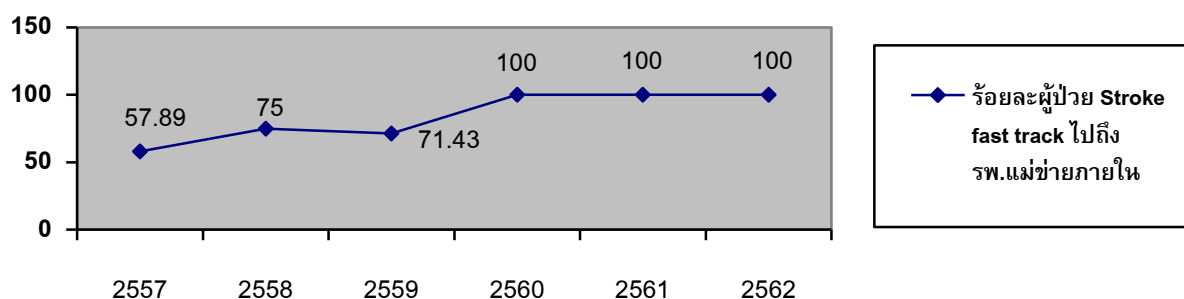


ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการเข้าถึง							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61 – มิ.ย.62)
ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ไปถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 3 ชั่วโมง (onset to Node Hospital)	>80%	57.89	75	71.43	100	100	100
อัตราผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการและได้รับการจัดการการรบกวน	≥50%	NA	NA	NA	NA	52.65	63.64

กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ไปถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 3 ชั่วโมง (onset to Node Hospital)



จากกราฟอธิบายได้ว่า

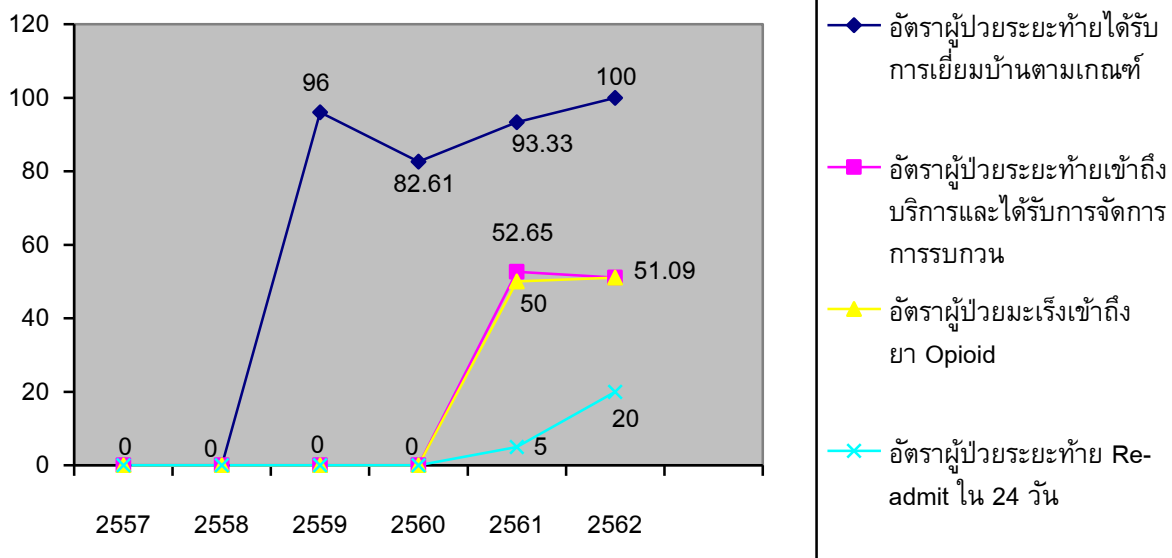
โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์ 4 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้ยา rT-PA ไม่ได้ ต้องส่งต่อโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งมีระยะทางห่างโรงพยาบาลถึง 90 กิโลเมตรใช้เวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วย Stroke Fast track จึงต้องมาโรงพยาบาลก่อนเวลา 2 ชั่วโมงเพื่อที่จะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยา จากผลข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค 56 – 30 ก.ย. 57 พบดังนี้ในปี 2557 มีผู้ป่วย stroke ทั้งหมด 19 รายเป็นผู้ป่วยกลุ่ม stroke fast track แยกจำนวน 11 ราย ยังพบปัญหาการเข้าถึงระบบ fast track ล่าช้า 8 ราย ยังมีการส่งต่อที่ล่าช้าเกิน 30 นาที 2 ราย ทำให้ผู้ป่วยลดโอกาสในการได้รับยา จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การเรียกใช้บริการ 1669 เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจในเรื่องระบบ stroke fast track และระบบส่งต่อยังมีปัญหาที่ล่าช้า จึงเริ่มมีการพัฒนาระบบ Fast track และพัฒนาระบบส่งต่อสามารถเข้าถึงระบบ fast track ได้อย่างรวดเร็วขึ้น ในปี 2558 มีผู้ป่วย stroke ทั้งหมด 16 รายเป็นผู้ป่วยกลุ่ม stroke fast track แยกจำนวน 12 ราย ยังพบปัญหาการเข้าถึงระบบ fast track ลดลงเหลือ 4 ราย และมีการส่งต่อที่ล่าช้าเกิน 30 นาที 1 ราย เนื่องจากปัญหาการตามเจ้าหน้าที่ส่งต่อ จึงได้ทำแนวทางการตามเจ้าหน้าที่ส่งต่อ ในปี 2559 มีผู้ป่วยstroke ทั้งหมด 14 รายเป็นผู้ป่วยกลุ่ม stroke fast track แยกจำนวน 10 ราย ยังพบปัญหาการเข้าถึงระบบ fast track 4 ราย ผู้ป่วย Fast track สามารถส่งต่อภายใน 30 นาทีทั้งหมด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ในปี 2560 มีผู้ป่วยทั้งหมด 17 ราย onset to hospital ภายใน 2 ชั่วโมงจำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 71.4 ปี 2561 มีผู้ป่วยทั้งหมด 23 ราย onset to hospital ภายใน 2 ชั่วโมง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25 ปี 2562 ไตรมาสแรกมีผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย onset to hospital ภายใน 2 ชั่วโมง 5 คนคิดเป็นร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่เกิดจากผู้มีพฤติกรรมดื่มสุรา ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง เช่นการเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพพอและ ยังพบสาเหตุที่ทำให้เข้าถึงระบบ fast track ไม่ได้ เข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้และไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ไม่สามารถพูดและช่วยเหลือตัวเองได้และยังมีความล่าช้าและไม่ครอบคลุมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงระบบ Fast Track และส่งต่อไปถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลหนองคายภายใน 3 ชั่วโมง (onset to Node Hospital) พบว่าทันเวลาทุกราย คิดเป็น 100%



จากกราฟอธิบายได้ว่า

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 25 รายพบว่าผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการประเมินและเข้าถึงบริการ palliative care และยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 8 ราย เสียชีวิต 5 ราย รวม 13 ราย และผู้ป่วยพบว่า palliative care จากการทบทวนหลัง Discharge และยังไม่ได้รับการประเมิน ยังไม่เข้าถึงบริการทีม palliative care ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 6 ราย เสียชีวิต 6 ราย รวม 12 ราย ซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน ADL PPS ST5 และการประสานงาน ส่งต่อเข้ารับบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ปัญหาการวินิจฉัยและการดูแลรักษา เกณฑ์เดิมผู้ป่วย palliative care มี 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มโรคทั่วไปประเมิน ADL ≤ 4 ร่วมกับ PPS ≤ 50
2. ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ประเด็นปัญหาเพิ่มเติมประเด็นกลุ่ม Palliative care ให้ครอบคลุม

และปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุม กาย จิต สังคมคือ

1. ปัญหาผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่เข้าถึงบริการ Opioid
2. ปัญหาผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่ได้วางแผนจำหน่าย
3. ปัญหาผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนา คือ

จุดอ่อน	กระบวนการพัฒนา
1. ปัญหาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน ADL PPS ST5 และการประสานงาน ส่งต่อเข้ารับบริการโดยทีมสหวิชาชีพ	1. แผนพัฒนาศักยภาพ จนท.ให้บริการ palliative care และ PCWN 2. PCN Round Ward ทุกเช้า 3. ผู้ป่วย palliative care เพิ่มเหตุผลใน Summary เพื่อสื่อสารทุกหน่วยงาน 4. ลงบันทึกผลการประเมินในฟอร์มปรอทและใน Order แพทย์ทุกราย
2. ปัญหาการวินิจฉัยและการดูแลรักษา เกณฑ์เดิมผู้ป่วย palliative care มี 2 กลุ่มคือ 2.1. กลุ่มโรคทั่วไปประเมิน ADL <=4 ร่วมกับ PPS <=50 2.2. ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	1. เพิ่มกลุ่มผู้ป่วย palliative care คือ 1.1. กลุ่มโรคทั่วไปประเมิน ADL <=4 ร่วมกับ PPS <=50 1.2. ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 1.3. ผู้ป่วย CKD stage 5 ปฏิเสธการฟอกไต 1.4. ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ได้รับการรักษา Pulmonary and Heart disease
3. ปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุม ภาย จิต สังคม	1. หน่วยงาน ER, OPD ประสาน COC / PCN โดยตรง 2. IPD กรณีผู้ป่วยเดิมและขึ้น Pop Up ให้ PCWN ประสาน PCN ได้เลยโดยไม่ต้องรอฟบแพทย์ กรณีผู้ป่วยใหม่ ที่เข้าเกณฑ์แพทย์ลงวินิจฉัย Palliative care และรับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. แบบฟอร์มการสื่อสารลงบันทึกในฟอร์มปรอท Order แพทย์และการดูแลผู้ป่วยใช้ของแต่ละวิชาชีพ 4. ส่งต่อนักจิตวิทยาใช้ ST5
4. ปัญหาผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่เข้าถึงบริการ Opioid	1. ให้เภสัชกรทำแนวทางการเข้าถึงยา Opioid
5. ปัญหาผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	1. ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมทุกวันอังคารและพฤหัสบดี 13.00-15.00 น โดยสหสาขาวิชาชีพหลัง Discharge ภายใน 3 วัน 2. ใช้โปรแกรม LTC และ pop up ใน Hosxp Line COC 3. C3THER เริ่ม Admit และ Discharge plan ทุกวัน

81 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการดูแลต่อเนื่อง

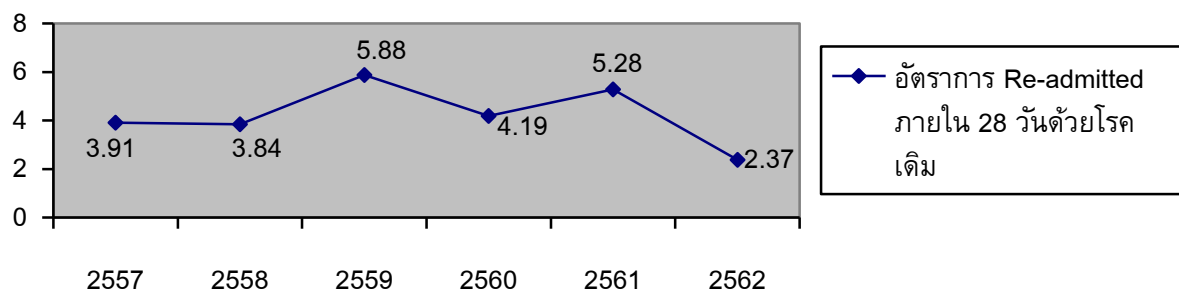
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
-	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ : แสดงผลลัพธ์ใน Clinical tacer

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

82 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
อัตราการ Re-admitted ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม	≤5%	3.91	3.84	5.88	4.19	5.28	2.37
อัตราการ Re-Visit ภายใน 48 ชม. ด้วยโรคเดิม	≤5%	1.81	1.48	2.05	1.79	1.34	0.13

อัตราการ Re-admitted ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม**ผลการวิเคราะห์ อัตราการ Re - admitted ภายใน 28 วัน 5 อันดับแรกของโรค**

ปี2557	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
1.Bacterial infection	1.COPD	1.COPD	1.COPD	1. CKD stage5	1. CKD stage5
2.COPD	2.Dyspepsia	2.Dyspepsia	2.Acute tubule – interstitial nephritis	2. Dyspepsia	2. Dyspepsia
3.Dyspepsia	3.unspecifiled gastroenteritis and colitis of infectious origin	3. CKD stage5	3. CKD stage4	3.Chornic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation unspe	3. Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation unspe

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

4.Fever unspecified	4.CHF	4.Acute tubule – interstitial nephritis	4.Dyspepsia	4.Congerstive heart failure	4. Dizziness and giddiness
5.CHF	5.CKD stage5	5.Influenza	5.Acute bronchitis	5. Dizziness and gidiness	5. Stage II decubitus ulcer

จากการทบทวนพบว่า 5 อันดับแรกของโรคที่กลับมา Re - admitted ภายใน 28 วัน ในปี 2557 - 2559 พบผู้ป่วย COPD เป็นอันดับต้นๆเนื่องจากผู้ป่วย COPD รองลงมาคือผู้ป่วย Sepsis Dyspepsia และผู้ป่วย CKD strage 4-5 ในกลุ่มผู้ป่วย COPD พบมากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้มีปัญหาในการขาดนัด และไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พ้นยาสูดดมไม่ถูกต้องและไม่สามารถจัดการกับอาการกำเริบได้ ได้ร่วมกับนักกายภาพบำบัดสอนการหายใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เภสัชกรสอนเรื่องการพ่นสูดยา และทีม COC ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งส่งเสริมให้ อสม. และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งจากผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2560 -2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบว่า มีผู้ป่วย Re - admitted ภายใน 28 วันด้วยโรค CKD stage5 รองลงมาคือผู้ป่วย Dyspepsia และผู้ป่วย CKD stage5 เพิ่มขึ้นมาเป็นอันดับ 1 ทำให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย

อัตราการ Re-Visit ภายใน 48 ชั่วโมง ในทุกกลุ่มโรค

ผลการวิเคราะห์ อัตราการ Re - Visit ภายใน 48 ชั่วโมง 5อันดับแรกของโรค

ปี2557	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62)
1.Essential (primary) hypertention	1. Dyspepsia	1..Dyspepsia	1. Dyspepsia	1. Dyspepsia	1. Dyspepsia
2.Fever unspecified	2. Fever unspecified	2 Fever unspecified	2.Essential (primary) hypertention	2. Dizziness and giddiness	2. Fever, Unspeccified Acute bronchiolitis, unspecified
3.Dyspepsia	3.unspecifiled gastroenteritis and colitis of infectious origin	3. Acute URI	3.NIDM	3. Acute bronchitis	3. Oter acute upper respiratory infactions of multiple sites
4URI	4.Dizziness and giddiness	4. Acute bronchitis	4.Feverunspecif ied	4.Bacterial Infection	4. Acute cystitis
5.unspecifiled	5.Acute URI	5. Dizziness and	5.COPD	5.Acute URI	5. Acute

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

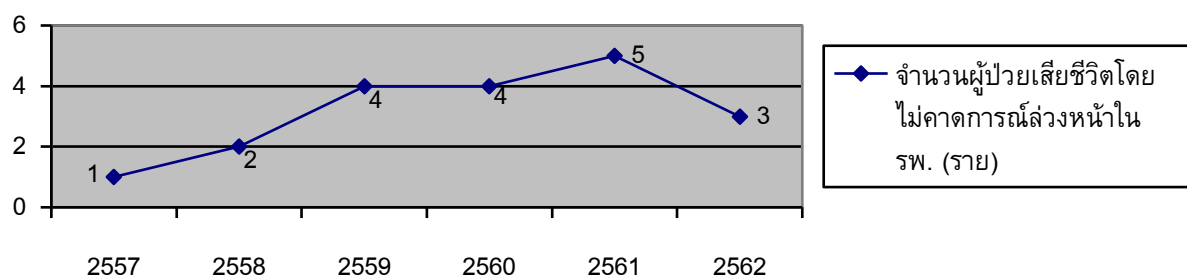
gastroenteritis and colitis of infectious origin		giddiness			bronchiolitis, unsepcified
---	--	-----------	--	--	-------------------------------

แม้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงจะไม่เกินอัตราที่กำหนด แต่จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วย Dyspepsia พบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะกลับบ้าน และไม่นอนโรงพยาบาล การแก้ไขปัญหาจึงวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง อธิบายและชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกลับเข้าสู่การรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการนัดพบแพทย์ บุคลากรพยาบาลพัฒนาศักยภาพในการประเมินขั้นต้นได้ถูกต้องและมีการ Observe ตามแนวทางการดูแลอย่างเคร่งครัด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น ผู้ป่วย HT ต้องมีการติดตามการเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ COC ให้ได้ครอบคลุม ในปีงบประมาณ 2560-2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61 – มิ.ย.62) พบว่ามีอัตราร้อยละ 1.79, 1.34, 0.13 ตามลำดับมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องพบว่า อัตราการ Re – Visit ภายใน 48 ชม. ด้วยโรคเดิมมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิผลในการดูแล							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต							
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ ล่วงหน้าในโรงพยาบาล	0	1	2	4	4	5	3
MMR (per 100,000 live birth)	<15	0	0	0	0	0	0
Neonatal mortality rate (per1,000 live birth)	≤4	8.26	0	0	0	0	0
โรคเบาหวาน							
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลดี (HbA1c <7%)	≥ 40%	13.15	9.98	6.35	6.15	7.75	10.53
โรคความดันโลหิตสูง							
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmhg ติดต่อกัน 2 เดือน)	≥ 50 %	48.72	60.10	59.08	65.16	59.63	60.06

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล (ต่อ)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ด.ค 61- มิ.ย.62
Postpartum hemorrhage (PPH)							
อัตราการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ภายใน 24 ชั่วโมง	<5%	2.47	2.5	3.22	1.17	0	5.66
Birth Asphyxia							
อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ 1,000 LB)	<25	0	0	10.75	0	0	0
Preterm							
อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด	≤7	NA	9.04	5.52	7.78	8.55	7.54
CKD							
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน	<5%	NA	NA	5.42	2.88	6.50	1.77
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	<5%	NA	NA	7.21	2.22	2.95	2.19
COPD							
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	≤130 ครั้งต่อ 100 ในผู้ป่วย COPD	NA	NA	NA	NA	159.40	129.41

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาล



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการทบทวน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาลสาเหตุสำคัญในปีงบประมาณ 2557 - 2559 พบว่า ที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วย Sepsis จำนวน 5 รายและอันดับ 2 คือผู้ป่วย ACS จำนวน 2 ราย เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนพบว่าเกิดจากผู้ป่วย sepsis ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ทำให้มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ทำให้เกิด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

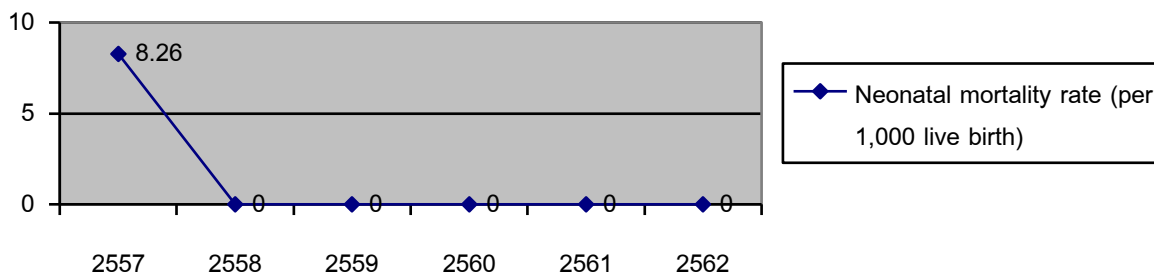
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ภาวะแทรกซ้อนคือ Severe sepsis, septic shock, ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ DM ,COPD ,สูงอายุ นอนติดเตียง ทึ่ม PCT ได้แก้ปัญหาคือ

1. ทึ่มPCTร่วมกับ IC วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล
2. ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG พร้อมสื่อสารให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่มดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และได้จัดการอบรมให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงคือผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำเช่น ผู้ป่วย เบาหวาน, ผู้ป่วย asthma, COPD, ผู้ป่วย HIV, TB ที่คลินิกของโรงพยาบาล และประชากรทั่วไป
3. เชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกัน
4. ให้ความรู้ผ่านระบบ เครือข่ายอสม.และ Care giver ทุกหมู่บ้าน

ผลการพัฒนาในปี 2560 จำนวน 4 ราย และปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ในโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย (เสียชีวิตที่โรงพยาบาล 3 ราย Refer ไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลอื่น 2 ราย) คือ CHF จำนวน 1 ราย , ผู้ป่วย STEMI จำนวน 1 ราย, STROKE จำนวน 1 ราย ,DHF จำนวน 1 ราย และผู้ป่วย Multiple trauma จำนวน 1 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาเนื่องจากในปี 2557 – 2560 โรงพยาบาลสังคม มีการประเมินผลในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาลโดยการมีการประเมินและทบทวนเฉพาะผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลมีชีพจรให้การรักษาลแล้วเกิดภาวะตายโดยไม่ได้มีการวางแผนการล่วงหน้าในโรงพยาบาลเท่านั้น ในส่วนปี 2561 นั้นทีมพบว่ายังมีกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาลที่ต้องติดตามนำมาทบทวนเพิ่มโดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลขณะมีชีพจรเกิดตายที่โรงพยาบาลหรือ Refer ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเกิดการตายภายใน 48 ชั่วโมงให้นำมาทบทวนหา RCA เพื่อการพัฒนาที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทำให้พบว่าปี 2561 มีผู้ป่วยผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นนำไปสู่ ทึ่ม PCT จึงได้มีการวางแผนพัฒนาแนวทางการการดูแลตามกลุ่มโรคที่พบดังกล่าวให้ได้มาตรฐานต่อไปซึ่งจากผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่าในไตรมาสแรก (ต.ค.61 – มี.ย.62) มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาล ซึ่งมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่องจากผลการพัฒนาดังกล่าว

กราฟแสดงอัตราการตาย Neonatal mortality rate (per 1,000 live birth)



จากกราฟแสดงอธิบายได้ว่า

ในปีงบประมาณ 2557 มีทารกตายหลังคลอด 1 วัน ใน IPD โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง จำนวน 1 ราย ได้มีการทบทวนพบว่าเกิดจาก เจ้าหน้าที่ยังขาดสมรรถนะการประเมินความเสี่ยงและไม่ปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด ทีมงาน MCH Broad จึงได้มีการพัฒนาระบบดังนี้

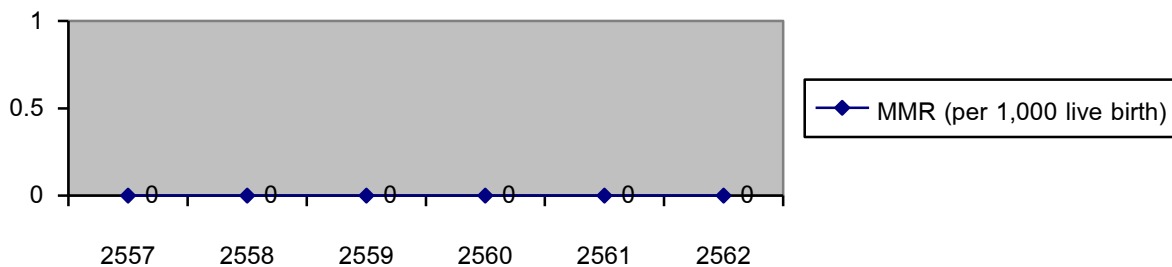
1. ที่คลินิก ANC มีการประเมินความเสี่ยงมารดาที่มา ANC ทุกระยะมารดาที่มีความเสี่ยงต้องได้รับการดูแลและวางแผนการคลอดโดยสูตินารีแพทย์ทุกคน

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

2. ที่ห้องคลอดได้จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงมารดาที่มาคลอดทุกราย เพื่อประเมินปัญหาและความเสี่ยงให้ได้รวดเร็ว และให้การรักษาทันท่วงที
3. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะการทำงาน NCPR, การคลอดติดไหล่, การคลอดท่าก้น การดูแลภาวะ Prolapse cord, การช่วยแพทย์ทำหัตถการ V/E โดยจัดอบรมวิชาการปีละครั้ง
4. ที่ตึกหลังคลอด พยาบาลสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลทารกแรกเกิด การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของเด็กทารกที่ต้องมาโรงพยาบาล และมีแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่ตึกหลังคลอด
5. มีเครือข่ายระบบการส่งต่อทารกแรกเกิด Pre-term Labor, Birth Asphyxia
6. มีการพัฒนาระบบการดูแลโดยการจัดระบบเชื่อมโยงตั้งแต่ รพ.สต. จนถึงโรงพยาบาล จัดอบรมวิชาการและกำหนดแนวทางการดูแลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และทารกหลังคลอด เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย

ซึ่งจากการพัฒนาดังกล่าวตั้งแต่ปี 2557 – 2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบว่ายังไม่มีทารกตายในโรงพยาบาลสังคมแต่ทีม PCT และ MCH Broad ยังคงมีการเฝ้าระวังต่อไปอย่างต่อเนื่อง

กราฟแสดงอัตราตายมารดา MMR (per 100,000 live birth)



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการรวบรวมข้อมูลอัตราตายมารดาปี 2557 – 2561 พบว่าไม่มีมารดาเสียชีวิตแต่กระบวนการดูแลและการเฝ้าระวังมารดาตายยังคงต้องมี และพัฒนาระบบการดูแล ต้องประเมินค้นหาความเสี่ยงให้ได้รวดเร็ว และให้การรักษาทันท่วงที โดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

- ที่คลินิก ANC

ที่คลินิก ANC มีการคัดกรองความเสี่ยงประเมินปัญหามารดาทุกระยะที่มา ANC เมื่อพบมารดาที่มีความเสี่ยง มารดาจะได้รับการดูแลและวางแผนการคลอดโดยสูตินารีแพทย์ทุกราย (สูตินารีแพทย์มาตรวจคลินิก ANC เดือนละ 2 ครั้ง)

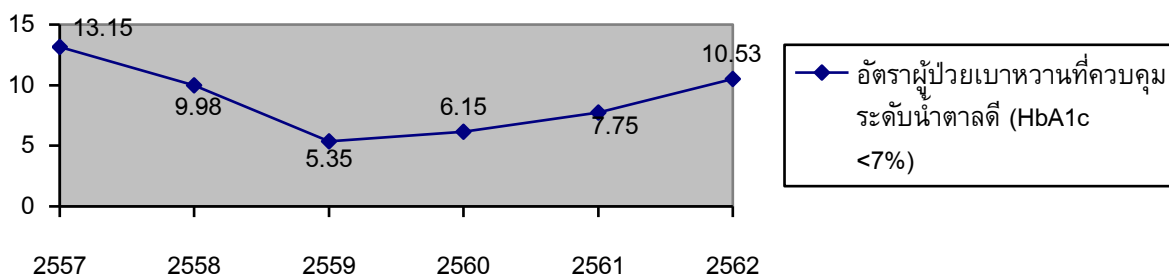
- ที่ห้องคลอด

1. มีกระบวนการดูแลตั้งแต่แรกรับที่ห้อง มีการประเมินคัดกรองมารดา ตามแบบประเมินความเสี่ยงแรกรับที่ห้องคลอด

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

2. ในระยะรอคอยมีการประเมินการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลังคลอด ตั้งแต่หลังคลอดและประเมินซ้ำที่ตึกหลังคลอด
 3. ปฏิบัติตาม CPG การตกเลือด เมื่อมีมารดาตกเลือดหลังคลอด และต้องมีการทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิด PPH
- หลังคลอดจะมีการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่าย รพ.สต. ติดตามเยี่ยมหลังคลอด
 - มีการพัฒนาระบบการดูแลโดยการจัดระบบเชื่อมโยง ตั้งแต่ ระดับโรงพยาบาลจนถึง รพ.สต. จัดอบรมวิชาการ กำหนดแนวทางในการปฏิบัติ และการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย
- จากผลการพัฒนาดังกล่าวทีม PCT และ MCH Broad ยังคงมีการเฝ้าระวังต่อไปอย่างต่อเนื่อง

กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลดี (HbA1c <7%)



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการทบทวนในปีงบประมาณ 2558 – 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีซึ่งผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในปี 2558 – และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) คิดเป็นร้อยละ 9.98 , 6.35, 6.15, 7.75 และ 10.53 ตามลำดับ ในปี 2559 การเก็บข้อมูลจากการตรวจ HbA1C เท่านั้นแต่จากที่ตรวจในคนไข้เบาหวานจำนวนที่ตรวจได้น้อยไม่ครอบคลุมทำให้ผลการควบคุมระดับน้ำตาลยังได้น้อย ในปี 2561 – 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) มีการตรวจที่ครอบคลุมมากขึ้น และจากการทบทวนกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีการจัดให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยพบโภชนาการและผู้จัดการรายกรณี (NCM) ทุกราย ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ 1. พฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย 2. การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง 3. การขาดนัดรับยาไม่สม่ำเสมอ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้โดยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับ care giver และ ชุมชนมีส่วนร่วม

ในปี 2561 ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ Hba1c 7-8% ได้มีการเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงประเมินผลโดยการตรวจเลือดซ้ำอีก 3 เดือนพบว่าจำนวนผู้ป่วยเข้ากลุ่มทั้งหมด 40 ราย หลังเจาะเลือด HbA1C ผล น้อยกว่า 7 พบ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.4 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น จากกระบวนการการทำงานดังกล่าวในปี 2562 ไตรมาสสาม (ต.ค.61-มิ.ย.62) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เป็นร้อยละ 10.53 และทีม NCD จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลโดย

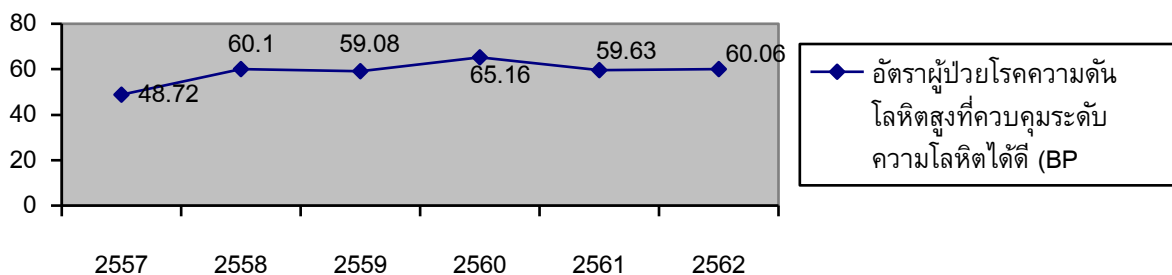
1. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ฟัน ช่องปาก หัวใจและหลอดเลือด
3. ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน และการปฏิบัติตัวทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

4. จัดให้มีกลุ่ม self-help-group เพื่อจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะความพร้อมในการปรับเปลี่ยน (Style of change)
5. ติดตามและประเมินผลการให้ความรู้ ทุก 3 เดือน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายงานและต่อเนื่อง3เดือน
6. ในผู้ป่วยขาดนัดมีการติดตามผู้ป่วยขาดนัดและนัดรับยาในสัปดาห์ถัดไปโดยประสานจนท. PCU, จนท. รพ. สด. และเครือข่ายอสม.
7. ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และมีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากผลการพัฒนาในปี 2560 – 2561 และและไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) มีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.15 เพิ่มขึ้นเป็น 7.75 และ 10.53 ตามลำดับ (จะมีการวัดผลเฉพาะผล Hb1A1C ไม่นับผล FBS) ซึ่งพยากรณ์ได้ว่าภาวะแทรกซ้อนลดลงตามมาและต่อเนื่อง

กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmhg ติดต่อกัน 2 เดือน)



จากกราฟอธิบายได้ว่า

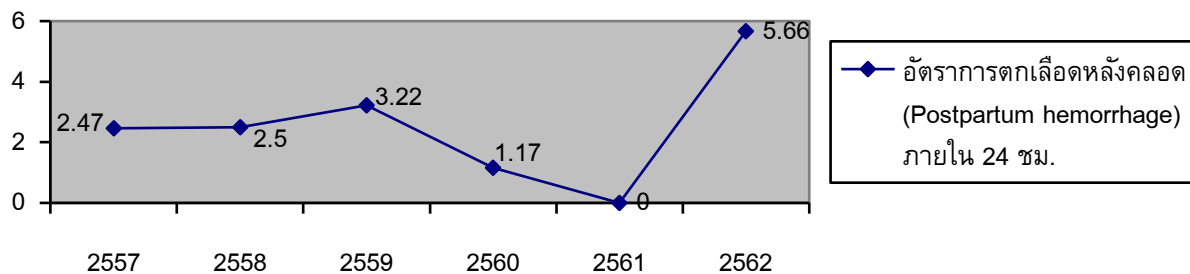
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งติดต่อกัน อยู่ในเกณฑ์คงที่ ในปี 2558 – 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบร้อยละ 60.1, 59.08, 65.16, 59.63 และ 60.06 ตามลำดับ

ซึ่งจากผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2560 - 2561 มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้เป็นร้อยละ 65.16, 59.63 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจะอยู่ในเกณฑ์คงที่ พยากรณ์ได้ว่าในรอบปีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ซึ่งในไตรมาสสามปี 2562 (ต.ค. 61 – มิ.ย.62) การควบคุมความดันโลหิตคงที่และได้มีการปรับกระบวนการพัฒนา ดังนี้

1. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี
3. ให้ความรู้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ให้เป็นRole model ช่วยเหลือคำปรึกษาเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน
4. ส่งเสริมการออกกำลังกาย
5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะความพร้อมในการปรับเปลี่ยน (Style of change)และมีบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้ป่วยรายอื่นๆ
6. ผู้ป่วยสูบบุหรี่ทุกรายส่งเข้าคลินิกงดบุหรี่ และติดตามต่อเนื่อง
7. ติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยประสานจนท. PCU, จนท. รพ. สด, เครือข่ายอสม.
8. ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ควบคุมไม่ได้ และมีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการพัฒนาดังกล่าวทีม PCT ได้มีการติดตามต่อไปเพื่อให้ผลการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีต่อไป

กราฟแสดงอัตราการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ภายใน 24 ชั่วโมง



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2557 – 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบว่ามี Postpartum hemorrhage (PPH) เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี คือ 2.47, 2.5, 3.22, 1.17, 0 และ 5.66 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุที่เกิดขึ้นเกิดจากการ Assessment แรก รับและหลังคลอดที่ล่าช้า ทำให้เกิด delay diagnosis เช่น การชั่งตวง Blood loss ยังไม่มาตรฐาน ขาดการประเมินซ้ำ เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะในการทำคลอดเนื่องจากใช้บุคลากรร่วมกับหน่วยงาน ER ยังไม่มี CPG ที่ชัดเจน ทีมงานจึงมีการพัฒนาระบบโดย

1. เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและช่วยเหลือแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถพยากรณ์โรคได้เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เจ้าหน้าที่ผ่านการทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการทำคลอด การทำคลอดรก การเย็บแผล โดยเจ้าหน้าที่เดิมให้ทบทวนโดยผู้ชำนาญการกว่า เจ้าหน้าที่ใหม่ให้ฝึกงานที่ห้องคลอด รพ.ท่าบ่อ จำนวน 1 สัปดาห์ทุกคนเมื่อกลับมาปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ใหม่มีการขึ้นเวรที่ห้องคลอดคู่กับพี่ที่ชำนาญการกว่า
3. ปรับปรุง CPG PPH ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง
4. มีระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ PPH ตั้งแต่แรกเริ่ม
5. มีเกณฑ์การเฝ้าระวังที่ชัดเจนทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด เช่น
 - ระยะ Active phase ให้ on 5% D/N/2 1000ml iv 80cc/hr
 - ระยะที่สามของการคลอด
 - มีแนวทางการให้ยา Uterotonic drug เพื่อป้องกัน PPH

เมื่อคลอดให้ส่งหน้าทารก (มั่นใจว่าไม่มีทารกอีกคน) หรือเมื่อทารกคลอดแล้ว คลำมดลูกแล้วไม่มีอีกคน ให้ Oxytocin 10 unit im และให้ 5% D/N/2 1,000 ml + Oxytocin 10 unit iv 80 cc/ hr. (ตามแนวทางปฏิบัติการให้บริการห้องคลอดคุณภาพจังหวัดหนองคาย) เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การทำคลอดรก ให้ทำ Late cord clamping (1 - 3 นาทีหลังคลอด) ทุกราย เว้นแต่ทารกมี Asphyxia และต้องการ Resuscitate ทันที ทำคลอดรกเมื่อมี sign การลอกตัวของรก หลังทำคลอดรก นวดคลึงมดลูกเป็นระยะอย่างน้อย 1 นาที หลังรกคลอด หรือจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี

ประเมินและชั่งตวง Blood loss โดยใช้เหยือกใสที่มี scale ตัวเลขข้างเหยือกใสที่ชัดเจน ชั่งตวงเลือด ปริมาณ ≥ 300 ml ให้รายงานแพทย์และเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด วัตถุประสงค์ของการหดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออก ให้ใส่ Pad observe bleeding (50cc/ผืน) ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด

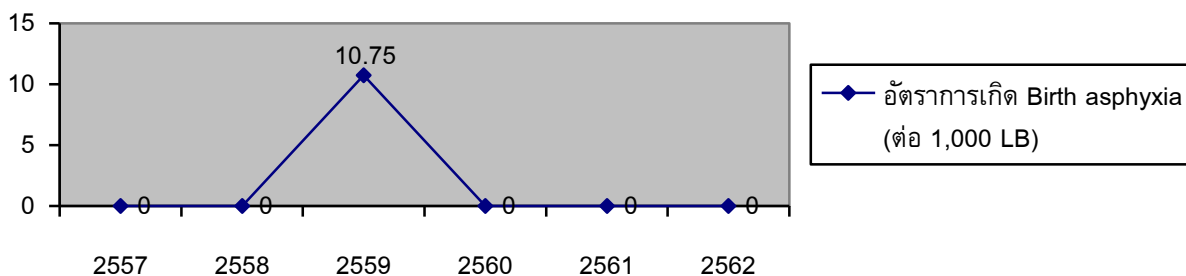
ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- 1) วัดคลื่นมดลูก ประเมิน V/S ปริมาณเลือดที่ออก ทุก 15 นาที × 4 ครั้ง 30 นาที × 2 ครั้ง
- 2) ชั่วโคมหลังคลอดก่อนย้าย PV ประเมิน blood clot การเปลี่ยนผ้าอนามัย เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออก ≥ 500 ml. ให้รายงานแพทย์และให้การรักษาดูตาม CPG ตกเลือดหลังคลอด
- 3) สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง BP <90/60 mmHg P >90 ครั้ง/นาที Oxygen sat <95% ให้รายงานแพทย์

จากการพัฒนาระบบการป้องกัน PPH ในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีการเกิดภาวะ PPH จำนวน 1 ราย แต่ที่มียังมีการพัฒนาต่อเนื่องเรื่อง การใช้ถุงตวงเลือดเพื่อให้การชั่งตวง Blood loss ได้มาตรฐานการสั่งซื้อจากบริษัทที่มีปริมาณน้อยจึงมีการประชุมร่วมกันในภาพรวม MCH Broad ระดับจังหวัด ให้มีการจัดซื้อร่วมกันและให้แต่ละโรงพยาบาลเบิกใช้ ซึ่งขณะนี้กำลังดำเนินการ โรงพยาบาลได้มีการนำเห็อกแก้วใสที่มี Scale ตัวเลข 100 - 1000 ml. มาใช้ทดแทนการประเมินด้วยตาเปล่าผลการพัฒนาในปีงบประมาณ 2561 ถึงไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.66 ทีม PCT ร่วมกับ MCH Broad มีการเฝ้าระวังต่อไป

กราฟแสดงอัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ 1,000 LB)



จากกราฟอธิบายได้ว่า

ภาวะการขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด (Birth Asphyxia) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว จากการทบทวนพบว่ามีภาวะการขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด (Birth Asphyxia) เกิดขึ้นในปี 2559 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.75 ซึ่งปัญหาเกิดจากการประเมิน (Assessment) แรกรับทำให้ delay diagnosis ประกอบกับเกณฑ์การส่งต่อในรายที่มีความเสี่ยงยังไม่ชัดเจนทีม MCH Broad ร่วมกับ PCT จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลขึ้นโดย

1. ได้มีการกำหนดแบบประเมินภาวะเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดที่จะเกิด BA ได้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานห้องคลอดได้เข้าใจและปฏิบัติตาม
2. มีแนวทางการดูแลมารดาขณะคลอดโดยแรกรับ NST แรกรับและทุกๆ 20 นาทีทุกราย
3. การใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังประเมินความก้าวหน้าการคลอดถ้าผิดปกติตกเส้นต้นตัวต้องรายงานแพทย์และพยาบาล 2 คน PV ชั่วแล้วรายงานแพทย์เพื่อ Refer รพ.ท่าบ่อทันทีโดยไม่ต้องให้ยาเร่งคลอด (เป็นแนวทางร่วมกันระหว่าง รพ.สังคมและรพ.ท่าบ่อ)
4. ในระยะเบ่งคลอดให้ On ออกซิเจน 5LPM
5. มีการกำหนดเกณฑ์การ refer ที่ชัดเจนและสื่อสารให้บุคลากรทราบแนวทางปฏิบัติ
6. มีการฝึกปฏิบัติการ NCPR ปีละ 1 ครั้งทั้งในและนอกสถานที่(แม่ข่าย รพ.ท่าบ่อ)
7. มีการทบทวน case ทุกรายเพื่อหาสาเหตุและกำหนดแนวทางร่วมกัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

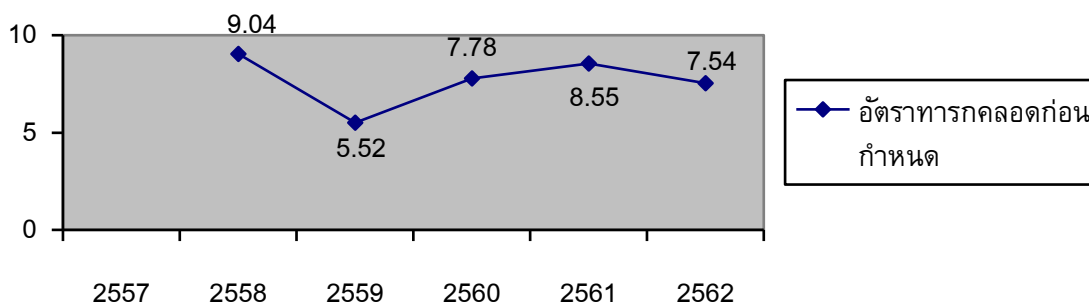
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ผลการพัฒนาพบว่าในปีงบประมาณ 2560-2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) ยังไม่เกิดภาวะการขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด (Birth Asphyxia) ในโรงพยาบาลสังคมแต่ยังต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

84 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
อัตราการคลอดก่อนกำหนด	<7%	NA	9.04	5.52	7.78	8.55	7.54

อัตราการคลอดก่อนกำหนด



จากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสังคม ในปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 9.04, 5.52, 7.78, 8.24 และ 7.54 ตามลำดับ

จากการทบทวนข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดจากมารดาที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังคมทั้งหมดในปี 2561 จำนวนทารกคลอดทั้งหมด จำนวน 152 คน คลอดก่อนกำหนด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 8.24 ในจำนวนคลอดก่อนกำหนด 13 คน พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงจาก มารดาอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 มารดาเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ครรภ์นี้มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ครรภ์แฝด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และมีภาวะรกเกาะต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69

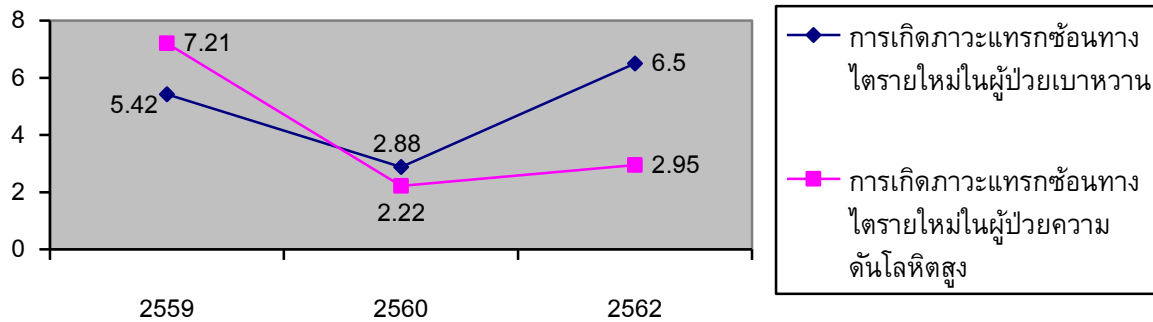
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ภาวะแทรกซ้อนทางไต(CKD)

กราฟแสดงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง



จากกราฟอธิบายได้ว่า

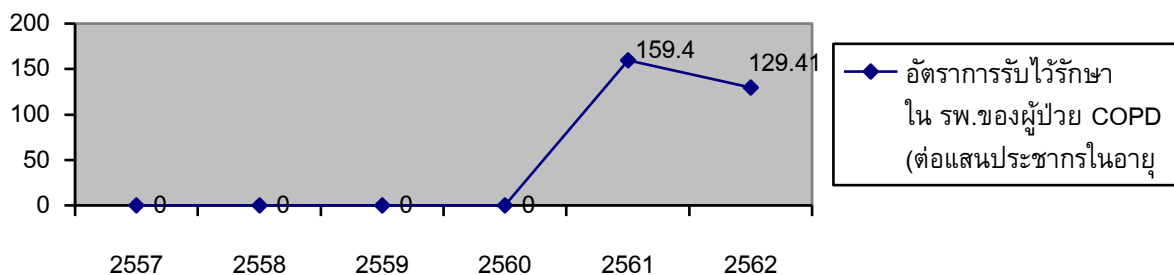
เนื่องจากในปี 2559-2561 ที่ผ่านมามีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีอัตรา 5.42, 2.88 และ 6.50 ซึ่งเพิ่มขึ้นในปี 2561 ที่มี PCT จึงได้มีการทบทวนเกิดจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถคุมน้ำตาลได้โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดย

1. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. จัดกลุ่มผู้ป่วยไตรายใหม่ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ตรวจการทำงานของไตระยะที่ 3, 4 ปีละ 2 ครั้ง
4. จัดให้มีกลุ่ม self-help-group เพื่อจัดการความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะความพร้อมในการปรับเปลี่ยน (Style of change)
5. มีเครือข่ายเยี่ยมบ้าน หรือทีมรักษไตให้ครอบคลุม
6. ดำเนินการให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพ อสม. และบุคคลต้นแบบในชุมชน

ผลการพัฒนาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ยังต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อไป

COPD

กราฟแสดงอัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD (ต่อแสนประชากรใน อายุ > 40 ปี)



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

จากกราฟอธิบายได้ว่า

โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30เตียง ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและไม่มี Spirometry โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลและ Re-admit สูง เป็นโรค 1 ใน 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล จากสถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสังคมพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปีงบประมาณ 2559 2560 2561 2562 (3 ไตรมาส) เป็นจำนวน 74, 70, 78, 80 คน และใน 2561 – 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบผู้ป่วยมีอาการ Exacerbation ต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 159.40, 129.41 ตามลำดับ ในปี 2559 - 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) มีการรับไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 66.07, 65.42, 78, 22.5 มีการ Re-admit ร้อยละ 34.04, 8.40, 13.26, 2.5 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1, 1, 0, 1, คน ตามลำดับ จากการทบทวนพบปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคนี้เป็นผู้สูงอายุ มีระดับความรุนแรงของโรคค่อนข้างรุนแรงเนื่องจากสมรรถภาพปอดไม่ดีและมีโรคร่วม มีการติดเชื้อ การพ่นยาไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่อยู่ มีการสูดดมควันไฟจากการใช้ถ่าน ฟืนในการหุงต้ม ควันจากการเผาป่า ไม่มีญาติดูแล บางครั้งมีการขาดนัดเนื่องจากอยู่ห่างไกลโรงพยาบาลการเดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยที่ Home oxygen-therapy ยังมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตน้อยลง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ผลการพัฒนา

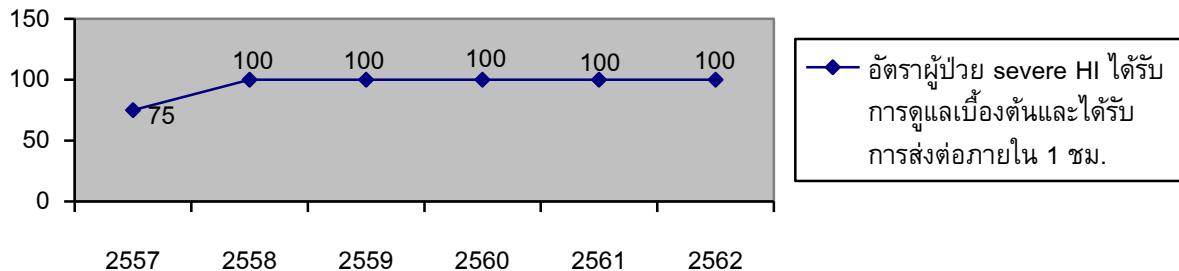
อัตราการเกิด Acute Exacerbation เริ่มลดลง แต่อัตราการ Admit ด้วย Exacerbation ยังไม่ลดลงซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุรายเดิมๆ ที่ระยะของโรครุนแรงและมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ยังสัมผัสสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ และการพ่นยาไม่ถูกต้อง บางรายยังไม่หยุดสูบบุหรี่ ไม่มี Home O2 therapy ในผู้ป่วยที่ตายพบว่าสาเหตุเกิดจากสภาพปอดไม่ดี ระยะของโรครุนแรงมีอาการเหนื่อยตลอดเวลา มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ส่วนอัตราการ Re-visit ใน 48 ชั่วโมงและอัตราการ Re-admission ใน 28 วัน มีแนวโน้มลดลง จากการมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม กำหนด criteria จำหน่ายและการนัดติดตามที่เป็นระบบ

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดทำแผนซื้อ Spirometry ในการวินิจฉัยโรค COPD เพื่อการวินิจฉัยตามมาตรฐาน
2. ส่งบุคลากรอบรมการแปลผล Spirometry
3. ประสานกับเครือข่ายพัฒนาแนวทาง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ Re-visit ภายใน 48 ชั่วโมงและ Re-admission ภายใน 28 วัน เพื่อค้นหาสาเหตุที่กำเริบและดำเนินการแก้ไขปัญหาลงเฉพาะราย
4. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care เพื่อการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้าย (End of life plan)
5. พัฒนาศักยภาพ Care giver ทุกปี

85 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความปลอดภัยในการดูแล							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
Head Injury (HI)							
อัตราผู้ป่วย severe HI ได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชม.	>90%	75	100	100	100	100	80
โรคอูจจาระร่วง							
อัตราการเกิด Hypovolemic shock ใน	<5%	2.09	1.33	2.37	1.65	1.89	0.58

ผู้ป่วยอุจจาระร่วง							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

อัตราผู้ป่วย severe HI ได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชม.

โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาถนนคดเคี้ยวและทางลาดชัน มีถนนยาวตามแนวแม่น้ำโขง มีท่าทราย 5 แห่งและประชากรส่วนใหญ่ทำอาชีพสวนยางพาราการขนส่งทำให้ถนนลื่นกว่าปกติทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ปี 2556 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย HI จำนวน 32 ราย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจราจรถึง 24 ราย ได้รับการส่งต่อ 4 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 1 รายโดยปี 2558 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย HI จำนวน 37 ราย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจราจรถึง 27 ราย ได้รับการส่งต่อ 8 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 4 รายพบอุบัติการณ์ 1 รายเข้าถึงบริการซ้ำ ผู้ป่วยอุบัติเหตุมี multiple injury รวมด้วยจึงมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตขณะส่งต่อ สาเหตุสำคัญเนื่องจากทีมเครื่องมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่สวมหมวกนิรภัย และกรณีที่เกิดอุบัติเหตุและทีมแอลกอฮอล์ด้วยทำให้การประเมินผิดพลาด จึงได้ทำการทบทวนและจัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย Head injury พัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาล โดยมีการจัดประชุมวิชาการ การประเมิน specific competency บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Head injury ในปี 2559 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย HI จำนวน 30 ราย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจราจรถึง 25 ราย เป็นผู้ป่วย severe Head injury ได้รับการส่งต่อ 5 ราย ยังพบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย 2 รายและมีความล่าช้าในการประสานการส่งต่อ จึงได้มีการทบทวนและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย Head injury ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นปี 2560 มีผู้ป่วย Head injury จำนวน 28 ราย เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ 1 รายเนื่องจากมี multiple injury รวมด้วยเกิดจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 25 รายเป็นผู้ป่วย Severe Head injury จำนวน 6 รายมีการเข้าถึงบริการรวดเร็วขึ้นและสามารถประเมิน Coma score ประเมินปัจจัยเสี่ยงในภายใน 4 นาทีและผู้ป่วย severe Head injury ได้รับการดูแลและส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมงทั้งหมด แต่ยังคงมีความล่าช้าและไม่ครอบคลุมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทีม PCT จึงได้มีการพัฒนาแนวทางโดย

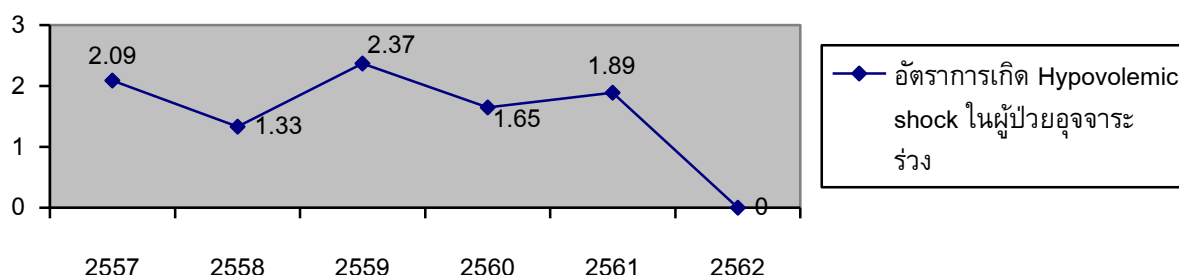
1. รณรงค์เรื่องเมาไม่ขับและการสวมหมวกนิรภัยและปฏิบัติตามกฎจราจรร่วมกับตำรวจ ป้องกันภัยระดับอำเภอและเครือข่ายภาคประชาชนเดือนละครั้งเพื่อทบทวนอุบัติการณ์ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ การป้องกันอุบัติเหตุ และแก้ไขจุดเสี่ยงมีการรณรงค์ป้องกันสวมใส่หมวกนิรภัยและโครงการดื่มไม่ขับในระดับอำเภอ รวมถึงศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนระดับอำเภอ
2. มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน
3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ให้แก่หน่วยกู้ชีพองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอสังคม
4. เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลสังคมเป็นศูนย์ฝึกอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์ (EMR)

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

5. ผูกอบรวมอาสาฉุกเฉินชุมชนให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และอสม. เพื่อให้มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669
6. เพิ่มหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลครบทั้ง 5 หน่วยในอำเภอสังคม
7. มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งอำเภอกทุกปี
8. ทบทวนเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรง (Coma Score) และปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) การปฏิบัติตาม CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วย HI ร่วมกัน
9. จัดประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย Head injury และ การประเมิน specific competency บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Head injury
10. มีระบบการ Consult ศัลยแพทย์ประสาท โรงพยาบาลแม่ข่ายตลอด 24 ชั่วโมง และจัดหายาที่จำเป็นในผู้ป่วย Severe Head injury เช่น manitol transamine
11. ผู้ป่วยที่มีอาการหนักเกินศักยภาพในการดูแล ได้รับการส่งต่ออย่างถูกวิธี รวดเร็ว มีพยาบาลนำส่งทุกราย มีการประสานงานโดยใช้ระบบLine กับแพทย์เฉพาะทาง การ consult case ก่อนส่งต่อเพื่อให้ข้อมูลกับศูนย์ส่งต่ออย่างเป็นระบบอย่างครบถ้วนและรวดเร็ว

จากการพัฒนาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วย severe HI ได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชม. ครบ 100% แต่ในทีม PCT ยังคงเฝ้าระวังและต่อเนื่องต่อไปในประเด็น

- 1) ควรมีการประชุมทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างน้อยให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและรพสต. ปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้
- 2) ควรมีการทบทวนปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ
- 3) ผลักดันให้เกิดหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลหน่วยกู้ชีพให้สามารถออกรับมือเหตุได้ 24 ชั่วโมงและมีการจัดอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนทุกปีเพื่อสร้างเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน
- 4) จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับเจ้าหน้าที่รพสต.ทุกแห่ง
- 5) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบประสานการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Head injury

อัตราการเกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วง

จากกราฟอธิบายได้ว่า

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงปี 2557 - 2559 เพิ่มขึ้นมากในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ตา ย่า ยาย พฤติกรรมและทักษะในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง รวมทั้งเริ่มมีตลาดนัด รถเร่ขายอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น และประชาชนยังไม่ตระหนักเรื่องการล้างมือ ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและพบมากในผู้ป่วยเรื้อรังที่ภูมิคุ้มกันต่ำ

ปี 2557 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คิดเป็น 1846.3 ต่อแสนประชากร ปี 2558 ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา คิดเป็น 1496.2 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นในปี 2559 คิดเป็น 2220.4 ต่อแสนประชากร จึงได้มีการขยายเครือข่าย SRRT ระดับตำบลครอบคลุมทุกพื้นที่ในปี 2559 และพัฒนาศักยภาพทีม SRRT ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น การให้ความรู้กับชุมชน, ผู้ดูแลเด็กและครูในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กเรื่องการให้ความสำคัญกับการล้างมือ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ประสานกับทีม IC และ SRRT ในการให้ความรู้และการเฝ้าระวังและการควบคุมการระบาดและการตรวจความสะอาดของอาหารและร้านอาหารร่วมกับงาน คบส. รวมทั้งรณรงค์เรื่องการล้างมือทุกตำบลทุกหมู่บ้านและผลิตสื่อการสอนเรื่องการล้างมือผ่านบทเพลงตอนเช้าก่อนให้บริการทุกวันผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุจจาระร่วงพบว่าในปี 2560 – 2561 และรอบไตรมาสแรกปี 2562 (ตค.-ธค. 61) พบว่ามีแนวโน้มลดลง

ส่วนผู้ป่วย Diarrhea มีอัตราเกิด Hypovolemic shock เพิ่มขึ้นในปี 2561 เนื่องจากการเฝ้าระวังและตรวจวินิจฉัยได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการแก้ไขภาวะ shock อย่างทันท่วงที ไม่ได้ส่งต่อด้วยภาวะ Hypovolemic Shock

86 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติคนเป็นศูนย์กลาง (รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วย)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	≥ 80%	86.16	85.34	85.37	84.14	87.19	รอผล
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100	100
จำนวนข้อร้องเรียนการเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0	0

ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ความพึงพอใจโดยรวม	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥85	87.37	86.56	86.56	85.51	86.7	89.36
	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥85	86.24	85	85	73	88.26	88.30
	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน PCU	≥85	86.02	86.54	86.54	87.32	88.1	86
	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน ER	≥85	86.93	87.32	86.5	88.43	85.36	87.8

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

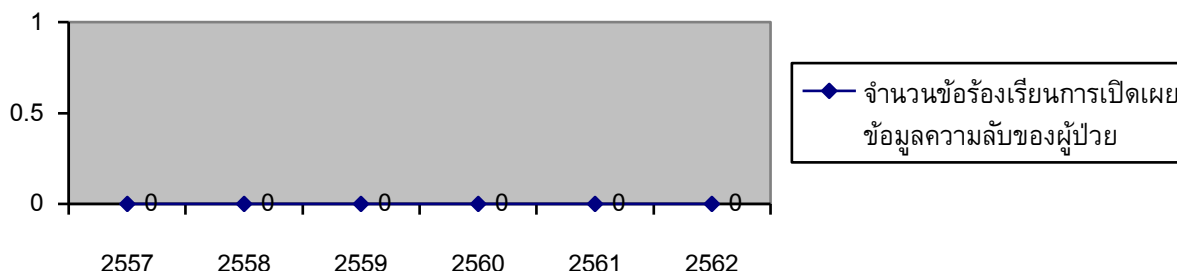
	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน NCD	≥85	84.24	81.25	82.22	86.43	87.5	รอผล
	ผลงาน	≥85	86.16	85.34	85.37	84.14	87.19	รอผล

ความพึงพอใจโดยรวม

ผลงานความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในปี 2557 -2559 ได้นำหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยเป็นหลัก จำนวน 5 หน่วยงาน มาวิเคราะห์ เป็นภาพรวมคือ หน่วยงาน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย PCU ผู้ป่วย ER ผู้ป่วย NCD พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปรับระบบการให้บริการทั้งการขยายบริการในคลินิกพิเศษ ลดความแออัด แพทย์ออกตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตั้งแต่เวลา 09.00 น. ลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งมีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการและความสะอาด รวมทั้งจัดให้มีห้องนำห้องส้วมที่เพียงพอ แต่เมื่อพิจารณาแยกรายหน่วยงานพบว่าในรอบ 3ปีที่ผ่านมาหน่วยงานที่มีความพึงพอใจในผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงในตึกผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถให้บริการในผู้ป่วยที่ซับซ้อนได้ต้องส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้ง ปัญหาเรื่องพฤติกรรมบริการ

ในปีงบประมาณ 2560 – 2561 และในปี 2562 ในรอบไตรมาสที่สาม (ต.ค.61-มิ.ย.62) โรงพยาบาลสังคมได้นำผลการวิเคราะห์พบว่าหน่วยงานที่มีปัญหามากที่สุดคือ หน่วยงาน ER ผลลัพธ์การประเมินร้อยละ 85.36 เนื่องจากมีการย้ายไปให้บริการในตึกผู้ป่วยในใหม่ 5 ชั้น การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงเกิดความสับสนในการให้บริการในส่วนผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาความพึงพอใจนั้นมีการแยกคลินิก NCD ไปให้บริการแบบ One Stop Service ที่ห้อง ER เดิม ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กราฟแสดงจำนวนข้อร้องเรียนการเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์เรื่องการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย เนื่องจากมีระบบบริการด้านการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลที่ดี แต่ทางทีมสารสนเทศและเวชระเบียนก็ได้มีการทบทวนและปรับปรุงระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และการจัดระบบป้องกันการพิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยให้รัดกุมมากยิ่งขึ้น ดังนี้

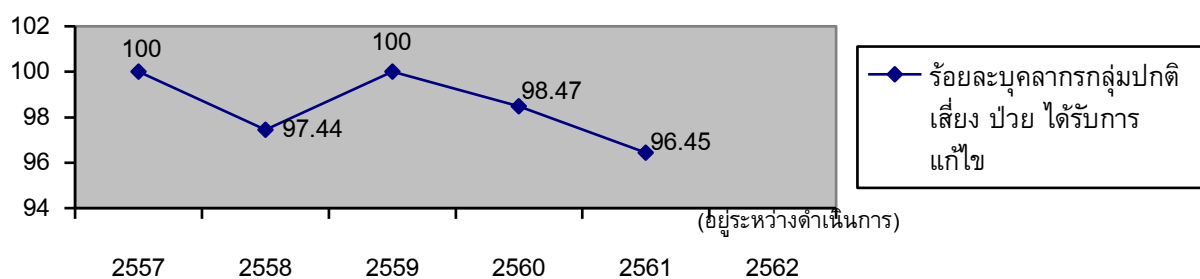
1. มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับและการใช้งานระบบที่สำคัญ ให้เข้าถึงเฉพาะที่ได้รับอนุญาตตามความเหมาะสมและจำเป็น และมีการทบทวนสิทธิเป็นระยะๆ
2. มีการกำหนดผู้มีสิทธิการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่คลังข้อมูลผู้ป่วย โดยทุกคนจะมี USERNAME และ PASSWORD เฉพาะตน เจ้าหน้าที่อื่น เช่น คนงาน ลูกจ้าง หมอ

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

- หมวด พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่แผนกซักฟอก เจ้าหน้าที่ผลิตสมุนไพร ที่ไม่ต้องลงข้อมูลผู้ป่วย จะไม่สามารถเข้าถึง ข้อมูลได้
3. มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 การดูข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมHOSxP ให้เจ้าหน้าที่ใช้USERNAME และ PASSWORD เฉพาะตนเองเท่านั้น
 - 3.2 ไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่คนอื่นใช้USERNAME และ PASSWORD ของตน ในการเข้าดูข้อมูล
 - 3.3 ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยดูได้เฉพาะบางวิชาชีพเท่านั้น
 4. มีการจำกัดการพิมพ์เวชระเบียนออกจากระบบ HOS XP
 5. มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำกัดผู้หยิบใช้เวชระเบียนเฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องบัตรเท่านั้น
 6. มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ล็อคประตูเสมอ จำกัดผู้ใช้ข้อมูลหากต้องการใช้ข้อมูลต้องมาลงทะเบียนบันทึกการยืมประวัติเวชระเบียน
 7. การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางกายภาพ เช่น อัคคีภัย มีการตรวจสอบความเสี่ยงของไฟฟ้าลัดวงจร การกัดแทะของสัตว์ หนู ปลวก
 8. ข้อมูลในโปรแกรมฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) มีการเข้ารหัสผ่านมาใช้ ป้องกันการเข้าใช้งานของโปรแกรมจากบุคคลภายนอกและมีการกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงของบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม หน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เช่น หน่วยงานการเงิน ไม่สามารถเปิดดูฐานข้อมูลของ ผู้ป่วยในได้เลย จะมีรหัสผ่านเข้าใช้งานได้เฉพาะของหน่วยงานของตนเองเท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ของหน่วยงานอื่นได้
 9. มีแนวทางการรักษาความลับของข้อมูลและกำหนดสิทธิการใช้ข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต โดย
 - เวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ เก็บแยกจากเวชระเบียนทั่วไป และไม่บันทึกรายละเอียดลงใน HOSXP มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงโดยมีกุญแจล็อกตู้เก็บเวชระเบียนต่างหาก
 - ผลตรวจ HIVจะถูกบรรจุของส่งให้ผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์เท่านั้นที่จะมีหน้าที่เปิดและแจ้งผู้ป่วยส่วน การเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ มีการกำหนดสิทธิ์ให้เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้อง LAB ผู้ให้คำปรึกษาและแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถอ่านผลได้ แต่เวชระเบียนผู้ป่วยในยังต้องบันทึกผลลงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบตาม สปสช กำหนด
 - มีแนวทางการขอประวัติการรักษาโดยผู้ป่วยเอง ญาติ และหน่วยงานต่างๆหรือบริษัทประกันชีวิต ซึ่งจากการดำเนินงาน สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
 - โรงพยาบาลได้สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ในการรักษาความลับผู้ป่วยโดยการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้บริการและผู้รับบริการรับทราบ และหน่วยงานเวชระเบียนมีการจัดทำระเบียบการยืม - คืนเวชระเบียนและการเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลภายนอก (กรณีต้องการทราบข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย)
 10. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล และใช้ข้อมูลของตนได้โดยปฏิบัติตามแนวทาง การขอประวัติ อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา

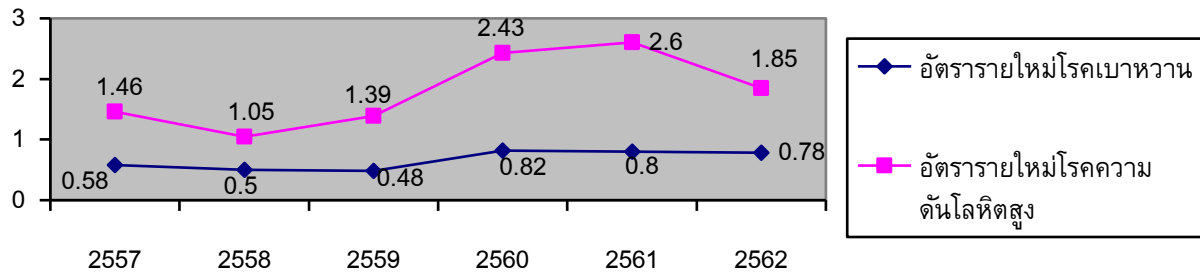
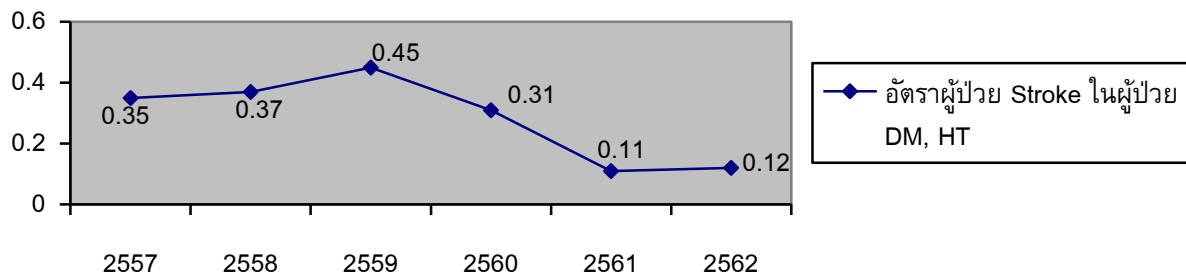
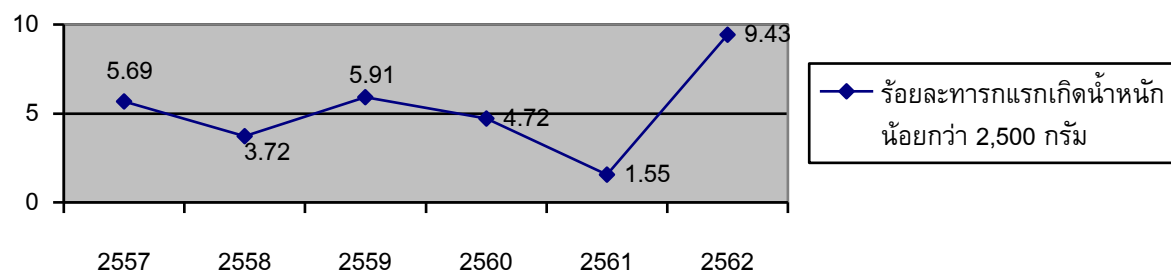
87 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ด้านบุคลากร							
ร้อยละบุคลากรกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย ได้รับการแก้ไข	≥80%	100	97.44	100	98.47	96.45	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
โรคเบาหวาน							
อัตราผู้ป่วยใหม่โรคเบาหวาน	<5%	0.58	0.50	0.48	0.82	0.80	0.78
โรคความดันโลหิตสูง							
อัตราผู้ป่วยใหม่โรคความดันโลหิตสูง	<3%	1.46	1.05	1.39	2.43	2.60	1.85
Stroke							
อัตราผู้ป่วย Stroke ในผู้ป่วย DM HT	<3%	0.35	0.37	0.45	0.31	0.11	0.12
แม่และเด็ก							
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	<7	5.69	3.72	5.91	4.72	1.55	9.43
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	<10	20.07	18	12.54	11.83	12.24	14.21
โรคอุจจาระร่วง							
อัตราการป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง จากปี 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%)

ร้อยละบุคลากรกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วยได้รับการแก้ไข



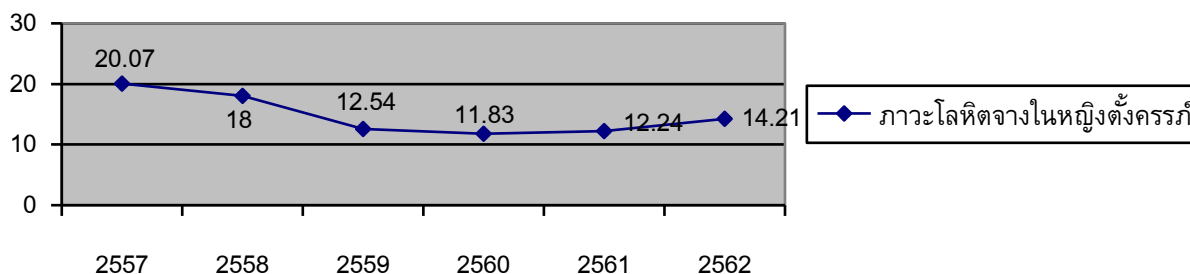
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

อัตราผู้ป่วยใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอัตราผู้ป่วย Stroke ในผู้ป่วย DM HTร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โรคอุจจาระร่วงอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง (เทียบกับปี 2557)

การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงปี 2558-2561 เพิ่มขึ้นมากในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ตา ย่า ยาย พฤติกรรมและทักษะในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง รวมทั้งเริ่มมีตลาดนัด รถเร่ขายอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2561 พบประชาชนส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษอยู่ในกลุ่ม 0-4 ปี และผู้สูงอายุ 65

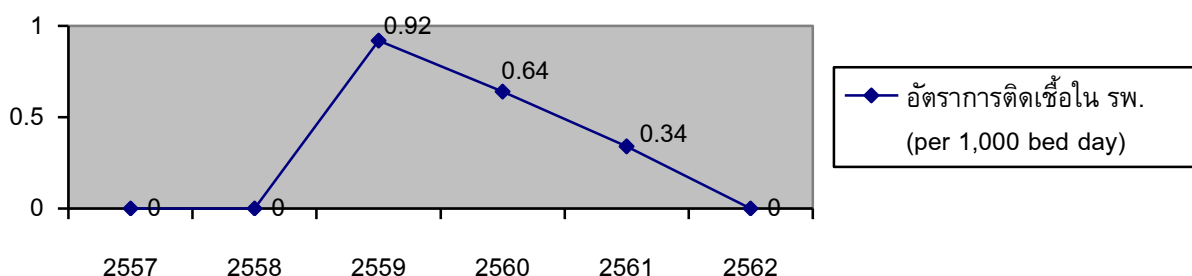
ปี 2557 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง คิดเป็น 1846.3 ต่อแสนประชากร ปี 2558 ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา คิดเป็น 1496.2 ต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นในปี 2559 คิดเป็น 2220.4 ต่อแสนประชากร ปี 2560 ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาคิดเป็น 1512.1 ต่อแสนประชากร และในปี 2561 ลดลงจากปีที่ผ่านมา 962.52 ต่อแสนประชากร จะเห็นว่าประชาชนมีอัตราป่วยลดลง อันเนื่องมาจากทางโรงพยาบาลมีการดำเนินงานควบคุมโรคตามแนวทาง SRRT คือ มีการอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นคณะกรรมการระดับอำเภอ มีการออกให้ความรู้เฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและมีการสอนการล้างมือที่ถูกต้องแก่ อสม.เพื่อนำไปให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป นอกจากนี้ยังมีส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มีการดำเนินการเฝ้าระวังอาหารโดยการเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจ พร้อมกับออกให้สุขศึกษาเชิงรุกร่วมกับเทศบาลสังคม ในการตรวจตลาดนัด หากพบว่าร้านค้า ร้านอาหาร หรือแผงลอยได้มีการขายสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐาน ก็จะดำเนินการตรวจสอบแนะนำให้แก้ไขต่อไป

88 ผลลัพธ์ของ PSG:S (การผ่าตัดที่ปลอดภัย)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ด้านผู้ป่วย	-	-	-	-	-	-	-
ไม่มีบริการการผ่าตัด	-	-	-	-	-	-	-

89 ผลลัพธ์ของ PSG:I (การป้องกันการติดเชื้อ, ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- ธ.ค.62
ด้านผู้ป่วย							
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per1,000 bed day)	<0.5%	0	0	0.92	0.64	0.34	0
อัตราการล้างมือ normal Hand Washing	≥ 80%	89	89	85	86.06	88.24	89
ด้านบุคลากร							
อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการทำงานของ บุคลากรด้วยโรค TB, HIV, Hepatitis	0	0	0	0	0	0	0

การติดเชื้อในโรงพยาบาล



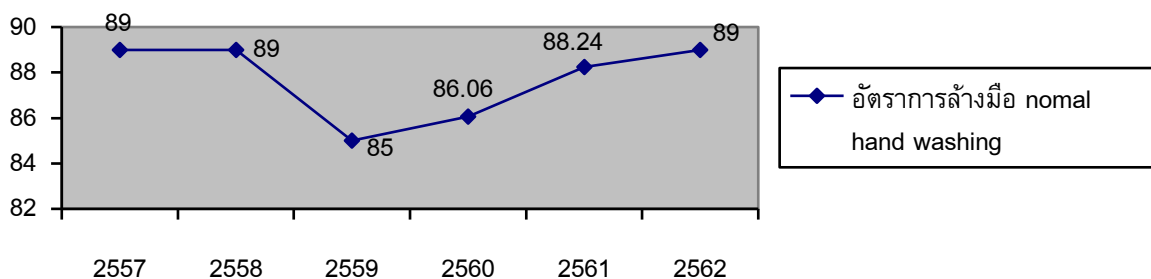
จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อพบว่าปี 2559 มีการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือด 3 ราย และการติดเชื้อที่ตาสะดือในทารกแรกเกิด 1 ราย ในการทบทวน case พบว่าเกิดใน Line ที่มีการให้ Dopamine จึงนำมาสู่การทบทวนการป้องกันการป้องกัน phlebitis โดยการกำหนดการเลือกตำแหน่งในการให้ IV การ case IV ทุกเวร การนำ gauze sterile มาใช้ปิดบริเวณแทงเข็ม แต่ยังพบปัญหาของ phlebitis เกรด 0 ในผู้ป่วยที่ on Dopamine แต่ไม่พบในการให้ IV อื่น เป็นส่วนการติดเชื้อที่ตาสะดือที่พบได้กำหนดแนวทางแก้ไขปรับปรุงในเรื่องการ care ตาสะดือหลังอาบน้ำ การนึ่งฆ่าเชื้อของกะละมังอาบน้ำเด็ก เรื่องที่งาน IC ต้องเฝ้าระวังต่อไปซึ่งจากผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2560 - 2561 และไตรมาสสามปี 2562 (ต.ค.61 – มิ.ย.62) พบว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี 2560 มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 5 รายประกอบด้วยติดเชื้อจาก phlebitis จำนวน 4 ราย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการ on Foley cath 1 ราย ในปี 2561 มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 3 รายประกอบด้วยติดเชื้อจาก phlebitis จำนวน 2 ราย ติดเชื้อตาสะดือ 1 ราย ทีม IC มีการพัฒนาโดยการวัดวิเคราะห์หาสาเหตุการติดเชื้อ พบว่า

1. มีการติดเชื้อจากความเข้มข้นของยา Dopamine ทีม IC ได้ประสานกับทีม PTC เพื่อหาแนวทางการพัฒนาได้มีการปรับความเข้มข้นของยาโดยเปลี่ยนจาก 2:1 เป็นสารละลาย 1:1 และให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic technique ส่วนการพัฒนาการติดเชื้อจากการให้ยา Levophed ทีม IC ได้ประสานกับทีม PTC เพื่อหาแนวทางการพัฒนาได้มีการปรับความเข้มข้นของยาโดยเปลี่ยนจาก 8:250 ml. เป็นสารละลาย 4:250 ml. หลังการพัฒนาทีม IC มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องใน ไตรมาสแรกปี 2562 (ตค-ธค 61) ยังไม่พบการติดเชื้อ

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

2. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการ on Foley cath เกิดจากการ Care ไม่ถูกต้องหลัก Aseptic technique จึงได้เพิ่มความเข้มข้นในการติดตามโดยทีม IC ร่วมกับ NSO มีการนิเทศหรือทบทวนความรู้โดยหัวหน้าเวรก่อนการพยาบาล หลังการพยาบาลทีม IC มีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องใน ไตรมาสสามปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) ยังไม่พบการติดเชื้อ
3. การติดเชื้อตา – สะดือมีการทบทวนและแบ่งโซนปลอดภัยสำหรับแม่และเด็กเพิ่มจุด Alcohol rup ในโซนแม่และเด็กเพิ่มขึ้น และจากปัญหาดังกล่าว ทีม IC ร่วมกับทีม NSO ในหน่วยงาน IPD ได้มีการพัฒนาจนเกิดเป็นนวัตกรรม/ R2R ในหน่วยเรื่อง”การปฏิบัติตัวหลังคลอดอย่างถูกวิธี “และมีการเผยแพร่ R2R ดังกล่าวติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องพบว่าในไตรมาสสาม (ต.ค.61 –มิ.ย.62) ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังคมซึ่งมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องจากผลการพัฒนาดังกล่าว

กราฟแสดงอัตราการล้างมือ normal Hand Washing



จากกราฟอธิบายได้ว่า

เดิมที่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการล้างมือแก่บุคลากรทุกระดับ สนับสนุนอุปกรณ์ล้างมือในทุกหน่วยงาน และมีการสุ่มประเมินการล้างมือทุก 3 เดือน ผลการสำรวจพบว่าการล้างมือของบุคลากรมีแนวโน้มลดลง ทีม IC ได้สำรวจหาสาเหตุดังกล่าวโดยการสัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย จากงาน ER IPD ทันตกรรม OPD ภายภาพพบว่าปัจจัยที่ทำให้ล้างมือลดลง ได้แก่ ขาดการตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการล้างมือ 6 ขั้นตอน คิดว่ามือไม่เป็นไม่มีเวลาล้าง งานเร่งรีบ

ลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง ล้างมือบ่อยทำให้มือแห้ง ผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอ Alcohol based solution ไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการใช้ทั้งนี้พบว่าหน่วยงานที่มีการล้างมือลดลง คือ ER จากข้อมูลดังกล่าวนำมาสู่การใช้กลยุทธ์หลักในการณรงค์ให้มีการปฏิบัติตามหลัก Hand Hygiene คือการให้ความรู้การกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจและการปรับปรุงระบบ ดังนี้

1. กำหนดการล้างมือเป็นนโยบายด้านการสนับสนุนการล้างมือ ประกาศนโยบายให้บุคลากรทราบ ทางบอร์ด สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์ ทาง Group line เจ้าหน้าที่ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย แจ้งให้ทราบในที่ประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ การทำป้ายเตือนการล้างมือในทุกหน่วยงาน
2. สนับสนุนอุปกรณ์การล้างมือให้เพียงพอ โดยสำรวจความต้องการทุกหน่วยงานนำมาทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกล้างมือตามหลัก My5 Moment
3. สนับสนุน Alcohol based solution ให้ทั่วถึงครบทุกกิจกรรมทุกหน่วยงาน เพื่อให้สะดวกและเข้าถึงง่าย ทั้งนี้ ICN ได้คัดเลือกและทดสอบผลิตภัณฑ์จากหลากหลายบริษัทเพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

4. จัดกิจกรรม IC พาล้างมือก่อนเริ่มการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ทุกเดือน เพื่อเป็นการฝึกการล้างมือที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพ
5. กำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการล้างมือ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานสัมผัสและดูแลผู้ป่วยต้องผ่านการอบรม $\geq 80\%$ ส่วนบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนอบรม 80% สำหรับบุคลากรที่เข้างานใหม่ต้องผ่านการอบรม $\geq 80\%$
6. สร้างเครือข่ายในการกระตุ้นการล้างมือ เป็นตัวอย่างในทุกหน่วยงาน
7. จัดให้มีการ Reward ให้แก่บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการล้างมือ
8. จัดให้มีการ Reward แก่หน่วยงานที่มีการล้างมือถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
9. กำหนดการล้างมือ 6 ขั้นตอน เป็น KPI รายบุคคล
10. มีการประเมินติดตามการล้างมือทุก 1 เดือนโดย ICWN หน่วยงาน และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงาน

จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังกล่าวพบว่าอัตราการล้างมือ normal Hand Washing มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากรด้วยโรค TB, HIV, Hepatitis

จากการพัฒนาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานของบุคลากรด้วยโรค TB, HIV, Hepatitis ในปีงบประมาณ 2557 – 2562 ในไตรมาสสาม (ต.ค.61 –มิ.ย.62) ยังไม่พบว่ามีบุคลากรติดเชื้อ TB, HIV, Hepatitis แต่ทีม IC ร่วมกับทีม HRD ยังคงต้องมีการเฝ้าระวังต่อไปโดยการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกปีและให้สวัสดิการการตรวจฟรีทุกสิทธิการรักษาในบุคลากรของโรงพยาบาล

90 ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยา การให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ด้านผู้ป่วย							
อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ medication error ของยาเสี่ยงสูง (HAD) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	0	0	0	1	0	1	0
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้ทำ Medication reconciliation	$\geq 80\%$	3.99	60.6	98.96	97.1	97.72	96.37
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมใน OPD	< 2	0.016	0.280	0.732	0.93	0.57	0.60
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมใน IPD	< 6	0.071	0.101	1.105	0.96	0.49	0.65
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 3 (5 ระดับ)	0	0	0	2	3	2
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด	$< 2\%$	0	0	0	19.64	0	
จำนวนครั้งการให้เลือดผิดหมู่/คน	0	NA	NA	NA	0	0	0

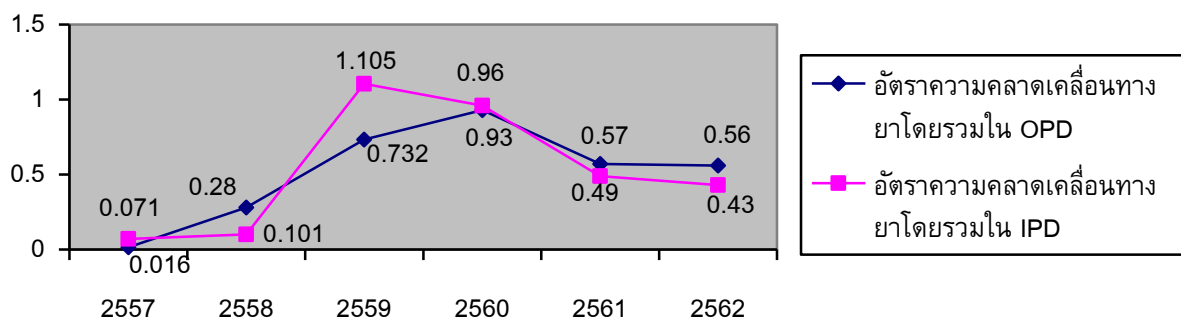
90 ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยา การให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)

(ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ด้านบุคลากร							
ร้อยละบุคลากรได้รับการประเมิน สุขภาพจิตเบื้องต้นและมีปัญหาทาง สุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	≥80%	NA	NA	NA	35.29	32.37	รอผล
ร้อยละความสำเร็จการจัดการข้อร้องเรียน โดยใช้หลักการเจรจาไกล่เกลี่ย	100	NA	NA	50	100	100	100

อัตราความคลาดเคลื่อนของยาโดยรวม (ME)

ความคลาดเคลื่อนของยาโรงพยาบาลสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา และความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ทำการจัดเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนแยกเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



จากกราฟความคลาดเคลื่อนทางยาทั้ง OPD และ IPD สัดส่วนการรายงานต่อร้อยละยา พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา IPD มีมากกว่า OPD ในปี 2559 ความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นจากปี 2558 เนื่องจากการกระตุ้นกระบวนการรายงานความเสี่ยงจากทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยระบบยา มีการปรับแบบฟอร์มรายงานต่างหาก เพื่อให้สะดวกต่อการรายงานความเสี่ยง ความเสี่ยงที่มีการรายงานเพิ่มขึ้น ดักจับได้มากขึ้นก็เป็นความเสี่ยงในระดับ A, B ที่ยังไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

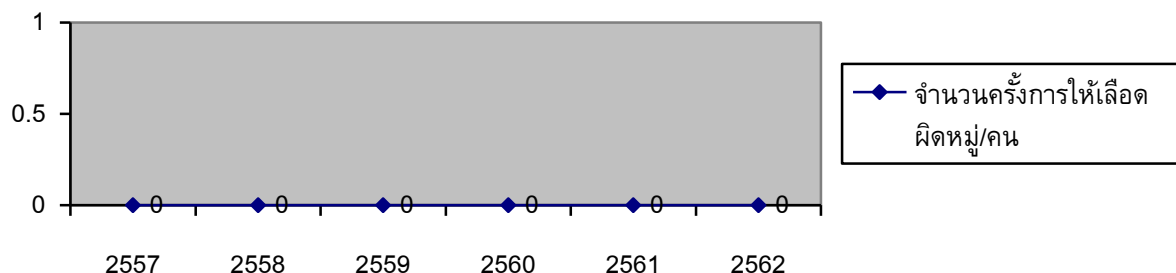
หลังจากการปรับแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา ในปี 2560 -2562 (ต.ค.61 – มิ.ย.62) มีแนวโน้มลดลง กระบวนการที่นำมาจัดการกับ medication error ได้แก่ ในปี 2561 ปรับป้ายคู่ LASA เป็นพื้นสีชมพูให้แตกต่างจากยาอื่นๆ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ที่เป็นปัยสีเหลือง ในปี 2562 จัดทำมุม LASA แยกจากยาทั่วไป พบว่าในไตรมาสสามของปี 2562 ความคลาดเคลื่อนทางยาในคู่มือ LASA ลดลง, ปรับชั้นยา IPD ตามตัวอักษร

กราฟแสดงจำนวนครั้งการให้เลือดผิดหมู่/คน



จากกราฟอธิบายได้ว่า

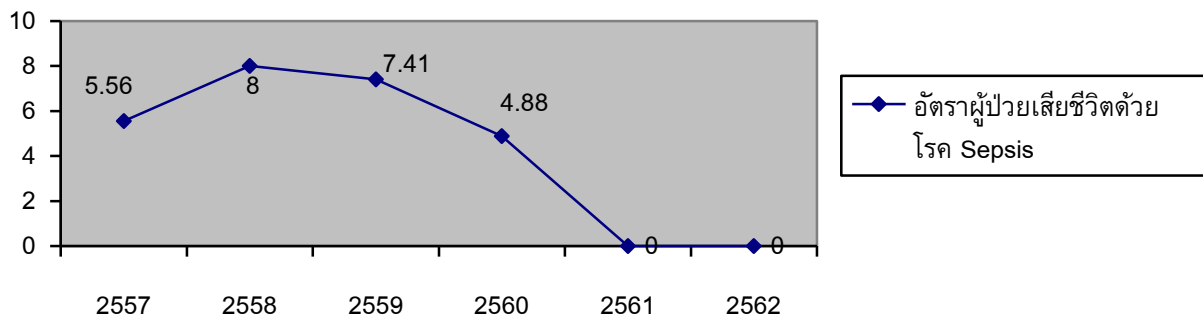
อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดปี 2562 พบว่ามีผู้ป่วยให้เลือดจำนวน 36 รายและมีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.78 เกิดอัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดคือมีอาการผื่นคัน ตามร่างกาย ไม่มีอาการแน่นหน้าอก สัญญาณชีพปกติ มีการแก้ไขเบื้องต้นโดยหยุดให้เลือด และให้ยาแก้แพ้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นส่วนการให้เลือดหมู่ยังไม่พบการให้เลือดผิดหมู่/คน

91 ผลลัพธ์ของ PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ด้านผู้ป่วย							
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค Sepsis	<30%	5.56	8	7.41	4.88	0	0
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค STEMI	0	0	0	33.33	1	1	
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	<1	1.17	1.04	0.99	0	0	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	0	0	0	0	1	2	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยทุดลงได้รับการประเมินและแก้ไขทันเวลา	100	NA	0	0	100	100	100
อัตราผู้ป่วยกลุ่ม FAST track ได้รับการประเมินและส่งต่อใน 30 นาที	100	NA	NA	NA	100	100	100
อัตราหญิงรอกคลอดได้รับการประเมิน PIH	100	NA	NA	NA	100	100	100
ด้านบุคลากร							
ระดับการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับโรงพยาบาล	พื้นฐาน	NA	NA	NA	NA	พื้นฐาน	รอผล (ส.ค. 62)
ร้อยละการแก้ไขผลการตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยในระดับรุนแรง	100%	NA	NA	NA	100	100	100

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค Sepsis



จากกราฟอธิบายได้ว่า

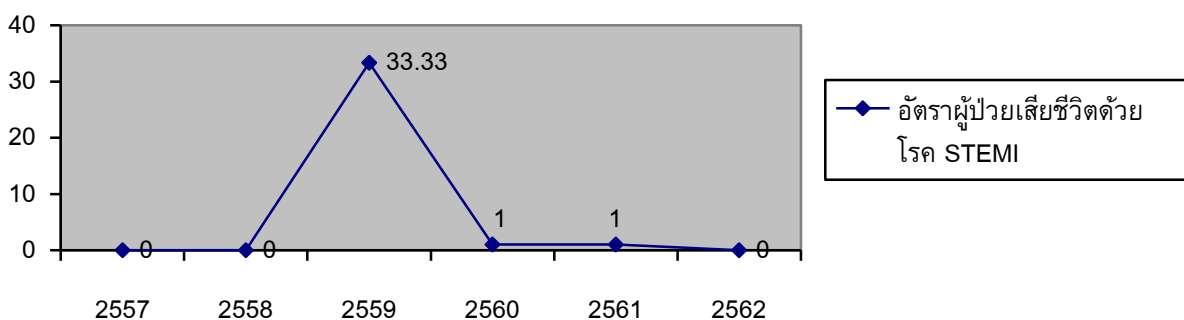
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค Sepsis ในปีงบประมาณ 2557-2559 ซึ่งจากการทบทวนพบว่าจำนวนผู้ป่วย Sepsis จำนวน 647, 576 และ 845 คน turn เป็น Severe Sepsis จำนวน 18, 25 และ 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.78, 4.34 และ 3.19 ตามลำดับจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ DM, COPD, ผู้สูงอายุและผู้ป่วยนอนติดเตียง ทีม PCT ได้แก้ปัญหาคือ

1. ทีม PCT ร่วมกับ IC ได้วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค Sepsis ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล
2. ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG) พร้อมสื่อสารให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และได้จัดการอบรมให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคือผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำเช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วย asthma, COPD ผู้ป่วย HIV, TB ที่คลินิกของโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. และให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้มีความรู้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนส่งต่อมาโรงพยาบาล
4. ให้ความรู้ผ่านระบบเครือข่าย อสม.และ Care giver ทุกหมู่บ้านให้เฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในชุมชนพร้อมเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

จากการพัฒนาระบบดังกล่าวพบว่าในปีงบประมาณ 2560 ยังพบมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค Sepsis

คิดเป็นร้อยละ 4.88 ทีม PCT จึงได้มีการทบทวนพบว่าเกิดจากการ Delay ในกระบวนการทุกขั้นตอนจึงได้มีการพัฒนาโดยการปรับแนวทางการดูแลและมี SOS Score มาใช้ซึ่งผลการพัฒนาพบว่าในปี 2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) ยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค Sepsis

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค STEMI



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

จากกราฟอธิบายได้ว่า

ส่วนผู้ป่วย STEMI ในปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่ามีผู้ป่วย ACS ที่เสียชีวิต ในปี 2559 จำนวน 2 ราย โดยเสียชีวิตที่ ER รายและ IPD 1 ราย จากการทบทวนสาเหตุคือผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ไม่รีบมาโรงพยาบาลและขาด serial EKG ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและ Door to Drug ล่าช้า จึงได้วางแผนพัฒนาโดย

1. จัดระบบการเข้าถึงและเข้ารับบริการโดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง NCD clinic เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้ color chart ถ้าได้คะแนนสูงมากส่งพบแพทย์ทุกราย สูงปานกลาง พบกับเจ้าหน้าที่ case manager และคะแนนสูง ให้ความรู้เรื่องโรค ส่วนประชาชนทั่วไปใช้การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านระบบ และ Care giver ทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชน
2. จัดทำCPG การดูแลผู้ป่วย ACS และสื่อสารให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
3. พัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์และสมรรถนะบุคลากร พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ประชาชนรับทราบและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
4. จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยประสานงานร่วมกับ COC เพื่อช่วยในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอุบัติเหตุซ้ำของโรคนอกจากดังกล่าว

จากการพัฒนาระบบดังกล่าวพบว่าในปีงบประมาณ 2560 -2561 และไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) อัตราผู้เสียชีวิตเสียชีวิตด้วยโรค STEMI มีแนวโน้มลดลง ทีมยังคงต้องมีการพัฒนาและติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระดับการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับโรงพยาบาล

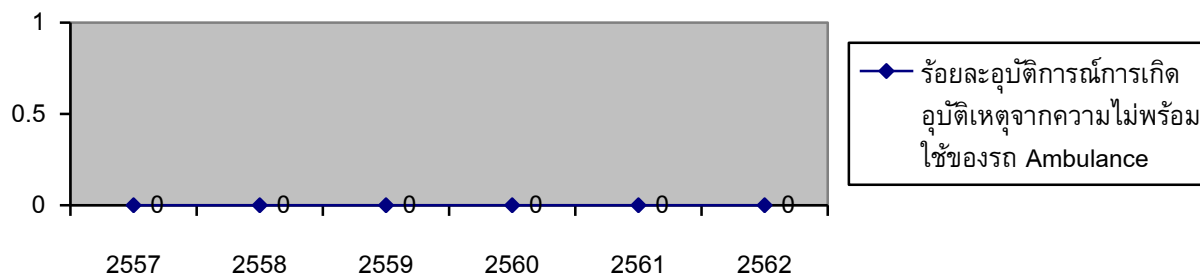
กระบวนการดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาลโดย

1. มีการสำรวจบุคลากรในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มการตรวจสุขภาพออกเป็นกลุ่มใหญ่คือกลุ่มอายุ น้อยกว่า 35 ปี และมากกว่า 35 ปีขึ้นไป และในแต่ละกลุ่มมีการตรวจพิเศษตามความเสี่ยงของหน่วยงานโดยตรวจสุขภาพจะดำเนินการช่วงเดือน กุมภาพันธ์ และสรุปผล กลุ่ม ปกติ เสี่ยง ป่วย ต่อไป
2. แนวทางการดูแลโดยกลุ่มปกติจะมีการดูแลและให้ความรู้ตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มเสี่ยงส่งเข้ากระบวนการ clinic DPAC และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มป่วยส่งเข้าคลินิกเฉพาะโรค
3. ติดตามความเสี่ยงที่พบในปีที่ผ่านมาและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
4. บุคลากรใหม่จะมีการตรวจสุขภาพก่อนประจำการทุกครั้งและตรวจเฉพาะโรคตามตำแหน่ง ถ้าพบความเสี่ยงให้พบแพทย์ก่อนทุกครั้งและติดตามต่อเนื่อง
5. บุคลากรใหม่มีข้อกำหนดให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทุกรายเช่นรับวัคซีนตามเกณฑ์ฯ

ผลการพัฒนาพบว่าในรอบปีที่ผ่านมามีในปี 2561 กลุ่มป่วยมากกว่า 5% มีการทบทวนพบว่าบุคลากรมีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับทำงานซึ่งต้องมีการกำหนดรายละเอียดการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้นก่อนเข้าทำงานและคืนข้อมูลทุกครั้งต่อไป

92 ผลลัพธ์ของ PSG:L (line, tube, catheter, lab)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค - ธ.ค.61
ด้านบุคลากร							
ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากความไม่พร้อมใช้ของรถ Ambulance	0	0	0	0	0	0	1

ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากความไม่พร้อมใช้ของรถ Ambulance



จากการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากความไม่พร้อมใช้ของรถ Ambulance ในรอบปี 2557 – 2561 และไตรมาสสามปี 2562 พบว่าไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากความไม่พร้อมใช้ของรถ Ambulance ของโรงพยาบาลสังคมเนื่องจากกระบวนการพัฒนาโดย

1. การมีการตรวจสอบและบันทึกความพร้อมของรถประจำวันและตรวจสอบสภาพรถตามมาตรฐานการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง
2. รถ Ambulance ของโรงพยาบาลผ่านการรับรองรถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง
3. พนักงานขับรถ Ambulance ผ่านการอบรมมาตรฐานพนักงานขับรถ Ambulance ของกระทรวงสาธารณสุขครบ 100% พร้อมการผ่านการตรวจสอบสภาพก่อนรับเข้าทำงานและตรวจสอบสภาพประจำปีทุกปี
4. มีการติดตั้ง GPS และกล้องทุกคันเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการทำงานของพนักงานขับรถ
5. มีการทำประกันภัยชั้น 1 และประกันอุบัติเหตุชั้น 1 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับรถ Ambulance

ผลการพัฒนาจึงไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากความไม่พร้อมใช้ของรถ Ambulance แต่ยังคงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อไป

93 ผลลัพธ์ของ PSG: E (การตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน)							
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
จำนวนครั้งของการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อักคีภัยและอุทกภัย	3 ครั้ง/ปี	2	2	2	2	1	1
อัตราความพอใจเพียงและพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ (เครื่องมือช่วยชีวิตและเครื่องมือตรวจวินิจฉัย)	≥80%	100	100	100	100	100	100
ด้านบุคลากร							
ร้อยละหน่วยงานทางคลินิกมีการจัดบริการที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	100%	NA	NA	NA	100	100	100

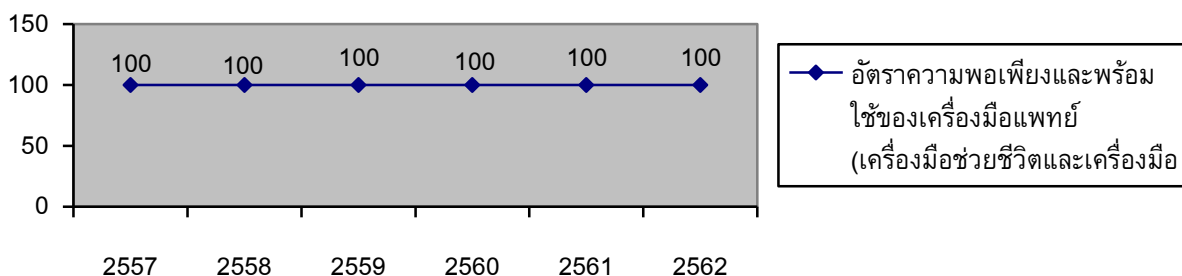
การเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน

จากการทบทวนข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉินในรอบปี 2557 -2560 มีการซ้อมแผนต่อเนื่องทุกปีๆ ละ 1-2 ครั้ง/ปี ซึ่งผลสำเร็จของการเตรียมความพร้อมแผนอุบัติเหตุน้ำท่วมและอัคคีภัย พบว่าเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ในโรงพยาบาลให้ความสำคัญในการร่วมซักซ้อมเป็นอย่างดี และการซักซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภายนอกตามที่ร้องขอ 100 % โดยมีทั้งการซ้อมแผนทั้งแบบ Table Top Exercise และการฝึกซ้อมแผนแบบจำลองสถานการณ์จริง รวมถึงการได้ประกาศใช้แผน ปัญหาที่ยังพบคือการทบทวนและปรับปรุงแผนและอัตราเจ้าหน้าที่เข้าใจขั้นตอนแผนยังไม่ได้ 100 % เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เข้าทำงานใหม่และลาออกเป็นระยะ และจากการใช้งานจริงมีบางสถานการณ์มีข้อจำกัดทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนเพื่อให้เกิดความคล่องตัวรวมถึงด้านความปลอดภัย ทำให้ต้องมีการปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง

แนวทางพัฒนา

ได้มาประชุมร่วมกันหาแนวทางสรุปการถอดบทเรียนเพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมแผนดังนี้

1. จัดให้มีตารางกำหนดการทบทวนและการซักซ้อมแผนของโรงพยาบาลประจำปี
2. จัดให้มีคู่มือการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาล
3. จัดให้มีระเบียบปฏิบัติในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนรวมถึงหน่วยงานที่เกิดขึ้นใหม่และติดตามควบคุมกำกับให้มีการทบทวนแผนเป็นระยะ และปรับการทบทวนทุก 6 เดือน
4. พัฒนาหน่วยงานบริการในการเตรียมความพร้อม โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดหลักของทุกหน่วยงาน
5. ส่งเสริมและสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสนับสนุน และกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศที่ดี
6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกัน

เครื่องมือแพทย์

ทางทีมได้จัดทำระบบการบริหารงานเครื่องมือแพทย์ โดยจัดให้มีคณะกรรมการเครื่องมือซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขามีแผนบริหารจัดการจัดหาเครื่องมือ กระบวนการการคัดเลือก มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ที่ครอบคลุม การใช้งานมีการตรวจเช็คความพร้อมใช้ทุกวัน ในส่วนเครื่องมือช่วยชีวิตและเครื่องมือตรวจวินิจฉัย มีความเพียงพอต่อการให้บริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

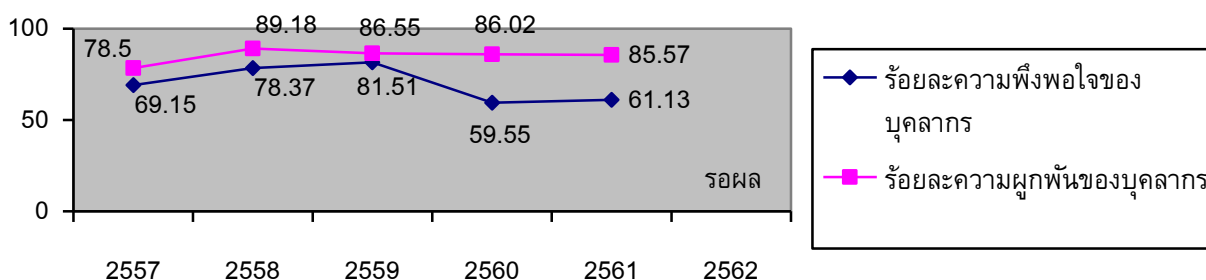
Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน (IV-3)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	≥ 57%	69.15	78.37	81.51	59.55	61.13	62.86
ร้อยละความผูกพันของบุคลากร	≥ 80%	78.5	89.18	86.55	86.02	85.57	92.36
ร้อยละผลสำรวจ Happinometer ของบุคลากรที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ได้รับการแก้ไข	70%	NA	NA	NA	65.26	70.28	รอผล
อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะส่วนขาดตามที่กำหนด	90%	100	100	100	100	100	100

ความผูกพันและความพึงพอใจ



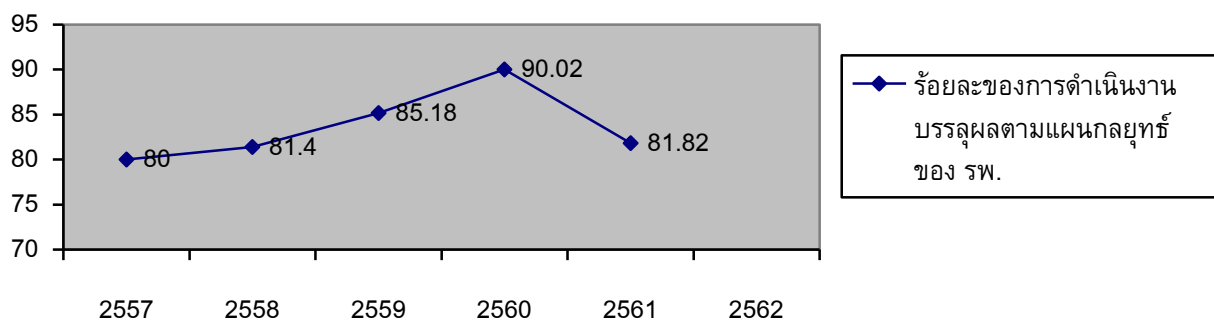
ปี 2557-2559 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือร้อยละ 69.15 ,78.37 ,81.51 แต่ผลการประเมินภาพรวมทั้งประเทศพบว่า อัตราความพึงพอใจอยู่ในอัตราร้อยละ 57 จึงได้มีการทบทวนพบว่า กระบวนการประเมินที่ใช้เป็นแบบเปิด และอัตราความผูกพันยังอยู่ในระดับคงที่ ในขณะที่ในเดือนตุลาคม – มกราคม 2560 มีเจ้าหน้าที่ได้ลาออกจำนวน 3 รายคือ เกสัชกร 1 ราย พยาบาล 2 ราย ขอย้าย 1 ราย ปัญหาหลักคือรายได้ยังต่ำกว่าภาคเอกชน และส่วนหนึ่งไม่ใช้บุคคลในพื้นที่ทีม HRD จึงได้มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องโดยให้เป็นหัวหน้างานและเสริมพลังด้วยการให้ความดีความชอบและสวัสดิการค่าตอบแทนที่เป็นธรรมทำให้เกิดความผูกพันกับองค์กร ในปีงบประมาณ 2560 และได้มีการวัดวิเคราะห์โดยใช้แบบประเมิน Happinometer &HPI มาใช้ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดย Timeline การดำเนินงานระบบจะเปิดให้ใช้งานประเมินในเดือน เมษายน 2560 และนำผลการประเมินมาใช้ในการส่งเสริมปัจจัยบวกที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจบุคลากร

IV-4 ผลด้านการนำ

95 ผลลัพธ์ด้านการนำ (IV-4)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ร้อยละของการดำเนินงานบรรลุผลตามแผนกลยุทธ์ของรพ.	≥85 %	80	81.4	85.18	90.24	81.82	รอผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ร้อยละของการดำเนินงานบรรลุผลตามแผนกลยุทธ์ของรพ.



IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (IV-5)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
การบริหารความเสี่ยง							
จำนวนการเกิดอุบัติเหตุซ้ำด้วยสาเหตุเดิมของอุบัติเหตุความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป (เหตุการณ์)	0	0	11	6	7	3	0
การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์							
จำนวนครั้งที่ไม่ปฏิบัติตาม guideline ในกลุ่มโรคสำคัญ	0	0	0	0	0	0	0
การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล							
ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกการพยาบาล	>80%	69.13	72.34	76.67	82.11	88.26	รอผล
ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและเครื่องมือแพทย์							
ร้อยละการแก้ไขหลังจากได้รับการตรวจสอบด้านวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล	≥80%	NA	NA	87	80	80	80

96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ (IV-5) (ต่อ)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค 61- มิ.ย.62
ผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม/น้ำใช้/น้ำทิ้ง ผ่านตามมาตรฐาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
- น้ำดื่ม	100%	NA	NA	1=100 2=100	1=100 2=100	1=100	1=100
- น้ำใช้ (ประปา)	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=90.91 2=100 3=100
อัตราความพอเพียงและพร้อมใช้ของ เครื่องมือแพทย์ (เครื่องมือช่วยชีวิตและ เครื่องมือตรวจวินิจฉัย)	≥80%	100	100	100	100	100	100
ร้อยละการแก้ไขผลการตรวจสอบด้าน อาชีวอนามัยในระดับรุนแรง	100%	NA	NA	NA	100	100	100
ระบบเวชระเบียน							
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยนอก	>80%	46.18	76.64	83.42	85.56	87.65	รอผล
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	61.19	72.34	88.16	90.25	92.63	รอผล
ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการ เปิดเผยความลับผู้ป่วย	100%	100	100	100	100	100	100
ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด	≥0.43	0.45	0.39	0.43	0.43	0.47	0.43

การบริหารความเสี่ยง

จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานในปี 2559 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงทางคลินิก เนื่องจากบุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนยังไม่สามารถดักจับความเสี่ยงได้เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและยังไม่เห็นความสำคัญ ได้ให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่ใหม่ทั้งหมด ทำความเข้าใจที่หน่วยงาน และมีการกำหนดค่านิยามของความเสี่ยงทางคลินิก และส่งเสริมการรายงานโดยให้รายงานผ่านระบบ HosXp และส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเพิ่มขึ้นโดยการทำ Trigger tool การทบทวนข้างเตียง การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ และกำหนดให้มี RM Unit ประจำทุกหน่วยงาน ทำให้มีการรายงานความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ปี 2559 ทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและ Non Clinic รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรายงานผ่านระบบ Fast Track โดยสามารถโทรศัพท์สายตรงรายงานกับ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ผู้อำนวยการและเลขาธิการความเสี่ยงได้เคยและมีการทบทวนและคืนข้อมูลการปรับปรุงระบบให้กับหน่วยงานและทีมงานทำให้การรายงานความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกโปรแกรมความเสี่ยง

จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำด้วยสาเหตุเดิมของอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

ความเสี่ยงที่เกิดซ้ำระดับ E ขึ้นไปยัง พบความเสี่ยงซ้ำจากสาเหตุเดิมในปี 2557 -2559 และความเสี่ยงทางคลินิกที่พบเกิดซ้ำด้วยสาเหตุอื่นเช่น การตกเลือดหลังคลอด การเกิด Birth Asphyxia ,ผู้ป่วย ACS ประเมินและคัดกรองผิดพลาด หรือผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะ Hypoglycemia ซ้ำระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ทบทวนแนวทางการดูแลร่วมกันกับทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วย การทำ Quality Round การทบทวนข้างเตียง รวมทั้งแพทย์และพยาบาลกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษา และสื่อสารผ่านทาง Progress note รวมทั้งกำหนด Early Warning Sign's เพื่อให้พยาบาลสามารถตรวจจับและรายงานแพทย์ได้ทันเวลาส่งผลให้ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปเกิดซ้ำในเรื่องเดิมๆลดลง คือ 11 ครั้ง 6 ครั้ง ตามลำดับ ในปี 2560 ได้มีการเน้นความเสี่ยงที่เกิดซ้ำระดับ E ขึ้นไปพบว่ายังมีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปเกิดขึ้นจำนวน 7 ครั้งส่วนปี 2561 มีความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปเกิดขึ้นจำนวน 3 ครั้งซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่องเกิดจากการพัฒนาให้มีการกระตุ้นและค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกอย่างเข้มข้นและทั่วถึงโดยมี RM Unit ทั่วทั้งองค์กรและทีม RM ยังคงต้องติดตาม ควบคุมกำกับต่อไปอย่างต่อเนื่อง

องค์กรแพทย์

จำนวนครั้งที่ไม่ปฏิบัติตาม guideline ในกลุ่มโรคที่สำคัญผลงานในรอบ 3 ปีที่ผ่านมายังไม่ปรากฏผลการไม่ปฏิบัติตาม guideline องค์กรแพทย์ประกอบไปด้วยแพทย์ 4 ท่าน บริหารแบบมีส่วนร่วมและกำหนดแนวทางการปฏิบัติและระเบียบต่างๆร่วมกัน ทำให้องค์กรแพทย์สามารถดำเนินงานตามข้อตกลงและระเบียบปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและมีผู้อำนวยการทำหน้าที่ประธานองค์กรแพทย์ทำหน้าที่ในการประสานงานและเป็นประธานในการกำหนดแนวทางและระเบียบต่างๆและควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและเครื่องมือแพทย์

คุณภาพน้ำทิ้ง พ.ศ.2557 - 2559

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง												
พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์									
			2557				2558			2559		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
BOD	mg/l	ไม่เกิน 20	32	28	25.5	22	17.5	15	16.2	25	22	19
COD	mg/l	ไม่เกิน 120	136	112	108	102	84	77	80	128	117	98
ปริมาณสารละลายได้ทั้งหมด (TDS)	mg/l	ไม่เกิน 500	395	435	216	560	480	570	530	310	440	410
ปริมาณสารแขวนลอย (SS)	mg/l	ไม่เกิน 30	44	32.2	19.1	10.0	16.2	12.2	15.0	28.1	25.0	21.3
			5	4	7	3	1	6	6	4	6	6
ปริมาณตะกอนหนัก	mg/l	ไม่เกิน	<0.5	<0.5	<0.5	<0.1	<0.5	<0.1	<0.1	<0.5	<0.5	<0.5

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

		0.5										
--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง												
พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์									
			2557				2558			2559		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
Nitrogen ในรูป TKN	mg/l	ไม่เกิน 35	41.4 4	31.9 4	30.2 4	21.8 4	21.8 4	19.0 4	19.2	37	34.7 2	30.2 4
ความเป็นกรดและด่าง (pH)	-	5 – 9	8.0	7.23	7.81	8.2	8.30	7.50	7.70	7.10	7.50	7.40
Sulfide	mg/l	ไม่เกิน 1.0	0.53	0.2	0.13	0.0	0.2	0.13	0.20	0.80	0.56	0.53
Oil and Grease	mg/l	ไม่เกิน 20	12	7.2	5	7.2	2.6	5.5	7.2	12	10	10
Total Coliform Bacteria	MPN/10 0 ml	ไม่เกิน 5,000	5,40 0	4,00 0	1,40 0	700	400	560	400	5,60 0	4,50 0	2,80 0
Fecal Coliform Bacteria	MPN/10 0 ml	ไม่เกิน 1,000	5,40 0	4,00 0	1,40 0	450	280	220	170	5,60 0	1,40 0	830

คุณภาพน้ำทิ้ง พ.ศ.2560-2561

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง										
พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์							
			2560				2561			
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
BOD	mg/l	ไม่เกิน 20	12	18	21.5	14	15.3	8	11	7.2
COD	mg/l	ไม่เกิน 120	71	87	93	81	85	52	64	80.7
ปริมาณสารละลายได้ทั้งหมด (TDS)	mg/l	ไม่เกิน 500	190	550*	250	450	380	420	360	281
ปริมาณสารแขวนลอย (SS)	mg/l	ไม่เกิน 30	8.27	26.31	33.16	12.47	14.17	6.24	8.42	7.0
ปริมาณตะกอนหนัก	mg/l	ไม่เกิน 0.5	<0.1	<0.1	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1
Nitrogen ในรูป TKN	mg/l	ไม่เกิน 35	8.55	30.24	35.5	15.68	19.04	7.64	9.3	8.55

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

ความเป็นกรดและด่าง (pH)	-	5 – 9	7.80	7.9	7.9	7.7	7.8	7.9	7.8	7.5
-------------------------	---	-------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

คุณภาพน้ำทิ้ง พ.ศ.2560-2561

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง										
พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์							
			2560				2561			
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
Sulfide	mg/l	ไม่เกิน 1.0	0.20	0.2	0.2	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13
Oil and Grease	mg/l	ไม่เกิน 20	8.2	7.2	8.3	6.3	6.5	8.3	9.3	8.3
Total Coliform Bacteria	MPN/100 ml	ไม่เกิน 5,000	450	280	700	560	680	450	840	700
Fecal Coliform Bacteria	MPN/100 ml	ไม่เกิน 1,000	140	70	140	70	170	70	170	70

ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลสังขมเป็นระบบบำบัดน้ำเสียแบบเร่งตะกอน (SBR) เป็นกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำเสีย โดยมีการรับน้ำเสียเข้าบ่อสูบน้ำเสีย เครื่องสูบน้ำเสียจะสูบน้ำเสียเข้าบ่อเติมอากาศโดยอาศัยสวิทช์ลากลอยไฟฟ้าในการควบคุมการทำงานของเครื่องสูบน้ำเสีย จากนั้นเครื่องเติมอากาศทำงานเติมอากาศให้กับน้ำเสีย เพื่อสร้างน้ำเสียให้เป็นน้ำตะกอน เมื่อเครื่องเติมอากาศหยุดทำงาน จะเกิดการตกตะกอน และมีการสูบน้ำใสออก เพื่อไปทำลายเชื้อโรคที่บ่อผสมผลคลอรีน ก่อนปล่อยน้ำทิ้งออกจากระบบสู่รางสาธารณะ นอกจากนั้นภายในบ่อสูบน้ำเสียยังมีตะกั่วกัดกษยะเพื่อกรองขยะออกจากระบบบำบัดน้ำเสีย

ปัจจุบัน รพ.สังขม มีการเปิดให้บริการตักผู้ป่วยใน ที่มีระบบบำบัดน้ำเสียแบบใหม่คือ เป็นแบบเลี้ยงตะกอน ซึ่งฝังอยู่ใต้ดิน รองรับน้ำเสียได้ 120 ลบ.ม/วัน ส่วนประกอบของระบบมีแคปซูลรับน้ำ 3 ที่ ที่แรกรับน้ำเสีย ที่สอง เติมน้ำอากาศที่สาม ตกตะกอน ซึ่งหลังจากเสร็จกระบวนการบำบัดแล้วจะปล่อยลงสู่รางสาธารณะ

โรงพยาบาลจะส่งตัวอย่างน้ำทิ้งตรวจวิเคราะห์ 3 เดือน/ครั้ง ที่ห้องปฏิบัติการภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ซึ่งในปี 2560 ครั้งที่ 3 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ค่า BOD, TKN และค่า SS ซึ่งมีค่าเกินมาตรฐาน ทางคณะผู้ดูแลและผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย รวมถึงคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขโดยมี ที่ปรึกษาคืออาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีแนวทางในการทบทวนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำค่าพารามิเตอร์ที่ไม่ได้มาตรฐานคือ BOD, TKN และค่า SS ปรึกษากับอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบสาเหตุคือ BOD, TKN, SS เป็นสารอินทรีย์ ถ้า มีมาก แสดงว่าจุลินทรีย์บำบัดไม่หมดทำให้สารอินทรีย์เหลือ สามารถแก้ไขได้โดยการ เพิ่มปริมาณตะกอน โดยควบคุมให้ค่า pH=6.5-7.5 Do=2-6 mg/l เพิ่มเวลาการเติมอากาศ เมื่อปรับแล้ว ตะกอนจะเพิ่มขึ้น เมื่อตะกอนเพิ่ม BOD, TKN, SS จะลดลง

ขั้นที่ 2 ทบทวนพารามิเตอร์ประจำวัน 4 พารามิเตอร์ พบว่า ค่า DO, pH, CI มีค่า ปกติ ส่วนตะกอน พบว่าค่าตะกอนเฉลี่ยต่อเดือนยังต่ำกว่ามาตรฐานรายละเอียดดังกราฟ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

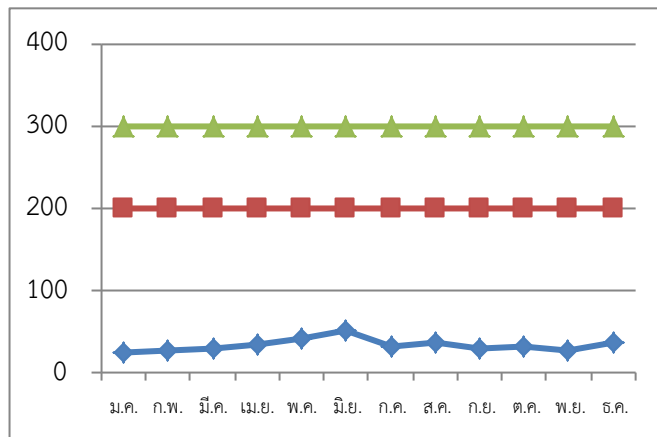
รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ขั้นที่ 3 มีการปรับเปลี่ยนเวลาเดิมอากาศในบ่อบำบัด รวมถึงกำชับให้มีการดูแลระบบ ตรวจสอบคุณภาพพารามิเตอร์ประจำวันอย่างใกล้ชิด

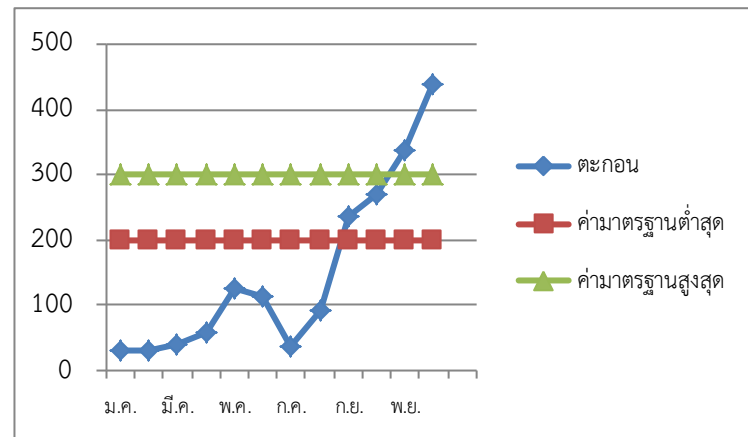
ขั้นที่ 4 หลังดำเนินการปรับแล้วพบว่าตะกอนเพิ่มขึ้น

ดำเนินการส่งตรวจคุณภาพน้ำไตรมาศ 4 ปี 2560 - ไตรมาศ 4 ปี 2561 พบว่าผ่านพารามิเตอร์ทุกตัวชี้วัด ในส่วนของปริมาณตะกอน หลังจากมีการสร้าง Isometric (ถังดักน้ำตะกอน) ในปี 2560 ทำให้ปริมาณตะกอนมีค่าเพิ่มขึ้น ซึ่งทางผู้ดูแลและผู้ควบคุมได้ดำเนินการตรวจตะกอนทุกวันเพื่อดูระยะการเติบโตและดำเนินการสูบน้ำทิ้งเมื่อตะกอนมีค่าเกิน 400 ml ในส่วนนี้เองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบสามารถรักษาตะกอนได้และทำให้คุณภาพน้ำมีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

ปริมาณตะกอน ประจำปี 2559(ม.ค.59-ธ.ค.59)



ปริมาณตะกอน ประจำปี 2560(ม.ค.60-ธ.ค.60)



คุณภาพน้ำดื่ม พ.ศ. 2559 - 2561

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่ม						
สถานที่เก็บตัวอย่าง	ผลการวิเคราะห์					
	2559		2560		2561	
	ครั้งที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม)	ครั้งที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม)	ครั้งที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม)
1. หน่วยงานบริการ อาคารอำนวยการ	100%	100%	100%	100%	-	-
2. อาคารส่งเสริมและป้องกันโรค	100%	100%	100%	100%	-	-
3. อาคารผู้ป่วยนอก	100%	100%	100%	100%	100%	รอผล
4. อาคารแพทย์แผนไทย	100%	100%	100%	100%	100%	รอผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

การส่งตรวจน้ำดื่ม ส่งตรวจ 6 เดือน/ครั้ง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ค่าที่ตรวจวิเคราะห์ คือ ค่า pH, TDS, EC, TCB และค่า FCB นำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น น้ำดื่มที่ใช้เป็นน้ำดื่มพลาสติก ปริมาตรสุทธิ 18.9 ลิตร รับจากภายนอก ผลิตโดย สงกรานต์น้ำดื่ม ผ่านกรรมวิธีรีเวอร์สออสโมซิส (RO) ฆ่าเชื้อด้วยแสงอัลตราไวโอเลต (UV) ผ่าน อย. เลขที่ 43-2-00856-2-001 มีพลาสติกหุ้มปิดถัง เปิดไหลผ่านก๊อกน้ำตู้ทำความเย็น โดยมีแก้วกรวยกระดามใช้สำหรับรองดื่ม

ในปี 2559 ส่งตรวจ 1 ครั้ง ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกค่า และในปี 2560 และ 2561 ครั้งที่ 1 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกค่า

คุณภาพน้ำใช้ พ.ศ. 2559 - 2561

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำใช้						
สถานที่เก็บตัวอย่าง	ผลการวิเคราะห์					
	2559		2560		2561	
	ครั้งที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)	ครั้งที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)	ครั้งที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน)	ครั้งที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)
1. ต้นท่อระบบจ่ายน้ำ	-	100%	100%	100%	100%	รอผล
2. ปลายท่อ (โรงครัว)	-	100%	100%	100%	100%	รอผล

การส่งตรวจน้ำใช้ ส่งตรวจ 6 เดือน/ครั้ง ส่งตรวจ 2 จุด คือ ต้นท่อ และปลายท่อ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ค่าที่ตรวจวิเคราะห์ คือ ค่า pH, TDS, EC, TCB และค่า FCB นำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ระบบเวชระเบียน

จากการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์เรื่องการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย เนื่องจากมีระบบบริการด้านการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลที่ดี แต่ทางทีมสารสนเทศและเวชระเบียนก็ได้มีการทบทวนและปรับปรุงระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และการจัดระบบป้องกันการพิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยให้รัดกุมมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับและการใช้งานระบบที่สำคัญ ให้เข้าถึงเฉพาะที่ได้รับอนุญาตตามความเหมาะสมและจำเป็น และมีการทบทวนสิทธิเป็นระยะๆ
2. มีการกำหนดผู้มีสิทธิการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ที่ลงข้อมูลผู้ป่วย โดยทุกคนจะมี USERNAME และ PASSWORD เฉพาะตน เจ้าหน้าที่อื่น เช่น คณงาน ลูกจ้าง หมอนวด

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่แผนกซักฟอก เจ้าหน้าที่ผลิตสมุนไพร ที่ไม่ต้องลงข้อมูลผู้ป่วย จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้
3. มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 การดูข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมHOSxP ให้เจ้าหน้าที่ใช้USERNAME และ PASSWORD เฉพาะตนเองเท่านั้น
 - 3.2 ไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่คนอื่นใช้USERNAME และ PASSWORD ของตน ในการเข้าดูข้อมูล
 - 3.3 ข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยดูได้เฉพาะบางวิชาชีพเท่านั้น
 4. มีการจำกัดการพิมพ์เวชระเบียนออกจากระบบ HOS XP
 5. มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำกัดผู้หยิบใช้เวชระเบียนเฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องบัตรเท่านั้น
 6. มีห้องจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ล็อคประตูเสมอ จำกัดผู้ใช้ข้อมูลหากต้องการใช้ข้อมูลต้องมาลงทะเบียนบันทึกการยืมประวัติเวชระเบียน
 7. มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางกายภาพ เช่น อัคคีภัย มีการตรวจสอบความเสี่ยงของไฟฟ้าลัดวงจร การกัดแทะของสัตว์ หนู ปลวก
 8. ข้อมูลในโปรแกรมฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSXP) มีการเข้ารหัสผ่านมาใช้ ป้องกันการเข้าใช้งานของโปรแกรมจากบุคคลภายนอกและมีการกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงของบุคคลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม หน่วยงานแต่ละหน่วยงาน เช่น หน่วยงานการเงิน ไม่สามารถเปิดดูฐานข้อมูลของ ผู้ป่วยในได้ ฯลฯ จะมีรหัสผ่านเข้าใช้งานได้เฉพาะของหน่วยงานของตนเองเท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ของหน่วยงานอื่นได้
 9. มีแนวทางการรักษาความลับของข้อมูลและกำหนดสิทธิการใช้ข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต โดย
 - เวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ เก็บแยกจากเวชระเบียนทั่วไป และไม่บันทึกรายละเอียดลงใน HOSXP มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงโดยมีกุญแจล็อกตู้เก็บเวชระเบียนต่างหาก
 - ผลตรวจ HIV จะถูกบรรจุของส่งให้ผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์เท่านั้นที่มีหน้าที่เปิดและแจ้งผู้ป่วยส่วน การเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ มีการกำหนดสิทธิให้เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้อง LAB ผู้ให้คำปรึกษาและแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถอ่านผลได้ แต่เวชระเบียนผู้ป่วยในยังต้องบันทึกผลลงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบตาม สปสช กำหนด
 - มีแนวทางการขอประวัติการรักษาโดยผู้ป่วยเอง ญาติ และหน่วยงานต่างๆหรือบริษัทประกันชีวิต ซึ่งจากการดำเนินงาน สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
 - โรงพยาบาลได้สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ในการรักษาความลับผู้ป่วยโดยการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้บริการและผู้รับบริการรับทราบ และหน่วยงานเวชระเบียนมีการจัดทำระเบียบการยืม - คืนเวชระเบียนและการเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลภายนอก (กรณีต้องการทราบข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย)
 10. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล และใช้ข้อมูลของตนได้โดยปฏิบัติตามแนวทาง การขอประวัติ อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

วิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า คณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีผลคะแนนที่ดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดตั้งทีมคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ภายในโรงพยาบาลขึ้น ซึ่งมีการหาแนวทางร่วมกันกับสหวิชาชีพ ถึงมาตรฐานของการบันทึกเวชระเบียนและร่วมกันตรวจสอบหาส่วนขาดเพื่อนำส่วนขาดมา พัฒนาปรับปรุงแก้ไขดังนี้

- มีการตรวจสอบเวชระเบียน ตามแผนการดำเนินงานกิจกรรมตรวจสอบเวชระเบียน โดย คณะกรรมการเวชระเบียน พบว่าประเด็นที่ยังมีการออกแบบไม่ครอบคลุมที่จะส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ในการบันทึกคือ แบบฟอร์ม progress note บันทึกไม่ครบถ้วน และบันทึกไม่ตรงตามช่องที่กำหนดให้ การบันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุม กับสภาพผู้ป่วยโดย นำมาวิเคราะห์ ทบทวน พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มมากขึ้นในเชิงคุณภาพ ได้ดำเนินการคือ จัดทำตราประทับ S O A P ขึ้นเพื่อความสะดวกในการบันทึก และได้ดำเนินการประเมินซ้ำว่ามีการบันทึกได้ครบถ้วนมากขึ้น แต่มีการหมุนเวียนแพทย์มาปฏิบัติงานที่ รพ.บ่อยครั้งทำให้การบันทึกขาดความต่อเนื่อง และบางครั้งเมื่อไม่ประทับฟอร์มให้แพทย์ก็ไม่บันทึก

ผลการดำเนินการพบว่าแพทย์บันทึกได้ครบถ้วน สมบูรณ์ ลดเวลาในการบันทึก เมื่อมีแพทย์หมุนเวียนมาใหม่ก็สามารถเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มและทราบว่าต้องทำการบันทึกตามแนวทางที่กำหนดได้ทันที

- จากการประเมินแบบบันทึกเวชระเบียนพบว่ามีความซ้ำซ้อนของการบันทึกคือ History แบบฟอร์ม Physical exam ในเรื่องการตรวจร่างกาย ในระบบ review system ได้ปรับปรุงโดยปรับปรุงแบบฟอร์มการตรวจร่างกายของแพทย์ใหม่
 - เพิ่มแบบฟอร์ม Operation note และปรับปรุงแบบฟอร์มทางการแพทย์ทั้งหมด
 - เพิ่มแบบฟอร์ม Doctor order โดยกำหนดให้มีฟอร์ม progress note ถาวรลงในฟอร์มโดยไม่ต้องประทับตรา

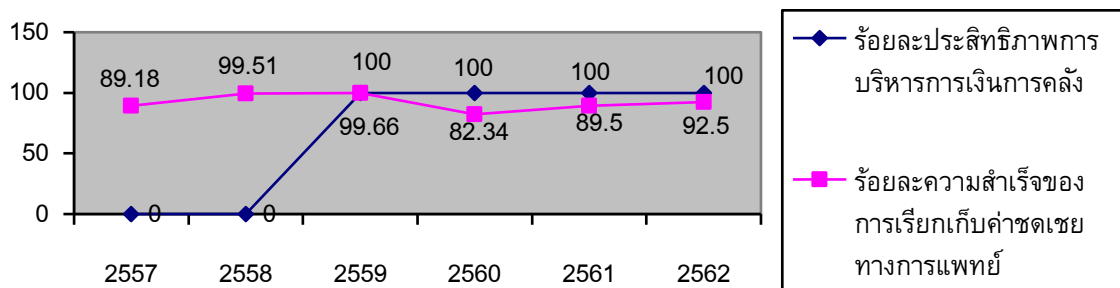
จากเดิมที่แพทย์ต้องเขียน admission note ซ้ำ หาก admit ผู้ป่วยแต่หลังจากที่มี HOSXP สามารถ print out ประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์แล้วลงชื่อกำกับ ทำให้ลดเวลาลงอย่างมาก อีกทั้งยังได้ข้อมูลที่ครบ อ่านง่าย เข้าใจตรงกัน

Discharge summary ปี 2558 ปรับปรุงใหม่และเพิ่ม ชื่อ - สกุลผู้ให้รหัสโรคและหัตถการและคณะกรรมการที่ระบบข้อมูล/สารสนเทศ (IM) โรงพยาบาลสังคม จึงมีการจัดอบรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน โดยยึดเกณฑ์การตรวจสอบจาก คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2557 ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

IV-6 ผลด้านการเงิน

97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 ต.ค. 61- มิ.ย.62
ร้อยละประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	≥ 80	NA	NA	100	100	100	100
ระดับภาวะวิกฤติการเงิน	< 7	NA	NA	NA	7	4	6
ร้อยละความแตกต่างผลการดำเนินงานตามแผน Plan fin - ค่าใช้จ่าย - รายได้	$\pm 5\%$	NA	NA	NA	NA	2.79	-1.95 10.73
ร้อยละค่าเฉลี่ยของรายได้มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโรงพยาบาลเดียวกัน	100%	NA	NA	NA	NA	NA	100
อัตราความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์	100%	NA	NA	75	86	87	99.94

ผลลัพธ์ทางการเงิน

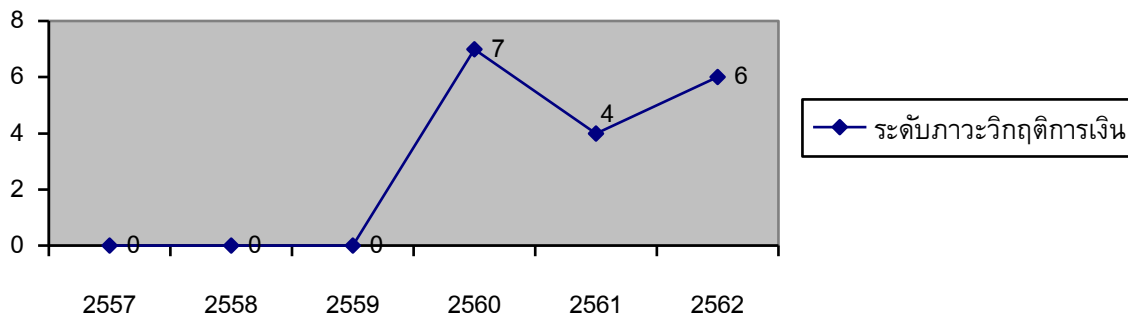


จากการพัฒนาองค์กรของโรงพยาบาลสังคมพบว่าสถานการณ์ทางการเงินในปีงบประมาณ 2560 – 2561 และ ไตรมาสสามในปี 2562 (ต.ค.61-มิ.ย.62) พบว่าร้อยละประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ระดับคะแนน 100% ในขณะที่ ระดับวิกฤติการเงินอยู่ในระดับ 7 ที่ไม่น่าจึงได้มีการพัฒนาโดยปรับโครงสร้างองค์กรให้มีหน่วยงานเรียกเก็บเพื่อเพิ่มรายได้ให้องค์กรและมีนโยบายโดยผู้นำสูงสุดคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคมให้มีการวางแผนการจัดซื้อ จัดจ้างให้ ค่าเฉลี่ยของรายได้มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโรงพยาบาลเดียวกันและความแตกต่างผลการดำเนินงานตามแผน Plan fin $\pm 5\%$ ผลการดำเนินงานพบว่าค่าใช้จ่ายตามแผน - 1.95 และรายได้ตามแผน 10.73 ซึ่งได้มีการประชุมและวางแผนการพัฒนาและเพิ่มความเข้มข้นในการติดตาม ควบคุม กำกับตามนโยบายเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายอย่างเข้มข้นต่อไป

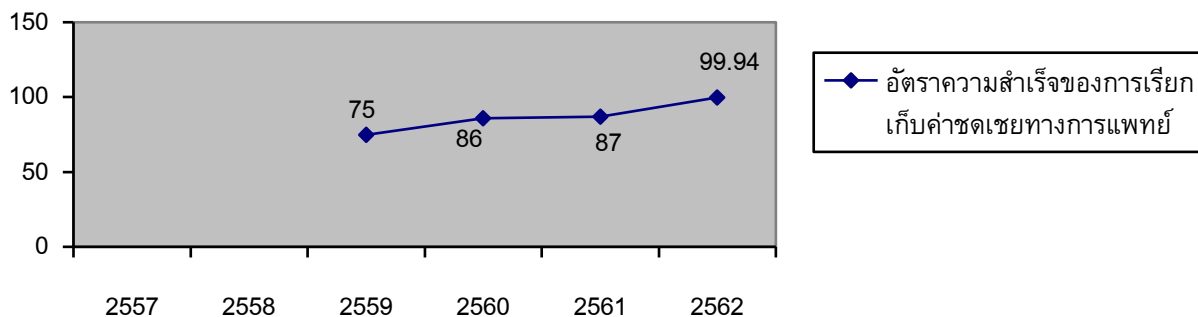
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

กราฟแสดงภาวะวิกฤติการเงิน



กราฟแสดงผลการวิเคราะห์ความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์



จากกราฟอธิบายได้ว่า

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าร้อยละความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ มีผลที่ดีขึ้นตามลำดับเนื่องจากทางองค์กรได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้มากขึ้น พร้อมทั้งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบต่องานการเรียกเก็บในแต่ละสิทธิอย่างชัดเจน และมีการส่งบุคลากรที่รับผิดชอบในเรื่องการส่งข้อมูลเรียกเก็บไปอบรมตามโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งมีการให้ความรู้และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญต่องานการเรียกเก็บเพิ่มมากขึ้นโดย

- เน้นให้เจ้าหน้าที่มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์
- มีการสะท้อนข้อมูล ประกอบการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ
- มีผู้รับผิดชอบในการเรียกเก็บแต่ละกองทุนที่ชัดเจน
- มีการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยหรือเอกสารที่ใช้ในการเรียกเก็บ มาส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์แยกตามกองทุน
- นำเข้าและคีย์ข้อมูลเพื่อเบิกค่าบริการในโปรแกรม E-claim ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและตรวจสอบ REP ทุกครั้งหลังส่งข้อมูล ภายใน 3 วัน ถ้าติด C แก้ไขส่งใหม่
- มีการนำ โปรแกรม RCM (โปรแกรมบริหารลูกหนี้) มาช่วยในการตรวจสอบข้อมูล
- มีการสรุปผลงานทุกเดือนเพื่อเสนอผู้บริหาร