แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๕
สำหรับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : .....โรงพยาบาลบางแพ.....
วัน/เดือน/ปี : .....๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖.....
หัวข้อ : คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

.....
.....
.....
.....
Linkภายนอก : .....
หมายเหตุ : .....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(นายอดิเรก จำปาทอง)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
วันที่ ๑๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายเกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์)
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๑๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายอดิเรก จำปาทอง)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
วันที่ ๑๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

Service Profile **งานกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์**

1.บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาลบางแพ มีหน้าที่ให้บริการข้อมูลด้านหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การให้คำแนะนำเรื่องสิทธิการรักษาต่าง ๆ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ใช้สิทธิที่ถูกต้องและสามารถเข้าถึงบริการได้ตามความจำเป็น ให้บริการด้านการจัดทำเอกสารเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาทุกสิทธิไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจากกองทุนต่าง ๆ หลังจากได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้รับบริการแล้วตรวจสอบเอกสารตามจ่ายจากโรงพยาบาลที่เรียกชดเชยค่ารักษาพยาบาลจาก โรงพยาบาลบางแพ นอกจากนี้มีการให้บริการในการอำนวยความสะดวกในการออกใบส่งตัวให้กับผู้รับบริการที่โรงพยาบาลบางแพส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตติยภูมิต่าง ๆ รวมทั้งการติดต่อประสานงานและการนัดตรวจพิเศษนอกในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและยังทำหน้าที่เป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและไกล่เกลี่ยในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามสิทธิประโยชน์ตาม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ในการกำหนดแนวทางการติดตามตัวชี้วัดจากหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

ข. ขอบเขตการให้บริการ

1) ให้บริการขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในทุกกรณี ได้แก่ การขึ้นทะเบียนสิทธิใหม่ การเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษา
2) ให้บริการออกใบส่งตัวให้ผู้รับบริการในกรณีที่นัดตรวจต่อเนื่องจากโรงพยาบาลตติยภูมิ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อการรับบริการที่ถูกต้อง
3) บริการนัดตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล เช่น ตรวจ U/S CT MRI และการให้คำแนะนำเพื่อเตรียมตัวก่อนตรวจพิเศษดังกล่าว
4) ให้บริการด้านข้อมูลและสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
5) ดำเนินการเรียกเก็บค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันอุบัติเหตุนักเรียน สิทธิเบิกได้กรมบัญชีกลาง สิทธิเบิกได้ อปท. สิทธิเบิกได้ กทม.
6) ประสานงานในการรับผู้ป่วยกลับมารักษาต่อ ที่โรงพยาบาลบางแพ และประสานการส่งต่อในรายที่มีปัญหาเรื่องสิทธิ
7) ให้บริการรับเรื่องร้องเรียนในการรับบริการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ๆ
8) ให้บริการให้คำแนะนำตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุภาพ ตาม ม.41 และ ม.18(2) แก่ผู้รับริการและผู้ให้บริการ
9) จัดเก็บ รวบรวมและให้บริการข้อมูลทางวิชาการงานหลักประกันสุขภาพแก่หน่วยงานต่าง ๆ

10) จัดทำแผนยุทธศาสตร์และกำหนดตัวชี้วัดรายปี และติดตามตัวชี้วัดจากหน่วยงานต่าง ๆ

11) ให้บริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ค. **ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ**

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับผลงาน	**ความต้องการ**
- ผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและญาติ)	- ต้องการข้อมูลต่าง ๆ การใช้สิทธิ - ความรวดเร็วในการรับบริการ - ต้องการให้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ผู้ป่วย - ต้องการให้เจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย - ได้รับคำแนะนำในรับบริการ - มีสถานที่ให้บริการเพียงพอ
- โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เรียกเก็บเงินค่ารักษา	-ให้ตรวจสอบการเรียกเก็บให้เป็นไปตามระเบียบ รวดเร็ว
- โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ส่งเรียกเก็บค่ารักษา	- ส่งรายงานเรียกเก็บทันเวลา และถูกต้องตามระเบียบ
- บริษัทประกันภัย/พ.ร.บ.	- ส่งรายการเรียกเก็บค่ารักษาภายใน 180 วัน
- บริษัทประกันภัยกรณีอุบัติเหตุนักเรียน	- ส่งรายงานเรียกเก็บค่ารักษาทันเวลา
- ศูนย์ประกันโรงพยาบาลต่าง ๆ	-ได้รับการประสานงานที่ดี รวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี	- ได้รับรายงานผลการปฏิบัติงานตามระยะเวลาที่กำหนด - ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่ร้องขอ

ลูกค้าภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
หน่วยบริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล	-ได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี - ได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการให้บริการสิทธิต่าง ๆ - ได้ข้อมูลแผนสุขภาพ ตัวชี้วัด และ Template ตามระยะเวลาที่กำหนด - มีเอกสารการรายงานตัวชี้วัดที่ง่ายต่อการบันทึก
รพ.บางแพ	- มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสิทธิต่าง ๆ

ง. **ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ**

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ คือ “ถูกต้อง ทันเวลา พึงพอใจ”

ด้านองค์กร

1) การดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับและชื่นชมของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2) มีการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ
3) จัดทำยุทธศาสตร์ได้สำเร็จพร้อมประกาศใช้ภายในโรงพยาบาล

ด้านผู้รับบริการ

1) ผู้รับบริการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล และเข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างถูกต้อง
2) ผู้รับบริการที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ การไม่ได้รับบริการตามสิทธิ มีช่องทางให้ร้องทุกข์ร้องเรียน
3) ผู้รับบริการที่ถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการสาธารณสุข ได้รับการช่วยเหลือตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4) หน่วยงานต่าง ๆ ได้รับข้อมูลและคำแนะนำด้านแผนงาน โครงการ ตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล

ด้านผู้ให้บริการ

1) ผู้ให้บริการมีทักษะและความรู้ในด้านหลักประกันสุขภาพ
2) ผู้ให้บริการมีด้านทักษะการบริการ การสื่อสารที่ดี

3) ผู้ให้บริการมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีความสุขในการทำงาน
4) ผู้ให้บริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือกัน

กระบวนการ	ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
<u>ด้านองค์กร</u>	
1. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลครอบคลุมทุกสิทธิ ทุกบริการ โดยการส่งเอกสารเรียกเก็บ และบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บในโปรแกรมต่าง ๆ ตามที่กำหนด	- ถูกต้อง ทันเวลา
<u>ด้านผู้รับบริการ</u>	
1. การจัดการให้ผู้รับบริการได้ใช้สิทธิการรักษาถูกต้องทุกราย	- ถูกต้อง พึงพอใจ
2. การออกใบส่งตัวผู้ป่วย กรณีนัดตรวจต่อเนื่อง และการนัดเพื่อการส่งตรวจพิเศษสถานพยาบาลตติยภูมิ	- ถูกต้อง - ถูกต้อง ทันเวลา
3. การขึ้นทะเบียนสิทธิต่าง ๆ ให้กับผู้รับบริการ	- ถูกต้อง พึงพอใจ
4. ได้รับคำอธิบายเรื่องบริการและเรื่องสิทธิการรักษา	- ถูกต้อง พึงพอใจ
<u>ด้านผู้ให้บริการ</u>	
1. การพัฒนาทักษะของบุคลากรในหน่วยงานให้มีสมรรถนะตรงกับบทบาทหน้าที่	- พึงพอใจ
2. การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร	- พึงพอใจ
3. การจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน	- พึงพอใจ
4. สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี	- พึงพอใจ

จ. **ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ**

ความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงาน เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกระบวนการทำงานในบางขั้นตอนเกิดความล่าช้า เนื่องจากการทำงานต้องมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เอกสารสูญหาย

ความท้าทาย

1) การให้บริการทันเวลาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด
2) ข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาสามารถส่งเบิกได้ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด
3) การพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะการทำงาน
4) ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ

จุดเน้นการพัฒนา

1) การจัดการข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารเห็นโอกาสในการพัฒนา การบริหารงานที่มีคุณภาพ
2) การติดตามและรวบรวมหลักฐานในการส่งเบิก การหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

ปริมาณงาน

1. งานขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ

2. งานเรียกเก็บค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลสิทธิต่าง ๆ
3. การคิดค่าบริการตามจ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพ
4. การออกใบส่งตัว การนัดตรวจพิเศษ และการนัดตรวจคลินิกพิเศษ
5. การรับเรื่องราวร้องเรียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ
6. การรับเรื่องราวร้องทุกข์จากการให้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพ
7. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์แผนสุขภาพและการติดตามตัวชี้วัด
8. การตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
9. การให้บริการด้านระบบข้อมูล การดูแล การบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ทรัพยากร

พยาบาลวิชาชีพ	2	คน
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล (พนักงานธุรการ)	4	คน
นักวิชาการสาธารณสุข	1	คน
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3	คน
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1	คน
พนักงานบัตรรายงานโรค	2	คน

เทคโนโลยี

เครื่องคอมพิวเตอร์	15	เครื่อง
เครื่องปริ๊นเตอร์ (ทั่วไป)	7	เครื่อง
เครื่องปริ๊นเตอร์ถ่ายเอกสารได้	2	เครื่อง
โทรศัพท์ (ติดต่อภายนอก)	1	เครื่อง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

การเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของสิทธิบัตรประเภทต่าง ๆ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. ตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวบุคคลในการเข้ารับบริการ	- เพื่อเป็นการตรวจสอบ และยืนยันตัวบุคคลการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ	- ยืนยันตัวบุคคลผิดพลาด 0 ราย
2. การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสารประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล	- เพื่อให้เอกสารประกอบการเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สมบูรณ์ถูกต้องมีประสิทธิภาพ	- ความผิดพลาดในการตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่าย ไม่เกินร้อยละ 1

3. การเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางแพทย์	- เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ	- อัตราความผิดพลาดในการทำเอกสารเบิกจ่ายรักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 1 - อัตราความล่าช้ากว่ากำหนด 30 วัน ในการส่งเอกสารการเบิกค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 5
4. การติดตามหลังการเบิกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์	- เพื่อให้มีการตอบรับการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามที่ทำเรียกเก็บไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ	- อัตราความผิดพลาด และเรียกเก็บล่าช้าไม่เกินร้อยละ 1

การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสารเจ้าหนี้	- เพื่อให้การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	- อัตราความผิดพลาดในการตรวจสอบการเรียกเก็บก่อนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ไม่เกินร้อยละ 5

การส่งต่อยังสถานพยาบาลตติยภูมิ (กรณีนัดตรวจต่อเนื่อง)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การเตรียมข้อมูลก่อนการส่งต่อยังสถานพยาบาลตติยภูมิ (กรณีนัดต่อเนื่อง)	- เพื่อให้ทราบข้อมูลประวัติการรักษาและแนวทางการรักษาเพื่อการวางแผนการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย	- อัตราความผิดพลาดของใบส่งตัวผู้ป่วย กรณีนัดต่อเนื่องสถานพยาบาลตติยภูมิ ไม่เกินร้อยละ 3
2. การประสานการส่งต่อยังสถานพยาบาลตติยภูมิ (กรณีนัดต่อเนื่อง)	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม	- ได้รับการตรวจในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100

การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การประชาสัมพันธ์การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแก่ผู้รับบริการ	- เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	- อัตราการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผิดพลาด ร้อยละ 3 - อัตราข้อร้องเรียนการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 0
2. การให้ความรู้เรื่องบัตรประกันสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ รพ.บางแพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบและนำไปเผยแพร่แก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง	- อัตราการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผิดพลาด ร้อยละ 3 - อัตราข้อร้องเรียนการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 0
3. จัดทำคู่มือแนวทางการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพ	- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	- อัตราการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผิดพลาด - อัตราข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

การรับเรื่องร้องเรียนและรับเรื่องราวร้องทุกข์ในระบบหลักประกันสุขภาพ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การจัดสถานที่ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการและมีผู้ให้บริการตลอดเวลา	- เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีช่องทางและสถานที่ที่เหมาะสมในการแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์	- ร้อยละความพึงใจเรื่องสถานที่ให้บริการไม่น้อยกว่า 80
2. จัดให้มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพ ให้บริการ	- จัดให้ผู้ให้บริการได้รับการอบรมความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	- ให้บริการเรื่องร้องเรียนและร้องทุกข์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ร้อยละ 100

การนัดตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การเตรียมข้อมูล ก่อนการนัดตรวจนอกโรงพยาบาล	- เพื่อให้ทราบข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการส่งตรวจที่เหมาะสม	- ไม่พบอุบัติการณ์การนัดตรวจผิดชนิด
2. โทรประสานงานเรื่องการนัดตรวจ วันเวลา สถานที่ เอกสารที่ต้องเตรียม และการเตรียมตัวก่อนตรวจ	- เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง - ผู้รับบริการเตรียมตัวก่อนตรวจถูกต้อง	- ไม่พบ อุบัติการณ์หรือข้อร้องเรียนที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกจากการนัดส่งตรวจนอกรพ. - ไม่พบอุบัติการณ์ที่ผู้รับบริการไปตรวจผิดวัน

การขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การตรวจสอบเอกสารการขึ้นทะเบียนและและการขึ้นทะเบียนสิทธิผ่าน web site	- เพื่อให้เอกสารครบถ้วน และมีการยืนยันตัวบุคคลผู้ขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาขึ้นทะเบียนถูกต้อง	- เอกสารการขึ้นทะเบียนครบถ้วนถูกต้อง ถูกคน - ไม่พบอุบัติการณ์การขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาผิด
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	**สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)**	**ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)**
2. การให้คำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิ	- ผู้รับบริการใช้สิทธิการรักษาได้อย่างถูกต้อง และมีการนำเอกสารที่ใช้ควบคู่กับสิทธิการรักษาได้อย่างถูกต้อง	- ไม่พบอุบัติการณ์การใช้สิทธิผิด/ไม่ได้เตรียมเอกสารที่ใช้ควบคู่กับสิทธิ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

งาน	หน่วยนับ			
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
- การออกใบส่งต่อ กรณีนัดตรวจต่อเนื่องยังสถานพยาบาลตติยภูมิ	1,108	1,472	1963	1710
- การเบิกค่าบริการทางการแพทย์				
1) สิทธิหลักประกันสุขภาพในจังหวัด	2,717	2,581	2,784	244
2) สิทธิหลักประกันสุขภาพนอกเขตจังหวัดผู้ป่วยนอก	135	210	185	430
3) สิทธิเบิกได้จ่ายตรง				
กรมบัญชีกลาง	11,575	11,597	8,617	10,292
อปท.	1,965	1,147	2,147	874
กทม.	98	203	329	190
4) สิทธิประกันสังคม				
เจ็บป่วยทั่วไป ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน	46	3290/48	3004/75	3369/354
5) กองทุนทดแทน				
- การนัดตรวจพิเศษนอกโรงพยาบาล	3,609	271	293	90
- การรับเรื่องร้องเรียน / ร้องทุกข์เรื่องสิทธิ	115	225	215	209
- การตรวจสอบและแนะนำเอกสารเพื่อคืนเงิน	75	65	54	11
- ส่งเอกสารให้บริการตามมาตรา41 และ18(4)	2	0	0	0
- การขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพ / เบิกตรง	1,345/0	1,056/0	917/0	247/0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

จากการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบว่า

- การออกใบส่งตัวให้ผู้ป่วยกรณีมีใบนัดที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมาก ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูง 100 % เนื่องจาก ศูนย์ประกันสุขภาพจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 8.00 น.ผู้รับบริการได้รับบริการทันที เป็นบริการแบบ ONE - STOP SERVICE มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่ออกใบส่งตัว บันทึกข้อมูล แนะนำวิธีการใช้ใบส่งตัว และนอกจากนี้พยาบาลยังให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพได้ในเวลาเดียว ถือเป็นการบูรณาการจุดมุ่งหมายของงานประกันได้อย่างครบถ้วน เป็นการพัฒนางานในเรื่องแก้ปัญหาระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ องค์กรก็ได้ประโยชน์จากการตรวจสอบการส่งต่ออย่างเหมาะสม ไม่มีการส่งต่ออย่างเกินความจำเป็น ทำให้ประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลด้วย

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- กระบวนการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ถูกต้อง มากขึ้น ไม่ พบข้อผิดพลาดจากการทำเบิกจ่าย ข้อผิดพลาดจาการเก็บเอกสารจากหน่วยงานต่าง ๆ จึงได้มีการหาสาเหตุและแก้ไขโดยการปรับปรุงกระบวนการทำงาน

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ภาระงานของกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ที่สำคัญคือการเกี่ยวข้องกับสิทธิการรักษา และการจัดทำเอกสารเรียกเก็บ การจัดทำเอกสารเรียกเก็บทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้ทันสมัย และพร้อมกับการนำมาให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ จึงได้พัฒนาระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูล พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อตอบสนองการให้บริการประชาชนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความผิดพลาดในการแนะนำเอกสารเรียกเก็บ
2. เพื่อให้ส่งเอกสารเรียกเก็บได้ทันเวลา
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการจัดทำเอกสาร
4. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการให้บริการ

กระบวนการ

1. รวบรวมปัญหาในการจัดทำเอกสารเรียกเก็บทุกสิทธิ
2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
3. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน
4. นำปัญหามาพัฒนากระบวนใหม่ที่เอื้อทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

Service Profile ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

- การพัฒนาคุณภาพบริการ
- งานสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการและ รับข้อร้องเรียนที่ได้รับจากกล่องรับความคิดเห็น
- การรวบรวมตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล
- ประกาศเสียงตามสาย(ตามความต้องการ)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

- เจ้าหน้าที่ : สามารถเป็นที่ปรึกษาและเอื้ออำนวยในการพัฒนางาน
  : ได้รับเอกสาร ข้อมูลเรื่องการพัฒนาคุณภาพที่เป็นปัจจุบัน
  : ได้รับฟังเสียงประชาสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ชัดเจน เป็นปัจจุบัน
  : ประชาสัมพันธ์ข้อมูลตามที่ร้องขอ ถูกต้อง ครบถ้วน
  : แจ้งข้อมูลตัวชี้วัดที่ถูกต้อง/เป็นปัจจุบันให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ
  : แจ้งกรณีลืมส่งเอกสารตามกำหนด
- ผู้รับบริการ : ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ประทับใจ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
- เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการทบทวนการทำงาน
- บูรณาการระบบงานต่าง ๆที่สอดคล้องกัน

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญและนำไปสู่การพัฒนางาน
- การได้รับรองในมาตรฐานต่าง ๆ
- การจัดการข้อร้องเรียนและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (จากตู้รับความคิดเห็น)
- การมีผลงานการพัฒนาคุณภาพทุกปี อย่างต่อเนื่อง

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

- พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน เจ้าพนักงานธุรการ ๑ คน
- เครื่องคอมพิวเตอร์ ๒ เครื่อง , เครื่องปริ้นเตอร์ ๒ เครื่อง

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ผ่านการรับรองใน มาตรฐานที่เข้าสู่กระบวนการ (ตามระยะเวลาที่กำหนด)
๒. การพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	มีผลงานงานวิชาการ/ผลงานพัฒนาคุณภาพ	- หน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยหน่วยงานละ 1 เรื่อง/ปี
๓. การดำเนินงานตามระบบการรับคำร้องเรียน	ดำเนินการได้อย่างครบถ้วนเหมาะสม	คำร้องเรียนได้รับการตอบสนองมากกว่า ๘๐ %
๔.การตรวจเยี่ยมสำรวจภายใน/การตามรอยของทีมที่เกี่ยวข้อง	- ทุกหน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจภายใน/การตามรอยของทีมที่เกี่ยวข้อง - ทุกหน่วยงานมีปรับปรุง/พัฒนางานให้มีมาตรฐานมากขึ้น - ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานในการตรวจเยี่ยม	- หน่วยงานได้รับการตรวจเยี่ยมสำรวจภายใน/การตามรอยของทีมที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยร้อยละ 60 ของหน่วยงาน
๕.การประเมินโรงพยาบาลจากหน่วยงานภายนอก	- โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก - มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เป็นที่ยอมรับจากองค์กรภายนอก	- โรงพยาบาลได้รับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจากหน่วยงานภายนอก และผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔
๑. ผ่านการรับรองในมาตรฐานที่เข้าสู่กระบวนการ	ผ่าน	ผ่าน HA	-	-	เข้าสู่กระบวนการรับรอง	ผ่านการรับรอง Reacc-2
๒. หน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่อง/ปี (CQI + นวัตกรรม)	๒๒ เรื่อง/ปี	๑๑๑ เรื่อง	๑๑๑ เรื่อง	๑๐๙ เรื่อง	๑๑๑ เรื่อง	๑๑๑ เรื่อง
๓. มีผลงานส่งเข้าร่วมประกวดในเวทีระดับจังหวัด	๑ เรื่อง/ปี	๖ เรื่อง	๕ เรื่อง	๑ เรื่อง	ร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ๑เรื่อง	0
๔. คำร้องเรียนได้รับการตอบสนองมากกว่า ๘๐ % (จากตู้รับความคิดเห็น)	๘๕ %	NA	๙๐ ๑๐/๑๑	๑๐๐ ๙/๙	๑๐๐ ๑๘/๑๘	๑๐๐ ๙/๙
๕. ประชุมคณะกรรมการ FA เพื่อติดตามงาน อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง /ปี	๘๐ %	๑๐๐ ๑๒/๑๒	๑๐๐ ๑๒/๑๒	๙๑.๖ ๑๑/๑๒	๑๐๐ ๑๒/๑๒	๑๐๐ ๑๒/๑๒
๖. หน่วยงานได้รับการเยี่ยมสำรวจภายใน/ การตามรอยของทีมที่เกี่ยวข้อง	๖๐ % ของหน่วยงาน	NA	NA	NA	NA	NA
๖. สำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ๔ ครั้ง / ปี	๔ ครั้ง ๘๕ %	๔ ครั้ง ๘๗.๗	๔ ครั้ง ๘๗.๗	๔ ครั้ง ๘๘.๒	๔ ครั้ง ๘๘.๔	๔ ครั้ง ๘๙.

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- บูรณาการกระบวนการพัฒนาคุณภาพเชื่อมโยงกับมาตรฐานสำคัญ
- บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพกับการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้มีทีมตรวจติดตามภายในโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย /งาน เข้าอบรมหลักสูตร HA ๔๐๑ การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายในทั้งหมด ๑๒ คน
- จัดอบรมมาตรฐานใหม่และการเขียนแบบประเมินตนเอง SAR เพื่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานฉบับใหม่ และ ส่งเอกสารให้ สรพ. เพื่อรับการรับรอง Re Accreditation ครั้งที่ ๒

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- เชื่อมโยงระบบงานสำคัญกับระบบงานที่เกี่ยวข้องโดยสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
- การจัดทีม IS และแผนการตรวจติดตามภายใน รวมทั้งการตามรอยเหตุการณ์สำคัญ/ตามรอยโรค

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- สร้างการเรียนรู้โดยใช้มาตรฐานเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบการทบทวนตัวชี้วัด ตามมิติคุณภาพเน้นการปรับปรุงเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน

Service Profile

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางแพ

1. บริบท (Context)

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการแก่ผู้รับบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้ได้รับบริการที่รวดเร็วทันเหตุการณ์ ปลอดภัย มีมาตรฐานและคุณภาพ ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และ พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

1.2 ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย ประเมินอาการ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องทันท่วงที ไม่เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยที่อาจคุกคามต่อชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ(EMS) และภายในโรงพยาบาล มีการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลือจนพ้นระยะวิกฤตโดยมีขอบเขตการให้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์เวรซึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง รวมทั้ง

- งานตรวจรักษานอกเวลาราชการ
- งานห้องคลอดในและนอกเวลา
- งานให้บริการทางด้านหัตถการต่าง ๆ
- งานรับอุบัติภัยหมู่
- งานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานบริการผู้ป่วยคดี
- งานจ่ายยานอกเวลาราชการ
- งานเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ
- งานวิชาการวิทยากรนอกหน่วยงาน
- งาน OSCC

1.3 ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับบริการ
ผู้รับบริการ	- ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ จนหายกลับบ้านได้หรือดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย - ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็น การปฏิบัติตัว รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างถูกต้อง เข้าใจ ครอบคลุมและต่อเนื่อง - ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด พูดจาไพเราะ มีพฤติกรรมบริการที่ดี บริการดุจญาติมิตร ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน
ญาติ	- ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ - ต้องการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตลอดจนการรักษาที่ได้รับเป็นระยะ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับบริการ
ญาติ(ต่อ)	-ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องต้องการได้เข้าเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด - ได้รับบริการที่ดีท่าทีเป็นมิตรเมื่อติดต่อประสานงานในเรื่องต่างๆหรือขอข้อมูลใด ๆ
ผู้มาติดต่อราชการ	- เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความรวดเร็ว เป็นมิตร ได้รับความร่วมมือและประสานงานกันเป็นอย่างดี
รพ.สต.	- ต้องการได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ รพ.สต.

1.4 ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
แพทย์	- ต้องการให้ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ถูกต้อง รวดเร็วรวมทั้งรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีเมื่อพบความผิดปกติ / เกินขีดความสามารถของพยาบาล - ต้องการให้ช่วยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน / หัตถการต่างๆอย่างถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย - ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
Lab	- ต้องการให้เก็บสิ่งส่งตรวจรวมทั้งนำส่งห้อง Lab อย่างถูกวิธีและส่งตามระยะเวลาที่กำหนด - ต้องการให้เขียนป้ายชื่อ / Specimen ติดสิ่งส่งตรวจ และเขียนใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและ Key computer ส่งทุกครั้ง - ต้องการได้รับการช่วยเหลือในการเจาะเลือดผู้ป่วยที่หาเส้นเลือดยาก
งานหลักประกันสุขภาพ	- ต้องการให้แจ้ง / ส่งผู้ป่วย / ญาติ มาพบงานประกันสุขภาพในกรณีบัตรทองหมดอายุ ประกันสังคมนอกเขต ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถ บัตรทองข้ามเขต หรือไม่มีสิทธิบัตรใดๆ - ต้องการให้ลงรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้ถูกต้องครบถ้วน - ต้องการให้ช่วยตรวจสอบสิทธิและเก็บหลักฐานเบื้องต้นของผู้ป่วยสิทธิต่างๆที่มารักษานอกเวลาราชการ

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล (ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
ห้องยา	- เขียนรายการยา/เวชภัณฑ์/หัตถการในใบสั่งยาที่ถูกต้องครบถ้วน อ่านง่าย

	- ต้องการให้เบิก / รับ ยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามวันเวลาที่กำหนด - ต้องการให้ช่วยตรวจสอบยาหมดอายุ - ต้องการให้ลงหัตถการต่างๆที่ทำกับผู้ป่วยให้ถูกต้องและครบถ้วนทุกเวร
แผนกผู้ป่วยนอก	- การประสานงานที่ดี ถูกต้องตามข้อตกลงกรณีส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD แล้วเกิดอาการเปลี่ยนแปลง ต้องย้ายมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
ผู้ป่วยใน	- กรณีส่ง Case Admit ให้โทรแจ้งรายละเอียดให้ชัดเจน ถูกต้อง และเตรียมผู้ป่วย เอกสาร เวชภัณฑ์ให้พร้อม - กรณีทำTreatment ต่างๆให้ลงเวลากำกับ ทุกครั้ง รวมทั้งรายละเอียดในการหัตถการนั้นๆ - กรณีผู้ป่วยหนัก / กึ่งหนักต้องมีพยาบาลติดตามดูแลผู้ป่วยรวมทั้งส่ง Case ให้ถูกต้อง ครบถ้วน - ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากร
เวรเปล	- แจ้งข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนก่อนให้เคลื่อนย้าย - เตรียมผู้ป่วย เอกสาร เวชภัณฑ์ต่างๆให้พร้อมก่อนเรียกเวรเปลในกรณี Case Admitted
เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	- ช่วยลงรายละเอียดการมารับวัคซีนในใบซักประวัติพิษสุนัขบ้าให้ครบ - เมื่อมีโรคติดต่อตามแบบรายงาน 506 ให้รายงานทุกCase อย่างถูกต้อง รวดเร็ว -ได้รับความร่วมมือในการส่งต่อคนไข้ และการเรียกใช้บริการ 1669 / EMS
supply	- ต้องการให้แยกผาเปื้อนให้ถูกต้อง - ต้องการให้ตรวจสอบว่าไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องต่างๆปนไปกับผ้าที่ส่งซัก - ผ้าที่ส่งซักขณะขนส่งใส่ในอุปกรณ์ที่มีฝาปิดมิดชิด - ทำความสะอาดเครื่องมือให้เรียบร้อยก่อนส่ง - เมื่อนำส่งกลับแผนกมีเจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องตามจำนวนส่ง -ต้องการให้แยกใบมีด ของมีคม ก่อนส่ง supply
งานพัสดุ	- ให้ส่งใบเบิกและเบิกของตามวันเวลาที่กำหนด - การเบิกของที่ไม่มีในStock หรือไม่มีในพื้นที่ให้รอก่อนเพื่อจะได้จัดซื้อมาให้ภายหลัง

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล (ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการของผู้ร่วมงาน
X-Rays	- โทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ X-rays ทุกครั้ง ก่อนส่งผู้ป่วย - Key ส่งรายการ X-rayทุกครั้ง พร้อม แนบ OPD Card ให้เจ้าหน้าที่รังสี - ทำความสะอาดบาดแผล/ ห้ามเลือดก่อนส่ง X-Rays - กรณีผู้ป่วยอาการหนักควรมีพยาบาลตามขณะ X-Rays
ยานพาหนะ	-มีใบใช้รถทุกครั้ง -ต้องการให้เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะเรียกพนักงานขับรถ (กรณี Refer)
ฝ่ายทันตกรรม	- ประสานงานร่วมกันในกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยทางทันตกรรม - เมื่อผู้ป่วยความดันสูงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ทันตกรรมประสานงานกับ ER ได้ทุกครั้ง - ทบทนการCPR และ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยปีละ 1 ครั้ง
งาน IC	- ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดยเน้นหลัก UP - ICWN รายงาน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ทุกครั้ง - ต้องการให้แยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อให้ถูกต้อง ล้างมือให้ถูกวิธี

จำนวน(ราย) / รายละเอียด	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนผู้ป่วย (รวม)	35,727	36,626	36,702	36,791	36,268	36,264	30,158	23,025
ลักษณะผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitate	88	104	119	90	114	94	105	91
Emergency	105	49	54	62	56	54	117	211
Urgency	1,838	816	656	858	812	1,181	1,529	1,648
Less urgency	7,094	9.419	10,120	9495	9,897	9,992	6,244	5,192
Non-urgency	26,147	26,168	25,750	26,286	25,389	24,493	22,163	15,883

จำนวน (ราย / รายละเอียด	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2,564
สำคัญของการบันทึกหัตถการ								
Admitted	1,175	1,633	1,614	1,190	1,728	1,883	1,480	1,447
Refer (เฉพาะใส่ ET,Emergent,กลุ่มสนใจ)	593	487	447	489	544	238	222	416
Deadก่อนมา รพ.	5	23	14	5	10	18	22	14
Dead ที่ รพ.	5	7	4	4	11	12	10	9
หัตถการที่สำคัญ								
CPR	11	17	24	12	13	21	29	19
Suture	786	827	802	834	855	793	632	524
Dressing	13,744	14,874	14,884	15,487	15,956	14384	11,200	7,597
NB(พ่นยา)	1,576	1,558	2,071	1,664	2,014	1756	1,432	824
ICD	5	4	8	1	5	7	5	1
ช่วยแพทย์เจาะท้อง	2	2	5	5	5	29	22	14
EKG	387	587	548	723	944	991	803	744
Intubation	82	98	119	71	114	93	105	91
ฉีด PCEC.	1,486	1,379	1,495	1,643	2,555	2058	2,465	1,590
อุบัติเหตุหมู่ (ครั้ง/ราย)	1	1	1	1	2	0	1	-
ออกรับEMS	373	326	356	464	440	448	450	269

มาณงาน

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ อย่างรวดเร็ว เพื่อรักษาชีวิตและ ป้องกันความพิการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และทักษะที่ดีในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ต้องรายงานแพทย์เวรทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ต้องรายงาน ส่วนปริมาณงานของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมามีดังนี้

5 อันดับโรคที่ส่งรักษาต่อ

ลำดับที่	ปีงบประมาณ							
	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1	กลุ่มกระดูกหัก 82	Stroke 81	Stroke 78	Fracture 99	Stroke 73	Fracture79	ศัลยกรรม 88	ศัลยกรรม 153
2	Stroke 48	กลุ่มกระดูกหัก	กลุ่มกระดูกหัก	Stroke 64	ACS 42	Stroke60	Stroke 87	Stroke 81

		78	74					
3	NSTEMI 21	Appendicitis 33	HI 28	HI 49	Appendicitis20	HI 45	ACS 53	ACS 31
4	HI 17	HI 26	ACS 19	ACS 44	Fracture18	ACS44	Appendicitis 17	Severe HI 24
5	STEMI 4	ACS 21	Appendicitis 17	Appendicitis 22	HI 16	Appendicitis23	Severe HI 8	Appendicitis 15

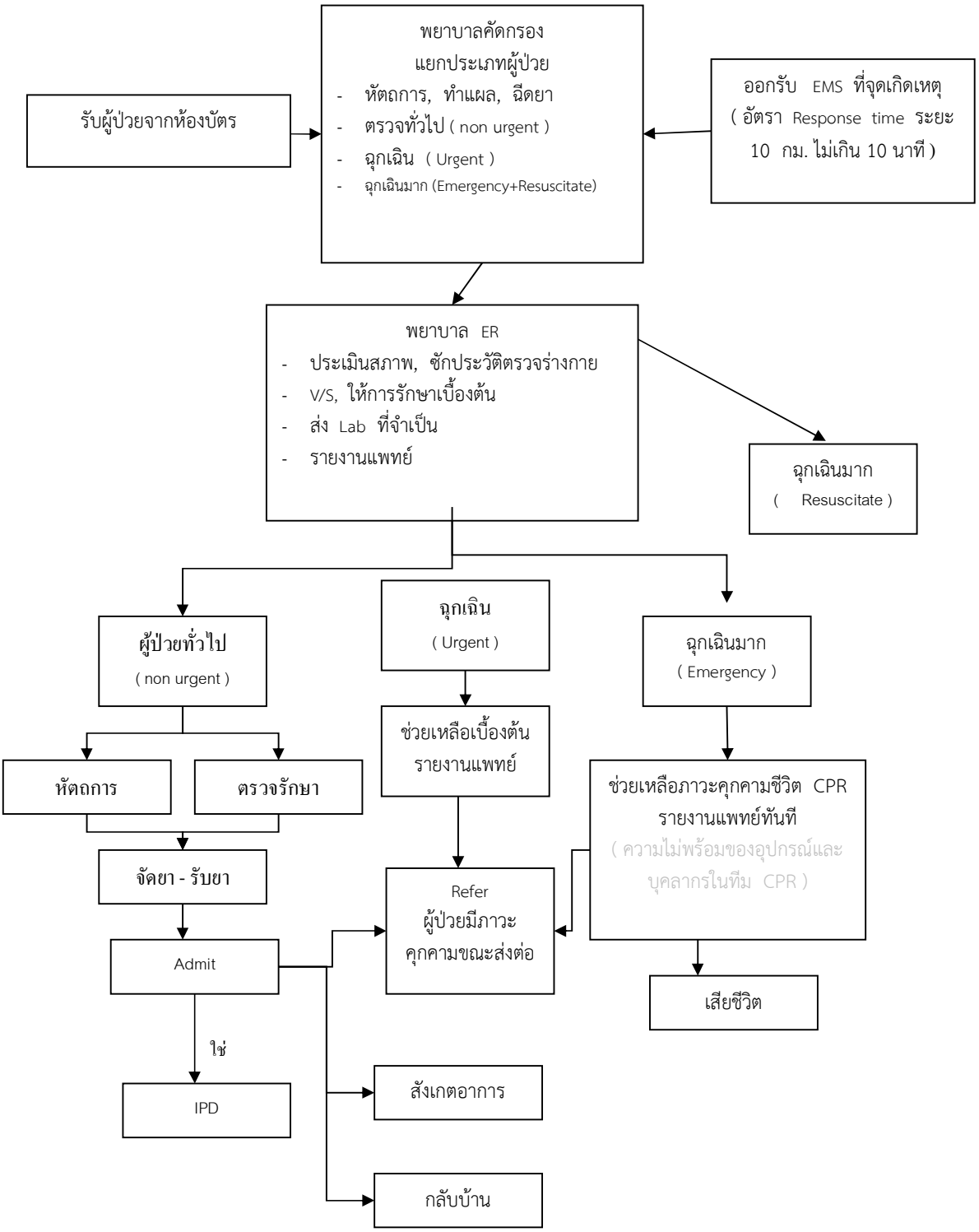
5 อันดับโรคที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

	ปีงบประมาณ							
ลำดับที่	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1	Cardiac arrest 1 ราย	Cardiac arrest 4 ราย	Cardiac arrest 4 ราย	Cardiac arrest 1 ราย	Cardiac arrest 8 ราย	Acute MI 1 STEMI 1	R/O MI 3	Cardiac arrest 3
2	-	MI 1 ราย	Sepsis 1 ราย	Acute MI 1 ราย		Pneumonia1	อุบัติเหตุจราจร 1	CHF 2
3	-	CA Breast 1 ราย	อุบัติเหตุจราจร 1 (Severe HI)	Respiratory Failure 1 ราย	(Severe HI) 1	Sepsis 1	Sepsis 1	ACS 2
4	-	ตายไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย	MI (1)	CA thyroid 1 ราย	UA 1	Severe HI 1	CHF 1	จราจร 1
5	-		-		BRAIN TUMOR1	CA 1	UGIB 1	UGIB 1

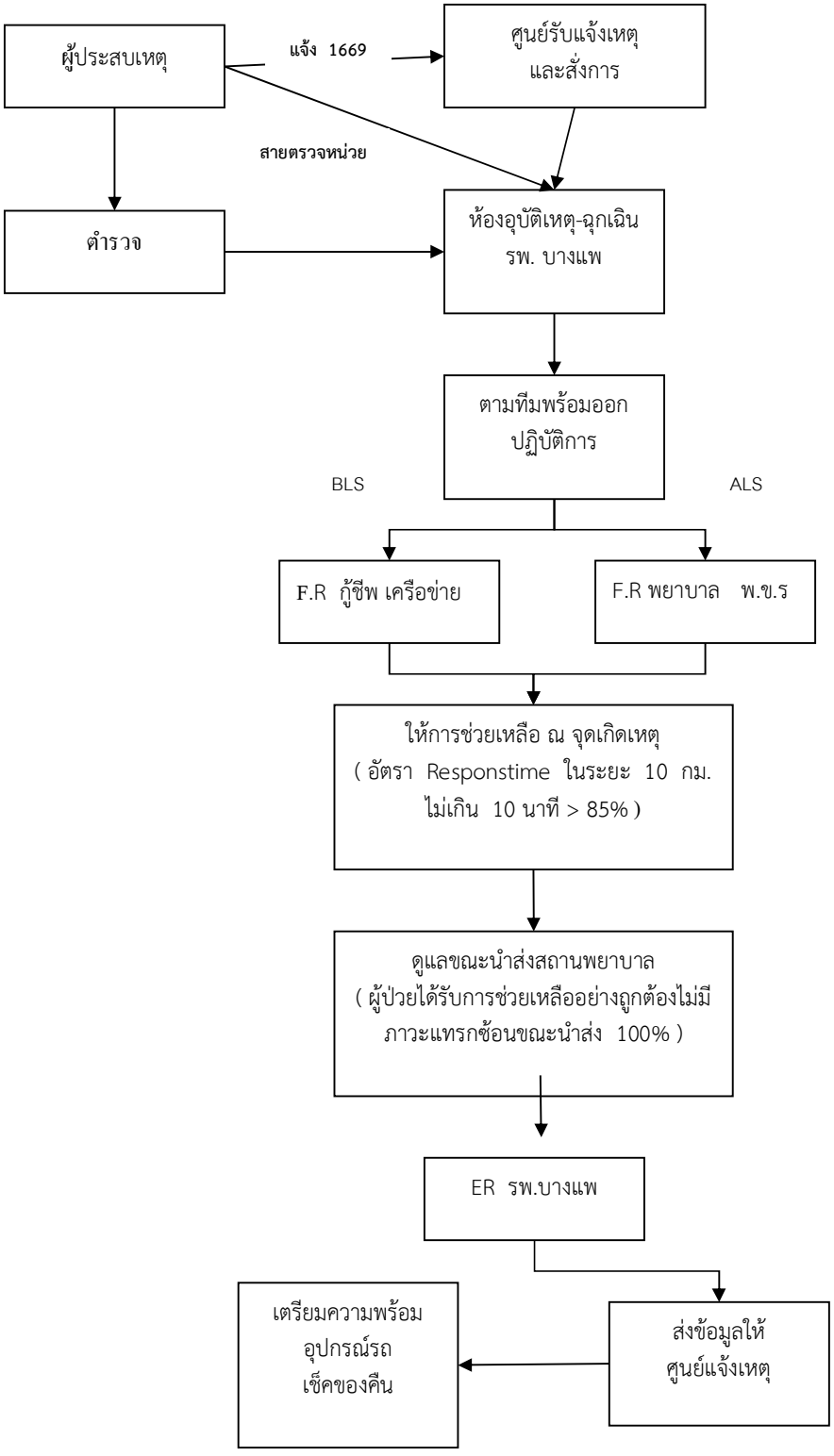
2. กระบวนการสำคัญ(Key Process)กระบวนการสำคัญ (Key processes)	สิ่งที่คาดหวังจากการกระบวนการ (ความต้องการลูกค้า/มาตรฐานวิชาชีพ/ นโยบาย)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indication)
1.การเตรียมความพร้อม 1.1บุคลากร 1.2อุปกรณ์ เครื่องมือ 1.3สถานที่ 1.4ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	1.บุคคลกรมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ 2.ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ 4.ความรวดเร็วในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน	-บุคลากรได้รับการอบรมทักษะความรู้อย่างน้อยปีละ1ครั้ง/คน -ความไม่พร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ฉุกเฉิน 0 % -on set time < 2 นาที
2.การรับผู้ป่วย - การประเมินสภาพการซักประวัติและจำแนกผู้ป่วย - การช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน - การรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	1.ประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว 2.ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทั้งในและนอก โรงพยาบาล	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน -ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที -ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภทถูกต้อง -ผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่มีการเฝ้าระวังอาการได้รับการเฝ้าระวังดูแลตามมาตรฐาน -Response time ≤ 10 นาที
3.การดูแลรักษาพยาบาล - การช่วยชีวิตฉุกเฉิน - การประเมินปัญหาซ้ำ - การบรรเทาอาการรบกวน - การทำหัตถการและการส่ง Investigate - การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	- ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและการบรรเทาอาการรบกวน - เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด พูดจาไพเราะมีพฤติกรรมบริการที่ดี	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน -ผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่มีข้อบ่งชี้และต้องเฝ้าระวังได้รับการดูแลเฝ้าระวังตามมาตรฐาน - อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงและผู้ป่วยมีอาการแย่ลงต้องส่งต่อหรือเสียชีวิต -อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้ยา -อัตราข้อผิดพลาดจากการทำ CPR -อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ -ข้อร้องเรียน

กระบวนการสำคัญ (Key processes)	สิ่งที่คาดหวังจากการกระบวนการ (ความต้องการลูกค้า/มาตรฐานวิชาชีพ/นโยบาย)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indication)
4.การจำหน่าย - การเตรียมAdmit - การ refer - การจำหน่ายกลับบ้าน - การนัดติดตาม - การดูแลผู้เสียชีวิต (ครอบครัว)	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาอย่างเหมาะสม	- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ -อัตราข้อผิดพลาดที่พบจากการส่งต่อ -อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน
5.กิจกรรมคู่ขนาน - การบันทึกทางการพยาบาล - การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย - การให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง	1.บันทึกเวชระเบียนถูกต้องครบถ้วน 2. บันทึกข้อมูลการออกปฏิบัติการ EMSครบถ้วน 3.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็น การปฏิบัติตัว อย่างถูกต้อง เข้าใจ ครอบคลุมและต่อเนื่อง	- จำนวนข้อร้องเรียน -อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการทำงานในห้องฉุกเฉิน



กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย ณ. จุดเกิดเหตุ



เป้าหมาย (goal) เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1.	ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลด้วยทีมที่มีความรู้ และทักษะภายใน 4 นาที	100 %	100% (76/76)	100% (98/98)	98.9% (118/119)	100% (85/85)	100% 100/100	100% 93/93	100% 105/105	100% 91/91
2.	ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วยทีมและอุปกรณ์ที่มีความพร้อม	100 %	96% (74/76)	97.9% (96/98)	97.4% (116/119)	98.8% (84/85)	100% 100/100	100% 93/93	100% 105/105	100% 91/91
3.	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง (ราย) ลดลง 3 %	< 35	37	17	2	5	0	1	5	3
4.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ได้ทำ EKG ภายใน 10 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	≥ 80 %	93.1% (27/29)	84.7% (30/32)	100% (22/22)	85.7% (36/42)	100% 47/47	100% 44/44	100 % 53/53	100 % 31/31
5.	จำนวนผู้ป่วย ACS ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที ยกเว้นผู้ป่วยได้ SK (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	≥ 80 %	89.6% (26/29)	70% (22/32)	81.2% (18/22)	61.5% (24/39)	78.9% (30/37)	100% (44/44(	90.1% (46/51)	88% 20/28

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
6.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ผล EKG เป็น ST Elevate ได้รับการส่งต่อและทำการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ -PCI -Thrombolytic		4 4 -	7 5 (ผู้ป่วยไม่ยินยอม 2 ราย) -	4 2 2	3 3 3	9 5 4	11 6 3	5 3 2	8 2 6
7.	Door to needle time ภายใน 30 นาที	> 80%	NA ไม่มีการให้ SK ในร.พ.	NA ไม่มีการให้ SK ในร.พ.	0 % (61น,97น.)	0% (0/3)	75% (3/4)	100% (3,3)	100% (2/2)	100% (6/6)
8.	Door to Departure (Refer) ภายใน 30 นาที หลังได้ SK	> 80%	NA	NA	100% (2,2)	66.67% (2/3)	100% 4/4	100% 3/3	100% (2/2)	100% (6/6)
9.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ *เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล* DBA		1	2	2	1	0	1	2	0
10.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ *เสียชีวิตด้วยที่รพ.บางแพ* (ER)		1	0	1	0	0	0	1	1

11.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่เสียชีวิตขณะส่งต่อและหลังส่งต่อ 24 ชม.แรก(ราย)		NA	2	2	2	0	0/2	0	0

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
12.	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ระหว่างส่งต่อ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13.	จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด (ราย)		57	87	74	51+13	83	60	77	81
14.	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในผู้ป่วย Acute Stroke - ไม่ได้ทำ EKG - ไม่ได้ทำ DTX - NSS - Oxygen	100%	NA	97.7% (85/87)	100% (74/74)	100% (64/64)	1000% 83/83	1000% 60/60	100% 77/77	100% 81/81
15.	ผู้ป่วยกลุ่มAcute Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	≥90%	87.8% (50/57)	97.7% (85/87)	100% (74/74)	100% (64/64)	1000% 83/83	98.8% 59/60	100% 77/77	81.48% 66/81
16.	จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ (ราย)		7	5	12	11	8	5	9	9

17.	จำนวนผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตหลังส่งต่อ 48 ชม . (ราย)		NA	2	7	6	4	0	0	0
18.	จำนวนผู้ป่วย Acute Stroke ส่งต่อที่ได้รับยา Thrombolytic (ราย)		NA	3	2	2	0	0	2	1

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
19.	จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Severe Head Injury ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วย Severe Head Injury ทั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อ)	>90%	88.2% (15/17)	93.3% (28/30)	100% (28/28)	65% (13/20)	100 22/22	100% 9/9	100% 17/17	100% 24/24
20.	จำนวนผู้ป่วย Severe Head Injury ที่เสียชีวิตหลังส่งต่อ 24 ชม. (จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต/ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)		NA	2	2	1	3	3	1	0
21.	จำนวนผู้ป่วย Head		1	1	0	1	0	0	0	0

	Injury Re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม. และได้รับการส่งต่อ (ราย)									
22.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Multiple trauma หลังส่งต่อ 24 ชั่วโมง		NA	1	0	0	0	0	0	0
23.	จำนวนผู้ป่วย COPD/Asthma ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ ER (จำนวนผู้ป่วยCOPD/ จำนวนผู้ป่วยAsthma)		NA	5/1	4/1	5/0	0	0	5/0	3/0

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
24.	อุบัติการณ์ระดับ E ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ	100%	100%	100%	100%	100%	100	100	100	100
25.	จำนวนเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน	0%	0	0	3	2	1	1	0	0
26.	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจร (ราย)		19	12	14	5	18	19	10	10
27.	จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุหมู่(5 รายขึ้นไป)		1	1	1	1	2	0	1	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

การทบทวน 12 กิจกรรม

กิจกรรมทบทวน	วิธีการทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
1. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย	- ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER ,ผู้ป่วย Revisit ที่มีอาการแย่ลงต้องได้รับการส่งต่อ หรือเสียชีวิต ร่วมกับแพทย์ จัดทำแนวทางในการประเมินอาการ และการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคสำคัญเช่น Acute MI ,Stroke, HI , Sepsis เป็นต้น
2. การทบทวนความคิดเห็น/ ข้อร้องเรียน	- รวบรวมข้อร้องเรียนจากทีมRMแยกเป็นเรื่องพฤติกรรมบริการ และระบบบริการ พฤติกรรมบริการนำมาชี้แจงในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือน - ระบบบริการเรื่องรอนาน จัดทำขั้นตอนลำดับการเข้ารับบริการตามกลุ่มอาการ และจัดป้ายแขวนหน้าห้องกรณีมีผู้ป่วยหนัก และให้บริการได้ทันทีที่มีรายชื่อปรากฏในคอมพิวเตอร์
3. การทบทวนการส่งต่อ และ ขอย้าย	- ทบทวนข้อผิดพลาดที่เกิดจากการส่งต่อ ทุก เดือน โดย รวบรวมจากตัวชี้วัดในแต่ละเวร , รวบรวมจากพยาบาลที่ไป Refer หรือจากการแจ้งของโรงพยาบาลปลายทางที่ประสานกับหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยตรง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข มีการรวบรวมข้อมูล 5 อันดับโรคที่ส่งต่อ,ผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะส่งต่อ, ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีการวินิจฉัยผิดพลาด นำเสนอข้อมูลแก่ทีม PCTและองค์กรแพทย์
4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	- โรงพยาบาลบางแพ มีการตรวจรักษาโดยแพทย์ตรวจทุกเคส

กิจกรรมทบทวน	วิธีการทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
5. การทบทวนป้องกันความเสี่ยง	- ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องความเสี่ยง - ค้นหาความเสี่ยงจากการทำ AAR วิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน การติดตามในเวชระเบียน หาแนวทางแก้ไขและมีการประเมินผลการปฏิบัติหลังแก้ไขทุกราย - จัดทำบัญชีความเสี่ยงสำคัญที่เกิดขึ้นในห้องฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังส่งต่อ 24 ชม. โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็น Incharge ทำ RCA ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในเวร โดยมีหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมทำ RCA - ความเสี่ยงที่เกิดบ่อยในห้องฉุกเฉิน ถือเป็นความเสี่ยงสำคัญ ต้องได้รับการแก้ไขจากหัวหน้างาน และต้องได้รับการแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ - ลงความเสี่ยงในโปรแกรม Risk management
6. การทบทวนการป้องกันการติดเชื้อ	- มีการเก็บอัตราการติดเชื้อของแผลผู้ป่วยที่ Suture พบว่ามีอัตราการเกิดแผลแยก สาเหตุเนื่องจาก ไม่ได้มาล้างแผล , ล้างแผลเอง ,แผลเปียกน้ำ - การปรับปรุงได้จัดทำใบนัดคำแนะนำให้กับผู้ป่วย/ญาติที่เย็บแผลให้มีขนาดใหญ่กว่าเดิมและมีรายละเอียดการดูแลบาดแผลให้ครบถ้วนมากขึ้น เน้นการให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสซักถาม
7. การทบทวนการให้ยา	- ทบทวนทุกครั้งเมื่อมีอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาด ได้ดำเนินการเน้นย้ำในกระบวนการและสร้างความตระหนักในเรื่อง7R กับเจ้าหน้าที่ - มีการประสานงานกับฝ่ายเภสัชในเรื่องการติดตามดูแลเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา High Alert Drugs มีการAudit การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ที่ได้รับยา High Alert Drugs ผลการAudit ชี้แจงในที่ประชุมประจำเดือน - เมื่อมียาตัวใหม่ๆเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล เภสัชกรเป็นผู้แนะนำวิธีการใช้ยา ฤทธิ์ของยาและอาการข้างเคียงแก่เจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน

กิจกรรมทบทวน	วิธีการทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
8.ทบทวนจากเหตุการณ์สำคัญ	- ทบทวนทุกครั้งเมื่อมีปัญหาที่รุนแรง เช่น มีการร้องเรียน - ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ER - ทบทวนปัญหาในการออกปฏิบัติงานEMSไม่ได้และออกเหตุได้ช้า
9.การทบทวนเวชระเบียน	- การพัฒนาระบบบันทึกของผู้ป่วยตรวจโรคและอุบัติเหตุ - มีการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ ACS,Stroke,Hypo,Hyperglycemia ,HI , COPD ,Asthma และผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย /ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งพบว่าบุคลากรในหน่วยงานยังบันทึกไม่ ครบถ้วน จัดประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจในประเด็นสำคัญของโรค - การทบทวนเวชระเบียนเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลพบปัญหาวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย
10.ทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	ทบทวนการทำ CPG ในโรคที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกับแพทย์เช่น MI ,Stroke, DM, HI, Asthma, COPD มีการAudit Case MI ,DM,Asthma และcase dead ทุกราย ที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติไว้แล้วว่าได้ทำตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้หรือไม่และแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือนทบทวนหาสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามCPG
11.ทบทวนการใช้ทรัพยากร	- ทบทวนเรื่องการบริหารการใช้ Rabie Vaccine เนื่องจากมีการใช้สูง จึง ทบทวนเรื่องการให้วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า กำหนดแนวทางการฉีด ให้เป็นฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อเป็นการประหยัดทรัพยากร

12.ทบทวนติดตามเครื่องชี้วัด	- มีการติดตามเครื่องชี้วัดระดับหน่วยงาน และมีการทบทวนตัวชี้วัด ให้เหมาะสม - การติดตามทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยงาน และขณะส่งต่อ - การทบทวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินล่าช้าเกิน4 นาที - การทบทวนผู้ป่วย Revisit แล้วมีอาการแย่ลงจนต้องส่งต่อหรือเสียชีวิต การทบทวนCase ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ AMI,Stroke ,DM,ผู้ป่วย CPR,case dead ทุกรายนำข้อมูลที่ได้ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

4.1 การพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว

Acute coronary syndrome เป็นโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดที่มีปัญหาและความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงทีจากทีมสุขภาพ จากสถิติพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในปี 2557 23 ราย, 2558 จำนวน 32 ราย ,2559 จำนวน18ราย 2560 จำนวน39ราย2561 จำนวน37ราย 2562 จำนวน 44 ราย และปี 2563 จำนวน 53 ราย เป็นชนิดที่มีภาวะ STEMI ในปี 2559 จำนวน 5 ราย 2560 จำนวน 6 ราย 2561 จำนวน 9 ราย 2562 จำนวน 11 ราย 2563 จำนวน 5 ราย

ล่าสุดใน 5 ปีหลังนี้ (2559-2563) เป็นโรคทางอายุรกรรมที่มีการส่งต่อติดอันดับ 1-3 มาตลอดได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและสาเหตุของความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นพบว่ามีปัญหาได้แก่

- การประเมินอาการของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เนื่องจากโรคมีความซับซ้อนมากขึ้นการประเมินไม่ครอบคลุม
- การวินิจฉัยได้ล่าช้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ตรงไปตรงมา
- ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
- การประสานงานเพื่อส่งต่อได้ล่าช้า เมื่อแพทย์เวร Consult ติดต่อไม่ได้
- การประสานงานส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิเบิกได้ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีรับผู้ป่วยยาก เนื่องจากเตียงเต็ม (ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ UC และประกันสังคม จะส่งต่อไปรพ.เอกชน คือ รพ.สนามจันทร์) ในปี2563 ระบบที่ส่งทำPCI สนามจันทร์จะถูกยกเลิก จากสปสช. ซึ่งจะเป็นความท้าทายในการส่งต่อผู้ป่วยทำPCIของโรงพยาบาล แต่ตลอดปี 2563 ผู้ป่วย STEMI 5 รายได้ SK ที่รพ.บางแพ 2 ราย อีก 3 ราย ได้รับการประสานงานเพื่อทำ PCI ที่โรงพยาบาลกรุงเทพสนามจันทร์ก่อนถูกยกเลิกจากสปสช.
- ผู้รับบริการขาดความรู้ในเรื่องของโรค รวมถึงขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง
- การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ยังไม่ได้ผลพบว่าในปี 2563 ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ 53 ราย มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 1 ราย โดยผู้ป่วยและญาติให้เหตุผลว่ามาเองสะดวกกว่า ไม่ต้องเสียเวลาในการตามรถกู้ชีพ

โรงพยาบาลบางแพ .ต้องมีการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น โดยมีกิจกรรมการพัฒนาดังนี้

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

- พัฒนาระบบ EMS ให้ช่องทางขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤต โดยการติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 032-381267 และสามารถ ใช้รถช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนได้จาก เทศบาล หรือ อบต.ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบได้

- ทีมนำทางคลินิก ร่วมกับ PCTนำทีมโดยองค์กรแพทย์ ได้จัดการทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังตามแบบ SIMPLE : ACS ให้กับ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ เจ้าหน้าที่จุดรับรองของโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ Screening สามารถจำแนกคัดกรองภาวะเร่งด่วนได้ ด้วยความรวดเร็ว

2. การประเมินผู้ป่วย
    - พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ACS)
    - พัฒนาอุปกรณ์ตรวจวินิจฉัย ให้ได้มาตรฐานเพียงพอพร้อมใช้ เพิ่ม EKG และ Trop –T ในหน่วยงาน
    - พัฒนาองค์ความรู้เรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่มีผลการตรวจไฟฟ้าคลื่นหัวใจ ST Elevate และผลการตรวจ cardiac enzyme (Trop-T Positive) โดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ความรู้เรื่องการบริหารยาละลายลิ่มเลือด เมื่อมีผู้ป่วย STEMI โดยให้มีการผสมยา SK ภายใต้ความควบคุมของเภสัชกร และได้มีการพัฒนานวัตกรรม STREPTOKINESS จำลอง
    - พัฒนาระบบการสื่อสาร ในรูปแบบการบันทึกและการรายงานด้วยวาจา ในการซักประวัติการตรวจร่างกาย การส่งผล EKG ปรึกษาแพทย์ทางไลน์กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสมาชิกกลุ่มมีทั้งแพทย์อายุรกรรมและพยาบาลจากโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี การส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ โดยใช้เป็นข้อมูลทางคลินิกร่วมกับผลการชันสูตร ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสรุปผลการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้การวินิจฉัยเป็นที่น่าเชื่อถือในเวลาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย
3. การวางแผนการดูแล
    - พัฒนาศักยภาพของทีมในการดูแลผู้ป่วย ACS ที่มีภาวะของ STEMI โดยให้สามารถให้ยา ละลายลิ่มเลือดได้ในเบื้องต้นก่อนส่งต่อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดหัวใจและความรู้เรื่องการบริหารยาละลายลิ่มเลือดแก่พยาบาลห้องฉุกเฉิน
    - เจ้าหน้าที่ทุกระดับผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ Advance CPR อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
    - พัฒนาระบบการจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาให้เพียงพอ พร้อมใช้ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะการใช้ยา และเวชภัณฑ์
    - ให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลโดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และทราบถึงสัญญาณอาการเตือน
    - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต หอบหืด จัดทำสัญลักษณ์ติดที่หน้า OPD Card เช่น จัดทำ Sticker รูปหัวใจ เพื่อให้ผู้เปิดดูประวัติผู้ป่วย เกิดความตระหนักในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- ติดตามอาการผู้ป่วยหลังส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลสนามจันทร์ โดยใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อซักถามอาการ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่
- ประสานส่งต่ออาการผู้ป่วยกลุ่ม ACS แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร
- พัฒนาทบทวนแผนการส่งต่อโดยเส้นทางพิเศษ (Fast Track) กรณีผู้ป่วยวิกฤต ระบบการประสานงานและการสื่อสารโรงพยาบาลที่ได้ทำข้อตกลงการส่งต่ออย่างเป็นระบบ การ ส่งต่อข้อมูลที่บันทึกครบถ้วนสมบูรณ์ รวมถึงต้องมีความพร้อม รถ refer และอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็นในรถพร้อมใช้งาน

ผลการประเมินตามตัวชี้วัด

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1.	ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลด้วยทีมที่มีความรู้ และทักษะภายใน 4 นาที	100 %	100% (76/76)	100% (98/98)	98.9% (118/119)	100% (85/85)	100% (100/100)	100% 93/93	100% 105/105	100% 91/91
2.	ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วยทีมและอุปกรณ์ที่มีความพร้อม	100 %	96% (74/76)	97.9% (96/98)	97.4% (116/119)	98.8% (84/85)	100% (100/100)	100% 93/93	100% 105/105	100% 91/91
3..	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง (ราย) ลดลง 3 %	< 35	37	17	2	5	0	1	0	3
4.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ได้ทำ EKG ภายใน 10 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	≥ 80 %	93.1% (27/29)	84.7% (30/32)	100% (22/22)	85.7% (36/42)	100% (47/47)	100% 44/44	100% 53/53	100% 31/31
5.	จำนวนผู้ป่วย ACS ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	≥ 80 %	89.6% (26/29)	70% (22/32)	81.2% (18/22)	61.5% (24/39)	78.9% (30/37)	100% 44/44	90.1% 46/51	76.9% 20/26

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ						
			2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
6..	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ผล EKG เป็น ST Elevate ได้รับการส่งต่อและทำการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ		7	4	8	9	11	5	8
	-PCI		5/7 (ผู้ป่วยไม่ยินยอม 2ราย)	2	3	5	6	3	2
	-Thrombolytic			2	3	4	3	2	6
7.	Door to needle time ภายใน 30 นาที	> 80%	NA	0	0	75% 60,5,9,17	100% 3/3	100% 2/2	100% 6/6
8.	Door to Departure (Refer) ภายใน 30 นาที หลังได้ SK	> 80%	NA	100% (3นาที,30นาที.)	66.67% (2/3)	100% 4/4	100% 3/3	100% 2/2	100% 6/6
9.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่*เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล* DBA		2	4	1	0	0	5	2
10.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่*เสียชีวิตด้วยที่รพ.บางแพ*(ER)		0	2	1	0	0/2	3	1
11.	จำนวนผู้ป่วย ACS ที่เสียชีวิตขณะส่งต่อและหลังส่งต่อ 24 ชม.แรก(ราย)		0/2	0/2	0/2	1/0	0/0	0/0	0/0
12.	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ระหว่างส่งต่อ	0	0	0	0	0	0	0	0

4. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จากการทบทวนระบบการส่งต่อ โรงพยาบาลพัฒนาแนวทางการส่งต่อ โดยเพิ่มศักยภาพทีมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ในทุกกลุ่มให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว มีระบบเครือข่ายconsult มีไลน์กรุปในการติดต่อประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลวินิจฉัยและส่งต่อไปโรงพยาบาลที่เหมาะสม อย่างรวดเร็วทันเวลา

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

***1.พัฒนาการดูแลผู้ป่วย* ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Covid- 19**

สภาพปัญหา จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของ Covid- 19งานอุบัติเหตและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าที่ให้บริการ24 ชั่วโมงและไม่มีโอกาสรู้หรือเลือกให้บริการผู้รับบริการได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการให้บริการดังนี้

1. กำหนด zone ให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทางเดินหายใจที่ไม่ฉุกเฉินใช้พื้นที่บริเวณ zone ARI
2. จัดทำห้อง Negative Pressure สำหรับให้บริการผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน ที่ต้องทำหัตถการ
3. จัดซื้อเครื่อง UV ไว้สำหรับอบฆ่าเชื้อหลังให้บริการผู้ป่วยที่มีผลเป็นบวก
4. จัดเตรียมชุดอุปกรณ์ป้องกันPPE ให้เพียงพอพร้อมใช้

ตัวชี้วัดที่สำคัญการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Covid- 19

1. **เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ Covid- 19 จากการปฏิบัติงาน เป็น 0**

2.<u>พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke ให้มีประสิทธิภาพ</u>

สภาพปัญหา จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ ER พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย Stroke เพิ่มมากขึ้นและมีการดูแลรักษาไม่เป็นแนวทางเดียวกันและไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติทางวิชาการทีมจึงได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke และพัฒนาร่วมกับองค์กรแพทย์ ดังนี้

1 จัดทำ แนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ที่เหมาะสมรวดเร็วและส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วย Stroke เพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมีการตรวจพบอาการได้รวดเร็วขึ้นจากญาติมีความรู้ การดูแลระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลครบถ้วน ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และได้รับการส่งต่อภายในเวลา 45 นาที ทุกราย

2. จัดทำแบบบันทึกแนวทางการประเมินและซักประวัติผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากร

3. ทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ตรวจวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

4. ประสานข้อมูลผู้ป่วย Stroke กับตึกผู้ป่วยใน และกายภาพ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างครบวงจร เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายอาหาร และการทำกายภาพบำบัด

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1.	จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด (ราย)	100 %	57	87	38	64	83	60	77	81
2.	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในผู้ป่วย Acute Stroke -EKG - DTX - 0.9% NSS 1000 ml.	100 %	NA	97.7% (85/87)	100% (74/74)	100% (64/64)	100 83/83	100 60/60	100 77/77	81.48 66/81

	- Oxygen Canula									
ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
3.	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย Stroke ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉิน		7	5	12	11	8	5	9	9
4.	ผู้ป่วยกลุ่ม Acute stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที (ราย)		100% (57/57)	100% (87/87)	100% (74/74)	88% (55/64)	100 83/83	98.8 59/60	100 22/22	81.48 66/81
5.	จำวนผู้ป่วยกลุ่ม Acute Stroke ส่งต่อที่ได้รับยา Thrombolytics (ราย)		NA	3	2	2	0	0	2	1

5. แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ Head Injury/ Blunt Injury ให้มีประสิทธิภาพ

สภาพปัญหา ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี Head Injury/ Blunt Injury มีสถิติการส่งต่ออยู่ใน 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลอีกทั้งยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยรุนแรงและเกิดภาวะวิกฤตมากที่สุด หากให้การดูแลไม่เหมาะสมอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วจึงได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Head Injury/ Blunt Injury และพัฒนาร่วมกับองค์กรแพทย์ ดังนี้

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีอาการ Head Injury/Blunt Injury
2. กำหนดระดับ GCS ผู้ป่วยที่ต้อง สังเกตอาการทางสมองที่โรงพยาบาล หรือต้องส่งต่อ รพศ.
3. พัฒนาบุคลากรในการประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินภาวะ shock การช่วยเหลือเบื้องต้นและ

การเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย โดยการจัดประชุมวิชาการเพิ่มองค์ความรู้ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

5. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามแนวทางที่กำหนดไว้

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ						
			2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
1.	จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Severe Head Injury ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที (จำนวนผู้ป่วยที่ทำได้ / จำนวนผู้ป่วย Severe Head Injury ทั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อ)	>90%	93.3 (28/30)	100% (28/28)	65% (13/20)	50% 11/22	100% 9/9	100% 17/17	100% 24/24
2.	จำนวนผู้ป่วย Severe Head Injury ที่เสียชีวิตหลังส่งต่อ 24 ชม. (จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)		2	2	1	3	3	0	0
3.	จำนวนผู้ป่วย Head Injury Re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม. และได้รับการส่งต่อ (ราย)		1	0	1	0	0	0	0

[Grab your reader's attention with a great quote from the document or use this space to emphasize a key point. To place this text box anywhere on the page, just drag it.]

Service Profile
ปี 2565

หน่วยงาน คลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาล บางแพ

1. บริบท (Context)

(ก.) หน้าที่และเป้าหมาย :ให้บริการการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปลอดภัยและมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

(ข.) ขอบเขตการให้บริการ: คลินิกเบาหวาน ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี และคลินิกโรคไตเรื้อรัง เวลา 08.00น. – 12.00 น.และให้บริการเกี่ยวกับ

1. ให้คำแนะนำและสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยคำนึงถึงหลักวิชาการทั้งรายเก่าและรายใหม่โรคเบาหวาน
2. คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานทุกคนตามตัวชี้วัด
3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่มานอนโรงพยาบาล
4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในรายที่มีความซับซ้อน คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4,5
5. ส่งข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หรือที่สมัครใจส่งไปรักษาต่อที่ รพ สต. ใกล้บ้าน
6. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยไตเรื้อรังให้เป็นปัจจุบัน
7. เตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและบันทึกข้อมูลสงทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้า
8. ส่งรายงานตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกเดือน

(ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน) :

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
แพทย์	- ทำบัตรถูกต้อง ถูกบัตร ถูกคน และได้รวดเร็ว - มีการประสานงานที่ดี - การเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์ - การจัดคิวผู้ป่วย,การอำนวยความสะดวกให้การตรวจดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วและมีคุณภาพ
งานห้องบัตร	-ลงวันนัดให้ถูกต้อง ตรงตามคลินิกเพื่อที่จะค้นบัตรให้ได้รวดเร็วและถูกต้อง - ลงทะเบียนตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้าให้เสร็จทันเวลา ที่ห้องบัตรจะลงทะเบียนส่งตรวจ - ส่งคืน เวชระเบียน เบาหวาน ครบ ทันตามกำหนด
ฝ่าย/หน่วยงาน	**ความต้องการของผู้รับผลงาน**
ฝ่ายทันตกรรม	- ให้ส่งผู้ป่วยที่ต้องการตรวจรักษาฟันไปที่คลินิกทันตกรรมได้อย่างถูกต้องและถูกคน - ให้บัตรผู้ป่วยและแนะนำผู้รับบริการยื่นบัตรคิวที่ห้องฟันทันทีที่ไปถึงห้องฟัน -ให้คืนบัตรประจำตัวผู้รับบริการและสิทธิบัตรให้ผู้รับบริการคืนทุกครั้งหลังการยื่น

	ทำบัตร/ ไปรับบริการจุดอื่นๆ
ฝ่ายเภสัชกรรม	- ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารต่างๆก่อนส่งผู้ป่วยไปรับยาเช่น บัตรคิวรับยา ถูกคน ถูกต้อง
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-กรณีผู้รับบริการ มีปัญหาและมีความเสี่ยงสูง ให้ประสานพร้อมรายงานอาการผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย สัญญาณชีพที่เป็นปัจจุบันก่อนนำส่ง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินทันที
งานชันสูตรโรค	-การบันทึกข้อมูลการสั่ง Lab ล่วงหน้าทุกครั้งและถูกต้องตรงกับรายการสั่ง Lab ใน Computer - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเบื้องต้นก่อนไปรับการตรวจที่ห้องชันสูตร

<u>ความต้องการของลูกค้าภายนอก</u>

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- ได้รับการติดต่อประสานงานที่ดีทั้งในด้านข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - มีการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน - มีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ - มีการสนับสนุนด้านความรู้/วัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์
3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- การประสานงานที่ดีมีประสิทธิภาพ - ส่งข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา - ทำโครงการตามปัญหาในเขตพื้นที่หรือตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน : ให้บริการการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปลอดภัยและมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา :

ความท้ายทาย

1.การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินในขณะรอตรวจ

2.การกำหนดจำนวนผู้ป่วยให้รับบริการตามเกณฑ์ที่แพทย์ให้การดูแลรักษาได้ จำนวน 60 คน/วัน

3..ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมโดยทีมสหวิชาชีพ

ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินในขณะรอตรวจ	- ประเมินอาการและความรุนแรงของความเสี่ยง - จัดลำดับความรุนแรงในการเข้าตรวจกับแพทย์ - การช่วยเหลือขณะตรวจ - การส่งตรวจต่อยังห้องต่างๆ - การส่งปรึกษา	-อุบัติการณ์การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน -จำนวนผู้ป่วยทีเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นขณะรอตรวจ -ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องการจัดลำดับคิว
-จำนวนผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากทำให้ไม่ได้รับการตรวจและการดูแลให้การรักษาตามระบบบริการที่เกณฑ์คุณภาพกำหนด	-การจัดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องและเหมาะสม	-อัตราการกลับมาAdmittedภายใน 28 วัน -อัตราการRe-Admittedด้วยภาวะ Hypo-hyperglycemia - ไม่เกิดข้อร้องเรียน
- ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	-การจัดแนวทางปฏิบัติในระบบส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพ	-ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่สถานบริการใกล้บ้านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จุดเน้นในการพัฒนา

1.พัฒนาระบบการให้บริการ โดยจัดระบบนัดให้ได้ตามเกณฑ์กำหนดและผู้ป่วยได้รับบริการอย่างครบถ้วนตามระบบบริการคลินิก รวดเร็ว ปลอดภัยและมีคุณภาพ

2.พัฒนาคุณภาพบริการ บริหารความเสี่ยง และทบทวนกิจกรรมทำการพิจารณาอย่างต่อเนื่อง

3.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพ

(ฉ.) ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

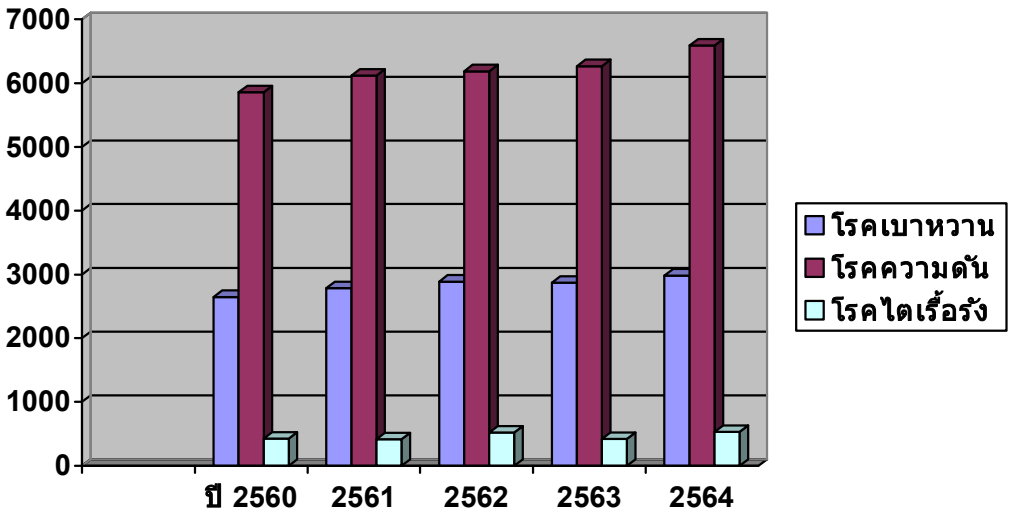
1. การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ทำท่ามณีเวชและแพทย์แผนไทย ก่อนรับบริการทุกวัน
2. การให้บริการข้าวต้มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานหลังเจาะเลือดแล้วที่คลินิกบริการ
3. การให้บริการน้ำดื่มให้ผู้มารับบริการ

(ช.) ปริมาณงาน

I ปริมาณงาน

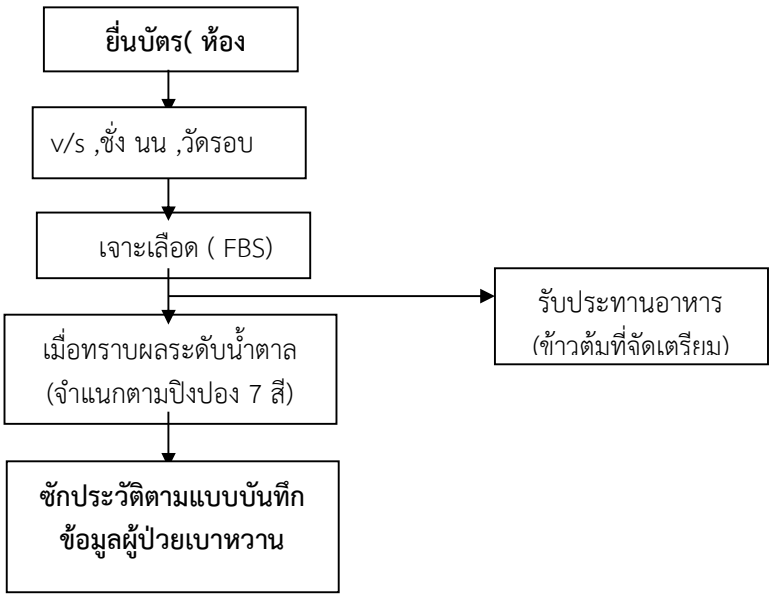
คลินิกบริการ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
โรคเบาหวาน	2,648	2,784	**2885**	**2869**	**2982**
โรคความดันโลหิตสูง	5,857	6,118	**6,185**	**6267**	**6589**

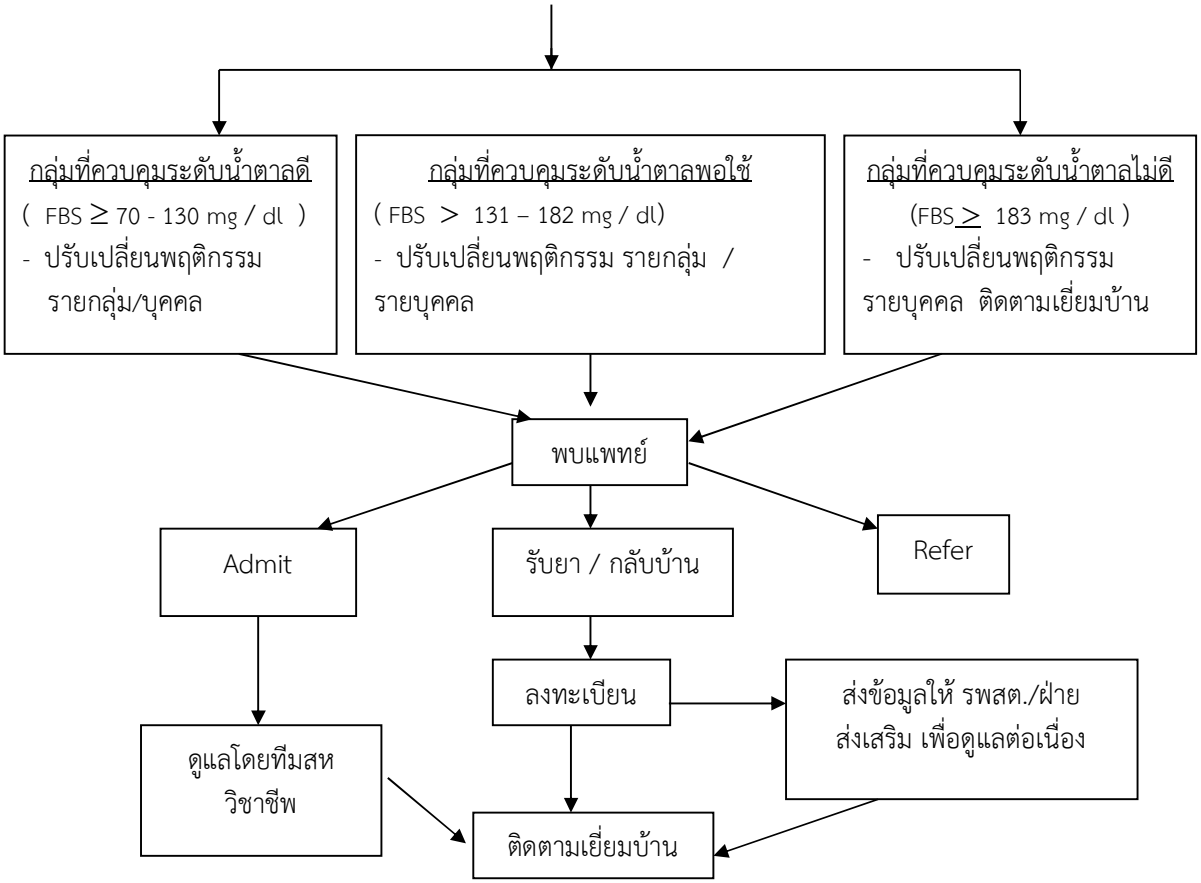
โรคไตเรื้อรัง	425	417	520	421	530



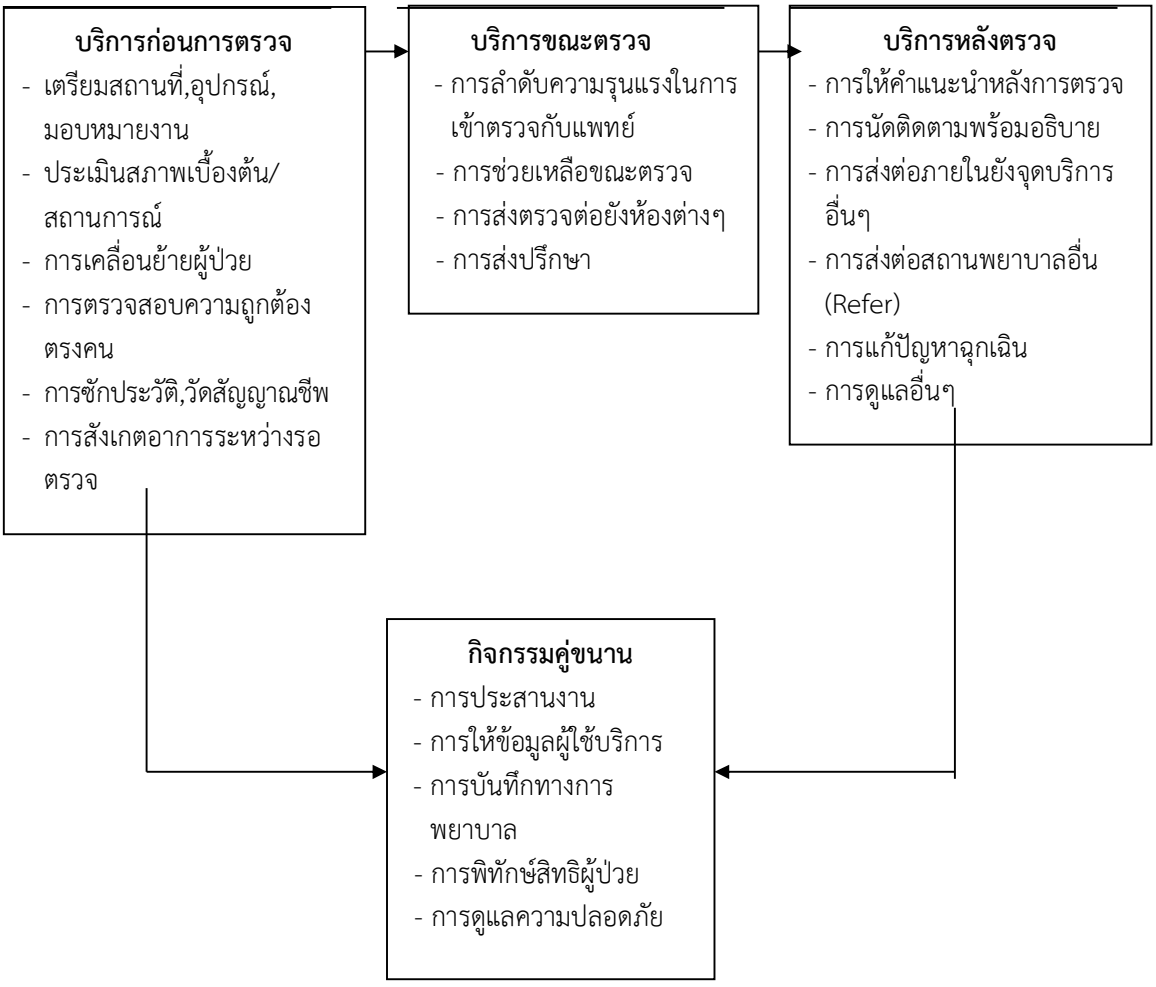
กระบวนการสำคัญ (Key Process)

การให้บริการคลินิกเบาหวาน
ของโรงพยาบาลบางแพ





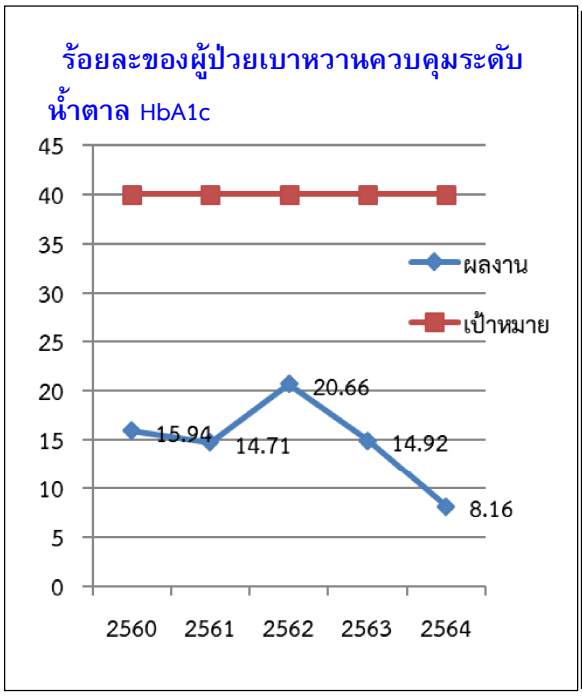
กระบวนการตรวจผู้ป่วยเฉพาะโรค

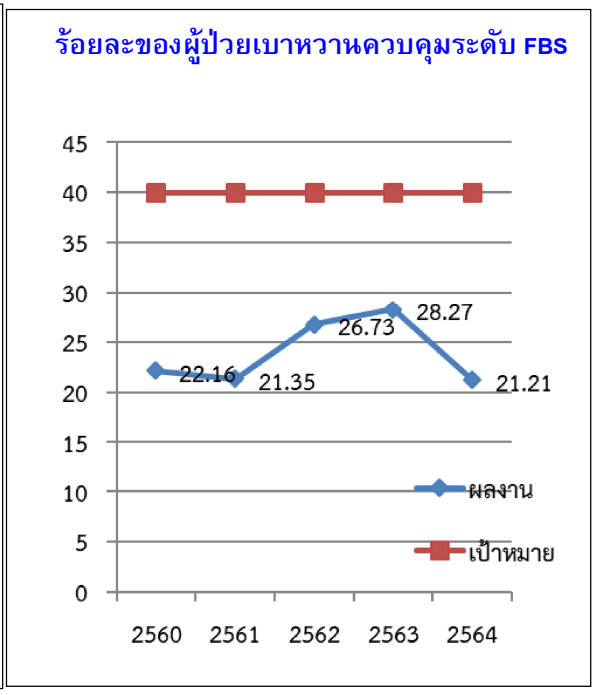


กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.การเตรียมความพร้อมการให้บริการ	- เตรียมสถานที่,อุปกรณ์, มอบหมายงาน - ประเมินสภาพเบื้องต้น/ สถานการณ์ - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - การตรวจสอบความถูกต้อง ตรงคน - การซักประวัติ,วัดสัญญาณชีพ - การสังเกตอาการระหว่างรอตรวจ	- อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ
2.การเข้าถึงบริการ	ได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่าย	-อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่พบหน่วยบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
3.การประเมินการให้การดูแล	- การลำดับความรุนแรงในการเข้าตรวจกับแพทย์ - การช่วยเหลือขณะตรวจ - การส่งตรวจต่อยังห้องต่างๆ - การส่งปรึกษา	-อุบัติการณ์การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน -จำนวนผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ -ระยะรอคอยลดลง
4.การตรวจและการดูแลให้การรักษา	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องและเหมาะสม	-อัตราการกลับมาAdmit ภายใน 28 วัน -อัตราการAdmittedด้วยภาวะ Hypo-hyperglycemia -อัตราการขาดนัด
5.การบันทึกข้อมูล	-มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน	-อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
6.การให้ข้อมูลผู้ป่วย	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน	-อัตราข้อร้องเรียน ของผู้ป่วยและญาติเรื่องการไม่ได้รับรู้ข้อมูล -อัตราผู้ป่วยหนีกลับโดยไม่เข้าตรวจ
7.การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่เครือข่าย	ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนส่งไปรับยาที่PCU เครือข่าย	-ส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่สถานบริการใกล้บ้าน

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c>7 %)	≥ 40%	15.94 169/ 1069	14.71 147/ 999	20.66 255/ 1234	14.92 187/ 1253	6.8 89/ 1298
2.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (FBS 70-130 mg/dl)	≥ 40%	22.16 %	21.35 %	26.73 %	28.27 1389/ 4913	21.88 531/ 2427
3. อัตราของผู้ป่วยเบาหวานมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	< 5 %	2.43	1.20	0.56	0.32	0.40
4.ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	>60 %	51.30	53.36	53.41	53.01	22.27
5.ร้อยละการคัดภาวะแทรกซ้อนทางไต	>60 %	42.73	58.21	62.62	81.40	64.48
6.ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	>60 %	80.07	50.35	43.00	55.39	22.18
7.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตารายใหม่	<5 %	0.28 3/1069	1.00 10/999	0.32 4/1234	1.12 14/1253	0.23 3/1298
8.อัตราการ re-admit ใน 28 วัน	<3 %	0.18	0.30	0.56	0.16	0.15
9.อัตราผู้ป่วย DM ขาดการรักษา	<3 %	1.34 82/ 6131	2.14 121/ 5647	2.4 150/ 6238	1.35 70/ 5188	0.83 28/ 3387
10.อัตราการคัดกรองประเมิน CVD risk	> 90 %	81.38	90.84	92.31	84.76	76.58





3. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	ลดระยะการรอคอยรับบริการ	ประชุมทีมคลินิกเบาหวานเพื่อจัดระบบและลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ ลดขั้นตอนการรับบริการ การค้นแฟ้มประวัติ และการส่ง Lab ไว้ล่วงหน้า ก่อนวันนัด การตรวจสอบผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ระว่างรอผลเลือด มีการให้คำแนะนำโดยแพทย์แผนไทย	
ลำดับ	**เรื่อง**	**การปรับเปลี่ยน**	**ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**
2.	ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ผล FBS ≥ 300 mg% ขาดนัด	-เก็บสถิติการขาดนัด เพื่อนำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและขณะอยู่บ้าน -ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดทำ กลุ่ม Self Health Group สำหรับผู้ป่วย ดังนี้ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ สุขภาพจิต ลมชัก -.ให้พยาบาลหน้าห้องตรวจเป็นผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมซ้ำอีกครั้งหลังจากที่แพทย์ให้คำแนะนำในห้องตรวจและเพื่อสอบถามย้อนหลังและประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการ	- ผู้ป่วยขาดนัดได้รับการติดตามและมารับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 100
3.	พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	<u>กลยุทธ์</u> -ให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการ -มีการจัดระบบการคัดกรอง	- ความพึงพอใจของผู้มารับบริการร้อยละ 100

		รักษาพยาบาลโดยใช้บัตรคิว - มีการสรุปและประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการและจัดทำ/ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ -เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจทุกเดือน	
4.	การบันทึกสิทธิบัตรผิดพลาด	1.จัดระบบการตรวจสอบสิทธิก่อนรับบริการ 2.จัดเจ้าหน้าที่เรียนรู้เรื่องสิทธิบัตรและมอบหมายให้ตรวจสอบก่อนบริการทุกครั้ง 3.เปลี่ยนสิทธิก่อนรับบริการ อย่างถูกต้อง	

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1 การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

1. การให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องจากงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีหน้าที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการตรวจรักษาโรคทั่วไปกรณีที่มีอาการป่วยอื่นแทรก ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวันมีค่อนข้างมาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีหลายกลุ่มหลายโรค แต่ทีมงานได้พยายามจัดระบบบริการที่เอื้อประโยชน์ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด ทีมงานเริ่มจัดระบบการทำงานได้ดีและมีความสุขภาคภูมิใจในการทำงานร่วมกันคือ

1.1คลินิกเบาหวาน

กิจกรรม

1. มีการติดต่อประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วย (ห้องบัตร , ทีมงานผู้ป่วยนอก , แพทย์ ,พยาบาลงานผู้ป่วยใน ,ห้องชันสูตร , งานรังสี,ห้องยา , ห้องฉุกเฉิน, งานกายภาพบำบัด, โรงครัว)
2. ผู้ป่วยได้รับบริการค้นบัตรไว้และตรวจสอบสิทธิ์
3. ผู้ป่วยได้รับบริการเจาะเลือดแต่เช้า
4. ผู้ป่วยมีอาหารให้รับประทานหลังเจาะเลือด
5. มีเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานให้บริการ
6. มีแพทย์ตรวจรักษาประจำคลินิกทุกวัน
7. มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายด้วยท่าฤษีดัดตน
8. มีการนำเอากิจกรรมไหว้พระสวดมนต์นั่งสมาธิมาปฏิบัติก่อนให้บริการ
9. มีการประชาสัมพันธ์จิตอาสาช่วยผู้ป่วยด้วยกัน อำนวยความสะดวกการจัดคิวและวัดความดันโลหิตให้กันและกัน

ผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี , รวดเร็ว , ถูกต้อง , พึงพอใจ, อัตราความพึงพอใจร้อยละ 93

2. ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกมีเพื่อนช่วยดูแลและอำนวยความสะดวกให้แก่กันและกัน เช่นมีจิตอาสาทุกคลินิก
3. กำลังพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดเป็นระบบและง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาผู้ป่วยขาดนัด
4. ระบบข้อมูลดีขึ้น (ผู้ป่วยตาย , ย้ายถิ่น ได้รับการแจ้งข้อมูลกลับ,มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอ)

1.2 **คลินิกไตเรื้อรัง**

กิจกรรม

1. แจ้งผลระยะเสื่อมของไต
2. ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง
3. ลดเค็มครึ่งหนึ่งไตไม่วาย
4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
5. ความรู้เรื่องยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
6. ส่งรายงานตามตัวชี้วัด

1.3 โครงการพัฒนาระบบการส่งผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์

เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากที่ ยังรักษาในโรงพยาบาล มีความแออัด และผู้มารับบริการมีจำนวนมาก ทำให้งานพัฒนาคุณภาพการดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพพอควร ดังนั้นจึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อนำไปสู่การพัฒนา นำมาประชุมกันในทีมสหวิชาชีพ จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคเบาหวานทั้งในและนอกโรงพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพให้ได้ ประชุมจัดทำระบบการดูแล ดังนี้

1.กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน

1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในคลินิก เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย 100%

1.2 ส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เป้าหมาย 50%

1.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและกลับมา F/Uได้ถูกต้องตาม CPG เป้าหมาย 90%

Service Profile
ปี 2565

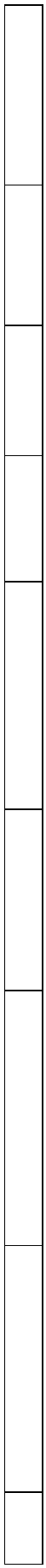
หน่วยงาน คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาล บางแพ

5แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของ ร.พ.บางแพ

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	สอดคล้องกับกลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
1.	-โครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ แบบสหวิชาชีพ	- เพื่อผู้ป่วยมีความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย	ผู้ป่วยที่มีผล FBS ≥300 Mg%	ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ 100	1 ต.ค. 64-30 ก.ย. 65	บูรณาการในงานประจำในงบของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสาร	การพัฒนาศักยภาพการบริการ	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด งานโภชนากร งานชันสูตร งานทันตกรรม เจ้าหน้าที่ สอ.
2.	โครงการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายกลุ่มแบบ สหวิชาชีพ	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกทุกวัน	ผู้ป่วยได้รับความรู้/คำแนะนำในการดูแลตนเองจาก ทีมสหวิชาชีพ	1 ต.ค.64-30 ก.ย.65	บูรณาการในงานประจำในงบของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสาร	การพัฒนาศักยภาพการบริการ	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด งานโภชนากร งานชันสูตร งานทันตกรรม

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	สอดคล้องกับกลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
3	โครงการการดูแลผู้ป่วย	เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่	ผู้ป่วยเบาหวานที่	อัตราเพิ่มการเข้ารับกา	1 ต.ค.64-	บูรณาการใน	การพัฒนา	พยาบาลคลินิก

	เบาหวานที่นอนรักษาตัวใน รพ. ด้วยภาวะHypo / Hyperglycemia แบบสหวิชาชีพ	ต่อเนื่องและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย	นอนรักษาตัวใน รพ. ด้วยภาวะ Hypo / Hyperglycemia	รักษาใน รพ.ของผู้ป่วยเบาหวานลดลง ร้อยละ 3	30 ก.ย.65	งานประจำในงบของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสาร	ศักยภาพการบริการ	เบาหวานและพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ
4	โครงการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นตาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2563	เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา มีการส่งต่อไปรับการรักษาภาวะเบาหวานขึ้นตาและสายตาผิดปกติ	ผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบางแพ จำนวน 200 คน	อัตราการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 60	1 ต.ค.64-30 ก.ย.65	เงินบำรุงโรงพยาบาลบางแพ		พยาบาลคลินิกเบาหวานและพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
5	โครงการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีผล FBS ≥300 Mg%		ผู้ป่วยที่มี FBS ≥300 Mg% ที่ขาดนัดและมีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยที่มี FBS ≥300 Mg% ที่ขาดนัดและมีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80	1 ต.ค.64-30 ก.ย.65	บูรณาการในงานประจำในงบของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสาร	การพัฒนาศักยภาพการบริการ	พยาบาลคลินิกเบาหวานและทีมสหวิชาชีพ
ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	สอดคล้องกับกลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
6	โครงการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยทีมสหวิชาชีพ	เพื่อลดและชะลอความเสื่อมของไต	ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีไตเสื่อมระยะ 3b และ ระยะ 4	อัตราผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังที่มีการลดลงของ eGFR <5ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 66	1 ต.ค.64-30 ก.ย.65	บูรณาการในงานประจำในงบของโรงพยาบาล	การพัฒนาศักยภาพการบริการ	พยาบาลคลินิกเบาหวานและทีมสหวิชาชีพ



Service Profile
งานหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลบางแพ ปี 2564

1. บริบท (context)

หน่วยจ่ายกลาง เป็นงานบริการด้านการทำให้ปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ สำหรับให้บริการหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล เริ่มจากการรับเครื่องมือที่ใช้แล้วจากหน่วยงานต่างๆ นำมาล้างทำความสะอาด จัดเตรียมหีบห่อเครื่องมือนำไปนึ่งให้ปราศจากเชื้อ , จัดเก็บ , ตรวจสอบคุณภาพและแจกจ่ายตามมาตรฐาน และรับนึ่งอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ของรพสต. ในเขตอำเภอบางแพ

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

บริการเครื่องมือ / อุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ทันเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

บริการรับอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้วจากแต่ละหน่วยงานมาล้างทำความสะอาด จัดเตรียมห่อ นึ่ง จัดเก็บ และแจกจ่ายอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อแก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และรับอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ของรพสต. จำนวน 9 แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งนำมาส่งนึ่งให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ได้รับอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ เพียงพอ พร้อมใช้ ทันเวลา และได้รับบริการที่ดี

ความต้องการและความคาดหวัง	การทบทวนความต้องการและความคาดหวัง
<u>ผู้รับผลงาน – ฝ่ายทันตกรรม</u> 1.ตรวจสอบเครื่องมือก่อนห่อ/ซีล สะอาด ไม่มีคราบวัสดุเหลืออยู่ 2.กรณีเครื่องมือมีหมายเลข/เบอร์ ให้ลงหมายเลขในตำแหน่งที่อ่านได้ง่าย สะดวก	 1.ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือ ก่อนส่งให้ผู้ใช้งาน 2.ผู้ปฏิบัติงานที่เขียนหมายเลขระบุในเครื่องมือ ให้เขียนใส่ตำแหน่งที่อ่านได้ชัดเจน
<u>ผู้รับผลงาน - ER</u> 1.ได้รับอุปกรณ์ เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อ 2.ได้รับของส่งนึ่งครบถ้วน 3. ถ้าไม่เพียงพอใช้ สามารถเบิกเพิ่มได้	 1.ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบของนึ่งปราศจากเชื้อก่อนส่งคืนผู้รับบริการทุกครั้ง 2.ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบของส่งนึ่งให้ครบถ้วนทุกครั้ง 3.กรณีไม่มีของใช้ให้ติดต่อหน่วยจ่ายกลาง เพื่อเบิกของได้ตามที่ต้องการ
<u>ผู้รับผลงาน – OR</u> 1.ได้ของคืนครบถ้วนตามจำนวนที่ส่ง 2.ห่อซองซีลไม่ขาดชำรุด ไม่มีรูรั่ว 3.อุปกรณ์ที่ส่งนึ่ง Comply test ผ่านทุกชิ้น	 1.ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบของนึ่งครบถ้วนก่อนส่งให้ผู้ใช้ทุกครั้ง 2. .ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบซองซีลให้มีสภาพพร้อมใช้งานทุกซอง 3.มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานตามมาตรฐานในการนึ่งของปราศจากเชื้อทุกครั้ง

ความต้องการและความคาดหวัง	การทบทวนความต้องการและความคาดหวัง
<u>ผู้รับผลงาน – LR</u> ได้รับSetตามจำนวนที่เบิกและSetที่ผ่านการSterile ตรงตามมาตรฐาน	 ผู้ปฏิบัติงานนึ่งของตามมาตรฐานที่กำหนด และตรวจสอบให้ถูกต้องตามจำนวนที่เบิกทุกครั้ง
<u>ผู้รับผลงาน – WARD</u> 1.บรรจุหีบห่อไม่ชำรุด/ฉีกขาด 2.ผ่านการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน 3.อุปกรณ์ไม่ชำรุด 4.มีอุปกรณ์ให้เบิกใช้อย่างเพียงพอ	 1.ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบหีบห่อของนึ่งก่อนส่งทุกชิ้น 2.ผู้นึ่งก่อนส่งของSterileให้ตรวจสอบSporetestทุกครั้ง และนึ่งของตามมาตรฐาน 3.ผู้นึ่งตรวจสอบอุปกรณ์ทุกครั้งให้พร้อมใช้งาน 4.ผู้ปฏิบัติงานจัดเตรียมและตรวจสอบของใช้ให้เพียงพอใช้

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

จัดเตรียมอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน เพียงพอใช้ ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- การควบคุมขั้นตอนในการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- การลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของบุคคลากร

ฉ. ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพและข้อจำกัด

บุคลากร - อัตรากำลัง วันปกติมีผู้ปฏิบัติงาน - พยาบาลวิชาชีพ 1 คน , ลูกจ้าง 3 คน
- วันหยุดราชการมีผู้ปฏิบัติงาน - นึ่งของ 1 คน ผู้ช่วยล้างเครื่องมือ 1 คน

เครื่องมือ / อุปกรณ์ - มีเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อระบบ Pre- vac 2 เครื่อง ขนาด 700 ลิตร , 800 ลิตร
- มีเครื่องซีลซองกระดาษ / พลาสติก 2 เครื่อง ซีลพลาสติก / พลาสติก 1 เครื่อง
- ไม่มีเครื่องอบแก๊ส (อุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ส่งอบแก๊สโรงพยาบาลโพธาราม)

ผลงาน	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
นึ่งของ /ชิ้น	93,473	101,376	113,714	97,710	74,293
นึ่งของ/ครั้ง	365	365	365	365	365
ล้างอุปกรณ์ / ชิ้น	136,587	138,645	140,586	102,736	74,294
Pack / set	33,175	37,501	41,933	29,161	60,582
ซีลเครื่องมือ/ชิ้น	48,616	53,066	52,377	33,825	21,546
แลกเปลี่ยนของ/ชิ้น	68,726	69,095	73,036	72,268	67,972
อบแก๊ส/ชิ้น	1,618	1,653	1,182	626	726
Re –sterile / ชิ้น	155	269	154	92	46

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.การรับอุปกรณ์ / เครื่องมือที่ใช้แล้ว	อุปกรณ์ / เครื่องมือ ครบถ้วน , ถูกต้อง ,ไม่แพร่กระจายเชื้อ , ไม่ติดเชื้อ	-จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือครบถ้วน - จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือที่เก็บในกล่องปิดมิดชิด
2.การล้างทำความสะอาดอุปกรณ์/ เครื่องมือ	อุปกรณ์ / เครื่องมือสะอาด ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน	- จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือสะอาด - จำนวนการเกิดอุบัติการณ์จากของมีคมทิ่ม / ตำ
3.การจัดเตรียมหีบห่ออุปกรณ์ / เครื่องมือ	อุปกรณ์ / เครื่องมือเพียงพอและพร้อมใช้งาน	-จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือพร้อมใช้งาน -จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือเพียงพอใช้
4.นึ่งอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อ	อุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อ	ผล Sportest ผ่าน 100%
5.การจัดเก็บอุปกรณ์ / เครื่องมือ	อุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อเก็บในภาชนะปิดมิดชิด	จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อที่จัดเก็บในภาชนะปิดมิดชิด
6.การแจกจ่าย	คืนอุปกรณ์/เครื่องมือปราศจากเชื้อถูกต้อง/ครบถ้วน / มิดชิด	- จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือคืนครบถ้วน / ถูกต้อง - จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือใส่กล่องมิดชิด

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		ปี 61	ปี 62	**ปี63**	ปี64
จำนวนผล Sporetest = Negative	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือไม่หมดอายุ	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือที่คืนครบ	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
จำนวนSet ที่มีอุปกรณ์ / เครื่องมือไม่ถูกต้อง	< 5 %	100 %	100 %	100 %	100 %
จำนวนอุปกรณ์ / เครื่องมือมีเพียงพอใช้	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ความพึงพอใจผู้รับบริการ	> 85 %	100 %			

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

หน่วยงานจ่ายกลาง มีแนวทางเพื่อพัฒนางาน ในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. ระบบงานจ่ายกลางเป็นศูนย์จ่ายกลาง

- หน่วยจ่ายกลางนำอุปกรณ์/เครื่องมือห้องผ่าตัดและ ฝ่ายทันตฯมาล้างทำความสะอาดและจัดเตรียมที่หน่วยจ่ายกลาง เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และจัดเตรียมได้ถูกต้องตามมาตรฐาน
- หน่วยจ่ายกลางเป็นศูนย์จ่ายกลางตามมาตรฐาน แบบครบวงจรในการล้าง ตรวจสอบอุปกรณ์ จัดชุดอุปกรณ์ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ จัดเก็บชุดอุปกรณ์และแจกจ่าย พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนให้แก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
- ผู้ปฏิบัติงานเปลี่ยนชุดในการปฏิบัติงาน ซึ่งแบ่งผู้ปฏิบัติงานเป็น 3 จุด ได้แก่ ล้างทำความสะอาดเครื่องมือ 1 คน, จัดเตรียมห่ออุปกรณ์ 1 คน , นึ่งเครื่องมือปราศจากเชื้อ 1 คน
- ผู้ปฏิบัติงานใส่เครื่องป้องกันเหมาะสมในการปฏิบัติงาน
- ห้องจัดเก็บอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อเปิดเครื่องปรับอากาศตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อควบคุมอุณหภูมิและความชื้นให้กับอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อตามมาตรฐานที่กำหนด
- ผู้ปฏิบัติงานใส่ชุดคลุมก่อนเข้าห้องเก็บอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อและล้างมือก่อนสัมผัสอุปกรณ์ / เครื่องมือปราศจากเชื้อทุกครั้ง

2. การจัดเตรียมห่อชุดเครื่องมือเพื่อให้มีอุปกรณ์ครบถ้วนพร้อมใช้งาน

2.1 มีแนวทางการจัดเตรียมชุดเครื่องมือแต่ละประเภท โดยในแต่ละชุดมีฉลากระบุเครื่องมือ,จำนวน ตามที่กำหนด

2.2 จัดทำสมุดภาพการจัดเครื่องมือต่าง ๆ โดยมีภาพชุดเครื่องมือต่างๆให้ผู้ปฏิบัติงานดู เพื่อจัดได้ถูกต้อง

2.3 เครื่องมือแต่ละชุดมีการตรวจสอบทุกชุด โดยผู้ห่อตรวจสอบ 1 ครั้ง และผู้นึ่งตรวจสอบซ้ำอีก 1 ครั้ง

3. การจัดระบบรวมชุดเครื่องมือจากหน่วยงานที่ใช้ประเภทเดียวกันมาหมุนเวียนใช้ที่งานจ่ายกลาง

3.1 จ่ายกลางจัดเตรียมชุดเครื่องมือไว้สำหรับหน่วยงานต่างๆได้แลกเปลี่ยน เพื่อสะดวกในการใช้งาน

3.2 จัดทำเครื่องมือสำรองสามารถเบิกเครื่องมือไปใช้ทำหัตถการได้ทันที

4. การจัดระบบการเคลื่อนย้ายชุดเครื่องมือตามมาตรฐาน

4.1 จัดผู้ปฏิบัติงานแยกกันชัดเจนเป็น 2 ชุด ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานชุดจัดเตรียมของปราศจากเชื้อ จัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์/เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อ และผู้ปฏิบัติงานชุดจัดเก็บของสกปรก ปฏิบัติงานรับอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้แล้วจากทุกหน่วยงาน

4.2 การขนส่งอุปกรณ์ /เครื่องมือSterile ให้กับหน่วยงานต่างๆ , อุปกรณ์ /เครื่องมือSterile ใส่ในกล่องสะอาดมีฝาปิดมิดชิด

4.3 รถขนส่งของปราศจากเชื้อและรถรับของสกปรกแยกใช้คนละคัน มีฝาปิดมิดชิด

4.4 รถสกปรกหลังใช้งาน ทำความสะอาดที่จุดล้างรถ น้ำล้างรถไหลลงสู่บ่อบำบัดน้ำเสีย

5.การดักจับความเสี่ยงอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดในหน่วยงาน

5.1 ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงานทบทวนความเสี่ยงและแก้ไขร่วมกันทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน

5.2 ผู้ปฏิบัติงานดักจับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกครั้งและบันทึกทุกครั้ง

5.3 หน่วยงานมีการประชุมทบทวนความเสี่ยงในวาระการประชุมทุกเดือน และทันทีที่มีความเสี่ยงสำคัญ

6. จัดทำบริเวณล้างอุปกรณ์ / เครื่องมือให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- จัดบริเวณล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ / เครื่องมือเป็นสัดส่วน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในบริเวณล้างเครื่องมือ

7. การตรวจติดตามและให้ความรู้เรื่องการทำให้ปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลและรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ

7.1 ให้ความรู้เรื่องการทำให้ปราศจากเชื้อเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและรพสต. ปีละ 1ครั้ง

7.2 ตรวจติดตามเรื่องการจัดเก็บของปราศจากเชื้อในโรงพยาบาล 4 ครั้ง / ปี และรพสต.ปีละ 1 ครั้ง

8. มีการทำ CQI หรือ นวัตกรรม 2 เรื่อง / 6 เดือน

9. มีการประชุมประจำเดือนในหน่วยงาน เดือนละ 1 ครั้ง

10.มีการรายงานความเสี่ยงของงานในระบบ HRMS

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. แผนจัดซื้อเครื่องอบแก๊ส
2. แผนจัดซื้อเครื่อง Ultrasonic
3. แผนจัดซื้อเครื่องเป่าแห้งอุปกรณ์ / เครื่องมือ**แพทย์**

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. การประกันคุณภาพกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าอุปกรณ์ / เครื่องมือทุกชนิดปราศจากเชื้อ

2. ให้ความรู้เรื่องการทำให้ปราศจากเชื้อแก่เจ้าหน้าที่รพ.และรพสต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. ตรวจติดตามการใช้และการจัดเก็บของนึ่งปราศจากเชื้อในโรงพยาบาลและรพสต.

4. ประกันความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ

โรงพยาบาลบางแพ

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ)

ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

งานรังสีเทคนิค

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unit Profile)[1]

1. หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ (GEN.1)

ชื่อหน่วยงาน งานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาล บางแพ

วันที่ปรับปรุงข้อมูล 11 ธันวาคม 2564

1. บริบท (Context)

1.1 **หน้าที่/ความมุ่งหมาย** (Purpose)[2]

บริการด้านรังสีวิทยาแก่ผู้มารับบริการ อย่างมีคุณภาพตามหลักวิชาการ ประสิทธิภาพ สะดวก เสมอภาค และปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ ในขณะพื้นที่บริการ

1.2 **ขอบเขตบริการ** (Scope of service)[3]

ให้บริการถ่ายภาพรังสีทั่วไป ตามใบขอตรวจทางรังสีจากแพทย์และ / หรือ จากผู้ป่วย ตามขบวนการทางเทคนิค จนกระทั่งผู้รับบริการได้รับฟิล์ม การจัดเก็บฟิล์ม และการให้ข้อมูลทางด้านวิชาการทางรังสีวิทยา

1.3 **ภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติม**

ดูแลพื้นที่หน้าห้อง จัดเก็บขยะทั่วไป

1.4 **ความต้องการของผู้รับบริการและผู้รับงานสำคัญ**

ความต้องการของผู้รับบริการ[4]

- ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและพฤติกรรมบริการที่ดี
- การยืมฟิล์มเพื่อการรักษาต่อ

ความต้องการของผู้ร่วมงานใน รพ.[5]

- ได้รับภาพถ่ายรังสีที่ถูกต้อง ชัดเจน
- การส่งภาพฟิล์มออนไลน์เพื่อการรักษาที่สะดวก รวดเร็ว
- มีบันทึกที่อ่านง่าย
- มีความยืดหยุ่นในการทำงาน
- มีการประสานงานที่ดี แพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก

---

[1] ข้อมูลนี้จะทดแทนข้อมูลในแบบประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (เดิม) ให้ตอบโดยคำนึงถึงแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น บริการผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย ควรตอบโดยแพทย์และพยาบาลที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

[2] เหตุผลของจัดให้มีบริการ/หน่วยงานนี้ เช่น “ให้บริการผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมอย่างมีคุณภาพ”

[3] ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายใด มีระดับความสามารถเพียงใด

[4] ระบุความต้องการที่สำคัญของ external customer

[5] ระบุความต้องการที่สำคัญของ internal customer โดยแยกแยะตามหน่วยงานหากความต้องการนั้นมีความเฉพาะเจาะจง

1.5 ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน[6]

ลักษณะสำคัญของแผนบริการ	ปี 2560	ปี 256	% การเปลี่ยนแปลงเทียบ ปี 60	ปี 256	% การเปลี่ยนแปลงเทียบ ปี 60	ปี 2564	% การเปลี่ยนแปลงเทียบ ปี 60
บริการตรวจทางรังสีวิทยา							
1. ตรวจทางรังสีวิทยาทั้งหมด	4,824	6,446	+33.62%	5,786	+33.62 %	7,383	+53.04%
2. ตรวจทางรังสีวิทยาทั่วไป (Conventional)	3,740	5,063	+35.37%	4,881	+35.37%	6,782	+81.33%
3. ตรวจทางรังสีวิทยาทันตกรรม (Dental)	1,084	1,383	+27.58%	905	+27.58%	601	-44.50%

1.6 มาตรฐาน/ ข้อกำหนดทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง[7]

ในการให้บริการการตรวจทางรังสีวิทยา กระทำโดยนักรังสีการแพทย์ ที่มีใบประกอบวิชาชีพ การรายงานผลผ่านระบบLanของโรงพยาบาลการเข้าถึงผลการตรวจผู้เข้าถึงผ่านระบบรหัสผ่าน การตรวจและวินิจฉัยโรคทางรังสีผู้ที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาอบรมฟื้นฟูวิชาการทุกปีเพื่อนำความรู้และวิทยาการใหม่เข้ามาใช้ในการให้บริการ ก่อนส่งภาพรังสีให้แพทย์อ่านและวินิจฉัยโรคมีการประเมินความถูกต้องของภาพอย่างเป็นระบบและมีการทบทวนการประเมินทุกเดือน เครื่องเอ็กซเรย์มีใบอนุญาต ตามพระราชบัญญัติพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ พ.ศ.2504 ผ่านการประเมินระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและมีการทบทวนการประเมินทุกปี

1.7 ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)[8]

1. ผลการตรวจทางรังสีมีคุณภาพ
2. ผลการตรวจทางรังสีรวดเร็ว
3. ให้บริการถูกคน
4. ให้บริการถูกวิธี ถูกอวัยวะ
5. ผู้รับบริการมีความปลอดภัยขณะมาใช้บริการ
6. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

---

[6] วิเคราะห์ตามลักษณะงาน อ้างข้อทางเวชสถิติ เช่น อัตราการครองเตียง อัตราการปฏิบัติงาน ครั้ง/ช่วงเวลา

[7] ให้รู้ว่ามีเกณฑ์ของใครต้องมาประเมินบ้าง, เรื่องอะไรบ้าง, สิทธิผู้ป่วย, แพทยสภา , สภาพยาบาล , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ , โรงพยาบาลสายใยรักครอบครัว , มาตรฐานชันสูตร

[8] เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ข้อกำหนดวิชาชีพ จุดเน้นขององค์กร

1.8 **ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ**[9]

ลำดับ	เรื่อง / ประเด็น	สาเหตุ	มาตรการการป้องกัน
1	ฟิล์มเสีย	- ความชัดเจน/ข้อมูล ผิดพลาดในการส่งตรวจ - ผิดพลาดในการตรวจทางรังสี - ผิดคน - ผิด order (อวัยวะ) - ให้ค่า exposure factor ผิด - น้ำยาล้างฟิล์มเสื่อม - ฟิล์มเสื่อม ฟิล์มโดนแสง	- แจ้ง กลับ แพทย์ผู้ส่งตรวจ - สอบทวน และอ่านให้ละเอียด - ตรวจดูตามคู่มือ - จดวันที่ที่เปลี่ยนน้ำยา developer 40วัน fixer 3 เดือน - จัดเก็บในอุณหภูมิต่ำ วางกล่องตั้ง การเปิดกล่องฟิล์มต้องรีบปิดฝาเพื่อกันความชื้นและโดนแสง
		- ผู้ป่วยมีความกังวลและไม่เข้าใจการตรวจ และผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ	- ให้คำแนะนำ - มีป้ายแผนผังขั้นตอนการให้บริการ
2.	ทรัพย์สินมีค่าหาย	- ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว - ตกหล่นในห้อง x-ray - ลืมทิ้งไว้	- กรณี ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติเก็บและผู้ป่วยรู้สึกตัว เป็น ผู้เก็บเอง (ปฏิบัติตามWI-RAD-01.04)
3.	ได้รับอันตรายจากรังสี	- การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็น - เด็กในครรภ์มารดา	- ปฏิบัติตาม WI-RAD-01.05 - มีเครื่องหมายบ่งชี้บริเวณรังสีและแสงไฟแสดง - มีป้ายแจ้งเตือนสตรีมีครรภ์ ต้องบอกเจ้าหน้าที่ก่อน
4.	การติดเชื้อ	- การสัมผัสเชื้อของผู้มารับบริการ - เจ้าหน้าที่ได้รับเชื้อจากผู้มารับบริการ - การไอ จาม - สารคัดหลั่ง อาเจียน	- ทำความสะอาดบริเวณที่มีการติดเชื้อ - บริเวณ Bucky stand - เตียง x-ray - cassette -แผ่นกรองอากาศแอร์
5.	แพ้สารทึบรังสี	- การแพ้สารไอโอดีน	- ซักประวัติการแพ้ก่อนทุก case
6.	ผู้ป่วยเป็นลม ล้ม ตกเตียง	- อายุมาก - ไม่ค่อยรู้สึกตัว - เมา	- ต้องมีญาติเข้ามาช่วยจับ เฝ้าดูแล

[9] ความท้าทายของหน่วยงานคืออะไร ความเสี่ยงสำคัญหน่วยงานคืออะไร วิเคราะห์จากตัวตนของตนเองและทำข้อมูลในลักษณะของ Risk Profile ด้วย เนื้อหาต้องเชื่อมโยงกับจุดเน้นของโรงพยาบาล ทีมคร่อมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาจะไปสอดคล้องกับส่วนหลังที่เกี่ยวข้องกับแผนการพัฒนาภาพด้วย

ลำดับ	เรื่อง / ประเด็น	สาเหตุ	มาตรการการป้องกัน
7.	ฟิล์มหายจากการยืมออกนอก รพ. การค้นฟิล์มเก่า	-ไม่ส่งคืน -การจัดเก็บ	-ชี้แจงผู้ป่วย/ญาติ พิมพ์ข้อความหน้าซอง “กรุณาคืนฟิล์มกับผู้ป่วยด้วย” -จัดเรียงเลขลำดับอย่างถูกต้อง เลขชัดเจน
8.	กระแสไฟฟ้า เกิน/ลด	-ผกผันตามการใช้ปริมาณกระแสไฟฟ้ารวมของ รพ. ณ เวลา -กระแสไฟฟ้าจากการไฟฟ้า	-ปรับค่า Compensator (line voltage)
9.	เครื่องเอ็กซเรย์เสีย	-การใช้งานที่ผิด -ชำรุด	-แจ้ง บ.คงศักดิ์ โทร. 02-5213214 -เครื่องสำรอง การบำรุงรักษา โดยศูนย์ช่าง
10.	อันตรายจากไฟฟ้า	-ไฟฟ้ารั่ว	-มีระบบสายดิน (True earth grounding system)
11.	อัคคีภัย	-ไฟฟ้ารัดวงจร -เปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าทิ้งไว้	-ปิด Switch ไฟ สะพานไฟ เมื่อเลิกงาน -มีถังดับเพลิง -ตรวจสอบและส่งซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า
12.	การกำจัดของเสีย	-ขยะอันตรายที่เกิดจากหน่วยงาน -น้ำยาล้างฟิล์ม	-มีการทิ้งโดยการจำกัดบริเวณ เพื่อไม่ให้ก่อการแพร่กระจาย สู่สภาพแวดล้อม -ก่อนทิ้งควรทำให้เจอจาง ลงสู่บ่อบำบัด

1.9 ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี[10]

ข้อจำกัด	การแก้ไข
1.งานรังสีวินิจฉัย มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 1 คน -นักรังสีแพทย์ 1 คน -เจ้าหน้าที่รังสีแพทย์ 0 คน -ผู้ช่วยรังสีฯ 1 คน	การบริการการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา รับผู้บริการจาก OPD ER IPD และทันตกรรม ถ้าผู้รับบริการมาประดังกันมา ก็จะจัดระดับความสำคัญในการเรียงคิวให้บริการ ดังนี้ 1.ผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วน – ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ จากห้องER 2.ผู้ป่วยที่มีปัญหาตรวจวินิจฉัย รากฟัน จากห้องทันตกรรม 3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาตรวจวินิจฉัยโรคจาก OPD และผู้ป่วยใน 4.ผู้ป่วยที่มาตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจสุขภาพต่างด้าว ฯลฯ
2. การล้างฟิล์ม	จากการเพิ่มของผู้มารับบริการ(ปี 2552 = 3522 ราย , ปี 2553 = 3946 ราย ,ปี 2554 = 3974 ราย) และการตรวจร่างกายประจำปี ของหน่วยงานราชการ การตรวจสุขภาพบุคคลต่างด้าว จึงมีการปรับเปลี่ยนมาใช้เครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติแทนการล้างฟิล์มด้วยมือ
3.การบันทึกข้อมูล	ใช้โปรแกรม HosXp เริ่มเมื่อ กันยายน 2552 ปรับเปลี่ยน ใช้ระบบ DR เมื่อ มิถุนายน 2564
4 การสื่อสารบริการทางรังสี	- การส่งตรวจของแพทย์ มีการส่งทาง เอกสาร และทางคอมพิวเตอร์ - อ่านข้อมูลการละบุอาการสำคัญของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวินิจฉัยทางรังสี - มีการแจ้งเตือนการส่งผู้ป่วยมารับบริการตรวจเพื่อการเตรียมการ เช่น ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดนก ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต - มีการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนให้รับบริการทางรังสี - มีการทบทวนระบบการให้บริการต่างๆทุกครั้งที่พบปัญหาและข้อร้องเรียน กิจกรรมการทบทวนหลังปฏิบัติงานAAR และ Root Cause Analysis

1.10 ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง[11]

หน่วยงานรังสีวินิจฉัย ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี กับบุคลากร และหน่วยงานต่างๆ ที่ขอมาใช้บริการ

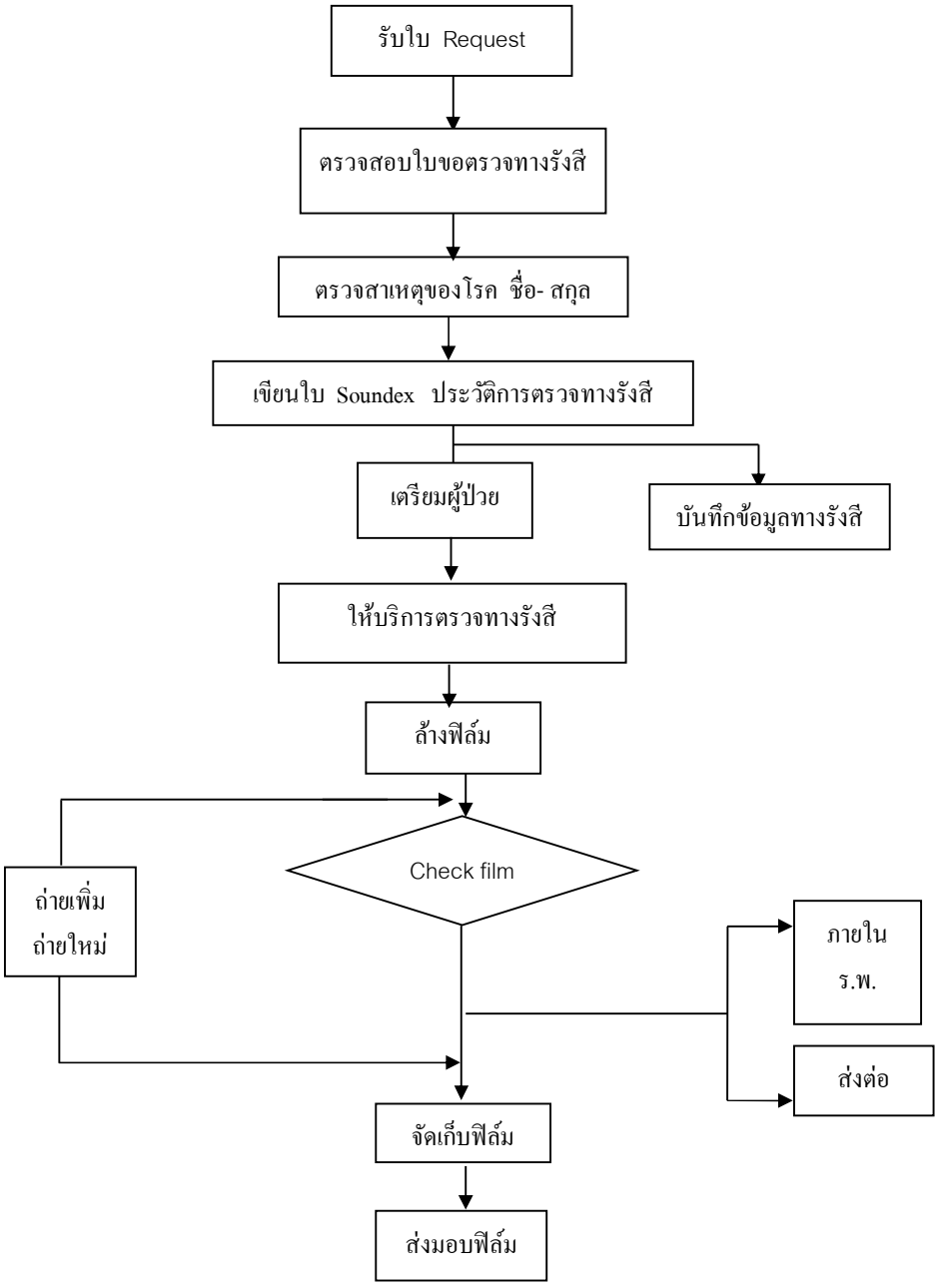
---

[10] วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง วิเคราะห์ทีมงานความชำนาน ความเชี่ยวชาญ วิเคราะห์เทคโนโลยี อุปกรณ์ เครื่องมือ ดูจากโรคต่างๆ ที่มีอยู่ อุปกรณ์ที่ใช้กับโรคต่างๆนั้นเพียรพอหรือไม่

[11] การสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรในหน่วยงานมีการตรวจสุขภาพประจำปี + เรื่องอื่นๆ การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสำคัญที่เน้นอยู่ทำอะไรบ้าง

2. **กระบวนการสำคัญ** (Key Processes)

2.1 กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)[12]



[12] ทีมงานอาจใช้ flow chart ประเภทอื่นแทนได้ตามความเหมาะสม ที่จะสื่อให้เห็นกระบวนการทำงานทั้งหมด อาจจะแยกเป็น flow chart คนละภาพ หากกระบวนการทำงานนั้นไม่เกี่ยวข้องกัน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การถ่ายภาพเอกซเรย์ มีคุณภาพถูกต้อง	เพื่อให้ได้ภาพทางรังสีที่ดีช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์และเพื่อลดความสิ้นเปลืองของทรัพยากร	1. อัตราการถ่ายภาพเอกซเรย์ซ้ำ/เสีย
กระบวนการตรวจปลอดภัย	เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานได้รับความปลอดภัยและมีความเสี่ยงน้อยที่สุดโดยเน้น Patient Safety เป็นสำคัญ	2. อัตราผู้ป่วยได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ก่อนการตรวจ 3.ปริมาณรังสีจากแผ่นวัดรังสี OSL ประจำบุคคล 4.อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการถ่ายเอ็กซเรย์
กระบวนการจัดเก็บ / รักษาฟิล์มเก่า	เพื่อจัดเก็บประวัติฟิล์มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ง่ายต่อการค้นหา	5.อัตราการหาฟิล์มไม่พบ
พฤติกรรมบริการ และรวดเร็วทันเวลา	เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและมีความพึงพอใจ	6.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ 7.ระยะเวลาบริการเอกซเรย์ทั่วไป (ไม่อ่านผล)

2.2 วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการ	จุดมุ่งหมาย / คุณค่า[13]	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา[14]
1.การเตรียมความพร้อม	- การเตรียมเครื่องมือ / อุปกรณ์ต่าง ๆ - ตรวจสอบใบขอตรวจทางรังสี - ตรวจสาเหตุของโรค / ชื่อ – สกุล - บันทึกข้อมูลผู้ป่วย / ตรวจ ประวัติการตรวจทางรังสี - การดูแลทรัพย์สินผู้ป่วย / การเตรียมเครื่องแต่งตัวผู้ป่วย - การเตรียมผู้ป่วยนัดตรวจพิเศษ	- เครื่องเอกซเรย์เสีย การใช้งานผิด / ขาดการบำรุงรักษา - ถ่ายฟิล์มไม่ตรงตาม order มีการตรวจทาน - ภาพถ่ายวินิจฉัยโรคไม่ได้ ทราบจุดประสงค์การวินิจฉัยโรค - การค้นหาฟิล์มเก่า ประวัติการรักษา ใช้ในการประมวลผลการรักษาของแพทย์ - สูญหาย / ให้ญาติเป็นผู้เก็บ / คนกลาง / ห้าม จนท.เก็บเอง - แพ้สารทึบรังสี / ต้องมี Emergency Set
2.การรับผู้ป่วยเอ็กซเรย์	- พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย - ความสะดวกรวดเร็ว / ความพอเพียงต่อความต้องการของผู้ป่วย - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- ความพึงพอใจ / กังวล / ให้บริการที่ดี หัวใจบริการ - การบริการ / การเข้าถึงบริการ - ผู้ป่วย , อุบัติเหตุหนัก / หลักการเคลื่อนย้าย
3.การถ่ายภาพเอ็กซเรย์	- ภาพถ่ายรังสีมีคุณภาพ - ลดอันตรายจากรังสี	- ฟิล์มเสีย / ค้นหาสาเหตุ - ได้รับรังสี / หลักการป้องกันอันตรายจากรังสี
4.การล้างฟิล์ม	- ภาพถ่ายรังสีมีคุณภาพจากขบวนการล้างฟิล์ม - การ check film	- ฟิล์มไม่ได้คุณภาพ / ค้นหาสาเหตุ / การเตรียมน้ำยาล้างฟิล์ม - ฟิล์มเสื่อม / น้ำยาเสื่อม / การตรวจสอบคุณภาพก่อนส่งมอบ
5.การส่งมอบฟิล์ม	- ให้คำแนะนำ	- ผิดคน / ตรวจสอบ / ชี้แจง / อธิบายและให้ข้อมูล - ไม่ทราบขั้นตอนการบริการต่อไป - ไม่ทราบผล
6.การจัดเก็บฟิล์ม	- การยืมฟิล์มออกนอก รพ. - ระบบการจัดเก็บ - การค้นหาฟิล์ม	- ไม่ส่งคืน / ระบบการยืมฟิล์ม - ค้นหาไม่พบ / ระบบการจัดเก็บฟิล์ม

[13] หมายถึงคุณประโยชน์ที่ผู้รับผลงานหรือเจ้าของงานจะได้รับจากการทำงานขั้นตอนนี้ โดยตอบคำถามว่า “ทำไปทำไม” หรือ “จะเกิดประโยชน์อะไร” มิใช่ตอบว่า “ทำอย่างไร” หรือ “ทำมากเท่าไร” เช่น การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

[14] ให้ระบุปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ได้เคยวิเคราะห์ไว้ให้มากที่สุด

3. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

3.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. มีระบบการสอบทานคำสั่งตรวจทางรังสีของแพทย์ เพื่อป้องกันการให้บริการผิดข้าง ผิดอวัยวะ โดยการสอบถามอาการผู้ป่วยที่มารับบริการประกอบ และทวนสอบการบันทึกข้อมูลใน OPD CARD
2. มีระบบการสอบถามผู้ป่วยก่อนให้บริการทางรังสีเพื่อป้องกันการให้บริการผิดคน โดยการสอบถามชื่อนามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับเอกสารใบส่งตรวจ
3. มีระบบการให้คำแนะนำและตรวจสอบการเปลี่ยนเสื้อผ้า การถอดโลหะออกจากร่างกายเพื่อป้องกันการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำโดยไม่จำเป็น
4. มีการเตรียมความพร้อมก่อนการให้บริการทางรังสีทุกเช้าโดย ตรวจเช็คอุปกรณ์เช่นฟิล์มที่ยังไม่ใช้งานน้ำยาล้างฟิล์ม(ควบคุมอุณหภูมิและความชื้น), ตรวจเช็ค/ทำความสะอาดเตียงเอกซเรย์และคาสเซส(ทำความสะอาดภายนอก), เช็คอุปกรณ์เครื่องมือ ยาและสารน้ำในรถฉุกเฉิน, เช็คความพร้อม/และฟังเสียงความผิดปกติ ของเครื่องเอกซเรย์ (การ warm up) อุปกรณ์ต่างๆที่ผ่านการฆ่าเชื้อพร้อมให้บริการ
5. การควบคุมคุณภาพตลับใส่ฟิล์ม โดยการทำความสะอาดประจำทุกเดือนและหรือทุกครั้งที่พบสิ่งแปลกปลอม ,ทำการตรวจสอบความแนบชิดของฟิล์มและสกรีน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
6. ควบคุมคุณภาพหลอดเอกซเรย์ โดยตรวจเช็คพื้นที่แสงเอกซเรย์ และพื้นที่แสงไฟจากคอลลิเมเตอร์อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้(Collimator and beam alignment test tool)ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
7. ควบคุมคุณภาพการจัดวางตัวของกริดในถาดใต้เตียงเอกซเรย์เพื่อป้องกันการตัดแสงเอกซเรย์(Grid alignment test tool)ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
8. มีการควบคุมคุณภาพการล้างฟิล์ม โดยการประเมินความพร้อมผู้ทำหน้าที่ล้างฟิล์ม
9. มีทำความสะอาดตู้อ่านฟิล์มและการตรวจประเมินความส่องสว่าง
10. มีการควบคุมคุณภาพเครื่องล้างฟิล์มทุกวัน
11. มีการล้างเครื่องล้างฟิล์มทุกสัปดาห์
12. มีกิจกรรม 5 ส.ในแผนกรังสี

3.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ

- กิจกรรมคุณภาพ การลดฟิล์มเสีย ให้น้อยกว่า 2.8% เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ความร่วมมือมากขึ้นในการติดตามและควบคุม และปฏิบัติเพื่อลดจำนวนฟิล์มไม่ให้มากกว่าที่ตั้งเป้าไว้ในแต่ละเดือน
- กิจกรรมคุณภาพ การลดจำนวนฟิล์มที่หาไม่พบ โดยวางเป้าให้น้อยกว่า 2% หรือต้องทราบสาเหตุที่หาไม่พบทุกราย ผลของกิจกรรม รายงานฟิล์มที่หาไม่พบน้อยลง และมีกิจกรรมต่อเนื่องในการสาเหตุอื่นๆ โดยสรุปทุกเดือน
- ใน ปี 2564 มี แผนเปลี่ยนระบบฟิล์ม (analog) เป็นระบบดิจิตอล (digital) โดยจะทำให้ลดปัญหาด้านคุณภาพฟิล์ม ฟิล์มหาย ลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการได้
- การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรม 5ส เป็นประจำ

3.3 กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เกี่ยวข้อง (ในทีมคร่อมต้องมี simple ที่เกี่ยวข้องกันด้วย)

กิจกรรม

ทบทวนกิจกรรม (ขณะดูแลผู้ป่วย)

วิธีการ/ความถี่/ ผู้เข้าร่วม

ทุกรายที่มารับบริการมีการอธิบายสอนงานกับผู้ร่วมงานและมีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยด้วย

ความครอบคลุม

ผู้มารับบริการงานรังสีวินิจฉัย

ผลการทบทวน/ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น/โอกาสพัฒนา

การให้บริการที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานสาธารณสุข(2.5.1)การเฝ้าระวังดูแลขณะอยู่ในพื้นที่และความเสี่ยงโดยการให้ญาติเข้ามาร่วมดูแลมีการอธิบายให้ญาติเข้าใจหาวัสดุในการช่วยเหลือ Subport อวัยวะที่จะมีผลต่ออันตรายเช่น ต้นคอ กรณี hip joint fracture มีการหาวัสดุเหลือใช้ เช่น โฟมที่มากับอุปกรณ์ประดิษฐ์ดัดแปลงมาใช้

กรณีตัวอย่างในปีที่ผ่านมา

- ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ถ้ามีการหกล้มมาจะพบว่าจะมีการบาดเจ็บที่ก้นสะโพก hip joint ส่วนมากจะส่งมาโดยรถเข็นถ้าฟิล์มพบว่ามี fracture ที่ neιk of femur ทางงานรังสีจะขอให้เปลี่ยนรถเข็นเป็นแปลนอน
- มีการสอบถามอาการผู้ป่วย ประเมินอาการในกรณีที่ต้องการให้ผู้ป่วยยืนตรวจ และให้ญาติเข้ามาช่วยจับ แต่ถ้าทำไม่ได้ก็เปลี่ยนวิธีจากยืนเป็นนั่งตรวจ

กิจกรรม

การทบทวนข้อร้องเรียน

วิธีการ/ความถี่/ ผู้เข้าร่วม

หน่วยงานสรุปวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดการร้องเรียน พร้อมแนวทางการปรับปรุงแก้ไข

ความครอบคลุม

ทุกข้อร้องเรียน

ผลการทบทวน/ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น/โอกาสพัฒนา

มีการแก้ไข ข้อร้องเรียนต่างๆ

1. ทำป้ายเตือนบริเวณรังสี

2. จัดทำขั้นตอนการรับบริการ

3. จัดทำสิ่งส่งมอบ

4.เพิ่มจำนวนเสื้อผ้าที่ใช้เปลี่ยน

กรณีตัวอย่างในปีที่ผ่านมา

- การให้บริการตรวจสุขภาพต่างด้าว ซึ่งจะให้บริการในเวลาปกติ โดยจะมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนหนึ่งอยู่แล้ว ทำให้มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยมีเจ้าหน้าที่เพียง 2 คน ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการที่ไม่สามารถรองรับกับจำนวนผู้มาใช้บริการได้อย่างรวดเร็วจึงมีการจ้างผู้ช่วยมาช่วยงานรังสีวินิจฉัยเพิ่ม

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

No	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
ด้านความรวดเร็ว						
1	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเอกซเรย์ธรรมดา	< 20 นาที	14	14	14	14
ด้านความปลอดภัย ได้มาตรฐาน						
2	ร้อยละการแพ้สารทึบรังสี	ไม่มีตรวจ	ไม่มีตรวจ	ไม่มีตรวจ	ไม่มีตรวจ	ไม่มีตรวจ
3	ร้อยละของการหาฟิล์มเก่าไม่พบ	< 2 %	0.76%	0.89%	0.32%	0.84%
4	ร้อยละของฟิล์มเสีย	< 3 %	1.32%	1.65%	1.32%	1.50%
5	จำนวนของ Case ที่เอกซเรย์ผิดคน ผิดวิธี ผิดอวัยวะ	0	0	0	0	0
6	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเอ็กซเรย์	0	0	3	2	0
ด้านความพึงพอใจ						
7	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 85 %	100%	100%	100%	100%
8	จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	0	0	0

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เรื่อง	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	แผนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง	วัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กรอบเวลา
1. การปรับเปลี่ยนระบบการสร้างภาพเป็นภาพดิจิตอล	อยู่ระหว่างการวางระบบงานปรับเปลี่ยนเทคนิคทางรังสีวิทยา และการตั้งค่าโปรแกรม	งบประมาณปี 2564	เลิกการใช้ฟิลม์	1 มิถุนายน 64
2. การประดิษฐ์อุปกรณ์เสริมจัดท่าถ่ายภาพรังสี	ระหว่างจัดท่าทางให้ผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพเอ็กซเรย์ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามและมีการเคลื่อนไหวไม่อยู่นิ่งจะทำให้ภาพไม่ถูกต้องและเกิดภาพไหว	จัดหาอุปกรณ์โฟมทีมีรูปทรงที่เหมาะ	ถ้ามีอุปกรณ์เสริมรองอวัยวะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่เคลื่อนไหว	1 กรกฎาคม64
3. ต่ออายุการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย	เอกสารที่จะต้องส่งมีจำนวนมากและมีรายละเอียด	จัดเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ในการประกอบ	ธำรงรักษาระบบคุณภาพ	1 กันยายน 65

Service Profile ปี 2564

งานห้องกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางแพ

1. บริบท (Context)

หน้าที่และเป้าหมาย

งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลบางแพ มีหน้าที่ให้บริการกายภาพบำบัดแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจหัวใจและหลอดเลือด โดยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู แก่ผู้รับบริการ ทุกวัย รวมถึงการเข้าถึงของผู้ป่วยและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวผู้ด้อยโอกาสด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัด เป้าหมาย คือ การให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ในกลุ่ม OPD, IPD, HHC เวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. , นอกเวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ 16.00 – 20.00 น., เสาร์ 08.00 – 16.00 น.

ต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	**ความต้องการของผู้รับผลงาน**
ลูกค้าภายนอก	- ควรมีมีกิจกรรมกลุ่ม stroke เพิ่มจาก 2 ครั้ง/เดือน เป็น 4ครั้ง/เดือน (ทุกสัปดาห์) - การเข้าถึงการรับบริการ : เช่น คนไข้สิทธิ์บัตรทอง อยากให้มีบริการนอกเวลาราชการและวันเสาร์ อาทิตย์, ขอวันนัดเพิ่ม, ความถี่ในการลงเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น, อยากได้รับหัตถการหลายๆจุดตามบริเวณที่มีอาการปวด, มีรถเข็นให้ยืมในคนไข้สิทธิ์บัตรทอง, อยากให้มียานวดขายที่แผนก, มีเบอร์ที่ติดต่อง่ายๆ - กลุ่มสิทธิ์ประกันสังคมควรได้รับบริการมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง - ห้องกายภาพควรมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น แผ่นพับออกกำลังกาย, น้ำเย็น, รองเท้าให้เปลี่ยน เป็นต้น
ลูกค้าภายใน	ศูนย์ข้อมูล : แนะนำผู้ป่วยสิทธิ์กรมบัญชีกลางไปรูดบัตรที่ห้องการเงินทุกครั้งหลังรับบริการกายภาพ งานผู้ป่วยใน : ผู้ป่วยที่ต้อง D/C ในช่วงเช้า ต้องการให้ทำกายภาพบำบัดช่วงเช้า งานผู้ป่วยนอก : กรณีผู้ป่วยทำกายภาพแล้วไปตรวจ OPD ต่อ ให้ประสานเจ้าหน้าที่ OPD ทุกครั้ง งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน : มีการประสานงานในรายที่ทำกายภาพแล้วต้องส่งฉีดยาต่อ งานซักฟอก : ใบส่งซักทุกครั้ง และนับผ้าให้ครบตามจำนวนที่ส่งซัก งานส่งเสริม - เมื่อมีส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านจากฝ่ายปฐมภูมิขอให้ลงเยี่ยมภายใน 7 วัน, เตรียมข้อมูลก่อนลงพื้นที่ล่วงหน้า 1 วัน และมีการส่งต่อผู้ป่วยหลังจากเยี่ยมบ้าน งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค : มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่พบในงานกายภาพบำบัด งานเภสัชกรรม : เขียนเบิกเวชภัณฑ์ ถูกต้อง ครบถ้วน เพียงพอ เขียนเบิกทันตามวัน เวลาที่กำหนด

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ : กรณีสำคัญเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือ arrest คนไข้ในงานกายภาพบำบัดจะกดกริ่งฉุกเฉิน พยาบาลงานผู้ป่วยใน จะมาถึงแผนกภายใน 1 นาที

ปริมาณงาน 5 ปี ย้อนหลัง

รายการ	**ปีงบประมาณ**	**ปีงบประมาณ**	**ปีงบประมาณ**	**ปีงบประมาณ**	**ปีงบประมาณ**

	2560	2561	2562	2563	2564
1. จำนวนผู้รับบริการ(คน)	1,432	1,233	1,278	1,157	1,120
2. จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง)	7,471	6,196	7,434	7,779	6,446
3. ออกชุมชนร่วมกับทีม PCU (%)	90.0%	90.36%	90.30%	66.07%	60.52%
4. แยกกลุ่มผู้รับบริการ (ครั้ง)					
4.1 กลุ่ม musculoskeletal	6,207	5,164	6,694	6,827	5,081
4.2 กลุ่ม Neurological	1056	912	890	916	550
4.3 กลุ่ม Chest	220	108	145	87	809

ทรัพยากร ครุภัณฑ์และวัสดุเครื่องมือทางกายภาพบำบัด

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวน
	กลุ่มความร้อนตื้น (Superficial heat)	
1	Hot pack	13 แผ่น
2	Hydrocullator	2 เครื่อง
3	Paraffin bath	1 เครื่อง
	กลุ่มความร้อนลึก (Deep heat)	
4	Ultrasound	3
5	Ultrasound combined ES	3
6	Short Wave Diathermy	1
7	กลุ่มเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าเฉพาะปลายประสาท (TENS)	2
8	กลุ่มเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าลดปวดและกระตุ้นกล้ามเนื้อ (ES)	3
9	เครื่อง Traction	3
10	Tilt table	1
11	เตียง mobilization	1
12	เตียงไม้เตี้ย	12
13	เตียงไม้สูง	1
	อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ออกกำลังกาย	
14	ราวหัดเดิน	1
15	Stroll bar	1
16	NK table	1
17	Gym ball	3
18	Foam pad (สี่เหลี่ยม + แนวยาว)	4

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

การให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ความท้าทาย	ความเสี่ยง
การดูแล ฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจ ในผู้ป่วย COVID-19	- การทดสอบสมรรถภาพ Cardiopulmonary endurance ในผู้ป่วย COVID-19 - การทำ chest physical therapy ในผู้ป่วย COVID-19	- ผู้ป่วยเกิดภาวะ Desaturation จนถึงระดับอันตราย หลังการทดสอบสมรรถภาพ - เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการติด Covid-19
การประเมินและเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย sub acute ที่เข้าเกณฑ์ IMC (stoke, TBI, SCI)	- การใช้แบบประเมิน STREAM ร่วมกับแบบประเมิน Barthel Index ในผู้ป่วย stroke, TBI ที่เข้าเกณฑ์ IMC ทุกราย - มีการใช้แบบประเมิน AISA ร่วมกับแบบประเมิน Barthel Index ในผู้ป่วย SCI ที่เข้าเกณฑ์ IMC ทุกราย	- ผู้ป่วย stoke, TBI, SCI ที่เข้าเกณฑ์ IMC ไม่ได้รับการประเมิน STREAM / ASIA ครบทุกราย ตามมาตรฐานงานกายภาพระดับจังหวัด - ผู้ป่วยเกิด Recurrent stroke ขณะทำกายภาพ - ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ขณะอยู่ในแผนกกายภาพบำบัด
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย COPD/Asthma ที่นอน รพ	-พัฒนาระบบ CPG ในผู้ป่วย COPD/Asthma ที่ได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอด - พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย 6 MWT ที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเกิดการวิเคราะห์ข้อมูล ในเชิงคุณภาพ - มีการเก็บตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้ป่วย 6MWT - ผู้ป่วย COPD เป็นโรคที่เป็น Generative ดังนั้นการทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น จึงทำได้ยาก	- ผู้ป่วย COPD/Asthma เกิดภาวะเหนื่อยหอบ (Wheezing) ขณะฟื้นฟู - ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ขณะทำ 6 MWT
การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะ sub acute	- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ได้ครบตามเกณฑ์ระดับเขต (ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน ต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน)	ผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยม ไม่ครบตามเกณฑ์
การเข้าถึงระบบบริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ	- ส่งเสริมสุขภาพด้านระบบกระดูกกล้ามเนื้อชมรมผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ	- ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึง การได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านระบบกระดูก

		กล้ามเนื้อ จากนักกายภาพบำบัด

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

1.ศักยภาพของนักกายภาพบำบัดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และข้อจำกัดของเครือข่ายในพื้นที่ในการร่วมกันดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	เนื่องจากอัตราคะแนน Barthel Index Score คงที่ ของผู้ป่วยกลุ่ม chronic stroke มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่ : สร้างเสริมให้เจ้าหน้าที่งานห้องกายภาพบำบัด มีการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง

กลุ่มผู้รับบริการ : ผู้รับบริการทุกรายได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อลดอัตราการกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล

: ผู้ป่วยที่ได้รับทำกายภาพบำบัด หรือผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะได้คำแนะนำและการสอนท่าออกกำลังกายเพื่อกลับไปทำที่บ้านทุกครั้ง

: มีการแจกแผ่นความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้อ่านและทำความเข้าใจได้มากขึ้นเมื่อกลับไปที่บ้าน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การประเมินผู้ป่วย	- สามารถประเมินแยกผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ACS, DM (neuropathy) , HT, stroke ทุกคนได้รับการตรวจประเมินก่อนการรักษา	- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการตรวจประเมิน - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีภาวะความผิดปกติ ขณะอยู่ในความดูแล -ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นขณะทำกายภาพ -ไม่ทราบปัญหาของผู้ป่วยทำให้แก้ไม่ถึงปัญหาของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เมื่อ เกิดความผิดปกติ ได้รับการดูแล และ ปลอดภัย - ผู้ป่วยหลังทำกายภาพมีอาการปวดลดลง
2.การทำหัตถการ (ส่งเสริม / ป้องกัน / รักษา /ฟื้นฟู)	-ผู้รับบริการได้รับการทำหัตถการบริการทางกายภาพบำบัด ปลอดภัย ถูกต้อง -ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ	- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการทางกายภาพบำบัด	- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำกายภาพบำบัด เป็น 0 - จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการกายภาพบำบัดอาการดีขึ้นและหรือคงที่ - ผู้ป่วยมี pain scale ลดลง - ผู้ป่วยมีรูปแบบการหายใจที่ถูกต้อง - STREAM score ดีขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง
3. การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินหลังจากทำกายภาพทุกราย - เพื่อทำD/C plan ในผู้ป่วย MS, Neurological , Cardiopulmonary - มีการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,บาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อปรับสภาพบ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองที่บ้าน ให้สามารถดูแลตัวเองได้และกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้	- ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินผลการรักษาทางกายภาพบำบัด - เจ้าหน้าที่ไม่ได้ติดตามรักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์	- จำนวนผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมหลังจาก D/C จาก รพ. ภายใน 1 เดือน - กลุ่มsub acute stroke ได้รับการประเมินADL อย่างน้อย 3ครั้ง ภายใน 6 เดือน - ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ที่D/Cจาก ward ได้รับการฟื้นฟูแบบ Intensive care อย่างน้อย 14 ครั้ง และ ประเมิน ADL / STEARM อย่างน้อย 1ครั้ง / เดือน เป็นเวลา 6 เดือน - chronic stroke คะแนนADL(5-19) ได้รับการประเมินอย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ปี ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนADL(0-4) ได้รับการประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี - การติดตามเยี่ยมบ้านแบบ New normal โดยใช้ระบบโทรศัพท์หรือ ไลน์และการสอนทักษะพื้นฐานด้านการฟื้นฟูสภาพผ่านไลน์
4.การส่งเสริมสุขภาพ	- เพื่อให้ผู้รับบริการกายภาพบำบัดสามารถดูแลตนเองและออกกำลังกายที่บ้านได้	- ผู้รับบริการออกกำลังกายและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	- ผู้รับบริการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง - อัตราผู้ป่วยและญาติที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคการปฏิบัติตัวหลังการ

	- เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน		ทบทวนความรู้สุขภาพ

3. กิจกรรมทบทวนที่ผ่านมา

กิจกรรม	วิธีการ / ความถี่ / ผู้เข้าร่วม	ความครอบคลุม	ผลการทบทวน / การปรับปรุง / โอกาสพัฒนา	ตัวอย่าง
1.ทบทวนขณะดูแล	วิธีการ : ทบทวนผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะอ่อนแรงรยางค์แขน หรือ ขา ความถี่ : ทุกราย ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพบำบัด	OPD	1. แนวทางการประเมิน neurological deficit (sensation& muscle power ตาม Myotomeฮ reflex) ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของรยางค์แขนขา หรือ อ่อนแรงตามมัดกล้ามเนื้อ	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี HN 268/49 CC: เท้าข้างซ้ายไม่มีแรงปลายเท้าตก ไม่สามารถกระดกข้อเท้าได้ Dx. Foot drop at Lt.side Hx : ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมาเป็นเวลานานเกิดจากกระดูกเสื่อมและกดทับเส้นประสาทเคยมารักษากายภาพบำบัด แต่ไม่ต่อเนื่อง 25/8/63 ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหลังที่ รพ.บ้านแพ้ว หลังจากการผ่าตัดอาการปวดหลังลดลงแต่พบว่าปลายเท้าไม่สามารถกระดกขึ้นได้ รู้สึกขาซ้ายไม่ค่อยมีแรง ยกขาไม่ขึ้น 16/11/63 จึงมาพบแพทย์ที่ รพ.บางแพ เพื่อขอทำกายภาพบำบัด แพทย์ได้ตรวจร่างกาย Dx. Foot drop at Lt.side โดยโปรแกรมการรักษาคือ 1.Electrical stimulation โปรแกรม เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ 2.วาง Hot pack เพื่อคลายกล้ามเนื้อและช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด 3.สอนท่าออกกำลังกาย 4.แนะนำการปฏิบัติตัว 5.Home program
2.ทบทวนข้อร้องเรียนผู้รับบริการ	วิธีการ : ความถี่ : ทุกครั้งที่เกิดข้อร้องเรียน ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพบำบัด	- ตู้รับฟังความคิดเห็น - ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถามความพึงพอใจ	ไม่พบข้อร้องเรียน	ไม่พบข้อร้องเรียน
3.ทบทวนการส่งต่อ ปฏิเสธการรักษา	วิธีการ /ความถี่ ผู้เข้าร่วม	OPD / IPD home visit	ไม่พบการปฏิเสธการรักษา	ไม่พบการปฏิเสธการรักษา
4.ทบทวนโดยผู้	วิธีการ : เข้าอบรม	เจ้าหน้าที่งาน	1.เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดทุกคน ทักษะการทำ CPR	การอบรม basic CPR

ชำนาญกว่า	ทฤษฎี และปฏิบัติ ความถี่ : ปีละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	กายภาพบำบัดทุกคน	พื้นฐาน 2. พยาบาลวิชาชีพในงานกายภาพบำบัด มีทักษะ CPR ขั้นสูง 3. เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จะมีการกดกริ่งฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน มาพร้อมอุปกรณ์เครื่องช่วย ภายใน 1 นาที	การอบรม Advance CPR
5.ค้นหา และป้องกันความเสี่ยง	วิธีการ : เจ้าหน้าที่ค้นหาความเสี่ยงที่เกิดในงานทุกครั้งที่พบ ความถี่ : ทุกเดือน ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	ความเสี่ยงที่เกิดและยังไม่เกิด ในทุกประเภท	ได้แนวทางการซักประวัติและประเมิน ข้อห้าม ข้อควรระวัง ในการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดที่สามารถให้ผลในการเกิดความร้อนลึกในเนื้อเยื่อร่างกาย	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี HN 3235/41 วันที่ 16/2/2563 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี HN 3235/41 มาทำกายภาพบำบัดตามนัดด้วยอาการ Pain Rt. elbow แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าวันนี้มีอยากให้ใช้ US ที่เข่าขวาเพิ่มขึ้นอีกจุด นักกายภาพบำบัดจึงได้ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติม พบว่าเมื่อหลายปีก่อนเคยประสบอุบัติเหตุกระดูกที่เข่าข้างขวาแตกทำให้ต้องผ่าตัดใส่เหล็กที่หัวเข่าไว้ นักกายภาพบำบัดจึงอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยใส่เหล็กที่หัวเข่าจะไม่สามารถใช้เครื่อง Ultrasound ในการรักษาได้ เนื่องจากเครื่อง Ultrasound เป็นเครื่องมือที่เป็นความร้อนลึกถ้าไปใช้รักษาตรงอวัยวะที่มีเหล็กอาจทำให้เกิดความร้อนสะสมเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการ Burn ที่อวัยวะนั้นๆ ได้ แต่จะใช้เครื่องมือชนิดอื่นช่วยลดอาการปวดตัวอื่นแทน

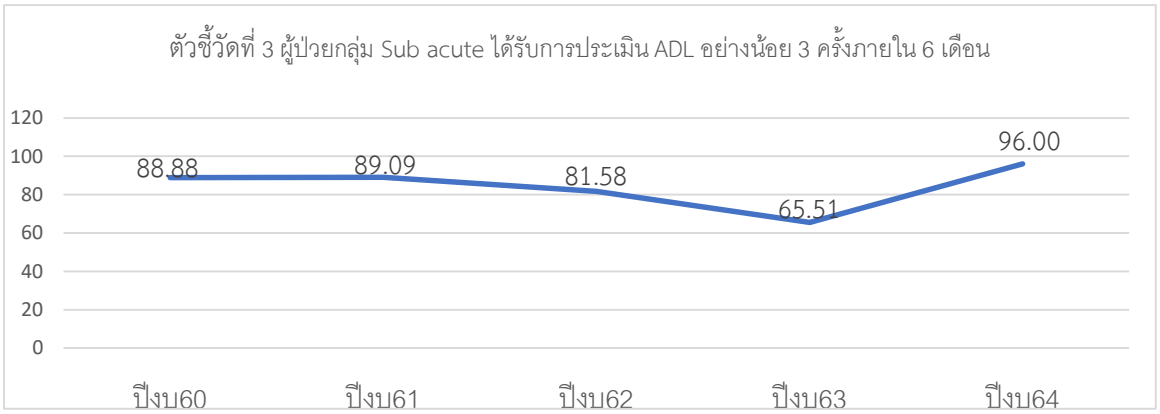
กิจกรรม	วิธีการ / ความถี่ / ผู้เข้าร่วม	ความครอบคลุม	ผลการทบทวน / การปรับปรุง / โอกาสพัฒนา	ตัวอย่าง
6.ป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.	วิธีการ ทบทวนผู้ป่วยที่มีเชื้อ MDR ความถี่ : ทุกราย ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	การล้างมือ การใส่เครื่องป้องกัน อุปกรณ์ที่ต้องสัมผัสกับคนไข้	1.ใส่เครื่องป้องกันทุกครั้งก่อนทำกายภาพ และล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยตามหลักMy5Moment 2 การจัดโซนเฉพาะในการให้บริการ เป็นห้องโซนที่ทำการฝึกผู้ป่วยระบบประสาท ขณะให้บริการงดการเปิดแอร์ ให้เปิดหน้าต่าง 3 หลังการให้บริการมีการทำความสะอาด เปลี่ยนผ้าปูเตียงและแยกผ้าปูเตียง ใส่ถุงแดงตามหลักการ IC	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี HN 4139/41 วันที่ แพทย์ Dx spondylosis, Pneumonia, MDR ส่งกายภาพมีปัญหาเรื่องปวดหลังและปัญหาด้านรูปแบบการหายใจ ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะเชื้อดื้อยา ได้รับการฟื้นฟูโดย. 1.วางประคบร้อน 10-15 นาที บริเวณหลังส่วนล่าง 2.US : บริเวณ paravertebral muscle both side intensity 0.8-1.0 W/cm2 3.ติด ES บริเวณ lower back ใช้โปรแกรม TENs : 20 min 4.Strengthening Exercise :bridging exercise 5.Chest PT : Breathing exercise ,chest mobilization 6. จัดโซนการแยกให้บริการและปฏิบัติตามหลัก 5MyMoment
7.ป้องกันเฝ้า	วิธีการ			

ระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	ความถี่ ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ		ไม่มีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา	ไม่มีเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา
8.ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	วิธีการ : ความถี่ : ทบทวนทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์สำคัญ ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยจาก OPD IPD HHC	ไม่พบเหตุการณ์สำคัญ	ไม่พบเหตุการณ์สำคัญ

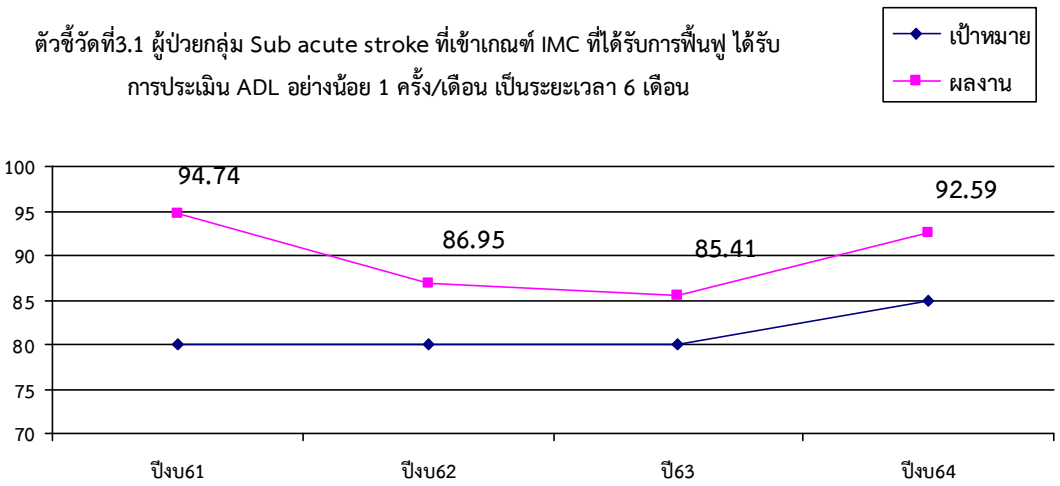
กิจกรรม	วิธีการ / ความถี่ / ผู้เข้าร่วม	ความครอบคลุม	ผลการทบทวน / การปรับปรุง / โอกาสพัฒนา	ตัวอย่าง
9.ความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียน	วิธีการ : ตรวจสอบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ใน OPD card-ในทะเบียนผู้ป่วย-ใน Hos xp ทั้งสามแห่งข้อมูลตรงกันหรือไม่ ความถี่ : ตรวจสอบความถูกต้องทุกๆ วันอังคาร ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	ข้อมูลผู้ป่วยจาก OPD IPD HHC	1. มีระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และตรงทั้งสามที่ 2. มีแบบฟอร์มการตรวจร่างกายที่เป็นระบบ และใช้เหมือนกัน โดย OPD case จะมีการสอบถามข้อห้าม ข้อควรระวัง ในทุกราย 3. IPD case จะมีแบบฟอร์มการตรวจร่างกายแยกทั้ง 3 ระบบ (MS, Neuro, Chest) และมีหัวข้อ รายละเอียดครบตามมาตรฐานที่กำหนด 4. ในคนไข้ที่เข้าเกณฑ์ IMC ทุกรายต้องได้รับการประเมิน STREAM	การปรับแบบฟอร์ม “แนวทางการฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยเพิ่มหัวข้อการประเมิน STREAM
10.ทบทวนการใช้ข้อมูลทางวิชาการ	วิธีการ : เจ้าหน้าที่จะนำความรู้มาแลกเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการประชุมประจำเดือน ความถี่ : ทุกเดือน ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	ความรู้ทั่วไป ความรู้ทางเทคนิคทาง กายภาพบำบัด	1. มีระบบ training need ทุกเดือน 2. เจ้าหน้าที่ที่อบรมวิชาการภายนอกรพ. มีการ training need องค์ความรู้ให้เจ้าหน้าที่ในแผนกกายภาพ	ทบทวนเทคนิคการทำ mobilization ทบทวนทักษะการใช้เครื่องมือทางกายภาพ (US, ES, mechanical traction, SWD) เทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพ
11.ทบทวนการใช้	วิธีการ ความถี่ : ทุกเดือน		มีมาตรการประหยัดทรัพยากรและพลังงาน	1. ใช้กระดาษรีไซเคิล 2. เปิด – ปิด เครื่องปรับอากาศ เป็นเวลา 3. ใช้กล่องข้าว เพื่อลดการใช้ถุงพลาสติกและโฟม

ทรัพยากร	ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ			4. ให้ผ้าเช็ดเจล อัลตราซาวน์ แทนกระดาษทิชชู่
12.การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ	วิธีการ : นำตัวชี้วัดที่ทำได้เกินมาตรฐานเกินสองปี มาปรับค่าเพิ่ม ตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ /มีความเสี่ยง / มีปัญหา จะถูกนำมาหาแนวทางแก้ไข ความถี่ : ปีละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วม : เจ้าหน้าที่งานกายภาพ	ตัวชี้วัดทุกตัว	1. มีการเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญเพิ่มเติม 2. มีการปรับมาตรฐานตัวชี้วัดเพิ่มขึ้น 3. มีการปรับวิธีการนับข้อมูลของตัวชี้วัด ให้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เปลี่ยนจากการนับตามปีงบประมาณเป็นการนับย้อนหลัง 4. ตัวชี้วัดที่ไม่ได้เป้าหมายมีการวิเคราะห์ หาสาเหตุและวางแผนแก้ไข	1. ผู้ป่วย IMCที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง มีคะแนน ADL ดี /ดีขึ้น 1 ระดับ จากร้อยละ 30 เป็น ร้อยละ 40 2. ผู้ป่วยกลุ่มSub acute strokeได้รับการประเมิน ADL อย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 6เดือน (เดิมนับเป็นเฉพาะปีงบ แต่แบบใหม่จะนับจากข้อมูลรวมทั้งหมด ย้อนหลังภายใน 1 ปี นับจากวันที่ได้ข้อมูล) -

1. **ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)**

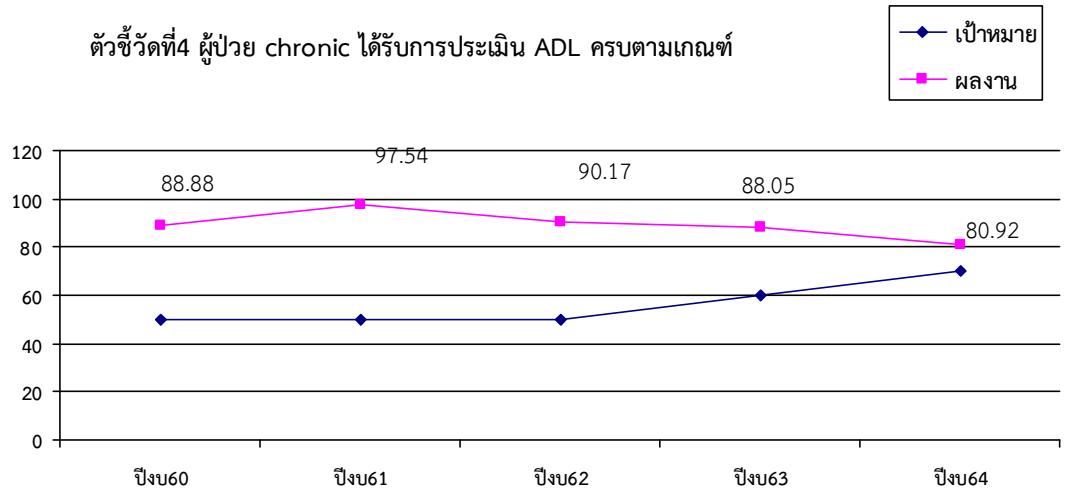


ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ sub acute เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการติดตามต่อเนื่องภายใน 6 เดือน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะความพิการ งานกายภาพจึงกำหนดความถี่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้อย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 6 เดือน จากข้อมูลในปีงบ 62 และ63 ปริมาณผู้ป่วย sub acute เพิ่มขึ้นจาก 67 รายเป็น 74 ราย โดยผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 38 ราย เป็น 58 ราย สาเหตุที่ตัวชี้วัดปีงบ 63 ต่ำกว่าปีงบ 62 เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่ม ซึ่งแม้ตัวเลขในตัวชี้วัดนั้นจะลดลง แต่หากดูข้อมูลดิบจะพบว่า ปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบตามเกณฑ์ ในปี 63นั้นมีมากกว่าปี 62 (ปี 62=32 ราย ปี63=38 ราย) แต่สาเหตุที่ตัวชี้วัดลดลง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วย sub acute ในปี 63 นั้นมีปริมาณเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วถึง 20 ราย ประกอบกับสถานการณ์ Covid-19 ทำให้ช่วงเดือน มี.ค.-ก.ค. ที่มีมาตรการงด การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน สามารถทำได้เพียงโทรติดตามอาการและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ จึงส่งผลให้อัตราการเยี่ยมบ้านลดลง มีแนวทางแก้ไขโดยการเยี่ยมบ้านแบบ VDO call เพื่อให้สามารถเห็นสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ซึ่งจากผลการติดตามเยี่ยมทาง VDO call และทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ป่วยทุกรายสะดวกติดตามพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ จึงทำให้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 เป็นต้นมา งานกายภาพบำบัด ใช้ช่องทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จึงส่งผลให้ตัวชี้วัดในปีงบ 64 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 56/62 ราย (90.32%)

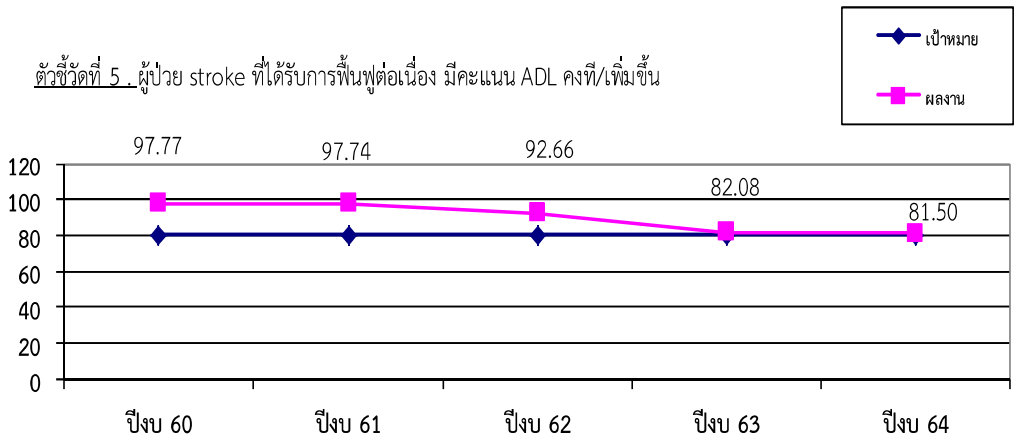


ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ sub acute ที่เข้าเกณฑ์ IMC เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่รวดเร็วและต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด งาน

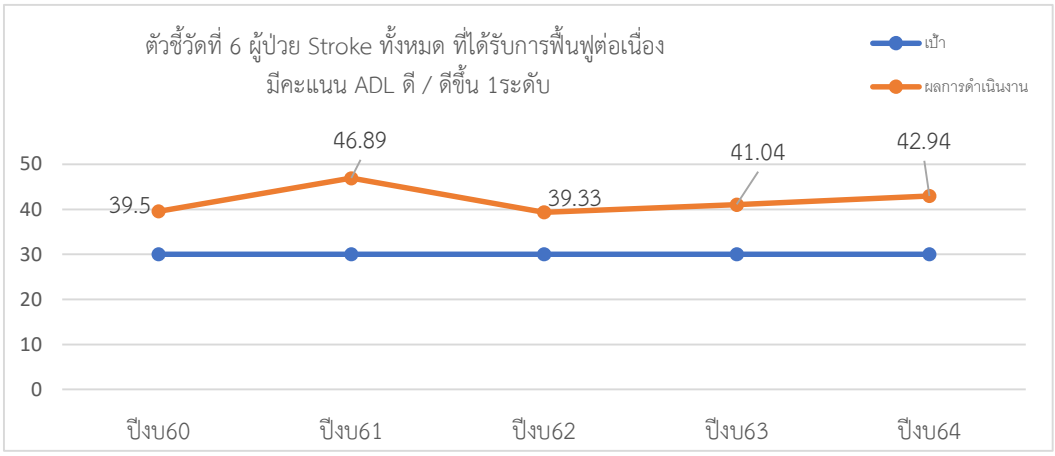
กายภาพจึงให้ความสำคัญโดยจัดเป็นกลุ่มแรกที่ต้องติดตามเยี่ยมและ มีความถี่ในการลงฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดคืออย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือน จากข้อมูลในปีงบ 63 มีปริมาณผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC เพิ่มขึ้น คือ 48 ราย เมื่อเทียบกับปีงบ 62 คือ 23 ราย สาเหตุที่ตัวชี้วัดปีงบ 63 ต่ำกว่าปีงบ 62 เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ในปีงบ63 มีจำนวนมากกว่าปี 62 จำนวน 25 ราย ประกอบกับสถานการณ์ Covid-19 ทำให้ช่วงเดือน มี.ค.-ก.ค. ที่มีมาตรการงด การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน สามารถทำได้เพียงโทรติดตามอาการและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ จึงส่งผลให้อัตราการเยี่ยมบ้านลดลง มีแนวทางแก้ไขโดยการเยี่ยมบ้านแบบ VDO call เพื่อให้สามารถเห็นสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และประสานกับอสม.ในพื้นที่ในการช่วยติดตามและกระตุ้นผู้ป่วย ในปี64 ยังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดอยู่ จึงมีการปรับวิธีการเยี่ยมบ้านตามบ้านมาเป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จึงสามารถทำให้สามารถติดตามเยี่ยมในผู้ป่วยกลุ่ม IMC ได้มากขึ้นกว่าปีงบ63



จากข้อมูลในปีงบ 63 พบว่ามีปริมาณผู้ป่วยกลุ่ม chronic stroke ที่เข้าเกณฑ์การติดตามเยี่ยมลดลงคือ 67ราย เมื่อเทียบกับปีงบ 62 คือ 112 ราย สาเหตุที่ตัวชี้วัดปีงบ63 ต่ำกว่าปีงบ 62 เนื่องจาก มีการปรับระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยให้นักกายภาพบำบัดต้องติดตามกลุ่มที่เป็น Priority แรก ซึ่งก็คือกลุ่ม sub acute รายใหม่ทุกรายที่ได้ข้อมูลจากงาน ER และกลุ่ม Sub acute ที่เข้าเกณฑ์ IMC จึงทำให้อัตราการเยี่ยมกลุ่ม Chronic ลดลง และในปีงบ 64 จำนวนผู้ป่วย chronic ที่เข้าเกณฑ์ติดตามเยี่ยมเพิ่มขึ้นเป็น 151 ราย จึงเป็นสาเหตุให้ตัวชี้วัดยังคงน้อยกว่าในปีงบ 62 ด้วยเหตุนี้จึงมีการปรับเกณฑ์ในการเยี่ยมใหม่ จากเดิมทุกรายที่เป็นระยะ chronic จะมีการเยี่ยม 3 ครั้ง/ปี เปลี่ยนเป็น เฉพาะกลุ่มที่มีคะแนนADL (5-19) จะเยี่ยมอย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ปี ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนADL(0-4) จะเยี่ยมเพียง 1 ครั้งต่อ 1 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้มีภาวะเรื้อรัง โครงสร้างร่างกายเปลี่ยน ผิดรูป เป้าหมายของการฟื้นฟูจึงอยู่ที่การคงสภาพ แต่ในกลุ่มที่มีคะแนนADL(5-19) นั้นมีโอกาสฟื้นสภาพได้มากกว่า จึงเน้นในการเยี่ยมกลุ่มติดบ้านมากกว่า ร่วมกับการประสานให้ C.G. หรือนักบริบาลในแต่ละตำบลเป็นผู้ติดตาม โดยมีช่องทางให้พื้นที่สามารถปรึกษานักกายภาพบำบัดได้ หากผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีอาการเปลี่ยนแปลง และใช้ช่องทาง VDO call ในการส่งปรึกษาเคส แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ส่งผลให้ อสม.หรือเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ต้องเน้นหน้างานมาที่งาน covid-19 ก่อน ลดการเยี่ยมบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

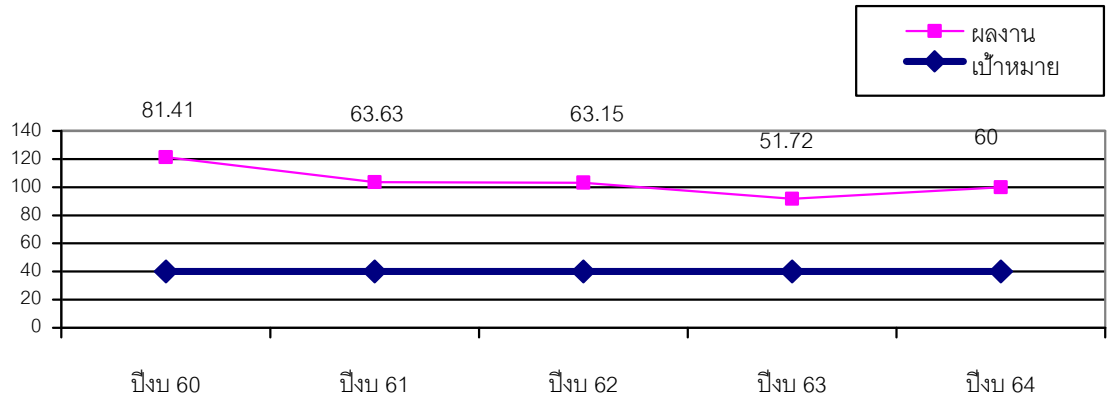


ตัวชี้วัดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเฝ้าระวัง ไม่ให้ผู้ป่วย stroke มีสมรรถภาพทางกายที่ถดถอยลง รักษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอัตราจำนวนผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีคะแนน ADL คงที่ / เพิ่มขึ้น มีอัตราที่ลดลง เนื่องจากช่วงต้นปีงบประมาณ 63 มีสถานการณ์ Covid-19 ทำให้ช่วงเดือน มี.ค.-ก.ค. มีมาตรการงดการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน สามารถทำได้เพียงโทรติดตามอาการและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ทำให้อัตราการเยี่ยมบ้านลดลง ส่งผลให้อัตราคะแนน ADL คงที่ / เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่ลดลง มีแนวทางแก้ไขโดยการเยี่ยมบ้านแบบ VDO call เพื่อให้สามารถเห็นสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ซึ่งในปีงบ 64 ยังคงใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ แม้ตัวชี้วัดจะน้อยกว่าปี 63 (ปี63=82.08 %, ปี64=81.69%) แต่จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราคะแนน ADL คงที่ / เพิ่มขึ้นในปี 64 นั้นมากกว่าปี 63 (ปี63=110 จาก134 ราย , ปี64=174 จาก 213ราย)



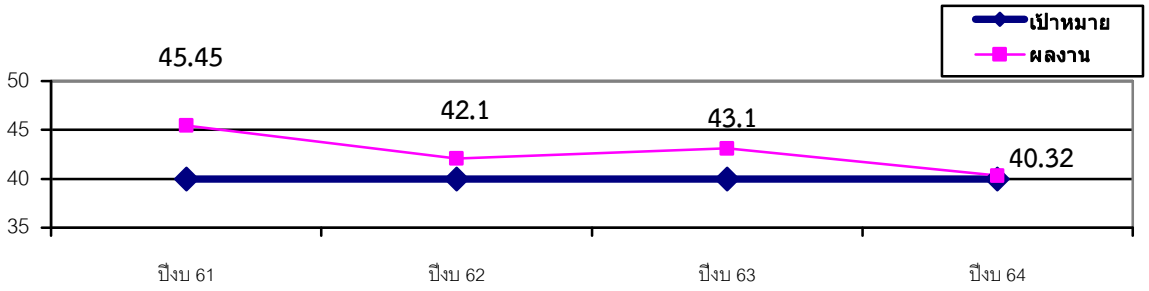
ผลลัพธ์ (Out come) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นเพื่อลดภาวการณ์พึ่งพิง ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการติดตามผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเกิดกระบวนการพัฒนาตั้งแต่พัฒนาทักษะการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด และความรู้การดูแลขึ้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Care giver)โดยการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วย และการสอนทักษะการขยับข้อต่อ การพลิกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง และการออกกำลังกายขึ้นพื้นฐาน รวมถึงการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยในคลินิก stroke ในทุกพฤหัสที่ 2 และ 4 ของเดือน ประกอบกับมีการลงเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี64 ดีขึ้นกว่าปี 63 (ปี63=55 จาก134 ราย , ปี64=88 จาก 213ราย)

ตัวชี้วัดที่ 6.1 อัตราผู้ป่วยSub acute Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมีคะแนน ADL **ดี /ดีขึ้น 1 ระดับ** (เช่น ติดเตียง ขึ้นมาติดบ้าน)



ผลลัพธ์ (Out come) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะ sub acuteคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวในรูปแบบที่ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อลดการเกิดความพิการด้านการเคลื่อนไหว ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการติดตามผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีกระบวนการตั้งแต่พัฒนาทักษะการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด การให้ความรู้ทักษะพื้นฐานด้านการดูแลฟื้นฟูสภาพแก่ญาติ รวมถึงการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยในคลินิก stroke ในทุกพฤหัสที่ 2 และ4 ของเดือน ประกอบกับมีการลงเยี่ยม ที่เน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ sub acute ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกเดือน ที่มากกว่ากลุ่ม chronic ซึ่งแม้ตัวเลขของตัวชี้วัดในปี 63 จะน้อยกว่าปี 62 แต่หากพิจารณาจากข้อมูลดิบที่เป็นจำนวนผู้ป่วยจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนดีขึ้นนั้นมีมากกว่าปี 62 (ปี 62=24 ราย ปี63=30 ราย) แต่สาเหตุที่ตัวชี้วัดลดลง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วย sub acute ในปี 63 นั้นมีจำนวนผู้ป่วย subacute รายใหม่มี 58 ราย ซึ่งมากกว่าปีงบ62 ถึง 20 ราย จึงทำให้ตัวเลขของตัวชี้วัดนั้นลดลง ส่วนในปีงบ 64 ที่ตัวชี้วัดนั้นเพิ่มขึ้น เพราะมีการพัฒนาระบบ IMC ทั้งในเรื่องความรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลภายในจังหวัด การการมีตัวชี้วัดที่ต้องติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน หลังจากได้รับข้อมูล และการติดตามเยี่ยมที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ตัวชี้วัดในปี 64 เพิ่มขึ้น เป็น 33 จาก 62 ราย

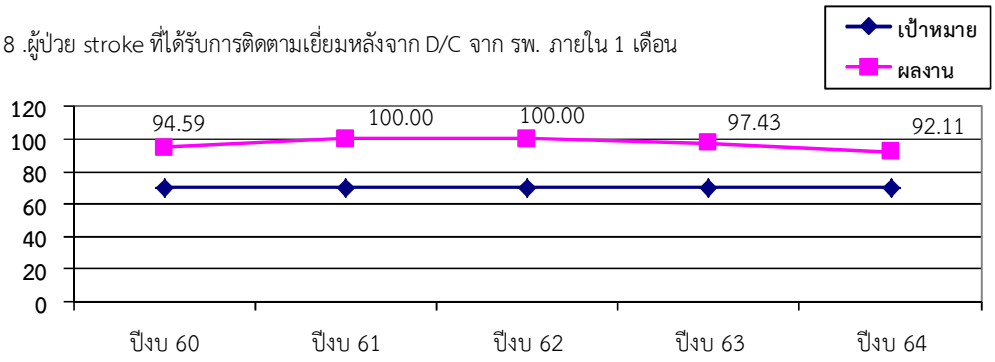
ตัวชี้วัดที่ 7 . อัตราผู้ป่วย Sub acute Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมีคะแนน ADL **ดีขึ้น 1 ระดับ** (เช่น ติดเตียง ขึ้นมาติดบ้าน)



ผลลัพธ์ (Out come) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ Sub acuteคือ ผู้ป่วยสามารถในการเคลื่อนไหวใกล้เคียงปกติมากที่สุด สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด แต่จากการวัดผลลัพธ์จากแบบประเมิน Barthel Index Score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ไม่เฉพาะเจาะจงแค่ด้านการเคลื่อนไหว เช่นมีเรื่องการควบคุมการขับถ่าย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีคะแนน ADL ดีขึ้น 1 คะแนนจึงอาจไม่สามารถบอกได้ว่าดีขึ้นจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดนี้ที่วัดอาการที่ดีขึ้น 1 ระดับ (เช่น จากติดเตียง เป็นติดบ้าน หรือ ติดบ้านไปติดสังคม) เพื่อบ่งบอกประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งตัวชี้วัด

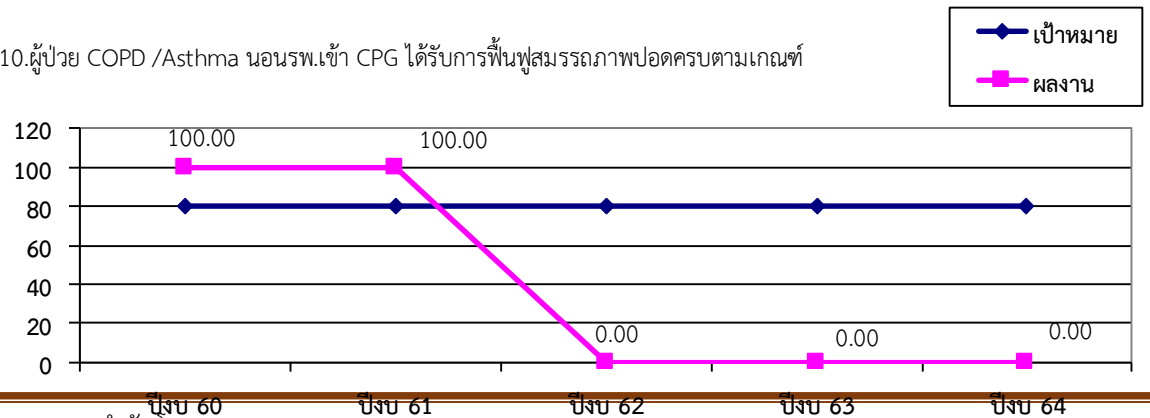
ในปี 63 มีทั้งปริมาณที่เพิ่มขึ้น (ปี62=16, ปี63=25 ราย) และอัตราที่เพิ่มขึ้นกว่าปีงบ 62 เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น priority แรกที่ลงติดตามเยี่ยม ประกอบกับหากเป็นผู้ป่วย sub acute ที่เข้าเกณฑ์ IMC จะได้รับ Intensive program โดยการ admit หรือนัดเป็น OPD case ทุกวัน เพื่อทำการฟื้นฟูต่อเนื่อง 14 วัน ส่งผลให้ตัวชี้วัดในปี 63 นั้นเพิ่มขึ้นจากปีงบ 62 แต่ในปี64 นั้นมีผู้ป่วยที่มีคะแนนดีขึ้น 1 ระดับเพียง 25 จาก 62 ราย ซึ่งแม้จำนวนคนที่ดีขึ้น 1 ระดับจะเท่ากับปี63 แต่จำนวนผู้ป่วยรวมของปี 64 คือ 62 ราย ซึ่งมากกว่าปี63 ประกอบกับการติดตามฟื้นฟูส่วนใหญ่จะเป็นทางโทรศัพท์ แม้จะสามารถให้คำแนะนำ วิธีการฟื้นฟูแก่ผู้ดูแลทางโทรศัพท์ได้ แต่ก็ไม่เหมือนกับการที่นักกายภาพบำบัดลงไปฟื้นฟูเอง อีกทั้งผู้ป่วยที่เคยมาเป็น OPD case ทุกเดือน ก็ขอเลื่อนการมารับบริการที่รพ. เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 จึงส่งผลให้ตัวชี้วัดในปี 64 มีอัตราที่น้อยลง เมื่อเทียบกับปี63

8 .ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมหลังจาก D/C จาก รพ. ภายใน 1 เดือน

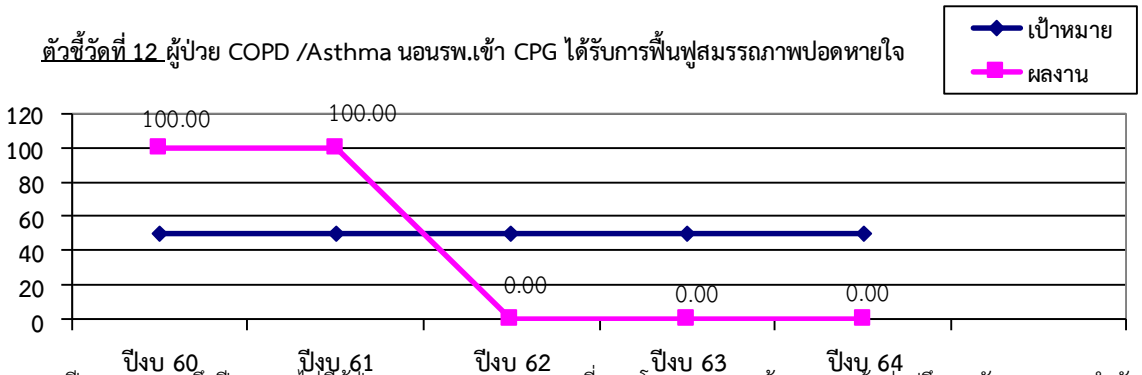


ตัวชี้วัดนี้ เกิดจาก แต่ก่อน ผู้ป่วยstroke ที่ admit ในรพ. เมื่อได้รับการทำกายภาพบำบัดที่รพ. จะได้รับการทำกายภาพทุกวันวันละ 1ครั้ง แต่เมื่อผู้ป่วย D / C จากรพ. งานกายภาพบำบัดยังไม่มีระบบการติดตามเยี่ยม ภายใน 1 เดือน จึงทำให้เกิดปัญหาหลายอย่าง เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการวางแนวทางการดูแลที่ให้ อาจยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากทีมไม่ได้เห็นสภาพผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมจริงๆ จึงไม่สามารถมองเห็นปัญหา หรือ ข้อจำกัดของญาติ หรือผู้ดูแล ได้ จากเหตุผลดังกล่าว งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลบางแพ ได้เห็นถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้จัด ระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย stroke หลังจาก D/C ภายใน 1 เดือน เพื่อเป็นการติดตามเยี่ยม ผลการฟื้นฟู และการให้คำแนะนำญาติว่า สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และเพื่อวางโปรแกรมการฟื้นฟูให้เหมาะกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละราย อย่างเป็นจริง จากการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke ที่ D/C จากward โดยเน้นให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็น priority แรกที่ต้องได้รับการเยี่ยม จึงทำให้ตัวชี้วัดมีการเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี60-62 แต่จากสถานการณ์ covid-19 ตั้งแต่ปี 63-64 แม้จะปรับมาเป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรสัพท์ แต่ก็มีบางรายที่โทรไปแล้ว ไม่สามารถติดต่อได้ ต้องใช้เวลาในการสืบค้นข้อมูล หรือถามจากพื้นที่ ทำให้ระยะเวลาในการติดตาม เกิน 1 เดือน จึงทำให้ตัวชี้วัดในปี 63-64 นั้นลดลง

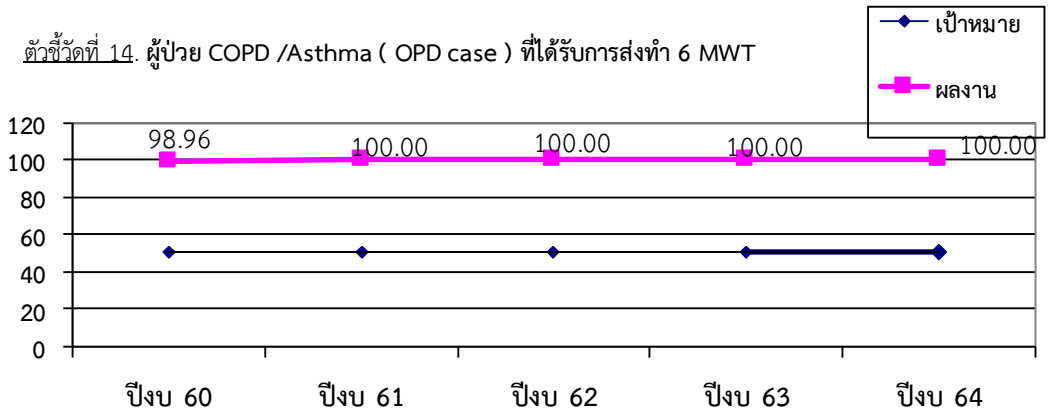
10.ผู้ป่วย COPD /Asthma นอนรพ.เข้า CPG ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดครบตามเกณฑ์



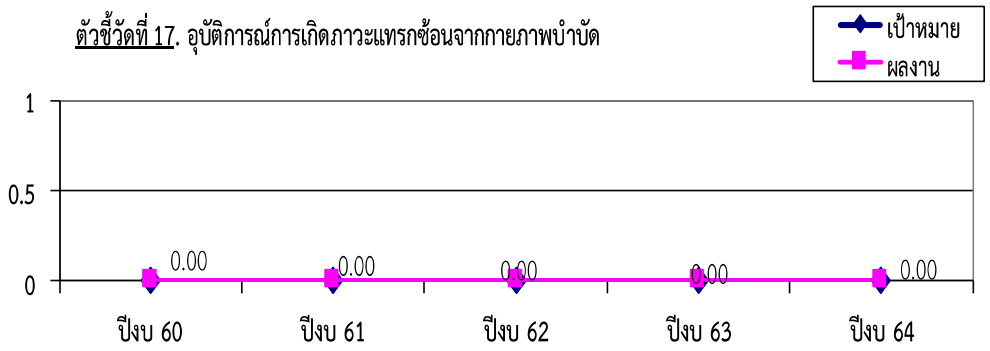
ตั้งแต่ปีงบ 59 จนถึงปีงบ 64 ไม่มีผู้ป่วย COPD / Asthma ที่นอนโรงพยาบาลเข้า CPG แล้วส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด จึงไม่สามารถเก็บตัวชี้วัดข้อนี้ได้ แต่งานกายภาพบำบัดได้มีการวางแผนที่จะสอนและให้ความรู้ ในผู้ป่วย IPD กลุ่ม COPD/Asthma มีภาวะการหอบเหนื่อยและมีเสมหะ กรณีแพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด



ปีงบ 59 จนถึงปีงบ 64 ไม่มีผู้ป่วย COPD / Asthma ที่นอนโรงพยาบาลเข้า CPG แล้วส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด จึงไม่สามารถเก็บตัวชี้วัดข้อนี้ได้ แต่งานกายภาพบำบัดได้มีแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่ม COPD/Asthma เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด



จากการที่เจ้าหน้าที่ ได้มีการพัฒนาทักษะ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และรูปแบบการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถฝึกหายใจ โดยมีรูปแบบการหายใจที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ตั้งแต่ปีงบ 2560 เป็นต้นมา ผู้ป่วย COPD /Asthma (OPD case) ที่ได้รับการส่งทำ 6 MWT ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีรูปแบบหายใจถูกต้อง 100%



งานกายภาพบำบัด มีการทบทวนความเสี่ยง และจัดทำระบบป้องกันความเสี่ยง ในทุกระดับตั้งแต่ A-E ทำให้ ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำกายภาพบำบัด

5. กระบวนการ หรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลดความเสี่ยงในการทำงาน

1. **ผู้ป่วยกลุ่มระ stroke ที่เข้า clinic stroke มีการวัด V/S ก่อนทำกายภาพบำบัด ทุกครั้ง**

แนวคิด : เพื่อป้องกันการเกิดความดันสูงจนเกิดอันตราย ขณะทำกายภาพบำบัด

กิจกรรม : มีการประสานที่งาน OPD และแจ้งผู้ป่วยว่า ก่อนเข้ามาที่งานกายภาพ ให้วัดความดันที่ งาน OPD ก่อน ทุกครั้ง หรือ หากไม่ได้วัด เจ้าหน้าที่งานกายภาพต้องวัดก่อนทุกครั้ง

ผลการดำเนินการ : เพื่อความปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์ recurrent stroke ขณะทำกายภาพบำบัด ในแผนก

<u>พัฒนาระบบการเข้าถึงในผู้ป่วยกลุ่ม acute stroke</u>

2. **งานกายภาพ ขาดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม acute stroke ที่ผ่านจากงาน ER**

แนวคิด : เพื่อให้ผู้ป่วย strokeรายใหม่ที่ได้ข้อมูลจากงาน ER ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสมรรถภาพและได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูที่รวดเร็ว ให้อยู่ในช่วงภายใน 1 เดือน

กิจกรรม ประสานงานห้องฉุกเฉิน โดยงานกายภาพบำบัดจะโทรไปสอบถามผู้ป่วย stroke รายใหม่ในทุกวันจันทร์ แล้วนำมาบันทึกในทะเบียนผู้ป่วย

- ประสานงานส่งเสริม, รพ.สต. กรณีมีผู้ป่วย stroke รายใหม่ ให้โทรแจ้งที่งานกายภาพบำบัด

- เพิ่มช่องการบันทึกในทะเบียนคุม ผู้ป่วย stroke กรณีได้รับข้อมูลจากงานห้องฉุกเฉิน จะใส่คำว่า ER และวันที่ที่ได้รับข้อมูล เพื่อให้ทราบว่าได้ข้อมูลจากงานห้องฉุกเฉินในวันที่เท่าใด

ผลการดำเนินงาน : ผู้ป่วย stroke ที่ได้ข้อมูลจาก ER จะได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือน **95.45 %**

รายการ	ปีงบ 60	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปี63	ปี64
จำนวนผู้ป่วยstroke ที่ได้จากER (ราย)	51	25	45	37	68
ผู้ป่วย stroke ที่ได้ข้อมูลจากงาน ER ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพ และได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูร้อยละ 80 (ปริมาณ)	51/51 100%	25 /25 100%	43 / 45 95.55%	35/37 94.59%	63/68 92.64%

<u>พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC</u>

3. เดิมฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC จะเก็บแบบ แยกเป็นรายปี จึงไม่รู้ว่า สรุปผู้ป่วยตั้งแต่ อดีต ถึง ปัจจุบันมีกี่ราย ยังมีชีวิต / ตาย / หาย / ติดตามการรักษา กี่รายฐาน ปัจจุบันจึงปรับเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่เป็นแบบยอดต่อเนื่องสะสม

แนวคิด : ให้มีฐานข้อมูลผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟู จากงานกายภาพบำบัด โดย มีฐานข้อมูลที่เป็นภาพรวม โดยไม่แยกเป็นปีงบ

กิจกรรม จัดทำระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC ตามมาตรฐานการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางของกรมการแพทย์ และแบบฟอร์มทะเบียนการเก็บข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่แยกจากทะเบียนเยี่ยมบ้านทั่วไป เพื่อให้นักกายภาพบำบัดสามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC ได้ครบตามเกณฑ์

ผลการดำเนินงาน ปีงบ 2564 (ต.ค.63 - ส.ค.64) :

สถานะ	บางแพ	ดอนคา	บ้านดอนใหญ่	ลำน้ำ	หัวโพ	วังเย็น	วัดแก้ว	โพหัก	วังกุ่ม	Total
ติดตามการรักษา	27	17	9	7	8	24	30	24	27	173
ส่งต่อรับรักษาที่อื่น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ย้าย	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
จำหน่าย	0	0	0	0	0	1	0	1	3	5
ว่าง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เสียชีวิต	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รอรักษา	1	0	0	0	0	0	0	1	0	**2**
Total	29	17	9	7	8	25	30	26	30	**181**

ระยะ	บางแพ	ดอนคา	บ้านดอนใหญ่	ลำน้ำ	หัวโพ	วังเย็น	วัดแก้ว	โพหัก	วังกุ่ม	Total
Sub acute	11	1	0	1	0	4	10	5	3	38
Chronic	29	17	9	7	8	25	30	26	30	181
Total	40	21	9	8	8	29	40	31	33	**219**

คะแนน ADL	บางแพ	ดอนคา	บ้านดอนใหญ่	ลำน้ำ	หัวโพ	วังเย็น	วัดแก้ว	โพหัก	วังกุ่ม	Total
20 / DC	4	2	2	0	2	7	1	9	3	30
,12 - 19	11	6	1	2	4	6	9	7	10	56
,5 - 11	6	4	2	0	1	3	13	5	10	44
0 - 4	3	2	2	1	0	3	2	4	1	18
Dead	3	3	2	3	1	1	5	1	5	24
ย้าย	2	0	0	1	0	5	0	0	1	9
ว่าง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	29	17	9	7	8	25	30	26	30	**181**

	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64
ผู้ป่วย sub acute (ราย)	103	53	74	31
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC (ราย)	NA	23	48	24
ผู้ป่วย IMC s ที่เข้าเกณฑ์ intermediate care ที่ได้รับการฟื้นฟูและ ประเมิน ADL / STEARM อย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน เป็นเวลา 6 เดือน	NA	20/23 86.95%	41 /48 85.41%	23 / 24 95.83

5.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

5.2.1 การทดสอบ Cardiopulmonary endurance ในผู้ป่วย covid-19 กลุ่มสีเขียว เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะ Desaturation ในผู้ป่วย Cohort Ward

แนวคิด : เนื่องจากในปี 2564 เกิดสถานการณ์การระบาดของโนค Covid-19 ระลอกที่ 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา ส่งผลให้ผู้ป่วย Covid-19 มีการ Admit เป็นจำนวนมากขึ้น โรคนี้หากมีการติดเชื้อทางระบบทางเดิน

หายใจ มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก อาจทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรง ซึ่งการฝึกกายหายใจที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การไหลเวียนของอากาศในปอดเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน (Ventilation and Oxygenation) ป้องกันภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ (secretion obstruction) เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานกล้ามเนื้อการหายใจ ลดอาการเหนื่อยและผ่อนคลาย ด้วยเหตุนี้งานกายภาพบำบัดได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงมีแนวคิดในการทดสอบสมรรถภาพปอด (Cardiopulmonary endurance) ด้วยเทคนิค SMET 6 นาที และ sit to stand 1 นาที พร้อมทั้งการกายภาพบำบัดทางระบบทางเดินหายใจให้แก่ผู้ป่วย

กิจกรรม : 1. มีการทดสอบการทดสอบสมรรถภาพปอด (Cardiopulmonary endurance) ด้วยเทคนิค SMET 6 นาที ในกลุ่มวัยทำงาน และ sit to stand 1 นาที กลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มอาการสีเขียวทั้งหมด โดยมีการวัดข้อมูล ก่อน - หลัง - หลังการทดสอบ 1 นาที ซึ่งประกอบด้วย BP, PR, RR, SpO_2, Modify Borg Score ซึ่งจะทดสอบทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ (วันเว้นวัน) หรือตามที่ผู้ป่วยพร้อมทดสอบ

2. ในกลุ่มสีเขียว จะได้รับการทดสอบสมรรถภาพปอด พร้อมทั้งการฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศ การขับเสมหะ การออกกำลังกายเพื่อการขยายตัวของทรวงอก

3. ในกลุ่มสีเหลือง จะไม่มีการทดสอบสมรรถภาพ แต่จะมีการสอนเรื่อง การฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศ การร่อนระบายและขับเสมหะ การจัดท่าทางเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย

4. กรณีพบผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว หลังการทดสอบสมรรถภาพ พบว่ามีแนวโน้มเกิดภาวะ Desaturation นักกายภาพบำบัดจะแจ้งข้อมูลในแพทย์ทราบทันที และแจ้งกับพยาบาลผู้ป่วยใน และ บันทึกผลลงใน chart ของผู้ป่วย ซึ่งจากการทดสอบที่ผ่านมา พบผู้ป่วย จำนวน 4 ราย ที่มีแนวโน้มเกิดภาวะ Desaturation

	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบสมรรถภาพและการกายภาพบำบัดทางระบบทางเดินหายใจ (ครั้ง)	51	39	42	339	138	129

5.2.2 พัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่ม IMC

แนวคิด : เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่ม sub acute (storke , TBI, SCI) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ Intensive Care ตามมาตรฐานการบริบาลผู้ป่วยระยะกลาง ของกรมการแพทย์

กิจกรรม 1.มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่ม IMC แบบ Intensive Program โดยหากผู้ป่วยกำลัง admit ที่ Ward จะได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง 14 วัน วันละ 2-3 ชั่วโมง แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถ admit ได้ครบ 14 วัน จะทำการนัดเป็นผู้ป่วย OPD ในช่วงบ่ายทุกวัน จนครบ 14 วัน หากผู้ป่วย ไม่สะดวกมาที่ รพ. จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อทุกเดือน จนครบ 6 เดือน (จนพ้นระยะ sub acute)

2. มีการกำหนดตัวชี้วัดของแผนก เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน ดังนี้

	ปี63	ปี64
2.1. ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ intermediate care ที่D/Cจาก ward ได้รับการติดตามฟื้นฟูและ ประเมิน ADL / STEARM อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน เป็นเวลา 6 เดือน	41/48 85.41%	23 /24 95.83%

2.2 .ผู้ป่วย sub acute stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง มีคะแนน ADL ดี /ดีขึ้น 1 ระดับ จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 50	30/58 51.72%	11/22 54.54%
2.3 ผู้ป่วย sub acute stroke ที่ได้รับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง มีคะแนน ADL ดีขึ้น 1 ระดับร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 40	25/58 43.10%	9/22 40.90%

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1.การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วย IMC แบบบูรณาการร่วมกับ รพ.สต.บ้านวังกุ่ม	1. เพื่อเพิ่มสมรรถนะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ติดบ้านและติดสังคม 2. เพื่อเพิ่มความสามารถด้านการเคลื่อนไหวให้กับผู้ป่วยกลุ่ม IMC	ต.ค. 64 – ก.ย. 65	1. กลุ่มติดสังคม มี คะแนน Barthel Index Score (BI), 30 second chair stand test, 2 minute step test, 8-foot-up-and-fo-test ดีขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 85 2. กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีคะแนน Barthel Index Score (BI) ดีขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 85 3. กลุ่มผู้ป่วย stroke ที่เข้าเกณฑ์ IMC มีคะแนน BI score และ STREAM ดีขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 85	1. ผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต.บ้านวังกุ่ม ทั้งสามกลุ่มเป้าหมาย (ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม) มีสมรรถนะด้านร่างกายที่คงที่หรือเพิ่มขึ้น 2. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC มีความสามารถด้านการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น	งานกายภาพบำบัด
2.การคัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย DM	1.เพื่อให้ผู้ป่วยDM ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม 2. เพื่อให้ผู้ป่วย DM ได้รับความรู้ด้าน Physical activity	ต.ค. 64 – ก.ย. 65	1.ผู้ป่วย DM ที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหว ได้รับการทดสอบความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม อย่างน้อยร้อยละ 40 2. ผู้ป่วย DM ที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหว ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างน้อยร้อยละ 50	1. ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านการเคลื่อนไหว ได้รับการทำกายภาพบำบัด	งานกายภาพบำบัด
3. ประเมินความเครียดของญาติแลชะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1. เพื่อให้ญาติได้รับการประเมินภาวะความเครียด จากแบบประเมิน CBI 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเครียด จากแบบประเมิน EQ5D	ต.ค. 64 – ก.ย. 65	1.เพื่อให้ญาติได้รับการประเมินภาวะความเครียด จากแบบประเมิน CBI อย่างน้อยร้อยละ 50 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเครียด จากแบบประเมิน EQ5D อย่างน้อยร้อยละ 50	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่ม IMC	งานกายภาพบำบัด

Service Profile

หน่วยงาน งานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลบางแพ

1. บริบท (Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

- ให้บริการด้านการรับ-การจ่ายเงินทุกประเภทแก่ผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล บุคคลภายนอก อย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามระเบียบ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพตรวจสอบได้ และเป็นที่พึงพอใจ

- นำเสนอรายงานข้อมูล ด้านการเงินและบัญชี เพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถ บริหารจัดการงบประมาณที่มี อยู่ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้

ข. ขอบเขตการให้บริการ

งานการเงิน

มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการรับ – จ่ายเงิน และจัดทำบัญชีโรงพยาบาลบางแพ ดังนี้

1. งานด้านการเงิน
   - 1.1 การรับเงิน
     - การรับเงินค่าบริการรักษาพยาบาลจากผู้รับบริการ
     - การรับเงินค่าบริการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานภายนอก
     - การรับเงินอื่น เช่น ภาษีหัก ณ ที่จ่าย
     - การรับเงินงบประมาณ
   - 1.2 การจ่ายเงิน
     - การจ่ายชำระหนี้ค่าวัสดุ ครุภัณฑ์
     - การจ่ายเงินงบประมาณ เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน เงินสวัสดิการฯ เป็นต้น
     - การจ่ายเงินยืมทดลองราชการ
     - การนำส่งเงินสมทบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างเงินนอกงบประมาณ
     - การนำส่งภาษีหัก ณ ที่จ่ายให้สรรพากร
     - การนำส่งเงินฝากธนาคารประจำวัน
2. งานด้านบัญชี
   - 2.1 จัดทำบัญชีการรับเงิน – จ่ายเงินของโรงพยาบาลทุกประเภท และจัดทำรายงานเสนอคณะกรรมการบริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระดับเหนือขึ้นไปตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
   - 2.2 สนับสนุน ให้คำปรึกษาการจัดทำบัญชีของ รพ.สต. เครือข่าย คปสอ.บางแพ
3. อื่น ๆ
   - 3.1 การตรวจสอบหลักฐานการเบิก – จ่ายเงิน
   - 3.2 การเก็บหลักฐานการเบิก – จ่ายเงิน
   - 3.3 การตรวจสอบรายงานการเงินโรงพยาบาลบางแพ

เวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ ดังนี้

(ห้องงานการเงินและบัญชี) ในเวลาราชการ จันทร์- ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

(ห้องเก็บเงิน) ในเวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

(กรณีนอกเวลาทำการห้องเก็บเงิน)

จันทร์ -ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 16.30 น.-20.30 น

วันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

ตั้งแต่เวลา 08.00 – 20.00 น.

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
1. บุคคลภายนอก ได้แก่ - ผู้ป่วยใน ,ผู้ป่วยนอกและญาติ - ตัวแทนบริษัท,ห้าง,ร้าน - หน่วยงานเอกชน - ประชาชนทั่วไป	1. ให้การบริการรวดเร็ว ถูกต้อง 2. ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อประสบปัญหา 3. ให้ความถูกต้องในการรับชำระหนี้ ค่ารักษาพยาบาลและค่าเวชภัณฑ์ 4. ให้ความสะดวก รวดเร็วในการรับชำระหนี้และตรวจสอบหนี้คงค้างได้ถูกต้องตามกำหนด 5. ให้บริการด้วยความประทับใจ

ความต้องการของผู้รับผลงาน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับบริการ
เจ้าหน้าที่ภายใน โรงพยาบาล	1 . รับเงินเดือน,ค่าจ้างประจำ,ค่าจ้างชั่วคราว ค่าจ้างรายวัน ถูกต้องทันเวลา - รับค่าตอบแทนและสวัสดิการทุกประเภทถูกต้อง ทันเวลา - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบด้านการเงินอย่าง ถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว -รับบริการด้วยความประทับใจ
หน่วยงานราชการ ได้แก่ - รพ.สต. - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1. ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อประสบปัญหาด้านการบัญชี พึงรับ – พึงจ่าย (เกณฑ์คงค้าง) 2. ให้รวมงบการเงินประจำเดือน,ประจำปีของโรงพยาบาลและ รพ.สต. 9 แห่งได้ทันเวลา ถูกต้อง 3. ให้ส่งรายงานทางการเงินทำรายงานประจำเดือน,รายงานประจำปีทันเวลาที่กำหนด 4. ให้รายงานงบการเงินที่ถูกต้องเพื่อการตรวจสอบ 5. ให้ระบบรายงานกิจกรรมสำคัญ (แบบ GL) ทันเวลา ที่กำหนดและถูกต้อง 6. โอนเงิน โครงการ UC อย่างถูกต้องทันเวลา 7. ตรวจสอบการโอนเงินอย่างถูกต้อง 8. ให้คำแนะนำในการดำเนินการ ตามขั้นตอนและถูกระเบียบ 9. ให้ความสะดวก รวดเร็ว ติดต่อประสานงานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย (GOAL)

1. ผู้ป่วย / ญาติ / บุคคลภายนอก ห้างร้าน บริษัท และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้รับบริการรับเงิน – จ่ายเงิน อย่างถูกต้อง ทันเวลา ตรวจสอบได้ และผู้รับบริการพึงพอใจ

2. สามารถจัดทำรายงานทางการบัญชีและการเงิน ที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้งานในทางการบริหาร ของโรงพยาบาลได้ทุกระดับ ตลอดจนถูกต้องตามระเบียบ ทันเวลา และน่าเชื่อถือ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ให้บริการรับเงิน – จ่ายเงินอย่างถูกต้อง
2. ให้บริการรับเงิน – จ่ายเงินอย่างทันเวลา
3. จัดทำบัญชีและรายงานทางการบัญชีให้ถูกต้อง ทันเวลาเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางการบริหารและวางนโยบายในการพัฒนาโรงพยาบาล และสามารถตรวจสอบได้
4. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. เจ้าหน้าที่การเงินรับเงินแล้วไม่นำส่งเงิน
2. เจ้าหน้าที่การเงินจ่ายเงินไม่ตรงกับหลักฐาน
3. การคิดเงินค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง
4. เจ้าหน้าที่บัญชีบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง
5. จัดส่งรายงานทางการเงินไม่ทันเวลา
6. จัดทำขออนุมัติจัด-ซื้อจัดจ้าง ของเวชภัณฑ์ยา และวัสดุการแพทย์ ไม่ทันเวลา

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. อัตรากำลัง

1.	ข้าราชการ	2 คน
2.	พนักงานราชการ	1 คน
3.	พนักงานกระทรวง	2 คน
4.	ลูกจ้างรายวัน	1 คน

หน่วยงานการเงินและบัญชีมีอัตรากำลัง จำนวน 6 คน ปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 8. 30 – 16.30 น

2. **เทคโนโลยีและเครื่องมือ**

ลำดับ	รายการ	จำนวน	อายุการใช้งาน	หมายเหตุ
1	<u>เครื่องคอมพิวเตอร์</u>			
	คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ	6 เครื่อง	4 ปี	
	คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ค	1 เครื่อง	4 ปี	
2	<u>เครื่องปริ้นเตอร์</u>			
	เครื่องปริ้นเตอร์ชนิดเลเซอร์	3 เครื่อง	4 ปี	
	เครื่องปริ้นเตอร์ชนิดหัวเข็ม	1 เครื่อง	4 ปี	
	เครื่องปริ้นเตอร์อิงเจ็ท	1 เครื่อง	4 ปี	

3.ปริมาณงาน

ที่	หน้าที่ความรับผิดชอบ	ปริมาณงาน 63	ปริมาณงาน 64	ปริมาณงาน 65
1	ฎีกาเงินงบประมาณ (ฎีกา)	68	66	-
2	จัดทำสลิปเงินเดือน (ฉบับ)	806	864	-
3	จัดทำสลิปค่าตอบแทนค่าเวร	2,600	2,148	-
4	การพิมพ์เช็ค ธกส. (ฉบับ)	500	600	-
5	การพิมพ์เช็ค กรุงไทย (ฉบับ)	41	35	-
6	การพิมพ์หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย-บริษัท	409	412	-
7	การพิมพ์หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย-เจ้าหน้าที่	156	168	-
8	สัญญายืมเงิน (ฉบับ)	86	92	-
9	จำนวนใบสำคัญจ่าย (ฉบับ)	2,304	2,417	-
10	ใบฝากเงินธนาคาร	198	264	-
11	ใบถอนเงินฝากธนาคาร	54	65	-
12	จำนวนการรับเช็คจากหน่วยงานอื่น	119	158	-
13	การออกใบเสร็จรับเงินจากหน่วยงานอื่น ๆ	474	496	-

ที่	หน้าที่ความรับผิดชอบ	ปริมาณงาน 63	ปริมาณงาน 64	ปริมาณงาน 65
14	จัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาล	12 เงินส่งข้อมูลการเงิน - (ไตรมาส 1-3)	12 เงินส่งข้อมูลการเงิน - (ไตรมาส 1-3)	12 เงินส่งข้อมูลการเงิน - (ไตรมาส 1-3)
15	การส่งวิเคราะห์สถานการเงินการคลังโรงพยาบาล	12	12	12
16	การส่งรายงานงบการเงิน รพ.สต.	12	12	12
17	การส่งรายงานการรับ-การจ่าย เงินบำรุง	12	12	12
18	การออกใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล (ห้องเก็บเงิน) (ฉบับ)	26,579	28,396	
19	จัดทำรายงานเบิกค่ารักษาพยาบาล เจ้าหนี้ตามจ่าย	เรียกเก็บ 4,660,798.90 บาท จ่ายแล้ว 515,247.70 บาท คงค้าง 4,145,551.20 บาท	เรียกเก็บ 6,851,081.09 บาท จ่ายแล้ว 4,149,029.23 บาท คงค้าง 2,702,051.86 บาท	เรียกเก็บ บาท จ่ายแล้ว บาท คงค้าง บาท
20	จัดทำรายการจ่ายเงินแรงงานต่างด้าว	จ่าย - ครั้ง เป็นเงิน - บาท	จ่าย - ครั้ง เป็นเงิน - บาท	จ่าย - ครั้ง เป็นเงิน - บาท

ที่	หน้าที่ความรับผิดชอบ	ปริมาณงาน 63	ปริมาณงาน 64	ปริมาณงาน 65
21	จัดทำรายงานค่าเสื่อมราคา	ราคาครุภัณฑ์ 2,374,810.56 บาท 58 รายการ	ราคาครุภัณฑ์ 3,235,170.- บาท 43 รายการ	ราคาครุภัณฑ์ บาท รายการ
22	จัดทำสรุปค่าไฟฟ้า	524,392 หน่วย 2,095,754.00 บาท	**459,188 หน่วย** **1,898,613.40 บาท**	**หน่วย** **บาท**

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการสำคัญ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การบันทึกบัญชีและจัดทำงบการเงินของหน่วยงาน	1. สามารถบันทึกบัญชีได้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด 2. สามารถจัดทำงบการเงินของหน่วยงานได้ 3. งบการเงินของหน่วยงานที่ได้ มีความน่าเชื่อถือ 4. สามารถจัดส่งงบการเงินได้ทันตามกำหนดเวลา	1. ส่งงบการเงินได้ภายในกำหนด (ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป) 2. งบการเงินมีความน่าเชื่อถือ 3. สามารถนำข้อมูลจากงบการเงินไปใช้ในการบริหารงบประมาณได้จริง
2. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	1. สามารถเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการแต่ละประเภทได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน 2. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานภายนอกถูกต้อง ครบถ้วน	1.จำนวนครั้งในการยกเลิกใบเสร็จได้ไม่เกิน 10 ครั้ง/เดือน
3. การจ่ายชำระหนี้ให้บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ	1. บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ ได้รับชำระหนี้อย่างถูกต้อง 2. บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ ได้รับชำระหนี้ทันตามกำหนดการให้เครดิต 3. บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ ได้รับเช็ค และหนังสือรับรองภาษีอย่างถูกต้อง 4. หลักฐานการเบิก – จ่ายเงิน ถูกต้อง ครบถ้วน	1. บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ ได้รับชำระหนี้ภายในกำหนดเวลาไม่น้อยกว่า 80% 2. สั่งจ่ายเช็ค และออกหนังสือรับรองภาษีหัก ณ ที่จ่าย ถูกต้อง 100%
4. การจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน	1. เจ้าหน้าที่ได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนอย่างถูกต้อง 2. เจ้าหน้าที่ได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ตรงตามกำหนดเวลา	1. เจ้าหน้าที่ได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ถูกต้อง 100%
5. การเก็บหลักฐานการเบิก - จ่ายเงินประจำเดือน	1. มีการดำเนินการตามกระบวนการจัดซื้อ/จ้าง ตามระเบียบพัสดุอย่างถูกต้อง 2. มีการตรวจสอบหลักฐานการเบิก - จ่ายเงิน อย่างถูกต้องก่อนเขียนเช็คจ่าย	1. หลักฐานการเบิก – จ่ายเงินถูกต้องตามระเบียบพัสดุและครบถ้วน 100%

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes

กระบวนงานที่สำคัญ (Key Process)	**สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)**	**ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)**	
1.การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล ณ ห้องเก็บเงิน	คิดเงินค่ารักษาพยาบาลตรงสิทธิ ถูกต้อง ครบถ้วน	เก็บเงินไม่ครบตามมูลค่าการรักษา	จำน เกิน
2. ระบบการตรวจสอบการเก็บเงินและนำฝากธนาคารประจำวัน	เก็บเงินค่ารักษาถูกต้อง ครบถ้วน	นำเงินฝากธนาคารผิดพลาดไม่ตรงกับใบเสร็จรับเงินที่ออก	จำน ผิดพ
3. ออกใบเสร็จรับเงินทุกครั้งที่มีการแจ้งโอนเงิน รับเช็คค่ารักษาพยาบาลหรือรับเป็นเงินสด	มีการส่งใบเสร็จรับเงินให้หน่วยงานต้นสังกัดทุกครั้งที่ออกใบเสร็จรับเงิน ออกใบเสร็จรับเงินให้ถูกต้องครบถ้วนตรงตามใบแจ้งโอน	ออกใบเสร็จรับเงินผิดพลาดไม่ตรงตามรายการแจ้งโอน ออกใบเสร็จรับเงินแต่ไม่มีเงินโอนมาให้	จำน ผิดพ จำน โอน
4. รับชุดอนุมัติจัดซื้อจัดจ้างจากงานพัสดุทุกฝ่าย	เพื่อความสมบูรณ์ ถูกต้องครบถ้วนตรงตามระเบียบข้อบังคับระเบียบพัสดุ (ระยะเวลาไม่เกิน 90 วัน)	เอกสารไม่ถูกต้องครบถ้วนขาดความสมบูรณ์ เร่งการจ่ายเช็คก่อน ชุดอนุมัติเบิกจ่ายมาทีหลัง การเงินไม่ได้ตรวจเอกสารก่อนจ่ายเงิน	ตรว เบิก
5.คัดชุดอนุมัติโดยเรียงลำดับการรับก่อนจ่ายก่อน	การเงินจะจ่ายชุดอนุมัติที่ จนท.รพ.สำรองจ่ายจะนำมาจ่ายเช็คให้ก่อน	จ่ายเช็คเกินกำหนดระยะเวลา	จ่าย

กระบวนงานที่สำคัญ (Key Process)	**สิ่งที่คาดหวัง** **(Process Requirement)**	**ความเสี่ยงสำคัญ** **(Key Risk)**	**ตัวชี้วัดสำคัญ** **(Performance Indicator)**
6 .กระบวนการเบิกจ่ายเงินแก่ผู้มารับบริการ ทั้งภายใน และภายนอก	ผู้มารับบริการพึงพอใจ ความรวดเร็วถูกต้อง ครบถ้วน	จ่ายเช็คผิดพลาด ไม่ทันกำหนดระยะเวลา ผู้มารับบริการไม่พอใจในขั้นตอนให้บริการ	ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายในและภายนอกมากกว่า 90 %
7. การบันทึกบัญชีตามระบบบัญชีเงินสดและบัญชีเกณฑ์คงค้าง	การลงบันทึกบัญชีถูกต้องครบถ้วนมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีเอกสารอ้างอิงประกอบการลงบันทึกบัญชี	บันทึกบัญชีผิดพลาด ลงบันทึกบัญชีไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้บริหารวิเคราะห์สถานการณ์ผิดพลาด	ผ่านมาตรฐานการตรวจสอบภายในมากกว่า 90 %
8. ส่งรายงานงบทดลองทางการเงิน	รายงานการเงิน ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา	การส่งรายงานงบการเงินไม่ทันเวลา ข้อมูลขาดความถูกต้อง ครบถ้วนส่งผลกระทบให้วิเคราะห์งบการเงินผิดพลาด	ส่งข้อมูลงบการเงิน ให้ทันทุกวันที่20 ของเดือนถัดไป 100 %
9. วิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง	ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์อย่างถูกต้องเชื่อถือได้	การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้วิเคราะห์สถานการณ์ผิดพลาดไม่ตรงความเป็นจริง	ดัชนีภาวะวิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ *สภาพคล่องทางการเงิน *อัตรากำไรสุทธิ *เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ *น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

3.1 การบันทึกบัญชีและการจัดทำงบการเงินของหน่วยงาน

เนื่องจากในการบันทึกบัญชีของหน่วยงานราชการ แต่เดิมเป็นการบันทึกตามเกณฑ์เงินสด ซึ่งผู้บริหารระดับสูงมองว่าการบันทึกบัญชีในระบบเดิมไม่สามารถสะท้อนฐานะทางการเงินที่แท้จริงของหน่วยงานได้ จึงมีการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีราชการจากเกณฑ์เงินสดเป็นแบบพึงรับ - พึงจ่าย

ปัญหาการดำเนินงาน

- เจ้าหน้าที่ด้านการเงินและบัญชีของหน่วยงานราชการมีจำนวนจำกัด
- แนวทางการบันทึกบัญชีที่ทางราชการกำหนดมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง บ่อยครั้ง
- ผู้บริหารมีความต้องการผลสัมฤทธิ์ทางด้านการเงินและบัญชี ที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการทำบัญชีหลายรูปแบบ เพื่อสนองความต้องการของผู้บริหาร

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- จัดการประชุม อบรม ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ เมื่อมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์และวิธีการในการดำเนินงาน
- จัดทำคู่มือกลางในการจัดทำบัญชีและงบการเงิน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน
- จัดให้มีทีมที่ปรึกษาเพื่อคอยตอบข้อซักถามและแก้ไขปัญหา
- จัดหาเจ้าหน้าที่ด้านการเงินและบัญชีให้มีอย่างเพียงพอ

3.2 การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

เนื่องจากโรงพยาบาลบางแพ ใช้ระบบการบันทึกค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทผ่านระบบคอมพิวเตอร์ตามโปรแกรม HOSxp ซึ่งยังมีข้อจำกัดหลายอย่างสำหรับการบันทึกข้อมูล

<u>ปัญหาการดำเนินงาน</u>

- เจ้าหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลกรอกข้อมูลการรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลสำหรับเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเกิดความผิดพลาดได้
- เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน เนื่องจากไม่ทราบผลกระทบ

<u>ระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นต่อฐานะความมั่นคงของการดำเนินงานโรงพยาบาล</u>

- โปรแกรมการบันทึกข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลใช้ ยังมีข้อจำกัดในการบันทึกข้อมูล เช่น กรณีมีการสั่งตรวจชันสูตรหลายรายการ ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- จัดให้มีการอบรม แนะนำให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ถึงหลักเกณฑ์ วิธีการ และให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญในการลงข้อมูลการรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง
- มีการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล ว่าถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่
- ก่อนส่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงานภายนอก ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง
- เมื่อส่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงานภายนอกแล้ว ถ้ายังไม่ได้รับชำระหนี้ต้องมีการติดตามทวงถามอย่างเป็นขั้นตอน

3.3 การจ่ายชำระหนี้ให้บริษัท ห้าง ร้านต่าง ๆ

ด้วยโรงพยาบาลบางแพ มีการติดต่อประสานงาน และซื้อ - ขาย วัสดุ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ กับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีการก่อหนี้ผูกพันเป็นจำนวนมาก เพื่อให้การดำเนินการของโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ดังนั้นเพื่อให้การติดต่อประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงจำเป็นต้องจัดระบบการชำระหนี้ให้กับหน่วยงานภายนอกให้มีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด

ปัญหาการดำเนินงาน

- มีหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการจัดซื้อ/จ้างหลายจุด
- เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง ส่งข้อมูลการซื้อ/จ้าง และดำเนินการด้านเอกสารล่าช้า
- กระบวนการ การจัดทำเอกสารมากขึ้น ทำให้ล่าช้า
- การจ่ายชำระหนี้ เช่น รวมเงินผิด เนื่องจากความรีบร้อน

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- กำหนดหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบที่มีหน้าที่ในการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง ที่แน่นอน
- มีการทบทวนทุกครั้งที่เขียนเช็คจ่ายชำระหนี้ให้บริษัท ห้าง ร้าน ต่าง ๆ

3.4 การจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน

เนื่องจากโรงพยาบาลบางแพ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด30เตียง มีเจ้าหน้าที่ไม่เกิน 200 คน ดังนั้นในการจัดทำรายละเอียดการเบิก - จ่าย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน จึงจำเป็นต้องมีความละเอียด รอบคอบ เป็นอย่างมากแต่ด้วยมีข้อจำกัดด้านกำหนดเวลาจึงทำให้อาจเกิดข้อผิดพลาดได้

ปัญหาการดำเนินงาน

- รายละเอียดการหักค่าใช้จ่ายจากเงินรายได้ประจำมีมาก ทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย
- มีกำหนดการจ่ายเงินที่ชัดเจน แต่เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน ผู้ส่งเอกสารไม่สามารถดำเนินการตามกำหนดเวลาได้ ทำให้การจัดทำในส่วนของเจ้าหน้าที่การเงินล่าช้าออกไปด้วย
- เจ้าหน้าที่บางส่วนขาดวินัยทางการเงิน ทำให้รายได้ไม่พอหักค่าใช้จ่าย

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- มีการทบทวน การจัดทำรายละเอียดการจ่ายเงิน เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด

3.5 การเก็บหลักฐานการเบิก - จ่ายเงิน ประจำเดือน

การเบิก - จ่ายเงิน ตามระบบของหน่วยงานราชการ จำเป็นต้องเก็บเอกสารไว้ให้หน่วยงานตรวจสอบสามารถตรวจสอบได้ในภายหลัง ซึ่งมีกำหนดการเก็บเอกสารทางการเงินเป็นระยะเวลา 10 ปี ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเก็บเอกสารให้เป็นระเบียบ และสะดวกต่อการสืบค้น

ปัญหาการดำเนินงาน

- เมื่อมีการจ่ายชำระหนี้บางครั้งเอกสารยังไม่เรียบร้อย
- การส่งชำระหนี้ทางไปรษณีย์หรือโอนเงินให้ ได้รับเอกสารล่าช้า
- มีการจัดทำเอกสารการซื้อ/จ้าง ไม่ถูกต้อง

แนวทางการแก้ไขปัญหา

- จัดทำข้อตกลง กรณีเอกสารการจัดซื้อ/จ้าง ยังไม่เรียบร้อยยังไม่จ่ายชำระหนี้
- มีการตรวจสอบเอกสารการจัดซื้อ/จ้าง ให้ถูกต้องตามระเบียบ

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- ให้บริการด้านการเงิน(เงินเดือน)ได้ถูกต้อง ตรงตามเวลา เจ้าหน้าที่พึงพอใจ
- การพัฒนาหน่วยงานด้วย 5 ส.
- การพัฒนาคลังเก็บเอกสารด้านการเงินและบัญชี ด้วย 5 ส.

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรม	ความคาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. ไม่มีหน่วยงานเรียกเก็บเงินค่าค้างค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ใน 2. ไม่มีทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัว 3. ยอดลูกหนี้ค้างชำระเมื่อสิ้นปีมีจำนวนสูง 4. ไม่มีข้อมูลเพื่อจะนำมาตัดหนี้สูญได้	1. กำหนดระยะเวลาการติดตามหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2. มีการทำทะเบียนคุมยอดลูกหนี้รายตัว 3. กำหนดวิธีปฏิบัติในการตัดหนี้สูญ	1. ร้อยละของการติดตามหนี้สินสำเร็จ 2. ร้อยละของการจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัว 3. ร้อยละลูกหนี้ที่ได้ทำการตัดหนี้สูญ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เรื่อง : แผนการบริหารจัดการลูกหนี้

วัตถุประสงค์ : เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล การปฏิบัติงาน ด้านลูกหนี้ ให้มีความถูกต้องครบถ้วนมีระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ไม่เกิด 90 วัน

เป้าหมาย : 1. ลูกหนี้รายตัว ถูกต้อง ครบถ้วน ตรวจสอบได้
2. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการรับเงินจากลูกหนี้ไม่เกิน 90 วัน

ตัวชี้วัด : 1. ลูกหนี้รายตัวถูกต้องตรงกับยอดคงเหลือในงบทดลอง 100%
2. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเงินจากลูกหนี้ไม่เกิน 90 วัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประสานหน่วยงานให้จัดส่งข้อมูลลูกหนี้ ภายในกำหนดเวลา
2. หน่วยงานการเงินและบัญชี ติดตามประสานงานขอให้ลูกหนี้ชำระ ภายใน 90 วัน
3. หน่วยงานการเงินและบัญชี สอบทานลูกหนี้รายตัวตรงกับยอดคงเหลือในงบทดลองทุกวันสิ้นเดือน
4. กำหนดตัวชี้วัด
   - ลูกหนี้รายตัวถูกต้องตรงกับยอดคงเหลือในงบทดลอง 100%
   - ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการรับเงินจากลูกหนี้ไม่เกิน 90 วัน
5. ติดตามประเมินผลการดำเนินการ ตามตัวชี้วัด อย่างต่อเนื่อง

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

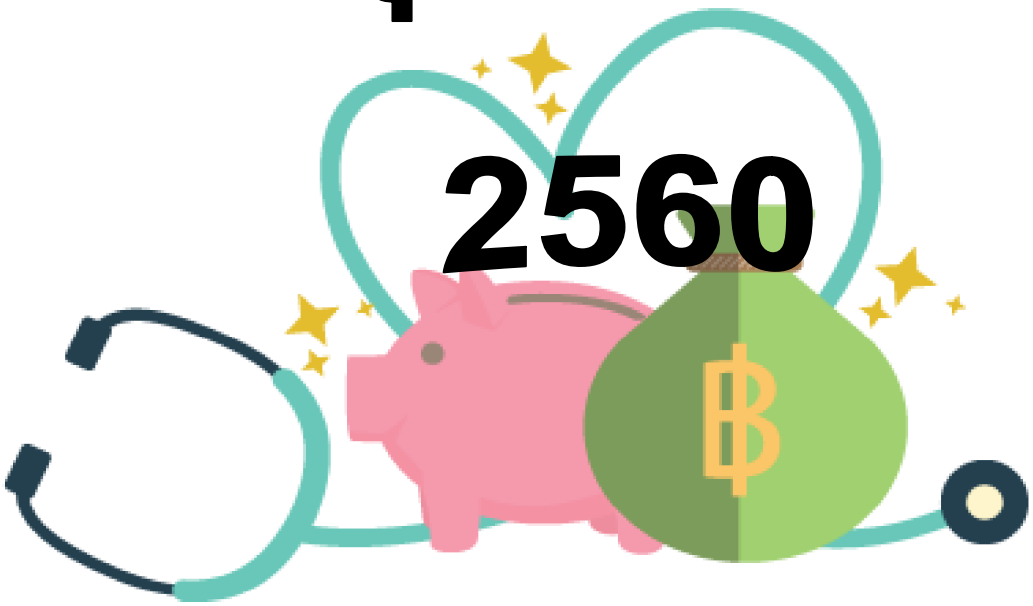
ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

งานการเงินและบัญชี

โรงพยาบาลบางแพ
จังหวัดราชบุรี

สรุปงานปี

2560



Service Profile

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บริบท (Context)

ความมุ่งหมาย (Purpose) :

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลบางแพให้บริการด้วยศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีลักษณะงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้าน การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพและอนามัยของประชาชน ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ขอบเขตบริการ (Scope of Service) :

ให้บริการงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อาทิ เช่น เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทยและผดุงครรภ์ไทย ได้แก่ การนวดกดจุดรักษา การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในการดูแลและบำบัดโรคหรืออาการต่างๆ รวมถึงการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบไปด้วย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้าน และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการรักษาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยควบคู่กับทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ในอาการโรคที่สามารถใช้กัญชาได้

ความต้องการของผู้ป่วย :

1. ผู้ป่วยได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยและพึงพอใจตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้รับบริการ
2. ได้รับการให้บริการด้วยความใส่ใจ มีปิยะวาจา อ่อนน้อม ถ่อมตน ยิ้มแย้ม เต็มใจบริการ
3. ได้รับข้อมูลของโรคที่เป็นอยู่และแนวทางในการรักษาทางศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยอย่างชัดเจนและเพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
4. ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง หลังการให้บริการ
5. สถานที่ในการให้บริการ สวย สะอาด สะดวกและปลอดภัย
6. ผู้รับบริการสามารถทราบชื่อ สกุล ประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการได้

ประเด็นคุณภาพ

1. ให้บริการผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ด้วยความปลอดภัย โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. การให้ข้อมูล คำแนะนำ/การสื่อสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน
3. บุคลากรมีศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการ

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. อัตราการให้บริการผิดพลาดด้านการให้การรักษาด้านการแพทย์แผนไทย
2. อัตราการให้บริการผิดพลาดด้านการให้การรักษาด้านการแพทย์ทางเลือก
3. อัตราการเกิดอันตรายจากอุปกรณ์/เครื่องมือด้านการแพทย์แผนไทย
4. อัตราข้อร้องเรียนจากผู้มารับบริการ

ความท้าทาย

1. การให้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีคุณภาพ
2. บุคลากรมีคุณภาพ
3. จำนวนของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น

จุดเน้นการพัฒนา

1. การป้องกันและเฝ้าระวังผู้มารับบริการไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุขณะรับบริการ
2. สร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ
3. พัฒนาการบริการเน้นขั้นตอนการรักษา และวางแผนการรักษาเพื่อให้ผลการรักษามีคุณภาพ ผู้มารับบริการลดอาการเจ็บปวดจากอาการที่เป็นจนกระทั่งดีขึ้น

วัตถุประสงค์

ให้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีคุณภาพ ถูกต้อง ปลอดภัย พึงพอใจ

เป้าหมาย คุณภาพ ถูกต้อง ปลอดภัย พึงพอใจ

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การรับผู้มารับบริการ - ตรวจสอบสิทธิการรักษา - ลงทะเบียน	- เพื่อให้ผู้มารับบริการได้ใช้สิทธิที่พึงจะได้ - เพื่อเก็บข้อมูลการมารับบริการ	- ผู้มารับบริการได้รับสิทธิที่พึงจะได้รับ 100 % - การรายงานสถิติผู้มารับบริการครบถ้วน100 %
2. การรักษา - ด้วยการนวดแผนไทย	- เพื่อบรรเทา/ลดอาการเจ็บปวดบริเวณกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิต	- ผู้มารับบริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนวด 100 %
- ด้วยการอบสมุนไพร	- เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว/ลดการปวด โลหิตไหลเวียนดีขึ้น	- ผู้มารับบริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอบสมุนไพร 100 %

- ด้วยการประคบสมุนไพร	- เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณที่นวดไม่ได้หรือร่วมกับการนวด	- ผู้มารับบริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะประคบสมุนไพร 100 %
3. การจำหน่าย - ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังการรักษา - การนัดหมาย - ติดตามผลการรักษา	- เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถปฏิบัติตนหลังการรักษาและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง - เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสม - เพื่อให้ทราบว่าผลการรักษานั้นเป็นไปตามเป้าหมายและตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ	- ผู้มารับบริการปฏิบัติตนได้ตามคำแนะนำ 100 % - ผู้มารับบริการได้รับการรักษาต่อเนื่อง 100 % - ผลการรักษาเป็น 100 % ไปตามเป้าหมาย

3.ตัวชี้วัดสำคัญและผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	ผลการดำเนินงาน			
		ปี2561 (1ต.ค.60-30ก.ย.61)	ปี2562 (1ต.ค.61-28ส.ค.62)	ปี2563 (1ต.ค.62-30 ก.ย.63)	ปี2564 (1ต.ค.63-30 ก.ย.64)
1. หน่วยงานจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานงานแพทย์แผนไทยของกระทรวง	60 %	88	78	80	90
2. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (จำนวนผู้มารับบริการแผนไทย/จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด)	15 %	8 % (8,350/106,618)	9 % (8,791/101,490)	11.21 % (8,137/72,603)	8.67 % (7,339/84,672)
3. จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการนวดไทยหายปวด ทุเลาปวด	100%	100%	100%	100%	100%
4. อัตราการให้บริการผิดพลาดจากการนวดแผนไทย	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
5. อัตราการให้บริการผิดพลาดจากการอบสมุนไพร	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
6. อัตราการให้บริการผิดพลาดจากการวางแผ่นร้อนหลังการนวด	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
7. คะแนนความพึงพอใจ	100 %	100%	100%	100%	100%
8. คะแนนพฤติกรรมบริการ	100 %	100%	100%	100%	100%

9. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
10. จำนวนข้อร้องเรียนที่ไม่ได้รับการหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

ผลการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย เปรียบเทียบ 4 ปี

ตารางแสดงจำนวนครั้งผู้มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ปี 2561 – 2564

รายการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี2564
นวดทั้งตัว	442	1043	1282	1050
นวดเฉพาะที่	989			
นวดฝ่าเท้า	33			
ประคบสมุนไพร	797	1012	1182	1050
อบสมุนไพร	37	41	36	21
กัวซา	619	705	665	387
ทับหม้อเกลือ	-	12	16	14
รวม	**2917**	**2813**	**3,181**	**2,522**
เฉลี่ย/วัน	**12**	**12**	**13**	**11**

ตารางแสดงมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปี 2561 – 2564

มูลค่าการใช้ยา(บาท)	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี2564
มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด(บาท) (แพทย์แผนไทย+แพทย์แผนปัจจุบัน)	13,833,648	15,129,436	15,655,212	27,238,448
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร(บาท)	414,337	426,982	411,192	427,222
ร้อยละ	3 %	3 %	3 %	2 %

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. การจัดทำมาตรฐานด้านการรักษาภายในหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้ปฏิบัติการรักษาถูกต้องตามขั้นตอนการรักษา ผลจากการปฏิบัติทำให้ผู้มารับบริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุขณะรับบริการ

2. มีการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงงานแพทย์แผนไทยได้มากขึ้น

3. การพัฒนาคลินิกบริการ เน้นขั้นตอนการวางแผนการรักษา การให้การรักษาเพื่อผลการรักษามีคุณภาพ ผู้มารับบริการลดอาการเจ็บปวดจนกระทั่งดีขึ้นจากอาการที่เป็น

4. การเริ่มเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา ทุกวันพุธ เวลา 16.00-20.00 น.

5. การเผยแพร่ความรู้ และฝึกอบรมด้านการนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร รวมถึงความรู้เรื่องสมุนไพรแก่ อสม. ในเขต/นอกเขต ชมรมผู้สูงอายุ บุคลากรในหน่วยงานของรัฐ/เอกชน

6. ปฏิบัติกิจกรรม 5ส อย่างต่อเนื่อง เพื่อสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด บรรยากาศดี ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ

7. ผลลัพธ์จากการทบทวนกิจกรรมสู่การวางระบบ

7.1 การทบทวนขณะดูแลผู้มารับบริการ

- แนวทางการประเมิน วางแผน ให้การรักษาผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยให้ปลอดภัย และมีคุณภาพตลอดการให้การรักษา

7.2 การทบทวนความคิดเห็น / คำร้องเรียนของผู้มารับบริการ

- ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานในเรื่องการบริการ การรักษา ร้อยละ 0
- อัตราความพึงพอใจในหน่วยงานเกี่ยวกับอาคารสถานที่ การให้บริการ คำแนะนำ โดยรวมร้อยละ 100

7.3 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

- รายงานความเสี่ยงในหน่วยงานที่เกิดขึ้นจากการบริการ การรักษา ปัจจุบันยังไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น แต่ทางหน่วยงานยังคงเฝ้าระวังอยู่เสมอ
- การนำความเสี่ยงจากอุปกรณ์ / เครื่องใช้ไฟฟ้ามาเก็บบันทึกเพื่อควบคุมปฏิบัติโดยมีช่างของแผนกช่างบำรุงของโรงพยาบาลมาตรวจสอบและควบคุมความเสี่ยงเมื่อมีปัญหา
- มีการซ้อมแผนป้องกันการเกิดอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินร่วมกับโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง
- ปรับพื้นที่ให้เหาะสมกับสภาพหน่วยงาน ติดกริ่งเตือนภัยจุดที่มีความเสี่ยง

7.4 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- ปฏิบัติตามมาตรฐานงานควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล

7.5 การทบทวนการบันทึกเวชระเบียน

- การบันทึกการให้การรักษาผู้มารับบริการในหน่วยงาน

7.6 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

- กระบวนการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการแต่ละราย

7.7 การทบทวนแนวทางการให้บริการและการวางแผนการให้บริการต่อเนื่อง

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นรายที่ต้องรักษา จะได้รับการวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยจะบันทึกแผนการรักษาทุกครั้ง และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อมารักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ได้ผลการรักษามีคุณภาพโดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการรักษาเป็นระยะ เพื่อ

ตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลรักษาทั้งในระยะสั้น, ระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการที่เป็นจนกระทั่งดีขึ้น และสามารถกลับไปรักษา / ดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

-ขบวนการให้บริการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล

- ขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆได้แก่

: การบำบัด รักษา ตามแนวทางแพทย์แผนไทย ได้แก่การนวด อบ ประคบ

: แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

: งดอาหารแสลงที่อาจทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น

: แนะนำการพักผ่อนที่เพียงพอ

: ดื่มน้ำตามมาก ๆ

- ขบวนการที่ให้บริการอยู่สม่ำเสมอ ได้แก่

: การบำบัด รักษาโดยการนวด อบ ประคบสมุนไพร

: ท่ากายบริหารที่เหมาะสมกับการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

: ประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่ไม่เป็นภาระเสี่ยงต่ออาการปวดนั้น ๆ

- การประเมินของขบวนการดูได้จาก

: ดูได้จากผลการรักษาของผู้ป่วย

: ดูได้จากผลการปฏิบัติงานหลังการรักษา

7.8 การทบทวนการใช้ทรัพยากร

- มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยทุกเดือนหรือเมื่อเกิดปัญหา

7.9 การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ

- การเฝ้าระวังผู้มารับบริการ ไม่ได้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุขณะรับบริการ ร้อยละ 0
- อัตราความพึงพอใจร้อยละ 100
- อัตราการเจ็บปวดจากอาการที่เป็นลดลงจนกระทั่งดีขึ้น

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินงาน

- การบริหารและจัดการบุคลากรเพื่อให้บริการผู้มารับบริการได้ทั่วถึงและทันเวลา อย่างมีประสิทธิภาพ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาคลินิกบริการ เน้นขั้นตอนการวางแผน การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อให้ผลการรักษามีคุณภาพ ผู้มารับบริการอาการดีขึ้น และได้รับการรักษาทั่วถึง

- ให้บริการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการพอกเข่า และการออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตนควบคู่กับการใช้ยาสมุนไพรไทย

- การให้บริการและความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางแพ

- การประชาสัมพันธ์งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ผ่านช่องทางโซเชียลต่างๆ

- ระบบการนัดคิวออนไลน์

- การแพทย์แบบฟิวชั่น โดยการเริ่มตรวจวินิจฉัยรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน กดจุดเลิกบุหรี่

- การแพทย์แบบฟิวชั่นในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลบางแพ เช่น ร่วมตรวจวินิจฉัยจ่ายยากับแพทย์ในผู้ป่วยใน ร่วมดูแลผู้ป่วย IMC กับงานกายภาพบำบัด เป็นต้น

- การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care, Palliative care

- ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของโรงพยาบาลบางแพจำหน่ายให้ประชาชน เช่น สเปรย์ตะไคร้หอม ชาชงหญ้าหวาน น้ำมันไพล

- คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

- การประชาสัมพันธ์การบริการงานแพทย์แผนไทย

- การร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพ

Service Profile งานสุขภาพจิตและจิตเวช

1. บริบท (Context)

เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตทั้งในและนอกสถานบริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป โดยการประสานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ในอำเภอบางแพ

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

มีหน้าที่หลักคือ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดโรคทางจิต บำบัดรักษาอาการทางจิต และการฟื้นฟูสภาพทางจิตแก่ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามศักยภาพของโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชก่อนการพบแพทย์ และวางแผนร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลโพธารามมาให้การตรวจรักษาเดือนละ 1 ครั้ง และเป็นที่ปรึกษา มีทีมสุขภาพจิตและจิตแพทย์โรงราชบุรีเป็นพี่เลี้ยง กำหนดแนวทางการดูแลตามระบบของ Service Plan สาขาสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาจะส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ดูแลบำบัดรักษาครอบคลุมผู้ป่วย 6 กลุ่มอาการ คือ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน ติดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น โดยให้การบำบัดรักษาแบบองค์รวม พร้อมกับการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต. ในพื้นที่ พร้อมสนับสนุนให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ เป็นสำคัญ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการในวันและเวลาราชการ ใน 6 กลุ่ม อาการ พร้อมทั้งที่รับปรึกษาและประเมินอาการตามกลุ่มโรคทั้ง 6 กลุ่มโรคจากแผนกต่าง ๆ มีคลินิกสุขภาพจิตเพื่อตรวจรักษาทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.30 – 16.30 น. และมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลโพธารามมาช่วยตรวจในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน

การบริการที่พยาบาลสุขภาพจิตสามารถทำได้โดยอิสระของวิชาชีพ คือการทำจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งให้บริการทุกวัน โดยผู้ป่วยถูกส่งมาจากแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและจากแผนกผู้ป่วยใน โดยการทำจิตบำบัด ในวันและเวลาราชการ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในรายที่มีปัญหาด้านการรับประทานยาและการควบคุมพฤติกรรม ตามความเหมาะสม

ให้บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกกายภาพ คลินิกฝากครรภ์ และห้องตรวจโรคทั่วไป เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่เวลา 08.30 – 12.00 น.

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
- ผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและญาติ)	- ต้องการการตรวจรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว - ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง - ได้รับคำแนะนำในรับบริการ - มีสถานที่ให้บริการเพียงพอ
- รพ.สต.ในเครือข่าย	- ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถูกต้อง - ได้รับการประสานการตรวจรักษา/ดูแล ผู้ป่วย - ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่รับส่งต่อ	- ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับการตรวจรักษา / ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างปลอดภัย

ลูกค้าภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	- ได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี - มีส่วนร่วมในการประสานการส่งต่อในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งตัวไปรักษา
- ตึกผู้ป่วยใน	-ได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี - ได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวดเร็ว
- งานหน้าห้องตรวจ	- ได้รับการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว และมีพฤติกรรมบริการที่ดี
- ฝ่ายเภสัชกรรม	- ได้รับรายการยาครบถ้วน ถูกต้อง - ได้รับการประสานงานที่ดี มีพฤติกรรมบริการที่ดี
- ห้องปฏิบัติการ	- การส่งรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการชัดเจน ถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางแพสามารถดำเนินงาจามแนวทางที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. การพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการผู้ป่วย ป้องกันมิให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต โดยการพัฒนาการทำงานด้วย PDCA อย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับญาติให้มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. การให้การบำบัดด้านจิตใจควบคู่กับการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ให้ได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ
3. การส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถและสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยอันเนื่องจากการปฏิบัติงานในหน้าที่

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญเกิดจากบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย และความเสี่ยงที่เกิดแก่ผู้ป่วยเอง

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน
1. เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย จากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ	1 จัดสถานที่ให้บริการทีเหมาะสม มีประตู 2 ด้าน ประตูหลังอยู่ด้านหลังผู้ให้บริการ ไม่ปิดล๊อกประตู 2. มีโทรศัพท์สายในเพื่อเรียกเจ้าหน้าที่มาช่วย 3. ประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้ง หากพบว่ามีอาการเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น ให้มาผู้ป่วยมาตรวจนอกคลินิก 4. ซักซ้อมทีมที่จะให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง 5. ไม่มีอุปกรณ์หรือของมีคมในสถานที่ให้บริการเพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นอาวุธทำร้าย 6. ให้บริการผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและพฤติกรรมที่เป็นมิตร เพื่อลดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการกำเริบมากขึ้น
2. ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามรายการยา หรือ ไม่ครบตามจำนวน	1. ตรวจสอบรายการยาที่สั่งกับแพทย์เสมอ 2. สุ่มตรวจยาจากผู้ป่วยว่าได้รับยาจากห้องยาครบหรือไม่ วันละ 1 – 2 ราย 3. แนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติตรวจนับเม็ดยาเองที่บ้าน หากพบรายการยาไม่ครบให้รีบกลับมาแจ้งเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน
3. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากการหยุดยาเอง รับประทานยาไม่ครบ ไม่รับประทานยา หรือ รับประทานยาไม่ถูกวิธี	1. หาญาติตัวจริงที่สามารถดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การจัดยา ให้ผู้ป่วยได้ 2. ให้ความรู้แก่ญาติ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง 3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีแนวโน้มว่าจะรับประทานยาไม่ถูกต้อง และจัดยาเป็นมื้อให้กับผู้ป่วย ในรายที่กินยาไม่ถูกต้องบ่อย นัดให้มารับยาเร็วขึ้น เช่น ทุกวัน หรือทุก 2 สัปดาห์ 4. ประสาน รพ.สต. ให้ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ
4. ผู้ป่วยไม่รอรับการตรวจจากแพทย์เนื่องจากรอนานเกิน	1. จัดตารางนัดของผู้ป่วยเป็นช่วง ๆ โดยกำชับให้ผู้ป่วยมาให้ตรงเวลานัดพอดี 2. ขยายบริการคลินิกเป็นทุกวันพฤหัส เพื่อกระจายคนไข้ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเห็นความสำคัญของการตรวจอาการผู้ป่วยอย่างละเอียดจะมีผลดีต่อการปรับยา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้า
2. การติดตามเยี่ยมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ
3. การให้คำปรึกษา/การทำจิตบำบัด
4. การตรวจรักษา/ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
5. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหา

ทรัพยากร

พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลจิตเวช)	2	คน
แพทย์ที่ปรึกษาคลินิกจิตเวช	1	คน
จิตแพทย์ช่วยตรวจเดือนละ 1 ครั้ง	1	คน

เทคโนโลยี

เครื่องคอมพิวเตอร์	2	เครื่อง
เครื่องปริ๊นเตอร์	2	เครื่อง
โทรศัพท์สายใน	1	หมายเลข

2. กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1. การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช - การคัดกรองเบื้องต้น - การตรวจวินิจฉัย - การบำบัดรักษาโรค - การดูแลให้ได้รับยา - การส่งต่อในรายที่จำเป็น	1. บริการที่ดี มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว เข้าถึงง่าย 2. ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน 4. ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย	- ไม่มีอัตราข้อร้องเรียนเรื่องบริการ - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่าร้อยละ 85 - อัตราผู้ป่วยอาการกำเริบลดลงจากปีก่อน ร้อยละ10
2. การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ	1. บริการที่ดีดุจญาติมิตร มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว เข้าถึงง่าย 2. ได้รับการประเมินอาการทางจิต/ปัญหาด้านจิตใจอย่างถูกต้อง 3. ได้รับคำอธิบายวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตลดลง	- ไม่พบอัตราข้อร้องเรียนเรื่องบริการ - ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำและแนวทางในการปฏิบัติของตนเอง ร้อยละ 85
3. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการบำบัดรักษา	1. ผู้ถูกคัดกรองภาวะซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล 2. ให้บริการที่ดี รวดเร็ว เป็นมิตร เข้าถึงง่าย	- ไม่พบอัตราข้อร้องเรียนบริการ - คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 43) - ผู้ที่วินิจฉัยว่าเป็นซึมเศร้า มีคะแนน 9 Q ลดลงหรือน้อยกว่า 7 หลังการบำบัดรักษา 4 เดือน

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

งาน	หน่วยนับ			
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565**
- การคัดกรองภาวะซึมเศร้า	18,109	979	1010	46
- การให้คำปรึกษา/จิตบำบัด	64	34	45	3
- การติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์	4	4	6	0
- ผู้ป่วยซึมเศร้ามีคะแนน 9Q < 7	NA	34	45	7
- ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการ	143 ราย	252	143	56
- การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน	26 ราย	16	8	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

การพัฒนาระบบงาน : การพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต

ข้อจำกัดของคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน คือ การไม่มีจิตแพทย์ จึงเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ประกอบกับในพื้นที่มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก ทั้งที่ควบคุมอาการทางจิตได้ และยังคุมอาการทางจิตยังไม่ได้ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชต้องรับผิดชอบภาระงานด้านอื่นด้วย จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การประเมินอาการและการติดตามผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างครอบคลุม จึงได้พัฒนาระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิตขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนรับยาที่โรงพยาบาลบางแพ ไม่เกินร้อยละ 5
2. เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอบางแพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

วิธีดำเนินการ

1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชแยกรายตำบล เพื่อง่ายต่อการติดตาม
2. ขยายบริการคลินิกสุขภาพจิตเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดทางโทรศัพท์
4. ประเมินเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ตามนัด
5. ให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.สต. โดยจัดยาจิตเวชฝากไปกับแพทย์ที่ออกให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง

ผลการดำเนินการ

1. อัตราการขาดยาลดลง ร้อยละ 3
2. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช อำเภอบางแพ ร้อยละ 93

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การสร้างเครือข่ายในชุมชนในการเยี่ยมติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องการอาการทางจิตกำเริบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ จนท. จาก รพ.สต. มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยที่ไปเยี่ยมที่บ้าน และสามารถส่งต่ออาการที่สำคัญในการปรับแผนการรักษาได้
2. ลดอาการกำเริบทางจิตเวช

กระบวนการ

1. ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิต
2. ให้ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการทางจิต และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบ ตามแบบฟอร์ม
3. ประเมินผลการเยี่ยมบ้าน
4. ประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ของตัวผู้ป่วยเองและญาติ

ผลการดำเนินการ

1. จนท. รพ.สต. ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีแผนการเยี่ยมผู้ป่วยราย รพ.สต. (แห่งละ 3 คน)

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ลดการเกิดอาการจิตเวชฉุกเฉิน

กระบวนการ

1. คัดกรองเพื่อการค้นหาผู้ป่วยซึมเศร้า
2. จัดทำทะเบียนการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวทและผู้ป่วยซึมเศร้า
3. ติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด

ผลการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 78 (เป้าหมายร้อยละ 55)
2. ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการร้อยละ 93 (เป้าหมายร้อยละ 63)

Service Profile (ปรับปรุงพฤศจิกายน 2564)

ชื่อหน่วยงาน งานทันตกรรม

1. บริบท (Context)

งานทันตกรรมโรงพยาบาลบางแพมุ่งรักษาทางทันตกรรมอย่างปลอดภัย มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูทางทันตกรรมอย่างครอบคลุม ผู้รับบริการพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการประกอบด้วยการให้บริการทันตกรรมในคลินิกบริการ นอกคลินิกบริการ งานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ งานรักษา งานฟื้นฟู งานรณรงค์และเผยแพร่ทันตสุขศึกษา สนับสนุนงานทันตสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ประสานงานกับองค์กรภาครัฐและชุมชนในการวางแผนดำเนินการด้านทันตสาธารณสุข โดยปฏิบัติงานทุกวันเวลาราชการ มีคลินิกนอกเวลา 3 วัน คือ อังคาร พุธ พฤหัสบดี เวลา 16.30 - 20.30 น. แต่ได้งดการให้บริการคลินิกนอกเวลาตั้งแต่ช่วงสถานการณ์โควิด-19 จนถึงปัจจุบัน

บุคลากรในหน่วยงานทั้งหมดมี 13 คน ประกอบด้วยทันตแพทย์ 4 คน เป็นเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลหลักสูตรประกาศนียบัตร 3 คน ทันตแพทย์ประจำบ้านสาขาทันตกรรมทั่วไป 1 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 4 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน พนักงานธุรการ 1 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 3 คน

รับผิดชอบ 15 ศูนย์เด็กเล็ก 19 โรงเรียน ออกให้บริการทันตกรรมหมุนเวียนใน รพ.สต.ที่ไม่มีทันตบุคลากร 4 แห่ง คือ รพ.สต.หัวโพ รพ.สต.ดอนคา รพ.สต.วังกุ่ม และ รพ.สต.โพหัก

มียูนิตทันตกรรมให้บริการ 5 ตัว เครื่องขูดหินปูน 8 เครื่อง เครื่องฉายแสง 6 เครื่อง เครื่องปั่นอมัลกัม 4 เครื่อง เครื่องดูดน้ำลายเคลื่อนที่ 2 เครื่อง เครื่องวัดความดันโลหิต 2 เครื่อง เครื่องเขย่าปูน 1 เครื่อง เครื่องกรอฟันคุด 1 เครื่อง เครื่องวัดความมีชีวิตของฟัน 1 เครื่อง เครื่องวัดความยาวรากฟัน 1 เครื่อง เครื่องพ่นทำความสะอาดหัวกรอ 1 เครื่อง เครื่อง EOS 1 เครื่อง เครื่องฟอกอากาศขนาดกลาง (Air Purifier) 2 เครื่อง เครื่อง Ozone Disinfection 1 เครื่อง เครื่องกำจัดเชื้อโรคด้วยรังสียูวี 1 เครื่อง

ความต้องการของผู้รับบริการภายนอก คือ เพิ่มพื้นที่ให้บริการเนื่องจากคับแคบ ควรกั้นเป็นห้องหรือใช้ฉากกั้นห้อง เพิ่มความทันสมัย แนะนำให้สร้างตึกเฉพาะทางใหม่ เพิ่มการรักษารากฟันทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ รับคนไข้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะช่วงปิดเทอม เพิ่มทันตแพทย์ เพิ่มยูนิตทันตกรรม มีห้องพักรอเข้ารับบริการเป็นสัดส่วน มีน้ำดื่มบริการหน้าห้องทำฟัน อยากให้มีพฤติกรรมที่ดี พูดจาไพเราะ ไม่พูดคุยเรื่องส่วนตัว ใส่ใจผู้รับบริการ ให้ข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้เข้าใจ

ความต้องการของผู้รับผลงาน คือ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ (ข้อมูล กค.64)
แพทย์	- สามารถเปิดห้องรับการตรวจ รักษา ถอนฟัน อุดฟันได้ครบทุกเตียง
ห้องบัตร	- ใบตรวจฟันของหญิงตั้งครรภ์ (ANC) อยากให้เขียนชื่อ-นามสกุล และ HN.ของคนไข้ให้ด้วยค่ะ
หน่วยรับรอง	- ดีแล้วค่ะ
OPD	- ประทับใจในการบริการ - เจ้าหน้าที่น่ารักทุกคนค่ะ
ER	- ขอให้ปฏิบัติตามเดิมเหมือนใบรอบที่ 1/2564 ปฏิบัติดีอยู่แล้ว
กลุ่มงานเภสัชกรรม	- กรณีมีคนไข้ต้องซักประวัติและประเมินอาการแพ้ยา ขอให้โทรแจ้งกลุ่มงานเภสัชฯให้ทราบก่อน - ได้รับรายงานการจัดซื้อเวชภัณฑ์ของกลุ่มงานทันตกรรมตรงตามกำหนด

	- เขียนเบิกเวชภัณฑ์ได้ตรงตามกำหนดเวลา และเขียนเบิกในปริมาณที่เพียงพอ กรณีขอเบิกก่อนให้ประสาน และเขียนขอเบิกล่วงหน้าตามแนวทางที่กำหนด
กลุ่มงานสุขาฯ	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเมื่อกลุ่มงานทันตกรรมพร้อมให้บริการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	- เหมือนเดิมคือ มีการตรวจสุขภาพช่องปากในคลินิก ANC และ WCC
ศูนย์ประกัน	- ไม่มีค่ะ
LAB	- ได้รับความต้องการดีแล้ว ยังไม่รับเพิ่ม
X-ray	- เหมือนเดิม ขอบคุณค่ะ
กายภาพ	- เมื่อมีผู้ป่วยส่งมาทำกายภาพบำบัดต่อให้นำใบวัด Vital sign มาด้วยค่ะ - อย่างอื่นดีอยู่แล้วค่ะ
IPD	- มีการประสานงานที่ดี - กรณี Consult มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน
งานเบาหวาน	- กรณีงานเบาหวานออกหน่วยตรวจตาตามพื้นที่ รพสต.จะมีการประสานกลุ่มงานทันตกรรมทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
งานหน่วยจ่ายกลาง	- ไม่มี
งานซักฟอก	- ต้องการให้นับเสื้อทุกครั้งที่ส่งซักเพื่อป้องกันเสื้อหายและพอใช้
งานบุคคล	- เหมือนเดิม ปฏิบัติอยู่แล้ว
งานยานพาหนะ	- ส่งใบขออนุมัติใช้รถยนต์ไปราชการล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน - หากมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ไปราชการ สามารถแจ้งพนักงานขับรถยนต์ได้ก่อนออกเดินทาง - เมื่อกลับถึงโรงพยาบาลให้ช่วยทำแบบสอบถามผู้รับผลงานของยานพาหนะ
งานการเงิน	- ดีอยู่แล้วค่ะ จากที่ได้รับการแก้ไขค่ะ
งานพัสดุ	- ห้องฟันบริการดีอยู่แล้วค่ะ
งานซ่อมบำรุง	- ห้องฟันบริการดีอยู่แล้วค่ะ
ศูนย์คุณภาพ	- ขอความร่วมมือในการเป็นทีมนำ/ร่วมทีมในการตามรอย/การประชุม/หรือการทบทวนของทีมต่างๆเพื่อเตรียมการรับ Re-acc2 - ให้คามร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพดีมากค่ะ

รายงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางแพ (แยกตามกลุ่มอายุ)

รายการ	ปีงบ 61		ปีงบ 62		ปีงบ 63		ปีงบ 64	
	คน	คน	ราย	คน	คน	ราย	คน	ราย
ผู้รับบริการทั้งหมด	4,100	7,172	8,484	4,100	3,915	6,142	2,054	3,496
กลุ่มอายุ 0-2 ปี	328	611	868	328	312	490	215	341
กลุ่มอายุ 3-5 ปี	163	506	602	163	497	596	176	187
กลุ่มอายุ 6-14 ปี	919	1,283	1,687	919	859	975	234	279
กลุ่มอายุ 15-59 ปี	1,987	2,001	3,843	1,987	1,540	2,580	975	1,715
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	717	681	1,799	717	707	1,501	462	974

รายงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางแพ (ค่าบริการทันตกรรม)

รายการ	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64
	บาท	บาท	บาท	บาท
ค่าบริการทันตกรรม	3,276,107	3,517,854	2,264,962	1,157,110

รายงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางแพ (กิจกรรมในคลินิกบริการ)

ที่	รายการ	หน่วยนับ	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64
	อัตรากำลัง	**คน**			
	ทันตแพทย์	คน	**4**	**4**	**4**
	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	คน	4	4	4
	ผู้ช่วยทันตแพทย์	คน	1	1	1
	พนักงานกระทรวงฯ	คน	3	3	3
	ลูกจ้างชั่วคราว		1 มา 21ธค61	1 มา 14ตค63	1 มา 14ตค63
1	**ทันตวินิจฉัย**	**ราย**	**8,030**	**6,203**	**3,594**
	ตรวจ 1	ราย	7,120	5,264	2,794
	ตรวจ 2	ราย	928	947	813
	ตรวจ 3	ราย	1	1	1
2	**ทันตรังสี**	**ราย/ฟิล์ม**	**1,203/1,374**	**779/898**	**529/621**
	ทันตรังสี 1	ราย/ฟิล์ม	1,202/1,374	778/898	528/621
	ทันตรังสี 2	ราย/ฟิล์ม	1/0	1/0	2/0
3	**งานเวชศาสตร์ช่องปาก**	**ราย**	**279**	**258**	**226**
	เวชศาสตร์ช่องปาก 1	ราย	116	83	79
	เวชศาสตร์ช่องปาก 2	ราย	0	0	0
	เวชศาสตร์ช่องปาก 3	ราย	181	181	144
	เวชศาสตร์ช่องปาก 4	ราย	9	7	9
	เวชศาสตร์ช่องปาก 5	ราย	0	0	0
	เวชศาสตร์ช่องปาก 6	ราย	0	0	0
4	**งานทันตกรรมหัตถการ**	**ราย/ซี่/ด้าน**	**2653/4460/5517**	**1364/2242/2940**	**596/1067/1493**
	ทันตกรรมหัตถการ 1	ราย/ซี่/ด้าน	1825/3085/2679	908/1542/1397	431/717/704
	ทันตกรรมหัตถการ 2	ราย/ซี่/ด้าน	982/1134/2096	500/581/1098	225/267/519
	ทันตกรรมหัตถการ 3	ราย/ซี่/ด้าน	227/241/742	130/137/445	75/83/270

	ทันตกรรมหัตถการ 4	ราย/ซี่/ด้าน	0/0/0	0/0/0	0/0/0
5	**งานรักษาคลองรากฟัน**	**ราย/ซี่/ราก**	**87/30/0**	**37/11/0**	**16/9/0**
	รักษาคลองรากฟัน 1	ราย/ซี่/ราก	0/0	2/2	0/0
	รักษาคลองรากฟัน 2	ราย/ซี่/ราก	64/66/0	26/28/0	10/14/0
	รักษาคลองรากฟัน 3	ราย/ซี่/ราก	0/0/0	0/0/0	0/0/0
	รักษาคลองรากฟัน 4	ราย/ซี่/ราก	0/0/0	0/0/0	0/0/0
	รักษาคลองรากฟัน 5	ราย/ซี่/ราก	9/9/0	3/4/0	3/3/0
	รักษาคลองรากฟัน 6	ราย/ซี่/ราก	8/8/0	2/2/0	2/2/0
	รักษาคลองรากฟัน 7	ราย/ซี่/ราก	5/5/0	4/4/0	2/2/0
	รักษาคลองรากฟัน 8	ราย/ซี่/ราก	1/1/0	0/0/0	0/0/0
6	**งานรักษาโรคปริทันต์**	**ราย**	**1,277**	**556**	**67**
	ปริทันต์ 1	ราย	10	6	3
	ปริทันต์ 2	ราย/ส่วน	1,246/2	525/2	34/0
	ปริทันต์ 3	ราย/ส่วน	0/0	0/0	0/0
	ปริทันต์ 4	ราย/ส่วน	30/27	29/19	28/19
	ปริทันต์ 5	ราย/ส่วน	3/2	1/0	3/2
	ปริทันต์ 6	ราย/ส่วน	1/1	0/0	1/1
	ปริทันต์ 7	ราย/ส่วน	0/0	0/0	0/0
	ปริทันต์ 8	ราย/ส่วน	0/0	0/0	0/0
7	**งานทันตกรรมป้องกัน**	**ราย**	**1,803**	**2,316**	**1,180**
	ทันตกรรมป้องกัน 1	ราย	1,474	1,153	940
	ทันตกรรมป้องกัน 2	ราย	545	1,441	569
	ทันตกรรมป้องกัน 3	ราย/ซี่	248/779	342/1,100	15/33
	ทันตกรรมป้องกัน 4	ราย/ซี่	11/18	8/17	4/5
8	**งานทันตกรรมสำหรับเด็ก**	**ราย**	**19**	**11**	**1**
	ทันตกรรมเด็ก 1	ราย	0	1	1
	ทันตกรรมเด็ก 2	ราย/ซี่	1/1	0/0	0/0
	ทันตกรรมเด็ก 3	ราย/ซี่	0/0	0/0	0/0
	ทันตกรรมเด็ก 4	ราย/ซี่	13/14	8/10	0/0
	ทันตกรรมเด็ก 5	ราย/ซี่	7/7	2/2	0/0
	ทันตกรรมเด็ก 6,7	ราย/ซี่	0/0	0/0	0/0
9	**ทันตกรรมประดิษฐ์**	**ราย**	**715**	**443**	**321**

	ทันตกรรมประดิษฐ์ 1	ราย	180	100	86
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 2	ราย/ชิ้น	141/0	68/0	48/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 3	ราย/ชิ้น	2/0	2/0	2/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 4	ราย/ชิ้น	232/0	164/0	113/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 5	ราย/ชิ้น	107/0	82/0	51/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 6	ราย/ชิ้น	46/0	27/0	22/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 7	ราย/ชิ้น	17/0	17/0	14/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 8	ราย/ชิ้น	24/0	12/0	10/0
	ทันตกรรมประดิษฐ์ 9	ราย/ชิ้น	0/0	0/0	0/0
10	**งานทันตศัลยกรรม**	**ราย/ซี่**	**1693/2069**	**1,413/1,657**	**792/960**
	ทันตศัลยกรรม 1	ราย/ซี่	1637/1999	1,352/1,596	743/901
	ทันตศัลยกรรม 2	ราย/ซี่	63/70	61/61	59/59
11	**งานศัลยกรรมช่องปาก**	**ราย**	**390**	**216**	**181**
	ศัลยกรรมช่องปาก 1	ราย	260	153	122
	ศัลยกรรมช่องปาก 2	ราย	103	46	54
	ศัลยกรรมช่องปาก 3	ราย	47	24	14
	ศัลยกรรมช่องปาก 4	ราย	0	0	0
	ศัลยกรรมช่องปาก 5,6,7	ราย	0	0	0
12	**งานทันตกรรมบดเคี้ยว**	**ราย**	**0**	**0**	**0**
	ทันตกรรมบดเคี้ยว 1	**ราย**	**5**	**9**	**4**
	ทันตกรรมบดเคี้ยว 2-6	ราย	0	0	0
13	**งานทันตกรรมเบ็ดเตล็ด**	**ราย**	**0**	**0**	**0**

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (เป้าหมายใช้ปีงบประมาณ 2565)

หัวข้อ	Process	ตัวชีวัด	เป้าหมาย
ความถูกต้อง	-ปฏิบัติตาม Dental Safety Goals and Guidelines 2015	1.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการผิดคน 2.จำนวนผู้ป่วยที่ถูกถอนฟัน/ผ่าฟันผิดซี่	0 ราย 0 ราย
ความปลอดภัยได้มาตรฐาน	- ปฏิบัติตาม Dental Safety Goals and Guidelines 2015 - อบรม/ทบทวน ติดตาม ตรวจสอบในหน่วยงาน และร่วมกับทีมสหวิชาชีพ -จัดทำมาตรฐานการคัดกรองและระเบียบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบที่สำคัญในผู้ป่วยทันตกรรม	1.ร้อยละของผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวัด BP ก่อนเข้ารับบริการ 2.จำนวนผู้ป่วยแพ้ยา/แพ้ยาซ้ำ 3.ภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม 4.อัตราการเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดหลังถอนฟัน/ผ่าฟัน 5.อัตราการติดเชื้อหลังถอนฟัน/ผ่าฟัน	> ร้อยละ 90 <1.5 ต่อ1000 <1.5 ต่อ1000 <5 ต่อ 1000 <5 ต่อ 1000

	- ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานหน่วยรับรอง งานหน้าห้องตรวจ แพทย์ งานฉุกเฉิน งานชันสูตร งานเภสัชกรรม	6.อัตราการติดเชื้อหลังทำหัตถการในช่องปาก 7.ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	<5 ต่อ 1000 >ร้อยละ 85
ความครอบคลุม	- บริหารจัดการกำลังคน ในการออกหมุนเวียน รพ.สต.ที่ไม่มี จพง.ทันตฯ ประจำ - บริหารจัดการกำลังคนในออกให้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มวัย	1.จำนวน รพ.สต.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปาก 2.ให้บริการส่งเสริมป้องกัน 5 กลุ่มวัย 3.ร้อยละการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็ก 3 ปี 4.ร้อยละการเกิดฟันแท้ผุในเด็ก 12 ปี 5.จำนวนผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม	>ร้อยละ 50 ครบ 5 กลุ่มวัย < ร้อยละ 50 < ร้อยละ 50 > 50 ราย/ปี
พึงพอใจ		1.แบบประเมินความพึงพอใจ 2.จำนวนข้อร้องเรียน	> ร้อยละ 85 0 ครั้ง

ความท้าทาย

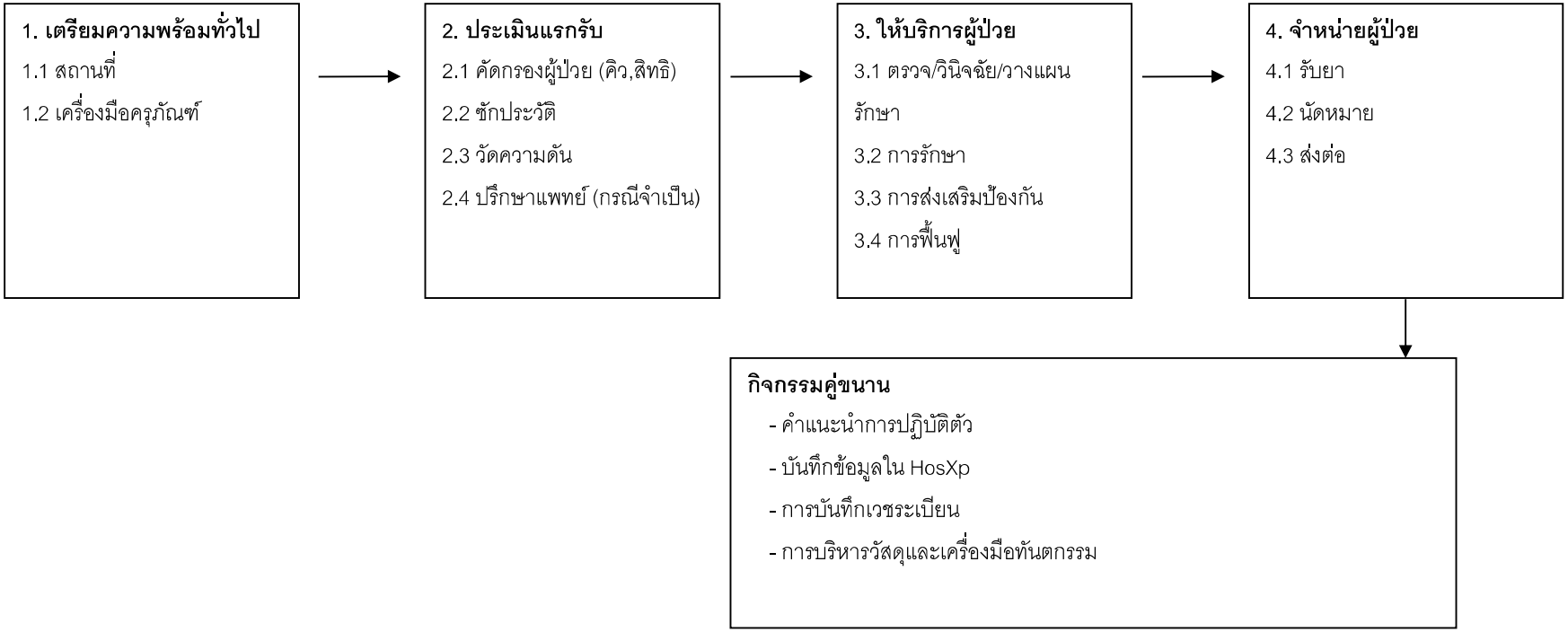
หัวข้อ	เป้าหมาย
การลดการเกิดความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E ขึ้นไป	- ลดการเกิดความเสี่ยงทางคลินิก - ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีการทำ RCA ร้อยละ 100
การเพิ่มการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ	- รพ.สต.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 50
การลดการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็ก 3 ปี	- ฟันน้ำนมในเด็ก 3 ปี ผุไม่เกินร้อยละ 50

ศักยภาพและข้อจำกัด

หัวข้อ	รายละเอียด
ข้อจำกัดด้านการรักษา	- ผู้ให้บริการมีทั้งทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข - สัดส่วนผู้ให้บริการ : ผู้ช่วยข้างเตียง = 2 : 1
ข้อจำกัดในการให้บริการ	- ให้บริการเฉพาะวันราชการ ไม่มีทันตแพทย์ภูมิลำเนาในพื้นที่ - สถานที่คับแคบ ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไม่ผ่านเกณฑ์ด้านอาคารสถานที่ในหน่วยบริการ
ข้อจำกัดด้านเครื่องมือเทคโนโลยี	- ไม่มีเครื่อง X-ray เคลื่อนที่ - ตรวจสอบประวัติการได้รับยา จาก รพ.สต. ที่โรงพยาบาลไม่ได้

2. กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart) :

2.1 งานบริการทันตกรรม



กระบวนการสำคัญงานบริการทันตกรรม (Key Processes)

หมายเหตุ ทุกกระบวนการมุ่งเน้นความปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และผู้รับบริการพึงพอใจ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การประเมินแรกรับ (ได้รับ, ปลอดภัย, พ งพอใจ)	-ผู้ป่วยได้รับทราบคิว สิทธิการรักษาและได้แจ้งความต้องการรักษา -ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติโรคประจำตัว/แพ้ยา -ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ เพื่อวางแผนรักษา ในกรณีที่มีโรคทางระบบหรือได้รับยาที่มีผลต่อการรักษาทางทันตกรรม	-ไม่ได้ซักประวัติตามแบบคัดกรอง -ข้อมูล/ประวัติผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน -เครื่องวัดความดันไม่พอใช้ ไม่พร้อมใช้ -การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาทางทันตกรรม (จัดทำแนวทางป□บัติ)	-ใบยินยอมรับการรักษา -จำนวนข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการผิดคน -ภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม
2.การให้บริการผู้ป่วย -ด้านการรักษา (ถูกต้อง, ปลอดภัย, พึงพอใจ)	-ผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกคนถูกตำแหน่ง -ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะของโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุขณะรับการรักษา -ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมทันท่วงที -ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ	-ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย -การวางแผนการรักษาร่วมกัน -ให้บริการผิดคนผิดตำแหน่ง -เครื่องมือชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน ไม่เพียงพอ พร้อมใช้	-จำนวนข้อร้องเรียน -จำนวนการโดนของมีคมบาด -จำนวนการเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องจากเหตุที่ป้องกันได้ -อุบัติการณ์ที่เครื่องมือชำรุดขณะใช้งาน -จำนวนครั้งที่ระบบน้ำผ่านยูนิตไม่พร้อมใช้ -จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการผิดคน -จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการผิดตำแหน่ง -จำนวนผู้ป่วยที่ถูกถอนฟัน/ผ่าฟันผิดซี่ -จำนวนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม -จำนวนผู้ป่วยที่เกิด oro-antral communication จากการถอนฟัน/ผ่าฟัน -แบบประเมินความพึงพอใจ
-ด้านการส่งเสริมป้องกัน (ครอบคลุม)	-กลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริม และป้องกันทางทันตสุขภาพ		-ความครอบคลุมในการให้บริการส่งเสริมและป้องกันทางทันตสุขภาพ -ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปากและทันตสุขศึกษา

-ด้านการฟื้นฟู (ครอบคลุม)	-ผู้ป่วยที่สูญเสียฟันได้รับการใส่ฟันเทียม		-ร้อยละของเด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก -ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ -ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ -ร้อยละ 50 ของเด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 -จำนวนผู้ได รับบริการใส่ฟันเทียมตามเป้าหม ย
3.การจำหน่ายผู้ป่วย (ปลอดภัย)	-ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ปลอดภัย เหมาะกับโรค -ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง -ผู้ป่วยที่ต้องมีการส่งต่อ(เกิด Complication)ได้รับการส่งต่อข้อมูล	-ประวัติแพ้ยา -คำแนะนำหลังรักษา -ข้อมูลการส่งต่อไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่รับการดูแลตามคำแนะนำ	-จำนวนผู้ป่วยแพ้ยา/แพ้ยาซ้ำ -จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้บริการทันตกรรม -จำนวนการเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดหลังการถอนฟัน/ผ่าฟันในช่องปาก -จำนวนและอัตราการติดเชื้อหลังการถอนฟัน/ผ่าฟันในช่องปาก -จำนวนการติดเชื้อภายหลังการทำหัตถการในช่องปาก -จำนวนความผิดพลาดทางข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องมีการส่งต่อ (เกิด Complication)
4.การดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยได้รับการติดตาม ประเมินผลการรักษา	ผิดนัดหมาย	-จำนวนผู้ป่วยที่ผิดนัด(ราย)
5.กิจกรรมคู่ขนาน -การจัดบริการตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข -กิจกรรม 5ส -ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	-ผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน พึงพอใจในบริการ -ข้อมูลในเวชระเบียน/HosXP ได้รับการบันทึกครบถ้วน ถูกต้อง	-ผู้รับบริการไม่พอใจบริการ -บันทึกข้อมูล ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง	-แบบประเมินความพึงพอใจ -จำนวนข้อร้องเรียน -ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

-การบริหารวัสดุและเครื่องมือทันตกรรม	-การจัดซื้อวัสดุและเครื่องมือทันตกรรมตรงตามระเบียบพัสดุ มีการจัดซื้อตามแผนที่วางไว้ -วัสดุและเครื่องมือทันตกรรม เพียงพอ พร้อมใช้ ไม่หมดอายุ	-การจัดซื้อไม่เป็นไปตามแผน -วัสดุและเครื่องมือทันตกรรมไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ หมดอายุ	-สรุปรายงานการจัดซื้อประจำปี -จำนวนครั้งที่วัสดุและเครื่องมือทันตกรรมไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ หมดอายุ

2.2 งานบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์

สถานที่ : ห้องส่งเสริม

รอรับบริการงานส่งเสริมทันตสุภาพ

↓

เข้ารับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ

- รับการตรวจฟัน
- รับคำแนะนำทันตสุขศึกษา

สถานที่ : ห้องทันตกรรม

รอรับบริการหน้าห้องทันตกรรม

↓

เข้ารับบริการห้องทันตกรรม
- คำแนะนำการแปรงฟัน
- การฝึกแปรงฟันโดยการย้อมคราบสีฟัน
- วางแผนรักษา
- นัดรักษาทางทันตกรรม
  (ช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน)

การเข้ารับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์

1. รอรับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ (ห้องส่งเสริม)

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
ตำแหน่งที่ตั้งหน่วยบริการ	หาง่าย เห็นชัด สะดวก	- มีป้าย/สัญลักษณ์ บอกตำแหน่งหน่วยบริการทันตกรรมที่เห็นชัด
บริเวณนั่งรอ	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
ขั้นตอนการเข้ารับบริการ	เข้าใจ เป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการติดประกาศขั้นตอนการเข้ารับบริการ
	สอบถามได้	- กรณีมีข้อสงสัย/ไม่เข้าใจ สามารถสอบถามได้ โดยมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายทันตกรรมให้บริการอยู่
การดูแลขณะอยู่ในพื้นที่	ทราบอาการที่ต้องแจ้ง จนท. ทราบช่องทางแจ้ง จนท.	- หากมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เวียนหัว ใจสั่น หรืออาการอื่นใด ให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทันตกรรมทราบ

2. การเข้ารับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ (ห้องส่งเสริม)

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
การทวนสอบชื่อ	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน

การจัดคิว/ทราบเวลาที่รอ	ทราบลำดับคิวและคาดการณ์เวลาที่จะได้รับบริการได้	- จัดบัตรคิว - แจ้งเวลาที่ต้องรออย่างคร่าวๆ
	เรียกตามคิว	- เรียกรับบริการตามลำดับคิว
การแจ้งขั้นตอนการเข้ารับบริการ	ได้ทราบลำดับขั้นตอนการใช้บริการ	- ให้ข้อแนะนำลำดับขั้นตอนการใช้บริการแก่ผู้รับบริการ - ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย
การตรวจฟัน ให้สุขศึกษา	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน
	ได้มาตรฐาน	- ให้บริการโดยทันตแพทย์ หรือทันตาภิบาล ที่ผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี - ผู้ให้บริการการผ่านการฝึกทักษะที่สำคัญอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
	ปลอดภัย	- ก่อนทำหัตถการที่มีอุปสรรคการสื่อสารทางวาจา มีการซักซ้อมวิธีสื่อสารที่เหมาะสม (ให้ผู้ป่วยยกมือซ้ายบอกเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ - ให้บริการโดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุขณะรับการรักษาหรือให้เกิดน้อยที่สุด
	ไม่ติดเชื้อ	- ให้บริการโดยใช้เครื่องมือ ที่ปราศจากเชื้อ
ผลการตรวจ	ชัดเจน ครบถ้วน	- บอกผลการตรวจแก่ผู้รับบริการ/ญาติ มีการบอกว่าพบอะไร มีลักษณะอย่างไร หรือไม่พบอะไร
	เชื่อถือได้	- ได้รับการตรวจจากทันตบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม
ผลการวินิจฉัย	ชัดเจน เพียงพอ	- แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้รับบริการ/ญาติที่ชัดเจน มีรายละเอียดเพียงพอให้รู้ว่าคล้ายหรือเป็นอะไร และคาดว่าน่าจะมีอาการอย่างไรต่อไป
	เข้าใจง่าย	- ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย อาจทำเป็นลายลักษณ์อักษร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์
		- ไม่สงสัยเมื่อซักถาม
แผนหรือทางเลือกการรักษา	รับทราบ	- ผู้ให้การรักษาสรุปแผนการรักษา และตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย
	มีรายละเอียดเพียงพอ	- ผู้ให้บริการแจ้งรายละเอียดขั้นตอนของกระบวนการรักษาที่จำเป็นต้องทำ ระยะเวลา ประมาณการค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) - ระยะการทำฟันที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	- ผู้ให้บริการให้รายละเอียด ข้อดี ข้อเสียและให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ทันตสุขศึกษา	ชัดเจน ครบถ้วน	- แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ผู้รับฟังสามารถปฏิบัติได้
ยา วัคซีน เวชภัณฑ์	สภาพดี	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด - มีการตรวจสภาพไม่ชำรุด เช่น หัวกรอฟันไม่ชำรุด

	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจสภาพก่อนใช้งาน ให้มีลักษณะโดยทั่วไปปกติ ไม่มีสิ/กลิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
	ไม่หมดอายุ	- มีการจัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีบัญชีควบคุมวันหมดอายุของวัสดุ - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ
	เพียงพอ	- วัสดุในคลังเหลืออายุการใช้งานอย่างน้อย 6 เดือน หากมีวัสดุเหลืออายุการใช้งานน้อยกว่า 6 เดือน แจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
	ใช้เฉพาะราย	- เข็ม ใบมีด รวมถึงสิ่งที่สัมผัสกับเลือด/สารคัดหลั่งของผู้รับบริการต้องใช้จำเพาะบุคคล ไม่ใช้ซ้ำต่อจากผู้รับบริการอื่น
เครื่องมือทันตกรรม	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด
	ปลอดเชื้อ ไม่หมดอายุ	- จัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ - ตรวจสอบสภาพความปราศจากเชื้อทุก 1 สัปดาห์
	สภาพดี	- ตรวจสอบสภาพก่อนใช้งาน หากชำรุดให้แยกออก
	ไม่ปนเปื้อน	- ใช้มือ/ถุงมือสะอาด ในการหยิบเครื่องมือที่อยู่ในซองซีล
	สะอาด	- เมื่อพบว่าสกปรก ให้แยกออก
	เพียงพอ	- มีเครื่องมือใช้พอเพียง มีเครื่องมือสำรองเปลี่ยนเมื่อชำรุด
บริเวณปฏิบัติงาน	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
	สะดวก ปลอดภัย (จากอุบัติเหตุ)	- เมื่อพบสิ่งกีดขวางหรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ให้รีบกำจัดหรือแจ้งผู้รับผิดชอบ

3. การรอรับบริการหน้าห้องทันตกรรม

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
ตำแหน่งที่ตั้งหน่วยบริการ	หาง่าย เห็นชัด สะดวก	- มีป้ายบอกตำแหน่งหน่วยบริการที่เห็นชัด
บริเวณนั่งรอ	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
ขั้นตอนการเข้ารับบริการ	เข้าใจ เป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการติดประกาศขั้นตอนการเข้ารับบริการ
	สอบถามได้	- กรณีมีข้อสงสัย/ไม่เข้าใจ สามารถสอบถามได้ โดยมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายทันตกรรมให้บริการอยู่
การดูแลขณะอยู่ในพื้นที่	ทราบอาการที่ต้องแจ้ง จนท. ทราบช่องทางแจ้ง จนท.	- หากมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เวียนหัว ใจสั่น หรืออาการอื่นใด ให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทันตกรรมทราบ

4. การเข้ารับบริการห้องทันตกรรม

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
การทวนสอบชื่อ	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน
การแจ้งขั้นตอนการเข้ารับบริการ	ได้ทราบลำดับขั้นตอนการใช้บริการ	- ให้ข้อแนะนำลำดับขั้นตอนการใช้บริการแก่ผู้รับบริการ - ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย
การย้อมสีฟัน ให้สุขศึกษา	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน
	ได้มาตรฐาน	- ให้บริการโดยทันตแพทย์ หรือทันตาภิบาล ที่ผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี - ผู้ให้บริการการผ่านการฝึกทักษะที่สำคัญอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
	ปลอดภัย (ภาวะแทรกซ้อน , อุบัติเหตุ)	- ก่อนทำหัตถการที่มีอุปสรรคการสื่อสารทางวาจา มีการซักซ้อมวิธีสื่อสารที่เหมาะสม (ให้ผู้ป่วยยกมือซ้ายบอกเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ - ให้บริการโดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุขณะรับการรักษาหรือให้เกิดน้อยที่สุด
	ไม่ติดเชื้อ	- ให้บริการโดยใช้เครื่องมือ ที่ปราศจากเชื้อ
ผลการย้อมสีฟัน	ชัดเจน	- บอกผลการตรวจแก่ผู้รับบริการ/ญาติ มีการบอกว่าพบอะไร มีลักษณะอย่างไร หรือไม่พบอะไร
	เชื่อถือได้	- ได้รับการตรวจจากทันตบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม
	เข้าใจง่าย	- ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย อาจทำเป็นลายลักษณ์อักษร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์ - ไม่สงสัยเมื่อซักถาม
แผนหรือทางเลือกการรักษา	รับทราบ	- ผู้ให้การรักษาสรุปแผนการรักษา และตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย
	มีรายละเอียดเพียงพอ	- ผู้ให้บริการแจ้งรายละเอียดขั้นตอนของกระบวนการรักษาที่จำเป็นต้องทำ ระยะเวลา ประมาณการค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) - ระยะการทำฟันที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	- ผู้ให้บริการให้รายละเอียด ข้อดี ข้อเสียและให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ทันตสุขศึกษา	ชัดเจน ครบถ้วน	- แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ผู้รับฟังสามารถปฏิบัติได้
การฝึกแปรงฟัน	ผู้ป่วยปฏิบัติได้	- สาธิต/ฝึกการแปรงฟันในหญิงมีครรภ์
การดูแลขณะอยู่ในพื้นที่	ใกล้ชิด	- มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 คน อยู่กับผู้ป่วยตลอดการรักษา
ยา วัคซีน เวชภัณฑ์	สภาพดี	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด - มีการตรวจสภาพไม่ชำรุด เช่น หัวกรอฟันไม่ชำรุด
	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจสภาพก่อนใช้งาน ให้มีลักษณะโดยทั่วไปปกติ ไม่มี

		สิ/กลิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
	ไม่หมดอายุ	- มีการจัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีบัญชีควบคุมวันหมดอายุของวัสดุ - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ
	เพียงพอ	- วัสดุในคลังเหลืออายุการใช้งานอย่างน้อย 6 เดือน หากมีวัสดุเหลืออายุการใช้งานน้อยกว่า 6 เดือน แจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
	ใช้เฉพาะราย	- เข็ม ใบมีด รวมถึงสิ่งที่สัมผัสกับเลือด/สารคัดหลั่งของผู้รับบริการต้องใช้จำเพาะบุคคล ไม่ใช้ซ้ำต่อจากผู้รับบริการอื่น
เครื่องมือทันตกรรม	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด
	ปลอดเชื้อ ไม่หมดอายุ	- จัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ - ตรวจสอบสภาพความปราศจากเชื้อทุก 1 สัปดาห์
	สภาพดี	- ตรวจสอบสภาพก่อนใช้งาน หากชำรุดให้แยกออก
	ไม่ปนเปื้อน	- ใช้มือ/ถุงมือสะอาด ในการหยิบเครื่องมือที่อยู่ในซองซีล
	สะอาด	- เมื่อพบว่าสกปรก ให้แยกออก
	เพียงพอ	- มีเครื่องมือใช้พอเพียง มีเครื่องมือสำรองเปลี่ยนเมื่อชำรุด
บริเวณปฏิบัติงาน	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
	สะดวก ปลอดภัย (จากอุบัติเหตุ)	เมื่อพบสิ่งกีดขวางหรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ให้รีบกำจัดหรือแจ้งผู้รับผิดชอบ
ใบนัด	ถูกคน ครบถ้วน ชัดเจน	- ผู้ป่วยที่อายุครรภ์ 4- 6 เดือน และมีปัญหาทางทันตกรรม ส่งใบนัดที่กรอกข้อมูลครบทุกช่อง ลายมืออ่านง่ายให้ผู้ป่วย พร้อมทวนชื่อ-สกุล วันเวลาที่นัด

2.3 งานบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ในคลินิกเด็กดี

สถานที่ : ห้องส่งเสริม

รอรับบริการงานส่งเสริมทันตสุภาพ

↓

เข้ารับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ

- เด็กได้รับการตรวจฟัน
- ผู้ปกครองรับการฝึกตรวจฟันเด็ก
- ผู้ปกครองรับคำแนะนำทันตสุขศึกษา
- เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช
- เด็กได้รับแจกแปรงสีฟัน (9 เดือน – ขวบครึ่ง)
- นัดรักษาทางทันตกรรม (กรณีจำเป็น)

↓

การติดตามต่อเนื่อง

- ติดตามอย่างต่อเนื่องจนเด็กอายุ 3 ปี ตามระบบการมารับวัคซีน

การเข้ารับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดี

1. รอรับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ (ห้องส่งเสริม)

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
ตำแหน่งที่ตั้งหน่วยบริการ	หาง่าย เห็นชัด สะดวก	- มีป้าย/สัญลักษณ์ บอกตำแหน่งหน่วยบริการทันตกรรมที่เห็นชัด
บริเวณนั่งรอ	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
ขั้นตอนการเข้ารับบริการ	เข้าใจ เป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการติดประกาศขั้นตอนการเข้ารับบริการ
	สอบถามได้	- กรณีมีข้อสงสัย/ไม่เข้าใจ สามารถสอบถามได้ โดยมี

		เจ้าหน้าที่จากฝ่ายทันตกรรมให้บริการอยู่
การดูแลขณะอยู่ในพื้นที่	ทราบอาการที่ต้องแจ้ง จนท. ทราบช่องทางแจ้ง จนท.	- หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทันตกรรมทราบ

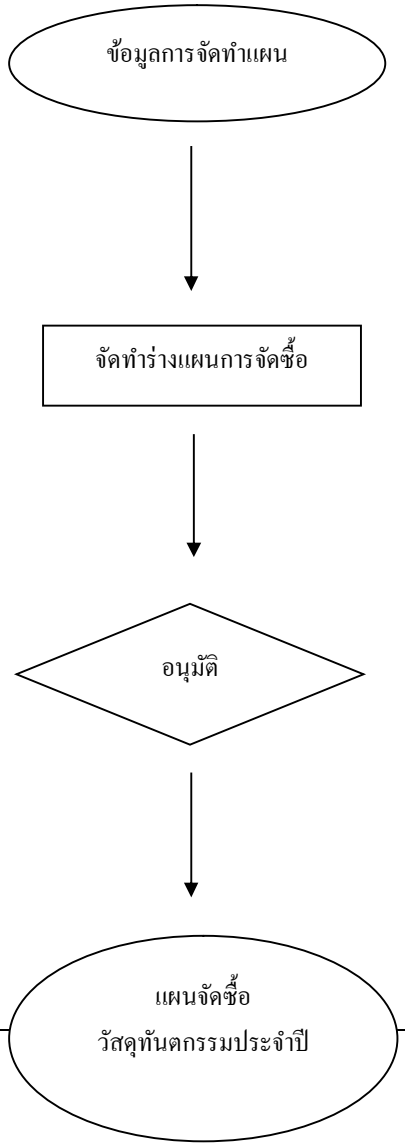
2. การเข้ารับบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ (ห้องส่งเสริม)

สิ่งส่งมอบ	จุดคุณภาพ (SIS)	คำสั่ง (SPS)
การทวนสอบชื่อ	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน
การจัดคิว/ทราบเวลาที่รอ	ทราบลำดับคิวและคาดการณ์เวลาที่จะได้รับบริการได้	- จัดบัตรคิว - แจ้งเวลาที่ต้องรออย่างคร่าวๆ
	เรียกตามคิว	- เรียกรับบริการตามลำดับคิว
การแจ้งขั้นตอนการเข้ารับบริการ	ได้ทราบลำดับขั้นตอนการใช้บริการ	- ให้ข้อแนะนำลำดับขั้นตอนการใช้บริการแก่ผู้รับบริการ - ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย
การตรวจฟัน ให้สุขศึกษา	ถูกคน	- มีการทวนชื่อผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการทำผิดคน
	ได้มาตรฐาน	- ให้บริการโดยทันตแพทย์ หรือทันตาภิบาล ที่ผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี - ผู้ให้บริการการผ่านการฝึกทักษะที่สำคัญอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
	ปลอดภัย (ภาวะแทรกซ้อน , อุบัติเหตุ)	- ก่อนทำหัตถการที่มีอุปสรรคการสื่อสารทางวาจา มีการซักซ้อมวิธีสื่อสารที่เหมาะสม (ให้ผู้ป่วยยกมือซ้ายบอกเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ - ให้บริการโดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุขณะรับการรักษาหรือให้เกิดน้อยที่สุด
	ไม่ติดเชื้อ	- ให้บริการโดยใช้เครื่องมือ ที่ปราศจากเชื้อ
ผลการตรวจ	ชัดเจน ครบถ้วน	- บอกผลการตรวจแก่ผู้รับบริการ/ญาติ มีการบอกว่าพบอะไร มีลักษณะอย่างไร หรือไม่พบอะไร
	เชื่อถือได้	- ได้รับการตรวจจากทันตบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม
ผลการวินิจฉัย	ชัดเจน เพียงพอ	- แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้รับบริการ/ญาติที่ชัดเจน มีรายละเอียดเพียงพอให้รู้ว่าคล้ายหรือเป็นอะไร และคาดว่าน่าจะมีอาการอย่างไรต่อไป
	เข้าใจง่าย	- ใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย อาจทำเป็นลายลักษณ์อักษร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์
		- ไม่สงสัยเมื่อซักถาม
แผนหรือทางเลือกการรักษา	รับทราบ	- ผู้ให้การรักษาสรุปแผนการรักษา และตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย
	มีรายละเอียดเพียงพอ	- ผู้ให้บริการแจ้งรายละเอียดขั้นตอนของกระบวนการรักษาที่

		จำเป็นต้องทำ ระยะเวลา ประมาณการค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) - ระยะการทำฟันที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	- ผู้ให้บริการให้รายละเอียด ข้อดี ข้อเสียและให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
การเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ (คำแนะนำก่อนทำหัตถการ)	รับทราบ ชัดเจน ครบถ้วน	อธิบายขั้นตอนสำคัญของการทำหัตถการ ซักซ้อมวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ปกครอง/ญาติ ก่อนให้บริการ คำแนะนำในการเตรียมตัวเพื่อให้เกิดความปลอดภัย หรือเพื่อลดความเจ็บปวดในการทำหัตถการและหลังจากทำหัตถการแล้ว (ถ้ามี) สิ่งที่ผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติขณะที่ทำหัตถการและหลังจากทำหัตถการแล้ว (ถ้ามี) - ซักซ้อมวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ปกครอง/ญาติ ก่อนให้บริการ
หัตถการที่กระทำ	ได้มาตรฐาน	- ให้บริการโดยทันตแพทย์ หรือทันตาภิบาล ที่ผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี - ผู้ให้บริการการผ่านการฝึกทักษะที่สำคัญอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
	ปลอดภัย (ภาวะแทรกซ้อน , อุบัติเหตุ)	- ก่อนทำหัตถการที่มีอุปสรรคการสื่อสารทางวาจา มีการซักซ้อมวิธีสื่อสารที่เหมาะสม (ให้ผู้ป่วยยกมือซ้ายบอกเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ - ให้บริการโดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุขณะรับการรักษาหรือให้เกิดน้อยที่สุด
	ไม่ติดเชื้อ	- ให้บริการโดยใช้เครื่องมือ ที่ปราศจากเชื้อ
	ถูกต้อง	- ถูกคน ถูกตำแหน่ง
การทาฟลูออไรด์วาร์นิช	ได้รับการทา	- เด็กที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการทำความสะอาดช่องปาก และทาฟลูออไรด์วาร์นิช
การฝึกการตรวจฟันเด็ก	ผู้ปกครองปฏิบัติได้	- สาธิต/ฝึกการตรวจฟันในเด็ก แก่ผู้ปกครอง
การฝึกแปรงฟัน	ผู้ปกครองปฏิบัติได้	- สาธิต/ฝึกการแปรงฟันในเด็ก แก่ผู้ปกครอง
การได้รับแปรงสีฟัน	ได้รับแปรงสีฟัน	- เด็กที่อายุ 9 เดือน ถึง ขวบครึ่ง ได้รับแจกแปรงสีฟัน
ทันตสุขศึกษา	ชัดเจน ครบถ้วน	- แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ผู้รับฟังสามารถปฏิบัติได้
คำแนะนำหลังทำหัตถการ (หลังทาฟลูออไรด์วาร์นิช)	ชัดเจน ครบถ้วน	- แนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติซ้ำอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นหัตถการ คำแนะนำที่จดจำได้ยาก ให้มอบเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เข้าใจง่าย มีการทวนคำแนะนำอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นหัตถการ
การดูแลขณะอยู่ในพื้นที่	ใกล้ชิด	- มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 คน อยู่กับผู้ป่วยตลอดการรักษา
ยา วัคซีน เวชภัณฑ์	สภาพดี	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด - มีการตรวจสภาพไม่ชำรุด เช่น หัวกรอฟันไม่ชำรุด
	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจสภาพก่อนใช้งาน ให้มีลักษณะโดยทั่วไปปกติ ไม่มี

		สิ/กลิ่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
	ไม่หมดอายุ	- มีการจัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีบัญชีควบคุมวันหมดอายุของวัสดุ - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ
	เพียงพอ	- วัสดุในคลังเหลืออายุการใช้งานอย่างน้อย 6 เดือน หากมีวัสดุเหลืออายุการใช้งานน้อยกว่า 6 เดือน แจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
	ใช้เฉพาะราย	- เข็ม ใบมีด รวมถึงสิ่งที่สัมผัสกับเลือด/สารคัดหลั่งของผู้รับบริการต้องใช้จำเพาะบุคคล ไม่ใช้ซ้ำต่อจากผู้รับบริการอื่น
เครื่องมือทันตกรรม	ไม่เสื่อมสภาพ	- มีการตรวจเช็คผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในบรรจุภัณฑ์ (ซองซีล)ที่สภาพดี ไม่ชำรุด
	ปลอดเชื้อ ไม่หมดอายุ	- จัดเก็บและหยิบใช้ตามหลัก FIFO - มีแถบสเตอไรด์ขึ้นสีดำอย่างน้อย 3 ขีด หรือสัญลักษณ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบุวันผลิต-วันหมดอายุ - ตรวจสอบสภาพความปราศจากเชื้อทุก 1 สัปดาห์
	สภาพดี	- ตรวจสอบสภาพก่อนใช้งาน หากชำรุดให้แยกออก
	ไม่ปนเปื้อน	- ใช้มือ/ถุงมือสะอาด ในการหยิบเครื่องมือที่อยู่ในซองซีล
	สะอาด	- เมื่อพบว่าสกปรก ให้แยกออก
	เพียงพอ	- มีเครื่องมือใช้พอเพียง มีเครื่องมือสำรองเปลี่ยนเมื่อชำรุด
บริเวณปฏิบัติงาน	สะอาด	- เมื่อเห็นมีสกปรก ประสานกับผู้ดูแลพื้นที่
	สะดวก ปลอดภัย (อุบัติเหตุ)	เมื่อพบสิ่งกีดขวางหรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ให้รีบกำจัดหรือแจ้งผู้รับผิดชอบ

ผังการปฏิบัติงาน (Flow chart) การบริหารวัสดุและเครื่องมือทันตกรรม
งานทันตกรรม โรงพยาบาลบางแพ

ผังการปฏิบัติงาน (Flow chart)	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
	1.งานทันตกรรมรวบรวมข้อมูลการจัดทำแผน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนที่สนับสนุน รพ.สต. - รวบรวมปริมาณการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมย้อนหลัง 3 ปี - ประมาณการความต้องการใช้ โดยการคำนวณรวมปริมาณย้อนหลัง 3 ปี 2.พิจารณายอดคงคลัง (ตัดยอดคงคลัง ณ สิ้นเดือนกันยายน) ก่อนจัดทำแผน 3.งานทันตกรรมจัดทำร่างแผนการจัดซื้อโดย - คำนวณปริมาณความต้องการจัดซื้อรายตัว - คำนวณงบประมาณที่ใช้ในการจัดซื้อประจำปี 4.กำหนดระยะเวลาการจัดซื้อเป็นรายงวดชัดเจน (รายเดือน ไตรมาส) 5.ส่งแผนการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมรายตัว รายไตรมาส รายปี ส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมเป็นแผนของโรงพยาบาล 6.งานทันตกรรมเสนอแผนต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาแผนและงบประมาณ 7.ผู้อำนวยการอนุมัติแผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรมประจำปี 8.แผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรมประจำปี สำเนาให้ผู้มีหน้าที่จัดซื้อ ผู้ควบคุมแผน 9.ดำเนินการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมตามแผนที่กำหนด ยึดตามระเบียบพัสดุและการเงิน - จัดซื้อวัสดุตามแผนที่ได้วางไว้ โดยสำรองไว้ไม่เกิน 90 วัน

	- วัสดุทันตกรรมที่ใกล้จะหมดหรือไม่เพียงพอในเดือนต่อไป ให้บันทึกในสมุดเบิกของและแจ้งเจ้าที่ผู้คุมคลัง โดยนำเบิกเดือนละ 1 ครั้ง - วัสดุที่ต่ำกว่าจำนวนขั้นต่ำที่กำหนดไว้ ให้เจ้าหน้าที่คุมคลังแจ้งเจ้าหน้าที่พัสดุทราบเพื่อดำเนินการจัดซื้อต่อไป 10.ควบคุมกำกับติดตามให้มีวัสดุทันตกรรมที่มีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ 11.รายงานจัดซื้อจริงตามแผน ส่งรายเดือน รายไตรมาส รายปีแก่หัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าส่วนราชการตามลำดับ *หมายเหตุ กรณีการจัดซื้อนอกแผนตามเหตุผลและความจำเป็นเร่งด่วน หรือทบทวนแผนการจัดซื้อประจำปีต้องขออนุมัติผู้มีอำนาจ

3. กิจกรรมทบทวนที่ผ่านมา (ผลการทบทวนปีงบประมาณ 2564)

กิจกรรม	วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม	ผลการทบทวน/การปรับปรุง/โอกาสพัฒนา	ตัวอย่าง
ขณะดูแลผู้ป่วย	**<u>วิธีการ</u>** ทบทวนข้างเตียง **<u>ความถี่</u>** เมื่อพบเหตุการณ์ **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - ขณะให้การปฏิบัติงานศัลยกรรมในช่องปากผู้ป่วย ให้ทำด้วยความระมัดระวัง ไม่ใช้แรงมากเกินไป มีจุดพักมือร่วมกับใช้ผ้าก็อสช่วยกันตำแหน่ง - แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทำการรักษาเบื้องต้น และอธิบายทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บ ทานอาหารไม่สะดวก **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - การทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ในงานทันตกรรม การป้องกันและแก้ไขเบื้องต้น	ขณะถอนรากฟันบน(23) ผู้ป่วย HN: 3080/48 ทพ.ใช้ luxator ลื่นไถลไปโดนเพดานปากผู้ป่วยเป็นแผลตื้นขนาด 5 mm. (4มิย.64)
ความคิดเห็น/คำร้องเรียน	**<u>วิธีการ</u>** จากข้อร้องเรียน **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - ญาติไม่เข้าใจระบบนัดหมายผู้ป่วย เมื่อผิดนัดและผู้ป่วยมีอาการจึงพามาและคาดหวังให้ได้รับการรักษาในทันที - กระบวนการ คัดกรอง รักษาผู้ป่วย เจ้าหน้าที่คัดกรองและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการรักษาควรทำการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระบบการนัดหมายทำฟันกรณีมีโรคประจำตัวพิเศษเช่น HepB และชี้แจงเหตุผล ด้วยความสุภาพ นุ่มนวล - กระบวนการสื่อสารกันระหว่างเจ้าหน้าที่ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ไม่ควรมีการสื่อสารโดยการตะโกนระหว่างห้องกันซึ่งมีเสียงดังและทำให้ผู้ป่วยอาจตีความหมายผิดได้ **การปรับปรุง/โอกาสพัฒนา** - กรณีคนไข้นัดหมายพิเศษไม่มาตามนัด ให้ทำการประสานเลื่อนนัดใหม่	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม(ทันตแพทย์ ผู้ช่วย เจ้าหน้าที่คัดกรอง) ได้รับใบร้องเรียนจากญาติผู้ป่วย HN.4307/46 เรื่องพฤติกรรมบริการว่าหมอฟันและผู้ช่วยฯพูดไม่ดีใส่ (ในเชิงบอกปัด) และท้าทาย โดยผู้ป่วยมีประวัติโรคHepB เคยมาถอนฟันตามนัดวันศุกร์หลายครั้งแล้ว แต่ครั้งนี้ต้องการมาถอนฟันเลยเจ้าหน้าที่ได้แจ้งว่าต้องเป็นระบบนัดวันศุกร์แต่ญาติไม่เข้าใจ ซึ่งได้ทำการตรวจฟันและจ่ายยาฆ่าเชื้อ ยาแก้ปวดและออกใบนัดให้แต่ญาติและผู้ป่วยไม่รับขอกลับและทำการร้องเรียน (1มิย64)
การตรวจรักษาโดยผู้	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง , ทบทวนเวช	**ผลการทบทวน** - มีการทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน หลังถอนฟันให้บีบแผล	นัดผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58ปี HN.3817/40 มาพิมพ์ปาก ขณะตรวจในช่องปากพบมีเศษฟันเหลืออยู่บริเวณที่ได้รับการถอนฟันไปเมื่อ 4

ชำนาญกว่า	ระเบียนหรือเหตุการณ์สำคัญ **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	ถอนฟันและตรวจประเมินหลังการถอนฟันทุกครั้ง ร่วมกับการล้างบริเวณแผลถอนฟันให้สะอาด และใช้นิ้วลูบสัมผัส - หากพบมีเศษฟันหรือเศษกระดูกให้หยิบออก และทำความสะอาดแผล - หากมีกระดูกแหลมคม ให้ขลิบแต่งกระดูกเพื่อลบความคมนั้น **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - การตรวจประเมินแผลหลังการถอนฟัน	ธันวาคม 2563 จากการสอบถามผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีเศษฟันเหลืออยู่และไม่มีอาการเจ็บใดๆ (19เมย64)
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - มีการบันทึกความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จัดระดับความรุนแรง ประเภทของความเสี่ยง สาเหตุ การแก้ไข และการป้องกัน โดยลงบันทึกในโปรแกรม DIY **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - กระตุ้นให้มีการบันทึก near miss มากขึ้น เพื่อเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น - ทบทวนการจัดระดับความเสี่ยงแก่บุคลากรในหน่วยงาน	ปีงบประมาณ 2564 ใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยง ระบบ HRMS on Cloud มีทั้งหมด 177 เรื่อง แบ่งความเสี่ยงได้ดังนี้ 1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป 129 เรื่อง ระดับ A 10 เรื่อง ระดับ B 4 เรื่อง ระดับ C 7 เรื่อง ระดับ D-I 0 เรื่อง ระดับ 1 104 เรื่อง ระดับ 2 4 เรื่อง 2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก 48 เรื่อง ระดับ A 14 เรื่อง ระดับ B 27 เรื่อง ระดับ C 5 เรื่อง ระดับ D 2 เรื่อง ระดับ E-I 0 เรื่อง ระดับ 1-5 0 เรื่อง การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงกลุ่มงานทันตกรรม 10 อันดับแรก ได้แก่

			1. **GOI203**:เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้ 50 เรื่อง 2. **CPP201**:การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน 26 เรื่อง 3. **GOI105**:เกิดปัญหาด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ไม่เป็นปัจจุบัน 22 เรื่อง 4. **GOI106**:เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผลการสื่อสาร 15 เรื่อง 5. GPE206:เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภค-บริโภคไม่เดียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน 10 เรื่อง 6. CPI204:การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ) 9 เรื่อง 7. GOP201:เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการ

			กำหนดมาตรฐานขั้นตอนกระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา 8 เรื่อง 8. GOS201:อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ 7 เรื่อง 9. GPE205:เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้คำแนะนำ/บอกทาง, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/มีสิ่งกีดขวาด, ลิฟต์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟท์หรือลิฟท์ไม่พร้อมใช้งาน/ชำรุด/ติดค้าง 5 เรื่อง 10. CPP202:การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยา 3 เรื่อง
การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง ,การทบทวนเวชระเบียน , เหตุการณ์สำคัญ , IC round **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - การซักประวัติประสบการณ์การรักษาทันตกรรม ความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังได้รับการรักษา โดยบันทึกใน OPD card และใน HosXP - แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการที่เกิดขึ้นได้หลังการถอนฟัน การป้องกันและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เน้นย้ำเรื่องการห้ามฉีดล้างบริเวณแผล - ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลถอนฟันให้ละเอียดมากขึ้น โดยเน้นย้ำเรื่องการห้ามฉีดล้างบริเวณแผล - ทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน - ทวนสอบความเข้าใจการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการถอนฟันแก่ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ 6 เดือน HN.2188/39 กลับมาด้วยอาการปวดบริเวณแผลถอนฟันกรามล่างซ้ายที่ถอนไปเมื่อวันที่ 29 มค 64 โดยให้ประวัติว่าปวดหนึบๆที่เหงือกหลังถอนฟันไป โดยอาการปวดไม่ดีขึ้น ซักประวัติพบว่าบ้วนปากในวันที่ถอนฟัน และฉีดล้างแผลด้วยน้ำเกลือ(จากsyringe)มา 2-3 วันและใช้cotton bud เช็ดแผล จากการตรวจในช่องปากพบว่าแผลถอนฟันซี่37 ไม่บวม คลำเจ็บเมื่อล้างแผลพบว่าไม่มี clot ไม่มีtissueคลุมกระดูกในsocket ทำการแก้ไขเบื้องต้นด้วยการล้างแผลด้วยน้ำเกลือและแจ้งผู้ป่วยว่าเกิดภาวะ dry socket ปิดแผลด้วย alvogyl ให้คำแนะนำผู้ป่วยเลี่ยงบ้วนน้ำแรง ฉีดล้างบริเวณแผล จ่ายยาแก้ปวดและนัดตรวจอีก 2 วัน (2กพ64)

		และ/หรือญาติ ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - ปรับปรุงใบคำแนะนำหลังการรักษา ให้มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังถอนฟันทุกครั้งห้ามบ้วนปากในวันที่ถอนฟันและห้ามนำเครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดๆไปเขี่ย แคะ บริเวณแผลถอนฟัน	- คนไข้ HN: 1318/62 อายุ 24 ปี กลับมาด้วยอาการปวดบริเวณแผลถอนฟันคุดล่างซ้าย หลังถอนไป 6 วัน ปวดมาตลอด กินยาพาราเซตามอลดีขึ้นสักพัก จึงกลับมาให้ทันตแพทย์ดูจากการตรวจพบว่า คนไข้อ้าปากได้ปกติ ไม่มีอาการบวมและกดเจ็บทั้งในและนอกช่องปาก มีเศษอาหารในแผลถอนฟัน ขอบแผลแดงเล็กน้อย ไม่มี D/C ทำการแก้ไขเบื้องต้นด้วยการล้างแผลด้วยน้ำเกลือและสอนให้ผู้ป่วยล้าง เพื่อให้กลับไปล้างทุกครั้งหลังทานอาหาร-จ่ายยาแก้ปวด NSAIDs ให้เพิ่มเติม ติดตามอาการและนัดกลับมาหากอาการไม่ดีขึ้น (2กพ64)
การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง ,เหตุการณ์สำคัญ , ผู้รับผลงาน **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - ไม่ได้สอบถามข้อมูลการแพ้ยา - ไม่มีบันทึกการแพ้ยาในระบบ **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - ทบทวนการซักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ขั้นตอนในการส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อบันทึกการแพ้ยาในระบบ แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	- เจ้าหน้าที่คัดกรองไม่ได้สอบถามข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย HN.4651/43 ซึ่งผู้ป่วยแพ้ยา Amoxycyclin, Ibuprofen, Celecoxib และยังไม่มีการบันทึกประวัติการแพ้ยาในระบบ (7 เม.ย.63) <u>หมายเหตุ</u> ปี 2564 ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา
การดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	**<u>วิธีการ</u>** จากเหตุการณ์สำคัญ **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - การเขียนชื่อ-สกุลระบุที่ชิ้นงาน - จัดเตรียมชิ้นงานโดยวางชิ้นงานแยกทันตแพทย์ และตามเวลานัด - ทวนซ้ำก่อนนำชิ้นงานลองในช่องปากทุกครั้ง **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยและงานที่ต้องให้การรักษาให้ถูกต้องโดยการทวนและถามซ้ำทุกครั้งก่อนเรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	ทันตแพทย์มีผู้ป่วยนัดฟันปลอม 2 ราย รายแรกนัดเวลา 13.00น. เพื่อลองถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล รายที่สองนัดเวลา 14.00น.เพื่อลองแท่นกัด เวลา13.00น.ผู้ป่วยรายแรกยังไม่มา แต่ผู้ป่วยรายที่สองมาก่อน ทันตแพทย์จึงได้เรียกผู้ป่วยรายที่สอง HN:2583/41 เข้ารับการรักษาก่อน และได้นำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยรายแรกมาให้กับผู้ป่วยรายที่สอง ทำการแก้ไขโดยการเปลี่ยนชิ้นงานและทำความสะอาดฆ่าเชื้อเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องถูกคน (7เมย64)
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	**<u>วิธีการ</u>** ตรวจสอบรายงานจากโปรแกรม HosXp **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน	**ผลการทบทวน** - เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าต้องลงรายละเอียดอะไรบ้าง และแต่ละหัวข้อเป็นเรื่องอะไร	- พบความผิดพลาดการบันทึกข้อมูลการซักประวัติและคัดกรองผู้ป่วยจากโปรแกรมความเสี่ยง HRMS หัวข้อ CPP201:การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน ใน

	<u>ผู้เข้าร่วม</u> ทันตบุคลากร	- เจ้าหน้าที่ขาดความละเอียดรอบคอบในการบันทึกข้อมูล - เจ้าหน้าที่เร่งรีบในการทำงานทำให้การลงข้อมูลผิดพลาด **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - ทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเรื่องการซักประวัติ การคัดกรองผู้ป่วย - ทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเรื่องการลงบันทึกข้อมูลใน OPD card - สุ่มประเมินการลงบันทึกรายการใน OPD card และแจ้งข้อผิดพลาดให้ทราบ	ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 26 เรื่อง
การใช้ข้อมูลวิชาการ	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง ,การทบทวนเวชระเบียน , เหตุการณ์สำคัญ **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจัดการถุงขยะติดเชื้อได้ถูกต้องตามหลัก IC **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - การทบทวนความรู้ทางวิชาการเรื่องแนวทางปฏิบัติ (การคัดแยกขยะ, ปริมาณขยะ, การเขียนระบุที่ถุง, การผูกรัดปากถุงและการจัดส่งขยะถุงแดงขยะติดเชื้อ)	วันที่ 13 พฤศจิกายน 63 ได้รับแจ้งจากงานผู้ป่วยในและIC พบถุงแดงขยะติดเชื้อของงานทันตกรรม ไม่ได้รับการผูกหรือมัดปากถุงตามแนวทางปฏิบัติ
การทบทวนการใช้ทรัพยากร	**<u>วิธีการ</u>** จากรายงานความเสี่ยง **<u>ความถี่</u>** 1 ครั้ง/เดือน **<u>ผู้เข้าร่วม</u>** ทุกคนในหน่วยงาน	**ผลการทบทวน** - ให้ผู้รับผิดชอบจัดหา/ทำทะเบียนคุม ตรวจสอบจำนวนวัสดุให้เป็นปัจจุบัน - ให้มีการกำหนดปริมาณวัสดุขั้นต่ำที่ต้องมีในหน่วยงาน เพื่อให้มีวัสดุพร้อมใช้ในหน่วยงาน **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - การจัดหาวัสดุทันตกรรม	ทันตแพทย์ต้องการอุดฟันโดยใช้วัสดุ GI capsule ผู้ช่วยข้างเตียงแจ้งว่าวัสดุที่ต้องการใช้หมดทำให้ต้องใช้วัสดุGIแบบผสมมือแทน และได้แจ้งผู้รับผิดชอบแล้วแต่ผู้รับผิดชอบที่จัดหา/ทำทะเบียนคุมได้แจ้งว่าทราบว่าวัสดุหมดในวันที่มีผู้แจ้ง (5มค.64)
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ	**<u>วิธีการ</u>** จากตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน **<u>ความถี่</u>** เดือนละ 1 ครั้ง	**ผลการทบทวน** มีแนวทางป้องกันภาวะเลือดไหลไม่หยุดหลังทำหัตถการ ดังนี้ - มีการจัดทำป้ายเพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงโรคประจำตัว/ยาที่ควรแจ้ง	คนไข้ HN 1318/62 อายุ 24 ปี กลับมาด้วยอาการเลือดไม่หยุดไหลจากแผลถอนฟันคุดล่างซ้ายไป 2 ชั่วโมง โดยมีอาการตกใจ หน้าซีด กังวล เนื่องจากคายผ้าก๊อซแล้วบ้วนน้ำไป 2 ครั้งมีเลือดไหลออกมา

	<u>ผู้เข้าร่วม</u> ทุกคนในหน่วยงาน	แก่เจ้าหน้าที่ก่อนเข้ารับบริการ - ซักประวัติโรคประจำตัวและยาที่ได้รับก่อนเข้ารับบริการ ดูประวัติในเวชระเบียนร่วมด้วย - ประเมินความร่วมมือความกลัววิตกกังวลของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้บริการ - หากผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลมาก หรือผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดไหลไม่หยุดหลังการถอนฟัน ให้บันทึกใน OPD card และใน HosXP ด้วยทุกครั้ง เพื่อการวางแผนการรักษาและการให้คำแนะนำหลังการรักษาที่เหมาะสมในครั้งถัดไป - กรณีการห้ามเลือดครั้งสุดท้ายของการทำศัลยกรรมควรตรวจดูให้มั่นใจก่อนว่าเลือดหยุดไหลแน่นอน แต่หากเลือดยังออกไม่หยุดและมีลักษณะเป็น active bleed พิจารณาใช้ hemostatic agents เช่น gel foam หากพบเลือดยังออกจากแผลถอนฟันให้เย็บขอบแผลเข้าด้วยกันแล้วกัดผ้าก็อซ ดูจนเลือดหยุดไหลแน่นอน ค่อยให้กลับบ้าน -พิจารณาเย็บแผล/ใส่สารช่วยการแข็งตัวของเลือด กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารลำบากที่อาจจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำไม่ได้ - ให้คำแนะนำหลังการรักษาแก่ผู้รับบริการหรือญาติทุกครั้ง พร้อมเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัว โดยมีการทวนสอบคำแนะนำทุกครั้ง หากไม่แน่ใจอาจให้ผู้ป่วยนั่งรอเพื่อสังเกตอาการก่อนจนมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม - พัฒนาระบบการติดตามผู้รับบริการ - ทบทวนความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในฝ่าย **การปรับปรุงโอกาสพัฒนา** - ติดตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้บริการทันตกรรม	มาก จึงกลับมาให้ทันตแพทย์ดู จากการซักถามพบว่า คนไข้กลัวเลือด มีความกังวล กัดผ้าได้แน่นไม่ถนัด ยังชาอยู่ (27มค64) การจัดการเบื้องต้น ให้คนไข้นั่งพัก พูดอธิบายให้คนไข้ผ่อนคลายลง ให้ดื่มนมและรับประทานยาแก้ปวด ก่อนเปลี่ยนผ้าก๊อซให้คนไข้กัดแน่นๆ ดูอาการให้แน่ใจไม่มี active bleeding ติดตามสอบถามอาการ หมายเหตุ: ไม่สามารถนำผู้ป่วยเข้ามาล้างแผลและตรวจดูได้เนื่องจากห้องอยู่ระหว่างการอบฆ่าเชื้อ

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ฝ่ายทันตสาธารณสุข (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 65	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564
ใบยินยอมรับการรักษา	> 90%	100	100	100	100
แบบประเมินความพึงพอใจ	> 90%	92.85	93.35	94.57	94.93
จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง	0	1 (กค62)	0	0.35 (2/5651)
จำนวนผู้ป่วยแพ้ยา/แพ้ยาซ้ำ	< 1.5 ต่อ 1000	0	0	0 (0/6142)	0 (0/5651)
ภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม	< 1.5 ต่อ 1000	0	0	0 (0/6142)	0 (0/5651)
จำนวนการโดนของมีคมบาด	0 ครั้ง	0	0.12(1/7954)	0.49 (3/6142)	0.18 (1/5651)
จำนวนผู้ป่วยที่ถูกถอนฟันผิดซี่	0 ราย	0	2	0 (0/1459)	0 (0/865)
จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับบริการทันตกรรม	< 5ครั้ง/ปี	3	2	2	3
* จำนวนการเกิดภาวะเลือดออกไม่หยุดหลังถอนฟัน/ผ่าฟัน	< 1.5 ต่อ1000	1.26 (2/1580)	0.57 (1/1759)	0 (0/1459)	1.16 (1/865)
* จำนวนการติดเชื้อภายหลังถอนฟัน (dry socket)	< 1.5 ต่อ1000	0	0	0.68 (1/1459)	2.31 (2/865)
* จำนวนการติดเชื้อหลังทำหัตถการในช่องปาก	< 1.5 ต่อ1000	0	0	0 (0/6142)	0 (0/5651)
* อื่นๆ (ชา)	< 1.5 ต่อ1000	0	0.57 (1/1759)	0.68 (1/1459)	0 (0/865)
จำนวนการเกิด failure ของวัสดุอุดฟันภายใน 3 เดือน	0 ราย	0	0	0 (0/1538)	0 (0/596)
จำนวนการเกิด failure ของการรักษารากฟันภายใน 1 ปี	0 ราย	0	0	0 (0/37)	0 (0/16)
จำนวนผู้ป่วยที่เกิด oro-antral communication จากการถอนฟัน	0 ราย	0	0	0 (0/1459)	0 (0/865)
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ใน ANC					
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจช่องปากและทันตสุขศึกษา	>85%	96.29	95.91	93.12 (149/160)	93.9 (77/82)
ร้อยละหญิงหลังคลอดที่ได้รับทันตสุขศึกษา	>85%		81.97	91.67	90.32 (28/31)

กลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 0-2 ปี .ใน WBC					
ร้อยละเด็กอายุ 9 เดือน-2ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	>70	81.65	79.09	91.44 (406/444)	90.02 (370/411)
ร้อยละผู้ปกครองเด็กอายุ 9 เดือน-2ปี ได้รับการฝึกแปรงฟัน	>70	67.67	79.09	91.44 (406/444)	90.02 (370/411)
ร้อยละเด็กอายุ 9 เดือน-2ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช	>50	50.68	66.82	72.97 (324/444)	62.29 (256/411)
การปฏิบัติงานรายปี					
กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-5 ปี					
ร้อยละเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน	>50	78.64	80.56	79.90 (831/1040)	78.36 (402/513)
กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี					
ร้อยละนักเรียน ป.1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	>85	93.85	94.08	91.49 (559/611)	92.06 (174/189)
ร้อยละนักเรียน ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	>50	52.66	42.31	20.29 (124/611)	n/a
ร้อยละนักเรียน ป.1 ได้รับการบริการผสมผสานอย่างสมบูรณ์	>20	11.65	11.54	0.003 (2/611)	n/a
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป					
จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม	>50ราย/ปี	56+??	61	16	39
จำนวนผู้สูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมรอคิวนานเกิน 6 เดือน	คน	0	0	0	0
ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะช่องปาก (ปีละ 1 ครั้ง)					
กลุ่มเด็ก 3 ปี					
ค่าร้อยละปราศจากฟันผุ ของเด็กอายุ 18ด	100	90.91	100	95.59	n/a
ค่าร้อยละปราศจากฟันผุ ของเด็กอายุ 3 ปี	>50	39.90	37.32	40.36	n/a
ร้อยละศูนย์เด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน	>95	86.67	100	19/19 (100)	n/a
ร้อยละศูนย์เด็กเล็กจัดผลไม้เป็นอาหารว่าง 3-5 วัน/สัปดาห์	>90	100	100	19/19 (100)	n/a
กลุ่มเด็ก 12 ปี					
ค่าร้อยละปราศจากฟันผุ ของเด็กอายุ 12 ปี	>50	53.41	34.33	49.39	n/a
ค่าร้อยละฟันดีไม่มีผุ ของเด็กอายุ 12 ปี		76.71	70.89	86.75)	n/a
ร้อยละโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม	33.33>85	94.74	100	100	n/a

ร้อยละโรงเรียนจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	>80	94.74	100	100	n/a
เด็กอายุ 12 ปี ไม่มีเหงือกเลือดออก		76.30	75.75	89.16	n/a
ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของเด็กอายุ 12 ปี		1.46	1.76	1.24	n/a
กลุ่มผู้สูงอายุ					
ร้อยละผู้สูงอายุมีคู่สบฟันหลัง 4 คู่ขึ้นไป	>50	43.88	49.28	4615	n/a
ร้อยละผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่	>50	50.51	49.28	30.77	n/a
จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม < 16ซี่	ราย	23	33	26	n/a
จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม > 16ซี่	ราย	23	24	23	n/a
จำนวนผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมทั้งปาก	ราย	38	37	21	n/a
ตัวชี้วัด					
อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปาก	>20	41.58	40.71	39.76	28.38
ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปาก 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	>45	77.78	66.67	33.33	33.33

5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- การให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการ
- ระบบนัดทำฟันผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
- ระบบบัตรคิว รวมถึงคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลของยาชาที่ควรทราบ การแยกสีบัตรทำฟัน
- การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็ก แบบบันทึกสุขภาพช่องปากในสมุดสีชมพู
- ใบแจ้งผลการตรวจ การรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตน รวมแบบยินยอมรับการรักษา
- การส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์
- ระบบเครื่องมือปราศจากเชื้อ
- เพิ่มการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางในช่วงเช้า
- เพิ่มการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในชั้นอนุบาล
- การจัดทำแนวทางการคัดกรอง
- การจัดทำแนวทางช่วยข้างเก้าอี้

5.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบริการ รพ.สต.
- การติดตาม ญ.ตั้งครรภ์ เข้ารับบริการตามนัด

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาปรับปรุงพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- การลดการติดเชื้อภายหลังถอนฟัน

- การเพิ่มร้อยละปราศจากฟันผุ ของเด็กอายุ 3 ปี
- การเพิ่มการให้บริการใน รพ.สต.ที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ

สรุปแผนงานโครงการปีงบประมาณ 2564

คปสอ.บางแพ กลุ่มงาน ทันตกรรม

ชื่อโครงการ	แหล่งที่มาของงบ ฯ			งบประมาณที่ใช้		หมายเหตุ
	CUP	กองทุนฯ	PPA	แผน	ใช้จริง	
1.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ปี 2564	7,500			7,500	0	
2.โครงการป้องกันฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอบางแพ ปีงบประมาณ 2564	43,000			43,000	0	
3.โครงการฟลูออไรด์วานิชเพื่อเด็กวัยก่อนเรียนฟันดี ปีงบประมาณ 2564	42,000			42,000	33,600	
4.โครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน อำเภอบางแพ ปีงบประมาณ 2564	70,000			70,000	0	
5.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 3-5 ปี เทศบาลตำบลบางแพ ปี 2564		23,000		23,000	0	
6.โครงการคัดกรองและจัดบริการชุดสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี ปี 2564			41,000	41,000	0	เป้าหมาย300ราย/200ราย
7.โครงการคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2564			14,000	14,000	0	เป้าหมาย 200 ราย
8.โครงการฟลูออไรด์วานิชในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยง อายุมากกว่า 40 ปี			5,000	5,000	0	เป้าหมาย 50 ราย

คปสอ.บางแพ กลุ่มงาน ทันตกรรม

แผนงาน/โครงการ				แผนการใช้จ่ายงบประมาณ			การจัดทำโครงการ
ชื่อโครงการ	**ระยะเวลา**	**ปริมาณงาน (ครั้ง)**	**เป้าหมาย (คน)**	**รายการค่าใช้จ่าย**	**งบประมาณ (บาท)**	**แหล่งงบประมาณ**	งบประมาณที่ใช้
1.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ปีงบประมาณ 2564	30 วัน	30 ครั้ง	ญ.ตั้งครรภ์ 150 คน ญ.หลังคลอด 50 คน	- ชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน 40กรัม 200ชุด×30บาท เป็นเงิน 6,000 บาท - ชุดถุงนิ้วทำความสะอาด 50ชุด×30บาท เป็นเงิน 1,500 บาท	7,500	เงินบำรุง	อยู่ในช่วงดำเนินการ
2.โครงการป้องกันฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอบางแพ ปีงบประมาณ 2564	28 วัน	28 ครั้ง	เด็ก 1,200 คน ผป.600 คน	- แปรงสีฟันสำหรับเด็ก 1,200อัน อันละ10บาท เป็นเงิน 12,000 บาท - ชุดถุงนิ้วทำความสะอาดช่องปาก 400ชุด ชุดละ 30บาท เป็นเงิน 12,000 บาท - ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 20 ชุดละ 700 บาท เป็นเงิน 14,000 บาท	38,000	เงินบำรุง	อยู่ในช่วงดำเนินการ
3.โครงการฟลูออไรด์วานิชเพื่อเด็กวัยก่อนเรียนฟันดี ปีงบประมาณ 2564 (นอกเขตเทศบาลตำบลบางแพ)			เด็กก่อนวัยเรียน 450 คน เด็กอนุบาล 450 คน	- ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 60 ชุดละ 700 บาท เป็นเงิน 42,000 บาท	42,000	เงินบำรุง	อยู่ในช่วงดำเนินการ
4.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 3-5ปี เทศบาลตำบลบางแพ ปีงบประมาณ 2564			เด็กก่อนวัยเรียน 170คน เด็กอนุบาล 230คน	- แปรงสีฟันเด็ก 400อัน อันละ15บาท เ ป็นเงิน 6,000 บาท - ยาสีฟันขนาด 40กรัม 288หลอด หลอดละ 25บาท เป็นเงิน 7,200 บาท - ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 20 ชุดละ 700 บาท เป็นเงิน 9,800 บาท	23,000	งบเทศบาล	ไม่ได้จัดทำโครงการเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19
5.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียนเขตเทศบาลตำบลบางแพ ปี 2564					30,850	งบเทศบาล	ไม่ได้จัดทำโครงการเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

- กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและรณรงค์ฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีในเด็กชั้น ป.1-6 - กิจกรรมอบรมทันตสุขศึกษาในเด็กประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6	7 วัน	7 ครั้ง	เด็กป.1-6 640คน เด็กป.5 และ 6 210คน	- ชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน 40กรัม 40บาท×640คน เป็นเงิน 25,600 บาท - ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม 210คน×25บาท เป็นเงิน 5,250 บาท			

สรุปแผนงานโครงการปีงบประมาณ 2564

คปสอ.บางแพ กลุ่มงาน ทันตกรรม

แผนงาน/โครงการ				**แผนการใช้จ่ายงบประมาณ**			**การจัดทำโครงการ**
ชื่อโครงการ	**ระยะเวลา**	**ปริมาณงาน (ครั้ง)**	**เป้าหมาย (คน)**	**รายการค่าใช้จ่าย**	**งบประมาณ (บาท)**	**แหล่งงบประมาณ**	งบประมาณที่ใช้
1.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ปีงบประมาณ 2564	30 วัน	30 ครั้ง	ญ.ตั้งครรภ์ 150 คน ญ.หลังคลอด 50 คน	- ชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน 40กรัม 200ชุด×30บาท เป็นเงิน 6,000 บาท - ชุดถุงนิ้วทำความสะอาด 50ชุด×30บาท เป็นเงิน 1,500 บาท รวม 7,500 บาท	7,500 (0)	เงินบำรุง	จัดทำกิจกรรม ไม่ได้เบิกจ่ายงบประมาณ
2.โครงการป้องกันฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอบางแพ ปีงบประมาณ 2564	28 วัน	28 ครั้ง	เด็ก 1,200 คน ผป.600 คน	- แปรงสีฟันสำหรับเด็ก 1,200อัน อันละ10บาท เป็นเงิน 12,000 บาท - ชุดถุงนิ้วทำความสะอาดช่องปาก 400ชุด ชุดละ 30บาท เป็นเงิน 12,000 บาท - ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 20 ชุดละ 700 บาท เป็นเงิน 14,000 บาท	38,000 (0)	เงินบำรุง	จัดทำกิจกรรม ไม่ได้เบิกจ่ายงบประมาณ
3.โครงการฟลูออไรด์วานิชเพื่อเด็กวัยก่อนเรียนฟันดี ปีงบประมาณ 2564 (นอกเขตเทศบาลตำบลบางแพ)			เด็กก่อนวัยเรียน 450 คน เด็กอนุบาล 450 คน	- ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 60 ชุดละ 560 บาท เป็นเงิน 33,600 บาท	42,000 (33,600)	เงินบำรุง	ศูนย์เด็ก 4 ศูนย์ เด็ก 80 คน รร.ที่มีชั้นอนุบาล 4 โรงเรียน เด็ก 322 คน
4.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ			เด็กก่อนวัยเรียน	- แปรงสีฟันเด็ก 400อัน อันละ15บาท เ	23,000	งบ	ไม่ได้จัดทำโครงการเนื่องจาก

เด็ก 3-5ปี เทศบาลตำบลบางแพ ปีงบประมาณ 2564			170คน เด็กอนุบาล 230คน	ปีนเงิน 6,000 บาท - ยาสีฟันขนาด 40กรัม 288หลอด หลอดละ 25บาท เป็นเงิน 7,200 บาท - ฟลูออไรด์วานิชขนาด 10 กรัม 20 ชุดละ 700 บาท เป็นเงิน 9,800 บาท	(0)	เทศบาล	สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19
5.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียนเขตเทศบาลตำบลบางแพ ปี 2564 - กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและรณรงค์ฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีในเด็กชั้น ป.1-6 - กิจกรรมอบรมทันตสุขศึกษาในเด็กประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6	7 วัน	7 ครั้ง	เด็กป.1-6 640คน เด็กป.5 และ 6 210คน	- ชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน 40กรัม 40บาท×640คน เป็นเงิน 25,600 บาท - ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม 210คน×25บาท เป็นเงิน 5,250 บาท	30,850 (0)	งบเทศบาล	ไม่ได้จัดทำโครงการเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

แบบมอบหมายงาน (๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓)

หน้าที่รับผิดชอบ	นฤปัตน์ นิ่มเขียว	เปรมวดี ธนสารวิมล	อรทูล วิสิทธิ์ศิลป์	วาทิณี สุรเชษฐ์ชัยพงศ์
ด้านการบริหารจัดการ	๑.วางแผนงานโครงการและแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับนโยบายกำหนด ๒.วางแผนงานข้อมูลระดับอำเภอ	๑.วางแผนงานคุณภาพ มาตรฐาน ระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติ ๒.วางแผน งานความเสี่ยง AAR	๑.วางแผนและจัดการให้มีวัสดุ เครื่องมือ ครุภัณฑ์เพียงพอในการดำเนินการ ๒.วางแผนงานข้อมูลระดับโรงพยาบาล	๑.วางแผนพัฒนาคุณภาพงานบริการ พฤติกรรมบริการ รวมทั้งงาน 5ส ๒.วางแผนงานพึงพอใจ ติดตามข้อร้องเรียน
	๓.วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน ให้ตอบสนองงานโครงการและแผนปฏิบัติการ	๓.วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน ให้ตอบสนองงานคุณภาพ	๓.วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน ให้สามารถลงข้อมูลได้ถูกต้อง	๓.วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน ให้ตอบสนองคุณภาพงานบริการ

	๔.กำกับดูแลติดตามประเมินผลงานที่รับผิดชอบ	๔.กำกับดูแลติดตามประเมินผลงานที่รับผิดชอบ	๔.กำกับดูแลติดตามประเมินผลงานที่รับผิดชอบ	๔.กำกับดูแลติดตามประเมินผลงานที่รับผิดชอบ
ตัวชี้วัดรับผิดชอบ	๑.การส่งรายงานทันตสารสนเทศ	๑.การส่งบันทึกความเสี่ยง AAR	๑.การส่งรายงานวัสดุคงคลัง	๑.การส่งรายงาน ๕ส ๒.การส่งรายงานความพึงพอใจ
ทีมคร่อมสายงาน	FA ENV (พรทิวา)	RM HRD (ศศิมา)	PTC PCT	IM IC (ชนินาถ)
ทภ.ในความรับผิดชอบ	**น.ส.พัชรดา ภู่ระหงษ์** (งานผู้สูงอายุ/คลินิกเรื้อรัง) รพ.สต.โพหัก **นางนัยนา ทรงพัฒนาศิลป์** (ชมรมผู้สูงอายุ/อสม.รักฟัน) รพ.สต.วังกุ่ม	**นางศศิมา พีรชัยเดโช** (เด็ก 6-12 ปี) PCU บางแพ ,รพ.สต.วัดแก้ว	**นางสาวพรทิวา มะจาน** (ญ.ตั้งครรภ์ ,คลินิกเด็กดี) รพ.สต.หัวโพ ,รพ.สต.วังเย็น , รพ.สต.หนองม่วง	**นายสุเทพ สมพงษ์เจริญ** (เด็ก 3-5 ปี) รพ.สต.ดอนคา ,รพ.สต.ดอนใหญ่ , รพ.สต.ลำน้ำ

Service Profile

งานธุรการ (งานสารบรรณ + งานการเจ้าหน้าที่)

ปีงบประมาณ 2565

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานธุรการ ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลบางแพ ให้บริการงานธุรการทั่วไป งานสารบรรณ และงานการเจ้าหน้าที่ มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เพื่อให้งานบริการแก่หน่วยงานภายในและภายนอก ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. ให้บริการที่ครอบคลุม ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ตามระเบียบราชการ
2. พัฒนาระบบคุณภาพบริการและพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง
3. ให้ความร่วมมือ ประสานงานในการรักษาสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคน
4. สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

งานธุรการ ให้บริการแก่หน่วยงานภายในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้มารับบริการรวมถึงหน่วยงานภายนอก ซึ่งประกอบไปด้วยงานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. งานธุรการทั่วไป ได้แก่งานประชาสัมพันธ์ ติดต่อประสานงานหน่วยงานภายนอก, รับ - ต่อโทรศัพท์, รับ – ส่งข่าววิทยุ, ถ่ายเอกสาร
2. งานสารบรรณเกี่ยวกับการบริหารงานเอกสาร เริ่มตั้งแต่การรับ – ส่งหนังสือราชการ ร่าง-โต้ตอบ จัดพิมพ์หนังสือราชการ จัดเก็บ ยืม และทำลายหนังสือราชการ
3. งานการเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการบริหารการจัดทำทะเบียนประวัติของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว การขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ การเลื่อนระดับ การเลื่อนขั้น ควบคุมการลาทุกประเภท การทำบัตรประจำตัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการดำเนินการเกี่ยวกับการโอน ย้าย และลาออก ฯ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1. หน่วยงานภายใน/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ได้รับการสนับสนุนบริการรวมถึงการอำนวยความ สะดวกในด้านต่างๆ ของงานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล 2. ได้รับเอกสาร ข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็วทันเวลา 3. ได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ 4. ต้องการความเสมอภาค ถูกต้อง โปร่งใสและเป็นธรรม
2. ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้รับบริการ	1. ได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพ สะดวกรวดเร็ว 2. ได้รับคำแนะนำ มีการประสานงานที่ดี
3. หน่วยงานภายนอก	1. ได้รับความร่วมมือ การประสานงานที่ดีสะดวก รวดเร็ว ทันเหตุการณ์

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ให้บริการด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1.หนังสือส่งถึงฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน ไม่ถูกฝ่าย ไม่ครบถ้วน ล่าช้า

2.พิมพ์หนังสือผิดพลาด

3.การจัดเก็บหนังสือไม่ถูกต้อง

4.เจ้าหน้าที่ไม่ได้เลื่อนเงินเดือนตามสิทธิ์

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

งานธุรการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 2 คน

1. นางสาวกรวรรณ วะราสินธ์ เจ้าพนักงานธุรการ
2. นางสาวจุฑามาศ อ่อนเจริญ เจ้าพนักงานธุรการ

<u>เครื่องมือ เทคโนโลยี</u> มีดังนี้

1. เครื่องคอมพิวเตอร์ 3 เครื่อง
2. เครื่อง PRINTER 1 เครื่อง
3. เครื่อง สแกน 1 เครื่อง
4. เครื่องถ่ายเอกสาร 1 เครื่อง
5. เครื่องโทรสาร 1 เครื่อง
6. เครื่องโทรศัพท์ 2 เครื่อง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การรับหนังสือราชการ - ตรวจสอบหนังสือ/เอกสารที่ได้รับ - ลงทะเบียนรับหนังสือทุกฉบับในโปรแกรม E-office - นำเสนอหนังสือผู้อำนวยการ - นำเสนอหนังสือที่มีชั้นความเร็วก่อน - ลงความเห็นผู้อำนวยการในโปรแกรม E-office - ส่งหนังสือถึงฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน ภายใน 24 ชม. หลังจากที่ผู้อำนวยการเกษียณหนังสือ	- ลงรับหนังสือถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา - แจ้งเวียนหนังสือถึงฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน ภายใน 24 ชม. หลังจากที่ผู้อำนวยการเกษียนหนังสือ	-อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - ส่งหนังสือถูกต้อง ครบถ้วนตามฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน ภายใน 24 ชม. - หนังสือเร่งด่วนภายในวันที่ได้รับหนังสือ - จำนวนครั้งของการส่งหนังสือผิดพลาด< 2 ครั้ง/เดือน

2. การส่งหนังสือราชการ - จัดพิมพ์หนังสือโต้ตอบที่ได้รับจากฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน - ออกเลขทะเบียนส่งหนังสือ - ส่งหนังสือที่ลงนามและออกเลขแล้ว ภายใน 1 วัน	- หนังสือราชการส่งออกได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันตามกำหนดเวลา	-อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ -จำนวนครั้งของการส่งหนังสือผิดพลาด< 2 ครั้ง/เดือน
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
3. การจัดเก็บ/การค้นหาเอกสาร - จัดเก็บเอกสารอย่างเป็นระบบ - แยกเอกสารตามหมวดหมู่ - จัดเก็บเอกสารเข้าแฟ้มตามหมวดหมู่	- จัดเก็บเอกสารได้ถูกต้องตามหมวดหมู่ ค้นหาง่าย ได้ทันตามกำหนดเวลา	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - อัตราการสูญหายของหนังสือที่จัดเก็บ 0% -ค้นหาหนังสือที่จัดเก็บได้ภายใน 5นาที≤2 ครั้ง/เดือน
4. การทำลายเอกสาร - สำรวจหนังสือที่จะขอทำลาย - ทำลายเอกสารตามระเบียบงานสรบรรณ	- หนังสือราชการที่ครบอายุได้ทำลายทุกปี	-หนังสือที่ครบอายุได้ดำเนินการทำลาย ร้อยละ 85%
5. งานรับ – ต่อ โทรศัพท์ - รับโทรศัพท์เมื่อโทรศัพท์ดังไม่เกิน 3 ครั้ง - เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ฝากเจ้าหน้าที่อื่นรับแทน -โอนโทรศัพท์ให้เจ้าหน้าที่ที่ขอต่อสาย/รับสาย	- รับ – ต่อโทรศัพท์ถูกต้องรวดเร็ว	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ≥90%

6. งานถ่ายเอกสาร - ถ่ายเอกสารตามแบบฟอร์มตามที่ขอ - ถ่ายสำเนาเอกสารให้ผู้ป่วยและญาติ	- ถ่ายเอกสารได้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ≥90%
7. งานการเจ้าหน้าที่ การเลื่อนเงินเดือน - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข - ลูกจ้างชั่วคราว	- เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เลื่อนเงินเดือนและค่าจ้างตามสิทธิ์	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ≥90%
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
8. การขอย้าย โอน และลาออกจากราชการ	- เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ย้าย โอน และลาออกตามความประสงค์ - เจ้าหน้าที่ยื่นเอกสารการลาออกก่อน 30 วัน	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ≥90%
9. การตรวจสอบวันลา	- ตรวจสอบสิทธิ์การลาถูกต้อง - เจ้าหน้าที่ลงรายละเอียดการลาครบถ้วน	- อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ - จำนวนครั้งที่ตรวจสอบวันลาผิด≤2 ครั้ง/เดือน

3. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (Performance Indicater)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564

1. ส่งหนังสือถูกต้องครบถ้วนตามฝ่าย/กลุ่มงาน	0 ครั้ง/เดือน	1	1	1	0	0	0	0
2. จำนวนครั้งของการส่งหนังสือออกผิดพลาด/หนังสือถูกตีกลับ	<3ครั้ง/เดือน	0	0	0	0.16	0.08	0.08	0.08
3. ค้นหาหนังสือที่จัดเก็บได้ภายในกำหนด 5 นาที	2 ครั้ง/เดือน	0	0	0	0	0.08	0	0
4. เจ้าหน้าที่ได้รับการเลื่อนเงินเดือน/ค่าจ้างตามสิทธิ์	จำนวนข้อร้องเรียน 0	0	0	0	0	0	0	0
5. จำนวนครั้งที่ตรวจสอบวันลาผิด	≤ 2 ครั้ง/เดือน	1	0.33	0.08	0.16	0.81	0.16	0.16
6. ความพึงพอใจผู้รับบริการ	≥85 %	100	100	100	100	100	100	100

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่องที่พัฒนา	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
กริ่งเรียกเจ้าหน้าที่	มกราคม - กันยายน ๒๕๕๙	ผู้รับบริการมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ในการขอถ่ายเอกสารสะดวกขึ้น
พิมพ์จ่าหน้าซองส่งหนังสือราชการ	เมษายน - ธันวาคม ๒๕๕๙	สะดวก รวดเร็ว อ่านง่าย
สมุดบันทึกการับหนังสือจาก สสจ.ราชบุรี (E – office)	เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นมา	สะดวก ใช้งานได้ดีไม่เสียเวลา
ตู้รับจดหมาย	กรกฎาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นมา	สะดวก จัดเก็บเรียบร้อย ค้นหา

		ง่าย ไม่หาย
ลงนามรับเอกสารให้ด้วยค่ะ	ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นมา	สะดวก จัดเก็บเรียบร้อย ค้นหาง่าย ไม่หาย มีลายมือชื่อผู้รับเอกสารตัวจริงไปเพื่อเป็นหลักฐาน
โปรแกรม HROPS ช่วยได้	มกราคม 2561 เป็นต้นมา	สะดวกค้นหาง่าย ข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง
การรับหนังสือด้วยโปรแกรม My Office	ตุลาคม 2561 เป็นต้นมา	รับส่งหนังสือเป็นระบบ ค้นหาหนังสือง่าย
การจัดระบบในการสื่อสารการใช้รถยนต์เพื่อการขอ/การรับเลือด	มกราคม 2562 เป็นต้นมา	รับ/ส่งเลือดให้ผู้ป่วยได้ตามกำหนดเวลา
ซองมือสองลดโลกร้อน	ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา	ลดค่าใช้จ่ายลดโลกร้อน
ช่องทางประชาสัมพันธ์ออนไลน์	เมษายน 2563 เป็นต้นมา	สื่อสารสะดวกรวดเร็ว

4.2 .การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

-

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

-

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นางสาวจุฑามาศ อ่อนเจริญ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ
มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงาน ที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถทักษะ และประสบการณ์ในทำงานปฏิบัติงานภายใต้การกำกับ แนะนำ ตรวจสอบ ดังนี้

1. งานธุรการ
    - รับ - ต่อ โทรศัพท์
    - รับ - ส่ง เอกสารทางโทรสาร
    - ถ่ายเอกสาร
    - ออกคำสั่งโรงพยาบาลบางแพ
    - ติดต่อประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. งานการเจ้าหน้าที่
    - ตรวจสอบการลา และจัดเก็บใบลาต่าง ๆ ทุกเดือน
    - ดำเนินการเรื่องเลื่อนเงินเดือนข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว
    - ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเลื่อน เงินเดือน ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว
    - ดำเนินการขอโอน ขอย้าย และลาออกจากราชการ
    - ดำเนินการเสนอขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นต่ำกว่า สายสะพาย
    - การรายงานตัวปฏิบัติราชการของข้าราชการและพนักงานราชการ
    - รายงานผลการทดลองปฏิบัติราชการของข้าราชการ
    - ดำเนินการเกี่ยวกับการลาศึกษาต่อ
    - บันทึกการเปลี่ยนแปลงใน กพ.7
    - ส่งบันทึกการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลบุคลากรภาครัฐ
    - จัดทำคำสั่งจ้างลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง และคำสั่งลาออกลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ส่งสำเนาคำสั่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
    - ดำเนินการสรรหารับสมัครสอบลูกจ้างชั่วคราว
    - ดำเนินการสรรหาพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
    - บันทึกข้อมูลพนักงานกระทรวงสาธารณสุข การจ้าง การลาออก ในระบบ HROPS
    - บันทึกข้อมูลลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) การจ้าง การลาออก ในระบบ HROPS
    - บันทึกคะแนน ผลการประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ HROPS เพื่อเลื่อนค่าจ้าง
    - บันทึกคะแนน ผลการประเมินการปฏิบัติงานของลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ในระบบ HROPS เพื่อเลื่อนค่าจ้าง
    - ต่อสัญญาจ้าง พนักงานราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

- รายงานข้อมูลเกี่ยวกับอัตรากำลังการคงอยู่ การสูญเสีย ของหน่วยงาน 7 แบบฟอร์ม ทุกไตรมาส
- รายงานรูปเล่มผลงานตัวชี้วัดผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแพ
- ขออนุญาตไปราชการ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน
- แจ้งเข้า-ออกประกันสังคม พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน
- ออกหนังสือรับรองแพทย์ขอรับการฝึกอบรม ขอศึกษาดูงาน (Elective)
- ออกหนังสือใบส่งตัวแพทย์ไปเพิ่มพูนทักษะ
- บันทึกข้อความหักเงินลูกจ้างชั่วคราวรายวันที่ลาโดยไม่ได้รับค่าจ้างทุกเดือน
- ดำเนินการทำบัตรข้าราชการ, พนักงานราชการ
- ดำเนินการจัดทำกรอบอัตรากำลัง
- รายงานอื่นๆ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีต้องการ

3. งานดูแลทำความสะอาด
   - เครื่องคอมพิวเตอร์
   - เครื่องโทรศัพท์
   - เครื่องโทรสาร
   - เครื่องรับวิทยุ
   - เครื่องถ่ายเอกสาร
   - ตู้เอกสาร ชั้นวางของ
   - โต๊ะทำงาน
4. งานอื่นๆ ที่ดีรับมอบหมาย
   - ปฏิบัติงานสารบรรณแทนเจ้าพนักงานธุรการ กรณีลา / ประชุม /ฝึกอบรม

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นางสาวกรวรรณ วะราสินธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑ ปฏิบัติงานสารบรรณ

- รับ - ส่งหนังสือราชการ
- แจ้งเวียนหนังสือราชการให้กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน
- จัดเก็บเอกสาร หนังสือราชการ/ค้นหาเอกสารหนังสือราชการ
- จัดพิมพ์หนังสือโต้ตอบ
- ช่วยทำลายเอกสาร/หนังสือราชการ
- สรุปการรับ- ส่งหนังสือ-ข่าววิทยุ ทุกสิ้นเดือน

๒ งานธุรการ

- รับ - ต่อโทรศัพท์/รับ - ส่งเอกสารทางโทรสาร
- ตรวจสอบการใช้โทรศัพท์ ส่งการเงินและบัญชีทุกเดือน
- ถ่ายเอกสารเอกสาร
- สรุปการถ่ายเอกสาร
- จัดทำรายงานการประชุม
- จัดทำคำสั่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการทุกเดือน
- รับ-ส่งจดหมายไปรษณีย์

3. งานการเจ้าหน้าที่

- จัดทำหนังสือรับรองเงินเดือน รับรองการปฏิบัติงาน หนังสือรับรองเงินเดือน หนังสือรับรองความ

ประพฤติ

4 งานยานพาหนะ

- ช่วยจัดโปรแกรมการใช้รถยนต์

5 งานดูแลทำความสะอาด

- เครื่องคอมพิวเตอร์
- เครื่องโทรศัพท์
- เครื่องโทรสาร
- เครื่องรับวิทยุ
- เครื่องถ่ายเอกสาร
- ตู้เอกสาร ชั้นวางของ
- โต๊ะทำงาน

6. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

Service Profile

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี

1. บริบท (Context)

ก. เป้าหมาย (เจตจำนง)

ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ผสมผสาน ต่อเนื่อง เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมในพื้นที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย เขตตำบลบางแพ ซึ่งมี 11 หมู่บ้าน จำนวน ประชากร 8,453 คน โรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง วัด 5 แห่ง ศูนย์เด็กเล็ก 3 แห่ง พื้นที่มีลักษณะเป็นชุมชนเขตเทศบาล การมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน ระบบข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชน และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทิประโยชน์ภายใต้ข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรสาธารณสุขและทรัพยากรอื่น ๆ มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพแต่ละกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ โดยการทำงานเป็นทีมและสร้างเครือข่ายบริการในชุมชน การจัดบริการแบ่งออกเป็น

1. กลุ่มประชาชนปกติทั่วไป

: จัดกิจกรรมสำรวจ คัดกรองและประเมินสภาวะสุขภาพประชาชนในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยเริ่มแรก (Early Diagnosis)

: สร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุและป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยการตรวจคัดกรองสุขภาพตามกลุ่มวัย ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพ

: ส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง

: สร้างเสริมภูมิต้มกันโรคและพัฒนาการในเด็ก 0 – 5 ปี

: ดุแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ / หญิงหลังคลอด / เด็กอายุ 0 – 5 ปี / เด็กวัยเรียน / ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง และคนพิการ

2. กลุ่มเสี่ยง

ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงตามผังโครงสร้างทางพันธุกรรม (Genogram) มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ ACS เสี่ยงจากพฤติกรรมเช่นการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรค ต่าง ๆ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆจากการเสื่อมของร่างกาย การขาดการดูแลสุขภาพตนเองและจากคนรอบข้าง

: สำรวจ คัดกรอง และประเมินภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

: จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคตามความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ

: ติดตาม ประเมินและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพเพื่อประกอบการวางแผนการดุแลสุขภาพต่อเนื่อง

3. กลุ่มผู้ป่วย

: สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นและอื่น ๆโดยประสานเชื่อมโยงกับ PCT ต่าง ๆ

: การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. กลุ่มด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้มีรายได้น้อย ผู้มีปัญหาทางด้านจิตสังคม

: จัดกิจกรรมสำรวจเพื่อค้นหาและให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพ

: ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขและอื่น ๆ อย่างเสมอภาค และได้รับความช่วยเหลือทางสังคมอย่างเหมาะสม

: เยี่ยมบ้านอย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง / ปี

5. ชุมชน

: การจัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่กิจกรรมรณรงค์ตามโครงการต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ จากการสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ พบว่า

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
ผู้รับบริการ	- สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่าย สะดวกและรวดเร็ว - ได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการ ความคาดหวัง

	- บุคลากรมีความเป็นกันเอง มีพฤติกรรมบริการที่ดี มีความพร้อมให้บริการ
ญาติผู้ป่วย	- ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน - ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและกิจกรรมในชุมชน
ชุมชน	- มีหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน / ร่วมมือในการดำเนินงาน
องค์กรท้องถิ่น	- ได้รับการประสานงานและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพชุมชน

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล

	ความต้องการของผู้รับบริการ
เจ้าหน้าที่ใน รพ.	- ได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ - การเชื่อมประสานการดูแลสุขภาพผู้รับบริการระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลและการ ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. พัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการในทุกงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการให้บริการ

2. บุคลากรมีศักยภาพ มีความสามารถ มีความสุขและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีและมีการทำงานเป็นทีม

3. ประชาชนกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ได้รับบริการที่เหมาะสม สอดคล้องตามบริบทกลุ่ม

4. ประชาชนมีความพึงพอใจ ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การดำเนินการตามตัวชี้วัดไม่ได้ตามเกณฑ์และเป้าหมายได้แก่

- การคัดกรองโรคไม่ติดต่อ ความดันโลหิตสูง / เบาหวานและมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ตามเกณฑ์

- การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ15-19 ปีและหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ไม่ได้ตามเกณฑ์

- อัตราการคลอดในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี (ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000คน)

2. การให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกวัยไม่ได้ตามเกณฑ์

ความท้าทาย

1. การสร้างค่านิยมแก่ทีมทำงานในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. การสร้างความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในองค์กรและท้องถิ่น
3. การเข้าถึงบริการการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคในกลุ่มเป้าหมาย

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

มีการจัดองค์กรที่เอื้อต่อการให้บริการโดยการทำงานเป็นทีม โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 7 คน ดังนี้ นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน ซึ่งสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ และมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. งานบริการในคลินิกต่าง ๆ ดังนี้
   - คลินิกวางแผนครอบครัว /คลินิกวัยทอง /ตรวจหลังคลอด / Pap smear ในกลุ่มเป้าหมาย ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์
   - คลินิกสุขภาพเด็กดีทุกวันอังคาร
   - คลินิกฝากครรภ์ทุกวันพุธ
2. งานบริการในชุมชน
   - การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
   - การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
   - ให้บริการเด็กวัยเรียนและสนับสนุนโรงเรียนดำเนินงานตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
   - สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน
   - สนับสนุน และสร้างให้มีภาคี เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ
3. งานประสานเครือข่ายการดำเนินงานระดับอำเภอ มีการประสานการทำงานในลักษณะของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขอำเภอบางแพ (คปสอ.บางแพ)
4. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ทรัพยากร / อัตรากำลัง

-พยาบาลวิชาชีพ 6 คน

-นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน

- พนักงานธุรการ 1 คน

-พนักงานประจำตึก 1 คน

เครื่องมือ

มีเครื่องมือตามศักยภาพของโรงพยาบาล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก เครื่องชั่งน้ำหนัก

เทคโนโลยี

มีการนำระบบ IT มาใช้ในการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระบบ HOS XP

ระบบรายงาน Cervical screening - ระบบรายงานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0 – 5 ปี

- ระบบรายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยใช้ โปรแกรม Hos-xp

- ระบบรายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ โปรแกรม Hos-xp และCxS 2010 และใช้โปรแกรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- ระบบรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ โดยใช้โปรมแกรม Aging data และ Hos-xp

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
สำรวจ คัดกรอง และประเมิน ภาวะสุขภาพ	- ทราบภาวะสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ - สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับชุมชน	- ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-70 ปีขึ้นผ่านการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง - ร้อยละ 60 ของสตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก -ร้อยละ95 ของการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ35-59ปี

ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพทุกกลุ่มวัยโดการมีส่วนร่วมของครอบครัว / ชุมชน	- ผู้รับบริการมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง - ผู้รับบริการ / ญาติมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง	- ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับวัคซีนพื้นฐาน - ร้อยละ 60 ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ร้อยละ 85 ของเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัย - ร้อยละ 95 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแล 3 ครั้งตามเกณฑ์ - ร้อยละ 60 ชองหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ - ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มที่ได้รัยการดูแลจากทีมหมอครอบครัว (4 กลุ่ม)
การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน	- โรงเรียนทุกแห่งมีการดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน - ศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งมีการดำเนินการตามกระบวนการของศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่และผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน	- ร้อยละ80 ของโรงเรียนที่ผ่านการประเมินและรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ - ร้อยละ 70 ของศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน
การพัฒนานวัตกรรม	เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองและพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง	- จำนวนการพัฒนานวัตกรรมอย่างน้อย ปีละ 2 เรื่อง

3. ตัวชี้วัดผลและเป้าหมายการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน	90	94.58	93.41	96.11
2.	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	0	0	0	0
3.	ร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	60	67.80	66.04	70.20
4.	ร้อยละของการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีที่สงสัยล่าช้ามีพัฒนาการที่ดีขึ้น	≥80	95.65	94.37	100
5.	ร้อยละของเด็กนักเรียน ป.1-6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน มีภาวะอ้วน	≤10	5.24	6.97	6.97
6.	ร้อยละของเด็กนักเรียน ป.1-6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและ	25	89.43	90.30	91.7

	อ้วนได้รับการจัดการลดน้ำหนัก				
7.	ร้อยละของโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (6 โรงเรียน)	80	100	100	100
8.	อัตราการคลอดในมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000) Dbpop 1,820	ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี ต่อ 1,000 คน	5.78	6.17	6.81
9.	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ 15-19 ปี	≤10	27.27	33.3	0
10.	ร้อยละของการเยี่ยมและบริการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องแก่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอด	50	100	100	100
11.	ร้อยละมารดาตาย	0	0	0	0
12.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	95	100	98	100
13.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก 12 สัปดาห์	60	84.21	74.86	77.00
14.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	60	57.25	65.38	69.00
15.	ร้อยละของของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Dbpop 2,068 คน)	80	81.19	80..5	81.03
16.	ร้อยละของของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Dbpop 1,634 คน)	50	24.18	4.50	15.79

3. ตัวชี้วัดผลและเป้าหมายการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 256**4**
17.	ร้อยละของการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (35-59 ปี) (Dbpop 2,640 คน)	95	96.84	97.64	97.76
18.	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นกลุ่มป่วย	<5	2.19	2.90	1.43
19.	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มป่วย	<5	0.20	0.66	0.76
20.	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	85	95.65	99.66	100
21.	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	40	56	100	100
22.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มที่ได้รัย	61-70	100	100	100

	การดูแลจากทีมหมอครอบครัว (4 กลุ่ม)				
23.	ร้อยของการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	60	93.29	95.00	100
26.	ร้อยของการคัดกรองโรคซึมเศร้า	60	93.29	95.00	100
25.	ร้อยของการคัดกรองโรคต้อกระจก	60	93.29	95.00	89.00
26.	ร้อยของการคัดกรองโรคซึมเศร้า	60	93.29	95.00	89.00
27.	ร้อยของการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม	60	93.29	95.00	89.00
28.	ร้อยของการคัดกรองการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL)	90	93.29	95.00	90.00

4.การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

ลำดับ	เรื่อง	โอกาสพัฒนา	ความคาดหวัง
1.	พัฒนางานวัยรุ่น	.จัดระบบการทำงานกับวัยรุ่นให้ชัดเจนมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน	บรรลุเป้าหมายของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
2.	พัฒนาระบบ/กระบวนการคัดกรองมะเร็งปากมด	-เริ่มคัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้เร็วขึ้นตั้งแต่ไตรมาสแรก -ปฏิบัติงานในเชิงรุกมากขึ้นโดยการลงไปให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน,เชิญชวนให้มาตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกทุกบ้านที่มีกลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ - PM วัยทำงานจะพยายามเรียนรู้และศึกษางานให้มากขึ้น	บรรลุเป้าหมายของการคัดกรอง

5 .แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)
- โครงการหมอครอบครัว
- โครงการ พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Service Profile

งานผู้ป่วยนอก

1. บริบท (context)

1.หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยนอก จำแนกผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจไปจุดรับบริการต่างๆประเมินอาการและดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

2.ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่มาตรวจในเวลาราชการตั้งแต่8.00-16.00น.ยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยให้บริการตรวจโรคทั่วไป ตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจสุขภาพต่างด้าว

2. ให้บริการคลินิกพิเศษ คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิก COPD/ASTHMA คลินิก ARV คลินิกยาเสพติด และให้บริการแนะนำปรึกษาสุขภาพ

3. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกคือ การได้รับบริการตรวจ รักษาจากแพทย์อย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวดเร็ว การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เป็นมิตร สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ความเสมอภาคในการให้บริการและได้รับข้อมูลต่างๆ ที่ละเอียดชัดเจน

ลูกค้าภายใน

ต้องการการทำงานเป็นทีม มีบรรยากาศการทำงานเป็นกันเอง มีการประสานงานที่ดี บุคลากรและเครื่องมือพร้อมให้บริการตลอดเวลา มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดี และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจนถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	1. ได้รับบริการที่รวดเร็ว 2. ได้รับบริการปลอดภัย 3. ได้รับทราบข้อมูล แผนการรักษาที่ครบถ้วน ถูกต้อง 4. ได้รับการรักษาหาย 5. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 6. ต้องการแพทย์เฉพาะทาง
กลุ่มผู้รับผลงาน	**ความต้องการของผู้รับผลงาน**
องค์กรแพทย์	1.ให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่หรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และมีการรายงานที่รวดเร็วชัดเจน 2.ซักประวัติผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ รวดเร็ว ได้ใจความ 3.จัดเตรียมอุปกรณ์ในห้องตรวจพร้อมใช้ มีระเบียบ สะอาดตาและสะดวกใช้ 4.เจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลาและมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี

	5.ให้ความช่วยเหลือขณะตรวจผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้พิการ เด็กเล็ก ต่างด้าวที่พูดและฟังภาษาไทยไม่ได้ หรือช่วยเหลือเมื่อต้องเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเช่นตรวจเต้านม ตรวจภายใน
ผู้บริหาร	1. มีพฤติกรรมบริการที่ดี เต็มใจบริการ พูดจาไพเราะ
กลุ่มการพยาบาล	1.แต่งกายสุภาพแบบฟอร์มเดียวกัน 2.บริการรวดเร็ว ทันใจบริการ สีหน้ายิ้มแย้ม 3.พูดจาไพเราะ สนใจผู้มารับบริการให้มากขึ้น สนใจรับฟัง 4.มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับงานและมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
ตึกผู้ป่วยใน	1.แจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การส่งอาการที่ครบถ้วน ชัดเจนและครอบคลุมในการเตรียมรับผู้ป่วยตามแนว SBAR 2.ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบHOS-XPและเวชระเบียนได้ถูกต้องครบถ้วน 2.การทำ Treatment ที่จำเป็นหรือเร่งด่วนกรณีที่ยังไม่สามารถเข้าไปในตึกได้ทันที
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.มีข้อตกลงและแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อคนไข้ไปรับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2.มีการประเมินสภาพและเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วยประสานงาน ชัดเจนถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว
เภสัชกรรม	1.ซักประวัติแพ้ยา 100% และการส่งคนไข้ที่สงสัยว่ามีการแพ้ยาพบเภสัชกรทุกราย 2.มีการทบทวนด้านยา เช่นกินยาชุด , รับยาที่อื่นๆ

4. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	การประสานงานภายใน
1.งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป -คัดกรองและลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยพร้อมประสานให้เจ้าหน้าที่ทราบ 2.กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน -คัดกรองและลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยพร้อมประสานให้เจ้าหน้าที่ทราบ -จัดขึ้นรถนอนพร้อมเจ้าหน้าที่นำส่ง 3.กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น -คัดกรองและลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและคำสั่งการรักษาพร้อมประสานให้เจ้าหน้าที่ERทราบเพื่อทำหัตถการ -ส่งเวรให้โรงพยาบาลปลายทางทราบข้อมูลผู้ป่วย -ติดต่อขอใช้รถพยาบาลพร้อมลายเซ็นอนุมัติ -กรณีผู้ป่วยACS,STROKE,CPRมีเจ้าหน้าที่OPD 1ท่านเจ้าหน้าที่ER1ท่าน -กรณีผู้ป่วยทั่วไปเจ้าหน้าที่OPDนำส่ง
3.ห้องLAB	-กรณีเจาะLAB ด่วน TROP-T ส่งผู้ป่วยไปERแจ้งห้องLABทราบมีLABด่วนที่ER -รายงานค่าLABวิกฤติOPDทราบทันที -กรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉินขณะเจาะเลือด

5.งานห้องคลอด	-กรณีคนไข้ฝากครรภ์ส่งปรึกษาแพทย์มีน้ำเดินหรือท้องแข็งส่งไปLR -คัดกรองและลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยพร้อมประสานให้เจ้าหน้าที่ทราบ -จัดขึ้นรถนั่งพร้อมเจ้าหน้าที่นำส่ง

5. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

จำนวนผู้ป่วย 5 อันดับกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

อันดับที่	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	2562	2563	2564
1	HT	HT	HT	HT	HT	HT	HT
2	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
3	Pharyngitis	Pharyngitis	Pharyngitis	Pharyngitis	Hyperlipidemia	Hyperlipidemia	Hyperlipidemia
4	URI	Dyspepsia	Dyspepsia	Dyspepsia	Pharyngitis	Pharyngitis	Pharyngitis
5	Dyspepsia	dizzeness	dizzeness	dizzeness	Dyspepsia	Dyspepsia	Dyspepsia

ปริมาณงาน

จำนวนผู้รับบริการในปีงบประมาณ 2560-2564 ดังนี้

ประเภทผู้รับบริการ	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564
1.จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	**77586**	**75140**	**76525**	**97172**	**33892**
2.จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย/วัน(ที่จุดด่านหน้า)	**290**	**281**	**286**	**362**	**403**
3.จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย/วัน(ที่จุดซักประวัติ)	**158**	**186**	**174**	**135**	**127**
3.จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดที่มารับบริการในแต่ละคลินิก					
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	NA	NA/12732	NA/14321	1829/ 12322	6589/ 13136
ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ (ราย)	163	167	177	180	183
ผู้ป่วยยาเสพติด	NA	106	139	78	84
ผู้ป่วยCOPD/ASTHMA	NA	105/125	97/115	90/114	99/68
จำนวนผู้ตรวจสุขภาพต่างด้าว	498	1949	848	1137	1419
4.จำนวนผู้ป่วยทำหัตถการ -ตรวจตาบอดสี	98	138	96	8	34

-ตรวจวัดสายตา	172	194	184	256	130
-ตรวจคลื่นหัวใจ	415	305	228	121	239
-PV/PAP SMEAR	56	75	30	57	39
-FUNDUS	NA	1492(54.04)	NA	658	301
-จำนวนผู้ป่วยADMIT	280	363	373	292	265
-คัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ(ร้อยละ)	71.05	66.28	95.01	98	91.90
-ผู้ป่วยส่งต่อ	NA	1753	1676	1629	1297
-PEFR	486	498	512	541	208
-เช็ดตัวลดไข้	70	74	78	68	25
-ปฐมพยาบาลเบื้องต้น(ให้ยาลดไข้)	395	451	462	316	95
-ส่งเจาะเลือด	NA	NA	NA	14158	12982
-ให้คำปรึกษาเจาะAnti HIV					486/861

<u>ปริมาณงานและทรัพยากร</u> (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. จำนวนบุคลากรทั้งหมด 7 คน ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 5 คน

พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

คนงาน 1 คน

มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติ 2 คน

เครื่องมือที่สำคัญ

เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2 เครื่อง

เครื่องfundus camera 1 เครื่อง

เครื่องวัดความดันลูกตา 1 เครื่อง

2. ทรัพยากร คน/อัตรากำลังคน เทคโนโลยี

ประเภท	จำนวนที่ควรมี	จำนวนที่มีจริงปี 2562	ส่วนขาด	การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ			
				ปี 2562	ปี 2563	ปี2564	
- คอมพิวเตอร์	5	9	0	0	9	12	มีใช้เพียงพอ
- เครื่องปริ้นเตอร์	5	9	0	0	9	10	

เครื่องมือ อุปกรณ์สำคัญ

ประเภท	จำนวนที่ควรมี	จำนวนที่มีจริงปี 2562	ส่วนขาด	การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ			
				ปี 2562	ปี 2563	ปี2564	
- เครื่องชั่งน้ำหนัก	2	2	0	2	2	2	ใช้ร่วมกัน
- เครื่องวัดความดันโลหิตตั้งโต๊ะ	3	3	0	2	2	3	
- เครื่องวัดความดันโลหิตสอดแขน	2	2	0	0	2	3	(กระเป๋าปฐมพยาบาลออกหน่วย)
- เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา	1	1	1	1	ชำรุด	ชำรุด	
- เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลตั้งพื้น	2	3	1	1	1	3	
ปรอทวัดไข้ดิจิตอล	2	2	1	1	2	3 ชำรุด1	
เครื่องเจาะน้ำตาล	1	1	0	0	0	1	

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ
2. การให้ข้อมูลสุขภาพ / การสื่อสารถูกต้องครบถ้วน
3. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. มีการพัฒนาบุคลากรทุกระดับและส่งเสริมให้บุคลากรมีศักยภาพ

ความท้าทาย

1. การดูแลผู้ป่วยอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน ได้รับการดูแลเบื้องต้นภายใน 30 นาที
2. ประสิทธิภาพการคัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยHypertensive Cirrsis เพื่อป้องกันการเกิด Stroke
3. ประสิทธิภาพการคัดกรอง /ประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะCardiac arrestขณะรอตรวจ
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการส่งต่อ 80 %
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการงานผู้ป่วยนอก > 80 %

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การคัดกรองผิดสาขา / ผิดแผนก
2. การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
3. การเกิดภาวะวิกฤตขณะรอตรวจ

4. ผู้รับบริการร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ

<u>ปริมาณงานและทรัพยากร</u> (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. 5 อันดับโรคที่มารับบริการ
    1. HT
    2. DM
    3. Hyperlipidemia
    4. URI
    5. Dyspepsia
2. จำนวนบุคลากรทั้งหมด 7 คน ประกอบด้วย

    พยาบาลวิชาชีพ 5 คน

    พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

    คนงาน 1 คน

    มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติ 1 คน

    มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติเฉพาะทางตา 1 คน

หมายเหตุ มีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน

⊙ ข้อจำกัด

• มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่เพียงพอ

* เจ้าหน้าที่ออกตรวจตาในพื้นที่รพสต.ให้กับผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* ออกหน่วยเพื่อฉีดวัคซีนโควิดให้กับผู้รับบริการนอกสถานพยาบาล

* กรณี จนท. ประชุมใน- นอกรพ. /อบรมใน-นอก รพ.

* อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่เพียงพอในกรณี ลาป่วย ลากิจ ลาพักผ่อน

⊙ การแก้ไข มีการจัดอัตรากำลังเสริมจากคลินิก NCD 1คนในช่วงเวลา8.30-12.00น.

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี

เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2 เครื่อง

เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา 1 เครื่อง (ของรพสต.โพหัก)

เครื่องวัดความดันลูกตา 1 เครื่อง (ของรพสต.โพหัก)

ปรอทวัดไข้ แบบ Digital / เครื่องวัดความดันโลหิตทั้งแบบ Mamualและ Digital

เครื่องวัด 02sat ให้ผู้รับบริการ

⊙ ข้อจำกัด

เครื่องมือ อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการเพิ่มจุดบริการ เช่น ARI คลินิก

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านบุคลากร

- ผลการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง/ปี
- เจ้าหน้าที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ทุกราย
- เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรม IC ปีละ1ครั้ง

ด้านผู้รับบริการ

- มีการให้ความรู้/คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
- จัดช่องทางพิเศษในการตรวจสุขภาพประจำปี
- จัดจุดคัดกรอง/พื้นที่รอตรวจแยกโรคระบบทางเดินหายใจ/กลุ่มเสี่ยงสูงโควิด

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองอาการเพื่อตรวจตามสาขาได้ถูกต้อง	1. ความถูกต้องในการประเมินอาการและส่งผู้ป่วยตรวจตามสาขา
2. การประเมินผู้ป่วย	- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ และ ปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องครบถ้วน เหมาะสม	1. ผู้ป่วยอาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันได้รับการดูแลเบื้องต้นภายใน 30 นาที
3. การวางแผน	- ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงมีการประสานงานที่ดีระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ภายใต้หลักฐานทางวิชาการ หรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม	1. จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผิดคน / เวชระเบียนผู้ป่วยไม่ตรงกัน (การระบุตัวผู้ป่วยผิด)
4. การดูแลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน โดยแพทย์ไม่ได้นัด
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และข้อมูลที่จำเป็น จัดกิจกรรมเสริมทักษะ สร้างความมั่นใจ ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้อย่างเหมาะสมกับปัญหา	อัตราการขาดนัดในผู้ป่วย - คลินิกความดัน - คลินิกเบาหวาน

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
6. การดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายเมื่อมีความพร้อม และ มีการประสานงาน เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กิจกรรมการทบทวนคุณภาพ

กิจกรรมทบทวนที่ได้ดำเนินการ	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
การทบทวนความเสี่ยง ผู้ป่วยหน้ามืดและชักขณะรอเจาะเลือด	- มีการประชาสัมพันธ์ก่อนให้บริการอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ - มีการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทโดยใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพ - จัดที่นั่งสำหรับสังเกตอาการผู้ที่มีความเสี่ยงต่ออาการเปลี่ยนแปลง - จัดทำแบบบันทึกการพยาบาลเฉพาะโรค
การทบทวนความเสี่ยง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโควิด พยาบาลให้อยู่จุดคัดแยกเฉพาะพิเศษ ARIเหลือขั้นตอนการรับยาประสานห้องยาแล้วแต่ผู้ป่วยยังไม่ได้ยาขึ้นมารอรับยาที่หน้าห้องยา	- ทบทวน flow การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการระบาด -แจ้งผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรับบริการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา - การส่งต่อรพสต.ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เกินศักยภาพรพสต.เช่นส่งผู้ที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น - ส่งต่อผู้ป่วยไปรพสต.โดยไม่มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร รพสต.ไม่ทราบรายละเอียดการรักษา - มีการเปลี่ยนแปลงรพ.แม่ข่ายที่รับส่งต่อให้เป็นการส่งต่อภายใน Node	-ทบทวนแนวทางการส่งต่อรพสต.และปรับปรุงแนวทางใหม่ -จัดทำโปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและรพสต. -มีผู้รับผิดชอบในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ไปรับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ -แนวทางการใช้ยา ฟ้าทะลายโจรในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงโควิด-19	-แพทย์ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโควิดที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก

3. ตัวชี้วัดการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
1	อัตราความผิดพลาดการส่งตรวจผิดสาขา/ผิดแผนก	≤5%	0.21	0.28	0.25	0.33	0.14
2	อัตราผู้ป่วยอาการไม่คงที่ได้รับการดูแลเบื้องต้นภายใน 30 นาที	80%	100	100	100	100	100
3	อัตราการลดลงของการขาดนัด						
	คลินิกรับยาต้านไวรัส	<5%	1.43	3.5	3.3	2.19	2
	คลินิกความดัน	10%	9.64	10.09	9.6	11	10
	คลินิก COPD						10
4.	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยไม่เกิน 50 นาที	30	22.86	21.11	19.83	28.08	30.69
5	อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผิดคน(ราย)	0	2	0	3	5	0
6	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>80%	95	95	94	95	90
7	จำนวนข้อร้องเรียน	≤5 ครั้ง	2 ครั้ง	2ครั้ง	3 ครั้ง	1ครั้ง	0

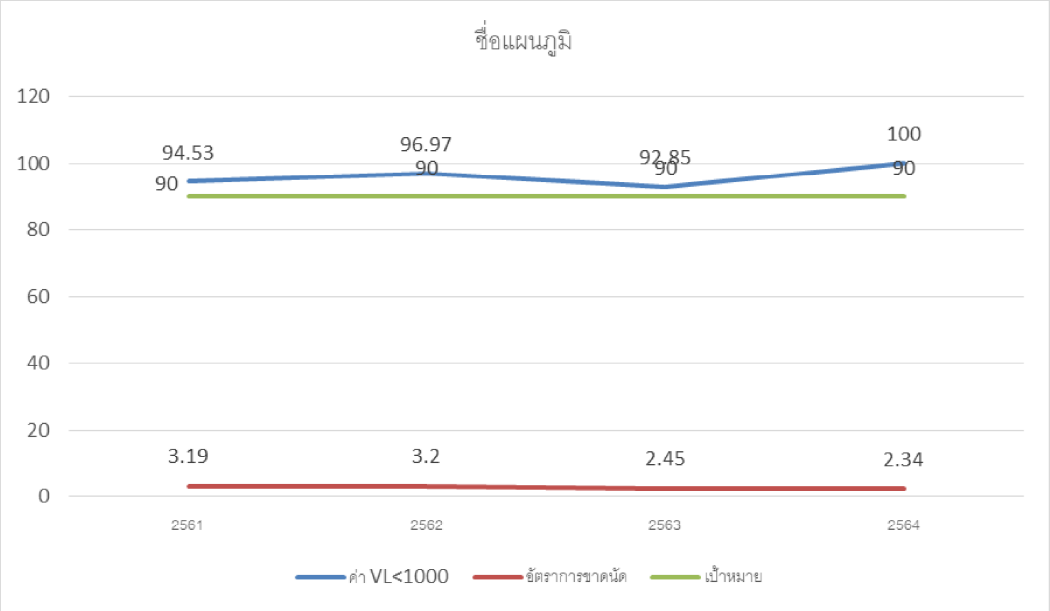
4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

คลินิกARV

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี.2559	ปี.2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2563	ปี 2564
31.ผู้ป่วยรายใหม่ที่หลังกินยาต้านไวรัสใน12เดือนผลVLน้อยกว่า1000coppies	≥ 90%	99.11	93.55	94.53	96.97	92.85 13/14	100 2/2

ผู้ป่วยรายใหม่ที่หลังกินยาต้านไวรัสใน12เดือนผลVLน้อยกว่า1000coppies



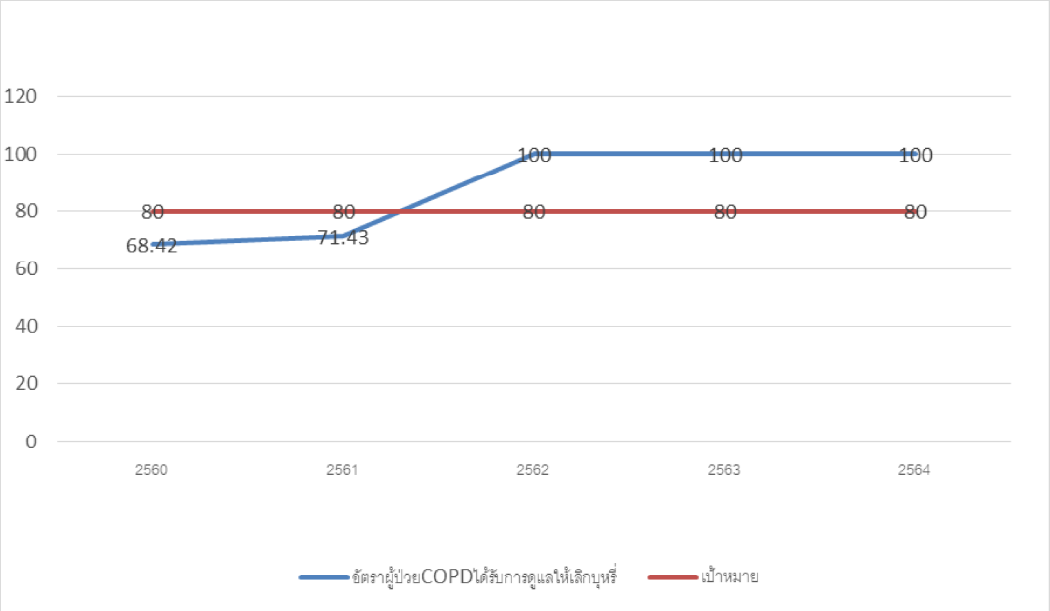
กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยในคลินิกรับยาต้านไวรัสที่มารับยาต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560-2564มีแนวโน้มของการผิดนัดมารับการรักษาที่เพิ่มขึ้นในปี2562แต่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดและลดลงในปี563 จากการทบทวนตัวชี้วัดพบว่าการไม่มารับยาตามนัดและกินยาต่อเนื่องส่งผลให้เกิดภาวะVIRAL load ในกระแสเลือดสูงส่งผลทำให้เกิดภาวะดื้อยาก่อนกำหนดและเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการกินยาที่เป็นสูตรดื้อยาและมีราคาแพงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้วิเคราะห์ ทบทวนสาเหตุที่ไม่มาตามนัดพบว่าเกิดจากปัญหาการเดินทางลำบาก ทำงานต่างถิ่น ปกปิดตนเองไม่กล้าลางาน ขาดความรู้เรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัส หน่วยงานผู้ป่วยนอกจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในปีต่อมาโดยใช้เครือข่ายผู้ติดเชื้อมาช่วยติดตามดูแลและแนะนำเสริมกำลังใจเป็นรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยคลินิกรับยาต้านไวรัส และกรณีไม่สามรถมารับยาได้จริง ๆจากเหตุผลการเดินทางเจ้าหน้าที่รับยาไปให้โดยมีรพสต.เป็นเครือข่าย(โดยความสมัครใจของผู้ป่วย)กรณีผู้ป่วยปกปิดตนเองเจ้าหน้าที่หรือแกนนำผู้ติดเชื้อรับยาไปให้ที่บ้านโดยกิจกรรมในคลินิกมีดังนี้ ประเมินการกินยาต่อเนื่องและถูกต้องโดยพยาบาลประจำคลินิก แพทย์แกนนำผู้ติดเชื้อและเภสัชกรทุกครั้งที่มีคลินิก กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยแกนนำผู้ติดเชื้อแต่ละตำบลมีทั้งหมด 5ตำบลคือตำบลหัวโพ วังเย็น บางแพ โพหัก ดอนคา ร่วมกับเครือข่ายกลุ่มสายธารโรงพยาบาลดำเนิน ชมรมสายรุ้งโรงพยาบาลโพธาราม มาหมุนเวียนกันให้ความรู้ในเรื่องการเตือนการกินยาและกระตุ้นเรื่องการมารับยาต่อเนื่อง(self-help group)และการนับเม็ดยาหลังการตรวจเดือนละ2ครั้งและช่วยติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดเกิน1ครั้ง ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายก่อนเริ่มยาต้านไวรัส พบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อประเมินความพร้อมในการกินยาทุกราย มีติดตามการนัดกรณี ผิดนัดพยาบาลประจำคลินิกโทรศัพท์ติดตามภายในบ่ายวันนัดทันทีกรณีติดตามทางโทรศัพท์ไม่ได้แกนนำ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อจะเป็นผู้ติดตามให้ในชุมชน ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายแนะนำหาCARE GIVER ซึ่งอาจเป็นคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อนสนิท กรณีปกปิดให้แกนนำผู้ติดเชื้อเป็นคนดูแลคอยตักเตือน ติดตามการกินยาและการมาตามนัดทุกครั้ง การพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้ระบบเครือข่ายมามีส่วนร่วม ส่งผลผู้ป่วยผู้ป่วยผิดนัดในคลินิกลดลงและผู้ป่วยที่หลังกินยาต้านไวรัส12เดือนผลVLน้อยกว่า1000 coppies มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ

คลินิกอดบุหรี่

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี.2559	ปี.2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2563	ปี 2564
อัตราผู้ป่วยCOPDที่สูบบุหรี่ได้รับการดูแลให้เลิกบุหรี่	80%	84.6 11/13	68.42 13/19	71.43 15/21	100 8/8	100 13/13	100 22/22

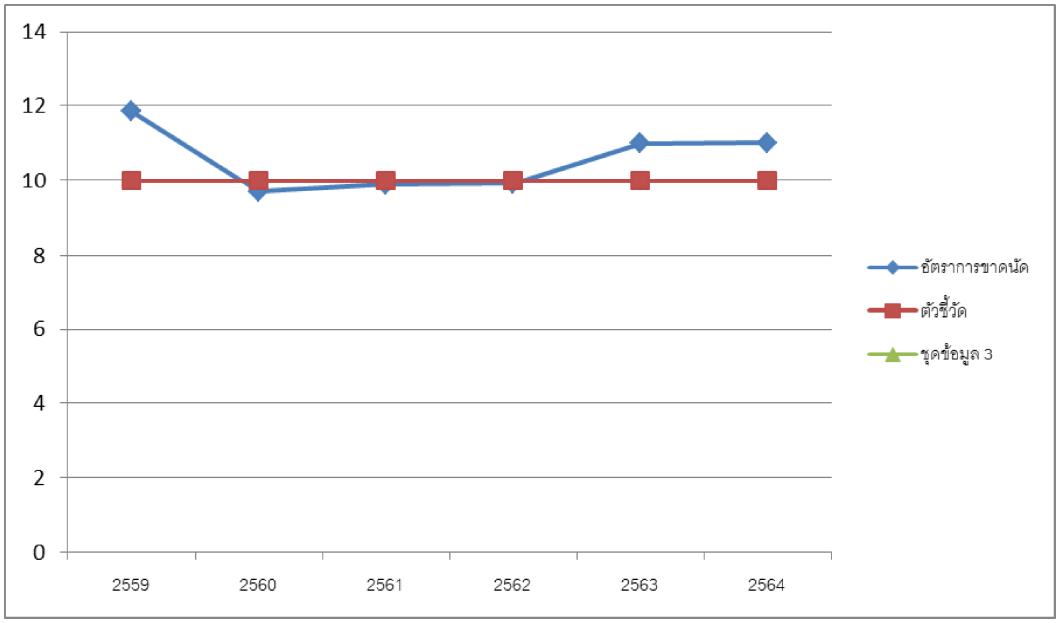
อัตราผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่ได้รับการดูแลให้เลิกบุหรี่



โรงพยาบาลบางแพ ได้จัดตั้งคลินิกอดบุหรี่เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในกลุ่มที่ป่วยและยังไม่ป่วย กลุ่มป่วยที่หน่วยงานให้ความสำคัญคือผู้ป่วยCOPD ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ตั้งแต่งบ2560-2564ในCPG ที่จัดตั้งคือผู้ป่วยCOPDที่ยังสูบบุหรี่อยู่จะต้องถูกส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ทุกรายผ่านเกณฑ์ 80%ในปี2560-2561 แนวโน้มของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลให้เลิกบุหรี่ในคลินิกไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากจำนวนบุคคลากรมีเพียง1ท่านคลินิกอดบุหรี่จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์และแพทย์ทางเลือก โดยใช้แพทย์ทางเลือกแบบฟิวชั่นมีการนวดกดจุดเพื่ออดบุหรี่ การใช้สมุนไพรมาบำบัดช่วยในการลด ละ เลิกมีการทบทวนการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์กลุ่มผู้ป่วยสูบบุหรี่ส่งต่อแพทย์ทางเลือกในรายที่ไม่สามารถเลิกได้หลังจากคลินิกอดบุหรี่ให้คำแนะนำและเสริมแรงจูงใจ ปี2562-2563ผู้ป่วยCOPDที่สูบบุหรี่ทุกรายได้รับการดูแลเพื่อเลิกบุหรี่100%ซึ่งได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ทำให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในปี2564แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตระหนักถึงความสำคัญแต่ส่วนยากคือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและการสนับสนุนใส่ใจจากครอบครัวการรับยาแทนเนื่องสถานการณ์โควิดทำให้ไม่สะดวกในการมารับยาเอง การพัฒนาต่อไปคือพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้CPGมาเป็นแนวทาง ในคลินิก

คลินิก HT

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี.2559	ปี.2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2563	ปี 2564
อัตราการขาดการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วย HT	< 10%	11.84	9.7 568/5842	9.89 654/6616	9.91 746/7529	11 661/6000	11.01 668/6067



กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยในคลินิกความดันที่มารับยาต่อเนื่องตั้งแต่ปี2559-2562 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราการขาดการรักษาต่อเนื่องในมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และจากสถานการณ์โควิดแพร่ระบาดในพื้นที่บางแพ ทำให้ในปี2563 -2564 ผู้ป่วยเริ่มผิดนัดเพิ่มขึ้นสาเหตุพบว่าผู้ป่วยผิดนัดเนื่องจากบ้านไกล ไม่มีรถมาแพทย์จ่ายยาไม่เหมาะสมกับวันนัด ญาติทำงานนอกบ้าน ผู้ป่วยอยู่บ้านคน เดียวไม่มีญาติพามา เนื่องจากญาติหรือคนใกล้ชิดต้องกักตัว ญาติหรือผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวโควิด แต่จากการติดตามทบทวนผู้ป่วยผิดนัดพบว่าอัตราการขาดยาในผู้ป่วยมีจำนวนไม่มากปี2563 -2564จำนวนร้อยละ 2.38,2.30 หน่วยงาน พัฒนาปรับปรุงแนวทางในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยในสถานการณ์โควิดโดยการให้ผสส.อสม.หรือเจ้าหน้าที่ในเขตพื้นที่ตำบลบางแพ เป็นผู้รับไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน นอกเขตตำบลบางแพพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางแพให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นภาพรวมผู้ป่วยที่ความดันดีสามารถไปรับยาต่อที่รพสต.ใกล้บ้านได้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีระบบการให้คำปรึกษาในกรณีที่มารับยาแล้วควบคุมความดันไม่ได้โดยมีแพทย์ที่ปรึกษาประจำรพสต.แต่ละแห่ง

4.2 การพัฒนาที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1 พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและกลุ่มโรคติดต่อระบาดสำคัญในระบบทางเดินของงานผู้ป่วยนอก

4.2.2พัฒนาระบบการจัดเก็บและนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการทำงานของแต่ละคลินิก

4.2.2 พัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

- การช่วยฟื้นคืนชีพ
- การคัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย STROKE

4.2.3 พัฒนาพฤติกรรมบริการงานผู้ป่วยนอก

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1 พัฒนาระบบการวางแผนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการส่งต่อให้พื้นที่

5.2พัฒนาระบบการติดตามการนัดและการกินยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน

5.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลในหน่วยงาน

สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Service Profile)

งานพัสดุ ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลบางแพ

1. บริบท

หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ ให้บริการจัดซื้อ/จัดจ้าง เบิกจ่าย จำหน่ายพัสดุ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว โปร่งใส

เป้าหมาย
- พัสดุที่จัดหามีคุณภาพตรงตามความต้องการ
- จัดทำเอกสารการเบิกจ่ายครบถ้วนถูกต้องตามระเบียบพัสดุ
- ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ

ขอบเขตบริการ (Scope)

1. ให้บริการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ทุกประเภทยกเว้นยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา
2. ให้บริการจัดจ้าง ก่อสร้าง ปรับปรุง ต่อเติม ซ่อมแซม อาคารสิ่งก่อสร้าง จ้างเหมาบริการ บำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์
3. จัดทำทะเบียนควบคุม วัสดุและครุภัณฑ์ ตามระเบียบว่าด้วยงานพัสดุ
4. จำหน่ายพัสดุที่ชำรุดเสียหาย

ศักยภาพและข้อจำกัด
- จำนวนบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน
- บุคลากรขาดความรู้ในการจัดซื้อ จัดจ้าง ในระบบอิเล็กทรอนิกส์

ความต้องการของผู้รับบริการและผู้รับผลงานสำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
ลูกค้าภายใน - ฝ่าย/งาน ต่างๆ	- ได้รับวัสดุ ครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้าง ที่มีคุณภาพตามคุณสมบัติที่กำหนด - ถูกต้อง ครบถ้วน ในเวลาที่กำหนด
ลูกค้าภายนอก - ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง	- เอกสารการตรวจรับของถูกต้อง รวดเร็ว - ความยุติธรรม โปร่งใส, ได้รับการเบิกจ่ายเงินเป็นไปตามเวลาที่กำหนด

ความต้องการของผู้รับผลงาน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายใน - งานการเงิน	- เอกสารจัดซื้อ/จัดจ้าง เอกสารต่างๆ ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ตรงตามกำหนดเวลา
ลูกค้าภายนอก - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี	- เอกสารหลักฐาน การจัดซื้อ/จัดจ้าง และการจำหน่าย ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ

<u>ลักษณะสำคัญของปริมาณงานและทรัพยากร</u>

- งานพัสดุมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 3 คน เป็นข้าราชการ 1 คน พนักงานกระทรวง 2 คน มีอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน คือ เครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน 3 เครื่อง เครื่องปริ้นเตอร์ 2 เครื่อง

1. นางสุกัญญา พยอมหอม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน (หัวหน้างานพัสดุซ่อมบำรุง)

ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

1. วางแผนการจัดซื้อพัสดุเข้าคลังพัสดุ
2. ดำเนินการจัดซื้อพัสดุทุกประเภท (ยกเว้นเกี่ยวกับการแพทย์) เช่น รับใบขออนุมัติซื้อจากฝ่ายและงานดำเนินการจัดซื้อวัสดุ-ครุภัณฑ์
3. ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ทุกประเภท (ยกเว้นครุภัณฑ์การแพทย์) ภายในโรงพยาบาล
4. ตรวจร่างสัญญาซื้อ สัญญาจ้าง หนังสือโต้ตอบ บันทึกย่อเรื่องเกี่ยวกับพัสดุ ตรวจสอบและเก็บรักษา ใบสำคัญหลักฐานและเอกสารเกี่ยวกับพัสดุ ให้มีความถูกต้องเรียบร้อยและใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในอนาคต
5. จัดทำเอกสารให้แก่งานการเงินเพื่อเบิกจ่ายภายใน 15 วัน ให้คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ
6. จัดทำแผนการสอบเทียบอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาล
7. ประสานงานกับคณะกรรมการสอบเทียบภายในโรงพยาบาลให้มีการสอบเทียบตามแผนการสอบเทียบ และร่วมดำเนินการ
   สอบเทียบกับคณะกรรมการ
8. ติดต่อหน่วยงานภายนอกเพื่อรับอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลไปดำเนินการสอบเทียบ
9. ติดต่อประสานงานกับบุคคลภายนอกในการติดต่อราชการ
10. จัดทำเรื่องการเบิกใบเสร็จรับเงิน โดยประสานกับสสจ.รบ
11. ควบคุมการตรวจสอบและการจัดเก็บใบเสร็จรับเงิน
12. เบิกจ่ายและตรวจนับใบเสร็จรับเงินให้กับ สสอ. ในความรับผิดชอบและการเงิน
13. ควบคุมการจัดทำรายงานการใช้ใบเสร็จประจำปีให้กับ สสจ.รบ
14. จำหน่ายพัสดุที่ชำรุดประจำปี
15. ตรวจร่างสัญญา สัญญาจ้าง หนังสือโต้ตอบ บันทึกเรื่องเกี่ยวกับงานพัสดุ
16. ติดตามประเมินผลและแก้ปัญหาขัดข้องในการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบด้วย
17. ควบคุมและดูแลการปฏิบัติงานของช่างซ่อมบำรุง
18. ปฏิบัติตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

2. นางสาวกรรณิการ์ พรชัยกุลวัฒนา ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

1. วางแผนการจัดซื้อจัดซื้อจัดจ้าง (งบค่าเสื่อม/งบลงทุน)

2. จัดทำหลักฐานการขออนุมัติซื้อ / จ้าง (วัสดุการแพทย์/เวชภัณฑ์ยา/วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์/วัสดุทันตกรรม/วัสดุกายภาพ/วัสดุเอกซ์เรย์/งานก่อสร้าง/จัดซื้อด้วยเงินบริจาค/งบค่าเสื่อม/งบลงทุนและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสสจ.รบ)
3. ลงระบบ EGP ในการจัดซื้อครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้างโดยวิธี e-bidding คัดเลือก
4. ลงระบบ EGP ในการจัดซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ที่มีวงเงินตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป
5. จัดทำหลักฐานการจ่ายเงินบำรุงและเงิน UC ของโรงพยาบาล และส่วนที่เบิกจ่ายสสจ.รบ
6. จัดทำแผนการสอบเทียบอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาล
7. ประสานงานกับคณะกรรมการสอบเทียบภายในโรงพยาบาลให้มีการสอบเทียบตามแผนการสอบเทียบ และร่วมดำเนินการสอบเทียบกับคณะกรรมการ
8. ติดต่อหน่วยงานภายนอกเพื่อรับอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลไปดำเนินการสอบเทียบ
9. ลงทะเบียนรับครุภัณฑ์ในทะเบียนครุภัณฑ์และในเครื่องคอมพิวเตอร์
10. จัดทำใบแจ้งหนี้ส่งงานการเงิน
11. รับเรื่องการส่งซ่อมภายในโรงพยาบาลเพื่อแจ้งช่างดำเนินการซ่อม
12. ติดต่อประสานงานกับบุคคลภายนอกในการติดต่อราชการ
13. จัดทำเรื่องการเบิกใบเสร็จรับเงิน โดยประสานกับสสจ.รบ
14. ตรวจร่างสัญญา สัญญาจ้าง หนังสือโต้ตอบ บันทึกเรื่องเกี่ยวกับงานพัสดุ
15. จำหน่ายพัสดุประจำปี
16. ควบคุมและดูแลการปฏิบัติงานของช่างซ่อมบำรุง
17. ปฏิบัติตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

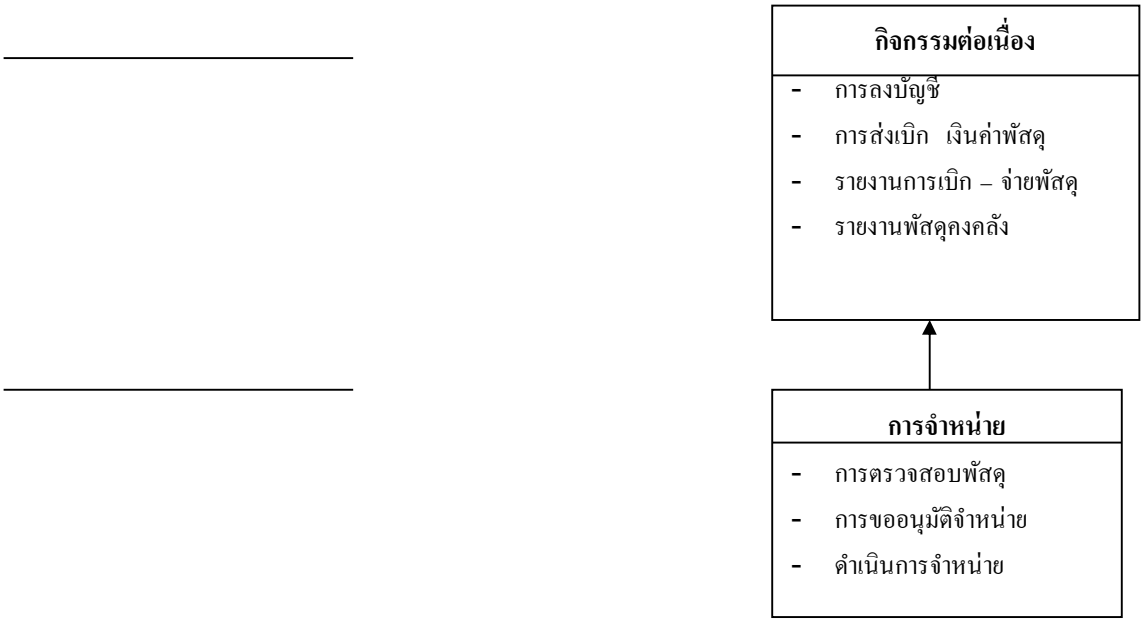
3. นางชารวี รัตนมุง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุ (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

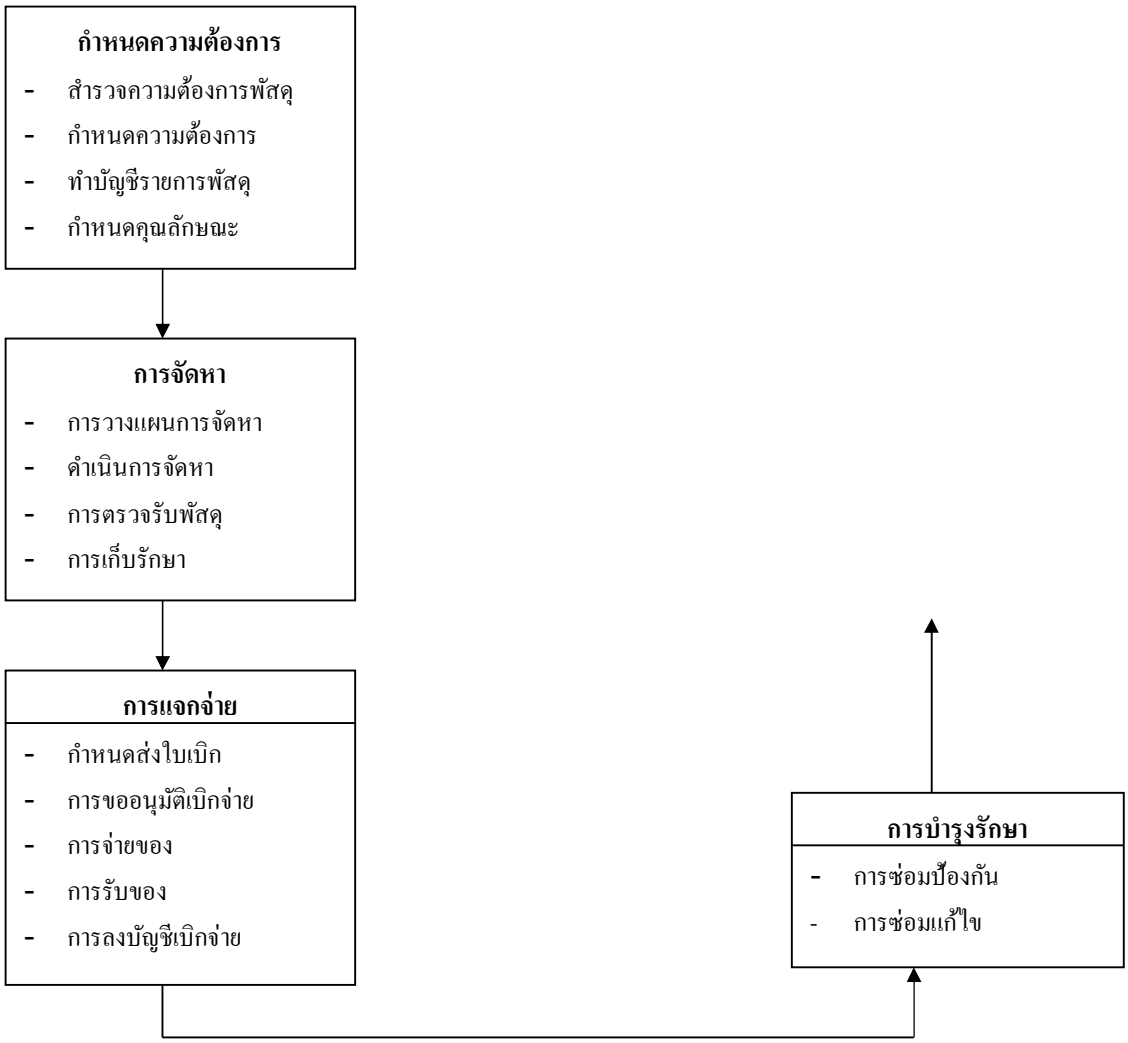
ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

1. ลงทะเบียนรับหนังสือราชการจากภายนอก
2. วางแผนการจัดซื้อพัสดุเข้าคลังพัสดุ
3. จัดทำหลักฐานการขออนุมัติซื้อ/จ้าง ของงานพัสดุ
4. ลงระบบ EGP ในการจัดซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ที่มีวงเงินตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป
5. ลงทะเบียนรับพัสดุของโรงพยาบาลทุกประเภท ยกเว้นเวชภัณฑ์ยา
6. จัดทำหลักฐานการจ่ายเงินบำรุงและเงิน UC ของโรงพยาบาล
7. ตัดยอดพัสดุที่ฝ่าย / งานเบิกในบัญชีพัสดุในเครื่องคอมพิวเตอร์
8. ลงทะเบียนรับครุภัณฑ์ในทะเบียนครุภัณฑ์และในคอมพิวเตอร์
9. รับเรื่องการส่งซ่อมภายในโรงพยาบาลเพื่อแจ้งช่างดำเนินการซ่อมและลงรับใบส่งซ่อม จัดลำดับเก็บใบส่งซ่อม
10. เช็คสต็อกของในคลังพัสดุ
11. จัดซื้อของเข้าคลังพัสดุ
12. เบิกจ่ายพัสดุให้ฝ่าย / งาน
13. จัดทำการเบิกจ่ายใบเสร็จรับเงินให้กับการเงินและสสอ.
14. รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบโปรแกรมค่าเสื่อมราคาบัญชีให้การเงินทุกเดือน
15. จัดทำใบแจ้งหนี้ส่งงานการเงิน
16. สรุปรายงานการเบิกจ่ายพัสดุประจำเดือนและประจำปีส่งการเงิน

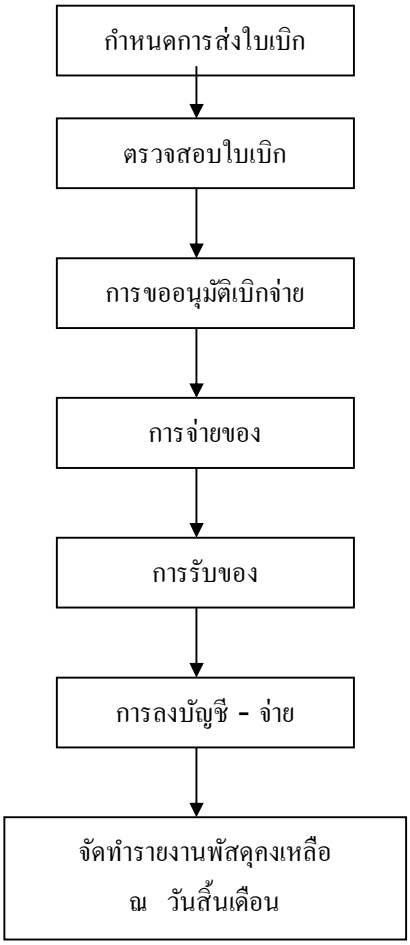
17. สรุปผลการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างประจำเดือน
18. จัดทำรายงานการรับ – การจ่ายพัสดุประจำปี
19. ควบคุมการจัดทำรายงานการใช้ใบเสร็จประจำปีให้กับ สสจ.รบ
20. จำหน่ายพัสดุที่ชำรุดประจำปี
21. ปฏิบัติตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

กระบวนการของงานพัสดุ (Top – Down Flow Chart)





กระบวนการจ่ายของ


กำหนดการส่งใบเบิก
ตรวจสอบใบเบิก
การขออนุมัติเบิกจ่าย
การจ่ายของ
การรับของ
การลงบัญชี - จ่าย
จัดทำรายงานพัสดุคงเหลือ
ณ วันสิ้นเดือน

<u>ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ</u>

- จัดซื้อ/จัดจ้าง ให้ได้รับพัสดุที่มีคุณภาพดี เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด ถูกต้องตามระเบียบงานพัสดุและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	สาเหตุ	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง
- การเบิกจ่ายพัสดุผิดพลาด	- เอกสารในการขออนุมัติซื้อ/จ้าง และการเบิกไม่ชัดเจนทำให้เสียเวลาและงบประมาณ (บอกลักษณะ, ขนาด, จำนวนให้ชัดเจน)	- จัดทำใบขออนุมัติซื้อ / จ้างและใบเบิกที่มีรายละเอียด เพิ่มมากขึ้นและชัดเจนยิ่งขึ้น - กำหนดขั้นตอนการขออนุมัติซื้อ / จ้าง ให้ชัดเจน
- การจัดทำการจัดซื้อ/จัดจ้างผิด	- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในเรื่องระเบียบพัสดุ (ระเบียบที่ได้ปรับปรุงแก้ไขใหม่อยู่เสมอ)	- จัดเจ้าหน้าที่มีการอบรมอย่างสม่ำเสมอ - ให้ปฏิบัติตามระเบียบอย่างถูกต้องโดยการศึกษาระเบียบก่อนปฏิบัติ
- เบิกจ่ายนอกเวลา	- การเบิกไม่ตรงตามข้อกำหนดของงานพัสดุ	- กำหนดวันเบิกวัสดุคลังเดือนละ 1 ครั้ง (วันที่ 15 ของทุกเดือน)
- การจัดซื้อครุภัณฑ์มากเกินความจำเป็น	- การจัดทำบัญชีครุภัณฑ์ ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นปัจจุบัน	- จัดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและมีการอบรมโปรแกรมใหม่ๆ - การทำโปรแกรมประวัติครุภัณฑ์ที่ครอบคลุมและทันสมัย
- การซื้อพัสดุซ้ำซ้อนขาดคุณภาพ	- พัสดุที่ซื้อไม่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ซื้อพัสดุเกินความจำเป็น	- มีการสำรวจความต้องการของหน่วยงานที่เบิกเพื่อนำมาจัดทำแผนการจัดหาครุภัณฑ์ - ให้ผู้ขอใช้พัสดุ เขียนใบขออนุมัติซื้อ / จ้าง ให้ชัดเจน ตรงกับความต้องการ บอกลักษณะ ชนิดและจำนวนให้ถูกต้อง และถูกต้องตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การจัดหา	การจัดซื้อ/จ้าง มีประสิทธิภาพถูกต้องตามระเบียบ ตรงตามความต้องการ	- จำนวนวันที่ดำเนินการจัดซื้อ/จ้างพัสดุ(นอกคลัง)ตามความต้องการของฝ่าย/งาน (ภายใน 7 วันทำการ) -จำนวนวันที่ใช้ในการจัดทำเอกสารจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (ภายใน 7 วันทำการ) - ร้อยละของราคาในการจัดซื้อ/จ้างไม่เกินราคากลาง ≥90
2. การตรวจรับ	ได้รับพัสดุที่ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ	การจัดหาพัสดุทุกรายการมีการตรวจรับ ถูกต้องตามหลักการดำเนินการตามระเบียบพัสดุ
3. ควบคุม	การเก็บรักษาวัสดุ เรียบร้อยปลอดภัย จัดเก็บเป็นหมวดหมู่	อัตราความถูกต้องของทะเบียนคุมคลังวัสดุ
4. เบิกจ่าย	-ปฏิบัติตามขั้นตอนการเบิก-จ่าย ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ -มีควบคุมการเบิกจ่ายพัสดุให้เหมาะ	-จำนวนพัสดุที่ขาดคลังต่อการเบิกจ่ายทั้งปี ≤5
5.การตรวจสอบพัสดุประจำปี	-การสำรวจพัสดุประจำปี ได้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา	รายงานการสำรวจพัสดุประจำปีถูกต้อง ครบถ้วน 100%
6. จำหน่าย	เพื่อจำหน่ายครุภัณฑ์ที่ชำรุด เสื่อมสภาพ	รายงานคำขอจำหน่ายพัสดุ ปีละ 1 ครั้ง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัดทั่วไป	เป้าหมาย Target	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. จำนวนวันที่ดำเนินการจัดซื้อ/จ้างพัสดุ(นอกคลัง)ตามความต้องการของฝ่าย/งาน	ภายใน 7 วันทำการ	-	-	
2. จำนวนวันที่ใช้ในการจัดทำเอกสารจัดซื้อ/จ้างโดย	ภายใน 7 วันทำการ	-	-	

วิธีเฉพาะเจาะจง				
3. ร้อยละของราคาในการจัดซื้อ/จ้างไม่เกินราคากลาง	≥90%	-	-	
4. ร้อยละของเอกสารการจัดซื้อ/จ้าง ที่ต้องแก้ไข	1%	-	-	
5. การรายงานพัสดุประจำปีถูกต้องตามระเบียบ (ภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันเริ่มดำเนินการตรวจสอบพัสดุ)	100%	-	-	
6. การจำหน่าย	1ครั้ง/ปี	-	-	

***หมายเหตุ งบประมาณปี2565**

4. ผลงานพัฒนาคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.กระบวนการการจัดซื้อจัดจ้างมีการวางระบบโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วิธีสอบราคา ประกวดราคา และจัดซื้อด้วยวิธีการทางอิเลคทรอนิกส์ ในบางรายการ จะมีการพิจารณาว่าสมควรจะใช้กระบวนการแบบใด โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ ด้วยความโปร่งใส

2 .การจัดระเบียบสำนักงานโดยใช้ระบบ 5ส เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีเอกสารสำคัญและอุปสรรคมากมายการทำ 5 ส ในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นมาก และเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ จนถึงปัจจุบัน ทำให้สำนักงานมีความเป็นระเบียบมาก

3. การใช้คู่มือในการปฏิบัติงาน ตามกระบวนการหลักที่ได้กำหนดไว้ และมีการปรับปรุงให้update อยู่เสมอเพื่อการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และสามารถลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน

1.การจัดทำโปรแกรมจัดซื้อจัดจ้างระบบ e-GP เนื่องจากทางกรมบัญชีกลางได้มีหนังสือเวียนให้งานพัสดุของหน่วยงานนั้นๆ ดำเนินการจัดทำการจัดซื้อจัดจ้างระบบ e-GP โดยให้ทำการลงข้อมูลทุกครั้งที่ทำการจัดซื้อจัดจ้างแบบสอบราคาและแบบตกลงราคา (ในยอดเงิน 5,000.- บาทขึ้นไป) ในระบบจัดซื้อจัดจ้างระบบ e-GP เพื่อให้มีความโปร่งใสและคลอบคลุม ตรวจสอบได้

2.การพัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ในเรื่องการพัฒนางานให้มีคุณภาพมากขึ้น ได้มีการประสานงานกับงานพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ให้เจ้าหน้าที่เข้าใจระบบการพัฒนางาน และสามารถยอมรับความคิดเห็นของผู้ร่วมงานได้ จึงเกิดการพัฒนา

5.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายวัสดุ เพื่อให้การเบิกจ่ายวัสดุเป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นการปรับปรุงระบบเดิมที่ใช้อยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้ระบบออนไลน์ทุกฝ่าย/งาน ซึ่งทางงานพัสดุต้องศึกษา และต้องขอความร่วมมือกับงานไอทีต่อไป

สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Service Profile)

ชื่อหน่วยงาน งานซ่อมบำรุง ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลบางแพ

บริบท

หน้าที่ หน่วยงานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลบางแพ สามารถให้บริการในการดูแล บำรุงรักษา ซ่อมแซม อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆของโรงพยาบาลให้พร้อมใช้งาน ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย รวมถึงการเฝ้าระวังเชิงป้องกันก่อนการเสียหาย โดยเป้าหมายในการบริการ คือ ให้การซ่อมแซม และบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆให้แก่ผู้รับบริการรวดเร็วทันเวลาตามที่กำหนดตามความสำคัญของการซ่อม ตามคู่มือการส่งซ่อม / การบำรุงรักษา งานซ่อมบำรุงได้คำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้งาน และความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ และมีจุดเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการทำงาน

ปัจจุบันอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่หน่วยงานซ่อมบำรุงมี ช่างที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 2 ท่าน

มีอุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เพียงพอและพร้อมใช้งาน

เป้าหมาย

1.เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดความเสียหายสามารถซ่อมบำรุงด้วยความรวดเร็วและทันเวลา

2.เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับการซ่อมบำรุงเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลา และมีความพึงพอใจ

3.องค์กรมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สามารถใช้งานได้ยาวนานกว่าอายุการงานตามปกติของเครื่องมือและอุปกรณ์

4.มีการส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรในหน่วยงานซ่อมบำรุงให้สามารถดูแลและป้องกันตนเองและผู้รับบริการจากอันตรายต่างๆใน ขณะปฏิบัติงาน

ขอบเขตการบริการ (Scope)

- ให้บริการดูแล บำรุงรักษา ซ่อมแซมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ต่างๆ

ศักยภาพและข้อจำกัด

- ปัจจุบันอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่หน่วยงานซ่อมบำรุงมี ช่างที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 3 ท่าน
- อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ

ความต้องการของผู้รับบริการและผู้รับผลงานสำคัญ

ความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับบริการ
ลูกค้าภายใน - ฝ่าย/งาน ต่างๆ	- ต้องการบริการที่รวดเร็วและสะดวก อุปกรณ์ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ลูกค้าภายนอก - ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง	- ความยุติธรรม โปร่งใส, ได้รับการเบิกจ่ายเงินเป็นไปตามเวลาที่กำหนด

ความต้องการของผู้รับผลงาน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายใน - งานพัสดุ	- ความรวดเร็ว ตรงเวลา ในการติดต่อ - จัดลำดับความเสี่ยง
ลูกค้าภายนอก - บริษัท/ร้าน	- รายละเอียด/อาการ ของอุปกรณ์การซ่อมเบื้องต้น

ปริมาณงานและทรัพยากร

- งานซ่อมบำรุงมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 3 คน เป็น พนักงานกระทรวง 3 คน มีอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน คือ เครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง และเครื่องมือซ่อมบำรุง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จำนวน 3 คน

1. นายจิรายุทธ กิจบำรุง ตำแหน่ง นายช่างเทคนิค (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

1. ปฏิบัติงานซ่อมตามใบส่งซ่อม / ที่ได้รับการโทรแจ้งจากเจ้าหน้าที่พัสดุมอบหมาย
2. ดูแลระบบออกซิเจนไปป์ไลน์ที่ห้องเก็บออกซิเจนตึกผู้ป่วยใน
3. ตรวจสอบถังดับเพลิงประจำเดือน
4. จัดเก็บเครื่องมือที่ซ่อมอย่างเป็นระเบียบ
5. รับผิดชอบตรวจดูไฟฟ้า – ประปา นอกอาคารให้ใช้งานได้ตามปกติ
6. ติดป้ายแสดงสถานะของอุปกรณ์ระหว่างดำเนินการซ่อม
7. จัดเตรียมเครื่องเสียงพร้อมอุปกรณ์ของห้องประชุม
8. ตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าของโรงพยาบาล
9. ทดสอบเครื่องปั่นไฟทุกสัปดาห์

10. ทำความสะอาดห้องซ่อมบำรุง,โรงไฟฟ้า,ระบบประปา,คลังพัสดุ 2,3
11. จำหน่ายพัสดุประจำปี
12. ปฏิบัติงานตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

2. นายซูชาติ จันดา ตำแหน่ง ผู้ช่วยช่างทั่วไป (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

1. ปฏิบัติงานซ่อมตามใบส่งซ่อม / ที่ได้รับการโทรแจ้งจากเจ้าหน้าที่พัสดุมอบหมาย
2. ดูแลระบบออกซิเจนไปป์ไลน์ที่ห้องเก็บออกซิเจนตึกผู้ป่วยใน
3. ตรวจสอบถังดับเพลิงประจำเดือน
4. จัดเก็บเครื่องมือที่ซ่อมอย่างเป็นระเบียบ
5. รับผิดชอบตรวจดูไฟฟ้า – ประปา นอกอาคารให้ใช้งานได้ตามปกติ
6. ติดป้ายแสดงสถานะของอุปกรณ์ระหว่างดำเนินการซ่อม
7. จัดเตรียมเครื่องเสียงพร้อมอุปกรณ์ของห้องประชุม
8. ตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าของโรงพยาบาล
9. ทดสอบเครื่องปั่นไฟทุกสัปดาห์
10. ทำความสะอาดห้องซ่อมบำรุง,โรงไฟฟ้า,ระบบประปา,คลังพัสดุ 2,3
11. จำหน่ายพัสดุประจำปี
12. ปฏิบัติงานตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

3.นายศุภชัย เหมาะโสม ตำแหน่ง ช่างไฟฟ้าและอิเลคทรอนิกส์ (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

ปริมาณงานของที่ต้องรับผิดชอบ

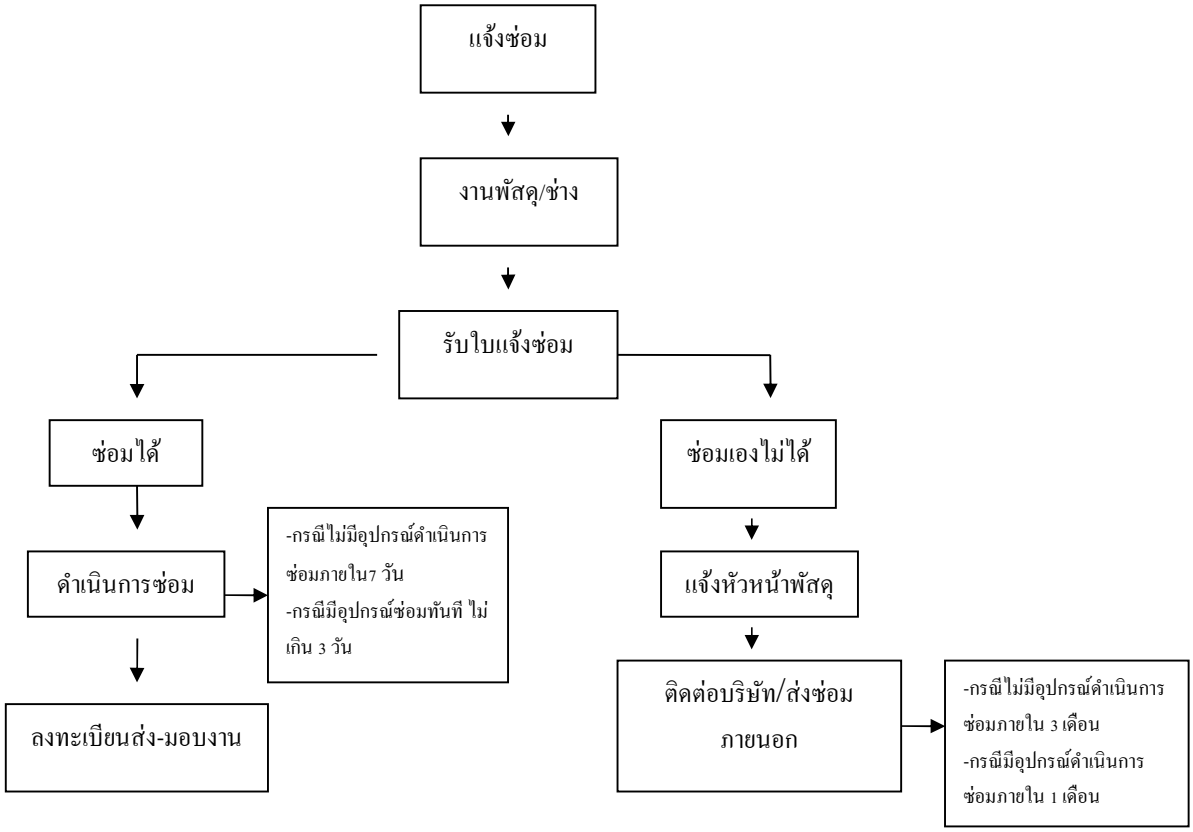
1. ปฏิบัติงานซ่อมตามใบส่งซ่อม / ที่ได้รับการโทรแจ้งจากเจ้าหน้าที่พัสดุมอบหมาย
2. ดูแลระบบออกซิเจนไปป์ไลน์ที่ห้องเก็บออกซิเจนตึกผู้ป่วยใน
3. ตรวจสอบถังดับเพลิงประจำเดือน
4. จัดเก็บเครื่องมือที่ซ่อมอย่างเป็นระเบียบ
5. รับผิดชอบตรวจดูไฟฟ้า – ประปา นอกอาคารให้ใช้งานได้ตามปกติ
6. ติดป้ายแสดงสถานะของอุปกรณ์ระหว่างดำเนินการซ่อม
7. จัดเตรียมเครื่องเสียงพร้อมอุปกรณ์ของห้องประชุม
8. ตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าของโรงพยาบาล
9. ทดสอบเครื่องปั่นไฟทุกสัปดาห์
10. ทำความสะอาดห้องซ่อมบำรุง,โรงไฟฟ้า,ระบบประปา,คลังพัสดุ 2,3

11. จำหน่ายพัสดุประจำปี
12. ปฏิบัติงานตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

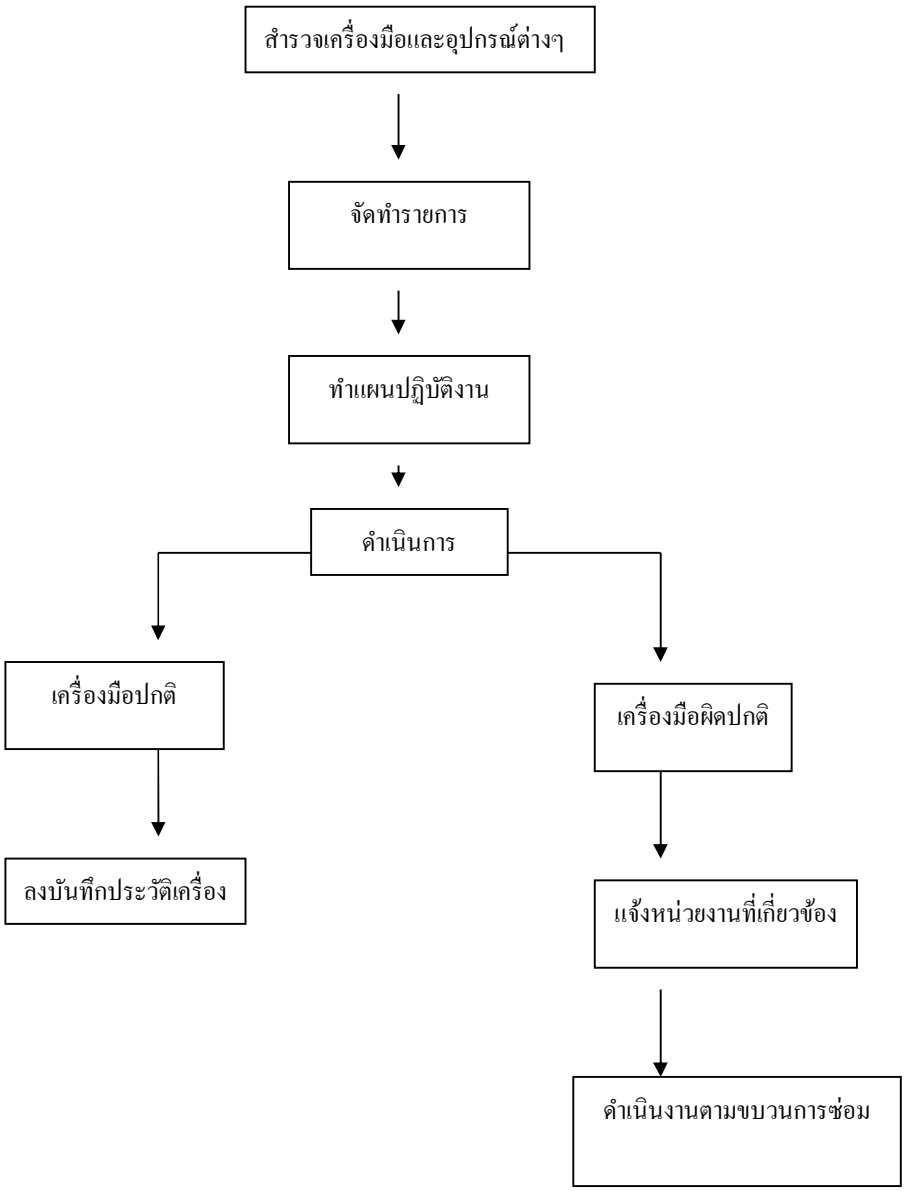
2.กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา (GEN.8/GEN.9)

2.1 กระบวนการของหน่วยงาน

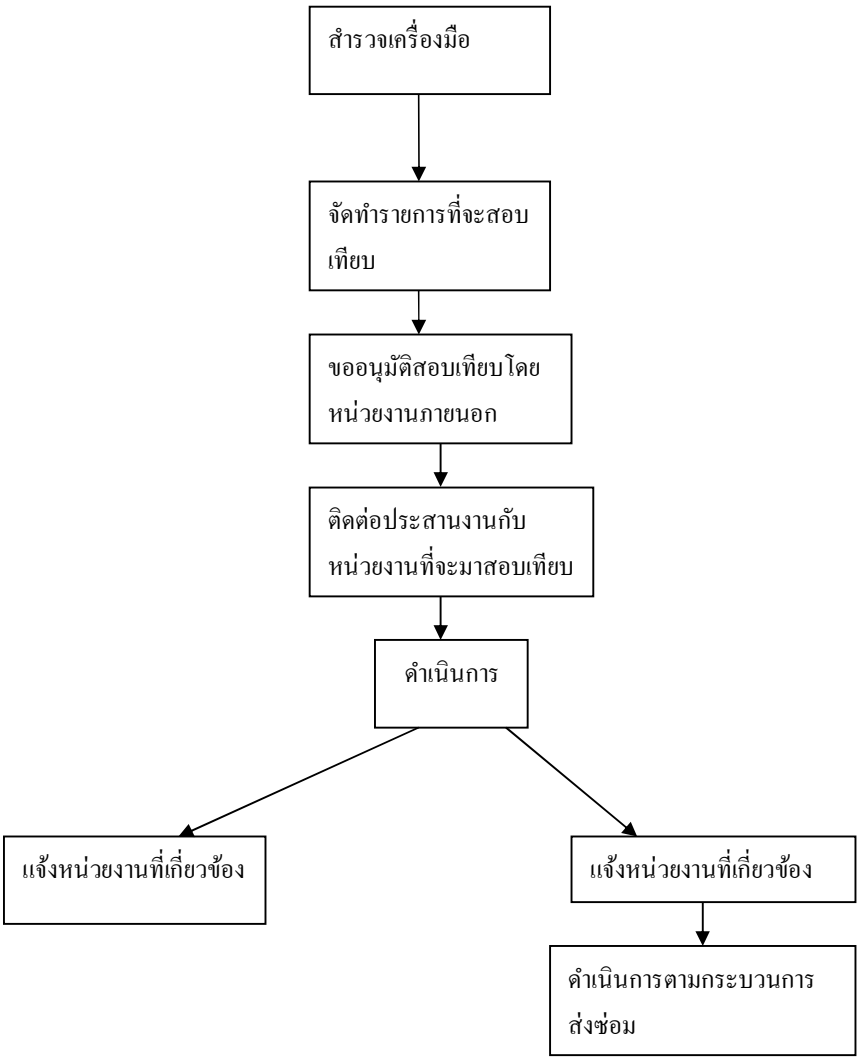
งานซ่อมบำรุง



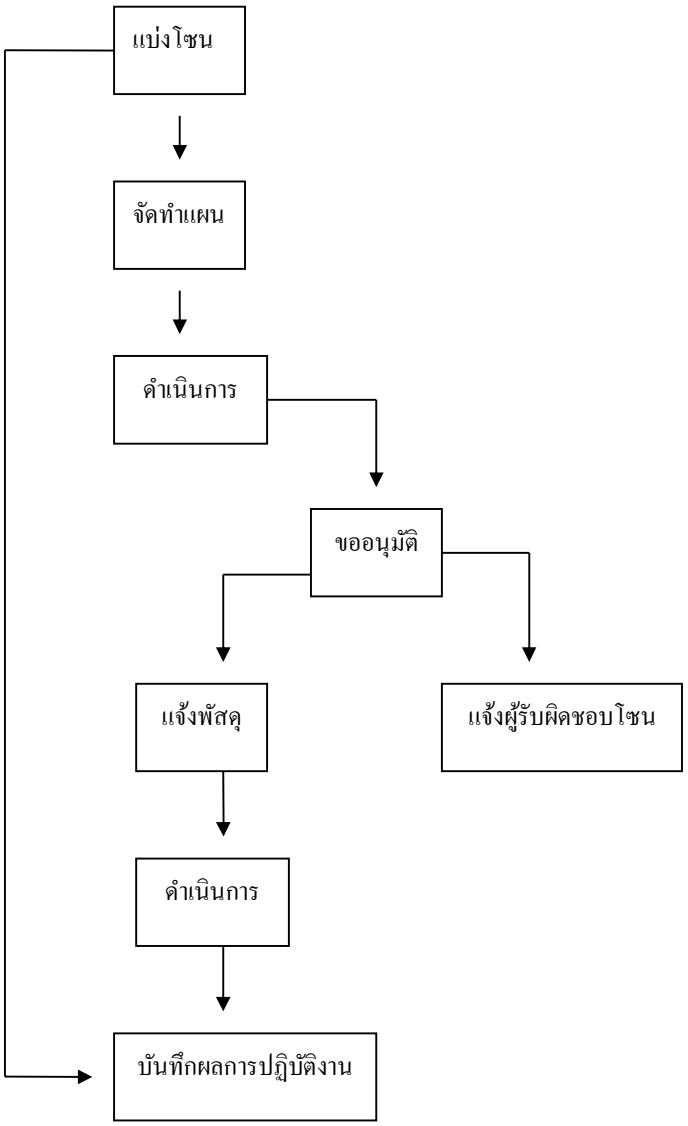
การบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์



การสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์



การซ่อมบำรุงรักษาอาคารสถานที่


แบ่งโซน
จัดทำแผน
ดำเนินการ
ขออนุมัติ
แจ้งพัสดุ
แจ้งผู้รับผิดชอบโซน
ดำเนินการ
บันทึกผลการปฏิบัติงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)[1]

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
งานซ่อมแซม	-ร้อยละการบริการซ่อมแซมงานประเภทเร่งด่วนสำเร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา (ภายใน 1 วันทำการ) =100 -ร้อยละการบริการซ่อมแซมตามใบแจ้งซ่อมแล้วเสร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา ≥90	-ร้อยละการบริการซ่อมแซมงานประเภทเร่งด่วนสำเร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา (ภายใน 1 วันทำการ) -ร้อยละการบริการซ่อมแซมตามใบแจ้งซ่อมแล้วเสร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา
งานบำรุงรักษา	-ร้อยละการบำรุงเชิงป้องกันพัสดุตามแผนที่กำหนดไว้ ครบถ้วน ทันเวลา ≥85	-ร้อยละการบำรุงเชิงป้องกันพัสดุตามแผนที่กำหนดไว้ ครบถ้วน ทันเวลา

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัดทั่วไป	เป้าหมาย Target	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ร้อยละการบริการซ่อมแซมงานประเภทเร่งด่วนสำเร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา	ภายใน 1 วันทำการ	-	-	
2. ร้อยละการบริการซ่อมแซมตามใบแจ้งซ่อมแล้วเสร็จตามวัตถุประสงค์และทันเวลา	≥90%	-	-	
3. การซ่อมซ้ำด้วยอาการเดิมในระยะเวลา 1 เดือน	1 ครั้ง/เดือน	-	-	
4.ร้อยละการบำรุงเชิงป้องกันพัสดุตามแผนที่กำหนดไว้ ครบถ้วน ทันเวลา	≥90%			
5. จำนวนครั้งของอุบัติการณ์/เจ็บป่วยจากการทำงาน	0	-	-	
6.การจัดการความเสี่ยง	ตามtemplate กลาง	-	-	

4. ผลงานพัฒนาคุณภาพ

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1 ระบบการลงทะเบียนรับใบส่งซ่อมจากหน่วยงาน เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่ามีการสูญหายของใบบันทึกการ ส่งซ่อมของหน่วยงาน งานซ่อมบำรุงจึงได้จัดทำระบบการลงทะเบียนรับใบส่งซ่อม ได้มีการชี้แจงแนวทางที่ชัดเจนให้เจ้าหน้าที่และช่างทุกคนทราบ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน แล้วมีการเก็บข้อมูลพบว่า อัตราการสูญหายของใบส่งซ่อมลดลงเรื่อยๆ และยังมีแนวทางที่จะพัฒนาต่อไปเพื่อมิให้เกิดการสูญหายต่อไป

4.1.2 การจ่ายงานให้แก่ช่างโดยผ่านหัวหน้างาน เนื่องจากงานซ่อมบำรุงประกอบด้วยงานต่างๆมากมาย ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการประสานงานที่ดีจึงจะสามารถทำให้งานเกิดผลที่ดีและมีประสิทธิภาพ จากการประชุมปรึกษากันแล้วได้ข้อสรุปในการจ่ายงานคือ มีการจ่ายงานให้แก่ช่างโดยผ่านหัวหน้างานพัสดุ หลังจากที่ได้ลงทะเบียนรับแล้วจะมีการบันทึกไว้ว่าจ่ายงานให้แก่ช่างเมื่อไร (ตามวันที่ ส่งใบส่งซ่อม) และสามารถตรวจสอบ และติดตามงานได้สะดวกขึ้น

4.1.3 การซ่อมที่ต้องรออุปกรณ์ / อะไหล่ หรือการส่งซ่อมภายนอก ได้จัดทำแนวทางการประสานงานให้หน่วยงานรับทราบถึงเหตุผลการซ่อมที่ต้องรอนาน เช่น บางครั้งเครื่องมือตกรุ่นจึงหาซื้ออะไหล่ไม่ได้ และช่างจากบริษัทจะเข้ามารับงานที่ส่งซ่อมจะซ่อมไม่เกิน 1 เดือน หน่วยงานจะได้มีการเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์มาสำรองไว้ใช้แทนก่อนในกรณีที่มีสำรองหรือสามารถหยิบยืมจากฝ่าย/งานอื่นแทน จะได้ไม่เกิดปัญหาในการให้บริการ

4.1.4 การตรวจสอบครุภัณฑ์ที่งานซ่อมบำรุงมีหน้าที่ดูแลและบำรุงรักษา เช่น เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ระบบประปา เป็นต้น ได้มีการจัดทำแผนการตรวจเช็คและการบำรุงรักษาตลอดมา เพื่อให้ครอบคลุม ครุภัณฑ์ต่างๆที่มีอยู่ในบัญชีควบคุมเครื่องมือตามแผน และส่งผลให้เครื่องมือมีความเพียงพอ พร้อมใช้และมีอายุการใช้งานที่ยืนยาวมากขึ้น และสามารถค้นหาประวัติของเครื่องมือได้รวดเร็วและถูกต้อง ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเป็นที่น่าพอใจมากเครื่องมือที่มีตามแผนได้รับการสอบเทียบครบถ้วนและสามารถเฝ้าระวังก่อนการเสียหายได้ดี

4.1.5 การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บและอันตรายจากการปฏิบัติงาน เนื่องจากงานซ่อมบำรุง เป็นงานที่ต้องใช้กำลังมากพอควร และมีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บ/อันตรายจากการทำงานสูง จึงมีแนวทางการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ/อันตรายโดยใช้แนวทาง อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในไม่พบว่ามีเจ้าหน้าที่ท่านใด ได้รับบาดเจ็บ/อันตรายจากการทำงาน และมีการเน้นให้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักอยู่เสมอ

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1 การจัดทำแผนการดำเนินงานบริหารและแผนปฏิบัติการของหน่วยงานซ่อมบำรุง โดยมีการรวบรวมข้อมูลและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อได้นำไปพัฒนาต่อไป ได้รวบรวมปัญหาในหน่วยงานได้ดังนี้

- ขาดการติดตามงานซ่อมบำรุงที่ยังไม่แล้วเสร็จ ทำให้งานล่าช้า
- การประสานงานกับช่างภายนอกที่เข้ามาโรงพยาบาล ทำให้งานซ่อมล่าช้า
- ขาดบุคลากรที่จะเข้ามาช่วยในด้านเอกสารและงานซ่อมเครื่องมือแพทย์

<u>โดยได้วางแผนการแก้ไข และมีการนำไปพัฒนาต่อดังนี้</u>

- มีการประชุมภายในหน่วยงานให้ถี่ขึ้นเพื่อให้ทราบปัญหาที่ต้องมีการแก้ไข AAR ทุกอาทิตย์
- หัวหน้างานจะติดตามงานซ่อมทุกสัปดาห์และสรุปงานทุกสัปดาห์เพื่อให้ทราบงานที่ยังค้างอยู่เพื่อแจ้งให้หน่วยงานทราบเป็นระยะๆ
- ประสานงานกับงานพัสดุ ให้ช่วยติดต่อบริษัท หรือช่างนอกเข้ามาดำเนินงานให้มากกว่าเดือนละ1ครั้ง กรณีซ่อมเองไม่ได้
- ประสานงานกับฝ่ายพัสดุเพื่อมาช่วยงานเอกสาร

4.2.2 การแจ้งผลการซ่อมในแต่ละงานให้หน่วยงานทราบและมีการเซ็นรับทราบก่อนรับงานคืน เนื่องจากมีผู้รับบริการ ที่รับงานหลังการซ่อมแล้วพบว่า งานนั้นมีข้อบกพร่อง ใช้การได้ไม่ดี ทำให้ต้องเสียเวลาในการส่งซ่อมใหม่อีกครั้ง ดังนั้นจึงวางแนวทางในการเน้นให้มีการตรวจสอบการใช้งานให้เรียบร้อยก่อนรับงานคืน หลังจากการดำเนินการไม่พบว่ามีการส่งซ่อมซ้ำในงานที่ซ่อมไม่เรียบร้อยและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ดีขึ้นด้วย

4.2.3โครงการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานซ่อมบำรุงได้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ผ่านมาไม่พบว่ามีเจ้าหน้าที่ท่านใดที่มีอาการของโรครุนแรง ปัจจุบันมีกิจกรรมของทางโรงพยาบาลมากมายที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชมรมออกกำลังกาย , ชมรมกีฬาวิ่งเพื่อ

สุขภาพ และอื่นๆ เนื่องด้วยภาระงานที่มีจำนวนมากทำให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่มาก จึงมีการจัดการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้มีส่วนร่วมมากขึ้น ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

งานซ่อมบำรุงมีแผนที่จะทำในปี 256 คือ

แผนการจัดทำการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (PREVENTINE MAINTENANCE) และระบบสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น ระบบไฟฟ้า เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ระบบประปา ระบบออกซิเจนไปป์ไลน์

SERVICE PROFILE

ชื่อหน่วยงาน กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน

วันที่ปรับปรุงข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

๑.บริบท

๑.๑หน้าที่และเป้าหมาย (PURPOSE)

กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการด้านเภสัชกรรม ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้ความประหยัด และผู้รับบริการพึงพอใจ

๑.๒ขอบเขตบริการ (SCOPE OF SERVICE)

ให้บริการจ่ายยา ผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยใน ตั้งแต่ ๘.๐๐ – ๒๔.๐๐ น. นอกเหนือจากเวลาดังกล่าว จะให้บริการและควบคุมการใช้ยาโดยแพทย์ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

๑.๓ผู้รับผลงาน และความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน ให้บริการโดยผู้รับบริการจะได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม รวดเร็ว และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินความต้องการและถูกต้องจากแบบสอบถาม

๑.๔รายละเอียดความต้องการของผู้รับบริการและผู้รับผลงาน

ผู้รับบริการ	**ความต้องการ**
ผู้ป่วยและญาติ	ได้รับยา,เวชภัณฑ์ ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยเข้าใจวิธีการใช้ยาและใช้ได้อย่างถูกต้อง

วิธีการประเมินผล - ประเมินจากแบบสอบถาม

-ประเมินจากแบบบันทึกการให้คำแนะนำ

-สังเกตวิธีการปฏิบัติงาน

๑.๕ความต้องการของผู้รับผลงาน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
แพทย์	ได้รับยาที่สั่ง ครบถ้วน ถูกต้อง ยามีคุณภาพ ไม่มีปัญหาในการใช้ยา ยาไม่ขาด
WARD , ER , งานจิตเวช	ได้รับยาเวชภัณฑ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ฉลากชัดเจน บรรจุในซอง ภาชนะที่รักษาคุณภาพยาได้ ไม่มีปัญหาในการใช้ ยาไม่หมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ
ฝ่ายสุขาภิบาล/ส่งเสริมสุขภาพ	ได้รับยาไม่หมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ
ฝ่าย/งานต่างๆในโรงพยาบาล	ได้รับยา,เวชภัณฑ์ครบถ้วน ถูกต้องตามที่เบิก ในเวลาที่กำหนด และไม่มีปัญหาในการใช้
สถานีอนามัย/รพ.สต.	ได้รับยา,เวชภัณฑ์ ครบถ้วน ถูกต้องในเวลาที่กำหนด ไม่มีปัญหาในการใช้ ยาไม่หมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ

วิธีการประเมิน -ประเมินจากแบบตรวจสอบการเบิก-จ่ายยา

-ประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจ

-ประเมินจากแบบบันทึกสรุปผลการปฏิบัติงาน

-ประเมินจากข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ การให้บริการ

๑.๖มาตรฐาน/ข้อกำหนดทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญ

๑.มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม

๒.มาตรฐานงานเภสัชกรรม (พบส.)

๓.ระเบียบพัสดุว่าด้วยงานบริหารเวชภัณฑ์

๔.มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๑.๗ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (KEY QUALITY ISSUE)

๑.การเกิด MEDICATION ERROR

๒.ระยะเวลารอคอยรับยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๓.ยา,เวชภัณฑ์ขาดไม่พอใช้

๔.การเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์ (APR)

๕.การป้องกันผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

๖.การจัดการระบบ DRUG RECONCILE

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
๑.การเกิด MEDICATION ERROR	เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยา ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม		-จัดทำระบบการตรวจสอบในทุกขั้นตอนการให้บริการ เน้นยา LARSA และ HAD
๒.ระยะเวลารอคอยรับยา	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่รวดเร็ว ถูกต้อง	ระยะเวลาในการรอรับยาไม่เกิน ๑๕ นาที	-จัดระบบยาแบ่งบรรจุ -การให้บัตรคิว -ใช้โปรแกรมในการเรียกรับยา
๓.ความพึงพอใจในพฤติกรรมการให้บริการ	เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและอยากมารับบริการอีก	อัตราความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ ๘๕	-ทบทวนมาตรฐานพฤติกรรมอย่างน้อย ๖ เดือน/ครั้ง
๔.การประเมินติดตามยา HAD	ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้		-พัฒนาแบบบันทึกติดตามการใช้ยานกลุ่มดังกล่าว โดยเริ่มจาก KCL และ DOPAMINE INJ. ก่อน
๕.การประเมิน ติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ (ADR	ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และการแพ้ยาซ้ำ		-จัดระบบการเฝ้าระวังติดตามการใช้ยา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
๖.การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ	-เพื่อให้มีเวชภัณฑ์พอใช้ไม่ขาด -ไม่พบยาหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ	-ไม่พบรายงานเวชภัณฑ์ขาด,ไม่พอใช้ -ไม่พบรายงานยาหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ	-มีระบบติดตามการสั่งซื้อเวชภัณฑ์ -มีระบบเฝ้าระวังตรวจสอบป้องกันยาหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ
๗.ระบบDRUG RECONCILE	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามความเหมาะสม	-ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยได้รับต่อเนื่อง ไม่เกิน ๓ ครั้ง/เดือน	-จัดระบบการติดตามยา DRUG RECONCILE -ตรวจสอบ ทบทวน การสั่งใช้ยาของแพทย์เกี่ยวกับประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

ความเสี่ยงและตัวชี้วัดแต่ละขั้นตอน

๑.การจัด-จ่ายยาผิด

๑.กลุ่มผู้ป่วยนอก

กระบวนการหลัก	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑.ตรวจสอบคำสั่งการรักษาก่อนพิมพ์ใบสั่งยา,ฉลากยา	-สั่งยาผิดคน -การสั่งยาไม่เหมาะสม	-ไม่พบรายงานการสั่งยาผิดคน -พบการสั่งยาไม่เหมาะสม ไม่เกิน ๓ ครั้ง/เดือน
๒.จัดยา	-จัดยาผิดตัว ผิดจำนวน ผิดขนาด ฉลาก,ซองยาไม่ถูกต้อง -จัดยาที่เสื่อมคุณภาพ/หมดอายุ -ไม่ได้รับยา	-อัตราการเกิด PRE DISENISING ไม่เกิน ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ใบสั่งยา
๓.จ่ายยา		
-เรียกรับยาตามลำดับก่อน-หลัง -ประวัติการแพ้ยา -อธิบายการใช้ยา	-รับยาผิดคน -เกิดแพ้ยาซ้ำ -ผู้ป่วยไม่เข้าใจในคำแนะนำ -ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง -ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาไทย	-ไม่พบรายงานการจ่ายยาผิดคน -ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ
-การแนะนำการใช้ยาที่มิวิธีใช้พิเศษ	-ผู้ป่วยใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง -ผู้ให้คำแนะนำขาดทักษะในการแนะนำการใช้ยาให้เข้าใจ -ขาดระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ	

๒.กลุ่มผู้ป่วยใน

-ผู้ป่วยใน ที่กำลังนอนรักษาในโรงพยาบาล

กระบวนการหลัก	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑.ใบสั่งพร้อมถุงยา	-ใบสั่งยากับถุงยา ไม่ตรงกัน -คนไข้ย้ายตียง แล้วไม่ได้แจ้งห้องยา -มียาเหลือที่ไม่ตรงกับการใช้จริง	
๒.จัดยา	-จัดยาผิดชนิด ผิดขนาด ไม่ครบ ผิดจำนวน	-อัตราการเกิด DISENISING ERRORไม่เกิน ๕ ต่อใบสั่งยา ๑,๐๐๐
๓.พิมพ์ฉลากผิด	-พิมพ์ผิดคน ผิดขนาด ผิดชนิด ผิดวิธีใช้ ผิดเวลา	-อัตราการเกิด PRE DISENISING ERROR ไม่เกิน ๕ ต่อใบสั่งยา ๑,๐๐๐

-ผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายให้กลับบ้าน

กระบวนการหลัก	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด
๑.ข้อมูลคำสั่งการรักษาที่พิมพ์สั่งมาโดยพยาบาลจากตึกผู้ป่วยใน	-พิมพ์ยาผิดชนิด ผิดจำนวน ผิดขนาด ผิดวิธีใช้ ผิดเวลา	-อัตราการเกิด ไม่เกิน ๑ ต่อใบสั่งยา ๑,๐๐๐
๒.PRINT ฉลากยา	-PRINTER เสีย/รวน	
๓.จัดยา	-จัดยาไม่ครบตามรายการ -จัดไม่ครบจำนวน -จัดยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดคน	-อัตราการเกิด PRE DISENISING ERROR ไม่เกิน ๕ ต่อใบสั่งยา ๑,๐๐๐
๔.จ่ายยา	-ได้รับยาผิดคน -ได้รับยาไม่ครบตามรายการ	-ไม่พบการจ่ายยาผิดคน,ไม่ถูกต้อง

ความเสี่ยงที่สำคัญของฝ่ายเภสัชกรรม

๑.การจัดจ่ายยาผิด

ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	มาตรการแก้ไข/ป้องกัน
การจ่ายยาผู้ป่วยนอก	ไม่เกิน 0.5 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	-ตรวจสอบทุกขั้นตอนในการจัดจ่ายยา -บันทึกผลการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน -ประเมินจากผู้รับผลงาน
การจ่ายยาผู้ป่วยใน	ไม่เกิน 1 ต่อ 1,000 วันนอน	-ตรวจสอบทุกขั้นตอนในการจัดจ่ายยา -บันทึกผลการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน -ประเมินจากผู้รับผลงาน

๒.เวชภัณฑ์ขาด/ไม่พอใช้

ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	มาตรการแก้ไข/ป้องกัน
เวชภัณฑ์ขาด/เวชภัณฑ์ไม่พอใช้	ไม่เกิน 3 ครั้ง/เดือน	-มีการตรวจสอบอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ -จัดระบบการแจ้งเตือน โดยทุกคนมีส่วนร่วม -สรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน -มีระบบการขอยืม/จัดซื้อ จากโรงพยาบาลข้างเคียง/แม่ข่าย

๓.ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา

ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	มาตรการแก้ไข/ป้องกัน
ผู้ป่วยต่างด้าว เช่น พม่า ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง	ผู้ป่วยต่างด้าว (พม่า) เข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 100	-จัดทำชาร์ท ในการใช้อธิบายแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นภาษาพม่า -ให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการ ในการใช้ภาษาพม่าในการสื่อสารต่างๆ -สรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน

๔.ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	มาตรการแก้ไข/ป้องกัน
ผู้ป่วย เกิดแพ้ยาซ้ำ และเกิดอันตรายเกิดขึ้น	ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	-ลงบันทึกประวัติการแพ้ยาทุกรายหลังจากมีการประเมิน ทั้งใน OPD CARD/โปรแกรมคอมพิวเตอร์ -สอบถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วยทุกรายด่อนจ่ายยา -ตรวจสอบแบบบันทึกการลงประวัติการแพ้ยาทุกสัปดาห์ -สรุปผลการปฏิบัติงานทุก 1 เดือน

๕.การโจรกรรมทรัพย์สิน/เวชภัณฑ์

ความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	มาตรการแก้ไข/ป้องกัน
เกิดโจรกรรมทรัพย์สิน/เวชภัณฑ์ ในฝ่ายเภสัชกรรม	ไม่พบอุบัติการณ์ทรัพย์สิน/เวชภัณฑ์ สูญหาย	-ตรวจสอบเวชภัณฑ์คงคลังทุก 2 สัปดาห์ -ติดตั้งกล้องวงจรปิด เพื่อตรวจสอบ ป้องปรามทุกจุดเสี่ยงภายในฝ่าย -กำหนดผู้รับผิดชอบ ในการควบคุม และ เปิด-ปิดคลัง -จัดเก็บตู้บริจาคทุกวัน และส่งเงินแก่คณะกรรมการทุก 3 เดือน -สรุปผลการปฏิบัติงานทุก 1 เดือน

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านการปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการทำงาน และทำงานมากันมากกว่า ๑๐ ปี และมีการออกปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ด้วย ทำให้มีทักษะ และรู้ถึงวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ แต่การมีบุคลากรค่อนข้างจำกัด ในขณะที่ภาระงานมีอยู่มาก รวมทั้งการออกปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ด้วย ทำให้บุคลากรต้องรับผิดชอบงานงานที่ค่อนข้างหนัก ห้องยาที่มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการอำนวยความสะดวกและการเฝ้าระวังงานที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ การเรียกรับยาในคนไข้นอก มีข้อมูลสำหรับใช้อ้างอิง ในการใช้ยาในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และให้นมบุตร และสามารถให้การปรึกษาปัญหาเรื่องยากับแม่ข่าย และค้นหา RECONMENDATION ในข้อมูลที่สงสัยหรือต้องการคำตอบโดยใช้สื่อสารสนเทศที่มีอยู่ได้

การสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรในฝ่าย เป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากมีระดับ CHOLOSTEROL สูง จำนวน ๕ คน ซึ่งได้มีการเข้ากลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น และมีการตรวจติดตามผล รวมทั้งการตรวจวัดสมรรถภาพปีละ ๑ ครั้ง มีกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพหลากหลายกิจกรรม ทั้งภายในโรงพยาบาล และกับโรงพยาบาลเครือข่าย รวมทั้งกีฬาเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความชอบและสมัครใจ ส่วนทางด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ จะมีบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และการเน้นในกลุ่มผู้ป่วย COPD/ASMATHA ในการให้ความสำคัญกับการใช้ยาพ่นให้ถูกต้อง

๓.กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรม	วิธีการ	ความครอบคลุม	ผลการทบทวน/การปรับปรุง	กรณีตัวอย่าง
ทบทวนการดูแลผู้ป่วย	ประชุมฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้อง	ทบทวนแนวทางปฏิบัติการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโควิด ประเภทผู้ป่วยนอก	-มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและกำหนดจุด สถานที่ในการจ่ายยาให้กลุ่มดังกล่าว	-กำหนดแนวทางปฏิบัติรวมทั้งบันทึก การให้บริการประจำวันไว้ด้วย
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	ประชุมฝ่าย/กลุ่มงาน	การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วย T.B.	-ออกแบบแนวทางปฏิบัติโดยปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	-กำหนดให้มีเภสัชกร ทวนสอบยาที่จัดอีกครั้ง เป็น TRIPLE CHECK ก่อนส่งมอบ
ทบทวนการใช้ทรัพยากร	ประชุมฝ่าย / คณะกรรมการ PTC	ข้อกำหนดการสั่งใช้ยาสูดพ่น ,ในเวรนอกเวลา ภายในโรงพยาบาล และใน PCU/PCC	-ทบทวนข้อกำหนดการสั่งใช้ยา สูดพ่นให้เป็นปัจจุบัน	-กำหนดยาสูดพ่น ชนิด EVORLOW ให้ใช้เฉพาะในเวลาราชการ ภายใน รพ. เท่านั้น
ทบทวนตัวชี้วัด	ประชุมฝ่าย/ คณะกรรมการ PTC	ทบทวนตัวชี้วัด และการติดตามตัวชี้วัด	-กำหนดตัวชี้วัดให้เป็นปัจจุบัน และกำหนดระยะเวลาในการติดตามข้อมูลตัวชี้วัด	-กำหนดตัวชี้วัด ประจำปี 2565 ให้เป็นปัจจุบัน สะท้อนความเป็นจริง โดยดูจากข้อมูลปี 2564

๔.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ ด้านการจัดการด้านยา

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ : ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
1.อัตรา dispensing error ผู้ป่วยนอก(ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)	<0.5	29/101,165 =0.29	25/107,528 =0.23	22/111,477 =0.20	13/96,691 =0.13	15/117,968 =0.11
2.อัตรา dispensing error ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน)	<10	40/6,645 =6.02	41/6,513 =6.29	34/7,501 =4.50	24/5,983 =4.01	25/16,214 =1.54
3.อัตรา admin error(ระดับ C ขึ้นไป) (ER/IPD)ครั้ง	จำนวนครั้ง/เดือน	14/37	13/38	9/28	12/16	12/16
4.เหตุการณ์ medication error ทั้งมีความรุนแรงระดับG-I	0	0	0	0	0	0
5. medication error ที่มีความรุนแรงระดับ E-I ได้รับการค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขตามระบบที่กำหนด	ร้อยละ 100	100 (2 เรื่อง)	100 (3 เรื่อง)	0	0	100 (1 เรื่อง)
6.เหตุการณ์แพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ

๕.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

๕.๑ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

เรื่อง	วัตถุประสงค์	การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	ผลลัพธ์
๑.การใช้โปรแกรม DRUG DISPENSING ในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	-เพื่อเฝ้าระวังการเกิด MED ERROR ในขั้นตอนการสั่งยา/จัดยา	-เพิ่มความถูกต้อง ในการตรวจสอบเฝ้าระวังโดยเภสัชกรที่ได้รับมอบหมาย	-ลดความคลาดเคลื่อนทางยาในทั้ง ๒ ขั้นตอน อย่างมีนัยสำคัญ
๒.การใช้โปรแกรมบริหารคลังเวชภัณฑ์ ในการเฝ้าระวังยาหมดอายุ	-เพื่อไม่ให้เกิดยาหมดอายุ และเสื่อมคุณภาพ	-มีการรายงานยาใกล้หมดอายุภายใน ๑ ปี ทุก ๑ เดือน	-ไม่พบรายงานยาหมดอายุ และมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์จำนวน 5 ครั้ง
๓.การพัฒนาระบบ DRUG RECONCILE	-เพื่อให้การใช้ยาของผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง	-เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ได้กำหนดเอาไว้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	-ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องครบถ้วน เหมาะสม -ไม่พบผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

๕.๒การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

เรื่อง	วัตถุประสงค์	การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	ผลลัพท์
๑.การใช้โปรแกรมบันทึกความเสี่ยง ด้วยโปรแกรม HRMS	-เพื่อบันทึก MED EROR ที่เกิดขึ้น เข้าสู่ระบบ และให้เป็นไปตามมาตรฐาน	-เป็นการนำโปรแกรมความเสี่ยงมาใช้ในการบันทึก และเฝ้าระวังทบทวน เพื่อลด MED EROR ที่เกิดขึ้น	-มีการบันทึกอย่างถูกต้อง สามารถลด MED EROR ที่เกิดขึ้น และไม่เกิดเหตุซ้ำ หรือพบระดับรุนแรง (E-I)
๒.การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 4 กลุ่มโรค (RDU)	-เพื่อให้ รพ.ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 กลุ่มโรค	-เป็นการดำเนินงานเฝ้าระวังและแจ้งผลทุก 1 เดือน	-รพ.ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ 1 กลุ่มโรค วางแผนให้ผ่าน ภายในปี 2565 นี้

๖. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เรื่อง	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	แผนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง	กรอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.การเฝ้าระวังติดตามการใช้ยาฉีด นอกบัญชียา รพ.	-เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม	-มีแบบบันทึกการเฝ้าระวังติดตาม และให้รายงานผลทุก ๑ เดือน	ต.ค.๖๔-ก.ย.๖๕	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๒.การติดตามระบบ DRUG RECONCILE	-กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน	-กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย DM/HT	ต.ค.๖๔-ก.ย.๖๕	กลุ่มงานเภสัชกรรม

๗.บทเรียนจากการพัฒนา

เรื่อง	ปัญหา/โอกาสพัฒนา	วัตถุประสงค์	การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง	ผลลัพธ์
๑.การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน ๔ กลุ่มโรค	-รพ.ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มโรคบาดแผลลึกจากอุบัติเหตุ	-เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ข้อดังกล่าว	-กำหนดแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มโรคเป้าหมายดังกล่าว	-เมื่อสิ้นปีงป 2565 รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้ง 4 กลุ่มโรค

Service Profile

กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลบางแพ

1.บริบท (Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

บริการอาหารให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ สะอาด ปลอดภัย ถูกคน ถูกโรค

ข.ขอบเขตการให้บริการ

บริการอาหารผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยห้องพิเศษ ผู้ป่วยห้องคลอด ผู้ป่วยห้องสังเกตอาการ ตั้งแต่เวลา 6.30 – 17.00 น. และบริการอาหารนักศึกษาแพทย์ด้วย

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยในและห้องคลอด	ต้องการให้จัดอาหารถูกต้องครบถ้วนตามใบเบิกอาหารและได้รับการประสานงานที่ดี
เจ้าหน้าที่การเงิน	ต้องการเอกสารการเบิกจ่ายเงินค่าอาหารที่ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ป่วยได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ปริมาณเพียงพอ ตรงตามเวลา ตรงกับโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่ตรงประเภท
2. ผู้ป่วยเกิดอาการท้องเสียจากการรับประทานอาหารของโรงพยาบาล
3. การติดเชื้อจากผู้ให้บริการแล้วไปติดต่อผู้รับบริการ
4. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ผู้ป่วยแพ้
5. ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหาร

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณ

งาน/หน้าที่	ปี 2561	ปี 2562	ปี2563	ปี2564
1.บริการอาหารผู้ป่วยใน จำนวนผู้รับบริการ (ราย/ปี)				
บริการอาหารผู้ป่วยสามัญ	6,597	7,402	6,159	8,157
บริการอาหารผู้ป่วยพิเศษ	1,065	1,230	869	733
รวมผู้ป่วย	7,662	8,632	7,028	8,890
2. บริการอาหารจัดเลี้ยงพิเศษเพื่อรับรองและสนับสนุนการประชุมวิชาการ (คน/ครั้ง)	371/20	-	-	-
3. อาหารโภชนบำบัด(พิเศษ,สามัญ)				
อาหารธรรมดา	1,905	2,313	1,924	3,963
อาหารอ่อน	4,988	5,358	4,111	4,256
อาหารโรคเบาหวาน	355	320	359	425
อาหารโรคเบาหวานและความดันสูง	1,110	1,141	847	1,285
อาหารโรคไต	213	179	282	132
อาหารไขมันต่ำ	48	15	131	391
อาหารเพิ่มโปรตัสเซียม	-	-	-	-
ผู้ป่วยแพ้อาหารทะเล(กุ้ง,ปลาหมึก)	32	31	25	16
อาหารอิสลาม	0	1	6	3
อาหารเหลวข้น	84	100	95	91
อาหารเหลวใส	19	7	29	12
อาหารปั่นผสม	420	702	468	622
อาหารมังสวิรัติ	-	-	-	5
5. การให้ความรู้ญาติผู้ป่วยเรื่องอาหารปั่นผสม	30	43	29	18
- การขึ้นเยี่ยมผู้ป่วยโรคCOPร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	2	4	2	0
- การขึ้นเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวาน	8	12	6	0
- การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไต	43	55	20	0

กระบวนการสำคัญ (key Processes)

กระบวนการ	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปัญหา/ความเสี่ยง
1.รับใบเบิกอาหาร	เพื่อให้ทราบจำนวนการเบิกอาหารแต่ละชนิด	- จำนวนครั้งที่พบใบเบิกอาหารไม่ครบถ้วน,ถูกต้อง	เขียนใบเบิกอาหารข้อมูลไม่ชัดเจนครบถ้วน
2.การจัดซื้ออาหารและตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารสด	เพื่อให้ได้อาหารที่มีคุณภาพและปริมาณครบถ้วน	-อัตราที่พบวัตถุดิบไม่มีคุณภาพ -ไม่พบอาหารที่มีสารเคมี ,สารพิษ	ได้วัตถุดิบไม่ตรงตามที่กำหนด
3.การเตรียมและปรุงอาหาร	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่สะอาดปลอดภัยถูกต้องตามใบเบิกอาหาร	- ชนิดของอาหารไม่ตรงกับใบเบิกอาหาร - จำนวนครั้งที่พบสิ่งปนเปื้อนในอาหาร	จัดอาหารไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย พบสิ่งปนเปื้อนในอาหาร เช่นเส้นผมหรือแมลงวัน
4.การจัดส่งอาหาร	เพื่อลดความผิดพลาดของอาหารที่จัดบริการผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการอาหาร	-อัตราการจัดส่งอาหารผิด (ผิดคน,ผิดประเภท ผิดเวลา) -แบบประเมินความพึงพอใจ -ข้อร้องเรียน ,รายงานอุบัติการณ์	จัดส่งอาหารผิดคน,ผิดประเภท ส่งอาหารไม่ทันเวลาที่กำหนด
5.การทำความสะอาดถาดอาหารผู้ป่วย	เพื่อให้ถาดอาหารสะอาดการแยกล้างที่ถูกต้อง	- จำนวนครั้งที่พบการแยกถาดอาหารไม่ถูกต้อง -จำนวนครั้งที่พบถาดไม่สะอาด	ถาดอาหารผู้ป่วยค้างภาชนะไม่สะอาด
6.เผยแพร่ความรู้	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ด้าโภชนาการและโภชนบำบัดที่ถูกต้องและนำไปปฏิบัติได้	- จำนวนครั้งที่ให้ความรู้ญาติผู้ป่วยในการทำอาหารทางสายฯ -จำนวนครั้งที่ให้ความรู้ผู้ป่วยที่ward.	บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียจากอาหารที่ได้รับจากกลุ่มงานโภชนศาสตร์	0ครั้ง/เดือน	0	0	0	0
2.จำนวนครั้งที่พบสิ่งปนเปื้อนในอาหารเช่น เส้นผมหรือแมลงวันในอาหาร	0ครั้ง/เดือน	0	0	0	0
3.จำนวนครั้งที่ชนิดของอาหารไม่ตรงกับใบเบิกอาหาร	<2ครั้ง/เดือน	0	0	0	0
4.จำนวนข้อร้องเรียน	0ครั้ง/เดือน	0	0	0	0
5.จำนวนครั้งที่พบว่าแยกถาดอาหารไม่ถูกต้อง	0ครั้ง/เดือน	0	0	0	0
6.จำนวนครั้งที่พบเชื้อที่ก่อให้เกิดอันตรายจากถาดอาหารผู้ป่วย (จากผลการตรวจ SI-2 ของฝ่ายสุขาภิบาลฯ ทุก 3 เดือน)	0ครั้ง/เดือน	0	0	0	0

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
1.การปรับปรุงพัฒนาสถานที่งานบริการอาหาร	มีนาคม 2553	- มีบริเวณสถานที่การปฏิบัติงานสะอาดเป็นสัดส่วน ลดโอกาสในการปนเปื้อนของอาหารได้มาก
2.อาหารสะอาดและปลอดภัยจากสารเคมี	พฤศจิกายน 2553	- ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยจากสารเคมีมากขึ้น -ไม่พบว่ามีอาหารบูดเสีย
3.การเฝ้าระวังการผลิตอาหารทางสายฯ	มกราคม 2553	- ตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม 2554 ถึงปัจจุบัน ไม่พบว่ามีปัญหาไม่ได้ส่งใบสั่งซื้ออาหาร
4.ปรับเปลี่ยนระบบการส่งใบสั่งซื้ออาหาร	พฤษภาคม 2554	- เกิดแนวทางปฏิบัติในการส่งใบสั่งซื้ออาหาร
5.ทำงานอย่างไรให้มีการลาป่วยลดลง	พฤศจิกายน 2554	- วันลาป่วยของเจ้าหน้าที่งานบริการอาหารจากปี 2553 เปรียบเทียบกับ 2554 ลดลง 5 วัน
6.การนำผักพื้นบ้านมาใช้ประกอบอาหาร	มีนาคม 2555	- มีผักพื้นบ้านประเภทใบกระเพราโหระพา, แมงลักที่สดใช้ในปริมาณเพียงพอ
7.การปรับปรุงพื้นที่ตรวจรับอาหาร	มีนาคม 2555	- มีพื้นที่ตรวจรับอาหารสะอาดเป็นสัดส่วน ลดโอกาสในการปนเปื้อนสู่ห้องครัวได้มาก

เรื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
8.นำถุงบรรจุอาหารทางสายฯ (FEEDING BAG) มาใช้แทนถุงพลาสติกที่ใช้ใส่อาหารร้อน	มิถุนายน 2557	1. ลดขั้นตอนการบรรจุอาหาร เดิมถ้าผู้ป่วยรับประทานมื้อละ 250 ml x 4 F ก็ต้องนำอาหารเทลงในเหยือกแก้วที่มีปริมาณ ml บ่งบอก แล้ว จึงเทลงใส่ถุงพลาสติก 4 ถุง ปัจจุบันนำอาหารเทใส่ในถุงได้เลยโดยไม่ต้องผ่านเหยือกเพราะข้างถุงมีปริมาณ mlบ่งบอกชัดเจน 2. ไม่เกิดปัญหาถุงรั่ว ถุงแตก เพราะถุงมีขนาดความหนามากกว่าถุงพลาสติกธรรมดา และปากถุงมีที่ล๊อคปิด - เปิด ทำให้สะดวกในการใช้
9.ปรับปรุงพื้นที่ห้องทำอาหารทางสายฯ	มิถุนายน 2557	- มีห้องทำอาหารทางสายฯที่เป็นห้องปรับอากาศ มีประตูปิดมิดชิดเพื่อเป็นการป้องกันแมลงวันและฝุ่นละออง ลดโอกาสที่จะเกิดการปนเปื้อน
10.ปลอกสวมถุงมือกันการติดเชื้อ	มีนาคม 2558	- เมื่อนิ้วมือพนักงานประกอบอาหารเป็นแผลก็จะสวมถุงมือ เฉพาะนิ้วที่เป็นแผล ทำให้บาดแผลไม่เกิดการติดเชื้อ หยิบจับสิ่งของได้สะดวกมากขึ้น
11.ไข่เค็มดอกเกลือ	พฤศจิกายน 2559	- จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยพึงพอใจกับรสชาติของไข่เค็มดอกเกลือ เพราะมีรสเค็มน้อย หวานนิดๆ นุ่มอร่อย ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวได้ง่าย

เรื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
12.ผักอินทรีย์เพื่ออาหารปลอดภัย	กรกฎาคม 2560	- ผักอินทรีย์ที่เกษตรกรผลิตมีไม่หลากหลายชนิด จึงต้องกำหนดรายการอาหารเป็นประเภทผักพื้นบ้านเช่น หัวปลี ตำลึง ยอดฟักทอง ร่วมด้วย
13.อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (Food Safety Hospital)	มกราคม 2561	- เลือกใช้วัตถุดิบหรือผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย. เพื่อผู้ป่วยได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย
14.อาหารปลอดภัยเมนูเทวดา QR code	พฤษภาคม 2561	- ผู้รับบริการและญาติสามารถดูส่วนประกอบ คุณค่าทางโภชนาการของเมนูอาหารได้ และนำเมนูอาหารไปประกอบอาหารที่บ้านโดยผ่านทางโทรศัพท์มือถือได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และยังสามารถแนะนำต่อผู้อื่นในชุมชนได้อีกด้วย
15. แผ่นพับเมนูเทวดา QR code	พฤษภาคม 2561	- แผ่นพับเป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้มากและใช้งบประมาณในการจัดทำน้อยไม่สิ้นเปลืองมาก ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงข้อมูลเมนูอาหารได้ง่ายและสะดวก
16.ปรับเปลี่ยนวิธีการตวงอาหารทางสายฯ	ตุลาคม 2561	- ปริมาณอาหารตรงกันกับที่ตึกผู้ป่วยในและไม่ได้รับแจ้งจากงานผู้ป่วยในว่ามีจำนวนอาหารเหลือหรือมีปริมาณไม่ตรงกันอีก
17.การพัฒนารูปแบบการผลิตอาหารทางสายฯสูตรสำเร็จ	พฤศจิกายน 2561	- ลดขั้นตอนในการผลิตอาหารทำให้ใช้เวลาน้อยลงประหยัดเวลาในการผลิต

เรื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
18.เพิ่มผลไม้ให้ผู้ป่วยสามัญในมื้อเย็น	พฤษภาคม 2562	- จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจทุกราย
19.การเพิ่มสีสันในถาดอาหาร	พฤศจิกายน 2562	- อาหารในถาดผู้ป่วยมีสีสันน่ารับประทานมากขึ้น
20.ถุงลดโลกร้อน	มกราคม 2563	- ลดการใช้ถุงพลาสติกได้เป็นจำนวนมาก ช่วยลดปัญหาของขยะพลาสติก ซึ่งปัญหาของขยะพลาสติกมีผลกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อม
21.การใช้ภาชนะบรรจุอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19)	พฤษภาคม 2563	- เมื่อเกิดโรคที่มีความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานในการบริการอาหารผู้ป่วย การนำภาชนะประเภทใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง(Single use) เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อและสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ สามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นๆได้
22.การใช้ Face Shield ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	พฤษภาคม 2563	- ผู้ปฏิบัติงานได้สวมใส่ Face Shield ทุกครั้งขณะปฏิบัติงานไม่เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - สามารถนำ Face Shield มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของกลุ่มงานโภชนศาสตร์ได้

เรื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
23.การบริการอาหารผู้ป่วยในช่วงที่มีโรคไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19)ระบาด	มกราคม 2564	- ผู้ป่วยได้รับอาหารที่บรรจุกล่องเฉพาะรายซึ่งสะดวกทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แพร่เชื้อ ลดขั้นตอนการล้างภาชนะและจัดเก็บ ทำให้ประหยัดเวลาต่อการปฏิบัติงานของพนักงานประกอบอาหาร

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (Food Safety)	เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้บริโภคอาหารที่สะอาด ลดอัตราการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารไม่สะอาด	ต.ค 64 – ก.ย 65	จนท.กลุ่มงานโภชนศาสตร์และคณะกรรมการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

พัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภันในโรงพยาบาลโดยเลือกซื้อวัตถุดิบที่ปลอดภัยปลอดสารพิษมาประกอบอาหารให้ผู้ป่วย ปรุงอาหารให้ผู้ป่วยโดยยึดหลัก ลด หวาน มัน เค็ม เติมเต็ม ผัก ผลไม้

Service Profile

งานยานพาหนะ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ปีงบประมาณ 2564

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานยานพาหนะ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลบางแพ ให้บริการรถพยาบาล และรถบริกา
ทั่วไป
ดังนี้

1. รถพยาบาลฉุกเฉิน รับ – ส่งผู้ป่วย Refer ผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลอื่น
2. รับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลอื่นมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลบางแพ
3. งานการพยาบาลผู้ป่วยในส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เยี่ยมบ้าน นำผู้ป่วยส่งตรวจ X – Ray , MRI , CT ฯ
4. ส่งสิ่งส่งตรวจต่างๆ ส่ง Lab , ขอเลือด
5. กลุ่มงานเภสัชกรรม ขอซื้อยา , ขอยืมยา , ขอส่งคืนยา ตรวจร้านขายยา ตรวจสถานพยาบาล ตรวจตลาดสด ฯ
6. ส่งฝ่ายสุขาภิบาลออกรถณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย พ่นหมอกควัน , ออกตรวจร้านอาหารในพื้นที่ โรงเรียน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค
7. ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ออกชมรมผู้สูงอายุ , ออกอนามัยโรงเรียนในเขต , เยี่ยมบ้าน
8. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ออกอนามัยโรงเรียน , ออกหน่วยทันตกรรม ใน รพ.สต.
9. กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ เยี่ยมบ้าน ออกตรวจประเมิน รพ.สต.
10. กลุ่มงานบริหารทั่วไป ซื้อวัสดุ ธนาคาร ส่งหนังสือราชการ
11. ส่งเจ้าหน้าที่ ประชุม อบรม สัมมนา
12. งานให้บริการต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ขอบเขตการให้บริการ ประกอบด้วยการให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน และให้บริการยานพาหนะทั่วไป แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1.หน่วยงานภายใน/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	1. ได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา 2. มีมารยาทในการขับรถ 3. บริการที่พึงพอใจ
2. ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้รับบริการ	1. ได้รับความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา 2. มีมารยาทในการขับรถ 3. บริการที่พึงพอใจ
3. หน่วยงานภายนอก	1. ได้รับความร่วมมือในการประสานงาน 2.รับฝากเอกสารต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องได้

5. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

สรุปงานยานพาหนะ ปีงบประมาณ 2549-2564

สรุป การใช้บริการรถพยาบาล และการบริการพาหนะทั่วไป(จำนวนเที่ยว)

รายการ ปีงบประมาณ	กค 3694		บธ 4521	น 7654	นข 1345	บร 4894	กต 2917	กธ 3448	นข 2069	กร 1798
	REFER	ทั่วไป								
2549	545	117	649	498						
2550	518	55	512	403						
2551	605	47	555	507						
2552	757	52	535	512						
2553	705	98	570	456						
2554	820	32	409	228	278	324	81	81		
2555	486	0	533	85	472	548	329	329		
2556	519	9	392	125	416	634	356	356		
2557	215	60	429	97	424	476	510	510		
2558	22	95	481	173	482	835	431	431		
2559	5	52	489	111	437	806	409	409		
2560	6	52	370	34	525	698	380	380	337	
2561	0	65	404	3	510	639	421	581	477	

2562	0	58	404	0	492	750	464	382	475	
2563	0	42	357	0	496	664	388	417	449	
2564	0	4	544	-	313	692	450	501	501	25

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

การให้บริการที่ปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. อาจเกิดอุบัติเหตุ จากรถ ผู้ใช้ และสภาพถนน ฝนตก
2. ผู้ป่วยอาจตกเตียง
3. รถเสียระหว่างออกปฏิบัติงาน
4. การติดเชื้อ

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

งานยานพาหนะ ฝ่ายบริหารทั่วไป มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ทั้งหมด 7 คน

1. นายหยุด ทองงาม นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ หัวหน้างาน
2. นางสาวกรวรรณ วะราสินธ์ เจ้าพนักงานธุรการ
3. นางสาวจุฑามาศ อ่อนเจริญ เจ้าพนักงานธุรการ
3. นายณัฐพิพัฒน์ เรียนชอบ พนักงานขับรถยนต์
4. นายเจริญ อินทร์จุ้ย พนักงาน ขับรถยนต์
5. นายเสมอ พึ่งเดช พนักงานขับรถยนต์
6. นายกฤชรัช ธนธัชศุภกุล พนักงานขับรถยนต์
7. นายสิทธิพงษ์ อุตเภา พนักงานขับรถยนต์

มีใบอนุญาตขับรถยนต์ จากกรมการขนส่งทางบกทุกคน

มีรถพยาบาลฉุกเฉิน 3 คัน

1. รถพยาบาล ทะเบียน กค 3694 ราชบุรี
2. รถพยาบาล ทะเบียน กต 2917 ราชบุรี
3. รถพยาบาล ทะเบียน กธ 3448 ราชบุรี

รถยนต์ทั่วไป 4 คัน

1. รถยนต์ ทะเบียน บธ 4521 ราชบุรี
2. รถยนต์ ทะเบียน นข 1345 ราชบุรี
3. รถยนต์ ทะเบียน บร 4894 ราชบุรี
4. รถยนต์ ทะเบียน นข 2069 ราชบุรี (1 ก.ย.59)
5. รถยนต์ ทะเบียน กร 1798 ราชบุรี

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. รับแผนการขอใช้รถ - ผู้ขอรับบริการแจ้งความประสงค์ขอใช้รถยนต์ โดยการยื่นใบขออนุมัติใช้รถยนต์ไปราชการ กรณีเร่งด่วน Refer หรือ EMS โทรแจ้งความประสงค์ก่อน และเขียนใบขออนุมัติขอใช้รถยนต์ตามความประสงค์ - งานยานพาหนะจัดรถยนต์และพนักงานขับรถยนต์ออกปฏิบัติงานตามที่ร้องขอและมอบหมายการปฏิบัติงาน - เสนอใบอนุมัติใช้รถยนต์ไปราชการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อลงนามอนุมัติ	-มีเจ้าหน้าที่รับแจ้งและรับประสานงาน -มีรถยนต์ออกปฏิบัติงานทันทีที่ได้รับแจ้งว่ามี Refer หรือ EMS -เขียนใบอนุมัติขอใช้รถยนต์ครบถ้วนถูกต้องวัน เวลา และสถานที่	- ใบอุบัติการณ์/ ข้อ-ร้องเรียนของผู้รับบริการ
2. การเตรียมความพร้อม	-รถยนต์พร้อม	- ใบอุบัติการณ์ / ข้อ-

- รถยนต์พร้อมบริการ - พนักงานขับรถยนต์พร้อมปฏิบัติงาน	-พนักงานขับรถยนต์พร้อมให้บริการ	ร้องเรียนของผู้รับบริการ
3. ออกปฏิบัติงาน - ก่อนออกปฏิบัติงานพนักงานขับรถยนต์ตรวจสอบความพร้อมของรถยนต์ก่อนออกให้บริการ	- พนักงานขับรถ - ขับรถถูกกฎจราจร - ขับรถด้วยความนุ่มนวล ไม่ประมาท มีมารยาทในการขับรถ - ขับรถด้วยความเร็วไม่เกิน 90 กม./ชม. - พนักงานขับรถไม่ดื่มของมึนเมา/สุรา ขณะปฏิบัติหน้าที่ - ทันเวลา - ปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่กำหนด - รถพยาบาลส่งผู้ป่วย ตาม พนักงาน ขับรถยนต์ได้ภายใน 5 นาที - การบริการรถทั่วไป ให้มาก่อนเวลา 5 นาที - พึงพอใจ - เอาใจใส่ผู้ให้บริการพร้อมให้ความช่วยเหลือ - พูดจาสุภาพนุ่มนวล เต็มใให้บริการ - แต่งกายสุภาพเรียบร้อย - รถเข็นในรถพยาบาล - สะอาด ไม่มีคราบเลือดคราบสกปรก - รถเข็นพร้อมใช้งาน ขณะเข็นไม่มีเสียงดัง - เสาน้ำเกลืออยู่ในสภาพพร้อมใช้ - บันทึกรายงานการใช้รถครบถ้วน ถูกต้อง	-จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน -จำนวนครั้งที่ขอรถแล้วไม่สามารถออกปฏิบัติงานได้

	- รถยนต์ รถเข็น อุปกรณ์ในรถสะอาด	
4. หลังปฏิบัติงาน	- บันทึกรายงานการใช้รถ ครบถ้วน ถูกต้อง - รถยนต์ รถเข็น อุปกรณ์ในรถสะอาด	- ใบอุบัติการณ์ / ข้อ-ร้องเรียนของผู้รับบริการ - ใบอุบัติการณ์ / ข้อ-ร้องเรียนของผู้รับบริการ - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ - อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนเรื่องความสะอาด - อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนเรื่องความสะอาด

3. ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (Performance Indicater)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี	ปี 2558	ปี	ปี	ปี	ปี 2562	ปี	ปี

		2557		2559	2560	2561		2563	2564
1.จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุขณะใช้รถยนต์	0 ครั้ง/เดือน	0	0.08	0	0.16	0.08	0	0.08	0
2.จำนวนครั้งที่เกิดรถเสียระหว่างทาง	0 ครั้ง/เดือน	0	0.08	0.25	0	0.16	0.27	0.08	0.08
3.จำนวนครั้งขอรถแล้วไม่ได้ตามกำหนด	0 ครั้ง/เดือน	0	0	0	0.08	0	0	0	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่องที่พัฒนา	ระยะเวลาดำเนินการ	การประเมินผลโดยสรุป
บอร์ดเตือนความจำ	มกราคม - กันยายน ๒๕๕๙	เตือนความจำในงานที่ยังค้างอยู่ เมื่อเสร็จภาระกิจแล้วลบทิ้ง
ช่องทางแจ้งพฤติกรรมการขับรถ	มกราคม - กันยายน ๒๕๕๙	มีช่องทางการสื่อสารให้ผู้ใช้บริการแจ้งการขับรถของโรงพยาบาลที่ไม่สุภาพ
กระดานบอร์ดรับน้ำหนักผู้ป่วย	เมษายน - ธันวาคม ๒๕๕๙	ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก เตียงรถเข็นไม่ทรุด ยืดอายุการใช้งานเตียงรถเข็น
เชือกรัด กันล้ม	ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป	ใช้ได้ดีถังขยะหลังรถไม่ล้ม
เวรผมครับตั้งรับดีกว่า	มกราคม 2560 เป็นต้นมา	ส่งต่อผู้ป่วยได้ทันตามกำหนดเวลา
ร่วมด้วยช่วยกัน	มิถุนายน 2560 เป็นต้นมา	มีรถออกปฏิบัติงาน ช่วยประหยัดเวลา มีรถใช้จามที่ร้องขอ
ไม้กั้นป้องกันภัย	สิงหาคม 2560 เป็นต้นมา	ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ
ช่องเหล็กกั้นแทนไม้กั้น	ธันวาคม 2560 เป็นต้นมา	ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ เลื่อนง่ายได้มาตรฐาน
แกลลอนใส่ขวดน้ำกันล้ม	16 กรกฎาคม 2561-เป็นต้นมา	ใช้ได้ดีไม่มีน้ำหกเลอะ
การบำรุงรักษารถยนต์และการใช้รถอย่างปลอดภัย	1 กุมภาพันธ์ 2562 – เป็นต้นมา	รถยนต์ทุกคันผ่านการตรวจเช็ค ตามระบบ/ระยะทาง ผู้รับบริการถึงที่หมายปลอดภัย
รถ Ambulance ตากแดด	1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา	ไม่พบการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่หรือพนักงานขับรถ รถสะอาด ไม่มีกลิ่นอับ
ตะกร้าส่ง Lab	1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นมา	ไม่พบการเท หก แตก ของ Tube lab
ที่ตั้งกันล้ม	1 มีนาคม 2563-ปัจจุบัน	สะดวกในการใช้งาน
ที่กั้นกันเลอะ	1 เมษายน 2563-ปัจจุบัน	ป้องกันการเลอะจากสาร คัดหลั่ง

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ด้วยที่จอดรถของโรงพยาบาลบางแพมีที่จอดรถกระจัดกระจาย งานยานพาหนะเห็นที่ว่าเปล่าที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว ซึ่งเป็นที่โรงเพาะชำเดิม ถ้าปรับปรุงเป็นที่จอดรถยนต์ของโรงพยาบาลทั้งหมด จะจอด

รถได้ 7 คัน และที่จอดรถด้านหน้าโรงพยาบาลผู้รับบริการจะมีที่จอดรถเพิ่มขึ้น ซึ่งเคยนำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบางแพไปแล้วขณะที่คณะกรรมการเดินสำรวจพื้นที่โรงพยาบาล

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

-

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นายณัฐพิพัฒน์ เรียนชอบ ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

ดูแลรับผิดชอบรถยนต์ของโรงพยาบาลทะเบียน กธ 3448 ราชบุรี ทะเบียน นข 2069 ราชบุรี

1. ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานขับรถยนต์ โดยปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ความปลอดภัย ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ใช้ถนนร่วมกัน
2. ตรวจสอบ จัดเตรียมสภาพความพร้อมของรถยนต์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ครบถ้วน มีสภาพสมบูรณ์ พร้อมใช้งานตลอดเวลา รวมถึงเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจ ของผู้ขับขี่ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลา
3. ศึกษาและวางแผนกำหนดเส้นทางในการเดินทาง จากแผนที่ ให้สามารถเดินทางถึงที่หมายได้ อย่างปลอดภัย และตามกำหนดเวลา
4. ทำแผนซ่อมบำรุง ตามระยะเวลาที่คู่มือกำหนด และบำรุงรักษาทำความสะอาดรถยนต์ในความ รับผิดชอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด ทำความ สะอาดโรงจอดรถ ทำความสะอาดห้องพัก พนักงานขับรถ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม ภายในบริเวณที่จอดรถให้เรียบร้อย ปลอดภัย
5. จัดทำสถิติรายละเอียดการใช้รถยนต์ประจำวัน เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบ ควบคุมการใช้รถยนต์ให้ถูกต้องตามใบขออนุมัติใช้รถยนต์
   - ลงบันทึกระยะทางประจำรถเมื่อใช้รถ
   - ลงบันทึกการเติมน้ำมันประจำรถเมื่อเติมน้ำมัน
   - ลงสรุปการใช้ระยะทาง น้ำมัน รถยนต์ทุกคัน ทุกสิ้นเดือน
6. ร่วมวางแผน และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

7. คิดเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและ วันหยุดราชการของพนักงานขับรถยนต์
ทุกสิ้นเดือน
8. รับ – ส่ง หนังสือราชการไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ราชบุรี และหน่วยงานอื่น ๆ
9. ส่ง LAB ไป รพ.โพธาราม ,ราชบุรี,ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
10. ส่งของหน่วยจ่ายกลางไปนึ่ง รพ.โพธาราม
11. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นายเจริญ อินทร์จุ้ย ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

ดูแลรับผิดชอบรถยนต์ของโรงพยาบาล ทะเบียน บข 1345 ราชบุรี และทะเบียน กต 2917 ราชบุรี

1. ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานขับรถยนต์ โดยปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ความปลอดภัย ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ใช้ถนนร่วมกัน
2. ตรวจสอบ จัดเตรียมสภาพความพร้อมของรถยนต์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้
ครบถ้วน มีสภาพสมบูรณ์ พร้อมใช้งานตลอดเวลา รวมถึงเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้
ขับขี่ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลา
3. ศึกษาและวางแผนกำหนดเส้นทางในการเดินทาง จากแผนที่ ให้สามารถเดินทางถึงที่หมายได้
อย่างปลอดภัย และตามกำหนดเวลา
4. ทำแผนซ่อมบำรุง ตามระยะเวลาที่คู่มือกำหนด และบำรุงรักษาทำความสะอาดรถยนต์ในความ

รับผิดชอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด ทำความสะอาดโรงจอดรถ ทำความสะอาดห้องพัก

พนักงานขับรถ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม ภายในบริเวณที่จอดรถให้เรียบร้อย ปลอดภัย

5. จัดทำสถิติรายละเอียดการใช้รถยนต์ประจำวัน เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบควบคุมการใช้รถยนต์ให้ถูกต้องตามใบขออนุมัติใช้รถยนต์
   - ลงบันทึกระยะทางประจำรถเมื่อใช้รถ
   - ลงบันทึกการเติมน้ำมันประจำรถเมื่อเติมน้ำมัน
   - ลงสรุปการใช้ระยะทาง น้ำมัน รถยนต์ทุกคัน ทุกสิ้นเดือน
6. ร่วมวางแผน และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและปรับปรุง ระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพ

   และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
7. รับ – ส่ง หนังสือราชการไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ราชบุรี และหน่วยงานอื่น ๆ
8. ส่ง LAB ไป รพ.โพธาราม ,ราชบุรี,ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
9. ส่งของหน่วยจ่ายกลางไปนึ่ง รพ.โพธาราม
10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นายเสมอ พึ่งเดช ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

ดูแลรับผิดชอบรถยนต์ของโรงพยาบาลทะเบียน กค 3694 ราชบุรี ทะเบียน บธ 4521 ราชบุรี

1. ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานขับรถยนต์ โดยปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ความปลอดภัย ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ใช้ถนนร่วมกัน

2. ตรวจสอบ จัดเตรียมสภาพความพร้อมของรถยนต์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้
ครบถ้วน มีสภาพสมบูรณ์ พร้อมใช้งานตลอดเวลา รวมถึงเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้
ขับขี่ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลา
3. ศึกษาและวางแผนกำหนดเส้นทางในการเดินทาง จากแผนที่ ให้สามารถเดินทางถึงที่หมายได้
อย่างปลอดภัย และตามกำหนดเวลา
4. ทำแผนซ่อมบำรุง ตามระยะเวลาที่คู่มือกำหนด และบำรุงรักษาทำความสะอาดรถยนต์ในความ
รับผิดชอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด ทำความ สะอาดโรงจอดรถ ทำความสะอาด
ห้องพักพนักงานขับรถ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม ภายในบริเวณที่จอดรถให้เรียบร้อย
ปลอดภัย
5. จัดทำสถิติรายละเอียดการใช้รถยนต์ประจำวัน เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบ
ควบคุมการใช้รถยนต์ให้ถูกต้องตามใบขออนุมัติใช้รถยนต์
- ลงบันทึกระยะทางประจำรถเมื่อใช้รถ
- ลงบันทึกการเติมน้ำมันประจำรถเมื่อเติมน้ำมัน
- ลงสรุปการใช้ระยะทาง น้ำมัน รถยนต์ทุกคัน ทุกสิ้นเดือน
6. ร่วมวางแผน และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและปรับปรุง ระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพ
และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
7. รับ – ส่ง หนังสือราชการไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ราชบุรี และหน่วยงานอื่น ๆ
8. ส่ง LAB ไป รพ.โพธาราม ,ราชบุรี,ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
9. ส่งของหน่วยจ่ายกลางไปนึ่ง รพ.โพธาราม
10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นายกฤชรัช ธนธัชศุภกุล ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

ดูแลรับผิดชอบรถยนต์ของโรงพยาบาล ทะเบียน บร 4894 ราชบุรี

1. ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานขับรถยนต์ โดยปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ความปลอดภัย ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ใช้ถนนร่วมกัน
2. ตรวจสอบ จัดเตรียมสภาพความพร้อมของรถยนต์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ครบถ้วน มีสภาพสมบูรณ์ พร้อมใช้งานตลอดเวลา รวมถึงเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ขับขี่ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลา
3. ศึกษาและวางแผนกำหนดเส้นทางในการเดินทาง จากแผนที่ ให้สามารถเดินทางถึงที่หมายได้อย่างปลอดภัย และตามกำหนดเวลา
4. ทำแผนซ่อมบำรุง ตามระยะเวลาที่คู่มือกำหนด และบำรุงรักษาทำความสะอาดรถยนต์ในความรับผิดชอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด ทำความสะอาดโรงจอดรถ ทำความสะอาดห้องพักพนักงานขับรถ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม ภายในบริเวณที่จอดรถให้เรียบร้อยปลอดภัย
5. จัดทำสถิติรายละเอียดการใช้รถยนต์ประจำวัน เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบควบคุมการใช้รถยนต์ให้ถูกต้องตามใบขออนุมัติใช้รถยนต์
   - ลงบันทึกระยะทางประจำรถเมื่อใช้รถ
   - ลงบันทึกการเติมน้ำมันประจำรถเมื่อเติมน้ำมัน
   - ลงสรุปการใช้ระยะทาง น้ำมัน รถยนต์ทุกคัน ทุกสิ้นเดือน
6. ร่วมวางแผน และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
7. รับ – ส่ง หนังสือราชการไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ราชบุรี และหน่วยงานอื่น ๆ
8. ส่ง LAB ไป รพ.โพธาราม ,ราชบุรี,ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
9. ส่งของหน่วยจ่ายกลางไปนึ่ง รพ.โพธาราม
10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

Job Description (ข้อกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ)

นายสิทธิพงษ์ อุตเภา ตำแหน่ง พนักงานขับรถยนต์

ดูแลรับผิดชอบรถยนต์ของโรงพยาบาล ทะเบียน บร 4894 ราชบุรี

1. ปฏิบัติงานในฐานะพนักงานขับรถยนต์ โดยปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ความปลอดภัย ทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ใช้ถนนร่วมกัน
2. ตรวจสอบ จัดเตรียมสภาพความพร้อมของรถยนต์ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ครบถ้วน มีสภาพสมบูรณ์ พร้อมใช้งานตลอดเวลา รวมถึงเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ขับขี่ เพื่อพร้อมในการปฏิบัติงานตลอดเวลา
3. ศึกษาและวางแผนกำหนดเส้นทางในการเดินทาง จากแผนที่ ให้สามารถเดินทางถึงที่หมายได้อย่างปลอดภัย และตามกำหนดเวลา
4. ทำแผนซ่อมบำรุง ตามระยะเวลาที่คู่มือกำหนด และบำรุงรักษาทำความสะอาดรถยนต์ในความรับผิดชอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอด ทำความสะอาดห้องพักพนักงานขับรถ รวมถึงจัดสภาพแวดล้อม ภายในบริเวณที่จอดรถให้เรียบร้อยปลอดภัย
5. จัดทำสถิติรายละเอียดการใช้รถยนต์ประจำวัน เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบควบคุมการใช้รถยนต์ให้ถูกต้องตามใบขออนุมัติใช้รถยนต์

- ลงบันทึกระยะทางประจำรถเมื่อใช้รถ
- ลงบันทึกการเติมน้ำมันประจำรถเมื่อเติมน้ำมัน
- ลงสรุปการใช้ระยะทาง น้ำมัน รถยนต์ทุกคัน ทุกสิ้นเดือน

6. ร่วมวางแผน และแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
7. รับ – ส่ง หนังสือราชการไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ราชบุรี และหน่วยงานอื่น ๆ
8. ส่ง LAB ไป รพ.โพธาราม ,ราชบุรี,ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
9. ส่งของหน่วยจ่ายกลางไปนึ่ง รพ.โพธาราม
10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

Service Specification

งานยานพาหนะ

สิ่งที่ส่งมอบ	จุดคุณภาพ	รายละเอียด/ลักษณะที่ดี
รถยนต์ที่ออกปฏิบัติงาน	ความปลอดภัย	- ขับรถถูกกฎจราจร - ขับรถไม่ประมาท ขับรถด้วยความนุ่มนวล มีมารยาทในการขับรถ - ขับรถไม่เกิน 90 กม./ชั่วโมง - พนักงานขับรถไม่ดื่มสุรา/ของมึนเมา ขณะ

		ปฏิบัติหน้าที่
	ทันเวลา/มาก่อนเวลาที่กำหนด	- ปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่กำหนด โดยการบริการรถทั่วไปให้มาก่อนเวลา 5 นาที กรณีที่มาไม่ทันกำหนดให้ แจ้งให้ผู้ขอทราบ - รถพยาบาลส่งผู้ป่วย ให้ตามพนักงานขับรถได้ภายใน 5 นาที
	พึงพอใจ	- เอาใจใส่ผู้รับบริการ พร้อมให้ความช่วยเหลือ - พูดจาสุภาพ นุ่มนวล เต็มใจให้บริการ - แต่งกายสุภาพเรียบร้อย
รถยนต์ รถเข็น	สะอาด ปลอดภัย พร้อมบริการ	- ไม่มีครบเลือดหรือคราบสกปรก - รถเข็นพร้อมใช้งาน ขณะเข็นไม่มีเสียงดัง - มีการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะขึ้นรถเข็น/ขึ้นรถ - ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายเหมาะสมขณะเคลื่อนย้าย - จัดท่าผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย - ยกที่กั้นขึ้นก่อนเข็นผู้ป่วย/ขณะเคลื่อนย้าย - เสาน้ำเกลืออยู่ในสภาพพร้อมใช้ - เข็นด้วยความเร็วที่เหมาะสม - แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงการเคลื่อนย้าย - มีผ้าคลุมร่างกายผู้ป่วย - ไม่พูดคุยข้ามศีรษะ/ไม่ใช้โทรศัพท์ขณะเข็น
สิ่งที่ส่งมอบ	**จุดคุณภาพ**	**รายละเอียด/ลักษณะที่ดี**
สถานที่จอดรถ	สะอาดปลอดภัย	- เพดาน ไม่มีหยากไย่ ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ - พื้น ไม่ลื่น แห้ง ไม่มีคราบรา ไม่มีเศษขยะ ไม่มีกลิ่นเหม็น - ผนัง ไม่มีหยากไย่ ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ

		ไม่มีสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องแขวน
ห้องพัก	สะอาดปลอดภัย	- เพดาน ไม่มีหยากไย่ ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ - พื้น ไม่ลื่น แห้ง ไม่มีคราบรา ไม่มีเศษขยะ ไม่มีกลิ่นเหม็น - ผนัง ไม่มีหยากไย่ ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ ไม่มีสิ่งของที่ไม่เกี่ยวข้องแขวน
เตียง/เบาะ/หมอน	สะอาด	- ป้าปูไม่เปื้อน ,ไม่มีเศษผม ปูเรียบตึง - ไม่มีกลิ่นเหม็นอับชื้น - ไม่มีของที่ไม่เกี่ยวข้องวางอยู่ - แข็งแรง ไม่ชำรุด
ปลั๊กไฟ/หลอดไฟ	สะอาดปลอดภัย	- ไม่มีคราบสกปรก,ไม่มีหยากไย่ - ไม่มีฝุ่น ไม่มีแมลง - ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ,ไม่ชำรุด
พัดลม	สะอาดปลอดภัย	- ไม่มีคราบสกปรก, ไม่มีหยากไย่ , - ไม่มีฝุ่น , ไม่มีแมลง - ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ , ไม่ชำรุด - พัดลมที่ตั้งพื้นอยู่ประจำที่
แอร์	สะอาดปลอดภัยพร้อมใช้	- ไม่มีคราบสกปรก , ไม่มีหยากไย่ - ไม่มีฝุ่น , ไม่มีแมลง - ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ , ไม่ชำรุด - เปิดเครื่องแล้วเย็น ปรับอุณหภูมิได้
ตู้เย็น **สิ่งที่ส่งมอบ**	สะอาดปลอดภัย **จุดคุณภาพ**	- ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ/อาหารบูด - ขอบตู้เย็นไม่มีรา/ไม่บวม - ของในตู้เย็นไม่แน่นมาก - น้ำแข็งไม่เกาะหนา - ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ , ไม่ชำรุด **รายละเอียด/ลักษณะที่ดี**

โทรทัศน์	สะอาด	- ไม่มีคราบสกปรก , ไม่มีหยากไย่ - ไม่มีฝุ่น - ไม่มีสายไฟห้อยเกะกะ , ไม่ชำรุด
ตู้เก็บของ	สะอาด	- ไม่มีคราบสกปรก , ไม่มีหยากไย่ - ไม่มีฝุ่น - ของวางเป็นระเบียบ
การตรวจสอบระบบเครื่องยนต์	ครบถ้วนพร้อมใช้	- ตรวจสอบระบบเครื่องยนต์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง - ตรวจสอบน้ำมันหล่อลื่นเครื่องยนต์ ให้อยู่ในระดับไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด - ตรวจสอบหม้อน้ำ น้ำล้างกระจกหน้า โดยที่น้ำในหม้อระบายความร้อน และในถังสำรองต้องอยู่ในระดับ UPPER - ตรวจสอบน้ำมันเชื้อเพลิง โดยให้อยู่ในระดับเกินครึ่ง – เต็มถัง ถ้าน้อยกว่าระดับที่กำหนด ต้องนำไปเติมที่สถานบริการให้เต็ม - ตรวจสอบน้ำมันเบรก ระบบเบรกให้ระดับน้ำมันอยู่ในระดับ UPPER พร้อมทั้งทำการทดลองเบรก - ตรวจสอบระดับครัช ทำการทดสอบโดยการเหยียบครัช - ตรวจสอบระบบไฟฟ้า สายไฟ ให้อยู่ในสภาพปกติ ตรวจสอบจากไฟกระพริบ การทำงานของระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ทั้งในและนอกรถ - ตรวจสอบสภาพกระจกหน้า กระจกหลัง กระจกข้าง - ตรวจสอบยางอะไหล่ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ - ตรวจสอบสภาพยางล้อ ลมยาง - ตรวจสอบแบตเตอรี่ ระดับน้ำกลั่นให้อยู่ในระดับ UPPER ขั้วแบตเตอรี่ปราศจากขี้เกลือ
สภาพความพร้อมของพนักงาน	พร้อมปฏิบัติงาน	- ไม่เสพของมึนเมาขณะปฏิบัติหน้าที่ - พักผ่อนให้เพียงพอ

ขับรถยนต์		- สุขภาพแข็งแรง - ตรวจสุขภาพประจำปีๆละ 1 ครั้ง
สิ่งที่ส่งมอบ	**จุดคุณภาพ**	**รายละเอียด/ลักษณะที่ดี**
นำส่ง Lab / ขอเลือด / ซื้อยา / ยืมยา / ส่งของนึ่ง/ นำส่งเอกสาร-การเงิน / ฝากเงิน	ครบถ้วนถูกต้อง	- นำส่งได้ถูกต้อง - ถูกสถานที่ - ปฏิบัติได้ครบถ้วนตามรายการ

Service Profile

งานวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลบางแพ ปี2564

1. บริบท (context)

งานวัสดุการแพทย์ให้บริการวัสดุการแพทย์แก่หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล และรพ.สต. ในเขตอำเภอบางแพ เริ่มตั้งแต่จัดซื้อ , จัดหาวัสดุการแพทย์ , ลงทะเบียนคุม , จัดเก็บในคลังวัสดุการแพทย์ จนกระทั่งแจกจ่ายวัสดุการแพทย์ให้แก่หน่วยงานต่างๆ

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

บริการวัสดุการแพทย์อย่างเพียงพอ , พร้อมใช้ , ทันเวลาใช้งาน , ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ ศักยภาพ และข้อจำกัด

ให้บริการวัสดุการแพทย์แก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และรพ.สต 9แห่ง ในเขตอำเภอบางแพ โดยตั้งแต่จัดทำบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ของโรงพยาบาล , จัดซื้อ , ตรวจสอบวัสดุการแพทย์ , จัดเก็บรักษาคลังวัสดุการแพทย์ , ลงทะเบียนรับ/จ่ายวัสดุการแพทย์ , จ่ายวัสดุการแพทย์ให้แต่ละหน่วยงาน

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ได้รับวัสดุการแพทย์ครบถ้วน , ถูกต้อง , พร้อมใช้ , ได้รับการบริการที่ดี

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

จัดเตรียมวัสดุการแพทย์ได้เพียงพอ , พร้อมใช้ , ถูกต้อง , ทันเวลา , ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

มีวัสดุการแพทย์ให้พร้อมใช้ , จ่ายวัสดุการแพทย์ถูกต้องตามความต้องการ , รวดเร็ว

ฉ. ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพและข้อจำกัด

บุคลากร อัตรากำลัง - พยาบาลวิชาชีพ 1 คน - พนักงาน 1 คน

เครื่องมือ / อุปกรณ์ - คลังวัสดุการแพทย์ 1 แห่ง - คอมพิวเตอร์ 1 ชุด

ผลงาน	เมย.-กย.62	ปี 2563	ปี 2564
มูลค่ารับวัสดุการแพทย์ (บาท)	1,262,024.76	1,918,218.78	2,086,311.12
มูลค่าจ่ายวัสดุการแพทย์ (บาท)	1,841,414.75	1,710,434.49	1,790,147.00
มูลค่าใช้จ่ายหน่วยงานในโรงพยาบาล(บาท)	1,704,154.44	1,591,103.81	1,371,622.21
มูลค่าใช้จ่ายวัสดุการแพทย์รพ.สต (บาท)	136,660.31	313,323.52	418,255.07
จำนวนครั้งจ่ายหน่วยงานโรงพยาบาล	127 ครั้ง	390 ครั้ง	489 ครั้ง
จำนวนครั้งจ่ายรพ.สต	47 ครั้ง	96 ครั้ง	101 ครั้ง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.การสั่งวัสดุการแพทย์	วัสดุการแพทย์เพียงพอต่อหน่วยงานต่างๆ	ได้รับวัสดุการแพทย์ล่าช้า ไม่ทันต่อหน่วยงานที่ต้องการใช้แบบทันที	วัสดุการแพทย์เพียงพอในการใช้งาน
2.การรับวัสดุการแพทย์	ได้รับวัสดุการแพทย์ครบถ้วน ถูกต้องตามรายการที่เบิก	วัสดุการแพทย์ไม่ครบถ้วน	วัสดุการแพทย์ครบถ้วน ถูกต้อง
3.การจัดเก็บวัสดุการแพทย์	วัสดุการแพทย์จัดเรียงเรียบร้อยตามหมวดหมู่และเรียงตามFIFO	วัสดุการแพทย์หมดอายุการใช้งาน	เรียงตามFIFO ไม่หมดอายุ
4.การเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์	จ่ายวัสดุการแพทย์ให้หน่วยงานต่างๆในรพ.และรพ.สต ครบถ้วน ถูกต้อง	จ่ายวัสดุการแพทย์ไม่ครบตามรายการเบิกของหน่วยงานในรพ.และรพ.สต	จ่ายวัสดุการแพทย์ครบถ้วน ถูกต้อง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Jadicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้	
		ปี 2563	ปี 2564
1.จ่ายวัสดุการแพทย์ครบถ้วน	100%	100%	100%
2.จ่ายวัสดุการแพทย์ถูกต้อง	100%	100%	100%
3.วัสดุการแพทย์ไม่หมดอายุ	100%	100%	100%
4.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากกว่า 85%	100%	100%

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

งานวัสดุการแพทย์ มีแนวทางเพื่อการพัฒนางานในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. ระบบคลังวัสดุการแพทย์

- วัสดุการแพทย์จัดเก็บในคลังวัสดุการแพทย์เป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ
- วัสดุการแพทย์ที่อาจเสื่อม/เสียหายจากความร้อนจัดเก็บในห้องปรับอากาศ
- จัดเก็บวัสดุการแพทย์ตามหลัก FIFO
- ตรวจสอบวัน Exp.ของวัสดุการแพทย์ทุก 6 เดือน
- จัดทำแผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ประจำปี
-จ่ายวัสดุการแพทย์ให้หน่วยงานในรพ.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง , รพสต.เดือนละ 1 ครั้ง
-ระบบข้อมูลตัดสต๊อกใน Computer และใน Stock card เพื่อตรวจสอบข้อมูล

2. การดักจับความเสี่ยงอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดในหน่วยงาน

- หน่วยงานประชุมร่วมกันทุก 1 เดือน
- ความเสี่ยงของวัสดุการแพทย์บันทึกในโปรแกรมความเสี่ยงของรพ. ดำเนินการแก้ไขตามระบบ
- ทบทวนความเสี่ยงในวาระการประชุมทุกเดือน

3. จัดทำคลังวัสดุการแพทย์ให้เป็นที่เก็บวัสดุการแพทย์โดยเฉพาะ เพื่อป้องกันการสูญหาย

- วัสดุการแพทย์จัดเก็บในคลังวัสดุการแพทย์โดยเฉพาะ
- คลังวัสดุการแพทย์มีเหล็กดัดล้อมรอบคลังวัสดุการแพทย์ และมีกุญแจล็อก 2 ชั้น

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- ขออนุมัติซื้อเครื่องปรับอากาศเพิ่ม 1 เครื่อง เพื่อเปิดสลับกับเครื่องปรับอากาศเดิม ซึ่งมีอยู่เพียง 1เครื่องเปิดใช้งานตลอดเวลา

- ขออนุมัติทำประตูคลังวัสดุการแพทย์ใหม่

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1 การตรวจสอบคุณภาพของวัสดุการแพทย์

5.2 ตรวจสอบวัน Exp.ของวัสดุการแพทย์

5.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ