รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเสี่ยง รายงานทันเวลา คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล กระบวนการบริหารความเสี่ยง ทะเบียนความเสี่ยง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 – มิ.ย. 62)
1. ระดับความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงสัดส่วนความเสี่ยง Near miss: Miss	70:30	8:92	72:28	75:25	73:26	84.69	รอผล
2. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเฉลี่ยต่อเดือน - ด้านคลินิก (เหตุการณ์) - ด้านทั่วไป (เหตุการณ์)	 ≥500 ≥300	 61 33	 229 99	 296 220	 395 98	 403 181	รอผล
3. ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่รายงานตามกำหนด (ร้อยละ)	≥90	<50	< 90	75	58.89	37.04	รอผล
4. จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำด้วยสาเหตุเดิมของอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E - I	0	NA	11	7	3	3	0
5. อัตราอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ G-H-I มีการทบทวนเพื่อหา RCA ตามกำหนดเวลาและมีรายงานผลการทบทวนที่ระดับ E ขึ้นไป	100	100	100	93.74	64.65	26.39	รอผล
6. ร้อยละของระบบสำคัญมีระบบป้องกันความเสี่ยงสำคัญของทีม (Risk register) อย่างน้อย 1 เรื่อง	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100	รอผล
7. ร้อยของระบบสำคัญและหน่วยงานมีทะเบียนความเสี่ยง (Risk Profile)	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	51.85	รอผล

ii. บริบท

โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย: กำหนดนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยง, ถ่ายทอดนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยง, สร้างระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและวางแผนการดำเนินการตามระบบ, ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง, ส่งเสริมการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก รายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในทุกหน่วยงาน, สร้างบรรยากาศที่ดีให้เอื้อต่อการดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยง, ติดตามผล วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:

- เพื่อให้เกิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการทางการแพทย์ (Patient Safety)
- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่ (Personnel Safety)
- เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน ลดความเสี่ยงและแก้ไขอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญในโรงพยาบาล

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย: พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก, พัฒนาระบบบริหารจัดการ ความปลอดภัย Patient and Personnel Safety (2P safety)

เป้าหมายความปลอดภัย: ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล

โรคที่มีความเสี่ยงสูง: ACS, Stroke, sepsis, Head injury, PPH, Preterm labor

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: LP, ICD, CPR, ใส่ tube, เจาะท้อง, Hemodyalysis

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

1. ประสาน เชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย
2. กำหนดนโยบาย ทิศทาง และประเมินผลระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง
3. วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อดูแนวโน้ม/ค้นหา และให้ข้อเสนอแนะ
4. ประเมินมาตรการในการจัดการความเสี่ยง/อุบัติการณ์ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบทีม การแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ
5. ให้ความรู้และสื่อสารด้านการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมนำต่างๆ ในโรงพยาบาลสังคม

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย: บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง

- ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกองค์กร
- ผู้นำระดับสูงเห็นความสำคัญด้านความปลอดภัยและได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ขององค์กร ส่งเสริมให้นำ 2P safety มากำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัยและนำไปสู่การปฏิบัติ สื่อสารลงหน้างาน ผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรอย่างทั่วถึง
- สนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือคุณภาพทั้ง Clinical Tracer, RCA, 12 กิจกรรมทบทวน, Trigger tool
- ผู้อำนวยการร่วมทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงระดับรุนแรง คือ E-I รวมทั้งทำหน้าที่เป็น Facilitator ในการทบทวนทำให้เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญในการบริหารความเสี่ยง
- ผู้อำนวยการร่วมทำกิจกรรม Quality Walk Round ร่วมกับเจ้าหน้าที่และทีมนำต่างๆ ทำให้ได้รับรู้ปัญหาที่หน้างานร่วมกับผู้ปฏิบัติทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็วและสามารถเรียงลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ที่มุ่งเน้นความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงไปยังทีมระบบและหน่วยงาน คือ กิจกรรมค้นหาความเสี่ยงโดยใช้ Risk Profile และ Risk Register ให้ความรู้คณะกรรมการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง สามารถจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นและรายงานเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ได้

(4) การทำงานเป็นทีม

สมาชิกทีมบริหารความเสี่ยงแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการรวบรวมความเสี่ยงของทีมระบบและหน่วยงาน ทำหน้าที่ประสานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อให้ทีมระบบต่าง ๆ และหน่วยงานได้รับทราบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของระบบและนำไปสู่การทบทวนและบริหารจัดการความเสี่ยง

(5) การประเมินตนเอง:

บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่าง ๆ

กระตุ้นหน่วยงานให้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมอบรางวัลหน่วยงานดีเด่นประจำเดือนในการส่งรายงานตรงเวลาและครบถ้วน

ทุกหน่วยงานมีการจัดทำ Risk profile โดยให้มีการปรับข้อมูลให้ เป็นปัจจุบันทุก 3 เดือน

การทบทวนข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือ C3THER ทำให้พบว่าสามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงทีและส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม

การใช้ Trigger tool ทำให้มองเห็นความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน ได้เรียนรู้ AE ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำได้ดี AE ที่พบในผู้ป่วยเสียชีวิต พบในขั้นตอน การ Reassess

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
- พัฒนาระบบบริหารจัดการ ความปลอดภัย 2P safety

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยจัดกิจกรรม RM round ในทุกหน่วยงาน, การทบทวนข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือ C3THER, Case conference, ทบทวน 12 กิจกรรม, จัดทำ Risk profile พบว่า สามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงที
- ที่ผ่านมา พบว่า patient safety goal ไม่สามารถสื่อสารไปถึงผู้ปฏิบัติได้ จึงมีการกำหนดเป็น patient safety goal ที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลสังคม ให้มีการจดจำได้ง่าย โดยเลือกเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข แล้วประกาศเป็นนโยบายสื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งโรงพยาบาล ซึ่งทีมนำบริหารความเสี่ยงจะเป็นผู้กำกับติดตามผลการปฏิบัติตาม patient safety goal แต่ในส่วนของ personnel safety ยังอยู่ในช่วงกำหนดแนวทางปฏิบัติในแต่ละหัวข้อ
- จัดอบรมคณะกรรมการความเสี่ยง เจ้าหน้าที่เรื่องการบริหารความเสี่ยง ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ รวบรวมรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์นำมาวิเคราะห์ผลคืนข้อมูลให้กับทีมระบบ ศูนย์คุณภาพ ทบทวนและติดตามผลการดำเนินงาน การป้องกัน แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

- จากที่ได้ดำเนินงานการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก พบว่า บางหน่วยงานยังขาดความเข้าใจความเสี่ยงเชิงรุก ทีมได้วางแผนให้ RM Unit คอ่อมสายงาน เป็นคู่ buddy ให้คำปรึกษากัน
- ยังพบอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ patient safety goal พบปัญหาด้านการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ไม่มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ขาดการเฝ้าระวัง ทีมจึงสร้างคำนิยามเพื่อการจดจำได้ง่ายและมีจัดทำการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงและมีระบบการเตือนทีมระบบ
- ทีมบริหารความเสี่ยงขาดการจัดการ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

- การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย
- จากการที่ทีมมีการส่งเสริมประชุมทบทวน ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป พบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีเวลาเพียงพอใน

การประชุมทบทวน เนื่องจากต่างมีภาระงาน มีเวลาว่างไม่ตรงกัน จึงไม่สามารถประชุมทบทวนได้ ตรงตามระยะเวลาที่กำหนด จึงได้กำหนดวันพฤหัส และศุกร์ให้ผู้รับผิดชอบขึ้นเวรตรงกัน เพื่อส่งเสริมการทบทวนมากขึ้น

การส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงในระบบ Fast Track (ติดตามหน้างาน และเลขาทีมบริหารความเสี่ยงบันทึกและรายงานความเสี่ยงด้วยตนเอง) พบว่า รายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นและบุคลกรมีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการทำกิจกรรม RM Round ที่กำหนดให้หลังดำเนินการแล้วมีการประเมินผลของการรับรู้ความเข้าใจเรื่องระบบการบริหารความเสี่ยง โดยการสอบถามที่หน้างาน การติดตามจากการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง ยังพบโอกาสพัฒนาเรื่องการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

จากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี แต่พบว่าการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกยังไม่ครอบคลุม ความเสี่ยงทางคลินิกมีสัดส่วนการรายงานน้อยกว่าความเสี่ยงทั่วไป จึงได้มีการนิเทศในหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและความเสี่ยงทางคลินิกมากขึ้นโดยกำหนดให้แต่ละทีมทำ RM round, การทบทวนข้างเตียง, การทำ Trigger Tool, การทบทวนกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สัดส่วนความเสี่ยงทางคลินิกมีสัดส่วนการรายงานที่เพิ่มสูงขึ้น

จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง พบว่า ความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กำหนด Trigger และทำ Concurrent Trigger ทำให้การทบทวนความเสี่ยงครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และทีมได้เรียนรู้ AE ที่เกิดขึ้น นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำได้ครอบคลุมมากขึ้น

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

- ประสานงานร่วมกับ ทีมระบบที่เกี่ยวข้อง ในการใช้ 2P Safety
- ประชุมชี้แจงร่วมกับ ทีมระบบที่เกี่ยวข้อง ในการสื่อสารการใช้ 2P Safety

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- จากกิจกรรมการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคในโรคสำคัญ 15 โรค ซึ่งเห็นกระบวนการการทำงาน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้รู้ปัญหาจริงที่หน้างาน และจากการตามรอยแบบบูรณาการของสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลายของแต่ละสาขา เกิดการปรับปรุงพัฒนาในส่วนของตัวเอง

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- มีการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดย RM Round และมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่เรื่องระบบการบริหารความเสี่ยง มีการทำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ Risk matrix เพื่อจัดการ High risk, High volume ของอุบัติการณ์และส่งข้อมูลย้อนกลับให้ทีมระบบหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการปรับปรุง
- มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้น, การหา AE โดยใช้ Trigger tool โดยกำหนด Trigger เช่น ผู้ป่วยที่ส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยนอนนาน หรือผู้ป่วย re-admitted ภายใน 28 วัน เป็นต้น

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:

เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยให้มีคุณภาพ องค์กรได้กำหนด ระเบียบปฏิบัติดังนี้

- ระเบียบปฏิบัติ การบ่งชี้ ลำดับความสำคัญ ประเมินและจัดการความเสี่ยง
- ระเบียบปฏิบัติ การจัดการกระบวนการบริหารความเสี่ยง จัดทำ Risk register ในทุกระบบ เพื่อการต่อเนื่องของการติดตามอุบัติการณ์ที่สำคัญ

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

จากการดักจับการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดที่ยังมีรายงานน้อย จัดให้ทุกหน่วยงานมีการระดมความคิดจัดทำ Risk profile เพื่อให้มีการดักจับและรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดได้อย่างครอบคลุมขึ้น

(5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

จัดการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ PSG ระดับ E up ทั้งหมด เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพองค์กรได้กำหนดความเสี่ยง 4 ด้าน และได้วางแนวทางรวมทั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

อุบัติการณ์จาก	แนวทางการจัดการ	ผู้รับผิดชอบหลัก
Hand washing	1. การปฏิบัติตามมาตรฐาน IC ในการล้างมือ	IC
Medication	1. การจัดการความเสี่ยงที่สำคัญคือ Medication Error, Medication Error, Med reconcile 2. มาตรการที่สำคัญที่จะนำมาใช้ คือ Doble Check เพื่อป้องกัน Medication Error	PTC
Patient Care rocess	1. แนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วย Identification รวมทั้ง Doble Check เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วย 2. Preventing Patient Fall จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเลื่อน และสะดุด	PCT
Emergency Response	แนวทางการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงได้รับการประเมินและแก้ไขทันเวลา 2. ร้อยละ Appendicitis ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง และส่งต่อทันเวลา 3. อัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรค Severe Sepsis, Septic Shock 4. เสียชีวิตด้วย STEMI 5. อัตราการเกิด Birth Asphysia 6. อัตราหญิงหลังคลอดได้รับการประเมิน PPH 7. อัตราการเกิด Postpatum Hemorrhage ในมารดาระยะหลังคลอดภายใน 24 ชั่งโมง 8. blood safety	PCT

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

ในการตอบสนองต่อความเสี่ยง ทีมได้กำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยง 3 แนวทาง คือ

1. Risk prevention เพื่อลดความน่าจะเป็นของการเกิดอุบัติการณ์ โดยการเรียงลำดับก่อนหลังที่จะดำเนินการตาม Risk maxtric ได้แก่
   1.1. การทำ Risk profile มีสัดส่วนของ near miss : miss ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ดักจับความเสี่ยงและจัดการกับความเสี่ยงได้
   1.2. ให้ความรู้ความเข้าใจในหน่วยงานเรื่องความเสี่ยง การรายงาน การจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน
2. Risk monitoring เพื่อติดตามตัวชี้วัด เพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์
   2.1. จากการส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ช้า มีแผนพัฒนาในการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์บริหารความเสี่ยงมาใช้ เพื่อการรายงาน ประเมินความเสี่ยง จัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รวดเร็ว
   2.2. จากการที่มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ระดับ E – I ทำให้จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำด้วยสาเหตุเดิมของ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ลดลง

2.3. จากการที่ระบบสำคัญมีระบบป้องกันความเสี่ยงสำคัญของทีม (Risk register) อย่างน้อย 1 เรื่อง แต่ยังพบว่ายังขาดความต่อเนื่องในการ monitor ทีมระบบ

3. Risk mitigation เมื่อมีการจัดการความเสี่ยงใน Prevention และ Monitoring แล้ว เกิดอุบัติการณ์ขึ้น ต้องมีแผนรองรับเหตุฉุกเฉิน เพื่อลดความเสียหายหรือความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่น การกำหนดระบบเตือนภัยหรือสัญญาณไฟฉุกเฉิน, การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นเมื่อมีผู้ป่วย arrest, การซ้อมแผนอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- หน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกที่เพิ่มขึ้น
- จากการทำ Risk register ทำให้มีการจัดการกับอุบัติการที่สำคัญได้

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม	3	I	• ตัวแทนจากทีม RM มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในทีม PCT เพื่อประสานงาน • เข้าร่วมประชุมกับ PCT ในหัวข้อประเด็นเกี่ยวกับระบบ RM
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3	I	• จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นในหัวข้อ 2P safety
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3	I	• ในการทบทวนที่ล่าช้า เบื้องต้นจัดให้มีการทบทวนในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ก่อน แล้วจัดทบทวนกับทีมระบบที่เกี่ยวข้องต่อไป • หน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปเป็นเจ้าภาพในการทบทวน
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3	I	• กระตุ้นการหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน โดยใช้คู่ buddy
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	I	• ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้ครอบคลุม เพิ่มการ monitor โดยหัวหน้างาน, RM Unit และทีมระบบ • นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์การบริหารความเสี่ยงมาใช้
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3	I	• ผลลัพท์การติดตามที่ยังไม่ครอบคลุม เพิ่มการ monitor โดยหัวหน้างาน, RM Unit และทีมระบบ
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3	I	• จัดกิจกรรมการเรียนรู้อุบัติการณ์ที่น่าสนใจ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลร่วมกัน

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อบรรยากาศองค์กร	≥70%	47.20	49.51	43.00	51.96	53.26	62.86
ความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน	≥85%	87.37	86.56	86.56	85.51	86.7	89.36
ความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก	≥85%	86.24	85	85	73	88.26	88.30
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	≥80%	69.13	72.34	76.67	82.11	88.26	รอผล
หน่วยงานบริการที่มี Productivity ตามเกณฑ์ 90 - 110%	≥80%	40	60	80	100	100	100
จำนวนครั้งข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการพยาบาล	0	3	1	0	0	0	0

ii. บริบท

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง จิตเวช ประคับประคอง

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการให้การพยาบาล ได้แก่ Stroke, ACS, Sepsis, HI, PPH และ Birth asphyxia

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน: OPD 1:50, ER 1:10, IPD 1:10, LR 2:1, ไตเทียม 1 :4

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ: ไตเทียม (มูลนิธิ)

iii. กระบวนการ

II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

ปรับโครงสร้างทีมบริหารทางการพยาบาลเอื้อต่อการจัดบริการพยาบาลใหม่ ด้วยจัดทีมพยาบาลมอบหมายความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งเป็นหน่วยบริการเปิดใหม่และปรับระบบงานเดิมให้เหมะสม ทำให้ทุกหน่วยงานมี Productivity ตามเกณฑ์

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

กำหนดอัตรากำลังเหมาะสมกับบริการและความต้องการของผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ ส่วนขาดในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง มีการใช้อัตรากำลังเสริมในภาระงานเพิ่มและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น เวรบ่าย/ดึกมี case คลอดให้เสริมได้ ทุกหน่วยงานมีอัตรากำลังไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ 90%

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ: วิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีกรปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล: การนิเทศทางคลินิกการกำกับดูแล การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและ

ความปลอดภัยผู้ป่วย มีการทำ Quality round กำหนดนิเทศงานแต่ละระดับ เช่น การสอนหน้างานที่คลินิก NCD และไตเทียม มีการปรับระบบงานใหม่ เช่น การดูแลผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่อง นวัตกรรมดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินสมรรถนะเฉพาะรายระดับคะแนนเพิ่มขึ้น

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย: ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยกำหนดเป็นนโยบายของฝ่าย ปรับการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ Focus charting ทำ nursing conference ก่อน – หลังการปฏิบัติงาน ผลการ Audit บันทึกทางการพยาบาล การบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยี มีคู่มือการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการใช้งานวิจัย มี CNPG 5 กลุ่มโรค ส่วน CNPG ยังไม่คลอบคลุมเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป
- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์: มีระบบพยาบาลพี่เลี้ยง และการกำหนดระยะเวลาทดลองงาน การประเมินผลสำหรับบุคลากรเข้างานใหม่ มีพยาบาลพี่เลี้ยงผ่านการอบรม ทำหน้าที่นิเทศควบคุมกำกับ นักศึกษาพยาบาล
- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย: มีผู้รับผิดชอบชัดเจน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทำวิจัย จัดมหกรรม R2R/CQI และนวัตกรรม มีเวทีให้นำเสนอผลงานงาน เกิด CQI 7 เรื่อง R2R 1 เรื่อง นวัตกรรม 1 เรื่อง จาก 4 หน่วยงาน

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

มีพยาบาลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการของโรงพยาบาลและทีมระบบต่างๆ เช่น กรรมการควบคุมการติดเชื้อ MCH broad คุณภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ยา และความปลอดภัย ทำให้การมีการเชื่อมโยงระบบต่างๆในเชิงกระบวนการพัฒนาและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัยและการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน มีคณะกรรมการความเสียง ใช้ Risk register ในการประเมินความเสี่ยง มีการ Preventive maintenance เครื่องมือ การใช้ Risk register ได้ไม่ครบทุกหน่วยงาน

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

การประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลเมื่อมีข้อสงสัยจากการเฝ้าติดตาม พัฒนาคุณภาพทางคลินิกและบันทึกข้อมูล การประเมินผลยังไม่มีการลงบันทึกเป็นรายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

ให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยจริยธรรมวิชาชีพ มีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าถึงสิทธิที่พึงมีการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไข การรักษาความลับผู้ป่วย และแนวทางการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก 82.37% ผู้ป่วยใน 87.23% เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทาง Evidence based และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

มีระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาศูนย์ COC โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน อบรม care giver ทุกปี มีอุปกรณ์เครื่องมือตามความต้องการใช้ของผู้ป่วย นำไปใช้ที่บ้าน ให้บริการ One stop service กลุ่มผู้ป่วย OSCC HIV การเตรียมผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใช้สารเสพติด กลับคืนสู่สังคม

(4) บันทึกทางการพยาบาล:

บันทึกพยาบาลที่สามารถสื่อสารให้เป็นประโยชน์ในวิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพ การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ

พยาบาล และการวิจัย การบันทึกยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่คลอบคลุมปัญหาผู้ป่วย จะเป็นลักษณะการสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีม Palliative care กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จัดตั้งทีมดูแล จัดให้ได้รับการอบรมตามมาตรฐาน จัดให้มี PCN ในหน่วยงาน OPD, ER, IPD, PCU เพื่อรับส่งต่อมีช่องทางด่วนเชื่อมต่อศูนย์ COC ทำ Discharge plan C3THER Advance care plan Living Will ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแล Palliative ระดับ 51.09% เกณฑ์ 50%

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

จากการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย Palliative care ผ่านเกณฑ์ >50% จากการใส่ใจดูแลของพยาบาลทำให้ญาติผู้ป่วยหันมาดูแลผู้ป่วยที่กำลังถูกทอดทิ้งจากญาติ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล	3	I	พัฒนาระบบนิเทศติดตาม พัฒนาอัตรากำลังจากการขยายบริการเป็น 2 อาคาร และเพิ่มหน่วยไตเทียม
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	I	การปรับปรุงพร้อมสื่อสาร NCPG และแนวทางปฏิบัติทุกหน่วยงาน

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥0.43	0.45	0.39	0.43	0.43	0.47	0.43
ร้อยละข้อร้องเรียนองค์กรแพทย์ได้รับการแก้ไขทันเวลา	100	25	50	50	75	100	100
ร้อยละของ CPG กลุ่มโรคที่สำคัญได้รับการปรับให้เป็นปัจจุบัน	100	50	50	75	100	100	รอผล
จำนวนชั่วโมงในการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ	≥40:แพทย์	NA	NA	NA	45	59	รอผล

ii. บริบท

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: กลุ่มผู้ป่วยแม่และเด็ก, กลุ่มผู้ป่วย FAST track, กลุ่ม NCD, กลุ่ม CKD, กลุ่ม Palliative care
กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: กลุ่มผู้ป่วย FAST track : STROK, STEMI, HI, Sepsis

iii. กระบวนการ

(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

- มีหน้าที่ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยตรง คือ ตรวจรักษาผู้ป่วย และหน้าที่ทางอ้อมคือเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของแพทย์โดยการประสานงาน/ส่งต่อ/consult ระหว่างแพทย์ประจำหน่วยงาน
- จัดให้มีระบบ consult ของแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ของ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ ตามเกณฑ์การพัฒนา ระบบส่งต่อของเครือข่ายของโรงพยาบาลหนองคาย/รพร.ท่าบ่อ

(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- **การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:**

องค์กรแพทย์มีการกำหนดสิทธิในการรักษาของแพทย์ในแต่ละคน เช่น แพทย์ใช้ทุนปี 1 ให้การรักษาผู้ป่วยทั่วไป กรณีมีผู้ป่วยซับซ้อนต้องรายงานหรือปรึกษาแพทย์ที่ชำนาญกว่า การกำหนดสิทธิของแพทย์ ทำให้แพทย์มีความมั่นใจ และมีความสุขในการทำงาน รวมทั้งลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย

- **การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:**

1. แผนการฝึกอบรมและศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ในแต่ละปี โดยมีการค้นหาส่วนขาดและผลจากการทบทวนคุณภาพและศึกษาหาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ มาปรับปรุงใช้ให้เหมาะสม
2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยที่หลังจากแพทย์ไปรับการอบรมกลับมาต้องนำมาขยายผลในการประชุมองค์กรแพทย์แต่ละเดือนทันทีไม่ให้เกินกว่า 1 เดือน มีการประเมินในรอบปีที่ผ่านมามีการขยายผลทุกครั้งที่ไปอบรมมา
3. แพทย์มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรแพทย์ เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่ตนเองดูแลมี clinical หรือองค์ความรู้ที่

น่าศึกษาตลอดเวลา

4. มีการทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับ clinical guideline ที่ดำเนินการไปแล้ว มีการประเมินผล แล้วนำมาซึ่งการปรับปรุงพัฒนา
5. แพทย์หลายท่านเข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนผู้ป่วยข้างเตียง และเป็นสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้
6. แพทย์ได้ศึกษาดูงาน และพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในโรงพยาบาล เช่น มีแพทย์ไปศึกษาอบรมการทำ Ultrasound สำหรับแพทย์ GP การดูแลรักษาผู้ป่วยsepsis, Stroke, STEMI, COPD, HI, Palliative care เป็นต้น
7. จากการที่เปิดโอกาสให้มีการปรึกษากันได้ทุกแผนกทุกเวลาแบบพี่น้อง มีทุนไปศึกษาต่อเนื่องและเปิดโอกาสในการไปฝึกอบรมได้เต็มในช่วงการมาใช้ทุน

- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:

1. สมาชิกภายในองค์กรแพทย์ได้ร่วมจัดทำข้อตกลง และแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการกำหนดระเบียนการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช้แพทย์ประจำ ดังนี้
2. มีแพทย์เฉพาะทางคอยให้คำปรึกษาและดูแลแพทย์ Intern, แพทย์ที่มาฝึกอบรม ให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. มี 2 nd Call เพื่อรับ consult สำหรับแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ มีการกำหนดแนวทางไว้ดังนี้
   1) แพทย์ใหม่ทุกคนที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังคม จะได้รับการปฐมนิเทศ จากองค์กรแพทย์และผู้เกี่ยวข้องอย่างช้าไม่เกิน 7 วัน นับจากวันแรกของการปฏิบัติงาน
   2) แพทย์ใหม่จะได้รับการปฐมนิเทศในหัวข้อที่สำคัญในเรื่องนโยบาย ความคาดหวังขององค์กร การประสานงานภายในโรงพยาบาล แนวทางการปฏิบัติงาน
   3) แพทย์ที่จบใหม่ จะได้รับการดูแลในการปฏิบัติเวชกรรมอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ประจำของโรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนดดังนี้

   3.1) มีการประเมินการทำหัตถการของแพทย์จบใหม่ในภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น Vacuum extraction, Forceps, CPR, ET Tube, LP เป็นต้น หรือหัตถการที่แพทย์ใหม่ต้องการให้มีแพทย์พี่เลี้ยงดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง จนได้รับการอนุญาตจากองค์กรแพทย์ให้ทำหัตถการต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง

   3.2) แพทย์รุ่นพี่ที่เป็นพี่เลี้ยงจะถือว่าเป็นภารกิจสำคัญที่จะต้องให้คำแนะนำ ปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์จบใหม่ทุกคน

องค์กรแพทย์ยังได้ติดตามผลการปฏิบัติตามข้อตกลง และยังรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมของสมาชิกเพื่อมองหาโอกาสปรับปรุงให้ได้ดียิ่งขึ้นสำหรับแพทย์และผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการประชุมองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลสังคมประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งผลการปฏิบัติที่ผ่านมาก็เรียบร้อยดี สมาชิกแพทย์ทุกท่านได้ปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างเคร่งครัด

- **การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ**

1. ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ไม่มีเรื่องร้องเรียนองค์กรแพทย์
2. ระบบมีการกำกับดูแลการใช้ยาในบัญชี ยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. มีการจัดอบรมพฤติกรรมการบริการและจริยธรรม ให้แพทย์เข้ารับการอบรมทุกคน
4. มีการประชุมเพื่อศึกษาทบทวน Risk ในองค์กรแพทย์ทุกๆ เดือนร่วมรับฟังข้อเสนอแนะ และปรับปรุงวิธีการในการดูแลป่วย

5. มีการทบทวน Prescribing error โดยระบุที่เฉพาะบุคคล เพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไข พบว่า ความผิดพลาดลดลง
6. มีการตกลงกำหนด clinical Practice guideline ต่างๆ ร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ
7. มีการทบทวนเวชระเบียนใน Case readmission และใน Case อื่นๆ ตามเกณฑ์

- **การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเน้นให้มีการนำหลักการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และร่วมกำหนดสมุดของการรักษาระหว่างมาตรฐานและภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม
3. เพื่อติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยและนำโอกาสพัฒนาที่ได้จากการทบทวนไปปรับให้เหมาะสม

วิธีการ

1. มีตัวแทนแพทย์เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม
2. มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะยังนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และมีการทบทวนจากอุบัติการณ์ การบททวนจากบันทึกผู้ป่วยหลังจากจำหน่าย
3. มีการประชุมกับพยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงาน เพื่อทำความเข้าใจและข้อตกลงเกี่ยวกับการดูแล
4. การบันทึกต่างๆ
5. สนับสนุนทำ Mini – research ที่มาจากการทบทวนงานประจำหรือจากการทบทวนความเสี่ยง

- **การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน**

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการบันทึกอย่างสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ใช้สำหรับอ้างอิง และใช้สำหรับสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปทบทวนหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ และเป็นประโยชน์ในการทำ research ในภายหลัง

วิธีทบทวน

สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยในมา 10% รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่สูงกว่า และผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย

บทเรียนที่ได้รับจากการกำกับคุณภาพเวชระเบียน:

1. ออกข้อกำหนดให้มีการบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ทุกราย ก่อนรับเข้าไปในตึกผู้ป่วยใน หากไม่สมบูรณ์ให้บันทึกให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง
2. มีการวินิจฉัยโรค โดยมีการนำผลการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งผลทางห้องปฏิบัติการมาร่วมในการวินิจฉัย เพื่อให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า โดยมีการตกลงกัน
3. กำหนดให้มีการบันทึกเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย พร้อมทั้งเหตุผลที่มีการเพิ่มการรักษา หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามดูแลและเป็นการสื่อสารกัน
4. กำหนดให้มีการบันทึกเวชระเบียนอย่างละเอียดในผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีหลายปัญหา ผู้ป่วยที่ยังวินิจฉัยได้ยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยที่ต้องมีการประเมินและร่วมกันดูแลหลายสาขาวิชาชีพพร้อมๆ กัน

- **การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยการตัดสินใจทางคลินิกให้กับแพทย์ เพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีการตัดสินใจอยู่บนมาตรฐานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
2. ส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีที่คุ้มค่าและเหมาะสม

วิธีการ

1. ร่วมกับทีม PCT ทบทวนเวชระเบียน
2. ใช้เวทีการประชุมประจำเดือนขององค์กรแพทย์ ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ มีการตกลงข้อกำหนด Clinical guideline เช่น DM, HT, HI, ACS, Hypoglycemia in newborn, Dengue fever, Neonatal infection, Low birth weight, PROM, PIH, Premature Contraction of labour

- **การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย**

การเข้าถึงบริการ :

1. มีการกำหนดให้แพทย์ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ทันเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยเร่งด่วนต้องได้รับการประเมินและดูแลเป็นอันดับแรก มีการกำหนดให้รับผู้ป่วยไว้ดูแลหรือส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยไม่เป็นการซ้ำเติมความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. การประเมินผู้ป่วย: องค์กรแพทย์กำหนดให้มีการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมรอบด้านและบันทึกลงในเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและใน เน้นการบันทึกให้มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ในการดูแลและวางแผนการรักษาได้ หรือใช้อ้างอิงเมื่อจำเป็น กำหนดให้มีการประเมินร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ และใช้แบบบันทึกและวางแผนร่วมกัน ให้มีการประเมินซ้ำและบันทึกการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง ให้มีการอธิบายผลการประเมินผู้ป่วยและอธิบายให้กับญาติและผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย:

1. ส่งเสริมให้มีการวางแผนการรักษาโดยนำผลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลอย่างเป็นองค์รวม การใช้ผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการมาประกอบการวินิจฉัยและวางแผน ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญในกรณีที่มีหลายทางเลือก องค์กรแพทย์ร่วมกับทีมนำทางคลินิกจัดทำแนวทางการรักษาที่สำคัญโดยนำหลักฐานทางวิชาการมาประกอบการจัดทำ
2. กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้มีส่วนร่วมวางแผนล่วงหน้า มีการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะยังรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยในร่วมกับทีมนำทางคลินิกกำหนดโรคหรือภาวะที่การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญและปฏิบัติตามแผนโดยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาที่ให้ขณะที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วย:

1. กำหนดให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยโดยยึดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ป้องกันอันตรายจากการกระทำของแพทย์จากการทำหัตถการ ป้องกันการติดเชื้อ ตระหนักถึงเรื่องภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน เน้นการตอบสนองอย่างถูกต้องทันเวลา
2. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง องค์กรแพทย์กำหนดให้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ส่วนการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้จัดทำแนวทางการทำหัตถการต่างๆ และให้มีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด มีการกำหนดตัวบุคลากรที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรแพทย์ในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านั้นไว้

ประเด็นเรื่อง Humanized Healthcare:

ให้มีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนรับรู้ข่าวสาร รับรู้ผลการประเมิน แผนการรักษา การตัดสินใจต่างๆ ต้องไม่เป็นการซ้ำเติมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความทุกข์มากขึ้น พยายามเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของคนไข้ ให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

มีการประชุมร่วมกันในองค์กรแพทย์เพื่อหาข้อตกลงในประเด็นสำคัญและติดตามผลโดยหัวหน้าทีมองค์กรแพทย์และทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินการปฏิบัติตามข้อตกลงของแพทย์และหาแนวทางแก้ไขต่อไป

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

แพทย์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมระบบต่างๆ เช่น IC, PCT, RM, IM, HPH ใช้กลไกการประสานงานทีมระบบต่างๆ ในการสร้างความร่วมมือกับทีมอื่นๆ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การเป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของแพทย์จากระดับในโรงพยาบาลชุมชนที่เตรียมเข้าสู่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น แพทย์เฉพาะทางเข้ามามีบทบาทในด้านนี้ชัดเจนโดยการเป็นแกนหลักของทีมนำ/คณะทำงานต่างๆ ดำเนินกิจกรรมคุณภาพทั้งกิจกรรมทบทวนคุณภาพ การควบคุมกำกับในวิชาชีพการวางระบบดูแลรักษาซึ่งมี Clinical Practice Guideline ออกมา ครอบคลุมทุกโรคของกลุ่มโรคที่เป็น Patient Safety Goal ของโรงพยาบาลและโรคสำคัญอื่นๆของพื้นที่ที่รับผิดชอบ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
40. องค์กรแพทย์	3	I	ส่งเสริมการพัฒนา CQI/R2R ของแพทย์

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ร้อยละการผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานระบบการจัดการคุณภาพความปลอดภัยด้านอาคารเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล (ประเมินจากองค์กรภายนอก)	≥80% (ระดับคุณภาพ)	NA	NA	ระดับพัฒนา	ระดับพัฒนา	ระดับพัฒนา	ระดับพัฒนา
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green & Clean Hospital	ดี	NA	NA	NA	พื้นฐาน	ดี	ดี
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับโรงพยาบาล	พื้นฐาน	NA	NA	NA	NA	พื้นฐาน	พื้นฐาน
ร้อยละหน่วยงานทางคลินิกมีการจัดบริการที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	100%	NA	NA	NA	100	100	100
ผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม/น้ำใช้/น้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
น้ำดื่ม	100%	NA	NA	1=100 2=100	1=100 2=100	1=100	1=100
น้ำใช้ (น้ำประปา)	100%	NA	NA	1=100	1=100 2=100	1=100	1=100
น้ำทิ้ง	100%	1=45.45 2=72.73 3=81.82 4=90.91	1=100 2=90.91 3=90.91	1=54.55 2=81.82 3=100	1=100 2=100 3=72.72 4=100	1=100 2=100 3=100 4=100	1=75 2=100 3=รอผล
อัตราความพอเพียงและพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ (เครื่องมือช่วยชีวิตและเครื่องมือตรวจวินิจฉัย)	≥80%	100	100	100	100	100	100

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
อุบัติการณ์เครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่สามารถทำงานได้ภายใน 15 s	≤3 ครั้ง/ปี	NA	NA	1	1	1	2
จำนวนครั้งของการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อัคคีภัย และอุทกภัย	3 ครั้ง/ปี	2	2	2	2	1	1

ii. บริบท

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล มีสมาชิกที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากทุกกลุ่มงาน โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเอื้อต่อความปลอดภัย ความผาสุขของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีระบบเครื่องมือที่พร้อมใช้ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม และเป็นสถานที่ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบัน สภาพโครงสร้างได้มีการเปลี่ยนไปโดย รพ.สังคมมีการสร้างตึกผู้ป่วยใน 5 ชั้น มีหน่วยที่เพิ่มมาที่สำคัญ คือ หน่วยฝอกไต ระบบบำบัดน้ำเสียแบบใหม่ และระบบสาธารณูปโภคต่างที่เพิ่มขึ้น

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- เพื่อให้โครงสร้างอาคารสถานที่ รพ.สังคมเป็นไปตามกฎหมาย ในการก่อสร้างแต่ละครั้ง ทาง รพ.ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งในอำเภอและโรงพยาบาลสังคมได้รับการตรวจสอบแบบแปลนจากกระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจประเมินมาตรฐานด้านอาคารสถานที่จากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8 อุดรธานี ทุกปี ผลการตรวจสอบ พบว่า ระบบโครงสร้างอาคารสถานที่ของโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมาย

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- เพื่อตอบสนองต่อโครงสร้างอาคารที่เพิ่มขึ้นโรงพยาบาลสังคมได้มีการบริหารจัดการความปลอดภัยโดยมีการมอบหมาย รปภ.สำรวจดูแลความปลอดภัยจุดเสี่ยงต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงมีกล้องวงจรปิดติดทุกพื้นที่และ CCTV ติดทุกชั้นของตึกใหม่ มีการติดไฟส่องสว่างในพื้นที่เสี่ยงรอบโรงพยาบาล ทางเดินรอบอาคาร บ้านพัก
- (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)
- เพื่อให้มีการจัดการความเสี่ยงด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมคณะกรรมการ IC, ENV, RM ได้ร่วมกันสำรวจสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดกับเจ้าหน้าที่หรือผู้มารับบริการ และความเสี่ยงที่อาจเกิดผลกระทบต่อชุมชนในด้านต่างๆ ซึ่งพบความเสี่ยงที่สำคัญ ดังนี้

ลำดับที่	เรื่อง	การแก้ไข
1	รพ.ติดวิกฤติการเงินระดับ 7	1. เพิ่มคุณภาพทางการบัญชี โดยทีมจังหวัด 2. ใช้โปรแกรม RCM 3. ลดค่าใช้จ่ายในหมวดที่เกินค่าเฉลี่ย
2	เจ้าหน้าที่เดินทางไปราชการจังหวัด บึงกาฬรถยนต์ลื่นเกิดอุบัติเหตุรถคว่ำ รถได้รับความเสียหาย เจ้าหน้าที่ปลอดภัย	1. แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เพิ่มความระมัดระวังในการขับขี่

ลำดับที่	เรื่อง	การแก้ไข
3	ไฟฟ้าดับเกิน 24 ชั่วโมง น้ำมันในคลังหมดและไม่สามารถเติมในอำเภอได้เพราะใช้ไฟฟ้าในการเติมน้ำมัน	1. แจ้งงานซ่อมบำรุง 2. เพิ่มปริมาณการเก็บน้ำน้ำมัน
4	การอนุเคราะห์ค่าห้องพิเศษของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. จัดทำแนวทางอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและค่าห้องพิเศษครอบคลุมทุกสิทธิรักษาพยาบาล 2. นำเข้าประชุมคณะกรรมการบริหารสรุปค่าใช้จ่าย 3. ประกาศให้ทราบทั้งโรงพยาบาล
5	มีขยะเข้าไปติดที่เครื่องสูบน้ำในบ่อสูบ ทำให้บ่อสูบชำรุด	1. มีการจำป้ายห้ามทิ้งขยะในชักโครกติดที่ห้องน้ำ 2. การประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ไม่ทิ้งขยะในห้องน้ำ 3. จัดหาถังขยะในห้องน้ำ

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้น ทางทีมมีการจัดทำแผนการออกตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและมีการแก้ไขความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม (คน)
24 พ.ค. 2560	อบรมการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลและตรวจสุขภาพตามความสี่ยง	71
8 ธ.ค. 2560	อบรมการซ้อมแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านอัคคีภัย	47
6 ก.พ. 2561	ให้ความรู้รายบุคคลแก่กลุ่มบุคลากรที่มีผลเสี่ยงการตรวจสุขภาพประจำปี ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	57
21 ก.พ. 2561	ศึกษาดูงานการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital ที่ รพร.ท่าบ่อ	3
23 ก.พ. 2561	อบรมการอนุรักษ์พลังงานและการล้างแอร์ด้วยตนเอง	3
18 ก.ย. 2561	การใช้เครื่องมือแพทย์ในการดูแลรักษา	42
30 พ.ย. 2561	อบรมการป้องการสาธารณภัย ด้านอัคคีภัยน้ำท่วม โคลนถล่ม การเคลื่อนย้าย และการดับเพลิงเบื้องต้น	106

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์

เพื่อป้องกันปัญหาผลกระทบจากวัสดุและของเสียอันตราย ทางคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ได้จัดทำเอกสารคู่มือการจัดการของเสียอันตราย Material Safety Data Sheet (MSDS) รวมถึงมีการสำรวจของเสียอันตรายในทุกหน่วยงานของ รพ. มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติทราครอบคลุมถึงมาตรการป้องกันที่สำคัญ ผลที่ได้คือ มีข้อมูลการจัดการของเสียอันตรายในหน่วยงาน

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

ด้วยอำเภอสังคมมีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและติดแม่น้ำโขง มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผ่นดินสไลด์ โรงพยาบาลสังคมได้ร่วมกับองค์การส่วนราชการและชุมชนในการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว โดยในส่วนของโรงพยาบาล

สังคมรับผิดชอบในเรื่องการเตรียมความพร้อมโดยทีม MCAT

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

เพื่อให้เกิดความพร้อมในการตอบโต้สภาวะฉุกเฉิน ทางคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ได้จัดทำวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) คู่มือป้องกันและระงับเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ มีการนำแผนไปใช้ปฏิบัติจริงทุกปีรวมถึงนำบทเรียนจากการซ้อมมาปรับปรุงกระบวนการเป็นผลให้แผนเกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

(3) การฝึกซ้อมแผน

เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดสภาวะฉุกเฉิน ทาง รพ.ได้ดำเนินการฝึกซ้อมแผนเป็นประจำทุกปี ร่วมกับเทศบาลและตำรวจ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องของสาธารณภัย อัคคีภัย น้ำท่วม โคลนถล่ม อุบัติเหตุหมู่ มีคำสั่งแต่งตั้งการดำเนินงานกรณีฉุกเฉินที่ระบุบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

เพื่อปรับปรุงแผนอัคคีภัยให้ครอบคลุม ทีมได้นำบทเรียนจากการซ้อมแผนในแต่ละปีและข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ. ปี 2559 มาดำเนินการปรับปรุงแผนจัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติ Work Instruction ที่จะใช้เป็นแนวทางในการซ้อมแผน

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักในการป้องกันอัคคีภัย รพ.ได้ดำเนินการจัดอบรมอัคคีภัยทุกปี ล่าสุดเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 มีการอบรมอัคคีภัยโดยวิทยากรจากศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดอุดรธานี

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

เพื่อให้อุปกรณ์มีความพร้อมใช้ ทางทีมมีการตรวจสอบโดยในส่วนอุปกรณ์ดับเพลิงโดยกำหนดผู้รับผิดชอบดูและตรวจสอบสภาพการใช้งานของถังดับเพลิง ไฟส่องสว่าง เครื่องจับควัน กริ่งสัญญานเตือนภัย สำหรับตึกใหม่มีเครื่องตรวจจับความร้อน (heat detec) เครื่องจับควัน ซึ่งจะส่งสัญญานไปยังอุกรณ์ปจังเหตุเพลิงไหม่และห้องควบคุมส่วนกลาง มีการตรวจสอบทุกเดือน ถ้าพบความผิดปกติ ก้จะดำเนินการส่งซ่อม หรือจัดซื้อใหม่กรณีซ่อมไม่ได้

II-3.2 ก. เครื่องมือ

(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา

เพื่อให้เครื่องมือแพทย์มีความเพียงพอ ทางทีมได้จัดทำระบบการบริหารงานเครื่องมือแพทย์ โดยจัดให้มีคณะกรรมการเครื่องมือซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขามีแผนบริหารการจัดหาเครื่องมือ กระบวนการการคัดเลือกมีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ที่ครอบคลุม การใช้งาน ให้เป็นไปตามหลักวิศวกรรมหรือมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และการจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอตามมาตรฐานทางการแพทย์ ตามอายุใช้งาน

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

เพื่อให้เกิดระบบจัดการเครื่องมือแพทย์ให้มีความพร้อมใช้ ทางทีมได้สำรวจและประเมินความต้องการ โดยให้หน่วยงานกำหนดรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรมีในหน่วยงานตามมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ถึงความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือ ดูจาก High risk / High volumeหน่วยงาน กำหนดว่าเครื่องมือแต่ละอย่างควรมีกี่ชิ้น พิจารณาจาก ปริมาณการใช้ สภาพเครื่องมือแพทย์เก่า/ใหม่ มีการยืมจากจุดอื่นหรือไม่ การซ่อมเครื่องมือบ่อยแค่ไหนมีการตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกวัน

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

การวิเคราะห์ พบว่า อายุการใช้งานไม่เหมาะสม พบอุปกรณ์ใช้งานได้แต่มีอายุการทำงานนาน มีอุปกรณ์เสียไม่พร้อมใช้และเครื่องมือที่จำเป็นต้องจัดซื้อยังไม่ได้ครบ มีระบบการจัดการและสำรองเครื่องมือ โดยการวาง แผนมีการสำรวจความต้องการใช้อุปกรณ์มีเจ้าหน้าที่กำกับติดตามและดูแลเครื่องมือแพทย์ อีกทั้งยังมีระบบบัญชีบันทึกข้อมูลแสดงถึงความเพียงพอต่อการใช้งาน และมีการตรวจสภาพเครื่องมืออยู่เสมอ

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค

(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

เพื่อให้ระบบสาธาณูปโภคใช้งานได้ผล ปลอดภัย ทางทีมได้ดำเนินการตรวจสอบ บำรุงรักษาอย่างเหมาะสมเป็นประจำทุกเดือน มีการจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธาณูปโภค มีการสำรองน้ำมันเพื่อใช้ในเครื่องสำรองไฟขนาด 800 ลิตร และมีการสำรองน้ำประปาได้ 3,000 ลูกบาศก์เมตร

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

- ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง: มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองขนาด 100 KVa สามารถจ่ายไฟได้ทันที่หลังจากไฟฟ้ากำลังหลักหยุดจ่ายกระแสไฟฟ้า ในเวลา 15 วินาที และกระแสไฟฟ้าสำรองสามารถจ่ายไฟฟ้าได้ทั่วทุกตึกในโรงพยาบาล โดยมีการสำรองน้ำมันเชื้อเพลิงจำนวน 800 ลิตร สำหรับตึกใหม่มีเครื่องสำรองไฟขนาด 300 kva มีหม้อแปลงขนาด 1,000 kva จ่ายไฟได้นาน 48 ชั่วโมง และมีแผนตรวจเช็คระบบเครื่องอย่างสม่ำเสมอ
- ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์: ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ เป็นระบบเซ็นทรัลไปป์ไลน์ โดยใช้ท่อออกซิเจนขนาด 6 คิว จำนวน 10 ท่อพร้อมกัน ซึ่งมีท่อออกซิเจนจำนวนเพียงพอและพร้อมใช้งานต่อการให้บริการผู้ป่วย จำนวนท่อออกซิเจนทั้งหมด ขนาด 6 คิว จำนวน 68 ท่อ ท่อออกซิเจนขนาด 1.5 คิว จำนวน 11 ท่อ ท่อออกซิเจนขนาด 0.5 คิว จำนวน 3 ท่อ โดยมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ และบำรุงรักษาระบบตามคู่มือการบำรุงรักษา การสั่งซื้อแก๊สทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สามารถสั่งซื้อแก๊สทางการแพทย์ได้ทุกวัน เนื่องจากบริษัทผู้จำหน่ายอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 1 กิโลเมตร
- การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ: มีผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจสอบคือแผนกซ่อมบำรุง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 3 คน มีการควบคุมติดตามโดยฝ่ายบริหารและคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ในส่วนระบบของตึกใหม่ ทางบริษัทก่อสร้างได้ประสานไปยังผู้ก่อสร้างระบบต่างๆ ให้มา training ในเรื่อง การใช้เครื่องมือ การบำรุงรักษา การตรวจสอบและแก้ไขเบื่องต้น แก่เจ้าหน้าที่และทีม ENV เพื่อส่งต่อการดูแลระบบต่างๆ ในตึกใหม่ มีคู่มือและการจัดทำตารางตรวจเช็คเป็นประจำทุกเดือน

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

เพื่อให้ระบบสาธารณูปโภคทุกประเภทสามารถใช้งานได้อย่างยาวนานและต่อเนื่อง ทางทีมงานมีการกำหนดผู้รับผิดชอบประจำระบบสาธารณูปโภคแต่ละชนิดและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบสภาพปัญหา อาทิ ชำรุดหรือไม่สามารถใช้งานได้จะดำเนินการแจ้งแก่ฝ่ายบริหารดำเนินการเข้าแผนหรือจัดซื้อตามความเหมาะสม

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์กรมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโรงพยาบาลสังคมมีการปรับปรุงภูมิทัศน์โดยการจัดทำสวนหย่อมบริเวณด้านหน้าและด้านข้างอาคาร เพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพด้านสังคม จิตใจ ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในโรงพยาบาล ฝ่ายโภชนาการเป็นต้นแบบในการใช้อาหารปลอดภัย มีการนิมนต์พระภิกษุมาทำบุญตักบาตรที่ลานปฏิบัติธรรมชั้น 6 ทุกต้นเดือน

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

เพื่อให้องค์กรมีสภาพแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ รพ.มีการให้สุขศึกษาและออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยทุกเช้าก่อนเข้ารับบริการ มีการจัดมุมความรู้เกี่ยวกับปิงปองเจ็ดสีเพื่อป้องกันโรคเกี่ยวกับ NCD ที่ OPD รวมถึงมีนวัตกรรมที่เดินกะลามะพร้าวเพื่อให้ผู้มารับบริการได้มาใช้ระหว่างรอพบแพทย์ มีห้องสมุดประจำโรงพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

เพื่อให้ผู้รับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย โรงพยาบาลโดยฝ่ายเภสัชกรรมและฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนได้ดำเนินการตรวจเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลในตลาด และมีการตรวจประเมินโรคครัวรวมถึงให้คำแนะนำด้านสุขาภิบาลแก่ผู้ประกอบอาหาร

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดกล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

เพื่อบรรลุเป้าหมาย รพ.มีคุณภาพน้ำทิ้งผ่านมาตรฐานและบำบัดน้ำเสียทำงานได่อย่างมีประสิทธิภาพ รพ.สังคมใช้ระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง SBR รับน้ำสูงสุดได้ 72 ลบ.ม/วัน มีผู้ดูแลระบบ 2 คน มีนักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมจำนวน 1 คน มีแผนการดำเนินการตรวจประจำวันและดำเนินการตามแผนทุกวัน ล่าสุดผลการตรวจในปีงบประมาณ 2561 น้ำทิ้งผ่านมาตรฐานทั้ง 4 ไตรมาส ในส่วนระบบบำบัดของตึกใหม่เป็นแบบเลี้ยงตะกอน ซึ่งฝังอยู่ใต้ดิน รองรับน้ำเสียได้ 120 ลบ.ม/วัน

(2) การลดปริมาณของเสีย:

เพื่อตอบสนองการพัฒนาเรื่องการลดปริมาณของเสีย โดยใช้หลัก 3 R โดยมีการใช้ซ้ำในเรื่องของนำขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วมาเป็นที่ทิ้งของมีคม ในเรื่องการลดการใช้ มีการรณรงค์ให้ประชาชนนำถุงผ้ามารับยา และในเรื่องการแปรรูปมีการใช้กระดาษให้ครบทั้ง 2 ด้าน

(3) การกำจัดขยะ:

เพื่อให้เกิดการจัดการขยะที่ถูกต้อง ขยะทั่วไปและขยะเปียกบางส่วนจัดการโดยให้ อบต.นำไปกำจัด ขยะรีไซเคิลปัจจุบันให้ผู้พิทักษ์ความสะอาดที่รับผิดชอบเก็บขยะทำหน้าที่รวบรวมไว้ที่พักขยะเพื่อดำเนินการขายเป็นเงินสวัสดิการส่วนขยะอันตรายและขยะติดเชื้อได้กำจัดโดยให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัด มีการใช้โปรแกรมติดตามการกำจัดขยะของกรมอนามัยมาใช้ในการติดตามขยะ

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

ปัจจุบันยังไม่มีข้อร้องเรียนจากชุมชนในเรื่องน้ำทิ้งจากโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลมีช่องทางในการรับข้อร้องเรียนทั้งจากการประชุมผู้นำชุมชน และ อสม.และเพื่อตอบสนองการพัฒนาในการร่วมมือกับชุมชนในการปกป้องสิ่งแวดล้อม ทาง รพ.ได้นำมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital ในส่วนของการลงสู่ชุมชน มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติโดยจะมีการวางแผนร่วมกับ เทศบาลตำบลสังคม ในการดำเนินการจัดการขยะร่วมกัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย โดยน้ำทิ้งผ่านมาตรฐานทุกตัวชีวัดในปี 2561 จำนวน 4 ไตรมาส
- การพัฒนาระบบอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์
- การพัฒนาระบบการจัดการขยะได้ครบทุกประเภท
- การพัฒนาระบบซ่อมบำรุงรักษาเครื่องสำรองไฟ
- พัฒนาโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3	I	1. มีการพัฒนามาตรฐานด้านอาคารสถานที่ ตามมาตรฐานจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพในระดับคุณภาพ 2. มีการทำบัญชีของเสียอันตรายให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานทั้งตึกเก่าและตึกใหม่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉินและการป้องกันอัคคีภัย	3	L	1. มีการทบทวนแผนหลังฝึกซ้อม นำเอาบทเรียนมาปรับปรุงทุกปี และมีการซ้อมในตึกใหม่ที่ต้องอาศัยระบบการช่วยเหลือที่สูงขึ้น 2. มีการนำเครือข่ายภายนอกมาซ้อมมากขึ้น
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3	L	1. มีการอบรมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลระบบสาธารณูปโภคในแต่ละระบบให้มีความชำนาญในระบบของตนเองเพื่อตอบสนองต่อโครงสร้างตึกใหม่ 2. จัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อเก็บและบำรุงรักษาอุปกรณ์
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3	L	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ออกแบบร่วมกันในส่วนตึกใหม่ มีการจัดมุมพักผ่อนสำหรับเจ้าหน้าที่ และประชาชน
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3	L	1. มีการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียแบบเก่าและใหม่ให้สามารถตอบสนองต่อระบบไตเทียมที่มากับตึกใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 – มิ.ย. 62)
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ต่อพันวันนอน)	≤0.5%	0	0	0.92	0.64	0.34	0
อัตราการติดเชื้อ Phlebitis	≤0.5%	0	0	1.23	0.2	1.14	0
อัตราการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ	≤5%	0	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อที่ตา - สะดือในทารกแรกเกิด – 30 วัน	≤5%	0	0	1.18	0	0.5	0
อุบัติการณ์บุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน	ครั้ง	2	5	0	0	1	0
อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากรด้วยโรค TB, HIV, Hep B	0 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
อัตราการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน	≥80%	89	89	85	86.06	88.24	89
หน่วยงานมีการจัดการขยะ/ผ้าเปื้อนแต่ละประเภทภายในหน่วยงานถูกต้องตามมาตรฐาน	≥80%	86	79	74	80	82	84

ii. บริบท

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีผู้รับบริการ ในปี 2559 – 2561 เรียงตามลำดับ ดังนี้ ผู้ป่วยนอกจำนวน 80,073, 66,021 และ 73,385 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 3,533, 3,299 และ 3,673 คน

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: จากบริบทของโรงพยาบาลทำให้มีการติดเชื้อค่อนข้างต่ำ การติดเชื้อที่พบอันดับแรกเกิดจากการติดเชื้อที่ตา/สะดือในทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกแรกเกิดมีความผิดปกติของสะดือ คือ เป็นลักษณะถุงน้ำ ทำให้มีเลือดซึมและมีกลิ่นเหม็น อันดับที่ 2 พบอัตราการติดเชื้อ Phlebitis ในรายที่ให้ยา antibiotic เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลจำเป็นต้องได้รับยา antibiotic ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิด Phlebitis จึงได้มีการทบทวนและหาแนวทางแก้ไข โดยมีการเจือจางยาเพิ่มขึ้นและเพิ่มระยะเวลาของการให้ยาจาก 30 นาที เป็น 1 ชั่วโมงและมีการ care IV ทุก 72 ชั่วโมง อับดับที่ 3 อุบัติการณ์บุคลากรได้รับอุบัติเหตุของมีคมถิ่มต่ำ เนื่องจากพยาบาลขณะปฏิบัติหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ทีม IC ได้มีการทบทวนและจัดทำแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม หรือสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน

การติดเชื้อสำคัญ:

- การติดเชื้อที่ตา/สะดือในทารกแรกเกิด
- การติดเชื้อ Phlebitis

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:

รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 แห่ง และรับผู้ป่วยส่งกลุบจากโรงพยาบาล

หนองคาย และโรงพยาบาลพยุพราชท่าบ่อ พบว่าในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา นอกจากพื้นที่ดังกล่าว โรงพยาบาลสังคม ยังมีพื้นที่บางส่วนติดชายแดนประเทศลาวทำให้มีผู้ป่วยลาวข้ามมารับบริการ แต่ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมายังไม่พบเชื้อดื้อยา และโรคอุบัติการณ์ใหม่

การติดเชื้อดื้อยา: ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: ไม่มี ICN ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร IC 4 เดือน ICWN ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร IC 2 สัปดาห์ จำนวน 5 คน

iii. กระบวนการ

II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์และงานกลยุทธ์ของงาน IC

- เพื่อให้บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลมีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
- เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

กลยุทธ์

- ใช้กระบวนการติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร สิ่งแวดล้อม และชุมชน
- ทบทวนและกำหนดมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงาน
- การใช้หลัก Transmission-based precautions ในการจัดระบบการดูแลและการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย
- กำหนดแนวทางการติดตามสุขภาพในเจ้าหน้าที่ที่เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 11 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หัวหน้างานต่างๆ เป็นกรรมการในการตัดสินใจดำเนินงานการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

กำหนดกลุ่มจุดเน้นของการติดเชื้อแบบ Target surveillance ได้แก่ SSI VAP CAUTI CABSI การติดเชื้อดื้อยา การติดเชื้อแผลฝีเย็บ กลุ่ม CAPD การติดเชื้อที่ตาและสะดือทารกแรกเกิด โดยอัตราการติดเชื้อ 3 ปีย้อนหลัง มาวัดวิเคราะห์โดย ประสานงานร่วมกับทีม RM ด้านบุคลากร ทีม HRD และประสานงานร่วมกับทีม อาชีวอนามัย

(3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

กำหนดนโยบายโดยทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ การติดเชื้อต่ำสุด และกำหนดหลักเกณฑ์การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยอบรมให้ความรู้บุคลากรร้อยละ 80 และมีการมอบหมายให้มี ICWN ครอบคลุมทุกหน่วยงาน กำกับดูแลให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทุก 3 เดือน

(5)(6) การประสานงาน IPC ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมเป็นคณะกรรการทีมระบบพัฒนาคุณภาพ จำนวน 8 ทีม ประกอบด้วย ทีม PCT, PTC , RM, ENV, NSO, SRRT, IM, HPH

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

ด้านบุคลากร ได้กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่เก่า มีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมตามความเสี่ยงในภาระงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงครัว แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เปล ที่ต้องปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ได้รับภูมิคุ้มกันตามความเหมาะสม

ประเมินและวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพแบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่ป่วย เจ้าหน้าที่ปกติ และเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง จัดส่งข้อมูลให้กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อดำเนินการส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป นอกจากนี้มีการให้ความรู้และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกปี เช่น การล้างมือ ขยะมูลฝอย การใช้เครื่องป้องกันตัวเอง

ด้านสิ่งแวดล้อม ได้เชื่อมโยงกับงาน ENV งาน 5ส. ในเรื่องของการจัดการขยะ การควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ระบบน้ำทิ้ง โดยกำหนดผู้รับผิดชอบขนย้ายขยะ เส้นทางเดินขยะ และประบปรุง Zonening ของตึกผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน OPD, LR

ด้านสารสนเทศ

- กำหนดไลน์กลุ่มคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็วและทันเวลา
- พัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัด โดยให้ ICWN แต่ละหน่วยงานรายงานข้อมูลมายังคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ประสานข้อมูลกับงานชันสูตรกรณี พบผู้ป่วยส่งสัยเชื้อดื้อยาเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ใช้ระบบ HosXP ในการเรียกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลผู้ป่วย Sepsis

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- กำหนดหลักสูตรการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน เกี่ยวกับหลักการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ
- จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับบุคลากรโดยการจัดกลุ่มเป้าหมาย ให้ความรู้เฉพาะในแต่ละกลุ่ม และเน้นเรื่องที่เป็นปัญหาขององค์กร โดยลักษณะการอบรม จะมี 2 ช่วง คือ ระยะแรก จะมีการจัดอบรมคลอคลุ่มในแต่ละกลุ่ม ระยะที่ 2 มีการแบ่งกลุ่มเป็นฐานเพื่อเรียนรู้ ในกิจกรรม walk rally
- การให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วย โดยให้ความรู้ก่อนผู้ป่วย discharge และในผู้รับผิดชอบในแต่ละคลินิกให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และติดตามผลโดนคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน

(9)(10) ICN กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับทีม SRRT กำหนดแนวทางการการควบคุมโรคติดเชื้อ เช่น โรคติดเชื้อจากระบบทางเดินอาหารในศูนย์เด็กเล็ก ,

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

กำหนดระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล แบบ targeted surveillance ในกลุ่มเป้าหมายที่เฝ้าระวัง คือ CAUTI กลุ่มที่ได้รับการแทงเข็มให้สารนำ/On Lock โดย ICWN เป็นแกนนำในการตรวจเยี่ยมการติดเชื้อในหน่วยงานของตนเองและเป็นผู้เก็บข้อมูล ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่จัดทำขึ้นซึ่งอ้างอิงจาก CDC และชมรมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ส่งรายงานให้คณะกรรมการ IC เดือนละ 1 ครั้ง และในกรณีที่ ICWN พบว่ามีผู้ป่วยสงสัยจะมีติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถแจ้ง ICN ได้ ทุกวันเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อและวางแผนการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายใน หน่วยงาน นอกจากนี้ได้กำหนดเกณฑ์การรายงานผลการตรวจเพาะเชื้อเมื่อพบเชื้อดื้อยา ห้อง Lab จะแจ้ง ผลกับ ICN เพื่อดำเนินการติดตามเฝ้าระวังต่อไป

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

- เดิมเฝ้าระวังการติดเชื้อโดย ICWN เพียงคนเดียว ซึ่งพบว่าบางครั้งเกิดความล่าช้า จึงได้มีการจัดอบรมผู้รับผิดชอบทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสังคม ให้มีความรู้กับการวินิจฉัยการติดเชื้อ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยรูปแบบการอบรมจัดเป็นฐานเพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากขึ้น
- จากการติดตามการติดเชื้อโดยวิธี Post discharge surveillance ในกลุ่มมารดาหลังหลอด พบว่า แผลฝีเย็บมีการ

ติดเชื้อ คณะกรรมการ IC ได้นำข้อมูลมาทบทวนและนำลงสู่การปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

- กรณีที่สงสัยว่าจะมีการแพร่กระจายเชื้อ ได้จะมีการวางระบบการรายงานทั้งในและนอกเวลาตลอด 24 ชม และทีมงานเช่นตึกผู้ป่วยในหรือในแต่ละหน่วยงาน จะสามารถรายงานการติดเชื้อ รวมทั้งประสานการดำเนินงาน ทีม SRRT ระดับอำเภอ
- มีการเฝ้าระวังเช่นการคำนวณค่า ILI โดยเฉพาะในฤดูที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเพื่อคาดการณ์แนวโน้มของการระบาดและการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งทำให้สามารถวางแผนการควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อพบว่ามีการติดเชื้อ Phlebitis ปี 2560 จำนวน 7 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2559 คณะกรรมการ IC ได้มีการทบทวนและหาแนวทางแก้ไข โดยมีการเจือจางยาเพิ่มขึ้นและเพิ่มระยะเวลาของการให้ยาจาก 30 นาที เป็น 1 ชั่วโมงและมีการ care IV ทุก 72 ชั่วโมง ในปี 2561 มีผู้ป่วยติดเชื้อ Phlebitis จำนวน 2 คน

(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

- มีการจัดทำรายชื่อโรคติดต่อที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่โดยระบุเกณฑ์ในการออกสอบสวนในแต่ละโรคให้แก่แผนก ER, OPD และห้องตรวจแพทย์
- มีคำสั่งแต่ตั้งคณะกรรมการ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ (EOC) ที่มีเจ้าหน้าที่จากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

- Hand hygiene: ใช้หลัก my 5 moment กำหนดใน PSG
- Isolation precautions: แบ่ง Zoning กำหนดทางเดินการเคลื่อนย้ายที่มีการติดเชื้อ กำหนดห้องแยก
- Standard precaution อื่นๆ: ใส่ชุด PPE, การจัดการผ้าเปื้อน (กำหนดเส้นทางผ้าสะอาด, ผ้าเปื้อนโดยการแบ่งเวลาใช้หลัก One hand toch และการล้างมือ my 5 moment กำหนดใน PSG
- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ:
    - จัดตั้ง Cental supply เป็นระบบ one way
    - มีการแยกโซนของสกปรก ของสะอาดที่ชัดเจน
    - หน่วยงานมีแนวทางการคัดแยกอุปกรณ์เครื่องมือ
    - แนวทางการปฏิบัติในการสวมชุดป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
    - กำหนดแนวทางปฏิบัติ การทำลายเชื้อ การทำความสะอาดเชื้อ ด้วยหลัก Sterile technic มาตรการกำกับนิเทศ ติดตาม ทุกเดือน
    - การทำลายเชื้อใช้ระบบการนึ่งไอน้ำชนิดใช้ไฟฟ้าแบบสูญญากาศ
- การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: รวบรวมด้วยใส่ถุงแดงและให้บริษัทเอกชนมารับเพื่อไปทำลายต่อไป

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

มีการประเมินและตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม พบว่า บริเวณข้างเคียงอาคารตึกผู้ป่วยนอกมีการก่อสร้างอาคารและปรับปรุงบริเวณรอบๆ อาคาร ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ทำให้มีฝุ่นละอองจำนวนมาก การระบายอากาศภายในอาคารไม่ดี ได้มีการเสนอข้อมูลให้ทีมโครงสร้างอาคารจัดทำระบบการทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ ทีม ENV จึงได้มีการล้างทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศทุกปี ติดต่อกัน 3 ปี และได้มีการฝึกอบรมช่างของโรงพยาบาลให้สามารถล้างเครื่องปรับอากาสได้

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

มีการปรับปรุง Zoning ในการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค และกำหนดเส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เพื่อป้องกันไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป พร้องทั้งกำหนดให้ห้องพิเศษ 10 เป็นห้องแยก สำหรับให้ผู้ป่วยรอส่งต่อ

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร

- ผู้ป่วยวัณโรค มีการปรับปรุง Zoning ในการให้บริการ และกำหนดเส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป พร้องทั้งกำหนดให้ห้องพิเศษ 10 เป็นห้องแยก สำหรับให้ผู้ป่วยรอส่งต่อ
- กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจ มีการให้บริการในจุดแยกโรคระบบทางเดินหายใจ บริเวณตึกผู้ป่วยนอก โดยให้มีการตรวจและจ่ายยา ณ จุดแยกโรค เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วย

(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

ให้บริการ แบบระบบ one stop service ที่ห้องคลินิกพิเศษ

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

- อบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกัน การสัมผัสเลือด/สารคัดหลัง หรืออื่นๆ จากการทำงาน เช่น ให้สวมชุดป้องกันขณะปฏิบัติงาน
- กำหนด จุดทิ้งสารคัดหลังที่จุด ER

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

มีระบบ Cental Suppry เชื่อมโยงถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน เป็นการรับผิดชอบต่อชุมชน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4	I	กำหนดแนวทางการสื่อสารป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	4	I	กำหนดแนวทางการสื่อสารการเฝ้าและควบคุมการติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	4	I	กำหนดแนวทางการสื่อสารป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ	3.5	I	กำหนดมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	>80%	46.18	76.64	83.42	85.56	87.56	รอผล
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	61.19	72.34	88.16	90.25	92.63	รอผล
ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยนอกสูญหาย	100%	99.99	99.99	99	99	100	100
ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย	100%	99.98	100	100	100	99.97	99.81
ร้อยละความสำเร็จของระบบป้องกันการเปิดเผยความลับผู้ป่วย	100%	100	100	100	100	100	100
อัตราความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์	100%	NA	NA	75	86	87	99.94
อุบัติการณ์ server ล่ม	≤3 ครั้ง/ปี	NA	2	1	1	1	4

ii. บริบท

ทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน ประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 3 คน แผนกผู้ป่วยใน 1 คน นักเวชสถิติ 2 คน เจ้าหน้าที่ ห้องบัตร 1 คน ไอที 2 คน มีหน้าที่ปรับปรุงออกแบบเวชระเบียนให้มีการบันทึกที่ง่าย ไม่ซ้ำซ้อนและครอบคลุมทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในพร้อมทั้งปรับปรุงคุณภาพและประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

กิจกรรม	หน่วย	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 – มิ.ย. 62)
1. จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	ครั้ง	74,145	82,512	76,137	15,933
- รายใหม่ (ในปี)	คน	15,015	16,189	15,305	6,745
- รายเก่า	ครั้ง	59,□3□	66,323	60,832	9,190

2. งานเวชระเบียน					
- จัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้รับบริการรายใหม่	คน	2,320	2,622	2,389	478
- ค้นหาเวชระเบียนสำหรับผู้รับบริการรายเก่า	ครั้ง	20,741	22,367	21,492	-
- ลงทะเบียนส่งตรวจตามแผนกต่างๆ	ครั้ง	74,145	82,512	76,137	15,933
- ให้บริการยืมเวชระเบียน	ฉบับ	361	114	130	8
- ให้บริการค้น - จัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ฉบับ	3,533	3,299	3,673	826
- ให้รหัส ICD10,ICD9CM ผู้ป่วยใน	ฉบับ	3,533	3,299	3,673	826
- แยกเก็บและลงทะเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต	ฉบับ	148	196	162	18
- สแกนเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ฉบับ	-	-	-	826
- ตรวจสอบสิทธิ์การรักษา	ครั้ง	74,145	82,512	76,137	15,933

ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน: ทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและสารสนเทศมีการออกแบบและวางแผนการนำระบบการจัดเก็บเวชระเบียนในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ paperless มาใช้เพื่อลดพื้นที่การจัดเก็บและเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้มารับบริการทั้งผู้มารับบริการภายนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอยและผู้มารับบริการภายในเพื่อใช้ข้อมูลในการรักษาที่ต่อเนื่องข้อมูลครบถ้วน รวดเร็ว

iii. กระบวนการ

II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนขาดของการออกแบบบันทึกเวชระเบียน:

โรงพยาบาลสังคมมีการให้สหสาขาวิชาชีพมาร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการบันทึกและการออกแบบบันทึกตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และมีการทบทวนปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนมาตรฐานวิชาชีพหรือเมื่อพบส่วนขาดจากการทบทวนเวชระเบียนตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน(Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปี2553 และในปี 2558 ได้ปรับปรุงเพิ่มเติมตามแนวทางการบันทึกฉบับ ปี 2557 ทำให้ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนแบบบันทึกเวชระเบียน ดังนี้

- จากเดิมที่แพทย์ต้องเขียน admission note ซ้ำ หาก admit ผู้ป่วยแต่หลังจากที่มี HOSXP สามารถ print out ประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์แล้วลงชื่อกำกับ ทำให้ลดเวลาลงอย่างมาก อีกทั้งยังได้ข้อมูลที่ครบ อ่านง่าย เข้าใจตรงกัน
- ในเรื่องการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และ systemic review สามารถเรียกดูข้อมูลจาก HOSXP ได้เลยโดยไม่ต้องบันทึกซ้ำ
- คณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งเป็นทีมที่มาจากตัวแทนวิชาชีพของแต่ละหน่วยงาน ช่วยกันวิเคราะห์ความต้องการการใช้ประโยชน์จากเวชระเบียน เพื่อให้เกิดการบันทึกที่มีความสมบูรณ์เพียงพอ ไม่ซ้ำซ้อนและสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง
- Discharge summary ปี 2558 ปรับปรุงใหม่และเพิ่ม ชื่อ สกุลผู้ให้รหัสโรคและหัตถการ

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอกเดิมใช้ OPD Card ได้ยกเลิกการใช้เมื่อ 1 ตุลาคม 2561 และใช้ระบบบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xp พร้อมจัดเก็บเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- พัฒนาระบบ paperless เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย
- พัฒนาการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HOSxP เพื่อลดการลงข้อมูลซ้ำซ้อนด้วยลายมืออีกครั้ง และทำให้ข้อมูลถูกต้องมากยิ่งขึ้น

(3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

จากการประชุมและทำข้อตกลงในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายในเรื่องการบันทึกข้อมูลให้ครบในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งห้องบัตร ผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ผู้ป่วยใน งานส่งเสริม งานทันตกรรม

- ห้องบัตร ทำได้ดีในเรื่องการลงข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆเหลือเฉพาะรูปถ่ายของผู้มารับบริการที่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากต้องใช้เวลาในการทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ไม่สามารถติดต่อได้ มีแนวทางแก้ไขคือให้สอบถามอัปเดตข้อมูลทุกครั้งที่ผู้มารับบริการมา
- ผู้ป่วยนอก ทำได้ดีเฉพาะวันที่จำนวนผู้มารับบริการไม่มากเนื่องจากต้องใช้เวลาในการถาม คิด ประมวลผล จึงแก้ปัญหาโดยบันทึกให้ละเอียดเฉพาะผู้ที่จะได้ admit และหมุนเวียนเจ้าหน้าที่มาทำงานเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องใช้ความอดทนสูงและมีจิตสาธารณะ
- ห้องฉุกเฉิน ยังไม่บันทึกละเอียดพอเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่หลายคนหมุนเวียนขึ้นมาปฏิบัติ ความเชี่ยวชาญแต่ละคนไม่เท่ากัน ทั้งการบันทึก การลงรหัส ICD10 แก้ไขโดยการอบรมให้ความรู้ในการบันทึกขึ้นมูลทุกๆ 3 เดือน และแก้ไขเป็นรายบุคคล ถ้าตรวจพบว่าสาเหตุมาจากบุคคลใด

โดยการประชุมอย่างไม่เป็นทางการแผนกอื่นๆ จะมีลักษณะคล้ายๆกัน คือถ้าเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญมีความรู้มีความคล่องตัว ก็จะบันทึกได้ดี จึงต้องให้มีการอบรมให้ความรู้ในการบันทึกขึ้นมูลทุกๆ 3 เดือน และสร้างจิตสำนึกที่ดีในการทำงานเพื่อองค์กร เพื่อความสุขจากการได้เป็นผู้ให้นอกจากค่าตอบแทนที่ได้รับ

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- มีการประมวลผลเวชระเบียนเพื่อให้ได้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน ได้แก่ การจัดทำรายงานจำนวนผู้มารับบริการ การจำแนกโรคผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย การให้รหัสโรคเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นกระบวนการเริ่มจากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ให้รหัสโรค ให้ข้อมูลตามรายงาน ลงข้อมูลลงในโปรแกรมจัดทำรายงานสำเร็จรูป วิเคราะห์ นำเสนอไว้ในแฟ้มรายงานของงานเวชระเบียน และจัดส่งรายงานไปยังระดับจังหวัดและในระดับเขตให้ทันเวลาและครบถ้วน
- จากการประเมินเวชระเบียนพบว่า

  - แผนกผู้ป่วยนอก ในการลงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและ systemic review ยังไม่ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน แก้ไขโดยสร้างจิตสำนึกที่ดีในการทำงาน การเสียสละ และสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ในการทำงานเพื่อองค์กร ให้เจ้าหน้าที่มาทำงานตรงเวลา ไม่มาทำงานสาย จะได้มีเวลามากขึ้นไม่เร่งรีบ ไม่มีเวลาได้พูดคุยกันก่อนการทำงาน
  - แผนกผู้ป่วยใน ยังมีการวินิจฉัยโรคบางส่วนที่ไม่สัมพันธ์กับข้อมูลในเวชระเบียนและครอบคลุม ทำให้ไม่ได้งบประมาณตามที่ควร เนื่องจากการบันทึกที่ไม่ดี แก้ไขโดยให้มีการตรวจสอบจากทีมพัฒนาเวชระเบียนก่อนที่จะส่งข้อมูลไปให้กับ สปสช ในเวชระเบียนที่ยาก และมีข้อมูลซับซ้อนและแจ้งแพทย์ที่รับผิดชอบ บันทึก แก้ไขข้อมูลที่จำเป็นและวินิจฉัยให้ถูกต้อง

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- เวชระเบียน มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย มีการประเมินเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด

- คณะกรรมการเวชระเบียนมีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุก 3 เดือนตามมาตรฐาน Medical record audit guideline เมื่อพบส่วนขาดจะนำมาปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นที่ผ่านมาพบว่าความสมบูรณ์เวชระเบียนดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ในการประเมินปี 2558 พบว่าค่าความสมบูรณ์ลดลงอย่างมาก เป็นผลจากการเปลี่ยนมาตรฐานจาก guideline ปี 2553 เป็น 2557 ซึ่งทางทีม IM ร่วมกับหน่วยงานได้มีการสื่อสารประเด็นที่พบและปรับปรุงแบบฟอร์มและประชุมชี้แจงบุคลากรเพื่อให้การบันทึกมีความสมบูรณ์มากขึ้นตามมาตรฐานใหม่
- มีระบบการ Review เวชระเบียนที่แพทย์สรุปก่อนโดยทีมแพทย์ที่ผ่านการอบรม Auditor ซึ่งมีผลต่อรายรับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากการเบิกเงินตามระบบ DRGs ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การจัดการการสูญหายเวชระเบียนลดการสูญหายที่เกิดจากให้ผู้ป่วยถือเวชระเบียนเอง โดยใช้ใบสื่อสารแทนในการติดต่อระหว่างหน่วยงานและใช้ระบบการจัดเก็บเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำกัดผู้หยิบใช้เวชระเบียนเฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องบัตรเท่านั้น
- มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ล็อคประตูเสมอ จำกัดผู้ใช้ข้อมูลหากต้องการใช้ข้อมูลต้องมาลงทะเบียนบันทึกการยืมประวัติเวชระเบียน
- มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางกายภาพ เช่น อัคคีภัย มีการตรวจสอบความเสี่ยงของไฟฟ้าลัดวงจร การกัดแทะของสัตว์ หนู ปลวก
- ข้อมูลในโปรแกรมฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) มีการนำรหัสผ่านมาใช้ ป้องกันการเข้าใช้งานของโปรแกรมจากบุคคลภายนอกและมีการกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงของบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม หน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เช่น หน่วยงานการเงิน ไม่สามารถเปิดดูฐานข้อมูลของ ผู้ป่วยในได้ฯลฯ จะมีรหัสผ่านเข้าใช้งานได้เฉพาะของหน่วยงานของตนเองเท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ของหน่วยงานอื่นได้

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- มีแนวทางการรักษาความลับของข้อมูลและกำหนดสิทธิการใช้ข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต โดย
  - เวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ เก็บแยกจากเวชระเบียนทั่วไป และไม่บันทึกรายละเอียดลงใน HOSXP มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงโดยมีกุญแจล็อกตู้เก็บเวชระเบียนต่างหาก
  - ผลตรวจ HIVจะถูกบรรจุซองส่งให้ผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์เท่านั้นที่จะมีหน้าที่เปิดและแจ้งผู้ป่วยส่วนการเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ มีการกำหนดสิทธิ์ให้เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้อง LAB ผู้ให้คำปรึกษาและแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถอ่านผลได้ แต่เวชระเบียนผู้ป่วยในยังต้องบันทึกผลลงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบตาม สปสช กำหนด
  - กำหนดระเบียนปฏิบัติ การรักษาความลับและการเปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการ โดยจัดทำคู่มือแจกทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - การรักษาความลับของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ กำหนดสิทธิ์การเข้าถึงของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในระดับที่แตกต่างกัน กำหนดรหัสการเข้าใช้งานในโปรแกรม Hos xp ของเจ้าหน้าที่ทุกคนและสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้เมื่อพบความผิดพลาด
  - มีแนวทางการขอประวัติการรักษาโดยผู้ป่วยเอง ญาติ และหน่วยงานต่างๆหรือบริษัทประกันชีวิต ซึ่งจากการดำเนินงาน สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
  - โรงพยาบาลได้สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ในการรักษาความลับผู้ป่วยโดยการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิ์ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้บริการและผู้รับบริการรับทราบ และหน่วยงานเวชระเบียนมีการจัดทำระเบียบการยืม - คืนเวชระเบียนและการเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลภายนอก (กรณีต้องการทราบข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย)

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล และใช้ข้อมูลของตนได้โดยปฏิบัติตามแนวทาง การขอประวัติ อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- ประวัติการแพ้ยา เดิมบันทึกเป็น “ไม่ทราบ” ปัจจุบันแก้ไขเป็น “ ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา ”
- ชื่อ-นามสกุล ญาติที่สามารถติดต่อได้ เดิมไม่ระบุความสัมพันธ์ต่อมากำหนดให้ระบุความสัมพันธ์
- เดิมไม่ระบุ วัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูลครั้งแรก ต่อมาได้กำหนดให้บันทึกข้อมูลครั้งแรกและชื่อผู้พิมพ์บัตร
- Present illness เดิมไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ต่อมามีการจัดประชุมคณะกรรมการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แจ้งให้ผู้รับผิดชอบทราบและปฏิบัติตาม มติที่ประชุม (ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้องรังที่รับยาที่ รพสต.)
- Past illness เดิมไม่มีการบันทึกเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ แต่ยังไม่มีแนวทางในการแก้ไข
- เดิมไม่บันทึกลายมือชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย ต่อมาแจ้งให้ผู้รับผิดชอบ ให้หาพยานฝ่ายผู้ป่วยมาลงนามด้วย
- เดิมไม่บันทึกลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ต่อมาแจ้งให้ผู้รับผิดชอบ ให้หาพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลงนามด้วย
- เดิมแบบฟอร์มไม่มีพื้นที่ให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี, ข้อเสีย ต่อมามีการปรับปรุงเปลี่ยนแบบฟอร์มโดยมีช่องให้แพทย์บันทึกทางเลือกในการรักษา
- เดิมแบบฟอร์มไม่มีพื้นที่ให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ต่อมามีการปรับปรุงเปลี่ยนแบบฟอร์มโดยมีช่องให้แพทย์มีการบันทึกระยะเวลาในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- History เดิมใช้ใบตรวจรักษาจากผู้ป่วยนอกมาแนบในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งคณะกรรมการในการตรวจสอบลงความเห็นว่า เป็นแบบฟอร์มที่ไม่เหมาะสม ต่อมาได้เปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่
- Physical examinationเดิมใช้ใบตรวจรักษาจากผู้ป่วยนอกมาแนบในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งคณะกรรมการในการตรวจสอบลงความเห็นว่า เป็นแบบฟอร์มที่ไม่เหมาะสม ต่อมาได้เปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่
- Progress notes เดิมไม่มีการบันทึกเนื้อหารูปแบบ S O A P ต่อมามีการทำตรายางประทับใน Progress notes เพื่อเป็นรูปแบบในการบันทึก

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

- ผู้มารับบริการทุกรายจะต้องมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผลและการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บันทึกเวชระเบียนมีการจัดการเพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอสามารถการระบุตัวผู้ป่วย, มีข้อมูลการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคม การประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา, ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลงและผลการรักษา, เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล, ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง, ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย และการประเมินคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนดูแลผู้ป่วย
- มีการทบทวนตรวจสอบคุณภาพความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทุก 3 เดือนโดยทำการสุ่มตรวจทั้งเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ผ่านการอบ รมจาก สปสช.เขต 8

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบการจัดเก็บเวชระเบียนในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ paperless

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน	3	I	● พัฒนาระบบ paperless เพื่อให้ระบบเวชระเบียนมีความปลอดภัยมากขึ้น ● พัฒนาการเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล และเพิ่ม server แยกเก็บเพื่อรองรับการเก็บภาพในเวชระเบียนโดยตรง ● จัดกลุ่มรายงานในโปรแกรม HOSxP ใหม่ และรายงาน Template KPI เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลรายงานต่างๆของโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องและเจ้าหน้าที่สะดวกในการนำข้อมูลไปใช้
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	3	I	● พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นโดยเน้นที่ progress note ● พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นโดยเน้นที่ nurse note ● พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นโดยเน้นที่ การตรวจร่างกายใน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ● จัดอบรมการใช้โปรแกรม HOSxP ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกๆ 3 เดือน หรือแนะนำในการบันทึกข้อมูลในส่วนหน่วยงานที่มีปัญหา เพื่อให้สามารถลงข้อมูลได้ถูกต้อง สมบูรณ์รวมถึงมีการเยี่ยมหน้างานโดยทีม IT

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
อัตรา prescribing error	OPD (ต่อร้อยใบสั่งยา)	<1	0.003	0.137	0.□20	□0.69	0.42	0.39
	IPD (ต่อร้อยวันนอน)	<1	0.01□	0.056	0.631	0.78	0.36	0.52
อัตรา pre-dispensig error	OPD (ต่อร้อยใบสั่งยา)	< 5	0.06	0.982	2.097	2.40	1.43	1.37
	IPD (ต่อร้อยวันนอน)	<20	0.□49	0.087	2.438	2.46	1.63	1.39
อัตรา dispensing error	OPD (ต่อร้อยใบสั่งยา)	<1	0	0.002	0□047	0.03	0.02	0.06
	IPD (ต่อร้อยวันนอน)	<1	0.177	0.248	0.731	0.21	0.12	0.14
อัตรา administration error	OPD (ต่อร้อยใบสั่งยา)	<1	0	0	0.163	0.61	0.4□	0.6
	IPD (ต่อร้อยวันนอน)	<1	0.039	0.012	0.620	0.38	0.04	0.55
อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่ม HAD ระดับ E ขึ้นไป		0	0	0	1	0	1	0
อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ		0	0	0	0	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการทำ Medication reconciliation		≥80%	3.99	60.6	98.96	97.1□	97.72	96.37
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Medication reconciliation และได้รับยาถูกต้องเหมาะสม		≥80%	82.7□	83.33	95.22	96.50	99.04	99.35
โรงพยาบาลสังคมผ่านเกณฑ์ RDU ขั้น 3		5 ระดับ	0	0	0	2	3	2

ii. บริบท

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:

1. แนวทางการเก็บรักษายา ห้องจ่ายยากำหนดให้ยา HAD แยกเก็บจากยาอื่น โดยมีป้ายชื่อยากำกับเป็นสีแดงต่างจากยาอื่นๆที่เป็นเหลือง และมีสติ๊กเกอร์สีชมพูติดที่บรรจุภัณฑ์ยา ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอดและหอผู้ป่วยในยา HAD จะติดป้ายยาเสี่ยงสูงสีแดงและจัดเก็บแยก
2. แนวทางการสั่งยา แพทย์ระบุชื่อยาเป็นชื่อสามัญทางยา ระบุขนาดวิธีใช้อย่างชัดเจน งดใช้ตัวย่อในยากลุ่มนี้ ในระบบ HOSxP ยากลุ่มนี้เป็นตัวหนังสือสีแดงและมีเครื่องหมายอัศเจรีย์ (!!!) หน้าชื่อยา เพื่อให้แพทย์ระวังในการสั่งยากรณีเร่งด่วนหากมีการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ต้องมีการเปิดลำโพงโทรศัพท์ เพื่อให้พยาบาลอย่างน้อย 2 คน ได้ยินร่วมกันมีการทวนสอบการบันทึกคำสั่งของพยาบาลอีกครั้งก่อนวางสายและต้องตรวจสอบคำสั่งด้วยตนเองอีกครั้งทันที พร้อมลงชื่อกำกับแพทย์เวรต้องมาลงชื่อกำกับหลังสั่งใช้ยาภายใน 8 ชั่วโมง
3. การจ่ายยา กรณีในเวลาปฏิบัติงานห้องยารับคำสั่งแพทย์โดยตรงจากใบสั่งยาที่มีลงชื่อแพทย์หรือสำเนาผู้ป่วยในไม่รับเบิกทางโทรศัพท์ก่อน จัดยาและติดสติ๊กเกอร์ยาเสี่ยงสูงพร้อมทั้งแนบใบเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ไปด้วยทุกครั้ง ผู้จ่ายเป็นอีกคนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยา (independence check)กรณีเวรบ่ายที่มีเจ้าหน้าที่ห้องยาปฏิบัติงาน 1 คน ให้ตรวจสอบความถูกต้องโดยการ double check และลงชื่อผู้จัดและผู้จ่ายยาทุกครั้ง
4. การบริหารยา กำหนดให้พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องก่อนการบริหารยา HAD โดยวิธี independence check พร้อมลงชื่อพยาบาลผู้รับคำสั่งและผู้บริหารยาทุกครั้ง หลังให้ยาต้องติดตามอาการผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ตาม HAD Monitoring Form ของยาแต่ละตัว
5. การเฝ้าระวัง ติดตามความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่ม HADเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนแยกจากยาอื่น วางแผนทบทวนปัญหาทุกกรณีที่เกิดกับยากลุ่มนี้ เพื่อหาแนวทางป้องกัน ในห้องยามีการกำหนดแนวทางการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา HAD จะต้องรายงานหัวหน้าฝ่ายทันทีทุกกรณี เพื่อนำมาทบทวนหาสาเหตุวิเคราะห์ปัญหาและหามาตรการป้องกันภายใน 7 วัน

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

- คณะกรรมการ PTC มีการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม โดยมีการประชุมและพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาล มีการกำหนดแนวทางการใช้ โดยแพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้สั่งใช้ จะต้องผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ PTC
- ระบบการจัดซื้อ จัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เป็นไปตามระเบียบการบริหารเวชภัณฑ์และระเบียบพัสดุ
- การจัดการกับปัญหายาขาดแคลน มีระบบการประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้เคียง และทำเอกสารสำหรับยืมคืนยา
- มีการควบคุมระบบการเบิก-จ่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 โดยใช้ใบ ยส.5
- มีการวางระบบการบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง
- มีการวางระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ในเขตอำเภอสังคม โดยการส่งคืนข้อมูลการแพ้ยาให้ รพ.สต. เพื่อดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด
- มีการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะกลุ่ม Look Alike Sound Alike (LASA) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา
- จัดทำระบบ Medication reconciliation ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทุกรายที่นอนโรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวที่ทานอยู่ หรือได้รับยาซ้ำซ้อน PCT จึงได้ทำแนวทางปฏิบัติและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำสู่การปฏิบัติ

- กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลและของรพสต.ในเขตอำเภอให้สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด
  - พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
  - สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้มารับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- คณะกรรมการ PTC มีการประชุมและพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2562 พิจารณาเสนอยาเข้า-ออกบัญชียาโรงพยาบาล โดยมีการเสนอยาเข้า 5 รายการ คือ และออก 2 รายการ ดังนี้
  1) รายการยาเข้า 5 รายการ : Sodium Valproate 200 mg. , Thiamine inj.(Vitamin B1) 100 mg/ml ขนาด 1 ml. , Tolperisone HCl 50 mg. , Vitamin B 1 Tablet, Vitamin B 6 Tablet,
  2) รายการยาออก 2 รายการ : Norgesic (Paracetamol 450 mg/Orphenadrine citrate 35 mg. , Vit B1-6-12 Tablet
- บัญชียาโรงพยาบาลสังคม มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 332 รายการ เป็นรายการยาในบัญชียาหลัก (ED) 312 รายการและยานอกบัญชียาหลัก (NED) 20 รายการ สัดส่วนรายการยา ED:NED คิดเป็น 312:20 รายการยานอกบัญชียาโรงพยาบาลที่ต้องจัดหามาให้ผู้ป่วยเฉพาะราย 0 รายการ
- พ.ศ. 2562 มีการทบทวนบัญชีในรายการยา HAD จากเดิมมี 16 รายการ Adenosine injection, Adrenaline injection, Amiodarone injection, Atropine injection, Calcium gluconate injection, Dopamine injection, Enoxaparin 40 mg/0.4 ml และ 60 mg/0.6 ml Injection (ประชุมร่วมกับทีม PCT นำ เข้าในบัญชีโรงพยาบาลในปี 2561) , 50% MgSO4 Injection, Nicardipine injection, Norepinephrine injection, Morphine injection, Pethidine injection, Potassium Chloride injection, Streptokinase, Sulprostone(Nalador®) ในปี 2562 ตัด Atropine injection ออกจากบัญชียา HAD เนื่องจากไม่พบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ปัจจุบันยาในบัญชี HAD โรงพยาบาลสังคม มีทั้งหมด 15 รายการ

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE

- Prescribing error

ในปี 2560 อัตราการเกิด Prescribing error ของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 6.9 ต่อพันใบสั่งยา และของผู้ป่วยในเท่ากับ 7.8 ต่อพันวันนอน เมื่อวิเคราะห์พบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เป็นการ remed ยาไม่ถูกต้องกับยาปัจจุบันของผู้ป่วย มีทั้งผิดขนาด ไม่ครบรายการ กระบวนการ medication reconciliation ของผู้ป่วยในทำให้ดักจับความเสี่ยงของการ remed ยาไม่ถูกต้องได้ก่อน ทำให้ผู้ป่วยยังได้รับยาที่ถูกต้อง และพัฒนากระบวนการ medication reconciliation สู่ผู้ป่วยนอกโดยใช้สมุดโรคประจำตัว (คลินิก NCD, ARV, Warfarin) หากมีการปรับเปลี่ยนยาจะมีการสื่อสารลงในสมุด และใน HOSxP จะกำหนดให้มีการทำ pharmacist's note เพื่อสื่อสารกันในแต่ละหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง

ปี 2561 อัตราการเกิด Prescribing error ของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 4.2 ต่อพันใบสั่งยา และของผู้ป่วยในเท่ากับ 3.6 ต่อพันวันนอน เมื่อวิเคราะห์พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่ยังพบเป็นการสั่งยาผิดจำนวนในยาโรคเรื้อรัง เช่น NCD พยาบาลจะช่วย screen ใบสั่งยาจากแพทย์ก่อนส่งมารับยาเพื่อแก้ไขจำนวนให้ถูกต้อง คลินิก Asthma/COPD พบการสั่งยาพ่นผิดจำนวน เนื่องจากแพทย์ไม่ทราบจำนวน dose ของยาในแต่ละหลอด ห้องยาจึงเพิ่มจำนวน dose ยาของยาพ่นแต่ละตัวใน HOSxP และฉลากยา เพื่อให้แพทย์ทราบ เพื่อลดปัญหาการสั่งยาผิดจำนวน

- Pre-dispensing error

อุบัติการณ์ของ Pre-dispensing error ในปี 2561 ของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 15.72 ต่อพันใบสั่งยา ที่พบมีทั้งการจัดยาผิดตัว ผิดขนาด ผิดจำนวน ผิดคน โดยอุบัติการณ์ที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการจัดยาผิดตัว ส่วนใหญ่ยาที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยจะอยู่ในกลุ่ม ชื่อพ้องมองคล้าย (LASA Drug) ซึ่งโรงพยาบาลสังคมมีกระบวนการป้องกันหรือลดความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาในกลุ่มนี้ผิด ดังนี้

1. แก้ไขชื่อยาที่แสดงบนฉลากยาให้มีความแตกต่าง เพื่อให้ง่ายต่อการสังเกต เช่น MetroNIDAZOLE/Metformin, Theophylline/ThyROXINE เป็นต้น
2. ยาตัวเดียวกันที่มีหลายความแรง เช่น ChorproMAZINE 50 mg. และ ChorproMAZINE 100 mg จะใส่วงเล็บขนาดของยาไว้หน้าชื่อยา เช่น (50) ChorproMAZINE 50 mg. กับ ChorproMAZINE 100 mg เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดขนาด
3. จัดวางคู่ยาที่มีลักษณะเหมือนกันแยกกัน เช่น Enalapril 5 mg และ 20 mg
4. เปลี่ยนบริษัทในการจัดซื้อยา เพื่อให้รูปแบบบรรจุภัณฑ์ยาแตกต่างกัน เช่น คู่ Drotaverine กับ Dextromethophan แผงใส เม็ดกลมสีเหลือง คล้ายกัน ในปี 2560 จัดผิด 5 ครั้ง ในปี 2561 ตั้งแต่ ต.ค.60-ม.ค.61 พบจัดผิด 4 ครั้ง แต่หลังจาก ก.พ. 61 เปลี่ยนบริษัท dextromethophne เป็นแผงใส เม็ดกลมสีเขียว ก็ทำให้ยังไม่พบอุบัติการณ์การจัดยาผิดในยาคู่นี้, คู่ยาฉีด Dexamethasone inj. กับ Hyoscine inj. เป็นยา ampulle สีใส ฉลากสีขาวเขียว คล้ายกัน ในปี 2560 จัดผิด 2 ครั้ง ในปี 2561 ปี 2561 1 ครั้งในเดือน ก.ค. 2561 แต่หลังจาก ส.ค. 61 เปลี่ยนบริษัท dexamethasone inj. เป็น ampulle ฉลากสีเหลือง ก็ทำให้ยังไม่พบอุบัติการณ์การจัดยาผิดในยาคู่นี้

แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2561 ก็ยังพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากยาคู่เหล่านี้อยู่ ในปี 2562 จึงได้พัฒนากระบวนการจัดการกับยาในกลุ่ม LASA เพิ่มเติม คือ จัดทำมุม LASA Drug ปี 2562 มีคู่ LASA 23 คู่ เป็น look alike 7 คู่ Sound alile 16 คู่ มุม LASA ยาที่อยู่ในกลุ่มนี้จะจัดแยกออกยาอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังการจัดยาผิด แต่ตัวที่เป็นคู่ที่ผิดบ่อยจะไม่จัดวางไว้ใกล้กัน จะแยกให้อยู่คนละซ่อง ส่วนยาอื่นๆ เปลี่ยนแปลงการจัดวางยา จากเดิมเรียงตามตัวอักษรในแนวนอน เป็นการจัดวางในแนวตั้ง

- Dispensing error

ตัวอย่าง

1. **อุบัติการณ์** : การจ่ายยา AZT syrup ไม่ครบจำนวน ในผู้ป่วยเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ HIV ทาน 1.5 ml bid ปริมาณ 1 เดือน คือ 90 ml จ่ายแค่ 1 ขวด (60 ml) ไม่ได้ทานยา 2 อาทิตย์ ในเดือน พ.ค. 61

   สาเหตุ : จากการทบทวน สาเหตุเกิดอาจเกิดได้จาก

   1) ไม่ได้มีการส่งผู้ป่วยเด็กที่ D/C มาผ่านห้องยาอีกครั้ง กลับบ้านเลย

   2) พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบยา AZT syrup ของเด็ก

   3) เจ้าหน้าที่ห้องยาอาจไม่ทราบขนาดและจำนวนยา AZT syrup ที่เด็กควรได้รับ

   4) แพทย์ไม่ได้เขียนสั่งระยะเวลาในการรับประทานยาที่ชัดเจน

   การแก้ไข

   แนวทางป้องกันความเสี่ยง ดังนี้

   1. เคส ARV ต้องผ่านการตรวจสอบโดยเภสัชกรทุกเคส พร้อมกับคำนวณขนาด จำนวนขวดยาที่จะได้รับ 1 เดือน พร้อมกับจ่ายยาให้ไปเลยขณะ admit

   2. เภสัชกรทำ pharmacist note เพื่อช่วยแจ้งเตือน โดยเภสัชกรประจำคลินิก note plan ยาที่ควรได้รับร่วมกับพยาบาลคลินิก

   3. เสริมความรู้เกี่ยวกับยา ARV ในเด็กแก่เจ้าหน้าที่ห้องยา จพง.เภสัชกรรม เพื่อป้องกันความผิดพลาด และช่วยตรวจสอบร่วมกัน

   4. จัดทำคู่มือเพื่อค้นหาข้อมูลขนาดยาได้สะดวกขึ้น

   5. แพทย์เขียนชื่อยา ขนาดยา จำนวนที่ชัดเจนระหว่าง admit และ D/C plan

2. **อุบัติการณ์** : จ่ายยาผิดตัว เดือนธันวาคม 2561 ปกติผู้ป่วยทาน Teevir (TDF +FTC+EFV) แต่เภสัชกรจ่าย Teno-em (TDF+FTC) สูตร 2 ตัวให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยทานยาไป 1 เดือน

   สาเหตุ : ชื่อยาคล้ายกัน

การแก้ไข :

1. เปลี่ยนชื่อยาในระบบ HOSxp จาก Teno-em เป็น Emtricitabine+Tenofovir เพื่อให้แตกต่างจาก Teevir
2. เสริมความรู้ทั้งเจ้าหน้าที่จัดยา เจ้าพนักงานเภสัชกรรมและเภสัชกรเพื่อให้ช่วยกันเฝ้าระวัง ถ้า Teevir จะเป็นสูตรรวมยา 3 ตัว มียาแค่กระปุกเดียว แต่ถ้า Teno-em จะเป็นสูตร 2 ตัว ต้องทานคู่กับยาอีก 1 ตัว อาจจะเป็น EFV หรือ NVP

- Administration error

1. **อุบัติการณ์** : เวรดึกพยาบาลบริหารยาผิดตัว Haloperidol lactate 5 mg/ml และ Haloperidol deconate 50 mg/ml

สาเหตุ : ยาชื่อคล้ายกันและจัดเก็บไว้ใกล้กันในตู้ยาที่ ER แพทย์สั่งใช้ยา พยาบาลไม่ทราบว่าเป็นยาคนละตัว

การแก้ไข : ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับแพทย์และพยาบาล ER ได้ข้อสรุป คือ ไม่สำรอง Haloperidol deconate 50 mg/ml ไว้ที่ ER เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้า ไม่จำเป็นต้องได้เร่งด่วน เพื่อไม่ให้เกิดการบริหารยาผิด จึงนำออกจากรายการยา ER รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการออกฤทธิ์ยาทั้งสองตัวกับพยาบาล

2. **อุบัติการณ์** : เวรดึกพยาบาลจ่ายยาผิดขนาด คีย์ amoxicillin 500 mg แต่จ่าย amoxicillin 250 mg

สาเหตุ : เกิดจากยามีลักษณะคล้ายกันและวางอยู่ข้างกันในชั้นยา Stock ER

การแก้ไข : จัดทำชั้นยาใหม่เป็นตะกร้าเพื่อให้มองเห็นและหยิบยาได้ง่าย แยกยาทั้งสองขนาดออกจากกัน

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

จากการติดตามอุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่ม HAD ระดับ E ขึ้นไป ไม่พบอุบัติการณ์ในปี 2560 ในปี 2561 พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ระดับ F คือ เดือนธันวาคม 2560 เวรดึก พยาบาลยา Norepinephrine inj ผิดขนาด แพทย์สั่งขนาด 4 mg ใน D5W 250 ml แต่พยาบาลให้ยา 4 amp (16 mg) เนื่องจากเป็นพยาบาลใหม่ ไม่ได้ทำตามระบบ HAD คือไม่ได้ independence check ชื่อยา ความแรงยา ขนาดยา กับพยาบาลอีกคน จากการทบทวนต้องปฏิบัติตามกระบวนการ HAD และเจ้าหน้าที่ใหม่ต้องเข้าอบรมตามนโยบายของ HRD 100%

ปี 2560 พบ phlebitis จากการบริหาร dopamine 1 เคส และ Norepinephrine 3 เคส จากการทบทวนร่วมกับ IC และพยาบาลใน Ward ได้ข้อสรุปแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน phlebitis ดังนี้

1. ก่อนเริ่มให้ยา ซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดแสบบริเวณที่ให้ยา
2. Observe เส้นเลือดและบริเวณที่ให้ ถามอาการปวดบริเวณที่ให้ ทุก 2 ชั่วโมง (ถ้าไม่ใช่ HAD round IV ทุก 4 ชม.)
3. เพิ่มเติม Nurse Note ให้ระบุการพยาบาล และอาการที่พบในเวร
4. แนะนำผู้ป่วยถ้ามีอาการผิดปกติ ปวดแสบแดงบริเวณที่ให้ยา ให้แจ้งพยาบาลทันที แล้วทำการเปลี่ยนเส้นเลือดที่ให้
5. ก่อน off ยา ถ้าเป็น Norepinephrine ให้ drip ใน 5%DW100ml ป้องกันการ Oxidation ทำให้ฤทธิ์น้อยลง ถ้าเป็น Dopamine drip ได้ทั้ง NSS และ 5%DW เพื่อให้ไล่ยาที่อาจค้างอยู่ในเส้นเลือดแล้วทำให้เกิด phlebitis เพราะอุบัติการณ์ที่เกิดส่วนใหญ่เกิดหลังจาก off ยาไปแล้ว

ส่วนอุบัติการณ์ยา HAD ระดับ A-D ที่ได้มีการติดตามและทบทวนในปี 2560 เช่น พบแพทย์ยังมีการสั่งใช้ยา Dopamine inj โดยใช้คำสั่งเป็นอัตราส่วน(1:1,2:1) PTC ได้ทบทวนและรณรงค์ผ่านองค์กรแพทย์ให้ใช้คำสั่งที่ชัดเจนเป็นขนาดยาเป็นมิลลิกรัม และเขียนปริมาณสารน้ำที่ให้ พบว่าในปี 2561 ยังไม่พบการใช้คำสั่งแบบอัตราส่วน อุบัติการณ์ด้านการบริหารยา HAD อื่นๆ เช่น ไม่ได้ติดป้ายการใช้ HAD สีแดงหน้าชาร์ต, ไม่ scan ใบ monitor ให้ห้องยา ได้มีการเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามกระบวนการ

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผลและแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ:

ปีงบประมาณ 2560 เริ่มมีการดำเนินงานเรื่องการใช้ยาสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลสังคมและใน รพ.สต.เขตอำเภอ

สังคม โดยต้องมีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด เป้าหมายในปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลและ รพ.สต.ต้องผ่าน RDU ขั้นที่1 คือ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ครบ 5 ข้อและ รพ.สต.มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลสังคมและ รพ.สต.ในเขตอำเภอสังคม สามารถผ่าน RDU ขั้นที่ 1 ได้

ปีงบปะมาณ 2561 เป้าหมายโรงพยาบาลและรพ.สต ต้องผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ตัวชี้วัดของ รพ.สตยังคงเดิมแต่ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ส่วนตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเริ่มจับที่ 20 ตัวชี้วัดมากขึ้น โดยตัวชี้วัดที่ท้าทายของโรงพยาบาลสังคม คือตัวชี้วัดเรื่องการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงฉียบพลันและโรคแผลติดเชื้อและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวานและโรคหอบหืด ผลการดำเนินงานปีงบ 2561 ไม่สามารถผ่านขั้นที่ 2 ได้ทุกตัวชี้วัดแต่มีแนวโน้มดีขึ้น คณะกรรมการPTC ได้มีการวางแนวทางการสั่งใช้ยาการวินิจฉัยในตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านให้เจ้าหน้าที่ได้ตระหนักมากขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลที่มีการสั่งยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- ผู้รับผิดชอบดึงผลการดำเนินงานจาก HDC report รายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการ PTC รับทราบเป็นประจำทุกเดือน เพื่อร่วมหาสาเหตุและวางแนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาการสั่งใช้ยาที่ยัง ไม่สมเหตุสมผล

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

- ประชุมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปี 2559 ตามนโยบายของ HRD มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ประชุมในเรื่องที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานที่ต้องใช้เงินลงทะเบียนเองได้ปีละ 1 ครั้ง
- การประชุมอื่นๆภายในจังหวัด เช่น การอบรมโปรแกรมการบริหารคลังและเวชภัณฑ์, การประชุมการดูแลผู้ป่วย HIV
- เจ้าหน้าที่ใหม่ ต้องได้รับการอบรมระบบการทำงานในหน่วยงาน

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP ซึ่งระบบงานบริการผู้ป่วย อนุญาตให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยด้วยการใช้รหัสส่วนตัว เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ โดยให้เฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา
- ข้อมูลการแพ้ยา : เพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ กรณีบันทึกการจ่ายยาระบบแจ้งเตือนใน HOSxP ว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ในทุกจุดบริการ และมีการติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูที่ปกด้านหน้าของ OPD card
- ข้อมูลน้ำหนักตัวผู้ป่วย : เพื่อให้เภสัชกรสามารถทบทวนในเรื่องการคำนวณขนาดยา
- ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: แพทย์ , พยาบาล เภสัชกร สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยระบบคอมพิวเตอร์ ได้เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในกระบวนการรักษาพยาบาล ปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มี CrCl ต่ำผิดปกติ เป็นต้น
- การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ขึ้นอยู่กับระดับสิทธิ์การใช้งานที่กำหนดโดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศรวมกับ PCT (Patient Care Team)

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

- มีการจัดเภสัชสารสนเทศทุกหน่วยงานสามารถสอบถามข้อมูลยาทุกตัวในโรงพยาบาลอ้างอิงจาก Drug information เนื่องจากพบว่ามีรายละเอียดบางอย่างไม่มีในคู่มือหรือข้อสงสัยอื่นๆ จึงมีช่องทางนี้ให้เข้าถึงข้อมูลยาได้เพิ่มขึ้น
- การจัดทำคู่มือแนวทางในการบริหารยา HAD และแบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผลการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อป้องกัน ME/ADE

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- มีการทำแจ้งเตือน (pop up) ในระบบ HOSxP กลุ่มยาที่อาจทำให้เกิดการแพ้ที่รุนแรงได้ ได้แก่ Allopurinol, Carbamazepine, Phenytoin, Phenobarbital, Nevirapine, rifampicin, Co-trimoxazole เพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาตระหนักมากขึ้น ผลการดำเนินงาน ยังไม่พบผู้ป่วยที่เกิดการแพ้ยาที่รุนแรงที่เริ่มยากลุ่มนี้ที่โรงพยาบาลสังคม
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังอันตรกิริยาระหว่างกับยา ARV ได้แก่ กลุ่ม PI, Efavirenz กับ ยา ergotamine tartrate ที่อาจทำให้เกิด gangrene โดย
    1. เพิ่มฐานข้อมูล DI ในระบบ HOSxPเพื่อแจ้งเตือนกรณีมีการสั่งใช้ยาร่วมกัน
    2. เพิ่มการแจ้งเตือนในระบบ HOSxP เพื่อให้แพทย์เฝ้าระวัง กรณีมีการสั่งใช้ยาแก้ปวดไมเกรน ergotamine tartrate

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

หน่วยงานที่มีการจัดเก็บยาต้องมีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นประจำทุกวัน โดยกำหนดให้อุณหภูมิที่จัดเก็บยาไม่เกิน 30 องศาเซลเซียสและความชื้นไม่เกิน 70 % เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบตรวจเชค Stock ยาเป็นประจำทุกเดือนโดยตรวจเชครูปลักษณ์ภายนอกสีเม็ดยาหรือแผงยาอยู่เสมอ และเชควันหมดอายุโดยเฉพาะรายการยาที่ไม่มีการสั่งใช้

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

(1) การจัดหายา:

- จัดทำแผนการซื้อยาประจำปีงบประมาณ โดยพิจารณาปัจจัยตาม มูลค่าการใช้ยาต่อปีงบประมาณ อัตราการใช้ยาย้อนหลัง 3 ปี พื้นที่การจัดเก็บยาในคลังยา และระยะเวลาอายุของยา
- มีการดำเนินการจัดซื้อ ตามระเบียบพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โดยจัดซื้อยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิต/จำหน่าย และจัดซื้อยาจากบริษัทที่ผ่านการสอบการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/เขต
- เจ้าหน้าที่ควบคุมคลังเวชภัณฑ์ คำนวณยอดการสั่งซื้อเวชภัณฑ์ ประจำเดือน โดยเวชภัณฑ์แต่ละรายการจะต้องมีคงคลังไม่น้อยกว่า 1 เดือน และ คงคลังไม่มากกว่า 3 เดือน ยกเว้นยาไม่มีในคลัง ซึ่งเป็นรายการยาที่มีปริมาณการใช้น้อยคงคลังอาจน้อยกว่า 1 เดือน และยาที่ใช้ในโครงการต่าง ๆจะจัดซื้อตามปริมาณการใช้จริงตามโครงการ โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบ
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจัดทำใบสั่งซื้อ โดยใบสั่งซื้อจะกำหนดวงเงินไม่เกิน 500,000 บาท/บิลล์ รอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ
- ติดต่อสั่งซื้อยาทางโทรศัพท์ หรือส่งโทรสาร ในกรณีที่เป็นการสั่งซื้อจากองค์การเภสัชกรรมหรือ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และ ส่งจดหมาย ในกรณีที่เป็นการสั่งซื้อยาเสพติด
- ติดตามยาที่สั่ง หรือส่งใบสั่งซื้อไปแล้ว ถ้าพบว่ามีปัญหา ต้องติดต่อกับบริษัทเพื่อหาสาเหตุ และแจ้งเภสัชกรทราบเพื่อทำการแก้ไขต่อไป
- กรณีรายการยาที่แพทย์มีความจำเป็นต้องการใช้ยาในกรณีเร่งด่วน แจ้งเภสัชกรเพื่อทำการยืม/แลกเปลี่ยนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลหนองคาย

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- กุญแจคลังยา ต้องล็อค 2 ชั้นและต้องแยกเก็บกุญแจคนละชุดเวลาเปิดคลังต้องมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน โดยให้ถือกุญแจคนละชุด
- ระบบควบคุมคุณภาพคลังยาปรับปรุงจากเดิมใช้เครื่องปรับอากาศควบคุม 12 ชั่วโมง ปรับเป็น 24 ชั่วโมง มีเครื่องปรับอากาศ 2 เครื่องสลับกันทำงานทั้งคลังยาใหญ่และคลังยาย่อย เนื่องจากเดิมไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ 25 องศาเซลเซียสได้ตลอดวัน
- ตู้เย็นจัดเก็บยาใช้รุ่นกำหนดอุณหภูมิคงที่ 2-8 องศาเซลเซียส จำนวน 2 ตู้ อยู่ที่คลังใหญ่ และ substock ตู้เย็นเก็บ

วัคซีนจำนวน 1 ตู้ ทุกวันมีเจ้าหน้าที่บันทึกอุณหภูมิและความชื้นของคลังยา อุณหภูมิตู้เย็นเก็บวัคซีน (ช่องแช่แข็ง -25 องศาเซลเซียส ถึง -15 องศาเซลเซียส, ช่องแช่เย็น 2 – 8 องศาเซลเซียส) และอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยา (2 – 8 องศาเซลเซียส)

- กรณีไฟฟ้าดับ ใช้เครื่องสำรองไฟและมีระบบแจ้งฝ่ายเภสัชกรรม หากเกิดขัดข้องเป็นเวลานานเกิน 30 นาที
- ระบบการสำรองยาที่หน่วยบริการ ในปี 2561 มีการทบทวนและปรับปรุงรายการยาสำรองในหน่วยบริการ ER และ Ward

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

การเก็บสำรองยารถฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยใน คณะกรรมการ PTC ได้ทบทวนและกำหนดรายการยาจำนวน มีการกำหนดแนวทางการตรวจสอบและเบิกคืนยาที่ชัดเจน เนื่องจากระบบเดิมฝ่ายเภสัชกรรมไม่สามารถตรวจสอบยาที่ถูกใช้ไปได้ เพราะการเบิกไม่มีหลักฐาน เช่น ใบสั่งยา ในการเบิกยา ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลเบิกจ่ายยาตามใช้จริงที่ห้องยา

ยาฉุกเฉิน ห้องยาจัดทำ emergency box ให้แก่หน่วยงานต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มยาช่วยชีวิตจะไม่ขาด รวมทั้งยังสามารถตรวจสอบยาหมดอายุได้ง่ายขึ้นเมื่อมีการนำยาออกมาใช้ให้นำมาเปลี่ยนที่ห้องยาทันทีโดยแนบใบสั่งยาและ HAD monitor มาด้วยและมีมาตรการติดตามตรวจสอบการสำรองยาโดยฝ่ายเภสัชกรรมทุกเดือน

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

วิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิดและมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ:

- พยาบาลวิชาชีพที่ห้องฉุกเฉินทำการตรวจรักษาคนไข้ ส่งมอบยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและมีการกำหนดรายการยาที่พยาบาลสามารถสั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยได้ โดยอยู่ในการดูแลของแพทย์
- กรณีผู้ป่วยต้องได้รับยานอกเหนือจากพยาบาลสั่งจ่ายได้ ต้องติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์เวรก่อนสั่งใช้ยา เมื่อมีการสั่งใช้ยาเพิ่มเติมแพทย์ต้องมาลงชื่อกำกับภายใน 8 ชม.
- มีระบบให้คำปรึกษาจากเภสัชกร โดยติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- กรณี Admit พยาบาลห้องฉุกเฉินจัดยาให้แก่ผู้ป่วยใน พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง
- มีมาตรการจำกัดการเข้าถึงยาในกลุ่มที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น tramadol มีการกำหนดในระบบให้สั่งใช้โดยแพทย์เท่านั้น และจำกัดการสั่งในแต่ละคนแต่ละครั้งจำนวนไม่เกิน 20 เม็ด รวมไปถึงยาในกลุ่มที่เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น diazepam inj. และกลุ่มยาจิตเวชแบบฉีด เช่น haloperidol inj., Fluphenazineinj. เป็นต้น ก็ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ ถ้ามีการสั่งใช้การเบิกยาคืนต้องนำใบสั่งยามาประกอบการเบิกจ่ายทุกครั้ง
- ยาที่ใช้ในเวรดึก พยาบาลต้องพิมพ์ใบรายการยาที่สั่งใช้ไว้ให้ผู้ช่วยพยาบาลนำส่งที่ห้องยาก่อน 9 โมงเช้า ห้องยาจัดยาคืนตามใบสั่งยา เจ้าหน้าที่ห้องยานำส่งยาคืนเพื่อให้พยาบาลเติม stock ก่อน 12.00 น. พร้อมตรวจสอบรายการยาและลงบันทึกในสมุดตรวจสอบรายการยา โดยยาฉีด สารน้ำ ให้พยาบาล ER เป็นผู้รับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนในแต่ละเวร ส่วนห้องยาจะรับผิดชอบตรวจสอบในส่วนของยาเม็ด ยาน้ำ ยาใช้ภายนอก

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

1. กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถนำยามาคืนที่ตู้รับคืนยา รวมทั้งยาผู้ป่วยออกหน่วยที่เหลือที่ รพ.สต.ส่งคืน เภสัชกร/ เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ตรวจสอบยาเดิม นำมาคัดแยกยาเสื่อมสภาพ ยาหมดอายุเพื่อทำลาย และยาสภาพดีนำกลับมาใช้ โดยเภสัชกรตรวจสอบคุณภาพพิจารณานำกลับมาใช้
2. กรณีผู้ป่วยใน หากผู้ป่วยกลับบ้านหรือแพทย์หยุดยา ยาที่เหลือจะถูกส่งคืนมากับรถยาของ ward เภสัชกรจัดเก็บคืนทันทีวันต่อวันพร้อมทั้งค้นหา administration error จากยาที่เหลือมา หากพบจะโทรติดต่อ ward เพื่อหาสาเหตุ ถ้าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา จะลงบันทึกความเสี่ยง

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- การเขียนคำสั่งใช้ยา จะต้องระบุทั้งขนาด ความแรง และจำนวนของยา พร้อมลงลายมือชื่อผู้สั่งใช้ทุกครั้ง โดยให้เขียนรายการยาด้วยชื่อสามัญทางยา (generic name)ไม่ให้ใช้คำย่อในการสั่งใช้ยา ยกเว้น รายการยาที่มีชื่อย่อสากล ควรใช้หน่วยเมตริกในการเขียนความแรงยา และกรณีสั่งใช้ยาเดิมผู้ป่วย ไม่ควรเขียน RM แทนคำสั่งใช้ยา
- การสั่งใช้ยาด้วยคำสั่งทางวาจาหรือทางโทรศัพท์นั้นให้ใช้ได้เฉพาะกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วยเท่านั้น และแพทย์จะต้องมาลงชื่อรับรองคำสั่งการใช้ยาภายใน 24 ชั่วโมง และจะต้องรายงานโดยใช้หลักการของ SBAR
- พยาบาลนอกเวลาราชการ สามารถสั่งใช้ยาได้ตามกรอบบัญชีรายการยาที่กำหนดเท่านั้น
- รายการยาที่สั่งใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่บันทึกเอาไว้ในเวชระเบียน
- ในการสั่งใช้สารน้ำ หรือยาที่สั่งใช้แบบ one day ให้คำสั่งของแพทย์นั้นคงอยู่เพียง 24 ชั่วโมง หลังมีคำสั่งใช้ยา

(2) medication reconciliation:

ผู้ป่วย Admit ทุกรายพยาบาลซักประวัติโรคประจำตัวและยาเดิมที่ทานทุกครั้ง ถ้ามีแจ้งแพทย์พิจารณาให้ยาหรือไม่สั่งใน order แล้วรับยาที่ห้องยาซักประวัติยาเดิมทุกครั้งถ้าพบมียาเดิมบันทึกในแบบฟอร์ม medication reconciliation และปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง แนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการซักประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา จาก ER และ Ward
2. ก่อนจัดยาเจ้าหน้าที่ห้องยาต้องตรวจสอบประวัติการใช้ยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยทุกครั้ง หรือหากเป็นผู้ป่วยที่รับยาที่อื่น ต้องสอบถามยาโรคประจำตัวเดิมที่นำมาด้วย หรือถ้าไม่ได้นำมาหรือจำไม่ได้ ห้องยาจะต้องเป็นผู้ประสานเพื่อสอบถามรายการจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา ยาโรคเรื้อรังทุกตัว จะให้ห้องยาจัดยาให้กับผู้ป่วย ยกเว้น ยารักษาวัณโรค และยาต้านไวรัสHIV จะให้ผู้ป่วยจัดทานเอง เนื่องจากมีเวลาประจำที่ผู้ป่วยทานอยู่แล้ว

(3) ถ้ามีการใช้ CPOE ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

การสั่งใช้ยาของผู้ป่วยนอกจะมีการสั่งยาผ่านระบบ Hos-xp โดยจะมีสติกเกอร์ยาออกที่ห้องยาก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงห้องยาทำให้สามารถจัดยาไว้รอผู้ป่วยและแพทย์จะปริ้นใบสั่งยาให้ผู้ป่วยมายื่นที่ห้องยา เจ้าหน้าที่ห้องยาสามารถ dobble check สติกเกอร์ยาและใบสั่งยาได้ ก่อนจ่ายยาเภสัชกรสามารถเชคกับระบบ Hos-xp ได้อีกรอบเพิ่มความมั่นใจในการจ่ายยามากขึ้นและลดเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยได้

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จะเป็นผู้รับใบสั่งยา พร้อมกับดูรายการยาที่สั่งเบื้องต้น เช่น จำนวนที่สั่ง ยาที่สั่งกับสติ๊กเกอร์ที่ออกมา หากไม่ถูกต้องจะมีการแก้ไขให้ตรง
- ก่อนจ่ายยา เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยาอีกครั้ง เช่น อาการสำคัญกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ผู้ป่วยเป็นแผลในปาก แพทย์ต้องการสั่ง Triamcinolone oral paste แต่สั่ง Triamcinolone 0.02% cream, ข้อห้ามใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย, ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องต้องมีการเปรียบเทียบรายการยาที่หมอส่ง กับประวัติยาเดิมใน HOSxP และสมุดประจำตัวของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับยาต่อ เภสัชกรจะตรวจสอบยาที่แพทย์สั่งกับใบส่งตัวก่อนจ่ายยาทุกครั้ง ในเคสที่ปรับยาแพทย์จะทำเครื่องหมายเพื่อแจ้ง ได้แก่ เพิ่ม ลด OFF Add แต่ถ้ามีรายการเปลี่ยนไปโดยที่แพทย์ไม่ได้ระบุตามข้อตกลง เภสัชกรจะโทร consult ยืนยันการเปลี่ยนแปลงกับแพทย์ทุกครั้ง

(2) การจัดเตรียมยา:

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะรับใบสั่งยาเพื่อประกบกับสติ๊กเกอร์ที่แพทย์สั่งออกมา เพื่อนำไปจัดโดยใส่ในตะกร้าสีชมพูหากเป็นผู้ป่วยที่ต้องชำระเงิน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ชำระเงินจะใส่ในตะกร้าสีเขียว

- ยาที่มีปริมาณการใช้เยอะในแต่ละวัน เช่น paracetamol หรือในวันคลินิก NCD กลุ่มยาโรคเรื้อรัง จะมีการแพคยาใส่ซองยาไว้ก่อน หากมีการสั่งใช้ก็จะนำมาติดฉลากได้ทันที เพื่อความรวดเร็ว ลดระยะเวลาการจัดยาและระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย

(3) การติดฉลากยา

รายการยาที่ต้องกันแสง บนฉลากยาจะมีคำว่า Li อยู่ เจ้าหน้าที่ที่จัดยาต้องสังเกตก่อนติดฉลาก หากต้องกันแสงต้องติดใส่ซองสีชา แต่ถ้ายาที่ไม่ต้องกันแสงก็ติดซองใส

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- เวรเช้าบ่าย ER จะใช้ยาฉีดใน Stock หลังจากใช้ยาผู้ป่วยนำใบสั่งยามายื่นรับยากลับบ้านที่ห้องยา ยาที่ใช้ไป ER จะเขียนคำว่า “ER” หน้ารายการยา เพื่อเป็นการสื่อสารว่าใช้ยาใน Stock ไป ห้องยาแยกยาที่ฉีดไว้ในตะกร้ายาเวรเช้าเพื่อส่งคืน ER ก่อน 16.00 น. เวรบ่ายก่อน 24.00 น. ส่วนคนไข้ที่ไม่ได้รับยากลับบ้านแต่ใช้ยาฉีดไป ER จะพิมพ์ใบสั่งยาไว้เบิกยาคืนส่งห้องยาก่อน 15.00 น. เวรบ่ายก่อน 23.00 น.
- ยาและสารน้ำเบิกเวรดึก เจ้าหน้าที่ห้องยาจัดยาตามใบเบิก ก่อนนำส่งต้องให้เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบยาที่จัดกับรายการยาเบิกก่อนนำส่ง พยาบาลที่รับยาตรวจสอบยาที่จัดอีกครั้ง ทั้งผู้เบิก ผู้รับ ผู้จัด และผู้ตรวจสอบต้องลงชื่อในใบเบิกยาแต่ละวัน

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

ก่อนส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เภสัชกร ต้องระบุตัวคนไข้ให้ถูกคน คือ ขานชื่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแจ้งนามสกุล สอบถามประวัติแพ้ยา อาการสำคัญของผู้ป่วย จ่ายยาพร้อมแนะนำวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงที่สำคัญ ข้อควรระวังในการใช้ยา

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้ MAR การตรวจสอบซ้ำ:

1. แพทย์ประจำหอผู้ป่วยจะดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยการ Round ผู้ป่วยรายเตียงเวลา 09.00 น. หลังจากนั้นจะมีการบันทึกข้อมูลอาการคนไข้ คำสั่งการรักษาใน doctor order sheet และเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยจะทำการแสกน order เข้าโปรแกรม Hos-Xp จะบันทึกในส่วนของ ระบบจะมีการแจ้งเตือนมายังห้องยาว่า มีOrder การสั่งยาใหม่
2. เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จะทำหน้าที่ทวนสอบซ้ำการสั่งใช้ยาว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่ จากนั้นจะ add chart เป็นใบสั่งยาในวันนั้น เภสัชกรจะพิมพ์ฉลากยา 1 ชุดและใบแสดงรายการยา(Drug Profile) เก็บไว้ที่ห้องยา ฉลากยาจะได้รับการจัดยาเป็นชุดๆแบบ Oneday dose แยกตามผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อจัดยาเสร็จเภสัชกรจะตรวจสอบยาใน lockใส่ยาเรียงตามลำดับเตียง พร้อมจะมีการส่งมอบรถยาที่จัดเสร็จแล้ว ให้แล้วเสร็จก่อนเวลา 12.00 น. โดยใบ MAR ให้พยาบาลผู้ป่วยในเข้าไปปริ้นในระบบ Hos-xp
3. เมื่อรถยามาถึงตึกผู้ป่วย พยาบาลเวรเช้า จะตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และจะส่งมอบยาก่อนอาหารเย็น เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำ(Re-check) การให้รับประทานยา ให้น้ำเกลือจะต้องมีการลงเวลาที่ให้กินยาตามความเป็นจริง พร้อมลงลายมือชื่อ

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- **คลินิก ARV/TB** : การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการใช้ยา วิธีและเวลาการรับประทานยาที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกเวลาในการรับประทานยาที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของตนเอง อธิบายข้อดีของการกินยา เช่น การใช้ยาในวันโรค กินยาครบตรงเวลา หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทานยา และให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการช่วยติดตามการทานยาของผู้ป่วย อธิบายอาการข้างเคียงจากยาทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรง หากเป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง (Intensive ADR) จะมีแนวทางเพิ่มเติม คือ ให้บัตรเฝ้าระวังอาการแพ้ยาที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย แนะนำทั้งญาติและผู้ป่วยสังเกตอาการเริ่มต้นที่อาจพัฒนาไปเป็นการแพ้ยาที่รุนแรง เพื่อช่วยเฝ้าระวังเมื่อกลับไปที่บ้าน
- **คลินิกโรคเรื้อรัง ในวันจันทร์** (CKD clinic) อังคาร (DM clinic) พุธ (HT clinic) จะมีการให้ความรู้การใช้ยาแก่

ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ รวมทั้งค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ปรับเปลี่ยนวิธีการทานยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น กรณียา Simvastatin ปกติฉลากยาของโรงพยาบาลตั้งเป็นอัตโนมัติที่ ก่อนนอน แต่ผู้ป่วยบางคนมักลืมทานยาก่อนนอน เภสัชกรจึงแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นทานยาหลังอาหารเย็นได้ หลังจากการแก้ไขปัญหาการใช้ยา จะมีการทำ pharmacist's note ใน HOSxP เพื่อสื่อสารกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

- **คลินิก Warfarin** : ผู้ป่วยที่ทานยา warfarin ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลสังคมจะเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นญาติจึงมีส่วนสำคัญมากที่ช่วยในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีทั้ง รพร.ท่าบ่อ และ รพ.หนองคาย เมื่อแรกรับเข้าคลินิกที่โรงพยาบาลสังคม เภสัชกรจะมีการประเมินความรู้เบื้องต้นเพื่อเป็น baseline จากนั้นจะมีการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติทั้งลักษณะกายภาพของยา ข้อบ่งใช้ อาการข้างเคียง กิจกรรมต่างๆที่อาจมีผลต่อการรับประทานยา เป็นต้น และในทุก visit ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเภสัชกรจะประเมินความรู้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยจำข้อมูลได้

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

บัตรเฝ้าระวังการใช้ยาที่ทำให้เกิดการแพ้ที่รุนแรง เพื่อให้เฝ้าระวังอาการแรกเริ่มที่อาจพัฒนาเป็นการแพ้ยาที่รุนแรง แนะนำให้รีบกลับมาพบแพทย์หากมีอาการที่แนะนำ และนัด follow up โดยจะให้ยาไม่เกิน 1 เดือน

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

- กรณีผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้นำห่อยามาโรงพยาบาลทุกครั้ง พยาบาลประจำคลินิกจะช่วยดูยาและแจ้งแพทย์ให้สั่งยาถึงวันนัดโดยหักจำนวนยาที่ผู้ป่วยเหลือออกและคืนให้ผู้ป่วยไปใช้ต่อ
- กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาล เก็บยาไว้ที่ห้องยา เจ้าหน้าที่ห้องยาทำ Med reconciliation แจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งใช้ยาต่อเนื่องและถ้าแพทย์สั่งใช้ต่อให้นำยาของผู้ป่วยมาจัดให้รับประทานต่อเนื่อง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- จากการทบทวนงานคลังและบริหารเวชภัณฑ์ในปี 2560 พบปัญหายาขาดคราวและปริมาณคงคลังยาบางตัวสูง ในปี 2561 มีการจัดทำ Substock เพื่อสำรองยาในการใช้แต่ละสัปดาห์ ส่งผลให้สามารถควบคุมปริมาณอัตราการใช้ยาได้เหมาะสม จำนวนยาขาดลดลง ปริมาณการสั่งยาในรอบไตรมาสลดลง
- การจัดตั้งคลินิก Warfarin ในปี 2560 ให้บริการผู้ป่วยในเขตอำเภอสังคมที่ถูกส่งตัวกลับมาเพื่อรับยาใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางในการไปรับบริการที่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด
- พัฒนากระบวนการ medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วย NCD, ARV, Warfarin ให้ผู้ป่วยมีสมุดโรคประจำตัว หากมีการปรับเปลี่ยนยาจะมีการสื่อสารลงในสมุด และใน HOSxP จะกำหนดให้มีการทำ pharmacist's note เพื่อสื่อสารกันในแต่ละหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	4	I	รพ.สามารถชำระค่ายาให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้มียาสำรองพอใช้และไม่ต้องเปลี่ยนบริษัทบ่อย
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา	3	L,I	-มีการจัดอบรมหน่วยงานที่มีการสำรองยาให้มีกระบวนการจัดเก็บ รักษาและเบิก-จ่ายยาเหมือนห้องยา -มีการประเมินติดตามโดยคณะกรรมการ PTC เป็นประจำทุกเดือน
54. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง	3	A,I	-การสั่งใช้ยาให้เข้าใจง่าย อ่านง่าย ครบถ้วนทั้งผู้รับคำสั่ง ผู้คัดลอกและผู้บริหารยา -นำข้อมูลความเสี่ยงจากการสั่งใช้ยาคืนองค์กร

			แพทย์ให้รับทราบและวางแนวทางแก้ไขให้รวดเร็ว
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา	5	I	-มีคอมพิวเตอร์ให้เภสัชกรที่จ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อสามารถ dobble check ข้อมูลผู้ป่วยใน Hos-xp ได้ก่อนจ่ายยา -มีการประเมินการดำเนินงานหน้างานทุกเดือน
56. การบริหารยาและติดตามผล	4	L	มีการติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างห้องยากับห้องฉุกเฉินหรือตึกผู้ป่วยในเป็นประจำทุกเดือน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
อัตราความผิดพลาดผิดด้าน/ผิดคน	1%	0	0	0.03	0	0.02	0
อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	2%	1.11	1.59	1.37	1.30	1.25	0.52
อัตราการฟิล์มเสียทั้งหมด	3%	1.71	1.98	1.79	1.52	1.48	0.25
ระยะเวลาการรอฟิล์มผู้ป่วยนอก	20 นาที	15	10	8	5	6	5
ระยะเวลาการรอฟิล์มฉุกเฉิน	10 นาที	10	8	6	7	5	6
ความพึงพอใจผู้รับบริการภายนอก	90%	-	91	91	90	90	95
ความพึงพอใจผู้รับบริการภายใน	85%	-	-	87	90	90	95

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงให้บริการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ทั่วไปทั้งในและนอกเวลาราชการ แต่เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางและรังสีแพทย์ฉะนั้นการอ่านและการแปรผลภาพถ่ายรังสีฯ แพทย์ผู้ส่งตรวจเท่านั้นที่จะเป็นผู้แปรและรายงานผล

การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี: ไม่มี

จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):

การปฏิบัติงานในเวลาราชการใช้อัตรากำลัง 2 อัตรา ได้แก่

1. เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ จำนวน 1 อัตรา
2. พนักงานผู้ช่วยรังสี จำนวน 1 อัตรา

จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี

เทคโนโลยีสำคัญ:

1. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป 1 เครื่อง
2. เครื่องเอกซเรย์ฟัน 1 เครื่อง
3. เครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติ 1 เครื่อง
5. ชุดป้องกันรังสี 2 ชุด
6. Thyroid shield. 2 ชุด
7. Gonad shield. 1 อัน

iii. กระบวนการ

II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- ปฏิบัติงานในวันเวลาราชการเวลา ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.ทั้ง 2 อัตราหลัง16.00น.จัดให้มีเวร On Call
- ปฏิบัติงานในวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.ทั้ง 1 อัตราหลัง16.00น.จัดให้มีเวร On Call
- กรณีมีเหตุอุบัติเหตุหมู่นอกเวลาราชการให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานพร้อมกันทุกคน

(2) ทรัพยากรบุคคล:

- เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ จำนวน 1 อัตรา(ประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์การแพทย์รังสีเทคนิค)
- พนักงานผู้ช่วยรังสี จำนวน 1 อัตรา (ปริญญาตรี.)

(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:

- เครื่องเอกซเรย์และห้องปฏิบัติการทางรังสีได้มีการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 8 จ.อุดรธานี
- ตรวจวัดและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ (เครื่องเอกซเรย์และพื้นที่ใช้เครื่องกำเนิดรังสี) ปีละครั้งและในปัจจุบันทางหน่วยงานได้เข้าร่วมโครงการ การปฏิบัติงานประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัยร่วมกับศูนย์วิยาศาสตร์การแพทย์เขต 8 จ.อุดรธานี โดยมี รพร.ท่าบ่อ และ รพ.หนองคายเป็นโรงพยาบาลให้คำปรึกษา ซึ่งผลการประเมินจะส่งเพื่อประเมินระบบคุณภาพ โดยศูนย์วิทย์ฯจะเข้ามาติดตามเป็นระยะ

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการทางรังสี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไวในระบบ IT ของหน่วยงาน ดังนั้นการเรียกค้นและลงทะเบียนข้อมูลจึงทำได้เฉพาะทาง Hos XP เท่านั้น โดยมีรหัสปลดล็อกเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของหน่วยงานไว้เฉพาะ
- การเรียกค้นประวัติฟิล์มสามารถเรียกค้นได้จาก ระบบ Hos XP เช่นกัน โดยใช้ HN. หรือ XN. ของผู้ป่วยเรียกค้น ซึ่งการจัดเรียงฟิล์มเอกซเรย์ จะเรียงตามลำดับ XN.
- มีสติกเกอร์สีติดแถบเพื่อบ่งบอกปี พ.ศ. ที่มีการถ่ายภาพทางรังสี
- ในกรณีที่ฟิล์มเป็นฟิล์มคดีความ หากมีการขอยืมฟิล์ม จะต้องได้รับความยินยอมจากแพทย์เวรหรือแพทย์เจ้าของคนไข้เท่านั้น พร้อมหลักฐาน เช่น สำเนาบัตรประชาชน หรือเอกสารอื่นๆที่สามารถระบุตัวตนหรือที่อยู่อย่างชัดเจน

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ชื่อ – สกุลในใบส่งตรวจหรือในระบบคอมพิวเตอร์ให้ตรงกับผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเอกซเรย์
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ / ไม่รู้สึกตัว ให้ดูจากป้ายข้อมือ
- ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ / ตำแหน่งที่จะเอกซเรย์
- กรณีที่ตำแหน่งที่จะเอกซเรย์ไม่ตรงกับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บให้ประสานงานกับแพทย์ผู้ขอ
- มีการทบทวน/ฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติตามคู่มือ/กระบวนการหลัก
- ปรึกษาหัวหน้างานหรือผู้ชำนาญกว่า
- อธิบายชี้แจงผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการของหน่วยงานอย่างชัดเจน

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- ในการส่งผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสีได้มีการสื่อสารการส่งตรวจมายังหน่วยงานรังสีได้แก่ ใบสื่อสาร (OPD Card),ระบบ IT (Hos XP) และโทรศัพท์แจ้งสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประสานงานกับแพทย์ กรณีที่ไม่ชัดเจนในคำสั่งตรวจและขอให้เขียน Order Confirm ร่วมกับการส่งผ่านระบบ HosXP
- มีการใช้แบบสำรวจความพึงพอใจกับแพทย์ผู้ส่งตรวจต่อคุณภาพของภาพถ่ายรังสีจำนวน 100 ฉบับ

II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) คำขอส่งตรวจ:

- ใบสื่อสาร (OPD Card)
- ระบบ (Hos XP)

(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:

- ตรวจความถูกต้องชื่อ – นามสกุล ผู้ป่วยกับใบสื่อสาร (OPD Card)
- ชี้แจง การปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยทราบก่อนการถ่ายภาพรังสี เช่น ถอดเครื่องประดับ และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิก
- อธิบายนแนวทางการให้บริการคนไข้ก่อน – หลัง ถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติได้ถูกต้อง
- ไฟแดงสัญญาณเตือนในขณะถ่ายภาพรังสี
- สัญลักษณ์รูปใบพัดแสดงบริเวณรังสี
- สัญลักษณ์และป้ายคำเตือนผู้ป่วยที่มีครรภ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 3 ภาษา ได้แก่ ไทย อังกฤษ และ สปป.ลาว
- มีอุปกรณ์ที่มีคุณภาพและมีความไวต่อรังสีสูง เพื่อป้องกันการได้รับรังสีจากการให้บริการ

(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:

- การให้บริการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยนอก ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 20 นาที
- การให้บริการถ่ายภาพรังสีผู้ป่วยนอก ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 15 นาที
- การให้บริการถ่ายภาพรังสีผู้ฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย ไม่เกิน 10 นาที

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- ผู้ป่วยเด็ก มีผู้ปกครองช่วยระหว่างการถ่ายภาพทางรังสีร่วมกับเจ้าหน้าที่รังสี เพื่อลดความวิตกกังวนของผู้ปกครอง
- ผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพนำส่งผู้ป่วย และดูแลตลอดการถ่ายภาพรังสีร่วมกับเจ้าหน้าที่รังสี
- ผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีพนักงานแปลนำส่งและค่อยดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่รังสี

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ชื่อ – สกุลในใบส่งตรวจหรือในระบบคอมพิวเตอร์ให้ตรงกับผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเอกซเรย์
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติ / ไม่รู้สึกตัว ให้ดูจากป้ายข้อมือ
- ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ / ตำแหน่งที่จะเอกซเรย์
- กรณีที่ตำแหน่งที่จะเอกซเรย์ไม่ตรงกับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บให้ประสานงานกับแพทย์ผู้ขอ
- มีการทบทวน/ฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติตามคู่มือ/กระบวนการหลัก
- ปรึกษาหัวหน้างานหรือผู้ชำนาญกว่า
- อธิบายชี้แจงผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการของหน่วยงานอย่างชัดเจน

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

มีข้อมูลชื่อ – สกุล, อายุ, XN และวันที่ ในการตรวจ บนฟิล์มหลังจากถ่ายภาพรังสี

(7) การแปลผลภาพรังสี:

เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ตรวจสอบคุณภาพฟิล์มเบื้องต้นก่อนนำส่งแพทย์ผู้ส่งตรวจแปลผล

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ตรวจสอบ ชื่อ – สกุลในใบส่งตรวจหรือในระบบคอมพิวเตอร์ให้ตรงกับผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเอกซเรย์

- ประเมินพยาธิสภาพผู้รับบริการก่อนให้บริการ เพื่อป้องกันอันตรายของผู้รับบริการ
- การให้บริการกลุ่มผู้รับบริการเพศหญิงที่มีอายุ 10 ขึ้นไป ซักประวัติข้อมูลประจำเดือนหากตังครรภ์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่รังสี เพื่อป้องกันอันตรายในสตรีมีครรภ์
- ไฟแดงสัญญาณเตือนในขณะถ่ายภาพรังสี
- สัญลักษณ์รูปใบพัดแสดงบริเวณรังสี
- เจ้าหน้าที่สวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อก่อนให้บริการผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงาน

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- มีอุปกรณ์ป้องกันรังสี เพียงพอและเหมาะต่อเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ เช่น ชุดป้องกันรังสี, Thyroid shield, Gonad shield
- มีเครื่องวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) ส่งตรวจวัดผลปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับทุกๆ 3 เดือน โดยกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และให้ จนท.บันทึกลายมือรับทราบผลการตรวจวัดทุกครั้ง

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- โรงพยาบาลสังคมได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการที่ 8 อุดรธานีในลักษณะเครือข่าย ที่มีการเกื้อกูลและพัฒนาไปพร้อมๆ กันในทิศทางเดียวกัน
- ได้ทดลองใช้ระบบคุณภาพตามรูปแบบในคู่มือคุณภาพให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอ่านคู่มือคุณภาพและแนะนำเทคนิค วิธีการ กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เริ่มกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก เช่นการตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือประจำวันและบันทึกค่าที่วัดได้ทุกครั้งและกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เริ่มเขียนมาตรฐานการปฏิบัติงานและขั้นตอนการทำงานที่รับผิดชอบโดยอ้างอิงจาก คู่มือปฏิบัติงานประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย Quality assurance workbook คู่มือคุณภาพ (Quality Manual, QM) มาตรฐานการปฏิบัติงาน(Quality Procedure ,QP) ขั้นตอนการทำงาน (Work Instruction, WI) เอกสารสนับสนุนต่างๆและแบบฟอร์มหรือบันทึกที่เกี่ยวข้อง
- การจัดเก็บและส่งข้อมูล การดูแลรักษาและปรับเทียบเครื่องมือใช้เอกสารรหัสชื่อเครื่องมือและคู่มือ การดูแลรักษาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน จัดเก็บรายงานส่งข้อมูล ให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 8 จ.อุดรธานีเป็นระยะ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้บริการรังสีที่มีคุณภาพ และทันเวลา

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3	I	- พัฒนาระบบบริการรังสีให้ครอบคลุม ตลอด 24 ชั่วโมง - จัดสรรนักรังสีที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการรังสี

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
1.จำนวนการเกิดอุบัติการณ์การรายงานผลผิด (การแก้ไขผล) (/Test)	0 %	0.69 (226/ 32,816)	0.14 (53/ 37,639)	0.072 (35/ 45,774)	0.070 (34/ 47,068)	0.058 (27/ 46,660)	0.028 (11/ 39,518)
2.ค่า EQA ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	100 %	77.3	68.7	77.4	76.7	82.2	89.89
3.ทำ IQC ให้ครอบคลุม	100 %	61.7 (29/47)	91.5 (43/47)	91.5 (43/47)	91.5 (43/47)	91.5 (43/47)	100 (43/43)
4.ทำ EQC/Interlab ให้ครอบคลุม	100	66.0 (28+ 4/47)	76.6 (28+ 8/47)	89.4 (35+ 7/47)	89.4 (35+ 7/47	89.4 (35+ 7/47)	100 (37+ 6/43)
5.อัตราการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดคน (ครั้ง/ราย)	0 %	N/A	N/A	N/A	0.0135 3/ 22,164	0.0200 6/ 21,780	0.023 4/ 17,292

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

การให้บริการ

เวลาทำการ เวรเช้า เวลาปฏิบัติงาน 08.00 - 16.00 น.
เวรบ่าย เวลาปฏิบัติงาน 16.00 - 20.00 น.
On call เวลาปฏิบัติงาน 20.00 - 08.00น.

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):

ประเภทของเจ้าหน้าที่	เวรเช้า (08.00-16.00 น.)	เวรบ่าย (16.00-24.00น.)	เวรดึก (24.00-08.00 น.)	เวรเช้าวันหยุดราชการ (08.00-16.00 น.)
นักเทคนิคการแพทย์	1	1 คน*	1 คน*	1 คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2			
ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ	1	-	-	-

* เวรบ่าย Stand by เวลา 16.00-20.00 น. และเวรดึก จะเป็นเวรตาม (On call) (20.00-8.00 น.)

iii. กระบวนการ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

เพื่อป้องกันเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและการออกผลทันต่อความต้องการของผู้รับบริการในวันเวลาราชการจะมีการสลับกันลงพักเที่ยงโดยเวลา 12.00-13.00 น.จะมีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่ 1 คนและจะลงพักก็ต่อเมื่อมีคนมาอยู่แทนเท่านั้น เป็นการแก้ปัญหาไม่ให้ห้องห้องปฏิบัติการขาดช่วงการทำงาน

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

1) มีการแยกกั้นเป็นสัดส่วนชัดเจน

1.1) บริเวณรับสิ่งส่งตรวจและเจาะเลือดอยู่ด้านหน้าห้อง

1.2) ห้องปฏิบัติการ

1.3) ห้องเก็บสต็อกน้ำยา

1.4) ห้องเอกสารและห้องพักเจ้าหน้าที่ (อยู่ห้องเดียวกัน)

2) ภายในห้องปฏิบัติการ มี Biosefty Carbinet Class II ที่ผ่านการสอบเทียบ นำมาใช้งานในการสเมียร์ AFB และ Stool examination

3) แยกอ่างล้างมือออกจากอ่างย้อมสี

4) มีที่ Hood ครอบอ่างย้อมสีเพื่อดูดกลิ่นที่รุนแรงที่รบกวนขณะทำการตรวจวิเคราะห์ เช่น สีย้อม AFB, กลิ่นปัสสาวะ

5) มีการบันทึกอุณหภูมิตู้เก็บน้ำยา, Dry bath, ตู้เย็นเก็บสิ่งส่งตรวจ, อุณหภูมิห้องปฏิบัติการและอุณหภูมิห้องเก็บอุปกรณ์น้ำยาทุกวันๆละ 2 ครั้ง (9.00 น.และ 16.00 น.) เพื่อรักษาสภาพแวดล้อมในห้องตรวจและควบคุมคุณภาพของน้ำยาที่ใช้ตรวจวิเคราะห์

(3) ทรัพยากรบุคคล:

- นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน
- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 2 คน
- ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ จำนวน 1 คน

รวมทั้งหมด 4 คน

(4) เครื่องมือและอุปกรณ์

อันดับ	รายการ	จำนวน
1	เครื่องเคมีตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ (Chemistry analyzer)	1
2	เครื่องเคมีตรวจวิเคราะห์สารน้ำในร่างกาย (Electrolyte)	1
3	เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ (Automate Cell Counter)	1
4	เครื่องนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาว	1
5	กล้องจุลทรรศน์ (Microscopic)	1
6	ตู้เย็นเก็บเลือดสิ่งส่งตรวจ (Specimen refigerator)	1
7	เครื่องปั่น Serofuge	1
8	เครื่อง Centrifuge	2
9	เครื่อง Microhematocrit Centrifuge	1
10	เครื่องปรับอุณหภูมิแบบแห้ง (Dry bath)	1
11	เครื่องหมุนส่าย (Rotator)	1
12	ตู้เย็นเก็บน้ำยา (Reagent refigerator)	1
13	เครื่องดูดปริมาตรอัตโนมัติ (Autopipette)	3
14	เครื่องอ่านแถบตรวจปัสสาวะ	1
15	เทอร์โมมิเตอร์(Thermometer)	4
16	Biosafety cabinet class II	1

17	เครื่องตรวจ Trop-T (POCT)	1
18	เครื่องตรวจ PT-INR (POCT)	1

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อผู้ให้คำปรึกษา:

การส่งบริการภายนอก เช่นแลบส่งต่อเบื้องต้นจะส่งไปที่หน่วยงานของรัฐบาลที่เปิดตรวจให้บริการซึ่งทุกทีจะได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ LA หรือ ISO 15109 และถ้าหากส่งหน่วยงานของเอกชนคุณสมบัติคือ ต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ LA หรือ ISO 15109 โดยมีรายละเอียดสถานที่ส่งต่อ ดังนี้

ที่	ชนิด	หน่วยตรวจ	การประเมิน
1	Thyrioid, ชิ้นเนื้อ และแลบอื่นๆ	บริษัท กรุงเทพ อาร์ไอเอ แล็บเซนเตอร์ จำกัด	มีแบบฟอร์มประเมินคุณภาพทุกครั้งที่ส่งตรวจ แล้วนำมาสรุปประเมินทบทวนหน่วยงานที่ส่งตรวจทุกปี
2	CD4, Hb typing	ร.พ.หนองคาย	
3	Viral load, Drug resisitance, TB Culture	สคร.7 ขอนแก่น	
4	HIV PCR	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
5	Hemo C/S, Protein Body Fluid, Cross-match	ร.พ.ร.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	
6	Acid phosphatase	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6	

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- กรณีที่ผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ป่วยที่มารับบริการมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถที่จะโทรศัพท์สอบถามหรือติดต่อสอบถามได้ด้วยตนเองทุกวัน กรณีขอคำปรึกษาที่สำคัญทางแลบก็จะลงในบันทึกการให้คำปรึกษา นำมาทบทวนพัฒนาคุณภาพต่อไป
- หากมีเรื่องที่เป็นประเด็นคุณภาพก็จะบันทึกในรายงานความเสี่ยงและติดต่อกับงานที่เกี่ยวข้องประสานทำความเข้าใจหาข้อสรุปที่ลงตัว ถ้าเกี่ยวข้องกับหลาย ๆฝ่ายก็จะแจ้งงาน RM ให้ช่วยจัดเวทีให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมประชุมเพื่อหาข้อสรุปในการแก้ไขปัญหา

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

เมื่อลงรับเข้ามาในระบบแล้วก็จะนำสิ่งส่งตรวจไปนำส่งในจุดที่ทำการตรวจวิเคราะห์ให้ตรงตามจุดในแต่ละการตรวจต่อมาก็จะทำการตรวจวิเคราะห์ตามกระบวนการทดสอบนั้น เมื่อแล้วเสร็จก็จัดการสิ่งส่งตรวจตามกระบวนการจัดการหลังการตรวจวิเคราะห์

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

- หน่วยงานที่ต้องการตรวจลงคำสั่งในระบบ HosXP
- OPD แลบลงรับในระบบแล้วทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ
- Ward/ER/PCU นำสิ่งส่งตรวจมาส่งที่จุดรับสิ่งตรวจ ห้องแลบทำการตรวจสอบสภาพสิ่งส่งตรวจว่าถูกต้องเหมาะสมกับชนิดการทดสอบหรือไม่
- ถ้าไม่เหมาะสม ให้ลงบันทึกรายละเอียดการปฏิเสธใน LIS แล้วแจ้งให้หน่วยงานที่ตรวจรับทราบให้ดำเนินการแก้ไข
- ถ้าเหมาะสมให้กดลงรับสิ่งส่งตรวจในระบบ LIS
- ทำการการตรวจวิเคราะห์ตามชนิดของการทดสอบ

- ลงรายงานผลลงในระบบ HosXP โดยแพทย์ผู้สั่งตรวจจะเปิดดูได้ตรวจสิทธิของแต่ละคน หากเป็นผลที่ขอด่วนจะโทรศัพท์แจ้งแผนกที่สั่งให้ทราบว่าตรวจเสร็จแล้ว

ปล. OPD เขียนในใบสื่อสารว่า “แลบ OK” แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปหาแพทย์ที่ทำการสั่งตรวจ

(2) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:

- การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์

ลงรายงานผลลงในระบบ HosXP โดยแพทย์ผู้สั่งตรวจหรือพยาบาลจะเปิดดูได้ตามสิทธิ์ของแต่ละคน เพื่อป้องกันความลับผู้ป่วยให้เผยแพร่ให้ไปให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องและลดการใช้กระดาษ หากเป็นผลที่ขอด่วนจะโทรศัพท์แจ้งแผนกที่สั่งให้ทราบว่าตรวจเสร็จแล้ว

1) OPD เขียนปั้มในใบสื่อสารว่า “แลบ OK” แล้วให้ผู้ป่วยนำใบสื่อสารกลับไปหาแพทย์ที่ทำการสั่งตรวจหากต้องการผลตรวจจะพิมพ์ให้พร้อมเซนต์กำกับและเซนต์ลงทะเบียนในสมุดขอรับผลตรวจ

- การรายงานค่าวิกฤ

กรณีผลการตรวจอยู่ในช่วงค่าวิกฤตห้องปฏิบัติการ จะมีการรายงานแยกต่างกัน ดังนี้

1) OPD ปั้มตรายางรายงานค่าวิกฤตลงในใบสื่อสารและแจ้งให้จุดซักประวัติทราบและให้ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ทันที

2) ER/WARD จะโทรศัพท์รายงานให้ผู้รับบริการ(พยาบาล) ทราบโดยเร่งด่วนตามหน่วยงานที่ส่ง และบันทึกชื่อผู้รับรายงานและเวลาที่แจ้งผลไว้ทุกครั้งในโปรแกรม LIS ซึ่งมีรายงานสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ ซึ่งค่าวิกฤตมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางแสดงค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ

Chemistry		
รายการตรวจ	**ค่าวิกฤติ (Critical values)**	
	ค่าต่ำ (low)	**ค่าสูง (high)**
-Creatinine	ไม่มี	GFR น้อยกว่า 30 (Stage 4-5) (เฉพาะรายใหม่)
-Glucose	< 70 mg/dl	ไม่มี
-Potassium(K+)	< 3.0 mmol/L	> 5.5 mmol/L
-Troponin T	Positive	
Hematology		
รายการตรวจ	**ค่าวิกฤติ (Critical values)**	
	ค่าต่ำ (low)	**ค่าสูง (high)**
-Hematrocrit	< 25% (เฉพาะรายใหม่)	> 60%
-Platelet	< 100,000/cu.mm	> 900,000/cu.mm
-WBC	< 4,000/cu.mm	> 20,000/cu.mm
-VCT	> 20 นาที	
Immunology		
-Lepto(screening)	Positive (ให้แจ้งงานระบาดด้วย)	
-DengueNS1Ag/Ab	Positive	

- การรักษาความลับ

1) รายงานผลทั่วไปจำกัดสิทธิเข้าดูโดยการใช้รหัส เฉพาะแพทย์และพยาบาล

2) Anti-HIV และ Methamphetamine จำกัดการเข้าดูผลได้เฉพาะ แพทย์ 4 คนและเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา 2 คน โดยการใช้ password อนุญาตเป็นรายบุคคล ส่วนเจ้าหน้าที่คนอื่นถ้าต้องการทราบผลต้องลงลายมือชื่อขอรับผลเป็นครั้งๆไปและผล Acid phosphatase ซึ่งเป็นแลบส่งต่อจะไม่แสกนผลลงใน HosXP จะเก็บต้นฉบับตัวจริงไว้แล้วมอบสำเนาผลให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบลงลายมือชื่อรับผลทุกครั้ง

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

ระยะเวลาการเก็บ specimen

Specimen	อุณหภูมิที่เก็บ	ระยะเวลาเก็บ	หมายเหตุ
EDTA blood	4-6 °C	7 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Heparin blood	4-6 °C	7 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Clotted blood	4-6 °C	7 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Slide ย้อมสี	Room temp	7 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Urine	Room temp	1 ชั่วโมง	เก็บเพื่อทวนสอบ
Stool	Room temp	1 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Sputum	Room temp	1 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ
Body fluid	4-6 °C	7 วัน	เก็บเพื่อทวนสอบ

วิธีการเก็บ Specimen หลังจากตรวจวิเคราะห์

Specimen	วิธีเก็บ	หมายเหตุ
EDTA blood	เก็บทั้ง tube และ whole blood	
Heparin blood	เก็บทั้ง tube และ whole blood	
Clotted blood	เก็บทั้ง tube และ whole blood	
Slide CBC, Gram, AFB	เก็บ slideที่ย้อมสีแล้วลงกล่อง	

การทำลายตัวอย่าง

Specimen	วิธีทำลาย	หมายเหตุ
EDTA blood	ทิ้งลงในถุงขยะสีแดง เข้าระบบขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล	
Heparin blood	ทิ้งลงในถุงขยะสีแดง เข้าระบบขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล	
Clotted blood	ทิ้งลงในถุงขยะสีแดง เข้าระบบขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล	
Stool	ทิ้งลงในถุงขยะสีแดง เข้าระบบขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล	
Sputum	ทิ้งลงในถุงขยะสีแดง เข้าระบบขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล	
Urine	เทของเสียลงอ่างทิ้งของของเสียสารเคมี นำขวดทิ้งถุงขยะสีแดง	
Slide	ทิ้งลงในกล่องทิ้งของมีคมที่แยกเป็นขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป	

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ปี 2560 จำนวน 100 ข้อ

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

ที่	รายการ	หน่วยงานที่เข้าสมัคร
1	สารเสพติดในปัสสาวะ (Urine methamphetamine)	สำนักยาและวัตถุเสพติด
2	จุลทรรศน์ศาสตร์ (Urine analysis, Stool, Malaria)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
3	โลหิตวิทยา (CBC)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
4	จุลชีววิทยา (Gram, AFB)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5	เคมีคลินิก (Glu, BUN, Cr, Uric, Chol, Tg, HDL, TP, Alb, TB, AST, ALT, Alk, Electrolyte)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
6	ธนาคารเลือด (ABO group, Rh)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
7	ภูมิคุ้มกันวิทยา (RPR)	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
8	เอชไอวี (Anti-HIV)	ศูนย์วิทย์อุดร
9	HBsAg, HBsAb, UPT, HbE	ศูนย์วิทย์เชียงใหม่
10	Leptospira Ab	ศูนย์วิทย์โคราช

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

- จัดทำคู่มือคุณภาพและทำการทดสอบให้ถูกต้องตาม WI ของแต่เรื่องที่ได้จัดทำไว้
- ทำ IQC ตามรอบที่กำหนด
- สมัครเข้าร่วม EQA ให้ครบทุกเทสต์ที่เปิดตรวจและนำผลที่ได้มาทบทวนเพื่อปรับปรุงการรายงานผลให้ดียิ่งขึ้น
- มีการบันทึกอุณหภูมิตู้เก็บน้ำยา, Dry bath, ตู้เย็นเก็บสิ่งส่งตรวจ, อุณหภูมิห้องปฏิบัติการและอุณหภูมิห้องเก็บอุปกรณ์น้ำยาทุกวันๆละ 2 ครั้ง (9.00 น.และ 16.00 น.) เพื่อรักษาสภาพแวดล้อมในห้องตรวจและควบคุมคุณภาพของน้ำยาที่ใช้ตรวจวิเคราะห์
- มีการบำรุงรักษาเครื่องมือหลักตามชนิดของเครื่องโดยแบ่งเป็น รายวัน/รายสัปดาห์ และรายเดือน โดยผู้รับผิดชอบใช้งาน, ผู้เชี่ยวชาญของบริษัท และช่างซ่อมบำรุงของบริษัท ทั้งมีการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนที่ได้จัดทำไว้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

จากคำแนะนำของผู้ประเมิน HA ในรอบแรกได้ทักท้วงประเด็นสำคัญมาสามเรื่อง ได้แก่

- กั้นโซนเจาะเลือดด้านหน้าที่ไม่มิดชิดและไม่แข็งแรงและต่อมาก็มีคนไข้มาจับดึงทำให้ฉากกั้นล้มลงเกือบทับคนไข้บาดเจ็บ จึงทำการปรับปรุงโดยจัดโวนให้มิดชิดและเปลี่ยนฉากกั้นจากแบบพับได้เป็น partition ที่แข็งแรง
- เนื่องจากช่วงนั้นอัตราการรายงานผิดของทางห้องปฏิบัติการมีสูง ทางHA เล็งเห็นว่าน่าจะเกิดจากการที่ออกกรายงานผลและยืนยันผลพร้อมกัน ทำให้ผลการตรวจไม่มีการทวนสอบผลสองรอบ จึงแก้ไข LIS โดยการออกผลกดรายงานผลครั้งนึงแล้วหน้าจอจะปิดลง ต้องเปิดหน้าจอดูผลอีกครั้งจึงจะยืนยันผลออกไปได้และบังคับให้ห่างกันอย่างน้อย 1 นาที ซึ่งเมื่อแก้ไขแล้วอัตราการรายงานผลผิดก็ลดลง
- เพิ่มอัตราการรายงานผลค่าวิกฤตทันเวลา 30 นาทีเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

เนื่องจากในปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านมาเริ่มระบบการจัดซื้อจัดจ้างระบบ EGP เป็นปีแรก ทำให้การจัดซื้อจัดจ้างทำได้ล่าชุดและส่งผลให้ร.พ.จ่ายเงินค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ล่าช้า ส่งผลต่อบริษัทที่มีรอบการเก็บที่สั้นจึงทำการงดส่งน้ำยาทำให้ห้องปฏิบัติการไม่สามารถสั่งซื้อน้ำยามาใช้งานได้ ทางห้องปฏิบัติการจึงแก้ปัญหาเบื้องต้น ดังนี้

- ขาดน้ำยา PT-INR ตั้งแต่ พ.ค.2561 ได้ทำการต่อรองเอาน้ำยา Electrolyte ที่ซื้อแบบเหมาจ่ายแต่การใช้น้อย จึงมีน้ำยาเหลือไปแลกกับร.พ.ที่ต้องการน้ำยานี้ ทำให้มีน้ำยาใช้ไปถึงเดือน ธ.ค.2561
- ขาดน้ำยา Trop-T ในเดือนต.ค.2561 ทางแลบจึงไปขอยืมน้ำยาจากร.พ.ข้างเคียง 2 ร.พ.ทำให้มีน้ำยาใช้ไปจนถึง ธ.ค.2561
- ซึ่งน้ำยาทั้งสองตัวซื้อจากบริษัทเดียวกัน เบื้องต้นเข้าใจว่าร.พ.ไม่มีเงินจ่ายบริษัทจึงทำการทบทวนการว่าติดในส่วนไหนจึงทราบว่าติดพ่วงสามแผนกในร.พ.ซึ่งต้องเคลียร์ยอดทั้งหมดทั้งร.พ. จึงตามให้การเงินให้ทำเรื่องชำระเงินให้เมื่อมีเงินมาก็เพียรสอบถามว่าจ่ายไปหรือยังผ่านไป 3 เดือนจึงทราบว่าบริษัทนี้ไม่ค่อยมาเก็บเงินล่าสุดเมื่อเดือน เม.ย.2561 มาเก็บเงินแต่ทางร.พ.ยังไม่ได้รหัสเข้าระบบ eGP จึงไม่มีจัดซื้อจัดจ้างขึ้นไป การเงินจึงไม่ได้จ่ายเงินทางบริษัทจึงงดจ่ายน้ำยาจนถึงเดือน พ.ย.2561ก็ยังไม่มาเก็บเงิน แลบจึงติดต่อบริษัทให้ส่งจนท.มาเก็บเงินกับร.พ.พร้อมแจ้งว่ามีพร้อมจ่ายแล้ว(3 ครั้ง) จนสามารถเคลียร์ยอดและสั่งน้ำยาได้ก่อนปีใหม่ รวมเวลาติดตามทั้งหมด 4 เดือน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	3	I	- เปิดการทดสอบเพิ่มเติม ได้แก่ Calcium, Phosphorus, LDH - เพิ่มจุดเจาะเลือดเป็น 2 จุดเพื่อรองรับงานผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น - อัพเดทเครื่องตรวจ CBC จาก three part diff. เป็น Five part diff. เพื่อความถูกต้องและรวดเร็วในการออกผลให้ผู้รับบริการ

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
อัตราเลือดเหลือที่ไม่ได้ให้ผู้ป่วย	0 %	N/A	N/A	N/A	3.31 5/181 unit	1.06 2/187 unit	0.016 4/254 unit
อัตราการให้เลือดผิดหมู่/ผิดคน	0 %	N/A	N/A	N/A	0	0	0

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ:

เนื่องจากแต่เดิมผู้ป่วยที่มีให้เลือดจากร.พ.สังคม จะถูกส่งต่อไปที่ร.พ.ท่าบ่อ แต่เนื่องจากอัตราเตียงของ ร.พ.ท่าบ่อมีไม่เพียงพอกับผู้ป่วย ทางร.พ.ท่าบ่อจึงขอให้ผู้ป่วยของร.พ.สังคมที่ไม่ใช้ผู้ป่วยหนักที่ไม่ต้องทำการรักษาที่โรงพยาบาลท่าบ่อ ให้เจาะเลือดผู้ป่วยจากร.พ.สังคมและทำการส่งเลือดผู้ป่วยไปที่ร.พ.ท่าบ่อทำการ cross-match แล้วมารับเลือดให้ที่ โรงพยาบาลสังคม โดยให้ห้องปฏิบัติการเป็นผู้ประสานจัดการ โดยเริ่มมีการให้เลือดที่ร.พ.สังคม ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560

การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้: ไม่ได้ทำ

iii. กระบวนการ

ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:

- หากเป็นคนไข้ของ ER หรือตึกผู้ป่วยใน แผนกนั้นจะทำการเจาะเลือดคนไข้จากพร้อมกับใบนำส่งและสั่งขอเลือดในระบบ HosXP
- ถ้าเป็นคนไข้ OPD ทางแลบจะเป็นคนเจาะเลือดผู้ป่วยพร้อมกับออกใบนัดมารับเลือด โดยให้แพทย์ OPD สั่งทาง HOsXP พร้อมกับให้คนไข้มายื่นใบสื่อสารติดต่อที่ห้องปฏิบัติการ
- เมื่อได้รับเลือดพร้อมใบนำส่งมาแล้วทางห้องปฏิบัติจะตรวจสอบความถูกต้องของในนำส่ง, ตรวจหมู่เลือด ABO+Rh เบื้องต้นแล้วแพ็คนำส่งพร้อมกับติดต่อขอรถเพื่อนำเลือดไป cross-match ที่ร.พ.ท่าบ่อ
- เมื่อได้เลือดที่ cross-match กลับมาแล้วทางห้อง)ฏิบัติการจะทำการตรวจสอบเลือดที่ได้มาพร้อมกับเอกสารการ cross-match ว่าถูกต้องตรงกันมั้ยแล้วติดต่อให้ทางตึกผู้ป่วยในการรับเลือดไปให้ผู้ป่วย

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:

- ไม่ได้ทำ

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:

- ไม่มี

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):

- ไม่มี

ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:

- ไม่ได้ทำ

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

ขนส่งโดยใช้กระติกใส่เลือดโดยภายในใส่ไอซ์แพ็คที่รองด้วยกระดาษเพื่อกันความเปียกชื้นและใส่เลือดลงในกระบะ

พลาสติกอีกทีเพื่อป้องกันถุงเลือดสัมผัสกับไอซ์แพ็คโดยตรง ซึ่งตอนนี้อยู่ระหว่างการจัดซื้อเทอโมมิเตอร์สำหรับตรวจสอบอุณหภูมิภายในกระติกระหว่างขนส่งเลือด

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

ยังไม่มีตู้เย็นสำหรับเก็บเลือดเฉพาะต้องเก็บในตู้เก็บน้ำยา ทำให้ไม่สามารถเก็บรักษาเลือดให้มีคุณภาพให้ยาวนานได้และไม่ได้มาตรฐาน IC

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

สมัครเข้าร่วม EQA ธนาคารเลือด หัวข้อ ABO group/Rh จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

- ยังไม่มี

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ร่วมกับทีม PCT สร้างและค่อยๆปรับปรุงระบบการขอรับเลือดจนสามารถให้ผู้ป่วยมารับเลือดที่ร.พ.สังคมได้ ซึ่งช่วยลดภาระเตียงไม่เพียงพอในร.พ.ท่าบ่อลงและสะดวกต่อผู้ป่วย Thalassemia ที่ต้องรับเลือดประจำไม่ต้องไปรับเลือดไกลๆ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	3	I	เปิดให้บริการธนาคารเลือดโดยทำการ cross-match เอง เพื่อรองรับความต้องการเลือดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่ต้องการคือ • ตู้เย็นเก็บเลือด • Dry bath • ที่ซิลสายเลือด • โปรแกรมธนาคารเลือด • คอมพิวเตอร์+ปริ้นเตอร์ 1 ชุด ห้องสำหรับงานธนาคารเลือด

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

ไม่มีบริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
การประเมินผลงานด้านระบาดวิทยา โดย สคร.	ระดับดี	ผ่านระดับพื้นฐาน	ผ่านระดับดี	ผ่านระดับดี	ผ่านระดับดี	ผ่านระดับดี	ผ่านระดับดี
อัตราการป่วยโรคอุจาระร่วงลดลงจากปี 2557 (1846.3/แสนประชากร)	ลดลง 20%	NA	1496.2 (ลดลง 18.96%)	2220.4 (เพิ่มขึ้น 20.26%)	1512.1 (ลดลง 18.10%)	962.52 (ลดลง 47.86%)	499 (ลดลง 72.97%)
อัตราการป่วย Food Poisoning ลดลงจากปี 2557 (314.4/แสนประชากร)	ลดลง 50%	NA	119.4 (ลดลง 62.02)	91.5 (ลดลง 70.89)	103.5 (ลดลง 67.08)	114.99 (ลดลง 63.42)	78.22 (ลดลง 75.12)

ii. บริบท

รพ.สังคมมีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญคือ โรคอุจาระร่วง ,โรคอาหารเป็นพิษ,โรคไข้เลือดออก,โรคมือ-เท้าปาก, โรคตาแดง โดยงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และด้วย อ.สังคม เป็นพื้นที่ติดชายแดน ทำให้ต้องมีการดำเนินงานควบคุมโรคระหว่างประเทศ โดยทำงานร่วมกับห้องการสาธารณสุขเมืองสังทอง สปป.ลาว

iii. กระบวนการ

II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:

(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:

เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์กรมีการบริหารติดตามเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลได้ดำเนินการออกนโยบายสุขภาพและความปลอดภัยใน รพ. รวมถึงมีการจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ โดยการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และจัดลำดับความ สำคัญของปัญหา และสถานการณ์โรคโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการจัดทำแผน ผลที่ได้คือ ได้แผนงานที่ตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพที่ตรงประเด็น

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

เพื่อสร้างความมั่นใจว่าองค์กรมีบุคลากรและทรัพยากรที่พร้อมในการตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพ ทาง รพ. ได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน SRRT ของกรมควบคุมโรค ในการฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจ ซึ่ง มีผู้ปฏิบัติงานสอบสวน ทั้งหมด 3 คน มีคำสั่งแต่งตั้งคระกรรมการระดับอำเภอและมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

เพื่อให้บุคลากรใน รพ.มีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค จึงได้มีการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญให้ทุกหน่วยงานได้ทราบ โดยเน้นที่ ER OPD IPD ให้ทราบและแจ้งโรคติดต่อได้ทันที และมีการแจ้งในที่ประชุมประจำเดือน ให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบร่วมกัน

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:

เพื่อให้การเฝ้าระวังโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รพ.ได้มีระบบการเฝ้าระวังทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเชิงรับให้ทาง OPD ER IPD ดำเนินการแจ้งโรคติดต่อแก่ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ดำเนินการลงสอบในหน่วยงานส่วนเชิงรุก ได้ดำเนินการโดยให้ อสม.และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ทศ. ศพด. ดำเนินการแจ้งเมื่อพบเหตุการณ์ปกติหรือการระบาด รวมถึงมีการระบบการบันทึกข้อมูลคนไข้ในโปรแกรมระบาด R06

(3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

เพื่อการนำข้อมูลการเฝ้าระวังมาใช้ในการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รพ.ได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน SRRT IHR คือมีการรวบรวมข้อมูลรายปี นำโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่มาวิเคราะห์โดยโปรแกรม R506 ตามบุคล เวลา สถานที่ และมีการตรวจจับการระบาดตามนิยายโรคติดเชื้อ ผลที่ได้คือ ทีมมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันเวลา

(5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

เพื่อให้มีการวางแผนที่ครอลคลุม รพ.ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโรคติดต่อที่มารับบริการที่ รพ.แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อดูแนวโน้มการระบาดว่าเกิดในช่วงใดของปี แล้วนำมาจัดทำโครงการรวบถึงเตรียมทรัพยากรในการป้องกัน ถ้าโรคมีการระบาดจะมีการติดตามสถานการณ์โดยเฝ้าระวังเป็นระยะฟักตัว 2 เท่าของโรคนั้นๆ

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

เพื่อให้ รพ. มีการตอบสนองต่อการเกิดโรคได้ทันที รพ.ได้มีการจัดทำแผนการตอบสนองต่อโรคและมีการฝึกซ้อมแผนการเกิดโรคโดยมี ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการซ้อมแผน นำบทเรียนที่ได้จากการซ้อมปีที่ผ่านมามาปรับปรุงแผนรวมถึงมีการจัดทำแนวทางในการปฏิบัติเมื่อเกิดโรคติอต่อ

(2) ทีม SRRT:

ทาง รพ.สังคม ร่วมกับ สสอ.สังคม ได้ดำเนินการจัดทำคำสั่ง SRRT ระดับอำเภอโดยมีคณะกรรมการจากหลายวิชาชีพเข้าร่วมในการดำเนินงาน มีการอบรมให้ความรู้แก่เครือข่าย SRRT ระดับตำบล รพ.มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย นวก.สธ. 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน จพ.สธ. 1 ท่าน และแกนหลักผ่านการอบรมตามมาตรฐาน มีประสบการณ์ในการสอบสวนโรคภาคสนาม

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

เพื่อให้เกิดมาตรการในการป้องกันโรคที่สำคัญ ทางทีม SRRT ได้มีการจัดทำ แนวทางในการสอบสวนและมาตรการในการป้องกัน เช่น โรคอุจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไข้เลือดออก มือเท้าปาก และมีการสื่อสารให้สมาชิกในทีมได้รับทราบ

(4) ช่องทางรับรายงาน:

เพื่อให้ รพ.มีการตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพทันเวลา รพ.มีการกำหนดช่องทางรองรับการรายงานผู้ป่วยโดยมีเจ้าหน้าที่งานระบาดโรงพยาบาลสังคมในการรับรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งทางโทรศัพท์ผู้รับผิดชอบศูนย์และทางโทรศัพท์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการแจ้งทางโทรศัพท์กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. องค์การบริการส่วนตำบลในพื้นที่

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ทันที รพ.มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสอบสวนผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกโรคตาแดง โรคมือเท้าปาก ในพื้นที่ได้ดำเนินการไป ตามเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ ผลที่ได้คือมีการสอบสวนและตอบสนอนทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีอำนาจในการสืบค้นและใช้มา๖ณการควบคุมได้อย่างเหมาะสม ทาง รพ.ได้ดำเนินการตาม

มาตรฐาน SRRT ในส่วนของการเตรียมความพร้อมในการสอบสวน โดยมีคำสั่งการใช้ยานพาหนะ มีแผนการออกปฏิบัติการนอกเวลา มีการจัดหาอุปกรณ์ที่พร้อมในการดำเนินงานและเบอร์โทรประสานงานเครือข่าย SRRT ระดับอำเภอ

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบสถานการณ์โรค ทาง รพ.ได้ดำเนินการแจ้งสถานการณ์โรคโดยทำสถานการณ์โรค แจ้งไปยังเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กทั้งเป็นทางการคือ หนังสือ หรือไม่เป็นทางการคือ LINE เช่น การแจ้งเตือนการเกิดโรคไข้เลือดออกไปที่ตำบลสังคม การแจ้งการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ไปยังโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:

เพื่อปรับปรุงกระบวนการรายงานโรคตาม พรบ.โรคติดต่อ 2558 ให้รวดเร็วและทันเวลา รพ.ได้ดำเนินการส่งรายงาน 506 จากเดิม สัปดาห์ล่ะ 1 ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้แก่ ศูนย์ระบาดอำเภอเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผลที่ได้คือพื้นที่ได้รับทราบข้อมูลอย่างรวดเร็วและสามารถดำเนินการควบคุมได้ทันที

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- SRRT อ.สังคม ผ่านมาตรฐาน SRRT ระดับดี ของกรมควบคุมโรค ปี 2561
- SRRTอ.สังคม สามารถจัดการกับโรคระบาดไม่ให้เกิดใน Gen 2 ได้
- มีการพัฒนาการแจ้งโรคติดต่อทางเครือข่าย LINE ระหว่างเมืองคู่ขนาดชายแดน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
60. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3	LI	1.มีการดำเนินการมาตรฐาน SRRT ระดับอำเภอผ่านในระดับ ดีมาก 2.มีการรายงานสถานการณ์โรคให้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทุกเดือน 3.พัฒนาองค์ความรู้และการเฝ้าระวังโรคระหว่างชายแดน ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศคือ เขตอำเภอสังข์ทอง สปป.ลาวโดยนำเอา IHR 2005 มาช่วยในการหาความเสี่ยงของโรค

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	70%	83.80	84.69	85.99	85.48	88.24	88.3
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์	70%	77.09	74.64	81.86	79.57	82.22	79.57
อัตราภาวะโลหิตจากในหญิงตั้งครรภ์	<10%	20.07	18	12.54	11.83	12.24	14.21
อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	≤ 5%	0.58	0.5	0.48	0.82	0.80	0.78
อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	≤ 5%	1.46	1.05	1.39	2.43	2.60	1.85
จำนวน อสค.ได้รับการอบรมตามหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุขและมีศักยภาพตามเกณฑ์ อสค.	80%	NA	NA	100 (N=182 คน)	100 (N=187 คน)	100 (N=185 คน)	47.03 (N=185 คน)
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในชุมชน	≥85%	86.02	86.50	86.74	87.32	88.1	86

ii. บริบท

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

โรงพยาบาลสังคมเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง มีการดูแลประชาชนครอบคลุม จำนวน 25,294 คน ในส่วนการดูแลระดับปฐมภูมิ/ชุมชน โรงพยาบาลสังคมพื้นที่รับผิดชอบคือตำบลแก้งไก่รับผิดชอบดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยซึ่งมีประชากรจำนวน 4,669 คน ดูแลด้านส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค

จากการทบทวนข้อมูลทางด้านสุขภาพในตำบลแก้งไก่และข้อมุลผู้รับบริการในโรงพยาบาลสังคม พบว่า ผู้ป่วยในชุมชนที่ยังมีการ Re-admitted และดูแลตนเองในชุมชนไม่ถูกต้องเหมาะสมมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีถูกหลักโภชนาการ และไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว จึงได้มีการจัดอบรม อสค.(อาสาสมัครประจำครอบครัว) เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน โดยมี อสค และ Care qiver เป็นพี่เลี้ยงในชุมชน และเชื่อมประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในปี 2559 ได้ดำเนินการ 1 ตำบล คือตำบลแก้งไก่ และมีการขยายผลไปยังตำบลอื่น ๆ ในปีต่อๆ มา โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ป่วย NCD, LTC, CKD 4-5 ก่อนเบื้องต้น แล้วจึงขยายผลไปสู่กลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

- มีแกนนำในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อสม.รับผิดชอบประจำบ้าน 91 คน
- ชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน
- กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล แบ่งตามกลุ่มสภาวะสุขภาพโดยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100% ดังนี้
  1. กลุ่มปกติ 1,538 คน (ร้อยละ 70.61) ให้การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดีต่อไป โดยจัดกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย คัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี..ให้ความรู้ 3 อ,2 ส
  2. กลุ่มเสี่ยง 640 คน (ร้อยละ 29.39) ให้บริการป้องกันการเกิดโรค โดยจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการติดตามประเมินทุก 3 เดือน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงกลับไปเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดีและไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงนี้ (<ร้อยละ 5)
  3. กลุ่มป่วย 419 คน (ร้อยละ8.66) ให้การดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชน (COC) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กลุ่มเบาหวาน มีการติดตามการรักษาและผู้ป่วยผิดนัดมารับบริการ โดยตรวจตา ไต เท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
  4. กลุ่มผู้พิการ/กลุ่มด้อยโอกาส 186 คน (ร้อยละ 3.85)ให้การบริการฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดหากายอุปกรณ์ให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นอยู่และความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้ผู้พิการมีความสุขตามอัตภาพ สำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้ประสานงานภาคีเครือข่ายร่วมกันให้ความช่วยเหลือในการสวัสดิการให้กับประชากรที่มีฐานะยากจนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

- PCU หรือ รพ.สต. มีการสร้างระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง มีแพทย์ที่ปรึกษาทุก รพ.สต. และมีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรงพยาบาลสู่ รพ.สต. ทุก 3 เดือน เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นและต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน กรณีเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนเพื่อเป็นข้อมูลแก่สหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการดูแลต่อไปจากการดำเนินการพบว่า ในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังพบโอกาสพัฒนาคือระบบการรับส่ง-ต่อผู้ป่วยเบาหวานในกรณีที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ให้กลับไปอยู่ในความรับผิดชอบของรพ.สต. และการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน
- ประสานงานกับเครือข่ายชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเข้าร่วมกับชุมชน สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งบทบาทหน้าที่ของประชาชนในชุมชนเริ่มต้นจากการทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรในชุมชนนั้น ค้นหาแหล่งประโยชน์ทางสังคม ประสานความร่วมมือในชุมชน และคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่องและบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติ และประสานงบประมาณกับ อปท.

(4) การประเมินและปรับปรุง:

มีคณะกรรมการ DHB ระดับอำเภอ เพื่อติดตามและประเมินผลงาน นำสภาพปัญหาที่พบมาปรับปรุงและแก้ปัญหาต่อไป

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

- โรงพยาบาลมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการสร้างสุขภาพของประชาชนโดยมีชุมชนเป็นส่วนร่วม เป็นยุทธศาสตร์ระดับโรงพยาบาล
- มีการจัดประชาคม และทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา รวมทั้งการประสานและสร้างเครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน เช่น เครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว แกนนำเยาวชนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อสม. เป็นต้น
- มีการประสานกับ อปท. ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน โรงเรียน และวัด ในการพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ

(2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

มีชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย อสม. ประจำหมู่บ้าน และอสม.เชี่ยวชาญด้าน ต่างๆ และ อสค. Care giver มีการประสานงานการดูแลและป้องกันภัยสุขภาพ การควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยออกรณรงค์ควบคุมลูกน้ำยุงลายเป็นประจำ การเยี่ยม/จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

(3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

- กำหนดกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมอบรมให้ความรู้โรคต่างๆ
- อบรมฟื้นฟูอสม. ประจำหมู่บ้าน และอสม.เชี่ยวชาญ อสค. และ Care giver

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

- การมีส่วนร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชน ชาวบ้าน รณรงค์ในการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อตัดวงจรชีวิตของยุงลาย
- การมีส่วนร่วมกับ อบต. และประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบในการกำจัดขยะในชุมชน
- การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการจัดสิ่งแวดล้อมในวัดในโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ
- ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการกำจัดขยะที่ถูกต้อง
- บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง
- ร่วมทำโรงทาน เพื่อบริจาคอาหารฟรีสำหรับผู้มาทำบุญที่วัดเขตอำเภอสังคมในช่วงเทศกาลสำคัญ
- ประสาน และให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ พระสงฆ์เทศน์การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนที่มาทำบุญในช่วงวันพระและทำบุญตามประเพณี

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปี 2560 ผู้ป่วย CKD จำนวน 7 คน ไม่เปลี่ยนเป็น CKD Stage 5
- ปี 2561 ผู้ป่วย CKD จำนวน 7 คน ไม่เปลี่ยนเป็น CKD Stage 5

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3	I	ขยาย อสค. ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค