



โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital

คู่มือปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน

โรงพยาบาลมหาสารคาม

คำนำ

โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการนำนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมาแปลงเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานระดับพื้น และยังเป็นหน่วยงานกลางในการนำนโยบาย แนวทางขององค์กรเผยแพร่เชื่อมโยง บูรณาการ กับส่วนราชการต่างๆที่เกี่ยวข้อง อีกด้วยดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางอันจะเป็นการตอบสนองต่อภารกิจหลักขององค์กร คณะกรรมการจัดทำมือปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำคู่มือนี้ขึ้น เพื่อให้ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ และสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน สอดคล้องกับแนวทางและวัตถุประสงค์ของนโยบายการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผลที่กำหนดไว้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม ในการดำเนินการตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเกิดประสิทธิผล คุณภาพประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

สารบัญ

ภารกิจหลัก

คู่มือการปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก

คู่มือการปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คู่มือการปฏิบัติงานเฉพาะโรค

คู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

คู่มือการปฏิบัติงานเวชระเบียน

ภารกิจสนับสนุน

คู่มือการปฏิบัติงานสารบรรณ

คู่มือการปฏิบัติงานพัสดุ

คู่มือการปฏิบัติงานธุรการทั่วไป

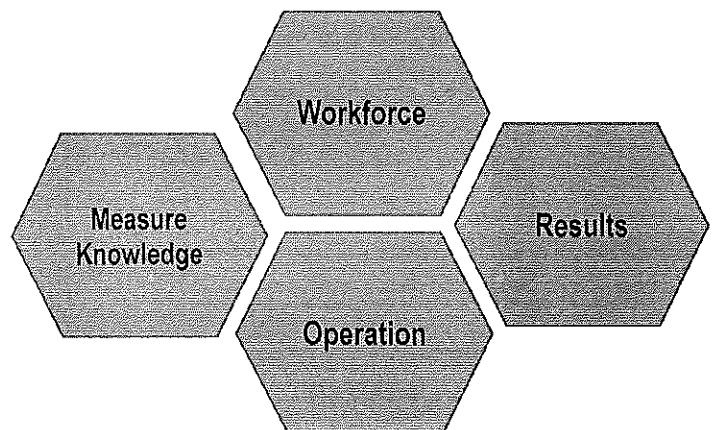
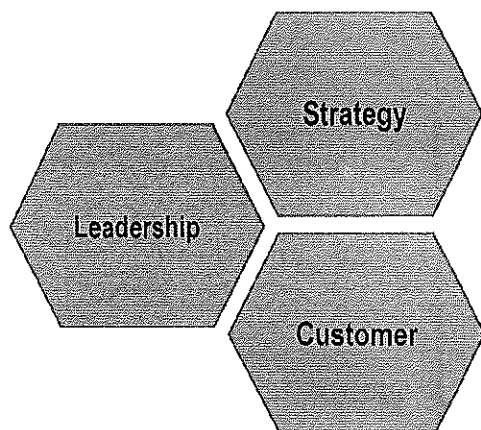
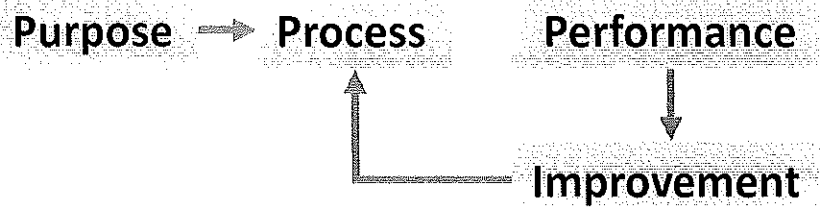
ข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน

(Service profile)

หน่วย/บริการ/ระบบ (ชื่อหน่วยงาน)	ผู้ป่วยนอก 2
โรงพยาบาล/องค์กร	โรงพยาบาลมหาสารคาม

วัตถุประสงค์ของเอกสารชุดนี้

- เพื่อสื่อสารทิศทางขององค์กร
- เพื่อทำความเข้าใจมาตรฐาน HA อย่างเชื่อมโยง
- เพื่อสรุปบทบาทและผลงานของทีม



หน้าที่และเป้าหมาย&ประเด็นคุณภาพสำคัญ HAI-1.1ก(1). I-2.2ก(2)(5)	
วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง
พันธกิจขององค์กร	1) ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ 2) จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
ความมุ่งหมาย (หน้าที่ &เป้าหมาย)	ให้บริการผู้ป่วยนอก ด้านอายุรกรรม ด้านสูติ-นรีเวช และด้าน โสต ศอ นาสิก ด้วยความเชี่ยวชาญ ครอบคลุมด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู ตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับเครือข่ายด้วยความถูกต้องเหมาะสม(Appropriate)ทั้งการดูแลและการรักษาตรงเวลา (Timeliness) เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย (Safety)ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้ (effective) และเกิดความพึงพอใจ (people center)

มิติคุณภาพ/ประเด็นคุณภาพสำคัญในเป้าหมาย	ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมาย
Patient /People centerใส่ใจ ให้เวลา รับฟัง ทำความเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ > 80% ทีมสหวิชาชีพ ไม่มีข้อร้องเรียน จำนวนข้อร้องเรียนเป็น 0 ครั้ง
Appropriate (เหมาะสม) การดูแลและการรักษาถูกต้อง เหมาะสม	ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญเช่น SIEMI Stroke Sepsis DM TB CKD > 95 % ร้อยละการปฏิบัติตาม WI ,CPG > 95 % ร้อยละMiss Diagnosis / Delay diagnosis 0 %
Effectiveness (ประสิทธิผล) ผลลัพธ์ดี ผิดพลาดน้อย ทำซ้ำน้อย	การเข้าถึงบริการมีประสิทธิภาพ Pre hospital In hospital Post hospital การส่งต่อข้อมูลสำคัญเชื่อมโยงเครือข่ายเป็นระบบ และมีการติดตาม ร้อยละ การเกิด Miss Diagnosis 0% อุบัติการณ์การ การคัดกรองผิดพลาด 0 ครั้ง
Efficiency(ประสิทธิภาพ)	Re-visit in 72 hr = 0%

Safety (ปลอดภัย)	อาการทรุดลงขณะรอตรวจ = 0 ครั้ง การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน = 0 ครั้ง Medication Error= 0 ครั้ง Un-plan CPR = 0 ครั้ง
------------------	--

แผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัดของหน่วยงาน
1) พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย	การเข้าถึงที่มีประสิทธิภาพ Re-visit ลดลงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพอาการทรุดลงลดลง อุบัติการณ์การ การคัดกรองผิดพลาด 0 ครั้ง
2) เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน	อัตรากำลังเหมาะสมกับภาระงาน
3) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	การปฏิบัติตาม CPG.ในกลุ่มโรคสำคัญ ร้อยละการปฏิบัติตาม WI , CPG > 95 %

ขอบเขตบริการ

ครอบคลุม	ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค 13 คลินิก แบ่งเป็น 1.ด้านอายุรกรรม ได้แก่ คลินิก เบาหวาน คลินิกหอบหืดผู้ใหญ่ คลินิกโลหิตวิทยา คลินิกทางเดินอาหารและตับ คลินิกวาร์ฟาริน คลินิกโรคไต และคลินิกต่อมไทรอยด์ 2.ด้านโสต ศอ นาสิก ได้แก่ คลินิกนอนกรน คลินิกหู-คอ-จมูก คลินิกตรวจการได้ยิน 3.ด้านสูติ-นรีเวชกรรม ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์คลินิกสูติ-นรีเวชคลินิกนมแม่ ให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูครบทั้ง 4 มิติ
----------	--

ลักษณะสำคัญของผู้รับบริการ	(ความต้องการที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้รับบริการพิจารณาจากโรค) 1. เด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2. ผู้มีปัญหาด้านการได้ยิน 3. ผู้ป่วยเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ 4. หญิงตั้งครรภ์ 5. โรคภายในเฉพาะสตรี 6. คู่สมรสที่มีปัญหามีบุตรยาก/เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 7. คู่สัมผัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
----------------------------	--

ทรัพยากร(ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือเทคโนโลยีสถานที่)

ทรัพยากร	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
บุคลากร	แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม13 คนแพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก 4 คน แพทย์เฉพาะทางสูติ-นรีเวช 7 คน พยาบาล APNสาขาผู้สูงอายุ ดูแล กลุ่มโรคเบาหวาน 1 คนปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ1 คนปริญญาโท สาขาการพยาบาลผดุงครรภ์1คน พยาบาลเฉพาะทาง NCMDM HT 4คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน พยาบาลเฉพาะทางสูติ-นรีเวช 3 คน	1. พยาบาลไม่เพียงพอ เมื่อมีการลา อัตรากำลังขาด 2. ผ่านการอบรมเฉพาะทางไม่ครบทุกคน 3. ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนแล้ว ไม่สามารถไปอบรมหลักสูตร เฉพาะทางในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานใน ปัจจุบันได้
เครื่องมือ เทคโนโลยี	มีเครื่องมือพิเศษเพียงพอ	เครื่องมือใช้ร่วมกันและไม่เพียงพอ
สถานที่	ให้บริการหลายคลินิกในบริเวณเดียวกัน	ห้องทำหัตถการไม่มีต้องทำในห้องตรวจ ที่นั่งแออัดไม่พอสำหรับญาติและผู้ป่วย ห้องสุขาไม่พอใช้

ปริมาณงานที่สำคัญ

คลินิก	ปีงบประมาณ			
	2560	2561	2562	2563
คลินิกฝากครรภ์	9,785	8,809	8,435	8,873
คลินิกสูติ-นรีเวช	11,117	10,513	11,485	10,838

คลินิก	ปีงบประมาณ			
	2560	2561	2562	2563
คลินิกนมแม่	3,542	3,425	3,277	18,647
คลินิกหู-คอ-จมูก	15,641	16,976	17,304	12,386
คลินิกเบาหวาน	18,256	20,998	22,758	20,103
คลินิกหอบหืดผู้ใหญ่	2,614	2,203	2,322	2,455
คลินิกโลหิตวิทยา	1,114	1,107	967	846
คลินิกทางเดินอาหารและตับ	335	718	984	1061
คลินิกผิวหนัง	3,938	3,214	2,536	3,626
คลินิกโรคไต	2,757	2,644	2,787	2,561
คลินิกต่อมไทรอยด์			เปิด18ต.ค. 62	943
รวม	69,099	70,607	72,855	82,339
เฉลี่ยต่อวัน	589	605	609	650

การใช้ประโยชน์ค่านิยมหลักHAI-1.1ก(1)

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติ ประจำ
MSKH M (Mastery เชี่ยวชาญมีคุณธรรม)	1. Value on staff (ให้ความสำคัญของบุคลากร) 2. Individual commitment (การตกลงร่วมกัน) 3. Teamwork (การทำงานเป็นทีม) 4. Ethic & professional standard (จริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ) 5. Community responsibility (รับผิดชอบต่อสังคมในภาพรวม)	1. ส่งบุคลากรเข้ารับนโยบายองค์กรและถ่ายทอดในหน่วยงาน 2. ทบทวนการทำงาน เช่น Trigger tool คนไข้ Bed ridden on silver tube ตั้ง silver tube ขณะรอตรวจหลังประเมินอาการ ส่งผิดหน่วยงาน นำมาทบทวน พัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน 3. มีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด ทันตกรรม และแพทย์แผนไทย เช่น การวางแผน

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติ ประจำ
		การดูแลรักษาร่วมกันในกลุ่มโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น 4.การปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มี CPG กลุ่มโรคสำคัญ และ WI ในการปฏิบัติงาน มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด เช่น การไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย , Inform consent 5.แยกขยะสารเคมี ขยะติดเชื้อให้ถูกต้อง ทั้งเข็ม Insulin ที่ใช้แล้ว ลงถังถูกต้อง
S (Safety service systems มุ่งบริการปลอดภัย มีมุมมองเชิงระบบ)	1.Visionary leadership (การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์) 2.Systems perspective (มุมมองเชิงระบบ) 3.Agility (ความยืดหยุ่น) 4.Focus on health (การมุ่งที่ภาวะสุขภาพ) 5.Management by fact (การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง) 6.Continuous process improvement (กระบวนการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง) 7.Focus on results (การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และการสร้างคุณค่า)	1.ยึดเป้าหมายขององค์กรเป็นหลักในการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล 2.ทบทวนความเสี่ยง ตัวชี้วัด นำปัญหาปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือ 3C-PDCA/3P เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ 3.การจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของกลุ่มผู้ป่วยทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ชับซ้อน ไม่ซ้ำซ้อน และผู้ป่วยที่ถูกเดินและไม่ถูกเดิน 4.Complication อาการทรุดลงระหว่างการรอตรวจ Miss diagnosis , Delay diagnosis , Un-plan CPR 5. มีการทบทวนตัวชี้วัดทุก 3 เดือนและนำตัวชี้วัดที่ไม่เป็นตามเป้าหมายมาติดตามอย่างสม่ำเสมอ
K (Knowledge ใฝ่ความรู้มีความรู้ สร้างความรู้ใหม่ เผยแพร่ความรู้)	1. Learning (เรียนรู้ระดับองค์กร เรียนรู้ระดับบุคคล) 2. Evidence-based approach (หลักฐานวิชาการ)	1. Case Conference, Clinical teaching ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ใช้จุดแข็งขององค์กรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา พัฒนา competency พยาบาล

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติ ประจำ
	3. Creativity & innovation(ความคิดสร้างสรรค์ และการจัดการเพื่อนวัตกรรม)	2. มีการนำปัญหามาทบทวนและปรับปรุง โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Visual Managementการใช้สัญญาณเตือน การจัดระบบใหม่ การทำ WI 3.ส่งเสริมการคิดนอกกรอบ
H (Humanized มีหัวใจความเป็นมนุษย์)	1.Patient &customer focus (การมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยและการจัดการเพื่อนวัตกรรม) 2.Empowerment (การเสริมพลัง)	1.มีการประเมินความพึงพอใจหลากหลายช่องทาง มีการนำข้อร้องเรียนมาตอบสนอง เช่น ผู้ป่วยร้องเรียนเรื่องความเป็นส่วนตัวในการซักประวัติทางสูตินรีเวช จึงได้มีการปรับปรุงพื้นที่บริการให้มีความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยสูตินรีเวช2.มีระบบเจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีการทำ SMBG ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวาน un-control 3.มีการติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่ายพื้นที่เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย 3ส.2อ.

ความรับผิดชอบต่อสังคมHAI-1.2ก(3), I-1.2ข, I-1.2ค

	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
กฎหมาย	พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1.เคารพ คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 2.พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแล 3.การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ

	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
	กฎหมายวิชาชีพ	
กฎระเบียบ	จรรยาบรรณวิชาชีพ กฎระเบียบปฏิบัติต่างๆของ โรงพยาบาล	1.ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับและกรอบ ของจรรยาบรรณวิชาชีพ 2.ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงพยาบาล เช่น การแต่งกายของ บุคลากร การติดป้ายชื่อ
มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานโรงพยาบาล(HA)	1.ใช้มาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน 2.ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล (HA)
ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม	การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การใช้ความรุนแรง	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วยตามมาตรฐานการ ดูแล 2.การติดป้ายห้ามถ่ายภาพ 3.การให้ความรู้ ช่อมแผนรับความ รุนแรง
ความห่วงกังวลของสาธารณะ	1.การคัดแยกและการทิ้งขยะที่ถูก 2.ต้องการบำบัดน้ำเสีย3.ความเสมอ ภาคของการเข้าถึงบริการ กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการ สื่อสาร	1.มีระบบการแยกขยะที่ถูกต้อง 2.มีมาตรฐานการแยกขยะ ขยะติดเชื้อ ขยะกลุ่มสารเคมี และขยะทั่วไป 3.มีช่องทางการดูแลพิเศษสำหรับเด็ก และผู้สูงอายุ
Openness	1.มีนโยบายการรักษาความลับของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยคดี	1.ปฏิบัติตามนโยบายคู่มือ แนว ปฏิบัติการรักษาความลับของเวช ระเบียนผู้ป่วย
การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	1.นโยบายประหยัดพลังงานน้ำ ไฟฟ้า ลดการใช้กระดาษ	1.ปฏิบัติตามนโยบาย การปิดอุปกรณ์ ไฟฟ้าที่ไม่จำเป็น 2.การใช้วัสดุ อุปกรณ์แบบ FIFO
การรักษาสิ่งแวดล้อม	1.ลดการใช้ถุงพลาสติก	1.การใช้ถุงผ้าเบ็กของที่ Supply กล่อง

	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
	2.การคัดแยกขยะ	ใส่ mask ขนาดต่างๆพกขวดน้ำ ปั่นโต/ กล่องสำหรับใส่อาหาร การใช้ถุงผ้ารับยา 2.คัดแยกขยะติดเชื้อ 3.ปฏิบัติตามนโยบาย 5 ส.
ประเด็นจริยธรรม	1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก แนวทางการรักษา	1.ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ WI 2.กรณี ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการรักษาให้ ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกวิธีการรักษา
การเกื้อหนุนสังคม	1.ตอบสนองตามสิทธิการรักษาผู้ป่วย 2.ด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา อย่างถูกต้อง 2.การร่วมออก พอสว. รณรงค์สาวไทย แก้มแดงรณรงค์สังคมนมแม่ การคัด กรองมะเร็งปากมดลูก เด็กและสตรีที่ถูก กระทำรุนแรง
การเกื้อหนุนเศรษฐกิจ	การติดตามค่าใช้จ่ายอย่างถูกต้องและ เหมาะสม	มีแนวปฏิบัติการคิดค่าใช้จ่ายตามศูนย์ ประกันสุขภาพ

การสนับสนุนกลยุทธ์ขององค์กรHA I-2.1

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง	ให้บริการผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรม สูติ-นรี เวช และโสต ศอ นาสิก ครอบคลุมด้านการ รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู ตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับเครือข่ายด้วย ความถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว (Time liness) เพื่อให้ผู้รับบริการ ปลอดภัย

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
		(Safety) และเกิดความพึงพอใจ (people center)) มีศักยภาพในการรักษาเทียบเท่าโรงพยาบาลระดับสูงมี fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ, มีการใช้ EVB CPG, มีเครือข่ายบริการสุขภาพ
พันธกิจขององค์กร	1. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ 2. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์	ให้บริการผู้ป่วยนอก ด้านอายุรกรรม สูติ-นรีเวช และโสต ศอ นาสิก ครอบคลุมด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นสถานที่ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล
ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	1. มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม สูติ-นรีเวช และโสต ศอ นาสิก 2. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน service plan สาขา NCD สาขาสูติกรรมเชื่อมโยงพัฒนาเครือข่าย 3. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 4. เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ พยาบาล เภสัช เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด โภชนาการ ฯลฯ 5. นโยบายเมืองสมุนไพร	1. ร่วมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตาม service Plan , Fast Track 2. มีระบบนัดผ่านระบบ IT Smart OPD ตู้คิวอัตโนมัติ เครื่องวัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูงอัตโนมัติ 3. จนท. ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	1. Smart Hospital พัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ความ	1. ลดความแออัด การนัด F/U เหลื่อมเวลา การรับยาที่ร้านยานอกรพ. ร้านยาชุมชน

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
	แออัด เพิ่มความพึงพอใจ 2. ลดตายและลดภาวะแทรกซ้อนในโรคที่สำคัญ 3. ไม่มี Medication error ระดับ E ขึ้นไป 4. AMR Antimicrobial resistance ล้างมือ 5. TB ป้องกันแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มการคัดกรอง กินยาครบ ลดตาย	2. ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ WI CPG กลุ่มโรคสำคัญ 3. พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ สร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กร โดยมีแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเป็นแกนนำ และมุ่งพัฒนาความรู้บุคลากรในองค์กร เมื่อเกิดปัญหาจากการทำงาน นำปัญหานั้นเข้าสู่กระบวนการจัดการความรู้ด้วยการทำ MM conference , Interesting case , KM การทบทวนความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้อง และ Update ความรู้ใหม่ๆ เรียนรู้วิธีการใช้และรักษาอุปกรณ์ใหม่ๆ ที่ทันสมัยที่มีใช้ในหน่วยงาน 4. ลดการติดเชื้อ รณรงค์การล้างมือ 5. จัด Zoning การคัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติตามแนวทางการย้ายห้องแยก ตึกเฉพาะโรค
โอกาสเชิงกลยุทธ์	1. นโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุข (New Public Management : NPM) 2. Digital Transformation 3. ภาควิชาเครือข่ายร่วมเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาโรงพยาบาล	1. การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งฝึก เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา เป็นแหล่งฟื้นฟูความรู้ ให้กับแพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และ รพช. ที่เป็น Node 2. ลดระยะเวลารอคอย Smart OPD 3. พัฒนาความสามารถของบุคลากรในการให้คำปรึกษาและการดูแลติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Intensive ร่วมกับเครือข่ายชุมชน

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
สมรรถนะหลักขององค์กร	1. มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาทุกสาขา และเชื่อมโยงเครือข่ายระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิ ครอบคลุมทุกเครือข่าย 2. มีการบริหารจัดการระบบงานสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพ 3. มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้	1. มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในกลุ่มโรคต่างๆ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่มีภาวะวิกฤตและไม่วิกฤต 2. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ EVB มาตรฐานวิชาชีพ เชื่อมโยงเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ มีกิจกรรมทบทวนโดยใช้ 12 กิจกรรม ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและนำมาพัฒนาคุณภาพโดยใช้ 3C-PDCA/3P 3. ส่งเสริมงานวิจัย นวัตกรรม ด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนในเวทีมหกรรมคุณภาพ ของโรงพยาบาล จังหวัด เขต และประเทศ รวมถึงมีการถอดบทเรียนของความสำเร็จ 4. เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล
ความร่วมมือกับภายนอก	1. เป็นสถาบันผลิตแพทย์ระดับปริญญา ในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (Undergraduate) 2. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและสาขาต่างๆ	1. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของ นศพ. ปี5 Extern ปี6 Resident เฉพาะทางด้านอายุรกรรม สูติ-นรีเวช โสต-ศอ นาสิก 2. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและสาขากายภาพบำบัด

การถ่ายทอดจุดเน้นที่การปฏิบัติและกลยุทธ์HA I-1.1ค(3) , I-2.2ก(2)

เข็มมุ่ง/จุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ	การตอบสนองและผล
SMART" 1.Smart Hospitalพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มความพึงพอใจ 2.Medication Error (ลด Medication Error ระดับEขึ้นไป) 3.AMR (ล้างมือ) 4.TB (ป้องกันแพร่กระจาย,เพิ่มคัดกรอง,กินยาครบ,ลดตาย)	กำหนดจุดเน้นให้สอดคล้องกับ รพ. PCT 1. ลดความแออัดโดยการจำกัดจำนวนนัด การนัดเหลื่อมเวลา การมีคลินิกนอกเวลา ผลความแออัดมีแนวโน้มลดลง การรับยาร้านยาชุมชน การส่งยาให้ที่บ้าน 2. ลด Medication Error ระดับ Eปฏิบัติตามแนวทางการช้ประวัติแพ้ยา มีระบบเตือนแพ้ยาในโปรแกรมผู้ป่วย ผลไม่มีอุบัติการณ์ Medication Error ระดับ E 3. AMRรณรงค์การล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย มีจุดบริการ water less ให้แก่ผู้รับบริการทุกคลินิก และรณรงค์ให้มีการล้างมือสม่ำเสมอผลร้อยละการล้างมือ 98.80 4. TBคัดกรอง ช้กประวัติเพื่อค้นหา TB มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยTB แยกคลินิกตรวจ ผลไม่มีเจ้าหน้าที่ติด TB 5. นโยบาย New normal ล้างมือ Distancingผลเจ้าหน้าที่มีความตระหนัก ผู้ป่วยและญาติสวม mask ปฏิบัติได้ มีเจลล้างมือบริการตามจุดต่างๆ

แผนกลยุทธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง	การตอบสนองและผล
1.พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย 1.ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย 3 ด้านด้านอายุรกรรม 1.1 กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรค CKD กลุ่มโรค Asthma กลุ่มโรคหัวใจ โรคสมอง และหลอดเลือดที่ on ยา warfarin เป็นต้น ด้านสูติ-นรีเวช 1.2 กลุ่มโรคทางเพศสัมพันธ์ โรคทางสตรี หญิงตั้งครรภ์ ด้านโสต –ศอ นาสิก 1.3 กลุ่มโรคที่มีปัญหาด้านการกลืน การไถ่ยีน	1.การคัดกรอง 35 ปีขึ้นไป > 90% (94.48%) 2.การควบคุมน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 > 40% (32.33%) 3.การควบคุมความดันได้ดี BP ≤ 140/80 mmHg > 50% (65.25%) 4.Admit ด้วย Diabetic Emergency < 5% (3.75%) 5.Re-Admit ด้วย Diabetic Emergency < 1% (0.39%) 6.การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ > 90% (90%) 7. การส่งต่อ HHC > 90% (90%) 8.อัตราการใช้แบบประเมิน UAO 100 %
2.พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน 1.มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ การปฏิบัติตาม CPG ,CNPG ในกลุ่มโรคสำคัญ	กิจกรรมทบทวน นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ การทบทวน incident case 1.Grand round , Quality round ทบทวน 12 กิจกรรม เมื่อพบอุบัติการณ์ รายงานและบันทึกอุบัติการณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ 100 %

ความต้องการของผู้รับบริการHAI-3.1, I-3.2ก (1), I-6ก(1)

	ลักษณะของผู้รับบริการ	ความต้องการ
กลุ่มโรคสำคัญเช่น DM Asthma Hemato GI Warfarin CKD Endocrine Severe PIH CA cervixUAO	กลุ่มเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ	1.กลัวตาย อยากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหายกลับบ้านได้ 2.กลัวพิการ อยากหาย กลับไปทำงานได้ ไม่เป็นภาระครอบครัว 3.ปกปิดข้อมูล หายจากโรค 4.วัยรุ่นกลัวขาดเรียน กลัวพิการ 5.มารดาครอบครัว ลูกรอดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 6.ไม่คลอดก่อนกำหนด 7.หายปวด ต้องการมีบุตรอีก
กลุ่มอายุสำคัญ	1.ผู้ป่วยเด็กทั้งชายและหญิง 2.ผู้ป่วยวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุทั้งชายและหญิง	ได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
อื่นๆ		

ความต้องการของผู้รับบริการ (Customer Requirement)I-3.1	คุณลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์ (Service/Product Offering) I-3.2ก(1)	ข้อกำหนดของบริการ/ ผลิตภัณฑ์ (Service /Product requirement) I-6.1ก(1)
1.การดูแลที่เหมาะสม ตาม มาตรฐานวิชาชีพ มีความ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับ บ้าน	1.แพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง 2.อุปกรณ์ เครื่องมือสำคัญ เพียงพอ พร้อมใช้ 3.การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงเครือข่าย 4.ระบบการ monitor อาการทรุดลง โดยใช้ Early warning signของแต่ ละคลินิก	1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดูแล รักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2.ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายได้รับ การดูแลตาม CPG และแนว ปฏิบัติ CNPG 3. ลดความแออัด โดยการ Refer back ในผู้ป่วยที่อาการไม่ ซับซ้อน4.เชื่อมโยงการดูแล

	5.การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง โดยแพทย์ พยาบาลและสหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยผ่านระบบหมอครอบครัว ร่วมกับHHC 5.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความ เข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้
--	--	--

การใช้เสียงของผู้รับบริการเพื่อสร้างคุณค่าHAI-3.2ก(1),I-4.1ก(3)

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
คำร้องเรียน	เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการผ่านQR code, เขียนใบCCR, โทรศัพท์, ร้องเรียน ด้วยตนเอง เช่น ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การปรับปรุงที่เกิดขึ้น เช่น มีการ จัดบริการเฉพาะสตรี ห้องกล่อมเด็ก การจัดหาที่นั่งเพิ่ม
ข้อเสนอแนะ	เสนอแนะการสร้างห้องน้ำเพิ่มเติมห้องตรวจเพิ่ม เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ จึงไม่สามารถตอบสนองข้อเสนอแนะได้
ประสบการณ์ของ ผู้รับบริการ	1.ประสบการณ์ผู้ป่วย รอดรจนาน Smart Hospitalพัฒนาระบบบริการเพื่อ ลดความแออัด นั้ดระบบการเลื่อนเวลา รอรับยานาน การรับยาที่ร้านยาชุมชน 2.ห้องน้ำไม่สะดวกในการเปลี่ยนผ้าถุงตรวจภายในผู้ป่วยสูตินรีเวช จัดพื้นที่ บริการเฉพาะสตรี 3.ที่นั่งไม่เพียงพอการตอบสนองโดยการให้ข้อมูลขั้นตอนการบริการ และการจัด ที่นั่งเป็นสัดส่วน เพิ่มจำนวนเก้าอี้รอตรวจ แต่ละคลินิก

ประเด็นอื่นๆตามมาตรฐาน HA I-3.3, III-5

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
สิทธิผู้ป่วย	ให้ข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย ให้ข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ไม่ให้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ให้บริการตามสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย
ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	1.พระภิกษุ สามเณร ผู้ป่วยรณรงค์ เพลนอน จัดให้ตรวจก่อนในเวลาที่เหมาะสม 2.ผู้ป่วยอาการไม่คงที่เฝ้าระวังอาการ จัดให้ตรวจก่อน 3.ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เช่นผู้ป่วยเจาะคอ
การสร้างเสริมสุขภาพ	การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา มีระบบการส่งต่อมีแผนพับให้คำแนะนำ การสังเกตอาการ การเสริมพลัง/ฝึกทักษะ/เพื่อนช่วยเพื่อน

ความต้องการของลูกค้าภายในHA II-1.1ก(4)

ลูกค้าภายใน	ความต้องการ	การออกแบบหรือปรับปรุง/ ผลของตัวชี้วัดที่เฝ้าติดตาม (ถ้ามี)
แพทย์	การสื่อสาร การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์พร้อมใช้งาน มีเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง ที่เอื้อต่อการทำงาน การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย ช่วยทำหัตถการที่มีประสิทธิภาพ	การช่วยหัตถการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้ มีการเตรียมเอกสารที่ครบถ้วนผลการติดตามประเมินพบ ความพึงพอใจของแพทย์อยู่ในระดับดีมาก
พยาบาล	Competency , Safety ,ESB การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ	1.มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 2.มีการทบทวนอุบัติการณ์และหาโอกาสพัฒนา 3.ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดีผ่านกิจกรรม OD

เภสัชกร	ใบสั่งยาชัดเจนถูกต้อง การสื่อสาร การประสานงานที่ดี	ใบสั่งยาชัดเจนถูกต้อง ความพึงพอใจของการประสานงานอยู่ในระดับดีมาก
กายภาพบำบัด	ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน รวดเร็ว การประสานงานที่ดี	1.การส่ง Consult ตรวจเท้าเบาหวานไม่ซ้ำรายเดิมในระยะเวลา 6 เดือน ในรายที่ต้องเฝ้าระวัง 0 ครั้ง 2.การส่ง consult แพทย์เวชพื้นฟูจากการประเมิน Grade 4-5 ทุกราย 3.ความพึงพอใจของการประสานงานอยู่ในระดับดีมาก
โภชนาการ	1.Case ที่มีปัญหาเรื่อง Nutrition ที่ส่งผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาล หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต ถูกต้องครบถ้วน 2.หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหา Nutrition ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและความปลอดภัยของเด็กในครรภ์	1.การส่ง Consult รายที่มีปัญหา เรื่องการรับประทานอาหาร ร่วมกับการใช้ยา ไม่ถูกต้องทุกราย 2.หญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการคลินิกเบาหวานทุกราย และหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์แพทย์พิจารณาแล้วว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง 3.ความพึงพอใจของการประสานงานอยู่ในระดับดีมาก
LABและ ธนาคารเลือด	การสั่งตรวจ พิมพ์ ทุกรายการถูกต้อง การเก็บและส่ง Specimen คุณภาพ การ Patient Identify ถูกต้อง การIdentifyถูกต้อง	1.การพิมพ์คำสั่งLabผิดพลาด 2 ครั้ง 2.การส่งspecimen ผิดพลาด 0 ครั้ง 3.Patient Identify ผิดพลาด 0 ครั้ง
X-Ray	1.สั่ง X-Rayถูกต้อง ถูกคน ถูกคน ถูกตำแหน่ง ตรงตามการรักษาของแพทย์ 2.สั่งการตรวจผ่านระบบonline	ความคลาดเคลื่อน การระบุตัวผู้ป่วย 0 ครั้ง

	ถูกต้อง ชัดเจน	
หอผู้ป่วยใน	1.การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน 2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่จำเป็น เร่งด่วน ก่อนเข้าตึก 3.การนำส่งผู้ป่วย ระดับ 1-2 มี พยาบาลส่งต่อ	1.ความพึงพอใจของหอผู้ป่วยในการ ประสานงาน ดี 2.การประสานงานนำส่งผู้ป่วยผิดพลาด 0 ครั้ง
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่จำเป็น เร่งด่วน ก่อนเข้าห้องฉุกเฉิน 2.มีการนำส่งผู้ป่วย ระดับ 1-2 มีพยาบาลส่งต่อทุกราย	1.การประสานงานนำส่งผู้ป่วยผิดพลาด 0 ครั้ง

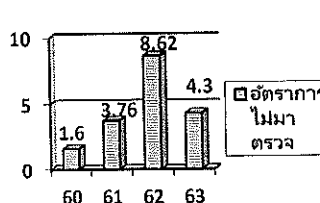
การวัดตามกลยุทธ์/เข็มมุ่งขององค์กรHAI-2.2ก(5), I-4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แผลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วย นอก>85%	ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอกปี2561-2563 คือ 88.51,81.12,79.98,83.50 ตามลำดับ จากการประเมินผล ความไม่พึงพอใจต่อการบริการของ ผู้รับบริการ พบว่า มีประเด็น ความไม่พึงพอใจหลัก 2 ประเด็น คือ ความไม่พึง พอใจด้านการบริการและ สิ่งแวดล้อม โดยแบ่งเป็น รายการต่างๆ ดังนี้ 1.ความสะอาดของสถานที่ ให้บริการภาพรวม	ข้อมูลด้านความสะอาด พบว่ามีอัตรา ความพึงพอใจลดต่ำลง ผู้บริหารได้ ดำเนินการติดตามทบทวนแนวทางการ ทำความสะอาดของศูนย์สะอาด พบว่า ไม่อยู่ในระดับความพึงพอใจรวมถึง จำนวนบุคลากรด้านนี้มีการลาออก รับ ใหม่อยู่ตลอดเวลา ทำให้การทำงานไม่มี ประสิทธิภาพ ในปี 2562 จึงได้จ้าง บริษัทด้านทำความสะอาดโดยตรงมารับ หน้าที่เพื่อจะได้ติดตามประเมินผลได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านระยะเวลา ให้บริการมีการนำระบบLEANมา วิเคราะห์ข้อมูล มีการนำระบบการนัด เหลื่อมเวลามาใช้เพื่อลดความแออัด

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แผลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
	2.ระยะเวลาการให้บริการ 3.ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งคอยรับบริการเป็นต้น	การนัดออนไลน์ การนัดหมายให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวกโดยไม่ต้องมารอในช่วงเวลาเดียวกัน การกำหนดจำนวนผู้ป่วยนัดที่เหมาะสมในแต่ละวัน ในปี 2564 ทางผู้บริหารจะทำการRenovate สถานที่ใหม่ จัดเส้นทางมารับบริการให้ไหลเวียนในทางเดียวกัน คาดว่าจะสามารถติดตั้งจุดน้ำดื่มเพิ่มเติม รวมถึงการปรับปรุงจำนวนห้องสุขาให้เพียงพอ
ร้อยละเวลาการรับบริการผู้ป่วยนอกลดลง>10%	ระยะเวลารอคอยปี2561-2563 คือ 158นาที,148นาที,144นาที ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มลดลง	จากการพัฒนาระบบบริการโดยใช้กระบวนการLEANทำให้ลดขั้นตอนการทำงานเช่นการศีก์เจาะเลือดเป็นชุด การลดเอกสาร ลดขั้นตอน โดยพัฒนามาจนถึงปี 2562มีการนำตู้คิวอัตโนมัติมาอำนวยความสะดวกในการรับบัตรคิว การลดขั้นตอนในการศีก์เจาะเลือดวันมาตรวจโดยให้มีการศีก์ล่วงหน้าได้ รวมถึงการเอกซเรย์ต่างๆ คลอดจนการเปิดคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการเพื่อเป็นทางเลือกลดการแออัดในเวลาราชการ ทำให้เวลารอคอยลดลงอย่างชัดเจน ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาต่อเนื่องโดยความร่วมมือกับศูนย์คอมพิวเตอร์ คือการพัฒนาโปรแกรมเครื่องวัดความดันโลหิตให้ส่งผลเข้าในระบบลดขั้นตอนการศีก์ข้อมูลและต่อไปจะมีการพัฒนาเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเป็นลำดับถัดไป

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แผลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี >40%	วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยนอกจากการให้คำแนะนำในการทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วพบว่าปัจจัยด้านการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทานยาไม่ถูกต้องทั้งเรื่องยาผิด การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่บ้านอย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติ จะส่งผลให้น้ำตาลในเลือดควบคุมได้ไม่ดี ร่วมกับเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2563 ได้มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) มากกว่า 1 เมตร ผลลัพธ์ไม่ผ่านเกณฑ์ 32.33% แต่แนวโน้มการควบคุม 3 ปีที่ผ่านมาดีขึ้น	Early detection เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำ MI (Motivational interview)โดยใช้ทักษะ BA (Beef Advice) RCA มีการเชื่อมโยงดูแลร่วมกับพื้นที่ มีการให้ผู้ป่วยทำ SMBG เพื่อประเมินตนเอง สามารถปรับยาฉีดอินซูลินเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี >50%	จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2563 ได้มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) มากกว่า 1 เมตร การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอกจากการให้คำแนะนำในการทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วพบว่าปัจจัยด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่บ้านอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การควบคุมความดันดีขึ้นถึงแม้จะมีสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผลลัพธ์ ผ่านเกณฑ์ 62.25%	Early detection เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำ MI (Motivational interview) โดยใช้ทักษะ BA (Beef Advice) RCA มีการเชื่อมโยงดูแลร่วมกับพื้นที่ มีการให้ผู้ป่วยทำ HBPM เพื่อประเมินตนเอง ป้องกัน การเกิดภาวะ HT urgency ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 >66%	สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเดือน มีนาคม – พฤษภาคม 2563 ได้มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) มากกว่า 1 เมตร ทำให้เกิดการชะลอกิจกรรมดำเนินงานในเชิงรุก รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในคลินิก ได้มีการลดความแออัด ทำให้การนัดผู้ป่วยเข้ามาคัดกรองจึงดำเนินการได้ในจำนวนที่จำกัด ผลลัพธ์ ไม่ผ่านเกณฑ์ 54.06%	จัดทำ โครงการรักษไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม ของบ้านดินดำ ตำบลเก็งอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามเพื่อชะลอไตเสื่อม พัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเขตอำเภอเมืองเกิดงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง อำเภอเมือง
อัตราการไม่มาตรวจของผู้ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ(เป้าหมาย =0) 	แนวโน้มลดลง	พัฒนาระบบการติดตามร่วมกับเครือข่ายดังนี้ 1. เครือข่ายภายนอก มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ 2. เครือข่ายภายใน ได้แก่ คลินิก 176 ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ห้องตรวจสุขกลุ่มตรวจสุขภาพ ห้องตรวจสุขภาพในกลุ่มที่มาตรวจสุขภาพ
Med ErrorsระดับEขึ้นไป=0ครั้ง	ไม่เกิด Med error ระดับ E	เฝ้าระวัง ทบทวนระบบสม่ำเสมอ

การวัดตามเป้าหมายของหน่วย/ บริการ/ ระบบHAI-4.1(ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย พึงพอใจ)

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แผลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
การคัดกรองผิดพลาด=0ครั้ง	ใช้แนวทางและใบคัดกรองของแต่ละกลุ่มโรค	เฝ้าระวัง ทบทวนระบบสม่ำเสมอ
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด=0 ครั้ง	Identify ทุกครั้ง	เฝ้าระวัง ทบทวนระบบสม่ำเสมอ
อาการทรุดขณะรอตรวจ= 1 ครั้ง	1.มีแนวทางปฏิบัติแต่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ไม่มีการส่งต่อข้อมูล 2.ขาดการนิเทศ กำกับติดตาม	1.มีการทบทวน 12 กิจกรรม รายงานความคลาดเคลื่อน รายงานความเสี่ยง 2.เพิ่มประสิทธิภาพของการนิเทศ กำกับ ติดตาม
Re Visitใน 72 ชม.=0ครั้ง	ไม่พบอุบัติการณ์การ Re-visit	การคัดกรองที่ผ่านการประเมิน อย่างมีคุณภาพ

การวัดเพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน.1ข(1), I-4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์ / แผลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
จำนวนข้อร้องเรียน = 5ครั้ง	ระยะเวลาารอตรวจนาน ห้องสุขา ไม่เพียงพอ มีกลิ่นเหม็น	1.Lean ระบบระยะเวลาารอคอย 2.ปรับปรุงสถานที่ตามแผนการ Renovate OPD ปี2564 3.ควบคุมกำกับพนักงานทำความสะอาด
การปลัดตกหกล้ม= 0 ครั้ง	ไม่พบอุบัติการณ์	เฝ้าระวัง เนื่องจากกลุ่ม ผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่า 60 %
Unplan CPR = 0 ครั้ง	ไม่พบอุบัติการณ์	เฝ้าระวัง หน่วยงานมีการซ้อม CPR ทุก 3 เดือน เนื่องจากเป็น

		กลุ่มโรคเฉพาะทางที่มีความเสี่ยง ร่วมกับเป็นผู้สูงอายุ
การส่งตรวจห้องปฏิบัติการ ผิดพลาด= 2 ครั้ง	ติด Sticker ชื่อสลับ tube	Identifyทุกครั้ง

การสร้างและใช้ความรู้ (EBM, KM, Research)

หัวข้อ/ โรค	Update Evidence ที่นำมาใช้ปฏิบัติ
	HA I-4.2ค(1), I-6.1ก(3), II-2
Stroke	แบบประเมินคัดกรอง โดยใช้ BEFAST
STEMI	แบบประเมินคัดกรอง STEMI Fast track
DM	แบบประเมินภาวะ Hypo – Hyperglycemia
TB	แบบประเมินคัดกรอง TB
COVID-19	แบบประเมินคัดกรอง COVID-19
UAO	แบบประเมินคัดกรอง UAO

กิจกรรมKM HA I-4.2ค (1)	ลักษณะการจัดกิจกรรมและตัวอย่างความรู้
CPR	มีการซ้อม CPR โดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยฉุกเฉิน โดยจัดการซ้อมทุกคลินิก หลังการซ้อมมีกิจกรรม การทบทวนการCPRได้แนวทางปฏิบัติ เช่น การระบุ หน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละคนในทีม ตำแหน่งการยืน อุปกรณ์ที่ควรมีเพิ่มเติม การตามทีมในช่วงรอยต่อ
LEAN การจัดการผล LAB ของคลินิกฝากครรภ์	มีการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาระงาน ความซ้ำซ้อนของ การติดตามและคัดลอกLabโดยสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้นวัตกรรมคือ โปรแกรม print LABลดการไปตาม

	ผลและการคัดลอก
คลิปVDOการสอนเป่าปอด	จากสาเหตุการตรวจสมรรถภาพของปอดโดยใช้เครื่อง Spirometry ผู้ป่วยมีปัญหาการทำไม่ได้และต้องทำการตรวจหลายๆครั้ง จึงได้จัดกิจกรรมโดยแพทย์ประจำคลินิก พยาบาล ฝ่ายผลิตสื่อการสอนของโรงพยาบาล หาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวที่บ้านก่อนมาตรวจ โดยจัดทำคลิป VDO ลง youtube ให้ผู้ป่วยเปิดดูก่อนมาตรวจตามนัดทำให้ตรวจได้เร็วขึ้น

การวิจัยHA I-4.1ค(1), II-1.1ก(5)	Key Findings และการนำมาใช้ประโยชน์
การเตรียมคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลมหาสารคาม	การได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมคลอดของหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่

การบูรณาการ (Integration) HA I-5.1ก(4), II-1.1ก(4)

บริการ/ กลุ่มผู้ป่วย	ลักษณะการบูรณาการ/ ประสานความร่วมมือ
การติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง	มีการติดตามและสื่อสารข้อมูลส่งต่อในกลุ่มบุคลากรระดับ รพ.สต. อำเภอ รพช.
ผู้ป่วยวัณโรค	ใช้แบบประเมินการคัดกรองTB บูรณาการกับกลุ่มโรคเบาหวาน
ผู้ป่วยเบาหวาน	การดูแลกลุ่มโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อน มีการทำตามมาตรฐานและใช้แนวทางเวชปฏิบัติเบาหวาน ปี 2560 ของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทันตกรรมและแพทย์แผนไทยภายใน มีการเชื่อมโยง

	การดูแลระหว่างหน่วยงาน GDM ดูแลร่วมกับ หน่วยงาน ANC ,type 1 DM ดูแลร่วมกันกับกลุ่ม งานเด็ก ภายนอก มีการเชื่อมโยงเครือข่ายโดยการ คืนข้อมูล เพื่อติดตามและประเมินผล สำหรับการ ดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
--	--

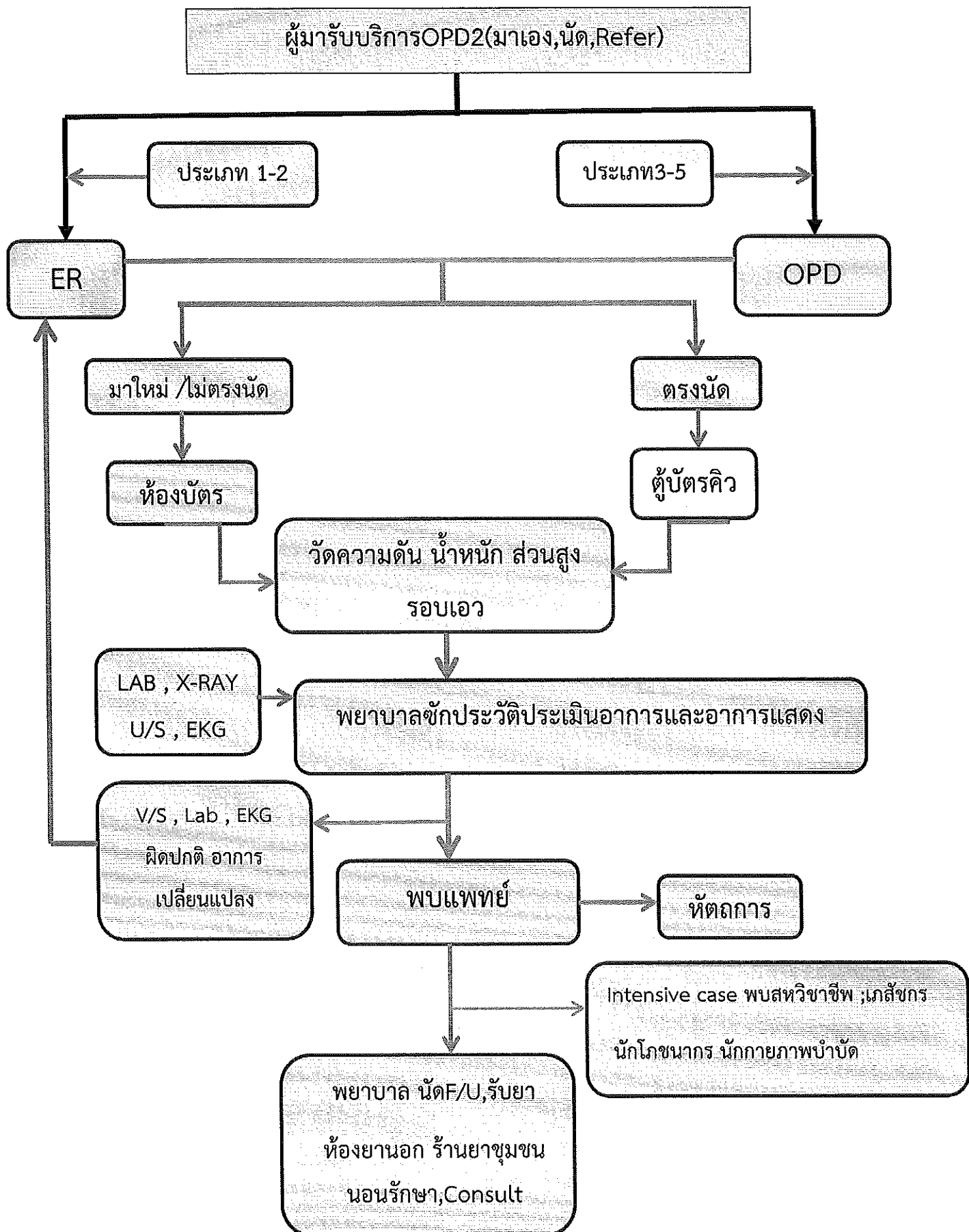
การตอบสนองต่อ Personnel Safety Goals HA I-5.1ค

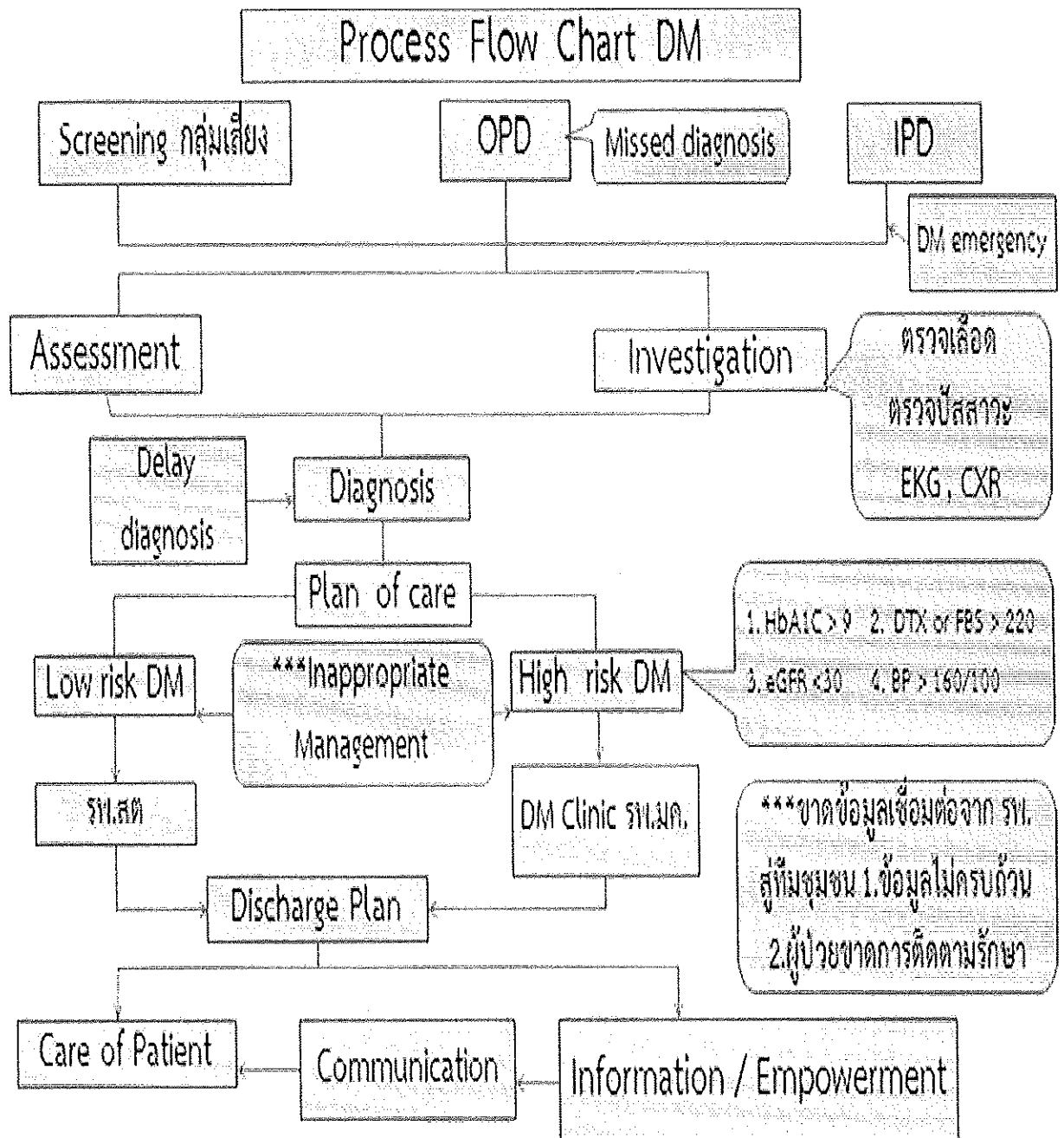
เป้าหมาย	สิ่งปฏิบัติ
S1 : Security α privacy of information	การไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
S2 : Social media α com. Professionalism	แนวปฏิบัติการใช้สื่อออนไลน์
I : ICP for workforce	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพประจำปี 100 %
M1 : Mental health(mindfulness , 2 victim ,burnout)	เสริมพลังเจ้าหน้าที่โดยจัดอบรม OD
M2 : Medication	แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
P1α2: Prevention of work-related disorder	Safe life Safe limb Safe function , prevention complication
P3 : Fitness for work	Morning health exercise
L1 : Ambulance α referral safety	อบรมร่วมกับงาน Refer
L2 : Legal issues	แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
E1 : Safe physical environment	5 ส.
E2 : Working condition	เชื่อมโยงเครือข่าย
E3 : Workplace violence	Guideline for Preventing Workplace violence in Hospital

ความผูกพันของกำลังคน HA I-5.1ค

ปัจจัย	การปรับปรุง
ผู้บังคับบัญชา	มีธรรมาภิบาล คุณธรรม จริยธรรม ระบบงานควรมีความยืดหยุ่น
เพื่อนร่วมงาน	การรับฟังความคิดเห็น เพื่อการพัฒนาระบบงาน
ความก้าวหน้าในอาชีพ	สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าใน วิชาชีพ
การได้รับการโค้ช (Coaching)	ได้รับการเรียนรู้จากผู้ประสบความสำเร็จ เพื่อใช้ ในการตั้งศักยภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนา ความสามารถของทีมในการปฏิบัติงานให้ได้ตาม เป้าหมายขององค์กร
พัฒนาการและการเรียนรู้	ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ตาม ความเหมาะสม
งานที่ท้าทาย	เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ทำงานที่ท้าทายอย่าง เหมาะสม
อิสระในการทำงาน	อิสระในการคิดวิเคราะห์ปรับปรุงระบบงานให้ เหมาะสมกับบริบท
งานมีคุณค่า	สร้างสรรค์ผลงานอย่างต่อเนื่อง
การยกย่อง	ขวัญและกำลังใจ
เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น	ยืดหยุ่นเหมาะสมตามความสามารถของบุคลากร
ผลตอบแทน	ค่าตอบแทนที่คุ้มค่า

กระบวนการทำงาน [Work Process] HA I-6.1ก (2)





การจัดกระบวนการ [Process Management] HA I-6.1ก,ข

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัววัด
การคัดกรอง	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองตามความเหมาะสม ของกลุ่มโรคที่ได้รับการถูกวินิจฉัย	1.คัดแยกผู้ป่วยตามคลินิกเฉพาะทางด้านอายุรกรรม ด้านสูติ-นรีเวช ด้านโสต ศอ นาสิก 2.คัดกรองด้านคลินิกและภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิด เช่น TB	1.ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก>85% 2.ร้อยละเวลาการรับบริการผู้ป่วยนอกลดลง>10%
Preparative phase (Assessment)	ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมิน ถูกต้องปลอดภัย	ซักประวัติ / ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งส่งตรวจภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคสำคัญ การประเมินความเสี่ยง	1.ร้อยละผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ
การเฝ้าระวังระหว่างการรอตรวจ	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิต	1.ประเมินความเร่งด่วนในการเข้ารับการตรวจ 2.ส่งต่อข้อมูลสำคัญในทีม เพื่อติดตามและเฝ้าระวังกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตามแบบประเมินกลุ่มโรค	Un-plan CPR
หลังตรวจDischarge Planning α Continuing care phase	ประเมินสัญญาณเตือนภาวะแทรกซ้อน การเข้าถึงสถานบริการ ชุมชนได้	1.ประเมินความรู้ ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตัว 2.ประเมินอาการตนเองที่มีความเสี่ยง สามารถ	Re-visit ภายใน 72 ชั่วโมง

		แก้ไขเบื้องต้นของอาการ นั้นได้ เช่น ผู้ป่วย เบาหวาน ที่มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ที่บ้าน สามารถแก้ไข เบื้องต้นได้ อาการไม่ดี ขึ้น สามารถแจ้งญาติ หรือผู้ดูแลไปรับการดูแล ที่สถานบริการใกล้บ้าน ได้	
--	--	---	--

ความเสี่ยงสำคัญ [Risk Profile] HA II-1.2ข(2,3)

การระบุความเสี่ยง Risk(Identification)

พิจารณาจาก	
โรค	PIH with Eclampsia UAO Cancer loss F/U DM Asthma Hemato GI Warfarine CKD Endocrin
หัตถการ	การใส่ท่อหลอดลมคอ การเจาะน้ำคร่ำ การเจาะ เลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ การตัดชิ้นเนื้อ จากปากมดลูก การเจาะไขกระดูก
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	การคัดกรองผิดพลาด ระบุตัวผิดคน ME อาการ ทรุดลง Un-plan CPR
แผนกลยุทธ์	
ภาพลักษณ์ขององค์กร	พฤติกรรมบริการ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง Risk (Analysis)

ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยง
F	
E	บุคลากรทางการแพทย์โดนเข็มเจาะเลือดผู้ป่วย ทิ่มตำนิ้วมือ
D	

การจัดการความเสี่ยง[Risk Management Process] HA II-1.2ก

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่ปัจจุบัน (Risk Treatment)
บุคลากรทาง การแพทย์โดนเข็ม เจาะเลือดผู้ป่วย ทิ่มตำนิ้วมือ	E	2563 = 1 ราย	-ใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง เข็มแทง ของงาน IC -ทบทวนการเฝ้าระวังทุก เดือน ร่วมกับการประชุม ประจำเดือนของหน่วยงาน

การทบทวนในงานประจำHA I-4.1, II-1.1ก(5), II-1.1ข(1)

	สิ่งทบทวน	การออกแบบหรือปรับปรุงDALI
ความบกพร่องในงานประจำวัน	ทบทวนการส่งสิ่งส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ทบทวนอุบัติการณ์ Identify Double check นิเทศติดตาม
ตัวส่งสัญญาณ(Trigger)	อาการทรุดลง	Warning signs

อุบัติการณ์สำคัญ	บุคลากรทางการแพทย์โดนเข็ม เจาะเลือดผู้ป่วย ทิ่มตำนิ้วมือ	แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังเข้มงวด ของงาน IC
การใช้ทรัพยากร		
Flow	1.การประเมินกลุ่มโรคสำคัญ STEMI Stroke DM UAO 2.การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป ER และ ผู้ป่วยใน	1.ใช้แนวเวชปฏิบัติกลุ่มโรคสำคัญ 2.ทบทวนความรู้ ความเข้าใจใน การใช้แบบประเมิน 3.ใช้ระบบ Fast การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย
คอกวด/การรอคอย	1.รอตรวจรักษานาน 2.รอนาน	1.จัดระบบความเร่งด่วน 2.ระบบตู้ Keos ระบบการจัดคิว ชัดเจนและประชาสัมพันธ์ทุก 1 ชั่วโมง 3.ปรับระบบการรับยา รับยาที่ ร้านยาชุมชน
ประเด็นประสิทธิภาพอื่นๆ		
ศักยภาพ		
การปฏิบัติงานของคู่สัญญา		
การบันทึก	การบันทึกไม่ครอบคลุม	1.Focus charting 2.นิเทศ กำกับติดตาม
บุคลากร	เจ้าหน้าที่ใหม่	ปฐมนิเทศ Training ระบบพี่เลี้ยง ประเมิน กำกับติดตาม
KPI ของหน่วยงาน	ทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์	นวัตกรรมและโอกาสพัฒนา ติดตามทุกเดือน

นวัตกรรม(Innovation) HA I-6.1ง

พันธกิจ/ บริการ/ กลุ่มผู้ป่วย	นวัตกรรม
ตรวจการได้ยินในกลุ่มเด็กหลังคลอด	ห้องกล่อมเด็ก
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	SMBG กลุ่ม Intensive case และ GDM ทุกราย ถึงขยะทิ้งเข็มฉีดยา Insulin
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	โปรแกรม print Lab โปรแกรม Print ใบซักประวัติ การเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ การเจาะ GT เพื่อตรวจหาภาวะ Down Syndrome
กลุ่มผู้ป่วย Asthma	คลิป VDO สอนการเป่าปอด

การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) HA I-6.1ข(3), II-1.1ก(9)

เริ่มตั้งแต่	การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ยากปัจจุบัน	ผลลัพธ์
คลินิกเบาหวาน ปี 2553-ปัจจุบัน	1.ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน เดิมรับผู้ป่วย 1 วัน คือวันพุธ ปรับขยายบริการเพิ่ม 4 วัน คือ วันจันทร์ อังคาร พุธ และ เสาร์ เพื่อการเข้าถึงบริการ และ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2.การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทันกรรม 3.ระบบ One Stop Service รับยาในวันจันทร์ Intensive Clinic	1.การเข้าถึงบริการของผู้มารับบริการดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hypo-Hyperglycemia 2.การควบคุมระดับน้ำตาลมีแนวโน้มดีขึ้นปี2561=31.62% ปี 2562 = 29.75%ปี 2563 = 32.33% ซึ่งถือว่าการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ถ้าเทียบเคียงระดับประเทศ3.การ Admit ด้วยภาวะ Diabetic emergency ลดลงปี2561=4.72 %

	4.การดูแลรายกรณี โดย NCM สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยใช้เทคนิค MI เริ่มปี 2559-ปัจจุบัน	ปี 2562 = 4.95 % ปี 2563 = 3.75%4. การ re-Admit ด้วยภาวะ Diabetic emergency ลดลง ปี256=1.67 % ปี 2562 =0.57 % ปี 2563 = 0.39%
คลินิก TB เริ่มปี 2563	ปรับระบบการติดตามผู้ป่วย MDR ขาดนัด รับประทานต่อเนื่อง ประสาน พื้นที่ และชุมชน ในการติดตาม โดยใช้ระบบ Line	กำลังดำเนินการ

ผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายที่โดดเด่นHAI-4.1, II-1.1ก(6), IV

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์และการเปรียบเทียบ
ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดี มากกว่า ร้อยละ 40	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี	การควบคุมระดับน้ำตาลมี แนวโน้มดีขึ้น ปี2561=31.62% ปี 2562 = 29.75% ปี 2563 = 32.33%
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุม ความดันโลหิตสูงได้ดี มากกว่า ร้อยละ 50	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ความดันโลหิตสูงได้ดี	การควบคุมความดันโลหิตสูงมี แนวโน้มดีขึ้น ปี2561=69.01% ปี 2562 = 73.15% ปี 2563 = 65.25%
อัตราการใช้แบบประเมิน UAO	ร้อยละผู้ป่วย UAO ที่ได้รับการ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน UAO	100 %

ข้อมูลสำคัญ สินทรัพย์ของหน่วยงาน
(Service Profile, Our Assets)

หน่วย/บริการ/ระบบ	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาล/องค์กร	โรงพยาบาลมหาสารคาม

หน้าที่และเป้าหมาย & ประเด็นคุณภาพสำคัญ

วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง
พันธกิจ	- ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อ - จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ - ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
ความมุ่งหมาย (หน้าที่ เป้าหมาย)	- ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง - ดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ บริการด้วยความรวดเร็ว (Timeliness) ปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน(Safety) สามารถดูแลตนเองได้(Effective)และมีความพึงพอใจ (People center) - ให้บริการส่งต่ออย่างมีคุณภาพและสร้างเครือข่ายในระบบสุขภาพ



มิติคุณภาพ/ประเด็นคุณภาพสำคัญในเป้าหมาย	ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมาย
Timelines	ร้อยละคุณภาพการออกปฏิบัติการภายใน 1 นาที ร้อยละระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ตามระดับความรุนแรง
People center	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องความปลอดภัย
Appropriate	อุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด (Dx. error) ร้อยละการปฏิบัติตามCPGในกลุ่มโรคสำคัญ
Effectiveness(ประสิทธิผล)	ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีที่ถึงโรงพยาบาล ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้อง
Efficiency (ประสิทธิภาพ)	ร้อยละการกลับมารักษซ้ำภายใน 48 ชม. ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้ วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตัวเอง
Safety	ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการแก้ไขทันที่ภายใน 4 นาที อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่าร้อยละ 12 จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน จำนวนอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา (Drug Administration error) จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบของเลือด จำนวนอุบัติการณ์การตายที่สามารถป้องกันได้(Preventable Death) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทุพพลภาพส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เป้าหมายชัด วัดผลได้

แผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัดของหน่วยงาน
1) พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย	1. พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้อง อัตราการRefer back เพิ่มขึ้น ลดการส่งต่อจาก รพช.และลดการส่งออกนอกจังหวัด(ทุกสาขา) 2.ลดการตายในโรคที่สำคัญ ร้อยละการกลับมารักษารักษาภายใน 48 ชม. ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุ ความไม่รู้จักการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตัวเอง อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง 3.เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ ร้อยละของบุคลากรได้รับการเพิ่มสมรรถนะตามวิชาชีพ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย
2)เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน	1.บุคลากรมีสมรรถนะตามสาขาวิชาชีพมีความสุขในการทำงานและมีสุขภาพที่ดีตามเกณฑ์ ร้อยละหน่วยงานมีอัตราค่าจ้างไม่เกิดเกณฑ์ FTE ร้อยละบุคลากรผ่านการประเมิน competency ร้อยละบุคลากรมีความสุขตามเกณฑ์ Happinometer > 60% ร้อยละของบุคลากรมีภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ
3) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	ร้อยละหน่วยงานมีงานวิจัยและนวัตกรรม 1 เรื่องต่อหน่วยงาน

ขอบเขตบริการ

ครอบคลุม	ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
ไม่ครอบคลุม	-
ลักษณะสำคัญของผู้รับบริการ	ทุกกลุ่มอายุ (แรกเกิด-สูงอายุ) กลุ่มโรค(ผู้ป่วยเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน กลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยคดี)

ทรัพยากร (ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี สถานที่)

บุคลากร	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
บุคลากร	1. แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ 38 คน ผ่านการอบรมดังนี้ เฉพาะทางการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9 คน เฉพาะทางการพยาบาลการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 3 คน หลักสูตรการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 27 คน หลักสูตร ACLS 38 คน หลักสูตร ATLS 10 คน หลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น 13 คน หลักสูตรEmergency medical dispatcher จำนวน 13 คน หลักสูตรการใช้วิทยุสื่อสาร 27 คน หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินขณะส่งต่อ 37 คน 3.นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน 4. เวชกิจฉุกเฉิน 7 คน 5. ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน 6. พนักงานสื่อสาร 3 คน	เพียงพอ มีระบบการปฐมพยาบาลแบบใหม่ มีการส่งอบรมพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ สมรรถนะที่จำเป็น

	7. เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน 8.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน 9.พนักงานทั่วไป 3 คน 10.พนักงานแปล 36 คน	
เครื่องมือ	มีอุปกรณ์การแพทย์ครบตามมาตรฐานศูนย์อุบัติเหตุระดับ 3 มีรถพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิตตามมาตรฐาน	เพียงพอ มีระบบการส่งข้อมูลและมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
สถานที่	เหมาะสมกับระดับโรงพยาบาลทั่วไป	มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ปฏิบัติงานไม่ได้มาตรฐาน ห้องฉุกเฉินคุณภาพ เช่น ไม่มีพื้นที่แยกผู้ป่วย โรคติดเชื้อ ไม่มีห้องให้คำปรึกษา และห้องประชุม เป็นต้น

ปริมาณงานที่สำคัญ

งานสำคัญ	ปริมาณงาน ปี 2563
การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	1,469 ครั้ง
บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	44,389
Refer in/ Receive	151,542
refer backเพื่อรักษาต่อเนื่อง	810
Refer out ในเขตบริการสุขภาพที่ 7	8,266
งานบริการศูนย์เคลื่อนย้าย	215,006
การฉีดยาเข้า IV	17577
DTX	10448
E.K.G	7507
on O2 (< 8 ชม.)	5987
ให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ	5767
Oxygen sat	4687
การทำแผลแห้ง/แผลเย็บ รวมSet	3979
การฉีดยาได้ผิวหนัง	3787
EKG monitor	3289
การฉีดยาเข้า IM	3030
การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม(ครั้ง)	2512
การพันยาขยายหลอดลม	2327
HCT	1424
US Upper/lower abdomen	1362
เย็บแผลทั่วไปรวมชุดเย็บ 1 เส้น	1230
Splint (รวมวัสดุ)	946
SKIN TEST (Erig)	849
Retain cath	807
การทำแผลเปิด/ปิดเชื้อ	717
US Whole abdomen	681
on ET tube	664
Suction คอ	421

NG tube	313
CPR (รวมใช้เครื่อง Defib)	248
HARD COLLAR	237
Irrigate / ครั่ง	205
การพยาบาลตาทุกประเภท	116
Lavage(รวมน้ำเกลือที่ล้างด้วย)	100
Chest drainไม่รวมสาย	99
Remove FB หู	98
PR	77
เจาะปอด	70
I&D	66
คำรณ Refer ขอนแก่น (บัตรทอง)	51
ถอดเล็บ รวมชุด ด้ายไหม 1 เส้น	45
การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด	41
Abdominal trapping	37
การทำแผลเปิดขนาดใหญ่ >15	32
การพยาบาลตาทุกประเภท/นอกเวลา	32
Remove FB คอ	21

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติประจำ
M: Mastery	1.value on staff (ให้ความสำคัญของบุคลากร) 2.individual commitment(การตกลงร่วมกัน) 3.teamwork(การทำงานเป็นทีม) 4.ethic & professional standard (จริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ) 5.community responsibility (รับผิดชอบต่อสังคมในภาพรวม)	1.การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพและสนับสนุนให้พัฒนาตนเองตามบันไดอาชีวะ 2. การดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ 3.แนวทางปฏิบัติในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเช่นแผนอัคคีภัย แผนอุบัติเหตุหมู่ หรือแผนการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น 4.การเคารพสิทธิผู้ป่วย Nursing Process EVB 5.การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน
S: Safety service, System	1.visionary leadership (การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์) 2.systems perspective(มุมมองเชิงระบบ) 3.agility(ความยืดหยุ่น) 4.focus on health(การมุ่งที่ภาวะสุขภาพ) 5.management by fact (การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง) 6.continuous process improvement (กระบวนการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง) 7.focus on results (การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และการสร้างคุณค่า)	การทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทบทวนตัวชี้วัด การนำปัญหามาปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีการติดตามผลลัพธ์เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุง โดยใช้เครื่องมือ 3C-PDCA/3P เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ เช่น การทบทวน 12 กิจกรรม และAAR เป็นต้น
K: Knowledge	1.Learning (เรียนรู้ระดับองค์กร,เรียนรู้ระดับบุคคล) 2.evidence-based approach (หลักฐานวิชาการ)	-การทบทวนคุณภาพการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ(Trauma Audit) -การทบทวนคุณภาพการส่งต่อระดับจังหวัด(Refer audit) -การทบทวนการออกปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

	3.creativity & innovation (ความคิดสร้างสรรค์ และการจัดการเพื่อนวัตกรรม)	-การทบทวนการนำหลักฐานวิชาการมาใช้ในหน่วยงาน -มีการใช้จุดแข็งขององค์กร คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา พัฒนาสมรรถนะพยาบาล -มีการนำปัญหามาทบทวนและปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Visual management, มีนวัตกรรมยืดตรงผู้ป่วย ,นวัตกรรมเสื้ออุ่นไอรัก นวัตกรรม CPR Board ทันใจ ,นวัตกรรมโยกไปไม่หลุด,นวัตกรรมสายรัดเก็บง่าย และ นวัตกรรมกล่องส่งสิ่งส่งตรวจ นวัตกรรม Isolate box สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อใน ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น
H: Humanized	1.patient & customer focus (การมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) 2.Empowerment (การเสริมพลัง)	-มีการประเมินพึงพอใจหลังรับบริการ (Rapid Assessment) -มีการนำข้อเสนอแนะและข้อร้องเรียนมาตอบสนอง เช่น วิธีการแจ้งเตือนสถานะของผู้ป่วย จึงได้มีการปรับวิธีการแจ้ง เตือนสถานะผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีแจ้งให้ทราบสถานะของ ผู้ป่วย การปรับปรุงพฤติกรรมบริการของบุคลากรโดย การพัฒนา ESB ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ความรับผิดชอบต่อสังคม HA I-1.2ก(3), I-1.2ข, I-1.2ค

	ประเด็นเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
กฎหมาย	พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พรบ.หลักประกันสุขภาพ พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พรบ.เวชกรรม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	การดูแล และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
กฎระเบียบ	ระเบียบข้าราชการ ระเบียบวิชาชีพ ระเบียบโรงพยาบาล	การปฏิบัติตามระเบียบวินัยข้าราชการพลเรือนเช่น การขึ้น ปฏิบัติงาน การลา เป็นต้น การปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล เช่นการแต่งกาย การติดป้ายชื่อ เป็นต้น
มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	-มาตรฐานวิชาชีพ -มาตรฐานโรงพยาบาล(HA) -มาตรฐานสิ่งแวดล้อม	ใช้มาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล(HA) ปฏิบัติตามมาตรฐาน สิ่งแวดล้อม ปฏิบัติตามมาตรฐานIC

	-มาตรฐานการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ -มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน	ปฏิบัติตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม	การใช้สื่อออนไลน์ การใช้ความรุนแรง	ติดป้ายห้ามถ่ายภาพ ให้ความรู้บุคลากร การซ้อมแผนการจัดการความรุนแรง การจัดการความปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน เช่น Double door, ยามรักษาความปลอดภัย ตำรวจ เป็นต้น
ความห่วงกังวลของสาธารณะ	การทิ้งขยะติดเชื้อ ผู้ป่วยที่สัมผัสสารเคมี ผู้ป่วยโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	-มีระบบการแยกขยะที่ถูกต้อง -มีห้องล้างตัวและระบบท่อระบายสารเคมีลงทางระบายน้ำ -มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
Openness(การเปิดเผย)	การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นความลับหรือผู้ป่วยคดี	ปฏิบัติตามนโยบายที่โรงพยาบาลกำหนด
การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	นโยบายการประหยัดพลังงาน เช่น Paper less,การใช้ไฟฟ้าอย่างประหยัด,การจัดการขยะรีไซเคิล เป็นต้น	ปฏิบัติตามนโยบาย
การรักษาสิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา	นโยบาย 5.ส การจัดสิ่งแวดล้อมให้คำปรึกษา/ให้ข้อมูล การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน เช่นแสงสว่าง เสียงรบกวน เป็นต้น
ประเด็นจริยธรรม	การละเมิดจริยธรรม วิชาชีพ	เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมด้านจริยธรรม กรณีพบสิ่งที่ยากต่อการตัดสินใจในด้านจริยธรรมจะมีระบบขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรม
การเกื้อหนุนสังคม	ด้านสุขภาพ	รณรงค์อุบัติเหตุ ร่วมออก พอสว การออกหน่วยปฐมพยาบาล การออกให้ความรู้แก่ประชาชน อสม หรือ อฉพ เป็นต้น
การเกื้อหนุนเศรษฐกิจ	ด้านสุขภาพ	กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ส่งต่อ งานสวัสดิการสังคม ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ร่วมกับพอสว. การออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การออกหน่วยรับบริจาคโลหิต

การสนับสนุนกลยุทธ์ ขององค์กร HA 1-2.1

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง	-ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง -ดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ บริการด้วยความรวดเร็ว (Timeliness) ปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน(Safety) สามารถดูแลตนเองได้ (Effective)และมีความพึงพอใจ (People center) -มี FAST Track ในกลุ่มโรคสำคัญการใช้ EVB,CPG

		-ให้บริการส่งต่ออย่างมีคุณภาพและสร้างเครือข่ายในระบบสุขภาพ
พันธกิจขององค์กร	1) ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อ 2) จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์	-ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง -การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรมีสมรรถนะตามสาขาวิชาชีพมีความสุขในการทำงานและมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ การดูแลสุขภาพและสวัสดิการของบุคลากร -เป็นสถานที่ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาParamedic, EMT-I, EMR
ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	1)มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา 2)มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 3)มีคณะกรรมการ service planขับเคลื่อนพัฒนาเครือข่าย 4)การเป็นศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม 5)นโยบายเมืองสมุนไพร	- ร่วมพัฒนาคุณภาพ Service plan อุบัติเหตุ ส่งต่อ หัวใจ New born มะเร็ง TB Sepsis - บุคลากรได้รับการเพิ่มความรู้และเพิ่มพูนทักษะจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	1. ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 1)TB 2) Stroke 3)Sepsis 4)STEMI 5)Preterm 6)Preterm labour 7)Head injury 2. ด้านการบริหารจัดการระบบงานที่สำคัญ: 1) การบริหารจัดการการเงินที่มีประสิทธิภาพ 2) การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 3.การกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ 4. มีโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการสามารถเลือกไปรับบริการได้อยู่ในพื้นที่เดียวกัน 5. มีพื้นที่จำกัด 35ไร่ 6. มีนักศึกษา ทำให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น 7.มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น	พัฒนาคุณภาพบริการและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค 1)TB 2) Stroke 3)Sepsis 4)STEMI 5)Preterm 6)Preterm labour 7)Head injury - การปฏิบัติตามนโยบาย UCEP การใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา เช่น สิทธิการรักษาตาม พรบ.คุ้มครองผู้ป่วยประสพภัยจากโรค เป็นต้น -มีระบบการกำกับ นิเทศโดยหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาล -การออกแบบการบริการและพัฒนาสมรรถนะผู้ให้บริการให้เป็นเลิศ
โอกาสเชิงกลยุทธ์	1.Digital transformation 2.Lean 3.Green &Clean hospital	1.Telemedicine, AOC 2. การ Refer by pass ในผู้ป่วย STEMI for PCI การลดระยะเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STROKE Fast track 3. รณรงค์การล้างมือ รณรงค์ New normal
	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน

สมรรถนะหลักขององค์กร	1. มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาทุกสาขา และเชื่อมโยงเครือข่าย 2. มีการบริหารจัดการระบบงานสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพ 3. มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้	1. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานวิชาชีพ EVB และทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ 3. มีกิจกรรมทบทวน โดยใช้ 12 กิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและนำมาพัฒนาคุณภาพโดยใช้เครื่องมือ 3C- PDCA/ 3P /R2R และนำมาแลกเปลี่ยนในเวทีของมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล จังหวัด เขต ประเทศ รวมถึงมีการถอดบทเรียนของความสำเร็จ
ความร่วมมือกับภายนอก	ด้านการบริการสุขภาพ 1)รพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม:ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา 2)รพ.บรบือ:ร่วมผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระดูกที่พบจากการคัดกรอง 3)รพ.สต 17แห่ง,PCU 4แห่ง:รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษา 4)รพช.:รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษา ด้านการศึกษา 1)คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2)วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 3) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	-การให้ความรู้ประชาชน นักเรียน นักศึกษา EMR อสม. รพช. รพ.สต เครือข่ายกู้ชีพ และพระภิกษุ เป็นต้น -การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพร่วมกับ รพสต. เช่น การพัฒนาการประสานงานการช่วยฟื้นคืนชีพ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น -การออกหน่วยปฐมพยาบาล -การให้ความร่วมมือการซ่อมแซมให้กับหน่วยงานภายนอก เช่น การซ่อมแผนกอค์คีย์ การซ่อมแผนกการรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การสอนการฝึกทักษะการสวมชุด PPEและฝึกสถานการณ์จำลองการรับส่งต่อและเครือข่ายกู้ชีพอำเภอเมือง เป็นต้น -เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ -เป็นวิทยากร -เป็นครูพี่เลี้ยง

การถ่ายทอดจุดเน้นที่การปฏิบัติและกลยุทธ์ HA I – 1.1ค(3), I-2.2ก(2)

เชิงมุ่ง/จุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ	การตอบสนองและผล																																						
"SMART" 1) Smart Hospital พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 2) Medication Error (ลด Medication Error ระดับEขึ้นไป) 3)AMR (ล้างมือ) 4)TB (ป้องกันแพร่กระจาย,เพิ่มคัดกรอง,กินยาครบ,ลดตาย)	กำหนดให้สอดคล้องกับโรงพยาบาล 1.ลดความแออัด (FAST Track, การTriage ที่มีประสิทธิภาพ, ผู้ป่วย Level 4-5ส่งตรวจ OPD ในเวลาราชการ, มีZone observe, (ER target time 2 ชม.) ผล ความแออัดมีแนวโน้มลดลง <table><tr><th rowspan="2">หน่วยงาน</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="2">ปี 2561</th><th colspan="2">ปี 2562</th><th colspan="2">ปี 2563</th></tr><tr><th>ผลงาน</th><th>%</th><th>ผลงาน</th><th>%</th><th>ผลงาน</th><th>%</th></tr><tr><td>ร.พ.</td><td>ลดลง 5</td><td>8,462</td><td>31.37</td><td>5,907</td><td>14.74</td><td>5,032</td><td>40.12</td></tr><tr><td>มหาสารคาม</td><td>%</td><td>—</td><td></td><td>-</td><td></td><td>-</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>5,907</td><td></td><td>5,032</td><td></td><td>3,013</td><td></td></tr></table> 2.ลด Med error ระดับ E (ปฏิบัติตามแนวทางรวมทั้งมีการกำกับติดตาม) ผล คือ ระดับ E ลดลง 3. AMR (รณรงค์เรื่องการล้างมือถูกต้อง) ผลร้อยละการล้างมือถูกต้อง...98.67% ตัวเลข 4.TB (มีการคัดกรอง จัด Zoning) ผล ไม่มีเจ้าหน้าที่ติด TB 5. Diagnosis error (มีการรบทวนการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) ผล ยังมีแต่มีการนำไปพัฒนาและปรับปรุง	หน่วยงาน	เป้าหมาย	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563		ผลงาน	%	ผลงาน	%	ผลงาน	%	ร.พ.	ลดลง 5	8,462	31.37	5,907	14.74	5,032	40.12	มหาสารคาม	%	—		-		-				5,907		5,032		3,013	
หน่วยงาน	เป้าหมาย			ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563																															
		ผลงาน	%	ผลงาน	%	ผลงาน	%																																
ร.พ.	ลดลง 5	8,462	31.37	5,907	14.74	5,032	40.12																																
มหาสารคาม	%	—		-		-																																	
		5,907		5,032		3,013																																	

	6. นโยบาย New normal (สร้างความตระหนักและรณรงค์ตามนโยบาย New normal การล้างมือ Distancing) ผล เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนัก การสวม Mask มีความสม่ำเสมอ มีเจลล้างบริการตามจุดต่างๆ มีแต่พบปัญหาในการให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามมาตรการ Social distancing
เชิงมุ่ง/จุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ	การตอบสนองและผล
	Pre-hospital 1.แนวทางการออกปฏิบัติการออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ รพ.มหาสารคาม กำหนดให้มีการซ้อมการออกรับผู้ป่วย COVID -19 2.มีแนวทางการรับแจ้งเหตุ ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 3.มีแนวทางในการทำหัตถการสำหรับหน่วยEMS 4.มีแนวทางการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย(Level) 5.มีแนวทางการทำความสะอาดรถพยาบาล 6.มีระบบการ Consult case PUI ER 1.มีแนวทางการคัดกรอง 2. การจัดZoning 3.แนวทางการดูแลผู้ป่วย PUI ,ARI / มีห้อง Negative ใน ER/ Modified AIR ใน ER 4. แนวปฏิบัติการทำหัตถการใน ER Video laryngoscope 5.แนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อุปกรณ์/เปล ชนิดความดันลบ 6. ระบบ consult 7.การมอบหมายงานทีมดูแลผู้ป่วย Covid-19 8.CPR protocol for PUI,Covid-19 Refer 1.จัดทำแนวทางการประสานงาน การ consult และการคัดกรอง PUI 2.แนวทางการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย(Level)ที่ส่งต่อ 3.มีแนวทางการปรับปรุงรถพยาบาลเพื่อใช้ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID - 19 4.นวัตกรรม Isolate box สำหรับ Transfer ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการแพร่กระจาย โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 5.จัด Zone ทำความสะอาดรถพยาบาล 6.มีการฝึกทักษะการสวมชุด PPE และฝึกสถานการณ์ จำลองการรับส่งต่อผู้ป่วย COVID - 19 และผู้ป่วยกรณีเข้าเกณฑ์ PUI 7. ใช้ Isolate transfer ในการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการแพร่กระจาย โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 8. แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อรายโรค ที่เสี่ยง PUI การ ใช้ Filter กับเครื่องช่วยหายใจ กรณีส่งต่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

แผนกลยุทธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง	การตอบสนองและผล
1) พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย	พัฒนาการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ. ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญ : 1) TB มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ผล บุคลากรไม่ติดเชื้อ 2) Stroke การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1. ทบทวนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ลดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ระบบ LEAN และให้ยา rt-PA ที่ ห้องฉุกเฉิน

2. จัดระบบ Training การให้ยา rt-PA ที่ห้องฉุกเฉิน พร้อมระบบการดูแลผู้ป่วย
Total case

3. จัดระบบ Fast track STROKE จากโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับ Referral Center
เช่นการประสานข้อมูลผ่าน Referral Center และ ทำประวัติผู้ป่วยไว้

4. พัฒนาระบบการ Consult ทาง line group และโทรศัพท์เชื่อมจาก รพ.ตาม
ระบบ Fast track

ผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	47.31	41.2	44.62
Door to CT scan	≤ 30 min	17.52	19.06	19.06
Door to LAB	≤ 30 min	19.91	16.13	19.31
Door to Needle	≤ 60 min	42.8	42	35.05

3) Sepsis

1. ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
Door to ATB	≤ 60 min	19.06	19.06	19.06

4) STEMI

1. ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	52.05	32.97	45.16
Door to Needle time	≤ 30 min	49	53	

5) Preterm

1. ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ

2. มีแนวทางการประสานการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ

ผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
อัตราการปฏิบัติตามหลัก STABLE ถูกต้อง	100%	98.05	100	๙
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้าย	0	8.69	0	0
Door to Admit ≤ 30 min	100 %	100	100	

6) Ectopic Pregnancy

1. มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Ectopic Pregnancy

ผล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
อัตราการตรวจ UPT ≤ 5 min	100 %	100	100	100
อัตราการทำ ultrasound at ER ≤ 15 min	100 %	100	100	100
อัตราการส่งผ่าตัด ≤ 60 min at ER (Ectopic with Shock)	100 %	100	100	100

7) Head injury

	1. การทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Head injury ใน ER 2. การคัดกรองผู้ป่วยเฉพาะ Fast Track Head Injury 3. กระบวนการการดูแลผู้ป่วย Fast track Head injury ด้วยการลดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย การรายงานแพทย์ศัลยกรรมประสาทและCT brain with Admitted IPD 4. การพยาบาลผู้ป่วย Total case <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>การเข้าถึงบริการ EMS</td><td>≥ 26%</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Door to CT brain and Admit ≤ 45 min</td><td>≥ 80 %</td><td>83.33</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	100	100	100	Door to CT brain and Admit ≤ 45 min	≥ 80 %	83.33	100	100
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563												
การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	100	100	100												
Door to CT brain and Admit ≤ 45 min	≥ 80 %	83.33	100	100												
2) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	กิจกรรมทบทวนมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ มีการทำ R2R งานวิจัย Stroke 1. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย STEMI 1. ใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (Thai heart Association Guideline) 2. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก(แห่งประเทศไทย) 3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 CPR - ใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (American Heart Association Guideline 2020) Sepsis 1. รณรงค์การล้างมือและทบทวนการล้างมือ โดยใช้หลัก Hand Hygiene ของ WHO และนำมาใช้ในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน 2. แนวทางการพยาบาลการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ของสมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (สปรพ.) TBI 1. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของสมาคมแพทยราชวิทยาลัย ศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย Covid-19 1. ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อ Covid-19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2. แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 สำหรับผู้ประกอบการ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล Critical Newborn 1. การดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ เขตสุขภาพที่ 7															

ความต้องการของผู้รับบริการ HA I -3. 1, I -3.2 ก (1), I - 6.1 ก(1)

	ลักษณะของผู้รับบริการ	ความต้องการ
กลุ่มโรคสำคัญ		
Sepsis	1. ทุกกลุ่มอายุ	1. อยากได้รับการตรวจทันที

	2. การเข้าถึงบริการด้วยช่องทางระบบ EMS, Refer และ Walk in เป็นต้น	2. อยากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง 3. อยากได้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย 4. อยากหายกลับบ้านกลัวเสียชีวิต 5. อยากได้รับการที่เป็นมิตร
TB	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2. ผู้ป่วย HIV ในวัยทำงาน	1. อยากให้ข้อมูลเป็นความลับ 2. อยากหายป่วย 3. ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ 4. อยากได้รับการที่ดี รวดเร็ว
Head injury	ทุกกลุ่มวัยอายุ ที่ได้รับอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม	1. วัยรุ่นกลัวพิการ หยุตเรียน สูญเสียภาพลักษณ์ 2. สูงอายุ ต้องการหายปวด กลับบ้านได้ ไม่เป็นภาระ
Preterm	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	บิดา มารดา ครอบครัวยังต้องการให้ลูกรอดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
Preterm labor	มารดาวัยเจริญพันธุ์และวัยรุ่น	ไม่คลอดก่อนกำหนด เมื่อคลอดก่อนกำหนด ลูกปลอดภัยและสามารถเลี้ยงต่อที่บ้านได้
Stroke	วัยทำงาน ผู้สูงอายุ	ต้องการหาย, กลัวพิการ ไม่สูญเสียภาพลักษณ์ กลับไปทำงานได้ ไม่เป็นภาระครอบครัว
STEMI	วัยทำงาน ผู้สูงอายุ	ต้องการหาย พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กลับไปทำงานได้ ไม่เป็นภาระครอบครัว
Ectopic	วัยเจริญพันธุ์	หายปวด ต้องการสามารถมีบุตรได้อีก
กลุ่มอายุสำคัญ	1. ทารกแรกเกิด	บิดา มารดาต้องการให้เด็กหายจากโรค
	2. วัยรุ่น	ไม่ขาดเรียน ไม่พิการ ไม่สูญเสียภาพลักษณ์
	3. วัยทำงาน	ไม่ขาดงาน ไม่เสียรายได้

ความต้องการของผู้รับบริการ(Customer Requirement) 1-3.1	ลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์ (Service/Product Offering) 1 – 3.2 n(1)	ข้อกำหนดลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์ (Service/Product requirement) 1 – 6.1n (1)
การดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย พันภาวะวิกฤติ ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน	1. ระบบการ Triage (เรื่องความปลอดภัย) 2. ระบบ FAST Track 3. ระบบการ monitor อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Early warning, SIR, GCS 4. ผู้ป่วย Level 4 – 5 ไปตรวจที่ OPD ในเวลาราชการ 5. แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลการเสริมพลัง	1. เพื่อสามารถตอบสนองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค ตามมาตรฐาน MOPH Triage 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินเข้าถึงบริการ ตาม CPG (อ้างอิงตามกลุ่มโรค) 3. เพื่อให้สามารถดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและรายงานแพทย์ได้ทันเวลา 4. เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับบริการตามความเหมาะสมเพื่อลดแออัดในห้องฉุกเฉิน (ในเวลาราชการ) 5. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

การใช้เสียงของผู้รับบริการเพื่อสร้างคุณค่า HA 1 – 3.2n (1), 1 – 4.1n (3)

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
คำร้องเรียน	QR Code, CCR, MIR, ด้วยตนเอง, Social net work เช่น ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ, การรอนาน, การให้ข้อมูลไม่เพียงพอ การปรับปรุง เช่น มีแนวทางการให้ข้อมูลในกลุ่มโรคสำคัญ

ข้อเสนอแนะ	สร้างอาคารจอดรถ, ที่พักญาติ เนื่องจากพื้นที่มีจำกัด จึงไม่สามารถตอบสนองได้ตามข้อเสนอแนะ
ประสบการณ์ของผู้รับบริการ	ประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) ผู้ป่วยประเภท 4-5 รอนานใน ER,(มีป้ายแจ้งสถานะการรอคอยของผู้ป่วยแต่ละlevel) หาที่จอดรถไม่ได้ (มีป้ายบอกที่ชัดเจน มีป้ายไฟ)

ประเด็นอื่นๆตามมาตรฐาน HA I – 3.3, III – 5

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
สิทธิผู้ป่วย	การให้ข้อมูลในเรื่องสิทธิผู้ป่วยในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย, ให้ข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษา, ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา รักษาความลับไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา, ให้บริการตามสิทธิและข้อพึงปฏิบัติแก่ผู้ป่วย
ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาหรือภาวะเร่งด่วนได้รับการดูแลที่เหมาะสม - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล - ผู้ป่วยระยะประคับประคอง รักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติ เมื่อพ้นภาวะวิกฤติมีการส่งต่อหน่วย Palliative care
การเสริมสร้างสุขภาพ	- การเข้าร่วมกิจกรรมของภาคีเครือข่ายเช่น การร่วมรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน การออกนิทรรศการต่างๆ การออกหน่วยกาดชาดประจำปี เป็นต้น - การให้ความรู้โรคกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการป้องกัน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 แก่ประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา อสม. พระภิกษุ - การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการบริการ เช่น การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น - Clip VDO สั้นๆ ให้ความรู้โรคต่างๆ จดรอรับบริการหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน - แผ่นพับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรายโรค เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำแผล เป็นต้น - การให้คำปรึกษาและมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มี CR code ให้ความรู้ *** - มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้

ความต้องการของลูกค้าภายใน HA II – 1.1ก (4)

ลูกค้าภายใน	ความต้องการ	การออกแบบหรือปรับปรุง/ผลของตัววัดที่เฝ้าติดตาม (ถ้ามี)
แพทย์	- มีอุปกรณ์พร้อมใช้งาน มีผู้ช่วยแพทย์ทำหัตถการ มีเอกสารที่จำเป็นครบถ้วนถูกต้อง - การสื่อสาร การประสานงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพ	- การประเมินความต้องการ เป้าหมายและจัดทำแนวทางร่วมกัน - กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมใช้ ช่วยทำหัตถการอย่างมีประสิทธิภาพ เอกสารมีความครบถ้วนถูกต้องตามมาตรฐาน - จัดระบบการสื่อสาร การให้คำปรึกษา หลายช่องทาง เช่น การปรึกษาโดยตรง ทางโทรศัพท์ ทาง line application,ทาง Teleconference, ทาง Messenger intranet, โปรแกรมคลินิกของโรงพยาบาล - ผลประเมินความพึงพอใจของแพทย์.....
เภสัช	Order คำสั่งยา ชัดเจน ถูกต้อง การสื่อสาร ประสานงานที่ดี	- การสำรวจความต้องการ การจัดตั้งเป้าหมายและจัดทำแนวทางการรับคำสั่งการรักษา

		- การดำเนินการตามเป้าหมาย เช่น การจัดระบบการส่งยาออนไลน์ และการตรวจสอบให้ถูกต้อง - การประสานงานทางโทรศัพท์แจ้งก่อน กรณีช่องทางด่วนเช่น ยา Fast track ยาด่วน เป็นต้น ผล ความพึงพอใจในการประสานงานอยู่ในระดับ.....
LAB ธนาคารเลือด	การส่งตรวจ Lab ทิมพ์ Lab Specimen ถูกต้อง Patient identify ถูกต้อง	- การประเมินความต้องการ การทบทวนปฏิบัติการการส่งส่งตรวจเพื่อกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน - การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น การจัดทำแนวทางการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น - ผล เกิดปฏิบัติการการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาดครั้ง
X - ray	ส่ง X – ray ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งการรักษาผ่านระบบ On line ถูกต้อง	- การประเมินความต้องการ การทบทวนปฏิบัติการการส่งตรวจรังสีวินิจฉัย เพื่อกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน - การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย เช่น ใช้โปรแกรมการส่งตรวจระหว่างแผนกในโรงพยาบาล แนวทางการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การรายงานผลตรวจออนไลน์ เป็นต้น - ผล เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการระบุตัวผู้ป่วย.....%
หอผู้ป่วย	การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง มีพยาบาลนำส่งผู้ป่วย Level 1-2	- การนำข้อมูลจากการสำรวจมาประชุมทบทวนและกำหนดเป้าหมาย - ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน เช่น การจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยหนัก การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามหลัก SBAR แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยFast track by pass ไปยังหอผู้ป่วย การจัดทำ Transfer kids เป็นต้น - ผล ความพึงพอใจของหอผู้ป่วยต่อการประสานงานของ ER - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ห้องผ่าตัด	การส่งต่อข้อมูล การประสานงานที่ครบถ้วน การทำหัตถการเบื้องต้นที่จำเป็นก่อนส่งห้องผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดตามข้อตกลง	- การประชุมทบทวน วางแผน กำหนดเป้าหมายการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดด่วน - การดำเนินการตามแผน เช่น การจัดทำแนวทางการส่งผู้ป่วยผ่าตัดด่วน การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดตามข้อตกลง เป็นต้น - ผล ความพึงพอใจของห้องผ่าตัดต่อการประสานงานของ ER..... - อัตราการส่งผู้ป่วยผ่าตัดด่วนภายใน 30 นาที ผลการดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า 99.10, 98.80 และ 94.69 % ตามลำดับ

การวัดตามกลยุทธ์/เชิงมุ่งขององค์กร HA I-2.2 ก(5), I – 4.1

ตัววัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
--------	--------------------	--------------------------

1) พัฒนาคูณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทางงานแบบภาคีเครือข่าย การให้บริการในโรคกลุ่มเสี่ยง Fast track Stroke STEMI	1. พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล 1.1 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วย -ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยสามารถ activate fast track ได้ 100% ยกเว้น กลุ่ม Walk in ที่ยังพบ error - ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองในผู้กลุ่มโรค Fast track ที่มาด้วยอาการไม่ชัด เช่น Stroke มาด้วย วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น - อัตราของผู้ป่วยที่พ้นวิกฤตในอน โรงพยาบาลในขณะที่ศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชนสามารถรักษาได้ - อัตราผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนที่สามารถรักษาได้ยังคงมารับบริการโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อตามเกณฑ์ศักยภาพ 2.ลดการตายในโรคที่สำคัญ - พบว่ามี การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ภายใน 48 ชม. ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการ ผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตัวเอง - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง 3.เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ พบว่า บุคลากรในหน่วยงานได้รับการเพิ่มสมรรถนะตามวิชาชีพไม่ครบตามเป้าหมาย จากการความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจด้าน ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งคอยรับบริการ น้ำดื่ม ห้องน้ำ เป็นต้น	- การประชุมทบทวนและวางแผนงาน เช่นการกำหนดเกณฑ์การคัดกรอง Stroke ด้วยเกณฑ์ BEFAST การ Re-check Triage เป็นต้น - การสื่อสาร การพัฒนาทักษะการคัดกรองเบื้องต้น กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปเล หน่วยกู้ชีพเบื้องต้น โดยใช้คำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย - การส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาล Refer back เพิ่มขึ้น และพัฒนาศักยภาพพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermediate care ในโรงพยาบาลชุมชน - การเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล ในการรับผู้ป่วย (Node) เพิ่มลดการส่งต่อจาก รพช. - การทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ด้วยการส่งตรวจกับแพทย์เฉพาะทาง และการรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล จึงพัฒนาเป็น การขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางระหว่างแบบ one stop service - การทบทวนการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพพบในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จึงพัฒนาแนวทางการขอคำปรึกษา แพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท เกณฑ์การส่งผู้ป่วยเข้าส่งตรวจCT scan การส่งผู้ป่วยเข้าหลายระบบผ่าตัดด่วน การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ Vascular injury ระหว่าง ศัลยแพทย์และแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ Vascular injury ด้วย - การอบรมและเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรภายในหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาล และภายนอกโรงพยาบาล ทาง Social media เช่น Zoom, Virtual visuals, Zoom Meeting, VDO conference เป็นต้น - การประชุมทบทวนกรรมการบริการด้านหน้าเพื่อจัดให้มีจุดบริการน้ำดื่ม ลดญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพิ่มจุดบริการที่พักรอดู และจัดให้มีน้ำดื่มเฉพาะผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน เป็นต้น
2)เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน	1. ผลการสำรวจของบุคลากรมีความสุขในการทำงานร้อยละ 80.61 พบว่ามีความต้องการ สนับสนุนให้บุคลากรมีการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงาน -ภาระงาน (productivity) ร้อยละ ซึ่งพบว่าสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด	- การพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยงานทั้งจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบ อินเทอร์เน็ต การอบรมในหน่วยงาน การทบทวนคุณภาพ การศึกษาอบรม online เป็นต้น - วางแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรหน่วยงาน การบริหารจัดการแบบ Staff mix การมอบหมายงานให้เหมาะสม การจัดทำแผนการบริหารจัดการของหน่วยงานกรณีเกิดศักยภาพ และการวางแผนขอเพิ่มอัตรากำลัง
3) พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทาง การแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	- การจัดการความรู้ หรือการทำวิจัยในหน่วยงานมีน้อย	- การนำการจัดการความรู้ในหน่วยงาน การนำ EVB มาปรับปรุงใช้ในหน่วยงานและการส่งเสริมการทำวิจัยในหน่วยงาน เช่น การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การ

		คัดกรองผู้ป่วยStroke Fast track การตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยการทำ QR code, การช่วยฟื้นคืนชีพ การสวมใส่ชุด PPE ในเครือข่ายกู้ชีพ การบริหารจัดการห้องฉุกเฉินใน รพสต. เป็นต้น
--	--	--

การวัดตามเป้าหมายของหน่วย/ บริการ/ ระบบ HA I – 4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้										
ร้อยละการเข้าถึงบริการการเรียกใช้ระบบ EMS	-ผลการเรียกใช้ระบบ EMS ได้ 85 % ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่เรียกใช้บริการระบบ EMS เนื่องจาก มีรถ อยู่ใกล้โรงพยาบาล ไม่รอและวิตกกังวล ไม่มีรถกลับบ้านกรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล	-ประชุมทบทวนการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับภาคีเครือข่ายกู้ชีพร่วมกับจังหวัด (EMS Day) เพื่อให้การเข้าถึงการบริการผู้ป่วยรวดเร็ว -การดำเนินการเพิ่มการจัดตั้งหน่วยบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ การให้ความรู้ความเข้าใจในการเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น รพสต. อพ. อสม. เป็นต้น -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>การเข้าถึงบริการ EMS</td><td>≥ 26%</td><td>47.31</td><td>41.2</td><td>44.62</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	47.31	41.2	44.62
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
การเข้าถึงบริการ EMS	≥ 26%	47.31	41.2	44.62								
อัตราการผู้ป่วยที่สมควรเข้า Fast track แต่ไม่ได้เข้า Fast track	STEMI, STROKE, Vascular injury, HI, Sepsis	-ประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญเช่น Quality Round, การประชุมทบทวนPCT เป็นต้น เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน -การดำเนินการคัดกรองการเข้าถึงการบริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการกำกับติดตาม -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>การเข้าถึงFast track</td><td>≥ 26%</td><td>66.64</td><td>58.06</td><td>63.25</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	การเข้าถึงFast track	≥ 26%	66.64	58.06	63.25
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
การเข้าถึงFast track	≥ 26%	66.64	58.06	63.25								
ร้อยละการคัดกรองถูกต้อง (Under triage, over triage)	- ผลการคัดกรองถูกต้อง ได้ 95.00 % พบว่า Over triage 1.6% ส่วน Under triage 3.4% ใน level 2และ 3 พบสาเหตุจากการคัดกรองเฉพาะโรคไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคเสี่ยงสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น	- การประชุมทบทวน 12 กิจกรรม และกำหนดเป้าหมายการพัฒนา -การนำการคัดกรอง MOPH ED Triage ร่วมกับ Fast track มาปรับปรุงใช้ในหน่วยงาน การพัฒนา Competency ของบุคลากรในการคัดกรองในห้องฉุกเฉินและเครือข่ายกู้ชีพ มีแนวทาง Re triage ในห้องฉุกเฉิน และการนิเทศการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพ -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อัตราการคัดกรองถูกต้อง</td><td>100%</td><td>98.14</td><td>97.53</td><td>95.00</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อัตราการคัดกรองถูกต้อง	100%	98.14	97.53	95.00
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
อัตราการคัดกรองถูกต้อง	100%	98.14	97.53	95.00								
อุบัติการณ์ที่หน่วยงานส่งผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการประสานงานก่อนการส่งห้องฉุกเฉิน	-การประสานงานเกี่ยวกับ EMS ออกรับ ได้รับการประสานงาน 100% ในกลุ่ม fast track และในกลุ่มวิกฤติ แต่ในกลุ่มที่หน่วยกู้ชีพเบื้องต้นยังมีการประสานงานน้อยเนื่องจากสมรรถนะการประเมินผู้ป่วย ประสพการณ์การทำงานในบางหน่วยงาน	-การประชุมทบทวนร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด (EMS day) ,Refer Audit ระดับจังหวัด -การดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้วยการอบรม ฝึกปฏิบัติจำลอง ฟันฟูการออกปฏิบัติการให้กับหน่วยกู้ชีพเบื้องต้น จัดทำแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง จัดให้มีพี่เลี้ยงประจำหน่วยกู้ชีพ										

	-ผลการประสานงานการเข้าถึงบริการ 100% ในกลุ่ม Fast track ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังพบว่าไม่มีการประสานงานผู้ป่วย -การประสานงานในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตจากภายในโรงพยาบาลเช่น ผู้ป่วยนอก ภาวะภาพบำบัด คลินิกพิเศษ เป็นต้น	-การดำเนินการพัฒนาการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาสมรรถนะการเตรียมความพร้อมและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ -การดำเนินการแนวทางการประสานงานกรณีฉุกเฉิน เช่น แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวปฏิบัติกรณีเกิดเพลิงไหม้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เป็นต้น <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์การไม่ประสานงานผู้ป่วยวิกฤตเข้าห้องฉุกเฉิน</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อุบัติการณ์การไม่ประสานงานผู้ป่วยวิกฤตเข้าห้องฉุกเฉิน	0	1	2	1			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563											
อุบัติการณ์การไม่ประสานงานผู้ป่วยวิกฤตเข้าห้องฉุกเฉิน	0	1	2	1											
ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้													
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป (patient Identification)	-ไม่พบรายงานอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดในระดับ E ขึ้นไป จากการวิเคราะห์การระบุตัวผู้ป่วยในหน่วยงานยังพบความเสี่ยงต่อการระบุตัวผู้ป่วย	-การประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพเกี่ยวกับอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การประชุมทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อนำสู่การปฏิบัติ -การดำเนินการจัดทำระเบียบปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย ของโรงพยาบาล (Work in structure patient identification) -ผลการดำเนินการพบว่าไม่อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดที่ระดับ E ขึ้นไป แต่ยังคงมีกรณีเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563											
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0											
ร้อยละระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ตามระดับความรุนแรง	-ผลระยะเวลารอคอยแพทย์ตามระดับความรุนแรง ตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า สาเหตุเนื่องจากมีภาวะฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินเช่นมีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก อุบัติเหตุหมู่ สมรรถนะของแพทย์ใช้ทุน เป็นต้น	-การประชุมทบทวนในหน่วยงานและสหวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไขและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน -การดำเนินการบริหารจัดการสถานการณ์ผู้ป่วยเกินศักยภาพของหน่วยงาน,แนวทางการบริหารจัดการกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่, การพัฒนาสมรรถนะของแพทย์ใช้ทุนโดยService Rally, On the job training, การสอนจากสถานการณ์จริงโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน -ผลลัพธ์ปี 2561-2563 <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>ร้อยละระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>< 4 นาที</td><td>6</td><td>4</td><td>4</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	ร้อยละระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	< 4 นาที	6	4	4
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563											
ร้อยละระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	< 4 นาที	6	4	4											
ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ	-ผลการปฏิบัติตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญได้เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่าอุบัติการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตาม CPG สาเหตุจากCPG มีความยุ่งยากซับซ้อน รายละเอียดเยอะ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ครอบคลุม เช่นCPG	-การประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ หน่วยงานภายใน องค์กภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการพัฒนาCompetency บุคลากร การพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เช่นแนวทางการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในรพสต. Update Standing order -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563											

	Sepsis, CPG HI, CPG STEMI, CPG STROKE, เป็นต้น	ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ	100	100	100	100										
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะรอตรวจ/ขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	-ผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 0 ครั้ง ซึ่งพบว่าบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	-ประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน -การดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยหนักและการดูแลขณะนำส่ง การจัดระบบการช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แนวทางการรับไว้รักษาของผู้ป่วยหนัก และการพัฒนาแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ (MEWN) -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า	<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะรอตรวจ/ขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย</td><td>0</td><td>8.63</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะรอตรวจ/ขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	0	8.63	0	0
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563												
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะรอตรวจ/ขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	0	8.63	0	0												
ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้														
อัตราการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-ผลการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้0.32% พบว่ามี System inadequacy, Delay investigate, Error Treatment, Error Technique	-การประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ Trauma Audit, Interest Case Audit และกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการพัฒนา System Management in Clinical change, Update Shock Management, มีแนวทางการส่ง CT scan and CT Emergency, แนวทางการStopped bleed by direct pressure หลังการเจาะเลือด -ผล 3 ปี preventable death														
		<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อัตราการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</td><td>0.05%</td><td>0.62%</td><td>1.91%</td><td>0.32%</td></tr></table>					ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อัตราการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	0.05%	0.62%	1.91%	0.32%
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563												
อัตราการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	0.05%	0.62%	1.91%	0.32%												
ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตัวเอง	-ผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. ได้ 1.36 % ซึ่งในกลุ่มอาการรุนแรง พบในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสาเหตุจากการชักประวัติและ Initial Assessment ไม่ครอบคลุมและไม่แม่นยำ	-การประชุมทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการพัฒนาcompetency ในการ Assessment of traumatic with Mechanism of injury ปรับปรุง Indication for Admit and CT Scan มีแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมมากขึ้น และการให้ข้อมูลในการจำหน่ายกลับบ้าน -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า														
		<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม.</td><td>1%</td><td>1.51 %</td><td>1.76 %</td><td>1.36 %</td></tr></table>					ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม.	1%	1.51 %	1.76 %	1.36 %
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563												
ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม.	1%	1.51 %	1.76 %	1.36 %												

อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป	-อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป 1 ครั้ง พบว่าการสั่งยาในรูปแบบ ขนาดที่ไม่เหมาะสม คำสั่งยาไม่ชัดเจน และการรับคำสั่งการรักษา ผิดพลาด	-การประชุมทบทวน 12 กิจกรรมและคณะกรรมการความเสี่ยงเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการพัฒนาแนวทางการบริหารยาและการบริหารความเสี่ยงสูง การพัฒนาความรู้และ competency ในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง จัดทำแนวปฏิบัติการรับคำสั่งการรักษา -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า										
		<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0								
อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบการส่งต่อ	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบการส่งต่อ - อุปกรณ์บนรถพยาบาล จำนวน 62 ครั้ง - รถพยาบาลไม่พร้อมใช้ จำนวน 21 ครั้ง ซึ่งพบว่า รถพยาบาลสตาร์ทไม่ติด ประตูล้างชำระรถ เศษกระຈาประตูล้างชำระกระจายบนพื้น ปัญหาระบบสายพานรถ ถ้อแบน น้ำมันหมด และเครื่องยนต์มีเสียงดัง	-การประชุมทบทวน 12 กิจกรรม และประชุมร่วมกับคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดเป้าหมายและการแก้ไขปัญหา -การดำเนินการพัฒนาระบบ QR Code การตรวจสอบและการยืนยันอุปกรณ์ การเฝ้าระวังความพร้อมใช้ของอุปกรณ์โดยหัวหน้าทีมส่งต่อการเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลและอุปกรณ์พร้อมกันทั้งพนักงานขับรถ ทีมส่งต่อ และแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ณ ขณะนั้นก่อนออกปฏิบัติการ เช่น การทำความสะอาด การเติมน้ำมัน การเติมออกซิเจน เป็นต้น -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า										
		<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบการส่งต่อ</td><td>0</td><td>7 (อุปกรณ์)</td><td>22 (21/1 อุปกรณ์/ รถ)</td><td>83 (62/21 อุปกรณ์/ รถ)</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบการส่งต่อ	0	7 (อุปกรณ์)	22 (21/1 อุปกรณ์/ รถ)	83 (62/21 อุปกรณ์/ รถ)
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบการส่งต่อ	0	7 (อุปกรณ์)	22 (21/1 อุปกรณ์/ รถ)	83 (62/21 อุปกรณ์/ รถ)								
อุบัติการณ์ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	-ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้ 82.96 % ซึ่งอุบัติการณ์ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน คือ เพลบนรถ ambulance หนีมือผู้ป่วย	-ประชุมทบทวน 12 กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขในหน่วยงาน -การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนรถ Ambulance นวัตกรรมยึดตรึงผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย -ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2561-2563 พบว่า										
		<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>เป้าหมาย</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</td><td>100</td><td>82.9 6%</td><td>82.9 6%</td><td>80.6 1%</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	100	82.9 6%	82.9 6%	80.6 1%
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563								
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	100	82.9 6%	82.9 6%	80.6 1%								

*** สี่แดงใช้ตอบอาจารย์

การวัดเพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน HA I – 6.1 ข (1) ,I – 4.1

ตัววัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละการคัดกรองถูกต้อง (Under triage, over triage)	- การคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลคัดกรองพบสาเหตุจากการคัดกรองเฉพาะโรคไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคเสี่ยงสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้การลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองไม่เป็นปัจจุบัน	- การประชุมทบทวน 12 กิจกรรม และกำหนดเป้าหมายการพัฒนา -การนำการคัดกรอง MOPH ED Triage ร่วมกับ Fast track มาปรับปรุงใช้ในหน่วยงาน การให้คำปรึกษาเรื่องการคัดกรองกรณีไม่แน่ใจไม่มั่นใจโดยหัวหน้าเวรและแพทย์ห้องฉุกเฉิน การจัดระบบการลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ มีแนวทาง Re triage ในห้องฉุกเฉิน โดยหัวหน้าเวรและแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน จัดให้มีการนิเทศการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพโดยหัวหน้าเวร และการ

		จัดรูปแบบการรับ-ส่งเวชโดยมีหัวข้อการคัดกรองผู้ป่วยหรือความเสี่ยงในหน่วยงานทุกวัน
ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติหรือการดูแลสุขภาพตัวเอง	-ผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วย unclear Diagnosis เช่นกลุ่มอาการปวดท้อง อาการไข้ เป็นต้น	-การประชุมพบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ กำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการการระบุตัวผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชม. ในการ Alert alarm ในระบบคอมพิวเตอร์ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชม. โดยผู้ป่วยควรพบแพทย์เฉพาะทาง หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการพัฒนา competency ในการ Assessment of traumatic with Mechanism of injury ปรับปรุง Indication for Admit and CT Scan มีแนวทางการรักษาแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมมากขึ้น และการให้ข้อมูลในการจำหน่ายกลับบ้าน
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป	-อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านยาระดับ E ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ในหน่วยงานและการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา ซึ่งพบว่ามี ความผิดพลาดของ Prescription error เป็นจำนวนมากแต่ความรุนแรงน้อย เช่น แพทย์ไม่สั่งออนไลน์ สั่งยาแล้วไม่ Save ไม่ระบุช่องทางการให้ยา สั่งไม่ครบจำนวน ไม่แนบใบยาบัญชีหลัก เป็นต้น	-การประชุมพบทวน 12 กิจกรรมและคณะกรรมการความเสี่ยงด้านยาเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติร่วมกัน -การดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการบันทึกยา ก่อนให้ผู้ป่วยไปรับยา การซักประวัติการแพ้ยา การสื่อสารการแพ้ยาของผู้ป่วยในเวชระเบียนตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางการบริหารยาและการบริหารความเสี่ยงสูง การพัฒนาความรู้และ competency ในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง การจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติด้านระบบยา (Cop.Medicine)
อัตราการย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้วางแผน(Unplan ICU) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทุรลงขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	-ผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทุรลงขณะส่งต่อ/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 0 ครั้ง ซึ่งพบว่าบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	-ประชุมพบทวนร่วมกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน -การดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยหนักและการดูแลขณะนำส่ง การจัดระบบการช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แนวทางการรับไว้รักษาของผู้ป่วยหนัก และการพัฒนาแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ

การสร้างและใช้ความรู้ (EBM, KM, Research)

หัวข้อ/โรค	Update Evidence ที่นำมาใช้ปฏิบัติ HA I – 4.2 ค (1) , I – 6.1 ก(3), II – 2
Stroke	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แนวทางการดูแลดังนี้ 1. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย

	การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) การทบทวนความรู้ด้านการพยาบาลเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย BEFAST ตั้งแต่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น รพสต. อสม. อพ. และกู้ชีพกู้ภัย แนวปฏิบัติการบริหารยา rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน
STEMI	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้แนวทางการดูแลดังนี้ 1. ใช้แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของสมาคมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (Thai heart Association Guideline) 2. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก(แห่งประเทศไทย) 3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) การศึกษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วยหนักระบบหัวใจและหลอดเลือด
CPR	การช่วยฟื้นคืนชีพ ใช้แนวทางการปฏิบัติดังนี้ ใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (American Heart Association Guideline 2020) การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) การทบทวนแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่หน่วยงานภายในโรงพยาบาล เช่น แผนกเร่งรัดรักษา หอผู้ป่วยใน ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้น การอบรมและฝึกปฏิบัติให้กับภาคีเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล เช่น รพสต. กู้ชีพกู้ภัย โรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานคุมประพฤติ เป็นต้น
TBI	การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ใช้แนวทางการดูแลดังนี้ 1. แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของสมาคมแพทยราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) -การประชุมTrauma Audit เพื่อการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการคุณภาพร่วมกับสหวิชาชีพ -การประชุมร่วมกันศูนย์ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอและจังหวัด โดยการนำเสนอจุดเสี่ยง ให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยง CT scan -CPG การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง แนวทางการส่งผู้ป่วย
Covid-19	การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อ ใช้แนวทางการดูแลดังนี้ 1. ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อ Covid-19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2. แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) การทำความสะอาด การสวมชุด PPE การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ Capsule negative pressure การจัดระบบการส่งผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ เช่น การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมเอกสาร การเคลื่อนย้ายเข้าลิฟต์ เป็นต้น การอบรมและร่วมฝึกซ้อมให้กับองค์กรภายนอกโรงพยาบาล เช่น รพสต. สำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค แมคโคร โลตัส 7-11 ทรู พาร์ค เป็นต้น

หัวข้อ/โรค	Update Evidence ที่นำมาใช้ปฏิบัติ HA I – 4.2 ค (1) , I – 6.1 ก(3), II – 2
Critical Newborn	การดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ ใช้แนวทางการดูแลดังนี้ การดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ เขตสุขภาพที่ 7 การจัดการความรู้ในหน่วยงาน (Knowledge management) การศึกษาและการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกวิกฤติ การดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติอย่างต่อเนื่อง
Work place violence	Guideline workplace violence/ ซ้อมแผน
CPR covid	Guideline intubation and CPR covid-19 /ซ้อมแผน
EMS	Offline protocols for EMS

กิจกรรม KM HA 1-4.2ค(1)	ลักษณะการจัดกิจกรรมและตัวอย่างความรู้ที่เกิดขึ้น
การทบทวน 12 กิจกรรม/ความเสี่ยง	ประชุมทบทวนทุกเดือน ประชุมทบทวนเมื่อมีอุบัติการณ์
AAR	ประชุมทบทวนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
การฝึกซ้อม CTx	การทบทวนการซ้อมแผนอุบัติเหตุ
การประชุม Refer Audit	ประชุมทบทวนการนำส่งผู้ป่วยระดับจังหวัด
การทบทวน Trauma Audit	ประชุมทบทวนการดูแลบาดเจ็บในโรงพยาบาลมหาสารคาม

การวิจัย HA 1-4.1ค(1). II-1.1ก(5)	Key Findings และ การนำมาใช้ประโยชน์
การพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ จุดเกิดเหตุ	ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ จุดเกิดเหตุ
การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก	ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก
พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหวิชาชีพ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรผู้ให้บริการ

กำลังคน (Workforce) I-5

ขีดความสามารถของกำลังคน (workforce capability) HA I-5.1ก(1)

	ขีดความสามารถที่มี	ขีดความสามารถที่มีจริง
ขั้นพื้นฐาน	1. แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 5 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ 38 คน ผ่านการอบรมดังนี้ เฉพาะทางการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 คน เฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 10 คน (25%) เฉพาะทางการพยาบาลการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 3 คน หลักสูตรการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 27 คน หลักสูตร ACLS 38 คน หลักสูตร ATLS 10 คน	1. แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ 38 คน ผ่านการอบรมดังนี้ เฉพาะทางการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 คน เฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 4 คน(10%) เฉพาะทางการพยาบาลการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ 3 คน หลักสูตรการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 27 คน หลักสูตร ACLS 38 คน หลักสูตร ATLS 10 คน หลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น 13 คน

	หลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น 13 คน หลักสูตรEmergency medical dispatcher จำนวน 13 คน หลักสูตรการใช้วิทยุสื่อสาร 27 คน หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อ 37 คน 3. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน 4. เวชกิจฉุกเฉิน 7 คน 5. ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน 6. พนักงานสื่อสาร 3 คน 7. เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน 8. พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน 9. พนักงานทั่วไป 3 คน 10. พนักงานแปล 36 คน	หลักสูตรEmergency medical dispatcher จำนวน 13 คน หลักสูตรการใช้วิทยุสื่อสาร 27 คน หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อ 37 คน 3. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน 4. เวชกิจฉุกเฉิน 7 คน 5. ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน 6. พนักงานสื่อสาร 3 คน 7. เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน 8. พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน 9. พนักงานทั่วไป 3 คน 10. พนักงานแปล 36 คน
ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ACLS ATLS การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น การใช้วิทยุสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อ	แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ACLS ATLS การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น การใช้วิทยุสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อ

อัตรากำลัง (workforce capacity) HA I-5.1n(1)

ประเภท	เกณฑ์พิจารณาและอัตราที่พึงมี	อัตรากำลังที่มีจริง
แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 5 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 4 คน กำลังจะไปเรียน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพ	-เกณฑ์การจัดอัตรากำลังของสภาการพยาบาล จากประกาศ มาตรฐานบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ปี 2548 1:10 คิดเป็น จำนวน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน/วัน -เกณฑ์การจัดอัตรากำลังตามคู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง ของกองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข (80%FTE) คิดเป็น 30 คน/วัน ในอัตรา 11:13:6 ซึ่งแยกเป็น เวรเช้า ป้าย ดึก ตามลำดับ	-เกณฑ์การจัดอัตรากำลังของสภาการพยาบาล จากประกาศ มาตรฐานบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ปี 2548 1:10 คิดเป็น จำนวน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน/วัน -เกณฑ์การจัดอัตรากำลังตามคู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง ของกองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข (59%FTE) คิดเป็น 21 คน/วัน ในอัตรา 9:8:4 ซึ่งแยกเป็น เวรเช้า ป้าย ดึก ตามลำดับ
นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์/เวชกิจฉุกเฉิน	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 10-12 คน	อัตรากำลังที่มีจริง 10 คน (เปลี่ยนสาขา 3 คน)
ผู้ช่วยพยาบาล	-	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 1 คน
พนักงานสื่อสาร	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 4 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 3 คน
เจ้าหน้าที่ธุรการ	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 1 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 1 คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 3 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 3 คน
พนักงานทั่วไป	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 3 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 3 คน

พนักงานแปล	อัตรากำลังที่พึงมี จำนวน 36 คน	อัตรากำลังที่มีจริง จำนวน 36คน
------------	--------------------------------	--------------------------------

แผนและการจัดระบบด้านกำลังคน

มาตรฐาน	สิ่งที่ปฏิบัติ
การพัฒนาด้านกำลังคนเพื่อรองรับแผนกลยุทธ์[I-2.2n(4)]	ส่งอบรมวิชาการภายใน และภายนอกรพ. 60 ชม./คน/ปี ส่งอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน หลักสูตร 4 เดือน ปีละ1-2 คน แพทย์ศึกษาต่อ จบปี 2563 จำนวน 3 คน 2564 จำนวน 1 คน 2565 จำนวน 1 คน
การจัดอัตรากำลังที่ยึดหยุ่นตามปริมาณงาน[I-5.1n(3)]	จัดอัตราากำลังตามจำนวนผู้รับบริการ แพทย์ ช:บ:ด 5:6:2 พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน ช:บ:ด 8:8:4 ทีมออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ช:บ:ด 4:4:4 ทีมการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ ช:บ:ด 5:5:3
การจัดระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง [I-5.1n(4)]	-มีการจัดโซนผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรงโดยมีแพทย์และพยาบาลที่ได้รับมอบหมายประจำ -แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ (ในเวร) -มีระบบ consult ให้คำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินในระบบ EMS/Refer
การพัฒนากำลังคน[I-5.2ข(1)]	-การกำหนดสมรรถนะของหน่วยงาน การประเมินสมรรถนะ และวิเคราะห์เพื่อให้ตอบสนองกลยุทธ์ของหน่วยงานและโรงพยาบาล -การอบรมวิชาการทั้งภายใน และภายนอก พิจารณางานที่ได้รับมอบหมาย หรือตามความสนใจส่วนบุคคล (ตามความเหมาะสม) และนำเสนอ/ ถ่ายทอดให้บุคลากรอื่นๆในหอผู้ป่วยในที่ประชุมของหอผู้ป่วย -ผลการวิเคราะห์จำนวนชั่วโมงประชุม ปี 2563 : ข้าราชการ - แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน มีชั่วโมงการประชุมเกิน 60 ชั่วโมง ร้อยละ 100 พอส. พยาบาลวิชาชีพ Paramedic เวชกิจฉุกเฉิน ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าพนักงานธุรการ พนักงานวิทยุสื่อสาร เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล ชั่วโมงการประชุมเกิน 30 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ลูกจ้างรายวัน พนักงานทั่วไป ชั่วโมงการประชุม 30 ชั่วโมง ร้อยละ 100

การบูรณาการ (Integration) HA I-5.1 n(4). II-1. 1n(4)

บริการ /กลุ่มผู้ป่วย	ลักษณะการบูรณาการ/ ประสานความร่วมมือ
Stroke	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคสมองให้แผนการรักษาการรักษ 2. ทีมแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วย 3. ทีมแพทย์รังสี 4. เกสเซอร์ในการจ่ายยา 5. เทคนิคการแพทย์ในการตรวจห้องปฏิบัติการ 6. พยาบาล ER ดูแลผู้ป่วยและเตรียมให้ยา rt-PA ณ ห้องฉุกเฉิน
STEMI	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจให้แผนการรักษา 2. ทีมพยาบาลการส่งต่อให้การประสานงานการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 3. ทีมแพทย์ ER ให้การปรึกษาระบบการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลชุมชนและให้การดูแลผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน และโรงพยาบาลชุมชนสามารถ by pass ผู้ป่วยที่ต้องทำ PCI ที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์

	4. เกสเซอร์ในการจ่ายยา 5. ทีมพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยและให้ยา rt-PA ณ ห้องฉุกเฉิน
Multiple Trauma	1.แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมทั่วไปทำการผ่าตัด 2.ทีมแพทย์และพยาบาล ER ดูแลผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3.วิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาล ORเตรียมรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 4.เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเตรียมเลือด 5. หอผู้ป่วยในศัลยกรรมเตรียมรับผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด
Traumatic brain injury	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมทางสมอง 2. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วยหรือเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3. รังสีแพทย์และรังสีเทคนิค 4. วิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาล OR เตรียมรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 5. เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเตรียมเลือด 6. หอผู้ป่วยในศัลยกรรมหรือผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุเตรียมรับผู้ป่วยรับไว้รักษาหรือกลับจากห้องผ่าตัด
TB	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรมและอาชีวเวชกรรม 2. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วย 3. พยาบาล IC ให้การดูแลการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 4. เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5. ทีมบริหารงานทั่วไป ให้การดูแลการจัดขยะติดเชื้อ
Sepsis	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรม 2. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วย 3. พยาบาล IC ให้การดูแลการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 4. เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5. เกสเซอร์ในการจ่ายยา
Critical Newborn	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชกรรม 2. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วย 3. พยาบาลER หรือพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อนำส่งผู้ป่วย
Ectopic pregnancy	1.แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสูติรีเวชกรรม 2.ทีมแพทย์และพยาบาล ER ดูแลผู้ป่วยและ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3.วิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาล ORเตรียมรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 4.เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเตรียมเลือด 5. หอผู้ป่วยในสูติกรรมเตรียมรับผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด
Preterm labour	1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสูติรีเวชกรรม 2. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วย 3. พยาบาล ER หรือพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อนำส่งผู้ป่วย 4. พยาบาลห้องคลอดเตรียมรับผู้ป่วย
ระบบการส่งต่อ	1. พัฒนา competency ของพยาบาลในระบบส่งต่อเช่น การอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในระบบส่งต่อ และ Service plan rally เป็นต้น 2. การทบทวนปัญหาและพัฒนาระบบส่งทั้งระดับจังหวัด(Refer Audit)และระดับเขต
Palliative care	1. แพทย์และพยาบาล ER ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ 2. พยาบาลระยะสุดท้ายประสานงานเกี่ยวกับ Palliative care

การตอบสนองต่อ Personnel Safety Goals HA I-5.1ก

เป้าหมาย	สิ่งที่ปฏิบัติ
----------	----------------

S1: Security & privacy of information	-ปฏิบัติตามแนวทางการเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาล -มีการ login โดยใช้ username และ password ในระบบของโรงพยาบาล
S2: Social media & com. Professionalism	-มีนโยบายกำหนดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ขณะปฏิบัติงาน
I: ICP for workforce	-ฟื้นฟูความรู้และการปฏิบัติด้าน IC, การใช้ PPE, Isolation Precautions เป็นต้น -การนิเทศติดตามการปฏิบัติ และการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการทำงาน, ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย -การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจของโรงพยาบาลมหาสารคาม -การจัดโซนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน
M1: Mental health (mindfulness, 2 nd victim, burnout)	- การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษากับนักจิตวิทยา ของบุคลากรในหน่วยงาน - ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม เช่นโครงการธรรมะสัญจร โครงการทำบุญตักบาตรในวันพระ เป็นต้น -ประเมินความสุขและความผูกพันองค์กร - การทบทวนตามการเกิดอุบัติการณ์หรือผลกระทบทางด้านจิตใจจากเหตุการณ์ไม่คาดฝัน
M2: Mediation	-การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมในหอผู้ป่วย หรือส่งทีมไกล่เกลี่ยของรพ. -ติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์/ RCA ระดับ E ขึ้นไป เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ
P1&2: Prevention of work-related disorder	-อบรมอาชีพอนามัย, IC แก่บุคลากรทุกปี/ ทบทวนแนวปฏิบัติ เช่น การถูกเข็มและของมีคมทิ่มตา -ตรวจสุขภาพประจำปี -ตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยทีมอาชีพอนามัย เช่น ตรวจสอบอากาศ แก๊สโดยการติดแผ่นกรองอากาศ จัดหาเครื่องกรองอากาศ แสงไม่พอ เปลี่ยนหลอดไฟ -ติดตามอุบัติการณ์/ ภาวะความเจ็บป่วย/ การถูกเข็มและของมีคมทิ่มตา ฯลฯ
P3: Fitness for work	-ฉีดวัคซีน เช่น Hep B, Influenza -ฟื้นฟูความรู้ Isolation Precautions แก่บุคลากร -บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี -ติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากร
L1: Ambulance & referral safety	- ดำเนินการปรับปรุงรถพยาบาลทั้งหมด ให้ได้มาตรฐานตามความปลอดภัยของรถพยาบาล - พนักงานขับรถผ่านการอบรม Ambulance Safety - ติด GPS เพื่อติดตามการใช้ความเร็วและตำแหน่งรถ - การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ ในช่วงเทศกาล - ติดกล้องวงจรปิดในรถพยาบาลทุกคัน - จัดมาตรฐานรถพยาบาลสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่
L2: Legal issues	-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติอย่างเพียงพอก่อนตัดสินใจเซ็นยินยอมรับการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ -ติดตามผลการ Audit Chart (ใบเซ็นยินยอม) เพื่อนามาปรับปรุงแก้ไข -ติดตามอุบัติการณ์/ ข้อร้องเรียน
E1: Safe physical environment	-ดูแลระบบอากาศให้การระบายอากาศโดยทีม ENV -มีระบบการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ บริเวณห้องพักรักษาและพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ -ติดตามภาวะสุขภาพบุคลากร

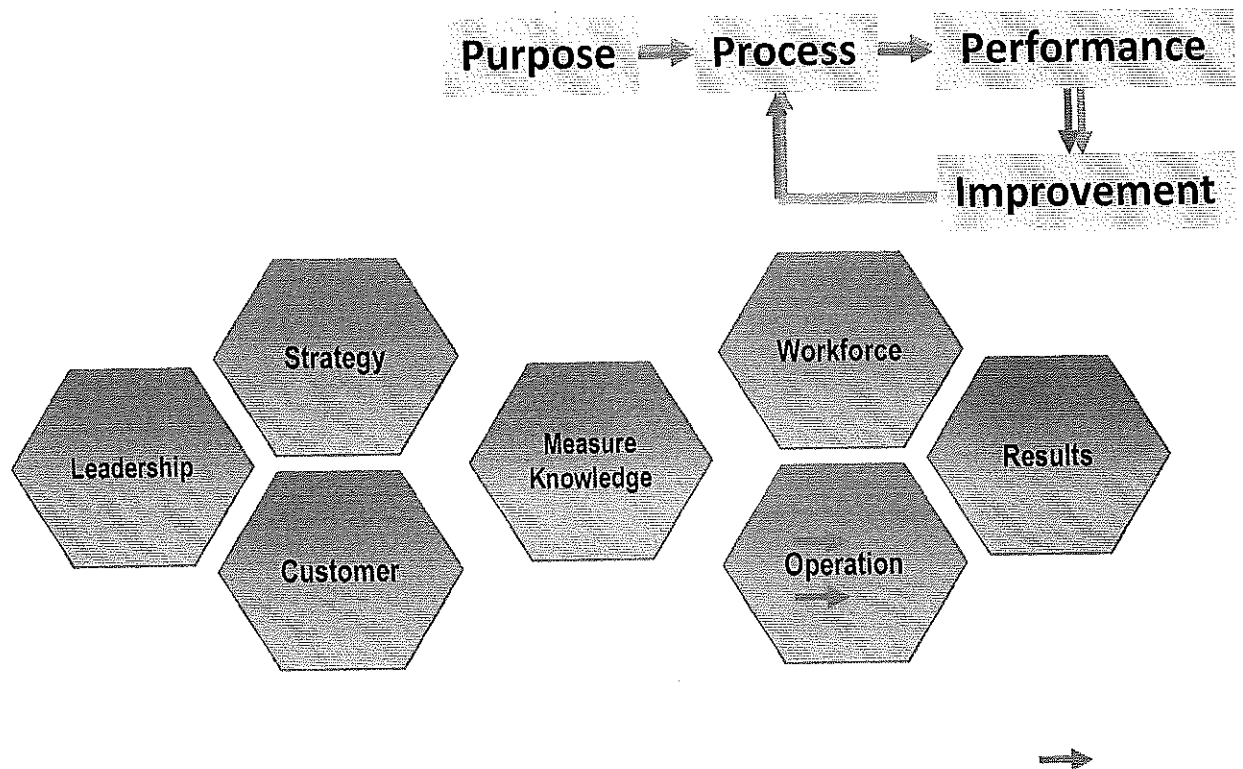
E2: Working condition	-การจัดตารางการทำงาน ไม่เกิน 16 ชมต่อวัน แต่มีช่วงเวลาดึกหลังทำงานติดต่อกัน 8 ชม. -การจัดบุคลากร ตามระดับสมรรถนะ ให้เหมาะสมกับการทำงาน -ปฐมนิเทศการใช้ PPE ในเจ้าหน้าที่ใหม่ และฟื้นฟูความรู้ในเจ้าหน้าที่เดิม และจัดหาให้มีใช้อย่างเพียงพอ -ติดตามอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน -ประเมินและติดตามผลการประเมินความพึงพอใจในงาน
E3: Workplace violence	-มีการซ้อมแผน ประเมินผล และพัฒนาแผน รองรับความรุนแรงในสถานพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานภายนอก - มีแนวปฏิบัติ workplace violence - มีประตู 2 มีระบบคีย์การ์ด/สแกนลายนิ้วมือ (Double door with access control) - ติดระบบกล้องวงจรปิด - มี รปภ. ฝ้าหน้าห้องตรวจฉุกเฉิน - มีตำรวจเวรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเวลา 16.00-08.00 น. - มีระบบการให้ข้อมูลกับผู้มารับบริการเป็นระยะ - มีป้าย/สัญลักษณ์ที่แสดงระดับการคัดแยก และขั้นตอนการรักษาในห้องฉุกเฉิน - มีระบบคิว ระบบแสดงสถานการณ์รักษา

ความผูกพันของกำลังคน HA I-5.1ค

ปัจจัย	การปรับปรุง
ผู้บังคับบัญชา	ลดขั้นตอนการประสานงาน การรายงานให้ผู้บริหารทุกระดับ ให้เข้าถึงได้ง่าย
เพื่อนร่วมงาน	กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์/ ความสามัคคีในหน่วยงาน เช่น การจัดทีมในการทำกิจกรรมต่างๆ (5ส, จัดบอร์ด, นวัตกรรม) หรือมีงานเลี้ยงสังสรรค์ตามเทศกาล โครงการการอุบัติเหตุฉุกเฉิน Running ก้าวท้าใจ เป็นต้น
ความก้าวหน้าในอาชีพ	สนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากร ตาม career path ของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน การแพทย์ เช่น อบรมการทำเอกสารวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ พัฒนา middle manager ในหน่วยงาน หรือสนับสนุนการร่วมกิจกรรมของรพ.ที่บุคลากรสนใจ เช่น การอบรมการวิจัย
การได้รับการโค้ช	หัวหน้าหอผู้ป่วย/ หัวหน้าเวร นิเทศติดตาม สอน/แนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
พัฒนาการและการเรียนรู้	-การใช้ระบบที่เสี่ยงในการปฏิบัติงาน -ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมตามสมรรถนะของหน่วยงาน -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกรณีศึกษาประจำ หรือการเยี่ยมชมสำรอกภายใน/ ภายนอก -การทบทวน และติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับPCT. หรือกลุ่มการพยาบาล
งานที่ท้าทาย	-การพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการที่ต้องใช้เทคโนโลยี/ MIS ประเภทใหม่ๆ -มอบหมายงานที่ท้าทายให้บุคลากรตามความเหมาะสม
อิสระในการทำงาน	มีนโยบาย มอบหมายงานและให้อิสระในการทำงานภายใต้ระเบียบ กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ
งานมีคุณค่า	-งานที่ได้รับมอบหมาย ได้นำมาใช้ขยายผล เผยแพร่และปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย -การฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษานักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน - เป็นวิทยากรในการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น อบรมอาสาฉุกเฉินการแพทย์ อสม. หน่วยงานเอกชน นักเรียนนักศึกษา เป็นต้น
การยกย่อง	-ประกาศยกย่องบุคลากร เมื่อได้รับรางวัลต่างๆ เช่น รางวัลเสนอผลงานดีเด่น
เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น	-สามารถแลกเวรกันได้เกินตามกำหนด กรณีจำเป็นโดยไม่กระทบกับคนอื่น
ผลตอบแทน	-จ่ายตามระเบียบของราชการ

ข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน
(Service Profile)

หน่วย/บริการ/ระบบ	หอผู้ป่วยเฉพาะโรค
โรงพยาบาล	มหาสารคาม



หน้าที่และเป้าหมาย & ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ HA I- 1.1 ก(1) I-2.2ก(2)(5)

วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง
พันธกิจขององค์กร	1. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ 2. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
ความมุ่งหมาย (หน้าที่&เป้าหมาย)	ให้การดูแลผู้ป่วยที่แพร่เชื้อทาง Airborne / Droplet / Contract infection / กลุ่มโรคอุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้วยความรวดเร็ว (Time lines) ปลอดภัย (safety) ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้(effective) มีความพึงพอใจ (people center)



มิติคุณภาพ/ประเด็นคุณภาพสำคัญในเป้าหมาย	ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมาย
Patient/people center ใส่ใจ ใจเวลา รับฟัง พูดดี พูดรู้เรื่อง / ทำความเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (≥ 85)
Accessibility (การเข้าถึงบริการ)	- อัตราการเข้ารักษาห้อง Negative room ของผู้ป่วยกลุ่ม Airborne / Droplet (100%) - ร้อยละกลุ่มเสี่ยงวัณโรคได้รับการคัดกรอง ($> 90\%$)
Appropriate(เหมาะสม) ถูกต้องเหมาะสม	- อัตราการการวินิจฉัยผิดพลาด (0%) - อัตราการเริ่มยาวัณโรครายใหม่ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย (กรณีไม่มีข้อห้าม) (90%)
Effectiveness(ประสิทธิผล) ผลลัพธ์ดี/ ผิดพลาดน้อย ทำซ้ำน้อย	- อัตราการ re-admit (0) - อัตราการเสียชีวิต ($\leq 30\%$) - อัตราการติดเชื้อ VAP (≤ 7.0 Vent/day) - อัตราการติดเชื้อ CAUTI (≤ 3.0 Cath/day) - อัตราการติดเชื้อ CLABSI (≤ 1.10 Line/day) - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (≤ 1.0 /ต่อ 1,000 วันนอน) - อัตราการเกิดรักษาผิดคน (0) - อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรค (100%) - อัตราการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน COC (100%)
Safety (ปลอดภัย) ไม่มีของแถม /มีความเสี่ยงน้อย/บริการปราศจาก	- อัตราการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในบุคลากร (0) - อัตราการเกิด Tube เลื่อนหลุด (0)

มิติคุณภาพ/ประเด็นคุณภาพสำคัญในเป้าหมาย	ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมาย
อันตราย ความเสี่ยงภัยหรือปัญหา ต่างๆ	- อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ($\leq 2\%$) - อัตราการเกิดแผลกดทับ ($\leq 2\%$) - อัตราการเกิดผู้ป่วยอาการทรุดลง ไม่ได้รับการประเมิน (0)
Efficiency (ประสิทธิภาพ) มีความคุ้มค่า / ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า ไม่ซับซ้อน ไร้รอยต่อ, ประสานทุกจุดบริการ, สื่อสารข้อมูลให้ถึงพร้อมเข้าถึงง่าย ไม่รอนาน / ติดต่อเข้ารับบริการเป็นไปด้วยความสะดวก ไม่ ยุ่งยากรวดเร็ว, วงรอบรวดเร็ว	- อัตราการย้ายเข้าห้องแยกโรคในผู้ป่วยวัณโรค ไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ($\geq 80\%$)

แผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัดของหน่วยงาน
1.พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มี สมรรถนะสูง ทางานแบบภาคีเครือข่าย	- ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ($> 85\%$) - อัตราตายผู้ป่วย Stroke($<2.5\%$) - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ($\leq 9\%$/แสน ปชก) - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย community-acquired sepsis ($< 28\%$) - อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน 12 เดือน ($\leq 5\%$) - ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน ($\geq 80\%$) - อัตราการติดเชื้อ VAP (≤ 7.0 Vent/day) - อัตราการติดเชื้อ CAUTI (≤ 3.0 Cath/day) - อัตราการติดเชื้อ CLABSI (≤ 1.10 Line/day) - อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (≤ 1.0/ต่อ 1,000 วันนอน) - ร้อยละการล้างมือถูกต้อง ($\geq 85\%$)
2. เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน (ระบบ การเงิน การคลังพัสดุ เทคโนโลยีสารสนเทศ การ พัฒนาระบบบุคลากร งานสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัย และการประชาสัมพันธ์องค์กร) ให้มี ประสิทธิภาพ	- ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการประเมิน Competency ($\geq 80\%$) - ร้อยละบุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็น ในงาน ($\geq 80\%$) - ระดับการผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital - ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ ($\geq 60\%$)

แผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวชี้วัดของหน่วยงาน
	- ร้อยละบุคลากร มีความสุขตามเกณฑ์ Happinometer ($\geq 60\%$) - ร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ($\geq 80\%$) - จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากร (0) - จำนวนอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคปอดจากการปฏิบัติงานของบุคลากร (0) - ร้อยละของบุคลากรได้รับการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคติดต่อทางเลือด/น้ำเหลือง/สารคัดหลั่งหลังเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน (100%)
3. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	- ร้อยละเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมภายนอกโรงพยาบาล (1 ครั้ง/คน/ปี) - ร้อยละเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค ภายในหน่วยงาน (6 ครั้ง/คน/ปี)

ขอบเขตบริการ

บริบท (Context)	หอผู้ป่วยเฉพาะโรค เปิดรับผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่ปี 2557 โดยมีจำนวนเตียงทั้งหมด 7 เตียง
-----------------	--

แก้ไขล่าสุด 30 พฤศจิกายน 2563

	รับผู้ป่วยประเภทที่ 2-3 เท่านั้น ต่อมาในเดือนมกราคม 2563 ได้มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย COVID-19 และ PUI โดยใช้หอผู้ป่วยเฉพาะโรค ปรับปรุงและขยายบริการเพิ่มขึ้น รับผู้ป่วยจำนวน 19 เตียง มีห้อง Airborne Infection Isolate Room (AIIR) 1 ห้อง , Modified AIIR 5 ห้อง และ Isolated room 13 ห้อง สามารถรองรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้ 3 ห้อง และผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ 16 เตียง ในเดือนสิงหาคม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วย PUI ลดน้อยลง เพื่อใช้ประโยชน์สูงสุดจากการปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วย จึงได้ปรับเกณฑ์การเพื่อรับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อทาง Airborne / Droplet / Contract infection กลุ่มโรคอุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม และขยายบริการเพิ่มจำนวนเตียงทั้งหมด 25 เตียง สามารถดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 10 เตียง และผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 15 เตียง โดยแบ่งเป็นห้อง Airborne Infection Isolate Room (AIIR) สำหรับผู้ป่วย โรคติดต่ออันตรายและโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ 2558 จำนวน 1 ห้อง , Modified AIIR 5 ห้อง และ Isolated room จำนวน 10 ห้องสำหรับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อทาง Airborne / Droplet / Contract infection จึงทำให้สามารถรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ประเภทที่ 2-5 สูงสุดจำนวน 25 คน
ครอบคลุม	ครอบคลุมผู้ป่วยที่แพร่เชื้อทาง Airborne / Droplet / Contract infection กลุ่มโรคอุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำ
ไม่ครอบคลุม	-
ลักษณะสำคัญของ ผู้รับบริการ	ให้บริการครบมิติสุขภาพในผู้ป่วยที่แพร่เชื้อทาง Airborne / Droplet / Contract infection และ/หรือ กลุ่มโรคอุบัติใหม่ อุตซ้ำ และ/หรือ ผู้ป่วยที่ต้องการ Isolation precaution จากการติดเชื้อ และผู้ต้องขัง ในทุกกลุ่มวัย แบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ (ความต้องการที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้รับบริการพิจารณาจากโรคและกลุ่มอายุ)

ทรัพยากร (ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี และสถานที่)

ทรัพยากร	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
----------	---------	----------

แก้ไขล่าสุด 30 พฤศจิกายน 2563

ทรัพยากร	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
บุคลากร	1.อายุรแพทย์จำนวน 20 คน (เฉพาะทางโรคทางเดินหายใจ 1 คน) 2.พยาบาลวิชาชีพ 16 คน (อบรมเฉพาะทางหลอดเลือดหัวใจ 1 คน ,อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน)	พยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อการระงับในการดูแลผู้ป่วย 25 เตียง โดยรับผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 10 เตียง(อัตราพยาบาล:ผู้ป่วย 1:3) และผู้ป่วยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจอีก 15 เตียง (อัตราพยาบาลผู้ป่วย 1:6) ประเมิน Productivity หลังเปิดรับผู้ป่วยหนัก ในเดือน สิงหาคม – กันยายน = 89.87
เครื่องมือเทคโนโลยี	1.ventilator จำนวน 10 เครื่อง 2.infusion จำนวน 15 เครื่อง 3.Patient Monitor จำนวน 12 เครื่อง 4.มีห้อง Negative presser (ห้องความดันลบ) สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำนวน 6 ห้อง และ Isolated room จำนวน 10 ห้อง 5.มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพียงพอ เช่น cover all, mask N95 เป็นต้น	- ขาดเครื่อง ventilator สำรองจากศูนย์เครื่องมือ ทำให้เมื่อเกิดการชำรุด มีเครื่องสำรองไม่เพียงพอ -
สถานที่	มีห้องแยก Isolated room เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ	- ระบบการเติมอากาศบริสุทธิ์จากภายนอก เข้าในห้องผู้ป่วยตามหลักการยังไม่สามารถทำได้ ในห้อง Isolated room ธรรมดา แต่มีการวางแผนติดตั้งพัดลมเพื่อควบคุมทิศทางอากาศ - ห้อง Isolated room (ห้องแยก) ต้องรองรับผู้ป่วย 2 เตียง/ห้อง ซึ่งไม่ถูกต้องตามหลักการ แต่เนื่องจากอัตราความต้องการใช้ห้องสูง ทำให้อาจเกิดความเสี่ยง - ท่อระบายน้ำเสียอุดตัน ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซไข่เน่าจำนวนมาก ไม่สามารถแก้ไขเนื่องจากเกิดจากโครงสร้างของอาคาร - มีเตียงจำนวนมากเข้าสู่ห้องผู้ป่วยได้ เนื่องจากมีท่อระบายน้ำเป็นทางเข้า

ปริมาณงานที่สำคัญ

งานที่สำคัญ	ลักษณะงาน	2563		วิเคราะห์แนวโน้ม
		ม.ค - ก.ค	ส.ค - ก.ย	
1. สถิติด้าน บริการ	จำนวนเตียง	19 เตียง (รับ ET 3 เตียง ไม่ใส่ ET 16 เตียง)	25 เตียง (รับ ET 10 เตียง ไม่ใส่ ET 15 เตียง)	ขยายบริการมากขึ้น
	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	294	92	มีแนวโน้มสูงขึ้น 31% ของยอดเดือน มค-กค
	จำนวนวันนอน (วัน)	1,039	502	มีแนวโน้มสูงขึ้น 48.31% ของยอด เดือน มค-กค
	อัตราการครองเตียง	25.91	32.39	มีแนวโน้มสูงขึ้น 3% ของยอดเดือน มค-กค
	Active bed	4.9	8	ยังมีอัตราที่น้อย
	Productivity (85-120%)	49.68	89.87	มีแนวโน้มสูงขึ้น 2 เท่า ของยอดเดือน มค-กค
	อัตราการเสียชีวิต	5.10%(15/294 ราย)	2.5%(13/92 ราย)	มีแนวโน้มสูงขึ้นของ ยอดเดือน มค-กค
2. สถิติโรค สำคัญ	โรคที่เข้ารับรักษามาก ที่สุด	1. Pneumonia (กลุ่ม เสี่ยง COVID-19) 2. TB (ในปอด) 3. กลุ่มผู้ป่วยติดเชื ื้อยา 4. Chickenpox/ Measles	1. Pneumonia (กลุ่มเสี่ยง COVID- 19) 2. TB (ในปอด) 3. กลุ่มผู้ป่วยติดเชื ื้อยา	เป็นผู้ป่วยตามเกณฑ์ การคัดเข้ารับรักษาในหอ ผู้ป่วยเฉพาะโรค
	โรคที่เป็นสาเหตุ เสียชีวิต	1. Pneumonia 2. TB 3. Medioidosis	1. Pneumonia 2. sepsis or septic shock 3. TB	แนวโน้มระดับความ รุนแรงของผู้ป่วยสูงขึ้น
3.หัตถการที่ สำคัญ	การช่วยฟื้นคืนชีพ CPR (ราย)	3	3	อัตราการรอดชีวิตใน 24 ชั่วโมงสูง
	การช่วยแพทย์ทำ	130	10	มีแนวโน้มลดลงตาม

แก้ไขล่าสุด 30 พฤศจิกายน 2563

งานที่สำคัญ	ลักษณะงาน	2563		วิเคราะห์แนวโน้ม
		ม.ค - ก.ค	ส.ค - ก.ย	
	swab Covid-19 (ราย)			กลุ่มเสี่ยง PUI

*** เดือน มกราคม 63 ปรับรับผู้ป่วยเพิ่มจาก 7 เตียงเป็น 30 เตียง โดยรับ ET 1 เตียง ไม่ใส่ ET 29 เตียง เนื่องจากปรับเป็นตึกสำหรับรับผู้ป่วยสงสัย COVID-19 และในเดือนสิงหาคม 63 ปรับรับผู้ป่วยจำนวน 25 เตียง โดยใส่ ET เป็น 10 เตียง ไม่ใส่ ET 15 เตียง

การใช้ประโยชน์จากค่านิยมหลัก HA I-1.1ก(1)

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติประจำวัน
Mastery (เชี่ยวชาญมีคุณธรรม)	1.value on staff (ให้ความสำคัญของบุคลากร) 2.individual commitment (การตกลงร่วมกัน) 3.teamwork(การทำงานเป็นทีม) 4.ethic & professional standard (จริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ) 5.community responsibility (รับผิดชอบต่อสังคมในภาพรวม)	มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ (โดยภายใต้การนิเทศจากพยาบาลที่อบรมเฉพาะทาง) จัดให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางขึ้นปฏิบัติงานอย่างน้อยเวรละ 1 คน ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และเครือข่าย ตามมาตรฐานการพยาบาลรายโรค และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
Safety service systems มุ่งบริการปลอดภัย มีมุมมองเชิงระบบ	1.visionary leadership (การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์) 2.systems perspective(มุมมองเชิงระบบ) 3.agility(ความยืดหยุ่น) 4.focus on health(การมุ่งที่ภาวะสุขภาพ) 5.management by fact (การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง) 6.continuous process improvement (กระบวนการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง)	ทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง ประเมินตัวชี้วัด และนำปัญหาามาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามผลลัพธ์เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุง โดยใช้เครื่องมือ 3P มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Case Conference, MM, ทบทวน 12 กิจกรรม และพัฒนาระบบเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

ค่านิยมหลักขององค์กร	HA 17 core Values	ตัวอย่างการตัดสินใจ/การปฏิบัติเป็นปกติประจำวัน
	7.focus on results (การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และการสร้างคุณค่า)	
Knowledge ใฝ่ความรู้:มีความรู้ สร้างความรู้ใหม่ เผยแพร่ความรู้	1.Learning (เรียนรู้ระดับองค์กร,เรียนรู้ระดับบุคคล) 2.evidence-based approach (หลักฐานวิชาการ) 3.creativity & innovation (ความคิดสร้างสรรค์ และการจัดการเพื่อนวัตกรรม)	- มีการพัฒนา competency ของบุคลากรพัฒนาตามการประเมินCor competency และ Functional competency โดยกำหนดให้มีการประเมิน 2ครั้ง/คน/ปี - นำ evidence-based approach มาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหา และการพัฒนานวัตกรรม - นำการรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันผ่านฟอร์มต่างๆแบบออนไลน์ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ เช่น การรายงานผล Lab AMR alert ในกลุ่ม line เพื่อให้รายงานแพทย์ปรับการรักษาตามเชื้อ หรือเพื่อเริ่มใช้มาตรการควบคุมเชื้อให้เร็วที่สุด
Humanized มีหัวใจความเป็นมนุษย์	1.patient & customer focus (การมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) 2.Empowerment (การเสริมพลัง)	มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความรับผิดชอบต่องสังคม HA I-1.2 ก(3), I-1.2ก(3) I-1.2ข, I-1.2ค

ความรับผิดชอบต่องสังคมด้าน	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
กฎหมาย	พรบ.โรคติดต่ออันตราย พ.ศ.2558 พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค พรบ.สุขภาพ แห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รายงานหน่วยอาชีวอนามัยและ ICเมื่อเกิดโรคติดต่ออันตราย พ.ศ.2558 พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
กฎระเบียบ	นโยบายของโรงพยาบาล	ปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล เช่น การแต่งการของบุคลากร การติดป้ายชื่อ
มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานโรงพยาบาล (HA)	ใช้มาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาล(HA, IC)

ความรับผิดชอบต่อสังคมด้าน	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	บทบาทของหน่วยงาน
	มาตรฐาน IC	
ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม	การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (fake news)	ให้ความรู้ ช่อมแผน
ความห่วงกังวลต่อสาธารณะ	การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา วัณโรคและโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า	มีระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ช่อมแผน ผักเชิงปฏิบัติการ double buddy
Openness	มีนโยบายการปกปิดความลับผู้ป่วย	ปฏิบัติตามนโยบาย
การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม นโยบายประหยัดพลังงาน	การใช้ PPE อย่างถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติตามนโยบาย ปิดไฟ ปิดแอร์
การรักษาสิ่งแวดล้อม	สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการรักษา และปฏิบัติงาน	5ส. และปฏิบัติการตามแนวทางอาชีวอนามัย
ประเด็นจริยธรรม	การละเมิดจริยธรรมวิชาชีพ	เจ้าหน้าที่ได้รับอบรมด้านจริยธรรม
การเกื้อหนุนสังคม	การรณรงค์ล้างมือ จิตอาสา 5ส.	เป็นแหล่งให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเดิน หายใจกับเจ้าหน้าที่ภายในและภายนอก โรงพยาบาล
การเกื้อหนุนเศรษฐกิจ	ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มี ปัญหาซับซ้อน	ประสานสังคมสงเคราะห์

การสนับสนุนกลยุทธ์ ขององค์กร HA I-2.1

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
วิสัยทัศน์ขององค์กร	บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง	ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อทางอากาศ โรค อุบัติซ้ำ หรืออุบัติใหม่ ให้ได้รับการรักษาที่ รวดเร็ว และความปลอดภัย ภายใต้มาตรฐาน วิชาชีพ ให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้ โดยมีระบบ การสร้างเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
พันธกิจขององค์กร	1. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้ มาตรฐานไร้รอยต่อ 2. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์	ให้บริการครบมิติสุขภาพภายใต้มาตรฐาน วิชาชีพ มี Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น covid-19 มีการใช้ Evidence Base Practice CPG CNPG มีการสร้างเครือข่ายกับ โรงพยาบาลต่างๆ
ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	1. มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา	1. มีแพทย์เฉพาะทางโรคทางเดินหายใจ 1 ท่าน

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
	2.มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 3.มีคณะกก. service plan ขับเคลื่อนพัฒนาเครือข่าย 4.การเป็นศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม พูนทักษะ 5.นโยบายเมืองสมุนไพร	2. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มี Lab Alert แจ้งผลตรวจ sputum AFB ภายใน 2 ชั่วโมงเพื่อสามารถเริ่มต้นการรักษาทันที 3. มีห้องความดันลบ ที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ พร้อมให้บริการจำนวน 6 ห้อง 4. มีคณะกรรมการ service plan TB ขับเคลื่อนพัฒนาเครือข่าย
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	1.ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญ :1)TB 2) Stroke 3)Sepsis 4)STEMI 5)Preterm 6)Preterm labour 7)Head injury 2.ด้านการบริหารจัดการระบบงานที่สำคัญ:1)การบริหารจัดการการเงินที่มีประสิทธิภาพ2)การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 3.การกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ 4. มีโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการสามารถเลือกไปรับบริการได้อยู่ในพื้นที่เดียวกัน 5. มีพื้นที่จำกัด 35ไร่ 6. มีนักศึกษา ทำให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น 7.มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น	1.มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ :1)TB 2) Stroke 3)Sepsis 4)STEMI 2.การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่สำคัญได้แก่ นโยบายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
โอกาสเชิงกลยุทธ์	1.Digital transformation 2.Lean 3.Green &Clean hospital	1. ลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัย 2. มีระบบ Fast track COVID-19
สมรรถนะหลักขององค์กร	1.มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาทุกสาขา และเชื่อมโยงเครือข่าย 2.มีวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้	1.ให้การรักษาผู้ป่วยโดยใช้ evidence base มาตรฐานวิชาชีพ เชื่อมโยงเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ 2.มีกิจกรรมทบทวนโดยใช้ 12 กิจกรรมที่

	ข้อมูลขององค์กร	บทบาทของหน่วยงาน
		สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและนำมาพัฒนางานคุณภาพโดยใช้ 3CPDCA/3P/R2R และนำมาแลกเปลี่ยนในงานมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล ของเขตและประเทศรวมถึงมีการถอดบทเรียนของความสำเร็จ
ความร่วมมือกับภายนอก	ความร่วมมือด้านการบริการ 1.รพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม:ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา 2.รพ.บรบือ:ร่วมผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระดูกที่พบจากการคัดกรอง 3. รพ.สต 17แห่ง,PCU 4แห่ง:รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษา 4.รพช.:รับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษา ความร่วมมือด้านการศึกษา 1.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2.วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 3. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<u>ความร่วมมือด้านการบริการ</u> รับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค COVID-19 เพื่อเข้ารับรักษาในห้องความดันลบ จาก ทุก รพ. ในจังหวัดมหาสารคาม <u>ความร่วมมือด้านการศึกษา</u> เป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกับกลุ่มโรคติดต่อทางอากาศ โรคอุบัติซ้ำ หรืออุบัติใหม่ ให้กับ 1.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2.วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 3. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การถ่ายทอดจุดเน้นที่การปฏิบัติ และกลยุทธ์ HA I-1.1ค(3) , I-2.2 ก(2)

เชิงมุ่ง/จุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ	การตอบสนองและผล
"SMART" 1)Smart Hospitalพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มความพึงพอใจ	กำหนดจุดเน้นให้สอดคล้องกับโรงพยาบาล 1.ลดความแออัดในผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้สามารถมีระยะเวลานอนไม่เกิน 3 วัน หลังการวินิจฉัยและเริ่มยา ผล ค่าเฉลี่ยวันนอนอยู่ที่ 5 วัน 2.Diagnosis Error (มีการทบทวนความถูกต้องโดยแพทย์)ผล ไม่พบการวินิจฉัยผิดพลาดโดยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการเริ่มยา 100%
2.Medication Error (ลด Medication Error ระดับEขึ้นไป)	ลด Medication Error ระดับE (ปฏิบัติตามแนวทาง มีการนิเทศกำกับติดตาม) ผลไม่มีระดับ E
3.AMR (ล้างมือ)	1. การประเมินการล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย (ตามเกณฑ์ของ IC) ผล ร้อยละ 92.17%

เพิ่มมุ่ง/จุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจ	การตอบสนองและผล
4.TB (ป้องกันแพร่กระจาย,เพิ่มคัดกรอง,กินยาครบ,ลดตาย)	2. อัตราการเกิดติดเชื้อดื้อยาในตึกเฉพาะโรค ผล 1 ราย 1. ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคได้เข้ารับรักษาในห้องแยกโรคผล อัตราการเข้าห้องแยกในผู้ป่วยวัณโรคสูงขึ้น 2. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค (ผู้ใกล้ชิด) ได้รับการส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค ผล ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในตึกเฉพาะโรคได้รับการตรวจหาเชื้อวัณโรค 100% 3. ร้อยละการเริ่มยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย (เมื่อไม่มีข้อห้าม) ผล ร้อยละ 100 ได้รับยา TB ภายใน 24 ชั่วโมง 3. ร้อยละการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยไม่ได้ หรือการละเมิดข้อปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ผล ไม่พบเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ 4.อัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรคลดลง ผล เสียชีวิต 5 ราย จากผู้ป่วยวัณโรค 231 ราย คิดเป็น 2.16% 5. นโยบาย New Normal (สร้างความตระหนักและรณรงค์ ตามนโยบาย New Normal ล้างมือ Distancing) ผล เจ้าหน้าที่มีความตระหนัก แต่ผู้ป่วยและญาติสวม Mask ปฏิบัติได้ มีเจลบริการตามจุด แต่มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตาม Social Distancing รวมทั้งไม่พบผู้ป่วย COVID-19

แผนกลยุทธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	การตอบสนองและผล
1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทางานแบบภาคีเครือข่าย	1. เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ กลยุทธ์ คือ 1.1. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพอย่างมีมาตรฐาน ผล ผ่านมาตรฐานคุณภาพบริการ HA ปี 2563 1.2. พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย 2. ลดการป่วยในโรคที่สำคัญกลยุทธ์ คือ 2.1.พัฒนาระบบบริการเพื่อลดการป่วยในโรคที่สำคัญ ผลร้อยละการเริ่มกินยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ภายใน 24 ชั่วโมง (กรณีไม่มีข้อห้าม) = 95.31% 2.2.พัฒนาระบบบริการเพื่อลดการตายในโรคที่สำคัญ : จัดทำ CPG และ

แผนกลยุทธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	การตอบสนองและผล
	CNPG รายโรค ผล 1.มีระบบ Fast track COVID-19 2.มี CPG TB 3. ลดการตายในผู้ป่วยวัณโรคภายใน 12 เดือนภายหลังเริ่มการรักษา ผล อัตราการเสียชีวิตลดลง แต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ 1) COVID-19 2) TB 3) Pneumonia กลุ่มเสี่ยงโรค COVID-19

ความต้องการของผู้รับบริการ HA I-3.1, I-3.2 ก (1) ,I-6ก (1)

	ลักษณะของผู้รับบริการ	ความต้องการ
กลุ่มโรคสำคัญ 1.Sepsis 2.TB 3.Stroke 4.STEMI 5.COVID-19	ผู้ป่วยและครอบครัว ประชาชนในพื้นที่	1.การรักษาที่ได้มาตรฐาน 2.ผลลัพธ์การรักษาที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3.การบริการที่รวดเร็ว 4.ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่เพียงพอและ สม่ำเสมอ 5.พฤติกรรมบริการเป็นที่น่าสนใจ
	แผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล	1.การคืนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3.มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี ถูกต้อง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ
	ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลตำบล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด	1.มีระบบการดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงกันระหว่าง ชุมชนและโรงพยาบาล ระหว่างหน่วยบริการปฐม ภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ 2.มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ดี เพื่อการดูแลรักษาที่ ต่อเนื่อง 3.มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี ถูกต้อง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ
กลุ่มอายุสำคัญ	ทุกกลุ่มวัย	สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว
อื่นๆ		

ความต้องการของผู้รับบริการ (Customer Requirement)	คุณลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์ (Service/Product Offering)	ข้อกำหนดของบริการ/ผลิตภัณฑ์ (Service/Product Requirement)
I-3.1	I-3.2ก(1)	I-6.1ก(1)
พัฒนาการดูแลกลุ่มโรคติดต่อทาง Airborne / Droplet / Contract infection โรคอุบัติใหม่ และโรค อุบัติซ้ำ โดยเน้นความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ บุคลากร สิ่งแวดล้อม	1. ระบบการคัดกรอง 2. การเข้าถึงบริการ เน้น one stop service 3. การรักษาที่ได้มาตรฐานตาม CPG เช่น TB / COVID-19 4.การวางแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน	ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อทางอากาศ โดยเฉพาะ วัณโรคและ COVID-19 ได้รับ การรักษาในห้องแยกโรคทันที ไม่เกิดการ แพร่กระจายเชื้อ

การใช้เสียงของผู้รับบริการเพื่อสร้างคุณค่า HA I-3.2ก(1), I-4.1ก(3)

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
คำร้องเรียน	ไม่มีข้อร้องเรียน
ข้อเสนอแนะ	ได้รับการเสนอการปรับอัตรากำลังและจัดทำห้องความดันลบใหม่จากทีม ผู้บริหารและ PCT อายุรกรรม
ประสบการณ์ของผู้รับบริการ	การอยู่แยกจากญาติทำให้เกิดความเครียด ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ

ประเด็นอื่นๆ ตามมาตรฐาน HA I-3.3, III-5

	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
สิทธิผู้ป่วย	มีป้ายกระตุ้นเตือนในการ Precautionsต่างๆ
ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	ผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยเชื้อดื้อยาต้องการห้องแยกโรค มีการจัดบริการโดยมีหอ ผู้ป่วยเฉพาะโรค
การสร้างเสริมสุขภาพ	มีการณรงค์ล้างมือ มีแผ่นพับ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ มีการสนับสนุนชุดอุปกรณ์ ป้องกันร่างกายแก่บุคลากรเพียงพอพร้อมใช้

ความต้องการของลูกค้าภายใน HA II-1.1ก(4)

ลูกค้าภายใน	ความต้องการ	การออกแบบหรือปรับปรุง/ ผลของตัววัดที่เฝ้าติดตาม (ถ้ามี)
แพทย์	การสื่อสาร การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์พร้อมใช้งาน มีเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง ที่เอื้อต่อการทำงาน การ	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ

ลูกค้าภายใน	ความต้องการ	การออกแบบหรือปรับปรุง/ ผลของตัววัดที่เฝ้าติดตาม (ถ้ามี)
	ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ช่วยทำหัตถการที่มีประสิทธิภาพและได้รับการประสานถึงข้อมูลผู้ป่วยก่อนเข้าหาผู้ป่วย เพื่อการป้องกันร่างกายก่อนสัมผัสผู้ป่วย	พร้อมใช้
เภสัชกร	ใบสั่งยาชัดเจน ถูกต้อง การสื่อสารประสานงานที่ดี และได้รับการประสานถึงข้อมูลผู้ป่วยก่อนเข้าหาผู้ป่วย เพื่อการป้องกันร่างกายก่อนสัมผัสผู้ป่วย	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้
LABและธนาคารเลือด	-การส่งตรวจ พิมพ์ ทุกรายการถูกต้อง -การเก็บและส่ง Specimen คุณภาพ -การ Patient Identify ถูกต้อง -ระบุตัวผู้ป่วยถูก	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้
X-ray	- ได้รับการประสานถึงข้อมูลผู้ป่วยก่อนเข้าหาผู้ป่วย เพื่อการป้องกันร่างกายก่อนสัมผัสผู้ป่วย - สั่ง X-ray ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง ตรงตามการรักษาของแพทย์ - สั่งการตรวจผ่านระบบ Online ถูกต้อง ชัดเจน	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้
หอผู้ป่วยใน	-การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน และได้รับการประสานถึงข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดเชื้อ เพื่อการป้องกันร่างกายก่อนสัมผัสผู้ป่วย จัดโซนเพื่อรับผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่จำเป็นก่อนเข้าตึกใน -ผู้ป่วยระดับ 4 – 5 มีพยาบาลนำส่ง หอผู้ป่วยในที่ย้ายไป	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้
ห้องผ่าตัด	-การส่งต่อข้อมูล การประสานงาน ที่ครบถ้วน -การทำหัตถการเบื้องต้นที่จำเป็นก่อนส่ง - ได้รับการประสานถึงข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อของผู้ป่วย ก่อนเข้าหาผู้ป่วย เพื่อการป้องกันร่างกายก่อนสัมผัสผู้ป่วย	มีการสื่อสารคู่มือ/แนวปฏิบัติต่างๆ การประสานงานที่ดี มีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้

การวัดตามกลยุทธ์/เข็มมุ่งขององค์กร HA I-2.2ก(5), I-4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
1.ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (> 85%)	อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการพบทวนพบว่า การค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้	การ DOT ยาววัณโรค

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
	เริ่มเข้าสู่การรักษาให้เร็วจะสามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการรักษาและลดการเสียชีวิตได้	
2. อัตราตายผู้ป่วย Stroke(<2.5%)	ไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตจาก stroke	เน้นการปฏิบัติตาม CPG Stroke
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (<9%/แสน ปชก)	ไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	เน้นการปฏิบัติตาม CPGAMI
4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Community-acquiredsepsis (<28%)	พบ sepsis เป็นสาเหตุร่วมของการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น จากการติดเชื้อจากชุมชนและการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิด septic shock ระหว่างการรักษา ที่ไม่สามารถประเมินได้รวดเร็วพอ โดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการ re-intubation บ่อย โดยเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเกิดท่อเลื่อนหลุด การถอดท่อช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม	- เน้นการปฏิบัติตาม CPGSepsis - การนำ SOS score + qSOFA มาใช้เฝ้าระวังภาวะ sepsis - การใช้ weaning protocol - การใช้ MSSA ประเมินผู้ป่วย
5. อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใน 12 เดือน (<5%)	ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 6 รายใน 10 เดือน จากการทบทวนมีหลายปัจจัย เช่น อายุ โรคประจำตัว การเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า แต่ทุกรายเกิดจากภาวะ respiratory failure ร่วมด้วยเสมอ	Review การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
6. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน (>80%)	เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยปิด ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พอใจเมื่อไม่ได้เข้าเยี่ยมหรือไม่มีญาติมาเฝ้า	- จัดให้มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยกำหนดเกณฑ์ไว้ชัดเจน คือโทรได้ 2 ช่วงเวลาคือ 12.00 – 13.00 น. และ 19.00 – 20.00 น. ของทุกวัน ยกเว้นกรณีอื่นๆ เช่น เมื่อต้องการพูดคุยปรึกษากับแพทย์ให้โทรเวลา 11.00 โดยให้แจ้งพยาบาลล่วงหน้า
7. ระดับการผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
8. ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการประเมิน Competency ($\geq 80\%$)	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
9. ร้อยละบุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในงาน ($\geq 80\%$)	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
10. ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ ($\geq 60\%$)	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
11. ร้อยละของบุคลากรมีภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ($\geq 80\%$)	มีบุคคลกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5 คน	ได้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ และติดตามภาวะสุขภาพต่อเนื่องปีละ 2 ครั้ง

การวัดตามเป้าหมายของหน่วย/บริการ/ระบบ HA I-4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (≥ 85)	เนื่องจากเป็นตึกที่ปรับเปลี่ยนระบบใหม่ทำให้เกิดระบบที่ไม่สะดวกกับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กำหนด แนวทางการรับผู้ป่วยชัดเจน กำหนดแนวปฏิบัติกับหน่วยงานอื่นอย่างชัดเจน
ร้อยละกลุ่มเสี่ยง covid-19 ได้รับการคัดกรองเพื่อตรวจหาเชื้อ covid-19 ($\geq 80\%$)	เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่รับผิชอบผู้ป่วยกลุ่มนี้ การค้นหาในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นบทบาทสำคัญ แต่ต้องได้รับความร่วมมือกับทุกหน่วยงาน กำหนดให้ผู้ป่วย Pneumonia รายใหม่ทุกรายส่งตรวจหาเชื้อ COVID-19	ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลป้องกัน COVID-19
อัตราการรอคอยเข้ารับการรักษาในห้องแยกโรค ใน 24 ชั่วโมง ($\leq 50\%$)	พบผู้ป่วยวัณโรคที่จำเป็นต้องเข้าห้องแยกโรคไม่สามารถเข้า ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ปัญหาเกิดจากจำนวนเตียงไม่เพียงพอ	การจัดแนวทางการรับ-ย้าย ผู้ป่วยหอผู้ป่วยเฉพาะโรค

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
อัตราการ re-admit (0)	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
อัตราการเสียชีวิต ($\leq 30\%$)	7.69%	ทำการทบทวนกรณีการเสียชีวิตทุกราย
อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวันโรค (100%)	อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวันโรค 92% สาเหตุเนื่องจากระบบการลงทะเบียนในวันหยุดที่ไม่สามารถทำได้ ทำให้เกิดความบกพร่องในการส่งลงทะเบียน	เน้นกระบวนการเก็บชาร์ตเพื่อลงทะเบียนให้ครบถ้วน
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยวันโรคสู่ชุมชน COC (100%)	อัตราการลง COC 100% แต่การประสานข้อมูลกลับยังน้อย	ประสานกับ COC เพื่อขอรับข้อมูลกลับ
อัตราการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในบุคลากร (0)	ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่พบบุคลากรติดเชื้อ	

การวัดเพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน HA I-6.1ข(1), I-4.1

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
อัตราการติดเชื้อ VAP (≤ 7.0 Vent/day)	ไม่พบการติดเชื้อ VAP	
อัตราการติดเชื้อ CAUTI (≤ 3.0 Cath/day)	ไม่พบการติดเชื้อ CAUTI	
อัตราการติดเชื้อ CLABSI (≤ 1.10 Line/day)	ไม่พบการติดเชื้อ CLABSI	
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (≤ 1.0 /ต่อ 1,000 วันนอน)	ไม่พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	
อัตราการเกิดรक्षाผิตคน (0)	ไม่เกิดการเกิดรक्षाผิตคน	
อัตราการเกิด Tube เลื่อนหลุด (0)	พบอัตราการการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มสูงขึ้น โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์	- การใช้ weaning protocol - การใช้ MSSA ประเมินผู้ป่วย
อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ($\leq 2\%$)	พบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงขึ้น สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคสูงขึ้น	การเน้นการปฏิบัติตามการให้ยาความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาล มหาสารคาม

ตัวชี้วัด	การวิเคราะห์/แปลผล	การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้
อัตราการเกิดแผลกดทับ ($\leq 2\%$)	พบอัตราการเกิดแผลกดทับสูงขึ้น สอดคล้องกับจำนวนวันนอนของผู้ป่วย วิกฤตที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะ โรคสูงขึ้น โดยเฉลี่ย 14 วัน/ราย	เน้นแนวทางการป้องกันแผลกด ทับ การพลิกตะแคงตัว การดูแล ความสะอาดของร่างกายความ อับชื้นของผู้ป่วย
อัตราพลัดตกหกล้ม (0)	ไม่เกิด	

การสร้างและใช้ความรู้ (EBM, KM, Research)

หัวข้อ/โรค	Updated Evidence ที่นำมาใช้ปฏิบัติ HA I-4.2ค(1), I-6.1ก(3), II-2
TB	แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 ยึดตามสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
COVID-19	คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ยึดตามกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
Sepsis	แนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม
STEMI	แนวทางการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ โรงพยาบาลมหาสารคาม
Stroke	แนวทางการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน โรงพยาบาลมหาสารคาม
AMR ติดเชื้อดื้อยา	แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ.2563 ยึดตามสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล พ.ศ.2562 ยึดตามสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรม KM HA I-4.2ค(1)	ลักษณะการจัดกิจกรรมและตัวอย่างความรู้ที่เกิดขึ้น
TB	- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ให้ได้รับการวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและสามารถกลับไปรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วน โดยร่วมกับ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - ร่วมกับทีมผู้รักษา แพทย์ พยาบาล ในการจัดระบบการเข้าถึงการรักษาในห้องแยกในผู้ป่วยสงสัยวัณโรคให้เร็วที่สุด - จัดทำแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย
COVID-19	- มีการจัดประชุมร่วมกันระหว่าง ทีมผู้บริหารและทีมผู้รักษา เพื่อหาแนวทางในการดูแลการระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยกำหนดให้หอผู้ป่วยเฉพาะโรค รับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วย

กิจกรรม KM HA I-4.2ค(1)	ลักษณะการจัดกิจกรรมและตัวอย่างความรู้ที่เกิดขึ้น
	- มีการจัดประชุมกับทีมรักษา (แพทย์ พยาบาล) และผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางกระบวนการบริหารจัดการด้าน สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และแนวทางปฏิบัติ โดยยึดตามคู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - จัดแนวทางการคัดกรอง COVID-19 ในกลุ่มเสี่ยง
AMR (ติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ)	- ทีมผู้รักษา ได้ประชุมร่วมกับทีม IC และ AMR เพื่อกำหนดเกณฑ์การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค - ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหอผู้ป่วยเฉพาะโรค) จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ

การวิจัย HA I-4.1ค(1), II-1.1ก(5)	Key Findings และการนำมาใช้ประโยชน์
-	-

ขีดความสามารถของกำลังคน (workforce capability) HA I-5.1ก(1)

	ขีดความสามารถที่พึงมี	ขีดความสามารถที่มีจริง
ขั้นพื้นฐาน	Competency IC, CPR	Competency IC, CPR
ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	ผ่านเฉพาะทางการพยาบาล ระยะเวลา 4 เดือน ในสาขา - ระบบทางเดินหายใจ - ผู้ป่วยวิกฤต อบรมระยะสั้น อย่างน้อยกว่า 2 สัปดาห์ ในเรื่อง - การฟื้นคืนชีพขั้นสูง - IC - การแปลผลEKG ภาพถ่ายรังสี - การใช้เครื่องมือทางการแพทย์	ผ่านเฉพาะทางการพยาบาล ระยะเวลา 4 เดือน ในสาขา - ระบบทางเดินหายใจ 1 คน - ผู้ป่วยวิกฤต 1 คน อบรมระยะสั้น อย่างน้อยกว่า 2 สัปดาห์ ในเรื่อง - การฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3 คน - IC 2 คน - การแปลผลEKG ภาพถ่ายรังสี 2 คน

อัตรากำลัง (workforce capacity) HA I-5.1ก(1)

ประเภท	เกณฑ์พิจารณาและอัตราที่พึงมี	อัตรากำลังที่มีจริง
--------	------------------------------	---------------------

ประเภท	เกณฑ์พิจารณาและอัตราที่พึงมี	อัตรากำลังที่มีจริง
พยาบาลวิชาชีพ	1. อัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ(ประเภท5) RN:ผู้ป่วย คือ 1:2 หอผู้ป่วยเฉพาะโรคดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 10 เตียง ต้องใช้พยาบาลดูแล 5 คน/เวร 2. อัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ประเภท 2-4) RN:ผู้ป่วย คือ 1:6 หอผู้ป่วยเฉพาะโรครับผู้ป่วยประเภท 2-4 จำนวน 15 เตียง ต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลดูแล 2 คน/เวร เพราะฉะนั้นอัตราที่พึงมี คือ 7 คน/เวร	ปัจจุบันหอผู้ป่วยเฉพาะโรคมีอัตรากำลัง - พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ระดับปฏิบัติการ จำนวน 15 คน ระดับบริหาร (หัวหน้าหอ) 1 คน - ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน การจัดอัตรากำลังปัจจุบันคือ เวรเช้า RN 6 : PN 1 เวรบ่ายRN 5 : PN 1 เวรตึกRN 6 : PN 1 โดยจัดแบบ mix staff

แผนและการจัดระบบด้านกำลังคน

มาตรฐาน	สิ่งที่ปฏิบัติ
การพัฒนาด้านกำลังคนเพื่อรองรับแผนกลยุทธ์ [I-2.2ก(4)]	ปรับจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการอีก 3 คน ในปี 2564
การจัดอัตรากำลังที่ยืดหยุ่นตามปริมาณงาน [I-5.1ก(3)]	เวรเช้า RN 6 : PN 1 เวรบ่ายRN 5 : PN 1 เวรตึกRN 6 : PN 1 โดยจัดแบบ mix staff
การจัดระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[I-5.1ก(4)]	- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ให้ได้รับการวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและสามารถกลับไปรับประทานยาได้ถูกต้องครบถ้วน โดยร่วมกับ แพทย์ เกสเซอร์ นักโภชนาการ และทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - ร่วมกับทีมผู้รักษา แพทย์ พยาบาล ในการจัดระบบการเข้าถึงการรักษาในห้องแยกในผู้ป่วยสงสัยวัณโรคให้เร็วที่สุด - จัดทำแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย
การพัฒนากำลังคน[I-5.2ข(1)]	มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการฟื้นฟูวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับ

มาตรฐาน	สิ่งที่ปฏิบัติ
	ความร่วมมือจาก แพทย์ เภสัชกร ทีม IC และพยาบาล เฉพาะทาง ในการเป็นวิทยากร

การบูรณาการ (Integration) ในการดูแลผู้ป่วย HA I-5.1ก(4), II-1.1ก(4)

บริการ/กลุ่มผู้ป่วย	ลักษณะการบูรณาการ/ประสานความร่วมมือ
TB	- กำหนดให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ TB เป็นเข้มแข็งของและ มี Case Manager ในการดูแลผู้ป่วยมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแล TB โดยยึดตาม สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี 2561 - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - มีการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 8 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สัมผัส 2) HIV 3) DM 4) เรื้อนจำ 5) แรงงานข้ามชาติ 6) บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข 7) ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี 8) ครุฑน้อยเด็กเล็ก มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการส่งข้อมูล ให้เวชกรรมสังคมในการเยี่ยมพื้นที่ - มีการคัดกรองวัณโรคเจ้าหน้าที่ทุกคน ด้วยภาพถ่ายรังสีปอด 2 ครั้ง - มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย TB ใน IPD มีการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ กำกับกับการกินยา สังเกตอาการข้างเคียงของยา ขึ้นทะเบียนวัณโรค มีการวางแผนจำหน่าย และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระบบ COC9 เมื่อจำหน่าย - กำหนดหอผู้ป่วยเฉพาะโรค สำหรับในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดแยกจากหอผู้ป่วยอื่น และปรับปรุงห้องแยกโรคให้ได้มาตรฐาน - มีระบบ Lab Alert โดยเจ้าหน้าที่ห้อง Lab แจ้งผล AFB+ ให้ผู้รับผิดชอบทราบทาง กลุ่มไลน์ และ Mlab - ประสานเภสัชกร ในการบริหารยาในผู้ป่วยที่เริ่มยาวัณโรคแบบ One Stop Service - IC นำแนวปฏิบัติถ่ายทอดให้หน่วยงานต่างๆปฏิบัติตามแนวทาง ส่งเสริมการให้ความรู้ บุคลากร/ผู้มารับบริการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสวมหน้ากากอนามัย และการเฝ้าระวังบุคลากรติดเชื้อวัณโรคปอดจากการปฏิบัติงานร่วมกับงานอาชีพเวชกรรม - มีทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ จิตเวช นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และเทศบาลร่วมในการณิผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ป่วย MDR, XDR TB, ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นวัณโรค ผู้ยากไร้ เศรษฐฐานะไม่ดี กลุ่มเปราะบาง เพื่อวางแผนจำหน่ายร่วมกัน - มีการทบทวน Dead case 100% และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน - จัดทำ Protocol การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

บริการ/กลุ่มผู้ป่วย	ลักษณะการบูรณาการ/ประสานความร่วมมือ
	กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดงกลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลืองกลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว
COVID-19	- ประชุมเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 - มีการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC ในโรงพยาบาล - มีการประชุมวางแผนดำเนินงานกับทีมผู้เกี่ยวข้องตามนโยบายกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยยึดตามคู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - มีการบริหารอัตรากำลังบุคลากรให้ครอบคลุมทุกระดับ - เป็นหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย COVID-19 ทั้งในกลุ่มที่ติดเชื้อและ กลุ่ม State quarantine ของโรงพยาบาลมหาสารคาม - มีการสื่อสารแนวปฏิบัติและคู่มือการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ผ่านระบบ Intranet โดยศูนย์คอมพิวเตอร์ - ฝึกอบรมบุคลากรในการสวมและถอด PPE ร่วมกับทีม IC - ร่วมออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ร่วมกับทีม EOC จังหวัดมหาสารคาม ทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน - ลงข้อมูลในระบบ COCr9 เมื่อจำหน่าย - มีระบบส่งต่อผู้ป่วย COVID-19 ทั้งจังหวัด
AMR (กลุ่มเชื้อแพร่ทางอากาศ)	- เข้าร่วมกับคณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เพื่อเป็นส่วนหนึ่งการทำให้เข้มแข็งของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยตีเฉพาะโรค รับผิดชอบดูแลในกลุ่มติดเชื้อดื้อยาที่แพร่ทางอากาศ - มีระบบ Lab Alert และ มีการสื่อสาร/การใช้ antibiogram และมีการติดตามประเมินผลการนำไปใช้ของแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่ห้อง Lab ที่ครอบคลุมมากขึ้น

การตอบสนองต่อ Personnel Safety Goals HA I-5.1ค

เป้าหมาย	สิ่งที่ปฏิบัติ
S1: Security & privacy of information	ปกปิดข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยในที่สาธารณะ
S2: Social media & com. Professionalism	มีแนวปฏิบัติการใช้สื่อออนไลน์ และมีการนิเทศจากผู้บังคับบัญชา

เป้าหมาย	สิ่งที่ปฏิบัติ
I: ICP for workforce	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพประจำปี 100% ลาพักได้ตามระเบียบของ กพ.
M1: Mental health (mindfulness, 2 nd victim, burnout)	สร้างเสริมพลังบวกด้วยการส่ง จนท. อบรมนอกและในสถานที่อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการจัดวิชาการภายในหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน
M2: Mediation	มีนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญมาปฏิบัติ เช่น วัณโรค , COVID-19 , AMR,
P1&2: Prevention of work-related disorder	MM conference case dead
P3: Fitness for work	-
L1: Ambulance & referral safety	ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วยสงสัย COVID-19 ที่หอผู้ป่วยเฉพาะโรคโดยไม่ต้องผ่าน ER , OPD ในกรณีผู้ป่วย Refer
L2 Legal issues	- แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 - คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย - แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ.2563 - การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล พ.ศ.2562 - มาตรฐานการพยาบาล
E1: Safe physical environment	ประเมิน ENV ทั้งทางโครงสร้างและกายภาพ มีการดูแลทำความสะอาดพื้นผิวทุก 8 ชั่วโมง
E2: Working condition	ความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร
E3: Workplace violence	Burn out

ความผูกพันของกำลังคน HA I-5.1ค

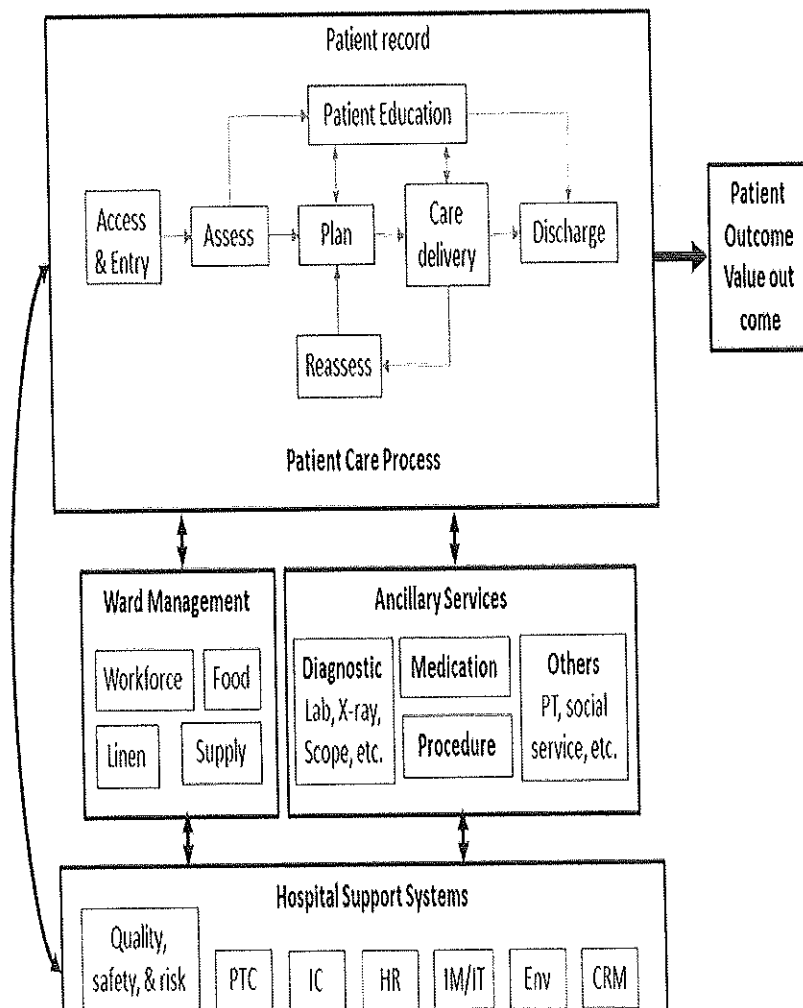
ปัจจัย	การปรับปรุง
ผู้บังคับบัญชา	มีความสามารถในการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน มีความสามารถในการจูงใจในการสั่งการ มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ใต้บังคับบัญชา
เพื่อนร่วมงาน	เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทรกันทุกระดับ
ความก้าวหน้าในอาชีพ	สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
การได้รับการโค้ช	ได้รับการโค้ช โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และมี competency เพียงพอในการโค้ช ในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็นด้านการปฏิบัติ ด้านวิชาการ และการ

ปัจจัย	การปรับปรุง
	ทำงานเป็นทีม
พัฒนาการและการเรียนรู้	ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยให้ครบมิติสุขภาพ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และให้ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ตามความเหมาะสม มีจิต
งานที่ทำหาย	เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับมอบหมายงานที่ทำหายอย่างเหมาะสม
อิสระในการทำงาน	ให้อิสระในการคิดและลงมือทำเพื่อพัฒนางานให้ดีขึ้นภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
งานมีคุณค่า	สนับสนุนให้มีการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณค่าอย่างต่อเนื่อง
การยกย่อง	ยกย่อง ให้อาจารย์กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ดีและสร้างผลลัพธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นในองค์กร
เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น	ยืดหยุ่นเวลาในการทำงานบางประเภทที่สามารถทำได้และไม่ขัดต่อมาตรฐานวิชาชีพ
ผลตอบแทน	ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า และเหมาะสม รักษาผลประโยชน์ให้กับบุคลากรแต่ละระดับอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจกับบุคลากรทำให้เกิดความรักและผูกพันต่อองค์กร

กระบวนการทำงาน [Work Process] HA I-6.1ก(2)

กระบวนการทำงาน [Work Process] HA I-6.1ก(2)

I-6 ปฏิบัติการ (Operation)



กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัววัด
1. การเตรียม/การรับผู้ป่วย	• ได้รับข้อมูลถูกต้องครบถ้วน • เพียงพอในการเตรียมรับผู้ป่วย • มีการจัดเตรียมบุคลากรสถานที่ • และเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน • ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการตามเวลาที่กำหนด	จัดทำแนวทางการรับผู้ป่วย โดยการกำหนดกลุ่มโรค และแนวทางการเข้ารับรักษา	- อัตราการรับผู้ป่วยหลังได้รับการประสานภายใน 30 นาที ($\geq 90\%$) - เริ่มเก็บข้อมูลปี 2564
2. การประเมินและวางแผน	• มีการประเมินปัญหาเร่งด่วน ที่สำคัญ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อการดูแลรักษา • การประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยได้เหมาะสม	กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score ในการกำหนดกิจกรรมพยาบาล	- อัตราการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง (80%) *ประเมินจากการบันทึกทางการพยาบาล
3. การรักษาพยาบาล	• ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ • ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระหว่างรับการรักษาพยาบาล	กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ	- ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน ($\geq 80\%$) - อัตราพลัดตกหกล้ม (0) - อัตราการเกิดผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่ได้รับการประเมิน (0) - อัตราการเกิดแผลกดทับ ($\leq 2\%$) - อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ($\leq 2\%$) - อัตราการเกิด Tube เลื่อนหลุด (0) - อัตราการเกิดรักษาผิดคน (0)

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัววัด
			- อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (≤ 1.0 /ต่อ 1,000 วันนอน) - อัตราการติดเชื้อ CLABSI (≤ 1.10 Line/day) - อัตราการติดเชื้อ CAUTI (≤ 3.0 Cath/day) - อัตราการติดเชื้อ VAP (≤ 7.0 Vent/day)
4. กิจกรรมชุมชน • การให้ข้อมูล / คำปรึกษา • การบันทึกการรักษาพยาบาล • การประสานงานกับหน่วยงานอื่น	• ผู้ป่วย/ญาติได้รับข้อมูล/คำปรึกษาครบถ้วน • มีการบันทึกการรักษาพยาบาลครบถ้วน - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ	กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลกับญาติในรูปแบบใหม่ เนื่องจากมีการแพร่ของเชื้อ COVID-19 ทำให้ต้องงดเยี่ยม จึงให้กำหนดเวลาในการโทรเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการกับแพทย์และพยาบาล วันละ 2 ครั้ง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ญาติจะได้รับการแจ้งจากทีมรักษาทันที	- ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน ($\geq 80\%$) - อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล $> 80\%$ - อัตราการร้องเรียน = 0 - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (≥ 85)
5. การวางแผนจำหน่าย	• ผู้ป่วยได้รับการเตรียมย้าย/ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง • ผู้ป่วย/ญาติรับรู้และเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและสามารถดูแลสุขภาพได้เหมาะสมตามศักยภาพ	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยเฉพาะโรค คือผู้ป่วยวัณโรค จะได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันที่เข้ารักษา และต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการเยี่ยมบ้าน	- อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรค (100%) - อัตราการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน COC (100%)

ความเสี่ยงสำคัญ (Risk Profile) HA II-1.2 ข(2,3)

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

พิจารณาจาก	ความเสี่ยงสำคัญ
โรค	TB , COVID-19, PUI
หัตถการ	การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ ICD, Central line , Double lumen catheter การส่งตรวจ swab COVID-19
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วยใส่ ET tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วย on ICD การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีแพร่ในอากาศในห้องความดันลบ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation) การบริหารยา การช่วยฟื้นคืนชีพ
แผนกลยุทธ์	
ภาพลักษณ์องค์กร	

การวิเคราะห์ความเสี่ยง(Risk Analysis)

ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยง
สูงมาก	Unplanned Extubation และเกิดการ Re-intubation
สูง	เกิด Phlebitis
ปานกลาง	เกิดแผลกดทับ
ต่ำ	การติดเชื้อในโรงพยาบาล(NI)

การจัดการความเสี่ยง (Risk Management Process) HA II-1.2 ก

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
1. Unplanned Extubation	12 (สูงมาก)	ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต่อเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่ใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองหรือป้องกันไม่ให้ทางเดินหายใจถูกปิดกั้นและใช้ร่วมกับเครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยแยก เหตุการณ์ล่อท่อช่วย	1. ทบทวนแนวทางป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในการประชุมประจำเดือนคือกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจและบอกไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ 2. ใช้ แบบประเมิน MAAS 3. กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่รู้เรื่องตื่น

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
		หายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation:UE) ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยดึงออกเอง (Self-extubation) หรือเกิดจาก อุบัติเหตุจากการทำกิจกรรม โดย พบว่าผู้ป่วย UE ต้องได้รับการใส่ท่อ ช่วยหายใจใหม่ซ้ำ ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ และการไหลเวียนได้ ทำให้ต้องได้รับ การรักษานานขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	สับสน กระวนกระวายเสี่ยงต่อการ ดึงท่อช่วยหายใจอธิบายความ จำเป็นในการผูกยึดผู้ป่วยให้ญาติ เข้าใจ ติดตามการผูกยึดทุก 2 ชม. คลายผูกยึดทุก 4 ชม.เล็กผูกยึดเมื่อ ไม่มีข้อบ่งชี้และใช้ความระมัดระวัง ในการผูกยึดไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ 4. ใส่ถุงมือซึ่งเป็นนวัตกรรมป้องกัน ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่าง ระมัดระวังก่อนผูกยึด 5. การท่อช่วยหายใจใช้เทปกา วขนาด2.5ซม.x 15ซม.ตัดเป็น 2 แฉกแฉกที่1 พันรอบท่อช่วยหายใจ และอีกแฉกปิดริมฝีปากบนและพลา สเตอร์อีก 1ชิ้นเท่าเดิมพันแบบเดิม แต่ปิดริมฝีปากล่าง 6. ขณะทำการพยาบาลให้ทำอย่าง ระมัดระวังเพื่อป้องกันท่อช่วย หายใจเลื่อนหลุดเช่น ขณะพลิก ตะแคงตัว อาบน้ำบนเตียง 7. ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงในการดึง ท่อช่วยหายใจและเฝ้าระวังอย่าง ใกล้ชิดเดินตรวจเยี่ยมระหว่างเป็น ระยะและให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ดูแล
2. Re-intubation	10 (สูงมาก)		มีการกำหนดแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด UE ประกอบด้วยกิจกรรมหลายอย่าง 1. การให้ความรู้กับบุคลากร ทางการพยาบาล 2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการ

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
			เกิด UE โดยใช้ MAAS 3. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแล 4. การจัดการกับภาวะกระวนกระวายและการให้ยากล่อมประสาท ตามแผนการรักษา 5.การจัดการความปวด ตามแนวทางการจัดการความปวด โรงพยาบาลมหาสารคาม 6.การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 7.การผูกยึดร่างกายตามการประเมิน MAAS 8. การผูกยึดท่อช่วยหายใจ
3. เกิด Phlebitis	6 (สูง)	จากการทบทวนพบว่าการเกิด Phlebitis เดือนพฤษภาคมจำนวน 1 คน Grade 2 เดือนมิถุนายน จำนวน 2 คน grade 2 เดือนกรกฎาคม จำนวน 1 คน grade 4 เดือนสิงหาคม 1 คน grade 2 เดือนกันยายน grade 2 เนื่องจากตีกผู้ป่วยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจรับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นและได้รับยาความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้นอาทิได้ยา Levophed ,Midazolam ,Fentanyl จึงทำให้เกิด phlebitis ได้ง่าย	แนวทางการแก้ไขเมื่อพบการเกิด Phlebitis จะมีการถ่ายรูปวันแรกที่พบ และมีการติดตามผลถ่ายรูปการเปลี่ยนแปลงของการเกิด Phlebitis อีก 48 ชั่วโมง ตรวจสอบตำแหน่งสาเหตุเกิดจากอะไร และลงบันทึกในแบบประเมิน Phlebitis ให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติมีการแจ้งหัวหน้าทีมภายในเวรให้มีการตรวจสอบและมีการส่งเวรต่อไป มอบหมายให้ทีม Leader มีการเฝ้าระวัง **ในกรณีที่มีการเกิด Phlebitis grade 3-4 ให้มีการรายงานความเสี่ยง ติดตามการประเมินผลหลังได้รับการพยาบาล 48 ชม. ลงบันทึกในแบบประเมิน Phlebitis รายงานแพทย์ในรายที่มี

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
			ความเสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis สูง เช่น การได้รับกระตุ้นความดันโลหิต rate สูง , ผู้ป่วยที่ผิวหนังบวมจนไม่สามารถเปิดเส้นเลือดดำได้หรือที่จำเป็นต้องการให้ยา ATB มีการแจ้งญาติให้เฝ้าระวังร่วมด้วยแนะนำการดูแลผิวหนังหรือตำแหน่งการให้ยา เช่น ไม่มีการนวดหรือคลึงตำแหน่งให้ยา หรือทายาที่มีฤทธิ์ทำให้สับร่อนต่อผิวหนัง
4. เกิดแผลกดทับ	5 (ปานกลาง)		1. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย โดยใช้แบบประเมิน The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk ความเสี่ยงสูง (Braden Scale < 12) ความเสี่ยงปานกลาง (Braden Scale 13-14) ความเสี่ยงต่ำ (Braden Scale 15-16) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงระดับสูงได้ถ้า Braden Scale=18 2. แนวปฏิบัติในการดูแลตามระดับความเสี่ยง 2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ (Braden Scale 15-16) ประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกเวอร์ 2.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปาน

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
			กลาง (Braden Scale 13-14) 1) ประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับซ้ำทุกเวร 2) ประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition) โดยประเมินการขาดโปรตีน และ ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ถ้าค่าผล Lab : Albumin ปกติ > 3.5 g/dl และหรือความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง/ รับประทานอาหารไม่ได้หัวหน้าเวรต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้สารถทดแทนหรือให้ใส่ NG tube เพื่อให้ อาหารเหลว 3).การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้การเลื่อนตัวผู้ป่วยด้วยการยกตัว แทนการลาก หรือใช้อุปกรณ์ช่วย 4) ถ้าผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งจัดท่านอนที่ถูกต้องคือไม่ให้นอนแขนหรือขาทับข้างที่อ่อนแรงเป็นเวลานานแนะนำให้และหรือช่วยพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดจัดหาหมอนนุ่มมารองบริเวณปุ่มกระดูก และจัดข้างที่อ่อนแรงเพื่อไม่ให้เกิด Adduction 5) .อาบน้ำผู้ป่วยด้วยอุณหภูมิปกติ หากผิวแห้งแนะนำให้ใช้น้ำครีม / โลชั่นมาทาให้ผู้ป่วย นวดหลังและบริเวณปุ่มกระดูกกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและฝึกทักษะให้

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
			ญาติเรียนรู้เพื่อสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ 6). ประเมินความเปื่อยขึ้น เช่น จากภาวะไข้เหลือง ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อม ผู้ป่วยที่มีการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง เป็นต้นให้ช่วยเช็ดตัวลดไข้ ถ้าผ้าอ้อมเลื้อยผ้า ผ้าปูเตียง ปลอกหมอนเปื่อยขึ้น ให้รีบเปลี่ยนให้ทันทีทุกครั้งถ้ามีอาการถ่ายเหลวให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา 2.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูง (Braden Scale < 12) 1) ปฏิบัติตามเหมือนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง (Braden Scale 13-14) ข้อ 1-6 และเพิ่มเติม 2.) ใส่ที่นอนลมให้ผู้ป่วยทุกราย 3.) ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับประเมินแผลทุกเวรทำแผลทุกครั้ง เมื่ออาบน้ำให้ผู้ป่วยหรือเมื่อเปลี่ยนผ้าอ้อมทั้งแผ่นระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าพบแผลมีเนื้องอกหรือมีลักษณะของแผลติดเชื้อ ควรรายงานแพทย์ทุกครั้ง 4.) ส่งเวรต่อในเรื่องของแผล ลักษณะของแผล ขนาด ระดับความรุนแรง วิธีการทำแผลโดยการบันทึกทุกเวรเพื่อติดตามความก้าวหน้าเรื่องการหายของแผล 3.ติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อ

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
			ป้องกันการแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง
การติดเชื้อในโรงพยาบาล (NI)	4 (ต่ำ)	ปัญหาที่พบ คือ ไม่ได้ปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติ ไม่ได้ติดตาม MDR ให้ทีมรับทราบ, ขาดการกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง	1) นำมาตรการ SHIP มาใช้และ VAP Bundle 2) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม โดยให้แต่ละหน่วยงานเบิกจ่ายทำ ความสะอาดพื้นผิวจากพัสดุ มาผสม ใช้เมื่อมีผู้ป่วยเชื้อดื้อยาพิเศษใน หน่วยงาน 3) มีระบบส่ง COCr9 เพื่อติดตาม ประเมินและให้ความรู้เรื่องการล้าง มือและการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาแก่ผู้ป่วยและคนใน ครอบครัวอย่างใกล้ชิด 4) สร้างเครือข่ายป้องกัน และ ควบคุมการติดเชื้อดื้อยาร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดย ICN รพ.มหาสารคามจะส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ ติดเชื้อดื้อยาในไลน์กลุ่ม IC จังหวัด มหาสารคาม

การตอบสนองต่อ Patient Safety Goals HA II-1.2ก(5)

เป้าหมาย	สิ่งที่ปฏิบัติ
S1.1: Surgical Safety Checklist	แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย COVID-19
S1.2: SSI prevention	SSI Bundle
S1.3: ERAS	-
S1.4: VTE prevention	-
S2: Safe anesthesia	-
S3: Safe operating room	-
I1: Hand hygiene	ล้างมือ 7 ขั้นตอน ตาม 5 Moment

เป้าหมาย	สิ่งที่ปฏิบัติ
I2.1 CAUTI prevention	CAUTI Bundle
I2.2: VAP prevention	VAP Bundle เน้น WHAPO
I2.3: CLABSI prevention	CLABSI Bundle
I3: Isolation precaution	Standard precautions และ Transmission-based precautions
I4: Prevention & control of MDRO spread	MDRs Bundle SHIP
M1: Safe from ADE	-
M2: Safe from med error	-
M3: Med reconcile	แนวทางการบันทึก Med reconcile
M4: RDU	-
M5: Blood transfusion safety	แนวทางการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
P1: Patient identification	มีการระบุตัวผู้ป่วยด้วยป้ายชื่อมือผู้ป่วยทุกราย
P2: Communication	เน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารสองทางเสมอ
P3: Reduction of diagnostic errors	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษารายโรค
P4.1: Pressure ulcer prevention	ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
P4.2: Patient fall prevention	ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม
P5: Pain management	ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวด
P6: Refer & transfer safety	ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อสู่ชุมชน โดยการส่ง COC ในผู้ป่วย TB และกลุ่มสงสัย COVID-19 และเชื้อดื้อยา ทุกสาย
L1: Catheter, tube connection, infusion pump	มีการตรวจเช็ค IV line ก่อนฉีดยาทุกครั้ง หรืออย่างน้อย 1 ครั้ง/เวร เมื่อพบว่า IV dysfunction หรือมีบวมแดง ปวด แดง ร้อน จะต้อง off IV line ทันทีเพื่อเปลี่ยนตำแหน่ง
E1: Response to deteriorating patient	มีการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเวรละ 1 ครั้ง ในเรื่อง แผลกดทับ, Phlebitis, พลัดตกหกล้ม เป็นต้น
E2.1: Sepsis	มีการประเมินผู้ป่วยด้วย qSOFA ทุกครั้ง และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย sepsis
E2.2: Acute coronary syndrome	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMI
E2.3: Acute ischemic stroke	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย Acute ischemic stroke

การทบทวนในงานประจำ HA I-4.1, II-1.1ก(5), II-1.1 ข(1)

	สิ่งที่พบพบ	การออกแบบหรือปรับปรุงDALI
Safety		
ความบกพร่องงานในประจำวัน ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	- ความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย - การผูกยึดผู้ป่วย - การให้ข้อมูลผู้ป่วย - การระยะเวลา ความถี่ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย - การประเมินภาวะจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก คนเดียว	- มีการติดตามการเกิด re-intubation รายวัน - ทบทวนอุบัติการณ์ re-intubation ที่เกิดขึ้น - ดำเนินการแก้ไขผ่านกระบวนการทำ RCA เพื่อการศึกษาสถานการณ์ re-intubation ที่เกิดขึ้น - สร้างความตระหนัก และเน้นย้ำการประเมิน MAAS score - พัฒนาแนวทางในการป้องกัน re-intubation
ตัวส่งสัญญาณ (Trigger)	ภายหลังท่อเลื่อนหลุด ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หายใจลำบาก conscious change	ในลำดับต่อไป
อุบัติการณ์สำคัญ	Re-intubation	
Efficiency		
การใช้ทรัพยากร	วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ	ประหยัดการใช้วัสดุ แต่ไม่ละเมิดการป้องกันการติดเชื้อ
Flow	การรับผู้ป่วยวัณโรคที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ยังต้องผ่านจาก ER เสมอ ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจาก ER เป็นห้องที่ไม่มีห้องแยกตรวจสำหรับผู้ป่วยวัณโรค	ร่วมกันกำหนดแนวทางการทำ fast track TB on ET เป็น one stop service
คอขวด/ การรอคอย	มีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้เข้าห้องแยก	กำหนดแนวทางการติดตามผู้ป่วยเข้าห้องแยกภายใน 24 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ร่วมกับทีมแพทย์
ประเด็นประสิทธิภาพอื่นๆ		
ศักยภาพ	เจ้าหน้าที่ใหม่	Training โดยมีระบบพี่เลี้ยง
การปฏิบัติงานของคู่สัญญา		
การบันทึก	ทบทวนการเขียนบันทึกความเสี่ยง ทบทวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาล	ทบทวนการบันทึกความเสี่ยงโดยการแบ่งระดับและประเภทให้ถูกต้อง ทบทวน นิเทศ กำกับติดตามการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
KPI ของหน่วยงาน	ทบทวนตัวชี้วัดทุกเดือน	ทำการทบทวนความเสี่ยงทุกเช้าที่ส่งเวร

	สิ่งที่ทบทวน	การออกแบบหรือปรับปรุงDALI
	ทบทวนความเสี่ยงทุกวัน	ทำการทบทวนในการประชุมประจำเดือน

นวัตกรรม (Innovation) HA I-6.1 ง

พันธกิจ/บริการ/กลุ่มผู้ป่วย	นวัตกรรม

การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) HA I-6.1 ข(3), II-1.1 ก(9)

เริ่มตั้งแต่	การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ยังใช้จนถึงปัจจุบัน	ผลลัพธ์
2563	การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis	อัตราการเกิด Phlebitis ปี 2563 = 1.19% (27/2255) ★
2563	แนวทางปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	การเกิด Unplanned Extubation ปี 2563 = 5.35% (19/355) ★
2563	โครงการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียน	คุณภาพเวชระเบียน ปี 2563 = 91.86 ★
2563	โครงการพัฒนาระบบการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง(TB)	อัตราการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยวัณโรค ปี 2563 = 100% ★

ผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายที่โดดเด่น HA I-4.1, II-1.1 ก(6), IV

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลลัพธ์เมื่อเทียบกับองค์กร ปี 2563		การวิเคราะห์แนวโน้ม
			รพ.	เฉพาะโรค	
1	ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	≥ 85%	88.88%	91.66 % (122/133) คิดจากอัตราการ ลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค	↑ สูงกว่าเกณฑ์ของ โรงพยาบาล ★
2	อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดใน 12 เดือน	≤ 5%	8.93 %	1.50% (2/133)	↓ น้อยกว่าเกณฑ์ที่ กำหนด แต่ยังสามารถพัฒนาได้ ★
3	อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณ	100%	NA	100 %	★★

แก้ไขล่าสุด 30 พฤศจิกายน 2563

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลลัพธ์เมื่อเทียบกับองค์กร ปี 2563		การวิเคราะห์แนวโน้ม
			รพ.	เฉพาะโรค	
	โรค				
4	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน	100%	NA	96.99 % (129/133)	ยังไม่ได้ตามเป้า ✕
5	อัตราการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานในบุคลากร	0	1	0	★ ★
6	อัตราการเกิดแผลกดทับ	≤ 2	2.41	0.58% (9/1541)	↓ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยัง ★ สามารถพัฒนาได้
7	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	≤1.0/ต่อ 1,000 วันนอน	1.03	0.26% (4/1541)	↓ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยัง ★ สามารถพัฒนาได้
8	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	≤7.0 Vent/day	4.32	0	★ ★
9	อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน (CAUTI)	≤3.0 Cath/day	0.17	0	★ ★
10	อัตราการติดเชื้อ CLABSI	≤1.10 Line/day	0.57	0	★ ★
11	อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	≤15 Vent/day	9.44	5.35% (19/355)	↓ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยัง ★ สามารถพัฒนาได้
12	จำนวนครั้งความผิดพลาดในการบริหารยาและสารน้ำ (ระดับ E ถึง I)	≤ 5	4 ครั้ง	0	★ ★
13	ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ด้วยปัญหาจากการไม่เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	≤ 0.3%	0.27	0	★ ★
14	อัตราพลัดตกหกล้ม	0	15 ครั้ง	0	★ ★
15	อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ	≤2 Line/day		1.19% (27/2255)	↓ น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยัง ★ สามารถพัฒนาได้

Service Profile

ปี 2563

กลุ่มสังคมสงเคราะห์

โรงพยาบาลมหาสารคาม

Service Profile ปี 2563

กลุ่มสังคมสงเคราะห์

โรงพยาบาลมหาสารคาม

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ มีภารกิจในการจัดระบบการบริการสังคม เพื่อการคุ้มครองสิทธิ แก้ไขความเดือดร้อน ป้องกัน เฝ้าระวังปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการ เพื่อการฟื้นฟู พัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถปรับตัวเข้ากับ ระบบสังคม รวมทั้งสามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้

ข. ขอบเขตการให้บริการ (ถ้าเป็นหอผู้ป่วยให้ระบุกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยงานนี้ด้วย) ศักยภาพ ข้อจำกัด

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบในงานบริการสุขภาพที่จัดให้กับประชาชนผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โดยให้การดูแลมิติทางสังคม (Social care) ในประชาชนกลุ่มต่างๆโดยใช้การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มุ่งให้เกิดการดูแลทางสังคม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การจัดการระบบทรัพยากรต่างๆ ในสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางสังคมให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้รวมทั้งการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสมมีชีวิตที่เป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการทั่วไปของลูกค้าภายใน : การได้รับบริการทางสังคม การประสานงานที่สะดวก การบริการถูกต้องและมีคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมาย	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยใน : แพทย์/พยาบาล	- ต้องการให้มีการให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ ที่มีการประสานงานที่สะดวก มีพฤติกรรม บริการที่ดี - ต้องการได้รับคำแนะนำ ข้อมูล ที่มีความสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการ - ต้องการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ มุ่งให้เกิดการดูแล ทางสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ร่วมกัน
2. ทีมสุขภาพและแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	- ต้องการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ มุ่งให้เกิดการดูแล ทางสังคม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ร่วมกัน - ต้องการได้รับคำแนะนำ ข้อมูล ที่มีความสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการ

ความต้องการเฉพาะของลูกค้าภายนอก :

กลุ่มเป้าหมาย	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย	- ต้องการบริการด้านสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่ถูกต้อง รวดเร็ว - ต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่ได้รับ สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง - ต้องการได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ - ต้องการความรู้และทักษะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน - ต้องการให้ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมบริการที่ดี เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ยอมรับในความเชื่อค่านิยมและความคิดเห็นที่แตกต่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
2. หน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชน/สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ	- ต้องการการประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่สะดวกรวดเร็ว - ต้องการคำแนะนำ การสนับสนุน ด้านการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ใช้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ได้รับการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมและการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมครอบคลุมกับสภาพปัญหาและได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิตามที่พึงมีพึงได้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการและมีความพึงพอใจในบริการ

จุดเน้นในการพัฒนาปี 2563

พัฒนาคุณภาพบริการด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิในกลุ่มผู้ได้รับความรุนแรง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้กระทำความรุนแรงกรณีที่ได้ก่อก่อให้เกิดการส่งต่อจากศาลเยาวชนและครอบครัว กลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการติดบ้านติดเตียงในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยง

1. ความเสี่ยงทางสังคม เช่น การละเมิดสิทธิ การทำให้เกิดความขัดแย้งทางความคิดเห็น ความเชื่อและค่านิยม เนื่องจากกระบวนการสังคมสงเคราะห์ เป็นการกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมการเสนอความคิดเห็น การรับฟังความคิดเห็น และการตัดสินใจของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การให้บริการมีการป้องกันความเสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี นำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแนวคิด ทฤษฎีทางด้านสังคมสงเคราะห์ มา

ประยุกต์ใช้ในการจัดบริการทางสังคม มีการประเมินปัญหาความต้องการ การประเมินพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. ปริมาณงาน

ปี 2562 (เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562) มีผลการปฏิบัติงานเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ ตามกลุ่มเป้าหมายทางสังคมต่าง ๆ จำนวน 6,159 ราย การให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์จำนวน 16,451 ครั้ง

2. ทรัพยากร

มีบุคลากร นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ จำนวน 1 คน

3. เทคโนโลยี / เครื่องมือ / โสตทัศนูปกรณ์

คอมพิวเตอร์ 3 ชุด / มีแบบบันทึกข้อมูลการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ (สค.1) แบบประเมินครอบครัว และแบบประเมินความเสี่ยงทางสังคม

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและเตรียมความพร้อมของผู้ใช้บริการ การแสวงหาข้อเท็จจริง	1. บริการสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ 2. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ 3. ผู้ใช้บริการได้รับทราบขั้นตอนของการรับบริการ และมีโอกาสตัดสินใจในการรับบริการ	100% ของกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ระบุในจุดเน้นของการพัฒนา ได้รับการกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ
2. วิเคราะห์ ประเมินปัญหาทางสังคม/ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัว	1. ผู้ให้บริการได้รับทราบถึงสภาพปัญหาทางสังคม /ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหา / ปัญหาตามความต้องการ/ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการ 2. ผู้ให้บริการสามารถจัดลำดับความสำคัญ พิจารณาความรุนแรงและผลกระทบต่าง ๆ สามารถนำไปวางแผนได้อย่างถูกต้อง	100% ของกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ระบุในจุดเน้นของการพัฒนา ได้รับการกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance indicator)
3.วางแผนการให้บริการช่วยเหลือทางสังคมและการพัฒนาศักยภาพครอบครัว	- การดำเนินการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ บรรลุเป้าหมายของการให้บริการ สามารถการพัฒนา ศักยภาพของครอบครัวให้มีการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	100% ของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม มีการนำข้อมูลด้านสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิมาใช้ในการวางแผนการให้บริการ
4.ดำเนินการให้บริการช่วยเหลือทางสังคมและการพัฒนาศักยภาพครอบครัว	- ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ได้รับบริการช่วยเหลือทางสังคม และการพัฒนาศักยภาพครอบครัวอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย	- การบันทึก/สถิติ/รายงานการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ / กิจกรรม ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ >80%
5.การประเมินผลและบันทึกผลการให้บริการ	- เพื่อทราบผลการดำเนินงานและโอกาสพัฒนาในเรื่อง : สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ : อัตราความครอบคลุมในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสังคม ได้รับการจัดบริการอย่างเหมาะสม > 80% 2. อัตราการให้บริการทางสังคม ได้รับคำปรึกษาแนะนำ >80% 3. อัตราความพึงพอใจในบริการ > 80% 4. อัตราการร่วมทีมสหวิชาชีพ >80% ตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้				
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสังคม ได้รับการประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคม และบริการทางสังคมสงเคราะห์	>80%	80%	83%	78%	88.60%	90%
2. ร้อยละเด็กและสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้รับการปรึกษาทางเลือก	>80%	83%	85%	80%	83.20%	92%
3. ร้อยละการร่วมทีมสหวิชาชีพตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ	>90%	85%	86%	91%	93%	93%
4. ร้อยละความพึงพอใจ	>80%	81.63%	82%	84%	85.50%	87%

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. การพัฒนาบุคลากร จากการดำเนินงานในปัจจุบันพบว่าปัญหาของการให้บริการเกี่ยวกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ที่พบได้บ่อยคือ การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การลงบันทึกข้อมูลเพื่อสื่อสารไม่ครบถ้วน ยังต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพบริการ ในงานที่รับผิดชอบ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสังคมสงเคราะห์ออนไลน์ (สค.1) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล โดยทางกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ภายในหน่วยงาน (Morning Talk) เพื่อทบทวนประเด็นปัญหา ความเสี่ยง และพัฒนาแนวทางการทำงาน เพื่อให้เป็นมาตรฐาน รวมถึงการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมอบรมภายนอก และได้มีการประชุม ทบทวน นิเทศติดตามให้เกิดการ ปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนเอกสารวิชาการที่เป็นประโยชน์ไว้ให้เจ้าหน้าที่ได้ศึกษาค้นคว้าในหน่วยงาน เป็นต้น

2. การพัฒนาระบบบริการ มีการทำงานเป็นทีม และจัดแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากร และมอบหมายงานให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพตามกลุ่มเป้าหมายทางสังคม โดยบุคลากรสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ ในกรณีเร่งด่วนหรือเมื่อมีเหตุจำเป็น การให้บริการถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ การให้บริการที่เน้นกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่การประเมิน สภาพปัญหา การวางแผน การดำเนินการช่วยเหลือและติดตามผล โดยเน้นให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในลักษณะการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการที่เหมาะสม โดยยึดหลักการเคารพในสิทธิผู้ป่วย หลีกเลี่ยง ความขัดแย้งด้านความคิดเห็น เพื่อป้องกันการ เกิดความเสี่ยงในการให้บริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้นักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบ ดังนี้

- 1) ผู้พิการ/ทุพพลภาพ/ผู้สูงอายุ
- 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น/ตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 3) กลุ่มเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (OSCC)
- 4) ผู้ป่วยโรคไต
- 5) ผู้ป่วย HIV/ผู้ติดเชื้อเอดส์
- 6) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเด็กและผู้ใหญ่
- 7) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 8) การเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับไปใช้ที่บ้าน

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ศูนย์พึ่งได้)

P : จากข้อมูลผลการบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีจำนวนลดลง ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 161 ราย ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 108 ราย

D : ดำเนินการ ให้บริการตามแผนการดำเนินการ นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาล

C : ประสานงานเครือข่ายทีมสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อวางแผนการช่วยเหลือ มีระบบการสร้างเครือข่ายการทำงานในระดับจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

A : ปฏิบัติตามแผน/ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ/ติดตามประเมินผล รายงานผลให้กระทรวงสาธารณสุขตามระบบโปรแกรมรายงานข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2. กิจกรรมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังคนพิการและผู้สูงอายุเป็นการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อนำไปฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยดำเนินการร่วมกับ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.พัฒนาคุณภาพระบบบริการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำรุนแรง (ศูนย์พึ่งได้) ตามนโยบายต่อเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข
- 2.พัฒนาคุณภาพระบบบริการกลุ่มผู้พิการ
- 3.พัฒนาคุณภาพระบบบริการทางสังคมสงเคราะห์ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.พัฒนาคุณภาพระบบบริการทางสังคมสงเคราะห์ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคขาดยาและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างรุนแรง (XDR-TB)

Service Profile

งานเวชระเบียน (Medical Records Department)

โรงพยาบาลมหาสารคาม

1. บริบท (Context)

เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพทย์ เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึก การกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการ ศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสาร ทางแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อ ดิจิตอล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record - EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการด้านเวชระเบียน โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการบริหารจัดการเวชระเบียน การจัดทำรายงานเวชสถิติ จัดทำข้อมูล พัฒนาระบบ รูปแบบ กำกับดูแล ตรวจสอบ และประสานงานเพื่อการทบทวนเวชระเบียนให้เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานข้อมูลทางการแพทย์ ดำเนินการประเมินคุณภาพเวชระเบียนภายใต้คณะกรรมการการพัฒนาระบบบันทึกทาง การแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ หัวหน้าแผนก/ตัวแทน (แพทย์) หัวหน้างานหรือ ตัวแทนจาก งานบริการพยาบาล (พยาบาล) งานเภสัชกรรม(เภสัชกร) งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ ชันสูตร (นักเทคนิคการแพทย์) หน่วยงานภาพบำบัด (นักกายภาพบำบัด) งานทันตกรรม (ทันตแพทย์) งานเวชระเบียน (หัวหน้างาน) และจะเชิญหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเมื่อมีวาระที่ต้องการ ความร่วมมือ มีเป้าหมายให้

1. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 85

2. ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการและระบบเวชระเบียน
3. เวชระเบียนถูกส่งถึงห้องตรวจ ภายใน 30 นาที ในทุกครั้งที่มาใช้บริการ
4. ข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90
5. รหัสโรครหัสหัตถการและการผ่าตัด ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และครบถ้วน 100 % และทันเวลา

ข. ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้บริการจัดทำประวัติผู้ป่วยเก่าและใหม่ แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ให้บริการเก็บประวัติและค้นประวัติผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยประกันชีวิต และออกเลขที่การตายแก่ผู้ป่วย
3. ให้รหัส ICD 10 จัดเก็บและรวบรวมสถิติข้อมูลการให้บริการของ รพ. และจัดทำรายงานส่งส่วนกลาง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย/ญาติ	- ได้รับการบันทึกตรวจโรครวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน - เจ้าหน้าที่ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความรับผิดชอบมีความเสมอภาค - ได้รับคำแนะนำที่ดีความเอาใจใส่ เอื้ออาทร และมีการประสานงานที่ดี
ตำรวจ/ ศาล	- ได้รับใบรายงานชั้นสูตร/ใบแสดงความเห็นของแพทย์อย่างรวดเร็ว

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. แพทย์	- ได้รับการบันทึกตรวจโรค/เวชระเบียนเพื่อรักษาคนไข้ต่อเนื่องทุกราย - ได้เวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนเพื่อทำผลงาน มีการตรวจสอบ Audit
2. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม	- ได้รับเวชระเบียนรวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วนทันเวลาในการเข้ามาให้บริการ - มีการประสานงานที่ดี - มีความเข้าใจในการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน

	- เจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
--	-----------------------------------

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

รวดเร็ว ถูกต้อง เอื้ออาทร เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

- รวดเร็ว : สำรวัระยะเวลาในการจัดทำ คำนประวัตผู้ป่วย
- ถูกต้อง : การคำนประวัตผู้ป่วยถูกคนไม่ผิดพลาด
- เอื้ออาทร : เอาใจใส่ให้คำแนะนำที่ดี
- พึงพอใจ : ไม่มีใบร้องเรียน ได้รับคำชม

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
1. การยืม-คืน เวชระเบียน - เวชระเบียนหาย - การรักษาความลับผู้ป่วย	- จัดทำคู่มือการยืมคืน ซึ่งมีขั้นตอนสั้นๆ และเข้าใจง่ายนำเสนอคณะกรรมการเวชระเบียนเพื่อเห็นชอบ และแจ้งเวียนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ - ควรมีควมมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ควบคุมการตรวจสอบ ติดตามการยืม - คืน - ถ้ามีสถานที่เพียงพอ ควรจัดสถานที่ศึกษาและค้นคว้า - สำหรับเวชระเบียน ที่เป็นคดี ควรจัดเก็บไว้ต่างหาก และควรให้ผู้ป่วยยินยอมในกรณีจำเป็น - การจัดทำควมมีสถิติตัวเลขไว้เพื่อศึกษา การแก้ปัญหา เช่น เวชระเบียนที่ยืมนาน หรือหายเป็นประเภทใด ใครยืม
2. การให้และการบันทึกรหัสโรคผู้ป่วยนอก - ใน ลงในคอมพิวเตอร์เพื่อส่งกระทรวง - เจ้าหน้าที่เวชสถิติทุกคน ควรมีความเข้าใจฐานข้อมูลแฟ้มหลัก ที่กระทรวงต้องการ - การประสานงานกับผู้ให้ข้อมูล แพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด การเงิน - การให้รหัสให้ถูก	- เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย นำเวชระเบียนมาตรวจคุณภาพ เช่น มีข้อมูล 12 แฟ้มหลักครบหรือไม่ ถ้าไม่ครบควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายในเวลาที่กำหนด เช่น 10 วันจำหน่ายการตรวจควมมีเครื่องมือประกอบเช่น มีรายชื่อผู้ป่วยจำหน่ายในเดือน หรือ Check List - ข้อมูลที่ต้องการ เช่น สถิติใน การรักษา - เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ให้รหัสข้อมูล เช่น ICD10, ICD9CM พร้อมทั้งใช้ DRG Grouper ตรวจสอบรหัส

	- ส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อทำการ Coding audit และยืนยันความสมบูรณ์ของเวชระเบียนก่อนส่งเรียกเก็บเงินตามที่กำหนด - เก็บข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์พร้อมมีการตรวจสอบการป้อน เช่น สุ่มตรวจสอบ ประมวลผล ส่งข้อมูลตามที่กระทรวงกำหนด
3. ด้านการจัดเก็บ ค้นหาเวชระเบียน - สถานที่ไม่พอเก็บเวชระเบียน - ค้นหาเวชระเบียนไม่พบ - ผู้รับบริการรอเวชระเบียนนาน	- จัดเก็บเวชระเบียนโดยใช้ระบบการ Scan ตามที่กำหนด (อายุการเก็บเอกสารตามที่กำหนด 10 ปี) - ชั้นจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในควรเป็นแบบคงที่ (มีช่องว่างระหว่างชั้นแน่นอน) - มีระบบคอมพิวเตอร์ ควบคุมการยืม-คืน และการมาตรวจของผู้ป่วย - มีการสำรวจเวชระเบียนที่ไม่คืนในแต่ละวัน - มีการกำหนดระยะเวลาในการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น ภายใน 30 นาที และเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์แก้ปัญหา

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
4. ด้านใบขึ้นสูตร ผู้ป่วยคดี อุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกข่มขืน - การประสานงานกับพนักงานสอบสวน - การให้ความเป็นธรรมกับคู่คดี - การรักษาความลับ	- จัดประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องและพนักงานสอบสวน เพื่อจัดทำข้อตกลง ในการติดต่อ เช่น ส่งใบขึ้นสูตร, การรับใบขึ้นสูตร, พนักงานสอบสวนผู้รับ และผู้ส่งใบขึ้นสูตร - จัดประชุมทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติระหว่าง แพทย์, เจ้าหน้าที่นิติเวช, พนักงานสอบสวนและเจ้าหน้าที่เวชระเบียน - จัดเก็บเวชระเบียนดังกล่าวแยกต่างหากและมีการกำหนดเจ้าหน้าที่ที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนดังกล่าว ไม่ควรให้ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ถือเวชระเบียนไปเอง - ควรมีแนวทางในการปฏิบัติกับคู่คดีเหมือนกัน ๆ เช่น จะเปิดเผยข้อมูลต่อเมื่อมีหลักฐานการยินยอมจากผู้ป่วย หรือแพทย์ในกรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่ขัดต่อ พรบ. ข้อมูลข่าวสาร

5. ด้านผู้ป่วยถึงแก่กรรมในกรณี ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่,ผู้ป่วยหนักกลับ - โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ มีแนวโน้มถูกร้องเรียน หรือฟ้องร้อง	- สำหรับผู้ถึงแก่กรรม ควรมีสำเนาหนังสือรับรองการตายไว้ที่เวชระเบียนด้วย - ควรแจ้งคณะกรรมการเวชระเบียนในกรณีจำเป็น - สำหรับเวชระเบียน ที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่ ควรใช้ใบยินยอมหรือไม่ยินยอม ตามแบบที่กระทรวงกำหนด - ควรกำหนดเวลาในการจัดเก็บเวชระเบียนแยกต่างหากในกรณีจำเป็น - ควรสรุปความสมบูรณ์ของเวชระเบียนดังกล่าว ให้เสร็จ ภายในกำหนดเวลา 8 วัน
6. ด้านการตรวจสอบสิทธิในข้อมูลเพิ่ม เวชระเบียนผู้ป่วยใน - ผู้มีสิทธิ ไม่ได้นำบัตร หรือหลักฐานมายื่น (ลืมนำหลักฐาน หรือตั้งใจไม่ยื่น หลักฐาน) ในข้อมูล เพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน	- มีระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อช่วยในการตรวจสอบสิทธิในงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน - หากพบข้อมูลหรือต้องแก้ไขติดต่อสอบถามได้ที่งานห้องบัตร

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ภาระงานได้เพิ่มมากขึ้นตามปริมาณผู้รับบริการและจำนวนเตียง การขยายตัวด้านอัตรากำลัง และการพัฒนาเทคโนโลยีและเครื่องมือไม่ทันกับการขยายตัวของปริมาณงาน มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและสร้างระบบเพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยเครื่องมือคุณภาพ เช่น Lean Management 5ส Knowledge Management CQI ปัจจุบันมีเวชระเบียนภาพ (Scan) เป็นระบบสำหรับการเรียกใช้เวชระเบียน เพื่อลดภาระการจัดค้นจัดเก็บเวชระเบียน ลดการสูญหายของเวชระเบียน ลดการขาดแคลนพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน และเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

อัตรากำลังงานเวชระเบียน

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลมหาสารคาม

นายแพทย์ประเสริฐ ศรีสารคาม
รองผู้อำนวยการฯ ด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

นางสุพรรณิ พิสุทธิมาน
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

นางเมตตา แสนวงศ์
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

นางวิรัตน์ วงภาพ
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

นางสาวจันทร์จิรา สะเทิงรัมย์
เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน

นางสาวศรัญญา ศรีอ่อน
เจ้าพนักงานเวชสถิติ

นางสาวขยธร สีหามาศย์
นักวิชาการเวชสถิติ

นางวรรณิ อุดสัย
พนักงานบัตรรายงานโรค (ส2)

นางราตรี คุณป้อง
พนักงานบัตรรายงานโรค (ส2)

นางสายตา แสนสุธา
เจ้าพนักงานธุรการ

นางศิลาพร ปทุมพร
พนักงานบัตรรายงานโรค

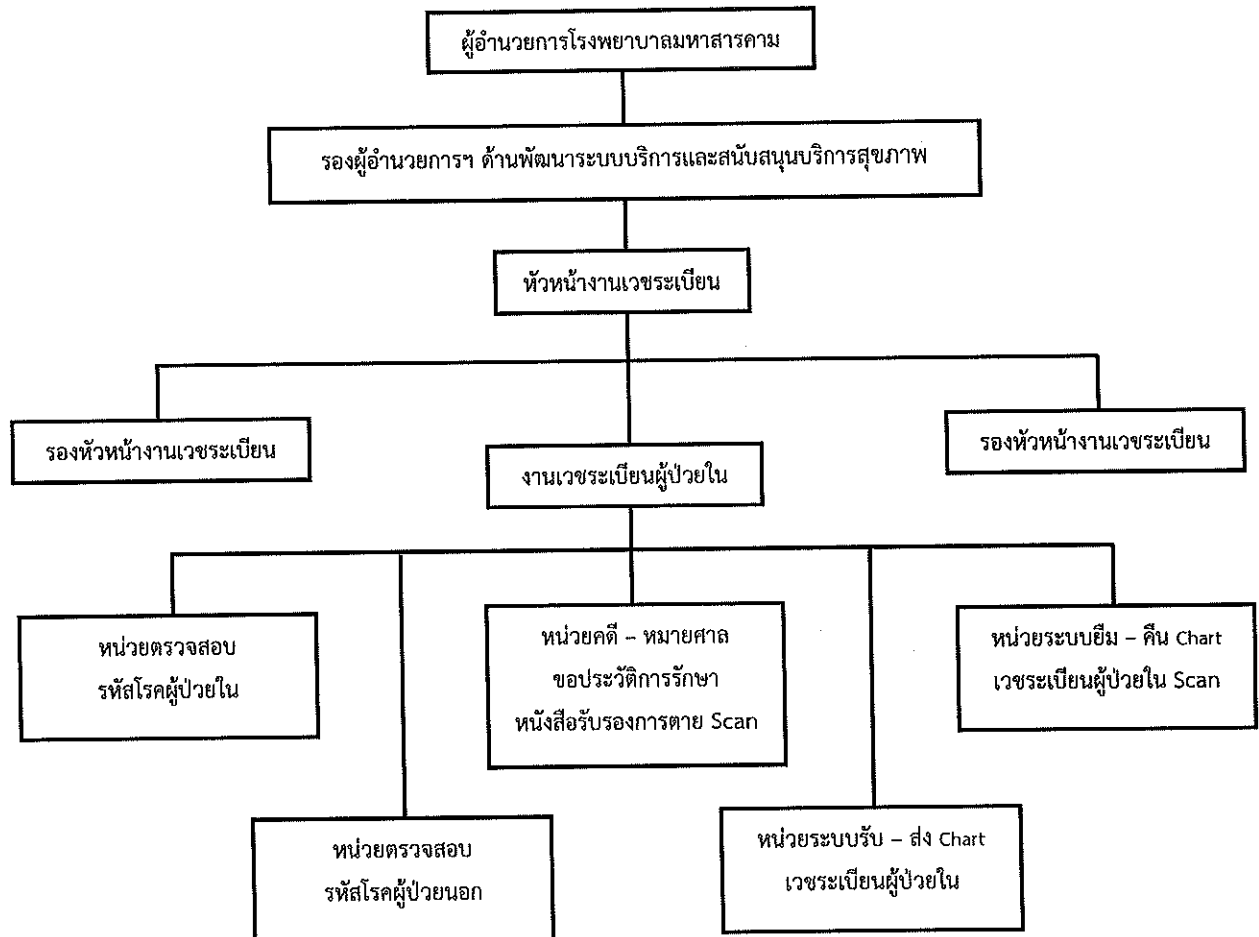
นายรุ่งศักดิ์ บุญหล้า
พนักงานบัตรรายงานโรค

นางสาวพรพรรณ ทัพธานี
พนักงานบัตรรายงานโรค

นางสาวศศิยา เอกตาแสง
พนักงานรายวัน

ปรับโครงสร้างกลุ่มงาน 1 เมษายน 2552

งานเวชระเบียนภายใต้การดูแลของรองผู้อำนวยการด้านกลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตามวิสัยทัศน์



อัตรากำลังเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน

1. ชำราชการ	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน	3 คน
		เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน	1 คน
2. ลูกจ้างประจำ	ตำแหน่ง	พนักงานบัตรรายงานโรค (ส2)	2 คน
3. พนักงานราชการ	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานธุรการ	1 คน
4. ลูกจ้างชั่วคราว	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	1 คน
5. ลูกจ้างชั่วคราว	ตำแหน่ง	นักวิชาการเวชสถิติ	1 คน
6. ลูกจ้างชั่วคราว	ตำแหน่ง	พนักงานบัตรรายงานโรค	3 คน
7. พนักงานรายวัน			1 คน
ปฏิบัติงานจริงรวมทั้งหมด			13 คน

ก. จัดเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละช่วงเวลาดังนี้
ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานเวรระเบียบ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2557 – ปัจจุบัน

ในเวลาราชการ 08.00 – 16.00 น. จัดอัตรากำลัง 13 คน

รวมเป็น 13 คน

16.00 – 20.00 น. จัดอัตรากำลัง ตามความเหมาะสมของภาระงาน

วันหยุดราชการ 08.00 – 16.00 น. จัดอัตรากำลัง ตามความเหมาะสมของภาระงาน

ข. จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์ให้เพียงพอ สำหรับให้บริการลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิ

ค. จัดทำระบบบริการการยืม - คืน เพื่อให้สะดวกในการค้นหาและลดข้อผิดพลาดในการจัดเก็บ

แผนพัฒนาระบบบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ

- เพิ่มเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับให้บริการลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิตามจำนวน
เจ้าหน้าที่ทั้งหมด รวมเป็น 13 เครื่อง

- เพิ่มเครื่องปริ้นเตอร์เลเซอร์สำหรับให้บริการพิมพ์เอกสารงานคดี, ประกันชีวิต, หมาย
ศาลรวมเป็น 2 เครื่อง

- เพิ่มเครื่อง Scan ความเร็วสูง รวมเป็น 2 เครื่อง

เป้าหมาย (Goal)

1. บริการเวรระเบียบที่รวดเร็ว
2. บันทึกข้อมูลในเวรระเบียบให้ครบถ้วน ถูกต้อง
3. บริการใบคดีประกันชีวิตออกเลขที่การตาย รวดเร็ว ถูกต้อง
4. ให้บริการข้อมูลที่รวดเร็วแก่ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอก
5. ผู้ใช้บริการพึงพอใจ
6. บุคลากรมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ
7. บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงาน
8. เก็บรักษาเวรระเบียบให้ปลอดภัยไม่สูญหาย
9. ให้รหัส ICD 10 ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยในตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ และทันตามเวลาที่กำหนด

เข็มมุ่ง

1. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ในวิชาชีพ และมีพฤติกรรมการบริการที่ดี
2. พึงพอใจสิทธิผู้ป่วย และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ สะอาด สวยงาม
4. สนับสนุนงานด้านการรักษาพยาบาล การเรียนการสอนและการวิจัย

2. กระบวนการสำคัญ(Key Process) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.1 นำเข้าข้อมูลผู้ป่วย	- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และข้อมูลการให้การ รักษาพยาบาลถูกต้องและ ครบถ้วน - ผู้รับบริการพึงพอใจใน ข้อมูล ฯ - บันทึกข้อมูลแล้วสิ้นในเวลา ที่กำหนดไว้ - มีการทบทวนการบันทึกโดย ทีม สหสาขาวิชาชีพ	- ข้อมูลส่วนบุคคลไม่ถูกต้อง - ข้อมูลรหัสโรค รหัส หัตถการและการผ่าตัด คลาดเคลื่อน - ไม่บันทึกการให้บริการ - โรงพยาบาลสูญเสียเงินค่า รักษาพยาบาลที่พึงได้ - ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ การบริการและร้องเรียน - บันทึกข้อมูลไม่แล้วเสร็จ ตามกำหนดเวลาที่กำหนด - เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ บันทึกไม่ครบถ้วน	- ค่า RW - อัตราความสมบูรณ์การ บันทึกเวชระเบียน - ความถูกต้อง และ ครบถ้วน ของข้อมูลส่วน บุคคล - รหัสโรค รหัสหัตถการและ การผ่าตัด ครบถ้วน ถูกต้อง - ส่งเรียกเก็บทันเวลา
2.2 จัดค้นและจัดเก็บ เวชระเบียนผู้ป่วยในและ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน	- มีระบบการจัดค้นจัดเก็บที่ ได้มาตรฐาน สามารถจัดเก็บ ถูกต้อง ค้นหาได้ง่าย - จัดค้นถูกคน ครบตาม จำนวน ภายในเวลาที่กำหนด และความต้องการใช้ - มีตู้จัดเก็บเวชระเบียนที่ มิดชิด ปลอดภัยจากภัย ธรรมชาติ ทั้งปวง - เวชระเบียนผู้ป่วยคน	- ค้นไม่พบ เนื่องจากเก็บผิดที่ หรือไม่อยู่ในระบบ - ติดตามคืนจากผู้ยืมไม่ได้ - ไม่พบข้อมูลการเคลื่อนย้าย ของเวชระเบียน (หายไม่ ทราบสาเหตุ) - เวชระเบียนหลุดหายไป บางส่วน	- อัตราการสูญหายของ เวชระเบียน - อัตราการเก็บ/คืน เวชระเบียนผิด - อัตราการ Scan เวชระเบียนผิดคน - ข้อร้องเรียน - ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	เดียวกันเก็บไว้แฟ้มเดียวกัน - มีระบบสำรองหากเกิดการสูญหายของเวชระเบียน เช่น จัดเก็บในรูปแบบภาพ (Scan) - เก็บเวชระเบียนไว้ อย่างน้อย 5-10 ปี นับจากขาดการติดต่อกับโรงพยาบาล - ห้ามบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องค้นและเก็บเวชระเบียนเอง		

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.3 การรักษาความลับ ของผู้ป่วย	ไม่มีการร้องเรียนการนำ เวชระเบียนไปใช้ผิด วัตถุประสงค์ หรือในทางที่ มิชอบ	มีการเปิดเผยข้อมูลใน เวชระเบียนผู้ป่วย โดยไม่ได้ รับความยินยอมจากเจ้าของ ประวัติ(ผู้ป่วย)	อัตราการร้องเรียนเรื่องการ เปิดเผยความลับผู้ป่วย
2.4 การรักษาความลับ ข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บใน คอมพิวเตอร์	มีการกำหนดการเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยตามชั้นความจำเป็น	มีการนำข้อมูลผู้ป่วยไป เปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต	
2.5 บริการเวชระเบียน ภาพ (Scan)	สามารถเรียกเวชระเบียนได้ ครบทุกรายที่ต้องการเรียกใช้	เรียกไม่พบ หรือเรียกพบ บางส่วน หรือพบภาพ (Scan) ที่ไม่สมบูรณ์ อ่านไม่ชัดเจน ไม่เรียงลำดับก่อนหลัง	อัตราการเรียกเวชระเบียน ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มากกว่า ร้อยละ 90
2.6 ทบทวนการให้รหัส โรค/หัตถการ/การผ่าตัด	มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ มีรายงานการ ทบทวนที่ชัดเจน นำข้อมูล ที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขและ พัฒนางาน	มีความคลาดเคลื่อนของการ ให้รหัสโรค/หัตถการ/การ ผ่าตัด	- ร้อยละความถูกต้องของ การให้รหัสโรค/หัตถการ/ การผ่าตัด
2.7.การแก้ไขบันทึก เวชระเบียน	ไม่พบการแก้ไขข้อมูลใน เวชระเบียน	มีการแก้ไขเวชระเบียน	ไม่พบข้อความที่แก้ไขโดย ลบหรือขีดฆ่าทิ้ง และไม่มีชื่อ ผู้แก้ไขที่มีสิทธิ
2.8 การรับคำสั่ง และการ รับรองคำสั่งการรักษาด้วย วาจาในเวชระเบียน	มีแบบบันทึกการรับคำสั่งที่ ต้องบันทึกทุกครั้งที่ได้รับคำสั่ง และแพทย์ลงนามในบันทึก การรับรองคำสั่งการรักษาด้วย วาจาภายใน 24 ชั่วโมง	แพทย์ไม่ลงนามในบันทึกการ รับรองคำสั่งการรักษาด้วย วาจาภายใน 24 ชั่วโมง	ไม่พบว่าแพทย์ไม่ลงนามใน บันทึกการรับรองคำสั่งการ รักษาด้วยวาจาภายใน 24 ชั่วโมง
2.9 การใช้รหัสมาตรฐาน	มีรหัสที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น รหัสกลางเพียงรหัสเดียวทั่วทั้ง องค์กร	- มีการใช้รหัสที่แตกต่าง หรือไม่ตรงกัน -มีการใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล	- มีรหัสมาตรฐานเดียวกันใน ทุกตัวแปร หรือ มีข้อตกลงที่ ผู้ใช้รหัสทราบและเข้าใจ ตรงกัน สามารถแปลงเป็น ตัวแปลเดียวกันได้

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.10 การเข้าถึงข้อมูลใน เวชระเบียน	- การขอใช้ข้อมูลเพื่อใน เวชระเบียนเพื่อทำงานวิจัย ต้องผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ก่อน - การนำข้อมูลผู้ป่วยใน เวชระเบียนไปใช้ต้องได้รับ การยินยอมจากผู้ป่วย - ผู้มีสิทธิยืมเวชระเบียน คือ อาจารย์แพทย์ เท่านั้น - ผู้เปิดเผยความลับของผู้ป่วย จะได้รับโทษทางกฎหมาย ตามมาตรา 323 - การขอเวชระเบียนด้วยบุคคล ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเอง จะต้องแนบ ใบมอบอำนาจพร้อมสำเนา บัตรประชาชนของทั้งผู้ยื่นขอ และผู้ป่วย	- การเปิดเผยความลับของ ผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วย เสียหาย	ไม่มีคำร้องเรียนเกี่ยวกับการ เปิดเผยข้อมูลในเวชระเบียน ของผู้ป่วย
2.11. การทำลายเอกสาร เวชระเบียน ก่อนมีการ ทำลายเวชระเบียนจะ ประกาศทำลายเอกสาร สำคัญตามระเบียบสารบัญ เพื่อ ผู้ป่วย แพทย์หรือ เจ้าของใช้สามารถยื่นความ ประสงค์ขอเก็บเวชระเบียน ไว้เองได้	- กำหนดเก็บเวชระเบียนตัว จริง 5 - 10 ปี (แต่เนื่องจากข้อจำกัดของพื้นที่ จัดเก็บไม่เพียงพอ มีการจัดเก็บเวชระเบียนใน รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก่อน ทำลาย)	- ค้นเวชระเบียนตัวจริงไม่ได้ - พื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ	สามารถค้นหาเวชระเบียน สำรองได้ แม้เวชระเบียนตัว จริงถูกทำลายแล้ว ในเวลาที่ รวดเร็ว

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัดงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน/นอก	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62 - มี.ค.63)
1. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (แบบตรวจประเมินคุณภาพเกณฑ์ 9 ข้อ)	≥ 85 %	94.16 %	93.22 %	93.98 %
2. ระยะเวลาในการติดตาม Chart ผู้ป่วยในจากตึกให้ทันกำหนดเวลาภายใน 8 วัน	100 %	89.29 % (50,265 ราย)	92.25 % (49,117 ราย)	90.49 % (47,314 ราย)
3. ระยะเวลาในการให้บริการงานเวชระเบียน (นาที)	≤ 30	20	20	20
4. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (แบบตรวจประเมินคุณภาพเกณฑ์ 7 ข้อ)	≥ 85 %	91.61 %	92.81 %	94.16 %

จุดเน้นในการพัฒนา

1. ลงข้อมูลครบถ้วน จัดเก็บได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ค้น คื่น รวดเร็ว
2. บริการเวชระเบียนได้ตามมาตรฐาน
3. เวชระเบียนไม่สูญหาย
4. ให้รหัสโรคถูกต้อง ทันตามเวลาที่กำหนด
5. บริการใบรับรองแพทย์ คดี ประกันชีวิต รวดเร็ว
6. การเข้าถึงเวชระเบียนถูกต้อง ตามสิทธิ์ผู้ป่วย และ พรบ. ข้อมูลข่าวสาร
7. ตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์/ยุทธศาสตร์	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้
1. ให้บริการเวชระเบียนแก่ผู้รับบริการงานเวชระเบียนผู้ป่วยในได้รวดเร็วตามมาตรฐาน	ระยะเวลาในการให้บริการ	30 นาที	20 นาที
2. การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐาน	ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	≥ 80 %	90 %

3. ประสิทธิภาพการจัดเก็บเวชระเบียน	Scan เวชระเบียน	100 %	100 %
------------------------------------	-----------------	-------	-------

4 กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- ให้บริการผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน รวดเร็ว ตามมาตรฐานเวลาที่ยอมรับได้ในคณะกรรมการ (20 นาที ต่อราย) ตลอด 24 ชั่วโมง
- มีระบบการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบ OPD Paper Less เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อความสะดวก และรวดเร็ว
- มีบริการลงทะเบียนผู้ป่วยนอกและรับบัตรคิวสีเขียวตามคลินิกส่งตรวจถึงหน้าห้องตรวจโดยผู้ป่วย ไม่ต้องเสียเวลารอรับบัตรที่หน้าห้องบัตร หลังจากที่ยื่นบัตรตรวจโรคแล้วสามารถไปรับบริการวัดสัญญาณชีพ และนั่งรอที่หน้าห้องตรวจได้เลย
- มีบริการเตรียมลงทะเบียนผู้ป่วยนอกนัดล่วงหน้ากรณีผู้ป่วยนัดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลา ยื่นบัตรและผ่านไปที่ห้องตรวจได้เลย
- สามารถลดจุดให้บริการผู้ป่วยด้วยการยุบรวมขั้นตอนคัดกรองโรค ตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียนเข้าตรวจไว้ที่จุดเดียวกันที่หน้าห้องบัตร
- ลงทะเบียนควบคุมการเคลื่อนย้ายเวชระเบียน ทุกครั้งที่ได้รับเวชระเบียน ทำให้ทราบที่อยู่ และติดตามเวชระเบียนที่ไม่อยู่ระบบเก็บได้ง่าย
- ลดการสูญหายของเวชระเบียนที่ไม่พบสาเหตุการสูญหาย ค้นเวชระเบียนผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนที่ผู้รับบริการต้องการ
 - มีการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาการจัดค้นและจัดเก็บเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง และเกิดกิจกรรมจากการประชุมปรึกษาหลายกิจกรรม
 - จัดให้มีผู้รับผิดชอบตรวจสอบการเก็บเวชระเบียนผิดที่ทุกวัน
 - มีระบบ IT ช่วยตรวจสอบข้อมูลการใช้เวชระเบียน
 - ประสานงานและขอความร่วมมือจากห้องตรวจให้ลงทะเบียนสถานะของเวชระเบียนทันที หากมีการรับหรือส่งต่อเวชระเบียนไปยังแผนกอื่น
 - นัดผู้ปฏิบัติที่ใช้บริการเวชระเบียน ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันแยกตามหน่วยงาน
- ทบทวนและตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ของเวชระเบียน

- การจัดอบรมการสรุปและทบทวนเวชระเบียนแก่แพทย์ ตามความประสงค์จากแผนก เพื่อกระตุ้นให้มีการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกที่ถูกต้อง และครบถ้วน
- ให้ความรู้เรื่องการลงการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดตามหลักการ ICD-10 แก่แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- มีคณะกรรมการกลางทบทวนความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ของเวชระเบียน สะท้อน กลับผลการทบทวนเวชระเบียนให้แผนกและผู้บริหารและแก้ไขปรับกระบวนการทบทวน
- สุ่มทบทวนเวชระเบียนทุกเดือน ร้อยละ 1 เป็นประจำ ต่อเนื่องจนถึงเดือนมีนาคม 2563
- สุ่มทบทวนเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม EMRA-IPD (มค. 63 – จนถึงปัจจุบัน) และ EMRA-OPD (กย. 63 – จนถึงปัจจุบัน)
- ลดการส่งบัตรผิดคน โดยกำหนดให้ตรวจสอบเวชระเบียนกับบัตรประจำตัวผู้ป่วยหรือบัตรนัด ก่อนลงทะเบียนส่งเวชระเบียนไปห้องตรวจ
- เข้าร่วมประชุมกับกลุ่มสาขาวิชาชีพในฐานะคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- ทำข้อตกลงกับแผนก ให้บันทึกข้อมูลที่ให้การรักษาในใบสรุปภายใน 8 วัน หลังผู้ป่วยจำหน่าย และให้งานเวชระเบียน ตรวจสอบและนำเสนอข้อมูล การสรุปเวชระเบียนต่อที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เพื่อแก้ไขปรับปรุงกระบวนการสรุปเวชระเบียน
- มีการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลที่ต้องด้วยฐานข้อมูลภาครัฐและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
- เพิ่มกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในเครื่องคอมพิวเตอร์ก่อนการอ่าน รายงานทำให้รายงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ถูกต้อง แม่นยำ
- จัดทำและทบทวนคู่มือการทำงานของหน่วยงาน เพื่อสื่อสารและเผยแพร่ให้บุคลากรถือปฏิบัติ

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- ลดระยะเวลาให้บริการเวชระเบียนถึงห้องตรวจต่าง ๆ ให้ต่ำกว่า 30 นาที
- ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ
- ปรับปรุงระบบเวชระเบียนให้สามารถรองรับการสูญหายหรือค้นไม่พบของเวชระเบียน และนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลดงาน ลดพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน ลดเวลาค้นเวชระเบียน ที่นำไปใช้เพื่อการต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการงาน)
- ลดปัญหาอันจะเกิดจากข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ผิดพลาด และคลาดเคลื่อน
- ปรับระบบการทบทวนเวชระเบียนให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
 - เก็บข้อมูลปัญหาเพื่อการนำไปเป็นข้อมูลพัฒนาและแก้ปัญหาระบบเวชระเบียน เช่น การบันทึกเวชระเบียน การให้รหัสและหัตถการ
 - สรุปผลการทบทวนเวชระเบียน นำเสนอแผนกและผู้บริหารทราบและเพิ่มแนวทางแก้ไข

- จัดทำพัฒนาโปรแกรมทบทวนเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม EMRA-IPD (มค. 63 – จนถึงปัจจุบัน) และ EMRA-OPD (กย. 63 – จนถึงปัจจุบัน) เพื่อให้สะดวกรวดเร็วและแพทย์เจ้าของคนไข้สามารถเพิ่มเติมแก้ไขได้ทันเวลา
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์กับผู้ให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด
- จัดทำตัวชี้วัดรายบุคคล
- พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมตามหลักสูตรที่มีของส่วนกลาง

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาบุคลากรเพื่อร่วมผลักดันให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด
- นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในระบบเวชระเบียน
- พัฒนางานเชิงรุก นัดพบผู้ปฏิบัติ เพื่อทราบปัญหาของเพื่อนร่วมงานต่างหน่วยงาน เสริมสร้างความเข้าใจในการงานที่ต่างกัน และเกิดความเข้าใจกันหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน
- เน้นการทำงานเป็นทีม
- แก้ปัญหาเรื่องเวชระเบียน การลงรหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประชุม ประสานงานระหว่างกลุ่มงานภายในหน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง
- ตั้งคณะกรรมการเฉพาะงาน ให้มีผู้รับผิดชอบชิ้นงานโดยตรง
- ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน นำผลการประเมินไปใช้เพื่อการพัฒนา
- ผลักดันการสร้างทีมงาน ตั้งผู้ปฏิบัติให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยงาน
- สนับสนุนและส่งเสริมให้จัดทำ Guide line กระบวนการและขั้นตอนที่ถือปฏิบัติทุกชิ้นงาน ทั้งงานกลุ่มและรายบุคคล
- พัฒนาระบบ IT เพื่อให้ระบบงานมีความคล่องตัวและช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- พัฒนาระบบการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ให้มีระบบการป้องกันการใช้ข้อมูลภาพ และมีการให้บริการให้มากขึ้น
- กำหนดตัวชี้วัดรายบุคคลร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติ

ประเด็นพัฒนาที่สำคัญ

1. การตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียน

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่า การบันทึกที่ได้คะแนนความสมบูรณ์ได้ตามเป้าหมาย 80 % ในปี 2563

ค่าคะแนนคุณภาพการบันทึกจากการทบทวนโดย สปสช. ปีงบประมาณ 2562 -2563

ตามตารางข้างล่าง

Quality assessment	Score IPD		Quality assessment	Score OPD	
	2562	2563 (ตค.62 - มีค.63)		2562	2563 (ตค.62 - มีค.63)
Diagnosis, Operation	8.73 (97.00)	8.76 (97.33)	Patients' Profile	6.64 (94.92)	6.35 (90.74)
Other Diagnosis	8.89 (98.78)	8.85 (98.33)	History	5.87 (83.91)	6.15 (87.88)
Informed consent	8.40 (93.33)	8.34 (92.67)	Physical examinations	6.42 (91.80)	6.53 (93.33)
History	7.95 (88.33)	8.22 (91.33)	Treatment/Investigation	6.41 (91.67)	6.88 (98.31)
Physical examinations	8.56 (95.11)	8.64 (96.00)	Follow1	6.75 (96.43)	7.00 (100.00)
Progress note	7.68 (85.33)	7.82 (86.89)	Follow2	-	-
Consultation records	7.71 (85.67)	7.57 (84.11)	Follow3	-	-
Anesthetic record	8.76 (97.33)	8.83 (98.11)			
Operative note	8.96 (99.56)	8.87 (98.56)			
Labour record	8.46 (94.00)	8.33 (92.56)			
Rehabilitation records	9.00 (100.00)	8.83 (98.11)			
Nurse Note	8.13 (90.33)	8.29 (92.11)			
Percent	93.22 %	93.98 %	Percent	92.81 %	94.16 %

ค่าคะแนนคุณภาพการบันทึกจากการทบทวนโดย สปสช. ปีงบประมาณ 2563

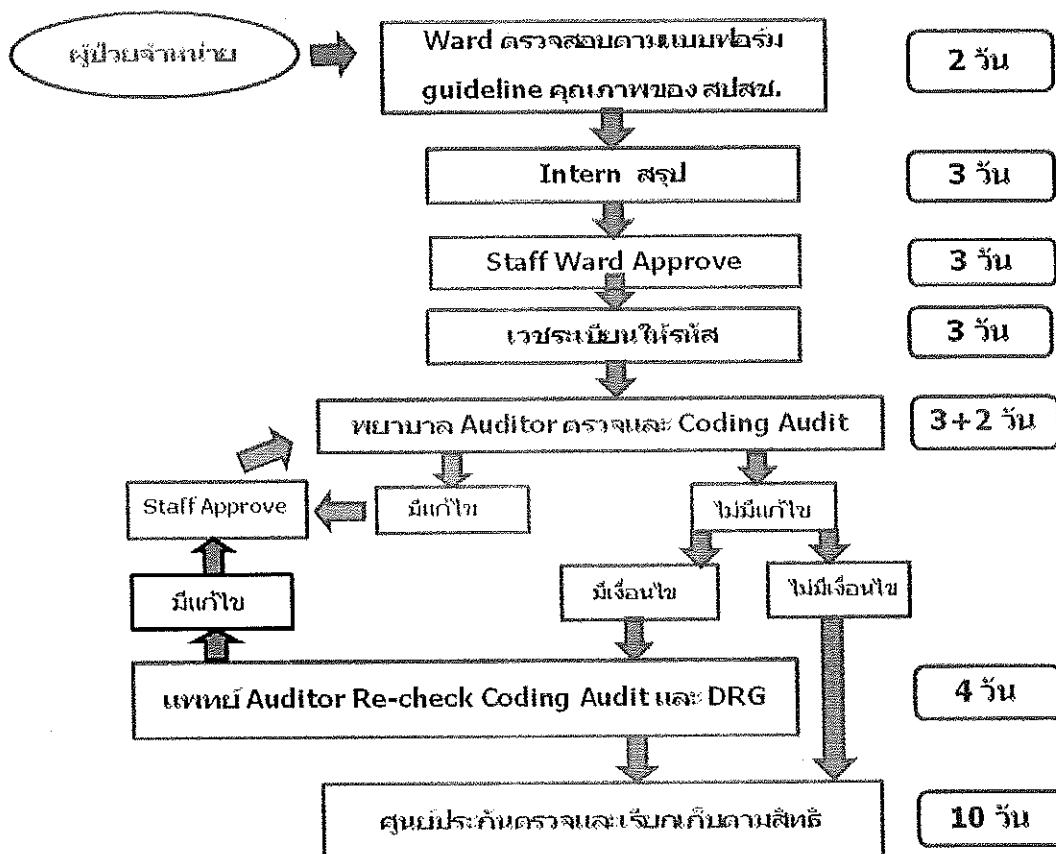
ตามระบบจัดทำโปรแกรม EMRA – IPD (มค. 63 – กย. 63)

ตามระบบจัดทำโปรแกรม EMRA – OPD (กย. 63)

Quality assessment	Score IPD	Quality assessment	Score OPD
	2563 (มค. 63 – กย. 63)		2563 (กย. 63)
Diagnosis, Operation	8.89 (98.77)	Patients' Profile	6.97 (99.66)
Other Diagnosis	8.90 (98.88)	History	6.61 (94.44)
Informed consent	7.87 (87.44)	Physical examinations	6.51 (93.11)
History	8.48 (94.22)	Treatment/Investigation	6.58 (94.00)
Physical examinations	8.69 (96.55)	Follow1	-

Progress note	6.75 (75.00)	Follow2	-
Consultation records	7.96 (88.44)	Follow3	-
Anesthetic record	8.91 (99.00)		
Operative note	8.94 (99.33)		
Labour record	8.61 (95.66)		
Rehabilitation records	8.20 (91.11)		
Nurse Note	7.77 (86.33)		
Percent	91.67 %	Percent	95.30 %

FLOW IPD CHART



บทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

WARD

1. ความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่สำคัญต่อ Coding Audit และภาพรวมมากกว่า 85 %
2. ทันท่วงที

แพทย์

1. ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา

เวชสถิติ

1. ความถูกต้องสมบูรณ์มากกว่า 95 %
2. ทันท่วงที

พยาบาล Auditor

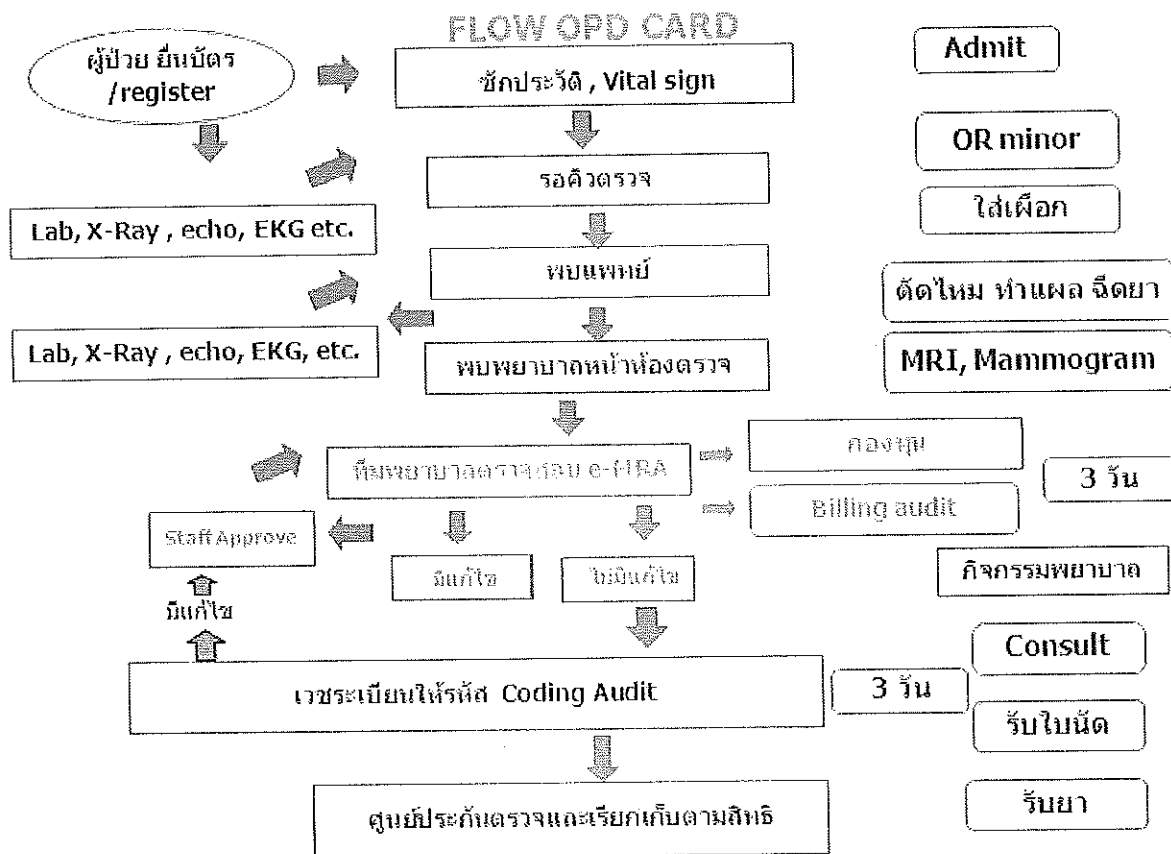
1. ความถูกต้องสมบูรณ์
2. ทันท่วงที

แพทย์ Auditor

1. กรณีที่ต้อง Approve แบบ Staff และ PCT
2. กรณี Recheck ผล Coding Audit และ DRG

ศูนย์ประกัน

1. ถูกต้องและทันเวลา



บทบาทและหน้าที่ของตำแหน่งงาน

ห้องบัตร

1. ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
2. สดแออัด

พยาบาล OPD

1. ครบถ้วน ถูกต้อง
2. ความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่สำคัญและภาพรวมมากกว่า 85 %

แพทย์

1. ครบถ้วน ถูกต้อง
2. ความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่สำคัญและภาพรวมมากกว่า 85 %

เวชสถิติ

1. ถูกต้อง ทันเวลา
2. ให้รหัสความถูกต้องสมบูรณ์มากกว่า 95 %

ศูนย์ประกัน

1. เรียกเก็บ ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

การแก้ไขโอกาสพัฒนาที่พบ

โอกาสพัฒนา	การแก้ไข
- ไม่มีข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ได้แก่ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อญาติ	- ใช้ระบบสารสนเทศบังคับให้ป้อนข้อมูลให้ครบถ้วนจึงสามารถออกเลขที่โรงพยาบาลได้
- ไม่ระบุข้อมูล ความเสี่ยงและทางเลือกในการรักษา ในใบยินยอมรับการรักษา ประวัติตรวจร่างกาย ประวัติครอบครัว การทำ systematic review การบันทึก progress note ในรูปแบบ SOAP การแพทย์ของผู้ป่วย หัตถการที่ให้การรักษาผู้ป่วย	- ให้แจ้งแผนก แจ้งแพทย์ ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงการบันทึก และปรับแบบบันทึก โดยรายงานผลการทบทวนสะท้อนกลับผลงานสู่แผนก - ได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์ม Progress note ให้สะดวกในการบันทึกครบถ้วนถูกต้อง
- บันทึกด้วยลายมือที่อ่านยากหรืออ่านไม่ออก	
- ใบยินยอมเข้ารับการรักษามีข้อมูลไม่ครบ	- ให้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงใบยินยอมเข้ารับการรักษalahให้ระบุความเสี่ยง ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษalah

6. ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

1. มีระบบการควบคุมเวชระเบียนที่รัดกุม สามารถบอกได้ถึงการนำเวชระเบียนไปใช้ครั้งสุดท้ายและติดตามทวงคืนได้
2. มีความรู้ในสาขาวิชาชีพและสามารถถ่ายทอดความรู้ ด้านการให้รหัสโรค/หัตถการ/การผ่าตัดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้
3. มีการพัฒนาข้อมูลการให้รหัสโรค/หัตถการ/การผ่าตัด ให้ถูกต้อง ครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง
4. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
5. จัดทำข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาล สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ให้โรงพยาบาลและเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล จากการตรวจสอบข้อมูลโรค หัตถการ และการผ่าตัดที่บันทึกไว้ไม่ครบถ้วน
6. เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านเวชระเบียน
7. ทบทวนกระบวนการและขั้นตอนการทำงาน เพื่อรับนโยบายการลดขั้นตอนในการทำงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยคณะกรรมการหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
8. มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานตลอดเวลา และได้เริ่มในเชิงรุก แทนการตั้งรับ
9. มีตัวชี้วัดรายบุคคล ซึ่งบุคลากรในหน่วยงานยอมรับผลการประเมิน
10. ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และได้นำผลมาพัฒนาการทำงาน ให้มีคุณภาพมากขึ้น

การรักษาความปลอดภัย และความลับ

บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียน

- ระบบในการรักษาความปลอดภัย และป้องกันการสูญหายของเวชระเบียนมีดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยใน จะมีการรักษาความปลอดภัยโดย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น และไม่อนุญาตให้ผู้ป่วย และบุคคลอื่นนำเวชระเบียนไปใช้โดยไม่ได้ขออนุญาต เมื่อเวชระเบียนสิ้นสุดการรักษา จะจัดเก็บไว้ที่ห้องเหมาะสม ล็อกกุญแจเพื่อป้องกันการสูญหาย มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนดูแล

1.2. กรณีการขอประวัติผู้ป่วย เพื่อไปใช้ภายนอกโรงพยาบาล ต้องทำบันทึกการขอไว้เป็นหลักฐาน เพื่อขออนุญาตกับผู้บังคับบัญชา เป็นรายๆไป

1.3. ใช้สารสนเทศในการควบคุมเวชระเบียนโดยศูนย์ข้อมูลและศูนย์คอมพิวเตอร์เขียนโปรแกรม เพื่อให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนบันทึกการรับ-ส่งChart ตรวจสอบและติดตามการยืมคืนเวชระเบียน

1.4. ความเสียหายทางกายภาพ

- มีการจัดสถานที่ให้เหมาะสำหรับจัดการเก็บรักษา โดยมีชั้นสำหรับใส่แฟ้มแฟ้มผู้ป่วยใน และเน้นให้เก็บอย่างระมัดระวัง เพื่อลดความเสียหายทางกายภาพ

- ตรวจสอบสายไฟในหน่วยงานไม่ให้ชำรุดสามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันอัคคีภัย ที่อาจเกิดขึ้น และส่งผลให้เกิดความเสียหายของแฟ้มประวัติผู้ป่วย

- จัดให้มีอุปกรณ์ดับเพลิง และมีการตรวจสอบให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันหรือบรรเทาความเสียหายทางกายภาพที่อาจเกิดขึ้นของเวชระเบียน

- มีระบบการจัดการขยะที่เหมาะสมในหน่วยงาน เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นในภายหลัง

1.5. การกำหนดผู้เข้าถึงข้อมูลของเวชระเบียน

- เจ้าหน้าที่ของแผนกเวชระเบียนทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในได้ทุกคน แต่ จะเปิดเผยหรือให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้อื่นไม่ได้เด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์หรือการขอเข้าดู ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของแผนกเวชระเบียน ในการขอเข้าดูข้อมูลของผู้ป่วย

- ผู้ที่จะทำการวิจัยต้องขออนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งสามารถยื่นคำร้องต่อแผนกเวชระเบียนในการขอเข้าดูแฟ้มผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์ ผลจากการปฏิบัติดังกล่าวไม่พบคำร้องเรียนและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับของเวชระเบียน

● เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยโรงพยาบาลกำหนดแนวทางดังนี้

1. ผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล คณะกรรมการเวชระเบียน กำหนดให้ผู้ที่มิสิทธิเข้าถึงข้อมูลได้แก่

- เจ้าหน้าที่ของแผนกเวชระเบียนทุกคน
- แพทย์ / พยาบาล ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
- ผู้ทำงานวิจัย หรือ นักศึกษาแพทย์ / พยาบาล ที่ได้รับการอนุญาตให้เข้าดูข้อมูลได้

จากผู้มีอำนาจในการกำกับดูแล

- ศาล ,บริษัทประกันชีวิต, สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ , สำนักงานประกันสังคม , กรมบัญชีกลาง ต้องทำหนังสือขอเข้าดูข้อมูล หรือมีหมายศาล โดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้

- ข้อมูลทางการแพทย์กำหนดให้แพทย์เท่านั้นที่จะเป็นเข้าถึง
- ข้อมูลทางการแพทย์กำหนดให้แพทย์พยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นผู้เข้าถึง
- ข้อมูลทางเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องมีสิทธิสามารถเข้าถึงได้ แต่ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้

1.3 มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์

ศูนย์คอมพิวเตอร์ ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ในคอมพิวเตอร์มี

Username และ Password ประจำตัว ในแต่ละประเภทงาน ในการเข้าถึงงานแต่ละประเภท ในแต่ละรหัสประจำตัว จะถูกกำหนดให้ใช้กับงานในหน้าที่ของตนเองเท่านั้น ไม่สามารถใช้งานด้านอื่นได้ เช่น งานเวชระเบียน งานการเงิน งานเภสัช งานหอผู้ป่วย งานประกันสังคม งานประกันสุขภาพ เป็นต้น อีกทั้งสามารถตรวจสอบจุดที่เกิดเหตุผิดพลาดของงานและสืบสวนย้อนกลับได้ ทำให้สามารถรักษาความลับของข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ในคอมพิวเตอร์

1.4 การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย

ผู้ที่ต้องการขอข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการวิจัยเช่นแพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานประกันสังคม, เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ ฯลฯ ต้องทำบันทึกเพื่อเป็นหลักฐาน โดยผ่าน หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อทำการอนุมัติ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว หัวหน้าแผนกเวชระเบียนก็จะอำนวยความสะดวกในการขอเข้าดูข้อมูล เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ทำการค้นแฟ้มวิจัยจะต้องบันทึกในคอมพิวเตอร์ทุกครั้งว่าแฟ้มนี้ถูกค้นมาเพื่อวิจัย และชื่อผู้ร้องขอเข้าดู เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะต้องตรวจตราดูแลไม่ให้มีการนำแฟ้มออกไปโดยไม่มีบันทึกการยืมอย่างเคร่งครัด

กรณี ศาล (ต้องมีหมายศาล) , บริษัทประกันฯ (ต้องมีหนังสือมอบอำนาจให้แก่ผู้แทนของบริษัทให้สำเนาเอกสารหรือเข้าดูข้อมูล) , กรมบัญชีกลาง, ตำรวจ ต้องทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วจะส่งการให้แผนกเวชระเบียนดำเนินการต่อไป แผนกเวชระเบียนจะส่งแฟ้มเวชระเบียน (สำเนาเอกสารไม่ส่งตัวจริงไปเพื่อป้องกันการสูญหาย) โดยจะส่งไปยังแผนกธุรการและดำเนินการจัดส่งให้ต่อไป

1.5 หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูล

- หัวหน้าแผนกเวชระเบียน มีหน้าที่กำกับดูแลรวมทั้งออกระเบียบปฏิบัติ ,อบรมให้ความรู้ และให้ผู้ปฏิบัติงานในแผนกฯ ที่จะต้องเกี่ยวข้องกับแฟ้มเวชระเบียนได้มีความรู้และเกิดความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วยที่ถูกบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน และใน Computer
- มีการทบทวนความเสี่ยงที่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลจัดเก็บแฟ้มเอกสารเวชระเบียนให้ปลอดภัย โดยประสานงานร่วมกับ OPD และ หอผู้ป่วยทั้งการประชุมร่วมกัน หรือ ส่งเอกสารขอความร่วมมือ
- แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล มีหน้าที่กำกับการดูแลไม่ให้บุคลากรในทีมรักษาพยาบาลได้เปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วย โดยมีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการไว้ทุก OPD และหอผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรในทีมพยาบาลได้มีความตระหนักที่จะไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ผู้ทำวิจัย ,บุคลากรทางการแพทย์ที่ขอเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยในแฟ้มเวชระเบียนมีหน้าที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด เพราะต้องมีจริยธรรมในการศึกษาค้นคว้าวิจัย

1.6 วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด

- ผู้จัดการความเสี่ยงของแผนกเวชระเบียนเป็นผู้ประเมินและมีการบันทึกความเสี่ยง เพื่อรายงานหัวหน้าแผนกเวชระเบียนทราบ เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ทันที
- หัวหน้าแผนกเวชระเบียนร่วมกับทีมงาน ทำ RCA (Root Cause Analysis) ทหาสาเหตุของปัญหา และประสานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
- หัวหน้าแผนกเวชระเบียน ให้แนวทางแก้ไข และออกระเบียบปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุละเมิด เพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำซ้อน

ผลลัพธ์ ไม่มีคำร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิ์ด้านการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน

- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองที่อยู่ในเวชระเบียนได้ โดยขอเป็นสำเนาข้อมูล หรือให้แพทย์ที่รักษาลงความเห็นแพทย์ สรุปผลการรักษาให้ ซึ่งให้ผู้ป่วยต้องขออนุญาตจากผู้ที่มิอำนาจอนุมัติให้สำเนาข้อมูลไปได้ แต่แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สามารถนำไปได้

การให้ข้อมูลของผู้ป่วยในแฟ้มเวชระเบียน หรือจากผลการวินิจฉัยโรค Lab , X-ray และผลชิ้นเนื้อแก่ผู้ป่วย ได้กำหนดให้แพทย์ผู้รักษา หรือ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมาย ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเท่านั้น

เวชระเบียนผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน

● การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมีขั้นตอนและวิธีการ ดังต่อไปนี้

1. สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน ร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมอย่างน้อย 4 สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม
2. ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จากแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD) ของสปสช.
3. บันทึกและวิเคราะห์ผลจากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรม MRA (Medical Record Audit)

● คณะกรรมการเวชระเบียนได้กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

- การระบุตัวผู้ป่วย ในเวชระเบียนจะบันทึก ชื่อ-สกุล ,วันเดือนปีเกิด,อายุ,ที่อยู่,อายุ,สัญชาติ,เชื้อชาติ, อาชีพ,ชื่อสามีหรือภรรยา ชื่อพ่อหรือแม่ (เพื่อป้องกันการผิดพลาด) เบอร์โทรศัพท์ (สิ่งจำเป็นที่ควรมี) เลขที่ทั่วไป สิทธิการรักษา เลขที่ภายใน (กรณีที่เป็นผู้ป่วยใน) เลขที่ X-ray และที่สำคัญ คือ ข้อมูลการแพ้ยา
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค มีการระบุโรคประจำตัวและการแพ้ยา มีรหัสสมาชิกของคลินิกเฉพาะโรค ต่างๆ และจะมีการเก็บประวัติการรักษาทั้งหมดไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาครั้งต่อไปอย่างต่อเนื่อง

- การประเมินความเหมาะสมในการดูแลรักษา

กรณีผู้ป่วยนอก

- มีการบันทึก Vital sign และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- มีการบันทึกประวัติการแพ้ยา แพ้สารเคมี/ อาหาร
- บันทึกประวัติการตรวจร่างกาย ผล Investigation (ถ้ามี)
- การวินิจฉัยโรค
- การรักษา

กรณีผู้ป่วยใน

- มีข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการรักษาผิดคน ได้แก่ การมีชื่อ-นามสกุลทุกหน้า , เลขที่ทั่วไป และ เลขที่ภายในทุกหน้าในใบ Order แพทย์ ,อายุ , วันเดือนปีเกิด
- มีการบันทึกประวัติ ปัจจุบัน อดีต ครอบครัว การแพ้ยา และการแพ้สารเคมี
- บันทึกการตรวจร่างกายของแพทย์
- Investigate ที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค
- การวินิจฉัยโรคขั้นต้น รวมถึง Comorbidity
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา

ในเวชระเบียนจะมีการบันทึกประวัติผู้ป่วย การรักษา การให้ยา หัตถการต่างๆอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้เกี่ยวข้องสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากเวชระเบียน

- การเฝ้าติดตามต่อเนื่องในการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาทั้งหมดลงในเวชระเบียน โดย PCT note และ Progress Note มีการบันทึกข้อมูลดังนี้

- บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ , การตรวจพิเศษต่าง ๆ
- บันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา / ให้ยา
- บันทึกก่อนและหลังการทำ Invasive Procedure
- บันทึกทุกครั้งมีการปรึกษาระหว่างแผนก
- บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

- การให้รหัสได้อย่างถูกต้อง เจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้ลงรหัสโรค โดยผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ในทีมตรวจสอบเวชระเบียน และมีการสื่อสารกันในทีมสรุปเวชระเบียน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน มีองค์ประกอบดังนี้

- แพทย์วินิจฉัยโรคที่จำหน่ายถูกต้องตามหลัก ICD
- มีการสรุปโรค หัตถการ การผ่าตัด และการรักษาอื่นๆที่ให้แก่ผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ (Coder) มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญเพียงพอในการให้รหัสโรคได้

อย่างถูกต้อง เหมาะสม

มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินเนื้อหาและความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนในทุกเดือน โดยทีมตรวจสอบเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสถิติและเจ้าหน้าที่เวชสถิติ โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

- นำเกณฑ์การประเมินของ พรพ. และกรรมการตรวจสอบระบบหลักประกัน

สุขภาพต่างองค์กรทางวิชาชีพมาประยุกต์โดยมีวัตถุประสงค์ให้เวชระเบียนมีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถตอบสนองเป้าหมายการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลได้เป้าหมาย 80

- Feedback ให้กับแต่ละ PCT และหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น ตามที่กล่าวไว้ในข้างต้น

Unit Profile

งานสารบรรณ

๑. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) เป็นหน่วยงานให้บริการลงรับ จำแนก แจกจ่าย จัดเก็บ และทำลาย

หนังสือได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ สร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ข. ขอบเขตบริการ ให้บริการด้านข้อมูลทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ให้บริการด้านงานสารบรรณและอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการบรรลุผลสำเร็จตาม

เป้าหมาย

ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ความต้องการของผู้รับบริการลูกค้าภายใน	ความต้องการของผู้รับบริการลูกค้าภายนอก
- ได้รับบริการรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา - มีพฤติกรรมการบริการที่ดี - รักษาความลับทางราชการ	- ได้รับการบริการ การประสานที่ดี - ได้รับข้อมูลรวดเร็วถูกต้อง ทันเวลา - ได้รับการต้อนรับ การอำนวยความสะดวก การบริการเอาใจใส่ เป็นกันเอง และได้รับความร่วมมือที่ดี

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา ปลอดภัย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทายความเสี่ยงที่สำคัญจุดเน้นการพัฒนา

ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข (โอกาสพัฒนา)
๑. เอกสารสูญหาย	- มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนรับ-ส่งหนังสือและติดตามหนังสือที่นำเสนอจนครบกระบวนการทุกเรื่อง - จัดทำทะเบียนคุมเอกสารด้วยคอมพิวเตอร์ - จัดทำระเบียบปฏิบัติการส่งเอกสาร
๒. ส่งเอกสารล่าช้า	- แจ้งผู้เกี่ยวข้องก่อนนำเสนอหนังสือทุกครั้ง (กรณีเร่งด่วน)
๓. ส่งเอกสารผิดที่	- มีการตรวจสอบหนังสือก่อนนำเสนอส่งทุกเรื่อง
๔. เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการทำ งาน เช่น ได้รับแสงรังสีจากลิ้นหมึก การนั่ง พิมพ์งานหน้าจอคอมพิวเตอร์นาน ๆ ทำให้ปวด หลัง สายตาเสื่อมลง	- จัดพื้นที่วางเครื่องถ่ายเอกสารให้เหมาะสมและมีป้ายเตือน - ตรวจวัดสมรรถภาพทางร่างกายและสายตาทุกปี - จัดหาแผ่นกรองแสงป้องกันแสงหน้าจอคอมพิวเตอร์
๕. พฤติกรรมการให้บริการ	- ชี้แจง อบรมเทคนิคการบริการแก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยีเครื่องมือ)

ลำดับ	สถิติบริการ	หน่วย นับ	ปริมาณงาน ปีงบประมาณ			
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓ กค.-กย.
	ด้านอัตรากำลัง					
๑	ข้าราชการ	คน	๒	๒	๒	๓
๒	ลูกจ้างประจำ	คน	๑	๑	๑	๑
๓	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	คน	๒	๒	๒	๑
๔	พนักงานราชการ	คน	-	-	๑	๑
๕	ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	คน	-	-	-	๒
	ด้านการปฏิบัติงาน					
๓	ลงทะเบียนรับหนังสือราชการภายนอก	ฉบับ	๑๔,๐๙๙	๑๔,๐๙๙	๑๓,๓๗๗	๓,๐
๔	แจ้งเวียนหนังสือราชการภายนอก	ฉบับ	๑๔,๐๙๙	๑๔,๐๙๙	๑๓,๓๗๗	๓,๐
๕	ส่งหนังสือราชการเสนอจังหวัด,สสจ.	ฉบับ	๔,๗๐๘	๑๓,๗๘๕	๙๕๐	๑
๖	ลงรับหนังสือภายใน	ฉบับ	๓,๙๗๘	๑๐,๔๑๑	๑๑,๒๖๔	๖,๑
๗	แจ้งเวียนหนังสือภายใน	ฉบับ	๓,๙๗๘	๑๐,๔๑๑	๑๑,๒๖๔	๖,๑
๘	เสนอหนังสือราชการ	ครั้ง	๑,๒๐๑	๑,๓๔๒	๑,๒๔๘	๑,๕
๙	รับจดหมายธรรมดาแยกใส่ซอง	ฉบับ	๒๓,๙๗๐	๓๔,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๑๘,๐
๑๐	รับจดหมาย พัสดุลงทะเบียน	ฉบับ	๙,๘๐๒	๑๐,๓๘๘	๙,๐๘๘	๓,๐
๑๑	ส่งจดหมาย พัสดุลงทะเบียน	ฉบับ	๔,๐๐๙	๓๑,๑๒๐	๔,๑๗๗	๒,๓
๑๒	ส่งจดหมายธรรมดา	ฉบับ	๒๗,๓๘๖	๓๑,๒๐๐	๒๗,๔๑๑	๒๓
๑๓	บันทึกเสนอจังหวัด	ฉบับ	๒๗๕๐	๒,๙๐๕	๒,๓๔๐	๒
๑๔	วิเคราะห์/จำแนก หนังสือราชการภายนอก	ฉบับ	๑๒,๐๙๐	๑๔,๐๙๐	๑๔,๐๙๐	๑๐,๕
๑๕	รับโทรสาร	ครั้ง	๓๐๐	๕๐	๗๕๘	๒
๑๖	ส่งโทรสาร	ครั้ง	๔๕๐	๑๕๐	๒๕๐	
๑๗	ถ่ายเอกสาร	ครั้ง	๒๖๙	๓๒๕	๕๘๗	
๑๘	ก๊อปปี้พรีน	ครั้ง	๒,๖๘๙	๙๘๓	๑,๕๐๐	๓
๑๙	ขอประวัติการรักษาพยาบาล	ครั้ง	๑,๓๓๖	๑,๙๔๐	๒,๐๘๓	๓,๓
๒๐	ตรวจสอบหนังสือราชการ	ฉบับ	๑๐,๙๒๐	๓๑,๓๙๕	๓๕,๒๒๕	๑๒,๕
๒๑	ร่าง-โต้ตอบหนังสือราชการ	ฉบับ	๕๘๖	๖๒๘	๔๘๕	๒
๒๒	พิมพ์หนังสือราชการ	ฉบับ	๖๒๐	๓๐๐	๓๘๐	
๒๓	จัดประชุม/บันทึกการประชุม	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	
๒๔	จัดเก็บเอกสารราชการ	ฉบับ	๒,๙๗๒	๒,๕๔๐	๒,๘๗๗	๑,๙
๒๕	การทำลายเอกสารราชการ	ฉบับ	๑๓๒,๑๒๕	๙๒,๕๐๑	๗๑,๖๕๐	๔๐๔,๕
๒๖	คำสั่งโรงพยาบาลมหาสารคาม	ครั้ง	๒๒๗	๒๔๔	๒๖๑	

ลำดับ	สถิติบริการ	หน่วย นับ	ปริมาณงาน ปีงบประมาณ			
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓ กค-กย ๕
	ด้านการปฏิบัติงาน					
๒๗	รับหนังสือราชการลับ	ฉบับ	๑๔๘	๑๖๖	๑๐๙	
๒๘	เบิกวัสดุสำนักงาน	ครั้ง	๙	๓๐	๓๐	
๒๙	รับวัสดุสำนักงานที่เบิก	ครั้ง	๙	๓๐	๓๐	
๓๐	จัดหาบุคลากรเข้าร่วมงานพิธี และวันสำคัญ	ครั้ง	๑๑	๒๘	๒๒	
๓๑	จัดเตรียมของใส่บาตรในวันสำคัญ	ครั้ง	๙	๙	๕	
๓๒	จัดเตรียมสถานที่และนำของใส่บาตรไปวาง	ครั้ง	๙	๙	๕	
๓๓	ประสานงานการรับบริจาค	ครั้ง	๑๕	๑๙	๕๐	
๓๔	จัดพิมพ์ใบอนุโมทนาบัตร	ฉบับ	๓๖	๗๐๐	๒๘๘	

๒. กระบวนการที่สำคัญ (Process)

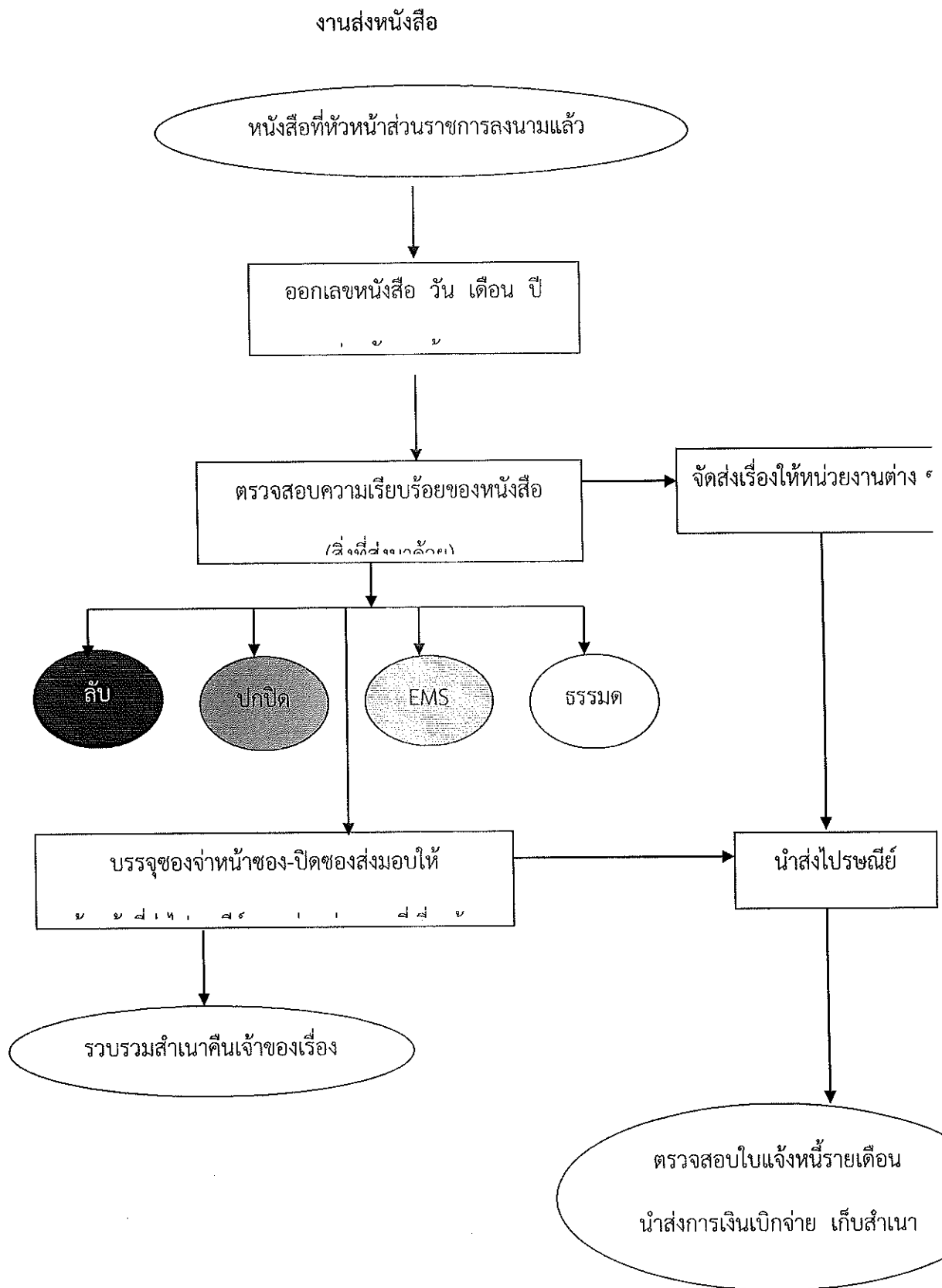
ลำดับ ที่	กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (preference Indicate)
๑	รับหนังสือราชการ ๑.๑ ตรวจสอบหนังสือเข้าทุกฉบับ ๑.๒ ลงทะเบียนรับหนังสือทุกฉบับ	หนังสือที่ได้รับถูกต้อง ครบถ้วน	หนังสือสูญหายหาย	ร้อยละของหนังสือ สูญหายผ่านระบบ ≤ 0
๒	ส่งหนังสือราชการ ๒.๑ ร่าง-พิมพ์ ๒.๒ ตรวจสอบ ๒.๓ เสนอหนังสือ ๒.๒ ลงทะเบียนส่งหนังสือทุกฉบับ	มีทะเบียนคุมส่งหนังสือทุก ฉบับ	ความล่าช้าในการส่ง หนังสือราชการ	ร้อยละของหนังสือ ส่งล่าช้า ≤ 1
๓	วิเคราะห์/จำแนก หนังสือราชการ	ถูกต้อง รวดเร็ว	ความผิดพลาดในการ จำแนกหนังสือราชการ	ร้อยละของความ ผิดพลาด ≤ 1

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
- ร้อยละของหนังสือสูญหายผ่านระบบ	๐	๐	๐	๐	-
- ร้อยละของหนังสือส่งล่าช้า	๐	๑	๑	๐	๑
- ร้อยละของการจำแนกหนังสือราชการผิด	๐	๑	๒	๒	๑

๔. กระบวนการหรือระบบงานสารบรรณ

๔.๑ แผนการปฏิบัติงานสารบรรณ



๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ

แผนโครงการป้องกันการทำเอกสารสูญหายด้วยระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์

ปัญหาและโอกาสพัฒนา

- ไม่มีเครื่อง scan ที่ทันสมัย
- บุคลากรยังไม่มีความรู้ด้านคอมพิวเตอร์และความรู้ระเบียบงานสารบรรณ

๕. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

กิจกรรมการพัฒนางานสารบรรณ

- พัฒนางานการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการ scan เอกสาร

และการส่งเอกสาร

- พัฒนางานโดยใช้ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์
- พัฒนาการไหลเวียนเอกสาร โดยใช้ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ทุกหน่วยงาน ทั้งหนังสือราชการภายใน และภายนอก โดยจะพัฒนาทั้ง ๒ ระบบพร้อมๆ กัน
- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสารบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล

Service Profile

หน่วยงานพัสดุ
โรงพยาบาลมหาสารคาม

กันยายน 2563

Service Profile โรงพยาบาลมหาสารคาม

หน่วยงานพัสดุ

๑.บริบท (Context)

๑.๑. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

- งานพัสดุ เป็นหน่วยงานสนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการจัดซื้อ จัดจ้าง เช่า แลกเปลี่ยน ควบคุมและจำหน่าย วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง โดยการจัดทำแผน จัดซื้อ – จัดจ้าง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้องได้อย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา โปร่งใส/ตรวจสอบได้ ตลอดจนการซ่อมและบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภค อาคาร สิ่งก่อสร้าง และงานบริการอื่นๆ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการและ ดำเนินงานได้ทันเวลา โดยมีเป้าหมาย(goals)ให้หน่วยงานได้รับพัสดุ ตรงตามความต้องการ ครบถ้วน เพียงพอ พร้อมใช้และปลอดภัยต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม

๑.๒. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

- ดำเนินการ ให้มีการควบคุมและดูแลพัสดุที่อยู่ในความครอบครอง และการบริหารพัสดุที่ เหมาะสม คำนวณและเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานของรัฐมากที่สุด รวมทั้ง การเก็บ การบันทึก การเบิกจ่าย การยืม การตรวจสอบ การบำรุงรักษา การจำหน่ายพัสดุ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง

๑.๓. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการภายใน	ความต้องการของผู้รับบริการภายนอก
๑. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล - มีขั้นตอนการเบิกพัสดุที่ไม่ยุ่งยาก รวดเร็ว - ได้รับพัสดุ ตรงตามคุณลักษณะ ที่หน่วยเบิกต้องการ - ได้รับพัสดุที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ราคาเหมาะสม ทันต่อการใช้งาน - มีพัสดุสำรองคลังที่เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยเบิก - ต้องการให้เจ้าหน้าที่พูดจาสุภาพ ไพเราะ บริการเป็นมิตร ๒. ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ได้รับข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ที่โปร่งใส เปิดเผยเป็นธรรม สามารถตรวจสอบได้ ทันกำหนดเวลา และถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง ภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง	๑.บริษัท ห้างร้านต่างๆ - ต้องการรับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างที่ชัดเจน มีรายละเอียด ถูกต้องและครบถ้วน - ต้องการได้รับการชำระค่าพัสดุที่รวดเร็ว - ต้องการได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่เลือกปฏิบัติ ๒.เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม - ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเบิกจ่าย - ได้รับวัสดุครบถูกต้อง ตรงตามที่เบิก - ต้องการได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่เลือกปฏิบัติ

๑.๔.ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

๑. ให้หน่วยงานมีแผนและมีการควบคุมการใช้พัสดุ วัสดุ-ครุภัณฑ์
๒. การปฏิบัติงานพัสดุ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง

๑.๕. ลักษณะที่สำคัญของงานบริการและปริมาณงานที่สำคัญ

(ปริมาณงานสำคัญที่ครอบคลุมขอบเขตบริการ ๓ ปีซ้อนหลัง)

ลำดับ	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปริมาณงาน/ปีงบประมาณ			คำอธิบาย
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	
๑	งานบริหารพัสดุ					
๑.๑	จัดทำแผนพัสดุประจำปี	ครั้ง	๒	๒	๒	แผนประจำปี
๑.๒	วางระบบควบคุมภายในงานที่รับผิดชอบและตรวจติดตามประเมินผล	ครั้ง	๑	๑	๑	
๒	การจัดหาพัสดุ					
๒.๑	จัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง	เรื่อง	๕๕๘๐	๕๐๓๗	๔๙๙๕	ติดต่อ,ตกลงราคา
๒.๒	จัดซื้อจัดจ้างโดยวิธี e-biding	เรื่อง	๒๕๔	๑๑๕	๘๕	ทะเบียนคุมสัญญา
๒.๓	จัดทำหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธี e-biding	เรื่อง	๗๓	๑๑๕	๘๕	ซื้อวัสดุ,ครุภัณฑ์ งานจ้างทุกประเภท
๒.๔	การทำนิติกรรม บริหารสัญญาด้านพัสดุ	ฉบับ	๗๓	๑๑๕	๘๕	ทะเบียนคุมสัญญา
๒.๕	การดำเนินการด้านเอกสารการจัดซื้อ/จัดจ้าง					
	๒.๕.๑ เสนอและติดตามเอกสารจัดซื้อจัดจ้างวิธีเฉพาะเจาะจงกับผู้เกี่ยวข้อง	ฉบับ	๕๕๘๐	๕๐๓๗	๔๙๙๕	ทะเบียนส่งบิล
	๒.๕.๒ เสนอและติดตามเอกสารจัดซื้อจัดจ้างวิธี e-biding และวิธีอื่นๆ	เรื่อง	๗๓	๑๑๕	๘๕	ทะเบียนส่งบิล
	๒.๕.๓ คัดแยกหลักฐานจัดซื้อจัดจ้างวิธีเฉพาะเจาะจงส่งฝ่ายการเงิน	ฉบับ	๕๕๘๐	๕๐๓๗	๔๙๙๕	ทะเบียนส่งบิล
	๒.๕.๔ คัดแยกหลักฐานจัดซื้อจัดจ้างวิธี e-biding และวิธีอื่นๆส่งฝ่ายการเงิน	เรื่อง	๗๓	๑๑๕	๘๕	ทะเบียนส่งบิล
	๒.๕.๕ จัดทำรายงานเจ้าหน้าที่การค้า	เรื่อง	๕๕๘๐	๕๐๓๗	๔๙๙๕	ทะเบียนส่งบิล
	๒.๕.๖ ลงทะเบียนรับเอกสารงานพัสดุ	เรื่อง	๑,๑๕๘	๑,๒๘๐	๑๕๔๐	ทะเบียนรับเอกสารภายในและนอก
	๒.๖.๗ ลง e-GP (กรณีซื้อ/จ้างเกิน ๕,๐๐๐)	เรื่อง	๔๙๘๐	๔๘๖๒	๔๑๖๓	ทะเบียนส่งบิล

ลำดับที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปริมาณงาน/ปีงบประมาณ			คำอธิบาย
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	
๓	งานควบคุมและเก็บรักษาพัสดุ					
๓.๑	ลงทะเบียนรับพัสดุ					
	๓.๑.๑ บันทึกรับพัสดุลงในคอมพิวเตอร์ (ตามใบสั่งซื้อ/ใบส่งคืน)	ครั้ง/ รายการ	๕๕๘๐/ ๑๙,๔๙๒	๕๐๓๗/ ๒๐,๑๖๙	๓,๖๘๔/ ๑๒,๘๑๘	รายงานจากโปรแกรมพัสดุ
	๓.๑.๒ รับพัสดุจัดเก็บในคลังพัสดุ	รายการ	๑๙,๔๙๒	๒๐,๑๖๙	๑๒,๘๑๘	รายงานจากโปรแกรมพัสดุ
๓.๒	การจ่ายพัสดุ	หน่วย	๙๖	๑๑๔	๑๙๗	โครงสร้างหน่วยงาน
	๓.๒.๑ ลงทะเบียนรับใบเบิก-ส่งคืน	ครั้ง	๒๐,๔๖๖	๒๓,๒๘๓	๒๔,๑๒๔	ทะเบียนคุมใบเบิก
	๓.๒.๒ บันทึกตัดจ่ายพัสดุในคอมพิวเตอร์	รายการ	๘๕,๖๒๐	๙๓,๒๑๖	๙๔,๒๖๓	รายงานจากโปรแกรมพัสดุ
	๓.๒.๓ จัด-จ่ายพัสดุดตามใบเบิก	รายการ	๘๕,๖๒๐	๙๓,๒๑๖	๙๔,๒๖๓	โปรแกรมพัสดุ
	๓.๒.๔ ลงทะเบียนจ่ายใบเสร็จรับเงิน	ครั้ง	๓๑	๔๐	๑๕	ทะเบียนคุมใบเสร็จ
๓.๓	การรายงานการควบคุมพัสดุ					
	๓.๓.๑ รายงานพัสดุต้องสั่งซื้อประจำเดือน	ครั้ง	๒๔	๒๔	๒๔	โปรแกรมพัสดุ (เดือน ละ ๒ ครั้ง)
	๓.๓.๒ รายงานพัสดุขาดสต็อก	ครั้ง	๒๕๖	๒๕๖	๑๘๐	ตรวจสอบทุกวัน
	๓.๓.๓ รายงานมูลค่าพัสดुकคงคลัง ประจำเดือนส่งการเงิน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	โปรแกรมพัสดุ (เดือน ละ ๑ ครั้ง)
	๓.๓.๔ รายงานมูลค่าการใช้พัสดุ ประจำเดือนของ สอ.ส่งการเงิน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	โปรแกรมพัสดุ (เดือน ละ ๑ ครั้ง)
๓.๔	การตรวจสอบพัสดุ					
	๓.๔.๑ ตรวจสอบพัสดुकคงเหลือทุก ๓ เดือน	ครั้ง	๔	๔	๔	รายงานการตรวจสอบวัสดุคงคลัง
	๓.๔.๒ ตรวจสอบพัสดุประจำปี	ครั้ง	๑	๑	๑	รายงานตรวจพัสดุประจำปี
๓.๕	การบำรุงรักษาพัสดุ					
	๓.๕.๑ ดำเนินการซ่อมแซมพัสดुकชำรุด	ครั้ง/รายการ	๖๖๒	๑,๑๘๖	๙๓๒	ทะเบียนคุมใบสั่งจ้าง
	๓.๕.๒ บำรุงรักษาเชิงป้องกัน	ครั้ง/รายการ	๗	๗	๑๐	ทะเบียนคุมใบสั่งจ้าง
	๓.๕.๓ บันทึกประวัติการซ่อมบำรุงพัสดุ	ครั้ง	-	๖๑๘	๙๓๒	ทุกครั้งที่มีการซ่อมบำรุง

ลำดับที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปริมาณงาน/ปีงบประมาณ			คำอธิบาย
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	
๔	การบริหารสินทรัพย์					
๔.๑	การวิเคราะห์การใช้พัสดุ	ครั้ง	-	-	-	
๔.๒	บันทึกประวัติและทะเบียนคุมทรัพย์สิน	หน่วยงาน	-	-	-	
	๔.๒.๑ กำหนดหมายเลขครุภัณฑ์	รายการ	๑๐๒๘	๒๐๑๔	๑๓๐๗	สมุดทะเบียน
	๔.๒.๒ เขียนหมายเลขกำกับลงบนครุภัณฑ์	รายการ	๑๐๒๘	๒๐๑๔	๑๓๐๗	ทะเบียนชั่วคราว
	๔.๒.๓ ลงทะเบียนคุมทรัพย์สินใน คอมพิวเตอร์	รายการ	๑๐๒๘	๒๐๑๔	๑๓๐๗	โปรแกรมครุภัณฑ์
	๔.๒.๔ ลงทะเบียนใบเบิกครุภัณฑ์	ครั้ง	๑๐๒๘	๒๐๑๔	๑๓๐๗	ทะเบียนคุมใบเบิกครุภัณฑ์
	๔.๒.๕ จ่ายครุภัณฑ์ให้หน่วยงานต่าง ๆ	รายการ	๑๐๒๘	๒๐๑๔	๑๓๐๗	จำนวนรายการเบิก
	๔.๒.๖ สำรวจสถานภาพครุภัณฑ์	ครั้ง/รายการ	๑/ ๓๓,๗๘๑	๑/ ๓๓,๖๔๒	-	รายงานตรวจสอบพัสดุประจำปี
๔.๓	คำนวณค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน	ครั้ง	๑	๑	๑	โปรแกรมครุภัณฑ์
๕	งานจำหน่ายพัสดุ					
๕.๑	รับคืนครุภัณฑ์ชำรุดจากหน่วยงานต่างๆ	ครั้ง/รายการ	๕๓๓	๒๐๗	๓๔๔	ทะเบียนคุมใบส่งคืน
๕.๒	ลงทะเบียนใบส่งคืนครุภัณฑ์ชำรุด	ครั้ง/รายการ	๕๓๓	๒๐๗	๓๔๔	ทะเบียนคุมใบส่งคืน
๕.๓	จำหน่ายพัสดุทุกวิธี					
	๕.๓.๑ จำหน่ายครุภัณฑ์ (ปีละ ๒ ครั้ง)	ครั้ง/รายการ	๒	๒	๒	รายงานจำหน่าย
	๕.๓.๒ จำหน่ายเศษวัสดุ (ถ้ามี)	ครั้ง/รายการ	๒	๔	๒	รายงานจำหน่าย
	๕.๓.๓ รื้อถอนสิ่งก่อสร้าง (ถ้ามี)	ครั้ง/รายการ	-	๑	-	รายงานจำหน่าย
๖	การจัดทำรายงาน					
๖.๑	จัดทำรายงานพัสดุประจำปี	ครั้ง	๑	๑	๑	รายงานพัสดุประจำปี
๖.๒	รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างลงทุน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	รายงาน

๑.๖. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality issue)*

๑. การจัดซื้อ/จัดจ้างพัสดุถูกต้อง ทันท่วงที โปร่งใส และตรวจสอบได้
๒. การควบคุมพัสดุ รับ-จ่าย ออกหมายเลขครุภัณฑ์กำกับ ถูกต้อง ครบถ้วน ทุกรายการ
๓. การจำหน่ายพัสดุครบถ้วน ถูกต้อง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง
๔. ผู้รับบริการพึงพอใจ

๑.๗. ความท้าทายหรือความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญ	แนวทางแก้ไข
๑. งานธุรการ ๑.๑ เจ้าหน้าที่รับ-ส่ง เอกสาร - เจ้าหน้าที่ในฝ่ายพัสดุรับเอกสารเองแล้วไม่นำส่งให้เจ้าหน้าที่ธุรการลงรับในทะเบียนรับ-ส่งเอกสาร ทำให้เอกสารสูญหาย - เจ้าหน้าที่ลงรับ-ส่งเอกสาร ไม่ส่งเอกสารต่อผู้เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกวัน ๑.๒ เจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารส่งเบิก-จ่ายการเงิน - เจ้าหน้าที่ไม่ตรวจเช็คเอกสารเวลาลงรับและลงส่งต่อเอกสารในทะเบียนส่งเอกสาร ทำให้เวลาสอบถามข้อมูลหรือเปิดดูในทะเบียนส่งบิลไม่ทราบข้อมูล และไม่มีข้อมูลเป็นปัจจุบัน - จัดเรียงเอกสารไม่เป็นระเบียบ - เอกสารสูญหาย - เอกสารไม่ถึงการเงินภายในเวลาที่กำหนด (๒๑ วัน) - กรรมการตรวจรับเงินเอกสารไม่ครบ - แนบสำเนาบิลใบส่งของมาพร้อมกับเรื่อง - ลงรายละเอียดไม่ครบในใบสั่งซื้อและใบส่งของ - ชี้อบริษัท ราคา ในใบส่งของและใบสั่งซื้อไม่ตรงกันทำให้มีรอย ชัดฆ่า แก้ไข ๑.๓ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล e-GP - เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล e-GP และเจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารส่งเบิกการงาน ไม่ลงส่งและลงรับข้อมูลในทะเบียนส่งบิลให้เป็นปัจจุบัน	- มีจุดรับเอกสารของงานพัสดุเพียงจุดเดียว - เจ้าหน้าที่ธุรการลงรับ-ส่ง เอกสาร เสนอหัวหน้าและส่งต่อผู้เกี่ยวข้องทุกวันและควรคัดแยกเรื่องที่ด่วนออกมาเสนอและ - ส่งต่อผู้เกี่ยวข้องก่อนเพื่อให้ทันต่อเวลาดำเนินการต่อไป - ตรวจเช็คเอกสารทุกเรื่องและลงรับเอกสารในทะเบียนส่งบิลทุกครั้งให้เป็นปัจจุบัน - จัดเก็บเรียงเอกสารเข้าแฟ้มแยกตามประเภทหมวดวัสดุและครุภัณฑ์ - ลงทะเบียนรับ-ส่ง เอกสาร ทุกเรื่อง - เจ้าหน้าที่เร่งดำเนินการและประสานผู้เกี่ยวข้อง - ตรวจเช็คทุกครั้งก่อนรับเอกสารกลับ - แต่งงานจัดซื้อตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งบิล - แต่งงานจัดซื้อตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งบิล - แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งบิล - ลงรับและลงส่งเอกสารในทะเบียนทุกครั้งให้เป็นปัจจุบัน

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางแก้ไข
๒. งานจัดซื้อจัดจ้าง ๒.๑ งานธุรการจัดซื้อจัดจ้าง - ใช้เวลาพิมพ์งานในระบบ e-GP นาน เนื่องจากระบบ Internet ช้า บางครั้งเข้าระบบ e-GP ไม่ได้ - เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการทำงาน เนื่องจากเป็น พ.ร.บ ใหม่ ๒.๒ งานจัดซื้อจัดจ้าง - งานจัดซื้อจัดจ้างล่าช้าไม่เป็นไปตามแผน ภายในปีงบประมาณ (จัดซื้อจัดจ้างไม่ทันภายใน ปีงบประมาณ) - หน่วยงานส่งเอกสารไม่ครบ(spec) - ผู้ขาย ไม่ส่งสินค้าให้ - ติดต่อประสานงานกับผู้ขาย หน่วยงาน นานเกินความพอดี - ขาดการกำกับติดตาม - ขาดทักษะในการทำงาน	- ให้จัดสถิติ จัดข้อมูล แจ้งศูนย์คอมพิวเตอร์ตรวจเช็ค ระบบ Internet ให้ - ส่งให้เจ้าหน้าที่ไปอบรมพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัด จ้างภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน และศึกษาระเบียบ จัดสอนกันเองเบื้องต้น - เร่งรัดหน่วยงานรีบจัดทำแผนส่งภายในกำหนดเวลา - เจ้าหน้าที่เร่งดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง - เร่งส่งเบิก-จ่ายเงินให้เร็วขึ้น - ใช้คำพูดให้กระชับรวดเร็ว สรุปลงได้ใจความ - ส่งรายงานการจัดซื้อจัดจ้างเสนอ หัวหน้างาน - ส่งให้เจ้าหน้าที่ไปอบรมพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัด จ้างภาครัฐ พ.ศ ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน และศึกษาระเบียบ จัดสอนกันเองเบื้องต้น

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางแก้ไข
๓.งานบัญชี ๓.๑ งานรับเข้า-แจ้งหนี้ -ในโปรแกรมการรับเข้าไม่แจ้งเตือนในกรณีเลขที่ใบสั่งซื้อซ้ำกัน -รายละเอียดในใบสั่งซื้อไม่ครบ เช่น วันที่รับใบสั่งวันที่ในใบส่งของ -วันที่ในใบส่งของไม่สอดคล้องกับวันที่ที่จัดโครงการ - ผู้ขายออกเลขที่ใบส่งของผิด (ในกรณี ๒ บิล ขึ้นไปส่งของพร้อมกันในคราวเดียว) ๓.๒ งานครุภัณฑ์ - จ่ายครุภัณฑ์ผิดหน่วยงาน - การรับบริจาคครุภัณฑ์ไม่มีการแจ้งฝ่ายพัสดุลงทะเบียนครุภัณฑ์ - ลงทะเบียนคุมและออกหมายเลขครุภัณฑ์ไม่ครบถ้วน -การจำหน่ายครุภัณฑ์ล่าช้าทำให้เสียพื้นที่จัดเก็บ	- ศึกษาข้อมูลวิธีการใช้งานโปรแกรม -แจ้งหน้าที่จัดซื้อจัดจ้างตรวจสอบรายละเอียดให้ครบถ้วน ถูกต้อง - แจ้งจัดซื้อจัดจ้างตรวจสอบรายละเอียดให้ครบถ้วน - แจ้งจัดซื้อจัดจ้างตรวจสอบรายละเอียดให้ครบถ้วน - ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ กำชับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ -จัดทำแนวทางการปฏิบัติ แล้วแจ้งทุกหน่วยงาน -ออกรายงานครุภัณฑ์ประจำเดือนกระทบบยอดรายงานพัสดุรับเข้าประจำเดือน เพื่อยืนยันจำนวนครุภัณฑ์ว่าออกหมายเลขครบหรือไม่ เสนอหัวหน้า -ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง
๔.งานคลัง - จ่ายของผิด - ของขาดสต็อก	- มีการตรวจ Double Check ก่อนจ่ายพัสดุทุกครั้ง -ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ กำชับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ -คลังพัสดุ ปรี้นรายงานรายการวัสดุที่ขาด Stock ทุกวันเสนอหัวหน้าและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่จัดซื้อสั่งของ - เจ้าหน้าที่จัดซื้อปรี้นรายงานพัสดุดังสั่งซื้อทุกวันที่ ๑ และ ๑๕ ของทุกเดือน ในรายงานจะบอกยอดสูงสุดและยอดต่ำสุด ในการสั่งซื้อ เสนอหัวหน้าและเพื่อสั่งของ - ทบทวนแนวทางการปฏิบัติ กำชับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางแก้ไข
๕. งานซ่อม - ผู้รับจ้างตามบิล - ผู้รับจ้างไม่เข้างานให้ - บริษัท/ร้านค้า ไม่ขายสินค้าให้ -งานซ่อมล่าช้า - ขาดทักษะความชำนาญ ๖. งานบริหารสัญญา - ผู้ขายส่งมอบครุภัณฑ์ล่าช้า - รายงานตรวจรับล่าช้า - คืบหน้าล่าช้า	- เร่งรัดเบิกจ่ายให้เร็วขึ้น - พัฒนาบุคลากร - ส่งให้เจ้าหน้าที่ไปอบรมพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบอื่น ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน และศึกษาระเบียบจัดสอนกันเองเบื้องต้น - ทำหนังสือแจ้งบริษัทเมื่อใกล้ครบกำหนดส่งมอบ - เจ้าหน้าที่เร่งดำเนินการ

๑.๘ ทรัพยากรบุคคล

๑. ด้านผู้ปฏิบัติงาน

- บุคลากรในหน่วยงาน มี ๒๔ คน
- ข้าราชการ ๒ คน
- พนักงานราชการ ๓ คน
- ลูกจ้างประจำ ๒ คน
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ คน
- ลูกจ้างรายวัน ๕ คน

๑.๙.ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์/ แผน/	ประเด็น/โครงการ การพัฒนาเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพ	ตัวชี้วัด (ที่สะท้อนถึงการ สร้างเสริมสุขภาพ)	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๓
	ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและดูแล ผู้ที่มีไขมันในเลือด สูง	เจ้าหน้าที่สามารถ ควบคุมระดับไขมัน ในเลือดได้	เจ้าหน้าที่พัสดุ ที่มีระดับไขมัน ในเลือดสูง	ส่งเสริมการ รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ ต่อร่างกาย ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย	
	ส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคอ้วน	เจ้าหน้าที่สามารถ ควบคุมน้ำหนักและ สามารถลดน้ำหนักที่ เกินมาตรฐานได้	เจ้าหน้าที่พัสดุ ที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน	ให้เจ้าหน้าที่ เข้าร่วม โครงการของ โรงพยาบาลที่ จัดขึ้นทุกครั้ง	

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. จุรกิจการ	- มีจุดรับเอกสารของงานพัสดุ จุดเดียว เอกสารไม่สูญหาย สามารถค้นหาเอกสารได้ รวดเร็ว และส่งต่อผู้เกี่ยวข้อง	- ป้องกันเอกสารสูญหาย - จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ	เอกสารสูญหาย ๐ %
๒. การจัดซื้อจัดจ้าง ๒.๑ แผนงบประมาณ	- หน่วยงานที่ใช้มีแผนกำหนด ความต้องการใช้ พัสดุเพียงพอและเหมาะสมกับ ความต้องการ - อนุมัติแผนภายใน ต.ค. ของ ทุกปี	- การอนุมัติแผนเงินล่าช้า - มีการขออนุมัติจัดซื้อพัสดุ นอกแผนจำนวนมาก	- มีแผนความต้องการพัสดุ ของหน่วยงานครบถ้วน ๑๐๐%
๒.๒ แผนจัดซื้อ/จัดจ้าง	- การจัดซื้อ/จัดจ้างเป็นไปตาม แผน ทันเวลา ถูกต้อง ตรวจสอบได้	- การจัดซื้อ/จัดจ้างล่าช้าไม่เป็นไป ตามแผน - หน่วยงานได้รับพัสดุตาม ล่าช้า ไม่เป็นไปตามแผน	- อัตราการปฏิบัติตามแผน จัดซื้อ/จัดจ้าง ๘๐%
๒.๓ การคัดเลือกและ ประเมินผู้ขาย	- เพื่อให้ได้พัสดุที่มี คุณภาพราคาเหมาะสม และ บริการหลังการขายที่ดี	- พักตร์ไม่มีคุณภาพ และราคา ไม่เหมาะสม - บริการหลังการขายไม่ดี - การจัดส่งพัสดุล่าช้า	- ข้อร้องเรียนจากการ ดำเนินการด้านพัสดุ ๐%

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๒.๔ เจ้าหน้าที่พัสดุ	- เจ้าหน้าที่พัสดุ สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องไม่มีข้อผิดพลาด - เจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์	- จำนวนข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน - เจ้าหน้าที่พัสดุขาดจรรยาบรรณ - เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบ	- ข้อร้องเรียนจากการดำเนินการด้านพัสดุ ๐%
๒.๕ การดำเนินการ ๒.๕.๑ วิธีเจาะจง ๒.๕.๒ คัดเลือก ๒.๕.๓ วิธีประกวดราคา (e-biding)	- เอกสารจัดซื้อ/จ้างถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตาม พ.ร.บ ๒๕๖๐	- ข้อผิดพลาดในการดำเนินการ - เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ ๒๕๖๐	- ข้อร้องเรียนจากการดำเนินการด้านพัสดุ ๐%
๒.๖ ทำสัญญาจัดซื้อ/จัดจ้าง	- การจัดทำสัญญาถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามตัวอย่างที่ กวพ. กำหนด	- เสียเปรียบ - ไม่รัดกุม	- ข้อผิดพลาดจากการทำสัญญา ๐%
๒.๗ การตรวจรับพัสดุ	- เพื่อความถูกต้องทั้งประเภท ชนิด จำนวน คุณภาพ ตรงตามใบสั่งซื้อ - เพื่อความโปร่งใสในการดำเนินการจัดซื้อ	- คณะกรรมการมีภาระงานมาก ไม่สามารถมาตรวจรับพัสดุ ณ สถานที่ส่งมอบได้รวดเร็ว และเป็นประจำ - จนท.พัสดุไม่ตรวจนับจำนวนพัสดุตามใบส่งของ	- ข้อผิดพลาดจากการตรวจรับพัสดุ ๐%
๒.๘ เบิก-จ่ายเงิน	- ส่งหลักฐานการเบิก-จ่ายเงิน ได้รวดเร็วส่งผลให้ผู้ขาย/ผู้รับจ้างพึงพอใจ	- การดำเนินการความล่าช้า	- จัดทำเอกสารเบิกจ่ายแล้วเสร็จภายใน ๒๑ วัน %
๓. การบริหารพัสดุ ๓.๑ การเก็บรักษา ๓.๑.๑ วัสดุ ๓.๑.๒ ครุภัณฑ์	- สถานที่ปลอดภัย เก็บเรียบร้อย มีระเบียบ - ลงบัญชีวัสดุครบถ้วนถูกต้อง - ลงทะเบียนครุภัณฑ์รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง	- พัสดสูญหาย - พัสดชำรุด เสื่อมสภาพ - วัสดุที่จัดซื้อไม่มีการลงบันทึกบัญชี - ลงทะเบียนครุภัณฑ์ล่าช้า - ครุภัณฑ์สูญหาย - ลงทะเบียนครุภัณฑ์ไม่ครบ	- พัสดชำรุด/เสื่อมสภาพ ๐% - พัสดคงคลังถูกต้องครบถ้วน ๑๐๐ % - ครุภัณฑ์ถูกต้องครบถ้วน ตามทะเบียนครุภัณฑ์ ๑๐๐%

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๓.๒ การเบิกจ่าย ๓.๒.๑ วัสดุ ๓.๒.๒ ครุภัณฑ์	-จ่ายวัสดุรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน โดยมีหลักฐานการจ่ายครบถ้วน -บันทึกการจ่ายวัสดุถูกต้อง ครบถ้วน -หน่วยเบิกได้รับครุภัณฑ์ ถูกต้อง ครบถ้วน โดยมีหลักฐานการจ่ายครบถ้วน	- จ่ายพัสดุผิด - ได้รับพัสดุล่าช้า - จ่ายครุภัณฑ์ผิดหน่วยงาน - จ่ายครุภัณฑ์ไม่ครบ	- หน่วยเบิกได้รับวัสดุ ถูกต้องครบถ้วนตามใบเบิก ๑๐๐% - หน่วยเบิกได้รับครุภัณฑ์ ถูกต้องครบถ้วนตามใบเบิก ๑๐๐%
๔. การจำหน่ายพัสดุ ๔.๑ เศษวัสดุ ๔.๒ ครุภัณฑ์ ๔.๓ สิ่งก่อสร้าง	- มีการจำหน่ายทุกครั้ง ที่มีปริมาณเศษวัสดุมาก - มีการจำหน่ายพัสดุชำรุดตามระยะเวลาที่กำหนด - การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบ และรวดเร็ว	- เสียพื้นที่จัดเก็บ - สิ่งแวดล้อมไม่ดี - ขั้นตอนการจำหน่ายล่าช้า ทำให้เสียพื้นที่จัดเก็บ - ข้อผิดพลาดในการดำเนินการ	- ขอร้องเรียนจากการดำเนินการด้านพัสดุ ๐%
๕. งานซ่อมแซมและบำรุงรักษา ๕.๑ การซ่อมครุภัณฑ์	- การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบ และรวดเร็ว - ผู้รับจ้างมีความชำนาญ - ระยะเวลาการซ่อมรวดเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด	- การดำเนินการล่าช้า - อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เพียงพอใช้งาน	- ระยะเวลาจ้างซ่อม/ซื้ออะไหล่ภายในแล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน ๙๐ % - ระยะเวลาจ้างซ่อม-ซื้ออะไหล่ภายนอกแล้วเสร็จภายใน ๒ เดือน ๘๐ %
๕.๒ การบำรุงรักษาครุภัณฑ์	- ดำเนินการจัดจ้างบำรุงรักษาเป็นไปตามแผน และระยะเวลาที่กำหนด	- การดำเนินการไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด - ครุภัณฑ์ชำรุด เสื่อมสภาพเร็วกว่ามาตรฐานกำหนด	๑๒. ร้อยละของครุภัณฑ์ตามแผนบำรุงรักษาที่มีการจัดจ้างบำรุงรักษาในระยะเวลาที่กำหนดครบ ๑๐๐%
๖. งานออกแบบประเมินราคาสิ่งก่อสร้าง	- ออกแบบถูกต้อง ตามมาตรฐาน และระเบียบที่กำหนดของงานก่อสร้าง - ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน - รูปแบบเหมาะสม สวยงาม ปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน - ราคาเหมาะสม ถูกต้องตามระเบียบกำหนด	- ความปลอดภัยในการใช้งาน - ความล่าช้า	

๓.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Indicator)

ตัวชี้วัดคุณภาพทั่วไป

เครื่องชี้วัด คือ ความถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ประทับใจ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (Target)	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
๑. อัตราการปฏิบัติตามแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง	๘๐%	๗๐%	๗๐%	๖๕%
๒. ข้อร้องเรียนจากการดำเนินการด้านพัสดุ	≤๕	๕	๓	๕
๓. จัดทำเอกสารเบิกจ่ายแล้วเสร็จภายใน ๒๑ วัน	๙๐%	๘๐%	๗๐%	๗๕%
๔. พัสดุครบถ้วนถูกต้องตามบัญชี	๑๐๐%	๙๗%	๙๘%	๙๕%
๕. จำนวนพัสดุที่ค้างจ่าย (เฉพาะพัสดुकงคลัง)จากใบค้ำ จ่าย	๕%	๓%	๔%	๒๐%
๖. ร้อยละของงานซ่อมที่ดำเนินการแล้วเสร็จ	๘๐%	๕๐%	๕๐%	๕๐%
๗. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๘๐%	-	-	-

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- โปรแกรมบริหารงานพัสดุ
- โปรแกรมการเบิกออนไลน์
- ปรับเพิ่มรายละเอียดในรายงานตรวจรับในโปรแกรมบริหารพัสดุ (จากเดิมลงรายละเอียดด้วยมือ)

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- โปรแกรมบริหารพัสดุและการนำเข้าข้อมูลเจ้าหน้าที่การค้าระหว่างโปรแกรมบริหารงานพัสดุกับ

โปรแกรมการเงิน

- โปรแกรมส่งซ่อมออนไลน์
- มีพนักงานส่งของเบิก-จ่าย ตามหน่วยงาน

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- โปรแกรมบริหารงานพัสดุกับโปรแกรมการเงิน
- พัฒนาระบบคลังพัสดุ,ระบบนำส่ง ให้ครอบคลุมทุกหมวด

Service Profile

หน่วยงานรักษาความปลอดภัย งานธุรการทั่วไป
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการ จัดระบบจราจร และ ให้บริการที่ดี

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ป้องกัน รักษาความปลอดภัย จัดระบบจราจร และให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ และ ผู้มารับบริการ ใน
โรงพยาบาลมหาสารคาม ตลอด 24 ชั่วโมง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการลูกค้าภายใน	ความต้องการของผู้รับบริการลูกค้าภายนอก
- ต้องการความสะดวกในเรื่องการจราจร มีที่จอดรถพอเพียง - ดูแลป้องกันอันตรายความเสี่ยงจากการตามเข้ามาทำร้ายร่างกายของคู่อริ - ดูแลป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาลจากอัคคีภัย การโจรกรรมและอื่น ๆ	- ต้องการความสะดวกในเรื่องการจราจร เมื่อมาส่งผู้ป่วย มีจุดรับ-ส่งผู้ป่วย มีที่จอดรถพอเพียง - ต้องการดูแลความปลอดภัยในเรื่องทรัพย์สินและร่างกาย - บริการด้วยความประทับใจ พุดจาไพเราะ ห่วงใยช่วยเหลือ - แนะนำ/บอกสถานที่หน่วยงานในโรงพยาบาล

ง ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ให้บริการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การจราจร และการบริการ

จ ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข(โอกาสพัฒนา)
1. การโจรกรรม 2. อัคคีภัย 3. การจราจรติดขัด 4. การบริการที่ดี	1.กำหนดระเบียบปฏิบัติมาตรการต่าง ๆ ด้านความปลอดภัย 2. จัดอัตรากำลังหน่วยรักษาความปลอดภัยเดินตรวจตราทุก 30 นาที 3. มีการกำหนดจุดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังควบคุมเป็นพิเศษ 4. มีการสื่อสาร การแจ้งเหตุอย่างรวดเร็ว 5. มีการตรวจเช็ค แสงสว่าง ไฟฟ้าตามจุดต่าง ๆ ทุกวัน 6. มีการประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือนผู้มารับบริการด้านความปลอดภัย

ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข(โอกาสพัฒนา)
	7. บริการด้วยความอ่อนน้อม ตามมาตรฐานพฤติกรรมบริการ 8. กำหนดจุดรับ-ส่งผู้ป่วยชัดเจน 9. จัดทำสติ๊กเกอร์สำหรับติดรถยนต์ รถจักรยานยนต์ของเจ้าหน้าที่ 10. แบ่งเขตจอดรถระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้มารับบริการ 11. จัดทำป้ายเส้นทางจราจรชัดเจน 12. ติดตั้งกล้องวงจรปิดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีประสิทธิภาพ

ฉ ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยีเครื่องมือ)

ปริมาณงาน

ปริมาณงาน	หน่วยนับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 ม.ค. - มิ.ย.
1. จำนวนจุดตรวจ	จุดตรวจ	9	9	9
2. จำนวนประตูเข้า-ออก	จุด	4	4	4
3. พื้นที่ในความรับผิดชอบ	ตร.ว.	375	375	375
4. พื้นที่จอดรถ(จัดระบบการจอด)	ตร.ม.	7,979	7,979	7,979
5. การจัดระบบจราจรภายในโรงพยาบาล	จุดอำนวยความสะดวก สะดวกด้านจราจร	4	4	4

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

รายการ	ปี 2557	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 ม.ค. - มิ.ย.
อัตรากำลัง				
- ลูกจ้างประจำ		2	2	-
- พนักงานกระทรวง		14	14	13
- ลูกจ้างชั่วคราว(รายวัน)		-	-	5
- พนักงานรักษาความปลอดภัย(บริษัทเอกชน)		-	-	5
อุปกรณ์ที่สำคัญ				
1. วิทยุสื่อสาร		18	18	18
2. โทรศัพท์ (สายใน)		3	3	3
3. กระบอง, ไฟฉาย, นกหวีด ชุดอุปกรณ์ประจำตัว		14	14	18

รักษาความปลอดภัย				
------------------	--	--	--	--

.....อัตรากำลัง

กรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ มีการจัดกำลังทดแทน โดย

- การลากิจ แจ้งล่วงหน้า 1 วัน กรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนโดยไม่ทราบล่วงหน้า ให้แจ้งหัวหน้าหน่วยรักษาความปลอดภัย/หัวหน้าชุดเวร
- การลาป่วย หากเกิน 2 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์แนบหลังจากกลับมาปฏิบัติราชการ

๒. กระบวนการที่สำคัญ (Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (preferment Indicate)
1. ระบบความปลอดภัย	- เจ้าหน้าที่ ผู้มารับบริการมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	- การโจรกรรมทรัพย์สิน - การข่มขู่ ทำร้ายร่างกาย	- จำนวนครั้งการเกิดโจรกรรมลดลง (เทียบกับปีที่ผ่านมา) - ร้อยละของการระงับเหตุทันเวลา 100%
2. การจัดระบบการจราจร	- การจราจรในโรงพยาบาลมีความสะดวก คล่องตัวเป็นระเบียบ	- การจราจรติดขัด	- จำนวนเรื่องที่ร้องเรียนด้านการจราจร < 5 เรื่อง/ปี - จำนวนการเกิดอุบัติเหตุในโรงพยาบาล < 5 ครั้ง/ปี
3.การให้บริการที่ดี	- พนักงานรักษาความปลอดภัย มีความพร้อมด้านการบริการ (การแต่งกาย บุคลิกภาพ	- พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม - ขาดความรู้ และทักษะในการบริการ	- จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 0 ครั้ง - ความพึงพอใจของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่

	ข้อมูลบริการ)		> 80%
--	---------------	--	-------

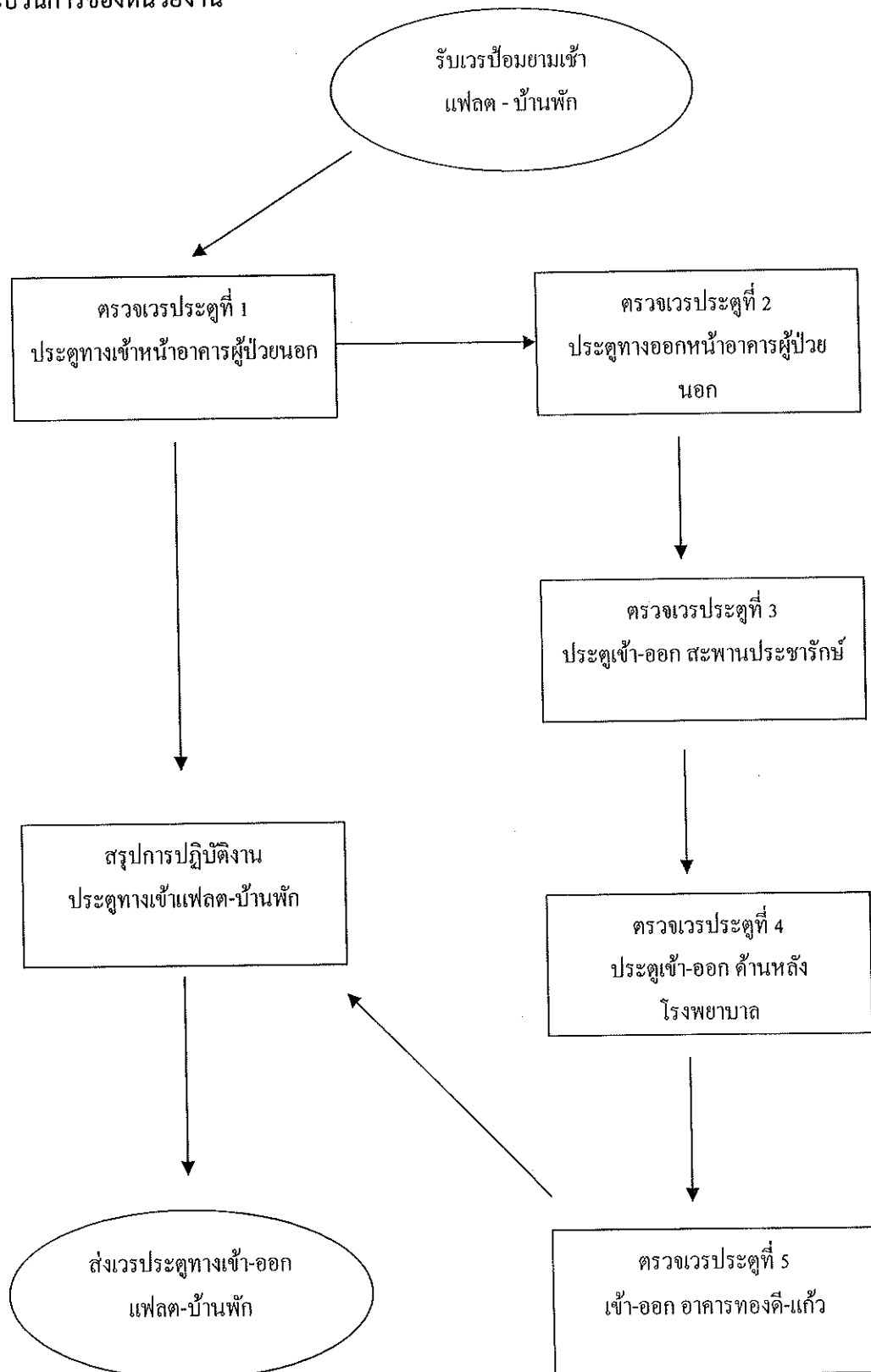
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 ต.ค. 62 - มี.ย.63
1. จำนวนครั้งการเกิดโจรกรรมลดลง (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง		18	22	6
2. ร้อยละของการระงับเหตุทันเวลา	100%		100%	100%	100%
3. จำนวนเรื่องที่ร้องเรียนด้านการจราจร	< 5 เรื่อง/ปี		1	1	5
4. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุในโรงพยาบาล	< 5 ครั้ง/ปี		9	11	2
5. จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	0 ครั้ง		1	1	2

4. กระบวนการหรือระบบงานที่บรรลุเป้าหมาย และมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวัง และป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมถึงการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

กระบวนการของหน่วยงาน



กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย	ความเสี่ยง/ปัญหา/โครงการพัฒนา
1. รับเวอร์	- รับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	- ขาดการส่งต่อข่าวสารสำคัญที่ควรเฝ้าระวัง
2. การตรวจเวอร์	- เพื่อให้เกิดความปลอดภัยเป็นตัวชี้วัดและทรัพย์สิน	- ขาดการจัดทำมาตรฐานการตรวจตรา - ขาดการบันทึกเหตุการณ์ที่สังเกตเห็น - ขาดการกระตือรือร้น
3. สรุปการปฏิบัติงาน	- รวบรวมข้อมูลเพื่อที่สำคัญเพื่อส่งมอบเวอร์	- ร่างกายอ่อนเพลียช่วงเวรดึก - บางจุดมืดเกินไป - สรุปการปฏิบัติงานยังไม่มีสาระสำคัญ
4. การส่งเวอร์	- สื่อสารให้ผู้รับเวอร์ได้ทราบข้อมูล/เหตุการณ์ที่สำคัญ	- ยังไม่สรุปแนวทางส่งเวอร์ที่ชัดเจน
การจัดการจราจร - การจราจรทางเข้า - จัดจอดรถส่งผู้ป่วย	- เพื่อให้รถเข้าโรงพยาบาลได้สะดวกไม่ติดและแข่งได้ไม่ติด - มีที่จอดรถสำหรับรถฉุกเฉิน, แพทย์เวอร์ - ให้รถออกได้สะดวก - มีที่จอดรถสำหรับผู้รับบริการ	- มีรถติดในช่วงเช้า - มีรถจอดอยู่ที่จุดรถฉุกเฉิน - มีรถส่งผู้ป่วยจอดนาน - รถจะติดมากในช่วงเช้า-เย็น - เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและทางข้ามถนนของผู้รับบริการในช่วงเวลาเร่งด่วน

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

- จัดทำป้ายเส้นทางบอกทางจราจรภายในโรงพยาบาล

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การติดกล้องวงจรปิดให้ครบทุกจุดที่เหลือ
- พัฒนาระบบการจัดการด้านจราจร
- โครงการอบรมพนักงานรักษาความปลอดภัย

Unit Profile

หน่วยงานยานพาหนะ งานธุรการทั่วไป
ฝ่ายบริหารทั่วไป

1. บริบท (Context)

หน่วยงานยานพาหนะ

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการยานพาหนะแก่ลูกค้าภายในและภายนอกอย่างมีคุณภาพ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

1. บริการรับ - ส่งผู้ป่วย

- รับ - ส่งผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพอื่นในเครือข่าย
- รับ - ส่งผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยโรค โรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพอื่น
- บริการรถ EMS ในเขตเมืองและเครือข่าย

2. บริการรับ - ส่ง งานราชการทั่วไป

- รับ - ส่ง ไปอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงานของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่
- รับ - ส่ง ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และบริการชุมชนต่างๆ
- รับ - ส่ง ออกหน่วย PCU ในเขตเมือง
- รับ - ส่ง ออกหน่วยรับบริจาคโลหิต
- รับ - ส่ง ออกหน่วยปฐมพยาบาล ที่ส่วนราชการ และหน่วยงานเอกชนที่ขอความร่วมมือมา
- บริการ ติดต่อราชการต่างๆ เช่น ศาลากลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปรษณีย์ เทศบาล ฯลฯ

3. สนับสนุนการใช้นาพาหนะ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสวัสดิการเจ้าหน้าที่

4. บริการส่งผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเสียชีวิตกลับบ้านในเขตจังหวัดและต่างจังหวัด

5. บริการส่งอุปกรณ์ วัสดุการแพทย์ รับขยะติดเชื้อ และขยะอันตราย รพ.สต.
เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม 17 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1. ลูกค้ารับผลงานภายนอก ประกอบด้วย - ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ชุมชน หน่วยงาน ภายนอกต่างๆ	- ต้องการความปลอดภัย ทันเวลา และบริการที่ดี - ต้องการให้รถสะอาด ไม่มีคราบสกปรก - ต้องการให้พนักงานขับรถแต่งตัวสุภาพ มีระเบียบ พุดจาไพเราะ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ - ต้องการให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จำเป็น เช่น น้ำดื่ม กระดาษชำระ ถังขยะ ฯลฯ
2. ลูกค้าผู้รับบริการภายใน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามทุกคน	- ต้องการความปลอดภัย ทันเวลา และบริการที่ดี - ต้องการให้รถสะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็นอับในรถ - ต้องการให้พนักงานขับรถแต่งตัวตามระเบียบ สุภาพเรียบร้อย พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใสและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ - ต้องการให้ขับรถมีมารยาท รักษากฎจราจรและกฎหมายอย่างเคร่งครัด - ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในรถ เช่น น้ำดื่ม กระดาษชำระ แก้วน้ำ และถังขยะในรถ

ง ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย
2. บริการรวดเร็ว ทันเวลา
3. ผู้รับบริการ พึงพอใจ

จ ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางแก้ไข(โอกาสพัฒนา)
1.พนักงานขับรถและยานพาหนะไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	1.จัดสรรพนักงานขับรถ และยานพาหนะให้เพียงพอ
2. การขอใช้รถที่เร่งด่วน และนอกเวลาราชการที่ไม่สามารถจัดรถให้ได้เนื่องจากพนักงานขับรถออกปฏิบัติงานครบทุกคน	2. การขอใช้รถล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันตามระเบียบเพื่อความถูกต้องและได้ใช้รถตามต้องการ
3. พนักงานขับรถมาไม่ตรงเวลา	3.ศึกษาเส้นทางก่อนออกปฏิบัติงาน
4. ใช้รถโดยไม่ได้ขออนุญาต	4.พนักงานขับรถมีการวางแผนปฏิบัติงานล่วงหน้า
5. การเกิดอุบัติเหตุ	5.มีการตรวจเช็คสภาพรถทุกอย่างตามรายการและทำความสะอาด พร้อมใช้งาน
6. เกิดความขัดข้องของรถขณะปฏิบัติหน้าที่	6.กำหนดความเร็วในการขับไม่เกิน 90 กม./ชม.
	7. จัดทำคู่มือการบำรุงรักษารถ
	8. ปรับปรุงระเบียบการขอใช้รถยนต์ส่วนกลาง
	9. พัฒนาระบบจองรถออนไลน์

ฉ ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยีเครื่องมือ)

ปริมาณงาน

สถิติบริการ	หน่วยนับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1.บริการรับ - ส่งผู้ป่วย รับ - ส่งผู้ป่วย ไปรักษายัง โรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพอื่นใน เครือข่าย รับ - ส่งผู้ป่วยไปตรวจ วินิจฉัยโรค สถานบริการสุขภาพอื่น บริการรถ EMS ในเขตเมือง และเครือข่าย	ครั้ง	2,208	563	462
2.บริการรับ - ส่งงานราชการทั่วไป - รับ - ส่ง ไปอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ติดต่อราชการในเขตจังหวัด - ราชการนอกเขตจังหวัด - รับ - ส่ง ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และ ออกหน่วยปฐมพยาบาล - รับ - ส่ง ออกหน่วย PCU ในเขตเมือง และเยี่ยมผู้ป่วย	ครั้ง	1,919	1,514	2,203
3. รับ - ส่ง ออกหน่วยบริจาคโลหิต			144	205
4.บริการส่งผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเสียชีวิต			172	180
5.บริการส่ง อุปกรณ์ วัสดุการแพทย์ รับขยะ ติดเชื้อ และขยะอันตราย รพ.สต.เครือข่าย 17 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง	ครั้ง ครั้ง ครั้ง	215 565 269	502	539

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
<u>อัตรากำลัง</u>				
- ลูกจ้างประจำ	คน	3	3	2
- พกส.	คน	12	12	13
- ลูกจ้างรายวัน	คน	-	1	-
<u>อุปกรณ์ที่สำคัญ</u>				
- รถพยาบาล	คัน	6	6	6
- รถตู้โดยสาร	คัน	6	6	6
- รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง	คัน	13	12	12
- รถบรรทุก	คัน	3	3	3
- รถบัสบริจาคโลหิต	คัน	1	1	1

21. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียมรถให้พร้อมใช้ ก่อน - หลังการใช้	- ตรวจเช็ครถตามรายการ - ตรวจเช็ครถประจำวัน - พนักงานขับรถ พักผ่อนให้เพียงพอ - มีรถที่สะอาด พร้อมใช้และปลอดภัย	- จำนวนครั้งของรถไม่พร้อมใช้ < 10 ครั้ง
2. การขอใช้รถ	- เจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการ - มีรถให้บริการตามที่ขอ	- มีรถให้บริการตามความต้องการ ของผู้ขอใช้ > 80 %

3. การให้บริการ การใช้รถ	- ผู้รับบริการมีความปลอดภัย - ไม่เกิดอุบัติเหตุ - ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร	- จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ 1 ครั้ง
4. พฤติกรรมการบริการ	- พนักงานขับรถ ให้บริการที่ดี พุดจาไพเราะ มีน้ำใจช่วยเหลือผู้รับบริการ	- จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ < 10 ครั้ง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1.	จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ	0 ครั้ง	1	3	6
2.	จำนวนครั้งที่ของรถไม่พร้อมใช้	< 10 ครั้ง	7	7	8
3.	มีรถให้บริการตามความต้องการของผู้ขอใช้	> 80 %	97.27%	97.87%	98.01%
4.	จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	< 10 ครั้ง	-	5	4

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- ได้มีการพัฒนาระบบการจองรถออนไลน์

หลังจากการใช้ พบว่า - ระบบการลงข้อมูลของผู้ขอใช้รถไม่ครบ และผิด ทำให้การจัดรถผิดพลาด

- ระบบการบริหารจัดการรถ พนักงานขับรถ จะทราบล่วงหน้าและจัดรถให้ได้โดยไม่ต้องรอใบอนุญาตใช้รถ

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ และพนักงานขับรถ ให้มีความพร้อมใช้ตลอดเวลา ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบการจองรถออนไลน์

- การเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ และพนักงานขับรถ ให้มีความพร้อมใช้ตลอดเวลา ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

- ควบคุมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง สำหรับรถยนต์ราชการให้ถูกต้องและประหยัด

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลมหาสารคาม วัน/เดือน/ปี : ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ หัวข้อ : MOIT ๒ หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) ๑. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน ๒. มีแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน	
Link ภายนอก : หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล พรณี ภูมิขิต (นางสาวพรณี ภูมิขิต) ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖	ผู้อนุมัติรับรอง กัญตา คำพอ (นางกัญตา คำพอ) ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ พรณี ภูมิขิต (นางสาวพรณี ภูมิขิต) นักวิชาการพัสดุ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖	