



SAR 2020



รายงานการประเมินตนเอง
โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์



Self - Assessment Report 2022



Prachathipat Hospital

สารบัญ

	หน้า
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	
- II – 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ	43
- II – 2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ	52
- II – 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	66
- II – 4 การป้องกัน และ ควบคุมการติดเชื้อ	75
- II – 5 ระบบเวชระเบียน	101
- II – 6 ระบบจัดการด้านยา	107
- II – 7 การตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรคฯ	123
- II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	135
- II – 9 การทำงานกับชุมชน	142



SAR 2020

PART II



รายงานการประเมินตนเอง
โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์



Self - Assessment Report 2022



Prachathipat Hospital

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: เพื่อให้ผู้รับบริการบุคลากรผู้ให้บริการสิ่งแวดล้อมและองค์กรมีความปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
อัตราของหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile)	100	NA	100	100	100	100
อัตราของหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง 5 อันดับ	100	90	100	100	100	100
อัตราของหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์	100	50	85.7	92.8	90	80
อัตราใบรายงานความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการแก้ไข และรายงานกลับ	100	100	100	100	100	100
อัตราของความเสี่ยงระดับ G, H, I และ sentinel event ได้รับการทบทวน และแก้ไขตามระยะเวลาที่กำหนด	100	100 (2)	100 (10)	100 (15)	100 (18)	100 (1)
อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ Gขึ้นไป ที่ทำ RCA แล้วเกิดขึ้นซ้ำ	0	0	0	0	0	0
อัตราส่วนของการรายงาน near miss	เพิ่มขึ้น	164	94	165	154	83
ii. บริบท						
โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย : คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพระชัยปัตย์ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานที่ปรึกษาร่วมกับประธานดำเนินงาน และมีทีมสหวิชาชีพเป็นคณะกรรมการ มีการนำโปรแกรมสารสนเทศเก็บรายงานอุบัติการณ์ ทุกหน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง กำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง เผื่อระวังการเกิดความเสี่ยง ค้นหาสาเหตุหาแนวทางแก้ไขจัดการความเสี่ยง ประชุม สม่่าเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง นักจัดการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็น ตัวกระตุ้นและให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีระบบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์จากหน่วยงานและทีมต่างๆโปรแกรมความเสี่ยงทั้งหมด 9 โปรแกรม ได้แก่ PCT, ICC, PTC, ENV, EQU,IM , ETH,HRD และงานบริหารทั่วไป การจำแนกความรุนแรง ด้าน Clinic แบ่งเป็น 9 ความรุนแรง (A-I) ส่วนด้าน Non-Clinic แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-5) การค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับเมื่อเจ้าหน้าที่พบความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ให้ประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์แล้วจัดการกับความเสี่ยงในเบื้องต้น จากนั้นเขียนใบ รายงานอุบัติการณ์ตามแบบฟอร์มที่กำหนดและหรือลงรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud แจ้งให้ หัวหน้าทราบและยืนยันความเสี่ยงโดยทีมคณะกรรมการจะเข้าไปประเมินความเสี่ยงและส่งต่อให้ 9 โปรแกรมที่เกี่ยวข้องสร้างมาตรการการป้องกัน โดยมีทางคณะกรรมการความเสี่ยงรวบรวมและติดตาม และจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile)ของหน่วยงาน โดยกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง						

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:โรงพยาบาลจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นสร้างความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและสิ่งแวดล้อม

- 1.วางระบบการค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุก และการรายงานความเสี่ยง
- 2.มีการเชื่อมโยงความเสี่ยงระดับหน่วยงานสู่ระบบงานสำคัญ และทีมนำของโรงพยาบาล
- 3.กระตุ้นให้เกิดการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับและกระตุ้นให้มีการจัดการความเสี่ยง
- 4.ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 5.นำพาผู้ให้บริการมีการปฏิบัติงานเป็นวัฒนธรรมตามนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัย 2P Safety Goal

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:วัฒนธรรมความปลอดภัย 2P Safety Goal

เป้าหมายความปลอดภัย:เพื่อให้ผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและองค์กรมีความปลอดภัย

โรงพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน นำหลัก 2P safety มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

โรคที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยเสียชีวิต, ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะนอนรพ. ขณะรอส่งต่อ, ขณะรอตรวจ, ความล่าช้า / ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย ในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินการเกิดภาวะ DKA, hyperglycemia และ hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน, และในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

NCD : DM ,HT ,CKD

FAST TRACT :STEMI ,STROKE ,SEPSIS

OBSTETIC : Preterm labor , PIH ,BIRHT ASPHYXIA

RESPIRATORY TRACT : ASTHMA ,COPD , Covid-19 infection, Pneumonia

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:Chest tube insertion (ICD)

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

- โรงพยาบาลพระธาติปัตย์กำหนดนโยบาย 2P Safety สื่อสารในหน่วยงาน ทีมนำด้านต่างๆ วิเคราะห์นำไปวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ โดยใช้เข็มมุ่งของโรงพยาบาลเป็นทิศทางกำหนดเป้าหมาย มีศูนย์คุณภาพเป็นตัวกลางประสานงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทำหน้าที่ประสานงานกับทุกระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาให้มี คุณภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติงาน
- เพื่อให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและองค์กรมีความปลอดภัย คณะกรรมการความเสี่ยงได้ดำเนินการดังนี้
- สื่อสารทิศทางการนำองค์กร และทิศทางของคณะกรรมการความเสี่ยง และวัฒนธรรมองค์กรโดยผู้บริหารสูงสุด
- วางระบบการบริหารความเสี่ยงด้วยการรายงานความเสี่ยงเข้ามาในโปรแกรมจัดการความเสี่ยงระบบ HRMS on Cloud ประชุมเพื่อประเมินความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้รับรายงานเข้ามา Identify,Analyze,Assess ด้วย Risk programอย่างน้อยเดือนละครั้ง

- จัดการความเสี่ยงด้วย Risk register ในกรณีที่ Impact สูงหรือ Livelyhood สูงสนับสนุนให้จัดทำ RCA,CQI เชื่อมโยงทั้งในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ภายในระบบงานและระหว่างระบบงาน ภายใน 1 เดือน ยกเว้น เรื่องที่มีความรุนแรงระดับ G, H, I จะรายงานความเสี่ยงภายใน 24-48 ชม.และจัดการความเสี่ยงภายใน 7 วัน
- ติดตามตัวชี้วัด (Risk monitor) หาอัตราการเกิดซ้ำเพื่อพิจารณาความสมบูรณ์ของมาตรการ (Risk mitigation) ที่วางไว้ และทบทวน (Risk review) เหตุการณ์ ทบทวนมาตรการ หาสาเหตุ (Root cause analysis) เพื่อเติมเต็มช่องว่าง (Gap,DALI Gap,Scoring Gap) ให้น้อยลงหรือหมดไปหากยังมีอุบัติการณ์หลงเหลือในชั้น ที่ยอมรับไม่ได้หรือต้องลดลงทั้งความถี่และความรุนแรงก็ต้องนำเข้า Risk cycle ต่อไป
- กำหนดให้มีตัวแทนจากทุกหน่วยงาน มาร่วมเป็นทีมบริหารความเสี่ยง มีหน้าที่เฝ้าระวังและ รายงานอุบัติการณ์ทางเอกสาร และหรือRisk program ทุกหน่วยบริการมีการสรุปความเสี่ยง และนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการทุก 1 เดือน
- พัฒนาตามบริบทและมาตรฐาน โดยสนับสนุนให้บุคลากรเรียนรู้ร่วมกัน และกำกับติดตามโดยกรรมการความเสี่ยงเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(2) บทบาทของผู้ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

ผู้นำส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยให้การสนับสนุนดังนี้

- ทีมนำสูงสุดมีการกำหนดนโยบายคุณภาพและความปลอดภัยที่ชัดเจนทำให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันคือมุ่งเน้น 2P Safety goal ให้ทุกหน่วยงานรับทราบ
- การลงเยี่ยมหน่วยงานโดยทีมผู้บริหาร พบว่า การตัดสินใจแก้ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นที่หน่วยงานเพิ่มขึ้น เช่น การจัดสร้างอาคารรักษา เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มสีเหลืองลดความแออัดในห้องฉุกเฉินเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ
- การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของทีมคร่อมสายงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ผลการดำเนินงานทำให้ตื่นตัว และกระตือรือร้นในการพัฒนาเพิ่มขึ้น ปัญหาเร่งด่วนได้รับการตัดสินใจช่วยเหลือจากผู้น้ององค์กร

(3)การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

- เพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาของรพ.ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน บูรณาการงานระบบงานความเสี่ยงทำหน้าที่เชื่อมโยงทุกจุดบริการและทีมคร่อมสายงาน โดยทำหน้าที่ประสานความร่วมมือในแนวราบ และประสานงานกับทีมดูแลทีมคร่อมสายงาน คือ ทีมประสานคุณภาพ ผลการดำเนินการสามารถลดความซ้ำซ้อนในการประสานงานเกิดความรวดเร็ว โดยมีโอกาสพัฒนา คือ ข้อจำกัดของบริการที่มีภาระงานมาก ทำให้การขับเคลื่อนไม่ตรงตามกำหนดแนว เช่น กระบวนการทบทวนความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์
- พัฒนาน้ององค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และ ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติทุกจุด โดยจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงของรพ.

(4) การทำงานเป็นทีม

- เพื่อให้การทำงานมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีสัมพันธภาพที่ดี มีการทำงานเป็นทีม รพ.ได้กำหนดค่านิยมการทำงานด้านความเสี่ยง ดังนี้ 1) รายงานโดยไม่กล่าวโทษ 2) ทบทวนเพื่อปรับปรุงและป้องกัน 3) สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้ 2P safety 4) การจัดการความรู้จากการบริหารความเสี่ยงที่มีชีวิต
- การสื่อสารระหว่างทีม มีการกำหนดการประชุมที่ชัดเจน และมีการใช้สื่อออนไลน์เพื่อการสื่อสาร ติดตาม มีข้อจำกัดในการดำเนินการได้แก่ การสื่อสารโดยการประชุมไม่ครบทุกหน่วยงาน และไม่ทำตามที่กำหนดในแผน อันเนื่องมาจากบุคลากรทำงานในหน้าที่ประจำการดูแลผู้ป่วย จึงได้ปรับปรุงโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น การใช้การประชุมสาย หรือการใช้วิดีโอคอล
- คณะกรรมการความเสี่ยงประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ทั้งผู้เชี่ยวชาญด้าน อายุรแพทย์, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เกษตรกร โภชนากร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย งานส่งเสริมสุขภาพ งานเยี่ยมบ้าน งาน Palliative care นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อสิ่งแวดล้อม การเงินและบัญชี เพื่อกระตุ้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ที่มีการระบาดของ Covid-19 มีการพัฒนาแนวทางคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชน ร่วมกันทบทวนและกำหนดแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากร ผู้ป่วยประชาชนทั่วไป ได้ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค

(5)การประเมินตนเอง:

- โรงพยาบาลพระชิพิตยมีการประเมินตนเองและได้รับการประเมินจากหน่วยงานภายนอก ในปี 2564 ผ่านการ ประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจากสำนักงานสนับสนุนบริการ เขต 4 ใน ระดับคุณภาพ และผ่านการ ประเมิน Green & Clean
- ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดสำคัญ เน้นวิเคราะห์ผลลัพธ์ และเชื่อมโยงกับการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยภาพรวม และการ Round ของทีมความเสี่ยงร่วมกับทีมคร่อมสายงานกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน และบุคลากรระดับปฏิบัติงาน ผลการประเมินตัวเอง DALIGAP: I (3)SCORING CARD:3

(6) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

- จุดมุ่งเน้นการบริหารความเสี่ยงปี 2563 – 2565 ประกอบด้วย
 1. เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ และบุคลากร(2P safety: SIMPLE)
 2. เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหา และการจัดการความเสี่ยงหน้างาน
 3. เพิ่มการรายงานอุบัติการณ์ในระบบ HRMS on Cloud
 4. พัฒนาบุคลากรด้านระบบการรายงาน และการจัดการความเสี่ยง
 5. ป้องกันความเสี่ยงเฉพาะโรค(3S: Stroke, STEMI, Sepsis)โดยจัดบริการคลินิก NCD เปิดให้บริการทุกวัน

(7)การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

- เพื่อให้การบริหารแผนงานมีประสิทธิภาพ ได้ดำเนินการดังนี้ ผู้นำกำหนดนโยบายเรื่องคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย ให้คณะกรรมการความเสี่ยงที่ประกอบด้วยตัวแทนจากแต่ละหน่วยงานบริการ

เพื่อให้เกิดการรับนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยง และสื่อสารการดำเนินการในหน่วยงานที่ตัวเองรับผิดชอบ กำหนดให้มีวาระความเสี่ยงในหน่วยงาน และแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การดำเนินการ พบการส่งต่อข้อมูล และการประสานงานความเสี่ยงจากทีมความเสี่ยงไปยังหน่วยงานแต่ละจุดเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการให้ใช้การบันทึกเอกสารรายงานทางกระดาษ จึงได้พัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงโดยโปรแกรม HRMS on Cloud จากผลการดำเนินการสามารถวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง และจัดเก็บรายงานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น

(8) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

- เพื่อให้การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ เหมาะสมตามบริบท รพ.มีการดำเนินการโดยใช้โอกาสพัฒนาที่เป็นส่วนขาดจากมาตรฐานการประเมินตนเอง เช่น ความท้าทาย ความเสี่ยง ความต้องการของผู้รับบริการและบุคลากร จุดเน้นของ รพ. หรือทีม หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำแผนปฏิบัติการ

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

โรคที่มีความเสี่ยงสูง:NCD : DM ,HT ,CKD

FAST TRACT :STEMI ,STROKE ,SEPSIS

OBSTETIC : Preterm labor , PIH ,BIRHT ASPHYXIA

RESPIRATORY TRACT : ASTHMA ,COPD , Covid-19 infection, , Pneumonia

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รพ.ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- 1) จัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้น สู่การประเมินและรับรอง และให้ทบทวน 12 กิจกรรมในหน่วยงาน
- 2) ในระดับทีมคร่อมสายงานมีการทบทวน case ที่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G, H, I ร่วมกันกับทีม PCT, ทบทวนการใช้ยาร่วมกับคณะกรรมการ PTC ทบทวนการให้เลือดร่วมกับกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ทบทวนการติดเชื้อมาร่วมกับคณะกรรมการ IC ทบทวนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม
- 3) ในระดับรพ. มีการทบทวนข้อร้องเรียนที่ต้องทำการไกล่เกลี่ย และทบทวนการที่บริหารที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อเพิ่มศักยภาพ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ จึงได้ดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนในการส่งแพทย์มาให้บริการคลินิกโรคหัวใจที่รพ. ประเมินและส่งตัวต่อเพื่อรับการรักษา

- ดำเนินการจัด Knowledge management และจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังต่อไปนี้
- โรคที่มีความเสี่ยงสูง:NCD : DM ,HT ,CKD
- FAST TRACT :STEMI ,STROKE ,SEPSIS
- OBSTETIC : Preterm labor , PIH ,BIRHT ASPHYXIA
- RESPIRATORY TRACT : ASTHMA ,COPD, Covid-19 infection, , Pneumonia

2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

- เพื่อให้การติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย ตรงกับเป้าหมายสำคัญของการรักษา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รพ.ได้ดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย รพ.ตามลักษณะการให้บริการ2)

กำหนดเป้าหมายของการดูแลโดยตอบสนองความต้องการของแต่ละกลุ่ม 3) วิเคราะห์ปัจจัย หรือ กระบวนการที่มีผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย 4) จัดทำนวัตกรรม, R to R 5) กำหนดตัวชี้วัด ความสำเร็จของกิจกรรม หรือวัดเป้าหมายที่กำหนด

6) ติดตามประเมินผล ผลการดำเนินงาน รพ.แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ต้องได้รับการดูแล และส่งต่อที่รวดเร็ว
2. กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป ต้องได้รับการบริการที่ดี ระบบคิวชัดเจน และได้รับการบริการตามเวลาที่กำหนด
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการตรวจตามคิว ระยะเวลารอคอยไม่นาน มีที่นั่งรอไม่แออัด ได้รับทราบข้อมูล ชัดเจน
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ (วัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV) ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง รักษาความลับ
5. กลุ่มผู้ป่วย Stroke, STEMI, Sepsis ได้รับการคัดแยก และส่งต่อ ER ทันที
6. กลุ่มผู้ป่วยสูติกรรมที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ PPH, PIH, Active Bleeding per vagina
7. กลุ่มผู้ป่วยในต้องการสถานที่สะอาด ระบบไหลเวียนอากาศดี ได้รับข้อมูลครบถ้วนชัดเจน การรักษาถูกต้อง
8. กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องได้รับการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การประสานงานกับทีมสถานบริการในพื้นที่ ยาเวชภัณฑ์ครบถ้วน
9. กลุ่มประชาชนทั่วไป ตามกลุ่มหรือวัย ได้รับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เกิดโรค ได้รับการตรวจและส่งเสริมสุขภาพตาม เกณฑ์

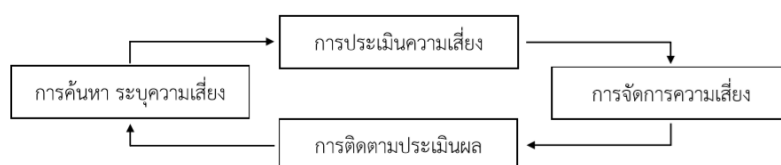
(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วย Stroke, STEMI ถูกคัดกรองร่วมกับทีม NCD มีการพัฒนาระบบ Fast tract, Fast tractbox และจัดทำแบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG, Standing order ในผู้ป่วย Stroke, STEMI, Sepsis
- กลุ่ม NCD:DM,HT,CKD :มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พัฒนาสมรรถภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว และส่งเสริมป้องกันโรค สนับสนุนให้กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงดูแลตนเองป้องกันมิให้เป็นโรค
- กลุ่ม Fast Track :STEMI STROKE SEPSIS :เน้นการเข้าถึงบริการการดูแลป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นโรค (การจัดการความเสี่ยงที่แก้ไขได้)
- กลุ่ม Obstetric: Preterm labor , PIH ,BIRHT ASPHYXIA จัดตั้งคณะกรรมการภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วยANC และห้องคลอดร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผน

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

- กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยที่ทุกคนต้องปฏิบัติ โดยประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักดังนี้



- คณะกรรมการความเสี่ยงค้นหาความเสี่ยงร่วมกับทีมคร่อมสายงาน (PCT, ENV, IC, HRD, PTC, IM, NSO)กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม กลุ่มงาน และหน่วยงานสนับสนุน ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับโดยรับรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการเดิน round การตามรอยการดูแลผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (risk matrix)และจัดอบรมเชิงปฏิบัติ การทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile)และ Risk register กำกับติดตามโดยหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และทีมบริหารความเสี่ยง รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการความเสี่ยงและทีม นำ ทำให้หน่วยงานและทีมรับทราบข้อมูล เพื่อพัฒนา และปรับปรุง
- คณะกรรมการความเสี่ยงมีการทบทวน คณะกรรมการ นโยบาย ผลการดำเนินงาน และจุดเน้นในการพัฒนาทุกปี
- จัดตั้งกลุ่มไลน์คณะกรรมการความเสี่ยง และแต่งตั้ง RM manager ทุกหน่วยงาน กลุ่มงาน

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยง และ risk register:

- เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมายที่กำหนด คณะกรรมการความเสี่ยงได้ดำเนินการดังนี้
- แผนการบริหารความเสี่ยง จัดทำแผนการดำเนินงานทุก 1 ปี และทบทวนแผนทุก 6 เดือน โดยครอบคลุมการบริหารของคณะกรรมการ การจัดระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน และด้านการจัดวิชาการ แก่บุคลากรรวมถึงแผนการติดตามประเมินผล ในปี 2564 สามารถปฏิบัติตามแผนได้ร้อยละ 70
- จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง เพื่อสื่อสารกับทุกหน่วยงานในรพ.
- แผนการบริหารความเสี่ยงเน้นการค้นหาและรายงานความเสี่ยง เข้าสู่โปรแกรมความเสี่ยง NRLS กระบวนการบริหารความเสี่ยง เริ่มตั้งแต่การรายงานความเสี่ยงใน NRLS หากมีความเสี่ยงระดับ G, H, I แจ้งหัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที รายงานผู้อำนวยการ เขียนใบ IR/NRLS ส่ง RM ภายใน 1 วัน และจัดการความเสี่ยงภายใน 7 วัน กำหนดประชุมทุกเดือน เพื่อจำแนก (Risk Identify) วิเคราะห์ (Risk Analyse) ประเมิน (Risk Assess) ด้วย Risk Matrix เมื่อพิจารณาว่าต้องลดความถี่หรือความรุนแรงลงในเรื่องใดบ้าง ก็จะมีการทำ Risk Register ซึ่งประกอบไปด้วยมาตรการจัดการความเสี่ยง (Risk Mitigation) พิจารณาอัตราการเกิดซ้ำ (Risk Monitor) ทบทวนมาตรการ เหตุการณ์ (Risk Review) ประเมินซ้ำ (Risk Assess) หากยังอยู่ในช่วงที่ไม่ใช่ Generalized Acceptable (GA) จะต้องนำมาเข้าสู่ Risk Cycle ต่อไป

4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด:

- การรายงานอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงที่เกือบพลาด พบว่าส่วนหนึ่งไม่ได้รายงานเข้าในโปรแกรม แต่บันทึกไว้ในหน่วยงาน เพราะเห็นว่ายังไม่เกิดความผิดพลาด ทำให้ไม่ได้มีการทบทวนเชิงระบบ การดำเนินการได้ให้หน่วยงานจัดทำรูปแบบการรายงาน หรือบันทึกเหตุการณ์ให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน และให้ RM manager เข้าไปจัดเก็บและรายงานเข้าในระบบรายงานความเสี่ยง และติดตามรายงานความเสี่ยงเกือบพลาดในการประชุมคณะกรรมการความเสี่ยง
- จากการทบทวนอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด ทางโรงพยาบาลได้มีการใช้ มาตรการป้องกันความเสี่ยง โดย ใช้แนวคิด Human factor Engineering เพื่อ เพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น 1) การจัดทำบัตรเฝ้าระวังการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้ เพื่อให้

ผู้ป่วยเฝ้าระวังการแพ้ยาในขณะที่มี การใช้ยา เพื่อลดความรุนแรงในการแพ้ยา 2)ระบบ Pop up alert ในระบบคอมพิวเตอร์ในกรณี ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยา ในทุกจุดบริการที่เชื่อม โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 3) งาน IPD ,LR ,ER งานเภสัชกรรม มีการเตือนการใช้ยา HAD ติดป้าย ติดแถบสีแดงที่ขวดยา / ซองยา เพื่อ เตือนก่อนนำไปใช้และใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังในผู้ป่วยใช้ยา HAD เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(5) การจัดการเพื่อบรรลุมเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย(PSG):

- เพื่อให้ผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและองค์กรมีความปลอดภัย รพ.ได้ดำเนินการดังนี้
1)นำหลักการ 2P safety มาออกแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE โดยกำหนดจุดเน้นของรพ. 2) สื่อการกับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานให้ครบถ้วน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ 3) คณะกรรมการความเสี่ยงลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่หน่วยงาน 4) รวบรวมตัวชี้วัดทุกเดือน 5) ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน สิ่งที่ได้ดำเนินการได้ดี ได้แก่ Infection control การล้างมือ, การเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา ได้แก่ การแพ้ยาซ้ำ, Medication error, Patient Identification, คำวิฤต, Emergency response ผู้ป่วยกลุ่ม Stroke, STEMI, Sepsis และ Maternal & Neonatal Morbidity

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง และการปรับปรุงแก้ไขหลังการทบทวน รพ.ได้ดำเนินการติดตามการรายงานอุบัติการณ์ Near miss: Miss และติดตามการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำหลังจากที่มีการปรับปรุงแก้ไขโดยพิจารณาการทำ RCA ผลการดำเนินงานพบว่า มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพิ่มขึ้น มีการกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ ทำให้อุบัติการณ์เกิดซ้ำระดับ G, H, I ลดลง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- จากอุบัติการณ์รายงานคำวิฤตซ้ำ ไม่รายงาน ทำให้มีการปรับปรุงระบบการรายงานคำวิฤต โดยมีการทบทวนคำวิฤตโดยองค์กรแพทย์ และกำหนดแนวทางการรายงานคำวิฤตโดยคณะกรรมการ PCT
- เกิดวัฒนธรรมการทบทวนเชิงระบบในอุบัติการณ์สำคัญระดับ G, H, I และการทำ RCA เป็นไปตามกำหนด
- เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ (KM)แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วย, CPG, Standing order ในกลุ่ม 3S ได้แก่ Stroke, STEMI, Sepsis

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม	3	L	- ปรับปรุงโครงสร้างคณะกรรมการให้ครอบคลุม ทุกงาน - การประสานงานและสื่อสารประเด็นมาตรฐานใหม่แก่ทีมให้ดำเนินการเป็นรูปธรรมและครบถ้วน - ปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างทีมคร่อมสายงาน
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	3	L	- ประสานการจัดทำแผนให้ครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นสำคัญของทีมคร่อมสายงาน และยกระดับเป้าหมายให้สูงขึ้น - ส่งเสริมให้มีการประเมินตนเองโดยใช้ service profile

33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3	L	- ลดช่องว่างในแต่ละกระบวนการที่ได้ทบทวน Clinical Tracer ในแต่ละกลุ่มโรค - จัดให้มี RM manager ครอบคลุมหน่วยงาน - ส่งเสริม/ทบทวนกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาแนวทางให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3	L	- ส่งเสริมให้ทำ BEDSIDE REVIEW โดยการใช้ใช้ C3THER ในผู้ป่วย High risk - จัดทำ CPG ให้ครอบคลุมโรคที่สำคัญทุกโรค และติดตามการใช้ CPG
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	I	- Re-design การจัดการความเสี่ยงในระดับทีมคร่อมสายงาน - ปรับปรุงโปรแกรมรายงานความเสี่ยงให้สามารถนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงได้ชัดเจนตาม SIMPLE - Risk round ในกลุ่มงานที่ยังขาดความรู้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความเสี่ยงแก่นุคลากร - จัดกิจกรรม Risk award เพื่อสร้างวัฒนธรรม 2P safety - สร้างวัฒนธรรม 12 กิจกรรมทบทวน(3Pconcept),
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3	I	- จัดทำโปรแกรมสำหรับบันทึก Risk register เพื่อให้ใช้งานได้สะดวก และบูรณาการ - แทรกแนวคิดความปลอดภัยสู่การทำงานประจำ ผ่านกิจกรรมหัวหน้าพาทำ
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3	I	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญของหน่วยงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านเวทีการเรียนรู้แบบสกาฟาแฟ และติดตามการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ประจักษ์ศิลปชัย

DATE 14/05/2564

II-2.การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล	≥ 80	91.44	87.56	82.41	87.36	117.35
1.1 อัตราครองเตียง						
1.2 ร้อยละของหน่วยงานที่ , Productivity ตามเกณฑ์ 90 -110	≥ 90	90.37	101.21	103.08	105.15	108.6
1.3 ร้อยละพยาบาลที่มีสมรรถนะหลักผ่านเกณฑ์	≥ 90	86	89	84	88	95
1.4จำนวนชั่วโมงพยาบาลต่อวันนอนในโรงพยาบาล	≥ 4.3 ชม	4.28	4.47	4.49	4.52	4.45
1.5 ร้อยละคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล						
ผล External Audit (IPD)	> 80	NA	78.6	76.5	75.27	88.18
ผล External Audit (OPD)	>80	NA	78.52	76.65	81.12	76.65
ผล Internal Audit Nurse Note (IPD)	>80	NA	78	68.13	NA	88.15
1.6 การนิเทศทางการพยาบาลตามโรคที่กำหนด	>80	NA	50	70	70	92
2. ความปลอดภัย						
2.1 อัตราการพลัดตกหกล้ม	0 ราย	1	1	0	3	0
2.2 อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ระดับ 2-4	$\leq 5 \%$	2.9	1.89	2.13	2.32	2.04
2.3 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	≤ 0.5 ครั้ง/1000 วันนอน	0.44	0.48	0.20	0	0.07
2.4 อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	≤ 0.5 ครั้ง/1000 วันที่ใส่สาย สวน	1.55	0.90	1.50	0	0
2.5 อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 3-5 จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	0:1000 วันนอน	0	0	0	0	0
2.6 อุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา (Administration error)	< 5 ครั้ง/1000 วันนอน	0.65	0.11	0.55	0.13	0.35
3. มาตรฐานและจริยธรรม						
3.1 อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาล	$\geq 80\%$	71.66	70.66	74.44	81	85
3.2 อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล	$\geq 80\%$	72.66	72.66	83.87	88.17	87

3.3 อัตราความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในชุมชน	≥80%	80.00	81.16	85	82	85
4. คุณภาพชีวิต						
4.1 อัตราความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล	> 80%	72	61.15	70	63.34	65.21
4.2 อัตราการความผูกพันของพยาบาลต่อองค์กร	> 80%	70	87.85	88	85.4	87.2

ii. บริบท

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: DM ,HT,CKD,ASTHMA,COPD, COVID 2019

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:Stroke , STEMI , Sepsis, 608

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:

จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 56 คน วุฒิการศึกษาปริญญาโท 3 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 22 คน พยาบาลเฉพาะทาง(หลักสูตร 4 เดือน) 11 คน พยาบาลเทคนิค 0 คน พนักงานช่วยเหลือการพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้11 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน เจ้าหน้าที่เวรเปล คนพยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงานและร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเป็นแหล่งฝึกนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี มหาวิทยาลัยปทุมธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมือง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กำลังคนเทียบกับภาระงาน

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน	จำนวน พยาบาลที่ขึ้นเวร			พยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วย		
		เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
OPD	769	8	-	-	1:30	-	-
ER	115	7	6	3	1: 8	1:7	1:7
IPD	39	7	5	4	1:6	1:8	1:9
LR	1	2	2	2	2:1	2:1	2:1

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:ไม่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ

iii. กระบวนการ

II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ องค์กรพยาบาล ประกอบด้วย

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เป็นประธาน มีคณะกรรมการที่มาจากหัวหน้างานทุกหน่วยในกลุ่มการพยาบาลได้แก่ หัวหน้างาน ER OPD IPD LR IC งานซักฟอกและงานจ่ายกลาง /พยาบาลผู้รับผิดชอบงานคุณภาพกลุ่มการพยาบาล/ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้านITกลุ่มการพยาบาล / พยาบาลเวชปฏิบัติ ครูพี่เลี้ยง ผู้ดูแลการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษา

พยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการบริหารการพยาบาล โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร หัวหน้าพยาบาลเป็น คณะกรรมการกองการพยาบาลระดับเขตและสภาการพยาบาลระดับจังหวัด หัวหน้างาน ER OPD ได้เข้ารับการอบรม หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น มีการจัดทีมในสถานการณ์ฉุกเฉิน(ICS)อบรมด้านสาธารณสุข, มีการอบรมIC ที่หน่วยงาน ER OPD IPD ,มีการอบรมฟื้นฟู Palliative care และ Intermediate care และมีพยาบาลอบรมหลักสูตร 4 เดือน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตการกแรกเกิด 1 คน พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน หลักสูตร System Manager 1 คน และครูคลินิกหลักสูตร 1 เดือน จำนวน 1 คน ทำให้เกิดทีมในการดูแลผู้ป่วยต่างๆหลายทีม

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

กลุ่มงานการพยาบาล กำหนดหน่วยงานบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากลักษณะงานมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บางภารกิจไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่นการจัดบริการหน่วยเคลื่อนที่ บริการ EMS รับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เป็นต้น เพื่อแก้ปัญหาการจัดอัตรากำลังได้ใช้การเรียนรู้จาก Data base ในการกำหนดจำนวน อัตรากำลัง และมีการวางแผนอัตรากำลังเสริมสามารถเรียกได้ตลอดเวลาตามข้อกำหนด เช่นมีการส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัด มีการส่งตรวจพิเศษในรพท ได้ดำเนินการให้หน่วยงานอื่นไปแทน การจัดอัตรากำลังของหน่วยงาน ER จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดอัตรากำลังให้พร้อมเพียงพอ และใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์เฉลี่ย อย่างน้อย 5 ปีเป็นหัวหน้าทีม Incharge โดยมี การจัดอัตรากำลัง เวรเช้า 7 คน เวรบ่าย 5 คน และเวรดึก 3 คน

สำหรับกรณีที่หน่วยงานมีภาวะขาดแคลนบุคลากร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น วิกฤตโควิด19.ในเดือนเมษายน2564 ทีมงานได้ใช้แนวคิดรวมอัตรากำลัง โดยดำเนินการดังนี้ ได้ทำการปิดการให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกบางแผนก เช่น ห้องคลอด OPD ได้จัดอัตรากำลังเหล่านี้ไปดูแลผู้ป่วยใน Cohort Ward และโรงพยาบาลสนามสนามกีฬาเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 220 เตียง เปิดHI CIในพื้นที่โดยรวบรวมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยขอความร่วมมือจากหน่วยงานโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบุรีท้องถิ่น อปทในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำให้เกิดบทเรียนการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติผ่านพ้นวิกฤตโควิด19ไปได้ด้วยดี หลังจากนั้น มีผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไปมาเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น มีการจัดอัตรากำลังเสริมและการหมุนเวียนอัตรากำลังกันภายในโรงพยาบาลไปทดแทนส่วนที่ขาดหรือต้องการความช่วยเหลือ การเรียกอัตรากำลังเสริมกรณีงานผู้ป่วยในเมื่อมีผู้ป่วยรับนอนไว้ตั้งแต่ 35 เตียงขึ้นไป มีการให้ทุนนักศึกษาพยาบาลเพื่อรองรับการขยายของโรงพยาบาล และทดแทนพยาบาลผู้เกษียณอายุราชการ โดยนำเรื่องเสนอเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อให้เขตอนุมัติ

การบริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรังแบบ One Stop Service มีการบริหารจัดการพยาบาลจาก หน่วยงานแพทย์แผนไทย เพื่อจัดการบริการตรวจตาและมีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาตรวจด้วยเครื่อง Fundus camera และตรวจทำโดยนักกายภาพบำบัด

● การจัดอัตรากำลัง

มีการทบทวนและจัดทำแผนอัตรากำลัง 5 ปี โดยนำ productivity, อัตราการครองเตียงและการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลในการบริหารอัตรากำลังของแต่ละหน่วยมาเป็นข้อมูลในการบริหารอัตรากำลังของแต่ละหน่วยและขอขยายกรอบอัตรากำลังเนื่องจาก FTE เกิน และยกระดับจากโรงพยาบาลขนาด F2 เป็นโรงพยาบาลขนาด F1 (ในปี 2567) ผลลัพธ์จำนวนตามกรอบFTEพยาบาลต้องมี 38 คนมีจริง64คนส่วนเกิน 26 คนเนื่องจากโรงพยาบาลพระชิพิตยตั้งอยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีการเคลื่อนไหวของประชากรและมีผู้รับบริการในขยายเครือข่ายของรพสต และศูนย์บริการสาธารณสุขในอำเภอใกล้เคียง จึงทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มคนย้ายที่อยู่เพื่อมาทำงาน แรงงานต่างด้าวที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้มี ผู้ป่วย จุกเงิน 18,191คน/ปี ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 10,887 คน/ปี เฉลี่ยวันละ 75 ราย ผู้ป่วยนอก OPDรวม 128,482คน/ปี เฉลี่ยวันละ 438 ราย จากข้อมูลดังกล่าวคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลได้ตระหนักถึงภาวะ

งานที่มาก และข้อจำกัดเรื่อง FTE ตามกรอบ จึงได้พิจารณาการใช้เกณฑ์มาตรฐานการจัดอัตรากำลังโดยนำ productivity และมาตรฐานการจัดอัตรากำลังของสภาการพยาบาลเป็นแนวทางในการจัดสรรให้หน่วยงานโดยกำหนดประเภทของหน่วยงานเพื่อจัดสรรอัตรากำลังนี้ประเภทหอผู้ป่วยใน จำนวน 1 หน่วยงานงานผู้ป่วยนอก 1 หน่วยงาน งานห้องคลอด 1 หน่วยงาน หน่วยงานบริการที่มีความเสี่ยงสูง 1 หน่วยงาน ได้แก่ ER จัดสรรอัตรากำลังได้ 100 % ในทุกหน่วยงาน

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

องค์กรพยาบาลมีผู้บริหารสูงสุดคือหัวหน้าพยาบาล ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการ มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการและสนับสนุนอัตราบุคลากรด้านการพยาบาล ในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกหน่วยบริการในองค์กรกำหนดกรอบนโยบายและเป้าหมายร่วมขององค์กรพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล พัฒนาระบบบริการพยาบาล การประกันคุณภาพบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีศักยภาพและสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน มีคุณธรรมจริยธรรมภายใต้การควบคุมกำกับ นิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล มีหัวหน้าพยาบาลเป็นประธาน ประกอบด้วยหัวหน้างานต่างๆ บทบาทหน้าที่ประสานกิจกรรมและนโยบายของงานพยาบาล และร่วมควบคุม กำกับกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้มีหลักประกันว่ามีการปฏิบัติงานอยู่บนพื้นฐานจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย วิชาชีพและความรู้ที่ทันเหตุการณ์

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ: มีการปฐมนิเทศพยาบาลบรรจุใหม่ทุกราย มีการกำกับติดตามการตอบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้เป็นปัจจุบันทุกคน

- การนิเทศกำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล: มีการวางแผนนิเทศทางการพยาบาลเป็น 2 ระดับ ได้แก่

- ระดับองค์กรหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และทีมคณะกรรมการบริหารทางการพยาบาลผู้ได้รับมอบหมายมีการนิเทศเพื่อติดตามประเมินผลตามนโยบาย มาตรฐาน แนวทางปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ลงสู่การปฏิบัติ ให้เกิดประสิทธิภาพในทุกหน่วยมีการวางแผนนิเทศทางคลินิก ให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ/เสี่ยงสูง เช่นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง Stroke AMI Sepsisบริการพยาบาลที่อยู่ภายใต้กำกับดูแลของกลุ่มการพยาบาลหน่วยบริการในความรับผิดชอบเช่น ER OPD IPD LR ICทุกๆ 2 เดือน

- ระดับหน่วยงาน มีการนิเทศทางคลินิกกำกับติดตามงานโดยหัวหน้างานโดยเรียนรู้จากบททวนอุบัติการณ์ และรายงานผลการดูแลควบคุมกำกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลให้หัวหน้าพยาบาลและคณะกรรมการบริหารการพยาบาลทราบไตรมาสผลการนิเทศกำกับดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการทางการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

- 1.จากความไม่พร้อมในการช่วย CPR ของทีมIPD จัดให้มีการtrainingโดยทีมงานอุบัติเหตุดูถูกเงินเป็นผู้สอน แพทย์เป็นผู้ร่วมประเมิน ทำให้ทีม IPD มีศักยภาพและมีความพร้อมในการช่วย CPR ร่วมกับแพทย์ได้ดีขึ้น
- 2.การซ่อมทีมห้องคลอดในการปฏิบัติการทำคลอด ที่มีความเสี่ยงหลังเกิดอุบัติการณ์ เช่นการทำคลอดทารกที่ติดไหล่
- 3.การซ่อมปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกให้กับบุคลากร แพทย์ และพยาบาล โดยทีมงานแม่และเด็กจังหวัดปทุมธานี ในเวที Lunch Symposiumส่งผลให้พยาบาลมีการในทุกจุดบริการมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก
- 4.จากการทบทวนโรคฉุกเฉิน ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการวางแผนทาง เตรียมความพร้อมในทักษะการประเมินอาการเตือนสำหรับพยาบาลทุกคน การอ่านEKG โดยทีมแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลปทุมธานีแม่ข่ายเป็นผู้ฝึกอบรมให้ ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและมีทักษะที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และมีช่องทางพิเศษจากแพทย์เฉพาะทางหัวใจ(รพ เอกชน)ให้คำปรึกษา

5.ปรับปรุงระบบการรองรับบริการน่านและแออัด ที่ OPD เนื่องจากพื้นที่ จำกัดและมีปริมาณผู้ป่วยเฉลี่ย 301รายต่อวัน โดยจัดระบบบริการแยกคลินิก แยกทีมแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หลังจากพัฒนากระบวนการพบว่าสามารถ ลดความแออัด ลดขั้นตอนการทำงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

6.การคัดกรองในจุด Triage มีการพัฒนาทักษะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการใช้ เครื่องมือการคัดกรองต่างๆเช่น การคัดกรอง Sepsis จากเดิมด้วย SOS Score พัฒนาเป็นการคัดกรองด้วย Quick sofa scoreและผู้ป่วยใช้SOS Score

7. การนิเทศการพยาบาลได้มอบหมายหัวหน้างาน แต่ยังเจอง่ายยังไม่สามารถสรุปประเด็นได้ จึงได้จัดระบบการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษรโดยจัดตารางปฏิบัติงาน ตามแผนและปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

โอกาสพัฒนา องค์กรพยาบาลได้วางแผน นำค่านิยม MOPH NURSES มาประกาศเป็นนโยบาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมจริยธรรมที่ดี เกิดประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม ผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรพยาบาลมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล

● การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

องค์กรพยาบาลใช้นโยบาย 2P Safety ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วย และความปลอดภัยของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ใช้หลักการ SIMPLE ทั้งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการดูแลบุคลากร องค์กรพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะทำงานระดับโรงพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยเช่น มอบหมายให้พยาบาล ICNดูแลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความปลอดภัยด้านยา(Medication Safety Team) ซึ่งอยู่ในทีมระบบยา กิจกรรมที่สำคัญได้แก่การทบทวนความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรของโรงพยาบาลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความปลอดภัยในการใช้ยาการติดตามกำกับให้ปฏิบัติตามนโยบายของระบบยาที่มีการบริหารความเสี่ยงโดยใช้ระบบเดียวกันกับของโรงพยาบาลมีการทบทวนความเสี่ยงร่วมกับทีมPCT/ ทีมความเสี่ยงและทีมอื่นๆที่เกี่ยวข้องมีการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนมาการปรับระบบการปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่นการปรับปรุงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยการแยกห้องหัตถการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ จากปัญหาห้องมีขนาดเล็ก การทบทวนวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์ที่มีการระบาดโรคโควิด-19ได้จัดระบบพื้นที่การดูแล(zoning)การแยกโซนผู้ป่วยจัดระบบการรับผู้ป่วยแรกรับและ การพัฒนาห้องแยกโรคแบบ Negative Pressure ให้ได้มาตรฐาน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ(PPE) ให้กับเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ ทีมงานIC และแนะนำการใส่ชุด การถอดPPEกำกับติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลของสำนักการพยาบาล(QA) จากการดำเนินงานQAพบว่าทุกงานมีการประเมินตนเองผ่านในระดับ 3 และมีการวางแผนพัฒนาในส่วนขาดผลการดำเนินงานปี 2563 - 2565ด้านความปลอดภัยพบว่ามีความเสี่ยงรุนแรงในด้านการดูแลผู้ป่วยระดับ G –H- I จำนวน1 ,1, 2เรื่องตามลำดับพบอุบัติการณ์โดยรวมที่หน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้มีการทบทวนและปรับปรุงในเรื่องการประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติ,อัตราค่าลง,อุปกรณ์เครื่องมือ และทักษะที่เป็นสมรรถนะหลักทางการพยาบาลในหน่วยงาน มีการนำความเสี่ยงมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมความเสี่ยง โดยทำ RCA ,การConference Case ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายระดับจังหวัด ส่งผลให้เกิดการพัฒนา CPG การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ฝึกซ้อมแผนการทำงานเป็นทีมเช่น การฝึก CPR ทารกแรกเกิด เป็นต้น

การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

- ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม :โดยให้บุคลากรใช้ข้อมูลใน HosxP เป็น Data Base นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนาการทำงานและกำหนด Core Competency แต่ละหน่วยงานโดยมีหัวหน้างานเป็นผู้ประเมิน

- ช่วงที่มีการระบาดของโควิด19 จัดตั้ง ARI Clinic และจุดตรวจโควิด19เป็นส่วนให้บริการแบบ One-Stop service ใช้กลุ่มไลน์ในการติดต่อสื่อสารเก็บข้อมูลทาง Google Form ระหว่างโรงพยาบาลกับ Community Isolation
- กำหนดให้มีการสาธิตการใช้เครื่องมือแพทย์ใหม่ทุกครั้งโดยผู้แทนจำหน่ายและสอน/สาธิตการใช้เครื่องมือใหม่
- แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนเช่นเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ, เครื่อง EKG monitor, เครื่อง NST, Infusion pumpและมีการทบทวน
- การใช้เครื่องมือสำคัญทางการแพทย์เช่น Defibrillation เป็นต้น
- การรายงานแพทย์โดยใช้หลักSBARเพื่อให้พยาบาลและแพทย์มีข้อตกลงร่วมกันในการรายงานอาการผู้ป่วย
- การใช้ กรุปไลน์ติดตามอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่นกลุ่ม รร.เบาหวาน กลุ่มHome Isolation
- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณสมบัติต่ำกว่าเกณฑ์:

- องค์การพยาบาลกำหนดให้มีการประเมินเทศบาลการที่ใหม่อย่างน้อย 2 ระดับได้แก่ระดับองค์การพยาบาลโดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารการพยาบาล ในหน่วยงานประเมินเทศบาลโดยหัวหน้างาน

- พยาบาลวิชาชีพใหม่หรือพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจะปฏิบัติงาน ภายใต้การดูแลของหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยงอย่างน้อย 3 เดือนมีการฝึกและประเมินสมรรถนะที่จำเป็นในหน่วยงานและจะยังไม่ให้ปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าเวร (Incharge)จนกว่าจะประเมินผลการปฏิบัติงานผ่านประสบการณ์การทำงานในระยะเวลาที่กำหนดและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มีระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานและประเมินสมรรถนะมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ

- เมื่อนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลมาฝึกปฏิบัติงาน กำกับการดูแลภายใต้การดูแลของอาจารย์ของสถาบันฝึกและพยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพพี่เลี้ยงในหน่วยงานโดยพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการอบรมจาก สถาบันที่ส่งนักศึกษามาฝึกงาน

- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:

-มีการจัดการความรู้และการส่งเสริมการวิจัยโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับเครือข่าย มี Facilitator R2R ระดับเขตเป็นพี่เลี้ยงและกระตุ้นการทำ R2R

- การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ HL ในชุมชน มุ่งสร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองของชุมชนด้วยกลุ่มโรคฉุกเฉินที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล คือ DM HT Covid-19

- สนับสนุนให้ไปอบรม ร่วมกิจกรรมงานวิจัย R2R จัดมหกรรมคุณภาพWCQI R2R นวัตกรรม ในโรงพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้เกิดผลงานคุณภาพ คุณค่าของงาน

เป็นผู้ร่วมวิจัย"การศึกษาธรรมชาติของโควิด-19ในเขตพื้นที่ความเสี่ยงสูงในประเทศไทย" เก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัยจำนวน200คนและมีส่วนขยายอีก300คน(ผู้ป่วยที่เป็นโควิด19จำนวน200คนและผู้ป่วย long covid จำนวน100คนได้ทุนจากสำนักงานวิจัยแห่งชาติ(ว.ช.)อยู่ระหว่างเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลา1ปี

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

- ปฏิบัติงานร่วมที่คณะกรรมการ ระบบงานสำคัญทุกระบบ

1.มีบทบาท เป็นแกนนำสำคัญในทีมต่อไปนี้

- พยาบาล ICN เป็นแกนนำสำคัญ และเป็นเลขาคีม IC
- พยาบาลที่ผ่านการอบรมเจรจาไกล่เกลี่ย เป็นผู้รับข้อร้องเรียน/พิจารณาข้อร้องเรียน /การเจรจาไกล่เกลี่ย
- พยาบาลเป็นเลขาคีมบริหารความเสี่ยง /สุศึกษาประชาสัมพันธ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- พยาบาลเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ และเป็นแกนหลักในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA
- หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นแกนนำหลักในปฏิบัติการซ่อมแผน ICS

2.มีบทบาทสำคัญในการร่วมเป็นกรรมการ คณะทำงานในทีมต่อไปนี้

- หัวหน้างานทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- พยาบาลแต่ละหน่วยบริการร่วมเป็นคณะทำงาน คณะกรรมการ ในทีมนำทางคลินิก และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาขับเคลื่อนงานทางคลินิก มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการทบทวน 12 กิจกรรม การทำ RCA Clinical Tracer การใช้ 3P ในการพัฒนางานประจำ
- พยาบาลแต่ละหน่วยบริการร่วมเป็นคณะทำงาน คณะกรรมการ ในทีมบริหารความเสี่ยงและมีบทบาทสำคัญในการร่วมค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล บริหารจัดการความเสี่ยงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- พยาบาลร่วมเป็นคณะกรรมการและทีมปฏิบัติงาน กับทีมนำระบบ ENV /HRD //ทีมชุมชน /ทีมระบบยา/ทีม IM
- พยาบาลร่วมทีมประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ งานรังสีวิทยา งานกายภาพบำบัด
- พยาบาลเป็นคณะกรรมการ พชอ.อำเภอรัญบุรีและเป็นทีมประเมิน /ทีมพี่เลี้ยง รพสต.ติดดาว
- พยาบาลเป็นกรรมการ QLN ระดับจังหวัด และ QA เขต
- พยาบาลร่วมทีมปฏิบัติงานกับวิชาชีพอื่นเช่น ครู พระสงฆ์ ตำรวจ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสา

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

- องค์กรพยาบาลใช้หลักการ SIMPLE ใน 2P Safety โดยเน้นเป้าหมายตามนโยบายขององค์กรได้แก่ Patient safety goal และ Personal safety gold เป็นกรอบในการวางมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยงและหน่วยงานอื่นเป็นภาพรวมขององค์กร เพื่อปรับปรุงกระบวนการ การรายงานแพทย์ทาง LINE โดยมีเป้าหมายไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุงวิธีการรายงานแพทย์โดยใช้ 3C-PDSA เชื่อมโยงความปลอดภัยด้วยมาตรการ การรายงาน CASE ทาง LINE โดยมีข้อกำหนดดังนี้
 1. ไม่รายงาน CASE ผู้ป่วยใน Group line นอกจากไลน์รายงานแพทย์แต่ละตึกเท่านั้น
 2. เลือกการรายงาน CASE ด้วยวิธีอื่นเป็นลำดับแรกก่อน เริ่มจากการรายงาน แบบ SBAR ต่อหน้า /การรายงานทางโทรศัพท์ และเลือกการรายงานทาง LINE เป็นลำดับสุดท้าย
 3. การรายงานทางLINE ให้รายงานแบบLINE ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ผู้รับรายงานเท่านั้น
 4. ไม่ถ่ายภาพแสดงตัวตนผู้ป่วยชัดเจนส่งไปทางLINE
 5. ไม่ระบุชื่อแสดงตัวตนผู้ป่วยทางLINE กำหนดการระบุตัวผู้ป่วยด้วยสัญลักษณ์
 6. ลบข้อมูลทางLINE ทิ้งหลังจากภารกิจกรายงาน CASE เสร็จสิ้น

จากบทเรียนดังกล่าว องค์กรพยาบาลได้ตระหนักถึงคุณภาพและความปลอดภัย ของผู้ป่วยและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ตาม แนวปฏิบัติของ SIMPLE ทั้งในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลบุคลากรทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่เป็น GAP และออกแบบกระบวนการใหม่เพื่อป้องกันความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในภาพรวมของ องค์กร

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

- องค์กรพยาบาลกำหนดเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล คือ 1) ความปลอดภัย 2) การบรรเทาความทุกข์ทรมาน 3) การได้รับ ข้อมูลและการเรียนรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 4) การเสริมพลัง 5) ความพึงพอใจ

องค์กรพยาบาลประเมินการบรรลุเป้าหมาย

การประเมินทักษะ Core Competency ทุกหน่วยงานสำคัญ

- การประเมินการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากผลการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในปี 2561- 2565 พบผู้ป่วยที่มี อาการรบกวนได้รับการบรรเทาอาการ ร้อยละ 80 ,90 ,100.100 ตามลำดับ มีการเข้าถึงยากลุ่ม Strong opioid มากขึ้นในการบรรเทาอาการปวด
- จากการนิเทศทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญ/เสี่ยงสูง พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำตาลใน เลือดต่ำไม่กลับมา Re admitted และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- การประเมินความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจ ร้อยละ 81 ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจร้อยละ 85

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

กลุ่มการพยาบาลมีการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยยึดหลักสิทธิผู้ป่วย 10 ประการเช่น มีการประกาศ

สิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา, การลงนาม ยินยอม/ไม่ยินยอมการรักษาความลับของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยคลอดผู้ป่วยส่งต่อเช่นผู้ป่วยตรวจ เลือด HIV ผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดผู้ป่วย OSCC มีการสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั้ง การประชุมบอร์ดประกาศสิทธิผู้ป่วยการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วยที่กำหนดขึ้นเช่นการให้ข้อมูลการดูแลรักษาการให้ โอกาสเลือกวิธีการรักษาเป็นต้นในด้านจริยธรรมวิชาชีพยึดหลักจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพของสภาการพยาบาลมาใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือสำรวจ (HAPPY SOUL) การมีคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานโอกาสพัฒนา ใช้ เครื่องมือ แบบสอบถามด้านคุณธรรมจริยธรรม เพื่อนำไปวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณธรรมจริยธรรม โดยการ จัดอบรมธรรมะ โครงการจริยธรรมนำความสุข ณ วัดปัญญานันทาราม และโครงการ Smart Service ในปี 2565 ให้กับพยาบาล อบรมการประกาศใช้ พ.ร.บ. ข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน

(2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี (Case Manager) เช่นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ / ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถความดันโลหิตได้, การดูแลผู้ป่วยCKD คลินิก ในกรณีมีการ เปลี่ยนแปลงค่า Cr หรือ ค่า eGFR ที่ต่ำลง, การดูแลผู้ป่วย Asthma COPD ที่มีอาการกำเริบ เป็นต้น
- มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเช่นการพัฒนารูปแบบงานบริการพยาบาลเพื่อลดการเกิดแผลกดทับด้วย นวัตกรรมนาฬิกาชีวิต , การดูแลหลังคลอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมด้วยนวัตกรรม ถูกดัเขียวที่ กระตุ้นการไหลของน้ำนม นวัตกรรม Box set Stroke Fast track ในการเตรียมส่งต่อมาโรงพยาบาล

สำหรับเครือข่ายปฐมภูมิ พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล(NCPG)การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น

DM HT Covid – 19 เป็นต้น

- มีการพัฒนา CPG ร่วมกับ PCT ทีมในกลุ่มโรคสำคัญเช่น CPG Stroke ,STEMI, Sepsis, DM,HT,CKD Asthma, COPD PPH

(3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:

- องค์การพยาบาลโดยคณะกรรมการ ส่งเสริมและให้นโยบาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในทุกหน่วยงานให้บริการทางการแพทย์โดยคำนึงถึง ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงวิถีชีวิตและบริบททางสังคม จากบทเรียนการนำผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาล Palliative care ได้ทำ Family meeting เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับญาติ จำนวน 6 คน ญาติขอให้นำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตและประเพณีของชาวไทยเชื้อสายจีน ทีมพยาบาล Palliative Care ได้ประสานการทำงานร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ญาติ และพระสงฆ์ เพื่อพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ คือ การ ถอดท่อช่วยหายใจ จากการประเมินปัญหาทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยสัญญาณชีพซาลง และเริ่มมีเลือดคั่งที่อวัยวะส่วนล่าง ผิวม่วงดำคล้ำ ทีมทำงานได้ตัดสินใจส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ตามความเชื่อและวิถีชีวิตสำเร็จ โดยมีการเอาท่อช่วยหายใจออกหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- ใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพและผู้บริหารบริการครอบครัว จัดให้มีทีม Meeting ในผู้ป่วย Intermediate care เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จสมบรูณ์และเป็นองค์รวม
- การจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตรทุกวันศุกร์สัปดาห์แรกของเดือน ที่หอผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติและเจ้าหน้าที่ได้ทำบุญใส่บาตรตามวิถีชาวพุทธ
- ผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยจัดหาวัคซีนโควิด19ให้กับผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด19 ไม่ครบหรือไม่เคยได้รับ
- การให้จัดบริการแพทย์ทางเลือกในการ ทับหมอบเกลื้อ และอบสมุนไพร ด้วยการประสานงานแพทย์แผนไทยตามวิถีชุมชนสำหรับมารดาที่คลอดบุตรด้วยวิธีปกติ
- การใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย IMC (ใช้ยาทำลายพระสุเมรุ) และผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ(สุขไสยาสน์) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ร้อยละ 90

(4) บันทึกทางการแพทย์:

- ยังพบปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ 1.บันทึกทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุม ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย และบางครั้งยังไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย 2.กิจกรรมการพยาบาลเขียนเป็นแบบ กว้างๆบางกิจกรรมไม่เฉพาะสำหรับผู้ป่วย 3.การประเมินผลกิจกรรมพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ตั้งขึ้น
- กลุ่มการพยาบาลใช้การบันทึกทางการแพทย์ด้วย หลักการ Focus Charting โดยมีการอบรมทักษะการใช้กระบวนการในกลุ่มการพยาบาลให้พยาบาลทุกคนเข้าอบรม ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี2565 และนำไปใช้หลังการอบรมโดยมีเป้าหมายสำคัญคือพยาบาลสามารถมองปัญหาผู้ป่วยได้ชัดเจนมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากผลการเรียนรู้ปัญหาดังกล่าว เกิดการพัฒนากระบวนการดังนี้

1.วางแผนทบทวนการบันทึกทางการแพทย์แบบ Focus Charting โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการทีมงานผู้ป่วยใน ทุก 2 ไตรมาส โดยทีมพัฒนาคุณภาพ

2.มีการพัฒนาการเขียน Focus List รายโรค ในรูปแบบ Standing Specific Focus List เพื่อเป็นแนวทางแบบเฉพาะ

โรคที่สำคัญ ได้แก่ Focus List โรค Pneumonia ที่เป็นอันดับแรกของการ Admitted

3.มีการพัฒนาการเขียน Nurse note ที่มีส่วนประกอบเป็น AIE ในรูปแบบ Standing Specific Nurse note ในกลุ่ม

โรคสำคัญ 5 อันดับแรกของงานผู้ป่วยใน

4.มีการพัฒนารูปแบบการทำ D/C Plan โดยออกแบบการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค ในกลุ่มโรคสำคัญที่มีความ

ซับซ้อนและต้องการการ Empowerment ผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:

- องค์การพยาบาลใช้การประเมินเพื่อปรับปรุงปฏิบัติการทางการพยาบาล ดังนี้

1.ประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) สมรรถนะพื้นฐานของพยาบาล

2) สมรรถนะหลักในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ (Core competency)โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะที่องค์การพยาบาลกำหนด ขึ้นมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์และหาโอกาสพัฒนาสมรรถนะในส่วนที่ขาดโดยใช้ระบบพี่เลี้ยงและการ Training on the job และการนิเทศทางการพยาบาลโดยหัวหน้างาน

ผลการประเมินสมรรถนะพบว่า

หน่วยงาน	ร้อยละการผ่าน สมรรถนะพื้นฐาน	ร้อยละการผ่าน สมรรถนะหลักของหน่วยงาน	แนวทางพัฒนา
ER	100	100	
OPD	100	100	
IPD	100	80	GAP การดูแลภาวะวิกฤต
LR	100	100	

2.การประเมินผลการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลการใช้ กระบวนการพยาบาลแบบ Focus charting (Focus List / Process note ที่มีส่วนประกอบเป็น AIE -Assessment / Intervention /Evaluation)

3.การประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรในทุกหน่วยการพยาบาล ต้องสามารถใช้ กระบวนการพยาบาลที่สำคัญได้แก่การ Assessment / Intervention /Evaluation ได้ถูกต้องเหมาะสม

4.การประเมินจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจาก ตัวชี้วัด Service plan องค์การพยาบาลนำผลที่ได้จากการประเมิน 4 ข้อ มา วิเคราะห์และค้นหา GAPและใช้ 3C-PDSA เพื่อออกแบบกระบวนการปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- องค์การพยาบาลเป็นแกนนำหลักในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA
- องค์การพยาบาลเป็นทีมนำในการดูแลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและจัดตั้ง Home Health Care และคลินิก เจอ แจก จบใน โรงพยาบาล เป็นแกนนำในการพัฒนาบริการ Service plan ในรูปแบบเครือข่าย

- องค์การพยาบาลเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย Covid-19 ในปี 2564 โดยจัดตั้ง Cohort ward จำนวน 80 เตียงในโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วย Covid-19 จำนวน 220 เตียงในโรงพยาบาลสนาม และดูแลผู้ป่วย Home Isolation จำนวน 3,000 คน เป็นโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อ จาก CI อีกจำนวน 3 แห่ง ทำให้จังหวัดปทุมธานีผ่านวิกฤติ Covid-19 ไปได้

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38.ระบบบริหารการพยาบาล	3	L	พัฒนาระบบนิเทศงานควบคุมกำกับในคลินิก
39.ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	L	พัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบันทึกทางการพยาบาล พัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1.อัตราการสุปเวาระเบียนทันต่อเวลา	> 80 %	63.87	98.41	58.22	54.47	70.41
2.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80 %	NA	78.52	76.65	81.12	76.65
3.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 80 %	NA	78.6	76.65	75.27	88.18
4.อัตราการใช้ยา antibiotic อย่างสมเหตุสมผล	ผ่านเกณฑ์	ขั้นที่1	ขั้นที่1	ขั้นที่2	ขั้นที่3	ไม่ผ่าน
5.การมีส่วนร่วมทางวิชาการระดับรพ.,จังหวัด , ประเทศ, ต่างประเทศ	มีส่วนร่วม	NA	NA	NA	1	2

ii. บริบท

กำกับติดตามดูแลองค์กรแพทย์ซึ่งมีโครงสร้างประกอบไปด้วยแพทย์และทันตแพทย์ทุกท่าน ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานองค์กรแพทย์ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ : มีแพทย์ประจำจำนวน 10 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการซึ่งเป็นศัลยแพทย์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ 2 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน แพทย์ทั่วไป 6 ท่าน ทันตแพทย์มี 6 ท่าน รวมทั้งสิ้น 17 ท่าน โดยมีธรรมนูญองค์กรแพทย์เป็นเครื่องกำกับดูแล

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:

- 1.กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT CKD Asthma COPD
- 2.กลุ่มโรคฉุกเฉิน ได้แก่ Stroke STEMI Sepsis
- 3.กลุ่มโรคติดเชื้อ HIV/TB/ COVID-19

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างเร่งด่วน เพื่อส่งต่อการรักษาในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ Stroke , Acute MI , Head injury , Sepsis , abdominal injury , fracture ,pregnancy with severe complication

iii. กระบวนการ

(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

- โรงพยาบาลตั้งองค์กรแพทย์ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ ส่งเสริมให้แพทย์ในโรงพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ของตน ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ สนับสนุนการดำเนินการของแพทย์ในการที่จำทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจ อันนำไปสู่ ความสำเร็จในวิสัยทัศน์ ที่ตั้งไว้ มีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติไว้กำกับดูแล การปฏิบัติงานของแพทย์ มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ในการปฏิบัติงาน มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยเป็นเวทีการรวมตัวของแพทย์ในการประสานงานทบทวนกิจกรรมคุณภาพ ทั้งประเด็น งานบริหาร งานบริการและงานวิชาการของ และแพทย์ยังมีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมพัฒนาคุณภาพ / ที่ปรึกษา เช่น ทีม RM, PCT, IC , IM

(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน: แพทย์ทุกคนได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคน แพทย์เฉพาะทางได้รับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญทั้งวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรทุกคน สมาชิกองค์กรแพทย์มีความเหมาะสมด้านคุณสมบัติของแพทย์และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี
- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: แพทย์เฉพาะทางทุกท่านได้ปฏิบัติงานตามความเชี่ยวชาญชำนาญในสาขาความรู้ของตนเอง ให้คำปรึกษา ให้ความรู้กับแพทย์ทั่วไปและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน แพทย์ทั่วไปมีหน้าที่ต้องปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน มีการปรึกษาแพทย์ที่ดูแลในแต่ละสาขาได้ตลอด 24 ชม.และสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพ
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ: องค์กรแพทย์ ส่งเสริมให้แพทย์แต่ละคนเข้าร่วมการประชุมวิชาการในประเด็นที่ตนเองสนใจหรือสาขาที่สามารถนำมาพัฒนาระบบภายในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้แพทย์แต่ละคนเข้าฝึกอบรม/ศึกษาดูงานในภาควิชาที่สนใจตามโรงเรียนแพทย์ ต่าง ๆ ได้ ส่งเสริมให้แพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลมีโอกาสเข้าศึกษาต่อในสาขาที่ตนเองสนใจเพื่อกลับมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลกำลังขยายศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น) และมีการจัดกิจกรรมวิชาการในองค์กรแพทย์
- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ : มีนักศึกษาแพทย์จากมหาวิทยาลัยได้มาศึกษา ปฏิบัติงานและเรียนรู้ในการออกชุมชนภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทาง
- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย : แพทย์เป็นผู้นำทีมในงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่นใน PCT มีการทบทวน Case ของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งมีแพทย์ผู้รับผิดชอบร่วมทบทวน Case ร่วมกับทีมที่ทำการทบทวน ร่วมกันเป็นสหสาขา พร้อมทั้งแพทย์ยังเป็นส่วนหนึ่งในทีมพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ของโรงพยาบาล องค์กรแพทย์ร่วมทำการปรับปรุง CPG ของโรงพยาบาล ให้ถูกต้อง ทันสมัย นำไปใช้ได้ง่าย และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล
- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน : องค์กรแพทย์เน้นย้ำการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานเวชระเบียน มีการนำผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาแจ้งแก่สมาชิกแพทย์เพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไข มีแพทย์เป็นแกนนำในการรับผิดชอบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เป็นสองส่วน คือ ตรวจสอบความสมบูรณ์ในการลงรหัส ซึ่งจะทำการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับร่วมกับทีมพยาบาล และมีการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนทุกฉบับ มีการปรับปรุง Standing order ของโรคต่าง ๆ

เนื่องจาก แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีเคสที่ต้องดูจำนวนมาก จึงจัดทำ Clinical practice guideline และ Standing order เพื่อให้ครอบคลุมต่อการสั่งการรักษาตามมาตรฐานปัจจุบัน ในแผนกผู้ป่วยในมีการกระตุ้นเตือนแพทย์ในการลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยลงในแฟ้มประวัติการรักษาทุกครั้ง โดยใช้หลัก S-O-A-P เป็นพื้นฐานในการบันทึก รวมทั้งกระตุ้นให้มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน อย่างน้อย 3 วันหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และในแผนกผู้ป่วยนอกมีการกระตุ้นเตือนให้แพทย์ลงบันทึกการตรวจร่างกาย ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลเอ็กซเรย์ รวมทั้งประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ลงในระบบคอมพิวเตอร์

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม : ในงานผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยรวดเร็วและเหมาะสม จึงมีการจัดทำ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ (Fast track) โดยเฉพาะโรคที่ต้องการความรวดเร็วในการดูแล เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถส่งข้อมูลปรึกษาลงใน application line ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจจาก รพ.แพทย์รังสิต และส่งต่อไปรับการรักษาทันที โรคหลอดเลือดสมองที่มาภายในระยะเวลา 4 hr แพทย์สามารถดูแลและส่งตัวผู้ป่วยไป CT scan พร้อมปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อส่งตัวไปรักษาได้ทันถ่วงที นอกจากนี้ การส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ แพทย์มีสิทธิส่งตรวจได้โดยตรงตามดุลยพินิจ ทั้งนี้การส่งตรวจที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การส่งตรวจเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จะมีการพิจารณาเป็นรายๆ ในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วพบว่ามิชอบซึ่งในการส่งตรวจไม่ชัดเจน มีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้มีความชำนาญกว่าหรือผู้อำนวยการได้ โดยสามารถการปรึกษา Case ผ่านสื่อออนไลน์ โทรศัพท์ หรือปรึกษาโดยตรงกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย : เมื่อมีการทบทวนอุบัติการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จากทีมผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ แพทย์มีหน้าที่เป็นแกนหลักในการกำหนดมาตรการในการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางระบบในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่มีปัญหา มีการจัดทำ CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ และจัดตั้งคลินิกพิเศษตาม Service plan ของจังหวัดปทุมธานี เช่น warfarin clinic , คลินิกชะลอไตเสื่อม คลินิกหอบหืด เป็นต้น

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ: เมื่อมีการประชุม สื่อสารข่าวสารต่าง ๆ ขอร้องเรียน ปัญหาที่ feedback จากที่ต่าง ๆ จะมีการร่วมหารือจัดทำแนวทางแก้ไขป้องกันร่วมกันแล้วสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรประสานไปยังหน่วยงานอื่นให้ทราบข้อตกลงขององค์กรแพทย์ เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร เกิด clinical practice guideline และ care map ผ่าน PCT เพื่อกำหนดการดูแลผู้ป่วย ในโรคสำคัญต่าง ๆ และมีการทบทวน แนวปฏิบัติอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอ การใช้ยาปฏิชีวนะ แนวทางการส่งชันสูตร

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ:

แพทย์มีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในองค์กรเช่นคณะกรรมการ PCT คณะกรรมการ IC คณะกรรมการห้องยา มีการนำปัญหาผู้ป่วยมาวิเคราะห์แก้ไขร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่พบบ่อย แนวทางการใช้แอนติไบโอติก การใช้ยาที่ต้องควบคุม การส่งตรวจที่มีค่าใช้จ่ายสูง การจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การดูแลผู้ป่วยไวยาบบ ONE STOP SERVICE
- ร่วมจัดทีมเยี่ยมบ้านและเสริมพลังเชิงรุกให้กับภาคีเครือข่าย
- พัฒนาระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้คนไข้ NCD ได้รับการดูแลจากแพทย์และสหวิชาชีพโดยตรงโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ลดความแออัดของคนไข้โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลได้
- ได้รับเชิญเป็นผู้บรรยายในงานประชุมวิชาการระดับชาติสภากาชาดไทยครั้งที่ 28 วันที่ 3-5 พฤศจิกายน 2564 ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิในการใช้พลาสมาของผู้ที่หายจากโควิดมารักษาผู้ป่วยโควิดที่กำลังจะเสียชีวิตให้รอดกลับมาปกติ

- ทำวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลจุฬารัตน์ส่งตีพิมพ์ต่างประเทศ (submit) หลายฉบับ อาทิเช่น CPT ,PLASMAP TRAIL ,THE BEST VACCINE

v. แผนการพัฒนา

การกำหนดแนวทางการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันกันและมาตรฐาน เช่นภาวะตกเลือดหลังคลอด ,ครรภ์เป็นพิษ, Shoulder dystocia, prolapsed cord เป็นต้น โดยมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางปัจจุบันเสมอ

มีการกำหนดกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางการดูแล ได้แก่ Stroke,STEMI,Sepsis,TB,COPD,TB ส่งเสริมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. องค์กรแพทย์	3	A,L	ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตาม CPG มากขึ้น พัฒนาโครงสร้างและกลไกในการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก - พัฒนาการมีการประสานความร่วมมือกับ PCT/ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง/ผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร - พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมเชื่อมโยงลงสู่ รพสต. -ทำงานเป็นทีมเครือข่ายกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการร่วมเป็นคณะผู้เชี่ยวชาญในการให้ความเห็นทางการแพทย์ -เป็นแพทย์ที่ปรึกษาให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาล ชุมชนทุกแห่งของจังหวัดปทุมธานีโดยมีได้คิดมูลค่า -ร่วมทำวิจัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลจุฬารัตน์ โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เพื่อยกระดับการรักษาผู้ป่วยโควิดให้มีมาตรฐานทัดเทียมอารยะประเทศ มีการนำสารยาจากต่างประเทศมูลค่าสูง (monoclonal antibody) มาใช้รักษาผู้ป่วยโควิดที่โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคมเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ทุกคนปลอดภัยและหายเป็นปกติดี

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
โรงพยาบาลพัฒนาสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital	ดีมาก Plus	ดี	ดี	ดี	ดี	ดีมาก Plus
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	OHS	RAH ระดับ 5	OHS ผ่านระดับเริ่มพัฒนา	OHS ผ่านระดับเริ่มพัฒนา	OHS ผ่านระดับเริ่มพัฒนา	OHS ผ่านระดับเริ่มพัฒนา
ผลคุณภาพน้ำทิ้งจากบ่อบำบัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย	ผ่าน 4/4	ผ่าน 3/4	ผ่าน 4/4	ผ่าน 3/4	*ไม่ได้ดำเนินการตรวจ	ผ่าน 2/5
ร้อยละของจุดบริการน้ำอุปโภคบริโภคภายในโรงพยาบาลผ่านการตรวจคุณภาพ	100	100	100	100	*ไม่ได้ดำเนินการตรวจ	100
ร้อยละของโรงครัวและร้านอาหารภายในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารปลอดภัย	100	100	100	100	*ไม่ได้ดำเนินการตรวจ	100
ร้อยละ อาหารปลอดภัย (อาหารสด)	80	94.12	95.24	81.48	*ไม่ได้ดำเนินการตรวจ	91.23
เครื่องมือแพทย์ได้รับการสอบเทียบ	100%	100	100	95	90	97
เครื่องมือแพทย์สอบเทียบผ่านเกณฑ์	100%	100	100	95	90	97
จำนวนอุบัติเหตุของกระแสไฟฟ้าดับที่ระบบไฟสำรองฉุกเฉินทำงานเกินกว่า 10 วินาที (ครั้ง) /ระบบไฟสำรองทำงานไม่ต่อเนื่อง	0	0	0	1	1	0
จำนวนอุบัติเหตุทรัพย์สินสูญหาย (ครั้ง)	0	1	1	1	1	1
ไม่ได้ดำเนินการตรวจเนื่องจากมีการก่อสร้างระบบบ่อบำบัดใหม่ และติดสถานการณ์โควิด 19						
ii. บริบท ลักษณะสิ่งก่อสร้าง: โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ขนาด 30 เตียงตั้งอยู่บนพื้นที่ 3 ไร่ มีอาคารปฏิบัติการ 4 ชั้น พร้อมด้วยอาคารสนับสนุนอีก 2 หลัง เป็นอาคาร 1 ชั้น ประกอบด้วยโรงครัว ห้องซัฟฟลาย ห้องกายภาพบำบัด และห้องคลินิกยาเสพติด มีอาคารที่พักอาศัยเป็นอาคาร 4 ชั้น 2 อาคาร การปรับปรุงสร้างระบบลิฟต์เพื่อแก้ปัญหาทางลาดชัน						

ตั้งแต่ปี 2558 ทางโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานพัฒนาสิ่งแวดล้อมได้เกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับดีมาก ปี 2564 จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Safety & Environment Team) และเครื่องมือแพทย์ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย และการเฝ้าระวังรักษา บริหารจัดการให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้ของเครื่องมือพร้อมติดตามประเมินผล และจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านสังคม จิตใจ ทั้งสำหรับผู้ป่วยญาติ และบุคลากรของโรงพยาบาล ร่วมกำหนดนโยบายการอนุรักษ์พลังงาน โดยมีจุดเน้นประหยัดการใช้พลังงานไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิงและ การใช้พลังงานทดแทน

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: เครื่องมือด้านการแพทย์ที่สำคัญได้แก่ Defibrillator, AED, เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดัน, EKG monitor, เครื่อง Hi-flow, เครื่องช่วยชีวิตทารกแรกคลอด, Fundus camera, EKG monitor, เครื่อง Spirometer

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

- อาคารสิ่งก่อสร้างของโรงพยาบาลเป็นไปตามแบบแปลนของกองแบบแผน มีการประเมินอาคาร สภาพแวดล้อม ระบบงานทางวิศวกรรมในโรงพยาบาล จากงานวิศวกรรมความปลอดภัย กลุ่มมาตรฐานอาคารและสภาพแวดล้อม ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการ ENV เป็นประจำทุกปีโดยล่าสุด เมื่อวันที่ 20 – 21 มกราคม 2565 และมีการแจ้งผลการประเมินตลอดจนรายการที่ควรปรับปรุงไม่เป็นไปตามมาตรฐานให้โรงพยาบาลทราบ เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทและได้มาตรฐาน และนอกจากนี้ยังมีการสำรวจเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล

พื้นที่เสี่ยงด้านรังสี ห้องเอกซเรย์ ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานสถานปฏิบัติการทางรังสีจากกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ โดยล่าสุดมาตรวจสอบห้องเอกซเรย์ คลินิกทันตกรรมเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2565

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- เป้าหมายสำคัญในการจัดระบบความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปควบคุมกำกับและให้นโยบายกับทีมปฏิบัติงานเรื่องความปลอดภัย และทีมงานซึ่งประกอบด้วย รปภ.ที่มีหน้าที่ดูแลตรวจสอบความเรียบร้อย เฝ้าระวังการสูญหายของทรัพย์สิน ทีมช่างที่ดูแลกำกับเรื่องความปลอดภัยของอาคารสถานที่ ระบบสาธารณูปโภค มีการกำกับดูแล ติดตามความครอบคลุมและความพร้อมใช้ของถังดับเพลิง ทั้งนี้มีการประสานงานทำงานเป็นทีมในรูปแบบคณะทำงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เชื่อมโยงกับทีมความเสี่ยง โดยมีการทบทวนเหตุการณ์และรายงานความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่สำคัญมาจัดทำแผนพัฒนาด้านโครงสร้าง กรณีเกิดเหตุภาวะฉุกเฉิน หรือเกิดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาระดับประเทศ การพัฒนาโครงสร้างอาคารสถานที่ สามารถปรับแผนได้ตามความเหมาะสมตามเป้าหมายคือจัดสถานที่และระบบให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (covid-19) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563-ปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาเตียงรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ที่มีอาการวิกฤตต้องพึ่งเครื่องออกซิเจน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงก่อสร้างอาคารรักษาพยาบาลบริเวณลานจอดรถชั้น G และบ่อบำบัดเดิม เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างเป็นสัดส่วนซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้เพิ่ม 30 เตียง และเพื่อให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจ

โรคทั่วไป โดยเปิดให้บริการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 เป็นต้นมา ปัจจุบันใช้เป็นจุดจ่ายยาและให้คำแนะนำข้อควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ก่อนกลับไปแยกกักตัวอยู่บ้าน (home isolation)

- มีการตรวจวัดคุณภาพอากาศและใช้โดรนสำรวจบ่อสารองน้ำเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2564 โดยทีมวิศวกรจากบริษัทเอกชนโดยผลการตรวจวัด พื้นที่ที่มีค่า CO2 เกินเกณฑ์ (เกิน 1000 ppm) คือบริเวณที่พักคอยแผนกผู้ป่วยนอกชั้น 1 มีค่า 1156 ppm เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้มาใช้บริการหนาแน่น ซึ่งทำการปรับปรุงโดยขยายพื้นที่ห้องตรวจโรคทั่วไปที่ ชั้น G ทำให้ลดความแออัดของผู้มารับบริการ ซึ่งมีแผนการตรวจวัดคุณภาพอากาศโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีค่า CO2 เกินเกณฑ์ภายในเดือนกันยายน 2565
- ปรับปรุงระบบระบายอากาศในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำการให้ได้มาตรฐาน เช่น คลินิกทันตกรรม แผนก OPD ชั้น G แผนก ER

(3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)

- มีการตรวจสอบความเสี่ยงในการ ลง Internal Survey ของทีมนำ ในทุกหน่วยงานพบการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยได้แก่ การมีน้ำรั่วซึมจากหลังคา และการหลั่งบริเวณพื้นต่างระดับ แก้ไขโดยทำแผนแก้ไขปรับปรุงโครงสร้าง และทำสัญลักษณ์ทางต่างระดับให้มองเห็นชัดเจนเพื่อป้องกันการหลั่ง
- พบอุบัติเหตุการไฟฟ้าดับและระบบไฟสำรองฉุกเฉินทำงานไม่ต่อเนื่องจำนวน 0 ครั้ง แต่จากการเฝ้าระวังทดสอบการจ่ายโหลดระบบจ่ายไฟฟ้าสำรองกระแสไฟฟ้าประมาณ 20 นาทีที่เครื่องสำรองไฟฟ้าขัดข้องทำงานได้ไม่ต่อเนื่องโดยมีสาเหตุจากตัวกรองน้ำมันเชื้อเพลิงและน้ำมันหล่อลื่นอุดตัน แก้ไขโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจากบริษัทมาเปลี่ยนตัวกรองน้ำมันเชื้อเพลิงและน้ำมันหล่อลื่นโอกาสพัฒนา เพิ่มความถี่ในการตรวจสอบระบบสำรองไฟฟ้าเป็นประจำทุกวัน

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- มีการเดินสำรวจความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล (แบบ RAH.01) ตรวจวัดปริมาณความเข้มของแสงสว่าง เสียง ความร้อน แต่ละแผนกในโรงพยาบาลพร้อมดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยง แจ้งปัญหาที่พบให้หน่วยงานทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไข และมีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามความเสี่ยงที่พบ
- โรงพยาบาลได้จัดซื้อเครื่องกำเนิดไฟฟ้าขนาด 300kva ในปี 2561 ติดตั้งบริเวณชั้นใต้ถุนอาคาร และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองเคลื่อนที่ ขนาด 35 kVA เพื่อสำรองใช้ไฟฟ้าในยามฉุกเฉิน เครื่องกำเนิดไฟฟ้าจะสตาร์ททำงานโดยอัตโนมัติเมื่อไฟฟ้าดับภายใน 10 วินาที

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
กุมภาพันธ์ 2561	อบรมเรื่องการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล(สอนหน่วยงาน)	80 คน
20-21 ธ.ค. 2561	ดูงานด้านสิ่งแวดล้อมและ SMART Hospital รพ.ด่านมะขามเตี้ย	50 คน
1 ก.พ. 2563	อบรมการซ้อมแผนอัคคีภัย	130 คน
29 พ.ค. 2563	อบรมการซ้อมแผนปฏิบัติการอุบัติเหตุหมู่และสารเคมีรั่วไหล	60 คน
12 พ.ย. 2563	การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนางานอนุรักษ์พลังงานในอาคาร	162 คน

14 พ.ค. 2564	การอบรม Cleaning on demand อาคารปลอดภัยเพื่อชีวิตและธุรกิจแบบ new normal (ร่วมประชุม Zoom)	28 คน
25 มิ.ย. 2564	การตรวจคุณภาพอากาศและการตรวจน้ำโดยใช้โดรนสำรวจในบ่อพักน้ำ	12
27 พ.ค. 2565	การอบรมบุคลากรเพื่อการจัดการกับภาวะฉุกเฉินอัคคีภัยในโรงพยาบาล	127 คน

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

- วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- มีการกำหนดประเภทขยะ 4 ประเภท คือ ขยะอันตราย ขยะมูลฝอยติดเชื้อ ขยะมูลฝอยทั่วไป และขยะรีไซเคิล โดยมีการจัดทำบัญชีสารเคมีและวัตถุอันตราย มีการคัดแยก และแนวทางปฏิบัติของทุกหน่วยงานเช่น แผนกทันตกรรม จะกำจัดเศษอมัลกัม (amalgam) ด้วยการแช่น้ำยา Fixer ก่อนนำไปทิ้งเป็นขยะอันตรายมีแนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรถูกเข็มทิ่มตำ/เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ได้กำหนดมาตรการและช่องทางในการรายงานความเสี่ยงจากการปฏิบัติพบว่าเมื่อเกิดอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ได้ตรวจเลือดตามแนวทางที่กำหนด
- มีแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยสวม PPE ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการได้รับอันตรายจากสารระเหยที่ใช้อยู่ ได้แก่ ฟอรัมาดีไฮด์ แอลกอฮอล์ มีการแยกส่วนห้องย้อมและจัดให้มีการไหลเวียนอากาศที่ดี โอกาสพัฒนา มีแผนปฏิบัติการเรื่องการดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ห้องทันตกรรม ห้องเอกซเรย์โดยการตรวจรังสีตกค้าง ทุก 3 เดือน

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

- มีการจัดทำแผนและซ้อมอัคคีภัย ตามบริบทโดยล่าสุดมีการทบทวนแผนบนโต๊ะ โดยใช้แผนผังโดยรอบโรงพยาบาล ประกอบการทำแผนในวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 โดยประสานงานกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาล มีการจำลอง เส้นทางรถดับเพลิง รถ refer และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดรวมพล บนแผนผัง ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเส้นทางรถดับเพลิง รถ refer เพิ่มเติมจากการใช้เส้นทางหลักเดิม และมีการสอนพนักงานแก่ผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุลิฟต์ขัดข้อง หรือผู้โดยสารตกค้างในลิฟต์
- ภาวะอุทกภัย โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ มีบทเรียนจากเหตุการณ์อุทกภัยปี 2554 ได้จัดตั้งทีมบรรเทาสาธารณภัยขึ้น เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือประชาชนที่ประสบอุทกภัย ซึ่งการปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางการถอดบทเรียนของจังหวัดปทุมธานี
- การเกิดโรคติดต่อ อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในปี ที่ผ่านมามีการซ้อมแผนแบบบนโต๊ะ จากการทบทวนทำให้รับรู้เฉพาะทฤษฎีไม่สามารถเข้าถึงการปฏิบัติจริงได้ ในปี 2563จึงมีการซ้อมแผนจริงโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน การซ้อมแผนเน้นความสำคัญการสวม PPE และการตอบรับสถานการณ์ในการควบคุมโรคติดต่อร้ายแรง และมีการปรับแผนใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เช่น สถานการณ์การเกิดโรค

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

- โรงพยาบาลมีการจัดทำแผน ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System ;ICS) เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินและอุบัติภัย และมีการบูรณาการในการนำแผนไปใช้ ตามรูปแบบของการเผชิญสถานการณ์ โดยโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ได้ใช้แผน ICS เป็นแผนแม่แบบหลักในการเตรียมรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และมีการนำมาออกแบบแผนปฏิบัติการจริงตามสถานการณ์ของอุบัติภัยในรูปแบบต่างๆ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย อุบัติเหตุ

หมู่ โดยมีเป้าหมาย สำคัญ คือ 1) ความปลอดภัยของชีวิต(Life Safety) 2) การควบคุมสถานการณ์ไม่ให้ลุกลาม/ขยายตัว (Incident Stabilization) 3) การรักษาทรัพย์สิน (Property Preservation)

(3) การฝึกซ้อมแผน

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกซ้อมแผนคือ หลังซ้อมแผนมีการถอดบทเรียนทุกแผนเพื่อการพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการรับมือ เช่น เมื่อการซ้อมแผนอัคคีภัย โอกาสพัฒนาควรมีการทบทวนเส้นทางการลำเลียงรถดับเพลิง รถ refer และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดรวมพล บนแผนผัง ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเส้นทางการลำเลียงรถดับเพลิง รถ refer เพิ่มเมื่อเกิดเหตุไฟไหม้เช่นจากจุดจอตดับเพลิงใต้สะพานแกว่อกฝั่งเมเจอร์วันรถมาด้านริมคลอง เลี้ยวขวาแยก รร.ประชาธิปัตย์ ตรงผ่านหน้า สภ.ประตู่หน้าจุฬาลงกรณ์ เลี้ยวขวาเข้า รพ.ประชาธิปัตย์ เพิ่มเติมจากการใช้เส้นทางหลักเดิม

- การบูรณาการซ้อมแผนเคลื่อนย้ายเจ้าหน้าที่ ที่พักอาศัยในบ้านพักโรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ไม่เกิน 15 เมตร และควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในที่กลุ่มสำคัญ เช่น ทีมตัดไฟ ทีมตัดออกซิเจน ทีมผจญเพลิง และควรมีแผนสำรองระบุน้ำสำหรับทุกหน่วยงานไว้ชัดเจน

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ มีแผนป้องกันอัคคีภัย ที่บูรณาการแผนร่วมกับแผน ICS โดยแผนอัคคีภัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
 1. มาตรการป้องกันก่อนเกิดเหตุ โรงพยาบาลมีการจัดทำแผน ตรวจสอบอุปกรณ์ และสัญญาณแจ้งเหตุอุปกรณ์ดับเพลิงขึ้นต้นการฝึกซ้อมแผนอพยพหนีไฟ
 2. เมื่อเกิดเหตุ การได้รับแจ้งเหตุ การระงับอัคคีภัย การอพยพ การให้ข่าวแก่สื่อมวลชน การฝึกซ้อมแผนอพยพหนีภัย
 3. หลังเกิดเหตุ มีแผนบรรเทาทุกข์ / แผนฟื้นฟู / แผนปฏิรูป

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

- โรงพยาบาลได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่องอัคคีภัยให้กับบุคลากรในองค์กรทุกปี โดยเชิญวิทยากรจากศูนย์เทศบาลนครรังสิต โดยกำหนดหัวข้อสำคัญในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงจากอัคคีภัย การบำรุงรักษาและการใช้อุปกรณ์ แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและอุปกรณ์ การเข้าร่วมฝึกอบรม มีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรเข้าใจและตระหนักถึงความรุนแรงเมื่อเกิดอัคคีภัย เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการซ้อมแผน
- มีการซ้อมแผนอัคคีภัยอยู่เสมอ โดยบุคลากรมีส่วนร่วมในการซ้อมแผน

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีการกำหนดบัญชีเครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย โรงพยาบาลมีสารเคมีดับเพลิงติดตั้งตามหน่วยงานทุกชั้นของอาคาร
- กำหนดหน่วยงานบริหารทั่วไปและงานสุขาภิบาลและป้องกันโรคเป็นผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบระบบเครื่องมือ อุปกรณ์ บำรุงรักษา เดือนละ 1 ครั้ง
- มีการบันทึกการตรวจสอบ ทดสอบ การบำรุงรักษาเครื่องมือ ระบบและรายงานผล ให้ผู้รับผิดชอบทราบ
- โอกาสพัฒนา ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีความสำคัญ เช่น เครื่องดับควัน

II-3.2 ก. เครื่องมือ(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีความพร้อมใช้ของเครื่องมือในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้มีแนวทางปฏิบัติด้วยกระบวนการต่อไปนี้สำรวจความต้องการเครื่องมือของแต่ละหน่วยงานและจัดลำดับความสำคัญในการจัดทำแผนในปี พ.ศ.2564 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา2019(Covid-19) ทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโควิด19ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ต้องมีการใช้ออกซิเจนจากเครื่อง Hi-flow meter สำหรับผู้ป่วยโควิด19จำนวนมากเช่นกัน ทำให้ออกซิเจนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย จึงมีการปรับปรุงติดตั้งถังออกซิเจนใหม่ จากขนาดเดิมปริมาณ 1,000 ลิตร เป็นขนาดปริมาณ 4,230 ลิตร ปัจจุบันเพียงพอสำหรับการให้บริการ

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

- เพื่อให้เครื่องมือที่มีความจำเป็นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมีความพร้อมใช้ตลอดเวลาตอบสนองต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ได้จัดระบบการดูแลเครื่องมือด้วยกระบวนการต่อไปนี้
 - กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลเครื่องมือในแต่ละหน่วยงาน และดูแลเครื่องมือให้มีความพร้อมใช้
 - มีบัญชีเครื่องมือที่ควบคุมดูแลทั้งหมด
 - มีตารางตรวจสอบความพร้อมใช้ประจำวันในเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง
 - มีระบบการตรวจสอบเครื่องมือให้ได้มาตรฐานโดยการสอบเทียบเครื่องมือปีละ 1 ครั้งและเครื่องมือสอบผ่านเกณฑ์จากมหาวิทยาลัยรังสิต และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 4 นครบุรี
 - จัดระบบการดูแลรักษาเครื่องมือตามแนวทางและคู่มือ

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

- มีการนำโปรแกรมการดูแลเครื่องมือ (RMC : Repair/Maintenance/Calibration) ของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 4 นครบุรี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมาพัฒนาระบบฐานข้อมูลเครื่องมือ มีการจัดอบรมการใช้โปรแกรม แก่บุคลากรเพื่อให้สามารถใช้โปรแกรม ในการลงทะเบียนเครื่องมือและส่งซ่อมเครื่องมือและปี 2566 ได้มีการจ้างเหมาบริการดูแลจากบริษัทที่ได้รับการพิจารณา เข้ามาดูแลเครื่องมือและมอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่ดูแล 1 คนประจำห้อง

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

- มีระบบน้ำประปาสำรองรวม 109 ลูกบาศก์เมตรโดยเมื่อเกิดเหตุน้ำประปาไม่ไหลจะมีน้ำใช้ได้อีก 3 วันและในกรณีมีปัญหาน้ำขาดแคลนน้ำมีแผนขอสนับสนุนน้ำประปาสำรองจากเทศบาลนครรังสิต
- แผนเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงระบบสาธารณูปโภค โดยให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรายงานอุบัติการณ์ของระบบสาธารณูปโภคของหน่วยงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อนำรายงานอุบัติการณ์มาวางแผนแก้ไข ปัญหาเชิงระบบ ส่วนงานซ่อมบำรุง จัดทำแผนซื้อ จัดทำแผนสำรองอุปกรณ์/ครุภัณฑ์บางอย่างที่ต้องมีไว้สำรองที่คลังพัสดุเพื่อให้สามารถเปลี่ยนได้ทันทีเนื่องจากครุภัณฑ์บางอย่างอายุการใช้งานเกินกำหนด เช่น ก๊อกน้ำ ท่อประปา หลอดไฟ

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

- ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:

ระบบไฟฟ้า โรงพยาบาลมีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าขนาด 375 kVA และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองเคลื่อนที่ขนาด 35 kVA มีความเพียงพอทุกหน่วยบริการในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยอาคารตึก 5 ชั้น(รวมชั้นดาดฟ้า) และอาคารชั้นเดียวตึกไฟฟ้าที่ให้บริการคลินิกยาเสพติด งานกายภาพ และงานซักฟอก อาคารชั้นเดียวตึกผสมประกอบด้วยงานโภชนาการ งานจ่ายกลาง เป็นระบบการสำรองไฟฟ้าสำรองอัตโนมัติ เมื่อไฟฟ้าดับระบบไฟฟ้าสำรองจะสตาร์ทอัตโนมัติภายใน 10 วินาที

- ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:

ระบบออกซิเจนทางการแพทย์ โรงพยาบาลมีระบบการจัดหา ออกซิเจนเหลว โดย ปัจจุบันสถานที่ติดตั้งของถังออกซิเจนเหลวทรงสูงขนาดปริมาตร 4,230 ลิตร อยู่ใกล้อาคารผสมพุดานในสุดติดกับลานจอดรถบริเวณหน้าอาคารที่พักเจ้าหน้าที่ มีช่องทางให้รถที่มาส่งออกซิเจนเหลว สามารถเข้ามาส่งด้านหลังได้ และเพื่อความปลอดภัยได้กำหนดระยะห่างของการจอดรถยนต์ในบริเวณโดยรอบประมาณ 2 เมตร เพื่อความปลอดภัย มีการสำรองออกซิเจนโดยมีคลังออกซิเจนถึงได้อาคารทำการ และมีระบบอัตโนมัติในการสำรองออกซิเจนเมื่อเกิดเหตุการณ์ออกซิเจนเหลวหมด หรือลดลงถึงเกณฑ์ที่กำหนดจะปฏิบัติงานทดแทนทันที

- การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:

มีการจัดระบบการบำรุงรักษาและตรวจสอบทั้งระบบไฟฟ้าสำรอง และแก๊สออกซิเจนเหลว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้วยกระบวนการต่อไปนี้

1. ในเวลาราชการกำหนดให้ทีมช่าง จำนวน 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบและดูแลระบบ นอกเวลาราชการกำหนดให้พนักงานขับรถเป็นผู้ดูแลตรวจสอบระบบลำดับที่ 1 และเจ้าหน้าที่เวรเปลลำดับที่ 2

2. มีการควบคุมกำกับระบบการดูแลตรวจสอบโดยหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป ผลการควบคุมกำกับดูแลไม่พบปัญหาความไม่พร้อมใช้ของระบบสำรองไฟและระบบแก๊สออกซิเจน

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณสุขโรค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

- มีการติดตามข้อมูลระบบสาธารณสุขโรคจากปัญหา การขาดหรือไม่มี และมีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า มีแผนตรวจสอบและบำรุงรักษาตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตเชิงระบบเช่น ระบบสำรองไฟและมี การสำรองน้ำ และสำรองแก๊สทางการแพทย์ให้มีความพอเพียง พร้อมใช้ มีการแบ่งประเภทการควบคุมระบบสาธารณสุขโรคเพื่ออำนวยความสะดวกในการปิดระบบจากภาวะฉุกเฉินบางส่วน และทำบัญชีรายการองค์ประกอบและการแจกจ่ายระบบสาธารณสุขโรคจากการถอดบทเรียนที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก (pandemic) มีแผนปรับปรุงระบบระบายอากาศและจัดโซนอาคารสถานที่ให้เอื้อต่อความปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจากการแพร่ติดต่อทางอากาศตามบริบทของลักษณะงาน

- โอกาสพัฒนางานแผน ใช้มาตรฐาน FMS 9 เพื่อบริหารจัดการระบบสาธารณสุขโรคภายในโรงพยาบาล

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- โรงครัวของโรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินด้านสุขาภิบาลอาหาร และผ่านเกณฑ์การประเมิน

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

- จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม โดยสนับสนุนให้หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ทุกจุดให้บริการของโรงพยาบาล ในรูปแบบการสอนสุขศึกษา บอร์ด

ความรู้สุขภาพ สื่อการเรียนรู้ต่างๆ ในโรงพยาบาลทั้งผ่านพับ ภาพพลิก ได้จัดทำสื่อสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

- โรงพยาบาลมีการจัดซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารจากร้านที่ได้รับการรับรองเรื่องอาหารปลอดภัย ไม่ใช้วัตถุดิบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

- โรงพยาบาลมีการก่อสร้าง ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ในปี พ.ศ.2564 เป็นระบบบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูปชนิดเติมอากาศผ่านผิวตัวกลาง (Fixed Film Aeration) สามารถรองรับการบำบัดน้ำเสียรวมกันได้ไม่น้อยกว่า 80 ลูกบาศก์เมตร/วัน โดยงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลการใช้ไฟฟ้า น้ำใช้ ในทุกวัน และส่งข้อมูลตามบทบัญญัติในมาตรา 80 กำหนดให้ผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษเก็บข้อมูลแสดงผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามแบบ ทส.1 และรายงานสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละเดือนตามแบบ ทส.2 ซึ่งรายงานผลทางอิเล็กทรอนิกส์ ของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (<http://www.ereportmatra80.com/>) และมีการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดทุกๆ 3 เดือน ที่ศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่รอบการตรวจวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 12 พารามิเตอร์ และผลการตรวจรอบล่าสุดวันที่ 24 พฤษภาคม 2565 อยู่ในระหว่างรอผลตรวจคุณภาพน้ำ

(2) การกำจัดขยะ:

- กำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการขยะแต่ละประเภทตั้งแต่การคัดแยกขยะ การจัดเก็บ การลำเลียง การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และการจัดการกรณีที่มีการหก/หล่นของขยะอันตรายหรือสารเคมี โดยผู้ปฏิบัติงานในการจัดเก็บและลำเลียงขยะเป็นหน่วยงานแม่บ้านที่เป็นผู้รับจ้าง ซึ่งมีการอบรมแนวทางการปฏิบัติในการจัดเก็บลำเลียงขยะติดเชื้อไปที่ห้องพักขยะให้ผู้ปฏิบัติงานทราบทุกราย โดยขยะติดเชื้อจะมีหน่วยงานเทศบาลนครรังสิตเข้ามาจัดเก็บเพื่อส่งไปกำจัดที่เตาเผาขยะติดเชื้ออบจ.นนทบุรีทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ โดยงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นผู้รับผิดชอบในการควบคุม ตรวจสอบการขนถ่ายขนขยะติดเชื้อ และเก็บข้อมูลน้ำหนักขยะติดเชื้อจากเอกสาร ตช.01

(3) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

- การร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกกับเทศบาลนครรังสิตที่มุ่งเน้นการใช้สารที่เป็นจุลินทรีย์ในการพ่นแทนสารเคมี และการใช้สารชีวภาพแทนทรายเคมีในพื้นที่ตำบลประจักษ์ศิลปชัย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- โรงพยาบาลมีการก่อสร้าง ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ในปี พ.ศ.2564 เป็นระบบบำบัดน้ำเสียในรูปแบบฝังใต้ดิน ทำให้ภูมิทัศน์ของโรงพยาบาลมีพื้นที่สามารถทำประโยชน์สำหรับผู้รับบริการได้
- ในปี พ.ศ.2564 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (covid-19) ทำให้เตียงรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 ไม่เพียงพอ ทางโรงพยาบาลจึงมีการก่อสร้างอาคารประชารักษ์เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 ทำให้มีเตียงเพียงพอสำหรับการรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19

- ในปี พ.ศ.2563 – 2564 มีการก่อสร้าง ปรับปรุงอาคารชั้นพื้นดินของโรงพยาบาล ใช้สำหรับหน่วยงานห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อสะดวกต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และมีการติดตั้งระบบระบายอากาศในรูปแบบ Negative Pressure
- การนำนโยบาย Green & Clean Hospital มาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล ภายใต้ สโลแกน “ประจักษ์ปัตย์ ร่วมใจ ประหยัดน้ำ ประหยัดไฟ อนุรักษ์พลังงาน” ทำให้ได้รับผลลัพธ์โดยตรงจากโครงการคือประหยัดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานไฟฟ้า และผลลัพธ์ทางอ้อมต่อสภาพแวดล้อมคือสามารถลดการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) ได้

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	2.5	L	- มีแผนที่จะปรับปรุงก่อสร้างห้องสำหรับวางเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองเคลื่อนที่ ขนาด 35kVA เพื่อสำรองใช้ไฟฟ้าในยามฉุกเฉิน ที่ได้อาคารที่พักเจ้าหน้าที่ - มีแผนพัฒนา สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับดีมาก Plus
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย	3	L	มีแผนที่จะพัฒนาการอบรมการซ้อมแผนการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและป้องกันอัคคีภัยทั้งแบบทฤษฎีและภาคสนาม
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3	L	มีแผนที่จะพัฒนาเป็นศูนย์เครื่องมือและมีเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยตรง โดยผ่านการอบรมในเรื่องการดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือ
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	2.5	L	เป็นองค์กรปลอดโฟม มีแผนการตรวจวัดคุณภาพอากาศ
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3	I	มีการใช้พลังงานทดแทนการอนุรักษ์พลังงาน ผลลัพธ์ทางอ้อมต่อสภาพแวดล้อมคือลดการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

II-4 การป้องกัน และ ควบคุมการติดเชื้อ

I. ผลลัพธ์						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
ก. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย						
1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล/ 1000 Patient day	≤ 0.5 ครั้ง/1000 วันนอน	0.44	0.48	0.20	0	0.07
1.1 อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1000 cath day	≤ 1 ครั้ง/1000 วันใส่ท่อปัสสาวะ	1.55	0.90	1.50	0	0
1.2 อัตราการติดเชื้อ HAP/1000 patient day	≤ 0.5 ครั้ง/1000 วัน นอน	0.22	0.24	0	0	0.07
1.3 ร้อยละการติดเชื้อ UMB	0	0	0.68	0	0	0
2. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	100	100	66.66	100	100	100
3. จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาล	0 ราย	0	0	0	0	0
ข. การเฝ้าระวังในบุคลากร						
4. ร้อยละของการล้างมือถูกต้องตาม มาตรฐาน	>80%	87.5	82	87.5	84	83.34
5. ร้อยละของการล้างมือตามหลัก 5 moments	>80%	52.90				
1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย			1=35.71	1=82.5	1=76.66	1=80
2. ก่อนทำหัตถการ			2=52.38	2=68	2=80	2=83.33
3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง			3=95.50	3=100	3=100	3=100
4. หลังสัมผัสผู้ป่วย			4=47.61	4=94	4=100	4=100
5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม			5=33.33	5=89	5=100	5=100
6. จำนวนครั้งเจ้าหน้าที่ถูกข้อมือ/ สารคัดหลั่ง ขณะปฏิบัติงาน	0 ราย	7	2	13	4	5
7. ร้อยละการใช้ PPE เหมาะสม	>80%	75.5	72.25	89	98	83.34
8. จำนวนการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่จาก การปฏิบัติงาน (TB, COVID)	0 ราย	0	0	0	0,6	0,24
ค. การเฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อม						
9. ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ	100%	100	100	100	100	100
10. ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาล คัดแยกขยะติดเชื้อถูกต้อง	100 %	88	88.89	89	91.20	93.34
11. ผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่มที่ใช้	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	NA	ผ่าน

12.ผลการตรวจคุณภาพน้ำทั้ง น้ำเสีย	ผ่าน(11 พารามิเตอร์)	ผ่าน (3/4)	ผ่าน (4/4)	ผ่าน (3/4)	NA	ผ่าน (2/5)
ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ						
13.บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องIC อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1	1	1	1	1
14.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	100	93.10	97.81	NA	NA	100
15.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนโควิดเข็มกระตุ้น	100					100
16.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	100	100	100	100	100	100

ii. บริบท

จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ให้บริการจริง 45 เตียง ประกอบด้วย หอผู้ป่วย1 หอ , ห้อง Modified Negative Pressure 1 ห้อง, ห้องสำหรับ มารดาทารกหลังคลอด 1 ห้อง จัดจุดคัดกรองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคระบบทางเดินหายใจ จัดบริการคลินิกสำหรับ ผู้ป่วยวัณโรคทุกวันพุธ (ปี 65 เปลี่ยนเป็นทุกวันอังคารช่วงบ่าย) แยกจากจุดผู้ป่วยนอก การให้บริการในโรงพยาบาล แบ่งเป็น งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มประชากรที่มาใช้บริการ ประกอบด้วยประชากรไทยตามเขตบริการสุขภาพ ประชากร ไทยนอกเขตบริการสุขภาพที่มีการย้ายถิ่นฐานมาทำงาน และแรงงานข้ามชาติ ยอดผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ในปี 2560-2565 จำนวน 425,414,372,396,306 และ 661 ราย/วัน ตามลำดับ ผู้ป่วยในเฉลี่ย ในปี 2560-2565 จำนวน 26,24,25,25,28 และ 34 ราย/วัน ตามลำดับ

ในสถานการณ์การเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ โควิดไวรัส 2019 โรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิก ARI เมื่อ 6 ก.พ.2563 บริเวณพื้นที่โล่งด้านล่างของตัวอาคาร โดยใช้หลัก Natratal Ventilation และการจัดการ Physical distancing (เมื่อ ปี 2564 ได้ย้ายที่ตั้งของคลินิก ARI มาด้านหลังอาคารโดยใช้หลักการเดิม) มีห้อง Modified Negative Pressure รองรับผู้ป่วย PUI และผู้ป่วยยืนยันโควิดไวรัส จัดห้องพิเศษ ให้เป็นห้อง Isolation ไว้รองรับ ผู้ป่วย PUI ที่ต้องเฝ้าสังเกตอาการ เมื่อสถานการณ์การเกิดการระบาดมีความรุนแรงขึ้น พื้นที่จังหวัดปทุมธานีจัดเป็น พื้นที่สีแดง ผู้ป่วยหลายรายที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข และเพื่อเป็นการค้นหาเชิงรุก (Active case finding) จึง ได้จัดหน่วยเชิงรุกนอกพื้นที่ ได้แก่หน่วยเชิงรุกตลาดสุชาติ หน่วยเชิงรุกตลาดพรพัฒน์

เมื่อมีการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอาการของสีเขียว เหลือง ทำให้โรงพยาบาลประชาธิปัตย์มี พื้นที่ไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย โควิดไวรัส 2019 จึงเกิด โรงพยาบาลสนามเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้า สิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ 60 พรรษา เมื่อ 4 มิ.ย.64 รองรับผู้ป่วย 220 เตียง แบ่งเป็นตึกชาย และตึกหญิง เมื่อผู้ป่วย ที่อยู่ในกลุ่ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง มีจำนวนมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลประชาธิปัตย์มีพื้นที่ไม่เพียงพอในการรองรับ ผู้ป่วย โควิดไวรัส 2019 จึงเกิด อาคารรักษาประจำเมื่อ 7 ต.ค.64 ซึ่งใช้หลัก Negative pressure เป็น Cohort Ward รองรับผู้ป่วย ได้ 30 เตียง มีห้อง Negative Pressureเพิ่มอีก 3 ห้อง (อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ห้อง รองรับผู้ป่วยได้ 4 เตียง และหอผู้ป่วยใน อีก 1 ห้อง รองรับผู้ป่วยได้ 8 เตียง) ส่วนพื้นที่ที่รองรับผู้ป่วยทั่วไปชั้น G และห้องทันตกรรม ใช้ หลักการการระบายอากาศ (Ventilation) โดยการเติมอากาศเข้ามาและระบายออกไปภายนอก

ร่วมกับการใช้การ หมุนเวียนอากาศภายในห้อง (Recirculation) ผ่านระบบ HEPA Filtration และห้อง positive 1 ห้องอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คือ การทำหัตถการต่างๆ และการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วย การสวนคาสายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ การพ่นยา การให้สารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การผ่าตัดเล็ก การเย็บแผล การคลอด การติดเชื้อแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง การดูแลทารกแรกคลอดวิกฤติที่มีพยาธิสภาพซับซ้อน การบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ การรับ/ส่งต่อ/การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อต่อยาต้านจุลชีพทั่วไป (MDR, ESBLs) และเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ (VRE, CRE) การดูแลผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และความเสี่ยงการติดเชื้อจากถูกของมีคมที่คมดำ การสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานในบุคลากร

การติดเชื้อสำคัญ:

การติดเชื้อที่สำคัญ คือ

1. การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาและพบบ่อย ได้แก่ CAUTI, HAP โดยเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3 อันดับแรกคือ *Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Proteus mirabilis*
2. การติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อดื้อยาคูณินที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ และโรค ที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยเฉพาะวัณโรค อีสุกอีใส Influenza
3. โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำที่มากับแรงงานข้ามชาติ เช่น โรควัณโรค คอตีบ โรค COVID-19

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น: โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขต/ โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง และจากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือมีการติดเชื้อดื้อยาคูณินที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ในปี 2560-2565 รับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา จำนวน 11,6,5,4,0,1 รายตามลำดับ

การติดเชื้อดื้อยา: พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ติดเชื้อดื้อยาเมื่อแรกรับ (มาจากชุมชน) , รับ refer back มาจาก โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา ปี 2561-2565 พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากชุมชน จำนวน 62,52,64,30,37 รายตามลำดับรับ refer back มาจาก โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 6,5,6,0,1 ตามลำดับ

ปี 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเมื่อแรกรับ (มาจากชุมชน) จำนวน 64 ราย ร้อยละ 25 ติดเชื้อ MDR ตำแหน่งของการติดเชื้อพบมากในระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 59.37 รองลงมา ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 31.25 เชื้อดื้อยาที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชน 3 ลำดับแรก ได้แก่ *Escherichia Coli* ESBL ร้อยละ 56.25 *Klebsiella Pneumonia* ESBL ร้อยละ 26.56 และ *Acinetobacter Baumannii* MDR ร้อยละ 12.50 ในกรณี รับ refer back ส่วนใหญ่ เป็นเชื้อ *Acinetobacter Baumannii* MDR และ *Klebsiella* CRE

ปี 2564 พบผู้ป่วยดื้อยาลดลง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้ทางโรงพยาบาลต้องเตรียมรับผู้ป่วยโควิด และรับผู้ป่วยทั่วไปลดลง หากมีผู้ป่วยทั่วไปเข้ารับการรักษา ได้ประสานส่งตัวไปโรงพยาบาลแม่ข่ายตามนโยบาย

ปี 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเมื่อแรกรับ (มาจากชุมชน) จำนวน 37 ราย ร้อยละ 32.43 ติดเชื้อ MDR ตำแหน่งของการติดเชื้อพบในระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 48.65 และระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 37.84 เชื้อดื้อยาที่พบได้แก่ *Escherichia Coli ESBL* ร้อยละ 35.14 *Klebsiella Pneumonia ESBL* ร้อยละ 24.32 และ *Acinetobacter Baumannii MDR* ร้อยละ 29.73 ในกรณี รับ refer back 1 ราย เป็นเชื้อ *Acinetobacter Baumannii MDR*

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: มี ICN(Part time) จำนวน 1 คน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ 4 เดือน สถาบันบำราศนราดูร ICWN Part time ผ่านการอบรมหลักสูตรป้องกันและควบคุมโรค หลักสูตร 4 เดือน สถาบันบำราศนราดูร 1 คน และ ICWN ผ่านการอบรมด้าน IC ที่เกี่ยวข้องจากภายนอกและภายใน 2 คน มีแผนส่งอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลักสูตร 2 สัปดาห์ ในปี 2566

iii. กระบวนการ

II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

1. งาน IC ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC) ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมีแพทย์เป็นประธาน ทำหน้าที่ออกแบบ/กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดนโยบาย เพื่อให้ผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อมและชุมชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ
- คณะทำงานทำหน้าที่กำกับดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลรวมทั้งเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้รับบริการ บุคลากร และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย โดยใช้ IC program เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ดังนี้
 2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 3. เฝ้าระวังในผู้ป่วย
 - Hospital - wide surveillance
 - Target surveillance: UTI, HAP, Phlebitis เป็นต้น
 - Post – discharge surveillance
 4. เฝ้าระวังในบุคลากร
 - Accident & Injury (Needle stick or sharp injury)
 - Work – related infections
 5. เฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อมและชุมชน

- การจัดการขยะ
- น้ำดื่ม น้ำใช้
- การบำบัดน้ำเสีย

6. ปฏิบัติตามหลัก standard precaution ร่วมกับ transmission based precaution ในการดูแลผู้ป่วย
7. ควบคุมมาตรฐานการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
8. ดูแลสุขภาพของบุคลากร และมีการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในบุคลากร
9. การพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
10. การให้ความรู้แก่บุคลากร
11. การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม
12. การประสานงานกับชุมชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
13. การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
14. ร่วมกับทีม IC จังหวัดในการทำวิจัยเพื่อพัฒนางาน

ในปี 2562 - ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากมีบุคลากรปรับเปลี่ยนหน้าที่ในการดำเนินงานและมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเข้ามาเป็นคณะกรรมการและวางแผนให้มีการประชุมอย่างน้อย ไตรมาสละ 1 ครั้ง รายงานการติดเชื้อ ตัวชี้วัดคุณภาพด้าน IC ความรู้ด้าน IC และปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติและสรุปผลการดำเนินงาน นำมาใช้ในการปรับปรุงหรือออกแบบระบบต่อไปมีการประเมินและนิเทศการปฏิบัติตามมาตรฐาน IC นำข้อมูลแจ้งกลับทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมวิชาการเน้น Work shop ในประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ กิจกรรมการล้างมือ ส่วนในประเด็นที่ผ่านเกณฑ์ คณะกรรมการ ICC กำหนดการ monitor ต่อเนื่อง

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวน ปัสสาวะ Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล Hospital Acquired Pneumonia (HAP), การติดเชื้อจากหลอดเลือดดำอักเสบ Phlebitis, การติดเชื้อจากแผลผ่าตัด, การติดเชื้อที่สะดือทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 30 วัน Neonatal omphalitis และอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ/สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย 3 ปีย้อนหลัง พบว่า CAUTI, HAP

เป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุด ในปี 2562 จึงได้กำหนดจุดเน้นในการลดการติดเชื้อใน 2 sites นี้ โดยเพิ่มมาตรการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยใช้ Bundle care ปี 2563 ได้ปรับลดเกณฑ์เพื่อบรรลุเป้าหมาย

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยใช้มาตรการ RICHE เนื่องจากผู้ป่วยพบเชื้อดื้อยา ปี

2561-2565 ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มารับบริการในโรงพยาบาลพบว่าการติดเชื้อดื้อยามาจากชุมชน และร้อยละ 25 ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เพิ่มการแจ้งเตือน Pop-up ใน Hos Xp ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน มาตรการที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ แบบ Contract precaution

การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย เช่นสายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด หอผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องแยกโรค และหน่วยจ่ายกลาง สำหรับด้านบริการให้ความสำคัญกับการติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อดื้อยาชนิดที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยเฉพาะวัณโรค และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำที่อาจมาจากแรงงานข้ามชาติ

(3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

- คณะกรรมการ ICC โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัยออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้สอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อ
- เชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร ครอบคลุมโรคติดต่อ โดยกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่อง
- การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ ใน 5 ตำแหน่ง ได้แก่การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวนปัสสาวะ Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล Hospital Acquired Pneumonia (HAP), การติดเชื้อจากหลอดเลือดดำอักเสบ Phlebitis, การติดเชื้อจากแผลผ่าตัด, การติดเชื้อที่สะดือทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 30 วัน
- มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา RICHE
 - R=Reminder การแจ้งเตือน ติดสัญลักษณ์ CP ที่ chart ผู้ป่วย แขนงป้าย CP ที่เตียงผู้ป่วย
 - I=Isolation การแยกผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้
 - C=contact precautions เน้นการสวมถุงมือ สวมเสื้อกาวน์
 - H=Hand Hygiene การล้างมือ 6 ขั้นตอน ร่วมกับ 5 moments
 - E=Education การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ
- มาตรการการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า
- การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่งหรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง
- การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐาน ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันโควิด-19 จากการวิเคราะห์ตนเอง พบว่ายังขาดนโยบายและแนวปฏิบัติที่จำเป็นบางประการ เช่น แนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ , แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้าเป็นต้น ซึ่งในปี 2562 ได้กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้าร่วมกับเครือข่ายปทุมธานี
- ปี 2563-ปัจจุบัน มี CPG และแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยมีการปรับปรุงตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข(ฉบับปรับปรุงล่าสุดเมื่อ 29 ก.ย.65)

(5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั้งทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

คณะกรรมการ ICC มีการประสานงานในการป้องกันการติดเชื้อได้ทั่วทั้งองค์กร โดยผ่านทาง ICN, ICWN และระบบรายงานต่าง ๆ ได้แก่

1. ระบบการพัฒนาคุณภาพงาน IC

- กำหนดการเฝ้าระวังและตัวชี้วัดโดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งการเฝ้าระวังและดูแลป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่หน่วยงานรับผิดชอบ มีการรายงานผลการปฏิบัติทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ และไม่พบอัตราการติดเชื้อเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
- ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC ในกิจกรรม IC round โดยให้เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบุคลากร สิ่งแวดล้อม และชุมชนต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ผลการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า อัตราการล้างมือของบุคลากรเริ่มสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังมีบาง moment ที่ยังมีอัตราที่น้อยคือ moment ก่อนสัมผัสผู้ป่วย
- ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเฝ้าระวังและดูแลป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งที่หน่วยงานรับผิดชอบ มีการรายงานผลการปฏิบัติทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ และไม่พบอัตราการติดเชื้อเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
- ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับการประเมินตรวจเยี่ยม IC Round ทุก 3 เดือน มีการชี้แจงอุบัติการณ์ที่พบในที่ประชุม ICC เพื่อการพัฒนาหน่วยงานในการปฏิบัติตามมาตรฐานงาน IC ให้ได้ตามมาตรฐานยิ่งขึ้น
- ดำเนินการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย โดยเพิ่มการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย Low immune ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์
- นำหลักการ 2 P safety และมาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัย เข้ามาพัฒนาระบบงาน IC
- สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่าย

2. ทีม IC เป็นคณะกรรมการร่วมในงานพัฒนาคุณภาพ RM, PCT, ENV เพื่อให้ข้อมูลความเสี่ยงด้านการติดเชื้อมีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้น ปี 2561 จึงได้ร่วมกำหนดรายการความเสี่ยงด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลโปรแกรมรายงานความเสี่ยง ทำให้ได้รับข้อมูลความเสี่ยงด้านการติดเชื้อรอบด้านขึ้น มีการร่วมทบทวนกับ PCT กรณีผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้สูง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยดังกล่าวในครั้งต่อไป

3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วย ในปี 2561 มีการสำรวจด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับ ENV เพื่อค้นหาความเสี่ยงด้านการติดเชื้อ พบว่า

- -พื้นที่ในงานโภชนาการมีการจัด Zoning ยังไม่ครอบคลุมทุกจุด และไม่ได้จัดให้มีทิศทางการไหลเป็นแบบทางเดียว จึงได้ร่วมออกแบบระบบ จนปัจจุบันสามารถจัด Zoning และ One Way Flow ในงานบริการอาหารได้ภายใต้บริบทของพื้นที่ที่มีอยู่
- -การจัดการขยะติดเชื้อ มีจำนวนของขยะติดเชื้อล้นถังในเรือนพักขยะ เนื่องจากหน่วยงานที่มารับขยะไปกำจัด มาขนย้ายขยะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเกิดจากการทิ้งขยะของแม่บ้าน (outsourcer) ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จึงได้ดำเนินการแก้ไขโดยให้ความรู้แก่แม่บ้าน กำกับการทิ้งขยะติดเชื้อเรียงตามลำดับหมายเลขถัง และขอความร่วมมือให้หน่วยงานเทศบาลมารับขยะติดเชื้อไปกำจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันพุธและวันศุกร์

- งาน CSSD ในหน่วยงานทันตกรรมเนื่องจากหน่วยงานทันตกรรมมีหน่วยจ่ายกลางสำหรับเครื่องมือทันตกรรม ICN กำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเรื่อง การจัด Zoning ระบบระบายอากาศ การสวม PPE
- ปี 2562 ย้ายคลินิก TB ออกจากตัวอาคาร
- ปี 2563 จัดตั้งคลินิก ARI ,ห้อง Modified AllIR, Isolation room จัดระบบ การเว้นระยะห่างในการให้บริการ
- ปี 2564 อาคารรักษาประชา ซึ่งใช้หลัก Negative pressure เป็น Cohort Ward และมีห้อง Negative Pressure เพิ่มอีก 3 ห้อง (อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ห้อง และหอผู้ป่วยใน อีก 1 ห้อง) ส่วนพื้นที่ที่รองรับผู้ป่วยทั่วไปชั้น G และห้องทันตกรรม ใช้ หลักการที่สำคัญคือ การ ทำให้มีการระบายอากาศ (Ventilation) โดยการเติมอากาศเข้ามาและระบายออกไปภายนอก ร่วมกับการใช้การ หมุนเวียนอากาศภายในห้อง (Recirculation) ผ่านระบบ HEPA Filtration
- ปี 2565 การตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เจอ Coliform Bacteria ของระบบบำบัดน้ำเสีย และ แก้ปัญหา 3 ครั้ง
- ครั้งที่ 1 จ้างบริษัท มาทำความสะอาด บ่อรับน้ำเสีย (ตักเศษขยะ ตะกอน ดูด/เคลียร์บ่อน้ำเสีย และรวมถึงตรวจเช็คเครื่อง/ระบบการทำงานของระบบทั้งหมด)
- ครั้งที่ 2 จ้างบริษัท ให้มาตรวจเช็ค (บ่อฆ่าเชื้อ)
- พบปัญหา เศษขยะหลุดเข้ามาในบ่อฆ่าเชื้อ ติดกับเครื่องสูบล้าง ทำให้พัง และประสิทธิภาพของการฆ่าเชื้อไม่ดี
- ครั้งที่ 3 ปรึกษากับ อาจารย์ที่จัดอบรมบ่อน้ำบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล (อาจารย์จากมหิดล) เรื่อง คลอรีน ในการฆ่าเชื้อโรค
- ปรากฏว่า ปริมาณคลอรีนน้ำ ที่เติมในระบบน้อยเกินไป จึงได้ปรับเปลี่ยนปริมาณคลอรีน และให้
- ทีมวิศวกร มาเช็คระบบ การทำงานของบ่อฆ่าเชื้อโรคใหม่

4. การประสานการป้องกันการติดเชื้อลงสู่หน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย โดยร่วมงานกับงานบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ และเทศบาลในการออกแบบระบบบริการใน PCU/รพ.สต./ศบส.ให้ได้ตามมาตรฐาน IC รวมถึงการนิเทศให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ในปี 2562 ร่วมนิเทศใน รพ.สต.2 แห่ง ปี 2563 กำหนดแนวทางการปฏิบัติ และ รับ ส่งต่อผู้ป่วย COVID-19 ของ รพ.สต./เทศบาล ปี 2564 ถึงปัจจุบัน

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

- ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรหลักด้าน IC มีความรู้ความสามารถ โดยการศึกษาอบรมเฉพาะทางด้าน IC นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้พยาบาลผู้รับผิดชอบด้าน IC ประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลในหน่วยบริการต่างๆ ได้รับการอบรมหลักสูตรปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปัจจุบันพยาบาล ICN ที่จบหลักสูตรพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 4 เดือน จำนวน 1 คนและ ในปี 2562 มี ICWN ประจำหอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ที่จบหลักสูตรพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 4 เดือน จำนวน 2 คน

- เพื่อให้มีทรัพยากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเพียงพอ พร้อมใช้ รองรับการขยายบริการที่เพิ่มขึ้น ในปี 2561งานจ่ายกลางจึงได้รับการสนับสนุนเครื่องหนึ่งสูญญากาศ 1 เครื่อง และเครื่องอบแก๊ส EO เพิ่มอีก 1 เครื่อง ในปี2562เพิ่มเครื่องล้างเครื่องมือจำนวน 1 เครื่อง

- ปี 2561ผู้สนับสนุนให้ปรับปรุงห้องแยกโรค Modified negative pressure สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และเพื่อรองรับผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยเป็นห้องที่มีการจัดระบบระบายอากาศและมีระบบ HEPPA Filter ออกแบบโดยช่างจากกองวิศวกรรมของกระทรวงสาธารณสุข

- สนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโดยไม่มีการจำกัดการใช้ PPE ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทุกประเภท สนับสนุนให้มีการทำความสะอาดมือโดยจัดหาและติดตั้งแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือที่เตียงผู้ป่วยทุกเตียงและเครื่องจ่ายแอลกอฮอล์แบบอัตโนมัติติดบริเวณหน้าลิฟท์ ที่มีผู้รับบริการเข้าถึงจำนวนมาก สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกเข็มทิ่มตำ ได้แก่กล่องใส่เข็มsharp container

- ระบบสารสนเทศที่ตอบสนองงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีระบบ Hos Xp สำหรับบันทึกข้อมูลการติดเชื้อต่างๆ /เชื้อดื้อยาโดยวิธี Pop up , การสืบค้น ประวัติอาการสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล , รายงาน lab alert ผ่าน Application line เพื่อดูผลเพาะเชื้อ Record surveillance form, IC program นอกจากนี้มีการใช้แอปพลิเคชัน LINE ในการสื่อสารข้อมูลด้าน IC รวมถึงการประสานงาน ต่างๆ

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

- มีแผน/โครงการ ดำเนินการจัดอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี ให้ความสำคัญในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกระดับ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้บริบทขององค์กร มีความรู้พื้นฐานในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยในปี 2561 บรรจุความรู้เรื่อง IC เป็นหัวข้อหนึ่งในการปฐมนิเทศของกลุ่มการพยาบาล นอกจากนี้ ได้มีการปฐมนิเทศนักศึกษาฝึกงาน พนักงานแปล และพนักงานทำความสะอาด ซึ่งเป็นบริการภายนอกของโรงพยาบาล ก่อนปฏิบัติงานจริง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกเข็มทิ่มตำบ่อยที่สุด มีการจัดอบรมต่อเนื่องมาทุกปี

- มุ่งเน้นการสอนบุคลากรพยาบาลหน่วยงานแทนการประชุมกลุ่มใหญ่ โดยเรื่องที่สอนเลือกจากผลนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลด้าน IPC ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้บุคลากรมีความสนใจมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทั่วถึง ช่วงไตรมาส 1 ปี 2562 จากการทบทวนร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน ต้องรับส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากโรงพยาบาลอื่นเป็นประจำ แต่ผู้ปฏิบัติยังมีความเข้าใจในการปฏิบัติคลาดเคลื่อน จึงได้มีการสอนภายในหน่วยงานเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาแต่ละประเภท ทำให้อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาภายในหอผู้ป่วยดังกล่าวถูกต้องร้อยละ 71.11 ปี2565 อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาภายในหอผู้ป่วยดังกล่าวถูกต้องร้อยละ 75 , ICN เข้าร่วมประชุมประจำเดือนในหน่วยงานเพื่อให้ความรู้เรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น Bundle CAUTI เป็นต้น

- จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับงาน IC ปีละ 1 ครั้งโดยจัดเป็นแบบ Training need ตามความเหมาะสม โดยครอบคลุมบุคลากรทั้งภายในโรงพยาบาล และรพ.สต. , คบส. ในเครือข่าย

- สนับสนุนการฝึกอบรมภายนอกองค์กร โดยทำแผนพัฒนาบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ทุกปีตามบริบทองค์กร ICWN 2คน ผ่านการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 2คน (ร้อยละ 50) อีก มีแผนส่งอบรมในปีงบประมาณ 2566หลักสูตร 2 สัปดาห์ สำหรับ ICWN อีก 2 คน

- กำหนดให้มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ญาติและผู้ดูแล เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลได้แก่ ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ติดเชื้อ CAUTI ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยหลอดเลือด

สมอง ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวเกิดภาวะปอดอักเสบขณะนอนโรงพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและชุมชนปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อ/การแพร่กระจายเชื้อ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยใน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและดำเนินการให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และวางแผนก่อนการจำหน่าย จัดกิจกรรม IC round โดยสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลให้ HHC เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ปี 2563 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 งาน IC ร่วมกับทีมนำ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งระบบ ICS เพื่อตอบโต้ สถานการณ์ COVID-19 โดยมุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากร ผู้ป่วย (2 P Safety) (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

- ออกแบบให้มีกลไกการดำเนินงานและประสานงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรูปแบบคณะกรรมการที่เป็นสหวิชาชีพ และคณะกรรมการ ICC โดยมี แพทย์ทั่วไปเป็นประธาน ICN เป็นผู้ประสานงานและรับผิดชอบดำเนินงานระบบ มีการประชุมร่วมกันทุกรายไตรมาส ร่วมทำ RCA วางแผนพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อที่เป็นปัญหา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการดูแลเรื่องมาตรฐานการเก็บ specimen ให้ได้มาตรฐาน การรายงานผลแลปที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการติดเชื้อ สนับสนุนการเพาะเชื้อเพื่อป้องกันการระบาด กรรมการด้านสิ่งแวดล้อมคอยกำกับดูแลเรื่องขยะติดเชื้อ น้ำดื่ม น้ำใช้ และบ่อบำบัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน และร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมี ICN Part-Time 1 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง IC และ ICWN Part-Time 3 คน ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของ ICN ที่ชัดเจน ได้แก่ รวบรวมผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การใช้และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในการพัฒนางาน IC การสอบสวนการระบาด การติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรการให้ความรู้และข้อเสนอแนะด้าน IC สามารถที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือค้นหาสาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไขได้เมื่อรับรู้ว่าจะมีอุบัติการณ์หรือการระบาดของเชื้อเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

- ปี 2560-ถึงปัจจุบันดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital-Wide Surveillance ในผู้ป่วยทุกราย และได้นำข้อมูลการติดเชื้อมาวิเคราะห์ทำให้สามารถทราบตำแหน่งของการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ได้แก่ HAP, CAUTI และการติดเชื้อดื้อยา โดยนำมากำหนดเป็นจุดเน้นหรือปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และกำหนดให้มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นแบบ Targeted Surveillance ในตำแหน่งที่สำคัญ ได้แก่ HAP, CAUTI เพิ่ม Phlebitis, Episiotomy, Omphalitis และ Eye Infection ในทารกแรกเกิดรวมเป็น 5 ตำแหน่ง โดยทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Active Surveillance และเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดย ICN ผลการดำเนินงานในปี 2561 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง เท่ากับ 100% ปี 2562 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เท่ากับ 66.66 % เนื่องจาก ICN ไม่ได้ทำ active prospective surveillance ในช่วงเดือนตุลาคม ทำให้ไม่ทราบข้อมูลการติดเชื้อที่สะดือเด็ก 1 ราย การดำเนินการโดยสอบสวนย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ ได้ทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลมารดาทารกหลังคลอดเรื่องการรายงานเมื่อเกิด HAI ทั้งนี้ ปี 2563-ปี 2565 ได้ทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย active prospective surveillance ทุกราย ทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เท่ากับ 100%

- มีการเฝ้าระวังหลังจำหน่ายในผู้ป่วยหลังคลอดจนครบ 30 วัน เฝ้าระวังแผล Episiotomy, Omphalitis และ Eye Infection ในทารกแรกเกิด โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจขึ้น ในปี 2561 ติดตามข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้าน (หน่วยงานปฐมภูมิและองค์กรรวม) ผลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังจำหน่าย ปี 2561 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อที่ตำแหน่งฝีเย็บ ตา และสะดือเด็ก ปี 2562 พบมีการติดเชื้อที่สะดือ 1 รายจากการทบทวนเวชระเบียน และการตามรอย พบปัจจัยของการติดเชื้อ เกิดจากรูปแบบการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลสะดือ

ขณะอยู่โรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่ม ไม่ได้ทดลองปฏิบัติ ไม่มีการประเมินความรู้และการปฏิบัติในการดูแลและดื่มน้ำก่อนกลับบ้าน ปี 2563 มีการพัฒนารูปแบบการสอน สาสิต และการกำกับติดตาม การเฝ้าระวังภายหลังจำหน่าย ทุกสาย ทำให้ไม่พบอัตราการติดเชื้อที่ดื่มน้ำ

- นำคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแห่งชาติ (National Infection Control Committee) เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ(ฉบับสถาบันบำราศนราดูร 2561) (CDC2018) นำเกณฑ์การวินิจฉัยติดเชื้อบรรจุในแบบเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่ายขึ้น จัดอบรมพยาบาลผู้เกี่ยวข้องเรื่องแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อและจัดให้มีระบบปรึกษาและยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อ โดย ICN ทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในปีที่ผ่านมาได้ 100%

- เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง และสามารถนำข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานได้ยิ่งขึ้น ปีงบประมาณ 2562 จึงได้ออกแบบระบบการรายงานข้อมูลการติดเชื้อให้มีความครอบคลุมโดยจัดทำแบบฟอร์มบันทึกการติดเชื้อจำแนกรายตำแหน่งการติดเชื้อกรณีที่สูงสัมีการติดเชื้อ ใส่ใน chart ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสื่อสารในสหสาขาวิชาชีพ

- จัดระบบการรายงาน ICN เมื่อสงสัยมีการติดเชื้อผ่าน group line ICN ยืนยันวินิจฉัยการติดเชื้อ ลงบันทึกในแบบฟอร์มการเฝ้าระวังแบบเป็นปัจจุบันขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ส่งข้อมูลการติดเชื้อรวบรวมเป็นภาพรวมโรงพยาบาลและรายงานและทีมความเสี่ยง โดย ICN และมีการนำรายงานการติดเชื้อเสนอต่อการประชุมคณะกรรมการ ICC ทุกครั้ง จากระบบดังกล่าว ทำให้สามารถเก็บข้อมูลการติดเชื้อได้ครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

- มีการออกแบบระบบสำหรับการรายงานการติดเชื้อระบบอื่น ๆ ที่ไม่ได้ทำ Active Prospective Surveillance เช่น

- 1) หอผู้ป่วยและห้องปฏิบัติการ รายงานการติดเชื้อตื้อยาทันทีเมื่อพบผู้ป่วย และ ICN ดำเนินการติดตามการปฏิบัติบนหอผู้ป่วยทันที เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้น
- 2) หอผู้ป่วยรายงาน ICN เมื่อสงสัยว่ามี HAI ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดใน targeted surveillance จากนั้น ICN ติดตามข้อมูลผู้ป่วยเพื่อยืนยันการติดเชื้อและเก็บบันทึกเป็นข้อมูล
- 3) หอผู้ป่วย/งานควบคุมโรครายงาน ICN ทันทีเมื่อพบโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ/โรคที่ต้องรายงานในระบบรายงานโรค จากนั้น ICN ดำเนินการประสานงานการให้บริการผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้

- สืบค้นข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อย้อนหลัง เพื่อวางแผนการป้องกันและควบคุมการระบาด เช่น ไข้หวัดใหญ่ สนับสนุน ชุดตรวจเพื่อคัดกรองไข้หวัดใหญ่ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างเหมาะสม

- เพิ่มช่องทางการรายงานผู้ป่วยสงสัยมีการติดเชื้อ ผ่าน group line และเบอร์โทรศัพท์ในระดับ โรงพยาบาล อำเภอ และจังหวัด เพื่อความรวดเร็วในการประสานงาน

- มีการทำ Prevalence survey เพื่อวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาการติดเชื้อภาพรวมของโรงพยาบาลผลการดำเนินการ

- ในช่วงที่มีการระบาดของโรค Covid -19 มีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยและกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทุกราย โดยประสานเจ้าหน้าที่รพสต.เครือข่ายในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

- จากการเฝ้าระวังการเกิด CAUTI พบว่า ปี2560ผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 3 ราย โดยผู้ป่วย 1 รายเกิดการติดเชื้อภายหลังใส่สายสวนปัสสาวะที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นเวลา 3 วัน จากการสอบสวนเกิดจากกระบวนการใส่สาย

สวนปัสสาวะ จึงได้มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทบทวนการใส่สายสวนปัสสาวะ นวัตกรรม ผ้าปิดอวัยวะ สำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อ CAUTI ที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการใส่สายสวนปัสสาวะ ลดลงจาก 3.26 เป็น 1.55 ต่อ 1,000 วันที่ On Catheter ในปี 2562 ได้จัดระบบ IC round โดย ICN มีการให้ข้อมูลย้อนกลับหน่วยงาน และให้ความรู้ เรื่อง CAUTI bundle ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อลดอัตราการเกิด CAUTI จากการคายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานานในผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่มีความจำเป็นต้องใส่สายสวน ปี 2564-2565 ไม่พบการเกิด CAUTI

- ปี 2562 ไตรมาส 3 ICN ร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยใน วางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิด HAP โดยใช้ HAP bundle ปี 2565 พบ HAP 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโควิด-19 และเป็น bed ridden เลยแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก จึงทำให้ไม่ได้ปฏิบัติตาม HAP bundle (การยกศีรษะสูง การใช้ยา Antiseptic ในการ mouthwash) ทาง ICN ได้คืนข้อมูลให้ทางหอผู้ป่วย และทบทวน การใช้ HAP bundle

- การติดเชื้อของสะดือทารก neonatal omphalitis พบการเกิด omphalitis ใน ปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 0.68 ทุกรายติดเชื้อเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน มารดาอายุน้อย ครรภ์แรกและครรภ์ที่สอง เป็นการติดเชื้อระดับรุนแรงน้อย จากการสอบสวน พบว่า เจ้าหน้าที่ มารดาและญาติไม่ล้างมือก่อน/หลังสัมผัสทารกใช้ set ทำความสะอาดตาและสะดือร่วมกัน มารดาครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์ในการดูแลสะดือทารกสิ่งแวดล้อมไม่สะอาดมารดารับประทานอาหารบนเตียงใกล้ที่นอนทารกทำ RCA เพื่อหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข เพิ่มมาตรการ เน้นเรื่องการล้างมือก่อนและหลังการเช็ดทำความสะอาดสะดือทารก ทั้งในบุคลากรและมารดา/ผู้ดูแลที่บ้าน แยกของใช้สำหรับทารกได้แก่ กะละมังอาบน้ำ ชุดทำความสะอาดสะดือ สอนมารดาให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินความรู้และการปฏิบัติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จัดชุด อุปกรณ์ทำความสะอาดสะดือนำกลับไปใช้ที่บ้าน เน้นเรื่องความสะอาดของมือ และสิ่งแวดล้อม ผลการดำเนินการ เจ้าหน้าที่ใช้กะละมังอาบน้ำเด็กแยกเฉพาะราย Set ทำความสะอาดตาและสะดือแยกใช้ในแต่ละคน พบบุคลากรไม่ล้างมือก่อนสัมผัสทารก คิดเป็นร้อยละ 33.33 เพิ่มการนิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังการเกิด neonatal omphalitis ในทารกหลังคลอดทุกราย

ปี 2563 งานหลังคลอด มีผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังการติดเชื้อสะดือทารก จัดตารางการสอนสุขศึกษา การทำความสะอาดสะดือ , Hand hygiene การติดตามหลังจำหน่าย มีการประเมินความรู้และการปฏิบัติของมารดาและญาติ ผลการดำเนินงาน ไม่พบการติดเชื้อที่สะดือ

- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เนื่องจากเชื้อดื้อยา มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปี ถึงแม้เชื้อดื้อยาที่พบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ติดเชื้อดื้อยาจากชุมชน ก็ตาม แต่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้ถ้าควบคุมไม่ดี ในปี 2560 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 2 ราย จึงได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยใช้มาตรการ RICHE ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาแบบ Contact precautions ผลการดำเนิน ปี 2561, 2562, 2563, 2564 และปี 2565 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

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

เพื่อให้มีการบ่งชี้การระบาดได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ ปี 2561 ทีม IC ออกแบบระบบการบ่งชี้การระบาดของเชื้อดื้อยาด้วยการรายงานผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE IC-Lab โดยห้องปฏิบัติการรายงาน ICN ทันทีเมื่อพบว่าสิ่งส่งตรวจพบเชื้อดื้อยาจากนั้น ICN นำข้อมูลดังกล่าวเข้าจุดลงใน Spot Map แยกเป็นรายเตียง เพื่อสามารถมองเห็นการระบาดตามลักษณะของสถานที่และเวลา โดยกำหนดไว้ว่า หากมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดเดียวกัน 2 ราย ICN จะประเมินการระบาดของเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยใน ทันที พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้สามารถตรวจจับได้ก่อนและไม่เกิดการระบาดของเชื้อดื้อยาในหน่วยงานขึ้น

ในการควบคุมการระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ มีแนวทางที่กำหนดชัดเจนทั้งภายในและการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ในปี 2561 มีการซ่อมแผนการรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำในโรงพยาบาล แบบ Table top ปี 2562 และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ/ทีมSRRT/รพ.สต.ในเครือข่ายระดับจังหวัดปทุมธานี เพื่อพัฒนาศักยภาพ ICN ไตรมาส 4 ปี 2562 ซ่อมแผนการรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ

เมื่อมีสถานการณ์การระบาดของ COVID -19 ทางโรงพยาบาล ได้จัดตั้ง คลินิก ARI แยกส่วนจากการให้บริการตามปกติก่อนรัฐบาลกำหนด จัดระบบบริการแบบ One stop service ,กำหนด CPG ที่กำลังคน ทรัพยากร เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ โดยบูรณาการโดยใช้ ระบบ ICS เพื่อตอบโต้สถานการณ์การระบาด ทรัพยากรที่ใช้มีจำนวนพอเพียง บุคลากรปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวทางการรับผู้ป่วยอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

- Hand hygiene:มีคู่มือระเบียบปฏิบัติเรื่องการทำมาสะอาดมือ สนับสนุนให้มีอุปกรณ์ในการล้างมือเพียงพอครบถ้วน จัดให้มี alcohol hand rub ที่เข้าถึงง่าย ณ จุดบริการผู้ป่วย ได้แก่ เตียงผู้ป่วยทุกเตียง รถทำหัตถการ โต๊ะปฏิบัติงาน ติดตั้งเครื่องจ่ายแอลกอฮอล์แบบอัตโนมัติติดบริเวณหน้าลิฟท์ มีโปสเตอร์แสดงวิธีการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องในจุดที่เห็นได้ง่าย กำหนดน้ำยา 4% Chlorhexidine ในการทำความสะอาดมือก่อน-หลังการทำหัตถการนำมาตรการการล้างมือตามหลัก 5 moments ในการดูแลผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการล้างมือ 6 ขั้นตอน โดยใช้สารที่บ่งชี้ เน้นติดตาม สังเกตการล้างมือของบุคลากรในหน่วยงาน ผลการดำเนินงาน เรื่องการล้างมือ 6 ขั้นตอน ปี 2561-2565 บุคลากรล้างมือถูกต้องตามมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 87.5, 82,87.5,84 และ83.34 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 80% อัตราการล้างมือ 5 moments ปี 2565 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ภายหลังสัมผัสสารคัดหลั่ง ร้อยละ100 ส่วนการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย ร้อยละ 80 หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม ร้อยละ100 หลังสัมผัสผู้ป่วย ร้อยละ 100 และก่อนทำหัตถการ ร้อยละ 83.33 จัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องการล้างมือในประชาชน โรงเรียน และชุมชน กิจกรรมวันล้างมือโลกของทุกปี ถึงอย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลมีนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เน้นการล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัย ร่วมกับการเกิดการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการล้างมือดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ปัญหา และอุปสรรค บุคลากรบางคนยังล้างมือไม่ถูกวิธี (ขั้นตอน และเวลาไม่เหมาะสม) การล้างมือก่อนทำหัตถการ และล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย เนื่องจากความรีบเร่ง จนละเลยการล้างมือ และเคยชินสำหรับการล้างมือโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ และน้ำที่อ่างล้างมือ

- Isolation precautions:มีระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ครอบคลุมตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัส เช่น เชื้อดื้อยา ,โดยละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอร์มัน คางทูม ไอกรณ และการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศเช่นวัณโรค หัด สุกใส ได้แก่การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้ PPE การทำลายเชื้อบนวัสดุอุปกรณ์ ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ จัดให้อยู่ในห้องแยกโรค กรณีที่มีผู้ป่วยมากกว่า 1 ราย จัดให้อยู่ zone ที่กำหนดผู้ป่วยดื้อยา จัดให้อยู่ zone ท้ายตึกผู้ป่วยไข้หวัด อยู่รวมกัน

ปี 2562 ไตรมาส 1-2 พบมีผู้ป่วยป่วยด้วยไข้หวัดใหญ่เป็นจำนวนมากได้จัด cohort โดยใช้ห้องพิเศษ ในการดูแลผู้ป่วย

ปี 2563 มีระเบียบปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID -19 จัดห้อง Modified AIIR รับผู้ป่วย PUI และ ผู้ป่วย COVID -19 จัด Isolation room (ห้องพิเศษ) รับผู้ป่วยที่ ผล COVID -19 เป็นลบ

ปี 2564 อาคารรักษา ซึ่งใช้หลัก Negative pressure เป็น Cohort Ward และมีห้อง Negative Pressure เพิ่มอีก 3 ห้อง (อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ 2 ห้อง และหอผู้ป่วยใน อีก 1 ห้อง) ส่วนพื้นที่ที่รองรับผู้ป่วยทั่วไปชั้น G และห้องทันตกรรม ใช้ หลักการที่สำคัญคือ การ ทำให้มีการระบายอากาศ (Ventilation) โดยการเติมอากาศเข้ามาและระบายออกไปภายนอก ร่วมกับการใช้การ หมุนเวียนอากาศภายในห้อง (Recirculation) ผ่านระบบ HEPA Filtration

- Standard precaution อื่นๆ: มีระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวกับ Standard precaution ที่จำเป็นครบถ้วน สนับสนุนให้มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ มีอุปกรณ์ทั้งเข็ม/ขวดยามีคมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำจากการทำงาน มีการจัดระบบจัดการขยะตั้งแต่การแยกขยะในแหล่งกำเนิด การขนย้ายอย่างมิดชิด การจัดเก็บขยะรอกำจัดในจุดพักขยะที่เหมาะสม และการนำขยะไปกำจัด โดยเทศบาล ผลการทำ IC round ปี 2561-2562 พบว่า ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตาม Standard precaution ได้ถูกต้อง โดยจำแนกเป็นการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองได้ถูกต้องร้อยละ 75.5 แยกขยะถูกต้อง ร้อยละ 88

ปี 2563 ถึงปัจจุบัน การใช้หลัก Standard precaution ในกรณี สถานการณ์ การระบาดของโรค COVID-19 ในหน่วยงานตามความเหมาะสม เช่น ในกิจกรรมที่เป็น airborne ร่วมกับ contact precaution และ กิจกรรมที่เป็น droplet ร่วมกับ contact precaution ปฏิบัติได้ 100 % การคัดแยกขยะในหน่วยงานได้ถูกต้อง คิดเป็น ร้อยละ 89,91.20 และ 93.34

- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: มีระเบียบปฏิบัติการทำลายเชื้อการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นมาตรฐาน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลบนฉลากเครื่องมือทางการแพทย์เนื่องจากหน่วยจ่ายกลางยังไม่ได้เป็นศูนย์รวมเครื่องมือ มีการกำกับให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลและแผนกทันตกรรม เช่น การใช้ป้ายล่างเครื่องมือ การล้างเครื่องมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้เครื่องอบไอน้ำและระบบแก๊ส การกำหนดวันหมดอายุ half life ของอุปกรณ์เครื่องมือ การใช้วัสดุห่ออุปกรณ์เครื่องมือเพื่อให้เครื่องมือทางการแพทย์มีความปลอดภัยจากการปนเปื้อน การทดสอบการทำให้ปราศจากเชื้อทั้งทางกายภาพ เคมี และชีวภาพกำหนดวิธีการขนย้ายเครื่องมือปนเปื้อนจากทุกหน่วยงานมายังหน่วยจ่ายกลางอย่างถูกวิธี ไม่แพร่กระจายเชื้อ การจ่ายเครื่องมือตามหลักเข้าก่อนออกก่อน (First In, First Out: FIFO) การบริการส่งเครื่องมือปราศจากเชื้อด้วยรถขนย้ายที่ได้มาตรฐานโดยหน่วยจ่ายกลาง สำหรับหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ให้คงที่ได้ จึงใช้ระบบ Turn coverage ของอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ลด Stock อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น จัดห้องเก็บของและจุดจ่ายของ Sterile เป็นแบบ Double door (นวัตกรรม) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของอุปกรณ์เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ

ตัวชี้วัดผลการทดสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ ผล Spore test ปี 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 ผ่านการทดสอบ

ในปี 2561 มีอุปกรณ์ ห่อเครื่องมือแผนกทันตกรรมมีความชื้น เกิดอุบัติเหตุการถูกของมีคมทิ่มตำได้มี การทบทวนการจัดระบบหน่วยจ่ายกลางที่แผนกทันตกรรมให้ได้ตามมาตรฐาน วิเคราะห์ชุดปฏิบัติงานในแต่ละจุด กำหนดตัวบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องความปลอดภัย ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ ตรวจเช็คเครื่องหนึ่งให้เป็นไปตามมาตรฐาน การเรียงอุปกรณ์เข้าเครื่องหนึ่ง ผลการดำเนินงาน จากการเก็บอุบัติการณ์การเกิดห่อเครื่องมือมีความชื้นดีขึ้น

ปี 2563 ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ในห้องเตรียมอุปกรณ์ และห้องเก็บเครื่องมือ เพื่อควบคุมอุณหภูมิ และความชื้น เพื่อให้ชุดอุปกรณ์คงสภาพตามอายุใช้งาน

แผนการดำเนินการในระยะยาว คือการสร้างอาคารสนับสนุนบริการ จัดหน่วยจ่ายกลางให้ได้มาตรฐานที่กำหนดเพื่อลดข้อจำกัดด้านพื้นที่ และเป็นศูนย์รวมของ CSSD ในปี 2565

- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ:โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ยังไม่มีหัตถการ
- การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: ทบทวนวัสดุที่หมดอายุ หาสาเหตุของการหมดอายุ ควบคุมการเบิกจ่าย ใช้ระบบ FIFO ในหน่วยงาน และข้ามหน่วยงานเพื่อหมุนเวียนการใช้ให้เหมาะสม ไม่ค้าง stock จัดซื้อวัสดุให้เหมาะสมกับการใช้งานตามบริบทตามบริบท เช่น ET tube เบอร์ที่ใช้บ่อย จัดซื้อตามความจำเป็น ให้พอเพียง ไม่ stock ไว้มากเกินไปจนความจำเป็น การเลือกใช้ยา antiseptic เลือกขนาดบรรจุที่เหมาะสมกับปริมาณการใช้ เช่น ขวด alcohol gel เปลี่ยนจากขนาด 450 ซีซี เป็น 350 ซีซี สำหรับปลายเตียง Set ปี 2563 ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญของการล้างมือมากขึ้น อาจเป็นเพราะสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้อัตราการใช้ alcohol gel เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้มารับบริการได้เข้าถึงการใช้ alcohol gel จึงเปลี่ยนขนาดกลับมาใช้ขนาด 450 ซีซี ซึ่งกำหนดอายุการใช้งาน 3 เดือนหลังการเปิดใช้

อุปกรณ์ sterile ที่หมดอายุ พบว่าเป็น Set Flush, Set สวนปัสสาวะ, Set PV ที่หน่วยงานห้องคลอด, คลินิก กามโรค, งานผู้ป่วยใน ต้องนำกลับมา re-sterile โดยเฉลี่ย 2-3 set ต่อเดือนดำเนินการแก้ไขโดย สืบหาความจำเป็นที่ใช้ในหน่วยงาน จำกัดการ stock ที่หน่วยงาน รายงานข้อมูลการ re-sterile ให้หัวหน้าหน่วยงาน ขอความร่วมมือ ในการ turn กับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนวันหมดอายุ

ปี 2562 -2565 ยังพบปัญหา Set Flush, Set สวนปัสสาวะ, Set PV หมดอายุที่หน่วยงานห้องคลอด คลินิก กามโรค ได้นำข้อมูลคืนให้หน่วยงานรับทราบ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา โดยให้เคร่งครัดการจัดระบบ การใช้แบบ FIFO ลด stock set PV ในหน่วยงาน โดยเฉพาะ Set PV มีการ re-sterile สูงขึ้นมาก เป็น 5-6 เท่าในบางเดือน และในกรณี Set emergency เลือกใช้วัสดุที่ยืดอายุการใช้งาน เพื่อลดปัญหาการ re sterile

Single-Use Device Reprocessing กำหนดชนิดวัสดุที่นำกลับมาใช้ซ้ำ ได้แก่ ชุดฟันยาในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินและคลินิก COPD Asthma โดยกำหนดให้ใช้ได้ 2 ครั้ง ถ้าเป็นการใช้กับคนไข้โรคติดต่อทางเดินหายใจให้ใช้แล้วทิ้ง ไม่นำกลับมา reuse ใช้ซ้ำ

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

- เพื่อปรับปรุงกระบวนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตั้งแต่ ปี 2560 เป็นต้นมา ได้มีการจัดระบบคัดกรองวันโรคในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน มีการจัดจุดบริการตรวจแยกและให้บริการแบบ One Stop service ในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวันโรคปอด โดยพยาบาลจุดคัดกรองสามารถส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้ทันที แพทย์บริการตรวจผู้ป่วย และเภสัชบริการยาที่จุดบริการแยก ทำให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยสงสัยวันโรคปอดทุกรายที่เข้ามาแผนกผู้ป่วยนอก

- จัดตั้งคลินิก ARI โดยให้บริการแบบ one stop service

- ปรับปรุงห้องแยกโรค Modified negative pressure ให้ได้มาตรฐาน เดิมระบบการระบายอากาศไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่มีการตรวจสอบระบบการทำงาน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง ได้ทำการซ่อมแซม บำรุงรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีใบตรวจสอบการทำงานของห้อง ทุกวัน กำหนดใช้กับผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายเชื้อชนิด Airborne ได้แก่ วัณโรค อีสุกอีใส หัด ไขหวัดนก ไขหวัดสายพันธุ์ใหม่ โรคอุบัติใหม่ COVID-19 และในกรณีห้องแยกโรคไม่พอ จัด Zone ในหอผู้ป่วยในร่วมกับการใช้หลัก Standard Precaution / Isolation Precaution อย่างเคร่งครัด กรณีผู้ป่วยวันโรค จัดให้อยู่ Zone แรก เพียงที่ 4 และเพียง 5 ติดหน้าต่าง กันม่าน กำหนดทิศทางการไหลของอากาศโดยใช้พัดลมเปิดผ่านเจ้าหน้าที่ไปหาผู้ป่วยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ดัดแปลงห้องพิเศษ เป็นห้อง Isolation room สำหรับรองรับ ผู้ป่วย PUI ที่ผลการตรวจ COVID-19 เป็นลบ

- การจัดสิ่งแวดลอมและ Zoning สำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส เช่น เชื้อดื้อยา โดยจัดให้อยู่ zone ที่ 3 เพียง 21,22 ซึ่งห่างจากทางเดินส่วนกลางของตึก
- การจัด Zoning ห้องแลปให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยแบ่งเป็นเขตปลอดภัยและเขตปฏิบัติการวิเคราะห์ มีตู้ชีววิทย Biosafety cabinet Class II ปี 2563 การส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณี เพาะเชื้อ ได้ทำการจ้างเหมาเอกชน
- การจัดการขยะในโรงพยาบาล ปรับปรุงโครงสร้างสำหรับเรือนพักขยะทั่วไป ขยะอันตราย ให้เป็นสัดส่วน ขยะติดเชื้อมีโรงพักขยะที่ถูกสุขลักษณะ เทศบาลนครรังสิต รับไปกำจัด ตามมาตรฐาน
- จัดให้มีจุดคัดกรองผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ /ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค Covid -19 บริเวณด้านหน้าอาคาร ก่อนที่ผู้รับบริการจะเข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก /หน่วยบริการอื่นๆ
- มีห้อง X-ray แยกสำหรับผู้ป่วย Covid -19 โดยเฉพาะ
- จัดให้มี Cohort ward (ตึกรักษาระยะกักกัน) เพื่อรับผู้ป่วยโรค Covid-19 โดยเฉพาะ
- คลินิก ARV และคลินิกวัณโรค แยกจากผู้ป่วยอื่น โดยจัดพื้นที่ที่มีระบบระบายอากาศถ่ายเทที่ดี
- ดำเนินงานร่วมกับทีม ENV ในการวางมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและตรวจสอบการปนเปื้อนน้ำดื่ม, การจัดการขยะ, คุณภาพบำบัดน้ำเสีย, ปรับปรุงระบบระบายอากาศในหน่วยงาน

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

พื้นที่เสี่ยงที่งาน IC ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด หน่วยจ่ายกลางและซักฟอก หน่วยโภชนาการ ห้องกายภาพ หน่วยงานทันตกรรม

- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ,ผู้ป่วยติดเชื้อ Covid -19 มารับบริการปะปนกับผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ จึงได้จัดให้มี ห้อง Negative Pressure ไว้บริการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ,ผู้ป่วยติดเชื้อ Covid -19 และมีห้อง Positive pressure ให้เจ้าหน้าที่นั่งทำงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน เน้นเรื่องการสวมอุปกรณ์ป้องกัน ถุงมือ, surgical mask ,N95 การทำความสะอาดพื้นผิว และสิ่งแวดลอม ใช้แผ่นน้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดกรณีปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง

- OPD ใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยกลุ่มทางเดินหายใจ จัดให้บริการที่คลินิก ARI โดยจัดบริการแบบ One stop service มีการทำบัตร ตรวจรักษาเจาะเลือด X-ray และจ่ายยาที่จุดบริการ สำหรับคลินิกวัณโรค ได้จัดบริการเป็นวันอังคารช่วงบ่ายและจัดบริการแบบ One stop service เพื่อลดระยะเวลารอคอย/ลดความแออัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และเน้นใช้มาตรการการสวม PPE ที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยเฉพาะ mask เน้นการใช้น้ำยาล้างมือ alcohol hand rub และการล้างมือด้วยสบู่

- ผู้ป่วยใน มีห้อง Modified negative pressure จำนวน 1 ห้อง เพื่อรองรับผู้ป่วยทาง Airborne ได้แก่ผู้ป่วยวัณโรค มีห้อง Negative Pressure จำนวน 1 ห้อง(8 เตียง) ตึกรักษาระยะกักกัน Cohort ward (30 เตียง) เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ COVID- 19 จัดห้องสำหรับรับมารดาและทารกหลังคลอด จำนวน 1 ห้อง (3 เตียง) ใช้การจัด Cohort zoning ในการดูแลผู้ป่วย Airborne ในกรณีที่ห้องแยกโรคไม่พอจัดห้องพิเศษ เป็นห้อง Isolation room สำหรับรับผู้ป่วย PUI ที่ผล COVID- 19 เป็นลบ รองรับ

- ห้องคลอด เน้นเรื่องการทำมาสะอาดสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้านก่อนเข้าห้องคลอดและห้องคลอด clean care ทุกครั้งหลังการจำหน่ายผู้ป่วย จัดห้องผ่าตัดเป็นห้องคลอด COVID- 19 แยกจากห้องคลอดปกติ

- ห้องหลังคลอด เน้นเรื่องความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนผ้าปู ปลอกหมอน ที่ใช้สำหรับทารกหลังคลอด จัดให้มีน้ำยาล้างมือ สบู่ ที่อ่างน้ำ และ แอลกอฮอล์ เจล สำหรับล้างมือ

- หน่วยจ่ายกลางมีการจัดระบบการสัญจรเป็นระบบทางเดียวตามมาตรฐาน แบ่งพื้นที่เขตปนเปื้อน เขตสะอาด เขตปราศจากเชื้อ อย่างชัดเจน บริเวณที่เก็บของ sterile ออกแบบประตูรับส่งของแบบ double door เพื่อลดการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม มีการแบ่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ ประจำทุกวันโดย Assign งาน บรรจุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้แล้วในกล่องภาชนะมีฝาปิดมิดชิด รถขนย้ายอุปกรณ์สะอาดแยกจากอุปกรณ์สกปรก มีหน่วยงานบางหน่วยงานใช้รถสำหรับขนย้ายอุปกรณ์ ให้เช็ดทำความสะอาดทุกครั้งหลังการใช้งาน พื้นที่เขตปนเปื้อนมีหน้าต่างระบายอากาศโดยธรรมชาติ แยกออกจากเขตสะอาด พบปัญหา เรื่องการควบคุมอุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แก้ปัญหาโดยไม่ Stock เครื่องมือเกินความจำเป็น ใช้หลักการ turn coverage ให้เร็ว การกำหนด shelf life ของห่ออุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลมี 2 แห่ง ได้ทำงาน CSSD และงานทันตกรรม ใช้มาตรฐานในการกำกับติดตามเดียวกัน จัดให้มีห้องน้ำสำหรับเจ้าหน้าที่ไว้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า

ปี 2563 ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ในหน่วยจ่ายกลาง ห้อง เตรียมเครื่องมือ และห้องเก็บของ Sterile ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

- หน่วยซักฟอก มีการจัดระบบการสัญจรทางเดียวแบบ one way โชนซัก อบ พับผ้า แยกรถสำหรับขนย้ายผ้าสกปรกกับผ้าสะอาด ระบบการทำลายเชื้อของเครื่องซักผ้าเป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมความร้อนในการซักผ้าติดเชื้อ บุคลากรเน้นการสวม PPE เสื้อกาวน์ mask ถุงมือ รองเท้าบูทติดตั้งบอดักฝุ่นผ้าเพื่อลดปริมาณฝุ่นผ้าในอากาศ

ปี 2563 วันที่ 13 ธ.ค.62 จ้างเหมาoutsourse ซักผ้า ส่งผ้าสะอาดพร้อมรับผ้าเปื้อน ทุกประเภท มีการติดตามมาตรฐานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและจัดหาอุปกรณ์ป้องกันให้กับเจ้าหน้าที่สวมใส่ขณะปฏิบัติงานเกี่ยวกับกระบวนการรับ – ส่งผ้า และซักผ้าจนครบกระบวนการ เช่น ผ้าปิดปาก จมูก ผ้ากันเปื้อน ถุงมือ มีเอกสารแสดงผลการวิเคราะห์น้ำ บริษัทผ่านการรับรองคุณภาพ

- หน่วยโภชนาการ จัดให้ถูกต้องตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย เส้นทางเข้าของวัตถุดิบ แยกอ่างล้างเนื้อสัตว์ อ่างล้างผัก อ่างล้างภาชนะ ใช้วัตถุดิบปลอดสารพิษ ภาชนะบรรจุอาหาร มีฝาปิด รถเข็นถาดอาหารมีประตูปิดมิดชิด แยก zone อาหารปั่นออกจากพื้นที่ปรุงอาหารทั่วไป ตรวจสอบสภาพเจ้าหน้าที่โรงครัว ทำ rectal swab ปีละ 1 ครั้ง ผลปกติ , ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ผลการตรวจสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ป่วยเป็น ภาวะนำโรค การให้วัคซีนที่เหมาะสม มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล ปีละ 1 ครั้ง

- กายภาพบำบัด เน้นเรื่องการล้างมือ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันในผู้รับบริการอย่างเหมาะสมเช่น

การทำความสะอาดปลายหัวขวานด้วย 70% alcohol เปลี่ยนผ้าปูปลอกหมอนทุกครั้งหลังให้บริการผู้ป่วย

-หน่วยงานทันตกรรม เน้นการจัดแบ่งพื้นที่ตามการป้องกันแบบทั่วไป Standard precautions และมาตรการป้องกัน

ตามวิธีที่เชื้อแพร่กระจายออกไป โดยมีพื้นที่ให้บริการส่วนหน้าสำหรับผู้มารับบริการรอตรวจ พื้นที่ส่วนปฏิบัติงานเพื่อทำซักประวัติ คัดกรอง ถ่ายภาพด้วยเครื่อง x ray ตรวจรักษาฟันโดยแยกห้องแต่ละ Unit มีพื้นที่แยกสำหรับล้างเครื่องมือ/เตรียมห่อบรรจุของ นึ่งอุปกรณ์ทำฟัน ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ติดตั้งเครื่องฟอกอากาศในตำแหน่งที่เหมาะสม

ปี 2563 ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้ปรับระบบการให้บริการ โดยเน้นเรื่องความปลอดภัย

2 P Safety ยึดหลัก Standard precaution และ Transmission base precaution เน้นการล้างมือ และการสวม PPE ตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ในจุดคัดกรอง รอตตรวจ รับยา จัดระบบ one stop service เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ จัดตั้งคลินิก ARI สำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ จัดทำแนวทางปฏิบัติกรณี ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค COVID-19 งดกิจกรรมที่มีโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ เช่น พ่นยา หรือการ ventilation โดยการบีบ Amu bag การจัดการอากาศ การปิดเครื่องปรับอากาศ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ทุก 1-2 ชม ในพื้นที่เสี่ยง

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร*

ปี 2559- ถึงปัจจุบัน การติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ CAUTI การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ HAP และการติดเชื้อ Omphalitis

1. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยนอนนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่ม อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการตายเพิ่มขึ้น ในปี 2561-2562 พบ CAUTI เท่ากับ 0.90 และ 1.50 ต่อวันคาสายสวน

การดำเนินการเพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ CAUTI โดยใช้

ใช้ CAUTI bundle (เริ่มใช้ มีค. 62) ในการเฝ้าระวัง ปรับกิจกรรมเพื่อลดการเกิด CAUTI โดยประเมินความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวน เลือกขนาดสายสวนปัสสาวะที่เหมาะสม ใส่สายสวนโดยใช้หลัก aseptic technique การดูแลระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

ใช้นวัตกรรม Safe Set ในการสวนคาปัสสาวะ และ ไม่หนีบสายสวนควบคุมการไหลของปัสสาวะให้ลงถุงปัสสาวะ ป้ายเตือนการถอดสายสวน

ผลการดำเนินการ การใช้ CAUTI bundle (เริ่มใช้ มีค. 62) ใช้ Safe Set ในการสวนคาปัสสาวะ 100 % ใส่สายสวนกรณีจำเป็น 100 % ใช้ไม่หนีบสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 78 % ติดพลาสติกปิดในตำแหน่งที่เหมาะสม คิดเป็น 89 % ติดป้ายเตือนการถอดสายสวน 93.75%

ภายหลังใช้ CAUTI Bundle ไม่พบการเกิด CAUTI ในเดือน มี.ค.62-พ.ย.62

ปี 2563 (ธค.62-เมย. 63) พบการเกิด CAUTI 1 ราย ในผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 1.50:1,000 วันคาสายสวน หญิง สูงอายุ ที่มีปัญหาข้อสะโพกหัก ผู้ป่วยต้อง on skin traction และ retained foley cath ร่วมด้วย ได้นำผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อคืนข้อมูลให้ทีมการดูแลผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแนวทางดูแลแก้ไขต่อไป

ปี 2564-ปัจจุบัน ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ในโรงพยาบาล

2. การติดเชื้อในโรงพยาบาล ตำแหน่ง HAP พบอุบัติการณ์เกิดขึ้นทุกปี จากรายงานอุบัติการณ์ ปี 2560-2562 เท่ากับ 0.24, 0.22 และ 0.24 มักพบในผู้ป่วยสูงอายุมีโรคร่วม, status bed ridden จากโรคทางสมอง นอน รพ. นาน, on tracheostomy, และการสำลัก

ในปี 2562 พบผู้ป่วยติดเชื้อ HAP 2 ราย

แผนการดำเนินการ

เพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ HAP ร่วมกับการผู้ป่วยใน จัดทำ HAP bundle ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล เรื่องการจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ในการปฏิบัติกิจกรรม พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เน้นการล้างมือ การทำความสะอาดปากและฟันวันละ 1 ครั้ง โดยใช้ 0.12% chlorhexidine solution เช็ดหรือบ้วนปาก การป้อนอาหาร ยกเตียงสูง 90 องศา หรือจัดทำตะแกรงขา ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง อย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลัง feedอาหาร ฟังเสียง breath sound เมื่อแรกรับและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บันทึกและ รายงานแพทย์

- นวัตกรรม องศาเตียง นาฬิกาพลิกตะแกรงตัว

ผลการดำเนินการ

ปี 2563 –2564 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ HAP ในโรงพยาบาล

ปี 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ HAP 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโควิด-19 และเป็น bed riddenเลยแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก จึงทำให้ไม่ได้ปฏิบัติตาม HAP bundle (การพลิกตะแกรงตัวทุก 2 ชั่วโมง การยกศีรษะสูง การใช้ยา Antiseptic ในการ mouthwash) ทาง ICN ได้คืนข้อมูลให้ทางหอผู้ป่วย และทบทวน การใช้ HAP bundle ผลการดำเนินงานต่อเนื่อง

ประเมินผลกระบวนการ การใช้ bundle เป็นรายข้อเพื่อประเมินคุณภาพทางพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยง

3. Omphalitis พบอุบัติการณ์ ปี 2561 และ 2562 ปีละ 1 ราย เชื้อก่อโรคเป็นเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ตามผิวหนัง ปนเปื้อนเข้าสู่สะดือทารก ทั้ง 3 รายมีอาการไม่รุนแรง สะดือมีน้ำเหลืองไหล ไม่บวมแดง มีอาการภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแนวทางแก้ไข เพิ่มทักษะให้ความรู้แก่มารดา และญาติในการดูแลทำความสะอาดสะดือ จัดชุดทำความสะอาดสะดือให้พอเพียงจนกว่าสะดือหลุด เน้นเรื่องการล้างมือ ดำเนินการให้ความรู้โดย พยาบาล ผู้รับผิดชอบดูแลมารดาทารกหลังคลอด จัดกิจกรรมการสอนสาธิตและทดลองปฏิบัติ อาบน้ำ ทำความสะอาดตาและสะดือทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย ทำ post discharge surveillance ติดตามการเยี่ยมทางโทรศัพท์

ผลการดำเนินการ มารดาหลังคลอดทุกรายได้รับการ training จนสามารถปฏิบัติได้ 100% ทำ post discharge surveillance ได้ 100% ในปี 2563-ปัจจุบัน ไม่พบทารกหลังคลอด (30 วัน) ติดเชื้อที่สะดือ

(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

- การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อทางโลหิต เช่น HIV, Hepatitis B, Hepatitis C โรคเลือด โดยใช้หลัก standard precaution มีการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและขณะเยี่ยมบ้าน

- การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้เคมีบำบัด ผู้ป่วยเอดส์ระยะติดเชื้อฉวยโอกาส เน้น standard precaution เรื่องการล้างมือ Hygienic Handwashing ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย Isolation precaution การจำกัดการเข้าเยี่ยม ห้ามผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อเข้าเยี่ยม จัดให้อยู่ zone แยกจากกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ เน้นการล้างมือ และ aseptic

technique เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ให้โภชนาการแนะนำเรื่องอาหารปรุงสุกใหม่ ดื่มน้ำสะอาด น้ำต้ม มีช่องทางด่วนในการรับบริการ เพื่อลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล

- การรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่ refer กลับพบปัญหาเรื่องของการประสานส่งต่อ เช่นไม่มีการส่งรายงานเรื่องเชื้อดื้อยา ทั้งแบบลายลักษณ์อักษรในใบ refer และการส่งเวรทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ทราบ มีโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้ จึงได้ทบทวนในทีมของคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาล มีมาตรการในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่ refer กลับทุกราย ใช้มาตรการ contact precautions และ RICHE ในการปฏิบัติ ติดป้ายสื่อความหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ที่เตียงและแฟ้ม อธิบายให้ญาติผู้ดูแลได้รับรู้และปฏิบัติตามแนวทาง ลง Pop Up ในระบบ HOSxP เพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผลไม่มีอุบัติการณ์การระบาด และมีการควบคุมเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี

- มีแผนรองรับไข้หวัดนก/โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ มีแนวทางการปฏิบัติ และมีการทบทวนร่วมกันเป็นประจำทุกปี เพื่อให้บุคลากรมีทักษะในการปฏิบัติหากเกิดเหตุการณ์จริง ปี 2562 จัดให้มีการซ้อมแผนรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับเครือข่ายในชุมชน การให้ความรู้ การคัดกรอง และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอสอดคล้องทันทั่วทั้งกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสม ซึ่งต้องใช้การประสานงาน และความร่วมมืออย่างสูงในการปฏิบัติงาน ความพร้อมใช้ของห้องแยกโรค

ปี 2563 (มค 63- ปัจจุบัน) สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

โรงพยาบาลจัดระบบการดำเนินงานตอบโต้สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ในระดับโรงพยาบาล อำเภอ ชุมชน โดยมีท่านผู้อำนวยการเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ และประสานงานร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ในระดับจังหวัด เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ งาน IC ร่วมปฏิบัติการใน ทีม Situation awareness Team และ Operation Team ในการประสานงานแบบบูรณาการในระบบ ICS เพื่อทราบแนวโน้มของการระบาด ช่องทางการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อวางแผนในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ของบุคลากรผู้ป่วย และชุมชน เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น รวมถึงระดมทรัพยากร สรรองเวชภัณฑ์อุปกรณ์และเครื่องมือ และบริหารจัดการอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ PPE และ น้ำยาล้างมือ ติดตามและประเมินสถานการณ์ การจัดทำแผน CPG ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19, แนวทางปฏิบัติการเฝ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค COVID-19 การซ้อมแผน

บริหารจัดการโรงพยาบาลด้านระบาดวิทยา

สถานที่ : จัดตั้งคลินิก ARI ให้บริการผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ แยกจากผู้ป่วยอื่นๆ อยู่บริเวณใต้อาคารที่จอดรถ แบบ one stop service ตั้งแต่วันที่ 6 ก.พ. 63 จนถึงปัจจุบัน เพื่อการจัดการพื้นที่ ลดการปะปนและปะปนเบื้อนของผู้ป่วย COVID-19 ที่ไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจกับผู้ป่วยทั่วไปและบุคลากร

จัดจุดล้างมืออย่างเพียงพอ โดยเฉพาะ alcohol gel แยกชัดเจนระหว่างบุคลากรการแพทย์และผู้ป่วยจัด Zoning บริเวณความเสี่ยงสูง บริเวณความเสี่ยงปานกลาง และบริเวณความเสี่ยงต่ำ (ใช้อุปกรณ์ป้องกันตามระดับความเสี่ยง) โดยยึดหลักตามประเภทผู้ป่วย และการจัดการอากาศ ตามธรรมชาติ

ผู้ป่วย : มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยสงสัย COVID-19 (ตามแนวทางการคัดกรองของกรมควบคุมโรค) จัด Zone แยกผู้ป่วยเสี่ยงต่ำ กลาง สูง มี CPG ที่ update ในแต่ละสถานการณ์ (ล่าสุดฉบับวันที่ 29 ก.ย.65) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตรวจ ATK และ RT-PCR เพื่อยืนยันโรค รับผู้ป่วยไว้ดูแลในห้องแยกโรค จนพ้นระยะแพร่เชื้อ มีระบบการรายงาน และการบันทึก ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม วัดสัญญาณชีพตัวเอง สอบถามอาการผ่านทาง intercom มีกล้องวงจรปิด มีระบบการส่งต่อในกรณีมีอาการรุนแรง

บุคลากร: ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกัน ควบคุม และกักกันโรคอย่างเคร่งครัด แบ่งการปฏิบัติงาน ณ จุดที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ปะปนบุคลากรระหว่างภารกิจที่มีความเสี่ยงสูงกับภารกิจทั่วไป โดยสามารถสลับและหมุนเวียน

ได้พอเพียงเน้นย้ำการปฏิบัติตามหลัก Standard precaution ทุกจุดบริการ และเพิ่มมาตรการตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อความปลอดภัย

กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยทั่วไป ญาติ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกคนสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในสถานพยาบาล วางแนวทางเพื่อรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลในสถานพยาบาล อย่าให้เกิดความแออัดขึ้นในจุดใดจุดหนึ่งของสถานพยาบาล โดยยึดหลัก Standard Precaution อย่างเคร่งครัดในการดูแลผู้ป่วยทุกราย

- บุคลากรทุกคนผ่านการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการใช้ PPE ฝึกปฏิบัติจริง และฝึกผ่านวิดีโอ

- ก่อนลงเวร ให้บุคลากรการแพทย์อาบน้ำ สระผม ก่อนออกจากพื้นที่ให้บริการ

- หากบุคลากรมีไข้ หรือมีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจ ให้หยุดภารกิจ แยกตัวและเข้ารับการตรวจทันที

กรณีบุคลากรสัมผัสกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโดยไม่มีการป้องกันที่เพียงพอ และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้บุคลากร หากเป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ต้องได้รับการตรวจ ATK / RT-PCR เมื่อครบกำหนด กรณีบุคลากรติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการรายงานและดูแลรักษาบุคลากร

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร

- ICN ตรวจสอบและเฝ้าระวังเรื่อง COVID-19 รายวัน โดยทำหน้าที่จัดบันทึก ประเมินการจัดพื้นที่บริการ ประเมินปัจจัยเสี่ยงพร้อมรายงานผลแก่ผู้บริหารเพื่อสนับสนุนคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของบุคลากร จัดทำแนวทางการรายงานเมื่อบุคลากรเจ็บป่วย เข้ากลุ่ม Line ระบาดของโรงพยาบาลเพื่อติดตามและสอบสวนโรค

- จัดระบบ buddy system เพื่อจับคู่ผู้ปฏิบัติงาน ขณะใส่และถอด PPE ติดโปสเตอร์ ขั้นตอนการใส่-ถอด PPE ติดตั้งกระจกเต็มตัวเพื่อช่วยในการใส่และถอด PPE ICN/ICWN ทำหน้าที่ Safety Officer เพื่อดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ขณะใส่และถอด PPE

- จัดตำแหน่งวาง Alcohol gel อย่างทั่วถึง ณ บริเวณที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก ได้แก่ จุด scan ไข้ จุดคัดกรอง OPD คลินิก ARI และคลินิกอื่นๆ

อุปกรณ์ทางการแพทย์: การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละโซนอย่างชัดเจน ใช้ตามข้อบ่งชี้ ทำความสะอาดตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ลดการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง

ระบบการบริหารจัดการ:

การลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการการสร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลใน

พื้นที่เพื่อส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รองรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม หรือ ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต

งดบริการทางการแพทย์ที่ไม่เร่งด่วน หรือพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนไปรับบริการยังสถานพยาบาลในเครือข่าย เช่น แผนกทันตกรรม กายภาพ แพทย์แผนไทย ผู้ป่วยเรื้อรัง

ใช้ระบบโทรศัพท์ online และระบบ logistic ในการบริการผู้ป่วยทั่วไปหากผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่มีอาการผิดปกติ เรื่องการมารับยาต่อเนื่อง

ดำเนินการตามมาตรการ social distancing (1-2 เมตร) ณ บริเวณจุดรอคอยการ Triage การคัดกรอง บริเวณต่อแถวรับยา หรือบริการต่างๆ อย่างเคร่งครัด

จัดประชุมบุคลากรเพื่อสื่อสาร ทำความเข้าใจ ทบทวนการปฏิบัติงาน และมอบหมายให้มีการถ่ายทอดในหน่วยงานของตนให้บุคลากรรับทราบทุกคน

เตรียมห้อง Negative pressure, Modified negative pressure, Isolation room, Cohort Ward เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19

กรณีผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ใช้ telemedicine ช่วยการรักษาพยาบาล (แนะนำวิธีการวัดสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจน(Oxygen saturation) ด้วยตนเอง วางแผนการรักษา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และเวชภัณฑ์ยาให้พร้อมก่อนเข้าสัมผัสผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาในการสัมผัสผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

กำหนดการทำ ความสะอาดและฆ่าเชื้อ ณ บริเวณที่มีการสัมผัสโดยคนจำนวนมาก ได้แก่ทำความสะอาด ปุ่มกดลิฟท์ทุก 30 นาที, ทำความสะอาดห้องน้ำทุก 30 นาที หรือ 1 ชม หรือบ่อยเท่าที่เป็นไปได้เป็นต้นการทำ ความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วย ทำความสะอาดพื้นและบริเวณที่สัมผัสบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งเมื่อมีการปนเปื้อนที่ชัดเจน เช่น อาเจียน เสมหะใช้สารละลายโซเดียมไฮโปคลอไรต์ 0.1% (1000 ppm) เพื่อถูพื้น และเช็ดพื้นผิวสัมผัสทั้งบริเวณที่ได้รับการทำความสะอาดไว้ 30 นาที

ในห้องแยกอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งปริมาณมาก เช่น เลือด อูจระะ ทำความสะอาดด้วยสารละลายโซเดียมไฮโปคลอไรต์ 0.5% (5,000 ppm) ทิ้งไว้ 15 นาที ก่อนล้างทิ้ง

จัดการขยะติดเชื้อด้วยความระมัดระวังตามมาตรฐาน โดยใช้ถุงขยะติดเชื้อ 2 ชั้น สเปรย์ ด้วย 70% alcohol ก่อนนำไปทิ้ง เน้นย้ำพนักงานทำความสะอาดเรื่องความปลอดภัยและมาตรการควบคุมโรค

การจัดการผ้า สำหรับผู้ป่วย COVID-19 เก็บใส่ถุง 2 ชั้น และซักแยกจากผ้าชนิดอื่น ซักในเครื่องซักผ้าปรับอุณหภูมิความร้อน 71 องศาเซลเซียส นาน 25 นาที (โรงพยาบาลจ้างบริษัทซักผ้า)

จัดบริการ portable X Ray ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 โดยแยกจากผู้ป่วยทั่วไป

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน*

- มีระบบการเฝ้าระวังโรคและการรายงาน,แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุเมื่อเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง

มาตรการในการป้องกัน และมาตรการในการแก้ไขเยียวยา กรณีบุคลากรเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่เน้นให้บุคลากรปฐมพยาบาลและทำความสะอาดเบื้องต้นการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรผู้สัมผัสเลือดหรือของเหลวของต้นตอแหล่งสัมผัส การป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post Exposure Prophylaxis: PEP) บุคลากรที่สัมผัสได้รับการตรวจเลือด CBC VDRL Anti-HIV HBsAg Anti HCV Anti HBc BUN, Creatinine, LFT และรับประทานยาทันที ใน 1-2 ชม.และไม่เกิน 24 ชม หลังสัมผัสต้องกินจนครบ 4 สัปดาห์และอยู่ภายใต้การติดตามดูแลของแพทย์ ติดตามเจาะเลือดบุคลากรเพื่อตรวจ anti-HIV ซ้ำ หลังสัมผัส 4 สัปดาห์และ 3 เดือน (ตรวจ CBC, BUN, Creatinine และ LFT เป็นพื้นฐานก่อนให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และตรวจติดตามในกรณีที่มีอาการและ/หรืออาการแสดงสงสัยผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส)

ระบบการเฝ้าระวังประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูล การรายงานความเสี่ยง โดยการสังเกต ซักถาม ตรวจสอบ และบันทึก

การสอบสวนโรค และแก้ไขปัญหา โดยเมื่อเกิดเหตุจะต้องดำเนินการสอบสวน ช่วยเหลือและจัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นทันที ทั้งแหล่งสัมผัสและผู้สัมผัส .

ระบบการรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่ บันทึกรายละเอียดของการเกิดเหตุการณ์ รวมถึงความก้าวหน้าในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรายงานต่อหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ ข้อมูลสำคัญที่มีการบันทึกเพื่อประกอบการรายงาน เช่นรายละเอียดของแหล่งสัมผัส ระยะเวลาและชนิดของเชื้อที่สัมผัส รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมที่อาจเกี่ยวข้องกับการสัมผัสเชื้อ ข้อมูลและการรายงานจัดให้มีระบบการรักษาความลับของผู้ที่สัมผัสเชื้อ เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมผัสเชื้อ มีการประสานงานร่วมกันกับทีมบริหารความเสี่ยง HRD

ปี 2561 ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์เมื่อเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง เช่นการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทำความสะอาดแผล การรับประทานยา โดยมีผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ทำหน้าที่สอบสวนรายงานการเกิดอุบัติการณ์เมื่อเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง ดูแลกำกับให้ผู้สัมผัสปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รายงานแพทย์เพื่อการรักษา ICN วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน

ปี 2563 ปรับสูตรยา Anti-HIV เพื่อลด side effect ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

มีมาตรการในการแก้ไขเยียวยาผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสสารคัดหลั่งโดยยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพประจำจังหวัด ตามแบบ 7500

รายงานอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง ปี2561-2565 พบเจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำ จำนวน 7, 2, 13, 4 และ 5 รายตามลำดับ เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ได้รับยาทันเวลาที่กำหนด และไม่พบการติดเชื้อเอช ไอ วี/ไวรัสตับอักเสบบีในเจ้าหน้าที่

แนวปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ TB ,สุกใส, หัด, ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ ,โรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า COVID -19โดยการ

1.ประเมินความเสี่ยงของบุคลากร ตั้งแต่จะรับเข้าทำงาน ด้วยการซักประวัติเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออันตรายจากการทำงาน โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค

ปี 2563 กำหนดให้บุคลากรใหม่ต้องได้รับการตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ เอกซเรย์ปอด การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด สารเสฟติติ และตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น ไวรัสตับอักเสบบีสำหรับงานโภชนาการ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่าบุคคลมีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในแต่ละหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย

2.การให้ภูมิคุ้มกันที่จำเป็น เช่นวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ไวรัสตับอักเสบบีสำหรับบุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน วัคซีนโควิด-19

3.การจัดการเมื่อสัมผัส/ป่วยด้วยโรคติดต่อ การดูแลบุคลากร เมื่อสัมผัสโรคหรือป่วย ทั้งการรักษา การหยุดงาน เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และไม่แพร่เชื้อต่อจากการทำงาน บุคลากรทางการแพทย์ที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อมีสิทธิเฉพาะตัวเพื่อขอรับการตรวจวินิจฉัย, การรักษาและการได้รับภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการหยุดงาน ตามสิทธิสวัสดิการรักษพยาบาลของแต่ละบุคคล ในกรณีCOVID-19 โรงพยาบาลทำประกันชีวิตครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาล จัดหาที่พักรักษา โดยได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย มอบ Gift set ของใช้ในการดูแลตนเองขณะพักรักษาตัว พร้อมทั้งดูแล และติดตามคนในครอบครัว มาตรวจหาเชื้อ COVID-19 และสังเกตอาการภายใน 10 วัน ในบุคลากรที่เสี่ยงสูงมีไข้ หรืออาการระบบทางเดินหายใจ ให้ยุติภารกิจ แยกตัวและเข้ารับการตรวจทันที หากตรวจไม่พบเชื้อจะนัดตรวจซ้ำตามระยะ จนครบ 10 วัน เมื่ออยู่บ้าน ให้ยึดหลักสุขอนามัยและ physical distancing เช่น ทำความสะอาดตัวเองก่อนกลับบ้าน แยกรับประทานอาหารกับคนในครอบครัว ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกัน ล้างมือสม่ำเสมอ และเว้นระยะห่างกัน รวมถึงต้องงดเว้นกิจกรรมเสี่ยงทุกชนิด เช่น เลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัดโดยไม่ป้องกันตนเอง

4.มีแนวทางรายงานการเจ็บป่วยของบุคลากร ตามลำดับชั้น รายงานผ่าน group line ระบุว่าของโรงพยาบาล ICN สอบสวนโรคร่วมกับทีมอาชีวอนามัย

จากรายงานการเจ็บป่วยขณะปฏิบัติงาน ปี 2562 พบ พยาบาลห้องฉุกเฉิน ป่วยเป็นสุกใส 1 ราย พยาบาล OPD ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A 1 ราย พยาบาลผู้ป่วยใน ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A 1 ราย, สายพันธุ์ B1 รายและ หัด 1 ราย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ตึก ผู้ป่วยใน ติดหัด 1 ราย ทุกคนได้รับการดูแลตามแนวทางที่

กำหนดไว้ จากการสอบสวน พยาบาลติดโรคหัดจากผู้ป่วยเด็กที่ admit ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วินิจฉัยโรคหัดตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง สวม PPE ไม่เหมาะสม

ปี 2563 พบผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ติดผู้ป่วยในป่วยเป็นสกุไล 1 ราย

ปี 2564 พบบุคลากรในโรงพยาบาลติดเชื้อ COVID -19 จากการทำงานจำนวน 6 ราย คิดเป็น 3.28 % จากครอบครัว/ชุมชน 19 ราย คิดเป็น 10.38 %

- ปี 2565 พบบุคลากรในโรงพยาบาลเชื้อ COVID -19 จากการทำงานจำนวน 24 ราย คิดเป็น 12.18 % จากครอบครัว/ชุมชน 63 ราย คิดเป็น 31.98 % เนื่องจาก ผู้ป่วยปกปิดข้อมูล การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมารับบริการปะปนกับผู้รับบริการทั่วไป ผู้ป่วยขาดการตระหนักถึงการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลรอบข้างและชุมชน เจ้าหน้าที่ใส่และถอดPPE ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ใส่อุปกรณ์PPE เป็นเวลานานจนเปียกชุ่ม คณะกรรมการ ICC จึงได้จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มทางเดินหายใจและกลุ่มเสี่ยง เพื่อแยกตรวจที่คลินิก ARI จัดทำแนวทางการการใส่ PPE ที่ถูกต้อง ให้ความรู้แก่บุคลากร และคอยกำกับ ติดตาม ส่วนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีการตรวจ ATK , RT-PCR ทุกราย งดเยี่ยม การจำกัดญาติเฝ้าโดยต้องมีผลตรวจ ATK ทุกราย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-การจัดการและการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับโรคติดเชื้อ COVID -19 ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน30 เตียง ภายใต้ข้อจำกัดของอาคาร สถานที่ โรงพยาบาลสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติมาได้ บุคลากร และผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID -19 ในระลอกแรก

-นําร่องการจัดตั้งคลินิก ARI ในระดับจังหวัด ภายใต้ชื่อ จุฬรอตระจาระบบทางเดินหายใจกลุ่มพิเศษ

-การทำ CAUTI bundle เพื่อลดการติดเชื้อในตำแหน่ง CAUTI

-บูรณาการงาน IC ภายใต้เครือข่ายสายรุ้ง ร่วมกับหน่วยปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบทั้ง 10 แห่ง

-การซ้อมแผนการรับภาระระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แบบเครือข่ายระดับ รพ.สต. และ รพช.

โดยการซ้อมจริง และมีการถอดบทเรียน ก่อนการเกิดการระบาดของโรคCOVID-19 ซึ่งได้นำบทเรียนครั้งนั้นมาปรับใช้กับโรคCOVID-19

-นวัตกรรม Double door งานจ่ายกลาง

-ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออุบัติใหม่ Covid-19 ประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน การบริหารจัดการด้านทรัพยากร การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็วแก่ผู้ป่วยติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

-ได้รับความชื่นชมจากการถอดบทเรียนร่วมกับสคร.4 ยกให้โรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็น Role Model ในการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident. Command System : ICS) มาใช้ในการบริหารจัดการโรค Covid-19 โดยงานICได้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในกล่อง SAT = situation awareness team ปฏิบัติงานทั้งเชิงรุกในชุมชนและเชิงรับในสถานบริการ และประสานงานกับทุกกลุ่มภารกิจ

-งานIC ได้ลงเชื่อมสู่ชุมชน โดยพัฒนาองค์ความรู้ให้กับอสม.ในพื้นที่ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่นการล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในยุคโควิด bundle CAUTI ในอสม.ที่เป็น CG

-รพสต.ทั้ง 2 แห่งในเครือข่ายผ่านการประเมินด้าน IC 100%

v. แผนการพัฒนา

	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3	I	พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นที่กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญในกลุ่ม Target - พัฒนาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อประกันคุณภาพ ภายใต้ 2 P safety ร่วมกับมาตรฐาน QA - จัดระบบบริการแบบ New normal ในหน่วยบริการที่มีความเสี่ยง - แผนส่ง ICWN อบรม 10 วันใน 2 หน่วยงานคือ งานห้องคลอด และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน - วางระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมในหน่วยปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1, 2, 3, 4
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	3	I	- Active Surveillance อย่างสม่ำเสมอ และนำข้อมูลมาค้นหาปัญหาได้ครบถ้วนมากกว่าเดิม - AMR กำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อลดเชื้อดื้อยา และลดค่าใช้จ่าย
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	3	I	- จัดระบบระบายอากาศและการควบคุมภายใน ห้องฉุกเฉิน แยกหน่วยบริการผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อลดการแออัด จัด Zoning กลุ่ม airborne แยกจากผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ - วางแผนติดตั้งเครื่องปรับอากาศที่แผนกผู้ป่วยนอก มีห้องตรวจแยกโรคทางเดินหายใจโดยเฉพาะให้บริการเป็น one-stop service - การนิเทศ ติดตาม กำกับ การปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญให้ต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรวมทั้งประเมินพื้นที่เสี่ยงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ	3	I	- นำ Bundle care มาใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อลดการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด - พัฒนาระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษตั้งแต่ ชุมชน รพสต. และในรพ.

			- พัฒนาระบบการ Training ในเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และการดูแลตามมาตรการการเฝ้าระวังเมื่อเกิดติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม - จัดทำแนวทาง/อบรมการซ้อมรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในทุกระบบสุขภาพปฐมภูมิ
--	--	--	---

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥ร้อยละ80	NA	78.52	76.65	81.12	76.65
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥ร้อยละ80	NA	78.6	72.50	75.27	88.18
ค่า CMI	≥0.7	NA	0.79	0.98	0.85	0.83
การร้องเรียนเกี่ยวกับการถูกละเมิดสิทธิ เรื่องการเปิดเผยความลับ	0	0	0	0	0	0

ii. บริบท

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ มุ่งมั่นพัฒนาการให้บริการด้านเวชระเบียนด้วยความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยมีคณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงาน เป็นกรรมการมีแพทย์เป็นประธาน และมีเจ้าพนักงานเวชสถิติเป็นกรรมการและเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนวางแผนและออกแบบแบบบันทึกต่าง ๆ ในเวชระเบียน ควบคุมกำกับ ติดตามการปฏิบัติตามนโยบายต่าง ๆ เช่น การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย มีการใช้ระบบ HosXP ให้บริการและเก็บข้อมูลการบริการ ,โปรแกรม DRG Index , โปรแกรม RCM ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:

ปริมาณงาน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	131,027	129,985	148,307	152,881
จำนวนผู้ป่วยใน(ครั้ง)	2,032	1,921	2091	2213
จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน(วัน)	8,906	9,048	12,560	14,563

ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ มีการใช้ digital technology ดังนี้

- (1) HOSxP Program บริการจัดการข้อมูลผู้ป่วย การจัดทำประวัติ การลงทะเบียนส่งตรวจ การรับ – คืนแฟ้มเวชระเบียน การบันทึกรหัสโรคและหัตถการ และ อื่นๆ
- (2) โปรแกรมเฉพาะสำหรับการส่งออกข้อมูล ได้แก่ Electronic Medical Records Audit (EMA) และ Thai Refer
- (3) โปรแกรม RCM /DataAudit ใช้สำหรับการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของการบันทึกข้อมูลในระบบ Hosxp

iii. กระบวนการ

ระบบบริหารเวชระเบียน โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ได้ดำเนินการโดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศของทางโรงพยาบาล (Information Management : IM) ซึ่งมีหน้าที่ตัดสินใจในนโยบายเวชระเบียน วิธีการดำเนินการเวชระเบียน แบบฟอร์มเวชระเบียน รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกและการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการเวชระเบียน ซึ่งคณะกรรมการเทคโนโลยี

สารสนเทศ จะมีการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการอื่นๆ เพื่อสนับสนุนข้อมูลการให้บริการและนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาหน่วยงาน ระบบงานต่างๆและพัฒนาปรับเปลี่ยน ด้านการให้บริการ และเทคโนโลยีการสื่อสารภายในองค์กร สู่เป้าหมายองค์กรที่เป็น paperless

II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

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

บทเรียนเกี่ยวกับความประเมินความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของกระบวนการเวชระเบียน

1. มีการนำโปรแกรม Hosxp มาใช้บันทึกข้อมูล ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถลดความซ้ำซ้อนจากการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ และสามารถจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้สามารถเขียนรายงานเพื่อประมวลผลข้อมูล ใช้ไปวิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชน และใช้เป็นข้อมูลในการรายงานหน่วยงานต่างๆ
2. ทบทวนการค้นแฟ้มเวชระเบียน กรณีผู้ป่วย Walk in : การค้นแฟ้มเวชระเบียนระบบเอกสาร เนื่องด้วยจำนวนแฟ้มที่มาก และเจ้าหน้าที่ไม่สมดุลเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการ ปัญหาการจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียนผิดที่ การสูญหายของแฟ้มเวชระเบียน ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการค้นแฟ้มและพื้นที่ในการจัดเก็บไม่เพียงพอ จึงได้มีการพัฒนาเข้าสู่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ปรับกระบวนการใหม่เพื่อพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์(Paper less)โดยเริ่มจากคลินิกโรคเรื้อรังวันที่ 6 กรกฎาคม 2561 และได้มีการเริ่มใช้ในทุกแผนกในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2561 โดยยังไม่มีมีการปรับระบบการให้บริการเพื่อไม่ให้กระทบต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่และการมารับบริการของผู้มารับบริการ ซึ่งทำให้สามารถลดขั้นตอนและเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
3. ทบทวนการจัดส่งเอกสารเวชระเบียนทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการให้เจ้าหน้าที่เดินส่งเอกสารเวชระเบียนตามห้องตรวจต่างๆทำให้เกิดความสะดวก และรวดเร็ว แพทย์และพยาบาล สามารถดู OPD card ที่ต้องการผ่านระบบคอมพิวเตอร์
4. เวชระเบียนผู้ป่วยในได้มีการทบทวนการใช้ประโยชน์ของแบบฟอร์มต่างๆพบว่าบางแบบฟอร์มไม่ได้มีการใช้ประโยชน์ก็ตัดทิ้งหรือปรับเปลี่ยนการบันทึกฟอร์มต่างๆ ให้สะดวกง่ายต่อการบันทึก

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินด้านการออกแบบระบบเวชระเบียน

1. เปิดบริการลงทะเบียนส่งตรวจสำหรับผู้ป่วยรายเก่า ด้วยระบบตู้ Kiosk เพื่อลดความแออัดและลดเวลารอคอย
2. ทบทวนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมีการกำหนดการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนในทุกแผนก โดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสื่อสารผลการตรวจให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อการแก้ไขที่ถูกต้อง
3. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่าการบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ตามแนวทางการบันทึกมากขึ้น แต่การบันทึกยังไม่ครบถ้วนและข้อมูลยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ งานผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินลงข้อมูลประวัติ,การตรวจร่างกาย,การวินิจฉัยโรคและการให้คำแนะนำไม่สมบูรณ์ทั้งส่วนของแพทย์และพยาบาล ได้ประสานกับผู้ดูแลระบบ Hos-XP เพิ่มเงื่อนไขบังคับให้ลงข้อมูลให้ครบก่อนบันทึกในผู้ป่วยทุกราย
4. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่าการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์และพยาบาลลายมืออ่านไม่ออก Progress note และ Nurse's note ไม่บันทึกตามรูปแบบ S O A P ได้เพิ่มแบบฟอร์ม Clinical Summary ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีการจัดอบรมการบันทึกทางพยาบาลให้พยาบาลทุกคน
 - เพิ่มแบบฟอร์ม Clinical Summary ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยจะมีข้อมูลอาการ ประวัติการรักษา ประวัติทั่วไป และให้แพทย์ลงบันทึกการวินิจฉัยและการวางแผนการจำหน่ายได้อย่างต่อเนื่อง

- เพิ่มแบบฟอร์มงานผ่าตัด (ใบส่งผ่าตัด, ใบบันทึกอาการก่อนผ่าตัด, ใบยินยอมการผ่าตัด, ใบบันทึกข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึก) เพื่อสะดวกในการลงข้อมูลเฉพาะทาง
- ปรับปรุงแบบฟอร์ม Summary Discharge
- ปรับปรุงแบบฟอร์มใบยินยอมการรักษา
- ปรับปรุงแบบฟอร์ม History, Physical Exam เพื่อสะดวกในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
- ปรับปรุงแบบฟอร์ม Progress note

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนที่ขาด

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมือทุกหน่วยงานที่เข้าถึงข้อมูลให้ทำคุณสมบัติของข้อมูลในส่วนที่รับผิดชอบและเริ่มมีการบันทึกรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานเพิ่มมากขึ้นและเน้นคุณสมบัติเวชระเบียนตั้งแต่ผู้รับผิดชอบทุกจุด เริ่มที่บัตรดูคุณสมบัติของส่วนที่ตนรับผิดชอบเลขที่ทั่วไปได้แก่ ชื่อ นามสกุลผู้ป่วย เพศ วันเดือนปีเกิดอายุชื่อบิดา มารดา เชื้อชาติศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ที่อยู่ปัจจุบัน เลขบัตรประชาชน 13 หลัก ชื่อผู้ติดต่อได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว หมายเลขโทรศัพท์ และการตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ
 2. มีปัญหาการตรวจสอบสิทธิการรักษาผิดพลาด การตรวจสอบพบปัญหาต่างๆ เช่น การขาดความรู้และความเชี่ยวชาญ เนื่องจากปัจจุบันมีสิทธิการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นและมีหลักการใช้สิทธิที่ปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ มีการปรับกระบวนการ มีการตรวจสอบเจ้าหน้าที่ที่ตรวจสอบสิทธิการรักษาผิดพลาด ส่งผลให้ความผิดพลาดของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยลดน้อยลง
 3. การประเมินผลการบันทึกเวชระเบียนยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนข้อย่อของคะแนนการตรวจสอบความสมบูรณ์ว่าควรพัฒนาในข้อใด
- (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:
- งานเวชระเบียนตั้งเป้าหมายในการบันทึกเวชระเบียนข้อมูลส่วนบุคคล ที่ถูกต้อง ความครบถ้วนมากกว่า 80% มีการประเมินความครบถ้วนในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียน และการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) จัดการประชุมผลประชุมหารือ พิจารณาข้อบกพร่องและร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา ได้แก่ การชี้แจงผลการประเมินและบอกแนวทางการบันทึกที่ถูกต้อง โดยได้มีการประเมินติดตามผล
 - มีการกำหนดสิทธิการบันทึกข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรม Hosxp ตามวิชาชีพส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และกลุ่มวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล
 - การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่ายไม่ทันกำหนดการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากแพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทำให้ไม่มีเวลาในการสรุปเวชระเบียนได้ทันเวลาที่กำหนดไว้จึงได้มีการประชุมหารือในคณะกรรมการ IM แจ้งผู้อำนวยการทราบและจัดทำระบบการจัดส่ง Chart กำหนดระยะเวลา และมีการลงทะเบียนการส่ง Chartรับ Chartที่สามารถตรวจสอบเบื้องต้นได้ว่า Chart อยู่ที่ใด

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้:

กำหนดข้อมูลพื้นฐานด้านข้อมูลของผู้ใช้บริการที่สำคัญ เพื่อประมวลผลและนำเสนอแก่ผู้บริหารและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต่างกันในโรงพยาบาล เช่น ทีม IM PCT ,RM และทีมอื่นๆได้นำข้อมูลทำงานสารสนเทศประมวลผลและจัดทำสถิติรายงานไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วย เช่น ข้อมูลอันดับโรคภาวะแทรกซ้อนสาเหตุการตายที่สำคัญ การรายงานตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล เป็นต้น

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- มีการปรับปรุงระบบการตรวจและการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามเกณฑ์การบันทึกปีละ 3 ครั้ง เพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้องของการบันทึก โดยการคัดเลือกเวชระเบียนที่จะนำมาตรวจสอบและทบทวนให้มีความครอบคลุมหน่วยงานที่สำคัญ มีการทบทวนความเหมาะสมของแบบบันทึกของหน่วยงานต่างๆตามเกณฑ์การบันทึกและให้ความรู้เรื่องการบันทึกเวชระเบียนแก่ผู้รับผิดชอบหลักด้าน IM ของหน่วยงาน
- การค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกด้วยระบบ HOSxP จะค้นโดยใช้บาร์โค้ดในบัตรนัด(กรณีมีใบนัด) และเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักเพื่อป้องกันการบันทึก HN ผิดพลาด
- การบันทึกประวัติผู้ป่วยใหม่ในระบบ HOSxP โดยการเสียบ Smart card เพื่อดึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยบางส่วนจากบัตรประชาชนเพื่อป้องกันการบันทึกข้อมูลผิดพลาด
- ผู้ป่วยนอกทุกรายจะต้องผ่านการส่งตรวจในระบบ HOSxP จากงานเวชระเบียนไปยังแผนกต่างๆของโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยในจะลงทะเบียนและออกเลข AN จากตึกผู้ป่วยที่รับการ Admit เมื่อแพทย์ Discharge ผู้ป่วย และสรุปโรคภายใน 7 วัน เสร็จทีม Auditor จะทำการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในมาที่เวชสถิติจะทำการลงรับเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ Hosxp ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการลงบันทึกใน Hosxp เสร็จ Scan เวชระเบียนผู้ป่วยใน งานประกันจะส่ง E-claim เบิกค่ารักษาพยาบาลต่อไป
- การตรวจสอบและบันทึกโรคและหัตถการ ตามหลัก ICD-10 และ ICD-9 โดยเวชระเบียนมีการตรวจสอบตามที่แพทย์ได้ลงคำวินิจฉัยและลงรหัสแพทย์ ตลอดจนตรวจสอบความสอดคล้องกับโรคอาการความผิดปกติที่ถูกระบุไว้กับอาการ การรักษา หัตถการและการจ่ายยา

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- มีระบบการยืมคืนเวชระเบียน โดยบันทึกในระบบ Hosxp ในการลงรับ Chart จากตึกผู้ป่วยและลงทะเบียนยืมคืน
- มีการกำจัดการเข้าถึงห้องเก็บเวชระเบียนและได้พัฒนาการจัดเก็บเวชระเบียน จากการใช้ OPD การ์ดตู้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์โดยมีการสแกนข้อมูลหรือเอกสารการรักษาที่สำคัญลงระบบ HOSxP ใน visit ของผู้มารับบริการนั้น ส่งผลให้ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและเพิ่มความรวดเร็วในการบริการ
- กรณีที่มีการขอเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อไปใช้ของหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลจะต้องบันทึกลงในทะเบียนการยืม-คืนเวชระเบียนทุกครั้ง ส่วนในกรณีการขอประวัติผู้ป่วยเพื่อใช้ภายนอกโรงพยาบาล เช่น จะต้องขอโดยผู้ป่วยเองหรือบุคคลที่ผู้ป่วยมอบอำนาจ ในการนำข้อมูลเพื่อใช้ในการรักษาต่อเพื่อประกอบการเบิกเงินประกันชีวิตประกันภัย ต้องทำบันทึกตามแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานเพื่อขออนุญาตกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพิจารณาเป็นรายกรณีไป และจะให้เฉพาะสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
- มีการปรับปรุงเรื่องการสำรองข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ใช้ server สำรองแบบอัตโนมัติ

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงและเปลี่ยนแปลงข้อมูล ผ่านทางโปรแกรม HOSxP อีกทั้งการขอสำเนาเวชระเบียนมีการกำหนดกระบวนการขั้นตอนกำหนดผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอโดยจะต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการและผู้มีอำนาจอนุมัติ
- มาตรการความลับของผู้ป่วยในกรณี คดีความ ถูกทำร้ายจะทำการจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนที่ ER โดยมีการกำหนดสิทธิการเข้าถึง

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- การขอประวัติการรักษาผู้ป่วยโดยผู้ป่วย/ญาติหรือจากบริษัทประกันชีวิตหรือตัวแทนเพื่อประกอบการทำประกันหรือขอสินไหมทดแทนได้ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขอข้อมูลตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งอนุญาตได้ เฉพาะผู้มีอำนาจเท่านั้น
- ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองปรากฏในเวชระเบียน รับทราบถึงผลดีผลเสียผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาและร่วมตัดสินใจเลือกการรักษาได้
- ผู้ป่วยมีสิทธิในการขอสำเนาเวชระเบียน เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลต่อเนื่องในกรณีที่มีการส่งผู้ป่วยเพื่อไปรักษาในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าหรือกรณีย้ายสถานพยาบาลรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

ทบทวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในอยู่เสมอโดยไม่มองถึงผู้บันทึกเท่านั้นแต่ยังมองถึงแบบฟอร์มในการบันทึกโดยมีการปรับแบบฟอร์มให้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลภายในแฟ้มเวชระเบียนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เพื่อให้ได้แบบฟอร์มการบันทึกที่ตอบสนองความต้องการของการรักษาต่าง ๆ ปรับแบบฟอร์มให้มีความทันสมัยและได้มาตรฐานและเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้บันทึก

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

- พบโอกาสพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียนเช่น การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านไม่ออกของแพทย์พยาบาล
- การบันทึกไม่สมบูรณ์หรือไม่บันทึกในส่วน Progress Note, Physical Exam มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ตามมาตรฐาน Medical Record Audit (MRA) และมีการนำเสนอปัญหาพบในคณะกรรมการ IM และ PCT และองค์กรแพทย์
- มีการสนับสนุนข้อมูลและแฟ้มเวชระเบียนในการทบทวนเคส Dead เคส High risk เพื่อนำมาจัดทำ Clinical tracer เพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นการค้นหาปัญหาและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และเวชระเบียนได้มีการสนับสนุนแบบฟอร์มการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลการวินิจฉัยรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. มีทีมคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนโรงพยาบาลดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการได้รับการทบทวนความรู้ประจำปี และมีการจัดการอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อศักยภาพในการลงข้อมูลและการบันทึกเวชระเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน และการทบทวนเอกสารกำหนดมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดในแต่ละปี มีการวางแผนการประเมินผลโดยการตรวจสอบเวชระเบียนภายในทุก 3 เดือนและสรุปแนวทางแจ้งให้แต่ละหน่วยงานทราบ
2. จัดอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการใช้ระบบHos-XP การลงข้อมูล 43 แฟ้มและการลงรายงานต่างๆให้ถูกต้อง ครบถ้วน

3. จากการปรับปรุงแบบฟอร์มและระบบการบันทึก Clinical summary ใน Hos-XP เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายการบันทึกมากขึ้น
4. ความสมบูรณ์การบันทึก Informed consent ลดลงจากการวิเคราะห์พบว่าส่วนที่มีการบันทึกไม่สมบูรณ์ได้แก่
 - ข้อมูลรายละเอียดของเหตุผลในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้
 - ทางเลือกการรักษา ข้อดี-ข้อเสียในการรักษา
 - การประมาณเวลาในการรักษา การประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงได้ดำเนินการแก้ไขโดยการแจ้งผลการประเมินความสมบูรณ์แก่ผู้บันทึกพร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลและแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับปรุงแก้ไขโดยมีการติดตามและประเมินผลซ้ำอีกครั้ง
5. การใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้การเก็บเอกสารเป็นระบบและสะดวกรวดเร็วในการค้นหามากขึ้น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน	3		พัฒนาระบบการให้บริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้ง่ายต่อการให้บริการและสะดวกต่อผู้มารับบริการ
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	3		- ปรับปรุงระบบการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและนำปัญหาที่พบปรับปรุงระบบงาน

II-6 ระบบจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
อัตรา Prescribing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	1.33	1.64	1.39	1.52	0.88
อัตรา Transcribing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.28	0.06	0.12	0.39	0.95
อัตรา Pre-dispensing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	1.05	1.13	1.50	2.66	1.62
อัตรา Dispensing error	≤ 0.5 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.09	0.21	0.02	0.12	0.20
อัตรา Administration error	≤ 0.5 ครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.01	0	0	0	0
ผู้ป่วยใน						
อัตรา Prescribing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	0.28	0.26	0.33	0.17	1.63
อัตรา Transcribing error	≤ 10 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	2.97	1.74	1.01	1.10	2.13
อัตรา Pre-dispensing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	0.26	0.32	1.44	1.67	4.32
อัตรา Dispensing error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	2.36	1.76	1.00	0.47	1.40
อัตรา Administration error	≤ 5 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	0.65	0.11	0.55	0.13	0.35
อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E-I	≤ 3 ครั้ง	1	0	1	0	3
อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	0 ราย	0	0	1	0	1
อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา High alert drug ที่มีผลต่อผู้ป่วย	0 ครั้ง	2	1	0	0	1
โรงพยาบาลส่งเสริมการเข้ายาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU hospital) *	เกณฑ์ตัวชี้วัด RDU ปี 63 ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 1	ไม่ผ่าน RDU Hospital & RDU PCU
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
อัตราคงคลังของเวชภัณฑ์	< 2 เดือน	1.3	1.50	1.62	1.42	2.02

ระยะเวลาการรักษา	วันที่ วันธรรมดา/วันคลินิก	4.72/9.75	5.28/9.25	34.21	32.05	27.80
------------------	-------------------------------	-----------	-----------	-------	-------	-------

ii. บริบท

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

โรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระบบการกระจายยาเป็นแบบ one day dose มีการจัดการระบบยา โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยา ที่ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด งานเยี่ยมบ้าน IT และเภสัชกร ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC ได้กำหนดนโยบายด้านยา บัญชียา รวมถึงได้พัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในส่วนของรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) ซึ่งเป็นยาที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง ซึ่งอาจรวมถึงยาที่ต้องควบคุมยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีชื่อคล้ายหรือออกเสียงคล้ายกัน (look alike sound alike) ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่งจัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัยได้ผล ทันเวลา มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) พิจารณาความเหมาะสมด้านการคัดเลือกยาเข้า และตัดยาออกจากโรงพยาบาล การจัดซื้อยา เนื่องจากกรรมการแต่ละคนมีภาระงานคร่อมสายงานกับคณะกรรมการชุดอื่น ทำให้ไม่สามารถประชุมตามแผนที่วางไว้ได้ จึงแก้ไขโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาเพื่อให้งานเป็นไปได้ง่ายขึ้น โดยมีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนระบบการจัดการด้านยาของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นส่วนหนึ่งของ PTC

ด้านความปลอดภัยด้านยา:

- มีการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบบ่อย อุบัติการณ์ที่สำคัญ เพื่อร่วมกันปรับปรุงแนวทาง ได้แก่ Medication errors, Fatal drug interaction, ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ, Medication reconciliation, High alert drug ผลลัพธ์ทำให้เกิดแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา, การจัดยา และการบริหารยา, แนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แนวทางการทำ Medication reconciliation มีการ feedback ข้อมูลกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น เช่น องค์กรแพทย์, พยาบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

(2) การปรับปรุงบัญชียาล่าสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- มีการทบทวนรายการยาโรงพยาบาลกำหนดให้จัดการประชุมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี โดยประชุมครั้งล่าสุดเดือนตุลาคม 2565 โดยเน้นการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ได้มากกว่าร้อยละ 90 ของยอดงบประมาณการซื้อยาในแต่ละปี ปี 2565 มีจำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 389 รายการและยานอกบัญชียาหลัก 23 รายการ เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 94.09
- ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
- ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรคทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารและโรคอื่นๆ
- พัฒนาระบบ Medication Reconciliation ให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยงระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE

ธันวาคม 2562 : แพ้ยาซ้ำ

ที่มา : 12 ธ.ค.62 แพทย์สั่ง Ceftriaxone stat ที่ ER 1 dose และ admit ขึ้น ward วันรุ่งขึ้น ward ส่งเบิกยารับใหม่ ห้อยยาจ่าย ceftriaxone ให้ ward และ ward บริหารยาให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประวัติแพ้ 2 dose ต้องทำการรักษาด้วย Dexamethasone inj และ CPM inj ความรุนแรงระดับ E

วิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไขในที่ประชุมคณะกรรมการระบบยา

- ER : ให้แพทย์มีการคีย์ข้อมูลสั่งยาในระบบ HosXP พยาบาลตรวจสอบประวัติแพ้ยาในระบบก่อนบริหารยาทุกครั้ง
- จุดสังเกต “แพ้ยา” ในสลิปใบนำทาง มองเห็นไม่ชัดเจน หลังประชุม แจ้ง IT แก้ไขให้แสดงชื่อยาที่แพ้ในใบสลิปใบนำทาง กำหนดให้จุดซักประวัติ (ห้องบัตร) ป้อนแพ้ยาสีแดง ในสลิปใบนำทาง
- ห้อยยาปรับพื้นหลังและตัวหนังสือของ Pop upเตือนแพ้ยา ให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น, เขียนประวัติแพ้ยาที่ใบเหลืองรับใหม่ทุกราย

หากไม่มีประวัติแพ้ยา ให้ระบุ “ปฏิเสธแพ้ยา” (-)

- เพิ่มจุดสังเกตในผู้ป่วยใน ป้อนแพ้ยาที่ doctor order sheet ทุกแผ่น, แขนป้ายแพ้ยาที่เตียง, แปะแพ้ยาหน้าชาร์ตผู้ป่วย
- เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่แต่ละจุดที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

เมษายน 2565 แพ้ยาซ้ำ : ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Ceftriaxone และ Bactrim® แพทย์สั่งยา Ceftriaxone และมีการบริหารยาก่อนขึ้นหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยตรวจสอบพบเนื่องจากมี pop upเตือนแพ้ยาตอนขึ้นทะเบียน admit จึงแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ให้หยุดยาทันทีและสังเกตอาการ

ของผู้ป่วย ความรุนแรงระดับ D

วิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไข

ห้องฉุกเฉินทบทวนระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ตามขั้นตอนการให้ยาฉีดแก่ผู้ป่วยต้องลงข้อมูลการ

ฉีดยาใน Hos-XP เพื่อดูประวัติแพ้ยา ร่วมกับสอบถามประวัติแพ้ยาจากผู้ป่วยก่อนบริหารยาทุกครั้ง

กันยายน 2565 ทบทวนการเกิด ADR Type A

ผู้ป่วยให้ประวัติและมีประวัติแพ้ Tramadol (ADR Type A : N/V) ตั้งแต่ปี 2558 : แพทย์สั่งยา Tramadol , เกสซ์ได้มีการสอบถามอาการที่เคย

แพ้กับผู้ป่วยซึ่งผ่านมานานแล้ว และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จึงสอบถามผู้ป่วยว่าอยากทดลอง rechallenge ยาหรือไม่ พร้อมกับ

Advice ผู้ป่วยถึงการปฏิบัติเพื่อลด S/E ที่อาจเกิดขึ้นของยา หลังจากผู้ป่วยเลือกทดลองรับประทานยา (ผู้ป่วยรับประทานไป 2 เม็ด) แล้วเกิด

อาการข้างเคียงคลื่นไส้ อาเจียนจากยาจึงกลับมารพ.

ความรุนแรงระดับ E

ทีมระบบยาทบทวนเรื่อง แนวทางการจัดการกับ ADR Type A วิธีปฏิบัติ เมื่อต้อง rechallenge ยา เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

และเป็นแนวทางเดียวกันทั้งรพ.

ปี 2563 : ปรับปรุงระบบการเก็บยาคืนผู้ป่วย

ที่มา : เกิดเหตุการณ์ Near miss ความรุนแรงระดับ B แต่หากเหตุการณ์ถึงผู้ป่วยอาจเป็นความรุนแรงระดับ E

จัดยา Furosemide 40 mg แต่ยาในช่องที่เภสัชกรตรวจสอบไม่ใช่ยา Furosemide 40 mg ตรวจสอบยาในขวดยาพบยาลักษณะเม็ดเล็กสีขาวคล้าย Furosemide ซึ่งเป็นยา Pioglitazone 30 mg ที่ถูกแกะออกจากแผงแล้ว

สาเหตุ :

- ผู้ป่วยคืนยามาที่ห้องยา โดยเป็นยาที่แกะออกจากแผงยาแล้ว ห้องยาคืนยานั้นลงขวดยา Furosemide 40 mg ต่อมา มีการจัดยาจากขวดนั้น จึงได้ยาผิดชนิด (ตรวจสอบพบก่อนจ่ายออกจากห้องยา)

การแก้ไข :

- ประชุมหารือภายในฝ่ายเภสัชกรรม เพื่อแจ้งเตือนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้เพิ่มความระมัดระวังในการเก็บยาที่ผู้ป่วยคืนมา (ซึ่งก่อนหน้านี้ได้มีการกำหนดให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบอยู่เวรในวันนั้นๆ เป็นผู้เก็บยา)
- ร่วมกันกำหนดแนวทางการคืนยาผู้ป่วย(ปรับปรุงใหม่)

แนวทางการเก็บยาคืน

- ยาคืนจากผู้ป่วย เภสัชกรที่อยู่เวรวันนั้นๆ ทำการตรวจสอบและเก็บคืนเฉพาะยาที่อยู่ในแผงสภาพสมบูรณ์ วันหมดอายุ ไม่น้อยกว่า 6 เดือนจากวันที่เก็บคืน กรณีเป็นยาคืนจากสถานพยาบาลอื่นที่รูปแบบแตกต่างจากที่รพ.ใช้อยู่ จะไม่นำมาใช้ต่อ
- ยานับเม็ดที่คืนจากผู้ป่วย หรือถูกจัดเตรียมสำหรับผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วย D/C, refer, มีคำสั่งหยุดยาหรือเปลี่ยนยา หรือจ่ายให้ผู้ป่วยนอก กรณีมีการคืนยากลับมา จะไม่นำเก็บมาใช้ใหม่ ให้ทิ้งทั้งหมดลงถังที่จัดไว้ให้ เพื่อป้องกันการคืนยาผิดชนิด

ผลดำเนินการ : หลังจากกำหนดแนวทางการคืนยาและปฏิบัติตามแนวทางจนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบการคืนยาผิดชนิด (ที่เป็นยานับเม็ด)

ปี 2564 ทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา Remdisivir

ที่มา : ผู้ป่วยได้รับยา Remdisivir ไม่ครบตามแพทย์สั่ง ความรุนแรงระดับ C

(Root cause analysis) ผู้ป่วยได้รับยา Remdisivir ไม่ครบตามแพทย์สั่ง ห้องยาจ่ายยา stat dose (200 mg : Day1) + 100 mg : Day 2 ในวันแรกที่รับคำสั่งยา แต่วันต่อมาเภสัชกรผู้บันทึกข้อมูลยาถึงข้อมูลยาจาก Med profile ไม่มียา remdesivir ออกมาในใบสั่งยานั้น + เภสัชกรผู้ตรวจสอบยาแรงรีบทำให้ตรวจสอบพลาด ทำให้ไม่ได้จ่ายยา Remdisivir ให้หอผู้ป่วย

จนกระทั่งวันถัดมาจึงทราบเหตุการณ์ แต่จากการสืบค้นกลับไปพบว่าพยาบาลมียา Remdisivir บริหารให้ผู้ป่วยทุกวัน และทราบในภายหลังว่าพยาบาลน่าจะบริหารยาผิดขนาดใน dose แรก (ให้แค่ 100 mg)

หลังทราบเหตุการณ์รายงานแพทย์ แต่เนื่องจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว แพทย์จึงให้ยาต่อจนครบแค่ 5 วันและให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

แนวทางการพัฒนา

เน้นย้ำการตรวจสอบเภสัชกรทั้งผู้บันทึกข้อมูลยาและผู้ตรวจสอบยาให้ระมัดระวัง และต้องทวนสอบกับ order แพทย์ในทุกๆ วันที่รับคำสั่งและเช็คยา , รวมถึง review การใช้โปรแกรม HosXP ในการแก้ไขวิธีใช้ยาใน Drug profile การกำหนด start- stop order ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

จัดทำวิธีใช้ยา ขนาดยา วิธีผสมและการบริหารยา Remdisivir โดยละเอียดในสติ๊กเกอร์ให้ยา พร้อมจัดยาแบบสติ๊กเกอร์ให้เป็นแต่ละวัน เพื่อป้องกันการให้ยาผิดขนาด

ปี 2565 : ทบทวนความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผิดวิธีใช้ (ความรุนแรงระดับ E)

29 เม.ย.65 จ่ายยากลับบ้าน CaCO₃ วิธีใช้ไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง (dose too low) แพทย์ตรวจสอบได้เมื่อผู้ป่วยมา F/U ตามนัดในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา เนื่องจากเห็นวิธีใช้ใน com และค่า Ca ในเลือดของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษานานขึ้น

Root course analysis

เภสัชกรคียาผิดวิธีใช้ และเภสัชกรที่ตรวจสอบยาตรวจสอบเฉพาะยากับใบสั่งยา จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำกว่าที่แพทย์สั่ง

แนวทางแก้ไข

เภสัชกรผู้ทำหน้าที่คียา ให้ดึงข้อมูลยาจากหน้า current profile ทุกครั้ง เพื่อให้ได้วิธีใช้ยาล่าสุดที่แพทย์สั่ง ช่วยลดความผิดพลาดจากการคียาใหม่

เภสัชกรผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบยา ต้องตรวจสอบยากับคำสั่งแพทย์ทุกครั้ง เพื่อเป็นการ independent double check กับเภสัชกรที่คียา

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)**ปี 2563 ทบทวน Drug Interaction Warfarin**

อุบัติการณ์จากยาเสี่ยงสูง (HAD) จากการทบทวนเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการสั่งยา warfarin (ความรุนแรงระดับ B: ไม่ถึงผู้ป่วย) คือการสั่งใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย on warfarin (Drug Interaction) ในปี 2563 จำนวน 5 ครั้ง พบว่าจำนวน 2 ครั้งเป็นผู้ป่วยที่รับยา warfarin จากรพ.อื่น(รพ.ทรวงอก) และอีกจำนวน 3 ครั้ง เป็นผู้ป่วย on warfarin ที่รพ.ประจักษ์ศิลปชัย แต่ visit ที่แพทย์สั่ง NSAIDs เป็น visit ที่ผู้ป่วยมาด้วยเรื่องปวด/ เรื่องอื่นๆ

- ทบทวนระบบที่วางไว้ : มีการคีย์ pop up ไว้ใน note “**ผู้ป่วย WARFARIN**” แต่จากการสืบค้นหาสาเหตุแต่ละราย พบว่า มี 1 รายที่มี pop up note หลายรายการ ทำให้มองไม่เห็น pop up เตือน Warfarin และอีกจำนวน 4 รายที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดและไม่ได้รับยา warfarin ในวันนั้นๆ ซึ่งแพทย์ผู้สั่งยาเป็นแพทย์ที่มาปฏิบัติงานใหม่ อาจไม่ได้สังเกต pop up ที่เตือน

แนวทางแก้ไข

- แจ้งให้แพทย์ทราบว่าคุณใช้ on warfarin ทำการ consult แพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมกว่า (หากกรณีจำเป็นต้องใช้ ให้คำแนะนำผู้ป่วย bleeding precaution และอาการที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือด นัดติดตาม INR ใกล้ชิดเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสม)
- เภสัชกรผู้จ่ายยาทำการ review pop up note แจ้งเตือน “warfarin” ให้เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน
- เพิ่มข้อมูลการสั่งใช้ยา การใช้ HosXP และระบบแจ้งเตือนที่รพ.กำหนดไว้ ในการนิเทศแพทย์ที่มาทำงานใหม่

ปี 2565 ทบทวน Drug Interaction warfarin

ที่มา : ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 Admit รพ.ประจักษ์ศิลปชัย วันที่ 8 ก.พ.65 ซึ่งผู้ป่วยมีโรคร่วมเดิม AF on ยา warfarin ขณะนอนรพ.ได้รับ Favipiravir ร่วมกับ warfarin ขนาดเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่ แพทย์ได้เจาะ INR ทุก 3 วัน ซึ่งค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (INR<2) ถึง ระดับอยู่ในเกณฑ์ (INR =2-3) โดยตลอด จนกระทั่งวันที่ 16 ก.พ.65 INR เริ่มสูงขึ้น 3.24 (on Favipiravir Day 9)แพทย์จึงปรับลดขนาด warfarin แต่พบว่า 24 ก.พ.65 INR ↑↑ 6.33 ซึ่งพบสาเหตุว่าอาจเกิดจาก Drug Interaction ของ Favipiravir vs Warfarin ที่ทำให้ Increase the level of warfarin แพทย์สั่งหยุดยา warfarin + ให้ Vit.K₁ 1 mg oral และ monitor INR จนเข้าสู่ค่าปกติ จึงเริ่มยาใหม่

ความรุนแรงระดับ E**Root course analysis ค้นหาสาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ**

- ร่วมกับทีม PCT ทบทวนเคสดังกล่าว ค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้ INR ↑↑ ร่วมกัน
- เนื่องจาก Favipiravir เป็นยาใหม่ เมื่อการสั่งใช้ยา จ่ายยา บริหารยา อาจยังไม่ทราบข้อมูลเรื่อง Drug interaction ของยาที่ชัดเจน จากอุบัติการณ์นี้ทำให้เกิดการเรียนรู้และต้องเฝ้าระวังในการใช้ยาต่อไปข้างหน้า
- เพิ่มข้อมูลคู่ยา Drug interaction : warfarin vs Favipiravir รวมถึง พืชละลายโจร vs warfarin ในโปรแกรม HosXP
- เภสัชกร : เมื่อแพทย์สั่งใช้ยา Favipiravir ต้องมีการตรวจสอบ pop up ทุกครั้ง ว่าเป็นผู้ป่วย on warfarin หรือไม่

ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา Norepinephrine

หลังจากเกิด Extravasation จากการให้ยา Norepinephrine มีการทบทวนโดยคณะกรรมการ PCT กำหนดแนวทางในการ monitor และแนวทางการสั่งใช้ รวมถึงวิธีการบริหารยา และกำกับติดตามป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

ผลดำเนินการ : ไม่พบการเกิด Extravasation จากยา HAD ซ้ำอีก

- จากการทวนสอบการใช้ monitor ยาในกลุ่ม High alert drug พบว่ามีการบันทึกยังไม่ครบถ้วนในบางหัวข้อ นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการระบบยา และร่วมทบทวนรายการยา High alert drug ปรับแบบฟอร์มการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ขณะได้รับยา เพื่อลดความซ้ำซ้อนและภาระงานของพยาบาล
- จัดทำกล่องยาความเสี่ยสูง (HAD) ให้หน่วยงานที่มีการใช้ HAD (หอผู้ป่วยใน, ห้องฉุกเฉิน และห้องคลอด) โดยทำเป็นกล่องพร้อม ใช้ผ่านการตรวจสอบจากเภสัชกรพร้อมปิดผนึกทุกครั้ง เพื่อลดปัญหาขาด stock ยาหมดอายุ และเพื่อควบคุมกำกับการใช้ HAD

หลังดำเนินงาน (ใช้กล่องยา HAD) ไม่พบยา HAD หมดอายุ/ ไม่พร้อมใช้

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship):

ผลการดำเนินงาน ปี 2561 – 2565 มีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 โรคเป้าหมาย ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
-ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	< 20	39.7	18.32	20.31	21.77	5.60
-ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยนอก	<20	36.82	19.87	16.37	22.92	31.32
- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	<15	19.05	5.41	7.59	14.58	16.67
-ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	<50	64.8	40.57	30.95	45.2	43.67

รพ.พระธาติตตย์ดำเนินการตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use) ดำเนินงานโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ประชุม กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าปีงบประมาณ 2561 รพ.พระธาติตตย์ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น 1 , ปี 2562-2563 ผ่านเกณฑ์ชั้น 2 ,ปี 2564 ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น 1 และในปี 2565 ไม่ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital และ RDU PCU จากข้อมูลปี มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก ปี 64 ร้อยละ 22.92 เป็นร้อยละ 31.32 ในปี 65 และมีการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 14.58 ในปี 64 เป็นร้อยละ 16.67 ในปี 65 สาเหตุอาจมาจากช่วงปี 65 มีแพทย์ใหม่มาปฏิบัติงาน หมุนเวียนอาจยังไม่ทราบเกณฑ์ตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน RDU จึงนำเรื่องนี้เข้าประชุมในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในเดือนตุลาคม 2565 ซึ่งต้องติดตามผลการดำเนินงานและวางแนวทางแก้ไขเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ต่อไปในอนาคต

ในส่วนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมีการประเมินติดตามการใช้ยา (DUE) Meropenem, Imipenem/Cilastatin, และ Ceftazidime รวมถึงยาปฏิชีวนะที่ต้องเบิกจากรพ.แม่ข่าย ได้แก่ ยา Piperacillin-Tazobactam, Cefoperazone/Sulbactam, Ertapenem และ

Fosfomycin ต้องผ่านการพิจารณาของอายุรแพทย์รพ.แม่ข่ายในการสั่งใช้ทุกครั้ง และต้องแนบผลเพาะเชื้อเพื่อประกอบเหตุผลในการใช้ยาเพื่อให้เกิดความสมเหตุผลในการใช้ยา ป้องกันการดื้อยาและควบคุมมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีค่าใช้จ่ายสูง

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

จากการติดตามตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนทางยา ปี 2561-2565

Medication error	ชนิดของ error	การปรับปรุง/พัฒนา
Prescribing error ปี 2561 ความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด ปี 2562 ความรุนแรงระดับ B ปี 2563 พบการสั่ง จ่าย บริหารยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ (ระดับ E) ปี 2564 ความรุนแรงระดับ B ปี 2565 พบการสั่งยาที่เกิด Drug Interaction ที่ทำให้ INR สูงขึ้น สั่งยาและ บริหารยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ (ระดับ D)	-ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ -สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ -สั่งยาที่มีประวัติเคย off ไป -สั่งใช้ตัวย่อไม่เป็นที่สากล -คู่ยา D/I ในยาใหม่	-ปรับวิธีการสั่งยากรณีปรับเปลี่ยนยาบางรายการให้แพทย์ remed ยาเดิมทั้งหมดมาด้วยและทำจำนวนเป็น 0 -ทบทวนสาเหตุการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ -กำหนดแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำร่วมกันในทีมระบบยา -กำหนดแนวทางการทำ Medication reconciliation ให้ชัดเจนและกระตุ้นให้ทำต่อเนื่อง -ทบทวนคู่ยา Drug interaction
Transcribing error ปี 2561 ความรุนแรงระดับ C 1 ครั้ง (8.68%) ปี 2562 ความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด ปี 2563 ความรุนแรงระดับ B ทั้งหมด ปี 2564 คีย์ยาผิดจำนวน นำไปสู่การจ่ายยาไม่ครบถึงวันนัด (ระดับ C) ปี 2565 คีย์ยาไม่ครบรายการ นำไปสู่การจ่ายยาไม่ครบ คีย์ยาผิดวิธีใช้ นำไปสู่การจ่ายยาผิดวิธีใช้	-ห้องยารับ order ไม่ครบถ้วน - key วิธีใช้ยาผิด - key จำนวนยาไม่ถึงวันนัด - key ยาไม่ครบ - key ผิดวิธีใช้	-กระตุ้นการรายงาน -ปรับเปลี่ยนชื่อยาในฐานข้อมูล HosXP โดยใช้หลัก Tall Man Letter -กำหนดให้เภสัชกรผู้รับ order เป็นคนละคนกับผู้ตรวจสอบยาก่อนจ่าย (Independent check) -กรณีผู้ป่วยในใช้ใบ Doctor order sheet ตัวจริงหรือถ่ายเอกสารกรณีลายมือแพทย์อ่านยากและไม่ชัดเจน -ทบทวนการคีย์ยาในรายการ Drug profile ของ HosXP เพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติได้ตรงกัน การใช้ start-stop order -ทวนสอบ order ที่คีย์ ก่อนบันทึกทุกครั้ง
Pre-dispensing error ปี 2561 ความรุนแรงระดับ C 1 ครั้ง (1.19%) ปี 2562 พบการจัดยาผิดความแรง ผิดรูปแบบ ที่นำไปสู่การจ่ายยาผิด	-จัดยาผิดชนิด (LASA) -จัดยาผิดจำนวน -จัดไม่ครบรายการ	- คู่ยาที่จัดผิดบ่อย แยกตำแหน่งให้ห่างกัน - ติดป้ายระวังที่คู่ยา LASA - ทบทวนวิธีติดฉลากยาคือใหม่ ให้เห็นชื่อยาและวันหมดอายุของยาทุกครั้ง - ปรับเปลี่ยนฉลากยากรณียาที่จัดผิดความแรง

ปี 2563 จัดยาผิดความแรง นำไปสู่การจ่ายยาและบริหารยาผิดความแรง คีนยาผิดชนิด (ยานับเม็ด) ความรุนแรงระดับ B ปี 2564 จัดยาผิดชนิด นำไปสู่การจ่ายยาผิดชนิดในผู้ป่วยนอก ปี 2565 มีแนวโน้มการจัดยาผิดสูงขึ้น จากการกระตุ้นการเก็บข้อมูลและภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น	-จัดยาผิดคน (ใส่ผิดตะกร้า) -จัดผิดความแรง -คีนยาผิดชนิด -จัดยาผิดชนิด	-กำหนดแนวทางการเก็บยาคีน -ทบทวน LASA drug คู่มือฯ -เจ้าหน้าที่หมุนเวียนบ่อย เน้นการนิเทศน์และกำกับติดตาม
Dispensing error ปี 2561 ความรุนแรงระดับ C ทั้งหมดในผู้ป่วยนอก ความรุนแรงระดับ C 1 ครั้ง(8.42%) ในผู้ป่วยใน ปี 2562 พบการจ่ายยาไม่ครบรายการ จ่ายยาผิดชนิด แต่ผู้ป่วยนำมาคีน (LASA), จ่ายยาไม่ครบจำนวน ward ตรวจสอบพบ แจ้ง Rx แก่ไข พบการจ่ายยาผิดรูปแบบจาก ER → ward แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา ปี 2563 พบการสั่ง จ่าย บริหารยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ (ระดับ E) พบการจ่ายยาผิดวิธีใช้ ผิดความแรง และนำไปสู่การบริหารยาผิด พบการจ่ายยาไม่ครบจำนวนในผู้ป่วยนอก (ความรุนแรงระดับ D) ปี 2564 จ่ายวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัสผิดชนิด ผิดความแรง (ความรุนแรงระดับ B จำนวน 10 ครั้ง) และระดับ C จำนวน 1 ครั้ง จ่ายยาผิดชนิด ความรุนแรงระดับ C และ D ในผู้ป่วยนอก ปี 2565 จ่ายยาผิดวิธีใช้ ความรุนแรงระดับ D จ่ายยาผิดรูปแบบ ความรุนแรงระดับ C จ่ายยาผิดวิธีใช้ : จ่าย CaCO₃ ไม่ตรงวิธีใช้ที่แพทย์สั่ง ทำให้ต้องทำการรักษานานขึ้น ความรุนแรงระดับ E ผู้ป่วยเกิด ADR Type A จากยา Tramadol ซ้ำ	-จ่ายยาผิดชนิด (LASA) -จ่ายยาไม่ครบจำนวน -จ่ายยาไม่ครบรายการ -จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ -จ่ายยาผิดความแรง -สั่ง จ่าย บริหารยาที่ผู้ป่วยแพ้ -จ่ายวัคซีนผิดชนิด/ความแรง -จ่ายยาผิดชนิด LASA drug -จ่ายยาผิดวิธีใช้	- มีการทบทวน LASA drug ปรับเปลี่ยนบริษัทกรณียามีลักษณะคล้ายกัน - นับจำนวนรายการยาก่อนจ่ายยา - ทบทวนระบบการทวนสอบประวัติแพ้ยาก่อนจ่าย กำหนดแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำร่วมกันในทีมระบบยา - ทำฉลากสำหรับติดยาแบ่งบรรจุทุกรายการ - แกะไขฉลากยาให้ออกตามจำนวน กรณียาที่แพทย์สั่งจำนวน > 1 ต้องติดฉลากยาทุกหน่วยบรรจุ - LASA drug ที่ยังมีลักษณะแพ่งคล้ายกัน ให้วางห่างจากกัน - แจ้ง ward ในประชุมคณะกรรมการระบบยา เพื่อเน้นการตรวจสอบยาแบบ Independent check ระหว่างวิชาชีพ -มีการทวนสอบชื่อ สกุล ประวัติการฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส ตั้งแต่จุดซักประวัติลงทะเบียน จุดออกคิว จุดฉีดจนถึงจุดบันทึกข้อมูลทุกราย -ทบทวนคู่มือ LASA ใหม่ จากอุบัติการณ์ -เน้นย้ำการ independent double check -ทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับ ADR Type A, การ rechallenge ยา

Administration error ปี 2561 ความรุนแรงระดับ C 1 ครั้งในผู้ป่วยนอก ความรุนแรงระดับ C ทั้งหมดในผู้ป่วยใน ปี 2562 พบการบริหารยาไม่ครบจำนวน มียาเหลือกลับมาในช่อง ในผู้ป่วยใน ปี 2563 พบการสั่งจ่าย บริหารยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ (ระดับ E) พบการบริหารยาผิดวิธีใช้ ผิดความแรง	-บริหารยาไม่ครบ -บริหารยาที่ผู้ป่วยแพ้ -บริหารยาที่แพทย์สั่ง off ไปแล้ว -บริหารยาผิดวิธีใช้ -บริหารยาที่ผู้ป่วยแพ้	-กระตุ้นการรายงาน Administration error เนื่องจากยัง under report -ปรับเปลี่ยนกระบวนการ ผู้ป่วยนอกที่มาฉีดยาที่ ER -ทบทวนระบบการทวนสอบแพ้ยาก่อนบริหารยา กำหนดแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำร่วมกันในทีมระบบยา - แจ้ง ward เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในวิธีใช้ยาที่ไม่ใช่จำนวน 1 (เช่น 3 เม็ด, 1/2 เม็ด) ซึ่ง ward แก้ไขโดยใช้ปากกาเน้นย้ำ จำนวนเม็ดยาที่ไม่ใช่ 1 - เน้นย้ำให้ตรวจสอบยาที่ห้องยาจ่ายอย่างละเอียดทุกครั้ง เพื่อดักจับ Dispensing error และไม่ผิดพลาดจนถึงผู้ป่วย - ทบทวนระบบการทวนสอบประวัติแพ้ยาก่อนบริหารยา กำหนดแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำร่วมกันในทีมระบบยา
ปี 2564 บริหารวัคซีนผิด ความรุนแรงระดับ C จำนวน 1 ราย บริหารยาผิดวิธีใช้ผู้ป่วยใน(ระดับ C) 1 ราย	-บริหารวัคซีนผิดชนิด	-ตรวจสอบชื่อวัคซีน ทวนสอบชื่อ สกุล ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 วัรสก่อนบริหารยาทุกครั้ง
ปี 2565 บริหารยาผิดชนิด บริหารยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ (ER) ความรุนแรงระดับ D	-บริหารยาผิดวิธีใช้ -บริหารยาผิดชนิด	-จัดทำสติ๊กเกอร์ยาที่มีวิธีการบริหารยาโดยละเอียด และใส่ไปในยาแยกเป็นวันๆ เพื่อลดความผิดพลาดในการบริหารยา -เพิ่มความระมัดระวังในการหยิบยา stat และทวนสอบซ้ำก่อนบริหารยา - ER ทบทวนกระบวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

- กำหนดให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน ได้เข้าร่วมประชุมเพิ่มพูนทักษะทางวิชาการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่เนื่องจากช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถจัดการประชุมได้อย่างในภาวะปกติ จึงเข้าร่วมการประชุม online แทน
- ประชุมเกี่ยวกับระบบยา เช่น กระบวนการในการทำ Medication reconciliation, การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- ในการสั่งจ่ายและการจ่ายยาผู้ป่วยนอก แพทย์และเภสัชกรสามารถเห็นข้อมูลที่จำเป็นได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BP FBS และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ประวัติการใช้ยาเดิมผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา ปัจจุบันพัฒนาโปรแกรมให้รายงานค่าการทำงานของไตเป็นค่า eGFR ของผู้ป่วยได้ทำให้แพทย์สะดวกไม่ต้องคำนวณเอง
- แสดงประวัติแพ้ยา pop-up เพื่อการสั่งจ่ายและจ่ายยาของโปรแกรม HosXP ในหน้าจอสั่งยาและหน้าจอสั่งพิมพ์ กรณีผู้ป่วยในจะมีแจ้งเตือนแพ้ยาหน้าแฟ้มผู้ป่วย บั้มแพ้ยาในใบ Doctor order ทุกหน้าพร้อมระบุชื่อยาและแสดงชื่อยาที่แพ้ในใบ MAR
- ตั้งแต่ปี 2563 โรงพยาบาลปรับมาใช้ระบบ kiosk มีการปรับแบบฟอร์ม OPD card มาเป็นใบสลิปนำทาง ซึ่งได้ปรับให้แสดงประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยในใบสลิป
- ปัญหาที่พบจากการใช้ระบบ LessPaper บางครั้งยังมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ หรือข้อมูลการสั่งจ่ายไม่ละเอียดครบถ้วนได้เหมือนกับการเขียนในเวชระเบียน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป เพื่อทำให้เกิดระบบความปลอดภัยด้านยา และปลอดภัยต่อผู้ป่วยสูงสุด

(3) การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น:

- การสั่งจ่ายของแพทย์และการจ่ายยาของเภสัชกรใช้ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งจะแสดงชื่อยา ความแรง รูปแบบรวมถึงขนาด ใช้นามาตรฐาน ราคา ประเภทของยา(ยาในบัญชียาหลักหรือยานอกบัญชียาหลัก) และประวัติยาเดิมผู้ป่วย มีการระบุ Pregnancy category ของยาแต่ละรายการ
- ขณะจัดยาจะมีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการจัดยาแสดงที่ฉลากยา เช่น ยาแบ่งบรรจุที่ชื่อยาระบุชื่อยา ความแรง จำนวน และวันหมดอายุของยา ในกรณียาความเสี่ยงสูงจะใส่ช่อง HAD สีแดง เพื่อเตือนให้ผู้จัดเพิ่มความระมัดระวังในการจัดยามากขึ้น
- จัดทำคู่มือขนาดยาในเด็ก, คู่มือการผสมยาฉีด/ข้อจำกัดในการให้ยาที่เฉพาะเจาะจง
- ช่วงเวลาโควิดระบาด มีรายการยาใหม่ที่พยาบาลไม่เคยใช้มาก่อน เช่น Remdisivir ซึ่งมีวิธีผสมยาและบริหารยาก่อนข้างยุ่งยาก ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจและสอบถามมายังห้องยา เภสัชกรจึงจัดทำสติกเกอร์วิธีผสมและบริหารยาเฉพาะของยา Remdisivir จ่ายพร้อมยา ทำให้พยาบาลเข้าใจและบริหารยาได้อย่างถูกต้อง

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- ระบบเตือนแพ้ยา : มีระบบเตือนแพ้ยา, และ ADR Type A
- ระบบตรวจสอบ Drug interaction
- ระบบ pop-up เตือนผู้ป่วยใช้ยา warfarin, ผู้ป่วย CKD clinic, ผู้ป่วยติดเชื้อมียา, D/I ของยา ARV เพื่อระมัดระวังในการสั่งจ่าย
- สามารถดึงประวัติยาเดิมผู้ป่วยเพื่อทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยรับใหม่ และติดตามความสอดคล้องต่อเนื่องของยาจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน/ส่งต่อ
- มีระบบเครือข่ายเภสัชกรในจังหวัด ที่จัดทำกลุ่ม Line สำหรับ Medication reconciliation
- ใส่ข้อมูลขนาดยาในเด็กในตัวยา เพื่อช่วยในการคำนวณขนาดยาเวลาส่งจ่ายยา

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

- ช่วงการระบาดของโควิด 19 มีการจัดแยกโซนผู้รับบริการ โดยแยกจากตรวจและการจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีการจัดบริเวณที่เหมาะสมสำหรับตรวจรักษาและจ่ายยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากร

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหายา:

- การจัดหาและจัดซื้อยาตามแผนจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณโดยใช้ระเบียบพัสดุ
- ซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม ในอัตราส่วนมากกว่าร้อยละ 80 รายการยาใดที่องค์การฯผลิตจะจัดซื้อจากองค์การฯ และจัดซื้อจากบริษัทที่ขึ้นทะเบียนยาเป็นนวัตกรรมไทย พ.ศ.2561
- สืบราคาจังหวัด เพื่อให้ยาเป็นมาตรฐานเดียวกันและราคาเหมาะสมเหมือนกันทั้งจังหวัด
- จัดซื้อร่วมในระดับจังหวัดเพิ่ม ในกรณียาองค์การฯขาดจำหน่ายและการจัดส่งยาไม่เพียงพอ
- ส่วนรายการยาที่ไม่มีสำรองใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายแต่จำเป็นต้องจัดหาให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ จะขอสนับสนุนจากรพ.ปทุมธานีโดยรพ.ต้องทำใบประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะให้กับรพ.ปทุมธานีตามแบบรายงานที่รพ.แจ้ง หากพบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คณะกรรมการ PTC จะพิจารณาเพื่อเพิ่มกรอบรายการยาต่อไปตามความจำเป็น

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยากำหนดให้มีการสำรองยาได้ตามหน่วยงานต่างๆที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการให้บริการเท่านั้น แบ่งเป็น 3 หน่วยงานหลักๆคือ คลังยา คลังยาสำรองในหัตถ์และหน่วยที่สำรองยาได้แก่ หอผู้ป่วยใน หออุบัติเหตุฉุกเฉิน หอคลอด มีการทบทวนรายการยา ปริมาณการสำรองยาเป็นระยะ มีการจัดเก็บเรียงยาแบบ first expired-first use เมื่อมีปัญหาในการสำรองยาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำการทบทวนรายการยาที่เป็นปัญหาร่วมกันกับฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อปรับปรุงระบบสำรองยาเช่น ปี 2560 หอฉุกเฉินลดการสำรองยาลง เนื่องจากหอยาเปิดบริการขยายเวลาจาก 16.30 น.เป็น 20.30 น.ทุกวัน
- หอยาเปิดตลอด 24 ชม.ดังนั้นรายการยาที่นอกเหนือจากรายการยาที่ต้องใช้ฉุกเฉินจะเบิกจากหอยาตลอดระยะเวลาที่หอยาเปิด โดยประกันเวลาว่าผู้ป่วยนอกจะได้รับยา stat ภายในเวลา 15 นาที ส่วนผู้ป่วยในจะได้รับยาภายใน 30 นาที เพื่อจำกัดการเข้าถึงยาของพยาบาล และเป็นการตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพ ทำให้ยังไม่พบการเกิด Administration error
- มกราคม 2562 ปรับ stock ยาหอฉุกเฉินใหม่ โดยมีการส่งเบิกยาช่วงเช้าของทุกวัน เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบยาที่ใช้ไปรวมถึงการตรวจสอบการจ่ายยาในช่วงหอยาปิดทำการว่ามีความถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ หากพบความคลาดเคลื่อน จะทำการแจ้งกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและแก้ไขทันที
หลังจากปรับ stock ยาหอฉุกเฉินเป็นรยา ส่งเบิกยาที่หอยาทุกวัน โดยมีเภสัชกรผู้รับผิดชอบในแต่ละวันเป็นผู้ตรวจสอบและเติมยาทดแทน stock ทำให้มียาเพียงพอต่อการใช้และไม่พบยาหมดอายุ
- การสำรองยาออกหน่วย(ออกหน่วยอำเภอ ยืม หน่วยปฐมพยาบาล ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่) มีการสำรองยาที่มีความจำเป็นในการใช้เพียงพอ จัดเรียงตามหลัก first expired-first use และมีการตรวจสอบวันหมดอายุโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชุมชนทุกเดือน
- ช่วงไวรัสโควิดระบาดมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด จึงจัดเตรียมสำรองวัคซีน โดยจัดเก็บในตู้เย็นควบคุมอุณหภูมิที่ได้มาตรฐานและมีระบบแจ้งเตือนโดยใช้ Line notify เตือนกรณีอุณหภูมิอยู่นอกช่วงที่กำหนดไว้ และมีระบบ cold-chain ที่ได้มาตรฐานทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนไปเบิกวัคซีนที่รพ.แม่ข่าย การเก็บรักษาในตู้เย็นช่วงอุณหภูมิที่กำหนดจนกระทั่งนำไปฉีดที่จุดบริการ ทำให้วัคซีนมีคุณภาพและปลอดภัยในการให้บริการ

- มีการสำรองยา Favipiravir พ้าทะลายโจร Molnupiravir และ Remdisivir ที่ใช้ในการรักษาโควิด 19 ให้เพียงพอ โดยมีระบบตั้งแต่การเบิกจ่ายจากแม่ข่าย จนกระทั่งรพ.เป็นผู้จัดซื้อยามาสำรองไว้ใช้กับผู้ป่วยในปัจจุบัน มีการจัดทำ flow การเบิกยาและบริหารจัดการให้ได้ยามาใช้กับผู้ป่วยให้เร็วที่สุด

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

- มีการจัดทำแนวทางการสำรองยาฉุกเฉินไว้ที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันโดยใช้ Box set ได้แก่ STIMI kit และ Emergency box กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนกล่องใหม่ทุกครั้งในห้องจ่ายยาเมื่อมีการเปิดใช้ โดยเภสัชกรจะตรวจสอบรายการยาที่ใช้ไปและจัดทดแทนให้มียาพร้อมใช้ ไม่หมดอายุ ผลที่ได้คือ ลดระยะเวลาในการตรวจสอบของพยาบาลและมียาพร้อมใช้ และยังไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาสำรองฉุกเฉิน
- จัดทำคู่มือบริหารยา Emergency Box เพื่อเป็นแนวทางการผสมยา เทคนิคการบริหารยา และข้อควรระวังของยา เพื่อให้พยาบาลสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องในช่วงเวลาเร่งด่วน

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

- เมื่อห้องยาปิด ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะสำรองยาโดยกำหนดรายการยาและปริมาณที่ใช้นอกเวลาเท่าที่จำเป็นไว้ในรถสต็อกยานอกเวลาโดยพยาบาลจะเป็นผู้จ่ายยาแก่ผู้ป่วย หากมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาสามารถโทรปรึกษาเภสัชกรได้ตลอด 24 ชม. เภสัชกรจะทำการตรวจสอบรายการยาที่ใช้ไปเทียบกับใบสั่งยานอกเวลา เพื่อทำการเติมยาให้พร้อมใช้ในรถสต็อกยานอกเวลาในทุกๆวัน และมีการทวนสอบใบสั่งยาที่จ่ายโดยพยาบาลนอกเวลาซ้ำอีกครั้งเพื่อค้นหา medication error เมื่อพบ medication error จะแจ้งกลับไปยังพยาบาลและหาทางแก้ไขร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยเช่น คีย์ผิดวิธีใช้ ผิดจำนวน หลังจากการทบทวนพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนลดลง
- ส่วนผู้ป่วยใน ลดจำนวน stock ยาให้เหลือน้อยที่สุด จัดให้มีกล่องยา Emergency, HAD เพื่อสำหรับใช้และแลกเปลี่ยนที่ห้องยาในวันรุ่งขึ้นที่เปิดทำการ เพื่อให้มียาพร้อมใช้และไม่หมดอายุ

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

การส่งคืนยาจากหอผู้ป่วย กรณีแพทย์สั่งหยุดใช้ยา ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น เภสัชกรจะประเมินตามแนวทางการเก็บคืนยาที่กำหนดไว้ กรณีเป็นยาในบัญชียาโรงพยาบาลจะนำมาใช้กับผู้ป่วยรายอื่นได้ ส่วนยานับเม็ดและยาเสื่อมสภาพจะแยกออกไปทำลายต่อไปตามแนวทางปฏิบัติที่ ENV

กรณีเป็นยาที่ไม่มีในบัญชีรพ.ได้รับมาจากการบริจาค หรือจากสถานพยาบาลอื่น จะไม่นำมาใช้จัด/จ่ายให้ผู้ป่วย จัดแยกไว้รอการทำลายตามกระบวนการต่อไป

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

กรณีการสั่งใช้ยา OPD ใช้โปรแกรม HOSxP โดยพิจารณาข้อมูลที่แจ้งเตือนในระบบร่วมด้วยทุกครั้ง เมื่อแพทย์ต้องการสื่อสารเพิ่มเติมหรือระบุเหตุผลในการปรับยาจะระบุในโปรแกรม HosXP (ส่วนของ PE)

(2) medication reconciliation:

จากการวางแผนการพัฒนากระบวนการ Medication reconcile ร่วมกันในปี 2562 ทำให้ระบบ MR ของโรงพยาบาลมีความชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยมา Admit แพทย์จะตรวจสอบประวัติยาเดิม กรณีไม่ได้รับการที่รพ.ประชาธิปัตย์ แพทย์จะมีคำสั่งให้เภสัชกรประสานงานติดตามประวัติยาเดิมจากรพ.ที่ผู้ป่วยทำการรักษาโรคเรื้อรังเดิม

กรณีเป็นรพ.ในจังหวัดปทุมธานี จะใช้เครือข่าย Med reconcile ของเภสัชกรที่เป็นกลุ่มไลน์ โดยส่งต่อข้อมูลยาเป็นรูปภาพ รายการยาจากระบบ HosXP ของรพ. ช่วยให้สามารถเห็นรายละเอียดข้อมูลยาเดิม ร่วมกับประวัติเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ชัดเจน (โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งส่วนตัวเฉพาะเภสัชกรผู้ถาม-ผู้ตอบ โดยแต่ละครั้งที่ถามประวัติยาจะต้องมีการยืนยันตัวตนของเภสัชกรผู้ถามทุกครั้ง เพื่อเป็นการรักษาความลับผู้ป่วย) ส่วนผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาที่รพ.ในจังหวัดอื่นๆ จะใช้วิธีโทรศัพท์สอบถามประวัติการใช้ยา

พยาบาลห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในช่วยคัดกรองยาเดิมผู้ป่วย สอบถามและแจ้งให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาให้ขณะนอนรพ. เพื่อส่งให้เภสัชกรจัดการยาเดิมตามกระบวนการที่กำหนดไว้

เมื่อเภสัชกรได้ข้อมูลประวัติยาเดิมจะทำการบันทึกไว้ในระบบ Medication reconcile ของโรงพยาบาล และพิมพ์ใบ MR เพื่อส่ง

consult แพทย์ หลังจากแพทย์จะพิจารณาและสั่งใช้ยาพร้อมตอบกลับใบ MR มาที่ห้องยา เภสัชกรจะแนบใบ MR นั้นไว้ที่ copy order ของผู้ป่วยรายนั้นจนกระทั่งผู้ป่วย D/C เพื่อใช้เปรียบเทียบประวัติยาและประกอบการแนะนำยากลับบ้านให้ผู้ป่วย เมื่อเสร็จจากกระบวนการ D/C จะเก็บรวบรวมใบ MR มาสรุปข้อมูลต่อไป

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry ; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

- มีการวางระบบและปรับปรุงฐานข้อมูลด้านยาและข้อมูลในการแจ้งเตือนในการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยฝ่ายเภสัชกรรม เช่น ปรับปรุงรายการยาใหม่ในฐานข้อมูล ข้อมูลการแพ้ยา Drug Interaction การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ มีการจัดทำ Alert เตือนการแพ้ยาในระบบ HosXP
- การจัดการคู่ยาที่เกิด Drug Interaction มีการกำหนดคู่ยาที่เป็น Fatal Drug Interaction จำนวน 3 คู่ มีการกำหนดให้โปรแกรม HosXP มีการ pop up เตือนการสั่งใช้ยา ผลการดำเนินการยังไม่เกิดอุบัติเหตุจากการสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ Fatal Drug Interaction

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

- มีการกำหนดให้แต่ละวิชาชีพเข้าถึงคำสั่งใช้ยาได้โดยตรงเพื่อคัดลอกคำสั่งและเป็นการตรวจสอบซ้ำระหว่างวิชาชีพโดยใช้ Doctor Order ชุดเดียวกันโดยเภสัชกรเป็นผู้คัดลอกคำสั่งและทบทวนคำสั่งจาก Copy Order เพื่อจัดและจ่ายยาพร้อมพิมพ์ใบ MAR เพื่อให้พยาบาลตรวจสอบซ้ำและใช้ในการบริหารยา หากพบข้อสงสัยคำสั่งไม่ชัดเจนจะประสานแพทย์ทันที
- การจ่ายยาผู้ป่วยนอกจะจ่ายยาโดยตรวจสอบจากใบสั่งยาและคำสั่งใช้ยาในคอมพิวเตอร์ทุกราย โดยเภสัชกรมีหน้าที่พิจารณาความเหมาะสมระหว่างโรคและโรคร่วม ขนาดยาที่ได้รับ ปฏิกริยาระหว่างยา ประวัติการแพ้ยา ความเหมาะสมของการใช้ยาให้สมเหตุผล (Rational Drug Use) ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร หากมีการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) เภสัชกรตรวจสอบคำสั่งก่อนการจ่ายยาว่าขนาดเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงสามารถตรวจสอบรายการยาจากประวัติเดิมได้ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

(2) การจัดเตรียมยา:

- การเตรียมยาบนหอผู้ป่วยเป็นการเตรียมยาฉีดที่ให้ทางหลอดเลือดดำที่ต้องทำการผสมและเจือจางก่อนนำมาใช้ ยา น้ำเด็ก ยาที่ต้องบดให้ทางสายยาง ซึ่งจะเตรียมยาโดยพยาบาลวิชาชีพในสถานที่สำหรับเตรียมยา ฝ่ายเภสัชกรรมจะระบุวิธีเตรียมยา ระบุสารน้ำที่ผสมยานั้นมาในฉลากยาแต่ละชนิด

(3) การติดตามยา:

- ยาทุกรายการที่ส่งมอบแก่ผู้ป่วยจะต้องมีฉลากยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา วิธีการบริหารยา สรรพคุณยาและมีฉลากช่วยที่จำเป็น รวมถึงใบแนบข้อมูลยาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ตามหลักการของ RDU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องครบถ้วนและปลอดภัย
- มีการจัดทำมาตรฐานการจัดยาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องยาปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น หลีกเลี่ยงการปิดฉลากยาทับชื่อยาและวันหมดอายุ หลังจากปรับกระบวนการยังไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซ้ำอีก
- มีฉลากระบุชื่อยา วันหมดอายุ ปริมาณบรรจุในยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ยาที่เป็น multiple dose เมื่อเปิดใช้แล้วจะระบุวันเปิดใช้และวันหมดอายุทำให้ไม่พบอุบัติเหตุจากการใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
- ยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) จะมีการติดสติ๊กเกอร์สีแดงที่แอมป์ยา พร้อมแนบใบเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- ปัจจุบันมีการจัดยาแบบ Daily dose โดยจัดยาบรรจุในถุงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยระบุวันที่ ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย HN วิธีใช้ยา ส่งมอบให้หอผู้ป่วย ภายในเวลา 16.00 น. ของทุกวัน

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

- พยาบาลผู้บริหรยาจะทำการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยแต่ละเตียงหลังจากตรวจสอบความถูกต้องของยา และเซ็นชื่อบริหารยา
- ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลพระธาติปัตย์ได้มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ด้วยการติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์และส่งยาเดิมผู้ป่วย โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของยาจากเภสัชกร ก่อนนำส่งทางไปรษณีย์/ รพสต./ ศูนย์เทศบาลในเขตรับผิดชอบเพื่อช่วยกระจายยาให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงการกระจายยาไปยังผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิดที่รับบริการตามศูนย์บริการโดยติดต่อสถานบริการในเขตรับผิดชอบเพื่อดำเนินการ

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record ; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

- ตั้งแต่ปี 2559 มีการใช้ใบ MAR แทนการ์ดให้ยา โดยมีการบันทึกการให้ยาทุกชนิด มีรายละเอียดชื่อยา ขนาดการให้ยา รูปแบบการให้ยา เวลาที่ให้ยาเป็น real time ทำให้ติดตามการได้รับยาของผู้ป่วยได้ง่าย มีผู้ตรวจสอบและผู้บริหารยา ในปี 2562 พัฒนาระบบโดยการพิมพ์ใบ MAR จากโปรแกรม HosXP แทนการคัดลอกคำสั่งในใบ MAR เพื่อลดภาระงานของพยาบาลและลดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่ง
- มีการกระจายยาจากห้องยาโดยจัดยาแบบ Daily dose มีการระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยาบนฉลาก ขนาดการให้ยาอย่างชัดเจน ทั้งยารับประทานและยาฉีด เพื่อให้ตรวจสอบก่อนการบริหารยา มีการจัดเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละรายในลิ้นชักรถเข็นยา พยาบาลทำการแจกยาจากรถเข็นยาที่หน้าเตียงผู้ป่วย
- มีการตรวจสอบซ้ำก่อนการบริหารยาในยาทั่วไป ซึ่งอาจเป็นการตรวจสอบโดยพยาบาลคนเดียวกันหรือคนละคนขึ้นกับอัตรากำลัง ส่วนยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) กำหนดให้เป็น Independent double check โดยพยาบาลคนละคน เพื่อ

ป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา แต่จะมีแนวทางการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) ที่กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยา เพื่อป้องกันการเกิด ADE จากการบริหารยาผิดและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยากลุ่มนี้

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่สำคัญและพบบ่อยคือ ผู้ป่วยรับบริการหลายที่และไม่แจ้งข้อมูลการใช้ยาเดิมของตนเอง หรือชื่อยา ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากร้านขายยา ทำให้ได้รับยาซ้ำซ้อนหรืออาจมีอันตรกิริยากับยาที่ใช้อยู่ ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาผู้ป่วยบางรายจำชื่อยาที่แพ้ไม่ได้ หรือลืมแจ้งประวัติแพ้ยาทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแพ้ยาซ้ำ ฝ่ายเภสัชกรรมมีการดำเนินการแก้ไข โดยการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยและญาติในการให้ข้อมูลยาเดิม ประวัติการแพ้ยาของตนเองแก่สถานบริการทุกแห่ง มีการประสานหน่วยบริการอื่นเพื่อตามประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาเดิมจากสถานบริการอื่นติดตัวมาด้วยทุกครั้ง

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

- ผู้ป่วย on ยา warfarin เภสัชกรจะมีการติดตามค่า INR ของผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา รวมถึงมีการซักประวัติหาสาเหตุของการเพิ่มขึ้น/ลดลงของ INR การใช้ยาสมุนไพร การรับประทานอาหารเสริมหรือซื้อยารับประทานเอง sing of bleeding รวมถึงผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องหรือไม่ และเภสัชกรจะลงบันทึกค่า INR และการปรับยา รวมถึงสาเหตุเพิ่มเติมในสมุด warfarin ประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้ง
- ยาที่มีปัญหาเรื่อง drug adherence ได้แก่ คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ มีการติดตามการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องบริหารยาบางชนิดด้วยตัวเอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การใช้ยาพ่นหอบหืดมีการติดตามวิธีการพ่นยา ความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยในรายที่คุมอาการไม่ได้ ยาฉีดอินซูลินในโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานตามกะเวลาจะ ได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมและเวลาในการรับประทานยาให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้การใช้ยา เกิดประสิทธิภาพ และได้ผลในการรักษา

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

- กรณีผู้ป่วยนอก เภสัชกรรับยาคืนจากผู้ป่วยทำการตรวจนับและประเมินสภาพยาที่นำมาคืน หากยาที่อยู่สภาพดี ไม่หมดอายุจะนำกลับมาใช้อีกครั้งในผู้ป่วยคนเดิม ถ้ายาที่นำมาคืนเป็นยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้จะดำเนินการดังนี้ กรณียาแผงต้องอยู่ในสภาพดี ไม่หมดอายุจะนำไปเวียนใช้กับผู้ป่วยคนอื่นต่อไป ส่วนยาเม็ดรวมจะทำลายทิ้งเป็นขยะอันตราย
- กรณีผู้ป่วยในที่นำยาเดิมมาให้ขณะ Admit พยาบาลจะส่งยาเดิมผู้ป่วยมาห้องยาพร้อมใบ copy order เพื่อเบิกยา เภสัชกรที่ทำหน้าที่เบิกยารับใหม่จะทำการตรวจสอบยาเดิมผู้ป่วย เพื่อทำ Medication reconcile ร่วมกับประวัติยาโรคเรื้อรังในฐานข้อมูล กรณีไม่ชัดเจนจะมีการติดต่อสอบถามไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยาเพื่อสอบถามประวัติยาเดิม หลังจากเภสัชกรจะบันทึกไว้ในฐานข้อมูลว่ามียาเดิมผู้ป่วยฝากไว้ และเก็บยาไว้ในห้องยา
- เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาเดิม ห้องยาจะใช้ยาเดิมผู้ป่วยจัดเฉพาะรายการที่ไม่มีในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้บริหารยาสามารถ indentify ยาได้ในขั้นตอน independent double check กับห้องยา ลดโอกาสการเกิด Administration error
- เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลห้องยาจะคืนยาเดิมและเพิ่มจำนวนให้ถึงวันที่แพทย์นัด ส่วนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้จะไม่จ่ายกลับไป ยกเว้นยาเดิมจากคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่นๆจะจ่ายคืนผู้ป่วยและแยกซองและเขียนว่าแพทย์สั่งหยุดใช้ยา

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)
- ลดการสำรองยาที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วย จัดทำกล่องยา Emergency และ กล่องยา HAD
- พัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
- พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ
- เกิดระบบ Medication reconciliation ที่ชัดเจน เกิดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

v. แผนการพัฒนา

	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	3	A,L	กำกับติดตามระบบในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา	2.5	A,L	พัฒนาระบบการจัดเก็บรักษา การจัดเรียงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
54. การสั่งจ่ายและการถ่ายทอดคำสั่ง	2.5	A,L	บทบาทของคณะกรรมการระบบยา ร่วมกับองค์กรแพทย์ในการเรียนรู้และป้องกันอุบัติการณ์ Prescribing error
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียมเขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา	2.5	A,L	พัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรในการทบทวนใบสั่งยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ป่วยที่ต้องมีการปรับขนาดยา
56. การบริหารยาและติดตามผล	2.5	A,L	ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารยาให้กับพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้ในการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

II-7.การตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรคฯ

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี 2565
อัตราการถ่ายภาพทางรังสีซ้ำ	≤ร้อยละ 3	0.84	2.19	1.74	1.04	2.44
ผลการวัดปริมาณรังสีบุคคล (ไม่โครซีเวิร์ด/ เดือน)	ไม่เกิน 4000	< 200	< 200	< 200	< 200	< 200
อัตราการถ่ายภาพรังสีหญิงตั้งครรภ์โดยมิ ป้องกัน	0	0	0	0	0	0
ผลการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานความ ปลอดภัยของเครื่องเอกซเรย์และห้อง เอกซเรย์	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย	ได้มาตรฐาน ความ ปลอดภัย
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):						
- กลุ่มงานรังสีวิทยา ให้บริการตรวจทางรังสีวินิจฉัยทั่วไป โดยมุ่งเน้นความถูกต้อง ความปลอดภัยรวดเร็ว ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้แพทย์ได้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยโควิด-19 - ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยทั่วไปตามคำร้องขอของแพทย์(Request)ภายในโรงพยาบาล ทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยแบ่งเป็น เวรเช้า(08.00-16.00) /เวรบ่าย(16.00-24.00) - ให้บริการซีดีภาพถ่ายรังสีทั่วไป						
การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี:						
ไม่มีการให้บริการตรวจพิเศษ						
จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญ/ต่ำกว่าปริญญา):						
- นักรังสีการแพทย์ - คน - เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 1 คน - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน						
จำนวนรังสีแพทย์:						
รังสีแพทย์ - คน						
เทคโนโลยีสำคัญ:						
เปลี่ยนจากระบบการล้างฟิล์มเป็นระบบการถ่ายภาพดิจิทัล (DR)						
- มีการจัดเก็บภาพเป็นระบบดิจิทัล (PACS)						
- การค้นหาภาพรังสี ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เรียกจากระบบ PACS						
- มีการเปลี่ยนแปลงระบบการยืมภาพถ่ายรังสีจากระบบฟิล์มเป็นระบบดิจิทัล โดยการเขียนลง CD						
- จอแสดงภาพทางรังสี มีการใช้จอความละเอียดสูงสำหรับการแปลผลทางรังสี ร่วมกับ จอคอมพิวเตอร์						
- ใช้โปรแกรม hosXP .ในการส่งตรวจทางรังสี						

iii. กระบวนการ

II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- การลงทะเบียนผู้ป่วย ในระบบโปรแกรมhosxpโดยได้รับใบ Request จากผู้ป่วย ก็เรียกชื่อผู้ป่วย เพื่อทบทวนและยืนยันตัวตนผู้ป่วย ว่าเป็นคนเดียวกันกับที่มีชื่อในใบ Request
- การเตรียมตัวผู้ป่วย ประเมินพยาธิสภาพผู้ป่วย และให้คำแนะนำผู้ป่วยเช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับก่อนถ่ายภาพรังสีทุกครั้ง
- การถ่ายภาพรังสี เตรียมเครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อม ขอความร่วมมือผู้ป่วยขณะถ่ายภาพรังสี เพื่อที่จะได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ
- การส่งมอบภาพถ่ายรังสี หลังจากเอกซเรย์ผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย นักรังสีส่งภาพถ่ายรังสีเข้าระบบPacsและให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ตรวจ

(2) ทรัพยากรบุคคล:

- มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน คือ
 - เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ 1 คน
 - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:

เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา

- | | |
|---|-----------|
| 1) เครื่องเอกซเรย์ ทั่วไป | 1 เครื่อง |
| 2) เครื่องเอกซเรย์ (Portable x-ray) จำนวน | 2 เครื่อง |
| 3) เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ | 3 เครื่อง |
| 4) อุปกรณ์ทางการแพทย์ แผ่น plate DR | 2 แผ่น |
| 5) เสื้อตะกั่วป้องกันรังสี | 4 ตัว |
| 6) Thyroid shield | 3 ชิ้น |
| 7) Gonad shield | 1 ชิ้น |

- เครื่องมือทางรังสีพร้อมใช้งานมีจำนวนเพียงพอตามความจำเป็น ได้มาตรฐานและความปลอดภัย
- การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์
- การตรวจสอบอุปกรณ์ถ่ายภาพรังสี
- การตรวจสอบอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี

(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:

- มีการลงบันทึกประวัติการรับบริการทางรังสีของผู้ป่วยลงในระบบคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Hosxp มีระบบสร้างและจัดเก็บภาพถ่ายรังสีด้วยระบบ Pacs

(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:

- มีการควบคุมคุณภาพภาพถ่ายรังสีทุกครั้งก่อนรายงานผล เช่น ความคมชัดของภาพ ตำแหน่งที่ถ่ายครบถ้วน ชื่อผู้ป่วยถูกต้องตรงกับผู้ป่วยตรงกับใบRequest xray

(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- ก่อนถ่ายภาพรังสี ได้จัดทำแบบใบ Request xray ในระบบ Hosxp พร้อมรายการการจัดทำผู้ป่วยไว้อย่างครบถ้วน
- หลังถ่ายภาพรังสี แพทย์สามารถดูภาพถ่ายรังสีผ่านคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบ Pacs

II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) คำขอส่งตรวจ:

- แพทย์ผู้ร้องขอ จะพิมพ์ใบ Request xrayออกจากระบบ Hosxp ให้ผู้ป่วยมายื่นที่ห้องเอกซเรย์

(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:

- เมื่อผู้ป่วยยื่นใบ Request xray เจ้าหน้าที่ก็จะทบทวนชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพื่อยืนยันความถูกต้อง ถูกคน จากนั้นก็ประเมินพยาธิสภาพผู้ป่วยและส่วนที่จะถ่ายภาพ หากต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ก็จะมีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าภายในห้องเอกซเรย์ ก่อนถ่ายภาพรังสี จะแนะนำผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง บางภาพถ่ายต้องหายใจเข้า-กลั้นใจ แนะนำผู้ป่วยให้รับทราบก่อนทุกครั้ง

(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:

- จัดแบ่งช่วงเวลาในการให้บริการ portable 10.00น. และ 14.00น. สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ป่วยใน
- เพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ระยะเวลารอคอยไม่เกิน 15 นาทีต่อคน

(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:

- ชักถามอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ แนะนำข้อปฏิบัติต่างๆ ก่อนถ่ายภาพรังสีให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ เข้าใจ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:

- ปัจจุบันระบบเอกซเรย์ดิจิทัลมาใช้งานแทนระบบฟิล์ม ทำให้ลดภาระงานและทรัพยากร

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

- ได้นำระบบถ่ายภาพแบบดิจิทัลมาใช้ ทำให้ถ่ายภาพได้รวดเร็วขึ้น ภาพถ่ายรังสีจะถูกส่งเข้าระบบ Pacs แพทย์สามารถเข้าไปดูภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยได้โดยสะดวกและรวดเร็ว

(7) การแปลผลภาพรังสี:

- แพทย์ผู้ตรวจจะดูภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยผ่านระบบPacsและจะลงผลการอ่านภาพถ่ายรังสี ในระบบ Hosxp

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับปริมาณรังสีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบใบ Request xray ว่าตรงกันกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อไม่ให้ถ่ายภาพรังสีผิดตำแหน่ง หรือผิดข้าง

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- เจ้าหน้าที่จะเปิดแสงคลุมให้เหมาะสมกับอวัยวะที่จะถ่ายภาพรังสี หากเป็นเด็กเล็กก็จะมี shield อวัยวะสืบพันธุ์ และหากต้องมีคนช่วยจับผู้ป่วยจะให้สวมใส่เสื้อตะกั่วทุกครั้ง

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

- เป็นหน่วยบริการที่ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการสร้างภาพทางรังสี ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ ความสามารถทางหลักวิชาการ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ได้รับการรับรองเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่มีระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุขและข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561-63 ; ปี 64-65(อยู่ระหว่างการรอตรวจ)

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3	L	ให้บริการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยทั่วไปตลอด 24 ชม.

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. อัตราการรายงานค่าวิกฤติในเวลาที่กำหนด (ภายใน 5 นาที หลังทราบผลการตรวจ)	>95%	93%	90%	95%	95%	95%
2. ผลการควบคุมคุณภาพภายนอกผ่านเกณฑ์	>3.0	2.5	2.5	3.0	3.0	กำลังดำเนินการ
3. อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	> 80 %	> 80 %	80 %	80 %	80 %	กำลังดำเนินการ
4. ร้อยละการได้รับผลการตรวจตามระยะเวลาที่กำหนดในงานบริการผู้ป่วยนอก	>80%	85%	85%	80%	85%	85%
5. อัตราความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6. อัตราการส่งตรวจ LAB ภายนอกผิดพลาด	< 0.2 %	0	0	0	0	0
7. จำนวนอุบัติการณ์ของการให้เลือดผิดหมู่/ผิดคน	0 ราย	NA	NA	0	0	0

*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับเปลี่ยนรูปแบบตามบริบทองค์กร

ii. บริบท

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ได้ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อช่วยประกอบการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้องน่าเชื่อถือโดยผลการตรวจวิเคราะห์ต้องมีความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก) : ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ 6 สาขา ได้แก่ ทางด้านโลหิตวิทยาคลินิก เคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ธนาการเลือด และจุลชีววิทยา

คลินิกแก่ผู้มารับบริการของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ทั้งผู้รับบริการภายในและภายนอกและรพ.สต. เครือข่าย ในและนอกเวลาราชการ

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญาดำรงตำแหน่ง) : จำนวน 5 อัตรา

1. ข้าราชการดำรงตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 อัตรา และได้รับรองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
2. ลูกจ้างรายเดือน 1 อัตรา (นักเทคนิคการแพทย์)
3. ลูกจ้างรายวัน 2 อัตรา (นักเทคนิคการแพทย์)
4. ลูกจ้างรายวัน 1 อัตรา (เจ้าหน้าที่ห้องทดลอง)

iii. กระบวนการ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

- มีการวิเคราะห์ภาระงาน ทบทวนอุบัติการณ์ ผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด การรายงานผลล่าช้า ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ พบเกิดจากอัตรากำลังไม่เพียงพอในการให้บริการโดยเฉพาะในช่วงเช้าเวลา 6.30- 8.30 น. ในปี 2565 จึงได้พัฒนาระบบงานห้องเจาะเลือดร่วมกับคลินิก NCD ในการให้บริการเจาะเลือด โดยลดขั้นตอนในผู้ป่วยที่มาตรงนัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการหัวข้อความรวดเร็วในการให้บริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565
- ทบทวนความรู้การเจาะเลือด การเก็บสิ่งส่งตรวจ ให้กับบุคลากรของหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่เก็บสิ่งส่งตรวจ มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการเจาะเลือด อุบัติการณ์การปฏิเสธตัวอย่างตรวจไม่เหมาะสมลดลงอย่างต่อเนื่อง

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

- มีสถานที่ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ แยกจากพื้นที่งานเอกสาร และมีบริเวณพักผ่อนของบุคลากร มีการจัดพื้นที่ตามหลักความปลอดภัย และ 5 ส. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการปนเปื้อน โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้
 1. ห้องเจาะเลือด และเก็บตัวอย่างตรวจ
 2. พื้นที่เตรียมตัวอย่างตรวจ และห้องตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา
 3. พื้นที่ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์รวม
 4. จุดตรวจวิเคราะห์ธนาคารเลือด
- กำหนดผู้จัดการด้านเครื่องมือของกลุ่มงาน ฯลฯ ในการวางแผน ติดตาม บริหารจัดการเครื่องมือ ร่วมกับศูนย์เครื่องมือของรพ. มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน บันทึกประวัติการซ่อมบันทึกไว้ในประวัติเครื่องมือ มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ กำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้มีสิทธิการใช้งาน เครื่องมือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ ต้องได้รับการสอบเทียบจากจากแหล่งดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ISO17025 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยกำหนดความถี่ จุดสอบเทียบ (calibration point) % Error ที่ยอมรับได้ มีระบบไฟฟ้าสำรองในเครื่องมือสำคัญ เครื่องคอมพิวเตอร์ มีการทดสอบเครื่องสำรองไฟทุก 4 เดือน และมีแนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือหลักไม่สามารถใช้งานได้ มีความร่วมมือในภาพเครือข่ายจังหวัดปทุมธานีในการสำรองเครื่องมือที่สำคัญ
- ผลการทบทวนปี 2565 มีอุบัติการณ์เครื่องมือชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ และสามารถแก้ไขได้ในเวลา 1 ชม. ได้แก่เครื่องตรวจ Chemistry, CBC, PT, INR และ Troponin I ส่งผลกระทบต่อให้บริการที่ทำให้ระยะเวลาการคอยเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด วิเคราะห์สาเหตุพบเกิดจากอุปกรณ์มีสภาพเสื่อมตามอายุการใช้งาน

ระบบไฟฟ้าขัดข้อง ระบบน้ำขัดข้อง และอุณหภูมิภายในห้องสูงเกินค่ากำหนดของเครื่องมือ ทางกลุ่มงาน ฯลฯ ได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงโดย ทบทวนระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน กำหนดให้มีเครื่องมือสำรอง แนวทางการส่งตรวจต่อเมื่อเกิดภาวะเครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน จัดระบบประสานงานที่รวดเร็วในการแจ้งซ่อม และฝึกบุคลากรที่รับผิดชอบให้แก้ไขเครื่องมือเบื้องต้นโดยฝึกกับช่างของบริษัท ทำให้อุบัติเหตุเครื่องมือชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์มีแนวโน้มลดลง

● **ทรัพยากรบุคคล:**

- ในปีงบประมาณ 2564 บุคลากรของกลุ่มงานไม่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปีประมาณ 2565 ทางกลุ่มงานได้ดำเนินการแก้ไขโดยการจัดทำ work shop การนำเสนองานวิชาการและโครงการ ภายในกลุ่มงาน ฯลฯ
- มีการวิเคราะห์อัตราแยกตามสาขากำลังโดยใช้เวลามาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ และเสนอการจัดการอัตรากำลังผ่านคณะกรรมการบุคลากร(HRD) และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการปรับระบบการให้บริการโดยจัดให้บุคลากรปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน ปรับระบบการเลื่อนไหลของบุคลากรในการทำงานระหว่างวันเพื่อทดแทนจุดที่ขาด หรือในจุดที่มีปริมาณงานมาก การดำเนินการปรับปรุงแก้ไขยังพบปัญหาการจัดอัตรากำลังทดแทนจุดปฏิบัติงานกรณีขาดบุคลากร หรือมีปริมาณงานมากเป็นคอขวด

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:

- มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน ของวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีขั้นตอนการคัดเลือกผู้ขาย การจัดซื้อ การตรวจรับ ตามมาตรฐานการให้บริการหรือมาตรฐานการผลิตที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากลของการให้บริการและการผลิต มีการจัดทำข้อมูลผู้ขาย และมีการประเมินผู้ขายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามเกณฑ์การประเมิน มีการจัดทำแผนการจัดซื้อแยกรายการเป็นรายไตรมาส และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต่อคณะกรรมการบริหารการเงิน และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล พัฒนาระบบการตรวจสอบ stock โดยการใช้โปรแกรมเพื่อรายงานวัสดุวิทยาศาสตร์
- การส่งตรวจต่อสำหรับรายการตรวจวิเคราะห์ที่เกินศักยภาพของ รพ. หรือมีจำนวนการส่งตรวจน้อยไม่เหมาะสมต่อการเปิดตรวจวิเคราะห์ หรือการตรวจยืนยันด้วยวิธีพิเศษ โดยส่งต่อไปยังหน่วยงานภายนอกที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และมีการประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามเกณฑ์การประเมิน และมีการจัดทำทะเบียนห้องปฏิบัติการส่งต่อที่ผ่านการประเมินของโรงพยาบาล

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- การทบทวนคำวิพากษ์ การทบทวนคำอ้างอิง สอบถามความต้องการของแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มรายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการเพิ่มรายการตรวจวิเคราะห์ และทบทวนวิธีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ปี 2565 ดังนี้ เพิ่มการรายงานผล Albumin Creatinine ratio, การรายงานผล ESR แยกตามเพศ และกำหนดแนวทางการส่งตรวจซีฟิไลต์ตาม Algorithm
- กำหนดให้มีช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับผลการตรวจวิเคราะห์ การให้คำแนะนำ การแปลผลตรวจ และวิชาการต่าง ๆ กับทีมสหวิชาชีพ กรณีเร่งด่วนสามารถสื่อสารได้โดยตรงทางวาจา ทางโทรศัพท์ กรณีไม่เร่งด่วนสื่อสารผ่านการประชุมของหน่วยงาน หรือการประชุมทีมสหวิชาชีพ ในปีงบประมาณ 2565 เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่าน HIS เฉพาะกลุ่มโดยใช้ Pop up แสดงที่หน้าจอ และกำหนดให้มีนักเทคนิคการแพทย์ทำหน้าที่ที่ปรึกษาภายในรพ. พุดคุยโดยตรงในการประสานงานบริการ ให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับงานทางห้องปฏิบัติการในแต่ละวัน

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- มีคู่มือการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการ ระบุรายละเอียดขอบเขตงานบริการ ประเภทสิ่งส่งตรวจ การส่งสิ่งส่งตรวจ การควบคุมการนำส่งสิ่งส่งตรวจภายในเวลาที่เหมาะสม และมีความปลอดภัยแก่ผู้นำส่ง มีการกำหนดการรับ และเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจแต่ละประเภทตามลักษณะความคงตัว มีเกณฑ์การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ระบบรับสิ่งส่งตรวจ จัดเก็บรักษาก่อนวิเคราะห์ มีการชั่งสิ่งส่งตรวจโดยห้องปฏิบัติการจะออกหมายเลข Lab No. ในสิ่งส่งตรวจทำให้สามารถสอบกลับไปยังผู้ป่วยแต่ละรายได้ มีการทบทวนคู่มือ ฯลฯ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน มีการประเมินผลการควบคุมคุณภาพสิ่งส่งตรวจ โดยการเก็บข้อมูลอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ สะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่ถูกปฏิเสธสิ่งส่งตรวจเพื่อวางแผนในการพัฒนาาร่วมกัน ทำให้สามารถลดปัญหาการส่งตรวจที่ไม่เหมาะสมลงได้อย่างต่อเนื่อง สิ่งส่งตรวจมีคุณภาพ ทำให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

- กำหนดให้ผู้จัดการวิชาการมีหน้าที่ ทวนสอบ (verification) วิธีการวิเคราะห์ที่ใช้ในปัจจุบันกับวิธีวิเคราะห์ที่เป็นวิธีอ้างอิงหรือวิธีมาตรฐาน หรือวิธีดั้งเดิมที่เคยใช้และบันทึกไว้ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมของแต่ละสาขางาน
- หากพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับผลการตรวจวิเคราะห์จากการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ จากการเข้าร่วมโครงการ การเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ หรือ จากการรายงานผลของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ ต้องมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์ให้เหมาะสมต่อไป การทบทวนดังกล่าวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมของแต่ละสาขางาน

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:

- การรายงานค่าวิกฤติ มีการจัดทำค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการร่วมกับ สหวิชาชีพ มีวิธีการรายงานผลค่าวิกฤติ อย่างเหมาะสม มีการทบทวนค่าวิกฤติ การเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับ clinical ของผู้ป่วยและความสอดคล้องของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กำหนดระบบการรายงานค่าวิกฤติของห้องปฏิบัติการให้รายงานทันทีหลังได้ยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2565 กำหนดให้มีการติดตามประสิทธิภาพการรายงานค่าวิกฤติ(ครบถ้วน รวดเร็ว ถูกต้อง) และสรุปผลการติดตามให้กับทีมคณะกรรมการด้านคุณภาพที่เกี่ยวข้อง
- การรักษาความลับของผลการตรวจวิเคราะห์ มีระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรักษาความลับ และระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การใช้สารสนเทศ มีเนื้อหาครอบคลุมระบบสารสนเทศของระบบ HIS และ LIS ครอบคลุมผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมดของห้องปฏิบัติการที่ตรวจวิเคราะห์เอง และผลการตรวจที่ส่งต่อ มีการกำหนดการเข้าถึงและใช้งานระบบสารสนเทศ (Access Control) การบริหารจัดการข้อมูล การเปลี่ยนแปลง การทำลายข้อมูล การกำหนดสิทธิของบุคลากรในการใช้ระบบคอมพิวเตอร์และการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม User ID และ Password โดยกำหนดระดับชั้นของผู้มีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย เข้าถึงผลการทดสอบปกติ และผลการทดสอบที่เป็นความลับ และผู้มีสิทธิแก้ไขผลการทดสอบ มีการ lock Admin ของระบบ HIS และ LIS ให้เข้าใช้งาน และกำหนดให้เมื่อไม่มีการใช้งานเกิน 30 วินาทีหน้าจอจะ lock ต้องเข้ารหัสใหม่เมื่อต้องการเปิดใช้งาน ผลการตรวจวิเคราะห์จัดเก็บในสถานที่เป็นสัดส่วน ปลอดภัย และสามารถสืบค้นได้ทันตามความต้องการ
- การจัดการด้านผลการตรวจวิเคราะห์ มีการรับรองรายงานผล (Approved) โดยนักเทคนิคการแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย โดยตรวจสอบชื่อ H.N. รายการส่งตรวจ จำนวนรายการตรวจวิเคราะห์ ผลการตรวจวิเคราะห์ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของผลการทดสอบอื่นประกอบ ก่อนออกรายงานผล มีระเบียบปฏิบัติเรื่อง การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ที่ระบุ วิธีการ ระยะเวลา ค่าวิกฤติ และการรายงานผลการตรวจของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ

วิกฤต ผลโรคติดต่อร้ายแรง กำหนดให้ รายงานผลโดยเร่งด่วนทางโทรศัพท์ และส่งผลฉบับสมบูรณ์ให้ผู้ส่งตรวจเมื่อผลการตรวจวิเคราะห์เสร็จเรียบร้อยแล้ว และการรายงานผลการทดสอบที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น HIV สารเสพติด โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และสิทธิของผู้ป่วย

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

- มีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ หลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อทวนสอบผลการวิเคราะห์ภายในระยะเวลาที่กำหนดของแต่ละการทดสอบ มีการกำหนดวิธีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการวิเคราะห์ให้ในคู่มือความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการดังนี้

 1. เก็บสิ่งส่งตรวจไว้เพื่อการทวนสอบที่อาจเกิดขึ้น
 - whole blood, serum เก็บไว้ที่ 2-6°C 7 วัน
 - ตัวอย่างงานธนาคารเลือด และ side tube เก็บไว้ที่ 2-6°C 7 วัน
 - Urine Amphetamine Positive เก็บ freeze -10 °C 1 เดือน
 - Serum anti-HIV Positive เก็บ freeze -10 °C 6 เดือน มีการจัดแจ้งรายงานตามพรบ.เชื้อโรค
 2. บัสสาวะ และอุจจาระใส่ใน rack ตรงจุดปฏิบัติงาน Microscopy รอทำลายช่วงเวลาเปลี่ยนเวร เช้า และบ่าย
 3. Slide CBC เรียงใส่ rack แยกตามวัน เก็บไว้ 7 วัน

- การทำลายสิ่งส่งตรวจ การทำลายเชื้อ และการกำจัดขยะปฏิบัติตามคู่มือการควบคุมการติดเชื้อของรพ. โดยการทำลายสิ่งส่งตรวจบัสสาวะ และน้ำล้างอุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งลงท่อน้ำทิ้ง และลงส้วบบำบัดน้ำเสียของรพ. สิ่งส่งตรวจอื่น ที่ครบกำหนดทำลายทั้งลงถังขยะติดเชื้อเพื่อส่งทำลายโดยบริษัทเอกชน ผลการดำเนินการ ไม่พบอุบัติการณ์การจัดการของเสียผิดพลาด

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

- มีการจัดทำคู่มือคุณภาพ เพื่อใช้กำกับระบบคุณภาพ ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ มีการทบทวนระบบคุณภาพอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง ทบทวนจากผลตรวจติดตามภายใน การทบทวนข้อร้องเรียน ผลการประเมินจากหน่วยงานภายนอก รายงานความเสี่ยง ตัวชี้วัดคุณภาพ เอกสารคุณภาพ การจัดซื้อ การใช้บริการหน่วยงานภายนอก ผลการประเมินผู้ขาย การวิเคราะห์กระบวนการหลัก ความต้องการของผู้รับ บริการทั้งภายในและภายนอก เพื่อหาความเสี่ยง หาโอกาสพัฒนา โดยผลการทบทวนจะถูกนำมาจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ และจัดทำบันทึกผลการทบทวนเสนอผู้บริหาร

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

- มีกระบวนการประกันคุณภาพภายนอก (External Quality assurance) ทุกการทดสอบที่เปิดให้บริการในกรณีที่การทดสอบนั้นไม่มีการเปรียบเทียบผลโดยองค์กรภายนอก จะดำเนินการแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการอื่น หรือดำเนินการทำ self assessment กำหนดให้ทำการทดสอบตัวอย่าง PT/ EQA เหมือนตัวอย่างในงานประจำวัน มีการทบทวนผลการประเมินคุณภาพจากหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการแก้ไขทันที เมื่อพบว่าผลการประเมินไม่ผ่านตามเกณฑ์กำหนด มีการทบทวน ค้นหาสาเหตุ และปรับปรุงแก้ไข ผลการปรับปรุงแก้ไขมีการปรับระบบการตรวจสอบ stability นํ้ายาตรวจวิเคราะห์ และการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ นํ้ายาก่อนการ

ทดสอบทาง Chemistry มีการทบทวนความรู้ทางวิชาการให้กับบุคลากรของกลุ่มงานฯ เรื่อง IQC, การ estimate slide CBC และการอ่านใบตรวจน้ำยา

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

- การควบคุมคุณภาพภายในใช้สารมาตรฐานที่ทราบค่าสามารถสอบกลับได้ถึงระดับสากล ครอบคลุมระดับในช่วงการวิเคราะห์ในงานประจำวัน กรณีการทดสอบที่มีการควบคุมคุณภาพภายในให้ผลเป็น Quantitative มีการบันทึกผลการทำในรูปกราฟ ในการทดสอบที่ไม่สามารถอ้างอิงสารมาตรฐานได้ ก็ใช้การทดสอบความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ
- มีการควบคุมคุณภาพทุกกระบวนการ ประกอบด้วย การทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) กระบวนการประกันคุณภาพภายนอก (EQA) การควบคุมคุณภาพการเก็บตัวอย่างโดยจัดทำคู่มือการเก็บตัวอย่าง การควบคุมคุณภาพขั้นตอนการรายงานผลโดยการกำหนดวิธีการรายงานผล การทวนสอบผล การ correlation ผลการทดสอบ มีการตรวจสอบผลการวิเคราะห์โดยนักเทคนิคการแพทย์ก่อนที่จะส่งผลการตรวจไปยังหน่วยงานที่ส่งตรวจ และมีการเก็บตัวอย่างไว้เพื่อทวนสอบ และมีการประชุมบุคลากรด้านระบบประกันคุณภาพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยบรรจุอยู่ในวาระของการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานฯ กรณีมีเรื่องเร่งด่วนเกี่ยวกับการประกันคุณภาพ มีการประชุมทันที

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:

- ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข จากกระทรวงสาธารณสุข และกำลังรอการประเมินในรอบเดือน กันยายน 2565

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การปรับปรุงแก้ไขเนื่องจากอุบัติเหตุสำคัญ กำหนดให้บุคลากรทุกคนของกลุ่มงานบันทึก อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่พบทุกเรื่องลงในแบบบันทึกของกลุ่มงาน กำหนดให้ผู้จัดการความเสี่ยงของกลุ่มงานรวบรวมข้อมูลนำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานทุกเดือนเพื่อรับทราบและดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง กรณีที่เป็นความเสี่ยงระดับ E-I จะนำเข้าสู่ที่ประชุมกลุ่มงานทันทีเพื่อทบทวน ปีงบประมาณ 2564 มีอุบัติเหตุสำคัญที่พบคือ การรายงานผลผิด จากเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม แก้ไขโดยการจัดทบทวนความรู้ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเก็บและนำส่งตัวอย่างตรวจ
- ปรับระบบการรักษาความลับของการรายงานผล Lab ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่กระทบต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ปรับระบบ HIS ให้การรายงานผลการตรวจ Anti HIV ขึ้นเป็น “ปกปิดข้อมูล” และจำกัดบุคลากรการเข้าถึงข้อมูล การพิมพ์ผลการตรวจ Anti HIV ให้ดำเนินการได้เฉพาะห้องปฏิบัติการเท่านั้น (โดยปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การตรวจ และการรายงานผล Anti HIV) ผลการตรวจที่พิมพ์ออกมาจะใส่ในซองปิดผนึก และการลงผลการตรวจในเวชระเบียนทำได้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยลงนามยินยอมเปิดเผยข้อมูลการตรวจ Anti HIV ให้กับผู้ให้การรักษา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ
- การปรับปรุงแก้ไขจากผลสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บริการปี 2564 เรื่องผลการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยในลำซำ วิเคราะห์พบเกิดในขั้นตอนการรับสิ่งส่งตรวจช่วงเช้าเวลาเร่งด่วน ได้ดำเนินการให้นักเทคนิคการแพทย์เวร 6.30 ดำเนินการรับผิดชอบ IPD ก่อน และบันทึกตัวอย่างเป็นรอบ ๆ ทำให้ผลการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยในรอบเช้ารายงานผลได้ก่อนเวลา 9.00 น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	3	D	กำหนดแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์" เน้นคุณภาพของข้อมูล และการรักษาความลับของผู้ป่วย สถานการณ์ที่ไม่ควรปรึกษาทาง line และพัฒนา line กลุ่มปิด
		A	พัฒนาประสิทธิภาพการใช้ระบบ LIS ในการประเมินการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) และพัฒนาประสิทธิภาพการวิเคราะห์ผลการตรวจประเมินจากภายนอก
		A	พัฒนาระบบ Antibigram ให้เอื้อต่อการนำไปใช้ปฏิบัติได้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล
		A	การบริการตรวจ antigen test kit กับผู้ป่วย
		I	ปรับปรุงระบบการตามเวร On-call หลัง 24.00 น.โดยประกันระยะเวลาการติดตามภายใน 15 นาที และระยะเวลาการรายงานผล 45 นาที (electrolyte)
		I	ปรับปรุงระบบการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ Hight alert lab (HAL), ผลแล็บด่วน, ผู้ป่วยที่มี specific clinical risk,การตรวจสอบ (Approved, Validate) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยใช้ โปรแกรม anydesk หรือ teamviewer

II-7.4 ธนาการเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์ ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
อัตราของใบขอเลือดที่ไม่สามารถจัดเตรียมผลิตภัณฑ์โลหิตให้ได้ตามที่กำหนด (7 days)	≤ 5	NA	NA	3	4	4
อุบัติการณ์ความผิดพลาดของการจ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	0	NA	NA	0	0	0
อุบัติการณ์เกิดปฏิกิริยาจากการรับโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	0	NA	NA	1	3	0
สัดส่วนจำนวนเลือดที่ Cross match : จำนวนเลือดที่ใช้จริง	≤ 2:1	NA	NA	NA	1:1	2:1
อุบัติการณ์โลหิตหมดอายุโดยไม่ได้ใช้งาน	≤ 2 units	NA	5	3	0	0
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร ii. บริบท งานบริการธนาการเลือดอยู่ร่วมกับกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ไม่ได้แยกหน่วยงาน แต่แยกพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และมีกรมอบหมายผู้รับผิดชอบหลัก โดยเบิกโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตที่ผ่านการตรวจ NAT ทุกถุงจาก สภากาชาดไทยและโรงพยาบาลปทุมธานี ส่วนการจัดหาโลหิตยังไม่มีมารับบริจาคเอง						

ขอบเขตบริการ: ให้บริการตรวจหาหมู่โลหิต (ABO group, Rh group) และตรวจสอบความเข้ากันได้ (Cross match) ด้วยวิธี Gel Method ตรวจสอบความถูกต้องก่อนการจ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ได้แก่ ความถูกต้องตรงกันของใบ คล้องของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต สมุดบันทึก หมายเลขถุงโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้: ไม่ได้ดำเนินการ

iii. กระบวนการ

* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:

- กลุ่มงานฯ มีระบบการตรวจสอบ และกำกับดูแลการใช้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตโดยนักเทคนิคการแพทย์ และมีการประสานงานกับแพทย์ในกรณีมีข้อสงสัยในการให้โลหิต มีการทบทวนการใช้โลหิตจากการจองเลือดแล้ว ไม่ได้ใช้ ร่วมกับทีม PCT พบเลือดที่มีการจองแล้วไม่ได้ใช้ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 มีผลกระทบต่อ ผู้รับบริการที่ขอเลือดในช่วงเวลาเดียวกันที่ได้เลือดไม่พอกับความต้องการ มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ เพิ่ม workload สาเหตุการจองเลือดแล้วไม่ได้ใช้พบว่าเกิดจากผู้ป่วยภาวะ anemia ต่ำขึ้น หรือ Refer เพื่อรักษาภาวะอื่น หรือเสียชีวิต

ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:

- กลุ่มงานฯ ได้ปรับปรุงระบบสำรองโลหิตเพื่อให้มีโลหิตใช้อย่างเพียงพอ และทันต่อความต้องการ โดยการกำหนด สำรองโลหิตแต่ละหมู่ตามข้อมูลปริมาณการใช้สูงสุด พัฒนาการขอใช้ การคืน การจองโลหิต มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจสอบ และสำรองโลหิต มีการประเมินความต้องการใช้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตพบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยกลุ่ม NCD และเมื่อมีโลหิตไม่เพียงพอจะประสานไปยังเครือข่าย ได้แก่ รพ.ปทุมธานี รพ. ธิญบุรี รพ.คลองหลวง และรพ.หนองเสือ ตามลำดับ (จัดลำดับตามระยะเวลาใช้ในการเดินทาง) ผลการดำเนินการ พบว่า อุบัติการณ์โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตขาด stock ไม่ทันต่อความต้องการ และหมดอายุโดยไม่ได้ใช้งานมี แนวโน้มลดลงในปี 2565 การสำรองเลือดกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย ER และ LR สามารถให้เลือดกรณีฉุกเฉินได้ทัน ตามความต้องการทุกครั้ง และการทดสอบความเข้ากันได้ของโลหิตฉุกเฉินผ่านทุกครั้ง

ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา: ไม่ได้ดำเนินการ

มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker): ไม่ได้ดำเนินการ

ระบบคัดแยก กักกัน ชั่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ: ไม่ได้ดำเนินการ

ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:

- การเก็บรักษาเป็นไปตามชนิดของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต PRC, LPRC 2-6° c มีการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น เก็บเลือดโดยใช้โปรแกรมที่บันทึกอุณหภูมิตลอด 24 ชั่วโมงและเมื่อมีอุณหภูมิเกินที่กำหนดจะมีสัญญาณเตือน การขนส่งโลหิตจากสภาาชาดไทย (ระยะเวลาเดินทาง 4-6 ชั่วโมง) ใช้กระติกน้ำแข็งที่มีการควบคุมอุณหภูมิ 2-10° c ด้วย เครื่องบันทึกอุณหภูมิตลอดระยะเวลาที่มีขนส่ง การขนส่งโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ยังห่อผู้ป่วย (ระยะทางเดิน 5-10 นาที) ใช้กระติกน้ำแข็งใส่ Ice pack 3 ก้อน จัดวางโลหิตและส่วนประกอบโลหิตใน ตะกร้ากันไม่ให้โลหิตสัมผัสกับกระติกและ Ice pack โดยตรง ผลการตรวจสอบอุณหภูมิอยู่ในช่วงที่กำหนด

ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:

- ยังไม่สามารถ Identification Unexpected Antibody ได้
- ยังไม่สามารถรายงาน Homovigilance และการวินิจฉัยการเกิดปฏิกิริยาจากการรับโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิตได้
- ยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพภายในงานธนาคารเลือดได้ครบถ้วนทุกรายการทดสอบ

การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:

- เข้าร่วมการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการโดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขานาการเลือดได้รับผลคะแนนการทดสอบในระดับดีถึงดีเยี่ยมในทุกรายการ กรณีที่ผลการทดสอบไม่ผ่านเกณฑ์หรือมีคะแนนลดลงผู้รับผิดชอบ (นักเทคนิคการแพทย์) จะปฏิบัติการแก้ไขตาม corrective action form ที่กำหนดไว้

การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:

- ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข จากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2560 และกำลังอยู่ในขั้นตอนการขอต่อมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
- ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการแก้ไข

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนา CPG ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหา ตาม PCT กำหนด ได้แก่ Stroke STEMI Sepsis DM HT CKD Asthma COPD Pneumonia , dystocia ในปี 2565

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต			+ ปรับปรุง ขยายห้องทำงาน + ทบทวนการใช้ทรัพยากร + ลดต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการลงให้ได้ 20 % + การจัดซื้อร่วมวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับจังหวัด +จัดให้มีการสำรองเลือดให้เพียงพอกับผู้ที่เข้ามารับบริการ +มีการบริการให้เลือดประเภท CCP แก่ผู้ป่วยโควิด

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุม ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

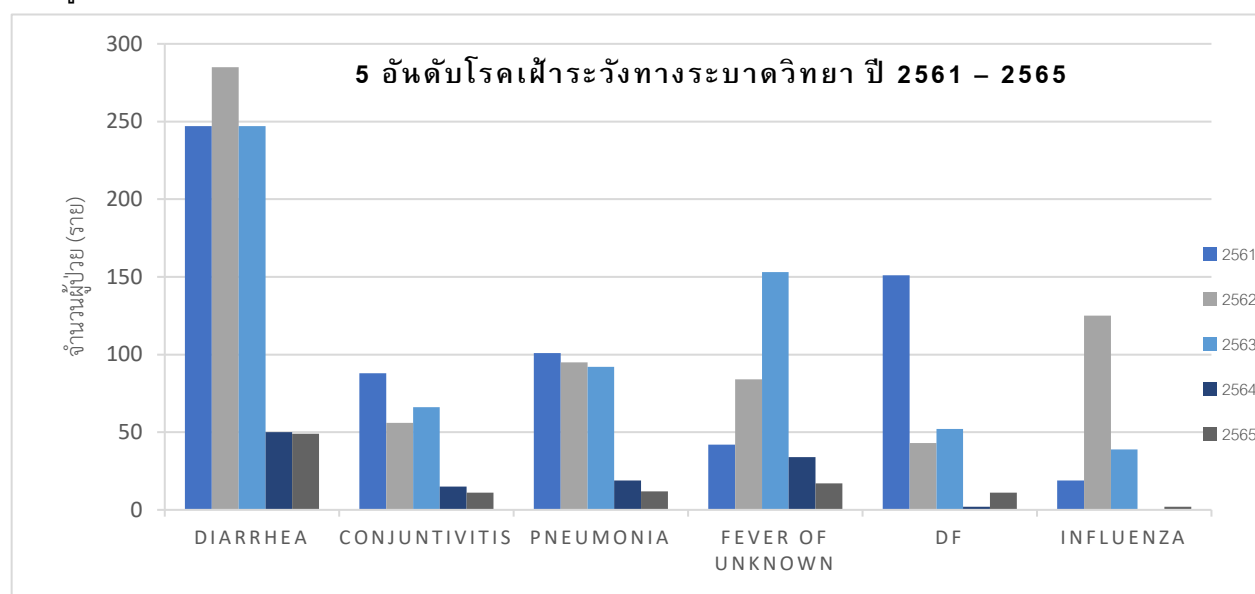
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1. ความครบถ้วน ทันเวลา ของการรายงาน การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง.506 (จากโปรแกรม R506)	$\geq 80 \%$	100	100	98.85	100	100
2. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 10 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี	< 33.7	33.3	32.3	29.2	28.3	25.8
3. อัตราป่วยโรคไขข้ออักเสบต่อแสนประชากร	< 50 ต่อแสนประชากร	188.83	49.05	62.21	2.39	98.26
4. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	$\geq 88 \%$	90.74	80.85	91.30	92.16	89.39
5. ความทันเวลาในการรายงานโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	100 %	N/A	N/A	100	100	100

ii. **บริบท** ประชากรในตำบลประจักษ์ศิลปชัย 84,463 คน ทั้งนี้ ยังไม่รวมประชากรแฝงราวเกือบ 200,000 คน ประกอบด้วยบ้านจัดสรร บ้านเดี่ยว หอพัก มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมถึงมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ทั้งประชากรไทยและต่างด้าว ซึ่งประกอบอาชีพที่หลากหลาย ตำบลประจักษ์ศิลปชัยมีเขตรอยต่อหลายอำเภอปัจจุบันมีชุมชนย่อยทั้งสิ้น 84 ชุมชน ดังนั้นทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ จึงมุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพของประชาชนในการควบคุมโรคติดต่อเพื่อลดการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน ควบคุมโรคได้ทันเวลา ลดการแพร่ระบาดและการกระจายเชื้อโรคในวงกว้าง

สถานการณ์ทางระบาดวิทยา

โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (การรายงานผ่านโปรแกรม R506)

แผนภูมิที่ 1 (5 อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2561 – 2565)

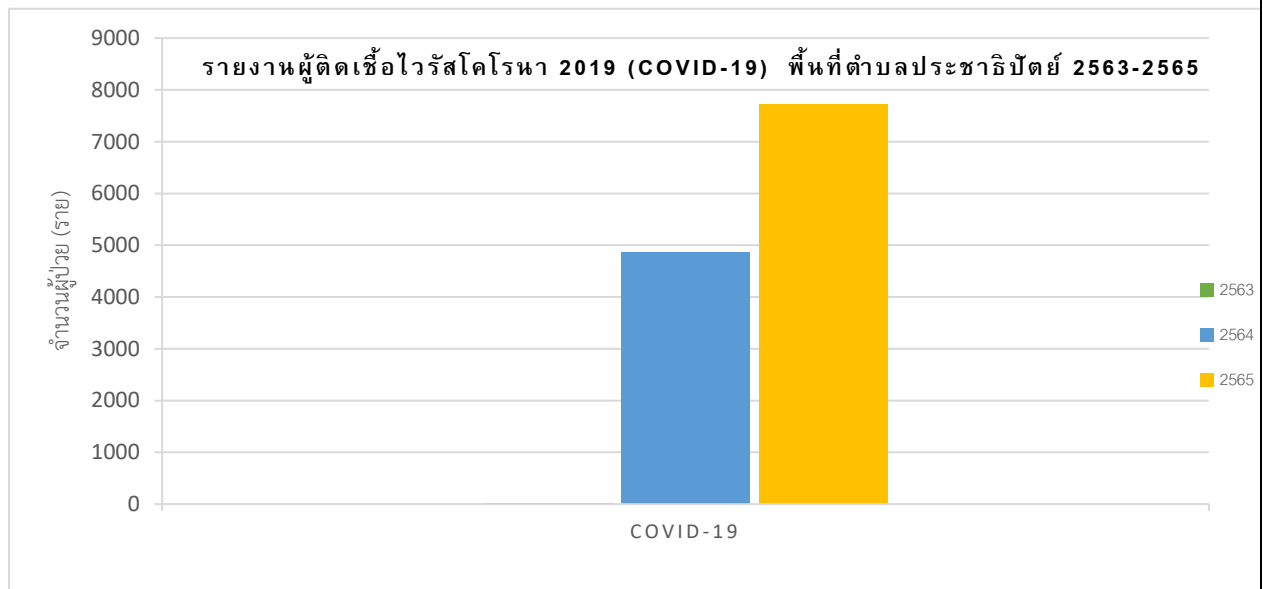


จากการวิเคราะห์ข้อมูล แผนภูมิที่ 1 แสดง 5 อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2561 – 2565 พบว่า โรคที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ต่อเนื่อง 5 ปี คือ Diarrhea ปี 2561 = 603 ราย, ปี 2562 = 282 ราย, ปี 2563 = 247 ราย,

ปี 2564 = 43 ราย, ปี 2565 (ม.ค.- ก.ย.65) = 178 ราย นอกจากนี้ยังพบโรคเฝ้าระวังอื่น ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง เช่น conjunctivitis, pneumonia, fever of unknown, dengue fever และ Influenza เป็นต้น

โรคติดต่ออันตราย (โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ)

แผนภูมิที่ 2 (กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปี 2563-2565)



จากการวิเคราะห์ข้อมูล แผนภูมิที่ 2 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ พบรายแรกเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2563 จำนวน 1 ราย และเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องในปี 2564 พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 4,854 ราย และในปี 2565 (ม.ค.-ก.ย.65) จำนวน 7,722 ราย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นแนวทางในการนำมาวิเคราะห์ถึงกระบวนการ และแนวทางการดำเนินงานต่างๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปสู่การกำหนดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ โดยมีความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่ต่างกัน ดังนี้

โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ : แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคติดต่อ และกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรคไข้เลือดออก และวัณโรค

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

โรคและภัยสุขภาพที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง : โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ เช่น โรคอุจจาระร่วง

กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยสัตว์และแมลงเป็นพาหะนำโรค เช่น โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคไวรัสซิกา และโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

กลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) วัณโรค โรคปอดอักเสบ โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

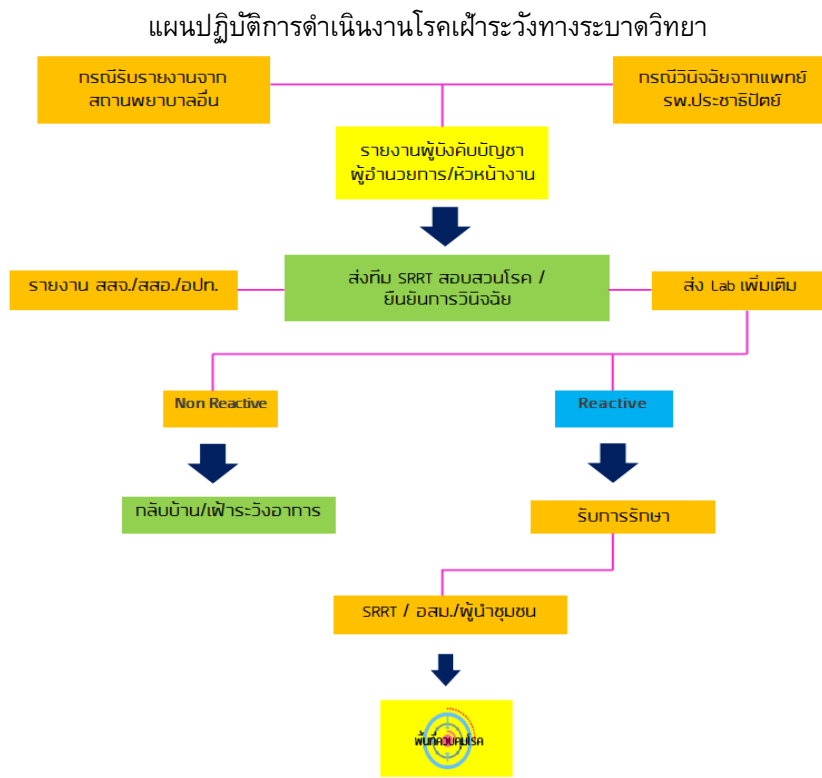
iii. กระบวนการ

II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:**(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:**

- มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ ที่เข้มแข็งและยั่งยืน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ โดยมีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานทั้งในและนอกองค์กร และร่วมจัดส่งทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) หรือเจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยา เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค



- ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ และร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง ทั้งด้านการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยแบ่งบทบาทการดูแลรับผิดชอบร่วมกัน
- มีแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค เพื่อความรวดเร็วและทราบถึงแนวทางในการดำเนินงาน

**(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:**

- (1) ผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชามอบหมายให้มีบุคลากรทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรค
- (2) ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรคมีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
- (3) ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรคได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่

งบประมาณ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ

- งบประมาณในการป้องกันควบคุมโรค จากโครงการสนับสนุนงบประมาณหลักประกันสุขภาพ สำนักงานเทศบาลนครรังสิต และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคบางกลุ่มได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
- มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา R 506
- มีทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอสำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น พาหนะ อุปกรณ์ PPE รวมถึงอุปกรณ์การพันสารเคมี ต่างๆ

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

- โรงพยาบาลพระธาตูปัตย์มีการสร้างความรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดอัตราการป่วยและการระบาดของโรค โดยมีกระบวนการการสร้างความรู้และความเข้าใจดังต่อไปนี้

(1) การประชุมเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องในการรายงานโรค เช่น ER, OPD, IPD เป็นต้น

(2) แจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการตรวจหาเชื้อเพิ่มเติมกรณีโรคระบบทางเดินหายใจหรือโรคเกี่ยวเนื่องจากอาหารและน้ำ เช่น Nasopharyngeal swab, Throat swab, Rectal swab เป็นต้น

(3) การอบรมเพิ่มองค์ความรู้ให้กับ อสม. หรือผู้นำชุมชนในพื้นที่

(4) การชี้แจงแนวทางการรายงานโรคให้รวดเร็วทันเวลาตามมาตรการการควบคุมโรค ให้ทุกหน่วยงานทราบทั้งภายในและภายนอกองค์กร

(5) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ครอบครัวนโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

(6) การอบรมเชิงปฏิบัติการ การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่, การซ้อมแผนเฝ้าระวังสารเคมีรั่วไหล, รวมถึงการซ้อมแผนรับมือกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1) (2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:

- การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยแนวทางการจัดการผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยเข้าข่าย/ยืนยัน รวมถึงผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งการจัดการออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ผู้สัมผัสใกล้ชิด ในครัวเรือน เช่น การสัมผัสผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ (ญาติ/สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล/ผู้อาศัยในบ้านเดียวกัน) โดยไม่สวมหน้ากากอนามัย นานเกิน 5 นาที โดยมีการจัดการแนวทางปฏิบัติเฝ้าระวัง คือ 1.1 สำหรับกลุ่มทั่วไป ให้สังเกตอาการตนเอง 10 วัน (ไม่ต้องกักตัว) สามารถไปทำงานได้ปกติ แต่แยกพื้นที่ กับผู้อื่น โดยปฏิบัติตามมาตรการ universal prevention อย่างเคร่งครัด งดไปสถานที่ สาธารณะ งดรวมกิจกรรมรวมกลุ่มคน จำนวนมาก งดใช้ขนส่งสาธารณะที่ หนาแน่น ส่วนการเก็บตัวอย่างให้ตรวจ ATK เมื่อมีอาการของระบบทางเดินหายใจ

1.2 การเฝ้าระวังกลุ่ม 608 และเด็กเล็ก ให้งดการอยู่ใกล้ชิดกลุ่มดังกล่าว อย่างน้อย 10 วัน และการเก็บตัวอย่าง ให้ตรวจ ATK ด้วยตนเอง อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ 5 และในวันที่ 10 โดยเริ่มนับจากวันถัดจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งล่าสุด

2. ผู้สัมผัสใกล้ชิด ในที่ทำงาน และในชุมชน ให้เฝ้าระวังและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันกับ ข้อ 1 และพิจารณาตามความเหมาะสม

3. ผู้สัมผัสใกล้ชิด ของผู้ลักลอบเข้าราชอาณาจักร 1) ผู้ต้องกัก ที่ถูกกักตัวในห้องเดียวกัน 2) เจ้าหน้าที่ ที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วย เข้าข่าย/ยืนยัน/ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ อยู่ในระยะห่างไม่เกิน 2 เมตรจากผู้ป่วย เข้าข่าย/ยืนยัน/ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ซึ่งรวมระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้า นานกว่า 5 นาที โดยกักกันผู้สัมผัสในห้องกักเดิม ต่อเป็นเวลา 14 วัน และตรวจหาเชื้อด้วยวิธี ATK จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 6 - 7 หลังสัมผัส ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 13 - 14 หลังสัมผัส

- การดำเนินงานเฝ้าระวังโรค แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค โดยการตรวจคัดกรองโรคเชิงรุก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไทรระยะ 3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยกลุ่มโรค COPD, HIV, ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, ผู้ป่วย Old TB, และบุคลากรทางการแพทย์ ในพื้นที่ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี รวมถึงกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อวัณโรค

2. นำเข้าสู่ระบบการรักษา ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและส่งต่อคืนพื้นที่เพื่อกำกับติดตาม

3. การกำกับการกินยา (DOT) โดยกำหนดแนวทางในและจำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงคอยกำกับ และดูแลอย่างเคร่งครัด เช่น ความร่วมมือจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วย เป็นต้น

- การเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่องค์กร และตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- มีการกำหนดแนวทางให้หน่วยงานในโรงพยาบาล ได้แก่ ER, OPD, IPD ต้องรายงานโรคที่เฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยผ่านหลายช่องทางการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ หรือการรายงานผ่านช่องทาง Line Application เพื่อประสานทีม SRRT ในการออกสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป
- มีการรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานหลักของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ (HosXP) ทุกวัน รวมถึงการรายงานข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโปรแกรม R506 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัด ตามมาตรการการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา

(3) (4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

- มีการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม R 506

(5) (6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

- มีการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ รวมถึงการคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรคในโปรแกรม HosXp และโปรแกรม R506

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

- มีการกำหนดช่องทางให้หน่วยงานในโรงพยาบาลทราบ ถึงโรคสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อเฝ้าระวังและรายงานโรคให้ทีม SRRT ทีม SAT และ JIT ทราบทันที เมื่อพบผู้ป่วย
- มีการกำหนดช่องทางรองรับการรายงานผู้ป่วย โดยกำหนด เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรค ในการรับรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง โดยการแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์หรือ Line Application รวมถึงมีการประสานการควบคุมโรคร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานเทศบาลนครรังสิต เพื่อควบคุมโรคในพื้นที่ให้ทันทั่วทั้งภายใน 24 ชั่วโมง

- มีทีม SRRT ทีม SAT หรือทีม JIT เพื่อทำหน้าที่แจ้งข่าวการระบาดของโรคหรือภัยสุขภาพในพื้นที่ของตนเองรวมทั้งเป็นแกนนำสำคัญในการควบคุมโรคในพื้นที่ร่วมกับ เทศบาลนครรังสิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- การตรวจจับ case โรคเฝ้าระวังเฉพาะรายในโรคอุบัติใหม่ มีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในด้านความจำเป็นต้องการพัฒนาระบบงานให้ได้มาตรฐานที่สำคัญขึ้น
- ความสำคัญและจำเป็นอย่างสูง มีการดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เป็นทั้งการดูแล สุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานและเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดต่อผู้รับบริการและให้ผู้ให้บริการมีสุขภาพที่ดี

(2) ทีม SRRT:

- ทีม SRRT/SAT/JIT ประกอบด้วยสหวิชาชีพ
- ทีม SRRT/SAT/JIT ได้รับการอบรมเพิ่มทักษะ องค์ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการควบคุมโรค
- ทีม SRRT/SAT/JIT เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วทันเวลา และมีประสิทธิภาพสามารถยุติการแพร่ระบาดของโรคได้

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

- มีอุปกรณ์ PPE เพียงพอต่อการสอบสวนและควบคุมโรค เช่น N95, face shield, cover all, leg cover, goggle, hood, Table shield ชุดกาวน์กันน้ำ, รวมถึงถุงมือ หน้ากากอนามัย (surgical mask) และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น
- มีอุปกรณ์ควบคุมโรคที่พร้อมอยู่เสมอ เช่น ทราयीที่มีฟอส หรือสารเคมีพ่นหมอกควัน เป็นต้น

(4) ช่องทางรับรายงาน: ผ่านกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กร งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค

- Mobile
- Line Application
- E-Mail
- Program R506

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

- ทีม SRRT หรือ JIT ดำเนินการสอบสวนเฉพาะรายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและตรวจหาเชื้อสงสัยเพิ่มเติม
- ทีม SAT มีความพร้อมในการประเมินสถานการณ์รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการควบคุมโรค
- มีแนวทางการสอบสวนโรคเฉพาะรายที่พร้อมและเพียงพอ

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

- ทีม SAT/JIT วิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงค้นหาแหล่งรังโรคเพิ่มเติม
- ดำเนินการทำให้ทำลายแหล่งรังโรค เช่น กรณีพบผู้ป่วยโรคไขเลือดออกให้ดำเนินการควบคุมโรค ตามมาตรการ 3-3-1 คือ 3 ตัวแรก แจ้งพื้นที่ภายใน 3 ชั่วโมง 3 ตัวที่สอง ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายใน 3 ชั่วโมง และ 1 ตัวสุดท้าย คือ ลงสำรวจควบคุมและพ่นสารเคมีภายใน 1 วัน ภายใน รัศมี 100 เมตร และเฝ้าระวังต่อเนื่อง 28 วัน

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

- การติดตามสถานการณ์โรคสม่ำเสมอโดยเครือข่าย SRRT ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

- มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโดยแจ้งสถานการณ์โรคเมื่อเกิดการระบาดไปยังเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อทราบสถานการณ์การระบาดของโรคที่สำคัญ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนนำในการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ การป้องกันโรคที่ถูกต้องกับประชาชนเพื่อเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ
- วิเคราะห์สถานการณ์โรคของพื้นที่ตำบลพระธาติปัตย์ อำเภอชัยบุรีอำเภอใกล้เคียงและจังหวัดปทุมธานีและสถานการณ์โรค ที่สำคัญระดับประเทศจัดทำเป็นแบบรายงานสถานการณ์และเผยแพร่ข้อมูล

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:

- มีการรายงานโรคทันเวลาตาม พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ 2558

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- จัดกิจกรรมจิตอาสา พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- การร่วมกิจกรรมดำเนินการควบคุมโรคพร้อมด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่
- การจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชนในชุมชน เพื่อกระตุ้นและสร้างเสริมความรู้ที่ยั่งยืน
- การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา
- การปฏิบัติการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงการรับมือทุกรูปแบบ ภายใต้การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การจัดเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ สื่อสิ่งพิมพ์ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรให้ทันต่อสถานการณ์

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
61.การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 61.1 นโยบาย แผน การติดตามประเมินผล บุคลากรทรัพยากร	3	L	● พัฒนาองค์ความรู้และทักษะการรายงานเฝ้าระวังโรคในชุมชนของ อสม. รวมถึงประสานชุมชนและสร้างเครือข่ายการแจ้งข้อมูลเพื่อการสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว
61.2 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง	3	D	● การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานการณ์โรคสำคัญ เพื่อนำมาวิเคราะห์รวมถึงการวางแผนป้องกันภัยสุขภาพและการระบาดของโรคในพื้นที่
61.3 การตอบสนองต่อการระบาดและการเผยแพร่ข้อมูล	3	A	● การดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่อย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ ● จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในภาคีเครือข่าย ● การคืนข้อมูลให้ชุมชนผ่านรถประชาสัมพันธ์หรือผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	75 %	80.77	84.11	85.71	100	85.71
2.ร้อยละดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ปี 61-62 = 65% ปี 63-65 = 75%	98.67	91.21	68.94	59.93	78.57
3.ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	65%	94.69	64.85	40	33.78	84.62
4.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์อายุ 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรหลังคลอด/แท้ง	80%	80	75.76	90	100	100
5.ร้อยละของเด็ก0-5ปีมีพัฒนาการสมวัย	85%	97.34	89.84	72.39	62.89	77.92
6.ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ	60%	NA	70	100	100	100
7.ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	54 %	45.12	48.24	58.54	56.25	64.01
8.ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ปี 65 > 80%	71.40	79.40	81.10	81.60	82.7
9.ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	90%	97.37	98.41	94.91	87.67	91.58
10.ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	90%	96.40	98.55	90.18	82.84	90.04
11.ร้อยละของ Healthy aging	เพิ่มขึ้น จาก ปีงบประมาณ ที่ผ่านมา	98.46	99.32	99.06	99.10	99.63
12.อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วันหลังจำหน่าย	≥80%	90	100	100	88	100
13.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	< 5 %	5	2	4	2	4
ii. บริบท						
ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:						

“นครรังสิต” เป็นคำที่ใช้เรียกรวมชุมชนทุกแห่งในพื้นที่ตำบลประชาธิปัตย์ ที่อยู่ในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่ทั้งหมด 20.80 ตารางกิโลเมตร บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้ชื่อเทศบาลนครรังสิตซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ มีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล เป็นจุดศูนย์กลางในการเดินทางต่อไปยังหลายจังหวัดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคตะวันออก ประชากรในพื้นที่มีความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีประชากรแฝงทั้งคนไทยและแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก โดยบริบทชุมชนเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรค่อนข้างมาก และมีอัตราการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง มีสถานที่สำคัญทางสังคมคือ วัด 3 แห่ง โบสถ์ 1 แห่ง ศาลเจ้า 6 แห่ง สถานศึกษารวมทั้งของรัฐและเอกชน 25 แห่ง มีการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรมจำนวนมาก กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่างๆ รวม 33 แห่ง มีตลาดค้าส่งขนาดใหญ่ มีรถไฟฟ้าสายสีแดง ทำให้นครรังสิตเป็นเมืองที่เติบโตมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของสังคมและคุณภาพชีวิต มากมาย

พื้นที่ตำบลประชาธิปัตย์ มีทั้งหมด 6 หมู่ มีชุมชน 84 ชุมชน โดยแบ่งการรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข เป็น 2 ส่วนคือ พื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครรังสิต (ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 5 ศูนย์) ได้แก่ หมู่ 1-4 ตำบลประชาธิปัตย์ ซึ่งมีชุมชนในเขตพื้นที่ 53 ชุมชน และพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ได้แก่ หมู่ 5-6 ตำบลประชาธิปัตย์ ซึ่งมีชุมชนในเขตพื้นที่จำนวน 31 ชุมชน มีจำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎร จำนวน 84,463 คน และจากการสำรวจ จำนวน 200,000 คน (สำรวจปี 2565)

ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ตำบลประชาธิปัตย์ ต้องการการเข้าถึงบริการ ความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย มีหน่วยบริการใกล้บ้านคอยดูแลคนในชุมชน ความเป็นมิตร ความเป็นกันเอง สื่อสารเข้าใจง่าย ได้รับการดูแลเท่าเทียมกัน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม

ศักยภาพของชุมชน/เครือข่ายในชุมชน จัดบริการสุขภาพในชุมชนในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Cup) จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์, ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 ศูนย์ (อปท.), รพ.สต. 2 แห่ง, เทศบาลเมืองคูคต, เทศบาลเมืองลำสามแก้ว 2 แห่ง มี อสม. ในพื้นที่ 345 คน แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ขั้วเคลื่อนนโยบายสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)หรือ Distric Health Board (DHB) ของอำเภอ

ปี 2565 จัดตั้ง PCU 1 แห่ง (รพ.สต. วัดประยูร) มีทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (FamMed) และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ตำบลประชาธิปัตย์ มีเทศบาลนครรังสิตเป็นผู้ดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลและสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่จะจัดให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้มารับบริการ เพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาให้ครอบคลุมทุกด้านตามความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีงบประมาณจำนวนมากเพียงพอต่อการอนุมัติโครงการเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ และสิ่งแวดล้อม กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม มีจิตอาสาและบริการ พัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี (ปี 64 ร้อยละ 14.90) รวมถึงผู้พิการ กลุ่มเปราะบาง โดยมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

มีระบบการบริหารจัดการและดูแลสุขภาพสอดคล้องกับกลุ่มวัย โดยบูรณาการทุกภาคส่วน ดังนี้

1. มีระบบการบริหารจัดการและดูแลสุขภาพแม่และเด็กระดับอำเภอ และจังหวัด MCH Board ประชุมทุก 3 เดือน เพื่อประชุมแลกเปลี่ยน ติดตาม ดูแลหญิงตั้งครรภ์ กำหนดแนวทางการแก้ปัญหา การส่งต่อ และการนิเทศ ติดตาม เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM โดยมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมพัฒนาการเด็กประจำ โรงพยาบาล 1 คน และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 1 คน เพื่อประเมิน TEDA4I มีพยาบาล มีสนมแม่ ประจำหอผู้ป่วย

2. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

3. อำเภออนามัยเจริญพันธุ์

4. ชุมชนต้นแบบ : ชุมชนต้นแบบ Fast ด้วยสมอง สองมือ แลหัวใจ,ชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs

5. ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ LTC : ชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยภาคีเครือข่าย อสม. CG,IMC

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตำบลประชาธิปไตย ที่ต้องเฝ้าระวังแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มโรคติดต่อ (CD) ได้แก่ โรคโควิด 19, วัณโรค, HIV, ไข้เลือดออก

2. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCD) ได้แก่ DM, HT, Stroke, Stemi, COPD, Asthma

3. ภัยสุขภาพ ได้แก่ Teenage pregnancy และเด็กเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า พันธุ

กลุ่มเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. สตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ปัญหาในกลุ่มวัยนี้ ได้แก่ Teenage pregnancy การฝากครรภ์ไม่ครบ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ และเด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ เด็กพัฒนาการไม่สมวัย

2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ปัญหาในกลุ่มวัยนี้คือ ปัญหาพันธุ ภาวะโภชนาการ

3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15-21 ปี) ปัญหาในกลุ่มวัยนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตั้งครรภ์ซ้ำ

4. กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) ปัญหาในกลุ่มวัยนี้คือ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ DM HT Stroke Stemi

5. กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มคนพิการ ปัญหาในกลุ่มวัยนี้คือ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Sepsis ภาวะการขาดคนดูแลผู้ป่วยติดเตียง พลัดตก หกล้ม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากฐานข้อมูลสุขภาพของตำบลประชาธิปไตย พบผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังมีจำนวนมากและจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี อัตราป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 35 ปีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้นทำให้การคัดกรองสภาวะสุขภาพและการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนมีความสำคัญยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคในช่องปาก จากการสำรวจสภาวะช่องปากนักเรียนประถมศึกษาเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลประชาธิปไตยจังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2563 พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี มีฟันแท้ผุร้อยละ 44.3 โดยมีฟันแท้ผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 26.55 เหงือกอักเสบร้อยละ 24.86 ซึ่งปัญหาดังกล่าว หากไม่มีมาตรการในการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก จะส่งผลให้สูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และส่งผลให้เด็กนักเรียนสูญเสียฟันแท้ขึ้นเนื่องจากโรคฟันผุ ดังนั้นการตรวจสุขภาพช่องปาก การให้ทันตสุขศึกษา การเฝ้าระวัง สร้างเสริมสุขภาพช่องปาก การให้บริการทันตกรรมป้องกันก่อนเกิดโรค และการจัดระบบบริการทันตกรรมให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมตามความจำเป็นและการกระตุ้นสร้างเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเอง จะช่วยสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

ในกลุ่มสูงอายุและกลุ่มเปราะบางที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้มี CG ที่ผ่านการอบรม ดูแลและติดตามเยี่ยมที่บ้าน ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในกรณีที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลมีเครือข่ายบริการเร่งรีบรับส่งโดยมี CG เป็นผู้ประสาน

iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

โรงพยาบาลประชาธิปัตย์และเครือข่ายร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชน ที่ทีมงานได้ ปรับปรุงกระบวนการประเมินความต้องการของชุมชนโดยพัฒนาการจัดการสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ด้วยการ

1. ทบทวนและกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชนที่รับผิดชอบทั้ง 6 หมู่ ให้ชัดเจนเพื่อสื่อสารให้เครือข่ายบริการ ได้รับทราบเป็นแนวทางเดียวกัน ในเวทีประชุม Cup board
 2. ค้นหาปัจจัยและความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพในชุมชน แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของชุมชนกับภาคีเครือข่ายและชุมชน เพื่อออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นตามศักยภาพ และความจำเป็น
 3. ร่วมกันกำหนดสถานะสุขภาพของประชาชนที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อให้บริการที่เหมาะสมไปในทิศทางเดียวกัน
 4. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ได้แก่ smart COC เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแล ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
- การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน แยกตามกลุ่มวัย ดังนี้

- กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย

งานอนามัยแม่และเด็ก พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การฝากครรภ์ล่าช้า ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลไม่เปิดบริการรับฝากครรภ์

การดำเนินงาน : ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ในตำบลเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดยอาสาสมัครสาธารณสุข จัดตั้งคลินิกนมแม่เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย พร้อมให้การดูแลและตอบคำถามในมารดาหลังคลอดโดย Miss milk และแพทย์แผนไทย และติดตามเยี่ยมมารดา และทารกหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์ ส่งเสริมให้มารดามีความรู้ในการดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีคุณภาพ และให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำติดตามให้มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีได้รับบริการคุมกำเนิดทั้งการฉีดยาและการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันปัญหาท้องซ้ำ มุ่งเน้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้มากกว่า 6 เดือน

ผลการดำเนินงาน ในปี 65พบปัญหาตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 25 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจากต่างจังหวัด ย้ายถิ่นมาอยู่ในตำบลประชาธิปัตย์ เมื่อตั้งครรภ์ซ้ำแล้ว หลังคลอดคุมกำเนิดให้

การพัฒนา : การป้องกันเชิงรุก ให้ อสม. และเจ้าหน้าที่ ศบส.ลงพื้นที่ สำนวญหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทุกหมู่ ถ้าพบว่าตั้งครรภ์ให้แนะนำมาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน และในชุมชน

- การคัดกรองพัฒนาการเด็กในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบปัญหา หน่วยบริการ ศบส. ทั้ง 4 ศูนย์ไม่ได้ประเมิน DSPM เนื่องจากไม่ได้ผ่านการอบรม ใช้เครื่องมือ DSPM ไม่เป็น

การดำเนินงาน : เยี่ยมเสริมพลังในเครือข่าย ประสานกับศูนย์เด็กเล็กของเทศบาลนครรังสิต,โรงเรียนอนุบาลเอกชนในพื้นที่ให้ความรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ ทั้ง 4 แห่ง ครูและผู้ปกครอง ทำให้ค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเข้ามารับการคัดกรองในโรงพยาบาลประชาธิปัตย์

มีการวางแผนร่วมกันระหว่างครูและพยาบาลพัฒนาการเด็กและพฤติกรรมในการส่งเสริมให้เด็กกลับมาพัฒนาการสมวัย ในรายที่ไม่สามารถติดตามได้ มีการส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์สาธารณสุขของเทศบาลในพื้นที่เข้าไปติดตามเด็กเพื่อให้กลับมาเข้าระบบการดูแล ในรายที่พัฒนาการล่าช้าส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561 พบเด็กในศพด.เป็นออติสติก 2 ราย พัฒนาการล่าช้าทุกด้าน 1 ราย ได้รับการส่งต่อไปเพื่อการรักษา และพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแล้วกลับมาสมวัยแล้ว จำนวน 21 ราย ในปี 2562 ยังมีเด็กที่คัดกรองแล้วพบว่าพัฒนาการไม่สมวัยต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจำนวน 18 ราย การขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กในปี 2563 ถึง ปี 2564 มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 และตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดสูงสุดในจังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลต้องปรับกลยุทธ์ในการให้บริการเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งด้านอาคาร สถานที่ บุคลากร เพื่อรองรับผู้ป่วยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งหน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ดังนั้นบุคลากรในคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงสถานที่ในการดำเนินงานต้องปฏิบัติตามนโยบายและสถานการณ์ที่เกิดการระบาดที่รุนแรง มีผู้ป่วยโควิด 19 เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก เพื่อการจัดการกับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินให้เกิดความปลอดภัย ทันเวลา ได้มาตรฐาน ทำให้โรงพยาบาลต้องปิดบริการงานในคลินิกบางส่วน ซึ่งงานบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในโรงพยาบาลต้องปิดให้บริการด้วยเช่นเดียวกัน ทำให้ขาดการติดต่อกับผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ารายเก่า ในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนปฐมวัยปิดการเรียนการสอน คุณครูไม่สามารถช่วยประเมินพัฒนาการเด็กให้ได้ทำให้การค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหายไป เมื่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ลดลง บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการได้เริ่มกลับมาให้บริการในช่วงเดือนตุลาคม 2564 จึงได้เร่งดำเนินการติดต่อประสานผู้ปกครองจัดทำกลุ่ม line official และสื่อสารด้วย Vedio call ในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน และใช้ช่องทางนี้ในการส่งข้อความต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก การดูแลด้านโภชนาการเด็ก โดยให้ผู้ปกครองมีองค์ความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน

ผลการดำเนินงาน : เจ้าหน้าที่ใน ศบส. ทั้ง 4 แห่งใช้คู่มือ DSPM ได้ ส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามาในโรงพยาบาล ผู้ปกครองพึงพอใจในช่องทางการใช้line official และสื่อสาร Vedio call กับพยาบาลพัฒนาการเด็ก

การพัฒนา : การเฝ้าติดตาม ลงเยี่ยมเสริมพลัง เครือข่ายบริการทุกแห่ง ดำเนินการลงเยี่ยมเสริมพลังศูนย์บริการสาธารณสุขแล้ว 2 แห่ง และมีแผนในการลงเยี่ยมอีก 2 ศูนย์ เดือน กรกฎาคม 2565

- กลุ่มเด็กวัยเรียน พบปัญหา โรงเรียนปิดการเรียนการสอนในช่วงมีการระบาดของโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถคัดกรองเด็กได้ตามเกณฑ์

โดยปกติมีการประเมินคัดกรองตามเกณฑ์งานอนามัยโรงเรียน ตรวจร่างกาย ตรวจพื้นฐาน 10 ท่า ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งคัดกรองปัญหาทางสุขภาพ เพื่อค้นหาเด็ก นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ความผิดปกติทางสายตา ภาวะโลหิตจาง สุขภาพช่องปากเพื่อให้เด็กที่มีความผิดปกติทางสุขภาพได้รับการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับผู้ปกครองและโรงเรียนป้องกันการเกิดโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ให้วัคซีนเสริม HPV ในเด็กผู้หญิงทุกรายระดับชั้น ป.5 และฉีดกระตุ้นวัคซีน dT กับเด็กในระดับชั้น ป.6 ทุกๆราย จัดทำโครงการทอ้งไม่

พร้อมเพื่อเสริมทักษะชีวิตโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการวางแผนครอบครัว

การดำเนินการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน โดยส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย โดยให้โรงเรียนเข้าร่วมโครงการก้าวทำใจ Season 4 และมีการอบรมแกนนำนักเรียนอาสาสมัครผู้ช่วยโควิด 19 จำนวน 6 คน ในโรงเรียนสายปัญญา และโรงเรียนธัญบุรีเพื่อให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมถึงคอยให้ความช่วยเหลือ เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

- กลุ่มเด็กวัยรุ่น พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สูบบุหรี่

การดำเนินงาน : จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ในเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลใกล้ชิด ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การรณรงค์ป้องกันนักดื่มหนักสูบบุหรี่ใหม่และผู้ใช้สารเสพติด ทั้งในโรงเรียนและในชุมชน

การดำเนินงาน : ปี 65 จัดให้มีโครงการเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมปลอดบุหรี่ในชุมชนนาร่อง ม.5 ภายใต้ชื่อเครือข่าย ชุมชน คนเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้จัดตั้งศูนย์ในชุมชน ดำเนินการโดย อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำในหมู่บ้านเพื่อให้บริการให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก วัยรุ่น และประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่ มีระบบส่งต่อ กรณีที่ต้องได้รับการรักษา หรือพบแพทย์ ปัจจุบันมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 8 ราย

- กลุ่มวัยทำงาน พบปัญหาคนในชุมชน และโรงงาน ป่วยเป็นโรค NCDs พบป่วยเป็นโรค HT DM

มีการประเมินคัดกรองสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง คัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูก เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลทั่วถึงและมีคุณภาพ ทั้ง 6 หมู่ จัดกิจกรรมร่วมกับรพสต.เครือข่ายจัดโครงการชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัยคัดกรองในไตรมาสแรกสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน ส่วน ศบส. ทั้ง 4 ศูนย์ เริ่มคัดกรองประชาชนในวัยทำงาน 15-59 ปี เดือนกรกฎาคม ของทุกปี ประสานข้อมูลสุขภาพและอาชีวอนามัยของแรงงานกับโรงงานในพื้นที่เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินสภาวะสุขภาพ

กลุ่มสุขภาพดี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ2ส. การส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองสุขภาพ เพื่อคงการมีสุขภาพดี ทุกปี

กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ2ส. การสร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้ฝึก ทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ข้อมูลประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

กลุ่มป่วย รักษา วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาวะแวดล้อม ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ฝึกทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ข้อมูล ประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม โดย CM และทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน อบต. อบจ

- กลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุในตำบลประจักษ์ศิลปชัย นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 15.59 ของประชากร กลุ่มผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองพฤติกรรม

สุขภาพและ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activities of Daily Living (ADL) แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่ม ตัดสังคม ตัดบ้านและตัดเตียง

กลุ่มตัดสังคม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อม และการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ ในชุมชน จัดกิจกรรมผู้สูงอายุทุก 1 เดือน

กลุ่มตัดบ้าน เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และเพิ่มศักยภาพใน การพึ่งพาตนเอง ของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัดเตียง เน้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่าง ๆ จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC จำนวน 244 คนให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดย care giver จำนวน 17 คน

* กลุ่มผู้พิการได้รับ การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพจากทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ และอปท. อสม. และผู้นำชุมชน

- กลุ่มผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ปี 2565 ได้จัดตั้งทีมหมอครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว 1 ท่าน มีการนำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานงานเชื่อมโยงกับ เครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วย รพสต. อปท เทศบาลนครรังสิต เทศบาลคูคต เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อบจ. อสม. และผู้นำชุมชน ให้บริการเยี่ยมบ้าน ในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันฟู และส่งต่อ ตลอดจน ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ สามารถดูแลผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและชุมชน ให้บริการวัคซีนโควิด 19 และ วัคซีนไขหวัดใหญ่ 100%

- ด้านอื่นๆ

งานทันตกรรมใช้กระบวนการค้นหาปัญหาเชิงรุกและกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการออกไปให้บริการ ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เน้นการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มที่ยังไม่เกิดโรค ฟันผุตามระดับวิทยาและกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคได้แก่การให้บริการเคลือบฟลูออไรด์วานิชในเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อ ป้องกันฟันผุ การให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันกรามแท้ซี่แรกๆ ในเด็กนักเรียนชั้น อนุบาล 3 ป.1 และป. 2 และให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันกรามแท้ซี่ที่ 2 ผู้ ในเด็กนักเรียนชั้นป.6 ในโรงเรียนภาครัฐ จำนวน 4 แห่ง และเอกชนจำนวน 9 แห่ง ส่วนกลุ่มเด็กนักเรียนที่เกิดโรคฟันผุ รวมถึงเด็กที่มีเหงือกอักเสบและมีหินปูนใน โรงเรียนของรัฐจำนวน 4 แห่ง ได้จัดระบบรับเด็กนักเรียนที่มีปัญหามารับบริการทันตกรรมอย่างครอบคลุมที่ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ส่วนโรงเรียนภาคเอกชนได้ทำหนังสือแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบเพื่อพาเด็กนักเรียนใน ปกครองมารับบริการตามความจำเป็น และการจัดกิจกรรมช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID 19) ทำการแก้ไขการติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนโดยจัดประชุมครูโรงเรียนในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีซึ่งมี ครูเข้าร่วมประชุมในห้องและ online โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครูและผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการติดตาม การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี นอกจากนี้มีการให้บริการเด็กนักเรียนที่มีฟันแท้ผุ ดดยนัดหมายผู้ปกครองให้พาดิ่กนักเรียนมาอุดฟันชั่วคราวไว้ก่อนเพื่อป้องกันฟันผุลุกลามในช่วงที่กลุ่มงานทันตกรรม งดทำหัตถการที่มีการฟุ้งกระจาย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ทำให้มีการปรับกระบวนการการทำงานในชุมชนให้เข้ากับ สถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว โดยยึดหลัก New Normal มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย อบรม อสม.

วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน 3 คน เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มาแจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน การใช้ชุดตรวจ ATK ด้วยตัวเอง การใช้ Smart อสม. ในการรายงานผล

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

ทีมงานได้มีการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ได้แก่ อสม. สมาชิกสภาเทศบาล อบจ. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา กลุ่มจิตอาสาต่างๆ จัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายเพื่อร่วมกันจัดบริการสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดย มีโครงการ LTC สร้าง Care giver เพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่งเสริมให้มีชมรมสร้างสุขภาพ จัดตั้งชมรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ 12 ชุมชน จำนวนสมาชิก 2,900 คน

โครงการศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วย เทศบาลนครรังสิต เพื่อบริการดูแลรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต อุบัติเหตุต่างๆ และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นำส่ง สถานพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และปลอดภัยดำเนินการร่วมกับ อาสาสมัครกู้ชีพ – กู้ภัย ภาคประชาชนในปีงบประมาณ 2562 ประชาชนผู้ประสบเหตุได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมพื้นที่เขตเทศบาล จำนวน 2,750 ราย

งานทันตกรรมได้ร่วมมือกับเทศบาลนครรังสิต โรงเรียนทั้งภาครัฐและเอกชน สมาคมผู้ปกครอง โดยเน้นให้ทันตสุขศึกษา การเฝ้าระวัง การให้บริการป้องกันและรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ การเคลือบฟลูออไรด์วานิชในเด็กก่อนวัยเรียน การเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันฟันกรามแท้ๆ รวมถึงการอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน และทันตกรรมเฉพาะทางหากจำเป็น

ปี 2565 ดำเนินโครงการงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร ที่ชุมชนคุ้มเกล้าเจริญสุข หมู่ 3 ตำบลประจักษ์ศิลปชัย โดยลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และประชาชน เพื่อให้เป็นชุมชนสีขาวต้านภัยยาเสพติด เดือนมิถุนายน 65 เริ่มดำเนินการ สแกนตามบ้านเพื่อค้นหาผู้เสพยาเสพติด และนำสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู

การประเมินและปรับปรุง:

ทีมงานมีการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยสรุปผลการดำเนินงานประจำปี เป็นรายไตรมาส และคืนข้อมูลให้กับชุมชน ภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันวางแผนการ ดำเนินงานในปีต่อไป

โครงการที่ดำเนินการเพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพประชาชนในชุมชน

1. สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย ร่วมกับเทศบาลนครรังสิต ตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสโควิด-19 ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจต่อประชาชนชาวนครรังสิต จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ป่วย และจัดบริการฉีดวัคซีน ให้กับประชาชนในพื้นที่เทศบาลนครรังสิต

2. โครงการในกลุ่มสตรี และปฐมวัย ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่เปิดให้บริการคลินิกฝากครรภ์ ให้บริการคลินิก WCC มีการประสานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ให้บริการฝากครรภ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

การคัดกรองพัฒนาการเด็ก มีเครื่องมือในการคัดกรองครบทุกศูนย์ จัดให้มีการเยี่ยมเสริมพลังแก่เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์และครูในแต่ละ ศพด.ของเทศบาล เป็นครู ในการสอนการใช้เครื่องมือ DSPM มีช่องทางการปรึกษา

ทางโล และการส่งต่อมายังโรงพยาบาล ได้ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลัง ศูนย์ 1 และศูนย์ 2 แล้ว อยู่ระหว่างดำเนินการอีก 2 ศูนย์

3. โครงการในกลุ่มวัยเรียน มีการแบ่งพื้นที่โรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียน เช่น โครงการเสริมธาตุเหล็กในเด็กป.1-ม.3 โรงพยาบาลสนับสนุนยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้โรงเรียนในเขตเทศบาล และเชิญชวนให้เทศบาลเห็นความสำคัญ และนำโครงการเข้าแผนประจำปีของกองทุนต่อไป โครงการสูงดี สมส่วน ประสานกับเทศบาลและโรงเรียนในพื้นที่ ตำบลประชาธิปไตย ให้คัดกรองนักเรียนทุกปี

4. การคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน

4.1. ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ดำเนินการทั้ง 6 หมู่ โดย ม.1-ม.4 ดำเนินการโดยเทศบาลนครรังสิต ใช้งบประมาณจากกองทุน จัดเดือน กค. ของทุกปี หมู่ ม.5-ม.6 ดำเนินการโดยโรงพยาบาลประชาธิปไตย ปี 65 ใช้เงินบำรุง ดำเนินงานไตรมาสแรกของปี

ปัญหา อุปสรรค - ระยะเวลาในการดำเนินการของเทศบาล แปรผันตามรอบของการอนุมัติงบประมาณ ทำให้การประมวลผล การคัดกรอง และการคืนข้อมูล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ตรงกัน มีผลต่อการส่งข้อมูลใน HDC แนวทางการแก้ไข - ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อจัดบริการตามประเภทของสุขภาพ ปรับการลงข้อมูล ให้เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน

4.3 ให้ความรู้เรื่องกลุ่มโรคภาวะฉุกเฉิน 3 S Stoke Stemi Sepsis แก่ อสม. รพสต. เทศบาล และเครือข่าย การเข้าถึงบริการ โดยมีการสนับสนุนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลนครรังสิต ในการเรียกรับบริการฉุกเฉิน โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายในการอบรม ALS,BLS ให้กับเทศบาล FR และ อสม.

5. วัยผู้สูงอายุ เทศบาลมีโครงการดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเตียง LTC ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วย 244 ราย อบรม CG ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลจัดกิจกรรม ชมรม ผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ประจำทุกเดือน

มีพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์ เชื่อมประสานกับทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลในการออกเยี่ยมบ้าน

6. อื่นๆ

6.1 งานทันตกรรมพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนช่วงอายุ 12 ปี มีผลจากหลายปัจจัยทั้งจากภายนอกและภายในโรงเรียน เช่น สถานที่ในโรงเรียนไม่อำนวยให้มีกิจกรรมการแปรงฟันของนักเรียน มีร้านค้าที่ขายอาหารหวาน ครอบรอบอยู่ทั้งในและรอบนอกโรงเรียน จึงได้มีการประสานกับทางโรงเรียนให้จัดสถานที่ เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากให้นักเรียน และณรงค์ไม่ขายอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก รวมถึงให้ความรู้กับผู้ปกครองและตัวนักเรียนเอง ซึ่งปัจจุบันทางโรงเรียนได้มีการปรับปรุงสถานที่ จัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และส่งเสริมกิจกรรมแปรงฟันที่โรงเรียน นอกจากนี้ยังได้กำหนดชนิดอาหารที่จำหน่ายภายในโรงเรียนอย่างเหมาะสม

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1)ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

* มีการสร้างเสริมพลังชุมชนร่วมกับเทศบาลนครรังสิต จากบทเรียนการสร้าง Care giver ในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม ด้วยกระบวนการต่อไปนี้

1.วิเคราะห์ปัญหาชุมชน ร่วมกับชุมชนและเทศบาลนครรังสิต พบว่ามีผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลรังสิต จำนวน 32 คนบางส่วนขาดคนดูแลเนื่องจากบุตรหลานไปทำงาน

2.รับสมัคร Care giver และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3.Care giver ออกปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน จำนวน 17 คน

ผลการดำเนินการส่งผลให้ผู้ป่วย เดินได้ 1 คน และผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการดูแลของ Care giver ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมีการสร้างเสริมพลังชุมชนโดยการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน และค้นหาข้อมูลชุมชน หมู่ 6 และเลือกชุมชนปทุมเจริญสุข เป็นชุมชนต้นแบบ“ด้วยสมอง สองมือ และหัวใจ ” โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นโรคฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงในการเข้าถึงบริการ โดยใช้กระบวนการต่อไปนี้ ทีมเจ้าหน้าที่ค้นหาข้อมูลปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรค Stroke STEMI Sepsis ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา และร่วมออกแบบเครื่องมือศึกษาชุมชน (แบบสอบถาม ประเมินความรู้ และพฤติกรรมในชุมชน) ชุมชนใช้เครื่องมือ เก็บข้อมูลชุมชน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาออกแบบกระบวนการร่วมกับชุมชน และติดตามประเมินผล ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง มีศักยภาพเรื่องรู้จักอาการเตือนของโรคหลอดเลือดและการติดเชื้อรู้จักการโทร 1669 รู้จักโรงพยาบาลที่รับ Fast Track รู้จักกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ใน ปี 65 ได้ขยายชุมชนต้นแบบไปยังชุมชนอยู่เจริญ และชุมชนพงษ์ศิริ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ระหว่างดำเนินการโอกาสพัฒนา(กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการ)

* เครือข่ายชุมชนคนเลิกบุหรี่ในชุมชน นำโดย อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่ จัดตั้งศูนย์คัดกรองในชุมชน ลงทะเบียนผู้สนใจเลิกบุหรี่ ให้ความรู้โทษของบุหรี่ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ส่งต่อเพื่อการบำบัด เริ่มดำเนินการเดือน กุมภาพันธ์ 2565 มีผู้สนใจเข้ามาในศูนย์คัดกรองในชุมชน จำนวน 43 ราย และส่งต่อเข้ามาในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล 8 ราย

(2)การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

- ชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมสุขภาพรายกลุ่มทุกเดือน
- กลุ่มจิตอาสาธนาคารบุญ ดูแลผู้ป่วย Palliative care
- โครงการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์วัดแสงสรรค์ หนึ่งวัดหนึ่งตำบล และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพและให้การรักษาในรายพบความผิดปกติ
- โครงการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษา
- โครงการ TO BE NUMBER ONE

ปี 2565

• โครงการ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน มีอสม. ผ่านการอบรม 3 คน เพื่อตอบโต้ภาวะการเกิดโรคระบาด และเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย สอนวิธีการตรวจ ATK ด้วยตนเองได้

- โรงเรียนอาสารอบรู้สู้ภัยโควิด คัดเลือกนักเรียนโรงเรียนสายปัญญารังสิต
- โครงการ อสม. ด้านการสาขาโรคป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ม. 5 ตำบลประชาธิปไตย

- โครงการหมอบรรเทาในเครือข่ายสุขภาพทั้ง 11 แห่ง
- จัดตั้งเครือข่ายชุมชนคนเลิกบุหรี่ในชุมชน บริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ชุมชน ซอย 40
- ชุมชนสีขาวปลอดภัยยาเสพติด ชุมชนคุ้มเกล้าเจริญสุข ม.3 ต. ประชาธิปัตย์ บำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)
- โครงการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โรงเรียนราษฎร์ โรงเรียนสวนหมวกกันน็อค 100%

(3)การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

- สอนการแปรงฟันให้นักเรียนทุกระดับชั้น ทุกโรงเรียนที่รับผิดชอบ
 - สอนการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยให้ผู้ปกครองโดยเป็นวิทยากรให้กับศูนย์เด็กเล็ก 5 แห่ง
 - สอนกายภาพบำบัด การเคลื่อนไหวในกลุ่มสูงอายุในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
 - การออกกำลังกายในกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุในโครงการของเทศบาลนครรังสิต
- ปี 2565

- สอนการ ล้างมือ การสวม PPE เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ให้ อสม. มูลนิธิ เทศบาล จิตอาสา บุคลากร ในโรงพยาบาล ห้างสรรพสินค้า โรงงาน วัด โรงเรียน และในชุมชน

- สอน อสม และผู้สูงอายุ ประเมินภาวะสมองเสื่อม การตรวจวัดสายตา ตรวจเท้า การออกกำลังกาย การประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

- สอน อสม. และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตรวจ ATK ด้วยตนเอง
- HL ในหญิงตั้งครรภ์
- การออกกำลังกาย ในโปรแกรม ก้าวทำใจ 4.0
- การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในชุมชน ผ่าน Application line
- กลุ่ม Line Official ครอบครัวเบาหวาน , กลุ่ม Line Official ครอบครัวความดันโลหิต
- กลุ่ม Line Official พัฒนาการเด็ก

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

- โครงการทำความดีด้วยหัวใจ ทำความสะอาดวัดรังสิตโดยร่วมกับเทศบาลและอาสาสมัครชุมชน
- โรงเรียนในเขตรับผิดชอบมีการปรับปรุงสถานที่ จัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และส่งเสริม

กิจกรรมแปรงฟันที่โรงเรียน นอกจากนี้ยังได้กำหนดชนิดอาหารที่จำหน่ายภายในโรงเรียนอย่างเหมาะสมตามโครงการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษา

ปี 2565

- ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยป้องกันโรคโควิด 19 ในโรงเรียนทุกแห่งในพื้นที่ ตำบลประชาธิปไตย โดยใช้หลักการ Thai Stop Covid
- ประเมิน COVID Free Setting และ Thai Stop Covid+ ในสถานประกอบการ และโรงงาน
- ประเมิน Green and clean ในระดับดีมาก plus และ OHS (Occupational Safety And Health Risk Assessment Standard)
- เทศบาลนครรังสิตสนับสนุนงบประมาณชมรมลีลาศ/ชมรมแอโรบิก ในเทศบาลนครรังสิต ผู้เข้าร่วมชมรม จำนวน 400 คน
- มีสถานที่ในการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจ ในพื้นที่ตำบลประชาธิปไตย 18 แห่ง ได้แก่ สนามกีฬา 8 แห่ง สวนสาธารณะ 10 แห่ง
- จัดกิจกรรมรณรงค์ กำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน ร่วมกับภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การพัฒนางานฝากครรภ์ในชุมชน

การพัฒนางานฝากครรภ์ในชุมชน : การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายงานฝากครรภ์ในชุมชน โดยการเปิดเครือข่ายประสานงานกับอสม.ทางไลน์ และประสานกับเครือข่ายบริการของเทศบาลและคลินิกเอกชนทางโทรศัพท์ในการค้นหา,ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และมีการรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติหรือรายที่มีภาวะเสี่ยง ,การช่วยเหลือในการติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัดเป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดทำโครงการติดตามเยี่ยมและส่งเสริมการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานฝากครรภ์ เช่น การบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิตทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาและติดตามหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนทั้งในรายปกติและในรายที่มีความเสี่ยงได้เร็วขึ้น

การสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในชุมชน จากการที่งานพัฒนาการเด็กเป็นงานที่ได้รับความสนใจไม่มากนักจากอาสาสมัครสาธารณสุข เพราะต้องใช้ทักษะประกอบกับองค์ความรู้ในการคัดกรองเด็ก โรงพยาบาลประชาธิปไตยจึงได้สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยโดยการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทุกชุมชนในเขตเทศบาลและอบรรมครูและผู้ดูแลเด็กทั้งในศูนย์เด็กเล็กและในโรงเรียนอนุบาลทุกแห่งในตำบลประชาธิปไตย และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการดำเนินงานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการอบรมสามารถคัดกรองและค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้เร็วขึ้น และได้ส่งต่อเด็กที่ต้องการประเมินในระดับซับซ้อนมารับบริการในคลินิกพัฒนาการที่โรงพยาบาลประชาธิปไตยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ การที่ครูผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถคัดกรองและค้นหาเด็กได้ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความสนใจและให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมเลี้ยงดูเพราะเห็นว่าพัฒนาการเด็กมีความสำคัญต่อการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

การพัฒนาโรงเรียนสายปัญญารังสิตเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร โรงเรียนสายปัญญารังสิต เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ สังกัดสำนักงานมัธยมศึกษาเขต 1 จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้มีการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเคยผ่านการประเมินระดับเพชรในปี 2554 แต่หลังจากภาวะอุทกภัย ทำให้อาคารสถานที่เสียหาย และเอกสารในการปฏิบัติงานสูญหายหลายส่วน โรงเรียนจึงขาดความพร้อมในการประเมิน

ระดับเพชร ในปี 2561 โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัยได้เข้าประชุมร่วมกับผู้บริหารโรงเรียน บุคลากรครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลายครั้ง เพื่อร่วมกันดำเนินการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน ตลอดจนพัฒนารูปแบบของการดำเนินงานโรงเรียนให้สามารถรับการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร และได้ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจากศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

ปัจจุบันปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยกลุ่มหลักของงานกายภาพบำบัด โดยส่วนมากผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทางแผนกกายภาพบำบัดจึงได้จัดคันทันนวัตกรรม การฝึกกล้ามเนื้อ มือ ด้วยการทำไม้ อัดมาสร้างให้เป็นแท่งคู่พร้อมกับมีอุปกรณ์เสริมความยาก เช่น ให้ผู้ป่วยร้อยหนังยางกับแท่งไม้ หยิบลูกปัด หยิบไม้หนีบผ้า เป็นการให้ผู้ป่วยฝึกใช้มือในท่าต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบจับสิ่งของ ทานข้าว ดัดกระดูกเสื่อได้ด้วยตนเอง หลังจากการฝึกพบว่ากล้ามเนื้อของผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นและยังพบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น ตักข้าว ดัดกระดูกเสื่อ หยิบจับสิ่งของทั้งใหญ่และเล็กได้ มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 5 คน และช่วยให้ผู้ป่วยทั้ง 5 คน สามารถฟื้นฟูตนเองได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นนวัตกรรมชิ้นนี้จึงเป็นผลงานอีกชิ้นหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปีการศึกษา 2561 พัฒนาโรงเรียนดวงกมลซึ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษาในเขตรับผิดชอบ ให้มีการดำเนินงานโครงการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปากอย่างต่อเนื่อง และได้รับรางวัลโรงเรียนจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพดีเด่นระดับจังหวัดในปี 2560

ปี 2565

- พัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิเข้มแข็ง จัดตั้ง PCU 1 แห่ง ที่ รพ.สต. วัดประยูร มีทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ FamMed 1 ท่าน และทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลแบบองค์รวม การเข้าถึงบริบทของชุมชน การทำงานกับเครือข่าย ผลการพัฒนา ความเชื่อมั่นของพื้นที่ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลและเครือข่าย

- การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิดดาว (5 ดาว) ผ่านทั้ง 2 รพ.สต. (Re ac. 1 แห่ง)
- พัฒนาศักยภาพ อสม. ในชุมชนได้รับรางวัล อสม. ดีเด่นระดับจังหวัดสาขาโรคป้องกันและควบคุม

โรคไม่ติดต่อ

- ได้รับประกาศนียบัตรจากกรมอนามัย รับรองว่าโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัยได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก ปี 2564 และอยู่ระหว่างการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน	3	I	1. เน้นการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ในเครือข่ายสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการ 2. เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและ

			องค์กร ผลงานเชิงรุก บูรณาการงานทั้งเครือข่าย ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง 3.พัฒนามาตรฐานงานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในรพ. /รพ. สต/สบส.
--	--	--	---