

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-1.1 องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

II-1.2 องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน

**i. บริบท**

โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพ โรงพยาบาลแม่ลาน ประกอบด้วยทีมนำคุณภาพโรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการเป็นผู้บริหารสูงสุด มีทีมคร่อมสายงาน จำนวน 8 ทีม ได้แก่ ทีม PCT, ทีม MMS, ทีม RM, ทีม ENV, ทีม HRD, ทีม IC, ทีม IM ,ทีมเครื่องมือ,ทีมชุมชน มีศูนย์คุณภาพจำนวน 2 คนเป็นผู้ประสานงานและอยู่ภายใต้การกำกับงานจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมนำคุณภาพร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมคร่อมสายงาน กำหนดนโยบายการบริหารจัดการคุณภาพ ความปลอดภัย ความเสี่ยงอยู่ในแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงาน/ทีมคร่อมค้นหาความเสี่ยง (เชิงรุก/เชิงรับ) รายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม Hos-xp และ NRLS ให้การสนับสนุนเข้าร่วมโครงการ THIP เพื่อนำตัวชี้วัดมาเทียบเคียงกับโรงพยาบาล ,เข้าร่วมโครงการ 3P Safety และกำหนดให้จัดทำแผนปฏิบัติการงานในแต่ละทีมคร่อมทุกปี ศูนย์คุณภาพจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระยะสั้นทุกปีและในระยะยาว 3 ปี สื่อสารแผนให้เจ้าหน้าที่ในทุกระดับรับทราบผ่านทางประธานทีมคร่อมสายงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน นโยบายกำหนดการใช้ 3C PDSA และ 3C DALI ในการพัฒนาการบริหารงานคุณภาพทุกหน่วยงาน รวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัด นำมาทบทวนและชี้้นำในการพัฒนาคุณภาพ สร้างการเรียนรู้ ได้แก่ KM เครื่องมือคุณภาพ ,จัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ CQI/นวัตกรรม ภายในและภายนอกโรงพยาบาลทุกปี ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมพัฒนาเรียนรู้หลักสูตรพัฒนาคุณภาพต่างๆ ได้แก่ หลักสูตรผู้บริหารงานระบบคุณภาพ,หลักสูตรการเขียน SAR ,หลักสูตรคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก,หลักสูตรระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลอบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างการต่ออายุการรับรอง เป็นต้น

พัฒนาทีมระบบแกนนำและเจ้าหน้าที่ในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การเขียน CQI ,การเรียนรู้มาตรฐานฉบับใหม่ ,มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ,การเขียนรายงานประเมินตนเอง เป็นต้น ประสานงานกับทุกทีมคร่อมทุกหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพให้ไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ จัดเวทีประชุมร่วมกันระหว่างทีม ,การ round หน่วยงานแบบบูรณาการทีม การสร้างกลุ่มทีมเลขจากทีมคร่อมต่างๆใน Application line เพื่อการประชาสัมพันธ์ติดตามและแจ้งเตือนงานหรือกิจกรรมจากทีมนำคุณภาพ เป็นต้น ทีมนำกำกับติดตามหน่วยงาน โดยการเยี่ยมนิเทศหน่วยงาน เยี่ยมสำรวจภายใน ทุกเดือน และร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องมีการทบทวนความก้าวหน้า ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแผนงานตามความเหมาะสมเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เช่นการบูรณาการงานคุณภาพ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แผนกลยุทธ์ขององค์กรผ่านการทำกิจกรรม Organization Development ( OD ) มีการกำหนดการรายงานความคืบหน้าของทีมคร่อมต่างๆผ่านการสรุปประเด็นสำคัญจากการประชุมทีมคร่อมนั้นๆ รายงานต่อทีมนำคุณภาพ และผู้นำทีมคร่อมเป็นตัวแทนสรุปแผนการปฏิบัติงานแต่ละทีมคร่อมทุก 3 เดือน

ปัญหาที่พบในการบริหารงานคุณภาพ ได้แก่ ทีมต่างๆยังขาดการใช้คู่มือการรายงานการประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพยังไม่ครอบคลุม และการเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินงานไม่ชัดเจน จึงต้องมีการพัฒนาการสื่อสารและคู่มือต่างๆที่เป็นเครื่องมือทางคุณภาพประชาสัมพันธ์ หรือสามารถสืบค้นได้ผ่าน Websiteโรงพยาบาล มีการประสานงานกับทีมIM ออกแบบระบบการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ การวิเคราะห์การดำเนินงาน ผ่าน Websiteโรงพยาบาลและมีการร่วมเรียนรู้การใช้

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

มาตรฐาน การใช้คู่มือการเขียนรายงานประเมินตนเองกับทีมคร่อมต่าง ๆ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในแต่ละทีมคร่อม

ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ คือ STEMI, Stroke, sepsis, TBI, PIH, PPH รวมทั้ง NCD HT DM COPD Pneumonia ในเด็ก ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาลโดยมากำหนดระบบการดูแลให้ครอบคลุม Pre-hospital, In hospital และ Post hospital และร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือนผ่าน web site ของโรงพยาบาล และนำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือน ระบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกรณี Dead, ส่งต่อ, ทรุดหนักลง, Re admit, Re visit ในกลุ่มโรคสำคัญ STEMI, Stroke, sepsis, TBI, PIH, PPH, NCD HT DM COPD Pneumonia ในเด็ก ทุก 3 เดือน กำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ชี้แจงและสื่อสารให้ทุกคนรับทราบผ่านช่องทาง web site ของโรงพยาบาล, Group line และการประชุมของหน่วยงาน ระบบนิเทศกำกับกำกับการปฏิบัติทางคลินิกโดยทีม PCT round ทุก 6 เดือน จากการประเมินความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า ไม่ได้ปฏิบัติตาม standing order, CPG ในโรค HT DM เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์หมุนเวียนบ่อย ทำให้มีการดูแลรักษาที่หลากหลายตามประสบการณ์เดิม อัตราการตายในผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัญหาการเข้าถึงลำช้า ไม่มีความรู้ในการช่วยชีวิตเบื้องต้น การบาดเจ็บที่รุนแรงหลายตำแหน่งในผู้ป่วย Severe HI ขาดประสบการณ์การทำหัตถการเฉพาะทาง Posterior nasal packing

### II-1.2 ก (1) กรอบงานการบริหารความเสี่ยง

-ขอบเขตวัตถุประสงค์ เกณฑ์หน้าที่และความรับผิดชอบ

ระบบบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ คือเพื่อให้ระบบบริหารจัดการองค์กรที่ดี มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ โดยมีจุดเน้น คือการจัดการความเสี่ยง 2p safety goals มีนโยบายการบริหารความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ระดับโรงพยาบาลโดยมีกลยุทธ์แผนงานด้านการบริหารความเสี่ยง มีการนำกิจกรรมบริหารความเสี่ยงครบ 4 กระบวนการ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุม ป้องกันและลดความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ต่อหน่วยงาน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีความปลอดภัยและตอบสนองต่อข้อร้องเรียน มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีตัวแทนครอบคลุมทุกหน่วยงานโดยมีบทบาทหน้าที่ประสานเชื่อมโยงกับโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง จัดลำดับความสำคัญ เฝ้าระวังและเพื่อวางแผนการแก้ไขต่อไป

-รายการความเสี่ยงขององค์กร โรงพยาบาลแม่ลานีมีรายการความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือด้านคลินิกและไม่ใช้คลินิก ซึ่งด้านคลินิกแบ่งเป็นด้านคลินิกทั่วไปกับคลินิกเฉพาะโรค ในปีงบประมาณ 2566 โดยทีมนำมีการกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มในประเภทความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติการและด้านการเงิน

-การรายงานทีมบริหารความเสี่ยงมีระบบการรายงานความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลแม่ลานีมีการรายงานหลายช่องทางทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้แก่โปรแกรม HosXP หรือในทะเบียนความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงระดับ 4,G,H,I ในโปรแกรม NRLS ร่วมกับรายงานทาง โทรศัพท์ หรือ Line ให้แก่หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหารตามลำดับ มีการ ROUND / ตรวจเยี่ยมหน้างาน ตู้อแสดงความคิดเห็น และมีการใช้เทคโนโลยี QR cord เพื่อให้การประสานงานและผลลัพธ์การจัดการตามระยะเวลาที่ระดับความเสี่ยงต่าง ๆ

### -แผนความเสี่ยง

ทีมบริหารความเสี่ยงร่วมกับคณะกรรมการควบคุมภายในโรงพยาบาลมีการจัดคู่มือแผนบริหารความเสี่ยงทุกปี โดยมีแนวทางการประเมินความเสี่ยง มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยง ซึ่งแผนความเสี่ยงแยกเป็นประเภทความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (แผนกลยุทธ์) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (ความปลอดภัย เทคโนโลยี คลินิก) ความเสี่ยงด้านการเงิน (สภาพคล่องทางการเงิน)และความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบ (ข้อร้องเรียน) เป็นต้น

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

- การสื่อสาร
- ทีมบริหารความเสี่ยงมีแผนปฏิบัติงานทุกปี และทุกเดือนมีการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อชี้แจงและติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- มีตัวแทนของทีมบริหารความเสี่ยงร่วมประชุมกับทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาลแม่ลานทุกเดือนเพื่อสะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะ
- ทีมบริหารความเสี่ยงมีการสรุปความเสี่ยงทั้งหมดในแต่ละเดือนโดยผ่าน one page ในการประชุมทีมนำคุณภาพและทาง Line กลุ่มทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล
- การติดตามมาตรการความเสี่ยงมีการบันทึกข้อความผ่านหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการคืนข้อมูลความเสี่ยงแยกตามโปรแกรม โดยผ่านทาง เลขที่ทีมคร่อม
- การเรียนรู้และการพัฒนา
- มีการอบรม 2psafety ผ่าน Facebook live, อบรม HA 601 ผ่าน Zoom และ Risk register
- มีการ round หน่วยงาน ปี 2566 พบว่าร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยง แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ใหม่ยังขาดความรู้ในเรื่องการรายงานความเสี่ยง และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม และมีหน่วยงานที่ไม่ได้รายงานหรือรายงานน้อย เช่น back office ได้มีการเพิ่มช่องทางการรายงานโดยจัดทำ qr code
- มีการทำ KM การบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรม Hos-xp
- มีการนำเสนอ Risk register ร่วมกับทีมนำโรงพยาบาล

**II-1.2 ก (2) ดำเนินการ RMS**

- นโยบายการบริหารความเสี่ยง
- ทีมบริหารความเสี่ยงมีนโยบาย การบริหารความเสี่ยง ดังนี้
- ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ต่อผู้รับบริการ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียง
- ทีมบริหารความเสี่ยง มีการประสานเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโปรแกรมและหน่วยงาน
- มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพที่สะท้อนสถานการณ์ความเสี่ยง ระบบการเฝ้าระวัง จัดลำดับความสำคัญ
- คณะกรรมการและหน่วยงานทุกระดับต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและการรายงานความเสี่ยง
- มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรเพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม
- ให้ทุกหน่วยงานมีกิจกรรมบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล
- เมื่ออุบัติการณ์เกิดขึ้น จะต้องมียางานที่ชัดเจน โดยที่ผู้ประสบเหตุจะต้องรายงานตามลำดับขั้น ซึ่งการรายงานเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่ถือว่ามีความผิดในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่มีการรายงาน
- เมื่อมีข้อร้องเรียนหรือเหตุการณ์รุนแรงที่จะมีโอกาสถูกฟ้องร้อง หรือเรียกค่าเสียหายมีทีมใกล้เคียงที่จัดการความเสียหาย จ่ายเงินชดเชย ทดแทนและดูแลผู้ได้รับผลกระทบอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

- แผนบริหารความเสี่ยงมีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงทุก 1 ปี โดยครอบคลุมด้านการบริหารของคณะกรรมการบริหาร และมีระเบียบปฏิบัติ จัดทำทะเบียนคู่มือและ Flow บริหาร ความเสี่ยง เพื่อสื่อสารกับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
- กระบวนการจัดการความเสี่ยงและทะเบียนจัดการความเสี่ยง กำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) และทบทวนทุก 6 เดือน โดยนำผลในการทำ Risk matrix มา ประมวลผล และจัดทำ Risk register ของรพ. ส่วนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ จะมีการทบทวนร่วมกับระบบงานที่เกี่ยวข้อง นำมาติดตามและประเมินผลมาตรการความเสี่ยงที่วางไว้ การประเมินความเสี่ยง โดยประเมินความรุนแรงโดยให้คะแนนเป็นระดับ 1-5 แล้วนำคะแนนทั้งสองมาบวกกัน นำผลบวกมากำหนดระดับความเสี่ยง (Risk Level) พิจารณาจัดลำดับ ความสำคัญของ Risk ทั้งหมด เพื่อจัดทำเป็นบัญชีความเสี่ยงต่อไป

การทำ Risk register เพื่อวางแผนการจัดการความเสี่ยง รวมถึงกำกับติดตามอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง (Risk Register) จึงได้กำหนดให้อุบัติการณ์ที่มีระดับ Extreme Risk (สี แดง) คะแนน 6-10 จะต้องถูกนำมาทำ Risk Register ในระดับโรงพยาบาล รวมถึงจะต้องถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหา RCA ทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ ส่วนอุบัติการณ์ที่มีระดับ High Risk (สี ส้ม) คะแนน 6-7 ควรมีการทบทวนและติดตามทุก 3 เดือน อุบัติการณ์ที่มีระดับ Moderate Risk (สี เหลือง) คะแนน 4-6 ควรมีการทบทวนและติดตามทุก 6 เดือน อุบัติการณ์ที่มีระดับ Low Risk (สี เขียว) คะแนน 2-3 ควรมีการทบทวนและติดตาม 1 ครั้งต่อปี ปีงบประมาณ 2565 Risk register ของโรงพยาบาลแม่ลาน แบ่งตามระดับสีโดยสีแดง ได้แก่ MI Sepsis ข้อร้องเรียน แพ้ยารุนแรง Unplan CPR Miss diag. เชื้อดื้อยา สีส้ม ได้แก่ การส่งเก็บ ตรวจ เก็บ lab ผิดพลาด รายงานผล Lab คลาดเคลื่อน Med Error (Precriving OPD, Predispensing OPD, Transcribing IPD) BA การระบุตัวผู้ป่วยผิด คัดกรองที่ห้องฉุกเฉินผิดพลาด สิ่งแปลกปลอมติดกับผ้าเบื่อน PPH c Shock สีเหลือง ได้แก่ เข็มตำ ยืมเวชระเบียนนานเกิน 7 วัน การสื่อสารส่งข้อมูลพยาบาลไม่ครบถ้วน ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ยาขาดคราว (HAD) สีเขียว ได้แก่ บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ส่วนในปีงบประมาณ 2566 มีทั้งสิ้น 23 เรื่อง สีแดง ได้แก่ MI Sepsis เชื้อดื้อยา ข้อร้องเรียน Unplan CPR Miss diag. แพ้ยารุนแรง สีส้ม ได้แก่ การส่งเก็บ ตรวจ เก็บ lab ผิดพลาด รายงานผล Lab คลาดเคลื่อน Med Error (Precriving OPD, Predispensing OPD, Transcribing IPD) สิ่ง แปลกปลอมติดกับผ้าเบื่อน คัดกรองที่ห้องฉุกเฉินผิดพลาด สีเหลือง ได้แก่ ทรัพย์สินสูญหาย การระบุตัวผู้ป่วยผิด เข็มตำ ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง สีเขียว ได้แก่ บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ยืม เวชระเบียนนานเกิน 7 วัน การสื่อสารส่งข้อมูลพยาบาลไม่ครบถ้วน ยาขาดคราว (HAD) BA PPH c Shock

### II-1.2 ก (3) กลยุทธ์ความปลอดภัยที่มีหลักฐานอ้างอิง

2P safety goals การจัดการความเสี่ยง

ด้านผู้ป่วย 1. Medication Error LASA, HAD (ความคลาดเคลื่อนทางยา) 2. Patients Identification (การระบุตัวผู้ป่วย) 3. Response to deteriorating patient (การตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง)

ด้านเจ้าหน้าที่ 1. Social Media and Communication Professionalism (การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม) 2. Infection Control and Prevention for Workforce (การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรระหว่างการปฏิบัติงาน) 3. Prevention of Work Related Disorder (การจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ปี 2566-2570 มีการเพิ่มด้านผู้ป่วยการรายงานค่า LAB วิกฤติ, การวินิจฉัยผิดพลาดและการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลแม่ลานมีนโยบาย 2P Safety ซึ่งเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล 1) นำหลักการ 2P Safety มาออกแบบแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE ทั้งด้านผู้ป่วยและบุคลากร 2) สื่อสารแก่หัวหน้าหน่วยงานเพื่อนำสู่การปฏิบัติ 3) ทิมนำ/กรรมการบริหาร ความเสี่ยงลงนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง 4) รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทุกเดือน 5) ทบทวนผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้ดำเนินงาน ปี 2563 ได้ดำเนินการตามมาตรฐาน SIMPLE ตามมาตรฐานเดิมครบถ้วน ปี 2564 สิ่งที่ได้ทำได้ดีแล้ว คือ การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน (การส่งชื่อผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยี KIOSK) และปี 2564-2566 ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD มีนวัตกรรมกล่องยา HAD, การสั่งยาได้จัดทำใบประกอบการสั่งยา Enoxaparin เพิ่มและได้ปรับฐานนวัตกรรมช่วยระบุตำแหน่งในการฉีด

**II-1.2 ก (4) การจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล**

ระบบการรายงานและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลแม่ลาน โดยเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นผู้พบเห็นเหตุการณ์มีการรายงานซึ่งแบ่งตามระดับความเสี่ยง ดังนี้ความเสี่ยงระดับ 1-2 และ A-D รายงานภายใน 1 สัปดาห์ ความเสี่ยงระดับ 3 4 และ E F รายงานภายใน 2 วันและความเสี่ยงระดับ G-I 5 และ Sentinel event รายงานภายใน 24 ชม.พร้อมบันทึกในโปรแกรม Hos-xp จากนั้นคณะกรรมการ Rm ตรวจสอบและคัดแยกความเสี่ยงตามโปรแกรมต่างๆส่งผ่านเลขาทีมคุ้มครองเพื่อทบทวนหามาตรการป้องกัน สำหรับแนวทางการทบทวนความเสี่ยงระดับ 1-2 และ A-D มาตรการป้องกันภายใน 3 เดือน ความเสี่ยงระดับ 3 4 และ E F รายงานภายใน 2 วัน มาตรการป้องกันภายใน 1 เดือน และความเสี่ยงระดับ G-I 5 และ Sentinel event มาตรการป้องกันภายใน 7 วัน จากนั้นตัวแทน Rm แต่ละโปรแกรมบันทึกแนวทางแก้ไข/มาตรการป้องกัน จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 พบอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทั้งสิ้น 3,829 เรื่อง nearmiss 2,307 เรื่อง ซึ่งสัดส่วนความเสี่ยงทั้งหมดต่อเหตุการณ์เกือบพลาดร้อยละ 60.25 เมื่อดูแนวโน้มความเสี่ยงแยกตามโปรแกรมจากมากไปน้อย ดังนี้ ระบบยา (MMS) การดูแลผู้ป่วย (PCT) ระบบบริการและสิทธิผู้ป่วย (PCT) ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) โครงสร้างและความปลอดภัย (ENV) ระบบสารสนเทศ (IM) ระบบพัฒนาทรัพยากร (HRD) และระบบบริหาร โดยพบว่าความเสี่ยงสำคัญ AE ดังนี้ ระดับ E=72 เรื่อง, F=78 เรื่อง, G=3 เรื่อง, H= 12 เรื่อง, I=49 เรื่อง (ป้องกันได้5) และ ระดับ3=20 เรื่อง, 4=1 เรื่อง, 5=0 เรื่อง ขอร้องเรียนส่วนใหญ่ได้จากผู้แสดงความความคิดเห็น Social media ทางโทรศัพท์หรือUC รับเรื่องร้องเรียน พบว่าจำนวนข้อร้องเรียนทั้งสิ้น 63 เรื่อง ได้แก่การดูแลผู้ป่วย 11 เรื่อง ระบบบริการ 25 เรื่อง พฤติกรรมบริการ 22 เรื่องและโครงสร้าง/สิ่งอำนวยความสะดวก 5 เรื่อง ซึ่งมีการทำ risk register

ตัวอย่าง ความเสี่ยง E-I, 3-5 ที่มีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุและหามาตรการป้องกัน ดังนี้

**1.ระบบการดูแลผู้ป่วย (PCT)**

1.1 อุตบัติการณ์การเกิด Severe BA จำนวน 1 ราย (ระดับ E) วิเคราะห์สาเหตุ 1.ไม่ได้ Consult Staff ตามแนวทาง 2.สมรรถนะการใส่ ET tube แพทย์และทักษะการอ่าน/แปลผล EFM มาตรการป้องกัน 1.กำหนดแนวทางการตรวจ และ monitor EFM 2.แนวทางการรายงานแพทย์เมื่อ พบภาวะผิดปกติ 3.การConsultสูติแพทย์ และกุมารแพทย์ตามแนวทาง 4.พัฒนาทักษะของพยาบาล ANC LR ER ในการอ่านและแปลผล EFM อบรมฟื้นฟู NCPN

1.2. วินิจฉัยผู้ป่วย TB คลาดเคลื่อน 1 ราย (ระดับ I) วิเคราะห์สาเหตุ 1.ไม่ได้ตรวจ gene expert ตามเกณฑ์การส่งตรวจก่อนรักษา มาตรการป้องกัน 1.กำหนดให้มีการตรวจ gene expert เพื่อยืนยัน Dx. ในผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ส่ง gene expert ดังนี้ 1.B24 2.Household contct 3.Prisoner 4.Migrant 5.กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ (COPD,CKD),ผู้ป่วยได้รับยาทมิคุมกัน 6.ผู้ป่วยทั่วไป CXR ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค สเมียร์ลบ 7. Retreatment (Relapse,TAF,Other) 8.Ontreatment (สิ้นสุดเดือนที่ 2,5 เสมหะยังพบเชื้อ)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p><b>2.ระบบยา</b> ปีงบประมาณ 2565 พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง 1 ครั้ง เป็นการแพ้ยา Phenytoin อาการแพ้เป็นอาการแพ้แบบ Steven Johnson syndrome ระดับ H (ข้อร้องเรียน) ได้รับการเยียวยา ม 41 ได้รับเงินเยียวยา เป็นเงิน 100,000 บาท <u>บททวนสาเหตุ</u> 1.บุคคลากร: เจ้าหน้าที่ ขาดความตระหนัก และขาดความรู้การเฝ้าระวังอาการแพ้ที่รุนแรง 2.สิ่งแวดล้อม: การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย 3.เครื่องมือ: ไม่ได้แจกบัตรเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงให้กับผู้ป่วย 4.ระบบบริการ: ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังการแพ้ที่รุนแรง 5. ผู้รับบริการ: ขาดความรู้ด้านการเฝ้าระวังอาการเบื้องต้นที่นำไปสู่อาการแพ้ที่รุนแรง <u>มาตรการป้องกัน</u> 1.มีแนวทางกลุ่มยาที่ต้อง Intensive ADR monitoring เมื่อมีการสั่งจ่ายยาครั้งแรก 2.ตรวจยีนส์แพ้ยาในยา Allopurinal (HLA-B*58:01) และ Carbamazepine (HLA-B*1502) 3.ปรับแนวทางการสื่อสารระหว่างห้อง lab กับ ฝ่ายเภสัชใหม่ และ Pop up ใน Host XP 4.มีทีมใกล้เคียงเยี่ยมบ้านเพื่อเยียวยา <u>ผลลัพธ์</u> พบว่าปีงบประมาณ 2566 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงที่ป้องกันได้</p> <p><b>3.ระบบการควบคุมการติดเชื้อ (IC)</b> ปี 2563 พบอุบัติการณ์เข็มทิ่มแทง จำนวน 5 ครั้ง (สายวิชาชีพ 3 ครั้ง สายสนับสนุน 2 ครั้ง ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 1 ราย) สัมผัสสารคัดหลั่ง จำนวน 1 ครั้ง (สายวิชาชีพ 1 ครั้ง ไม่ได้รับยาต้านไวรัส)ระดับความรุนแรง E <u>วิเคราะห์สาเหตุ</u> 1.ภาชนะบรรจุเข็มบางไม่ได้มาตรฐาน 2.ไม่เปลี่ยนภาชนะทิ้งเข็ม เมื่อบรรจุ 3/4 ของภาชนะหรือเมื่อครบ 24 ชม. <u>มาตรการป้องกัน</u> 1.การทบทวนเรื่องภาชนะทิ้งเข็ม กับงานขยะ ทิม ENV 2. แนวทางการเยียวยา กรณีการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน 3. แนวทางการรับยาต้านไวรัส 4. แนวทางการทบทวนความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุการณ์ ระหว่าง ผู้เกิดเหตุ หน.หน่วยงานที่เกิดเหตุ ICWN ของหน่วยงาน ภายใน 1 สัปดาห์ 5.การสุ่มนิเทศหน่วยงาน</p> <p><b>4.โครงสร้างความปลอดภัย (ENV) ระดับ 3</b></p> <p>4.1 อาคาร ผ้าเปดาน (รั้ว, ถล่ม) <u>วิเคราะห์สาเหตุ</u> 1.อายุการใช้งานที่นานเกิน 5 ปีทำให้เกิดชำรุด รอยร้าวซึม 2.ไม่มีระบบการตรวจสอบ <u>มาตรการป้องกัน</u> 1.Round หน่วยงานสำรวจอาคารต่าง ๆ เพื่อค้นหาความเสี่ยงโดยทีม ENV 2.จัดทำแผนการดำเนินงานชัดเจนและติดตามกำกับจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 3.มีระบบตรวจสอบโดยใช้โปรแกรม ANT โดยช่างโรงพยาบาล</p> <p>4.ระบบ line แจ้งเตือนจากโปรแกรม ANTจากการรายงานการซ่อมที่เป็นระบบและชัดเจน</p> <p>4.2 มีสัตว์เลี้ยงเข้ามาในเขตโรงพยาบาล เช่นสุนัข แมว <u>วิเคราะห์สาเหตุ</u> 1.มีการนำสัตว์เลี้ยงมาปล่อยทิ้งในโรงพยาบาล 2.เจ้าหน้าที่ ผู้มารับการและญาติให้อาหารสุนัขกับแมว <u>มาตรการป้องกัน</u> 1.มีการจัดทำตะแกรงปิดบริเวณช่องที่สัตว์เข้าไปอาศัยอยู่ 2.มีป้ายห้ามให้อาหารสัตว์ภายในบริเวณโรงพยาบาล 3.มีระบบการตรวจสอบโดยยาม 4.นิเทศติดตามโดยฝ่ายบริหาร ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p><b>5.เครื่องมือ</b> เครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน (เครื่องมือความเสียงสูง Defif ER และ เจลหมดอายุ ระดับ F) <u>วิเคราะห์สาเหตุ</u> 1.ความชำนาญของแพทย์ในการใช้เครื่องมือความเสียงสูง</p> <p>2.เจล defif หมดอายุเนื่องจากไม่ได้มีการใช้บ่อยจึงไม่มีการตรวจสอบ <u>มาตรการป้องกัน</u> 1.ปฐมนิเทศในการใช้เครื่องมือความเสียงสูงและระบบฟีสอนน้อง 2. กำหนดการติดวันหมดอายุที่เริ่มเปิดใช้ การเช็คเจลและมีการเบิกใช้ใหม่ทุกปี</p> <p><b>II-1.2 ก (5) ผลลัพธ์การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยง</b></p> <p>1) การค้นหาความเสี่ยง (เชิงรุก/เชิงรับ) การรายงาน ความครอบคลุมอุบัติการณ์และความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานและแต่ละโปรแกรม ในแต่ละเดือนยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ซึ่งทีม RM ได้มีการพัฒนาระบบการรายงานดังที่กล่าวข้างต้น</p> <p>2) เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หน่วยงานและทีมคร่อมที่เกี่ยวข้องจะมีการแก้ไขทบทวนและกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ พบว่าอัตราความเสี่ยงซ้ำระดับรุนแรง ปี 2564 ความเสียง ระดับ G-I และ 4 มีจำนวน 7 เรื่อง ระดับ H = 1 เรื่อง I = 6 เรื่อง ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิม ปี 2565 ความเสียง ระดับ G-I และ 4 มีจำนวน 18 เรื่อง G=1 H=3 I=14 (ป้องกันได้ 3 เรื่อง)</p>
---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ซ้ำ 1 เรื่อง ประเด็นแพทย์ไม่ได้มาประเมินและอธิบายการรักษาและส่งต่อด้วยตนเอง **แผนพัฒนาความเสี่ยง** 1.เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยเสียชีวิตและให้องค์กรแพทย์ทราบเพื่อปฏิบัติ ตามแนวทาง ปี 2566 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 5 มีจำนวน 16 เรื่อง ระดับ I = 13 เรื่อง (ป้องกันได้ 1 เรื่อง) H=3 เรื่อง ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิม เนื่องจากปี 2566 ทีม Rm มีการสะท้อน ข้อมูลความเสี่ยงสำคัญแก่ทีมนำโรงพยาบาลทุกเดือนโดยจัดทำ one page และมีการ round หน่วยงานของทีมทางคลินิก **โอกาสพัฒนา** 1.มีระบบการคืนข้อมูลความเสี่ยงซ้ำในเวทีประชุมทีมนำ โรงพยาบาล

3) ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) มีการทบทวนเวชระเบียน ทุก 3 เดือน เพื่อเป็นการกระตุ้นและค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การ ประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก (1)(2)(3)(9)]**	3	L,I	เพื่อบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลมีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ รพ.ได้ออกแบบการ บริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ดังนี้ 1. นโยบายกำหนดการใช้ 3C PDSA และ 3C DALI ในการพัฒนาการบริหารงานคุณภาพทุกหน่วยงาน 2. นำแนวคิดค่านิยมโรงพยาบาลมาเป็นแนวทาง ปฏิบัติงาน 3.ปรับโครงสร้างงานคุณภาพและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจนเหมาะสม 4.กำหนดให้ แผนการบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย อยู่ในกลยุทธ์โรงพยาบาล 5.ถ่ายทอดสื่อสารแผนพัฒนา คุณภาพให้ครอบคลุมเจ้าหน้าที่/ทีม/ฝ่าย ผ่านทางหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/ประธานทีม 6.ประสานจัดเข้าร่วมประชุม ระหว่างทีมที่เกี่ยวข้องกัน ผลลัพธ์ ปี 2564 อัตราเจ้าหน้าที่เข้าใจในงานคุณภาพในเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ,สาย สนับสนุน= 56.8%,62.5% เนื่องจากการสื่อสารถ่ายทอดความรู้ถ่ายทอดแผนพัฒนาคุณภาพไม่ทั่วถึง การประสาน ระหว่างทีมยังไม่มี ความชัดเจน การกำกับติดตามผลพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง ปี 2565 จึงปรับการดำเนินงาน 1.จัดเวที KM เครื่องมือคุณภาพ , สื่อสารและคู่มือต่างๆที่เป็นเครื่องมือทางคุณภาพประชาสัมพันธ์ หรือสามารถสืบค้น ได้ผ่าน Websiteโรงพยาบาล ,จัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ CQI/นวัตกรรม ภายในและภายนอกโรงพยาบาลทุกปี 2.ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมพัฒนาเรียนรู้หลักสูตรพัฒนาคุณภาพต่างๆ ได้แก่ หลักสูตรผู้บริหารงานระบบคุณภาพ, หลักสูตรการเขียน SAR ,หลักสูตรคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก,หลักสูตรระบบบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาลคุณภาพ ,หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ,อบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างการต่ออายุการรับรอง เป็นต้น 3. พัฒนาทีมระบบแกนนำและเจ้าหน้าที่ในรูปแบบเชิง ปฏิบัติการ ได้แก่ การเขียน CQI ,การเรียนรู้มาตรฐานฉบับใหม่ ,มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ,การเขียนรายงานประเมิน

			<p>ตนเอง เป็นต้น 4.ประสานงานกับทุกทีมพร้อมทุกหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพให้ไปในทิศทางเดียวกัน จัดเวทีประชุมร่วมกันระหว่างทีม เช่น ทีม ENV กับทีม IC และทีมเครื่องมือ ,ทีม IC กับทีม HRD,ทีม PCT กับ RM 5. กำหนดให้ round หน่วยงานแบบบูรณา 6.กำกับติดตามผลงาน โดยการเยี่ยมนิเทศหน่วยงาน เยี่ยมสำรวจภายในทุกเดือน 7.สื่อสารและคู่มือต่างๆที่เป็นเครื่องมือทางคุณภาพให้สามารถสืบค้นได้ผ่าน Websiteโรงพยาบาล และมีการเผยแพร่ผลการดำเนินงานขององค์กรทางwebsite กลุ่มไลน์ โรงพยาบาล สร้างกลุ่มทีมเลขาจากทีมพร้อมต่างๆใน Application line เพื่อการประชาสัมพันธ์ติดตามและแจ้งเตือนงานหรือกิจกรรมจากทีมนำคุณภาพ ปี 2566 เพิ่มนโยบายชี้แจงองค์กรและถ่ายทอดแผนพัฒนาคุณภาพ ตามระยะเวลา ในเวทีผู้อำนวยการพบปะเจ้าหน้าที่ประจำเดือน และได้เข้าร่วมประชุมทีมพร้อมที่ผลการดำเนินงานยังล่าช้าเพื่อให้คำชี้แนะ กระตุ้นในการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานต่อไป ได้แก่ ทีม ENV,IC,IM ผลลัพธ์ ปี 2565,2566 อัตราเจ้าหน้าที่เข้าใจในงานคุณภาพในเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ= 77.8%,91% สายสนับสนุน=65%,88% ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของแผนพัฒนาคุณภาพ ปี 2565,2566 = 85%,90%</p>
<p>2. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก (4)(5)(6)(7)(8)]</p>	<p>3</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลมีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ ได้ดำเนินการในการประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ 1.ให้ทีมพร้อม SWOT หาจุดแข็ง จุดอ่อน ทุกปี เพื่อวางแผนพัฒนางานโดยให้นำมาตรฐานไปปฏิบัติ 2.วิเคราะห์ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์เข้าร่วมโครงการ THIP เพื่อนำตัวชี้วัดมาเทียบเคียงกับโรงพยาบาล 3.ตามรอยหน่วยงานโดยนิเทศตรวจเยี่ยมเป็นทางการและไม่เป็นทางการทุกสัปดาห์ 4.กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ใช้วิธีในการประเมินตนเอง ได้แก่ การทำ KM การเขียนรายงานความก้าวหน้า การเยี่ยมสำรวจภายใน การทบทวน case การรับฟังผลสะท้อนจากที่ประชุม เป็นต้น 5.สนับสนุนข้อมูลความคาดหวังของผู้รับบริการ ข้อกำหนดวิชาชีพ กฎระเบียบ มาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบในการประเมินตนเอง และนำไปชี้แจงพัฒนาคุณภาพในการประชุมทีมนำ 6.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพทุกปี 7.สื่อสารแผนให้เจ้าหน้าที่ในทุกระดับรับทราบผ่านทางประธานทีมพร้อมสายงานหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน websiteและกลุ่มไลน์รพ.8.ติดตามประเมินผลให้เป็นไปตามแผนทุกเดือน ปฏิทินกำกับแผน</p> <p>ผลลัพธ์ ผู้นำชี้แจงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกำหนดแนวทางค่านิยมนำมาปฏิบัติหน้างาน เน้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มอบหมายหัวหน้างานกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สนับสนุนพันธกิจ รพ.นำมาสู่การปฏิบัติได้แก่ การดูแล โรค HT,DM, Stroke,sepsis,STEMI ,Pneumonia ในเด็ก ,Sepsis ,2P safety มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ,การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ ชี้แจงแนวทางที่พึงประสงค์ในพฤติกรรมบริการ กล่าวทักทายผู้รับบริการ ตรงต่อเวลาในการ</p>

			<p>ปฏิบัติงาน กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน โดยมีการนิเทศติดตามหน้างานประจำสัปดาห์และติดตามตัวชีวิตในทีมนำประจำเดือน ผลลัพธ์ ปี 2566 อัตราเจ้าหน้าที่ที่รับรู้อิศทาง นโยบาย จุดเน้นโรงพยาบาล</p> <p>85% อัตราปฏิบัติตามจุดเน้นโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น = 85 % ปี ,อัตราการรายงานความเสี่ยงครอบคลุมเพิ่มขึ้น = 68.14 % , อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย HT เพิ่มขึ้น =60.26% อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที เพิ่มขึ้น อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.90%</p> <p>โอกาสพัฒนา กำหนดตัวชีวิตในประเด็นต่างๆให้ครอบคลุมทั้งตัวชีวิตกระบวนการและผลลัพธ์ เช่น อัตราเจ้าหน้าที่ EKG ภายใน 5 นาทีในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยวินิจฉัย STEMI ,อัตราผู้ป่วย stroke fast refer ภายใน 1 ชั่วโมง เป็นต้น ติดตามผลตัวชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เช่น ตัวชีวิตด้านการกำกับดูแลทางคลินิก ด้านการจัดการความเสี่ยง ผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ ส่งเสริมให้ผู้นำระบุความคาดหวังในผลลัพธ์ตัวชีวิตที่สำคัญ ชี้นำการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพให้ผู้รับผิดชอบนำไปปฏิบัติให้ชัดเจน</p>
<p>3. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพ การให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)]**</p>	<p>3.5</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและปลอดภัย ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1). ปรับเปลี่ยนแผนตารางการประชุม PCT จากเดิมวันจันทร์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเปลี่ยนเป็นทุกวันพุธ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพและทีมคร่อมสำคัญที่เกี่ยวข้องในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมทบทวนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>2). ปฐมนิเทศแพทย์ใหม่ก่อนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ CPG โรคต่างๆ มีการกำหนดแพทย์ผู้รับผิดชอบรายโรคเพื่อปรับปรุง CPG ให้ทันสมัยอยู่เสมอ 3).แผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (แพทย์และพยาบาล)ในการทำหัตถการที่มีความยุ่งยาก 4).ขอบเขตที่แพทย์ที่ต้องพิจารณาตรวจที่ ER LR Ward 5).กำหนดให้ประเมิน Alvorado ในผู้ป่วยปวดท้องด้านขวาทุกราย 6).พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์ระบบบริการ 1669 การให้ความรู้ประชาชนเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจโดยเฉพาะกลุ่ม Smoking/ CVD risk &gt; 30 % 7).การคัดกรอง EKG ในกลุ่มโรคเรื้อรังทุกปี พร้อมให้ความรู้ในเรื่อง STEMI alert การติดสติ๊กเกอร์ STEMI alert ทำให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ ระบบการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย กรณี Dead, ส่งต่อ,ทรุดหนักลง ,Re admit ,Re visit ในกลุ่มโรคสำคัญ = 80% ยังมีการทบทวนไม่ได้ตามแผนในกลุ่ม refer และ re visit ,อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที ปี 64-66 = 76.9%, 66.66%, 81.2% ,อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในปี 66 ลดลงเป็น 8.33% (1/12) ,การได้รับยา SK ในกลุ่ม STEMI 83.33% (10/12) ได้รับการทำ PCI 1 ราย อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke</li> </ol>

			ภายใน 180 นาที ปี 64-66 = 60,90,33.33% ไม่พบการตายในผู้ป่วย stroke อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย HT = 60.16 , 56.19, 60.26 , อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย DM = 21.77, 17.62, 24.36 แผนพัฒนาต่อเนื่อง 1)การผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอ 2)แผนการทบทวนเวชระเบียนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มและกำกับติดตามผลการทบทวนอย่างต่อเนื่อง
4. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (3) (5)]*,**	3	L, I	เพื่อให้มีกระบวนการบริหารความเสี่ยง มีการนำกลยุทธ์ความปลอดภัย (2psafety goals) และประเมินผลของระบบบริหารความเสี่ยง/ความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทีม RM มีขอบเขต วัตถุประสงค์หน้าที่ความรับผิดชอบ มีรายการความเสี่ยงแต่ยังไม่ครอบคลุมในปีงบประมาณ 2566 โดยทีมนำมีการกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มในประเภทความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติการและด้านการเงิน มีแผนความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงที่สำคัญ มีกระบวนการสื่อสารผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะคณะกรรมการ RM /เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำหรับการเรียนรู้ทีมมีการอบรม 2psafety ผ่าน Facebook live, อบรม HA 601 ผ่าน Zoom และ Risk register, มีการRond หน่วยงาน ปี 2566 พบว่า ร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยง แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ใหม่ยังขาดความรู้ในเรื่องการรายงานความเสี่ยง และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม และมีหน่วยงานที่ไม่ได้รายงานหรือรายงานน้อย เช่น back office ได้เพิ่มช่องทางกรรายงานโดยจัดทำ QR code, มีการทำ KM และมีการนำเสนอ risk register ร่วมกับทีมนำ 2P safety goals มีการนำหลักการ 2P Safety มาออกแบบแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE ทั้งด้านผู้ป่วยและบุคลากร ,สื่อสารแก่หัวหน้าหน่วยงานเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ,ทีมนำ/กรรมการบริหารความเสี่ยงลงนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง, รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทุกเดือน, ทบทวนผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์การดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 ได้ดำเนินการตามมาตรฐาน SIMPLE ตามมาตรฐานเดิมครบถ้วน ปี 2564 สิ่งที่ทำได้ดีแล้ว คือ การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน (การส่งชื่อผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยี KIOSK) ส่งผลให้ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไป และปี 2564-2566 ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD มีนวัตกรรมกล่องยา HAD, การสั่งยาได้จัดทำใบประกอบการสั่งยา Enoxaparin เพิ่มและได้ประดิษฐ์นวัตกรรมช่วยระบุตำแหน่งในการฉีด ส่งผลให้ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ความคลาดเคลื่อนทางยา HADที่รุนแรงระดับ E ขึ้นไป ส่วนด้านเจ้าหน้าที่ เรื่องการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ปี2562-2566 ไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน <u>โอกาสพัฒนา</u> ด้านผู้ป่วย เรื่อง Response to deteriorating patient (การตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มาตรการเน้นการติดตามหน่วยงานร่วมกับทีมนำทางคลินิก

			<p>ส่วนการประเมินประสิทธิผลของระบบงานบริหารความเสี่ยง พบว่ากระบวนการค้นหาความเสี่ยงส่วนใหญ่มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับโดยความเสี่ยงเชิงรุกได้จากการ Round ของทีมคร่อมและการสุ่มเวชระเบียนของทีมทางคลินิก และการรายงานส่วนใหญ่ด้านคลินิกทั่วไปกับไม่ใช่คลินิก ซึ่งพบว่าปีงบประมาณ 2564 และ 2565 อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน ร้อยละ 53.92 และ 53.43 ตามลำดับซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์โควิด 2019 ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง/ขาดการสื่อสารในหน่วยงาน/หน่วยงานบางหน่วยงานมีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน RM และจากการวิเคราะห์หน่วยงานที่ไม่มีรายงาน/รายงานน้อย ส่วนใหญ่ คือกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย บริหาร x-ray และยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65-มิ.ย.66) ทีม Rm ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการทำ Km การบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรม Hos-xp 2. Round หน่วยงานไม่ได้รายงานหรือรายงานน้อย เช่น back office ได้มีการเพิ่มช่องทางการรายงานโดยจัดทำ qr code 3. จัดทำ one page ความเสี่ยงสำคัญ รายงานที่มำโรงพยาบาลทุกเดือน ส่งผลให้อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน ร้อยละ 68.14 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายกำหนด</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u> 1. อบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ร่วมกับทีม HRD เกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยง 2. เพิ่มการรายงานหลายช่องทางครอบคลุมทุกหน่วยงาน เช่น qr code 3. มีแนวทางระบบการคืนข้อมูลเพื่อติดตามมาตรการจากทีมคร่อมที่ชัดเจนและเพิ่มการติดตามต่อเนื่อง/สื่อสารเจ้าหน้าที่ที่รับรู้ สำหรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไปทีม RM ให้หน่วยงาน/ทีมคร่อมมีการจัดทำ RCA โดยพบว่าปี 2565 การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิมระดับ G-I และ 5 เรื่องเดิม 1 เรื่อง คือประเด็นแพทย์ไม่ได้มาประเมินและอธิบายการรักษาและส่งต่อด้วยตนเอง ปี 2566 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 5 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิมเนื่องจากทีม Rm มีการสะท้อนข้อมูลความเสี่ยงสำคัญแก่ทีมนำโรงพยาบาลทุกเดือนโดยจัดทำ one page และมีการ round หน่วยงานของทีมทางคลินิก</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u> มีระบบการคืนข้อมูลความเสี่ยงซ้ำในเวทีประชุมทีมนำโรงพยาบาล</p>
5. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)]	3.5	L, I	<p>เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน ทีม RM มีนโยบายการบริหารความเสี่ยง มีคู่มือแผน flow chart การรายงาน การทบทวนและการติดตาม โดยทุกหน่วยงานมีการจัดทำ risk matrix และ risk register พบว่า risk register ระดับโรงพยาบาลมีการค้นหาความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปี 2562=12 เรื่อง ปี 2566=23 เรื่อง และมีการลดระดับสีจากสีแดงเป็นสีส้ม จากสีส้มเป็นสีเหลือง</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u> 1. ทีม RM นำเสนอร่วมกับ owner ในเวทีประชุมประจำเดือน เรื่อง Risk register ระดับโรงพยาบาลโดยเฉพาะระดับสีแดงและส้ม 2. มีการประกวดการทำ Risk register หน่วยงาน</p>

6. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*	3.5	L, I	<p>เพื่อจัดการความเสี่ยงและลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทีม RM จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงซึ่งมีระบบการรายงานและการจัดการความเสี่ยง โดยอุบัติการณ์ทุกระดับ ได้แก่เหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) เกิดบ่อยเกิน 5 ครั้ง/เดือนมีการจัดทำ RCA ซึ่งระบบยาได้มีการจัดทำ risk register เรื่อง การสั่งใช้ยา การจัดยาจ่ายยา การคัดลอกยา พบว่าอุบัติการณ์การคัดลอกยามีแนวโน้มลดลง เป็นต้น ระบบ IC เรื่อง สิ่งแปลกปลอมติดมากับผ้าเบื่อน พบว่ายังพบอุบัติการณ์สูง <u>มาตรการ</u> เน้นการ double check ที่หน่วยงานก่อนส่ง, นิเทศหน้างาน <u>โอกาสพัฒนา</u> อุปกรณ์ดักจับและมีเสียงเตือน เมื่อมีสิ่งแปลกปลอม ที่ติดมากับเครื่องมือและผ้าเบื่อน กรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระดับ E ขึ้นไปมีการจัดทำ RCA พบว่าทีมนำทางคลินิกมีการทบทวน CASE ระดับ G-I ตามแนวทางแต่ RCA ที่ได้ยังไม่ถึงรากเหง้าทำให้ยังเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงสูงซ้ำ</p>
--	-----	------	--

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ทุกหน่วยงานมีผลงาน CQI /นวัตกรรม 100%
- เจ้าหน้าที่แกนนำ ได้รับการพัฒนางานคุณภาพต่อเนื่อง ได้แก่ หลักสูตรผู้บริหารงานระบบคุณภาพ, หลักสูตรการเขียน SAR ,หลักสูตรคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก, หลักสูตรระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ ,หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ,อบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างการต่ออายุการรับรอง เป็นต้น
- การพัฒนาระบบการรายงานให้มีความครอบคลุมโดยมีการนำเทคโนโลยี (qr code) มาใช้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการรายงาน, การจัดทำ one page รายงานที่มำคุณภาพทุกเดือนเพื่อเป็นการกระตุ้นการรายงาน ส่งผลให้หน่วยงานมีการรายงานครอบคลุมเพิ่มขึ้น
- นวัตกรรมของระบบยา (HAD) ซึ่งเป็นจุดเน้น 2psafety goals ได้แก่ กล่องยา HAD , นวัตกรรมช่วยระบุตำแหน่งการฉีด ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา HAD
- ประกาศนียบัตรรางวัลชนะเลิศการทำ Risk register หัวข้อ Dispensing error ระดับจังหวัด

<b>iv. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]						
<b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b> บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมีความรู้ในงานคุณภาพ	>90%	40	51.1	56.8	77.8	91
อัตราเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีความรู้ในงานคุณภาพ	>90%	35	49.2	62.5	65	88
อัตราความสำเร็จของแผนพัฒนาคุณภาพ	> 90%	80	70	75	85	90
อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI	น้อยกว่า 2 %	0 (0/3)	33.33 ( 2/5)	0 (0/ 12)	0 (0 / 6)	18.18 (2/11)
อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke	0 %	0	0	0	0	1.64
อุบัติการณ์ unplan refer	ลดลง	5	2	10	10	16
อัตราผู้ป่วยโรค HT ควบคุมโรคได้	≥ 60%	37.84	40.38	60.16	56.19	60.37
อัตราการการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค HT	< 10 %	10.52 (158/1501)	1.90 (29/1524)	12.95 107/826	14.11 121/857	13.12
อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมระดับ HbA1c ได้	≥40%	11.33	21.77	17.62 92/522	24.36 134/550	17.93
อัตราการการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค DM	< 10 %	12.44 (56/450)	2.87 (14/487)	11.39 45/395	13.19 57/432	10.4
อัตราการค้นหาความเสี่ยง Risk profile หน่วยงาน 2 ครั้ง/ปี	100%	100 17/17	100 17/17	100 17/17	100 17/17	100 16/16
อัตราความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งอุบัติการณ์	>80%	59.80	47.55	53.92	53.43	68.14

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราอุบัติการณ์ ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event ได้ทบทวนตามเวลาที่กำหนด	100%	100	80	100	100	100
อัตราการเกิดซ้ำในความเสี่ยง ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event	0%	0	0	0	1	0
2patient safety ด้านผู้ป่วย - อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ C ขึ้นไป	0	11	3	12	7	13
- Medication Error (LASA) ระดับ C ขึ้นไป	0	2	1	1	1	2
-Adverse drug event	0	0	0	0	1 H=1	2 H=1, I=1
- Medication Error (HAD) ระดับ C ขึ้นไป	0	1 SK ขาดคราว H	2 D=2	0	1 D=1	0
- อัตราการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติทันเวลา	100%	99.33 (149/150)	95.72 (425/444)	96.09 (418/435)	100 (401/401)	99.53 (421/423)
-อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง	0 ราย	10	5	12	10	16
-อัตราการรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้อง ทันเวลา	100%	99.93	100	99.89	100	99.94
-อุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป	0	NA	NA	NA	2	3
-จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมดระดับ E ขึ้นไป	0	1	0	0	0	0

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ด้านบุคลากร						
- จำนวนอุบัติการณ์/ ข้อร้องเรียน ด้าน social media	0 ครั้ง	2	0	1	0	1
- อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
- อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บจากการทำงาน	0 ครั้ง	1	6	3	0	5

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-2.1 องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

**i. บริบท**

องค์กรพยาบาล มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 50 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 41 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน จบปริญญโทบริหารทางการพยาบาล 3 คน ได้แก่ หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก ผ่านหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 3 คน จบเฉพาะทาง 19 คน ประกอบด้วย เฉพาะทางบริหารการพยาบาล 3 คน ,งานอนามัยแม่และเด็ก 1 คน ,การพยาบาลเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน ,พยาบาล IC 2 คน ,NCD 1 คน ,เวชปฏิบัติทั่วไป(การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น) 10 คน พยาบาล Rehab 1 คน อบรมระยะสั้นการดูแลระดับประคอง 2 คน, การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ 1 คน, การพยาบาล IC 4 คน การจัดโครงสร้างตามสายงาน 5 หน่วยงานประกอบด้วย งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานห้องคลอด งานจ่ายกลางและซักฟอก อัตรากำลังในหน่วยงานต่างๆ ดังนี้ งานผู้ป่วยนอกมีอัตรากำลัง 6 คน,งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 11 คน,งานห้องคลอดมีอัตรากำลัง 9 คน,งานผู้ป่วยในมีอัตรากำลัง 15 คน ,งานหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก มีอัตรากำลัง 5 คน

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล กำหนดเป้าหมายและทิศทางการปฏิบัติงานโดยสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์โรงพยาบาล เน้นการจัดการให้มีมาตรฐานโรค HT , DM , Stroke , STEMI , Sepsis , Pneumonia ในเด็กอายุ 0-5 ปี ,บริหารจัดการความเสี่ยง 2P Safety ,การบันทึกทางการพยาบาลให้สมบูรณ์ การบริหารจัดการโครงสร้างให้ความปลอดภัยต่อการบริการ ได้แก่ จัดสถานที่แยกโซนผู้ป่วย ห้องแยกโรค คลินิกเฉพาะโรค เป็นต้น ,นโยบาย การพัฒนา CQI/นวัตกรรมทุกหน่วยงาน ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน

การพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ การเรียนรู้พนักงาน,การทำ KM การดูแลผู้ป่วยรายโรคและในประเด็นที่เป็นปัญหา ทุกหน่วยงานและร่วมกับฝ่ายการพยาบาล การส่งเสริมไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น และมีการมอบหมายงาน Nurse case Manager ให้ตรงกับสมรรถนะ

จัดทำแผนประชุมกรรมการบริหารฝ่ายการพยาบาลทุกเดือน ประชุมเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลทุก 2 เดือน มีแผนปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ แผนทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญทุกเดือน ,แผน KM ประเด็นที่เป็นปัญหา แผนนิเทศหน้างาน เป็นต้น มีแผนอัตรากำลังทุกหน่วยงาน อัตรากำลังสำรอง ได้แก่ เวย์ oncall, เวย์ refer มีระบบเรียกเวรฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ,พยาบาลกลุ่มการพยาบาลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในทีมคร่อมสายงานต่างๆ ได้แก่ ทีมPCT,ระบบยา,บริหารความเสี่ยง เป็นต้น

รับเป็นแหล่งฝึกนักศึกษาพยาบาลร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก ฝึกตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มนักเรียนมัธยมในจังหวัด

มีการนิเทศหน้างานทุกเดือน โดยนิเทศทางคลินิก การใช้ CNPG ร่วมบูรณาการประสานความร่วมมือร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ ทีม PCT,ระบบยา ,RM เป็นต้น และควบคุมกำกับตามระเบียบการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ การแต่งกาย การเอาใจใส่ดูแล การให้ข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

ปัญหา ความเสี่ยง : การบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการที่เสี่ยงสูงให้เพียงพอและมีสมรรถนะ สมรรถนะ Nurse case managerในการบริหารจัดการยังไม่ชัดเจน การกำกับติดตามการปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ไม่นำCNPG มาปฏิบัติ มีข้อร้องเรียนเรื่อง การแต่งกายไม่เหมาะสม พฤติกรรมบริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

จากการทบทวนวาระเบียง ยังพบปัญหาเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม ในโรค STEMI Sepsis และ Pneumonia ในเด็กอายุ 0-5 ปี พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ลื่นล้มในห้องน้ำ จากสะดุดสายยางทำความสะอาดในห้องน้ำ ผู้ป่วยเด็กตกเตียงจากช่องไม้กั้นเตียง ,phlebitis ,ฉีดยาผิดชนิดในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ,การทำหัตถการผิดชนิด เกิดจากการสื่อสาร การรับคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน ,การเกิด Bed sore ในผู้ป่วยที่นอนนาน ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกิน

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

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
7. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	3	L,I	-เพื่อให้ระบบบริหารการพยาบาลมีประสิทธิภาพ บรรลุพันธกิจขององค์กร องค์กรพยาบาล ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.พัฒนาสมรรถนะผู้นำทีมโดยจัดทำแผนอบรมหลักสูตรบริหารการพยาบาล ผู้บริหารระดับต้น ในหัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน 2.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลปฏิบัติงานโดยส่งไปพัฒนาทักษะที่โรงพยาบาลปัตตานีในแผนกต่างๆ ส่งเสริม การทำ KM ได้แก่ เครื่องมือการประเมินผู้ป่วย Sepsis,Stroke ,การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin CPR,NCPR ,การบริหารยาHAD ในกลุ่ม FAST,การทำหัตถการและเครื่องมือแพทย์ใหม่ ,การลงบันทึกสมุดสีชมพูในหญิงตั้งครรภ์ ,การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น 3.จัดบริหารอัตรากำลังแยกเฉพาะหน่วยงาน แผนอัตรากำลังสำรองในทุกหน่วยงาน 24 ชั่วโมง แนวทางการเรียกอัตรากำลังเมื่อฉุกเฉินหน่วยงานและตารางประจำเวร 4.จัดกิจกรรมทบทวนผู้ป่วยหน้างานและทบทวนความเสี่ยงสำคัญ 5.สนับสนุนการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกับทีม/คณะกรรมการต่างๆในโรงพยาบาล 6.นิเทศทางการพยาบาลหน้างานประจำสัปดาห์ ผลลัพธ์ อัตราผู้นำทีมการพยาบาลมีสมรรถนะในการบริหารงานเพิ่มขึ้น และได้มอบหมายงานและติดตามผลการบริหารงาน รายงานตัวชีวิตทุกเดือน มีอัตรากำลังหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่เพียงพอในการะงานฉุกเฉิน เนื่องจากหน่วยงาน ER ให้บริการฉีดยาและทำแผลด้วย จึงได้เพิ่มอัตรากำลังจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยในและได้พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานห้องคลอดมาช่วยปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ฉุกเฉินหน้างาน ประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน โอกาสพัฒนาแยกหน่วยบริการฉีดยาทำแผลเฉพาะ ปี 2566 ได้ปรับอัตรากำลังจากผู้ป่วยในไปช่วยปฏิบัติงานในวันคลินิก NCD ตามนโยบายของโรงพยาบาลในการปรับระบบบริการผู้ป่วย NCD แบบ one stop service โดยสหวิชาชีพ ปรับอัตรากำลังให้มีเจ้าหน้าที่คัดกรอง 24 ชั่วโมงโดยพยาบาล/เวชกิจ เพื่อคัดแยกได้ต่อเนื่องและลดข้อร้องเรียน ณ หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในเวลากลางคืน ผลลัพธ์ ร้อยละของหน่วยงานบริการ

			<p>พยาบาลที่มี Productivity ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 100% ,ข้อร้องเรียนหน้าห้องฉุกเฉินลดลง ,อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะตามหน่วยงาน &gt;92% , เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจต่อการบริหารการพยาบาล</p> <p>-เพื่อให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำงานที่ให้ครอบคลุม โดยมีเป้าหมายการจัดการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ องค์กรพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1.กำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ10 ข้อ และจริยธรรม 6 ข้อ ซึ่งถ่ายทอดนโยบายการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมผ่านหัวหน้างาน และในเวทีไม่เป็นทางการ และนิเทศหน้างานทุกสัปดาห์ 2.นิเทศกำกับดูแลและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย .ค้นหาและรายงานความเสี่ยงโดยไม่ถือเป็นการผิด ไม่ตีเตียนตามนโยบายของโรงพยาบาล .กำหนดทบทวน case เหตุการณ์สำคัญทุกเดือน 3.มอบหมายงานให้เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่ ตำแหน่งหัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน/manager รายโรค ,หัวหน้าทีม ลูกทีม เป็นต้น 4.ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้การ coaching หน้างานและการเรียนรู้เฉพาะร่วมกัน 5.ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่ แนวทางการรายงานแพทย์ในเวลาออกราชการ แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ การส่งข้อมูลในกลุ่มไลน์ เป็นต้น 6.การควบคุมดูแลนักศึกษาที่มาฝึกอบรม ได้พัฒนาสมรรถนะครูพี่เลี้ยงดูแลนักศึกษา ประสานงานกับอาจารย์จากสถาบัน 7.จัดการความรู้และพัฒนางานวิจัย ได้แก่ แผนการทำ KM/CQI /นวัตกรรมทุกหน่วยงาน ปีละ 2 เรื่อง/หน่วยงาน</p> <p><b>ในปี 2564-2565</b> พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD เนื่องจากเป็นยา HAD ชนิดใหม่ ระบบการตรวจสอบยาหมดอายุไม่ครอบคลุม กลุ่มการพยาบาลได้ร่วมทบทวนกับระบบยา ได้แก่ จัดทำใบประกอบการสั่งยา ,นวัตกรรมกล่องยา HAD ในหน่วยงานและมีกล่องสำรอง HAD ที่ห้องยา ,มีการแจ้งเตือนยาหมดอายุผ่านทางกลุ่มไลน์ และมีอุบัติการณ์ผิดยาผิดในเด็กแรกคลอดในห้องแยกโรค และไม่ได้ตรวจสอบ จึงกำหนดแนวทางการเตรียมยาในห้องแยกให้ชัดเจน และมาตรการ double chaek กลุ่มการพยาบาลได้ทำ KM การบริหารยา HAD มีนวัตกรรมช่วยระบุตำแหน่งในการฉีดยา Enoxaparin สนับสนุนให้เข้าร่วมเรียนรู้ medical safety กับงานเภสัชกรรมทุกปี ปี 2566 พบการบริหารยาผิดชนิด การทำหัตถการผิดประเภท ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้ทบทวนและปรับโซนสถานที่ การจัดเก็บยาให้ถูกต้องเหมาะสม มาตรการตรวจสอบยา 2 คนหรือ 2 ครั้ง ,แนวทางการรับคำสั่งแพทย์ทางลายลักษณ์อักษร และทางวาจาในกรณีเร่งด่วน โดยตรวจสอบซ้ำทุกครั้ง หลังการปรับปรุงไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ การปฏิบัติงานผิดจริยธรรม ได้แก่ การบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพแต่ไม่ได้ไปวัดจริง ได้ปรับปรุงแนวทางโดย การให้ข้อมูล ผลการประเมิน กับผู้ป่วยและญาติทุกครั้งให้บริการ นิเทศกำกับหน้างานและสุ่มสอบถามผู้ป่วย</p>
--	--	--	--

		<p>จากข้อร้องเรียน การตัดสินใจทางคลินิกไม่เหมาะสม ได้ทบทวนร่วมกับองค์กรแพทย์จัดทำแนวทางการส่งตรวจ LAB เบื้องต้น เพื่อประกอบการวินิจฉัย</p> <p>มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ การแต่งกายไม่เหมาะสม ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายมาตรการโรงพยาบาล การแต่งกายตามระเบียบประจำวัน การทักทาย การพูดจากับผู้รับบริการ เข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมบริการ จัดทำ QR code ให้ผู้รับบริการประเมินเป็นรายบุคคล นิเทศตามกฎระเบียบโรงพยาบาลร่วมกับทีมนำโรงพยาบาลและกำหนดบทลงโทษ ผลลัพธ์ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมลดลง</p> <p>พบข้อร้องเรียน ญาติผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ไม่มั่นใจ ในการให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลฝึกงาน เกิดจากไม่ได้สื่อสารกับญาติก่อนให้บริการ จึงได้กำหนดนโยบายการสื่อสารกับผู้รับบริการในการให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลและกำหนดพี่เลี้ยงพยาบาลทุกเวร ผลลัพธ์ยังไม่พบอุบัติการณ์เกิดขึ้น</p> <p>-เพื่อการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.กำหนดการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรค HT,DM,STEMI,Stroke ,Sepsis ,Pneumonia ในเด็ก ให้ปลอดภัย โดยส่งเสริมการจัดทำ CNPG รายโรคในกลุ่มการพยาบาล และนำไปปฏิบัติตาม CNPG ทุกครั้ง 2.กำหนดให้ปฏิบัติตามมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ 3.บันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ 4. กำหนดให้ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในโปรแกรม Hosxp ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลการแพ้ยา , การได้รับยา SK ,ข้อมูลยาเดิมผู้ป่วย เป็นต้น 5.นิเทศกำกับ ตรวจสอบเยี่ยมหน่วยงาน</p> <p><b>ผลการดำเนินงาน</b> เจ้าหน้าที่ไม่นำ CNPG มาปฏิบัติ ไม่รับรู้แนวทางมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ จึงมอบหมายหัวหน้างานชี้แจง และ coaching ให้ปฏิบัติตามจริงหน่วยงาน สุ่มตรวจสอบหน่วยงานร่วมกับทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล แผนให้เจ้าหน้าที่เรียนรู้การตรวจสอบเวชระเบียน ทบทวน case เหตุการณ์สำคัญทุกเดือน ทบทวน CNPG ทุก 6 เดือน <b>ผลลัพธ์</b> อัตราเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม CNPG &gt;95% ,รับรู้และปฏิบัติตามมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ,อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์&gt;85% ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่รายงานความเสี่ยงน้อยจะกล่าวด้วยวาจา จึงได้ออกแบบการรายงานความเสี่ยงผ่าน QR code และนำมาคัดกรอง ทบทวนร่วมกัน เพื่อนำมา key ในระบบรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล</p> <p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินผลการบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลให้ต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายการให้บริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.ทบทวนตัวชี้วัดให้ครอบคลุมประสิทธิภาพการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การบริหารการพยาบาล การจัดการและพัฒนากำลังคน การนิเทศทางคลินิก</p>
--	--	---

			<p>และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ 2.ให้คำนิยามตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลให้ถูกต้อง 3.ติดตามผลการดำเนินงานจากการเก็บรวบรวมตัวชี้วัดทุกเดือน 4. นำผลมาพัฒนาการดำเนินงานในกลุ่มการพยาบาลทุก 3 เดือน</p> <p>ผลการดำเนินงาน เพิ่มตัวชี้วัด อัตราผู้นำทีมการพยาบาลมีสมรรถนะในการบริหารงาน ผลจากการนิเทศทางคลินิกในกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงตาม Specific clinical risk รายโรค เป็นต้น</p> <p>โอกาสพัฒนา ส่งเสริมการทำวิจัย R2R ในการพยาบาลโรคที่สำคัญ</p>
8. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]	3	L,I	<p>เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย บรรลุพันธกิจขององค์กร กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.นโยบายการใช้กระบวนการพยาบาลสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยมีการประสานแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ การทำ Grand round ในผู้ป่วย DM uncontrol with Re-admit ,COPD Re-admit , ผู้ป่วยนอนติดเตียง, Stroke ADL &lt; 12, Palliative care, CKD stage 5 ที่ปฏิเสธ RRT ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วันและอาการไม่ดี ตรวจสอบเวชระเบียนหน้างานและ coaching การใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบองค์รวม ครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านสังคม</li> <li>2.จัดทบทวนความรู้ความเข้าใจของการใช้กระบวนการพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>3.ส่งเสริมการรับรู้การปฏิบัติ CNPG รายโรค เช่น การปรับ flow แนวทางการประเมินและการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ Stroke,Sepsis ,ACS ,PIH,PPH แบบฟอร์มแนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ลักษณะอาการที่ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยเรียนรู้ร่วมกันหน้างาน</li> <li>4.ส่งเสริมการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยกำหนดการแต่งกายสวมหมวกพยาบาลในการปฏิบัติงาน แขนงป้ายชื่อ การทักทายผู้รับบริการ มีป้ายชื่อผู้ให้บริการหน้าหอผู้ป่วยในการให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง</li> </ol> <p>หลังจากการประเมินผู้ป่วย ให้ความเสมอภาคในการบริการ เช่น รับจองห้องพิเศษตามคิว 5.ร่วมออกแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบองค์รวม แบบ focus chart และการใช้ APIE ในการบันทึก และเพิ่มการรับเวรโดยมีการบันทึกแบบ SBAR ในบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายบุคคล 6.ส่งเสริมให้เรียนรู้ specific clinical risk ,progress note ร่วมกับองค์กรแพทย์ ,ออกแบบการส่งข้อมูลให้ครอบคลุมในการส่งผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน</p> <p><b>ผลการดำเนินงาน</b></p> <p>ผลการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมองค์รวม ขาดการบันทึกด้านจิตใจ ครอบคลุม สังคม ได้ปรับปรุงให้</p>

		<p>หัวหน้างาน coaching หัวหน้างานรายบุคคล มอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานมาร่วมตรวจสอบเวชระเบียนทุกเดือน</p> <p>ผู้นำการพยาบาลได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรแพทย์ในประเด็นการรับรายงานอาการผู้ป่วยทันที และปรับแนวทางและเกณฑ์การรายงานแพทย์ร่วมกัน เช่น EWS, ผล OUT Lab ,ค่า LAB วิฤติ เป็นต้น</p> <p>จากการพัฒนา case manager รายโรคได้นำความรู้วิชาการใหม่ มาปรับแบบฟอร์มการพยาบาล การบันทึกผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่ประเมินผู้ป่วยแรกรับ และให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะ septic shock ,การประเมินผู้ป่วย stroke, ACS และการประเมิน การพยาบาลผู้ป่วย rehab ที่รับกลับมาจากโรงพยาบาลปัตตานี</p> <p>ผลลัพธ์ อัตราการพยาบาลผู้ป่วย sepsis ได้ถูกต้อง 95% อัตราการประเมินผู้ป่วย stroke พบไม่ได้ประเมินใบหน้าผู้ป่วยจากการสวม mask จึงกำหนดมาตรการเปิด mask ทุกครั้งในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม การไม่ได้ทำ EKG ทันทีในกลุ่มเสี่ยงโรค ACS เนื่องจากไม่ได้ใช้เครื่องมือ เข้าถึงยาก จึงจัดระบบการจัดเอกสาร เครื่องมือแนวทางประจำหน่วยงาน และนิเทศกำกับโดยหัวหน้างาน ผลทำให้ อัตราการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามแนวทางเพิ่มขึ้น</p> <p>พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา การทำหัตถการผิดประเภท ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้ ทบทวนและปรับโซน สถานที่ การจัดเก็บยาให้ถูกต้องเหมาะสม มาตรการตรวจสอบยา 2 คนหรือ 2 ครั้ง ,แนวทาง การรับคำสั่งแพทย์ทางลายลักษณ์อักษร และทางวาจาในกรณีเร่งด่วน โดยตรวจสอบซ้ำทุกครั้ง</p> <p>อุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ล้มในห้องน้ำ จากสะดุดสายยางทำความสะอาดในห้องน้ำ ผู้ป่วยเด็กตกเตียงจากช่องไม้กันเตียง ได้วางมาตรการการตรวจสอบสถานที่ พื้น ป้องกันอุบัติเหตุ ล้มล้มโดยการ round หน่วยงาน และให้พนักงานทำความสะอาดตรวจสอบทุกวัน จัดอุปกรณ์กันตกเตียง มีภาวะ Phebitis ในผู้ป่วยสูงอายุ การเกิด Bed sore ในผู้ป่วยที่นอนนาน ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกิน</p> <p>กลุ่มการพยาบาลจึงออกแบบระบบการ Round ผู้ป่วยหลังรับเวรทุกครั้ง และกำหนดให้ตรวจสอบผู้ป่วยในประเด็น ลักษณะอาการที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่โรคเรื้อรังร่วม โรคแทรกซ้อนหลายโรค ,Round IV ทุกครั้งที่ ให้การพยาบาลและหลังรับเวร ร่วมกับงาน IC ในการวางระบบป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเชื้อดื้อยาโดยมีแบบ ประเมินเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยนอนนาน ติดเตียง ผู้ป่วยที่ refer back เป็นต้น</p> <p>พัฒนาเสริมพลังผู้ป่วยในโรค HT , DM Uncontrol โดยทำ Motivation ให้ ผู้ป่วยฉีดยา Insulin , ทำแผล DM foot ให้ได้ก่อนกลับบ้าน การให้คำแนะนำการพยาบาล รวมถึงการสาธิต และประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำให้ชัดเจน</p>
--	--	---

			<p>ต่อเนื่อง ร่วมกับงานกายภาพในการเสริมพลังผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ได้แก่ การทำกายภาพเองในผู้ป่วย stroke รวมถึงการดูแลหัด เคาะปอด ในผู้ดูแลเด็ก pneumonia</p> <p>อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก &gt;80% อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ลดลง ได้พัฒนาการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าน QR Code เจ้าหน้าที่รายบุคคล ผลทำให้รับรู้ผลการประเมิน real time ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการพยาบาล</p> <p>โอกาสพัฒนาการให้ความรู้ฝึกทักษะกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และมีผลการประเมินที่มั่นใจ เช่น การดูแลหัดเคาะปอดในผู้ป่วย pneumonia การดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้กับผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ก่อนกลับบ้าน การนิเทศหน่วยงานให้ต่อเนื่อง พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้สื่อสารได้ชัดเจนใช้ประโยชน์ได้ พัฒนาการพยาบาลให้เป็นงานวิจัย R2R</p>
--	--	--	---

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

การตรวจสอบการขึ้นปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับแบบ real time โดยการรายงานผ่าน App Line ฝ่ายการ ทำให้สามารถตรวจสอบบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานจริง สามารถนำมาจัดทำเอกสารเบิกเงินค่าตอบแทนขึ้นปฏิบัติงานได้ถูกต้อง และส่งเบิกให้การเงินทันเวลา 100%

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าน QR Code เจ้าหน้าที่รายบุคคล ผลทำให้รับรู้ผลการประเมิน real time ได้นำข้อมูลที่เป็นจริงมาพัฒนาปรับปรุงเชิงระบบ จำนวนข้อร้องเรียนลดลง

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราผู้นำทีมการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการบริหารงาน	>90%	54.5	72.7	72.7	81.8	95
อัตราเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน	>90%	88.6	85.7	90.5	91.4	92.47
ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลที่มี Productivity ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	90-110%	89.60	81.89	71	67.39	73.97
- OPD	90-110%	134.53	115.15	92.78	94.72	109.77
- ER	90-110%	90.83	82.15	71.66	70.46	87.31
- LR	90-110%	46.47	51.57	48.89	45.61	42.73
- IPD	90-110%	86.56	78.67	70.68	58.78	56.67
ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของพยาบาล	ลดลง	3	1	1	0	1
อัตราเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตาม CNPG โรคตามจุดเน้น	>90%	81.67	78.5	79.4	87.4	95.33
อัตราการใช้กระบวนการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ	>90%	85.56	88.25	87.41	90.23	93.48
อัตราการ readmit ผู้ป่วย pneumonia ในเด็ก	< 2%	1.8	2.38	4.92	2.74	0

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา	0 ครั้ง	2	11	1	2	4
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0 ครั้ง	0	0	1	1	0
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดแผล bed sore	0 ครั้ง	0	0	0	1	2
อัตราการเกิด CAUTI	0:1,000 device day	0 (0/141)	0 (0/104)	0 (0/148)	0 (0/129)	3.06 (1/327)
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)
อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงตาม Specific clinical risk รายโรค	0 ครั้ง	NA	NA	NA	NA	5
ร้อยละของความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก	>85%	82.8	82.87	86.33	84.58	85.54
ร้อยละของความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยใน	>85%	83.92	83.44	82.66	80.65	86.01
อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์	>85%	82	81	80.5	94.11	82.22
อัตราพยาบาลพึงพอใจในการบริหารการพยาบาล	>70%	69.78	68.12	71.42	74.56	72.86

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-2.2 องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

**i. บริบท**

มีองค์กรแพทย์เพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบต่อแห่งวิชาชีพ มีแพทย์ 5 คน มีแพทย์เฉพาะ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน ระบาดวิทยา 1 คน เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 คน หน้าที่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ทั้งใน รพ.และในชุมชน มีแพทย์อยู่ในที่นำคุณภาพต่างๆให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกำกับดูแลทางคลินิก

ปัญหาความเสี่ยง 1.Re-admit : ผล ปี 2564 2.37% ปี 2565 2.06%และ ปี 2566 3.35% 2.Re-visit : ผลปี 2564 0.49% ปี 2565 0.53%และ ปี 2566 0.38% Re-visit โรคที่พบบ่อย abdominal pain ,URI , หอบ 3. การวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาด ปี 2564 NA ปี 2565 15 ราย ปี 2566 10 ราย. 4.Unplan ETT refer/ Unplan ETT เพิ่มขึ้น แผนพัฒนาโดยมีการทบทวนเคสกับสหวิชาชีพตามระยะเวลาที่กำหนดในกลุ่ม Unplan refer/ Unplan ETT/ re-admit/ re-visit ทบทวนทุก 3เดือน ,adverse event ระดับ G-H-I ภายใน 1 สัปดาห์หลังการเสียชีวิตนำมาวิเคราะห์ ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย นำผลการทบทวนมาวิเคราะห์มาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลและมีการถ่ายทอด ผลจากการทบทวนไปสู่ที่สหวิชาชีพ ภายในองค์กรแพทย์และแพทย์ที่มาใหม่/แพทย์อยู่เวรแทนจากนอกโรงพยาบาล/แพทย์หมุนเวียน 5.ERนอกเวลา,วันหยุด มีเคสที่ตรวจแทนแพทย์โดยพยาบาลอยู่ แผนพัฒนาจัดทำ CPG ที่ชัดเจน ในส่วนของอาการไต่บ้างที่ พยาบาล ER สามารถตรวจแทนแพทย์ได้และอาการไต่บ้าง ที่แพทย์จะต้องตรวจด้วยตัวเอง นอกเวลาราชการ มีแพทย์เวรประจำ ER ในเวลาราชการ จัดแพทย์เวร 2nd call ทั้งในและนอกเวลาเพื่อกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำหรือ แพทย์หมุนเวียนจะมีการ orientation ก่อนปฏิบัติงาน มีการทบทวนเคสที่ตรวจแทนแพทย์ เดือนละครั้ง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
9. องค์กรแพทย์ [II-2.2]	3	L,I	<p>เพื่อส่งเสริมการทบทวนและการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย มีการปรับกระบวนการ ดังนี้ 1.มีการทบทวนเคสกับสหวิชาชีพตามระยะเวลาที่กำหนดในกลุ่ม Unplan refer/ Unplan ETT/ re-admit/ re-visit ทบทวนทุก 3 เดือน ,adverse event ระดับ G-H-I ภายใน 1 สัปดาห์หลังการเสียชีวิต 2.นำผลมาปรับ CPG ให้ตรงกันและสื่อสารให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงาน 3.ปรับระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยนอน รพ. โดยให้แพทย์ระบุ specific clinical risk ในใบ order ทุกคนที่นอน รพ ตั้งแต่วันแรก ,ปรับเกณฑ์ พยาบาล ER สามารถตรวจแทนแพทย์ได้</p> <p>เกณฑ์ที่แพทย์จะต้องตรวจด้วยตัวเองในนอกเวลาราชการ 4.รับแพทย์เวรประจำ ER ในเวลาราชการ จัดแพทย์เวร 2nd call ทั้งในและนอกเวลาเพื่อกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง ผลลัพธ์ไม่มีการระบุ specific clinical risk ทุกรายและยังไม่มาทบทวนในรายที่มีอาการทรุดลงตามเวลาที่กำหนด</p> <p>แผนพัฒนาต่อ ให้เขียน specific clinical risk ทุกรายและนำมาทบทวนในเคสที่อาการทรุดลง</p> <p>-แผนการพัฒนา ปี 2567 มีการกำกับติดตามและประเมินผลโดยกำหนดตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญแต่ละคน และนำมาทบทวนทุก 3 เดือน ,มอบหมายการแพทย์เข้าร่วมทบทวน case ผู้ป่วยที่สำคัญตามตารางเวรที่กำหนด</p> <p>เพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เป้าหมายบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ องค์กรแพทย์ได้ปรับปรุงกระบวนการดังนี้ 1.กำหนดโครงสร้างและกลไกในการแก้ปัญหา ได้แก่ กลุ่มไลน์แพทย์ กลุ่มไลน์ PCT กลุ่มไลน์RM เป็นต้น 2.กำหนดหัวข้อ แนวทาง กฎระเบียบต่าง แจ้งในกลุ่มไลน์หรือสื่อสารผ่านประธานองค์กรแพทย์ 3.ติดตามการรายงานปัญหาจากการสื่อสาร พบว่ามีข้อร้องเรียนในองค์กรแพทย์ ประเด็นเรื่องเวลาการออกตรวจ, เวลาการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย,การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษา เป็นต้น จึงได้ปรับระบบการกำกับการทำงานขององค์กรแพทย์โดย ส่งเสริมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติจากโรงพยาบาล กำหนดเวลาในการขึ้นตรวจรักษา การ Round ผู้ป่วย และนิเทศการปฏิบัติงานโดยทีมการตรวจการโรงพยาบาลประจำสัปดาห์</p>

ผลลัพธ์ แพทย์มาปฏิบัติงานได้ตามเวลา โอกาสพัฒนาการสื่อสารข้อมูล อธิบายข้อมูลที่จำเป็น ที่ก้าวหน้าเพื่อร่วมการตัดสินใจในการรักษาร่วมกับผู้ป่วย						
<p><b>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในคลินิกและในชุมชน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน <u>ร่วมกับ</u> ทีมสุขภาพจิต และทีมเครือข่าย มีระบบการส่งต่อจากชุมชนมา รพ.แม่ลาน และส่งต่อ รพ.ปัตตานีที่ชัดเจน ผลทำให้ผู้ป่วยเข้าระบบการรักษา ได้รับการรักษา ฟันฟู ที่ดีขึ้น มีอาการที่กำเริบน้อยลง และกลุ่มที่อาการไม่ดีขึ้นได้รับการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>iv.ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]</p> <p><b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b> ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปัจจุบัน	ปี 2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1.ร้อยละของ ER revisit ภายใน 48 ชมหลังจำหน่าย	0	0.35(39/1191)	0.47(27/5684)	0.49(45/9083)	0.53(44/8284)	0.38(31/8004)
2.อัตรา readmission ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	น้อยกว่า 2	4.26(56/1315)	2.58(32/1242)	2.37(24/1013)	2.06(13/631)	3.35(23/683)
3.อุบัติการณ์ unplan refer	ลดลง	5	2	10	10	16
4.อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยการส่งต่อ	100%	NA	NA	NA	94.44(102/108)	80.45
5.อัตราการทบทวนเคสที่ตรวจแทนแพทย์ (ER)	100%	NA	NA	30%	40%	50%

### II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

#### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่ที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

II-3.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

II-3.3 องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

#### i. บริบท

##### II-3.1 ก.ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

โรงพยาบาลแม่ลานเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาดตามกรอบ 30 เตียง มีเนื้อที่ทั้งหมด 48 ไร่ 1 งาน 347/10 ตารางวา มีบุคลากร 158 คน อาคารที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยจำนวน 4 อาคาร ได้แก่ อาคารผู้ป่วยนอก อาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องคลอด อาคารผู้ป่วยใน อาคารกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย อาคารสนับสนุนบริการ 4 อาคาร ได้แก่ อาคารหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก อาคารซ่อมบำรุงและโรงเครื่องกำเนิดไฟฟ้า อาคารประปาโรงพักมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อ อาคารระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่งขนาด 60 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีตู้ container เก็บเอกสารเวชระเบียน คลังพัสดุทั่วไปและคลังพัสดุยาและเวชภัณฑ์มีชีวะยา ศาลาละหมาต ศาลาพระพุทธรู โรงอาหาร ป้อมยาม ลานกีฬา โรงจอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์ จุดจอดรถและจุดรับส่งผู้พิการ มีห้องน้ำสำหรับให้บริการผู้สูงอายุ/ผู้พิการ จำนวน 2 จุด 1.ตึกผู้ป่วยนอก 2.ตึกอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน พื้นที่พักอาศัย มีบ้านเดี่ยว 4 หลัง บ้านแฝด 4 หลัง อาคารพลตพยาบาล 3 ชั้น จำนวน 4 หลัง มีทางเชื่อมระหว่างตึกที่ให้บริการผู้ป่วยทั้ง 4 อาคาร มีการปรับปรุงโครงสร้างอาคารให้ถูกต้องตามกฎหมายอาคารและสิ่งก่อสร้าง กำกับกับการก่อสร้างด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมร่วมกับโยธาจังหวัดตามแบบแปลนของกองแบบแผนกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด มีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนการตรวจสอบอาคารสถานที่โดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ปีละ 1 ครั้ง มีการวางแผนการตรวจสอบอาคารสถานที่ด้วยตนเองโดยช่างเทคนิคของโรงพยาบาลไตรมาสละ 1 ครั้ง ซึ่งมีระบบบริหารจัดการอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัยโดยคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย(ENV) โดยมีคณะทำงานด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ความปลอดภัย ประกอบด้วยการวางแผน ติดตาม ทบทวนและปรับปรุงแผนงานเป็นระยะตลอดจนรายงานผู้บริหาร รวมถึงการปรับปรุงอาคารสถานที่กรณีมีการชำรุดเสียหายและไม่พร้อมใช้ มีการแจ้งซ่อมผ่านระบบออนไลน์ของโรงพยาบาลและจัดให้มีช่างให้บริการทุกวันในเวลา-นอกเวลาราชการ มีการวางระบบความปลอดภัย จัดเวรยามตรวจตราตลอด 24 ชั่วโมง มีมาตรการควบคุมการเยี่ยมผู้ป่วยให้ญาติผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยในหลังจากเวลา 20.00 น.เนื่องจากหมดเวลาเยี่ยม มีระบบกล้องวงจรปิดทุกตึกภายในอาคารและจุดที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงบริเวณเขตบ้านพักเจ้าหน้าที่ มีการขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรแม่ลานเข้ามาตรวจสอบความปลอดภัยในโรงพยาบาล มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการและญาติมีความระมัดระวังดูแลทรัพย์สินที่นำมาโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการสูญหาย โดยประชาสัมพันธ์ วันละ 2 รอบ เวลา 10.00 น. และ 14.00 น. ของทุกวัน มีการสำรวจตรวจสอบพื้นที่แสงสว่างส่องตามทางเดินครอบคลุมทุกจุดเสี่ยงต่างๆ ภายในโรงพยาบาลโดยพนักงานรักษาความปลอดภัยเขียนรายงานบันทึกประจำวัน มีโซน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

การให้บริการผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีโซนผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ห้องสุขภาพจิต-ยาเสพติด ศูนย์ฟุ้งได้และกระตุ้นพัฒนาการเด็กพื้นที่ส่วนตัวให้กับผู้มารับบริการ มีโซนผู้ป่วยโรคติดต่อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีจุดพักคอยที่กว้างขวาง สะดวกสบายไม่แออัด เหมาะสมในการรับผู้ป่วยและการทำงานของบุคลากร มีห้องตรวจที่พร้อมให้บริการผู้ป่วยรถเข็น (ไม่คับแคบ) และมีป้ายบอกทิศทางป้ายจุดบริการ สัญลักษณ์ติดบริเวณพื้นที่ต่างระดับที่มองเห็นชัดเจน มีการพบประเด็นว่า ด้านการตรวจสอบความปลอดภัยของโครงสร้างดำเนินการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ช่างของโรงพยาบาลในเบื้องต้นและรับการประเมินคุณภาพความปลอดภัยของอาคารสถานที่จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ในปีที่ผ่านมา พบว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่มีความรู้เรื่องการตรวจสอบอาคารที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และจากการปฏิบัติงานของ รพภ. พบว่า จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย สำหรับความรู้ทักษะ ในการปฏิบัติงานของ รพภ. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานของบุคคลผู้ไม่ประสงค์ดี

**การตรวจสอบ ค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย** คือ มีการรวบรวมค้นหาความเสี่ยงจากการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม จากทีมบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลและข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและญาติ (RM), ENV roundเชิงรุก ไตรมาสละ 1 ครั้ง, แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงาน(RAH01) , การตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ปีละ 1 ครั้ง ,แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล(ENV CHECK LIST) พบว่ามีความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีประเด็นความเสี่ยงทั้งหมด 43 รายการ

1. ความเสี่ยงระดับรุนแรงสูงจำนวน 7 รายการ แก้ไขแล้ว 6 รายการ ร้อยละ 85.71 และยังไม่แก้ไข 1 รายการ ร้อยละ 14.29 เรื่อง ประตูทางเข้าเขตโรงพยาบาลชำรุดเปิด - ปิด ไม่ได้

2. ความเสี่ยงระดับรุนแรงปานกลาง จำนวน 25 รายการ แก้ไขแล้ว 13 รายการ ร้อยละ 52 ยังไม่แก้ไข จำนวน 12 รายการ ร้อยละ 48 แยกเป็น

- ความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย จำนวน 7 รายการ
- ความเสี่ยงด้านระบบระบายอากาศและปรับอากาศ จำนวน 3 รายการ
- ความเสี่ยงด้านระบบไฟฟ้า จำนวน 1 รายการ
- ความเสี่ยงด้านระบบอัคคีภัย จำนวน 1 รายการ

3. ความเสี่ยงระดับรุนแรงต่ำ จำนวน 11 รายการ แก้ไขแล้ว 10 รายการ ร้อยละ 90.90 และยังไม่แก้ไข 1 รายการ ร้อยละ 9.10 เรื่อง สายล่อฟ้าชำรุดบริเวณโรงประปา

เมื่อรวบรวมความเสี่ยงตามระดับรุนแรงสูง,รุนแรงปานกลางและรุนแรงต่ำ มีการวางแผนจะดำเนินการแก้ไขในปี 2567 จำนวน 14รายการ ร้อยละ 32.56ดังนี้

1.ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ จำนวน 3 รายการ ได้แก่ ติดตั้งระบบดูดอากาศห้องคลอดแยกโรค, ห้อง X-Ray, ห้องLAB

2.ระบบไฟฟ้า จำนวน 2 รายการ ได้แก่ ติดตั้งระบบสายดินในแผนกโรงซักฟอก, ติดตั้งสายล่อฟ้าบริเวณถังประปา

3.ระบบความปลอดภัยอัคคีภัย จำนวน 1 รายการ ได้แก่ จัดซื้อเครื่อง smoke detector จำนวน 7 จุด คือ ห้องสำรองไฟห้องที่ 2 คลังบริหาร ห้องควบคุมไฟฟ้า ห้อง LAB คลังยาใหญ่ คลังยาย่อย และหน่วยจ่ายกลาง

4.ระบบโครงสร้างกายภาพฯ จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- ปรับปรุงประตูทางเข้าเขตโรงพยาบาล - ติดฟิล์มกันความร้อนในห้องที่มีอุณหภูมิสูงเกินมาตรฐาน - ติดตั้งตะแกรงเหล็กปิดฝาคูระบายน้ำที่ Supply
- ปรับปรุงถนนคอนกรีตทางเข้าบ้านพัก- ติดตั้งไม้กันเข้าเขตบ้านพักใหม่- ติดตั้งตะแกรงเหล็กปิดฝาคูระบายน้ำหน้าตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
- ขยายที่จอดรถจักรยานยนต์ผู้รับบริการ- ปรับปรุงทางเดินเท้าเข้าเขตโรงพยาบาล

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

**II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย**

คณะกรรมการการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ได้กำหนดรายการวัสดุและของเสียอันตรายสำคัญในโรงพยาบาลมีคู่มือแนวทางปฏิบัติและมาตรการเพื่อป้องกันอันตรายจากวัสดุและของเสียอันตราย มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนมีการติดตามและประเมินผลโดยสุ่มติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เช่น สุ่มตรวจสอบการแยกขยะ การรับรายงานจากพนักงานขนย้ายขยะ ทุกเดือนส่วนการจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย โดยการเก็บรวบรวม และพักเก็บไว้ในถังมุลฝอยอันตรายที่โรงพักมูลฝอย เพื่อขนส่งให้อบจ.ปัตตานี นำไปกำจัดต่อไปปีละ 2 ครั้ง ช่วงเดือนมกราคมและเดือนมิถุนายนของทุกปี โดยกำหนดให้อบจ.เป็นผู้นำส่งไปกำจัดที่ อบจ. และในช่วงสถานการณ์โรคระบาด Covid-19 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้มีการปรับมาตรการป้องกันและการกำจัดมูลฝอยให้รวดเร็วและปลอดภัย จึงจำเป็นต้องเก็บมูลฝอยติดเชื้อสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคาร/วันศุกร์) โดยรถขนมูลฝอยของเทศบาลนครยะลามารับและนำไปกำจัดที่เตาเผาเทศบาลนครยะลา เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางยังไม่พบอุบัติเหตุ

**II-3.1 ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย**

โรงพยาบาลแม่ลานจัดให้มีคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย(ENV) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีการดำเนินงานจัดทำโครงการอบรมการป้องกันระงับอัคคีภัย และซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล โดยกำหนดปีละ 1 ครั้ง มีการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกหน่วยงานเล็งเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการซ้อมแผนอัคคีภัย เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและระงับอัคคีภัยที่จะเกิดขึ้น มีการอบรมให้ความรู้เรื่องอัคคีภัย วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุการณ์เพลิงไหม้ การป้องกันและการลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คน สิ่งของ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิงและแนวทางปฏิบัติให้เป็นในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ การดับเพลิงขณะเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุ บุคลากรเข้าร่วมการฝึกซ้อมร่วมกับหน่วยงานภายนอกและมีการสรุปประเมินผล การจัดทำโครงการฯ แล้วค้นหาปัญหาปรับปรุงแก้ไขในปีถัดไป พบว่าบุคลากรขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมและความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรในระหว่างการฝึกซ้อมในการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่าง ปฏิบัติได้เพียงบางส่วนและขาดการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ คณะทำงานยังมีบทบาทหน้าที่ ในการจัดทำแผนผังเส้นทางหนีไฟ บ้ายบอกทางหนีไฟที่ชัดเจนตามมาตรฐานครอบคลุมทุกหน่วยงานย่อยของโรงพยาบาล สำรวจพื้นที่เสี่ยง เช่น ห้องควบคุมระบบเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ห้องควบคุมระบบก๊าซทางการแพทย์ ห้องจัดเก็บเอกสาร และควบคุมดูแลระบบสัญญาณแจ้งเหตุไฟไหม้ ตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาความพร้อมใช้ของเครื่องมือ(ถึงดับเพลิง) ประจำทุกเดือน พบว่าตรวจพบความเสี่ยงเจอถึงดับเพลิงหมดอายุการใช้งาน(ผงเคมีแห้งจับตัวเป็นก้อน) และการตรวจสอบความพร้อมใช้ไม่เป็น ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมความเสี่ยงโดยการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ปีละ 1 ครั้ง การตรวจสอบ ค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การรายงานความเสี่ยงจากทีมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (RM) และข้อร้องเรียนจากผู้บริการและญาติ, ENV roundเชิงรุก ไตรมาสละ 1 ครั้ง, แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล (RAH01) และ แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล พบว่า ในระบบป้องกันและระงับอัคคีภัยขาดเครื่องมือดับเพลิงและอุปกรณ์ในการดับเพลิง ได้แก่ ชุดดับเพลิง บันไดพาตช่วยชีวิตจากชั้น 2 (แบบเคลื่อนย้ายได้) ไฟส่องสว่างฉุกเฉิน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

**II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค**

โรงพยาบาลแม่ลานมีการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงาน โดยทีมเครื่องมือและระบบสาธารณูปโภคประจำหน่วยงานมีการจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผลปลอดภัยเชื่อถือโดยกระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน: ได้จัดทำผ่านโปรแกรม ANT และบัญชีเครื่องมือผ่านโปรแกรมข้อมูลสินทรัพย์ถาวร ในการกำหนดรายการเครื่องมือ 3 ประเภท 1.เครื่องมือเสียงสูง มีทั้งหมด 55 รายการ 2.เครื่องมือเสียงปานกลาง มีทั้งหมด 13 รายการ 3.เครื่องมือพื้นฐาน มีทั้งหมด 74 รายการ รายการและจำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตและการรักษาพยาบาลจำนวน 6 รายการ ดังนี้ Defibrillator จำนวน 1 เครื่อง Ventilator Mobile จำนวน 2 เครื่อง Patient monitor จำนวน 4 เครื่อง infusion pump จำนวน 7 เครื่อง Syringe pump จำนวน 2 เครื่อง EKG จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งได้จากการประเมินและสำรวจความเพียงพอของเครื่องมือในการให้บริการในแต่ละหน่วยงาน การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องก่อนใช้งานครั้งแรก มีบริษัทและหน่วยงานภายนอก มาสอนและเปิดการใช้งานครั้งแรกร่วมกับคณะกรรมการตรวจรับและเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบ มีการตรวจสอบทดสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือโดยมอบหมายให้หน่วยงานจัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบเครื่องมือ ตามประเภทของเครื่องมือและความสำคัญของเครื่องมือแต่ละประเภท อุบัติการณ์ความพร้อมใช้งานของเครื่องมือแพทย์ของงานทันตกรรมเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดจากไฟฟ้ากระชากทำให้ไม่พร้อมให้บริการ ไม่พบอุบัติการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือการแพทย์ มีการวางแผนทางปฏิบัติการเครื่องมือไม่สามารถใช้งานโดยมีการหมุนเวียนเครื่องมือที่จำเป็นระหว่างหน่วยงาน และการสำรองเครื่องมือ เพื่อให้องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นและพร้อมใช้งาน มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้วางแผนปรับปรุง หรือจัดหาทดแทนในระยะยาว แผนพัฒนามีการอบรมฟื้นฟูการใช้งาน การบำรุงรักษาของเครื่องมือทางการแพทย์

ระบบสาธารณูปโภค ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้กำหนดให้ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบบำรุงรักษาน้ำประปา ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์ เป็นส่วนของทีมเครื่องมือ ได้จัดแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคโดยการวางแผนงานหน่วยงานพบว่าในปี 2566 พบว่า ระบบไฟฟ้าสำรองปี 64-66 เกิดระเบิด ระบบก๊าซทางการแพทย์จากการตรวจสอบพบมีการรั่วซึมของก๊าซทางการแพทย์ น้ำประปาควบคุมคุณภาพของระบบน้ำประปาชำรุดปี 64-66 และพบว่าเจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ไม่ได้รับการควบคุมกำกับจากผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องของแนวทางการปฏิบัติงานไม่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามสภาพความจริง จึงพบว่าการใช้ประปาไม่เพียงพอในรายวันจึงได้ดำเนินการแก้ไขให้มีการระบบติดตามควบคุมกำกับเป็นต้น ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนตรวจสอบการบำรุงรักษาเครื่องมือตามที่ได้ไปราวน์ เพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา เชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ

**II-3.3 ก.สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ**

โรงพยาบาลแม่ลานมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย /ผู้รับผลงาน ครอบครัวและบุคลากรมีการจัดสวนหย่อมเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมภูมิทัศน์โดยรอบของโรงพยาบาลให้มีความร่มรื่น ปลอดภัย จัดสถานที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจออกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ตรวจคัดกรอง จุดพักคอยเพื่อรอตรวจปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ สร้างทางเดินเชื่อมระหว่างตึกผู้ป่วยในไปยังตึกผู้ป่วยนอกใหม่ปรับปรุงขยายพื้นที่ห้องตรวจแพทย์ อาคารผู้ป่วยนอกปรับปรุงห้องสุขภาพจิต-ยาเสพติด ศูนย์ฟุ้งได้และกระตุ้นพัฒนาการเด็กมีนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยโฟมประชาสัมพันธ์ให้ผู้จำหน่ายอาหาร และเจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและถือปฏิบัติ ส่งเสริมนโยบายพาแก้วมาด้วยตนเองจะได้รับส่วนลดจากร้านค้า รวมทั้งส่งเสริมนโยบายงดใช้ถุงใส่ยาพลาสติก ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเตรียมถุงผ้ามาเองจากบ้าน กำหนดนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดต่างๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เสียงตามสายห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลปรับปรุงโรงอาหารและ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ควบคุมคุณภาพของร้านอาหารให้ได้ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยมีการจัดพื้นที่สวนสมุนไพรสาธิต มีมุมความรู้จัดบอร์ด มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆแก่ผู้รับบริการและญาติที่อาคารผู้ป่วยนอก ในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ทุกวันอังคารและวันศุกร์มีการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่ มีการจัดตั้งชมรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ ชมรมเดิน-วิ่ง ชมรมแอโรบิค ชมรมฟุตบอลชมรมพุทธ ชมรมมุสลิม เป็นต้น จากการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามทางกายศาสตร์ในระดับความเสี่ยงสูง

**II-3.3 ข.การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม**

โรงพยาบาลแม่ลานมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง ขนาด 60 ลูกบาศก์เมตร มีการควบคุมคุณภาพน้ำให้ผ่านมาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียรายวัน รายสัปดาห์ เช่น ตรวจวัดค่าความเป็นกรดด่าง (PH) สังเกตลักษณะสี กลิ่น ฟอง ตรวจวัดค่าออกซิเจนที่ละลายในน้ำเสีย (DO) ตรวจวัดค่าตกตะกอน (V30) เป็นต้น มีการส่งตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำทิ้งไตรมาสละ 1 ครั้ง ที่ห้องปฏิบัติการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล การลดปริมาณของเสียโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามนโยบายเรื่องการอนุรักษ์พลังงานและพิทักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีการกำหนดประเภทของขยะเป็น 4 ประเภท คือ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตราย และมูลฝอยรีไซเคิล ซึ่งได้มีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการคัดแยกขยะจากต้นทางเพื่อลดปริมาณขยะเช่น กระดาษ ขวดน้ำ แก้วน้ำพลาสติก เป็นต้น มีการกำหนดจุดและภาชนะรองรับสำหรับแยกเศษอาหาร ผัก ผลไม้จากขยะทั่วไปอื่น ๆ ส่วนการกำจัดขยะ โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางการกำจัดขยะแต่ละประเภท ดังนี้ 1) มูลฝอยทั่วไปกำจัดโดยขนส่งนำไปเททิ้ง ณ ที่เททิ้งขยะเทศบาลนครยะลา ซึ่งกำจัดโดยการฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี โดยคิดค่าใช้จ่ายตันละ 500 บาท และมีการแยกมูลฝอยอินทรีย์จากมูลฝอยทั่วไป โดยมีการกำหนดจุดและเตรียมภาชนะสำหรับทิ้งมูลฝอยอินทรีย์แต่ละอาคารในโรงพยาบาล ปัจจุบันปี 2566ขนส่งโดยองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน รับไปกำจัดต่อ2)มูลฝอยติดเชื้อก่อนปี 2566 จัดจ้างบริษัทเอกชน (บริษัทไฟคอล อีเนอร์จี จำกัด) ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อนำไปให้เทศบาลนครยะลา ปี 2566ขนส่งโดยเทศบาลนครยะลารับไปกำจัดโดยการเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ โดยคิดค่าใช้จ่ายกิโลกรัมละ 15 บาท 3) มูลฝอยอันตราย เก็บรวบรวม และพักเก็บไว้ในถังมูลฝอยอันตรายที่โรงพักมูลฝอย เพื่อขนส่งให้อบจ.ปัตตานี นำไปกำจัดต่อไปปีละ 2 ครั้ง ช่วงเดือนมกราคมและเดือนมิถุนายนของทุกปี โดยกำหนดให้อบจ.เป็นผู้นำส่งไปกำจัดที่ อบจ. 4) มูลฝอยรีไซเคิล เก็บรวบรวม แล้วเก็บไว้ที่ห้องเก็บมูลฝอยรีไซเคิล เพื่อนำไปขายเป็นรายได้แก่โรงพยาบาลและแบ่งให้กับพนักงานที่ดำเนินการและมีแผนที่จะขยายที่พักมูลฝอยแต่ละประเภท ทั้งนี้การปรับปรุงและปกป้อง สิ่งแวดล้อมไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วัน/เดือน/ปี	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
23 ธันวาคม 2565	การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร (การใช้แบบประเมินต่างๆ การประเมินความเสี่ยง และการแก้ไข)	25 คน
25 มกราคม 2566	โครงการการป้องกันรับอัคคีภัย	158 คน
7 มีนาคม 2566	การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล (แบบออนไลน์)	1 คน
27 มีนาคม 2566	อบรมพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (แบบออนไลน์)	1 คน
23 สิงหาคม 2566	อบรมหลักสูตรอาชีวอนามัยพื้นฐานออนไลน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1 คน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
10.ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ของโครงสร้างและด้าน โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย การจัดการ กับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]**	3	L	<p>เพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ด้านโครงสร้างอาคารสถาน ระบบบริหารอาคารสถานที่ และ รพก. การตรวจสอบ การบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้และฝึกอบรม ให้ถูกต้องตาม กฎหมาย และมีความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่</p> <p>1.ด้านการประเมินรวบรวมความเสี่ยงพบว่ามีความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีประเด็นความเสี่ยงทั้งหมด 43 รายการ</p> <p>1.1 ความเสี่ยงระดับรุนแรงสูง 7 รายการ แก้ไขแล้ว 6 รายการ คิดเป็นร้อยละ 85.71 และยังไม่แก้ไข 1 รายการ ร้อยละ 14.29 เรื่องประตูทางเข้าเขตโรงพยาบาลชำรุดชำรุด เปิด-ปิดไม่ได้</p> <p>1.2 ความเสี่ยงระดับรุนแรงปานกลาง จำนวน 25 รายการ แก้ไขแล้ว 13 รายการ เป็นร้อยละ 52 ยังไม่แก้ไข จำนวน 12 รายการ เป็นร้อยละ 48 แยกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจำนวน 7 รายการ</li> <li>- ความเสี่ยงด้านระบบระบายอากาศและปรับอากาศจำนวน 3 รายการ</li> <li>- ความเสี่ยงด้านระบบไฟฟ้า จำนวน 1 รายการ</li> <li>- ความเสี่ยงด้านระบบอัคคีภัย จำนวน 1 รายการ</li> </ul> <p>1.3 ความเสี่ยงระดับรุนแรงต่ำจำนวน 11 รายการ แก้ไขแล้ว 10 รายการ เป็นร้อยละ 90.90 ยังไม่แก้ไข จำนวน 1 รายการ เป็นร้อยละ 9.10 เรื่องสายล่อฟ้าชำรุดบริเวณโรงประปา</p> <p><u>ผลลัพธ์</u>ยังมีความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยงสูงระดับปานกลาง ต่ำ ที่ต้องมีการวางแผนดำเนินการแก้ไขในปี 2567 จำนวน 14 รายการ ร้อยละ 32.56 โดยการเข้าแผนดำเนินการในปี 2567</p> <p>2.ด้านการตรวจสอบความปลอดภัยของโครงสร้างดำเนินการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ช่างของโรงพยาบาลใน เบื้องต้นและรับการประเมินคุณภาพความปลอดภัยของอาคารสถานที่จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา ปีละ 1 ครั้ง พบว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่มีความรู้เรื่องการตรวจสอบอาคารที่ถูกต้องตามมาตรฐาน</p>

			<p>ผลลัพธ์ แผนจัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมความรู้เพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพด้านความปลอดภัย โครงสร้างได้อย่างมีมาตรฐาน และจากการแก้ไขปรับปรุงโครงสร้างตามความเสี่ยงระดับต่างๆ สามารถเพิ่มพื้นที่การให้บริการที่สะดวกสบายมีสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม</p> <p>3.จากการปฏิบัติงานของ รพภ. เรื่อง การวางระบบความปลอดภัย จัดเวรยามตรวจตราตลอด 24 ชั่วโมง มีมาตรการควบคุมให้เคสผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยในเวลา 20.00 น. มีการสำรวจตรวจสอบพื้นที่แสงสว่างส่องตามทางเดินครอบคลุมทุกจุดเสี่ยงต่างๆ ภายในโรงพยาบาลโดยพนักงานรักษาความปลอดภัย มีการเขียนรายงานบันทึกประจำวัน พบว่าจากการปฏิบัติงานสำรวจพื้นที่โรงพยาบาลยังมีบางจุดเสี่ยงที่แสงสว่างส่องไม่ครอบคลุมตามจุดต่างๆ และส่วนมาตรการในการห้ามเยี่ยมญาติในเวลา 20.00 น. ยังขาดขั้นตอนการปฏิบัติงานและวิธีการบอกกล่าวแจ้งรายละเอียดให้กับญาติผู้ป่วยอย่างถูกวิธี</p> <p><u>ผลลัพธ์</u> -จัดทำแผนการอบรมความรู้เพิ่มเติมเพิ่มทักษะการทำงานเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ 2567</p> <p>-ดำเนินการสำรวจ ตรวจสอบ พื้นที่บริเวณจุดเสี่ยงครอบคลุมทั่วทั้งโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และสรุปจำนวนพื้นที่รับดำเนินการแก้ไขซ่อมบำรุงเรียบร้อยแล้ว 15 จุด</p> <p><u>วัตถุประสงค์ของเสียอันตราย</u></p> <p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการวัตถุประสงค์ของเสียอันตรายให้ปลอดภัย ที่มได้ดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำบัญชีวัตถุประสงค์ของเสียอันตรายแต่ละหน่วยงาน</li> <li>- จัดทำแนวทาง คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย อุปกรณ์ป้องกัน การจัดเก็บ การเคลื่อนย้าย การใช้และการกำจัดวัตถุประสงค์ของเสียอันตราย ไม่พบอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับการจัดการของเสียอันตราย</li> <li>- ประชุมชี้แจงแก่หัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ และประจุมนิเทศบุคลากรใหม่ให้รับทราบแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการวัตถุประสงค์ของเสียอันตรายของโรงพยาบาล</li> <li>- การจัดเก็บวัตถุประสงค์ของเสียอันตราย จัดเก็บในถัง พักไว้ ณ โรงเก็บรวบรวมขยะของโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมนำส่ง อบจ.ปัตตานี นำไปกำจัด ปีละ 1 ครั้ง</li> </ul> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p>
--	--	--	---

			การประเมินติดตามการปฏิบัติงานโดยทีม ENV ไตรมาสละ 1 ครั้ง และสะท้อนข้อมูลให้หัวหน้าหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทราบ เพื่อจัดทำแนวทางมาตรการป้องกัน อย่างต่อเนื่อง
11.ความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค]**	3	L	<p>เพื่อความปลอดภัยจากอัคคีภัย เพื่อให้โรงพยาบาลมีความปลอดภัยจากอัคคีภัยจึงได้ดำเนินการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-โรงพยาบาลมีการจัดทำโครงการอบรมการป้องกันระงับอัคคีภัย และซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล โดยกำหนดปีละ 1 ครั้ง และมีการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกหน่วยงานเล็งเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการซ้อมแผนอัคคีภัย บุคลากรมีการเข้าร่วมการฝึกซ้อมร่วมกับหน่วยงานภายนอก ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอแม่ลาน , สถานีตำรวจภูธรแม่ลาน ,อบต. แม่ลาน เป็นต้น</li> <li>-โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ ENV และคณะทำงานด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีการรายงานผลการดำเนินการประชุมตามแผนประจำเดือนของทีมีคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)</li> <li>-คณะทำงานด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีการวางแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการตรวจสอบระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยและมีแผนในการตรวจสอบบำรุงรักษาความพร้อมใช้ของเครื่องมือ(ถึงดับเพลิง)และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการระงับอัคคีภัย มีการสำรวจพื้นที่เสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัยในสถานที่โรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบจัดทำแผนผังการหนีไฟ บ้ายบอกทางหนีไฟ ตลอดจนการดูแลระบบห้องควบคุมระบบเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ห้องควบคุมระบบก๊าซทางการแพทย์ ห้องจัดเก็บเอกสาร และควบคุมดูแลระบบสัญญาณแจ้งเหตุไฟไหม้ และพบว่าตรวจพบความเสี่ยงเจอถึงดับเพลิงหมดอายุการใช้งาน(ผงเคมีแห้งจับตัวเป็นก้อน) และการตรวจสอบความพร้อมใช้ไม่เป็นปัจจุบัน</li> </ul> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะทำงานทำการตรวจสอบถึงดับเพลิงทั้งหมดพบถึงดับเพลิงชนิดผงเคมีแห้ง ขนาด 10 ปอนด์ 15 ถึง และบรรจุเคมีดับเพลิง ชนิดผงเคมีแห้ง ขนาด 15 ปอนด์ 39 ถึง และบรรจุเคมีดับเพลิง ชนิดน้ำยาเหลวระเหย NON-CFC ขนาด 10 ปอนด์ ได้ดำเนินการบรรจุเรียบร้อยแล้ว และดำเนินการกำกับกับการตรวจสอบเช็คความพร้อมใช้ให้เป็นปัจจุบัน</li> </ul> <p>ตัวชี้วัด อัตราเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการอบรมการป้องกันระงับอัคคีภัยและซ้อมแผนอัคคีภัย และสามารถ</p>

			<p>ปฏิบัติได้ถูกต้องตามแผนอัตรากำลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการจัดทำโครงการอบรมการป้องกันระงับอัคคีภัย และซ้อมแผนอัตรากำลังในโรงพยาบาล บุคลากรขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดทำโครงการอบรมการป้องกันระงับอัคคีภัยและซ้อมแผนอัตรากำลัง แก้โดยจัดให้มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการจัดทำโครงการฯ โดยจัดทำแผนในระดับหน่วยงานย่อย</li> <li>- ความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรในระหว่างการฝึกซ้อมในการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่าง ปฏิบัติได้เพียงบางส่วนและขาดการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ แก้ไขโดยจัดทำแผนในระดับหน่วยงานย่อย และเน้นฝึกการปฏิบัติรายบุคคล</li> </ul> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับหน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2567</li> <li>- ควรมีการฝึกซ้อมในช่วงเวลาต่างๆ เช่น นอกเวลาราชการ ในปีงบประมาณ 2567</li> <li>- มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดับเพลิง เช่น ชุดดับเพลิง แบตเตอรี่ไฟ ไฟฉุกเฉิน เป็นต้น</li> </ul>
12. เครื่องมือและระบบ สาธารณสุขโลก [II-3.2ก, ข]	3	L,I	<p>เพื่อระบบที่พร้อมใช้งานเชื่อถือได้และปลอดภัย ทีมได้ดำเนินการ โดยมีการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงาน โดยทีมเครื่องมือและระบบสาธารณสุขโลกประจำหน่วยงานมีการจัดทำแผนบริหารจัดการเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผลปลอดภัยเชื่อถือโดยกระบวนการคัดเลือกจัดหาเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้ 1.สำรวจและจัดทำแผนของหน่วยงานงบประมาณของหน่วยงาน 2.พิจารณาและอนุมัติโดยคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล 3.แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลจะนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดเพื่อรอแผนอนุมัติ 4.อนุมัติแล้วให้ดำเนินการวางแผนจัดซื้อตามไตรมาส 5.หน่วยงานกำหนดคุณลักษณะของเครื่องมือ 6.คณะกรรมการทีมเครื่องมือตรวจสอบคุณลักษณะและจัดให้ทีมบริหารดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง 7.ผ่านกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง สิ้นสุดกระบวนการตรวจรับพัสดุ การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน: ได้จัดทำผ่านโปรแกรม ANT และบัญชีเครื่องมือผ่านโปรแกรมข้อมูลสินทรัพย์ถาวร ในการกำหนด รายการเครื่องมือและประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในการให้บริการ การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องก่อนใช้งานครั้งแรก มีบริษัทและหน่วยงานภายนอก มาสอนและเปิดการใช้งานครั้งแรกร่วมกับคณะกรรมการตรวจรับและเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบ มีการตรวจสอบทดสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือโดยมอบหมายให้หน่วยงานจัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบเครื่องมือ ตามประเภทของเครื่องมือและความสำคัญของเครื่องมือแต่ละประเภท มีการวาง</p>

			<p>แนวทางปฏิบัติกรณีเครื่องมือไม่สามารถใช้งานโดยมีการหมุนเวียนเครื่องมือที่จำเป็นระหว่างหน่วยงาน และการสำรองเครื่องมือ องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นพร้อมใช้</p> <p><b>ผลลัพธ์</b> พบว่าเครื่องมือ 3 ประเภท 1.เครื่องมือเสียงสูง มีทั้งหมด 55 รายการ 2.เครื่องมือเสียงปานกลาง มีทั้งหมด 13 รายการ 3.เครื่องมือพื้นฐาน มีทั้งหมด 74 รายการ รายการและจำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตและการรักษาพยาบาล จำนวน 6 รายการ ดังนี้ Defibrillator จำนวน 1 เครื่อง Ventilator Mobile จำนวน 2 เครื่อง Patient monitor จำนวน 4 เครื่อง infusion pump จำนวน 7 เครื่อง Syringe pump จำนวน 2 เครื่อง EKG จำนวน 1 เครื่อง จึงดำเนินการวางแผนให้หน่วยงานวางแผนในการจัดซื้อ ประจำปีงบประมาณ 2567 แผนพัฒนาต่อเนื่อง 1. พัฒนาระบบโปรแกรม ANT เพื่อรองรับการเพิ่มรายละเอียดของเครื่องมือทางการแพทย์ในการวิเคราะห์เครื่องมือที่จำเป็น 2.การสุ่มตรวจสอบเครื่องมือ การใช้เครื่องมือของเจ้าหน้าที่ที่หน้างาน เพื่อพัฒนาศักยภาพใช้งานที่เหมาะสม ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ</p> <p>- ระบบไฟฟ้า มีการดำเนินงานดังนี้ 1.มีการบำรุงรักษาประจำเดือน (น้ำมันเครื่อง ไส้กรองอากาศ แบตเตอรี่ และระบบกลไกต่าง ๆ) โดยตั้งให้สตาร์ทอัตโนมัติเมื่อไฟฟ้าภายนอกดับภายใน 15 วินาที 2.ตรวจสอบการสตาร์ทอัตโนมัติโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบตรวจเช็คสภาพเครื่อง/ปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงสำรองทุกสัปดาห์</p> <p>พบว่า อุบัติการณ์พบวาระบบไฟฟ้าเกิดระเบิด สาเหตุจากสัตว์เลื้อยคลาน -แผนจัดอุปกรณ์ติดตั้งป้องกันสัตว์บริเวณเสาไฟฟ้าบริเวณเครื่องสำรองไฟ มีการตัดกิ่งไม้ที่มีการพาดพิงกับอุปกรณ์ไฟฟ้าทุก 6 เดือน มีการจัดทำแผนบำรุงรักษาหม้อแปลงไฟฟ้าจากการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคปีละ 1 ครั้ง และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองทำงานแต่ไม่จ่ายกระแสไฟฟ้า - แผนพัฒนาต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนระบบสายไฟฟ้าแรงต่ำบริเวณจุดต่อกับหม้อแปลงของโรงพยาบาล</p> <p>ระบบไฟฟ้าสำรอง มีเครื่องสำรองไฟ (Emergency Light) สภาพความพร้อมใช้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ ร้อยละ 100 และตรวจพบแล้วจำเป็นต้องมีการติดตั้งเพิ่มบริเวณทางเดิน ทางเชื่อมต่อระหว่างอาคาร แผนพัฒนาต่อเนื่อง ติดตั้งเพิ่มในจุดที่มีความเสี่ยง ทางเดินเชื่อมระหว่างอาคารทุกอาคาร ตรวจสอบและทดสอบบำรุงรักษา ทำการคายประจุโดยการถอดปลั๊กไฟ และปิดสวิตซ์ มอบหมายผู้รับผิดชอบในทุกหน่วยงานที่ติดตั้งเป็นผู้ดูแล สุ่มประเมินโดยทีมช่างโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน</p>
--	--	--	---

			<p>- ระบบประปา มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีระบบการดูแลความพร้อมใช้ของระบบน้ำประปา โดยมีบ่อสูบน้ำสำรอง และมีถังเก็บน้ำสำรองเพียงพอต่อการบริโภคภายในโรงพยาบาล 2. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยตรวจเช็คประจำวัน ประจำสัปดาห์ และประจำเดือน และจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาน้ำไหลน้อยของน้ำอาคารผู้ป่วยนอกส่งผลให้การใช้เครื่องมือบางประเภทไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ จึงได้มีการแก้ไขโดยเปลี่ยนท่อส่งน้ำจากท่อเหล็กที่ชำรุดเป็นท่อ PVC ทั้งหมด จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผลการตรวจน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปา - แผนพัฒนาต่อเนื่อง เปลี่ยนท่อส่งน้ำจากท่อเหล็กเป็นท่อ PVC อาคารผู้ป่วยใน</p> <p>: ควบคุมไฟฟ้าของระบบน้ำประปาชำรุดปี 64-66 2 ครั้ง มีการซ่อมแซม และทำแผนเปลี่ยนในปี 67 ตรวจวัดคลอรีนตกค้างปลายท่ออยู่ในเกณฑ์ 0.2 – 0.5 ppm แหล่งน้ำสำรอง จากระบบประปาของอบต.ชดล้างแทงค์น้ำหอสูง เปลี่ยนทรายกรองปอกทราย และทำความสะอาดบ่อน้ำใต้ดินเดือนก.ค. 66</p> <p>น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ในปี 64 ได้ 95.87 ปี 65 ได้ 92.31% ปี 66 อนุมัติการณน้ำประปาโรงพยาบาลไม่ไหล 64-66 เฉลี่ย 5 ครั้ง/ปี แก้ไขโดยมีการล้างหน้าทราย 2 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อลดการอุดตัน</p> <p>- ระบบปรับอากาศและระบายอากาศ มีการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ โดยทำสัญญากับผู้รับเหมาบริการภายนอก ทุก 4 เดือน - แผนพัฒนาต่อเนื่อง จัดทำแผน ติดตั้งระบบระบายอากาศ ห้องตรวจแพทย์ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้อง LAB - ระบบสื่อสาร โรงพยาบาลมีเครื่องมือสื่อสาร บำรุงรักษาโดยทีมช่างโรงพยาบาล - แผนพัฒนาต่อเนื่อง เปลี่ยนตู้สาขา และเปลี่ยนสถานที่ติดตั้งตู้สาขาใหม่ พร้อมทั้งติดตั้งเสาวิทยุ</p> <p>ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์: เป็นออกซิเจนไปป์ไลน์ มีระบบการสำรองถังออกซิเจนจำนวนทั้ง 60 ถัง ใช้บริการ 40 ถัง และสำรอง 20 ถัง สามารถใช้งานกับผู้ป่วยได้จำนวน 5 วัน แผนพัฒนาต่อเนื่อง ทำอาคารสำหรับออกซิเจนไปป์ไลน์ใหม่ เนื่องจากอาคารเดิมคับแคบ และไม่สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย ขนส่ง และเชื่อมต่อกับอาคารที่ยังไม่ครอบคลุม และเพิ่มปริมาณถังออกซิเจน ซึ่งชุดถังสำรองและเครื่องผลิตออกซิเจนสำหรับหน่วยงานต่างๆ ใช้ชั่วคราว มีแผนติดตั้งระบบก๊าซทั้งระบบพร้อมอุปกรณ์ vacuum ใน ปี 2567 ตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยทีมช่างของโรงพยาบาล ในทุกวันจะมีการตรวจสอบสภาพของท่อส่งแก๊สออกซิเจน เช็คระบบจ่ายแก๊ส วาล์วเปิดปิดของท่อนำส่งแก๊ส ควบคุมระบบการเตือนออกซิเจน และตรวจเช็คปริมาณความเพียงพอของถังออกซิเจนโดยเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยใน</p>
--	--	--	--

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>13. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]</p>	<p>2.5</p>	<p>L</p>	<p>เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย ปลอดภัยต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ โดยได้ดำเนินการดังนี้</p> <p>-ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งลักษณะโครงสร้างกายภาพ ภูมิทัศน์และกิจกรรมที่เอื้อต่อการเยียวยาได้แก่ การจัดสวนหย่อมเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมภูมิทัศน์โดยรอบของโรงพยาบาลให้มีความร่มรื่น ปลอดภัย จัดสถานที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจออกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น สถานที่ตรวจคัดกรอง จุดพักคอยเพื่อรอตรวจ ห้องแยกโรค ปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ สร้างทางเดินเชื่อมระหว่างตึกผู้ป่วยในไปยังตึกผู้ป่วยนอกใหม่ปรับปรุงขยายพื้นที่ห้องตรวจแพทย์ อาคารผู้ป่วยนอก ปรับปรุงห้องสุขภาพจิต-ยาเสพติด ศูนย์ฟื้นฟูและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจากการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล พบว่าเจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ในระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 67.8 มีการจัดอบรมการยศาสตร์ให้แก่เจ้าหน้าที่และมีการจัดสถานที่ทำงานให้เหมาะแก่การทำงานที่ถูกต้อง</p> <p>-โรงพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ บอร์ด นิทรรศการ/ประชาสัมพันธ์นโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยและแอลกอฮอล์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดต่างๆรวมทั้งประชาสัมพันธ์เสียงตามสายห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล มีการจัดพื้นที่สวนสมุนไพรสาธิต มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆแก่ผู้รับบริการและญาติที่อาคารผู้ป่วยนอก ในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ทุกวันอังคารและวันศุกร์ เวลา 08.30-08.45 น. มีการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่ มีการจัดตั้งชมรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ชมรมเดิน-วิ่ง ชมรมแอโรบิก ชมรมฟุตซอล ชมรมฟุทซอล ชมรมมุสลิม</p> <p>-การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ มีนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยโพม ประชาสัมพันธ์ให้ผู้จำหน่ายอาหาร และเจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและถือปฏิบัติ ส่งเสริมนโยบายพาแก้วมาด้วยตนเองจะได้รับส่วนลดจากร้านค้า รวมทั้งส่งเสริมนโยบายงดใช้ถุงใส่ยาพลาสติก ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเตรียมถุงผ้ามาเองที่บ้าน ปรับปรุงโรงอาหารและควบคุมคุณภาพของร้านอาหารให้ได้ตามมาตรฐานอาหารปลอดภัย</p> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>อัตราความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 86</p>
--	------------	----------	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			<p>อัตราเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามหลักการยศาสตร์ ร้อยละ 81</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <p>1.การติดตามการปฏิบัติตามหลักการยศาสตร์ในการทำงานตามหน่วยงาน</p> <p>2.มีการจัดทำสื่อดิจิทัลในการเรียนรู้ให้ทันสมัย</p>
<p>14. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]</p>	<p>3</p>	<p>L</p>	<p>เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดภัย ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ การจัดการมูลฝอยได้มาตรฐาน เอื้อต่อสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ลดปัญหาข้อร้องเรียนและผลกระทบจากชุมชน โดยมีการตรวจเช็คตามแผนการปฏิบัติงาน รายวัน/รายสัปดาห์/รายเดือนเช่น ตรวจค่า pH, ค่า Do, ตรวจวัดค่าตะกอน,ตรวจเช็คการทำงานของตู้ควบคุมไฟฟ้าและไอโซน และดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำ ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพทางห้องปฏิบัติการหน่วยงานภายนอก พบว่าปี 2563 -2566 น้ำเสียที่ส่งตรวจวิเคราะห์ด้านกายภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ส่วนด้านจุลินทรีย์พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรียกับฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ดำเนินการแก้ไขโดยปรับระบบการฆ่าเชื้อด้วยไอโซนจากเดิมทำงานทุก 15 นาที หยุด 15 นาที เปลี่ยนเป็นทำงานทุก 30 นาที หยุด 15 นาที และดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ซ้ำโดยหน่วยงานภายนอก (บริษัทฟุกเทียเนล แอนด์คอนซัลแตนท์ จำกัด) พบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์</p> <p>ส่วนการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน ดังนี้ มูลฝอยทั่วไป จากเดิมดำเนินการเก็บ ขน และนำไปกำจัดที่เทศบาลนครยะลา และในเดือนพฤษภาคม ปี2566 ที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงดำเนินการเก็บขนและนำไปกำจัดโดยองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลานสัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันจันทร์และวันพฤหัสบดี นำไปกำจัดโดยวิธีฝังกลบ สถานที่ที่ทิ้งขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน - ขยะติดเชื้อ เก็บ ขน และนำไปกำจัดโดยเทศบาลนครยะลา กำจัดโดยการเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ - มูลฝอยอันตราย เก็บรวบรวม และพักเก็บไว้ในถังมูลฝอยอันตรายที่พักมูลฝอย กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำส่งไปกำจัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง - มูลฝอยรีไซเคิล เก็บรวบรวม แล้วเก็บไว้ที่พักมูลฝอย เพื่อนำไปขายเป็นรายได้แก่โรงพยาบาลและแบ่งให้กับพนักงานที่ดำเนินการกำจัด</p> <p>ด้านการจัดการมูลฝอยพบว่าที่พักมูลฝอยติดเชื้อมีขนาดพื้นที่ที่แคบ ในช่วงที่มีมูลฝอยติดเชื้อปริมาณมากไม่สามารถเก็บถึงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อในที่พักมูลฝอยได้เพียงพอ และการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยในชุมชนและภาคีเครือข่าย</p>

			<p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 100          อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้องจำนวน 8 ครั้ง</p> <p><u>แผนพัฒนาต่อเนื่อง ในปี 2567</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแผนขยายโรงพักขยะทั้ง 4 ประเภท</li> <li>2. มีแผนการดำเนินการเก็บรวบรวมมูลฝอยอันตรายนำส่งอบต.แม่ลาน</li> <li>3. มีแผนจัดทำโครงการอบรมหลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แก่ผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4. มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้หลัก 3R ในหน่วยงาน</li> </ol>
<p><u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพัฒนาสถานบริการ ตามหลัก EMS (Environment Modernization and smart service)</li> <li>- ผ่านการประเมิน G&amp;C Hospital ระดับดีมาก ในปี 2564</li> <li>- ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับคุณภาพ ปี 2565</li> </ul>

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความปลอดภัยสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความพร้อมใช้ และประสิทธิภาพของเครื่องมือและระบบสาธารณสุขภาค						
	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. อุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุจากความเสียหายของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 ครั้ง	5	2	3	1	2
2. อัตราความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพได้รับการแก้ไข	>80%	53	0	0	50	68.42
3. อุบัติการณ์การสูญหายของทรัพย์สินภายในเขตโรงพยาบาล	0 ครั้ง	3	0	0	0	3
4. อบรมการป้องกันระดับอัคคีภัย และซ้อมแผนอัคคีภัย ปีละ ๑ ครั้ง	100%	100	100	100	100	กำลังดำเนินการ
5. อัตราเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการอบรมการป้องกันระดับอัคคีภัยและซ้อมแผนอัคคีภัย และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามแผนอัคคีภัย	100%	93.75	90	92.10	93.85	กำลังดำเนินการ
6. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์	100%	81.82	81.82	90.91	90.91	100
7. ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพกรมอนามัย	100%	100	84.62	84.62	76.92	76.92
8. อุบัติการณ์แยกขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง	0 ครั้ง	31	22	20	10	8
9. อัตราความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	> 80%	70	N/A	N/A	83	86
10. อัตราเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมอบรมหลักการยศาสตร์ในการทำงาน	> 80%	N/A	83	N/A	N/A	81

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

## ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-4.1 องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

II-4.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

## i. บริบท

รพ.แม่ลาน มี ICN จำนวน 2 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , ICWN จำนวน 4 คนผ่านการอบรมหลักสูตร IC 2 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและลดการแพร่กระจายเชื้อ ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านผู้รับบริการ(ผู้ป่วย) ผู้ให้บริการ (จนท.) และด้านสิ่งแวดล้อม ทางทีม IC ได้มีการค้นหาผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการเฝ้าระวังแบบ prospective active surveillance , Targeted surveillance , Prevalence survey และมีการให้ความรู้ ICWN ในการค้นหาผู้ป่วย ที่สงสัยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนด zoning สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ มีห้องแยกโรคทุกจุดบริการ IPD มีห้อง AIIR , Isolation room และ Cohort ward และมีการกำหนดเกณฑ์ การรับผู้ป่วย admit ในห้องแยกโรค มีแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต้อยา การแยกผู้ป่วยแยกอุปกรณ์ และการทำความสะอาดเครื่องมือทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อม

จากการเก็บข้อมูลปี 2562-2566 มีประเด็นการติดเชื้อ 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ Phlebitis , CAUTI และการติดเชื้อต้อยา ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ ESBL และ Acinetobacter baumannii MDR จึงได้มีการค้นหาสาเหตุ ทบทวนมาตรการเดิม และได้มีการกำหนดมาตรการใหม่ มีการจัด Zoning สำหรับผู้ป่วยที่รับ refer back หรือ เคยมีประวัติ admit ใน รพ. ใหญ่มาก่อนภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนมา รพ. ครั้งนี้ และในปี 2567 มีแผนจะดำเนินการ จัดทำระบบการ Early detection HAI // Prevalence survey 1 ครั้ง/ปี

ด้านบุคลากร มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ (ข้อที่ 3) คือ มีการปฐมนิเทศ จนท.ใหม่ มีการอบรมและอบรมฟื้นฟูความรู้ การปฏิบัติ ด้าน IC ให้ จนท. ทุกปี มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีการตรวจสุขภาพประจำปีและมีการคัดกรองโรคติดเชื้อ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันและชุด PPE ให้พร้อมใช้ มีการประเมินบุคลากรผู้สัมผัสโรคติดเชื้อที่อาจติดต่อได้และจัดหาการป้องกันด้วยยาต้านจุลชีพหรือการให้ภูมิคุ้มกันภายหลังการสัมผัส จากการเก็บข้อมูลปี 2562-2566 เกิดอุบัติการณ์ จำนวน 11 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 1.) ของมีคมและเข็มที่มแทง จำนวน 8 ครั้ง 2.) สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จำนวน 3 ครั้ง สาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากสถานการณ์การทำงานที่เร่งรีบ ความประมาทและการไม่สวม PPE จึงได้มีการค้นหาสาเหตุ ทบทวนมาตรการ และเน้นย้ำเรื่องความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน และในปี 2562-2566 มีบุคลากรรับยาต้านไวรัส จำนวน 2 ราย จากการติดตามอาการ บุคลากรทั้ง 2 รายไม่พบการติดเชื้อ

ด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับงาน ENV ในการตรวจประเมินสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ ดูเรื่องความสะอาด ความชื้น มีเชื้อรา ฟันละออง ทิศทางการไหล work flow air flow people flow เป็นต้น มีแนวทางการผสมและวิธีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ น้ำยาทำลายเชื้อ ที่เหมาะสม ให้แก่หน่วยงาน และผู้ใช้ที่เกี่ยวข้องทราบ โดยมีการจัดทำ KM ในกลุ่ม แม่บ้าน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล คนขับรถ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องการทำความสะอาด การใช้น้ำยาต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายใหม่ได้ และยังมีแนวทางการจัดการผ้าเปื้อนเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้งานแล้ว มีแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อ

## ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
15.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	3	LI	เพื่อปรับปรุงกระบวนการระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ( Infection Prevention & Control-IPC) โดยมีเป้าหมายป้องกันการติดเชื้อ และลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งด้านผู้ป่วย ผู้รับบริการและบุคลากรทีม IC ได้ดำเนินการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนด zoning สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ มีห้องแยกโรค AIIR , Isolation room และ Cohort ward มีการกำหนดเกณฑ์ การรับผู้ป่วย admit ในห้องแยกโรค มีแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วย แยกอุปกรณ์ และการทำความสะอาดและจากอุบัติการณ์ปี 2563 เกิด HAP 1 ราย จากผู้ป่วย Pneumonia in immunocompromised Hx. CA lung จึงได้ออกแบบเกณฑ์การรายงาน ผู้ป่วยสงสัยภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีการจัดทำแบบประเมิน HAP และเริ่มใช้ ปีงบประมาณ 2566 ปรากฏว่ายังไม่พบ case HAP (0/63) และในปี 2567 มีแผนจะดำเนินการ จัดทำระบบการ Early detection HAI ทุกระบบ ทั้ง BSI , Cardiovascular infection , EENTM infection , Respiratory tract infection , CNS , SSI , UTI / CAUTI , Gastroenteritis tract infection , ระบบสืบพันธุ์สตรีและทารกปริกำเนิด , กระจกและข้อ , การติดเชื้ออื่นๆ และการติดตามหลังจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ ในปี 2566 ทำให้เกิดผลลัพธ์อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.27 ต่อ 1,000 วันนอน (10/4,414 ราย)
16.การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]**	3	LI	เพื่อปรับปรุงกระบวนการ การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโดยมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1.เชื้อดื้อยา <u>Pre-hospital</u> : RDU การให้ความรู้ เรื่อง RDU ในชุมชนอำเภอแม่ลาน ,การตรวจสอบการใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต.ทั้ง 5 แห่ง ,การตรวจสอบ การจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านชำโดยมีเจ้าหน้าที่เภสัชกรรพ.แม่ลานและเจ้าหน้าที่สสอ.แม่ลานเป็นผู้ตรวจสอบ <u>In-hospital</u> : การดูแล / รักษา ,การติดตามและรายงาน ผลการเพาะเชื้อโดยลงในกลุ่มไลน์แบบ Real time โดยแต่ละแผนจะรายงาน ICNและแพทย์เวรทราบทันทีและมีการใช้แบบประเมินการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ,การจัด zoning ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาและผู้ป่วยที่มีประวัตินอนรักษาตัวนานใน รพ.ใหญ่ๆ คือ ฟังหญิง ญ.12 ,

			<p>ฝั่งชาย ช.12 (Isolateroom) สำรอง พ.2 กรณีรับ referback ฝั่งหญิง ญ.1 , ฝั่งชาย ช.1 เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อดื้อยา , การติดป้าย AMR ที่หน้าชาร์ตผู้ป่วยและการติดป้าย AMR ที่เตียงผู้ป่วย การติดป้ายหน้าห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย AMR, การจ่ายยา ATB โดยมีเภสัชกรมาตรวจสอบการจ่ายที่แผนกในทุกวัน , การติดตามหลัง D/C : ในเขตอำเภอแม่ลาน ส่งข้อมูลให้ PCU รพ.สต. ติดตามภายใน 1 เดือน, การสอบสวน การติดเชื้อโดยพยาบาล ICN , สถานะดื้อยา/การปลดล็อก จะมีการตรวจสอบข้อมูล สอบสวนการดื้อยา ออกบัตรดื้อยา Pop up Hos-xp และปลดล็อกในระยะเวลา 1 ปี , โดยมีพยาบาลให้คำแนะนำและแผนพื้ความรู้ในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาก่อนกลับบ้าน, มีการลงบันทึกโปรแกรม COC / HHC</p> <p><u>Post-hospital</u> : ชุมชน , การติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีเจ้าหน้าที่เวชลงเยี่ยมบ้านพร้อมแบบประเมินการติดเชื้อดื้อยา และการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องและมีการคืนข้อมูลโดยมีการส่งในกลุ่มไลน์ IC รพ.สต</p> <p>ผลลัพธ์ ในปี 2564 พบ AMR จำนวน 3 ราย / 3 ตำแหน่ง คือ ESBL 2 ราย , A.baum MDR 1 ราย ในปี 2565 พบ AMR จำนวน 3 ราย / 3 ตำแหน่ง เป็น case refer back 1 ราย A.baum MDR และอีก 2 ราย คือ ESBL ทั้ง 2 ราย ในปี 2566 พบ AMR จำนวน 17 ราย / 19 ตำแหน่ง เป็น case refer back for ATB /for rehap จำนวน 6 ราย (A.baum MDR 4 ราย , ESBL 2 ราย) case ที่พบใน รพ. 11 ราย / 13 ตำแหน่ง เชื้อที่พบมากที่สุด คือ ESBL จำนวน 5 ราย / 7 ตำแหน่ง รองมาคือ MRCoNS 5 ราย สุดท้ายคือ CRE 1 ราย ซึ่งมีความหลากหลายของช่วงอายุ (น้อยสุด 6 เดือน มากสุด 88 ปี) แต่ส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้า Admit ใน รพ.ใหญ่มาก่อน หรือมีการใช้อุปกรณ์สอดใส่เป็นเวลานานๆ</p> <p>2.HAP เนื่องจากในปี 2563 พบ HAP 1 ราย (Pneumonia in immunocompromised Hx. CA lung) และ aspirate pneumonia 1 case จึงมีมาตรการโดยการจัดทำแบบประเมิน HAP ในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงกระบวนการ การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective เช่น ภาวะ aspirate pneumonia ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง นอนนาน โดยมีมาตรการป้องกันดังนี้ จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา , งดน้ำและอาหารก่อนดูดเสมหะ โดยใช้แบบประเมินเกณฑ์การรายงาน ผลลัพธ์ ในปี 2566 ไม่พบ case HAP (0/95)</p>
17.การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]	3	LI	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันการติดเชื้อทั่วไปรพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี มาตรการ ดังนี้</p> <p>(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ</p>

		<p>-การใช้ standard precautions การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) : โดยจัดให้มีอ่างล้างมือที่ได้มาตรฐานทุกพื้นที่ มีน้ำยาล้างมือ ผ้าเช็ดมือ มี Alcohol hand rub ให้มีเพียงพอในทุกพื้นที่โดยเฉพาะเตียงผู้ป่วย จุดบริการส่งเสริมบุคลากรให้ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการทุกครั้งประเมินผลและติดตาม ปีละ 1 ครั้ง ความถูกต้องการล้างมือ 7ขั้นตอน = 99.53 % และประสิทธิภาพการล้างมือ = 92.85 % , การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล : มีการกำหนดแนวทางการสวมใส่ PPE แต่ละระดับ , การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มคม่า : มีการจัดทำแนวทาง NSI และปรับปรุงในคู่มือ IC ทุก 5 ปี , สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม:เน้นย้ำเรื่องการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย , การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม : มีการประชุมชี้แจง และจัดทำแนวทางการใช้น้ำยาแต่ละประเภท , การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย : มีถังผ้าแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ (ถุงแดง) , การจัดการขยะ : มีการเตรียมถังขยะแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ (ถุงแดง) , การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย: มีถังอุปกรณ์แยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ (ถุงแดง)</p> <p>-Transmission-based (Isolation) precaution : เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและสามารถคัดกรอง แยก ผู้รับบริการที่จุดแยกโรค โดยแผนก OPD จะมีห้องคลินิกตรวจพิเศษเฉพาะโรคแผนก ER มีห้องแยกโรค Isolation room 1 ห้องใช้สำหรับผู้ป่วย Contact และ Airborne IPD มีห้องแยก Cohort 1 ห้องใช้กับผู้ป่วย Contact และ Droplet ห้องแยก Modified AIIR ( พ.1) ใช้กับผู้ป่วย Airborne และห้องแยกเดี่ยว (ช.12, พ.2) ใช้กับผู้ป่วย Contact และ Droplet LR มีห้องคลอดแยกโรค 1 ห้องและห้องหลังคลอดแยกโรค 1 โดยใช้กับผู้ป่วย Contact และ Airborne</p> <p>-การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ : มีแนวทางการทำความสะอาดและระดับของการทำลายเชื้อ ของเครื่องมือแต่ละประเภทตามแนวคิดของ Spaulding มีการตรวจสอบ 3 ด้าน คือด้านกลไก ด้านเคมี (ภายใน ภายนอก) ด้านชีวภาพ ผลการตรวจ spore test ผ่านเกณฑ์ 100%</p> <p>การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค : การสัมผัส มีการให้ความรู้แนวทางการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีการสัมผัส การปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ , การจัดเก็บ มีแนวทางการจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบ FIFO การจัดเก็บน้ำยา การติดสติ๊กเกอร์วันเปิดใช้งาน วันหมดอายุ , กำจัด มีแนวทางการกำจัดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ไม่กลับมาใช้ซ้ำ</p> <p>-การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล : สร้างวัฒนธรรม Hand Hygiene ในบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำการล้างมือตามหลักการ 5 moment และการสวม PPE</p>
--	--	---

		<p>-การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้) : กำหนดให้ใช้น้ำ set พ่นยา , สาย O2 cannular , O2 mask c bag , สาย ambu นำกลับมาใช้ใหม่ โดยผ่านกระบวนการทำความสะอาด ทำลายเชื้อด้วยการแช่น้ำยา high level 15-20 นาที ล้างด้วยน้ำ RO เป่าไล่น้ำในสายยาง และนำเข้าเครื่องอบแห้ง (Dryer) การตรวจสอบอุปกรณ์หากมีการชำรุดสามารถทิ้งได้เลยไม่นำกลับมาใช้ซ้ำ</p> <p>(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ได้มีการปรับปรุงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้ 1.) ปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อมระบบระบายอากาศ โดยมีการประเมินอาคาร สถานที่ ทิศทางการไหลเวียนของลม การจัดเตียงผู้ป่วยให้ห่างกัน 1.5 เมตร การจัด zoning พื้นที่สะอาด ปนเปื้อน ห้องแยกโรค ในช่วงมีการระบาดของโรค เช่น โรคไข้เลือดออก มีการจัด cohort ward 2.) มีแนวทางการใช้น้ำยาทำความสะอาดในสิ่งแวดล้อม 3.) ประเมินความเสี่ยงจากการก่อสร้าง มีการกำหนดขอบเขตการก่อสร้าง โดยการใช้เชือก ผ้า ตาข่าย หรือวัสดุต่าง ๆ มากั้นเป็น zone การก่อสร้าง เพื่อป้องกันฝุ่นละออง เศษวัสดุตกหล่น มีการสนับสนุนให้บุคลากร ผู้ป่วยและญาติใส่หน้ากากอนามัยเวลาผ่านเขตการก่อสร้าง</p> <p>(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอกโดยมีกำหนดและการตรวจสอบ การบรรจุถุงผ้าเปื้อนปริมาณ ¼ ของถัง ที่จุดใช้งานมีการขนส่งผ้าเปื้อนโดยพาหนะที่เหมาะสมมีการทำความสะอาดพาหนะใส่ผ้าอย่างสม่ำเสมอ มีการแบ่งโซนพื้นที่รับผ้าเปื้อนการดูแลบริเวณที่รับผ้าเปื้อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังบริเวณที่สะอาดมีการแยกผ้าเปื้อนและผ้าสะอาด จากจุดใช้งานมีการรักษาความสะอาด ป้องกันฝุ่นและสิ่งสกปรกระหว่างการเคลื่อนย้ายและรับส่งผ้าสะอาดการป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเปื้อนโดยการสวม PPE มีการล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเปื้อน</li> <li>● ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลางมีสถานที่แยกเฉพาะ zone สำนักงาน และ zone ปฏิบัติงาน มีพื้นที่ทำงานเพียงพอและออกแบบพื้นที่ทำงานได้เหมาะสม ตามหลัก work flow , air flow , people flow โดยมีการจัดจรรยาบรรณเดินทางเดียวมีการจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงานมีการไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาด ไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อนมีการล้างมือก่อน-หลังปฏิบัติงาน ก่อนสัมผัสอุปกรณ์หีบห่อ sterile มีการดำเนินการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน 7 กระบวนการ CSSD มีการติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้อมีการขนส่งของสะอาดมีบุคลากรเพียงพอและได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร CSSD สำหรับผู้ปฏิบัติจำนวน 1 ราย</li> </ul>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัดการทำความสะอาดและทำลายเชื้ออุปกรณ์ธาราบำบัดมีการล้างมือมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกายทุกวันหลังจากใช้งาน ห้องเก็บศพมีการใช้ PPE ที่เหมาะสม ยังขาดระบบระบายอากาศที่เหมาะสม</li> </ul>
18.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]*	3	LI	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการ การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กรที่งานได้ดำเนินการปรับปรุง (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร</p> <p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) คณะกรรมการIC ได้ทบทวนและมีมาตรการดังนี้ 1.) ทบทวนความรู้ด้านวิชาการเพิ่มเติม 2.) ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะ 3.) ICWN ประเมินผลการปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะ 4.) ระบบการติดตามหลังจำหน่าย หรือถอดสายสวนปัสสาวะ 48 ชม. 5.) ICN มีการสุ่มนิเทศหน้างาน 6.) การเทปัสสาวะของผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7.) การออกไปนัดการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ 1 เดือน ให้แก่ผู้ป่วย จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (CAUTI) ปี 2562 - 2565 = 0 ต่อ 1,000 วันใส่ , ปี 2566 = 3.06 ต่อ 1,000 วันใส่ (1/372)</p> <p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ (Phlebitis) คณะกรรมการIC ได้ทบทวนและมีมาตรการดังนี้ 1.) ทบทวนความรู้ด้านวิชาการเพิ่มเติม 2.) ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3.) ICWN ประเมินผลการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4.) มีการเขียนระบุนัดอายุบริเวณตำแหน่งที่ให้ IVF 5.) มีระบบ IV round อย่างน้อยแวนละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินการเกิด Phlebitis และปริมาณการได้รับสารน้ำ ถูกต้องตามแผนการรักษา 6.) เปลี่ยนตำแหน่ง IVF / HL และ set IVF ทุก 4 วัน 7.) มีแบบประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาล 8.) มีการติดสติ๊กเกอร์วันหมดอายุ บริเวณหน้าชาร์ต 9.) มีการ Round ความเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิด Phlebitis หลังรับเวร 10.) มีการลงบันทึกการเกิดความเสี่ยงการเกิด Phlebitis ในทุกแวนและเขียนรายงานความเสี่ยงกรณีเกิด Phlebitis ตั้งแต่เกรด 3 ขึ้นไป และมีการทบทวนในหน่วยงานและทีม IC 11.) ระบบการติดตามหลังจำหน่าย หรือหลัง Off IVF 48 ชม. 12.) ICN มีการสุ่มนิเทศหน้างาน จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ (Phlebitis) ผลลัพธ์ปี 2562 = 0.26 ต่อ 1,000 วันใส่ (1/3,833) , ปี 2563 = 0.61 ต่อ 1,000 วันใส่ (2/3,321) , ปี 2564 = 0.58 ต่อ 1,000 วันใส่ (2/3,454) , ปี 2565 = 0.40 ต่อ 1,000 วันใส่ (1/2,543) , ปี 2566 = 0.75 ต่อ 1,000 วันใส่ (3/3,988)</p> <p>(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อกันได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV, hepatitis B &amp; C กรณีผู้ป่วยมารับบริการตามนัด OPD case สามารถเข้ารับบริการที่คลินิกวันใหม่ มีพยาบาลประจำคลินิกให้บริการ ตั้งแต่ซักประวัติและเข้าพบแพทย์ เพื่อรักษาความลับ สิทธิผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ ER / LR เจ้าหน้าที่ สังเกต pop up ในโปรแกรม hos-xp มีการซักประวัติเพิ่มเติม สวมใส่ PPE ในการทำหัตถการดูแลตามหลัก standard precautions</li> <li>• ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV, ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือดกรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ OPD จัดให้ผู้ป่วยรอรับบริการ ห้องคลินิกตรวจพิเศษเฉพาะโรคและเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้รับบริการอื่น ๆ กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ ER ให้บริการห้อง Isolation room สวมใส่ PPE ในการทำหัตถการดูแลตามหลัก standard precautions</li> <li>• ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ OPD ถ้าเป็นผู้ป่วยเดิม มีประวัติ pop up ในโปรแกรม hos-xp จัดให้ผู้ป่วยรอรับบริการ ณ จุดแยกโรคบริเวณระเบียบงหน้า OPD กรณีรายใหม่ให้ดูประวัติผล Lab จาก รพ.เดิม บัตรติดเชื้อดื้อยา มีการแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ สวมใส่ PPE แพทย์ให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และการแยก Zone ของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ ER ให้บริการในห้อง Isolation room มีการแยกอุปกรณ์ และสวมใส่ PPE และมีแนวทางการทำความสะอาด กรณี Admit IPD Inchage IPD รายงานแพทย์เวร ICN ทราบ มีการบริหารจัดการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ บ้ายการสื่อสาร สัญลักษณ์ต่าง ๆ พร้อมทั้งประสานหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก</li> <li>• ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่ เช่น Bird Flu, SARS, MERs และหากมีอาการระบบทางเดินหายใจ แยกให้บริการแบบ one stop service กรณีฉุกเฉิน รับบริการที่ ER ให้ใช้ห้อง Isolate room และมีการใช้ Safety box ในการทำหัตถการต่าง ๆ เจ้าหน้าที่สวมใส่ PPE ตามระดับ กรณีผู้ป่วย Admit ให้ทำหัตถการที่ห้อง AIIR เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ หาก พ.1 มีผู้ป่วย ให้ใช้ พ.2 เป็นห้องแยกแทน โดยใช้ตู้เปลี่ยนชุด PPE เคลื่อนที่ได้แทน Ante room และมีแนวทางการทำความสะอาดอุปกรณ์และพื้นผิว</li> </ul> <p>(3)การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน*          ตั้งแต่ปี 2562-2566 เกิดอุบัติการณ์ จำนวน 11 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 1.) ของมีคมและเข็มทิ่มแทง จำนวน 8 ครั้ง 2.) สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จำนวน 3 ครั้ง สาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากสถานการณ์การทำงานที่เร่งรีบ ความประมาทและการไม่สวม PPE เพื่อบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน คณะกรรมการ IC ได้ทบทวนและมีมาตรการดังนี้ 1.) การใส่ PPE ในการทำหัตถการต่างๆ โดยมีการตรวจสอบ การ re-check จากคู่มือ ก่อนการทำหัตถการ 2.) มีแนวทางการดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ ตั้งแต่การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การรายงานหัวหน้างาน การให้</p>
--	--	---

			คำปรึกษา พบแพทย์ เจาะเลือด การรับประทายต้านไวรัส และการติดตามอาการต่อเนื่อง 6 เดือน ตั้งแต่ปี 2562-2566 มีบุคลากรรับยาต้านไวรัส จำนวน 2 ราย การติดตามอาการ บุคลากรทุกรายไม่พบการติดเชื้อ
<p><b>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</b></p>			
<p>ปี 2563 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 14</p>			
<p>1.) ได้รับรางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทวิจัย / R2R นำเสนอด้วยวาจาชื่อผลงาน “การเตรียมความพร้อมโดยหัวหน้าผู้ป่วยและความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่รับกลับ โรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้”</p> <p>2.) ได้รับรางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท CQI นำเสนอด้วยโปสเตอร์ ชื่อผลงาน “พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลแม่ลาน”</p>			
<p>ปี 2564 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 15 (แต่ไม่ได้ไปนำเสนอเนื่องจากติดสถานการณ์โควิด)</p>			
<p>1.) ได้รับรางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท CQI นำเสนอด้วยวาจา ชื่อผลงาน “พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง COVID-19 ในเครือข่ายอำเภอแม่ลานจังหวัดปัตตานี”</p> <p>2.) ได้รับเลือกให้นำเสนอ นวัตกรรม ประเภท poster ชื่อผลงาน “ตู้เปลี่ยนชุด PPE (cover all) เคลื่อนที่ได้”</p>			
<p>ปี 2565 ตีพิมพ์บทความวิจัย ในวารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ Vol. 42 No. 2 (2022) ชื่อผลงาน “อิทธิพลของการเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยโดยหัวหน้าผู้ป่วยต่อความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่รับกลับโรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้”</p>			
<p>ปี 2566 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 17</p>			
<p>1.) ได้รับเลือกให้นำเสนอ CQI ประเภท poster ชื่อผลงาน “พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี โดยใช้กระบวนการ Risk register”</p>			
<p>2.) ได้รับเลือกให้นำเสนอ CQI ประเภท poster ชื่อผลงาน “พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาน”</p>			

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IVและสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:ระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และการเฝ้าระวังที่เหมาะสม มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราการใช้เตียงในโรงพยาบาล	0:1,000 วันนอน	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)
- CAUTI	0:1,000 device day	0 (0/141)	0 (0/104)	0 (0/148)	0 (0/129)	3.06 (1/327)
- 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)
- SSI	0%	0 (0/25)	0 (0/20)	0 (0/28)	0 (0/31)	0 (0/46)
- ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	0%	0 (0/149)	1.33 (2/151)	1.85 (3/162)	0 (0/145)	0 (0/162)
- ติดเชื้อที่ตาทารกอายุ < 30 วัน	0%	0 (0/178)	0 (0/170)	0 (0/186)	0 (0/168)	0 (0/186)
- ติดเชื้อที่สะดือทารกอายุ < 30 วัน	0%	0 (0/178)	0.59 (1/170)	0 (0/186)	0 (0/168)	0 (0/186)
อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน* (TB , HBV , HCV , HIV , สุกใส , เริม , ตาแดง , หัด)	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เข็มทิ่มตำ สัมผัส เลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการดำเนินงาน	0 ครั้ง	1	6	2	0	2

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-5 ระบบเวชระเบียน

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-5.1 องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

II-5.2 ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

**i. บริบท**

งานเวชระเบียนและสถิติให้บริการแก่ผู้รับบริการทั้งหน่วยงานภายในและผู้รับบริการภายนอกที่เข้ารับบริการตรวจรักษา การจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ เป็นไปอย่างเหมาะสมโดยยึดหลักการให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง ผู้รับบริการได้รับการคัดกรอง ดูแลรักษาตลอดจนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อใช้สื่อสารในการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาสู่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ 100%

ตารางปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ประเภทผู้ป่วย	2562	2563	2564	2565	2566
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	59,619	53,328	58,948	60,259	55,280
ผู้ป่วยใน (คน)	1,475	1,434	1,476	1,451	1,241
ผู้ป่วยใน (วันนอน)	5,538	5,092	7,904	9,568	4,499

ทางโรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบระบบเวชระเบียนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เวชสถิติ เป็นต้น เพื่อกำหนดเป้าหมาย ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการสื่อสาร พัฒนา และกำกับแบบบันทึกเวชระเบียนให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพ พร้อมถ่ายทอดไปยังผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจากองค์กรทำงานด้านประกันสุขภาพภายนอก เช่น สำนักงานประกันสังคม สปสช. สสนย. และนำผลการประเมินกลับมาพัฒนาและปรับปรุงระบบเวชระเบียนให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด และสะท้อนผลการประเมินกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนที่ดี มีคุณภาพ มีแนวทางการตรวจสอบคุณภาพและการบันทึกเวชระเบียน ให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติและประเมินผลทุกเดือน

รวมทั้งมีระบบการเข้าถึงเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์โดยการกำหนด User และ Password ในการเข้าใช้ข้อมูล เวชระเบียนการรักษาความปลอดภัยและความลับ มีการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วย OSCC , ผู้ป่วยคดีมีตุ้เก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย โดยจะแยกข้อมูลตามกลุ่มเสี่ยง และมีระบบการเข้าถึงของข้อมูลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักและรอง 2 คน อย่างชัดเจน เวชระเบียนผู้ป่วยในมีการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยมีตุ้เก็บโดยเฉพาะและปลอดภัย มีระบบการเข้าถึงของข้อมูลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักอย่างชัดเจน สำหรับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลและการแก้ไขข้อมูลโดยการกำหนด User และ Password ในการบันทึกข้อมูลและมีการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันศุกร์ โดยมีแผนปรับให้มีการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันโดยมีเป้าหมายให้มีการสำรองข้อมูลที่ใกล้เคียงกับฐานข้อมูลที่ใช้งานให้มากที่สุด (มีการเปลี่ยน server ใหม่ที่มีสมรรถนะสูงในปี 2566 และกำหนดให้มีการปรับปรุง server ทุก 10 ปี)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

และมีการทบทวนเวชระเบียนที่มีอายุครบ 10 ปี เพื่อทำลายเวชระเบียนตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย  
 ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

คณะกรรมการเวชระเบียนได้มีการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ในทุกวัน นำผลการทบทวนมาประชุมร่วมกันและสรุปผลรายงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขหากพบว่ามีแบบฟอร์มที่ไม่ครอบคลุมลักษณะการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน จะร่วมกันพิจารณา ปรับปรุงแบบฟอร์มโดยการเพิ่มเติมและปรับลดเนื้อหาบางส่วน ให้สะดวก ง่ายต่อการบันทึกและมีข้อมูลเนื้อหาที่ครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำแบบฟอร์มไปใช้ร่วมกันได้ เช่น ปรับปรุงใบ Admit note , ใบ NN ,ใบ Progress note,ใบยินยอม

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

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
19.ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก,ข]	3.5	L,I	เพื่อบรรลุเป้าหมายระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1.ร่วมกันออกแบบเป้าหมายการบันทึกเวชระเบียนในทุกวิชาชีพ ได้แก่ ใบ pre summary เพื่อเพิ่มคุณสมบัติของเวชระเบียน,ใบเช็ตยินยอมทำหัตถการ 2.ประสานกับองค์กรแพทย์เกี่ยวกับการบันทึกคำวินิจฉัย และแนวทางการบันทึกให้สมบูรณ์ เช่น อักษรคำย่อ,รหัส ICD 10 ที่เป็นปัจจุบัน 3.ปรับการให้รหัส ICD ที่ถูกต้องเพื่อดึงรายงานข้อมูลให้ PCT ได้แก่ sepsis ,Z133 ,10 อันดับโรค,readmit เป็นต้น 3.จัดเก็บเอกสารเวชระเบียนที่สำคัญในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์โดย Scan EKG,U/S,ใบการตื่น,ใบตอบกลับRefer 4.มีผู้จัดเก็บเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ต้องรักษาความลับ ได้แก่ ผู้ป่วยคดี ,OSCC  ผลการดำเนินงานพบว่า มีการจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนโดยการ scan เข้าไปเก็บใน HOSxP คิดเป็นร้อยละ 100 อัตราการลงคำวินิจฉัย 15.27% ,แพทย์รับรู้การให้รหัส ICD 10 และสามารถถูกต้องเพิ่มขึ้น ,มีเวชระเบียนเพียงพอที่ใช้ในการรักษาต่อเนื่องอย่างทันทั่วทั้ง,เอกสารที่เป็นความลับ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
20.เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]	3	L,I	เพื่อเวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย รพ.ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ใน ทุกเดือน 2.ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย ในเอกสารเวชระเบียนทุกใบ ซึ่งจำเป็นต้องมีชื่อ-สกุล hn,an และ อายุ ทุกใบโดยผลจากการตรวจเวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 93.85 3.มีข้อมูลสนับสนุนโรคโดยเมื่อทำการวินิจฉัย มีการอัปเดต โดยมีการใช้ Guideline ทุกครั้งในการรักษาผู้ป่วย ผลจากการตรวจสอบเวชระเบียน ร้อยละ 98.66

			<p>4.มีการประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีการใช้ Guideline ในการประเมินผู้ป่วยทุกครั้ง เช่น sepsis</p> <p>5.ประสานองค์กรแพทย์ ในการบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ผลการรักษาของผู้ป่วย โดยในเอกสารเวชระเบียนและโปรแกรม Hos xp จะมีข้อมูล เช่น ผลการเจาะเลือด ผลเอกซเรย์ ผลEKG เป็นต้น</p> <p>6.สามารถเชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว โดยผู้ป่วยนอกเป็นข้อมูลelectronic file เอกสารที่เป็นกระดาษ เช่น ใบEKG ,ใบการ்தุน มีการสแกนเอกสารข้อมูล ซึ่งทำให้แพทย์สามารถรักษาดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที</p> <p>7.เจ้าหน้าที่เวชสถิติได้มีการชี้แจงกับแพทย์โดยตรงในการให้รหัสโรคที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>8.เอกสารเวชระเบียนเป็นเอกสารสำคัญ สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นเอกสารที่สมบูรณ์ ครบถ้วนกอบกับสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ปัจจุบันยังไม่มีอุบัติการณ์ร้องเรียนจากผู้ป่วย</p> <p>9.มีระบบแจ้งเตือน pop up เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่างๆ เช่น การแพ้ยา เพื่อป้องกันความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วย และเพื่อให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง มีมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>โอกาส พัฒนาแบบฟอร์ม progress note ใหม่</p> <p>ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตั้งแต่ปี 2564-2566 มีค่าเป็น</p> <p>อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีค่าเป็นร้อยละ 90.46,93.05 และ 90.04 ตามลำดับ</p> <p>อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน มีค่าเป็นร้อยละ 87.98, 89.46 และ 88.05 ตามลำดับ</p>
--	--	--	--

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมากกว่า 90%
- คุณภาพคะแนนความถูกต้องสมบูรณ์ของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) ร้อยละ 99.93
- การรักษาความลับและความปลอดภัยในระบบเอกสารและฐานข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรม HOSXP
- มีระบบการยืมคืนเวชระเบียนและการติดตามที่มีประสิทธิภาพ ไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย
-

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

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันทเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราการบันทึกคำวินิจฉัย (Diagnosis)	> 90 %	NA	NA	NA	NA	15.27%
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 90 %	90.25%	91.47%	90.46%	93.05%	90.04%
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 90 %	82.15%	87.23%	87.98%	89.46%	88.05%
อุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย	0	0	0	0	0	0

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-6 ระบบการจัดการด้านยา

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-6.1 องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

II-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งจ่ายจนถึงการบริหารยา.

**i. บริบท**

สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงานการปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนด โดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)

โรงพยาบาลแม่ลานมีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการยา 2 คณะกรรมการ คือ

- 1) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical Therapeutics Committee: PTC) มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านยา กำหนดบัญชียาของโรงพยาบาล, พิจารณางบประมาณ และแผนจัดซื้อยา
- 2) คณะกรรมการระบบยา(MMS) มีหน้าที่ส่งเสริมให้เกิดพัฒนาระบบยาให้มีการประสานเชื่อมโยงระบบระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลาและในปี 2560 เริ่มมีคณะกรรมการเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับ CUP (RDU) เพื่อมาดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาที่ 15 เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

**นโยบายที่สำคัญคือ**

- 1) นโยบายการคัดเลือกยา จัดซื้อ จัดหายาและการกระจายยา
- 2) นโยบายความปลอดภัยด้านยา ได้แก่การจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error), การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา(ADR),การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) , การประสานรายการยา (Medication reconciliation) ,การติดตามและประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (Drug use evaluation) , การติดตามปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems ) และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ( Rational drug used)

**II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา**

การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

คณะกรรมการ PTC มีการประชุมเพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนนโยบายด้านยาและทบทวนคัดเลือกรายการยาเข้า-ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลโดยมีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ได้มีการส่งเสริมให้เกิดนโยบายการจัดการด้านยา จากการทบทวนผลการประชุมในปี 2564-2566 พบว่ามีการประชุมปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50(คณะกรรมการล่าสุดที่ปรับปรุง)

(1) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- โรงพยาบาลแม่ลานมีกรอบบัญชียาทั้งสิ้น 461 รายการ โดยเป็นยา ED 434 รายการ ยา NED 27 รายการ โดยมีสัดส่วน ED:NED เป็น 94.14 : 5.86 ( มีรายการยาในบัญชีมากกว่าร้อยละ 90 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด )จากการประชุม PTC เมื่อ 3 สิงหาคม 2566 มี โดยมีการเห็นนโยบายการใช้ยาตาม Rational Drug Use ที่มีปัญหาไม่ผ่านตัวชี้วัดอยู่ ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และสตรีหลังคลอดบุตร รวมถึงการปรับบัญชียา รพ.ตามเกณฑ์ refer back ,service plan ของจังหวัดปัตตานีและนโยบายการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาปัจจุบัน

รายการยาที่เพิ่ม ได้แก่

- Sterile water 350 ml สำหรับใส่กระเปาะออกซิเจน เพื่อความสะอาดและลดปัญหาการถอดกระเปาะออกซิเจนเข้า-ออกเพื่อเติมน้ำ
- Tranexamic acid inj. เพื่อให้เป็นตาม CPG ของ MCH board จังหวัดปัตตานี
- budesonide+formoterolturbuhaler เพื่อใช้ในเคส COPD/asthma ตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.
- Fentanyl pad สำหรับการลดอาการปวดในผู้ป่วย palliativeตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- 10%-D-1/5-Sสำหรับการใช้ในเด็กที่มีปัญหาาระดับน้ำตาลต่ำ เพื่อลดความเสี่ยงจากการที่ต้องผสมสารน้ำเอง

รายการยาที่ตัดออกได้แก่ Carminative mixture เนื่องจากมียาธาตุอบเชยเป็นยาสมุนไพรทดแทนอยู่แล้ว

หลังการปรับปรุงบัญชียา รพ. พบว่า มีรายการทั้งสิ้น จำนวน 465 รายการ โดยแบ่งเป็น ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 439 รายการ (ร้อยละ 94.41) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) จำนวน 26 รายการ (ร้อยละ 5.59 ) สัดส่วนยา ED : NED ตามมาตรฐานต้องไม่น้อยกว่า 90:10

ในการประชุม PTC เพื่อนำเข้ายาทุกครั้ง ถ้าเป็นยาที่ต้องติดตามการสั่งใช้ยา ประธานจะสั่งให้มีการทำ DUE เพื่อควบคุมการใช้ และให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้กำหนดนโยบายในการขอใช้ยานอกบัญชียา รพ.โดยให้เป็นไปตามข้อกำหนดของรายการยา refer back จังหวัดปัตตานี ( มีการจัดรายการยา refer back เป็น 3 กลุ่มคือ 1) ยาที่ รพช.ต้องมีในบัญชียา รพช. 2) ยาที่ รพ.ปัตตานี จ่ายให้มาบางส่วนและให้ รพช.จัดหาเพิ่มเติมเอง และ 3.) ยาที่ รพ.ปัตตานี จ่ายมาให้จนครบแผนการรักษา ) โดยถ้าเป็นการขอใช้ยานอกบัญชียา รพ. จะต้องเป็นยาที่อยู่ ในบัญชียา refer back เท่านั้น ส่วนกรณี consult staff แล้ว staff ระบุให้ใช้ยานอกกรอบบัญชียา รพ. จะอนุมัติให้เบิกยานั้นๆได้เฉพาะที่เป็นผู้ป่วยในเท่านั้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการขอใช้ยานอกกรอบบัญชียา รพ. ในผู้ป่วยในที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในบัญชี ค หรือ ง เช่น Meropenam, Piperacillin/Salbactam , Vancomycin เป็นต้น โดยมีการบันทึกใบ DUE และอนุมัติโดยแพทย์เฉพาะทาง รพ.ปัตตานี คณะกรรมการ PTC ได้มีการติดตามผลการดำเนินงาน RDU อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการกำหนดให้มีการบันทึกใบ DUE ทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ต้องมีการควบคุมและได้รับการอนุมัติโดยแพทย์เฉพาะทาง ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงจะดำเนินการเบิกยาจาก รพ.ปัตตานี เพื่อใช้กับผู้ป่วย จะไม่มีการจ่ายยา

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ปฏิชีวนะกลุ่มควบคุมให้ผู้ป่วย ถ้ายังไม่ผ่านการอนุมัติโดยแพทย์เฉพาะทาง สำหรับผลการดำเนิน RDU พบว่าในปี 2566 ได้รับผลการประเมินให้ผ่าน RDU ระดับ 3 โดยมีตัวชี้วัดผ่าน 10 ตัวชี้วัด ( จาก 12 ตัวชี้วัด ) โดยพบว่าตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านคือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงและการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงหลังคลอด ทางคณะกรรมการ PTC ได้กำหนดแนวทางในการติดตามทั้ง 2 ตัวนี้ในการประชุมครั้งล่าสุดแล้ว

โรงพยาบาลแม่ลานได้กำหนดให้มีบัญชียาที่มีความเสี่ยงสูง ( High Alert Drugs ) จากเดิม 17 รายการ เป็น 18 รายการ โดยการเพิ่มรายการยาใหม่ 1 รายการ เป็นยา Enoxaparin injปัจจุบันมีรายการยาในบัญชียาHAD 18 รายการ ได้แก่ Adenosine inj,Adrenalineinj, Dopamineinj, Amiodaroneinj, Digoxininj, Streptokinaseinj, KCL inj. , Cal.gluconateinj, Magnesium sulfate inj,Atropineinj,Levophedinj,Phenytoininj,sodium bicarbonate inj,Naladorinj,Naloxoneinj,Nicardipineinj , Warfarin tab และ Enoxaparin inj ซึ่งมีการกำหนดแนวทางในการจัดการยา HAD เช่น การติดป้าย ยา High Alert Drug โดยสติ๊กเกอร์สีแดง เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ มีการแยกพื้นที่การจัดเก็บยา HAD เป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกับยาทั่วไป รวมทั้งมีการจัดทำเอกสารประกอบการสั่งจ่าย การติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา HAD

คณะกรรมการ PTC ได้มีการมอบหมายให้คณะกรรมการระบบยาติดตามตัวชี้วัดด้าน Medication Error รวมถึง adverse drug event ต่างๆที่เกิดจากกระบวนการใช้ยา โดยมีผลการติดตามตัวชี้วัดดังนี้

- ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADEการตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE\*

มีการจัดระบบติดตามและรายงาน ME เพื่อส่งข้อมูลในระบบ RM และนำมาทบทวนและวางแนวทางในการป้องกันและลดปริมาณ ME ที่เกิดขึ้น

ผลการติดตามอุบัติการณ์ ADE ระดับE ขึ้นไปในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2562- 2566

พบอุบัติการณ์ 2 ครั้งทั้งสองครั้งเป็นความเสี่ยงระดับ H เป็นอุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้ของยา SK ยา SK ขาดสต็อกในหน่วยงาน ER ในปี 2562 จากการทบทวนพบว่าเกิดจากการไม่ได้ทำตามแนวทางการเช็คยาของหน่วยงาน ER และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากแนวทางเดิมการเบิกจ่ายยา SK ไม่ได้ผ่านฝ่ายเภสัช ทางระบบยาจึงกำหนดหลังจากเบิกยา SK กลับมาจาก รพ บัดตานี้ถ้าในเวลาให้ผ่านฝ่ายเภสัชกรรมก่อนทุกครั้งแต่ถ้านอกเวลาให้ถ่ายรูปส่งผ่านทางไลน์ระบบยาแทน ส่วนการป้องกันความไม่พร้อมใช้ของยาฉุกเฉินตัวอื่นระบบยาได้พัฒนาระบบการใช้กล่องยาฉุกเฉิน ,กล่อง PPH และกล่องยา PIH หลังจากติดตามโดยใช้ Risk register ยังไม่พบความเสี่ยงยาฉุกเฉินขาดครวและในปี 2566 ระบบยาได้มีการเปลี่ยนแนวทางการจัดหา SK ใหม่เป็นการจัดซื้อเอง ส่วนเคสที่สองในปี 2565 พบผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้ยา Phenytoin อาการแพ้เป็นแบบ StevenJohnson syndrome เป็นความเสี่ยงระดับ H ได้รับการเยียวยา ม 41 สาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่ ขาดความรู้การแพ้ยาที่รุนแรงและยังไม่ได้วางระบบการป้องกันการแพ้ยาที่รุนแรงระบบยาจึงได้วางแนวทางการแพ้ระวังอุบัติการณ์การแพ้ยารุนแรงโดยการแบ่งกลุ่มยาเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มที่ต้องตรวจยีนส์ก่อนการสั่งจ่ายได้แก่ยา Allopurinol และ Carbamazepine และกลุ่มที่ไม่ต้องตรวจยีนส์แต่ต้องออกบัตรแพ้ระวังหลังจากติดตามโดยใช้ Risk register พบว่าในปี 66 พบความเสี่ยงอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยา INH เพิ่มมาอีกจำนวน 1 ราย เป็น StevenJohnson syndrome ความเสี่ยง ระดับ H เกิดจากในแนวทางแพ้ระวังการแพ้ยารุนแรงเรื่องการออกบัตรแพ้ยาแพ้ระวังได้มีข้อตกลงยกเว้นในเคส TB เพราะมีการทำ Intensive ADR อยู่แล้วจึงได้ยกเลิกแนวทางดังกล่าวและกำหนดให้ออกบัตรแพ้ระวังแพ้ยารุนแรงในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ถึงแม้ว่าจะมีการติดตาม Intensive ADR ในคลินิก TB อยู่ก่อนหน้าแล้วก็ตามและอีก 1 รายเป็น major bleeding จากยา Warfarin เป็นความเสี่ยง ระดับ I เกิดจากผู้ป่วยมีอาการมี Minor bleeding INR ปกติ แต่มี Platelet ต่ำประมาณ 8 หมื่น เกิด major bleeding จึงได้วางแนวทางป้องกัน กรณีเคส

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Warfarin ที่มีค่า INR ปกติ มี Minor bleeding แต่มี Platelet ต่ำ ให้แพทย์พิจารณา consult staff เพื่อหาสาเหตุของค่า Platelet ต่ำ ส่วนในเรื่องยาฉุกเฉินขาดคราวหลังจากติดตามยังไม่ปฏิบัติตามยา HAD และยาช่วยชีวิตขาดคราว

ผลการติดตามความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (prescribing error) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2562- 2566 พบประเด็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 1029 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยในพบทั้งหมด 12 ครั้ง โดยมีความคลาดเคลื่อน 3 อันดับแรกในผู้ป่วยนอกเป็นประเด็นการสั่งยาผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด จำนวน 4 28 ครั้ง การสั่งยาไม่ระบุวิธีใช้หรือระบุผิด จำนวน 216 ครั้ง และการสั่งยาผิดขนาด จำนวน 200 ครั้ง พบว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นประเด็นสั่งยาผิดจำนวนส่วนใหญ่เป็นการสั่งยาทุกตัวไม่ตรงตามวันนัดกับมีเพียงบางตัวที่มีจำนวนไม่ตรงกับวันนัด ,สั่งยาจำนวนไม่เพียงพอกับวิธีใช้ ส่วนใหญ่เกิดในเวลาและมีบางส่วนเกิดช่วงนอกเวลาเวรป่วยดีก สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากช่องทางสื่อสารในการนัดผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพไม่ชัดเจนและยุ่งยากในการทำงาน ประเด็นนี้ระบบยาได้มีการเพิ่มเติมให้มีการเขียนจำนวนวันนัดในใบนำส่งผู้ป่วยอีกช่องทางหนึ่งเพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานและตรวจสอบวันนัดระหว่างวิชาชีพทำให้การสั่งยาผิดจำนวนมีแนวโน้มที่ลดลง ในปี 2566 พบประเด็นใหม่มีการสั่งยา warfarin จำนวนไม่ตรงกับวันนัดทางระบบยาจึงได้วางแผนจะให้เภสัชกรช่วยคีย์ยาแทนแพทย์(อยู่ในช่วงการหารือกับทีม PCT) ส่วนประเด็นการสั่งยาไม่ระบุวิธีใช้หรือระบุผิดและประเด็นการสั่งยาผิดขนาดเลือกประเภทยาผิด จะเป็นลักษณะการคีย์ยาวิธีใช้ผิดในโปรแกรม Host\_XP เช่น สั่งยาเม็ดแต่วิธีกินเป็นยาน้ำ หรือไม่กัต้องการสั่งยาเม็ดแต่สั่งเป็นยาน้ำ สาเหตุอาจจะเกิดจากความไม่ถนัดในการใช้โปรแกรม Host\_XP สมารถ และปริมาณผู้ป่วยในแต่ละวัน และส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับเวลามีแพทย์ที่มาทำงานใหม่และพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่สั่งยา ประเด็นนี้ระบบยาได้มีการเฝ้าระวังป้องกันโดยการประสานให้ทีม HRD เน้นพัฒนาระบบการอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับการใช้ โปรแกรม Host\_XP สั่งยา แต่ก็ลดความคลาดเคลื่อนได้ไม่มากเพราะคลาดเคลื่อนเกิดจากความถนัดและสมารถของแต่ละคน ระบบยาได้จัดทำตัวอักษรคนละสีในรูปแบบยาน้ำ ยาเม็ด ยาฉีด ที่แตกต่างกันในฐานะข้อมูลโปรแกรม Host\_XP ได้จัดทำคู่มือวิธีการใช้คำสั่งใช้ยาที่ใช้บ่อยๆและคำสั่งยา Warfarin อย่างง่ายให้ผู้มีหน้าที่สั่งยาได้เรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการสั่งยา และกำหนดให้มีพยาบาลตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องหลังจากออกจากตรวจทุกครั้งทำให้ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยามี.....แนวโน้มลดลง สำหรับระบบผู้ป่วยในพบประเด็นการสั่งยาคลาดเคลื่อนสามอันดับแรก ได้แก่ การสั่งยาไม่ระบุวิธีใช้หรือระบุผิด จำนวน 2 ครั้ง การสั่งยาซ้ำซ้อน จำนวน 2 ครั้ง และการสั่งยาผิดจำนวนจำนวน 1 ครั้ง พบว่ามีการสั่งยา Favipiravir ซ้ำซ้อน และกินยาซ้ำซ้อน 1 รายเป็นความเสี่ยงระดับ D เนื่องจากการสื่อสารเรื่องยาเดิมผู้ป่วยในโควิดยังไม่ชัดเจนเพราะเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระบบยาจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในประเด็นยาเดิมผู้ป่วยโควิดนำมาจากบ้านเมื่อมา admit ทำให้ความคลาดเคลื่อนลดลง

ผลการติดตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา ก่อนจ่ายยา (Predispensing error) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2562- 2566 พบประเด็นมา พบ ความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 131 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยในพบทั้งหมด 43 ครั้ง โดยมีความคลาดเคลื่อน 3 อันดับแรกในผู้ป่วยนอกเป็นประเด็น การจัดยาผิดขนาด จำนวน 91 ครั้ง การจัดยาผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัดจำนวน 33 ครั้ง และการจัดซ้ำจำนวน 4 ครั้ง พบว่าประเด็นการจัดยาผิดขนาด ส่วนใหญ่เกิดจากยาในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง เนื่องจากในวันคลินิกเพื่อความรวดเร็วในการจัดยาห้องยาจะมีการนำยาโรคเรื้อรังที่ใช้มากในวันนั้นออกจากชั้นยามาวางตรงจุดจัดยา ส่วนอีกบางส่วนเป็นการจัดผิดที่เป็นยาในกลุ่ม LASA เกิดจากเจ้าหน้าที่ใหม่และมียา LASA คู่ใหม่คือ ยา Metformin 500 mg กับ Metformin 850 mg สถานที่จัดยาเซ็คยา ไม่ได้เป็นสัดส่วน, ชั้นวางยาที่มีการติดป้ายชื่อผิดปกติวิสัยที่ควรจะเป็น, ยาในตู้เย็นบางตัวไม่มี lock ให้ใส่ตามมาตรฐานในส่วนนี้ระบบยาได้วางแผนการป้องกันแก้ไขคือในเรื่องสถานที่ในระยะสั้นให้ทำป้ายแสดงยาที่เอาออกจากชั้นยามาวางที่จุดจัดยาให้ชัดเจนส่วนในระยะยาวห้องยามีการวางแผนที่จะปรับปรุงห้อง ในปี 2565 เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน จัดการติดป้ายชื่อยาใหม่บริเวณชั้นวางยาให้เป็นปกติวิสัยและจัด lock ยาในตู้เย็นให้เพียงพอ และส่วนเรื่องเจ้าหน้าที่ใหม่จะมีการจัดทำแนวทางการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ให้ครบถ้วน ประเด็นการจัดยาผิดจำนวน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากระบบแต่เกิดจากสมาธิส่วนบุคคล แต่ที่พอจะจับประเด็นที่เกิดจากระบบได้อาจจะเกิดจากยา Lorsatan 1 แผงมีจำนวนเม็ดยา 15 เม็ดซึ่ง

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ต่างจากยาทั่วไปจะมีจำนวนเม็ดยา 10 เม็ดต่อ 1 แผง ประเด็นการจัดยาซ้ำ เป็นการจัดยา Favipiravir ซ้ำเนื่องจากการสื่อสารเรื่องยาผู้ป่วยในเคสโควิดยังไม่ชัดเจนเพราะเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระบบยาจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติทำให้ความคลาดเคลื่อนในการจัดยาซ้ำลดลง ส่วนความคลาดเคลื่อนในการจัดยาก่อนจ่ายยาผู้ป่วยในพบอันดับแรกเป็นการจัดยาไม่ครบขนาน จำนวน 12 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการไม่ได้จัดยา Favipiravir ในเคสโควิดที่เหลือเป็นการจัดยาผิดขนาน จำนวน 8 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการจัด IV ผิด ส่วนในเรื่องการจัดยาผิดจำนวน จำนวน 8 ครั้ง เกิดจากการคัดลอกยาผิดจำนวน ในกลุ่มยาฉีดที่ 1 vial ใช้ได้หลายครั้ง ในประเด็นนี้ระบบยาได้ทำข้อมูลความคงตัวของกลุ่มยาฉีดที่หลังผสมแล้วสามารถใช้ได้หลายครั้งเพื่อความถูกต้องและประหยัดค่าใช้จ่ายโดยจะระบุที่ฉลากยาของยาแต่ละตัว จากการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการจัดยาก่อนจ่ายยาจะเห็นได้ว่าในปี 2565 และ 2566 มีแนวโน้มที่สูงขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจาก ฝ่ายเภสัชกรรม ได้รับเจ้าหน้าที่ใหม่ในตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเพิ่มมา 3 คน

ผลการติดตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing error) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2562- 2566 พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 22 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้เป็นการจ่ายยาผิดจำนวน 4 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยาโรคเรื้อรังจำนวนไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง จ่ายยาระบุวิธีใช้ผิด 4 ครั้งเป็นการจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปฉีดที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จ่ายยาผิดขนาน 3 ครั้ง เป็นการจ่ายยา Tramadol Inj แทน Vit B co inj2 ครั้งเป็นการจ่ายยา Tetanus antitoxin แทน Dt vaccine 1 ครั้ง จ่ายยาไม่ครบขนาน 3 ครั้ง เป็นการจ่ายยาโรคเรื้อรังไม่ครบ 2 ครั้ง และยา Paracetamol 500 mg 1 ครั้ง จ่ายยาเกินขนาน 2 ครั้ง เป็นการจ่ายยาระบบ new normal แต่มีอันปนไปด้วยและจ่ายยาผิดคน 6 ครั้ง เป็นการจ่ายยาสลับคนที่ไม่ใช่ชื่อชื่อนามสกุลซ้ำทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ C จากการทบทวนสาเหตุเกิดจาก การจัดเก็บยาในตู้เย็นไม่สามารถที่จะจัดวางยาทุกตัวให้เป็นไปตามแนวทางได้เพราะสถานที่ไม่เพียงพอ เช่น Dt และ TAT แพทย์สั่งยาผิดในประเด็นสั่งยาไม่ตรงวันนัดเป็นจำนวนมากทำให้การตรวจสอบอาจจะหลุดไปบ้างและเภสัชจ่ายยาไม่ได้ทวนสอบชื่อผู้ป่วยตามแนวทางและไม่ได้ทวนสอบดูประวัติการใช้ยาใน Host XP ไม่มีสถานที่พักยาในกรณีไม่สามารถจ่ายยาตามรอบปกติได้และแพทย์ไม่ได้สื่อสารกับห้องยากรณีเพิ่มยาบางตัวที่หลัง ระบบยาจึงได้มีการดำเนินการ ทบทวนบัญชียาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิเพื่อที่จะลดยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น จัดหาตู้เย็นที่มีขนาดที่เหมาะสมและจัดเก็บยาให้ได้ตามระบบที่วางไว้ กำหนดที่พักยากรณีเคสที่ไม่สามารถจ่ายยาตามรอบเวลาได้และขอความร่วมมือแพทย์ให้แจ้งเภสัชกรด้วยในกรณีที่มีการเพิ่มยาหลังจากส่งข้อมูลผู้ป่วยมาที่ห้องยาแล้ว ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในเกิดขึ้นทั้งหมด 134 ครั้ง พบประเด็นการจ่ายยาไม่ระบุวิธีใช้หรือระบุผิดมากที่สุด 60 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยาผิดวิธีใช้, จ่ายยาสลับมือยาและจ่ายยาใส่ lock ยา ก่อนอาหารและอาหารผิด, รองลงมาเป็นการจ่ายยาไม่ครบขนาน 28 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจากการอ่านคำสั่งแพทย์หลุดทำให้ไม่ได้จ่ายยา, จ่ายยาผิดขนาน 13 ครั้งเป็นการจ่ายยาสลับยาและความแรงของยา, จ่ายยาผิดคน 3 ครั้ง เป็นการจ่ายยาสลับล็อตยา, จ่ายยาผิดจำนวน 16 ครั้ง เป็นการจ่ายยาและ IV ผิดจำนวน, จ่ายยาเกินขนาน 9 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจากยาที่มีคำสั่ง NPO, Hold, off และบางเคสเจอยาอื่นปะปนด้วย เช่น จ่ายยา Ceftazidim inj และ มียา Ceftriaxone inj ปะปนมาด้วย, จ่ายยาซ้ำ 4 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจากการจ่ายยา Favipiravir ซ้ำ, จ่ายยาหมดอายุ 1 ครั้ง เป็นการจ่าย Adalat 10 mg จาก ER นอกเวลาให้ LR โดยยังไม่ถึงป่วย ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงระดับ C และมี 1 ครั้งที่เป็นระดับ D คือการจ่ายยา Favipiravir ซ้ำ ระบบยาได้วางมาตรการการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายผู้ป่วยใน โดยการเน้นย้ำเรื่องการ Double check ทุกขั้นตอนและขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในจัดเรียงล็อกยาระบุชื่อ-เตียงทั้งยา PC ,AC ให้ถูกต้องก่อนส่งรถยา, เพิ่มแนวทางการ off ยาใน Docter order sheet วันปัจจุบัน และพยาบาลขีดเส้นหลังช่องที่ off ยาในใบ MAR, เพิ่มแนวทางการคัดลอกยาที่มีคำสั่งเป็นพิเศษ โดยผู้คัดลอกคำสั่งวันแรกเป็นผู้ระบุให้ชัดเจน เช่น วันเว้นวัน, ใช้ยา 5 วัน >> off, ตรวจสอบซ้ำก่อนส่ง order มาห้องยา, แจ้งชื่อ-สกุลและเตียงผู้ป่วยแก่ญาติก่อนมารับยาและให้ทุกหน่วยงานตรวจสอบยาหมดอายุที่อยู่ในหน่วยงานตามแนวทางที่กำหนด

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ผลการติดตามความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบริหารยา (Administration error) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2562- 2566 พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด 3 ครั้ง โดยพบในปี 2565 จำนวน 1 ครั้ง เป็นการบริหารยา Adenosine inj หมดอายุที่หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และในปี 2566 จำนวน 2 ครั้ง เป็นการบริหารยาผิดขนาดในเวรนอกเวลาที่หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฉีด Bricanyl inj แทน Buscopan inj จำนวน 1 ครั้ง และบริหารยา NPH inj ผิดขนาดที่หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 ครั้ง ทั้งสามครั้งเป็นเสี่ยงระดับ D ส่วนแผนกผู้ป่วยในพบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทั้งหมด 17 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นประเด็นการลืมเบิกยาหรือไม่ได้บริหารยา 10 ครั้ง บริหารสารน้ำผิด rate หรือไม่ได้ระบุเวลาให้สารน้ำ 4 ครั้ง และบริหารยาเกินขนาด 2 ครั้ง บริหารยาผิดขนาด 1 ครั้ง เป็นการฉีดยา Methergin inj ในเด็ก แทน Vit K inj ที่หน่วยงาน ห้องคลอดและบริหารยา Favipiravir ในคนไข้โควิดซ้ำ 1 ครั้ง ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ D ระบบยาได้มีการวางแผนหามาตรการป้องกันในเรื่องการลืมเบิกยาหรือไม่ได้บริหารยาโดยการให้พยาบาล inchart Double check ก่อนให้ยาและหลังให้ยาผู้ป่วย, ประเด็นการบริหารยาหมดอายุและเสื่อมสภาพระบบยาเน้นให้หน่วยงานที่มียาสต็อกอยู่ในหน่วยงานเมื่อมีการเตือนยาหมดอายุในระบบ Automatic line notify ให้มีการตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบด้วยทุกครั้งและให้มีการตรวจสอบยา HAD และยาช่วยชีวิตทุกเวร, ประเด็นการบริหารยาผิดขนาดพบว่ายาบางตัวมีลักษณะ amp ยาที่คล้ายกัน มีขนาดเล็ก วางอยู่ใกล้กันในรถยนต์นอกเวลา ระบบยาได้นำระบบยา LASA มาจัดระบบการเก็บยาในรถยนต์นอกเวลา และได้สั่งซื้อแว่นขยายแจกให้ทุกหน่วยงานเพื่อช่วยพิสูจน์เอกลักษณ์ของยา, ส่วนประเด็นการให้ยา NPH inj เกินขนาดเกิดจากการออกใบนัดฉีดยาโดยระบุขนาดผิดของหน่วยงานผู้ป่วยนอกทำให้หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินบริหารยาผิด ประเด็นนี้หน่วยงานผู้ป่วยนอกได้เพิ่มการ Double check และหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้เน้นย้ำการให้ยาผู้ป่วยจะต้องมีการ Double check กับโปรแกรม Host\_XP ทุกราย, ประเด็นการบริหารยา Favipiravir ซ้ำในเคส admit เนื่องจากโรคโควิดเป็นโรคอุบัติใหม่ยังไม่ได้มีการวางระบบการประสานยาเดิมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ระบบยาได้วางแผนทางปฏิบัติทำให้อุบัติการณ์การให้ยา Favipiravir ซ้ำลดลง

#### (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

ในปี 2565 มีการปรับปรุงบัญชียาความเสี่ยงสูงจากเดิม 17 รายการ เป็น 18 รายการ โดยการเพิ่มรายการยาใหม่ 1 รายการ เป็นยา Enoxaparin inj ปัจจุบันมีรายการยาในบัญชียา HAD 18 รายการ ได้แก่ Adenosine inj, Adrenaline inj, Dopamine inj, Amiodarone inj, Digoxin inj, Streptokinase inj, KCL inj, Cal.gluconate inj, Magnesium sulfate inj, Atropine inj, Levophed inj, Phenytoin inj, sodium bicarbonate inj, Naladorin inj, Naloxone inj, Nicardipine inj, Warfarin tab และ Enoxaparin inj

ผลการติดตามการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในปี 2562 พบรายงานอุบัติการณ์การ 2 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยใน 1 เคส เป็นการจ่ายยาวิธีผสม Adrenaline NB ผิด เป็นความเสี่ยงระดับ B และอีก 1 เคส เกิดอุบัติการณ์ยา SK ขาด stock เป็นความเสี่ยงระดับ H ส่วนในปี 2563 พบรายงานอุบัติการณ์การ 3 ครั้ง เป็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด 2 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B และจ่ายยา Warfarin ผิดเวลา ให้กับผู้ป่วยใน 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ C ในปี 2564 พบรายงานอุบัติการณ์การ 7 ครั้ง เป็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด 2 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B เป็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดความแรง 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B เป็นการสั่งใช้ยา Calcium Gluconate inj ผิดคน 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B เป็นการสั่งใช้ยา Digoxin inj แต่ไม่ได้คีร์คอม 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B และพบความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยา ทั้งหมด 2 ครั้ง เป็นการไม่ได้คัดลอกยา Levophed inj ลงในใบ MAR 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B และเป็นการคัดลอก KCL inj ผิดขนาด 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B ในปี 2565 พบรายงานอุบัติการณ์การ 3 ครั้ง เป็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B เป็นการสั่งใช้ยา Calcium

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Gluconate inj ผิดขนาด 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B และพบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาให้ผู้ป่วย 1 เคส เป็นการบริหารยา Adenosine inj ที่หมดอายุให้ผู้ป่วย 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ D ในปี 2566 พบรายงานอุบัติการณ์การ 5 ครั้ง เป็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B เป็นการสั่งใช้ยา KCL inj ผิดรูปแบบ Form ยา 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ B และพบจำนวนยา SK inj และ 10 % Magnesium inj ที่ stock ในหน่วยงานไม่ครบจำนวน 2 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ A

๑ การป้องกันและเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา HAD ที่ระบบยา กำหนดให้มีการใช้แบบฟอร์ม HAD ในการสั่งยาทุกครั้ง เพราะในแบบฟอร์มมีข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จะสั่งใช้ สามารถช่วยแพทย์ในการกำหนดขนาดยาและข้อควรระวังในการใช้ต่าง ๆ และมีข้อมูลในการช่วยพยาบาลในการเตรียมยา บริหารยา และติดตามอาการผู้ป่วยหลังให้ยา ทำให้เพิ่มความถูกต้อง รวดเร็วในการสั่งยา HAD มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถทวนสอบติดตามการสั่งใช้ยา ย้อนหลังจากเภสัชกรได้ ส่วนอุบัติการณ์ยา SK ขาด หลัก ๆ เกิดจากการไม่ได้ทำตามแนวทางการเช็คยาของ หน่วยงาน ER และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากแนวเดิมการเบิกจ่ายยา SK ไม่ได้ผ่านฝ่ายเภสัช ทางระบบยา จึงกำหนดหลังจากเบิกยา SK กลับมาจาก รพ ปิดตานี้ถ้าในเวลาให้ผ่านฝ่ายเภสัชกรมาก่อน ทุกครั้งแต่ถ้านอกเวลาให้ถ่ายรูปส่งผ่านทางไลน์ระบบยา แทนส่วนการป้องกันความไม่พร้อมใช้ของยา HAD ตัวอื่นระบบยาได้พัฒนาระบบการใช้ กล่องยา HAD, กล่อง PPH และ กล่องยา PIH หลังจากนั้นระบบยา มีการติดตามอุบัติการณ์ยา HAD ขาดตรงในรูปแบบ Risk register ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา HAD ขาดคราว แต่พบอุบัติการณ์บริหารยา HAD หมดอายุ และเสื่อมสภาพ ให้ผู้ป่วย 1 เคส เป็นความเสี่ยงระดับ D เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเช็คยาของเจ้าหน้าที่ ระบบยา กำหนดให้สมาชิกตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบยาหมดอายุหลังจากที่ระบบ Automatic line notify เตือนยาหมดอายุ ให้แจ้งทุกครั้ง ส่วนในเรื่องมาตรการปฏิบัติระบบยา มีการเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในหลายเรื่อง เช่น ปรับเปลี่ยนแนวทางการเบิกยา SK inj จาก รพ แม่ข่าย เป็นการจัดซื้อยาเอง ประเด็นการสั่งใช้ยา Warfarin ผิดจำนวนไม่ตรงกับวันนัด ผิดความแรง ผิดเวลา ระบบยา ได้จัดชุดคำสั่งที่ง่ายในการสั่งใช้ยา Warfarin และได้วางแผนจะให้เภสัชกรช่วยคิรียา แทนแพทย์ (อยู่ในช่วงการหารือกับทีม PCT)

## (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ

## (antimicrobial Stewardship) :

1. ผลการดำเนินการ พ.ศ.2562-2566 พบว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

โดยตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านในปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ 1. ร้อยละการใช้ยา ATB ในผู้ป่วย RI เท่ากับ 20.01% (เกณฑ์  $\leq 20\%$ ) 2. ร้อยละการใช้ยา ATB ในผู้ป่วย AD เท่ากับ 30.04% (เกณฑ์  $\leq 20\%$ )

3. การใช้ ATB ในผู้ป่วยแผลสดจากอุบัติเหตุ เท่ากับ 53.75% (เกณฑ์  $\leq 40\%$ ) 4. ร้อยละการใช้ยา ATB ในคนไข้คลอดปกติ เท่ากับ 12.64% (เกณฑ์  $\leq 10\%$ )

ปี พ.ศ. 2563 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่ 1. ร้อยละการใช้ยา ATB ในผู้ป่วย AD เท่ากับ 25.48% (เกณฑ์  $\leq 20\%$ ) 2. การใช้ ATB ในผู้ป่วยแผลสดจากอุบัติเหตุ เท่ากับ 41.88% (เกณฑ์  $\leq 40\%$ )

ปี พ.ศ. 2564 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่ 3. ร้อยละการใช้ยา ATB ในคนไข้คลอดปกติ เท่ากับ 13.04% (เกณฑ์  $\leq 10\%$ )

ปี พ.ศ. 2565 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่ 1. ร้อยละการใช้ยา ATB ในผู้ป่วย AD เท่ากับ 22.31% (เกณฑ์  $\leq 20\%$ ) 3. ร้อยละการใช้ยา ATB ในคนไข้คลอดปกติ เท่ากับ 14.02% (เกณฑ์  $\leq 10\%$ )

ปี พ.ศ. 2566 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่ 1. ร้อยละการใช้ยา ATB ในผู้ป่วย AD เท่ากับ 22.45% (เกณฑ์  $\leq 20\%$ )

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

โดยการดำเนินการช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 ได้มีการนำเรื่องเข้าประชุม PCT เพื่อหาแนวทางในการจัดการ RDU โดยมีการจะทำแนวทางการใช้ยา ATB ใน 4 โรค มีการกำกับ ติดตาม ส่ง ข้อมูลคืนแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการใช้ยาในตัวชี้วัด RDU มีการเข้าร่วม audit เวชระเบียนคนไข้ตลอดปกร่วมกับทีมเวชระเบียน แจ้งข้อมูลที่ไม่ผ่านแก่ผู้อำนวยการ รพ. เพื่อให้ นำเรื่องเข้า ที่ประชุมองค์กรแพทย์สาเหตุที่ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ผ่าน เนื่องจากที่ผ่านมา ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 เป็นช่วงเริ่มต้นการจัดการการใช้ ATB ใน เริ่มมีการนำ ATB ใน 4 กลุ่มโรค เข้าไป กำหนดแนวทางการจัดการในทีม PCT ทำให้ในปี พ.ศ. 2563-2566 อัตราการใช้ ATB ใน 3 โรค มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับปี 2562 ในส่วนของการใช้ ATB ในแผลฝีเย็บ พบว่า ใน บางครั้งที่มีการใช้ ATB คนไข้ตลอดอาจมีโรคทางเดินปัสสาวะร่วม แต่แพทย์ไม่ได้ลงวินิจฉัยไว้ ทำให้ตัวชี้วัดในบางปีเกินจากเป้าหมาย จึงได้มีแนวทางให้ฝ่าย audit เวชระเบียนแจ้งมายังฝ่ายเภสัช กรรมเมื่อพบที่มีการใช้ ATB ในคนไข้ตลอดแต่ไม่มีการลงวินิจฉัยการใช้ ATB ไว้ และในส่วนของ การใช้ ATB ในคนไข้ท้องเสีย พบว่า แพทย์บางท่านยังไม่มั่นใจในสุขลักษณะและความสะอาดของ อาหารที่บ้านคนไข้ จึงต้องให้ยาป้องกันไว้ก่อน โดยแนวทางแก้ไขต้องนำเข้าที่ประชุมทีม PCT เพื่อหาแนวทางร่วมกันโดยสหวิชาชีพต่อไป

## (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

การติดตามเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาพบว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นการสั่งผิดรูปแบบฟอร์มยาเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจึงพัฒนาทำตัวอักษรคนละสีใน รูปแบบยาหน้า ยาเม็ด ยาฉีด ที่แตกต่างกันในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP แต่ก็สามารถลดความคลาดเคลื่อนในประเด็นนี้ได้ไม่มาก ยังคงมีความเสี่ยงเกิดขึ้นอาจจะเป็นสาเหตุส่วน บุคคล ทางระบบยาจึงมีแนวทางรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทางไลน์เป็น real time ให้ทราบ (ดำเนินการ ปี 2563) หลังจากนั้นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยามีแนวโน้มที่ดี ขึ้นในปี 2566 จากการรื้อดูหน้างานพบว่าแนวทางที่ได้วางระบบไปแล้วผู้สั่งใช้ยาไม่รู้จักระบบหรือมาตรการที่ได้จัดทำไปแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่มาปฏิบัติงานใหม่ ระบบยาจึง ได้วางระบบการปฐมนิเทศเพื่อให้ทราบถึงแนวทางหรือมาตรการที่ได้จัดทำไปแล้ว

การติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงพบว่ามีความเสี่ยงเกี่ยวกับความพร้อมใช้ของยากลุ่ม HAD เกิดอุบัติเหตุการฉีดยา SK injขาดคราว ทางระบบยาจึงได้พัฒนาระบบการเบิกจ่ายยา SK โดยกำหนดให้หลังจากเบิกยา SK กลับมาจาก รพ. บัตรานีถ้าเป็นในเวลาให้ผ่านฝ่ายเภสัชกรรมก่อนทุกครั้งแต่ถ้านอกเวลาให้ถ่ายรูปส่งผ่านทางไลน์ระบบยาแทน ส่วนการป้องกัน ความไม่พร้อมใช้ของยา HAD ตัวอื่นระบบยาได้พัฒนาระบบการใช้ กล่องยา HAD, กล่อง PPH กล่องยา PIH และใช้แบบฟอร์มการให้ยา HAD ในการสั่งใช้ยา เติริยมยา บริหารยาและ การติดตามผล หลังจากปรับระบบแล้วและติดตามในรูปแบบ Risk register ไม่พบอุบัติเหตุเกี่ยวกับยา HAD ขาดคราวแต่พบอุบัติเหตุบริหารยา HAD หมดอายุและเสื่อมสภาพให้ ผู้ป่วย ระบบยาเน้นย้ำให้สมาชิกตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบยาหมดอายุหลังจากที่ระบบ Automatic line notify เตือนยาหมดอายุ ได้แจ้งทุกครั้งและปรับเปลี่ยนแนวทางการ เบิกยา SK inj จาก รพ. แม่ข่ายเป็นการจัดซื้อยาเอง

- ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา DUE ได้จัดทำให้ในยาสองกลุ่มได้แก่กลุ่มยา ATB ที่มีความเสี่ยงต่อการดื้อยาและกลุ่มยาที่มีราคาแพง กลุ่มยา ATB มี 2 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรก เป็นกลุ่มยา ATB ที่ไม่มีอยู่ในบัญชียา รพ. ซึ่งเวลาจะสั่งใช้ต้องมีการ consult ผ่าน stuff รพ. บัตรานีโดยการสั่งใช้ยาต้องมีใบ DUE ของ รพ. บัตรานี ส่วนยา ATB กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มยา ATB ที่มีอยู่ในบัญชียา รพ. ที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้ดื้อยาได้แก่กลุ่ม Antibiotic 3 รายการ คือ Augmentin inj , Ceftazidime inj และ Ofloxacin ส่วนอีกยาที่มีราคาแพงมี 2 รายการได้แก่ Seretide inh

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

และ Omeprazole inj ต่อมาในปี 2563 ระบบยาที่มีการปรับปรุงรายการยาที่อยู่ในบัญชี DUE โดยการยกเลิกรายการยา Ofloxacin และได้เอายา Ciprofloxacin เข้ามาแทนด้วยเหตุผลการเปลี่ยนแปลงแนวทางการใช้ยาที่เป็น Second line ของคลินิก TB ส่วนบัญชียาราคาแพงมีการเปลี่ยนแปลงโดยการตัดยา Omeprazole inj ออกและเอายา Hydrocortisone inj มาแทนที่ด้วยเหตุผลราคา Omeprazole inj ถูกลงและ Ranitidine inj ถูกลงจากท้องตลาด ส่วนการนำ Hydrocortisone inj เข้ามาด้วยเหตุผลการใช้ในเด็กแทน Dexamethasone inj ที่มีอยู่แล้วและใช้ในเคส adrenal insuff ในเคส septic shock และมีราคาแพงจากการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นว่าในปี 2564-2565 ความเหมาะสมในการใช้ยาลดลงเพราะผลจากการใช้ยาในช่วงโควิดที่มีการใช้ยา Hydrocortisone inj ที่มากกว่าปกติ

จากการติดตามความเหมาะสมในการสั่งใช้ยานอกเวลาของพยาบาลแทนแพทย์ในประเด็นการใช้ยา ATB ใน case URI และ AD หลังจากให้นำแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา ATB ในสองโรคหลักมาใช้ ทำให้มีอัตราการใช้ ATB น้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเจน

จากการทบทวนแนวทางการใช้ยาในโรคหืด (Asthma) ในประเด็นการใช้ยา Steroid inh และกำหนด Strategy ในการใช้ยา ทำให้มีการใช้ยา Steroid inh มากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

จากแนวทางการใช้ยาของคลินิก ACS ในเคส UA/NSTEMI และ STEMI ระบบยาต้องนำเข้ายา Enoxaparin inj เข้ามาในบัญชี รพ. โดยกำหนดเป็นยา HAD และทบทวนแนวทางการใช้โดยการนำแบบฟอร์มการสั่งใช้ยา HAD ทำให้เพิ่มความสะดวกและถูกต้องในการสั่งใช้ และได้มีนวัตกรรมจากงานผู้ป่วยในเป็นเป็นเข็มขัดระบุตำแหน่งการฉีด Enoxaparin inj ทำให้การบริหารยาได้ตรงตำแหน่งมากขึ้น

เพื่อป้องกันยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาในหน่วยงานต่างๆใน รพ. และรพสต. หมดอายุถึงตัวผู้ป่วยและเพื่อลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมดอายุ โดยไม่จำเป็น ระบบยาได้ดำเนินการต่อยอดแนวทางเดิมที่ใช้ปฏิทินสะกิดใจลดยาหมดอายุ พัฒนาเป็น CQI โดยใช้ Automatic line notify เตือนยาหมดอายุทำให้ทำงานสะดวกขึ้น

## II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

### (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

ทีมระบบยาได้กำหนดแผนในการอบรมให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยด้านยา ( Medical Safety ) แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาเป็นประจำทุกปี ปีละ 1 ครั้ง โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่น เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาผ่านการอบรมครบทุกคน โดยหัวข้อการอบรมที่ผ่านมา ได้แก่ การใช้ที่มีความเสี่ยงสูง การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การใช้ยาสมุนไพร ความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin การใช้ยาที่สมเหตุผล ( Rational Drug Use, RDU ) ความคลาดเคลื่อนทางยา ความปลอดภัยในการสั่งใช้ก็ัญยา เป็นต้น ส่วนในปี 2566 ระบบยาได้วางแผนการอบรมแนวทางการใช้ยาลดไขมันและแนวทางการใช้ยาในคลินิก Congestive heart failure แต่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนเพราะมีความขัดข้องในการเขียนโครงการและการถ่ายโอนของเจ้าหน้าที่ รพสต. ไป อบจ. นอกจากนี้ระบบยาได้กำหนดให้บุคลากรใหม่ที่เกี่ยวข้องในการสั่งใช้ยา ได้รับการปฐมนิเทศเรื่องระบบยา 100% และสนับสนุนให้เภสัชกรและเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมเข้าร่วมการอบรมทางวิชาการด้านเภสัชกรรม อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง/ปี

### (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ระบบยาได้วางระบบการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญผู้ป่วยที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยในการสั่งจ่ายผู้ป่วยนอก คือ

การกำหนดให้มีเครื่องคอมพิวเตอร์ในการใช้งานโปรแกรม HOSxP ทุกจุดบริการ โดยเฉพาะจุดจ่ายยาเภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยจากโปรแกรม HOSxP ได้เช่น ประวัติการแพ้ยา น้ำหนักตัว การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและ ประวัติเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ตั้งครรภ์ G6PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea และ warfarin

กำหนดให้มีข้อมูลประวัติเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ตั้งครรภ์ G6PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea,warfarin และ on NG tube ในใบนำส่งผู้ป่วย

ระบบยาได้วางระบบการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญผู้ป่วยที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยในการสั่งจ่ายผู้ป่วยใน คือ กำหนดให้มีการใช้ตาราง Medical safety บั้มใน chart ผู้ป่วยซึ่งมีข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยเช่น แพ้ยา ตั้งครรภ์ G6PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea,warfarin และ on NG tube

การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

ระบบยาได้วางระบบการเข้าถึงข้อมูลยาจำเป็น คือ

- 1.กำหนดให้มีการ update บัญชีรพ.และบัญชียาในหน่วยงาน บัญชียา refer back ทำเป็นรูปเล่มและแจกจ่ายให้หน่วยงานปีละ1 ครั้ง ในปี 2566 ได้พัฒนารูปแบบเป็นแบบ google form ทำให้สามารถเข้าถึงและแก้ไขได้ง่าย
- 2.มีการแจกจ่ายคู่มือการใช้ยาให้ทุกงานหน่วยที่เกี่ยวข้องคู่มือความปลอดภัยในการใช้ยาในหญิงมีครรภ์ ให้นมบุตร คู่มือการใช้ยาฉีด เป็นต้น
- 3.กำหนดให้ใช้แบบฟอร์มการสั่งจ่าย HAD ทุกครั้งที่มีการสั่งจ่าย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจ
- 4.กำหนดให้ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายสามารถเข้าถึง Internet ได้
- 5.มีแนวทางการ consult เภสัชกรให้กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเภสัชกรผู้จ่ายยาสามารถพูดคุยแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติได้อย่างชัดเจนในกรณีที่มีเคสพิเศษต้องให้บริการ drug consulting จะให้บริการที่โต๊ะทำงานของเภสัชกร ในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพ.สต.หรือการออกเยี่ยมบ้านแล้วพบปัญหาการใช้ยา เจ้าหน้าที่สามารถ consult เภสัชกรผ่านระบบ line ได้ตลอดเวลา รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมารับยาที่ รพ. ก็จะมีการจัดยาให้ผู้ป่วยตามระบบ new normal ของทีม NCD รวมทั้งการประสานกับ รพ.ปัตตานี เพื่อรับและจ่ายยาตามโครงการเติมยาของ รพ.ปัตตานี

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

ระบบเตือนผู้สั่งจ่ายยาในกรณีที่มีการสั่งจ่ายที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ การแจ้งเตือนการเกิด Drug-Drug Interaction พร้อมกับแนวทางการจัดการ DI เหล่านั้น การแจ้งเตือนการสั่งจ่ายที่ห้ามใช้หรือระมัดระวังในผู้ป่วยตั้งครรภ์โดยมีกล่องข้อความเตือนในกรณีการสั่งจ่ายที่มี Preg Cat ระดับ D และ X รวมทั้งการเตือนข้อบ่งชี้ที่เพิ่มเติมของผู้ป่วย เช่น กำลังใช้ยา warfarin

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

G-6-PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea ,ผู้ป่วยที่เคยรับยา SK ,ความสามารถในการใช้ยาพ่นคอ และมีกล่องข้อความเตือนในกรณีการสั่งใช้ยาในกลุ่มยาที่ต้องประเมินการใช้ยา (DUE) เป็นต้น

## (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

การสั่งใช้ยา โดยแพทย์จะมีการสั่งใช้ยาในห้องตรวจผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความสว่างเพียงพอ และเป็นสัดส่วน สามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วยได้ มีการจัดเตรียมยา จ่ายยา และบริหารยาในสถานที่สะอาด มีพื้นที่เพียงพอ ความสว่างพอเพียง เกสซักรผู้จ่ายยาสามารถพูดคุยแนะนำการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติได้อย่างชัดเจนในกรณีที่มีเคสพิเศษต้องให้บริการ drug consulting จะให้บริการที่โต๊ะทำงานของเกสซักร

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

## (1) การจัดหา:

ทางฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จัดซื้อยาตามบัญชีรายการยาโรงพยาบาลและตามแผนจัดซื้อยาประจำปี โดยการจัดทำแผนจัดซื้อและเสนอขายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานีเป็นผู้อนุมัติแผนจัดซื้อ ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม ทุกปี โดยมีการจัดซื้อตามรายการยาร่วมระดับเขต และระดับจังหวัด โดยในการจัดซื้อ/จัดหายาให้หลีกเลี่ยงการซื้อยาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยาได้ง่ายกรณียาขาดแคลนหรือขาดครว จะมีการแจ้งเตือนให้ผู้สั่งใช้ยาทราบในระบบ HOSXP ขณะสั่งยา พร้อมทางเลือกในการใช้ยาตัวอื่นแทนมีการสำรองยาช่วยชีวิต วัคซีน หรือเซรุ่มที่เพียงพอ ในกรณีที่ผู้จำหน่ายไม่สามารถจัดส่งได้ จะมีการเบิกจาก รพ.ปัตตานี โดยผ่านระบบ antidote ของ สปสช. ตัวอย่างเช่น เซรุ่มงูกะปะ Diphtheria antitoxin ( DAT ) กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชี รพ. จะดำเนินการโดยเป็นไปตามข้อกำหนดของรายการยา refer back จังหวัดปัตตานี ( มีการจัดรายการยา refer back เป็น 3 กลุ่มคือ 1) ยาที่ รพช.ต้องมีในบัญชียา รพช. 2) ยาที่ รพ.ปัตตานี จ่ายให้มาบางส่วนและให้ รพช.จัดหาเพิ่มเติมเอง และ 3.) ยาที่ รพ.ปัตตานี จ่ายมาให้จนครบแผนการรักษา ) โดยถ้าเป็นการขอใช้ยานอกบัญชียา รพ จะต้องเป็นยาที่อยู่ในบัญชียา refer back เท่านั้น ส่วนกรณี consult staff แล้ว staff ระบุให้ใช้ยานอกกรอบบัญชียา รพ. จะอนุมัติให้เบิกยานั้นๆได้เฉพาะที่เป็นผู้ป่วยในเท่านั้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการขอใช้ยานอกกรอบบัญชียา รพ. ในผู้ป่วยในที่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่อยู่ในบัญชี ค หรือ ง เช่น Meropenam, Piperacillin/Salbactam , Vancomycin เป็นต้น โดยมีการบันทึกไป DUE และอนุมัติโดยแพทย์เฉพาะทาง รพ.ปัตตานี

## (2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

ระบบการสำรองยามีการใช้โปรแกรม drug.mde ในการจัดการคลังเวชภัณฑ์ โดยมีอัตราการสำรองคลังยาเฉลี่ยในปี 2564-2566 เป็นดังนี้ 1.73, 2.00 และ 2.16 เดือนตามลำดับ (มาตรฐานไม่เกิน 2 เดือน) จะพบว่าอัตราการสำรองคลังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการปรับระบบนัดผู้ป่วยเฉลี่ยมากกว่า 60 วันรวมทั้งการแจ้งขาดยาจากบริษัทผู้ผลิต (โดยเฉพาะยาโรคเรื้อรัง ) ทำให้มีปริมาณยาบางรายการไม่สามารถจ่ายให้ครบจำนวนตามวันนัดได้ จำเป็นต้องนัดมารับยาเพิ่มเติม ( เกิดขาดครว ) ทางงานคลังยาจึงได้กำหนดให้มีการสำรองยาโรคเรื้อรังในปริมาณที่สูงขึ้น และจัดซื้อครวละ 3 เดือนในกลุ่มยาที่ไม่พบว่าการแจ้งขาดครว และจัดซื้อครวละ 4 เดือนในกลุ่มยาที่ประสบปัญหาแจ้งขาดครวมาก่อน พบว่าหลังการดำเนินการ อัตราขาดครวมีค่าลดลงจาก 14 รายการ/ปี ในปี 2564 เหลือ 7 รายการ/ปี ในปี 2566 และยาโรคเรื้อรังมีจำนวนรายการลดลง จาก

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

6 รายการในปี 2564 เหลือ 3 รายการในปี 2566 โดยงานจัดซื้อได้เพิ่มกระบวนการติดตามผลการจัดซื้อหลังจากสั่งซื้อแล้ว 7 วัน และประสานการยืนยันวันที่ที่บริษัทแจ้งว่าไม่สามารถส่งทันตามกำหนดได้ ( กำหนดส่งไม่เกิน 15 วัน ) เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายขาดครวในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง นอกจากนี้คลังยาได้จัดเก็บเวชภัณฑ์ที่มีการแยกเก็บยาตามมาตรฐาน โดยมีการบันทึกอุณหภูมิเป็นประจำทุกวันทั้งอุณหภูมิคลังยาและอุณหภูมิตู้เย็นมีระบบวงจรปิดหน้าคลังยา เพื่อตรวจสอบการเข้า-ออกคลังยาใช้ระบบ data logger ในการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น มีการเชื่อมโยงระบบออนไลน์เพื่อแจ้งเตือนทางโทรศัพท์กรณีอุณหภูมิตู้เย็นอยู่นอกช่วง 2-8 องศาเซลเซียสกำหนดให้มีการจัดเก็บ morphine ,pethidine ,KCL inj ในชั้นลิ้นชักและกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบเฉพาะกำหนดให้มีการทบทวน-ตรวจสอบยาหมดอายุทุก 3 เดือน (สามารถตรวจสอบจากโปรแกรมบริหารคลังเวชภัณฑ์ได้)

ปี 2565 ระบบยาได้พัฒนาระบบการเตือนและบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่ใกล้หมดอายุในหน่วยงานต่างๆใน รพ.และรพสต.โดยผ่านทางไลน์ในรูปแบบอัตโนมัติ (Automatic Line Notify) พบว่าเราสามารถลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุโดยไม่จำเป็นในปี 2565 ได้เป็นจำนวนทั้งหมด 81 รายการ จากทั้งหมด 93 รายการ คิดเป็นมูลค่าเป็น 37,023บาท ในจำนวนนี้มียาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุจริงที่ไม่สามารถจัดการได้ เพียง 12 รายการ และในหกเดือนแรกของปี 2566 เราสามารถลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนทั้งหมด 34 รายการ จากทั้งหมด 42 รายการ คิดเป็นมูลค่าเป็น 5,539บาท เป็น CQI ของระบบยาที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัด

### (3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

มีการดำเนินการจัดทำกล่องยาฉุกเฉินสำหรับสำรองไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย ในกล่องจะมีรายการยาฉุกเฉินจำนวนรายการยาฉุกเฉินที่เหมาะสมแต่ละหน่วยงานเพื่อลดปริมาณการสำรองยาที่ไม่จำเป็นของหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 12 รายการ ห้องผู้ป่วยใน จำนวน 10 รายการ และห้องคลอด จำนวน 8 รายการ โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการระบบยาแล้วโดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ หลังจากเปิดใช้กล่องยาเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถ้าในเวลาให้แต่ละหน่วยงานนำกล่องที่ใช้แล้วมาแลกเปลี่ยนกับฝ่ายเภสัชกรรมทันทีแต่ถ้านอกเวลาที่ฝ่ายเภสัชกรรมปิดให้มาแลกเปลี่ยนในวาระการเกิดเหตุไม่เพียงพอในการใช้ให้แต่ละหน่วยงานใช้กล่องสำรองที่เก็บในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากกล่องยาฉุกเฉินแล้ว ระบบยาได้จัดให้มีกล่องยา PPH และ PIH สำรองในหน่วยงานห้องคลอดและหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีแนวทางปฏิบัติเหมือนกับการใช้ยาในกล่องยาฉุกเฉิน

ในการจัดยาในกล่องยาฉุกเฉินกล่องยา PPH และ PIH ทุกครั้ง จะมีป้ายระบุรายการยา จำนวนยา วันหมดอายุ พร้อมทั้งผู้จัดยาและผู้ตรวจสอบ วันที่จัดยา ติดที่หน้ากล่องยาทุกครั้ง

### (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

ห้องยาเปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.30-20.30 น. หลังจากเวลาดังกล่าวจะมียาสำรอง ณ ห้องฉุกเฉินตามรายการที่ได้กำหนดโดย PTC โดยพยาบาลเป็นผู้จ่ายยา และเภสัชกรเช็คใบเบิกยาของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในแต่ละวันโดยมีแนวทางการทบทวนการจ่ายยาของห้องฉุกเฉินดังนี้

1. พิจารณาดูตัวยาที่สั่งจ่ายว่ามีความสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยโรคที่ระบุไว้ในใบสั่งยาหรือไม่
2. พิจารณานาขนาดยา (Dose) ที่จ่ายไปว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ โดยเทียบจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วยกับขนาดยาที่สั่งจ่าย
3. พิจารณาตัวยาที่สั่งจ่ายว่ามียาที่สามารถเกิด DI (Drug Interaction) กันได้หรือไม่
4. หากพบความผิดพลาด ต้องแจ้งให้หน่วยงานทราบและดำเนินการแก้ไขทันทีถ้ามีความจำเป็น ลงบันทึกความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในสมุดบันทึกทบทวนการจ่ายยาและรายงานเป็น

ความคลาดเคลื่อนทางยา

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ในรอบสามปีที่ผ่านมา ระบบยาได้จัดทำรถเข็นสต็อกยานอกเวลามาใช้เพื่อลดการสต็อกยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และได้ติดตามความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยามื้อห้องยาปิด พบคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาทั้งหมด 35 ครั้งพบในปี 2564 จำนวน 16 ครั้ง ในปี 2565 จำนวน 10 ครั้งและในปี 2566 จำนวน 9 ครั้งในจำนวนนี้เป็นการจ่ายยาวิธีการกินยาผิดที่ถึงตัวผู้ป่วย 2 ครั้ง เป็นความเสี่ยงระดับ D และเป็นการให้ยาผู้ป่วยผิดขนาดอีก 2 ครั้ง เป็นความเสี่ยงระดับ D ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการสั่งยาไม่ได้คียาหรือคียาจำนวนผิดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรายได้ของ รพ. และปริมาณสต็อกยาที่เป็นจริง จากการทบทวนสาเหตุเกิดจาก ความตระหนักรู้ของบุคลากรและยาที่เป็น LASAทางระบบยาจึงได้นำมาตรการLASA จัดยาในรถเข็นสต็อกยานอกเวลาและผลักดันข้อมูลการลิมิตียาเข้าหารื้อในทีมจัดหารายได้ของ รพ. เพื่อสร้างความตระหนักให้บุคลากร

ในกระบวนการให้บริการ กรณีที่พบปัญหาในการสั่งใช้ยา ผู้สั่งใช้ยาสามารถปรึกษาจากระบบ pharmacist oncall ได้ทันที  
กรณีผู้ป่วยรับยาที่ไม่มีในสต็อกห้องฉุกเฉิน

เมื่อมีผู้ป่วยจำเป็นต้องการใช้ยาที่ไม่มีในสต็อกห้องฉุกเฉิน

กรณีไม่เร่งด่วน ให้เขียนใบค่างยาให้ผู้ป่วยมารับในวันรุ่งขึ้น

กรณีเร่งด่วน ให้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมได้ตลอดเวลาโดยเรียก pharmacist oncall ตามตารางการปฏิบัติงาน จากนั้นเภสัชกรจะเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการต่อไป

ในรอบสามปีที่ผ่านมาพบ มีอุบัติการณ์การ การใช้ระบบ Pharmacist consult เพื่อเบิกยาให้กับผู้ป่วยนอกเหนือบัญชียานอกเวลา จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ Clindamycin inj, Enoxaparin inj, TB drug และ cefazolin inj ระบบยาจึงกำหนดเพิ่มรายการยาดังกล่าวในบัญชียานอกเวลา ยกเว้นยา TB ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยจะนัดผู้ป่วยมารับยาในตอนเช้าและกำหนดให้มีการทบทวนบัญชียานอกเวลาเมื่อห้องยาปิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

**(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:**

ยารับคืนมาจาก 3 ส่วน คือ

1. มีการคืนยาที่แพทย์สั่งยุดีการใช้โดยเมื่อรับคำสั่งยุดีการใช้ยาพยาบาลจะนำลงจากลิ้นชักของผู้ป่วยใส่ตะกร้ายารับคืนทันที และทันทีที่รถยามาถึงห้องยาเภสัชกรก็จะนำยาออกจากตะกร้ายารับคืนทันทีที่รับคำสั่งใช้ยา ยาที่ต้องส่งคืนคือยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ในผู้ป่วยหรือยาที่เบิกเกิน
2. การรับคืนยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาในคลังยาสำรอง(ในหอผู้ป่วย,ห้องฉุกเฉินและห้องคลอด)และรพสต. จะใช้ระบบการเตือนจาก Automatic line notify เตือนยาหมดอายุโดยมีแนวทางดังนี้
  - ระบบการแจ้งเตือนผ่านทางไลน์อัตโนมัติ จะแจ้งเตือน สามรอบ คือ
    - วันที่ 1 ของเดือน ระบบจะแจ้งเตือนรายการที่จะหมดอายุในอีก 3 เดือนข้างหน้าเพื่อให้ทีมดำเนินการตรวจสอบและมาแลกคืนกับคลังยาเช่น วันที่ 1/2/66 ระบบจะแจ้งเตือนรายการ ที่จะ exp. เดือน 4/66
      - ทุกวันสิ้นเดือน ระบบจะแจ้งเตือนรายการที่จะหมดอายุในเดือนที่จะถึงเพื่อให้ทีมดำเนินการตรวจสอบและส่งคืนคลัง
    - เช่น วันที่ 28/2/66 ระบบจะแจ้งเตือนรายการ ที่จะ exp. ในเดือน 3/66
      - 1 วันก่อนถึงวันหมดที่อายุจริงใช้เดือนกรณีที่คลังมีคำสั่งให้ใช้จนกว่าจะหมดอายุจริง เพื่อให้ทีมดำเนินการตรวจสอบและส่งคืนคลังทันที

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

เช่น วันที่ 29/3/66 ระบบจะแจ้งเตือนรายการที่จะ exp. วันที่ 30/3/66

ส่วนการจัดการรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุที่ใกล้หมดอายุ 3 เดือน มี 3 แนวทางดังนี้

- 2.1 ขอความร่วมมือจากแพทย์เพื่อสั่งใช้ยา
- 2.2 แลกใช้ระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก
- 2.3 แลกคืนบริษัทที่จัดจำหน่าย
3. การรับคืนจากผู้ป่วย จะมีการตรวจสอบสภาพยาก่อนกลับมาใช้ เช่น อายุของยา สภาพของยาก่อนจะนำมาใช้กับผู้ป่วย ถ้าไม่แน่ใจจะกำจัดทิ้ง

### II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

กรณีผู้ป่วยนอก

1. ผู้สั่งใช้ยาจะสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ที่มีระบบเตือนต่างๆ เช่น ยาที่เป็นคู่ DI, ยาที่เป็น Category D และ X และในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับ Medical safety เช่น กำลังใช้ยา warfarin , G6PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea ,ผู้ป่วยที่เคยรับยา SKและข้อมูล Medical safety นี้ยังเตือนอยู่ในใบนำส่งผู้ป่วยด้วยนอกจากนั้นระบบยา ได้ดำเนินการใช้ Tall man letter ในการเตือนยา LASA และทำตัวอักษรคนละสี สร้างความแตกต่างระหว่างรูปแบบยาในฐานข้อมูลยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา
2. ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาในกลุ่มยา HAD โดยกำหนดให้ใช้แบบฟอร์มการ HAD ทุกครั้งรวมทั้งได้กำหนดแนวทางการส่งยาทางโทรศัพท์สำหรับกลุ่มยา HAD
3. ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาฉีด ให้ผู้สั่งใช้ยานอกจากสั่งยาในโปรแกรม HostXP แล้วให้สั่งยาในใบนำส่งผู้ป่วยด้วย
4. ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยานอกเวลาแทนแพทย์สำหรับพยาบาล โดยการกำหนดกรอบบัญชียาที่พยาบาลสามารถสั่งยาได้และต้อง Consult แพทย์ก่อนจ่ายยา และออกแบบฟอร์มการประเมินการใช้ยาของ RDU ก่อนสั่งยาสำหรับพยาบาล
5. ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งยาที่อยู่ในบัญชียา DUE ต้องใช้ใบ DUE ประกอบในการสั่งยาทุกครั้งเสมอ ยกเว้น ยา Seretide inh ใช้เฉพาะครั้งแรกเท่านั้น
6. ถ้าพบความคลาดเคลื่อนหรือความไม่เหมาะสมจากการสั่งยา เภสัชกรจะประสานแพทย์ผู้สั่งยาเพื่อแก้ไข และเก็บข้อมูลเพื่อวางระบบและหาแนวทางแก้ไข
7. ระบบยาได้กำหนดให้ผู้สั่งยาโทรประสานเภสัชกรกรณีมีการเพิ่มรายการยาหลังจากที่มีการส่งข้อมูลไปยังฝ่ายเภสัชแล้ว
8. กรณีมีการสั่งใช้ยา Allopurinol และ Carbamazepine ให้มีการตรวจยีนส์แพ้ยา Allopurinol (HLA-B\*58:01) และ Carbamazepine (HLA-B\*1502) และให้มีผลการตรวจยีนส์ถึงจะสามารถสั่งยาได้

กรณีผู้ป่วยใน

1. แพทย์จะสั่งยาลงในใบ Doctor order sheet ที่มีระบบเตือนต่างๆในเรื่อง Medical safety ในใบ Doctor order sheet โดยทำตราขยับี้ม เช่น กำลังใช้ยา warfarin , G6PD ,GFR หรือ CrCl ,Thallasimea ,ผู้ป่วยกำลัง on NG tube, ตั้งครุฑและกำลังให้นมบุตร

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

2.ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งจ่ายยาในใบ Doctor order sheet เช่น แนวทางการสั่งจ่ายที่เป็น LASA ,ยาที่มีหลายความแรง,แนวทางการใช้การใช้ตัวย่อที่ไม่สากล และแนวทางการOff ยา

3.พยาบาลจะรับคำสั่งแล้วถ่ายถอดคำสั่งจ่ายลงในใบบันทึกการบริหารยา ( MAR) จากนั้นจะส่งต่อใบDoctor order sheet และใบ MAR ให้แก่ฝ่ายเภสัชกรรม เพื่อบันทึกข้อมูลยาและวิธีการบริหารยาลงในโปรแกรม HOSxPแล้วจึงพิมพ์ใบสั่งยาและฉลากยา เพื่อจัดยาในระบบ Unit dose ให้เภสัชกรตรวจสอบก่อนจัดลงในลิ้นชักเกอร์รดยาผู้ป่วย และส่งมอบยา พร้อมทั้งใบ Doctor order sheet และใบ MARให้พยาบาลเป็นผู้บริหารให้ผู้ป่วยต่อไป

## (1) medication reconciliation:

กรณีผู้ป่วยในระบบยาที่มีการออกแบบ แบบฟอร์ม med reconciled ให้เป็นส่วนหนึ่งของใบ admission form ระบบยาได้กำหนดให้มีการลอกยาเดิมผู้ป่วยและข้อมูลการกินยามือสุดท้าย และใช้ข้อมูลรายการจ่ายนี้เป็นคำสั่งจ่ายยาแรกรับของแพทย์ โดยแพทย์อาจจะมีการ Off หรือ add on ยาบางตัวเพิ่มเติมได้ ทำให้เกิดการบูรณาการเข้ากับงานประจำทำให้ไม่เกิดการ ทำงานที่ซ้ำซ้อน โดยกำหนดแนวทางการทำปฏิบัติดังนี้

- 1.กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง admit จาก OPD ให้แพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เขียน รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับล่าสุดทั้งหมดพร้อมเวลากินยามือล่าสุด
- 2.กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง admit จาก ER ถ้าแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เขียน รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับล่าสุดทั้งหมดพร้อมเวลากินยามือล่าสุด
- 3.เภสัชกรทำหน้าที่ทวนสอบรายการยาเดิมและหาข้อมูลการจ่ายยาเดิมกรณีผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมหรือกรณีที่ไม่สามารถหาข้อมูลยาเดิมผู้ป่วยได้
- 4.กำหนดกรอบเวลาที่จะต้องทำกระบวนการนี้ให้เสร็จภายในเวลา 24 ชั่วโมง
- 5.ระบบยาได้กำหนดแนวทางเพิ่มเติมกรณีเคส refer back ให้เขียนรายการยาเดิมในช่อง Med reconciled
- 5.กรณีผู้ป่วยกD/C กลับบ้านเภสัชกรจะทำการตรวจสอบคำสั่ง Home medและคัดลอกข้อมูลยาเดิมของผู้ป่วยในแบบฟอร์ม med reconciled และให้ผู้ป่วยพร้อมกับยาผู้ป่วยกลับบ้าน

กรณีผู้ป่วยนอกในระบบยาที่มีการออกแบบการจัดการประวัติรายการจ่ายยาเดิมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากการ Update ข้อมูลการจ่ายยาในสมุดโรคเรื้อรังของผู้ป่วยแล้ว ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้ กำหนดให้ Print หัวกระดาษ Sticker ฉลากยาทุกครั้ง ซึ่งจะมีข้อมูล จำนวนรายการยาและจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละครั้ง ให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปด้วย

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

โรงพยาบาลแม่ลานมีการใช้โปรแกรม HOSxPในการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในฐานะข้อมูลยาจะมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ ทั้งในเรื่องรายการยาใหม่ หรือรายการยาเดิมของผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแม่ลาน และมียาเดิมที่ไม่มีในบัญชียา รพ. โดยจะมีข้อความ (ยาเดิมผู้ป่วย) ปรากฏที่หลังชื่อยาที่แพทย์จะสั่ง และมีกล่องข้อความเตือน “เป็นยาเดิมผู้ป่วย ไม่มีในบัญชียา รพ.แม่ลาน “ เตือนผู้สั่งจ่าย ถ้าเผลอเลือกสั่งจ่ายนี้ นอกจากนี้ยังมีระบบเตือนต่างๆ ในการสั่งจ่าย เช่น การแพ้ยา โรค G-6-PD การเกิด Drug interaction ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยที่ใช้วาร์ฟารินผู้ป่วย thalassemia เป็นต้น

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

ผู้ป่วยที่ admit ใหม่ ในช่วงเวลา 08.30- 20.30 น. จาก OPD หรือ ER จะมีการจัดยามื้อแรกหรือยา stat dose ที่ห้องยา จะมีการตรวจทานประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ก่อนที่จะบันทึกรายการยาลงในโปรแกรม HOSxP และจัดยาส่งให้ OPD หรือ ER บริหารยาให้กับผู้ป่วยต่อไป

กรณีที่ admit ระหว่างเวลา 20.30 – 08.30 น. พยาบาลจะเป็นผู้จัดยามื้อแรกให้กับผู้ป่วย โดยถ้ามีประเด็นปัญหาจากการสั่งใช้ยา จะมีการปรึกษาจาก oncall pharmacist ก่อน หลังจากนั้นเภสัชกรจะมีการตรวจทานคำสั่งใช้ยาซ้ำอีกครั้ง ในการเบิกยามื้อถัดไปหรือในระหว่างการ round ward ของเภสัชกรในแต่ละวัน

## กรณีการสั่งใช้ยาฉุกเฉิน (HAD)

1. ถ้ามีการสั่งยาทางโทรศัพท์ ระบบยาได้กำหนดแนวทางการสั่งยาและรับคำสั่งทางโทรศัพท์ เช่น ต้องสื่อสารเป็น two way และ กำหนดกลุ่มยาที่แพทย์ต้องลงมาดูผู้ป่วยหลังสั่งยา 1 ชั่วโมงและภายใน 24 ชั่วโมง
2. ระบบยาได้กำหนดให้หลังจากมีการสั่งใช้ยา HAD ในเคสผู้ป่วยนอกให้ส่งใบสั่งใช้ยา HAD ให้เภสัชกรทวนสอบย้อนหลังภายใน 24 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยในเภสัชกรจะตามไปทวนสอบใน Chart ผู้ป่วย

## (2) การจัดเตรียมยา:

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนมีการเตรียมยาที่เป็นลักษณะของ freshly prepare และแบ่งบรรจุยา prepack ณ จุดปฏิบัติงานที่มีอากาศถ่ายเทอุณหภูมิและแสงสว่างที่เหมาะสม รวมทั้งมีความสะอาดและเป็นระเบียบ ยาที่เตรียมได้แก่ Oseltamivir syrup ซึ่งจะเตรียมให้ผู้ป่วยเป็นมื้อ ๆ ตามจำนวนมื้อที่แพทย์สั่ง ส่วนรายการ prepack ยา จะเป็นรายการยาที่ไม่สามารถสั่งซื้อเป็นแบบแผงได้ โดยจะมีสมุดคুমยา prepack เพื่อตรวจทานรุ่นการผลิตยาและการระบุวันหมดอายุของยา prepack ในกรณีที่มีปัญหา เมื่อดำเนินการ prepack เสร็จแล้วจะมีการสุ่มตรวจความถูกต้องของการ prepack โดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ได้รับมอบหมายก่อนนำไปจ่ายให้กับผู้ป่วย

## (3) การติดตามยา:

ใช้ฉลากยาจากการพิมพ์ฉลากจากระบบ HOSxP โดยในฉลากยาจะประกอบด้วย ชื่อสถานพยาบาล วันที่สั่งใช้ยา คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล HN ชื่อยา และความแรง จำนวนยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยา คำแนะนำในการใช้ยา มีการเพิ่มเติมข้อความและคำเตือนในการใช้ยา 13 กลุ่ม ตามเกณฑ์ RDU ทั้งในฉลากยาและเอกสารแนบในซองยาเพิ่มเติม มีการใช้ฉลากเสริมในกรณียาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มฉลากยาแบบรูปภาพสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin และมีค่า INR นอกเหนือระดับที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถทานยาได้ถูกต้องมากขึ้น มีการติดตามยาที่ขาดสารน้ำสำหรับจ่ายให้ผู้ป่วยในทุกสาย รวมทั้งยาในระบบ unitdose ด้วย

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## (4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

ในการจัดยาผู้ป่วยใน ยาทุกรายการจะมีการติดฉลากระบุชื่อยาและผู้ป่วย รวมถึงสารน้ำด้วย โดยห้องยาจะจัดยาเป็นมือ ๆ สำหรับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป โดยผู้จัดยาจะจัดยาตามคำสั่งแพทย์ และให้เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบยาตามคำสั่งแพทย์ซ้ำอีกครั้ง จากนั้นจึงจัดยาตามมือลงในช่องยาของผู้ป่วย(ในรถเข็นจัดยา) และห้องยาต้องจัดให้เสร็จสิ้นและส่งมอบรถจัดยาให้แก่หอผู้ป่วยในภายในเวลา 15.30 น.ของทุกวัน เพื่อให้พยาบาลตรวจสอบยาและแจกยาให้กับผู้ป่วยต่อไป ในการจัดยาทุกครั้งจะต้องมีฉลากยาแนบไปกับยาด้วย

การส่งมอบกล่องยาฉุกเฉินทดแทนกล่องเดิมที่ใช้ไประบบยามีการดำเนินการเพิ่มกล่องยาฉุกเฉินที่เป็นกล่องกลางสำรองไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นกล่องสำรองและได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมในประเด็นรอบเวลาในการแลกเปลี่ยนกล่องยาฉุกเฉินคือ ถ้าในเวลาให้แลกเปลี่ยนคืนทันที ถ้านอกเวลาให้แลกเปลี่ยนคืนในตอนเช้า

## (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

ในการ D/C ผู้ป่วยกลับบ้าน ห้องยาจะเป็นผู้จ่ายยาให้กับผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง โดยทบทวนวิธีการใช้ยา รายการยาที่เพิ่มขึ้นหรือรายการยาที่แพทย์ให้หยุดแจ้งแก่ผู้ป่วยหรือญาติทราบ กรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาฟันคอค เภสัชกรจะแนะนำวิธีการใช้กับผู้ป่วยโดยตรง ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน (ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาเองได้ก็จะไปแนะนำวิธีการใช้ยาที่เตียงผู้ป่วยแทน)

## การจ่ายยาให้ผู้ป่วย

## 1.การตรวจสอบก่อนจ่ายยา

- ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย,ชื่อยา,ตัวยา,จำนวนยา,วิธีการใช้ยาและคำแนะนำเพิ่มเติมบนฉลากยาของยาแต่ละตัวให้ตรงกับรายการยาในโปรแกรม HOSxP
- ตรวจสอบวันหมดอายุยานซองยา pre-pack หรือบนแผงยา

## 2.การจ่ายยาให้ผู้ป่วย

- ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย,ชื่อยา,ตัวยาและวิธีการใช้ยาให้ถูกต้องตามยาในโปรแกรม HOSxP
- เรียกชื่อผู้ป่วยมารับยา
- ให้ทวนชื่อผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยหรือญาติมารับยา
- สอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย
- อธิบายสรรพคุณของยา,วิธีใช้ยา,อาการข้างเคียงของยา(ถ้ามี)และข้อแนะนำเพิ่มเติมในการใช้ยาแต่ละตัวรวมทั้งการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่าง ๆ เช่น ยาหยอดตา ยาสูดพ่น ยา

ผงละลายน้ำ เป็นต้น

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

II-6.2 ค. การบริหารยา

## (1) การบริหารยาการใช้แบบบันทึกการให้ยา(Medication Administration Record;MAR)การตรวจสอบซ้ำ:

ข้อมูลจากหอผู้ป่วยใน

แนวทางก่อนให้ยาผู้ป่วยใน

- เจ้าหน้าที่ห้องยาโทรประสาน Incharge
  - แจ้งผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือ คนงาน รับยาจากห้องยา
  - บันทึกเวลาที่เจ้าหน้าที่ห้องยาโทรมาแจ้งว่ารถยาเสร็จแล้ว ลงในแฟ้มตารางการตรวจสอบการบริหารยาแผนกผู้ป่วยในที่อยู่บนรถเข็นยา
  - Incharge และ Leader ตรวจสอบความถูกต้องทั้งยา กิน ยาฉีด และยา รูปแบบอื่น ๆ โดยตรวจสอบ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาด วิธีการให้ เวลาให้ยา Inchargeจะเป็นผู้ขานยาตาม Order และ Medication Record ส่วน Leader เป็นคนตรวจสอบยาที่จัดกับฉลากหน้าซองยาให้ตรงกัน
  - หากพบความคลาดเคลื่อนให้บันทึกในแบบฟอร์ม และแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องยาทางโทรศัพท์ทราบก่อนเวลา 16.00 น กรณีเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้บันทึกในสมุด Medical Error
  - จัด เตรียม ยารับประทาน ยาฉีด ผสมยาตามแนวทางการบริหารยาที่ถูกต้องตาม Order แพทย์ กรณียารับประทาน พยาบาลคนที่ 1 Check ไป medical record อ่านชื่อยาด้วยน้ำเสียงชัดเจน และเซ็นชื่อผู้แจกยา พยาบาลคนที่ 2 หยิบยาจาก Lock ยาและแจกให้ผู้ป่วย กรณียาฉีด พยาบาลคนที่ 1 อ่านชื่อผู้ป่วย Order แพทย์ ชื่อยา , ชนิดยา, ขนาดยา, วิธีฉีด ด้วยน้ำเสียงชัดเจน พยาบาลคนที่ 2 ผสมยาตาม Order แพทย์ และฉีดให้พร้อมกับยารับประทาน กรณีให้ยาฉีดเวลาอื่นก็ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน
  - การให้ยา โดยยอมรับความคลาดเคลื่อนของการให้ยาจากเวลามาตรฐานเท่ากับ บวกลบ 30 นาที (หากเกินถือเป็น Medical error เรื่องการให้ยาผิดเวลา)
  - ใช้รถจัด - แจกยาโดยการเข็นรถยาไปแจกยาที่เตียงผู้ป่วย · สอบถามชื่อ - สกุล ผู้ป่วย
  - สอบถามประวัติการแพ้ยา
  - แจกยาแก่ผู้ป่วย(ที่รู้สึกตัวดี) หรือญาติผู้ดูแล โดยแจ้งชื่อยา เวลารับประทานยา ผลข้างเคียงที่ควรทราบ หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที
  - (ไม่แนะนำให้วางยาไว้บริเวณเตียงหรือบริเวณใด ๆ โดยไม่แจ้งผู้ป่วยทราบ)
  - ควรบอณาแก่ผู้ป่วยหากไม่มีญาติอยู่เฝ้าและผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย
  - บันทึกชื่อผู้บริหารยาในแฟ้ม Medication Record ให้ตรงตามเวลาจริง ดังตัวอย่าง Cef-3 2 gm IV OD at 18.00 น. 18.10 น. สุนิตษา
  - กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรับยาหรือการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้คำอธิบายถึงผลที่เกิเกิดขึ้นของการไม่รับยาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับทราบในทุกด้าน อย่างละเอียด และใช้ความพยายามอย่างที่สุดที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยา แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ ก็เป็นสิทธิของผู้ป่วย แต่การปฏิเสธนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงว่าไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รายงานแพทย์ทราบและให้ลงบันทึกการปฏิเสธการรับยาของผู้ป่วยใน Order แพทย์และในแฟ้ม Medication Record ให้ถูกต้อง ดังตัวอย่าง Cef-3 2 gm IV OD at 18.00 น. ผู้ป่วยปฏิเสธยา
- การตรวจสอบซ้ำ

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

· Inchargeตรวจสอบรพยา ยาเกินยาฉีด หลังบริหารยาแล้วในเวรก่อนลงเวร พร้อมบันทึกว่าไม่พบความเสี่ยงลงในแฟ้มตารางการตรวจสอบการบริหารยาแผนกผู้ป่วยในที่อยู่บนรถเข็นยา กรณีตรวจสอบพบว่ามียาที่ยังไม่จ่ายให้ผู้ป่วยให้ระบุหาพบความเสี่ยง และบริหารยาให้ผู้ป่วยทันที พร้อมเขียนความเสี่ยงลงในสมุด Med error ที่อยู่บนรถเข็นยา และKey ความเสี่ยงผ่านทางโปรแกรม HOSxP

## (2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

● ในงานป่วยนอกการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและข้อปฏิบัติตัว เกสซักรจะให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้ป่วย ยกเว้นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบางนอกจากจะให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยตรงแล้วเราจะให้ความรู้กับผู้ดูแลด้วย เช่น เด็ก, ผู้สูงอายุ, คนไข้จิตเวช ส่วนในยาบางประเภทที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษก็จะให้จลาจลเสริมวิธีการใช้ยา, การใช้ยาพ่นต่างๆสอนและให้ผู้ป่วยและญาติได้ลองทำงานว่าจะใช้ยาได้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน, ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด Insulin ครั้งแรกนอกจากเกสซักรจะให้ความรู้แล้วเรามีพยาบาลมาช่วยสอนวิธีการฉีดยา Insulin, ผู้ป่วยที่เริ่มยา TB เราจะมีใบประเมิน check list ให้ผู้ป่วยติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วยตัวเองและผู้ป่วยที่ได้รับที่ต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยากลุ่มเสี่ยงเราจะให้ความรู้และบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยาให้กับผู้ป่วยให้เฝ้าระวังเป็นเวลา 6 เดือน ส่วนงานผู้ป่วยในถ้ามีญาติหรือผู้ป่วยมารับยาเองตอนจะกลับบ้านเกสซักรจะแนะนำวิธีการให้ยาและข้อปฏิบัติตัวที่หน้าห้องยาและเมื่อยามาถึงหน่วยงานผู้ป่วยในพยาบาลจะซักถามความเข้าใจและความรู้เพิ่มเติม ถ้าจำเป็น ในกรณีมีการสั่งยาพ่นคอหรือยาฉีด Insulin ในคนใหม่ที่ห้องผู้ป่วยในเกสซักรจะไปสอนให้คนไข้หรือญาติใช้ยาพ่นคอและยาฉีด Insulin ที่เตียงผู้ป่วยให้ใช้เป็นจนกว่าจะ D/C กลับบ้าน

## (3) การติดตามผลการใช้ยา:

-มีการจัดทำแนวทางในการติดตามผลของการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยาที่สำคัญ (Intensive ADR) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 คลินิกได้แก่ คลินิกจิตเวช , วัณโรคและ HIV และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในเคสที่จำเป็น

จากการติดตามผลของการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยาในคลินิก HIV พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ( ARV ) ทั้งหมดจำนวน 24 ราย ในจำนวนนี้มีจำนวน 7 รายที่ตรวจพบว่ามีความเสี่ยงต่อการดื้อยาสูตร GPO-Vir Z250 จึงได้ปรับสูตรยาเป็น 3TC+TDF+EFV จากนั้นติดตามผลพบว่าทั้งหมดไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ยกเว้นในรายที่มีการใช้สูตร 3TC+TDF+LPV/r จำนวน 1 รายที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แก้ไขโดยการจ่าย atorvastatin ร่วมด้วย ในเดือนตุลาคม 2565 ได้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยามาเป็น Tenofovir 300 mg + Lamivudine 300 mg + Dolutegravir 50 mg Z ( TLD ) เพื่อเพิ่ม adherence ในการทานยา ( ทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ) โดยมีการปรับสูตรยาในผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ยาสูตรเดิมอยู่ ยกเว้นรายที่มีภาวะดื้อยา TDF หรือ 3TC รวมทั้งรายที่มีการใช้สูตรยา Teevir ( TDF+ FTC+EFV ) อยู่ โดยมีการเปลี่ยนสูตรยาใหม่ให้ผู้ป่วยทั้งสิ้น 20 ราย ผลการติดตาม intensive ADR พบว่ามีจำนวน 1 รายที่มีค่า CrCL ต่ำลง จึงได้ปรับเป็นการจ่ายยาที่แยกเม็ดยา โดยปรับให้ TDF ทุก 48 ชม. ส่วน 3TC และ DTG ให้ทานเหมือนเดิม ผลการติดตาม 3 เดือนพบว่าระดับ CrCL สูงขึ้น แต่ยังมีค่า CrCL < 50 ต้องมีการติดตามประเมินต่อไป

การติดตามผลของการใช้ยาและอาการข้างเคียง EPS จากยาในคลินิกจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่ม Schizophrenia ในรอบห้าปีที่ผ่านมา จากผู้ป่วยทั้งหมด 107 ราย พบอาการข้างเคียง EPS จากยาจำนวน 22 ราย ดังนี้ ปี 2562 จำนวนผู้ป่วย Schizophrenia 90 ราย เกิดผลข้างเคียง 5 ราย, ปี 2563 จำนวนผู้ป่วย Schizophrenia 88 ราย เกิดผลข้างเคียง 2 ราย, ปี 2564 จำนวนผู้ป่วย Schizophrenia 90 ราย เกิดผลข้างเคียง 4 ราย, ปี 2565 จำนวนผู้ป่วย Schizophrenia 107 ราย เกิดผลข้างเคียง 8 ราย และในปี 2566 จำนวนผู้ป่วย Schizophrenia 88 ราย เกิดผลข้างเคียง 3 ราย

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิตมากกว่า 3 รายการจำนวน 31 ราย แบ่งเป็น ตำบลป่าไร่ 17 ราย และตำบลแม่ลานจำนวน 14 ราย ซึ่งทำการลงเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและ อสม.ในพื้นที่ เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและทำความเข้าใจปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบปัญหาด้านการใช้ยาที่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยศาสนาอิสลาม ได้แก่ ผู้ป่วยอ่านฉลากยาภาษาไทยไม่ได้จำนวน 14 ราย จากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยสื่อสารด้วยภาษามลายูเพียงภาษาเดียวตั้งแต่กำเนิดซึ่งเป็นวัฒนธรรมภาษาประจำพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัญหาด้านการใช้ยาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกันทั้งศาสนาอิสลามและพุทธ ได้แก่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยาอยู่เป็นประจำจำนวน 15 ราย จากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรสวนยางพาราจะต้องเริ่มงานตั้งแต่หัวรุ่งจนถึงเที่ยงวันทำให้ลืมรับประทานยามื้อเช้าอยู่เป็นประจำ และผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นประจำทำให้เป็นโรคไตจำนวน 16 ราย จากการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความเชื่อที่บอกต่อกันมาตั้งแต่ในอดีตจากเครือญาติหรือคนรู้จักส่งผลให้ผู้เกิดความกังวลต่อการใช้ยาเบื้องต้นได้ดำเนินการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นเสร็จสิ้นแล้ว อยู่ในขั้นตอนการวางแผนการแก้ไขปัญหาและติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายพบเจอปัญหาจากการใช้ยาที่แตกต่างกัน โดยปัญหาด้านการใช้ยาที่ตรวจพบส่วนใหญ่ไม่รุนแรงสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยสหวิชาชีพ ไม่จำเป็นจะต้องส่งตัวผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง

-มีการติดตาม INR ในผู้ป่วยที่ใช้ warfarin โดยใช้โปรแกรม warfarin registry

-ใช้ใบสั่งใช้ยา HAD ในการติดตามผลของการใช้ยา High alert drug

-กรณีผู้ป่วยในหลังการบริหารยาแล้ว ผู้ป่วยได้รับการประเมินประสิทธิผลการตอบสนองหลังการใช้นั้นๆ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาและอาการแพ้จากยา หากเกิดความเสียหายหรือปัญหาหลังการบริหารยา ก็รายงานแพทย์เวรทราบและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาพร้อมทั้งบันทึกลงในกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลในเวรนั้นๆ

#### (4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

ในการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย ได้กำหนดให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยชั่งประวัติการใช้ยาเดิมจากผู้ป่วยหรือญาติทุกครั้งที่มาอนรักษัตว ( medical reconsilation) และให้นำยานั้นมามอบให้กับพยาบาลเพื่อดำเนินการส่งต่อให้ฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อจัดยาให้ตามคำสั่งแพทย์หรือเพื่อตรวจสอบการเกิดอันตรกริยากันระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากนั้นฝ่ายเภสัชจะลงบันทึกรายการยาเดิมผู้ป่วยและระบุจำนวนที่ได้รับลงในสมุดบันทึกยาเดิมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตกลับบ้าน เภสัชกรจะจัดทำ medical reconsilation D/C form เพื่อระบุรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน โดยกรณีที่แพทย์ไม่ได้สั่งยาเดิมของผู้ป่วยมาในรายการกลับบ้านก็จะประสานแพทย์เพื่อยืนยันคำสั่ง ถ้าแพทย์ให้หยุดยาเหล่านั้น จะแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบถึงคำสั่งแพทย์ และเก็บยาที่เหลือนั้นไว้เพื่อทำลาย ยกเว้นผู้ป่วยหรือญาติยืนยันจะขอยาเดิมกลับคืน ก็จะมีแนะนำให้หยุดยาเหล่านั้นไปและให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นชื่อรับยาเดิมผู้ป่วยกลับบ้าน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
21.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *,**	3.5	I	<p>๑. เพื่อปรับปรุงแผนการประชุมคณะกรรมการ PTC ให้ได้ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี ได้ปรับปรุงแผนโดยการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ส่งต่อทีมนำคุณภาพผลปรากฏว่า สามารถประชุมตามแผนได้เพียงร้อยละ 50 จึงได้กำหนดกระบวนการใหม่โดยให้มีการดำเนินการประชุมภายในเดือนที่กำหนดไว้ในกรณีที่ยังไม่ครบตามกำหนดนัดหมาย โดยให้เลขานุการเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน</p> <p>๑. เพื่อบรรลุเป้าหมายผ่าน RDU ระดับ 3 ทางคณะกรรมการ PTC ได้ติดตามประเด็นการประเมินตัวชี้วัดตาม RDU ในการประชุม PTC และกำหนดแนวทางการติดตาม/รายงานตัวชี้วัด โดยการกำกับ ติดตาม ส่งข้อมูลคืนแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการใช้ยาในตัวชี้วัด RDU มีการเข้าร่วม audit เวชระเบียนคนไข้ตลอดปกติร่วมกับทีมเวชระเบียน แจ้งข้อมูลที่ไม่ผ่านแก่ผู้อำนวยการ รพ. เพื่อให้หาเรื่องเข้าที่ประชุมองค์กรแพทย์ส่งผลให้ในปี 2566 ทางโรงพยาบาลแมลแลนผ่านการประเมิน RDU ในระดับ 3 ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้</p> <p>๑. เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ ระบบยาดำเนินการออกแบบระบบและใช้มาตรการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยาซ้ำทั้งใน รพ. และ รพ.สต.</li> <li>2. มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังการแพ้ยาทั้งชนิด Type A และ Type B และแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เช่น การออกบัตรแพ้ยา, การลงบันทึกประวัติในโปรแกรม Host_XP ของ รพ. และ โปรแกรม JHcist ของ รพ.สต. มีการทำตราบีมแพ้ยาใช้บีมลงในใบ DOC ในกรณีผู้ป่วย admit</li> <li>3. มีแนวทางการส่งข้อมูลการแพ้ยา ระหว่าง รพ.สต. และ รพ. อย่างสม่ำเสมอ</li> <li>4. มีการจัดการเชื่อมข้อมูลแพ้ยาของผู้มารับบริการในจังหวัดปัตตานีทุก รพ. โดยผ่านโปรแกรม Host_XP ของแต่ละ รพ. โดยเชื่อมกับเลข 13 หลักของผู้ป่วยทำให้สามารถป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้ในระดับจังหวัด</li> </ol> <p>จากการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ</p> <p>๑. เพื่อลดอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงที่ป้องกันได้ ระบบยาได้ออกแบบระบบและกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดให้แพทย์ที่สั่งยา Phenobarbital Sulfamethoxazole + Trimethoprim (long course), Nevirapine และ Abacavir รายใหม่แบบใบเฝ้าระวังแพ้ยารุนแรงให้กับผู้ป่วยเพื่อมายื่นให้กับเภสัชกรเพื่อ</li> </ol>

			<p>ลงประวัติและให้คำแนะนำตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้</p> <p>2.กรณีมีการสั่งใช้ยา Allopurinol และ Carbamazepine ให้มีการตรวจยีนส์แพ้ยา Allopurinol (HLA-B*58:01) และ Carbamazepine (HLA-B*1502) และให้มีผลการตรวจยีนส์ถึงจะสามารถสั่งยาได้</p> <p>3 กรณีตรวจพบยีนส์แพ้ยาให้ส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรเพื่อทำการบันทึกข้อมูลตามแนวทาง โดยจะบันทึกเป็นผู้ป่วยแพ้ยา</p> <p>4.กรณีตรวจไม่พบยีนส์แพ้ยาให้ส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรเพื่อ pop up ในโปรแกรม Hos_XP</p> <p>5.กำหนดให้มีการติดตามเฝ้าระวังติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>6 นำเครื่องมือ Risk register มาใช้ติดตามอุบัติการณ์และตัวชี้วัด</p> <p>จากการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรงที่ป้องกันได้</p>
22. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]	4.0	I	<p>๑ เพื่อแก้ปัญหาในการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่มียาเก็บในตู้เย็น ทางทีมระบบยาได้กำหนดให้มีระบบ round หน่วยงาน เพื่อประเมินระบบ พบว่าการบันทึกอุณหภูมิยังไม่เป็นปัจจุบัน ทางทีมจึงได้เสนอให้มีแผนจัดหา data logger ที่สามารถรายงานความผิดปกติของอุณหภูมิผ่านทางระบบออนไลน์ได้ตลอด 24 ชม. (เหมือนกับของคลังยา) อยู่ระหว่างการดำเนินการ</p> <p>๑ เพื่อปรับปรุงกระบวนการลดอัตรายาขาดคร่าว โดยมีเป้าหมายให้ลดยาโรคเรื้อรังขาดคร่าวเป็น 0 รายการ งานจัดซื้อจึงได้ปรับกระบวนการในการจัดซื้อและติดตามยาเป็นติดตามยาหลังสั่งซื้อไปแล้ว 1 สัปดาห์ และรีบหายีมยามาสำรองทันทีที่พบว่าบริษัทฯ ไม่สามารถจัดส่งยาได้ตามกำหนด ทำให้ลดรายการยาโรคเรื้อรังขาดคร่าวเหลือเฉลี่ย 0.25 รายการ/เดือน</p> <p>๑ เพื่อลดอุบัติการณ์ยาช่วยชีวิตและยา HAD ขาดคร่าว ระบบยาดำเนินการออกแบบระบบและใช้มาตรการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบการใช้ กล่องยาฉุกเฉิน, กล่อง PPH และ กล่องยา PIH</li> <li>2. เปลี่ยนระบบการจัดหา SK จากเดิมเบิกจาก รพ.ปัตตานีเปลี่ยนใหม่เป็นการจัดซื้อเอง</li> <li>3. นำเครื่องมือ Risk register มาใช้ติดตามอุบัติการณ์และตัวชี้วัด</li> </ol> <p>จากการติดตามอุบัติการณ์ยาช่วยชีวิตและยา HAD ขาดคร่าว ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ยาช่วยชีวิตและยา HAD ขาดคร่าว</p> <p>๑ เพื่อลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุโดยไม่จำเป็น ระบบยาดำเนินการออกแบบพัฒนาระบบการเตือนและบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่ใกล้หมดอายุในหน่วยงานต่างๆ ใน รพ. และ รพ.สต. โดยผ่าน</p>

			<p>ทางไลน์ในรูปแบบอัตโนมัติ (Automatic Line Notify) พบว่าเราสามารถลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุโดยไม่จำเป็นในปี 2565 ได้เป็นจำนวนทั้งหมด 81 รายการ จากทั้งหมด 93 รายการ คิดเป็นมูลค่าเป็น 37,023บาท ในจำนวนนี้มียาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุจริงที่ไม่สามารถจัดการได้ เพียง 12 รายการ และในหกเดือนแรกของปี 2566 เราสามารถลดมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาหมดอายุโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนทั้งหมด 34 รายการ จากทั้งหมด 42 รายการ คิดเป็นมูลค่าเป็น 5,539บาท เป็น CQI ของระบบยาที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัด</p>
<p>23.การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก]</p>	<p>3.0</p>	<p>L,I</p>	<p>๑ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา ระบบยาดำเนินการออกแบบระบบและใช้มาตรการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่เกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยในการใช้ยาและการใช้โปรแกรม HOSxP สั่งยา</li> <li>2. กำหนดให้มีการเขียนจำนวนวันนัดในใบนำส่งผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานและตรวจสอบวันนัดระหว่างวิชาชีพ</li> <li>3. ใช้ตัวอักษร Tall man letter ระบุชื่อยาในกลุ่มยาที่เป็น LASA และใช้ตัวอักษรคนละสีในรูปแบบยาหน้า ยาเม็ด ยาฉีด เพื่อสร้างความแตกต่างในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP</li> <li>4. ได้จัดทำคู่มือชุดคำสั่งวิธีการใช้ยาที่ซับซ้อนและคำสั่งใช้ยา Warfarin อย่างง่ายให้ผู้มีหน้าที่สั่งยาได้เรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการสั่งยา โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่ใหม่</li> <li>5. กำหนดแนวทางการสั่งยาที่เป็นยาในกลุ่ม LASA ,หลีกเลี่ยงการใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลและคำสั่งที่จะสุ่มเสี่ยงให้เกิดความคลาดเคลื่อน ในใบ DOC</li> <li>5. กรณีสั่งยาในกลุ่มยา HAD กำหนดให้ใช้ใบสั่งยา HAD คู่กับการสั่งยาใน HOSxPและใบ DOC</li> <li>6. กำหนดให้มีพยาบาลตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องหลังจากออกจากห้องตรวจทุกครั้งทำให้ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยามีแนวโน้มลดลง</li> </ol> <p>๑ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ระบบยาดำเนินการออกแบบระบบและใช้มาตรการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดให้ฝ่ายเภสัชเป็นคนคัดลอกยาจากใบ DOC ลงในโปรแกรม HOSxP แทนพยาบาล</li> </ol>

			<p>2.กำหนดให้พยาบาลใช้การ Print ใบ MAR แทนการคัดลอกยาในวันแรกของการ admit และในวันถัดไปให้ใช้การคัดลอก order เพิ่มเติมในใบ MAR ใบเดิมและให้มีการ Double check ใบ MAR และใบ DOC ก่อนส่ง order เบิกยาที่ห้องยาทุกครั้ง พร้อมลงลายมือชื่อผู้ตรวจสอบ</p> <p>3.กำหนดให้ส่งใบ DOC ตัวจริง มาเบิกยาที่ห้องยา</p> <p>4.กำหนดแนวทางการคัดลอกยาลงในใบ MAR กรณีที่มีคำสั่งที่สับสนซึ่งจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น วันเว้นวัน, ไข้ยา 5วัน&gt;&gt;off, โดยผู้คัดลอกคำสั่งวันแรกเป็นผู้ระบุให้ชัดเจน ตรวจสอบซ้ำก่อนส่งorderมาห้องยา</p> <p>5.กำหนดแนวทางการใช้คำสั่ง off ยาในใบ Docter order sheet โดยการให้เขียนคำสั่ง off ยาในวันปัจจุบัน และให้พยาบาลขีดเส้นหลังช่องที่offยาในใบ MAR</p> <p>6.กรณีมีการสั่งยาทางโทรศัพท์ให้มีการสื่อสารทวนสอบคำสั่งแบบ two way</p> <p>จากการติดตามความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งไข้ยาในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ลดลง</p> <p>●ผลการเฝ้าระวังการใช้ยาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วย Medication Reconciliationพบว่าจำนวนความคลาดเคลื่อนอุบัติการณ์ที่ถึงผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นหลังจากที่ได้วางระบบตรวจสอบโดยใช้ตรายางบีมในใบ DOC แต่กลับพบว่าจำนวนรายงานความคลาดเคลื่อนก่อนถึงตัวผู้ป่วยมีรายงานน้อยกว่าปกติ น่าจะเป็นข้อมูลที่เป็น under report จากการทบทวนพบว่าระบบการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์รายงานความเสี่ยงยังไม่เป็นระบบและยังไม่ครอบคลุมประเด็นทั้งหมด ระบบการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ในฝ่ายเภสัชไม่ได้ครอบคลุมประเด็นการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ Med reconciled ระบบยาจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มความครอบคลุมประเด็นการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ Med reconciled ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.พัฒนาระบบการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ให้ครอบคลุมประเด็นการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ Med reconciled</li> <li>2.การเก็บข้อมูลและรายงานความเสี่ยงให้เก็บในลักษณะเดียวกับความคลาดเคลื่อนทางยาและให้ระบุในรายงานเป็นความคลาดเคลื่อน Med reconciled</li> <li>3.ประเด็นความคลาดเคลื่อน Med reconciled ให้ขยายครอบคลุมในประเด็น การ remed ยาผิด, การประสานข้อมูลยาในเคส refer back คลาดเคลื่อนเพิ่มเติม</li> <li>4.เภสัชกรจะทวนสอบและเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การประสานข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในต่อน round ward ทุกวัน</li> </ol>
--	--	--	---

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>24.การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียน ฉลาก จัดจ่ายและส่งมอบยา[ II-6.2 ข]</p>	<p>3</p>	<p>L,I</p>	<p>๑ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา ก่อนจ่ายยาในรอบห้าปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่สูงขึ้น เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยา โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา ก่อนจ่ายยา ระบบยาได้ดำเนินการปรับปรุงมาตรการต่าง ๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.พัฒนาระบบการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ให้ครอบคลุมประเด็นความปลอดภัยและมาตรการด้านยา</li> <li>2.สถานที่จัดยา ก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย ในระยะสั้นให้ใช้บริเวรที่มีอยู่เดิมแต่ให้ทำป้ายแสดงยาที่เอาออกจากชั้นยามาวาง ที่จุดจัดยาให้ชัดเจนส่วนในระยะยาวห้องยามีกการวางแผนที่จะปรับปรุงห้อง ในปี 2567 เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน</li> <li>3.จัดการติดป้ายชื่อยาใหม่บริเวณชั้นวางยาให้เป็นปกติวิสัย</li> <li>4.จัด lock ยาในตู้เย็นให้มีจำนวนที่เพียงพอ โดยการทบทวนบัญชีที่ต้องเก็บในตู้เย็นและจัดหาตู้เย็นที่มีขนาดที่เหมาะสม</li> <li>5.จัดทำข้อมูลความคงตัวของกลุ่มยาชนิดที่หลังผสมแล้วสามารถใช้ได้หลายครั้งเพื่อความถูกต้องและประหยัดค่าใช้จ่ายโดยจะระบุที่ฉลากยาของยาแต่ละตัว</li> </ol> <p>๑เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ระบบยาดำเนินการออกแบบระบบและใช้มาตรการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดแนวทางให้มีการทวนสอบชื่อผู้ป่วย และถามประวัติการแพ้ยา ก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วย</li> <li>2.กำหนดให้มีเครื่องคอมพิวเตอร์ในการใช้งานโปรแกรม HOSxP ณ จุดจ่ายยา เพื่อให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและทวนสอบคำสั่งใช้ยาของแพทย์</li> <li>3.กรณีผู้ป่วยได้รับการบริหารยาบางตัวในหน่วยงานต่าง ๆ แล้วมีความจำเป็นที่ต้องมารับเพิ่มที่ห้องยาให้หน่วยงานต่าง ๆ เขียนรายการยาที่ได้รับบริหารยาแก่ผู้ป่วยแล้วพร้อมระบุเวลาของการให้ยาเพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายยาซ้ำ</li> <li>4. จัดให้มีจุดที่พักยากรณีเคสที่ไม่สามารถจ่ายยาตามรอบเวลาได้</li> <li>5.ขอความร่วมมือให้แพทย์โทรแจ้งฝ่ายเภสัชในกรณีที่มีการเพิ่มยาหลังจากส่งข้อมูลผู้ป่วยมาที่ห้องยาแล้ว</li> <li>6.เน้นย้ำเรื่องการ Double check ทุกขั้นตอนของการทำงาน</li> <li>7.ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในและห้องคลอดจัดเรียงลิถกยาระบุชื่อ-เตียงทั้งยา PC ,AC ให้ถูกต้องก่อนส่งรถยา</li> <li>8. แจ้งชื่อ-สกุลและเตียงผู้ป่วยแก่ญาติก่อนมารับยา</li> <li>9.กำหนดให้ทุกหน่วยงานตรวจสอบยาหมดอายุที่อยู่ในหน่วยงานตามแนวทางที่กำหนด</li> </ol> <p>จากกการติดตามความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยารอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง</p>
--	----------	------------	--

25.การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	3	L	<p>●ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในรอบห้าปีที่ผ่านมา ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารยา โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการบริหารยา ระบบยาได้ดำเนินการปรับปรุงมาตรการต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดให้พยาบาล inchart Double check ก่อนให้ยาและหลังให้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง</li> <li>2.กำหนดให้หน่วยงานต่างๆที่มีการสต็อกยาในหน่วยงานเมื่อมีการเตือนยาหมดอายุในระบบ Automatic line notify ให้มีการตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบด้วยทุกครั้งและให้มีการตรวจสอบยา HAD และยาช่วยชีวิตทุกเวร</li> <li>3.ใช้แนวทางการจัดการยา LASA มาจัดระบบการเก็บยาในรถยนต์นอกเวลา</li> <li>4.จัดหาเวหนขยายให้ทุกหน่วยงานเพื่อใช้ในการช่วยพิสูจน์เอกลักษณ์ของยา,</li> <li>5.เน้นย้ำเรื่องการ Double check ทุกขั้นตอนของการทำงานส่วนหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้เน้นย้ำการให้ยาผู้ป่วยจะต้องมีการ Double check กับโปรแกรม HOSxP ทุกราย</li> </ol>
---	---	---	--

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- 1) การบูรณาการพัฒนาระบบ Medication Reconciliation ให้เป็นส่วนหนึ่งในงานประจำ (รางวัลรองชนะเลิศ CQI Oral presentation ด้านคลินิก ระดับจังหวัด)
- 2) นวัตกรรม ปฏิทินสะกิดใจเตือนยาหมดอายุทั้งอำเภอ (รางวัลชมเชย CQI Oral presentation ด้าน non-clinic ระดับจังหวัด), ในปี 2566 พัฒนา เป็น Automatic line notify เตือนยาหมดอายุทั้งอำเภอ (รางวัลชมเชย CQI Oral presentation ด้าน non-clinic ระดับจังหวัด)
- 3) การใช้ Datalocker ในระบบ cold chain ของคลังยา รพ. และ รพ.สต. ใช้เตือนหรือส่งสัญญาณเวลา มีอุณหภูมิตู้เย็นไม่ได้มาตรฐาน และใช้บันทึกอุณหภูมิตู้เย็นให้สามารถดูย้อนหลังได้
- 4) การพัฒนาแบบฟอร์มการสั่งจ่ายยา HAD ที่สามารถตอบสนองให้แต่ละวิชาชีพ และสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้
- 5) การพัฒนากล่องยา HAD, PPH และ PIH เพื่อตอบสนองความพร้อมใช้ให้กับผู้ป่วย
- 6) นวัตกรรมรถ Emergency พร้อมใช้แผนกผู้ป่วยใน ได้รับรางวัลชมเชยของจังหวัด
- 7) นวัตกรรมเข็มขัดระบุตำแหน่งการฉีดยา Enoxaparin inj
- 8) รางวัลชนะเลิศในการนำเสนอ Risk register ระดับจังหวัด เรื่อง Dispensing error
- 9) รางวัลชมเชยระดับจังหวัด คลิปวิดีโอเรื่อง การใช้ยาสมเหตุสมผล ผ่านสื่อ Ticktock

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

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
<b>ความปลอดภัย</b>						
อัตรา prescribing error	10 ครั้ง/1000ใบสั่งยา					
-ผู้ป่วยนอก	10/1000วันนอน	5.06	8.12	7.05	3.40	4.60
-ผู้ป่วยใน		0.00	1.32	0.38	0.00	0.22
อัตรา transcribing error	10 ครั้ง/1000ใบสั่งยา	0.32	0.21	0.18	0.02	0.06
-ผู้ป่วยนอก	10/1000วันนอน	13.36	13.17	7.97	3.45	1.55
-ผู้ป่วยใน						
อัตรา pre-dispensing error	10 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา	0.84	0.73	0.36	0.57	1.09
-ผู้ป่วยนอก	10/1000วันนอน	2.71	0.44	0.38	1.36	2.22
-ผู้ป่วยใน						
อัตรา dispensing error						
-ผู้ป่วยนอก	0 ครั้ง/1000ใบสั่งยา	0.18	0.03	0.05	0.15	0.17
-ผู้ป่วยใน	10 ครั้ง/1000วันนอน	7.76	7.90	3.04	2.09	2.44
อัตรา pre-admin error	10 ครั้ง/1000 จำนวนผู้ป่วยที่ต้องบริหารยา	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
-ผู้ป่วยนอก						

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

-ผู้ป่วยใน	10 ครั้ง/1000วันนอน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22
อัตรา admin error	0 ครั้ง/1000 จำนวน					
-ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยที่ต้องบริหารยา	0.00	0.00	0.00	0.13	0.06
-ผู้ป่วยใน	0 ครั้ง/1000วันนอน	0.36	2.42	0.13	0.10	1.55
-อุบัติการณ์ ADE ระดับ E ขึ้นไป	0 ราย	1	0	0	1	2
--อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	0 ราย	0	0	0	0	0
<b>เหมาะสม</b>						
อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่ทำให้ DUE	>80%)	95%	94%	49%	73%	96%
-อัตราความสมเหตุสมผลในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(URI)	≤ร้อยละ 20	20.01%	14.52%	12.62%	7.85%	13.65%
--อัตราความสมเหตุสมผลในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)	≤ร้อยละ 20	30.04%	25.48%	18.29%	22.31%	22.45%
--อัตราความสมเหตุสมผลในการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ(FTW)	≤ร้อยละ 40	53.75%	41.88%	23.18%	31.35%	29.97%

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

-อัตราความสมเหตุสมผล การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิง คลอดปกติครบกำหนด คลอดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ 10	12.64%	5.88%	13.04%	14.02%	7.07%
-อัตราของผู้ป่วยนอกโรค หืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	เกณฑ์ ≥80 %	58.33%	80.28%	85.94%	81.82%	89.58%
ยาที่มีคุณภาพ -อัตราการสำรองคลัง	< 2เดือน	1.92	2.34	1.73	2.00	2.16
-อัตรามูลค่าเวชภัณฑ์คง คลังหมดอายุหรือ เสื่อมสภาพ	<ร้อยละ 0.5	0.35	0.19	0.15	0.08	0.54
พร้อมใช้-จำนวนรายการ ยาขาดคราว	-จำนวนรายการยาทั่วไป ≤ 2 รายการ/เดือน -จำนวนรายการยาโรค เรื้อรัง 0 รายการ/เดือน	1.60 รายการ/เดือน	0.83 รายการ/เดือน	0.67 รายการ/เดือน	0.58 รายการ/เดือน	0.33 รายการ/เดือน
			0.92 รายการ/เดือน	0.5 รายการ/เดือน	0.33 รายการ/เดือน	0.25 รายการ/เดือน
ทันเวลา -ระยะเวลาในการรอรับ ยาผู้ป่วยนอก	< 15 นาที	12.45	11.45	12.12	11.94	11.96
-ระยะเวลาในการรอรับ ยาผู้ป่วยนอกช่วงเวลา เร่งรีบ	<20นาที	16.2	14.6	15.47	17.96	15.43

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่ถูกต่อนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

**i. บริบท**

ห้อง X-ray เป็นห้องสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาดห้องยาว 7 เมตร กว้าง 4.60 เมตร โดยจะแบ่งเป็นสัดส่วนในการทำงาน ดังนี้ Zone X-ray สำหรับผู้ป่วย , Zone ว่าง Control สำหรับ QC ภาพ มีห้องปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ห้องน้ำไว้สำหรับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนชุด โดยจะมีเจ้าหน้าที่จำนวน 2 คน โดยมี 1 คนที่จบมาโดยตรง เป็นนักรังสีเทคนิคปี 2566 แลเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้จบโดยตรงปฏิบัติงานมา 8 ปี ได้รับการฝึกฝนโดยเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลและภายในจังหวัดให้ได้มีมาตรฐานที่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่โดยจะแบ่งอยู่เวรประจำวัน คนละ 15 วัน ขึ้นเวร 24 ชั่วโมงต่อหนึ่งคน จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อวันมีปริมาณ 15-20 คน ส่วนใหญ่จะถ่ายเอกซเรย์ทรวงอก และมีเครื่อง X-ray General จำนวน 1 เครื่อง Portable จำนวน 1 เครื่อง ระบบจะมี 2 อย่างคือ DR กับ CR โดยระบบ DR จะเป็นการเช่า 32000 บาทต่อเดือนที่ต้องจ่ายให้บริษัทที่เช่า และมีอุปกรณ์ป้องกันรังสี เช่น เสื้อตะกั่ว ฉากกันรังสี เครื่องวัดปริมาณรังสีประจำบุคคล ให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์เพื่อลดอันตรายจากรังสีที่ไม่จำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ การให้บริการต้องคำนึงถึงความปลอดภัย, ความถูกต้อง, ระยะเวลาในการเอกซเรย์ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่และสามารถช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

ปัญหาของห้องเอกซเรย์คือมีการถ่ายผิดพลาดตำแหน่งและถ่ายซ้ำ เกิดจากข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน การจัดเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
26.บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	3	L,I	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการรังสีวิทยา เป้าหมาย บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้มีข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ วินิจฉัย รักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดข้อบังคับค่าขอบริการรังสีให้ตรงกัน เช่น ด้านซ้าย/ขวา ทำส่งตรวจ นอน/ยืน เป็นต้น</li> <li>แนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยที่ถูกต้อง</li> <li>แนวทางการจัดให้บริการผู้ป่วยเร่งด่วน และผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง ผู้ป่วยเด็ก</li> <li>แนวทางการระบวนการถ่ายภาพรังสี ได้แก่ ใส่ข้างที่ถูกต้อง ทำยืน ทำนอน</li> </ol> <p>ผลลัพธ์ ปี 2564 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ 1.28% ซึ่งพบว่า ทักษะการถ่ายภาพของเจ้าหน้าที่ ไม่มีนักรังสีประจำหน่วยงาน ผู้ป่วยไม่ได้ถอดอุปกรณ์เครื่องประดับ แนวทางพัฒนาฝึกทักษะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานร่วมกับพี่เลี้ยง นักรังสีระดับจังหวัด กำหนดแนวทางการถอดเครื่องประดับ ปี 2565 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ ลดลง =0.84% . ในปี 2566 อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีนักรังสีเข้ามาปฏิบัติงานและจัดเก็บข้อมูลใหม่ ทำให้มีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ามากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจาก แนวทางการขอ x-ray การ key ในโปรแกรมเข้าใจไม่ตรงกัน ตำแหน่งไม่ตรงกับภาพที่ต้องการ รวมทั้งทักษะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และการถอดเครื่องประดับผู้ป่วยหรือมีอุปกรณ์สายคล้อง mask เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดถ่ายภาพซ้ำ จึงได้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยนักรังสีและจัดทำแนวทางการขอ x-ray แนวทางการ key ในโปรแกรม Hos xp ให้ตรงกันในองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลจัดทำรูปภาพประกอบการถอดเครื่องประดับหรือการเก็บรวบรวมผล เป็นต้น วางมาตรการการตรวจสอบเครื่องประดับของผู้ป่วยก่อน x-ray ทุกครั้ง อธิบายให้กับผู้ป่วยให้เข้าใจมากขึ้น</p> <p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการระบุนตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง เป้าหมาย ให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1. ตรวจสอบคำสั่งจากโปรแกรม HospXP ให้ตรงกันทุกครั้ง 2. ตรวจสอบจากใบคำสั่ง 3.ถามชื่อ สกุกกับผู้ป่วยทุก</p>

			<p>ครั้งก่อนถ่ายภาพ ผลลัพธ์ยังเกิดการระบุดตัวผู้ป่วยผิดจากการไม่ได้ตรวจสอบ ดังนั้นจึงวางมาตรการให้ถามชื่อ สกุล และให้ผู้ป่วยตอบเอง แต่ในกรณีผู้ป่วยตอบไม่ได้จะสอบถามกับญาติผู้ป่วย</p> <p>เพื่อพัฒนาระยะเวลาในการถ่ายเอกซเรย์ โดยมีเป้าหมายให้มีการถ่ายเร็วขึ้นแต่มีความถูกต้องและแม่นยำมากที่สุด ดังนั้น จึงได้มี 1.ฝึกทักษะในการใช้เครื่องเอกซเรย์และโปรแกรมโดยมีการทำตามขั้นตอนที่กำหนดไว้</p> <p>2.วางแผนทำตามขั้นตอนการ x-ray ผลลัพธ์ทำให้ระยะเวลาการถ่ายภาพลดลง</p> <p>โอกาสพัฒนา การฝึกทักษะทางรังสีให้เพิ่มขึ้น</p>
--	--	--	---

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการทำนวัตกรรม เป็นอุปกรณ์สำหรับการเอื้ออำนวยให้การเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ เช่น การช่วยจัดท่าผู้ป่วยในท่าที่ยาก และมีสิ่งประดิษฐ์ที่ช่วยจับแผ่นฟิล์มในเวลาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

### iv. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว คุณภาพฟิล์ม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
ระยะเวลาในการถ่ายภาพ x-ray	< 4 นาที	5.48	4.96	3.89	3.84	2.71
อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ	<2%	-	2.22	1.28	0.84	2.39
อุบัติการณ์การเอกซเรย์ผู้ป่วยผิดคน,ผิดท่า,ผิดตำแหน่ง	0 ครั้ง	-	0	1	1	0
อัตราผู้รับบริการความพึงพอใจ	>90%	-	96.39	93.93	94.00	96.00

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต่อนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม

**i. บริบท**

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้มารับบริการจากหน่วยงานภายนอกและภายใน ภายใต้ระบบการควบคุม การประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามการรักษา พยากรณ์โรคและประเมินสภาวะสุขภาพ

**เป้าหมาย:** ผลการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ ถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ 6 สาขา ได้แก่ สาขาโลหิตวิทยา สาขาเคมีคลินิก สาขาภูมิคุ้มกันวิทยา สาขาจุลชีววิทยาคลินิก สาขาจุลทรรศน์วิทยาคลินิก และสาขาธนาคารเลือด รวมถึงบริการส่งตรวจต่อไปยังห้องปฏิบัติการอื่นในกรณีที่ไม่สามารถเปิดให้บริการตรวจได้

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญา/ต่ำกว่าปริญา):

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตรากำลัง 4 คน ประกอบด้วย

นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 3 คน

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน

**iii. กระบวนการ****II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ**

- การวางแผนและจัดบริการ: เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการให้ครอบคลุมและพัฒนาศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาห้องปฏิบัติการมีการเพิ่มขีดความสามารถการจัดบริการและการตรวจวิเคราะห์ คือมีการเปิดบริการตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulation) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย clinic Warfarin เนื่องจากมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นในคลินิกและทั่วไปเพื่อลดระยะเวลารอคอยผลตรวจจากภายนอก และเปิดตรวจ Covid-19 โดยวิธี Rapid test ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาด และในปี 2567 กำลังวางแผนจะเปิดบริการตรวจการเพาะเชื้อ Hemoculture และ blood lactate สำหรับกลุ่มผู้ป่วย sepsis เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการเร็วขึ้นและลดระยะเวลารอคอยผลตรวจจากภายนอกเร็วขึ้น ห้องปฏิบัติการสามารถรายงานผลได้ทันเวลาที่
- มีการกำหนดหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน(Job description) เพื่อสอดคล้องกับวุฒิ และประเมินสมรรถนะของแต่ละบุคคล

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

- เปิดบริการตรวจ Hemoculture และ blood lactate สำหรับกลุ่มผู้ป่วย sepsis เนื่องจากมีการส่งตรวจภายนอกเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดความไม่คุ้มทุนต่อรายจ่าย ทรัพยากรต่างๆ และระยะเวลาการคอยผลตรวจจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า
- จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ อบรม เรียนรู้ พื้นฟู ความรู้ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- จัดหาตู้เย็นเก็บน้ำยา เลือด ที่ใช้ในงานห้องปฏิบัติการเพิ่ม  
ทรัพยากร:
- ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา ห้องปฏิบัติการมีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการทดสอบออกจากส่วนเอกสารและส่วนที่พักของบุคลากรเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน ส่วนเครื่องมืออุปกรณ์มีความเพียงพอและเหมาะสม แต่ยังคงขาดเครื่องฟอกอากาศในบริเวณจุดเจาะเลือดเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากคนไข้
  - (2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:
  - กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ห้องปฏิบัติการมีการแยกพื้นที่ส่วนปฏิบัติการทดสอบออกจากส่วนเอกสารและส่วนที่พักของบุคลากรเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและผลกระทบต่อภาวะวิเคราะห้ มีการแยกพื้นที่ตามลักษณะงาน ได้แก่ บริเวณรับและส่งส่งตรวจ ห้องเจาะเลือด ห้องตรวจวิเคราะห์ ห้องย้อมเชื้อ รวมทั้งห้องพักเจ้าหน้าที่และห้องสำนักงาน เป็นต้น
  - เครื่องมือและอุปกรณ์  
มีการบำรุงรักษาเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ ได้แก่
  - การตรวจเช็คและการบำรุงรักษาเครื่องมือประจำวัน โดยเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการ (Daily maintenance )
  - การตรวจเช็คและการบำรุงรักษาเครื่องมือประจำทุก 3 เดือนหรือ 6 เดือน โดยเจ้าหน้าที่ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องมือ
  - มีการสอบเทียบเทียบเครื่องมือ ปีละ 1 ครั้ง โดยทีมศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลาที่ 12
  - หากพบว่าเครื่องมือเสีย/ชำรุด/ขัดข้องระหว่างการใช้งาน เจ้าหน้าที่มีการแก้ไขเบื้องต้นก่อน หากไม่ได้โทรประสาน ช่างบริษัท ภายใน 24 ชั่วโมง พร้อมโทร แจ้ง/ประสาน กับพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ทราบ กรณีเครื่องมือเสียจะมีการบันทึกในโปรแกรม ANT เพื่อแจ้งซ่อม ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้เนื่องจากเครื่องปั่นเม็ดเลือดแดงอัดแน่นชำรุด 1 เครื่อง ในปี 2565 ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการมีการแก้ไขเบื้องต้นโดยยืมเครื่องมือสำรองจากโรงพยาบาลโคกโพธิ์เป็นระยะเวลา 1 ปี และได้เข้าแผนเงินบำรุงปีงบประมาณ 2566 ซึ่งปัจจุบันเครื่องมือได้รับการใช้งานเรียบร้อยแล้ว
  - มีคู่มือการใช้และการบำรุงรักษาจากผู้ผลิต และมีรายชื่อช่างซ่อมบำรุงที่สามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็ว
- 3) ทรัพยากรบุคคล: เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการจัดทำแบ่งภาระงานและหน้าที่ ทุกคนในหน่วยงาน และมีการจัดทำแผนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา มีการประเมินเจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งด้าน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

สมรรถนะหลักและความสามารถเชิงเทคนิคปีละ 1 ครั้ง และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์ > 80% เนื่องจากมีบุคลากรบรรจุใหม่ภายในปี 2566 แต่ยังคงขาดความชำนาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และการ maintenance เครื่องมือบางส่วน จึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มในประเด็นมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เพื่อศักยภาพของบุคลากรต่อไป

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

มีวิธีในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ วัสดุ และชุดน้ำยาในการตรวจวิเคราะห์ตามข้อกำหนดของมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565

- คัดเลือกห้องปฏิบัติการจากภายนอกและผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านมาตรฐานคุณภาพทางห้องปฏิบัติการและมีสถานะที่ถูกต้องตามกฎหมาย และผ่านการรับรองระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ
  - เสนอราคาสินค้าตามความเป็นจริงและมีเครื่องมือทันสมัยได้รับการบำรุงรักษาและสอบเทียบตามความเหมาะสม
  - ห้องปฏิบัติการจากภายนอกและผู้ให้คำปรึกษาสามารถรายงานผลทางตรวจวิเคราะห์และติดต่อประสานงานทาง Line หรือ E-mail
  - กำหนดเกณฑ์ การประเมินผู้ขายก่อนการใช้บริการ มีการคัดเลือก และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ขายโดยมีการจัดทำเกณฑ์ประเมินผู้ขายปีละ 2 ครั้ง มีการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ บัญชีรายชื่อวัสดุ อุปกรณ์ น้ำยาทดสอบ และจัดทำรายงานจำนวนวัสดุที่ใช้ไป และคงคลังในแต่ละเดือน
- ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา
- มีการกำหนดให้ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อเป็นห้องปฏิบัติการที่ได้ดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ LA หรือ ISO 15189 และมีการทดสอบความชำนาญการทางห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบความชำนาญอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
  - มีการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา มีทั้งหัวหน้างานเทคนิคการแพทย์จากโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นผู้ประเมินคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรจากสภาเทคนิคการแพทย์ และมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการเกี่ยวกับผลการตรวจวิเคราะห์และอาการความสัมพันธ์กับโรค

**(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:**

มีการจัดทำคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจ แจกให้กับหน่วยงานที่ใช้บริการ

มีตัวแทนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ ทีม PCT เพื่อสื่อสารปัญหาต่างๆ และร่วมทำข้อตกลงด้วยกัน

จากการทบทวนระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการและการใช้บริการห้องปฏิบัติการร่วมกันระหว่างแพทย์/พยาบาลผู้ส่งตรวจ กับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อสื่อสารผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนดแนวทางการปรับปรุงระบบบริหารคุณภาพของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.11% ในปี 2564 สาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่ลิ้มรายงานค่าวิกฤติ ภาระงานวันคลินิกการตรวจแล็บเพิ่มขึ้น ขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดการบริการล่าช้าและรายงานค่าวิกฤติไม่ทันเวลาที่ ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการปรับระบบการรายงานค่าวิกฤติโดยกำหนดตำแหน่งผู้ปฏิบัติที่อยู่จุดที่ 1 เป็นผู้โทรแจ้งการรายงานค่าวิกฤติ ผลการดำเนินงานปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.05% สาเหตุเกิดจากหน่วยงานที่ไม่ได้รับการแจ้งค่าวิกฤติจากห้องปฏิบัติการไม่ได้ประสานกันระหว่างหน่วยงานที่จะส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้วางแผนเข้าประชุมร่วมกันสหวิชาชีพ ร่วมกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤติต่อไป

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-7.2 ข. การให้บริการ

## (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

มีคู่มือในการเตรียมหรือเก็บสิ่งส่งตรวจแจกจ่ายให้กับผู้ใช้บริการจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ทราบถึงวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้อง และมีการกำหนดเกณฑ์ในการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจครอบคลุมถึงวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ การเตรียมผู้ป่วย ภาชนะส่งตรวจ การส่งตรวจและวิธีการนำส่ง ตลอดจนการเก็บรักษาและการทำลายสิ่งส่งตรวจอย่างชัดเจน ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาทางห้องปฏิบัติการได้มีการเก็บข้อมูลการเก็บสิ่งส่งตรวจให้มีคุณภาพ พบว่ามีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่ถูกต้องในปี 2564 จำนวน 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.15 ในปี 2565 จำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.10 และในปี 2566 จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.16 ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการปรับคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจ โดยจัดทำคู่มือแบบปฏิทิน อ่านง่าย สะดวกในการปฏิบัติหน้างานให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้ปรับไป Request Lab เฉพาะหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการส่งตรวจผิดพลาด ระบุรายการ Lab ผิด ดังนั้นทางห้องปฏิบัติจัดทำแผนการอบรมการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ภายในและภายนอกหน่วยงานในปีงบประมาณ 2567 เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ พยาบาล

## (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับหรืออ้างอิงในเอกสารโดยการใช้สารมาตรฐานอ้างอิง เพื่อให้ผลการทดสอบมีความถูกต้อง แม่นยำ ในกระบวนการตรวจวิเคราะห์จะใช้วิธี และเครื่องมือการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้มาตรฐานสากลของแต่ละวิธีการทดสอบรวมทั้งมีคู่มือวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) ณ จุดปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปในทางเดียวกัน มีการทบทวนค่าอ้างอิง และวิธีวิเคราะห์ให้เหมาะสม และทันต่อเทคโนโลยี เพื่อศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์ หลังการตรวจวิเคราะห์ มีการตรวจสอบผลวิเคราะห์ โดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนที่จะรายงานผลกลับไปยังผู้ส่งตรวจและมีการเก็บตัวอย่างไว้ทวนสอบ กรณีที่พบปัญหาและต้องแก้ไขหรือทดสอบซ้ำ

## (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานคำวิฤติ การรักษาความลับ:

1.การรายงานผลทางคอมพิวเตอร์ในโปรแกรม Lab view ซึ่งจะ link ข้อมูลไปยัง โปรแกรม HosXp ส่วนการรายงานผลทางไปรษณีย์จะมีเฉพาะการส่งตรวจจากคลินิกฝากครรภ์ ห้องปฏิบัติการจะต้องรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง ชัดเจน รวดเร็ว มีข้อมูลครบถ้วนถึง ชื่อ – นามสกุล H.N. อายุ ชนิดสิ่งส่งตรวจ หอผู้ป่วย วันที่ส่งตรวจ วันที่รายงานผล ผลการตรวจ ชื่อผู้รายงานผล

2.รายงานผลการตรวจวิเคราะห์โดยใช้หน่วยมาตรฐาน

3.ห้องปฏิบัติการเก็บสำเนาไปรายงานผลไว้ 1 ปี เพื่อตรวจสอบ

4.เมื่อทำการตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้วพบว่าผลที่ได้อยู่ในค่า วิฤติ จะรายงานผลการตรวจทันทีทางโทรศัพท์และบันทึกในโปรแกรม Lab view

5.กรณีขอผลด่วน เมื่อทำการตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้ว จะรายงานผลการตรวจทันที ตามระยะเวลาที่คอย

6.การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

7.เมื่อได้รับผลการตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานภายนอกจะทำการสแกนผลเข้าคอมพิวเตอร์ในโปรแกรม Lab view

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

8. มีระบบการรายงานผลที่เป็นความลับจะบันทึกผลตรวจทดสอบในระบบ LIS และ Hos-xp ในระบบจะขึ้นเป็นปกปิด มีการกำหนดรหัสในการเข้าถึงข้อมูลของผลตรวจที่เป็นความลับ ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.11% ในปี 2564 สาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่ลิ้มรายงานค่าวิกฤติ ภาระงานวันคลินิกการตรวจแล็บเพิ่มขึ้น ขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดการบริการล่าช้าและรายงานค่าวิกฤติไม่ทันถ่วงที ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการปรับระบบการรายงานค่าวิกฤติโดยกำหนดตำแหน่งผู้ปฏิบัติที่อยู่จุดที่ 1 เป็นผู้โทรแจ้งการรายงานค่าวิกฤติ ผลการดำเนินงานปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์การไม่รายงานค่าวิกฤติ จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.05% สาเหตุเกิดจากหน่วยงานที่ได้รับการแจ้งค่าวิกฤติจากห้องปฏิบัติการไม่ได้ประสานกันระหว่างหน่วยงานที่จะส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้วางแผนเข้าประชุมร่วมกันสหวิชาชีพ ร่วมกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤติต่อไป ส่วนระบบการรายงานผลผ่านทางระบบ LIS และ ระบบ Hos-xp ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การรายงานผลตรวจวิเคราะห์คลาดเคลื่อน จำนวน 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.04% ,0.02% และ 0.05% ตามลำดับ สาเหตุเกิดจาก Human error ระบบการตรวจสอบและยืนยันผลไม่ชัดเจน และพบในกลุ่มรายการทดสอบที่ใช้หลักการตรวจแบบ Screening test โดยที่เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการต้องคัดลอกผลเอง ทำให้เกิดการรายงานผลผิดพลาดได้ ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการจัดแนวทางการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทั้งในและนอกเวลาราชการ และได้กำหนดตำแหน่งผู้รายงานผล ผู้ตรวจสอบและยืนยันผลโดยใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนสาเหตุอื่นๆเกิดจากการรายงานผล Out lab ล่าช้า จำนวน 11 ครั้ง สาเหตุเกิดจากระบบการติดตามผลไม่ครอบคลุมส่งตรวจ Out lab หลายแห่ง ทำให้มีหลายช่องทางในการรายงานผล อาจลิ้มตามผลจากช่องทางใดช่องทางหนึ่ง เช่น ไลน์ อีเมล ระบบรายงานผลออนไลน์ การบันทึกข้อมูลในทะเบียนส่งตรวจ Out lab ไม่ครบถ้วนไม่มีการกำหนดผู้ติดตามผล Out lab ให้ชัดเจน รวมทั้งขั้นตอนที่มากเกินไป (Excessive processing) ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนากระบวนการติดตามและการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานนอกเช่น จัดทำคู่มือการส่งตรวจ Out Lab ,รายการ Out Lab ที่แพทย์ส่งตรวจบ่อยๆ , ภาชนะบรรจุตัวอย่างตรวจ , ระยะเวลาการคอยผลตรวจและสถานที่ส่งตรวจ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผล Out Lab ให้ชัดเจน ได้มีการสร้างไลน์กลุ่มติดตามผล Out Lab ระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก รายงานผล Out lab ผ่านระบบ LIS เพื่อลดขั้นตอนที่มากเกินไปจนความจำเป็น ปัจจุบันพบว่ายังไม่พบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการรายงานผล Out lab ล่าช้า ระบบการรายงานผลด่วนและระบบรายงานรักษาความลับ

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ตามแนวปฏิบัติของหน่วยควบคุมโรคติดต่อของโรงพยาบาลโดยรวมสิ่งส่งตรวจที่ต้องการกำจัดใส่ถุงขยะติดเชื้อสีแดงสองชั้นเพื่อส่งตามขั้นตอนจัดการกำจัดขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล และทางห้องปฏิบัติการมีการจัดเก็บรักษาตัวอย่างเลือดในตู้เย็นที่ 2-8 องศาไว้ 7 วันหลังการตรวจวิเคราะห์ไว้เพื่อการทวนสอบในระยะเวลาที่เหมาะสม พร้อมบันทึกการทำลายสิ่งส่งตรวจ

## II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

## (1) ระบบบริหารคุณภาพ:

## 1.1 นโยบายคุณภาพ

1. เพื่อคุณภาพของโรงพยาบาลแม่ลานที่มุ่งเน้นถึงมาตรฐานการบริการผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านเทคนิคการแพทย์ มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบุคลากร

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

และคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือร่วมใจของเจ้าหน้าที่ที่มุ่งหวังจะสร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและต่อสังคมว่า กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาน มีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ ยึดมั่นในคุณธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีระบบบริการที่ไว้วางใจได้ เป็นที่ยอมรับขององค์กรวิชาชีพและสาธารณชน โดยการนำกระบวนการเพื่อพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2565 มาใช้ เพื่อก้าวสู่ห้องปฏิบัติการคุณภาพและพร้อมรับการรับรองคุณภาพมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการจากสภาเทคนิคการแพทย์

2. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ลาน มีความพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ในการตรวจวิเคราะห์ทางด้านโลหิตวิทยา, เคมีคลินิก, จุลทรรศน์ศาสตร์, จุลชีววิทยาคลินิก, ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก, ธนาการเลือด อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลภายใต้ระบบควบคุมและประกันคุณภาพทางห้องปฏิบัติการหรือมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

3. ให้บริการข้อมูลทางการแพทย์และวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

4. เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบถึงคู่มือคุณภาพและได้ปฏิบัติตามทุกขั้นตอนตามที่กำหนดในคู่มือคุณภาพและระบบเอกสารคุณภาพครบถ้วนตลอดเวลา โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพและให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนการประเมินการดำเนินงานของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ อย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการมีการทบทวนระบบคุณภาพปีละ 1 ครั้ง ในการทบทวนระบบคุณภาพ กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ และความสำคัญสำคัญของห้องปฏิบัติการ มีระบบรายงานความเสี่ยงสำคัญและเมื่อมีอุบัติการณ์ได้นำมาทบทวนภายในหน่วยงาน ในปี 2564-2566 พบอุบัติการณ์ไม่รายงานค่าวิกฤติ และอัตราการเก็บส่งตรวจที่ไม่ถูกต้อง

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่าง

ห้องปฏิบัติการ:

มีการเข้าร่วมการทดสอบความสามารถของห้องปฏิบัติการกับองค์กรภายนอกทั้งจากหน่วยงานภายในประเทศ ครอบคลุมทุกสาขาที่ทางห้องปฏิบัติการเปิดให้บริการการตรวจวิเคราะห์ได้แก่

- ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา การทดสอบ Anti- HIV
- สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, โลหิตวิทยาคลินิก, จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก, จุลชีววิทยา, ภูมิคุ้มกันวิทยา, ธนาการเลือด และเคมีคลินิก
- มีเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการของจังหวัดปัตตานี ในรายการที่ไม่มี EQA (Interlab Compar)

มีการทบทวนหาสาเหตุกรณีผลการทดสอบความสามารถไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อนำไปปรับปรุงและแก้ไข

**(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:**

มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) ตามแนวทางปฏิบัติงานของทุกการทดสอบและมีการปฏิบัติแก้ไข เมื่อผลค่า IQC ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยมีการบันทึกในแบบฟอร์มแก้ไข IQC จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมิน ปี2564-2566 พบว่าอัตราการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายนอก (EQA) เท่ากับ 96.87 % เนื่องจากบางรายการทดสอบไม่มีการเปิดรับสมัครการประเมินคุณภาพภายนอก บางรายการทดสอบราคาแพง มีการดำเนินการแก้ไขทันที เมื่อทำการควบคุมคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ พร้อมบันทึกผลการแก้ไข พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดแต่ยังพบบางสาขาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือสาขาเคมีคลินิกที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ค่า

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

MVIS เท่ากับ 69.16 ซึ่งอยู่ในระดับ B เนื่องจากบางรายการทดสอบที่ตรวจเป็นน้ำยากลุ่มเอ็นไซม์เสื่อมสภาพง่าย เทคนิคการละลายสารควบคุมคุณภาพ สภาวะแวดล้อม ทำให้ค่าที่ได้ไม่ผ่านเกณฑ์ แผนพัฒนาทางห้องปฏิบัติการ ทำการจัดหา IQC ให้ครบทุกการทดสอบที่เปิดบริการภายในห้องปฏิบัติการและติดตามการเปิดรับสมัคร EQA ให้ครอบคลุมทุกรายการตรวจรวมทั้งพัฒนาเจ้าหน้าที่ ฟื้นฟูความรู้วิชาการ ความชำนาญ ในการทำ EQA ทุกสาขา

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

- ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) ฉบับ พ.ศ.2555 โดยได้รับการรับรองครั้งที่ 1 และหมดอายุการรับรองเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2561 ยังขาดความต่อเนื่องในการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เนื่องจากในปี 2563-2564 อยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ปัจจุบันดำเนินการขอรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับ พ.ศ.2565
- ดำเนินการตรวจติดตามภายในของทีมนักปฏิบัติงานเทคนิคการแพทย์ภายในจังหวัดปัตตานีปีงบประมาณ 256 ภายในวันที่ 24 มีนาคม 2566

## ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
27.บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2]*	3.5	L, I	<p>1.เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทุกหน่วยงานจัดเก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้อง มีคุณภาพ ถูกภาชนะ ถูกสิ่งส่งตรวจและได้ตามปริมาณที่เพียงพอตลอดจนบรรจุภาชนะนำส่ง ทางห้องปฏิบัติการพบปัญหาเรื่องการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง เลือด Clot ,Hemolysis ,ผิด tube ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการจึงได้ดำเนินการการปรับคู่มือสิ่งส่งตรวจ ให้เป็นแบบปฏิทินเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางฝ่ายต่อการหยิบใช้งาน และสะดวกในการปฏิบัติหน้างาน ปรับใบ Request Lab หน่วยงานฉุกเฉิน พบว่าในปี 2566 การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.16 ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้วางแผนการจัดอบรมการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ภายในและภายนอกหน่วยงานในปีงบประมาณ 2567 เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ พยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป</p> <p>2.เพื่อให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ ถูกต้อง ถูกคน ตามมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความผิดพลาดและคลาดเคลื่อนในการรายงานผล ซึ่งทางห้องปฏิบัติการได้พบปัญหาความเสี่ยงระบบการรายงานผลผ่านทางระบบ LIS และ ระบบ Hos-xp ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การรายงานผลตรวจวิเคราะห์คลาดเคลื่อน จำนวน 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.04% ,0.02% และ 0.05% ตามลำดับ สาเหตุเกิดจาก Human error ไม่ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนบันทึกผล ปฏิบัติงานเพียงผู้เดียว และพบในกลุ่มรายการทดสอบที่ใช้</p>

		<p>หลักการตรวจแบบ Screening test โดยที่เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการต้องคัดลอกผลเอง ทำให้เกิดการรายงานผลผิดพลาดได้ ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทั้งในและนอกเวลาราชการ และได้กำหนดตำแหน่งผู้รายงานผล (Report) ผู้ตรวจสอบและยืนยันผล(Approve)โดยใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนสาเหตุอื่นๆเกิดจากการรายงานผล Out lab ล่าช้า จำนวน 11 ครั้ง สาเหตุเกิดระบบการติดตามผลไม่ครอบคลุมส่งตรวจ Out lab หลายแห่ง ทำให้มีหลายช่องทางในการรายงานผล อาจสืบตามผลจากช่องทางใดช่องทางหนึ่ง เช่น ไลน์ อีเมล ระบบรายงานผลออนไลน์ การบันทึกข้อมูลในทะเบียนส่งตรวจ Out lab ไม่ครบถ้วนไม่มีการกำหนดผู้ติดตามผล Out lab ให้ชัดเจน รวมทั้งขั้นตอนที่มากเกินไป (Excessive processing) ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้มีการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนากระบวนการติดตามและการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานนอกเช่น จัดทำคู่มือการส่งตรวจ Out Lab ,รายการ Out Lab ที่แพทย์สั่งตรวจบ่อยๆ , ภาระบรรจุตัวอย่างตรวจ , ระยะเวลารอคอยผลตรวจและสถานที่ส่งตรวจ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผล Out Lab ให้ชัดเจน ได้มีการสร้างไลน์กลุ่มติดตามผล Out Lab ระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก รายงานผล Out lab ผ่านระบบ LIS เพื่อลดขั้นตอนที่มากเกินไปความจำเป็น ปัจจุบันไม่พบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการรายงานผล Out lab ล่าช้า การรายงานตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด/คลาดเคลื่อน</p> <p>3. เพื่อพัฒนาระบบทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โดยการรองรับระบบคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ฉบับ 2565 อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำเอกสาร</p>
<p><b>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่อง “Out Lab ไม่หลุด บักหมุดไว้เลย”</li> <li>• มีการพัฒนาระบบการเจาะเลือดภายในห้องปฏิบัติการ โดยเพิ่มตำแหน่งจุดเจาะเลือด เป็น 2 จุด เพื่อรองรับการเจาะเลือดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วยที่งดอาหารมาและแพทย์ได้ตรวจผู้ป่วยเร็วขึ้น</li> <li>• มีการพัฒนาระบบนัดการเจาะเลือดตามช่วงเวลาในวันคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันการลกระยะเวลารอคอยการเจาะเลือด</li> </ul>		

<b>iv. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]						
<b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b> ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ความปลอดภัย ประสิทธิภาพในการจัดการ						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</b>	<b>ปี2562</b>	<b>ปี2563</b>	<b>ปี2564</b>	<b>ปี2565</b>	<b>ปี2566</b>
อัตราการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล้ำซ้ำ/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	0 %	0.04%	0.10%	0.04%	0.02%	0.05%
อัตราการรายงานคำวิฤติในเวลาที่กำหนดทันที	100%	99.93	100%	99.89%	100%	99.95%
อัตราความพร้อมใช้ของเครื่องมือ	≥95%	99.97	91.04	91.66	92	92
จำนวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการรับเลือด	0 ครั้ง	1 (1/75)	0 (0/60)	1 (1/59)	0 (0/47)	2 (2/66)
จำนวนครั้งของอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
คะแนนการควบคุมคุณภาพจากภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์มาตรฐานค่า ( MVIS 0-50,ระดับ A )	ระดับ A	ระดับ B	ระดับ B	ระดับ B	ระดับ B	ระดับ B
อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจถูกต้องครบถ้วน	100%	NA	NA	99.85%	99.90%	99.84%

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ

**i. บริบท**

บริการโลหิตที่มีคุณภาพเพียงพอและปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทั้งในด้านปริมาณคุณภาพและความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่แลน ซึ่งทางห้องปฏิบัติการยังไม่สามารถเปิดให้บริการทางธนาคารเลือด แต่จะบริการขอเลือดโดยประสานขอเลือดจากโรงพยาบาลปัตตานีแทน ภายในเวลาและนอกเวลาราชการ ส่วนการเตรียมส่วนประกอบโลหิตชนิดต่าง ๆ ที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการสามารถตรวจหมู่เลือดได้เพียงอย่างเดียว จากสถานการณ์ ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาจากการทบทวนข้อมูลการให้เลือดพบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดตามที่ขอในปี 2564 เท่ากับ 66.10% เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่กำหนดจากสวิชาชีพ จึงได้มีการจัดประชุมที่มสวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการขอของเลือด ช่องทางการบริจาคเลือด โดยสร้างกรู๊ปไลน์ชมรมผู้บริจาคเลือด รวมถึงกำหนดประเภทกลุ่มผู้ป่วยขอเลือดด่วน ไม่ด่วน พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2565 เท่ากับ 85.10% ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากทางรพ. ปัตตานี มีเงื่อนไขขอผู้บริจาคต้องมีหมู่เลือดตรงกันทำให้ได้รับเลือดล่าช้า ดังนั้นทางที่มได้มีการจัดเพิ่มช่อง การบริจาคเลือดโดยเพิ่มเครือข่ายหน่วยงานภายนอก จิตอาสา อส.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับบริจาคเลือด พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2566 เท่ากับ 97.73% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากแพทย์ยกเลิกให้เลือดโดยพิจารณา ค่า Hemoglobin เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์

แผนพัฒนา ทางที่มจะปรับปรุงแนวทางการขอเลือดใหม่โดยกำหนดค่า hematocrit และ hemoglobin ร่วมและเพิ่มแนวทางการขอของเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ปฏิเสธการฟอกเลือด รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ให้เลือดประจำ เพื่อได้วางแผนคลังเลือด ผู้บริจาคเลือด ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา

ส่วนแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือดทุกราย จากการทบทวนข้อมูลความเสี่ยงการขอเลือด ให้เลือดและติดตามหลังการให้เลือด พบว่าในปี 65 มีความเสี่ยงอุณหภูมิกะตึกไม่ได้ตามมาตรฐาน จำนวน 1 ครั้ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบและเปลี่ยน cold pad ทุกครั้งก่อนจ่ายเลือด และในปี 66 พบความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์หลังให้เลือด จำนวน 2 ครั้ง เกิดจากแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมและไม่พบการรายงานอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
28.ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]*	3	L,I	<p>1.เพื่อป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เนื่องจากหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการให้เลือดผู้ป่วย รวมทั้งระบบการขอ จอง รับ จ่ายและคืนเลือดชัดเจนและครอบคลุมทุกขั้นตอน จากหน่วยงาน IPD,LR ก่อนให้เลือดผู้ป่วย จะมีการประเมินก่อนให้เลือดโดยเจ้าหน้าที่ 2 คน เพื่อตรวจสอบคำสั่งว่าเลือดที่จะให้ผู้ป่วยถูกชนิด ถูกคน หรือไม่, ตรวจสอบหมู่เลือดผู้ป่วย,ตรวจสอบถุงเลือดและใบคล้องเลือดว่าหมู่เลือดตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ , ตรวจสอบว่าเลือดหมดอายุหรือไม่ , ถุงเลือดมีรอยแตกรั่วหรือไม่ , ลักษณะทางกายภาพผิดปกติ หรือไม่ พร้อมบันทึก Record Vital sign ก่อนให้เลือด ส่งผลให้ปี 2562-2566 ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิด จากการทำทบทวนความเสี่ยง การขอเลือด ให้เลือดและติดตามหลังการให้เลือด พบว่าในปี 65 มีความเสี่ยงอุณหภูมิกระติกไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จำนวน 1 ครั้ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบและเปลี่ยน cold pad ทุกครั้งก่อนจ่ายเลือด และในปี 66 พบความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์หลังให้เลือด จำนวน 2 ครั้ง เกิดจากแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ดังนั้นทางห้องปฏิบัติการได้ดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ปรับเปลี่ยนระบบขั้นตอนการจ่ายเลือดโดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการตรวจสอบอุณหภูมิกระติก, Gel pack, ก่อนทุกครั้งระหว่างจ่ายเลือด และจัดทำแนวทางปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยมีปฏิกิริยาภายหลังการรับเลือด/ ส่วนประกอบของเลือด/การให้เลือดผิด ส่งผลให้ปัจจุบันไม่พบการรายงานอุบัติการณ์</p> <p>2.เพื่อลดความล่าช้าในการรับเลือดและให้ทันเวลาประกัน ทางทีมจะปรับปรุงแนวทางการจองขอเลือดใหม่โดยกำหนดค่า hematocrit และ hemoglobin ร่วมและเพิ่มแนวทางการขอจองเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ปฏิเสธการฟอกเลือด รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ให้เลือดประจำ เพื่อให้วางแผนคลังเลือด ผู้บริจาคเลือด ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา ต่อไป</p>

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

-การสร้างเครือข่ายผู้บริจาคโลหิตร่วมกับหน่วยงานภายนอก จิตอาสา อส. และ กำหนด ผู้ใหญ่บ้านในแต่ละหมู่บ้านรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างจิตอาสาให้กับคนรุ่นใหม่ โดยประสานงานทางไลน์กรุป ชมรมผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลแม่ลาน

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

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
*จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (ทั้งหมด/ ระดับ E) *	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังรับเลือด	0 ครั้ง	1	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	2 ครั้ง

## II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้

#### i. บริบท

การบริหารจัดการและทรัพยากร มีนโยบายการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ นโยบายการควบคุมโรคติดต่อตามมาตรการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น โรคไข้เลือดออก มาตรการ 30-3-1 ,โรคหัด มาตรการ 3-2-3 และเมื่อมีการระบาดเกินกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) รวมถึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังโรค รวมถึงการวางแผน ประสานงาน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรค เพื่อติดตามสถานการณ์โรค โดยมีแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตร ระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีม นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ 9 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ CDCU, ผ่านการอบรมทักษะก่อน การปฏิบัติการด้านระบาดวิทยา ดำเนินประมาณและทรัพยากรมีเพียงพอ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดการระบาด เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงประชาชนในทุกพื้นที่ , โรคไข้เลือดออก ได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์ ประเภททรายเคลือบสารเคมี สารเคมีพ่นหมอกควัน รวมถึงเครื่องพ่นหมอกควันในการควบคุมโรค แต่ยังคงขาดในส่วนของการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนิยามของโรคระบาด ในกลุ่มบุคลากร

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง มีระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและภัยสุขภาพ โดยมีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม R506 และ D506 เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ส่ง สสจ.และกอง ระบาด กรมควบคุมโรค) แต่ยังคงขาดในส่วนของการเฝ้าระวังในโรคไม่ติดต่อ โดยมีการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหา เฝ้าระวังผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน กรณีมี เหตุการณ์ผิดปกติหรือเกิดการระบาดของโรค รวมถึงการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย เพื่อติดตาม คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์การระบาดและเพื่อวางแผนการ ป้องกันควบคุมโรค เช่น โรคไข้เลือดออก คาดการณ์การระบาดและแนวโน้มการระบาดทุกปี โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม R506 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ในการประเมินและเฝ้าระวัง การระบาด

การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ มีการเฝ้าระวังและควบคุมโรค โดยมีแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) เพื่อรองรับและตอบโต้กรณีเกิดการระบาด ซึ่งมีทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว SRRT/CDCU เป็นแกนหลัก มีทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน รวมถึงมีการกำหนดมาตรการการป้องกัน ควบคุมโรค และมีช่องทางที่ สามารถรับรายงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยแจ้งผ่านทางโทรศัพท์ กลุ่ม LINE ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ พร้อมดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะราย ตามแบบสอบสวนโรค และควบคุมโรคทันที

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย มีการสื่อสารข้อมูล การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (สถานการณ์ 5 อันดับโรคที่สำคัญ) ไปยังสถานบริการในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเผยแพร่เป็นเอกสาร, Onepage หรือประชาสัมพันธ์บน Social Network (Facebook รพ.แม่ลาน) ทุก เดือน (12 เดือน) และกรณีมีเหตุการณ์ที่ผิดปกติ คือ อัตราป่วยเกินกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือ เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน เพื่อควบคุม ติดตามสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น

## ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
29.การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	3	L	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการและการเก็บวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง โดยมีเป้าหมายเพื่อติดตาม ค้นหาการเกิดโรค และภัยสุขภาพ รวมถึงการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด โดยกำหนดแผนการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ฟื้นฟูความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางระบาดวิทยาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์</li> <li>2.วางแผนและจัดระบบการเฝ้าระวังและวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ</li> </ol> <p>เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการแพร่ระบาด</p> <p>ผลลัพธ์คือ บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนิยามโรคทางระบาดวิทยา ร้อยละ 80 , มีระบบเฝ้าระวังและวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นรายเดือน พร้อมรายงานสถานการณ์โรคและเผยแพร่ ร้อยละ 100</p>

## iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- “รางวัลเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหัด หัดเยอรมันดีเด่น ประจำปี 2565 ” การประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ แก่ภาคีเครือข่าย
- “ **Dengue Volunteer** เคาะประตู..ดูยุงลาย ” กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

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

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพของระบบสอบสวนควบคุมโรคติดต่อเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปีปัจจุบัน
1. อัตราป่วยด้วยโรคไขเลือดออก	ลดลงร้อยละ 25 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	141.66	133.89	6.94	13.68	96.20
2. อัตราป่วยด้วยโรค pneumonia ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	7.05	13.88	13.6	164.15
3. อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	1852.38	1212.34	673.42	854.93	941.19
4. อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	169.2	34.7	95.2	34.20
5. ความทันเวลาของการรายงาน 506	ร้อยละ 100	89.54	86.04	91.72	84.11	92.91
6. การรายงานสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยาและเผยแพร่	ร้อยละ 100	80	80	80	80	80

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## II-9 การทำงานกับชุมชน

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-9.1 องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

II-9.2 องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

**บริบท**

อำเภอแม่ลานมีพื้นที่ทั้งหมด 89.20 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม ด้านการคมนาคมมีถนน 4 เลนตัดผ่าน สภาพอากาศมี 2 ฤดูกาลคือฤดูร้อนและฤดูฝน ในฤดูร้อนอากาศจะร้อนขึ้นในฤดูฝนมีฝนตกบ่อยและมีน้ำหลาก เนื่องจากมีแม่น้ำปัตตานีไหลผ่านและมีคลองชลประทานผ่านทุกตำบล ทำให้เกิดน้ำท่วมเป็นบาง แ่งการปกครองทั้งหมด 3 ตำบล ตำบลป่าไร่ 7 หมู่บ้าน ตำบลม่วงเตี้ย 6 หมู่บ้าน และตำบลแม่ลาน 9 หมู่บ้าน รวม 22 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 14,609 คน แบ่งเป็นเพศชาย 7,068 คน เพศหญิง 7,541 คน จำนวนหลังคาเรือน 3,365 หลังคาเรือน เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ประชาชนนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 61 ศาสนาพุทธร้อยละ 39 อาชีพส่วนใหญ่ทำสวนยางพารา ทำนา ทำสวนผลไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำประมงน้ำจืด สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีรพ.สต.5 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ. 1 แห่ง และคลินิกเอกชนในเขตอำเภอแม่ลาน 2 แห่ง มีเครือข่ายการทำงานด้านสาธารณสุขหลายหน่วยงาน ทั้งส่วนราชการในอำเภอ ระดับจังหวัด มีวัด มัสยิด ภาคเอกชน จิตอาสาในกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนคือ ต้องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่ายมีความเป็นกันเอง การดูแลในชุมชนอย่างญาติมิตรให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้รับความรวดเร็ว ได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่างๆ กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-5 ปี กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ กลุ่มโรคทางสาธารณสุขที่สำคัญได้แก่โรคเบาหวานจำนวน 574 คน คิดเป็นร้อยละ 3.92 โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,555 คน คิดเป็นร้อยละ 10.64 โรคระบาดที่พบได้แก่ไข้เลือดออก ปอดบวม เป็นต้น อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 5 คน คิดเป็น 89.33 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคปอดบวมจำนวน 16 คน คิดเป็น 96.18 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กที่มีภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน จำนวน 123 คน ร้อยละ 57.21 ผู้ป่วยที่มีภาวะฟิงฟิงเข้ากองทุนดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) จำนวน 45 คนคิดเป็นร้อยละ 0.31 ประเมินความต้องการของชุมชนโดยมีการทำประชาคมหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการวิเคราะห์ชุมชน หาปัญหา หรือสิ่งที่ต้องการจะพัฒนาชุมชน จัดทำแผนดำเนินงานการจัดการสุขภาพของคนอำเภอแม่ลาน ให้ได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่มีความครอบคลุม ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 3 กองทุนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงาน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>การจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน</p> <p>บริการที่มีในชุมชนจัดโดยรพ./เครือข่าย ตามแต่ละกลุ่มเป้าหมาย</p> <p><u>กลุ่มเด็กปฐมวัย</u> 1.บริการฉีดวัคซีนแก่เด็กแรกเกิด - 5ปี ตามเกณฑ์มาตรฐานEPI 2. ประเมินภาวะโภชนาการ 3.ประเมินพัฒนาการตามวัย 4.คัดกรองภาวะซีด 5.บริการจ่ายยารักษาโรค 6.ตรวจประเมินสุขภาพฟัน 7.ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงให้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก</p> <p><u>กลุ่มวัยเรียน</u> 1.บริการตรวจสุขภาพนักเรียน ได้แก่ บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บริการทันตกรรม บริการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ ประเมินสุขภาพจิตในนักเรียน ตรวจพัฒนาการ 2.ฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นตามมาตรฐาน 3.ประเมินสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 4.ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการประเมิน CI ,HI 5.ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและยา (อ.ย.น้อย)</p> <p><u>กลุ่มวัยรุ่น</u> 1.ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 2.จัดตั้งคลินิกวัยรุ่น จัดกิจกรรม ชมรมต่างๆเช่น To be number1,การสร้างเสริมการออกกำลังกาย 4.ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง 5. บริการวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นตามเกณฑ์ 6.บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเสพติด</p> <p><u>กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</u> 1.ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามมาตรฐาน 2.การประเมินสุขภาพจิต 3.บริการวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นตามเกณฑ์ 4.บริการตรวจหลังคลอด 5.บริการเยี่ยมมารดาหลังคลอด 6.บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน 7.ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด</p> <p><u>กลุ่มวัยทำงานอายุ</u> 1.คัดกรองเบาหวาน ความดัน คัดกรองซีมีเซร่า บุหรี่และแอลกอฮอล์ ปีละ 1 ครั้ง 2.คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกในเพศหญิง ปีละ 1 ครั้งในกลุ่มอายุ35ปีขึ้นไป 3.บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์ 4.ให้บริการตรวจรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ PCC 2 แห่ง 5.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน3อ2ส1พ</p> <p><u>กลุ่มผู้สูงอายุ</u> 1.คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน 2. ดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม 3. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง 4. พัฒนาชมรมผู้สูงอายุโดยแกนนำชุมชน องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชน 5. บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์ 6.อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ) เพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 8. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p><u>กลุ่มผู้ด้อยโอกาส/ผู้พิการ</u> 1.ประเมินภาวะสุขภาพและดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้พิการ 2.ดูแลสุขภาพโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ 3.มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ 4.เยี่ยมบ้านและประเมินการดูแลสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ 5. บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์</p> <p>บริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้าร่วมการทำประชาคมปีละ1ครั้ง โดย มีการรับรู้ข้อมูล เสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพแกนนำในเรื่องต่างๆที่สามารถนำมาพัฒนาชุมชนได้ เช่นพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน ฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (SRRTตำบล),การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ( Care Giver ) ,อสม.เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก อสม.เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง เป็นต้น คัดกรอง</p>
--

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

สุขภาพพระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนา เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำให้เป็นบุคคลต้นแบบ มีการส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมหมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดโรค โดยมีแกนนำในการส่งเสริมการออกกำลังกายในพื้นที่ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เรื่องความรู้ สถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ชุมชนรับทราบข้อมูล มีนโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ การรดน้ำหวานในการจัดประชุมต่างๆและงานเลี้ยง

การมีส่วนร่วมกับเครือข่ายภายนอก ได้แก่ การทำประชาคมเพื่อให้ประชาชนร่วมรับรู้ ร่วมแก้ปัญหาเสนอโครงการแก้ปัญหาในกองทุนสุขภาพตำบล เช่นโครงการแก้ปัญหาภาวะซีดในเด็กปฐมวัย โครงการสาวไทยแก้มแดง ตรวจสอบข่าวแมลงในกลุ่มเกษตรกร โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง HTDM โครงการการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นต้น มีการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการหาแนวทางการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้หมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาลปลอดลูกน้ำยุงลาย ชุมชนจัดทำแผนงานโครงการ จัดตั้งงบประมาณในการดำเนินงานและมีการดำเนินการตั้งนี้ รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน การรณรงค์พร้อมๆกันในภาพรวมระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน “เคาะประตู..ดูยุงลาย (Dengue Volunteer)”

โดยการลงสัมผัสสำรวจลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมถึงการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโรคไข้เลือดออก (EOC Dengue) เพื่อติดตามสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และพิจารณาข้อสั่งการจากหน่วยเหนือ คือ มาตรการดำเนินการในภาพรวม มาตรการป้องกันควบคุมโรคระดับพื้นที่ (30-3-1) มาตรการด้านการรักษาพยาบาล และมาตรการทางสังคม ส่งเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และเฝ้าระวังการเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในชุมชนเดียวกัน เพื่อควบคุมและลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก และในปัดไปต้องดำเนินการควบคุมโรคในหมู่บ้านอย่างเข้มข้น ครอบคลุม และมีระบบการรายงานผ่านระบบออนไลน์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และมีการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอสว. ปีละ1ครั้งร่วมกับเครือข่ายอื่น เช่นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน เจ้าหน้าที่ขนส่ง,เจ้าหน้าที่ตำรวจ ,อื่นๆ ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและการให้บริการทางด้านสังคม(ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ) กลุ่มโรคที่พบมากคือโรคระบบทางเดินหายใจ,ระบบกล้ามเนื้อและข้อ,ระบบทางเดินอาหาร มีการสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของอำเภอรับทราบข้อมูล มีการร่วมประชุมจัดทำแผนและหาแนวทางการดำเนินงานในแต่ละปีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกลยุทธ์สำคัญในการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพมากขึ้น การให้บริการสุขภาพเชิงรุก มุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เท่าเทียมและเสมอภาค ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนและชุมชน อย่างมีส่วนร่วม จัดตั้งสถานีสุขภาพ(Health station)ในชุมชน เพื่อจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อยามเจ็บป่วย ภายใต้การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนสนับสนุนกำกับดูแล การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาน ได้จัดบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการโดยมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพร่วมออกให้บริการกับ รพ.สต.ในเครือข่าย (NPCU)ทั้ง 2 แห่ง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเยี่ยมบ้าน เพื่อฟื้นฟูสภาพ รวมถึงส่งต่อในกรณีที่มีปัญหา โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายงานผู้สูงอายุ การดำเนินงานได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตที่ 12 ในการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในเขตพื้นที่อำเภอแม่ลาน โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะ ความมั่นใจ ในการการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้เหมาะสม ตามบริบทภายใต้การมี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

สัดส่วน 1 คนต่อผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิง 5-10 คน โดยอำเภอแม่ลานใต้ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ( Long Term Care ) ครบ 3 ตำบลทั้งอำเภอ มีการดำเนินการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วัน ได้แก่ การฝึกปฏิบัติการของ (Care giver)ในสถานบริการและในชุมชนแบ่งเป็น ทฤษฎี และปฏิบัติในชุมชน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ( Long Term Care ) มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ Care manger Care Giver และภาคีเครือข่าย เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) การประเมินผลและปรับปรุงจากการติดตามและประเมินผลในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีภาวะซิด พบว่าเด็กมีภาวะซิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้มีการค้นหาเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น มีการแก้ไขโดยมีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กควบคู่กับวิตามินซี และติดตามคัดกรองซ้ำทุก 1 เดือน ในรายที่ยังมีภาวะซิดจะมีการตรวจ stool exam และส่งพบแพทย์ตามแนวทาง มีการเสริมพลังแกนนำสุขภาพและภาคีเครือข่ายโดยการสนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลม่วงเตี้ย มีชมรมกีร้อาติ และชมรมศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้และตรวจสุขภาพแก่สมาชิกชมรมเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ชมรมมีความยั่งยืนมากกว่า 10 ปี สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุด้านแพทย์แผนไทยของรพ.สต.ต้นไทรนต ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่งระดับเขตสุขภาพที่ 12

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
30.การทำงานกับชุมชน [III-9] <ul style="list-style-type: none"> <li>• การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน</li> <li>• การเสริมพลังชุมชน</li> </ul>	3.5	L,I	เพื่อให้องค์กรร่วมกับชุมชนจัดให้มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ทีมได้ดำเนินการ ดังนี้ 1)มีการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงHTDM 2)จัดกิจกรรมให้ความรู้เข้าชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคHTDMและโรคหลอดเลือดสมอง 3)มีการติดตามทุก 3เดือน ในกลุ่มสงสัยป่วยจะมีการทำ SMBP และ SMBG ติดต่อกัน 7 วัน ในรายผิดปกติจะมีการประสานผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยผ่านทางไลน์กลุ่ม Manager NCD 4)มีการจัดบริการสำหรับชุมชนโดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการในชุมชน โดยมี Health Sation ในชุมชนตำบลม่วงเตี้ย 5)มีการจัดบริการทางการแพทย์แบบNew Normal ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจัดส่งยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและสีเหลืองถึงบ้าน และได้จัดบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพร่วมออกให้บริการกับ รพ.สต.ในเครือข่าย (NPCU) ทั้ง 2 แห่ง  ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากกว่าร้อยละ 60 อัตราอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรอายุ35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.92 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ35 ปี ร้อยละ 2.15 ความพึงพอใจการบริการสุขภาพในชุมชนร้อยละ 97.75  มีการเสริมพลังแกนนำสุขภาพและภาคีเครือข่ายโดยการสนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลม่วงเตี้ย มีชมรมกีร้อาติ และชมรมศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้และตรวจสุขภาพแก่สมาชิกชมรมเดือนละ 1 ครั้ง ทำ

			ให้ชมรมมีความยั่งยืนมากกว่า 10 ปี สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุด้านแพทย์แผนไทยของรพ.สต.ต้นโตนด ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่งระดับเขตสุขภาพที่12 โอกาสพัฒนา มีแผนการพัฒนาศักยภาพอสม.และสร้างแกนนำในการติดตามผู้ป่วยHTDM และ Stroke Stemi มีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior- HB) ตามหลัก 3อ.2ส.
--	--	--	---

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการในชุมชน โดยมี Health Sation ในชุมชน 1 แห่งคือตำบลม่วงเตี้ย
- ประชาชนได้ตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง มีการจัดบริการทางการแพทย์ แบบNew Normal ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ม่วงเตี้ย และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลแม่ลาน

### iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IVและสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:ความครอบคลุมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	>90%	92.50 (370/400)	93.75 (375/400)	94.25 (377/400)	95.50 (382/400)	97.75 (391/400)
อัตราการจัดตั้งศูนย์เครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ PCC ครบ 2 แห่ง	100%	NA	NA	50	50	100
อัตราประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิต สูง	>90%	83.58	92.72	94.04	84.64	87.63
อัตราประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	>90%	85.02	93.49	95.98	86.49	89.06
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากประชากรอายุ35 ปีขึ้นไป	<5%	1.65 98/5924	1.75 105/6021	1.77 109/6149	1.51 94/6198	2.15 133/6186

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรอายุ35 ปีขึ้นไป	< 4%	0.81 48/5924	1 60/6021	0.99 61/6149	0.90 56/6198	0.92 57/6186
อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากรพต./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน	100 %	51.42 (18/35)	37.14 (13/35)	72.97 (72.97)	80 (20/25)	97.92 (47/48)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	<5%	22.85 (8/35)	11.42 (4/35)	8.1 (3/37)	0 (0/25)	4 (2/48)
อัตราผู้ป่วยติดเชื้อเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม	>20%	5.88 (1/17)	5.26 (1/19)	0 (0/20)	0 (0/14)	27.27 (6/22)
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ลดลงร้อยละ 25 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	141.66	133.89	6.94	13.68	96.20
อัตราป่วยด้วยโรคpneumonia ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	7.05	13.88	13.6	164.15
อัตราเด็กอายุ 6 -12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบภาวะโลหิตจาง	< 20	NA	56.41 (22/39)	57.58 (19/33)	51.64 (63/122)	57.21 (123/215)