

ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลเขาสฤงิ

1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ปี 57 (ต.ค.56 – มิ.ย.57)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
การเสียชีวิต					
1. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท	<0.5	0.089	0.090	0.129	0.098
1.1 อัตราการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ	--	0.021	0.038	0.053	0.05
1.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใน	--	0.86	0.62	0.79	1.32
2. MMR (per 100.000 live birth)	0	0	0	0	0
3. Perinatal mortality rate (per 1,000 LB)	0	0	0	0	0
4. Neonatal mortality rate (per 1,000 LB)	0	0	0	0	0
การกลับมารักษาซ้ำ					
5. Rate of Readmission 28 วัน	≤ 2	1.74	1.48	1.06	1.84
6. Rate of Revisit ER 48 Hours	≤ 1	0.09	0.12	0.22	0.26
7. Rate of Revisit OPD 48 ชม.	≤1	0.25	0.49	0.38	0.065
การคลอด					
8. Rate of postpartum hemorrhage	≤ 2	3.19	2.52	2.46	1.53
9. Rate of birth asphyxia (per 1,000 LB)	≤ 25	10.64	0	0	15.38
ตัวชี้วัดจาก Patient Safety Goals					
10. Incidence of Communication error (ผู้ป่วย)	≤10 ครั้ง	1	2	19	8
11. Incidence of Falling	0	0	0	8	6
ตัวชี้วัดเฉพาะโรค					
DM					
12. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C <7%	≥60	12.54	47.6	69.55	47.37
13. Admit with Hypoglycemia	< 1	0.16	0	0.75	0.59
14. Admit with Hyperglycemia	< 1	2.5	0.5	0.62	3.79
15. Rate of Renal Complication ในผู้ป่วย DM	<10	12.83	27	26.28	21.62
HT					
16. อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุม BP <140/90 mmHg	≥ 70	86.89	89.47	79.2	82.78
17. Rate of Renal Complicationในผู้ป่วย HT	<10	2.04	9.7	35.33	17.62
Asthma					
18. Total Control	≥ 70	NA	11.96	10.31	18.42
COPD					

19. อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วย COPD/ 100 admission	<1%	NA	1.56	1.79	4
20. Re – admit ใน 28 วัน	< 10	NA	25%	18.18%	16 %
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
STEMI					
21. Door to Refer Time < 30 นาที	100	37.5	50	0	100
22. เสียชีวิตหลังจากส่งต่อ 48 hr	0 ราย	1	1	1	0
Acute Stroke & Post Stroke					
23. Onset to Door time < 2.5 ชม.	> 40	NA	33.33	30.77	36.85
24. Door to refer 30 นาที	100	NA	66.66	62.5	100
25. Rate of Barthel Index up 1 level	> 80	NA	82.3	92.3	84.20
Multiple Trauma/Head injury					
26. ร้อยละผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS	> 30	0	26.67	8.3	26.67
27. อุบัติการณ์ Moderate to Severe HI ส่งต่อล่าช้า	0	0	1	2	1
28. Refer out 48 ชม. เสียชีวิต (ราย)	0	1	0	1	0
TB					
29. TB Success rate	≥ 85	83.33	66.67	100	83.33
AIDS					
30. Drug Adherence	> 95%	N/A	98	98.1	99.61
31. อัตราการดื้อยาต้านไวรัส	< 10%	3.7	0	0	1.38
2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น					
ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ					
32. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	≥ 85	88.3	88.03	83.55	87.56
33. ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	≥ 90	92.47	92.44	93.0	95.09
34. จำนวนคำร้องเรียน	--	0	2	6	5
35. ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียและภาคีเครือข่าย	≥ 80	NA	NA	75.18	รอผล
3 ผลด้านการเงิน					
สภาพคล่อง					
36. อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (quick ratio)	>1.0	2.01	2.79	1.89	2.57
37. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio)	>1.5	2.23	2.93	2.18	2.82
ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน					
38. ระยะเวลาการรับชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	≤90 วัน	95	53	53.85	88.59
39. ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	≤90 วัน	68	88	43.48	95.14

40. I/E ratio	>1	1.02	1.08	1.01	1.08
41. Risk Score	0	0	0	1	0
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล					
ความผูกพันและความพึงพอใจ					
42. อัตราความพึงพอใจในงานของบุคลากร	≥ 80	83.10	83.10	79.04	78.06
43. ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร	≥ 75	78.95	78.26	77.74	75.93
44. Turnover rate (การย้ายลาออกในบุคลากรอายุงาน ≥ 3 ปี)	≤ 5	2.19	6.38	1.0	0.57
ขีดความสามารถและความพอเพียง					
45. อุบัติการณ์ที่เกิดจากCompetencyลดลง	ลดลง	1	2	6	0
46. อัตราสนับสนุนงบประมาณบุคลากร	>3	2.84	2.26	3.20	1.61
47. สัดส่วนการสรรหาต่อการสูญเสีย	>1	2.8	1.08	1.14	1.75
5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ					
II-1 ระบบบริหารความเสี่ยง					
48. จำนวนความเสี่ยงทั้งหมด	--	443	508	1597	1117
- Clinical risk	--	433	496	1053	794
- Non Clinical Risk	--	10	12	544	323
49. ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์	100	40	46.67	79.46	88.12
50. สัดส่วน Miss : near Miss	≤ 0.5	0.19	0.22	0.64	0.49
51. อัตรา Self Report	≥ 45	74.59	65.36	38.9	41.53
52. จำนวน AE ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน	≥ 150	77	176	155	94
53. อัตราการตอบกลับรายงานอุบัติการณ์	≥ 70	54.92	57.84	64.61	66.54
54. อุบัติการณ์ ระดับ GHI ที่เกิดขึ้น	0	0	0	0	0
II - 2.1 องค์การแพทย์					
55. ระยะเวลาการตรวจเฉลี่ย	> 5 นาที	4.93	5.29	5.56	5.89
56. ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ	≤ 30 นาที	21.20	22.57	34.03	36.36
57. สัดส่วนอัตรากำลังเมื่อเทียบกับมาตรฐาน	> 80	25	25	25	60
II - 2.2 องค์การพยาบาล					
58. สภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาล					
ดี	≥ 90	96.25	96.25	92.31	รอผล
เสี่ยง	≥ 10	3.85	3.85	7.69	รอผล
ป่วย	0	0	0	0	รอผล
59. ผลการประเมินสมรรถนะพนักงานของพยาบาล	≥ 80	73.68	75.0	85.0	80.57

60. อัตรากำลังพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	100	100	100	80
61. ความพึงพอใจของพยาบาล	≥ 75	80.46	76.39	75.49	76.30
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
II-3 สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย					
62. อุบัติการณ์ จากความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อม	0 ครั้ง	0	0	0	0
63. อุบัติการณ์ที่ระบบสาธารณสุขปกเกิดเหตุขัดข้องรุนแรงจนเกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆในองค์กร	0 ครั้ง	0	0	0	0
64. ผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงวิทย์ฯ กำหนด	0 ครั้ง	0	0	0	0
65. อัตราการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ผ่าน					
- เสียงสูง	100	100	91.66	100	รอผล
- เสียงกลาง	100	33.33	50	28.57	รอผล
II-4 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล					
66. Rate of Infection : 1000 วันนอน	≤ 0.5	0.06	0.06	0.28	0.61
67. อัตราการล้างมือถูกต้องในเจ้าหน้าที่ รพ.	≥ 85	80.75	82	83.75	84.04
68. ประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.	100	86.62	100	99.91	100
II-5 ระบบเวชระเบียน					
69. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนใน	≥ 90	88.67	94.80	94.32	91.10
70. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนนอก	≥ 85	81.19	89.68	85.17	59.88
71. CMI	≥ 0.66	0.71	0.62	0.66	0.68
72. จำนวนอุบัติการณ์ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย	0	0	0	1	0
73. อุบัติการณ์ Server/HOSxP failure > 30 นาที	0	0	0	0	0
II-6 ระบบยา					
74. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก					
● Prescribing error	≤ 3	1.15	0.55	1.88	2.47
● Pre - Dispensing error	≤ 5	2.97	2.45	5.56	2.44
● Dispensing error	0	0.14	0.11	0.27	0.20
● Administration error	<1	0	0	0.78	0.56
75. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน					
● Prescribing error	≤ 2	0.22	0.19	1.97	5.35
● Transcribing error	≤ 15	8.70	7.11	17.75	26.30
● Pre - Dispensing error	≤ 20	16.05	12.11	18.49	21.87

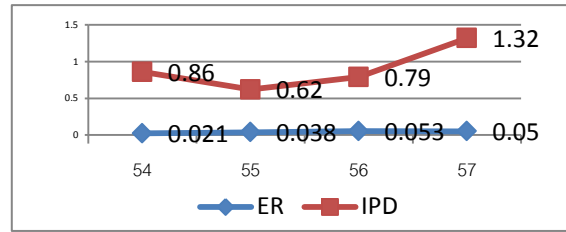
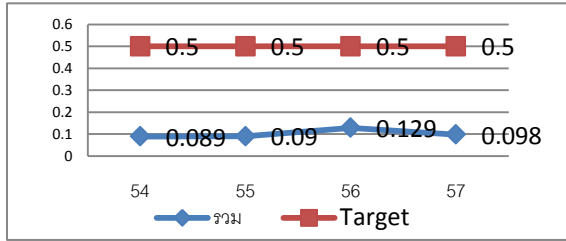
● Dispensing error	0	4.24	5.57	2.47	3.97
● Administration error : 1000 วันนอน	<5	6.69	7.30	4.81	7.34
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
76. คะแนนประเมิน Antibiotic Smart use	5	NA	NA	4	รอผล
77. อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	1	1
78. อัตราความเหมาะสมของยาที่ทำ DUE	≥95	95.79	96.26	100	100
II-7.1 ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
79. ระยะเวลาการรอคอยผลlab (CBC<30 นาที)	≥ 95	90	93	94.5	94.7
80. อัตราการรายงานค่าวิกฤต	100	85	95	100	100
81. อัตราการ Repeat ผลแตกต่างจากเดิม	≤2	2.5	1.0	0.1	0
82. ผลการพัฒนาคคุณภาพ LAB	100	32	48	59	รอผล
II-7.2 ระบบบริการโลหิตไม่มีบริการ					
II-7.3 ระบบบริการตรวจทางรังสีวิทยา					
83. ระยะเวลาการรอฟิล์มผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน(<15นาที)	≥ 85	84.16	84.69	87.55	87.88
84. อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	≤ 3	1.25	2.17	2.07	2.25
85. อุบัติการณ์การถ่ายภาพรังสีในหญิงตั้งครรภ์	0	0	0	1	0
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ					
86. อัตราป่วยด้วยโรคDengue infection (Median)	ลดลง20%	122.1	138.43	354.77	94.24
87. อัตราป่วยด้วยโรคDiarrhea (ต่อ100000)	ลดลง	4,306.54	3,291.15	3,658.54	3,371.47
88. อัตราป่วยโรคDM รายใหม่ลดลง(ต่อ1000)	ลดลง	3.68	3.27	4.93	3.16
89. อัตราป่วยโรค HT รายใหม่ลดลง(ต่อ1000)	ลดลง	6.16	8.53	12.03	6.10
II-9 การสร้างเสริมสุขภาพ					
90. จำนวนชุมชนเข้มแข็งในเขตรับผิดชอบระดับ 3	≥60	57.1	71.43	71.43	71.43
91. ภาควิชาเครือข่ายผ่านเกณฑ์	>80	81.82	81.92	81.82	87.5
6 ผลด้านการนำองค์กร					
92. การบรรลุผลสำเร็จตาม Performance	≥ 70	55.91	63.64	59.60	64.56
93. การบรรลุผลสำเร็จตามเข็มมุ่ง	≥ 70	66.67	71.43	77.78	55.56
94. การบรรลุผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์	≥ 70	65.91	66.67	65.83	61.90
95. ร้อยละการใช้จ่ายงบประมาณตามแผน	≥ 90	86.71	84.33	96.64	47.87
7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
ด้านบุคลากร					
96. สภาวะสุขภาพทางกายของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ					

- กลุ่มดี	≥ 90	76.83	87.5	88.66	รอผล
- กลุ่มเสี่ยง	≤ 7	20.73	10.0	8.25	รอผล
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556	2557
- กลุ่มป่วย	≤ 3	2.44	2.5	3.09	รอผล
97. ร้อยละเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความเครียดปกติ	≥ 80	83.33	81.11	87.7	81.82
98. อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง	0	1.08	3.3	3.92	2.88
ด้านผู้รับบริการ					
99. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่สำเร็จ	≥ 30	N/A	27.9	23.33	12.5
100. อัตราการลดน้ำหนักสำเร็จในกลุ่ม BMI เกิน	≥ 50	NA	NA	NA	38.4
101. อัตราผู้ป่วย DM ที่ SMBG มีระดับ FBS ลดลง	≥ 60	N/A	N/A	N/A	60
ด้านชุมชน					
กลุ่มดี					
102. ความครอบคลุมการคัดกรอง DM/HT ประชาชน >15 ปี	≥ 80	80	88	98.06	97.61
103. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน	≥ 60	68.29	67.5	65	63.64
104. DMFT ในกลุ่มอายุ ≤ 12 ปี	≥ 40	33.54	35.41	40.57	42.56
105. ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้และ/หรือฟันปลอมที่ใช้เคี้ยวอาหารได้	≥ 40	23.01	28.32	43.6	48.10
กลุ่มเสี่ยง					
106. Pre HT ป่วยเป็น HT	< 10	NA	8.41	6.82	2.81
107. Pre DM ป่วยเป็น DM	< 5	NA	7.66	6.56	3.14
กลุ่มป่วยหลังเยี่ยมบ้าน					
108. Rate of DM Poor Control FBS <140mg/dl	≥ 60	NA	40	60	50

1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

การเสียชีวิต

กราฟที่ 1 แสดงการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท กราฟที่ 1.1-1.2 แสดงการเสียชีวิต ER & IPD



จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ER

ปี2554(4 ราย)	ปี2555(7ราย)	ปี2556(10 ราย)	ปี2557 (6 ราย)
1.Heart disease 2 2.Asphyxia 1	1.Heart disease 4 2.Hypoxia 1	1.Heart disease 4 2.Massive upper GI bleeding 1	1.Heart disease 2 2.Senility 1
ปี2554(4 ราย)	ปี2555(7ราย)	ปี2556(10 ราย)	ปี2557 (6 ราย)
3.Unknown case 1	3.Septic shock 1 4.MCA c C-spine injury 1	3.Acute pulmonary edema 1 4.Severe asphyxia 1 5.Severe hemorrhage 1 6.Secretion obstruction 1 7.Un known 1	3.Electrical injury 1 4.Acute cardiac injury 1 5.Drowning 1

วิเคราะห์

การเสียชีวิตที่ ER มากที่สุดคือ Heart disease ได้แก่ Cardiac arrest และ AMI ทบตันพบเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และทุกรายเข้าถึงบริการมาด้วยอาการไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ โดยไม่ทราบระยะเวลาที่แน่นอนการปรับปรุง Alert signs ผ่านวิทยุชุมชนและคลินิกโรคเรื้อรัง ประสานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ให้เครือข่ายทีมสุขภาพรับทราบเพื่อเฝ้าระวังและการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยทั้งที่ Pre-hospital และ In hospital กรณี Trauma ส่วนใหญ่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุและนอกโรงพยาบาล ปี 54 – 57 = 9, 15, 9 และ 11 ราย ส่วนที่เข้าถึงบริการเป็น severe case วิเคราะห์พบเป็น Drowning 6 ราย คิดเป็น 13.6%, Unattended death 6 ราย คิดเป็น 13.6%, Cardiac arrest 4 ราย คิดเป็น 9.1%, car accident c severe head injury 4 ราย คิดเป็น 9.1%, insecticide poisoning 3 รายคิดเป็น 6.8 % มาโดยระบบ EMS ทั้งหมด 13 ราย คิดเป็น 28.9 % ประสิทธิภาพของทีม FR Response time ในเขตรัศมี 10 กม. = 96.43%

ทบทวนประสิทธิภาพทีม FR พบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วย ปี 55 ไม่ตามกระดุก 1 ราย ไม่ห้ามเลือด 1 ราย ปี 57 พบไม่ Clear ผู้ป่วย 1 ราย ไม่ตามกระดุก 1 ราย ไม่ห้ามเลือด 1 ราย แก้ไขโดยจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ FR

ประสิทธิภาพของการ refer out สำเร็จ 100% พบปัญหาการส่งต่อ ปี 54 Refer STEMI ส่ง CCU ไม่มีออกซิเจนถึงเล็กขณะส่งขึ้น CCU แก้ไขโดยจัดซื้อ O2 tank ขนาดเล็กสำหรับใช้ขณะส่งผู้ป่วยขึ้น CCU ทบทวนการ refer ปี 56 1) ผู้ป่วย On dopamine ไม่ใช่ Infusion pump แก้ไขโดยกำหนดแนวทางการให้ยา dopamine ต้องใช้ Infusion pump ทุกครั้ง 2) เด็กอายุ 6 เดือน ใส่ ET - Tube ส่ง ICU เด็กไม่ถูกทางแก้ไขโดยเขียนแผนที่ทางเข้า ICU เด็กติดไว้ที่ ER และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ 3) Refer ผู้ป่วย ICH โดยไม่แก้ไขภาวะ Shock ก่อน แก้ไขโดย กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ต้องแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตก่อนส่งต่อทุกครั้งและแจ้งให้

เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ ปี 57 Refer เด็กอายุ 6 เดือน ใส่ ET - Tube refer CCU ถึงตึก แพทย์แจ้งว่าลมเข้า
ท้องมาก สงสัยใส่ ET tube เข้า esophagus แก้ไขโดยวางระบบตรวจสอบ ET tube ก่อนส่งต่อ

จำนวนการเสียชีวิตผู้ป่วยใน

ปี2554(14 ราย)	ปี2555(11ราย)	ปี2556(17 ราย)	ปี2557- พค.57 (24ราย)
1. CA 9ราย	1. CA 7ราย	1. CA 8ราย	1. CA 10 ราย
2.COPD with AE 2 ราย	2. Sepsis 2 ราย	2. Aspirate Pneumonia3 ราย	2. Decubitus 4 ราย
3.CHF 1 ราย	3. Alcoholic liver cirrhosis 1 ราย	3. COPD end stage2ราย	3. Alcoholic liver Cirrhosis 4 ราย
4. Sepsis 1 ราย	4. Ischemic Stroke 1 ราย	4. ESRD1 ราย	4. Sepsis 2ราย
5. AMI 1 ราย		5. Alcoholic cirrhosis1 ราย	5. Aspirate Pneumonia 2 ราย
		6. AMI 1 ราย	6. HT with Stroke 1 ราย
		7. HT with Stroke 1 ราย	7. CHF 1 ราย

วิเคราะห์

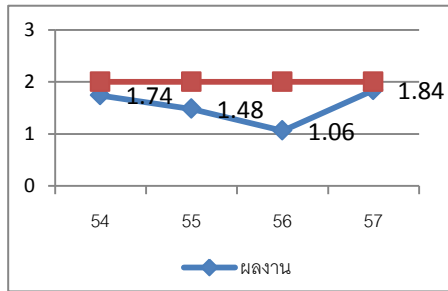
จำนวนการเสียชีวิตผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทบทวนพบมากที่สุดคือ Malignancy end stageและโรคอื่น
คือCOPD with AE, Decubitus ulcer, Alcoholic diseaseเป็นกลุ่ม Palliative 95%โรงพยาบาลจึงกำหนดการ
ดูแลผู้ป่วยแบบPalliative care และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการติดเชื้อโรคแทรกซ้อน และปี 57 คปสอ. ทำใหม่
เป็น“อำนวยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคองของจังหวัด
จันทบุรี ที่มีแผนพัฒนา 3 ปี

ทบทวนการเสียชีวิตด้วยโรคอื่นพบปี 54 CHF สาเหตุจากRe-assess และ Plan of care ไม่เหมาะสม
ผู้ป่วย อายุ 74 ปีCOPD มีภาวะน้ำเกิน แต่คำสั่งการรักษาให้ IVF rate 60-80 cc/hrและให้ Diuretic ไม่เหมาะสม
ปรับเปลี่ยน แนวทางการวินิจฉัยโรคและแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีอาการบวม ต้อง off IV fluid หากรับประทาน
อาหารไม่ได้ ให้ IV rate ไม่เกิน 40 cc/hr, การให้ Diuretic ต้องมีการประเมินการตอบสนองต่อยาใน dose แรก
และmonitor I/O ทุกครั้ง หลังฉีดยา 1 ชม. และ notify แพทย์รับทราบปี 56ผู้ป่วย อายุ 71 ปี มาด้วย Acute
Diarrhea เกิดภาวะ NSTEMI/UA ผู้ป่วยมี Shock แพทย์ให้ Fluid resuscitation และ Dopamine แต่ re-assess
ไม่ไวพอ จึงได้ IV Fluid และ Dopamine ไม่เหมาะสมปรับเปลี่ยนจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Vital sign
unstable วัด Vital sign ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง จน stable เป็นทุก 1 ชม, จัดทำแนวทางการ
ปรับ Dopamine care mapปี 57พบ 1 ราย ชาย 93 ปี bed ridden with fracture femur มีปัญหา Aspirated
pneumonia ดึง NG ออกบ่อย ใส่ 3 ครั้งใน 1 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะญาติ feed อาหาร มี content ออกทางปาก
สาเหตุจากไม่ได้ติดตามกำกับกับการTest NG Tubeก่อน Feed อาหารปรับเปลี่ยนวางระบบติดตามกำกับและทำ
marking ที่ Tube

ตัววัดที่ 2- 4 ไม่พบ MMR, Perinatal Mortality Rate, neonatal mortality rate ปี 54-57 = 0

การกลับมารักษาซ้ำ

กราฟที่ 5 แสดง Rate of Readmission 28วันเป้า <2



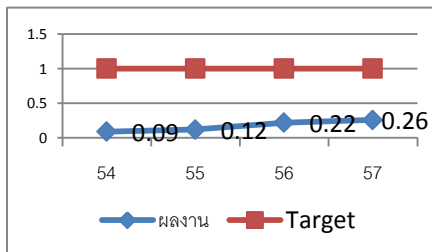
วิเคราะห์

อัตรา Readmit ภายใน 28 วัน มีแนวโน้มลดลง พบมากที่สุดคือ COPD ร้อยละ 18.18 – 30.77 เป็นภาวะ end stage disease พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่หลีกเลี่ยงวันไม่ได้ (อาชีพอ่าถ่าน, พระสงฆ์) เป็นภูมิแพ้ และ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจุดเปลี่ยน เปิดบริการคลินิก COPD ปี 55, จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุด

กั้นเรื้อรัง, เพิ่มอัตราการใช้ inhaled corticosteroid ประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกรทุกราย, ประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ, ประเมิน 6 minute walk ปีละ 1 ครั้ง, เริ่มใช้ LABA (Seretideaccuhaler), ระบบวางแผนจำหน่ายด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รองลงมา คือ มะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 22.73 – 50 ต้องใช้ยาแก้ปวด Morphine มีภาวะติดเชื้อมีอาการอาหารไม่ได้อาจต้องใช้ Oxygen จุดเปลี่ยนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคอง จัดทำ Morphine มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลรักษา และการเยี่ยมบ้านหลังจากกลับบ้าน, Dyspepsia ร้อยละ 20 จากโรคตับแข็ง/ดื่มสุรา Neonatal jaundice ร้อยละ 13.64 มีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกับ รพศ. Pneumonia ร้อยละ 13.34 จัดทำแนวทางจำหน่ายผู้ป่วย โดยเมื่อไข้ลง และ Switch oral ATB แล้วอย่างน้อย 1 วันผู้ป่วยต้องไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ปกติ V/S ปกติ จึงสามารถ D/C ได้

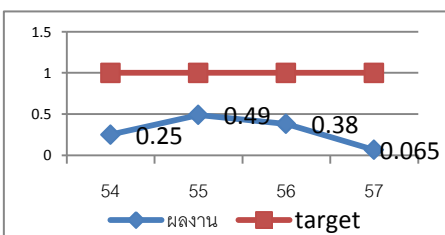
กราฟที่ 6 แสดง Re-visit ER เป้า < 1



วิเคราะห์

Rate of Revisit ER 48 Hours มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อยู่ในเป้าหมาย พบพบมากที่สุดคือ 1) URI 18.56.00% 2) Fever cause 9.28% 3) AGE 8.25% วิเคราะห์สาเหตุการ Revisit URI & Fever พบส่วนใหญ่จากยังมีไข้สูงและอาการไม่ดีขึ้น พบมากในกลุ่มเด็ก ผู้ดูแลวิตกกังวล เรื่องไข้และอาจมีอาการชัก หรือกังวลเรื่องเป็นไข้จากโรคอื่น เช่น ไข้เลือดออก การให้คำแนะนำแล้ว ผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่อง prognosis ของโรคปรับเปลี่ยนจัดทำคำแนะนำเรื่องการดูแลไข้ส่วน AGE สาเหตุอาการถ่ายเหลวไม่ดีขึ้นพบว่าไม่ได้ประเมินภาวะ Dehydration ได้รับ ORS 3 ซองได้ไม่ครบ 24 ชม. จึงมารักษาซ้ำปรับเปลี่ยนเป็นจ่าย 5-6 ซอง

กราฟที่ 7 แสดงอัตราการ Re-visit OPD เป้า < 1



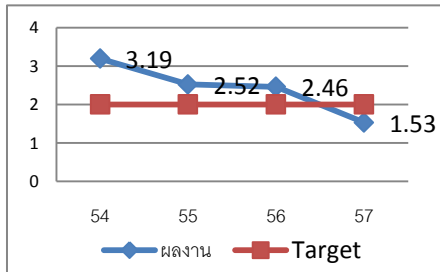
วิเคราะห์

อัตราการ Re-visit OPD มีแนวโน้มลดลง พบพบ Revisit Diarrhea มากที่สุด 43.9 % รองลงมาคือ common cold และ Dyspepsia 19.51% อันดับ 3 คือ tonsillitis 9.7% พบ Revisit ด้วย Diarrhea ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่เป็นวัยทำงาน และกลุ่มผู้ป่วยเด็ก 66.66 % เมื่อมา Revisit ต้อง Admit 22.22 % สาเหตุจากการถ่ายไม่ดีขึ้น ORS ไม่เพียงพอ จุดเปลี่ยน จัดทำเกณฑ์การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วย Diarrhea ทุกสายถ้าพบ Moderate dehydration ขึ้นไปให้ Admit ทุกสาย จ่าย

ORS ให้เพียงพอประมาณ 5-6 ซอง และให้คำแนะนำเฉพาะราย Case common cold ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 75 ผู้ปกครองกังวล ใช้ไม่ลด แพทย์ไม่ได้ให้ยา ATB อาการดีขึ้นช้า ให้คำแนะนำผู้ดูแล

การคลอด

กราฟที่ 8 แสดง Rate of postpartum hemorrhage

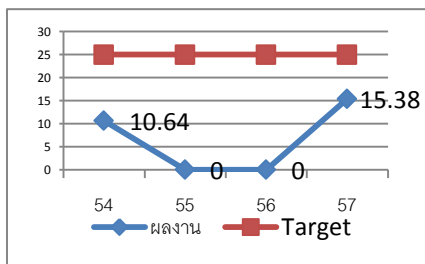


วิเคราะห์

อัตราการตกเลือดหลังคลอด มีแนวโน้มลดลง ทบทวนพบภาวะ ซีด 66.67% กลุ่มเสี่ยงผู้คลอด (G4, Teenage, No ANC) 55.56%กลุ่ม เสี่ยงทารกตัวใหญ่ ร้อยละ 44.4%และ case prolong labour 22.22%, วิเคราะห์สาเหตุจากการประเมินกลุ่มเสี่ยงไม่ไวพอ ไม่มีแนวทางการวาง แผนการป้องกันและแก้ไขการตกเลือดหลังคลอด วิธีการทำคลอดที่ไม่

เหมาะสมกับการคลอด ทำให้รบกวน และการตรวจแผลฝีเย็บ/ช่องทางคลอด ไม่ครอบคลุม จุดเปลี่ยน ANC ปี 57 ปรับแนวทางการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เชื่อมต่อกับห้องคลอด โดย ANC Monitor Hct < 33% LR Monitor Hct แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ Hct \geq 30%, 25-30%, \leq 25 % เพื่อเป็น Early warning signs ป้องกันการเกิด PPH c shock ทบทวนแนวทางการป้องกันความเสี่ยง PPH แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือเสี่ยงต่ำ ปานกลางและเสี่ยงสูง ปี 57 Training การทำคลอดแบบ Control cord contraction พิจารณาให้เหมาะสมกับผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วย G4, ซีด, ประวัติ PPH, Prolong labour เป็นต้นวางแผนกรณีปากมดลูกเปิด 4 ซม. เตรียมให้สารน้ำ IVF 0.9% NSS เบอร์ 18 rate 80 cc/hr. กรณีกลุ่มเสี่ยง เช่น ทารกตัวใหญ่ ต้องตรวจแผลฝีเย็บร่วมกับช่องทาง คลอดให้ละเอียดปรับวิธีการตรวจเลือดให้แม่นยำด้วยการชั่งและปรับการ Start Oxytocin 10 U IM หลังคลอดไหล หน้าทุกราย

กราฟที่ 9 แสดง Rate of birth asphyxia (per 1,000 LB)



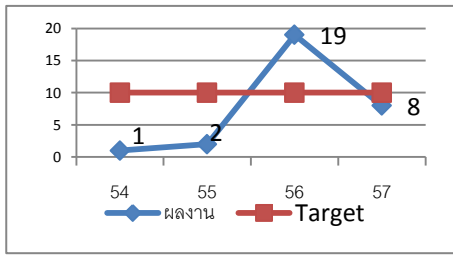
วิเคราะห์

อัตราการเกิด BA ได้ตามเป้าหมายปี 54 พบ BA 1 ราย refer ไม่เสียชีวิต มารดาเป็น Gestational hypertension และ IUGR ทบทวน พบสาเหตุจากการไม่ได้ประเมินภาวะ IUGR ตั้งแต่ ANC จุดเปลี่ยน จัดทำ CPG การดูแลความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และ ANC กำหนดให้

Ultrasound ในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ และ 36-37 สัปดาห์ทุกรายเพื่อประเมิน EDC และภาวะ IUGR ถ้าน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์จริง โดยเฉพาะน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น Warning criteria ให้แพทย์ พิจารณา refer ปี 57 พบ BA ไม่ refer ปลอดภัย ทบทวนพบ Term G2P1 ทารกน้ำหนัก 3,530 กรัม คลอดติด ไหล่ ทบทวนพบสาเหตุจากการประเมิน CPD ไม่ได้ จุดเปลี่ยน กำหนดผู้คลอดส่วนสูง < 140cm. หรือ HF \geq 39cms. Refer ทันที ผู้คลอดมีส่วนสูง < 150 cm. หรือ HF \geq 36 cms และ Pathograph ตกช่วง Alert refer ทันที

Patient safety goal

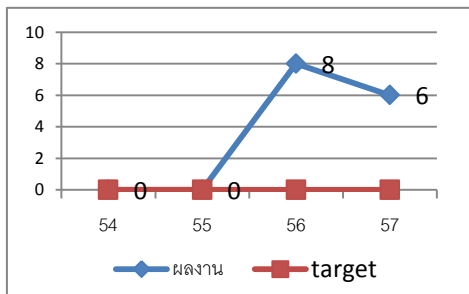
กราฟที่ 10 แสดง Communication error เป้า<10 ครั้ง



วิเคราะห์

communication error มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากระบบดักจับและความเข้าใจในเรื่องความเสี่ยงทบทวนพบระดับ E up 1 รายในปี 56 จากการรายงานแพทย์ด้วยข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้การรักษาล่าช้าผู้ป่วยเสียชีวิต ปรับปรุงโดย กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการรายงานแพทย์, สอน/ทบทวนความรู้และทักษะของพยาบาลส่วนอื่นที่พบคือคือ จนท.ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ส่งต่อข้อมูลผิดพลาดปรับปรุงโดย มีระบบทวนสอบในหน่วยและระหว่างหน่วยงาน Communication critical Test result ปรับปรุงโดย กำหนดค่า LAB วิกฤตที่ต้องรายงานและช่องทางการรายงาน ปี 57 พบ IR Communication during patient care handovers คือ ER ไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและไม่ได้ประสาน ward ให้ดำเนินการต่อปรับปรุงโดย บันทึกไว้ใน order ร่วมกับการโทรศัพท์ประสานลงผล LAB ผิดพลาดปรับปรุงโดย สั่งพิมพ์จากระบบและตรวจสอบซ้ำ

กราฟที่ 11 แสดงอุบัติการณ์ falling เป้า 0

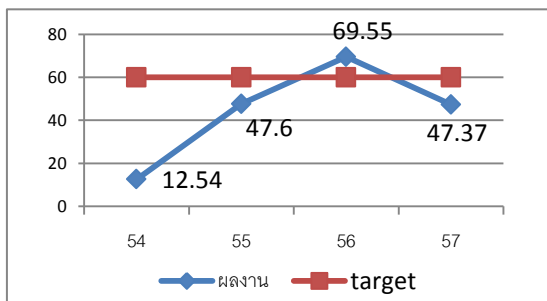


วิเคราะห์

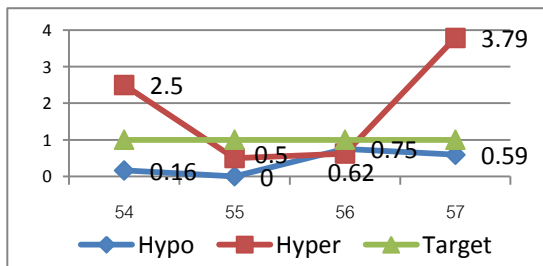
อุบัติการณ์ falling พบได้ทุกปี ปี 54-55 พบ Under report ปี 56-57 ทบทวนพบในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม Leposy ลื่นล้มในห้องน้ำ สาเหตุจากพื้นเปียก, ไม่ได้ประเมินเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม, ไม่มีญาติดูแล จุดเปลี่ยน วิเคราะห์หา GAP จาก SIMPLE โดยจัดทำแนวทางการประเมินด้วย MORSE fall risk assessment ในกลุ่มเสี่ยง, ติดสัญลักษณ์ (warning marker) ระวางการพลัดตกหกล้มที่หัวเตียง, แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแนวทางในการป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม, ปรับปรุงเวลาทำความสะอาด / เพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดห้องน้ำ ติดตั้งพดลมในห้องน้ำ ติดป้ายเตือนระวางลื่นล้มในห้องน้ำ

กลุ่มโรคสำคัญ DM

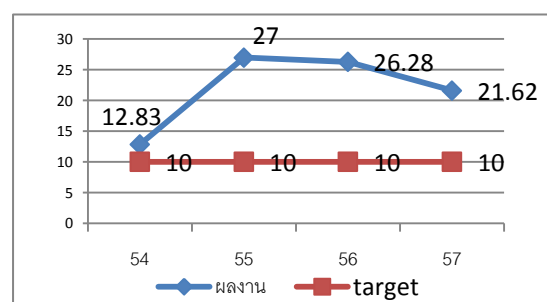
กราฟที่ 12 แสดงอัตราการควบคุม HbA1C <7 เป้า 60



กราฟที่ 13-14 Admit c Complication (Hypo-Hyper) เป้า <1



กราฟที่ 15 แสดงอัตราภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย DM เป้า <10



วิเคราะห์

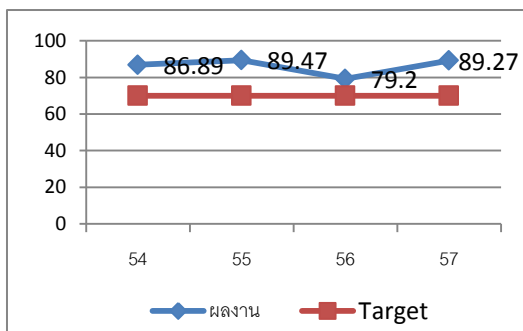
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบการควบคุมโรคมียังมีแนวโน้มดีขึ้น เริ่มลดลงในปี 57 และพบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ค่า HbA1C ของโรงพยาบาลเขาสุกิม ดีที่สุดในจังหวัดจันทบุรี

วิเคราะห์สาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารเช้าไม่ถูกต้อง ขาดนัด และระบบการเสริมพลังด้วยสหสาขาวิชาชีพไม่ชัดเจน รูปแบบการรักษาไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็น Routine จุดเปลี่ยนการเข้าถึงบริการปี 54-55 ขยายบริการโดยเพิ่มศักยภาพที่ รพ.สต.6 แห่งการประเมินและการวางแผนการดูแลปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลด้วยcase manager ให้ความรู้รายบุคคลและself health group ปี 55 คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้วยวิธี GFR และปรับเปลี่ยนยา เพื่อชะลอไตเสื่อม ปี 55-56 ร่วมกับท้องถิ่น จัด Day camp รายตำบล ปี 56 วางแผนการรักษา CKD III ส่ง case manager ให้ความรู้เรื่องอาหารชะลอไตเสื่อม และแบ่งกลุ่มCKD IV เป็น A (GFR 23-29) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมโปรตีน และ B (GFR 15.1-22.9) Refer พบแพทย์เฉพาะทาง ที่ รพศ. พระปกเกล้าปี 57 กลุ่ม uncontrolจัดทำเมนูอาหารท้องถิ่นแลกเปลี่ยน และ Monitor ด้วยระบบ SMBG กลุ่มFBS > 300 mg% ให้ admit ปรับการนัดติดตาม และผู้ป่วยที่ปรับยาเกินเป็นชนิดนัดทุกสัปดาห์ จนสามารถใช้งานได้ถูกต้อง กลุ่มผู้ป่วย FBS >180 mg/dl ต่อเนื่อง 3 ครั้ง ส่งพบ DM manager และ HHC แผนพัฒนาจัดตั้งCKD clinicให้เป็นรูปธรรม มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

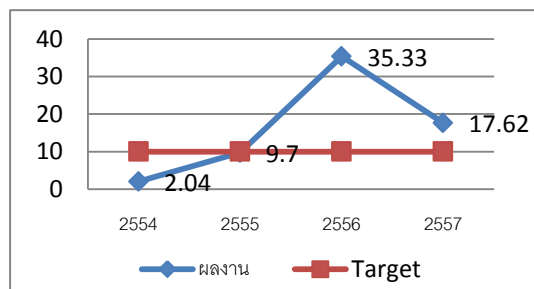
ผู้ป่วยเบาหวานที่ Admit ด้วยภาวะ Hypoglycemiaมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อยู่ใน เป้าหมาย ทบทวนสาเหตุ เกิดจาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าไม่สัมพันธ์กับการรับประทานยา ร้อยละ 60, มีภาวะเจ็บป่วยรับประทานข้าวไม่ได้ แต่ยังใช้ทั้งยารับประทานและยาฉีด ร้อยละ20 และพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 20 ส่วนการAdmit ด้วยภาวะ Hyperglycemia มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าเป้าหมาย ทบทวนสาเหตุ รับประทานอาหารเช้าไม่สัมพันธ์กับรับประทานยา ร้อยละ 25, มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ร้อยละ 24, ขาดนัด ร้อยละ 24, อยู่ในช่วงปรับจาก MFM เป็นชนิด Mixtard ร้อยละ 15, เครียด ร้อยละ 5, กลัวการฉีดยา ร้อยละ 5 จุดเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยส่งพบ case manager ให้ความรู้รายบุคคล, เมนูอาหารแลกเปลี่ยน และ Monitor ด้วยระบบ SMBG ปรับระบบการนัดผู้ป่วยบ้านใกล้กัน นัดมาพร้อมกัน และขยายบริการไปสู่ รพ.สต. โดยให้บริการเกณฑ์เดียวกับโรงพยาบาล แผนพัฒนา ให้สุขศึกษาและเสริม Health literacy เฉพาะรายตามศักยภาพผู้ป่วย

HT

กราฟที่ 16 แสดงอัตราผู้ป่วย HTที่ควบคุมความดันโลหิตได้<140/90mmHg เป้า ≥ 70



กราฟที่ 17 แสดงอัตราภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วย HTเป้า <10



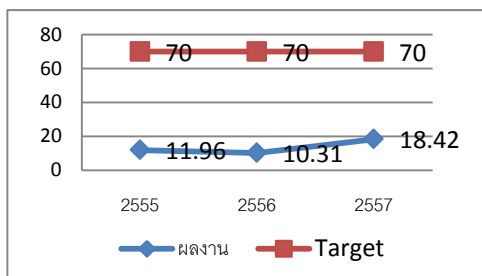
วิเคราะห์

ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์พบมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ประวัติเป็น HTนานกว่า 10 ปี พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่ถูกต้อง และขาดนัดเนื่องจากไม่มีใครมาส่งบางรายใช้แพทย์ทางเลือกจุดเปลี่ยนปี 54 เกสัชกร ติดตามการใช้ยาผู้ป่วยทุกราย ปีละ 2 ครั้ง ปรับการจ่ายให้พอตีวันนัด และทุกรายที่ปรับยา ส่งพบเภสัชกรปี 55-56 เพิ่มวันคลินิกเป็น 2 วัน/สัปดาห์ นัดผู้ป่วยวันละไม่เกิน 35 ราย ขยายบริการใน รพ.สต.เครือข่าย 4 แห่ง ฤๅละ 1 ครั้ง /เดือน ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย new case ส่ง

พบ case manager ให้ความรู้รายบุคคลปรับระบบนัดผู้ป่วยที่บ้านใกล้กัน นัดมาพร้อมกันทั้งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 55 คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้วยวิธี GFR และปรับเปลี่ยนยา เพื่อชะลอไตเสื่อม ปี 56 CKDIII ให้ความรู้เรื่องอาหารชะลอไตเสื่อม และแบ่งกลุ่มCKD IV เป็น A (GFR 23-29) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ B (GFR 15.1-22.9)Refer พบแพทย์เฉพาะทาง ที่ รพศ. พระปกเกล้า ปี57 ผู้ป่วยที่ควบคุม BP ไม่ได้ interventionอาหาร DASH ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลและ Monitor ด้วยระบบ Home BP กรณีพบ Cr \geq 3 mg/dl รายใหม่โทรตามมาตรวจ Cr ซ้ำทันที ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สมอง ปีละ 1 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงประเมินซ้ำ ทุก 6 เดือนปรับระบบติดตามนัดจาก 1 เดือน เป็น 1 สัปดาห์ โดยใช้โทรศัพท์/ประสานกลุ่มงานเวช /รพ.สต.ติดตาม ผู้ป่วย BP \geq 180/110 mmHg ส่ง HT manager และ HHC แผนพัฒนา จัดตั้ง CKD clinic ให้เป็นรูปธรรม มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

Asthma

กราฟที่ 18 Total control ของ Asthma เป้า \geq 70



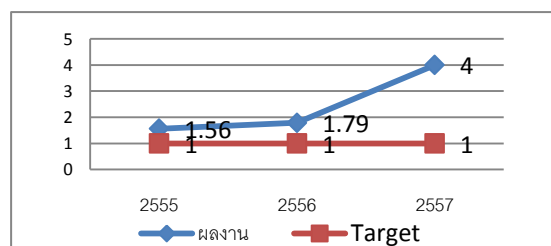
วิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วย Asthma มีแนวโน้มควบคุมโรคได้ดีขึ้น แต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย บททวนพบว่ามีการให้ยา inhaled corticosteroid เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ได้ครบทุกคน จุดเปลี่ยน ปรับปรุง CPG โดย ผู้ป่วยที่กำลังเจ็บเฉียบพลันต้องได้รับ Prednisolone (5) 2x3 อย่างน้อย 5 วัน, ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจพิจารณาปรับไว้

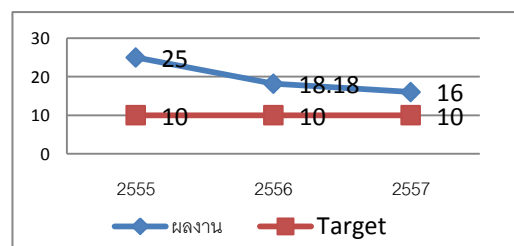
นอนในโรงพยาบาล, ประเมินการพ่นยา, ใช้ LABA (Seretide accuhaler) ประเมินวิถีชีวิต ทุกรายและกรณีผู้ป่วย Re-visit ส่ง HHC แผนพัฒนา ประเมินความเพียงพอเหมาะสมของการให้ยาสูดพ่น inhaled corticosteroid

COPD

กราฟที่ 19 อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วย COPD/100 admissionปี < 1



กราฟที่ 20 อัตรา Readmit COPD ใน 28 วัน เป้า < 10



วิเคราะห์

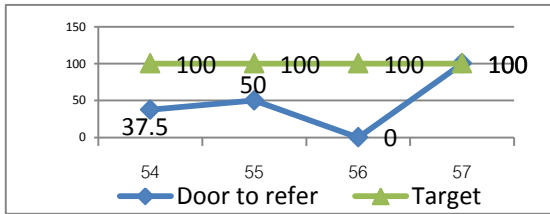
อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มากกว่าเป้าหมาย บททวนพบว่า เนื่องจาก COPD ระยะ End stage ร้อยละ 80 และมีโรค CA ร่วมด้วย ร้อยละ 20 จุดเปลี่ยน ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

อัตราการ Re-admit ของผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าเป้าหมาย บททวนพบว่า ผู้ป่วยบางรายเป็นระยะ COPD ระยะ End stage แต่ยังไม่สูบบุหรี่ และ พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่หลีกเลี่ยงควันได้ยาก (ใช้เตาถ่าน, พระสงฆ์), เป็นภูมิแพ้, ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อยู่ส่งผลให้มีอาการกำเริบมักจะเป็นหนักจนต้องนอนโรงพยาบาลและ Readmit จุดเปลี่ยน 1) จัดทำ Care Map COPD c severe AE ให้ Dexamethasone ทุกรายและ Early Warning: re-assessment V/S + O₂ sat ขณะ on O₂ + Dyspnea signs ทุกครั้งที่พ่นยา ถ้า

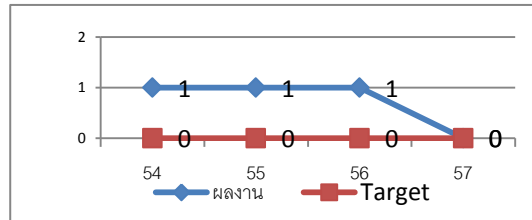
Change ให้ notify ทันที 2) กำหนด Criteria case COPD ที่ admit ด้วย AE ให้ประเมิน CXR, CBC ทุกราย 3) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายส่งคลินิกอดบุหรี่ และเริ่มใช้ Inhaled corticosteroid 4) advice เรื่องการพ่นซ้ำ ทุก 20 นาที 2 ครั้ง ไม่ดีขึ้นมาโรงพยาบาลทันที แผนพัฒนา เพิ่มอัตราการใช้ Inhaled corticosteroid, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่ประสานงานนักกายภาพบำบัดสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วย

STEMI

กราฟที่ 21 แสดง Door to Refer เป้า 100



กราฟที่ 22 แสดง Refer out 48 ชม. เสียชีวิต เป้า= 0

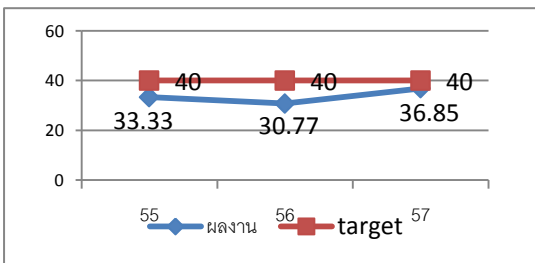


วิเคราะห์

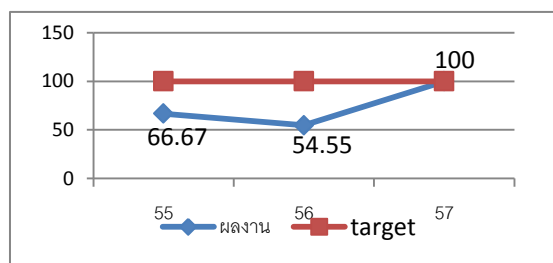
การดูแลผู้ป่วย STEMI พบการประเมิน วินิจฉัยและการส่งต่อ เริ่มได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์พบสาเหตุ Criteria การประเมินไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม พยาบาลขาดทักษะการแปลผล EKG การประสานงานกับ CCU รพ.พระปกเกล้าล่าช้า ความไม่ชัดเจนของระบบ fast track ในโรงพยาบาล และปัญหาการเข้าถึงบริการซ้ำ ผู้ป่วย/ญาติ ขาดความรู้เรื่อง Alert signs และการเข้าถึงระบบ EMS จุดเปลี่ยนปี 54 จัดซื้อเครื่อง Fax ใหม่ on the job training EKG ดิจิทัล EKG ที่พบบ่อย จัดอบรมการแปลผล EKG โดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ รพศ. ปรับเกณฑ์การประเมิน EKG ถ้ามีเหนื่อยหอบ กระสับกระส่ายและเคยมีประวัติโรคหัวใจ หรือมี adventitious breath sounds ร่วมกับแน่นหน้าอก/เจ็บอก/รู้สึกไม่สบายในอก ให้ทำ EKG ทุกรายปรับระบบ STEMI fast track ใน รพ. โดย เมื่อ Dx. STEMI/ R/O STEMI ตามรพพยาบาลฉุกเฉินทันที แพทย์เขียนใบส่งต่อส่ง FAX รถออก ภายใน 10 นาที โดยไม่ต้องรอตกลับจาก CCU ปี 56 ให้ความรู้ Pre Alert signs ,Alert signs ในคลินิกโรคเรื้อรัง และในชุมชน ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

Acute Stroke & Post Stroke

กราฟที่ 23 แสดง Onset to Door time < 2.5 ชม.เป้า < 40



กราฟที่ 24 แสดง Door to refer 30 นาทีเป้า 100

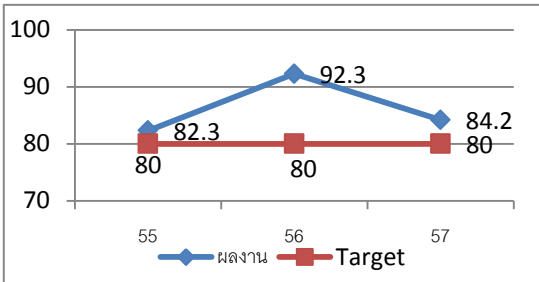


วิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วย stroke พบการส่งต่อเริ่มได้ตามเป้าหมาย ยังพบปัญหาผู้ป่วยเข้าถึงบริการซ้ำ onset time ไม่ได้ วิเคราะห์สาเหตุจากการสื่อสารระบบ fast track ไม่ชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลและแม่ข่าย พบ case ใส่ ET-tube ยากทำให้ส่งต่อไม่ได้ส่วนการเข้าถึงบริการล่าช้าสาเหตุจากผู้ขาดความรู้ และการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม จุดเปลี่ยนปี 55 วางระบบ Stroke Fast track ร่วมกับรพศ.กรณี Stroke onset time < 2.5 ชม. ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนส่งต่อ, จัดทำ CPG stroke fast track ใช้ใน รพ.เขาสกิมปี 56 ปรับระบบให้สามารถส่งต่อได้ทันที ปรับปรุงระบบการสื่อสารในทีม, หนังสือเวียน, แจ้งในที่ประชุมกลุ่มงานและแจ้งข่าวสารผ่านทางระบบ IT

ติดประกาศ, ทบทวน CPG และเพิ่ม Flow Stroke fast track, จัดซื้อ Laryngeal mask airway เตรียมไว้ใช้กรณีผู้ป่วยใส่ ET Tube ยาก/ไม่สำเร็จร่วมกับวิทย์ชุมชน จัดทำนามบัตร ประชาสัมพันธ์อาการของโรคหลอดเลือดสมอง/ การให้บริการ 1669 พยาบาล ER หมุนเวียนให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ ระบบ EMS ที่คลินิกโรคเรื้อรังปี 57 คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปรับระบบติดตามนัดจาก 1 เดือน เป็น 1 สัปดาห์ โดยใช้โทรศัพท์ติดตาม ถ้าไม่ได้ ส่งข้อมูลให้กลุ่มงานเวชฯ /รพ.สต. ติดตาม

กราฟที่ 25 แสดง Post Stroke หลังเยี่ยมบ้านมี Bartel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ≥ 80



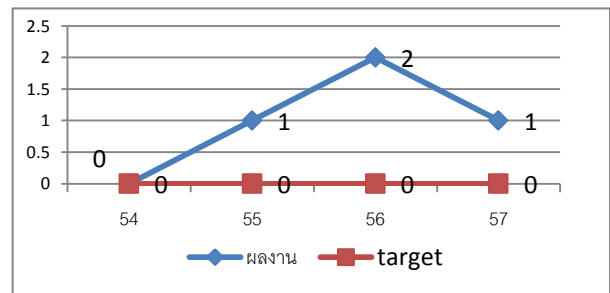
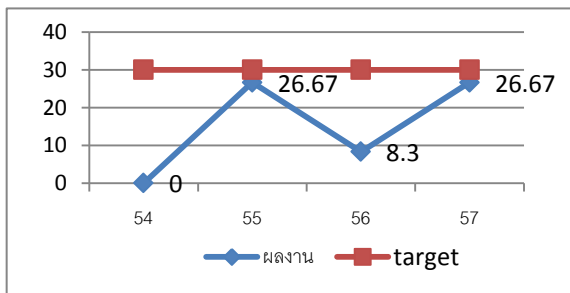
วิเคราะห์

กลุ่ม Post Stroke หลังเยี่ยมบ้านอาการดีขึ้น มีแนวโน้มลดลง ทบทวนพบปี 55 ระบบการเยี่ยมบ้านไม่เป็นรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ ปี 56 ปรับระบบเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพใช้วงจรกรรมกรฟื้นฟูสภาพ เช่น ขวดทรายยกน้ำหนัก วางระบบการส่งข้อมูลทาง Facebook และ Line จากรพศ.ให้นักกายภาพบำบัด

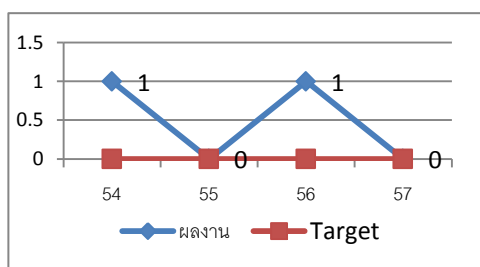
โดยตรง ครอบคลุมทั้ง case refer back และกลับไปอยู่ที่บ้าน เพิ่มศักยภาพ อสม.ในชุมชนโดยจัดอบรม วิธีการดูแลเบื้องต้น ปี 57 พบผู้ป่วยย้ายที่อยู่ 2 รายและไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ 3 ราย

Multiple Trauma/Head injury

กราฟ 26 แสดงร้อยละผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS กราฟ 27แสดงอุบัติการณ์ Moderate/Severe HIส่งต่อล่าช้าเป็น 0



กราฟ 28 แสดง Refer out 48 ชม. เสียชีวิตเป็น 0



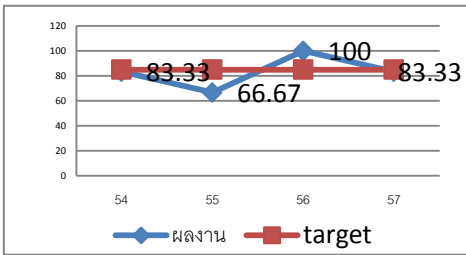
วิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วย Multiple Trauma/ Head Injury ยังพบปัญหาการส่งต่อ HI ล่าช้าและเสียชีวิต 48 ชม.หลัง refer วิเคราะห์พบสาเหตุจากแนวทางการดูแลผู้ป่วย moderate to severe HI ไม่ชัดเจนล่าช้าจากการทำแผล ระบบทีม refer พยาบาลและพนักงาน

ขับรถยนต์ไม่ทันเวลา ร่วมกับพบ case ใส่ ET tube ยาก ทำให้ refer ล่าช้าและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จุดเปลี่ยน ปี 56 กรณีผู้ป่วยกลุ่ม Moderate to Severe HI ถ้าประเมินพบมีบาดแผลให้ Stop bleeding แล้ว Refer ทันที จัดซื้อ Laryngeal mask airway เตรียมไว้ใช้กรณีผู้ป่วยใส่ ET Tube ยาก/ไม่สำเร็จ ที่ ERปี 56 จัดระบบอัตรากำลัง second call ของพนักงานขับรถเพื่อ Stand by ตลอดเวลาปี 57 ปรับการบริหารอัตรากำลังพยาบาล Refer แยกระหว่าง ER และ IPD โดยจัดเวรพยาบาล EMS on call ทำหน้าที่บริการ EMS และ Refer กรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชม.

TB&AIDS

กราฟที่ 29 แสดง TB Success rate เป้า ≥ 85

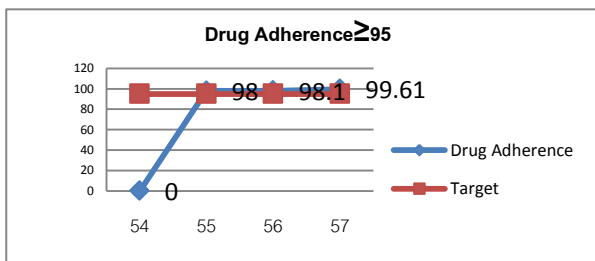


วิเคราะห์

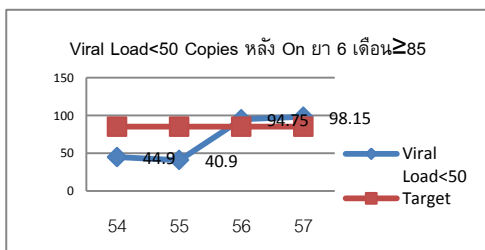
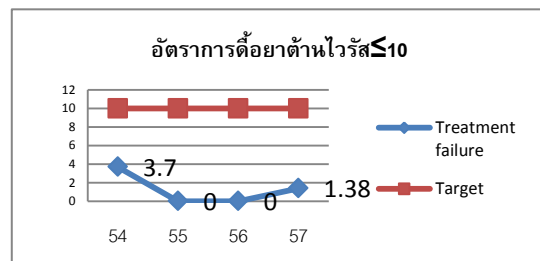
การดูแลผู้ป่วย TB มีแนวโน้มดีขึ้น ทบทวน ปี 54 พบขาดยา 1 ราย สาเหตุ อาชีพรับจ้างย้ายที่ทำงานบ่อย และระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดไม่เข้มข้น ปี 55 เสียชีวิต 2 ราย จากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ปี 57 เสียชีวิตระหว่าง

รักษาระยะเข้มข้น 1 ราย เป็นผู้สูงอายุ(อยู่สถานสงเคราะห์คนชรา) จุดเปลี่ยน ปี 55 บูรณาการคัดกรองวัณโรคพร้อมเบาหวาน/ ความดัน ร่วมกับรพสต.ปี ละ 1 ครั้ง ,อสม.เยี่ยมบ้าน/คัดกรอง ปี 57 ร่วมกับ สคร.3เพิ่มคัดกรองในสถานสงเคราะห์คนชราโดยการคัดกรองและ screening film chest , คัดกรองภาวะเสี่ยง ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน รพ. พบเสี่ยงส่ง film chest ,เก็บเสมหะ และเข้า TB clinic ปี 54-55เตรียมความพร้อมก่อนรับยาโดย admit ห้องแยกโรค 14 วัน พบปัญหา ผู้ป่วยไม่พร้อม และห้องแยกไม่เพียงพอ ปี 56 ปรับเป็น 3 วัน ,ปรับยาเป็นสูตรยารวม และจัดเป็น unit dose ออกใบนัดเขียนแผนที่บ้าน พร้อมเบอร์โทรศัพท์เพื่อนบ้าน,ประสาน อสม./ผู้นำชุมชน ,ลงเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 1 วันหลังจำหน่ายนัดและติดตามเดือนละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มา โทร/ประสาน อสม.ช่วยติดตามปี 56 พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้สมุดบันทึกเยี่ยม คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำ DOTS จนครบ 14 วัน นับจากวัน admit เยี่ยมต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 8 สัปดาห์และต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้งจนรักษาหายพบว่าอัตราการรักษาสำเร็จ ปี 56 ได้ 100 % แต่ ปี 57 ลดลงจากเป็นผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราเสียชีวิต

กราฟที่ 30 Drug Adherence (Aids) ≥ 95



กราฟที่ 31 AIDS Treatment failure เป้า ≤ 10



วิเคราะห์

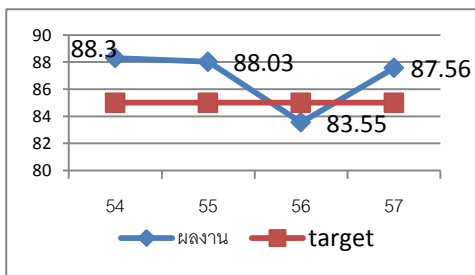
การดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นจากการทบทวนพบว่าปี 55 พบผู้ป่วย Median CD4 < 100 = 4 ราย จากการเข้าถึงบริการช้า Viral Load หลัง On ยา 6 เดือน พบมากกว่าเกณฑ์ ปี 54 = 30 ราย ปี 55 = 35 ราย สาเหตุจากการรับประทานยาไม่ตรงเวลา

และไม่ต่อเนื่อง พบดื้อยาด้านไวรัส ปี54 ร้อยละ 3.70 (2 ราย) เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาด้านไวรัส ,รับประทานยาไม่ตรงเวลา /ไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตามนัด, Adherenceไม่ดี ,กระบวนการรักษาต้องมาหลายครั้ง (มาเจาะ CD4 1 ครั้ง และ VL อีก 1 ครั้ง) ทำให้การตรวจ Viral load ไม่ครอบคลุม (96.07%) จุดเปลี่ยน ปี 2554 1.)เพิ่มบริการคลินิก จากเดือนละ 1 วันเป็น 2 วัน และจากการตรวจโดยพยาบาล เป็นตรวจโดยแพทย์ จัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ตามสูตรยาสูตรแรก สูตรทางเลือก และกลุ่มที่ไม่เปิดเผยข้อมูล และประชาสัมพันธ์การใช้บริการแบบ One stop service 2)ปรับแบบคัดกรองชักประวัติ ให้มีการประเมิน Adherence ทุก visit ปี 2555 1)ให้ผู้ป่วยประเมิน Adherence ด้วยตนเอง ,บันทึกเวลาทานยา กรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือ

เขียนได้ ทำไบบันทึกลงเวลาทานยาโดยใช้สัญลักษณ์นาฬิกา จัดยาเป็น Unit dose และเภสัชกรประเมิน Adherence ซ้ำ 2)เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้าน และเลือกเวลากินยาตามบริบทของแต่ละราย ให้ผู้ป่วยฝึก การรับประทานยาหลอก(วิตามิน : B 1-6-12) และฝึกการบันทึก 1 เดือน ประเมินซ้ำ ถ้าปฏิบัติได้เริ่มยาต้าน, ถ้า ยังไม่ได้ ประเมินซ้ำอีก 1 เดือน 3)วางระบบตรวจสอบยาจาก Double check เป็น Triple check ให้ผู้ป่วยนับยา ด้วยตนเองก่อนกลับบ้าน และมีระบบรับยาแทน โดยให้ประสานแพทย์สั่งยาล่วงหน้าก่อนวันนัด 4)ปรับระบบการ ตรวจ Viral load ให้ตรวจพร้อม CD4

2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

กราฟที่ 32 แสดงความพึงพอใจผู้ป่วยนอกเป้า >85

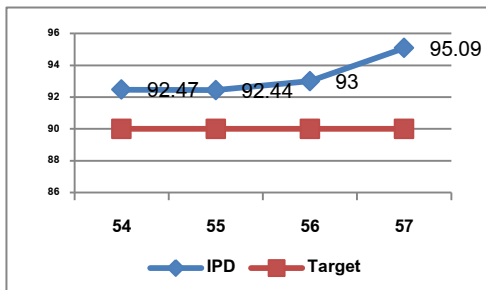


วิเคราะห์

ความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD มีแนวโน้มลดลง ยังไม่ได้ ตามเป้าหมาย ทบทวนพบความต้องการเรื่องการรอตรวจนาน การ ชักประวัติซ้ำซ้อนหลายจุด ห้องน้ำไม่เพียงพอ/ไม่สะอาด และที่จอดรถไม่สะดวก ปี 56 จุดเปลี่ยน ปรับระบบคัดกรองด้านหน้าเพื่อให้ สะดวกและค้นหา Urgent ได้ไว แยกผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจออก

จาก OPD สร้างห้องน้ำเพิ่มและปรับปรุงให้สะอาด ส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนาคือการรอแพทย์ตรวจนานในช่วง Rush hours 7-9 น.ด้วยข้อจำกัดจำนวนแพทย์

กราฟที่ 33 แสดงความพึงพอใจของผู้ป่วยใน เป้า >90

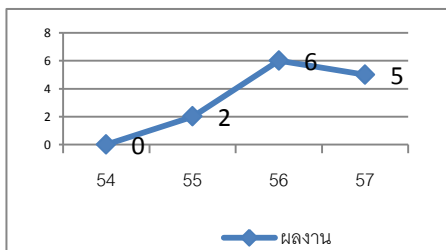


วิเคราะห์

ความพึงพอใจของผู้ป่วย IPD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้ตาม เป้าหมาย ทบทวนพบข้อมูลความต้องการเรื่องความเอาใจใส่ จาก การจัดแพทย์ Round ร่วมกับ OPD จุดเปลี่ยนปี 56 จัดแพทย์ตรวจ IPD เพิ่มขึ้น 1 คน แยกจาก OPD, มีการจัดบริการห้องพิเศษได้ 6 ห้องส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนาคือการมีโรงครัว (อยู่ระหว่างประมูล

ร้านอาหาร) และที่พักสำหรับญาติเฝ้า

กราฟที่ 34 แสดงจำนวนข้อร้องเรียน

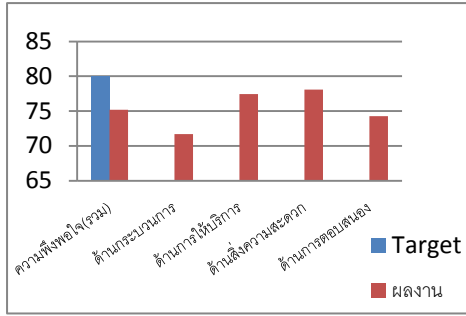


วิเคราะห์

จำนวนคำร้องเรียน ปี 54-57 Under report ทบทวนพบช่อง การเข้าถึงของผู้รับบริการ มุ่งเน้นที่ไปร้องเรียน แต่โรงพยาบาล ค้นหาข้อมูลจากช่องทางอื่น เช่น ข้อเสนอแนะจากระบบสำรวจความพึง พอใจ การเข้าพบผู้อำนวยการโดยตรง จากคำบอกเล่าต่างๆ ปี 57

วางระบบเพิ่มช่องทางการเข้าถึงโดยตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ในกลุ่มงานประกันตามมาตรฐาน สปสช. ส่วนคำ ร้องเรียนที่ได้วิเคราะห์พบเป็นเรื่องเดียวกับที่สำรวจความพึงพอใจคือพฤติกรรมบริการ ระบบนัด และระบบคิว ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงไป

กราฟที่ 35 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียและภาคีเครือข่ายเป้า ≥ 80

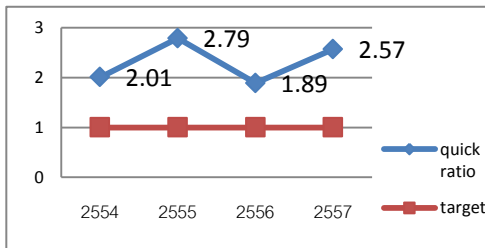


วิเคราะห์

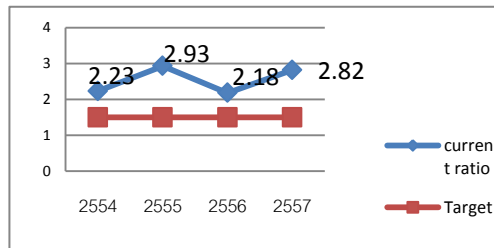
ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียและภาคีเครือข่ายปี 57 ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือด้านสิ่งแวดล้อม (78.09) ต่ำสุดคือ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ (71.71) พบ เรื่องบริการรวดเร็ว ทัศนคติ และระยะเวลารอนาน จุดเปลี่ยน ปรับระบบคัดกรองด้านหน้าเพื่อให้สะดวก ลดความซ้ำซ้อน

3 ผลด้านการเงิน

กราฟที่ 36 แสดง Quick ratio เป้า >1.0



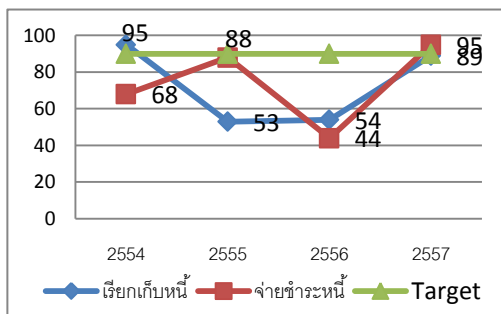
กราฟที่ 37 แสดง Current ratio เป้า >1.5



วิเคราะห์

อัตราส่วนหมุนเวียน (current ratio) และอัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick ratio) มีแนวโน้มลดลงจากปี 2554 และ 2555 สาเหตุมาจากโรงพยาบาลได้นำสินทรัพย์หมุนเวียนไปลงทุนในสิ่งก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่เพื่อรองรับการบริการในอนาคตจำนวนหลายรายการ แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีสภาพคล่องทางการเงินดีและยังมีความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นอยู่ในเกณฑ์ดี

กราฟที่ 38-39 แสดงระยะเวลาออร์รับชำระหนี้ เป้าและระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย เป้า <90

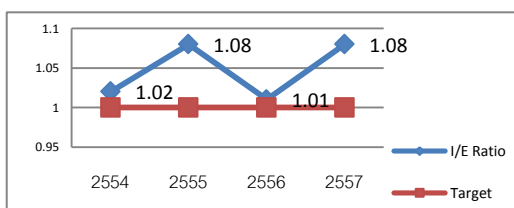


วิเคราะห์

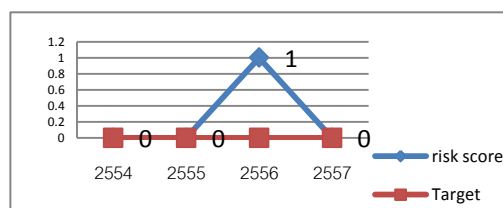
จากผลการดำเนินงานในปี 2556 โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บลูกหนี้ และการชำระเจ้าหนี้ในระยะเวลาที่เร็วกว่าปีที่ผ่านมาและเร็วกว่าระยะเวลาเกณฑ์ที่กำหนด แสดงให้เห็นถึงโรงพยาบาลสามารถจัดการบริหารสินทรัพย์ของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามในการชำระเจ้าหนี้ก็ยังมีปัญหา คือ

เจ้าหนี้ไม่ยอมมาเรียกเก็บหนี้ จึงได้มีการแจ้งเวียนหนังสือและโทรศัพท์แจ้งไปยังเจ้าหนี้

กราฟที่ 40 แสดง I/E Ratio เป้า >1



กราฟที่ 41 แสดง Risk Score เป้า 0



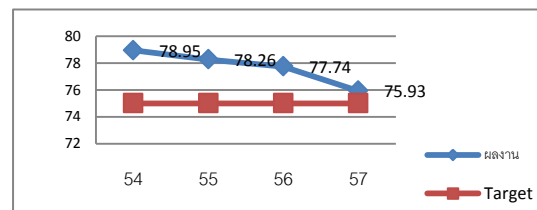
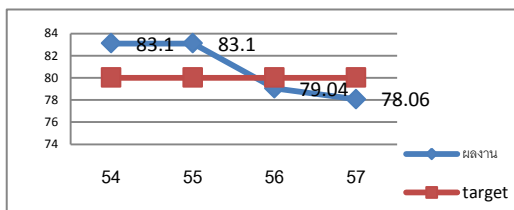
วิเคราะห์

ปี 2556 อัตรากำไรลดลงจากปี 54 และ 55 ส่งผลให้ Risk score ปี 56 ติดระดับ 1 สาเหตุมาจากรายจ่ายมากกว่ารายรับ แต่สภาพคล่องทางการเงินยังอยู่ในระดับปกติ เพราะมีการลงทุนในการก่อสร้างเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ได้แก่ การก่อสร้างอาคารทันตกรรม ระบบ O2 Pipe line จัดซื้ออุปกรณ์ เช่น เครื่อง Defibrillation 1 เครื่อง EKG 12 lead 1 เครื่อง แนวทางการแก้ไขในปี 57 มีการจัดทำแผนเพิ่มรายรับประกอบด้วย การจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพระบบเรียกเก็บจากกองทุน IPD ของสปสข. และปรับปรุงห้องพิเศษเพื่อเพิ่มค่าบริการ

4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล

ความผูกพันและพึงพอใจ

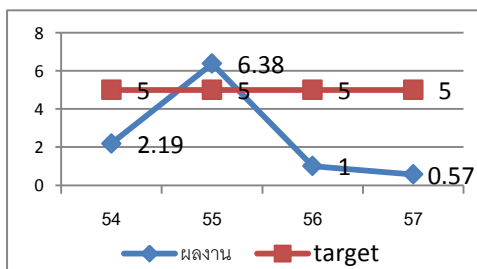
กราฟที่ 42 แสดงความพึงพอใจในงานของบุคลากร เป้า >80 กราฟที่ 43 ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต เป้า >75



วิเคราะห์

ความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าเป้าหมาย ในขณะที่ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์แยกกลุ่มรายวิชาชีพถึงความต้องการและความพึงพอใจ และนำมาตอบสนองตามบริบทดังนี้ 1) แพทย์และทันตแพทย์ :ภาระงานและสมดุลชีวิต มีการจัดแพทย์แยกระหว่าง OPD & IPD 2)พยาบาล :ภาระงาน อัตรากำลังน้อย และค่าตอบแทน กรณีค่าตอบแทนเพิ่มจาก 1.0 เป็น 1.2 วางแผนอัตรากำลังระยะยาว แก้ไขอัตรากำลังระยะสั้นด้วย Productivity และ OT ภาระงานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น เวร on call, EMS, เวรสำรอง, เวลาในการรับ-ส่งเวร อยู่ระหว่างการให้ Intensive 3) หน่วยสนับสนุนทางการแพทย์:สวัสดิการ/ค่าตอบแทน/ความก้าวหน้าของทันตภิบาล ตอบสนองในภาพรวมบริหาร :กลุ่มลูกจ้าง สวัสดิการและค่าตอบแทน กรณีการตอบสนองในภาพรวมระบบสวัสดิการจัดกิจกรรมOD, ฝึกจิตไหว้พระแก้ววัด, การให้เสื้อสำหรับการแข่งขันกีฬา, ค่าอาหารว่าง, ปรับปรุงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน เช่น ห้องทำงาน , มุมพักผ่อน , ห้องน้ำ,ห้องพักที่จอดรถยนต์, ปรับปรุงความเร็ว internet เป็นต้นระบบค่าตอบแทน P4P,เพิ่มจาก 1.0 เป็น 1.2 ทุกกลุ่มวิชาชีพ ส่งผลให้ Turn Over rate มีแนวโน้มลดลง

กราฟที่ 44 Turn Over Rate เป้า <5



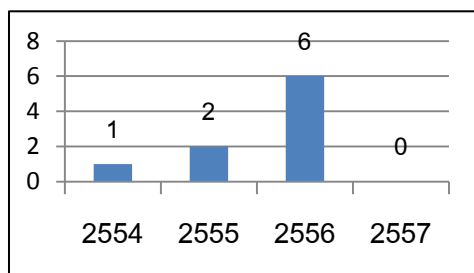
วิเคราะห์

อัตราการย้าย, ลาออกของบุคลากรที่มีอายุงาน 3 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าเป้าหมาย วิเคราะห์พบปี 55 สูงเนื่องจากข้าราชการ ลูกจ้างย้ายด้วยสาเหตุกลับภูมิลำเนา และลูกจ้างได้งานใหม่ ในแต่ละปี พบกลุ่มที่มีอัตราลาออกมากที่สุดเป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว โดยสาเหตุจากความก้าวหน้า ได้รับตำแหน่งและ

ค่าตอบแทนสูงขึ้นในหน่วยงานอื่น แก้ไขด้วยบรรจุเป็นพนักงานกระทรวง และขอกรอบตำแหน่งพนักงานราชการและข้าราชการปรับค่าตอบแทนจาก 1 เป็น 1.2 เท่า และมีเงินค่าตอบแทน P4P ส่งผลให้ Turn Over rate ลดลง

ขีดความสามารถและความเพียงพอ

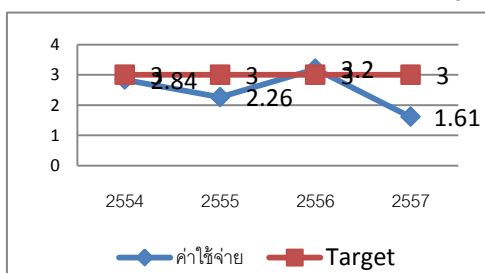
กราฟที่ 45 Clinic Risk root form Competency เป้า ลดลง



วิเคราะห์

จากการทบทวนเวชระเบียน พบ Clinical Risk ที่เกิดจาก competency 2554 – 2556 มีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่า ปี 2554 เกิดรกร้างจาก ขาดทักษะการทำคลอด *แก้ไข* on the job training การทำคลอดกร ปี 2555 เกิด Delay Dx STEMI เนื่องจากขาดทักษะการอ่าน EKG *แก้ไข* จัดสอนอ่าน EKG จากแพทย์โรคหัวใจ on the job training ติดรูป EKGที่สำคัญที่ ER และ IPD, Revisit Febrile convulsion เนื่องจากไม่ได้ซักประวัติซัก และประเมินภาวะ Dehydration *แก้ไข* ทบทวนแนวทางการซักประวัติ และ แนวทางการ admit ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยไข้ ปี 2556 Delayed Dx DF ทำ Tourniquet test ไม่ถูกต้อง *แก้ไข* OJT หน่วยงาน, Revisit Febrile convulsion จากสาเหตุเดิมปี 2555 2 ราย *แก้ไข* จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยไข้ชัก หรือ มีประวัติเคยชัก, วินิจฉัย Corneal ulcer เป็น abrasion *แก้ไข* จัดทำ CPG, สอนพยาบาลให้รู้จักโรค และ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง, ประเมิน Degree burn ไม่ถูกต้อง *แก้ไข* ทบทวนการประเมิน Burn level ระหว่างแพทย์ และ กลุ่มการพยาบาล, ไม่สามารถประเมินภาวะ Respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia ได้ *แก้ไข* จัดทำแบบประเมิน SOS Score และ ทบทวนอาการของภาวะ Respiratory failure ปี 2557 ยังไม่พบอุบัติการณ์ที่มีสาเหตุมาจาก competency

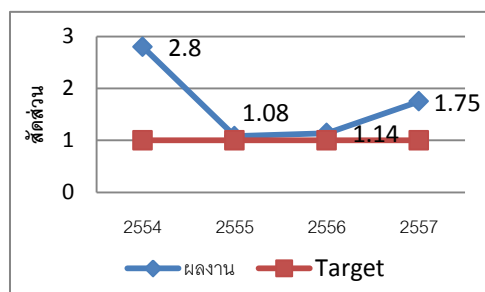
กราฟที่ 46 แสดงค่าใช้จ่ายสนับสนุนพัฒนาบุคลากร เป้า >3



วิเคราะห์

งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนามีเพิ่มขึ้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 3.2 ด้วยปี 56 มีนโยบายไปพัฒนาศักยภาพตามลักษณะของงานทุกแผนกทั้งในและนอกแผน ยังไม่รวมงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากต้นสังกัด เช่น สสจ. ,สปสข, สข, กรมควบคุมโรค, กรมอนามัย และจากองค์กรท้องถิ่น

กราฟที่ 47 แสดงสัดส่วนการสรรหาต่อการสูญเสีย เป้า > 1



วิเคราะห์

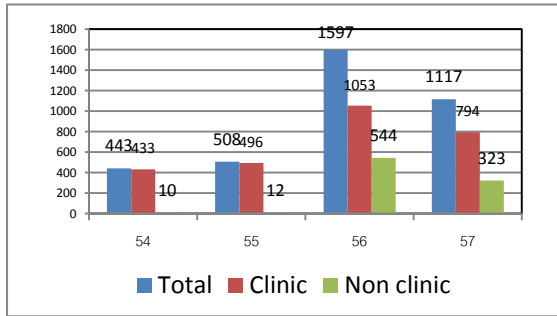
การสรรหาได้เพียงพอกับที่สูญเสียทบทวนพบการสรรหาส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวเพื่อเสริมอัตรากำลังหรือทดแทนข้าราชการที่ไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานเพิ่มขึ้นและทดแทนตำแหน่งงานที่ว่างลง การสรรหาจากบุคคลภายใน คัดเลือกจากคนในองค์กรที่มีความรู้ความสามารถโดยการสับเปลี่ยนโอนย้ายและเลื่อนในตำแหน่งและค่าตอบแทนที่สูงขึ้น เช่น คนงานทั่วไปบรรจุเป็นพนักงานขับรถ แม่บ้านเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรเดิมปฏิบัติงานดีขึ้น สร้างความก้าวหน้า เพิ่มขวัญกำลังใจให้บุคลากร จากการวิเคราะห์บุคลากรมีความพึงพอใจและลดการสูญเสีย

การสรรหาจากบุคคลภายนอก ให้ผู้สมัครมาสมัครเอง คนในองค์กรแนะนำ ประชาสัมพันธ์ผ่านหน่วยงานราชการต่างๆ โดยใช้วิธีการสอบสัมภาษณ์ ทดสอบ สังเกตพฤติกรรม และฝึกปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้มีการบรรจุบุคลากรที่มีคุณสมบัติ ความรู้ความสามารถตรงตามมาตรฐานตำแหน่งที่กำหนด

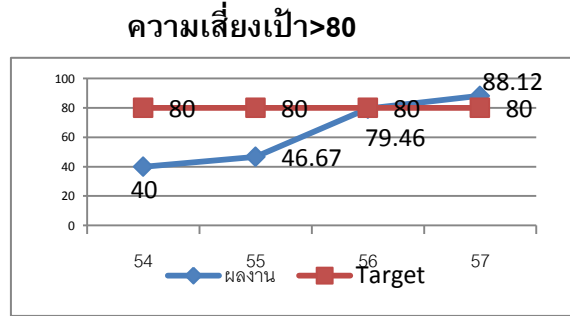
ระบบบริหารความเสี่ยง

ประสิทธิภาพด้านการค้นหาและรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์

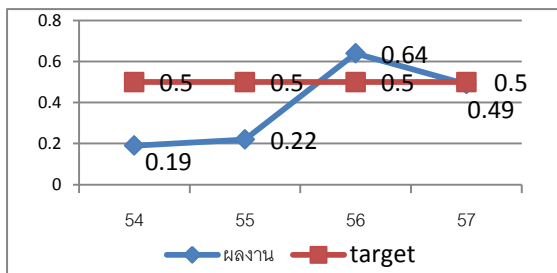
กราฟที่ 48 แสดงจำนวนรายงานอุบัติการณ์



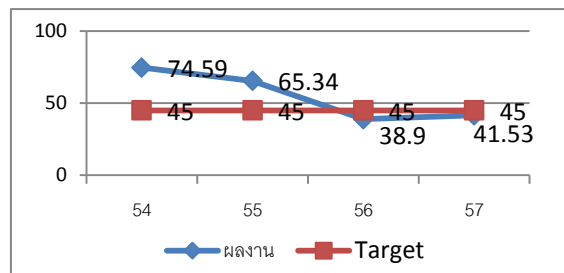
กราฟที่ 49 แสดงความครอบคลุมหน่วยงานรายงาน



กราฟที่ 50 แสดง Miss: Near miss เป้า < 0.5



กราฟที่ 51 แสดงอัตรา Self report เป้า > 45

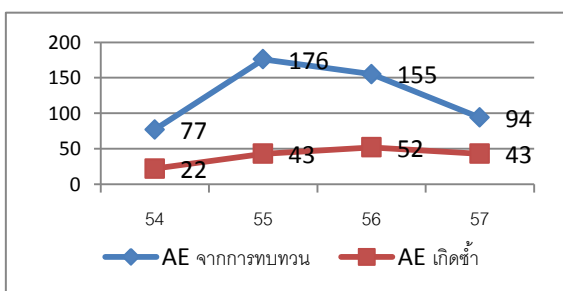


วิเคราะห์

จำนวนรายงานความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปี 56 รวมทั้งหน่วยงาน Major รายงานความเสี่ยงได้ตามเป้าหมาย จากนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถือเป็นความผิด และการเพิ่มช่องทางการรายงานให้มากขึ้น เช่น ปรับปรุงแบบรายงานอุบัติการณ์อย่างย่อ การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การทบทวน, Quality round ร่วมกับทีมนำและหัวหน้าหน่วยงานช่องทางที่รายงานมากที่สุด คือ IR report รองลงมาคือการทบทวน ปี 56 ส่วนใหญ่เป็นรายงานด้านระบบยา (ร้อยละ 43.65) รองลงมาคือด้านติดต่อ-สื่อสาร (ร้อยละ 17.16) การวินิจฉัย/ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 14.65) และเครื่องมือ/อุปกรณ์ (ร้อยละ 6.20) ตามลำดับ พบว่าอัตรา self report ปี 54-55 ได้จากระบบยา และมีแนวโน้มลดลงในปี 56 แต่จำนวนความเสี่ยงมากขึ้น จากระบบดักจับระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร ส่งผลให้ Miss: Near miss มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น Near miss ที่อาจเกิดความเสี่ยงที่ตึงเฝ้าระวัง คือ การส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ปี 54-57= 1-0-2-0 ตามลำดับ

ประสิทธิภาพด้านการจัดการความเสี่ยง

กราฟที่ 52 แสดงจำนวน AE ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

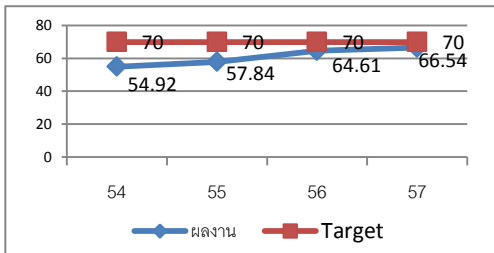


วิเคราะห์

จำนวน AE จากการทบทวนเวชระเบียนมีแนวโน้มสูงขึ้นพบ AE ที่เกิดซ้ำจากสาเหตุเดิมในปี 55-56 ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการล่าช้าในกลุ่ม Acute Stroke สาเหตุจากผู้ป่วยขาดความรู้ และการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม ปรับปรุงโดย ให้ความรู้ Pre Alert signs อาการโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคเรื้อรัง และในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ปี 57 มีแนวโน้มดีขึ้น 2) visit ER ด้วย Asthma และ Re-admit COPD จากภาวะ COPD End stage พฤติกรรมการดำรงชีวิต, เป็นภูมิแพ้, ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และยัง ปรับปรุงโดย ส่งเสริมให้เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่, นักกายภาพบำบัดสอนการฟื้นฟู

สมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วย, นำ Fluticasone nasal spray มาใช้ในผู้ป่วยที่มีภูมิแพ้จมูกร่วมด้วย และให้ Influenza vaccine ในผู้ป่วยทุกราย 3. Hyperglycemia ในผู้ป่วย DM จากรูปแบบการดูแลรักษาที่เป็น routine ไม่เป็นเฉพาะรายบุคคล ปรับปรุงโดยพัฒนาระบบการดูแลแบบ Chronic care model ต่อเนื่อง

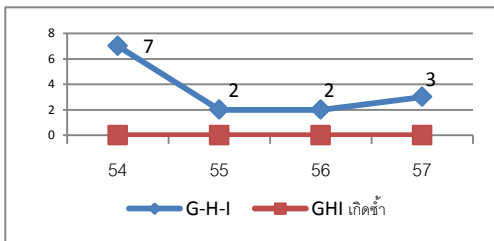
กราฟที่ 53 แสดงอัตราการตอบกลับการแก้ไขอุบัติการณ์ตามระบบเป้า > 70



วิเคราะห์

อัตราการตอบกลับการแก้ไขอุบัติการณ์ตามระบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์พบ GHI ตอบกลับ ปี 54-56 =100% ส่วนที่ไม่ตอบกลับเป็น ABC จึงปรับระบบให้มีการทบทวนในหน่วยงาน ส่วนที่ตอบกลับเป็นระดับ D ขึ้นไป

กราฟที่ 54 แสดงอุบัติการณ์ระดับ G-H-I ที่เกิดซ้ำ เป้า 0

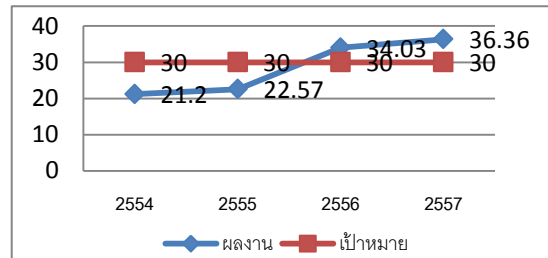
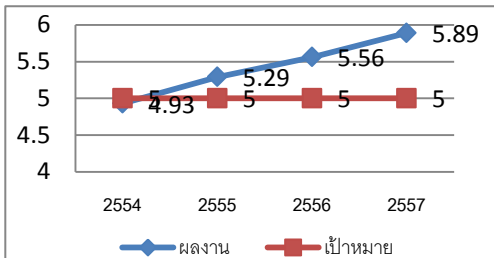


วิเคราะห์

อุบัติการณ์ระดับ G-H-I มีการทำ RCA ร้อยละ 100 โดยพบว่าการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำระดับ GHI = 0

II - 2.1 องค์กรแพทย์

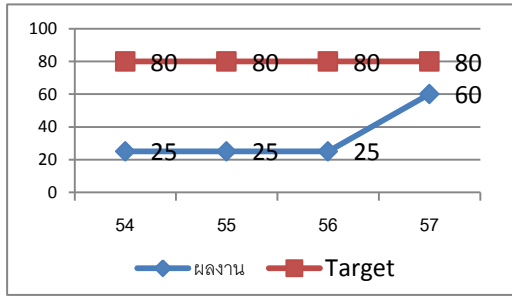
กราฟที่ 55 แสดงระยะเวลาการตรวจเฉลี่ย > 5 นาที กราฟที่ 56 แสดงระยะเวลารอคอยแพทย์ < 30 นาที



วิเคราะห์

ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ปี 54-57 มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 21.2 นาที เป็น 37.33 นาที เนื่องจากผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้นและมีการส่งตัวผู้ป่วยกลับจาก รพศ.มากขึ้น, การเพิ่มความครบถ้วนลงบันทึกการซักประวัติ และการตรวจร่างกายทำให้ระยะเวลาในการตรวจผู้ป่วยแต่ละรายสูงขึ้น จาก 4.93 นาที เป็น 5.74 นาที และจำนวนผู้ป่วยในและอัตราครองเตียงที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้แพทย์ 1 คน ที่เคย round ward เสร็จตอนเช้าแล้ว มาช่วยตรวจ OPD ไม่สามารถมาตรวจได้ ทำให้ระยะเวลารอคอยแพทย์นานขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะอัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน แนวทางการแก้ไข กำหนดตรวจผู้ป่วย OPD ในภาคเช้า ไม่เกิน 50 ราย ถ้ามากกว่า 50 ราย ตัดคิวเป็นภาคบ่ายประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยบริการรับทราบ, ปี 57 เปิดบริการ 2 ห้องตรวจ, วางแผนปลายปี 57 เปิด PCU 1 ห้องของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวในผู้ป่วยเขตรับผิดชอบของ รพ.ที่อาการไม่ซับซ้อน สามารถตรวจรักษาที่พยาบาลเวชปฏิบัติตามความสมัครใจ, 1 ก.ค.57 เริ่มให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยนักการแพทย์ไทย

กราฟที่ 57 แสดงสัดส่วนอัตรากำลังเมื่อเทียบกับมาตรฐาน > 80%

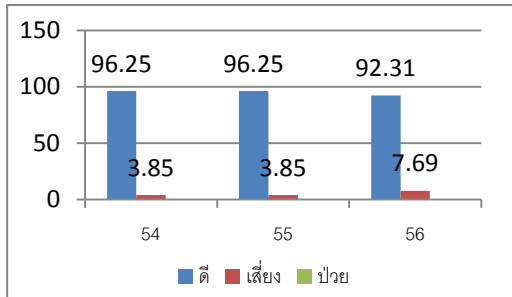


วิเคราะห์

ปี 54-56 ใช้เกณฑ์ GIS ตามกรอบควรมี 12 คน มีจริง 3 คน คิดเป็น 25% ปี 54 แพทย์ประจำ 2 คน แพทย์ intern 1 คน ปี 55 - 56 มีแพทย์ประจำ 3 คน ไม่มีแพทย์หมุนเวียน ปี 57 ใช้เกณฑ์ FTE ควรมีแพทย์ 5 คน มีจริง 3 คน คิดเป็น 60% การจัดสรรแพทย์ขึ้นกับ สสจ.จันทบุรี

II - 2.2 องค์กรพยาบาล

กราฟที่ 58 แสดงสภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาล เป้าหมายดี ≥ 90 เสี่ยง < 10 ป่วย 0

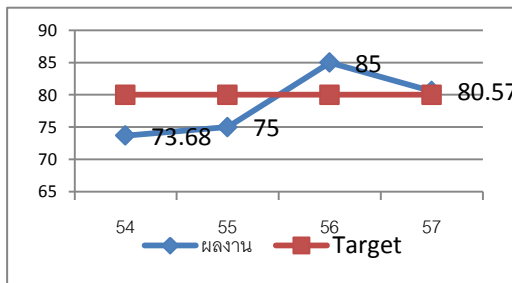


วิเคราะห์

สภาวะสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สุขภาพดีได้ตามเป้าหมาย ปี 54-56 อัตราป่วยของพยาบาล = 0 ส่วนกลุ่มเสี่ยงพบเสี่ยงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (FBS > 100 mg/dl) จำนวน 2 คน เนื่องจากอายุมากขึ้น และมีภาวะเสี่ยงจากกรรมพันธุ์ 1 คน และ BMI > 25 = 1 คน และ >

30 1 คน ส่งเสริมให้เข้า DPAC Clinic ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

กราฟที่ 59 สมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล เป้า > 80



วิเคราะห์

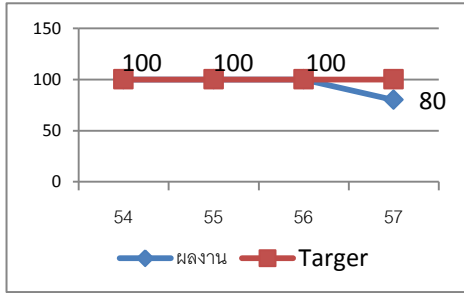
การประเมินสมรรถนะของพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้ตามเป้าหมาย ทบทวนระบบการประเมินใช้แบบ Two ticks ครอบคลุมทุกหน่วยบริการของพยาบาล ประเมินปีละ 1 ครั้ง กำหนดเกณฑ์การประเมินเป็นเหตุการณ์พื้นฐานจะเหมือนกันทุกหน่วยงาน ส่วนต่างใช้เกณฑ์เหตุการณ์ตามบริบทของแต่ละ

หน่วยงาน วิเคราะห์พบว่าผลการประเมินที่ได้ไม่สะท้อนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เพราะยังพบ Risk ที่เกิดจากสมรรถนะของพยาบาลประกอบด้วย

Clinical Risk	Root from Competence	Desired Practice
PPH สาเหตุรกค้าง	- ทักษะการทำคลอดรกแบบ Control Cord Contraction	1. กำหนดกลุ่มเสี่ยง : Control Cord Contraction -G4, ทารกตัวใหญ่, ประวัติ PPH ครรภ์ก่อน, prolong 2. ฝึกทักษะกับแพทย์ และใช้ระบบ Consult ใน case คลอดรกยาก
Delay Dx. STEMI	- ทักษะการอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น	1. On the job Training หน่วยงาน 2. ประเมินผลตามรอยจากเมื่อรับผู้ป่วย STEMI เรียนรู้ร่วมกัน
Delay Dx. DF	- ทักษะของพยาบาลทำ Tourniquet test ไม่ถูกต้อง (false negative)	1. On the job Training

จุดเปลี่ยน ปี 57 องค์การพยาบาลวางระบบการประเมินสมรรถนะพนักงาน (Specific Competency) ตามกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มโรคสำคัญและหัตถการเสี่ยงสูง แบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ OPD ER IPD ครอบคลุมหน่วยงานที่ใช้อัตรากำลังสำรองร่วมคือ ER, LR, OPD อยู่ระหว่างติดตามผล

กราฟที่ 60 อัตรากำลังพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้า 100

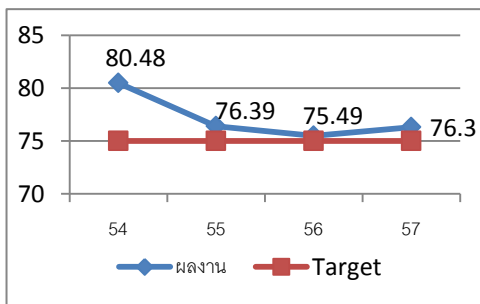


วิเคราะห์

อัตรากำลังการพยาบาลมีจำนวนเพียงพอตามภาระงานจาก productivity 120% ร่วมกับการจัดอัตรากำลังให้ได้ตามสัดส่วนของมาตรฐานของสภาการพยาบาล โดยเฉพาะหน่วยงานเสี่ยงสูง ER 1:10, LR 3:1 ส่วน OPD 1:50 และ IPD 1:4 และมีการวางอัตรากำลังสำรองชัดเจนในปี 57 มีภาระงานมากขึ้นใน IPD Productivity =

129.44% จากการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พบอัตราครองเตียงเฉลี่ย 4 เดือน 79.85 พบปัญหาอัตรากำลังสำรองไม่พอ แก้ไขระยะสั้นผ่องถ่ายงาน Non Nursing จ้าง NA 2 คน อยู่ระหว่างสรรหาอัตรากำลังพยาบาล และใช้ระบบขึ้นเวร 12 หรือ 16 ชม. (ถ้าจำเป็น) ระยะยาวปี 58 RN = 1 คน

กราฟที่ 61 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล เป้า > 75



วิเคราะห์

ความพึงพอใจมีแนวโน้มลดลง อยู่ในเป้าหมาย วิเคราะห์จากหน่วยงาน IPD ภาระงานมากขึ้นในขณะที่มีอัตรากำลังคงที่ กำหนด Productivity > 120 % เป็นเกณฑ์ในการเรียกอัตรากำลังเสริม เพิ่มค่าตอบแทน OT จาก 600 เป็น 720 บาท การบรรจุแต่งตั้งมีพยาบาลค้ำบรรจุ 1 ตำแหน่ง ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ

มีพยาบาลเฉพาะทาง 2 คน case manager DM และจิตเวช ปี 58 ICN 4 เดือน 1 คน ระบบสวัสดิการเทียบเท่าเจ้าหน้าที่อื่น บ้านพักและห้องพักรักษาที่เพียงพอ

II-3 สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย

ตัววัดที่ 62-64 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม, ระบบสาธารณูปโภคเกิดเหตุขัดข้อง, ผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้ว ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานปี 54 -57 = 0

ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	54	55	56	57
1. Down Time ระบบไฟฟ้าสำรอง	< 10วินาที	8	8	8	8
2. ระบบสำรองน้ำ ถ้าน้ำหยุดไหล	48ชั่วโมง	3 วัน	3 วัน	3 วัน	3 วัน
3. ผลการตรวจคุณภาพน้ำเสีย	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	รอผล
4. ผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
5. ผลการตรวจคุณภาพน้ำใช้	ผ่านเกณฑ์	แบคทีเรีย	แบคทีเรีย	แบคทีเรีย	ผ่าน
6. การซ่อมแซมได้ตอบภาวะฉุกเฉินคือ อุบัติเหตุหม้อ/อค์คิภัย/ใช้ขวดใหญ่, ใช้ขวด นก	ปีละ 1 ครั้ง	1	1	1	1

วิเคราะห์

โรงพยาบาลมีนโยบายให้บริการด้วยระบบธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคม โดยเฉพาะของเสียที่เกิดจากระบบบริการ ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นระบบSBR แบบตะกอนเร่ง มีกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำเสียโดยการเติมอากาศอัตโนมัติ มีตะแกรงกรองรับขยะจากท่อรวบรวมน้ำเสียก่อนสูบน้ำไปยังบ่อเติมอากาศ มีระบบเติมคลอรีนอัตโนมัติ มีการส่งตรวจน้ำเสียที่กรมอนามัยปีละ 2 ครั้ง ผ่านเกณฑ์ทุกปี ครั้งสุดท้ายวันที่ 2 เมษายน 2556 ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ แต่พบมี 3 ค่าที่ไม่เสถียรแต่ผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 1) ค่า TDS(ค่าสารละลายที่ได้ทั้งหมด) มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี 2) น้ำมันและไขมัน 3) ไนโตรเจนวิเคราะห์เชิงระบบพบเกิดจากสารเคมีเข้าไปในระบบมากเกินไป, บ่อดักไขมันตามบ้านพัก ประสานทีม RM และ IC ให้ช่วยกันระมัดระวังในการใช้สารเคมีในแต่ละแผนก และให้มีการ dilute ก่อนทิ้งเข้าระบบ มีการดักบ่อดักไขมันในปี 56 และวางระบบตรวจสอบปีละ 1 ครั้งนอกจากนี้ยังมีการส่งตรวจเฝ้าระวังใน 4 พารามิเตอร์ที่จำเป็นทุก 3 เดือนที่ศูนย์ปฏิบัติการฯ โรงพยาบาลมาบตาพุด ซึ่งผลตรวจครั้งสุดท้าย วันที่ 27 พฤศจิกายน 2556 ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

น้ำใช้ เป็นระบบประปาหอถังสูงที่ผลิตน้ำจากบ่อบาดาลน้ำลึก 90 เมตร สามารถผลิตน้ำประปาได้เฉลี่ยวันละ 60-80ลูกบาศก์เมตร มีถังสำรองขนาด 100 ลูกบาศก์เมตร ซึ่งเพียงพอต่อการใช้งาน (30 ลูกบาศก์เมตร/วัน) และมีระบบสำรองน้ำรอบอาคารผู้ป่วยในความจุ 16 คิว ใช้สำรองน้ำอาคารผู้ป่วยในและอาคารผู้ป่วยนอกได้ 1 วัน ในอนาคตมีแผนวางระบบประปาหมู่บ้านเพื่อสำรองน้ำใช้ยามฉุกเฉิน ไม่พบอุบัติเหตุการรั่วไหลหรือไม่มีน้ำสำรอง มีการตรวจ pH คลอรีนทุกวันและมีการตรวจคุณภาพน้ำทางแบคทีเรียปีละครั้งที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าฯ จันทบุรีผลตรวจครั้งสุดท้ายวันที่ 6 ม.ค.57 เก็บที่ต้นระบบ ปลายระบบ และเครื่องกรองน้ำดื่ม 4จุด ผลผ่านเกณฑ์แบคทีเรีย

น้ำดื่ม มีการซื้อน้ำเพื่อบริโภคภายในโรงพยาบาล จากบริษัท เค.พี.ไฮเทค ซึ่งมีการตรวจมาตรฐาน GMP ทุกปี โดยทางโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี มีการตรวจมาตรฐานทางสิ่งแวดล้อม สภาพการสุขาภิบาล และมีการส่งตรวจคุณภาพน้ำที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 ชลบุรี ปีละ 1 ครั้งผ่านเกณฑ์ทุกปี ตรวจครั้งสุดท้าย วันที่ 12 มิถุนายน 2556 ผลผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำดื่มผ่านเครื่องกรอง ปลายปี 56 ได้มีการให้บริการน้ำดื่มผ่านเครื่องกรอง แก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ มีการส่งตรวจคุณภาพน้ำที่ศูนย์ปฏิบัติการฯ โรงพยาบาลมาบตาพุด(ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) ผลตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ 28 ม.ค.57 เก็บที่ต้นระบบ ปลายระบบ และเครื่องกรองน้ำดื่ม 3จุด ผลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ระบบไฟฟ้า มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าขนาด 120 กิโลวัตต์ 1 เครื่อง เมื่อไฟดับระบบจะทำงานอัตโนมัติภายใน 10 วินาที โดยจ่ายเฉพาะในส่วนอาคารบริการ มีการสำรองน้ำมัน 400 ลิตร น้ำมันสำรอง 70%สามารถใช้งานได้นาน 30 ชั่วโมงมีการตรวจสอบระบบไฟฟ้าและน้ำมันสำรองทุกวันศุกร์ ในปี 57 มีแผนติดตั้งเครื่องกำเนิดไฟฟ้าขนาด 120 วัตต์อีก 1เครื่อง เพื่อทำระบบสำรองไฟฟ้าแบบคู่ขนาน

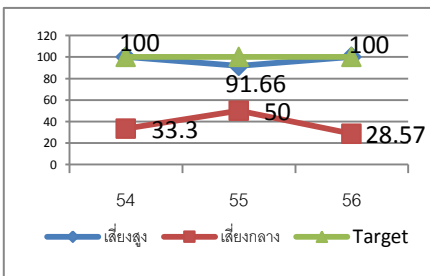
การซ่อมแผนโต้ตอบภาวะฉุกเฉิน

มีการซ่อมแผนโต้ตอบภาวะฉุกเฉินสม่ำเสมอทุกปี ปีละ 1 ครั้ง มีการถอดบทเรียนจากการซ่อมแผนเพื่อนำมาปรับปรุงการซ่อมครั้งต่อไป

ภาวะฉุกเฉิน	บทเรียน	แนวทางแก้ไข
1.อุบัติเหตุหุ้	วันที่ 27 มี.ค.57 ซ่อมเกิดอุบัติเหตุ รถปิกอัพบรรทุกคนงานชนกับรถปิกอัพ มีผู้บาดเจ็บมาโรงพยาบาล 13ราย	- ทบทวนแนวทางการคัดแยก และการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ

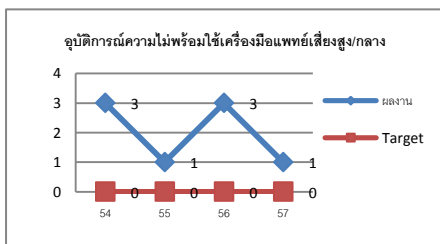
ภาวะฉุกเฉิน	บทเรียน	แนวทางแก้ไข
	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อผู้บาดเจ็บสีเขียวได้รับการนำส่งก่อนสีแดง - การประกาศใช้แผนอุบัติเหตุหมู่ไม่ได้รายงานตามขั้นตอน - ผู้รับมอบหมายงานไม่ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงแนวทางการรายงานและขั้นตอนการประกาศใช้แผน การมอบหมายงานเมื่อเกิดสถานการณ์ ชี้แจงทำความเข้าใจในการประชุมเจ้าหน้าที่
2. อัคคีภัย/ สถานการณ์เกิด อัคคีภัยที่ตึก ผู้ป่วยใน (IPD)	<p>วันที่ 16 ส.ค.56 ซ้อมแบบ Table Top</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขั้นตอนการประกาศใช้แผนข้ามขั้นตอน - เส้นทางทงการหนีไฟไม่ชัดเจน - การเคลื่อนย้ายอุปกรณ์สีเขียวก่อนสีแดง - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ให้ผู้ประสบเหตุรายงานและปฏิบัติตามขั้น และให้ผ.ด.บ.เพลิงส่งประกาศใช้แผน - จัดทำผังและเส้นทางทงการหนีไฟใหม่ทั้ง รพ. - จัดทำทะเบียนอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์และกำหนดความสำคัญในการเคลื่อนย้าย - การเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต ขั้นตอนการเคลื่อนย้าย และรถ Ambulance เพื่อช่วยชีวิตฉุกเฉิน
3. ไข้หวัดใหญ่ / ไข้หวัดนก	<p>วันที่ 8 พย. 56 ซ้อมแบบ Table Top พบเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่า จะถอดชุด PPE เมื่อใด หลังจากเสร็จกิจกรรมให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และในแผนไม่มีแนวทางการทำความสะอาดพื้นที่ ที่ผู้ป่วยสัมผัส</p> <p>เส้นทางทงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป X-ray ไม่มีการกันพื้นที่เพื่อกันผู้รับบริการทั่วไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางการถอด PPE สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วย และวิธีการทำความสะอาดพื้นที่ที่สัมผัสผู้ป่วย - กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกำหนดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบที่ดูแลเส้นทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กราฟที่ 65 ร้อยละอัตราการสอบเทียบเครื่องมือเสียงสูง/เสียงกลาง ผ่าน เป้า 100



วิเคราะห์

อัตราการสอบเทียบผลผ่าน เครื่องมือเสียงสูงได้ตามเป้าหมาย เครื่องมือเสียงกลางยังไม่ได้ตามเป้าหมายวิเคราะห์สาเหตุจากอายุใช้งาน นาน โรงพยาบาลแห่งจำหน่ายและจัดซื้อทดแทน ปัจจุบันเครื่องมือเสียงสูง 12 รายการผ่านการสอบเทียบผลผ่านทั้งหมด เสียงกลางจำนวน 7 รายการ ผ่าน 2 รายการ แก้ไขโดยใช้ยืมระหว่างหน่วยงาน

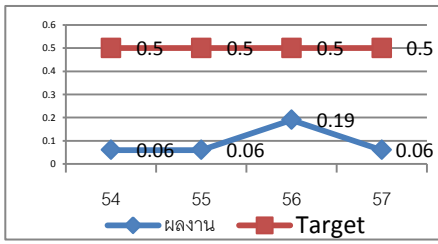


ปี 54 พบเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสียงสูงชำรุด 2 ครั้งเสียงกลาง 1 ครั้ง ปี 55 เสียงสูงชำรุด 1 ครั้ง ปี 56-57 เสียงกลางชำรุด 3 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ เนื่องจากอายุการใช้งานเกิน 10 ปี บางรายการครบกำหนดเปลี่ยนอุปกรณ์ตามอายุการใช้งาน ระหว่างการส่งซ่อมยืมจากรพ.ที่มีสำรองและจากรพ.สต.ที่ไม่ได้ใช้ เสียงกลางที่พบบ่อยคือเครื่องปั่น Hct

แก้ไขโดยจัดหาเครื่องปั่นประจำหอผู้ป่วย ส่วนเสียงสูง Infusion pump, Defibrillatorแก้ไขโดยปี 56 – 57 มีการจัดซื้อโดยใช้เงินงบประมาณและงบบริจาคทำให้มีจำนวนเพียงพอใช้ครบทุกหน่วยงานที่จำเป็น เครื่อง Monitor พบ Battery เสื่อม หลังเปลี่ยน Battery ทำแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกันด้วยการเปลี่ยน Battery ปีละ 1 ครั้ง

II- 4 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

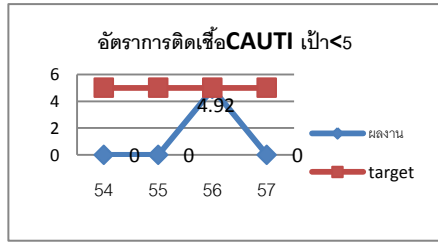
กราฟที่ 66 แสดง Rat of Infection : 1000 วันนอน ≤ 0.5



วิเคราะห์

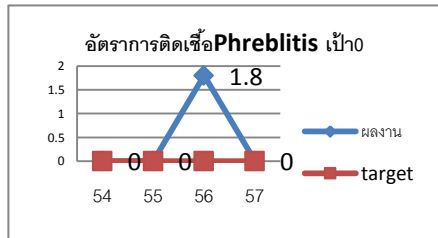
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอยู่ในเป้าหมาย พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ = 100% ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Target surveillance ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และเฝ้าระวังแบบ Post discharge surveillance ในแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดทำหมัน

และแผล excision โดยการติดเชื้อไม่พบการระบาด จากการเฝ้าระวังแบบ Targeted surveillance พบการติดเชื้อดังนี้

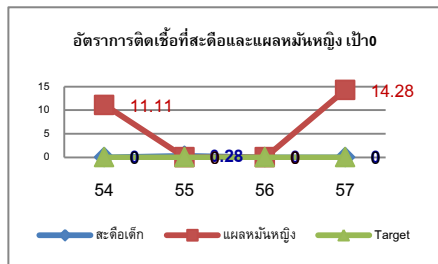


การติดเชื้อ CAUTI พบปี 56 = 3 รายวิเคราะห์พบสาเหตุส่วนหนึ่งจาก Host คืออายุมาก (3) วิเคราะห์ Gap จาก SIMPLE รายที่ 1 พบปัญหาผู้ป่วยลุกเดินจะถือถุงปัสสาวะสูงกว่าเอว จุดเปลี่ยนคือพียงอสายและใช้ยางลัดที่สายสวนทุกครั้งเวลาลุกเดิน เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ รายที่ 2 Case DM Type 2 ,ติดเชื้อดื้อยาผู้ป่วยรับกลับ

จากโรงพยาบาลศูนย์ พบถุงปัสสาวะห้อยต่ำปลาย urinary drainage tap สัมผัสกับพื้น จุดเปลี่ยนใช้ปลอกของสาย Urine bag มาสวมปลาย urinary drainage tap ป้องกันไม่ให้สัมผัสกับพื้น รายที่ 3 พบว่าญาติไม่ได้เช็ดแอลกอฮอล์ที่ปลาย urinary drainage tap เมื่อเทปัสสาวะ จุดเปลี่ยน คือสอนญาติเทปัสสาวะจากถุงรองรับปัสสาวะโดยให้เตรียม สำลี Alcohol เช็ดปลาย urinary drainage tap และล้างขวดทุกครั้งหลังเทปัสสาวะเป็นรายบุคคล ปรับแบบฟอร์มเฝ้าระวัง NI เพิ่มส่วนการสรุปโดยแพทย์

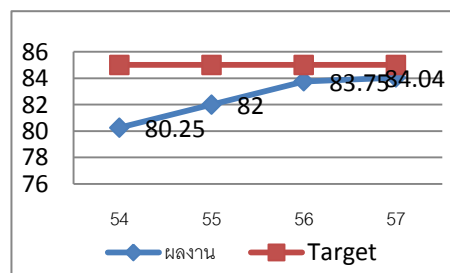


การติดเชื้อบริเวณให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปี 56 = 1 ราย วิเคราะห์สาเหตุพบบริเวณที่แทงเข็มไม่ได้ปิดด้วย Gauze sterile จุดเปลี่ยนวางระบบการเปลี่ยน set และ Line ทุก 72 ชั่วโมง โดยใช้นวัตกรรม Color marker ที่บริเวณ catheter ตามวันที่เปลี่ยน และจะเปลี่ยนพร้อมทั้งสารน้ำขวดใหม่ทุกครั้ง และเปลี่ยนGauze sterile ทุกครั้งที่พบว่าเปียกชื้น การติดเชื้อที่สะดือ ปี 55 = 1 ราย เป็น Case หลังคลอด 2 วัน ทบทวนพบการตัดCordยาว5เซนติเมตร จุดเปลี่ยนคือเน้นการตัดCordให้ยาว2-3เซนติเมตรทุกราย เทคนิคการล้างมือก่อนการเช็ดตาและสะดือ ส่วนการติดเชื้อ แผลผ่าตัดทำหมันหญิง เป็น Case Post D/C 28 วัน วิเคราะห์สาเหตุพบมีการใช้ Cat gutที่เย็บชั้นในเป็นเบอร์ 2/0 เวลา



ดึงจะขาดง่ายทำให้ต้องผูกแน่นๆหลายครั้งและละลายช้า จุดเปลี่ยน ใช้Cat gut เบอร์ 0 แทนปี 57 พบ 1 ราย สาเหตุจากใช้เวลาทำหมันนาน 2 ชม. 6 นาที

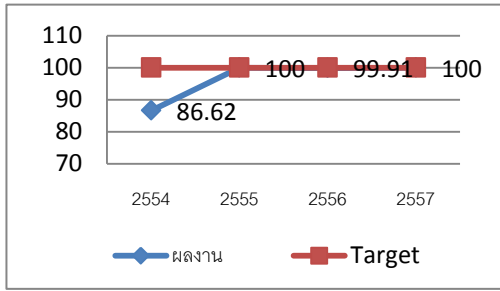
กราฟที่ 67 อัตราการล้างมือถูกต้องในเจ้าหน้าที่รพ. เป้า > 85



วิเคราะห์

การล้างมือไม่ครบขั้นตอน สาเหตุจากความไม่ตระหนัก,ภาวะเร่งรีบ ไม่พอกข้อมือ นิ้วหัวแม่มือ และปลายนิ้ว จุดเปลี่ยน มีการสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานทราบ,ทบทวนความรู้เรื่องการล้างมือ, จัดหาอุปกรณ์ในการล้างมือให้ครบถ้วน เพียงพอ สะดวกต่อการใช้งาน, ติดตามขั้นตอนการล้างมือรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล, ประเมินการล้างมือหน่วยงาน

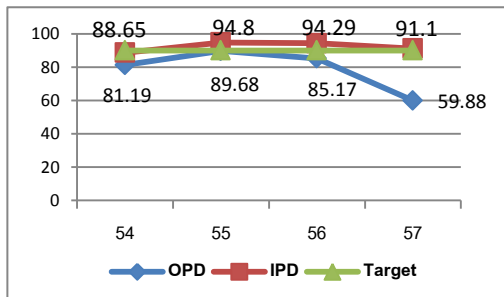
กราฟที่ 68. ประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ. เป้า 100



วิเคราะห์ ปี 54 พบสาเหตุจากเกณฑ์การเฝ้าระวังไม่ชัดเจน ปรับ โดย ทบทวนเกณฑ์ใหม่ ,จัดทำแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปี 56 พบสาเหตุจากพยาบาลรอ Order จากแพทย์ก่อนรายงาน, เกณฑ์การเฝ้าระวังไม่ไวพอ จุดเปลี่ยน ทบทวนเกณฑ์การเฝ้า ระวัง, เมื่อพบอาการที่สงสัยให้รายงานทันที แผนพัฒนา ปรับระบบ การดำเนินงานเชิงรุกของ ICN

II-5ระบบเวชระเบียน

กราฟที่ 69-70 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ≥ 90 ผู้ป่วยนอก ≥ 85

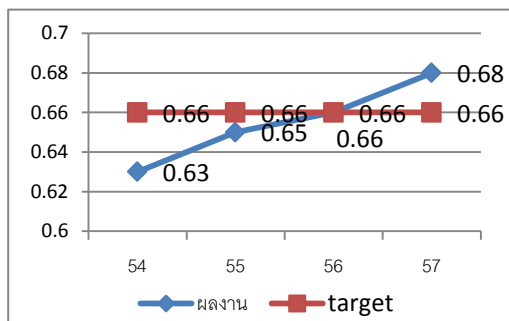


วิเคราะห์

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น พบ ส่วนขาด เวชระเบียนในคือ Informed consent, Progress Note, Physical exam, Nurse's Note คณะอนุกรรมการ พัฒนาระบบเวชระเบียนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมจากทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาปี 54 มี

การปรับแบบฟอร์ม Progress note เพิ่มในส่วนท้ายของใบ Doctor's Order Sheet โดยระบุ วันที่ เวลา SOAP ปี 55 Physical examination เพิ่มรูปภาพ/แผนการรักษา และลงลายมือชื่อ และแบบบันทึกแรกรับ (HISTORY) เพิ่มเติม ข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติอื่นๆในส่วนของข้อมูล Family history, Personal history, Gynecologic history pediatric history, บันทึกการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ ทุกระบบ (Review of system) ปี 57 ปรับปรุงแบบฟอร์ม Informed consent เป็นรายหัตถการส่วน Nurse's Note ปรับกระบวนการ บันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลส่วนของเวชระเบียนนอกส่วนขาดคือการลงบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น ผล EKG Lab ประวัติ คำแนะนำ ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย ไม่มีแพทย์ลงนาม ปี 57 ไม่ได้ print out หน้า OPD card ไป audit คะแนนจึงต่ำ จุดเปลี่ยน ใช้ระบบ Double check และปรับระบบ Software ให้สามารถแสดงผลในระบบ คอมพิวเตอร์ ปี 55 ได้รับรางวัล Audit award ระดับเขต 6 ระดับรพ.F2

กราฟที่ 71 CMI Index เป้าหมาย > 0.66

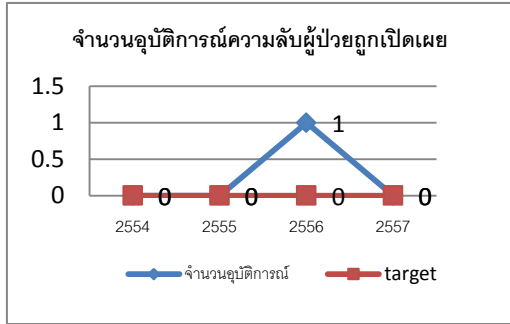


วิเคราะห์

CMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และ ปี 56 สูงที่สุดใน โรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดจันทบุรี จากการเพิ่มศักยภาพการ ดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอ on tracheostomy, ให้เลือดได้ที่โรงพยาบาลชุมชน จากเดิมที่ต้อง refer ไปให้เลือดที่ รพศ, เพิ่มรายการยา Antibiotic จากผล antimicrobial susceptibility ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยติดเชื้อได้

ครอบคลุมมากขึ้น, นโยบายการรับ refer back จาก รพศ. ทำให้มีผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน แต่พ้นระยะวิกฤติแล้วมา รักษาที่ รพช. มากขึ้น ร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้สามารถค้นหาโรคร่วมได้ อย่างครบถ้วน และมีระบบการ Recoding โดยจัดพยาบาล 1 คน ทบทวนการลงรหัสโรคของผู้ป่วยใน

กราฟที่ 72 จำนวนอุบัติการณ์ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผย = 0



วิเคราะห์

อุบัติการณ์ความลับผู้ป่วยถูกเปิดเผยปี 56 = 1 ครั้ง สาเหตุการเข้าถึงข้อมูลจากการทำเรื่อง ขอ Claim ค่ารักษาในผู้ป่วย HIV ปรับปรุง โดยทบทวนระเบียบปฏิบัติเรื่องการรักษาความลับผู้ป่วยในการประชุมเจ้าหน้าที่ของรพ.และเน้นเฉพาะในกลุ่มงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูล กำหนดเพิ่มในการประชุมניתศเจ้าหน้าที่ใหม่ (คู่มือ) ปรับแยกเก็บเวชระเบียนที่เป็นความลับมี

ผู้รับผิดชอบ ห้ามผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าห้องเก็บเวชระเบียน ปี 57 ไม่พบอุบัติการณ์

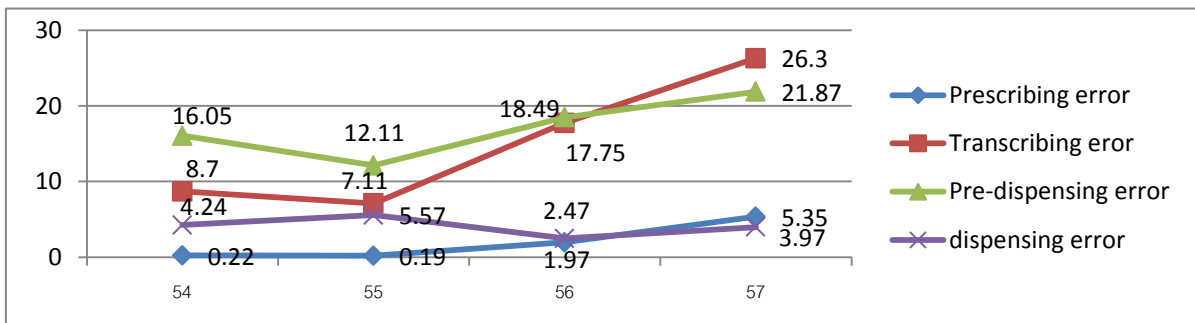
ตัววัดที่ 73 ไม่พบอุบัติการณ์ Server/ HOSxP failure > 30 นาที = 0

วิเคราะห์

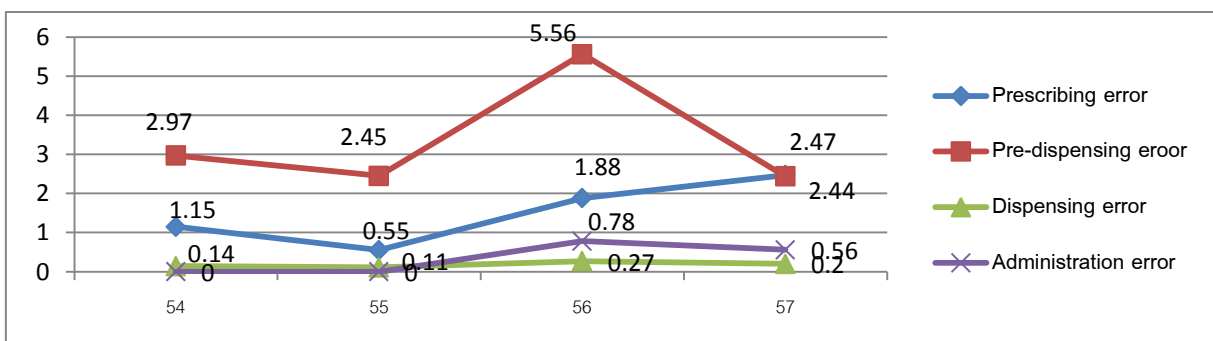
จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิด Server/ HOSxP failure <30 นาที พบปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากอุปกรณ์ชำรุด/เสีย เช่น Switch HUB , เครื่องสำรองไฟ เนื่องจาก รพ.มีปัญหาไฟตก , ไฟฟ้ากระชากบ่อย จึงจัดระบบการจัดการเตรียมความพร้อมของระบบสารสนเทศ โดยจัดให้มีอุปกรณ์สำรองพร้อมใช้งาน จัดให้มีเครื่องคอมพิวเตอร์/โน้ตบุค สำรองพร้อมใช้งานทดแทน จัดซื้อเครื่องสำรองไฟและอุปกรณ์ต่อพ่วงต่างๆสำรองพร้อมใช้กรณีเกิดชำรุด ปี 56 เปลี่ยนเครื่องสำรองไฟสำหรับ Server เป็นขนาด 1 KVA ทุกตัว ติดตั้งระบบ Surge Protection การสำรองข้อมูล : Back up Server Master / Slave แบบ Real time กรณีเมื่อเกิดปัญหากับระบบ สามารถตามผู้ดูแลระบบ(Admin) On Call (นอกเวลาราชการ) และ แก้ไขโดยการ Remote ผ่านโปรแกรม Team Viewer ปี 54 - 57 ไม่พบอุบัติการณ์ของ Server / HOSxP Failure ใช้งานไม่ได้ > 30 นาที

II-6 ระบบยา

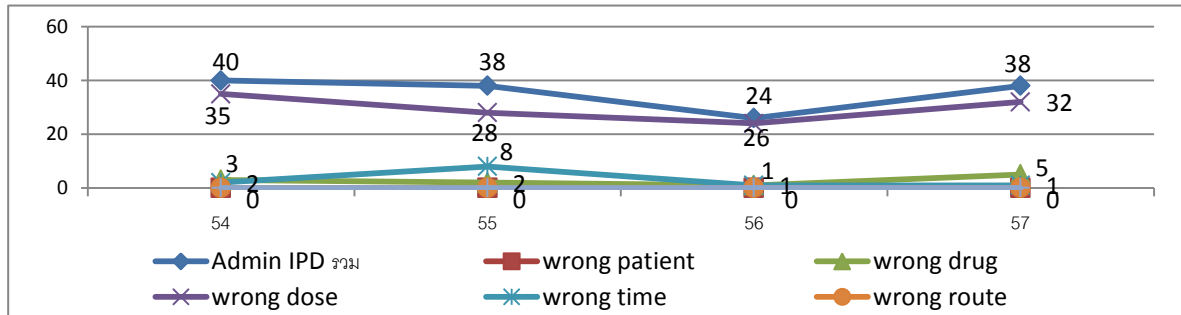
กราฟที่ 74 แสดงความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก/1000 ใบสั่งยา



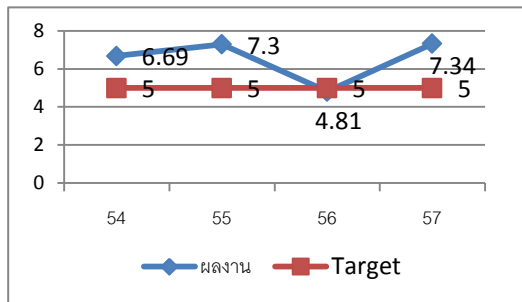
กราฟที่ 75 แสดงความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน/1000 วันนอน



แสดง Administration error ผู้ป่วยใน (ครั้ง)



แสดง Admin error: 1000 วันนอน เป้า < 5



วิเคราะห์

ความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้น ยังไม่ตามเป้าหมาย ข้อมูลมาจากการกระตุ้นให้มีการรายงาน ME, จัดวางแบบรายงานในตำแหน่งที่สะดวกในการบันทึก พบความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ I ในปี 2554 จำนวน 1 ครั้ง ทบทวนพบ

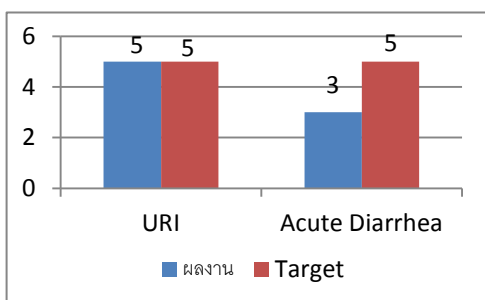
1. Prescribing error จากการสั่งยาไม่ครบจำนวนตามวันนัด, ไม่ครบรายการ กรณีพยาบาล ER สั่ง Antibiotics ในเด็กไม่ครบcourse, ฝ่ายเวชพสสั่งไม่ครบรายการ และสั่งขนาดยาในเด็กไม่เหมาะสม ปรับปรุง โดยให้เภสัชสนเทศ, มีเภสัชกรคัดกรองคำสั่งใช้ยา ตรวจสอบจำนวนยาตามวันนัดและรายการยาก่อนสั่งพิมพ์ พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีกระบวนการคัดกรองคำสั่งใช้ยา ปี 54 วางระบบ Med. Reconcile โรคเรื้อรัง

2. Pre-dispensing error เป็นความคลาดเคลื่อนเรื่องชนิดยา, จำนวนยาความคลาดเคลื่อนจากยาLASA มีแนวโน้มลดลง (ปี54-55-56-57 ร้อยละ 27.42, 21.98, 11.01, 3.97 ตามลำดับ) จากการปรับเรื่องการจัดเก็บ, การสร้างจุดสังเกตที่ชั้น/กล่อง, การใช้ Tall man letter, การจัดซื้อให้มีรูปลักษณะแตกต่างกัน ส่วนความคลาดเคลื่อนเรื่องจำนวนยา มีการแบ่งบรรจุยาล่วงหน้า ปรับปรุง แนบcopy order ของแพทย์มาด้วยทุกครั้ง และ Double check

3. Dispensing error จากการจ่ายยาไม่ครบชนิด ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปรับปรุง ตรวจสอบก่อนเรียกรับยา และตรวจสอบซ้ำร่วมกับผู้ป่วยขณะรับยาและเพิ่มระบบดักจับ Dispensing error โดยสุ่มสัปดาห์ละ 20 ราย

4. Administration error จากไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งในผู้ป่วยที่แพทย์ปรับยา/ลืมให้ยา ปรับปรุง แพทย์ใช้สัญลักษณ์แสดงการปรับ-เปลี่ยนยา, ฝ่ายเภสัชกรรมเน้นย้ำผู้ป่วยและทำสัญลักษณ์, ตรวจสอบซ้ำก่อนพบแพทย์ เมื่อมารับบริการนัดต่อไป ปรับปรุง โดยติดป้ายเตือนให้ยาที่รดแจกยา

กราฟที่ 76 แสดงคะแนนประเมิน Antibiotics Smart Use จาก สปสช. ปี 56

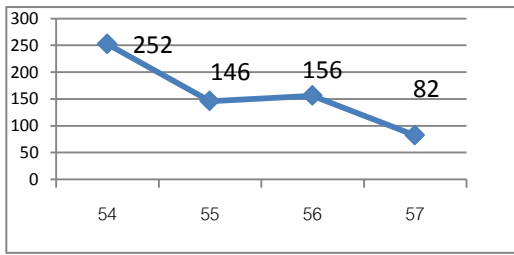


วิเคราะห์

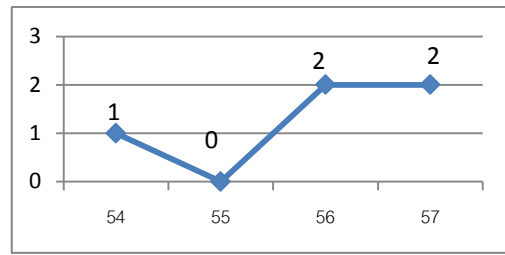
ปี 53 พบการใช้ยา Antibiotics ในผู้ป่วยนอกไม่เหมาะสม คือให้ในผู้ป่วย Common cold, ผู้ป่วยแผลสะอาด และผู้ป่วยอาหารเป็นพิษและท้องร่วงชนิด Non-invasive ปรับปรุง โดยทบทวนและกำหนดแนวทางการใช้ยา Antibiotics ปี 56 ได้คะแนนประเมินสูงที่สุดในจังหวัดจันทบุรี

กราฟที่ 77 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ เป้า 0 ปี 56 และ 57 ปีละ 1 ราย

จำนวนผู้ป่วยที่ซักประวัติพบว่ามีการแพ้ยารายใหม่



จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์สั่งยาที่มีประวัติแพ้

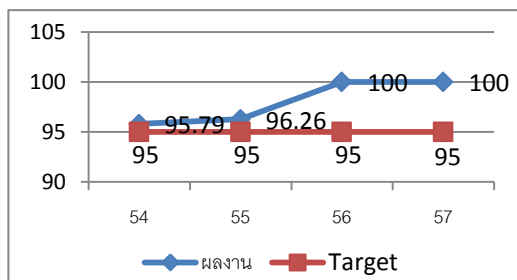


วิเคราะห์

จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ปี 54-55 ไม่พบ ปี 56-57 พบปีละ 1 ราย ปี 56 เป็นแพ้ยาซ้ำที่ รพ.สต. เนื่องจากไม่ได้ส่งข้อมูลแพ้ยาของผู้ป่วยไปที่ รพ.สต. ปรับปรุง โดยวางระบบADR สำหรับ รพ.สต. ปี 57 พบเกิดจากไม่ได้เก็บยาที่ผู้ป่วยแพ้ ปรับปรุง โดยหลังเภสัชกรประเมินแพ้ยาให้เก็บยาแนบมากับแบบประเมิน

ADE รุนแรงระดับปี 54-55 พบปีละ 1 ราย โดยปี 54 เป็นผู้ป่วยคลินิกยา ARV เสียชีวิตจากภาวะ Anemia จากยา AZTสาเหตุเกิดจาก ระบบส่งต่อจาก รพ.ศ.ไม่ได้เปลี่ยนยาใหม่ให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยกลับมา Admit ได้ กินยาเดิม ปรับปรุง ด้วยระบบ med. Reconcile ปี55 พบผู้ป่วยรับยาจากรพ.ศ.แพ้ยา HCTZ เกิด EM minor หลังได้ยา 21 วัน และต้อง admit สาเหตุ Delay type ADE มารักษานอกเวลาราชการ ปรับปรุงโดยให้เภสัชสนเทศ ผล ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำอีก

กราฟที่ 78 แสดงอัตราความเหมาะสมของการใช้ยาที่ทำ DUE เป้า ร้อยละ 95



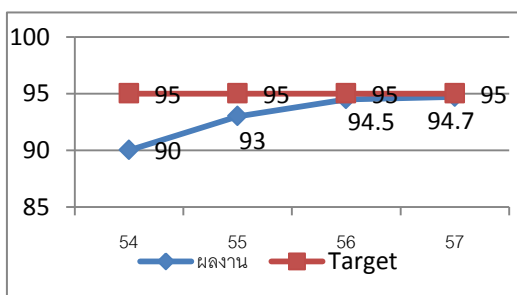
วิเคราะห์

ความเหมาะสมในการใช้ยาที่ทำ DUEมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้ตามเป้าหมาย ทำ DUE 4 รายการ ปี 54 พบการใช้ PCEC และ ERIGไม่เหมาะสม คือ ไม่ได้ซักประวัติการรับวัคซีน, การให้วัคซีนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน, ขนาดยาไม่เหมาะสม, ให้ ERIG ในผู้ป่วยที่เคยได้ PCEC ครบcourse แล้ว ปี55 พบมีความเข้าใจ

คลาดเคลื่อนเรื่องการให้วัคซีนกรณีมาฉีดนัด ปรับ โดยทบทวนและชี้แจงแนวทางการให้วัคซีน,บันทึกประวัติการได้รับวัคซีนในHOSxPและOPD card ปี56-57 พบDUE ร้อยละ 100

II-7.1 ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กราฟที่ 79 ระยะเวลาการรอคอยผลLab (CBCถ้วน <30 นาที)เป้า $\geq 95\%$ วิเคราะห์

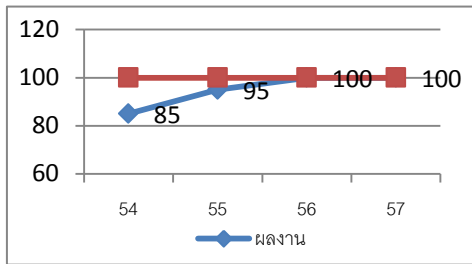


วิเคราะห์

การรอคอยผลตรวจ CBC ถ้วน 30 นาที มีแนวโน้มดีขึ้น ได้ตามเป้าหมาย Gap ที่ยังพบ เช่น พยาบาลไม่ส่งตรวจทางคอมพิวเตอร์ (HOSxP)เจ้าหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ยังทำงานไม่เป็นระบบ ไม่มีการระบุว่าจะผลด่วนก่อน ใบนำส่งไม่ครบถ้วน การตรวจวิเคราะห์ และการรายงานผลยังใช้ระบบคีย์ข้อมูลจุดเปลี่ยนแปลงมีการติดตั้งระบบ LIS (มีนาคม 2556) พร้อมทั้งสร้างระบบการส่งตรวจLAB คือ ส่งตรวจระบบ HOSxP

ก่อนส่งสิ่งส่งตรวจ มีการทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้นโอกาสพัฒนา วางระบบ Lab ถ้วน On line เชื่อมต่อระบบ LIS กับ HOSxP

กราฟที่ 80 อัตราการรายงานค่าวิกฤต เป้า 100

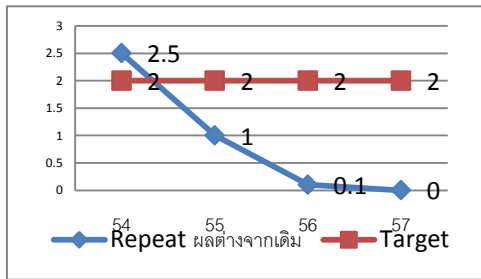


วิเคราะห์

อัตราการรายงานค่าวิกฤต มีแนวโน้มดีขึ้นได้ตามเป้าหมาย จากการปิด Gap สาเหตุที่พบ เช่น ระบบรายงานไม่ชัดเจน ลืมรายงาน จำค่าวิกฤตไม่ได้ ไม่มีเอกสารค่าวิกฤตเป็นลายลักษณ์อักษรติดที่หน่วยงาน ไม่มีการทบทวนค่าวิกฤตกับหน่วยงานสห

วิชาชีพ รายงานแต่ไม่มีการบันทึก (ลืม)จุดเปลี่ยนมีการทบทวนค่าวิกฤตกับสหวิชาชีพทุกปี แจ้งให้หน่วยงาน (PCT) รับทราบ จัดทำเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งมีการติดที่บอร์ดของหน่วยงาน จัดระบบการรายงานค่าวิกฤตให้ชัดเจน มีแบบฟอร์มการบันทึกที่ครอบคลุมวงจรระบบการรายงานโดยโทรศัพท์แจ้ง พร้อมบันทึกการรายงาน และส่งผลเป็นลายลักษณ์อักษรที่Approval

กราฟที่ 81 อัตราการ Repeat ผลแตกต่างจากเดิม เป้า < 2%

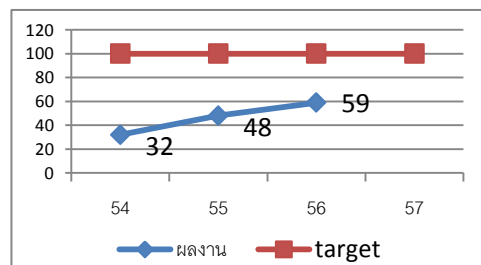


วิเคราะห์

อัตราการ Repeat ผลแตกต่างจากเดิม มีแนวโน้มลดลงได้ตามเป้าหมาย ทบทวนพบสาเหตุคือขาดการการบันทึกบำรุงรักษาเครื่องมือทุกวัน , เครื่องมือมีปัญหา, การทำงานของเจ้าหน้าที่ยังไม่ มีระบบที่ชัดเจน,เกิดจาก systemic error ,Random error ลืมทำ IQC จุดเปลี่ยน มีการจัดระบบงานที่ชัดเจนมากขึ้น ทำ IQC ทุก

วันพร้อมมีแบบบันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือทุกวัน ก่อนทำการตรวจวิเคราะห์

กราฟที่ 82 ผลการพัฒนาคุณภาพ LAB เป้า 100



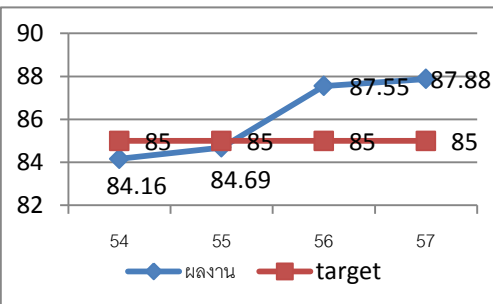
วิเคราะห์

การพัฒนาคุณภาพ LAB มีแนวโน้มดีขึ้นตามเป้าหมาย Gap สาเหตุที่พบ คือ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และเจ้าหน้าที่ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ จุดเปลี่ยน มีการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ พร้อมทั้งติดตาม

ความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพจากการตรวจติดตามภายในอย่างต่อเนื่องทุกปี ปี 57 ผ่านการประเมิน LA จากสภาเทคนิคการแพทย์ เมื่อ 15 มิถุนายน 2557 มีการแก้ไขเพื่อให้การรับรองใน 60 วัน

II-7.3 ระบบบริการตรวจทางรังสีวิทยา

กราฟที่ 83 ร้อยละผู้ป่วย OPD/ER รอฟิล์มภายใน 15 นาที เป้า >85

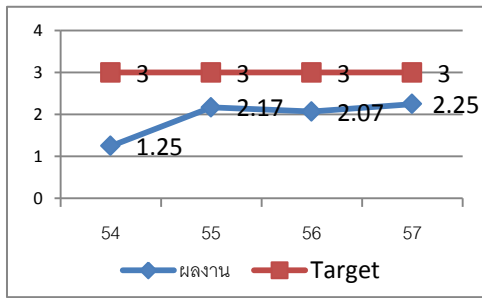


วิเคราะห์

ระยะเวลาการรอฟิล์มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เกิน 15 นาทีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้ตามเป้าหมาย ทบทวนระบบสาเหตุเกิดจากในวันที่มีการตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจสุขภาพต่างตัวส่งผลต่อผู้รับบริการจำนวนมากในวันเดียว แต่มีเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาเพียงคนเดียว ทำให้การบริการล่าช้า ระยะเวลารอฟิล์มนาน จุด

เปลี่ยนปี 56 ประชุมร่วมกันในด้านหน้าและจัดระบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจสุขภาพต่างตัวทั้งระบบ โดยจัดคนมาช่วยบริการรังสีวิทยาในวันที่มีการนัดตรวจสุขภาพมากกว่า30 คนขึ้นไป

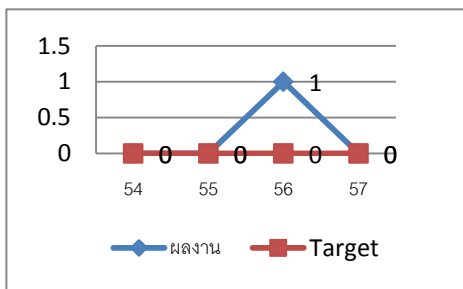
กราฟที่ 84 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ เป้า <3



วิเคราะห์

อัตราการเกิดฟิล์มเสียมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อยู่ในเป้าหมายระบบของรพ. มีนักรังสีการแพทย์ 4 ปี 1 คน มีระบบ Training เจ้าหน้าที่อื่นเพิ่มอีก 3 คน ฟิล์มเสียที่พบส่วนใหญ่จากฟิล์มไม่ชัดขาวหรือดำเกินไป สาเหตุของฟิล์มเสียเกิดจากปัจจัย 2 ด้านคือ 1) ขาดความชำนาญในการให้ปริมาณรังสี(exposure) การให้ปริมาณรังสีใช้วิธีคาดคะเนปริมาณรังสีตามขนาดอวัยวะหรือรูปร่างของผู้ป่วย ทำให้เกิดการคลาดเคลื่อนได้ง่าย และ ทบทวนระบบพบว่าเจ้าหน้าที่รังสีไม่ได้นำ Clinical Information ซึ่งเป็นข้อมูลในการ Request ของแพทย์มาใช้ ประกอบในการตั้งค่า exposure การปรับปรุงตรวจสอบ BMIของผู้ป่วยในประวัติ HOSxP แล้วนำค่า BMI ที่ได้ ไปเทียบกับ Exposure Technique Chart จะได้ปริมาณรังสีที่เหมาะสม และนำข้อมูลClinical Information กรณี OPD/ER อยู่ใน HosXpกรณี IPD แพทย์จะบันทึกใน progress Note พร้อม Dx. ประกอบการ X/Ray 2) การจัดทำไม่ถูกต้องมีการการปรับปรุงโดยจัดทำคู่มือการถ่ายภาพรังสีและจัดทำ positioning chart ติดไว้ในห้องเอกซเรย์ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานโดยหัวหน้างานรังสีวิทยา และทบทวนเทคนิคการทำถ่ายภาพรังสีทุกเดือน

กราฟที่ 85 จำนวนอุบัติการณ์เอกซเรย์ในสตรีที่ตั้งครรภ์ = 0

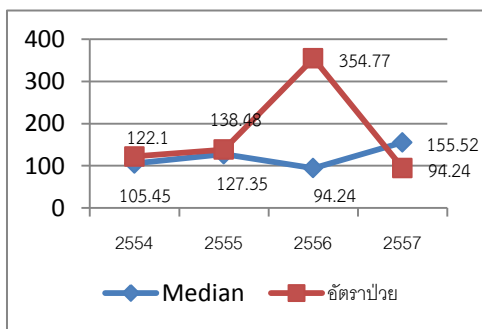


วิเคราะห์

จำนวนอุบัติการณ์เอกซเรย์ในสตรีที่ตั้งครรภ์ ปี 56 = 1 ราย ทบทวนสาเหตุเกิดในผู้มาตรวจสุขภาพต่างชาติ เจ้าหน้าที่ไม่ซักประวัติเรื่องการตั้งครรภ์, ต่างชาติไม่เข้าใจภาษาไทย จุดเปลี่ยน ปี 57 มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้ตรวจสุขภาพทั่วไปและต่างตัวโดยให้มีการซักประวัติเรื่องการตั้งครรภ์หญิงที่มาตรวจสุขภาพทุกราย, หญิงต่างชาติต้องตรวจปัสสาวะก่อนทุกราย ถ้าผลเป็นบวกให้เขียนในใบรายงานผลด้วยสีแดง และส่งผู้ป่วยไปตรวจที่ห้องตรวจโดยไม่ต้องส่งมาห้องเอกซเรย์

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

กราฟที่ 86 แสดงอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก เป้า ลดลง 20% เทียบกับ Median 5 ปี



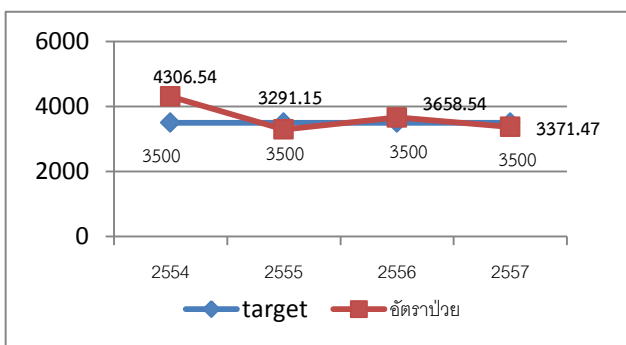
วิเคราะห์

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับค่า Median ย้อนหลัง 5 ปี จากเป้าหมาย อัตราป่วยลดลงร้อยละ 20 ของค่า Median ทบทวนพบว่ามีสาเหตุจากสภาพพื้นที่เป็นสวนผลไม้ สวนยางพารา ซึ่งเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย พบหลังคาเรือนมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าเกณฑ์ (HI ≥ 10) ร้อยละ 51.68 ปรับเปลี่ยนปี 56 ใช้มาตรการ 5 ปี . ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและการประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับท้องถิ่นในการดำเนินการ ทำให้จำนวนหลังคาเรือนที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าเกณฑ์ (HI ≥ 10) ปี 56 ลดลงเท่ากับ ร้อยละ 28.71 แต่อัตรา

ป่วยยังสูงเกินค่าเป้าหมาย ปี 57 จึงร่วมกับท้องถิ่นให้ความรู้เรื่องโรคและยุ่งลายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อปท. อสม. เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน นักเรียนในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ครงรงค์ใช้สมุนไพรรักษา

ระบบเฝ้าระวัง รายงานล่าช้า ต้องรอการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการควบคุมโรค ผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิก ทำให้ จนท.ในพื้นที่ไม่ทราบ ไม่ได้สอบสวนควบคุมโรค เกิดการแพร่กระจายของโรค ปี 56 ประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกพบว่าค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง ร้อยละ 59.42 ความทันเวลาของการรายงานโรค 88.37 ปรับเปลี่ยนปี 56 ระบบการเฝ้าระวังโดยพยาบาลประจำ OPD IPD จะรายงานเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาทันทีเมื่อพบผู้ป่วย/ผู้ป่วยสงสัย นอกเวลารายงานทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต./รพ.ทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงคลินิกและร้านขายยา ระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุก โดย อสม. และ จนท.สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้าน ร่วมกันค้นหาผู้ป่วย/ เข้าข่ายสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน เพื่อนำมารับการรักษาได้รวดเร็ว

กราฟที่ 87 แสดงอัตราป่วยด้วยอุจจาระร่วง เป้า อัตราป่วย $\leq 3,500$ ต่อแสนประชากร

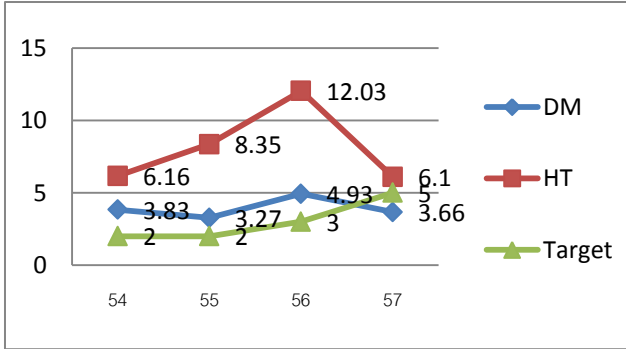


วิเคราะห์

อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่า Median ย้อนหลัง 5 ปี โดยพบมากในเดือน ม.ค.-มี.ค. ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน โดยปี 57 พบผู้ป่วยมีจำนวนมากที่สุดในเดือน เมษายน ทบทวนพบว่ากลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ รองลงมาคือ

กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี จากการสอบสวนโรคพบว่า ส่วนใหญ่เด็กที่ป่วยจะยังคงมีนมแม่และอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในปี 2557 ดำเนินการประสานความร่วมมืองานอนามัยแม่และเด็ก และงานอนามัยโรงเรียนเน้นการให้สุขศึกษา ให้ความรู้ คำแนะนำการล้างทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ต่างๆสำหรับเด็กเล็ก การล้างมือทำความสะอาดอุปกรณ์ในศูนย์เด็กเล็ก และดำเนินการปรับปรุงศูนย์เด็กเล็กให้ได้ตามมาตรฐาน ส่วนของแหล่งแพร่เชื้อประเภทตลาดสด มีการประสานกับเทศบาล/อบต. เพื่อปรับปรุงระบบสุขาภิบาลอาหาร ส้วม น้ำใช้ และการกำจัดขยะมูลฝอยในตลาดให้ถูกสุขลักษณะเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งแพร่โรค ตลอดจนการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นให้มีการตรวจสุขภาพผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย

กราฟที่ 88-89 อัตราป่วยโรคDM /HT รายใหม่ลดลง (ต่อ1000)



วิเคราะห์

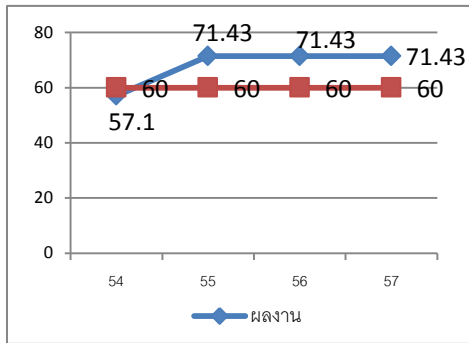
ปี 2554 - 2555 แนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดัน ดีขึ้น จากการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลจากสื่อและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดการตระหนักเพิ่มขึ้น แต่ในปี 56 เพิ่มมากขึ้น ทบทวนพบว่า เป็นผลจากการคัดกรองที่ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้กลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงบริการได้รับการคัดกรอง

ร่วมกับการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนมารับการตรวจโรงพยาบาลเร็วขึ้น และในปี 57 มีการจัดบริการ DPAC ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสูงและสงสัยรายใหม่ได้รับการเฝ้าระวังและติดตามมากขึ้น ทำให้อัตราป่วยลด และปัญหาที่ยังทำไม่ได้คือสิ่งแวดลอมทางสังคมที่ยังไม่มีมาตรการ ลดหวาน มัน เค็ม ใน

ชุมชน จึงได้มีการทำแผนพัฒนาจัดการป้องกันจรรยา 7 สีขึ้นในชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนจัดการเบาหวาน ความดัน

II - 9การสร้างเสริมสุขภาพ

กราฟที่ 90 แสดงร้อยละของชุมชนเข้มแข็งระดับ 3 เป้า >60



วิเคราะห์

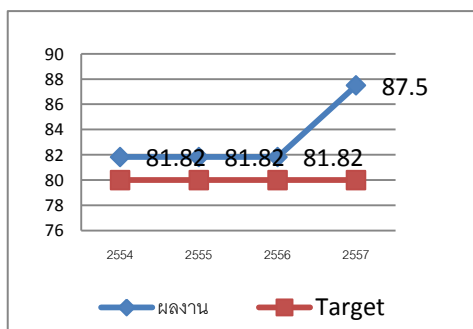
ชุมชนเข้มแข็งระดับ 3 ได้ 5 แห่ง ใน 7 แห่ง จากกระบวนการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งของโรงพยาบาล ด้วยการค้นหาศักยภาพของชุมชน และประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายพัฒนาชุมชนต่างๆ จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นส่วนผลักดันให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และจัดทำแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พบว่า 1) ชุมชนบ้านนาบัว

ได้รับรางวัลที่ 1 ของอำเภอท่าใหม่ และที่ 2 ของจังหวัดจันทบุรี ด้านการจัดทำแผนของคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งครอบคลุมถึงแผนสุขภาพของชุมชน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสสส.เพื่อพัฒนาสุขภาพหมู่บ้านเรื่อง ยาเสพติด (กิจกรรมพาน้องไปวัด), เกษตรชีวภาพและการป้องกันอุบัติเหตุจรรยา นอกจากนี้ยังเป็นชุมชนแรกที่ค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลมาไว้ในชุมชน มีทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนด้วยตนเองส่งผลให้ปี 57การคัดกรองกลุ่มอายุ >15 ปีขึ้นไปได้ร้อยละ 100

2) ชุมชนบ้านเขาสุกิม ด้านชมรมผู้สูงอายุ มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร (Long Term Care) และเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบระดับอำเภอ 3) ชุมชนบ้านสามหนาดเป็นหมู่บ้านเข้มแข็งระดับอำเภอ โดดเด่นด้านยาเสพติด,อาหารปลอดภัย, ไข่เลือดออก 4) ชุมชนบ้านหนองสนม ด้านเกษตรอินทรีย์ เป็นแหล่งปุ๋ยอินทรีย์ให้กับเกษตรกรในชุมชน และหมู่บ้านใกล้เคียง 5) ชุมชนบ้านแพร่งขาหยั่ง ด้านสุขภาพจิต มี อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดด้านสุขภาพจิตส่วนชุมชนอีก 2 แห่งบ้านมาบโอน และบ้านไทรทอง เข้มระดับ 2

ปี 2556โรงพยาบาลได้ตั้งคณะกรรมการชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์กรส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน อสม. หน่วยงานราชการต่างๆ เป็นกรรมการร่วมกันจัดทำแผนพัฒนา ค้นข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญให้ชุมชนทราบและนำไปวางแผนพัฒนา ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนให้ร่วมการประกวดการดำเนินงาน

กราฟที่ 91 ภาคีเครือข่ายผ่านเกณฑ์ เป้า ≥ 80

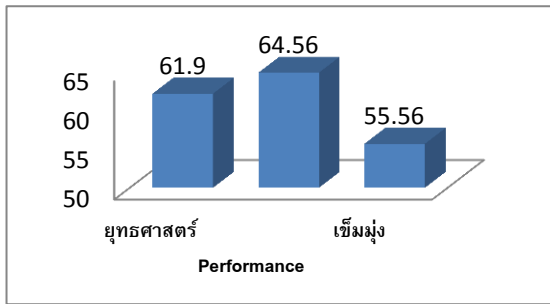


วิเคราะห์

ปี 57 ภาคีเครือข่ายผ่านเกณฑ์มากขึ้น จุดเปลี่ยนโรงพยาบาลมีโครงการคัดกรองสุขภาพผู้นำศาสนา ครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการ ส่งผลให้วัดผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ร่วมกับนโยบายติดตามกระตุ้นการดำเนินงานของกองทุนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่งผลให้กองทุนมีการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

6 ผลด้านการนำองค์กร

กราฟที่ 92-94 การบรรลุผลสำเร็จขององค์กร เป้าหมาย > 70



วิเคราะห์

โรงพยาบาลเขาสุกิมี จัดทำยุทธศาสตร์โดยการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ค้นหาโอกาสพัฒนาและนำมาจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลภายใต้ข้อมูลปัญหาของประชาชนในพื้นที่ และปรับระบบการ Monitor ติดตามความสำเร็จด้านการนำองค์กรโดยใช้ KPI 3 ชุด คือการ

บรรลุผลสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ การบรรลุผลสำเร็จตามperformance และการบรรลุผลสำเร็จตามเข็มมุ่ง/จุดเน้นขององค์กร

1. การบรรลุผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์

ปี 57 (ต.ค.56-มี.ค.57) มีการติดตามทั้งหมด 7 ยุทธศาสตร์ จากความท้าทายขององค์กร ความสำเร็จร้อยละ 61.90 และการบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ พบว่ายุทธศาสตร์ที่บรรลุเป้าหมาย คือยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนางานวิชาการ และ นวัตกรรม และ ยุทธศาสตร์ที่ 6 จัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนา รพ. เขาสุกิ (100%) รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ (83.33%) โดยเน้นการควบคุมกำกับระบบงานสำคัญการบริหารความเสี่ยงและการเงินการคลัง มีการติดตาม กำกับ ทุก 3 เดือน โดยคณะกรรมการบริหารฯ วิเคราะห์/ปรับแผนการดำเนินงาน /สนับสนุนทรัพยากรตามความจำเป็น และยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ (63.64%) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ ร่วมทีม SRRT และร่วมดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพ

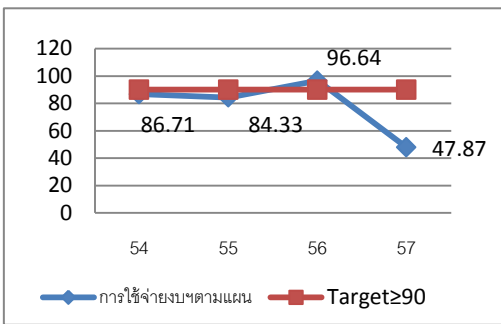
2. การบรรลุผลสำเร็จตาม Performance

การติดตาม Performance 7 ด้าน รวม 93 ตัวชี้วัด ความสำเร็จร้อยละ 64.56พบว่าด้านที่บรรลุเป้าหมาย คือ ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานและด้านการเงิน ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ระหว่างการทบทวนพัฒนา

3. การบรรลุผลสำเร็จตามเข็มมุ่ง

จากการทบทวนและปิด Gap SIMPLE นำสู่การปฏิบัติ ภายหลังการเฝ้าระวังมีการติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนำมากำหนด Patient Safety Goal และจุดเน้นขององค์กร มี 9 ตัวชี้วัด ความสำเร็จร้อยละ 44.44 Incidence of Communication error และ Incidence of Falling เป็น Patient Safety Goal ที่ยังไม่สำเร็จ อยู่ระหว่างการพัฒนา เนื่องจากเริ่มมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในปี 56 จากความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงที่สูงขึ้น ส่วนกลุ่มโรคที่มีการพัฒนาสำเร็จสม่ำเสมอ คือ HT, HIV แนวโน้มดีขึ้น คือ Asthma กลุ่มโรคที่อยู่ระหว่างพัฒนา เนื่องจากผลการปฏิบัติงานยังไม่สม่ำเสมอ คือ DM ที่เป็นผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ควบคุมการรับประทานอาหารได้ไม่สม่ำเสมอและการให้สุขศึกษายังไม่เหมาะสม ตามปัญหาเฉพาะบุคคล การพัฒนาระบบบริหารจัดการตามเข็มมุ่งทั้ง 2 ตัว คือ CMI และ อัตราครองเตียง ประสบความสำเร็จ จากการติดตาม ควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง

กราฟที่ 95 ร้อยละการใช้จ่ายงบประมาณตามแผน ≥ 90



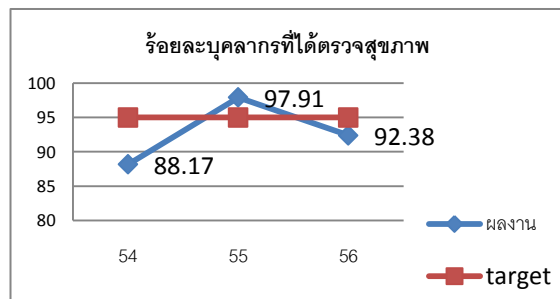
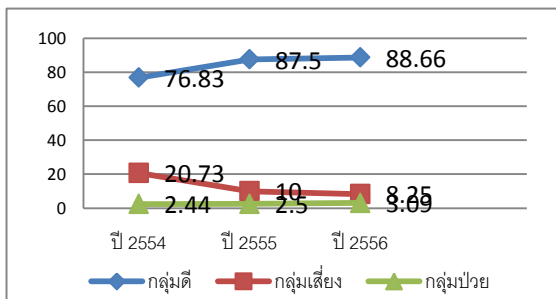
วิเคราะห์

ด้านการใช้งบประมาณตามแผน ในปี 54-55 พบใช้งบประมาณไม่ทัน จากการอนุมัติแผนปฏิบัติงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เจ้าหน้าที่ไม่ทำตามแผนงาน ทำให้ใช้งบฯ ไม่ทันตามแผน **จุดเปลี่ยน** มีการติดตาม การใช้งบประมาณในการประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน การเขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ ในไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ

7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านบุคลากร

กราฟที่ 96 แสดงสถานะสุขภาพทางกายจนท. เป้า กลุ่มดี >90, กลุ่มเสี่ยง <7, กลุ่มป่วย <3

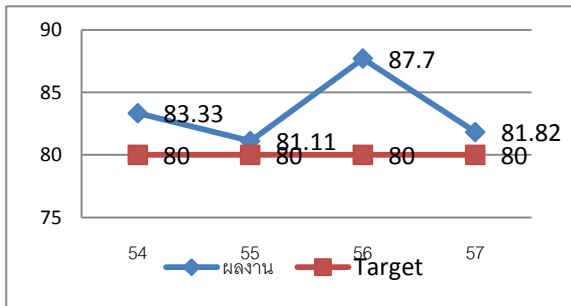


วิเคราะห์

สถานะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ มีแนวโน้มดีขึ้นกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพประจำปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2556 มีความครอบคลุมร้อยละ 92.38 ผู้ไม่มาตรวจสาเหตุจากเป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวที่ลาออกในระหว่างการตรวจ(3คน) เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ(4) และกลัวการเจาะเลือด (1) **กลุ่มดี** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการจัดให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดไขมันในเลือดสูง มีทีมออกกำลังกายจัดกิจกรรมส่งเสริมและกระตุ้นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ให้เจ้าหน้าที่เลือกประเภทการออกกำลังกายตามความเหมาะสม การประกวดขวัญใจรักสุขภาพเพื่อเป็นตัวอย่างบุคลากรที่เป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ **กลุ่มเสี่ยง**ปรับพฤติกรรมจนมีแนวโน้มลดลง พบเสี่ยงจากCholesterol สูง ปี 54-56 = 13,2,2 คน เสี่ยง DM ปี 54-56 = 4,6,6 คน วิเคราะห์พบสาเหตุในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนและกรรมพันธุ์ ภาวะ BMI เกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น วิเคราะห์พบสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากจังหวัดเป็นเมืองที่มีผลไม้รสหวานตามฤดูกาลหลากหลายหารับประทานได้ง่ายและบริโภคน้ำอัดลม**จุดเปลี่ยน**จัดทำโครงการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวาน และภาวะน้ำหนักเกิน ให้คำแนะนำการลดปัจจัยเสี่ยงการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก เปิดบริการโครงการคลินิกไร้พุง โดยจัดให้ความรู้ด้านเมนูอาหารที่ควรได้ในแต่ละมื้อ และมีตัวอย่างเมนูอาหารพร้อมทั้งให้ความรู้การบริโภคจัดทำใบบันทึกการรับประทานอาหาร จัดกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นหลังเวลา15.30-16.00 น. เช่น แอโรบิก วอลเลย์บอล แบคมินตัน ฮูลาฮูป ปั่นจักรยาน **กลุ่มป่วย** พบมีเจ้าหน้าที่ป่วย3 คน เป็น DM = 1 คน HT = 1คนDM/HT = 1คนให้เข้ารับการรักษาตามระบบการรักษาพยาบาล มีสวัสดิการด้านการรักษาโดยใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรง ในการรักษาพยาบาล มีกิจกรรม

เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยง แต่เน้นการควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ติดตามทุก 3 เดือน

กราฟที่ 97 แสดงร้อยละเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความเครียดปกติเป้าหมาย >ร้อยละ 80

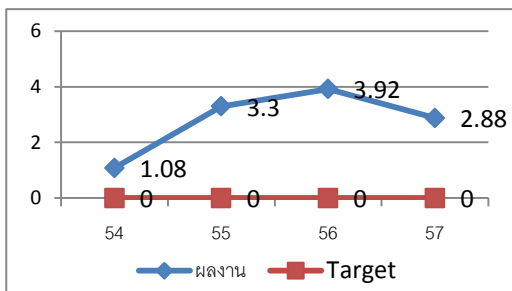


วิเคราะห์

สภาวะระดับความเครียดของเจ้าหน้าที่ พบว่ากลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทบทวน ในเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูง ปี 54-57 = 4.4, 3.2, 1.8, 18.18 พบสาเหตุที่เปิดเผยคือเรื่องเศรษฐกิจในครอบครัวของลูกจ้าง ไม่พบปัญหาเรื่องงาน ผู้บริหารสนับสนุนตามสาเหตุของปัญหา เช่น อบรมจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย กิจกรรมจัด

ดอกไม้ การจัดคลินิกให้คำปรึกษาในรูปแบบกายจิตสังคมแก่เจ้าหน้าที่ปี 56 จัดโปรแกรมความแข็งแรงในชีวิตรในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดสูงและสมัครใจ ผลลัพธ์พบว่าระดับความเครียดสูงมีลดลง และเพิ่มทักษะการปรับตัวที่เผชิญหน้ากับปัญหา ปี 56 มีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิตให้กับทุกกลุ่ม ได้แก่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต ภายในโรงพยาบาล เช่น การสวดมนต์ ฟังเทศน์ ตักบาตร ตลาดนัดเขาสุกิม กีฬาประจำปี กิจกรรมงานปีใหม่ไทยรดน้ำดำหัว กิจกรรมแก้กวยพรวันเกิดประจำเดือน กิจกรรมงานปีใหม่สากลกิจกรรมภายนอก รพ. เช่นการเลี้ยงอาหารกลางวันคนชรา กิจกรรมทำบุญไหว้พระ ปี 57 พบความเครียดในงาน

กราฟที่ 98 แสดงอัตราการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน เป้า 0



วิเคราะห์

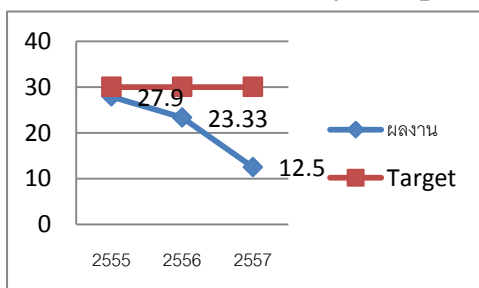
อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบได้ทุกปี ส่วนใหญ่เกิดจากถูกเข็มฉีดยาตำระหว่างบริหารยา ไม่ได้ใช้ one hand technique และกระป๋องปลดเข็มไม่ครบทุกหน่วยงาน ส่วนสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาเกิดจากการชำระชุดของอุปกรณ์เจาะเลือด และไม่ได้

ใช้ PPE การปรับเปลี่ยนจัดหากระป๋องปลดเข็ม เน้นการใช้ one hand technique ส่วนการสัมผัสสารคัดหลั่งปรับให้มีการใช้ PPE อย่างถูกต้อง พร้อมกำกับและติดตามประเมินผลทุกเดือน

อัตราการเจ็บป่วยจากการทำงาน ทบทวนพบการเกิดการติดเชื้อสุกใสขณะดูแลผู้ป่วย ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่ผู้ป่วยมีตุ่มน้ำใสขึ้น 2 วัน ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ปี 54-57 ไม่พบเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ TB

ด้านผู้รับบริการ

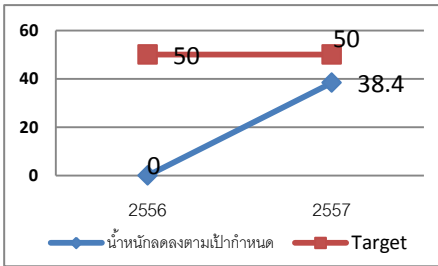
กราฟที่ 99 อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ สำเร็จ เป้า >= 30



วิเคราะห์ ผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ได้ มีแนวโน้มลดลง ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ทบทวน พบว่าสาเหตุเกิดจาก โรงพยาบาลมีการให้เฉพาะน้ำยาบ้วนปาก ในการช่วยอดบุหรี่ ผู้ป่วยความไม่พร้อมที่จะเลิกหรืออย่างจริงจังร่วมกับบางครั้งมีภาวะเครียด เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมเดิมที่มีเพื่อนสูบบุหรี่จึงกลับไปใช้บุหรี่อีก แผนพัฒนา ให้ Nicotine gum ร่วมกับน้ำยาบ้วนปาก และ เน้นการ

ให้สูขศึกษาเพื่อผู้ป่วยตระหนักถึงโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ ทุกราย วางแผนร่วมกับครอบครัวในการเลิกบุหรี่

กราฟที่ 100 อัตราการลดน้ำหนักสำเร็จในกลุ่ม BMI เกิน เป้า > 50

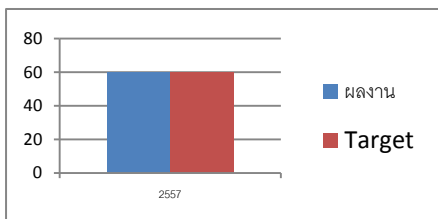


วิเคราะห์

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก DPAC มีเป้าหมายในการลดน้ำหนัก 0.5–1 กก. ต่อสัปดาห์ แต่สามารถลดได้ร้อยละ 38.4 ในรายที่ลดได้ 5 กก. มีการปรับเปลี่ยนเรื่องเวลาและปริมาณในแต่ละมื้อ และเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นก็สามารถปรับแก้ด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มที่ลดไม่ได้ สาเหตุ จากขาดความตระหนัก, วิถีชีวิตชอบรับประทาน

อาหารและผลไม้หวาน, ใช้อาหารสำเร็จงาน จุดเปลี่ยน ปี 57 ปรับรูปแบบกิจกรรม ตั้งเป้าหมายให้เหมาะกับวิถีชีวิต, เก็บข้อมูลโดยบันทึกชนิด ปริมาณและเวลาของการรับประทานอาหาร, กิจกรรมที่ใช้ร่างกาย แล้วนำมา ร่วมกันวางแผน ให้ทางเลือกแก่กลุ่มเป้าหมาย

กราฟที่ 101 แสดงอัตราผู้ป่วย DM ที่ SMBG มีระดับ FBS ลดลงเป้า ≥ 60



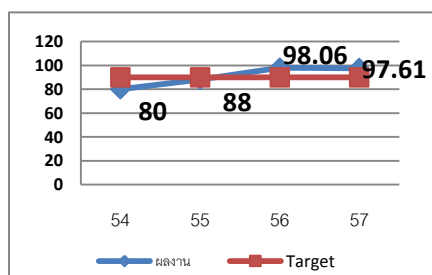
วิเคราะห์ ผู้ป่วยเบาหวานที่เจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองที่บ้าน (SMBG) และมีระดับ FBS ลดลงได้ตามเป้าหมาย จุดเปลี่ยน ส่งพบ case manager เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร intervention เมนูอาหารแลกเปลี่ยน และ Monitor ด้วยระบบ SMBG และการใช้ยาอย่างถูกต้องโดยการปรับการนัดติดตามผู้ป่วยที่ปรับยาเกิน

เป็นชนิด ทุกสัปดาห์ จนสามารถใช้งานได้ถูกต้อง

ด้านชุมชน

กลุ่มดี

กราฟที่ 102 ความครอบคลุมของการคัดกรอง DM/HT ประชาชน > 15 ปี

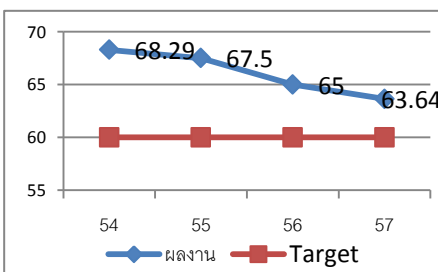


วิเคราะห์

การคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ > 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสาเหตุจาก กระบวนการคัดกรองโดยอสม. ซึ่งได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองและสามารถเจาะเลือดปลายนิ้วได้ ทำให้กลุ่มเป้าหมายในชุมชนสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองได้สะดวก รวมทั้งได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจเบาหวานจากกองทุน

หลักประกันสุขภาพ และในปี 2556 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจเบาหวานเพิ่มขึ้นจากกองทุนอื่น ๆ เนื่องจากมีการคืนข้อมูลการดำเนินงานให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยผ่านคณะกรรมการชุมชนได้รับทราบ และมีการนำเสนอเสนอเทศาในการบันทึกข้อมูลมาใช้ทำให้ทราบกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง และได้ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ดูแลติดตามให้ได้รับการตรวจคัดกรอง ส่งผลให้สามารถคัดกรองสุขภาพได้เพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 98.06

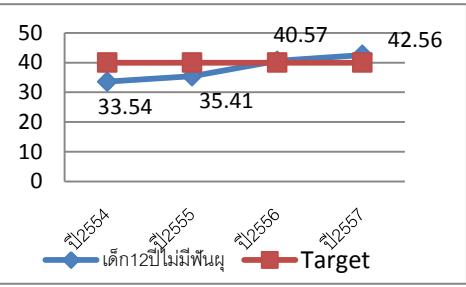
กราฟที่ 103 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน



วิเคราะห์

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน ปี 54-56 เกินค่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก มารดาที่ทำงานอยู่ในภาคอุตสาหกรรมมีมากขึ้น จึงต้องไปอยู่ต่างจังหวัดจุดเปลี่ยนมารดาที่

เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรเองได้เพิ่มการติดตามให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย อสม. และแกนนำสายใยรักแห่งครอบครัว ส่งเสริมให้แม่ที่ทำงานนอกบ้านมีความรู้และเจตคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการบีบเก็บน้ำนม

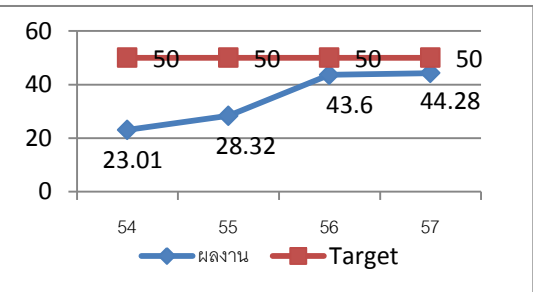


วิเคราะห์

เด็กอายุ 12 ปี ไม่มีโรคฟันผุ/ค่าเฉลี่ย DMFT ไม่มากกว่า 1.5 ซี/คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทบทวน ปี 54 พบว่ายังไม่ได้ผลตามเป้าหมายเนื่องจากการเคลื่อนหลุมร่องฟันในเด็กชั้น ป.1 ที่มีฟันกรามซี่แรกขึ้น แต่ไม่มีการติดตามต่อเนื่องทำให้เมื่อถึงอายุ 12 จึงพบค่า DMFT สูงขึ้น จุดเปลี่ยน ปี 55 ให้บริการเคลื่อนหลุมร่องฟันและตรวจ

รักษาต่อเนื่องทุกชั้นเรียน ตั้งแต่ชั้น ป.1 จนถึง ป.6, จัดบริการรถรับส่งนักเรียน, อบรมครู/ผู้ดูแลเด็กให้ตรวจฟันเด็กเบื้องต้น หากพบความผิดปกติ แจ้งผู้ปกครองให้พาเด็กมารับบริการ ปี 56-57 ได้ผลงานเกินเป้าหมาย

กราฟที่ 105 แสดงผู้สูงอายุมีฟันแท้ / ฟันเทียมที่ใช้เคี้ยวอาหารได้ > 50%

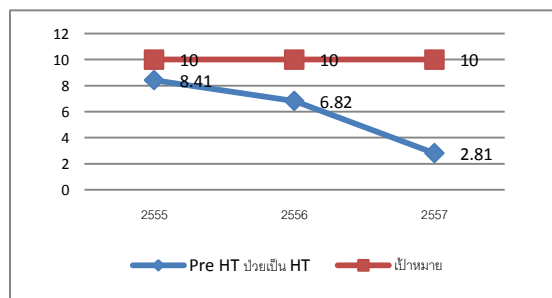


วิเคราะห์

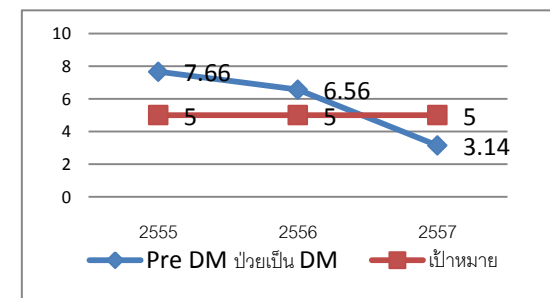
ผู้สูงอายุมีฟันแท้ / ฟันเทียมที่ใช้เคี้ยวอาหารได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยกลุ่มงานทันตกรรมวางระบบการสำรวจ ให้ความรู้ในรายที่ฟันยังใช้งานได้ ส่วนรายที่ไม่มีฟันใช้ระบบนัดทำฟันเทียม ครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งอำเภอปีละ 2 ครั้ง ทบทวนพบเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรองสุขภาพช่องปากและมีปัญหาสุขภาพช่องปากยังไม่เข้าถึงบริการ ส่วนรายที่นัดเข้ารับบริการเพื่อเตรียมสภาพช่องปากและทำฟันเทียม ใช้ระบบติดตามร้อยละ 100 ปี 2554 มีทันตแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 2 คน สามารถทำฟันเทียมให้ผู้สูงอายุมากขึ้น พบว่าระยะเวลาการรอคอยทำฟันเทียม ประมาณ 1-2 เดือนทุกราย

กลุ่มเสี่ยง

กราฟที่ 106 Pre HT ป่วยเป็น HT เป้า < 10



กราฟที่ 107 Pre DM ป่วยเป็น DM เป้า < 5 วิเคราะห์

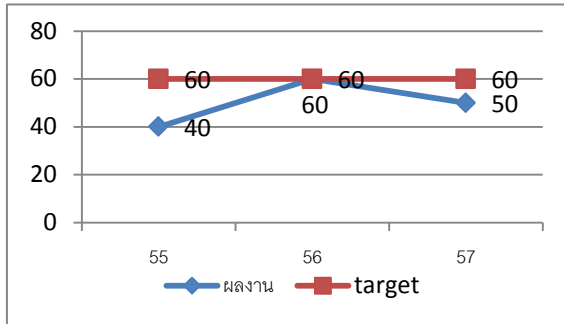


กลุ่ม Pre-DM ป่วยเป็น DM และ Pre-HT ป่วยเป็น HT มีแนวโน้มดีขึ้น ได้ตามเป้าหมาย ทบทวนจากการวางระบบในปี 55 มีการแบ่งกลุ่มเสี่ยงเป็น 3 ระดับคือเสี่ยง, เสี่ยงสูงและสงสัยรายใหม่ เพื่อจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมแต่ละกลุ่ม กรณีเสี่ยงสูงและสงสัยรายใหม่ติดตามทุก 2 เดือน 6 ครั้ง ปี 55 จัดตั้งคลินิก DPAC ประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนการสูบบุหรี่การดื่มสุราและการจัดการความเครียด รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการปี 56 มีนวก.(วิทยาศาสตร์การกีฬา) ให้บริการร่วมวิเคราะห์ ออกแบบ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของกลุ่มเสี่ยง มีสมุดบันทึกประจำตัวและ

ติดตามประเมิน ทุก 1 เดือนใน 3 เดือนแรกและเดือนที่ 6 โดยวิธีต่างๆเช่นนัดที่จุดบริการ ส่งจดหมาย โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน แจงผลการประเมินให้แก่กลุ่มเสี่ยง กรณีกลุ่มเสี่ยงมีการติดตามซ้ำในปีถัดไป

กลุ่มป่วย

กราฟที่ 108 แสดง DM Poor Control ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีระดับน้ำตาล ห้อยกว่า $140 \text{ mg/dl} \geq 60$



วิเคราะห์

การเยี่ยมผู้ป่วย DM Poor Control มีแนวโน้มดีขึ้น ยังไม่ได้เป้าหมาย ปี 54 เยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 5 รายไม่ได้ ติดตามผล DTX หลังการเยี่ยม และมีการส่งต่อข้อมูลไม่ ครบถ้วน ทำให้การเยี่ยมไม่ประสบความสำเร็จ ปี 2555 ได้มี การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านโดยนำทีมสหวิชาชีพเข้า มาร่วมด้วย พบปัญหา care giver ไม่มีความรู้ในการประกอบ

อาหาร วิธีชีวิตการรับประทานอาหารประจำวัน เช่น แกงกะทิ รสหวาน ให้ความรู้โดยใช้ชุด Model อาหาร แลกเปลี่ยนในชุมชนและใช้ความร่วมมือกับอสม.ในการติดตามที่บ้าน ปี 57 ปรับระบบการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ OPD case ด้วย criteria ฉีด Insulin ครั้งแรก $\text{FBS} \geq 180 \text{ mg\%}$ 3 ครั้งติดต่อกันตามนัดเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ บ้านตามวิถีชีวิตและปี 57 มีพยาบาล Nurse case manager DM 1 คน