป็นกรณีที่มีความเสี่ยงมาก จึงจัดให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะทบทวนแนวทางการรักษาร่วมกัน
- จัดทำแนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจนที่แผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วย กรณีที่มีการปฏิบัติแตกต่างไปจากแนวทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถรายงานแพทย์เฉพาะสาขาได้ทันที
- กรณีที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความไม่แน่ใจในการวินิจฉัยหรือการรักษา สามารถขอความคิดเห็นจากแพทย์เฉพาะสาขาได้ทันที โดยจัดให้มีการใช้เทคโนโลยีทันสมัย เช่น WhatsApp/MMS ในการส่งภาพ ECG, X – ray เพื่อเป็นข้อมูลที่ถูกต้องในการให้คำปรึกษา
- การพัฒนาการคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์เฉพาะสาขา โดยจัดให้มีการประชุมวิชาการ เช่น Asthma, STEMI โดยวิทยากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อความราบรื่น โดย องค์กรแพทย์ ดังนี้
 1. ER มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง
 2. การรับผู้ป่วย (Admission): การรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ OPD/ER, การ Admit ที่หอผู้ป่วยใด ให้เป็นไปตามข้อตกลงของกลุ่มงานต่างๆ, การ Admit เข้า ICU ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ที่ดูแลการ
 3. การรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์: จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย เช่นการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ทราบวินิจฉัยโรคแล้ว, ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาล ด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่เกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว
 4. แนวทางปฏิบัติในการปรึกษาข้ามแผนก/กลุ่มงาน: แพทย์เจ้าของไข้ต้องเป็นผู้ประเมินปัญหา และสภาพของผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาด้วยตนเอง, แพทย์เจ้าของไข้ระบุในใบปรึกษาว่าต้องการปรึกษากลุ่มงานใด เป็นกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน หรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อมูลของผู้ป่วย และลงชื่อ วัน เวลา ที่ขอปรึกษา, เมื่อได้รับใบปรึกษา ถ้าเป็นกรณีรีบด่วน ให้แพทย์ที่รับปรึกษาไปให้การรักษาก่อน โดยเร็วที่สุดถ้าเป็นกรณีที่ไม่รีบด่วนให้แพทย์ที่รับปรึกษาไปให้การรักษากายในไม่เกิน 24 ชั่วโมง, ทุกครั้งที่ได้รับใบปรึกษาหรือไปดูแลผู้ป่วย ให้แพทย์ลงชื่อวัน เวลา ต่อท้ายคำสั่งรักษาหรือความเห็น, มีแบบ consult เป็นลายลักษณ์อักษร
 5. กฎข้อบังคับเรื่องเวชระเบียน :เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องบันทึกให้สมบูรณ์ ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit, ต้องสรุปเวชระเบียนให้เรียบร้อย ภายใน 7 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย, การบันทึกหลังคำสั่งต้องมีการเซ็นชื่อกำกับ, ห้ามนำเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาลก่อนได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 6. การปฏิบัติเมื่อถูกฟ้องร้อง: แจ้งประธานองค์กร หรือรองฯ ฝ่ายการแพทย์ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล, อย่าเปลี่ยนแปลงแก้ไขเวชระเบียนด้วยวิธีใด ๆ, อย่าปรึกษาคดีกับผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผลสำคัญ, อย่าถกแถลงคดีกับผู้ป่วย, อย่าถกแถลงคดีกับนายแพทย์, อย่าพยายามแสวงหาข้อเสนอนะทางกฎหมายเพิ่มเติมจากบุคคลอื่น, อย่าเปรียบเทียบคดีของท่านกับคดีแพทย์ท่านอื่น, อย่าถกคดีกับสื่อมวลชน, ไตร่ตรองให้กระจ่างว่าผู้ป่วยหรือญาติประสงค์สิ่งใด, เลือกผู้ไกล่เกลี่ยและ/หรือ อนุญาโตตุลาการให้ถูกต้อง

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมผู้ดูแล / ทีมสหวิชาชีพ ขณะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย
- มีการทำ Grand round ระหว่างแพทย์ และพยาบาล โดยการเลือกเคสที่น่าสนใจ หรือมีปัญหาระหว่างดูแล

มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญในแต่ละ PCT

บันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ ถูกนำไปใช้ประโยชน์ :

การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน :

- โรงพยาบาลได้มีคณะกรรมการที่ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน มีการดำเนินงานทบทวน 3 เดือน/ครั้ง ผลการทบทวนจะนำส่งองค์กรแพทย์เพื่อดูภาพรวมและส่งรายงานของแต่ละบุคคล ได้มีการชมเชยสำหรับผู้ที่เขียนเวชระเบียนได้ดี จากการดำเนินการส่งผลการตรวจสอบ พบว่าส่วนที่ขาดการบันทึกมากที่สุด คือ การตรวจร่างกายแรกรับ ได้มีการแก้ไขในกลุ่มงานเพื่อให้มีการพัฒนา เช่น การปรับปรุงแบบฟอร์มการตรวจร่างกาย เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก การยินยอมให้รักษาและทำหัตถการของผู้ป่วย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมากขึ้น

- โรงพยาบาลมีการกระตุ้นเตือนแพทย์ถึงความสำคัญเวชระเบียนการดำเนินงานดังนี้

1. วิธีการทบทวน

- แพทย์เฉพาะสาขาร่วมทำ Medical audit โดยมีการทำ audit Chart ผู้ป่วยในของทุกกลุ่มงาน
- ตัวแทนแพทย์ทำ Coding and Diagnosis audit
- ตัวแทนแพทย์ทำ audit OPD Card ผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ของ สปสช.

2. ผู้เข้าร่วมประชุม แพทย์สมาชิกทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. ความถี่

- Medical audit ทุก 3 เดือน
- Coding and Diagnosis audit ปีละ 1 ครั้ง
- audit OPD Card of Diabetic patient ปีละ 1 ครั้ง

4. การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น การบันทึกเวชระเบียนดีขึ้นทั้งความสมบูรณ์และคุณภาพ

5. นำปัญหาจากการทบทวนมาชี้แจง ปรับปรุง เช่น ขาดใบ admission neonatal

ผลลัพธ์ของบริการทางการแพทย์ :

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่งให้ผู้อื่น :

- ระยะเวลาการรอตรวจของแพทย์ทำให้แพทย์ออกตรวจได้เร็วขึ้นมีการแยกคลินิกนอกเวลาออกจากห้องฉุกเฉิน
- มีการใช้ระบบ one stop service ระบบการค้นเวชระเบียนล่วงหน้า
- เป็นแกนนำในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทำให้ทีมนำทางคลินิกและทีมคร่อมสายงาน สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดทำคู่มือแพทย์ใช้ทุนทำให้แพทย์ใช้ทุนรู้ระเบียบปฏิบัติ
- เป็นแกนหลักในการพัฒนางานคุณภาพ
- ปรับปรุงความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทำให้มีคุณภาพมากขึ้นการสรุปเวชระเบียนให้ทันเวลาที่กำหนดทำให้แพทย์สรุปเวชระเบียนได้ทันเวลา

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น :

- จัดประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ทางการแพทย์ให้กับแพทย์ใช้ทุนอย่างสม่ำเสมอ
- ข้อปฏิบัติในการชันสูตรพลิกศพ ทำให้แพทย์ปฏิบัติตามที่กำหนด
- การอบรมแพทย์ใช้ทุนในการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD – 10 ทำให้แพทย์ใช้ทุนสามารถลงรหัสได้ถูกต้องมากขึ้น

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการหรือมีแผนจะดำเนินการต่อไป :

- การรักษาที่ได้มาตรฐานวิชาชีพในโรคที่สำคัญที่พบบ่อยและเป็นปัญหาเช่น DM, HT, trauma, DHF โรคติดต่อที่สำคัญ
- แนวทางในการให้บริการตรวจสุขภาพในผู้ป่วยประกันสุขภาพเพื่อให้มีระบบการตรวจที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- Medication error เช่น ลด prescribing error, doctor order sheet, high alert drug
- ทบทวนการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- พัฒนาความร่วมมือของแพทย์ในการเข้าร่วมประชุมองค์กรแพทย์เพื่อให้แพทย์เข้าร่วมประชุมมากขึ้น
- การควบคุมการใช้ยา
- พัฒนาความถูกต้องในการลง ICD-10
- พัฒนาวิจัย R2R
- ส่งเสริมและพัฒนาให้แพทย์เป็นผู้นำทางทีมงานทางคลินิกและพัฒนาสู่ชุมชนให้มากขึ้น

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
37. องค์กรแพทย์	4.0	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำทางด้านวิชาการ - พัฒนาศักยภาพการเป็น excellent center ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขา - Service plan แต่ละหน่วยงาน

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีมาตรฐาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557	2558 (ตค.-มีย.)
ผลการประเมินความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้รับบริการ	> 80%	76.04	77.16	76.50	83.95	80.00
ผลการประเมินการซักซ้อมอัคคีภัย	80 %	84.20	86.45	83.14	81.75	89.77
ผลการประเมินการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน	ผ่าน เกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ผลการตรวจความพร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค	100 %	100	100	100	100	100
- ไฟฟ้าสำรอง	100 %	100	100	100	100	100
- น้ำประปา						
การเกิดโรค/อุบัติเหตุ ที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	0 ราย	12	8	14	16	8
- จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มตำหรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง	0 ราย	0	0	0	0	0
- จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ (MMR, HBV, TB, HIV)	0ราย	0	2	2	0	2
- อุบัติเหตุจากการทำงาน						
ร้อยละของมูลฝอยทั่วไปที่มีมูลฝอยติดเชื้อ/อันตรายปะปน	0	3.50	4.67	3.31	3.82	3.48

บริบท :

คณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) บริหารงานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรรับผิดชอบการดำเนินงานตรวจสอบ ดูแล ควบคุม เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมทั่วไป สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทบทวนปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย มีการดำเนินระบบการจัดการวิศวกรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 ถึงปัจจุบันตามนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ให้ผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยมากที่สุด ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการลดภาวะโลกร้อน มีการติดตามเชิงรุกโดยการนำ ENV Round, IC Round และการเฝ้าระวังผ่านระบบรายงานอุบัติการณ์

กระบวนการ :

ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ :

ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/

ประสิทธิภาพ :

มีการทบทวนด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงโครงสร้างกายภาพให้สอดคล้องกับกฎหมายต่างๆ เช่น การควบคุมมาตรฐานน้ำทิ้ง การอนุรักษ์พลังงานตาม พ.ร.บ.การส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน การมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของผู้พิการ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปี 2548 มีการปรับปรุงอาคาร สถานที่และจัดพื้นที่ใช้สอยให้เป็นไปตามมาตรฐาน เหมาะสมกับการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยพิการเพื่อความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ใช้บริการ การใช้งานให้เป็นไปตามมาตรฐาน

ปี 2557 ที่ผ่านมาได้มีการก่อสร้างอาคารที่สำคัญ คืออาคารสนับสนุนบริการ 5 ชั้นและอาคารโรงไฟฟ้า เป็นอาคารสูง 1 ชั้นและในปี 2557 ได้เริ่มก่อสร้างอาคารบำบัดรักษา 6 ชั้น ซึ่งจะแล้วเสร็จในปี 2559 และอาคารควบคุมไฟฟ้าเป็นอาคารสูง 1 ชั้น ซึ่งจะแล้วเสร็จในปี 2558 ในปี 2558 ดำเนินการก่อสร้างอาคารลิฟต์ 2 ชั้น 1 หลัง ก่อสร้างอาคารแพลตฟอร์ม 6 ชั้น 20 ยูนิต 1 หลังอาคาร 6 ชั้น 144 เตียง อีก 1 หลัง ซึ่งจะแล้วเสร็จในปี 2558 , ปี 2559 และปี 2560 ตามลำดับ อาคารบริการต่าง ๆ ได้รับการสำรวจโครงสร้างอาคารตามแผนสำรวจวิศวกรรมความปลอดภัย จาก กองวิศวกรรมการแพทย์และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ครั้งสุดท้ายสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์มาสำรวจเมื่อ วันที่ 17 – 21 พฤศจิกายน 2557

โอกาสและแผนพัฒนา

1. แผนของงบประมาณสนับสนุนการก่อสร้างอาคาร 6 ชั้น หอผู้ป่วย 144 เตียง 1 หลัง
2. แผนของงบประมาณสนับสนุนการก่อสร้างอาคารแพลตฟอร์มที่พักแพทย์ อาคารแพลตฟอร์มที่พักพยาบาลเพิ่มเติมให้พอเพียง
3. แผนก่อสร้างทางลาดและทางเชื่อมอาคารผู้ป่วย 144 เตียง

ระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย :

ระบบรักษาความปลอดภัยทรัพย์สินของหน่วยงาน บุคลากร และผู้ป่วยมีงานรักษาความปลอดภัยรับผิดชอบภายใต้การควบคุมกำกับของฝ่ายบริหารทั่วไปโดยจัดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำจุดเสี่ยงและเดินตรวจการณ์ 24 ชั่วโมง มีป้ายเตือนและประกาศเสียงตามสายแนะนำการรักษาทรัพย์สินวันละ 2 ครั้ง มีระบบการรายงานเหตุการณ์ประจำวัน ด้วยการลงบันทึกเหตุการณ์ประจำวันของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย,รายงานพยาบาลเวรตรวจการณ์ มีการสื่อสารแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ไปยังหน่วยงานทั่วทั้งโรงพยาบาล ในหลายช่องทาง เช่น แจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร/หัวหน้าหน่วยงาน หนังสือเวียน ประกาศเสียงตามสาย หน้าจอคอมพิวเตอร์ มีการเฝ้าระวังติดตามอุบัติการณ์ซ้ำ โดยหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามระบบบริหารความเสี่ยง มีงานซ่อมบำรุงรับผิดชอบระบบสาธารณูปโภคและบำบัดน้ำเสีย ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมงปี 2558 มีแผนดำเนินการติดตั้งระบบกล้องวงจรปิดให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง):

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม จัดอบรม/ประชุมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ของทุกหน่วยงานทุก 4 เดือน เพื่อให้หน่วยงาน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงาน ประสบการณ์และถ่ายทอดนวัตกรรมใหม่ เพิ่มศักยภาพในการค้นหาความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงาน

จากความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ลดลงจากปี 2557 คณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) ได้ดำเนินการสำรวจโครงสร้างกายภาพ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมเฝ้าระวังระบบสิ่งแวดล้อมมีการติดตามเชิงรุกโดยการทำ ENV Round ปีละ 2 ครั้ง, IC Round ทุกเดือน มีการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านกิจกรรม 5 ส. เป็นประจำและต่อเนื่อง โดยสร้างแรงจูงใจให้มีการจัดประกวดหน่วยงานและจัดกิจกรรม Big Cleaning Day ทุกปี ที่ผ่านมามีไม่พบอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมระดับรุนแรงมาก

มีการตรวจติดตามโดยหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์สำรวจวิศวกรรมความปลอดภัยเป็นประจำทุกปี ครั้งสุดท้ายสำรวจเมื่อ วันที่ 17 – 21 พฤศจิกายน 2557 และนำผลการตรวจสอบมาจัดลำดับความสำคัญและดำเนินการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ทบทวนอุบัติการณ์อุบัติเหตุจากการทำงาน พบเจ้าหน้าที่ตักเก้าอี้ขณะปฏิบัติงานหน้าคอมพิวเตอร์ ขณะเกิดเหตุเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดบาดเจ็บแก้ไขโดยประสานงานให้ส่งเก้าอี้ให้งานซ่อมบำรุงซ่อมแซม รายที่สองเป็นเจ้าหน้าที่เดินตักท่อระบายน้ำ ถูกเหล็กบาดขาขวา มีแผลถลอกแก้ไขโดยประสานงานให้งานซ่อมบำรุงซ่อมแซมตะแกรงที่ปิดฝาท่อระบายน้ำชำรุด

จากการเฝ้าระวัง ปี 2557 พบจำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือสัมผัสสิ่งคัดหลังจำนวน 16 ราย กิจกรรมที่พบมากที่สุดคือ สวมปลอกเข็ม 41.67 % , เจาะเลือด/ฉีดยา 26% , หัตถการต่างๆ 16.67 % และ ล้างอุปกรณ์ , เก็บของผิดวิธี 8.33% ตามลำดับ พบมากในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงาน และพยาบาลวิชาชีพ เกิดจากขาดทักษะการปฏิบัติงาน และภาระงานที่เร่งรีบ แก้ไขโดยให้ความรู้หลัก Standard precaution /One hand technique , ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และนักศึกษาพยาบาล ทั้งวิธีสอนรายกลุ่ม รายบุคคลมีการประเมินผลการปฏิบัติตามหลัก Standard precaution สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ที่ทิ้งเข็ม ที่ปลดหัวเข็มผลลัพธ์หลังปรับเปลี่ยนวิธีการ ปี 2558 พบอุบัติการณ์ลดลง เหลือ 8 ครั้ง

ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน :

1. ปรับปรุงการให้บริการ เพิ่มห้องตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
2. ปรับปรุงการเดินสายไฟฟ้า ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ป้องกันอุบัติเหตุไฟฟ้าลัดวงจร เนื่องจากมีกระแสไฟฟ้ารั่วในสายนิวตรอน
3. ปรับปรุงระบบแก๊สทางการแพทย์สำหรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และหอผู้ป่วยหลังคลอด เนื่องจากชำรุดและเพิ่มเติมจุดบริการ
4. ปรับปรุงถนนคอนกรีตเสริมเหล็กและลานจอดรถยนต์ข้างอาคารหลวงปู่ศุข เนื่องจากชำรุดและลดอุบัติเหตุการันที่ไม่พึงประสงค์ในการสัญจร
5. ปรับปรุงผิวทางเชื่อมอาคาร เนื่องจากชำรุดและลดอุบัติเหตุการันที่ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
6. ปรับปรุงห้องจัดกิจกรรมFit & Firm ที่อาคารปลื้มจิต เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์
7. ปรับปรุงพื้นที่ทางเดินหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างการก่อสร้างอาคารหอผู้ป่วย 144 เตียง โดยกันห้องกระจกและติดตั้งมุ้งลวดป้องกันยุงและแมลงรบกวน ติดตั้งพัดลมเพดานเพื่อวางเตียงเสริม รองรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนมากขึ้นจากการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนจนเกินปริมาณเตียงที่มีในหอผู้ป่วย

การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม :

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
9 ม.ค. 55	การอบรมการป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงานแลเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 76 คน
10 - 30 ต.ค. 55	ฝึกอบรมความรู้การป้องกัน - ระวังอัคคีภัย และวิธีการใช้อุปกรณ์ดับเพลิง	เจ้าหน้าที่ รพ. 308 คน
30 เม.ย. - 2 พ.ค. 55	การป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	เจ้าหน้าที่ รพ. 82 คน
30 เม.ย. - 2 พ.ค. 55	การจัดการดูแลมูลฝอยติดเชื้อและการคัดแยกมูลฝอย(IC)	เจ้าหน้าที่ รพ. 82 คน
29 เม.ย.- 1 พ.ค. 56	การอบรมการป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	เจ้าหน้าที่ รพ. 56 คน
29 เม.ย.- 1 พ.ค. 56	การจัดการดูแลมูลฝอยติดเชื้อและการคัดแยกมูลฝอย (IC)	เจ้าหน้าที่ รพ. 56 คน
2 ก.ค. 56	โครงการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมีและเออร์โกโนมิกส์ สถานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ปี2556	เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และคณะกรรมการ ENV จำนวน 80 คน

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
18ม.ค.,21ก.พ. 23พ.ค.,22ส.ค. 56	โครงการพัฒนาวิชาการงานอาชีพอนามัยใน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากหอผู้ป่วย/ หน่วยงานจำนวน 65 คน
28-30 เม.ย. 57	การอบรมการป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	เจ้าหน้าที่ รพ. 55 คน
28-30 เม.ย. 57	การจัดการดูแลมูลฝอยติดเชื้อและการคัดแยกมูลฝอย (IC)	เจ้าหน้าที่ รพ. 55 คน
14, 16 มิ.ย. 57	การพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการงานอาชีพอนามัยใน โรงพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ปลอดภัยในการทำงาน	เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากหอผู้ป่วย/ หน่วยงานจำนวน 65 คน
3 มิ.ย. 58	การอบรมการป้องกันอัคคีภัยและการใช้ถังดับเพลิง	เจ้าหน้าที่ รพ. 56 คน

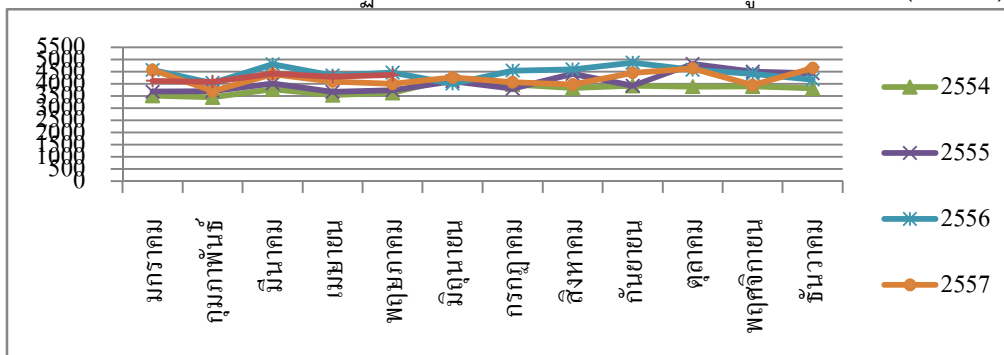
วัสดุและของเสียอันตราย :

วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน บทเรียนการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ :

จัดระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุลักษณะ คัดแยกขยะโดยเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย และสุ่มตรวจระบบการคัดแยกขยะโดยคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาล ทีม IC นำประเด็นปัญหาที่พบจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะอย่างถูกวิธีและมีระบบติดตามประเมินผลโดย ICN จัดหาถังขยะพลาสติกแบบมีฝาเปิด – ปิดมีล้อเข็นสำหรับรองรับขยะติดเชื้อประจำอาคารต่าง ๆ เพื่อลดขั้นตอนในการสัมผัสของผู้ปฏิบัติงานและปิดมิดชิดขณะเคลื่อนย้าย จัดให้มีทีมงานดำเนินการเกี่ยวกับขยะ โดยคณะกรรมการ IC ทำหน้าที่กำกับดูแลให้การทิ้งขยะติดเชื้อบนหอผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน IC และจากข่าวที่เผยแพร่ทางหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับถังขยะติดเชื้อของสถานบริการอื่นถูกนำไปทิ้งในที่สาธารณะ ทีม ENV ได้ตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของบริษัทเอกชนที่รับไปกำจัดปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกฎหมายสิ่งแวดล้อมและเตาเผาได้มาตรฐานถูกต้องด้วยวิธีที่ถูกต้องตามกฎหมาย

การเฝ้าระวังผ่านระบบรายงานอุบัติการณ์ปี 2557 พบอัตราการปนเปื้อนมูลฝอยทั่วไปที่มีมูลฝอยติดเชื้อ/อันตรายปะปนเพิ่มขึ้น พบ เข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วสวมปกคลุมเข็มเรียบร้อยบรรจุในกล่องพลาสติกปิดฝา ทิ้งที่บริเวณรถเก็บใบไม้ จำนวน 2 ครั้ง จากการทบทวนสาเหตุพบว่าเกิดจากผู้ป่วยเบาหวาน ฉีดยาอินซูลินที่บ้านแล้วนำมาทิ้งไว้ เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลการทิ้งเข็มไม่ชัดเจนจึงดำเนินการปรับแก้ไข ให้หอผู้ป่วย/หน่วยงานให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้นำเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว บรรจุลงในขวด หรือกล่องกันทึมทะเล ปิดฝามิดชิด ทิ้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหรือสถานอนามัยใกล้บ้าน(สถานอนามัยส่งเผากับโรงพยาบาล)หรือกรณีรับยาต่อเนื่อง ให้นำมาทิ้งที่ห้องยา ซึ่งแผนกเภสัชกรรมจะเตรียมภาชนะสำหรับทิ้งเข็มไว้แลกเปลี่ยนโดยอธิบายให้ความรู้สถานที่ทิ้งเข็มที่ชัดเจนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทุกครั้ง ผลลัพธ์ หลังปรับเปลี่ยนวิธีการ ยังไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

ปี 2558 มีผลการดำเนินงานการปฏิบัติตามมาตรการ การจัดการขยะได้ถูกต้อง 95.9% (กิโลกรัม)



ทบทวนข้อมูลปริมาณขยะติดเชื้อที่จ้างบริษัทดำเนินการกำจัดมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะอย่างถูกวิธี ให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยดำเนินการทบทวนการคัดแยกขยะ และสุ่มตรวจระบบการคัดแยกขยะโดยคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาล มีระบบติดตามประเมินผลโดย ICN จัดให้มีทีมงานดำเนินการเกี่ยวกับขยะ โดยคณะกรรมการ IC ทำหน้าที่กำกับดูแลให้การทิ้งขยะติดเชื้อบนหอผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน IC

การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน :

ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบผลกระทบ/ความต้องการบริการ บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ :

เมื่อเกิดสถานการณ์จริงมหาอุทกภัยในปลายปี 2554 ได้มีการวางระบบรองรับภาวะฉุกเฉินและการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆภายนอก เช่น โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในการรับผู้ป่วยหนักเพื่อรักษาต่อเนื่องและผ่าตัดฉุกเฉิน และนำบทเรียนมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติตามแผนเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อุทกภัยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จัดทำแนวทางการปฏิบัติแผนรับเหตุอุบัติภัยหมู่โดยกำหนดผู้รับผิดชอบผู้กำกับดูแลในแต่ละจุดที่ได้รับมอบหมายไว้ โดยออกเป็นคำสั่งแต่งตั้งและทำแนวทางการปฏิบัติชัดเจน ตลอดจนมีการรายงานเหตุการณ์ และสรุปสถานการณ์ต่อผู้บังคับบัญชา และหน่วยงานภายนอกให้ทราบเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

การเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัด2009 ได้มีการจัดเตรียมพื้นที่คัดกรองผู้ป่วยได้ทันเวลาและจัดชุดเฉพาะกิจในการดูแลผู้ป่วย ในปี 2558 ได้มีการทบทวนบทเรียนที่เกิดกับหน่วยงานภายนอกมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) โดยมีการเตรียมพร้อมด้านสถานที่ เตรียมห้องnegative pressureให้พร้อมใช้งาน เตรียมสถานที่ห้องตรวจ หอผู้ป่วยรองรับตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านคน จัดเตรียมบุคลากร แพทย์ พยาบาลในการดูแลและตรวจรักษา ด้านของอุปกรณ์PPE เตรียมพร้อมสนับสนุนให้เพียงพอรวมทั้งยา เวชภัณฑ์ต่างๆ จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน คัดกรองผู้ป่วย การดูแลรักษาและส่งต่อโดยเน้นให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรมีความตระหนักรู้มากขึ้น

โรงพยาบาลจัดซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาลสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี เช่น ซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินรับไข้หวัดนกร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดชัยนาทและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับเทศบาลเมืองชัยนาท ซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคชัยนาท ซ้อมแผนบรรเทาสาธารณภัยร่วมกับสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท ซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่จากรถและบรรเทาสาธารณภัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท ณ บริเวณถนนทางหลวงแผ่นดิน สายชัยนาท – สรรพยา โดยหน่วยงานเจ้าภาพเป็นผู้ประเมินผลการซ้อมและปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนร่วมเป็นวิทยากรในการจัดอบรมซ้อมแผนบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท ณ ศูนย์ฝึกป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดชัยนาท

โอกาสพัฒนาทำแผนซ้อมรับภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภายนอกทุกปี

ความปลอดภัยจากอัคคีภัย :

ประเด็นสำคัญของแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ผลการสำรวจความพร้อม บทเรียนจากการซ้อมแผนการปรับปรุง :

มีการกำหนดนโยบายการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการอัคคีภัยเป็นผู้รับผิดชอบและมีกรรมการ ENV ร่วมเป็นกรรมการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลด้วยจัดทำคู่มือเผยแพร่และเอกสารแนวทางปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานระบุน้ำที่รับผิดชอบให้แก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย แผนผังเส้นทางเคลื่อนย้ายเมื่อเกิดอัคคีภัย โดยระบุน้ำที่รับผิดชอบของบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ลำดับวิธีการขนย้าย และการแจ้งรหัสสัญญาณเตือนภัยเมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ มีระบบประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆภายนอก จากโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่กำหนดการใช้เฉพาะเหตุฉุกเฉินไว้ มีการกำหนดพื้นที่จุดเสี่ยงที่อาจจะเกิดอัคคีภัย เช่น ถังออกซิเจนเหลว ฯลฯ ให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กรและดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยมีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนาประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมือดับเพลิงทุกเดือน ประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมป้องกันและระงับอัคคีภัยและประเมินความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมมากกว่าร้อยละ 80 ทำให้ถูกต้องมีการทบทวนหลังการฝึกซ้อมทุกครั้ง พบประเด็นที่ควรปรับปรุง เรื่อง การเคลื่อนย้ายช่วยเหลือผู้ประสบภัยออกจากอาคาร ซึ่งได้มีการปรับปรุงในการฝึกซ้อมในปีถัดมา ส่วนผลสำรวจความพร้อมด้านอุปกรณ์ และบุคลากรส่วนใหญ่พบว่า ดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด

โอกาสและแผนการพัฒนากำหนดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติในการซักซ้อมการระงับอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง วางแผนการซ้อมเมื่อเกิดเหตุในเวลากลางวันหรือนอกเวลาราชการวางแผนการซ้อมอัคคีภัยร่วมกับหน่วยงานภายนอก

เครื่องมือ:

ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา :

มีการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหาเครื่องมือโดย คณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ พิจารณากำหนดเครื่องมือแพทย์ขั้นต่ำที่ควรมีไว้ของแต่ละหน่วยงานหรือหน่วยผู้ใช้จัดหาเครื่องมือแพทย์ตามความจำเป็น เหมาะสมและคุ้มค่าตามวงรอบการจัดหาทุกปีนำปัญหาเครื่องมือไม่เพียงพอต้องยืมจากภายนอก 1 ครั้ง เกิดขึ้นในช่วงเหตุ อุทกภัย ระหว่างวันที่ 15 กันยายน 2554 – 7 ตุลาคม 2554 ซึ่งโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรรับดูแลผู้ป่วยหนักจาก โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ถูกน้ำท่วมทำให้เครื่องช่วยหายใจไม่พอใช้ต้องยืมเครื่องช่วยหายใจจากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาใช้ เพิ่มมาทบทวนเป็นบทเรียนและจากการสำรวจพบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ เครื่องมือมีจำนวนไม่เพียงพอ ที่พบบ่อย ได้แก่เครื่อง Infusion pump รองลงมาได้แก่ เครื่อง Patient monitor แก้วไขโดย

1. จัดทำ zone สำหรับยืมเครื่องมือกำหนดแนวทางการยืมเครื่องมือจากหอผู้ป่วย/หน่วยงานใกล้เคียงเมื่อ เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้หรือไม่เพียงพอ
2. จัดหาเครื่องมือแพทย์ตามความจำเป็นบรรจุในแผนจัดซื้อตามวงรอบการจัดหาทุกปี
3. ทำบัญชีโรงพยาบาลข้างเคียงที่มีเครื่องมือที่สำคัญ เพื่อขอยืมกรณีจำเป็น

การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือจำเป็นพร้อมใช้ :

คณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์กำหนดให้หน่วยงานผู้ใช้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบ เครื่องมือให้พร้อมใช้ ดังนี้

1. ทำสัญญาจ้างบริษัทเอกชนบำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญเป็นประจำให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เนื่องจาก โรงพยาบาลไม่มีช่างเครื่องมือแพทย์โดยเฉพาะ
2. เครื่องมือแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อนหรือราคาแพงส่งซ่อมบริษัทที่เป็นผู้แทนจำหน่าย
3. เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยมีการดูแลเครื่องมือ และปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ ละชนิดให้ทุกหน่วยงานเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น Bird respirator/Defibrillator/Patient monitor เป็นต้น จัดให้มีการ สอนสาธิตครั้งแรกจากบริษัทผู้จำหน่าย สอนและฝึกปฏิบัติโดยผู้ที่ชำนาญกว่า สนับสนุนการฝึกอบรม ประชุมเกี่ยวกับการ ดูแลรักษาเครื่องมือ และฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอ
4. จัดเจ้าหน้าที่เวรช่างซ่อมบำรุง 24 ชั่วโมง เพื่อดูแลระบบที่สำคัญ ได้แก่ ระบบผลิตสุญญากาศ ระบบผลิต อากาศสำหรับเครื่องช่วยหายใจ ระบบออกซิเจนเหลวและการตรวจเช็คระดับออกซิเจนเหลวคงเหลือ
5. จัดให้มีการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือโดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 จังหวัดนครสวรรค์ เป็นประจำทุกปี ครั้งสุดท้ายดำเนินการ เมื่อวันที่ 17 – 21 พฤศจิกายน 2557

ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือจำเป็นให้พร้อมใช้งาน เช่น พบปัญหาเครื่องนั่งฆ่าเชื้อของห้องผ่าตัดชำรุด บ่อยเนื่องจากมีหินปูนเกาะชุดทำความร้อน ทำให้ไม่สามารถใช้งานได้ ต้องไปนั่งที่งานจ่ายกลางและโรงพยาบาลชุมชน จึง จัดซื้อเครื่องกรองน้ำระบบ RO ทดแทนของเดิมและปรับปรุงระบบไปป์ไลน์หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ :

ผลการประเมินความพร้อมใช้เครื่องมือที่มีจำนวนไม่เพียงพอ ที่พบบ่อยได้แก่เครื่อง Infusion pump รองลงมา ได้แก่ เครื่อง Patient monitor แก้วไขโดย จัดทำ zone สำหรับยืมเครื่องมือ

ดำเนินแก้ไขเพื่อให้มีเครื่องมือพอเพียงพร้อมใช้โดยทำแผนจัดซื้อครุภัณฑ์ประจำปีและแผนล่วงหน้า 3 ปี ด้วย เงินต่างๆ เช่น เงินบำรุงโรงพยาบาล เงินงบประมาณ เงินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เงินบริจาคฯลฯ ในปี 2558 จัดทำแผนจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์เพิ่มและทดแทนด้วยเงินบำรุง จำนวน 22 รายการ เป็นเงิน 1,342,800 บาท ครุภัณฑ์ สำนักงานและอื่นๆเพิ่มและทดแทนด้วยเงินบำรุง จำนวน 35 รายการ เป็นเงิน 865,920.-บาท ขอรับบริจาคครุภัณฑ์ การแพทย์ 12 รายการ เป็นเงิน 4,800,300.- บาท จัดซื้อครุภัณฑ์ด้วยงบอื่น ๆ อีกจำนวน 11 รายการ เป็นเงิน

6,223,000.- บาท ทำแผนของงบประมาณค่าครุภัณฑ์ลงทุน ปี พ.ศ. 2559 เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ แบบเครือข่ายบริการสุขภาพตาม Service Plan จำนวน 11 รายการ เป็นเงิน 35,035,000.- บาทและปี 2560-2562 ทำแผนของงบประมาณค่าครุภัณฑ์ จำนวน 21 รายการ เป็นเงิน 72,645,000.- บาท

ระบบสาธารณูปโภค

การวิเคราะห์ความต้องการ การตรวจสอบความพร้อมของแหล่งสำรองและการปนเปื้อน การปรับปรุง :

ขณะนี้อยู่ระหว่างปรับปรุงระบบสายไฟฟ้าแรงต่ำเพื่อแก้ไขปัญหาหม้อแปลงไฟฟ้าและสายเมนไฟฟ้าของโรงพยาบาลรับภาระการใช้ไฟฟ้าเกินขนาด ทำให้สายไฟฟ้าแรงต่ำที่หม้อแปลงละลายและหม้อแปลงไฟฟ้าชำรุดต้องประกาศงดใช้ไฟฟ้าบ่อยครั้งโดยจะแบ่งโซนเครื่องกำเนิดไฟฟ้าตามภาระการใช้ไฟฟ้า และทำสายเชื่อมต่อจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าของอาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ เพื่อจ่ายไฟฟ้าให้กับอาคารสำคัญ ได้แก่ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรม กรณีเกิดเหตุภัยทำให้เครื่องกำเนิดไฟฟ้าของอาคารบริการต่างๆถูกน้ำท่วมใช้งานไม่ได้

ตารางแสดงจำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภคและสิ่งสนับสนุนที่จำเป็น

รายการ	เป้าหมาย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1. ลิฟต์	<1 ครั้ง/ปี	1	0	6	8	5
2. ไฟฟ้า	<1 ครั้ง/ปี	1	11	40	15	11

ทบทวนอุบัติการณ์เกิดเหตุไฟฟาดับ ไฟตก ไฟกระชาก ทำให้อุปกรณ์ควบคุมลิฟต์ที่มีราคาแพงชำรุดจึงจ้างบริษัทผู้จำหน่ายลิฟต์ติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันไฟตกไฟกระชากทำให้ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งติดตั้งระบบปลอดภัยป้องกันลิฟต์ค้างกรณีไฟฟาดตกหรือไฟดับอีกด้วยปรับปรุงระบบไฟฟ้าอาคารสนับสนุนบริการ 5 ชั้น ให้สามารถใช้ไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าได้

น้ำอุปโภคและบริโภคใช้ระบบประปาส่วนภูมิภาคจังหวัดชัยนาทและมีระบบน้ำประปาสำรองผลิตจากน้ำบาดาล มีบ่อน้ำบาดาล 2 บ่อ สลับการใช้งาน มีถังน้ำสำรองอาคารต่างๆ รวมปริมาณน้ำสำรอง 597 ลบ.ม. ซึ่งมีเพียงพอใช้งานได้ 2-3 วัน กรณีที่ระบบประปาส่วนภูมิภาคชำรุด หรือมีการปิดเครื่องสูบน้ำเพื่อซ่อมแซมท่อประปา ได้จัดทำระบบสำรองโดยติดตั้งประตุน้ำสำหรับรับน้ำประปาจากการระบบประปาภายในทดแทน ทำการตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาทางจุลชีววิทยาทุกเดือนและตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มทางเคมีทุก 6 เดือนผลอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ปรับปรุงระบบโทรศัพท์ภายใน โดยจัดซื้อตู้โทรศัพท์สาขาใหม่ ขนาด 400 หมายเลข และเดินสายเคเบิลภายนอกอาคารใหม่

ระบบไฟฟ้าสำรอง(ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบ) :

มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 3 เครื่อง สามารถจ่ายกระแสไฟฟ้าครอบคลุมหอผู้ป่วยและหน่วยงานบริการที่สำคัญและดูแลบำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้าทุกเดือนโดยจ้างบริษัทเอกชนดำเนินการมีน้ำมันสำรอง จำนวน 4,000 ลิตร สามารถใช้งานได้ 2 วัน มีการดูแลบำรุงรักษาหม้อแปลงไฟฟ้า ทั้ง 5 เครื่อง ทุกปี โดยประสานงานสำนักงานไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดชัยนาทให้มาตรวจสอบและซ่อมบำรุงปีละ 1 ครั้ง จัดการเดินระบบไฟฟ้าสำรองทุกวันพฤหัสบดี ครั้งละ 15 นาที ทั้ง 3 เครื่อง

เมื่อเกิดไฟฟ้าภายนอกดับเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสามารถจ่ายไฟสำรองได้ภายใน 13 วินาทีและสามารถจ่ายไฟได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้ง 3 เครื่องทำแผนใช้รถโมบายของการไฟฟ้า เมื่อเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองไม่สามารถทำงานได้ โดยประสานกับการไฟฟ้าจังหวัดชัยนาทและจัดซื้อ UPS ติดตั้งสำหรับเครื่องมือแพทย์ ที่จำเป็นที่มีความต้องการใช้ไฟฟ้า

ตลอดเวลาโดยไม่สามารถรอกกระแสไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าที่จะจ่ายไฟสำรองได้ภายใน 13 วินาที หลังจากไฟฟ้าภายนอกดับได้

โอกาสพัฒนาวางแผนการต่อเชื่อมระบบไฟฟ้าสำรองให้รองรับอาคารที่ไม่มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า

สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

บทเรียนเกี่ยวกับการกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย :

ประกาศนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดนมผง บุหรี่ – เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นต้น

เพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสื่อได้สะดวกขึ้น โดยติดตั้งทีวีเพิ่มเติมบริเวณนั่งรอรับยา เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคสำคัญ และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้น และสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพัฒนา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

นำข้อมูลข้อร้องเรียน/เสียงสะท้อนด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่จากผู้รับบริการมาปรับปรุงแก้ไขเช่น ทำแผนปรับปรุงถนนและลานจอดรถข้างอาคารหลวงปู่ศุข จัดสร้างทางลาดข้างอาคารหลวงปู่ศุข ปรับปรุงพัฒนาเป็นพัฒนาโครงการในหอผู้ป่วย เป็นต้น

วิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2558 ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบเจ้าหน้าที่ป่วยเป็นโรคที่ป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 15.01 ลดลงจากปี 2557 ประกอบด้วยโรคเบาหวานมีจำนวน 16 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 93 ราย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 รายปัญหาที่พบในเจ้าหน้าที่ที่ป่วยส่วนใหญ่ คือปัญหาเดิม ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องโดยไม่พบแพทย์ หรือเจาะ DTX ส่งตรวจเองที่หน่วยงานจึงไม่สามารถติดตามประเมินผลได้ปัญหาที่พบใหม่คือเจ้าหน้าที่ที่ป่วยไม่ตระหนักถึงภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแนวทางแก้ไขในปี2558 ได้ดำเนินการจัดประชุมสอน สุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคลเรื่อง โรคและอาการแทรกซ้อนของโรค แนะนำให้เข้าคลินิกเบาหวานด้วยความสมัครใจ ดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยทำคลินิก DPACโดยกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม และกลุ่มงานสุขศึกษา

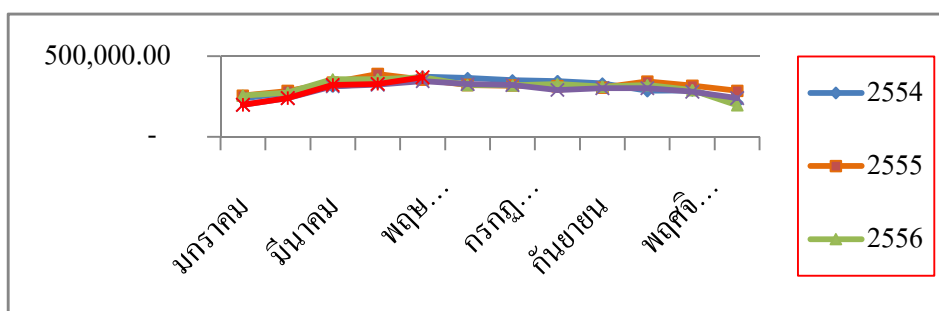
จัดกิจกรรม Fit & Firm ที่อาคารปลื้มจิตเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์และจากวัฒนธรรมการออกกำลังกายที่มีเพิ่มขึ้น จึงจัดสถานที่ออกกำลังกายให้ประชาชนทั่วไปที่สนใจและเจ้าหน้าที่เลือกเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น โยคะ สมาธิบำบัด เต้นแอโรบิค สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เล่นกีฬา โดยจัดแข่งขันกีฬาภายใน ติดตั้งเครื่องออกกำลังกายกลางแจ้งให้เจ้าหน้าที่ ก่อให้เกิดบรรยากาศการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งในกลุ่มวัยต่าง ๆ ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ

การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

บทเรียนเกี่ยวกับการกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย :

ทบทวนระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า มีตะกอนในบ่อสูบตะกอนบูดเน่า ทบทวนสาเหตุพบว่า ผู้รับเหมาก่อสร้างอาคารบำบัด รักษาไม่สูบน้ำเสียบายพาสตลอดเวลา มีการปิดเครื่องสูบน้ำเป็นบางครั้ง ทำให้มีน้ำเสียตกค้างในท่อระบายน้ำเสีย น้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียมีลักษณะเน่าสีดำ ปรับปรุงโดยให้ผู้รับเหมาสูบน้ำเสียบายพาสตลอดเวลา เพื่อไม่ให้มีน้ำเสียตกค้างอยู่ในเส้นท่อ ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนปี 2558 ภายหลังจากก่อสร้างลานตากตะกอนและหลังคาโปร่งแสงเพิ่ม ไม่พบปัญหาน้ำฝนไหลบ่าเข้าลานตากตะกอน ไม่พบว่ามีเศษขยะผิวดินในลานตากตะกอนและไม่มีปัญหาตากตะกอนไม่แห้ง ผลการตรวจวิเคราะห์ที่อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ตามมาตรฐาน

(หน่วยไฟฟ้า)



ปริมาณการใช้ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงดำเนินการมาตรการประหยัดพลังงาน เช่น ปรับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศไม่ให้ต่ำกว่า 25 องศา ปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าและเครื่องปรับอากาศตอนพักกลางวันและช่วงเวลา 14.00-14.30 น. ปิดไฟฟ้าแสงสว่างในห้องน้ำ มิให้เปิดทิ้งไว้โดยไม่จำเป็น เป็นต้น ซึ่งทำให้อัตราการใช้ไฟฟ้าไม่เกินกว่าปี 2554 และ 2555 ที่มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าสูง

โอกาสและแผนพัฒนา ศักยภาพระบบไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าใช้จ่ายการใช้ไฟฟ้าแสงสว่างบริเวณถนนและทางเดินทำแผนสร้างคลองวนเวียนหรือบ่อเติมอากาศเพิ่ม เพื่อรองรับปริมาณน้ำเสียที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- 1) การทบทวนมาตรการความปลอดภัยทั่วไปเป็นระยะและมีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น การปรับปรุงและเพิ่มจุดติดตั้งกล่องวงจรปิดครอบคลุมมากขึ้น
- 2) การดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน ซึ่งทำให้อัตราการใช้ไฟฟ้าลดลงมากขึ้น และยังคงมีกิจกรรมต่อเนื่องในปี 2558
- 3) การจัดการด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ก่อสร้างทางเชื่อมอาคารสนับสนุนบริการ 5 ชั้น ก่อสร้างทางลาดข้างอาคารหลวงปู่ศุขก่อสร้างอาคารลิฟต์ 2 ชั้นปรับปรุงระบบไฟฟ้าอาคารสนับสนุนบริการ 5 ชั้น ให้สามารถใช้ไฟฟ้าจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าได้ปรับปรุงผิวทางเชื่อมอาคาร ปรับปรุงพื้นที่ทางเดินหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมกันเป็นห้องเตียงเสริม
- 4) ได้รับใบประกาศเกียรติคุณ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ ระดับ 4 เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2558

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
38. โครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	3.5	- การก่อสร้างอาคารหอผู้ป่วยทดแทนอาคารเก่า
39. การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	3.5	- รูปแบบการป้องกันทรัพย์สินสูญหายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น - การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการกระจายแผนลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรโดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร
40. การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3.5	- การควบคุมปริมาณน้ำทิ้งเข้าระบบ - การวางแผนทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมอันตรายทุกด้าน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานและสร้างนวัตกรรมในการกำจัดของเสียและวัสดุอันตราย
41. การจัดทำแผน ฝึกซ้อม การตรวจสอบระบบเพื่อป้องกันอัคคีภัย	3.5	- การฝึกซ้อมแผนรองรับอัคคีภัยในช่วงกลางคืนหรือจัดร่วมกับหน่วยงานภายนอก
42. เครื่องมือ	3.0	- การบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น - มีแผนการจัดหาทดแทน, การจัดการบริการเครื่องมือบางประเภทในลักษณะรวมศูนย์, มีการพัฒนาศักยภาพในการ

		<p>ซ่อมบำรุงอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์
43. ระบบสารสนเทศยุค		<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสารสนเทศและใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน - ปรับปรุงระบบแก่สทการแพทย์
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3.0	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมกับชุมชนหรือโรงเรียนจัดกิจกรรมขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้อุปกรณ์ประหยัดพลังงาน - การมีส่วนร่วมกับชุมชนหรือโรงเรียนจัดกิจกรรมลดโลกร้อน - การใช้พลังงานทดแทน

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ :

ปลอดภัย(ผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ บุคลากร ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล)

ปลอดภัย (เครื่องมือต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมได้รับการดูแลให้ปราศจากเชื้อหรือปลอดภัยต่อการแพร่กระจายเชื้อ)

ปลอดภัย (ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อในโรงพยาบาล)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ครั้ง/1,000day)	1.50	1.54	1.51	1.15	1.18
อัตราการติดเชื้อ (VAP/1,000 ventilator day)	<5	4.58	5.17	4.09	3.39
อัตราการติดเชื้อ (CAUTI /1,000 catheter day)	<1.50	2.03	2.03	1.43	1.07
อัตราการติดเชื้อ SSI (Clean Wound)	<.05%	0.05	0.35* 0.04	0.37* 0.00	0.14* 0.00
อัตราการติดเชื้อ Episiotomy	0.20%	0.64	0.20	0.51	0.75
จำนวนครั้งการติดเชื้อดื้อยา	< 15 ครั้ง	18	25	18	8
- MRSA	<1	1	2	0	1
- MRSE	<1	0	1	0	0
- ESBL	<7	7	12	12	5
- MDR – GNB	<6	10	11	6	2
ประสิทธิผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	> 85%	92.59	92.86	92.86	86.1
ปริมาณการใช้ alcohol hand rub/1000 pt. day	>150			163.90 (1,320 ลิตร/ปี)	
อัตราการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน	>80%	63.75	65.64	53.00	
อัตราการล้างมือตามหลัก My 5 moments	>80%	64.62	62.95	64.25	
อัตราการใช้ PPE เหมาะสม	>80%	65.35	63.89	64.36	

บริบท :

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงานและสนับสนุนการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลใน ผู้ป่วย ญาติ ผู้มาใช้บริการ และรวมทั้งบุคลากรภายในโรงพยาบาลให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีระบบงานใหญ่ ๆ 4 งาน ดังนี้ 1) ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) การสอบสวนโรคและควบคุมการระบาด 4) งานวิชาการและวิจัย โดยครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ จำนวน 26 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย/เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อจำนวน 13 หน่วยงาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 12 แห่ง ในอำเภอเมืองชัยนาท

จำนวนเตียง 348 เตียง

จำนวนผู้รับบริการ:	1) ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย	1,026	คนต่อวัน (ปี 2557)
	2) ผู้ป่วยในเฉลี่ย	289	คนต่อวัน (ปี 2557)
	3) เฉลี่ยผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	4.86	วัน/คน (ปี 2557)
	4) อัตราการครองเตียง	83.08	

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ :

1. ด้านอาคารสถานที่ ได้แก่
 - 1.1 การจัดระบบระบายอากาศไม่ได้มาตรฐานไม่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสามารถเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางอากาศได้
 - 1.2 การใช้และการดูแลเครื่องปรับอากาศในหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ได้มาตรฐานไม่เหมาะสม
 - 1.3 การมีระบบกรองอากาศและการดูแลเปลี่ยนที่กรองอากาศ ใน Central Air และ การดูดเสมหะที่ไม่ได้มาตรฐานไม่เหมาะสม
 - 1.4 วิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ไม่ได้มาตรฐาน ไม่เหมาะสม ทำให้สิ่งแวดล้อมปนเปื้อนเชื้อโรค
 - 1.5 การจัดระบบโซน สกปรก สะอาด กิ่งปราศจากเชื้อ และปราศจากเชื้อ ไม่ได้มาตรฐานและไม่เป็นระบบ One way
 - 1.6 การจัดการเกี่ยวมูลฝอยโรงพยาบาลไม่ได้มาตรฐานตามกฎหมายกระทรวง
 - 1.7 การจัดการระบบน้ำเสียในโรงพยาบาลและปล่อยน้ำออกจากชุมชนไม่ได้มาตรฐาน
 - 1.8 โครงสร้างของอาคารและส่วนประกอบของอาคารในแห่งหน่วยงานเฉพาะไม่ถูกต้องตามมาตรฐานอาคาร เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ชักฟอก และจ่ายกลาง เป็นต้น
2. ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ
 - 2.1 การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ทางกายภาพไม่ได้มาตรฐาน มีการปนเปื้อนเชื้อโรค
 - 2.2 ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อในเครื่องมือต่าง ๆ ไม่ได้มาตรฐาน
 - 2.3 ระบบการดูแลรักษาเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อหรือเครื่องมือสะอาดให้ยังคงปราศจากเชื้อหรือสะอาดจนถึงก่อนใช้กับผู้ป่วย
 - 2.4 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่สะอาด/ปราศจากเชื้อให้พร้อมใช้งานในกรณีฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - 2.5 อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์หมดอายุ
3. ด้านสารน้ำและน้ำยาต่าง ๆ
 - 3.1 การจัดเตรียมหรือการผลิตสารน้ำ และน้ำยาต่าง ๆ และการเก็บรักษาไม่ได้มาตรฐาน มีการปนเปื้อนเชื้อหรือระหว่างการใช้งานมีการปนเปื้อน
 - 3.2 การเลือกใช้น้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำทำลายเชื้อไม่ได้มาตรฐาน ไม่เหมาะสมในแต่ละกิจกรรม
4. กิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการพยาบาล
 - 4.1 การล้างมือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ปฏิบัติตามหลัก 5 Moments คือ การล้างมือก่อน-หลัง และทุกครั้งสัมผัสผู้ป่วย ทารกแรกเกิด ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ ฯลฯ การล้างมือก่อนสัมผัสของสะอาดปราศจากเชื้อ ล้างมือหลังสัมผัสของสกปรก สารคัดหลั่งและเลือด และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น หลังเข้าห้องน้ำ ฯลฯ
 - 4.2 การปฏิบัติงานในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้มาตรฐาน ไม่เหมาะสม ไม่ได้คุณภาพ ทำให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฯลฯ

- 4.3 วิธีการรักษาไม่เหมาะสม ไม่ได้มาตรฐานทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรัง ติดเชื้อดื้อยา
- 4.4 การใช้เครื่องป้องกันไม่เหมาะสม ไม่ตามมาตรฐานและไปสัมผัสสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ปนเปื้อนเชื้อ
5. การแยกโรคหรือการแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่น
 - 5.1 การจัดระบบแยกผู้ป่วยหรือแยกโรคไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือความพร้อมของอาคารสถานที่ในการแยกผู้ป่วยหรือแยกโรคไม่มีความพร้อม การไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณหรือผู้บริหารไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแยกโรค
 - 5.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เห็นความสำคัญของการแยกโรค และไม่ปรับสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้มีห้องแยกโรค
 - 5.3 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการแยกโรคในแต่ละโรคไม่มีคุณภาพ ไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อการแพร่กระจายเชื้อได้
6. การใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ หรือการรักษาที่ทันสมัยขึ้น โดยเครื่องมือเหล่านั้นได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ไม่ได้มาตรฐาน

ความรุนแรงของผู้ป่วย :

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น :

- มีโอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่นเนื่องพบว่ามีผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลต่าง ๆ และมีการส่งกลับโรงพยาบาลใกล้บ้านมีมากขึ้น ผลกระทบทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลหนึ่ง ย้ายไปอยู่อีกโรงพยาบาล ซึ่งการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะเป็นเชื้อที่รุนแรง และเป็นเชื้อดื้อยา ทำให้การรักษายุ่งยาก ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบส่งต่อ ในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และผู้ป่วยติดเตียงดังนี้

1. ระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลอื่น หรือติดเชื้อดื้อยาดังนี้ 1) ประวัติเจ็บเรื้อรัง 2) ประวัติเคยนอนโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา 3) ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิก หรือกินปฏิชีวนะเป็นประจำ 4) การเก็บ Specimen ในตำแหน่งที่สัมพันธ์กับอาการ
2. ระบบแยกผู้ป่วย ในกรณีสงสัยว่าผู้ป่วยอาจติดจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือติดเชื้อดื้อยาในรายใหม่ทุกราย หรือในผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง

การติดเชื้อสำคัญที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาล :

1. การติดเชื้อวัณโรคปอด
2. การติดเชื้อดื้อยา
3. การติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัด ปอดบวม อีสุกอีใส หัดและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
4. การติดเชื้อทางเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่ เชื้อเอดส์ เชื้อตับอักเสบบี ชนิดบี และ ซี
5. การติดเชื้อใช้สมองอักเสบ
6. โรคตาแดง โรคหิด โรคท้องเสียและอื่น ๆ

การติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม :

- มีการกำหนดการติดเชื้อ/ตำแหน่งที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล 2) การติดเชื้อดื้อยา 3) การป้องกันการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ หรือโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวนปัสสาวะ, การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ, การติดเชื้อในกระแสเลือดที่คาสายสวนหลอดเลือดดำ, และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

- ใช้กลยุทธ์ในด้านคัดกรองผู้ป่วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อ โดยโรงพยาบาลมีการจัดทำมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น มีคู่มือวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลระบบต่าง ๆ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อสำหรับเครื่องมือแพทย์

การแยกโรค การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ โรคติดเชื้อต่าง ๆ ฯลฯ

บทเรียนการนำ Scientific evidence มาใช้ในงาน IC :

- โรงพยาบาลมีการจัดทำนโยบาย วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ มาตรการ มาตรฐานต่าง ๆ และแนวทางต่าง ๆ เพื่อเป็นคู่มือระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยครอบคลุมหัวข้อที่จำเป็นโดยใช้แหล่งข้อมูลจาก CDC, โครงการตำราของมหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, คู่มือการดำเนินงานตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จาก Internet เกี่ยวกับการติดเชื้อต่าง ๆ, จากเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ, งานวิจัยต่าง ๆ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำจะเป็นคณะกรรมการ IC ทุกคน และแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม เช่น การจัดทำแนวทาง Weaning Protocol และ checklist for weaning respirator เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ on Ventilator, แนวทางการประเมินภาวะ Sepsis และแนวทางการรักษาผู้ป่วย Sepsis, การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและการแยกผู้ป่วยและแนวทางการรักษา, แนวทางการคัดกรองและการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น TB ใช้หวัดใหญ่ คอตีบ ใช้หวัดนก Ebola และ Mers CoV

- การปรับปรุงให้ทันสมัย โดยจากการได้อัปเดตความรู้ใหม่จากการประชุมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, จากการศึกษางานวิจัย, การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับผู้เชี่ยวชาญงานด้าน IC, และบนพื้นฐานความเป็นจริง และข้อจำกัดในหอผู้ป่วย/หน่วยงานนั้น ๆ

บทเรียนในการขยายพื้นที่งาน IC ให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ:

- ปัจจุบันงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการพัฒนาระบบงานและการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วย ญาติ ผู้มารับบริการ บุคลากร ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล จำนวน 26 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย/เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ จำนวน 13 หน่วยงาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 12 แห่ง ในอำเภอเมือง

- บทเรียนที่ได้ทำให้มีเครือข่ายในการระงับการติดเชื้อจากโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างทั่วถึงทั้งองค์การภายในและภายนอก ทำให้โรคติดเชื้อที่สำคัญได้รับการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อบางโรคได้รวดเร็ว และสามารถควบคุมการระบาดได้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประเมินประสิทธิภาพ และคุณภาพการบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหน่วยงานตนเองได้ ทำให้เกิดความร่วมมือ และเกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานนั้น ๆ

บทเรียนในการเชื่อมประสานระบบงาน IC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย :

- การเชื่อมประสานระบบงาน IC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพ โดยคณะกรรมการ IC มีการประชุมเพื่อพัฒนาระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกับทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน การประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ 1-2 เดือน/ครั้ง การประชุมย่อยสำหรับกิจกรรมเฉพาะ หรือการประชุมเฉพาะในหน่วยงานย่อยต่าง ๆ และการร่วมประชุมร่วมกับ PCT ต่าง ๆ และงาน IC เป็นกรรมการในทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

- คณะกรรมการ IC ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ, ICN, ICWN มีการประชุมวิชาการทุกเดือนเพื่อสื่อสารนโยบายลงไปสู่ปฏิบัติในหน่วยงานต่าง ๆ และ กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด

- มีการทำ Peer Review ใน case NI ที่ไม่เหมาะสมร่วมกับ PCT ต่างๆ/หน่วยงานโดยตรง

- มีกำหนด Patient safety goal ของโรงพยาบาลในเรื่องการติดเชื้อเกี่ยวกับ SSI CAUTI VAP CATH and อื่น ๆ

บทเรียนที่ได้ทำให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในงานเกี่ยวกับ IC มากขึ้น รวมทั้งทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงานสามารถมีส่วนร่วมและนำมาตรฐานสู่วิธีปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน

บทเรียนจากการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ :

- จัดทำ Gap analysis เพื่อให้ครอบคลุมงานเฝ้าระวังทั้ง 5 ด้านและเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ ๆ ได้แก่
 1. Hand Hygiene
 2. CAUTI Prevention
 3. VAP Prevention
 4. CATH Prevention
 5. SSI Prevention
- การติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน IC อื่นๆ เช่น การแยกโรค การทำความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล ฯลฯ

บทเรียนจากการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ พบว่าการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อมีประโยชน์ที่สามารถกระตุ้นให้บุคลากรสนใจจะปฏิบัติตามมาตรฐานมากขึ้น ทำให้ปัญหา ข้อจำกัด และโอกาสพัฒนางานที่หน้างาน และสามารถสอนงาน หรือให้คำปรึกษาได้ตรงประเด็น และตรงกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

การจัดการและทรัพยากร:

การตัดสินใจที่สำคัญของคณะกรรมการ IC รวมทั้งการตอบสนองต่อการประเมินผลระบบ IC :

- จากบทเรียนการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ จะนำมาเสนอในการประชุมประจำเดือน และการประชุมประจำเดือน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป็น นโยบาย วิธีปฏิบัติ คู่มือ หรือ มาตรฐาน หรือเพื่อการประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงเพื่อขอรับการสนับสนุนเกี่ยวกับ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และงบประมาณ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หลักความรับผิดชอบของคณะกรรมการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษร
- การตัดสินใจที่สำคัญ การจัดทำห้องและแนวทางคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำแนวทางประเมินการติดเชื้อทางกระแสโลหิตและแนวทางการดูแลรักษา การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การปรับปรุงหน่วยงานจ่ายกลาง การปรับปรุงระบบรับ-ส่งของ สกปรกและของสะอาด การจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน IC ฯลฯ

คณะกรรมการรับผิดชอบในงานแต่ละบทบาทตามความเหมาะสมหน้าที่และความรับผิดชอบหลักของ ICC มีดังนี้

1. กำหนดนโยบายและกลวิธีมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.
2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. ครอบคลุมงานเฝ้าระวังการติดเชื้องานป้องกันและควบคุมการติดเชื้องานสอบสวนการระบาดโดยยึดหลักมาตรฐาน CDC
3. พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. ให้คำแนะนำแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวินิจฉัยการติดเชื้อในรพ. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. ประเมินผลการดำเนินงานและปฏิบัติตามนโยบาย

จุดเน้นในการทำงานของ ICN ในแต่ละปี ใน 3 ปีที่ผ่านมา :

1. การเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในรพ.(ในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม) และ Target Surveillance
2. ยกระดับงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและสามารถประกันคุณภาพงานในกิจกรรมอย่างบางกิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรม/ปี
3. พัฒนางานสอบสวนการระบาดขั้นพื้นฐานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ และมีระบบรายงานได้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
4. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน รวมทั้งการอบรมระยะสั้นของ ICWN

5. การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน IC เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานงาน IC ได้อย่างมีคุณภาพ

6. การนิเทศ และการประเมินผลการปฏิบัติงานในรูปแบบสหสาขา และการประเมินตนเอง และนำมารายงานเพื่อเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติงาน

บทเรียนในการปรับปรุงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC :

1. ทรัพยากรด้านสถานที่ : มีห้องแยกโรคสำหรับผู้ติดเชื้อชนิด Negative Pressure 1 ห้อง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ห้องตรวจคัดกรองทางเดินหายใจ 1 ห้อง ที่แผนก OPD และสามารถใช้ได้ในเวลาออกราชการในผู้ป่วยจาก ER จุดเก็บเสมหะที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อที่แผนก OPD ปรับปรุงโครงสร้างของอาคารพิเศษเก่ามาเป็นหน่วยงานจ่ายกลางซึ่งได้การจัดระบบตามมาตรฐานงานจ่ายกลาง การปรับปรุงห้องแยกทางเดินหายใจในหน่วยงานที่แผนกอายุรกรรมชายและหน่วยงานอื่น ๆ การจัดระบบสำรองห้องสำหรับกรณีมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ หรือผู้ป่วย TB ฯลฯ

2. ทรัพยากรด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ : มีเครื่องมือทำลายเชื้อและปราศจากเชื้อที่ทันสมัยในหน่วยงานจ่ายกลาง ซึ่งสามารถให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างเพียงพอทันเวลา และให้บริการเชิงรุก มีเครื่องกรองเชื้อโรคแบบเคลื่อนที่ได้ 6 เครื่อง (Hepa Filter) ที่ ICU ER และสำหรับห้องผ่าตัดจัดให้มีเครื่องกรองทุกห้องจำนวน 6 ห้อง มีโคมหลอดไฟ UV 3 ชุด อยู่ที่ห้อง ER ห้อง CPR และห้องแยกรวมทางเดินหายใจที่อายุรกรรมชาย ห้องผ่าตัด และ ICU และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน IC เช่น ภาชนะใส่น้ำยาเช็ดมือ/ ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ถังใส่มูลฝอยชนิดต่าง ๆ อุปกรณ์เกี่ยวกับทางเดินหายใจ ฯลฯ

3. มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) เพียงพอ โดย รพ. มีการจัดหา สนับสนุนให้ครบพร้อมใช้กรณีโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก, SARS, ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่, Ebola, Mers CoV และอื่น ๆ

4. การสนับสนุนการสำรองยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น วัคซีนต่างๆ ยา Oseltamivir ยาต้านเชื้อเอดส์และเวชภัณฑ์ต่างๆ

บทเรียนจากการสนับสนุนด้านทรัพยากรให้กับหอผู้ป่วยและหน่วยงานทำงาน IC มีระบบงานที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานมากขึ้น รวมทั้งเป็นแนวทางเดียวกันและได้รับความร่วมมือจากบุคลากรระดับต่างๆ มากขึ้น จากการให้การสนับสนุนไปก่อน

ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC :

1. มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกเดือน ให้แก่ หอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง และทางระบบ LAN ของโรงพยาบาล

2. มีการจัดทำโปสเตอร์เกี่ยวกับเรื่องหลัก Standard Precaution การล้างมือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง แนวทางการจัดการมูลฝอยและประเภทมูลฝอย การตรวจสอบตัวถังซีก่อน-หลังการทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ

3. การจัดทำคู่มือต่าง ๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินหายใจการทำแผล การดูแลเสมหะ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯลฯ

4. การเปิดเสียงตามสายเกี่ยวกับเพลงการล้างมือ เพื่อกระตุ้นเตือนให้บุคลากรและผู้มารับบริการล้างมือในช่วงมีการรณรงค์

5. มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลทางห้องปฏิบัติการของผู้มารับบริการทางระบบ LAN ของโรงพยาบาล

6. มีการนำข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะช็อกแยกเป็น NI ระบบต่าง ๆ การวิเคราะห์ผู้ป่วย Sepsis ฯลฯ แล้วนำเสนอในคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องงาน

บทเรียนในการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับงาน IC :

1. มีการประชุมวิชาการเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาที่พบหรือตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์โดยจัดทุกเดือน

2. มีการประชุมพิเศษเจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยมีแผนประชุมพิเศษบุคลากรใหม่เกี่ยวกับงานด้าน IC ร่วมกับองค์กรพยาบาล
3. จัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
4. มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรตามหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหาหรือหน่วยงานร้องขอ
5. ร่วมประชุมวิชาการกับสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยและชมรมพยาบาลโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยทุกครั้งที่จัดประชุมเพื่อ Update ข้อมูล IC โดยส่ง ICWN เข้าร่วมประชุมตามความเหมาะสมหมุนเวียนกัน 2 – 3 คนต่อครั้งต่อปี
6. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเทคนิคใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับระบบงาน IC เมื่อมีการ Update ข้อมูลเช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์และการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ
7. จัดประชุมทบทวนระเบียบปฏิบัติ (PR), คู่มือปฏิบัติ (WI), วิธีปฏิบัติ (SD) ต่างๆที่ใช้อยู่ให้ทันสมัยอยู่เสมอ
8. จัดทำเอกสารแผ่นพับโปสเตอร์เกี่ยวกับงาน IC เช่นการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ โรคไข้หวัดนก, ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009, โรคมือเท้าปาก, โรคฉี่หนู, โรคติดเชื้ออื่น ๆ การล้างมือ ฯลฯ
9. จัดทำรายการเอกสารสื่อความรู้เกี่ยวกับ IC เช่นหนังสือ, VCD, รายการ Website ที่เกี่ยวข้อง IC ให้เจ้าหน้าที่ได้ศึกษาทางระบบ LAN
 - บทเรียนในการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับงาน IC ที่ได้จากการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการนิเทศงาน IC (IC Round) ทุก 3 เดือน ผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นมีการพัฒนาขึ้น แต่มีบางประเด็นต้องพัฒนาและปรับปรุงส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการล้างมือในบุคลากรบางกลุ่ม การใช้ถุงมือไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมและไม่ถอดถุงมือทันทีเมื่อกิจกรรม การแยกประเภทมูลฝอยโดยการสรุปปัญหาและข้อขัดข้องต่างๆที่พบเกี่ยวกับงาน IC และแนวทางการแก้ไขกลับไปยังหอผู้ป่วย/หน่วยงาน หลังการตรวจเยี่ยมทุกครั้ง

บทเรียนในการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชนเกี่ยวกับ IC :

1. การจัดอบรมเสริมความรู้การป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อสม. สถานที่เลี้ยงเด็ก โรงเรียน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลครอบครัว/ชุมชนด้านสุขภาพ
2. ร่วมทีมสหสาขาเพื่อออกไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคติดต่อที่ชุมชน
3. จัดมุมแห่งการเรียนรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อร่วมกับหอผู้ป่วย/หน่วยงาน บอร์ดความรู้ในเรื่องป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้ญาติผู้ป่วยเข้าแหล่งถึงแหล่งเรียนรู้
4. มีการติดป้ายรณรงค์ในเรื่องการล้างมือ, การคัดแยกขยะ, การใส่หน้ากากอนามัย, การรักษาสิ่งแวดล้อม ฯลฯ
5. จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD

การป้องกันการติดเชื้อ :

ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น :

1. การปฏิบัติตามหลัก Standard precautions และ isolation precautions และ Transmission based Precaution มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. การปฏิบัติตามแนวทางการทำความสะอาดการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ
3. การปฏิบัติตามคู่มือวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระบบต่าง ๆ
4. การจัดการสิ่งแวดล้อมและการทำความสะอาดอาคารและสถานที่
5. การล้างมือ
6. การใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล
7. การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดต่อ ผู้ป่วยติดเชื้อคือยาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล

8. การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหน่วยงานต่างๆ เช่น ห้องผ่าตัด ชักฟอก โรงครัว จำยกลาง ห้องรักษาพยาบาล บำบัดน้ำเสีย การจัดการมูลฝอยโรงพยาบาล ฯลฯ

- ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญพบว่ายังมีปัญหาการสื่อสารมาตรฐาน มาตรการหรือแนวทางปฏิบัติบางประเด็นยังไม่ทั่วถึงกับบุคลากรทุกคน ทำให้ในบางกิจกรรม บุคลากรบางคนยังไม่ตระหนัก ละเลย ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการสื่อสาร การสร้างความตระหนัก และการเสริมพลังให้บุคลากรมีความร่วมมือ เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐาน/มาตรการงาน IC
- จัดทำศูนย์เรียนรู้งาน IC เพื่อพัฒนาบุคลากรในกลุ่มเฉพาะกิจ เช่น คนงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะกลุ่มที่ได้รับมอบหมายและใช้เป็นคลังความรู้ในการสืบข้อข้อมูลด้าน IC และอื่น ๆ
- การปรับปรุงที่เกิดขึ้นงาน IC ได้จัดทำแบบวิเคราะห์ตนเอง/แบบประเมินตนเองของหอผู้ป่วย/หน่วยงานต่างๆ ให้ตรงบริบทของงานนั้น ๆ และให้สามารถใช้เป็นแนวทางบริหารจัดการในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน

บทเรียนในการปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อม :

มีการจัดโครงสร้างการระบายอากาศและบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรคร่วมกับคณะกรรมการ ENV แผนกอาชีวอนามัยดังนี้

1. มีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในบุคลากรทางการแพทย์ (Transmission based Precaution)
2. กำหนดจัดระยะห่างเตียงมากกว่า 3 ฟุต ในหอผู้ป่วยบางหอผู้ป่วยจัดเป็น cohort สำหรับกลุ่มโรคติดเชื้อ (กรณีจัดระยะห่างเตียงไม่ได้ตามมาตรฐานกำหนด) ผู้ป่วย TB new case ให้ Admit หอแยกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง จัดสถานที่ให้สะดวกต่อการล้างมือ/ตั้งจุดวาง Alcohol rub ให้ทั่วถึงทุกจุดบริการภายในโรงพยาบาล
3. มีการตรวจสิ่งแปลกปลอมปนเปื้อนของเชื้อโรคในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกเดือน
4. ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ติดตามผลการตรวจน้ำเสีย ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลอด ถ้าพบปัญหาจะให้คำแนะนำและติดตามกำกับ จัดระบบการบริหารจัดการมูลฝอยโรงพยาบาลนาทนเรนทรให้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกฎกระทรวง และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ภาชนะใส่ของมีคม ถึงพักรมูลฝอยต่าง ๆ รถเข็นขยะติดเชื้อ ลีฟักมูลฝอยของติดเชื้อในโรงพยาบาลและของโรงพยาบาล
5. จัดการแยกประเภทผ้าผู้ป่วยให้สะดวกแก่การปฏิบัติและการปฏิบัติผ้าติดเชื้อให้ถูกต้องตามมาตรฐานการแพร่กระจายเชื้อโรค
6. มีกำหนดเส้นทางและวิธีปฏิบัติการส่งผู้ป่วยติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำไปยังหอผู้ป่วยต่าง ๆ
7. มีกำหนดเส้นทางขนย้ายขยะ ผ้าเปื้อน และจุดรับของสดปรกอย่างชัดเจน
8. อาคารผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีห้องตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ควบคุมระบบ Central air ควบคุมการเปลี่ยนที่กรองอากาศ และการจัดระบบระบายอากาศ
9. มีการตรวจสอบบำรุงเครื่องปรับอากาศของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
10. มีการตรวจสอบระบบน้ำ RO ในศูนย์ไตเทียมทุกเดือนผลไม่พบ Endotoxin เกินเกณฑ์ที่กำหนด
11. มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง เช่น การทำความสะอาดอาคารสถานที่ การระบายอากาศ การเปิด-ปิดประตู การทำความสะอาดโต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตู ฯลฯ

บทเรียนในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่าง ๆ :

- คณะกรรมการ IC ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้ (มีแบบฟอร์มวิเคราะห์งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน Checklist IC Round ทุก 6 เดือน) ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยรับบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ OPD, ER, IPD, ICU, NICU, LR, OR, Anasth, ไตเทียมและ CAPD รายละเอียดแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานที่กล่าวข้างต้นนั้นครอบคลุมทุกหัวข้อตามที่ IC กำหนดนอกเหนือจากหน่วยงานที่กล่าวข้างต้นเรายังได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยซักฟอกหน่วยจำยกลาง โรงครัวโรงอาหารกายภาพบำบัดห้องเก็บศพ บ่อบำบัดน้ำเสียโรงพักขยะ โรงน้ำดื่ม ทันตกรรม ห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ และเภสัชกรรม

การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ:

1. ทบทวนการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรเรียงตามลำดับปี 2552 - 2558 ผลการทบทวนการติดเชื้อในระบบต่างๆที่สำคัญ (VAP, CAUTI, CABSİ, SSI) ทุกระบบการติดเชื้อที่สำคัญพบว่า มีจุดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ มี Out of Control เล็กน้อย ของ VAP, CAUTI เป็นบางช่วง
2. มีการทำ CQI อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องการป้องกันเพื่อลดการเกิดการติดเชื้อ ได้แก่ VAP ใน ICU , CAUTI ใน ward ที่มีการติดเชื้อเปลี่ยนแปลงผิดปกติ, bed sore ในหน่วยงานที่มีปัจจัยเสี่ยง การลดการเกิด Phlebitis ในหน่วยงานต่าง ๆ และนำไปขยายผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง
3. มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ VAP โดยใช้ Weaning Protocol, Circuit Ventilator ปรับเป็นเปลี่ยนเมื่อมีการปนเปื้อนเห็นชัดเจน หรือเปลี่ยนทุก 7 วัน มีการใช้ 0.2 % CHG in water ในการ Mouth Care แทนการใช้ SMW เดิม
4. มีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ CABSİ โดยใช้ไม้พันสำลี 2 อัน ซุป 2% CHG in Alc. สำเร็จรูป ในการ Prep Skin ทำให้สะดวกการใช้งาน น้ำยามีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย และลดภาระงาน
5. มีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยคลอดและการเย็บแผล Episiotomy โดยการปรับชุดเตรียมคลอด ชุดทำความสะอาด Perineum และการใช้ Blue pad ที่ปราศจากเชื้อมารองคลอด ในผู้ป่วยที่มีอุจจาระออกมาเวลาเบ่งคลอด และใช้ Hibiscrub Vulva และล้างให้สะอาด และปูผ้าปราศจากเชื้อใหม่อีกครั้งก่อนเย็บแผล Episiotomy
6. การใช้สติ๊กเกอร์สีรุ้งในการกำหนดมาตรฐานการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำ และตำแหน่งที่แทง
7. การใช้สำลี Alcohol ball แทนอับสำลี เพื่อให้ลดการปนเปื้อน และเพื่อให้ประสิทธิภาพ Alcohol 70% คงที่
8. มาตรการการใช้ Dry Forceps แทนกระปุก Forceps เพื่อป้องกันการ Contaminate ของ Forceps แล้วนำมาใช้ซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเตรียมกระปุก Forceps ปราศจากเชื้อ และค่าน้ำยาฆ่าเชื้อ
9. การทดสอบประสิทธิภาพการล้างมือ โดยใช้สารเรืองแสงล้างมือ ทำให้บุคลากรเข้าใจถึงเทคนิคการล้างที่มีประสิทธิภาพ และขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน
10. การจัดทำศูนย์เรียนงาน IC เพื่อพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับงาน IC
11. การประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะทำให้บุคลากรเข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามมาตรฐานการสวนปัสสาวะ การดูแลต่อเนื่อง และการเทปสวาระ
12. อื่น ๆ

บทเรียนในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่ :

คณะกรรมการ IC มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ดังนี้

1. การป้องกันติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายดื้อยา
3. แนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรเมื่อสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
4. แนวทางการคัดกรองและการปฏิบัติผู้ป่วยกับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ และโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
5. แนวทางการคัดกรองและดูแลแยกโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดตั้งแต่ OPD และ IPD
6. มีแนวทางในการแบ่งพื้นที่ในหอผู้ป่วยตามประเภทโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภูมิคุ้มกันต่ำชัดเจน และแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ :

แนวทางการเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance และวิธีการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม :

1. มีการเฝ้าระวังแบบ Active Surveillance ทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน โดยมีการกำหนดแบบฟอร์มและวิธีการที่ชัดเจนในการเฝ้าระวัง เช่น แบบฟอร์มเฝ้าระวังใส่และบันทึกทุก Chart และมีแบบฟอร์มบันทึกรายวันเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และข้อมูลทางสถิติ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ICWN เป็นผู้บันทึก และมีระบบรายงาน IC เพื่อร่วมวิเคราะห์ สำหรับ Passive Surveillance โดยทำการเก็บข้อมูลเป็น Prospective และ Retrospective ในผู้ป่วย VAP Sepsis เชื้อดื้อยา และ Target Surveillance เกี่ยวกับ CAUTI ในทุกหอผู้ป่วยที่มีการสวนและคาสายสวน ปัสสาวะ SSI ที่สำคัญแต่ละ PCT เช่น แผล C/S แผล Episiotomy แผล Thyroid แผล Hernia แผลผ่าตัด Opened Fracture และ แผล Appendicitis

2. มีการติดตามความเสี่ยงของการติดเชื้อในตำแหน่งที่สำคัญเช่น VAP, CAUTI, Phlebitis, SSI และ Bed sore ผลการติดเชื้อตามตัวชี้วัด

3. มีการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบ Point Prevalence Survey (PPS) ปีละ 1 ครั้ง (ทุกมิ.ย.) ผลการสำรวจความชุก (เป้าหมาย < 4%) ปี 52 - 58 (3.02%, 2.35%, 3.28% 2.12%, 1.97%, 2.05%, 2.05%)

บทเรียนในการรับรู้การติดเชื้อที่ไม่ได้มี active prospective surveillance :

กำหนดแนวทางการรายงาน

1. OPD และ ER: เฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่และโรคอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009 คอตีบ Ebola Mers CoV และอื่น ๆ ตามการระบาด โดยใช้แบบเฝ้าระวังคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบเฝ้าระวังคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละโรค

2. ER : เฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลเย็บจากอุบัติเหตุมากกว่า 4 ชม. , การติดเชื้อจากการใส่ ET- tube ที่ ER และกรณี NI (VAP) at ward และมีแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในหัตถการของ ER

3. ศูนย์ไตเทียม: มีแบบฟอร์มเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการทำ Hemodialysis การทำ CAPD และการติดเชื้อในระบบน้ำ RO รายงานทุกเดือน (เป้า 0%) ผลไม่พบการติดเชื้อ 0% ค่าของน้ำ OR อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ทัศนกรรม : กำหนดให้มีการเฝ้าระวังโรควัณโรค และให้มีการรายงานการติดเชื้อเป็นอุบัติการณ์เป็นราย ๆ ผลไม่พบมีการติดเชื้อ

แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มการดื้อยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

1. ทางห้องปฏิบัติการมีการรายงานความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพให้แพทย์ทราบทุก 6 เดือน โดยประสานงานกับคณะกรรมการงาน IC เพื่อทำเอกสารแจก หอผู้ป่วย/หน่วยงาน แพทย์ เภสัชกร และผู้ที่เกี่ยวข้อง และลงไว้ในระบบ LAN ของโรงพยาบาล

2. คณะกรรมการ IC มีแบบฟอร์ม และมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยดื้อยาในรายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ/โรคติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ก่อนมา 1 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการกินปฏิชีวนะบ่อย จากซื้อกินเอง/จากคลินิกบ่อย ๆ และจัดระบบการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพโดยประธาน IC เภสัชกร และ ICN โดยมีการติดตามปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพเชิงรุกทุกเดือน และประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพตามความเหมาะสม ปีละ 2 ครั้ง เดือน (เป้า > ร้อยละ 80)

3. มีการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยาโดยองค์กรแพทย์ร่วมกับคณะกรรมการดูแลและควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล

4. มีแผนจัดทำโครงการอบรมเรื่องเชื้อดื้อยา การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและการใช้ยา ATB อย่างเหมาะสมในแต่ละปี

สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น :

1. มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลวิเคราะห์ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกเดือนให้แก่ หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ห้องพักแพทย์ PCT ต่าง ๆ แพทย์ที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการ IC และเผยแพร่ทางระบบ LAN ของโรงพยาบาลโดยแยกเป็นหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ซึ่งจัดทำรายงานในรูปแบบตารางต่าง ๆ ได้แก่ 1) ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวนแผลกดทับ อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และค่ายาปฏิชีวนะ ประกอบด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังแต่ละหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและจำหน่าย จำนวนวันนอนรวม, ค่ายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการเกิดแผล Pressure sore ฯลฯ 2) ตารางที่ 2 แสดงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตาม

ระบบ/ตำแหน่ง ในแต่ละหน่วยงาน 3) ตารางแสดงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตามเชื้อก่อโรค 4) ตารางที่ 4 แสดงชนิดของยาปฏิชีวนะ จำนวนการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยผลการวิเคราะห์จะแบ่งเป็นไตรมาสแล้วนำมาเปรียบเทียบกันในแต่ละไตรมาสพบมีแนวโน้มสูงขึ้นหรือไม่

2. มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการจัดทำแบบฟอร์มการประเมินและชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ซึ่งการประเมินหอผู้ป่วย/หน่วยงาน จะประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อหรือไม่ เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือไม่ ในกรณีมีความเสี่ยงจะมีการเฝ้าระวังรายวันแบบฟอร์มเฉพาะ ทำให้บุคลากรมีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังมากขึ้น

3. การนิเทศพบทวนให้ความรู้หน่วยงานนั้น ๆ มีการอบรมให้ความรู้บุคลากรในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การตรวจประสิทธิภาพกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ การทำความสะอาดทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ Hand Hygiene การป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การแยกโรค การสอบสวนโรค การติดเชื้อดื้อยา แนวทางการดูแลและรักษา วัณโรค ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 การสวนปัสสาวะ การจัดการมูลฝอยโรงพยาบาล ฯลฯ

บทเรียนในการทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน:

1. งาน IC มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน ดังนี้ มีส่วนร่วมกับเรือนจำจังหวัดชัยนาทในการจัดสถานที่ให้เหมาะสมในการดูแลนักโทษที่เจ็บป่วย หรือเป็นโรคติดต่อ และนักโทษหญิงที่ตั้งครรภ์ และให้นมบุตร การจัดสถานที่ตรวจรักษา และการให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อ และการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ

2. มีส่วนร่วมทีมในการทำงานโรคอุบัติใหม่ เช่นทำงานในทีม SRRT ร่วมกับ สสจ.

3. งาน IC ร่วมเป็นคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ติดเชื้อ/การดูแลอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้านร่วมกับ สสจ.

4. การจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อใน กลุ่ม อสม.

5. การให้ความรู้เกี่ยวกับบัญญัติเกี่ยวกับสถานเลี้ยงเด็ก และการป้องกันการติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อในสถานเลี้ยงเด็ก

6. การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในร้านเสริมสวย

การควบคุมการระบาด :

บทเรียนในการควบคุมการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา :

การระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังและรายงานผลทุกเดือน โดย มีการวิเคราะห์และแปลงผลดูแนวโน้มการติดเชื้อ หรือสถิติที่ผิดปกติ แล้วประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสถิติรายเดือนส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหาการเพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ โดยหน่วยพยาธิวิทยาจะรายงานให้ ICN ทราบทันทีเมื่อพบการติดเชื้อดื้อยา และความผิดปกติที่มีแนวโน้มระบาดทุกวัน และปรับการเฝ้าระวังเป็นระบบ LAN เพื่อสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ไม่พบผิดปกติของเชื้อแพร่ระบาด/เป็นปัญหาทางระบาดวิทยา

3. กรณีเชื้อดื้อยา MRSA จะมีแนวทางการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมทั้งการรายงาน และทำการ RCA ทุกราย ไม่พบมีการระบาด

4. ปฏิบัติตามแนวทางการสอบสวนการระบาดเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติเกิดขึ้นโดยทางหอผู้ป่วยจะแจ้งมาที่ ICN และทีมสอบสวนโรคเข้าไปทำการสอบสวนการระบาดและค้นหาสาเหตุวิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรค เพื่อจะได้ควบคุมการระบาดให้สงบลงอย่างรวดเร็วและดำเนินมาตรการการป้องกันการระบาดในอนาคต

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

1. ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อใน Targeted Surveillance เกี่ยวกับ CAUTI ในทุกหอผู้ป่วยที่มีการสวนและคาสายสวนปัสสาวะ SSI ที่สำคัญแต่ละ PCT เช่น แผล C/S แผล Episiotomy แผล Thyroid แผล Hernia แผลผ่าตัด Closed Future และ แผล Appendicitis

2. มีการทำ CQI อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเรื่องการป้องกันเพื่อลดการเกิดการติดเชื้อ VAP ใน ICU การกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะ SIR และแนวทางการรักษาในผู้ป่วย Sepsis รวมทั้งการติดตามประสิทธิภาพผลการประเมินและการรักษา การแยกโรคและการกำหนดสัญญาณลักษณะในการส่งต่อระหว่างแผนกและแนวทางปฏิบัติในแต่ละประเภทการติดต่อ ฯลฯ

3. การกำหนดการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยใหม่ ผู้ป่วยรับย้าย และผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา รวมทั้งการปรับปรุงการแนวทางการรักษาเพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา และให้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับสถิติแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียต่อยาแต่ละชนิดให้ แพทย์ เภสัช หอผู้ป่วย/หน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. การพัฒนาโครงสร้างงานจ่ายกลางและระบบต่าง ๆ งานจ่ายกลาง เช่น ระบบรับของสกปรก และจ่ายของสะอาด ระบบลดของ Re – sterile การนำ Pack sterile จากโรงงานมาแทนการผลิตเอง การจัดระบบสนับสนุนของสะอาด และของปราศจากเชื้อที่จำเป็นให้แก่หอผู้ป่วย/หน่วยงานเพื่อลดภาระงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน เช่น ที่เป่าบริหารปอด ชุดในการดูดเสมหะ อุปกรณ์เกี่ยวกับชุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สำลี Alcohol 70% ball ฯลฯ

5. การปรับปรุงรถ CPR ให้มีอุปกรณ์พร้อมใช้และป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อขณะปฏิบัติงาน

6. การจัดทำคู่มือต่าง ๆ /เอกสาร เพื่อกำหนดเป็นมาตรการ แนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ การแยกโรค การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ โรคติดเชื้อต่าง ๆ การล้างมือและการใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา คู่มืองานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และในหน่วยงานต่างๆ ฯลฯ

7. การจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ เช่น การจัดให้มีห้องแยกโรค การจัดการระบายอากาศในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การนำหลอดไฟฟ้า UV เครื่องกรองอากาศเพื่อฆ่าเชื้อและการติดเชื้อในหน่วยงานที่เสี่ยงการจัดระบบทิศทางของสะอาดและของสกปรกในโรงพยาบาล การจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาล ระบบการแยก

8. ประเภทผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยและการส่งซักที่แผนกซักฟอก การกำหนดมาตรการการล้างเครื่องปรับอากาศร่วมกับแผนกช่างซ่อมบำรุง

9. พัฒนาหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ซักฟอก โรงครัว ทันตกรรม ห้องปฏิบัติการ กายภาพ เอกซเรย์ รักษา ศพ บำบัดน้ำเสีย OPD ER OR ไตเทียมและ CAPD จิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
46. การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4.0	1. มีการกำหนดเป้าประสงค์วัตถุประสงค์กลยุทธ์และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เกี่ยวกับวัฒนธรรมงาน IC 5 ด้าน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ล้างมือประสิทธิภาพ ตามหลัก 5 Moments 2) ใส่เครื่องป้องกันถูกต้องเหมาะสมกิจกรรม 3) อย่าละเมิดเทคนิคปราศจากเชื้อ 4) ปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC 5) จัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
46. การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ต่อ)	4.0	2. พัฒนาระบบการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล 3. มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในทีมสหสาขาเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคติดต่อ <ol style="list-style-type: none"> 1) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงที่บ้าน 2) การจัดอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในชุมชนแก่ อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียน และศูนย์เรียนรู้ต่าง ๆ 3) การจัดศูนย์เรียนรู้ฐาน IC ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 4) ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
47. การจัดการและทรัพยากร	3.5	1. พัฒนาระบบสารสนเทศระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนหอผู้ป่วย/หน่วยงาน 2. บุคลากรได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อนโยบายและบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ 3. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ โดยการเสริมพลัง และให้ข้อมูลแก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และครอบครัว 4. จัดระบบการประเมินและพัฒนางานป้องกันการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5. เพิ่มการสื่อสารและสารสนเทศต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่สังกัดทั้งใน รพ.และในชุมชนเขตที่รับผิดชอบ
48. การป้องกันการติดเชื้อ	3.5	1. จัดทำแผนระบบการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานต่างๆ ให้ชัดเจน เพื่อการประสานงาน และการประเมินตามแผนงาน 2. จัดให้มีหอผู้ป่วย และหน่วยงานต้นแบบในการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC 3. ใช้กระบวนการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานโดยการนำ Gap Analysis มาใช้ 4. มีแผนสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน IC เพื่ออำนวยความสะดวกแก่หอผู้ป่วย/หน่วยงาน และเอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อและมีการประเมินหลังการใช้อย่างเป็นระบบ
49. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ	3.5	1. เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าการติดเชื้ออย่างเป็นระบบครบวงจรและมีการติดตาม โดยใช้แบบฟอร์มเฝ้าระวังต่อเนื่อง และการโทรศัพท์ส่งต่อ/ติดตามใน Case ที่มีความเสี่ยงต่อติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อใน/นอกเครือข่าย 2. เฝ้าระวังแบบ Active surveillance (prospective) และ Retro surveillance ในผู้ป่วยถึงแก่กรรมและ ผู้ป่วย Sepsis เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง
50. การควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อ	3.5	1. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติเรื่อง การสอบสวนโรคและการควบคุมการระบาดของ การติดเชื้อ ให้บุคลากรทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง 2. จัดระบบรายงานที่มีประสิทธิภาพ ที่ต้องเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และเครือข่าย

II-5 ระบบเวชระเบียน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแล ต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก	>85 %	85.46	88.09	91.47	ยังไม่ได้สรุปผล
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	>85 %	82.81	88.09	84.03	83.08
อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record	>85 %	74.14	75.01	74.70	73.94
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัส ICD	100%	99.33	N/A	N/A	N/A
อัตราการไม่ลงการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกใน คอมพิวเตอร์	0%	0.18	0.28	0.04	0.12
อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน20นาที	0%	0.25	N/A	N/A	N/A
ค่า Adj RW รวม	NA	27,121.0225	27,440.0478	27,117.1239	19,017.6326
ค่า Adj RW เฉลี่ย (หรือ ค่า CMI เฉลี่ย)	1-1.4	1.2291	1.2117	1.2101	1.2273

หมายเหตุข้อ2 ใช้เป้าหมายเกณฑ์ ของ สปสช.

อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน(ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
>85	5
>75-85	4
>65 - 75	3
>55-65	2
>45-55	1
≤45	0

ข้อ 2 เป้าหมาย เกณฑ์ของ สปสช. ปี 2555 ≥80 และคะแนนเฉลี่ย progress note > 6ได้คะแนน 5

ข้อ 8 เป้าหมาย คือเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ รพท. ทั่วประเทศ 1-1.4

บริบท :

การจัดองค์กรและการบริหารระบบเวชระเบียนในลักษณะเอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย คือ มีการจัดระบบบริการ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ตลอด 24 ชั่วโมง การจัดทำ จัดเก็บและค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในรูปแบบเอกสารและเก็บในคอมพิวเตอร์ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน มีตัวแทน แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์ และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ เป็นกรรมการ โดยมีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดเป้าหมาย นโยบายและวิธีปฏิบัติในการบันทึกและเก็บข้อมูลในเวชระเบียน การเข้าถึงเวชระเบียน
2. พัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ในเวชระเบียนให้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลที่เป็น
3. พัฒนาคุณภาพความถูกต้องการสรุปเวชระเบียนทั้งความถูกต้อง ครบถ้วน และประสิทธิภาพให้เป็นไปตามข้อกำหนด
4. กำหนดมาตรฐานสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วย
5. ทบทวนตรวจสอบความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนด้านคุณภาพอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง
6. ติดตาม ประเมินผลส่วนขาดของการบันทึกเวชระเบียนและวางแผนปรับปรุงทั้งในส่วนของการวิชาชีพและในส่วนของภาพรวม
7. ตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปประเด็นด้านการสรุปโรค หัตถการและการให้รหัสโรคหลังจำหน่าย เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักการสรุปเวชระเบียน
8. เปลี่ยนแปลงและให้ความเห็น เสนอแนะการสรุปเวชระเบียนด้านการสรุปโรค หัตถการและการผ่าตัดให้เป็นไปตามมาตรฐานการสรุปการวินิจฉัยและสอดคล้องตามข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน
9. รายงานผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) หลังการตรวจสอบใน Discharge summary
10. ติดตามผลและตรวจสอบการบันทึกให้มีความทันเวลาของการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วย

ปริมาณผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน:

ตารางแสดงปริมาณผู้มารับบริการของโรงพยาบาล

รายการ	หน่วยนับ	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.57-พ.ค.58)
1. ผู้มารับบริการทั้งหมด	คน	248,850	264,049	274,945	187,357
	ครั้ง	268,648	282,668	293,560	205,580
2. ผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน	ครั้ง	939	988	1,026	1,071
3. ตรวจรักษาผู้ป่วยใน	คน	22,065	22,645	22,409	15,497
4. จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน	คน	294	307	289	283
5. จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย	วัน	5.06	5.12	4.86	4.64
6. อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	80.41	88.26	83.08	84.96
7. อัตราตาย	ร้อยละ	5.17	5.14	4.93	4.86

กระบวนการ:

การวางแผนและออกแบบระบบ

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนขาดของการออกแบบบันทึกเวชระเบียน:

- ในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ตั้งแต่ปี 2550 - 2558 มีการตั้งเป้าหมายของอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนไม่น้อยกว่า 85% พบว่า

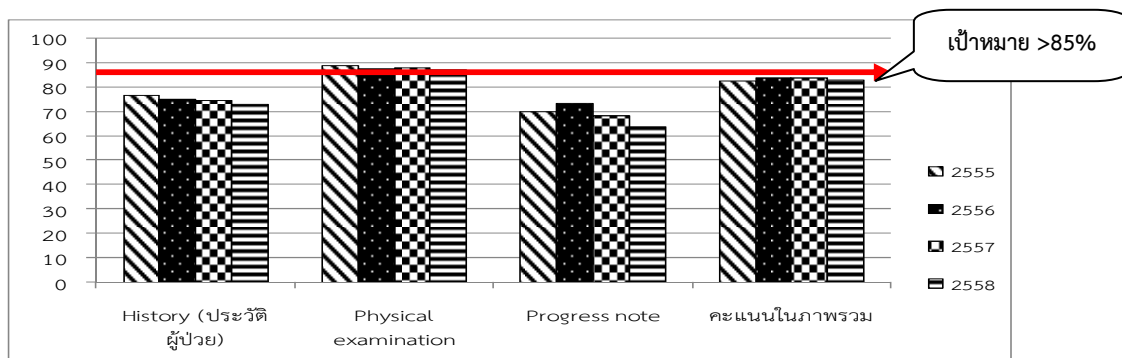
1. มีการบันทึกประวัติในอดีตและประวัติการตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน ได้คะแนน 75.20 และ 74.72 ต่ำกว่าเป้าหมาย

2. ไม่บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาและวิกฤตสำคัญ (Progress note) 73.47 และ 68.59 ต่ำกว่าเป้าหมาย

- ส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทำให้ข้อมูลในการสื่อสารการรักษาผู้ป่วยไม่เพียงพอ คณะกรรมการจึงได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้แพทย์ พยาบาล ได้รับทราบเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนทั้งอบรมในโรงพยาบาลและส่งอบรมร่วมกับส่วนกลาง(สปสช. เขต 3 นครสวรรค์) และมีการปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจร่างกาย(Admission note, physical examination) แจ้งให้องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทราบ และกำหนดให้มีการบันทึกตามแบบฟอร์ม

ผลลัพธ์ ใน ปี 2555-2558

เนื้อหา	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
History (ประวัติผู้ป่วย)	> 85 %	76.72	75.20	74.72	73.08
Physical examination	>85 %	88.92	87.67	87.91	87.40
Progress note	> 85 %	70.19	73.47	68.59	63.62
คะแนนในภาพรวม	> 85 %	82.51	83.92	84.03	83.08



คณะกรรมการได้ใช้เกณฑ์ประเมิน 9 ข้อ ของ สปสช. มาประเมิน ดูส่วนขาดพบว่า

- SOAP ไม่ครบใน 3 วันแรก
- ไม่บันทึกผลการประเมิน Investigate ที่สำคัญหรือบันทึกผลน้อยมาก
- ลายมือบันทึกอ่านไม่ออกและแพทย์บางท่านไม่เซ็นคำสั่งใน Progress note
- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวมใน ปี 2555-2557 เพิ่มขึ้น 1.52

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของการบันทึก :

ปัญหา

1. ใบยินยอม (Informed consent) กรอกข้อมูลไม่ครบ/ไม่ชัดเจน เป็นลายเซ็น (การลงนามของพยาน) ใช้แบบฟอร์มเดิมที่ยังไม่ปรับปรุง ลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบายเป็นลายเซ็นไม่สื่อสารว่าเป็นใคร
2. consultation record ไม่บันทึก วันที่ เวลา ความเร่งด่วนจำเป็นในการรักษาและวัน เวลา ที่ผู้รับปรึกษา มาตรวจผู้ป่วย ขาดการตอบรับ consultation
3. Nurse's note helpfull บางครั้งแพทย์กับพยาบาลบันทึกไม่สอดคล้องกัน บันทึกไม่ถูกต้อง/ครบถ้วนในใบให้สารน้ำ ยา ให้เลือด ฟอร์มปรอท ปัญหา/กิจกรรม/ประเมินผล ไม่สัมพันธ์กัน ขาดข้อมูลสนับสนุนและไม่ครบองค์รวม เขียนอาการไม่สื่อให้เข้าใจถึงปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง บางตึกไม่เขียนการวางแผนการจำหน่าย ไม่บันทึกกิจกรรมสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น หลังทำ Spinal block & under GA pain ใน post OP

วิธีการ มีการจัดอบรมการบันทึกทางการแพทย์ และคณะกรรมการ

ผลลัพธ์ มีการบันทึกมากขึ้น สํารวจแบบฟอร์มให้เป็นปัจจุบัน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

บทเรียนจากการประเมินตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน :

ปัญหา เดิมนโยบายใช้วิธีขอความร่วมมือจากแพทย์ ยังไม่มีการตั้งกรอบชัดเจน

วิธีการ ผู้อำนวยการ แจกแก่แพทย์ทุกท่านว่า การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ เป็นหน้าที่ที่แพทย์ต้องปฏิบัติ มีการเน้นย้ำและเป็นหัวข้อหลักในการประชุมองค์กรแพทย์ทุกครั้ง คณะกรรมการเวชระเบียนเป็นแพทย์จากสาขาหลัก สาขาละ 1 – 2 คนและเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนด้วย

ผลลัพธ์ กรรมการเวชระเบียนที่เป็นแพทย์สามารถสื่อสารข้อมูลไปยัง PCT ของตนเอง และให้คำแนะนำการบันทึกที่ถูกหลักการแก่แพทย์ในหน่วยงานตนเองได้มีการอบรมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ จักษุ กุมารเวชกรรม เพิ่มขึ้น 7 คน และแพทย์ใช้ทุน 12 คน

บทเรียนเกี่ยวกับการประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

ปัญหา เดิมการประเมินเวชระเบียนเป็นการประเมินผลรวมทั้งฉบับ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์จุดที่บกพร่อง จึงมีการปรับปรุงเป็นส่วนๆ เพื่อแก้ไขเชิงระบบ

วิธีการ เปลี่ยนใช้โปรแกรมการลงคะแนนผลการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. สามารถวิเคราะห์รายละเอียดแต่ละส่วนของเวชระเบียนได้ และแยกส่วนที่เป็นของแพทย์ พยาบาล แยกตามPCT และแยกตามรายแพทย์นำเสนอเข้าองค์กรแพทย์และมีรางวัลให้สำหรับคะแนนคุณภาพเกิน 80 %

ผลลัพธ์ สามารถวางแผนในการแก้ไขเชิงระบบ หรือกระตุ้นเตือนผู้บันทึกเวชระเบียนว่าจุดที่บกพร่องคือส่วนใดของเวชระเบียน เช่น Inform consent แบบเดิมซึ่งไม่ครอบคลุมได้ถูกปรับปรุงใหม่, Consultation record ที่ใช้น้อย ได้รับการกระตุ้นเตือนให้มีการใช้มากขึ้น, progress noteมีการบันทึกมากขึ้น

การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- จากระบบเวชระเบียนที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีทีมเวชระเบียนที่เข้มแข็ง กำหนดหน้าที่บทบาทไว้อย่างชัดเจน มีแกนนำที่มีความสามารถ ระบบการสื่อสารอย่างทั่วถึงไปยังผู้เกี่ยวข้องและมีการวางระบบการตรวจสอบทุก 3 เดือน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างชัดเจนต่อเนื่อง ผลความสมบูรณ์ดีขึ้นจากเดิมมากถึง 1.52 %ในปี 2557 นี้ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยรวมดีขึ้น

ตารางที่ 1 สรุปผลการประเมินคุณภาพโดยรวม

ลำดับ	เนื้อหา	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1	Discharge summary :Other	94.54	95.30	97.72	97.26
2	Discharge summary :Dx&OP	96.92	97.28	94.76	92.96
3	Informed consent	75.28	77.03	79.74	79.50
4	History(ประวัติผู้ป่วย)	75.73	75.20	74.72	73.08
5	Physical examination	88.16	87.67	87.91	87.40
6	Progress note	70.11	73.47	68.59	63.62
7	Consultation record	72.61	83.85	82.61	81.20
8	Operative record	87.23	90.75	98.07	97.72
9	Anesthetic record	96.42	96.38	93.21	92.80
10	Labour record	95.56	93.52	96.64	98.99
12	Rehabilitation record	64.20	70.79	83.24	83.04
13	Nurse's note helpful	74.14	75.01	74.70	73.94
คะแนนที่ได้รับ		82.81	83.92	84.02	83.08

การกำหนดนโยบายการไหลเวียนเวชระเบียนเมื่อแพทย์จำหน่ายแล้ว โดยกำหนดให้หอผู้ป่วยและแพทย์สรุปค่ารักษาพยาบาลและสรุปการวินิจฉัยโรค ภายใน 7 วันหลังจำหน่าย เมื่อเกินกำหนด ต้องมีการติดตามเวชระเบียนให้แพทย์สรุปให้ทันเวลาไม่เกิน 30 วันหลังจำหน่ายและรายงานจำนวนแฟ้ม รายชื่อแพทย์ ต้นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้บริหารและองค์กรแพทย์ทราบ

ประโยชน์ เวชระเบียนมีการสูญหาย 1 ฉบับและรายงานความเสี่ยงแล้ว และสามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ครบ ในปี 2557 มีเวชระเบียนสรุปเกิน 30 วัน จำนวน 8ฉบับ

การรักษาความปลอดภัยและความลับ

บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียน:

- โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีนโยบายชัดเจนในเรื่องความปลอดภัยของเวชระเบียน บุคลากรตระหนักและให้ความสำคัญ ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- โดยจัดเก็บเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ มีระบบการยืม และคืนเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- มีพื้นที่เก็บที่เหมาะสม ปลอดภัย บุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ มีการปรับปรุงระบบการเก็บเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เป็นคดี/เสียชีวิต/Case ที่มีความเสี่ยงร้องเรียน /ผู้ป่วยที่ทำให้ประกันชีวิต
- จากเดิมจัดเก็บเป็นเอกสารมาตลอด 10 ปี โดยนำระบบการSCAN เวชระเบียนมาใช้ใน Case ที่มีปัญหาป้องกันเอกสารสูญหายจากการถูกยืมไปถ่ายเอกสาร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- ช่วยลดพื้นที่ในการจัดเก็บ และสามารถสืบค้นโดยใช้ HN ซึ่งสะดวกและรวดเร็ว เริ่มใน ปี 2554 โดยมีการต่อยอดจากการเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็ง และใส่ข้อเช่าเทียม ในปี 2548 – 2549 ด้วย

ปัญหา ข้อมูลหรือเอกสารเวชระเบียนอาจสูญหายหรือถูกเปิดอ่านทางคอมพิวเตอร์หรือส่งออกให้องค์กรภายนอกทราบเช่น ผู้ป่วยในเขตศูนย์เทศบาลซึ่งเป็นเหมือน PCU ของโรงพยาบาล

วิธีการ สถานที่เก็บเวชระเบียนมีทางเข้า - ออกทางเดียว โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องดูแลประสานความต้องการ, การป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน โดยมีการตรวจนับและลงบันทึกการคืนคอมพิวเตอร์สามารถเข้าถึงข้อมูลจะต้องมี Password ของตนเองซึ่งจะเข้าถึงข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ตนเองเท่านั้น

ผลลัพธ์ บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนได้

บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับของเวชระเบียน:

- โรงพยาบาลมีการกำหนดระเบียบผู้เข้าถึงเวชระเบียนอย่างชัดเจน ระเบียบการเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย รวมถึงกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบในการเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนอย่างชัดเจน กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์กำหนดให้มีรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนผู้ป่วย ใช้วิธีการสร้างจิตสำนึกในการรักษาความลับซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดี ที่ผ่านมามีไม่พบอุบัติเหตุของการเปิดเผยความลับผู้ป่วย

ปัญหา ความลับเกี่ยวกับโรคบางชนิด เช่น Case HIV, OSCC หากข้อมูลรั่วไหลไปอาจมีผลกระทบต่อทางสังคมแก่ผู้ป่วยรุนแรงส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆก็ต้องปกปิดไว้ตามสิทธิผู้ป่วย

วิธีการ มีแนวทางในการรักษาความลับของข้อมูลและกำหนดสิทธิการใช้ข้อมูลแยกแต่ละระดับการเข้าถึงและแบ่งกลุ่มแพทย์ พยาบาล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต โดยเฉพาะผู้ป่วย OSCC มีคณะกรรมการกำหนดแนวทางร่วมกัน เมื่อตรวจเสร็จแล้ว กลุ่มงานสวัสดิการสังคมจัดเก็บแบบบันทึกการตรวจร่างกายในครั้งนั้นๆ ไว้แยกต่างหากจากแฟ้มประวัติ ส่วนผลตรวจ HIV จะถูกบรรจุซอง แพทย์เจ้าของไข้เท่านั้นที่จะมีหน้าที่เปิดและแจ้งต่อผู้ป่วยและมีการทำลายผลนั้นๆ

ผลลัพธ์ ยังไม่มีความลับที่รั่วไหลออกไป

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

ปัญหา ผู้ป่วยอาจต้องการข้อมูลประวัติการรักษาของตนเองเพื่อใช้ในการรักษาต่อกับแพทย์โรงพยาบาลอื่น

วิธีการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล และใช้ข้อมูลของตนได้โดยปฏิบัติตามแนวทางการขอประวัติอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย โดยแพทย์เจ้าของไข้

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ตามระบบดังกล่าว

เวชระเบียนผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน :

ปัญหา คุณภาพเวชระเบียนมีหลายหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น แผนกเวชระเบียน, แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพบำบัด เป็นต้น การปรับปรุงคุณภาพต้องกระทำไปพร้อมๆกันทุกส่วน

วิธีการ มีการทบทวนเวชระเบียนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์,พยาบาล) เพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูล และโอกาสพัฒนาในประเด็นต่างๆ โดยการประเมินเชิงคุณภาพ,มีการปรับปรุงข้อมูลประวัติทั่วไปของผู้ป่วยโดยความร่วมมือกับงานเวชระเบียน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน, มีการปรับปรุง Rehabilitation record โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัดมีการประสานกับองค์กรพยาบาล งานพยาธิ/แผนกรังสี เกี่ยวกับผลLab/ใบรายงานผล X-ray และผลชิ้นเนื้อ เพื่อใช้ประกอบข้อมูลในเวชระเบียน

ผลลัพธ์ คุณภาพเวชระเบียนมีการพัฒนาความสมบูรณ์ในทุกส่วนพร้อมๆกัน

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน:

- ในปี 2557 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สุ่มตรวจโดยคณะกรรมการกลางของ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์ ได้คะแนน 85.96 % เป็นอันดับ 1 โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้คะแนน 84.73 % เป็นอันดับ

การดำเนินการ คือ

- มีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนและ ในปี ตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน ปีละ 4 ครั้งโดยวิธี สุ่มเวชระเบียนที่จำหน่ายแล้วแต่ละสาขา จำนวน 120 ฉบับต่อครั้งแล้วส่งให้แต่ละทีมสาขาตรวจสอบและวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

- สรุปรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพความสมบูรณ์เวชระเบียนให้ผู้บริหาร คณะกรรมการบริหาร องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลและแจ้งให้แพทย์แต่ละสาขาทราบ รายบุคคลและรายข้อที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และรายหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล

- ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้แพทย์ พยาบาลได้รับทราบเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน จัดอบรมภายในโรงพยาบาล วันที่ 12- 13 กันยายน 2554 และส่งอบรมร่วมกับส่วนกลาง (สปสช. เขต 3 นครสวรรค์) 17 – 19 กุมภาพันธ์ 2555 , 27- 29 กุมภาพันธ์ ,12-15 มีนาคม 2555 และในวันที่ 17-18 กันยายน 2557 ได้จัดอบรมแพทย์เรื่องการสรุปเวชระเบียนอย่างถูกต้องให้แพทย์ในโรงพยาบาลโดย แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารากรณ์ อายุรแพทย์และเป็นวิทยากรของเขต 3 วันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2557 ได้จัดแพทย์และพยาบาลเข้าอบรมการสรุปโรคและหัตถการของ สปสช..เขต 3 นครสวรรค์ จำนวน 25 คน

วันที่ 28 พฤษภาคม 2558 อบรมแพทย์ใช้ทุน(Intern)จบมาใหม่จำนวน 12 คน เรื่องการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้องและสรุปสาเหตุการตาย โดยทีมแพทย์คือ พญ.นิภาพร อรุณวารากรณ์ นพ.ประเวศ ตรงฤทธิชัยการ และพญ.พันธ์ทิพย์ วิจักขณ์จินดา

- มีการปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจร่างกาย(Admission note, physical examination) แจ้งให้องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทราบ และกำหนดให้มีการบันทึกตามแบบฟอร์ม

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวมใน ปี 2555 และ ปี 2557 เพิ่มขึ้น และ ในปี 2557 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สุ่มตรวจโดยคณะกรรมการกลางของ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์ ได้คะแนน 88.64% เป็นอันดับ 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้คะแนน 86.66% เป็นอันดับ 2

- เรื่องการระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้องมี Identify ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชนและดึงข้อมูลและรูปผู้มารับบริการเข้าระบบโปรแกรมฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

- Summary Assessment ทบทวนการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ พบว่าการมีการสรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง ครอบคลุมไม่ครบ และมีคณะกรรมการตัวแทนแพทย์แต่ละสาขาทบทวนให้เห็น แก้ไข และเพิ่มเติมการสรุปได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้ค่าเพิ่มค่า RW ในปี 2555-2557

- Coder error จากข้อมูล Discharge summary มีการประมวลด้วยโปรแกรม Grouper พบว่ามีอัตราร้อยละ 0.15

- มีการประชุมคณะกรรมการ Auditเวชระเบียนร่วมกับองค์กรพยาบาล 3 ครั้งใน 2558 กำหนดนโยบายด้านการเวชระเบียนดังนี้

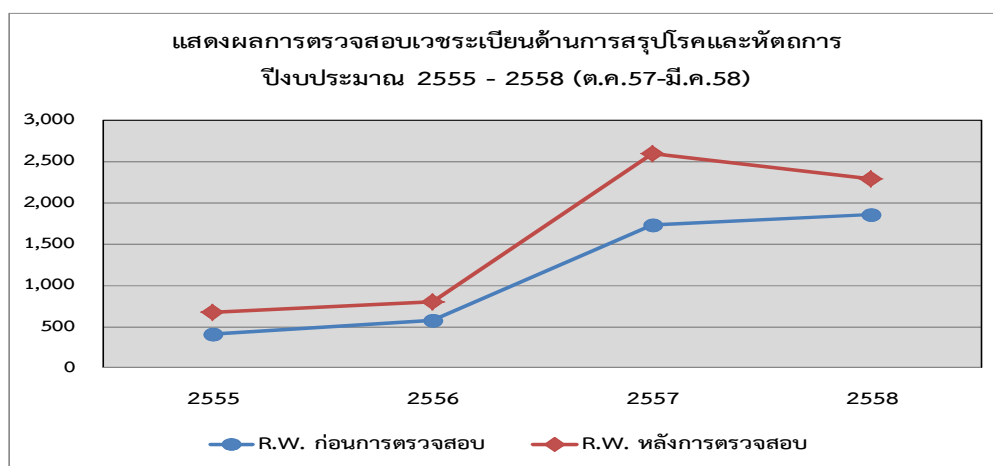
นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 2558

- 1. นโยบายระยะเวลาการสรุปเวชระเบียน** ควรบันทึกสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่าย ภายใน 7 วัน (กำหนดให้แพทย์ Intern สรุปเสร็จภายใน 2 วัน)(รายละเอียดตาม flow ระยะเวลาการสรุปและติดตามเวชระเบียน)
- 2. นโยบายการบันทึกครบถ้วนในใบ Admission Note, Progress Note** โดยเฉพาะ 3 วันแรกและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่นชื่อกำกับทุกครั้ง และมีการแปล Investigate ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ
หมายเหตุ : กรณีผล Hemoculture ทุกชนิด ผล patho กรุณาตามผลเพาะเชื้อและผล patho จากหอผู้ป่วยก่อนส่งสรุปเวชระเบียน กรณีติดค้างทางหอผู้ป่วยติดตามมาและแจ้งผลแก่แพทย์ผู้ดูแลเพื่อการสรุปที่ชัดเจน ถูกต้อง
- 3. นโยบายการบันทึกใบ Discharge Summary** แพทย์สรุป Summary discharge เป็นคำเต็มของโรคและหัตถการ งดใช้คำย่อ คำกำกวม และบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยง่าย พร้อมลายเซ็นและชื่อ นามสกุล
- 4. กรณีมีแพทย์ร่วมดูแลหลายแผนก** ก่อนส่งหรือสรุปทบทวนจากหอผู้ป่วยและแพทย์ผู้สรุปให้ครบทุกแผนก
- 5. นโยบายการ Audit** กรณีเกิดความไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ มีทีม Auditor ผู้ตรวจสอบ สามารถสรุปใบ discharge Summary ตามเกณฑ์เพื่อส่งเบิกข้อมูลตาม DRG หลังจากนั้นจึงส่งกลับแพทย์เจ้าของไข้ให้แก้ไข เพิ่มเติมให้สมบูรณ์
- 6. นโยบายการนัดผู้ป่วย** ให้สรุปเวชระเบียนทุกฉบับก่อนวันที่ที่กลับบ้าน

รายงานแสดงผลการตรวจสอบเวชระเบียนด้านการสรุปโรคและหัตถการ

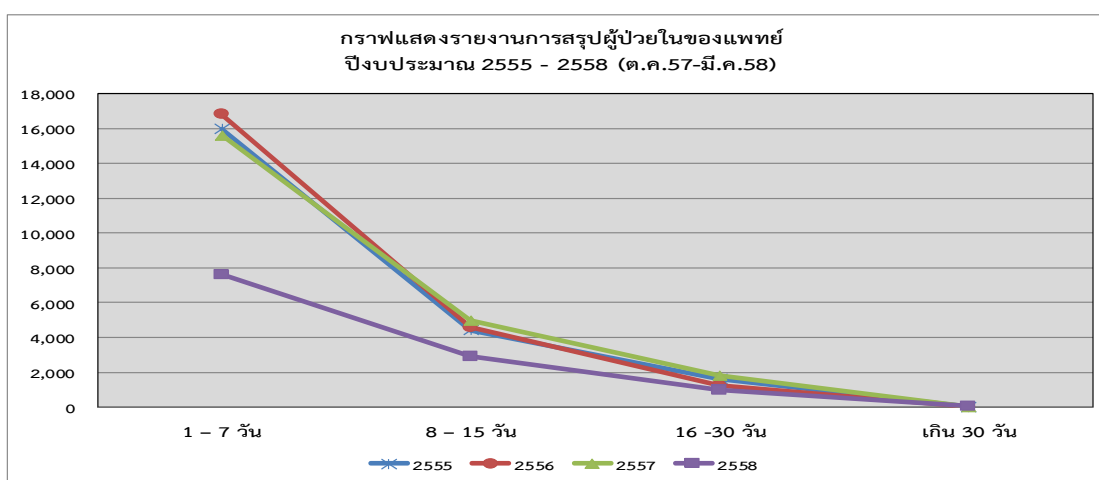
ปีงบประมาณ	จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ	R.W. ก่อนการตรวจสอบ	R.W. หลังการตรวจสอบ	R.W. ที่เปลี่ยนแปลง
2555	294	414.1649	678.4279	+264.2630
2556	330	573.5669	802.9813	+229.4144
2557	1,205	1,739.0181	2,599.8299	+860.8117
2558 (ต.ค.-มิ.ย.)	1,378	1,856.8529	2,298.6609	+441.8080

จากตารางแสดงผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี 2555 – 2558 (ตุลาคม 2557 – มีนาคม 2558) มีจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบเพิ่มขึ้น และในปีงบประมาณ 2558 หลังการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่า มีค่า R.W. เพิ่มขึ้น +441.8080



ตารางแสดงรายงานการสรุปผู้ป่วยในของแพทย์

ปีงบประมาณ	จำนวน ของแพทย์	ภายใน 1 - 7 วัน		ภายใน 8 - 15 วัน		ภายใน 16 -30 วัน		เกิน 30 วัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2555	22,065	15,995	72.49	4,438	20.11	1,625	7.37	7	0.03
2556	22,645	16,821	74.28	4,586	20.25	1,237	5.46	1	0.01
2557	22,409	15,615	69.69	4,969	22.17	1,803	8.05	22	0.10
2558 (ต.ค.57-มี.ค.58)	11,576	7,609	65.73	2,922	25.24	988	8.53	63	0.54



มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
51. การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน	3.5	- มีแผนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแบบ Paper less
52. ความสมบูรณ์ของการบันทึก	4.5	- ติดตามและกระตุ้นให้แพทย์ พยาบาลบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้เพียงพอต่อการรักษาและการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
53. การทบทวนเวชระเบียน	4.0	- มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน - มีการทบทวน case sepsis มีการเฝ้าระวังติดเชื้อดื้อยา - มีการทบทวนการเฝ้าระวัง และ Fast trace ผู้ป่วย AMIStroke, Head Injury, ทบทวน case dead low birth weight

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันทเวลา adherence

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตรา prescribing error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	< 1 ครั้ง < 1 ครั้ง	11.82 3.36	4.302 2.000	7.376 4.401	5.321 12.186
อัตรา dispensing error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	<0.5ครั้ง < 0.5 ครั้ง	0.12 2.23	0.048 1.576	0.205 2.205	0.084 1.794
อัตรา administrative error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	<0.5ครั้ง <0.5ครั้ง	0.00 5.93	0.018 4.789	0.006 7.057	0.000 5.251
อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเชิงระบบ - OPD - IPD	0ครั้ง 0ครั้ง	0 0	0 1	0 0	0 0
อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ในกลุ่ม HAD Prescribing error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	0 ครั้ง 0.05	- -	0.003 (1 ครั้ง) 0.009 (1 ครั้ง)	0 0.027 (3 ครั้ง)	0 0.055 (3 ครั้ง)
Dispensing error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	0.05 0.05	- -	0 0.043 (5 ครั้ง)	0.012 (2 ครั้ง) 0.046 (5 ครั้ง)	0 0.55 (3 ครั้ง)
Administration error - OPD (ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) - IPD (ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	0 0	- -	0 0.164 (19 ครั้ง)	0 0.266 (29 ครั้ง)	0 0.111 (6 ครั้ง)
อุบัติการณ์ ADR จาก HAD ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	N/A	N/A	0 (C=4 Morphine)	0 (C=4 Morphine)

บริบท :

ระบบการจัดการด้านยาของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบายด้านยาและแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการด้านยา เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย เหมาะสม พร้อมทั้งการมีคุณภาพพร้อมใช้สำหรับผู้รับบริการ

กระบวนการ :

การวางแผนและการจัดการ

ผลการประเมินการทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยาและการปรับปรุง:

- **คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด** มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านยา (Policy Marker) และแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาให้เกิดประสิทธิภาพ คุ่มค่า ได้มาตรฐานวิชาชีพ และเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย

- 1) กำหนดนโยบายด้านการสั่งจ่ายยา (ข้อปฏิบัติว่าด้วยการสั่งจ่ายยาในโรงพยาบาล)

- 2) จัดตั้งคณะกรรมการ DUE เพื่อกำกับ ประเมินผลการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูงจำนวน 6 รายการ และควบคุม การสั่งใช้ - เบิกจ่ายยา 4 กลุ่มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

- 3) กำหนดแนวทางการใช้ยาพิเศษนอกบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล กรณีจำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายและมีการปรับปรุงแบบบันทึกการขออนุมัติสั่งซื้อยานอกบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดระบบการคัดกรองและตรวจสอบมากขึ้น

- 4) กำหนดแบบฟอร์ม/แนวทางการวางยาตัวอย่างเพื่อศึกษาก่อนพิจารณานำเข้าโรงพยาบาล

- 5) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยา มีบทบาทในด้านติดตาม ควบคุม กำกับ (Policy Monitoring) เพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านยาให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดจากการใช้ยา

- 6) จัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาเวชภัณฑ์ มีบทบาทในการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณา/คัดเลือกเวชภัณฑ์เข้า-ออกจากบัญชีรายการยา โรงพยาบาล ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพพร้อมใช้ ตลอดจนกำหนดข้อปฏิบัติว่าด้วยการสั่งจ่ายยา Restricted ED, ยา NED และติดตามมูลค่าการใช้ยาเป็นรายไตรมาส

- 7) กำหนดมาตรการและนโยบายในการจัดซื้อยาเพิ่มเติม เช่น สอบราคาที่มีอัตราการใช้เกิน 1 แสนบาทต่อปีพิจารณาคัดเลือกรายการยาเพื่อส่งจัดซื้อร่วมเขต/ร่วมจังหวัด

- 8) กำหนดนโยบายด้านการควบคุมการสั่งจ่ายยา (Restrict rule) ต่างๆ เช่น กำหนดจำนวน/ปริมาณการสั่งใช้ยาบางรายการใน Acute care กำหนดรายการยาที่สามารถสั่งใช้ได้ในแต่ละสิทธิผู้ป่วย และกำหนดสิทธิการสั่งจ่ายยาสำหรับแพทย์ (กำลังดำเนินการ) เช่น

- 8.1 Intern restrict (I) หมายถึงรายการยาที่แพทย์ใช้ทุนไม่สามารถสั่งใช้ได้ เช่น Inj.Somatostatin

- 8.2 Department (D)หมายถึง รายการยาที่สั่งใช้ได้เฉพาะแพทย์บางแผนก

- 8.3 Specialist initial (SI) หมายถึง รายการยาที่แพทย์เฉพาะทางต้องเป็นผู้เริ่มสั่งใช้ก่อนแพทย์ใช้ทุนจึงสั่งใช้ตามได้

- 9) จัดทำแนวทาง/เงื่อนไขในการสั่งจ่ายยาบางรายการของโรงพยาบาล เช่น ยาลดไขมันในกลุ่ม Fibrate , Statin , PPI ,ACEIs เป็นต้น

การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี :

- มีการประชุมพิจารณาเข้า - ออกบัญชีรายการยาโรงพยาบาลชยันนาทเรนทรครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2555 โดยมีการเสนอรายการยาเข้า - ออก ดังนี้

- 1) ED เสนอเข้า 19 รายการ ตัดออก 14 รายการ

- 2) NED เสนอเข้า 8 รายการ ตัดออก 13 รายการ

- 3) ส่งผลให้ปัจจุบัน มีจำนวนรายการยาในบัญชีรายการยาโรงพยาบาลทั้งสิ้น 550 รายการ จำแนกเป็นยา ED = 453รายการ และ ยา NED = 97รายการ คิดเป็นสัดส่วนยา ED : NED = 82.36 : 17.64

- **นโยบายที่สำคัญ**

- 1) กำหนดวงเงินงบประมาณในการจัดซื้อยา ED : NED = 70 : 30 (ED = 60ล้านบาท, NED = 25ล้านบาท) และกำหนดงบประมาณในการจัดซื้อยา NED ไม่เกิน 80,000 บาท/เดือน

2) ติดตาม กำกับ ประเมินผลการใช้ยา 4 กลุ่ม ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ARBs, PPIs, selective COX -II Inhibitors และ HMG Co - A reductase Inhibitors (กลุ่ม Statin)

3) ติดตาม กำกับ ประเมินผลการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูง 6 รายการ คือ Sulpermed[®] inj, Tazocin[®] inj, Tienam[®] inj, Zithromax[®] inj, Colistin[®] inj และ Fosfomycininj

ตัวอย่าง HAD/มาตรการป้องกัน/ADE ในยาในกลุ่มนี้ :

- ปัจจุบันโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีรายการยา HAD ทั้งหมด 9 รายการ ได้แก่ Morphine sulfate inj, 10%MgSO₄, 50%MgSO₄, Norepineprine, Adrenaline, KCL inj., Nitroglycerine inj., 5FU

- **มาตรการป้องกัน**

- 1) การสำรอง HAD บนหอผู้ป่วยมีการแยกเก็บเป็นสัดส่วนและมีผู้รับผิดชอบโดยตรง
- 2) การสั่งใช้ยา morphine sulfate 10 mg/ml injection แพทย์ต้องลงนามสั่งใช้ยานี้ในใบ ยส.5ทุกครั้ง
- 3) มี Independent double check ในทุกขั้นตอนของการเตรียมผสมและการบริหารยา
- 4) จัดทำใบจัดทำใบเตรียมผสมและเฝ้าระวังการใช้ยาสำหรับพยาบาล ใบแจ้งเตือนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

เพื่อร่วมทวนสอบ ADR ที่อาจเกิดขึ้น

- 5) ติดตาม MEและADE ของยา HAD อย่างสม่ำเสมอ หากพบปัญหา ควรทำ Root Cause Analysis

(RCA)ทันที

- ADE ของยา HADเช่น morphine sulfate 10 mg/ml injection อาจทำให้วงซึม หายใจช้า รุ่มาตาหด เล็กลง (RR, HR ลดลง, กตการหายใจ)

ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา/การปรับปรุงระบบในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา :

- ตัวอย่างข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เกิด ADE จากยา morphine sulfate 10 mg/ml injection ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาพบ 7 ราย อาการ ADE ที่เกิดขึ้น ได้แก่ คัน (ไม่มีผื่น) 2 ราย, มีผื่นแดงที่แขนข้างที่ฉีดยา 1 ราย, หัวใจเต้นเร็ว 1 ราย, อาเจียนมากและมีอาการหนาว 1 ราย, Angioedema with urticariaหน้าบวม 1 ราย, เฝ้าระวังอาการชักและความดันโลหิตสูง 1 ราย

การปรับปรุงระบบ

- มีระบบการรายงานและการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADE/ADR)
- ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำเชิงระบบ เช่น Lock การ key รายการยาที่ผู้ป่วยมีโอกาสแพ้ซ้ำในโปรแกรม HOSxPพิมพ์ใบแจ้งประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยสื่อสารไปยังหอผู้ป่วย
- ติดตามประเมินผลการบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา morphine sulfate 10 mg/ml injection ในเวชระเบียน

บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE:

ประเภทของ ME/ADE	อุบัติการณ์ ปี 2556	Intervention ปี 2556	อุบัติการณ์ ปี 2557	Intervention ปี 2557
Prescribing error (OPD)	อันดับ 1 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณยา) 327 ครั้ง อันดับ 2 ผิดขนาด (ขนาดการใช้ยา)284 ครั้ง อันดับ 3 ผิดเวลา (ความถี่) 144 ครั้ง	- การกำหนดขนาด และวิธีการใช้พื้นฐานของยาแต่ละรายการ ไว้ในโปรแกรม HOSxP	อันดับ 1 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณยา) 269 ครั้ง อันดับ 2 ผิดขนาด (ขนาดการใช้ยา)233 ครั้ง อันดับ 3 ผิดชนิด (ความแรง) 123 ครั้ง	- feedback ข้อมูล การเกิด PE ให้ แพทย์ทราบ

ประเภทของ ME/ADE	อุบัติการณ์ ปี 2556	Intervention ปี 2556	อุบัติการณ์ ปี 2557	Intervention ปี 2557
Prescribing error (IPD)	อันดับ 1 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณยา) 74 ครั้ง อันดับ 2 ผิดชนิด (ยาซ้ำซ้อน) 44 ครั้ง อันดับ 3 ผิดชนิด (ชื่อยา) 42 ครั้ง	- การกำหนดขนาด และวิธีการใช้พื้นฐานของยาแต่ละรายการไว้ในโปรแกรม HOSxP	อันดับ 1 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณยา) 135 ครั้ง อันดับ 2 ผิดชนิด (ยาซ้ำซ้อน) 93 ครั้ง อันดับ 3 ผิดขนาด (ขนาดการใช้ยา) 42 ครั้ง	- เกสซ์กรงาน บริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยในช่วย ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาก่อนส่งสำเนา DOS มารับยา - ปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุนเรื่องระบบยาและประเภทชนิดของ ME ที่พบบ่อยที่ในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความตระหนัก
Dispensing error (OPD)	อันดับ 1 ผิดชนิด (ชื่อยา) 6 ครั้ง อันดับ 2 ผิดคน (ชื่อ-สกุล-HN) 5 ครั้ง อันดับ 3 ผิดชนิด (ความแรง) 3 ครั้ง	- จัดเตรียมยาล่วงหน้า ตามจำนวนที่มีการสั่งใช้บ่อย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในช่วงเวลาเร่งรีบ	อันดับ 1 ผิดชนิด (ชื่อยา) 17 ครั้ง อันดับ 2 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณยา) 5 ครั้ง อันดับ 3 ผิดชนิด (ความแรง) 3 ครั้ง	- ลดคูยา LASA - feedback ข้อมูล DE ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบเพื่อให้เกิดความระมัดระวังมากขึ้น
Dispensing error (IPD)	อันดับ 1 ผิดชนิด (ชื่อยา) 60 ครั้ง อันดับ 2 ผิดชนิด (ยาไม่ครบรายการ) 28 ครั้ง อันดับ 3 ผิดชนิด (ความแรง) 20 ครั้ง	- จัดชื่อยาที่มีหลายความแรงให้มีสัญลักษณ์ภายนอกแตกต่างกัน	อันดับ 1 ผิดชนิด (ชื่อยา) 55 ครั้ง อันดับ 2 ผิดชนิด (ยาไม่ครบ) 52 ครั้ง อันดับ 3 ผิดขนาด (จำนวน/ปริมาณ) 36 ครั้ง	- เพิ่มเภสัชกรตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายทุกใบสั่งยาในเวลาราชการ
Administrative error (OPD)	อันดับ 1 ผิดขนาด (ลิ้มให้ยา) 5 ครั้ง อันดับ 2 ผิดคน (ชื่อ-สกุล-HN) 1 ครั้ง		อันดับ 1 ผิดชนิด (ชื่อยา) 1 ครั้ง	
Administrative error (IPD)	อันดับ 1 ผิดการบันทึก (ไม่บันทึก) 190 ครั้ง อันดับ 2 ผิดการบันทึก (ไม่ถูกต้อง) 103 ครั้ง อันดับ 3 ผิดขนาด (ลิ้มให้ยา) 71 ครั้ง	- Independent double check ทุกขั้นตอนการบริหารยา	อันดับ 1 ผิดการบันทึก (ไม่บันทึก) 346 ครั้ง อันดับ 2 ผิดการบันทึก (ไม่ครบถ้วน) 346 ครั้ง อันดับ 3 ผิดขนาด (ลิ้มให้ยา) 146 ครั้ง	- Independent double check ทุกขั้นตอนการบริหารยา - มีการจัดทำแนวทาง/ตัวอย่างการคัดลอกยาในใบ

ประเภทของ ME/ADE	อุบัติการณ์ ปี 2556	Intervention ปี 2556	อุบัติการณ์ ปี 2557	Intervention ปี 2557
การแพ้ยาซ้ำ				
- OPD	0	-	0	- ทบทวนแนวทาง ปฏิบัติการป้องกัน การแพ้ยาซ้ำ
- IPD	1	RCA	0	- การพิมพ์ใบแจ้ง ประวัติการแพ้ยา ของผู้ป่วย - จัดทำโปรแกรม ตรวจสอบประวัติ การแพ้ยา

จุดเน้นในการเพิ่มพูนความรู้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา :

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการติดตามการใช้ยา HAD แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

- จัดทำโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการถาม-ตอบปัญหาทางยา เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการสืบค้นข้อมูลคำถาม - คำตอบย้อนหลัง และสามารถสรุปสถิติประเภทของคำถามเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำฐานข้อมูลด้านยาให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลการจัดทำคู่มือด้านยา ได้แก่ จัดทำข้อมูลสารน้ำที่ใช้ในการเตรียมผสมยาฉีด แสดงไว้ใน Sticker ฉลากยา จัดทำโปรแกรมตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาฉีด (Drug Compatibility), จัดทำข้อมูลยา อาหารและสารเคมีที่ห้ามใช้ หรือควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วย G - 6 - PD, จัดทำแนวทางการบริหารยา gentamicin inj. Amikacin inj., Vancomycin inj., Phenytoin inj. หลังจาก Stat Dose, จัดทำข้อมูลวิธีการบริหารยา Antidote ในฐานข้อมูลยา HOSXP จัดประชุมชี้แจงนโยบายความปลอดภัยด้านยา (Safety drug) ได้แก่ การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การบริการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง การใช้โปรแกรมตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยในฐานข้อมูล HosXP ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

การเก็บสำรองยา

บทเรียนเกี่ยวกับการเก็บสำรองยา :

- กำหนดมาตรการควบคุมการหมดอายุของยาและการคืนยาอย่างครบวงจร ตั้งแต่คลังเวชภัณฑ์ แจ็งยาที่จะหมดอายุภายใน 6 เดือน ห้องจ่ายยากำหนดผู้รับผิดชอบบันทึก/เฝ้าระวังการหมดอายุของยาที่จะหมดอายุภายใน 6 เดือน และหอผู้ป่วยต้องตรวจสอบยาพร้อมส่งคืนห้องจ่ายยาก่อนวันหมดอายุของยานั้นอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อหมุนเวียนใช้หรือแลกเปลี่ยนกับบริษัทยาต่อไป

- มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับรายการยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิ 2 - 8 °C, ยาที่ต้องป้องกันแสง, ยาเสพติดให้โทษ และสารละลายเข้มข้น การกำหนดรายการยาสำรองบนหอผู้ป่วยให้อยู่ในกรอบบัญชียาฉุกเฉินโดยสหวิชาชีพ ตลอดจนการขนส่งยาที่เบิกจ่ายจากห้องยาภายใต้ระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold Chain System : CCS) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

บทเรียนเกี่ยวกับการเก็บสำรองยาฉุกเฉิน :

- กำหนดมาตรฐานการเก็บรักษา Adrenaline injection ในรถ Emergency ได้ไม่เกิน 4 เดือน โดยต้องไม่เกิดตะกอน/เปลี่ยนสี เป็นต้น

- กำหนดรายการและปริมาณยาสำรองในแต่ละหอผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน และจุดบริการต่างๆของOPD โดยผ่านความเห็นชอบของ PCT

- กำหนดรายการยาและจัดทำ Emergency Box เพื่อตอบสนองความต้องการใช้อย่างทันที่บนหอผู้ป่วย และระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีระบบการตรวจสอบโดยเภสัชกรทุกเดือน และมีการหมุนเวียนกล่องอย่างน้อยทุก 2 เดือน

วิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิดและมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ :

● ปัจจุบัน ห้องจ่ายยาเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีเภสัชกรและเจ้าหน้าที่อยู่ประจำตลอดเวลาทำการ ตั้งแต่ 1 เม.ย. 55 เป็นต้นมา

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการยาที่ส่งคืนมาห้องยา :

- มีมาตรการให้หอผู้ป่วยส่งคืนยาภายใน 24 ชั่วโมง กรณีแพทย์สั่งหยุดใช้ (off)
- ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนโรงพยาบาล (ซึ่งมีระบบกระจายยาแบบ Daily Dose Drug Distribution) เภสัชกรจะตรวจสอบลักษณะยาคืน โดยพิจารณาเรื่องอายุยาและการเสื่อมสภาพของยาก่อนนำกลับมาใช้
- ในกรณีของยาบริจาคหรือผู้ป่วยนำมาคืนให้กับห้องจ่ายยาเภสัชกรจะตรวจสอบลักษณะยาคืน โดยพิจารณาเรื่องอายุยาและการเสื่อมสภาพของยาก่อนนำกลับมาใช้เช่นกัน
- มีระบบการรับคืนยา ARV เพื่อเป็นยาสำรองให้กับผู้ป่วยในโครงการต่างๆกรณีผู้ป่วยลืมนำยาเดิมมาและแพทย์สั่ง Admit ที่โรงพยาบาล

การส่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง

บทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย :

- เชื่อมโยงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงผ่านโปรแกรมได้ เช่น
 - 1) น้ำหนัก ส่วนสูง vital sign พื้นที่ผิวของร่างกาย (ข้อมูลพื้นฐาน) ให้บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม เพิ่มช่องทางสื่อสารให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้เข้าถึงมากขึ้น ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาได้
 - 2) รูปภาพของผู้ป่วย ช่วยในการระบุตัวตนของผู้รับบริการ ลดความคลาดเคลื่อนจากการให้บริการผิดคน
 - 3) ข้อมูลประวัติการแพ้ยา การเฝ้าระวังการใช้ยาของผู้ป่วยในฐานข้อมูล HosXP และระบบ Pop Up เพื่อให้แพทย์ผู้สั่งใช้ เภสัชกรและพยาบาล ได้เกิดความตระหนักและร่วมกันป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประวัติการแพ้ซ้ำ
 - 4) ระบบ Pop-Up เตือนข้อมูลอันตรกิริยาของคูยา (DI) ที่มีกับ Wafarin
 - 5) เภสัชกรงานบริหารเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถเข้าถึงข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจด้านอื่นๆ รวมทั้งสามารถส่งต่อข้อมูลการบันทึกเกี่ยวกับ DRP ที่คัดกรองได้ ให้กับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

บทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น :

- ในการสั่งใช้ยาของแพทย์ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ แพทย์จะเห็นข้อมูลยาทั่วไป ชื่อยา ความแรง รูปแบบ ราคา เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่ เป็นยา HAD หรือไม่ และทราบประวัติการรับยาในอดีตของผู้ป่วย มีรายการยาทั้งหมดในโรงพยาบาล (drug list) ใน Intranet ตลอดจนระบบเตือนระงับการใช้ยาต่าง ๆ เช่น กรณีแพ้ยา, LASA, HAD เป็นต้น

- ในกระบวนการส่งมอบยา ผู้ป่วยหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะได้รับข้อมูลยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ปรากฏบนฉลากยา ซึ่งประกอบไปด้วย ชื่อยา จำนวน วิธีใช้ สรรพคุณของยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ซึ่งได้พัฒนาข้อมูลการใช้ยาในสตรีมีครรภ์เพิ่มเติมในทุก category ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีประวัติ G – 6 – PD deficiency เพื่อให้ข้อมูลทางยาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และลดความเสี่ยงในการเลือกใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์ หรือมีประวัติ G – 6 – PD deficiency

ผลการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อป้องกัน ME/ADE :

- จากการติดตามผลการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อป้องกัน ME/ADE ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า
 - 1) จำนวนอุบัติการณ์prescribing error ภาพรวมทั้งของ OPD และ IPD ในปี 56, 57 และ 58มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี 55เนื่องมาจากที่แพทย์มีการสั่งยาทางระบบคอมพิวเตอร์ HOSxPเพิ่มขึ้นจนครอบคลุมเกือบ 100 % เพิ่มระบบเตือนเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในโปรแกรม HosXPเช่น Pop Up เตือนผู้ป่วยแพ้ยา ปรับสีอักษรยา NED การนำความแรงมาไว้หน้าชื่อยา การปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน ซึ่งในส่วนของห้องยาผู้ป่วยในเภสัชกรจะสอบถามกลับกรณีพบความไม่ชัดเจนของลายมือแพทย์ในสำเนา Doctor Order Sheet โดยตรงทันที และส่งทบทวนแก้ไข นอกจากนี้ยังมีเภสัชกรประจำบนหอผู้ป่วยคัดกรองทั่วไป 4 หอที่จะช่วยคัดกรองสำเนา DOS ก่อนส่งมารับยา นอกจากนี้ตั้งแต่ปี

55 เป็นต้นมา อัตราส่วน Miss : Near miss ไม่เกิน 1% และมี PE ที่เหนียวทำให้เกิด AE ความรุนแรงระดับ E 1 รายในปี 56 ได้ คือมีการสั่งจ่าย Dimenhydrinate tab ให้กับผู้ป่วยที่แจ้งว่าตัวเองมีประวัติการแพ้(แต่ไม่มีระบุแจ้งใน OPD card) และพบ 2 รายในปี 57 ได้แก่มีการสั่งยา NSS drip ในผู้ป่วย Hypernatremia และไม่ได้สั่งยาเดิม Phenytoin (100 mg) 3xhs ให้กับผู้ป่วย

2) อัตรา dispensing error ภาพรวมทั้ง OPD และ IPD ตั้งแต่ปี 55 จนถึงปัจจุบัน สัดส่วน Miss : Near miss มีแนวโน้มลดลง จาก 14.4% ในปี 55 เหลือ 7.7% ในปี 58 เนื่องจากงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยได้มีการเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกรตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายทุกรายในช่วงเวลาทำการปกติ และในปี 56 พบอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ F 1 ราย ที่เกิดเนื่องจาก DE ได้แก่แพทย์สั่ง Aldactone (25 mg) pc 1x1 ห้องยาจ่าย Aldomet (250 mg) ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย BP 82/52 mmHg P 119/m RR 20/m

3) จากข้อมูล AE- IPD ในปี 2556 ถึงแม้ว่าอัตราการเกิด AE ภาพรวมจะลดลงจาก ปี 2555 แต่กลับพบว่า Miss > Near miss ในอัตราส่วน 64.85 : 39.98 และเป็นระดับ C ร้อยละ 73.74 , ระดับ D = 26.25 พย ระดับ E ร้อยละ 0.27 (1 ครั้ง) เกิดจากการบริหารยากันชักในผู้ป่วยเด็ก โดยให้ญาติเตรียมยา ผสมยาเอง ยามีรสขม ทำให้เด็กไม่ยอมรับประทาน และญาติไม่ได้แจ้งให้พยาบาลทราบ พยาบาลจึงไม่ได้ประสานเภสัชกรเพื่อเตรียมตำรับพิเศษ ต่อมาเด็กมีอาการชัก มีการทบทวนในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องร่วมกับกุมารแพทย์ ให้มีการระมัดระวังการบริหารยาในกลุ่มที่สำคัญ ห้ามให้ญาติเตรียมยา หรือผสมยาเอง

ปี 2557 พบอัตรา AE - IPD เพิ่มขึ้นสูงกว่าปี 2556 อัตราส่วน Near miss : Miss = 51.04 : 48.96 พย ระดับที่รุนแรงสูงสุดคือระดับ D ร้อยละ 12.23 และ ระดับ C 36.71 ซึ่งได้มีการทบทวนจากเวชระเบียน และจาก incident report พบว่าขาดการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา 7R พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เกิดจากการบันทึกผิดพลาดในใบแจ้งการให้ยา(ไม่ครบถ้วน/ลืมนบันทึก การให้ยาผิดขนาด การลืมหยา มีการจัดทำแนวทาง/ตัวอย่างการคัดลอกยาในใบ MAR และการนิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอรวมทั้งมีการนิเทศหน้างานร่วมกับทีมระบบยาจากการติดตามอัตราการเกิด AE - IPD ในปี 2558 (ต.ค.-มี.ค.) พบอุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลง อัตราส่วน Near miss: Miss = 56.34 : 43.66 พยระดับที่รุนแรงสูงสุด คือระดับ D ร้อยละ 14.43 ระดับ C ร้อยละ 28.87 จากการนิเทศติดตาม และการ Audit Chart พบว่า เกิดจากการบันทึกที่ผิดพลาดในใบแจ้งการให้ยา โดยลืมนบันทึก /บันทึกไม่ครบถ้วน รวมถึงการบันทึกใบเบิกยาเสพติดไม่ถูกต้อง และพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ยังไม่ถูกต้อง ไม่มีการ monitor หลังให้ยา การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ได้มีการกระตุ้น โดยการลง quality round ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และคณะกรรมการระบบยา และมีการกำหนดนโยบาย safety drug โดยเน้นแนวทางการแพ้ยาซ้ำและ HAD

บทเรียนเกี่ยวกับการทำ Med reconcile :

- กระบวนการ Medication reconciliation มีการดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบในหอผู้ป่วยที่มีเภสัชกรประจำ ได้แก่ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหัตถ์ 1-4 และ โดยมีการซักประวัติและตรวจสอบยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือนำติดตัวมาทุกรายที่รับใหม่ โดยจะลงข้อมูลในแบบบันทึก Medication reconcile เพื่อแจ้งแพทย์ให้ยืนยันหรือปรับเปลี่ยนการสั่งจ่าย หากรายการใดแพทย์ต้องการยืนยันใช้ก็จะเขียนคำสั่งสั่งลงใน Doctor order sheet โดยถ้าเป็นรายการยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาล ห้องยาผู้ป่วยในจะจัดจ่ายยาให้ตามระบบ Daily dose หากรายการยาใดไม่มีในบัญชีรายการยา พยาบาลหอผู้ป่วยจะนำยาเดิมของผู้ป่วยมาบริหารให้ตามคำสั่งแพทย์

ผลลัพธ์ (Result)

- เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยสามารถทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยรายใหม่ได้ครอบคลุม และยังติดตามค้นหา ปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย (DRPs) ซึ่งพบว่าในปี 2556,2557และปี 2558 (6 เดือน)ที่ผ่านมาสามารถตรวจจับและแก้ไข DRPs ในผู้ป่วยได้ 1,127 , 725 และ 279 ครั้งตามลำดับโดยพบว่าประเภทของปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดเป็นปัญหาในลักษณะอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยใช้ยาผิดไปจากที่แพทย์สั่งใช้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา และ ผู้ป่วยใช้ยาชุด สมุนไพร อาหารเสริม ตามลำดับ

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนคำสั่งใช้ยา :

- จัดทำ drug profile ผ่านโปรแกรม HOSxP เพื่อการเข้าถึงข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย
- จัดพิมพ์ฉลากยาในลักษณะทดแทน MRS เพื่อลดความซ้ำซ้อนจากการคัดลอกข้อมูลของพยาบาลผู้บริหารยา (เพื่อใช้เป็นฉลากติด Syringe เตรียมผสมยา)
- จัดทำสำเนา Doctor Order Sheet เพื่อให้เภสัชกรสามารถเห็นลายมือแพทย์โดยตรงเพื่อช่วยคัดกรองและป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา
 - พยาบาลมีการทวนสอบคำสั่งแพทย์ทุกครั้งในขณะตาม Round และมีการคัดลอกคำสั่งลงใบแจ้งการให้ยา โดยพยาบาลอีกคน

การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

บทเรียนเกี่ยวกับการเตรียมยาในหอผู้ป่วย :

- การทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายโดยพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความปลอดภัยจากการใช้ยา
- จากปัญหาความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเตรียมยาผิดชนิด ผิดคน ผิดความแรง จึงเกิดแนวคิดของการเพิ่มประสิทธิภาพในการดักจับความคลาดเคลื่อน โดยปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบจาก double check เป็น independent double check เพื่อความถูกต้องและปลอดภัยก่อนการบริหารยา โดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงสูง
- เภสัชกรจัดเตรียมยาเฉพาะราย(Extemporaneous preparations) 32 ตำรับและเตรียมผสมยาเคมีบำบัด (Cytotoxic drugs) 4 ตำรับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีแนวทางจัดการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่กระบวนการลงทะเบียนผู้ป่วย การสั่งใช้ยาด้วย pre - print order ซึ่งมีข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยที่ครบถ้วน เพื่อช่วยในการตรวจสอบขนาดยาที่ควรได้รับก่อนเตรียม การพิมพ์ฉลากยา การส่งมอบยาให้แก่หอผู้ป่วยด้วยวิธีที่รัดกุม มีชุด spill kit ในระหว่างขนส่งยา พร้อมให้คำแนะนำและจัดอบรมเรื่องการบริหารยาเคมีบำบัด, วัตถุประสงค์เมื่อยาเคมีบำบัดหกหรือตกแตก, วัตถุประสงค์เมื่อยาเคมีบำบัดกระเด็นเข้าตาหรือสัมผัสผิวหนัง, การทิ้งและทำลายขยะและอุปกรณ์ปนเปื้อนยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- จัดตั้งหน่วยบริการเตรียมผสมสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition : TPN) สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ทารกแรกเกิดซึ่งในปี 2556-2558 ที่ผ่านมามีการจัดเตรียม TPN สำหรับเด็ก 13,18 และ 7 ราย จำนวน 45,26 และ 11 ขวดตามลำดับ
 - การจัดเตรียม Extemporaneous Eye Preparation ในปี 2556-2558 จำนวน 6, 8, 8 ตำรับจำนวน 92, 105, และ 61 ขวด ตามลำดับ

บทเรียนเกี่ยวกับการติดฉลากยา การส่งมอบยาหรือการกระจายยา :

- การติดฉลากยา
 - 1) กรณีผู้ป่วยนอก ความสมบูรณ์ของข้อมูลเฉพาะด้านยา เช่น ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ ตลอดจน คำแนะนำพิเศษในยาบางรายการ รวมทั้งการระบุความเสี่ยงต่อครรภ์ (Pregnancy category) ในหญิงตั้งครรภ์ ให้ครบถ้วน และผู้ป่วย G - 6 - PD deficiency เป็นต้น
 - 2) กรณีผู้ป่วยใน ปัญหาฉลากยาเดิมจะพิมพ์เฉพาะชื่อยา ชื่อผู้ป่วย แต่จะไม่มีวิธีบริหารยาตามที่แพทย์สั่ง จึงมีการปรับให้ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน Key วิธีการใช้ยาทุกรายโดยเภสัชกรเป็นผู้อ่านคำสั่งแพทย์โดยตรงจากสำเนา DOS และบันทึกวิธีบริหารยาเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสหวิชาชีพให้สามารถดึงข้อมูลไปใช้ตรวจสอบร่วมกัน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของวิธีบริหารยา
- การส่งมอบยา
 - 1) กรณีผู้ป่วยนอก เภสัชกรส่งมอบยาโดยใช้คำถามหลัก(Prime Question) และมีเภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูงสุด ยาที่มีเทคนิคพิเศษในการใช้ ยาฉีดอินซูลิน ยา warfarin และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น Easy Asthma Clinic รวมทั้งมีการดำเนินงานด้านบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในผู้ป่วย

กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM, Chronic Kidney diseases (CKD), CAPD , TB , ARV ในผู้ป่วยเด็ก โดยมีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

2) กรณีผู้ป่วยใน เช่น ยา HAD มีเอกสารแนบไปกับยาซึ่งเป็นข้อมูลด้านการเตรียมผสม การบริหาร และการติดตาม ADR และ ME ตลอดจนข้อควรระวัง เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการทวนสอบผลจากการใช้ยาด้วย

บทเรียนเกี่ยวกับการบริหารยาและการใช้ MAR :

- การใช้ใบ MAR

1) ใบ MAR จากเดิมมีการลงนามเฉพาะผู้บริหารยา ไม่มีการลงนามชื่อผู้ตรวจสอบ ปัจจุบันให้มีการลงนามชื่อผู้ตรวจสอบโดยเน้นเฉพาะยา HAD และการให้เลือด

- การบริหารยา

1) มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องโดยเภสัชกรตั้งแต่ห้องจ่ายยา และมี Independent Double Check จากทีมพยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งมีการตรวจสอบโดยหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการสุ่มนิเทศงานเกี่ยวกับการเตรียมยา การให้ยา การระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา รวมทั้งการบันทึกหลังให้ยา และนำผลการตรวจสอบมาทบทวนเพื่อพัฒนาระบบบริหารยาในหอผู้ป่วยต่อไป

2) มีการใช้สติ๊กเกอร์ติดที่ syringe ยาฉีดเพื่อระบุชนิดของยาให้ถูกต้อง และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

3) การบริหารยาให้ตรงตามเวลาจริงขณะให้ยา มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันภายในหน่วยงาน โดยการตั้งเวลาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้ตรงกัน และมีการติดตั้งนาฬิกาที่รถแจกยา มีการบริหารยาโดยใช้ระบบ No Card ยารับประทานแจกยาตามเตียงผู้ป่วยและลงเวลาเช่นชื่อพื้นที่มีการตกลงร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพในเรื่องระยะเวลาที่คลาดเคลื่อนไปจากเวลาที่ควรบริหารยาที่ไม่ถือว่าเป็นเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เวลาก่อนหรือหลังไม่เกินหนึ่งชั่วโมง

4) มีการระบุตัวผู้ป่วยก่อนการให้ยา โดยถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย และดูป้ายชื่อมือโดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อตนเองโดยไม่ถามนำ

5) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้องก่อนบริหารยาให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารยาและยืนยันความถูกต้อง

6) ยา HAD มีการจัดเก็บแยกชัดเจน, เขียนด้วยหมึกแดง มีเอกสารข้อมูลการเตรียมผสมและการเฝ้าระวังสำหรับยาเสพติดเก็บในที่มิดชิด เข้าถึงยาก มีการตรวจสอบทุกเวรและมีกุญแจล็อก การบริหารยา HAD จะต้องมีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และบันทึกใน Nurse Note ทุกครั้ง

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

ปัญหาการใช้ยาสูด/ยาพ่นในผู้ป่วยเด็ก Astma ไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดทักษะ ความรู้ในการใช้ยา มีการให้คำปรึกษาเชิงรุกที่คลินิก Asthma มีอุปกรณ์และสื่อการสอนที่ชัดเจนโดยเภสัชกรเป็นผู้ฝึกสอนให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประเมินผลจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้มีการปรับปรุงระบบการให้ข้อมูล/สื่อสาร และระบบบริการให้คำปรึกษาด้านยา โดยปรับภูมิทัศน์บริเวณหน้าห้องยา ขยายห้อง counseling ให้กว้างขึ้น จัดทำบอร์ด/ป้ายสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น จัดทำสื่อการสอนเรื่องการฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวานจัดทำฉลากช่วยวิธีใช้ยาที่เป็นรูปภาพประกอบ กล่องพลาสติกสำหรับจัดเก็บยา ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ อ่านหนังสือไม่ออก

บทเรียนเกี่ยวกับการติดตามผลการใช้ยา :

- แพทย์/พยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวันเพื่อติดตาม เฝ้าระวังและประเมินผลการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและแจ้งเภสัชกรร่วมประเมินเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา

- พยาบาลติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผลการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ในช่วงเช้า ขณะตรวจติดตามสัญญาณชีพ ขณะบริหารยา ขณะทำหัตถการ และขณะรับ - ส่งต่อเวรประจำวัน และแจ้งเภสัชกรเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการทวนสอบผลการใช้ยาและแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทบทวนแก้ไขต่อไป

- เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาผู้ป่วยนอกในคลินิกต่าง ๆ ได้แก่ เบาหวาน, Asthma, Wafarin,CKD และติดตามผลการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย หากพบปัญหาจะประสานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และได้ผลการรักษาที่ดี และจากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกพิเศษต่างๆในปี 2556 และ 2557 ที่ผ่านมา ได้ค้นหาและแก้ไข DRP ให้กับผู้ป่วย 481 และ 512 ครั้ง ตามลำดับซึ่งพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาเม็ด ได้แก่ การรับประทานยาขนาดต่ำหรือสูงกว่าที่แพทย์สั่ง และไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามลำดับ ซึ่งหลังได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรแล้วสามารถแก้ไขในภาพรวมทุกสภาพปัญหาได้ประมาณ25%

- เภสัชกรประจำหน่วยเตรียมยาเคมีบำบัดทำการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน, มีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องยาในทีมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ ติดตามผลการใช้ยาและ ADR ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา :

- ในปี 2556 และ 2557 ที่ผ่านมา พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย(DRP) จากการดำเนินการด้านMedication Reconciliation ของผู้ป่วยใน4 หอจำนวนทั้งสิ้น 1,127 และ 725 ครั้งตามลำดับ โดยพบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ผู้ป่วยใช้ยาผิดไปจากแพทย์สั่ง ขาดความร่วมมือในการใช้ยา ใช้ยาชุด สมุนไพร อาหารเสริม

- ปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพยาบาลมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมาก การคัดลอกยาเดิมของผู้ป่วยลงตามแบบฟอร์มที่กำหนดจึงไปเพิ่มภาระให้กับพยาบาลมากขึ้น เภสัชกรไม่มีโอกาสร่วมตรวจสอบความถูกต้องและทบทวนคำสั่งใช้ยาเนื่องจากแพทย์บางท่านไม่บันทึกและลงนามกำกับในแบบบันทึกการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย

- หากการใช้ต่อไปผู้ป่วยไม่ได้นำยาที่ใช้ประจำอยู่ติดตัวมาด้วย บางครั้งอาจทำให้ไม่ได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องให้พยาบาลสอบถามและแจ้งญาติให้นำมาด้วย หรือกรณีทราบ(จากประวัติยาในอดีตในฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล) จะแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณา

- หากผู้ป่วยนำยาเดิมที่ใช้ประจำติดตัวมาด้วย

- 1) พยาบาลตรวจสอบและรายงานแพทย์

- 2) แพทย์พิจารณายืนยันการใช้ยาต่อ หรือหยุดใช้ หรือปรับเปลี่ยนวิธีใช้ลงในแบบบันทึกคำสั่งใช้ยาของผู้ป่วย

- 3) เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาเดิมและยาใหม่ และจ่ายยาตามระบบกระจายยาของโรงพยาบาล

- 4) พยาบาลบนหอผู้ป่วยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของยาทั้งหมดที่ได้รับจากห้องยา ก่อนจัดเตรียมและบริหารให้แก่ผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ปัจจุบัน โดยเก็บยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาด้วยไว้ก่อน เพื่อป้องกันยาซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย

- 5) เมื่อแพทย์สั่งจำหน่ายผู้ป่วย ให้นำยาเดิมที่ผู้ป่วยติดตัวมาด้วยนั้นกลับมาใช้เป็นยารับประทานและสั่งยาเพิ่มให้ครบถ้วน ถูกต้องตามคำสั่งใช้ยากลับบ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วย

- ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ

- 1) การที่ผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมติดตัวมาด้วยเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำเป็นต้องสอบถามผู้ป่วยเพื่อแจ้งแพทย์ซึ่งบางครั้งต้องใช้เวลาในการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยนานหากเป็นยาที่ได้รับจากสถานบริการอื่นๆ

- 2) แพทย์ไม่บันทึกและลงนามกำกับในแบบบันทึกการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย จึงไม่มีหลักฐานให้เภสัชกรร่วมตรวจสอบความถูกต้องและทบทวนคำสั่งยาได้

- 3) กรณีผู้ป่วยมียาเดิมที่ได้รับจากโรงพยาบาลอื่นๆซึ่งอยู่ต่างจังหวัดอาจมีปัญหาเรื่องการประสานงานเร่งด่วนเรื่องการขอทราบข้อมูลยา

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาในสถานบริการเครือข่าย
2. การนำข้อมูล pre-dispensing error มาวิเคราะห์ให้บ่อยมากขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและลดโอกาสในการเกิด DE
3. ใช้ HOSxP มาช่วยในเรื่องของการบันทึกข้อมูลและพิมพ์แบบฟอร์ม Medication Reconcile แทนการคัดลอก
4. การนำข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยที่จำเป็นของผู้ป่วยในมาช่วยในการคัดกรอง/ป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย
5. การส่งต่อข้อมูลยา Home medicine ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจากผู้ป่วยในไป F/U เป็นผู้ป่วยนอก

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
54. การวางแผนและการจัดการ	3.0	- ปรับปรุงนโยบายด้านยาให้บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยด้านยา
55. การเก็บสำรองยา	4.0	- การเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบการสำรองยาและการจัดการยาคืน
56. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง	3.0	- พัฒนาระบบ medication reconciliation ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น - ดำเนินการติดตาม กำกับ และประเมินผลการใช้ยาให้เกิดความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง - กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาคำสั่งเฉพาะให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม
57. การทบทวนคำสั่ง เตรียม จัดจ่าย/ส่งมอบยา	4.0	- ทบทวนข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาทุกไตรมาสเพื่อบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ - การนำข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยมาช่วยในการทบทวนคำสั่งใช้ยา
58. การบริหารยาและติดตามผล	3.0	- พัฒนาระบบการติดตามผลการใช้ยา โดยเฉพาะกลุ่ม HAD และเพิ่มประสิทธิภาพการรายงาน ADE/ME

II-7.1 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัยได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการ

ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจที่ไม่ถูกต้อง	0%	1.0	0.9	1.02	1.65
อัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาดจากข้อร้องเรียน	0%	-	0.002 (3เรื่อง)	0.005 (2เรื่อง)	0.002 (2เรื่อง)
ผลของการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก (EQC) ทุกสาขา	อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ตียอมรับได้ รายละเอียดอยู่ในข้อการทดสอบความชำนาญ/EQC/EQA				
จำนวนผลการตรวจวิเคราะห์ของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ ตามเวลาที่กำหนด (เฉพาะ 2 รายการตรวจ - CBC, UA ภายใน 30 นาที)	0%	-	63 (CBC,UA, FBS)	44.6 (CBC,UA)	41.95 (ทำได้33.8 นาที)
อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน	100%	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ญาติและผู้ป่วย) งานคลังเลือด	>90%	95.3	96.7		
งานอื่นๆ	>90%	-	98.69	99.0	-
อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ(ภายใน โรงพยาบาล) งานคลังเลือด	>90%	73.7	75.3	89.24	-
งานอื่นๆ	>90%	-	77.92		
อัตราการรายงานคำวิฤตที่ถูกต้อง ครบถ้วน	100%	98	90	95	98

บริบท :

กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้มารับบริการอย่างปลอดภัย เพื่อผลการตรวจที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วและทันตามเวลาที่กำหนด ภายใต้การควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาคลินิกเริ่มตั้งแต่การรับคำขอตรวจ การเก็บส่งตรวจ การเตรียมส่งตรวจ การตรวจวิเคราะห์ การรายงานผล ตลอดจนการติดตามผลการวิเคราะห์ว่าสอดคล้องกับอาการทางคลินิก ครอบคลุมงานบริการ ทั้ง 10สาขา ได้แก่

1. งานโลหิตวิทยา
2. งานเคมีคลินิก
3. งานจุลทรรศน์วิทยา
4. งานจุลชีววิทยา
5. งานภูมิคุ้มกันวิทยา
6. งานธนาคารเลือด
7. งานตรวจทางเซลล์วิทยา
8. งานนิติเวชและพิษวิทยา
9. งานห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน
10. งานบริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น

โดยให้บริการแก่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลใกล้เคียงและคลินิกต่างๆในเวลาราชการพร้อมให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (เฉพาะบางรายการทดสอบ)และมีบริการระบบส่งต่อ

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา) :

จำนวนบุคลากร รวมทั้งสิ้น 28 คน ดังนี้

ตำแหน่ง	จำนวน	งานตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์(แยกตามสาขา)							
		เคมีคลินิก	โลหิตวิทยา/ จุลทรรศน์	ภูมิคุ้มกัน วิทยา	จุลชีววิทยา	ผู้ป่วย นอก	ธนาคาร เลือด	ส่วนกลาง	เซลล์ วิทยา
นักเทคนิคการแพทย์	6	1	1	1	1		1	1(หัวหน้า กลุ่มงาน)	
นักวิทยาศาสตร์ การแพทย์	2						2		
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์	13	1	2	2	2	2	2		2
พนักงานวิทยาศาสตร์	3					1	2		
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	4					1		1	
พนักงานบริการ	2	1					1		
รวม	28	3	3	3	3	4	8	2	2

กระบวนการ:

การเพิ่มขีดความสามารถของการตรวจ lab (ในช่วง 1 - 2ปีที่ผ่านมา/แผนที่จะเพิ่ม) :

- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 (LA) ซึ่งเป็นการรับรองรอบที่สอง โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Re-accreditation) ณ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557
- ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขในเครือข่ายให้ครอบคลุมโดยใช้ระบบ Rax Checkpoint เพื่อขอตรวจและรายงานผลออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิใน

เครือข่ายอำเภอเมือง ช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยได้รับการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกันทุกเครือข่าย

- เป็นแม่ข่ายในการดำเนินงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่รพ.ชุมชนเพื่อให้ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 (LA) ครบทั้งจังหวัดซึ่งปัจจุบันผ่านการรับรองแล้ว 5 แห่งและอยู่ระหว่างดำเนินการอีก 1 แห่ง เท่านั้น

- ดำเนินการตรวจประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอำเภอเมืองจำนวน 13 แห่งและเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดยความร่วมมือกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครสวรรค์ได้ ทำการควบคุมคุณภาพภายใน(EQC)การทดสอบที่สำคัญเช่น Hematocrit ตรวจกลูโคสจากปลายนิ้ว (DTX) เป็นต้น

- ดำเนินโครงการเปรียบเทียบผลการตรวจระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlabcompare) ร่วมกับรพ.อุทัยธานี รพ.ห้วยทับทันและ บ. PCT laboratory ในทุกการตรวจที่ยังไม่มี EQA

- พัฒนาระบบ สารสนเทศ (LIS) ในห้องปฏิบัติการเช่น เพิ่มจำนวนเครื่องมือเชื่อมต่อกับ LIS, การนำส่งสิ่งส่งตรวจแบบ paperless, การรายงานผล On line ซึ่งแพทย์หรือผู้ที่ได้รับอนุญาตสามารถเรียกดูผลตรวจจากระบบ HOSxP และสามารถพิมพ์ใบรายงานผลการตรวจได้ ณ จุดที่ต่อเชื่อมระบบ Rax Check point เช่น หอผู้ป่วย และแผนกผู้ป่วยนอกบางจุดได้ เป็นต้น

- พัฒนาคุณภาพระบบด้านหน้า ให้สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ เช่น ระบบ One stop service, นำระบบกระสวยสุญญากาศมาใช้ในการส่งสิ่งส่งตรวจ, ใช้ระบบบริหารจัดการสิ่งส่งตรวจอัตโนมัติ (ROBO) เพื่อลดเวลารอคอย และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

- กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ดำเนินการตรวจ PSA, CRP, Lipasetest ตามความต้องการของแพทย์โดยไม่ต้องนำส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอกเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผลและทันต่อความต้องการ

- ลดระยะเวลาการรอคอยผลการนำส่งห้องปฏิบัติการภายนอกจาก 1 เดือนเป็น 2 สัปดาห์ยกเว้นการตรวจโครโมโซม

- ตรวจวินิจฉัยเชื้อรา candida ได้ถึงระดับสปิซิส

- ใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ Chromogenic UTI ช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัยเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- เปลี่ยนเครื่องตรวจอัตโนมัติจากเทคโนโลยีเดิมเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่ทันสมัย สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น เช่น เครื่อง Architect i2000sr, Architect i1000sr, Flowcytometer รุ่น FC500 - MCL, เครื่องตรวจ HbA1C รุ่น HA8160, Konelab Prime30i เป็นต้น

- เพิ่มเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก ลดการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากงานอื่นๆ ไปช่วยปฏิบัติงานทำให้การดำเนินงานแบบ One stop service ได้ดียิ่งขึ้น

- เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองเลือดผู้บริจาคด้วยวิธี NAT โดยส่งตรวจที่สภากาชาดไทยเขตนครสวรรค์ ดังรายละเอียดใน งานธนาคารเลือด

แผนที่จะเพิ่ม

- ส่งรายงานผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกเข้าสู่ระบบ HIS : HOSxP ของโรงพยาบาลและระบบ Rax Checkpoint

- พัฒนาการนำส่งสิ่งส่งตรวจแบบ paperless และการรายงานผล On line ซึ่งแพทย์หรือผู้ที่ได้รับอนุญาตสามารถเรียกดูผลตรวจจากระบบ HOSxP และสามารถพิมพ์ใบรายงานผลการตรวจได้ ณ จุดที่ต่อเชื่อมระบบ Rax Check point ให้ครบทุกจุดในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น เพื่อช่วยให้ได้รับผลได้สะดวกรวดเร็ว ทันต่อความต้องการและลดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงผลการตรวจหายได้

- พัฒนาระบบสารสนเทศ (LIS) ในห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมในงานธนาคารเลือดและเซลล์วิทยา

- การเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาความลับผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น เช่นการส่งตรวจและรายงานผลเอชไอวี

- การให้ OPD Lab เป็นจุดรับตัวอย่างรวมทั้งจากหอผู้ป่วยและคนไข้ OPD เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งตัวอย่างไม่ต้องขึ้นมายังชั้น3
- ควบคุมระบบเบิก-จ่าย วัสดุ อุปกรณ์และ container แก่หน่วยงานต่างๆโดยให้สามารถตรวจสอบกลับถึงที่มาของLot วันหมดอายุ ผู้เบิก ตลอดจนสถิติการใช้ต่างๆ ฯลฯ อย่างเหมาะสมได้
- เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ลดค่าใช้จ่ายวัสดุ-เคมีภัณฑ์ ลง 20% ดังนั้นทางกลุ่มงานฯจึงต้องควบคุมและกำหนดแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์วัสดุวิทยาศาสตร์ ร่วมกันทั้งจังหวัดชัยนาทตามมติที่ประชุมวันที่ 11 มีนาคม 2557 โดยยังคงคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ไว้
- เนื่องจากขาดบุคลากรทดแทนเจ้าหน้าที่ที่เกษียณทั้งปีนี้และปีต่อไปทุกๆปี ซึ่งจะมีผลกระทบต่องานมากขึ้น จึงต้องปรับเปลี่ยนระบบงานให้สอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้น

โครงสร้างกายภาพที่เอื้อต่อคุณภาพและความปลอดภัย:

- ติดป้ายแสดงการควบคุมการเข้าออกเฉพาะเจ้าหน้าที่
- มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานเอกสารและห้องรับประทานอาหาร
- แยกพื้นที่ปฏิบัติงานแต่ละสาขาเป็นสัดส่วนชัดเจนมีป้ายชี้บอก
- นำป้าย / สติกเกอร์ติดกระจกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและบางจุดเป็นการประชาสัมพันธ์
- มีการเก็บแยกขยะอย่างชัดเจน
- เปลี่ยนตำแหน่งติดตั้งสารเคมี ที่ใช้ในการดับเพลิง มีป้ายแสดงชัดเจนเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการหยิบใช้เมื่อจำเป็น
- มีตู้ปลอดเชื้อ Biohazard safety cabinet ในห้องแยกแบคทีเรีย
- มีการเปลี่ยนรองเท้าเมื่อจะเข้าหรือออกพื้นที่ทำงานของหน่วยงาน
- ปรับปรุงสถานที่เจาะเลือด OPD ให้ดูเหมาะสม สวยงามและปลอดภัยยิ่งขึ้น
- ทาสีผนังห้องที่เปรอะเปื้อน และมีเชื้อราเกาะติด
- ปรับเปลี่ยนก๊อกอ่างล้างมือห้องปฏิบัติการให้มีการปิดเปิดแบบก้านโยก
- ปรับปรุงระบบทำความสะอาดและขจัดขยะโดยจ้างเอกชน

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ:

- เพื่อให้ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างพอเพียงและพร้อมใช้งานได้ดำเนินการดังนี้
 1. มีการวางแผนตามความต้องการ จัดหาและคัดเลือกตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และตามความจำเป็น
 2. มีการตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้พร้อมใช้งานทุกวันก่อนปฏิบัติงาน
 3. มีการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนการสอบเทียบประจำปี
- มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมีแนวทางในการป้องกันความเสียหายของเครื่องมือเนื่องจากระบบไฟฟ้าและอันตรายอื่นๆ โดย
 1. มีแผนการซ่อมบำรุงและการดูแลรักษาเฉพาะเครื่อง
 2. มีคู่มือการใช้งานและคู่มือการดูแลรักษาเฉพาะเครื่อง
 3. มีการบันทึกการซ่อมบำรุงต่างๆ
 4. ส่งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงไปอบรมการใช้เครื่อง การดูแลรักษา รวมทั้งการแก้ไขเครื่องมือเมื่อเกิดการขัดข้องเฉพาะเครื่อง
 5. มีระบบสำรองไฟสำหรับเครื่องอัตโนมัติ
 6. มีระบบการต่อสายดิน สำหรับเครื่องใช้ไฟฟ้า
 7. ก่อนใช้งานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องผ่านการอบรมแนะนำก่อนเสมอและศึกษาคู่มือการใช้งานอย่างละเอียด
 8. กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่เฉพาะเครื่อง รวมทั้งรายชื่อผู้ใช้เครื่อง

9. กำหนดเขตพื้นที่ปฏิบัติงานเฉพาะเจ้าหน้าที่
10. มีการชี้แจง (identify) และแสดงสถานะของเครื่องมือโดยติดป้ายแสดงสถานะเมื่อชำรุด
11. ติดป้ายแสดงผ่านการสอบเทียบ รวมทั้ง วันเวลา ที่ทำการสอบ
12. เครื่องมือสำคัญมีการบันทึกข้อมูลประวัติเครื่องมือ ประวัติการบำรุงรักษาและ ประวัติการซ่อมเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ใช้ในการบำรุงรักษา เช่น ป้องกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ก่อนที่เครื่องจะเสียหรือขัดข้องหรือใช้ในการควบคุมคุณภาพ เป็นต้น

การสอบเทียบและการใช้ผลการสอบเทียบ:

- เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ จัดทำโดยบริษัทเจ้าของเครื่องตามกำหนดเวลา
- เครื่องมือพื้นฐานที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์
 1. ดำเนินการเอง ตามแผนและกำหนดระยะเวลาสอบเทียบ
 2. กองวิศวกรรมเครื่องมือแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการประจำปี
- จัดทำรายชื่อเครื่องมือ กำหนดระยะเวลาในการสอบเทียบเครื่องมือเป็นระยะตามแผน และบันทึกผลการสอบเทียบพร้อมทั้งแก้ไขเมื่อมีปัญหา
- การใช้สารมาตรฐาน/วัสดุอ้างอิงเพื่อควบคุมคุณภาพ มีการบันทึกข้อมูลทุกครั้งและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหาหรือมีแนวโน้มที่จะมีปัญหา ก็จะมีการแก้ไขรายงานหาสาเหตุทันที

การส่งตรวจภายนอก (ชนิด หน่วยตรวจ การประเมิน):

- พิจารณาตามเกณฑ์ความสามารถ ของห้องปฏิบัติการที่ส่งต่อเพื่อความแน่ใจว่าคุณภาพงานบริการเป็นไปตามที่กำหนดต้องได้มาตรฐาน เช่น ISO 9002,guide25หรือ HA
- มีการประเมินห้องปฏิบัติการเพื่อส่งต่อทุกปีตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำเชื่อถือได้ สะดวก รวดเร็ว ราคาเหมาะสม
- การรายงานผลที่รวดเร็วโดยห้องปฏิบัติการภายนอกรายงานผลแบบ Real time ผ่านระบบ LISและรายงานผล onlineสามารถสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตได้ (โดยผลจริงจะส่งมาภายหลัง)และมีการเก็บสำเนาไว้ 1ชุด)
- มีสมุดควบคุมการรับส่งตัวอย่างและรับจ่ายผลการตรวจวิเคราะห์

การสื่อสารกับแพทย์/พยาบาลผู้ส่งตรวจ(วิธีการสื่อสาร การใช้ประโยชน์):

- การประชุมของกลุ่มงานและร่วมกับ PCT ต่างๆ
- การใช้บันทึกข้อความ
- การติดประกาศ
- การประชุมพิเศษ
- การจัดทำเป็นคู่มือ แนวทางปฏิบัติ
- การติดต่อทางโทรศัพท์

การรักษาความลับของการรายงานผล:

- ผลการตรวจ CD₄,Methamphetamine,ผลตรวจที่เป็นคดีความ จะบรรจุในซองที่ปิดผนึก ก่อนส่งถึงเจ้าหน้าที่
- การควบคุมการเข้าดูผลโดยการกำหนด passwordผู้ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นจึงจะสามารถเข้าดูผลได้ตามลำดับขั้น

คุณภาพการรายงานค่าวิกฤติ:

- ทางกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกทำการตกลงร่วมกับองค์กรแพทย์แล้วกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติที่ CHN-WP-LAB:LAB-003 เรื่องการรายงานค่าวิกฤติ ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามโดยตลอด มีแนวทางดังนี้
 1. ตรวจสอบความผิดปกติอื่น ๆรวมทั้งตรวจสอบค่า Control ให้อยู่ในค่าที่ยอมรับ

2. ทำการทดสอบซ้ำ และเขียนคำว่า Repeat แล้ว กำกับ
3. ค้นหาสิ่งอ้างอิงความเป็นไปได้ของผลการตรวจเช่นสอบถามข้อมูลจากพยาบาล ,ผลการตรวจอื่นๆที่สนับสนุน
4. โทรแจ้งค่าวิกฤตเพื่อให้แพทย์ทราบทันทีโดยต้องบันทึกชื่อผู้รับแจ้งในระบบคอมพิวเตอร์ทุกครั้งจึงจะสามารถพิมพ์ใบรายงานผลได้
 - เนื่องจากมีการเปลี่ยนระบบ LISเป็นระบบใหม่ในปี 2556 ซึ่งเดิมไม่สามารถช่วยตรวจสอบและบันทึกค่าวิกฤตได้ทำให้มีผลการบันทึกลดลงแต่ปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบโดยมีการปรับปรุงโปรแกรมเป็น Version 3.1แล้ว ซึ่งสามารถช่วยตรวจสอบ บันทึกและทวนสอบการรายงานค่าวิกฤตได้ดีเยี่ยมจึงคาดว่าจะสามารถช่วยให้มีการรายงานผลค่าวิกฤตเพิ่มขึ้นได้ต่อไป และมีแผนพัฒนาต่อเนื่องดังนี้
 1. พัฒนาระบบ LIS ให้สามารถแสดงค่าวิกฤตทันทีเมื่อตรวจพบโดยอาจเป็นเสียงเตือนหรือ POP UP ให้เป็นที่สังเกตเด่นชัดแก่ผู้ปฏิบัติงาน
 2. พัฒนาระบบ LIS ให้สามารถบังคับผู้ตรวจวิเคราะห์ต้องรับรายงานค่าวิกฤตภายในเวลาที่กำหนดไว้ ภายหลังจาก ตรวจสอบว่าใช่ค่าวิกฤตจริง
 3. พัฒนาระบบ LIS ให้สามารถตรวจสอบค่าวิกฤตที่เป็นตัวอักษรได้(Non parametric) เช่นการรายงานการพบเชื้อมาลาเรียหรือมีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น
 4. การรายงานผลตรวจวิเคราะห์โดยส่งผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อความสะดวก รวดเร็วโดยเฉพาะค่าวิกฤตที่สามารถมีเสียงเตือนที่หน้าจอของหน่วยงานนั้นๆได้

การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- มีการดำเนินงานตามกระบวนการหลักของหน่วยงานอย่างเคร่งครัดมีขั้นตอนดังนี้
- ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ เช่นการตรวจสอบสภาพและฉลากก่อนรับตัวอย่าง การปฏิเสธตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม
- ขั้นตอนการวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจ
- ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ เช่นกำจัดและทำลายสิ่งส่งตรวจ
- ภายหลังกการวิเคราะห์มีการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจตามมาตรฐานกำหนด เช่น งานภูมิคุ้มกันวิทยา เก็บตัวอย่างส่งตรวจไว้ที่4องศานาน 7 วันจากนั้นจึงกำจัดและทำลายสิ่งส่งตรวจมีแนวทางดังนี้
 - สิ่งส่งตรวจทุกชนิด(ยกเว้นปัสสาวะ),และวัสดุอื่นๆที่ปนเปื้อนสิ่งส่งตรวจทุกชนิดเทใส่ถุงแดงปิดมิดชิด เขียนป้ายแสดง/เตือน รอนำไปกำจัดตามวิธีที่โรงพยาบาลกำหนด
 - ถุงมือที่ใช้แล้ว ทั้งใส่ถุงแดง รอนำไปกำจัดตามวิธีที่โรงพยาบาลกำหนด
- ของมีคมที่ใช้แล้ว เก็บรวบรวมใส่ภาชนะที่ของมีคมไม่สามารถแทงทะลุได้ ใส่ถุงแดง เขียนป้ายแสดง/เตือน รอนำไปกำจัดตามวิธีที่โรงพยาบาลกำหนด
- งานเพาะเชื้อ เก็บรวบรวมใส่ถุงแดง เขียนป้ายแสดง/เตือน รอนำไปกำจัดตามวิธีที่โรงพยาบาลกำหนด
 - ขยะจากอาหารเลี้ยงเชื้อเทรวบรวมใส่ถุง Biohazard ฆ่าเชื้อโดยนึ่งในหม้อนึ่งความดันไอน้ำ ก่อนส่งกำจัดตามวิธีที่โรงพยาบาลกำหนด
 - มีแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับเพื่อลดความเสี่ยงของ NI ดังนี้
 - ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด
 - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อภายในหน่วยงาน
 - ปฏิบัติตามหลัก UP/Isolation precaution
 - มีการปฏิบัติตามแนวทางและวิธีที่กำหนดเกี่ยวกับการล้างมือของเจ้าหน้าที่

- จัดทำคู่มือมาตรฐานความปลอดภัย ในห้องปฏิบัติการเพื่อกำหนดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด
- มีการแยกขยะติดเชื้อและขยะธรรมดาโดยแยกสีบรรจุและติดป้ายชัดเจน
- มีการขนย้ายขยะอย่างปลอดภัย

การทดสอบความชำนาญ/EQC/EQA (ความครอบคลุม ผลการทดสอบ การปรับปรุง):

คะแนนEQA	2555	2556	2557	2558 (ถึงมี.ค.58)	หมายเหตุ
งานตรวจสาขา					
จุลทรรศน์ศาสตร์	3.40	3.85	3.69	75%	เกณฑ์มาตรฐานยอมรับได้ >2.5
โลหิตวิทยา	DI = 0.60	DI = 0.67	DI = 1.0	-	0.5 < DI < 1.0 = GOOD
เคมีคลินิก	MVIS = 55.5	MVIS = 63.2	MVIS = 63.0	-	เกณฑ์มาตรฐานยอมรับได้ <150
ภูมิคุ้มกันวิทยา	4.00	Satisfactory	Satisfactory	Satisfactory	ผลตรวจไม่เกิน $\pm 3SD$, Interlab comparison
ไรรอยด์, Tumor	B	B	B	B	
จุลชีววิทยา	3.61	3.70	3.70	-	เกณฑ์มาตรฐานยอมรับได้ >2.5
ธนาคารเลือด	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	ได้คะแนนเต็ม 4 ติดต่อกัน 3 ครั้ง = Excellent

ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (EQA) ได้ผลอยู่ในเกณฑ์ดีตลอด 3 ปี (ปีงบประมาณ) ดังนี้

การปรับปรุงแก้ไขเนื่องจากอุบัติการณ์สำคัญ:

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
<p>จิตใจ/อารมณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้อารมณ์ในการสื่อสารโต้แย้งระหว่างผู้ป่วยหรือญาติ กับเจ้าหน้าที่ 2. ผู้ป่วยรอนาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม ESB - ทำ CQI ลดกระบวนการให้บริการที่ซ้ำซ้อน
<p>ข้อมูล/เอกสาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลงผลการตรวจผิด 2. ไม่ลงทะเบียนรับ – ส่งสิ่งส่งตรวจ 3. ไม่ลงผลการตรวจ 4. สิ่งส่งตรวจหาย 5. ใบรายงานผลสูญหาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้Work sheet และมีระบบตรวจสอบก่อนลงผลใช้ระบบ LIS ในการออกผลการตรวจจากเครื่องตรวจวิเคราะห์โดยตรง - ส่งรายการตรวจทางคอมพิวเตอร์และให้แถบรหัสทุกราย - ผลการตรวจส่งจากเครื่องตรวจวิเคราะห์โดยตรงกรณีต้องลงผลการตรวจเพิ่มให้มีการตรวจสอบซ้ำและรับรองผลการตรวจทุกครั้ง และระบบLISจะไม่ให้รับรองผลหากลงผลการตรวจไม่ครบถ้วน - จัดระบบการรับสิ่งส่งตรวจโดยมีการตรวจสอบสิ่งตัวอย่างส่งตรวจกับใบนำส่งทุกครั้งและต้องมีการส่งตรวจในระบบ HOSxPด้วยทุกครั้ง - เนื่องจากบางแผนกยังไม่พิมพ์ผลการตรวจเองต้องรอเจ้าหน้าที่ Lab นำผลไปให้ซึ่งพบว่ามีค่าล่าช้า ผลหาย และต้องขอผลซ้ำ จึงควรติดตั้งโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกจุดและฝึกทักษะการใช้งาน โดยเฉพาะแผนก OPD เพื่อให้หอผู้ป่วยสามารถตรวจสอบและพิมพ์ผลการตรวจได้ ณ จุดส่งตรวจ ช่วยให้สะดวกรวดเร็วทันความต้องการและลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงผลการตรวจหายได้ - ปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถดูผลการตรวจนอกองค์กรได้ผ่านระบบRax checkpoint ซึ่งจากการสอบถามพบว่าดำเนินการแล้วอยู่ในช่วงทดสอบโปรแกรมให้สมบูรณ์เท่านั้น
<p>จริยธรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รักษามผลการตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันมีการกำหนดขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้ Password แล้วแต่อยู่ในระหว่างการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นเช่น การไม่แสดงผลที่เป็นความลับในระบบ HOSxP, การใช้รหัสแทนชื่อเพื่อป้องกันใช้, การไม่แสดงชื่อคนไข้ในใบรายงานผล เป็นต้น ทั้งนี้ผลตรวจที่เป็นคดีความจะบรรจุในซองที่ปิดผนึก ก่อนส่งถึงเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
<p>อุบัติเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> ไฟฟ้าลัดวงจร อัคคีภัย เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ, แก้วแตกบาด, เลือดกระเด็นเข้าตา, ติดเชื้อ สารเคมีกระเด็นเข้าตา, ถูกร่างกาย, แพ้กลิ่น สารเคมี 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดพื้นที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับลักษณะงาน - ปฏิบัติตาม CHN – W – LAB:LAB –004 - ปฏิบัติตาม CHN – WI – LAB:LAB –005 - จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง, รายงานความเสี่ยง, ปฏิบัติตามคู่มือความปลอดภัย - สวมเครื่องป้องกันขณะปฏิบัติงาน - เตรียมสิ่งส่งตรวจใน Hood เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
<ol style="list-style-type: none"> การแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม IC ทุกคน - ปฏิบัติตาม CHN – WI – LAB : LAB - 003 - ปฏิบัติตามคู่มือควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อ (CHN – WI – LAB : LAB – 006, 007)
<p>การติดต่อสื่อสาร</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำอธิบายของเจ้าหน้าที่ เก็บสิ่งส่งตรวจและนำส่งไม่ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - พุดจาให้เสียงดังชัดเจน, อธิบายโดยใช้คำศัพท์ที่ฟังเข้าใจง่าย - มีระบบการตรวจสอบ ชื่อ – สกุล, อายุ ก่อนการเก็บสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง - เขียนใบนำส่งตรวจทุกครั้งโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำ - กรณีส่งตรวจผ่านระบบ HOSxP. ต้องเก็บและตรวจสอบตัวอย่างก่อนส่งข้อมูล
<p>เครื่องมือ</p> <ol style="list-style-type: none"> เครื่องมือชำรุด มีอายุการใช้งานนาน เครื่องมือไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะการใช้เครื่องมือ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระบบการดูแลรักษาเครื่องมือภายในฝ่าย - จัดทำแผนเพื่อจัดซื้อ - จัดทำคู่มือการใช้งานประจำเครื่องต่างๆ แนะนำการใช้เครื่องมือจากผู้รับผิดชอบ ก่อนประจำการ

การประเมิน/รับรองจากองค์กรภายนอก (องค์กร บริการ วันที่ ผล):

- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 (LA) ซึ่งเป็นการรับรองรอบที่สอง โดยสภาเทคนิคการแพทย์ (Re-accreditation) ณ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557

ข้อเสนอแนะขององค์กรภายนอก/การตอบสนอง:

- การเขียนรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) ค่อนข้างน้อย/ดำเนินการตามกระบวนการรายงานความเสี่ยง (RM)
- ขอรับการประเมินต่ออายุการรับรองคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการภายใน 10 กุมภาพันธ์ 2560 / ดำเนินการตามแผนพัฒนาคุณภาพประจำปี 2557
- พัฒนาระบบ สารสนเทศ (LIS) ในห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมในงานธนาคารเลือดและเซลล์วิทยา
- เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ลดค่าใช้จ่ายวัสดุ-เคมีภัณฑ์ ลง 20% ดังนั้นทางกลุ่มงานฯ จึงต้องควบคุมและกำหนดแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์วัสดุวิทยาศาสตร์ ร่วมกันทั้งจังหวัดชัยนาท ตามมติที่ประชุมวันที่ 11 มีนาคม 2557 โดยยังคงคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ไว้

- เนื่องจากขาดบุคลากรทดแทนเจ้าหน้าที่เกษียณทั้งปีนี้และปีต่อไปทุกๆปี ซึ่งจะมีผลกระทบต่องานมากขึ้น จึงต้องปรับระบบงานให้สอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้นและจัดทำการวิเคราะห์ภาระงานเพื่อขอบุคลากรเพิ่มต่อไปในอนาคต

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบสารสนเทศ :ระบบ HIS ครอบคลุมทุกจุดใช้งาน, ติดตั้งระบบ LIS ในงานธนาคารเลือดและเซลล์วิทยา, ติดตั้งระบบ LIS ใช้ในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกและพร้อมเชื่อมต่อกับ HIS ให้ครอบคลุม
- เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ร่วมพัฒนาระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพ
- ลดค่าใช้จ่ายวัสดุ-เคมีภัณฑ์ ลง 20%

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
59. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	4	<ul style="list-style-type: none"> - ด้านบุคลากรให้ดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากรเช่นแผนการอบรม ส่งเสริมความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ทุกสาขาของงาน เป็นต้น - เนื่องจากขาดบุคลากรทดแทนจ.น.ท.ที่เกษียณทั้งปีนี้และปีต่อไปทุกๆปี ซึ่งจะมีผลกระทบต่องานมากขึ้น จึงต้องปรับระบบงานให้สอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้นและจัดทำการวิเคราะห์ภาระงานเพื่อขอบุคลากรเพิ่มต่อไปในอนาคต (Workload) - เชื่อมต่อระบบ LIS ในงานธนาคารเลือดและเซลล์วิทยา - เพิ่มจำนวนเครื่องมือเชื่อมต่อกับ LIS โดยตรง เช่น เครื่อง Trop-T, เครื่องตรวจ Blood Gas เป็นต้น - การนำส่งสิ่งส่งตรวจแบบ paperless - นำระบบกระสวยสุญญากาศมาใช้ในการส่งสิ่งส่งตรวจ - กำหนดแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์วัสดุวิทยาศาสตร์ ร่วมกันทั้งจังหวัดชัยนาทเพื่อลดค่าใช้จ่ายวัสดุ-เคมีภัณฑ์ ลง 20% โดยยังคงคุณภาพมาตรฐานตามวิชาชีพไว้
60. การจัดการบริการปฏิบัติการทางการแพทย์	4	<ul style="list-style-type: none"> - การรายงานผล On lineซึ่งแพทย์หรือผู้ที่ได้รับอนุญาตสามารถเรียกดูผลตรวจจากระบบHOSxPได้ และสามารถพิมพ์ใบรายงานผลการตรวจได้ ณ จุดที่ต่อเชื่อมระบบ Rax Check point ให้ครบทุกจุดในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น - ส่งรายงานผลตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกเข้าสู่ระบบ HIS :HOSxPของโรงพยาบาลและระบบ Rax Checkpoint - หน่วยงานภายนอกเช่น รพช.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอำเภอเมือง สามารถขอตรวจและเรียกดูผลการตรวจ Online ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ครบทุกแห่ง - พัฒนาเรื่องการตรวจสอบและรายงานค่าวิกฤตผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ให้ต่อเนื่องเช่น การรายงานผลค่าวิกฤตผ่านระบบHISที่สามารถมีเสียงเตือนที่หน้าจอของหน่วยงานนั้นๆได้ - ทำCOIเรื่องการนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปใช้งาน
61. ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	4	<ul style="list-style-type: none"> - ขอรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ ภายใน 10กุมภาพันธ์ 2560(Re-accredit)

II-7.1 B บริการโลหิตวิทยา (ธนาคารเลือด)

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการขอ/การใช้โลหิต C/T ratio	<2.5	1.675	1.832	1.673	1.666	1.611
จำนวนความผิดพลาดของการจ่ายเลือด	0%	0%	0%	0.031	0.046	0.057
จำนวนปฏิกิริยาจากการให้เลือด	<1%	0.30%	0.33%	0.23%	0.23%	0.41%
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อเนื่องจากไม่มีเลือด	0	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากการให้เลือด	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ผลการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก (EQA)	4.00	4.00	3.00- 4.00	4.00	4.00	ผลสอดคล้องกับ ข้อกำหนด
ร้อยละการคืนเลือดที่จองไว้	ไม่สามารถ กำหนดได้	4.20% (230)	3.84% (255)	3.48% (223)	2.95% (189)	2.69% (47)

สถิติการขอใช้โลหิต และการคืนโลหิต เฉพาะในโรงพยาบาล

ปี	จำนวนโลหิต ที่ใช้จริง (unit)	จำนวนโลหิตที่เบิกออกไปแล้วนำมาคืน (unit)	อัตราการคืนเลือด(%)
ปี 2554	5,467	230	4.20
ปี 2555	6,631	255	3.84
ปี 2556	6,405	223	3.48
ปี 2557	6,387	189	2.95
ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)	1,745	47	2.69

ปฏิกิริยาที่เกิดจากการรับเลือด

ปี	ปฏิกิริยาที่เกิดจากการรับเลือด			รวม unit	ร้อยละ
	มีผื่นลมพิษ	มีไข้ , หนาวสั่น	แน่นหน้าอก, เหนื่อยหอบ		
ปี 2554	4	10	2	16	0.30
ปี 2555	8	12	2	22	0.33
ปี 2556	8	7	-	15	0.23
ปี 2557	3	8	1	12	0.23
ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)	2	3	1	6	0.41

ปฏิกิริยาจากการรับเลือดที่ได้รับรายงานจากทางหอผู้ป่วย เป็นปฏิกิริยาที่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น ลมพิษมักเกิดจากการที่มีเม็ดเลือดขาวปนมากับเม็ดเลือดแดงถุงที่ให้ป้องกันโดยใช้เลือดที่มีการปนเปื้อนของเม็ดเลือดขาวน้อย (LPRC)หรือในอีกกรณีคือ ผื่นลมพิษอาจเกิดจากปฏิกิริยาการแพ้ต่อโปรตีนในเลือดของผู้บริจาค

บริบท :

การบริการโลหิต จัดหา เตรียมโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตมีคุณภาพเพียงพอ ปลอดภัยเหมาะสมสำหรับ ผู้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

ขอบเขตบริการ :

1. รับบริจาคโลหิตที่คลังเลือดทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น.-15.30 น. และรับบริจาคโลหิตนอกสถานที่ ร่วมกับสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด
2. ให้บริการโลหิตและส่วนประกอบโลหิตชนิดต่างๆ ได้แก่ Whole blood,Packed Red Cell,Fresh Frozen Plasma, Platelet Concentrate, Leukocyte poor packed red cell, Aged Plasma
3. ตรวจสอบความเข้ากันได้ระหว่างโลหิตผู้ป่วยกับโลหิตผู้บริจาค (Cross-matching) เพื่อจัดหาโลหิตที่เหมาะสมและปลอดภัยให้ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง
4. ตรวจ ABO group,Rh, Direct/Indirect Antiglobulin Test, Antibody Screening , Antibody Identification ให้แก่ผู้มารับบริการ

การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:

- Packed Red Cell
- Fresh Frozen Plasma
- Platelet Concentrate
- Leukocyte poor packed red cell
- Plasma

กระบวนการ:

ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:

- ทบทวนดูค่า C/T ratio สัดส่วนการใช้โลหิต ไม่ให้เกิน 2.5

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดและผลการปฏิบัติ:

- มีระบบการสำรองโลหิต เพื่อให้มีโลหิตเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การสำรองโลหิตแต่ละหมู่จะต้องมีสำรองอย่างน้อยหมู่โลหิต group A 15 unit, group B 25 unit, group O 30 unit, group AB 5 unit โลหิตแม่สำรองไว้ ในบางครั้งอาจยังไม่เพียงพอ มีแนวทางแก้ไขคือ

1. ตามญาติผู้ป่วยมาบริจาคโลหิตทดแทน
2. ขอเบิกโลหิตสำรอง จาก ภาคบริการโลหิตที่ 8 จ. นครสวรรค์ และโรงพยาบาลใกล้เคียง
3. ประชาสัมพันธ์ ประกาศเสียงตามสายเพื่อหาผู้บริจาค

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา :

- มีแบบฟอร์มในการการแจ้งผลการตรวจส่งให้ผู้บริจาคในกรณีที่ตรวจพบเชื้อ เพื่อให้ผู้บริจาคกลับมาตรวจยืนยัน

ผลการติดเชื้อก่อน

Infectious marker	ปี 2554			ปี 2555		
	โลหิตทั้งหมด	จำนวนติดเชื้อ	ร้อยละ	โลหิตทั้งหมด	จำนวนติดเชื้อ	ร้อยละ
HBs Ag	7,172	114	1.58	7,673	102	1.32
Anti HIV	7,172	12	0.16	7,673	13	0.16
VDRL	7,172	57	0.79	7,673	60	0.78
Anti HCV	7,172	36	0.50	7,673	57	0.74
HIV Ag	7,172	0	0	7,673	0	0
รวม	7,172	219	3.05	7,673	232	3.02

Infectious marker	ปี 2556			ปี 2557			ปี 2558(ม.ค. -มี.ค.)		
	โลหิตทั้งหมด	จำนวนติดเชื้อ	ร้อยละ	โลหิตทั้งหมด	จำนวนติดเชื้อ	ร้อยละ	โลหิตทั้งหมด	จำนวนติดเชื้อ	ร้อยละ
HBs Ag	7,294	133	1.82	6,945	132	1.90	1,052	11	1.04
Anti HIV	7,294	3	0.04	6,945	12	0.17	1,052	0	0
VDR L	7,294	83	1.13	6,945	110	1.58	1,052	20	1.90
Anti HCV	7,294	29	0.39	6,945	32	0.46	1,052	3	0.28
HIV Ag	7,294	0	0	6,945	0	0	1,052	0	0
รวม	7,294	248	3.40	6,945	286	4.11	1,052	34	3.22

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker) :

โลหิตทุกชนิดที่ได้รับจากการบริจาคฯ จะต้องผ่านการตรวจ Infectious maker โดยการตรวจวิธี Nucleic acid technology (NAT) สำหรับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เชื้อเอชไอวี โดยส่งตรวจกรองเชื้อที่ ภาคบริการโลหิตที่ 8 จ.นครสวรรค์ดังต่อไปนี้

1. VDRL
2. HBs Ag
3. Anti HIV
4. HIV Ag
5. Anti HCV
6. Repeat Blood Group-ABO, Rh และ Antibody Identification

ระบบคัดแยก กักกัน ชั่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

1. แยกเก็บโลหิตที่ยังไม่ผ่านการตรวจในตู้เย็นสำหรับเก็บโลหิตที่ยังไม่ผ่านการตรวจ
2. การคัดแยกโลหิตติดเชื้อออก จะต้องมีการตรวจสอบทบทวนหมายเลขโลหิตโดยเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน ลงทะเบียนบันทึกหมายเลขโลหิตติดเชื้อ และโลหิตที่ติดเชื้อจะถูกคัดแยกออกไปใส่ถังขยะติดเชื้อเพื่อกำจัดตามกระบวนการต่อไป
3. มีตู้เย็นสำหรับเก็บโลหิตที่ผ่านการตรวจแล้ว
4. มีตู้เย็นสำหรับแยกเก็บโลหิตที่เตรียมรอจ่ายให้กับผู้ป่วย
5. มีตู้แช่แข็งแยก เก็บ FFP ที่ยังไม่ผ่านการตรวจ
6. มีตู้แช่แข็งเก็บ FFP ที่ผ่านการตรวจแล้ว พร้อมใช้งาน
7. โลหิตที่ติดเชื้อ จะถูกคัดแยกออกไปใส่ถังขยะติดเชื้อเพื่อกำจัดตามกระบวนการ

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

- ตู้เย็นที่เก็บรักษาโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต มีการบันทึกอุณหภูมิ วันละ 2 ครั้งโดยกำหนดให้เวร บ่าย-เวรดึก บันทึกอุณหภูมิของตู้เย็นในเวลา 07.00น.และ เวลา16.00 น.
- ตู้เย็นเก็บโลหิตมีสัญญาณเตือนเมื่ออุณหภูมิเกินที่กำหนด
- การเบิกโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ออกจากคลังเลือดมีกระติกใส่มิดชิด มีน้ำแข็ง เพื่อรักษาอุณหภูมิของเลือดให้เหมาะสม ในระหว่างการเคลื่อนย้ายออกจากคลังเลือดไปยังหอผู้ป่วย
- การดูแลคุณภาพของการเก็บโลหิตนอกคลังเลือด ทางงานธนาคารเลือดได้จัดทำเอกสารเกี่ยวกับการใช้โลหิตและส่วนประกอบโลหิตให้มีคุณภาพและการเก็บรักษาโลหิต แจกให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปปฏิบัติ

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- การพัฒนาระบบสารสนเทศ งานธนาคารเลือดมีความจำเป็นต้องใช้ซอฟต์แวร์ที่เขียนขึ้นเป็นพิเศษสำหรับงานธนาคารเลือด เพื่อที่จะสามารถบันทึกข้อมูลของผู้บริจาคโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุม

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- งานธนาคารเลือด ได้มีการควบคุมคุณภาพโดยได้รับการประเมินจากองค์กรภายนอก 1 องค์กร คือ สำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการปีละ 3 ครั้งๆ ละ 3 ตัวอย่างทดสอบ

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

- ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ผลการทดสอบความชำนาญได้คะแนนมาตรฐานสูงสุด เท่ากับ Excellent (4.0) ต่อเนื่องมาตลอด 3 ปี ย้อนหลัง และได้รับโล่ที่ระดับเงิน (มี.ค. 54)

- ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก ในปี 2555 ผลการทดสอบความชำนาญ ได้คะแนน อยู่ในระดับ 3.00 -4.00คะแนนในการทดสอบ บางตัวอย่างลดลง ได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ ของความผิดพลาด ในการทดสอบและทบทวนกระบวนการตรวจวิเคราะห์แล้ว แต่เนื่องจากตัวอย่างที่ทดสอบไม่สามารถนำมาทำการตรวจวิเคราะห์ซ้ำได้อีก จึงไม่สามารถสรุปหาข้อผิดพลาดดังกล่าวได้ แต่ได้ดูสรุปการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์แล้วพบว่า มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ในลักษณะเดียวกันมากกว่า 20 แห่ง

- ผลการประเมินการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก ในปี 2556 -2557 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ผลการทดสอบความชำนาญได้คะแนนมาตรฐานสูงสุด เท่ากับ Excellent (4.0)

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- งานธนาคารเลือดมีระบบการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตโดยใช้หลักเกณฑ์ตามมาตรฐาน ศูนย์บริการโลหิต แห่งชาติ สภากาชาดไทยกำหนด

- จัดทำเอกสารแจกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพโลหิตหลังการจ่าย และ แนวทางการขอโลหิตส่วนประกอบของโลหิต การจัดเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม

- จัดทำโครงการอบรมการเจาะเก็บโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตตามมาตรฐานที่สภากาชาดไทยกำหนด แก่ บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- จัดอบรมวิชาการเรื่อง การคัดกรองผู้บริจาคโลหิตและการเจาะเก็บโลหิตโดยวิธี close system

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
62. บริการโลหิตวิทยา (4) สามารถเป็นที่พึ่งในด้านการให้บริการโลหิตให้แก่ - รพ. ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ - มีการเตรียมโลหิตและจ่ายโลหิตให้กับ รพ. ชุมชน ในจังหวัดชัยนาท - มีการจ่ายโลหิตให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีที่ขาดแคลนโลหิต	4	- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงาน ด้านบริการโลหิต ของโรงพยาบาลชุมชน ใน จังหวัด เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยในการรับ บริการโลหิต

II-7C บริการรังสีวิทยา

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ระยะเวลาการรอฟิล์มผู้ป่วยนอก	15 นาที	1๗.๕	๒๐.๐	๑๙	๑๙.๙	22.8
ระยะเวลาการรอฟิล์มฉุกเฉิน	๑๐ นาที	๑๓	๑๒	๑๑	๑๐	10
ระยะเวลาการนัดตรวจพิเศษ(FLU)	≤ 5วัน	๑๑.๔๙	๘.๙๑	๙.๗๗	๕	5.3
อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	≤ 5 %	1.๖๐	1.๑๐	๑.๙	๑.๙๖	1.31
จำนวนผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี/แพ้รุนแรง	0	0	๑	0	๐	0
ระยะเวลานัดตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง(U/S)	≤ 5วัน	๑๑.๔๙	๘.๙๑	๙.๗๗	๑๐	12.2

บริบท :

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก) :

- การบริการในเวลาราชการให้บริการเอกซเรย์ผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงเอกซเรย์เคลื่อนที่ จำนวนผู้รับบริการด้านรังสีวิทยาปี 255๗ จำนวน 3๖,๑๓๙ ราย จำนวนฟิล์มที่ใช้ ๘,๙๓๑ แผ่น การตรวจพิเศษทางรังสี จำนวน ๕๗๓ ราย ตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) จำนวน 2,๕๒๑ ราย

การบริการนอกเวลาราชการ

- ให้บริการเอกซเรย์ผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงเอกซเรย์เคลื่อนที่โดยมีนักรังสีการแพทย์หรือเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์จำนวน 1 คนและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

- การส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล

- การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) การส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เนื่องจากไม่มีเครื่องมือต่างๆ ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี :

- การตรวจพิเศษทางรังสี จำนวน 573 ราย ได้แก่ การตรวจลำไส้ใหญ่ (BE) การตรวจไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ (I.V.P.) การตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ (G.I.Series) การตรวจไขสันหลัง (Myelogram) การตรวจโพรงมดลูก (HSG.) เป็นต้น การตรวจคลื่นความถี่สูง(Ultrasound) จำนวน 2,512 ราย ได้แก่ การตรวจช่องท้องส่วนบน(U/S Upper Abdomen) การตรวจช่องท้องส่วนล่าง (U/S Lower Abdomen) การตรวจช่องท้องทั้งบนและล่าง (U/S Whole Abdomen)การตรวจไตและกระเพาะปัสสาวะ (U/S KUB)การตรวจเส้นเลือดดำใหญ่ของขา (U/S Femeral Vein) เป็นต้น

จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี : (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา) นักรังสีการแพทย์ 3 คน,เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 3คน และมีรังสีแพทย์2 คน

เทคโนโลยีสำคัญ:

- 1. เครื่องเอกซเรย์ :** เครื่องเอกซเรย์พร้อมFluoroscopy จำนวน 2 เครื่อง, เครื่องเอกซเรย์ทั่วไปจำนวน 1 เครื่อง, เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่จำนวน6เครื่องใช้งานประจำที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2, หอผู้ป่วยหนักชั้น 2,หอผู้ป่วยสายศัลยกรรม, หอผู้ป่วยสายอายุรกรรมชั้น 2 และมีประจำที่ตึกเอกซเรย์ 1เครื่อง
- 2. เครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติ** ขนาดเล็ก 2 เครื่อง

กระบวนการ:

การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสีโดยหน่วยงานภายนอก (องค์กร วันที่ตรวจ ผล):

-การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยของห้องเอกซเรย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครสวรรค์ เมื่อวันที่ 1-12 ธันวาคม 2556 ผลการตรวจได้มาตรฐาน

- สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางรังสี เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2557 ผลการตรวจได้มาตรฐาน

- การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยของห้องเอกซเรย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครสวรรค์ เมื่อวันที่ 4-5 มิถุนายน 2558 (รอผล)

ผลการตรวจวัดปริมาณรังสี:

- ผลการตรวจวัดปริมาณรังสีประจำตัวบุคคล ไม่มีเจ้าหน้าที่ท่านใดได้รับปริมาณรังสีเกินกำหนด (ปริมาณรังสีที่ได้รับมากที่สุด 200 ไมโครซีเวิร์ต/เดือน ค่ามาตรฐานสูงสุด 40,000 ไมโครซีเวิร์ต/เดือน)

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ :

เครื่องเอกซเรย์

- ตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์มีแบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานใช้งานประจำวัน มีผู้รับผิดชอบทุกเครื่อง
- ตรวจสอบระบบต่างๆของเครื่องเอกซเรย์โดยช่างบริษัท ปีละ 2-3 ครั้ง

เครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติ

- ตรวจสอบเครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติมีแบบตรวจสอบความพร้อมใช้งานประจำวัน มีผู้รับผิดชอบประจำเครื่องมือต่างๆ
- ตรวจสอบระบบต่างๆของเครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติโดยช่างบริษัทปีละ 3 ครั้ง

การสอบเทียบและการใช้ผลการสอบเทียบ:

- ตรวจสอบและปรับมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์โดยช่างของบริษัทและเจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครสวรรค์ จะทำการปรับตั้งเครื่องเอกซเรย์ที่ไม่ได้มาตรฐาน
- ตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครสวรรค์
- ใช้ผลการตรวจสอบมาตรฐานประกอบคำขออนุญาตผลิตและใช้พลังงานรังสีเอกซเรย์จากเครื่องกำเนิดรังสี เพื่อวินิจฉัยโรค ความครอบคลุมของภาพรังสีที่รังสีแพทย์อ่านและแปลผล :
- รังสีแพทย์จะเป็นผู้อ่านและแปลผลการตรวจพิเศษทางรังสี การตรวจ Ultrasound และ Plain Film ในรายที่แพทย์ผู้ส่งตรวจต้องการผลอ่าน

ระบบการรายงาน/การบันทึก/การค้นหาผลการตรวจ:

- การตรวจพิเศษทางรังสี การตรวจ Ultrasound และ Plain Film ในรายที่แพทย์ผู้ส่งตรวจต้องการผลอ่านจะบันทึกผลเก็บไว้ในบัตรผู้ป่วยนอก (OPD Card) ใน Chart สำหรับผู้ป่วยใน ในช่องฟิล์มเอกซเรย์และเก็บไว้ในแฟ้มเอกซเรย์ ส่วนฟิล์มเอกซเรย์จะถูกจัดเก็บที่แฟ้มเอกซเรย์หลังผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ซึ่งแพทย์สามารถขอดูฟิล์มเก่าได้ โดยค้นจากทะเบียนผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์

การควบคุมคุณภาพของกระบวนการทางรังสีเทคนิค

- การตรวจสอบขอบเขตลำรังสีของ Collimator ของเครื่องเอกซเรย์ทุกเครื่องให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
- ควบคุมคุณภาพเครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติมีการตรวจสอบและเปลี่ยนน้ำยาสร้างภาพ (Developer) และน้ำยาคงสภาพ (Fixer) ทุกครั้งที่พบว่ามีน้ำยาเสื่อมสภาพ ทำความสะอาดลูกกลิ้ง (Roller) ในช่องน้ำทุกวัน ทำความสะอาด Rack ต่างๆ และตรวจสอบท่อน้ำยา ท่อน้ำทุกสัปดาห์
- ตรวจสอบแสงสว่างในห้องล้างฟิล์มทุก 6 เดือน
- ตรวจสอบเสื่อตะกั่วปีละ 1 ครั้ง โดยการนำเสื่อตะกั่วไป Flu ดู
- ทำความสะอาดตลับใส่ฟิล์ม (Cassette) ทุกวันและทุกครั้งที่พบรอยเปื้อน
- ทำความสะอาดแผ่นเรืองแสง (Screen) ทุก 3 เดือนและทุกครั้งที่พบรอยเปื้อนบนฟิล์ม

การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ(วิธีการสื่อสาร การใช้ประโยชน์):

- แพทย์ผู้ส่งตรวจจะระบุส่วนที่จะเอกซเรย์ในใบส่งตรวจทางรังสี (Request for x-ray) และส่งคำขอเอกซเรย์ผ่านทางคอมพิวเตอร์ในระบบ HOSxPซึ่งทางเจ้าหน้าที่รังสีจะเป็นผู้ประเมินการเจ็บป่วยเบื้องต้น เพื่อยืนยันความถูกต้องในการส่งตรวจเมื่อพบข้อสงสัยจะติดต่อกลับจุดส่งตรวจ โดยการใช้โทรศัพท์เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงรายการที่ส่งตรวจ

การปรับปรุงแก้ไขเนื่องจากอุบัติการณ์สำคัญ :

- การเอกซเรย์ผู้ป่วยผิดส่วนผิดคน ใส่ฟิล์มไม่ครบซึ่งยังพบอยู่ได้ทำการทบทวนแล้วพบว่าเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด จึงได้เพิ่มช่องบันทึกจำนวนฟิล์ม และลงชื่อผู้ตรวจสอบ

ข้อเสนอแนะขององค์กรภายนอก/การตอบสนอง :

- การติดตั้งปั๊มสัญญาณฉุกเฉินภายในห้องเอกซเรย์ โดยการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายบริการ (HNQA)
- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีผู้ป่วยอาการทรุดลงที่ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า มีอาการเกร็ง ตาค้าง คลำชีพจรไม่ได้ ตามทีมจากอายุรกรรมชายมาช่วยเหลือได้ทันท่วงที จากการทบทวนมีประเด็นที่เป็นปัญหาของแผนกเอกซเรย์ คือ เครื่องวัดความดันไม่พร้อมใช้ เนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบทุกเวอร์ มีการทบทวนให้มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ เครื่องมือที่สำคัญทุกเวอร์

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- การประดิษฐ์ Maker(LR)ประดิษฐ์ข้อความ เช่น POST VOIDIN,POSTEVACUATION,SCOUT เป็นต้น
- นำเสื้อตะกั่วเก่ามาประยุกต์เพื่อป้องกันรังสีบริเวณท้อง อวัยวะสืบพันธุ์ในการเอกซเรย์ปอด
- นำเตียงตรวจผู้ป่วยไม่ใช้แล้วมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้สูงอายุโดยทำให้มีความสูงระดับเดียวกับรถเข็นนั่งแล้วใส่ล้อเลื่อนที่ล้อคได้ทำให้ผู้สูงอายุสะดวก ปลอดภัย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
63. การวางแผนทรัพยากรและการจัดการรังสีวิทยา	3	- นำระบบ CR และ PACs มาใช้งานเพื่อลดปัญหาการใช้ทรัพยากร ภาระงานและความรวดเร็ว
64. การจัดบริการรังสีวิทยา	3.5	- จัดบุคลากร (นักรังสีหรือเจ้าพนักงานรังสี) ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการ
65. ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา	4	- อุปกรณ์ป้องกันรังสีกระเจิงของเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่
66 ระบบคัดกรองผู้ป่วยหญิง(ตั้งครรภ์)	3	- มีการคัดกรองการตั้งครรภ์ก่อนการเอกซเรย์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
ร้อยละของการประเมินผลงานด้านระบาดวิทยา โดย สคร.	90%	97.82	96	98.25	98.32
ร้อยละของความครบถ้วนของการรายงาน รง.506	90%	97	97.85	98.72	98.50
ร้อยละของความทันเวลาของการรายงาน รง.506	90%	97.08	97.50	97.87	97.91
ร้อยละความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะราย	100%	100	100	100	100
ร้อยละของความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะราย	100%	100	100	100	100
ร้อยละของคุณภาพของการสอบสวนโรค	100%	100	100	100	100

บริบท :

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่ายในระดับอำเภอ เขตพื้นที่ที่รับผิดชอบอำเภอเมืองชัยนาท จำนวน 9 ตำบล 82 หมู่บ้าน และ 18 ชุมชน มีหน้าที่ในการควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 12 แห่ง, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท จำนวน 1 แห่ง ดำเนินงานตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรให้เป็นไปในทิศทางที่วางไว้ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้คุณภาพ และมาตรฐานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และติดตามการเยี่ยมบ้าน การป้องกันควบคุมโรค โดยการมีทีม SRRT ของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ และตำบล ให้การสนับสนุน ขับเคลื่อนการทำงานด้านสาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) และอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ :

โรคและภัยสุขภาพ	ยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการที่สอดคล้อง
1. โรคหลอดเลือดสมองและเบาหวาน	- การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มเป้าหมาย - การดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ - การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย
2. โรคไข้เลือดออก	- การดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. โรคฉี่หนู	- การดำเนินการรักษาฉี่หนู และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย - คลินิกฉี่หนูของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผ่านการประเมิน QTB
4. โรคมือเท้าปาก	- การให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกัน ควบคุม และวิธีปฏิบัติตัว ให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก
5. โรคจากการประกอบอาชีพ	- หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการประกอบอาชีพ - โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ออกตรวจสุขภาพประจำปีให้กับพนักงานและผู้ประกอบการ ทุกปี
6. การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- อำเภอนำร่องในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดชัยนาท - อำเภอนำร่อง สู่หนึ่งตำบลรักษาดีห้า

กระบวนการ

การบริหารจัดการ และทรัพยากร :

1. มีนโยบาย โรคติดต่อ ไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ที่สอดคล้องกับโรคที่สำคัญตามนโยบายและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ตามนโยบายการทำงานสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) และอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน
2. มีการจัดทำแผนงานโครงการ ให้สอดคล้องกับโรคที่สำคัญตามนโยบายและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ อำเภอเมืองชัยนาท เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ให้กับประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท
3. มีการจัดตั้งทีมงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วSRRT เพื่อตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) สอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์ ควบคุมโรคฉุกเฉิน(ขั้นต้น) เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวงกว้าง และแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคตลอดจนร่วมมือกันในการเฝ้าระวังตรวจจับการระบาด ดังนี้
 - 3.1 ทีม SRRT ระดับอำเภอ (คณะอำนวยการ) ประกอบด้วย นายอำเภอเมืองชัยนาท(ประธาน)หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ, ผู้นำปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงพยาบาลชัยนาทและสสอ.เมืองชัยนาทมีหน้าที่ดังนี้
 - ร่วมกันวางแผน มาตรการ การดำเนินงานของทีม SRRT ระดับตำบล เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพ
 - การขับเคลื่อนการทำงานของทีมคณะทำงาน โดยการสนับสนุน (บุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์) เพื่อให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็วทันเวลา
 - การพัฒนาศักยภาพทีมระดับอำเภอ และตำบล ให้มีมาตรฐาน และมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อยู่เสมอ
 - นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และแก้ไขวางแผนต่อไป
 - 3.2 ทีม SRRT ระดับตำบล (คณะทำงาน)
 - SRRT ระดับตำบล ต้องแจ้งการเกิดโรคระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ และภัยสุขภาพ ในพื้นที่ ให้กับระดับอำเภอ ทุกครั้งที่มีเหตุการณ์
 - ร่วมกับทีมระดับอำเภอ ออกสอบสวน ยืนยัน การเกิดโรคระบาดและภัยสุขภาพ และดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดรุนแรงต่อไป

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง :

1. ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ทำให้ทราบถึงลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่และสถานการณ์ของโรคติดต่อ ไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ นำไปสู่การวางแผนประเมินผลได้ทันต่อเหตุการณ์ดังนี้
 - ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506)
 - ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Link)
 - สมุดรับแจ้งโรคระบาด ภัยสุขภาพและเหตุการณ์ผิดปกติ จาก SRRT ระดับตำบล
 - การรวบรวมข้อมูล รายงาน จากแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรและรายงานประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท
2. การวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพ
 - การนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาด มาวิเคราะห์หาการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่และแนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรค การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินรายงานการป่วยและการตาย รวมทั้งข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ และกระจายข่าวสารไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ :

1. ทีม SRRT ทุกระดับ มีการพัฒนาศักยภาพ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน อยู่เสมอ
2. ร่วมกับสสจ.ชัยนาทในการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยล่าสุดได้ซักซ้อมแผนโรค MERS-CoVหรือโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ และได้นำมาบูรณาการกับแผนต่างๆที่มีบทบาทในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์การเกิดโรค และเตรียมสถานที่, บุคลากร (บทบาท หน้าที่), อุปกรณ์ และยานพาหนะ ทั้งก่อนเกิดโรค ระหว่างเกิดโรค และหลังเกิดโรค
3. มีช่องทางการรับ-แจ้งรายงาน ตลอด 24 ชม. ดังนี้
 - การจัดตั้งกลุ่มทาง LINE ของกลุ่มโรคติดต่อ ไม่ติดต่อและทีม SRRT
 - เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่, e-mail, facebook
 - การสนทนาทางวิดีโอ (Skype)
4. การตรวจสอบข้อมูลจากการรายงานอย่างเป็นระบบ โดยการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการออกสอบสวนการเกิดโรคระบาด ภัยสุขภาพ โดยเมื่อได้รับแจ้งต้องออก สอบสวน ควบคุม ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง
5. เมื่อเกิดโรคระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่มีผู้ป่วย 2 รายขึ้นไป มีการประสานงานความร่วมมือกันระหว่างงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ร่วมกับทีม SRRT ระดับอำเภอตำบล และภาคีเครือข่าย ออกดำเนินควบคุม ป้องกันโรค เฝ้าระวัง และให้สุขศึกษาทันที
6. การนำเสนอสถานการณ์โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรและคปสอ.เมืองชัยนาท, หัวหน้าส่วนราชการ กำหนดผู้ใหญ่บ้านและอสม.เพื่อให้ทราบสถานการณ์ แนวโน้ม การเกิดโรคและภัยสุขภาพในแต่ละพื้นที่

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการเตือนภัย :

1. การประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
 - การติดป้ายสื่อประชาสัมพันธ์การให้ความรู้ แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง วิธีปฏิบัติตัวตามแผนต่างๆในโรงพยาบาล
 - แผ่นพับให้ความรู้โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
 - การจัดอบรมและประชุม เพื่อแจ้งข่าวสารและเตือนภัยสุขภาพ โรคอุบัติใหม่ อุตซ้ำ เพื่อให้บุคลากรเตรียมพร้อม และรับมือกับสถานการณ์
2. การประชาสัมพันธ์ในระดับพื้นที่
 - การประกาศผ่านทางหอกระจายข่าว หมู่บ้าน หน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ประชาชนบุคคลภายนอกได้รับทราบข่าวสารและสถานะทางสุขภาพ
 - การแจ้งในที่ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

1. พัฒนางานระบบระบาดวิทยา เน้นการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท ให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ ทีม SRRT คลอบคลุมทุกตำบล

2. ผลงานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท สามารถควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ ภัยสุขภาพ ไม่ให้มีการแพร่ระบาด มีทีม SRRT ที่เข้มแข็ง ในการตอบสนองต่อการดำเนินงานในพื้นที่ และผ่านการ ประเมินทีม SRRT ในระดับพื้นฐาน จนมุ่งสู่อำเภอควบคุมโรคที่เข้มแข็งแบบยั่งยืน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
66. นโยบาย แผน การติดตาม ประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การ สร้างความรู้	4.0	- มีแผนกลยุทธ์ ในการดำเนินงานด้านระบาด
67. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้า ระวัง	4.5	- ทีม SRRT ระดับตำบล ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน ระดับพื้นฐาน เพื่อพัฒนาศักยภาพทีม ให้ทำงานอย่างเป็น ระบบ และมีประสิทธิภาพ - ทีม SRRTระดับอำเภอผ่านการประเมินรับรอง ระดับดี
68. การตอบสนองต่อการระบาด และ การเผยแพร่ข้อมูล	4.0	- มีแผนฉุกเฉินการเกิดโรคระบาดและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เพื่อรองรับสถานการณ์ และแบ่งหน้าที่การทำงานกันอย่าง ชัดเจน ของแต่ละแผนก

II-9 การทำงานกับชุมชน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ :

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
1. อัตราของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่	ไม่เกินร้อยละ 5	5.76	3.58	2.25	0.34
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	36.95	40.16	40.58	38.18
3. อัตราของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่	ไม่เกินร้อยละ 10	4.09	3.85	3.07	1.55
4. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	54.31	63.91	69.38	49.60
5. อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี	ร้อยละ 80	75.19	81.12	74.67	81.06
6. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	100
7. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	อัตราป่วยลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่ามาตรฐาน 5 ปีย้อนหลัง	7.34	8.72	8.40	9.82
8. อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	ร้อยละ 85	75.68	84.62	83.33	87.88
9. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพดีผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด	ร้อยละ 60	22.22	33.33	44.44	66.66
10. อัตราความพอใจของผู้รับบริการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	89.61	89	90.13	91.19

บริบท:

พื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท มีประชากร จำนวน 71,432 คน 9 ตำบล 82 หมู่บ้าน 18 ชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรในฐานะแม่ โดยจัดบริการร่วมกับลูกข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยนาท จำนวน 1 แห่ง ซึ่งรับผิดชอบเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ให้บริการด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมควบคุมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ให้เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพเมื่อเจ็บป่วยได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม โดยเน้นให้บริการเชิงรุกและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและพึ่งพาตนเองได้

กระบวนการ :

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองชัยนาทให้มีความสำคัญกับการพัฒนาที่เชื่อมโยงในทุกกระดับ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพจัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของประชาชน ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) เน้นการบริหารจัดการสุขภาพโดยคณะกรรมการ DHS เครือข่ายอำเภอเมืองชัยนาท ปี 2557 เน้นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Team)ครอบคลุม 9 ตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท ระหว่างโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

(รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยนาท(ศสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ได้แก่ เทศบาลเมืองชัยนาท เทศบาลตำบลทุกแห่ง องค์กรการบริหารส่วนตำบล ตลอดจนภาคีเครือข่ายชมรมด้านสุขภาพและชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงร่วมกันเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งระดับตติยภูมิและระดับปฐมภูมิ ร่วมวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และดำเนินการขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง ตลอดจนร่วมกันพัฒนาการดำเนินงานควบคู่กับโรงพยาบาลแม่ข่ายชัยนาทนเรนทรตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service Plan) ตามยุทธศาสตร์และกลวิธี เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองชัยนาท ตามแผนการดำเนินงาน DHS บูรณาการกับการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ของอำเภอเมืองชัยนาท มีหลักที่สำคัญในการดำเนินงาน คือเน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพื่อลดการซ้ำซ้อน ในการปฏิบัติงาน โดยใช้กลไกการดำเนินงานแบบ DHS คือ UCARE เชื่อมโยงถึงทีมหมอครอบครัวตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน ในการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และต่อเนื่อง ภายใต้วามร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตามองค์ประกอบ UCARE ดังนี้

1. Unity Team คือการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ
2. Customer Focus ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ
3. Community participation คือการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและการพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
4. Appreciation คือการมีผลลัพธ์ที่น่าชื่นชมเกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน
5. Resource sharing and human development คือการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งเงินคนของความรู้ข้อมูล
6. Essential care คือการพัฒนาบริการที่จำเป็นและระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ ODOP

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาท :

การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาท

1. คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองชัยนาท ดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการ คปสอ.เมืองชัยนาท และหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ทำหน้าที่ติดตามความก้าวหน้า และประสานความช่วยเหลือ โดยมีการติดตามและกำหนดรูปแบบการติดตาม การรายงานผลงานของพื้นที่และมีการสรุปนำเสนอที่ประชุม คปสอ.เมืองชัยนาท เพื่อเป็นการกระตุ้นการพัฒนา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างตำบลและโซนของอำเภอเมืองชัยนาท

2. ดำเนินการขับเคลื่อน DHS ระดับตำบล/อำเภอของอำเภอเมืองชัยนาทควบคู่กับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service Plan) โดยดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาท

3. ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาของตำบลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน และการประชุมประจำเดือนของบุคลากรเครือข่ายอำเภอเมืองชัยนาทโดยบูรณาการงานที่เกี่ยวข้อง เน้นการเยี่ยมให้กำลังใจ และ Empowerment ทุกระดับ

4. จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นการกระตุ้นการพัฒนา และช่วยเหลือแบ่งปันทั้งทรัพยากรและวิชาการเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และเกิดคุณค่าของการทำงาน

5. บูรณาการภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน เพื่อดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองชัยนาท สร้างการมีส่วนร่วมเน้นการ Empowerment ทุกระดับ

6. จัดให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) และการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้เกิด Essential Care ที่ตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง

7. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCARE เพื่อพัฒนาและยกระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ มีผลการประเมินตนเอง ระดับ 3

8. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีด้วยกระบวนการ CBL อย่างต่อเนื่อง จัดระบบการเรียนรู้ และพัฒนา เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในแต่ละพื้นที่

9. พัฒนาทีมหมอครอบครัวโดยมีพื้นที่เป้าหมายดำเนินการทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท

ประเด็นในแผนการพัฒนา : การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

พัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบสุขภาพดีวิถีชัยนาทโดยใช้เกณฑ์การประเมิน 10 ตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม โดยมีเป้าหมาย 2 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทและ 40 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ 2556

ผลการพัฒนา :

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาทดำเนินการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบสุขภาพดีวิถีชัยนาท ภายใต้การดำเนินงานตำบลที่มีการจัดการสุขภาพดี และใช้เกณฑ์ UCARE เป็นเครื่องมือช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จำนวน 9 ตำบล 82 หมู่บ้าน 18 ชุมชน ส่งผลให้มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลชัยนาท ตำบลธรรมามูล ตำบลเขาท่าพระ ตำบลนางลือตำบลบ้านกล้วย และตำบลหาดท่าเสา จำนวน 57 หมู่บ้าน

ประเด็นในแผนการพัฒนา : การเสริมพลังชุมชน

1. มีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์สุขภาพของชุมชน โดยใช้เครื่องมือแผนที่ยุทธศาสตร์ 100 %
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพร่วมกับชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องให้มีองค์ความรู้และทักษะในการบริการด้านสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ผลการพัฒนา :

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาทดำเนินการตามกลยุทธ์การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งของอำเภอเมืองชัยนาท ส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์สุขภาพของชุมชน โดยใช้เครื่องมือแผนที่ยุทธศาสตร์ จัดทำแผนสุขภาพชุมชนของแต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชนเสนอคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องให้มีองค์ความรู้และทักษะในการบริการด้านสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยการพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญแต่ละสาขาอย่างต่อเนื่องทุกปี ให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท เพื่อเป็นแกนนำด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและเป็นหมอน้อยช่วยขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและเป็นจุดเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาทได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ดำเนินการแนวทาง กลไกและกระบวนการบริหารจัดการ “ทุนสร้างสุข” อำเภอเมืองชัยนาท ปีงบประมาณ 2557 เพื่อประเมินผลศักยภาพ ความเข้มแข็งด้านสุขภาพและแผนปฏิบัติการสุขภาพด้วยทุนทางสังคม ตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ทำให้ทราบระดับความ เข้มแข็งของแต่ละชุมชน นำไปสู่โอกาสการพัฒนาต่อไป

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
69. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับชุมชน	4.0	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนารูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและสร้าง นวัตกรรม “พึ่งตนเอง” - ส่งเสริมการบูรณาการ แผนการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และแผนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง ให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
70. การเสริมสร้างพลังชุมชน	4.5	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่มีศักยภาพในชุมชน เพื่อส่งเสริมการ เรียนรู้ระหว่างชุมชนในเครือข่ายและนอกเครือข่าย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : รวดเร็ว ปลอดภัย ให้บริการด้วยใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่ OPD	ไม่เกิน 80 นาที	90.71	81.86	76.57	83.73
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาใน 4 นาที	100%	90.71	95	97	94
อัตราการออกให้บริการ EMS ถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที	70%	63.95	57.55	57.29	58.44
อัตราการได้รับ SK ภายใน 30 นาที	50%	63.64	76.19	28.82	30.95
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>85%	85.33	83.74	80.90	81.08
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	80%	75	78	77	79.84
อัตราการขอใช้เตียง ICU ได้ในผู้ป่วย Thoroco – abdominall injury	100%	98.50	95.62	98.50	100

บริบท :

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีช่องทางในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ OPD ในเวลาและนอกเวลาราชการรับผู้ป่วยที่ walk in, ผู้ป่วยนัด, ผู้ป่วย Refer แบบไม่ฉุกเฉิน, รวมถึงผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจากแผนกผู้ป่วยใน มีห้องตรวจโรคแยกตามแผนก ดังนี้ ตรวจโรคทั่วไป, อายุรกรรม, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, หู คอ จมูก, จักษุ, กุมารเวชกรรม, ห้องตรวจทันตกรรม, แผนกจิตเวช, แผนกล้างไตทางหน้าท้อง (แยกออกจากหน่วยไตเทียมที่รับเฉพาะผู้ป่วยฟอกเลือด) และมีคลินิกพิเศษ ได้แก่ NCD Clinic (DM, CKD), คลินิกโรคหัวใจ, หอบหืด, Well child clinic, กระตุ้นพัฒนาการ, วัคซีน, หัวใจ, ทางเดินอาหาร, High risk pregnancy, Tumor clinic และมีห้องให้คำปรึกษาสำหรับ ผู้รับบริการถ้าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการรับ Refer, Walk in และผู้ป่วยที่แพทย์นัดติดตาม รวมถึงมีระบบ EMS ที่ออกให้บริการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเชิงรุก ณ จุดเกิดเหตุ ทุกสาขาตลอด 24 ชั่วโมง มีการรับประกันคุณภาพว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาภายใน 4 นาที

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง :

- กลุ่มผู้ป่วย non – urgent ที่ walk in เข้ามาตรวจที่ห้องฉุกเฉินในเวลาราชการจะให้การรักษาเบื้องต้นและส่งต่อไปยังห้องตรวจ OPD GP สำหรับนอกเวลาราชการ/วันหยุดนักขัตฤกษ์จะส่งไปยัง OPD นอกเวลา ปัญหาที่ผ่านมาพบว่า มีปัญหาการคัดกรองผิดในบางราย โดยเฉพาะกลุ่มอาการปวดท้อง เจ็บหน้าอก จึงมีการทบทวนแนวทางการคัดกรองแบบสหสาขาพบว่าผลการทบทวนการคัดกรองดีขึ้น ทำให้สามารถให้การรักษาที่รวดเร็วเพิ่มขึ้น ที่ ER มักเป็นผู้ป่วย Acute illness ซึ่งให้การรักษาเบื้องต้น กรณีในเวลาราชการ และ กรณีที่มี OPD นอกเวลา จะส่งผู้ป่วยไปตรวจที่ OPD ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยถูกส่งกลับมาตรวจซ้ำที่ ER ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการกำกวมที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ทันที เช่น โรคหัวใจ/ทางเดินหายใจ ต้องรับไว้สังเกตอาการที่ ER ต่อ

- กลุ่มผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่จำเป็นต้องเข้า ICU ปัญหาเตียงเต็มต้อง Admit หอผู้ป่วยใน มีการจัดสรรเตียงให้ผู้ป่วยทุกแผนก มีการปรับปรุง Flow การรับผู้ป่วยอายุรกรรมและเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้า ICU

- ผู้ป่วย Sudden cardiac arrest มีอัตราการรอดชีวิตลดลง พบว่าเกิดจากกระบวนการและขั้นตอน CPR ไม่ได้ตามมาตรฐาน CPR 2010 มีการพัฒนา Competency ของพยาบาลวิชาชีพที่ ER โดยการส่งอบรมทางวิกฤตเพิ่มเติม

จากเดิมผ่านการอบรม 16% และจัดให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็น Incharge เพื่อควบคุมการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ผู้ป่วยเด็ก อุปกรณ์/เครื่องมือไม่เพียงพอ มีระบบการยืมอุปกรณ์/เครื่องมือจากแผนกกุมาร และปัญหาทักษะความชำนาญในการทำหัตถการสำคัญในเด็กเล็กมีการประสานขอพยาบาลจากหอผู้ป่วยกุมาร 2 มาช่วยและมีการเพิ่มศักยภาพโดยมีรถ Emergency เฉพาะผู้ป่วยเด็ก มีการทบทวนการดูแลโรคที่สำคัญที่ห้องฉุกเฉิน มีคู่มือการรักษา มีขนาดยาที่ใช้บ่อยที่ ER และมีการอบรม NCPR ทุกปี กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการเข้าถึงส่วนใหญ่เป็นทารกแรกเกิดที่มีอาการวิกฤติแตรบที่ ต้องให้การช่วยเหลือทันที บางครั้งพยาบาลที่ ER ขาดทักษะความชำนาญในการดูแล เช่น การทำหัตถการ ซึ่งในอดีตมีปัญหาการเข้าถึงมาก ทางหน่วยงานมีการทบทวนและปรับปรุงระบบเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงเช่น แยกรถฉุกเฉิน เด็ก/มัมช่วยชีวิตเด็ก เอกสาร/ขนาดยาฉุกเฉินที่สำคัญ Radiant warmer เพื่อรับเด็กทารกแรกเกิด ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

กระบวนการ :

- มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย 2 จุด คือ ที่ ER ตั้งแต่ศูนย์เปลมีการประเมินโดยรถนั่ง/รถนอน โดยพยาบาลและพนักงานที่ได้ผ่านการอบรม ถามอาการเบื้องต้นก่อนส่ง OPD/ER มีจุดคัดกรองที่ ER แยก Non - urgent/urgent/Emergent มีระบบการรายงานแพทย์ Staff ทุกแผนกก่อน Admit มีเกณฑ์ในการรับย้ายเข้า ICU อีกจุดคือที่ OPD จะมีการคัดกรองอาการเบื้องต้นและส่งผู้ป่วยตามจุดบริการต่างๆ

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ(ระบุรายละเอียดใน clinical tracer highlight) :

- PCT กุมารเวชกรรมมีการปรับการเข้าถึงให้ง่ายขึ้นโดยพยายามจัดคลินิกพิเศษเฉพาะโรคให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย ลดระยะรอคอยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา โดยจัดให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันหรือคล้ายกันมาตรวจในวันเดียวกัน เช่น โรคต่อมไทรอยด์ โรคพัฒนาการ โรคเลือด เป็นต้น ส่วนกรณีโรคฉุกเฉินที่พบบ่อย เช่น ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ โรคชัก ซีด หอบ หายใจล้มเหลว จะมีการติดต่อประสานงานระหว่างกุมารแพทย์กับแพทย์ที่ รพช. (กรณีส่งต่อ) หรือแพทย์ฉุกเฉินกับกุมารแพทย์ (กรณี walk in) ถ้าสามารถทราบเคสก่อนส่ง แพทย์จะให้การรักษาเบื้องต้น และเตรียมสำรองเตียงที่ ICU

- มีระบบ Fast track ที่เชื่อมโยงกับ PCT ได้แก่ MI, Stroke, Multiple trauma, DHF, PIH, Febrile convulsion, Thalassemia ในผู้ป่วยเด็ก

- Renal colic - Ureteric calculi อัตราการส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น ลดลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีแพทย์ศัลยกรรมศาสตร์ ในปี 2557

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาช่องปากและใบหน้าได้รับการผ่าตัดโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง Maxilla facial ลดการส่งต่อ

- อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพด้านการผ่าตัดและปรับสูตรยาเคมีบำบัด

- ผู้ป่วยที่ได้รับการ Set OR จาก ER ได้รับการประกันการเข้าถึง OR ภายใน 30 นาที เช่น Open fracture มีการรายงาน staff 100% และ Set OR ที่ ER รับรองการให้ยาปฏิชีวนะ Stat มีการประกันการขอเลือดด่วน สามารถให้ได้ภายใน 30 นาที

- ผู้ป่วย Eclampsia ที่เข้า ER ได้รับการ drip MgSO₄ ตั้งแต่แรกรับ

- ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองจอประสาทตาเพิ่มมากขึ้นหลังให้บริการเชิงรุก มีการคัดกรองร่วมกับชุมชนและเพิ่มการผ่าตัดนอกเวลา ทำให้ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น

การปรับปรุงการเข้าถึงในช่วง 1 – 2 ปีที่ผ่านมา :

- เปิดศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในโรงพยาบาล ปี 2557 โดยการจ้าง out source ทำให้ผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการเข้า fast track และได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้รวดเร็วขึ้น และในผู้ป่วย head injury สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรับการผ่าตัดที่รวดเร็วขึ้น ระยะเวลาการส่งต่อลดลง จากเดิมต้องส่งผู้ป่วยไปทำ CT scan ที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด

- การเปิดให้บริการ CKD Clinic เมื่อเดือน ม.ค.2557 โดยมีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาล OPD และ CAPD Nurse, เจ้าหน้าที่จากงานพยาธิวิทยา ร่วมคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 – 5 จาก DM Clinic โดยการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตปีละ 1 ครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรัง

- มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการในเรื่องการรับบริการสลายนิ่ว เนื่องจากพบปัญหาการส่งผู้ป่วยไปรับบริการสลายนิ่วที่โรงพยาบาลศูนย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่อื่น ทางโรงพยาบาลจึงมีการจ้าง Out source มาให้บริการสลายนิ่วที่โรงพยาบาล เริ่มเดือน พ.ค.2557 เป็นต้นมา ผู้ป่วยสามารถมารับบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดอัตราการ Refer และการผ่าตัด

- พัฒนาระบบบริการด้านหน้าโดยการนำข้อมูลข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และจากการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ มีการปรับคลินิกบริการตรวจรักษาเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว ได้แก่ การจัดคลินิกเฉพาะในช่วงเช้า คลินิกพิเศษช่วงบ่าย คลินิกนอกเวลาราชการ ขยายบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขอำเภอเมือง โดยจัดแพทย์ออกตรวจจันทร์-ศุกร์ มีการจัดชั้นตอนเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ ได้แก่ การจัด One stop service, จัดระบบนัดทุกคลินิกบริการ, เพิ่มจำนวนห้องตรวจให้เพียงพอ, การเปิดห้องฉีดยา EKG แยกจากห้อง Treatment ของ OPD ย้ายคลินิกพิเศษไปช่วงบ่ายเพื่อลดความแออัดช่วงเช้า, เปิดคลินิก Cardio โดยจ้างแพทย์จากเอกชนมาให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ OPD รวมถึงรับ Consult จาก IPD และทำ Echocardiogram ลดอัตราการ Refer

- พัฒนาระบบบริการในคลินิกพิเศษต่างๆ ใน PCT กุมารเวชกรรมร่วมกับ OPD ได้แก่ เพิ่มวันให้บริการคลินิก Thalassemia จากเดือนละ 1 ครั้ง เป็นทุกวันพฤหัสบดี 1 และ 3 ของเดือน มีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง ยา GPO L1, มีระบบการประสานส่งต่อข้อมูลกรณีที่ต้องรักษาต่อหรือทำผ่าตัดม้าม, มีแนวทางการติดตามผู้ป่วย การนัดเข้าคลินิก การให้เลือด การให้ยาขับเหล็ก ให้วัคซีนก่อน/หลังผ่าตัดมีการปรับระบบบริการที่ well child clinic จากเดิมวันจันทร์เช้าซึ่งจะรวมกับผู้ป่วยเด็กทั่วไป ทำให้เกิดความแออัด และเด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเปลี่ยนมาเป็นวันจันทร์บ่าย มีระบบการให้วัคซีน การนัดให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

- พัฒนาระบบบริการในกลุ่มงานจักษุ ได้แก่ การพัฒนาระบบการสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยต่อกระจกให้ได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วและปลอดภัย โดยเฉพาะในเคสผู้ป่วยเลื่อนนัยน์ตาตัดต่อกระจก มีการทบทวนเรื่องการติดต่อประสานกับผู้ป่วยและญาติ โดยจะขอเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้กับผู้ป่วยและญาติทุกราย เพื่อประสานงานเวลาที่มีการเลื่อนผ่าตัด และให้เบอร์ติดต่อทางโรงพยาบาลไว้ด้วย กรณีผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด นอกจากจัดบอร์ดให้ดูตัวอย่างยา และมีการ re-check ยาเดิม โดยพยาบาลหรือแพทย์ และติดกระดาษไปที่ซองยาที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัดและเขียนวันที่ควรหยุดรับประทานยาก่อนทำการผ่าตัด พัฒนาระบบการตรวจคัดกรอง ROP และการติดตามเคสที่เป็น ROP และติดตามกรณีที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยการปรับปรุงเกณฑ์การส่งตรวจ ROP ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย โดยได้ประสานแผนงานให้สอดคล้องกับแผนกกุมารเวชกรรมตรวจคัดกรองทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้าเกณฑ์ตรวจจอประสาทตาให้ครอบคลุม 100 %มีการติดตามตัวชี้วัดโทรศัพท์ติดตามเคสกรณีไม่มาตรวจตามนัด พบว่ามารดาไปทำงานที่อื่น จึงพาไปตรวจที่รพ.อื่น หรือ เห็นว่าปกติจึงไม่มาตรวจตามนัด จึงเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาช่องปากและใบหน้าให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ลดการส่งต่อจากเดิมจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหา Infection บริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้าที่รุนแรง, อุบัติเหตุบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า, มีก้อนเนื้อ (tumor) บริเวณขากรรไกรและใบหน้า รวมถึงปากแห้งเพดานโหว่ ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งบางรายมีความลำบากเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่าย อีกทั้งไม่สามารถได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีเนื่องจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อก็ยังมีจำนวนคนไข้มากอยู่แล้ว คนไข้จำเป็นต้องรอคิว รอเตียงเดือน มิ.ย. 2557 ได้รับย้ายทันตแพทย์ด้านศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มาจำนวน 1 ท่าน ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ลดปริมาณการส่งต่อคนไข้ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของคนไข้ อีกทั้งยังสามารถรับส่งต่อและให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง

- พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว โดยในปี 2557 ได้รับคัดเลือกเป็นโรงพยาบาลในลำดับแรกของภาคเหนือให้เข้าร่วม “โครงการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านระบบสื่อสารจังหวัด ชัยนาท TOT Help Call Center 1669”

- ที่ผ่านมามีปัญหาเด็กป่วยเรื้อรังมาวันต่างๆ กัน ไม่ตรงกัน ไม่มาตามนัด ทีมจัดการโดยระบุวันนัดชัดเจน โดยมีแนวทางกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัดจะต้องทำอย่างไร มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคให้ครอบคลุมกับโรคที่พบบ่อย แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหายังคงมีที่ยังครอบคลุมได้ไม่ครบทุกปัญหา

คลินิกพิเศษเมื่อมีความผิดปกติ

คลินิกCARE	วันพุธ ที่ 4	ป่วย
คลินิก Asthma	วันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4	เข้า
คลินิกโภชนาการ	วันพุธ ที่ 2	เข้า
คลินิกธาลัสซีเมีย	วันพฤหัสบดีที่ 1 และ 3	เข้า
คลินิกHigh risk	วันศุกร์ ที่ 1 และ	เข้า
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ	ทุกวันพุธ	เข้า – ป่วย
คลินิกฟิการ 5โรค	วันพุธ ที่ 3	ป่วย
คลินิกต่อมไร้ท่อ	วันพุธ	เข้า

และมีการปรับปรุงระบบส่งต่อที่OPD โดยมีแนวทาง ตารางออกตรวจโรงพยาบาลที่ส่งต่อ เป็นลายลักษณ์อักษร

บทเรียนจากการทบทวนความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน :

- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคฉุกเฉินที่พบบ่อยในเด็ก เช่น ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ จะมีการติดต่อประสานงานระหว่างกุมารแพทย์กับแพทย์ที่ รพช. (กรณีส่งต่อ) หรือแพทย์ฉุกเฉินกับกุมารแพทย์ (กรณีwalk in) ถ้าสามารถทราบเคสก่อนส่ง แพทย์จะให้การรักษาเบื้องต้น และเตรียมสำรองเตียงที่ ICU นอกจากนี้มีการอบรม NCPDR ทั้งระดับในโรงพยาบาล และระดับจังหวัด แนวทางการปรึกษา การส่งต่อ มีการอบรมโรคที่พบบ่อยและ เชิญแพทย์เพิ่มพูนทักษะมีเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการองค์กรแพทย์ทุกวันพฤหัสบดี มีแนวทางการรักษาเบื้องต้นในโรคฉุกเฉินสำหรับสอนแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

- ปี 2557 มีผู้ป่วย PIH เกิดภาวะ Eclamsia 1 ราย ทั้งๆที่ได้ให้ยา MgSO₄ แล้ว พบว่าผู้ป่วยได้รับยาMgSO₄ ล่าช้าและไม่เพียงพอ มีการทบทวนร่วมกันระหว่าง ER และ PCT สูดิ-นรีเวชกรรมหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติชักหรือความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ามาทำงานอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถให้ยา MgSO₄ได้ทันที และมีการปรับแนวทางการให้ MgSO₄ หลังปรับแนวทางใหม่ไม่พบอุบัติการณ์ชักซ้ำ

- ปี 2558 มีผู้ป่วย PIH เกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการทบทวนพบว่าไม่ได้นึกถึง PIH ในอายุครรภ์ที่น้อย (21 สัปดาห์) จึงมีการปรับผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ถ้าพบปัญหาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงควร Admit ทุกรายปรับCPGPIH ใหม่ โดยให้นึกถึงPIH ในทุกๆไตรมาสของการตั้งครรภ์

บทเรียนในการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ :

- ผู้ป่วย Thalassemia ที่แพทย์พิจารณาเห็นสมควรว่าต้องทำการตัดม้าม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับวัคซีน Pneumococcal 13 ก่อนผ่าตัดม้าม 4 สัปดาห์ และ PVC 23 หลังผ่าตัดม้าม 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นวัคซีนที่ผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง ผู้ป่วยบางรายที่บิดา มารดา /ผู้ปกครองฐานะยากจน ไม่สามารถชำระค่าวัคซีนได้ ทำให้ญาติกังวล ไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาตามที่แพทย์ได้วางแผนการรักษาไว้ มีการประสานกับศัลยแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปทำผ่าตัดม้าม (กรณีผู้ป่วยที่มีอายุเกิน > 5 ปี ผ่าตัดที่โรงพยาบาลชัยนาท ผู้ป่วยที่อายุ<5 ปี ส่งผ่าตัดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์) มีการประสานเภสัชกรเพื่อเตรียมวัคซีน Pneumococcal 13 ก่อนผ่าตัดม้าม 4 สัปดาห์ และ PVC 23 หลังผ่าตัดม้าม 4 สัปดาห์ประสานสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน(ผู้ป่วยอยู่ในเขตเมือง)ไม่สามารถชำระค่าวัคซีนได้ทำหนังสือประสานขอความร่วมมือกับ โรงพยาบาลต้นสังกัด (กรณีผู้ป่วยอยู่ต่างอำเภอ) ในเรื่องค่าใช้จ่ายวัคซีน Pneumococcal 13 และ PVC 23 กรณีผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน

- โรคทางกุมารที่ไม่สามารถรักษาเองได้ และต้องส่งต่อ เช่น โรคคัลยกรรมเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน(Emergency)ต้องส่งต่อจะstabilizeที่ห้องฉุกเฉินแล้วประสานงานเพื่อส่งต่อกรณีที่สามารถรอได้ (urgency)จะadmit ที่ห้องผู้ป่วยให้การรักษเบื้องต้น และประสานงานส่งต่อ ในอดีตบางครั้งผู้ป่วยใส่ท่อทางเดินหายใจต้องปีบ bag ไปซึ่งอาจมีปัญหาเช่นปีบแรง ปีบเร็วไปไม่สม่ำเสมอ ปัจจุบันสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจมาช่วยในการส่งต่อ

บทเรียนในการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ :

- เกิดจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานกรณีที่มีปัญหาเรื่องเคลียร์เตียงไม่ได้/ล่าช้า มีการตกลงร่วมกันทุก PCT เรื่องการขอใช้เตียงรับผู้ป่วยศัลยกรรม post op แบบฉุกเฉิน ถ้าเคลียร์ไม่ได้ให้แพทย์ Staff คุยกันเองมีการให้ข้อมูลกับญาติกรณีย้ายผู้ป่วยออกเมื่ออาการพ้นวิกฤติ เพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่า และมีการวางแผนล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยโดยแพทย์

- มีการกำหนดเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้า ICU เนื่องจากบางครั้งมีผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยไม่เป็นตามเกณฑ์ และเกิดข้อร้องเรียน กรณีไม่สามารถเข้า ICU ได้ จะใส่เครื่องช่วยหายใจที่ห้องผู้ป่วย โดยมีพยาบาล ICU ไปดูร่วมกรณีมีปัญหา

- ผู้ป่วยเด็ก อุปกรณ์/เครื่องมือไม่เพียงพอ มีระบบการยืมอุปกรณ์/เครื่องมือจากแผนกกุมาร และปัญหาทักษะความชำนาญในการทำหัตถการสำคัญในเด็กเล็กมีการประสานขอพยาบาลจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมาช่วย

- การทบทวน Flow การรับผู้ป่วยเด็กใน ICU เนื่องจากที่ผ่านมาจะมีแต่เด็กโตเท่านั้นที่เข้า ICUแต่เนื่องจากมีปัญหาทารกที่เข้า NICU บางครั้งนำเชื้อจากชุมชนเข้าไปแพร่กระจายในหออภิบาลทารกแรกเกิด จึงมีการปรับอายุทารกที่เข้าในNICUใหม่ พร้อมทั้งมีการอบรมเพิ่มศักยภาพ พยาบาล ICU และจัดหาอุปกรณ์ต่างๆเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือน โดยพบว่าหลังจากมีการปรับปรุง พัฒนา อบรม เจ้าหน้าที่สามารถดูแลทารกและเด็กได้ดีขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาบ้างเล็กน้อยที่ต้องขอความช่วยเหลือจากกุมารมาช่วยเช่นการหาเส้นทาง IV, Infusion pumpไม่เพียงพอ ซึ่งกำลังพัฒนาต่อไป

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการขอ Informed consent :

- มีการทบทวนตัวชี้วัดในเรื่องของอัตราการได้รับ SK ใน STEMI ยังต่ำกว่าเป้าหมาย จากสาเหตุหนึ่งคือ การตัดสินใจของญาติ กังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน จึงมีการปรับแบบฟอร์มการให้ข้อมูลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

- มีการทบทวนประเด็นความเสี่ยง/ข้อร้องเรียนที่เกิดจากความผิดพลาดในการสื่อสารภายในทีม/ระหว่างทีม/การให้ข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ มารดาผ่าตัดคลอดไม่ได้รับการทำหมันตามที่ให้ข้อมูลแรกรับนำมาสู่การทบทวนการให้ข้อมูล TR ใน informed consent และทบทวน Surgical checklist

- มีการทบทวนการให้ข้อมูลและการวางแผนดูแลร่วมกับแพทย์ในคลินิก CAPD เนื่องจากอุบัติเหตุ Set off TK ผลหลังผ่าตัดแพทย์ไม่ได้ off แต่เปลี่ยนตำแหน่งการวางสาย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดจึงนำมาสู่การปรับปรุงการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่ Clinic CAPD และการเขียนใบ Set OR ต้องเป็นลายมือแพทย์เท่านั้น

- การให้ญาติลงนามยินยอมปฏิเสธการใส่ Tube และ CPR ในผู้ป่วย palliative care ยังมีแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจนการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาถือเป็นเรื่องสำคัญสำหรับกุมารแพทย์ มีการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรการให้ความรู้แก่ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงพยาธิสภาพของโรคที่อาจพบ มีการให้ความรู้/อาการแก่ญาติ ผู้ปกครองกรณีวิกฤติ พร้อมลงนามชื่อบริษัท

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- อัตราการได้รับ SK ใน STEMI ในปี 255 – 2557มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี 2555 = 48.78%, ปี 2556 = 53.84%, ปี 2557 = 60.29%

- มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้า Stroke fast track เพิ่มมากขึ้น ปี 2554 = 2 ราย, ปี 2555 = 32 ราย, ปี 2556 = 120 ราย, ปี 2557 = 147 ราย, ปี 2558 (ต.ค.-พ.ค.) = 59 ราย

- อัตราการส่งต่อ Renal colic - Ureteric calculi ไปสถานพยาบาลอื่นลดลง ปี 2555 = 9.67%, ปี 2556 = 7.6%, ปี 2557 = 3.4%, ปี 2558 (ต.ค.-มี.ค.) = 0.91%

- อัตราการเกิด ROP gr 3 - 4 ลดลง เป้าหมาย < 8% ปี 2555 = 6.67%, ปี 2556 = 2.86%, ปี 2557 - 2558 (ต.ค.-พ.ค.) = 0%

- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาเพิ่มขึ้น ปี 2556 - 2557 = 25.6, 43.98, 45.54 ตามลำดับ ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกภายใน 30 วันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2556 = ร้อยละ 44.69 ปี 2557, 2558 = 54.55 และ 64.62

- หลัง มี.ย.2557งานศัลยกรรมช่องปากต่างๆ เช่น งานผ่าตัดในช่องปาก ตกแต่งกระดูก, ฟันคุด, ฟันฝัง, รากเทียม, case infection, Trauma, Tumor, Cleft lip cleft palate ฯลฯ ถ้าเปรียบเทียบในช่วงเดียวกันของปี 2556 สามารถให้บริการผู้ป่วยได้แทบทุกรายโดยไม่ต้องทำการส่งต่อ ที่ยังต้องทำการส่งต่อส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ต้องไปรับการรักษาอย่างอื่นต่อ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
71. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3.5	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว โดยการมี fast track ในกลุ่มโรคสำคัญให้ครอบคลุม
72. กระบวนการรับผู้ป่วย	3.5	- ปรับปรุงกระบวนการการรับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นเช่นการใช้ Lean management
73. การให้ข้อมูลและ informed consent	3.5	- มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมก่อให้เกิดความมั่นใจ และความร่วมมือในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ของผู้ป่วยและญาติ

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการตรวจ EKG ภายใน 10 นาทีในผู้ป่วย ACS	100%	94.50	100	83.72	88.06
อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด/ล่าช้าที่ ER	0	10	5	3	11
อัตราการวินิจฉัย Ectopic pregnancy ผิดพลาด/ล่าช้า	0%	4.34 (1/23)	0	0	7.6 (1 ราย)
อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	<18%	18.07	12.89	17.96	24.37
อัตราอุบัติการณ์ชักซ้ำจากไข้สูงขณะอยู่โรงพยาบาลใน Acute Febrile illness	0%	1.38	0.01	0.03	0.13

บริบท :

ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน มีการประเมินเบื้องต้นที่ศูนย์เปล ถ้าในเวลาที่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำเป็นผู้ประเมินรถนั่ง/รถนอน ถ้านอกเวลาเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลที่ผ่านการอบรมทุกปี โดยพิจารณาส่ง OPD/ER กรณีที่ส่ง ER จะมีพยาบาลที่จุดคัดกรองเป็นผู้ประเมินและจำแนกประเภทผู้ป่วย Non-urgent / Urgent และ Emergent ถ้า Emergent จะแขวนป้ายสีแดงที่รถนอนเพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมทราบเพื่อให้การรักษาแบบเร่งด่วนภายใน 4 นาที ถ้าเป็น Urgent สามารถรอได้ไม่เกิน 30 นาที และมีการประเมินซ้ำโดยพยาบาลคนแรกที่ดูผู้ป่วย กรณี Non-urgent จะให้การรักษเบื้องต้นก่อนส่ง OPD ในเวลาและ OPD นอกเวลา กรณี Admit จาก ER ถ้าเป็น Urgent/Emergent จะมีพยาบาลวิชาชีพประเมินก่อนนำส่ง มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานโดยใช้ SBAR มีเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินเพื่อพิจารณา Admit/ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU มีการเฝ้าระวัง Warning signs ทุกหอผู้ป่วยมีเกณฑ์ในการประเมินและแยกประเภทผู้ป่วยแนวทางเดียวกัน มีการแบ่ง Zone การรับผู้ป่วยหนัก/ไม่หนัก มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ มีการบันทึกการประเมินและตรวจร่างกายโดยแพทย์ในแบบฟอร์มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน MRA ของ สปสช. ซึ่งมีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพโดยกำหนดแนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้เป็นแนวทางเดียวกัน

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน :

- Acute abdominal pain, Dyspepsia, Dizziness, Stroke, AMI, Sepsis

กระบวนการ :

- การซักประวัติ, การประเมินและการตรวจร่างกาย, การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย, การวินิจฉัย, Admit

การประเมิน:

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการประเมินผู้ป่วย(ดูรายละเอียดใน clinical tracer highlight) :

- AMI, DHF, Acute Febrile Convulsion, Rupture Appendicitis, Ectopic Pregnancy, PIH, Head injury, Dizziness, Dyspepsia

บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน :

- มีการนำอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงระหว่างรอตรวจ/ปัญหาการคัดกรอง/การดูแลส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง OPD-ER ทั้งในเวลาและนอกเวลาเข้าที่ประชุมทบทวนโดยผู้อำนวยการเป็นประธาน เมื่อมีผู้ป่วยได้รับการคัดกรองจากจุด Screening ที่ ER/OPD กรณีผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้า ER แล้ว และพบว่าคัดกรองผิดพลาด ไม่ต้องส่งผู้ป่วยให้มารอตรวจที่ OPD ขอให้แพทย์ที่ ER ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย และให้เก็บ Incident/ตัวชี้วัดการคัดกรอง

ผลิตผลเพื่อมาพัฒนา Competency ของพยาบาลคัดกรอง ปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงบริการ สื่อสารให้ชัดเจนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าจะเข้ารับบริการที่ช่องทางไหน แยกฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน มีวิธีการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์อย่างไร ให้ปรับระบบ screening ที่ OPD จากเดิมเวลา 07.00น. – 08.00น. มีพยาบาลวิชาชีพ Screening อยู่ที่เคาน์เตอร์ข้างหน้าตรงศูนย์เปลหลัง 08.00น. – 10.00น. พยาบาลแผนกอายุรกรรมจะเป็นผู้ Screen แทน แต่เป็นการ Screen ที่หน้าห้องตรวจ และพยาบาลที่อยู่จุด Screening จะย้ายไปประจำอยู่ที่แผนกตาม Assignment ที่ได้รับมอบหมายเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอต้องมีการหมุนเวียน จึงให้มีการขยายเวลาพยาบาล ณ จุด Screening ถึง 10.00น. กรณี OPD GP ในเวลา ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาให้ส่งผู้ป่วยมาที่ OPD เพื่อให้แพทย์ตรวจทันทีไม่ต้องส่งไป ER เพื่อลดขั้นตอน ให้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ seamless & Lean เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ที่รวดเร็ว โดยให้อยู่ในการตัดสินใจของแพทย์ กรณีผู้ป่วยที่ตรวจภาคเช้าแต่ละแผนกยังตรวจไม่หมด มีค่างรถตรวจจ่าย ให้เจ้าของแผนกหรือพยาบาลที่ประจำตรงจุดนั้นรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลต่อ กรณีผู้ป่วยที่มาใหม่ยื่นบัตรที่ห้องบัตรเวลา 12.00น. – 13.00น. จากเดิมห้องบัตรจะแจ้งให้ผู้ป่วยรอตรวจจ่าย มติที่ประชุมเสนอว่าผู้ป่วยควรจะทราบสิทธิของตนเองว่าจะต้องตรวจแผนกไหน เวลาใด ให้จัดทำแผ่นคำแนะนำเพื่อแจ้งให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการทราบ และในกรณีคัดกรองภาคบ่าย 13.00น.–16.00น. ให้ปฏิบัติเหมือนภาคเช้า Entry 2 ช่องทาง ER คัดกรองแล้วให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่ ER เลย ถ้าเป็น OPD การคัดกรองภาคบ่ายยังเป็นการคัดกรองที่หน้าห้องตรวจ

- มีการทบทวน case Fetal gastrostitis Refer จาก รพช. มีการ Set C/S โดยไม่ได้ระบุเวลาชัดเจนและเมื่อผู้ป่วยมาถึง ERมีการ Set OR ทันที โดยให้เตรียมอุปกรณ์ คือ Vasaline gauze,Gauze bandage,NSS,Gauzeไว้เพื่อใช้ Pack หน้าท้องทารก ผู้ป่วยมาถึงORเวลา23.30น. เริ่มทำผ่าตัดเวลา 00.50-00.25 น. กุมารแพทย์มารับเด็ก2 คน พยาบาลห้องคลอดมา 2 คน ทารกที่ทำผ่าตัดออกมามีภาวะ Gastrostitis แพทย์ใช้Gauze burn+NSSปิดหน้าท้องพันด้วยGauze bandageและเตรียมReferไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างจัดการ case แพทย์ให้ตามพยาบาลจากกุมารเวชกรรม2 เข้ามาช่วยดูแลทารกแรกคลอดโดยพยาบาลสวมเสื้อคลุมจากภายนอกเข้ามาในORไม่ได้เปลี่ยนเป็นชุดของผ่าตัดประเด็นสำคัญในการทบทวน: ความไม่พร้อมของทีม, อุปกรณ์, เครื่องมือ, ยา, เวชภัณฑ์ และสถานที่ในการที่จะดูแลช่วยเหลือทารกที่มีปัญหา (กระบวนการทุกอย่างทำใน OR แนวทางเดิมกุมารแพทย์จะให้ Transfer ทารกเพื่อไปทำหัตถการ/ให้การดูแลรักษาพยาบาลที่กุมารเวชกรรม 2 ซึ่งมีความพร้อมมากกว่า เนื่องจากในห้องผ่าตัดมีข้อจำกัดหลายด้าน และในขณะเดียวกันOR ต้องรับ C/S อีก 1 ราย) จึงได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในเรื่องของการจัดการเคสเด็กที่เร่งด่วนและที่ต้องทำหัตถการสำคัญ ให้รีบ Transfer เด็กไปให้การดูแล/รักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม 2 เท่านั้น โดยที่ไม่ต้องตามให้พยาบาลเด็กเข้ามาช่วยใน OR เนื่องจากอุปกรณ์ไม่พร้อม

●ปัญหาการวินิจฉัยล่าช้าที่พบในเด็ก เช่น ปัญหาการประเมินทารกแรกเกิด การประเมินทางเดินหายใจ การรักษาภาวะช็อก ซึ่งจากการทบทวนบางครั้งที่ รพช/ER ประเมินต่ำหรือสูงเกินความเป็นจริง เช่น ประเมินหอบมาก แต่พบแรกรับเด็กไม่หอบ หรือพบมีการประเมินผิดพลาดในผู้ป่วย croup score, ชัก, ซ็อค ทีมกุมารแพทย์จึงได้มีการอบรมการดูแลโรคทางเดินหายใจ/โรคที่พบบ่อย /โรคฉุกเฉิน โดยเชิญแพทย์ใช้ทุนจาก รพช.มาเข้าอบรม และให้มีการประเมินก่อนส่งโดยส่งคลิปมาให้ดูก่อนส่งต่อ เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องมากขึ้น

บทเรียนในการพัฒนาให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน :

- การคัดกรองที่ห้องเวชระเบียนผิดแผนก เนื่องจากเจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะเป็นผู้คัดกรองส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ พบปัญหาผู้ป่วยแจ้งอาการไม่ตรง/ญาติแจ้งแทน ใบส่งตัวไม่สอดคล้องกับอาการ อาการก้ำกึ่งเจ้าหน้าที่ไม่สามารถประเมินได้ว่าจะเข้าแผนกไหน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง ได้มีการเพิ่มจุดคัดกรองที่ OPD โดยผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการประเมินเบื้องต้นโดยพยาบาลวิชาชีพ

- ปัญหาการรอตรวจนาน ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ มีการปรับระบบการจัดลำดับ/เกณฑ์ในการเข้าตรวจที่ OPD Ortho ได้แก่ ตรวจก่อนกรณี (ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว, ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี, พระภิกษุ/สามเณร, ผู้ป่วยเด็กเล็ก, และเจ้าหน้าที่) และกรณีตรวจตามเบอร์คิว ก่อน-หลังในผู้ป่วยทั่วไป

- การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฉุกเฉินที่ ERมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมโดยการปฏิบัติตาม CPG

- การบันทึกการซักประวัติตรวจร่างกายโดยแพทย์ : ไม่บันทึก/ไม่ครบถ้วน มีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกในส่วนของ Admission note และ OPD card โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช.

บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการประเมินอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น) :

- กุมารเวชกรรมมีการนำสถิติ ปัญหาต่างๆ มาทบทวน และนำความรู้วิชาการมาอ้างอิง ตัวอย่างเช่นกรณีใช้แล้วซัก จะมีการเช็คตัวที่ไม่เหมาะสม การอาบน้ำเด็กขณะใช้สูง โดยมีการพูดคุยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเรื่องการดูแลเด็กใช้สูงเป็นแนวทางเดียวกัน หรือกรณีผู้ป่วยที่หอบมานอนโรงพยาบาลบ่อยปัญหาเกิดจากการวินิจฉัย การรักษา การให้ความรู้เรื่องยา การพ่นยา การล้างจมูก แต่ละหน่วยไม่สอนตามแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสับสน จึงมีการประชุมสหวิชาชีพวางแผนทางของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ล่าสุดมีปัญหาใช้เลือดออกค่อนข้างมาก มีทั้งกลุ่มที่สัญญาณชีพปกติ/ผิดปกติ จึงมีการทบทวนโดยสอนระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลเพื่อให้ประเมิน และส่งต่ออย่างเหมาะสม

- มีการทบทวน Sepsis เป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 ในกลุ่มงานกุมารเวชกรรมทารกแรกเกิด พบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็น late neonatal sepsis ซึ่งเกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยทารกกลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา การทำหัตถการ การติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนการประเมิน เฝ้าระวัง ให้การวินิจฉัย Early onset sepsis นั้นเป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อน เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาเร็วขึ้น เหมาะสม มีมาตรฐานและลดอัตราการตาย/ความพิการ PCT กุมารเวชกรรมจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) และ แนวทางคัดกรองผู้ป่วย (screening SIRS) เพื่อความสะดวก ชัดเจน รวดเร็ว และมีมาตรฐาน หลังจากเริ่มดำเนินการ ได้มีการทบทวน และวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการพัฒนาหลายประการ เช่น ผู้ป่วยได้รับ Anti-biotics ถ้าช้าในบางราย มีการทบทวนกระบวนการ และปรับการพยาบาลเพื่อประกันเวลาไว้ว่าผู้ป่วยต้องได้รับ anti-biotics ภายใน 4 ชั่วโมงหลังแพทย์เขียนใบสั่งการรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการนานเกิน 4 ชั่วโมง ทำให้ได้รับยาล่าช้า เพราะรอผลเลือด จึงได้มีการประสานห้อง LAB เพื่อให้ได้ผลด่วน ระบบรายงานค่าวิกฤต มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นมากในหอผู้ป่วย ทำให้ทีมไม่สามารถดูแลภาวะ Sepsis ได้ทั่วถึง อาจมีการย่อหย่อนในการทำงานไปบ้าง จึงได้จัดประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขโดยชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทีมแพทย์เองก็ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (MM conference) พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis มีหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้รับการรักษา ได้รับดูแลที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น หลังจากการทบทวนเวชระเบียนแล้ว ได้มีการแจ้งให้ทีมรับทราบถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อทุกคนจะได้ตระหนักและเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น รวมถึงมีการอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ มีการทำแนวทางการเฝ้าระวัง-ดูแล Preterm PROM หลังจากได้ทำแนวทางและทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าแนวทางเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อมีความไวในการตรวจจับดีมาก ประกอบกับผู้ป่วยในบางรายไม่ได้ติดเชื้อจริงแต่แสดงอาการคล้ายการติดเชื้อ (Sepsis liked symptom) จึงมีการปรับรูปแบบเป็นการเฝ้าระวังและประเมินภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด (Safety newborn checklist) เพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการให้การดูแลรักษาพยาบาล

บทเรียนในการประเมินความทันเวลาของการประเมินซ้ำ :

- โรคที่เป็นปัญหาและต้องมีการประเมินซ้ำในผู้ป่วยเด็ก เช่น ใช้เลือดออก ท้องเสียรุนแรง หอบ ซักและอาการทางระบบประสาท ความดันโลหิตสูง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจะมีแนวทางการประเมินร่วมกัน เช่น warning sign

- มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย Threatened abortion คลอดบุตรก่อนกำหนดนำส่งจาก ER ไปหออผู้ป่วยพบว่าไม่ได้ประเมินผู้ป่วยโดยการตรวจภายในก่อน admit ผู้ป่วยเข้า ward จากการทบทวนให้มีการประเมินเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมาที่ ER หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดท้องควรมีการประเมินการเบ่งคลอดและตรวจภายในทุกรายผู้ป่วย Abortion ควรตรวจภายในทุกรายโดยแพทย์และประเมิน Active bleeding

- ปี 2556 ส่งมารดาปวดท้องคลอด มีน้ำเดินมาตรวจที่ OPD ANC 2 ราย และปี 2557 มีผู้ป่วย Abortion ทบทวนใน PCT สติกรรรมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ให้มีการรายงานสูติแพทย์เพื่อให้สูติแพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าห้องคลอดโดยไม่ต้องผ่านสูติแพทย์ที่ OPD เพื่อให้ห้องคลอดประเมินซ้ำ

- ปี 2557 มีผู้ป่วยทรุดลงขณะอยู่ในห้องสังเกตอาการมีภาวะ cardiac arrest รับผู้ป่วยชายอายุ 64 ปี จาก OPD มา ด้วยอาการจุกแน่นได้ลิ้นปี วินิจฉัย Dyspepsia ทำ EKG 12 leads และฉีดยา ให้นอนสังเกตอาการ หลังฉีดยา

ประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเกร็งและมีภาวะ cardiac arrest CPR 7 นาที มีชีพจร ผู้ป่วยรู้สึกตัว ประเมินซ้ำพบว่า เป็น STEMI (anterolateral wall) ประเด็นการทบทวนไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย ACS ทำ EKG 12 leads แต่ขาดการบันทึกและการแปลผล EKG ใน 10 นาที ขาดการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามมาตรฐาน

- มีการนำอุบัติการณ์การประเมิน คัดกรอง และการประเมิน เฝ้าระวัง ผิดพลาด/ล่าช้า/ไม่เหมาะสม ในปี 2555 – 2558 (ต.ค.-มี.ค.) = 32, 25, 16, 52 ตามลำดับ มาร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตฉุกเฉินสำหรับ IPD/OPD มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ Safety Emergency response วางแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้ายหรือนำส่ง, แนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้รับบริการมีอาการทรุดลง ณ สถานที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลที่ไม่มีการบริการ เช่น ร้านค้า ลานจอดรถและกำหนด Pre-arrest signs ในการรายงานแพทย์ในผู้ป่วยทั่วไป, ผู้ป่วยเด็กและสูติกรรมมีการซ้อมแผนการช่วยเหลือเมื่อพบเห็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่มีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ/ระหว่างทางเดินในโรงพยาบาลมีการทบทวน Flow CPR ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 ชั้น

บทเรียนในการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว :

- ปัญหาที่มีข้อร้องเรียนเรื่องระบบการดูแลรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูลและคำอธิบายเรื่องโรคและการรักษาจากแพทย์ ได้มีการกำหนดแนวทางให้มีการรายงานแพทย์เมื่อมี case รับใหม่/รับย้ายทุก case และกรณีที่เป็น case ที่มีความเสี่ยงให้รายงานแพทย์ Staff คู่ขนานกับการรายงานแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

- ที่ผ่านมามีปัญหาการตัดสินใจ no resuscitate ของญาติหลังทราบข้อมูลเรื่องโรคใน palliative care และการให้ญาติลงนามยินยอมปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยฟื้นคืนชีพยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน จึงมีการปรับแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาที่ใช้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการและลงนามในหนังสือแสดงเจตนา

- ปัญหาจากญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในการรักษา แต่ญาติมาไม่ตรงเวลาขณะที่แพทย์ round ward จึงมีการจัดเวลาให้ญาติพบแพทย์ได้ในวันเวลาที่กำหนดทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลและโอกาสซักถามปัญหาโดยญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

- เนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กมี 2 แบบ คือ ไม่คาดคิด กับเด็กที่ป่วยเรื้อรัง (palliative care) ฉะนั้นการให้ข้อมูลต่างๆ แพทย์จะให้ข้อมูลภาวะวิกฤติกับญาติเอง และจะมีการเขียนบันทึกในใบ progress note ลงบันทึก วัน เวลา ผู้รับข้อมูล และให้ญาติลงนามรับทราบ ซึ่งทำให้การดูแลทั้งแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกันได้ทั้งวาจา และเอกสาร

การตรวจ investigation :

บทเรียนในการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigation ที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม :

- จากเดิมโรงพยาบาลมีข้อจำกัดการส่งตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา เนื่องจากมีรังสีแพทย์ 1 คน ทำให้การส่งตรวจพิเศษบางรายล่าช้า กรณีที่มีการส่งตรวจพิเศษต่างๆ ให้แพทย์บันทึกข้อมูล เหตุผลที่จำเป็นในการส่งตรวจในใบส่งตรวจ โดยเจ้าหน้าที่แผนกรังสีเป็นผู้จัดลำดับคิวตามความเหมาะสม กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ/เร่งด่วนจำเป็นต้องได้รับการตรวจพิเศษที่รวดเร็ว จะให้แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษากับรังสีแพทย์โดยตรงในปี 2557 มีรังสีแพทย์เพิ่มมา 1 คน พร้อมกับมีการขยายบริการโดยเพิ่มห้องตรวจอัลตราซาวด์เพิ่มอีก 1 ห้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์รวดเร็วขึ้น

- พบมีการวินิจฉัย Ectopic pregnancy ผิดพลาด/ล่าช้า 1 รายในปี 2558 ประเด็นที่พบตั้งครรถ์บริเวณ cornu ทำให้การวินิจฉัยและ U/S ยาก ข้อมูลจากผู้ป่วยทำ ART ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดขาดการประเมินซ้ำโดยผู้ที่ชำนาญกว่า ไม่นึกถึง Ectopic pregnancy ตั้งแต่แรกรับเนื่องจากมาด้วยอาการปวด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน จึงมีการพัฒนาทักษะการประเมินและการทำ U/S ให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เฝ้าระวังเป็นพิเศษในกรณีที่มีการทำ ART มีการประเมินซ้ำจากผู้ที่ชำนาญกว่าในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จุดคัดกรองแรกรับหากพบประวัติหญิงตั้งครรถ์ที่มาด้วยอาการปวด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียนควรต้องนึกถึง Ectopic pregnancy เสมอและส่ง investgate ต่อ

- โรคที่ทาง PCT กุมารเวชกรรมได้ทบทวนปัญหาและได้คุยกับทีมสนับสนุนเช่น ใช้เลือดออก โดยจะมีแนวทางการส่ง NS1 การรายงานผล CBC กรณีที่สงสัยใช้เลือดออกซึ่งขอผลด่วนใน 30-60 นาที การส่งตรวจชั้นสูติรนอก

โรงพยาบาล และการรายงานผล เพื่อประกอบการรักษาและวินิจฉัยหรือกรณีที่เกิดต้องการการวินิจฉัยด่วนเช่น IVH, Intussusception สามารถประสานรังสีแพทย์โดยตรง อาจทำที่ bedside หรือที่ห้องรังสีได้

บทเรียนในเรื่องการสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ :

- ปัญหาความผิดพลาดในการรายงานผลขึ้นเนื้อ : ลำช้า ใส่ผลผิดคน มีการพัฒนาระบบการส่งตรวจและรายงานผลขึ้นเนื้อร่วมกันระหว่าง PCT, LAB, OPD มีระบบการติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผลตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือผลขึ้นเนื้อผิดปกติ

- ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน มีผู้รับบริการมาขอประวัติการรักษาของผู้ป่วยโดยเวชระเบียนนั้น มีการอนุญาตจากแพทย์ที่อยู่เวรที่ OPD ซึ่งไม่ใช่แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง จึงนำไปสู่การร้องเรียน จึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูล/เวชระเบียนผู้ป่วย ในประเด็นของ ผู้มีสิทธิร้องขอประวัติ, ขั้นตอนการขอประวัติ/ข้อมูลผู้ป่วย, ข้อมูลที่ควรให้, ผู้มีสิทธิเข้าถึงเวชระเบียน

- การพัฒนาระบบการสืบค้นข้อมูลการส่งตรวจ LAB ผ่าน HOSxP โดยหอบุคลากร/หน่วยงานสามารถตรวจสอบข้อมูลการรายงานผลการตรวจได้โดยที่ยังไม่ได้ใบรายงานผล LAB ยืนยัน และให้หอบุคลากร/หน่วยงานสามารถ print ใบรายงานผล LAB ได้เอง เพื่อลดขั้นตอนการเดินทางไปรับผล LAB ของผู้ช่วยเหลือคนไข้/คนงาน และช่วยลดอุบัติเหตุการฉีกใบรายงานผล LAB หาย/การขอคัดลอกผล LAB ใหม่, การรายงานผลล่าช้า

การวินิจฉัยโรค :

บทเรียนในการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค :

- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกใน PCT อายุรกรรม เนื่องจากปี 2558 มีผู้ป่วยอายุ 25 ปีเสียชีวิต จัดทำ DHF Protocol ผู้ป่วยไข้เลือดออกระดับ 1, 2 ให้ Admit หอบุคลากรอายุรกรรมหญิง / อายุรกรรมชาย ถ้าเป็นระดับ 3, 4 ได้ Admit ICU รายงานแพทย์ Intern และ Staff ควบคู่กัน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. และเอกสารการให้การรักษามืออยู่รพช. การใช้ Warning Sign DHF ในการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้มีปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวัง ตั้งแต่ OPD, ER, หอบุคลากร และมีการเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่อง

-กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ความผิดพลาด/ก้ำกวมด้านการรักษา วินิจฉัย จะมีการประชุมทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไข เช่น การรักษา sepsis ในทารกแรกเกิด การรักษาภาวะ Shock ในเด็ก การรักษาภาวะARDS

- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกใน PCT กุมารเวชกรรม จากการมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต 1 รายในปี2558 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคเร็วหลังมีไข้มา 3 ชั่วโมง (Septic shock) และเกิดการช็อคจากไข้เลือดออกซ้ำ (Dengue shock) อีกครั้ง ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออก ได้แก่ ARDS , acute renal failure มีการปรับแนวทางการวินิจฉัย กำหนดให้ผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูงมากกว่า 2 วัน ตรวจ Tourniquet test ทุกราย แนวทางการติดตามผู้ป่วยในกรณีไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก กำหนดค่า Labวิกฤติ สำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่อให้รายงานได้ถูกต้องและรวดเร็ว และร่วมกับ PCT อายุรกรรมในการจัดประชุมอบรมความรู้ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- จัดระบบการบริหารจัดการ case ผู้ป่วยศัลยกรรมร่วมกับรพช. ในเครือข่ายโดยการใช้ D to D และ N to N ผลลัพธ์ : อัตราการส่งต่อข้อมูลระหว่างแพทย์ รพช. กับศัลยกรรมปฏิบัติได้ 100% (เป้าหมาย 80%) และอัตราการส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาลรพช. กับพยาบาล ER= 100% ได้ตามเป้าหมาย

- ระยะเวลาการนัดตรวจพิเศษ (FLU) เร็วขึ้น จากเดิมปี 2555 = 11.49 วัน ปี 2556 – 2558 ลดลงเป็น 8.91, 9.77, 5, 5.3 วัน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
74.การประเมินผู้ป่วย	3.5	- พัฒนาระบบการประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มอาการให้ครอบคลุมมากขึ้น - จัดทำ CPG เพิ่มให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
75.การตรวจ investigate ที่จำเป็น	3.5	- การทบทวนความคุ้มค่าของการ Investigate ที่มีราคา แพงหรือมีความเสี่ยงสูง
76.การวินิจฉัยโรค	3.5	- การติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่มี Missed diagnosis ทั้งกลุ่ม ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและกลุ่มผู้ป่วยที่ Refer

III-3 การวางแผน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้รับบริการได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการ Re – visit ที่ ER ด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมง	0%	0.38	0.27	0.16	0.15
อัตรา Re-admit ใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	<2%	0.94	0.97	1.05	1.34
อัตราการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วยที่ทำ TKA	0%	8.47 (10 ราย)	3.44 (4 ราย)	3.49 (5 ราย)	6.94 (5 ราย)
จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัด TKA	ไม่เกิน 10 วัน	6.69	6.64	6.03	5.5
อัตราการตายของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม	< 2%	0.27	0.23	0.10	0.18
อัตราการเกิด Birth asphyxia	$\leq 25 : 1,000$	14.21	17.03	15.50	13.02
อัตราการตกที่คลอดก่อนกำหนด	ไม่เกิน 10%	14.41	13.56	11.40	11.08
อัตรา Refer in ในทารกด้วยภาวะตัวเหลือง	ลดลง	31.25	36.36	35.29	35.29

บริบท :

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย โดยมีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในแต่ละ PCT ตามกลุ่มโรคที่สำคัญ เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ ตั้งแต่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยฝึกอบรมความรู้และเพิ่มพูนทักษะที่สำคัญร่วมกับสหวิชาชีพ มีการให้ความรู้ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกี่ยวกับพยาธิสภาพ, สาเหตุของโรค, แนวทางการรักษา, การปฏิบัติตนในขั้นตอนต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ., ตลอดจนขั้นตอนการฝึกทักษะการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านโดยมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น เภสัชกร กายภาพบำบัดและด้านโภชนาการในการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ :

- DM, HT, GDM, Teenage pregnancy, Ectopic, PIH, DHF

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ :

- Stroke, DM, Asthma, COPD, CRF, TB, TKA, C-spine injury, Palliative care

กระบวนการ :

- มีการสื่อสารการวางแผนในทีมผู้ให้การดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับ, การปฏิบัติตามแผน, การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย, การติดตามผลลัพธ์

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย :

บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย :

- จากสภาพปัญหาที่ผ่านมาของ PCT กุมภาพันธ์ พบว่า Preterm infant เพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ทักษะการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานยังไม่ครอบคลุม มีการส่งตัวใน/นอกเครือข่าย เพิ่มขึ้น ปัญหาเรื่องระบบส่งตัว การดูแลระหว่างส่งตัว รพช.ยังไม่สามารถดูแลโรคที่ไม่ซับซ้อนได้ เช่น ตัวเหลือง จึงมีแนวทางการ

พัฒนา Service Plan สาขาทารกแรกเกิด ร่วมกับเขต พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้มี NICU เพียงพอ พร้อมเครื่องมือที่จำเป็น พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในโรคที่เกินขีดความสามารถ แบบไร้รอยต่อ พัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะตัวเหลืองและการรักษาในระดับ รพช. พัฒนา รพช.ทุกแห่งให้ดูแล Preterm & mild Birth Asphyxia / sick NB ได้ พัฒนาระบบส่งต่อให้ปลอดภัยระดับ รพช. โดยเน้นเรื่องการควบคุมอุณหภูมิกาย พัฒนา ศสม./รพ.สต. ดูแลหญิงตั้งครรภ์/ทารกหลังคลอด/การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีเกณฑ์ Refer back เพื่อดูแลต่อเนื่อง ร่วมมือทุกภาคฝ่ายธรรมาภิบาล การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การฝากครรภ์แต่เริ่มแรก ตลอดจนการพัฒนากระบวนการ ANC , LR , WCC คุณภาพ

- ปัญหาการดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม เนื่องจากมักเป็นผู้ป่วยรายเดิมและกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยเรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุขาดการดูแลที่ต่อเนื่องจากญาติ ปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ซ้ำซ้อน มีความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในการจัดการยา Reconcile ของผู้ป่วยแต่ยังไม่สามารถจัดการและเชื่อมโยงได้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น) :

-การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม จากการทบทวนความเสี่ยงผู้ป่วย TKA ตั้งแต่ปี 2551 เกิดภาวะ shock 6 ราย, ปี 2552 = 11 ราย, ปี 2553 = 6 ราย มีการปรับปรุง Care map และวิเคราะห์ Gap Analysis, ทบทวนเวชระเบียน, ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะ shock หลังผ่าตัด, จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และแบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย, ประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีการเก็บข้อมูลเพื่องานวิจัย TKA – shock และนำผลจากงานวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อเนื่อง และในปี 2554 มีผู้ป่วยเกิดภาวะ shock 7 ราย เพิ่มการติดตาม monitor Vital signs, O₂Sat และการ record urine out put ทุก 1 ชม. จนครบ 24 ชั่วโมง และปี 2555 พบ TKA – shock 10 ราย พบการปฏิบัติตามแนวทางดูแลรักษาไม่ยังคงถ้วนปรับแนวทางการดูแลรักษาในเรื่องการ check bleeding จาก radivac drain ทุก 400ml. ให้ check Hctถ้าHct< 30% ให้ PRC 1 unit ได้ทันที ถ้ามี Bleeding หลังผ่าตัดทุกๆ 800ml. ให้ PRC 1 unit (เดิมกำหนดไว้ 1000ml.)รวมทั้งเน้นการ Early detection การประเมินWarning signและ close monitoring

- มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย Ectopic pregnancy ที่มีภาวะ Shock ได้รับการดูแลรักษาภายใน 40 นาที ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้มีการทบทวนตัวชี้วัดร่วมกันในทีมที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งยังคงให้ความสำคัญในการรักษาที่รวดเร็วสาเหตุที่ยังไม่สามารถทำผ่าตัดภายใน 40 นาทีได้ทุกรายสืบเนื่องมาจากบางรายมีความล่าช้าจากการเตรียมความพร้อมก่อนส่งผ่าตัด เช่น การ NPO ไม่เพียงพอ จึงเน้นให้มีการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนส่งผ่าตัดตั้งแต่ในขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในเรื่อง NPO , การให้IV Fluid ด้วย medicut เบอร์ใหญ่ และการ Retained foley's cath เป็นต้น เพื่อความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

บทเรียนในการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน :

- ปัญหาการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่พร้อม ปรับปรุงระบบโดยมีการวางแผนผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดก่อนนัด Admit โดยการให้ข้อมูลเรื่องโรคและการผ่าตัดจากแพทย์ก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจทำผ่าตัด และมีพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การงดยา ASA ก่อนทำผ่าตัด, ขั้นตอนตรวจ Investigate ต่างๆ, การเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาล, การคุมเบาหวานและความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

- การให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลและมีส่วนตัดสินใจในการให้การรักษา/ผ่าตัด/หัตถการและยาที่สำคัญ เช่น การให้ SK, rt-PAไม่ได้ตามเกณฑ์ เหตุผลจากญาติตัดสินใจช้า ไม่กล้าตัดสินใจ กลัวภาวะแทรกซ้อน และไม่ยินยอมให้ยา ปัญหาญาติปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ ญาติปฏิเสธการส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องจากเหตุผลต่างๆ ได้แก่ สูงอายุ ไม่สะดวกเฝ้า เป็นมะเร็ง

- ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจาก Renal insufficiency ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัช พยาบาล ในการให้ข้อมูลความรู้และทักษะที่จำเป็นในการฉีดยาอินซูลิน และการส่งต่อข้อมูลให้รพ.สต.กรณีผู้ป่วยและญาติมีข้อจำกัดในการฉีดยา

- การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวทุกรายเพื่อเข้าสู่การฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

บทเรียนในการประเมินแผนการดูแลผู้ป่วย (ความครอบคลุมปัญหา ความชัดเจนของเป้าหมาย) :

- มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเด็ก Asthma โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และจัดตั้งคลินิก Asthma ขึ้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาที่คลินิก Asthma หลังพบแพทย์แล้วจะพบเภสัชกรเพื่อประเมินทักษะการใช้ยา แนะนำยาและสอนเทคนิคการใช้ยาให้ถูกวิธี เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา แนะนำการแก้ไขและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่กลับพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบต้องใช้ออกซิเจน และบางรายมีอาการทรุดต้องเข้ารับรักษาที่ ICU จึงมีการทบทวน พบว่าปัญหาเกิดจากการให้ข้อมูลยังหลากหลาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค เทคนิคการพ่นยา กังวลในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ขาดนัด อาการดีขึ้นแล้วจึงหยุดยาเอง ทีมสหสาขามีการทบทวนประเด็นสำคัญต่างๆ เหล่านี้ และมีการพัฒนาต่อยอดเรื่องเทคนิคการพ่นยา การล้างจมูก แนวทางการปรับยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการอบรมเป็น workshop 100% (24 - 25 มิถุนายน 2557)

บทเรียนในการใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนและปรับแผน :

- พบทารก Preterm มักมีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนดร่วมด้วย จึงมีการทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดามีน้ำเดินและอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การดูแล เฝาระวัง และแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วและเหมาะสม การดูแลทารกกลุ่มนี้มีการเฝาระวังความเสี่ยงโดยมีการจัดทำแนวทางการเฝาระวัง specific clinical risk/หัตถการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนัก และสอนแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ผ่านมาโดยจัดทำคู่มือการดูแลทารกโดยจะปรับเปลี่ยนเกือบทุกปี เพื่อความทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตนเอง

- การกำหนดเป้าหมายในการให้ยา ATB โดยการทบทวนการใช้ ATB ระหว่างแพทย์และเภสัช และพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการแจ้งเตือนแพทย์กรณีที่ใช้ยาติดต่อกันเกิน 14 วัน

- การปรับแบบฟอร์มยินยอมการให้เลือดใน Thalassemia ในเด็กเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเอื้อต่อการให้ข้อมูลแก่ญาติ การปรับแบบฟอร์มยินยอมการทำผ่าตัด/หัตถการที่สำคัญในแต่ละ PCT

- ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาในเด็ก แพทย์และพยาบาลไม่มั่นใจ เนื่องจากจำขนาดยาไม่ได้ มีการทำมาตรฐาน/แนวทางให้ยารับประทานและยาฉีด small dose ในเด็กไว้ในหน่วยบริการผู้ป่วยเด็กทุกจุด

การวางแผนจำหน่าย:

โรคที่มีการวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ Care Map เพื่อการวางแผนจำหน่าย :

- มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคที่สำคัญในแต่ละ PCT ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ACS, Stroke, Ectopic pregnancy, Appendicitis, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อเข่า/ข้อสะโพกเทียม, ผ่าตัดต่อมทอนซิล, ผ่าตัดต่อกระຈก, มารดาหลังคลอด

บทเรียนในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายเพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย :

- จากการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์ พบว่าการบันทึกข้อมูลในส่วนของ D/C plan ไม่ครอบคลุม /ไม่ครบถ้วน และรูปแบบในการประเมินไม่ชัดเจน (สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ผู้ดูแล) จึงได้ปรับแบบฟอร์มในการประเมินปัญหาโดยใช้ METHOD Model (อยู่ในช่วงทดลองใช้)

- ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบบ่อยผู้ป่วยดิ่งสาย NG ญาติต้องพาผู้ป่วยมาใส่สายที่โรงพยาบาล บางรายเรียกรถ EMS ไปรับที่บ้านเพื่อรับผู้ป่วยมาใส่สาย NG มีการวางแผนในการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความมั่นใจก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และมีการประสานทีมเครือข่าย รพ.สต.ใน cup สอนทักษะการใส่สาย NG ให้กับญาติ/ care giver ในรายที่มีปัญหา/สายหลุดบ่อย ช่วยลดปัญหาการพาผู้ป่วยมาใส่สาย NG ที่โรงพยาบาล มีการทำนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผ้า Restrained ป้องกันการดิ่งสายโดยให้ญาติมีส่วนร่วม

บทเรียนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (วิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว) :

- เดิมการประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม และรูปแบบในการประเมินไม่ชัดเจน (สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ผู้ดูแล) จึงมีการปรับแบบฟอร์มในการประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุม 4 มิติค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการ

วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินซ้ำและวางแผนส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน กำลังอยู่ในช่วงทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ

- การมีส่วนร่วมในการวางแผนโดยทีมสหวิชาชีพไม่สามารถทำในเวลาเดียวกันได้ เนื่องจากมีข้อจำกัด ยังเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับและส่งต่อข้อมูลให้กับทุกทีม มีการปรับระบบโดยเน้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องวางแผนจำหน่าย โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดกรองตามเกณฑ์ พิจารณาส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องเพื่อลงประเมินปัญหาาร่วมกัน

บทเรียนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย :

- จากปัญหาภาวะสังคม เศรษฐกิจในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการดูแลต่อเนื่องจาก Care giver ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปบ้านทีมแพทย์/พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยให้กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากเป็นคนรับจ้างเหมา ไม่ใช่ผู้ที่ดูแลตลอด ลางานมาเฝ้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น การแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดคือ การเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายให้กับญาติหรือ Care giver ที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด มีการส่งต่อข้อมูลปัญหา/การดูแลต่อเนื่องให้ รพ.สต./รพช.

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- การพัฒนาความรู้ ความสามารถของกุมารแพทย์และทีมพยาบาลทารกวิกฤต สามารถดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ที่น้ำหนักตัวน้อยโดยเฉพาะทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ให้มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง

- มีการเชื่อมโยง Service plan ให้ถึงปฐมภูมิและ รพช.ให้เป็นรูปธรรม โดยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดใน รพช. ให้ สามารถดูแลทารกแรกเกิดปกติที่มีภาวะตัวเหลืองได้ กำหนดให้ รพช.จัดซื้อเครื่องวัดไมโครบิลูรีบินและเครื่องส่องไฟ (phototherapy) อบรมให้ความรู้และจัดทำ CPG neonatal jaundice

- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TKA ได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย และมีการติดตามผลลัพธ์หลังจำหน่ายทุกราย พบว่าผลลัพธ์การดูแลรักษามีแนวโน้มที่ดีขึ้น อัตราการเกิดภาวะ Shock ลดลง, LOS ลดลง, ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
77.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3.5	● ปรับปรุงระบบ D/C planning ให้ครอบคลุมตามกลุ่มโรคเป้าหมาย
78.การวางแผนจำหน่าย	4.0	● การใช้หลักการของ Self- help group ให้ครอบคลุมทุกแผนก

III-4 การดูแลผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงจากการให้บริการทางการแพทย์ และปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มี.ค.)
จำนวนอุบัติการณ์ให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่	0 ครั้ง	0	2	1	1
จำนวนอุบัติการณ์ความปลอดภัยด้านการผ่าตัด(ผิดคน/ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ/ผ่าตัดอวัยวะเกิน / ไม่ได้ส่งชิ้นเนื้อ / no TR	0 ครั้ง	0	0	2 (no TR , ไม่ได้ส่งชิ้นเนื้อ)	0
จำนวนอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	1	0	0
อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia					
-นาทิตี่ 1	<10: 1,000	2.37	2.49	2.58	3.72
-นาทิตี่ 5	<10 : 1,000	0.39	1.66	1.29	1.86
จำนวนอุบัติการณ์การคลอดนอกห้องคลอด	0 ครั้ง	0	0	0	1
จำนวนครั้งของการ CPR โดยไม่ได้รายงาน Pre-arrest signs/ Emergency signs	ไม่เกิน 5 ราย/ปี	NA	NA	NA	3
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก/หกล้ม	0 ครั้ง	9	6	4	14

บริบท :

การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม Patient Safety Goals 5 ด้าน ได้แก่ความปลอดภัยด้านการให้เลือด (Safety Blood) ความปลอดภัยด้านการผ่าตัด (Safety Operation) ความปลอดภัยด้านยา Safety Drugs) ความปลอดภัยด้านมารดาและทารก(Safety Maternal & Neonatal) ความปลอดภัยด้านการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตฉุกเฉิน(Safety Emergency Response)มีการติดตามข้อมูลตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีการทบทวน Gap Analysis เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการ :

มีผู้รับผิดชอบที่มีคุณสมบัติเหมาะสมดูแลผู้ป่วยทุกจุดบริการ การจัดสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ อุปกรณ์/เครื่องมือให้เอื้อต่อการดูแล ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายกับผู้รับบริการ มีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม มีแนวทางการสื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลภายในทีมและระหว่างสมาชิกทีมผู้ให้บริการ และมีการนำข้อมูลเสียงสะท้อน/ข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนจากผู้ให้และผู้รับบริการมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้ครบทั้ง 4 มิติ

การดูแลทั่วไป

บทเรียนเกี่ยวกับการมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม :

- มีระบบการกำกับดูแลการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะโดยแพทย์ Staff จากปัญหาการตรวจรักษาของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ พบการวินิจฉัยและการรักษาไม่ถูกต้อง จึงเพิ่มระบบกำกับดูแลการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โดยให้มีระบบ consult staff ตลอด 24 ชม., มีระบบแพทย์ที่เลี้ยงในการช่วยสอนและฝึกทักษะต่างๆ, ระบบการ Round ผู้ป่วยร่วมกัน, การให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะทำ conference case ที่ห้องพักแพทย์ทุกวันพฤหัสบดี

- หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีการกำหนดให้กุมารแพทย์รับผิดชอบประจำแต่ละแผนกในแต่ละช่วงเวลา กรณีที่มีการลา อบรม จะมีกุมารแพทย์ที่มารับผิดชอบแทนโดยมีการมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร มีแนวทางชัดเจนในการให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถให้การรักษากุมารแพทย์เป็นที่เลี้ยง จะมีระบบรายงานกรณีแพทย์ให้การรักษาที่ไม่เหมาะสมโดยรายงานตรงต่อกุมารแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- กลุ่มการพยาบาลมีการมอบหมายความรับผิดชอบในการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวรทุกหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ ER, ICU ให้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน มีระบบการจัดการให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเป็น Inchargeเพื่อควบคุมระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

- ปัญหาที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเพิ่มมากขึ้น ทั้งกลุ่มวิกฤต/กึ่งวิกฤตและ Palliative care กรณีเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอ มีการทบทวนและกำหนดแนวทางให้ ICU เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบและสำรองเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ICU เป็นที่เลี้ยงให้กับหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

- มีการทบทวนเหตุการณ์ผู้ป่วย Cardiac arrest องค์กรแพทย์และกลุ่มการพยาบาลร่วมกันกำหนดแนวทางการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยหยุดหายใจ ถ้าตามแพทย์เวรในไม่ได้ให้ตามพยาบาลวิสัญญี หรือพยาบาล ICU มาใส่ Tube

- ปัญหาอัตราการล้มใน ICU ไม่เพียงพอ มีการจัดให้พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วย/หน่วยงานอื่นมาขึ้น OT และเป็นการเพิ่มพูนทักษะโดยให้พยาบาลวิชาชีพ ICU เป็นที่เลี้ยงช่วยสอนงาน

- จากเหตุการณ์ Admit ผิดแผนก มีการกำหนดแนวทางการ Admit ผู้ป่วยโดยให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ/พยาบาล OPD, ER รายงานแพทย์ Staff ทุกรายก่อน Admit

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวกสบาย เป็นส่วนตัว เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ :

- มีผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจพิเศษโดยการทำ Ultrasound เพิ่มมากขึ้นจากเดิมมีรังสีแพทย์ 1 คน มีห้องตรวจพิเศษ 1 ห้อง ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ปี 2557 ได้รังสีแพทย์เพิ่ม 1 คน จึงมีการปรับปรุงการให้บริการ เพิ่มห้องตรวจ Ultrasound เพื่อให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

- จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่อง O₂ ไม่เพียงพอ, Suction ไม่ทำงาน สาเหตุจากระบบ Pipe line มีปัญหาที่มีการปรับปรุงระบบแก๊สทางการแพทย์สำหรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และหอผู้ป่วยหลังคลอด หลังปรับปรุงไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

- จากการประเมินความเสี่ยงเรื่องของ Falling บริเวณทางเชื่อมอาคาร เนื่องจากพื้นผิวชำรุด ขรุขระ จึงมีการปรับปรุงผิวทางเชื่อมอาคาร ช่วยลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- ปรับปรุงพื้นที่ทางเดินหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างรอการก่อสร้างอาคารหอผู้ป่วย 144 เตียง โดยกันห้องกระจกและติดตั้งมุ้งลวดป้องกันยุงและแมลงรบกวน ติดตั้งพัดลมเพดานเพื่อวางเตียงเสริม รองรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนมากขึ้นจากการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนจนเกินปริมาณเตียงที่มีในหอผู้ป่วย

- จากปัญหาอาคารหน่วยจ่ายกลางเดิมมีโครงสร้างกายภาพไม่เหมาะสมไม่สามารถแบ่งแยกโซนสกปรกออกจากโซนสะอาดได้ชัดเจน การทำงานไม่เป็น ONE WAY มีการดำเนินการปรับปรุง จากเดิมที่ได้ดำเนินการกันผนังห้องเครื่องอบ-เครื่องนึ่งไอน้ำแยกจากห้องของสกปรกต่อท่อระบายน้ำอ่างล้างเครื่องมือเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย โดยได้ดำเนินการตามแผนระยะสั้นที่วางแผนไว้ คือปรับปรุงอาคารพานิชกุล และเดือน พ.ย.2557 ได้ย้ายหน่วยจ่ายกลางไปที่อาคารสนับสนุน 5 ชั้น หลังดำเนินการก่อสร้างแล้วเสร็จ ทำให้ได้สถานที่ปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ลดการเปื้อนของสกปรก ลดการปนเปื้อนน้ำเสียไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

- พบมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก ในปี 2558 จำนวน 2 ราย จาก 287 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.67) โดยทั้งสองรายได้มีอาการวันที่ 2 หลังจากผ่าตัด(จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว) ได้ให้การรักษาอย่างเร่งด่วนและส่งตัวรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์ด้านกระจกตา ผลการเพาะเชื้อจากยาที่ใช้ และจากน้ำอุ่นตาของผู้ป่วยไม่พบเชื้อ และได้ติดตามผลการผ่าตัดพบว่าการมองเห็นดีขึ้นจึงได้มีการทบทวนเคสในทีม PCT EENT เพื่อทบทวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องต่อกระจกเพิ่มจาก WI/ CPG/ Tracer เดิม เช่น ที่ OPD จักษุ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติข้อกำหนดอาคารของเคสฉุกเฉิน/เร่งด่วน หลังจาก

พยาบาลซักประวัติ ให้รายงานแพทย์ทันที หรือส่งตรวจช่องทางด่วน ทำให้สามารถmanageเคสฉุกเฉินได้รวดเร็วมากขึ้น ในห้องผ่าตัด ได้ปรับปรุงทั้งด้านกายภาพ เช่น การทำแผ่นปิดห้องล้างเครื่องมือและห้องล้างมือ งดการใช้อุปกรณ์ reuse บางชนิดที่ทำความสะอาดยาก เช่น เข็ม air และจัดทำกล่องเก็บยาแยกสำหรับยาก่อนผ่าตัด 1 ชุด และยาหลังผ่าตัด (post-op) 1 ชุด และมีการเปลี่ยนขวดยาทุก 1 สัปดาห์ (เดิมทุก 2-4 สัปดาห์) ในหอผู้ป่วยจัดให้มีการจัดทำเซต เช็ดตา 1 เซตต่อ 1 ราย โดยมีอุปกรณ์ forceps หยิบสำลี และมีถ้วยสำหรับใส่ NSS จัดทำ warning sign เป็นข้อกำหนดชัดเจนที่ต้องรายงานแพทย์และทำแผ่นภาพแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พร้อมมัลติแกนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายในการดูแลหลังผ่าตัดพร้อมทั้งให้ทราบอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งทางทีมได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการปรับปรุงดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ให้แก่ผู้ป่วย :

- มีการทบทวนอุบัติการณ์ Falling ที่พบได้ทุกปี จากอุบัติการณ์ Falling ที่ผ่านมาทั้งหมด ทีมได้มีการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่เกิด Falling เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 58.38 เกิด Syncope ร้อยละ 10 ผู้ป่วยหลง/สับสนร้อยละ 10 เต้นสะดุดพื้น/พื้นลื่น ร้อยละ 6.66 เป็นผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 5 ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 3.33 ขาแก้อื้อซำรูด ร้อยละ 3.33 สะดุดขาทางแกง/ผ้าถุง ร้อยละ 3.33 สถานที่เกิดเหตุ พบในหอผู้ป่วย ร้อยละ 50 ห้องพิเศษ ร้อยละ 31.69 ระหว่างเคลื่อนย้าย ร้อยละ 5 ตึกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 3.33 บริเวณทางลาดระหว่างส่งผู้ป่วย ร้อยละ 3.33 ห้องผ่าตัด 1.66% ทางขึ้นตึกกายภาพบำบัด 1.66 ช่วงเวลาที่เกิด เวรเช้า ร้อยละ 33.33 เวรดึก ร้อยละ 20.91 เวรบ่าย ร้อยละ 20.91 กลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญในการรณรงค์การพยาบาลให้ความสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวัง Falling ให้ strict มากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้ประเมิน Falling เป็นระยะๆ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ปี 2557 มีการปรับแบบประเมิน Falling เพื่อให้สะดวกในการประเมินทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เน้นการสื่อสารในทีมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ปี 2558 มีการประสานกับทีมบริหารความเสี่ยงและฝ่ายบริหารโรงพยาบาล มีการสำรวจอุปกรณ์รถเข็นนอนเพื่อป้องกันการเกิด Falling ขณะเข็นขึ้นลงบนทางลาด และได้จัดหาอุปกรณ์สายรัดเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รถนั่ง/รถนอนให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล, พนักงานเวรเปล และคนงานในหอผู้ป่วยโดยที่ OPD – ER มีการติดป้าย Falling ที่รถเข็นนอนเพื่อสื่อสารภายในทีมให้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิด Falling

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน :

- การทบทวนเหตุการณ์ผู้ป่วยชายอายุ 38 ปี มีโรคประจำตัว Hemophillia A มา Admit ด้วยเรื่อง DNI และ oral bleeding ให้การรักษาด้วย Tracheostomy และ parenteral antibiotic จนอาการดีขึ้น จึงได้ Off Tracheostomy Tube ขณะ Off tube ที่หอผู้ป่วยมี Blood clot รอบแผลหลุดเจาะคอหลุดลงไป Trachea ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบเฉียบพลัน O2 sat drop ได้ส่ง OR Set Revised Tracheostomy stat ประสานงานห้องผ่าตัดรอนานประมาณ 15 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยย้ายไปนอน ICU 3 วัน อาการดีขึ้นจึงรับย้ายกลับหอผู้ป่วย ประเด็นที่ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย deep neck infection, UAO, การดูแลผู้ป่วย Tracheostomy, แนวทางการ Off Tracheostomy โดยพิจารณาให้ปรับขนาดท่อเล็กลงก่อน Off กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงควร Off ท่อเจาะคอในห้องผ่าตัด ได้ทบทวนความรู้เรื่องโรค Hemophillia A, ทบทวนแนวทางการส่งผู้ป่วยห้องผ่าตัดฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดให้มีการตามเวรเปลได้จากห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยใกล้เคียงตามวัน/เวลาที่ระบุร่วมกันเพื่อความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด

- จากเหตุการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงที่ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าตึกเอกซเรย์ พบผู้ป่วยมีอาการเกร็ง ตาค้าง คลำชีพจรไม่ได้ ตามทีม CPR จากอายุรกรรมชายมาช่วย ได้ทำการกดหน้าอกซ้ำ 2 ครั้ง และรีบส่งผู้ป่วยไป Admit ที่อายุรกรรมหญิงก่อน จากการทบทวนเชิงระบบ พบประเด็นในเรื่องของการประเมินซ้ำของสัญญาณชีพ ณ จุดคัดกรองที่ OPD นอกเวลาแรกชีพจร 52 /min ไม่ได้ประเมินซ้ำ และไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบก่อนเข้าห้องตรวจ เมื่อเข้าห้องตรวจแพทย์ส่งไปทำ EKG ที่ ER อ่าน bradycardia ส่งผู้ป่วยไปเจาะเลือดและเอกซเรย์ ต่อมามีอาการทรุดลง แพทย์จึงรีบตามไปดูอาการที่อายุรกรรมหญิง ฆาเกิดเหตุการณ์พบว่ามีปัญหาความไม่พร้อมใช้ของเครื่องวัดความดันที่ตึกเอกซเรย์ มีการทบทวนและแก้ไขในหน่วยงาน มีการประเมินความพร้อมในการตามทีม CPR พบว่ามารวดเร็วไม่มีปัญหา การปรับปรุงเชิงระบบได้ใน

เรื่องของการประเมิน คัดกรอง และการประเมินซ้ำ โดยใช้เกณฑ์ warning signs / pre-arrest signs ไม่ใช่เกณฑ์การคัดกรองจากรถนั่ง / รถนอนอย่างเดียว

บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม :

- ที่ผ่านมามีเด็กถูกทารุณกรรมทางเพศค่อนข้างมาก พบปัญหาการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ล่าช้า การปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงมีการทบทวนแนวทางการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การรายงาน การให้การรักษา การป้องกันการเกิดซ้ำ การแยกผู้ป่วย พร้อมกับมีการอบรมให้ความรู้ให้เจ้าหน้าที่ตระหนัก ดูแลให้เหมาะสม

- จากปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางกระดูกใบหน้าและช่องปาก ที่มานอนที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ดื่มสุรา ทำให้ทีมเกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดจำนวนลง จึงมีโครงการเลิกเหล้าหลังเข้าโรงพยาบาลซึ่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเคสผู้ป่วยชายวัย 47 ปี มาอนโรงพยาบาลด้วย Neck abscess มีอาการตาเหลือง มือสั่นตลอดเวลา และค่อนข้างหงุดหงิด อยากจะกลับบ้าน หลังจากพูดคุยประเมินปัญหาพบว่า ปกติผู้ป่วยดื่มสุราทุกวันไม่เคยขาด ตอนอยู่บ้านก็ไม่ได้ทำงานอะไร ออกทำงานรับจ้างทั่วไป ได้ข้อมูลจากภรรยาว่าผู้ป่วยดื่มแต่เหล้า ไม่เคยมีเงินเก็บ รายได้ก็มาจากลูกที่ไปทำงานต่างจังหวัดส่งมาให้แพทย์เจ้าของไข้เลยชวนเข้าโครงการเลิกเหล้าหลังเข้าโรงพยาบาลโดยการเจรจาชักจูง ทำสัญญาและเฝ้าติดตามโดยเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ ผู้ป่วยใช้เวลาตัดสินใจอยู่หนึ่งคืน จึงตกลงใจจะเข้าโครงการด้วยความสมัครใจโดยได้รับกำลังใจสำคัญจากภรรยา และภรรยารู้สึกดีใจมากเมื่อรู้ว่าสามีจะเลิกเหล้า

บทเรียนเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม :

- ปัญหาการบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ขาดการบันทึกข้อมูลสำคัญเพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลมาใช้วางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องได้มีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์ MRA ของ สปสช.ปรับแบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ Informed consent, Admission note ที่ประกอบไปด้วย History & Physical examination และ Progress note โดยในส่วนของแพทย์ได้รับความร่วมมือในการบันทึก SOAP ใน Progress note ไม่ 100% กำหนดให้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์ MRA ทุก 3 เดือน

- กุมารแพทย์มีการใช้เวทีประชุมทบทวนเพื่อสื่อสาร /ส่งต่อข้อมูลเนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบคลินิกเฉพาะโรค ลาออก/เกษียณ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น งานใหม่ที่ต้องรับระดับเขต งาน OSCC งานเวชระเบียน งานเวชกรรม งานชุมชน/COC ซึ่งงานเหล่านี้จะมีการประชุมวางแผนทบทวน ปรับให้เข้ากับสภาพการทำงานปัจจุบัน

การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง :

- จากปัญหาเด็กชักซ้ำใน Febrile convulsion เพิ่มขึ้น สาเหตุจากญาติขาดความรู้ ไม่ยอมนอนโรงพยาบาล พยาบาลมีการวัดไข้ที่แตกต่างกัน ไม่วัดซ้ำหลังเช็ดตัว มีการปรับปรุงแนวทางการดูแลเด็กที่มีไข้สูงที่ ER, OPD, IPD ให้ Admit เด็กทุกรายที่มีประวัติชักจากไข้มาก่อน และนัดตรวจซ้ำหลังจำหน่าย ปรับปรุงวิธีวัดไข้ให้วัดทาง rectum และวัดซ้ำจนกว่าไข้ลดลงอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และมีการจัดทำ Best Practice in tepid sponge ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1

- ทบทวนReferral system จากปัญหาความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งโรงพยาบาลจังหวัด โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนโทรปรึกษา และมีการส่ง MMS ก่อน Referมีระบบส่งต่อเครือข่ายเขต 3 เรื่องทารกแรกเกิด ซึ่งพัฒนาระบบได้ดีพอสมควรมีระบบเครือข่ายประสานงานกรณีทารกมีปัญหาโรคหัวใจโดยสามารถติดต่อประสานงานที่มูลนิธิโรคหัวใจในเด็กได้ มีการปรับปรุงรถและอุปกรณ์เพื่อความสะดวกในการติดตามผู้ป่วยเด็กกรณีส่งต่อ เช่น incubator resuscitator เป็นต้น

- มีแนวทางการเฝ้าระวังเด็กติดเชื้อที่หอผู้ป่วยพิเศษ (SIRS) เนื่องจากปัญหาในการ monitor อาการเด็กทารกติดเชื้อได้มีการทบทวนและมีการใช้แนวทางการดูแล SIRS in newborn เพื่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

- มีผู้ป่วย Truamaทรุดลงขณะนำส่งจากERไปหอผู้ป่วยพบประเด็นขาดการประเมินร่วมกันระหว่างพยานำส่งและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยขณะย้ายผู้ป่วยลงเตียงความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกที่ระหว่งนำส่งมีการทบทวนใน

PCT ศัลยกรรมร่วมกับ ER ปรับแบบฟอร์มการบันทึกการส่งต่อระหว่าง ER และหอผู้ป่วยกำหนดหน้าที่พยาบาลนำส่งผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมก่อนส่งทั้งผู้ป่วยอุปกรณ์ Patient Monitor และแบบบันทึกการส่งต่อ บันทึกข้อมูลก่อนส่งต่อให้เรียบร้อยกำหนดให้มีการประสานข้อมูลก่อนส่งเพื่อให้มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย หากหอผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับต้องให้ข้อมูลและเวลาที่ให้ติดต่อไปใหม่ระหว่างการนำส่งให้พยาบาลนำส่งบันทึกสัญญาณชีพ และสัญญาณทางระบบประสาท และอาการทางคลินิกอื่นๆทุกๆ 5 นาที ลงในแบบบันทึกการส่งต่อเมื่อถึงหอผู้ป่วยพยาบาลหอผู้ป่วยต้องร่วมประเมินผู้ป่วยภายใน 4 นาที ตามมาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องการการเข้าถึงและประเมินผู้ป่วยภายใน 4 นาทีพยาบาลนำส่งและพยาบาลที่รับผู้ป่วยประเมินอาการทางคลินิก สัญญาณชีพและทางระบบประสาท และอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยร่วมกันก่อนนำผู้ป่วยลงจากเปลนอนพยาบาลที่รับผู้ป่วยลงบันทึกผลการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการดูแลในวงกลมหน้าตัวเล็ก ลงบันทึกเวลาที่รับโดยใช้นาฬิกาของผู้นำส่งเป็นเกณฑ์ พร้อมทั้งลงบันทึกสัญญาณชีพและทางระบบประสาท และอาการทางคลินิกอื่น (ที่พบ) และระดับอาการผู้ป่วยได้แก่ คงที่หรือทรุดลง ลงในแบบบันทึกการนำส่ง ให้ครบถ้วน ก่อนส่งให้พยาบาลนำส่งผู้ป่วยถ้าพยาบาลนำส่งถึงหอผู้ป่วยเมื่อประเมินร่วมกันแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง พยาบาลนำส่งผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมทีมช่วยเหลือผู้ป่วยจนกว่าจะตามทีมฉุกเฉินของหอผู้ป่วย/หน่วยงานมาครบพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยต้องพกพาวินิจฉัยสื่อสารด้วยทุกครั้ง ถ้าผู้ป่วยทรุดลงระหว่างทางให้ขอความช่วยเหลือที่หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่อยู่ใกล้ที่สุดก่อนแล้ววิทุยเรียกทีมกู้ชีพฉุกเฉินร่วมให้ความช่วยเหลือ รายงานแพทย์หัวหน้างาน พยาบาลเวรตรวจการ (นอกเวลา) เพื่อการจัดการที่เหมาะสมต่อไป

บทเรียนเกี่ยวกับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง :

- ปัจจุบันเด็ก/ทารกที่มีภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้นขณะเดียวกันแพทย์ต้องทำหัตถการมากขึ้น เช่น การใส่สาย centralline ซึ่งแพทย์มีทักษะความชำนาญไม่เท่ากัน จึงมีการให้กุมารแพทย์รุ่นที่ได้รับการอบรมเฉพาะมาเป็นพี่เลี้ยงสอน/กำกับ/ช่วยเหลือ
- ปัญหา newborn respiratory failure และการ resuscitate ล้มเหลว มีการทบทวน NCPR ทุกปี มี Guideline ในการ CPR newborn และจัดรถ CPR เฉพาะสำหรับเด็ก
- ปัญหา Missed diagnosis จาก รพช. เกิด Upper airway obstruction ขณะ Admit เข้า wardผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต แพทย์ต้องทำหัตถการเปิด airway ฉุกเฉิน มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญและให้มีการสำรอง set Tracheostomy ไว้ในหอผู้ป่วย ENT เพื่อพร้อมใช้ 24 ชั่วโมง
- พบอุบัติการณ์ขึ้นเนื้อไม่ได้รับการส่งตรวจ 1 ราย จากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการชิ้นเนื้อและอวัยวะที่ตัดออกของผู้ป่วยในส่วนของห้อง LAB ไม่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนของ specimen ก่อนนำส่งบริษัท มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด / แพทย์ที่ทำผ่าตัด / เจ้าหน้าที่ห้อง LAB และกำหนดแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

บทเรียนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา :

- แผนกกุมารเวชกรรมพบเด็กที่มีอาการทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งอาการดีขึ้น บางส่วนอาการทรุดลงจนมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว พบว่าสาเหตุจากการเคาะปอดดูดเสมหะที่ไม่เหมาะสม จึงมีการพูดคุย และสอนการดูแลทางเดินหายใจให้เหมาะสม การรายงานกรณีเด็ก/ทารกทรุดลง การให้การรักษาเบื้องต้นระหว่างรอแพทย์มา และในปี 2558 ที่แผนกทารกแรกเกิดมีทารก SID : Sudden Infant Dead Syndrome 2 ราย ได้มีการทบทวนหาข้อสรุปการดูแลและการให้ข้อมูลทรากระหว่างโรงพยาบาล
- การทบทวน PPH ในมารดาที่ทำผ่าตัดคลอด พบว่าควรมี Early detection ทุกๆ ระยะตั้งแต่ในห้องพักฟื้นจนถึงหอผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เนิ่นๆเพื่อป้องกัน Early PPH และ late PPH ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติหลังคลอดเช่น มีเลือดออกผิดปกติให้รับมาโรงพยาบาลทันที
- พบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มากครรภ์ในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นทุกปี และจากสถิติโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีมารดาที่เป็นเบาหวานมาคลอด ปี 2555 – 2558 = 40 ราย, 52 ราย, 47 ราย และ 23 รายตามลำดับ (คิดเป็น 1.58%, 2.61%, 2.03% และ 3.05% ของการคลอด) จำนวนทารกที่เกิดภาวะ Birth asphyxia ในมารดาที่เป็นเบาหวาน ปี 2555 – 2556 พบ 3 ราย/ปี ทารกตัวใหญ่ ปี 2555 – 2558 = 8 ราย, 12 ราย, 13 ราย และ 5 รายตามลำดับ

ทารกตายในครรภ์ ปี 2555- 2556 =2 ราย ทารกคลอดติดไหล่ ปี2555 =1 รายภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมารดาที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีภาวะ Obesityเพิ่มมากขึ้นมีการทบทวนปัญหาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตรวจตามนัดการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม การควบคุมการรับประทานอาหารยังไม่ดี จึงทำให้เกิดปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ดังนั้น PCT สตรี-นรีเวชกรรมจึงพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

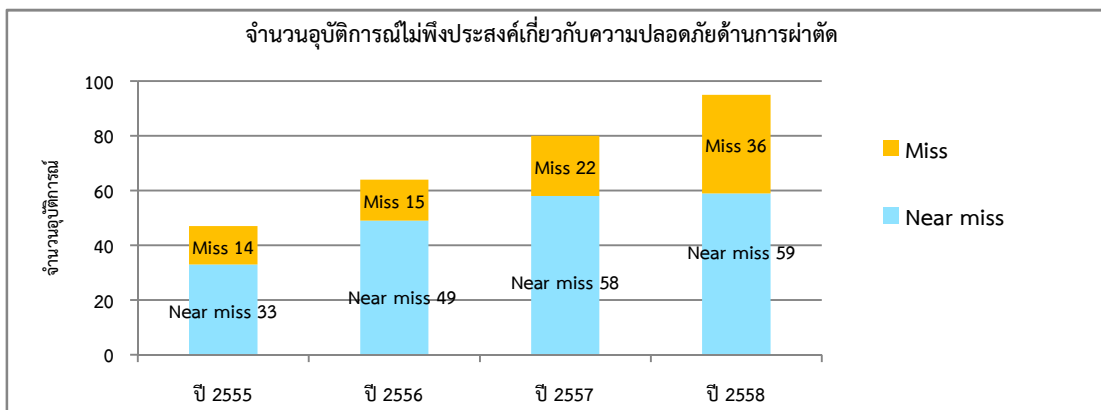
บทเรียนเกี่ยวกับ rapid response system เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง :

- จากการทบทวนเหตุการณ์ Maternal dead จาก Amniotic fluid embolism พบปัญหาการประสานงานขอความช่วยเหลือและการขออุปกรณ์ช่วยชีวิตไม่ชัดเจน มีการปรับปรุงการประสานงาน/สื่อสารกับหน่วยงานที่เป็นทีมช่วยเหลือให้ชัดเจนพร้อมพยาบาล,การกวดกริ่งขอความช่วยเหลือ และมีการซ้อมสม่ำเสมอ

- พบปัญหาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วย/ผู้รับบริการ มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินบริเวณพื้นที่นอกหน่วยงาน หรือเกิดขึ้นระหว่างทางเดินไปแผนกต่างๆ จึงมีการประชุมทบทวนโดยผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทาง/ข้อตกลงร่วมกัน ประเด็นในการทบทวน ได้แก่ แนวทางการตามแพทย์เวรมาช่วย และถ้าแพทย์/ทีมที่ถูกตามไม่สามารถมาได้จะต้องตามใครเป็นลำดับต่อไป ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีหลังCPR แล้วผู้ป่วยรอดชีวิต โดยสรุปแนวทางปฏิบัติในกรณีที่มีผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีอาการทรุดลง หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระหว่างนำส่งหรือเคลื่อนย้ายระหว่างทาง ได้แก่ **1. แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น:** พิจารณาจาก Area Zone เกิดเหตุฉุกเฉินบริเวณใกล้หอผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ที่สุดรับผิดชอบดูแลให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นพร้อมกับตามทีมคูขนาน (CPR Zone) มาช่วยเหลือกรณีช่วยเหลือได้ ให้ประเมินซ้ำและตามทีม(ดูระบบการตามทีม), กรณีที่ต้องให้การช่วยชีวิต BLS/ALSให้ตาม ER มาช่วย (1115/1669), กรณีที่มีผู้แจ้งตรงที่ 1115/1169 ER ประสานหอผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ พร้อมทีมเสริมจาก ER ไปร่วม, กรณีที่ฉุกเฉินต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม ER จะประกาศ CODE 191 (Phone) **2. แนวทางการตามทีม:** Set ลำดับการตามทีมในเวลาและนอกเวลาราชการ และ **3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังช่วยการรักษาเบื้องต้น:** กรณีอาการดีขึ้น, Post arrest

บทเรียนเกี่ยวกับการติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- พบข้อมูลอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านการผ่าตัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังกราฟ



- จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบความผิดพลาดที่พบบ่อยอยู่ในขั้นตอนของการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด (การ Set OR) เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น จำนวนการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น แต่อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น การเตรียมห้อง/เตรียมอุปกรณ์ไม่พร้อม ผ้าไม่เพียงพอ จึงเป็นที่มาของการประชุมร่วมกันระหว่างทีมบริหาร, ทีมผ่าตัด และกลุ่มการพยาบาล เพื่อหาแนวทางบริหารจัดการที่เหมาะสม

- ปี 2556 พบอุบัติการณ์ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดผิดคน 1 ราย (ระดับD) ซึ่งเกิดจากการส่งผ่าตัดทางโทรศัพท์ บอกเป็นชื่อหัตถการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย และไม่มีการทวนคำสั่ง ได้มีการทบทวนร่วมกับทีมที่ดูแลรักษา มีการปรับปรุงเรื่องการสื่อสารภายในทีม การรับคำสั่งทางโทรศัพท์ และการตรวจสอบก่อนผ่าตัดปี 2557 พบอุบัติการณ์ทั้งหมด 6 ครั้ง Near miss 4, Miss 2 เป็นระดับ C ซึ่งเป็นขั้นตอนการรับส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทั้งสิ้น เกิดจากการไม่ตรวจสอบระหว่างผู้รับ

และผู้ส่งร่วมกันได้มีการทบทวนในหน่วยงานร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง กำหนดให้ตรวจสอบร่วมกันก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

- ปี 2558 พบแนวโน้มอุบัติการณ์ระดับตัวผิดพลาดด้านการผ่าตัดสูงขึ้น ส่งเข้าห้องผ่าตัดผิดคน 3 รายระดับ C เกิดจากการไม่ตรวจสอบใบ set / นำใบ set มารับผิดคน สื่อสารในทีมผิดพลาดทำให้ส่งผิดคน ส่วน Near miss พบในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการส่งใบ set ผิดคน, เตรียมผ่าตัด/ให้ข้อมูล ผิดคน, ไม่ติดป้ายข้อมูล sticker ในเวชระเบียนไม่ตรงกับชื่อผู้ป่วย, ระบุเพศในใบ set ผิด, ไม่ระบุข้างที่ทำผ่าตัด ได้มีการประชุมทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นที่มาของการกำหนดนโยบาย Safety operation

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- พัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการให้เลือด, แนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ, แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
79. การดูแลทั่วไป	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกแผนกการให้บริการ
80. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบ Rapid response system ที่มีประสิทธิภาพ ● การประเมินผลลัพธ์ของการติดตามโดย Warning sign อย่างมีประสิทธิภาพ

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการวิสัญญี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราการเสียชีวิตภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 48 ชั่วโมง	0.5%	0.33 (27 ราย)	0.38 (22ราย)	0.19 (12 ราย)	0.03 (1ราย)
อัตราผู้ป่วยที่เกิด cardiac arrest ในห้องผ่าตัด	0	0	2	2	0
อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	0.5%	0.08 (4)	0.09 (5)	0.13 (9)	0
อัตราการเกิด Hypoxemia	0.5%	0.02 (4)	0.02 (4)	0.01 (2)	0.03 (1)
Re-intubation ใน 24 ชั่วโมง	0 ราย	1	0	2	1
อุบัติการณ์ของ (AE)	0 ราย	0	0	0	0
อัตราการเย็บก่อนผ่าตัด elective case	100%	98.75	98.17	97.85	96

บริบท :

บริการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายตลอด 24 ชั่วโมง โดยเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง : แบ่งตาม PCT และปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่

- PCT ศัลยกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องอกและช่องท้อง (Blunt – Thoracoabdominal Trauma)
- PCT สูตินรีเวช ได้แก่ ผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด และผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก
- PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยกระดูกต้นคอหัก
- PCT โสตและจักษุ ได้แก่ ผู้ป่วย upper airway obstruction ผู้ป่วยผ่าตัด tonsillectomy
- ผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดฉุกเฉินทุกราย ผู้ป่วยที่งดน้ำงดอาหารไม่ครบ ผู้ป่วย physical status >3

กระบวนการ :

บทเรียนในการประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :

- Elective case เย็บก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลที่หอบผู้ป่วยและรายงานให้วิสัญญีแพทย์ทราบและประเมินซ้ำที่ ห้องผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ทุกราย

- Emergency case เย็บที่ห้องผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลหรือวิสัญญีแพทย์ผู้ป่วย physical status >3 ต้องรายงานวิสัญญีแพทย์ทุกราย

- Elective case ผู้ป่วยในรายที่ปัญหาโรคร่วมมีการประเมินร่วมกันของ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์และศัลยแพทย์ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น DM HT IHD ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลให้อาการของโรคอยู่ในสภาวะที่เหมาะสมก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก

- การวางแผนก่อนการระงับความรู้สึก ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอาจมีการเตรียมคนและอุปกรณ์ล่วงหน้า ในรายที่มีโอกาสเสียเลือดในการผ่าตัดมากต้องมีการเตรียมเลือดให้พร้อมก่อนเริ่มผ่าตัด มีการเตรียม ICU ล่วงหน้า

บทเรียนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม :

- Elective case การเตรียมผู้ป่วยในส่วนของการส่ง Lab ก่อนผ่าตัดมีแนวทางปฏิบัติในการส่งตรวจแยกตาม PCT และตามประเภทของการผ่าตัด
- Elective case กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยจะได้รับยาความดันโลหิตสูงในเช้าวันผ่าตัด และผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเจาะ DTX ในเช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยต้องหยุดยา ASA อย่างน้อย 7 วันก่อนผ่าตัด
- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มีการแจกแผ่นพับข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ข้อดีข้อเสียของการระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กมีโครงการ (ดมยาไม่กลัวแต่กลัวไม่ได้ลูกโป่ง)
- มีแนวทางปฏิบัติในการหยุดยา ASA ก่อนการผ่าตัด โครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Best Practice) ชื่อโครงการ แนวทางการหยุดยาต้านการทำงานของเกล็ดเลือด Aspirin (NSAIDS) ก่อนการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
- มีงานวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการงดหรือเลื่อนการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

บทเรียนในการใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย :

- การเยี่ยมก่อนผ่าตัดจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้ได้รับการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย ในปี 2554 อัตราการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคิดเป็น 97.2%
- วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ในเรื่องของประสิทธิภาพการระงับปวด (งานวิจัยเรื่องความปลอดภัยในการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร)

บทเรียนเกี่ยวกับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคคลที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :

- ปี 2557 มีทันตแพทย์เฉพาะทางสาขamaxillo facial surgery มาปฏิบัติงานทำให้มี case ผ่าตัดทางระบบ maxillo facial จำเป็นต้องมีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัดชนิดใหม่ ให้แก่วิสัญญีพยาบาลผู้ให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ความรู้เรื่อง กระดูกหน้าหักแบบ Lefort fracture ทั้ง 3 ประเภท ทบทวนความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกในเด็กเล็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 10 กิโลกรัมที่มาผ่าตัดแก้ไขความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ ทบทวนความรู้ในการแปลผลและการเตรียมอุปกรณ์ในการทำ invasive monitor ได้แก่ arterial line

บทเรียนในการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น :

- การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้นมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยในห้องพักฟื้นโดยมีวิสัญญีแพทย์คอยให้คำปรึกษา มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น
- ปีงบประมาณ 2557 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าห้องพักฟื้นมีจำนวนทั้งสิ้น 3,506 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในห้องพักฟื้น ได้แก่ อาการเจ็บแผลหลังผ่าตัด รองลงมาได้แก่ อาการหนาวสั่นจำนวน ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบแต่มีจำนวนน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะความดันเลือดต่ำ ภาวะความดันเลือดสูง การเกิด bronchospasm และอาการคันจากยา morphine จากข้อมูลดังกล่าวนำมาพัฒนาปรับปรุงเพื่อนลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เรื่องผ้าห่อหุ้มกายคล้ายหนาวเพื่อลดอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด และปรับปรุงแนวทางการประเมินความปวดให้ครอบคลุมทั้งผู้ใหญ่และเด็กและบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
- การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึก เป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและการตอบสนองต่อการระงับความรู้สึก มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งแบบ GA และ RA ทุกรายรวมทั้ง Monitor Anesthesia Care ต้องมีการ monitor NIBP และ Oxygen saturation ทุกราย

บทเรียนและข้อจำกัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา) :

- ปัจจุบันมีการเพิ่มmonitor EndtidalCarbondioxide (มี 5 ห้องผ่าตัด) เพื่อประเมิน ventilation และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจผิดที่เข้าหลอดอาหาร มีแผนจัดซื้อให้ครบ 7เครื่องประจำทุกห้องผ่าตัด และมีการใช้ Gas Analyzer (มี 2 ห้องผ่าตัด) เพื่อติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนและยาคมสลับระหว่างการระงับความรู้สึก
- มีเครื่องดมยาสลบพร้อมเครื่องช่วยหายใจจำนวน 1 เครื่องต่อ 1ห้องผ่าตัด ทุกเครื่องมีถังออกซิเจนสำรองพร้อมใช้งาน มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องดมยาสลบตามแนวทางการตรวจสอบของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ทุกวัน แต่มีข้อจำกัด คือเครื่องดมยาสลบจำนวนหลายเครื่องมีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปีและบางเครื่องเป็นรุ่นเก่ามากเมื่อชำรุดไม่มีอะไหล่เปลี่ยน แต่อย่างไรก็ตามไม่พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องดมยาสลบชำรุด
- มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพต่าง ๆ พร้อมใช้งานตลอดเวลา มีเครื่อง Defibrillator 1 เครื่องยาและอุปกรณ์ฉุกเฉินต่างๆพร้อมใช้งาน มีการเตรียมพร้อมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Difficult intubation)มีอุปกรณ์ monitor สัญญาณชีพขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่งICUหรือหอผู้ป่วย
- มีระบบควบคุมและตรวจสอบการเบิกจ่ายยาเสพติด (narcotic) ป้องกันการสูญหายป้องกันผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงยาเสพติด เช่น ยา KETAMINE

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลการใช้ deep sedation :

- มีการเตรียมผู้ป่วยเช่นเดียวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ GA และ RA ผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อยเป็นเวลา 6 - 8 ชั่วโมงขณะให้ยาระงับความรู้สึกมีการ monitor NIBP, Oxygen saturation และ EKG ทุกรายโดยมีวิสัญญีพยาบาลหรือวิสัญญีแพทย์เป็นผู้บริหารยา

บทเรียนในการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น :

- ปีงบประมาณ 2558 (ตุลาคม 2557 ถึง พฤษภาคม 2558) จำนวนcaseผู้ป่วยเสียชีวิตหลังให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 48 ชั่วโมง จำนวนทั้งสิ้น 9 รายเป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมจำนวน 8 รายและแผนกศัลยกรรมกระดูกจำนวน1ราย ผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Blunt abdominal traumaที่มีการบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบบางรายมีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนมาถึงห้องผ่าตัด อีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้ป่วยperitonitis ที่มีพยาธิสภาพรุนแรงและมีโรคร่วมหลายระบบ
- ในการให้ยาระงับความรู้สึกในกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ต้องมีการเตรียมความพร้อมในเวลาจำกัด ได้แก่ ทีมวิสัญญีในcase ความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะBlunt abdominal trauma กำหนดให้ทีมต้องมีวิสัญญีแพทย์1คนและวิสัญญีพยาบาลอีกอย่างน้อย2คนร่วมกันดูแล เตรียมความพร้อมสำหรับการทำCPRในห้องผ่าตัด การเตรียมส่งต่อข้อมูลจากห้องฉุกเฉินก่อนมาถึงห้องผ่าตัด การเตรียมเลือดในปริมาณที่เพียงพอและทันเวลาต่อการผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤติหลังผ่าตัดเสร็จ การเตรียมICU ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จ

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- การพัฒนารูปแบบแนวทางการบริหารยาระงับความรู้สึกเพื่อลดปริมาณยาที่เตรียมเหลือเกินความจำเป็นและป้องกันยาสูญหาย
- การใช้หมอนสำหรับผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากในการจัดทำสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
81. การระงับความรู้สึก	3.5	● กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

III – 4.3.8 การผ่าตัด

ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ: การผ่าตัดผิดคน / ผิดตำแหน่ง ,การส่งตรวจชิ้นเนื้อ,เครื่องมือหรืออุปกรณ์ตกค้างในแผลผ่าตัด , การติดเชื้อแผลผ่าตัดที่สะอาด,การส่งตรวจชิ้นเนื้อ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค. – มิ.ย.)
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	0 ครั้ง	0	0	1 (TR)	0
Unplanned ICU	0	0.06	0.01	0	0
อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย	1 %	1.60	2.1	3.74	3.73
อัตราการเลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของห้องผ่าตัด	1%	0.25	0.13	0.23	0.67
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	<0.5	0	0	0	0.03
อุบัติการณ์เครื่องมือ อุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย	0 ครั้ง	0	0	1 (near miss)	0
การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	100	100	100	99.95 (1/1927)	100
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการห้องผ่าตัด	80 %	92.85	83.50	86.00	82.15

บริบท :

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ให้บริการตรวจ รักษา วินิจฉัยโรคด้วยการผ่าตัด และส่งตรวจพิเศษด้วยกล้องตามศักยภาพโรงพยาบาลทุติยภูมิตั้งระดับสูง ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งการดูแลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลหันคา โรงพยาบาลสรรพยา และโรงพยาบาลสรรคบุรี เปิดให้บริการจำนวน 7 ห้อง มีแพทย์ผู้ให้บริการ 20 คน ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 5คน, แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ 5 คน, แพทย์สูติ-นรีเวชกรรม 4 คน, แพทย์ศัลยกรรมจักษุ 2 คน, แพทย์ศัลยกรรมหู คอ จมูก 2 คน, แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 1 คน, แพทย์ศัลยกรรม Oro maxilla-facial 1 คน อัตรากำลังมีพยาบาลวิชาชีพ 21 คน, พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล 3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 5 คน, พนักงานทำความสะอาด 7 คน

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.08 ผู้ป่วยสูติกรรม ร้อยละ 17.67 ศัลยกรรมกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 18.52 นรีเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 8.24,ส่งตรวจวินิจฉัยด้วยกล้อง คิดเป็นร้อยละ 7.77ศัลยกรรมหู คอ จมูก คิดเป็นร้อยละ 7.08, ศัลยกรรมจักษุ คิดเป็นร้อยละ 5.92และ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 5.24ตามลำดับ สถิติการผ่าตัดฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 34.36 และ 5 อันดับการผ่าตัดที่ให้บริการ ได้แก่ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 1352 ราย,Debridement 353 ราย, Appendectomy 288 ราย ผ่าตัด Excision 240 ราย ,ผ่าตัด I&D 238 ราย และ และ Productivity เฉลี่ยของหน่วยงานปี 2557=116.87%

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง :

- การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า, ข้อสะโพกเทียม,การผ่าตัดใส่อุปกรณ์ตามกระดูกสันหลัง, Multiple Fracture
- การผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม
- การผ่าตัดฉุกเฉินในภาวะต่างๆ เช่น Ectopic Pregnancy, PIH

- Gun shot wound, Stab wound&Thoraco Abdominal Trauma
- Tonsillectomy, Upper airway obstruction, Thyroidectomy
- Radical neck dissection with Mandibulectomy
- Ileal conduit

กระบวนการ

บทเรียนในการประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:

- ในการ Set ผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดจะมีการประเมินผู้ป่วยจากแพทย์เจ้าของไข้ ต้องให้ความรู้ การเตรียมตัวทั้งผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมความพร้อมทั้งจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดจะต้องได้รับความรู้ การให้คำปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลพยาบาลประจำตีให้ความรู้ การเตรียมความพร้อม ดูแล พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัด เพื่อให้ความรู้เรื่องวัสดุที่ใช้ (Implant) ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดแพทย์/พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้นัดกับบริษัทเพื่อเตรียมเครื่องมือพิเศษตลอดจน Implant ที่ใช้ในการผ่าตัด ในปี 2558 ยังพบการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ 1 ราย บริษัทเตรียมเครื่องมือมาไม่ครบ

- มีการเตรียมผล Lab, X-ray, EKG ชักประวัติการแพ้ยาการใช้ยาประจำ ยาที่มีผลต่อการหยุดไหลของโลหิต ต้องมีการงดก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ถ้าผล Lab, X - ray ผิดปกติ มีการ Consult แพทย์แผนกอายุรกรรมเพื่อดำเนินการแก้ไขก่อน หรืออาจต้องพิจารณางดหรือเลื่อนผ่าตัดออกไปก่อน แพทย์จะเป็นผู้ประเมินความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วย ถ้าพบโรคประจำตัวที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ต่างแผนก เช่น อายุรกรรม หรือเมื่อพบปัญหาจะต้องแจ้งวิสัญญีแพทย์ โดยแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้ส่งปรึกษา

- สำหรับทีมงานผ่าตัดและวิสัญญีมีการเยี่ยมผู้ป่วยใน Case Elective ก่อนผ่าตัด มีการประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นำมาวางแผนในการแก้ไข เพื่อให้การผ่าตัดสามารถสำเร็จด้วยดี ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ถ้าพบภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ก่อน เพื่อร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น เมื่อไปเยี่ยมแล้วพบผล Lab บางตัวผิดปกติหรือพบมีการติดเชื้อบริเวณอื่นของผู้ป่วย เมื่อร่วมกันพิจารณาแล้วเห็นสมควรเลื่อนการผ่าตัดไปก่อน แพทย์เจ้าของไข้ก็จะกระทำตามความคิดเห็นของทีมวิสัญญีแพทย์ ในรอบปีงบประมาณ 2558(ต.ค. 57-มี.ค.58)มีการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย 46 ราย

บทเรียนในการอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย / ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ :

การดูแลก่อนผ่าตัด:

- แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในระดับหนึ่งก่อน เพื่อให้มีการตัดสินใจร่วมกันในการที่จะรับผ่าตัด หรือเลือกวิธีการผ่าตัดมีการให้ข้อมูลถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจแล้วตัดสินใจทำการผ่าตัดจึงนัดผู้ป่วยมารับการผ่าตัด เช่น ที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกจักษุผู้ป่วยที่จะผ่าตัดตาต่อกระจก จะมีการพูดคุยอธิบายก่อนแล้วให้ใบยินยอมที่บรรยายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้ญาติและผู้ป่วยได้อ่านถ้ายินยอมที่จะรับการผ่าตัดก็จะเซ็นในใบยินยอมที่จะรับการผ่าตัดแล้วจึงมานัดผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และให้ข้อมูลล่วงหน้า 1 วันสำหรับ case ผ่าตัดที่ต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินเพิ่ม แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้แจ้งรายละเอียดการรักษาให้ผู้ป่วยทราบก่อนผ่าตัดผู้ป่วยสิทธิเบิกได้กรณีผ่าตัดจะมีใบลงนามยินยอม

การดูแลขณะผ่าตัด:

- พยาบาลรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามเวลา มีการตรวจสอบ ผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัด :

- มีการให้ข้อมูล ความรู้แก่ญาติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุม

บทเรียนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด :

- ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก มีการเจาะเลือด, X-Ray ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะได้รับทั้งจากแพทย์และพยาบาล เมื่อ Admitก็จะได้รับการเตรียมความพร้อมจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แล้วพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลจะไปเยี่ยมก่อนผ่าตัด มีการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตน ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาเข้าร่วมในการวางแผนการผ่าตัด ในกรณีผ่าตัดเป็น Case ผู้ป่วยนอก เช่น การผ่าตัดเล็ก, ก้อนที่เต้านม จะรวมผู้ป่วยเป็นกลุ่มเพื่อรับฟังพยาบาลห้องผ่าตัดให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ส่วนการส่องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นก็จะรวมผู้ป่วยเป็นกลุ่มเพื่อฟังพยาบาลให้คำแนะนำก่อน แล้วให้เข้าเป็นรายบุคคลอีกครั้งก่อนที่จะพ่นยาชาให้

- ศัลยกรรมกระดูกจะมีการเตรียมผู้ป่วยโดยใช้แผ่นภาพประกอบ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบโดยแพทย์ สำหรับบอกตำแหน่งผ่าตัดที่ผ่าตัด พร้อมทั้งภาพอุปกรณ์ที่จะใช้ขณะผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายแนวทางในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด

บทเรียนในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง :

- ห้องผ่าตัดจะส่งเปลไปรับผู้ป่วยที่ตึกผ่าตัดพร้อมกับใบ Set ผ่าตัด เมื่อถึงตึกผู้ป่วยพนักงานเปลจะยื่นใบ set ให้พยาบาลที่ตึกเพื่อตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจะมีการตรวจสอบชื่อ-สกุลจากข้อมูล 3 แหล่ง คือ ถามชื่อผู้ป่วย จากผู้ป่วย/ญาติ จากป้ายชื่อมือ และเวชระเบียน ชนิดการผ่าตัด อวัยวะ/ข้างที่ทำผ่าตัด, การเซ็นยินยอมผ่าตัด, การงดน้ำงดอาหาร โดยการสอบถามผู้ป่วยและการศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตการณ์ Mark site ของตึก โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตึกจะใช้พิมพ์ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยHN ชนิดการผ่าตัด ชนิดการดมยา เวลา case โดยใช้พลาสติกแผ่นแปะทับ สำหรับทีมงานห้องผ่าตัดมีการป้องกันโดยการตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยกับเวชระเบียน ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดตั้งแตรับผู้ป่วยหน้าห้องผ่าตัด ก่อนจะเซ็นผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจะมีการสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยและการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับให้ถูกต้องตรงกันทั้งทีม เมื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดแล้วก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจะมีการทำ Time out โดยทีมผ่าตัดทุกคนร่วมกับผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน

- ในราย OPD case พบว่าบางครั้งมีผู้ป่วยรอผ่าตัดหลายคนและต่างแผนก ทางห้องผ่าตัดมองเห็นว่าอาจเกิดปัญหาความสับสนการนำผู้ป่วยเข้าห้องทำผ่าตัด จึงเขียนป้ายชื่อห้องผ่าตัด ติดไว้ที่ติดหน้าเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ทุกรายชื่อ-สกุล ผู้ป่วย หัตถการผ่าตัดและแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเพื่อให้สามารถตรวจเช็คความถูกต้องได้

- จากการปฏิบัติงานผ่านกระบวนการที่วางไว้ ห้องผ่าตัดไม่พบปัญหาจากการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดตำแหน่งแต่พบปัญหาการส่งผู้ป่วยผ่าตัดผิดคนจากหอผู้ป่วยส่งผิดคนในปีงบประมาณ 2557 พบ miss 1 ราย ได้รับรายงานความเสี่ยงมีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัด C/S with TR แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการทำหมันวิเคราะห์ความเสี่ยงคำสั่งการผ่าตัดและใบเซ็นยินยอมไม่ตรงกันแนวทางแก้ไข 1.ทบทวนการปฏิบัติเรื่องการรับ-ส่งผู้ป่วยการระบุตัวผู้ป่วยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดก่อนทำผ่าตัดตลอดต้องตรวจสอบการเซ็นยินยอมผ่าตัด คำสั่งการรักษาประวัติการตั้งครรภ์ถ้าเป็นครรภ์หลังให้ถามเรื่องการทำหมันทุกครั้ง2.ขณะทำผ่าตัดต้องตรวจสอบว่าผ่าตัดตรงกับคำสั่งและการเซ็นยินยอมหรือไม่ถ้าไม่ตรงต้องมีการทักท้วงก่อนที่จะปิดการผ่าตัด3.ใบรายงานการทำผ่าตัด(operative note) และใบรายงานวิสัญญี(anesthetic record) ต้องถูกต้องตรงกัน4.หากมีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำผ่าตัดตามใบยินยอมการผ่าตัดแพทย์ต้องสื่อสารข้อมูลในใบ(operative note) และใน progressnote ให้ชัดเจนเพื่อให้ทีมผู้ดูแลรับทราบหลังการทำผ่าตัด5.แพทย์ที่ set ผ่าตัดทางโทรศัพท์ต้องมา sign ก่อนทำผ่าตัด จากการเฝ้าติดตามผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตลอดบุตรและทำหมันเรียบร้อยแล้ว และในปีงบประมาณ 2558 ยังไม่พบอุบัติการณ์ แต่สามารถดักจับได้ 2 ครั้ง กรณีที่ 1 ทางตึกอายุรกรรมชาย Key Set ORมาผิดคน ทางเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยแล้วแต่เนื่องจากผู้ป่วยอาการไม่ดีจึงงดผ่าตัดกรณีที่ 2 เมื่อถึงเวลาผ่าตัดผู้ป่วยยังมาไม่ถึงห้องผ่าตัด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีการทำสัญลักษณ์เครื่องหมายวงกลมที่หมายเลขหน้าชื่อผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการไปรับเนื่องจากวงผิดคน จากการร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารงานห้องผ่าตัด ได้แนวทางการปฏิบัติดังนี้ ให้ Incharge เป็นผู้ดูแลการรับ-ส่งผู้ป่วยให้ตรงตามเวลา โดยเป็นผู้ทำสัญลักษณ์และตรวจสอบความถูกต้องของใบset ก่อนส่งให้พนักงานเปลนำไปรับผู้ป่วย ถ้า Incharge เดินเข้าไปประสานภายในห้องผ่าตัด ให้แม่บ้านประจำห้องผ่าตัดมาประจำตรงจุดปฏิบัติงานของ Incharge ก่อน ให้ใช้การประสานงานโดยการใช้

โทรศัพท์/Intercom ทางแผนกคอมพิวเตอร์ได้ทำแบบฟอร์มรายชื่อผู้ป่วยผ่าตัดแต่ละวัน พร้อมเพิ่มรายละเอียดการรับส่งผู้ป่วย ดำเนินการเสร็จแล้ว

บทเรียนในการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด :

- ในห้องผ่าตัดมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการทำงาน มีการแบ่ง Zone ชัดเจน ปรับสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด 6 จัดทำประตูกันห้องขอยเล็ก ติดตั้งตู้เก็บของในห้องขอยเล็ก เก็บอุปกรณ์ที่มีมากเกินและไม่จำเป็นต้องเก็บไว้ในห้องผ่าตัด 6 มีการตรวจสอบแสงสว่างอย่างเหมาะสมกับการทำงาน การไหลเวียนของระบบอากาศที่ดี จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องป้องกันที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีระบบ One way ในการเข้าออกของอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด มีระบบ First in – First out ของเครื่องมือ จัดระบบการล้าง Pack ที่ห้องผ่าตัดแต่มีการแยกเป็นสัดส่วนมีห้องเก็บเครื่องมือ Sterile ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการลงบันทึกความชื้นสัมพัทธ์และอุณหภูมิถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน มีการดูแลสิ่งแวดล้อม แยกขยะถูกต้อง มีการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติงานการแยกขยะ ทั้งขยะอย่างถูกต้องตามที่กำหนดมีการประเมินพื้นที่เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานตามระบบ มอก 18001 เพื่อเอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี และคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมตามระบบ ISO 14001 เช่น มีการวัดค่าปริมาณรังสีตกค้าง จากการใช้ เครื่อง C-Arm ในการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ , การวัดปริมาณความพอเพียงของแสงสว่างในหน่วยงาน , การวัดปริมาณ N₂O ตกค้างจากการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจัดทำโดยงานอาชีวอนามัยของหน่วยเวชกรรมสังคม เครื่องมือผ่าตัด เมื่อใช้ผ่าตัดแล้วจะมีการแยกบรรจุในกล่องมีฝาปิดมิดชิด นำส่งไปล้างยังห้องล้างเครื่องมือ และส่ง pack ที่ห้อง pack เครื่องมือซึ่งมีเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ แล้วส่งต่อไปยังห้องนี้ เมื่อทำให้ปราศจากเชื้อแล้วจึงติดป้ายวันผลิต/วันหมดอายุ lot ที่ผลิต นำใส่รถเข็นเครื่องมือปราศจากเชื้อเข้าฝั่งที่ห้องฝั่งเครื่องมือแล้วนำเข้าเก็บในห้องปราศจากเชื้อเรียงตามระบบ FIFO อุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ในการผ่าตัดได้รับการประกันคุณภาพ ส่วนครุภัณฑ์ต่างๆ เช่น เตียงผ่าตัด โคมไฟ เครื่องจี-ตัด ห้ามเลือดไฟฟ้า มีการตรวจเช็คทุกเช้าก่อนใช้งาน เครื่องมือห้องผ่าตัดที่จำเป็นต้อง Calibrate ทุกปี เช่น เครื่องจี-ตัดห้ามเลือดไฟฟ้า พรอทวัดอุณหภูมิตู้เย็น

- ปรับเปลี่ยนระบบการนั่งเครื่องมือ/เครื่องผ้า ผ่าตัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 เดือน พฤษภาคมโดยนำไปตั้งที่แผนกจ่ายกลาง พบว่ามีเครื่องมือที่ไม่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วมีการเปลี่ยนสีของตัวชี้วัดสมบูรณ์ 100%1 รอบการนั่ง จากการRCA พบว่าการsetโปรแกรมไม่ตรงกับเครื่องมือ/เครื่องผ้าที่นำเข้าไปนั่ง

- นอกจากนี้ห้องผ่าตัดมีการแยกขยะเป็นประเภทต่างๆ 4 ประเภท คือ ขยะทั่วไป, ขยะอันตราย, ขยะติดเชื้อและขยะRe-cycle โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมในการทิ้งและแยกขยะ มีการตรวจสอบการทิ้งขยะให้ถูกประเภทเป็นระยะๆ ส่วนผ้าผ่าตัดที่ใช้แล้วที่ปนเปื้อนน้อยทิ้งในถุงผ้าปกติ ผ้าสกปรกมากใส่ถุงแดงผูกปากมิดชิดส่งซักแยก ผ้าติดเชื้อใส่ใส่ถุงแดงและนำไปใส่ถังที่มีฝาปิดมิดชิดส่งงานซักฟอก เพื่อซักทำความสะอาดจากการประเมินการปฏิบัติงานพบว่ายังมีการทิ้งขยะไม่ถูกประเภทปีงบประมาณ 2558 มีการนำขยะติดเชื้อใส่ไปในถุงผ้าสกปรกที่นำส่งซักฟอก 2 ครั้งดำเนินการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกระดับในการประชุมตึกหรือเมื่อพบอุบัติการณ์

- มีมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกของมีคมที่มิดำและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาในรอบปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์

- มีระบบการป้องกันและซ่อมแผนอค์ศีกัยมีอุปกรณ์ถึงดับเพลิงตรงตามเกณฑ์มาตรฐานติดตั้งตามจุดต่างๆในหน่วยงานเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมฝึกซ้อมการใช้งานอย่างถูกต้อง ในรอบปีที่ผ่านมาได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปร่วมอบรมและซ่อมแผนอค์ศีกัยกับโรงพยาบาล 1 ครั้งและซ่อมถึงขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอค์ศีกัยในห้องผ่าตัด 1 ครั้งเวลาประชุมตึก

บทเรียนเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากบันทึกการผ่าตัด :

- มีการบันทึกการผ่าตัดอย่างครอบคลุม เหมาะสมเฉพาะของแผนกผ่าตัดเนื้อหาในการบันทึกจะครอบคลุมกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในห้องผ่าตัด การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจทางพยาธิ การใส่อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้มีการตรวจนับก่อนใช้และหลังใช้ พร้อมทั้งลงบันทึกให้ถูกต้องครบถ้วนตรงกัน อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยไปหลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยย้ายไปอยู่ที่แผนกใด เป็นการประเมินผู้ป่วยและส่งต่ออาการผู้ป่วยให้แก่หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปจะได้สามารถทราบข้อมูล และวางแผนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน มีการใช้ข้อมูลของห้องผ่าตัดในการติดตามผลการรักษา ติดตามผล LAB ผลการตรวจชิ้นเนื้อ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการรักษาต่อไปใน

ปีงบประมาณ 2557พบว่ามีการบันทึกว่าส่งตรวจชิ้นเนื้อ แต่ชิ้นเนื้อไม่ได้รับการส่งตรวจจากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่าเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการชิ้นเนื้อและอวัยวะที่ตัดออกของผู้ป่วยในส่วนห้อง Lab ไม่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนของspecimenก่อนนำส่งบริษัทจากการทบทวนโดยผู้เกี่ยวข้องได้แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดการส่งตรวจชิ้นเนื้อชิ้นเล็กเมื่อออกมาจากตัวผู้ป่วยควรนำมาใส่ถ้วยเล็กใส่ NSS,สอบถามแพทย์ ทุกครั้งที่มีการนำชิ้นเนื้อออกจากตัวผู้ป่วยว่านำส่งตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่, พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก รับผิดชอบในการเก็บชิ้นเนื้อใส่บรรจุขวดหรือถุงเพื่อนำส่ง, พยาบาลหัวหน้าทีมตรวจสอบความถูกต้องของในนำส่งชื่อ-สกุล อายุ HN และระบุspecimen ให้ถูกต้องทั้งในใบนำส่งและใบติดถุงชิ้นเนื้อก่อนลงทะเบียนในสมุดนำส่ง, ไม่นำชิ้นเนื้อให้ผู้ป่วยดูโดยยังไม่เก็บใส่ขวดหรือถุงพลาสติกนำส่งชิ้นเนื้อ, ทุกวันจันทร์ / วันพฤหัสบดีก่อนนำส่งทุกครั้งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องชื่อ-สกุล อายุ HN การระบุspecimenแพทย์ยืนยันการส่งตรวจชิ้นเนื้อด้วยวาจาและในใบoperative noteทุกครั้งเจ้าหน้าที่ห้องLabทุกวันจันทร์/วันพฤหัสบดี ก่อนนำส่งบริษัทให้เจ้าหน้าที่Lab ตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ-อายุ HN specimenครบถ้วนที่ใส่ในขวดหรือถุงที่ใส่ specimen แนวทางการแก้ไขปัญหา/มาตรการในการป้องกันให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเดิมเรื่องการจัดการชิ้นเนื้อและอวัยวะที่ตัดออกของผู้ป่วย แล้วเพิ่มในรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น, การติดตามผู้ป่วยของแพทย์เจ้าของไข้เนื่องจากผู้ป่วยได้มีก้อนบริเวณลำคอจึงได้ส่งconsult แผนกโสต ศอ นาสิก ไม่พบว่าเป็นโรคร้ายแรง ณ ปัจจุบันและศัลยแพทย์ได้มีการนัดติดตามผลเป็นระยะต่อไป

- มีการบันทึกชนิดลักษณะของแผลผ่าตัดว่าเป็นชนิดไหน เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็สามารถตรวจสอบย้อนหลังกลับได้ มีการบันทึกเก็บใบ Recall ในการผ่าตัด Case แผล Clean, ที่ใส่ Implant เมื่อมีการติดเชื้อสามารถตรวจสอบทวนได้ว่าอุปกรณ์ที่ใช้ถูกต้อง ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อถูกต้องหรือไม่ มีจุดบกพร่องหรือผิดพลาดจากเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้หรือไม่ในรอบปีที่ผ่านมาไม่พบอุปกรณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วที่ใช้ในการผ่าตัดมีตัวบ่งชี้ภายในและภายนอกไม่สมบูรณ์ เนื่องจากจะมีการตรวจสอบก่อนเก็บอุปกรณ์เข้าห้องเก็บของปราศจากเชื้อทุกครั้งโดยมีตัวอย่างแถบสีที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่สมบูรณ์ไว้ให้เจ้าหน้าที่ดูติดไว้ที่ผนังห้องเก็บของปราศจากเชื้อ เป็นการยืนยันความถูกต้องอีกครั้ง

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด :

- หลังการผ่าตัดเสร็จในกรณีที่ผู้ป่วยระงับความรู้สึก จะส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ประมาณครึ่งชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย จากภาวะการระงับความรู้สึก จึงส่งผู้ป่วยกลับตึกเพื่อการดูแลต่อไป ส่วนผู้ป่วยในรายที่ได้รับยาเฉพาะที่เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดจะได้รับคำอธิบายในการดูแลหลังผ่าตัดแล้วส่งกลับตึก

- ห้องผ่าตัดมีการจัดหน้าที่ความรับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เมื่อไปเยี่ยมหลังผ่าตัดและดูว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หรือไม่ถ้าพบก็จะนำมาแจ้งในทีมผ่าตัดทราบเพื่อวางแผนหาแนวทางแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั่นๆ ซ้ำอีก

บทเรียนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด :

- การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแผลสะอาดโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ปีงบประมาณ 2554 เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลองกลุ่มเดียววัดนำไปทดลองผู้ป่วยผ่าตัดแผลสะอาด ปีงบประมาณ 2554 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน2554 รวม 2,117 รายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแผลสะอาดโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลัง การนำรูปแบบใหม่การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแผลสะอาด ไปดำเนินการผลการวิจัย พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ในปีงบประมาณ 2554 = 1รายคิดเป็นร้อยละ 0.04 ลดลงจากปีงบประมาณ 2553 = ร้อยละ 0.32(5 ราย จาก 1,515 ราย) สรุปได้ว่ารูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดีกว่ารูปแบบเดิม เหมาะสมกับพื้นที่วิจัยเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานจนเป็นรูปแบบตัวอย่าง โดยใช้แนวทางการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัยผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2555-2557 ไม่พบอุบัติการณ์ จนปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีการติดเชื้อทางด้านจักษุ เป็น case Endophthalmitis จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วย Cataract ทำผ่าตัด Phaco with IOL PCT

จักษุได้มีการทบทวนcase วิเคราะห์หาความเสี่ยงจากการเพาะเชื้อในน้ำยาที่ใช้กับผู้ป่วยผล negative ไม่พบเชื้อ ตรวจสอบ sterigage ในเครื่องมือผ่าตัดพบว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและปรับแนวทางแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

ระบบปฏิบัติงานเดิม	การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
1. การใช้ยาหยอดตา เปลี่ยนทุก 2- 4 สัปดาห์	1. เปลี่ยนทุก 1 สัปดาห์ และจัดทำกล่องเก็บยาแยกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด case สะอาด , OPD case , case ติดเชื้อ
2. มีการใช้อุปกรณ์ reuse ในการผ่าตัดต่อกระจก เช่น เข็ม air, surgical knife 15 องศา	2. งดการใช้อุปกรณ์ reuse บางชนิดที่ทำความสะอาดยาก ได้แก่ เข็ม air ให้เปลี่ยนใหม่ทุกcaseและมีการทำเครื่องหมายให้ทราบถึงจำนวนครั้งที่ใช้ซ้ำของอุปกรณ์ ได้แก่ surgical knife 15 องศา ให้ทำเครื่องหมายเพื่อใช้ซ้ำไม่เกิน 3 ครั้ง และเปลี่ยนใหม่
3. การเช็ดเลนส์กล้องผ่าตัด ไม่มีระยะเวลาแน่นอน	3. กำหนดให้เช็ดเลนส์กล้องผ่าตัดทุกสัปดาห์
4. ห้องผ่าตัด ไม่มีประตูกั้นระหว่างห้องแยกเล็ก ซึ่งมีทางติดต่อกับภายนอก ทำให้มีแมลงเข้ามาภายในห้องผ่าตัด	4. จัดทำประตูกั้นระหว่างห้องแยกเล็ก

หมายเหตุผลการติดตามผลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น

- อุปกรณ์รัดห้ามเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยซื้อจากบริษัทราคา 4,800 บาท โดยเริ่มจัดทำตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 เสียค่าใช้จ่าย 400 บาท/ครั้ง ลดค่าใช้จ่ายในหน่วยงานลงได้ประมาณ 4,400 บาทต่อครั้ง ทุกคนในทีมผ่าตัดพึงพอใจ ผลการรักษากับผู้ป่วยได้ดีมีประสิทธิภาพ สามารถ Re cycle เครื่องมือ ทำให้สามารถช่วยลดภาวะโลกร้อนได้ด้วยโดยมีสถิติการผ่าตัดตั้งแต่ปี 2555 -2558 เป็นจำนวน 7, 11, 17, 3 ราย ตามลำดับ ถ้าใช้ของบริษัทใช้เงินทั้งสิ้น 182,000 บาท แต่ใช้ของบริษัทจำนวน 12 ราย คิดเป็นเงิน 57,600 บาท สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 124,400 บาท

- การทำ CQI ในเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- จัดทำCQIการมีสิ่งตกค้างในร่างการผู้ป่วย(PDCA ครั้งที่ 5)ตั้งแต่ปี2555 – 2558 ไม่พบอุบัติการณ์
- มีการจัดทำรูปแบบการให้ข้อมูลการปฏิบัติตน/ความรู้ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเล็กผู้ป่วยลอคต่อเนื้อ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
82.การผ่าตัด	3.0	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนการพัฒนางานโดยนำหลักการวิจัยมาใช้(R2R) อย่างน้อยปีละ 1 เรื่องซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ - มีการจัดทำรูปแบบการให้ข้อมูลการปฏิบัติตน/ความรู้ - สนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางทุกปี - มีการขยายสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทางด้านจิตอาสาเพิ่มขึ้น - ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน/ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ - พัฒนาการเยี่ยมผู้ป่วย ให้เป็นสหวิชาชีพ โดยการเยี่ยมก่อนผ่าตัดพร้อมกัน ที่หอผู้ป่วย

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาการ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ :

ข้อมูล/ตัวชี้วัด(ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับอาหารเฉพาะโรค	> 80%	87.40	86.68	90.03	89.1
ความปลอดภัยของอาหารที่ส่งให้ผู้ป่วย	>90%	94.56	95.17	96.36	95
อัตราการให้ความรู้ด้านโภชนาการบำบัดกับผู้ป่วยเฉพาะโรค (ที่สำคัญ)	> 80%	81.92	83.24	93.10	90
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับความรู้เรื่องโภชนาการบำบัดคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์	> ร้อยละ 40	NA	NA	NA	54.88
อัตราสวมเครื่องป้องกันส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ถูกต้องเหมาะสม	> 85%	91.32	94.71	92.42	90
อัตราความผิดพลาดในการแจกอาหารเฉพาะโรค	0%	0.0214	0	0	0

บริบท :

งานโภชนาการ เป็นการปฏิบัติงานที่ให้บริการด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วย มีหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มงานต่างๆให้ดำเนินไปตามเป้าหมายมีงานหลักในการบริการอาหารผู้ป่วยสามัญ อาหารพิเศษ อาหารเฉพาะโรคตามภาวะโรคแก่ผู้ป่วยในการบริการไปยังหอผู้ป่วยหน่วยงานให้ ถูกต้องตรงตามใบสั่งอาหารของแพทย์ อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน มุ่งเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วย และผู้รับบริการได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพออย่างเหมาะสมตามหลักโภชนาการและสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลซึ่งมีการบริการด้านกระบวนการเตรียมอาหาร ผลิต บริการอาหาร รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะทางด้านโภชนาการ และมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานโภชนาการ

งานโภชนาการ มีการดำเนินงานถูกต้องตามแบบแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการเตรียมการผลิตอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค อาหารทางสายให้อาหาร อาหารเสริม อาหารทารกตามหลักโภชนาการ การบริการอาหารผู้ป่วย การเยี่ยมและให้คำแนะนำผู้ป่วย การให้โภชนศึกษาและปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ ในการกำหนดอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละโรคทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในคลินิกต่างๆ

งานวิชาการ เป็นการเผยแพร่ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ฝ่ายโภชนาการ มีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทั้งหมด 23คน ข้าราชการ 2 คน ลูกจ้างประจำ 10 คน ลูกจ้างชั่วคราว 11คน มีการกำหนดหน้าที่ปฏิบัติงานแต่ละงานไว้ชัดเจน และรับผิดชอบแจกอาหารผู้ป่วยนอนพักเตียงในโรงพยาบาลทั้งหมด 16หอผู้ป่วย ให้บริการอาหารผู้ป่วยทุกวันโดยมีการกำหนดเวลา ดังนี้

เช้า เวลา 07.00 น. – 08.00 น.

กลางวัน เวลา 11.30 น. – 12.30 น.

เย็น เวลา 16.00 น. – 17.00 น.

ความเสี่ยงของการบริการคือ การจ่ายอาหารผิดพลาด และแจกอาหารไม่ครบตามจำนวนผู้ป่วย และบางครั้งแจกอาหารไม่ทันเวลาที่กำหนด

กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

1. โรคเบาหวาน : อาหารเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคหัวใจ, มีน้ำในช่องท้อง : อาหารจำกัดโซเดียม (จืด)
3. โรคทางสมอง : อาหารเพิ่มโซเดียม
4. ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง : อาหารกากน้อย

- | | |
|--|------------------------------|
| 5. โรคท้องผูก | : อาหารกากใยสูง |
| 6. โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, ไขมันในเลือดสูง | : อาหารจำกัดไขมัน |
| 7. โรคไต | : อาหารลดโซเดียม |
| 8. โรคเก๊าท์ | : อาหารพิวรีนต่ำ |
| 9. ผู้ป่วยเป็นแผล, ผอม, โรคตับ | : อาหารโปรตีนสูง |
| 10. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, โรคกระเพาะอาหาร | : อาหารเหลว |
| 11. ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน, ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว เช่น CA , CVA | : อาหารทางสายยางที่ปลอดอาหาร |

กระบวนการ :

กระบวนการของหน่วยงาน (Top – Down Flow Chart)



บทเรียนเกี่ยวกับระบบบริการอาหารเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (เมนู/เวลา/การสั่ง/การตรวจสอบ/การติดตาม):

- **การจัดทำรายการอาหาร :** กำหนดรายการอาหารประเภทต่าง ๆ ออกเป็นรายสัปดาห์ 4 สัปดาห์หมุนเวียน โดยจัดให้เหมาะสมตามหลักโภชนาการในแต่ละวัน และเหมาะสมกับวิถีชีวิตในชุมชน ศาสนา และฤดูกาล ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการตามสภาวะโรค/ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในแต่ละราย(อาหารเฉพาะโรค) โดยการจัดสรรอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และคำนวณตามหลักโภชนาการ

- **การกำหนดเวลาให้บริการ:** ได้กำหนดเวลาการแจกอาหารผู้ป่วย 3 มื้อ คือ เช้า 07.00 น. กลางวัน 11.30 น. เย็น 16.00 น. และเวลาอาหารว่าง (สำหรับห้องพิเศษ) เวลา 20.00 น. เป็นประจำทุกวันตรงตามเวลาที่กำหนด ซึ่งการพิจารณาเวลาส่งมอบที่เหมาะสมจากความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ และหออผู้ป่วย ได้โอกาสพัฒนาเรื่องเวลาแจกอาหารที่ญาติผู้ป่วยเสนอแนะให้ปรับเวลาส่งมอบอาหารเย็นเป็นเวลา 16.00 น. ซึ่งได้จัดปรับแล้วและประสานหออผู้ป่วยทราบและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อปรับปรุงต่อไป

- **ระบบการสั่งอาหาร :** การสั่งอาหารของหออผู้ป่วยผ่านระบบ LAN จากหออผู้ป่วยบันทึกอาหารตามที่แพทย์สั่ง/เปลี่ยนแปลงคำสั่งโดยจะสั่งพิมพ์รายงานอาหารวันละ 1 ครั้งและการจดบันทึกการโทร, เพิ่ม, งด, หรือเปลี่ยนแปลงอาหารทางโทรศัพท์ก่อนมื้ออาหาร

- **ระบบการตรวจสอบ :** หน่วยงานมีการตรวจสอบหาสิ่งแปลกปลอม/การปนเปื้อนของอาหารและภาชนะในทุกระดับของกระบวนการประกอบอาหารโดยตรวจหาสารแบคทีเรียจากที่ต่าง ๆ ได้แก่มือผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหาร อาหารปรุงสุก อาหารสายยาง ถาดอาหารผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ รวมทั้งการตรวจสอบของการจัดสำรับอาหารให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ โดยทีมโภชนาการพบโอกาสพัฒนาในการทบทวนปรับปรุงระบบตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพขึ้นเพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ให้เหลือ 0 ครั้ง

- **การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง :** มีการเก็บตัวชี้วัดความพึงพอใจด้านอาหารและโภชนาการทุก 6 เดือนจากการสำรวจโดยการทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผลการวิเคราะห์ได้นำมาแก้ไขปรับปรุงในประเด็นที่พบบ่อย ได้แก่ เรื่องรสชาติของอาหาร ซึ่งได้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ผลิตอาหาร เพื่อกำหนดปริมาณการใส่เครื่องปรุงอาหารลงในอาหารที่ปรุงแต่ละมื้อ รายการอาหารรวมทั้งข้อเสนอแนะฯ อื่น ๆ โดยได้ปรับปรุงรายการอาหารให้หลากหลายไม่ซ้ำกันพัฒนาทักษะการปรุงอาหารของพนักงานประกอบอาหาร ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจเกินเป้าหมาย

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ :

- ในการจัดเตรียมอาหารจะมีระบบทางโภชนาการเพื่อให้อาหารที่มีคุณค่า โดยการตรวจสอบวัตถุดิบ การควบคุมการล้าง การผลิต ด้วยหลักสุขาภิบาล การทีมโภชนาการดำเนินการวิเคราะห์จำนวนพลังงานในสารอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการพื้นฐานและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเฉพาะโรคแต่ละราย ที่รับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ตามที่แพทย์สั่งเช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดาที่กำหนดพลังงานมาตรฐาน 1,800 กิโลแคลอรี และ อาหารอ่อน 1,600 กิโลแคลอรี การจัดอาหารครบหลัก 5 หมู่ ในผู้ป่วยทั่วไป

บทเรียนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะโภชนาการการประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้:

- ทีมโภชนาการได้คัดกรองภาวะโภชนาการด้วยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยในที่รับอาหารเฉพาะโรคในรายที่มีปัญหาโดยใช้หลักเกณฑ์ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่จะต้องประเมินโดยละเอียด เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนโภชนบำบัดด้วยการพิจารณาตัดสินจากระดับผลทางชีวเคมีในเลือดที่เกินระดับปกติอาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาที่จำเป็นต้องได้รับโภชนบำบัดและสภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้ป่วยที่พร้อมจะรับโภชนบำบัดหรือไม่ตามดุลยพินิจของแพทย์ได้กำหนดเป้าหมายในการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอาหารเฉพาะโรคที่จะนำเข้าสู่กระบวนการโภชนบำบัดไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50%

- มีการปรับปรุงแบบประเมินฯ ตามแนวทางของสมาคมที่กำหนดอาหารเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่ละเอียดเพียงพอ และสามารถบ่งชี้ปัญหาและนำมาวิเคราะห์วางแผนการให้โภชนบำบัดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นในประเด็นความกระชับความตรงในข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกินที่ผ่านมา

บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ :

- **การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ :** กำหนดข้อปฏิบัติให้นักโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยอาหารเฉพาะโรคหาข้อมูลพื้นฐานระบุปัญหา/กำหนดเป้าหมายทั้งในขณะที่ผู้ป่วย admit และจำหน่ายวิเคราะห์/ คำนวณหาจำนวนพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและความ ต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยนำผลการวิเคราะห์มากำหนดรายการอาหารและใบสั่งอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วยรายนั้น ๆ รวบรวม ส่งต่อให้โภชนาการที่ทำหน้าที่สั่งวัตถุดิบและโภชนาการที่กำกับดูแลการประกอบอาหารเฉพาะโรคจัดสำหรับให้ถูกต้องตรงกับ บัตรอาหารผู้ป่วยพบโอกาสพัฒนาในการพัฒนาทักษะทีมโภชนาการให้มีสมรรถนะในการวางแผนกระบวนการโภชนบำบัด

- **กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ:** จากการประเมิน ฯ พบประเด็นปัญหาผู้ป่วยรับอาหารทางสายไม่เพียงพอกับ ความต้องการของร่างกายและเกิดภาวะท้องผูกได้ปรับสูตรอาหารทางสายที่มีโปรตีนสูงและให้พลังงานสูงเพิ่มใยอาหารให้ มีปริมาณที่เพียงพอเหมาะสมกับร่างกายที่เคลื่อนไหวน้อยคือ วันละประมาณ 1400 – 1800 Kcal การติดตามผลลัพธ์ว่า ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอและฟื้นตัวได้เร็วจากการติดตามสังเกตสภาพร่างกายผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาทิความแห้งตึงสีของ ผิวหนังเยื่อบุตาไม่แห้งผากไม่ซีดคล้ำมเนื้อแน่นไม่เหลวไม่เหี่ยวไม่บวมปากอิมมูนิซึมธรรมชาติและภาวะการฉับถ่ายปกติหรือไม่

- **กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือเป็นอัมพาต:** จากการประเมินผล ฯ พบประเด็นปัญหาในผู้ป่วยที่รับประทานเองได้ ส่วนใหญ่พบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและท้องผูกกำหนดแนวทางการดูแลอาหารให้มีโปรตีนสูงเพิ่มใยอาหารและย่อยง่าย ให้ได้ปริมาณที่เพียงพอเหมาะสมกับร่างกายที่เคลื่อนไหวน้อยคือประมาณ 1400 – 1800 Kcal ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวรับ อาหารทางสายพบปัญหาผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอและเกิดภาวะท้องผูกบางรายเกิดผลกดทับได้ปรับสูตรอาหารทาง สายที่มีโปรตีนสูงและให้พลังงานสูงเพิ่มใยอาหารให้มีปริมาณที่เพียงพอเหมาะสมกับร่างกายที่เคลื่อนไหวน้อยคือประมาณ 1400-1800 Kcal การติดตามผลลัพธ์ว่าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอและฟื้นตัวได้เร็วจากการติดตามสังเกตอาการผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดดูความแห้งตึงสีของผิวหนังปริมาณไขมันใต้ผิวหนังเยื่อบุตาไม่แห้งผากไม่ซีดคล้ำมเนื้อแน่นไม่เหลวไม่เหี่ยวไม่ บวมปากอิมมูนิซึมธรรมชาติการหายของแผลกดทับและภาวะการฉับถ่ายปกติหรือไม่

- **กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง :** ทีมโภชนาการร่วมกับหอผู้ป่วยเคมีบำบัดดูแลทางโภชนาการเฉพาะในผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด ที่มีปัญหามักพบปัญหาแทรกซ้อนจากอาการแพ้ยาที่คลื่นไส้/อาเจียนอย่างรุนแรงร่างกายอ่อนเพลียเกิดภาวะร่างกายขาด ความสมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์และขาดสารอาหารและน้ำอย่างเฉียบพลันได้กำหนดแนวทางการดูแลทางโภชนาการ ด้วยการจัดอาหารที่ทดแทนอิเล็กโทรไลต์เพิ่มอาหารโปรตีนที่ย่อยง่ายและอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานสูงให้ เพียงพอกับความต้องการของร่างกายคือ 1600 – 1800 Kcal พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับร่างกายขณะรับเคมีบำบัดเพื่อติดตามว่าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอและฟื้นตัวได้เร็วด้วยการติดตาม สอบถามการได้รับอาหารในแต่ละมื้อเพียงพอหรือไม่สังเกตสภาพร่างกายทั่วไปว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการขาดอาหารและน้ำ เพียงใดผลการประเมินความรู้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมในการติดตามประเมินผลจากน้ำหนักของผู้ป่วยที่ เปลี่ยนแปลง

- **กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง :** ทีมโภชนาการให้การดูแลเฉพาะตามกระบวนการโภชนบำบัดเริ่มจากประเมิน ภาวะโภชนาการระบุปัญหาประมาณการจำนวนแคลอรีที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคนำผลการวิเคราะห์มากำหนดใบสั่ง งานอาหารเฉพาะโรครายบุคคลการปรุงอาหารที่เข้มงวดในการตวงเครื่องปรุงและการจัดสำหรับอาหารเฉพาะโรคพร้อมกับ ให้คำปรึกษาหัวข้อการเลือกรับประทานอาหารงดเค็มลดโซเดียมรายการอาหารที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูงวิธีการ คิดคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยนำตัวอย่างไปปฏิบัติผลลัพธ์คือพบการ เปลี่ยนแปลงระดับเกลือโซเดียมในเลือดดีขึ้น และผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในกรณีผู้ป่วยมีโรค แทรกซ้อนเช่นผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานไขมันสูงเก๊าท์และไตวายได้ปรึกษาทีมแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการลด ปริมาณเกลือโซเดียม

- **กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน :** สำหรับผู้ป่วยในหลังจากประเมินภาวะโภชนาการแล้วมีการคิดคำนวณปริมาณอาหาร น้ำตาลที่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกายโดยนำผลการวิเคราะห์มากำหนดอาหารเฉพาะโรครายบุคคลมีการทวนชั้นการ ปรุงอาหารในการตวงเครื่องปรุงจำกัดแบ่งและน้ำตาลจัดอาหารเฉพาะผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยนำตัวอย่างไป ปรับพฤติกรรมมารกินของตนเองได้ถูกต้องติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพบว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดลดลงได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางของสมาคมนักกำหนดอาหารทีมโภชนาการ

- ทีมโภชนาการขึ้นเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาแพทย์ส่งให้ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อติดตามสังเกตอาการและให้คำปรึกษารวมทั้งจัดให้มีช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อประเมินติดตามให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติหลังจำหน่าย

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว :

- **กลุ่มผู้ป่วยใน :**เมื่อประเมินปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนแล้วทีมโภชนาการขึ้นเยี่ยมให้โภชนศึกษาด้วยการให้คำปรึกษา/แนะนำประกอบแผ่นพับและโมเดลอาหารตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานะของโรคและการประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้เพิ่มขึ้นปัญหาอุปสรรคคือผู้ป่วยและญาติขาดความสนใจและการโต้ตอบเนื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยจึงเป็นโอกาสพัฒนาของทีมโภชนาการที่จะต้องปรับปรุงวิธีการให้ความรู้กิจกรรมสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักรับรู้เพิ่มขึ้น

- **กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน :**ทีมโภชนาการร่วมกับ PCT อายุรกรรม ดำเนินการให้ความรู้เฉพาะกลุ่มเริ่มจากคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยต่างๆที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยนักโภชนาการ เน้นการให้คำปรึกษา/ คำแนะนำในเรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดของอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและแคลลอรี่สูง อาหารแลกเปลี่ยนยกตัวอย่างรายการแต่ละมื้อใน 1 วันเหมาะสมกับสถานะของโรคพร้อมตัวอย่างอาหารจริงและโมเดลอาหารประกอบการบรรยายและประเมินความรู้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่มีโอกาพัฒนาในการติดตามพฤติกรรมการกิน

- **ในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน :**OPD อายุรกรรมทุกวันพฤหัสบดีและศุกร์ของทุกสัปดาห์ให้คำแนะนำ/ปรึกษาเฉพาะรายการจัดกิจกรรมผู้ป่วยให้ความสนใจมีส่วนร่วมหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นมีโอกาพัฒนาในการติดตามพฤติกรรมการกินของผู้ป่วยกลุ่มนี้แจกแผ่นพับให้กับผู้ป่วยรายใหม่

- **ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง :** OPDอายุรกรรมทุกวันพุธของทุกสัปดาห์ ให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะราย อาหารที่ควรรับประทานได้ และอาหารที่ต้องจำกัดในอาหารหลัก 5 หมู่ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ เพื่อให้ไตได้ชลอการเสื่อมลง และทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปปฏิบัติตัวเองที่บ้านได้ (และแจกแผ่นพับให้ผู้ป่วยรายใหม่)

- **ในกลุ่มญาติผู้ป่วยอาหารปั่นผสม :**จัดให้มีการสอนเกี่ยวกับการเลือกวัตถุดิบการคำนวณมาตรฐานวัดชั่งตวงวัดวัตถุดิบ สาธิตวิธีการทำอาหารปั่นผสมจากการให้ดูวิธีการทำพร้อมให้ซักถามจนญาติเข้าใจพบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ทีมโภชนาการได้ขอที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับไปสอบถามความก้าวหน้าจากญาติผู้ป่วยทุกรายผลการติดตามพบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาทำอาหารปั่นผสมเอง

- **ในกลุ่มแม่และเด็ก :** ทุกวันพุธสัปดาห์ที่2ของเดือนร่วมกับ OPDสูติกรรมเวชกรรมแนะนำอาหารตามวัยให้ความรู้เมนูอาหารนำไปปฏิบัติจริงในการจัดรายการอาหารและการทำอาหารส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กวัย 6 เดือน- 2ปีแก่มารดาและญาติพบว่ามารดาและญาติได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่พบโอกาพัฒนาเรื่องการติดตามการบันทึกการเจริญเติบโตของเด็กในวันที่แพทย์นัดให้มารับวัคซีน

บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิตจัดเก็บส่งมอบจัดการของภาชนะและเศษอาหาร :

- ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เกณฑ์มาตรฐานระดับดีมากได้รับมอบวุฒิบัตรและป้ายสัญลักษณ์ Clean Food Good Taste ตั้งแต่ปี 2548 –ปัจจุบันได้นำหลักสุขาภิบาลอาหารมากำหนดแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ดังนี้

- **การเลือกซื้อและเก็บวัตถุดิบ :**มีคณะกรรมการจัดซื้อ/ ตรวจจับอาหารทุกวันโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและสุ่มตรวจสอบปนเปื้อนทุกเดือนผลไม่พบสิ่งปนเปื้อนมีแนวทางการทำความสะอาด/คัดแยกวัตถุดิบเพื่อกำจัดและลดสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรคจัดเก็บวัตถุดิบสดพวกเนื้อสัตว์ผักในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนดและตรวจสอบทุกวันการเก็บวัตถุดิบพวกของแห้งสำเร็จรูปแยกออกแต่ละประเภทไว้ในตู้เก็บใช้ระบบ first in first out ตรวจสอบวันหมดอายุทุกวัน

- **การจัดเตรียมและประกอบอาหาร :**กำหนดให้มีใบสั่งงานสำหรับจัดเตรียมอาหารและประกอบอาหารแต่ละประเภทแยกเป็นธรรมดาอ่อนเฉพาะโรคมีการประกอบอาหารในระดับอุณหภูมิที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักสุขาภิบาลอาหารโดยมีโภชนาการกำกับดูแลมีการให้/ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาหารสะอาดรสชาติอร่อยและวิธีการปรุงกำหนดอาหารเฉพาะโรคแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างสม่ำเสมอ

- **การจัดเตรียมและประกอบอาหารปั่นผสม** :กำหนดแนวทางปฏิบัติกระบวนการทำอาหารปั่นผสมและกำหนดจุดวิกฤติที่ต้องควบคุม CCP (Critical Control Point) สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องอาหารปั่นผสมมีการวิเคราะห์สารอาหารเตรียมวัตถุดิบการซึ่งตรงตามใบเบิกอาหารปั่นผสมสูตรต่างๆได้กำหนดเขตสะอาดในห้องอาหารปั่นผสมมีการส่งตรวจอาหารปั่นผสมทุก 1เดือนและ 5 ปีที่ผ่านมาไม่พบเชื้อก่อโรค
- **การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง** :มีการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่กวดขันผู้ตรวจการแต่งกายและการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลของเจ้าหน้าที่เน้นย้ำเรื่องต่างๆ เน้นการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานหลังสัมผัสของปนเปื้อน และหลังเข้าห้องน้ำ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรงซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้ถูกต้องแต่ยังพบเจ้าหน้าที่ละเลยการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการทำอาหาร
- **การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ** :ในการบรรจุอาหารได้จัดหาภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและเก็บรักษาอุณหภูมิสำหรับผู้ป่วยทุกคนจัดให้มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการล้างภาชนะและอุปกรณ์ตามหลักสุขาภิบาลอาหารนำมาผ่านเครื่องล้างจานที่ความร้อนในอุณหภูมิที่กำหนดมีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทเป็นสัดส่วนการสุ่มตรวจเพาะเชื้อในอาหารทุก 1เดือนและสุ่มตรวจเพาะเชื้อภาชนะทุกประเภททุก 1เดือนผลไม่พบการปนเปื้อนทั้งอาหารและภาชนะ
- **การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ** :กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามหลัก IC มีการแยกภาชนะโดยการกำหนดแยกภาชนะในผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินอาหาร โรคติดต่อร้ายแรง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยที่อยู่ในห้องแยกโรค ล้างทำความสะอาดต่างหากหรือจัดให้มีภาชนะประจำห้อง หรือใช้ภาชนะใช้แล้วทิ้งแล้วแต่ความเหมาะสมแต่ละรายสำหรับเจ้าหน้าที่มีแนวทางจัดการกับเศษอาหารจากผู้ติดเชื้อโดยการใส่ถุงมือป้องกันและคัดแยกเศษอาหารทิ้งในถุงสีแดงส่วนการจัดการกับเศษอาหารได้จัดถึงเศษอาหารที่มีฝาปิดมิดชิดรองรับและตักก่อนมีผู้ประมูลมาเก็บทุกวัน
- **การรวบรวมขยะและจัดการน้ำเสีย** :มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภทอาทิขยะแห้งขยะเปียกแยกออกนำไปเก็บให้ถูกต้องลงในภาชนะเก็บขยะแต่ละประเภทที่มีฝาปิดที่มิดชิดและทำความสะอาดทุกวันการจัดการน้ำเสียมมีแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในการตักบ่อไขมันทุกวันพบโอกาสพัฒนาในความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการทิ้งขยะให้ถูกต้อง
- **การทำความสะอาดฝ่ายโภชนาการและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค**:มีมุ้งลวดติดตั้งทั้งฝ่ายโภชนาการกำหนดให้มีการBig cleaning ในทุกปลายวันจันทร์แนวทาง 5ส.ประจำสัปดาห์/เดือนเช่นการทำ 5 ส.ต่อระบายน้ำทุก2วันเพื่อป้องกันหนูแมลงสาบการทำความสะอาดมุ้งลวดพัฒนาการทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ประกอบอาหารทุกครั้งหลังทำคะแนน 5ส. ทุก 3 เดือนได้มากกว่าเกณฑ์ทุกครั้งพบเพียงบางจุดที่ต้องปรับปรุง เช่น ห้องจัดอาหารว่างบริเวณที่เป็นส่วนกลางที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมมากขึ้น

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- **การลดการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียในมือผู้ปรุงและสัมผัสอาหาร**จากการสุ่มตรวจหาเชื้อแบคทีเรียในมือผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหารคนไข้พบว่า มีเจ้าหน้าที่ มือไม่สะอาด ทางฝ่ายโภชนาการได้เห็นความสำคัญของสุขภาพร่างกาย ของผู้ปรุงและผู้สัมผัสอาหารและความสะอาดปลอดภัยของอาหารซึ่งอาจจะมีการติดต่อถึงตัวผู้ป่วยที่รับประทานอาหารของโรงคริวโรงพยาบาลได้วิธีแก้ปัญหาให้เจ้าหน้าที่ทุกคนล้างมือก่อนปรุงอาหาร สัมผัสอาหารทุกครั้งและเข้าห้องน้ำทุกครั้ง กำกับควบคุมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนล้างมือให้ถูกขั้นตอน วิธีของ ICใช้ผ้าเช็ดมือชนิดเช็ดครั้งเดียวทุกครั้งหลังล้างมือสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของความสะอาดของการล้างมือมีการสุ่มประเมินการประสิทธิภาพและความถูกต้องของการล้างมือในบุคลากรในโภชนาการ โดย ICN และหัวหน้างาน พบว่าอัตราการพบเชื้อแบคทีเรียในมือผู้ปรุง / สัมผัสอาหารผู้ป่วย(3 เดือน/ครั้ง)ปี 2556 = 0.44% ปี 2557 = 0.22% ปี 2558 = 0.44% มีการตรวจซ้ำ = 0%
- **การลดความผิดพลาดในการจัดอาหารผู้ป่วย**จากการได้บริการอาหารผู้ป่วยที่นอนพักเตียงในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร จำนวน 16 หอผู้ป่วย ได้พบปัญหาของการจัดอาหารผู้ป่วย คือ มีการจัดอาหารซ้ำในถาดเดียวกัน มีการเขียนใบกำกับถาดอาหารไม่ครบ เขียนใบกำกับถาดอาหารไม่ตรงกับโรคของผู้ป่วย จึงได้คิดหาวิธีแก้ปัญหาของการจัดอาหารของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้อาหารถูกต้องและได้อาหารไม่ซ้ำในถาดเดียวกันวิธีแก้ปัญหาตรวจเช็คใบกำกับถาดอาหารผู้ป่วย เฉพาะโรคกับใบสั่งอาหารประจำวันซ้ำอีกครั้งการจัดอาหารลงถาดอาหารทุกครั้งต้องมีการตรวจเช็คให้ตรงกับใบสั่งอาหารประจำวันมีใบกำกับถาดอาหารเฉพาะโรคแยกโรค / แยกสี เช่น อาหารจิต ใบกำกับถาดจะเป็นสีขาว อาหารเบาหวาน ใบกำกับถาดจะเป็นสีฟ้า อาหารจิตเบาหวานจะเป็นสีชมพู อบรมเจ้าหน้าที่ ให้

ตระหนักถึงความสำคัญของการแจกอาหารเฉพาะโรครายงานข้อมูลการแจกอาหารเฉพาะโรคไม่ตรงกับโรคกับคนของผู้ป่วยให้บุคลากรทราบเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องพบว่าอัตราการจัดอาหารผิดพลาด ปี 2555 = 0.0153% ปี 2556 = 0.0023% ปี 2557 = 0% ปี 2558 = 0%

- ลดความผิดพลาดในการแจกอาหารเฉพาะโรคฝ่ายโภชนาการได้บริการอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วย และได้พบปัญหาของการแจกอาหารเฉพาะโรคว่าแจกไม่ถูกต้องกับโรคกับคน จึงได้หาวิธีแก้ปัญหาของการแจกอาหารเฉพาะโรคของเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการ เพราะอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดโรคและช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยหายและทุเลาวิธีแก้ปัญหาเขียนใบกำกับอาหารมื้อเช้าทุกวันนำใบสั่งอาหารไปด้วยทุกครั้งที่มีการแจกอาหารผู้ป่วยใช้ใบสั่งอาหารไปเพื่อชานชื่อหรือตรวจให้ตรงกับป้ายปลายเตียง/หน้าห้อง พิเศษของผู้ป่วยสอบถามเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเกี่ยวกับการย้ายเตียง/ย้ายห้องของผู้ป่วยและชานชื่อผู้ป่วยก่อนแจกอาหารทุกครั้งเจ้าหน้าที่เขียนใบกำกับอาหารเฉพาะโรคก่อนส่งห้องปรุงให้ทบทวนกับใบสั่งอาหารประจำวันซ้ำอีกครั้งการจัดอาหารลงถาดอาหารทุกครั้งต้องมีการตรวจเช็คให้ตรงกับใบสั่งอาหารประจำวันเมื่อถึงตึกผู้ป่วย นำใบสั่งอาหารมาทำสัญลักษณ์หน้าชื่อผู้ป่วยโดยการทำสัญลักษณ์เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการแจกอาหารผิดโรคผิดคนเมื่อเช้า สัญลักษณ์ ✓ มื้อกลางวันสัญลักษณ์ X มื้อเย็นสัญลักษณ์ ○ พบว่าอัตราความผิดพลาดในการแจกอาหารเฉพาะโรค ปี 2555 = 0.0214% ปี 2556 = 0.0134% ปี 2557 = 0% ปี 2558 = 0%

- ผลการพัฒนาระบบโภชนบำบัดใน 1- 2 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาการให้บริการภาวะโภชนาการและการให้บริการโภชนบำบัดร่วมกับ PCT ต่างๆ ในผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามกลุ่มโรค ให้ความรู้ทางวิชาการอาหารโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและญาติมีการติดตามปรับปรุงบริการอาหารอย่างเป็นระบบและร่วมออกคลินิก โรคเบาหวาน เด็กอ้วน โรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก

- พัฒนาระบบการสั่งอาหารของหอผู้ป่วยผ่านระบบ LAN จากหอผู้ป่วยบันทึกอาหารตามที่แพทย์สั่ง/เปลี่ยนแปลงคำสั่งโดยจะส่งพิมพ์รายงานอาหารวันละ 3 ครั้งและการเขียนบันทึกการสั่งอาหารที่เปลี่ยนแปลงทางโทรศัพท์ให้ดียิ่งขึ้น

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
82. อาหารและโภชนบำบัด	3.0	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกรายและการบริการโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ - พัฒนาระบบการสั่งอาหารของหอผู้ป่วยผ่านระบบ LAN จากหอผู้ป่วยบันทึกอาหารตามที่แพทย์สั่ง/เปลี่ยนแปลงคำสั่งโดยจะส่งพิมพ์รายงานอาหารวันละ 3 ครั้งและการเขียนบันทึกการสั่งอาหารที่เปลี่ยนแปลงทางโทรศัพท์ให้ดียิ่งขึ้น - การให้บริการเชิงรุกถึงชุมชน/ผู้ป่วยและญาติที่บ้าน - การจัดระบบการให้คำปรึกษาด้านความรู้ทางโภชนบำบัดทางโทรศัพท์ โรคไต เบาหวาน - การวางแผนพัฒนาระบบงานโภชนาการในอาคารใหม่ - การบริการเชิงรุกกับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่นอนโรงพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การบำบัดอาการเจ็บปวด

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	100%	100 (181 ราย)	100 (377 ราย)	100 (291 ราย)
อัตราผู้ป่วยที่ได้ประเมินอาการรบกวนด้วย ESAS	เพิ่มขึ้น	NA	NA	11.34 (33ราย)
อัตราผู้ป่วย Good death	100%	57.16 (104 ราย)	58.09 (219 ราย)	68.04 (198 ราย)
อัตราผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	ลดลง	59.12 (107 ราย)	59.15 (223 ราย)	61.51 (179ราย)
อัตราผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้าน	เพิ่มขึ้น	40.88 (74 ราย)	40.85 (154 ราย)	38.48 (112ราย)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วย Morphine	...	80 ราย	245 ราย	133 ราย
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	เพิ่มขึ้น	10 ราย	25 ราย	13 ราย
จำนวนครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลภาวะเศร้าโศก(Bereavement care)	100%	57.16 (104 ราย)	58.09 (219 ราย)	68.07 (198ราย)
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	>90%	96.50%	98.50	95.00

บริบท :

- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทรเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ เช่น โรคมะเร็ง หรือกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย อื่นๆ จุดเน้นของการรักษาที่สำคัญคือ ให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยจัดการกับอาการรบกวนจากความไม่สบาย ความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการปรับตัวและเผชิญปัญหาในแต่ละระยะ ของการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนและมองเห็นคุณค่าของเวลาที่เหลืออยู่และใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความสุข สมดุลทางจิตวิญญาณตามคุณค่าและความเชื่อของแต่ละบุคคล และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลให้การดูแล :

- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งผู้ป่วยเด็ก อายุน้อยกว่า 15 ปี และกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ อายุมากกว่า 15 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคองเช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีอาการทรุดลงเรื่อยๆเช่นผู้ป่วยไตวาย, Stroke, ผ่าตัดสมอง

กลุ่มเป้าหมายในการบำบัดอาการเจ็บปวด :

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระบวนการ :

- มีการกำหนดขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจนขึ้นกำหนดเกณฑ์คัดเลือก Case Palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงตามเงื่อนไขต่อไปนี้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในทุกกลุ่มสาขาโรค กลุ่มผู้ป่วยนอนติดเตียงด้วยสาเหตุต่างๆ เช่นผู้ป่วย Stroke, Dementia, Head injury, c-spine injury, ผู้ป่วยที่ No CPR และ case ที่ผู้ป่วยและญาติแจ้งความประสงค์ขอดูแลแบบประคับประคองมีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ Palliative performance scale version 2 (PPS V2) ในผู้ใหญ่และเด็ก ร่วมกับ Palliative prognostic scale (PaP) และมีการร่วมวางแผนดูแลแบบประคับประคอง (Advance care plan) ร่วมกันในทีมผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ครบคลุมปัญหาและความต้องการมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย :

- พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำได้ครอบคลุม 100% เนื่องจากมีการกระตุ้น จากคณะกรรมการลงสู่ระดับหน่วยงาน แต่ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แม้มิมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังไม่ครบสมบูรณ์ 100% เนื่องจากความต้องการด้านอุปกรณ์เช่น เตียงผู้ป่วย เครื่อง suction และอุปกรณ์ให้ออกซิเจน ยังไม่มีการจัดการเกี่ยวกับศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ บางรายหากไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจก็สามารถซื้ออุปกรณ์ด้วยตนเอง แต่บางราย ไม่มีการซื้อ หรือจัดเตรียมไว้ที่บ้านเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับมาขอรับบริการที่โรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งทำให้การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตไม่เป็นไปอย่างราบรื่น และในบางกรณี ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งๆ ที่มิได้มีการพูดคุยไว้ล่วงหน้าแล้วและในส่วนของ การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS-V2 นั้นยังมีการนำมาใช้ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานซึ่งผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจและยังมองว่าเป็นความยุ่งยากซับซ้อน ส่วนเรื่อง การจัดการความปวดและอาการหอบเหนื่อย (Dyspnea) มีความตระหนักในการจัดการความปวดและอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกแผนก ในด้านการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดบางหน่วยงานยังเก็บตัวชี้วัดไม่ถูกต้อง และการติดตามข้อมูลยังขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อการพัฒนาขึ้น

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย :

- จากปัญหาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการให้ญาติลงนามไม่ยินยอมให้ CPR ตั้งแต่แรกรับ โดยขาดการสื่อสารการให้ข้อมูลที่เพียงพอ ปี 2556 ทีมผู้ดูแลมีการบูรณาการแนวคิดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ ภายใต้หลักจริยธรรมและการปฏิบัติที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยมีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (CHN-PR-QCC-010) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากยิ่งขึ้น มีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการดูแล การใช้คู่มือและเครื่องมือต่างๆ เช่น หนังสือแสดงเจตนา แบบประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (PPS-v2) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ให้บุคลากรจากทุกหอผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์ผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มุ่งเน้นและกระตุ้นให้มีการสื่อสารระหว่างแพทย์เจ้าของไข้กับญาติผู้ดูแลรับทราบ ในการให้ข้อมูลการวินิจฉัย การพยากรณ์โรคและแนวทางการดูแลรักษาโดยมีแบบประเมินผู้ป่วย ได้แก่ Palliative performance scale version 2 (PPS v2) เพื่อประเมินระดับของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Adult) และ Pediatric Palliative performance scale ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับ Palliative prognostic score (PaP) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะ สุดท้ายของชีวิต (end of life) เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง (Advance care plan) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อความชัดเจนในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น

บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) :

- ทีมมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเน้นให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ทั้งด้านการให้ยาแก้ปวด การดูแลด้านจิตใจ จากการทบทวนพบว่าทีมผู้ดูแลยังมีการจัดการอาการรบกวนเกี่ยวกับอาการปวด ยังไม่ครบในการตอบสนองของผู้ป่วย การบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เริ่มมีการควบคุมอาการปวดโดยใช้ยามอร์ฟิน โดยกำหนดเป็นแนวทางการใช้ยามอร์ฟิน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดเรื้อรัง

- มีกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ มีหนังสือธรรมะ ประชาสัมพันธ์เปิดบทสวดมนต์เวลา 20.00น. ผ่านเสียงตามสาย และห้องพิเศษมีการเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวฟัง
- จากการประเมินผล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครบองค์รวมและผลลัพธ์ความพึงพอใจกับความรู้สึกดีระหว่างญาติกับบุคลากรเป็นไปด้วยดีไม่มีข้อร้องเรียนเกิดความประทับใจ/ความอบอุ่น ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ >90%

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ :

- ปัญหาการตัดสินใจ No resuscitate ของญาติหลังรับทราบข้อมูลเรื่องโรคใน Palliative care และการให้ญาติลงนามยินยอมปฏิเสธ การใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยฟื้นคืนชีพยังไม่มีแนวทางชัดเจน มีแผนพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล และการใช้ Informed consent ในผู้ป่วยที่ตัดสินใจ No resuscitate รวมทั้งการทำหัตถการใส่สายสวน, การให้ยาหรือการปฏิเสธการรับการรักษาอื่น ๆ โดยให้ผู้ป่วยทุกขั้วทรมาณน้อยที่สุด ปี 2558 **ปรับแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนา** ที่ใช้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการและลงนามในหนังสือแสดงเจตนา
- การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลรักษา ตัวผู้ป่วยเอง และญาติผู้ดูแล หากผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของตนเองได้ โดยมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและจัดการกับความทุกข์ทรมาน เช่น อาการปวดได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน และแนวโน้มการตัดสินใจขอกลับไปดูแลต่อ หรือไปเสียชีวิตที่บ้านมีเพิ่มขึ้น ซึ่งทีมผู้ดูแลจะช่วยเหลือมีการเตรียมความพร้อมโดยการประสานนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดหาอุปกรณ์เพื่อการดูแลต่อที่บ้าน เช่น ออกซิเจน เตียงลม เครื่องดูดเสมหะ หรือแนะนำแหล่งที่ญาติสามารถไปซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวได้ด้วยตนเอง

การบำบัดอาการเจ็บปวด

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินอาการเจ็บปวด :

- เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดของตนเองได้ในบางรายจึงทำให้การประเมินความเจ็บปวดไม่ได้รับการจัดการและแก้ไขได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดได้แก่ ในผู้ใหญ่ Faces Pain Rating Scale และVRS ในการประเมินความปวด ในเด็กใช้ CHEOP ในการประเมินความปวด
- มีการประเมินคะแนนปวดก่อนและหลังให้ยาระงับปวดและประเมิน sedative scoreร่วมด้วยและลงบันทึกคู่กับสัญญาณชีพ

บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดในโรงพยาบาล :

- จัดตั้งคลินิกระงับปวดให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหา CANCER PAIN เป็นหลักและให้คำปรึกษาผู้ป่วยในเกี่ยวกับ CANCER PAIN เป็นหลัก วิธีการรักษาเริ่มแรกเน้นการใช้ยาเป็นหลักและดูแลร่วมกับแพทย์สาขาอื่นเช่น แพทย์ฝังเข็ม ยาที่ใช้เป็นยาหลักในคลินิก คือ ยา Morphine ชนิดรับประทาน ได้แก่ KAPANAL และ morphine syrup เน้นการรับประทายาให้เหมาะสมถูกต้องตามเวลาที่กำหนด และติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการติดตามผลการรักษาโดยติดตามจากคะแนนความปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยา

บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน :

- ที่ผ่านมายังไม่มีการติดตามผลลัพธ์หลังการให้ยาแก้ปวด Morphine แก่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน ทีมได้กำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการวางแผนการให้ยา Morphine syrup และควบคุมการใช้ยา โดยการประสานกับ รพ.สต./รพช. ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- มีการขยายผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยในระยะแรกได้มีการดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสามารถพยากรณ์โรคได้ชัดเจน ในระยะต่อมาเริ่มขยายขอบเขตในการดูแลแบบประคับประคองไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รักษาไม่หายและผู้ป่วยเข้าสู่ระยะคุกคามมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยนอนติดเตียงที่มีอาการทรุดลง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ญาติมีความประสงค์ขอไม่กู้ชีวิต (NO CPR)

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
84. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เข้าถึงทุกหน่วยงาน - พัฒนาทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การจัดการความปวด แนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติทักษะการบอกข่าวร้ายการจัดการอาการรบกวนอื่นๆ
85. การบำบัดอาการเจ็บปวด	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม acute pain ได้แก่การระงับปวดหลังผ่าตัด - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม chronic pain เน้น cancer pain

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ตามสภาวะการเจ็บป่วยแต่ละราย ให้สามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	>ร้อยละ 85	97.19	93.50	94.65	91.29
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการทำกายภาพต่อเนื่อง	>ร้อยละ 80	48.88	64.53	68.45	69.46
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองประเมินภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	>ร้อยละ 60	18.80	50.07	52.12	61.01
ร้อยละของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด TKA สามารถงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา ก่อนจำหน่าย	>ร้อยละ 80	92.37	96.55	92.31	93.05
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล(LOS) ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด TKA	10 วัน	6.9	6.64	6.03	5.5

บริบท :

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เป็นกลุ่มงานที่รับผิดชอบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 3 งาน ได้แก่งานกายภาพบำบัด ให้การบำบัดผู้ป่วยด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด งานกิจกรรมบำบัด ให้การบำบัดผู้ป่วยด้วยวิธีทางกิจกรรมบำบัดงานกายอุปกรณ์ ผลิต ซ่อมแซม จำหน่าย กายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม และเครื่องพยุงเดิน

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว :

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง, ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อกระดูกและข้อและ Fracture
- ผู้ป่วยโรคระบบการหายใจ
- ผู้ป่วยพัฒนาการช้า, พิการทางสมอง, พิการแขนขา

กระบวนการ :

บทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึง การขยายความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ :

- บริการฟื้นฟูสภาพเดิมเปิดบริการเฉพาะในเวลาราชการผู้รับบริการหรือผู้ดูแลที่ทำงานในเวลาราชการไม่สามารถมารับบริการได้ งานกายภาพบำบัด จึงเปิดบริการคลินิกกายภาพบำบัดนอกเวลาราชการ ซึ่งได้รับการตอบรับอย่างดีจากผู้รับบริการ

- ปัญหาการคัดกรองเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมายังคัดกรองได้ไม่ครอบคลุม หลังจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพ NCD คลินิก โดยมีนักกายภาพบำบัดไปให้บริการเชิงรุกที่คลินิกเบาหวานทุกวันพฤหัสบดี และวันศุกร์มีการคัดกรอง ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พร้อมให้คำแนะนำรายบุคคล ผลการตรวจสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี 2555 = 18.80% ปี 2556 – 2558 = 50.07%, 52.12% และ 61.01% ตามลำดับ และในปี 2557 พบ

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า Low risk = 81.20%, Moderate risk = 16.60%, High risk = 2.20% ปี 2558 พบ Low risk = 76.53%, Moderate risk = 20.6%, High risk = 2.81% มีการส่งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าให้ร่างกายอุปกรณ์จัดบริการผลิตแผ่นรองฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันและรักษาแผลเบาหวาน รวมถึงให้บริการกับผู้ป่วยทั่วไปที่มีรูปเท้าผิดปกติด้วย

บทเรียนในการประเมินและวางแผนการให้บริการฟื้นฟูสภาพ :

- มีการรายงานจากชุมชน เคสสองพี่น้องซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมต้น ได้รับอุบัติเหตุผ่าตัดสมอง 1 ราย และอีก 1 รายต้อง Amputate ขา ซึ่งทั้งสองเคสมีการนัดมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามระบบนัด แต่ขาดการประสานส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน รายที่ ต้อง Amputate ขา 1 ข้าง มีการนัดติดตามเรื่องการใส่ขาเทียม หลังได้รับรายงานมีการประสานทีมเวชกรรมสังคมและรพ.สต.ในพื้นที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมออกประเมินผู้ป่วยครั้งแรกเพื่อร่วมวางแผนการฟื้นฟูและส่งต่อให้ทีมจากการลงเยี่ยมพบผู้ป่วยที่ผ่าตัดสมองมีโอกาสที่จะฟื้นฟูสภาพได้แต่ยังนอนอยู่บนเตียงตลอด ใส่ pampers ทั้งวัน จึงมีการประสานนักกายภาพบำบัดและทีมสุขภาพจากรพช.ที่อยู่ใกล้ ลงร่วมประเมิน และสอนการปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้กับนักกายภาพบำบัดจากรพช.มีการประเมินปัญหาสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจสังคม พร้อมเชิญผู้นำชุมชนมาร่วมรับฟังปัญหาและขอความช่วยเหลือในการปรับพื้นที่ได้ถนนให้เป็นทางราบ เพื่อการพาผู้ป่วยนั่งรถเข็นเข้าห้องน้ำปรับโถส้วมให้ผู้ป่วยได้ฝึกนั่งขับถ่ายพบมีปัญหาเรื่องมองเห็นภาพซ้อนหลังได้รับอุบัติเหตุ จึงวางแผนนัดผู้ป่วยมาพบจักษุแพทย์พร้อมนักกายภาพต่อเนื่องพร้อมกัน ผู้ป่วยที่ Amputated ขามีปัญหาเรื่องขาเทียมกดทับที่เข้าเกิดแผลถลอก มีความกังวล ไม่มั่นใจในการใช้ขาเทียม จึงมีการนัดผู้ป่วยมาแก้ไขเรื่องขาเทียมก่อนถึงวันนัด สอนและฝึกการเดินทางราบและเดินขึ้นบันได มีการประสานให้ทีมจิตเวชลงประเมินด้านจิตใจ และส่งต่อให้ทีม รพช., รพ.สต. ติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์จากการติดตามผู้ป่วยสองเคสนี้ พบว่ารายที่ผ่าตัดสมองกลับมาเดินได้และไปโรงเรียนได้ตามปกติ รายที่ Amputate ขาสามารถใช้ชีวิตอยู่กับขาเทียมได้ดี เข้าศึกษาต่อในระดับ ปวช. **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** การได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว, ทีมสุขภาพในชุมชน และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล**บทเรียนที่ได้รับ** การประเมินและวางแผนการให้บริการฟื้นฟู จำเป็นต้องกระทำร่วมกันทั้งผู้ป่วย ทีมผู้ให้การรักษาฟื้นฟูและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องเริ่มวางแผนตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้พบผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยหลังจากประเมินผู้ป่วยแล้ว ต้องตั้งเป้าหมายของการฟื้นฟู เป้าหมายนี้ต้องเป็นข้อตกลงร่วมกันของทั้งสามฝ่าย วางแผนในการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด มีการประเมินเป็นระยะว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าหรือไม่ หากไม่ก้าวหน้าอย่างที่ควรจะเป็น ต้องหาสาเหตุแล้วแก้ไข หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการฟื้นฟู ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องรับรู้และตัดสินใจร่วมกัน

บทเรียนเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน :

- มีการออกเยี่ยมผู้พิการในชุมชน โดยร่วมกับงานดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล และงานสวัสดิการสังคม ออกเยี่ยมผู้ป่วย/ผู้พิการที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อสม.ในชุมชนที่ผู้พิการอาศัยอยู่ และกลุ่มผู้พิการในพื้นที่สามารถเป็นพี่เลี้ยง ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้พิการและครอบครัวในการดูแลผู้พิการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- เข้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพัฒนางานคลินิก NCD คุณภาพ โดยการให้บริการเชิงรุก ออกตรวจประเมิน คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
- งานกายอุปกรณ์ระยะเวลาการรอคอยในการทำขาเทียมได้เข้าแกนใน ลดลงจาก 5 วัน เหลือ 3 วัน
- **การพัฒนางานกิจกรรมบำบัด** ได้แก่ **งานด้านฝ่ายกาย:** ผู้ป่วยอัมพาตที่มีแรงข้างเดียวไม่สามารถใช้แขน

ข้างที่อ่อนแรงได้ปกติสามารถฟื้นฟูแขนข้างที่อ่อนแรงให้สามารถใช้งานได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติงานด้านฝ่ายเด็ก: มีการพัฒนาด้านการประเมินเด็กปกติและเด็กพิเศษเช่น เด็กสมองพิการ เด็กออทิสติก เพื่อหาความบกพร่องหรือพัฒนาการที่ล่าช้า นำมาสู่การกระตุ้นพัฒนาการเพื่อให้เด็กๆ เหล่านั้นมีพัฒนาการที่สมวัยงานด้านฝ่ายสูงอายุ: มีการพัฒนาด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีการดูแลเรื่องความปลอดภัย

โดยการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดูแลเรื่องกิจกรรมยามว่างในผู้สูงอายุโดยหากิจกรรมยามว่างที่เหมาะสมทางด้านฝ่ายจิต: ส่งเสริมการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและระบายความรู้สึก ความเครียด และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมถึงการเปลี่ยนทัศนคติให้มองโลกในแง่ดี ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหวาดระแวง จิตเภทและอื่นๆ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1 - 2 ปีข้างหน้า
86. การฟื้นฟูสภาพ	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย / กลุ่มโรคที่สำคัญ/ เป้าหมาย และตัวชี้วัดการฟื้นฟูสภาพให้ชัดเจน - การออกแบบการวางแผนฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในชุมชน

III-4.3 ข การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลที่เหมาะสม เมื่อเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย และปลอดภัยจากการทำหัตถการ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ความเพียงพอในการฟอกเลือด					
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย URR < 65%	< 20	1.09	0	1.25	4.53
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย KT/v <1.2 (HD 3 ครั้ง/สัปดาห์)	< 20	4.17	0	8.34	13.55
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย KT/v <1.8 (HD 2ครั้ง/สัปดาห์)	< 20	27.9	15.4	17.19	16.49
การดูแลรักษาภาวะซีด					
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย ของระดับ Hb ต่ำกว่า 10 mg%	< 20	NA	NA	NA	41.38
ภาวะโภชนาการ					
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum Albumin<3.5 gm%	< 20	26.47	11.6	15.4	7.35
การดูแลรักษาความผิดปกติทางเมตะบอลิกของแร่ธาตุและกระดูก					
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับserum Ca>10.2 mg%	< 20	NA	NA	NA	5.75
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับserum PO ₄ >5.0 mg%	< 20	NA	NA	NA	35.8
การติดเชื้อของเส้นเลือด					
-อัตราการติดเชื้อของ vascular access (AVF)	0%	0	0	2 ราย	0
-อัตราการติดเชื้อของ vascular access (AVG)	0%	1 ราย	0	0	0
-อัตราการติดเชื้อของ vascular access (DLC)	0%	1 ราย	1 ราย	0	0
-อัตราการติดเชื้อของ vascular access (Perm cath)	0%	0	0	0	0
การเกิด Acute Complication HD					
-อัตราการเกิด Hypotension ระหว่าง HD	<5%	5.40	5.21	4.32	6.15
-อัตราการเกิด Muscle cramp ระหว่าง HD	<2%	1.50	1.60	0.90	1.13
-อัตราการเกิด Chest pain ระหว่าง HD	<1%	0.80	0.30	0.58	0
-อัตราการเกิด Cardiac arrythemia ระหว่าง HD	<1%	0.18	0.34	0.34	0.16
อัตราการเกิดPeritonitisในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (episode/pt-month)	≥ 1 : 30	1:32.1	1:23.7	1:25.4	1:39.3
อัตราการติดเชื้อแผล ES ในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง (episode/pt-month)	≥ 1 : 50	1:55.3	1:57.4	1:60.5	1:62
อัตราการเกิดภาวะ UF Failure	<2%	1.72	1.82	6.10	3.85
คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง (แบบสำรวจสุขภาพ 9 Thai)	≥ 80 %	81.25	82.5	76.20	71.33

บริบท :

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางหน้าท้องอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้บริการในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์วันละ 2 รอบในเวลา 08.00น. - 20.00น. ในวันพุธให้บริการ 1 รอบ เวลา 08.00น. -16.00น. โดยไม่เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ กรณีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงด้านอุปกรณ์เครื่องมือไตเทียมจำนวน 8 เครื่อง สำรองสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน 2 เครื่อง (รองรับผู้ป่วยรายเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่เข้าโครงการ CAPD และต้องทำ Temporary Hemodialysis ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์สำหรับฟอกเลือดเป็นระบบ RO ด้านบุคลากรมีอายุรแพทย์ผ่านการอบรมไตเทียม 4 เดือน จำนวน 1 คนพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมไตเทียม 4 เดือน จำนวน 4 คนผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน

งานล้างไตทางหน้าท้อง ให้บริการล้างไตทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพโดยให้บริการล้างไตทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมัครใจรักษาด้วย CAPD และผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการพิจารณาโรคไตระดับจังหวัดเปิดบริการวันจันทร์- ศุกร์ เวลา 8.00น. - 16.00น. กรณีมีปัญหาหรือกรณีฉุกเฉิน เกี่ยวกับ CAPD มีระบบการให้คำปรึกษาออกเวลาราชการผู้ป่วยสามารถโทรปรึกษาพยาบาล CAPD ได้ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตลอด 24 ชม.ด้านบุคลากรมีอายุรแพทย์ผ่านการอบรมด้านไตเทียม1คนพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผ่านการอบรม CAPD 1คนผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

กระบวนการ :

การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การเตรียมความพร้อม

- มี CKD clinic มีการคัดกรองภาวะไตวายเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT มีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ โภชนากร ปัญหาที่พบการเตรียมความพร้อมของเส้นเลือดก่อนการฟอกเลือด (vascular access) พบว่ายังต้องมีการใส่สายสวนที่คอฉุกเฉินเพื่อฟอกเลือด เนื่องจากไม่มีการเตรียมทำเส้นเลือดที่แขนไว้ก่อนสาเหตุจากเป็นผู้ป่วย CKDstage 4 ที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำในเรื่องของการเตรียมเส้นเลือดแล้ว แต่มีในรายที่ปฏิเสธและยังไม่ตัดสินใจซึ่งก็อาจทำให้เกิดความล่าช้า และส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคไตมาก่อน

การเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วย Acute case มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องไตเทียมพร้อมให้บริการ มีการสำรองเครื่องไตเทียมพร้อมใช้กรณีเหตุขัดข้องฉุกเฉินผู้ป่วยฟอกเลือดประจำ (Chronic Hemodialysis) มีระบบการจองคิว ไม่พบปัญหาเรื่องข้อร้องเรียน

- ผู้ป่วยล้างไตหน้าท้องจะได้รับคำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต และผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการพิจารณาโรคไตระดับจังหวัดมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และ ครอบครัว ในเรื่องการเตรียมความพร้อมการทำ CAPD การเยี่ยมบ้านก่อนเข้าโครงการการผ่าตัดวางสายล้างไต การพักท้องการสอน CAPD Training program จากนั้นจึงเป็นการดูแลต่อเนื่องทุก 1 เดือน ในรูปแบบ OPD Case และมีระบบการให้คำปรึกษาออกเวลาราชการผ่าน CAPD Nurse ทางโทรศัพท์ได้ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตลอด 24 ชม.

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด

- การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดในผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มฟอกเลือด/ฟอกเลือดได้ไม่เกิน 5 ปี ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมี residual renal function จะเน้นในเรื่องของการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การควบคุมโรคที่เป็นอยู่ DM, HT ซึ่งยังคง residual renal function ไว้ให้เต็มที่ที่สุดเป็นการชะลอ ในรายที่ฟอกเลือดมานานส่วนใหญ่จะไม่มีปัสสาวะหรือ

มีน้อยมาก จะเน้นในเรื่องของการควบคุมน้ำไม่เกิน 0.5 -1 กก./วันเพราะเสี่ยงต่อ volume overload /ปัญหาความดันโลหิตต่ำระหว่างฟอกเลือดเมื่อมีน้ำหนักมากเกินไปจากการที่ต้องUF มาก อาจส่งผลทำให้ฟอกเลือดได้ไม่ครบเวลาต้องออกก่อน ทำให้ไม่ได้ความเพียงพอของการฟอกเลือด

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง

- การดูแลผู้ป่วยล้างไตหน้าท้อง เน้นหลักการที่สำคัญคือ การกำจัดน้ำและของเสียออกจากร่างกาย โดยการล้างไตตามมาตรฐาน ทุกวัน วันละ 4 รอบ ใช้น้ำยาล้างไตปริมาณ 1,500 – 2,000 ml โดยปรับให้เหมาะสมตามพื้นที่ผิวกายของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการล้างไตที่มีประสิทธิภาพจะต้องควบคุมไปกับการดูแลด้านโภชนาการ การรับประทานยา การรักษาภาวะซีดจากไตวาย การดูแลรักษาโรคร่วมที่มีประสิทธิภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง หรือโรคเก๊าท์ ฯลฯ ในส่วนของด้านโภชนาการ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นกว่าระยะก่อนล้างไต เนื่องจากมีการขับน้ำและของเสียส่วนเกินออกจากร่างกายตลอดทั้งวัน แต่ยังคงจำกัดน้ำดื่ม อาหารที่มีเกลือโซเดียม โปตัสเซียม และฟอสเฟตสูง เน้นอาหารโปรตีนจากปลาและไข่ขาวเป็นหลัก ซึ่งอาหารโปรตีนจะส่งผลดีถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต้านโรคช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ Peritonitis และ ES Infection ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการทำ CAPD ด้วย นอกจากนี้ยังใช้การดูแลด้วยระบบองค์รวม และการดูแลร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้ป่วยและญาติมีกำลังใจที่ดี สนับสนุนให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย นำไปสู่ภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพใกล้เคียงภาวะปกติ และรอรับการเปลี่ยนไต

การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

- ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดที่สำคัญ คือภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำหนักตัวมากเกินไปเกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1 กก./วันทำให้มีการทำ ultrafiltration มากส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด และในผู้ป่วยที่ซึ่งน้ำหนักไม่ได้ ทำให้การประเมินในการดึงน้ำหนักบางครั้งอาจดึงมากเกินไปเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้มีการพัฒนาในเรื่องการเฝ้าระวังการเกิดHypotension โดยการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและวางแผนการทำไตเทียมการเฝ้าระวังระหว่างฟอกเลือด ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อของเส้นเลือด มีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเส้นเลือด 2 ราย วิเคราะห์หาสาเหตุ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เส้นเลือด AVF บริเวณ upper arm ทั้ง 2 รายอายุการใช้งานเส้นมานาน 11, 5 ปีตามลำดับ เนื่องจากเป็นบริเวณ upper armทำให้พื้นที่บริเวณที่ลงเข็มมีน้อยจึงมีการลงเข็มซ้ำที่เดิมบ่อยครั้งทำให้ปากแผลจากรูเข็มกว้างมีโอกาสที่จะปนเปื้อนเชื้อโรคได้ ความเสี่ยงทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ ไฟฟ้าดับขณะกำลังฟอกเลือดเนื่องจากมีการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อทำการซ่อมแซมโดยไม่ได้ประสานแจ้งกับหน่วยไตเทียมล่วงหน้า (เพื่อที่จะได้วางแผนจัดการดูแลในเรื่องการเลื่อนรอบการฟอกเลือดผู้ป่วย) สาเหตุมีการแจ้งหน่วยที่ได้รับผลกระทบไม่ครอบคลุม การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินของหน่วยงาน นำผู้ป่วยออกจากเครื่องไตเทียมทันที(เครื่องไตเทียมสำรองไฟได้15นาท) โดยแจ้ง/อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลความจำเป็น, หล่อเข็มที่แทงเส้นไว้ด้วยNSS ป้องกันเส้นเลือด clot และทำการฟอกเลือดต่อเมื่อไฟฟ้าซ่อมเสร็จ

- มีการนำ case / เหตุการณ์สำคัญมาทบทวนประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง จากการทบทวน case ผู้ป่วยระหว่างฟอกเลือดมีอาการ chest painและต้องได้รับการ admit พบว่าผู้ป่วย chronic hemodialysisรายนี้เป็นknown case DM with IHD ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด chest pain เนื่องจากเมื่อมีการฟอกเลือดจะมีเลือดส่วนหนึ่งที่ออกมาอยู่ภายนอกร่างกายประมาณ 150-300 ml ที่วงจรการฟอกเลือด ทำให้เสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีภาวะซีดโดยยังไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากขาดการประเมินภาวะซีดก่อนการฟอกเลือด ผล Hct dropลงจาก 30 – 25%และในวันที่เกิดอาการผล Hct 18% แนวทางแก้ไข/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้นได้แก่ ผู้รับบริการที่มีการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจ/พบว่ามีความเสี่ยงในระหว่างการฟอกเลือดให้ปฏิบัติดังนี้ ให้ออกซิเจน 4 ลิตร/นาท, ตรวจสอบติดตามอาการ/อาการแสดง/สัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 30 นาที, จำกัด BFR <250 ml/min ให้ประเมินผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดถ้าพบ chest pain/arrythmia ให้ on EKG monitor ขณะ HDและแจ้งแพทย์ทราบทันทีผู้ป่วยกลุ่มโรค cardiovascular disease ให้ประเมินภาวะanemia ทุกครั้งถ้าพบ Hct <30%ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้PRCขณะ

ฟอกเลือดเพื่อเพิ่ม Hct>30% จะช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นและโอกาสที่จะเกิดภาวะ shock น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการ chest pain และไม่ทุเลา ให้ยุติการฟอกเลือดไว้ก่อนและรายงานแพทย์ทันทีเพื่อการรักษา

- พบอุบัติการณ์ Peritonitis สูง 1 :23.7episode/pt.-monthในปี 2556 ได้ทำ CQI เรื่องการลดอุบัติการณ์

การเกิดPeritonitis มีการระดมสมองค้นหาปัญหาโดยวิเคราะห์กระบวนการหลัก แล้วปรับระบบการดูแลเพื่อ**ป้องกันการ** ติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง เพิ่มเติมจากระบบเดิมที่ปฏิบัติอยู่ ดังนี้ การล้างมือเพื่อเปลี่ยนน้ำยาให้เซ็ดมือด้วย 70% Alcohol จากขวดแบบปั๊ม ซึ่งขวดปั๊มนี้อ้างทำความสะอาดและผึ่งแดดทุก 1 wkคิดพัฒนาการใช้ของพลาสติกของจุกปิดซึ่งยังคงความสะอาดอยู่ มาสวมข้อต่อสายล้างไตเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณข้อต่อสายล้างไต Review Technique การเปลี่ยนน้ำยาทุกครั้งผู้ป่วยมาตรวจ จัดทำ CPG for Peritonitis เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือเรื่องการประเมินและทำแผล ES การเปลี่ยนน้ำยาแบบต่างๆ และการดูแล Peritonitis **นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านทุก 6 เดือนและ Retraining** ทุก รายที่ติดเชื้อ ช่วยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักเรื่อง การล้างมือ เปลี่ยนน้ำยา ทำแผล ที่ถูกวิธี, ซึ่งผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดี คือลดลง เป็น 1 :39.9episode/pt.-monthในปี 2558 ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- การซ้อม CPR ในหน่วยงาน ทำให้มีการเตรียมความพร้อม รัฐบาลพหุหน้าที่ ได้มีการทบทวนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการCPR เช่น เครื่อง defibrillator/ laryngoscope ในการเตรียมความพร้อมใช้ทันที เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน

- มีนวัตกรรม “ถุงก๊อซสวมสบาย” เป็นการพัฒนารูปแบบการทำแผลที่สายสวนที่คอ ทำให้เกิดความสะอาด ลดระยะเวลาการเปิดทำแผลก่อนการฟอกเลือด ลดปริมาณการใช้ผ้าก๊อซและการให้ญาติมีส่วนร่วมในการทำนวัตกรรม

- ด้าน IC มีการปรับปรุงกันห้องแบ่งเป็นเขตสะอาด ซึ่งเป็นที่ตั้งตู้วางตัวกรองเลือดที่ทำความสะอาดอบฆ่าเชื้อแล้ว วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟอกเลือด เช่น DLC Dialyzer blood line เข็ม AVF

- หน่วยไตเทียมได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ระยะเวลาการรับรอง 31 ธันวาคม 2556 –31 ธันวาคม 2560

- ES Infection เป้าหมาย ISPD $\geq 1:60$ episode/pt.-monthปี 2555 พบ 55.3 episode/pt.-monthปี 2556จึงได้มีการทำ R2R และนวัตกรรม เรื่องผ้าเอี่ยมนิรภัยป้องกันแผลเปียกน้ำ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อแผล ES ได้ผลบรรลุตามเป้าหมาย คือ อัตราติดเชื้อ ESปี 2557 และ ปี 2558 เท่ากับ 60.5 และ 62 episode/pt.-month ตามลำดับ เป็นผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดี ซึ่งจะได้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อไป

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
87. การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาค่าความเพียงพอในการฟอกเลือดให้ผ่านเกณฑ์ครบทุกราย - ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญขณะฟอกเลือด - ป้องกันภาวะติดเชื้อบริเวณใส่สายสวนเข้าปทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง / AVF / AVG - ลดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ Peritonitisเป้าหมาย $\geq 1:30$ Episode / pt.month - ลดภาวะติดเชื้อที่แผล Exit siteเป้าหมาย $\geq 1:50$ Episode / pt.month

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว/การดูแลสุขภาพ/การฝึกทักษะ ที่ถูกต้อง และครอบคลุม และมีความมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี (FBS 70-130 mg%, HbA _{1c} <7%)	มากกว่า ร้อยละ 40	36.95	40.16	40.58	45.12
ร้อยละของผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 50	54.13	65.86	76.29	85.58
อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมืองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	75.19	81.12	74.67	81.06
อัตราการผื่นคันที่คลินิกหอบหืดในผู้ป่วยเด็ก Asthma	< 0.5%	11.28	9.81	14.27	14.55
อัตราการบริหารยาพ่นถูกต้องในผู้ป่วยเด็ก Astma ที่คลินิกหอบหืด	>80%	72	78	75	80
หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ 60	35.34	37.67	42	62

บริบท :

ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการสร้าง/เสริม/ฝึกทักษะความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ และให้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างมีคุณค่า

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

- กลุ่มโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม : DM, HT, CVA, CHD, CRF, COPD, HIV infection
- ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคทางสมอง : Cerebral palsy, Epilepsy, Delayed development
- ผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียอวัยวะ/เสียภาพลักษณ์ผู้ป่วยติดเชื่อ/เป็นโรคติดต่อผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care, มะเร็ง

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง :

- กลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มานอนโรงพยาบาลบ่อยด้วยสาเหตุ/ปัญหาการดูแลสุขภาพ, ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวช, ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง, กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยที่ไร้ญาติไม่มีผู้ดูแลประจำ

กระบวนการ :

- ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินปัญหาเบื้องต้นจากแพทย์ผู้ดูแลและทีมพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมีการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมจิตวิญญาณเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาและมีการส่งต่อปัญหาการดูแลให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนได้แก่ใบ Progress note ในส่วนของแพทย์ และแผนการสอนการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์

บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ :

- ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ขาดการบันทึกในเรื่องของการวางแผนจำหน่าย ไม่พบหลักฐานในเรื่องของแผนการสอน/การดูแลตนเอง/การฝึกทักษะต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการใส่สายสวนต่างๆ/เจาะคอ, มีแผลกดทับ และผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด พบว่าแผนการสอน/ให้คำแนะนำไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ขาดการประเมินผลก่อนกลับบ้าน ขาดการบันทึกในส่วนของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน

จำหน่าย ได้แก่ โภชนาการสอนการทำอาหารทางสายยาง เภสัชกรสอนการฉีดอินซูลิน การประสานนักสังคมสงเคราะห์ใน ส่วนของสังคม/เศรษฐกิจ/การเตรียมสถานที่ที่บ้าน จึงได้มีการปรับแบบฟอร์มแผนการสอนและการดูแลตนเองก่อน จำหน่ายโดยใช้ DMETHOD และมีการประเมินผลหลังการให้คำแนะนำ/ฝึกทักษะ ก่อนวางแผนส่ง HHC กำลังอยู่ในช่วง ทดลองใช้แบบฟอร์ม

- ปัญหาการให้ข้อมูลความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดัน, หัวใจ ที่มาตรวจที่ OPD ไม่สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำได้ครอบคลุม เนื่องจากมีข้อจำกัดผู้ป่วย OPD visit ในแต่ละวันมีปริมาณมาก และพบว่าร้อยละของผู้ป่วย DM ที่มีระดับ FBS 70-130 mg%, HbA_{1c} <7% ยังต่ำกว่าเกณฑ์ จากเดิมเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในภาพรวมขณะนั่ง รอตรวจ ไม่สามารถให้เป็นรายบุคคลได้ มีการพัฒนาระบบบริการในคลินิกเบาหวาน/การจัดกลุ่มเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานและญาติช่วยให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และเพิ่ม Educator โดยส่งพยาบาล วิชาชีพที่ OPD อบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 4 เดือน (ปัจจุบันมี Educator 2คน)

- กุมภาพันธ์กรณีโรคที่จำเป็นต้องให้การวางแผนเพื่อการเรียนรู้ในเด็กกลุ่มพิการ โรคเบาหวาน โรคลมชัก โดยปัญหาที่นำมาไม่มีการวางแผนโดยสหสาขาวิชาชีพ หลังจากได้มาทบทวนคุยกันจึงนำมาทำแนวทางเพื่อให้เกิดความ ราบรื่นการทำงาน การประสานงาน ยกตัวอย่าง การส่งต่อผู้ป่วยกลับขณะที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดชีวิต จะต้องมีการ ประสานกับ รพช.ในการเตรียมอุปกรณ์ การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การสอนเจ้าหน้าที่/แพทย์ รพช. ในการดูแลเด็ก กลุ่มนี้ การสอนบิดามารดาในการดูแล การติดตาม-ส่งข้อมูล การดูแลต่อเนื่อง

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม :

- โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญระดับโรงพยาบาล การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด เบาหวานความดันโลหิตสูง ยังทำไม่ครอบคลุม ได้เพิ่มการให้บริการเชิงรุก ได้แก่ การตั้งจุดคัดกรอง เช่น ตามงาน นิทรรศการต่างๆ การให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง กรณีที่เป็นเป็นผู้ป่วยจะมีการดูแลให้ความรู้ และมีการเข้าค่ายในกลุ่มเสี่ยง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนปัจจุบันกำลังดำเนินการต่อเนื่องในชุมชน กรณีที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรักษา เช่น ไม่ รับประทานยาต่อเนื่อง ขาดนัด ควบคุมอาการไม่ได้ ทางโรงพยาบาลมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อประสานกับ ศูนย์บริการ สุขภาพชุมชนที่ที่อยู่ 3 แห่ง (ธรรมามูล, เขาท่าพระ, เมืองชัยนาท) โดยสามารถเชื่อมข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตเพื่อติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยดูแลคุณภาพชีวิตและการเพิ่มศักยภาพอสม.ในการให้ความรู้และฝึกทักษะการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ให้กับ อสม. เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้

- การดำเนินการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย พบ ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้มาฝากครรภ์ช้า GA เกิน 12 สัปดาห์ ส่วนหนึ่งย้ายไปอยู่ต่างจังหวัดทำให้ขาดข้อมูลใน การฝากครรภ์ ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สร้าง อสม.แกนนำ เพื่อแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ จัดคลินิกฝากครรภ์คุณภาพใน โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทรให้เข้าถึงบริการได้ง่าย ให้บริการตามนโยบาย “ฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ” มีการให้บริการฝาก ครรภ์คุณภาพแบบ One stop service จัดให้มีช่องทางติดต่อ- สอบถามและสะดวกในการมารับบริการตลอด 24 ชม. เพื่อให้ทราบข้อมูลและเข้ามาใช้บริการตามวันเวลาเปิดให้บริการ ผลลัพธ์การติดตามร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้ง แรก อายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ เป้าหมาย >ร้อยละ 60) ปี 2555 – 2558 = 35.34, 37.67, 42, 62 ตามลำดับ

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ และคำปรึกษา :

- เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติในหอผู้ป่วย ICU มีการจัดระบบให้ญาติได้รับฟังข้อมูลแนวทางการดูแล รักษาผลลัพธ์ของการรักษาจากแพทย์และการวางแผนย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU ช่วยลดความตึงเครียด และทำให้ญาติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

- ปัญหาการยอมรับเรื่องโรคในผู้ป่วยมะเร็ง, HIV จึงมีระบบเพื่อนช่วยเพื่อนโดยทีม อจส. ของโรงพยาบาลลง เยี่ยมและจัดหากิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ได้แก่ การสวนดนตรี/นั่งสมาธิ/ฝึกการทำลมหายใจเข้าออก, การนำเรื่อง เล่าดีๆ มาเล่าให้ผู้ป่วยฟัง

- มีการค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย HIV เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV มีภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะร่วมด้วยถึงร้อยละ 30 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีร้อยละ 20 ไม่มาติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าการตอบสนองต่อการรักษาการติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัส (AntiRetroViral Agent : ARV) รวมถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ไม่ดีเท่าผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ทีม PCT อายุรกรรมร่วมกับกลุ่มงานจิตเวช ได้มีการทบทวนและปรับปรุงแบบคัดกรองภาวะ Depression ในผู้ติดเชื้อ HIV ให้มีความครอบคลุม รวมทั้งทบทวนความรู้เรื่องโรคและการใช้แบบคัดกรองให้เข้าใจตรงกัน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ที่มีภาวะ Depression ร่วมด้วยให้มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

- เด็กที่มีภาวะวิกฤติ มารดาบิดา และผู้ดูแลจะกังวลเป็นอย่างมาก หน้าที่แพทย์จะต้องให้ข่าวสาร และ ประเมินสภาวะทางจิตใจ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ ให้ผ่านวิกฤตินี้

บทเรียนเกี่ยวกับการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว :

- กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติอยู่ดูแลประจำขณะนอนโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหา/อุปสรรคในการร่วมกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย ปี 2556 มีผู้ป่วยสูงอายุ CA Neck การให้ข้อมูล/การสอน/ฝึกทักษะไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง จะสามารถวางแผนได้วันต่อวันและแจ้งให้ญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้รับฟังข้อมูลจากแพทย์รวมถึงแผนการสอนในวัน, เวลานั้น เป็นผู้สื่อสาร/ส่งต่อข้อมูลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเอง และแพทย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจะมีการบันทึกไว้ใน progress note เพื่อเป็นหลักฐานในการให้ข้อมูลการรักษาแก่ญาติโดยระบุชื่อญาติผู้รับข้อมูลจากแพทย์และทีมจะมีการวางแผนประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือและดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้กับรพ.สต./รพช.ในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

- จากกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน ญาติมารับยาเต็มตลอด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ Investigate ที่เหมาะสมพบภาวะแทรกซ้อน Acute kidney Injury ได้ในภายหลัง มีการนัดติดตามผู้ป่วยและญาติเข้าคลินิก CAPD กรณีพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด AKI มีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดย CAPD Nurse เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นและรวมถึงการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานของไตดีขึ้นและลดอัตราการ Dialysis มีการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่อง AKI และการวิเคราะห์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งให้ความรู้เรื่องยาและหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ AKI ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด AKI เพิ่มศักยภาพของห้องปฏิบัติการในการตรวจ Serum Creatinine ร่วมกับคำนวณค่า eGFR โดยใช้โปรแกรมที่สนับสนุนมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กของ PCTกุมารเวชกรรม ในICU จะให้มารดา บิดา ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลเด็กและให้ความรู้ ทักษะการดูแล เช่น เด็กทารก แพทย์จะมีการround พร้อมมารดาและให้ข้อมูลที่จำเป็น แนวทางการดูแลรักษา พร้อมทั้งซักถามปัญหาที่มารดาสงสัยระหว่างที่นอนโรงพยาบาลหรือกรณีเด็กที่เป็นเบาหวานจะมีการสอนผู้ป่วยและญาติในการดูแล การฉีดยา การติดตามอาการ

- มีผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA (Spinal Muscular Atrophy)อายุ 11 เดือน มาด้วยภาวะการหายใจล้มเหลวต้องเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา มารดาปฏิเสธการย้ายบุตรออกจาก ICU ไปอยู่สามัญ เนื่องจากไม่มั่นใจ กังวลกลัวการติดเชื้อ กลัวมีปัญหาเรื่องการดูแลทางเดินหายใจ ทีมกุมารแพทย์ร่วมกับทีมICU ในการวางแผนสอนและฝึกทักษะการดูแลให้กับมารดาทุกวัน มีการประเมินปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ประสานทีมช่วยเหลือทำให้มารดามั่นใจว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่จากทีม มีการทำ case conference โดยสหวิชาชีพ ประสานขอความช่วยเหลือรอบด้านจนได้รับบริจาคเครื่องช่วยหายใจ และองค์กรท้องถิ่นปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีสภาพเหมาะสม ประสานทีมแพทย์ พยาบาล รพช.มาเรียนรู้เรื่องการดูแลเครื่องช่วยหายใจ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

บทเรียนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้ความสามารถในการดูแลตนเอง :

- ปัญหาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนนาน และลูกกลามมีขนาดที่กว้างและลึกขึ้น ต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำ Debridement หลายครั้ง ทำให้ญาติเกิดความเครียด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมมีการจัดทำนวัตกรรมแผ่น jel เพื่อป้องกันแผลกดทับทดแทนที่นอน alfa bed ที่มีไม่เพียงพอ, หอผู้ป่วยพิเศษมีการสร้าง empowerment โดยให้ญาติมี

ส่วนร่วมในการจัดเตรียมอุปกรณ์ support ผู้ป่วย, มีการจัดทำแฟ้มรูปภาพผลกดทับเพื่อให้ญาติตระหนักในการเฝ้าระวัง และมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันผลกดทับ

- จากปัญหาผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เกิดความเครียด วิตกกังวล มีการจัดให้เภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยที่หน่วยเคมีบำบัดลงให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายก่อนให้ยา ผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองหลังการได้รับยาเคมีบำบัดและสามารถเดินทางมารับยาได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะบางรายไม่สามารถเดินทางมาด้วยตัวเอง

- จากการติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานพบว่า ร้อยละผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลได้ดียังต่ำกว่าเป้าหมาย จึงมีการติดตามการเจาะ SMBG ที่บ้านจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความสนใจในการทำ SMBG ทั้งหมด 33 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่ทำ SMBG ได้แก่ DM type 1, DM type 2 ที่ฉีดอินซูลิน, DM type 2 ที่ไม่ได้ฉีดอินซูลินแต่ควบคุมเบาหวานไม่ได้, ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยๆหรือรุนแรงและผู้ป่วยที่มีความประสงค์ใช้ SMBG ในการควบคุมระดับน้ำตาล มีการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเป้าหมายการทำ SMBG ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มศักยภาพและเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติขณะระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ ได้อย่างถูกต้อง มีการจัดทำแบบสำหรับบันทึก SMBG โดยผู้ป่วย สอนผู้ป่วยให้สามารถตรวจ DTX ด้วยตนเองหรือญาติกรณีไม่มีเครื่องตรวจให้ยืมเครื่องของโรงพยาบาลสอนการลงบันทึกแบบฟอร์ม การจดบันทึกอาหารมีการวิเคราะห์ผลร่วมกันโดยทีมแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการผลการทำ Case SMBG (ม.ค.2557 – มิ.ย.2557) จำนวนผู้ป่วยจำนวน 33 รายระดับน้ำตาลดีขึ้น 63.64 % ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ทั้งก่อน-หลังอาหารจำนวน 12 ราย (36.36%) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นจากเดิมแต่ยังไม่ตามเกณฑ์จำนวน 9 ราย (27.28%) ระดับน้ำตาลยังอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่ดี 12 ราย (36.36%)

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง :

- จากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมครบองค์รวม ซึ่งมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงได้นำแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยพยาบาล 1 คนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมและผู้ดูแลจะสามารถประเมินผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีโดยการเริ่มที่ ICU

- ผู้ป่วยเด็กหอบหืดมีจำนวนมาก บางรายมีปัญหาเรื่องการรับประทานยา การพ่นยา การล้างจมูก นำมาซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทีมมีการวิเคราะห์จึงมีการอบรมทั้งเจ้าหน้าที่ ครู ก เพื่อสอนเด็กตามหออผู้ป่วยและแผนกกุมารฯ พร้อมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ทำให้เราสามารถเห็นนวัตกรรมที่ญาติทำมา เช่น spacer

- จากการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเด็ก Asthma โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และจัดตั้งคลินิก Asthma ขึ้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาที่คลินิก Asthma หลังพบแพทย์แล้วจะพบเภสัชกรเพื่อประเมินทักษะการใช้ยา แนะนำยาและสอนเทคนิคการใช้ยาให้ถูกวิธี เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา แนะนำการแก้ไขและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่กลับพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบต้องใส่ยาพ่นฉุกเฉิน และบางรายมีอาการหอบต้องเข้ารักษาที่ ICU จึงมีการทบทวน พบว่าปัญหาเกิดจาก การให้ข้อมูลยังหลากหลาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค เทคนิคการพ่นยา กังวลในการใช้ยาพ่น สเตียรอยด์ ขาดนัด/ติดธุระ อาการดีขึ้นแล้วจึงหยุดยาเอง ทีมสหสาขามีการทบทวนประเด็นสำคัญต่างๆเหล่านี้ และมีการพัฒนาต่อยอดเรื่องเทคนิคการพ่นยา การล้างจมูก แนวทางการปรับยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการอบรมเป็น workshop 100% (24 – 25 มิ.ย.2557)

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- การทำ Empowerment ในกลุ่มผู้ป่วย CA Colon, CA Breast ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการจัดตั้งชมรม ทานตะวันมีกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยภายในกลุ่ม และมีกิจกรรมสอนการเย็บเต้านมเทียมจากการสำรวจความพึงพอใจภาพรวมของผู้รับบริการที่หน่วยเคมีบำบัดพบว่า >90%

- การพัฒนาการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินโดยการทำ case management ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อประเมินการดูแลตนเองจากการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน 107 รายที่มีระดับ FBS 184 – 456 mg%พบปัญหาผู้ป่วยฉีดยาไม่ถูกต้อง86 ราย (80.3 %) เวลาในการฉีดยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร 97 ราย (90.65%) ไม่มีตู้เย็นแช่ยา 4 ราย (3.71%) ผลจากการจัดการผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้(FBS 109 – 182 mg%) = 73.83%) ยังคงคุมน้ำตาลได้(FBS 98 – 176 mg%)= 41.77%)

- การทำนวัตกรรมการพัฒนางานเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้แก่ **“นวัตกรรมทำนายดวงห่วงใยโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด”** เพื่อใช้ในการประเมินผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดถ้าเสี่ยงต่ำ, ปานกลางประเมินปีละ 1 ครั้งกรณีเสี่ยงสูง,สูงมาก,สูงอันตรายจะประเมินซ้ำทุก 1-3 เดือนโดยมีสไลด์แกนดวงเปลี่ยนได้**“นวัตกรรมบัตรคิวเตือนใจ”** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองวิเคราะห์ปัญหาและมีส่วนร่วมดูแลตนเองกับทีมสหสาขาวิชาชีพ**“นวัตกรรมยางยืดออกกำลังกาย”** โดยจิตอาสาสมัครภาพบำบัดยืดเหยียดกล้ามเนื้อเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน มีแกนนำเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยในชุมชน

- จัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค DM& HT ในเขตเทศบาลเมืองชัยนาท, โครงการจิตอาสาสมัครภาพบำบัดเบาหวาน, โครงการอบรม “ค่ายกิจกรรมอาสาสมัครหมู่บ้านเบาหวาน”, โครงการรณรงค์ดูแลโรคเบาหวานในโรงเรียน, โครงการบุคลากรโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรและรพ.สต.เขตเมืองเข้าค่ายปฏิรูปกายและจิตเพื่อชีวิตใหม่ที่สดใสดด้วยวิถีธรรมชาติ, โครงการสมาธิ SKT บำบัดขจัดโรคลดระดับน้ำตาล/ไขมันในเลือด

- จัดทำคู่มือ/มาตรฐานการคัดกรองดูแลรักษาเบาหวานความดันโลหิตสูงจังหวัดชัยนาท

- ปี 2557 และ 2558 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ในระดับดีเยี่ยม

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
86.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3.5	-ทบทวนการให้ข้อมูลและเสริมพลังให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญของพื้นที่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมีการประเมินการรับรู้ความเข้าใจและความสามารถในการนำข้อมูลและทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติปรับปรุงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้น

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ได้รับการวางแผนการดูแลและติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใน 3 กลุ่มของทีมหมอครอบครัว -ผู้สูงอายุติดเตียง -ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล -ผู้ป่วย Palliative care	> 80%	68.42 70.11 -	75.71 79.25 -	78.49 82.36 -	83.41 86.22 81.07
อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจต่องานดูแลต่อเนื่อง ของทีมหมอครอบครัว	>80%	88.00	88.95	89.05	90.34
อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกินร้อยละ 10	<10%	10.97	12.66	11.29	9.78
การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5	<5%	1.26	1.04	0.58	1.21

บริบท :

- ทีมผู้ให้บริการมีการสร้างความร่วมมือ/ประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ กรณีไม่สามารถรับการรักษาได้ มีการบริการในเครือข่ายสุขภาพจากโรงพยาบาลภาครัฐในระบบส่งต่อ ตลอดจนมีทีมการดูแลผู้ป่วยจากสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล เช่น โรคเรื้อรัง โรคมะเร็งต่างๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด, กลุ่มผู้ป่วยโรคทางสมองที่ได้รับการผ่าตัด

ระดับการให้บริการ: ทุติยภูมิ

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย :

- รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง 12 แห่ง, สถานบริการสาธารณสุข เขตเทศบาลเมือง 1 แห่ง
- รพช. 5 แห่ง

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย :

- กลุ่มโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม : CVA, ACS, CVA, HT, CRF
- กลุ่มโรคทางศัลยกรรม : Head Injury หลังได้รับการผ่าตัดสมอง, CA Breast , CA Colon
- กลุ่มโรคทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์: C-spine injury, TKA
- กลุ่มโรคทางกุมารเวชกรรม : DM, Cerebral palsy, Preterm, Thalassemia
- กลุ่มโรคทางสูติกรรม : Teenage Pregnancy, OSCC, CA cervix
- และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการเจาะคอ, ใส่สายสวนต่างๆ, มีแผลกดทับ เป็นต้น

กระบวนการ :

- ผู้ป่วยที่ Admit จะได้รับการประเมินปัญหาและคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มโรค มีการวางแผนร่วมกับญาติและผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน กรณีมีข้อบ่งชี้จะได้รับการประสานส่งต่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องร่วมประเมินปัญหาและวางแผนแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประเมินซ้ำและส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานทีม HHC ทั้งของโรงพยาบาล และทีม ร.สต./รพช. ลงเยี่ยมผู้ป่วย

มีการติดตามผลลัพธ์ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องกลับไปยังหอผู้ป่วยนั้นและรวบรวมข้อมูลการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล

- กรณีผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD/ER ได้รับการคัดกรองและประเมินพบว่ามีความเสี่ยงที่ต้องติดตามต่อเนื่อง จะทำการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมาที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อการประสาน รพ.สต./รพช.ติดตาม case

บทเรียนเกี่ยวกับระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง :

- พบมีการเลื่อนและงดการผ่าตัดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ทีมได้ทบทวนร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่เลื่อนหรืองดผ่าตัดโดยหลังการ Set ผ่าตัดโดยแพทย์ ต้องมีการให้ข้อมูลโรคและการผ่าตัด เหตุผลและความสำคัญของการการผ่าตัด มีการบันทึกเบอร์โทรผู้ป่วยและญาติเพื่อการติดต่อ และการให้เบอร์โทรหน่วยงานแก่ผู้ป่วยโดยเน้นกรณีเลื่อนหรือไม่มาผ่าตัดต้องโทรแจ้งทุกครั้ง กรณีผ่าตัดใหญ่หรือผู้ป่วย Admit ถ้าเลื่อนหรือไม่สามารถมาผ่าตัดได้ต้องโทรแจ้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ให้ OPD โทรสอบถามติดตามทุกราย กรณีผ่าตัดเล็กผู้ป่วยนอก ต้องโทรแจ้งที่ห้องผ่าตัดและถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัดให้ห้องผ่าตัดโทรติดต่อสอบถามทุกราย

- ปี 2557 จากกรณีนัดติดตามอาการหลังการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ายังขาดการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ทีมผู้ดูแลจึงจัดทำสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเพื่อนัดติดตามอาการ ผลการรักษา และอาการแทรกซ้อนการให้ยาเคมีบำบัด จากการประเมินผลการใช้งานพบว่าข้อมูลในสมุดไม่ครอบคลุม ประกอบกับ service plan มะเร็งมีโครงการให้ผู้ป่วยรับยา tamoxifen ที่รพช. จึงได้มีการปรับปรุงเนื้อหาในด้านในสมุดคู่มือใหม่

- ปัญหาการนัดผู้ป่วยเด็กที่คลินิกพิเศษเช่น Asthma, Thalassemia มีผู้ป่วยเด็กขาดนัด หรือไม่มาตามนัดเกิน 3 ครั้งและไม่ได้โทรแจ้งล่วงหน้า จะมีการคัดออกจากคลินิกและให้ตรวจเด็กทั่วไปแทน โดยมีการแจ้งให้ญาติทราบระบบนัดล่วงหน้าก่อนจะคัดออกและมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมเวชกรรมติดตามในรายที่คาดว่าจะมีปัญหา

บทเรียนเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย :

- พบปัญหาเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ ใส่สายต่างๆ กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำ Home traction พบปัญหาการเตรียมอุปกรณ์และการดูแลเมื่อมีปัญหา, การดูแลเด็กที่ได้รับการเจาะคอและต้องกลับไป on O2 ต่อที่บ้าน / การดูแล Gastrostomyกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงได้จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับปฐมภูมิ CBL เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองชัยนาท เพื่อให้บุคลากรระดับปฐมภูมิได้รับการพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านการให้บริการสาธารณสุข โดยเริ่มจากมีการทบทวนปัญหา/ส่วนขาด และส่งเจ้าหน้าที่จากรพ.สต.เข้ามาเรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในหอผู้ป่วย รวมถึงหัตถการที่มีความเสี่ยงในเด็กจะได้รับการสอนจากกุมารแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจสามารถให้การดูแล แนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้

- พบปัญหาผู้ป่วย old CVA, bed ridden on NG Feed ผู้ป่วยดิ่งสาย NG บ่อย ญาติต้องพามาใส่สายที่โรงพยาบาล บางครั้งมานอกเวลาต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นเคสที่ไม่ฉุกเฉิน แรงด่วน การคัดกรองให้สามารถรอดได้ ทำให้ต้องรอนาน และบางรายมีการเรียกใช้บริการ EMS เพื่อรับผู้ป่วยมาใส่สาย NG, Foley's cath จึงมีการส่งต่อปัญหาจาก ER มาที่ศูนย์ COC เพื่อประสาน รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้านวางแผนแก้ปัญหาสาย NG หลุดบ่อย สอนญาติใส่ NG ถ้าสาย Foley's cath หลุดหรือมีปัญหา urine ไม่ออกให้โทรปรึกษา รพ.สต.ก่อน กรณีที่ไม่ฉุกเฉิน แรงด่วน แต่มีความจำเป็นต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลให้โทรติดต่อเพื่อขอรถ รพ.สต.

บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆเพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย :

- ตัวอย่างบทเรียนของความล่าช้าในการค้นหาปัญหาและการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากปี 2552 มีผู้ป่วยชาย 62 ปี มาอนโรงพยาบาลเนื่องจากเหล็กแท่งนิ้วมือ พบเป็น DM ครั้งแรก มีการนัดมาต่อเนื่อง ประวัติคุมน้ำตาลไม่ดี ขาดยาบ่อย ปี 2553 มาด้วยเรื่อง Fever with Hypoglycemia พบ Cr. 2.4 เริ่มฉีดอินซูลิน และนัดมาต่อเนื่อง ยังคุมน้ำตาลไม่ได้ 8 พ.ย.2555 มาตรวจตามนัดที่ OPD พบ FBS 510 mg% ส่งต่อเข้าคลินิกเบาหวานและส่งต่อCOC ให้ติดตามเยี่ยมบ้าน **ปัญหาขาดนัด คุมน้ำตาลไม่ได้ ตาพร่ามัว ที่บ้านไม่มีตู้เย็น ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล จะมาคนเดียว** และจะขอตรวจ OPD ชั้นล่างไม่ยอมขึ้นไปที่คลินิกเบาหวาน ชั้น 2 เนื่องจากคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ชั้นล่าง ค่อนข้างเอาแต่ใจตัวเอง จึงประสานส่งต่อ รพ.สต. (Cup เมือง) ให้ลงเยี่ยมที่บ้าน พบผู้ป่วยอยู่คนเดียว สภาพบ้านทรุดโทรมอยู่ใน

บริเวณบ้านของพี่สะใภ้ ที่ผ่านมาฉีดยาเองและเก็บยาในกระติกน้ำแข็ง เดิมมีพี่ชาย 1 คน สูญหายไปนานแล้ว ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจตัวเอง ปล่อยบ้านรก พี่สะใภ้จึงให้แยกบ้านอยู่ต่างหาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพี่สะใภ้ไม่ค่อยดี **ชุมชนช่วยแก้ปัญหา**โดยให้อสม.อาสาสมัครฉีดอินซูลินให้ทุกเช้า ผักยาแช่ตู้เย็นที่บ้านพี่สะใภ้และเข้าไปดูแลเรื่องการรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง หากพบปัญหาจะรายงานให้รพ.สต.ทราบ มีการติดตามดูแลเรื่องการรับประทานยาและจัดยาล่วงหน้าให้เป็นมือ และพาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุทุกวันที 1 ของเดือน ติดตามเจาะ DTX เป็นระยะ และจัดหารถสามล้อรับจ้างพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัดทุกครั้ง **ผลจากการติดตามดูแลต่อเนื่อง**DTX จาก รพ.สต. 100 – 200 mg% มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง **ธ.ค.2555** FBS 175 mg% , HbA1C 9.9 % **13 มี.ค.2556** FBS 156 mg% **3 ก.ค.56** FBS 136 mg% , HbA1C 6.2%จนกระทั่ง **13 พ.ย.56พบปัญหาใหม่**รพ.สต.ประสานไม่มีคนฉีดอินซูลินให้ เนื่องจากผู้ป่วยน้อยใจ อสม.ที่มาฉีดยาให้ทุกวัน บอกว่าผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำ ตัวเหม็น จึงไม่ยอมฉีดยาและขาดยามา 1 wkจึงขอนัดให้พาผู้ป่วยมาที่คลินิกเบาหวานจากนั้นรพ.สต.ได้จัดให้พี่ใหญ่บ้านพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยไม่ได้ NPO ก่อนมา พบ DTX = 444 mg% ปฏิเสธนอนโรงพยาบาล แพทย์จึงปรับอินซูลิน และนัดอีก 2 เดือน หลังกลับไปรพ.สต. ไม่สามารถหาคคนฉีดอินซูลินได้ จึงคุยกับพี่สะใภ้อีกครั้ง ยอมให้ผักยาแช่ตู้เย็นโดยที่ผู้ป่วยต้องฉีดยาเอง**6 ธ.ค.56**รพ.สต.ประสานอีกครั้ง เนื่องจากพี่สะใภ้ผู้ป่วยต้องย้ายไปอยู่ที่อื่น จึงไม่มีผู้ดูแลจริงๆ จึงแก้ปัญหาโดยพาผู้ป่วยไปฝากไว้ที่บ้านพี่เด็กและสตรีของชั่วคราว และมีการประสานกับแพทย์ขอใบส่งตัวเพื่อส่งผู้ป่วยไปศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง จ.ชลบุรี เมื่อ 11 ธ.ค.2556 ผู้ป่วยยินยอมไปด้วยความสมัครใจ

- จากปัญหาเดิมไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประสานส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนและขาดช่องทางในการประสานกลับ มีความหลากหลายในการส่งต่อแต่ละหอผู้ป่วย ได้แก่ ส่งให้เวชกรรมสังคม (เยี่ยมเฉพาะเขตเทศบาลเมือง), ส่งให้นักสังคมสงเคราะห์, ให้อาสาสมัครเยี่ยมแบบฟอร์มกลับไปเอง และแบบฟอร์มไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่มีการติดตามผลลัพธ์หลังจำหน่ายเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง ปี 2555 มีการทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องโดยมีพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงาน COC ของโรงพยาบาล เริ่มมีการประสานงานการดูแลต่อเนื่องระหว่างหอผู้ป่วย/หน่วยงาน/OPD/ER ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ปี 2556 มีการปรับแบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในรายที่มีปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้รับผิดชอบงาน COC จะเป็นผู้ประสาน รพ.สต./รพช. มาทำ case conference ในโรงพยาบาล ทำให้เห็นภาพของการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง แต่เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีบุคลากรเกษียณ ย้ายลาออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี 2557 จึงต้องมีการถ่ายโอนงาน COC ให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมรับช่วงต่อ และต่อมาพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ลาออกเพิ่มอีก 2 คน ทำให้ขาดผู้รับผิดชอบงาน COC ส่งผลให้การประสานงานส่งต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วย/หน่วยงาน กับเครือข่ายไม่ต่อเนื่องและไม่ราบรื่น การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ให้แต่ละหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ให้เบอร์โทรศัพท์กับผู้ป่วยทุกราย เพื่อโทรสอบถามกรณีมีปัญหา โดยเวชกรรมสังคมรับผิดชอบส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ ในส่วนของ PCT กุมารฯ มีการติดตามกับญาติโดยตรง และผ่านชุมชน องค์กรในท้องถิ่น เช่น OSCC จะประสานกับ พมจ.

บทเรียนเกี่ยวกับการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย :

- ปี 2556 มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย Stroke จากเวชระเบียน เพื่อประสานลงเยี่ยมบ้าน พบผู้ป่วย 1 ราย เป็น Cerebral infarction ปัจจุบันเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่อยู่คนเดียวเนื่องจากบุตรชายเสียชีวิตตอนเหตุการณ์อุทกภัยใหญ่ ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรท้องถิ่นสร้างที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และจัดหางานให้ผู้ป่วยทำที่บ้านโดยการถักผักตบชวาเป็นเส้น ส่งในหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีรายได้ต่อวัน นอกเหนือจากเงินผู้สูงอายุ จากการพูดคุยผู้ป่วยยังคงเดินทางโดยรถโดยสารเพื่อมารับยาเดิมที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเป็นประจำ และพบว่ายาใกล้หมดเนื่องจากใกล้ถึงวันนัด ทีมที่ลงเยี่ยม ประกอบด้วยอายุรแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพ รพ.สต. ทำการประเมินตรวจสุขภาพที่บ้าน จากการประเมินผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ความดันปกติ ไม่พบอาการซึมเศร้า จึงมีการส่งต่อเคสให้ผู้ป่วยรับยาที่ รพ.สต.ต่อเนื่อง ไม่ต้องมารับที่โรงพยาบาล กรณีที่มีปัญหาให้ รพ.สต. consultผ่านศูนย์ COC

บทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง :

- ในปี 2555-2557พบผู้ป่วยข้อสะโพกเทียมเลื่อนหลุดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2 ราย สาเหตุจากมีภาวะสับสน นั่ง/นอนไขว้ขาทำให้เกิดข้อหลุด ญาติไม่ได้อยู่ด้วยตลอด และการให้ข้อมูลการประสานงานกับเครือข่ายยังไม่เพียงพอ ทีมงาน

ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนรับการผ่าตัด การเฝ้าระวังความเสี่ยงและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ Confusion มีการประสานงานเครือข่ายในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เน้นย้ำการมา F/U อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลติดต่อ/ปรึกษาปัญหาที่โรงพยาบาลในหออผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และยังไม่พบอุบัติการณ์ข้อสะโพกเคลื่อนหลุดในปี 2558

- เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วย Orthopedics ที่ได้รับการผ่าตัดและมีแผลเย็บ แพทย์จำเป็นต้องนัดมาตรวจ ที่ OPD ก่อนวันกำหนดตัดไหมบางรายไม่สะดวกเดินทางมาหลายรอบ เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย แพทย์จึงแนะนำให้ไปตัดไหมที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเช่น รพ.สต./รพช. หรือสถานบริการอื่นๆ และบางรายตัดไหมแล้วจำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ต่อ เช่น Splint หรือ Slab เจ้าหน้าที่แจ้งกำหนดวันที่และรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบ แต่บางรายจำไม่ได้ หรือ บางรายไม่สามารถไปสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. ได้ถูกต้องเจ้าหน้าที่จึงแก้ปัญหาโดยการเขียนรายละเอียดของหัตถการลงไปให้ในใบนัดครั้งต่อไปให้ แต่เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. ก็ยังสับสนและโทรศัพท์ประสานงานกลับมาที่ห้องตรวจกระดูกผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลตามแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใส่ Splint หรือ Slab ต่อหลังตัดไหม ทำให้ผลการรักษาที่ได้ไม่ดี ดังนั้นห้องตรวจกระดูกจึงได้ทำ **“บัตรนัดสื่อสาร ประสานงานราบรื่น”** เพื่อเป็นการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. ให้สามารถทำหัตถการให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้านได้อย่างสะดวก

- พบปัญหาการแพทย์ได้รับโทรศัพท์จาก รพ.สต. เพื่อปรึกษาเรื่องการพ่นยาเด็ก Asthma บ่อยครั้ง เนื่องจากการสื่อสารส่งต่อข้อมูลในใบนัดให้กับ รพ.สต. ไม่ชัดเจน จึงมีการปรับปรุงการส่งต่อข้อมูลการพ่นยาในใบนัดระบุชื่อยา วิธีการ เวลา และจำนวนครั้งให้ชัดเจน

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- จากการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กเบาหวาน ที่ได้รับการทำ case conference โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่าย พบส่วนขาดในการบันทึกเรื่องการวางแผนจำหน่าย ไม่ครอบคลุม DMETHOD เนื่องจากเคสนี้จากการประเมินพบปัญหาองค์รวม จึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องของการวางแผนจำหน่ายในการประชุมเรื่องบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล

- พบปัญหาการบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในส่วนของแพทย์ยังไม่ครอบคลุมทุก PCT ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน แต่จะพบได้ในกรณี OPD / ER จะมีการบันทึกการส่งต่อของ HHC ใน OPD card จึงมีการทำตาราง “ส่งต่อ HHC” เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างทีม

บทเรียนในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ :

- ปี 2557-2558 พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม Fracture around hip ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านลดลง จากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วย Fracture around hip ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและนอนหออผู้ป่วยพิเศษซึ่งรับผู้ป่วยทุกประเภท เมื่อแพทย์จำหน่ายไม่ได้มีการประสานงานกับศูนย์ COC เพื่อประสานงานกับเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมบ้านทีมพัฒนาคุณภาพได้มีการประชุมทบทวนและชี้แจงให้บุคลากรหออผู้ป่วยพิเศษทราบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากผล ICF ของผู้ป่วย พบว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากเริ่มเก็บข้อมูลในปี 2558 และมีการบันทึกผล ICF เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย แต่ไม่สามารถติดตามผลได้อีก 3 เดือนต่อมาได้เนื่องจากขาดการประสานงานในการนัดผู้ป่วย เมื่อครบ 3 เดือนหลังการรักษาและการโทรติดตามอาการผู้ป่วยตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ติดต่อไม่ได้ทุกราย ดำเนินการแก้ไขโดยมีการนัด F/U ผู้ป่วย จนครบ 3 เดือนและประสานงานสถานบริการเครือข่ายใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย

- จากการดำเนินงานหออครอบครัว (Family Care Team) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม โดยการจัดให้มีทีมหออครอบครัว (Family Care Team) ที่ช่วยไปดูแลสุขภาพประชาชนทุกครอบครัว กลุ่มเป้าหมายของการลงเยี่ยมบ้าน คือ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนเขตเทศบาลเมืองชัยนาทโดยทีมหออครอบครัว (FCT) ปี 2558 จำนวน 40 ราย เป็นผู้สูงอายุติดเตียง 33 ราย (82.50%) ผู้พิการที่ได้รับการดูแล 5 ราย (12.50%) Palliative Care 2 ราย (5%) แบ่งตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ได้รับ

การเยี่ยมบ้าน Stroke 12 ราย (30%) โรคอัลไซเมอร์ 10 ราย (25%) เบาหวาน 5 ราย (12.50%) ผู้พิการ 5 ราย (12.50%) โรคมะเร็ง 4 ราย (10%) เบาหวาน 5 ราย (12.50%) โรคซรา 4 ราย (10%) จากการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มนี้ พบว่ามีการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตที่บ้าน 5 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 3 ราย, Stroke 1 ราย และโรคซรา 1 ราย จากการประเมินผลการดำเนินงานหอครอบครัวพบว่ายังขาดความเชื่อมโยงกับระบบการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการลงเยี่ยมไม่ใช่กลุ่มผู้ที่มีปัญหาที่ส่งต่อจากหอผู้ป่วย จึงเป็นปัญหา/โอกาสพัฒนาต่อไป

บทเรียนในการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้น :

- มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าใน PCT กุมภาพันธ์ 2558 เพื่อการวางแผนรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนื่อง
- มีการติดตามผลลัพธ์การส่งต่อโดยหลังกลับจาก Refer พยาบาลที่ Refer ผู้ป่วยจะ feed back แบบฟอร์มการ Refer กลับมาให้หอผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง :

- พบปัญหาการดูแลติดตามต่อเนื่องในทารกแรกคลอดก่อนกำหนดและ/หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อยที่มี มารดากลุ่มเสี่ยง/มารดาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทารกที่ต้องใช้ออกซิเจนต่อ (BPD) ทารกที่มีภาวะขาดอากาศหายใจ(Birth asphyxia) จึงมีการประชุมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งผู้ปกครองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ปัญหาที่อาจพบเมื่อกลับบ้าน แนวทางแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาล (ในเขตเมือง รับผิดชอบโดยทีมเวชกรรม เขตเทศบาลเมืองรับผิดชอบโดยศส.อ. และต่างอำเภอรับผิดชอบโดย รพ.สต./รพช.ที่เกี่ยวข้อง) มีเกณฑ์ในการติดตาม ได้แก่ ประเมินปัญหาพัฒนาการ ทูพโภชนาการ โภชนาการเกิน เพื่อส่งต่อเข้าคลินิก รงรับเช่นคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกโภชนาการ

- จากสถิติข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี มีผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 50 สามารถรักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด และผู้ป่วยกระดูกไหปลาร้าหัก พบ > ร้อยละ 90 รักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัดจากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์จึงจัดทำโครงการและคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อยขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามาโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อความสะดวกกับผู้ป่วยเองและเป็นการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและจะช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากการส่งต่อโดยไม่จำเป็น นอกจากนั้นได้มีการพัฒนา CPG, Care map ในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม ใส่ข้อสะโพกเทียม, Spine injury ตั้งแต่ OPD/ER/หอผู้ป่วย จนถึงจำหน่าย กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการดูแลรักษาโดยใช้ระบบเจ้าของไข้ (case manager) ทำหน้าที่ประสานทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยกระดูกหักมีระบบการให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษาและทางเลือกประกอบแฟ้มรูปภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกและแนวทางป้องกัน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล กรณีต้องมีการดูแลต่อเนื่องมีระบบการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน นอกจากนี้มีการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่าย รพช., รพ.สต.

ผลการพัฒนาที่สำคัญ :

- ความสำเร็จจากการร่วมแรงร่วมใจของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมถึงองค์กรท้องถิ่น ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA (Spinal Muscular Atrophy) อายุ 1 ปี 2 เดือนที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด ให้สามารถส่งกลับไปดูแลต่อที่ชุมชนได้

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
87. การดูแลต่อเนื่อง	3.5	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการประเมินและวางแผนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ครอบคลุมในแต่ละโรคที่ PCT กำหนดไว้ - พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้ชัดเจนในเรื่องของการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

กรณีตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (SMA : Spinal Muscular Atrophy)

น้องปั๊บ ปัจจุบันอายุ 1 ปี 2 เดือนเกิดเมื่อวันที่ 29 ธ.ค.2555 คลอดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยผ่าตัดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีน้ำเดินก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอด 3,170 gms. มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน และนัด Clinic high risk ต่อเนื่อง

น้องปั๊บบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก และมียายเป็นผู้ดูแลอีกคน บิดามารดาแยกทางกันตั้งแต่น้องปั๊บบอกอยู่ในครรภ์ บ้านน้องปั๊บบอกอยู่ต่างอำเภอ ในจังหวัดชัยนาท สภาพบ้านเป็นบ้านไม้ผสมปูนชั้นเดียว อยู่ติดทุ่งนา มีสมาชิกอยู่รวมกันในบ้านประมาณ 8 - 10 คน มารดาเคยประกอบอาชีพค้าขายเสื้อผ้า และยายมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ไม่เพียงพอ

กุมารแพทย์เริ่มตรวจพบความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการล่าช้าเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อทั้งมัดใหญ่และมัดเล็ก จับคว่ำชันคอไม่ได้ และมีหายใจแรงเมื่อจับนอนคว่ำ จึงส่งนักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูและนัดมากระตุ้นพัฒนาการตลอด จนอายุ 7 เดือน พัฒนาการยังไม่ก้าวหน้า และเริ่มมีปัญหาไข้ ไอ เสมหะจากการสำลักนม ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย เมื่ออายุ 8 เดือนส่งไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่ามีปัญหากล้ามเนื้อหูรูดที่กระเพาะอาหารผิดปกติ ไม่ปิด ทำให้มีการไหลย้อนเวลาคูดนมจึงสำลักได้ง่าย และมีปัญหาไขกระดูกสันหลังฝ่อมีผลต่อพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเกือบทุกส่วน ขา 2 ข้างอ่อนแรง พลิกตัวไม่ได้ ถือสิ่งของขึ้นใหญ่ไม่ได้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากกระดูกไขสันหลังฝ่อ (SMA : Spinal Cord Muscular Atrophy)

18 พ.ย.2555 รับ Refer จาก รพช. ด้วยเรื่องไข้ ไอ เสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ มีหายใจกระตุก เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ได้รับการใส่ท่อต่อเครื่องช่วยหายใจตั้งแต่แรกเริ่ม มีปัญหาไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ แพทย์วางแผนประสานแพทย์โสต ศอ นาสิก เพื่อเจาะคอแต่มารดาปฏิเสธ หลังอธิบายให้ข้อมูลมารดาจึงยอมรับ และได้รับการเจาะคอเมื่อ 19 ธ.ค.2555 หลังเจาะคออาการเหนื่อยหอบแต่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด

เนื่องจากอาการของโรคไม่มีวิธีการรักษาให้หายด้วยวิธีใดๆ ทางกายภาพ มีเพียงแต่การดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลน้องปั๊บบนได้อย่างเหมาะสมที่สุด จนกว่าอาการคงที่และแพทย์เห็นสมควรให้กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ จากการประเมินปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม น้องปั๊บบ้างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในด้านของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น, การเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน, การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

21 ธ.ค.2555 มีการประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากรพช., รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ พมจ. เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน โดยประเด็นสำคัญในการประชุมคือ การจัดหาเครื่องช่วยหายใจให้น้องปั๊บบวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ต่างๆ ที่จำเป็น และการเตรียมสถานที่ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยระหว่างนี้มารดาและยายได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลน้องปั๊บบนโดยพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก

7 ธ.ค.2555 แพทย์ได้ส่งตัวน้องปั๊บบนไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ทำหัตถการเจาะหน้าท้องเพื่อใส่สายยางให้อาหารแทนการให้อาหารผ่านสายยางทางจมูก ป้องกันการสำลัก และ 8 ม.ค.2556 กลับจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มานอนที่หอผู้ป่วยหนักต่อ

21 ม.ค.2556 ร่วมกับทีมโรงพยาบาลหันคาและเครือข่ายองค์กรท้องถิ่นลงประเมินปัญหาที่บ้าน พร้อมวางแผนปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม

28 ม.ค.2556 รับมอบเครื่องช่วยหายใจโดยได้รับการบริจาคจากครอบครัวของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และได้เครื่องดูดเสมหะ 1 เครื่องจากตัวแทนบริษัท พร้อมกับเชิญทีมแพทย์ พยาบาลจากรพช.เข้าร่วมประชุมอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และหลังจากนั้นทีมแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรได้มีการประสานข้อมูลการดูแลรักษาให้กับ รพช.เป็นระยะ

8 ก.พ.2556 ย้ายน้องปั๊บบนมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ระหว่างรอการปรับปรุงที่อยู่อาศัย แพทย์วางแผน Refer กลับไปดูแลต่อเนื่องที่ รพช. และวันที่ 11 ก.พ.2556 เตรียมประสานส่งน้องปั๊บบนกลับ แต่เนื่องจากน้องปั๊บบนมีไข้ มีเสมหะเพิ่มขึ้น เหนื่อยเล็กน้อย จึงยกเลิกการส่งตัวกลับ และให้การรักษาเรื่องติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนต่อ 19

ก.พ.2556 น้องป๊อบอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย กุมารแพทย์จึงให้ประสานส่งกลับ รพช.อีกครั้งเนื่องจากถ้าอยู่โรงพยาบาลนานกว่านี้อาจมีปัญหาเรื่องติดเชื้อซ้ำได้อีก และเพื่อให้น้องป๊อบและมารดาได้ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในชุมชน

21 ก.พ.2556 ส่งน้องป๊อบกลับไปดูแลรักษาต่อที่ รพช. พร้อมเครื่องช่วยหายใจ โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ไปส่ง โดย รพช. ได้มีการเตรียมห้องพิเศษเพื่อทำเป็นห้องแยกให้กับน้องป๊อบ และพยาบาลหอผู้ป่วยหนักไปช่วยติดตั้งเครื่องช่วยหายใจและทบทวนระบบการดูแลเครื่องช่วยหายใจเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีมที่ดูแลของ รพช. ตลอดจนให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลเมื่อมีปัญหาหลังส่งกลับไปดูแลต่อที่ รพช. ได้ระยะหนึ่งและส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน น้องป๊อบกลับมา Admit ที่โรงพยาบาลชัยนาท 2 ครั้ง ในเดือน สิงหาคม และ กันยายน 2556 ด้วยเรื่องปอดอักเสบ และได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึง ปี 2557 จึงเสียชีวิต

.....