



รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาคูณภาพตามข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลแม่ลาน จ.ปัตตานี

วันรับรอง 27 มีนาคม 2564 วันหมดอายุ 26 มีนาคม 2567

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร						
I-1 การนำ						
<p>1.การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง(I-1.1 ก (1)(2)(3))</p> <p>2.การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ(I-1.1ข)</p> <p>3.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา(I-1.1ค (1)(2))</p> <p>4.ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ(I-1.2 ก (1)(2))</p> <p>5.ระบบกำกับดูแลทางคลินิก(I-1.2 ก (3))</p> <p>6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม</p>	<p>ทีมนำควรทบทวนการกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจน ระบุกรอบเวลาที่ต้องการบรรลุ สนับสนุนให้ทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การพัฒนา รวมทั้งควรติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>	<p>1.ทบทวนจุดเน้นในการพัฒนา ปี ละ 1 ครั้ง โดยเลือกจากวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าในการพัฒนาและประเด็นความปลอดภัย นำประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาเป็นจุดเน้น</p> <p>2.ถ่ายทอดจุดเน้นการพัฒนาของโรงพยาบาล ไปสู่ผู้ปฏิบัติ ผ่านทางประธานทีมক্রอม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหน่วยงาน website โรงพยาบาล</p> <p>3.มอบหมายทีม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทีมนำคุณภาพ จัดทำแผนพัฒนา แผนปฏิบัติตัวชี้วัด ตามแต่ละจุดเน้น</p>	<p>อัตราตัวชี้วัดจุดเน้นโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์>80%</p>	<p>ในไตรมาส 3</p> <p>กันยายน</p> <p>กันยายน</p> <p>ธ.ค ,มี.ค,มิ.ย ,ก.ย</p>	<p>ทีมนำ</p>	<p>ปี 2564 ได้ปรับจุดเน้น และร่วมทบทวนปีละ 1 ครั้ง ได้เพิ่มจุดเน้นประเด็นมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ได้แก่ การรายงานค่า LAB วิกฤติ การวินิจฉัยผิดพลาด การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>-ประสานแผนจุดเน้นและแผนปฏิบัติงานในทีมครอม ผลพบว่า ปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม ปี 2565 จึงมีการถ่ายทอดจุดเน้นโดยทำหัวหน้าพาทำคุณภาพทุกสัปดาห์ , ปรับ CPG HT, DM, STEMI, Stroke ,sepsis, pneumonia ในเด็ก < 5 ปี โดยทีม PCT ทีม manager รายโรคร่วมกับองค์กรแพทย์ จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงานทุก3-6 เดือน ปี 2565 ผลลัพธ์ อัตราตัวชี้วัดจุดเน้นโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ 58.8 %</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		4.ติดตามผลการพัฒนาตามจุดเน้น โดยนำเสนอผลลัพธ์ทุก 3 เดือน และร่วมแก้ไขการพัฒนาร่วมกัน				<p>ปี 2566 ทีมนำ จึงเพิ่มการกำกับติดตาม โดย round หน่วยงานตามตาราง ประจำวัน round คลินิกตามสัปดาห์ รับ ฟังปัญหาหน่วยงาน จึงได้ปรับปรุงระบบบริการในคลินิก NCD, แนวทางผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกัน pneumoniaและการฉีดวัคซีนป้องกัน ไขหวัดใหญ่ในเด็ก, สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์เพิ่มเติม ได้แก่ การตรวจ Lactate ในผู้ป่วย sepsis, เครื่องตรวจ ตา ในผู้ป่วย NCD</p> <p>ผลลัพธ์ อัตราตัวชี้วัดจุดเน้น โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ 76.5% ดีขึ้น โอกาสพัฒนา สื่อสารนโยบาย จุดเน้น ในการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้เป็นงาน ประจำ เน้นให้ปฏิบัติตามค่านิยม สร้าง ให้เป็นวัฒนธรรม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-2 กลยุทธ์						
<p>7.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล(I-2.1ก (1)(2)(3)(4)(5))</p> <p>8.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ (I-2.1ข(1)(2)(3))</p> <p>9.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร (I-2.2ก(1)(2)(3)(4))</p> <p>10.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า(I-2.2ก (5),ข)</p>	<p>ทีมนำควรส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้มากขึ้น</p> <p>ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามภารกิจที่องค์กรต้องดำเนินการเพื่อกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของความท้าทายให้ครอบคลุมตามบริบทของ F2 ในการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพทั้ง Pre-hospital , In – hospital , Post – hospital นำความท้าทายมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดจัดทำแผนปฏิบัติการ สื่อสารลงสู่การปฏิบัติและควรติดตามความก้าวหน้าของแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>	<p>1.ทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ข้อมูล รพ.เพื่อเตรียมจัดทำแผนกลยุทธ์</p> <p>2.เชิญทีมที่เกี่ยวข้องร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ รพสต. สสอ. อปท ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม ตำรวจ อำเภอ กู้ภัย ทีมโรงเรียน เป็นต้น ร่วมกับทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องของ รพ. โดยร่วมรับฟังและเสนอแผนในกลุ่มย่อยและมาสรุปในกลุ่มใหญ่</p> <p>3.ร่วมสรุปและเสนอแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการประจำปีกับทีมคร่อม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4.กำหนดให้พัฒนาระบบบริการ Pre- In – Post hospital ในโรคที่สำคัญ</p>	<p>1.อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ >80%</p> <p>2.อัตราตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ >80%</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>ไตรมาส 4</p> <p>กันยายน</p> <p>ทุกปี</p>	<p>ทีมนำ</p>	<p>ปี 2564 ได้ swot ร่วมกับทีมต่างๆ เป็นกลุ่มย่อยและทำแผนกลยุทธ์ นำเสนอแผนกลยุทธ์ภาพรวมร่วมกันในทีมนำและ คปสอ.</p> <p>-ถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่และทีมที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมและผ่านทาง website รพ.</p> <p>ผล เจ้าหน้าที่อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ ได้น้อย และบางส่วนยังไม่ทราบแผนยุทธศาสตร์ ปี 2565 จึงได้เพิ่มบทบาทในการติดตามแต่ละแผนยุทธศาสตร์และนำเสนอในทีมนำทุก 6 เดือน ผลพบว่า ทีม PCT ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนให้ต่อเนื่องเนื่องจากไม่ได้ประชุมติดตามในทีม และพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในคลินิก ปี 2566 ทีมนำได้เดิน round หน่วยงาน จึงได้นำปัญหา มาปรับระบบบริการ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>5. ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ผ่านทาง ประธานทีม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้า งาน Web site รพ. และ มอบหมายหัวหน้าทีมติดตามการ ปฏิบัติ</p> <p>6. ทีมนำติดตามการปฏิบัติตาม แผนกลยุทธ์ โดยให้ทีมที่ รับผิดชอบนำเสนอผลการ ดำเนินงาน ตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน</p>		<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>		<p>คลินิก NCD เพื่อให้บริการแบบสห วิชาชีพ และลดระยะเวลาการรอคอย ปรับระบบการเข้าถึงบริการให้เพิ่มขึ้น ในกลุ่มโรค stroke,STEMI โดยให้ ความรู้ร่วมกับชุมชนในกลุ่มแกนนำ ชุมชน กลุ่มสุขภาพเป็นต้น</p> <p>-ปรับระบบการจัดเก็บรายได้ การ จัดการสารสนเทศ ในยุทธศาสตร์ที่ 4 โดยกำหนดแนวทาง data audit และ เข้าร่วม HA IT</p> <p>ผลลัพธ์</p> <p>1. อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ เพิ่มขึ้น = 82.4%</p> <p>2. อัตราตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ 72.12% โอกาสพัฒนา มอบหมาย แกนนำเป็นผู้รับผิดชอบติดตามในแต่ ละกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ และให้ทีม IM รายงานตัวชี้วัด ให้ผู้อำนวยการโดยตรง และ notify line แจ้งเตือน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-3 ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน						
11 การรับฟัง/เรียนรู้ ความต้องการและ ความคาดหวังของ ผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม (I-3.1ก(1)(2))	การรับฟัง/ เรียนรู้ความ ต้องการและความคาดหวัง ของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม มี การรับฟังที่หลากหลาย ช่องทาง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน กลุ่มตามสิทธิการ รักษาบริการที่ต้องการ มี การสอบถามและพูดคุย ควร ส่งเสริมการนำผลการรับฟัง ข้อมูลจากการสอบถาม สำรวจมาวิเคราะห์ ใช้ ประโยชน์ในการจัดระบบ บริการที่ตอบสนองกับ ปัญหาและความต้องการที่ ตรงประเด็นในแต่ละกลุ่ม มากขึ้น โดยเฉพาะการ เรียนรู้ความต้องการในกลุ่ม ผู้ป่วยสำคัญที่ทีมนำทาง	1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการรับ ฟังความต้องการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหน่วยงาน แผนกต่างๆ ผู้ป่วยในชุมชน กลุ่ม สิทธิต่างๆ กลุ่มรายโรคตาม จุดเน้นโรงพยาบาล 2.กำหนดช่องทางการรับฟังความ ต้องการ ผ่านทาง QR Code ,แบบสอบถาม ,กลุ่มไลน์,ทางโทรศัพท์ 3.ทีมต่างๆที่รับผิดชอบวิเคราะห์ ข้อมูลการรับฟังความต้องการ และ นำเสนอสรุปภาพรวมในประชุมทีม นำคุณภาพ	อัตราความ พึงพอใจต่อ การ บริการ>80%	ทบทวนทุกปี ทุก 6 เดือน ทุก 6 เดือน	คลินิก พิเศษ OPD,IPD ยุทธศาสตร์ ร์ กรรมการ บริหาร	ปี 2564-2566 อัตราความพึงพอใจต่อ การบริการภาพรวม =85.45 %,82.61%,83.46% อัตราความพึงพอใจต่อการบริการของ NCD ปี 2565=87.53% ปี 2566=80.44% จากการรับฟังผู้รับบริการผู้ป่วยนอก มี ความประสงค์ ในเรื่องการบริการให้ รวดเร็ว ลดความแออัด จึงได้ขยาย บริการลงใน PCC จัดระบบนัดในกลุ่ม NCD ขยายพื้นที่รอคิวให้กว้างที่ OPD, จัดระบบบริการทำแผลและฉีดยาในห้อง ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยใน ต้องการบริการ อาหารผู้ป่วยใน 3 มื้อ โรงพยาบาลจึง จัดอาหารบริการโดยจ้างผู้ประกอบการ ภายนอก โดยปรึกษานักโภชนาการ จังหวัด
12 การประเมินความ พึงพอใจและความ ผูกพัน (I-3.1ข(1))						
13 การใช้ข้อมูลเพื่อ กำหนดบริการและ การอำนวยความสะดวก สะดวก(I-3.2ก (1)(2)(3))						
14 การสร้าง ความสัมพันธ์และการ จัดการคำร้องเรียน(I- 3.2ข(1)(2))						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>คลินิกและโรงพยาบาล มุ่งเน้น รวมถึงผู้รับผลงาน อื่น ชุมชน เครือข่ายที่ โรงพยาบาลเกี่ยวข้อง เช่น การรับฟังกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ กลุ่มผู้ป่วย NCD , Stroke, STEMI , Sepsis , กลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่ม COPD , TB เป็นต้น</p>	<p>4. ทีมนำกำหนดแผนพัฒนาการ ตอบสนองความต้องการในกลุ่ม ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</p>	<p>อัตราความ พึงพอใจต่อ การ บริการ > 80%</p>			<p>ปี 2565 ส่วนใหญ่ มีความต้องการ ให้ จัดโครงสร้างให้เป็นสัดส่วน แยกหอ ผู้ป่วยชาย หญิง ให้ชัดเจน เพิ่มช่อง ทางการเข้าบริการและสื่อสารให้มากขึ้น จึงได้ปรับโครงสร้างเพิ่มเติม ในจุด OPD, IPD, ห้องสุขภาพจิต เป็นต้น และ ได้สื่อสารไปยังและเพิ่มช่องทางการ เข้าถึงของงานฝ่ายต่างๆ เช่น กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และ เปิดช่องทางในรูปแบบ OPD คู่ขนาน ปี 2566 มีความประสงค์ ในเรื่องการเข้า ตรวจ และให้บริการซ้ำ การให้เวลาใน การปฏิสัมพันธ์ไม่มากเท่าที่ควรใน ผู้ป่วย NCD คิววันที่ห้องทันตกรรม ต้องการห้องพิเศษที่มีคุณภาพ คณะกรรมการบริหาร จึงกำหนด ระเบียบการปฏิบัติและสร้างวัฒนธรรม การทำงานของเจ้าหน้าที่ และ มอบหมายทีมนิเทศตรวจสอบติดตาม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ประจำวันรวมถึงวันหยุดราชการ การ จัดระบบนัดในหน่วยบริการให้มีความ สอดคล้องกันกับคลินิกต่างๆ และเข้า แผนปรับปรุงห้องพิเศษ และห้องต่างๆ ให้มีความทันสมัยมากขึ้น และในกลุ่มการพยาบาลได้จัดทำ ประเมินความพึงพอใจผ่าน QR Code เป็นรายบุคคล และจะขยายไปในกลุ่ม วิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-3 ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน						
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (I-3.3)	คำแนะนำ (Suggestion) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย : ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดสิทธิผู้ป่วยในแต่ละกระบวนการการทำงาน และตามรอยหน้างาน กระบวนการให้บริการเพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างรัดกุม เช่น บริการ IPD นอนปนกันชายหญิง คลินิกเฉพาะโรค เช่น HIV , TB เป็นต้น	1.กำหนดกลุ่มการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ,กลุ่มเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรง ล่วงละเมิดทางเพศ , กลุ่มผู้รับบริการการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น (Y+) ,กลุ่มคดีรุนแรง,ผู้ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ,กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แยกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยการรักษาความลับ 2.กำหนดกระบวนการบริการในสิทธิผู้ป่วยและข้อปฏิบัติที่ควรระวัง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยในห้องเอกซเรย์ กายภาพ แพทย์แผนไทย ห้องตรวจแพทย์ ห้องน้ำชายหญิง ผู้พิการ หอผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องตรวจครรภ์ ห้อง PV	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการละเมิดสิทธิ / การเปิดเผยความลับ 0 ครั้ง	ทบทวนทุกปี ทบทวนทุกปี	ทีม จริยธรรม และเจรจา ไกล่เกลี่ย	ปี 2565 ทางโรงพยาบาลได้กำหนดการคุ้มครองสิทธิและปรับปรุงเพิ่มเติม ดังนี้ การแบ่งห้องผู้ป่วยชาย-หญิง ห้องสุขภาพจิตเป็นสัดส่วนเพื่อรักษาความลับ ในคลินิกพิเศษ HIV ,TB ให้บริการในห้องที่ปกปิด มีการจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลโดยทีมเฉพาะ งานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยมีการปิดม่านทุกครั้งที่มีการทำหัตถการงาน X-ray มีการเขียนแบบฟอร์มขอข้อมูลฟิล์ม X-ray เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล ไม่มีอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการละเมิดสิทธิ /การเปิดเผยความลับ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-3 ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน						
		<p>เป็นต้น โดยต้องมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คนในการดูแลผู้ป่วยและต้องมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นเพศเดียวกับผู้ป่วยหญิง</p> <p>3.จัดบริการสถานที่ให้เหมาะสมกับการป้องกันการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย</p> <p>4.ทีมจริยธรรมและเจรจาไกล่เกลี่ยนิเทศตรวจสอบกระบวนการหน้างาน</p> <p>5.ติดตามข้อร้องเรียนและความพึงพอใจ</p>		ทุกเดือน		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้						
<p>16.การวัดผลการดำเนินการ [I-4.2ก]</p> <p>17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผล การดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1 ข ,ค]</p> <p>18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]</p> <p>19. การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]</p> <p>20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]</p>	<p>1. จากที่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์มาแล้ว ควรส่งเสริมการจัดการเกี่ยวกับการวัดผลงาน ตั้งแต่การคัดเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายและมีความท้าทาย ครอบคลุมทั้งด้านการดูแล รักษา เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันฟื้นฟู ปรับปรุงระบบจัดเก็บข้อมูลให้ถูกต้อง นำเชื่อถือ ใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัด และนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำไปสู่ การตัดสินใจวางแผนดำเนินการ ประเมินและปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการ</p>	<p>1.กำหนดให้การเลือกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และครอบคลุมการดูแล รักษา ป้องกันฟื้นฟู โดยร่วมกันกำหนดในทีมนำคุณภาพและทุกทีมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ</p> <p>2.พัฒนาระบบการบันทึกตัวชี้วัดผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล เพื่อให้มีการรายงานตัวชี้วัดเป็นปัจจุบัน และทันเวลา</p> <p>3.สรุป วิเคราะห์ นำเสนอตัวชี้วัดที่ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนั้นๆ จากฐานข้อมูลการให้บริการที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด สามารถปรับใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดได้</p>	<p>1.อัตราการนำเสนอตัวชี้วัดต่อทีม นำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100</p> <p>2.อัตราตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80</p> <p>3.ระดับตัวชี้วัดในระบบ THIP อยู่ใน ระดับสูงกว่า ร้อยละ 75</p>	<p>ทุกปี</p> <p>ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64</p> <p>ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64</p> <p>ตั้งแต่ 31 มีนาคม 64</p>	<p>เสถียร/ทีม นำ</p> <p>เสถียร/ ทศวรรษ</p> <p>เสถียร</p> <p>เสถียร</p>	<p>1.มีการกำหนดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ดำเนินการโดยทีมนำคุณภาพรวมทั้งมีการปรับปรุง/ทบทวนตัวชี้วัดเป็นประจำทุกปี เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินและมุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยพบว่าอัตราตัวชี้วัดผ่านเป็นในปี 2564-2566เป็นร้อยละ46.57,42.30 และ 54.60 ตามลำดับ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์จะเป็นตัวชี้วัดด้านคลินิกโดยส่วนใหญ่</p> <p>2.จากการเข้าร่วมการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบตัวชี้วัดกับโรงพยาบาล ระดับ F2 ด้วยกัน พบว่ามีตัวชี้วัดที่อยู่ในระดับที่สูงกว่า ร้อยละ 75 ตั้งแต่ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 39.68,43.55 และ 58.54 ตามลำดับ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	พัฒนาที่ตรงประเด็นในทุก ระดับและทุกส่วนขององค์กร	4. มีการ benchmark กับ โรงพยาบาลในระดับ F2 ด้วยกัน				
	2. ควรส่งเสริมให้ทีม ร่วมกับสาขาชีพพัฒนา/ ออกแบบการบันทึกข้อมูล สำคัญ เข้าระบบ Electronic ให้สมบูรณ์ รวมทั้งการ จัดเก็บข้อมูลที่บันทึกใน กระดาษเข้าระบบ เพื่อให้ ระบบการบันทึกเวชระเบียน มีความสมบูรณ์เชิงคุณภาพ มีข้อมูลสำคัญทางการรักษา การพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับ ครบถ้วนและ เป็นหลักฐาน ทางกฎหมายได้ ไม่สูญหาย	1. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล การให้บริการคลังเลือดใน โปรแกรม HOSxP โดยการปรับ วิธีการบันทึกข้อมูลการขอใช้เลือด บันทึกข้อมูลการรับเลือด และ ข้อมูลการให้เลือดให้สมบูรณ์ทั้ง ข้อมูลผู้เบิก ผู้รับ จำนวนเบิก จำนวนที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาใน การรอรับเลือด เป็นต้น 2. พัฒนาระบบการบันทึกเวช ระเบียนให้มีคุณภาพ โดยทีมสห วิชาชีพร่วมจัดทำแนวทางในการ บันทึกเวชระเบียน ที่มีลักษณะ ดังต่อไปนี้	1. อัตราการ บันทึกข้อมูล การบริการ คลังเลือดใน ระบบ HOSxP ร้อย ละ 100 2. อัตราความ สมบูรณ์เวช ระเบียน ผู้ป่วยนอก มากกว่า 90%	31 มีนาคม 64 30 กันยายน 2564 30 มิถุนายน 2564	ทศวรรษ/ นุริยะห์ เวชสถิติ และทีม ตรวจสอบ เวช ระเบียน ทศวรรษ	1. ได้มีการดำเนินการเปิดใช้ระบบการ บันทึกข้อมูลธนาคารเลือดใน HOSxP จากการดำเนินงานพบว่า ประสบปัญหา ในการบันทึกข้อมูล โดยปัญหานี้จะหมด ไปเมื่อปรับเปลี่ยน HOSxP ver.4.0 จึงได้ กำหนดไว้ในแผนเงินบำรุงและยังคงใช้ ระบบเดิมในการบันทึกข้อมูลด้านการ เบิก-จ่ายเลือดอยู่ 2. การพัฒนาระบบการบันทึกเวช ระเบียนให้สมบูรณ์ ได้มีการอำนวยความสะดวกในการบันทึกคำวินิจฉัย (diagnosis text) โดยการจัดทำระบบ การให้คำวินิจฉัยอัตโนมัติเมื่อเลือกรหัส วินิจฉัย (ICD-10) ผลการดำเนินงาน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>ครบถ้วน (ข้อมูลสำคัญครบถ้วน)</p> <p>- ความถูกต้อง (ตามความเป็นจริง)</p> <p>-มีรายละเอียดที่ดี (ชัดเจน ไม่กำกวมหรือคลุมเครือ)</p> <p>- ทันสมัย (ใช้ข้อมูล/ CPG ที่ update)</p> <p>3.พัฒนาระบบสำรองข้อมูลที่มีความปลอดภัย และดำเนินการได้รวดเร็ว</p> <p>4. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูล เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล</p>	<p>3.อัตราความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล HDC มากกว่า 99.9%</p> <p>4.จำนวนครั้งที่ระบบ LAN ไม่สามารถใช้งานได้นานกว่า 30 นาที เป็น 0 ครั้ง</p> <p>5.อุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูลผู้ป่วยเป็น 0</p>	<p>30 มิถุนายน 2564</p>		<p>พบว่า อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้น 90.42% และ 88.06%</p> <p>และในหัวข้อ diagnosis text มีความสมบูรณ์เป็น33.33% (เพิ่มจาก 26.6% ในปี 2565)</p> <p>3.ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมายังไม่พบอุบัติการณ์ระบบ LAN ล่มจนไม่สามารถทำงานได้เกินกว่า 30 นาที</p> <p>4.พบอุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูลจำนวน 1 ครั้งอันเนื่องมาจากความผิดพลาดในการสำรองข้อมูล เป็นผลให้มีการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลปัจจุบัน ตรวจพบจากการรายงานของผู้ปฏิบัติงาน สามารถกู้คืนข้อมูลมาได้ 100%และได้มีการจัดทำกระบวนการสำรองข้อมูลใหม่เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าว</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						4. ปรับเปลี่ยน server ใหม่ในปี 2566 เพื่อรองรับการสำรองข้อมูลที่ไวขึ้น
		<p>5. ออกแบบแบบฟอร์มการบันทึกการรักษาพยาบาลต่างๆ ตามที่หน่วยงานต้องการ เพื่อลดการซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล</p> <p>6. จัดเก็บเวชระเบียนเป็น Electronic ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจคลื่นหัวใจ - ใบการ்தูน - ใบตอบกลับrefer - फिल्मเอ็กซเรย์ 	<p>6. มีการสร้างแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลต่างๆ อย่างน้อยปีละ 2 แบบฟอร์ม</p>	<p>31 มีนาคม 2564</p>	<p>ทศวรรษ/ อดุลย์</p>	<p>5. ได้ดำเนินการจัดทำแบบฟอร์มทางการพยาบาลทั้งหมด 57 แบบฟอร์ม อาทิเช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CUSTOM-DriverDiagram-PCT-OPD-20โรค-MLH 2. CUSTOM-รายชื่อผู้ป่วย-มะเร็ง-พาร์กินสัน-ไมเกรน-สะกดเงิน-OPD-MLH 3. CUSTOM-หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและจัดทำความสะอาดฟันโรงพยาบาลแม่ลาน6. <p>ดำเนินการจัดเก็บเอกสารเช่น ผลการตรวจคลื่นหัวใจ, ใบการ்தูน, ใบตอบกลับ refer โดยการ scan เก็บไว้ในโปรแกรม HOSxPพบว่ายังไม่ตอบสนองผู้ใช้ในเรื่องความสะดวกและความง่ายในการเปรียบเทียบข้อมูล</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						จึงได้วางแผนให้มีการจัดทำระบบการจัดการเอกสารใน HOSxP เพื่อให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น ส่วนภาพเอกซเรย์ได้ใช้ระบบ PACS ซึ่งเป็นระบบออนไลน์และสามารถเชื่อมต่อกับ รพ.ปัตตานีเพื่อความสะดวกในการจัดส่งฟิล์มเอกซเรย์ออนไลน์ได้
	คำแนะนำ 1. ควรส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร่วมกับการทบทวนระบบการป้องกันความเสี่ยง ความปลอดภัยที่กำหนดไว้ นำสู่การพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมี	1. การปรับปรุงห้อง server ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐาน ได้แก่ การกันห้องให้มีดชีวิต รวมทั้งการกำหนดชื่อผู้ที่สามารถเข้าถึงห้อง server ได้ 2. การ update server ทุก 10 ปี 3. การปรับปรุงระบบ firewall ทุก 3 ปี	จำนวนครั้งที่ระบบ LAN ไม่สามารถใช้งานได้นานกว่า 30 นาที เป็น 0 ครั้ง			1. ดำเนินการกันห้อง server ให้เป็นสัดส่วน และป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก แต่ยังคงขาดการติดตั้งตัวบันทึกอุณหภูมิและความชื้นอย่างต่อเนื่องและออนไลน์ตลอดเวลา (data logger) โดยจะรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด 2. มีการ update server ในปี 2566 โดยมี spec ดังนี้ Intel Xeon Gold 6326 2.9G x2, 16C/32T, 11.2GT/s, 24M Cachex2 / 16GBx2 / 64GBx2

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	ความพร้อมใช้ ปลอดภัยทั้งใน ภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน					/ 960GB SSD SATAx4 /V2 750W(230V/115V) Platinum Hot-Swap Power Supply v2 x2 3.ระบบ firewall มีการปรับปรุงล่าสุด เมื่อปี 2566 กำหนดในแผนเงินบำรุง สำหรับการปรับปรุงระบบ firewall
	2. ทีมสารสนเทศร่วมกับทีมนำ คุณภาพและผู้เกี่ยวข้องควร รวบรวมข้อมูลและบันทึกสถิติ ต่างๆที่หน่วยงานนำมาจัดการ เป็นข้อมูลสารสนเทศในทุกระดับ ได้แก่ ทีมนำคุณภาพ และ หน่วยงาน มีการวางระบบการ จัดการสารสนเทศให้ง่ายต่อ ผู้เกี่ยวข้อง การเข้าถึงข้อมูลและ นำไปใช้วางแผนการพัฒนา ระบบงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อการพัฒนางาน ระบบงานได้อย่างรวดเร็วและมี	1.ศึกษาดูงานการพัฒนา สารสนเทศที่ รพ.ยี่งอเฉลิมพระ เกียรติ 2.การปรับใช้โปรแกรม HosXP V.4 3.พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล สถิติ ในหน่วยงานต่างๆ ผ่านเว็บ ไซต์โรงพยาบาล และกำหนด username password ในการ เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว		เริ่ม มี.ค 64	เสถียร	1. ยังไม่ได้ดำเนินการเรื่องการดูงาน เนื่องจาก รพก.ยี่งอ ใช้โปรแกรม HOSxP ver.4 ทางทีมงานขอให้ทาง รพ.ได้ดำเนินการติดตั้ง HOSxP ver.4 ให้เสร็จสิ้นก่อน (กำหนดในแผนเงิน บำรุงตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา แต่ ประสบปัญหาเรื่องคิวของการติดตั้ง โปรแกรม จึงมีการขยับแผนไปก่อน) 2. มีการสร้างระบบการบันทึกข้อมูล ตัวชี้วัดผ่านทางเว็บไซต์ของ รพ. เพื่อให้ทีมนำสามารถดูผลงานตาม ตัวชี้วัดได้เป็นปัจจุบัน โดยตัวชี้วัดที่มี อยู่ในโปรแกรม HOSxP ทางผู้ดูแล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-ม.ย 2566
I-5 กำลังคน						
21. ชีตความสามารถ และความเพียงพอ ของกำลังคน [I-5.1ก] 22. สุขภาพและความ ปลอดภัยของ กำลังคน [I-5.1ข , ค(1)* (3) (4)] 23. การสร้างเสริม สุขภาพของกำลังคน [I-5.1ค(2)] 24 ความผูกพันและ ผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผล การปฏิบัติงาน [I-5.2 ก]	1. ทีม HR ควรใช้ข้อมูลที่ เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ ความเพียงพอ การพัฒนา กำลังคนตาม Service plan และภาระงานจริงมาจัดทำ แผนความต้องการและ แผนพัฒนาในระยะ 3 ปี ควร ส่งเสริมการทำ HR plan กำหนดวิธีการและช่วงเวลา ในการสรรหา พัฒนาคนใน แต่ละกลุ่ม กำกับติดตามและ ประเมินผลตาม action plan ที่กำหนดปีไว้ในแต่ละ ช่วงเวลา เพื่อให้ทีมสามารถ ดำเนินการได้อย่างเป็น รูปธรรม สามารถสรรหาและ พัฒนาบุคลากรได้บรรลุ เป้าหมาย	1. กำหนดให้วิเคราะห์อัตรากำลัง ตาม FTE และนำมาจัดทำแผนการ สรรหาอัตรากำลังคนให้เหมาะสม กับงานทุกปีโดยนำมาเสนอใน ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล 2. กำหนดแผนการจัดสรรหา บุคลากรที่ขาดตาม FTE ได้แก่ นักจัดการงานทั่วไป เจ้าหน้าที่ พัสดุ เจ้าพนักงานเวชสถิติ นัก รังสี โดยเสนอขออัตรากำลังจาก สสจ. หรือประกาศรับสมัครเป็น ลูกจ้าง 3. แผนจัดจ้างนักโภชนาการเพื่อ รองรับการจัดโรงอาหาร โรงพยาบาลในปี 2565	1. อัตรากำลัง ของกลุ่ม วิชาชีพ, กลุ่ม สนับสนุน เพียงพอ 100% 2. อัตรา เจ้าหน้าที่มี สมรรถนะใน ปฏิบัติงาน >80% -core competency -technical competency -managerial competency	กันยายน ของทุกปี ทุก 6 เดือน	HRM, HRD	-ปี 2564 อัตรากำลังของกลุ่มสนับสนุน เพียงพอ 81.8 % ดังนั้น ในปี 2565 ได้เพิ่ม จนท.ธุรการ , เวชสถิติ, นักจัดการงานทั่วไป พนักงานทำความสะอาด ในปี 2566 ได้เพิ่ม พนักงานขับรถ -ปี 2564-2565 อัตรากำลังของกลุ่ม วิชาชีพเพียงพอ 91.7% ซึ่งยังขาดใน ตำแหน่ง นักรังสีเทคนิค ได้พัฒนา สมรรถนะเจ้าหน้าที่โดย เชิญเจ้าหน้าที่ รังสีจาก รพ.สายบุรี มาทำการฝึกสอน พนักงาน และได้ส่งเข้าร่วมประชุมกับ นักรังสีในระดับจังหวัด รวมถึงได้รับการ นิเทศจากทีมนักรังสีเทคนิคจังหวัด -มีการจัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลังในระยะ 3 ปี เพื่อขยายบริการตอบสนองความ ต้องการกับผู้ป่วยบริการที่มากขึ้น และ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
25 การพัฒนา กำลังคนและผู้นำ [1-5.1ข]		<p>4. แผนการกำกับสมรรถนะในการปฏิบัติงานในแต่ละวิชาชีพทุก 6 เดือน โดยคณะกรรมการบริหาร และทีมนำคุณภาพ</p> <p>-core competency โรงพยาบาล/ ฝ่าย</p> <p>-technical competency หน่วยงาน</p> <p>-managerial competency หัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมต่างๆ และโดยเฉพาะงานที่ยังไม่มีตำแหน่งเฉพาะ ได้แก่ นักรังสีกำกับโดยองค์กรแพทย์ และมีพี่เลี้ยงนักรังสีระดับจังหวัด</p>				<p>ปี 2566 ในอัตรากำลังกลุ่มวิชาชีพ ได้เพิ่มผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำเตียงกับทันตแพทย์, นักกายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทย, นักเทคนิคทางการแพทย์ และมีนักรังสีจบใหม่</p> <p>ในอัตรากำลังกลุ่มสนับสนุน ปี 2567 ได้แก่ เจ้าหน้าที่พัสดุ, เจ้าหน้าที่ซักฟอก</p> <p>ปี 2568 ได้แก่ ผู้ช่วยทันตแพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลในงานเวชศาสตร์</p> <p>-จัดทำแผนพัฒนาตาม service plan และเชื่อมมุ่งโรงพยาบาล ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก, เฉพาะทางทันตกรรม, การดูแลผู้ใหญ่, การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น</p> <p>-จัดเวที KM ความรู้ทางวิชาการตามงานที่รับผิดชอบ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-5 กำลังคน						
						<p>-กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>-ควบคุมกำกับติดตามตามแผนที่รับผิดชอบหน่วยงาน และติดตามผลการดำเนินงานประจำเดือน รวมถึงการได้รับเสียงสะท้อนจากการทำงาน</p> <p>ผลลัพธ์ ปี 2565,2566 อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน 80.3%, 88.6%</p> <p>อัตราเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีสมรรถนะในปฏิบัติการงาน 74.65%,85.24%</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u> สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน หน่วยงานโดยเน้นใช้เอกสารคู่มือแนวทาง พัฒนาสมรรถนะในกลุ่มสนับสนุนให้เพิ่มขึ้น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-5 กำลังคน						
	2. จากการตามรอยพบว่า ควรกำหนดแผนการพัฒนาสมรรถนะ โดยเฉพาะในหน่วยสนับสนุน บริการโดยเฉพาะในกลุ่มที่คุณวุฒิ ไม่ได้ตามเกณฑ์และความรู้ทักษะที่จำเป็นทั้งผู้เกี่ยวข้องในการกำกับระบบและผู้ปฏิบัติ เช่น ในหน่วยรังสี บำบัดน้ำเสีย จ่ายกลาง ระบบประปา เป็นต้น ทีมที่เกี่ยวข้องและหัวหน้างานควรร่วมกันทบทวนกำหนด Learning need ที่เหมาะสมส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเก่งขึ้นรวมทั้งการกำกับตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ มีคุณวุฒิตามเกณฑ์	1.จัดทำแผนการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่แต่ละสายวิชาชีพ สายสนับสนุน ทุกปี 2.แผนพัฒนาสมรรถนะใน service plan ได้แก่ HT, DM, MI, Stroke ,sepsis, pneumonia ในเด็ก < 5 ปี 3.แผนพัฒนาความรู้และทักษะเร่งด่วน ได้แก่ -เจ้าหน้าที่ทำงานด้านรังสี ไปอบรมฝึกสมรรถนะที่โรงพยาบาลปัตตานี -เจ้าหน้าที่กำกับดูแลและเจ้าหน้าที่บำบัดน้ำเสีย ระบบประปา ส่งไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลอำเภออื่นและให้บริษัทเป็นที่ปรึกษา โดยมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ	1.อัตราความคลุมการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการแต่ละสายวิชาชีพ >80% 2.อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะในปฏิบัติงานในสายวิชาชีพ	ทุกปี ทุกปี ภายในเดือนกันยายน 2564- ปี 2564- 2565	HRD	ปี 2565,2566 อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน 80.3%, 88.6% อัตราเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีสมรรถนะในปฏิบัติการงาน 74.65 %,85.24% 1.ในปี 2566 ผู้รับผิดชอบงานระบบบำบัดน้ำเสียได้รับการอบรมการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล (แบบออนไลน์) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2.ได้ดำเนินการเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้ามาควบคุม ดูแลให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษา ด้านการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในช่วงมกราคม ปี2566

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-5 กำลังคน						
	จัดให้มีระบบกำกับนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ	ประเมินหน้างานทุกวัน/สัปดาห์ และหัวหน้างานเวชศาสตร์ กับ ประธานทีม ENV ประเมินทุก 3 เดือน นำมาเสนอผลในทีมนำ คุณภาพ 4.พัฒนาเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนใน สมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง ควบคู่กันไปทุกคน เช่น งาน ประปา งานบำบัดน้ำเสีย งานพัสดุ เป็นต้น 5.ประเมินสมรรถนะตามสายงาน สายวิชาชีพ ทุก 6 เดือน โดย หัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมต่างๆ 6.ส่งเสริมพัฒนางาน CQI / นวัตกรรม แต่ละหน่วยงาน ปีละ 1 ครั้ง โดยหมุนเวียนบุคลากรใน หน่วยงาน	และสาย สนับสนุน >80%			3.จากการควบคุมกำกับ ปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบ รายวัน ราย สัปดาห์ และรายเดือน โดยให้ ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตรวจ พารามิเตอร์ต่างๆตามแผน เช่น ตรวจวัดคลอรีนอิสระ ตรวจวัดค่า ph เป็นต้น นอกจากนั้นได้ทำการตรวจ ประเมินซ้ำ โดยคณะทีม ENV (ENV Round) ไตรมาสละ 1 ครั้ง ในปี 2565- 2566 ผลการประเมินการ ปฏิบัติงานร้อยละ 78.85 และ63.46 ตามลำดับ ปัญหาที่พบผู้ปฏิบัติงานยัง ไม่ผ่านการอบรมระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบประปา และการจัดการขยะติดเชื้อ เนื่องจากการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานใหม่ อยู่เสมอและเนื้อหาในการอบรมระบบ บำบัดน้ำเสียยังขาดเนื้อหาด้านการ บำบัดโดยใช้ไอโซนในการฆ่าเชื้อ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
I-6 การปฏิบัติการ						
26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล(I-6.1กข,I-6.2ก)	ควรส่งเสริมให้ทีมงานเฉพาะด้านและหน่วยงานทุกระดับได้นำแนวคิด 3 P มาออกแบบกระบวนการติดตาม ความก้าวหน้า ผลลัพธ์ของกระบวนการทำงานสำคัญเพื่อสะท้อนความสำเร็จของการดำเนินงานที่ผ่านมา	1.กำหนดนโยบายให้หน่วยงาน ทีมคร่อมต่าง ใช้ 3P ในการออกแบบการทำงาน และนำเสนอแผนปฏิบัติงานประจำปี 2.กำหนดแผนให้ ทีม Facilitator เข้าร่วมประชุมกับทีมคร่อมสายงานและหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้ใช้แนวคิด 3 P ในการออกแบบกระบวนการ 3.ทีมนำคุณภาพนิเทศหน้างาน เพื่อประเมินกระบวนการ 3P และความสำเร็จของการดำเนินงาน 4.กำหนดให้หน่วยงาน ทีมคร่อม นำเสนอผลลัพธ์ของกระบวนการทำงานทุกไตรมาส โดยให้สมาชิกในหน่วยงานและสมาชิกทีมคร่อมใช้ 3P ในการนำเสนอ	1.อัตราตัวชี้วัดของหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน ผ่านเป้าหมาย>80 % 2.อัตราความหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงานใช้กระบวนการ 3P ในการดำเนินงาน 100%	ไตรมาส 4 ทุก 4 เดือน ทุก 6 เดือน ทุก 3 เดือน	ทีมนำ	ปี 2564 หน่วยงานและทีมคร่อมยังใช้ 3P ไม่ครอบคลุม จึงได้นิเทศและกระตุ้นหน้างานทุกหน่วย โดยใช้ 3P ให้เชื่อมโยงกับทิศทางของโรงพยาบาล ปรับปรุง service profile ให้เป็นปัจจุบัน จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานทีมคร่อมในประชุมทีมนำ ทุก 6 เดือน ผลลัพธ์ อัตราหน่วยงาน/ทีมคร่อมใช้กระบวนการ 3P= 80% ปี 2565 ยังพบปัญหาการออกแบบในกระบวนการ และการวัดผลที่ชัดเจน จึงออกแผนหมุนเวียนลงหน้างาน ประจำเดือนโดยทีมนำ เพื่อค้นหาปัญหาให้ชัดเจน และออกแบบระบบร่วมกัน ผลลัพธ์ ปี 2566 หน่วยงานใช้ 3P เพิ่มขึ้นเป็น 95% ,อัตราตัวชี้วัดของหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงานผ่านเป้าหมาย = 85%
27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (I-6.1ค)						
28 การจัดการนวัตกรรม(I-6.1ง)						
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก (I-6.1จ)						
30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ(I-6.2ข)						

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล						
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ						
31 ระบบบริหารงาน คุณภาพการ ประสานงานและ บูรณาการ การ ทำงานเป็นทีม (II- 1.1ก(1)(2)(3)(4)(10))	1.การบริหารงานคุณภาพ: การทำงานเป็นทีม ทีมนำ ทีมนำทางคลินิก ทีมนำเชิง ระบบและศูนย์คุณภาพควร ส่งเสริมให้ทุกทีม ทบทวน บทบาทหน้าที่ ขอบเขต	1.ทบทวนคณะกรรมการในแต่ละ ทีม และกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขต เป้าหมายทิศทางการ พัฒนางานทุกปี 2.กำหนดให้ทีมคร่อมสายงาน จัดทำแผนปฏิบัติการ ทุกปี	1.อัตราทีม คร่อมปฏิบัติ ตาม แผนปฏิบัติ การ >90%	กันยายน กันยายน ทุกปี	ศูนย์ คุณภาพ	ปี 2564 กำหนดให้ทีมคร่อมเพิ่มเติม บทบาทของคณะกรรมการทีมคร่อมให้ ชัดเจน จัดทำแผนปฏิบัติการโดยให้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะและการ ปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล
32 การประเมิน ตนเองและจัดทำ แผนพัฒนาคุณภาพ (II-1.1ก(5)(8)(9))	เป้าหมาย ทิศทางการพัฒนา คุณภาพ การจัดทำแผน การ ดำเนินงาน การกำกับ ติดตามแผนที่กำหนด นำมา ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ระบบที่ได้รับมอบหมาย มี การประชุมเพื่อติดตาม ผลงานอยู่เสมอเพื่อรับทราบ การบรรลุเป้าหมายของการ พัฒนาระบบงานที่ รับผิดชอบ	3.กำหนดแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่ รับผิดชอบการปฏิบัติงานพัฒนา คุณภาพ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล 4.สนับสนุนการใช้มาตรฐาน คุณภาพผ่านช่องทาง website รพ.,กลุ่มไลน์,คู่มือเอกสาร เป็นต้น และการใช้มาตรฐานในเวทีการ ประชุมทุกครั้ง 5.กำหนดแผนการประชุมทีมนำ โดยต้องมีประธานหรือสมาชิก อย่างน้อย 1 คน เข้าร่วมประชุม	2.อัตราแกน นำคุณภาพ ได้รับการ พัฒนางาน คุณภาพ 100%	กันยายน กันยายน ทุกเดือน ทุกเดือน ทุก 3 เดือน		ในปี2565-2566 มีการ monitor แผนปฏิบัติการ จัดทำตารางสรุปการ กำกับติดตามตามปฏิทิน ,กำหนดให้ สรุปมติการประชุมทีมคร่อมและรายงาน การประชุมให้ทีมนำและระบบงานต่างๆ รับทราบ จัดพบปะระหว่างทีมคร่อม ,มี การสะท้อนข้อมูลในกลุ่มเลขาทีมคร่อม ในกลุ่มไลน์เลขา พบว่า เจ้าหน้าที่ทีมคร่อมยังไม่เข้าใจใน มาตรฐานและเป้าหมายที่ชัดเจน จึง จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมให้ ชัดเจน เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		6.จัดเวทีการส่งเสริมการทำงาน เป็นทีมโดยประสานระหว่างทีมนัด ประชุมร่วมกัน ระหว่างทีมคร่อม สายงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่าง ผู้บริหารกับปฏิบัติ เป็นต้น				<p>จัดเวทีพูดคุย นำเสนอ มาตรฐาน จำเป็น มาตรฐานแต่ละข้อ และร่วม เรียนรู้ข้อมูลตามบริบทหน่วยงาน การ ใช้ค่านิยม มาตรฐาน โดยมีแผนจัด เยี่ยมหน้างานประจำวัน,และประจำ สัปดาห์ในคลินิก</p> <p>ผลลัพธ์.อัตราทีมคร่อมปฏิบัติตาม แผนปฏิบัติการปี 2565 =75% ปี 2566=87.5%</p> <p>อัตราแกนนำคุณภาพได้รับการพัฒนา งานคุณภาพ 2565 =85% ปี 2566=100%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
33. การทบทวนการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วย [II-1.1 ข (1)]	2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย : ทีมนำทางคลินิกควรกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนทั้งระบบ Pre-hospital , in hospital , Post hospital มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญในการพัฒนาให้ครอบคลุม เช่น NCD โรคที่มาจากภัยสุขภาพ กำหนดตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นร่วมกัน ทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทในการทบทวนเคสที่มีอาการทรุดลงหรือส่งต่อเพื่อหาโอกาสการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น	1.ทีมนำทางคลินิกกำหนดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญคือ STEMI, Stroke,sepsis,TBI ,PIH ,PPH รวมทั้ง NCD HT DM COPD Pneumonia ในเด็ก ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาลโดยมา กำหนดระบบการดูแลให้ครอบคลุม Pre-hospital , In hospital และ Post hospital 2. ทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และนำเสนอต่อทีมนำ 3.ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกรณี Dead, ส่งต่อ,ทรุดหนักลง ,Re admit ,Re visit ในกลุ่มโรคสำคัญ STEMI, Stroke , Sepsis , TBI , PIH , PPH , NCD HT DM COPD , Pneumonia ในเด็ก	1.อัตราการตายในโรคที่สำคัญลดลง 2.อัตราผู้ป่วยเฉพาะโรค ควบคุมโรค ได้ >50% 3.อุบัติการณ์ unplan refer ลดลง	ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน	ทีมนำทางคลินิก	ระบบ pre hospital พบการเข้าถึงล่าช้า ใน stroke ปี 2564,2565 ได้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงที่รวดเร็ว แจกแผ่นพับ , สถิติเกอร์ให้ชุมชน ปี2566 ทีมให้ความรู้ลงสู่ชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงและนำปัญหาที่ได้มาหาแนวทางแก้ไข ระบบ In hospital การใช้ CPG จาก รพ.แม่ข่ายลงสู่ผู้ปฏิบัติงานไม่ครอบคลุม แก้ไขโดย แจ้งทีม PCT ก่อนนำไปใช้ในหน่วยงานทุกครั้ง กำหนดให้ใช้ Check list stroke ในการประเมินโรค ACS การทำ EKG ล่าช้า ในปี 2564,2565 ได้มีการปรับใบ Check list ACS ในการคัดกรองและปัญหาการ Start ยา Enoxaparin ล่าช้า ในปี 2566 ได้มีการทำ KM เรื่องการดูแลผู้ป่วย ACS

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>และการบริหารยา Enoxaparin และจัด Stock ยา ในหน่วยงาน ER อัตราการตายในผู้ป่วยโรคสำคัญปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)ACS = 15.38 % (2/13) , 22.22 % (2/9) และ 9.09% (1/11) พบในผู้ป่วยที่มา กับหน่วย FR 2 ราย ไม่รู้สึกตัวก่อน มาถึงโรงพยาบาล และเสียชีวิตขณะ กำลังจะให้ยา SK 1 ราย TBI = 0.37% (1/272) ,0.68 % (1/146) และ ไม่พบ การเสียชีวิตในปี 66 พบสาเหตุ ผู้ป่วย Severe HI มีการบาดเจ็บหลาย ตำแหน่ง ขาดประสบการณ์การทำ การ ห้ามเลือด Posterior nasal packing จึง มีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (แพทย์และพยาบาล)ในการทำหัตถการ ที่มีความยุ่งยาก Sepsis =4.34% (1/23) ,4.54 % (1/22) และ 0/16 พบสาเหตุ ผู้ป่วย CA lung</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ปฏิเสธ ETT & CPR & Refer และ ผู้ป่วย COVID-19 c septic shock arrest ขณะใส่ ET Tube Stroke ไม่พบ อัตราการตาย</p> <p>ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) ร้อยละ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดี</p> <p>(เป้าหมาย >40%) = 17.62% , 24.36%และ16.81%ตามลำดับ</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย >60%) = 60.16% , 56.19%และ 60.26% ตามลำดับ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
35. ระบบบริหาร ความเสี่ยงและความ ปลอดภัย [II-1.2ก (1)(5*) (6)] 36. กระบวนการ บริหารความเสี่ยง [II-1.2 ก (2) (3)] 37 การเรียนรู้จาก อุบัติการณ์ [II-1.2 ก (4)*]	3. ระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย: ทีมนำ ควรร่วมกับทีมบริหารความ เสี่ยงดำเนินงาน ดังนี้ 3.1 ควรส่งเสริมการเรียนรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรทุก ระดับในการค้นหาความ เสี่ยงรุกรานทั้งด้าน คลินิก ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทาง คลินิกจากระบบงานอื่นๆ การรายงานที่ครอบคลุมทุก หน่วยงาน นำสู่การวิเคราะห์ หาสาเหตุที่กำหนด มาตรการป้องกันที่เหมาะสม	1.อบรมฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจให้ เจ้าหน้าที่แกนนำและผู้เกี่ยวข้องใน การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การทำ 12 กิจกรรม, การ Round, การ Audit เวชระเบียน และการทำ RCA 2.ประกาศนโยบาย/แนวทางปฏิบัติ ให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความ เสี่ยง ผ่านการประชุมและ website รพ. โดยทีม RM สุ่มตรวจ ทุก 3 เดือน ได้แก่ 2.1. ความเสี่ยงเชิงรุก - กำหนดให้ทุกหน่วยงาน ทบทวน 12 กิจกรรมทุกเดือน และ ส่งทีม RM ทุก 3 เดือน - กำหนดให้มีการทบทวนเวช ระเบียนร่วมกับทีม PCT ทุก 3 เดือน	1.อัตราความ ครอบคลุม การรายงาน ความเสี่ยง ทุกหน่วยงาน (เชิงรุก/เชิง รับ) ร้อยละ 80 2.อัตรา เจ้าหน้าที่มี ความรู้ความ เข้าใจการ บริหารความ เสี่ยง ร้อยละ 80	ทุกปี ก.ย.64	ลิณี ,รอ ฮันนี่/ ทีมนำ โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2564 และปี 2565 ทีม Rm ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1.มีการ round หน่วยงาน 2.ทีม Rm อบรม 2p safety ผ่าน facebook live, อบรม HA 601 ผ่าน ZOOM และ risk register 3.มีการมอบประกาศนียบัตรและรางวัล หน่วยงานที่มีการรายงานมากที่สุด ในเวทีการประชุมทีมนำ ซึ่งพบว่าอัตราความครอบคลุมการ รายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน (เชิง รุก/เชิงรับ) ร้อยละ 53.92 และ 53.43 ตามลำดับซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์ โควิด2019 ทำให้การดำเนินงานขาด ความต่อเนื่อง/ขาดการสื่อสารใน หน่วยงาน/ หน่วยงานบางหน่วยงานมี การปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ งานRM และจากการวิเคราะห์ หน่วยงานที่ไม่มีมีการรายงาน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>- ความเสี่ยงด้าน Non-clinic ได้แก่ การเงิน พัสดุ เป็นต้น กำหนดให้มีการ Audit ภายในโรงพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง และหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- กำหนดให้มีการ Round หน่วยงานโดยทีมนำร่วมกับทีมคร่อมต่างๆ ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>2.2. ความเสี่ยงเชิงรับ ได้แก่ การรายงานโปรแกรม Hos-xp, โปรแกรม NRLS และระบบยา โดยหน่วยงานมีการรายงานทุกเดือน</p> <p>3. ความเสี่ยงที่ได้จากการค้นหาให้ทุกหน่วยงาน วิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดมาตรการป้องกัน</p>				<p>/รายงานน้อย ส่วนใหญ่ คือ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย บริหาร x-ray และยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค65-มิ.ย.66)</p> <p>ทีม Rm ได้มีการดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีการทำ km การบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรม hos-xp 2.round หน่วยงานหน่วยงานไม่ได้รายงานหรือรายงานน้อย เช่น back office ได้มีการเพิ่มช่องทางการรายงาน โดยจัดทำ QR code 3.จัดทำ one page ความเสี่ยงสำคัญ รายงานที่นำโรงพยาบาลทุกเดือน ส่งผลให้อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน(เชิงรุก/เชิงรับ) ร้อยละ 71.53 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังไม่ตามเป้าหมาย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> อบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ร่วมกับทีม HRD เกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยง เพิ่มการรายงานหลายช่องทาง ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เช่น qr code มีแนวทางระบบการคืนข้อมูลเพื่อติดตามมาตรการจากทีมคร่อมที่ชัดเจน และเพิ่มการติดตามต่อเนื่อง <p>/สื่อสารเจ้าหน้าที่รับรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> จากการที่ทีม RM มีการ round หน้างาน ปี 2566 พบว่าร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยง แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ใหม่ยังขาดความรู้ในเรื่องการรายงานความเสี่ยง การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>3.2 ควรทบทวนการจัดทำบัญชีความเสี่ยงเสี่ยง (risk profile) ให้ครอบคลุมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทบทวนเวชระเบียนโดยการ ใช้ trigger tool รวมถึงประเด็น 2Psafety ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และจัดทำ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA) จัดทำมาตรการป้องกันที่รัดกุม สื่อสารสร้างความ เข้าใจสู่การปฏิบัติ กำหนด ตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น กำกับ ติดตามอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึง สรุปรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงนำเสนอแก่ ผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอเพื่อการ สนับสนุนและแก้ปัญหาเชิงระบบ</p>	<p>1. ให้ทุกหน่วยงานทบทวน Risk profile ให้ครอบคลุม ความเสี่ยงทาง Clinic (Common clinical risk/ Specific clinical risk) และ Non-clinic รวมถึง 2P safety , จุดเน้นของโรงพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>2. กำหนด PCT ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool เพื่อค้นหาอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทุก 3 เดือน เพื่อนำมาทำ Risk register</p> <p>3. กำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ได้แก่ Risk identification, Risk analysis, Risk treatment และ Risk Monitor & review และนำเสนอในเวทีประชุม RM ทุก 3 เดือน</p>	<p>1. อัตราหน่วยงานจัดทำ risk profile ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>2. อัตราหน่วยงานจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ของหน่วยงาน ปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>รอฮันนี่/ ทีมนำ โรงพยาบาล</p>	<p>1. หน่วยงานมีการทบทวน risk profile ทุก 6 เดือน และทีม PCT มีการทบทวนเวชระเบียน เช่น case re-visit ข้อร้องเรียน refer เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>2. ทุกหน่วยงานมีการทำ risk matrix และ risk register</p> <p>3. มีเวทีติดตามการนำเสนอ risk register ร่วมกับทีมนำโรงพยาบาล พบว่า Risk Register ระดับโรงพยาบาล ปี 2564 มี 14 เรื่อง, ปี 2565 รวม 25 เรื่อง(ของเดิมและมาตรฐาน 9 ข้อ) และปี 2566 เพิ่ม 1 เรื่อง non-clinic (ทรัพย์สินสูญหาย) จะเห็นว่าเพิ่มขึ้นโดยทีม RM มีแนวทางการทำ risk register ที่ชัดเจนและครอบคลุมเพิ่มขึ้น</p> <p><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <p>1. จัดประกวด Risk register โดยให้รางวัลกับหน่วยงานและ Oner</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>4. ทีม RM รวบรวมความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และทำ Risk matrix มาประมวลผล นำเสนอทีม นำโดยทีม RM</p> <p>5. จัดทำ Risk register ของโรงพยาบาล และติดตามความเสี่ยงสำคัญตามระดับสี โดยทีม RM และผู้รับผิดชอบ (Owner) นำเสนอในทีมนำปีละ 1 ครั้ง</p> <p>6. ทีม RM รวบรวมสรุป Risk register ระดับโรงพยาบาลและสื่อสารผ่านการประชุม คณะกรรมการทีมนำ, website โรงพยาบาล</p>	<p>3. อัตรา โรงพยาบาล มีทะเบียน จัดการความ เสี่ยง (Risk register) ของ โรงพยาบาล</p> <p>4. อัตราการ เกิดความ เสี่ยงระดับ G-I และ 4 ซ้ำเรื่องเดิม ร้อยละ 0</p>			<p>เพื่อกระตุ้นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งพบว่าอัตราความเสี่ยงซ้ำระดับรุนแรง ปี2564 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 4 มีจำนวน 7 เรื่อง ระดับ H = 1 เรื่อง I = 6 เรื่อง ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิม</p> <p>ปี 2565 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 4 มีจำนวน 18 เรื่อง G=1 H=3 I=14 (ป้องกันได้ 3 เรื่อง) ซ้ำ 1 เรื่อง ประเด็นแพทย์ไม่ได้มาประเมินและอธิบายการรักษาและส่งต่อด้วยตนเอง</p> <p><u>แผนพัฒนาความเสี่ยง</u></p> <p>1.เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยเสียชีวิตและให้องค์กรแพทย์ทราบเพื่อปฏิบัติตามแนวทาง</p> <p>ปี 2566 ความเสี่ยง ระดับ G-I และ 4 (ต.ค.65-มิ.ย.66) มีจำนวน 10 เรื่อง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ต.ค 64-มิ.ย 2566
						<p>ระดับ I = 10 เรื่อง (ป้องกันได้ 1 เรื่อง) ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำเรื่องเดิม เนื่องจาก ปี 2566 ทีม rm มีการสะท้อนข้อมูล ความเสี่ยงสำคัญแก่ทีมนำโรงพยาบาล ทุกเดือนโดยจัดทำ one page และมี การ round หน่วยงานของทีมทางคลินิก</p> <p style="text-align: center;"><u>โอกาสพัฒนา</u></p> <p>มีระบบการคืนข้อมูลความเสี่ยงซ้ำใน เวทีประชุมทีมนำโรงพยาบาล</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ						
<p>38 ระบบบริหารการพยาบาล(II-2.1 ก)</p> <p>39 ปฏิบัติทางการพยาบาล (II-2.1 ข)</p>	<p>1.การกำกับวิชาชีพ</p> <p>พยาบาล:ควรติดตามการจัดสรรเกลี้ยกำลังคนในหน่วยงานต่างๆให้มีความสมดุลและเหมาะสมกับบริบทของ F2 และการให้บริการในหน่วยงานที่เสี่ยงสูง เช่น ER,LR ยังมีการใช้คนร่วมกัน รวมทั้งวิธีการจัดสรรคนให้สามารถทดแทนกันได้ในทุกหน่วยงาน โดยวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงความรู้ ความสามารถ และมีระบบกำกับติดตามสมรรถนะของพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยในทุกจุดบริการที่</p>	<p>1.จัดอัตรากำลังในทุกหน่วยงานแยกกันในทุกหน่วยบริการ ได้แก่ ER,LR,IPD,OPD</p> <p>2.จัดอัตรากำลังสำรอง ในหน่วยงาน ER,LR,IPD ทุกเวร</p> <p>3.กำหนดเกณฑ์การหมุนอัตรากำลังไปปฏิบัติงานแทนในกรณีมีภาระงานฉุกเฉินเพิ่มขึ้นในหน่วยบริการนั้นๆ</p> <p>4.จัดทำแผนทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ case dead, case refer, ความเสี่ยงสำคัญระดับ E-I , ข้อร้องเรียน เป็นต้น โดยทบทวนในองค์กรพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยงาน</p> <p>5.แผนนิเทศกำกับกรปฏิบัติงานโดยหัวหน้างานทุก 3 เดือน และโดยทีมองค์กรพยาบาลทุก 6 เดือน</p>	<p>1.Productivity 90-110%</p> <p>2.อัตราการปฏิบัติตามแผนการทบทวน >80%</p> <p>3.อัตราการปฏิบัติตามแผนการนิเทศ >80%</p> <p>4.อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะตามสายงาน >80%</p>	<p>เริ่มปรับอัตรากำลังตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2564</p> <p>ทุกเดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>พว.พงษ์พันธ์ พรทิพย์</p>	<p>ตั้งแต่ปี 2564 จัดอัตรากำลังแยกหน่วยงาน และมีการจัดอัตรากำลังสำรอง และได้พัฒนาสมรรถนะโดย KM ได้แก่ CPR,NCPR ,การบริหารยาHAD ในกลุ่ม FAST,การทำหัตถการและเครื่องมือแพทย์ใหม่รวมถึงมีการนิเทศหน้างาน ทุกสัปดาห์ ผลอัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะตามสายงาน >83.5 % ปี 2565 พบว่า การสื่อสารการเรียกอัตรากำลัง ไปช่วยที่ห้องคลอดเมื่อฉุกเฉินไม่ชัดเจนทำให้ล่าช้า ,การ CPR ไม่ถูกต้อง จึงได้ทบทวนการเรียกอัตรากำลังสำรองฉุกเฉินในทุกหน่วยงาน ทบทวน CPR ในหน่วยงานที่มีประสบการณ์น้อย ได้แก่ IPD,OPD ผล ทำให้เจ้าหน้าที่สำรองไปช่วยเหลือระหว่างหน่วยงานได้รวดเร็ว ,อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะ CPR,NCPR=90.5%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	ได้รับมอบหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ	6.จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ KM,CQI,การถ่ายทอดหลังจากเข้าร่วมประชุมวิชาการ เป็นต้น				ปี 2566 พบการบริหารยาผิด การทำหัตถการผิด จากเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่มาเสริม ซึ่งเกิดจากระบบการมอบหมายงานที่ และการจัดสถานที่ โชน ER ,การตัดสินใจในการบริหารจัดการหน้างานและการสั่งการช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้า ดังนั้น จึงกำหนดการตรวจสอบการบริหารยาซ้ำ จัดโชนและแยกการเก็บยา จัดระบบบริการใน ER ให้ชัดเจน ทำให้อุบัติการณ์การบริหารยา และการทำหัตถการผิดพลาด=0 โอกาสพัฒนา พัฒนาสมรรถนะในหัตถการที่สำคัญ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง ทักษะผู้นำในการตัดสินใจ ,ซ้อม CPR เชิงปฏิบัติการ หน่วยงานทุก 3 เดือน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์						
40.องค์กรแพทย์ (II-2.2)	2.องค์กรแพทย์ แพทย์ควรร่วมทบทวนกับสหสาขาวิชาชีพโดยการทบทวนผลลัพธ์การดำเนินการ เช่น ผลลัพธ์การส่งต่อ ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit กลุ่มโรคฉุกเฉิน กลุ่มโรคสำคัญในสาขาต่างๆกลุ่มโรคเสี่ยงสูง กลุ่มโรคเรื้อรัง โรค NCD ทบทวนการตรวจนอกเวลาเวร เวร 2 nd call นอกเวลา การเป็นเจ้าของไข้ของผู้ป่วยในการกำกับติดตามแพทย์หมุนเวียน แพทย์อยู่เวรแทนจากแพทย์นอกโรงพยาบาลและการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ (adverse event) โดยเฉพาะ	เป้าหมาย : เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิด Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I, การเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง แผนงาน/กิจกรรม 1.จัดตั้งองค์กรแพทย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพแพทย์ 2.พัฒนาความรู้และความสามารถของแพทย์เพิ่มเติม โดยต้องมีการอบรมเพิ่มความรู้อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง 3.ทบทวนเคสกับสหวิชาชีพ เช่น เคสผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I 4.ทบทวน chart ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง, NCD กับทีมสหวิชาชีพ 10 chart/เดือน	1.อัตราของการเกิด Unplan ETT, re-admit, re-visit, adverse event ระดับ G-H-I, ผู้ป่วยทรุดลง ลดลงจากเดิม 20 % 2.อัตราการทบทวนผู้ป่วยทรุดลง Unplan ETT, re-admit, re-visit 100 %	ทุกเดือน ทุกเดือน ภายใน 1 สัปดาห์หลังการเสียชีวิต	พญ.หัสริน ธร ลอดิง พญ.หัสริน ธร ลอดิง พญ.หัสริน ธร ลอดิง	-Unplan ETT ไม่ได้เก็บข้อมูล <u>แผนพัฒนา</u> จะมีการทบทวน case refer ทุกสามเดือน ก็จะมีการทบทวนกรณี Unplan ETT ด้วย -Re-admit : ผล ปี 2564 2.58% ปี 2565 2.37%และ ปี 2566 2.06% โดยอัตราของการ Re-admit ลดลงเนื่องได้มีการทบทวน case กับทีมสหวิชาชีพตามที่วางแผนไว้ -Re-visit : ผลปี 2564 0.46% ปี 2565 0.49%และ ปี 2566 0.53% อัตราของการ Re-visit เพิ่มขึ้นเนื่องจาก มีการทบทวนเคสและเก็บข้อมูล มากขึ้นโรคที่พบบ่อย abdominal pain URI หอบ <u>แนวทางพัฒนา</u> abdominal pain ถ้าปวดท้องขวาข้างใช้ alvorado score ,มีปวด epigastrium มี NCD ร่วม ต้องทำ EKG ทุกราย หอบ ต้องนัดมาพ่นยาหรือเจอแพทย์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>ความรุนแรงระดับ G-H-I เป็นต้นและนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลพร้อมระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถส่งต่อให้แก่ทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมแพทย์มาใหม่ได้ใช้ประโยชน์</p>	<p>5. นำผลการทบทวนมาวิเคราะห์เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลและมีการถ่ายทอด ผลจากการทบทวนไปสู่ทีมสหวิชาชีพ และภายในองค์กรแพทย์และแพทย์ที่มาใหม่/แพทย์อยู่เวรแทนจากนอกโรงพยาบาล/แพทย์หมุนเวียน</p>	<p>3. อัตราการทบทวนเคส adverse event ระดับ G-H-I 100 %</p>			<p>กรณีไม่ได้ตรวจโดยแพทย์</p> <p>-Adverse event ระดับ G-H-I, ผู้ป่วยทรุดลง ผล ปี 2564 0.17%(13/75) % ปี 2565 0.15% (8/52) และปี 2566 0.32 (20/61)%</p> <p><u>แผนพัฒนา</u> ส่วนมากเป็นผู้ป่วยกลุ่มปฏิเสธการรักษา ,palliative care,CA ผู้ป่วยใน จะมีการเฝ้าระวัง specific clinical risk เพื่อเป็นการเฝ้าระวังที่ทำให้อาการทรุดลง</p> <p>ผลการทบทวนผู้ป่วยทรุดลง ปี 2564 60% ปี 2565 80 %และปี 2566 90 %</p> <p>ผลการทบทวนเคส adverse event ระดับ G-H-I ปี 2564 100% ปี 2565 100% และปี 2566 100%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>เป้าหมาย : เพื่อลดอุบัติการณ์ที่ผิดพลาดในการวินิจฉัย และการรักษา/การดูแลผู้ป่วย ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ในกรณีที่มีการตรวจแทนแพทย์ของพยาบาลห้องฉุกเฉิน นอกเวลาราชการ การอยู่เวรของแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ รพ. หรือ แพทย์หมุนเวียน รวมทั้งกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนทั้งในและนอกเวลาราชการ</p> <p>แผนงาน /กิจกรรม</p> <p>1. จัดทำ CPG ที่ชัดเจน ในส่วนของอาการไต่บ้างที่ พยาบาล ER สามารถตรวจแทนแพทย์ได้ และอาการไต่บ้าง ที่แพทย์จะต้องตรวจด้วยตัวเอง นอกเวลาราชการ</p> <p>2. มีแพทย์เวรประจำ ER ในเวลาราชการ</p>	<p>1. อัตราการเกิดการวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาด ลดลง จากเดิม 20 %</p> <p>2. อัตราการทบทวนเคสที่มีการวินิจฉัยผิดพลาด และเคสที่ตรวจแทนแพทย์ 100 %</p>	<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุกเดือน</p>	<p>นพ. พิชัย ดอชมอ</p>	<p>ผลการวินิจฉัย และการรักษาผิดพลาด ปี 2564 NA (เนื่องจาก ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูล) ปี 2565 15 ราย ปี 2566 10 ราย</p> <p><u>แผนพัฒนา</u></p> <p>กลุ่มที่พบ Apdicitis, ACS, sepsis มีการสร้างหรือใช้เครื่องมือในการวินิจฉัย เช่น Alvorado score , SIR SOS score , CPG การคัดกรอง ACS ทุกครั้งที่เข้าเกณฑ์การประเมิน ผลการทบทวนเคสที่มีการวินิจฉัยผิดพลาด ปี 2564 NA (เนื่องจาก ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูล) ปี 2565 80% ปี 2566 90%</p> <p>และการทบทวนเคสที่ตรวจแทนแพทย์ 2564 NA (เนื่องจาก ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูล) ปี 2565 30% ปี 2566 40%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>3.จัดแพทย์เวร 2nd call ทั้งในและนอกเวลาเพื่อกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการแพทย์มากกว่า 1 คนตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>4.แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำหรือ แพทย์หมุนเวียนจะมีการ orientation ก่อนปฏิบัติงาน</p> <p>5.มีการทบทวนเคสที่มีการวินิจฉัยผิดพลาดและเคสที่ตรวจแทนแพทย์ เดือนละครั้ง</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี2564-มิ.ย 2566
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย						
<p>41. ความปลอดภัยและสวัสดิการทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย (II-3.1ก,ข)</p> <p>42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย(3.1 ค,ง)</p>	<p>1. ทีมบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ควรใช้วิธีการตามรอยส่งเสริมการ Round เชิงรุก การประเมินตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ระบุความเสี่ยงสำคัญด้านสิ่งแวดล้อม นำข้อมูลดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนตอบสนองที่เหมาะสม ครอบคลุม เช่น แผนการตรวจสอบ การบำรุงรักษา ปรับปรุง การก่อสร้าง การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น และจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินการตามแผนอย่างน้อยปีละครั้ง</p>	<p>1. จัดกิจกรรม ENV ROUND เชิงรุกภายในโรงพยาบาล</p> <p>2. จัดทำแผนและประสาน ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 12 สงขลา ตรวจสอบประเมินวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล</p> <p>3. เก็บรวบรวมความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย จากทีม RM</p> <p>4. นำข้อมูลความเสี่ยงจากกิจกรรม ENV ROUND การตรวจประเมินวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา และการค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับจากรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ มา ระบุความเสี่ยงจัดกลุ่ม และจัดลำดับ</p>	<p>1. อุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุจากความเสียหายของโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยของโรงพยาบาล 0 ครั้ง</p> <p>2. อัตราการแก้ไขความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย</p>	<p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p>	<p>นางนียา รอน๊ะ สาเมะ และ คณะทำงาน โครงสร้างทางกายภาพ</p>	<p>จากผลการดำเนินงาน การตามรอยส่งเสริมการ Round เชิงรุก การประเมินตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา และความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจากทีม RM ได้เก็บรวบรวมความเสี่ยงทั้ง 3 แหล่ง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบประเด็นความเสี่ยงทั้งหมด 56 รายการ โดยใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงจากทีม RM ดังนี้</p> <p>1. ความเสี่ยงระดับรุนแรงสูง ทั้งหมด 12 รายการ ดำเนินการแก้ไขแล้ว 11 รายการ ร้อยละ 91.67 และยังไม่ได้แก้ไข 1 รายการ ร้อยละ 8.33 ซึ่งเป็นความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เรื่อง ประตูทางเข้าเขตโรงพยาบาลเปิด-ปิด ชำรุด</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง</p> <p>5. จัดทำแผนแก้ไขปัญหาความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล และดำเนินการแก้ไข</p> <p>6. ประเมินผลและติดตามการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง</p>	<p>ปลอดภัย ร้อยละ 100</p>	<p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p>		<p>จะดำเนินการแก้ไขในปีงบประมาณ 2567</p> <p>2. ความเสี่ยงระดับรุนแรงปานกลาง จำนวน 37 รายการ ดำเนินการแก้ไขแล้ว 13 รายการ เป็นร้อยละ 35.14 และยังไม่ได้แก้ไขจำนวน 24 รายการ ร้อยละ 64.86 แยกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงด้านโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยจำนวน 17 รายการ - ความเสี่ยงด้านระบบระบายอากาศและปรับอากาศจำนวน 3 รายการ - ความเสี่ยงด้านระบบไฟฟ้า จำนวน 3 รายการ - ความเสี่ยงด้านระบบอัคคีภัย จำนวน 1 รายการ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>จะดำเนินการแก้ไขในปีงบประมาณ 2567</p> <p>3. ความเสี่ยงระดับรุนแรงต่ำ จำนวน 7 รายการ ดำเนินการแก้ไข เรียบร้อย ร้อยละ 100</p> <p>สรุป ความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของ โรงพยาบาล ทั้งหมด 56 รายการ - ดำเนินการแก้ไขแล้ว จำนวน 31 รายการ ร้อยละ 55.36 - จะดำเนินการแก้ไข ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 25 รายการ ร้อยละ 44.64 หมายเหตุ :รายละเอียดเพิ่มเติม ตามเอกสารแนบ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
43.เครื่องมือและระบบสาธารณสุข (II-3.2 ก,ข)	2. ระบบสาธารณสุขปโภค เพื่อให้ระบบสาธารณสุขปโภคมีความเพียงพอพร้อมใช้ ควรส่งเสริมให้ผู้กำกับระบบและผู้เกี่ยวข้องทบทวนแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันและแผนสำรองของระบบสาธารณสุขปโภคแต่ละระบบให้มีความชัดเจน ได้แก่ ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบกำจัดทางการแพทย์ น้ำประปา น้ำดื่ม วางแนวทางการกำกับติดตามการปฏิบัติให้เกิดการปฏิบัติด้วยความเข้าใจ และต่อเนื่องสม่ำเสมอ	<u>ระบบไฟฟ้าสำรอง</u> 1)ทบทวนแผนการปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติในการดูแลระบบไฟฟ้าสำรอง 2)กำหนดขั้นตอนการบำรุงรักษาไฟฟ้าสำรองทุกวัน ทุก 250 ชั่วโมง และ ทุก 500 ชั่วโมง 3) จัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองให้เพียงพอสำหรับจุดบริการที่จำเป็น โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ระบบเตือนภัย, บ้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสาร, ห้องฉุกเฉิน , จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต,ห้องคลอด, หอผู้ป่วย 4)มีการตรวจสอบ ทดสอบบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด	ระบบไฟฟ้าสำรองสามารถจ่ายไฟได้เพียงพอครอบคลุมพื้นที่ของโรงพยาบาล และสามารถจ่ายไฟใช้งานได้ภายใน 10 วินาที และสามารถสำรองใช้งานได้ 28 ชั่วโมง	ทุก ๆ 3 เดือน	อาหามะ บือราเฮง / นายช่างเทคนิค	ระบบไฟฟ้าสำรอง : ปี 64-65 ไม่มีอุบัติการณ์เกี่ยวกับระบบไฟฟ้าสำรอง ปี 2566 เกิดหม้อแปลงระเบิด 1 ครั้ง แต่สามารถจ่ายไฟใช้งานได้ภายใน 10 วินาทีโดยไฟฟ้าสำรอง สาเหตุจากสัต์ว่ล้อยคลาน มีแผนจัดอุปกรณ์ติดตั้งป้องกันสัต์ว่ลบริเวณเสาไฟฟ้าบริเวณเครื่องสำรองไฟ มีการตัดกิ่งไม้ที่มีการพาดพียงกับอุปกรณ์ไฟฟ้าทุก 6 เดือน มีการจัดทำแผนบำรุงรักษาหม้อแปลงไฟฟ้าจากการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคปีละ 1 ครั้ง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>5)รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ ความ ไม่พร้อมใช้ การชำรุดในขณะใช้ งาน ปริมาณการ Downtime ของ ระบบ ผลการทดสอบ ผลการ บำรุงรักษา ค่าใช้จ่ายในการซ่อม การบำรุงรักษา</p> <p>6)วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ประกอบ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขยุค 7)ประสานทีม/แกนนำสุ่ม ตรวจสอบการปฏิบัติงาน</p>				
		<p><u>ระบบก๊าชทางการแพทย์</u></p> <p>1) ทบทวนแผนการปฏิบัติงานและ แนวทางในการดูแลระบบก๊าชทาง การแพทย์ การจัดการระบบก๊าชที่ ใช้กับผู้ป่วย</p>	<p>ระบบก๊าช ทาง การแพทย์ สามารถจ่าย ออกซิเจนได้ เพียงพอต่อ จำนวนผู้ป่วย สามารถใช้</p>	<p>ทุกๆ 3 เดือน</p>	<p>มัทยา จัน ทมณี</p>	<p><u>ระบบก๊าชทาง การแพทย์ :</u> ปี 2565 ตรวจสอบพบมีการรั่วซึมของ ก๊าชทางการแพทย์ ทำให้หน่วยงาน ห้องคลอดและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่มี ออกซิเจนใช้งานได้ ได้ดำเนินแก้ไข จัดซื้อชุดถังสำรอง mobile และเครื่อง ผลิตออกซิเจนสำหรับหน่วยงานต่างๆ ใช้ชั่วคราว</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>-มีการวางแผนและสามารถรองรับสถานการณ์ที่ระบบก๊าซทางการแพทย์ขัดข้องทั้งระบบ</p> <p>-ห้ามต่อสายดินของระบบไฟฟ้าหรือของอุปกรณ์ใด ๆ เข้ากับระบบเส้นท่อก๊าซทางการแพทย์</p> <p>-กำหนดแผนการบำรุงรักษาตามคำแนะนำในหนังสือคู่มือมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมหรือของผู้ติดตั้งระบบก๊าซทางการแพทย์</p> <p>-เมื่อมีการปรับเปลี่ยนระบบต้องมีการตรวจสอบระบบปลายทางต่อการปรับเปลี่ยนทุกครั้งก่อนใช้กับผู้ป่วย</p> <p>-มีวิธีการตรวจสอบระบบสัญญาณเตือนและมีมาตรการแก้ไขให้ระบบก๊าซทางการแพทย์ทำงานได้ใหม่อีกครั้ง</p>	<p>กับผู้ป่วย</p> <p>ตลอด 72 ชั่วโมง</p> <p>ติดต่อกัน</p>			<p>และมีแผนติดตั้งระบบก๊าซทั้งระบบพร้อมอุปกรณ์ vacuum ใน ปี 2566</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>-กำหนดระยะเวลาการทดสอบระบบก๊าซทางการแพทย์และสัญญาณเตือน</p> <p>-ทดสอบสัญญาณเตือนตามกำหนดที่เหมาะสมและเก็บบันทึกผลการตรวจไว้</p> <p>2)กำหนดขั้นตอนการบำรุงรักษาที่ต้องดำเนินการทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน ทุกปี และทุก 3 ปี</p> <p>3) จัดระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์สำหรับจุดบริการที่จำเป็น เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ห้องคลอด, หอผู้ป่วย</p> <p>4) สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p><u>ระบบประปา</u></p> <p>1. ทบทวนแผนการปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติในการดูแลระบบประปา</p> <p>2. กำหนดแผนการปฏิบัติงานทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือนและทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน และทุกปี</p> <p>3. มอบหมายและชี้แจงแนวทางการดูแลระบบประปาแก่ผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>4. ติดตามตรวจวัดคลอรีนตกค้างปลายท่อ</p> <p>5. ส่งตัวอย่างน้ำประปาตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำปีละ 4 ครั้ง</p> <p>6. จัดให้มีแหล่งน้ำสำรอง คือ 1) แทงค์น้ำที่รองรับน้ำฝน รอบอาคารผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยใน สามารถขนน้ำมาใช้ในห้องน้ำ และกิจกรรมอื่น ๆ ได้ชั่วคราว โดยต้องระบายน้ำฝนออก ขัดล้าง</p>	<p>1. น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ร้อยละ 100</p> <p>2. อุบัติการณ์น้ำประปาโรงพยาบาลไม่ไหล 0 ครั้ง</p>	<p>ละ 1 ครั้ง</p> <p>วันละ 1 ครั้ง</p> <p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p>	<p>ฮัมดียะห์/ เกศณี และคณะทำงานด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและวัสดุของเสียอันตราย</p>	<p><u>น้ำประปา</u> : คุ้มครองไฟฟ้าของระบบน้ำประปาชำรุดปี 64-66 2 ครั้ง มีการซ่อมแซม และทำแผนเปลี่ยนในปี 67</p> <p>ตรวจวัดคลอรีนตกค้างปลายท่ออยู่ในเกณฑ์ 0.2 – 0.5 ppm แหล่งน้ำสำรองจากระบบประปาของอบต. ขัดล้างแทงค์น้ำหอสูง เปลี่ยนทรายกรองบ่อกรวย และทำความสะอาดบ่อน้ำใต้ดินเดือน ก.ค. 66</p> <p>น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ในปี 64 ได้ 95.87 ปี 65 ได้ 92.31%</p> <p>อุบัติเหตุการณ์น้ำประปาโรงพยาบาลไม่ไหล 64-66 เฉลี่ย 5 ครั้ง/ปี แก้ไขโดยมีการล้างหน้าทราย 2 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อลดการอุดตัน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>แทงค์น้ำ ปีละ 1 ครั้ง 2) หากน้ำใช้ สำรองไม่เพียงพอต้องขอ รถบรรทุกน้ำจากหน่วยบรรเทาสา ธารณภัยอำเภอแม่ลาน มาใช้ ชั่วคราว</p> <p>7. ซ่อมบำรุงเครื่องสูบน้ำดิบ ตู้ควบคุมการทำงานเครื่องสูบน้ำ ดิบและซัมเมอร์สูบน้ำบาดาล</p> <p>8. เปลี่ยนระบบท่อเหล็กทั้งหมดใน ระบบประปาเป็นท่อ PVC ทั้งระบบ</p> <p>9. กำกับติดตามการปฏิบัติงานตาม แผนที่กำหนด</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p><u>ระบบน้ำดื่มในโรงพยาบาล</u></p> <p>1.จัดซื้อน้ำดื่มให้แก่เจ้าหน้าที่และ ผู้รับบริการ และจัดวางไว้ที่ตู้ทำ ความเย็น</p> <p>2.จัดแผนสำรองน้ำดื่มประจำ หน่วยงานให้เพียงพอกับ ผู้รับบริการ</p> <p>3.กำหนดแผนการทำความสะอาด ตู้น้ำดื่มทุกจุดบริการและให้ หัวหน้าหน่วยควบคุมกำกับการทำ ความสะอาด</p> <p>4.กำหนดสุ่มตรวจสอบการทำ ความสะอาดและประเมินความ เพียงพอของน้ำดื่ม</p> <p>5.ตรวจเพาะเชื้อหาเชื้อแบคทีเรีย ในน้ำดื่ม ด้วยน้ำยา อ 11</p>	<p>1.น้ำดื่ม โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน คุณภาพน้ำ ดื่มทาง แบคทีเรีย ร้อยละ 100</p> <p>2. อุบัติการณ์ น้ำดื่มใน โรงพยาบาล ไม่เพียงพอ 0 ครั้ง</p>	<p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนละครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>	<p>มัทยา จัน ทมณี ฮัมดียะห์ และ คณะทำงาน นด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม และวัสดุ ของเสีย อันตราย</p>	<p><u>น้ำดื่ม</u> : ผลการ Round พบอุปกรณ์ เครื่องทำน้ำเย็นชำรุด มีตะกอน จึงได้มี แผนจัดซื้อเครื่องกรองน้ำดื่มทั้งรพ.ในปี 67 และให้หน่วยงานจัดซื้อเครื่องทำน้ำ ดื่ม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ (II-3.3ก)	3. ระบบบำบัดน้ำเสีย มีการ จัดสร้างใหม่เป็นระบบ ozone + ระบบเติมอากาศ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ ผู้ดูแลและ ผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสพัฒนาใน การเรียนรู้และทำความเข้าใจให้สามารถดูแลระบบ ด้วยความเข้าใจ ควรวาง ระบบการตรวจสอบกำกับ กระบวนการสำคัญที่หน้า งาน (เช่น การวัดค่า PH, DO ค่าตะกอน เป็นต้น) เรียนรู้การใช้ข้อมูลผลการ ตรวจสอบในการแก้ไขระบบ ควรสนับสนุนให้มีการเชิญ ผู้เชี่ยวชาญระบบบำบัดน้ำ เสียที่จัดทำ สร้างการเรียนรู้ กับทีมอีกครั้ง วางระบบการ ตรวจสอบที่หน้างานรายวัน	1.จัดทำแผนการปฏิบัติงานสำหรับ ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย รายวัน/ รายสัปดาห์/รายเดือน ดังนี้ <u>รายวัน</u> ตรวจวัดค่า pH ตรวจเช็ค ตู้ควบคุมบ่อสูบลม ตู้ควบคุมน้ำเสีย ตู้ควบคุมไฟฟ้า และตู้ควบคุม ไอโซน <u>รายสัปดาห์</u> ตรวจวัดค่า Do ตรวจวัดค่าตะกอน ตักขยะบ่อสูบลม ส่งน้ำเสียและบ่อดักขยะ <u>รายเดือน</u> ตรวจเช็คความสะอาด ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ่อบำบัดน้ำ เสีย <u>รายไตรมาส</u> เก็บน้ำส่งตรวจ วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 3 เดือน/ครั้ง 2. จัดทำแผนเชิญผู้เชี่ยวชาญ/ บริษัทผู้รับเหมาให้ความรู้การ ควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสียแก่	น้ำเสียที่ส่ง ตรวจ วิเคราะห์ผ่าน เกณฑ์ คุณภาพน้ำ ทั้งหมด พารามิเตอร์ ร้อยละ 100	ปฏิบัติงาน ตามแผน รายวัน ราย สัปดาห์ ราย เดือน รายไตรมาส ปี 2565 ปี 2565	ฮัมดียะห์/ เกศณี และ คณะทำงาน ด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม ของเสีย อันตราย	โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัญหาข้อร้องเรียนและ ผลกระทบจากชุมชน จากการทบทวนและแก้ปัญหา คุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านมาได้ดำเนินการ ตรวจสอบแผนการบำรุงรักษาระบบ บำบัดน้ำเสียตามแผนปฏิบัติงานอย่าง ต่อเนื่องรายวันรายสัปดาห์และราย เดือนพร้อมทั้งจัดบันทึกผลการ ตรวจสอบและได้ดำเนินการเก็บ ตัวอย่างน้ำส่งตรวจวิเคราะห์ ห้องปฏิบัติการ(มอ.ปัตตานี) ตามไตร มาส 3 เดือน/ครั้งพบว่า ในปี 2565 ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์ คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 50 พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน คือ ค่าฟีคัลโค ลิฟอร์มแบคทีเรีย ค่าที่ได้ 1,600 ppm (เกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 1,000 ppm)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>รวมทั้งการแก้ปัญหากรณี พบว่าผลการตรวจน้ำที่ได้รับ การบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>ทีมที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารผู้รับผิดชอบ งาน ผู้ดูแล ช่างและทีมงาน ENV เป็น ต้น</p> <p>3.จัดส่งผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย อบรมการควบคุมและบำรุงรักษา ระบบบำบัดน้ำเสียของ โรงพยาบาล</p> <p>4.รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการ เผื่อระวังดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย เบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุและแนว ทางแก้ไข</p> <p>5.จัดทำแผนแก้ไขปัญหากรณี พารามิเตอร์น้ำเสียที่ส่งตรวจ วิเคราะห์ภายนอกไม่ผ่านเกณฑ์ ตามมาตรฐานน้ำทิ้ง</p> <p>6.จัดทำแผนติดตาม ประเมินผล การดูแลระบบบำบัดน้ำเสียหน้า</p>		<p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>ไตรมาสละ 1 ครั้ง</p> <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>		<p>แก้ไขโดยปรับระบบการ ฆ่าเชื้อด้วยโอโซนจากเดิมทำงานทุก 15 นาที หยุด 15 นาที เปลี่ยนเป็นทำงาน ทุก 30 นาที หยุด 15 นาที และ ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ วิเคราะห์ซ้ำโดยหน่วยงานภายนอก (บริษัทฟุกเทียนแลปแอนด์คอนซัล แตนท์ จำกัด) ในปี 2566 ผลการตรวจ วิเคราะห์ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุก พารามิเตอร์ ร้อยละ 100</p> <p>ในปี2566 ผู้รับผิดชอบงานได้รับการ อบรมการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียใน โรงพยาบาล (แบบออนไลน์) โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และได้ดำเนินการเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้า มาควบคุม ดูแลให้ความรู้และเป็นที่ ปรึกษาด้านการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ของโรงพยาบาลในช่วงมกราคม 2566</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		งานของผู้ปฏิบัติงาน และให้ ข้อเสนอแนะ				
45 การพิทักษ์ สิ่งแวดล้อม (II-3.3 ข)	4. ระบบการจัดการขยะ ทั้ง ขยะทั่วไป และขยะติดเชื้อ พบว่า มีโอกาสพัฒนาใน ระบบกำกับติดตาม ประเมิน ผู้รับเหมาช่วงในการขนส่ง ขยะติดเชื้อและการจัดการ ทำลาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การแพร่กระจายเชื้อ และ การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบ และ ทีม ที่ เกี่ยวข้อง ควรเร่งประเมิน ประสิทธิภาพ 4.1 ในการขนส่งและการ จัดการทำลายขยะติดเชื้อ	1. การขนส่งและการจัดการ ทำลายขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล โดยบริษัทเอกชนมารับไปกำจัดที่ เทศบาลนครยะลา 2. การจัดการขยะทั่วไป ขนส่ง นำไปฝังกลบที่เททิ้งขยะเทศบาล นครยะลา 3. ติดตามตามรอยการขนส่ง กำจัดขยะติดเชื้อและการฝังกลบ ขยะทั่วไป ปีละ 1 ครั้ง โดยมีการ ติดตาม ควบคุม การชั่งน้ำหนัก ของปริมาณขยะทุกครั้งที่มีบริษัท	อัตราขยะ ทั่วไปและ ขยะติดเชื้อมี การขนส่ง และการกำจัด โดยการฝัง กลบ และการ เผาในเตาเผา ขยะติดเชื้อ อย่างถูกต้อง ตามหลัก สุขาภิบาล ร้อยละ 100	สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วัน อังคารและวัน ศุกร์) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วัน จันทร์และวัน พฤหัสบดี) ปีละ 1 ครั้ง	อัมดียะห์/ เกษณี และ คณะทำงาน นด้านการ พิทักษ์ สิ่งแวดล้อม และวัสดุ ของเสีย อันตราย	การจัดการขยะทั่วไปในโรงพยาบาล ดำเนินการ เก็บ ขน และนำไปกำจัด ที่เทศบาลนครยะลา และในเดือน พฤษภาคม ปี2566 ที่ผ่านมา มีการ เปลี่ยนแปลงดำเนินการเก็บขนและ นำไปกำจัดโดยองค์การบริหารส่วน ตำบลแม่ลาน สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง วัน จันทร์และวันพฤหัสบดี นำไปกำจัดโดย วิธีฝังกลบ สถานที่ที่เททิ้งขยะของ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน จาก การตามรอยพบว่าสถานที่ที่เททิ้งขยะ ตั้งอยู่ในบริเวณที่ห่างไกลชุมชน ปราศจากมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อ ชุมชน ส่วนขยะติดเชื้อ เก็บ ขนและนำไป กำจัดโดยเทศบาลนครยะลา สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและวันศุกร์ โดย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	4.2 การนำส่งขยะไปยังบ่อฝังกลบ เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดการขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป เป็นไปตามข้อกำหนดผู้เกี่ยวข้องและสิ่งแวดล้อมปลอดภัย	เข้ามาเก็บขนและนำไปกำจัดที่เตาเผาเทศบาลนครยะลา และฝังกลบขยะทั่วไปครบถ้วน				หน่วยงานที่นำไปกำจัดมีหนังสือเอกสารที่แสดงถึงหน่วยงานหรือบุคคลที่รับทำการขนและกำจัดขยะติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้องโดยจะดำเนินการตรวจสอบควบคู่กับการใช้งานระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ทุกครั้งที่มีการขนมูลฝอยติดเชื้อ และพบว่าผลการคีย์ข้อมูลปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่เท่ากับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการเก็บขนและกำจัดโดยเทศบาลนครยะลา การติดตามตามรอยการขนส่งและนำไปกำจัดขยะติดเชื้อเทศบาลนครยะลาพบว่าขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลแม่ลานถูกนำไปเก็บรวบรวมห้องควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 10 องศาเซลเซียส และเข้าสู่กระบวนการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-4การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
46. ระบบการป้องกันและควบคุมติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1 ก]	ควรเพิ่มเติมการนำข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น pneumonia, sepsis, MDR มาเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์ สื่อสารข้อมูลให้กับทีมที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดนโยบาย ออกแบบระบบป้องกันการติดเชื้อให้ครอบคลุม สร้างความมั่นใจในระบบที่ปลอดภัยมากขึ้น	จากการทบทวนและนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า การติดเชื้อที่สำคัญและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาลแม่ลาน ได้แก่ โรค Covid-19 , AMR และการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด , การติดเชื้อสะดือ ทารก , CAUTI , HAP , Phlebitis เป็นต้น จึงมีแผนพัฒนาด้านบุคลากร , ด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ , ด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้	1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต่อ 1,000 วันนอน*=0 2.อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง 0% 3.อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการป้องกันการ	1 ครั้ง / ปี 1 คน/ปี2565 1 ครั้ง/เดือน/ หน่วยงาน	นส.ชญลักษณ์ ศรีสุวรรณ์ ร่วมกับ ICWN	ปี 2564 ผลการวิเคราะห์ ในโรค Sepsis, AMR , Covid-19 พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ในประเด็นของ 1.) บุคลากร คือ มีการคัดกรองผู้ป่วย ผิดพลาด สวมใส่ PPE ไม่ถูกต้อง การสื่อสารระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน 2.) ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ คือ ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การแยก zone การสวมใส่ PPE เป็นต้น 3.) สิ่งแวดล้อม คือ PPE ไม่เพียงพอ ไม่มี การจัด zoning จึงได้มีการออกแบบระบบ 1.) บุคลากร คือ ระบบการคัดกรอง การอบรมให้ความรู้ การติดตามนิเทศหน่วยงาน 2.) ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ คือ แนวทางการปฐมนิเทศผู้ป่วยแรกรับ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>1.แผนพัฒนาบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร เรื่อง การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ที่สำคัญ ปีละ 1 ครั้ง - การอบรมเฉพาะทางด้าน IC 4 เดือน - การนิเทศ ติดตาม หน่วยงาน <p>2.แผนพัฒนาผู้ป่วย/ผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมออกแบบรูปแบบการประเมินและการให้ความรู้ผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ที่มีภาวะติดเชื้อต่างๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<p>ติดเชื้อ >80%</p> <p>4.อัตราผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 100%</p>	<p>อย่างน้อย 1 เรื่อง / ปี / หน่วยงาน</p> <p>1 ครั้ง / ปี</p> <p>อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี / หน่วยงาน</p> <p>จัดทำแผนจัดซื้อ 1 ครั้ง / ปี</p> <p>1 ครั้ง/เดือน/หน่วยงาน</p>		<p>3.) สิ่งแวดล้อม คือ ระบบการจัด zoning แต่ละแผนก</p> <p>ในปี 2564 เน้นโรค covid เป็นหลัก Sepsis กับ AMR ใช้แนวทางเดิมและไม่ได้ปรับเปลี่ยนแนวทาง จากผลการนิเทศหน้างาน พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วย ได้ถูกต้องมากขึ้น จากผลตัวชี้วัด อัตราการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ = 100 % (121/121 ราย) - มีการสวมใส่ PPE ได้ถูกต้อง จากผลตัวชี้วัด อัตราการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ที่ถูกต้อง (PPE) = 96.21% (787/818 ครั้ง) - ผู้ป่วยและญาติได้รับ การปฐมนิเทศแรกรับจากพยาบาล/NA - มีการจัด zoning เฉพาะหน่วยงาน ER , IPD , LR (OPD กำลังก่อสร้าง ห้องแยก)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>- พัฒนารูปแบบการส่งต่อข้อมูลการติดเชื้อของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ให้พื้นที่ รพ.สต. / PCU ผ่านระบบ COC</p> <p>3.แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม</p> <p>- ร่วมออกแบบระบบการจัด Zoning กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ที่มีภาวะการติดเชื้อ</p> <p>-ประเมินความต้องการและจัดหาทรัพยากรด้านน้ำยาทำความสะอาดฆ่าเชื้อ ให้เพียงพอพร้อมใช้</p>				<p>ปี 2565</p> <p>ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มยังคงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>- Covid-19 มีระบบการดูแลที่ครอบคลุมและปรับเปลี่ยนตามแนวทางของกรมการแพทย์ มีระบบ one stop service , ARI clinic , ATK clinic หลังจากนั้นมีการประกาศให้ covid-19 เป็นโรคประจำถิ่น</p> <p>- Sepsis ได้มีการปรับปรุง CPG จาก รพ.แม่ข่าย และได้นำมาประยุกต์ใช้เป็น CNPG ทุกจุดบริการ แต่พบว่า จนท.ใช้เครื่องมือการประเมินไม่ถูกต้อง จึงได้จัดทำ KM sepsis ผลความรู้ก่อนเข้า KM = 77.20 % , หลัง KM = 100 % อัตราการปฏิบัติตาม Sepsis protocol = 14.29 % (1/7 ราย) ไม่ผ่านในเกณฑ์การให้สารน้ำ และการได้รับ ATB ก่อน H/C</p> <p>ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาดความรู้ในการเข้าถึงบริการ เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้อง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		- การนิเทศ ติดตาม หน่วยงาน				<p>มาพบแพทย์ จึงได้มีการประชาสัมพันธ์ใน ชุมชนร่วมกับ 1669 (กลุ่มโรค fast tract) - เชื้อดื้อยา ได้มีการทบทวนแนวทาง พบว่า ยังขาดในเรื่องการติดตามผู้ป่วยหลัง D/C ได้ มีการประสานงานทีมเยี่ยมบ้านแต่ยังไม่ สำเร็จ จึงได้ส่งข้อมูลในไลน์กลุ่ม IC รพ.สต. ก่อน</p> <p>ปี 2566 วิเคราะห์ผู้ป่วย Sepsis, AMR , HAP (ให้หาข้อมูล Pneumonia 64-66) ผลการวิเคราะห์พบว่า การวินิจฉัย sepsis กับผล H/C ไม่สอดคล้องกัน บางครั้ง pt. ไม่ ได้มารักษาด้วย sepsis แต่มีการวินิจฉัย sepsis จึงได้ทำการทบทวนเวชระเบียน พบว่าเกิดจากการ Re-med , Re-Dx. ปัญหา ดังกล่าวยังไม่มีการคืนข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษา ทราบ แก้ไขโดย ระบบการคืนข้อมูลให้ PCT ทราบทุกเดือน จัด KM CNPG sepsis ใน กลุ่มการพยาบาล และมีการติดตามการใช้ เครื่องมือต่างๆ ทุกเดือน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>- เชื้อดื้อยา พบว่า มีปัญหาเรื่องการรายงานผล Lab ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยบางราย D/C ก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางเชื้อดื้อยา แก้ไขโดย มีระบบการรายงาน lab แบบ real time พร้อมรายงานแพทย์ + ICN</p> <p>การจัด zoning ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาและผู้ป่วยที่มีประวัติอันตรายตัวนานใน รพ.ใหญ่ๆ คือ ผังหญิง ญ.12 , ผังชาย ช.12 (Isolate room) สำรอง พ.2</p> <p>กรณีรับ refer back ผังหญิง ญ.1 , ผังชาย ช.1</p> <p>การติดตามหลัง D/C : ในเขต อำเภอแม่ลาน ส่งข้อมูลให้ PCU รพ.สต. ติดตามภายใน 1 เดือน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-5 ระบบเวชระเบียน						
50 ระบบบริหารเวช ระเบียน(II-5.1ก/ข) 52 เวชระเบียนผู้ป่วย (II-5.2)	1.ควรส่งเสริมให้ทีมร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพจากพัฒนา ออกแบบการบันทึกข้อมูล สำคัญ เข้าระบบElectronic ให้สมบูรณ์ รวมทั้งการ จัดเก็บข้อมูลที่เป็นกระดาษ เข้าระบบ เพื่อให้ระบบการ บันทึกเวชระเบียนมีความ สมบูรณ์เชิงคุณภาพ มีข้อมูล ทางการรักษา การพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับครบถ้วน และ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ได้ไม่สูญหาย	1.ให้แพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยลงผล การตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกครั้งที่มี การรักษาเพื่อสามารถนำไปใช้ใน การรักษาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย 2.จัดเก็บเวชระเบียนเป็น Electronic ดังนี้ -ผลการตรวจคลื่น หัวใจ - ใบการ์ตูน - ใบตอบกลับrefer - फिल्मเอ็กซเรย์	อัตราความ สมบูรณ์เวช ระเบียน ผู้ป่วยนอก มากกว่า 90%	30 ชาร์ท/ เดือน	เวชสถิติ	1.ในกรณีที่แพทย์ได้มีการลงผลการ ตรวจร่างกายที่เป็นเอกสาร โดยมีการ ออกแบบระบบให้มีการสแกนเอกสาร เข้าระบบHosxp โดยเริ่มมีการใช้แล้วใน ปีงบประมาณ 2564 2.มีระบบการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อ ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ 3.มีแผนในการใช้ระบบ IPD Paper less ในปีงบประมาณ 2567 ยังพบความล่าช้าในการค้นหาเอกสารที่ สแกนในเครื่อง ได้แก่ ผล EKG โอกาส พัฒนา จัดเรียงเอกสารจัดหมวดหมู่ใน การค้นหาให้ง่ายและรวดเร็ว ผลลัพธ์ อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2564=90.46%,ปี 2565=94%

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	2.จากการตามรอยพบว่าระบบการจัดเก็บ การเข้าถึงเวชระเบียนกลุ่มเสียงOSCC คดีความ หรืออื่นตามที่โรงพยาบาลกำหนด ยังมีโอกาส พัฒนาในการวางระบบบริหารจัดการและความปลอดภัยของข้อมูล	1.จัดเก็บเวชระเบียนเข้าสู่เก็บที่ปลอดภัยในห้องบัตร 2.กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและรองในการเข้าถึงเวชระเบียนให้ปลอดภัย	อุบัติการณ์ การเปิดเผย ข้อมูลผู้ป่วย = 0 ครั้ง	ทุกเดือน	เวชสถิติ	1.มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนที่เป็นเอกสาร และข้อมูล Electronic file โดยจะมีแพทย์เวรพยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก และเวชสถิติเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนได้ 2.มีตู้เก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย โดยจะแยกข้อมูลตามกลุ่มเสียง และมีระบบการเข้าถึงของข้อมูล 3.มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักและรอง 2 คน อย่างชัดเจน โดยมีการจัดการการเข้าถึงตู้เก็บอย่างปลอดภัย ผลลัพธ์ ข้อมูลตั้งแต่ปี2564-2566 ไม่พบอุบัติการณ์การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>3. ทีมที่เกี่ยวข้องควรร่วมกัน ออกแบบระบบการจัดการ การจัดการข้อมูล จัดเก็บเวชระเบียน ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ห้องฉุกเฉิน) จนสิ้นสุดกระบวนการดูแลและระยะเวลา การเก็บรักษาเพื่อให้มั่นใจว่า ข้อมูลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จนถึงสิ้นสุดคดีความ</p>	<p>1. กำหนดให้ทีมสหวิชาชีพ ออกแบบระบบการจัดการ การจัดเก็บข้อมูล จัดเก็บเวชระเบียน ที่ห้องฉุกเฉินร่วมกัน และทบทวนทุกปี</p> <p>2. กำหนดการจัดเก็บเวชระเบียน ดังนี้</p> <p>1. ผลการตรวจคลื่นหัวใจ</p> <p>2. ไปการ์ทูน</p> <p>3. ไปตอบกลับrefer</p>	<p>อุบัติการณ์ การเปิดเผย ข้อมูลผู้ป่วย = 0 ครั้ง</p>	<p>ทุกเดือน</p>	<p>เวชสถิติ</p>	<p>1. มีการออกระบบร่วมกัน จะมีพยาบาลห้องฉุกเฉินผู้รับผิดชอบหลักประสานกับงานเวชสถิติโดยตรงทำหน้าที่ในการจัดเก็บเวชระเบียนนั้นๆ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล</p> <p>2. ทุกครั้งที่มีการตรวจรักษาเอกสารที่เป็นกระดาษ มีการจัดระบบให้มีการสแกนเข้าระบบHosxp ทุกฉบับ เพื่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียนกอบกับเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้จนถึงสิ้นสุดคดีความ</p> <p>3. วางแผนพัฒนาการจัดเก็บ EKG ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเปรียบเทียบผลก่อนหน้าได้สะดวก</p> <p>ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อมูลทางคดีสูญหาย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)						
II-6.1 การกำกับดูแล และสิ่งแวดล้อม สนับสนุน (MMS.1) 52 การกำกับดูแลการ จัดการด้านยา (II-6.1 ก) 53 สิ่งแวดล้อม สนับสนุน การจัดหา และเก็บรักษา (II- 6.1 ข,ค)	1.การกำกับดูแลการจัดการ ด้านยา:คณะกรรมการระบบ ยา ควรทบทวนการจัดทำ มาตรการสำคัญ ได้แก่ med reconcile,ADE/ADR,HAD การกำหนดวงรอบยา การ จัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจาก บ้าน การจัดการยาเมื่อห้อง ยาปิดทำการ การจัดการยา ด่วนยา STAT นำประเด็นที่ ไม่ชัดเจนหรือไม่ได้ปฏิบัติ มาเรียนรู้และปรับปรุง แนวทางให้มีความเหมาะสม สื่อสาร สร้างความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถ ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ ในแต่ละจุดบริการด้านยาทุก พื้นที่ในโรงพยาบาล เพื่อ	1.ได้มีการทบทวนปรับปรุง WI และได้เพิ่มมาตรการสำคัญ ดังนี้ 1.Med reconcile ได้เพิ่มเติมใน แนวปฏิบัติในประเด็นการเขียน รายการยาเดิมในใบ DOCในกรณี มีได้รับยาเดิมหลัง 24 ชม และ ตรวจสอบโดยการใส่ตารางป้อนใน ใบ DOC 2.ADR/ADE ได้เพิ่มเติมในแนว ปฏิบัติในประเด็นการกำหนดคำ นิยามเพิ่มเติมให้ชัดเจนเรื่องการ แพ้ยาชั้นนอกระบบและในระบบ 3.HAD .มีการดำเนินการเพิ่ม กล่องยา HAD ที่เป็นกล่องกลาง สำรองไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นกล่อง สำรองและได้กำหนดแนวทาง ปฏิบัติเพิ่มเติมในประเด็นรอบเวลา ในการแลกเปลี่ยนกล่องยา HAD	1.จำนวน อุบัติการณ์ คลาดเคลื่อน ในการสั่งใช้ ยาที่ผู้ป่วยใช้ ต่อเนื่อง (Medication reconcillatio n) 2.จำนวน อุบัติการณ์ แพ้ยาซ้ำ 3.จำนวน อุบัติการณ์ แพ้ยาที่ รุนแรง	ทุกเดือน	ภก.อาหา มะ วา เงาะ ภก.ธรร วัตร ผดุง การ	*การดำเนินงานเฝ้าระวังการใช้ยาที่ ต่อเนื่องของผู้ป่วย (Med Reconcile) 3 ปี ที่ผ่านมา ระบบยาได้ดำเนินการทำ ตารางปมเพิ่มขึ้นมาเพื่อใช้ป้อนในใบ DOC เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการ ตรวจสอบคำสั่งใช้ยาเดิมของผู้ป่วย -การ ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ ADR/ ADE ระดับE ขึ้นไปในรอบสามปี ที่ผ่านมา พบ - พบอาการไม่พึง ประสงค์ที่รุนแรงในปี 2565 1 ครั้ง เป็น การแพ้ยา Phenytoin อาการแพ้เป็น อาการแพ้แบบ StevenJohnson syndrome เป็นความเสี่ยงระดับ H ได้ รับการเยียวยา ม 41และไม่พบ อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ จากการ ทบทวนพบว่า ยังไม่ได้มีการวางระบบ การป้องกันการแพ้ยารุนแรงที่ชัดเจน จึงได้ทำแนวทางมาตรการการป้องกัน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	สร้างความปลอดภัยด้านยา มากขึ้น	<p>ดังนี้ ถ้าในเวลาให้แลกเปลี่ยนคืน ทันที ถ้านอกเวลาให้แลกเปลี่ยน คืนในตอนเช้า</p> <p>4.การจัดการระบบยาเมื่อห้องยา ปิดทำการในช่วง (20.30-8.30 น.)</p> <p>4.1.กำหนดระบบ Pharmacist consult นอกเวลาโดยกำหนดให้ ประธานหัวหน้าฝ่ายเภสัชเป็นคน แรก ถ้าประธานงานไม่ได้ให้ ประธานงานเภสัชคนที่สองเป็น second call</p> <p>4.2.มีการดำเนินการลดการสต็อก ยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัด รถเข็นสต็อกยานอกเวลา</p> <p>5. *การจัดการยาด่วน (stat)ใน หน่วยงาน ระบบยาได้จัดทำป้าย ยาด่วนและวิธีการใช้โดย กำหนดให้แนบป้ายทุกครั้งเวลา</p>	4.จำนวน อุบัติการณ์ยา HAD ขาด คราว		ภก.เสถียร สายชล	<p>และเฝ้าระวังการแพ้ยารุนแรงเป็นแนว ปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจยีนส์แพ้ยา การ ให้บัตรเฝ้าระวัง และได้ติดตาม อุบัติการณ์โดยทำ Risk register - พบรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับ มาตรการการเฝ้าระวัง ADR type A ไม่ชัดเจน ระบบยาจึงได้วางแนวทาง เพิ่มเติมในมาตรการการป้องกันการแพ้ ยาซ้ำเดิมที่มีอยู่แล้ว</p> <p>*การ ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ เกี่ยวกับ ยา HAD ขาดคราว ในรอบ สามปีที่ผ่านมา หลังจกมีการติดตามใน รูปแบบ Risk register ไม่พบอุบัติการณ์ เกี่ยวกับ ยา HAD ขาดคราว แต่พบ อุบัติการณ์บริหารยา HAD หมดอายุ และเสื่อมสภาพให้ผู้ป่วย 1 ราย (ระดับ D)</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>เบิกยา โดยแบ่ง ยาออกเป็น 3 ระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ยาช่วยชีวิต จะสต็อกไว้ที่หน่วยงาน -ยา Emergency รับประกันเวลาได้ยาภายใน10 นาที (สีแดง) - ยา Urgency รับประกันเวลาได้ยาภายใน30 นาที (สีเหลือง) <p>6.การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ได้กำหนดแนวทางตรวจสอบสภาพยาและวันหมดอายุของยาและเติมยาให้ผู้ป่วย ส่วนกรณี admit ได้ดำเนินการจัดทำ Locker เก็บยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านและทำการจดบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยนำมาเพื่อเป็นหลักฐานและให้มีการเซ็นชื่อเวลารับยาด้วย</p>				<p>เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเช็คยาของเจ้าหน้าที่ ระบบยากำหนดให้สมาชิกตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบยามหมดอายุหลังจากที่ระบบ Automatic line notify เตือนยามหมดอายุได้แจ้งทุกครั้ง ส่วนในเรื่องมาตรการปฏิบัติระบบยาที่มีการเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติในหลายเรื่อง เช่น ปรับเปลี่ยนแนวทางการเบิกยา SK จาก รพ แม่ข่ายเป็นการจัดซื้อยาเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> -การจัดการระบบยาเมื่อห้องยาปิดทำการในช่วง (20.30-8.30 น.) ในรอบสามปีที่ผ่านมาพบ มีอุบัติการณ์การ การใช้ระบบ Pharmacist consult เพื่อเบิกยาให้กับผู้ป่วยนอกเหนือบัญชียานอกเวลา จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ Clindamycin inj, Enoxaparin inj, TB drug และ cefazolin inj

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ระบบยาจึงกำหนดให้มีการทบทวน บัญชียานนอกเวลาเมื่อห้องยาปิดอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้งและมีอุบัติการณ์ให้ยา ฉีดผิดขนาด 2 ครั้งจากการใช้ยาใน รถเข็นสต็อกยานอกเวลาเกิดจากการ วางเรียงยาที่คล้ายกันใกล้กัน ทางระบบ ยาจึงได้นำมาตรการ LASA จัดยาใน รถเข็นยานอกเวลา</p> <p>*ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับยาด่วน (stat)ในหน่วยงาน มีอุบัติการณ์ให้ยา Nicardipine inj ล่าช้าในเคส Fast track refer ที่เกิดจากขั้นตอนการเบิกจ่าย ระบบยาจึงทบทวนรายการยาที่ไม่ใช่ยา ช่วยชีวิตที่ต้อง Stock ที่ ER มีดังนี้ Nicardipine inj,SK inj,Diazepam inj และ Hadol inj,</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>*การจัดการยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ในส่วนที่จะทำ Locker ในห้องยาได้</p> <p>ดำเนินการเข้าแผนในปี 2565 แต่ยังไม่ได้ดำเนินการทำเพราะฝ่ายเภสัชกรรมมีแผนจะ Renovate ห้อง ภายในในปี 2568 จึงปรับแผนเข้าด้วยกัน ทางห้องยาจึงนำตะกร้าในการแยกยาเดิมหรือยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านชั่วคราวไปก่อน</p> <p>ผลจากการดำเนินงานมี 1 เคสผู้ป่วย admit แล้วถูก refer ไป รพ. ปัตตานี admit หลายวัน หลังจาก D/C ญาติผู้ป่วยได้มาตามหายาเดิมผู้ป่วยที่ห้องยา รพ. แม่ลาน ปรากฏว่ายาถูกสลายไปแล้ว เลยแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้กับผู้ป่วยรายนี้ไป ทางระบบยาจึงได้มาทบทวนระบบ จึงได้เพิ่มแนวทางการสลายยาผู้ป่วย คือ กรณีที่ยาเดิมผู้ป่วย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						มีค้างใน stock และผู้ป่วยไม่ได้มารับคืน ภายในสองเดือนเราจะทำการสลายยา
54.การสั่งใช้ยา และการถ่ายทอด คำสั่ง (II-6.2ก)	2.การสั่งใช้ยาและการ ถ่ายทอดคำสั่ง ควรส่งเสริมการ ทบทวนระบบ MR ในแต่ละ ขั้นตอนให้มีความชัดเจนใน บทบาทของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้ง การเก็บข้อมูลทั้งในด้านการวัด ประสิทธิภาพเชิงกระบวนการและ ผลลัพธ์ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมา ใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุงให้ระบบดังกล่าวใช้เพื่อ สื่อสารข้อมูลประวัติการใช้ยาเดิม ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ระบบ MR ข้อมูลประวัติการใช้ยา เดิมของผู้ป่วยในส่วน OPD ได้ ดำเนินการปรีนหัวกระดาษ sticker รายการยาให้กับผู้ป่วย ส่วน IPD ได้กำหนดบทบาทของแต่ละ วิชาชีพ ในการ บันทึกข้อมูลยา เดิมผู้ป่วยในแนวปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้ 1.กรณี que ผู้ป่วย Admit จาก OPD แพทย์หรือพยาบาล OPD จะเป็นผู้ บันทึกยาเดิมผู้ป่วย 2.กรณี que ผู้ป่วย Admit จาก ER แพทย์หรือพยาบาล ER จะเป็นคน บันทึกยาเดิมผู้ป่วย 3.เภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูล ยาเดิมผู้ป่วยแรกรับหรือติดตาม	-จำนวน อุบัติการณ์ คลาดเคลื่อน ในการสั่งใช้ ยาที่ผู้ป่วยใช้ ต่อเนื่อง (Medication reconciliation)	ทุกเดือน	นพ.พิชัย ดอชมอ ภก.อาหา มะ วา เงาะ	*การดำเนินงานเฝ้าระวังความ คลาดเคลื่อนการใช้ยาของผู้ป่วย (Med Reconcile) 3 ปี ที่ผ่านมา พบ -จำนวนผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้อยู่เป็น ประจำ จำนวน 1 ครั้ง เป็นความเสี่ยง ระดับ B -พบอุบัติการณ์การรับยาซ้ำซ้อน จำนวน 1 ครั้ง เป็นความเสี่ยงระดับ D และพบจำนวนความคลาดเคลื่อนการ ลอกหรือรับคำสั่งคลาดเคลื่อนจำนวน ทั้งหมด 3 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเรื่อง ของการลอกผิดวิธีกิน พบว่าจำนวน ความคลาดเคลื่อนอุบัติการณ์ที่ถึงผู้ป่วย มีแนวโน้มดีขึ้นหลังจากที่ได้วางระบบ ตรวจสอบโดยการใส่ตารางป้อนใบ DOC แต่กลับพบว่าจำนวนรายงาน ความคลาดเคลื่อนก่อนถึงตัวผู้ป่วยมี

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>ข้อมูลยาเดิมผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงาน</p> <p>4.แพทย์เป็นผู้สั่งยากลับบ้านให้ ผู้ป่วยโดยกำหนดไม่ให้ใช้คำว่า “ยาเดิม”</p> <p>5 เกสซ์กรดำเนินการตรวจสอบยา เดิมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและทำใบ Home Med reconcile ให้กับ ผู้ป่วยกลับบ้านและแนะนำการใช้ ใบ Home Med reconcile</p>				<p>รายงานน้อยกว่าปกติ น่าจะเป็นข้อมูลที่เป็น under report อาจจะเป็นเพราะว่า ระบบการ orientation ในฝ่ายเภสัชกับ เจ้าหน้าที่ใหม่ไม่ได้เป็นระบบ (ในรอบสามปีที่ผ่านมามีการรับ เจ้าหน้าที่ใหม่ เกสซ์ 2 คน จพ.เภสัช 3 คน) จึงได้วางระบบการ orientation ให้ ลงในรายละเอียดของแต่ละงานให้มาก ขึ้น</p>
<p>55.การทบทวน คำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัด จ่ายและส่งมอบ ยา (II-6.2ข)</p>	<p>3.การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่ายและส่งมอบ ยา ควรติดตามวิเคราะห์ ทบทวน ผลของการป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนใน การจ่ายยาในช่วงห้องยาปิด การ บริหารยา HAD เพื่อวางระบบให้</p>	<p>ระบบการติดตามและเฝ้าระวัง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา นอกเวลามีแนวทางพัฒนาดังนี้</p> <p>1.กำหนดให้เภสัชกรมีการ Audit ใบสั่งยานอกเวลาที่ถูกจ่ายยาโดย พยาบาลและใบสั่งยา HAD ทุกวัน</p> <p>2.กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม</p>	<p>Medication error ช่วง ห้องยาปิด</p>	<p>ทุกเดือน</p>	<p>พว.นุรฮา ยาตี ยูโซ๊ะ ภก.อาหา มะ วา เงาะ</p>	<p>*การจัดการระบบยาเมื่อห้องยาปิดทำ การในช่วง (20.30-8.30 น.) ในรอบสาม ปีที่ผ่านมาพบ มีพบความคลาดเคลื่อน ในการสั่งใช้ยาทั้งหมด 35 ครั้ง ปี 2564 จำนวน 16 ครั้ง ปี 2565 จำนวน 10 ครั้ง ปี 2566 จำนวน 9 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นการจ่ายยาวิธีการกินยา ผิดที่ถึงตัวผู้ป่วย 2 ครั้ง เป็นความเสี่ยง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	มีความรัดกุมและปลอดภัยมากขึ้น	4. กำหนดให้มีการติดตาม ทบทวน ตัวชี้วัดในที่ประชุม MMS และ ราวน์หน้างาน				<p>ระดับ D และเป็นกรให้ยาผู้ป่วยผิด ขนานอีก 2 ครั้ง เป็นความเสี่ยงระดับ D ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการสั่งยาไม่ได้ศีย ยาหรือศึร์จำนวนผิดซึ่งจะส่งผลต่อ รายได้ รพ และปริมาณสต็อกยาที่เป็น จริง จากการทบทวนสาเหตุเกิดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> -ความตระหนักของบุคลากร -ยาที่เป็น LASA <p>ทางระบบยาจึงได้นำมาตรการ LASA จัดยาในรถเข็นยานอกเวลา ผลักดันข้อมูลการลิมศึร์ยาเข้าหาหรือใน ทีมจัดหารายได้ของ รพ เพื่อสร้างความ ตระหนักให้บุคลากร</p> <p>*ส่วนในเรื่องการสั่งใช้ยา HAD ระบบยา ได้จัดทำใบประกอบการสั่งใช้ยา Enoxaparin เพิ่มและได้ประดิษฐ์นวดก กรรมช่วยระบุตำแหน่งในการฉีต และไม่ พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา HAD เมื่อห้องยาปิด</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
56.การบริหารยาและติดตามผล (II-6.2ค)	<p>4.การบริหารยาและติดตามผล</p> <p>ควรทบทวนความเข้าใจเรื่องความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา การค้นหา การรายงาน ครอบคลุมปัญหา และนำผลมาวิเคราะห์ สาเหตุ วางแนวทางป้องกันเพื่อการบริหารยาที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1.ทบทวนหรือค้นหาประเด็นความคลาดเคลื่อนที่เป็น under report เพิ่มเติม เช่น การ correctiv ,การบริหารยาในเวลาที่ ไม่เหมาะสมและการบันทึกเวลาที่ไม่ได้เป็น real time เป็นต้น</p> <p>2.กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม</p> <p>3.กำหนดให้มีการติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดที่ประชุม MMS และ ราวน์หน้างาน</p>	<p>1.Administra tion error OPD</p> <p>2.Administra tion error IPD</p>	<p>ทุกเดือน</p> <p>รายด์หน้า</p> <p>งานทุก 3 เดือน</p>	<p>พว.นุรฮายาดี ยูโซ๊ะ</p> <p>พว.สุนิษา แสงทอง</p>	<p>*การดำเนินงานเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในรอบสามปีที่ผ่านมาพบ</p> <p>1.ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาผู้ป่วยนอก(Administration error OPD) 3 ครั้ง ในจำนวนนี้ เป็นการบริหารยาที่หมดอายุให้ผู้ป่วย 1 ราย และเป็นการบริหารยาผิดขนาด 2 ราย ทั้งหมดเป็นความเสี่ยงระดับ D</p> <p>2.ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาผู้ป่วยใน (Administration error IPD) 4 ครั้ง</p> <p>ในจำนวนนี้ เป็นการลืมนับบริหารยา 1 ราย เป็นการบริหารยาซ้ำ 1 ราย ทั้งสองครั้งนี้เป็นความเสี่ยงระดับ D และเป็นการไม่ได้ระบุเวลาในการบริหารยา 2 ราย เป็นความเสี่ยงระดับ C จากผลการดำเนินงานระบบยา ได้กำหนดให้</p> <p>1.หน่วยงานที่มียาที่สต็อกอยู่ในหน่วยงานเมื่อมีการเตือนยาหมดอายุใน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ระบบ Automatic line notify ให้มีการตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง</p> <p>2.กำหนดให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง						
57. บริการรังสีวิทยา / ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	1. ผู้ปฏิบัติงานทางรังสี มี คุณวุฒิไม่เป็นไปตามข้อกำหนด มีโอกาส พัฒนาที่จะเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง และเครื่อง X-ray ยัง อยู่ระหว่างการขอรับรองตามมาตรฐาน ทีมนำ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควร ส่งเสริมการกำหนด แผนพัฒนาสมรรถนะ ผู้ปฏิบัติงานและการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม รวมทั้งการเร่งติดตาม การขอใบรับรองตามมาตรฐาน กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการ ทางรังสีปลอดภัยได้ มาตรฐาน	1. ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาต่อในสาขา นักรังสีเทคนิคซึ่งจะจบการศึกษา ในปี 2566 2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้ มี ทักษะตามสายงานบริการรังสี โดยส่ง ฝึกสมรรถนะเพิ่มเติมที่ โรงพยาบาล บัดตานี 3. มีแผนการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะสาขารังสี ให้มานิเทศทุก 6 เดือน 4. ได้ดำเนินการยื่นคำขออนุญาตผลิต มีไว้ครอบครอง หรือใช้ซึ่ง พลังงานปรมาณูจากเครื่อง กำเนิดรังสีของโรงพยาบาลแม่ลาน ต่อสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ (ปส) ไปแล้วนั้นได้	ร้อยละการ ถ่ายภาพรังสี ซ้ำ $\leq 3 \%$	ภายในเดือน กันยายน ปีงบประมาณ 2566	น.ส. ไอลาห์ คาเดร์ล อติง นส. กฤษณา บัวแก้ว (ปี 2566 เจ้าหน้าที่ x ray)	ปี 2564,2565 ผลลัพธ์ ร้อยละถ่ายภาพ รังสีซ้ำ 1.08 และ 0.84 ไม่มีเจ้าหน้าที่ รังสีเทคนิค ได้พัฒนาสมรรถนะ เจ้าหน้าที่โดย เชิญเจ้าหน้าที่รังสีจาก รพ. สายบุรี มาทำการฝึกสอนพนักงาน และได้ส่งเข้าร่วมประชุมกับทีมนักรังสีใน ระดับจังหวัด รวมถึงได้รับการนิเทศจาก ทีมนักรังสีเทคนิคจังหวัด ปี 2566 มีนักรังสีเทคนิคประจำการอยู่ที่ โรงพยาบาล ร้อยละถ่ายภาพรังสีซ้ำ 1.87 เนื่องจาก จัดเก็บข้อมูลตามเกณฑ์มากขึ้น และได้ นำมาปรับปรุงแนวทางการจัดทำผู้ป่วย การทบทวนการส่ง x-ray ให้สอดคล้อง กับทำผู้ป่วย -เครื่อง X-ray ยัง อยู่ระหว่างการขอ รับรองตามมาตรฐาน กำลังอยู่ใยช่วง ดำเนินการขออนุญาตมีไว้ครอบครอง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		สำนักงานปรามณเพื่อสันติ ได้ตอบ รับแล้วตั้งแต่วันที่ 13 ส.ค.64 อยู่ ระหว่างการจัดส่งเอกสารเพิ่มเติม เพื่อการตอบรับและพิจารณาคำขอ				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง						
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] *	2.ตามที่ได้เรียนรู้จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมิน EQA & IQC และแก้ไขในรายการที่มีความคลาดเคลื่อน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับเลือดและดำเนินการกำหนดแนวทางการให้บริการเลือด	เป้าหมาย : เพื่อให้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้องแม่นยำ น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยได้รับบริการเลือดที่รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลาและเพียงพอ แผนงาน/กิจกรรม	1.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เป้าหมาย 100 % 2.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เป้าหมาย 100 %	ทุกวัน ทุกเดือน	นางสาวนุริยะห์ จะแมง	1.จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมินปี 2564-2566 (30-มิย-2566) พบว่าการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายในและภายนอก (IQC ,EQA)ในเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์พบว่าอัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน IQC คิดเป็นร้อยละ 92.18% เนื่องจากบางรายการทดสอบที่ไม่มี IQC จึงทำให้การควบคุม IQCไม่ครอบคลุมทุกรายการตรวจ มีการดำเนินการแก้ไขทันที เมื่อทำการควบคุมคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ พร้อมบันทึกผลการแก้ไขผลการดำเนินงานพบว่า IQC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 2.อัตราการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายนอก (EQA) เท่ากับ 96.87 % เนื่องจากบางรายการทดสอบไม่มีการ
59.ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (II-7.4)	ตั้งนั้นเพื่อให้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง แม่นยำ ผู้ป่วยได้รับบริการเลือดที่รวดเร็ว	1.ห้องปฏิบัติการมีการสมัครเพื่อประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ จากหน่วยงานที่มีความชำนาญกว่าได้แก่ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ	การควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เป้าหมาย 100 %	ทุกเดือน		
60. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]	ทันเวลาและเพียงพอ ควรเพิ่มการกำหนด KPI ให้ชัดเจน ตรงประเด็นและกำกับติดตาม ประเมินระบบแนวทางที่กำหนด ตามรอบเวลาที่กำหนดอย่าง	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, เข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการของจังหวัดปัตตานีในรายการที่ไม่มี EQA 2.มีการควบคุมคุณภาพภายใน IQC ตามแนวทางปฏิบัติงานของทุก				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	ต่อเนื่อง นำสู่การเรียนรู้และพัฒนา	<p>รายการทดสอบและมีการปฏิบัติแก้ไข เมื่อผลค่า IQCไม่เป็นไปตามเกณฑ์ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดยมีการบันทึกในแบบฟอร์มแก้ไข IQC ให้ชัดเจน</p> <p>3.กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการทำEQA, แต่ละสาขาให้ชัดเจนและมีการนำข้อมูลผลการประเมินที่ได้มาควบคุมวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขในรายการทดสอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกเดือน โดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำกับและติดตาม</p> <p>4.พัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการประเมินการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) และ IQC</p>	<p>3.ผลการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA)สาขาเคมีคลินิก ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย ค่า (MVIS 0-50, ระดับ A)</p>			<p>เปิดรับสมัครการประเมินคุณภาพภายนอก บางรายการทดสอบราคาแพง และได้นำผลประเมินทุกสาขาพบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดแต่ยังพบบางสาขาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือสาขาเคมีคลินิกที่ คือ ค่า MVIS เท่ากับ 69.16 ซึ่งอยู่ในระดับ B เนื่องจากบางรายการทดสอบที่ตรวจเป็นน้ำยากุ่มเอ็นไซม์เสื่อมสภาพง่าย เทคนิคการละลายสารควบคุมคุณภาพ สภาวะแวดล้อม อุปกรณ์ แผนพัฒนาทางห้องปฏิบัติการ ทำการจัดทำ IQC ให้ครบทุกการทดสอบที่เปิดบริการภายในห้องปฏิบัติการและติดตามการเปิดรับสมัคร EQA ให้ครอบคลุมทุกรายการตรวจรวมทั้งพัฒนาเจ้าหน้าที่ ฟื้นฟูความรู้วิชาการ ความชำนาญ ในการทำ EQA ทุกสาขา</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>ระบบเลือด</p> <p>1. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทางห้องปฏิบัติการโดยเก็บเป็น Electronic file บันทึกทะเบียนข้อมูลประวัติการรับเลือดและผลการให้เลือดเพื่อสะดวกในการค้นหาประวัติ</p> <p>2. มีการทบทวนความเสี่ยงเคสการให้เลือดและติดตามหลังการให้เลือดร่วมกับทีม PCT ทุก 3 เดือน ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรค Anemia in preg, Anemia of chronic disease (blood loss<500 ml และไม่ได้ Refer), PPH, Iron deficiency anemia</p>	<p>4. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับเลือดตามที่ขอ 100 %</p> <p>5. ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยด่วนภายใน 4 ชั่วโมง 100 %</p>	ทุกเดือน	นางสาวนุริยะห์ จะแมง	พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดตามที่ขอในปี 2564 เท่ากับ 66.10% เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่กำหนดจากสาขาชีพ จึงได้มีการจัดประชุมที่มสทวิสาขาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการขอของเลือด ช่องทางการบริจาคเลือด โดยสร้างกรุปไลน์ชมรมผู้บริจาคเลือด รวมถึงกำหนดประเภทกลุ่มผู้ป่วยขอเลือดด่วน ไม่ด่วนพบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2565 เท่ากับ 85.10% ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากทางรพ ปัตตานี มีเงื่อนไขผู้บริจาคต้องมีหมู่เลือดตรงกัน ทำให้ได้รับเลือดล่าช้า ดังนั้นทางทีมได้มีการจัดเพิ่มช่องทางการบริจาคเลือดโดยเพิ่มเครือข่ายหน่วยงานภายนอก จิตอาสา อส.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับบริจาคเลือด พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2566

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>3. มีแนวทางปฏิบัติการขอเลือด กลุ่มผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (Emergency) ได้รับเลือดภายใน 4 ชั่วโมง</p> <p>4. มีแนวทางปฏิบัติการขอเลือด กลุ่มผู้ป่วยในภาวะปกติ (Non- emergency) ได้รับเลือดภายใน 48 ชั่วโมง</p>	<p>6. ร้อยละของ การได้รับ เลือดทันเวลา ในกลุ่มผู้ป่วย ไม่ด่วน ภายใน 48 ชั่วโมง เป้าหมาย 100 %</p>	<p>ทุกเดือน</p>	<p>นางสาวนุ ริยะห์ เจะแมง</p>	<p>เท่ากับ 97.73% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากแพทย์ยกเลิกให้เลือดโดยพิจารณาค่า Hemoglobin เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรรภ์</p> <p>แผนพัฒนา ทางทีมจะปรับปรุงแนวทางการจองขอเลือดใหม่โดยกำหนดค่ากำหนดค่า hematocrit และ hemoglobin รวมและเพิ่มแนวทางการขอจองเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ปฏิเสธการฟอกเลือด รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ให้เลือดประจำ เพื่อได้วางแผนคลังเลือด ผู้บริจาคเลือด ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา</p> <p>2. จากการทบทวนความเสี่ยงการขอเลือด ให้เลือดและติดตามหลังการให้เลือด พบว่าในปี 65 มีความเสี่ยง อุณหภูมิกระติกไม่ได้ตามมาตรฐาน จำนวน 1 ครั้ง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบและเปลี่ยน cold pad ทุกครั้งก่อนจ่ายเลือด และในปี 66 พบความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์หลังให้เลือด จำนวน 1 ครั้ง เกิดจากแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม จึงได้วางแผนการกำกับตาม รอยการปฏิบัติหน้างาน และการตรวจสอบซ้ำโดยมี check risk สำหรับกลุ่มขอเลือดไม่ด่วนได้รับเลือด ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวน 43 ราย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่นัดให้เลือด กลุ่มตั้งครรภ์ ชีด</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ						
61 การเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ (II-8)	1. ควรส่งเสริมให้ทีมที่ รับผิดชอบระบบการเฝ้า ระวังโรคและภัยสุขภาพ ใช้ ข้อมูลการติดตาม สถานการณ์ แนวโน้มของ โรค เพื่อคาดการณ์ แนวโน้ม การเกิดโรคสำคัญ นำมา วางแผนป้องกันเช่น ข้อมูล โรงพยาบาลที่มี pneumonia และมีการรายงานใน top 10 ของรายงาน 501 แต่ยังไม่ ได้วิเคราะห์เชิงระบาด เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ เป็น ต้น 2. ควรนำข้อมูลการเกิดโรค และภัยสุขภาพในช่วง1-3ปีที่	1.วิเคราะห์ รง 501 ตามบุคคล เวลา สถานที่ ตามนิยาม รง 506 เพื่อประเมิน คาดการณ์การ เกิดการระบาดของโรคอย่าง ต่อเนื่อง 2. นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มา จัดทำรายงานแผนการเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพ แผนงาน ควบคุมโรคระบาด ได้แก่ โรคปอด บวม, โรคหัด, โรคคอตีบและโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3. ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกัน ควบคุมโรคในระยะก่อนเกิดโรค เกิดโรคและหลังเกิดโรค ดังนี้	1.ความ ทันเวลาของ การรายงาน 506 (≥ 90%) 2. อัตราป่วย ด้วยโรค ระบาดลดลง	ทุกเดือน ทุกเดือน มี.ค-เม.ย.	น.ส.ณ หทัย ลอแตและ ทิม ควบคุม โรค ระดับ อำเภอ	จากระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ค้นหาโรค และภัยสุขภาพอย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ สอบสวนควบคุมไม่ให้ เกิดการแพร่ระบาด และจากการ ทบทวนรายงาน 501 ที่เข้าตามนิยาม รายงาน 506 พบว่า ผู้ป่วยโรค Pneumonia จะพบมากในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง พบกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความปกครองและเป็นนักเรียน ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตพื้นที่ ตำบลป่าไร่ และส่วนมากอยู่ในการดูแล ของพ่อแม่ โดยวิเคราะห์ สถานการณ์ เป็นรายเดือน โดยมีแนวทาง ดังนี้ 1. มีผู้รับผิดชอบหลักในการวิเคราะห์ ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ -กรณีทีเผลเข้าตามนิยาม 506 งาน ระบาดจะบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม R506,D506

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ต.ค 64-มิ.ย 2566
	<p>ผ่านมาทบทวนแผนการป้องกันและควบคุมโรคว่ามี การปฏิบัติตามแผนอย่างไร นำมาเรียนรู้และปรับระบบ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>	<p>โรคปอดบวม <u>ระยะก่อนเกิดโรค</u> -แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึง สถานการณ์โรคในช่วงก่อนฤดู ฝนผ่านเอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม, Facebook ไปยัง ภาควิชาเครือข่าย <u>ระยะเกิดโรค</u> -สอบสวนโรคและควบคุมการเกิด โรค กรณีเกิดเป็นกลุ่มก้อน -จัดอบรมลดการเผาขยะในชุมชน โดยกำหนดมาตรการการทำลาย ขยะในชุมชนและการบริการจัดตั้ง ถังขยะ โดยประสานกับงาน สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม</p>				<p>(ความทันเวลาของการรายงาน 506 เท่ากับ 90.24 % (74/82)) -กรณีที่เกิดเป็นกลุ่มก้อน เกิดการ ระบาดในชุมชน ดำเนินการแจ้งให้กับ ทีมภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งเฝ้าระวัง ควบคุมโรค ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ ป้องกันโรค รวมถึงมีการประสาน ให้ คำปรึกษาจากหัวหน้าทีม 2.มีระบบการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบแนวโน้มการเกิดโรค อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นรายเดือน 3.วิเคราะห์เปรียบเทียบการระบาด เพื่อ แสดงแนวโน้มสถานการณ์ของการเกิด โรคระหว่างปีปัจจุบันกับ 5 ปีย้อนหลัง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>โรคหัดและโรคคอตีบ</p> <p><u>ระยะก่อนเกิดโรค</u></p> <p>-แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์โรคที่จะเกิดขึ้นในช่วงวัยก่อนเรียนและวัยเรียน ผ่านเอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม, Facebook ไปยังภาคีเครือข่าย</p> <p><u>ระยะเกิดโรค</u></p> <p>-สอบสวนโรคและควบคุมการเกิดโรค รวมถึงการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดเกี่ยวกับประวัติการได้รับวัคซีน</p> <p>-ประสานการติดตามการได้รับวัคซีนในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ร่วมกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)</p>				<p>เพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค เฝ้าระวังการเกิดโรคและลดอัตราการป่วยด้วยโรคระบาด</p> <p>- อัตราป่วยด้วยโรคปอดบวม เท่ากับ 109.43 (16 ราย)</p> <p>- อัตราป่วยด้วยโรคหัด เท่ากับ 0</p> <p>- อัตราป่วยด้วยโรคคอตีบ เท่ากับ 0</p> <p>4.ให้สุศึกษา ความรู้ในการการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แก่ผู้ปกครองเด็กและผู้ดูแลเด็ก</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p><u>ระยะก่อนเกิดโรค</u></p> <p>-แจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์ถึง สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ผ่าน เอกสารและสื่อออนไลน์ เช่น LINE กลุ่ม,Facebook ไปยังภาคี เครือข่าย</p> <p><u>ระยะเกิดโรค</u></p> <p>-ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดด้วยการ ตรวจวิธี ATK ทุกราย</p> <p>-สอบสวนโรคและควบคุมการเกิด โรค รวมถึงการค้นหาผู้สัมผัส ใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน</p> <p>-ประสานการได้รับวัคซีนให้ ครอบคลุมทุกกลุ่มรวมถึงกลุ่ม ผู้ป่วยติดเชื้อแล้วสำหรับการ วางแผนระยะหลังเกิดโรคโดย ติดตาม เฝ้าระวังแนวโน้มของโรค อย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ดังนี้</p>				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<ul style="list-style-type: none"> -โรคติดต่ออันตราย ภายใน 12 ชั่วโมง -โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ภายใน 7 วัน - โรคระบาด ภายใน 24 ชั่วโมง 				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
II-9 การทำงานกับชุมชน						
62 การทำงานกับ ชุมชน (II-9)	ทีมนำและทีมทำงานกับ ชุมชน ควรใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลที่เป็นความท้าทาย เรื่อง pre-hospital, post hospital ได้แก่ ระบบการ ดูแล stroke ทั้งการสร้าง health awareness, secondary prevention ใน กลุ่ม DM,HT เชื่อมกับ in hospital คุณภาพของการ early detection รวมทั้ง ระบบการส่งต่อแม่ข่าย และ การเกิด recurrent stroke เพื่อเชื่อมระบบ COC อย่าง มีคุณค่ามากขึ้น	Pre hospital 1.คัดกรองสุขภาพประชาชนที่อายุ 35ปีขึ้นไปในอำเภอแม่ลาน เพื่อหา กลุ่มเสี่ยงด้านโรค HT/DM 2.จัดกิจกรรมให้ความรู้และเข้า ชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค HT/DM และติดตามทุกความดัน โลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 1 ปี 3.จัดกิจกรรมให้ความรู้และเข้า ชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค HT/DM และติดตามทุกความดัน โลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 1,3,6เดือน 4. ในกลุ่มที่เสี่ยงป่วยเป็นโรค HT/DM มีการทำ SMBP ติดต่อกัน 7วันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อเกิดHT	1. อัตรา ผู้ป่วย เบาหวานราย ใหม่จากกลุ่ม เสี่ยง เบาหวาน < 1.85 % 2. อัตรา ผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง รายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยง ความดัน โลหิตสูง < 3 % 3.อัตราผู้ป่วย stroke ราย ใหม่<0.2%	ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง ทุก 1,3,6 เดือน ทุก 3 เดือน	นส.อาพี พะห์ และ คณะทำงาน NCD ระดับ อำเภอ	มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ ตอบสนองความต้องการของชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีแนว ทางการดำเนินงานดังนี้ 1.มีการประชาคมในชุมชนเพื่อค้นหาข้อมูล พร้อมทั้งค้นหาปัญหาความต้องการของ ชุมชน ปัญหาที่พบมีดังนี้พฤติกรรม บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย 2.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยแบ่งกลุ่ม ตามป้องกันจรรยาจร 7สี 3.มีการติดตามค่าน้ำตาลและค่าความ ดันโลหิตสูงในกลุ่มปกติทุก 1ปี กลุ่ม เสี่ยงทุก 1,3,6 เดือน และไม่เป็นผู้ป่วย รายใหม่ในปี อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน ปี 2564,2565,2566 =1.14 (12/1054) ,1.27(18/1413), 1.17(20/1,710)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>และทำSMBGติดต่อกัน7วันใน กลุ่มที่เสี่ยงต่อเกิดDM ในกรณีอยู่ใน ในกลุ่มเสี่ยง ติดตามความดัน โลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 3 เดือน รวมถึงการ ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมา โรงพยาบาลผ่านทางไลน์กลุ่ม ,manager NCD และมีแพทย์ให้ คำปรึกษาประจำตำบล</p> <p>5.จัดโครงการอบรมให้ความรู้ ประชาชนเรื่องการเกิดโรคHT/DM และการป้องกันการเกิดStroke โดยสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. โดยจัดโครงการปีละ 1 ครั้ง</p> <p>6.พัฒนา อสม.และสร้างแกนนำ เพื่อติดตามและให้คำแนะนำใน ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดย เจ้าหน้าที่ และCase manager เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ลาน</p>	<p>4.อัตราการ เข้าถึงบริการ ในผู้ป่วย stroke ภายใน 180 นาที 100%</p>	<p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p>		<p>อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปี 2564,2565,2566 =2.86 (2/70),3.41(3/88), 0.84 (1/119) จำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่ ปี 2564=18 ราย ,2565=18 ราย ปี 2566 =17 ราย อัตราผู้ป่วย stroke ปี 2564,2565 = 1.1% ,1.1%,1.1% ปี 2564,2565,2566 อัตราการเข้าถึง บริการในผู้ป่วย stroke ภายใน 180 นาที = 60% , 90 % , 33.33 % 4.มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ ด้านโรคไม่ติดต่อ ในการ สร้างความรู้และเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยใน ระดับปฐมภูมิ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>Post hospital</p> <p>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น เรื่องอาหาร, ยา, การปฏิบัติตัวและการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน</p> <p>2. ให้ความรู้และข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และติดตามพฤติกรรมและเมนูอาหารทุก 3 เดือน โดยอสม.</p> <p>3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยมีทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และจะมีทีม LTC โดยมี CM และ CG แต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบลงเยี่ยมบ้าน ตามรายละเอียดตั้งนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 ADL 12 คะแนน ขึ้นไป ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง</p>	<p>1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Stroke 0%</p> <p>2. อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมบ้าน 100 %</p> <p>3. อัตราผู้ป่วย/ผู้ดูแล Stroke สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง 100%</p> <p>4. อัตราการเกิด recurrent stroke < 10%</p>	<p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p>		<p>- อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 93.75 จากสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ส่งผลให้เยี่ยมบ้านได้ไม่ครอบคลุม และในปี 2565-2566 อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 100</p> <p>- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore ในผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 9.38 เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงดำเนินการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลทุกคนจนเกิดความมั่นใจและสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และมีการติดตามประเมินการฝึกทักษะซ้ำโดยทีมเยี่ยมบ้าน, ในปี 2565 ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน, ในปี 2566 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore และ UTI</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>กลุ่มที่2 ADL 5-11 คะแนน ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้งกลุ่มที่3 ADL 0 - 4 คะแนนติดตามเยี่ยมบ้านอย่าง น้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และมาทำกายภาพตามที่ โรงพยาบาล</p> <p>4.เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรับ บริการฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลซึ่งกันและกัน ภายใต้ การดูแลของอสสม.</p> <p>5.ตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยในโปรแกรมCOC และ วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับ PCT</p> <p>6.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย stroke ทุกรายใน PCT</p>				<p>ในผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 6.82 เนื่องจากผู้ป่วยมีผู้ดูแลหลายคน หมุนเวียนกันทำให้ขาดทักษะในการดูแล ผู้ป่วยจึงมีแผนพัฒนาในการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ญาติที่เป็นผู้ดูแล ทั้งหมดได้รับการฝึกทักษะให้มีความ พร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ						
63 การเข้าถึง บริการ [III-1(1-3)]	จากการสัมภาษณ์ พบความท้าทาย ในระบบการส่งต่อ	ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม fast tract STEMI และขาดการ ประสานงานงานระหว่าง	1.อัตราการ ทบทวนการส่ง ต่อในกลุ่มโรค	ปีละ 1 ครั้ง	สุทธิดา /PCT	1.การทบทวนการส่งต่อในกลุ่มโรคสำคัญ พบว่า ขาด ความต่อเนื่องในการทบทวน ทีม PCT จึงได้
64 กระบวนการ รับผู้ป่วย การ ให้ข้อมูลและ Inform consent [III-4(4-8)]	เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงของ แม่ข่าย ควร รวบรวมปัญหา การส่งต่อมา วิเคราะห์และจัด กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เพื่อจัดการส่งต่อ ให้มีประสิทธิผลที่ ดีทั้งในบทบาท ของทีม PCT และ บทบาทของทีมนำ โรงพยาบาล กำหนดเชิง	หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยเช่น รพ. สต. ทีม PCT จึงได้กำหนด แผนพัฒนาดังนี้ 1.กำหนดให้มีการประชุมร่วมกับ เครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.กำหนดให้มีการทบทวนการส่ง ต่อในกลุ่มโรคสำคัญเช่น STEMI, Stroke,TBI ,PIH c และ PPH ทุก 3 เดือน และติดตาม ผล refer จาก รพ.ปัตตานีทุก เดือน 3.สะท้อนปัญหาการส่งต่อให้ทีม ที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น ทีมระบบ การส่งต่อระดับจังหวัด เพื่อ วางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน	2.อุบัติการณ์การ ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม โรคสำคัญไม่ ทันเวลาที่ กำหนด 0 ครั้ง 3.อัตราผู้ป่วยส่ง ต่อทั้งหมดได้รับ การดูแลได้ ถูกต้อง เหมาะสม 100% 4.จำนวนครั้ง ของการปฏิเสธ การรับ refer จาก	ทบทวนการ ส่งต่อและ ประเมินผล ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน		กำหนดให้ทีม Refer ติดตามข้อมูลการส่งต่อทุกเดือน และนำมาทบทวนในกลุ่มโรคสำคัญ พบว่าในปี 2566 มีผลการทบทวนเพิ่มขึ้น และมีแผนปฏิบัติงานในการ ทบทวนที่ชัดเจน ผลการทบทวน พบว่า มีการวินิจฉัย ผิดพลาด 2 ราย 1. ผู้ป่วยคัน เคืองตา eye chemosis ผลตอบกลับ Cellulitis และผู้ป่วยปวดท้อง อาเจียน gut obstruction ผลตอบกลับ Muscle strain 2.อุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญไม่ทันเวลา พบจากสาเหตุ การเข้าถึงในโรค STEMI ,จากรอญาติ ตัดสินใจในโรค Stroke ซึ่งมีแจ้งเครือข่ายผ่าน Line กลุ่ม โดยเน้นประชาสัมพันธ์ติดสติ๊กเกอร์ระบบบริการ 1669 ในกลุ่มโรคเรื้อรัง,ประชาสัมพันธ์ป้ายไว้นิลใน ชุมชน ยังพบปัญหาการเข้าถึง stroke ,STEMI ล่าช้า จึงมีแผนจัดอบรม อสม.เกี่ยวกับกลุ่มโรคสำคัญที่ต้อง มาโรงพยาบาลทันทีและให้ อสม.ดูแลประชาชนในเขต รับผิดชอบของตนเอง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>นโยบายที่มีความทันสมัยอยู่เสมอ เช่น เมื่อปีก่อนสามารถส่ง fast track STEMI ได้ที่โรงพยาบาลทั่วไป (มี cardio med) แต่ปีนี้ต้องส่งมาที่โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดใกล้เคียง (ในจังหวัดไม่มี cardio med) คำแนะนำ Suggestion : ควรส่งเสริมการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา (การส่งต่อที่รพ.ทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ การรับมาจากรพ.สต.หน่วย FR)</p>	<p>4. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยในก่อน ระหว่างและหลังส่งต่อและสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบผ่านline ของศูนย์ Refer ของโรงพยาบาล</p> <p>5. ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 3เดือน</p>	<p>โรงพยาบาลแม่ข่าย 0 ครั้ง</p>			<p>โดยทีมชุมชน (PCU) เข้าร่วมประชาสัมพันธ์ในพื้นที่และมีสื่อ แผ่นพับ ในการให้ความรู้ประชาชน แต่ละบ้านที่ อสม.รับผิดชอบ</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมดได้รับการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสมพบว่าในปี 64-66 = 99.32,96.65,99.16 % พบผู้ป่วย R 28/min O2 sat 90%ไม่ได้ On O2 และไม่ได้ On Infusion pump ในกรณีการให้ยาทางเส้นเลือด 1 ราย , ผู้ป่วย CHF ไม่ได้ Monitor EKG , ไม่ใส่ NG ในผู้ป่วย On ET tube , สาย foley's Cath หลุดระหว่างส่งต่อ แนวทางการแก้ไข จัดทำเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อและแบบบันทึกการส่งต่อในการตรวจสอบความถูกต้องขณะ refer</p> <p>4. ไม่พบการปฏิเสธการรับ refer จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เนื่องจากมีการกำหนดการส่งต่อเฉพาะในแม่ข่ายเท่านั้น มีแนวทางในการส่งต่อของรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบมายังโรงพยาบาล รวมทั้งหน่วย FR เช่น กำหนดเกณฑ์การออกรับผู้ป่วยในชุมชน กรณีรพ.สต.ร้องขอ</p> <p>5. อัตราการส่งต่อในโรคสำคัญในปี 66 พบว่ากลุ่มโรค STEMI ()และ Stroke 92.85% มีการส่งต่อตามเวลาที่กำหนด พบในกลุ่ม HI มีระยะเวลาการส่งต่อที่ไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด 52.69%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย					เนื่องจากใช้เวลาในการช่วยเหลือเบื้องต้นร่วมกับเหตุการณ์ที่มีการบาดเจ็บหลายตำแหน่ง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
III- 2 การประเมินผู้ป่วย						
65 การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค[III-2 ก,ข]	ควรนำผลการทบทวนเวชระเบียน เกณฑ์ต่างๆ ค่า EWS ที่กำหนดมาเรียนรู้บูรณาการการกำหนด	1.ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ทุก 3 เดือน 2.Update แนวทาง Early warning signs ในกลุ่มโรคสำคัญ กลุ่มที่เกิดอุบัติการณ์ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กอายุ < 1 ปี และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติทราบผ่านช่องทางที่กำหนดของโรงพยาบาลเช่น web site ,line ,visual management ทุก 1 ปี 3.กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ได้แก่ จุดคัดกรอง, ER, IPD , LR ให้ชัดเจน 4.PCT Round ทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	-อัตราการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน 0% -อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน IPD,LR ได้ถูกต้อง 100% -อัตราการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภท ถูกต้อง 100%	ก.พ.64 และทุกปี ก.พ.64 และทุกปี ทุก 6 เดือน	PCT	การทบทวนในเดือน มิ.ย. 66 พบว่า การประเมินผู้ป่วยในการทำ EKG ล่าช้า 1 ราย ทำให้เกิดการ delay การรักษา แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการทบทวนการประเมินผิดพลาดในกลุ่ม 3 โรค คือ STEMI , Sepsis และ Appendicitis เกี่ยวกับการนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมิน มีการใช้การตรวจ Lactate ในผู้ป่วยสงสัย Sepsis - จากการทบทวนการใช้ แนวทาง Early warning signs ในกลุ่มโรค HT , DM ,Pneumonia ในเด็ก ไม่ตรงกับแนวทางการดูแลรายโรค -อัตราการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน ปี 64= 0.12%, ปี 65= 0.38% ปี 66 0.26% ไม่พบอุบัติการณ์คัดกรองคลาดเคลื่อนจากการดูแลผู้ป่วยเป็นความผิดพลาดในการลงข้อมูลการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินคลาดเคลื่อนในระบบ Hos XP การตรวจสอบที่ไม่มีความแม่นยำในระบบ จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการคัดแยกและแบบบันทึกพร้อมตรวจสอบเป็นรายวัน เพื่อสามารถวางแผนการจัดการที่เหมาะสมต่อไป การประเมินแยกประเภทผู้ป่วยซ้ำใน ER โดยมีการกำหนดหน้าที่ Incharge และแบ่งโซนผู้ป่วยที่ชัดเจน
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]	รายละเอียดในเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยแรกรับให้มีความชัดเจนในระดับความรุนแรง สอดคล้องกับบริบทและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ใช้เครื่องมือ บ้ายสีช่วยชีวิต ในการระบุตัวผู้ป่วย พบ อัตราการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภทถูกต้อง 100% ในปี 66 การระบุกลุ่มโรคในการประเมิน การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค มีการนิเทศทางคลินิก ทบทวนหน้างาน เกี่ยวกับกลุ่มโรค และแนวทางปฏิบัติ</p> <p>แผนกผู้ป่วยใน ปี 2564 อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน คิดเป็น 89.97% พบปัญหาการจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จึงได้ดำเนินการเรียนรู้ร่วมกันโดยการทำ KM ในหน่วยงานผู้ป่วยใน ในปี 2565 อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน คิดเป็น 77.78% ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ได้เปลี่ยนประเภทในแบบบันทึกการพยาบาล จึงได้ดำเนินการตรวจสอบการบันทึกการพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง นิเทศหน้างานโดยหัวหน้างาน/หัวหน้าเวร และในปี 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน คิดเป็น 86.30% ซึ่งส่งผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภทไม่ถูกต้อง ในปี 2564-2565 อัตราการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภทถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 78.33 และ 65% ตามลำดับ พบปัญหาประเมินอาการผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามประเภทผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุม รวมถึงไม่ได้ประเมินอาการซ้ำ จึงได้</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ดำเนินการทำ KM การประเมิน การดูแลผู้ป่วยรายโรค ในหน่วยงานผู้ป่วยใน ควบคุมกำกับตรวจสอบการ จำแนกประเภทผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม แนวทางที่กำหนดรวมถึงการบันทึกทางการแพทย์ โดย PCT Round และในปี 2566 อัตราการปฏิบัติดูแล ผู้ป่วยในแต่ละประเภทถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 82.22</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
III -3 การวางแผน						
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย : ทีมดูแลผู้ป่วยควรทบทวนการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นระยะ โดยอิงการใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย สื่อสารให้กับผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ เพื่อใช้ใฝ้าระวังอย่างเหมาะสม	1.กำหนดเป้าหมายและกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพโดยใช้ care mapได้แก่ โรค HT , DM , COPD , Pneumonia เป็นต้น 2. ปรับปรุง Standing order , CPG กลุ่มโรค fast tack และโรคที่สำคัญทุกปี และชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบผ่านช่องทางที่กำหนด 3. วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคระบาดโรคติดเชื้อร่วมกัน ได้แก่ ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา , Measle , Covid-19 4. ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน	- อัตราครอบคลุมการใช้ Care map >80% - อัตราการปฏิบัติตาม Standing order ,CPG ในกลุ่มโรคที่กำหนด >90%	ทุกปี ทุกปี	PCT	อัตราการปฏิบัติตาม CPG ในโรค PIH , PPH , Stroke , STEMI , Sepsis , TBI คิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราการปฏิบัติตาม CPG HT , DM คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเนื่องจากมีแพทย์หมุนเวียนน้อย ทำให้มีการดูแลรักษาที่หลากหลายตามประสบการณ์เดิมแต่ไม่พบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ทีม PCT จึงได้ดำเนินการประชุมเทคก่อนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ CPG โรคต่างๆของโรงพยาบาลแม่ลาน กำหนดแพทย์ผู้รับผิดชอบรายโรคและปรับปรุง CPG ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและปลอดภัยและมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยกำหนดให้แพทย์ระบุ Specific clinical risk ใน Doctor order ผู้ป่วย admit ทุกราย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
68 การ วางแผน จำหน่าย [III-3.2]			-อัตราการ ครอบคลุมการ วางแผน จำหน่ายโดย ทีมสหวิชาชีพ >80% -อัตราการ Re admit ในกลุ่ม โรคที่กำหนด < 10 %		อรรถกษณ์/ PCT	ปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) อัตราความครอบคลุม การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วย Palliative Care และ Stroke ADL น้อยกว่า 75 คิด เป็นร้อยละ 100 , อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย Palliative care คิดเป็นร้อยละ 100 , ในปี 2564 อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 93.75 จากสถานการณ์การ ระบาดของ Covid-19 ส่งผลให้เยี่ยมบ้านได้ไม่ ครอบคลุม และในปี 2565-2566 อัตราการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 100 ยังพบ ภาวะแทรกซ้อน ในปี 2564 อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน Bed sore ในผู้ป่วย Stroke คิดเป็น ร้อยละ 9.38 เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุขาดความ มั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงดำเนินการให้ ความรู้ ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลทุกคนจนเกิดความมั่นใจ และสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และมีการ ติดตามประเมินการฝึกทักษะซ้ำโดยทีมเยี่ยมบ้าน, ในปี 2565 ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน, ในปี 2566 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore และ UTI ใน ผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 6.82 เนื่องจากผู้ป่วยมี ผู้ดูแลหลายคนหมุนเวียนกันทำให้ขาดทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยจึงมีแผนพัฒนาในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>โดยให้ญาติที่เป็นผู้ดูแลทั้งหมดได้รับการฝึกทักษะให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และในปี 2564-2566 ไม่มีผู้ป่วย Re admit</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย						
69 การดูแล ทั่วไป [III-4.1]	ควรส่งเสริมให้มีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูลการดูแลระหว่างหน่วยงานให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอครอบคลุมประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันเวลา สร้างความปลอดภัย	1.อบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่ในการช่วยชีวิตเบื้องต้น เช่น การใช้เครื่อง AED ,CPR ปีละ 1 ครั้ง และมีการสุ่มซักซ้อมเสมือนจริง 2.ฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับแพทย์ พยาบาล เช่น Advance CPR ,NCPRI,ICD ปีละ 2 ครั้ง 3.จัดทำแนวทางการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ ข้อมูลก่อน admit ,ผลการตรวจวินิจฉัย,ประวัติและยาเดิม เป็นต้น 4.ทบทวนและประเมินความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน ทุก 3 เดือน	อัตราผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว 100%	ทบทวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุก 3 เดือน ต.ค.63-ก.ย.64	สุทธิดา /PCT	1.ระบบการจัดการภาวะแทรกซ้อนวิกฤตฉุกเฉิน ได้มีการอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่ในการช่วยชีวิตเบื้องต้นและอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการให้กับแพทย์ พยาบาล ได้แก่ Advance CPR ,NCPRI,ICD โดย ได้ดำเนินการอบรมล่าสุด NCPRI เมื่อ กุมภาพันธ์ 2566 และ Advance CPR เมื่อ มิถุนายน 2566 โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลปัตตานี) และมีแผนอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในต้นเดือน สิงหาคม 2.การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างหน่วยงานเป็นแนวทางเดียวกัน โดยการมี Double check ก่อนประสานการส่งต่อ และหน่วยงานที่รับมีการประเมินและตรวจสอบซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง 3.จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2 รายขึ้นไปมารับบริการพร้อมกันในเวรบาย-ดึก ติดต่อแพทย์ไม่ได้ จึงได้จัดระบบการเรียกอัตรากำลังเสริมของพยาบาลและระบบ second call ของแพทย์ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564-2566 (ต.ค. -

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						มิ.ย.)อัตราผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 96.05
70 การดูแล และบริการที่มี ความเสี่ยงสูง [III-4.2]	1.ทีมดูแลผู้ป่วย ควรนำผลการ ทบทวนการดูแล มาวิเคราะห์ จัดลำดับ ความสำคัญ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย เสี่ยงสูงสำคัญตาม ข้อมูลที่วิเคราะห์ ไว้ ระบุประเด็น ความเสี่ยง จัดทำ แนวทางการดูแล กลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความ ปลอดภัย 2.ควรสื่อสาร สร้างการเรียนรู้ แนวทางการดูแล กลุ่มเสี่ยงสูงแก่ ผู้เกี่ยวข้อง มีการ ตามรอยเพื่อ	1.กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง สำคัญของโรงพยาบาลโดย กำหนดจากข้อมูลของ โรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care ได้แก่โรค ACS, Stroke, Covid 19 , PIH , PPH, ,Sepsis,TBIจัดทำ driver diagram พร้อมทั้งกำกับ ติดตามประเมินผล ทุก 3 เดือน 2.แนวทางปฏิบัติในกระบวนการ รักษาดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงตั้งแต่ แรกรับถึงจำหน่าย 3.จัดทำเกณฑ์การรายงาน แพทย์ เกณฑ์ที่มาตรฐานตรวจรักษา , การจัดระบบสำรองแพทย์ทั้งใน และนอกเวลา ,แนวทางการ ตอบสนองภาวะวิกฤติ ,ระบบ consult แพทย์ที่ชำนาญกว่า	-อัตราการปฏิบัติ ตาม standing order ในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง 80% -อัตราการตาย ในผู้ป่วยเสี่ยงสูง 0%	ทุกปี ก.พ.64 ก.พ 64	สุทธิดา / กนกพร/ รอพีอี/PCT	การติดตามการปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยจาก PCT Round ตามรอยผู้ป่วยเสี่ยงสูงตั้งแต่แรกรับถึง จำหน่าย จากการทบทวนเวชระเบียนและติดตามผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายโรค ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564-2566 (ต.ค. -มิ.ย.2566) 1.อัตราการปฏิบัติตาม standing order , CPG ในโรค STEMI ,Stroke , Covid-19 , PIH , PPH , Sepsis, TBI คิดเป็นร้อยละ 100 2.อัตราการตายในผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง ACS =15.38 % (2/13) , 22.22 % (2/9) และ 9.09% (1/11) พบในผู้ป่วยที่มากับหน่วย FR 2 ราย ไม่รู้สีกตัวก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเสียชีวิตขณะ กำลังจะให้ยา SK 1 ราย TBI = 0.37% (1/272) ,0.68 % (1/146) และ ไม่พบ การเสียชีวิตในปี 66 พบสาเหตุ ผู้ป่วย Severe HI มี การบาดเจ็บหลายตำแหน่ง ขาดประสบการณ์การทำ การห้ามเลือด Posterior nasal packing จึงมี แผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (แพทย์และพยาบาล) ในการทำหัตถการที่มีความยุ่งยาก

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>ประเมินผลความร่วมมือเพื่อการปฏิบัติ</p> <p>3.วางระบบกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อสร้างความมั่นใจในระบบการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ปลอดภัย</p>	<p>4. ออกแบบการประเมินและบันทึกในผู้ป่วย FAST TRACK, การ TRIAGE ผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลา</p> <p>4. ทบทวน case เสี่ยงสูง ทุก 3 เดือน</p> <p>5. PCT Round เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ทุก 6 เดือน</p>		<p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ทุก 6 เดือน</p>		<p>Sepsis =4.34% (1/23) , 4.54 % (1/22) และ 0/16</p> <p>พบสาเหตุ ผู้ป่วย CA lung ปฏิเสธ ETT & CPR & Refer และ ผู้ป่วย COVID-19 c septic shock arrest ขณะใส่ ET Tube</p> <p>Stroke ไม่พบอัตราการตาย</p> <p>Covid =0.93% (7/753) , 1.13 % (3/265) และ ไม่พบการเสียชีวิตในปี 66 (ตามนโยบายของกรมควบคุมโรค ไม่ได้ตรวจ ATK แล้ว) พบสาเหตุการตายเกิดจาก เนื่องปฏิเสธการส่งต่อ , ใส่ tube และ CPR แพทย์ไม่มาตรวจอาการผู้ป่วยก่อน Admit ขาดการประเมิน Alvarado score , delay treatment เนื่องจากไม่ได้ตรวจ ATK ก่อน Admit ทำให้จัดประเภทการดูแลผู้ป่วยผิดพลาด ดูแลร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยไม่ได้ฉีควัดขึ้นและมีโรคประจำตัว ผู้ป่วย On ET tube ส่งต่อห้องแยกโรคนาน แนวทางการแก้ไข ทบทวนเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาตรวจ ประเมิน Alvarado score ในผู้ป่วยปวดท้องทุกราย การตรวจ ATK ก่อน Admit</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
	71 การระงับความรู้สึก[III-4.3ก]					
	72การผ่าตัด [III-4.3ข]					
73 อาหารและ โภชนบำบัด [III-4.3ค]	ตามที่โรงพยาบาล กำหนดการ จัดบริการอาหาร สำหรับผู้ป่วยใน โดยประสานกับ ร้านขายอาหารใน โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการทาง โภชนาการ จาก ร้านที่ประเมิน สุขาภิบาลอาหาร ผ่านเกณฑ์และ โภชนบำบัด เหมาะสม ควร กำกับ ติดตามการ จัดบริการ อาหาร ให้เป็นไปตาม แนวทางที่กำหนด	1.จัดทำแผนจ้างร้านอาหาร ภายนอกประกอบอาหารให้ ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล บริเวณโรงอาหารในโรงพยาบาล 2.ส่งเจ้าหน้าที่ร้านอาหารไป อบรมการประกอบอาหารที่ โรงพยาบาลปัตตานีและอบรม มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโดย นักวิชาการสาธารณสุข 3. ตรวจสอบมาตรฐาน ร้านอาหารทุกปี 4.จัดทำคู่มืออาหารให้กับ ร้านอาหาร โดยมีนักโภชนาการ โรงพยาบาลปัตตานีเป็นที่ ปรึกษา	1.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหาร 2.อัตราการส่ง มอบอาหาร ถูกต้องเหมาะสม กับโรค 100%	ประจำปี ทุกปี ทุกปี	อรรถลักษณ์/ กรรมการโรง อาหาร	-ปี 2564 โรงพยาบาลจ้างร้านอาหารภายนอก จัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยใน บริเวณโรงอาหาร โรงพยาบาล โดยมีนักโภชนาการโรงพยาบาลปัตตานี เป็นที่ปรึกษา ในปี2565 อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสมกับ โรคคิดเป็นร้อยละ99.27 และอัตราส่งอาหารตรงตาม เวลาที่กำหนดร้อยละ 100 ยังพบปัญหาเรื่องรสชาติ อาหารเค็มในบางเมนู จึงได้ดำเนินการให้ความรู้เรื่อง อาหารที่เหมาะสมกับโรคแก่ผู้ประกอบการทั้ง อาหารผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยหลังคลอด มีการสุ่ม ตรวจความเค็มโดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารและ ในปี 2566 อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสม กับโรคคิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราส่งอาหารตรงตาม เวลาที่กำหนดร้อยละ 100 รวมถึงมีการตรวจ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารทุกปี แต่ผู้ประกอบการ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารครบทุก คน ซึ่งมีแผนดำเนินการส่งอบรมผู้ประกอบการให้ ครบทุกคน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	และสร้างการ เรียนรู้ พัฒนาผู้ ประกอบอาหาร ให้มีความรู้ในการ จัดอาหารได้อย่าง เหมาะสม	<p>5.กำหนดให้พยาบาลที่ รับผิดชอบกำหนดเมนูอาหารที่ เหมาะสมกับโรคให้กับผู้ ประกอบอาหารเพื่อจัดเตรียม อาหารให้เหมาะสมตามเวลา</p> <p>6. สุ่มตามรอยการจัดทำ จัดส่ง อาหารให้กับผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>7.เฝ้าระวังและติดตาม ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย</p> <p>8.เก็บข้อมูลตัวชี้วัดและรายงาน ให้คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลทุก 3 เดือน</p> <p>9.แผนของบประมาณในการ จัดสร้างโรงครัวของโรงพยาบาล ในปี 2565</p>		<p>ทุกเดือน</p> <p>ทุก 3 เดือน</p>		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
74 การดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย [III-4.3ง]	1.ควรเรียนรู้เวช ระเบียบที่เป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่ามีทั้งกลุ่ม end of life, palliative ที่ดูแล แบบ supportive ทีมดูแลผู้ป่วยควร นำข้อมูลมา วิเคราะห์จัดระบบ การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายให้ เหมาะสมมากขึ้น การร่วมกัน กำหนดผู้ป่วย Palliative ,End of life ตามบริบท และเป็นไปตาม หลักวิชาการมาก ขึ้น	1.กำหนดให้มีการทบทวนการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Palliative , End of life ทุก 6 เดือน 2. กำหนดเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม ผู้ป่วย Palliative , End of life ให้ชัดเจน 3. ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสห วิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง 4. กำหนดให้มีการสำรวจความ ต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และ แบบประเมินความพึงพอใจใน กลุ่ม ผู้ป่วย Palliative , End of life ทุกราย	1.อัตราผู้ป่วย palliative care ได้รับการดูแล ตามแนวทาง 100% 2.อัตราความพึง พอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล \geq 80%	ทุก 6 เดือน ก.ย 64 ทุกปี ทุกเดือน	อรรถลักษณะ/ PCT	-ในปี 2564-2566 อัตราผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลตามแนวทางคิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ยังคงขาด การทบทวนการดูแลผู้ป่วย Palliative ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ จึงมีแผนพัฒนาในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย Palliative , End of life ทุกเดือนโดยทีมสหวิชาชีพ และมีการทบทวน ปรับแนวปฏิบัติ palliative , end of life ทุกปี

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>2.ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เหมาะสมกับผลการประเมินอย่างเป็นองค์รวม เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการปัญหา โดยให้สหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวมีส่วนร่วม</p>					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
75 การจัดการ ความเจ็บปวด [III-4.3จ]	ควรส่งเสริมการ จัดการด้าน pain management อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลด้านการ จัดการปวดอย่างมี คุณภาพมากขึ้น ได้แก่ 1)การกำหนดแนว ทางการประเมิน ความปวดสู่การ ปฏิบัติอย่าง ครอบคลุม 2)การจัดทำ แนวทางการ บรรเทาอาการ ปวดอย่าง เหมาะสมกับระดับ ความปวดที่ ประเมินได้	1.กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการ จัดการ pain ของโรงพยาบาล ตามบริบท คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยรอคอย/ หลังคลอด, ผู้ป่วย ACS ที่มี อาการเจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ,trauma ,สัตว์กัด , ปวดท้อง 2.แนวทางการประเมิน PS การ บำบัดอาการปวดตาม PS และ มีการประเมินซ้ำตาม กำหนดเวลา 3.แนวทางการบำบัดอาการ ปวดโดยแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วยรอคอย มีการใช้ฉีมนิเวช โดยประเมินหลังจากทำ 4.ทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วย pain เพื่อประเมินการปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน	-อัตราการ จัดการความ ปวดได้ >90%	ก.ย.64 ทุก 6 เดือน	อรลักษณ์/ รอพี้อะ/ สุธิตา	- จากการทบทวน ในปี 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย. 66) จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายในการจัดการ Pain ของโรงพยาบาลตามบริบท พบว่าอัตราการจัดการ ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 100 มีการใช้แบบประเมิน ESAS และยาระงับปวด กลุ่มโอปิออยด์ , อัตราการจัดการความเจ็บปวดใน ผู้ป่วย ACS ที่มีอาการเจ็บหน้าอก,ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก , Trauma , สัตว์กัด คิดเป็นร้อยละ100 มี การใช้แบบประเมิน Pain score และการให้ยาลดปวด ในการบรรเทาปวด ,อัตราการจัดการความเจ็บปวด ระยะรอคอย และหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 100 มีการ ใช้แบบประเมิน pain score /face score ,การใช้ฉีมนิ เวชในช่วงระยะรอคอย,การให้ญาติเฝ้าช่วงระยะรอ คอยช่วยหนุนหลัง ลูบท้อง ให้กำลังใจ ประเมินใน การบันทึกการพยาบาล ผู้ป่วย Abdominal pain หลังได้รับยา หากอาการไม่ ทุเลา มีการรายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อปรับแผนการรักษา กำหนดแนวทางการประเมินความปวด (pain score) ก่อน/หลังการได้รับยาบรรเทาปวด

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	3)การติดตาม ประเมินผลการ บรรเทาอาการ ปวดที่สอดคล้อง กับปัญหาของ ผู้ป่วย					โอกาสพัฒนา เพิ่มการประเมินความพึงพอใจต่อการ จัดการความปวด และเพิ่มการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มี อาการปวดลดลงหลังได้รับยาระงับปวด

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>การทรงตัว การฝึกใช้ เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดโอกาส การล้ม</p> <p>2.3แผนการฟื้นฟูกลุ่มพึ่งตนเอง ได้บ้าง คือสามารถออกกำลัง กายกล้ามเนื้อ แขนกลางและ กล้ามเนื้ออย่างค้ำยันใหญ่ด้วย ตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นคงใน การทรงตัว การฝึกใช้ เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดโอกาส การล้ม</p> <p>3.ก่อนจำหน่ายออก มีการ ทบทวน Rehab program ด้วยกันอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อ ความเข้าใจที่ตรงกันในการ ปฏิบัติ Home program</p> <p>4.การติดตามความก้าวหน้ามี 2 ทาง</p> <p>4.1 โดยการลงเยี่ยมในชุมชน หลังการจำหน่ายออก 2 สัปดาห์</p> <p>4.2 โดยการโทรติดตามอาการ จากผู้ดูแล</p>		<p>ทุกครั้งก่อน จำหน่าย</p>		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว						
77 การดูแล ผู้ป่วยไตเรื้อรัง [III-4.3 ข]	มีการกำหนด ปัญหาสำคัญที่ พบว่าโรคเรื้อรัง DM,HT เป็นโรค สำคัญในพื้นที่	1.วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการขาดนัดและกำหนดแนว ทางแก้ไขในแต่ละกลุ่ม 1.1ผู้ป่วยลี้มนัดหมาย จะมี ระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึง วันนัดและติดตามการขาดนัด ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ line notify 1.2ไม่มีรถมารพ./ไม่มีผู้ดูแล / ติดบ้าน ติดเตียงกำหนดให้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมี care giver ทุกราชหรือใช้ระบบ new normal ในผู้ป่วยที่ไม่มี care giver 1.3รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ /หยุดยาเอง /หยุดยาเมื่อ รับประทานอาหารแสงส่งพบ เภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และผลเสียของการไม่ รับประทานยาต่อเนื่อง	อัตราการขาดนัด ในผู้ป่วยโรค เรื้อรัง <5%	ทุกเดือน	กนกพร/ คลินิก NCD	จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุม โรค เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ ปัญหาการขาดนัด และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งการขาดนัด แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ 1. ขาดนัดรับยาเกิน 1 ปี (หายไปจากระบบ มากกว่า 1 ปี) สาเหตุหลักคือ รู้สึกว่าตนเองสบายดีไม่มีอาการผิดปกติใดๆ กินยาไป อาการก็เหมือนเดิมจึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินยา ใช้ สมุนไพรแทน 2. กลุ่มที่ยังกินยา แต่ขาดนัด ซึ่งจากการวิเคราะห์ สาเหตุคือ 2.1 ยังมียาอยู่ (กินยาไม่สม่ำเสมอ จึงมียาเหลือ) 2.2 เบื่อการกินยา กินเฉพาะเวลามีอาการ เช่น มีน ศีรษะ ปวดท้ายทอย เป็นต้น 2.3 กินอาหารแสง จึงหยุดยา ทำให้มียาเหลือ 2.4 กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีคนนำส่ง (ขาด care giver) 2.5 ช่วงสถานการณ์โควิด ไม่กล้ามารับยาที่ โรงพยาบาล ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า
78 การให้ ข้อมูลและ เสริมพลัง [III-5]	และจากข้อมูลการ ขาดนัดของคลินิก NCD ที่พบขาดนัด มากกว่า 50 ผลลัพธ์การ ควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตใน ภาพรวมไม่ดีขึ้น ส่งผลต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เพิ่มมากขึ้น ทีม ดูแลระบบ NCD และทีมดูแลผู้ป่วย ควรนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์ด้วยการ					

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	<p>วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางที่ยังพบจำนวนมาก(อาจเกิดจากอาชีพกรีดยางที่นอนน้อย) พยาธิปากขอ) เรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อมูลเสริมพลังในการดูแลตนเอง มีการติดตามผลลัพธ์ที่สามารถ self management ที่ดีขึ้น</p>	<p>1.4สถานการณ์โรคระบาด Covid ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด และใช้ระบบ new normal ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย</p>				<p>ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบถึงผลร้ายของการควบคุมไม่ได้ แต่ยังไม่มีการแสดงเกิดขึ้นกับตนเอง จึงไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) อัตราการขาดนัดในผู้ป่วย HT =20.01% , 16.12% และ 14.72% ตามลำดับ ผู้ป่วย DM = 7.72%, 11.73% และ 10.32% ตามลำดับ</p> <p>ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมาย >40%) = 17.62% , 24.36%และ 16.81%ตามลำดับ</p> <p>ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย >60%) = 60.16% , 56.19% และ 60.26% ตามลำดับ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>2. ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาทางเลือก มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ร่วมกันระหว่างแพทย์ปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก</p> <p>3.การทำ Motivate interview ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ un controlled ครั้งแรกที่ visit ร่วมกับการทำ SMBG , SMBP</p> <p>4.ช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วย DM ที่ใช้ยาฉีด เป็นต้น</p>			กนกพร/ คลินิก NCD	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
III-6 การดูแลต่อเนื่อง						
79 การดูแล ต่อเนื่อง [III-6]	ควรส่งเสริมให้ทีมดูแล ผู้ป่วย นำข้อมูลการส่ง ต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back วิเคราะห์ประเด็น คุณภาพสำคัญของ ระบบการ refer แต่ละ ประเภทและนำสู่การ ปรับกระบวนการ ทั้ง กระบวนการจัดบริการ ในโรงพยาบาลและ กระบวนการในการ ประสานระหว่าง หน่วยงานภายนอกที่ เกี่ยวข้อง เพื่อให้การ ดูแลต่อเนื่องมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	1.กำหนดให้มีการทบทวน ระบบส่งต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back ปีละ 2 ครั้ง 2.กำหนดให้มีการติดตามผล ตอบกลับ refer จากรพ.แม่ ข่าย และทบทวนการส่งต่อทุก 3 เดือน 3.กำหนดปรับแผนการดูแลใน โรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย FAST ได้แก่ แนวทางการ ประเมิน เกณฑ์การรายงาน แพทย์ เกณฑ์ refer 4.กำหนดแนวทางการดูแล ผู้ป่วย ก่อน ขณะส่ง และหลัง ส่งต่อ ให้ครอบคลุม ใน บุคลากร เครื่องมือ 5.จัดทำแนวทางการ ประสานงานการ refer out ,refer in	1.อัตราผู้ป่วยส่ง ต่อได้รับการดูแล ได้ถูกต้อง เหมาะสม 100% 2.อุบัติการณ์การ ได้รับข้อมูล refer back ไม่ ครบถ้วน 0 ครั้ง	ทบทวนการ ส่งต่อทุก 6 เดือน	สุทธิดา/ ทีม refer	-ผลการทบทวน Case refer ปี 2564 พบว่าไม่ ทราบผลการวินิจฉัยหลัง Refer วางแผนการ ติดตาม ระบบการติดตามไม่ต่อเนื่อง ในปี 2565 มอบหมายให้เวร Refer ติดตาม พบว่าระบบ ติดตามไม่ต่อเนื่อง ข้อมูลไม่ครบได้ในส่วนของผู้ ป่วยสุติกรรม ในปี 2566 ให้ผู้รับผิดชอบ Refer ของหน่วยงาน ติดตามข้อมูลทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง อัตราการ ติดตามข้อมูล 100% -ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ ในปี 2564 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลได้ถูกต้อง เหมาะสมคิดเป็น 99.32% พบปัญหาในเคส Sepsis with Alteration of conscious On ET tube ไม่ได้ Monitor EKG ระหว่างส่งต่อ สาเหตุ เกิดจากพยาบาลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะ ส่งต่อ ได้ดำเนินการให้ความรู้ ฝึกทักษะพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ในปี 2565-2566 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม คิดเป็น 96.65% และ 99.16% พบว่าผู้ป่วย อุบัติเหตุ Moderate Traumatic brain injury

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>6.ปรับระบบการประสานงาน และได้ข้อมูลชัดเจนในผู้ป่วย refer back ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี ทัศนคติพิเศษ ผู้ป่วยต้อง ได้รับยาเฉพาะ และผู้ป่วยเชื้อ ติดยา เป็นต้น</p> <p>7.มีการคืนข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยให้เครือข่ายรับทราบ</p>				<p>ไม่ได้ On spinal board และไม่ได้ On Hard collar</p> <p>Case Respiratory failure with CHF On ET tube แต่ไม่ได้ On NG ได้ดำเนินการใช้ใบ Check list ผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ติดตาม/ทบทวนการ ผลการดูแลผู้ป่วยส่งต่อต่อเนื่อง</p> <p>-ในปี 2564-2565 อุบัติการณ์การได้รับข้อมูล refer back ไม่ครบถ้วน 0 ครั้ง และในปี 2566 อุบัติการณ์การได้รับข้อมูล refer back ไม่ ครบถ้วน 1 ครั้ง เป็น Case Refer back จาก โรงพยาบาลยะลาด้วย Recurrent stroke with Aspirate Pneumonia ติดเชื้อติดยา ESBL จาก Sputum Culture ซึ่งไม่ได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยติด เชื้อติดยา ได้ดำเนินการปรับแบบฟอร์มการรับ Refer back ระบุการติดเชื้อติดยา</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน						
IV-1 ผลการดูแลด้านสุขภาพ						
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย						
80 ผลลัพธ์ด้าน การดูแลผู้ป่วย ในภาพรวม [IV-1 ,III]	1.ควรส่งเสริมการ กำหนดตัวชี้วัดและการ วัดที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม โรคสำคัญในภาพรวม และความสอดคล้อง ตามมิติต่างๆ ที่เกิดจาก การเรียนรู้ของทีมดูแล ผู้ป่วยเช่น มิติด้านการ เข้าถึง ความต่อเนื่องใน การดูแล ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ รวมทั้ง ส่งเสริมการใช้ ประโยชน์ในผลของ การดำเนินการที่วัดได้ เช่นการปรับปรุง กระบวนการดูแล ไป ปรับปรุงศักยภาพ	1.ทีมนำทางคลินิกร่วมกัน กำหนดโรคตามจุดเน้นของ โรงพยาบาล กลุ่มโรคเสี่ยงสูง สำคัญของโรงพยาบาลโดย กำหนดจากข้อมูลของ โรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care 2. การจัดทำ Driver diagram ในกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาลคือ STEMI, Stroke,sepsis,TBI ,PIH ,PPH รวมทั้ง NCD HT DM COPD ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของ โรงพยาบาลมาวิเคราะห์ปัญหา จากการดูแล ตาม care process	อัตราตัวชี้วัดทาง คลินิกที่สำคัญ ผ่านเกณฑ์ 50%	ติดตาม ตัวชี้วัด ทุกเดือน นำเสนอต่อ ทีมนำทุก 3 เดือน	ทีมนำทาง คลินิก	อัตราตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญผ่านเกณฑ์ 50%

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	การบริการของ โรงพยาบาลเป็นต้น	และถอดตัวชี้วัดของกลุ่มโรค สำคัญแต่ละ care process จำแนกตามมิติคุณภาพ 3.ติดตามประเมินผลลัพธ์ด้าน คลินิกจากการติดตามตัวชี้วัด ทุกเดือน และนำเสนอต่อทีม นำทุก 3 เดือนเพื่อร่วมกัน วางแผนปรับปรุงระบบการ ดูแลผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาไม่ บรรลุเป้าหมายที่กำหนด				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
81 ผลลัพธ์ด้าน การเข้าถึง บริการสุขภาพ [IV-1 ,III-1]	มีการนำเสนอข้อมูลการ เข้าถึง STEMI, Stroke แต่พบว่าข้อมูลผลการ ดำเนินงานยังมีความ แปรปรวน ควรใช้ ประโยชน์จากตัววัดมา วิเคราะห์ และหา โอกาสพัฒนาเพื่อการ ปรับกระบวนการให้ได้ ดีขึ้น	1.ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และ นำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือน เพื่อร่วมกันวางแผนปรับปรุง ระบบการดูแลผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น 2.ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุก 3 เดือนเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ผู้ป่วยในแต่ละรายและ รวบรวมปัญหา หาแนวทาง แก้ไขและออกแบบระบบการ ดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่เข้าถึง จนจำหน่าย 3.ออกแบบระบบการประเมิน ผู้ป่วยและการบันทึกเวช ระเบียนให้ครอบคลุมในผู้ป่วย STEMI STROKE เพื่อทราบ ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย	<u>มิติการเข้าถึง</u> 1.Angina to ER 180 นาที 100 % 2.อัตราการเข้าถึง บริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที 50%	ทบทวนเวช ระเบียนผู้ป่วย ทุก 3 เดือน	ทีมนำทาง คลินิก	ทีม PCT ได้กำหนดให้มีการทบทวนเวชระเบียนใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ นำเสนอผลการทบทวนต่อ ทีมนำทุก 3 เดือน ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) Angina to ER 180 นาที = 76.9% (10/13) , 66.66% (6/9) และ 72.73% (8/11) ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที ผลการดำเนินงาน= 60% (9/15) , 90% (9/10) และ 33.33% (13/39) ตามลำดับ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/ คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
82 ผลลัพธ์ด้าน ความต่อเนื่อง ในการดูแล [IV-1 ,III-5,6]	ควรส่งเสริมการกำหนด ตัวชี้วัด การวัดที่ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค สำคัญ สอดคล้องตาม มิติต่างๆที่เกิดจากการ เรียนรู้ที่มดูแลผู้ป่วย เช่น มิติการเข้าถึง ความ ต่อเนื่องในการดูแล ความเหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ รวมทั้ง ส่งเสริมการใช้ ประโยชน์ในผลการ ดำเนินการที่วัดได้ เช่น การปรับปรุง กระบวนการดูแล ไป ปรับปรุงศักยภาพ การ บริการของโรงพยาบาล เป็นต้น	1. ทีมนำทางคลินิกร่วมกัน กำหนดโรคตามจุดเน้นของ โรงพยาบาล กลุ่มโรคเสี่ยงสูง สำคัญของโรงพยาบาลโดย กำหนดจากข้อมูลของ โรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care 2. การจัดทำ Driver diagram ในกลุ่มโรคสำคัญวิเคราะห์ ปัญหาจากการดูแล ตาม care processและถอดตัวชี้วัดของ กลุ่มโรคสำคัญแต่ละ care process จำแนกตามมิติคุณภาพ 3. กำหนดให้มีการเสนอ นำ Driver diagram เพื่อติดตาม ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และ นำเสนอต่อทีมนำทุก 3 เดือน เพื่อรับทราบตัวชี้วัดไม่ยัง บรรลุ	<u>มิติความต่อเนื่อง</u> <u>ในการดูแล</u> 3.อัตราการขาด ยาในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT DM < 5%	ทุกปี	ทีมนำทางทาง คลินิก	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) อัตราการขาดยาในผู้ป่วย HT DM =1.81% (17/937) , 2.09% (19/907) และ 2.92% (20/686)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
84 ผลลัพธ์ด้าน การใช้ ทรัพยากรอย่าง มีประสิทธิภาพ ในการดูแล ผู้ป่วย [IV-1,III-2,3,4]		เป้าหมาย และร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน	<u>มิติด้าน</u> <u>ประสิทธิผล</u> 4.อัตราผู้ป่วย ACS เสียชีวิต < 2% 5.อัตราผู้ป่วย เสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke 0 % 6.อัตราผู้ป่วย DM ควบคุมระดับ น้ำตาล HbA1C <7 40% 7.อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความ ดัน BP 140/90 mmHg 50%			ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล ปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) อัตราผู้ป่วย ACS เสียชีวิต= 15.38% (2/13) ,22.22% (2/9) และ 9.09% (1/11) ตามลำดับ พบในผู้ป่วยที่มาด้วยหน่วย FR 2 ราย ไม่รู้สึกตัว ก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเสียชีวิตขณะกำลังจะให้ ยา SK 1 ราย ไม่พบผู้ป่วย Stroke เสียชีวิต ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี (เป้าหมาย >40%) = 17.62% , 24.36% และ 16.81% ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย >60%) = 60.16% , 56.19% และ 60.26% ตามลำดับ ผู้ป่วย HT DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ เนื่องจาก ปัญหา การขาดนัด และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ ไม่พึงประสงค์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
			<p><u>มิติด้านความเหมาะสม</u></p> <p>-Miss Diagnosis 0%</p> <p>-อัตราผู้ป่วย Sepsis วินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็วใน 1 ชม 100%</p> <p>-อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน คุณแลส่งต่อ ภายใน 60 นาที 100%</p>			<p>มิติด้านความเหมาะสม</p> <p>ปี 2565 อุบัติการณ์ Miss Diagnosis 15 ราย</p> <p>1.Case Abdominal pain with septic shock c covid positive c dead ไม่ได้ประเมิน Alvarado score</p> <p>2.Case Pneumonia with tachycardia ขาดการประเมิน SIR , SOS score</p> <p>3.Case Dyspepsia Re-visit 3 ครั้ง พบ NSTEMI ใน visit ที่ 4</p> <p>4.Case Fatigue with Post Covid-19 U/D HT ,DM, หัวใจ การประเมินไม่ครอบคลุม ขาดการประเมิน EKG CXR ในผู้ป่วยประวัติ STEMI</p> <p>5.Case Bronchitis พ่นยาเกิน 3 วัน อาการไม่ทุเลา Admit ด้วย Pneumonia 7 ราย</p> <p>6.Case Abdominal pain ตอบกลับ Refer พบ Appendicitis 2 ราย</p> <p>7.Ultrasound ผิดพลาด 2 ราย ผล single แต่คลอด Twin /ผลทำห้ว แต่ตรวจภายในเป็นทำกัน จึงจัดทำเกณฑ์ในการประเมินโรค Appendix และ Pneumonia เพิ่มพูนทักษะของแพทย์ในการ Ultrasound และทักษะในการตรวจครรภ์ของพยาบาลทุกปี</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ปี 2566</p> <p>1. Case Abdominal pain Re-visit ด้วย Appendicitis 7 ราย พบว่ามี Rupture Appendix 1 ราย , Appendix with peritonitis 2 ราย</p> <p>2. ประวัติ DM มารับการรักษาด้วย Dyspepsia ไม่ได้ ทำ EKG ทันทีหลังจากฉีดยาผ่านไป 1 ชม.30 นาที อาการไม่ดีขึ้นจึงได้ทำ EKG พบเป็น STEMI ได้ SK และส่งต่อรพ.ปัตตานี ทำ PCI จำนวน 2 เส้นที่โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์คำนวณอายุครรภ์ผิดพลาดตั้งแต่ ANC นัดมา Induction ตามแนวทางพบว่าคำนวณอายุครรภ์ผิด</p> <p>4. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไม่ได้รับการประเมิน SIRS , SOS ตามแนวทางทำให้การส่งต่อล่าช้า จึงจัดทำเกณฑ์ในการประเมินโรค Appendix และ Pneumonia เพิ่มพูนทักษะของแพทย์ในการ Ultrasound และทักษะในการตรวจครรภ์ของพยาบาลทุกปี</p> <p>อัตราผู้ป่วย sepsis วินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็วใน 1 ชม ในปี 2564 = 70.83(17/24) ล่าช้า 7 ราย เกิดจากการดูแลตาม 6 bundle ช้ามากกว่า 1 ชม.</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ในปี 2565 = 87.50 (14/16) พบล่าช้า 2 ราย</p> <p>Case ที่ 1 ผู้ป่วยใน สาเหตุเกิดจากประเมนคะแนน SOS change เกิน 1 ชั่วโมง แต่ไม่ได้ให้ Antibiotic ก่อนเจาะ H/C</p> <p>Case ที่ 2 มีการเจาะ H/C หลังเข้ารับการรักษา 1 ชั่วโมง 10 นาที แต่ยังไม่มีการให้การรักษา แบบ sepsis ซึ่งมี BP drop 72/34 mmHg , MAP 47 ตั้งแต่แรกครับ</p> <p>-อัตราผู้ป่วย sepsis วินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็วใน 1 ชม</p> <p>ปี 2564 = 70.83 (17/24) ล่าช้า 7 ราย เกิดจากการรักษาเบื้องต้นยังไม่เข้าข่าย การรักษา sepsis เช่น ผู้ป่วยมีอาการ SOS score change , MAP < 65 mmHg แต่ยังไม่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis หลังจากดูแลผู้ป่วย มากกว่า 1 ชม. แล้ว ถึงเพิ่งเริ่มให้การรักษาตาม Standing Order Sepsis (6 bundle)</p> <p>ปี 2565 = 86.36 (19/22) พบล่าช้า 3 ราย</p> <p>case ที่ 1 (IPD) สาเหตุเกิดจาก มีการประเมนคะแนน SOS score change แต่ไม่ได้รับการรักษา ภายใน 1 ชม. มี order ให้ ATB ไปแล้ว ก่อนมีการสั่งเจาะ H/C และไม่มีการ Load IVF</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>(ตาม CPG load 1,500 ml.), MAP 62-63 mmHg มีการให้ Levophed (1:25)</p> <p>case ที่ 2 (ER) มีการเจาะ H/C หลังเข้ารับการรักษา 1 ชม.10 นาที แต่ยังไม่มีการให้การรักษาแบบ sepsis ทั้งที่ BP drop 72/34 mmHg MAP 47 ตั้งแต่นั้นได้รับ Delay Treatment ให้ ATB หลัง H/C 1 hr. 45 min , Levophed (1:25) ได้รับหลังมีอาการ 2 hr. 40 min</p> <p>case ที่ 3 (IPD) หลัง admit 10 วัน เริ่มให้การรักษาแบบ sepsis และเจาะ H/C หลังได้ ATB ไปแล้ว 10 วัน</p> <p>ปี 2566 = 87.50 (14/16) พบค่าซ้ำ 2 ราย</p> <p>Case ที่ 1 (ER) แรกเริ่ม MAP 64 แต่ได้รับการรักษาแก้ไขอาการ ภายใน 1 ชม. และไม่ได้รับ vasopressor</p> <p>Case ที่ 2 (IPD) Dx. Sepsis หลังจากผล H/C ออก แต่ไม่มี order อะไรเป็นพิเศษ (เดิมๆตั้งแต่ admit) -อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมิน ดูแล ส่งต่อ ภายใน 60 นาที 100%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>-อัตราการใช้ยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มโรค URI ปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) คิดเป็น 12.62% , 7.84% และ 14.24% ตามลำดับ</p> <p>-อัตราการใช้ยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มโรค Acute Diarrhea ปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) คิดเป็น 18.28% , 22.30% และ 21.60% ตามลำดับ</p> <p>-อัตราการใช้ยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มแผลสด ปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) คิดเป็น 23.18% , 31.34% และ 32.53% ตามลำดับ</p> <p>-อัตราการใช้ยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มแผลฝีเย็บ ปี 2564-2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66) คิดเป็น 13.04% , 14.01% และ 7.52% ตามลำดับ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1 ,II-4]	ปีล่าสุดพบข้อมูลการติดเชื้อเพิ่มขึ้นแต่จากการพิจารณาพบว่า การติดเชื้ออาจมีการเก็บข้อมูลที่มีโอกาสคลาดเคลื่อน ทีมที่เกี่ยวข้องควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่มีความหมายเพื่อนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีคุณค่ามากขึ้น	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีม IC ในการวิเคราะห์ข้อมูล การติดเชื้อ โดยมีการประชุมชี้แจง ให้ความรู้ การทวนสอบ การนิเทศหน้างาน โดย ICN 2. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการติดเชื้อ โดยมีการออกแบบ กำหนดรูปแบบเอกสาร แนวทางการรายงาน เมื่อเจออุบัติการณ์การติดเชื้อ พร้อมทั้งการทบทวนตัวชี้วัดวิธีการเก็บข้อมูล จากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมายังทีม IC 3. พัฒนาต่อยอด (CQI) โดยการนำผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มาจัดทำแผนพัฒนากลยุทธ์ โครงการ นวัตกรรม ในการปฏิบัติงานด้าน IC	1. อัตราการรายงานตัวชี้วัดการติดเชื้อ ถูกต้อง 100% 2. อัตรา IC มีผลงานนำเสนอ อย่างน้อย 1 เรื่อง / ปี	ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน 6 เดือน – 1 ปี / ครั้ง	นส.รัชฎ์ภิชณ์ ศรีสุวรรณ ร่วมกับ ICWN	1. อัตราการรายงานตัวชี้วัดการติดเชื้อถูกต้อง 100% (4/4) 2. อัตรา IC มีผลงานนำเสนอ อย่างน้อย 1 เรื่อง / ปี 2564 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 15 (แต่ไม่ได้ไปนำเสนอเนื่องจากติดสถานการณ์โควิด) ได้รับรางวัล CQI ประเภท oral อันดับ 2 ชื่อผลงาน “พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง COVID-19 ในเครือข่ายอำเภอแม่ลานจังหวัดปัตตานี” ได้รับเลือกให้นำเสนอนวัตกรรม ประเภท poster ชื่อผลงาน “ผู้เปลี่ยนชุด PPE (cover all) เคลื่อนที่ได้” ปี 2565 ตีพิมพ์บทความวิจัย ในวารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ Vol. 42 No. 2 (2022) ชื่อผลงาน “อิทธิพลของการเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อคือ ยาต้านจุลชีพที่รับกลับ โรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้”

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ปี 2566 ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ ICN forum ครั้งที่ 17</p> <p>CQI ชื่อผลงาน “พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เครื่องข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี โดยใช้กระบวนการ Risk register”</p> <p>CQI ชื่อผลงาน “พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาน”</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
87 ผลลัพธ์ ระบบบริหาร จัดการด้านยา และด้านความ ปลอดภัยใน การใช้ยา/ เลือด (M) * [IV-1 ,II-6 II-7.4]	1. ควรติดตามผลการ ดำเนินการด้านระบบยา /เลือดที่สอดคล้องกับ เป้าหมายที่ทีมได้ กำหนดเพิ่มการ วิเคราะห์ให้เห็นปัจจัยที่ เป็นสาเหตุ ซึ่งจะนำสู่ การออกแบบพัฒนาที่ ตรงเหมาะสมกับ โรงพยาบาล	แผนพัฒนาระบบบริหาร จัดการด้านยา 1.กำหนดให้ห้องยาเปิดทำ การในช่วงพักเที่ยง 2.ระบบบริหารจัดการด้านยา เมื่อห้องยาปิดตั้งแต่เวลา (20.30 – 8.30 น.) ได้ กำหนดให้มีการติดตามการ จ่ายยาของพยาบาลโดยการ Audit ใบสั่งยาโดยเภสัชกร ทุกวัน 3.กำหนดระบบ Pharmacist consult นอกเวลาโดย กำหนดให้ประสานหัวหน้า ฝ่ายเภสัชเป็นคนแรก ถ้า ประสานงานไม่ได้ให้ ประสานงานเภสัชคนที่สอง เป็น second call	1.Dispensing error OPD (โดย พยาบาล) 2.Dispensing error IPD (โดยพยาบาล) 3.จำนวนยาขาด ครว	พ.ค.64 ทุกเดือน ทุก 3 เดือน	พว.นุรฮายาดี พว.นุรฮายาดี ภก.อาหามะ	-การจัดการระบบยาเมื่อห้องยาปิดทำการในช่วง เวลา 20.30-8.30 น. ในรอบสามปีที่ผ่านมาพบ อุบัติการณ์การ การใช้ระบบ Pharmacist consult เพื่อเบิกยาให้กับผู้ป่วยนอกเหนือบัญชียานอกเวลา จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ Clindamycin inj , Enoxaparin inj , TB drug และ Cefazolin inj ระบบยาจึงกำหนดให้มีการทบทวนบัญชียานอก เวลาเมื่อห้องยาปิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและมี อุบัติการณ์ให้ยานัดผิดขนาด 2 ครั้ง จากการใช้ยาใน รถเข็นสต็อกยานอกเวลา เกิดจากการวางเรียงยาที่ คล้ายกันใกล้เคียง ทางระบบยาจึงได้นำมาตรการ LASA จัดยาในรถเข็นยานอกเวลา -การดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา HAD ขาดครว ในรอบสามปีที่ผ่านมา หลังจากมีการติดตาม ในรูปแบบ Risk register ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับ ยา HAD ขาดครว แต่พบอุบัติการณ์บริหารยา HAD หมดอายุและเสื่อมสภาพให้ผู้ป่วย 1 ราย (ระดับ D) เกิดจากการไม่ปฏิบัติแนวทางการเช็ดยา ของเจ้าหน้าที่ ระบบยากำหนดให้สมาชิกตรวจสอบ และแจ้งผลการตรวจสอบยาหมดอายุหลังจากที่ ระบบ Automatic line notify เตือนยาหมดอายุ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>4.มีการดำเนินการลดการสต็อกยาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยจัดทำรถสต็อกยานอกเวลา</p> <p>5.มีการดำเนินการเพิ่มกล่องยา HAD ที่เป็นกล่องกลางสำรองไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นกล่องสำรองเพื่อตอบสนองความเพียงพอ</p> <p>6.กำหนดให้มีการติดตามและวิเคราะห์หาสาเหตุความเคลื่อนไหวในการสั่งใช้ยาในทุกชั้นตอนให้สอดคล้องกับนโยบายที่มบริหารความเสี่ยงในรูปแบบ Risk register</p>				<p>ได้แจ้งทุกครั้ง ส่วนในเรื่องมาตรการปฏิบัติระบบยา มีการเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในหลายเรื่อง เช่น ปรับเปลี่ยนแนวทางการเบิกยา SK จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นการจัดซื้อยาเอง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		<p>แผนพัฒนาการดำเนินงานด้านระบบเลือด</p> <p>1.กำหนดแผนทบทวนกระบวนการให้เลือดตั้งแต่กระบวนการขอรับจ่ายเลือด โดยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน case ให้เลือดกลุ่มผู้ป่วยที่ Emergency และrefer ไปให้เลือดและกลุ่ม Non Emergency ที่ขอรับเลือดที่โรงพยาบาลแม่ลาน รวมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้เลือด</p> <p>2.กำหนดแนวทางจัดตั้งโครงการบริจาคโลหิตในโรงพยาบาลแม่ลาน</p> <p>3.กำหนดกระบวนการให้เลือดในผู้ป่วยที่ต้องการเลือดด่วน และไม่ด่วน</p>	<p>1.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับเลือดตาม orderแพทย์ 100 %</p> <p>2.ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยด่วนภายใน 4 ชั่วโมง 100 %</p> <p>3.ร้อยละของการได้รับเลือดทันเวลาในกลุ่มผู้ป่วยไม่ด่วนภายใน 48 ชั่วโมง 100 %</p>	<p>ทุก 3 เดือน</p> <p>ก.พ 64</p> <p>ก. พ 64</p>	<p>นุริยะห์ /PCT</p>	<p>จากการทบทวนข้อมูลการให้เลือดพบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดตามที่ขอในปี 2564 เท่ากับ 66.10% เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่กำหนดจากสหวิชาชีพ จึงได้มีการจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการขอจองเลือด ช่องทางการบริจาคเลือด โดยสร้างกรู๊ปไลน์ชมรมผู้บริจาคเลือด รวมถึงกำหนดประเภทกลุ่มผู้ป่วยขอเลือดด่วน ไม่ด่วน พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2565 เท่ากับ 85.10% ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากทางรพ.ปัตตานี มีเงื่อนไขผู้ป่วยบริจาคต้องมีหมู่เลือดตรงกันทำให้ได้รับเลือดล่าช้า ดังนั้นทางทีมได้มีการจัดเพิ่มช่องการบริจาคเลือด โดยเพิ่มเครือข่ายหน่วยงานภายนอก จิตอาสา อส.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับบริจาคเลือด พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับเลือดในปี 2566 เท่ากับ 97.73% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากแพทย์ยกเลิกให้เลือดโดยพิจารณาค่า Hemoglobin เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์</p> <p>แผนพัฒนา ทางทีมจะปรับปรุงแนวทางการขอจองเลือดใหม่โดยกำหนดค่า hematocrit และ hemoglobin ร่วมและเพิ่มแนวทางการขอจองเลือด</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-ม.ย 2566
		4.กำหนดแนวทางการขนส่งเลือดระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลแม่ลาน				ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่ปฏิเสธการฟอกเลือด รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ให้เลือดประจำ เพื่อได้วางแผนคลังเลือด ผู้บริจาคเลือด ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา
	2. ภายหลังกการทบทวนระบบบริการเลือดทั้งกลุ่ม emergency & non emergency และกำหนด KPI ควรกำหนดการติดตาม KPI และการดำเนินแก้ไขกรณีพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ให้สอดคล้องกับความเร่งด่วน ระดับความรุนแรง เพื่อให้การบริการเลือดปลอดภัย	1.มีแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือดทุกราย 2.หน่วยงานโทรแจ้งห้องปฏิบัติการทันทีเมื่อพบอุบัติการณ์อาการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือด 3.มีแนวทางการตรวจสอบกระบวนการให้เลือดในแต่ละขั้นตอน	1.อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 0 2.อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังรับเลือด 0 ครั้ง	ทุกเดือน	นุริยะห์ /PCT	-จากการทบทวนข้อมูลการให้เลือด ตั้งแต่ปี 2564-2566(30-ม.ย-66) ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด -จากการทบทวนความเสี่ยงการขอเลือด ให้เลือด และติดตามหลังการให้เลือด พบว่าในปี 65 มีความเสี่ยงอุณหภูมิกระดิกไม่ได้ตามมาตรฐาน จำนวน 1 ครั้ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจสอบและเปลี่ยน cold pad ทุกครั้งก่อนจ่ายเลือด และในปี 66 พบความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์หลังให้เลือด จำนวน 1 ครั้ง เกิดจากแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ Line / Tube / Catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1 ,II-7.2]	ควรทบทวนปรับตัวชี้วัดให้สะท้อนคุณภาพ ให้ครอบคลุมในแต่ละกระบวนการและกำกับติดตามประเมินทุกครั้งที่ไม่ผ่าน มีค่าความคลาดเคลื่อนสูง นำมาแก้ไขให้ชัดเจนบันทึกการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ ช่วยในการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ในการแก้ไขในครั้งต่อไป เพื่อให้มั่นใจว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ เนื่องจากพบว่าผลการตรวจ EQA & IQC ทางห้องปฏิบัติการ	1.มีการทำ IQC ทุกวันและทำ EQA ทุกเดือน นำผลที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับมาวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข 2.มีการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึก IQC ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ให้ชัดเจน 3.กำหนดการบันทึกผลการตรวจสอบ IQC โดยมีการบันทึกในแบบฟอร์ม ระบุค่าที่ไม่ผ่านเกณฑ์และแก้ไขประจำวัน 4.กำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างสำหรับประเมินคุณภาพในแต่ละสาขาให้ชัดเจน	1.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เป้าหมาย 100 % 2.อัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เป้าหมาย 100 % 3.ผลการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) สาขาเคมีคลินิกผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (MVIS 0-50,ระดับ A)	ทุกเดือน มี ค 64 ทุกวัน	นุริยะห์	1.จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมินปี 2564-2566 (30-มิย-2566) พบว่าการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายในและภายนอก (IQC ,EQA) ในเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ พบว่าอัตรารายการทดสอบที่ทำการควบคุมคุณภาพภายใน IQC คิดเป็นร้อยละ 92.18% เนื่องจากบางรายการทดสอบที่ไม่มี IQC จึงทำให้การควบคุม IQC ไม่ครอบคลุมทุกรายการตรวจ มีการดำเนินการแก้ไขทันที เมื่อทำการควบคุมคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ พร้อมบันทึกผลการแก้ไขผลการดำเนินงานพบว่า IQC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 2.จากการทบทวนข้อมูลผลการประเมิน ปี2564-2566(30-มิย-2566) พบว่าอัตรารายการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายนอก (EQA) เท่ากับ 96.87 % เนื่องจากบางรายการทดสอบไม่มีการเปิดรับสมัครการประเมินคุณภาพภายนอก บางรายการทดสอบราคาแพง มีการดำเนินการแก้ไขทันที เมื่อทำการควบคุมคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ พร้อมบันทึกผลการแก้ไข พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดแต่ยังพบบางสาขาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือสาขาเคมีคลินิกที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
	ในบางรายการที่มีความคลาดเคลื่อนสูง แต่การนำไปแก้ไขไม่ชัดเจน	5.ติดตามผลลัพธ์ผล IQC,EQA และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ	4.อัตราการบันทึกผลการตรวจสอบ IQC,EQA และแก้ไขได้ถูกต้อง 100%	ทุกเดือน		กำหนด คือ ค่า MVIS เท่ากับ 69.16 ซึ่งอยู่ในระดับ B เนื่องจากบางรายการทดสอบที่ตรวจเป็นน้ำยา กลุ่มเอ็น ไซม์เสื่อมสภาพง่าย เทคนิคการละลายสารควบคุมคุณภาพ สภาวะแวดล้อม ทำให้ค่าที่ได้ไม่ผ่านเกณฑ์ แผนพัฒนาทางห้องปฏิบัติการ ทำการจัดทำ IQC ให้ครบทุกการทดสอบที่เปิดบริการภายในห้องปฏิบัติการและติดตามการเปิดรับสมัคร EQA ให้ครอบคลุมทุกรายการตรวจรวมทั้งพัฒนาเจ้าหน้าที่ ฟื้นฟูความรู้วิชาการ ความชำนาญ ในการทำ EQA ทุกสาขา

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1 ,III-4.2 (5)]	ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนตัวชี้วัดและนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต ทรุดลงเป็นต้น	1.ปรับกระบวนการในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ เกณฑ์การรายงานแพทย์ตามระยะ ,เกณฑ์ admit ,เกณฑ์การส่งต่อ ,เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมารักษา ,ระบบอัตราค่าส่งสารขององค์กรแพทย์,แนวทางการเรียกอัตราค่าส่งสารขององค์กรพยาบาล,แนวทางก่อนระหว่าง ส่งต่อ,แนวทางปฏิบัติการทำหัตถการพิเศษ 2.พัฒนาทักษะ CPR team ให้มีประสิทธิภาพ 3.กำหนดแนวทางการสื่อสารการเรียกอัตราค่าส่งสารในทีมฉุกเฉิน 4.กำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน	1.อัตราการรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ 100% 2.อัตราการช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติทันเวลา 100% 3.อัตราความพร้อมของ CPR Team 100% 4.อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง 0 ครั้ง 5.อัตราผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 0%	ก.พ.64 และทุกปี ทุกปี ทุกปี	PCT	ทีม PCT ได้กำหนดเกณฑ์การรายงานแพทย์เกณฑ์ admit เกณฑ์การส่งต่อ เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาตรวจรักษา ระบบอัตราค่าส่งสารขององค์กรแพทย์ แนวทางการเรียกอัตราค่าส่งสารขององค์กรพยาบาล แนวทางการส่งต่อแนวปฏิบัติการทำหัตถการพิเศษ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 - 2566 (ต.ค.65-มิ.ย.66)อัตราการรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100และอัตราการช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติทันเวลาคิดเป็นร้อยละ 96.05 และ 100 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2564 เกิดจากอัตราค่าส่งสารขององค์กรพยาบาล ไม่เพียงพอเมื่อมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มากกว่า 2 รายในเวรบาย-ดึก ติดต่อแพทย์ไม่ได้ ได้ดำเนินการจัดระบบอัตราค่าส่งสารเสริมของพยาบาล และ second call ของแพทย์ และอัตราความพร้อมของ CPRปี 2564 = 100% (8/8) 2565 =77.77 % (7/9) เนื่องจากไม่ได้ใส่ กระดานรองหลังขณะ CPR และไม่พร้อมใช้ 1 ครั้ง ปี 2566 = 100 % (37/37)

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		5.ทบทวน case กลุ่มผู้ป่วย วิกฤต ทรุดลงทุกราย เพื่อ ปรับแนวทางการพัฒนา				<p>จากการทบทวน case กลุ่มผู้ป่วยที่ทรุดลงพบ อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง 5 ครั้ง ที่ OPD ในปี 2564 4 ครั้ง พบในผู้ป่วย Stroke 2 ราย Case ที่ 1 เกิดจากคัดกรองผิดพลาด ประเมินซ้ำพบ อาการของ Stroke ส่งต่อ ER และ Refer ปัตตานี Case ที่ 2 No U/D ปวดศีรษะ มา 3 วัน วูบตกจาก เก้าอี้ ขณะซักประวัติ ON tube ปฏิเสธ CPR Dead Case ที่ 3 Hypotension U/D HT รับยาเสร็จ รอกลับ บ้าน มีนศีรษะ น้ำลายไหลหน้าห้องน้ำ BP 80/49 mmHg Admit Case ที่ 4 Bradycardia พาถูกมาตรวจแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกเหงื่อแตก Admit โรงพยาบาล Hx. สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ปี 2565 stroke 1 ราย U/D thyroid มาฉีดวัคซีน covid BP 192/118 mmHg ประเมิน ไม่พูด ปาก เบี้ยว Refer ปัตตานี จึงมีแผนพัฒนาสมรรถนะ เจ้าหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม fast tract และมี ระบบ Early detection ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ อาการทรุดลงขณะรอตรวจ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ปี 2566 ผู้ป่วยมาด้วย Dyspepsia U/D DM หลังให้ยาฉีดลดปวด 1 ชม.30 นาที อาการไม่ทุเลา จึงทำ EKG พบ STEMI ได้ SK refer รพ.ปัตตานี อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ปี 2564 =1.62% (7/430) ปี 2565 = 2.26% (5/221) จากการทบทวนพบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและการส่งต่อ ,ผู้ป่วย Severe HI มีการบาดเจ็บหลายตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์การห้ามเลือด การห้ามเลือด Posterior nasal packing จึงมีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (แพทย์และพยาบาล)ในการทำหัตถการที่มีความยุ่งยาก การห้ามเลือด การห้ามเลือด Posterior nasal packing</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-ม.ย 2566
(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านสร้างเสริมสุขภาพ						
91. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]	มีการวัดผลการควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การวัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งผลยังไม่เป็นไปตามเป้า ควรทบทวนผลการ	1.กำหนดการทบทวนผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในโรค HT,DM ทุกเดือน โดยนำเสนอในที่ประชุม PCT ทุกเดือน	1.อัตราผู้ป่วยโรค HT ,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีความรู้ และสามารถควบคุมโรคได้ >80%	ทุกเดือน	คลินิก NCD/PCT/ งานเวชศาสตร์	1.ทางทีมได้มีการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI ในกลุ่มผู้ป่วย HT DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ และมีการเพิ่มตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยโรค HT,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้มีความรู้และสามารถควบคุมโรคได้>80% จะมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 67 2.มีการปรับแผนการให้สุขศึกษาโดยทีมให้คำปรึกษา (ทีมสุขภาพจิต) และมีการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย HT ที่มีค่า มากกว่า 180/110 mmHg และกลุ่มผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1c > 10% ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ =0.83% (1/120) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ =1.17% (20/1710) อัตราผู้ป่วยโรค HT ,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้มีความรู้และสามารถควบคุมโรคได้ ปี 2564 = 30.9% (68/220) ปี 2565 = 35.19 (95/1,270)ปี 2566 = 20.12% จากการประเมินผู้ป่วย HT, DM ที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ เกิดจากผู้ป่วยมีความรู้จากการสำรวจ HBHL อยู่ในระดับดี แต่ไม่ปฏิบัติตาม
92. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8 , II-9]	ดำเนินงานอยู่เสมอ และนำตัวชี้วัดมาใช้ ประโยชน์ปรับปรุงกระบวนการให้มีคุณภาพ สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	2.ทีม manager NCD วิเคราะห์ผู้ป่วย HT,DM รายใหม่ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและกำหนดแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องกับชุมชน 3.วางแผนกลุ่มผู้ป่วย HT,DM ที่ควบคุมโรคไม่ได้ กำหนดการให้คำปรึกษาเฉพาะ โดยสาขาชีพและชุมชน	2.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ <5% 3.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ < 4%			

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-ม.ย 2566
IV.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ(มิตินเป็นศูนย์กลาง)						
93. ตัวชี้วัด/ ผลลัพธ์สำคัญ ด้านความพึง พอใจ/ไม่พึง พอใจ/ความ ผูกพัน ของ ผู้รับผลงานอื่น/ ผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย [IV-2 ,I-3]	ควรเรียนรู้วิเคราะห์ ความไม่พึงพอใจของ กลุ่มผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน นำมากำหนด ตัวชี้วัดเฉพาะอื่นๆ ใน มิตินี้ เช่น ในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม ผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่ม เด็ก กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ที่โรงพยาบาลกำหนด ไว้ เป็นต้น เพื่อนำมาสู่ การปรับบริการที่ดี	1.การประเมินความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจของผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยในทุก 6 เดือน 2.จัดทำแบบประเมินความ พึงพอใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายโรค HT DM COPD Asthma ACS Stroke TB และ ผู้ป่วย palliative, end of life ทุกรายรวมถึง วิเคราะห์ผลความไม่พึง พอใจ 3.นำผลการประเมินความไม่ พึงพอใจมาวางแผน ตอบสนองความต้องการใน คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล	1.อัตราความพึง พอใจแผนกผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน >80% 2.อัตราความพึง พอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล palliative , end of life≥80% 3.อัตราความไม่ พึงพอใจในกลุ่ม ผู้ป่วยเฉพาะโรค <5%	ทุก 6 เดือน	คลินิกพิเศษ/ กนกพร/ กรองกาญจน์	1. ผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยนอกไม่พึงพอใจ ประเด็นเจ้าหน้าที่มาให้บริการล่าช้า การนัดที่ไม่ ชัดเจน การให้ข้อมูลไม่ชัดเจนมีระยะเวลาการ ตรวจน้อย จึงได้ปรับระบบการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาล จัดระบบนัดเป็นเวลา จัดกิจกรรมให้ความรู้และจัด opd คู่ขนานงาน กายภาพ,แพทย์แผนไทย จัดทีมติดตาม หน้างานประจำวัน ประจำสัปดาห์ในคลินิก พบว่า อัตราระยะเวลาการรอคอยในกลุ่มผู้ป่วย นอก และโรคเรื้อรังดีขึ้น จาก 98 นาที เป็น 90 นาที และในโรคเรื้อรัง 63.92 นาที และ 88 นาที (นับ ถึงการตรวจรักษาเสร็จที่ OPD) 2.ผู้ป่วยในไม่พึงพอใจ เรื่องไม่มีการบริการ อาหาร ในปี 2564 เป็นต้นมาจึงปรับการบริการ อาหารจากหน่วยงานภายนอก และมีการ ตรวจสอบความเหมาะสมของอาหาร และการ ได้รับอาหารตามเวลา โดยพยาบาลและนัก โภชนาการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-ม.ย 2566
						<p>ปี 2565 ,2566 อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้อง เหมาะสมกับโรคคิดเป็นร้อยละ99.27%,100 % และอัตราส่งอาหารตรงตามเวลาที่กำหนดร้อยละ 100%,100%</p> <p>อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน 82.66%,80.65%,86.01%</p> <p>-อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล palliative end of life 100% ผู้ป่วยมีจำนวนน้อย และจากการทบทวนในปี 2564 เป็นผู้ป่วย Covid ปี 2565 เป็นผู้ป่วย cirrhosis และ renal failure ปี 2566 เป็นผู้ป่วย CA พบว่า เกณฑ์การ ประเมินการเจ็บปวดและการเข้าถึงยา และการ ประเมินลักษณะการเสียชีวิต ยังไม่ชัดเจน โอกาสพัฒนา แนวทางการจัดการความเจ็บปวด ร่วมกับ PCT และการประเมินลักษณะผู้ป่วย ระยะท้าย และเก็บตัวชี้วัดเพิ่มเติม อัตราการ เข้าถึงยาแก้ปวด อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในลักษณะ Good dead</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
IV 3 ผลดำเนินงานกำลังคน						
94. ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3 , I-5]	ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามตัวชี้วัดในทุกประเด็น นำสู่การกำหนดแผน การจัดกิจกรรม อื่นๆ ที่สอดคล้องกับปัญหา และตรงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กำลังคนมีความเพียงพอสมรรถนะเหมาะสม มีสุขภาพดี และมีความผูกพันกับองค์กรเพิ่มขึ้น	1.มอบหมายผู้รับผิดชอบในกรรมการ HRD รายบุคคลวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ผ่านและไม่ผ่านเป้าหมาย ทุก 3 เดือน นำเสนอในที่ประชุม 2.ทบทวนตัวชี้วัดการประเมินสมรรถนะของบุคลากรให้บรรจุในวาระการประชุมของคณะกรรมการบริหารและประธานทีมต่างๆ 3.ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ HRD โดยแบ่งความรับผิดชอบในการดำเนินงาน 4.สอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานในงานสนับสนุน/วิชาชีพ ถึงความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะและประเมินสมรรถนะที่จำเป็นต้องมี เพื่อ	1.อัตราตัวชี้วัด HRD ผ่าน เป้าหมาย>80 % 2.อัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพ,กลุ่มสนับสนุนเพียงพอ (FTE) 100% 3.อัตราเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะในปฏิบัติงาน >80%	ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน ทุกปี ทุก 6 เดือน ปี 2565	HRD,HR M	จากการทบทวนตัวชี้วัด ในปี 2564 ได้ปรับตัวชี้วัด อัตรากำลังแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสนับสนุน โดยปี 2565 ได้พัฒนาสมรรถนะในกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบบ่อบำบัด ประปาเจ้าหน้าที่ธุรการ เป็นต้น ได้จัดทำ KM เรื่อง งานสารบรรณ การเดินทางไปราชการ และจัดระบบนิเทศติดตาม-ในกลุ่มวิชาชีพ ได้พัฒนาสมรรถนะในโรค HT,DM และจัดทำเกณฑ์ แนวทางการประเมิน โดยหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และได้เพิ่มการประเมินสมรรถนะในผู้นำ/แกนนำ ปี 2565,2566 อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน 80.3%, 88.6% อัตราเจ้าหน้าที่วิชาชีพมีสมรรถนะในโรค HT,DM 80.56%, 81.87%

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
		วางแผนพัฒนาสมรรถนะให้ เหมาะสม 5.ทีม HRD round หน่วยงาน ประเมินภาระงานและความ ต้องการของบุคลากร นำมาสรุปผล เพื่อเสนอแผนและดำเนินกิจกรรม การพัฒนา 6.แผนจัดทำ R to R เรื่อง โปรแกรม พิชิตหุ่นดี เพื่อนำมา ปรับพฤติกรรมบุคลากรให้มี สุขภาพดี 7.จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ใน เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชาสัมพันธ์สุข สันต์วันเกิด ,congratulation จบ การศึกษา ,ได้รับตำแหน่ง,รับ รางวัลต่างๆ เป็นต้น	-core competency -technical competency -managerial competency 4.อัตรา เจ้าหน้าที่มี สุขภาพดี >80% 5.อัตรา เจ้าหน้าที่มี ความสุขใน การทำงาน >80%			อัตราเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมี สมรรถนะในปฏิบัติการงาน 74.65 %,85.24 - ปี 2566 อัตราเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดี 92.9% ซึ่งได้แบ่งเกณฑ์ประเภท สุขภาพดีใหม่ อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง 46.45% กลุ่มป่วย 7.1 % อัตราเจ้าหน้าที่มี BMI <25 =61.93%ได้ จัดกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงเข้า ร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยน เจ้าหน้าที่ กลุ่มป่วยได้รับการรักษา 100% - ปี 2565 อัตราเจ้าหน้าที่มีความสุขใน การทำงาน 65.6% พบว่า ลดลง เนื่องจากแบบประเมินความพึงพอใจ จากปัจจัยทางการเงินที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ โอกาสพัฒนาปรับแบบ ประเมินใหม่ให้ตอบสนองความต้องการ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ที่เป็นจริง และความพึงพอใจของ เจ้าหน้าที่ สำหรับด้านสวัสดิการและด้านพัฒนา สมรรถนะมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แยกการจัดเก็บอัตราความสุขของ เจ้าหน้าที่เป็นกลุ่มข้าราชการและกลุ่ม สนับสนุน พบว่า อัตราเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมี ความสุขในการทำงาน 68.23% มีความ ผูกพัน 69.09% อัตราเจ้าหน้าที่ข้าราชการมีความสุขใน การทำงาน 65.46% มีความผูกพัน 62.36%</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
IV.4 ผลดำเนินการนำ						
95. ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4 , I-I-2]	ควรทบทวนการเลือกตัวชี้วัดที่มีความหมาย ตรงประเด็น และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา เพื่อให้มีระบบการนำที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	1.ทบทวนระบบการนำองค์กร นำมาวางแผนกลยุทธ์ และกำหนดตัวชี้วัดให้ผ่านเป้าหมายพันธกิจ 2.ใช้แนวคิดค่านิยมขององค์กร M-A-E-L-A-N (M-Meeting ร่วมมือกัน , A-Agility บริการรวดเร็วและยืดหยุ่น ,E-Ethic & Professional standard มีคุณธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ L-Learning องค์กรแห่งการเรียนรู้ A-Altruism เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม) โดยกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและติดตามทุกเดือนจากหัวหน้าฝ่าย /หัวหน้างาน และติดตามจากตัวชี้วัด	1.อัตราตัวชี้วัดพันธกิจผ่านเป้าหมาย>80 % 2.อัตราการรอคอยในผู้ป่วยนอกภาพรวม < 80 นาที 3.ผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพองค์กรแห่งการเรียนรู้ 100%	ทุกเดือน	ทีมนำ	ปี 2565 1.อัตราตัวชี้วัดพันธกิจผ่านเป้าหมาย 72.12 % 2.อัตราการรอคอยในผู้ป่วยนอกภาพรวม 98 นาที 2.อัตราการรอคอยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 63.92นาที 3.ผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพองค์กรแห่งการเรียนรู้ 90% ปี 2566 ได้ปรับระบบบริการในคลินิก NCD ,ปรับเวลาการปฏิบัติงาน เพิ่มระยะเวลาการบริการ ขยายการบริการ จัดระบบตรวจเยี่ยมหน้างาน กำกับติดตามงาน ประจำสัปดาห์ เป็นต้น ปี 2566 (มิ.ย 66) อัตราการรอคอยในผู้ป่วยนอกภาพรวม ลดลง เหลือ92 นาที อัตราการรอคอยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 88นาที

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>เนื่องจากระบบการนัดเจาะ lab ล่วงหน้า ในผู้ป่วย NCD ไม่ปรากฏในโปรแกรม hos xp</p> <p>เกิดจาก การ key การนัดผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกัน</p> <p>จึงชี้แจง ข้อตกลงและแนวทางระบบการนัดผู้ป่วยทุกหน่วยงาน</p> <p>และกำกับติดตามการปฏิบัติงานให้ต่อเนื่อง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
IV.5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ						
96. ผลลัพธ์ ด้าน ประสิทธิผลของ กระบวนการทำงาน สำคัญ เช่น IM ,BCM, Supply chain ,RM ,ENV, [IV-5 ,II]	ควรทบทวนการกำหนด ตัวชี้วัดให้ครอบคลุมมากขึ้น ในกระบวนการทำงานสำคัญ ในระบบ IM , ENV. Supply chain , BCM ในการกำกับ ติดตามกระบวนการสำคัญ ต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างต่อเนื่อง และแก้ไข เมื่อไม่เป็นตามเป้าหมาย เพื่อให้ในทุกกระบวนการมี ประสิทธิภาพ	1.ติดตามตัวชี้วัดในกระบวนการ ทำงานสำคัญให้ครอบคลุมทีม คร่อมต่างๆ ได้แก่ IM,ENV,RM เป็นต้น และเพิ่มระบบงาน ได้แก่ งานพัสดุ ,งานการเงิน ,งานธุรการ 2.รายงานตัวชี้วัดทุกเดือนและ มอบหมายให้ทีม IM วิเคราะห์ ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านมานำเสนอใน กรรมการที่มนำ เพื่อปรับ แผนพัฒนา 3.กำหนดให้นำเสนอผลงาน ตัวชี้วัด งานพัสดุ ,งานการเงิน ทุก 6 เดือน 4.นิเทศติดตามหน้างานให้ ครอบคลุมหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ งานสารสนเทศ งานหน่วย จ่ายกลาง งานพัสดุ งานการเงิน งานบ่อบำบัด งานประปา เป็นต้น	1.อัตรา หน่วยงาน รายงาน ตัวชี้วัด ถูกต้อง ครบถ้วน >95% 2.อัตรา RM รายงานความ เสี่ยงที่สำคัญ 3.อัตราการ กำกับติดตาม ระบบบ่อ บำบัด ประปา 100%	กัณยายน ทุก 6 เดือน	IM,ที่มนำ	ปี 2564,2565,2566 1.อัตราหน่วยงานรายงานตัวชี้วัด ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 87.50,90.48 และ 93.12 ตามลำดับ พบว่าการ รายงานที่ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วนเกิด จากความเข้าใจตัวชี้วัดคลาดเคลื่อน ความคุ้นเคยกับวิธีการเก็บแบบเดิม ๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแผนการทำงาน ระหว่างปี ทำให้ยกเลิกการจัดเก็บ ตัวชี้วัดนั้นๆ 2.อัตรา RM รายงานความเสี่ยงที่สำคัญ ในปี 2564 =50% จึงได้ปรับระบบการ รายงานรายงานผลการประชุม จัดทำ one page ความเสี่ยงสำคัญ รายงาน ที่มนำโรงพยาบาลทุกเดือน ผลลัพธ์ อัตราการรายงานความเสี่ยงที่สำคัญ เพิ่มขึ้น ปี 2565,2566 = 70%,85%

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
			<p>4. อัตราการรับ ส่ง หนังสือ ถูกต้อง ตรงเวลา >95%</p> <p>5. อัตราหน่วยงาน ได้รับพัสดุ, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ถูกต้องตามคุณลักษณะ 100%</p> <p>6. อัตราการคืนเงินยืมตามเวลาที่กำหนด 100%</p>			<p>3. ปี 2564 อัตราการกำกับติดตามระบบ บ่อบำบัด ประปา 65% ซึ่งยังไม่ต่อเนื่อง จากเจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนใหม่ และ ไม่ได้มอบหมายผู้ติดตามที่ชัดเจน ได้ ทำการตรวจประเมินซ้ำ โดยคณะทีม ENV (ENV Round) ไตรมาสละ 1 ครั้ง และกำหนดมอบหมาย ผู้รับผิดชอบหลักและเพิ่มสมรรถนะใน ผู้ติดตามดูแล ในปี 2565- 2566 ผลการ ประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บ่อ บำบัด ประปา ร้อยละ 78.85 และ 63.46 โอกาสพัฒนา กำกับพนักงานและสอน หน่วยงานจากผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>4. ปี 2564 อัตราการรับ ส่ง หนังสือ ถูกต้อง ตรงเวลา 99.11% เนื่องจาก หนังสือมาด่วน ไม่ทราบหน่วยงานที่ รับผิดชอบ จึงได้จัดทำข้อมูลหน่วยงาน/ ฝ่ายที่รับผิดชอบ และร่วมรับผิดชอบ กำหนดส่งหนังสือทางไลน์ ในหนังสือ ด่วน /โทรศัพท์โดยตรง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
						<p>ปี 2565-2566 อัตราการรับ ส่ง หนังสือ ถูกต้อง ตรงเวลา 99.65%,99.89%</p> <p>5.ปี 2565 อัตราหน่วยงานได้รับพัสดุ, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ถูกต้องตาม คุณลักษณะ 98.5% จึงกำหนดให้ทีม เครื่องมือเป็นผู้กำหนดคุณลักษณะตาม มาตรฐานและร่วมตรวจสอบกับผู้ใช้ใน แต่ละหน่วยงาน ผลปี 2566 อัตรา หน่วยงานได้รับพัสดุ,ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ถูกต้องตามคุณลักษณะ 100%</p> <p>6.ปี 2564 อัตราการคืนเงินยืมตามเวลา ที่กำหนด 29.16% เนื่องจากเจ้าหน้าที่ ไม่เข้าใจในวิธีการเขียนรายงานเบิกเงิน ไม่ได้วางแผนกำหนดติดตามการคืนเงิน ให้ตรงกัน จึงได้จัดทำ KM ระเบียบ ปฏิบัติการเดินทางไปราชการ ,กำหนด ระยะเวลาการคืนเงิน และทำทะเบียน ติดตามและรายงานการคืนเงินให้เป็น ปัจจุบันในคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ระยะเวลา/ ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน ปี 2564-มิ.ย 2566
IV.6 ผลด้านการเงิน						
97. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6 ,I-2]	มีการวัดผลด้านการเงินด้วยระดับวิกฤตการเงิน ควรทบทวนการเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำกับติดตาม สามารถปรับปรุงแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพผลมากขึ้น	1.แผนตรวจสอบภายใน งานการเงินทุก 3 เดือนโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 2.จัดทำแนวทางกระบวนการตรวจสอบระบบการเงินในภารกิจหลัก 3.นำข้อมูลการเงินมาชี้แจงในคณะกรรมการบริหาร ทุกเดือน	1.ร้อยละของการรับ-จ่ายเงินครบถ้วน ถูกต้อง สามารถตรวจสอบได้ 100% 2.Quick ratio >1.0 3.Current ratio>1.5 4.Cash ratio >0.8	ทุก 3 เดือน กันยายน 64	การเงิน	ปี 2564,2565,2566 1.ร้อยละของการรับ- จ่ายเงินครบถ้วน ถูกต้องสามารถตรวจสอบได้ 100% 2.Quick ratio1.63, 3.15, 3.67 3.Current ratio 1.79 ,3..31,3.89 4.Cash ratio 0.99,2.59,3.24 สถานการณ์การเงินดี โดยได้รับเงินตอบแทน COVID ปี 2564 อัตราการคืนเงินยืมตามเวลาที่กำหนด 29.16% เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจในวิธีการเขียนรายงานเบิกเงิน ไม่ได้วางแผนกำหนดติดตามการคืนเงินให้ตรงกัน จึงได้จัดทำ KM ระเบียบปฏิบัติการเดินทางไปราชการ ,กำหนดระยะเวลาการคืนเงิน และทำทะเบียนติดตามและรายงานการคืนเงินให้เป็นปัจจุบันในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล