Service Profile

บริการ/ทีม: งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลแก่งคอย

พฤศจิกายน 2565

สารบัญ

	หน้า
1. บริบท (Context)	**3**
ก. หน้าที่และเป้าหมาย	**3**
ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) :	**3**
ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ :	**4**
ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :	**5**
จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ :	**7**
ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ - ข้อจำกัด :	**11**
2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	**16**
3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)	**20**
4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ	**25**
4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)	**25**
4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ	**28**
5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง	**29**

Service Profile

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก่งคอย

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) :

งานผู้ป่วยนอก มีหน้าที่ให้บริการคัดกรอง ประเมินสภาพ และจำแนก (Triage) ประเภทผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงตามสภาวะของโรคอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเกิดความพึงพอใจในการมารับบริการ

ข. **ขอบเขตของการจัดการบริการ**

เปิดบริการในวัน เวลาราชการ

1. ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ครอบคลุมการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการตรวจสุขภาพผู้รับบริการที่มาขอใบรับรองแพทย์ต่างๆ

2. งานบริการตรวจพิเศษ ได้แก่ การตรวจภายใน,ตรวจมะเร็งปากมดลูก,การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การทำ Ultrasound, งานบริการหลังตรวจ การให้คำปรึกษา/คำแนะนำต่างๆ การจัดการระบบนัดผู้ป่วย, การประสานหน่วยงานผู้ป่วยใน,ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย รวมทั้งการประสานงานกับทีม/หน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน

3. บริการรักษาพยาบาล คลินิกเฉพาะโรคต่างๆได้แก่

วันจันทร์	เช้า คลินิกความดันโลหิตสูง
	บ่าย คลินิก Warfarin(สัปดาห์ 2,4)
วันอังคาร	เช้าคลินิกโรคหอบ สัปดาห์ 1, 3 ,4
	คลินิกสุขภาพใจ สัปดาห์ที่ 2
วันพุธ	เช้า คลินิกเบาหวาน
	บ่าย เวชศาสตร์ครอบครัว

วันพฤหัสบดี เช้าคลินิกเบาหวาน

พฤหัสบดีสัปดาห์ที่2 เช้า-บ่าย คลินิกชะลอไตเสื่อม

วันศุกร์ เช้า คลินิกความดันโลหิตสูง

วันศุกร์สัปดาห์ที่4 เช้า บ่าย ,คลินิกชะลอไตเสื่อม

4. เปิดบริการหน่วยปฐมภูมิ ให้บริการวันจันทร์, พุธ ,พฤหัส

ดูแลผู้ป่วย ประชากร ต.ตาลเดี่ยวหมู่ที่ 8, 9 ,10, 11

ประชากร ต.บ้านป่า หมู่ 10, 11

ประชากร ต. ชำผักแพว (รพ.สต. ชำผักแพว) หมู่ 3, 5, 6, 7, 9/ ชำผักแพว (รพ.สต. ดอนจาน) หมู่ 1, 3, 4, 8

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ :

ผู้รับบริการ	ความต้องการ
- ผู้ป่วย/ญาติ	- ได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน,รวดเร็วตามลำดับคิว - มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการ - ให้บริการด้วยความเต็มใจ กิริยาวาจาสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส - ได้รับการตรวจอย่างถูกต้อง เหมาะสม - สถานที่ให้บริการสะดวก สะอาด อากาศถ่ายเทดี - ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ชัดเจนเข้าใจง่าย, มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และเพียงพอ
- บุคคลภายนอกที่มาติดต่อ	การต้อนรับที่เป็นมิตร และได้รับความร่วมมือช่วยเหลืออย่างดี ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ชัดเจน
- แพทย์,พยาบาล	การปฏิบัติงานตามขั้นตอนต่างๆอย่างถูกต้อง มีการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล	การประสานงานที่ดี มีความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพที่ดีในการประสานงาน

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

หน่วยงาน/บุคลากร (ลูกค้าภายใน)	ความต้องการ
- แพทย์,พยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	การปฏิบัติงานตามขั้นตอนต่างๆอย่างถูกต้อง มีการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน การประสานงานที่ดี มีความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพที่ดีในการประสานงาน
- งานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	การจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ/ ฉุกเฉินรุนแรงอย่างถูกต้อง รวดเร็ว

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

1. ความถูกต้อง
   - เน้นในเรื่องการระบุตัวบุคคล ผู้ให้บริการต้องถามชื่อ-สกุลผู้รับบริการก่อนให้บริการทุกครั้ง
2. ความรวดเร็ว

- จัดให้มีระบบการให้บริการ Fast tract ในผู้ป่วยกลุ่ม ACS, Stroke
- มีการจัด Criteria ลำดับการเข้ารับบริการตามสภาพปัญหาและความเร่งด่วนอย่างชัดเจน
- ปรับลดระยะเวลารอคอยในแต่ละขั้นตอน เช่นการใช้ระบบ paperless สามารถลดระยะเวลารอคอยการค้นหาเวชระเบียน, การรายงานผล Alert Labs
- ปรับลดระยะเวลาการรอเจาะLAB มีการ Key Lab ล่วงหน้าผู้ป่วยจะไม่ได้รอซักประวัติ ไปเจาะLAB ได้เลย ลดระระเวลาการรอคอย ปกติรอเจาะเลือด 47 นาที ลดลงเหลือ 9 นาที

3. ความปลอดภัย
   - จัดให้มีพยาบาล Triage อย่างน้อยวันละ 1 คน ในการคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและส่งต่อจุดบริการอื่นๆได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละประเภท
   - มีการจัดโซนการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ และมีการจัดช่องทางประชาสัมพันธ์เรื่อง Early Warning Signs ไว้หลากหลายช่องทาง
   - จัดโซนแยกผู้ป่วยไอเรื้อรังสงสัย TB ,โซนแยกสงสัย CO-VID
   - มีแผนปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ
   - สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคน เข้ารับการฝึกอบรมการช่วยพื้นคืนชีพ, การซ้อมแผนอัคคีภัย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิงมือถือ และมีการซ้อมแผนปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง

4. ความพึงพอใจ
   - มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปีละ 3 ครั้ง รวมทั้งการนำข้อมูล/ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับระบบของผู้มารับบริการที่มาตรวจสุขภาพขอใบรับรองแพทย์ให้ได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น
   - มีการให้ข้อมูล/ คำแนะนำด้านสุขภาพ และขั้นตอนการรับบริการในทุกจุดบริการ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

ผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ไม่ทราบข้อมูลจำเป็นที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

การ Review Case Stroke ที่ Refer ในปี 2561 จำนวน 37 ราย พบว่า

ร้อยละ 89.19 เป็นผู้ป่วยรายใหม่

ร้อยละ 10.81 เป็น Recurrent Stroke

ร้อยละ 54.05 เป็นกลุ่ม In golden perious

ร้อยละ 45.95 เป็นกลุ่ม without golden perious

ร้อยละ 72.94 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ รพศ.ภายในเวลา 30 นาที ตามที่กำหนด

Risk : ที่พบ กลุ่ม without golden perious มีจำนวน 17 ราย

ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ไม่ทราบประวัติการรักษา

ผู้ป่วยจำนวน10 ราย เป็นผู้ป่วยที่รักษาในร.พ.แก่งคอย โดยเป็นผู้ป่วยใน Clinic DM,HT 7ราย / รักษา DM,HTที่ OPD 3 ราย

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ stroke แล้วมา ร.พ. ระยะเวลาน้อยสุด 8 ช.ม. มากสุด 2 สัปดาห์ (เป็นผู้ป่วยในคลินิก)

ปัญหา คือ การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและญาติที่ต้องรีบมา รพ.ให้เร็วที่สุด

จากการ Review Case Stroke ,MI ที่ Refer รพ.สบ. (วิเคราะห์จากผู้ป่วย DM, HT ที่มาตรวจที่ OPD) ปี 2562 – 2563

ปี 2562 ผู้ป่วย HT จำนวน 2,130 ราย เป็น Stroke 34 ราย คิดเป็น 1.60 % เป็น MI 11 ราย คิดเป็น 0.50 %

ผู้ป่วย DM จำนวน 623 ราย เป็น Stroke 6 ราย คิดเป็น 0.96 % เป็น MI ไม่พบ

ปี 2563 ผู้ป่วย HT จำนวน 2,302 ราย เป็น Stroke 34 ราย คิดเป็น 1.47 % เป็น MI 8 ราย คิดเป็น 0.34 %

ผู้ป่วย DM จำนวน 716 ราย เป็น Stroke 6 ราย คิดเป็น 0.8 % เป็น MI ไม่พบ

พบปัญหาเดิม คือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความตะหนัก เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมา รพ.ให้เร็วที่สุด และการดูแลผู้ป่วย HT DM ที่ตรวจที่ OPD อาจไม่ครอบคลุมตาม CPG งาน OPD ร่วมกับองค์กรแพทย์ จึงได้พยายามนัด ผู้ป่วยเข้าระบบของ NCD clinic เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการดูแลแบบองค์รวมในคลินิกที่มีคุณภาพมากขึ้น

ความเสี่ยงสำคัญที่พบ 5 อันดับแรกได้แก่

1. การจัดลำดับความรุนแรงและการประเมินสภาวะผู้ป่วยผิดพลาด/ล่าช้า
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอรับบริการ
3. ผู้รับบริการร้องเรียนเรื่องระบบบริการล่าช้า
4. การให้บริการไม่ทัน
5. การระบุตัวผู้ป่วยผิด

ความเสี่ยง	เป้าหมาย	แนวทางป้องกัน/แก้ไข
1. การจัดลำดับความรุนแรงและการประเมินสภาวะผู้ป่วยผิดพลาด/ ล่าช้า **ปี 2562** พบ 2 ราย คือ case UGIB, STIMI Case UGIB สาเหตุจากพยาบาลจุดซักประวัติไม่ได้ปฏิบัติตาม Guidelines Triage go to ER Case STIMI สาเหตุจากพนักงานเปลที่รับผู้ป่วย ไม่มั่นใจ/ ขาดความรู้ทักษะด้านการประเมินผู้ป่วย/ กลัวเอา Case ไปส่ง แล้ว ER ไม่รับ Case **ปี 2563** พบ 2 ราย **Case stroke** ไม่ได้ซักประวัติ ระยะเวลา Last well seen ซักได้แต่อาการชา จึงส่งพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัย Stroke แต่ไม่ Fast Track **Case MI** ผู้ป่วยทุพพลภาพนั่งรถเข็น มาด้วยแน่น	0 ครั้ง	- จัดให้มีพยาบาล Triage อย่างน้อยวันละ1คน/ พยาบาล Triage ทำหน้าที่เดิน round ค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินรุนแรง/ฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นระยะเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว และปลอดภัยในการรับบริการ กรณีพยาบาล triage ไม่ได้อยู่ประจำจุด ให้พยาบาลจุดคัดกรองทำหน้าที่แทน - จัดทำ Guidelines Triage go to ER ร่วมกับทีม PCT และมีการปรับปรุงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - เพิ่มพูนความรู้ทักษะของบุคลากรในการประเมินอาการผู้ป่วย เน้นเรื่อง Early warning sign และเน้นให้ปฏิบัติตาม Guidelines Triage go to ER ทุกครั้ง - ทบทวนกิจกรรมประจำวันกรณีการส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน ในรายที่ refer เพื่อเสริมทักษะความรู้การซักประวัติในกลุ่มโรค MI, และ Stroke - แจ้ง ผู้ปฏิบัติงานให้ทราบการซักประวัติให้ครอบคลุม ชัดเจน ใช้แนวทาง Guidelines Triage go to ER ทุกครั้ง - เพิ่มพูนความรู้ทักษะของบุคลากรในการซักประวัติโดยเฉพาะ CASE ที่สงสัย

หน้าอก ญาติบอก คนไข้พูดไม่ได้ มี Underlying Old CVA,HT,DLP พยาบาลส่งเข้าพบแพทย์ แพทย์สั่ง EKG ผลมี ST Elevate at V2 V3 V4 V5 เป็น NSTEMI		stroke ,MI - แจ้งแนวทางปฏิบัติจาก PCT ให้พยาบาลจุดซักประวัติทราบว่าสามารถทำ EKG ในกลุ่มคนไข้อายุเกิน 35 ปี ที่มาด้วยอาการแน่นหน้าอก และให้ลัดคิวตรวจได้ และรายงานผล EKG ให้แพทย์ทราบทันทีหลังทำ EKG เสร็จ
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอรับบริการ **ปี 2561** พบ 1 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการ แล้วเกิดอาการเกร็ง 2 ครั้ง (คนละวันกัน) ในขณะรอซักประวัติ และขณะรอรับยา **ปี 2562** พบ 1 ราย มีอาการเป็นลมจากภาวะ Severe Pain ขณะรอตรวจ **ปี 2563** พบ 2 ราย 1. ผู้ป่วยชักขณะรอเรียกซักประวัติ เป็น caseที่ไปตรวจที่ EXT เรื่องชักแล้วล้ม แพทย์ส่งผู้ป่วยมา X-RAY ไม่มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วย 2. Case severe pain ผู้ป่วยปวดท้องขณะรอตรวจเป็นลม 1 ราย	0 ครั้ง	- มีการจัดโซนการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ และมีการจัดช่องทางประชาสัมพันธ์เรื่อง Early Warning Signs ไว้หลากหลายช่องทาง - มีแผนปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ - สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคน เข้ารับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และมีการซ้อมแผนปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง - กรณีพยาบาลหมุนเวียนเน้นให้มีการปฏิบัติตาม Guidelines Triage go to ER หากไม่แน่ใจให้ใช้ระบบ consult พยาบาล staff. ก่อนทุกครั้ง - กรณีที่มีการส่งผู้ป่วยมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มระหว่าง Ext. และโรงพยาบาลแก่งคอย 60 เตียง ให้มีการส่งต่อข้อมูลจำเป็นในการเฝ้าระวังเหตุไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยและญาติทุกราย และจัดให้มีรถรับส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล - พยาบาลหมุนเวียนเน้นให้มีการปฏิบัติตาม Guidelines Triage go to ER หากไม่แน่ใจให้ใช้ระบบ consult พยาบาล staff. ก่อนทุกครั้ง
3. ผู้รับบริการร้องเรียนเรื่องระบบบริการ	0 ครั้ง	- มีการนำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมผู้บริหารและทำการปรับปรุงระบบบริการในผู้รับบริการที่มาขอใบรับรองแพทย์ให้มีความสะดวกและ

ปี 2562 พบเหตุการณ์ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ และทำหนังสือร้องเรียนผ่านศูนย์เรื่องราวร้องทุกข์ของรัฐบาล 1111/ เรื่องการให้บริการล่าช้าในผู้รับบริการที่มาขอใบรับรองแพทย์ 1 ครั้ง -ปี 2563 พบเหตุการณ์ผู้รับบริการร้องเรียนทางสื่อ ON LINE ไม่พึงพอใจเรื่องการพูดจา 1 ครั้ง		รวดเร็วขึ้น - มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปีละ 3 ครั้ง รวมทั้งการนำข้อมูล/ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง - มีการประชาสัมพันธ์ถึงสาเหตุ/ข้อขัดข้องของระบบบริการให้ผู้รับบริการทราบทุกครั้งเป็นระยะ - เชิญ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องมาพูดคุยหาข้อเท็จจริงในที่ประชุมคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาล และให้ปรับปรุงแก้ไข พฤติกรรมบริการ และวางแผนการนิเทศงานร่วมกับกลุ่มการพยาบาล
4. การให้บริการไม่ทัน ปี 2562 พบอุบัติการณ์ การให้บริการผู้รับบริการไม่ทันในภาคเช้า จำนวน 2 ครั้ง สาเหตุจาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่มารับบริการพร้อมกันในช่วงเช้ามากกว่าช่วงบ่าย รวมทั้งบุคลากรแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถบริการได้ทันเวลา และต้องรอตรวจตอนบ่าย -ปี 2563 การให้บริการไม่ทัน พบอุบัติการณ์ การให้บริการผู้รับบริการไม่ทันในภาคเช้า จำนวน 11 ครั้ง สาเหตุจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มารับบริการพร้อมกันในช่วงเช้ามากกว่าช่วงบ่าย รวมทั้งบุคลากรแพทย์ไม่เพียงพอส่วนใหญ่เป็นคนไข้มาตรวจสุขภาพประจำปีที่รอผลเลือดหลายตัว	0 ครั้ง	- ประชาสัมพันธ์ และขอความร่วมมือแพทย์/หน่วยงานที่นัดผู้ป่วยมาตรวจกรณี case ที่ไม่ต้อง NPO มา ให้หลีกเลี่ยงการนัดผู้ป่วยมาตรวจในภาคเช้า - มีการประสานงานกับภาคเอกชน เช่น บริษัทต่างๆที่มีความประสงค์จะส่งพนักงานมาตรวจสุขภาพพร้อมกันคราวละมากๆ แนะนำให้มาติดต่อประสานงานกับงานอาชีวอนามัยก่อน เพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมในการให้บริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และให้มีผลกระทบกับผู้รับบริการที่มาตรวจด้วยเรื่องปัญหาด้านสุขภาพน้อยที่สุด - ประสานงานกับองค์การณ์แพทย์และงานอาชีวอนามัยถ้ามี LAB ที่ไม่ได้งดน้ำและอาหาร ให้มารับบริการช่วงบ่าย - แจ้งผู้รับบริการทราบถึงสาเหตุที่ต้องรอตรวจบ่ายเพื่อลดความไม่พึงพอใจ

และมี X- RAY, EKG ทำให้ไม่สามารถบริการได้ทันเวลา และต้องรอตรวจตอนบ่าย		
5. การระบุตัวผู้ป่วยผิด ปี 2562 พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ใน case ที่เป็นชาวต่างด้าว สาเหตุจากชาวต่างด้าวไม่ยื่นเอกสารระบุตัวตนในครั้งแรกที่มารับบริการ และมีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่มีล่ามมาด้วย- ปี 2563พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ใน case ที่เป็นผู้สูงอายุรถนั่งไม่มีญาติ สาเหตุจากเวรเปลถามคำถามนำผู้ป่วยพยักหน้า ชื่อใบนำทางไม่ตรงกับผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติการ WI	0 ครั้ง	- มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยโดยทีม IM และมีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง - มีการทบทวนและหาสาเหตุ และปรับปรุงกรณีเกิดข้อผิดพลาดเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้ง - กรณีชาวต่างด้าว เน้นเรื่องการนำเอกสารที่สามารถระบุตัวตนได้ มีรูปถ่ายและแนะนำให้มีล่ามมาด้วยทุกครั้ง - ประชุมชี้แจงเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยให้กับ เวรเปลทุกคนให้ทำตาม WI และติดตามประเมินการปฏิบัติงาน - ผู้ป่วยสูงอายุแนะนำให้นำญาติมาทุกครั้งและให้ญาติอยู่ด้วยขณะเข้าตรวจ

ฉ. ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ – ข้อจำกัด

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน :

ลักษณะสำคัญของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก่งคอย ประกอบด้วยห้องตรวจโรค 4 ห้อง มีแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยวันละ 3 – 5 ท่าน, มีพยาบาลปฏิบัติงานวันละ 5 คน(ไม่รวมหัวหน้างาน) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน วันจันทร์, พุธ,พฤหัส มีพยาบาล 4 คน

ผู้รับบริการ ปี 2559 = 52,189 ครั้ง เฉลี่ย/วัน = 212 visit./ ผู้รับบริการ ปี 2560 = 51,248 ครั้ง เฉลี่ย/วัน = 208 visit.

ผู้รับบริการ ปี 2561 = 61,706 ครั้ง เฉลี่ย/วัน = 254 visit/ ผู้รับบริการ ปี 2562 = 55,706 ครั้ง เฉลี่ย/วัน = 279 visi

ผู้รับบริการ ปี 2563 = 50,816 ครั้ง เฉลี่ย/วัน = 225 visit

ข้อมูล 5 อันดับโรคของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2560 – 2563 มีดังนี้

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1.HT= 20,777 visit/ 5,751 คน	1.HT= 20,820 visit/ 5,997 คน	1.HT= 20,312 visit/ 5,497 คน	1.HT= 17,197 visit/ 6,632 คน
2. Acute nasopharyngitis(Commom cold) = 14,102 visit/ 9,410 คน	2. Acute nasopharyngitis(Commom cold) = 14,295 visit/ 9,360 คน	2. Acute nasopharyngitis(Commom cold)= 12,859 visit/ 8,775 คน	2. Acute nasopharyngitis(Commom cold)= 10,444 visit/ 7,430 คน
3. DM = 8,943 visit/ 2,497 คน	3. DM = 9,264 visit/ 2,570 คน	3. DM = 9,106 visit/ 2,388 คน	3. DM = 9268 visit/ 2983 คน
4.Dyspepsia= 4,396 visit/ 3,225 คน	4.Dyspepsia= 4,564 visit/ 3,339 คน	4. Dorsalgia = 5,497 visit/1,810 คน	5.Other disorder of muscle = 5137 visit/ 3438 คน
5. Dorsalgia = 4,013 visit/ 1,671คน	5.Other disorder of muscle = 4,357 visit/ 2,994 คน	5. Dyspepsia= 4,002 visit/ 2,988 คน	5. Dyspepsia= 3833 visit/ 2828คน

บุคลากร

พยาบาลวิชาชีพประจำการ (รวมหัวหน้างาน) 4 คน

พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียน 2 คน

พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

ศักยภาพ/จุดเด่นด้านผู้ปฏิบัติงาน :

บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ความสามารถ มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตร พยาบาลเวชปฏิบัติศัลยกรรมอุบัติเหตุ และเวชปฏิบัติทั่วไป และมีการทำงานร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกทีม

ข้อจำกัดด้านผู้ปฏิบัติงาน :

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน
2. ความรู้/ทักษะของพยาบาลหมุนเวียน

การจัดตารางเวร บางเวร ยังมีการจัดให้พยาบาลเวร 8 ที่นานๆจะมาปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ทำให้มีปัญหา เช่นการประเมินผู้ป่วยผิดพลาด หรือขาดความชำนาญในการทำหัตถการบางชนิด การซักประวัติไม่ครอบคลุม

วิเคราะห์ภาระงาน (Productivity) ปี 2561

สูตรการคำนวณ (**ที่มา** การบริหารการพยาบาลแนวใหม่ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2547**)**

1. จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (ADC) = 254 ราย (61,706 ครั้ง/ปี)
2. จำนวนชั่วโมงความต้องการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยนอก (NHPPD) = 0.25 (ชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน)
3. ปริมาณภาระงาน (Work load) = ผลรวมของชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท x จำนวนผู้ป่วยประเภทนั้น = 0.25 x 254 = 63.5
4. อัตรากำลังงานบริการผู้ป่วยนอก (Product FTE) = (ADC x NHPPD) ÷ 7 = (254 x 0.25) ÷ 7 = 9.07
5. อัตรากำลังที่ต้องการจริงต่อวัน = (Product FTE x 2,080) ÷ (260 x 8 = (9.07 x 2,080) ÷ (254 x 8) = 7.50 (ไม่รวมหัวหน้างาน)

การจัดอัตรากำลังจริงในปัจจุบัน = 5 คน / = **ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม 2 คน**

วิเคราะห์ภาระงาน (Productivity) ปี 2562

สูตรการคำนวณ

1. จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (ADC) = 279 ราย (55,706ครั้ง/ปี)
2. จำนวนชั่วโมงความต้องการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยนอก (NHPPD) = 0.25 (ชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน)
3. ปริมาณภาระงาน (Work load) = ผลรวมของชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท x จำนวนผู้ป่วยประเภทนั้น = 0.25 x 279 = 69.75
4. อัตรากำลังงานบริการผู้ป่วยนอก (Product FTE) = (ADC x NHPPD) ÷ 7 = (279x 0.25) ÷ 7 = 9.96
5. อัตรากำลังที่ต้องการจริงต่อวัน = (Product FTE x 2,080) ÷ (260 x 8) = (9.96 x 2,080) ÷ (260 x 8) = 9.96 (ไม่รวมหัวหน้างาน)

การจัดอัตรากำลังจริงในปัจจุบัน = 5 คน / = **ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม 4 คน**

วิเคราะห์ภาระงาน (Productivity) ปี 2563

สูตรการคำนวณ

1. จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (ADC) = 225 ราย (50,816ครั้ง/ปี)
2. จำนวนชั่วโมงความต้องการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยนอก (NHPPD) = 0.25 (ชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน)
3. ปริมาณภาระงาน (Work load) = ผลรวมของชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภท x จำนวนผู้ป่วยประเภทนั้น = 0.25 x 225 = 56.25
4. อัตรากำลังงานบริการผู้ป่วยนอก (Product FTE) = (ADC x NHPPD) ÷ 7 = (225x 0.25) ÷ 7 = 8

5. อัตรากำลังที่ต้องการจริงต่อวัน = (Product FTE x 2,080) ÷ (260 x 8 = (8 x 2,080) ÷ (260 x 8) = 16640 ÷ 2,080 = 8 (ไม่รวมหัวหน้างาน)

การจัดอัตรากำลังจริงในปัจจุบัน = 5 คน / = **ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม 3 คน**

ศักยภาพ/จุดเด่นด้านเครื่องมือ เทคโนโลยี :

มีเครื่องมือทันสมัย เพียงพอ

เครื่องมือที่สำคัญในการทำงาน/ให้บริการของหน่วยงาน

1. เครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง
   - เครื่อง EKG จำนวน 1 เครื่อง
   - เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด 2 เครื่อง
   - Laryngoscope 1 เครื่อง
2. เครื่องมือที่มีความเสี่ยงปานกลาง
   - เครื่อง Ultra Sound จำนวน 1 เครื่อง
   - เครื่องวัดความดันลูกตา (Schioetz) 1 เครื่อง
3. เครื่องมือที่มีความเสี่ยงต่ำ
   - เครื่องตรวจ หู ตา จมูก จำนวน 2 เครื่อง
   - เครื่องวัดความดันโลหิต
     - แบบอัตโนมัติ จำนวน 4 เครื่อง
     - แบบ manual ผู้ใหญ่ 3 เครื่อง, เด็ก 2 เครื่อง
   - โคมไฟสำหรับตรวจภายใน 1 อัน
   - เตียงตรวจภายใน 1 เตียง
   - Stethoscopes 10 อัน
- ปรอทวัดไข้ Digital = 5 อัน + ปรอทวัดไข้ทั่วไป = 20 อัน

- เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่, เด็ก อย่างละ 1 เครื่อง
- Set ตรวจภายใน size L=1 set M = 6 set/ S = 3 set
- ไมโครโฟน = 5 ตัว
- คอมพิวเตอร์ 11 เครื่อง
- Printer 7 เครื่อง
- รถ Emergency พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต 1 คัน

การดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือ

- มีการประเมินความพอเพียงในแต่ละปีและทำแผนจัดซื้อ
- มีประวัติเครื่องมือที่สำคัญ
- มีการตรวจความพร้อมใช้ในทุกเวร
- มีคู่มือและวิธีการใช้ติดไว้ที่เครื่อง
- มีการตรวจสอบจากภายใน 3 เดือน/ ครั้ง
- มีการดูแลรักษาเชิงป้องกัน เปลี่ยนอะไหล่ตามเวลาที่กำหนด
- มีการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก ปีละ 1 ครั้ง
- มีระบบสำรองเครื่องมือและระบบการยืมจากหน่วยงานอื่น

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

กลุ่มผู้มาใช้บริการ

- การจัด/แจกเอกสาร/แผ่นพับ (บอร์ด, ห้องตรวจโรค, โต๊ะซักประวัติ)
- การให้ความรู้รายบุคคล โดยสอดแทรกร่วมกับกับการทำงานประจำเช่น ขณะซักประวัติ หรือหลังตรวจ เป็นต้น
- การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้มาใช้บริการ
- การให้ความรู้และข้อมูลต่างๆทางจอมอนิเตอร์

บุคลากร

- การส่งเสริมให้ได้รับการตรวจสุขภาพ และการทดสอบสมรรถภาพประจำปี
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีการออกกำลังกายและปฏิบัติตามนโยบายด้านการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีดัชนีสุขภาพผ่านเกณฑ์ และมีความสุขในการทำงาน

2. กระบวนการสำคัญ(Key Processes)

กระบวนการสำคัญ(Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
1.การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, มีกระบวนการรับผู้ป่วยอย่างเหมาะกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย	- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในผู้ป่วยทั่วไป(Non urgent) ตั้งแต่แรกรับถึงพบแพทย์ไม่เกิน 60 นาที อัตราการคัดกรอง(Triage)ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินเร่งด่วน(Urgent)ไม่เกิน 30 นาที - อัตราการคัดกรอง(Triage)ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินไม่รุนแรง(Semi Urgent)ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
2.การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม	- มีการปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงร่วมกับทีม PCT ทุก 1 ปี - จำนวนครั้งของความผิดพลาดในการประเมินอาการ - อัตราผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ
3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพ	- อัตราผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้อง - อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM,HT ได้รับการส่งตรวจรักษาต่อเนื่องในคลินิกเฉพาะโรค

		- อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM (Lab ประจำปี,ตรวจตา,เท้า,ไต) - อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย HT(Lab ประจำปี,ต้อกระจก) - อัตราการดูแลผู้ป่วย DM,HT เพื่อชะลอไตเสื่อม

กระบวนการสำคัญ(Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indication)
4. การดูแลทั่วไป(General Care Delivery) - การจัด Criteria ลำดับการเข้าตรวจ - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ - การให้สุขศึกษา/ ให้คำแนะนำก่อน-หลังตรวจ	มีการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ	- อัตราผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วน(Urgent) ได้รับการดูแล/ตรวจรักษาภายในเวลา 30นาที - อัตราผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ - อัตราผู้ป่วยที่สงสัย Pul.TB.รายใหม่ทุกราย ได้รับการคัดแยก - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ
5. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง • มีการจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง • มีระบบเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม • มีความพร้อมด้านอุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการ	มีการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงทีปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ	- จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ - อัตราผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลและปลอดภัย

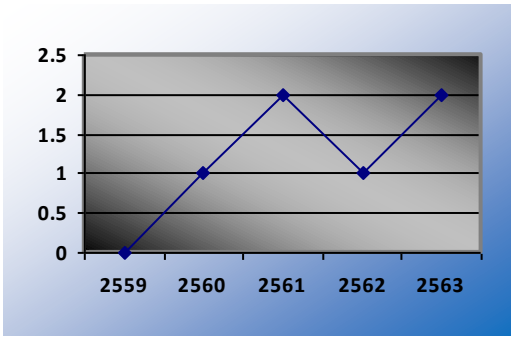
ฝึกอบรม • มีระบบงานที่ดีในการขอคำปรึกษาและการส่งต่อ • มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง		
6. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่นการสอนวัดไข้ การเช็ดตัว การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น - ผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะ กลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการให้ข้อมูลและ เสริมพลังในการดูแลตนเอง	- มีการส่งเสริมการ เรียนรู้จากผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	- อัตราผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว - อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 200 mg%ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายกรณีโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น - อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(อายุน้อยกว่า 60 ปี) ที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 mmHg.ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายกรณีโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 160/90 mmHg.ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายกรณีโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับความดัน

		โลหิตได้ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น
7. การดูแลต่อเนื่อง - มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม - มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง - มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย - มีการประสานด้านข้อมูลระหว่าง ร.พ.ส.ต.และโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย • ทีม PCT มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานและมีการ นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุง	มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	- อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - อัตราการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดนัด

3. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน(Performance Indicator)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอรับบริการ (0 ครั้ง)



ปี 2559 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างรอรับบริการ

ปี 2560 พบ 1 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ อ่อนเพลียนั่งนานไม่ได้ มีอาการจะเป็นลมขณะรอผลตรวจเลือด

ปี 2561 พบ 1 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการ แล้วเกิดอาการเกร็ง 2 ครั้ง (คนละวันกัน) ในขณะรอซักประวัติ และขณะรอรับยา

ปี 2662 พบ 1 ราย มีอาการเป็นลมเนื่องจาก Severe pain

ปี2563 พบ2 ราย 1 ระหว่างรอเข้าตรวจปวดท้องมากเป็นลม / 2 ร. พ ext ส่งมา X-RAY ผู้ป่วยชักแล้วล้มระหว่างรอเข้าตรวจมีอาการชัก

งานผู้ป่วยนอก ได้ทำการทบทวน และปรับปรุงระบบบริการดังนี้

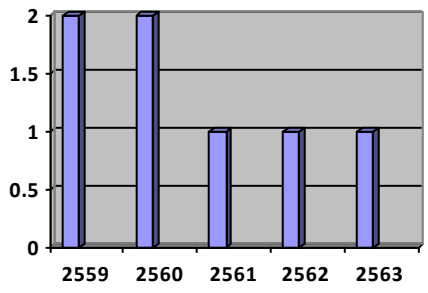
การจัดโซนการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทให้ชัดเจน

กำหนดให้มีการประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มฉุกฉินเร่งด่วนทุก 30 นาที

ประสานงานกับหน่วยงานอุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน กรณีที่รอผลตรวจเลือด แล้วมีอาการไม่คงที่หรือแย่ลง เช่น เวียนศีรษะมาก ดูอ่อนเพลียมาก ให้ประสานงานกับห้องฉุกเฉินเพื่อนำผู้ป่วยไป Observe อาการในช่วงรอผล Lab หรือ รอ ปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลสระบุรี

มีการ Set priority ให้ชัดเจนในด้านการจัดลำดับคิวตรวจ และในกรณีการลัดคิวตรวจ โดยเน้นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน ให้ได้รับการเข้าตรวจก่อน

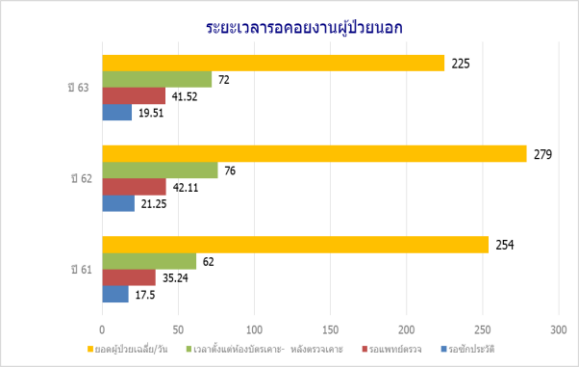
2. อุบัติการณ์ให้การรักษาผิดคน (0 ครั้ง)



ปี 2559 – 2560 พบอุบัติการณ์ ปีละ 2 ราย สาเหตุจากผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางด้านการระบุตัวผู้ป่วย การแก้ไข ได้กระตุ้นและเน้นย้ำในกิจกรรมหัวหน้าพาทำทุก 1 สัปดาห์ส่วนปี 61 – เดือน พ.ค.62 พบ ปีละ 1 ราย เป็นผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างด้าว มารับบริการแต่ไม่มีเอกสารใดๆมาแสดง และมีปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้ จนท.ห้องบัตร Key ข้อมูล การแก้ไข เน้นให้ผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างด้าวนำเอกสารแสดงตัวตน และควรให้มีล่ามมาด้วยทุกครั้ง

ปี 2563 1 ราย เวรเปลเข็นรถนั่งคนไข้ ผู้สูงอายุผิดคน ผิดใบนำทาง แก้ไขแจ้งแพทย์ทำการรักษาให้ถูกคนและแจ้งหัวหน้าเวรเปลประชุมชี้แจงให้ทำตามWI และติดตามประเมิน

3 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยทั่วไป(Non urgent) ไม่เกิน 90 นาที



ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่แรกรับถึงจุดบริการหลังตรวจ เป้าหมาย ไม่เกิน 90 นาที พบว่า ในปี 2559 – 2563 สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย มีแนวโน้มดีขึ้น โดยระยะเวลารอซักประวัติลดลงจากเดิม เนื่องจากมีการปรับระบบเป็นระบบ Paper-less ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอยในขั้นตอนนี้ได้ประมาณ 15 - 30 นาที

จากการวิเคราะห์ภาพรวมของระยะเวลารอคอย มีความผันแปรตามช่วงเวลา,จำนวนผู้มารับบริการ และปัจจัยอื่นๆ เช่นภาระงาน,อัตรากำลังของแพทย์ พยาบาล เป็นต้น โดยระยะเวลาที่มีแนวโน้มใช้ระยะเวลานานนานขึ้น ได้แก่ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มซักประวัติ - พบแพทย์จนถึงบริการหลังตรวจ เนื่องจาก

1. ผู้รับบริการกลุ่ม NCD มารับบริการเป็นลำดับต้นๆ และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล ทีมแพทย์จึงได้มีการสั่งตรวจวินิจฉัย ด้าน Lab, เอกซเรย์ รวมทั้งการส่งตรวจ EKG ครอบคลุมผู้รับบริการกลุ่ม NCD ทั้งหมด ทั้งในและนอกคลินิก เพื่อเป็น Baseline และตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัย และหาภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องใช้เวลารอคอยในแต่ละขั้นตอนบริการมากกว่าเดิม
2. ผู้รับบริการกลุ่มที่มาตรวจสุขภาพขอใบรับรองแพทย์ก่อนจ้างงาน, ตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจตามปัจจัยเสี่ยงการทำงาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับทางบริษัทที่ส่งผู้รับบริการมาตรวจ กำหนดรายการตรวจเพิ่มจากเดิมหลายรายการ เช่น เอกซเรย์ปอด เจาะ Lab ต่างๆ, ตรวจ EKG, ตรวจสายตา, ตรวจการได้ยิน, ตรวจสมรรถภาพปอด,ตรวจกล้ามเนื้อหลัง เป็นต้น จึงเป็นอีก 1 สาเหตุที่ทำให้ต้องรอรับบริการในขั้นตอนนี้นานขึ้น
3. งานบริการหลังตรวจ มีพยาบาล 1 คน ไม่เพียงพอกับภาระงาน เมื่อเทียบผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน ประมาณ 200 กว่าราย ซึ่งต้องมาพบพยาบาลหลังตรวจทุกราย โดยภาระงานพยาบาลหลังตรวจได้แก่
    - การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารต่างๆ เช่น ใบลา ใบรับรองแพทย์ ใบบันทึกข้อความของแพทย์ ใบ Refer ใบนัด
    - การตรวจสอบ Order แพทย์ กรณีสั่งตรวจ Lab, เอกซเรย์ หรือสั่งทำหัตถการต่างๆเพิ่มเติม
    - การประสานงานทั้งภายใน และนอกโรงพยาบาล เช่น การส่งผู้ป่วยไปฉีดยาต่อเนื่องที่ ร.พ.ส.ต.,การประสานงานกับแพทย์ กรณี Order ไม่ชัดเจน, การทำ Admit เป็นต้น
    - การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่างๆ เช่น การเตรียมตัวในการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป, การกรอกเอกสารต่างๆที่ผู้รับบริการต้องกรอกเอกสารให้ถูกต้อง เช่น ใบรับรองแพทย์ รวมทั้งการอธิบายลำดับขั้นตอนบริการต่างๆ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการสื่อสารกับผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

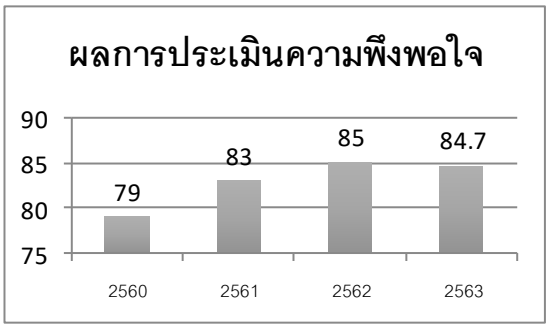
ปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้แนวโน้มด้านระยะเวลาการรอรับบริการนานขึ้น

การแก้ไข

- การประสานงานกับองค์กรแพทย์และหน่วยงานที่นัดผู้ป่วยมาตรวจ กรณีไม่งดน้ำ – อาหารมาเจาะเลือดตอนเช้า ขอความร่วมมือในการนัดผู้ป่วยมาตรวจตอนบ่าย
- เรียนเสนอผู้บริหารเรื่องการจัดอัตรากำลังตามความเหมาะสมกับภาระงาน

ในปี 2563 ระยะเวลา การให้บริการในขั้นตอนต่างๆลดลง เนื่องจากยอดผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลง เพราะมีการเปิดให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่ม ดูแลรับผิดชอบประชาชนใน ม. 8,9,10,11ต.ตาลเดี่ยว /ม.10,11 ต.บ้านป่า / ม.1,2,3,4,5,6,7,8,9 ต.ชำผักแพว และในปี 2563 มีการเปลี่ยนระบบการสั่ง Lab ล่วงหน้า ทำให้ผู้รับบริการที่งดน้ำ-งดอาหาร ได้ตรวจเลือดเร็วขึ้น ได้รับประทานอาหารเร็วขึ้น

4. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ(≥ 80%)



จากกราฟข้างต้นพบว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมพบว่า ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกปี 2560 – 2562 มีแนวโน้มดีขึ้น

ปี 2560 ระดับความพึงพอใจ = 79 % ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อยในเรื่องขั้นตอนการให้บริการ, ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำมีจำนวนน้อย อากาศร้อน เก้าอี้ไม่พอนั่ง และระยะเวลารอคอยเข้าพบแพทย์

ปี 2561 คะแนนความพึงพอใจ = 81% ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากขึ้น ด้านการให้ความรู้ คำแนะนำของบุคลากร, ความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ข้อเสนอแนะคือ ควรปรับปรุงเรื่องป้ายต่างๆให้ชัดเจน และด้านความแออัดของสถานที่ขณะรอรับบริการจุดต่างๆ

ปี 2562 คะแนนความพึงพอใจ = 85% ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้นในทุกด้าน

จากการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบย้อนหลัง พบว่ามีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากได้มีการนำข้อมูลความพึงพอใจรวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาปรับปรุงระบบบริการ เช่น การประชาสัมพันธ์ขั้นตอนบริการเป็นระยะ การจัดทำป้ายแสดงจุดบริการ หรือขั้นตอนบริการให้มีจำนวน และมีความชัดเจนมากขึ้น, การลดระยะเวลารอคอย เช่นการนำระบบ paper มาใช้, การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ, มีบริการเก้าอี้เสริมในช่วงเวลาที่มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก และมีที่นั่งไม่พอ สำหรับข้อเสนอแนะด้านที่จอดรถไม่เพียงพอ ได้นำเสนอทีมผู้บริหารโรงพยาบาล และมีการจัดสถานที่จอดรถเพิ่มเติม

ปี2563 พอใจบุคลากรมีความรู้ความสามารถ

มีระบบบริการเรียกคิว ทำให้ผู้รับบริการรับทราบคิวของตัวเอง

ได้รับบริการที่ตรงประเด็น

อุปกรณ์มีพอใช้ เพียงพอ

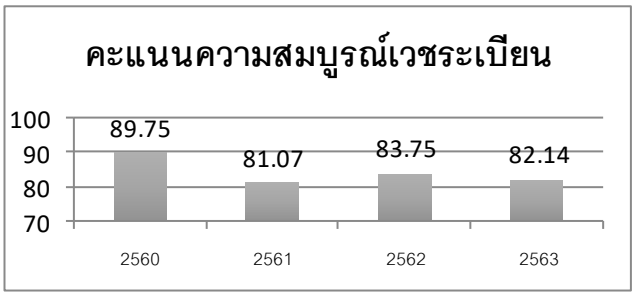
มีสิ่งอำนวยความเช่น แอร์ น้ำดื่ม

สิ่งที่ต้องแก้ไขและข้อเสนอแนะ

- ป้ายบริการต่างๆไม่ชัดเจน ควรแยกป้ายหลังตรวจ และป้ายจุดซักประวัติให้ชัดเจน

- เสียงไมล์ตีกันหลายจุด
- เก้าอี้ไม่พอนั่งในบางวัน เสริมเก้าอี้
- ห้องน้ำมีน้อย สร้างห้องน้ำผู้รับบริการเพิ่ม
- ไม่มีรถรับส่ง ควรเข้าคณะกรรมการบริหาร รพ พยาบาล เรื่องรถบริการรับส่งผู้ป่วย

5. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ≥ 80%)



จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2559 – 2562 พบว่า ปี2561 คะแนนตกจากปี 2560 เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนระบบจากใช้เวชระเบียนมาเป็นใบนำทาง ทำให้ไม่พบข้อมูลในส่วนต่างๆดังนี้

1. งานเวชระเบียน ไม่พบข้อมูลการบันทึกการแพ้ยา,การลงข้อมูลกรุ๊ปเลือด และไม่สามารถค้นหารายชื่อผู้รับผิดชอบในการพิมพ์เวชระเบียนได้
2. การบันทึกของพยาบาล ไม่ลงบันทึก “การตรวจรักษาจากที่ใดมาก่อน” ,ประวัติการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี, ประวัติ LMP ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 11-60 ปี , การใช้สารเสพติดในครอบครัวผู้ป่วยเด็ก และการบันทึกให้คำแนะนำ
3. การบันทึกของแพทย์ บางครั้งไม่บันทึกผลการตรวจ EKG และ Ultrasound

วิเคราะห์ข้อมูลปี2563 คะแนน 82.14%

- ห้องบัตร ไม่ Update เบอร์โทร ไม่ถ่ายรูปผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ไม่มีชื่อผู้ที่ติดต่อได้
- ส่วนของแพทย์ลงบันทึกการตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม
- การบันทึกของพยาบาล ไม่ลงบันทึก ,ประวัติการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-14 ปี, ประวัติ LMP ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 11-60 ปี , การใช้สารเสพติดในครอบครัวผู้ป่วยเด็ก และการบันทึกให้คำแนะนำ

แนวทางแก้ไข :

1. นำเสนอผลคะแนนการตรวจสอบเวชระเบียนให้คณะกรรมการทีมสารสนเทศทราบเป็นระยะ เพื่อหาวิธีแก้ไขและแจ้งผู้ปฏิบัติงานทราบเพื่อลงข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

2. แจ้งผลคะแนนการตรวจเวชระเบียนในกิจกรรมหัวหน้าพาทำเพื่อให้ทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง เน้นการลงข้อมูลในส่วนที่ต้องปรับปรุง และให้เพิ่มการบันทึกประเภทการคัดกรองผู้ป่วยและสถานการณ์เข้ามารับบริการของผู้ป่วยเพื่อการดึงข้อมูลที่ถูกต้อง

6. การหยุดชะงักของเครื่องมือที่จำเป็น (0 ครั้ง)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2561-2562 ไม่พบการหยุดชะงักของเครื่องมือที่จำเป็น แต่พบว่ามีเครื่องมือชำรุด แต่ไม่หยุดชะงัก เนื่องจากมีระบบการทดแทนเครื่องมือ

ปี 2563 มี การหยุดชะงักของเครื่องมือที่จำเป็น 1 ครั้ง คือเดือนตุลาคม 2562 เครื่องU/S หน้าจอภาพไม่ชัดบางครั้ง ไม่สามารถใช้งานได้ สาเหตุจากชำรุดจากอายุการใช้งาน แจ้งบริษัทมาประเมินราคาซ่อม ราคาแพง รอซื้อใหม่

คงต้องรองบประมาณเนื่องจากราคาเครื่องแพง ในช่วงรอ ปรึกษาคุณธวัชชัย ว่าสามารถใช้จอคอมพิวเตอร์ทดแทนได้หรือไม่ คุณธวัชชัยดำเนินการใช้จอคอมพิวเตอร์มาต่อใช้ชั่วคราวให้ พอดูได้ แต่คุณภาพของภาพ ไม่100%

รายละเอียดการชำรุดของเครื่องมือ และการซ่อม ปี 2563

1. สายLead EKG ชำรุด ไม่ได้เป็นการหยุดชะงักของเครื่องมือขอยืมเครื่อง EKG ในstock พี่ดวงมาใช้ และขอใช้สาย Lead EKG +พร้อมอุปกรณ์ติด Lead ใหม่ราคา 12,060 บาท
2. NCD เครื่องEKG หน้าจอภาพไม่ชัด แต่ใช้งานได้ ยังไม่ซ่อม นำเครื่องเดิมของ OPD ไปให้ใช้ไปก่อน เพราะOPD มี2เครื่อง

การตรวจความพร้อมใช้

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2561-2562 มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ก่อนปฏิบัติงาน 100%

การสอบเทียบเครื่องมือ ปี 2562 (วันที่1-2 พ.ค.62)

1. เครื่องวัดความดันโลหิตตั้งพื้น 1เครื่อง
2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ 4 เครื่อง อีก1 เครื่อง ที่ NCD สอบเทียบไม่ได้ เนื่องจากเป็นเครื่องวัดความดันแบบแปลค่าจากชีพจร รอแทงจำหน่าย
3. EKG 2 เครื่อง
4. O2sat 3 เครื่อง

ผลการสอบเทียบเครื่องมือดังกล่าวข้างต้น = ผ่านการสอบเทียบ

ปี 2562 ไม่ได้สอบเทียบเครื่องมือครบ 100% เนื่องจาก กองช่างมีเจ้าหน้าที่มาน้อยไม่สามารถสอบเทียบเครื่องมือได้ทุกอย่าง จึงขอยกเว้นการสอบเทียบ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัด BP แบบ manual Flow meter เครื่องวัดอุณหภูมิทุกอย่าง มือที่ไม่ได้สอบเทียบได้มี 4 ชนิด

1. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบใช้ปรอท(Manual) ผู้ใหญ่ 2 เครื่อง เด็ก 2 เครื่อง
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก ผู้ใหญ่ 1 เด็ก 1 เครื่อง

การแก้ไข มีการสอบเทียบเครื่องมือดังกล่าวกันเองในหน่วยงาน ความคลาดเคลื่อน อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ปี 2563 เลื่อนแผนการสอบเทียบเครื่องมือ ประจำปี 2563 ไม่มีกำหนดเนื่องจากสถานการณ์โรคโควิทกำลังระบาด (เดิมนัดวันที่1-2 เม.ย.63)

เครื่องมือใหม่ ปี 2563

1. เครื่องวัด BP ตั้งพื้น +วัด O2sat ได้ บริจาคราคา 65,000 บาท
2. เครื่องมือใหม่ที่ NCD ได้รับบริจาคมาทั้งหมด

2.1.รถเข็นนั่งพับได้ บริจาค 12คัน

2.2.เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่ 1 เครื่อง

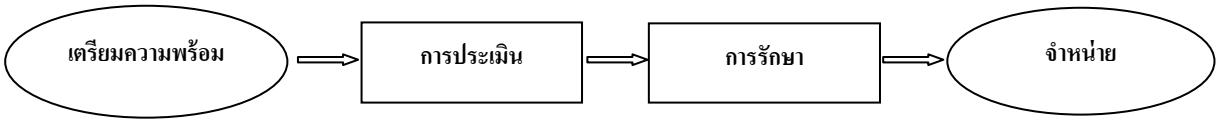
2.3. BP ตั้งพื้น spirit 1 เครื่อง

2.4.ชุดตรวจหู R2056 pen scope 1ชุด

2.5. Ambu bag ผู้ใหญ่ 1อัน 2.6.รถเข็นนอน 1คัน 2.7. เตียงตรวจโรค 3 เตียง

4..กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)



ระบบงาน	กระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน	1. อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้มีความเพียงพอและพร้อมใช้งาน 2. อัตรากำลังของบุคลากรมีความเพียงพอ	- อุบัติการณ์อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้เท่ากับ 0 - จำนวนครั้งของการขาด/ลา ของบุคลากรโดยไม่มีคนทดแทน = 0
2. การประเมินแรกรับ	1. พยาบาล triage มีความรู้ทักษะในการประเมินคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว 2. มีคู่มือ/ แนวทาง" Guidelines Triage go to ER"	- การจัดลำดับความรุนแรงและการประเมินสภาวะผู้ป่วยผิดพลาด/ล่าช้าเป้าหมาย = 0 ครั้ง - อุบัติการณ์เสียชีวิตที่ OPD โดยไม่คาดหมาย เท่ากับ 0
3. การดูแลรักษาพยาบาล	1. มีการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง 2. มีการจัด Zoning การดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทเหมาะสม 3. มีการจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้ารับการตรวจรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม 4.มีการบันทึกในเวชระเบียนถูกต้องครบถ้วน	1. อุบัติการณ์การรักษาผิดคน = 0 2. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการดูแลภายใน 4 นาที เท่ากับ 100% 3. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ≥ 80 %
4. การจำหน่าย 4.1 กลับบ้าน 4.2 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4.3 ส่งต่อ	1. ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะเจ็บป่วย และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เช่น การใช้ยา, อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล, การเตรียมตัวในการมาตรวจตามนัด 2. ผู้ป่วย/ ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลจำเป็นในการที่ต้องนอนพัก	1. อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเดิม ≤ 0.05 % 2. อัตราความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติด้านการรับทราบข้อมูล ≥ 80 %

	รักษาตัวในโรงพยาบาล และยินยอมให้การรักษา 3. ผู้ป่วย/ ครอบครัว รับรู้และเข้าในในเหตุผลความจำเป็นที่แพทย์ต้องส่งต่อไปรับการรักษายังสถานบริการอื่น	

การพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน/ผลลัพธ์
1. บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้/ทักษะที่จำเป็น	หน่วยงานมีการสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้/ทักษะไม่น้อยกว่า 10 วัน/คน/ปี ครบ 100 % ต่อเนื่องทุกปี โดยการเข้าอบรมวิชาการ/อบรมเชิงปฏิบัติการทั้งภายในและภายนอก <u>การอบรมภายใน</u> ได้แก่เรื่อง CPR, การใช้เครื่องดับเพลิงมือถือ, การซ้อมแผนอัคคีภัย, การจัดอบรมของทีม IC I, รวมทั้งการเข้าร่วมประชุม/ การทำทบทวนของทีมพัฒนาคุณภาพต่าง เป็นต้น <u>การอบรมภายนอก</u> ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษ, อบรม “จิตอาสา เราทำความดีด้วยหัวใจ”, การอบรมต่างๆที่ สรพ.จัด <u>การปรับเปลี่ยน/ผลลัพธ์</u> - การอบรมภายในของทีมต่างๆ ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยประเมินจากการซ้อมแผน และการนิเทศการปฏิบัติงาน - การเข้าร่วมประชุม/ร่วมทำทบทวนกับทีมต่างๆในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น เพิ่มพยาบาล Triage ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรง/เร่งด่วน ได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วขึ้น, ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยสงสัย TB ให้มีความชัดเจน และมีการ Isolation ตั้งแต่แรกรับ, ปรับปรุงเกณฑ์การส่งผู้ป่วยไป ER ร่วมกับทีมสหสาขา ช่วยให้ตัดสินใจได้สะดวก ลดความขัดแย้งกันระหว่างงานผู้ป่วยนอก และงาน ER
2. การลดจำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ส่งกลับมาประเมินซ้ำ	- จากการรวบรวม เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการลดจำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ส่งกลับมาประเมินซ้ำ ย้อนหลัง 3 ปี สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย = ≤ 2 % แต่ยังพบอุบัติการณ์อยู่ สาเหตุจาก มีการจัดพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน พบปัญหาด้านความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย, พยาบาลหมุนเวียนบางคน นานๆจึงจะมาปฏิบัติงานที่ OPD ทำให้ไม่ทราบ หรือหลงลืมการปฏิบัติตามข้อตกลงต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแล,การประเมิน,การคัดกรองผู้ป่วย เช่นข้อตกลงด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีไข้เกิน 48 ช.ม. ต้อง

	ทำ Tourniquet ทุกราย, ผู้ป่วยที่วัดความดันสูงกว่า 140/90 mmHg ต้องให้ผู้ป่วยนั่งพักแล้ววัดซ้ำ หรือผู้ป่วยที่วัดความดันรอบ 2 สูงกว่ารอบแรก ต้องวัด 3 ครั้ง, หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย T.B เป็นต้น <u>การปรับเปลี่ยน/ผลลัพธ์</u> - ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่OPD เรื่อง Guidelines Triage go to ER และติดตามประเมินทุก 3 เดือน - จัดทำแนวทางปฏิบัติต่างๆ ไว้ทุกจุด เพื่อให้สะดวกในการหยิบมาใช้ - ให้พยาบาลที่เป็น staff. ทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง และนิเทศการปฏิบัติงานของพยาบาลหมุนเวียนทุกวัน หากพบข้อผิดพลาดให้แจ้งพยาบาลพี่เลี้ยงทราบทันที
3. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	จากการติดตามข้อมูลความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน เป้าหมาย ≥ 80 % <u>ปี 2559</u> = 81.59 % / <u>ปี 2560</u> = 89.75 %, <u>ปี 2561</u> = 81.07 %, <u>ปี 2562</u> = 83.75 % ,ปี 2563= 82.14พบว่าทำได้ตามเป้าหมาย ปลายปี 2560 โรงพยาบาลได้มีการเปลี่ยนมาใช้ระบบ paper แทนการใช้ OPD card ทำให้คะแนนการบันทึกลดลง เนื่องจากเกณฑ์การตรวจสอบบางอย่าง ไม่สามารถตรวจสอบจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ และพบว่ายังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงในส่วนต่างๆอยู่ ได้มีการประชุมร่วมกับทีม IM ในการวางแนวทาง การปรับปรุงคุณภาพการบันทึกให้ดียิ่งขึ้น <u>การปรับเปลี่ยน/ผลลัพธ์</u> - มีการนำปัญหามาทำทบทวนในทีม IM และปรึกษากับโปรแกรมเมอร์ในการเพิ่มการบันทึกข้อมูลบางอย่างที่ขาดหายไป ทำให้คะแนนการบันทึกเวชระเบียนในปีต่อๆมา มีแนวโน้มดีขึ้น - แจ้งข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนในกิจกรรมหัวหน้าพาทำ และเน้นผู้ปฏิบัติงานให้ลงข้อมูลให้ครบถ้วนตามเกณฑ์
4. พัฒนาระบบส่งต่อ	มีการพัฒนา/ ปรับปรุงระบบส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น ระบบ refer online, โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ, โครงการสุขี OPD เดียวกัน, โครงการไร้รอยต่อ <u>การปรับเปลี่ยน/ผลลัพธ์</u> - ระบบ refer online มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยจะได้รับความสะดวก และสามารถได้รับบริการตรวจรักษาตรงตามแผนก ลดปัญหาเรื่องไปแล้วไม่ได้ตรวจ - ระบบโครงการไร้รอยต่อ มีการเบิกรายการยาที่ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลแก่งคอยให้กับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาไปรับยาเองที่โรงพยาบาลสระบุรี

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมคุณภาพ	ตัวชี้วัด
พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย stroke, AMI	1. การเพิ่มช่องทางการรับรู้ข้อมูลความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เช่น - จัดทำป้าย Early warning signs ติดไว้ในจุดที่เห็นได้อย่างชัดเจน - เพิ่มการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับ Early warning signs เช่น T.V Monitor, ใบนัด, การให้สุขศึกษารายวัน/รายคน/รายกลุ่ม 2. สนับสนุนให้บุคลากร ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย stroke, AMI อย่างต่อเนื่องทั้งภายใน และภายนอก 3. ปรับปรุง แนวทางการส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปห้องฉุกเฉินให้มีความชัดเจน ต่อเนื่องทุกปี 4. ปรับปรุงระบบ Triage และเพิ่มพยาบาล Triage 5. จัดให้มีช่องทางด่วน (Fast tract) ในการดูแลผู้ป่วย stroke, AMI 6. ประสานงานแพทย์ในการนัดผู้ป่วย NCD ที่รักษาที่ OPD ให้เข้า NCD clinic ให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล 5. เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนทุกครั้งร่วมกับทีม PCT และนำข้อมูลจากการทบทวนมาปรับปรุงระบบงาน	- อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที > 80 % - อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับการดูแลตาม CPG > 90 % - อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลและส่งต่อภายใน 45 นาที > 80 %
-พัฒนาเรื่องการเจาะ LAB ล่วงหน้า	- ประสานงานกับองค์กรแพทย์เรื่องการเจาะ LAB ล่วงหน้าเพื่อลดขั้นตอนการซักประวัติและในรายงดน้ำและอาหารไม่ต้องรอนาน	
- พัฒนาเพิ่มศักยภาพของพยาบาล เรื่อง"Guidelines Triage go to ER"	- จัดทำแบบคำถามประเมิน ความรู้ แก่พยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่OPD - ชี้แจงและเอา WI Guidelines Triage go to ER" วางไว้ที่โต๊ะซักประวัติทุกโต๊ะ หยิบอ่านง่าย - มีพยาบาล STAFF เป็นพี่เลี้ยง - ติดตามประเมินความรู้ทุก 3 เดือน	

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การจัดเตรียมสถานที่ Isolate ผู้ป่วยที่สงสัยเป็น T.B/ ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และ case PUI ที่สงสัย COVID 19 ให้มีความเหมาะสม **แผนการดำเนินงาน** : นำเสนอทีมบริหารโรงพยาบาลและผู้อำนวยการ เนื่องจากเป็นปัญหาด้านโครงสร้าง หน่วยงานไม่สามารถแก้ไขได้เอง
- พัฒนาหน่วยปฐมภูมิในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการรองรับการดูแลผู้ป่วย DM HT จาก NCD clinic ส่งกลับมายังพื้นที่รับผิดชอบที่
- การเพิ่มศักยภาพพยาบาลTriage
- จัดอบรมการลงข้อมูลการซักประวัติการลงข้อมูลใน HOSXP