

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] ** (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด	0	9	8	9	19	11
-จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ	0	3	5	2	8	7
-จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยใน	0	6	3	7	11	4
-จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ป้องกันได้	0	1	0	0	4	1
2.อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)	< 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ	16.85 (3/178)	5.88 (1/170)	5.34 (1/187)	5.84 (1/171)	5.37 (1/186)
3.อัตราส่วนการตายของมารดา	< 15: 100,000 ประชากร	0 (0/178)	0 (0/170)	534.75 (1/187)	0 (0/171)	0 (0/186)
4.อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (Neonatal mortality rate)	< 8 :1,000 การเกิดมีชีพ	17.54 (3/178)	5.84 (1/170)	0 (0/186)	5.84 (1/171)	5.37 (1/186)
5.ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย	< 2%	0.35 (39/1191)	0.47 (27/5684)	0.49 (45/9083)	0.53 (44/8284)	0.43 (50/11569)
6.อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	< 3%	4.26 (56/1315)	2.58 (32/1242)	2.37 (24/1013)	2.06 (13/631)	3.45 (34/985)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

7.อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยการส่งต่อ	100%	NA	NA	NA	94.44	98.83 (507/513)
8.อุบัติการณ์ผู้ป่วย Refer หลัง Admit ภายใน 2 ชั่วโมง	0 %	0	0	0	1	0


ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																														
<p>1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด</p> <table border="1"> <caption>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนเสียชีวิตทั้งหมด</th> <th>จำนวนเสียชีวิตที่ ER</th> <th>จำนวนเสียชีวิตที่ IPD</th> <th>จำนวนเสียชีวิตที่ป้องกันได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>9</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>19</td> <td>8</td> <td>11</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>11</td> <td>9</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนเสียชีวิตทั้งหมด	จำนวนเสียชีวิตที่ ER	จำนวนเสียชีวิตที่ IPD	จำนวนเสียชีวิตที่ป้องกันได้	2562	9	3	6	1	2563	8	5	3	0	2564	9	2	7	0	2565	19	8	11	4	2566	11	9	4	1	<p>จากกราฟ ใน 2562-2566 ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 56 ราย ER 25 ราย, IPD 31 ราย ป้องกันได้ 5 รายพบในโรค ดังนี้ Unstable angina , STEMI Abdominal pain with Septic shock with Covid-19 ,Congestive heart failure , Pneumonia with secretion obstruction และ Fatigue with Post Covid-19</p> <p>1)การประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดสมรรถนะในการซักประวัติและประเมินผู้ป่วย เกณฑ์การตรวจวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่ตรงกัน ได้ดำเนินการ</p> <p>1.1 จัดทำแบบประเมิน Check list ACS</p> <p>1.2 แนวทางขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และบันทึกเวชระเบียนตามแนวทางและกำหนดให้มีการดูประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง 3 เดือนพร้อม med reconcile เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>1.3 เกณฑ์การตรวจวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ</p> <p>1.4 PCT Round ทุก 6 เดือน เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด</p>
ปี	จำนวนเสียชีวิตทั้งหมด	จำนวนเสียชีวิตที่ ER	จำนวนเสียชีวิตที่ IPD	จำนวนเสียชีวิตที่ป้องกันได้																											
2562	9	3	6	1																											
2563	8	5	3	0																											
2564	9	2	7	0																											
2565	19	8	11	4																											
2566	11	9	4	1																											

	<p>2)การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรค Pneumonia with secretion obstruction พบว่า แพทย์มีแผนการรักษาให้ On NG for feed BD แต่ไม่สามารถใส่ NG ได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้าน/ไม่ยินยอม แต่ไม่ได้รายงานแพทย์ ได้ดำเนินการ</p> <p>2.1 ทบทวนเกณฑ์การรายงานแพทย์</p> <p>2.2 พิจารณาการใช้ยากลุ่ม sedative drug ก่อนการทำหัตถการที่สำคัญ</p> <p>2.3 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ</p> <p>2.4 นิเทศกำกับการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ผลลัพธ์ในปี 2566 มีผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.11 ราย ที่ป้องกันได้ 1 ราย ด้วย NSTEMI พบปัญหาเรื่อง</p> <p>1.การประเมินผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วย ACS ไม่ครอบคลุม เกณฑ์การตรวจวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง ทำให้เกิดการแก้ไขอาการของผู้ป่วยที่ล่าช้า ดำเนินการโดย ทบทวนแนวทางการประเมินกลุ่มผู้ป่วย ACS</p> <p>2.การเคลื่อนย้าย กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อเอกซเรย์ กำหนดแนวทางการใช้ Portable ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p>
--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

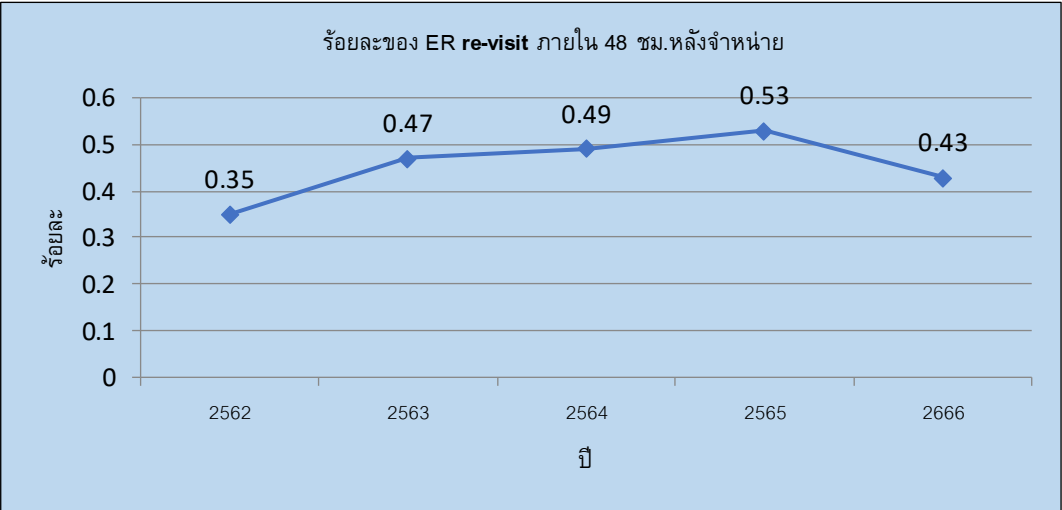
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>2. อัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) < 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ</p>  <table border="1" data-bbox="168 391 1243 981"> <caption>อัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>5.63</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5.88</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>5.34</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>5.84</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>5.37</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)	2562	5.63	2563	5.88	2564	5.34	2565	5.84	2566	5.37	<p>จากกราฟอัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) ปี 2562-2566 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของทางโรงพยาบาลที่วางไว้ คิดอัตราเฉลี่ยทารกตายปริกำเนิด ปีละ 1 ราย ทั้งนี้จากการทบทวน Case พบว่าสาเหตุจาก 1. จากพยาธิสภาพของทารก(Rh incompatibility) ,ทารกคลอดก่อนกำหนด ท่ำก้นน้ำหนัก น้อยกว่า 800 g, DFIU และจากมารดามีภาวะFetal distressร่วมกับ thick meconium ทำให้ Delay Refer ร่วมกับสถานกานณ์ Covid ทารกคลอด Sever birth asphyxia Refer ไป Dead ที่รพ. ปัตตานี จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1.)พัฒนาระบบบริการที่งาน ANC เน้นการคัดกรองภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และการเข้าถึงยา ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกราย 2.) ให้ความรู้ Health literacy การ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และ ป้องกัน DFIU ในงาน ANC 3.) พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้มีสมรรถนะ ในงาน ANC High risk และปฏิบัติงานร่วมกับ ANC 4.)ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาล เข้าอบรมวิชาการสูติ และอบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR 5.) ส่งพยาบาลห้องคลอดเข้าฝึก ประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลการคลอดฉุกเฉินและการ ช่วยเหลือเด็กวิกฤตในห้องคลอดที่รพ.ปัตตานี .6.) ฝึก/ Role play สถาน กานณ์ เพื่อฝึกสมรรถนะ NCPR Term 7.) มีระบบการประสานงาน Consult สูติแพทย์ 1 st Staff ,2 nd Staff กรณีสูติแพทย์ ในปี 2566 พบอัตราทารกตายปริกำเนิด 1 รายจากภาวะพิการด้านหัวใจ แต่กำเนิด</p>
ปี	อัตราทารกตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)												
2562	5.63												
2563	5.88												
2564	5.34												
2565	5.84												
2566	5.37												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

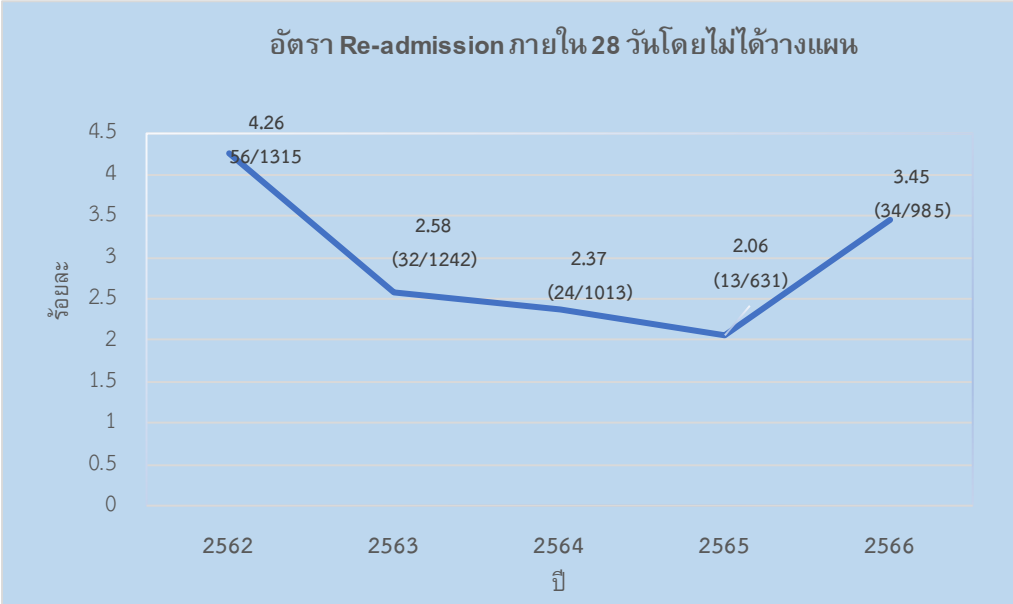
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>3.อัตราส่วนการตายของมารดา < 15: 100,000 ประชากร</p>  <table border="1" data-bbox="168 403 1249 991"> <caption>อัตรามารดาเสียชีวิต</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตรามารดาเสียชีวิต (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>534.75</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตรามารดาเสียชีวิต (ร้อยละ)	2562	0	2563	0	2564	534.75	2565	0	2566	0	<p>โรงพยาบาลแม่ลานพบอัตราส่วนการตายของมารดา ในปี 2564 จาก Case Eclampsia ในผู้ป่วย PIH ในช่วง สถานการณ์Covidเป็น Case ที่มีโรคประจำตัวเป็นEpilepsyเดิม และ ตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ถูกนำส่งด้วยกัญญามีอาการชักนานมากกว่า 4 ชม. จากการทบทวน พบว่า 1.ผู้รับบริการเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า จากการทบทวนพบว่าเป็น ผู้รับบริการไม่ Early ANC และไม่ต่อเนื่องในการมา ANC ไม่มาตามนัด 2.ระบบการดูแลของคลินิก ANC High risk ยังไม่ครอบคลุมในด้านการดูแลที่ต่อเนื่อง จึงต้องมีการพัฒนาดังนี้ 1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของกลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก โดยมีการประชาสัมพันธ์ ในคลินิก และติดสติ๊กเกอร์ 1669 ที่สมุดประจำตัวฝากครรภ์ 2. พัฒนาระบบคลินิก ANC high risk เรื่องสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ ANC ระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ติดตามขาดนัด การส่งข้อมูลประสานที่มรพ.สต.เครือข่ายในการติดตามเยี่ยมผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง 3.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอนามัยแม่และเด็กในเครือข่ายอบรมวิชาการการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้นปีละ 1 ครั้งร่วมกับจังหวัด ผลการดำเนินการพบว่า ปี2565 -2566 ไม่พบอัตรามารดาเสียชีวิต</p>
ปี	อัตรามารดาเสียชีวิต (ร้อยละ)												
2562	0												
2563	0												
2564	534.75												
2565	0												
2566	0												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>4.อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (Neonatal mortality rate) < 8 :1,000 การเกิดมีชีพ</p> <table border="1"> <caption>อัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>17.54</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5.84</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>5.84</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>5.37</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)	2562	17.54	2563	5.84	2564	0	2565	5.84	2566	5.37	<p>จากกราฟอัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ปี 25662 ไม่ผ่านเกณฑ์ จากการทบทวน สาเหตุจาก 1.) จากพยาธิสภาพของทารก ทารกจำนวน 3 รายเสียชีวิตจากสาเหตุแรกเกิดมีภาวะพิการด้านหัวใจ แต่กำเนิด 2 ราย เสียชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้านขณะกำลังรักษาที่รพ. และเกิดจากทารกคลอดคลอดจากแม่ Rh negative (Rh incompatibility) 2.) จากมารดามีภาวะFetal distressร่วมกับ thick meconium ทำให้ Delay Refer ร่วมกับสถานการณ์ Covid ทารกคลอด Sever birth asphyxia Refer ไป Dead ที่รพ. จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1.) พัฒนาระบบบริการที่งาน ANC เน้นการคัดกรองภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกราย 2.) ให้ความรู้ Health literacy การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และ ป้องกัน DFIU ในงาน ANC 3.) พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้มีสมรรถนะในงาน ANC High risk และปฏิบัติงานร่วมกับ ANC 4.)ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาล เข้าอบรมวิชาการสูติ และอบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR 5.) ส่งพยาบาลห้องคลอดเข้าฝึกประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลการคลอดฉุกเฉินและการช่วยเหลือเด็กวิกฤตในห้องคลอดที่รพ.ปัตตานี .6.) ฝึก/ Role play สถานการณ์ เพื่อฝึกสมรรถนะ NCPR Term 7.) มีระบบการประสานงาน Consult สูติแพทย์ 1 st Staff ,2 nd Staff กรณีสูติแพทย์ ในปี 2566 พบอัตราทารกตายปริกำเนิด 1 รายจากภาวะพิการด้านหัวใจแต่กำเนิด</p>
ปี	อัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)												
2562	17.54												
2563	5.84												
2564	0												
2565	5.84												
2566	5.37												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>5.ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย</p>  <table border="1" data-bbox="168 475 1227 986"> <caption>ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.35</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0.47</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.49</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>2666</td> <td>0.43</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	0.35	2563	0.47	2564	0.49	2565	0.53	2666	0.43	<p>จากกราฟร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ เช่น COPD , Asthma , Bronchitis รวมทั้งกลุ่มที่มีอาการปวดรบกวนสาเหตุส่วนใหญ่ที่กลับมา รับการรักษาซ้ำคืออาการไม่ทุเลา และยังมีคามวิตกกังวลในอาการที่เป็น เนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวพร้อมทั้งให้สุขศึกษา เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติม แผนพัฒนา ผู้ป่วยที่มาตรวจนอกเวลากลางจะมีการนัดพบ แพทย์ในเวลาราชการ และผู้ป่วยที่อาการเหนื่อยหอบมีการนัดพ่นยา 3 วันและพบแพทย์ประเมินอาการซ้ำวันถัดไป รวมถึงแนวทางการจัดการ ความปวด และเกณฑ์การประเมินและวินิจฉัย Appendicitis</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	0.35												
2563	0.47												
2564	0.49												
2565	0.53												
2666	0.43												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>6. อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน</p>  <table border="1" data-bbox="210 399 1220 1005"> <caption>อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตรา (%)</th> <th>จำนวนผู้ป่วย (n/N)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>4.26</td> <td>56/1315</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>2.58</td> <td>32/1242</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>2.37</td> <td>24/1013</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2.06</td> <td>13/631</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>3.45</td> <td>34/985</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตรา (%)	จำนวนผู้ป่วย (n/N)	2562	4.26	56/1315	2563	2.58	32/1242	2564	2.37	24/1013	2565	2.06	13/631	2566	3.45	34/985	<p>ในปี 2563-2565 พบผู้ป่วย Re admission ในโรค COPD และ CHF สาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแลหลัก จึงได้ดำเนินการกำหนดผู้ดูแลหลัก ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล มีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อัตราการ Re admit มีแนวโน้มลดลง ในปี 2566 อัตรา Re-admission มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยที่ Re-admission ในโรค COPD ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีฝุ่นละออง เฝ้าชยะและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีแผนพัฒนาในการประสาน Case Manager COPD ร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหา วางแผนการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ (Grand round) และมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม HHC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน</p>
ปี	อัตรา (%)	จำนวนผู้ป่วย (n/N)																	
2562	4.26	56/1315																	
2563	2.58	32/1242																	
2564	2.37	24/1013																	
2565	2.06	13/631																	
2566	3.45	34/985																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

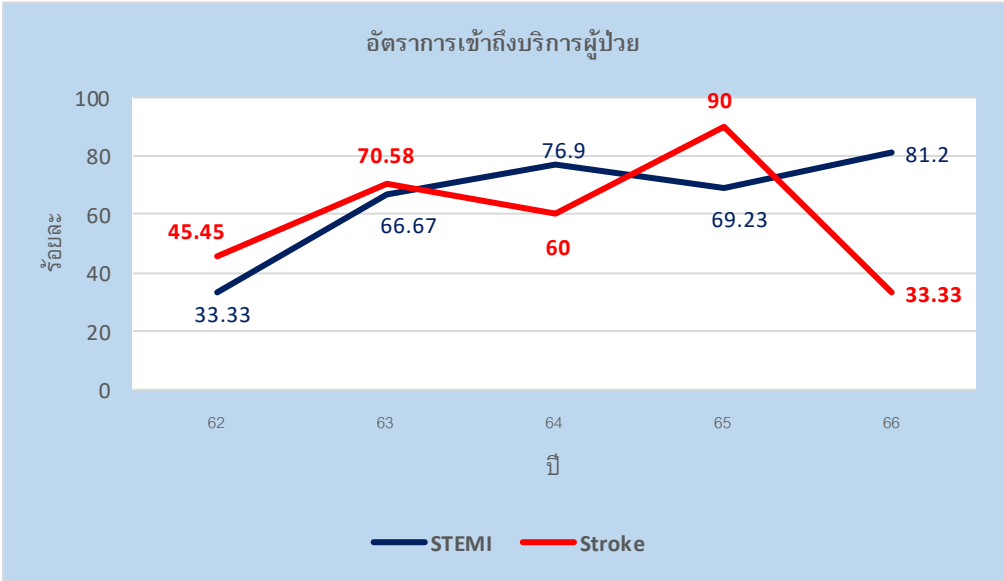
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>7.อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยการส่งต่อ</p>  <table border="1" data-bbox="199 418 1218 987"> <caption>อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยการส่งต่อ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>94.44</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>98.83</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	94.44	2566	98.83	<p>อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยในช่วงปี 62-64 มีปัญหาการตามข้อมูลส่งต่อจากแม่ข่าย ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลการตอบกลับ ปี 65 จึงได้พัฒนาระบบการติดตามโดยการทำหนังสือขอข้อมูลผลการตอบกลับในผู้ป่วยส่งต่อ พบ Dx. Abdominal pain ผลตอบรับ refer พบว่า วินิจฉัย Appendicitis 7 ราย ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน Appendic Rupture 1 ราย และเกิดภาวะ peritonitis 2 ราย จึงได้ทบทวนการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยปวดท้อง Lower Right Qualant โดยใช้แบบประเมิน Alvolado score ทุกครั้ง,standing order ตรวจ Lab เพื่อวินิจฉัยและระบบนัดเพื่อติดตามการวินิจฉัยผู้ป่วยให้ชัดเจน ในปี 66 กำหนดมาตรการติดตามข้อมูลโดยมอบหมายให้หน่วยงานติดตามข้อมูลเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ความถูกต้องในการวินิจฉัยการส่งต่อเป็น 80.45% จากการวินิจฉัย กลุ่มโรค stroke เป็น Facial nerve, Mluscle strain, Fatigue,Vertigo จึงได้วางแผนทบทวนการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วย Stroke เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการวินิจฉัย</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	94.44												
2566	98.83												

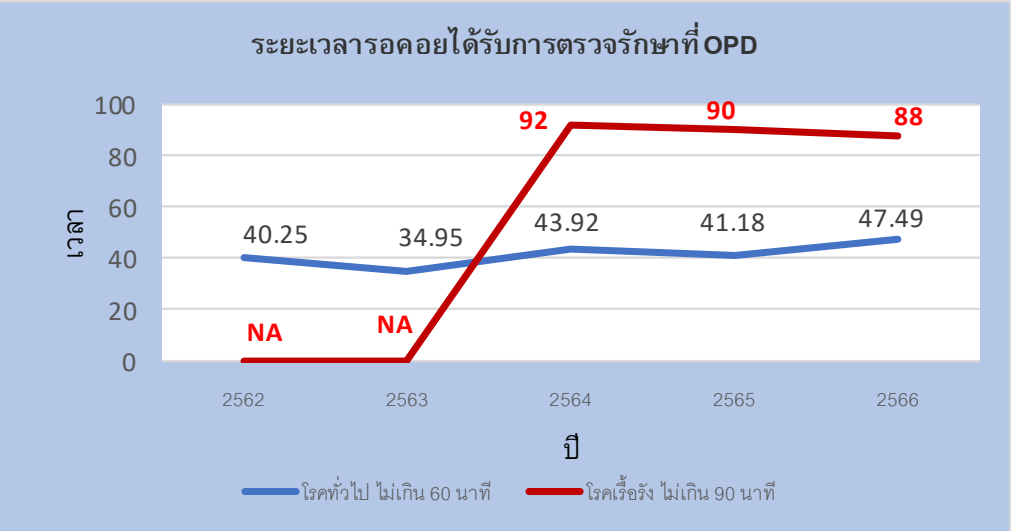
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>8.อุบัติการณ์ผู้ป่วย Refer หลัง Admit ภายใน 2 ชั่วโมง</p> <p>อุบัติการณ์ผู้ป่วย refer หลัง admit ภายใน 2 ชม.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนอุบัติการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนอุบัติการณ์	2562	0	2563	0	2564	0	2565	1	2566	0	<p>อุบัติการณ์ผู้ป่วย refer หลัง admit ภายใน 2 ชม.ในปี 62-64 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด พบในปี 65 1 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กมาด้วยอาการไข้ชัก และเมื่อเข้าไป IPD มีอาการทรุดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าถึง IPD จึงต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย สาเหตุเกิดจาก อาการยังไม่คงที่ และการสื่อสารส่งข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ดังนั้น จึงได้มีแนวทางเกณฑ์การadmit ผู้ป่วย และการส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง ในปี 66 ยังไม่พบอุบัติการณ์</p>
ปี	จำนวนอุบัติการณ์												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	1												
2566	0												

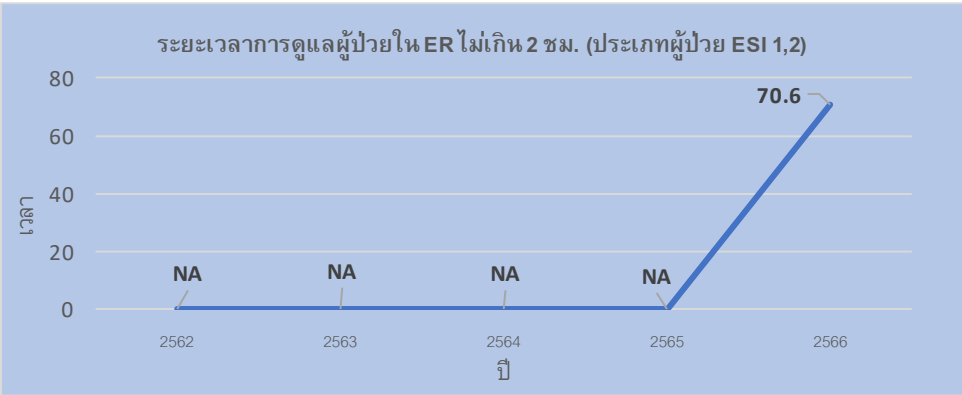
84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
9.การเข้าถึงบริการ						
9.1 อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที	100%	33.33 (1/3)	66.67 (4/6)	76.9 (9/12)	69.23 (4/6)	81.20
9.2 อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที	100%	45.45 (10/22)	70.58 (12/17)	60 (9/15)	90 (9/10)	33.33
10.ระยะเวลารอดคอย	60 นาที	40.25	34.95	43.92	41.18	47.49
10.1ระยะเวลารอดคอยกลุ่มโรคหัวใจไปได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD						
10.2.ระยะเวลารอดคอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD	90 นาที	NA	NA	92	90	88
11.ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยใน ER ไม่เกิน 2 ชม. (ประเภทผู้ป่วย ESI 1,2)	>80%	NA	NA	NA	NA	70.60 (257/364)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>9.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI , Stroke</p>  <table border="1" data-bbox="168 419 1169 1002"> <caption>อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>STEMI (%)</th> <th>Stroke (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>62</td> <td>33.33</td> <td>45.45</td> </tr> <tr> <td>63</td> <td>66.67</td> <td>70.58</td> </tr> <tr> <td>64</td> <td>76.9</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>69.23</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>81.2</td> <td>33.33</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	STEMI (%)	Stroke (%)	62	33.33	45.45	63	66.67	70.58	64	76.9	60	65	69.23	90	66	81.2	33.33	<p>ผู้ป่วย STEMI และ Stroke เข้าถึงล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้โรค การตัดสินใจของญาติ เลือกรักษากับหมอบ้านก่อนมาโรงพยาบาล ได้ ออกแบบกระบวนการพัฒนาเพื่อให้การเข้าถึงระบบบริการในโรคสำคัญดังนี้ พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์ระบบบริการ 1669 การให้ความรู้ประชาชน / อสม/แกนนำชุมชน เกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจโดยเฉพาะกลุ่ม Smoking/ CVD risk > 30 % การคัดกรอง EKG ในกลุ่ม CVD risk > 30 % พร้อมให้ความรู้ในเรื่อง STEMI alert การติดสติ๊กเกอร์ STEMI alert ในกลุ่มผู้ป่วย NCD การผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอ การปิดหมุดหยุด arrest ในกลุ่ม CVD risk > 30% และผู้ป่วย ACS เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินการอัตราการเข้าถึงของ STEMI เข้าถึงมากขึ้น ยังไม่ครอบคลุมในโรคของ Stroke ดำเนินการวางแผนร่วมกับภาคชุมชนในการพัฒนาการเข้าถึง การให้ความรู้ในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	STEMI (%)	Stroke (%)																	
62	33.33	45.45																	
63	66.67	70.58																	
64	76.9	60																	
65	69.23	90																	
66	81.2	33.33																	

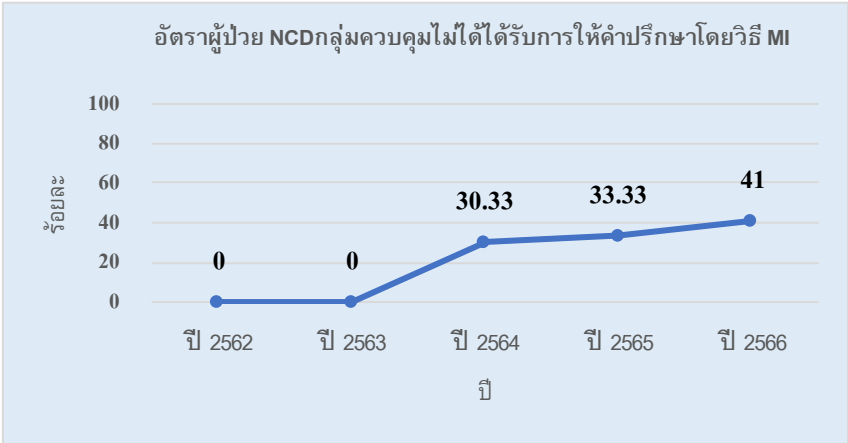
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>10.ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD</p>  <table border="1" data-bbox="174 422 1182 954"> <caption>ระยะเวลารอคอยที่ได้รับการตรวจรักษาที่ OPD</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>โรคทั่วไป ไม่เกิน 60 นาที</th> <th>โรคเรื้อรัง ไม่เกิน 90 นาที</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>40.25</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>34.95</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>43.92</td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>41.18</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>47.49</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	โรคทั่วไป ไม่เกิน 60 นาที	โรคเรื้อรัง ไม่เกิน 90 นาที	2562	40.25	NA	2563	34.95	NA	2564	43.92	92	2565	41.18	90	2566	47.49	88	<p>จากการดำเนินงานเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโรคทั่วไปกับโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากเนื่องจากแพทย์ออกตรวจซ้ำ จากอัตรากำลังของแพทย์ไม่เพียงพอ ในบางช่วงเนื่องจาก ลาป่วย ลาพักผ่อน ลาคลอด ประชุมด่วน และผู้ป่วยมีจำนวนมากในวันคลินิก ทำให้ผู้ป่วยรอนาน จึงมาปรับระบบบริการของดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดเวลาในการออกตรวจของแพทย์ หากทราบอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีระบบการหมุนเวียนแพทย์ที่มีอยู่ ให้มีการตรวจตามเวลาที่กำหนด จำกัดจำนวนนัดในวันคลินิกโรคความดันและเบาหวาน นัดผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อกระจายผู้ป่วยในการรับบริการในแต่ละช่วงเวลา เพิ่ม PCC 2 หน่วยบริการ ที่คลองทรายและป่าไร่ เพื่อลดความแออัดในคลินิก <p>แผนพัฒนาต่อ ประกันระยะเวลารอคอยในการรับบริการในแต่ละจุดบริการ และลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน</p>
ปี	โรคทั่วไป ไม่เกิน 60 นาที	โรคเรื้อรัง ไม่เกิน 90 นาที																	
2562	40.25	NA																	
2563	34.95	NA																	
2564	43.92	92																	
2565	41.18	90																	
2566	47.49	88																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>11.ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง(ประเภทผู้ป่วย ESI 1,2)</p>  <table border="1" data-bbox="203 395 1162 791"> <caption>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยใน ER ไม่เกิน 2 ชม. (ประเภทผู้ป่วย ESI 1,2)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70.6</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	NA	2566	70.6	<p>จากข้อมูลระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยใน ER ไม่เกิน 2 ชม.ในประเภทผู้ป่วย ESI 1-2 มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากการดำเนินงานในเรื่องการคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ การประเมินที่รวดเร็ว มีแพทย์ประจำหน่วยงาน 24 ชั่วโมง การประเมินซ้ำตามประเภทความเร่งด่วนของโรค มีการวางแผนต่อเนื่อง เกณฑ์การส่งต่อในรายโรคสำคัญ ระบบการส่งต่อในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง ในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน</p>
ปี	ค่า												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	NA												
2566	70.6												

85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]																								
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566																		
12.การขาดนัด																								
12.1 อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค HT	< 10%	2.67	4.01	20.01	16.12	13.90																		
12.2 อัตราการขาดนัดผู้ป่วย DM	< 10%	0.08	0.05	7.72	11.73	10.34																		
13.อัตราผู้ป่วย NCDกลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI	60%	NA	NA	30.33	33.33	41																		
14.อัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม	>20%	5.88 (1/17)	5.26 (1/19)	0 (0/20)	0 (0/14)	26.09 (6/23)																		
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																							
12.อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค HT , DM	<p>อัตราการขาดนัด ในผู้ป่วย HT DM สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด พบว่าการขาดนัดแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ 1).ขาดนัดรับยาเกิน 1 ปี (หายไปจากระบบ มากกว่า 1 ปี) สาเหตุหลักคือ รู้สึกว่าตนเองสบายดีไม่มีอาการผิดปกติใดๆ กินยาไป อาการก็เหมือนเดิมจึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินยา ใช้สมุนไพรรักษา ในกลุ่มนี้ทางทีมมีแผนการส่งข้อมูลผู้ป่วยเหล่านี้ ไปยังทีม HHC และทีมให้คำปรึกษาเพื่อติดตามผู้ป่วย พร้อมทั้งวิเคราะห์ ถึงสาเหตุและให้ความรู้ตามปัญหาต่อไป 2). กลุ่มที่ยังกินยา แต่ขาดนัด</p> <p>2.1) ผู้ป่วยลืมวันนัดหมาย จะมีระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดและติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ line notify (มี smart phone)</p>																							
<table border="1"> <caption>อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค HT , DM</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ขาดนัด HT (%)</th> <th>ขาดนัด DM (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>2.67</td> <td>0.08</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>4.01</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>20.01</td> <td>7.72</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>16.12</td> <td>11.73</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>13.9</td> <td>10.34</td> </tr> </tbody> </table>							ปี	ขาดนัด HT (%)	ขาดนัด DM (%)	ปี 2562	2.67	0.08	ปี 2563	4.01	0.05	ปี 2564	20.01	7.72	ปี 2565	16.12	11.73	ปี 2566	13.9	10.34
ปี	ขาดนัด HT (%)	ขาดนัด DM (%)																						
ปี 2562	2.67	0.08																						
ปี 2563	4.01	0.05																						
ปี 2564	20.01	7.72																						
ปี 2565	16.12	11.73																						
ปี 2566	13.9	10.34																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

	<p>2.2)ไม่มีรถมารพ./ไม่มีผู้ดูแล /ติดบ้าน ติดเตียงกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมี care giver ทุกรายหรือใช้ระบบ new normal ในผู้ป่วยที่ไม่มี care giver</p> <p>2.3)รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ /หยุดยาเอง/หยุดยาเมื่อรับประทานอาหารแสดงส่งพบเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และผลเสียของการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง</p> <p>2.4)สถานการณ์โรคระบาด Covid ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด และใช้ระบบ new normal ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย</p>												
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p>												
<p>13.อัตราผู้ป่วย NCD กลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI</p>  <table border="1"> <caption>อัตราผู้ป่วย NCDกลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>30.33</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>33.33</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>41</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	ปี 2562	0	ปี 2563	0	ปี 2564	30.33	ปี 2565	33.33	ปี 2566	41	<p>อัตราผู้ป่วย NCD กลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จากการวิเคราะห์ พบอัตรากำลังบุคลากรที่จะให้ความรู้ไม่เพียงพอ (มี CM 1 ท่าน) ร่วมกับไม่มีสถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม จึงได้มีการเพิ่ม CM เป็น 3 ท่าน และจัดเตรียมห้องให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรายกรณีและทำกิจกรรมกลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยขาดนัดนานๆ CMส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีม HHC และทีมให้คำปรึกษาเพื่อติดตามผู้ป่วยพร้อมวิเคราะห์สาเหตุการขาดนัด ส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มการดูแลแบบผู้ป่วย uncontrol โดยมีทีมสหวิชาชีพพร้อมให้ความรู้ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป</p>
ปี	ร้อยละ												
ปี 2562	0												
ปี 2563	0												
ปี 2564	30.33												
ปี 2565	33.33												
ปี 2566	41												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>14.อัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม</p> <table border="1"> <caption>อัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>5.88</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5.26</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>26.09</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	5.88	2563	5.26	2564	0	2565	0	2566	26.09	<p>จากกราฟแสดงอัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนกลุ่มเป็นติดบ้าน/ติดสังคมในปี2562-2565 พบว่าการเปลี่ยนกลุ่มของผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่อายุมากและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล ปี2566เปลี่ยนกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 26.09 (6/23) เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงทุกรายได้มีการเข้ารับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะยาว(Long Term Care) โดยผู้ป่วยทุกรายต้องผ่านการประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL)และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ (TAI) โดยมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแล (Care manager) ทุกพร.สต. และมีอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีการนัดทำกายภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	5.88												
2563	5.26												
2564	0												
2565	0												
2566	26.09												

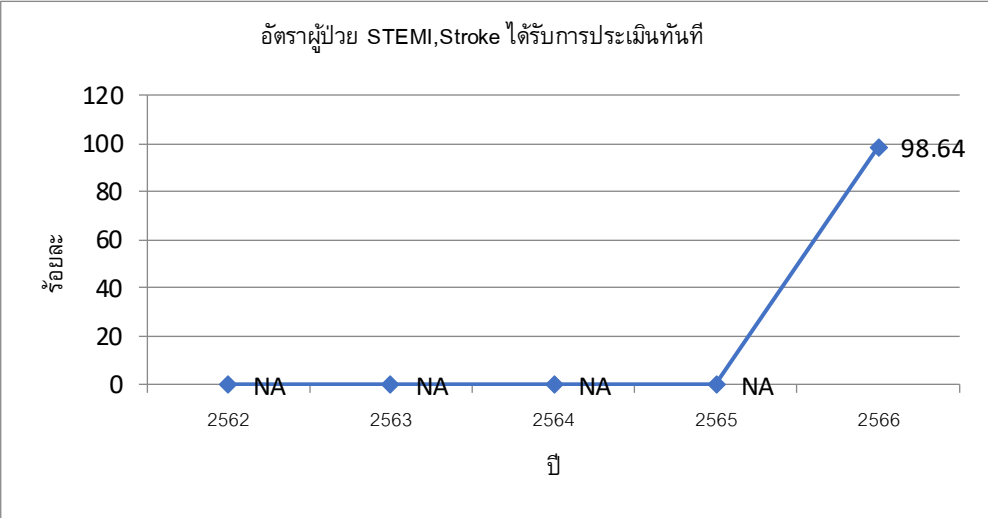
86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	2566
15.อัตราผู้ป่วยเสี่ยง STEMI,Stroke ได้รับการประเมินทันที	100%	NA	NA	NA	NA	98.64% (73/74)
16.อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI	ร้อยละ 0	0 (0/3)	33.33 (2/5)	0 (0/12)	0 (0/6)	15.38 (2/13)
17.อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke	ร้อยละ 3	0	0	0	0	1.64 (1/61)
18. ผู้ป่วย HT 18.1 อัตราผู้ป่วยโรค HT ควบคุมโรคได้	≥ 60%	37.84	40.38	60.16	56.19	60.32
18.2 อัตราการเกิดการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค HT	< 10 %	10.52 (158/1501)	10.43 (159/1524)	12.95 (107/826)	14.11 (121/857)	11.24
19.ผู้ป่วย DM 19.1อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมระดับ HbA1cได้	≥40%	11.33	21.77	17.62 (92/522)	24.36 (134/550)	17.99
19.2.อัตราการเกิดการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค DM	< 10 %	12.44 (56/450)	8.82 (43/487)	11.39 (45/395)	13.19 (57/432)	10.4
20.อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชั่วโมง	100%	68.57% (24/35)	61.90% (13/21)	70.83% (17/24)	86.36% (19/22)	90.00% (27/30)
21.อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH (pt PIH Dx ที่ OPD, ER, LR)	0	0 (0/16)	0 (0/37)	3.12 (1/32)	0 (0/21)	0 (0/44)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

22.อัตราผู้ป่วย Schizophrenia มีอาการกำเริบ	<5%	16.66% (11/66)	8.45% (6/71)	15.38% (12/78)	8.15% (67/78)	5.55% (5/90)
23.อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็ก 0-5 ปี	< 10%	13.13 (73/556)	10.75 (46/428)	13.44 (50/372)	15.76 (49/311)	13.64 (48/352)
24.อัตราการเกิด respiratory failure pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี	0%	1.09 (3/274)	1.17 (2/171)	0 (0/127)	2.74 (2/73)	2.04 (2/98)
25.อัตราป่วยด้วยโรคระบาด 25.1อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ลดลงร้อยละ 25 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	141.66	133.89	6.94	13.68	96.20
25.2.อัตราป่วยด้วยโรค pneumonia ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	7.05	13.88	13.6	164.15
25.3.อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	1852.38	1212.34	673.42	854.93	941.19
25.4 อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	169.2	34.7	95.2	34.20

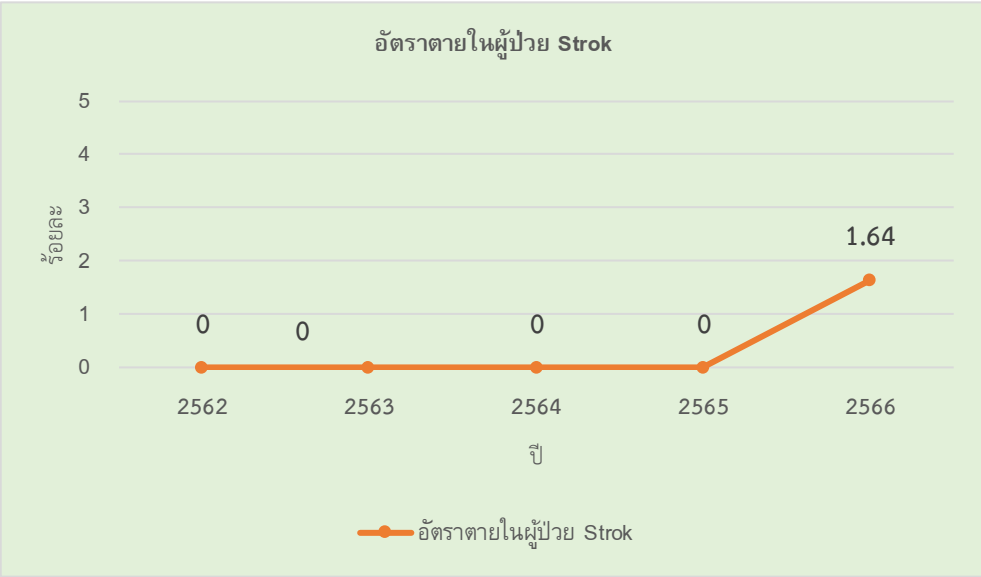
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>15.อัตราผู้ป่วยเสี่ยง STEMI , Stroke ได้รับการประเมินทันที</p>  <table border="1" data-bbox="168 435 1153 954"> <caption>อัตราผู้ป่วย STEMI, Stroke ได้รับการประเมินทันที</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>98.64</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	NA	2566	98.64	<p>จากกราฟอัตราผู้ป่วยเสี่ยง STEMI,Stroke ได้รับการประเมินทันที 98% สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินทันที มี 1 ราย มาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ประวัติ DM ไม่ได้ทำ EKG ทันทีหลังจากรักษา Dyspepsia โดยการฉีดยาผ่านไป 1ชม.30 นาทีอาการไม่ดีขึ้นจึงได้ทำ EKG พบเป็น STEMI ได้ SK และส่งต่อ รพ.ปัตตานี และได้รับการทำ PCI จำนวน 2 เส้นที่รพ.กรุงเทพหาดใหญ่ได้ ดำเนินการแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินACS ให้ง่ายต่อการใช้งาน 2.จัดทำ KM การประเมินผู้ป่วยรายโรคในกลุ่มการพยาบาล 3.มีการนิเทศและควบคุมกำกับโดยหัวหน้างาน 4.PCT Round เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด 5.พยาบาลวิชาชีพ/เวชกิจเป็นผู้ triage ตลอด 24 ชม. <p>ผลลัพธ์ไม่พบการประเมินล่าช้า</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	NA												
2566	98.64												

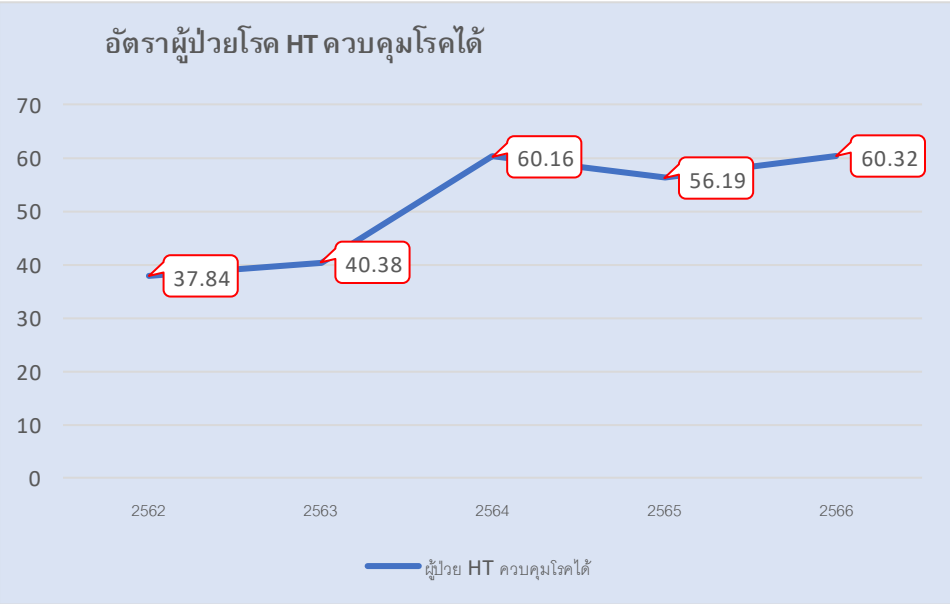
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>16.อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI</p> <table border="1"> <caption>อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการตาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>33.33</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>15.38</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการตาย (%)	2562	0	2563	33.33	2564	0	2565	0	2566	15.38	<p>อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI พบในปี 2563 แนวโน้มสูงมีการเสียชีวิต 2 รายจาก Case STEMI 5 ราย จากปัญหาที่มีการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจาก ผู้รับบริการเข้าถึงบริการล่าช้า,ผู้ป่วยและญาติมีการตัดสินใจในการให้ SK ล่าช้า ทำให้มีการรักษาที่ล่าช้าตามมาจึงมีการดำเนินการเรื่องการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การถึงระบบบริการด้วย 1669,ระบบ FR ในพื้นที่ ,มีการให้ความรู้ เรื่องโรคสำคัญ โรคกลุ่ม Fast track กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคลินิก NCD (STEMI alert) จัดทำ visual management MI ,มีแนวทางการให้การปรึกษา/ การให้ข้อมูลในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยและญาติโดยแพทย์ จากการดำเนินงาน พบว่าปี 2564-2565 ไม่พบอัตราการตายในผู้ป่วย STEMI แต่ในปี 2566 พบ การเสียชีวิต 2 ราย จากสาเหตุมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต MI ไป x-ray ก่อน การให้ SK ทำให้ผู้ป่วย Arrests และอีกราย Arrests ขณะเคลื่อนย้ายเข้าห้อง ฉกฉวยรพ.ปัตตานี จึงมีการปรับแนวทางคือ กำหนดแนวทางการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต MI เพิ่มช่องทางการ X-ray ด้วย portable x-y ในกรณี ที่ แพทย์ต้องการวินิจฉัยเพิ่ม ปรับแนวทางการดูแลขณะส่งต่อ MI,เพิ่ม Pre-Arrest MI มีแบบบันทึกการตรวจเช็คอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อหรือเคลื่อนย้าย เพิ่มเติม</p>
ปี	อัตราการตาย (%)												
2562	0												
2563	33.33												
2564	0												
2565	0												
2566	15.38												

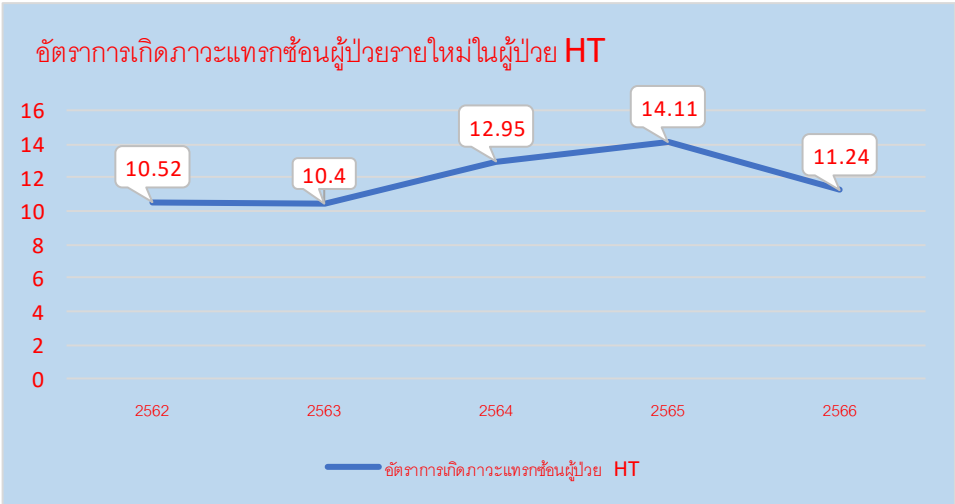
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>17.อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke < ร้อยละ 3</p>  <table border="1" data-bbox="168 434 1146 1013"> <caption>อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1.64</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke (%)	2562	0	2563	0	2564	0	2565	0	2566	1.64	<p>โรงพยาบาลแม่ลานไม่พบอัตราการตายในผู้ป่วย Stroke จากข้อมูลการทบทวน พบปัจจัยความสำเร็จดังนี้ 1. การดูแล Stroke มีระบบ Stroke Alert ในรูปแบบ visual management ชัดเจนในชุมชนเช่นรพ.สต. มัสยิด และอบต. 2. มีการให้ความรู้เรื่องโรคสำคัญ โรคกลุ่ม Fast track กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคลินิก NCD 3. มีแนวทางที่ชัดเจนมาจากจังหวัดโดยการดูแล ผู้ป่วย Stroke มีการแยก Stroke flash track และ Non Flash ในการดูแลผู้ป่วย 4. มีแบบฟอร์มการบันทึกดูแลในรูปแบบเดียวกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติใช้งานได้ง่าย 5. คนไข้ทุกรายเข้าถึงการวินิจฉัยโรคด้วยการ CT Scan 6. มีแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke ในกลุ่มผู้ป่วยใน ตั้งแต่แรกรับจนถึงการฟื้นฟูที่บ้าน 7. มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ 8. มีระบบการส่งต่อข้อมูลลงสู่ชุมชน 9. มีผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยอสม.ในเขตรับผิดชอบ ในปี 66 พบอัตราการตายในผู้ป่วย Stroke 1 ราย จาก recurrent stroke เป็นผู้ป่วยติดเตียงจาก Hemorrhage stroke 5 ปี ญาตินำศพมารพ.เพื่อชันสูตร</p>
ปี	อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke (%)												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	1.64												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>18.1 อัตราผู้ป่วยโรค HT ควบคุมโรคได้ \geq ร้อยละ 60</p>  <table border="1" data-bbox="197 421 1144 1027"> <caption>อัตราผู้ป่วยโรค HT ควบคุมโรคได้</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตรา (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>37.84</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>40.38</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>60.16</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>56.19</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>60.32</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตรา (%)	2562	37.84	2563	40.38	2564	60.16	2565	56.19	2566	60.32	<p>จากกราฟ ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วย HT มีแนวโน้มควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ปรับระบบ HDC การทำ MI ในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrol ให้ครอบคลุม</p> <p>จัดทีมสหวิชาชีพมาให้ความรู้ในคลินิกทุกสัปดาห์</p> <p>จัดทำ SMBP ในกลุ่มพื้นที่ของอสม.แต่ละหมู่บ้าน (ศูนย์ Health station) และมีช่องทางการขอคำปรึกษากับ case manager พัฒนาศักยภาพอสม.และสร้างแกนนำในการติดตามผู้ป่วย มีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior-HB) ตามหลัก 3อ.2ส.</p> <p>วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <p>พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล, ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา</p>
ปี	อัตรา (%)												
2562	37.84												
2563	40.38												
2564	60.16												
2565	56.19												
2566	60.32												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>18.2 อัตราการเกิดการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค HT < ร้อยละ 10</p>  <table border="1" data-bbox="168 363 1120 869"> <caption>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยรายใหม่ในผู้ป่วย HT</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>10.52</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>10.4</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>12.95</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>14.11</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>11.24</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)	2562	10.52	2563	10.4	2564	12.95	2565	14.11	2566	11.24	<p>จากกราฟ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งตั้งแต่ ปี 2564 มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนทางไตที่ชัดเจนและปี 2566 นโยบายคัดกรอง EKG ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ เกิดจากขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ รับประทานสมุนไพร สูดบุหรี่ ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต สูงที่สุด รองลงมา กลุ่ม ACS และ Stroke ในระยะฉุกเฉิน จึงได้ค้นหาปัญหาเชิง ลึกเฉพาะรายและ Motivation Interview ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ทุกราย และปรับพฤติกรรม ให้ความรู้ในชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3 อ.2ส.</p> <p>กลุ่มผู้ป่วย AF ได้รับการประเมิน และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง โรคหัวใจเพิ่มขึ้น</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การจัดการรายบุคคล ให้คำปรึกษาเฉพาะและติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2.สร้างการเรียนรู้ในการตรวจตนเอง โดยตรวจวัดความดันเองและปรับการ รับประทานอาหารให้เหมาะสม 3.พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล,ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา
ปี	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)												
2562	10.52												
2563	10.4												
2564	12.95												
2565	14.11												
2566	11.24												

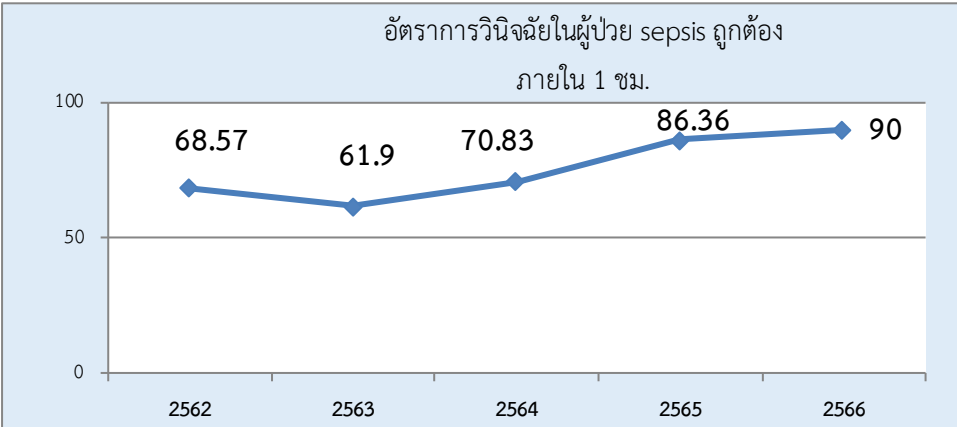
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>19.1 อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมระดับ HbA1c ได้</p> <table border="1"> <caption>อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมระดับ HbA1c ได้</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>DM ควบคุมโรคได้ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>11.33</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>21.77</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>17.62</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>24.36</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>17.99</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	DM ควบคุมโรคได้ (%)	2562	11.33	2563	21.77	2564	17.62	2565	24.36	2566	17.99	<p>จากกราฟ ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ควบคุมโรคได้ไม่คงที่ เนื่องจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความเชื่อในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง และวิถีชุมชน ซึ่งได้ปรับ ให้ Case manager ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลโดยใช้ MI จัดทีมสหวิชาชีพมาให้ความรู้ในคลินิกทุกสัปดาห์ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม จัดทำ SMBG ในกลุ่มพื้นที่ของอสม.แต่ละหมู่บ้าน (ศูนย์ Health station) และมีช่องทางการขอคำปรึกษากับ case manager พัฒนาศักยภาพอสม.และสร้างแกนนำในการติดตามผู้ป่วย มีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior-HB) ตามหลัก 3อ.2ส. มีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย DM uncontrol</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u> พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล,ชมรมออกกำลังกาย,ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา</p>
ปี	DM ควบคุมโรคได้ (%)												
2562	11.33												
2563	21.77												
2564	17.62												
2565	24.36												
2566	17.99												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>19.2.อัตราการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค DM</p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย DM</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>12.44</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>8.82</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>11.39</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>13.19</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>10.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)	2562	12.44	2563	8.82	2564	11.39	2565	13.19	2566	10.4	<p>จากกราฟ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี 2564 มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนทางไตที่ชัดเจนและปี 2566 นโยบายคัดกรอง EKG ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ,CXR ในผู้ป่วย DM uncontrol ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ เกิดจากขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ใช้น้ำสมุนไพร ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงที่สุด รองลงมา กลุ่ม ACS และแทรกซ้อนทางตา จึงได้ค้นหาปัญหาเชิงลึกเฉพาะรายและ Motivation Interview ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ทุกราย</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การจัดการรายบุคคล ให้คำปรึกษาเฉพาะและติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2.สร้างการเรียนรู้ในการตรวจตนเอง โดยตรวจวัดระดับน้ำตาลและปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสม 3.พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล,ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา 4.จัดทำ focus group ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่อในการรับประทานยา รับประทานอาหาร
ปี	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)												
2562	12.44												
2563	8.82												
2564	11.39												
2565	13.19												
2566	10.4												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

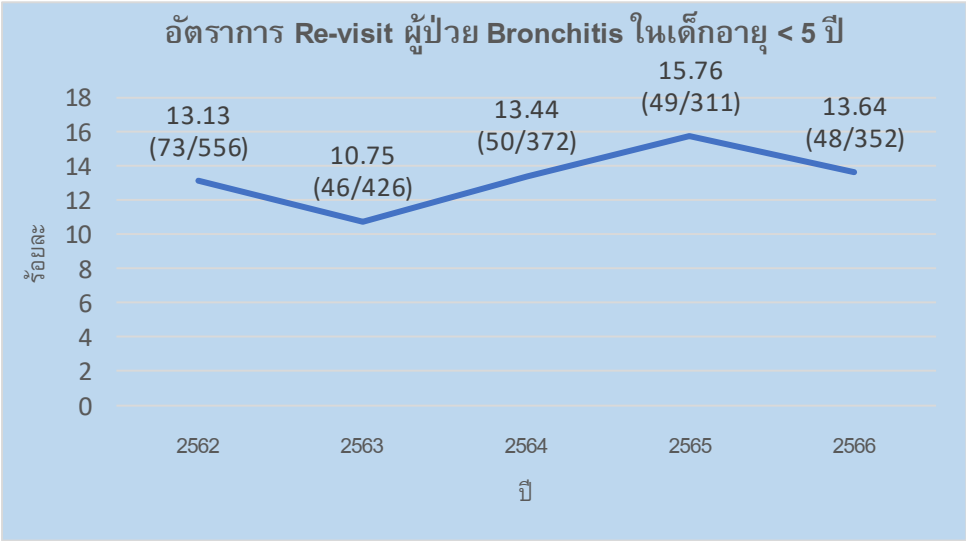
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>20.อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.</p>  <table border="1" data-bbox="206 440 1160 868"> <caption>อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการวินิจฉัย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>68.57</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>61.9</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>70.83</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>86.36</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการวินิจฉัย (%)	2562	68.57	2563	61.9	2564	70.83	2565	86.36	2566	90	<p>จากข้อมูลพบว่า ในปี 2562-2563 อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม. ลดลง จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ admit IPD แล้วมีอาการแสดง sepsis ภายหลัง จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า จึงได้มีการเพิ่มมาตรการ การประเมิน QSOFA (ณ ขณะนั้น เรายังใช้ QSOFA) , SOS score ในทุกเวร หากมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงให้รายงานแพทย์ทันที ทำให้ผลลัพธ์ในปี 2564 ดีขึ้น และในปี 2565 ได้มีการทำ KM ในกลุ่มการพยาบาล เนื่องมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องเครื่องมือในการประเมิน sepsis ปี 2566 ได้มีการพัฒนา CPG มาเป็น CNPG เพื่อให้พยาบาล เข้าใจแนวทางและง่ายต่อการปฏิบัติงาน</p>
ปี	อัตราการวินิจฉัย (%)												
2562	68.57												
2563	61.9												
2564	70.83												
2565	86.36												
2566	90												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

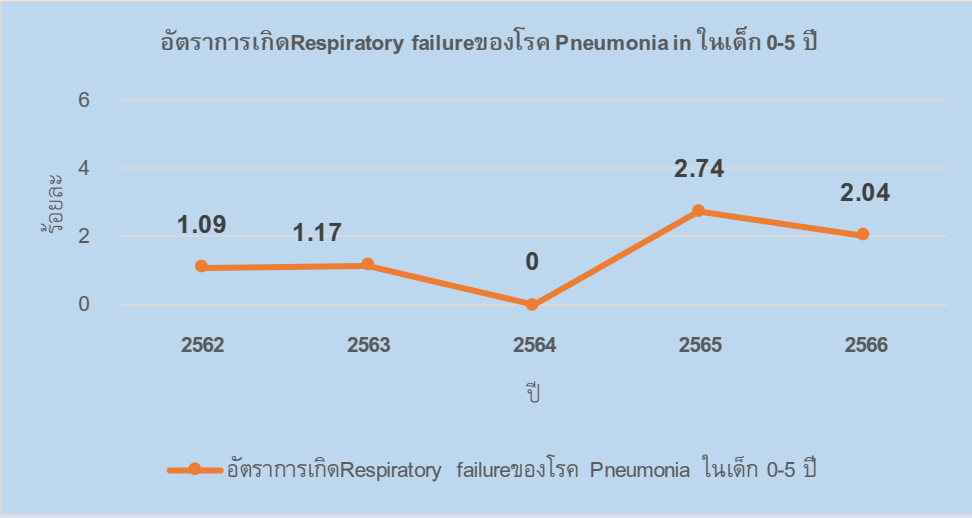
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>21.อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH ร้อยละ 0</p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>3.12</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH (%)	2562	0	2563	0	2564	3.12	2565	0	2566	0	<p>ปี 2562 – 2563 ไม่พบภาวะ Eclampsia ปี2564 พบอุบัติการณ์ Case Dead ด้วย Eclampsia 1 รายเป็นช่วงสถานการณ์Covid Case ที่มีโรคประจำตัวเป็น Epilepsyเดิม และตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เข้าสู่ระบบANC ล่าช้า และANCไม่ต่อเนื่องขาดนัด จากการทบทวนพบระบบการดูแลของคลินิกANC High riskยังไม่ครอบคลุมในด้านเข้าถึงบริการและการดูแลที่ต่อเนื่องจึงพัฒนาดังนี้1.)สร้างเครือข่ายอสม.ประจำบ้านเชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก 2.) พัฒนาprehosในชุมชน 3.)พัฒนาแนวทางประเมินและดูแลPIH ให้ครอบคลุมทั้งระบบ4.)เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการConsultจากรพ.สต.กับรพ.โดยManagerหรือพยาบาลLRทางผ่านระบบโทรศัพท์หรือ Line5.) พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH ในคลินิก ANC HR โดยให้ยาASA ในรายเสี่ยงPIH และจัดทำ NCPG PIH 6.) KM Trainingการตรวจร่างกายและอ่านผลLab เพื่อการวินิจฉัย การบริหารยา MgSo4 และป้องกันการเกิด Magnesium toxicity7.)มีการวางแผนจัดระบบร่วมกันระหว่าง คลินิก ANC HR , MCH Board และ เครือข่ายในการติดตาม Case 8.)กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง โดยงานMCH ร่วมกับชุมชน ในปี 2565-2566 ไม่พบภาวะ Eclampsia</p>
ปี	อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH (%)												
2562	0												
2563	0												
2564	3.12												
2565	0												
2566	0												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

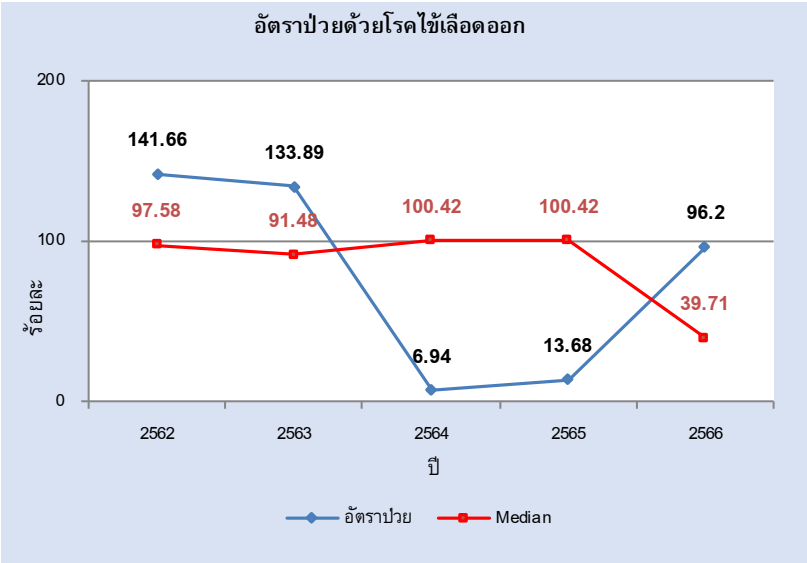
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>22.อัตราผู้ป่วย Schizophrenia มีอาการกำเริบ</p> <table border="1"> <caption>ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ ≤ 5%</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>16.66</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>8.45</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>15.38</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>8.15</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>5.55</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (%)	เป้าหมาย (%)	2562	16.66	5	2563	8.45	5	2564	15.38	5	2565	8.15	5	2566	5.55	5	<p>ปี 2563 ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบลดลง เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีแนวทางการ control ผู้ป่วยในชุมชนโดยฉีดยาต่อเนื่อง และอยู่ในสถานการณ ปี 2564 ผู้ป่วยมีความเครียดหลังสถานการณ ใช้ยาเสพติดมากขึ้น ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงและมีอาการทางจิตกำเริบ จึงได้มีการพัฒนาระบบแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นแนวทางเดียวกันและส่งต่อในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน รพ.จิตเวชปัตตานี มีการวางแผนลงชุมชนเยี่ยมบ้านติดตามและประเมินอาการ หลังจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านสู่ชุมชนโดยทีมเครือข่าย อสม.(Care Giver) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายงานแพทย์/ปรึกษาทีมพี่เลี้ยงจิตแพทย์รพ.จิตเวชปัตตานี ในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลให้ ปี 2565-2566 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบลดลง</p>
ปี	ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (%)	เป้าหมาย (%)																	
2562	16.66	5																	
2563	8.45	5																	
2564	15.38	5																	
2565	8.15	5																	
2566	5.55	5																	

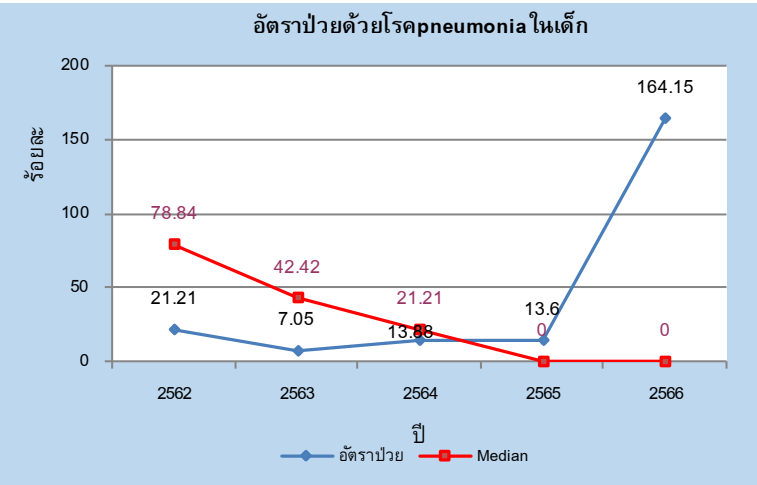
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>23. อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็ก 0-5 ปี</p>  <table border="1" data-bbox="192 437 1155 979"> <caption>อัตราการ Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็กอายุ < 5 ปี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>13.13</td> <td>(73/556)</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>10.75</td> <td>(46/426)</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>13.44</td> <td>(50/372)</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>15.76</td> <td>(49/311)</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>13.64</td> <td>(48/352)</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย	2562	13.13	(73/556)	2563	10.75	(46/426)	2564	13.44	(50/372)	2565	15.76	(49/311)	2566	13.64	(48/352)	<p>จากกราฟในปี 2562-2564 พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กไม่ชัดเจน พยาบาลขาดทักษะในการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วย ทีมได้ดำเนินการ 1)จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็ก 2)จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลในการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กโดยองค์กรแพทย์ ในปี 2565 อัตราการ Re-visit ด้วยโรค Bronchitis ในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหายใจเหนื่อย ทีมได้ดำเนินการ 1)พยาบาลให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวใช้สื่อแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวโรค Bronchitis ในเด็ก 2)มีระบบการนัดได้แก่ นัดพ่นยา นัดติดตามอาการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2566 อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็ก<5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.64 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง มีแผนพัฒนาต่อในการทบทวนเวชระเบียนการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กอายุ<5 ปี</p>
ปี	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย																	
2562	13.13	(73/556)																	
2563	10.75	(46/426)																	
2564	13.44	(50/372)																	
2565	15.76	(49/311)																	
2566	13.64	(48/352)																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

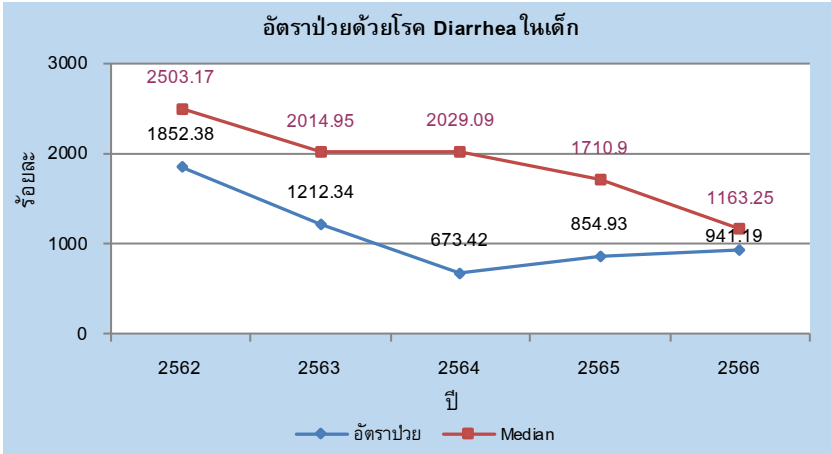
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>24. อัตราการเกิด Respiratory failure จากโรค Pneumonia ในเด็กอายุ 0- 5 ปี</p>  <table border="1" data-bbox="168 435 1137 954"> <caption>อัตราการเกิด Respiratory failure ของโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>1.09</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>1.17</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2.74</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.04</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	1.09	2563	1.17	2564	0	2565	2.74	2566	2.04	<p>ในปี 2562 - 2563 พบอัตราการเกิด Respiratory failure จากโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี จากการทบทวนพบว่า แนวทางที่ใช้ในการดูแลกลุ่ม pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี ยังใช้การดูแลแบบ Bronchitis ยังมีไม่เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี ที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ,ไม่มีแนวทางการ Admit กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก 0-5 ปี และแนวทางการดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในกลุ่มโรคระบาด Pneumonia จึงมีการพัฒนาการดูแล Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปีในทีมนำทางคลินิก กำหนดให้มีแนวทางการวินิจฉัย แนวทางการ Admit เด็ก 0-5 ปีในกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พัฒนาแนวทางการดูแล Pneumonia ในเด็ก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปี 2564 ไม่พบอัตราการเกิด Respiratory failure จากโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี แต่ปี 2565 พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากการทบทวนพบว่า Pneumonia ในเด็ก พบในผู้ป่วยนอกที่แพทย์ให้การรักษาโดยนัดมาพ่นยามากกว่า 3 วัน ไม่มีการประเมินซ้ำ ไม่มีการวางแผนการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ จึงมีการพัฒนาระบบการประเมินซ้ำในผู้ป่วย Bronchitis มีระบบนัดติดตามอาการในกลุ่มผู้ป่วยมีนัดพ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น มีการนิเทศกำกับการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Pneumonia และแนวทางการ Admit กลุ่มโรค pneumonia เพื่อป้องกัน Respiratory failure และในปี 2566 อัตราการเกิด Respiratory failure จากโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปีลดลงเหลือร้อยละ 2.04</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	1.09												
2563	1.17												
2564	0												
2565	2.74												
2566	2.04												

86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	2566
25. อัตราป่วยด้วยโรคระบาด						
25.1 อัตราป่วยด้วยโรคไขเลือดออก	ลดลงร้อยละ 25 จาก ค่ามัธยฐาน 5 ปี	141.66	133.89	6.94	13.68	96.20
25.2 อัตราป่วยด้วยโรค Pneumonia ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	7.05	13.88	13.6	164.15
25.3 อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	1852.38	1212.34	673.42	854.93	941.19
25.4 อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	169.2	34.7	95.2	34.20

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>25.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก</p>  <table border="1" data-bbox="206 419 1010 983"> <caption>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วย</th> <th>Median</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>141.66</td> <td>97.58</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>133.89</td> <td>91.48</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>6.94</td> <td>100.42</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>13.68</td> <td>100.42</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>96.2</td> <td>39.71</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราป่วย	Median	2562	141.66	97.58	2563	133.89	91.48	2564	6.94	100.42	2565	13.68	100.42	2566	96.2	39.71	<p>การระบาดของโรคไข้เลือดออกระบาดแบบสองปีเว้นสองปี อัตราป่วยในปี 2562-2563 พบการระบาดสูงกว่าค่ามัธยฐาน ซึ่งในช่วงปลายปี 2563 มีการดำเนินการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน 22 หมู่บ้าน โรงเรียน การรณรงค์ร่วมกับ อบต.และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และเป็นช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี 2564-2565 การระบาดของโรคจะต่ำกว่าค่ามัธยฐาน เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้การระบาดของโรคลดลง การดำเนินการควบคุมโรคลดลง บวกกับไม่ใช่ฤดูการระบาดของโรค และในปี 2565 ยังมีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในพื้นที่ และการดำเนินการควบคุมโรคลดลง หละหลวม ไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทุกพื้นที่จนมาถึงปี 2566 จึงเกิดการระบาดสูงขึ้น และมีการกำหนดมาตรการการป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก “เคาะประตู..ดูยุงลาย (Dengue Volunteer)” โดยการลงสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และเฝ้าระวังการเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในชุมชนเดียวกัน เพื่อควบคุมและลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก และในปีถัดไปต้องดำเนินการควบคุมโรคในหมู่บ้านอย่างเข้มข้น ครอบคลุม และมีระบบการรายงานผ่านระบบออนไลน์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง</p>
ปี	อัตราป่วย	Median																	
2562	141.66	97.58																	
2563	133.89	91.48																	
2564	6.94	100.42																	
2565	13.68	100.42																	
2566	96.2	39.71																	

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>25.2 อัตราป่วยด้วยโรค pneumonia ในเด็ก</p>  <table border="1" data-bbox="219 574 974 1061"> <caption>อัตราป่วยด้วยโรค pneumonia ในเด็ก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วย (%)</th> <th>Median (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>21.21</td> <td>78.84</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>7.05</td> <td>42.42</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>13.88</td> <td>21.21</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>13.6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>164.15</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราป่วย (%)	Median (%)	2562	21.21	78.84	2563	7.05	42.42	2564	13.88	21.21	2565	13.6	0	2566	164.15	0	<p>การระบาดของโรคปอดบวม พบอัตราป่วยด้วยโรคลดลงตั้งแต่ปี 2562-2564 เนื่องจากมีการตรวจจับโรคปอดบวมตามนิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย 2546 คือ มีอาการไข้ ไอ หอบ ตรวจร่างกายพบมีเสียง crepitation ในปอด หรือเสียง bronchial breath sound และในปี 2565-2566 อัตราป่วยด้วยโรคสูงกว่าค่ามัธยฐาน เนื่องจากมีการตรวจจับโรคตามนิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย 2563 คือ รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย คือ มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก อย่างน้อย 3 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไข้ 2. ไอ ซึ่งอาจมีเสมหะหรือไม่มีก็ได้ 3. หายใจเหนื่อยหอบ 4. เจ็บหน้าอกแปล๊บๆ 5. ตรวจร่างกายพบมีเสียง crepitation ในปอด หรือเสียง bronchial breath sound <p>รวมถึงให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย (ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก) และให้รายงานผู้ป่วยจากการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย</p> <p>แนวทางการดำเนินการในปีหน้า ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในเด็ก 6 เดือน-9 เดือน 2. ติดตามวัคซีนพื้นฐาน ร่วมกับงานคลินิกเด็กดี
ปี	อัตราป่วย (%)	Median (%)																	
2562	21.21	78.84																	
2563	7.05	42.42																	
2564	13.88	21.21																	
2565	13.6	0																	
2566	164.15	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>25.3 อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก</p>  <table border="1" data-bbox="168 419 996 874"> <caption>อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วย</th> <th>Median</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>1852.38</td> <td>2503.17</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>1212.34</td> <td>2014.95</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>673.42</td> <td>2029.09</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>854.93</td> <td>1710.9</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>941.19</td> <td>1163.25</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราป่วย	Median	2562	1852.38	2503.17	2563	1212.34	2014.95	2564	673.42	2029.09	2565	854.93	1710.9	2566	941.19	1163.25	<p>การระบาดของโรคอุจจาระร่วง พบอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ตั้งแต่ปี 2562 – ปัจจุบัน อัตราป่วยลดลงจากค่ามัธยฐาน ไม่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต</p> <p>มาตรการการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การให้ความรู้ในชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และคลินิกเด็กสุขภาพดี 2.การสอบสวนโรคและควบคุมโรคร่วมกับงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3.การคืนข้อมูลสถานการณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา (สพฐ., สพม) และภาคีเครือข่าย <p>ส่วนในปี 2566 การรายงานโรคอุจจาระร่วงให้ครบถ้วนและให้รายงานเป็นกลุ่มอาการ ส่งออกจาก HDC ของจังหวัด</p>
ปี	อัตราป่วย	Median																	
2562	1852.38	2503.17																	
2563	1212.34	2014.95																	
2564	673.42	2029.09																	
2565	854.93	1710.9																	
2566	941.19	1163.25																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

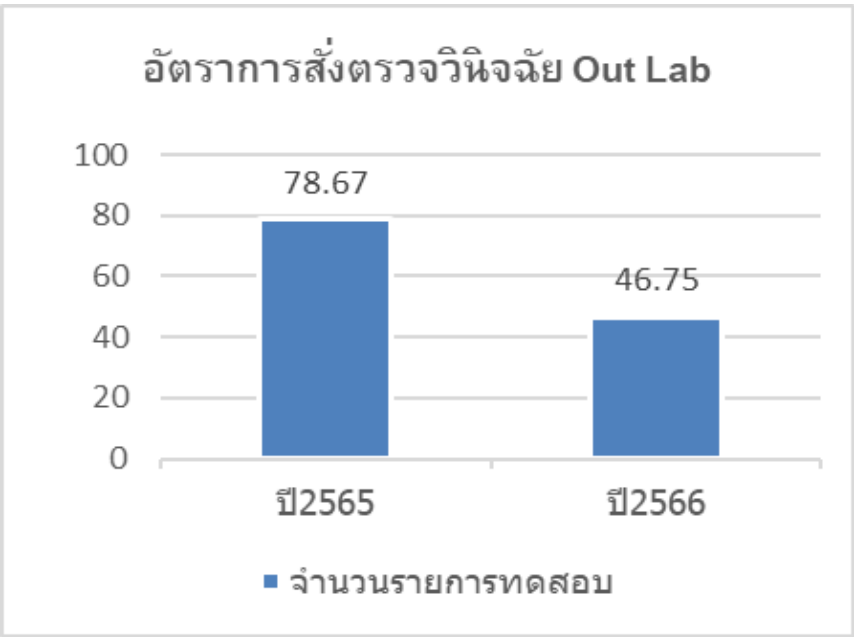
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>25.4 อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก</p> <table border="1"> <caption>อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราป่วย</th> <th>Median</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>21.21</td> <td>7.07</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>169.2</td> <td>7.07</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>34.7</td> <td>7.07</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>95.2</td> <td>7.07</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>34.2</td> <td>7.05</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราป่วย	Median	2562	21.21	7.07	2563	169.2	7.07	2564	34.7	7.07	2565	95.2	7.07	2566	34.2	7.05	<p>การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก พบว่าอัตราป่วย ตั้งแต่ปี 2562 – ปัจจุบัน อัตราป่วยด้วยโรคสูงกว่าค่ามัธยฐานทุกปี ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ซึ่งมีการพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในปี 2563 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต.แม่ลาน และในปี 2565 พบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต.ม่วงเตี้ย และในปีต่อไปต้องดำเนินการร่วมกับงานอนามัยโรงเรียน เพื่อประเมินการตรวจสุขภาพนักเรียนก่อนเข้าเรียน</p>
ปี	อัตราป่วย	Median																	
2562	21.21	7.07																	
2563	169.2	7.07																	
2564	34.7	7.07																	
2565	95.2	7.07																	
2566	34.2	7.05																	

87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
26.อัตราการเข้ายา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลใน 4 กลุ่มโรค						
URI	≤20%	20.09	14.52	12.62	7.84	14.02
Acute diarrhea	≤20%	29.80	25.42	18.28	22.30	20.60
แผลสด	≤40%	55.99	41.88	23.18	31.34	11.74
แผลฝีเย็บ	≤10%	11.96	5.88	13.04	14.01	6.50
27.อัตราการส่งตรวจวินิจฉัย Out LAB ลดลง						
	>10%	NA	NA	NA	78.67%	46.75%

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																														
<p>อัตราการใช้จ่าย Antibiotic อย่างสมเหตุผลผลใน 4 กลุ่มโรค</p> <p>อัตราการใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราการใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค (ร้อยละ)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละการใช้ ATB ใน RI</th> <th>ร้อยละการใช้ ATB ใน AD</th> <th>ร้อยละการใช้ ATB ในแผลสด</th> <th>ร้อยละการใช้ ATB ในแผลฝีเย็บ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>20.09</td> <td>29.8</td> <td>55.99</td> <td>11.96</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>14.52</td> <td>25.42</td> <td>41.88</td> <td>5.88</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>12.62</td> <td>18.28</td> <td>23.18</td> <td>13.04</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>7.84</td> <td>22.3</td> <td>31.34</td> <td>14.01</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>14.02</td> <td>20.6</td> <td>11.74</td> <td>6.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละการใช้ ATB ใน RI	ร้อยละการใช้ ATB ใน AD	ร้อยละการใช้ ATB ในแผลสด	ร้อยละการใช้ ATB ในแผลฝีเย็บ	2562	20.09	29.8	55.99	11.96	2563	14.52	25.42	41.88	5.88	2564	12.62	18.28	23.18	13.04	2565	7.84	22.3	31.34	14.01	2566	14.02	20.6	11.74	6.5	<p>โดยตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านในปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 2, 3 และ 4, ปี พ.ศ. 2563 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 และ 3, ปี พ.ศ. 2564 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 4, ปี พ.ศ. 2565 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 4 ปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2 และ 4 และ ปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 2</p> <p>โดยรวมมีผลที่ดีขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 เริ่มมีการนำ ATB ใน 4 กลุ่มโรค เข้าไปกำหนดแนวทางการจัดการในทีม PCT ทำให้ในปี พ.ศ. 2563-2566 อัตราการใช้ ATB ใน 3 โรค ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของการใช้ ATB ในแผลฝีเย็บ พบว่า ในบางครั้งที่มีการใช้ ATB อาจมีโรคทางเดินปัสสาวะร่วม แต่แพทย์ไม่ได้ลงวินิจฉัยไว้ ทำให้ตัวชี้วัดในบางปีเกินจากเป้าหมาย และในส่วนของการใช้ ATB ในคนไข้ท้องเสีย พบว่า แพทย์บางท่านยังไม่มั่นใจในสุลักษณะและความสะอาดของอาหารที่บ้านคนไข้ จึงต้องให้ยาป้องกันไว้ก่อน โดยแนวทางแก้ไขต้องนำเข้าที่ประชุมทีม PCT เพื่อหาแนวทางร่วมกันโดยสหวิชาชีพต่อไป</p>
ปี	ร้อยละการใช้ ATB ใน RI	ร้อยละการใช้ ATB ใน AD	ร้อยละการใช้ ATB ในแผลสด	ร้อยละการใช้ ATB ในแผลฝีเย็บ																											
2562	20.09	29.8	55.99	11.96																											
2563	14.52	25.42	41.88	5.88																											
2564	12.62	18.28	23.18	13.04																											
2565	7.84	22.3	31.34	14.01																											
2566	14.02	20.6	11.74	6.5																											

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

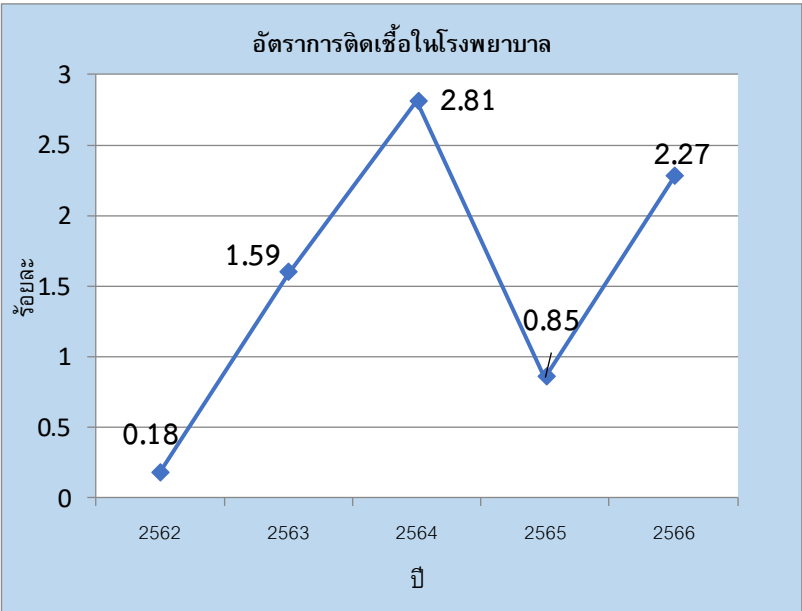
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA						
<p>27.อัตราการส่งตรวจวินิจฉัย Out LAB ลดลง</p>  <table border="1"> <caption>อัตราการส่งตรวจวินิจฉัย Out Lab</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนรายการทดสอบ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2565</td> <td>78.67</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>46.75</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนรายการทดสอบ (%)	ปี2565	78.67	ปี2566	46.75	<p>จากกราฟในช่วงปีงบประมาณ 2565 ทางห้องปฏิบัติการทบทวนข้อมูลในปี 2565 พบว่า ข้อมูลในการส่งตรวจวินิจฉัย Out lab เพิ่มขึ้นจากจำนวนทดสอบทั้งหมด 1,324 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.67% พบรายการที่ส่งตรวจมากที่สุดคือรายการ TFT จำนวน 734 test เป็นเงิน 330,300 บาท เกิดจากแพทย์ที่มารับตรวจใหม่ , หาสาเหตุคนไข้ไม่ได้ , การส่งตรวจซ้ำ, ขาดไกด์ไลน์บางส่วนในแต่ละกลุ่มโรค ส่งผลให้ในปี 2566 มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบจำนวนการส่งตรวจมากที่สุด จากรายการทดสอบที่ส่งทั้งหมด 1,943 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.75 % จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ พบว่าการ ที่ส่งตรวจมากที่สุด คือ รายการ TFT จำนวน 944 test เป็นเงิน 424,800 บาท แพทย์ไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG แต่ละกลุ่มโรค และ บางกลุ่มโรคยังขาด Standing Order ปัจจุบันมีกำหนดนโยบายจังหวัดโดยให้โรงพยาบาลมีการจัดทำระบบ RLU (Rational Laboratory Use,) การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างสมเหตุสมผล เพื่อการส่งตรวจที่เป็นประโยชน์ คุ่มค่าและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนระหว่างดำเนินการต่อไป</p>
ปี	จำนวนรายการทดสอบ (%)						
ปี2565	78.67						
ปี2566	46.75						

88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) [IV-1, III-4.3 ก, ข]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
28.อุบัติการณ์การทำผ่าตัด / ผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ*	0 ครั้ง	0	0	0	0	1

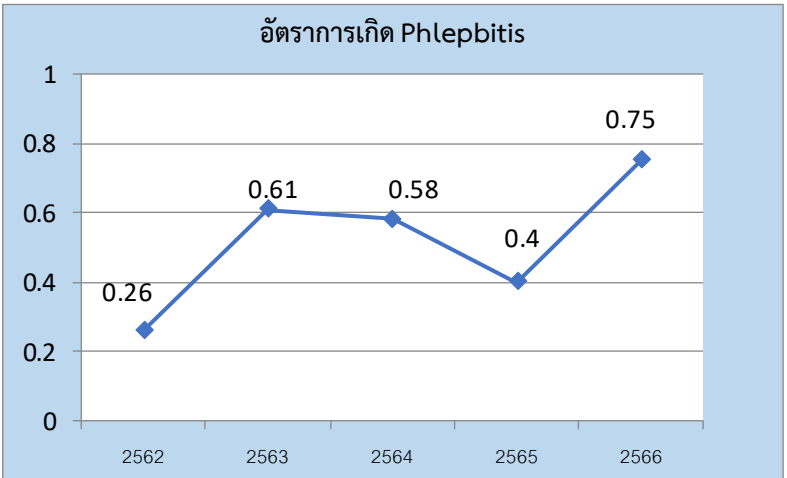
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
28.อุบัติการณ์การทำผ่าตัด / ผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง / ผิดหัตถการ* 	พบอุบัติการณ์การทำผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป 1 ครั้งในปี 2566 ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1)ทำหัตถการถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและการแพ้ยา 2)ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ 3)มีการเซ็นใบยินยอมการทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ หลังการปรับปรุงไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ แต่มีโอกาสดูอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ดำเนินการดังนี้ 1.แพทย์สั่ง Order ในใบนำส่ง 2.Inchart ตรวจสอบ Order กับแพทย์ก่อนปฏิบัติการพยาบาล 3.Member ตรวจสอบ Order กับ Inchart ก่อนปฏิบัติการพยาบาล

89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
29.อัตราติดเชื้อ 29.1 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	0:1,000 วัน นอน	0.18 (1/5,536)	1.59 (8/5,051)	2.81 (15/5,330)	0.85 (3/3,533)	2.27 (10/4,414)
29.2 อัตราการเกิด phlebitis*	0:1,000 device day	0.26 (1/3,833)	0.61 (2/3,321)	0.58 (2/3,454)	0.40 (1/2,543)	0.75 (3/3,988)
29.3 อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	0:1,000 device day	0 (0/141)	0 (0/104)	0 (0/148)	0 (0/129)	3.06 (1/327)
30.อัตราผู้ป่วยที่ Admit หลัง 48 ชม. มีภาวะติดเชื้อ HAPได้รับการสอบสวนโดยทีม IC	100%	NA	NA	NA	NA	0 (0/95)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

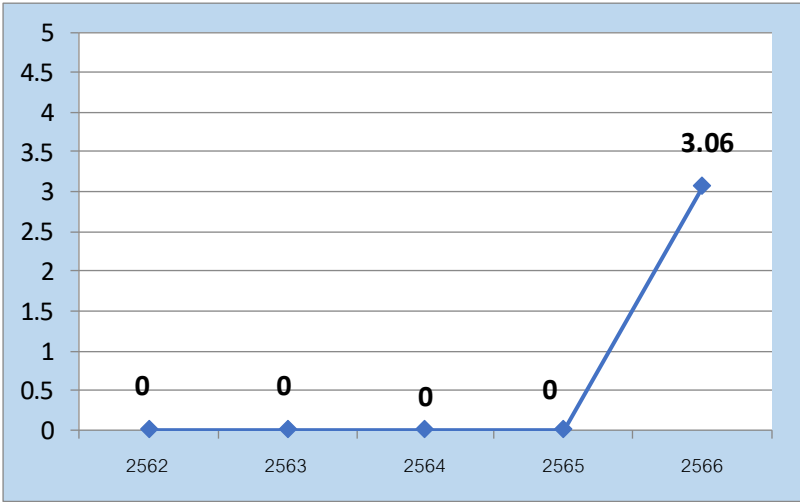
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>29.1 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>  <table border="1" data-bbox="215 389 1014 1002"> <caption>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.18</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>1.59</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>2.81</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.85</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.27</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	0.18	2563	1.59	2564	2.81	2565	0.85	2566	2.27	<p>ปี 2562 -2564 มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้มีการค้นหาผู้ป่วย โดยมีการเฝ้าระวัง แบบ prospective active surveillance , Targeted surveillance และ Prevalence survey เพื่อแก้ไขและป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการให้ความรู้ ICWN ในการค้นหาผู้ป่วย ที่สงสัยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>ปี 2565 พบมีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง (3 ราย , ระบบทางเดินหายใจ 1 ราย , ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย , phlebitis 1 ราย) จึงได้มีการทบทวนสาเหตุและแนวทางปฏิบัติต่างๆ พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบทางเดินหายใจ จากพยาธิสภาพของโรค - ระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดจากพฤติกรรมกรับประทานยา ATB ไม่ถูกต้อง และได้รับยา ATB เป็นระยะเวลาสั้น ขณะตั้งครุฑ - phlebitis เกิดจากการได้รับยา ATB ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุ <p>จึงได้มีการนำเสนอข้อมูลให้ทีม PCT , MMS รับทราบในเรื่องการใช้ยา ATB ในหญิงตั้งครุฑ และได้มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ Phlebitis (รายละเอียด อยู่ในหัวข้อ Phlebitis)</p> <p>ปี 2566 พบมีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 10 ครั้ง (9 ราย) มีความหลากหลายของช่วงอายุ น้อยสุด 6 เดือน มากสุด 88 ปี ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้มีการทบทวนสาเหตุและแนวทางการปฏิบัติ พบว่า เกิดจากการใช้อุปกรณ์สอดใส่เป็นระยะเวลาสั้น (Foley's cath , on Tracheostomy) และมี</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	0.18												
2563	1.59												
2564	2.81												
2565	0.85												
2566	2.27												

	<p>ประวัติ admit ใน รพ. ใหญ่ๆ มาก่อน จึงได้จัดทำมาตรการ Zoning ผู้ป่วยที่รับ refer back หรือ 3 เดือน ก่อนหน้านี้เคยมีประวัติ admit ใน รพ. ใหญ่มาก่อน</p> <p>และในปี 2567 มีแผนจะดำเนินการ จัดทำระบบการ Early detection HAI // Prevalence survey 1 ครั้ง/ปี</p>
--	--

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>29.2 อัตราการเกิด phlebitis</p>  <table border="1"> <caption>อัตราการเกิด Phlebitis</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.26</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0.61</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.58</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.75</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิด	2562	0.26	2563	0.61	2564	0.58	2565	0.4	2566	0.75	<p>ปี 2562-2565 พบผู้ป่วย Phlebitis 6 ราย จากการทบทวนสาเหตุพบว่า เกิดจากการเลือกใช้พลาสติกปิดบริเวณผิวหนังที่บวมทำให้มองไม่เห็นบริเวณที่ให้สารน้ำและการไม่ได้ตรวจสอบสารน้ำ, ผู้ป่วยโรคไต stage 5 , ผู้ป่วยได้รับยา antibiotics มากกว่า 1 ชนิด รวมถึงยาในกลุ่ม HAD จึงได้มีมาตรการป้องกัน</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบ iv round ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมกับใบตรวจสอบการประเมิน Phlebitis ในผู้ป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการสังเกตอาการ บวม แดง ร้อน บริเวณตำแหน่งให้สารน้ำ กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่ใช้ Infusion pump และติดพลาสติก Tegaderm film <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี - กลุ่มยา High alert drug - ผู้สูงอายุ > 60 ปี ทุกราย มี scale สี control IVF (แดง,น้ำเงิน,เหลือง) เพื่อควบคุมสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา เปลี่ยนตำแหน่ง IVF / HL และ set IVF ทุก 4วัน
ปี	อัตราการเกิด												
2562	0.26												
2563	0.61												
2564	0.58												
2565	0.4												
2566	0.75												

	<p>5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังจำหน่ายและหลัง off IVF 48 ชั่วโมง หากมีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ให้สารน้ำ ให้กลับมาที่รพ. หรือโทรศัพท์ติดต่อ</p> <p>6. หัวหน้างานนิเทศติดตามพนักงาน ,IC สุ่มนิเทศพนักงาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>ปี 2566 พบผู้ป่วยเกิด Phlebitis gr.3 2 ราย และ gr. 5 1 ราย ทบทวนสาเหตุพบว่า เกิดจากการ ผู้ป่วยรายแรก ผู้สูงอายุ มีภาวะ respiratory failure on ATB Cef-3 อีกราย มีภาวะ septic shock ได้รับ vasopressor คือ levophed และใช้ medicut No.22 รายที่ 2 พบว่า ไม่ได้ติดสติ๊กเกอร์ระบุวันหมดอายุ บริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำ และรายสุดท้าย คือ case refer back pt.on HL จาก รพ.ปัตตานี ไม่มีวัน Exp. และได้ ATB ต่อเนื่อง จึงได้มีมาตรการเพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ติดสติ๊กเกอร์บริเวณกระเปาะ IVF 2.เขียนวันครบเปลี่ยนตำแหน่ง IVF บน micropore 3.ปรับแบบประเมินการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Phlebitis) 4.ติดสติ๊กเกอร์สี และวันหมดอายุ มุมขวา ด้านบน ที่หน้า chart
--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>29.3 อัตราการติดเชื้อ CAUTI</p>  <table border="1" data-bbox="219 424 1016 927"> <caption>ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ CAUTI</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการติดเชื้อ CAUTI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>3.06</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการติดเชื้อ CAUTI	2562	0	2563	0	2564	0	2565	0	2566	3.06	<p>ปี 2562-2565 ไม่พบผู้ป่วย CAUTI แต่ได้มีการกำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติไว้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ตามเอกสารแนบ WI <ul style="list-style-type: none"> - การเลือกผู้ป่วย - การเตรียมอุปกรณ์ - วิธีการสวนปัสสาวะ - คำแนะนำและการดูแลสายสวนปัสสาวะ - การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ หัวหน้างานนิเทศติดตามหน้างาน ,IC สุ่มนิเทศหน้างาน เดือนละ 1 ครั้ง <p>ปี 2566 พบผู้ป่วย CAUTI 1 ราย สาเหตุเกิดจากการ retained foley's cath เป็นระยะเวลานาน > 4 ปี เนื่องจาก Stroke c DM ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ จอประสาทตาเสื่อม ผู้ป่วยติดเตียง จึงได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้เรื่องการรักษาความสะอาด การล้างมือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p>
ปี	อัตราการติดเชื้อ CAUTI												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	3.06												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

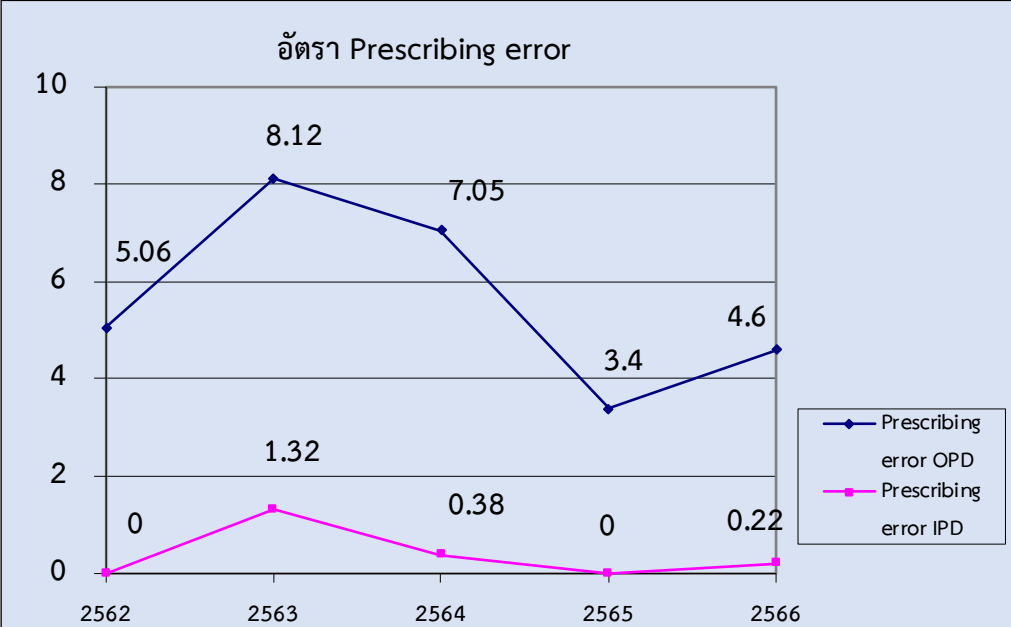
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>30.อัตราผู้ป่วยที่ Admit หลัง 48 ชม. มีภาวะติดเชื้อ HAPได้รับการสอบสวนโดยทีม IC</p> <p>อัตราผู้ป่วยที่ Admit หลัง 48 ชม. มีภาวะติดเชื้อ HAPได้รับการสอบสวนโดยทีม IC</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราผู้ป่วยที่ Admit หลัง 48 ชม. มีภาวะติดเชื้อ HAP ได้รับการสอบสวนโดยทีม IC</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	NA	2566	0	<p>จากอุบัติการณ์ ปี 2563 เกิด HAP 1 ราย จากผู้ป่วย Pneumonia in immunocompromised Hx. CA lung จึงได้มีการจัดทำแบบประเมิน HAP และเริ่มใช้ปีงบประมาณ 2566 ปรากฏว่ายังไม่พบ case HAP (0/95)</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	NA												
2566	0												

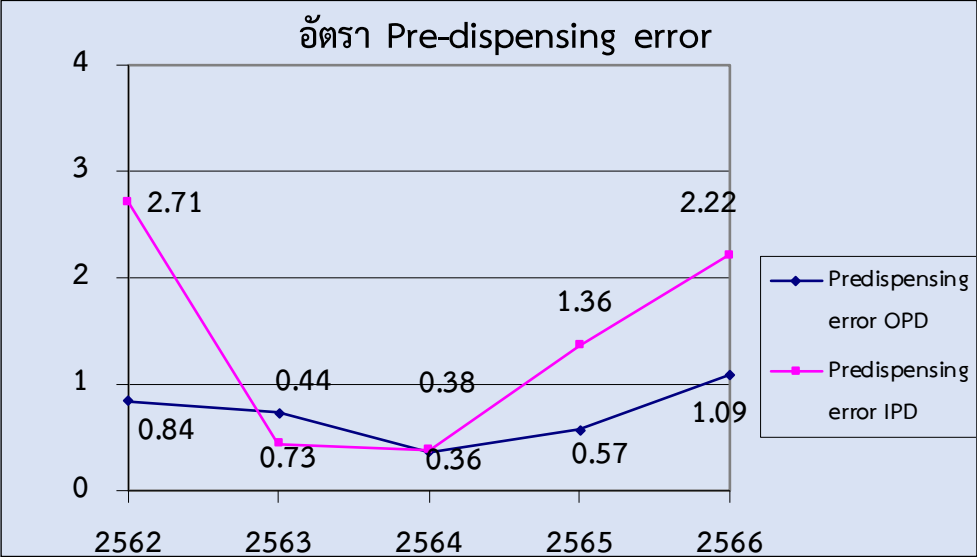
90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
31. Medication error						
31.1 ร้อยละ Medication error /ADE with harms (level E up)*	0 ครั้ง	1	0	0	1	2
31.2 อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	10 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา 10/1000วันนอน	5.06 0.00	8.12 1.32	7.05 0.38	3.40 0.00	4.60 0.22
31.3 อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	10 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา 10/1000วันนอน	0.84 2.71	0.73 0.44	0.36 0.38	0.57 1.36	1.09 2.22
31.4 อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา 10 ครั้ง/1000วัน นอน	0.18 7.76	0.03 7.90	0.05 3.04	0.15 2.09	0.17 2.44
31.5 อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0 ครั้ง/1000 จำนวนผู้ป่วยที่ ต้องบริหารยา 0 ครั้ง/1000วัน นอน	0.00 0.36	0.00 2.42	0.00 0.13	0.13 0.10	0.06 1.55
32.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0

33.การให้เลือด	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
33.1 อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด*						
33.2 อัตราการได้รับเลือดตามจำนวนที่ขอ	100%	Na	Na	66.10%	85.10%	97.73%
33.3 อัตราการได้รับเลือดตามแนวทาง (ด่วน, ไม่ด่วน)	100%	Na	Na	0, 91.52%	100%,100%	100%,100%

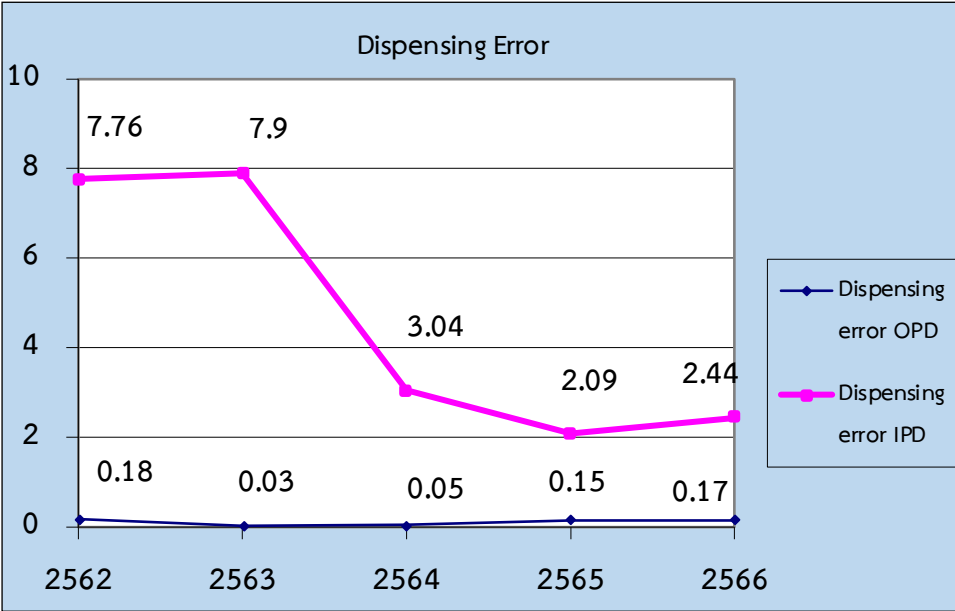
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>31.1 จำนวน Medication error /ADE with harms (level E up)*</p> <table border="1"> <caption>จำนวน Medication error /ADE with harms (level E up)*</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	1	2563	0	2564	0	2565	1	2566	2	<p>การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ ADE ระดับE ขึ้นไปในรอบ5ปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ 4 ครั้ง เป็น SK ขาดคราวในปี 62 (ระดับ H) สาเหตุไม่ได้ทำตามแนวทางเช็ดยาของ ER และเกิดจากการเบิกจ่าย SKต้องเบิกจาก รพ.ปัตตานี จึงเปลี่ยนแนวทางเป็นการจัดซื้อเองในปี 66 รายที่สองพบแพ้ยารุนแรงจากยา Phenytoin inj เป็น SJS(ระดับH)เกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และยังไม่มีระบบป้องกันแพ้ยาที่รุนแรง จึงได้วางแนวทางและติดตามโดย Risk register พบว่าในปี 66 พบแพ้ยารุนแรงจากยา INH 1 ราย เป็น SJS (ระดับ H) เกิดจากเคส TB ไม่ได้แจกบัตรเฝ้าระวัง เพราะมีการทำ Intensive ADR อยู่แล้วก่อนหน้านี้จึงกำหนดให้ออกบัตรเฝ้าระวังในเคส TB ทุกราย ถึงแม้ว่าจะมีการติดตาม Intensive ADR อยู่ก่อนหน้านี้แล้วก็ตามและอีก 1 รายเป็น major bleeding จาก Warfarin (ระดับ I) เกิดจากผู้ป่วยมีอาการ Minor bleeding INR ปกติ แต่มี Plt ต่ำประมาณ 8 หมื่น จึงได้วางแนวทางป้องกัน กรณีเคส Warfarin ที่ INR ปกติ มี Minor bleeding แต่มี Platelet ต่ำ ให้พิจารณา consult staff หาสาเหตุของค่า Platelet ต่ำ ส่วนในเรื่องยาHAD และยาช่วยชีวิตขาดคราวยังไม่พบยาอุบัติการณ์</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	1												
2563	0												
2564	0												
2565	1												
2566	2												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

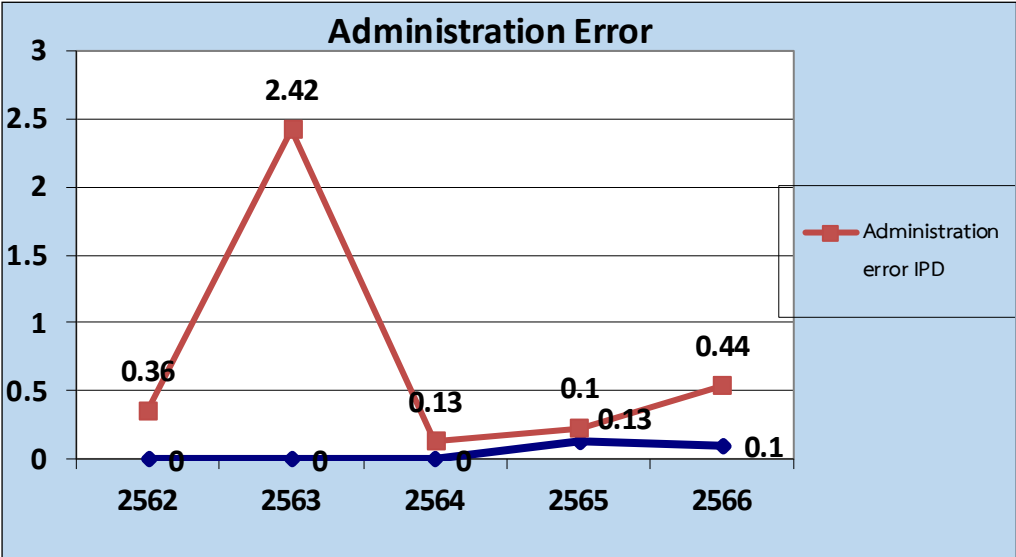
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>31.2 อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*</p>  <table border="1" data-bbox="170 421 1178 1050"> <caption>อัตรา Prescribing error</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>Prescribing error OPD</th> <th>Prescribing error IPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>5.06</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>8.12</td> <td>1.32</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>7.05</td> <td>0.38</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>3.4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>4.6</td> <td>0.22</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	Prescribing error OPD	Prescribing error IPD	2562	5.06	0	2563	8.12	1.32	2564	7.05	0.38	2565	3.4	0	2566	4.6	0.22	<p>พบความคลาดเคลื่อนการสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 1029 ครั้ง โดย 3 อันดับแรกเป็นการสั่งยาผิดจำนวน 428 ครั้ง วิธีใช้ผิด 216 ครั้ง และผิดขนาด 200 ครั้ง,เกิดจากการไม่รู้และไม่ตระหนักถึงแนวทางที่ได้วางไว้โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่ใหม่,ไม่ได้ทำ tallman letter ยา Metformin 500 mg ,850 mg, สมรรถนะ การใช้ComputerและโปรแกรมHost_XPและWarfarinมีความยุ่งยากในการสั่ง จึงพัฒนาระบบอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับการใช้ โปรแกรม, ทำอักษรคนละสี ,ทำคู่มือคำสั่งใช้ยาที่ใช้บ่อยๆและ Warfarin อย่างง่าย และมีพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องหลังจากออกจากตรวจ, ส่วนผู้ป่วยในพบทั้งหมด 12 ครั้ง 3 อันดับแรก ได้แก่ การสั่งยาวิธีใช้ผิด 2 ครั้ง สั่งยาซ้ำซ้อน 2 ครั้งและสั่งยาผิด 1 ครั้ง พบการสั่งยาFavipiravir ซ้ำซ้อน เนื่องจากแนวทางปฏิบัติป่วยโควิดที่มา admit ไม่ชัดเจน จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม หลังจากติดตามความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นและกลับพบว่ามีกร under report ในระบบงานจึงมีการพูดคุยเรื่องของการดักจับรายงานทำให้มีการรายงานที่มากขึ้น</p>
ปี	Prescribing error OPD	Prescribing error IPD																	
2562	5.06	0																	
2563	8.12	1.32																	
2564	7.05	0.38																	
2565	3.4	0																	
2566	4.6	0.22																	

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>31.3 อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*</p>  <table border="1" data-bbox="170 421 1144 979"> <caption>อัตรา Pre-dispensing error</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>Preispensing error OPD</th> <th>Preispensing error IPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.84</td> <td>2.71</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0.44</td> <td>0.73</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.38</td> <td>0.36</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.57</td> <td>1.36</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1.09</td> <td>2.22</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	Preispensing error OPD	Preispensing error IPD	2562	0.84	2.71	2563	0.44	0.73	2564	0.38	0.36	2565	0.57	1.36	2566	1.09	2.22	<p>พบความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 131 ครั้ง 3 อันดับแรกเป็นการจัดยาผิดขนาน 91 ครั้ง การจัดยาผิดจำนวน 33 ครั้ง และการจัดซ้ำ 4 ครั้ง การจัดยาผิดขนาน เกิดจากยาโรคเรื้อรัง , LASA คู่มือ, สถานที่จัดยาไม่เป็นสัดส่วน, ชั้นวางยาติดป้ายชื่อไม่ปกติ, ตู้เย็นเล็กเกินไป แก้ปัญหาวางแผนปรับปรุงห้อง ในปี 2567 ,ติดป้ายชื่อยาใหม่, จัดซื้อตู้เย็นใหม่และเพิ่มความเข้มข้นการปฐมนิเทศ ประเด็นการจัดยาผิดจำนวน พบว่าเกิดจากสมาธิและเกิดจากยา Lorsatan มี15 เม็ด/แผง ประเด็นการจัดยาซ้ำ เป็นการจัดยา Favipiravir ซ้ำ จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติการเบิกยาในเคสโควิด ส่วนผู้ป่วยใน พบทั้งหมด 43 ครั้ง พบการจัดยาไม่ครบขนาน 12 ครั้ง เป็นการไม่ได้จัดยา Favipiravir ,การจัดยาผิดขนาน 8 ครั้งเป็นการจัด IV ผิด และการจัดยาผิดจำนวน 8 ครั้ง เกิดจากกลุ่มยาฉีดที่ 1 vial ใช้ได้หลายครั้ง จึงได้ทำข้อมูลความคงตัวของกลุ่มยาฉีดที่หลังผสมแล้วสามารถใช้ได้หลายครั้ง พบว่าความคลาดเคลื่อนในปี 2565และ2566มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเกิดจากในปี 2564 มีเจ้าพนักงานใหม่เพิ่มมา 3 คน</p>
ปี	Preispensing error OPD	Preispensing error IPD																	
2562	0.84	2.71																	
2563	0.44	0.73																	
2564	0.38	0.36																	
2565	0.57	1.36																	
2566	1.09	2.22																	

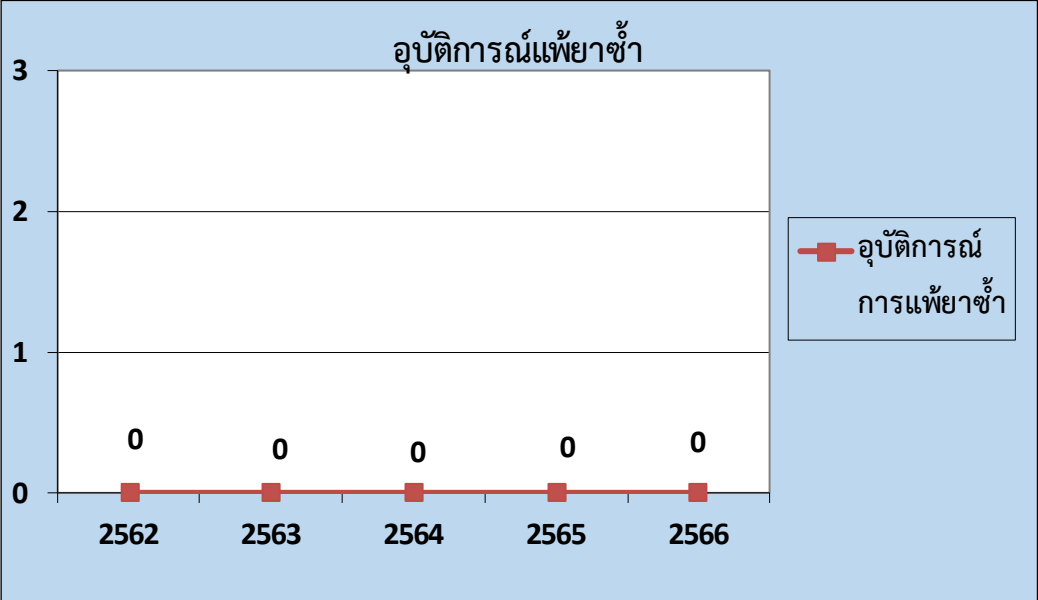
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

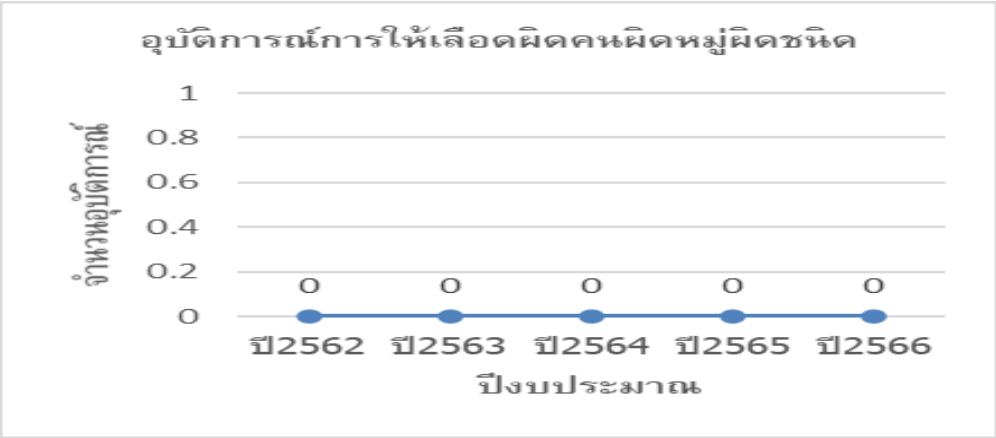
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>31.4 อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*</p>  <table border="1" data-bbox="208 411 1160 1024"> <caption>Dispensing Error Data</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Dispensing error OPD</th> <th>Dispensing error IPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.18</td> <td>7.76</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0.03</td> <td>7.9</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.05</td> <td>3.04</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.15</td> <td>2.09</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.17</td> <td>2.44</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Dispensing error OPD	Dispensing error IPD	2562	0.18	7.76	2563	0.03	7.9	2564	0.05	3.04	2565	0.15	2.09	2566	0.17	2.44	<p>ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 22 ครั้ง เป็นการจ่ายยาผิดจำนวน 4,จ่ายยาวิธีใช้ผิด 4 ครั้ง, จ่ายยาผิดขนาด 3 ครั้ง จ่ายยา Tramol Inj แทน Vit B inj 2 ครั้งและจ่ายยา TAT แทน TT 1 ครั้ง, จ่ายยาไม่ครบขนาด 3 ครั้ง, จ่ายยาเกินขนาด 2 ครั้ง เป็นยา new normal และจ่ายยาผิดคน 6 ครั้ง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ C เกิดจาก เภสัชไม่ได้ทวนสอบชื่อผู้ป่วยและทวนสอบดูประวัติการใช้ยา ไม่มีจุดที่พิกยาและแพทย์ไม่ได้แจ้งกรณีเพิ่มยาทีหลัง จัดให้มีที่พิกยาและให้แพทย์แจ้งถ้ามีการเพิ่มยาทีหลัง</p> <p>ส่วนผู้ป่วยในพบทั้งหมด 134 ครั้ง การจ่ายยาวิธีใช้ผิด 60 ครั้ง ,การจ่ายยาไม่ครบขนาด 28 ครั้ง,จ่ายยาผิดขนาด 13 ครั้ง,จ่ายยาผิดคน 3 ครั้ง เป็นการจ่ายยาสลับลึอก, จ่ายยาผิดจำนวน 16 ครั้ง, จ่ายยาเกินขนาด 9 ครั้ง,จ่ายยาซ้ำ 4 ครั้ง,จ่ายยาหมดอายุ 1 ครั้ง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ C และ D 1 ครั้ง เน้นย้ำเรื่องการ Double check และเรียงลึอกยา ให้เรียบร้อย, พบความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลง</p>
Year	Dispensing error OPD	Dispensing error IPD																	
2562	0.18	7.76																	
2563	0.03	7.9																	
2564	0.05	3.04																	
2565	0.15	2.09																	
2566	0.17	2.44																	

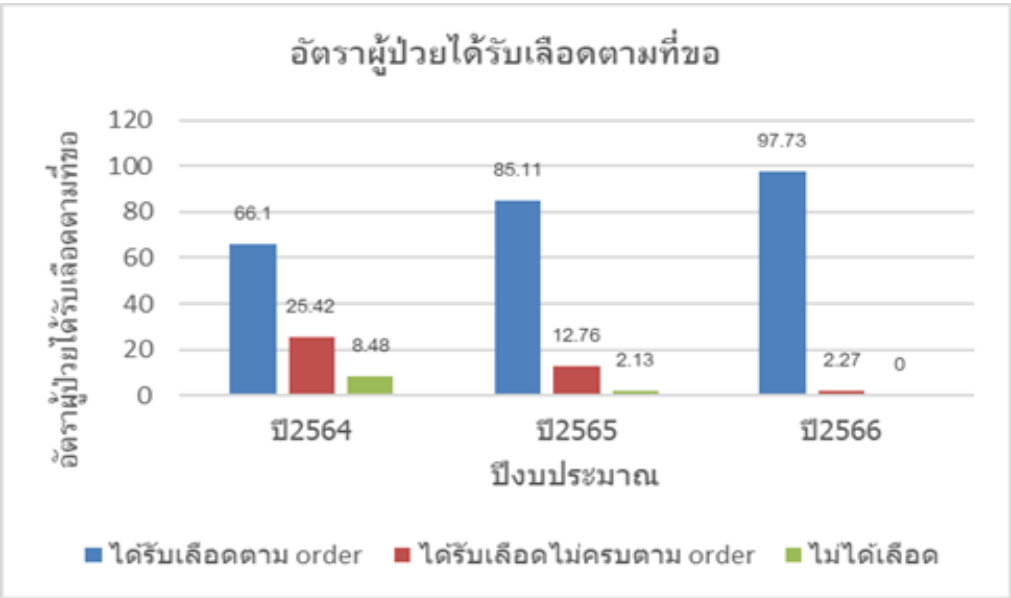
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>31.5 อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*</p>  <table border="1" data-bbox="210 411 1223 970"> <caption>Administration Error Data</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>Administration error IPD</th> <th>Administration error OPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.36</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>2.42</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.13</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.1</td> <td>0.13</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.44</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table>	Year	Administration error IPD	Administration error OPD	2562	0.36	0	2563	2.42	0	2564	0.13	0	2565	0.1	0.13	2566	0.44	0.1	<p>พบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 3 ครั้ง ที่ ER ปี 65 ฉีด Adenosine inj หมดอายุ 1 ครั้ง และปี 66 ฉีดยาผิดขนาด 2 ครั้ง เป็นการฉีด Bricanyl inj แทน Buscopan inj 1 ครั้ง และฉีด NPH inj ผิดขนาด 1 ครั้ง ทั้งสามครั้งเป็นเสี่ยงระดับ D</p> <p>ส่วนผู้ป่วยในพบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 17 ครั้ง เป็นการลืมเบิกหรือไม่ได้ให้ยา 10 ครั้ง, ให้สารน้ำผิด rate หรือไม่ได้ระบุเวลาให้ 4 ครั้ง ให้ยาเกินขนาด 2 ครั้ง, ให้ยาผิดขนาด 1 ครั้ง เป็นการฉีด Methergin inj ในเด็กแทน Vit K inj และให้ Favi ซ้ำ 1 ครั้ง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ D</p> <p>เรื่อง การลืมเบิกยาหรือไม่ได้ให้ยาแก้ไขให้พยาบาล inchart Double check ก่อนและหลังให้ยาผู้ป่วย, การให้ยาผิดขนาด เกิดจาก amp ยาที่คล้ายกัน มีขนาดเล็ก วางอยู่ใกล้กันในรถยนต์นอกเวลา ได้จัดระบบการเก็บยาในรถยนต์นอกเวลาใหม่และซื้อแว่นขยายให้หน่วยงาน, การให้ยา NPH inj เกินขนาด เกิดจากการออกไปนับระบุขนาดผิดของ OPD เน้นย้ำการ Double check, พบความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลง</p>
Year	Administration error IPD	Administration error OPD																	
2562	0.36	0																	
2563	2.42	0																	
2564	0.13	0																	
2565	0.1	0.13																	
2566	0.44	0.1																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

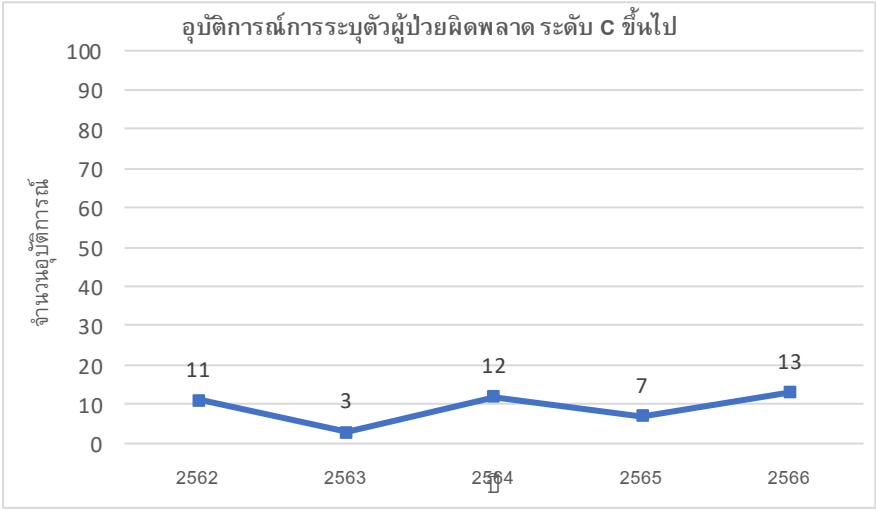
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>32.อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ</p>  <table border="1" data-bbox="170 421 1205 1023"> <caption>อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	2562	0	2563	0	2564	0	2565	0	2566	0	<p>ในการดำเนินการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำตั้งแต่ปี 2562-2566 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำโดยการดำเนินการของ รพ.แม่ลานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีทั้งการดำเนินการป้องกันการแพ้ยาทั้งใน รพ.และนอก รพ. โดยการจัดการในรพ. ได้แก่ มีการนำนวัตกรรมมาใช้ ได้แก่ การทำตัวบีมแพ้ยาบน doctor order sheet ทุกแผ่นเพื่อป้องกันแพทย์สั่งยาที่ซ้ำ ได้มีการจัดทำ work in ADR โดยมีแนวปฏิบัติให้แต่ละวิชาชีพปฏิบัติเมื่อคนไข้มารับบริการที่ รพ.แม่ลาน โดยที่ผ่านมา บุคลากรใน รพ.แม่ลานได้ปฏิบัติตามแนวทางที่จัดทำไว้ทำให้ไม่เกิดอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำใน รพ.แม่ลาน</p> <p>การจัดการนอกโรงพยาบาล ได้แก่ การส่งข้อมูลกลับ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำที่ รพ.สต. มีการจัดการเชื่อมโยงข้อมูลแพ้ยาของผู้มารับบริการในจังหวัดปัตตานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เพื่อให้เกิดการส่งข้อมูลของยาที่ผู้มารับบริการแพ้แก่รพ.อื่นๆ ที่ผู้รับบริการไปใช้เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำในจังหวัดปัตตานี</p>
ปี	อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	0												

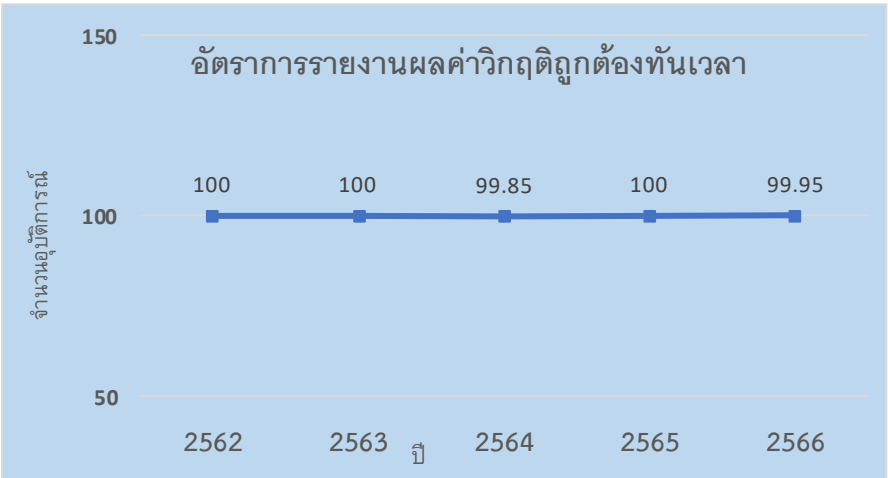
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>33.1 อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดทั้งหมด*</p>  <table border="1" data-bbox="212 486 1205 925"> <caption>อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>จำนวนอุบัติการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	จำนวนอุบัติการณ์	ปี2562	0	ปี2563	0	ปี2564	0	ปี2565	0	ปี2566	0	<p>จากกราฟในช่วงปี2562-2566ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติการให้เลือดผู้ป่วยรวมทั้งระบบการขอ จอง รับ จ่ายและคืนเลือดชัดเจนและครอบคลุมทุกขั้นตอน จากหน่วยงาน IPD,LR ก่อนให้เลือดผู้ป่วย จะมีการประเมินก่อนให้เลือดโดยเจ้าหน้าที่ 2 คน เพื่อตรวจสอบคำสั่งว่าเลือดที่จะให้ผู้ป่วยถูกชนิด ถูกคนหรือไม่ ตรวจสอบหมู่เลือดผู้ป่วย,ตรวจสอบถุงเลือดและใบคล้องเลือดว่าหมู่เลือดตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ ตรวจสอบว่าเลือดหมดอายุหรือไม่ , ถุงเลือดมีรอยแตกรั่วหรือไม่ , ลักษณะทางกายภาพผิดปกติ หรือไม่ พร้อมบันทึก Record Vital sign ก่อนให้เลือด</p>
ปีงบประมาณ	จำนวนอุบัติการณ์												
ปี2562	0												
ปี2563	0												
ปี2564	0												
ปี2565	0												
ปี2566	0												

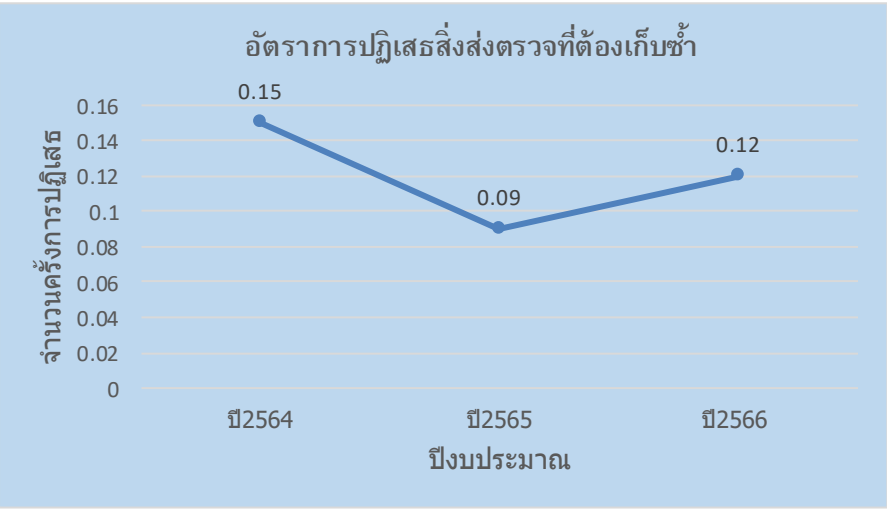
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																
<p>33.2 อัตราการได้รับเลือดตามจำนวนที่ขอ</p>  <table border="1" data-bbox="197 478 1205 1077"> <caption>อัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดตามที่ขอ</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ได้รับเลือดตาม order (%)</th> <th>ได้รับเลือดไม่ครบตาม order (%)</th> <th>ไม่ได้เลือด (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2564</td> <td>66.1</td> <td>25.42</td> <td>8.48</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>85.11</td> <td>12.76</td> <td>2.13</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>97.73</td> <td>2.27</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ได้รับเลือดตาม order (%)	ได้รับเลือดไม่ครบตาม order (%)	ไม่ได้เลือด (%)	ปี2564	66.1	25.42	8.48	ปี2565	85.11	12.76	2.13	ปี2566	97.73	2.27	0	<p>พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดตามที่ขอในปี 2564 เท่ากับ 66.10% (39ราย),ได้รับเลือดไม่ครบ25.42%(15ราย),ไม่ได้เลือด 8.48% (5 ราย) เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่กำหนดจากสหวิชาชีพ จึงได้มีการจัดประชุม ทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการขอจองเลือด ช่องทางการบริจาคเลือด โดยสร้างกรุปไลน์ชมรมผู้บริจาคเลือด รวมถึงกำหนดประเภทกลุ่มผู้ป่วยขอเลือดด่วน ไม่ด่วน พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2565 เท่ากับ 85.10% (40ราย) ,ได้รับเลือดไม่ครบ12.76%(6ราย),ไม่ได้เลือด 2.13%(1ราย)ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากทางรพ ปัตตานี มีเงื่อนไขผู้บริจาคต้องมีหมู่เลือดตรงกันทำให้ได้รับเลือดล่าช้า ดังนั้นทางทีมได้มีการจัดเพิ่มช่องการบริจาคเลือดโดยเพิ่มเครือข่ายหน่วยงานภายนอก จิตอาสา อส.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับบริจาคเลือด พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2566เท่ากับ 97.73%(43ราย),ได้รับเลือดไม่ครบ2.27%(1ราย), ไม่ได้เลือด0% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากแพทย์ยกเลิกให้เลือดโดยเพิ่มเงื่อนไขค่า Hemoglobin ในกลุ่มผู้ป่วย ตั้งครรภ์</p>
ปีงบประมาณ	ได้รับเลือดตาม order (%)	ได้รับเลือดไม่ครบตาม order (%)	ไม่ได้เลือด (%)														
ปี2564	66.1	25.42	8.48														
ปี2565	85.11	12.76	2.13														
ปี2566	97.73	2.27	0														

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>33.3 อัตราการได้รับเลือดตามแนวทาง (ด่วน, ไม่ด่วน)</p> <table border="1"> <caption>อัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดด่วน, ไม่ด่วน</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ได้รับเลือดด่วน (%)</th> <th>ได้รับเลือดไม่ด่วน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2564</td> <td>0</td> <td>91.52</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ได้รับเลือดด่วน (%)	ได้รับเลือดไม่ด่วน (%)	ปี2564	0	91.52	ปี2565	100	100	ปี2566	100	100	<p>ข้อมูลการให้เลือดในปี 2564 พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดด่วน,ไม่ด่วน ทั้งหมด จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.52% ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากแพทย์มีการ Refer คนไข้ ที่รพ ปัตตานี และทางธนาคารเลือดรพ ปัตตานี เลือดขาด Stock ทำให้เกิดความล่าช้า ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับทีมสาขาซีพีได้ดำเนินการกำหนดแนวทางการจอง ขอ รับ จ่าย และคืนเลือด รวมถึงกำหนดประเภทกลุ่มผู้ป่วยขอเลือดด่วน ,ไม่ด่วน พบว่า อัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดด่วน ,ไม่ด่วน ส่งผลให้ปี 2565-2566ได้รับเลือด ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่นัดให้เลือด (กลุ่มตั้งครรภ์ ซีด) ,กลุ่มด่วนคนไข้ภาวะตกเลือด เป็นต้น</p>
ปีงบประมาณ	ได้รับเลือดด่วน (%)	ได้รับเลือดไม่ด่วน (%)											
ปี2564	0	91.52											
ปี2565	100	100											
ปี2566	100	100											

91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
34.อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ C ขึ้นไป	0	11	3	12	7	13
35.อัตราการรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้องทันเวลา	100%	100	100	99.85	100	99.95 (2317/2318)
36.อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำ	<2%	NA	NA	0.15%	0.09%	0.12%
37.ร้อยละอุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	NA	NA	NA	2	3

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>34.อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ C ขึ้นไป</p>  <table border="1" data-bbox="197 421 1070 932"> <caption>อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ C ขึ้นไป</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนอุบัติการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนอุบัติการณ์	2562	11	2563	3	2564	12	2565	7	2566	13	<p>จากกราฟการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด จำนวนอุบัติการณ์ทั้งสิ้น 44 ครั้ง (ระดับ C และ D) ส่วนใหญ่ประเด็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1. ส่งชื่อผู้รับบริการผิดคน <u>สาเหตุ</u> 1. ขาดการทำตามมาตรการ ได้แก่ การ double check 2. การคีย์ข้อมูลในห้องบัตร คีย์ด้วยความเร่งรีบเนื่องจากในวันที่มีคลินิกพิเศษผู้ป่วยค่อนข้างมาก <u>มาตรการ</u> 1. การสอบสวนชื่อผู้รับบริการก่อนส่งชื่อ/การให้บริการ 2. มีระบบการนิเทศติดตามงานโดยหัวหน้างาน <u>โอกาสพัฒนา</u> ในวันคลินิกพิเศษมีการเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ห้องบัตร 1 คน โดยเปิดบริการอีก 1 ช่อง 2. คีย์ lab ผิดคนและส่ง Specimen H.N.ไม่ตรงกับใบ Request ตรวจ Lab <u>สาเหตุ</u> 1.ไม่มีแนวทางการสั่ง/รับ order จากแพทย์ 2.เจ้าหน้าที่ไม่ตรวจสอบเนื่องจากเร่งรีบ <u>มาตรการ</u> 1. มีการจัดทำแนวทางการสั่ง/รับ order จากแพทย์และแจ้งให้หน่วยงานรับทราบ 2. หัวหน้าเวรมีการตรวจสอบก่อนส่ง 3.หน่วยงาน ER ปรับใบ request lab เพื่อความสะดวกและลดความซับซ้อน 3.ระบบยา มีอุบัติการณ์การจ่ายยาผิดคน <u>สาเหตุ</u> เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติตามการทวนสอบชื่อ-สกุลก่อนจ่ายยา <u>มาตรการ</u> 1. เน้นย้ำเจ้าหน้าที่ทวนสอบชื่อ-สกุลทุกครั้งก่อนจ่ายยา 2. มีการสุ่มตรวจสอบการจ่ายยาโดยทีม MMS เดือนละ 30 ราย 4. x-ray ผิดคน <u>สาเหตุ</u> 1. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการทวนสอบชื่อ-สกุลเนื่องจากห้อง lab มาส่งผู้ป่วยเอง <u>มาตรการ</u> 1. เน้นย้ำเจ้าหน้าที่มีการทวนสอบชื่อ-สกุลก่อน x-ray ,การตรวจสอบ ทำ x-ray และ order จากแพทย์ให้ตรงกับอาการที่มาของผู้ป่วย</p>
ปี	จำนวนอุบัติการณ์												
2562	11												
2563	3												
2564	12												
2565	7												
2566	13												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>35. อัตราการรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้องทันเวลา</p>  <table border="1" data-bbox="190 411 1075 890"> <caption>อัตราการรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้องทันเวลา</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนอุบัติการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>99.85</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>99.95</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนอุบัติการณ์	2562	100	2563	100	2564	99.85	2565	100	2566	99.95	<p>ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.89% ในปี 2564 สาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่สัสมรายงานค่าวิกฤติ ภาระงานวันคลินิกการตรวจแลบเพิ่มขึ้น ขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดการบริการล่าช้าและรายงานค่าวิกฤติไม่ทันถ่วงที ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการปรับระบบการรายงานค่าวิกฤติโดยกำหนดตำแหน่งผู้ปฏิบัติที่อยู่จุดที่ 1 เป็นผู้โทรแจ้งการรายงานค่าวิกฤติ ผลการดำเนินงานปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.95% สาเหตุเกิดจากหน่วยงานที่ได้รับการแจ้งค่าวิกฤติจากห้องปฏิบัติการไม่ได้ประสานกันระหว่างหน่วยงานที่จะส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้วางแผนเข้าประชุมร่วมกันสหวิชาชีพ ร่วมกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤติต่อไป</p>
ปี	จำนวนอุบัติการณ์												
2562	100												
2563	100												
2564	99.85												
2565	100												
2566	99.95												


ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA								
<p>36. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำ</p>  <table border="1" data-bbox="197 422 1081 933"> <caption>อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>จำนวนครั้งการปฏิเสธ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2564</td> <td>0.15</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>0.12</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งการปฏิเสธ	ปี2564	0.15	ปี2565	0.09	ปี2566	0.12	<p>จากกราฟในปี 2564-2566 พบอุบัติการณ์การอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 0.15%, 0.09% และ 0.12 % ตามลำดับ ในปี 2564 พบปัญหาการเก็บสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงาน ER,LR,IPD, เช่น ตัวอย่าง Clot ,Hemolysis ,เจาะเลือดผิด tube ,key lab ผิดคน ,เกิดจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้างานด้วยความเร่งรีบและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเจาะ Lab ตามคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจและบางหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการ การสั่ง รับ Order จากแพทย์ จึงได้ปรับแนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจร่วมกับกองศัลยกรรม, KM การเก็บสิ่งส่งตรวจ, ฝึกปฏิบัติการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจรวมถึง OUT Lab ส่งผลให้ปี 2565 อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำมีแนวโน้มลดลง จากกราฟในปี 2566 พบว่าอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ต้องเก็บซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบปัญหาการเก็บสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงาน ER,LR,IPD, เช่น ตัวอย่าง Clot ,Hemolysis ,เจาะเลือดผิด tube ,key lab ผิดคน , ปริมาณน้อยเกินไป เกิดจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้างานด้วยความเร่งรีบและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเจาะ Lab ตามคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจและบางหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการ การสั่ง รับ Order จากแพทย์ ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้วางแผนเข้าประชุมร่วมกันสหวิชาชีพ ร่วมกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบการเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้อง มีคุณภาพ ต่อไป</p>
ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งการปฏิเสธ								
ปี2564	0.15								
ปี2565	0.09								
ปี2566	0.12								

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>37.อุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป</p> <table border="1"> <caption>อุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อุบัติการณ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2666</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อุบัติการณ์	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	2	2666	3	<p>จากกราฟอุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบการวินิจฉัยผู้ป่วยล่าช้าส่วนใหญ่ในผู้ป่วย Appendic , ACS, Sepsis เนื่องจากไม่ได้นำเครื่องมือเฉพาะโรคมาใช้ในการประเมินคนไข้ตั้งแต่แรกเริ่มแก้ไขมีการปรับเปลี่ยนดังนี้ผู้ป่วยสงสัย Appendic ประเมิน Alvarado score ทุกเคส ผู้ป่วยที่สงสัย ACS นำ TIMI risk และ Chadvas score ถ้าประเมินแล้วอยู่ในช่วง Low risk ขึ้นไปให้นอนรพ.สังเกตอาการ มีการตรวจ EKG และ Trop-T ซ้ำ ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการตรวจ Lectate</p>
ปี	อุบัติการณ์												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	2												
2666	3												

92.ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
38.อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด	0 %	NA	NA	0.14%	0.13%	0.22%
39.อัตราการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน *	0 %	0.04%	0.10%	0.04%	0.02%	0.05%

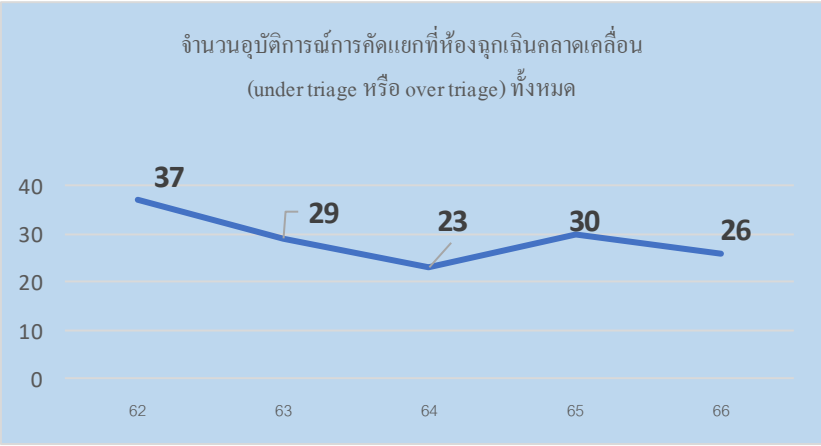
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA								
<p>38.อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด</p> <table border="1"> <caption>อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2564</td> <td>0.14%</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>0.13%</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>0.22%</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	จำนวนครั้ง	ปี2564	0.14%	ปี2565	0.13%	ปี2566	0.22%	<p>จากกราฟในปี 2564-2566 พบอุบัติการณ์การอัตราการส่งสิ่งส่งตรวจที่ผิดพลาด จำนวน 17 ครั้ง, 19 ครั้ง, 28 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบปัญหาเกี่ยวกับการระบุข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลรายละเอียดของรายการ Lab ชื่อ - สกุล , H.N,รายการตรวจวิเคราะห์ , วันที่ส่งตรวจ , จากกราฟในปี 2566 พบว่าอัตราการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด แนวโน้มเพิ่มขึ้น เกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ตรวจสอบมีความเร่งรีบ ภาระหน้างาน ทางห้องปฏิบัติการจึงได้ดำเนินการโดยปรับคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจแบบปฏิทินเพื่ออำนวยความสะดวกการใช้งาน รวมทั้งปรับไปรีเคส lab ของหน่วยงาน ER แบบง่าย ไม่ซับซ้อน เพื่อสะดวกต่อการใช้และทางหน่วยงาน (ER,LR,IPD)ได้จัดทำแนวทางการ Order จากแพทย์ เพื่อป้องกันการสั่ง การรับให้ครบถ้วนในการส่งตรวจและเพิ่มระบบการตรวจสอบในแต่ละหน่วยงานเพื่อลดความผิดพลาดในการส่งตรวจ</p>
ปีงบประมาณ	จำนวนครั้ง								
ปี2564	0.14%								
ปี2565	0.13%								
ปี2566	0.22%								

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

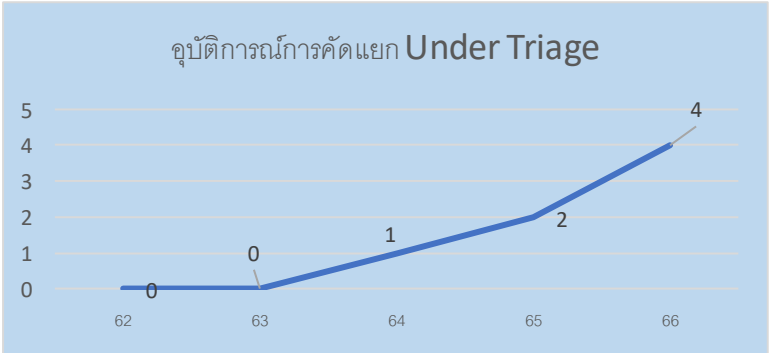
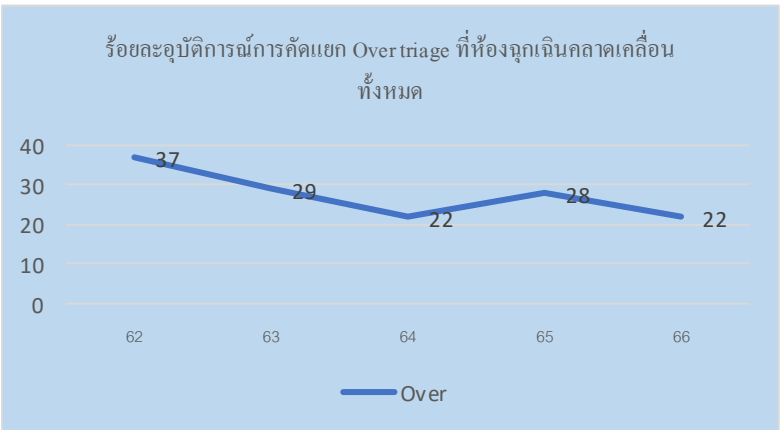
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>39. อัตราการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น</p>  <table border="1" data-bbox="183 424 1088 946"> <caption>ร้อยละอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลคลาดเคลื่อน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2562</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>0.1</td> </tr> <tr> <td>ปี2564</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>0.02</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>0.05</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	ปี2562	0.04	ปี2563	0.1	ปี2564	0.04	ปี2565	0.02	ปี2566	0.05	<p>จากกราฟ พบว่าในปี2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 0.10% (14ครั้ง/13ม472) เกิดจากรายงานผลแลบล่าช้ามากที่สุด แก้ไขโดยการใช้บัตรนัด(บัตรสี)รอฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแทนการแจ้งฟังผลตรวจกับผู้รับบริการแบบปากเปล่า ส่งผลให้ในปี 2564-2565พบว่าอัตราการรายงานผล labคลาดเคลื่อน มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ เนื่องจากทางห้องปฏิบัติการได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการรายงานผล Lab ทั้งในและนอกเวลาราชการ กำหนดตำแหน่งผู้รายงานผลและผู้ตรวจสอบยืนยันผลภายในหน่วยงาน ผลการดำเนินงานปัจจุบันได้พบการรายงานอุบัติการณ์การรายงานผลคลาดเคลื่อน (จำนวน 7 ครั้ง/12,857) คิดเป็น 0.05% ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนใหญ่เกิดจากจนท รายงานผล out lab ล่าช้า ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการปรับระบบการส่งต่อ Out Lab โดยการเพิ่มช่องทางโดยการสร้าง Line Group ในการรายงานผล Out lab ระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก</p>
ปี	ร้อยละ												
ปี2562	0.04												
ปี2563	0.1												
ปี2564	0.04												
ปี2565	0.02												
ปี2566	0.05												

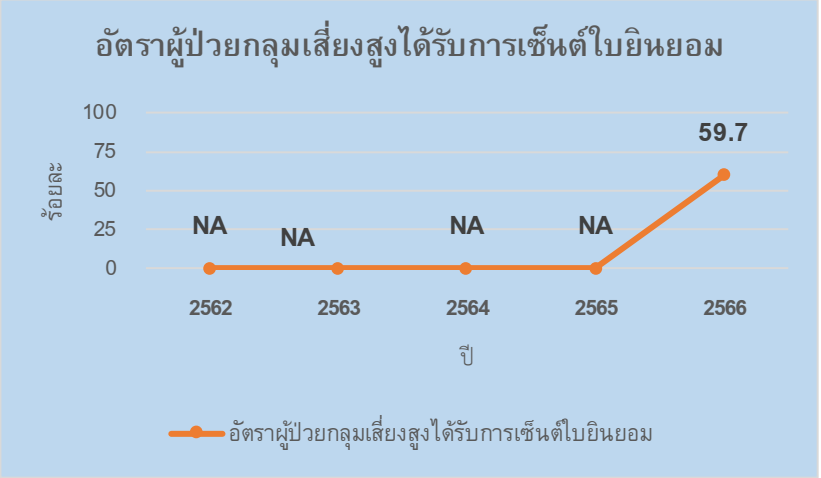
93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
40.การคัดแยก						
40.1จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด	0	37	29	23	30	26
40.2 จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป*	0	1	0	0	0	0
40.3อุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน*	0	0	0	1	2	4
40.4.อุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน*	0	37	29	22	28	22
41.อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับเซ็นตีไบยินยอม	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	59.70 (80/134)
42.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงทั้งหมด		10	5	12	10	16
.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ตามspecific clinical risk รายโรค	0 ครั้ง	NA	NA	NA	NA	5
43.อัตราความสำเร็จในการ CPR	ร้อยละ 100	10 1/10	5.55 1/18	0 0/7	20 2/10	25 3/12
44.อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock	ร้อยละ 0	25 % (1/4)	75 % (3/4)	33.33 % (1/3)	50 % (1/2)	0 % (0 / 0)
45.อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia	< 25:1000 LB	0 (0/178)	5.88 (1/170)	5.34 (1/187)	17.85 (3/168)	0 (0/186)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>40.1 จำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด</p>  <table border="1" data-bbox="201 475 1019 922"> <caption>จำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนอุบัติเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>62</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>63</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>64</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนอุบัติเหตุ	62	37	63	29	64	23	65	30	66	26	<p>จากกราฟ ปี 62 พบว่าจำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน Over triage ระดับ E ขึ้นไป 1 ราย จากเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ ทำให้มีการ Delay การรักษา และการส่งต่อในผู้ป่วยประเภทอื่น ซึ่งเกิดจากสถานที่คับแคบ เป็นช่วงนอกเวลาราชการที่ไม่มีคัดกรอง ปี 63-64 เป็นช่วงสถานการณ์โควิด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อไม่ได้รับการคัดแยก ทำให้แพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน และเป็นช่วงแรกของการใช้เครื่องมือ Triage MOPH ส่งผลเรื่องสื่อสารที่ไม่ตรงกัน จึงได้พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการคัดแยก เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในปี 65 แนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสุติกรรม จากการสื่อสารในหน่วยงานที่คลาดเคลื่อน แต่ไม่ส่งผลต่อผู้ป่วย ในปี 66 พบการคัดแยกที่ผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลในระบบ Hos.xp กำหนดแนวทางชัดเจนเพื่อให้กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีการคัดกรอง 24 ชม. การใช้เครื่องมือ “ป้ายสีเขียวชีวิต” และการพัฒนาแนวทางการคัดแยกร่วมกับห้องคลอดในกลุ่มสุติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการด้วยความถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แผนการพัฒนาการตรวจสอบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยซึ่งควบคุมกำกับโดย PCT Round ตามแนวทางที่กำหนดและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	จำนวนอุบัติเหตุ												
62	37												
63	29												
64	23												
65	30												
66	26												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

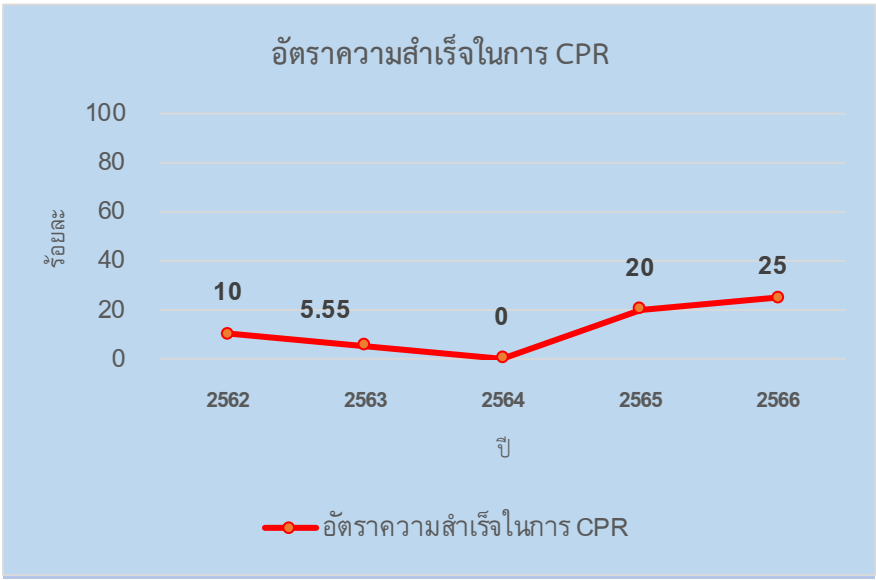
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>40.3 อุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน*</p>  <table border="1"> <caption>อุบัติเหตุการคัดแยก Under Triage</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>62</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>63</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>64</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	62	0	63	0	64	1	65	2	66	4	<p>จากกราฟ พบว่า ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการคัดแยก Under triage ในปี 62-63 ในปี 64-65 จำนวน 3 ราย ในระดับ ESI 3-4 ของผู้ป่วยสุติกรรม จึงได้มีการทบทวนและพัฒนาในเรื่องการประเมินผู้ป่วยและการคัดแยกผู้ป่วยสุติกรรมร่วมกับแผนกห้องคลอต เพื่อวางแนวทางที่ชัดเจน ปี 66 พบ 4 ราย แผนการพัฒนาการตรวจสอบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยซึ่งทีม PCT ต้องควบคุม กำกับโดยการทำให้ PCT Round ตรวจสอบการจำแนกประเภทผู้ป่วยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดรวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	จำนวน												
62	0												
63	0												
64	1												
65	2												
66	4												
<p>40.4.อุบัติเหตุการคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน*</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละอุบัติเหตุการคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อนทั้งหมด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>62</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>63</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>64</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	62	37	63	29	64	22	65	28	66	22	<p>จากกราฟ พบว่า การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน Over triage ในปี 62-64 มีแนวโน้มลดลง ในปี 62 พบว่าจำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน Over triage ระดับ E ขึ้นไป 1 ราย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอื่นมีการ Delay การรักษาและการส่งต่อ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงแต่ไม่เสียชีวิต ได้มีการพัฒนาในเรื่องการประเมินผู้ป่วยและการคัดแยก การพัฒนาบุคลากรในเรื่อง Triage MOPH และการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ในปี 65-66 จำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน Over triage มีแนวโน้มลดลง เป็นกลุ่มผู้ป่วยสุติกรรมที่เจ้าหน้าที่เข้าใจคลาตเคลื่อน ยังพบข้อผิดพลาด อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เป็นการคัดแยก Over triage แผนการพัฒนาการตรวจสอบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย การควบคุมกำกับในการใช้เครื่องมือการคัดแยกที่มีความต่อเนื่อง และทีม PCT ควบคุมกำกับโดยการทำให้ PCT Round ตรวจสอบการจำแนกประเภทผู้ป่วยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดรวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	จำนวน												
62	37												
63	29												
64	22												
65	28												
66	22												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>41. อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับเช็นตีไบยีนยอม</p>  <table border="1" data-bbox="190 379 1008 858"> <caption>อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการเช็นตีไบยีนยอม</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>59.7</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	NA	2563	NA	2564	NA	2565	NA	2566	59.7	<p>การติดตามตัวชี้วัดนี้มีการดำเนินการ ในปี 2566 โดยกำหนดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ต้องทำหัตถการต้องได้รับเช็นตีไบยีนยอมก่อนการทำหัตถการ ได้แก่กลุ่ม CPR ,On ET tube , ICD , Abdominal and pleural tapping ,มีการดำเนินการดังนี้ 1.ออกแบบใบเช็นตีไบยีนยอมในการทำหัตถการ 2. กำหนดก่อนการทำหัตถการให้มีการเช็นตีไบยีนยอมทุกครั้งโดยผู้ป่วย หรือกรณีไม่รู้สีกตัวต้องให้ญาติสายตรงเป็นผู้ยินยอมผลการดำเนินการพบว่าปี 2566 อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับเช็นตีไบยีนยอมได้เพียง ร้อยละ 59.70 จากสาเหตุ พบว่า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือแบบฉุกเฉินทันที่ และส่วนใหญ่เป็น case ที่ต้อง refer จึงไม่ได้รับการเช็นตีไบยีนยอม จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้รวดเร็วโดยใช้แบบฟอร์มและรูปภาพการทำหัตถการเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	NA												
2563	NA												
2564	NA												
2565	NA												
2566	59.7												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>42.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง</p> <table border="1"> <caption>จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง</th> <th>อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ตาม specific clinical risk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>10</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>12</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>10</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>16</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ตาม specific clinical risk	2562	10	NA	2563	5	NA	2564	12	NA	2565	10	NA	2566	16	5	<p>จากกราฟพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงนั้นมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากการทบทวนและค้นหาความเสี่ยง ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 อัตราการทรุดลงมีจำนวนเพิ่มขึ้น พบกลุ่มโรคที่มีอาการทรุดลงมากที่สุดเป็นกลุ่ม STEMI พบ cardiac arrest ,Stroke , COPD พบ respiratory failure, Sepsis , กลุ่ม Head injury พบ Coma Score drop (R/O Cerebral hemorrhage) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า 1.) การ Assessment และ Re-Assessment ในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ต่อเนื่องรายโรคสำคัญ 2.) ขาดการวางแผนการดูแลป้องกันเฝ้าระวังภาวะทรุดรายโรคตาม Specific clinical risk และสื่อสารการเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างเป็นระบบ จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1.) ทำ KM เรื่องเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk รายโรค ผู้ป่วยกลุ่ม fast tract (STEMI, Stroke PPH PIH) โรคทั่วไปเรื้อรังสำคัญ HT, DM, CKD และ sepsis , Head injury 2. พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง อาการตาม Specific clinical risk รายโรค , กำหนด EWS, เกณฑ์การรายงานแพทย์ , เกณฑ์ที่แพทย์มาตรวจทันที 3.) กำหนดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ วางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบ Progress PCT , Progress note ใน Doctor Order sheet ผลการดำเนินการพบว่า เจ้าหน้าที่ยังขาดการ Re-Assessment ในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง , ขาดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการวางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบ Progress PCT, Progress note ใน Doctor Order sheet ยังมีการสื่อสารได้น้อย ปี 2566 ยังพบอัตราผู้ป่วยทรุดลงเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยจาก ER ด้วย Abdominal pain Revisit แล้ว refer ด้วย Appendicitis , Bronchitis Revisit refer ด้วย Respiratory fail จากในแผนกผู้ป่วยในมีอาการทรุดลงจากกลุ่มโรค NSTEMI, COPD พบ</p>
ปีงบประมาณ	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ตาม specific clinical risk																	
2562	10	NA																	
2563	5	NA																	
2564	12	NA																	
2565	10	NA																	
2566	16	5																	

	<p>Respiratory failure และ Hypovolemic Shock จึงมีการพัฒนา 1. แนวทางการตรวจวินิจฉัย Abdominal pain 2. ทบทวนเกณฑ์การรายงานแพทย์ เช่นในกลุ่มผู้รับบริการที่ Re visit 3. ทบทวนเกณฑ์การ Admit , Refer 4. ระบบconsult แพทย์เฉพาะทาง 5. มีการติดตามนิเทศ กำกับการปฏิบัติตามแนวทาง โดยทีมนำทางคลินิก Round หน่วยงาน เพื่อลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงต่อไป</p>
--	---

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>43. อัตราความสำเร็จในการ CPR</p>  <table border="1" data-bbox="168 742 1041 1324"> <caption>อัตราความสำเร็จในการ CPR</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราความสำเร็จในการ CPR (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5.55</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราความสำเร็จในการ CPR (%)	2562	10	2563	5.55	2564	0	2565	20	2566	25	<p>ปี 2562-2564 อัตราความสำเร็จในการ CPR ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่วางไว้จากการทบทวน Case พบว่าสาเหตุ 1. Case ที่ได้รับการ CPR เป็น Case ที่มาด้วยไม่รู้สีกตัวญาติไปพบ ไม่ทราบเวลาระยะเวลาที่หยุดหายใจที่แน่นอน มาถึงหน้า ER จับชีพจรไม่ได้ ทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยหนักมาก 2. ขบวนการ CPR ขาดการจัดการทีม CPR ที่ดี และสับส่นหัวหน้าทีมหลัก 3. ขั้นตอนการ CPR กับการให้ยาขาดการแจ้งเตือนเวลาที่เป็นมาตรฐาน ทำให้กระบวนการ CPR ไม่สำเร็จ จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วย CPR โดยยึดระยะที่หยุดหายใจ หรือจับชีพจรไม่ได้ภายในไม่เกิน 4 นาที 2. จัด term CPR ที่ระบุหน้าที่ชัดเจน โดยกำหนดให้ หัวหน้าที่เป็นผู้สั่งการควบคุมกระบวนการประสานทีม 3. จัดทำ Check list บันทึกกระบวนการทำ CPR ทั้งหัตถการและการให้ยา 4. มีนาฬิกาจับเวลาใน CPR และการแจ้งเตือนการให้ยาช่วยชีวิต ผลการดำเนินงานพบว่า ปี 2565 ความสำเร็จในการ CPR เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 แต่จะพบ ROCS (return of spontaneous circulation system) ทำให้ CPR ไม่สำเร็จ พยาธิสภาพผู้ป่วยแย่ลง จึงมีการพัฒนาการเก็บข้อมูลให้ชัดเจนขึ้นและ ในปี 2566 อัตราความสำเร็จในการ CPR ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการทบทวนพบว่า การเก็บ</p>
ปี	อัตราความสำเร็จในการ CPR (%)												
2562	10												
2563	5.55												
2564	0												
2565	20												
2566	25												

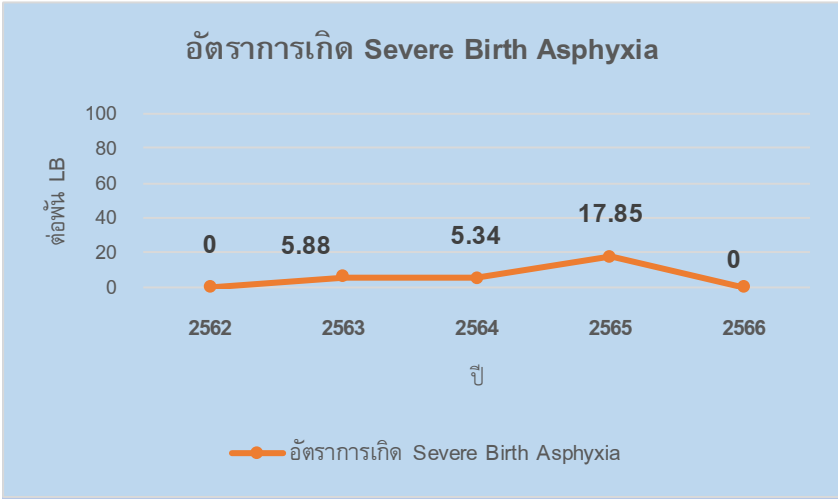
	<p>ข้อมูลในหน่วยงาน ER ยังมีความสับสนในการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน , Case ที่ผ่านการ CPR มาแล้วพบ ROCS นำมาเป็นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล , การ CPR ยังไม่มีแบบฟอร์มการประเมินที่ชัดเจนที่ผ่านมาให้แพทย์เป็นผู้ประเมินเพียงแต่ให้ความคิดเห็น จึงมีการพัฒนาเพิ่มเติมดังนี้ 1.) ในการจัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ให้ชัดเจนขึ้น 2.) Case ROCS จะไม่นำมาเป็นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล 3.)จัดให้มีแบบฟอร์มการประเมินCPR ที่ชัดเจน 4.) ฝึกซ้อม term CPR ปีละ 2 ครั้ง และสอนการ CPR เบื้องต้นในหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย</p>
--	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>44.อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock ร้อยละ 0</p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock ร้อยละ 0</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>25 (1/4)</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>75 (3/4)</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>33.33 (1/3)</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>50 (1/2)</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock (%)	2562	25 (1/4)	2563	75 (3/4)	2564	33.33 (1/3)	2565	50 (1/2)	2566	0	<p>จากกราฟ ปี 2562-2563 ปัญหา PPH c Shock มีอัตราสูงขึ้น เป็นปัญหาหลักของหน่วยงาน ห้องคลอดจึงมีการทบทวน Case และทบทวนการปฏิบัติหน้างานพบว่า PPH c Shock เกิดจากสาเหตุ retain placentaเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาเป็น uterine atony, tear (ประเมินตามหลัก 4Ts) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า 1.)การAssessment และ Re-Assessment ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกครรภ์ที่ครอบคลุม 2.)เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการล้วงรก/ การทำ bimanual uterine compression / balloon tempo nard</p> <p>3.) ขาดความชำนาญและทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงและการดูแลขณะส่งต่อ</p> <p>4.) ทีมขาดความพร้อมด้านการจัดการ PPH Term จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1.) สมรรถนะเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และ ER ในการAssessment และ Re-Assessment ความเสี่ยงโดยการทำ KM 2.)ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ เข้าอบรมวิชาการสูติในทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ทักษะในการล้วงรก/ การทำ bimanual uterine compression และเข้าร่วมอบรมวิชาการสูติศาสตร์ฉุกเฉิน ทบทวน Km CPG PPH ผลการดำเนินงานในปี 2564พบ PPH c Shock 1 รายจากสาเหตุ retain placenta แพทย์เวชขาดประสบการณ์ ไม่สามารถล้วงรกได้ทันทีที่ต้องตามแพทย์ 2 nd call ,การเปิดเส้นให้สารน้ำทดแทนยังไม่เพียงพอต่อการเสียเลือด จึงมีการพัฒนาต่อ</p> <p>1.)ให้ห้องศัลยกรรมส่งแพทย์จบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์เข้าฝึกกับสูติแพทย์ในรพท. เครื่องช่วยหรือฟีสอนน้อง 2.)ส่งพยาบาลห้องคลอดเข้าฝึกประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแล PPH เพิ่มเติมที่รพ.ปัตตานี 3.) ฝึกสมรรถนะ PPH Term และประเมินสมรรถนะ</p>
ปี	อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock (%)												
2562	25 (1/4)												
2563	75 (3/4)												
2564	33.33 (1/3)												
2565	50 (1/2)												
2566	0												

	เจ้าหน้าที่โดยการจัดทำ role play case PPH ในปี 2565 ไม่พบ PPH c Shock จากการดูแล แต่พบในผู้ป่วยที่คลอดที่บ้านและมีภาวะรกค้างนานมากกว่า 1 ชม ร่วมกับมีภาวะช็อคร่วมด้วย. จึงพัฒนาการระบบการเข้าถึงในงาน MCH พบว่า ใน 2566 ไม่พบอุบัติการณ์ PPH c Shock
--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

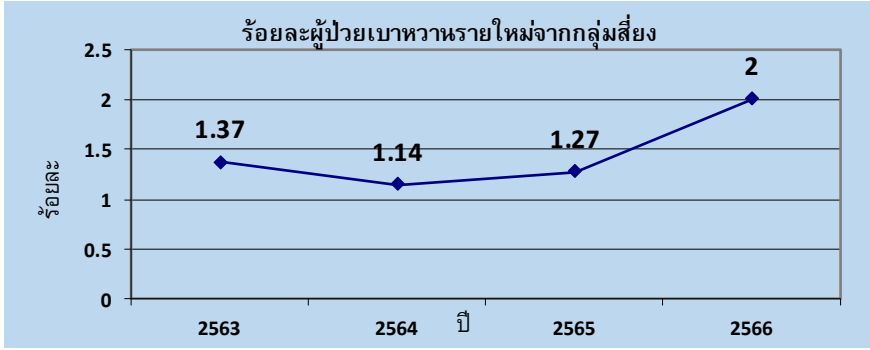
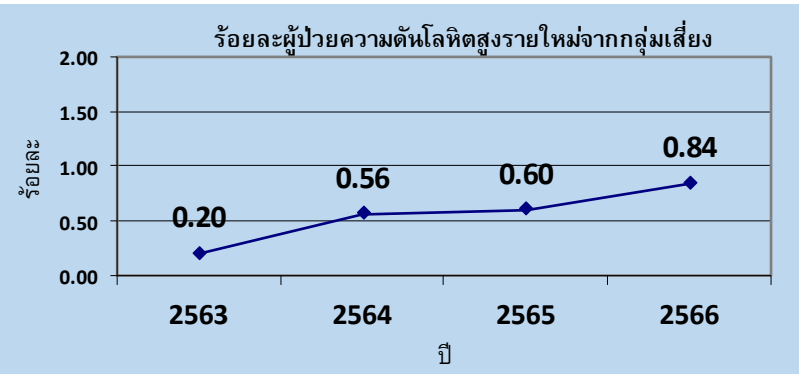
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>45.อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia < 25:1000 LB</p>  <table border="1" data-bbox="168 419 1003 919"> <caption>อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ต่อพัน LB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>5.88</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>5.34</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>17.85</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ต่อพัน LB	2562	0	2563	5.88	2564	5.34	2565	17.85	2566	0	<p>จากกราฟ ปี 2563 – 2665 อัตราการเกิด Severe birth asphyxia อยู่ในเป้าหมายที่วางไว้ แต่จากการทบทวนส่วนใหญ่พบว่า สาเหตุเกิดจาก ทารกคลอด Preterm labor 4 ราย (บางราย คลอดท่าก้นและมี Cord พันคอร่วมด้วย) ในปี 2565 พบสาเหตุรองลงมาเป็น Fetal distress ร่วมกับ thick meconium กระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า 1.) Delay Refer Fetal distress จาก สถานการณ์ Covid 2.) ขาดทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูง จึงได้มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบได้แก่ 1.) พัฒนาระบบบริการที่งาน ANC เน้นการคัดกรองภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกราย 2.) ให้ความรู้ Health literacy การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในงาน ANC 3.) พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้มีสมรรถนะ ในงาน ANC High risk และปฏิบัติงานร่วมกับ ANC 4.) ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาล เข้าอบรมวิชาการสูติ และอบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR 5.) ส่งพยาบาลห้องคลอดเข้าฝึกประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลการคลอดฉุกเฉินและการช่วยเหลือเด็กวิกฤตในห้องคลอดที่รพ.ปัตตานี 6.) ฝึก/ Role play สถานการณ์ เพื่อฝึกสมรรถนะ NCPR Term 7.) มีระบบการประสานงาน Consult สูติแพทย์ 1 st Staff ,2 nd Staff กรณีสูติแพทย์ผู้รับผิดชอบติด case ผ่าตัด 8.) เพิ่มช่องทางให้แพทย์รพ.สามารถ Consult กุมารแพทย์ได้ทันทีหากต้องการความช่วยเหลือ/ปรึกษาเมื่อต้องดูแลทารกวิกฤตฉุกเฉินแรกคลอด โดยประสานงานกับ MCH ระดับจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่า ปี 2566 ไม่พบอัตราการเกิด Birth Asphyxia และ Severe Birth Asphyxia</p>
ปี	ต่อพัน LB												
2562	0												
2563	5.88												
2564	5.34												
2565	17.85												
2566	0												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
46. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	1.5	NA	1.37	1.14	1.27	2
46.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง			(9/669)	(12/1,072)	(18/1,437)	(24/1203)
46.2. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	3	NA	0.20	0.56	0.60	0.84
			(2/964)	(2/355)	(3/493)	(5/590)

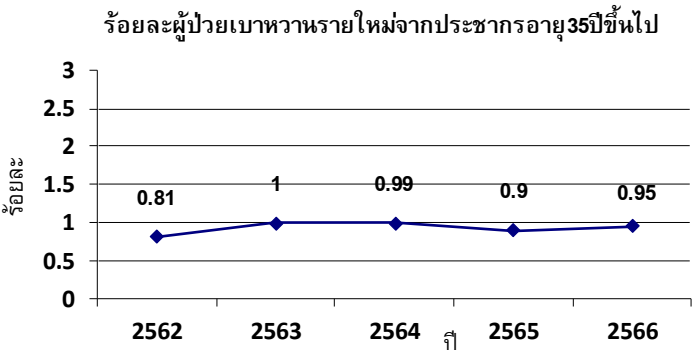
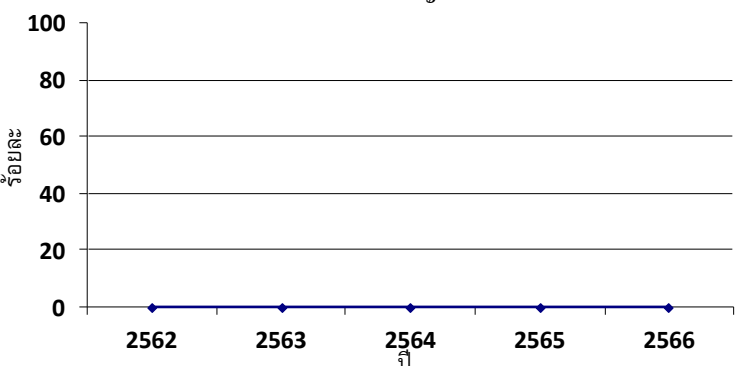
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA										
<p>46.1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1.37</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1.27</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.00</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2563	1.37	2564	1.14	2565	1.27	2566	2.00	<p>จากกราฟ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในปีที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 1.5 ,ในปีบ2564 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงลดลงเล็กน้อยเนื่องจากสถานการณ์ของโรคโควิด , ในปีบ2565 และ2566 มีอัตราป่วยเพิ่มสูงจากการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนไม่ครบทุกหน่วยบริการ เนื่องจากมีความล่าช้าของการดำเนินโครงการ แผนพัฒนา จะมีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพตามวิถีอิสลาม มีการคืนข้อมูลในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนให้ครบทุกหน่วยบริการ</p>
ปี	ร้อยละ										
2563	1.37										
2564	1.14										
2565	1.27										
2566	2.00										
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA										
<p>46.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0.20</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.56</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.60</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.84</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2563	0.20	2564	0.56	2565	0.60	2566	0.84	<p>จากกราฟ ในปี2564-2565 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และไม่ได้ปรับพฤติกรรมให้ครบคลุมทุกหน่วยบริการ , ในปี 2566 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากได้มีการทำ Home Bp ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>แผนพัฒนา จะมีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพตามวิถีอิสลาม มีการคืนข้อมูลในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนให้ครบทุกหน่วยบริการ</p>
ปี	ร้อยละ										
2563	0.20										
2564	0.56										
2565	0.60										
2566	0.84										

95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
47.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน รายใหม่จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	<5%	1.65 98/5924	1.75 105/6021	1.77 109/6149	1.51 94/6198	2.18 135/6186
47.1 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป						
47.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	< 4%	0.81 48/5924	1 60/6021	0.99 61/6149	0.90 56/6198	0.95 59/6186
48.อัตราการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็ก 6-9 เดือน	70 %	NA	NA	NA	NA	NA
49.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์	>90%	50.84 (121/238)	46.52 (87/187)	61.99 (106/171)	64.84 (118/182)	45.26 (86/190)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
47.1 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป <p>ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป</p>	จากกราฟ พบว่า ปี 2562-2565 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคัดกรองเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ตามวิถีชุมชนรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้ไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ในปี 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากหลังจากคัดกรองแล้ว ไม่ได้มีการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนทุกหน่วยบริการ <u>แผนพัฒนา</u> 1.มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพตามวิถีอิสลาม 2.มีการสอบสวนโรคตามหลักระบาดวิทยาในผู้ป่วยรายใหม่ 3.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกหน่วยบริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

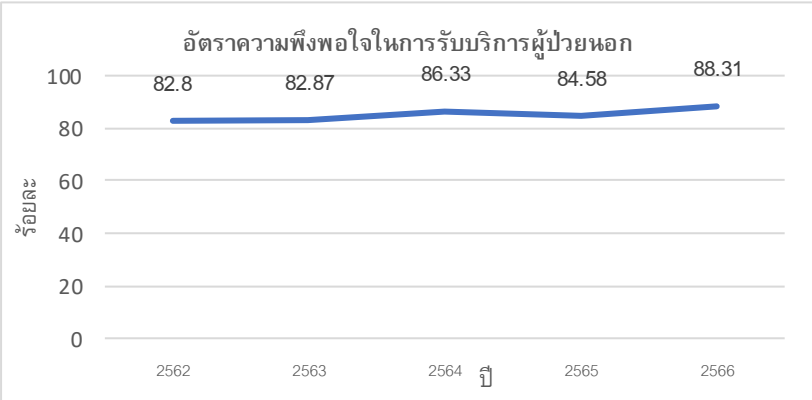
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>47.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรอายุ35ปีขึ้นไป</p>  <p>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรอายุ35ปีขึ้นไป</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0.81</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0.99</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0.9</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0.95</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	0.81	2563	1	2564	0.99	2565	0.9	2566	0.95	<p>จากกราฟ พบว่า ปี 2563-2565 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรอายุ35ปีขึ้นไปคงที่ เนื่องจากมีการคัดกรองเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ตามวิถีชุมชนรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้ไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ในปี 2566 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก จัดทำ SMBG ในกลุ่มพื้นที่ของอสม.แต่ละหมู่บ้าน (ศูนย์ Health station) และมีช่องทางการขอคำปรึกษากับ case manager</p> <p><u>แผนพัฒนา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพตามวิถีอิสลาม 2.มีการสอบสวนโรคตามหลักระบาดวิทยาในผู้ป่วยรายใหม่ 3.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกหน่วยบริการ
ปี	ร้อยละ												
2562	0.81												
2563	1												
2564	0.99												
2565	0.9												
2566	0.95												
<p>48.อัตราการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็ก 6-9 เดือน</p>  <p>อัตราการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็ก 6-9 เดือน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	0	2563	0	2564	0	2565	0	2566	0	<p>จากข้อมูลพบว่า อัตราการป่วยในเด็กที่เกิดจากระบบทางเดินหายใจ ไขหวัด โรคหอบหืด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล เพิ่มสูงขึ้นทุกปี และอัตราการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6เดือน – 2ปี ยังไม่มีกลุ่มเป้าหมายมาฉีดวัคซีน ทางคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลแม่ลาน จึงได้มีแผนการแก้ไขปัญหา คือ มีการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องวัคซีนไขหวัดใหญ่ ในชุมชนและในคลินิกเด็กสุขภาพดี กลุ่มเป้าหมาย อายุ 6เดือน – 2ปี ร่วมกับวัคซีนพื้นฐาน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กเห็นความสำคัญและตระหนักเรื่องฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มากยิ่งขึ้น</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	0												

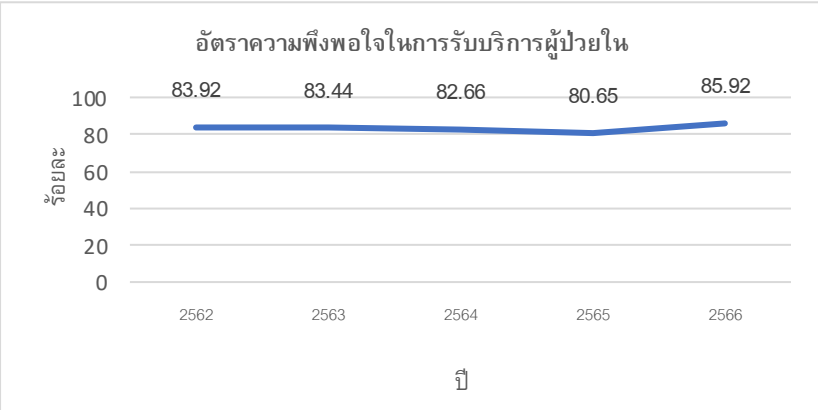
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

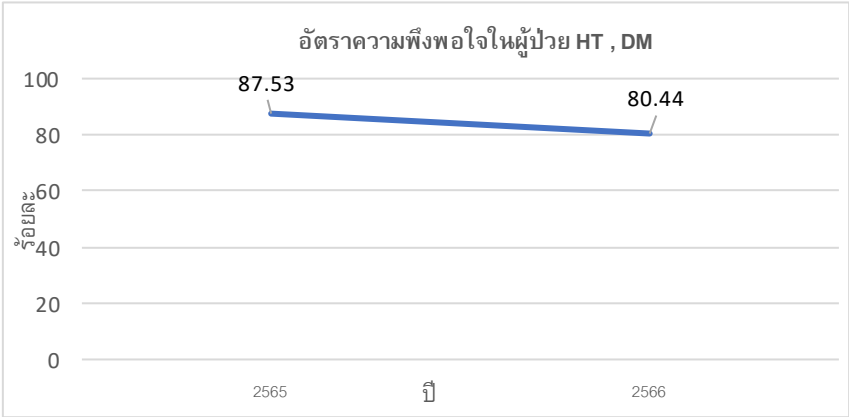
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>49.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์</p> <table border="1"> <caption>ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>50.84</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>46.52</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>61.99</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>64.84</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>45.26</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	50.84	2563	46.52	2564	61.99	2565	64.84	2566	45.26	<p>จากกราฟ ปี 2562-2563 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปีไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564-2565 มีการปรับปรุงรูปแบบกระบวนการดูแลและติดตาม ในการดูแลแบบใหม่มีแนวโน้มดีขึ้น โดยให้ความรู้ผู้ปกครองที่มาใช้บริการครั้งที่ 2 ขึ้นไป (รายเก่า) เป็นรายกลุ่มตามช่วงอายุเด็ก และผู้ปกครองที่เพิ่งมาใช้บริการครั้งแรก(รายใหม่) ให้ความรู้รายบุคคล เพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล สร้าง “นวัตกรรม Mobile วัคซีน ตามวัยของลูกรัก” มีระบบแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนถึงวันนัด ผ่านกลุ่ม Line Open Chat คลินิก PCU รพ.แม่ลาน และ กลุ่ม Line อสม.ศสช.แม่ลาน และจะมีการกระตุ้นซ้ำทุกวันอังคารก่อนถึงวันนัด 1 วัน .ติดตาม ประเมินผล อย่างต่อเนื่อง</p> <p>ช่วงสถานการณ์โควิดจะมีการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการฉีดวัคซีน โดยกำหนดให้มีการเปิดให้บริการ เดือนละ 2 ครั้ง</p> <p>ปีงบประมาณ 2566 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารราชการ รพ.สต.ป่าไร่ ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.ปัตตานี ซึ่งอยู่นอกสังกัด ส่งผลทำให้การดำเนินงานและติดตามผลมีแนวโน้มต่ำกว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ 5 ปี ที่อยู่ในพื้นที่เยือกกว่าพื้นที่อื่น</p> <p>โอกาสพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> -การคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย นำปัญหาเรื่องวัคซีน เข้าในเวทีต่างๆเช่น พชอ.แม่ลาน พชต. ตำบล ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อให้เครือข่ายมีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน -ระบบติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของ 3 หมอ และภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน
ปี	ร้อยละ												
2562	50.84												
2563	46.52												
2564	61.99												
2565	64.84												
2566	45.26												

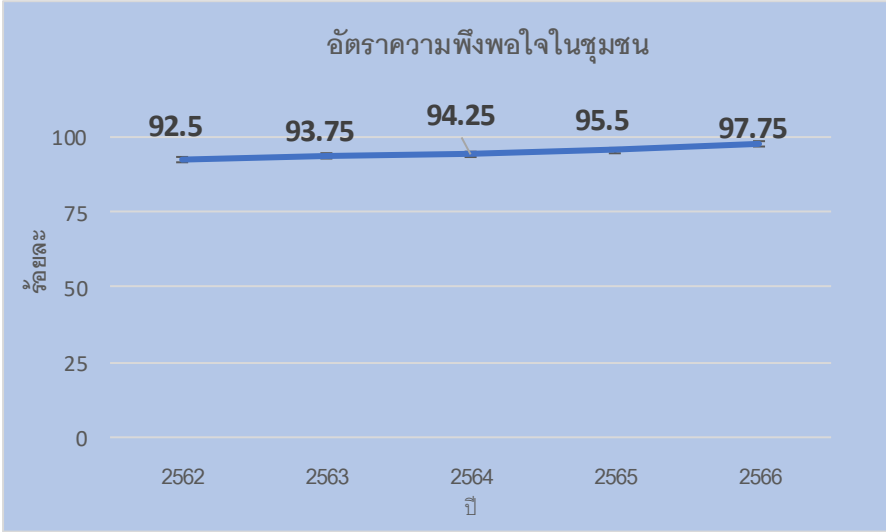
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มีติคนเป็นศูนย์กลาง)


96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
50.อัตราความพึงพอใจ						
50.1อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอก	>80%	82.8	82.87	86.33	84.58	88.31
50.2 อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยใน	> 80%	83.92	83.44	82.66	80.65	85.92
50.3อัตราความพึงพอใจในผู้ป่วย HT,DM	>80%	NA	NA	NA	87.53	80.44
50.4 อัตราความพึงพอใจในชุมชน	>80%	92.50 (370/400)	93.75 (375/400)	94.25 (377/400)	95.50 (382/400)	97.75 (391/400)
51.ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	ลดลง 50%	2 เรื่อง	4 เรื่อง	3 เรื่อง	7 เรื่อง	3 เรื่อง

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>50.1 อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอก</p>  <table border="1" data-bbox="185 392 994 794"> <caption>อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>82.8</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>82.87</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>86.33</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>84.58</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>88.31</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	82.8	2563	82.87	2564	86.33	2565	84.58	2566	88.31	<p>จากการดำเนินงานเก็บข้อมูลอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยผู้ป่วยนอก เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 ออกแบบรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ จากผู้ป่วยจากหลายช่องทาง มีทั้งการรับฟังจากผู้รับบริการโดยตรงจากคณะกรรมการบริหารเช่น การร่วมโต๊ะรับประทานอาหารเข้าร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในกิจกรรมกาแพยามเช้าของอำเภอแม่ลาน จากแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีทั้งแบบสแกน QR code และแบบสอบถามเขียนมือ ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการทั้งแบบออนไลน์และผ่านตู้ข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล และนำมาปรับระบบบริการของผู้นอก โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 1) แผนกผู้ป่วยนอกคลินิก NCD ปรับเวลาการให้บริการ พยาบาลซักประวัติเริ่มปฏิบัติงานเวลา 7.30 น. และแพทย์เริ่มตรวจเวลา 8.45 น. 2) เพิ่มจุดให้มีพยาบาลให้ข้อมูลเจ็บป่วย การตรวจ การรักษาและแนวทางการดูแลสุขภาพตามรายโรคหลังจากห้องตรวจโรคโดยแพทย์ 3) มีมาตรการการลาของแพทย์และพยาบาล เพื่อลดผลกระทบต่ออัตรากำลังการให้บริการ 4) ปรับปรุงโครงสร้างแผนกผู้ป่วยนอกให้กว้างขวาง ลดความแออัด</p> <p>ผลลัพธ์ อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	82.8												
2563	82.87												
2564	86.33												
2565	84.58												
2566	88.31												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>50.2 อัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยใน</p>  <table border="1" data-bbox="188 406 1003 817"> <caption>อัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยใน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>83.92</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>83.44</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>82.66</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>80.65</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>85.92</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	83.92	2563	83.44	2564	82.66	2565	80.65	2566	85.92	<p>จากการดำเนินงานเก็บข้อมูลอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยผู้ป่วยใน เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 จากแบบสอบถามของแผนกผู้ป่วยในและจากเสียงสะท้อนของญาติในแผนกผู้ป่วยใน ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการทั้งแบบออนไลน์และผ่านตู้ข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล และนำมาปรับระบบบริการของผู้ใน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับปรุงโครงสร้างของหอผู้ป่วยใน ให้มีการแยกหญิง-ชาย 2. ติดตั้งมุ้งลวดใหม่ในหอผู้ป่วยในทั้งหมด 3. มีการบริการอาหารผู้ป่วยในครบ 3 มื้อ 4. ปรับปรุงห้องพิเศษ ห้องติดเชื้อ ห้องแยก <p>ผลลัพธ์ อัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์</p> <p>แผนพัฒนาอัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุก 6 เดือน 2. จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายโรค HT DM COPD Asthma ACS Stroke TB และ ผู้ป่วย palliative, end of life ทุกราย รวมถึงวิเคราะห์ผลความไม่พึงพอใจ 3. นำผลการประเมินความไม่พึงพอใจมาวางแผนตอบสนองความต้องการในคณะกรรมการการบริหารโรงพยาบาล
ปี	ร้อยละ												
2562	83.92												
2563	83.44												
2564	82.66												
2565	80.65												
2566	85.92												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA						
<p>50.3 อัตราความพึงพอใจในผู้ป่วย HT,DM</p>  <table border="1" data-bbox="168 419 1014 837"> <caption>อัตราความพึงพอใจในผู้ป่วย HT , DM</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>87.53</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>80.44</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2565	87.53	2566	80.44	<p>จากการดำเนินงานเก็บข้อมูลอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT DM เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 จากแบบสอบถามของผู้ป่วย HT DM และจากเสียงสะท้อนของผู้ป่วย ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการทั้งแบบสอบถามและผ่านตู้ข้อร้องเรียนในโรงพยาบาลพบผู้ป่วยรอนานในวันคลินิก ผู้ป่วยมารอรับบริการกระจุกบางช่วงเวลา และผู้รับบริการเฉลี่ยไม่เท่ากัน และเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานไม่ตรงเวลา จึงมาปรับระบบบริการของดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จำกัดจำนวนนัดในวันคลินิกโรคความดันและเบาหวาน 2.นัดผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด เพื่อกระจายผู้ป่วยในการรับบริการในแต่ละช่วงเวลา 3.ระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และนิเทศหน้างานเพื่อประเมินการปฏิบัติงาน <p>แผนพัฒนา</p> <p>แบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทุกโรค</p>
ปี	ร้อยละ						
2565	87.53						
2566	80.44						

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>50.4 อัตราความพึงพอใจในชุมชน</p>  <table border="1" data-bbox="183 466 1066 999"> <caption>อัตราความพึงพอใจในชุมชน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>92.5</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>93.75</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.25</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>95.5</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>97.75</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	92.5	2563	93.75	2564	94.25	2565	95.5	2566	97.75	<p>สถานการณ์อัตราความพึงพอใจในชุมชน (เกณฑ์ร้อยละ 80) ในปีงบประมาณ 2562-2566 เป็นร้อยละ 92.50,93.75 , 94.25 ,95.50,93.10 และ 97.75 ตามลำดับ มีแนวโน้มดีขึ้นทุกปี และบรรลุเป้าหมายเกณฑ์ร้อยละ 80</p> <p>รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี มาตรการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลแม่ลานมีการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม(อาคาร OPD,IPD,ER) 2.มีการพัฒนารูปแบบการบริการเชิงรุกในชุมชนโดยเน้นภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ผู้นำท้องที่, ท้องถิ่นและผู้นำชุมชนกลุ่มต่างๆ) 3.เปิดช่องทางการสื่อสารโดยให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการอย่างมีส่วนร่วม (การสื่อสารในกลุ่ม Chat line ศูนย์สุขภาพชุมชน)ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผ่านระดับความพึงพอใจในชุมชน ร้อยละ 97.75
ปี	ร้อยละ												
2562	92.5												
2563	93.75												
2564	94.25												
2565	95.5												
2566	97.75												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>51.ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ</p>  <table border="1" data-bbox="197 395 1037 906"> <caption>ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนข้อร้องเรียน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนข้อร้องเรียน	2562	2	2563	4	2564	3	2565	7	2566	3	<p>จากการดำเนินงานเก็บข้อมูลข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ เป้าหมายลดร้อยละ50 จากหลายช่องทาง มีทั้งการรับฟังจากผู้รับบริการโดยตรงจากคณะกรรมการบริหารเช่น การร่วมโต๊ะรับประทานอาหารเข้าร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในกิจกรรมกาแพยามเข้าของอำเภอแม่ลาน การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยขณะทำหัตถการที่ต้องใช้เวลา การรับฟังเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่ด่านหน้า การรับฟังเสียงสะท้อนจากญาติเฝ้าไข้ การรับฟังเสียงสะท้อนจาก อสม.ที่ทำงานร่วมกันในชุมชน จากแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีทั้งแบบแสกน QR code และแบบสอบถามเขียนมือ ข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการทั้งแบบออนไลน์และผ่านตู้ข้อร้องเรียนในโรงพยาบาล การตามรอยรวมถึงการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาล</p> <p>กระบวนการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Organizational Accedent Causation Model และนำมาเสนอต่อทีมนำโรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง มีมาตรการสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการซ้ำคนเดิม ทางโรงพยาบาลมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มอบรอยยิ้มให้ผู้ป่วยและส่งเสริมในเรื่องมารยาทในเรื่องของการทักทายสอบถามผู้รับบริการในทุกจุดบริการ เปิดโอกาสซักถามและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลสุขภาพ จัดอบรมพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง
ปี	จำนวนข้อร้องเรียน												
2562	2												
2563	4												
2564	3												
2565	7												
2566	3												

	<p>ผลลัพธ์ ไม่ได้ตามเป้าหมาย มีข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2566 เนื่องจากทางทีมงานได้เพิ่มช่องทางการเก็บข้อมูล การร้องเรียน หลากหลายช่องทาง</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 มีกระบวนการให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในการให้บริการ 2 สร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี โดยมีการมอบรางวัล ประกาศเกียรติคุณของเจ้าที่/หน่วยงาน
--	---

IV-3 ผลด้านบุคลากร

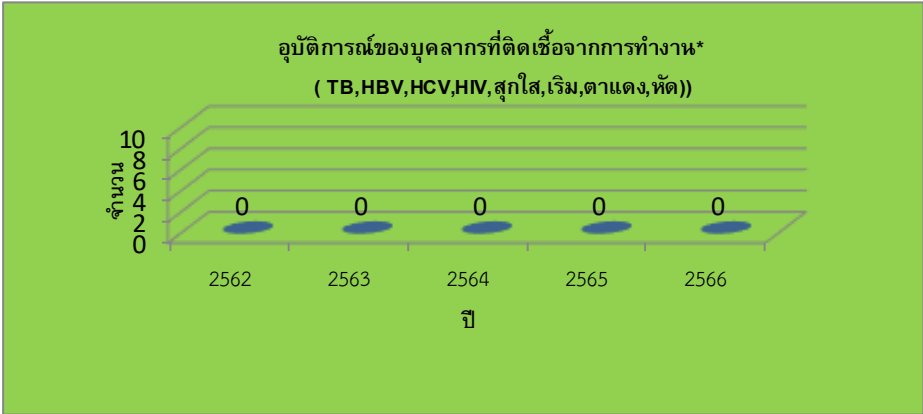
97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
52.อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้จากการทำงาน*	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
53.อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน*	0 ครั้ง	1 ครั้ง	6 ครั้ง	3 ครั้ง	0 ครั้ง	5 ครั้ง
54. อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค						
54.1 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่	100%	56.77 (88/155)	64.28 (99/154)	58.12 (93/160)	56.71 (93/164)	62.5 (100/160)
54.2 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด	100%	NA	NA	100 (160/160)	100 (164/164)	NA

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

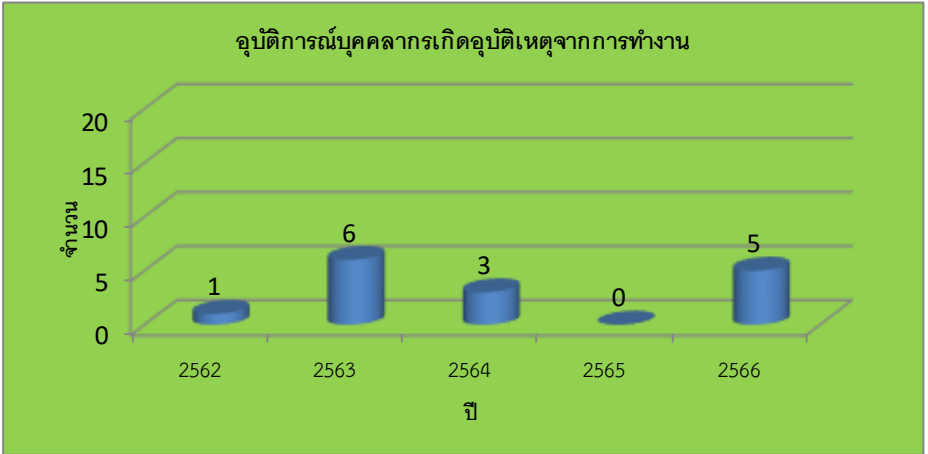
Date: 17/05/2565

55.อัตรากำลัง						
55.1 อัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ (FTE)	100%	97.65 (83/85)	97.65 (83/85)	97.65 (83/85)	98.89 (89/90)	100 (96/96)
55.2. อัตรากำลังของกลุ่มสนับสนุนเพียงพอ (FTE)	100%	96.36 (53/55)	96.36 (53/55)	98.11 (52/53)	98.18 (54/55)	100 (64/64)
56.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ						
56.1 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายวิชาชีพ)	>90%	98.82 (84/85)	98.82 (84/85)	98.82 (84/85)	98.89 (89/90)	100 (96/96)
56.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายสนับสนุน)	>90%	92.73 (51/55)	92.73 (51/55)	90.57 (48/53)	92.73 (51/55)	98.44 (63/64)
56.3 อัตราเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT	>90%	92.73 (51/55)	91.72 (78/85)	94.11 (80/85)	94.44 (85/90)	100 (96/96)
56.4 อัตราเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค DM	>90%	91.72 (78/85)	91.72 (78/85)	94.12 (80/85)	94.44 (85/90)	100 (96/96)
57.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดี	>80%	42.11 (64/152)	42.11 (64/152)	48.65 (72/148)	NA	58.06 (90/155)
58.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความสุขในการทำงาน	>90%	94.33	92.61	94.16	94.96	94.82
59.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพัน						
59.1อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มวิชาชีพ	>85%	82.29	93.33	95.16	82.97	82.96
59.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มสนับสนุน	>85%	92.06	94.91	94.82	92.30	95.31



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>52.อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน* (TB,HBV,HCV,HIV,สุกใส,เริม,ตาแดง,หัด)</p>  <p>อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน* (TB,HBV,HCV,HIV, สุกใส,เริม,ตาแดง,หัด)</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	2562	0	2563	0	2564	0	2565	0	2566	0	<p>จากกราฟพบว่าปี 2562-ปัจจุบัน ไม่มีอุบัติการณ์ของบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายการดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ โดยมี 1.การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง/ปี ,2.ส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันโควิด 3.อบรมการสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 4.อบรม ประเมิน การสอนการล้างมือ 5.จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น ห้องตรวจแยกโรค ผู้ป่วยนอกและมีแนวทางปฏิบัติการดูแลเจ้าหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น</p>
ปี	จำนวน												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	0												
2566	0												

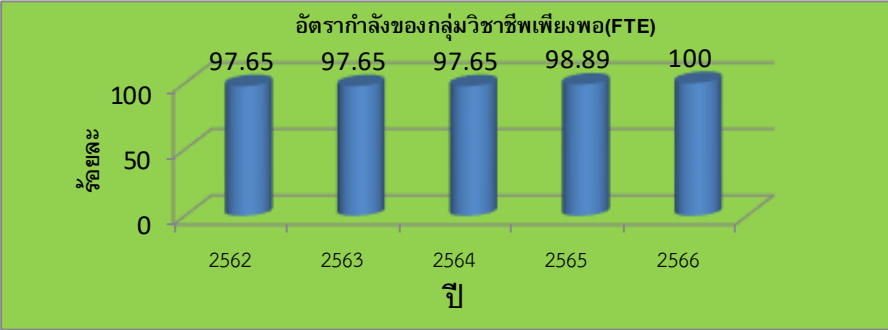
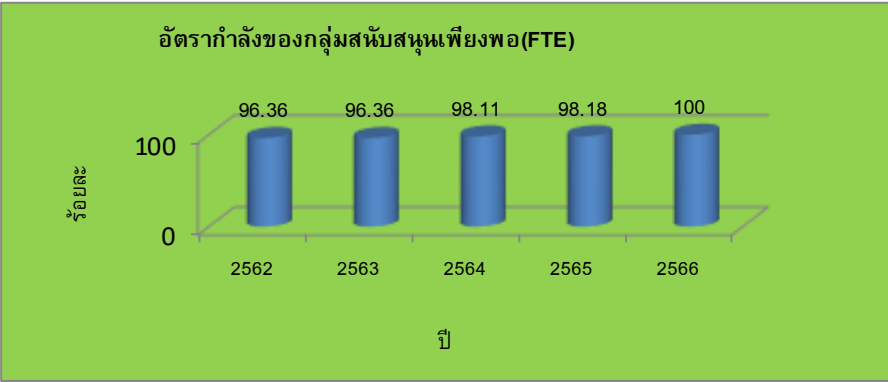
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>53.อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน</p>  <table border="1" data-bbox="168 395 1093 850"> <caption>อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	2562	1	2563	6	2564	3	2565	0	2566	5	<p>จากกราฟปี 2562-ปัจจุบัน ยังพบ อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ด้านโครงสร้าง และอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เข็มทิ่มตำ สัมผัส เลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการทำงาน จากวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ด้านโครงสร้างมีแนวโน้ม สูงขึ้นในปี 2566 เนื่องจากมีการต่อเติม ปรับปรุงอาคาร เพิ่มขึ้น พบอุบัติเหตุจากเศษปูน ปรับปรุงหลังคาตกลงใส่เจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง , เจ้าหน้าที่เหยียบตะแกรงคูน้ำ 2 ครั้ง , พลัดตก คูน้ำที่กำลังปรับปรุง 1 ครั้ง ดังนั้น รพ.มีนโยบาย ให้แจ้งผู้รับเหมาทันที/ติดป้ายแสดง เขตพื้นที่กำลังก่อสร้าง อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เข็มทิ่มตำ สัมผัส เลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการทำงาน จำนวน 11 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 1.) ของมีคมและเข็ม ทิ่มแทง จำนวน 8 ครั้ง 2.) สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จำนวน 3 ครั้ง สาเหตุ ส่วนใหญ่ มาจากสถานการณ์การทำงานที่เร่งรีบ ความประมาทและการไม่สวม PPE คณะกรรมการ IC ได้ทบทวนและมีมาตรการดังนี้ 1.) การใส่ PPE ในการทำหัตถการ ต่างๆ 2.) มีแนวทางการดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ 3.) ประกาศนโยบายการปฏิบัติตาม มาตรการด้านความปลอดภัยของบุคลากร</p>
ปี	จำนวน												
2562	1												
2563	6												
2564	3												
2565	0												
2566	5												

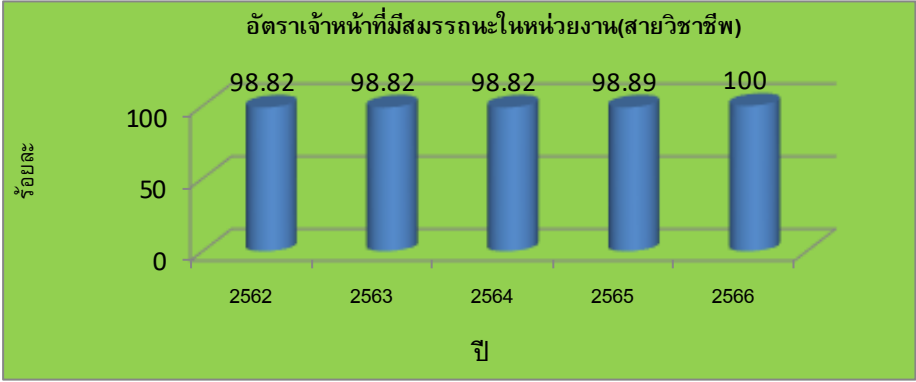

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>54. อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค</p> <p>54.1 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่</p>  <table border="1" data-bbox="181 432 1057 823"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีน ไขหวัดใหญ่</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>56.77</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>64.28</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>58.12</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>56.17</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>62.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	56.77	2563	64.28	2564	58.12	2565	56.17	2566	62.5	<p>จากกราฟพบว่ามียอดการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ไม่ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากเป้าหมายการดูแลสุขภาพการฉีดวัคซีนครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด แต่ รพ.ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากจังหวัดได้มาไม่ครบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ จึงฉีดวัคซีนให้กับเจ้าหน้าที่ ที่พร้อมและสนใจรับวัคซีนในช่วงที่กำหนด และได้นำข้อมูลการฉีดวัคซีน เสนอจังหวัดเพื่อขอวัคซีนมาเพิ่มเติมเพื่อสามารถฉีดให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	56.77												
2563	64.28												
2564	58.12												
2565	56.17												
2566	62.5												
<p>54.2 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด</p>  <table border="1" data-bbox="181 946 1057 1337"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคCovid</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	NA	2563	NA	2564	100	2565	100	2566	0	<p>จากกราฟพบว่ามียอดการฉีดวัคซีนป้องกัน โควิดได้ตามเกณฑ์ ช่วงที่มีการระบาดของโควิดเข้ามา ทำให้กระทบต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ ทาง รพ.ได้รับการจัดสรรวัคซีนป้องกันโควิดมาเป็นรอบๆ โดยแต่ละรอบจะเริ่มฉีดให้กับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลคนไข้กลุ่มติดเชื้อโควิด และกลุ่มเสี่ยงการสัมผัสโควิด จนสามารถฉีดวัคซีนครบทุกกลุ่มและได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อลดความรุนแรงการเกิดโรค และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	NA												
2563	NA												
2564	100												
2565	100												
2566	0												



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>55. อัตรากำลัง</p> <p>55.1 อัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ (FTE)</p>  <table border="1"> <caption>อัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ(FTE)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>97.65</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>97.65</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>97.65</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>98.89</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	97.65	2563	97.65	2564	97.65	2565	98.89	2566	100	<p>จากกราฟ พบว่าโรงพยาบาลมีอัตรากำลังกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ(FTE) ช่วงปี 2562 – 2565 มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ คือ กลุ่มเภสัชกร,แพทย์,เจ้าหน้าที่รังสี จึงมีแผนดำเนินการงานเภสัชกรรม มีการเพิ่มเจ้าหน้าที่โดยจ้างเหมาบริการ มา 1 คนและจัดสรรจากจังหวัด มา 1 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับภาระงาน,องค์กรแพทย์มีการจัดสรรมา 2 คนทำให้แพทย์มี 5 คน ทำให้มีความเพียงพอต่อภาระงาน ,งานรังสี ได้มีการจ้างเหมาบริการ 1 คนและเจ้าหน้าที่ทั่วไป 1 คน มาฝึกอบรมการเอกซเรย์ มีการควบคุมงาน ประเมินการทำงานโดยทีมเจ้าหน้าที่รังสีระดับจังหวัด ทุก 3 เดือน และปี 2566 ได้รับเจ้าหน้าที่รังสีเพิ่ม ทำให้อัตรากำลังกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	97.65												
2563	97.65												
2564	97.65												
2565	98.89												
2566	100												
<p>55.2. อัตรากำลังของกลุ่มสนับสนุนเพียงพอ (FTE)</p>  <table border="1"> <caption>อัตรากำลังของกลุ่มสนับสนุนเพียงพอ(FTE)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>96.36</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>96.36</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>98.11</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>98.18</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	96.36	2563	96.36	2564	98.11	2565	98.18	2566	100	<p>จากกราฟพบว่า ประเมินอัตรา FTE มีความเพียงพอ แต่หากดูจากภาระงาน พบว่างานพัสดุมีอัตราบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างมากขึ้น ทำให้ทำงานบางอย่างเช่นการจัดทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง บันทึกข้อความต่างๆ ไม่ทันตามกำหนดการ พบเป็นปัญหาด้านงานพัสดุ จึงได้มีแนวทางปรับปรุงโดยการจัดเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและบุคลากรจากสสอ.แม่ลาน หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานพัสดุเพื่อให้เพียงพอต่อภาระงาน</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	96.36												
2563	96.36												
2564	98.11												
2565	98.18												
2566	100												

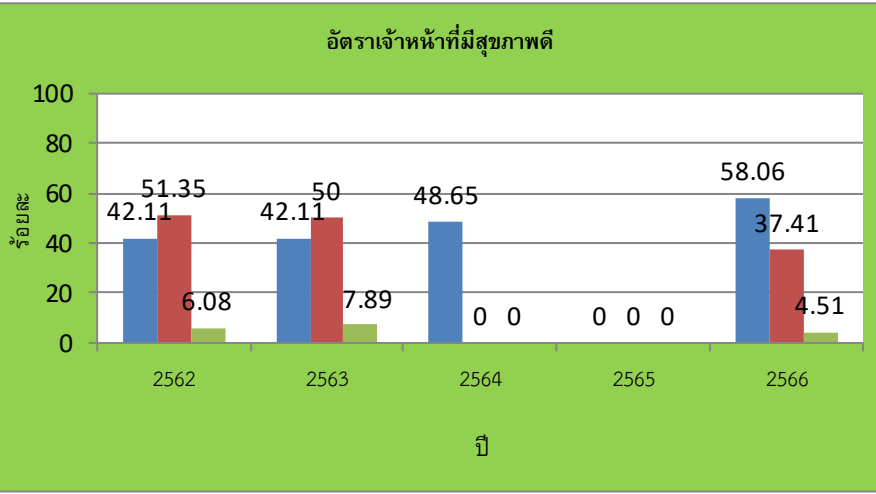
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>56.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ</p> <p>56.1 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายวิชาชีพ)</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน(สายวิชาชีพ)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>98.82</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>98.82</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>98.82</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>98.89</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	98.82	2563	98.82	2564	98.82	2565	98.89	2566	100	<p>จากกราฟพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายวิชาชีพ) ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เจ้าหน้าที่ใหม่ ฝึกอบรม ทักษะตามสายวิชาชีพ อย่างน้อย 1 เดือน และมีพี่เลี้ยงตามสายงาน ควบคุม กำกับ การทำงาน เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประเมินสมรรถนะในหน่วยงาน 1 ครั้ง/ปี และสนับสนุนการอบรมวิชาการแต่ละสายงาน ,เรียนรู้ทักษะดิจิทัลตามนโยบาย เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในสายวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	98.82												
2563	98.82												
2564	98.82												
2565	98.89												
2566	100												
<p>56.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายสนับสนุน)</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน(สายสนับสนุน)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>92.73</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>92.73</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>90.57</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>92.73</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>98.44</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	92.73	2563	92.73	2564	90.57	2565	92.73	2566	98.44	<p>จากกราฟพบว่า สมรรถนะสายสนับสนุน พบความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบประปา จากการเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์และความชำนาญ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการล้างหน้าทราของประปา ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการไหลของน้ำประปา เป็นต้น ดังนั้นปี 2565 –ปัจจุบัน มีนโยบาย ทุกหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่ใหม่ ฝึกอบรม ทักษะตามสายงาน อย่างน้อย 1 เดือน และมีพี่เลี้ยงตามสายงาน ควบคุม กำกับ การทำงาน มีการติดตามตรวจสอบโดยทีมนำคุณภาพทุก 6 เดือน เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันนี้มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เรียนรู้ทักษะดิจิทัลตามนโยบายของจังหวัด</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	92.73												
2563	92.73												
2564	90.57												
2565	92.73												
2566	98.44												


รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>56.3 อัตราเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>92.73</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>91.72</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.11</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>94.44</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	92.73	2563	91.72	2564	94.11	2565	94.44	2566	100	<p>จากกราฟพบว่า จากกราฟ ปี 2562-2566 ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย โดยได้มีนโยบายให้ส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เสริมสร้างเจ้าหน้าที่ให้มีสมรรถนะโรค NCD โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมความรู้และประเมินสมรรถนะเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพ เรื่องโรคHT ปีละ 1 ครั้ง และพัฒนาความรู้ วิชาการอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ใหม่ ฝึกอบรม ทักษะตามสาขาวิชาชีพ อย่างน้อย 1 เดือน และมีพี่เลี้ยงตามสายงาน ควบคุม กำกับ การทำงาน เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	92.73												
2563	91.72												
2564	94.11												
2565	94.44												
2566	100												
<p>56.4 อัตราเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค DM</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค DM</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>91.72</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>91.72</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.12</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>94.44</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	91.72	2563	91.72	2564	94.12	2565	94.44	2566	100	<p>จากกราฟพบว่า สมรรถนะในแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พบความเสี่ยง ปี 2565 มีแพทย์ใหม่มาปฏิบัติงานโดยไม่ผ่านการกำกับดูแล ทำให้การตรวจรักษาในกลุ่ม NCD เช่นโรค DM ไม่เป็นไปตามแนวทาง จึงได้มีการทบทวนการพัฒนาสมรรถนะในด้านคลินิก กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค DM พัฒนาความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกงานในการส่งเสริมป้องกันโรค DM ,จัดทำKM เรื่องแนวทางต่างๆ เน้นกลุ่มโรคNCD เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	91.72												
2563	91.72												
2564	94.12												
2565	94.44												
2566	100												

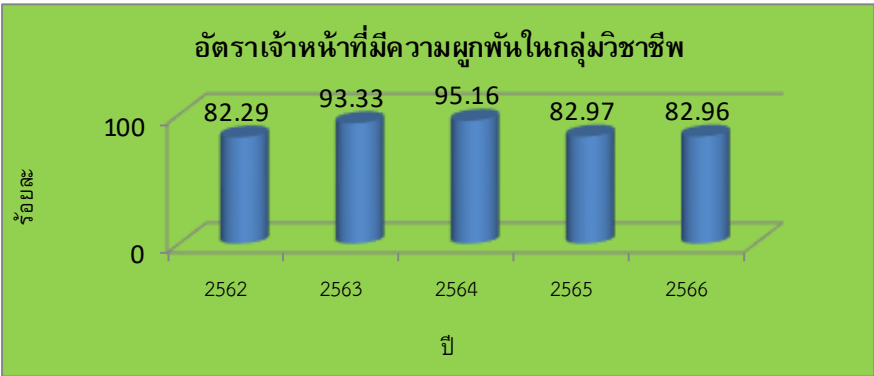

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																								
<p>57.อัตราเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดี</p>  <table border="1" data-bbox="197 395 1070 890"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่าแรก (Blue)</th> <th>ค่าสอง (Red)</th> <th>ค่าสาม (Green)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>42.11</td> <td>51.35</td> <td>6.08</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>42.11</td> <td>50</td> <td>7.89</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>48.65</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>58.06</td> <td>37.41</td> <td>4.51</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่าแรก (Blue)	ค่าสอง (Red)	ค่าสาม (Green)	2562	42.11	51.35	6.08	2563	42.11	50	7.89	2564	48.65	0	0	2565	0	0	0	2566	58.06	37.41	4.51	<p>จากกราฟพบว่า ภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจาก มีการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมให้บุคลากรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพและมีความสัมพันธ์ที่ดี โดยการจัดกิจกรรมกีฬา การจัดตั้งชมรมต่างๆ ได้แก่ ชมรมแอโรบิค ชมรมเดินวิ่ง เป็นต้น จัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพุธของสัปดาห์ แต่ในช่วงปี 2564 - 2565 เป็นช่วงสถานการณ์โควิด -19 ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี และยกเลิกกิจกรรมออกกำลังกายที่รวมกลุ่มกัน ทำให้บรรยากาศการส่งเสริมสุขภาพลดน้อยลง แต่เน้นการสื่อสารทางออนไลน์ ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเสริมภูมิคุ้มกันและวางแผนส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากร ในปี 2566 โดยมีการประเมินน้ำหนัก รอบเอวและค่า BMI ทุกไตรมาส เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และให้มีการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่รอบเอวเกินน้ำหนักเกิน โดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มที่มี BMI เกิน และ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อสร้างบรรยากาศในการดูแลสุขภาพใหม่อีกครั้ง ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	ค่าแรก (Blue)	ค่าสอง (Red)	ค่าสาม (Green)																						
2562	42.11	51.35	6.08																						
2563	42.11	50	7.89																						
2564	48.65	0	0																						
2565	0	0	0																						
2566	58.06	37.41	4.51																						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>58.อัตราเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน</p>  <table border="1" data-bbox="168 391 1070 890"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>94.33</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>92.61</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.16</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>94.96</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>94.82</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	94.33	2563	92.61	2564	94.16	2565	94.96	2566	94.82	<p>จากกราฟพบว่า อัตราเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงานผ่านเกณฑ์ โดยมีนโยบายการประเมินความสุขโดยใช้เครื่องมือ HAPPINOMETER วัดความ รุสีก 9 มิติ ปี2562-2564 มีความสุขได้แก่ ด้านผ่อนคลาย,สังคมดี ,วิญญาณดี มาวิเคราะห์เป็นความสุขภาพรวมทางทีมได้ปรับประเมินภาพรายบุคคล พบว่าปี 2565-2566แนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้มีนโยบายเพิ่มความสุข ขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ มีสวัสดิการด้านต่างๆเช่นเยี่ยมไข้ บ้านพักแก่เจ้าหน้าที่ทุกสายงาน ได้ค่าตอบแทนล่วงเวลาตรงเวลา จัดงานเลี้ยงวันปีใหม่ เลี้ยงส่งย้าย เกษียณอายุ มียกย่อง ให้รางวัลแก่คนดีศรีแม่ลาน มีแผนจัดมุมเชีคอิน และมุมเครื่องดื่มผ่อนคลายเพื่อสุขภาพที่ดี</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	94.33												
2563	92.61												
2564	94.16												
2565	94.96												
2566	94.82												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

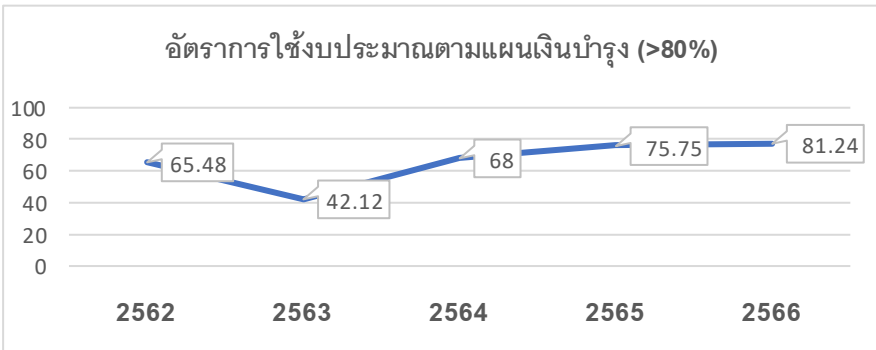

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>59.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพัน</p> <p>59.1อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มวิชาชีพ</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มวิชาชีพ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>82.29</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>93.33</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>95.16</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>82.97</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>82.96</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	82.29	2563	93.33	2564	95.16	2565	82.97	2566	82.96	<p>จากกราฟพบว่า อัตราเจ้าหน้าที่ในกลุ่มวิชาชีพมีความผูกพันกับองค์กรมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มลดลง องค์กรต้องดำเนินการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการบริหารองค์กรโดย1.จัดให้ผู้บริหารพบปะเจ้าหน้าที่ทุกวันจันทร์สัปดาห์แรกของเดือนเพื่อสื่อสาร นโยบาย ข้อมูล แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล</p> <p>2.เปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติงานทุกวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล</p> <p>3.จัดกิจกรรมส่งเสริมความผูกพันในองค์กร เช่น เข้าร่วมมหกรรมคุณภาพในนามองค์กร ,กิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างมีส่วนร่วม</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	82.29												
2563	93.33												
2564	95.16												
2565	82.97												
2566	82.96												
<p>59.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มสนับสนุน</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มสนับสนุน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>92.06</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>94.91</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>94.82</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>92.3</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>95.31</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	2562	92.06	2563	94.91	2564	94.82	2565	92.3	2566	95.31	<p>จากกราฟพบว่า อัตราเจ้าหน้าที่ในกลุ่มสนับสนุนมีความผูกพันกับองค์กรมากกว่าเกณฑ์และอยู่ในระดับคงที่ ดังนั้น องค์กรจึงต้องดำเนินการให้เจ้าหน้าที่กลุ่มสนับสนุน ได้มีกิจกรรมร่วมกับองค์กร เช่น การแข่งขันกีฬาในนามตัวแทนขององค์กร การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายในนามตัวแทนองค์กร ส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมประกวดกิจกรรมมหกรรมคุณภาพของจังหวัด เป็นต้น</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	92.06												
2563	94.91												
2564	94.82												
2565	92.3												
2566	95.31												

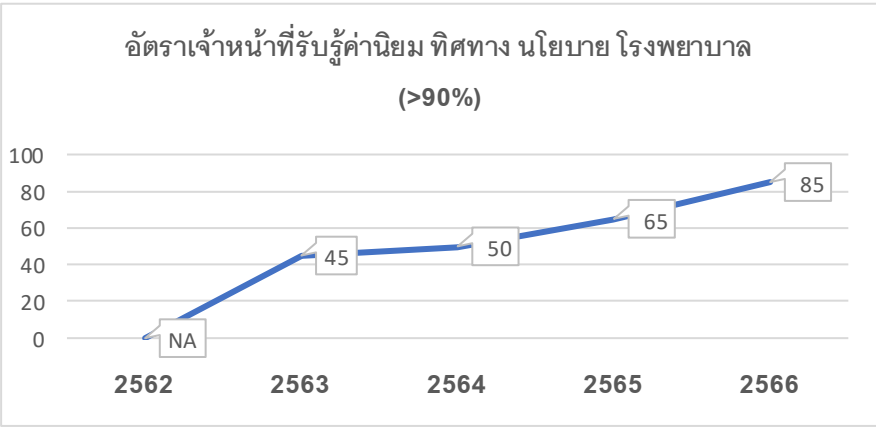
IV-4 ผลด้านการนำ

98 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
60.อัตราตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	>60%	65.07	59.6	53.2	59.7	64.04
61.อัตราการใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุง	>80%	65.48	42.12	68	75.75	81.24
62.จำนวนผู้ป่วยนอกเขตเข้ารับบริการ	เพิ่มขึ้น	6004	6192	7269	7095	6293
63.อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ค่านิยม ทิศทาง นโยบาย โรงพยาบาล	>90%	NA	45	50	65	85
64.CMI	>0.6	0.55	0.50	0.54	0.54	0.56

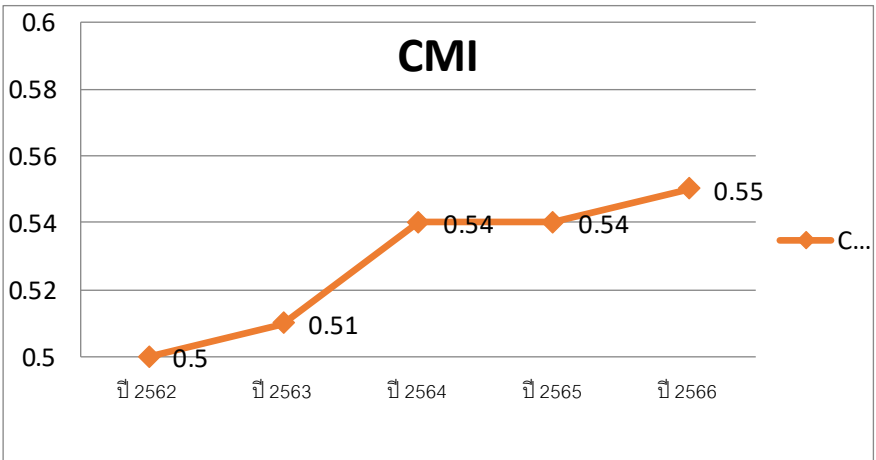
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>60.อัตราตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>อัตราตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ (>60%)</p> <table border="1"> <tr> <th>ปี</th> <td>2562</td> <td>2563</td> <td>2564</td> <td>2565</td> <td>2566</td> </tr> <tr> <th>ค่า</th> <td>65.07</td> <td>59.6</td> <td>53.2</td> <td>59.7</td> <td>64.04</td> </tr> </table>	ปี	2562	2563	2564	2565	2566	ค่า	65.07	59.6	53.2	59.7	64.04	<p>อัตราตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ มีแนวโน้มดีขึ้น ทีมนำได้ปรับกระบวนการการกำหนดตัวชี้วัด การถ่ายทอด และการติดตาม ดังนี้ 1.ทีมนำและทีมคร่อมร่วมวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการและปรับตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการเสริมสุขภาพ ด้านมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ด้านบุคลากร ด้านการนำ ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ และด้านการเงิน 2.เลือกตัวชี้วัดตามบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาด S 3.สนับสนุนทรัพยากรงบประมาณในการปฏิบัติการตามแผน 4. ทบทวนแผนปฏิบัติการโดยตรวจสอบจากตัวชี้วัดที่มีแนวโน้มลดลงและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก ให้ปรับแผนปฏิบัติการใหม่ 5.ปรับการติดตามตัวชี้วัดแบบ real time ส่งให้ผู้บริหารโดย line notify ทุกเดือน</p>
ปี	2562	2563	2564	2565	2566								
ค่า	65.07	59.6	53.2	59.7	64.04								

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>61. อัตราการใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุง</p>  <p>อัตราการใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุง (>80%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการใช้ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>65.48</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>42.12</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>75.75</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>81.24</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการใช้ (%)	2562	65.48	2563	42.12	2564	68	2565	75.75	2566	81.24	<p>ปี 2563-2564 ใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุงน้อย เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิด ปี 2565-2566 ได้ดำเนินการติดตามแผนทุกไตรมาสโดยทีมยุทธศาสตร์ และมีการกำกับติดตามในวาระประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน ซึ่งส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การจัดทำโครงการ , วัสดุทั่วไป เนื่องจากการกำกับการทำงานตามแผนไม่ต่อเนื่อง การตรวจสอบวัสดุในหน่วยงานย่อยยังไม่ชัดเจนและความล่าช้าจากการตรวจสอบจาก สสจ ส่วนแผนที่ปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ แผนปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและปรับแผนให้สอดคล้องกับนโยบาย สสจ.และพันธกิจ โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดสร้าง OPD Modern, จัดสร้างออกซิเจน pipe line ร่วมกับระบบดูด vacuum</p>
ปี	อัตราการใช้ (%)												
2562	65.48												
2563	42.12												
2564	68												
2565	75.75												
2566	81.24												
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p>												
<p>62. จำนวนผู้ป่วยนอกเขตเข้ารับบริการ</p>  <p>จำนวนผู้ป่วยนอกเขตเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนผู้ป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>65.48</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>6192</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>7269</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>7095</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>6293</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนผู้ป่วย	2562	65.48	2563	6192	2564	7269	2565	7095	2566	6293	<p>ปี 2564-2565 มีจำนวนผู้รับบริการนอกเขต เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลได้ปรับ โครงสร้างอาคาร OPD และคลินิกพิเศษต่างๆ เพิ่ม เพื่อลดความแออัดและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและตามนโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service), ปี 2566 นโยบายขยายบริการแพทย์แผนไทย ภายภาพ ในรูปแบบ OPD คู่ขนาน ขยายเวลาให้บริการก่อนเวลาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เวลาพักเที่ยงให้บริการแพทย์แผนไทยและ ประชาสัมพันธ์จะขยายให้บริการนอกเวลา ขยายการรับผู้ป่วยนัดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยทันตกรรม รวมถึงการจัดระบบนัดโดยใช้สารสนเทศ โอกาสพัฒนา ประชาสัมพันธ์ความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขา นโยบายการประสานย้ายสิทธิมารับบริการให้ต่อเนื่องและพัฒนาระบบการจัดเก็บ</p>
ปี	จำนวนผู้ป่วย												
2562	65.48												
2563	6192												
2564	7269												
2565	7095												
2566	6293												

	<p>รายได้ กำกับติดตามทุกเดือน เพื่อเพิ่มสถานะทางการเงินให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลกิจการดี</p>												
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p>												
<p>63.อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ค่านิยม ทิศทาง นโยบาย โรงพยาบาล</p>  <table border="1"> <caption>อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ค่านิยม ทิศทาง นโยบาย โรงพยาบาล (>90%)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่าเฉลี่ย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่าเฉลี่ย (%)	2562	NA	2563	45	2564	50	2565	65	2566	85	<p>ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในปี 2563-2564 ทีมนำกำหนดถ่ายทอด วิทยุทัศน์ ค่านิยม จุดเน้น พันธกิจ ผ่านทางหัวหน้างาน/ฝ่าย/ทีมक्रमสายงาน ซึ่งไม่ทั่วถึง ปี2565 ได้ปรับแนวทางการสื่อสารและเรียนรู้ ดังนี้ 1.หัวหน้างานพานำคุณภาพถ่ายทอดเรียนรู้ ทิศทางองค์กร ข้อมูลคุณภาพ เครื่องมือคุณภาพ ทุกสัปดาห์ 2.ถ่ายทอดนโยบาย ผ่าน website โรงพยาบาล ติดป้ายสื่อสารทุกตึกในโรงพยาบาล ปี 2566 ได้เพิ่มแนวทาง โดยผู้นำทีมक्रम/หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย เดิน round หน่วยงานทุกวันช่วงเช้า และพูดคุยพบปะกับเจ้าหน้าที่ในประเด็น ความเสี่ยง ความปลอดภัย แนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายองค์กร ผู้นำประกาศนโยบาย จุดเน้น ผ่านทางกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมเคารพชาติหน้าเสาธง ,กิจกรรม OD เป็นต้น ,จัด KM เชิงปฏิบัติการถ่ายทอดแนวทาง นโยบาย ทิศทาง ค่านิยม ในแผนพัฒนาคุณภาพประจำปี เสริมพลังเจ้าหน้าที่โดยเชิดชูเกียรติเจ้าหน้าที่ที่มีค่านิยมที่ดี (คนพันธ์แม่ลาน) สายวิชาชีพและสายสนับสนุน</p>
ปี	ค่าเฉลี่ย (%)												
2562	NA												
2563	45												
2564	50												
2565	65												
2566	85												

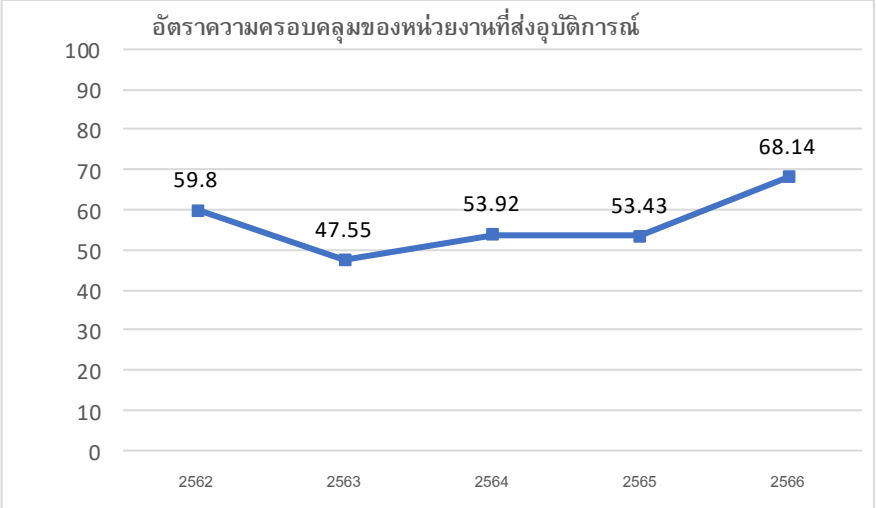
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>64.CMI</p>  <table border="1"> <caption>CMI Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>CMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0.51</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0.54</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0.54</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0.55</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	CMI	ปี 2562	0.5	ปี 2563	0.51	ปี 2564	0.54	ปี 2565	0.54	ปี 2566	0.55	<p>จากกราฟ โรงพยาบาลแม่ลานเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีขนาด 30 เตียง โดยใน ระดับประเทศเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ไม่น้อยกว่า 0.6 ในดัชนีผู้ป่วยใน CMI (Case Mix Index) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาลที่ใช้ติดตามการวัด ประสิทธิภาพการให้บริการพบว่าในปี 2562 -2566 เพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ จากการทบทวนปัญหาในปี2566 พบว่า สาเหตุมาจากการบันทึกเวชระเบียน การลงวินิจฉัย และการAdmit ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากผู้admit โรคที่ไม่ซับซ้อน เช่น คลอดปกติ จึงทำให้ค่า CMI ทำได้ยังไม่ถึงเกณฑ์ ซึ่งในเดือนพฤษภาคมทางทีมได้มีการปรับระบบในการสรุปการลง วินิจฉัย โดยจัดทำใบpre summary ขึ้นมาเพื่อความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ในการลงคำ วินิจฉัย โดยจะมีทีมแพทย์ พยาบาล และเวชสถิติ เป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนก่อนการสรุป เวชระเบียน ซึ่งผลจากการพัฒนาเกี่ยวกับการสรุปการลงวินิจฉัย ในเดือนพฤษภาคม มีค่า CMI 0.56 และเดือนมิถุนายน ค่าCMI เท่ากับ 0.62 เพิ่มขึ้นตามลำดับ</p>
ปี	CMI												
ปี 2562	0.5												
ปี 2563	0.51												
ปี 2564	0.54												
ปี 2565	0.54												
ปี 2566	0.55												

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
65. อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งอุบัติการณ์	>80%	59.8	47.55	53.92	53.43	68.14
66. อุบัติการณ์การเกิดซ้ำในความเสี่ยง ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event	0	0	0	0	1	0
67. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์	100%	81.82	81.82	90.91	90.91	100
68. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพกรมอนามัย	100%	100	84.62	84.62	76.92	81.81
69. อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง	0 ครั้ง	31	22	20	10	8
70. อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพได้รับการแก้ไข	>80%	53	0	0	50	68.42
71. อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือ						
71.1 อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่	100%	99.12	99.31	97.54	97.91	96
71.2 อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือเสียงสูงทางการแพทย์	100%	99.05	94.54	94.32	96.96	100
72. อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน						
72.1 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 90 %	90.25%	91.47%	90.46%	93.05%	90.04%
72.2 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 90 %	82.15%	87.23%	87.98%	89.46%	88.05%
73. อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ	<2%	-	2.22	1.28	0.84	2.39

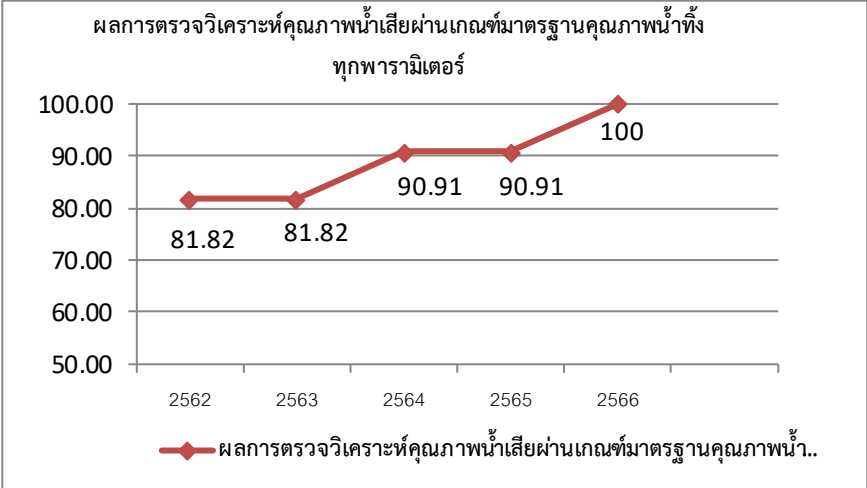
74.อัตราคงคลัง	< 3 เดือน	2.12	3.02	3.88	3.48	2.42
- ยาเวชภัณฑ์		1.92	2.34	1.73	2.00	2.13
- ทันตกรรม		3.06	5.85	8.44	6.13	3.18
- LAB		2.05	1.97	1.79	1.21	1.42
- พัสดุ		2.28	1.93	3.54	4.59	2.96

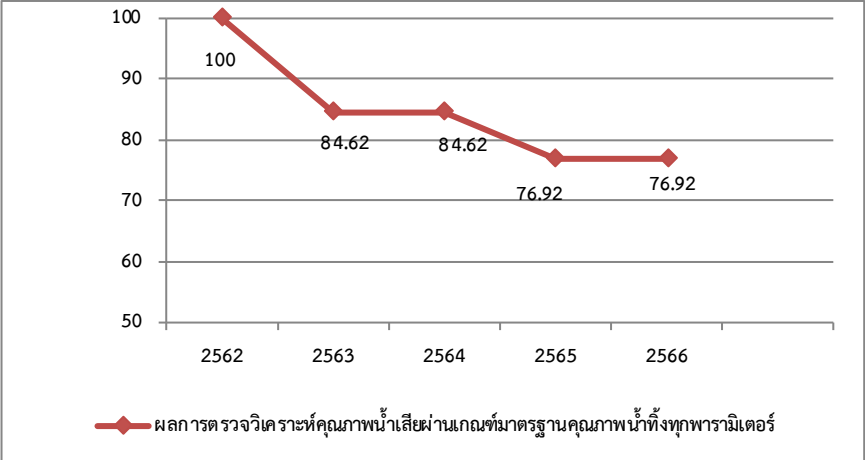
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>65.อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งอุบัติการณ์</p>  <table border="1"> <caption>อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งอุบัติการณ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราความครอบคลุม (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>59.8</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>47.55</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>53.92</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>53.43</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>68.14</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราความครอบคลุม (%)	2562	59.8	2563	47.55	2564	53.92	2565	53.43	2566	68.14	<p>ปีงบประมาณ 2564 และปี 2565 ทีม Rm ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการ round หน่วยงาน 2. ทีม Rm การอบรม 2psafety ผ่าน facebook live, อบรม HA 601 ผ่าน ZOOM และ risk register 3. มีการมอบประกาศนียบัตรและรางวัลหน่วยงานที่มีการรายงานมากที่สุดในเวทีการประชุมทีม นำ ซึ่งพบว่าอัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน (เชิงรุก/เชิงรับ) ร้อยละ 53.92 และ 53.43 ตามลำดับซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โควิด 2019 ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง/ขาดการสื่อสารในหน่วยงาน/ หน่วยงานบางหน่วยงานมีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน RM และจากการวิเคราะห์หน่วยงานที่ไม่มีการรายงาน/รายงานน้อย ส่วนใหญ่ คือ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย บริหาร x-ray และยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) ทีม Rm ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการทำ km การบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรม hos-xp 2. round หน่วยงานหน่วยงานไม่ได้รายงานหรือรายงานน้อย เช่น back office ได้มีการเพิ่ม</p>
ปี	อัตราความครอบคลุม (%)												
2562	59.8												
2563	47.55												
2564	53.92												
2565	53.43												
2566	68.14												

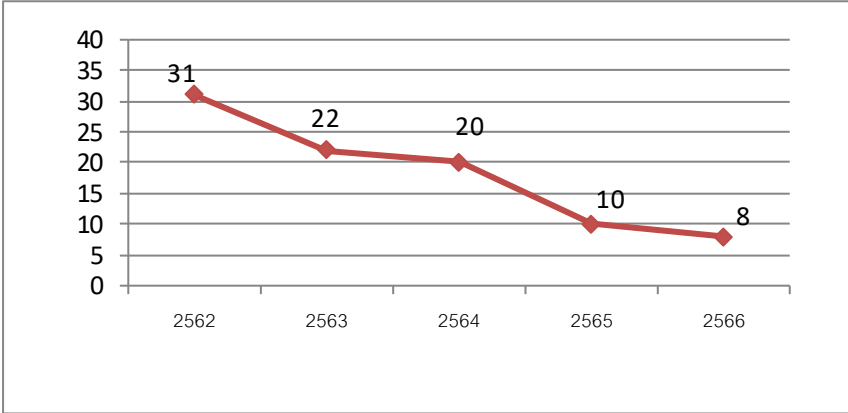
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

	<p>ช่องทางการรายงานโดยจัดทำ qr code 3.จัดทำ one page ความเสี่ยงสำคัญ รายงานที่ม นำโรงพยาบาลทุกเดือน ส่งผลให้อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน (เชิงรุก/เชิงรับ) ร้อยละ 71.53 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังไม่ตามเป้าหมาย <u>โอกาสพัฒนา</u> 1. อบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ร่วมกับทีม HRD เกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยง2.เพิ่มการรายงานหลาย ช่องทางครอบคลุมทุกหน่วยงาน เช่น qr code 3.มีแนวทางระบบการคืนข้อมูลเพื่อติดตาม มาตรการจากทีมคร่อมที่ชัดเจนและเพิ่มการติดตามต่อเนื่อง/สื่อสารเจ้าหน้าที่รับรู้</p>
--	--

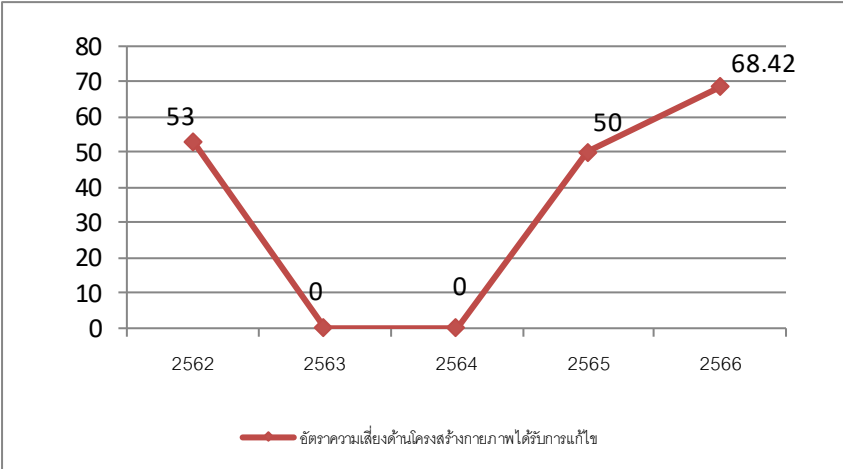
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>66.อุบัติการณ์การเกิดซ้ำในความเสี่ยง ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event</p> <table border="1"> <caption>อัตราการเกิดซ้ำในความเสี่ยง ระดับ 5 GHI Sentinel event</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2566(6m)</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	2562	0	2563	0	2564	0	2565	1	2566(6m)	0	<p>อัตราความเสี่ยงซ้ำระดับรุนแรง ปี 2564 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 5 มีจำนวน 7 เรื่อง ระดับ H = 1 เรื่อง I = 6 เรื่อง ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิมปี 2565 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 5 มีจำนวน 18 เรื่อง G=1 H=3 I=14 (ป้องกันได้ 3 เรื่อง) ซ้ำ 1 เรื่อง ประเด็นแพทย์ ไม่ได้มาประเมินและอธิบายการรักษาและส่งต่อด้วยตนเอง <u>แผนพัฒนาความเสี่ยง</u> 1.เกณฑ์ ที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยเสียชีวิตและให้องค์กรแพทย์ทราบเพื่อปฏิบัติตามแนวทาง ปี 2566 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 5 มีจำนวน 16 เรื่อง ระดับ I = 13 เรื่อง (ป้องกันได้ 1 เรื่อง) ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิม เนื่องจากปี 2566 ทีม Rm มีการสะท้อนข้อมูลความ เสี่ยงสำคัญแก่ทีมนำโรงพยาบาลทุกเดือนโดย จัดทำ one page และมีการ round หน่วยงาน ของทีมทางคลินิก <u>โอกาสพัฒนา</u> 1.มีระบบการคืนข้อมูลความเสี่ยงซ้ำในเวทีประชุมทีมนำ โรงพยาบาล</p>
ปี	จำนวน												
2562	0												
2563	0												
2564	0												
2565	1												
2566(6m)	0												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>67.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์</p>  <table border="1" data-bbox="168 411 1032 900"> <caption>ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>81.82</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>81.82</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>90.91</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>90.91</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ (%)	2562	81.82	2563	81.82	2564	90.91	2565	90.91	2566	100.00	<p>จากกราฟ พบว่าในปี 2562 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 81.82 พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน คือค่าความเป็นกรด-ด่าง และค่าปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมด(TDS) สาเหตุเกิดจากการใช้น้ำยาเคมีต่างๆ ไม่เป็นไปตามอัตราส่วนผสมที่กำหนดและเกิดจากการใช้คลอรีนน้ำ 10% หยดลงในบ่อที่ผ่านการบำบัดไม่ต่อเนื่องตลอดทั้งสัปดาห์ และในปี 2563 เป็นต้นมา โรงพยาบาลได้เปลี่ยนเป็นระบบบำบัดน้ำเสียรวมแบบฆ่าเชื้อด้วยโอโซน พบว่าในปี 2563 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 81.82 พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน คือ โคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และในปี 2564และปี2565 ร้อยละ 90.91ที่เท่ากัน พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน คือค่าฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย แก้ไขโดยปรับระบบการฆ่าเชื้อด้วยโอโซนจากเดิมทำงานทุก 15 นาที หยุด 15 นาที เปลี่ยนเป็นทำงานทุก 30 นาที หยุด 15 นาที และดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ซ้ำโดยหน่วยงานภายนอก และในปี 2566 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์</p>
ปี	ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ (%)												
2562	81.82												
2563	81.82												
2564	90.91												
2565	90.91												
2566	100.00												

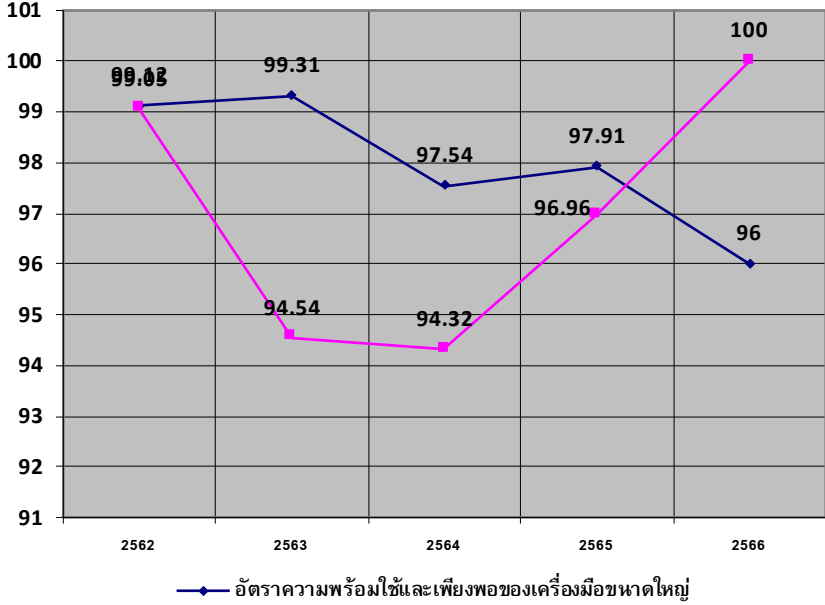
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>68.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย</p>  <table border="1" data-bbox="170 359 1032 821"> <caption>ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>84.62</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>84.62</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>76.92</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>76.92</td> </tr> </tbody> </table> <p>◆ ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทั้งหมดทุกพารามิเตอร์</p>	ปี	ร้อยละ	2562	100	2563	84.62	2564	84.62	2565	76.92	2566	76.92	<p>จากกราฟพบว่า ในปี 2562 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ร้อยละ 100 และในปี 2563- 2564 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ร้อยละ 84.62 จำนวนที่เท่ากัน พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านคือค่าสี ค่าโคลิฟอร์ม และค่าฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ดำเนินการแก้ไขโดยปรับระบบการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนน้ำ 10% ตามแผนให้มีปริมาณคลอรีนตกค้างตามค่ามาตรฐาน ในปี 2565 – 2566 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ร้อยละ 76.92 จำนวนที่เท่ากัน พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านคือค่าโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สี เหล็ก และความขุ่น เนื่องจากระบบท่อประปาเดิมเป็นระบบท่อเหล็กและได้ดำเนินการเปลี่ยนเป็นระบบท่อพีวีซีทั้งหมดทั้งโรงพยาบาล</p>
ปี	ร้อยละ												
2562	100												
2563	84.62												
2564	84.62												
2565	76.92												
2566	76.92												

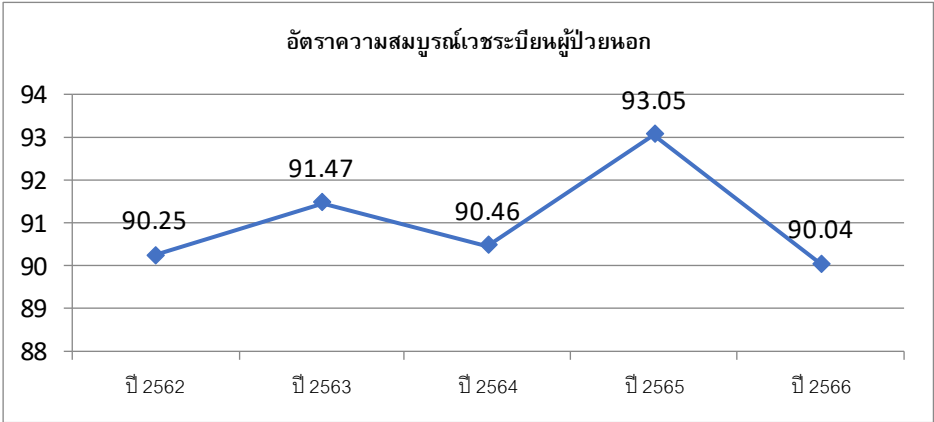
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>69.อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง</p>  <table border="1" data-bbox="183 391 1028 805"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวน	2562	31	2563	22	2564	20	2565	10	2566	8	<p>จากกราฟ พบว่า อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้องมากที่สุดในปี 2562 จำนวน 31 ครั้ง รองลงมา ปี 2563, ปี 2564, ปี 2565 และปี 2566 จำนวน 22, 20, 10 และ 8 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2562 ถึง ปี 2566 อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยได้ดำเนินการประชุมชี้แจงแนวทางการแยกและทิ้งขยะติดเชื้อแก่หน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2562 และมีการสุ่มประเมินการแยกและทิ้งขยะติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดในหน่วยงานต่างๆ ไตรมาสละ 1 ครั้ง พร้อมกับสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานดำเนินการนิเทศให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ให้มีการตระหนักในการแยกและทิ้งขยะติดเชื้อให้ถูกต้องเพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดถูกของมีคม หรือเข็มที่มตำได้ และลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อ แนวทางการพัฒนาต่อไป ทบทวนแนวปฏิบัติในการแยกและทิ้งขยะติดเชื้อ ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ และติดตามสุ่มประเมินการแยกและทิ้งขยะติดเชื้อ ไตรมาสละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง</p>
ปี	จำนวน												
2562	31												
2563	22												
2564	20												
2565	10												
2566	8												

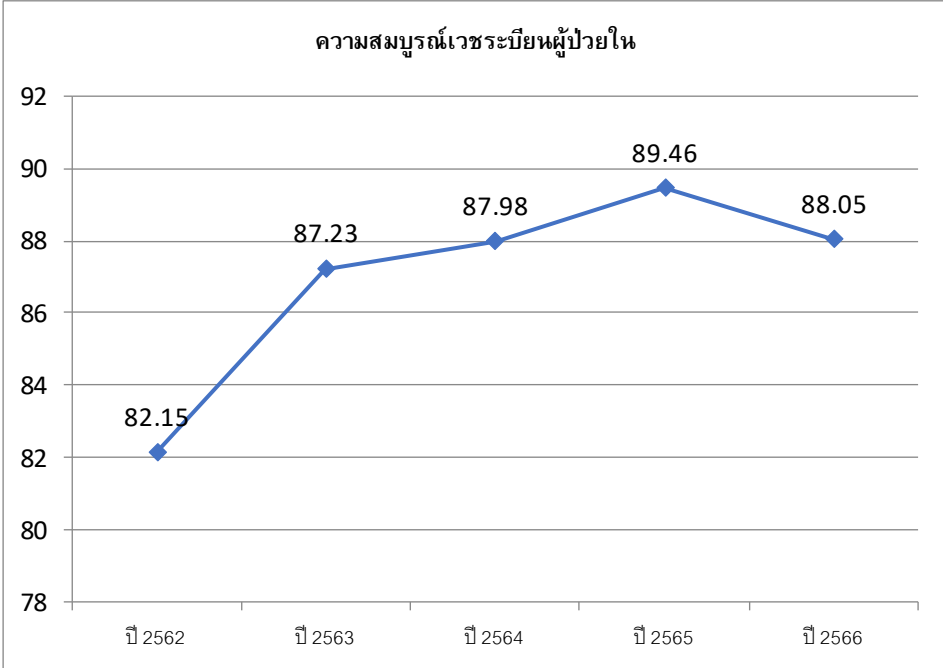
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>70.อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพและความปลอดภัยได้รับการแก้ไข</p>  <table border="1" data-bbox="168 367 1008 837"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพที่ได้รับการแก้ไข</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราความเสี่ยง (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>68.42</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราความเสี่ยง (%)	2562	53	2563	0	2564	0	2565	50	2566	68.42	<p>จากกราฟ พบว่า อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพได้รับการแก้ไขมากที่สุด ในปี 2566 ร้อยละ 68.42 รองลงมา ปี 2562 ร้อยละ 53.00 และปี 2565 ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพได้รับการแก้ไข ต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ ปี 2566 ที่ยังไม่ได้แก้ไข ได้วางแผนดำเนินการแก้ไขในปี 2567 โดยกำหนดแผนที่ต้องดำเนินการแก้ไขในแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่ ลาน ปี 2567 และทีมบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจะดำเนินการและติดตามแก้ไขต่อไป ส่วนปี 2563 - ปี 2564 อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพได้รับการแก้ไข ร้อย ละ 0 ซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการแก้ไขเลย เนื่องจากอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาด Covid - 19</p>
ปี	อัตราความเสี่ยง (%)												
2562	53												
2563	0												
2564	0												
2565	50												
2566	68.42												

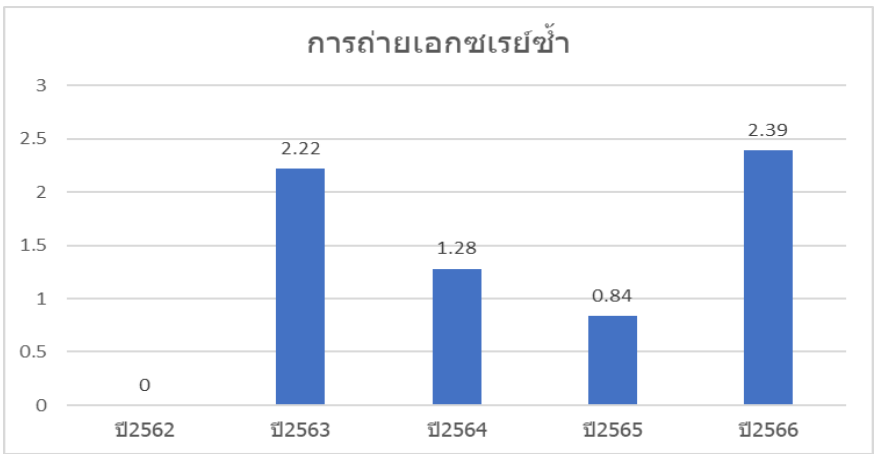
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>71.อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือ</p> <p>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือ</p>  <table border="1"> <caption>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่</th> <th>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดเล็ก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>99.03</td> <td>99.03</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>99.31</td> <td>94.54</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>97.54</td> <td>94.32</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>97.91</td> <td>96.96</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>— อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่</p>	ปี	อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่	อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดเล็ก	2562	99.03	99.03	2563	99.31	94.54	2564	97.54	94.32	2565	97.91	96.96	2566	96	100	<p>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่พบว่าในปี 66 ลดลงจากเครื่องซักผ้าขนาดใหญ่ชำรุดบ่อยจากอายุใช้งานมากกว่า 20 ปี ทำให้เกิดความไม่พร้อมใช้งานดำเนินการโดย จึงได้แก้ไขจัดซื้อเครื่องซักผ้าขนาดเล็กสำรองในช่วงที่ชำรุดแผนการดำเนินการต่อเนื่อง วางแผนจัดซื้อในปีงบประมาณ 2567</p> <p>อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอความเสี่ยงสูงทางการแพทย์มีดีขึ้น เนื่องจากในปี 2564 ได้มีการสำรวจและพัฒนาการตรวจสอบเครื่องมือที่มีความจำเป็นสูงเพื่อวางแผนในการจัดซื้อให้เพียงพอต่อการใช้งาน แผนการดำเนินการต่อเนื่อง การจัดอบรมฟื้นฟูพัฒนาทักษะการบำรุงรักษาของเครื่องเสี่ยงสูงทางการแพทย์</p>
ปี	อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดใหญ่	อัตราความพร้อมใช้และเพียงพอของเครื่องมือขนาดเล็ก																	
2562	99.03	99.03																	
2563	99.31	94.54																	
2564	97.54	94.32																	
2565	97.91	96.96																	
2566	96	100																	

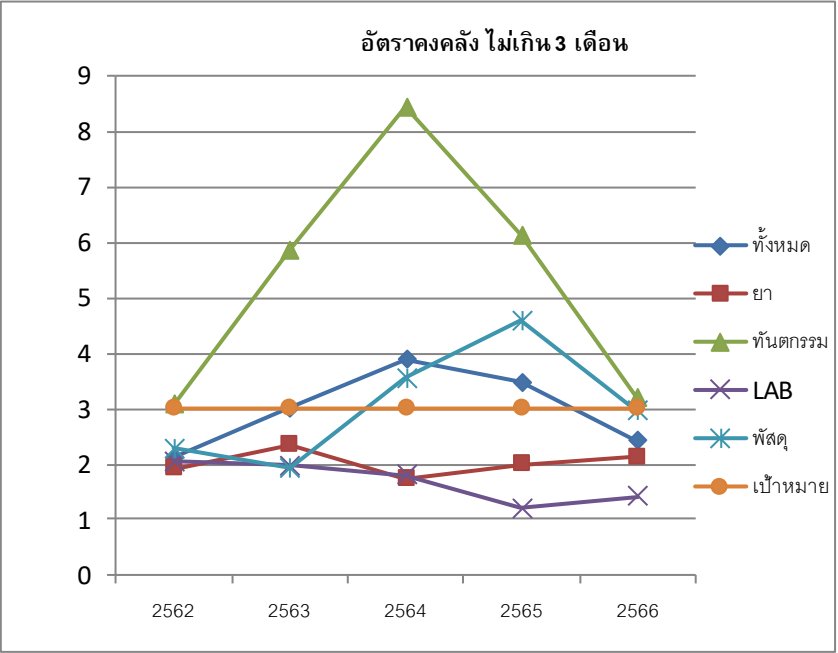
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>72.อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน</p> <p>72.1 .อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก</p>  <table border="1" data-bbox="168 523 1099 946"> <caption>อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราความสมบูรณ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>90.25</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>91.47</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>90.46</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>93.05</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>90.04</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราความสมบูรณ์ (%)	ปี 2562	90.25	ปี 2563	91.47	ปี 2564	90.46	ปี 2565	93.05	ปี 2566	90.04	<p>ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกปี มีการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทุกเดือน โดยทีมเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เวชสถิติ มีการวิเคราะห์และรายงานผลไปยังหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุง แก้ไข และนำไปใช้พัฒนาคุณภาพเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน และติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ มีข้อมูลครบถ้วน สามารถใช้ในการดูแลติดตามการรักษาของผู้ป่วยได้ และยังมีผลการประเมินที่ยังไม่ผ่าน 90% ในเรื่องการตรวจร่างกายทุกระบบและการสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุม ทางทีมได้มีแผนพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ได้ลงข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น</p>
ปี	อัตราความสมบูรณ์ (%)												
ปี 2562	90.25												
ปี 2563	91.47												
ปี 2564	90.46												
ปี 2565	93.05												
ปี 2566	90.04												

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>72.2 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน</p>  <table border="1" data-bbox="168 470 1108 1141"> <caption>ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ความสมบูรณ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>82.15</td> </tr> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>87.23</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>87.98</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>89.46</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>88.05</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ความสมบูรณ์ (%)	ปี 2562	82.15	ปี 2563	87.23	ปี 2564	87.98	ปี 2565	89.46	ปี 2566	88.05	<p>ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมายอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนเพิ่มขึ้นจาก มากกว่า 80% .ในปี 2565 เป็นมากกว่า 90% ในปี 2566 รวมถึงมีแพทย์หมุนเวียนทุกปีทำให้คุณภาพการตรวจร่างกายและคุณภาพการบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ (Progress note) ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนที่กำหนด ทางทีมจึงได้มีการปรับแบบฟอร์ม Progress note เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล รวมทั้งทีมยังได้ปฐมนิเทศแนวทางการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในให้แพทย์รับทราบและการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทุก1เดือนมีการวิเคราะห์และรายงานผลไปยังหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รับทราบปรับปรุง แก้ไขต่อไป และมีแผนปรับใช้ระบบ IPD paperless ในเดือนตุลาคม 2566 ซึ่งจะช่วยให้ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มสูงขึ้น เพราะสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็น real time มีระบบช่วยเหลือในการลดระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล เป็นต้น</p>
ปี	ความสมบูรณ์ (%)												
ปี 2562	82.15												
ปี 2563	87.23												
ปี 2564	87.98												
ปี 2565	89.46												
ปี 2566	88.05												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>73.อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ</p>  <table border="1" data-bbox="168 406 1039 861"> <caption>การถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2562</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>2.22</td> </tr> <tr> <td>ปี2564</td> <td>1.28</td> </tr> <tr> <td>ปี2565</td> <td>0.84</td> </tr> <tr> <td>ปี2566</td> <td>2.39</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ (%)	ปี2562	0	ปี2563	2.22	ปี2564	1.28	ปี2565	0.84	ปี2566	2.39	<p>จากกราฟปี 2564 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ 1.28% ซึ่งพบว่า ทักษะการถ่ายภาพของเจ้าหน้าที่ ไม่มีนักรังสีประจำหน่วยงาน ผู้ป่วยไม่ได้ถอดอุปกรณ์เครื่องประดับ แนวทางพัฒนาฝึกทักษะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานร่วมกับพี่เลี้ยงนักรังสีระดับจังหวัด กำหนดแนวทางการถอดเครื่องประดับ</p> <p>ปี 2565 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ ลดลง =0.84% .ในปี 2566 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ เพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีนักรังสีเข้ามาปฏิบัติงานและจัดเก็บข้อมูลใหม่ ทำให้มีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจาก แนวทางการขอ x-ray การ key ในโปรแกรมเข้าใจไม่ตรงกัน ตำแหน่งไม่ตรงกับภาพที่ต้องการ รวมทั้งทักษะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และการถอดเครื่องประดับ ผู้ป่วยหรือมีอุปกรณ์สายคล้อง mask เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดถ่ายภาพซ้ำ จึงได้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยนักรังสีและจัดทำแนวทางการขอ x-ray แนวทางการ key ในโปรแกรม Hos xp ให้ตรงกันในองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลจัดทำรูปภาพประกอบการถอดเครื่องประดับหรือการเก็บรวบรวมผม เป็นต้น วางมาตรการการตรวจสอบเครื่องประดับของผู้ป่วยก่อน x-ray ทุกครั้ง อธิบายให้กับผู้ป่วยให้เข้าใจมากขึ้น</p>
ปี	อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ (%)												
ปี2562	0												
ปี2563	2.22												
ปี2564	1.28												
ปี2565	0.84												
ปี2566	2.39												

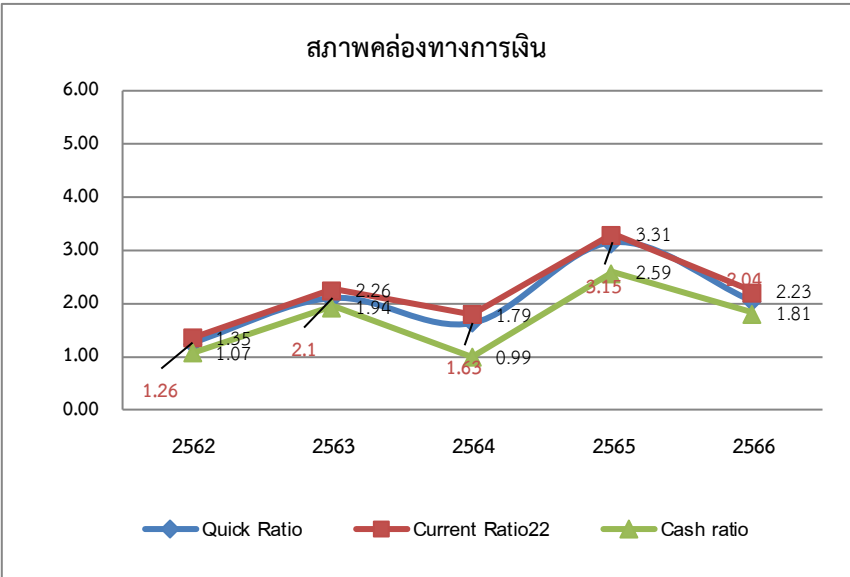
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																																										
<p>74. อัตราคงคลังไม่เกิน 3 เดือน</p>  <table border="1" data-bbox="190 427 1025 1082"> <caption>อัตราคงคลัง ไม่เกิน 3 เดือน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ทั้งหมด</th> <th>ยา</th> <th>LAB</th> <th>เภสัช</th> <th>สินค้าคงคลัง</th> <th>เวชภัณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>2.2</td> <td>2.0</td> <td>2.0</td> <td>2.2</td> <td>3.0</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>2.0</td> <td>2.5</td> <td>2.0</td> <td>2.0</td> <td>6.0</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>4.0</td> <td>1.8</td> <td>1.8</td> <td>3.5</td> <td>8.5</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>3.5</td> <td>2.0</td> <td>1.2</td> <td>4.5</td> <td>6.0</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.5</td> <td>2.2</td> <td>1.5</td> <td>3.0</td> <td>3.0</td> <td>3.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ทั้งหมด	ยา	LAB	เภสัช	สินค้าคงคลัง	เวชภัณฑ์	2562	2.2	2.0	2.0	2.2	3.0	3.0	2563	2.0	2.5	2.0	2.0	6.0	3.0	2564	4.0	1.8	1.8	3.5	8.5	3.0	2565	3.5	2.0	1.2	4.5	6.0	3.0	2566	2.5	2.2	1.5	3.0	3.0	3.0	<p>จากการดำเนินงานพบว่า ในภาพรวมของ รพ.แม่ลาน มีการสำรองวัสดุคงคลังไม่เกิน 3 เดือน (2.42 เดือน) ยกเว้นฝ่ายทันตกรรมที่มีอัตราสำรองคลังเฉลี่ย 3.18 เดือน เนื่องจาก ในปี 2563-2565 มีการระบาดของโรค COVID-19) และด้วยการจำกัดการให้บริการในช่วง COVID-19 ที่ผู้รับบริการลดลง อัตราการสำรองคลังจึงสูง เนื่องจากต้องจัดซื้อวัสดุทันตกรรมที่เต็มขนาดบรรจุ เช่น กล่อง หรือแกลลอน (ผู้ขายไม่แบ่งขายในหน่วยย่อย) จะเห็นว่า เมื่อเปิดให้บริการเต็มรูปแบบในปี 2566 อัตราสำรองคลังมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างชัดเจน</p>
ปี	ทั้งหมด	ยา	LAB	เภสัช	สินค้าคงคลัง	เวชภัณฑ์																																					
2562	2.2	2.0	2.0	2.2	3.0	3.0																																					
2563	2.0	2.5	2.0	2.0	6.0	3.0																																					
2564	4.0	1.8	1.8	3.5	8.5	3.0																																					
2565	3.5	2.0	1.2	4.5	6.0	3.0																																					
2566	2.5	2.2	1.5	3.0	3.0	3.0																																					

IV-6 ผลด้านการเงิน

100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
75.ระดับสถานะทางการเงินการคลัง	<4	1	0	0	0	1
76.Quick ratio	≥ 1.0	1.26	2.1	1.63	3.15	2.04
Current ratio	≥ 1.5	1.35	2.26	1.79	3.31	2.23
Cash ratio	≥ 0.8	1.07	1.94	0.99	2.59	2.81

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
75.ระดับสถานะทางการเงินการคลัง 	จากกราฟ ส่วนในปี 2562 วิกฤติทางการเงินระดับ 1 เนื่องจากทางรพ. จ่ายชำระหนี้เก่าที่ค้างในปี 2561 และจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ฉ.11 ในปี 2562 ในส่วนเมื่อปี2563 ได้รับเงินจัดสรร และเงินช่วย จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางโรงพยาบาล มีแผนและมาตรการปรับประสิทธิภาพเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นและหลีกเลี่ยงการลดลงทุน ในส่วนปี2563 -ปี2565วิกฤติทางการเงินระดับ 0 ส่วนปี2566 เนื่องจากทางรพ.มีการลงทุนตามนโยบาย EMS จึงทำให้ วิกฤติทางการเงินระดับ 1 ทำให้ไม่วิกฤตทางการเงินไม่เกิน ระดับ 4

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																														
<p>76.สภาพคล่องทางการเงิน</p>  <table border="1" data-bbox="181 459 1028 1038"> <caption>สภาพคล่องทางการเงิน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>Quick Ratio</th> <th>Current Ratio</th> <th>Current Ratio22</th> <th>Cash ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>1.26</td> <td>1.35</td> <td>1.07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>2.26</td> <td>2.1</td> <td>1.94</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>1.79</td> <td>1.65</td> <td>0.99</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>3.15</td> <td>3.31</td> <td>2.59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.23</td> <td>2.04</td> <td>1.81</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ปี	Quick Ratio	Current Ratio	Current Ratio22	Cash ratio	2562	1.26	1.35	1.07		2563	2.26	2.1	1.94		2564	1.79	1.65	0.99		2565	3.15	3.31	2.59		2566	2.23	2.04	1.81		<p>ในปี 2564 – 2565 รพ.ได้รับเงินจัดสรรจากการบริการคนไข้โควิด 19 ทำให้สถานะการเงินการคลังดีขึ้น ในส่วนปี2564-2565วิกฤติทางการเงินระดับ 0 และในปี 2566 เนื่องจากทางรพ.มีการลงทุนตามนโยบาย EMS จึงทำให้ วิกฤติทางการเงินระดับ 1 ทำให้ไม่วิกฤตทางการเงินไม่เกิน ระดับ 4</p>
ปี	Quick Ratio	Current Ratio	Current Ratio22	Cash ratio																											
2562	1.26	1.35	1.07																												
2563	2.26	2.1	1.94																												
2564	1.79	1.65	0.99																												
2565	3.15	3.31	2.59																												
2566	2.23	2.04	1.81																												