



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทร ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๒๓)

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๓๐๑/๑๐๐

วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์
ของโรงพยาบาลวิภาวดี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ตามที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเครื่องมือการประเมิน
คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ไปขยายผลสู่หน่วยงานในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบกับพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของ
ราชการพ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๙ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของราชการไว้ให้
ประชาชนเข้าตรวจสอบได้ และต้องดำเนินงานตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐ (Government Website Standard)
ซึ่งโรงพยาบาลวิภาวดี ได้ดำเนินการแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลวิภาวดี มีความประสงค์ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจ
หลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวิภาวดีเพื่อให้สาธารณชนรับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

(นางกิงดาว ประเสริฐศรี)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

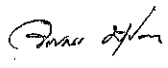
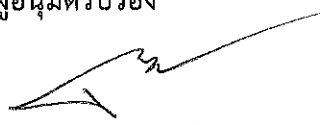
ทราบ/อนุญาต

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี
ตามประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลวิภาวดี วัน/เดือน/ปี : ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗	
หัวข้อ : ขออนุญาตเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวิภาวดี	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน	
Link ภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
.....	
.....	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางสาวจรรยาพร พุทธิรักษา) ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสุรากรี มุสิกพันธ์) ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวสิริภา จำปา) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	

Service Profile

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลวิภาวดี

บริบท

ความมุ่งหมาย

กลุ่มงานการจัดการ เป็นหน่วยงานบริการที่ทำหน้าที่ สนับสนุนและอำนวยความสะดวก ในด้านงานบริการต่าง ๆ ให้กับหน่วยงานภายในและภายนอก ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานและระบบงานในกลุ่มงานการจัดการให้ได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็ว รวมถึงการให้บริการด้วยความประทับใจ สร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการซึ่งอยู่บนพื้นฐานเป้าหมายดังนี้

1. ให้การบริการที่ครอบคลุม โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความถูกต้อง รวดเร็ว
2. พัฒนาคุณภาพของงานบริการอย่างต่อเนื่อง
3. มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม
4. สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

ขอบเขตบริการ

ลักษณะงานของ กลุ่มงานการจัดการ โรงพยาบาลวิภาวดี ประกอบด้วยงานต่างๆ ดังนี้

1. งานการเจ้าหน้าที่
2. งานธุรการ
3. งานพัสดุ
4. งานการเงินและการบัญชี
5. งานยานพาหนะ
6. งานซ่อมบำรุง
7. งานซักฟอก
8. งานอาคารสถานที่
9. งานรักษาความปลอดภัย
10. งานสวน

ความต้องการของผู้รับผลงาน ภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล

ผู้รับผลงานของหน่วยงานแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. หน่วยงานภายใน / เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
2. หน่วยงานภายนอก / ผู้ป่วย /ญาติ / ผู้มารับบริการ หน่วยงานราชการอื่น บริษัท,ห้างร้าน

ความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงาน

1. การได้รับการสนับสนุนบริการ ประสานงาน และข้อมูลข่าวสารที่สะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา โดยอยู่บนปัจจัยพื้นฐานของการบริการที่เต็มใจ เอาใจใส่ เป็นกันเอง
2. ได้รับการอำนวยความสะดวกด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ตามมาตรฐานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น สภาพแวดล้อมที่สะอาด สวยงาม และปลอดภัย

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

งานการเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ 1 คน มีหน้าที่ให้บริการด้านงานบุคลากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ การสรรหา การบรรจุ การแต่งตั้ง การจัดทำบัตรประจำตัว การจัดทำทะเบียนประวัติ การเลื่อนระดับ/เลื่อนขึ้นเงินเดือน การย้าย/โอน การลาศึกษาต่อ การฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา/การลา การลงเวลาปฏิบัติราชการ การลาออกจากราชการ และการดำเนินการทางวินัย

งานธุรการ ผู้รับผิดชอบ 1 คน เป็นหน่วยงานสนับสนุน มีหน้าที่ให้บริการด้านงานสารบรรณ ที่บริหารจัดการงานที่เกี่ยวกับเอกสารหนังสือราชการ เริ่มตั้งแต่ การจัดทำ ร่าง โต้ตอบ แจ้งเวียน การเก็บรักษา การพิมพ์ จนถึงการทำลายหนังสือเอกสารทางราชการ รวมทั้งงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ นอกจากนี้ยังให้บริการการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกกับผู้มารับบริการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และผู้รับบริการพึงพอใจ

งานพัสดุ ผู้รับผิดชอบ 3 คน เป็นงานสนับสนุนให้บริการทางด้านการจัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ควบคุมการเบิก-จ่ายและควบคุมดูแลสต็อกวัสดุคงคลัง ลงทะเบียนครุภัณฑ์ ตรวจสอบรายงานพัสดุประจำปีตามระเบียบพัสดุ จำหน่ายพัสดุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ดำรวจและส่งครุภัณฑ์ชำรุดเสื่อมสภาพ ที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ โปร่งใส ตรวจสอบได้

งานการเงินและบัญชี มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 5 คน ให้บริการด้านการเงินและจัดทำบัญชี ตามนโยบายบัญชีเกณฑ์คงค้าง เก็บรักษาเงินและสิ่งแทนตัวเงิน ตรวจสอบและเก็บรักษาใบสำคัญ หลักฐานและเอกสารทางการเงินและบัญชี จัดทำฎีกาและดำเนินการต่างๆ ในด้านงบประมาณ ให้คำปรึกษาปัญหา ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการเงินของสถานีนามัยเครือข่ายทั้ง 3 สถานีนามัย ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้ ถูกต้องตามระเบียบ และผู้รับบริการพึงพอใจ

งานซ่อมบำรุง มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 3 คน ให้บริการด้านสนับสนุนบริการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์อุปกรณ์ภายในโรงพยาบาลและบ้านพักเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตรวจสอบดูแลเครื่องกำเนิดไฟฟ้าและ

เครื่องสำรองไฟฉุกเฉิน ตรวจสอบเช็คเครื่องดับเพลิง ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ รวมทั้งบำรุงดูแลรักษาอุปกรณ์ไฟฟ้าต่าง ๆ ให้ความปลอดภัย พร้อมใช้งานตลอดเวลา

งานยานพาหนะ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน มีหน้าที่ให้บริการด้านยานพาหนะ ในการรับ-ส่งผู้ป่วย/ญาติ บริการขอเลือด ส่งสิ่งตรวจ ให้บริการรับ-ส่งเจ้าหน้าที่ รวมทั้งดูแลซ่อมแซมและบำรุงรักษายานพาหนะให้เพียงพอ พร้อมใช้ เพื่อการบริการรับ-ส่งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ทันเวลา

งานดูแลรักษาความสะอาด มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 6 คน มีหน้าที่ดูแลทำความสะอาดภายในโรงพยาบาล ทั้งปัด กวาด เช็ด ถู เก็บขยะบริเวณนอกอาคารตามที่พื้นที่มีมอบหมาย เก็บขยะภายในอาคารส่งเตาเผาขยะติดเชื้อ เพื่อความสะอาดถูกสุขลักษณะ ผู้รับบริการพึงพอใจ

งานซักฟอก มีบุคลากรปฏิบัติงาน จำนวน 2 ท่าน ให้บริการเกี่ยวกับเสื้อผ้า เครื่องนอน ชุดปฏิบัติงาน และผ้าทำหัตถการ ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยงานภายนอกเมื่อมีการร้องขอ และเก็บผ้า ขนย้ายผ้า ชั่งน้ำหนักผ้า ทำความสะอาดผ้า ตากหรืออบผ้าแห้ง และพับ เพื่อจัดส่งผ้าให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดสำรองผ้าให้เพียงพอต่อการใช้งาน

งานรักษาความปลอดภัย มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน ในเวลากลางวันจัดรถ ดูแลรถตลอดวัน ตรวจสอบตราความเรียบร้อยบริเวณภายในอาคารสำนักงาน นอกอาคาร บริเวณบ้านพักทุก 2 ชั่วโมง และในเวลากลางคืน เปิดปิดไฟตามจุดต่าง ๆ เดินตรวจสอบความเรียบร้อยภายในอาคาร นอกอาคารบ้านพักเจ้าหน้าที่ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ

งานสวน บุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน มีหน้าที่ดูแล ตัดหญ้า กำจัดวัชพืชตัดแต่งกิ่งไม้ และปรับปรุงภูมิทัศน์ให้ร่มรื่น สวยงาม รวมทั้งดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ให้มีสภาพพร้อมใช้

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

กลุ่มงานการจัดการ ปัจจุบันมีบุคลากรทั้งหมด 29 คน ข้าราชการ 2 คน พนักงานราชการ 1 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 17 คน จ้างเหมาบริการ 9 คน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีข้าราชการปฏิบัติงานน้อย บางช่วงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานลาออกบ่อยส่งผลกระทบต่อระบบทำงาน จึงได้จัดทำ Job Description ของแต่ละงานขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง:

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับวัคซีนและการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ขาดการตรวจสุขภาพเฉพาะบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจตาให้พนักงานขับรถยนต์ เป็นต้น

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- 1.งานธุรการ ปฏิบัติงานระบบสารบรรณได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ
- 2.งานการเงินและบัญชี ให้บริการอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตรงเวลา โปร่งใส ตรวจสอบได้ ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ
- 3.งานการเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ข้อมูลมีความปลอดภัย ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
- 4.พัสดุ ปฏิบัติงานพัสดุได้ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว โปร่งใสตรงตามระเบียบพัสดุ
- 5.งานยานพาหนะ ให้บริการยานพาหนะอย่างปลอดภัย ทันต่อเวลา ผู้รับบริการพึงพอใจ
- 6.งานซ่อมบำรุง ระบบงานซ่อมบำรุงรักษา รวดเร็ว ทันเวลา ตามมาตรฐานปลอดภัย และผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ
- 7.งานอาคารสถานที่ ให้บริการทำความสะอาดถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย บุคลากรและผู้รับบริการพึงพอใจ
- 8.งานซักฟอก ให้บริการผ้าสะอาด เพียงพอ พร้อมใช้ และผู้รับบริการพึงพอใจ
- 9.งานรักษาความปลอดภัย ให้บริการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากรในโรงพยาบาล และผู้รับบริการ
- 10.งานสวน ดูแลปรับปรุงภูมิทัศน์ให้สะอาด สวยงาม ปลอดภัย

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

กลุ่มงานการจัดการ โรงพยาบาลวิภาวดี มีแผนที่จะพัฒนาระบบงานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง โดย “ใช้ service profile” และแนวคิดพื้นฐาน อย่าง 3P ในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบงาน โดยมีหัวหน้าเป็นผู้นำบุคลากรในฝ่ายทำงานคุณภาพ ซึ่งผู้รับผิดชอบแต่ละงานมีการทบทวนความเสี่ยง/ตัวชี้วัด และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาหรือประเด็นที่ยังไม่บรรลุ เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยมีการประเมิน ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

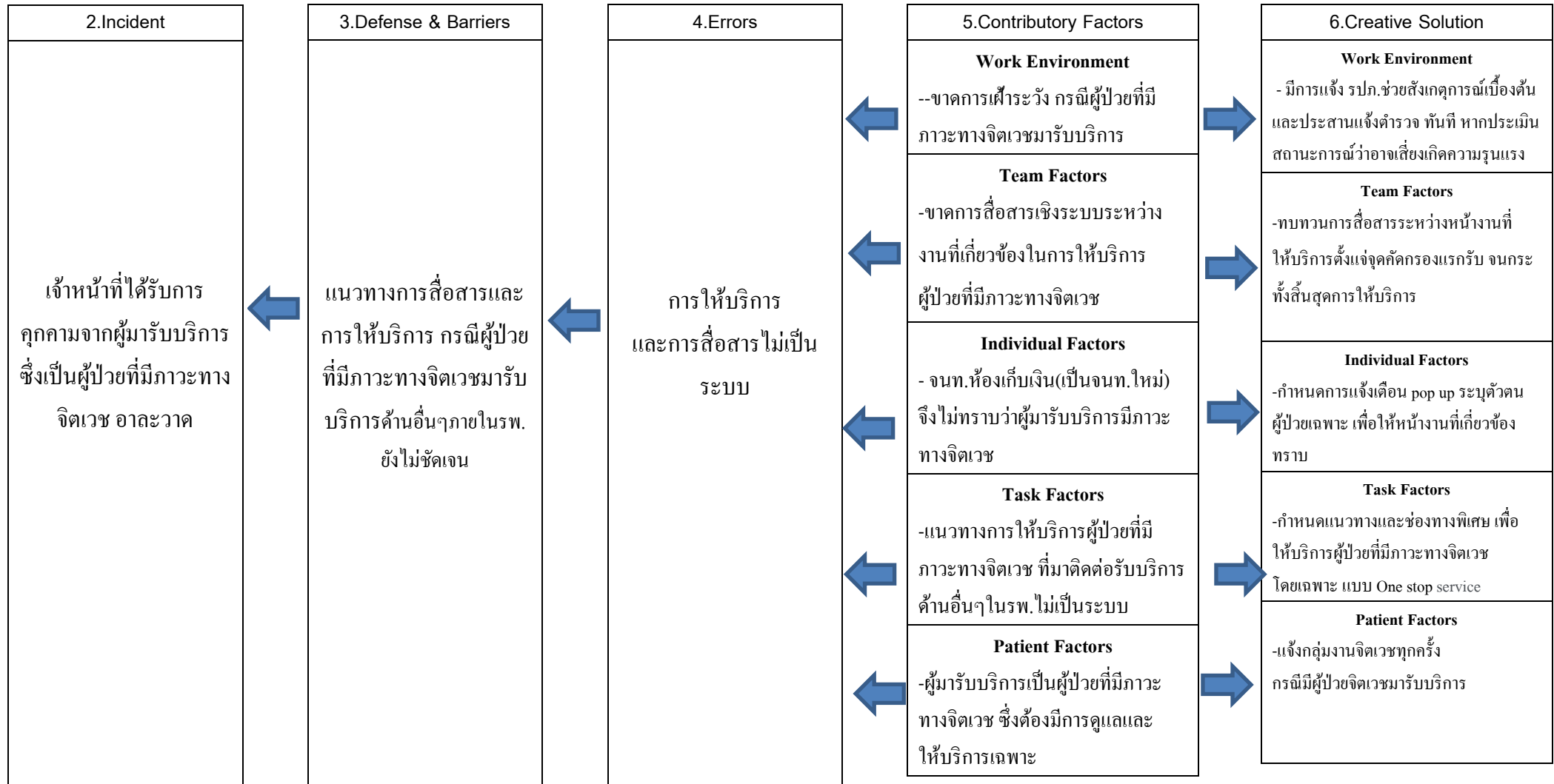
Form RCA โรงพยาบาลวิภาวดี

1.Story & Timeline

เจ้าหน้าที่ห้องเก็บเงินได้รับการคุกคาม : เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.39 ผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวช อาละวาด ค่ำทอและ โยนตะกร้า ใส่เจ้าหน้าที่ห้องเก็บเงิน เนื่องจากไม่พอใจที่มีการเรียกเก็บเงินร่วมจ่าย จำนวน 30 บาท

ผู้ทบทวนความเสี่ยง

นส.สุรกริ หนูแบน นส.วรัชญา คงรักษา นางสาวรรณี พรหมวิเศษ
 นส.เอ็นฤดี ทองทิพย์ นส.พัชร อินทร์สมบัติ



Service Profile

หน่วยงาน การเงิน

1. บริบท

งานการเงิน เป็นงานสนับสนุนงานบริการของโรงพยาบาลวิภาวดี ด้านการรับ – การจ่ายเงินทุกประเภทแก่ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตรวจสอบใบสำคัญ ตรวจสอบเงินสด และสิ่งที่แทนตัวเงิน จัดทำหนังสือโต้ตอบเกี่ยวกับการเงิน ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่เจ้าหน้าที่และบุคคลภายในที่เกี่ยวข้องกับระเบียบการเบิกจ่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความถูกต้อง ตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ

ก.1.หน้าที่

ให้บริการด้านการรับ – การจ่ายเงินบำรุงและเงินงบประมาณ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วนตรวจสอบได้ เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับและเป็นที่ยอมรับ

ก.2.เป้าหมาย

ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้รับบริการจากการปฏิบัติงานที่เป็นไปด้วยความถูกต้อง ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และพึงพอใจ

ข.ขอบเขตบริการ

- ให้บริการรับเงินค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน
- ให้บริการการรับ - การจ่ายเงินทุกประเภท แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและบุคคลภายนอกตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ ของทางราชการ
- ให้บริการการชำระหนี้แก่เจ้าหน้าที่ทุกประเภท
- ให้บริการเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการทุกประเภทแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- ตรวจสอบใบสำคัญ ให้เป็นไปตามกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- ตรวจนับเงินสดและสิ่งที่แทนตัวเงิน

ค.ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ลูกค้าภายใน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	- รับเงินเดือน , ค่าจ้างประจำ , ค่าตอบแทนพนักงานราชการ , ค่าตอบแทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข , ค่าจ้างชั่วคราว จ้างเหมาบริการ ถูกต้อง ทันเวลา - รับค่าตอบแทนและสวัสดิการทุกประเภท ถูกต้อง ทันเวลา - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบด้านการเงินอย่างถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว - ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิก ถูกต้อง รวดเร็ว
ลูกค้าภายนอก 1. ผู้ป่วยและญาติ	- ให้การบริการรวดเร็ว ถูกต้อง ในการออกไปเสริมรับเงิน - ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อประสบปัญหา - ให้ความถูกต้องในการรับชำระหนี้ ค่ารักษาพยาบาล พุดจาติ มีความอ่อนน้อม
2. ตัวแทนบริษัท ห้าง ร้าน หน่วยงานเอกชน และหน่วยงานราชการ	- ให้ความถูกต้อง จ่ายชำระหนี้ได้ทันภายในเวลาที่กำหนด
3. หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ	- ให้ความถูกต้องในการรับชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาล - อำนวยความสะดวก รวดเร็ว ในการติดต่อประสานงาน
4. หน่วยงานราชการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ	- จ่ายเงินระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างถูกต้อง - ให้ความสะดวก รวดเร็ว ติดต่อประสานงาน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

การรับ - จ่ายเงิน ถูกต้อง ครบถ้วน โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามระเบียบ ข้อบังคับที่กำหนด และเป็นที่พึงพอใจในการให้บริการ

จ.ความท้าทาย / ความเสี่ยงที่สำคัญ

งานการเงิน เป็นงานที่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางการป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1. การเกิดการทุจริต	- ปฏิบัติตาม ระเบียบ ข้อบังคับ และแนวทาง การปฏิบัติงาน -วางแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อ เป็นการปฏิบัติงานตามขั้นตอน และสอบทานร่วมกัน	- ไม่มีอุบัติการณ์การทุจริต
2. การจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ผิดพลาด	- แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำการ ตรวจสอบรายงานทางการเงิน - ตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่าย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ทุก ครั้ง - กรณียกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้มี การสอบทานความถูกต้อง ตาม รายชื่อ ให้ละเอียด รอบคอบ - ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลเพื่อ โอนเงินให้มีการตรวจสอบจำนวน เงินที่จะโอนแต่ละรายบุคคลอีก ครั้ง เพื่อป้องกันความผิดพลาด ก่อนนำส่งรายการเพื่ออนุมัติใน ระบบKTB Corporate online	- จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนได้อย่างถูกต้อง

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางการป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3.การส่งใช้เงินยืมล่าช้ากว่ากำหนด	- ตรวจสอบวันครบกำหนดชำระ เงินยืมของลูกหนี้แต่ละราย จาก ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม	- ลูกหนี้ชำระหนี้ภายในเวลาที่ กำหนด
4. การส่งบันทึกนำส่งเงินประจำวัน ผิดพลาด	- ตรวจสอบข้อมูลประเภทรายการ รับเงินจากใบเสร็จรับเงิน เพื่อลง รายการและจำนวนเงินได้ถูกต้อง	- ส่งบันทึกนำส่งเงินประจำวันได้ ถูกต้อง

จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นในการพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
1. พัฒนาระบบการเบิก จ่ายเงินค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลให้รวดเร็ว และพึงพอใจ	- เพื่อลดข้อร้องเรียน เรื่อง ความล่าช้าในการ จ่ายค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ	-สามารถจ่ายค่าตอบแทน การปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการได้ภายในเดือน ถัดไป เป็นประจำทุก เดือน	- ให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ของแต่ละฝ่ายที่มีหน้าที่ใน การจัดส่งผลการปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการส่งเอกสาร ภายในเวลาที่กำหนด (ภายในวันที่ 10 ของเดือน ถัดไป)
2. พัฒนาระบบการส่งใช้ เงินยืมตรงรายการให้ อยู่ภายในระยะเวลาที่ กำหนด	-เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ตามระเบียบ	- ลูกหนี้เงินยืม ส่งใช้เงิน ยืม ภายในระยะเวลาที่ กำหนด	- จัดทำหนังสือทวงให้ส่งใช้ เงินยืม กรณีพ้นกำหนด
3. พัฒนาระบบการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยค้างชำระ	-เพื่อให้ทำการบันทึก ยอดเงินค้างชำระได้ ถูกต้องครบถ้วน	- สามารถเรียกเก็บเงิน ค่าบริการรักษาพยาบาล ได้ครบถ้วน	- วางระบบและขั้นตอนการ บันทึกข้อมูลค้างชำระใน ระบบ Hos-XP

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

ฉ.1 ปริมาณงาน

ปริมาณงาน	จำนวน				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. การรับเงินจากผู้รับบริการ/ หน่วยงานภายนอก	767 ราย	818 ราย	822 ราย	830 ราย	835 ราย
2. การจ่ายเงิน (เช็ค)	1,453 ฉบับ	1,286 ฉบับ	1,285 ฉบับ	1,260 ฉบับ	1,290 ฉบับ
3. การนำส่งเงินฝากธนาคาร	262 ครั้ง	245 ครั้ง	244 ครั้ง	245 ครั้ง	250 ครั้ง
4. ลงทะเบียนรับหนังสือ ภายนอกและโต้ตอบหนังสือ ราชการ	904 ฉบับ	805 ฉบับ	943 ฉบับ	952 ฉบับ	965 ฉบับ
5. จัดทำฎีกาเบิกเงินงบประมาณ	84 ฎีกา	85 ฎีกา	89 ฎีกา	90 ฎีกา	93 ฎีกา
6. ทำรายการโอนเงินเจ้าหน้าที่	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง	18 ครั้ง	25 ครั้ง
7. ตรวจสอบหลักฐาน	1,463 ฉบับ	1,296 ฉบับ	1,285 ฉบับ	1,290 ฉบับ	1,300 ฉบับ
8. จัดทำทะเบียนลูกหนี้เงินยืม	14 ราย	11 ราย	7 ราย	8 ราย	10 ราย

ฉ.2 ทรัพยากร

ฉ. 2.1 คน

ตำแหน่ง	จำนวน ที่ควรมี (ปี 68)	จำนวน ที่มีจริง (ปี 67)	ส่วนขาด	จำนวนที่ขอเพิ่ม				การจัดการเมื่อ ไม่เพียงพอ
				ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	
นักวิชาการเงิน และบัญชี	-	2	-	-	-	-	-	-
เจ้าพนักงาน การเงินและบัญชี	-	3	-	-	-	-	-	-

ฉ. 2.2 เครื่องมืออุปกรณ์สำคัญ

ประเภท	จำนวน ที่ควรมี ปี 68	จำนวน ที่มีจริง ปี 67	ส่วน ขาด	จำนวนที่ขอเพิ่ม				การจัดการเมื่อ ไม่เพียงพอ
				ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	
1. เครื่องคอมพิวเตอร์	-	5 เครื่อง	-	-	-	-	-	-
2. เครื่องพิมพ์	-	6 เครื่อง	-	-	-	-	-	-

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1.การเขียนเช็คส่งจ่ายชำระหนี้ ผิดพลาด	- จ่ายเช็คชำระหนี้ได้ถูกต้อง	-จำนวนครั้งที่เขียนเช็คผิดและยกเลิกเช็ค น้อยกว่า 5 ครั้งต่อปี
2.การจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ผิดพลาด	- จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนได้อย่างถูกต้อง	-จำนวนครั้งที่จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ผิดพลาด น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี
3.การส่งใช้เงินยืมล่าช้ากว่ากำหนด	- ลูกหนี้ชำระหนี้ภายในเวลาที่ กำหนด	-จำนวนรายที่ส่งใช้เงินยืมล่าช้ากว่ากำหนด น้อยกว่า 5 รายต่อปี
4.การส่งบันทึกนำส่งเงินประจำวัน ผิดพลาด	- ส่งบันทึกนำส่งเงินประจำวัน ได้ถูกต้อง	-จำนวนครั้งที่ส่งบันทึกนำส่งเงินผิดพลาด น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนครั้งที่เขียนเช็คผิดและ ยกเลิกเช็ค	3	2	1	1	1	1
2. จำนวนครั้งที่จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ผิดพลาด	2	1	0	1	0	0
3. จำนวนรายที่ส่งใช้เงินยืมล่าช้า กว่ากำหนด	5	2	2	2	2	1
4. จำนวนครั้งที่ส่งบันทึกนำส่ง เงินผิดพลาด	8	2	2	0	0	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ระบบงาน	ผลลัพธ์
-การจ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน	-จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนได้ถูกต้อง

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กระบวนการที่พัฒนา	เป้าหมาย
-พัฒนาการติดตามลูกหนี้เงินยืม -พัฒนาการจัดทำเช็ค	-ลูกหนี้เงินยืมชำระหนี้ภายในเวลาที่กำหนด -ลดจำนวนครั้งที่เขียนเช็คผิดและยกเลิกเช็ค

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

งานการเงิน มีแผนที่จะทำในปี 2568 คือ

- 5.1 พัฒนาการติดตามลูกหนี้เงินยืม
- 5.2 พัฒนาการในการจัดเก็บรายได้
- 5.3 พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในงานที่ปฏิบัติ
- 5.4 พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน
- 5.5 พัฒนาการจ่ายชำระหนี้การค้า

Service Profile

หน่วยงาน งานธุรการ ฝ่ายบริหารทั่วไป

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานธุรการ เป็นหน่วยงานสนับสนุน มีหน้าที่ให้บริการด้านงานสารบรรณ ที่บริหารจัดการงานที่เกี่ยวกับการบริหารงานเอกสาร หนังสือราชการ เริ่มตั้งแต่ การจัดทำ ร่างโต้ตอบหนังสือ แจ้งเวียนหนังสือ การเก็บรักษา การยืม จนถึงการทำลายหนังสือ ตลอดจนการให้บริการในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกกับผู้รับบริการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ผู้รับบริการของงานธุรการคือ บุคลากรภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอกต่างๆที่มาติดต่อราชการ โดยมีภาระงาน ดังนี้

- 1.ลงทะเบียนรับหนังสือ
- 2.เก็ยหนังสือ
- 3.จัดลำดับความสำคัญหนังสือ/เอกสารเพื่อเสนอแฟ้ม
- 4.แจ้งเวียนหนังสือฝ่ายต่าง ๆ
- 5.ลงทะเบียนส่งหนังสือ
- 6.ออกเลขคำสั่งโรงพยาบาล/คสอ
- 7.คัดแยกและจัดพิมพ์บัญชีทำลายหนังสือ
- 8.จัดเก็บหนังสือ/เอกสารเข้าแฟ้ม
- 9.ลงรับเอกสาร/จดหมาย/พัสดุทางไปรษณีย์
- 10.Download หนังสือ/เอกสารราชการจาก สสจ.สต
- 11.ร่างและพิมพ์หนังสือราชการ
- 12.จัดทำและนำส่งเอกสาร/จดหมาย/พัสดุทางไปรษณีย์
- 13.จัดทำเอกสารค่าไปรษณีย์ส่งการเงินเพื่อทำจ่าย
- 14.ปฏิบัติงานต่างๆแทนงานการเจ้าหน้าที่กรณีลา ดิฉการกิจ
- 15.ดูแล ขอใช้พัสดุในสำนักงาน
- 16.ดูแลห้องประชุมและบริการเลี้ยงรับรองต่างๆ
- 17.ถ่ายเอกสารแจ้งงานต่างๆรวมทั้งผู้มารับบริการ
- 18.รับ-ส่งแฟ้ม
- 19.ติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- 20.ปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการภายในโรงพยาบาล
1.กลุ่มงานการพยาบาล 2.กลุ่มงานเวชปฏิบัติทั่วไป 3.กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ 4.กลุ่มงานทันตกรรม 5.กลุ่มงานหลักประกันฯ 6.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 7.กลุ่มงานกายภาพบำบัด 8.กลุ่มงานแพทย์แผนไทย 9.กลุ่มงานรังสี 10.กลุ่มงานการแพทย์ 11.กลุ่มงานการจัดการ 12.กลุ่มงานโภชนาการ 13.ผู้ร่วมงานในหน่วยงาน	1.การให้บริการที่มีความถูกต้อง/ครบถ้วน 2.การให้บริการที่รวดเร็วไม่ล่าช้า 3.มีพฤติกรรมการให้บริการที่ดี 4.ได้รับความร่วมมือในการติดต่อประสานงานที่ดี 5.มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพไม่ฟุ่มเฟือย 6.สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้
ผู้รับผลงาน	ความต้องการภายนอกโรงพยาบาล
1.พนักงานไปรษณีย์ 2.ผู้มารับบริการ 3.หน่วยงานราชการต่าง ๆ	1. รับเอกสารถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว 2. ได้รับสะดวกในการติดต่อประสานงานที่ดี 3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ในการให้บริการ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)

-สามารถปฏิบัติงานระบบสารบรรณได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- ไม่ได้ลงรับหนังสือ
- แจ้งเวียนหนังสือไม่ครบถ้วน ล่าช้า
- ส่งหนังสือ/เอกสารไม่ถูกต้อง ล่าช้า
- หนังสือสูญหายในระหว่างดำเนินการ
- ดำเนินการทำลายหนังสือราชการล่าช้า

จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นในการพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
1.การลงรับหนังสือเพื่อเสนอเพิ่ม	- สามารถรับหนังสือได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดยจัดลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วน และตรวจความถูกต้อง ก่อนเสนอเพิ่มทุกครั้ง	- จำนวนครั้งที่ไม่ได้รับหนังสือทำให้ดำเนินการล่าช้า (ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี)	-ตรวจสอบความถูกต้อง/ครบถ้วน ก่อนลงรับ (กรณี Download ในระบบงานสารบรรณมีการ Double-check ทะเบียนรับกับระบบสารบรรณอีกครั้ง
2.การแจ้งเวียนหนังสือ	-แจ้งเวียนหนังสือได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	- จำนวนครั้งที่แจ้งเวียนหนังสือ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วนล่าช้า (เกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง) -หนังสือด่วนที่สุด ด่วนมาก ด่วน ต้องดำเนินการภายใน 1- 2 วัน - หนังสือปกติ ดำเนินการเสร็จ ภายใน 3 วัน	- ประสานแจ้งผู้เกี่ยวข้องทันทีหากเป็นเรื่องด่วน - มีการแจ้งทางช่องทางสื่อสารอื่น ในกรณีที่เป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญ หรือมีเอกสารจำนวนมากเพื่อความสะดวกรวดเร็ว และประหยัดกระดาษ
3. การส่งหนังสือ	- ส่งหนังสือได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	-จำนวนครั้งที่ส่งหนังสือผิดและล่าช้า	- มีการตรวจสอบความถูกต้องและเซ็นชื่อรับ-ส่งทุกครั้ง เพื่อติดตามกรณีหนังสือสูญหาย - มีการส่งทางระบบงานสารบรรณ เพื่อความสะดวกและความรวดเร็ว
4.การเก็บหนังสือ	-จัดเก็บหนังสือเป็นระบบตามหมวดหมู่ สามารถค้นหาได้ง่าย หนังสือไม่สูญหาย	-จำนวนครั้งที่หนังสือสูญหาย	-พัฒนาระบบการจัดเก็บเอกสารให้เป็นปัจจุบัน ตามหมวดหมู่ ทำรหัส/ชื่อเพิ่มและนำระบบ 5ส. มาใช้ในการจัดเก็บ
5. การทำลายหนังสือ	-ดำเนินการสำรวจและทำลายหนังสือถูกต้องตามระเบียบฯและทันเวลา(ทุกสิ้นปีปฏิทิน)	- ทำลายหนังสือถูกต้องตามระเบียบฯทันเวลา (ภายใน60 วัน หลังสิ้นปีปฏิทิน)	- กำหนดแผนสำรวจ/พิมพ์บัญชี/และทำลายหนังสือตามระบบ - ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานหรืออบรมการทำลายหนังสือเพิ่มเติม

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ที่	รายการ	จำนวนปริมาณงาน/ปี		
		2565	2566	2567
1	ลงทะเบียนรับหนังสือ	2868	3750	3064
2	ลงทะเบียนส่งหนังสือ	687	947	775
3	ออกเลขคำสั่งโรงพยาบาล/คปสอ.	52	56	51
4	คัดแยกและจัดพิมพ์บัญชีทำลายหนังสือ	843	834	รอดำเนินการ
5	แจ้งเวียนหนังสือฝ่ายต่าง ๆ	3424	1052	2058
6	จัดเก็บหนังสือ/เอกสารเข้าแฟ้ม	886	462	502
7	ลงรับเอกสาร/จดหมาย/พัสดุทางไปรษณีย์	1852	814	2015
8	จัดทำและนำส่งเอกสาร/จดหมาย/พัสดุ	924	288	485
9	จัดทำเอกสารค่าไปรษณีย์ส่งการเงิน เพื่อทำจ่าย	12 ชุด	12 ชุด	12 ชุด

หมายเหตุ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2566

(ปริมาณรายการการทำลายหนังสือราชการตามระเบียบฯต้องภายใน 60 วัน หลังทำหลังสิ้นปีปฏิทิน)

ฉ.2. ทรัพยากร

ฉ.2.1. บุคลากร

-ผู้ปฏิบัติงานด้านธุรการ มีจำนวน 1 คน กรณีลา/ติดภารกิจ มีงานการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแทน ทำให้บางครั้งทำงานไม่ทันล่าช้าและเกิดความเสี่ยง เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน 2 ตำแหน่งควบคู่กันไปและบางครั้งไม่ทราบรายละเอียดงานที่รับมอบหมาย จึงจัดทำ Job Description ของงานขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้อย่างต่อเนื่อง

ฉ.2.2. เครื่องมืออุปกรณ์สำคัญ

- การใช้โปรแกรมระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระบบดำเนินการ
- ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บหนังสือเอกสาร

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการหลัก (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัด (Performent Indicator)
1.การลงรับหนังสือ และการเสนอเพิ่ม	- สามารถรับหนังสือและจัดลำดับความ เร่งด่วนได้ถูกต้อง ถูกต้อง ครบถ้วนและ รวดเร็ว	- จำนวนครั้งที่รับและเสนอหนังสือไม่ถูกต้อง/ ครบถ้วน ล่าช้า ทำให้ดำเนินการไม่ทัน
2.การแจ้งเวียน หนังสือ	-แจ้งเวียนหนังสือ/เอกสารได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา	- จำนวนครั้งที่แจ้งเวียนหนังสือ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ล่าช้า
3. การส่งหนังสือ	- ส่งหนังสือได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา	-จำนวนครั้งที่ส่งหนังสือไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ล่าช้าหนังสือสูญหาย
4.การเก็บหนังสือ	-จัดเก็บหนังสือเป็นระบบตรงตามหมวดหมู่ และสามารถค้นหาได้สะดวก รวดเร็ว - หนังสือไม่สูญหาย	-สามารถค้นหาหนังสือได้ถูกต้องและรวดเร็ว -จำนวนครั้งที่หนังสือสูญหาย
5. การทำลายหนังสือ	-ดำเนินการสำรวจและทำลายหนังสือถูกต้อง ตามระเบียบฯและทันเวลาทุกสิ้นปีปฏิทิน	- สามารถทำลายหนังสือได้ถูกต้องตามระเบียบฯ และทันตามเวลาที่กำหนด (ทุกสิ้นปีปฏิทิน)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.การลงรับหนังสือ และการเสนอเพิ่ม	- สามารถรับหนังสือ/เอกสารได้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็ว -สามารถจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วน โดยตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนเสนอเพิ่ม ทุกครั้ง	1	-	2
2.การแจ้งเวียน หนังสือ	-แจ้งเวียนหนังสือ/เอกสารได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา	2	3	1
3. การส่งหนังสือ	- ส่งหนังสือได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา (ออกเลขหนังสือส่งผิด)	0	0	3
4.การเก็บหนังสือ	-จัดเก็บหนังสือเป็นระบบตรงหมวดหมู่ และ ค้นหาได้สะดวก รวดเร็ว - หนังสือไม่สูญหาย	5	2	4
5. การทำลายหนังสือ	-สามารถสำรวจและทำลายหนังสือได้ถูกต้อง ตามระเบียบฯ และทันเวลาทุกสิ้นปีปฏิทิน	ดำเนินการ แล้ว	ดำเนินการ แล้ว	รอดำเนินการสิ้น ปีปฏิทิน

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ระบบงาน	ผลลัพธ์
1.แจ้งเวียนหนังสือ/เอกสาร ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และ รวดเร็ว	- พบว่า มีการแจ้งเวียนหนังสือไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเกษียณหนังสือและถ่ายเอกสารแจ้งเวียนให้งานที่เกี่ยวข้องไม่ครบถ้วน แก้ไขโดยเพิ่มการตรวจสอบและประสานงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบถามรายละเอียดของหนังสือ ก่อนลงรับและแจ้งเวียนทุกครั้ง
2..จัดเก็บหนังสือเป็นระบบ ตามหมวดหมู่ สามารถค้นหา ได้ง่าย และไม่สูญหาย	- พบว่ามีการจัดเก็บหนังสือใส่แฟ้มล่าช้า ทำให้ค้นหาหนังสือได้ล่าช้า แก้ไขโดยจัดเก็บหนังสือใส่แฟ้มหลังดำเนินการเสร็จสิ้นทุกสัปดาห์ (ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสูญหาย)

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

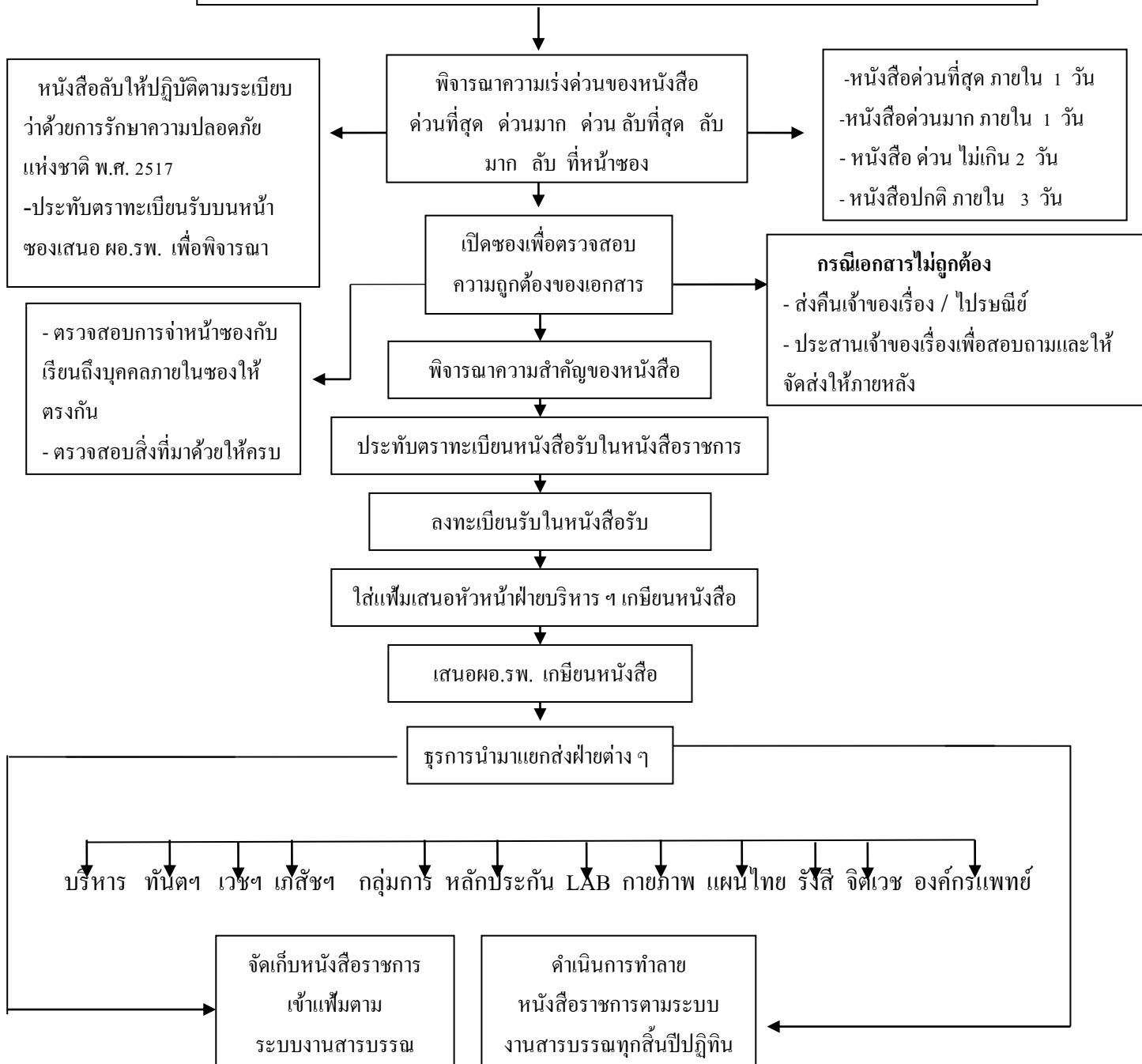
กระบวนการพัฒนา	เป้าหมาย
1.พัฒนาการลงรับ-ส่งหนังสือ โดยใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์	1.สามารถรับ/ส่งหนังสือได้สะดวก รวดเร็วขึ้น แทนการเขียนด้วยมือในสมุดทะเบียนรับ-ส่ง 2.ประหยัดกระดาษในการถ่ายเอกสารแจ้งเวียนผู้เกี่ยวข้อง
2.จัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการงานธุรการ เพื่อนำผลลัพธ์และข้อเสนอแนะมาปรับปรุง/พัฒนาระบบงานต่อไป	1.ผู้รับบริการพึงพอใจการได้รับบริการทั้งในด้านการทำงานและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 2.กำหนดอัตราความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่า 70 %

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบสารบรรณ โดยใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ในการรับ-ส่งหนังสือ เพื่อสะดวก รวดเร็ว และประหยัดกระดาษ (เริ่มใช้ ปีงบประมาณ 2568)
- จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุม/อบรมระบบงานสารบรรณ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน
- ทบทวนความเสี่ยง/ตัวชี้วัด เพื่อวิเคราะห์สาเหตุหรือประเด็นที่ยังไม่บรรลุ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข โดยมีการประเมิน ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบงาน

ขั้นตอนการรับ หนังสือราชการ

รับหนังสือราชการจากไปรษณีย์ โทรสาร ระบบสารบรรณ หรือหน่วยงานภายนอกนำส่งโดยตรง



Service Profile

งานซักฟอก โรงพยาบาลวิภาวดี

๑. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานซักฟอก มีหน้าที่ความรับผิดชอบ เก็บผ้า ขนย้ายผ้า ซับน้ำหนักผ้า ทำความสะอาดผ้า ตากหรืออบผ้าแห้ง และพับ เพื่อจัดส่งผ้าให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการจัดสำรองผ้าให้เพียงพอต่อการใช้งานแก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยงานภายนอกเมื่อมีการร้องขอ

ข.ขอบเขตในการให้บริการ

๑.ให้บริการรับและซักอบผ้าเปื้อน พับ ส่งผ้าสะอาดกลับสู่หอผู้ป่วยและหน่วยงานต่าง ๆ

๒.การให้บริการตัดเย็บซ่อมแซมผ้าที่ชำรุดตัดแปลงวัสดุผ้าชำรุดและหมดสภาพการใช้งาน

ค.ผู้รับบริการและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- ผู้ป่วยและญาติ	- ผ้าสะอาด ไม่มีคราบ ไม่ชำรุด
- ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	- ผ้าสะอาด - ผ้าเพียงพอใช้ - พับผ้าเรียบร้อย แยกถูกประเภท - มนุษย์สัมพันธ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส - ประสานงานได้สะดวก

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผ้าสะอาด เพียงพอ พร้อมใช้ ผู้ปฏิบัติงานปลอดภัย และผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑.ความสะอาดความเพียงพอ พร้อมใช้ ทันเวลา

๒.จำนวนสิ่งของติดปนมากับผ้าเปื้อน

๓.ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

๔.เครื่องซักผ้าเสีย เครื่องอบผ้าเสีย เนื่องจาก มีสิ่งของไปติดกับตัวเครื่อง สายพานขาด ตู้ควบคุมไฟฟ้าของเครื่องเสีย มีสัตว์(จิ้งจก)ไปติด เป็นต้น

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

●สรุปปริมาณงาน ในปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ ดังนี้

ที่	รายการ	จำนวนปริมาณงาน/ปี		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑	ปริมาณการซักอบผ้า	๑๒๔๐๐๐	๓๐๑๐๐	๑๗๖๕๗๖
๒	ปริมาณการซ่อมแซมผ้า	๖๐	๓๐	๑๐๐

● ศักยภาพ และข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

งานซัฟฟอก มีอัตรากำลัง ๒ คน ซึ่งเมื่ออีกคนลา เหลือผู้ปฏิบัติงานเพียง ๑ ท่าน ทำให้บางครั้งปฏิบัติงานไม่ทัน
เกิดความล่าช้า จึงขอสนับสนุนอัตรากำลังจากแม่บ้านมาช่วยปฏิบัติงานแทน

เครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน

- ๑.เครื่องซักผ้าขนาด ๕๐ ปอนด์ จำนวน ๒ เครื่อง

- ๒.เครื่องอบผ้าขนาด ๕๐ ปอนด์ จำนวน ๒ เครื่อง

- ๓.รถเข็นส่งผ้า จำนวน ๒ คัน

- ๔.รถขึ้น ๒ ล้อ จำนวน ๑ คัน

๒. สรุปกระบวนการ/ความเสี่ยง และตัวชี้วัด

กระบวนการสำคัญ	เป้าหมาย	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ผลลัพธ์		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. การเก็บผ้าเปื้อน	-เพื่อลดความเสี่ยงอุบัติเหตุจากของมีคม/ลดภาระงาน	- จำนวนสิ่งของติดบนมากับผ้าเปื้อน	๘	๒๕	๑๐
๒. การซัก	- น้ำหนักผ้าเหมาะสมกับเครื่องซักผ้า -ผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ไม่มีคราบ	- จำนวนครั้งเครื่องซักผ้าชำรุด -จำนวนผ้าที่ไม่สะอาดต้องซักซ้ำ	๓	๑	๒
๓.การพับและส่งผ้าให้หน่วยงาน	-ผ้าเพียงพอ/พร้อมใช้	-จำนวนครั้งที่ส่งผ้าล่าช้า/ไม่เพียงพอ/พร้อมใช้	๒	๒	๑
๔.การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงาน	-ปฏิบัติตามหลัก IC	- จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุ	-	-	-

[illegible]

๓.ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

จากการเก็บข้อมูลรายงานความเสี่ยง ประจำปี ๒๕๖๗ พบว่า มีสิ่งแปลกปลอมติดมากับผ้าส่งซัก จำนวน ๑๐ ครั้ง เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ ขยะ และสิ่งอื่นๆ เนื่องจากบางครั้งพนักงานไม่ได้แยกผ้าก่อนส่งซัก ทำให้มีสิ่งแปลกปลอมติดมากับผ้า เกิดปัญหาเครื่องซักผ้าเสียจำนวน ๑ ครั้ง และผู้ปฏิบัติงานอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมได้ จึงส่งข้อมูลให้ทีมความเสี่ยงและงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์และกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกัน

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ชื่อเรื่อง : การคัดแยกผ้าวิธีเจ้าหน้าที่ปลอดภัย

วิธีการแก้ไข

๑. มีการเก็บรวบรวม และคัดแยกผ้าของแต่ละจุดบริการ
๒. ในการคัดแยกผ้าของเจ้าหน้าที่แต่ละจุดบริการมีการคัดแยกผ้าถูกต้องตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน
๓. มีการแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการคัดแยกผ้าเปื้อนเลือด และผ้าธรรมดา ลงในถังผ้าให้ถูกต้อง
๔. มีการติดป้ายบริเวณถังผ้าไว้อย่างชัดเจน ว่า ถังผ้าธรรมดา และถังผ้าเปื้อนเลือด
๕. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานซักฟอกมีการตรวจเช็คสิ่งแปลกปลอมที่ติดมากับผ้าก่อนการนำไปซัก
๖. สะท้อนข้อมูลการพบผ้าเปื้อนสารคัดหลั่งติดมากับผ้าธรรมดา และข้อมูลเครื่องมือทางการแพทย์ติดมากับผ้าให้หน่วยงานรับทราบ ร่วมกันประชุมกับทีม IC ทีมเครื่องมือแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำแนวทางแก้ไขและป้องกันต่อไป

ผลการดำเนินการ

จากผลการดำเนินงานแก้ไขตามแนวทาง พบว่าเดือน ต.ค ๖๗ ยังมีเครื่องมือทางการแพทย์ติดมาผ้าส่งซัก จำนวน ๑ ครั้ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานไม่ได้ตรวจสอบก่อนเก็บผ้า จึงประสานหน่วยงานให้แต่ละจุดบริการเพิ่มการตรวจเช็คและคัดแยกผ้าทุกครั้ง

๕.แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๑. พัฒนาเทคนิคการซักผ้าเปื้อนเพื่อลดการซักผ้าซ้ำและลดการใช้น้ำยา
๒. บันทึกจำนวนและชนิดผ้าชำรุดแล้วนำมาจัดซื้อทดแทนเพื่อให้ผ้าเพียงพอต่อการใช้งาน
๓. จัดทำโต๊ะสำหรับตรวจผ้า ผับผ้า
๔. จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุม/อบรมตามหลัก IC ที่เกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรและสิ่งแวดล้อม โดย มีการอบรมฟื้นฟูเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การสวมเครื่องป้องกันที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงาน
๕. ประเมินความพึงพอใจของหน่วยงาน เพื่อวางแผนพัฒนาระบบงานต่อไป

Service Profile

หน่วยงาน พัสตุ โรงพยาบาลวิภาวดี

๑. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานพัสตุ เป็นงานสนับสนุนให้บริการทางด้านการจัดหา เก็บรักษา ควบคุม และการจำหน่ายพัสตุอย่างถูกต้องให้แก่กลุ่มงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายหลักคือการจัดซื้อจัดจ้างพัสตุ โปร่งใส ทันเวลา ตรวจสอบได้ และเพื่อสนับสนุนงานหลักให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ของทุกกลุ่มงาน โดยทุกกลุ่มงานมีส่วนร่วม ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ ถูกต้อง มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ราคาเหมาะสม จัดหาถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข. ขอบเขตการให้บริการ

๑. การดำเนินการด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ให้แก่กลุ่มงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลวิภาวดี และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้บริการด้านจัดซื้อจัดจ้าง สินค้า งานบริการ งานก่อสร้าง งานจ้างที่ปรึกษาและงานจ้างออกแบบ หรือควบคุมงานก่อสร้าง รวมทั้งการดำเนินการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยดำเนินการสำรวจความต้องการใช้

๓. จัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างพัสตุประจำปี

๔. จัดทำเอกสารขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างพัสตุ

๕. ควบคุมการเบิก-จ่ายวัสดุ ควบคุมดูแลสต็อกวัสดุคงคลัง

๖. ลงทะเบียนครุภัณฑ์

๗. ตรวจสอบรายงานพัสตุประจำปีตามระเบียบพัสตุ จัดทำการจำหน่ายพัสตุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้หน่วยงานต่างๆ สํารวจ และส่งครุภัณฑ์ชำรุด เสื่อมสภาพ เพื่อขออนุมัติดำเนินการจำหน่ายต่อไป

๘. ให้คำปรึกษาด้านพัสตุแก่เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานต่างๆ

๙. จัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ควบคุมดูแลความสะอาดภายในและภายนอกโรงพยาบาล

๑๐. กำกับควบคุมการปฏิบัติงานของพนักงานรักษาความปลอดภัย และดูแลบ้านพักของโรงพยาบาล ตลอดจนสนับสนุนการซ่อมบำรุง

ศักยภาพ ข้อจำกัด

๑. ศักยภาพคือ การใช้ทักษะคอมพิวเตอร์ การประสานงาน การจัดหา และการเบิกจ่ายพัสตุได้ทันเวลา

๒. ข้อจำกัด สถานที่จัดเก็บวัสดุคงคลัง ครุภัณฑ์รอแ่งจำหน่ายไม่เพียงพอ มีขนาดเล็ก ทุบ และอากาศไม่ถ่ายเท

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
เจ้าหน้าที่หน่วยงานภายใน	๑. ผู้รับบริการ (ทุกกลุ่มงาน) ๑.๑ ต้องการพัสดุทันต่อการใช้งาน กำหนดวันได้รับพัสดुक้างจ่าย ต้องการพัสดุที่ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างพอเพียง ๑.๒ ต้องการพัสดุที่ตรงตามประเภทและรูปแบบ ปริมาณที่ขอเบิก รวดเร็ว ทันเวลามีคุณภาพ ตามที่ต้องการ ได้มาตรฐานในการใช้ปฏิบัติงาน และได้มีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น ๑.๓ มีสถานที่ปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ๒. ผู้ร่วมงาน (ระบบงานที่ส่งต่อ) ๒.๑ ต้องการเอกสารที่ถูกต้องตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ ๒.๒ ต้องการเอกสารที่เป็นปัจจุบัน อำนวยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ๒.๓ ต้องการการประสานงานที่ดี มีอัธยาศัย และมีไมตรีจิต ๓. ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ) ๓.๑ การจัดซื้อจัดจ้างถูกต้องตามระเบียบพัสดุ โปร่งใส ตรวจสอบได้ จัดซื้อได้อย่างประหยัดและคุ้มค่า มีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดซื้อจัดจ้างและตัดสินใจ ต้องการข้อมูลที่ต้องเป็นปัจจุบัน และค้นหาง่าย
เจ้าหน้าที่หน่วยงานภายนอก - หน่วยงานราชการ/ รัฐวิสาหกิจ - บริษัทฯ/ห้าง/ร้าน - บุคคลทั่วไป	๑. ดำเนินการจัดหาพัสดุอย่างถูกต้องตามระเบียบฯ ทุกขั้นตอน กระบวนการ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ทันเวลา ๒. ได้รับความสะดวกในการติดต่อประสานงาน ๓. การเบิกจ่ายเงินในเวลาที่เหมาะสมเป็นไปตามเงื่อนไขในสัญญา ๔. ต้องการการประสานงานและการบริการที่ดี

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)

๑. ด้านผู้รับบริการ

- ได้รับพัสดุที่มีคุณภาพ ตรงตามความต้องการ
- ได้รับพัสดุถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาการใช้งาน
- มีคลังเก็บพัสดุที่ปลอดภัย

๒. ด้านผู้ให้บริการ

- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัสดุเป็นอย่างดี

- มีความสามารถ มีทักษะ มีความละเอียด รอบคอบ ซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงานด้านพัสดุ
- มีความสามารถในการประสานงานที่ดี มีอัธยาศัย และไมตรีจิต
- ให้บริการจัดหาพัสดุ ที่ถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ รวดเร็ว พอเพียง และมีความปลอดภัย

ในขณะปฏิบัติหน้าที่ มีความสุขในการทำงาน และผู้ให้บริการได้รับความพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

๑. การตรวจสอบพัสดุประจำปีให้ถูกต้อง ทันเวลา
๒. การจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ประจำปีให้ครอบคลุม ถูกต้อง สมบูรณ์
๓. การควบคุม เก็บรักษาพัสดุ มีความปลอดภัยถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน
๔. การเบิก-จ่ายพัสดุ ได้ครบถ้วนตรงตามความต้องการของหน่วยเบิก ทั้งจำนวนและรายการ
๕. การซ่อมและบำรุงรักษาให้มีความปลอดภัย พร้อมใช้งานตลอดเวลา
๖. เพิ่มรายได้ลดรายจ่ายตามนโยบาย (จากแผนจัดซื้อ)

ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
การจัดหาพัสดุ ๑. การแบ่งซื้อแบ่งจ้าง ๒. จัดซื้อจัดจ้างล่าช้า	๑. จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง	๑. ปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างถูกต้องตามระเบียบฯ ๒. ได้รับพัสดุในราคาที่เหมาะสม ๓. ได้รับพัสดุครบถ้วน ถูกต้องตรงตามความต้องการ และทันเวลา
การตรวจรับพัสดุ ๑. การตรวจรับพัสดุล่าช้า ๒. กรรมการตรวจรับไม่มีความรู้ความชำนาญ	๑. แจ้งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการให้ทราบล่วงหน้า ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้มีความรู้ความชำนาญของแต่ละงาน ๓. เชิญคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ณ สถานที่ส่งมอบพร้อมกัน	๑. ตรวจรับพัสดุครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา
การควบคุมและการเก็บรักษา ๑. มีการโยกย้ายพัสดุโดยไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่พัสดุทราบ ๒. พสดุสูญหาย เสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ ๓. พสดุไม่ตรงกับบัญชีคุม เช่น ครุภัณฑ์	๑. มีการตรวจสอบพัสดุและแยกประเภทพัสดุให้ถูกต้อง ๒. ตรวจสอบพัสดुकงคลังทุกเดือน	๑. พสดุไม่สูญหาย เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ๒. สะดวกในการเบิกจ่ายพัสดุ

จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นในการพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
๑. การจัดซื้อจัดจ้าง	- เพื่อให้การดำเนินการจัดหาพัสดุปฏิบัติถูกต้องตามระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	- จำนวนครั้งของการรับคืนเอกสารจัดซื้อ/จัดจ้างเนื่องจากเอกสารไม่ถูกต้อง (ไม่เกิน ๑๐ ครั้ง/ปี)	- ปฏิบัติตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารภาครัฐ พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ - มีการปฏิบัติตามวิธีการและขั้นตอนตามระเบียบที่กำหนด - มีคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการขออนุมัติต่อผู้มีอำนาจทุกครั้งในการจัดซื้อจัดจ้าง
๒. การเบิกจ่ายพัสดุ	- เพื่อให้มีวัสดุคงคลังเพียงพอต่อความต้องการของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และการเบิกจ่ายพัสดุถูกต้องเป็นไปตามระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	- จำนวนครั้งที่เบิกจ่ายพัสดุไม่ตรงตามความต้องการ (ไม่เกิน ๑๐ ครั้ง/ปี)	- มอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร - สถานที่จัดเก็บปลอดภัยเป็นระเบียบเรียบร้อย - มีการจัดทำรายงานสรุปผลรายละเอียดการเบิกจ่ายวัสดุคงคลัง ว่ามียอดเหลือเท่าไร - ส่งยอดคงเหลือพัสดุคงคลังให้กับการเงินทุกสิ้นเดือน
๓. ทะเบียนครุภัณฑ์	- ครุภัณฑ์ทุกรายการได้รับการลงทะเบียน	- จำนวนครุภัณฑ์ที่ไม่ได้ลงทะเบียนคุม (ไม่เกิน ๕ ชิ้น/ปี)	- แจ่งพัสดุทุกฝ่ายให้ส่งรายการเมื่อมีการซื้อครุภัณฑ์ - ก่อนส่งมอบครุภัณฑ์ไปยังหน่วยงานต้องดำเนินการลงทะเบียนและเขียนเลขครุภัณฑ์

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ฉ.๑ ปริมาณงาน

รายการ	จำนวนปริมาณงาน/ปี			
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. การจัดซื้อ/จัดจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง	๑,๐๕๖	๑,๑๙๖	๑,๒๙๙	๑,๔๓๙
๒. การจัดซื้อ/จัดจ้าง โดยวิธี e-bidding	๓	๒	๓	๒
๓. การบริหารสัญญา (สัญญาซื้อ/จ้าง)	๒๓	๑๗	๒๑	๓๑
๔. การซ่อมบำรุง (ส่งซ่อมภายนอก ร.พ)	๔๔	๕๓	๕๐	๓๘
๕. การเบิกจ่ายวัสดุคงคลัง	๒๔	๒๔	๒๔	๒๔
๖. เชื้อสต็อกคลังพัสดุ	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒
๗. งานจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์	๙๘	๔๗	๒๘	๕๓

ฉ.๒. ทรัพยากร

ฉ.๒.๑. บุคลากร

- ผู้ปฏิบัติงาน งานพัสดุมีเจ้าหน้าที่ จำนวน ๓ คน โดยแบ่งงานออกเป็น ๓ ส่วน คือ ทำหน้าที่จัดทำแผนเงินบำรุงและเงินงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้างพัสดุ และบริหารสัญญา จำนวน ๑ คน ทำหน้าที่จัดซื้อจัดจ้าง และคุมแผนการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน ๑ คน และทำหน้าที่คุมคลังพัสดุ เบิกจ่ายพัสดุ ส่งซ่อมบำรุง ลงทะเบียนครุภัณฑ์ และออกเลขครุภัณฑ์ จำนวน ๑ คน

ฉ.๒.๒. เครื่องมืออุปกรณ์สำคัญ

๒.๑ เครื่องมือ

- เครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน ๓ เครื่อง
- เครื่องปริ้นเตอร์ จำนวน ๒ เครื่อง

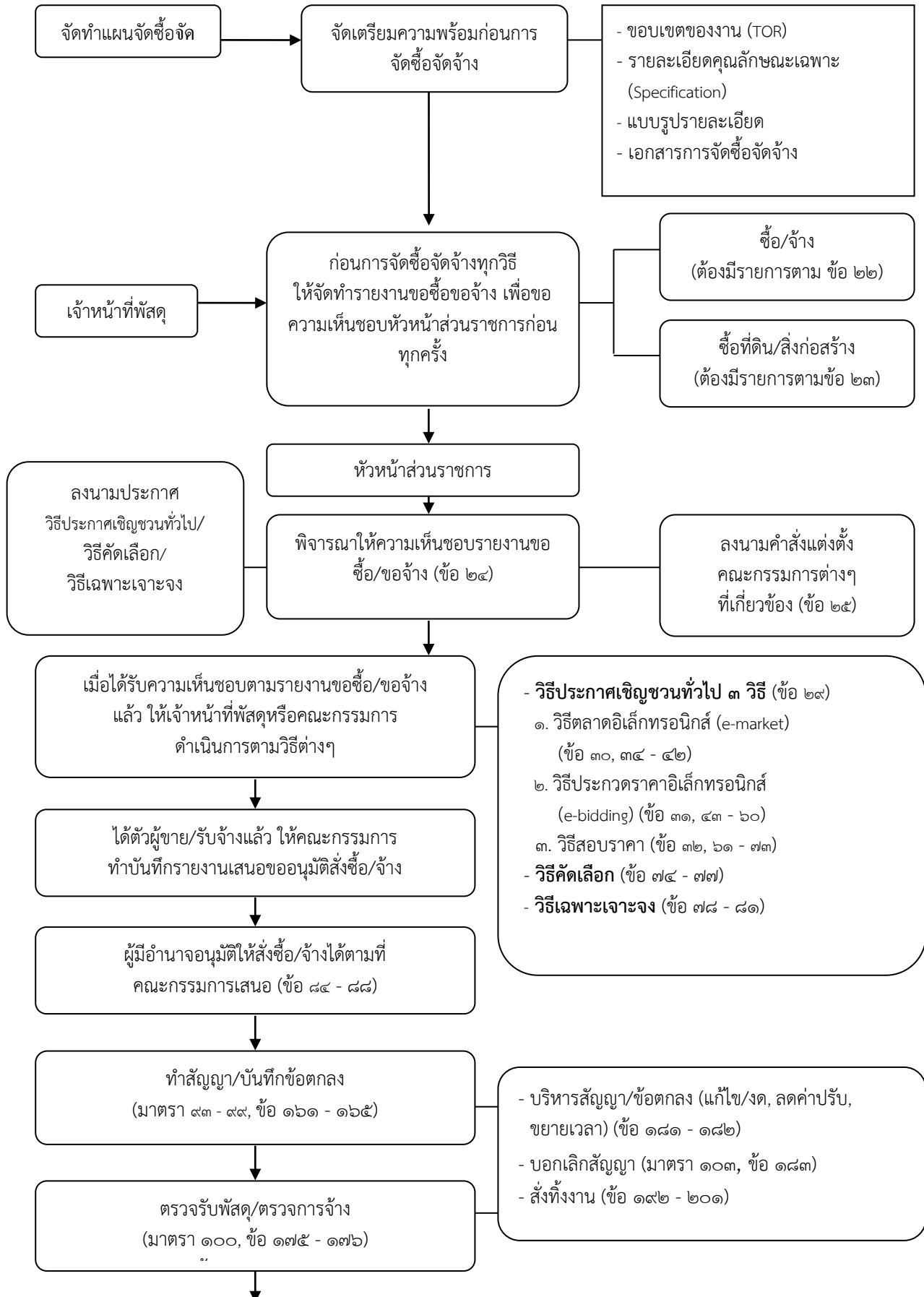
๒.๒ เทคโนโลยี

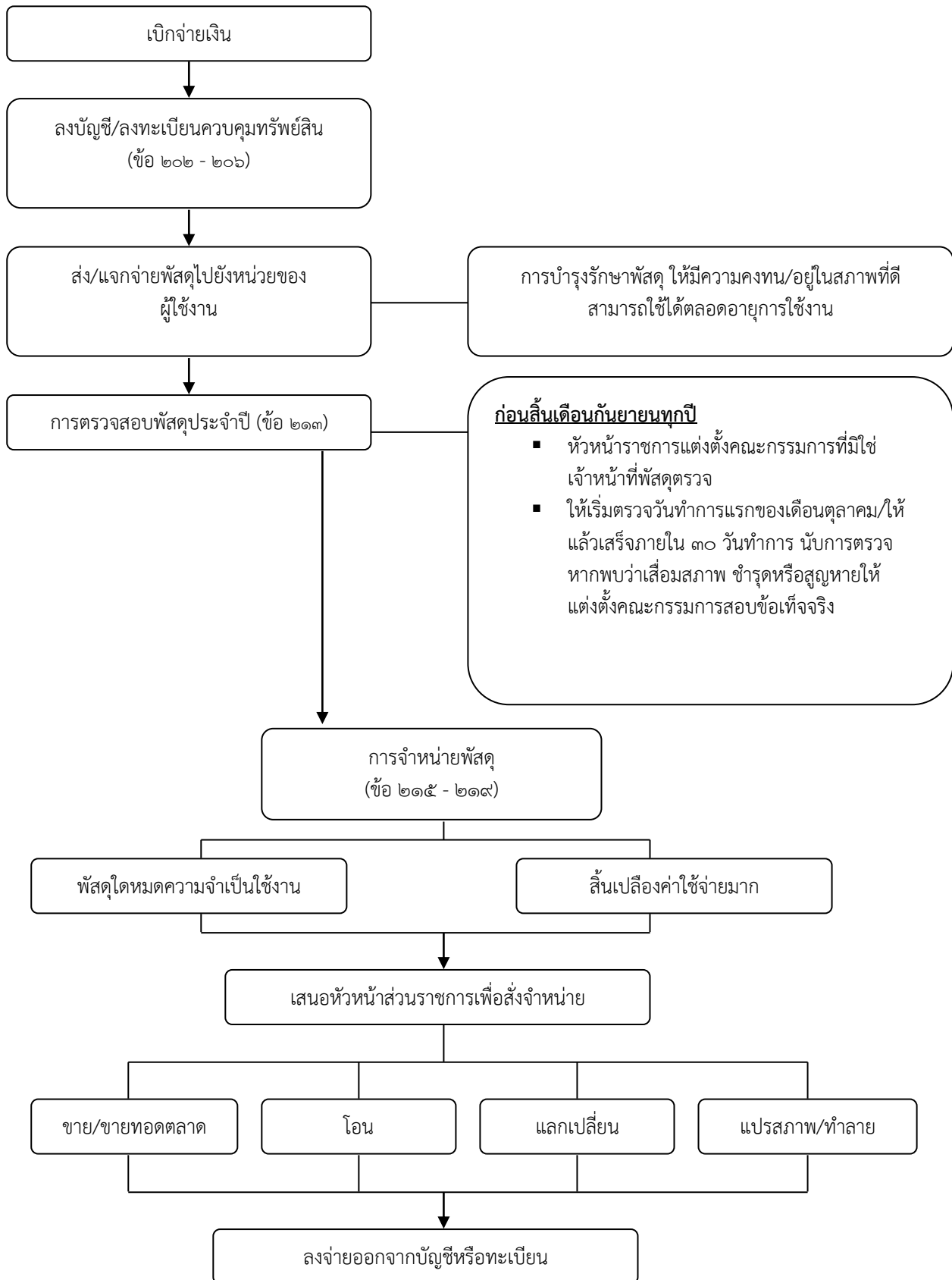
- โปรแกรม HOSOffice ระบบบริหารโรงพยาบาล (ระบบบริหารงานพัสดุ)

๒. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

แผนภูมิกระบวนการทำงาน

Flow Chart ภาพรวมของกระบวนการหลัก

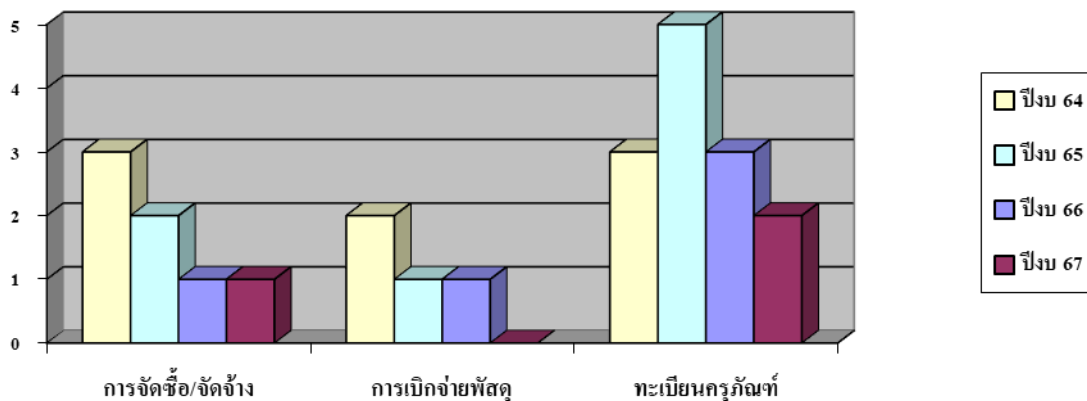




กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การจัดซื้อจัดจ้าง	- เพื่อให้การดำเนินการจัดหาพัสดุปฏิบัติ ถูกต้องตามระเบียบและข้อกำหนดที่ เกี่ยวข้อง	- จำนวนครั้งของการรับคืนเอกสารจัดซื้อ/จัด จ้างเนื่องจากเอกสารไม่ถูกต้อง (ไม่เกิน ๑๐ ครั้ง/ปี)
๒. การเบิกจ่ายพัสดุ	- เพื่อให้มีวัสดุคงคลังเพียงพอต่อความ ต้องการของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และการเบิกจ่ายพัสดุถูกต้องเป็นไปตาม ระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	- จำนวนครั้งที่เบิกจ่ายพัสดุไม่ตรงตามความ ต้องการ (ไม่เกิน ๑๐ ครั้ง/ปี)
๓. ทะเบียนครุภัณฑ์	- ครุภัณฑ์ทุกรายการได้รับการลงทะเบียน	- จำนวนครุภัณฑ์ที่ไม่ได้ลงทะเบียนคุม (ไม่เกิน ๕ ชิ้น/ปี)

๓. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการ ดำเนินงาน	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
๑. การจัดซื้อจัดจ้าง	- เพื่อให้การดำเนินการจัดหา พัสดุปฏิบัติถูกต้องตามระเบียบ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง	๓	๒	๑	๑
๒. การเบิกจ่ายพัสดุ	- เพื่อให้มีวัสดุคงคลังเพียงพอ ต่อความต้องการของหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาล และการ เบิกจ่ายพัสดุถูกต้องเป็นไปตาม ระเบียบและข้อกำหนดที่ เกี่ยวข้อง	๒	๑	๑	๐
๓. ทะเบียนครุภัณฑ์	- ครุภัณฑ์ทุกรายการได้รับการ ลงทะเบียน	๓	๕	๓	๒



จากกราฟในปี งบ ๒๕๖๔-๒๕๖๗ พบว่า

- จำนวนครั้งของการรับคืนเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง เนื่องจากเอกสารไม่ถูกต้องลดลง เนื่องจากพัสดุมีการตรวจสอบเอกสารในขั้นตอนต่างๆ ก่อนนำส่งงานการเงิน
- จำนวนครั้งที่เบิกจ่ายพัสดุไม่ตรงตามความต้องการและความล่าช้าของการจัดซื้อจัดจ้างลดลง เนื่องจากพัสดุมีการจัดลำดับความต้องการ ระยะเวลาการดำเนินการ จึงทำให้สิ่งพัสดุได้ทันต่อความต้องการที่จะใช้ของหน่วยงานผู้ขอใช้
- จำนวนครุภัณฑ์ที่ไม่ได้ลงทะเบียนคุมลดลง เนื่องจากเมื่อมีการซื้อครุภัณฑ์ เจ้าหน้าที่พัสดุจะทำการลงทะเบียนและทำการลงทะเบียนครุภัณฑ์

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

๔.๑.๑ การเบิก-จ่ายพัสดุ

หน่วยเบิก ต้องการเบิกพัสดุได้รวดเร็ว และถูกต้องครบถ้วน ปัญหาที่พบ คือ หน่วยงานต่างๆ ที่ส่งใบเบิก ลงข้อมูลในใบเบิกไม่ถูกต้อง ไม่ตรงตามความต้องการ ส่งใบเบิกล่าช้า ทำให้ได้รับพัสดุไม่ครบถ้วน และตรงตามความต้องการ

- การปรับปรุง**
๑. แจ้งให้หน่วยงานต่าง ๆ ส่งใบเบิกล่วงหน้า (ส่งวันพุธที่ ๒ และ ๔ ของเดือน)
 ๒. งานพัสดุตรวจสอบใบเบิกพัสดุ
 ๓. จ่ายพัสดุตามใบเบิกทุกวันพฤหัสบดีที่ ๒,๔ ของเดือน
 ๔. พักพัสดุที่ไม่มีรายการในใบเบิกพัสดุ ให้หน่วยงานผู้ขอใช้ เขียนรายงานการขอใช้พัสดุ

ผลลัพธ์ หน่วยงานต่างๆ ได้รับพัสดุที่ถูกต้อง ทันเวลา สำรองพัสดุได้ทันเวลา

๔.๑.๒ การลงข้อมูลทรัพย์สินและกำหนดหมายเลขทะเบียนครุภัณฑ์

การจัดซื้อครุภัณฑ์ของโรงพยาบาลวิภาวดี จะแบ่งให้แต่ละหน่วยจัดซื้อครุภัณฑ์ของตนเองเป็นผู้จัดซื้อ เช่น ครุภัณฑ์การแพทย์ เพราะแต่ละหน่วยได้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่พัสดุประจำหน่วยไว้แล้ว แต่การจัดซื้อครุภัณฑ์ของแต่ละหน่วยไม่ได้ส่งข้อมูลมายังพัสดส่วนกลางทำให้ทะเบียนครุภัณฑ์ไม่ตรงตามพัสดุที่มีอยู่จริง

- การปรับปรุง**
๑. ให้แต่ละหน่วยส่งข้อมูลครุภัณฑ์ที่จัดซื้อให้พัสดส่วนกลางทุกครั้งที่จัดซื้อเพื่อลงทะเบียน
 ๒. มีการแจ้งทุกครั้งเมื่อมีการเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์
 ๓. ครุภัณฑ์ทุกรายการจะมีหมายเลขควบคุม
 ๔. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุประจำปี และรายงานผลให้ หัวหน้าส่วนราชการทราบ

ตามระเบียบพัสดุ

ผลลัพธ์ ทะเบียนครุภัณฑ์ตรงตามจำนวนครุภัณฑ์ที่มีอยู่จริง

๔.๒ การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

๔.๒.๑ การจัดซื้อ/จ้างพัสดุนอกแผนประจำปี (ซื้อแบบฉุกเฉิน)

- การปรับปรุง**
๑. ให้หน่วยงานขอใช้ตามแผนที่กำหนดไว้
 ๒. เมื่อมีการขอใช้แบบฉุกเฉินต้องปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ ฯ
 ๓. กำหนดวันรับ และเบิกจ่าย พักพัสดุให้ชัดเจน

ผลลัพธ์ หน่วยงานต่าง ๆ ได้รับพัสดุตรงตามความต้องการและทันต่อการใช้งาน

๔.๒.๒ ทะเบียนครุภัณฑ์ มีครุภัณฑ์ไม่ตรงตามความเป็นจริง

- การปรับปรุง**
๑. ให้แต่ละหน่วยซื้อส่งสำเนาการซื้อครุภัณฑ์ใหม่ให้พัสดุกลางทุกครั้งที่มีการซื้อ
 ๒. ตรวจสอบข้อมูลการจัดซื้อครุภัณฑ์กับงานการเงิน (ผู้ลงบัญชี) ว่ามีครุภัณฑ์ตรงหรือไม่
 ๓. ให้แต่ละหน่วยงานจัดทำบันทึกเมื่อมีการเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์ เช่น การส่งซ่อม การจำหน่าย หรือการย้ายไปใช้ที่หน่วยงานอื่น ส่งบันทึกให้พัสดุกลางทันที

ผลลัพธ์ ทะเบียนครุภัณฑ์ตรงตามความเป็นจริง

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๕.๑ ด้านบุคลากร

- มีการจัดส่งเจ้าหน้าที่พัสดุใหม่ไปอบรมระเบียบพัสดุ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงานตามระเบียบพัสดุให้ถูกต้อง

๕.๒ ด้านจัดการงานพัสดุ

- ชักซ้อมการเบิกจ่ายวัสดุในคลัง เพื่อแก้ปัญหา ลด การส่งใบเบิกล่าช้า และการเบิกกรณีฉุกเฉิน
- ชักซ้อมและติดตามการส่งข้อมูลจัดซื้อครุภัณฑ์ของกลุ่มงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดเก็บข้อมูลครุภัณฑ์ได้ครบถ้วน
- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้มารับบริการให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการของงานพัสดุ

Service Profile

หน่วยงาน งานการเจ้าหน้าที่

กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลวิภาวดี

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

งานการเจ้าหน้าที่ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการ สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทุกด้านให้ถูกต้อง ประสานงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของเจ้าหน้าที่ ครอบคลุม ท้นเวลา เก็บรักษาข้อมูลอย่างปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการงานด้านงานการเจ้าหน้าที่ โดยเริ่มตั้งแต่ การสรรหา การบรรจุ การแต่งตั้ง การจัดทำ บัตรประจำตัว การจัดทำทะเบียนประวัติ การเลื่อนระดับ/เลื่อนขั้นเงินเดือน การย้าย/โอน การลาศึกษาต่อ การฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา/ดูงาน การลา การลงเวลาปฏิบัติราชการ การลาออกจากราชการ การดำเนินการทางวินัย ตลอดจนการให้บริการด้านข้อมูลและเอกสาร การประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในวันราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ลูกค้าภายนอก)

- ต้องการให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามระเบียบ
- ต้องการข้อมูลด้านบุคลากรครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว ท้นเวลา
- ได้รับความร่วมมือและติดต่อประสานงานที่ดี

หน่วยงานอื่น (ลูกค้าภายนอก)

- ได้รับข้อมูลบุคลากรที่ถูกต้อง รวดเร็ว ท้นเวลา
- ได้รับความร่วมมือและติดต่อประสานงานที่ดี

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล (ลูกค้าภายใน)

- ได้รับการบริการด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ท้นเวลา
- ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย
- เจ้าหน้าที่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
- เจ้าหน้าที่ได้รับความพึงพอใจในการรับบริการ

เป้าหมาย (Goal)

1. ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ท้นเวลา
2. การสืบค้นข้อมูลที่รวดเร็ว ท้นเวลา
3. ข้อมูลบุคลากรเป็นปัจจุบัน
4. ผู้รับบริการพึงพอใจ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

- ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน ทันเวลา ข้อมูลมีความปลอดภัย และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ความถูกต้อง : ปฏิบัติงานด้านเอกสารให้ปฏิบัติด้วยความถูกต้อง ถูกระเบียบ รวดเร็ว และทันเวลา

ความปลอดภัย : มิให้เกิดความเสียหายแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน และ ทรัพย์สินต่างๆของทางราชการและผู้มารับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ : ผู้รับบริการทั้งลูกค้าภายในและลูกค้า ภายนอกได้รับความพึงพอใจในผลงานและการประสานงานต่างๆเป็นอย่างดี

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- ปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน มีความสะดวกในการสืบค้น ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง

- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเพื่อให้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาบุคลากร และแผนการเงิน ให้สนองต่อความต้องการขององค์กรมากที่สุด

ความเสี่ยงสำคัญ

- เสี่ยงในการทำเอกสารสูญหาย
- เสี่ยงในการตรวจสอบเอกสารไม่ครบถ้วน
- เสี่ยงต่อการไม่ได้ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง
- เสี่ยงในการส่งเอกสารรายงานไม่ทันเวลา

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

อัตรากำลัง

- นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ทำหน้าที่ ควบคุมดูแลตรวจสอบให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา จำนวน 1 คน

- เจ้าพนักงานธุรการ (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ปฏิบัติงานการเจ้าหน้าที่จำนวน 1 คน

เครื่องมือ

คอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกและสืบค้นข้อมูล จำนวน 1 เครื่อง

โทรศัพท์,ภายใน จำนวน 1 เครื่อง

ตู้เก็บเอกสาร จำนวน 2 หลัง

เครื่องบันทึกลายนิ้วมือ จำนวน 1 เครื่อง

ปริมาณงาน

รายการ/ปีงบประมาณ	3 ปีที่แล้ว (2564)	2 ปีที่แล้ว (2565)	1 ปีที่แล้ว (2566)	ปีปัจจุบัน (2567)
1.ดำเนินการรับสมัครลูกจ้างชั่วคราว / จ้างเหมาบริการ	4 ตำแหน่ง	2 ตำแหน่ง	3	11
2.จัดทำข้อมูลเพื่อปรับเงินเดือนลูกจ้าง ชั่วคราว	4 ตำแหน่ง	3 ตำแหน่ง	1	2
3.จัดทำข้อมูลเพื่อปรับเงินเดือน ข้าราชการ / พ.ราชการ	ขรก.62 ราย /พรก.1 ราย	ขรก.64 ราย /พรก. 1 ราย	ขรก.63 พรก.1	ขรก.65 พรก.1
4.จัดทำข้อมูลเพื่อปรับเงินเดือนพนักงาน กระทรวงสาธารณสุข	56 ราย	56 ราย	58 ราย	63
5.จัดทำบัญชีบรรจุ แต่งตั้ง การรายงาน ผลการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ	ขรก.1 ราย พกส.4 ราย ลจ.4 ราย	ขรก. 0 ราย พกส.2 ราย ลจ.1 ราย	2	ขรก. 2 ราย
6.จัดพิมพ์หนังสือการโอน ย้าย ลาออก ของข้าราชการ	6	2	25	10
7.จัดทำข้อมูลการลาศึกษาต่อของ เจ้าหน้าที่	8	13	4	0
8. ติดต่อประสานงานเพื่อขอ พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์	4 ราย	0	1	10
9. ทำหนังสือราชการส่งตัวเจ้าหน้าที่เข้า ประชุม อบรม	16	225	68	90
10. จัดพิมพ์คำสั่งลูกจ้างชั่วคราวลาออก จากราชการ	1	0	2	2
11. จัดพิมพ์หนังสือราชการเกี่ยวกับงาน การเจ้าหน้าที่	385	424	64	84
12. จัดทำสัญญาจ้างลูกจ้างชั่วคราว	4	2	1	1
13. จัดทำสัญญาจ้าง พกส.	5	6	2	4
14.จัดทำหนังสือขออนุมัติ ผูกอบรม ประชุม สัมมนา ของเจ้าหน้าที่ รพ	16	225	90	82
15. ตรวจสอบวันลาจิลูกจ้างชั่วคราว เพื่อส่งการเงินหักวันลาจิล	55	39	5	2
16. จัดทำเอกสารรายละเอียดการมา ปฏิบัติงาน จ้างเหมาบริการ	12 ราย	12 ราย	12	12
17.จัดพิมพ์หนังสือรับรองเงินเดือน	72 ฉบับ	87 ฉบับ	85	90
18. จัดพิมพ์หนังสือรับรองการทำงาน	84	98	34	47
19. จัดทำบัตรประจำตัวข้าราชการ	ขรก.31 ราย พกส.	0 ราย	พกส.35	ขรก 5
รายการ/ปีงบประมาณ	3 ปีที่แล้ว (2564)	2 ปีที่แล้ว (2565)	1 ปีที่แล้ว (2566)	ปีปัจจุบัน (2567)

20. จัดทำข้อมูลการมาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อเบิกค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ				
* ฝ่ายทันตกรรม	12	12	11	12
* ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	12	12	11	12
* ฝ่ายการพยาบาล	12	12	11	12
* กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	12	12	11	12
* กลุ่มงานเภสัชกรรม	12	12	11	12
* กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	12	12	11	12
* กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์	12	12	11	12
* กลุ่มงานแพทย์แผนไทย	12	12	11	12

ข. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

1. การสรรหา และพัฒนาบุคคล
 - การสอบแข่งขัน/คัดเลือกลูกจ้าง
 - การปฐมนิเทศ
 - การบรรจุและแต่งตั้งลูกจ้าง
 - การรายงานผลการทดลองปฏิบัติราชการ
 - การประเมินและรายงานผลการปฏิบัติงาน
 - การลาศึกษาต่อ
 - ดำเนินการเรื่องการสนับสนุนทุนการศึกษาแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข
2. การเลื่อนระดับ และพิจารณาความดีความชอบ และสิทธิประโยชน์
 - การขอประเมินบุคคลและผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น
 - การขอปรับอัตราเงินเดือน/ค่าจ้างตามวุฒิ
 - การเลื่อนขั้นเงินเดือน / ค่าจ้าง
3. ทะเบียนประวัติ และรับรองข้อมูล
 - จัดทำ ก.พ. 7 และแฟ้มประวัติข้าราชการ
 - การขอเพิ่มวุฒิ
 - การเปลี่ยนชื่อ-สกุล
 - การขอแก้ไข วัน เดือน ปีเกิด
 - ดำเนินการขอทำบัตรประจำตัวข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ
 - จัดทำประวัติการฝึกอบรม
 - จัดทำประวัติการลาทุกประเภท
 - จัดทำหนังสือรับรองการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง ,รับรองเงินเดือน , รับรองประสบการณ์การทำงาน

4. การประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - การดำเนินการประเมินและรายงานผลการปฏิบัติงาน
 - การดำเนินการจัดทำคำสั่งเพิ่มอัตราค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว
 - การดำเนินการจัดทำคำสั่งจ้างลูกจ้างชั่วคราวต่อเนื่อง
5. หมวดยศกำลัง
 - ดำเนินการขอย้าย / โอน
 - ดำเนินการเรื่องการลาออก
 - ดำเนินการขอเปลี่ยนสายงาน
6. หมวดยินย
 - การดำเนินการทางวินัย
 - การขอใช้ทุนกรณีผิดสัญญาฯ
 - ตรวจสอบข้อมูลการมาปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่

2 กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performent Indicator)
1. การสรรหา	- ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติตรงตามความต้องการขององค์กร	- บุคลากรมีคุณสมบัติตรงตามความต้องการขององค์กร เป็น 100 %
2. การบรรจุและแต่งตั้ง - การคัดเลือก - การสอบแข่งขัน	- บุคลากรได้รับการดำเนินการตามสิทธิ	- มีคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือกและกลั่นกรอง
3.การเลื่อนขั้นเงินเดือน/ค่าจ้าง - ณ วันที่ 1 เมษายน - ณ วันที่ 1 ตุลาคม	- บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ	- การเลื่อนขั้นเงินเดือน และการเลื่อนขั้นค่าจ้าง ทันตามกำหนด
4. การเลื่อนระดับ - ระดับควบ - การประเมินทางวิชาการ - การประเมินคัดเลือก	- บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับอย่างถูกต้องตามกำหนดเวลา	- ผู้รับการประเมินส่งแบบประเมินตรงตามระยะเวลาครบกำหนดตามหลักเกณฑ์
5. การย้าย/โอน - ย้ายภายในหน่วยงาน - ย้ายข้ามจังหวัด - ย้ายภายในจังหวัด	- บุคลากรได้รับการดำเนินการตามสิทธิ สิ่งร้องขอ ทันตามกำหนดเวลา และไม่เสียสิทธิประโยชน์	- ส่งแบบขอย้ายทันตาม กำหนดเวลา และ ไม่เสียสิทธิในการเลื่อนระดับสูงขึ้น.

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performent Indicator)
6. การลาประเภทต่างๆ	- มีข้อมูลวันลาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและมีการจัดเก็บที่สามารถค้นหาได้ง่าย - ปฏิบัติตามระเบียบการลา	- ข้อมูลวันลามีความถูกต้อง 100% - สามารถสืบค้นได้ง่ายภายในเวลา 5 นาที
7. การฝึกอบรม	- บุคลากรได้รับการพัฒนาตรงตามความต้องการขององค์กรและได้รับการพัฒนาทุกคน - มีข้อมูลการฝึกอบรมและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของบุคลากรที่ถูกต้อง ครบถ้วน	- บุคลากรได้รับการพัฒนาครบทุกคนเป็น 100 % - มีการจัดเก็บข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องเป็น 100%

3.แผนพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
พัฒนาระบบการลา	เพื่อให้บุคลากรสามารถดูข้อมูลของตนเองได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	- บุคลากรทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลของตนเองได้	- จัดทำข้อมูลบุคลากรให้ถูกต้องครบถ้วน
พัฒนาระบบ ประชุม อบรม สัมมนา	เพื่อให้หัวหน้าฝ่าย หัวหน้า กลุ่มงานและบุคลากร สามารถดูประวัติข้อมูลของ ตนเองได้	- บุคลากรทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลของตนเองได้	- จัดทำข้อมูลบุคลากรให้ถูกต้องครบถ้วน

4.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
			ปี 2564	ปี 2565	ปี 2565	ปี 2567
	ด้านความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล					
1	การสรรหา บรรจุแต่งตั้ง ลาออก ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	90%	90	90	90	90
2	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรแล้วเสร็จครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา (ปีละ 1 ครั้ง)	1	1	1	1	1
	ด้านความพึงพอใจ					
1	ร้อยละบุคลากรภายในโรงพยาบาลทำงานอย่างมีความสุข ในภาพรวมของปีงบประมาณ 2565 60%	≥60%	60.86	65.22	55.5	55

5.กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- ทบทวนการสรรหาบุคลากร กรณีผู้มาสมัครคุณสมบัติไม่ครบถ้วน ได้ทบทวนและมีผลสรุป ออกมาว่า ให้ตรวจสอบคุณสมบัติ โดยใช้ระบบตรวจสอบคุณสมบัติของ กพ.
- ทบทวนอัตรากำลังของแต่ละหน่วยงานตามกรอบ FTE

6. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

6.1 ระบบงานในปัจจุบันที่พัฒนาคุณภาพเสร็จสิ้นแล้ว

6.1.1 พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลวันลา

กิจกรรมพัฒนา	ความคาดหวัง	ตัวชี้วัด
- พัฒนาการบันทึกข้อมูลการลา	- การบันทึกข้อมูลสะดวก และ ค้นหาข้อมูลได้รวดเร็ว	- ระยะเวลาการค้นหาข้อมูลไม่เกิน 10 นาที
- พัฒนาการบันทึกข้อมูลพัฒนาบุคลากร	- การบันทึกข้อมูลสะดวก สามารถสืบค้นข้อมูลได้รวดเร็ว	- ระยะเวลาการค้นหาข้อมูลไม่เกิน 10 นาที

6.1.2 แผนการพัฒนาระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมพัฒนา	ความคาดหวัง	ตัวชี้วัด
พัฒนาระบบสืบค้นข้อมูลบุคลากรทาง Internet	- จัดทำข้อมูลบุคลากรทั้งข้อมูลด้านการปฏิบัติงานและข้อมูลส่วนตัวให้มีความครบถ้วน	- บุคลากรทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลของตนเองได้
การกำหนดสมรรถนะ	- รวบรวม และ จัดทำ Job Description ของบุคลากรทุกคน - จัดทำข้อมูลสมรรถนะของบุคลากรทุกคน	- บุคลากรทุกคนมี Job Description และข้อมูลการประเมินสมรรถนะครบ 100 %
การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ผ่านระบบ Internet , facebook , line	- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านงานการเจ้าหน้าที่ ผ่านระบบ Internet , facebook , line	- บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

7.1 เรื่องของความถูกต้องของประวัติเจ้าหน้าที่

ปัญหาและโอกาสพัฒนา

- ประวัติของเจ้าหน้าที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ต้องใช้เวลาการค้นหา ขาดหลักฐานในการอ้างอิง

วัตถุประสงค์

- เพื่อความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ ของข้อมูลเจ้าหน้าที่
- เพื่อความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

- จัดทำแฟ้มประวัติของเจ้าหน้าที่ให้เป็นปัจจุบัน
- แยกประวัติของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว

ผลลัพธ์ที่ได้

- แฟ้มประวัติและข้อมูลของเจ้าหน้าที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากขึ้น

7.2 กิจกรรมคุณภาพเรื่องอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการการปรับปรุงระบบงาน

- นำข้อเสนอแนะที่รับจากการตอบแบบสอบถามมาปรับปรุง
- นำผลลัพธ์จากการประมวลผลความพึงพอใจมาพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข ให้ดีขึ้นในประเด็นปัญหาที่ระดับความ

พึงพอใจน้อย ในคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRD)

- ให้บริการงานอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยสำรวจแบบสอบถามทุก 6

เดือน

- ปรับปรุงพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

7.3 พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการพัฒนาบุคลากร

7.4 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

Service Profile

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บริบท (Context)

ก.หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

หน้าที่หลัก	เป้าหมายที่สำคัญ
ให้การดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย ทั้งชายและหญิง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	ให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยความถูกต้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิด ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ สูงสุด

ข.ขอบเขตบริการ ระดับความสามารถของหน่วยงาน และข้อจำกัด

ประเภท/ลักษณะการให้บริการ	ระดับความสามารถของหน่วยงาน	ข้อจำกัด
ให้บริการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยทุกสาขาต่อเนื่อง 24 ชม. โดยโรคที่รับไว้ดูแล 5 อันดับ โรคได้แก่ AGE ,COPD, Bronchitis ,Pneumonia และ Dizziness ตามลำดับโรคที่ทีมให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ACS, Stroke ,COPD และ Sepsis โรคที่เป็นสาเหตุการตายในหอผู้ป่วยอันดับ1 คือ โรคมะเร็ง ทางทีมได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา CPG/Care map ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม PCT เพื่อให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเกิดความปลอดภัย	ให้บริการตลอด 24 ชม. อย่างต่อเนื่อง มีเตียงสามัญจำนวน 23 เตียง เตียงเสริม กรณีจำเป็น 2 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง ห้องแยกโรคความดันลบ 1 ห้อง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในระยะแพร่กระจาย และห้องแยกโรคทั่วไป 1 ห้อง มีแพทย์ดูแลผู้ป่วยใน และปรึกษาตลอด24 ชม.จัดทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่อง 3 ผลัด จำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้คน แม่บ้าน 2 คน	ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจ ต้องส่งต่อ รพศ. เนื่องจากไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลสมรรถนะทีมการดูแลไม่เพียงพอ

ค.ผู้รับผลงาน และความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน
ลูกจ้างภายนอก -กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป	-ต้องการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ ต้องการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เข้าใจ และได้รับการดูแล ต่อเนื่อง
-กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT , COPD	-ให้ได้รับบริการตามมาตรฐาน -หาคลับบ้าน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน -ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทันเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องครบถ้วน -สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยไม่ต้องมารพ. ก่อนนัด -ให้เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความปลอดภัย พุดจาสุภาพ
กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ/ติดต่อ TB ,AGE	- ต้องการการดูแลตามมาตรฐาน -ได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติที่ถูกต้อง - ได้รับการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ทันเวลา
-กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ/ติดต่อ	-ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- กลุ่มผู้ป่วยโรกระบาด/โรคประจำถิ่น	-ได้รับยาที่ถูกต้อง -มีเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล ทันสมัย ได้มาตรฐาน -สามารถวินิจฉัยโรค ได้ถูกต้อง รวดเร็ว -ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
กลุ่มผู้ป่วย มารดา/ทารก	-ได้รับการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ทันเวลา -ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง -ได้รับกช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน -ได้รับบริการตามมาตรฐาน -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้รับการสอน /ฝึกทักษะ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา -ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพทารก -ได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับ การนัด วัคซีนที่ได้รับ การเจาะเลือด โรค เอดส์ และโรคทางพันธุกรรม -ได้รับบริการที่ดี หน้าที่เยี่ยมเยี่ยม

ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน
ลูกค้าภายใน องค์กรแพทย์	-ต้องการให้ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน เกิดความรวดเร็ว -ดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ประเมินการได้ถูกต้อง รับคำสั่งการรักษาได้ครบถ้วน -ทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -ต้องการให้มีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
จ่ายกลาง	-ต้องการให้ตรวจนับ เครื่องมืออย่างถูกต้อง ครบถ้วน -ต้องการให้จัดเก็บของStock อย่างถูกต้อง first- in first -out -ตรวจสอบ และส่งของหมดอายุ ไป re sterile
ชั้นสูตร	-ต้องการให้ส่งLab ถูกต้อง ถูกคน -ต้องการความรวดเร็วในการรายงานผล Lab -ต้องการให้เก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้อง มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน
X-Ray	-ต้องการให้ Key รายการ ตาม Order แพทย์ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
ห้องยา	-ให้ยาตามที่กำหนด มีการประสานยาเดิมและเบิกยาให้ถูกต้อง -ลงบันทึกการใช้ยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ไปorder ถูกต้องครบถ้วน -ต้องการความรวดเร็วในการจ่ายยา
ER	กรณีส่งคนไข้มาทำหัตถการหรือตรวจพิเศษให้มีพยาบาลตามมาด้วย เขียนใบนัดให้ถูกต้อง ครบถ้วน ต้องการการประสานงานที่ดี
LR	ต้องการให้ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน มีการประเมินแผลฝีเย็บทุกราย มีการสอน สามี อธิบายการปฏิบัติตัวเบื้องต้น
กายภาพ	ส่งปรึกษากายภาพตามแนวทาง ปฏิบัติตามแนวทางเช่นงนมนในเด็กก่อนเคาะปอด2ชม
แพทย์แผนไทย	รายงานกรณีมีผู้ป่วยงูกัด มีการประคบด้วยสมุนไพรทุกราย เคส IMC ได้รับการตรวจเยี่ยมและสอนทุกราย
งานเวชฯ	รายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรคทุกราย มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มงานผู้ป่วยในทุกราย ที่ส่งเยี่ยมบ้าน มีการประเมินผู้ป่วยก่อน จำหน่าย

หลักประกัน	ลงรายการหัตถการและคำรักษา คำห้อย ที่ถูกต้องครบถ้วน
งานแปล	มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ขอให้แปลเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
ซักฟอก	แยกผ้าถูกต้อง ไม่มีสิ่งของติดไปกับผ้า มีการรับ-ส่งผ้าตรงเวลา พร้อมบันทึกให้ถูกต้อง ครบถ้วน
การเงิน	ข้อมูลการเบิกจ่าย ค่าตอบแทน ให้ทันเวลาที่กำหนด
ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญ/ความต้องการใน
ระบบ IC	- ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด - รายงานข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ทราบทุกครั้ง - เข้าร่วมการอบรม IC ทุกครั้ง - มีการตรวจสุขภาพทุกปี - แยกขยะให้ถูกต้อง - มีการล้างมือถูกต้อง

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

ในกรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วย Arrest ต้องการทีม CPR จะประสานหน่วยงาน ER เป็นลำดับแรก และหน่วยงาน LR ,OPD ตามลำดับโดยวิธีการ โทรศัพท์แจ้งเหตุ และขอความช่วยเหลือ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้ตามมาตรฐานและพึงพอใจ

จ.ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

1.ความท้าทาย

- 1) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ให้ปลอดภัย
- 2) การเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - 2.1 การเกิดภาวะ Respiratory failure ในผู้ป่วย COPD.
 - 2.2 การเกิดภาวะ Unplan death จากภาวะ Cardiac arrest.
- 3) การดูแลระยะสุดท้ายอย่างองค์รวม
- 4) การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ
- 5) การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
- 6) การบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน

2.ความเสี่ยงสำคัญ

2.1)ความเสี่ยงสำคัญ clinic ทั่วไป (common clinical risk)

1. CAUTI
2. Phlebitis.
- 3.ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา.

2.2)ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinic Risk)

1. ผู้ป่วย Unplan death. (DEATH ขณะ admit)
- 2..ผู้ป่วย Re-admit COPD
- 3.ผู้ป่วย Respiratory failure (CHF/Pneumonia)

3.ความเสี่ยงด้านทั่วไป (non -Clinic)

1.ผู้ป่วยและญาติทิ้งขยะในถังเครื่องมือ

2.เสื้อผ้าไม่เพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วย

3.การโอนค่าใช้จ่ายจาก OPD ไป IPD รวม 2 visit กรณีคนไข้ มี 2 visit ขึ้นไป ใน 1 วัน

ข.ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

สถิติระดับหน่วยงาน

1) จำนวนผู้มารับบริการ

ปริมาณงาน	2562	2563	2564	2565	2566	2567
ผู้รับบริการทั้งหมด	3403	2895	2550	2854	2659	1899
อัตราการครองเตียง	72.71	70.67	63.76	82.49	75.82	52.9
จำนวนวันนอน	7962	6369	5856	9352	5811	5817
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	2	2	2	3	2	2
จำนวนผู้ป่วยต่อวัน (Patient / day)	21.82	18	17	26	16	13

2) 5 อันดับโรคผู้ป่วยใน

อันดับ	2562		2563		2564		2565		2566		2567	
	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง
1.	AGE	185	Bacterial infection	68	COPD	189	COPD	204	AGE	122		
2.	Pneumonia	181	AGE	46	AGE	173	AGE	146	Acute bronchitis	114		
3.	bronchitis	172	COPD with AE	44	Acute bronchitis	120	Acute bronchitis	145	COPD	103		
4.	Bacteria infection	148	Pneumonia	42	Fever	89	Pneumonia	97	Pneumonia	75		
5.	COPD with AE	126	bronchitis	36	Dizziness	88	Fever	94	Dizziness	64		

3) จำนวนผู้เสียชีวิตในหอผู้ป่วย

อันดับ	2563		2564		2565		2566		2567	
	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง
1.	Malignant	2	HF	2	Hemorrhage in respiratory	1	Heart disease	2		
2.	HF	2	CA colon	1	Respiratory failure	2	MI Inferior wall STEMI	1		
3	CA colon	1	ESRD	2	Cirrhosis of liver	1	CA colon Palliative	1		
4	ESRD	2	MI	2	MI	2	Pneumonia Palliative	1		
5	Pleural effusion	2	Cardiogenic shock	2	HCC	2				

4) สถิติการส่งต่อของหน่วยงาน

อันดับ	2563		2564		2565		2566			
	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง		
1.	Pneumonia	12	Pneumonia	21	Pneumonia	8	CHF	11		
2.	Septicemia	12	COPD	9	UTI	8	Pneumonia	10		
3.	Appendicitis	7	Abdominal pain	8	Appendicitis	6	Chest pain	10		

5) สถิติ Re – admit ของหน่วยงาน

อันดับ	2562	2563	2564	2565	2566
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)
1. COPD	4.5	3.71	3.56	5.1	2.79
2. Dyspepsia	0	0	5.79	2.85	10.9
3. Bronchitis	5	12.9	5.33	7.54	2.0

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง

- 1.การCPR
- 2.การใส่ท่อช่วยหายใจ
- 3.การให้เลือด

ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 18 คน รายละเอียด ดังนี้

บุคลากร	จำนวน	การศึกษาเฉพาะทาง	จำนวน	อายุงาน(ปี)	จำนวน
พยาบาล	11	หลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน 1.ธิดา คงจิตร (การจัดการทางการพยาบาล) 2.ขวัญใจ ไกรสินธุ์ 3.รัตติกานต์ ล่องสินธุ (PC) 4.สุกัญญา กลางณรงค์ (IMC) 5.มณฑาทิพย์ ลิเหล้ง (หลอดเลือดสมอง) หลักสูตรระยะสั้น 1 เดือน 1.รัตติกานต์ ล่องสินธุ (Palliative care) หลักสูตรระยะสั้น (2wks.) 1.ขวัญใจ ไกรสินธุ์ (IC) 2.พัชรินา หมวดทอง (การล้างไต) พยาบาลวิชาชีพ 1.พรเพ็ญ คงศรี 2.พรนิภา คงจิตร 3.ศรัณญา อินทร์เชื้อ 4.นัฐพร นิ่ม 5.อรทัย ไทยธานี 6.เบญจมาศ ขวัญเมือง	5	>10 >10 >10 5 6 >10 >10 11 13 9 4 4 2 1	
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	5	1.สุดาพร ราชบุรี 2.เพ็ญรัตน์ บัวลอย 3.กาญจนา กลับรินทร์ 4.ณัฐจินันท์ วรรณศรี 5.วราพร ไสยสุคนธ์			
แม่บ้าน	1	วรรณา ชูศรี			

การจัดอัตรากำลัง พยาบาล เวรเช้า-บ่าย-ดึก อัตราส่วน 4:2:2 ในเวรบ่าย จัดBD ถึง 20.30น. โดยมีเกณฑ์การลดเพิ่มอัตรากำลังดังนี้ เวรบ่ายกรณี
 ยอดผู้ป่วย < 10 คน อัตรา BD กรณียอดผู้ป่วย ≥ 15 คน เวร BD อยู่เต็มเวร ในเวรดึก กรณีผู้ป่วย ≥ 18 คน เรียกอัตรากำลังเพิ่ม 1 คน
 การกระจายอัตรากำลัง ใช้เกณฑ์ผู้ป่วย 6 คน : พยาบาล 1 คนตามเกณฑ์สำนักการพยาบาลการจัดอัตรากำลังร.พวมชน

ด้านเครื่องมือแพทย์ มีเครื่อง/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่บริการเพื่อการตรวจวินิจฉัย

ลำดับ	เครื่องมือ /อุปกรณ์	จำนวน	หน่วย
	เครื่องมือความเสี่ยงสูง		
1.	Difibrilater	2	เครื่อง
2.	EKG	1	เครื่อง
3.	Infusion pump	17	เครื่อง
4.	Suction	2	เครื่อง
5.	Pulse oximeter	2	เครื่อง
	เครื่องมือความเสี่ยงต่ำ		
1.	รถEmergency (เวชภัณฑ์และยาช่วยชีวิต)	1	เครื่อง
2.	เครื่องพ่นยา	13	เครื่อง
3.	BP digital	5	เครื่อง
4.	BP.Manual	2	เครื่อง
5.	เครื่องชั่งน้ำหนัก ทารก	1	เครื่อง
6.	เครื่องเจาะDTX	2	เครื่อง
7.	เครื่องปั่น HCT	1	เครื่อง
8.	เครื่องส่องไฟรักษาผิวหนัง(Double)	1	เครื่อง

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1)การเข้าถึงและเข้ารับ บริการ (Access)	-ผู้ป่วยได้รับการแยกประเภทอย่าง ถูกต้องเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยได้ เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย -ได้รับทราบข้อมูลจำเป็นจาก หน่วยงานที่นำส่ง -ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการนอน รพ.	-แยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด -เตรียมสถานที่อุปกรณ์ไม่พร้อม รับผู้ป่วย -ส่งต่อข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน -ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลไม่ครบถ้วน	-อุบัติการณ์จำแนกประเภท ผู้ป่วยแรกรับผิดพลาด -อุบัติการณ์การส่งต่อ ข้อมูลไม่ครบถ้วน -อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ
2)การประเมิน (Assessment)	-ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและ ความต้องการเร่งด่วนทันที หรือภายในเวลาไม่เกิน 4 นาที เมื่อ แรกรับ	-ประเมินอาการล่าช้า -ประเมินอาการไม่ถูกต้อง -ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงได้รับการ ประเมินประเมินซ้ำไม่เหมาะสม	-อุบัติการณ์ประเมินผู้ป่วย ล่าช้า -ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ไม่ครอบคลุม

	-ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหา กาย จิต สังคม -ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการ ประเมิน/ประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม		-การประเมินยังไม่เป็นไป ตามเกณฑ์ที่ได้วางไว้
3)การวางแผนการดูแล 3.1ผู้ป่วยทั่วไป	ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลจาก ทีมสหวิชาชีพ และเกิดความปลอดภัย	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการ ดูแลร่วมกัน	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม CPG

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
3.2การแผนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเฉพาะ	-ผู้ป่วยโรคที่ รพ. กำหนดได้รับการ วางแผนการดูแลแบบองค์รวมอย่าง เหมาะสม ตามที่หน่วยงานกำหนด -STROKE - COPD -STEMI - HT -SEPSIS - DM - Palliative	-ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนการ ดูแลร่วมกัน	-อัตราการปฏิบัติตามCPGใน กลุ่มโรค -DM - SEPSIS -HT - COPD -Stroke -ACS
4)การดูแลผู้ป่วย	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยเฉพาะโรค สำคัญ -ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้น -หน่วยงานมีระบบการทบทวนการ ดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะราย -ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง/วิกฤต ได้รับการ ดูแลอย่างทันทั่วที่รวดเร็ว ปลอดภัย -ผู้ป่วยที่มีการทรุดลงได้รับการ ช่วยเหลือทันทั่วที่	-ไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน -ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน -ผู้ป่วยเสียชีวิต -ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงอย่าง เหมาะสม	-อัตราการติดเชื้อในรพ. -อุบัติการณ์ unplan CPR -อุบัติการณ์เกิด ภาวะ Shock ในผู้ป่วย AGE -อัตราการเกิดภาวะ Stroke ในผู้ป่วย HT -อัตราการเกิดHypoglycemia ขณะadmit อัตราการเกิดHyperglycemia ขณะadmit -อุบัติการณ์ผู้ป่วยadmit เกิด การMI -อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลตามแนวทาง -อัตราการเกิดแผลกดทับ -อัตราผู้ป่วยตกเตียง -อัตราการเกิด Phlebitis -อุบัติการณ์ความผิดพลาดใน การให้เลือด -อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด

5.กระบวนการการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย	-มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาถูกต้อง -ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ตามแผนการรักษา -ผู้ป่วย HAD ได้รับการMonitor ตามแนวทาง	-ผู้ป่วยได้รับยาแพ้ซ้ำ -ผู้ป่วยได้รับยาผิดพลาด -ผู้ป่วยที่ได้รับยาHAD ไม่ได้รับการMonitor อาการ	-อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยแพ้ซ้ำ -อัตราการบริการยาผิดพลาด -อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาHAD
-------------------------------------	--	---	---

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
6.การวางแผนจำหน่าย	-ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง -ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง -ผู้ป่วยได้รับการค้นหาปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงที่บ้าน และได้รับการจัดการ - มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	-ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย -ไม่สามารถดูแลตนเอง ภายหลังจำหน่าย มา รพ. ก่อนวันนัด/ก่อน 28 วัน	-อัตราผู้ป่วย กลุ่มโรคเป้าหมายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย -อัตรา Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม
7.การส่งต่อ	-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลถูกต้อง / ครบถ้วน -ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อน และขณะส่งต่ออย่างปลอดภัย -ได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม	-ส่งต่อข้อมูลสำคัญ ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน -ไม่ได้รับการดูแล ตามแนวทางขณะส่งต่อ -ส่งต่อล่าช้า	-อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับการ Monitor อาการตามแนวทางขณะส่งต่อ -อุบัติการณ์ Unplan refer -อุบัติการณ์ delay refer
8.การให้ข้อมูลเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแล -ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลงเหลือ ได้รับการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน	-ไม่ได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น -ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน	-ร้อยละของผู้ป่วย TB ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง -อุบัติการณ์ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ไม่ได้รับการส่งต่อ HHC
9.การบันทึกเวชระเบียน	-บันทึกการตรวจร่างกายได้ครบถ้วน -บันทึกข้อมูลสำคัญ ได้ถูกต้องครบถ้วน -บันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ถูกต้องตามปัญหา	-บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน -บันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล	-อัตราความสมบูรณ์ การบันทึกเวชระเบียน -อัตราความสมบูรณ์ การบันทึก ทางพยาบาล

3.ตัวชี้วัดสำคัญ

3.1 ตัวชี้วัดทางคลินิก

No	ตัวชี้วัดคุณภาพ	เป้าหมาย						
			2562	2563	2564	2565	2566	2567
1.	ด้านบริหาร -Productivity rate	90-110%	120	102	70.6	98.6	96.20	84.32
	-อัตราบุคลากรได้ตรวจสุขภาพประจำปี	≥ 85	88	86	90	90	100	100
	-อัตราบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCD	≤ 50	49.62	61.45	61.45	52.98	43.75 (16/7)	31 5/16ขาด2
	-อัตราบุคลากรกลุ่มป่วย	≤ 20	9.77	8.55	16.27	14.17	12.5 (16/2)	12.5 (17/2)
2.	ด้านบริการ ตัวชี้วัดทางคลินิก							
	-อัตราการติดเชื้อในรพ.	<1:1000วันนอน	0.57	0	0	36.87 Covid-19	0	0
	-อัตราการเกิดแผลกดทับ เกรด ≥ 2	0:พันวันนอน	0.18	0	0	0	0	0
	-อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Admin error)ระดับC-F (Admin error)ระดับG-I	0:พันวัน	3.06	2.67	1.88	2.23	0.45	0.34
		นอน	0	0	0	0	0	0
	-อุบัติการณ์ Unplan CPR	0	1	0	1	1	3	6
	-อัตราการพลัดตกเตียงแบบ noninjury	0.2:พันวันนอน	0	0	0	0	0	0
	-อัตราการพลัดตกเตียงแบบ injury	0.2:พันวันนอน	0	0	0	0	0	0
	-อัตราRe-admit ภายใน28วัน ด้วยโรคเดิม	< 20	17.27	17.49	15.93	14.43	13.93	10.73
	-อัตราการเกิด Phlebitis	< 2	0.53	0	0	1	0	0
	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	100	83.33	90	100	100	100	100

3.	ตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค						
	-อัตราผู้ป่วย COPD Re-Admit	<5	4.5	3.71	3.56	5.1	2.79
	-อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Respiratory Failure ในผู้ป่วย COPD	<5	5.88	2.71	2.25	2.38	2.52
	-อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย AGE	0	0	0	0	0	0
	-อุบัติการณ์ผู้ป่วย HT เกิดภาวะ STROKE ขณะ Admit	0	1	0	0	2	2
	2.อุบัติการณ์การ Re-Admit ของผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะ Hypoglycemia ภายใน 28 วัน	0	0	0	0	0	1
	-อัตราการวางแผนจำหน่ายในโรค Stroke	100	100	100	100	100	100
	-อุบัติการณ์เกิด MI ขณะนอนร.พ	0	0	0	1	1	MI 1 NSTEMI 8
	-อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทาง	>80	21 ราย	12 ราย	8 ราย	27 ราย	49 ราย
	-อัตราผู้ป่วยสงสัยACSได้รับการนำEKG ภายใน10 นาที	100%	NA	100	100	100	100
	-อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้เลือดจำนวนunit / อุบัติการณ์	0	152/0	141/0	135/0	129/0	131/0
	-ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน(สปสช)	>80	76.02	77.26	85.11	80.37	89.59
	-อุบัติการณ์ Unplan Refer	0	5	4	5	1	4.7(126)
	-อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>85	NA	73.15	87.61	79.64	85.1
	-ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล	>80	82.4	79	80.2	86	88.27
	-จำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ระดับรุนแรง	0	0	0	0	0	0

86.52

ประเด็นคุณภาพ สำคัญ/ความท้าทาย	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์					กิจกรรมการพัฒนา
			2563	2564	2565	2566	2567	
1.บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยตาม มาตรฐานวิชาชีพ	1.ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มี คุณภาพ ปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	1.อุบัติการณ์พลัดตก หกล้ม = 0	0	1	1	0	0	-แนวทางการป้องกันผู้ป่วยพลัด ตก หกล้ม
		2.อุบัติการณ์เสียชีวิต โดยไม่คาดคิด = 0	0	0	0	0	2	-แนวทางการเฝ้าระวังอาการตาม ประเภทผู้ป่วย
		3.อุบัติการณ์ติดเชื้อที่ ตาสะดือของทารก หลังคลอด = 0	0	0	2	0	0	-แนวปฏิบัติในการเช็ดตา สะดือ ทารกหลังคลอด
		4.อัตราการเกิดแผล กดทับเกรด 2 = 0	0	0	0	0	0	-แนวปฏิบัติในการรัดสายสะดือ
		5.อัตราการติดเชื้อ ตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ=0	0	0	1	0	0	-แนวทางการป้องกันการเกิดแผล กดทับ
		6.อุบัติการณ์ชักซ้ำใน เด็กไข้สูง = 0	3	2	2	0	0	-แนวปฏิบัติในการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ
		7.อัตราความคลาด เคลื่อนทางยา (Admin error<3%)	2.17	1.64	1.52	0.45	0.34	-แนวทางการดูแลเด็กที่มีอาการ ชักและการป้องกัน
		8.อัตราการเกิด Respiratory Failure ของผู้ป่วย COPD = 0	3.2	3.46	4.95	2.52	3	-วิธีปฏิบัติในการบริหารยา
		9.อัตราการเกิดภาวะ Hypothermia ในทารก หลังคลอด=0	7.69	3.35	0	0	0	-Early warning sign ในผู้ป่วย COPD
		10.อุบัติการณ์เสียชีวิต ของผู้ป่วยDHF=0	0	0	0	0	0	-แนวปฏิบัติการดูแลทารกหลัง คลอดเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน
		11.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ ติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน	0	0	36.87	0	0	-แนวทางการดูแลผู้ป่วย ไข้เลือดออก
		12.อัตราการเกิดภาวะ Shockจาก Hypoglycemiaใน ผู้ป่วยDM = 0	0	0	0	0	0	-แนวทางการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย
		13.อุบัติการณ์ผู้ป่วย HTเกิดภาวะStroke=0	0	0	2	2	0	-Early warning sign ในผู้ป่วย DM
	-							-แผนการพยาบาลผู้ป่วยStroke

		14..อุบัติเหตุการณผู้ป่วย ACS เกิด Cardiac Arrest = 0	0	0	2	3	1	-Early warning sign ในผู้ป่วย ACS
	2.ผู้รับบริการ ได้รับบริการตาม มาตรฐาน	1.อัตราReadmit ภายใน28วันของ ผู้ป่วยCOPD<5	3.71	3.56	5.1	2.79		-แนวทางการวางแผนจำหน่าย -แผนการดูแลผู้ป่วยCOPD
		2.ผู้ป่วยPalliative ได้รับการดูแลโดยทีม Palliative=100%	100	100	100	100	100 /35คน	-แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย
		2.อัตราความสมบูรณ์ ของการบันทึกเวช ระเบียน	77.26	85.11	80.37	89.59	86.52	-พัฒนาความสมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน
	3.ผู้รับบริการพึง พอใจ	1.ระยะเวลารอคอย จำหน่าย<40นาที	100	100	100	100	100	-ประกันเวลาการให้บริการการ จำหน่าย
		2.อัตราความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ	73.15	87.61	79.64	85.1	83	-อบรมพฤติกรรมบริการ เจ้าหน้าที่

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

4.1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยใน มีความถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน จึงได้กำหนดแนวทางในการประเมิน และ ประเมินซ้ำโดยผู้ป่วยทุกรายที่ Admit จะได้รับการประเมินแรกรับ ทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วย หรือไม่เกิน 4 นาที โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง Level 3 จะให้ Admit ใน Zone วิกฤต เพื่อการดูแลใกล้ชิด สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว และ ได้รับการประเมินซ้ำตาม แนวทางที่กำหนดเฉพาะโรค ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ ในการเกิดอุบัติเหตุ ตกเตียง และการเกิดแผลกดทับ และ ได้รับการประเมินความเสี่ยงสำคัญเฉพาะโรค (Specific clinical risk) โดยแพทย์ และมีการสื่อสารความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายโดย มีการ บันทึกใน Progress note พยาบาลผู้ดูแลจะนำความเสี่ยงเฉพาะโรค มาเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรค COPD, Chest pain, Severe HT, DM กลุ่มเสี่ยง Sepsis จะได้รับการเฝ้าระวัง Warning Signs เฉพาะโรค

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหา เพื่อการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้ประเมินและวางแผนการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมิน เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่วัน แรก และนำปัญหา มาวางแผนการดูแลร่วมกันโดยเฉพาะ กลุ่มโรคเป้าหมายที่ต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายทุกราย ได้แก่ STROKE ,ACS ,DM ,HT ,COPD ตามแนวทาง METHOD-P โดยทีม และผู้ป่วยที่มีปัญหาหลงเหลือ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะประสานศูนย์เยี่ยมบ้านมาร่วม วางแผนจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ COC

4.1.2 ระบบการควบคุมการป้องกันการติดเชื้อ

จากสถานการณ์ การระบาดของโรค โควิด -19และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ เอ ในปี 2564,2567 เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย โควิด -19และ ไข้หวัดใหญ่ ได้อย่างปลอดภัย หอผู้ป่วยได้มีการบริหารจัดการด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม กรณีมีการระบาดของโรคโควิด มีการปรับหอผู้ป่วยในชาย เป็น Cohort ward รองรับผู้ป่วย 30 ราย โดยกันพื้นที่ จัดโซน ตามมาตรฐาน มีห้องแยกความดันลบ และ Nurse station แยก มีห้องน้ำให้เปลี่ยนผ้า อาบน้ำ และใช้ระบบ Inter-com ในการ ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และจัดแบ่งโซนในหอผู้ป่วยในหญิง ให้สามารถรับผู้ป่วยทั่วไป ทั้ง ชาย -หญิง มีการกำหนดเส้นทางในการส่งอาหาร

เครื่องมือ ผ้าเปื้อน และขยะที่ชัดเจน ในช่วงที่มีการระบาดหนักทำให้ Cohort ward ไม่มีเตียงเสริมรองรับ จึงได้เปิด CI และ HI ตามลำดับ และในผู้ป่วยระยะขาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ได้กำหนดโซนหรือเตียงรับผู้ป่วยที่มีการถ่ายเทอากาศได้ดี ได้แก่ B5,16,17,21,23 เป็นต้น

ด้านระบบงาน กรณีมีการระบาดของโรคโควิด มีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย เว้นระยะห่าง ลดการสัมผัส ยึดหลัก Strict Precaution แยกเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ชัดเจน และจัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ อย่างเพียงพอ งดการเยี่ยม การเข้าไข้ได้เตียงละ 1 คน งดการผลัดเปลี่ยนคนไข้ หากผู้ป่วยมีอาการหนัก อาการไม่คงที่จะมีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป

การดูแลของโรคไข้หวัดใหญ่ เน้นย้ำการดูแลยึดหลัก Aseptic technic เพื่อป้องกันและลดการระบาดของโรค เมื่อมีการรายงานโรค ในหอผู้ป่วยโดยใช้การรายงานในกลุ่มไลน์สอบสวนโรค เพื่อให้มีการประสานให้พื้นที่รับผิดชอบปฏิบัติตามแนวทางและติดตามการระบาดในพื้นที่

ด้านบุคลากร กรณีมีการระบาดของโรคโควิด มีการปรับอัตรากำลังโดยหมุนเวียนพยาบาลทั้ง โรงพยาบาลมาขึ้นปฏิบัติงานใน Cohort ward เพื่อแก้ไขปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีการฝึกทักษะบุคลากรในการสวมชุด และใช้อุปกรณ์ป้องกัน เน้นย้ำบุคลากร ให้ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานในการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เมื่อการระบาดของโควิดลดลง จึงมีการปรับอัตรากำลังตามปกติ

4.1.3 ระบบการบริหารยา

มีระบบบริหารยาแบบ One day dose โดยมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยร่วม Round กับแพทย์ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยา และเป็นที่ปรึกษาในการสั่งใช้ยา จัดเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์และ Cross check โดยพยาบาลก่อนการบริหารยา ยาความเสี่ยงสูง (HAD) มีแนวทางการสั่งใช้โดยแพทย์ต้อง Order ด้วยตนเอง ไม่ Order ทางโทรศัพท์ มีการบริหารยาโดย Double check โดยพยาบาล 2 คน มีการ Monitor ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ มีการกำหนด Critical point ของยาแต่ละตัว การหยุดยาและรายงานแพทย์ มีใบบันทึกการใช้ยาสำหรับยาความเสี่ยงสูง ทุกตัวในปี 2562 – 2567 มีการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูงครบ 100 %

4.2 การติดตามคุณภาพในการทบทวน 12 กิจกรรม

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย C 3 THER มีการทบทวนและประชุมปรึกษาร่วมกันขณะรับส่งเวร และ Round ผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และเภสัชกร แพทย์แผนไทย

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
1.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Stroke ผู้ป่วย HT ไม่ได้มีแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังที่ชัดเจน ปัญหา -การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญ -แบบการวางแผนจำหน่ายไม่เฉพาะโรค ทำให้วางแผนได้ไม่ครอบคลุม -ขาดการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง -การประเมิน การฟื้นฟู การกลืนของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากไม่ครอบคลุม	ผู้ป่วย Severs HT เกิด Stroke หลัง admit ผู้ป่วย Stroke ที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ในวันหยุดราชการจะได้รับการดูแลเฉพาะแพทย์และพยาบาล เมื่อถึงวันราชการจะขาดการส่งต่อให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ไม่ทราบว่าต้องดูแลต่อเนื่องด้านใด	มีการใช้ใบ ประเมินอาการผู้ป่วย โดยใช้ early warning sign ของผู้ป่วย HT ทุกราย การสื่อสารในแต่ละวิชาชีพ โดยจัดทำแบบฟอร์มการสื่อสาร ให้แต่ละวิชาชีพเมื่อมาผู้ป่วย ให้มีการลงชื่อไว้ใน แบบการวางแผนจำหน่าย ลงรายละเอียดที่ได้แนะนำหรือสอนไปแล้ว มีการประสานกลุ่มงานเวชเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย	สามารถ ประเมินผู้ป่วยได้ทันเวลา เพื่อที่จะส่งผู้ป่วยได้ทันได้รับยา rt-PA มีแบบฟอร์มการจำหน่ายเฉพาะโรค Stroke โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่ admit

		มีการลง Consult หน่วยงาน ปฐมภูมิเพื่อจะได้ติดตามเคส ได้อย่างต่อเนื่อง	
--	--	---	--

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
2.ทบทวนคำร้องเรียน ปัญหาที่พบ จากแบบประเมินความพึงพอใจ	มีระบุเรื่องพัฒนามิไม่เพียงพอ	คิดตั้งพัฒมคิดผนัง/เพดาน ประจำเตียงผู้ป่วย มีการเบิกพัฒมตั้งโต๊ะมาให้ ในรายที่พัฒมเพดานไม่ถึง หากผู้ป่วยเตียงเต็ม จำเป็นต้องอยู่เตียงเสริม อนุญาตให้ญาตินำพัฒมมา ใช้เองได้	ข้อร้องเรียนลดลง
3.กิจกรรมที่3 การส่งต่อ ขอ ย้าย/ปฏิเสธการรักษา	ผู้ป่วยมีอาการ ไอ หายใจเหนื่อย ไม่มีใช้ U/D COPD ผู้ป่วยไอ มีเสมหะ เป็นช่วงๆ หายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ ท่อช่วยหายใจ ประสาน รพศ. ญาติขอปฏิเสธการรักษา เพื่อจะ พาผู้ป่วยกลับบ้านตามความ ต้องการของผู้ป่วย แพทย์ได้ อธิบายผลลัพธ์ของอาการและ การปฏิเสธการรักษาให้ผู้ป่วย และญาติรับทราบ เข้าใจเป็นอย่าง ดี จึงให้ลงชื่อปฏิเสธรักษา และ เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	รายงานการสื่อสารใน chart ผู้ป่วย อย่างละเอียดเพื่อ ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียน กับโรงพยาบาล	ไม่เกิดข้อร้องเรียน

กิจกรรมที่ 4 การทบทวนการรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ล้างจมูกผู้ป่วยเด็ก	มีผู้ป่วยเด็กหอบมา admit จำนวนมาก ให้การดูแลโดยการล้างจมูกเพื่อบรรเทาอาการ แต่มีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ชำนาญ	จัดกิจกรรมสอนการล้างจมูกผู้ป่วยเด็ก ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และสาธิตให้ญาติดู	เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญมากขึ้น ให้การพยาบาลโดยการล้างจมูกมากขึ้น ลดการเกิด pneumonia

กิจกรรมที่ 5.การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ทบทวนการเสียชีวิตจากข้อมูลรายงานการเสียชีวิต ปี 2562-2567 มียอดผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วยจำนวน 9 ราย สาเหตุการเสียชีวิต มีดังนี้ 1.CA 20.83 % 2.MI 16.66% 3.Septic shock 13.15% 4.Respiratory failure 8.33 % การพัฒนา early warning signs มีการประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิด ACS โดยขยายกลุ่มเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ป่วย 608 และกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ severe abdominal pain ให้มีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และกลุ่มที่มี CVD risk มากกว่า 30 % การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	มีผู้ป่วยเสียชีวิตแบบ unplan ในหอผู้ป่วย 1 ราย ปี 2567 มีรายละเอียด ดังนี้ 1.case Dyspepsia U/D COPD/HT/DLP/Gouth/old MI ชายไทย อายุ 83 ปีมาด้วย อาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แน่นท้อง N/V เป็นเศษอาหาร 2 ตรวจร่างกายมี mild tender at epigastrium , no guarding อ่อนเพลีย EKG = NSR , Trop-T= Neg , CXR = Cardiomegaly , Lung = clear CBC : WBC = 14,430 Neu =85. 2 Lactate = 5.6 ตลอดการดูแลรักษา ยังอาเจียนเป็นช่วงๆ แพทย์พิจารณา W/U เพิ่มและ start ATB iv อาการไม่ทุเลา มีอาเจียนปนเลือด หายใจเหนื่อย ชักเกร็ง arrest CPR asystole D/C death	จากผลการทบทวน ปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนเพลีย จุกแน่นท้อง ติดตาม EKG , Trop-T และกำชับให้มีญาติดูแลผู้ป่วยทุกรายที่นอนพักในรพ. เพื่อลดโอกาสการร้องเรียน กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง -จากผลการทบทวน พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ Dyspepsia ให้ครอบคลุมการเฝ้าระวัง MI จึงปรับเพิ่มกระบวนการในเคสที่มาด้วยเป็นลม วูบ ให้ EKG , Trop-T เป็น Best line ด้วย -จากการทบทวนพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG -มีการกำหนดการเฝ้าระวังในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวของระบบไหลเวียนและเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Sepsis) ทุกราย	-มีการใช้แบบฟอร์มเฝ้าระวังและกำกับติดตามการดูแลตามแนวทาง มีการแก้ไขปรับปรุงภายในหน่วยงาน -ผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินซ้ำ ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิตจากอาการดังกล่าว -ภายหลังการเฝ้าระวังตามกระบวนการที่ปรับเปลี่ยน ไม่พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเป็นลม วูบ อาการแย่ลงหรือเกิดภาวะ unplan CPR -ภายหลังการทบทวนให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนเพื่อค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไปของหน่วยงาน -การบันทึกโอนจ่ายคำรักษา 2 visit ในวันเดียวกัน	- กรณีผู้ป่วยเปิด visit ในวันเดียวกัน 2 ครั้ง เมื่อ visit สุดท้ายผู้ป่วยต้องนอนร.พ. การบันทึกข้อมูลในระบบ Hosxp.จะมีระบบแจ้งเตือนให้เลือก visit เพื่อการบันทึกเข้าระบบ พบว่าการเลือก visit ดังกล่าวไม่ถูกต้อง ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้องอีกทั้งการแก้ไขระบบต้องย้อนกลับ ทำให้ล่าช้าแก่การส่งข้อมูลซึ่งต้องreal time	โดยปรับกระบวนการในขั้นตอนการปฏิบัติ 1.ชี้แจงการลงบันทึกเลือก visit ที่ผู้ป่วย admit ก่อนการบันทึก 2.กำกับติดตามผลการปฏิบัติงาน 3. ติดตามสอบถามปัญหาการปฏิบัติงาน 4. ตรวจสอบอุบัติการณ์	-อุบัติการณ์การเลือกลงบันทึกvisitดังกล่าวลดลง
-ปฏิเสธรักษา	-ผู้ป่วยที่ปฏิเสธรักษาด้วยโรคเรื้อรังและภาวะวิกฤต พบว่ากรณีโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอาการและพยากรณ์โรค ยินยอมการดูแลต่อเนืองที่บ้านในภาวะชีวิติบาล และในผู้ป่วยวิกฤตต่างตัวที่ปฏิเสธรักษาด้วยปัญหาค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งได้รับข้อมูลความเสี่ยงจากการปฏิเสธ	-การจัดการข้อมูลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนในการดูแลระยะสุดท้าย/ชีวิติบาล	-ไม่พบอุบัติการณ์หรือข้อร้องเรียนบริการจากการปฏิเสธรักษา -เสี่ยงสะท้อน/ความพึงพอใจจากชุมชนที่ดี

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค			
ผู้ป่วย COPD เกิด Respiratory failure	มีการติดเชื้อ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน การจัดการภาวะหอบกำเริบไม่เหมาะสม เนื่องจาก มีการให้อาการหนัก พ่นยาหลายครั้งก่อนที่จะมารพ. ทำให้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว	- ปรับปรุงแผนการจำหน่าย ให้มีความเฉพาะโรค มีการเตรียมความรู้ฝึกทักษะในการดูแลอุปกรณ์พ่นยาและ O₂ที่บ้าน -พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD ที่บ้านร่วมกับ IC และทีม HHC	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ respiratory failure ในผู้ป่วย COPD ลดลง

1.ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Stroke ใน IPD 1.1 น.ส.นุชบา กล่ำเจริญ วันที่ 16 มีนาคม 2567 ปัญหา -การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอาการปวดศีรษะ/ฟันไม่คลอบคลุม -การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่คลอบคลุม 1.2 นางปราณี สุดสิน วันที่ 15 มกราคม 2567 ปัญหา -การประเมินอาการผู้ป่วยที่เข้าข่ายโรคหลอดเลือดไม่ครอบคลุม	- ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี U/D HT มารพ.ด้วย เว้นก่อนมาปวดศีรษะ ซาเท้าซ้าย ไม่อ่อนแรง ปวดฟัน E4V5M6 BP 150/80-180/90mmHg ขณะ Admit 2 วัน มีอาการชาลง อ่อนแรงซีกซ้าย / ซาปลายมือขวา ขก ซาซ้ายไม่ได้ พิจารณาส่งต่อ -ผู้ป่วย HN 3386 หญิงไทย 81 ปี U/D DM HT CHF Aortic valve stenosis รับยา รพ.สต. ไม่ขาดยา ญาติสังเกตเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว พูดเพ้อ ลื่นแข็ง หลงๆลืมๆ เดินเซ จึงนำส่ง รพ. วิภาวดี Dx.stroke refer รพ.สุราษฎร์ฯ Dx. ischemic stroke รับ refer กลับ อ่อนแรงซีกซ้าย มุมปากขวาตก นั่งได้เอง เดินไม่ได้ ต้องป้อนข้าวให้ หลงๆลืมๆ พูดเพ้อๆ	- ทบทวนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอาการเวียนศีรษะ - ทบทวนการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ -ทบทวนการประเมินผู้ป่วยในรายที่มีอาการผิดปกติ ต้องสงสัยเข้าข่ายโรคฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นต้น -ทบทวนการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับกลุ่มงานโรค NCD - ปรับปรุงแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค - ทบทวนแนวทางการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อ HHC.ใช้ Core value Teamwork Symless -วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ และบุคคลในครอบครัวเป็นสำคัญ -ให้บุคคลในครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาหลักของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ช่วยวางแผนการดูแลเมื่อกลับบ้านร่วมกับทีม HHC	- มีแบบฟอร์มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ - มีการจัดทำแบบแผนการจำหน่ายเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย tension headache/toothache -มีการประเมิน/อบรมเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า อาทิ แพทย์ เป็นต้น -มีการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มโรค NCD ทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมารพ. และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย - มีแบบฟอร์มการจำหน่ายเฉพาะโรค DM โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนแนวทางจำหน่ายโดยมีการประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่ admit ทีม HHC ติดตามเยี่ยมประสานกับ รพสต.ในเขต - มีการเข้าร่วมของบุคคลในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถติดตามอาการและ
---	--	---	---

			การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้จากบุคคลในครอบครัวเอง -มีการติดตาม HHC ของผู้ป่วยและสามารถทราบถึงปัญหาเพิ่มเติมของผู้ป่วยเพื่อนำกลับมาพัฒนาและต่อขอการดูแลเพิ่มเติมในผู้ป่วยรายอื่นๆ
--	--	--	---

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ติดเชื้อ Covid-19 ในหอผู้ป่วย ติดเชื้อ Covid-19 ในเจ้าหน้าที่	มีผู้ป่วย Covid -19 admit เกินจำนวนห้องแยกที่มี มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิดในหอผู้ป่วย 8 รายจาก 15	จัดห้องพิเศษเป็นห้องแยกโรคเพิ่ม และแบ่งโซนผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ที่มีการใส่แมสตลอดเวลา ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน มีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ทุก 2 ชม.	ไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยเพิ่ม

กิจกรรมที่ 8 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา	-ลืมหักยา แยกยา ไม่ครบตามรายการ -ปี 66-67 admin error พบอุบัติการณ์ลดยาไม่ถูกต้อง, ลืมจัดแยกยา	Cross Check ให้เกิดความปลอดภัย -มีการจัด – แยกยา โดยพยาบาล 2 คน มีการ Double Check ก่อนการบริหารยา มีการตรวจสอบคำสั่งก่อนการบริหารยา มีการจ่ายยาผู้ป่วยโควิดพื้นที่ที่ได้รับยาจากห้องยา มีการตรวจเช็คยากับ order โดยพยาบาล 2 คน	-ภายหลังการปรับกระบวนการดังกล่าวยังไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ -ไม่พบความคลาดเคลื่อนระดับรุนแรง -ยังพบความคลาดเคลื่อนแต่อุบัติการณ์ลดน้อยลง

9.การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
สุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ทุกเดือน	มีรายงานการบันทึกเวชระเบียน ไม่ครบถ้วน ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วย มอบหมายผู้รับผิดชอบ ทบทวน โดยกำหนดประเด็น ทบทวน	-จัดอบรมการบันทึกทางการ พยาบาล -กำกับดูแลโดยผู้ชำนาญกว่า กระตุ้นเตือนเพื่อให้มีการ บันทึกครบถ้วนและทบทวน การบันทึกในเวรถัดไป -ชี้แจงประเด็นที่ต้องมีการ บันทึก -ได้มีการทบทวนให้แพทย์ ลงชื่อตั้งแต่แรกผู้ป่วย Admit	อัตราความสมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน=76.22

กิจกรรมที่ 10 การทบทวนการใช้ทรัพยากร

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
ทบทวนการใช้ห้อง negative pressure	พบอุบัติการณ์เปิดห้อง negative pressure ไว้หลังจากที่ผู้ป่วย ออกไปแล้วนาน 3 วัน จากที่ กำหนดให้ปิดหลังจากใช้งานครั้ง ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายคือค่าไฟฟ้า	กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลการ เปิด - ปิด ห้อง negative pressure ในแต่ละเวร (ผู้ช่วย เหลือคนไข้)ควบคุมกำกับ โดยพยาบาลหัวหน้าเวร	ไม่พบอุบัติการณ์ไม่ได้ปิด ระบบหลังผู้ป่วยออก

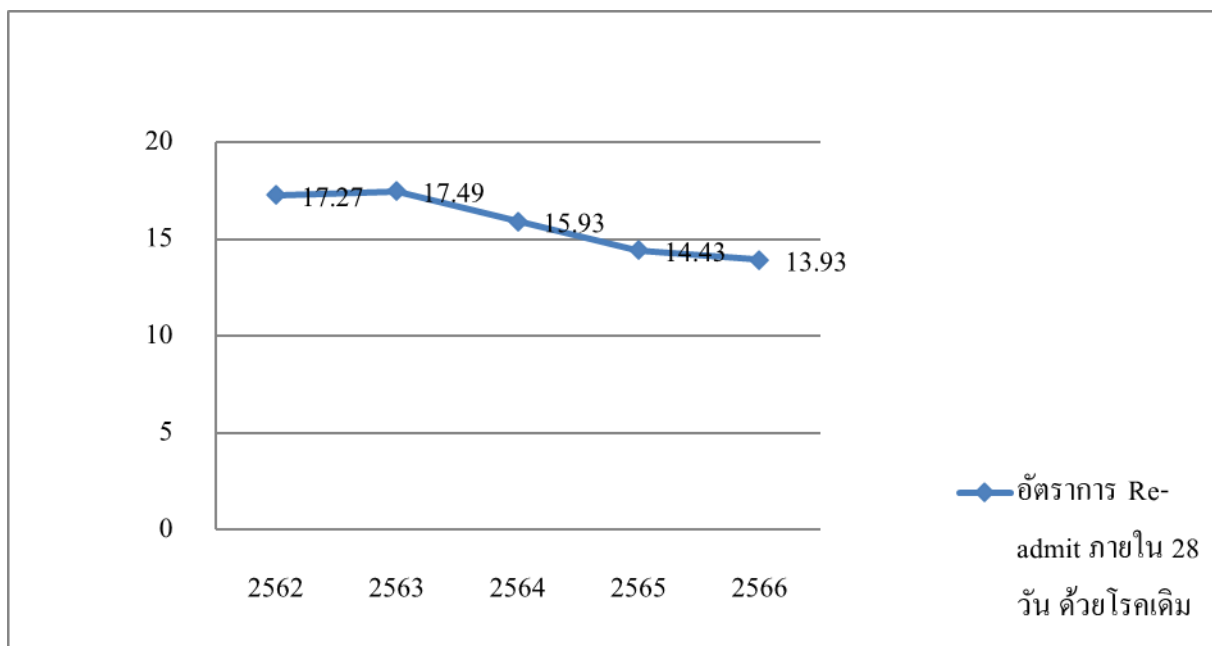
กิจกรรมที่ 11 การทบทวนงานด้านวิชาการ

กิจกรรมทบทวน	เหตุการณ์	แนวทางการปรับปรุง	ผลลัพธ์
การทบทวนการบริหารยา norepinephrine	ในหอผู้ป่วยมีการบริหารยา HAD ที่ใช้ได้แก่ norepinephrine เกิด อุบัติการณ์ extravasation ในหอ ผู้ป่วย	-จัดวิชาการให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริหารยา norepinephrine การเฝ้าระวัง และการจัดการเมื่อเกิด extravasation ให้ความรู้ เพื่อ ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ อันไม่พึงประสงค์จากการ บริหารยาในหอผู้ป่วย -มีการจัดวิชาการการให้ ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหอ	ไม่พบอุบัติการณ์อันไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา Norepinephrine

การทบทวนการบริหารยา SK	เนื่องจากหอผู้ป่วยในมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในปี 2566 จึงได้มีการทบทวนการบริหารยาที่จำเป็นและมีความเสี่ยงสูงเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุด	ผู้ป่วยใน ในการบริหารยา SK เพื่อให้มีความรู้และสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้อง	เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการบริหารยา SK ได้อย่างถูกต้อง คิดเป็นอัตรา 93 %
------------------------	---	--	--

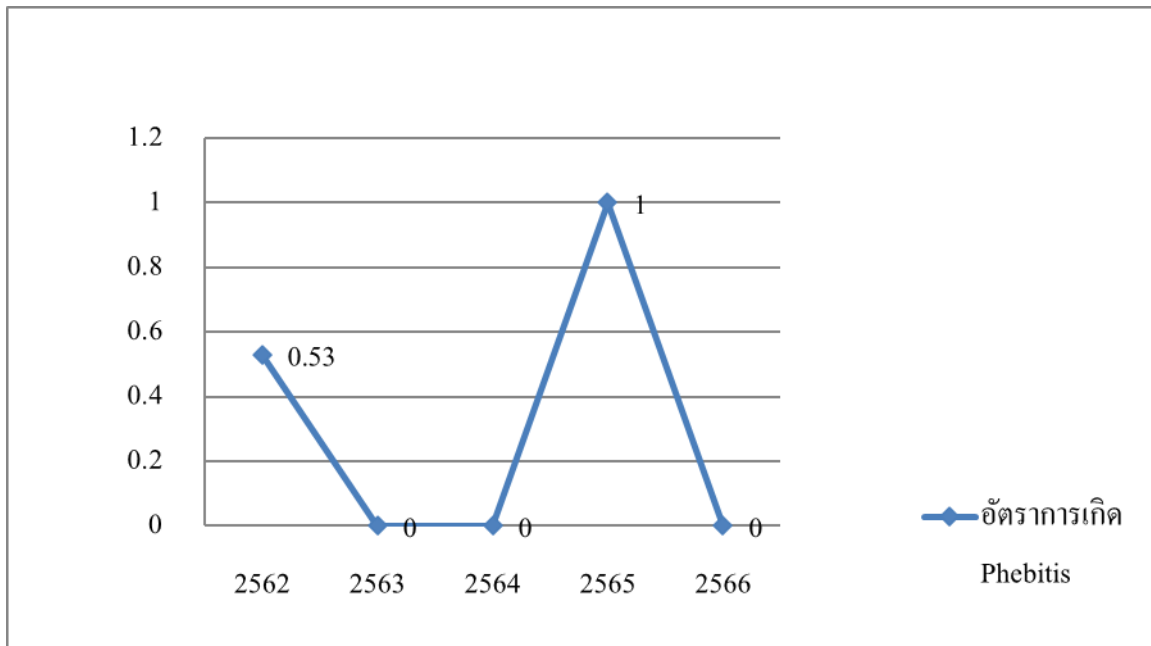
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

อัตราการ Re-Admit ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม



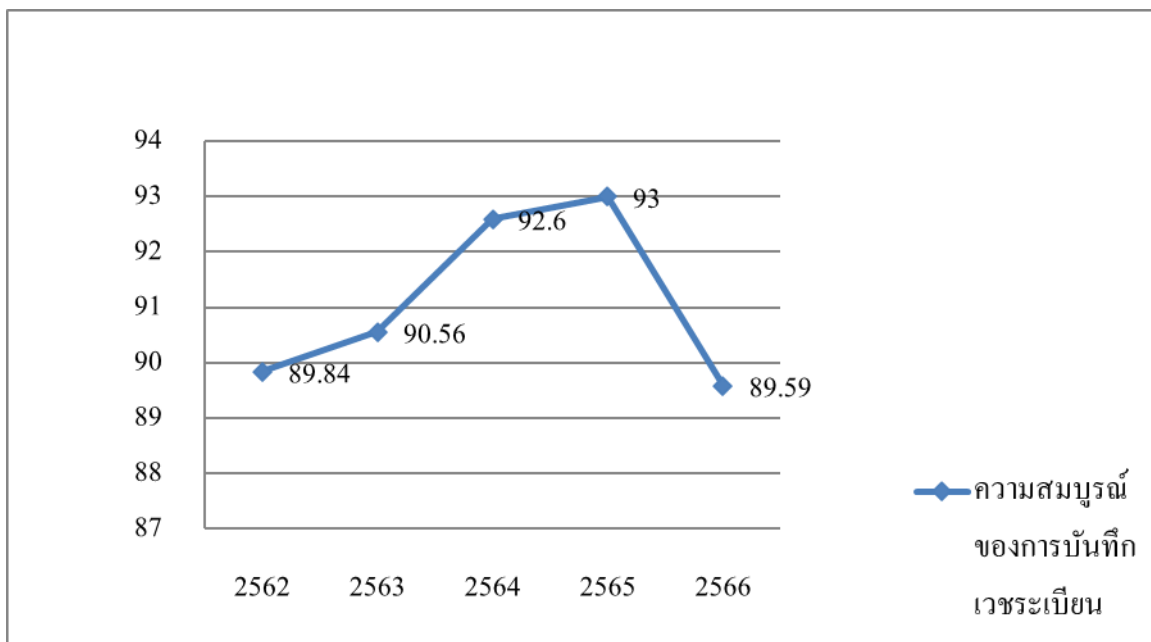
อัตราการ Re-admit ด้วยโรคเดิมเกินค่าเป้าหมายในปี 2562-2564 และแต่มีแนวโน้มลดลงในปี 2565-2566 เนื่องจากมีการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยทุกรายที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีอัตราการ re-admit ที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

อัตราการเกิด Phlebitis จากการให้สารน้ำ



การเกิด Phlebitis จากการให้สารน้ำ ในปี 2565 พบจำนวน 1 ราย จึงได้มีการทบทวนแนวทางการให้สารน้ำ แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง พบว่าอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis ในปี 2566 เท่ากับ 0

อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน



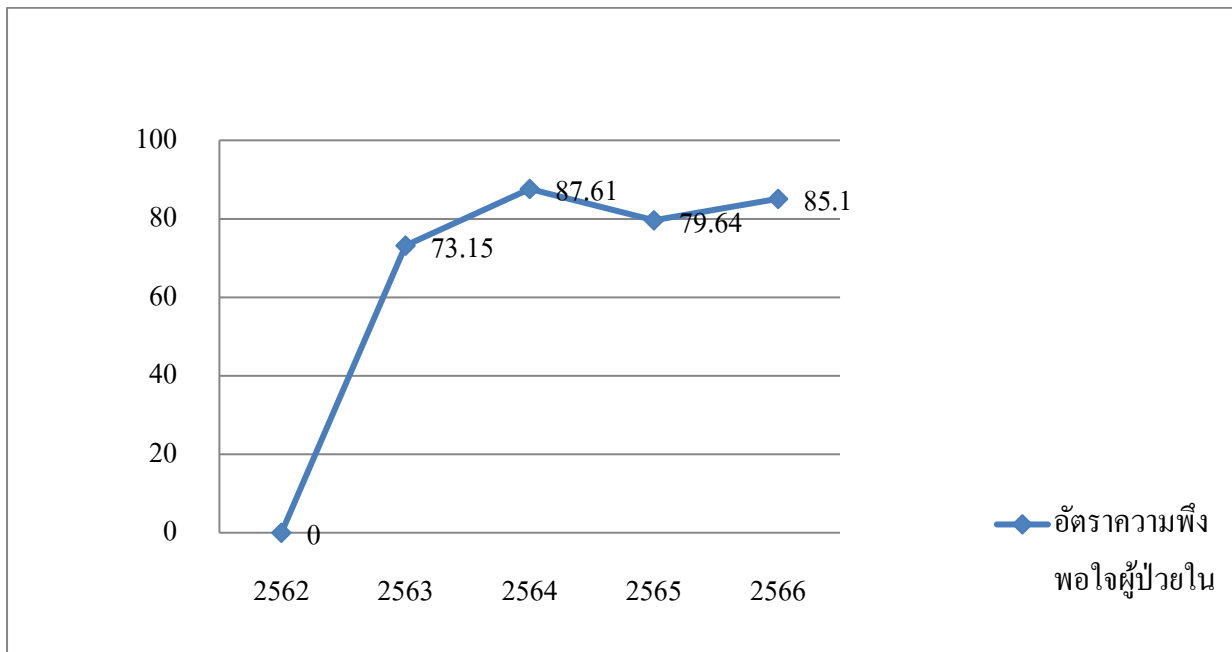
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่ลดลง

ปี 2562 สปสข เปลี่ยนเกณฑ์การประเมินผลการประเมินจึงลดลงกว่าเกณฑ์

ปี 2565 ปรับปรุงการบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกสำคัญ Specific Clinical Risk โดยแพทย์บันทึกใน Progress note

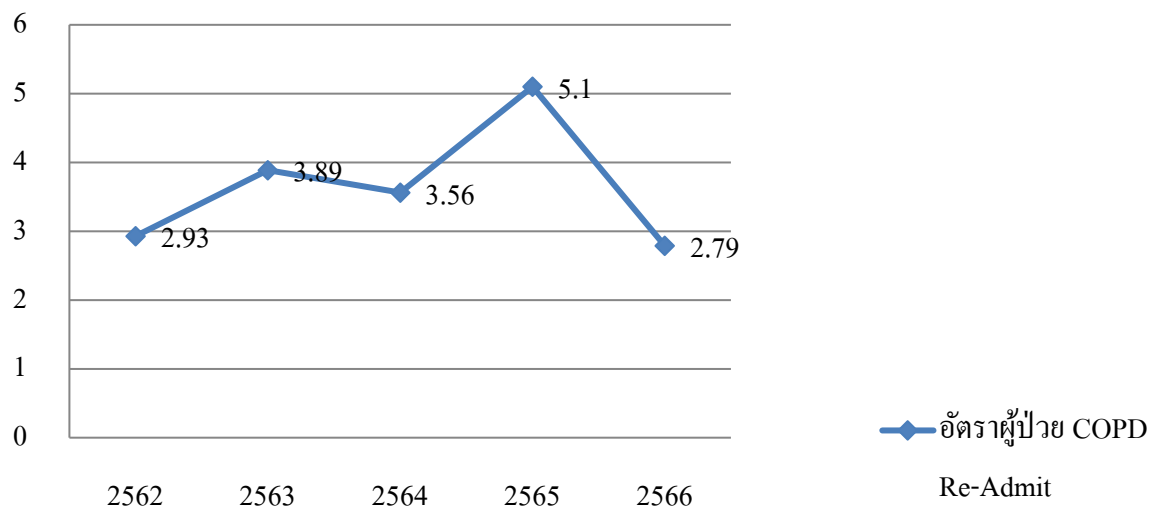
ปี2566 ลดลง เนื่องจากการปรับปรุงระบบ chart จากเอกสารเป็นระบบ paperless เนื่องจากการระบุข้อมูลการตรวจร่างกาย และลงประวัติไม่ครบถ้วน

ความพึงพอใจผู้ป่วยใน



ความพึงพอใจในปี 2563 ลดลงเนื่องจากความไม่พึงพอใจเรื่องความสะดวก อาคารที่พักเก่ามีกลิ่นเหม็นจากท่อระบายน้ำ ละจากประเด็นปัญหาดังกล่าวได้มีการปรับปรุงการทำความสะอาดโดยเฉพาะในวันหยุดราชการและนอกเวลาให้มีแม่บ้านทำความสะอาดถึงเวลา 20.30 น. ได้มีแนวทางในการทำความสะอาดในแต่ละสถานที่ ของแม่บ้านแต่ละรายได้มีรายละเอียดและเวลาระบุไว้ชัดเจน ซึ่งหากมีจุดไหนที่ไม่สะอาดสามารถที่จะติดต่อมาทำความสะอาดได้ทันที และเรื่องเวลาในการส่งอาหารผู้ป่วย ได้มีการแจ้งให้โภชนาการรับทราบแจ้งเวลาในการส่งอาหารให้ตรงเวลา

อัตราการ Re-admit COPD



อัตราการ Re-admit COPD มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2565 มีการปรับเปลี่ยนประเมินในการวางแผนจำหน่ายแบบเฉพาะโรค โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย มีการส่งทีม COC และมีการตอบกลับข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อัตราการ Re-admit COPD ลดลงในปี 2566

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ งานหอผู้ป่วยใน
เรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้เลือด

ปัญหาและที่มา

การให้เลือดเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย หากเกิดความผิดพลาด มีโอกาสเกิดอันตรายรุนแรงถึงชีวิต การให้เลือดต้องคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพและความปลอดภัย การปฏิบัติตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากข้อมูลการให้เลือดในหอผู้ป่วยปี 2562-2566 มีจำนวนทั้งหมด 688 unit พบปัญหาการปฏิบัติในการให้เลือดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเฝ้าระวังปัญหาความเสี่ยงในการให้เลือดยังไม่ครอบคลุมปัญหาสำคัญจึง ได้พัฒนาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้เลือดขึ้น

วัตถุประสงค์ (Purpose)

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้เลือด

กระบวนการ (Process)

1. จัดทำแนวปฏิบัติในการให้เลือด ที่ครอบคลุมกระบวนการให้เลือด
2. ชี้แจงให้บุคลากรทราบในการปฏิบัติเมื่อมีคำสั่งให้เลือด
3. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง

การประเมินผล(Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
			64	65	66	67
1	อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้เลือด	0	0	0	0	0
2	อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง	≥ 90	95.38	97.64	100	100
3	อัตราการเกิด Phlebitis	0	0	1	0	0
4	อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการให้เลือด	0	0	0	0	0

ปี2565 จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติพบว่า การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกไม่มีการแพ้หรือมีปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่รุนแรงแต่มีอาการข้างเคียงเช่น อาการคัน ไม่มีการแน่นหน้าอก ไม่มีการ Anaphylaxis shock แต่ยังต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงได้ให้มีการใส่แบบฟอร์มในการเฝ้าระวังsign anaphylaxisและระบุ Intervention เมื่อมีอาการผิดปกติ ปี 2566-2567 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
เรื่อง การลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกเวชระเบียน

ผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

1. ปัญหาหรือที่มา

จากสถิติความเสี่ยงในหน่วยงาน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2567 พบว่า การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบ/ไม่ถูกต้องเป็นความเสี่ยงด้านทั่วไป จึงได้จัดทำ CQI เรื่อง การลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกเวชระเบียนขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

2. เพิ่มความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

กระบวนการพัฒนา

- 1) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบตรวจสอบเวชระเบียนประจำวัน โดยกำหนดให้ต้องมีการ Double check เวชระเบียน ทุกฉบับก่อนส่งเวชระเบียนจำหน่าย โดยครั้งแรก ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในใบลงหัตถการ โดย In charge และเจ้าของCase เมื่อจำหน่าย ตรวจสอบอีกครั้งโดย ผู้บันทึก
- 2) ออกแบบบันทึกข้อมูลสำเร็จรูป เพื่อลดความผิดพลาด
- 3) ผู้ลงบันทึกข้อมูล ลงลายมือชื่อ/และลงทะเบียนส่งออก
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน
- 5) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย
- 6) เมื่อมีการพิมพ์ chart ให้รับจากหน่วยงานเวชระเบียนโดยตรงป้องกันการสูญหาย

การลงบันทึกข้อมูลยังมีความคลาดเคลื่อนจากสาเหตุคือ การตรวจสอบกรณีนอกเวลาราชการยังทำได้ไม่ครบ 100% มีแผนในการพัฒนาต่อ โดยการนิเทศติดตามการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

CQI : การพัฒนาระบบการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หน่วยงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในร.พ.วิภาวดี

ปัญหาและที่มา: จากการทบทวนการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่าการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความผิดพลาดเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20.68 จากการวิเคราะห์ พบว่าความผิดพลาดเรื่องการใส่รายการส่งตรวจไม่ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาเป็นอันดับแรก เป็นความคลาดเคลื่อนระดับ A-B รองลงมาเป็นการเก็บส่งส่งตรวจไม่เหมาะสมเป็นความคลาดเคลื่อนระดับ C และเก็บส่งส่งตรวจสลับคนเป็นความคลาดเคลื่อนระดับ C ตามลำดับส่งผลให้ต้องเก็บส่งส่งตรวจซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นผู้ป่วยขาดความเชื่อถือ จึงได้พัฒนาระบบการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้น

เป้าหมาย :

1. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับ C ขึ้นไป = 0 %
2. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเก็บและส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับ A-B < 20 %

กระบวนการ

1. ปรับกระบวนการในการเก็บและส่ง ส่งตรวจตั้งแต่ขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษาจนกระทั่งส่งตรวจ
2. ใช้การ print sticker แทนการเขียนโดยระบุรายการตรวจใน sticker ที่ print มา
3. การลงทะเบียนส่งในสมุดให้ระบุ รายการตรวจตามคำสั่งการรักษา
4. มีการตรวจสอบรายการส่งก่อนไปห้องปฏิบัติการ

ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน					
		62	63	64	65	66	67
1.อุบัติการณ์ห้อง Lab ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	0	NA	6	14	26	1	0
2.อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเก็บและส่ง สิ่งส่งตรวจระดับA-B	<20	NA	12	16	18	1	0
2.1ก๊อชรายการเกินคำสั่ง	<20	NA	0	0	6	0	0
2.2ก๊อชรายการไม่ครบตามคำสั่ง	<10	NA	5	7	9	0	0

จากผลการพัฒนา

ในปี 2566 อุบัติการณ์การก๊อชรายการ/ส่งตรวจเกินคำสั่งการรักษาลดลงเป็น 0 เนื่องจากการก๊อชรายการตามคำสั่งการรักษา และการก๊อชเมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจพร้อมส่ง ไม่มีการก๊อชส่งล่วงหน้า การลืมหักรายการก่อนนำส่งมีแนวโน้มลดลงซึ่งติดตามการพัฒนาและทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้นในปี 2567

ประเด็นพัฒนาผลงานนวัตกรรม หอผู้ป่วยใน รพ.วิภาวดี

ชื่อผลงาน

ตะกร้าพา Clean

ปัญหา จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวิภาวดี ให้บริการผู้ป่วยทุกโรค และผู้ป่วยบางรายจะมีการใส่สายสวนปัสสาวะและต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกของผู้ป่วยซึ่งการใช้อุปกรณ์ ในการเทปัสสาวะทั้งแบบเดิมก็ต้องนำขวดน้ำเกลือมาใส่ปัสสาวะและเททิ้ง วางขวดไว้บนพื้น สำลี แอลกอฮอล์ก็มีบ้างไม่มีบ้าง วางไว้หาไม่เจอบ้าง ต้องขอจากเจ้าหน้าที่ใหม่ ลื่นเปื้อนทรพยากร บางครั้งเจ้าหน้าที่มีการะงานอย่างอื่นคิดค้างอยู่ทำให้ไม่ได้เลยตอนที่ขอ ญาติก็เทน้ำปัสสาวะทิ้งโดยไม่ได้อาบน้ำทำความสะอาดก่อนซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

และอาจต้องมีการรักษาเพิ่มเติมทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันนอนเพิ่มมากขึ้น การทำงานซ้ำซ้อน จึงได้มีการจัดทำตะกร้าพาสลินสำหรับผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนปัสสาวะทุกรายเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะดวกให้ปราศจากเชื้อก่อนที่จะมีการเททิ้งทุกครั้ง

เป้าหมาย	กระบวนการในการพัฒนา / การนำสู่การปฏิบัติ	ผลลัพธ์ของงานที่คาดหวัง	ผลลัพธ์การพัฒนา (1ต.ค.64-ปัจจุบัน)
1.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ 2.เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งาน 3.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกัน 4.เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1.ทบทวนปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน 2.คิดค้นสิ่งประดิษฐ์ที่ลดภาระงานและเพื่อความสะดวกในการใช้งาน 3.จัดทำสิ่งประดิษฐ์ใช้ในหอผู้ป่วย 4.ประเมินการใช้งานเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อ	1. ไม่มีการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ 2.มีความสะดวกในการหยิบใช้งาน 3.การติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกันลดลง 4.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 4.1เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ 4.2.เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งาน 4.3.เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อจากการใช้สิ่งของร่วมกัน 4.4.เพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1.อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะเป็น 0 2.เพิ่มความสะดวกในระบบงานและการกำกับติดตาม 3.อุบัติการณ์การเกิด Cross infection จากการใช้สิ่งของร่วมกัน เป็น 0 4.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 5.เพิ่มระบบการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและเป็นระเบียบ สวยงาม

เนื่องจากในปี 2564 มีผู้ป่วย ใส่สายสวนปัสสาวะและมีการติดเชื้อ CAUTI 1 รายซึ่งเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางคือใช้สำลี-แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดก่อนการเทปัสสาวะจากถุงทุกครั้ง ซึ่งอาจจะเกิดจากเจ้าหน้าที่ยุ่ง ตอนที่ญาติมาขออาจจะลืมจากภาระงาน จึงได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้พร้อมและมีการเดินตรวจทุกเวร โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้

จากผลการพัฒนา ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด CAUTI

แผนงานที่พัฒนาต่อเนื่อง

กิจกรรมการพัฒนา	เป้าหมาย	กิจกรรม
การป้องกันการติดเชื้อในร.พ	การติดเชื้อในร.พ. ลดลง	1.กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2.เพิ่มสมรรถนะบุคลากร 3.จัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกัน HAP 4.นิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างสม่ำเสมอ 5.จัดทำโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
พัฒนาประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD	ลดอัตรา การRe-admit	1.มีการค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ 2.ติดตามประเมินผลประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายโดยการวัดความรู้ความเข้าใจก่อนจำหน่าย 3.มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 4.มีการกำหนดเกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

แผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในปี 2567 มีแนวทางการดูแลตามService plan โรค Sepsis เพื่อเฝ้าระวังและเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความรุนแรงของโรค อีกทั้งความปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบผู้ป่วย

CQI COPD

โดย หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ลดอัตราการ re-admit จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปีงบประมาณ 2567 ไม่เกินร้อยละ 5

ปัญหา

โรค	2562	2563	2564	2565	2566	2567
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)

COPD	4.5	3.71	3.56	5.1	2.79	
------	-----	------	------	-----	------	--

จากข้อมูลดัชนีชี้วัดของหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวิภาวดี 5 ปีย้อนหลัง ปี 2561-2565 พบว่าอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 4.5, 3.71, 3.56, 5.1, 2.79 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

แพทย์ ตรวจวินิจฉัยรักษา

เภสัชกร ประเมินวิธีการใช้ยารับประทานและยาพ่นในผู้ป่วย

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หาสาเหตุการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจาก 11 แบบแผนกอร์ดอนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล วัด O2 sat ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

โภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการ สอนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

นักรักษาภาพบำบัด สอนฝึกการหายใจ การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

หน่วยงานปฐมภูมิ ดูแลต่อเนื่อง ชักถามถึงสิ่งแวดล้อมที่บ้านวางแผนที่บ้านและออกเยี่ยมบ้าน

ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้มีการวางแผนจำหน่ายทุกราย จะทำเฉพาะผู้ป่วยที่มีการ readmit เท่านั้นแต่จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจะกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ จึงได้ทบทวนและวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COPD ทุกเคสที่นอนโรงพยาบาล และส่งเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่ readmit ผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาดังกล่าวที่ต้องดูแลต่อเนื่อง แต่ไม่ได้มีการส่งเยี่ยมบ้านในทุกรายที่ readmit แต่ยังทำให้จำนวนผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น อัตราการครองเตียงที่นานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น งานผู้ป่วยในได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงค้นหาปัญหาและสาเหตุ หาแนวทางร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลประจำคลินิก COPD พยาบาลคลินิกจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ

นักรักษาภาพบำบัด พยาบาลประจำหน่วยงานปฐมภูมิดูแลต่อเนื่อง แพทย์และเภสัชกร

สาเหตุ

คน : 1.ผู้ป่วยขาดทักษะการสูดยาพ่นเมื่อมีอาการหอบ

2.ผู้ป่วย ยังคงสูบบุหรี่ ยังจุดไฟเผาขยะ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ เลี้ยงสุนัข แมว

3.ผู้ป่วยขาดทักษะการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้ปอด แข็งแรง

4.ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลที่จริงจังก่อนกลับบ้านเพียงคนเดียวเมื่อมีอาการหอบกำเริบไม่มีโทรศัพท์ ต้องรอให้บุตรหลานกลับจากทำงานซึ่งอาการหอบจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นกว่าจะมาถึงโรงพยาบาลอาการหนักต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

เครื่องมือ : ขาดอุปกรณ์ที่ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด, ขาดเครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ readmit ไม่สามารถให้ได้ทุกเคส (มีให้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดูแลแบบประคับประคอง Palliative care)

ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กระบวนการ :

1. มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแต่ขาดการประสานงานและพูดคุยกันในปัญหาที่พบในผู้ป่วย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุดและขาดการประสานกับผู้นำชุมชนในรายที่มีการ readmit เพื่อมีการเฝ้าติดตามปัญหา และหาทางในการแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบในขณะที่ญาติดูแลไม่อยู่บ้าน และผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ที่จะโทรประสาน 1669

2.ผู้ป่วยที่ Admit ไม่มีการประเมิน Peak flow ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

สิ่งแวดล้อม :

- ## 1.ขาดคนคอยดูแลผู้ป่วยที่จริงจัง

เป้าหมายและตัวชี้วัดหลัก

ลดอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5

เป้าหมายและตัวชี้วัดรอง/สนับสนุน

ผู้ป่วย admit ด้วยโรค COPD c AE ไม่เกินร้อยละ 5 (ปี 2562-2566)ร้อยละ 4.5,3.71,3.56,5.1,2.79ตามลำดับ

แก้ปัญหา

- 1.แพทย์ ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และนัด F/U อาการภายใน 2 สัปดาห์และส่งยาพ่นชนิด

4. นักกายภาพบำบัด มีการสอนฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเป่าลูกโป่ง และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆไป และถ้าหากประเมินผู้ป่วยและยังคงพบปัญหาที่ยังไม่สามารถให้เสร็จสิ้นได้ก็จะมี การส่งต่อปัญหาไปสู่การเยี่ยมบ้าน และมีการ POP UP ใน Program Hos XP

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม 2566 - กันยายน 2566

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ การลดอัตราการเข้าอนรักษใน

[illegible]

1. ผู้ป่วย COPD	15	23	18	21	20	11	16	11	9	10	19	21
2. จำนวนผู้ป่วย readmit COPD	7	4	4	3	2	2	4	3	3	5	3	3

บทเรียนที่ได้รับ : การพัฒนาคุณภาพ การลดอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น

แผ่นพับสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Chronic Obstructive Pulmonary Disease: **COPD**

สาเหตุการเสียชีวิต
มากเป็น **อันดับ 6**
ของประเทศไทย

มีคนป่วยมากกว่า
3 ล้านคน
เฉลี่ย **มากถึง 6 คน**

พบมาก
ในคน **อายุ**
มากกว่า 40 ปี

เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล
กว่า **1 ล้านคน**

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- การสูบบุหรี่ ทั้งสูบเองหรือ ควันบุหรี่มือสอง
- มลพิษทางอากาศ และฝุ่นควัน รวมถึงควันที่เกิดจากการทำอาหาร
- PM2.5 ฝุ่น PM2.5

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบแพทย์เฉพาะทาง
ตรวจสอบสมรรถภาพปอด

การรักษาปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- หยุด การสูบบุหรี่
- การใช้ยากลุ่มยาขยายหลอดลม
- การใช้ยา กลุ่มสเตียรอยด์
- การออกกำลังกาย แบบแอโรบิก

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ระยะเริ่มแรก** ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก
- ระยะลุกลาม** เหนื่อยหอบมาก จนไม่สามารถ ทำกิจกรรมปกติได้ น้ำหนักตัวลดมากกว่าปกติ
- ระยะสุดท้าย** ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลว เสียชีวิต

การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
- ใส่หน้ากากอนามัย
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ฉีดวัคซีนป้องกัน ทั้งไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนโควิด

อาหาร กับ ปอด ?

ทุเลาอาการหายใจเหนื่อย



ทานหวานน้อย

หวานมากเกินไป ปอดต้อง
แลกเปลี่ยนแก๊สมากขึ้น
อาจทำให้เหนื่อยง่ายในผู้ที่
มีอาการรุนแรง

เลือกอาหารย่อยง่าย
เช่น เนื้อปลา



กินน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ

แบ่งมื้อเล็ก ๆ 5-6 มื้อ
จะทำให้ไม่แน่นท้องเกินไป

ลดการทานอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

- น้ำอัดลม ก้าวต่าง ๆ แอปเปิ้ล แดงโม
- บร็อคโคลี่ กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ข้าวโพด
แตงกวา หอมใหญ่ พริกไทย
- การเคี้ยวหมากฝรั่ง

ควบคุมน้ำหนัก

คนอ้วน ควรลดน้ำหนัก
คนผอม คุมน้ำหนักไม่ให้ลด



ซบร่างกายบ้าง

ควรทำหลังอาหาร ให้ลำไส้เคลื่อนไหว
เพื่อให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้น

ถ้าเหนื่อยหอบ

เวลาทานอาหาร ?

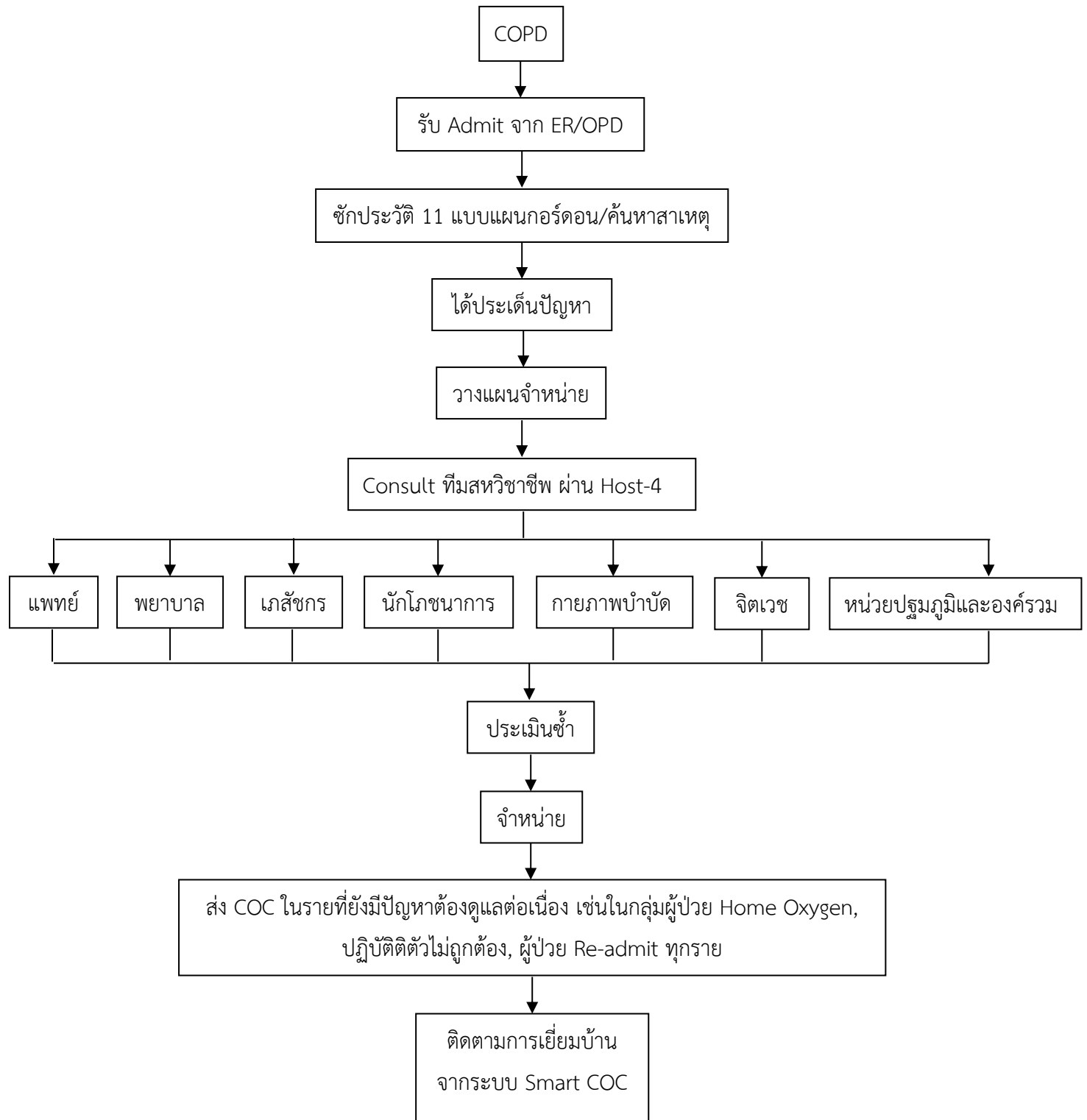
- ทำทางเดินหายใจให้โล่งก่อนทานอาหาร
1 ชั่วโมง
- ทานช้าๆ ตักอาหารคำเล็กๆ
- ขณะเคี้ยว ควรเคี้ยวช้าๆ หายใจลึกๆ
- หากกลืนไม่ลงสามารถดื่มน้ำตามได้
แต่ไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไประหว่าง
ทานอาหาร อาจทำให้แน่นท้อง
แล้วจะหายใจลำบากขึ้น
- ไม่ถือจานอาหารขณะทานอาหาร
- ควรอยู่ในท่านั่งขณะทานอาหารเพื่อ
ลดแรงดันต่อกล้ามเนื้อกะบังลม
- พักก่อนทานอาหารจะทำให้ทานได้ดีขึ้น
- หายใจโดยการเป่าปาก



"โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง"



แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD



การพัฒนาป้องกันการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลวิภาวดี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F ๒ ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อัตราการครองเตียงในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ๗๒.๗๑, ๕๕.๕๓ และ ๗๓.๘๓ ตามลำดับ จากสถิติการให้บริการในหอผู้ป่วย มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้เลือด เฉลี่ย ๑๔๑ ราย/ปี ในปี ๒๕๖๒ พบอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนระดับ B จำนวน ๑ ครั้ง ไม่มีอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด จากนโยบายความปลอดภัยกำหนดให้การให้เลือด เป็น ๑ ใน ๙ ข้อมาตรฐาน ความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงได้พัฒนา การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดขึ้น

เป้าหมาย

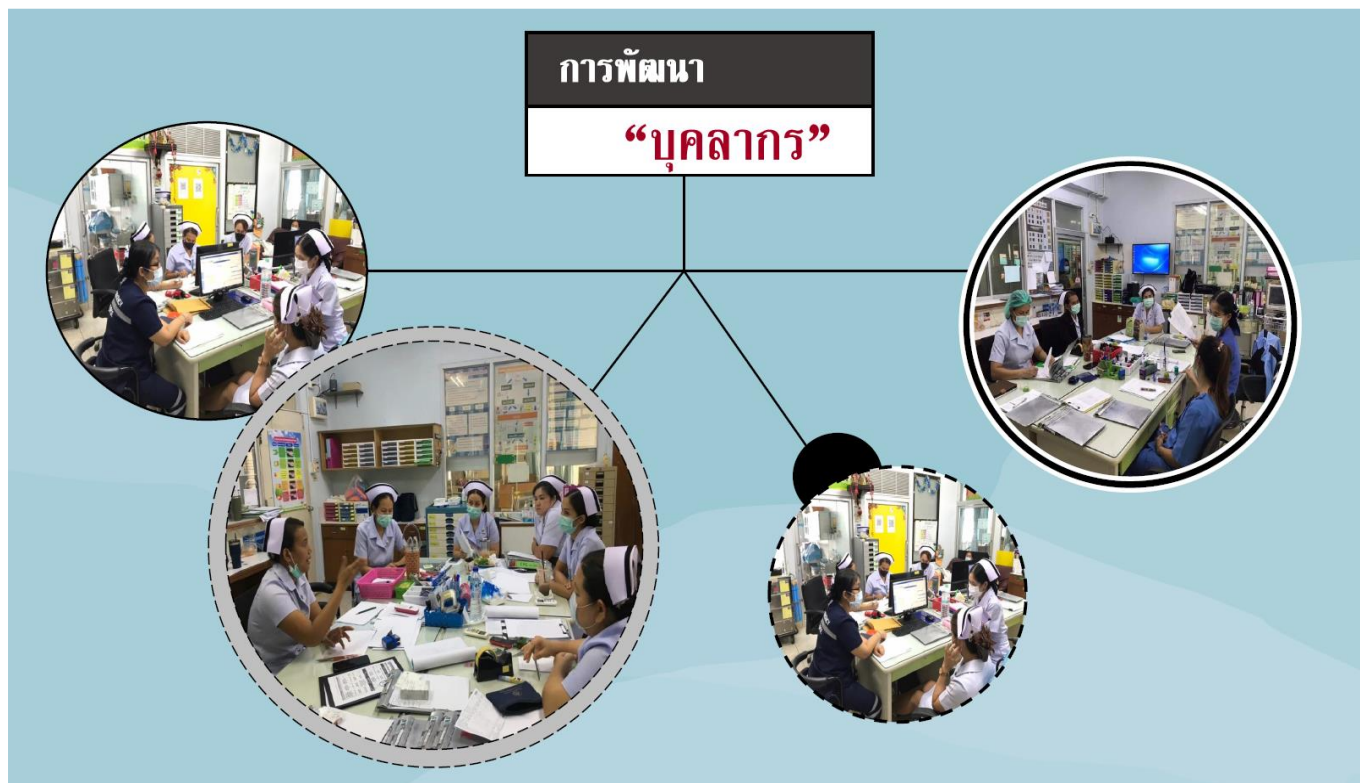
ไม่เกิดอุบัติการณ์ การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด ๑๐๐%

กระบวนการพัฒนา (Process) ในปี ๒๕๖๔

๑. ทบทวนกระบวนการให้เลือดที่ผ่านมาเพื่อหาโอกาสพัฒนา
๒. ทบทวนวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขจากการตามรอยในทุกกระบวนการของการให้เลือด
๓. นำปัญหาที่ได้มาวางแผน ออกแบบ ปรับปรุงในทุกกระบวนการโดยทบทวนแนวปฏิบัติเดิมที่มี
๔. ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มเติมให้มีการ ตรวจสอบซ้ำ (Recheck) ในทุกขั้นตอน
๕. กำหนดมาตรการให้มีการลงชื่อ ผู้ตรวจสอบซ้ำ (Recheck) ในทุกขั้นตอน
๖. นิเทศติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางของทุกราย ๑๐๐ %

กระบวนการพัฒนา



การพัฒนาสมรรถนะ

“บุคลากรจบใหม่ทุกคน”





แบบฟอร์มประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

ชื่อ-สกุล HN Dx. แพทย์เจ้าของไข้

กรุ๊ปเลือด ชนิดของเลือด ☐ PRC ☐ WB ☐ FWB ☐ FFR ☐ Leukocyte poor

วันเดือนปี ที่ให้เลือด Unit ที่ 1 number เวลาที่ให้ น. พยาบาลคนที่ 1 ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

Unit ที่ 2 number เวลาที่ให้ น. พยาบาลคนที่ 1 ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

Unit ที่ 3 number เวลาที่ให้ น. พยาบาลคนที่ 1 ผู้ตรวจสอบ

น. พยาบาลคนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

คำชี้แจง พยาบาลผู้ให้เลือดต้องปฏิบัติตามขั้นตอนครบทุกข้อและทำเครื่องหมาย / เมื่อปฏิบัติตามขั้นตอนนั้นๆ

ลำดับ	ขั้นตอนการปฏิบัติ	การปฏิบัติตามมาตรฐาน		
		Unit 1	Unit 2	Unit 3
1	ขั้นตอนการเตรียมและตรวจสอบการให้เลือด - ตรวจสอบความถูกต้องของถุงเลือด ชื่อผู้รับเลือด blood group หมายเลข doner number โดยพยาบาล 2 คน - ลงบันทึกหมายเลข doner number ลงในใบ drug profile ด้วยปากกาสีแดง - Warm ถุงเลือดโดยวางไว้บนผ้าสะอาดในอุณหภูมิห้องนาน 15-30 นาที - ทำสัญลักษณ์หยดเลือดด้วยปากกาสีแดงในฟอร์มพร้อม	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
2	ขั้นตอนการให้ - เปิดเส้นด้วย medicut no.18-20 - ถามชื่อผู้ป่วย นามสกุล group เลือดกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และให้ผู้ป่วย/ญาติตรวจสอบชื่อที่แผ่นป้ายถุงเลือด เพื่อยืนยันความถูกต้อง(กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติผู้ดูแลตรวจสอบ) - กลับถุงเลือดไปมาเบาๆ 2-3 ครั้ง ก่อนให้เลือด เพื่อให้เลือดและพลาสมาผสมกัน - ต่อ set ให้เลือด บีบกระเปาะกรองเลือด ใส่เลือดไม่ให้มีฟองอากาศ - ปรับอัตราการไหล 10-20 หยดต่อนาทีใน 15 นาทีแรก เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากไม่มีอาการผิดปกติ จึงปรับอัตราการไหลของเลือดตามแผนการรักษา	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
3	การดูแลขณะให้เลือด - ตรวจสอบตำแหน่งที่แทงเข็มว่ามี ปวด บวม แดง หรือไม่ หากมีให้เปลี่ยนตำแหน่งการแทงเข็ม - ตรวจสอบการไหลของเลือด และควบคุมปริมาณเลือดให้ได้ตามแผนการรักษา - สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่อาการ หน้าแดง ผื่นคัน แน่นหน้าอก เหนื่อยหายใจลำบาก ไข้ หนาวสั่น หากมีอาการให้หยุดให้เลือดทันทีและรายงานแพทย์ - ตรวจสอบสัญญาณชีพทันทีหลังให้เลือดและหากไม่มีอาการผิดปกติวัดซ้ำ ทุก2-4 ชม.	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
4	ลงชื่อพยาบาลผู้ให้เลือด			
5	ลงชื่อพยาบาลผู้ตรวจสอบ			

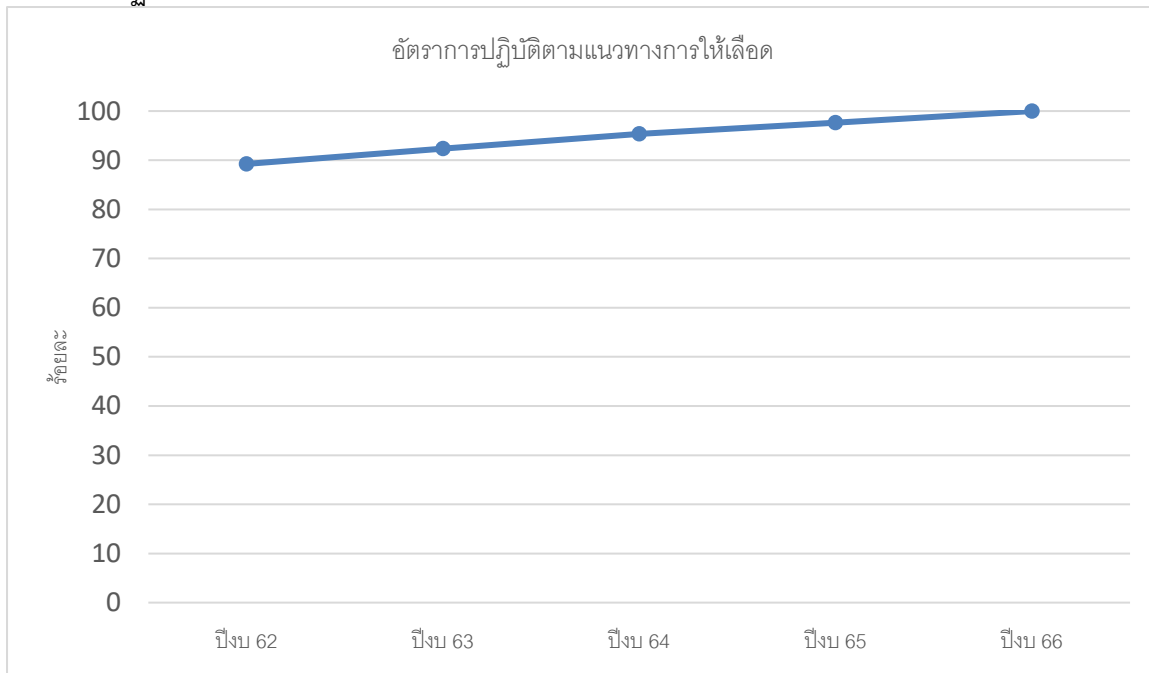
ผลลัพธ์ของการพัฒนาปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖

ปีงบประมาณ	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ยอดผู้ป่วย(คน)	๑๔๘	๑๓๕	๑๔๐	๑๔๐	๑๓๑

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด = ๐

อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด = ๐

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด



ชื่อผลงาน CQI เรื่อง Stop phlebitis

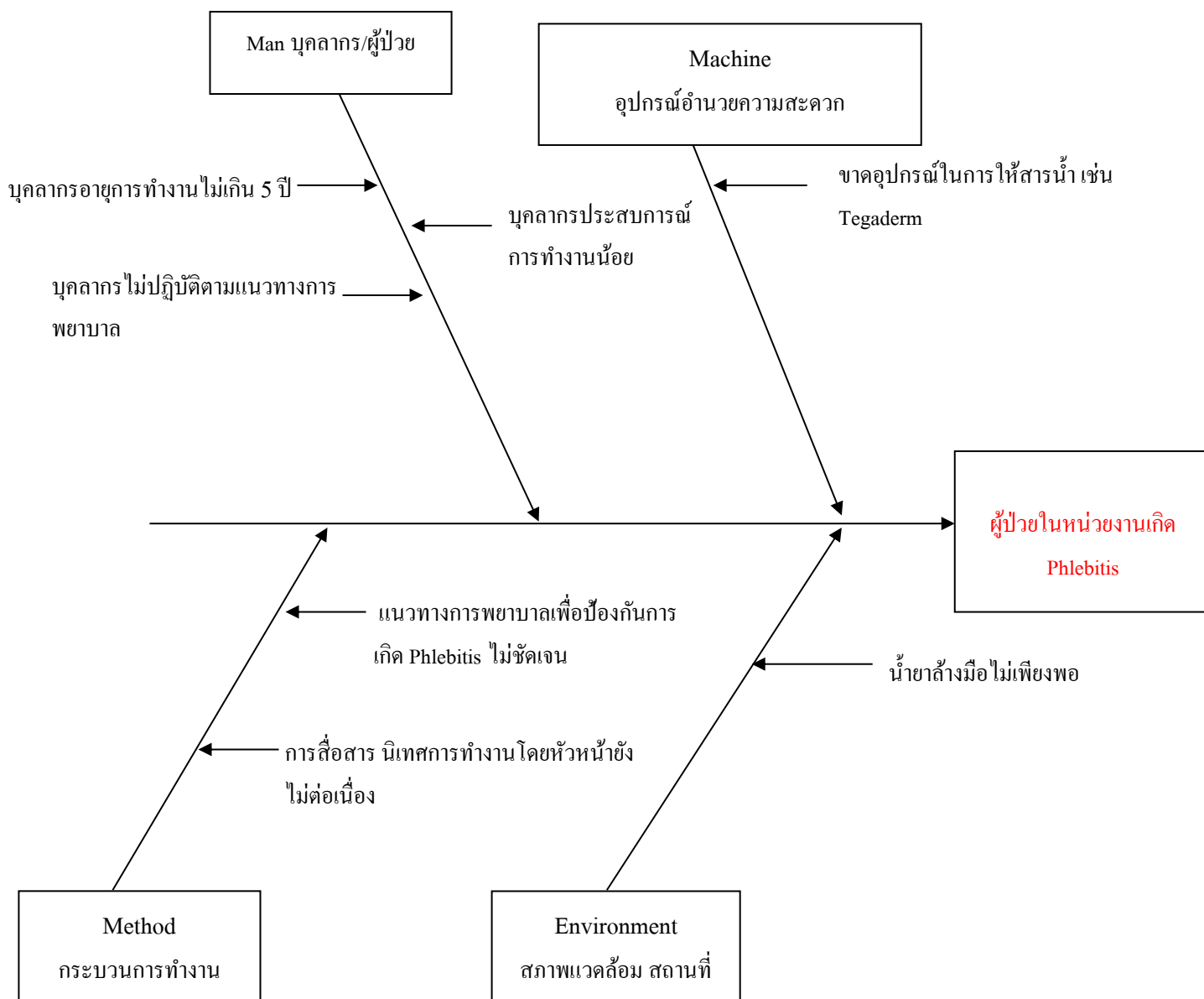
หลักการและเหตุผล

การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) มักมีอาการปวด บวม แดงร้อน และ/หรือหลอดเลือดเป็นลําแข็ง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและ/หรือยาโดยการใส่สาย catheter ซึ่งสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดดำส่วนปลายได้รับการระคายเคือง ได้แก่การระคายเคืองของหลอดเลือดดำเนื่องจากการเสียดสีจากเข็ม การระคายเคืองจากยาหรือสารเคมีที่ให้ที่ได้รับการเตรียมไม่เหมาะสม ความเข้มข้นหรืออัตราความเร็วที่ให้ การอักเสบจากการมีลิ่มเลือดบริเวณปลายเข็ม หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อบริเวณที่ให้สารน้ำ ซึ่งอาจมีที่มาจาก สารน้ำ , เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร , ตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันหรือลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบอันดับแรกคือ บุคลากรต้องเฝ้าระวังและสามารถประเมินระดับความรุนแรงของการอักเสบของหลอดเลือดจากการให้สารน้ำ(Phlebitis Scale) ได้

ดึกผู้ป่วยใน ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลากหลายแผนกได้แก่ อายุรกรรม , ศัลยกรรม , กุมารเวชกรรม ฯลฯ ซึ่งจะมีผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำหรือได้รับยาทางเส้นเลือดดำส่วนปลายทำให้มีโอกาสที่ทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ(Phlebitis) แต่การปฏิบัติยังไม่ได้เป็นไปในแนวทางที่กำหนดของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล และยังขาดการบันทึกและเก็บข้อมูลการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตระหนักและไม่ได้ปฏิบัติในการเปลี่ยนตำแหน่ง ที่ติดสติกเกอร์สี มีการนับวันผิด ทำให้ระยะเวลาในการเปลี่ยนสั้น และเมื่อครบกำหนดวันเปลี่ยน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ดังนั้นจึงต้องการศึกษาภาวะของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

(Phlebitis) ในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis)

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



M - Man คนงาน หรือพนักงาน หรือบุคลากร

M - Machine เครื่องจักรหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวก

M - Material วัสดุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในกระบวนการ

M - Method กระบวนการทำงาน

E - Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการ – ทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

3. เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

เป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราการเกิดเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

(Phlebitis)

วิธีดำเนินงาน 1. จัดทำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและ/หรือยาทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) ลงแบบบันทึกเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (รายเวร)

2. ประชุมบุคลากรพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติและการเก็บข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. สรุปผลการปฏิบัติทุกเดือน

4. สรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

5. ทบทวนเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไปเนนการ

ผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินการ พบว่าปี 65 มีการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง (Norepinephrine) จำนวน 1 ราย ปี 66 ไม่พบว่ามีเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

บทเรียนที่ได้รับและการพัฒนา

-เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ในการบริหารยาความเสี่ยงสูง (Norepinephrine) ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทาง มุ่งเน้นให้ความรู้เพิ่มทักษะ เพื่อเพิ่มความตระหนัก

-ขาดการกำกับติดตาม การลงข้อมูลต่อเนื่อง เน้นควบคุมกำกับการเช็ควัฒนExp.ของสต็อกเกอร์อย่างต่อเนื่องทุกเวร

- เน้นการล้างมือ 6 ขั้นตอน, 5 movement

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

1. การเตรียมก่อนการให้สารน้ำ

1.1 การเตรียมสารน้ำ โดยตรวจดูชนิดของสารน้ำซึ่งต้องเป็นสารน้ำปราศจากเชื้อ ไม่ใช่สารน้ำที่มีลักษณะขุ่น ถูกรั่ว แตก หรือหมดอายุ ติดป้ายแสดงชื่อของผู้ป่วย ชนิดของสารน้ำและยาที่ผสม จำนวนหยดที่ให้ วันเวลาที่ให้

1.2 เตรียมอุปกรณ์ในการให้สารน้ำ ได้แก่ ชุดให้สารละลาย (IV set), เข็ม Medicut, สำลี 70% Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol สายยางรัดแขน และพลาสติกแผ่น INNOFIX

1.3 เตรียมบุคลากรโดยการทำมาสะอาดมือและสวมถุงมืออย่างถูกต้อง และเหมาะสม

2. การให้สารน้ำ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.2 ล้างมือแบบ hygienic hand washing หรือ alcohol hands rub ให้สะอาดก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกครั้ง

2.3 เปิดชุดให้สารน้ำที่ปราศจากเชื้อแล้วปิด Roller clamp ต่อชุดให้สารน้ำเข้ากับสารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และใส่สารน้ำให้จนถึงปลายเข็ม

2.4 ผสมน้ำยาหรือสารน้ำอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (ถ้ามี)

2.5 เลือกตำแหน่งที่ต้องการให้สารน้ำควรเลือกหลอดเลือดดำที่มีขนาดเล็กก่อนได้แก่บริเวณหลังมือหรือแขน

2.6 ใส่ถุงมือสะอาดในการแทงเข็มหลอดเลือดดำ

2.7 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนให้สารน้ำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกครั้ง โดยเช็ดบริเวณผิวหนังด้วย 70%Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol รอจนระเหยแห้ง

2.8 ใช้หลัก Aseptic technique ในการแทงเข็มห้ามนิ้วและสัมผัสบริเวณผิวหนังหลังทาน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนแทงเข็ม

2.9 ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ

2.10 ตรึงสายไว้ไม่ให้ หัก พับ งอ และเลื่อนหลุด

2.11 ตรึงหัวเข็มและปิดบริเวณรอยต่อระหว่างเข็มกับผิวหนังด้วย tensoplast ปราศจากเชื้อ และปิดซ้ำด้วย tegaderm

2.12 มีการติดแถบสีตามวันที่หมดอายุไว้บริเวณ tegaderm หรือกะเปาะ IV ที่แทงเข็มและบันทึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด ของสารน้ำ ลงในแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐาน

2.13 กรณีที่ให้ยา ให้ทำความสะอาดบริเวณที่เป็นข้อต่อและจุดยางให้สารน้ำด้วย 70% Alcohol หรือ 2% chlohexidine in alcohol โดยเช็ดให้แห้งก่อน เติมน้ำเข้าสายให้สารน้ำทุกครั้ง

2.14 การนิคยาทางสายให้สารน้ำ ควรนิคอย่างช้าๆและสังเกตอาการขณะให้ยาว่ามีอาการปวด บวม มี Blood clot เกิดขึ้นใน IV cath หรือไม่ถ้าพบว่าคันต่อไปไม่ได้ควรรีบถอดสายให้สารน้ำทันที

3. การดูแลผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3.1 ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆของสายให้สารน้ำ และเข็มให้อยู่ในสภาพที่แน่น ไม่หลวมหลุดง่าย มีการสวมปิดข้อต่อต่างๆ ทุกครั้ง

3.2 ควรถอดข้อต่อต่างๆที่ใช้ร่วมกับสารน้ำที่ไม่จำเป็นต้องใช้แล้วออกทันที

3.3 ตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำอย่างน้อยเวยละ 1 ครั้ง โดยสังเกตอาการบวมแดงและการไหลของสารน้ำเมื่อพบว่ามีอาการบวมแดง ควรมีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่

3.4 ล้างมือและสวมถุงมือสะอาดเมื่อเปลี่ยน Dressing

3.5 เปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็ม เมื่อเข็มออกนอกหลอดเลือดหรือเมื่อมีการติดเชื้อในตำแหน่งที่แทงเข็ม หรือเกิด Phlebitis

4. การเปลี่ยนสารน้ำและชุดให้สารน้ำ

4.1 การเปลี่ยนชุดสายให้สารน้ำ ให้ระบุนวันที่เปลี่ยนสายชุดให้สารน้ำด้วยแถบสี บริเวณกะเปาะ set IV และที่บริเวณตำแหน่งแทง IV ในวันที่ครบเปลี่ยน

4.2 เปลี่ยนสายให้สารน้ำ ทุก 72 ชั่วโมง กรณีที่ผสมยา KCL เปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง

4.3กรณียา Norepinephrine ให้เปิดเส้นด้วย M/D No.18หรือ 20 บริเวณเส้นที่มีขนาดใหญ่หรือบริเวณข้อพับ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนเหยียดแขนตรงและเปลี่ยน สายให้ยาทุก 24 ชั่วโมง

4.4 ชุดให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดดูแลเปลี่ยนทุก unit ที่ให้เลือด

บทเรียนที่ได้รับ

- 1 ทำให้พยาบาลได้ทราบปัญหาของหน่วยงานที่แท้จริงและได้รับการแก้ปัญหาที่ตรงจุด
- 2 ทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการใช้แนวทางการป้องกันการเกิด Phlebitis
- 3 ทำให้พยาบาลได้มีการบริหารยาที่ถูกต้อง
- 4 ทำให้พยาบาลมีความตระหนักในการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อได้

การพัฒนาต่อเนื่อง

- 1 พยาบาลทุกคนในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด Phlebitis
- 2 พยาบาลทุกคนบริหารยาได้ถูกต้อง
- 3 พยาบาลทุกคนได้รู้จักการวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา: ชื่อผลงาน เรื่อง ป้องกันการเกิด **CAUTI**

2.คำสำคัญ:ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/โรงพยาบาล

ลำดับที่	ปัญหา	ระดับความรุนแรง (A)	ความถี่ (B)	สรุปคะแนน (A)x (B)
1	การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)	4	1	5
2	การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ CAUTI	4	1	5

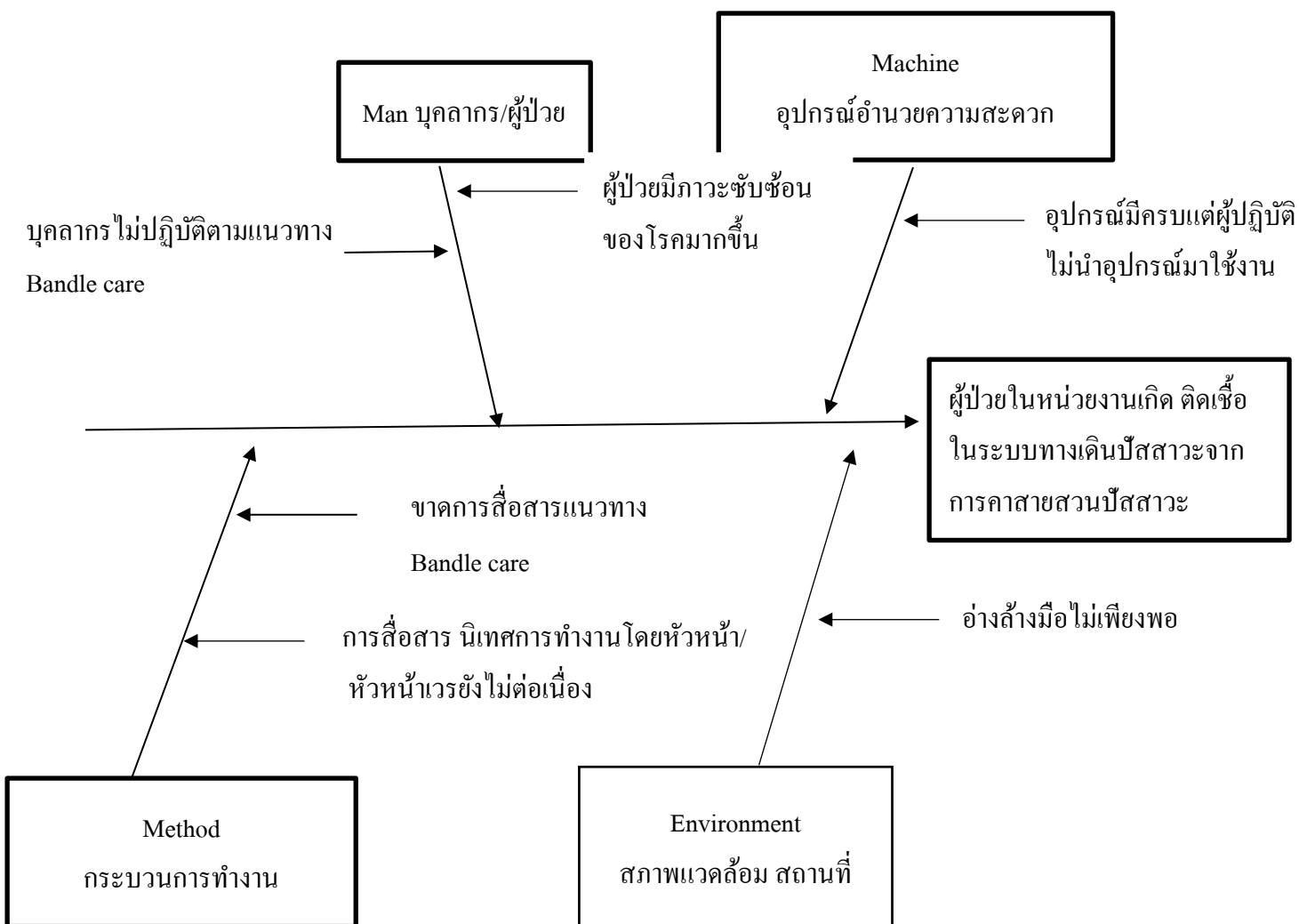
3.สรุปผลงานโดยย่อ

การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

1.หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

CAUTI หมายถึง การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เกิดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือ ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากดึงสายสวนปัสสาวะออก ซึ่งข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดิน ปัสสาวะ ต้องการประเมินการไหลเวียนของเลือดโดยการบันทึกปริมาณปัสสาวะ มีแผลที่ก้นกบหรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และไม่ สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เป็นต้น ซึ่งในหอผู้ป่วยในค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ มีภาวะ septic shock , hemodynamic unstable ซึ่งมี ความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือด และบันทึกปริมาณปัสสาวะ ภายใน ปี 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 1 ราย โดยสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและผู้ป่วยเป็นผู้หญิงสามารถดูแลตัวเองได้จึงแนะนำให้ผู้ป่วยล้างทำความสะอาดด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยล้างไม่สะอาดไม่ได้มีการฟอกสบู่หรือเช็ดให้แห้งหลังทำความสะอาดทุกครั้งจึงทำให้มีการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพิ่ม และเป็นสาเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทางหอผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้มีการประชุมร่วมมือ หาแนวทาง ปฏิบัติและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อหวังว่าจะสามารถป้องกันและลดอัตราการเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยในได้

การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา



M-Man คนงานหรือพนักงาน หรือบุคลากร

M-Machine เครื่องจักรหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวก

M -Material วัตถุดิบหรืออะไหล่ อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในกระบวนการ

M-Method กระบวนการทำงาน

E-Environment อากาศ สถานที่ ความสว่าง และบรรยากาศการทำงาน

ปัญหา	สาเหตุ	วิธีการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี	
				เริ่ม	สิ้นสุด
๑.ด้านบุคลากร	๑.บุคลากรอายุงานน้อย ประสบการณ์การทำงานน้อย ๒.ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน/โรคเรื้อรัง	มีการนิเทศวิธีการปฏิบัติก่อนการทำงานเพื่อความเข้าใจตรงกัน	หัวหน้างาน หัวหน้าเวร	ต.ค.๖๕	ก.ย.๖๖

๒.ด้านอุปกรณ์ อำนวยความสะดวก	ขาดอุปกรณ์ในการ ดูแลทำความสะอาด ผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะ (set flush)	เตรียมอุปกรณ์ให้มี เพียงพอพร้อมใช้ โดยให้น้ำสาลี่ใส่ท่อ Sterile เพิ่มเติม กรณี set flush หมด	หัวหน้างาน หัวหน้าเวร	ต.ค.๖๕	ก.ย.๖๖
๓.ด้านกระบวนการ ทำงาน	แนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะยังไม่ชัดเจน การสื่อสาร การ นิเทศการทำงานโดย หัวหน้ายังไม่ ต่อเนื่อง	มีการกำหนดแนว ทางการดูแลผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะ ตามหลัก IC มีการนิเทศการดูแล ผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะอย่าง ต่อเนื่อง	หัวหน้างาน หัวหน้าเวร	ต.ค.๖๕	ก.ย.๖๖
๔.ด้านสิ่งแวดล้อม	อ่างล้างมือไม่ เหมาะสมต่อการ ส่งเสริมให้บุคลากร ล้างมือ	มีการรณรงค์ล้างมือ ให้กับบุคลากร มีการแยกอุปกรณ์ ในการทำความสะอาด ของผู้ป่วยแต่ละราย มีน้ำยาล้างมือปลาย เตียง	หัวหน้างาน หัวหน้าเวร	ต.ค.๖๕	ก.ย.๖๖

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)
2. เพื่อลดอัตราการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)
3. เพื่อลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
4. เพื่อลดอัตราครองเตียงของผู้ป่วย

เป้าหมาย

อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีที่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยใน

แนวทางขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ทบทวนขั้นตอนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) อันเนื่องมาจากการที่มีอุจจาระหมักหมมในแพมเพิสเป็นเวลานาน และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบทำให้เกิด การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและตามความจำเป็น
2. เปลี่ยนแพมเพิสใหม่ทุกครั้งเมื่อเปื้อน /มีปัสสาวะ /มีอุจจาระ
3. ก่อนเปลี่ยนแพมเพิสทุกครั้งให้ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนทวารหนักดังนี้
ขั้นตอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

1. นำของใช้ไปใส่ข้างเตียง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
2. ปิดประตู และปิดตา เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย และปิดตาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอาย
3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายชันเข่า ให้ปลายเท้าและขาแยกออกจากกัน การแยกขาออกเพื่อเปิดอวัยวะสืบพันธุ์ให้เต็มที่ ซึ่งสะดวกต่อการทำความสะอาด และได้ทำความสะอาดได้ทั่วถึง
4. ห่มผ้าที่ตัวผู้ป่วย ผู้หญิงดึงผ้าถุงขึ้นไปท่อนเอว ผู้ชายดึงกางเกงลงล่างคลุมผ้าที่บริเวณขาให้มิดชิด ปิดผ้าบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไว้ก่อน เพื่อป้องกันการเปิดเผยส่วนของร่างกาย
5. เปิดsetทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และใส่น้ำยาNSS ลงในset
6. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกดังนี้

เพศหญิง

- o เปิดแฟลมเพิ่ระหว่างขาขึ้น
 - o ใส่ถุงมือ เพื่อป้องกันไม่ให้มือสัมผัสกับน้ำคัดหลั่งซึ่งอาจมีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่
 - o ใช้ปากก๊ีบลิบสำหรับน้ำยาNSS บิดพอหมาดเช็ดบริเวณดังต่อไปนี้ เพื่อให้การเช็ดกำจัดสิ่งสกปรกออกได้ง่าย
- ลำดับที่ 1 เช็ดบริเวณหัวเข่าจากซ้ายไปขวาแล้วทิ้งสำลีลงในถังกระดาษ
- ลำดับที่ 2,3 เช็ดแคมใหญ่ด้านไกลตัวก่อน 1 ก่อน และใกล้ตัว 1 ก่อน โดยเช็ดจากด้านบนลงด้านล่าง
- การเช็ดดังนี้ จะช่วยป้องกันมิให้เชื้อโรคจากทวารหนัก เข้าสู่บริเวณปากช่องคลอด และรูเปิดของท่อน้ำสวาระ

ลำดับที่ 4,5 เช็ดแคมเล็กด้านไกลตัว และใกล้ตัวบริเวณละ 1 ก่อน จากด้านบนลงล่าง

ลำดับที่ 6 เช็ดตรงกลางจนถึงทวารหนัก

- o ลำดับทุกก่อนเมื่อเช็ดเสร็จให้ทิ้งลงในถังกระดาษเทน้ำสบู่หรือน้ำยาที่เหลือนบนอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกสิ่งสกปรก หรือสิ่งคัดหลั่งต่างๆจะถูกชะล้างไปในหม้อนอนจนสะอาด

เพศชาย

- o เปิดแฟลมเพิ่ระหว่างขาขึ้น
 - o ใส่ถุงมือ เพื่อป้องกันไม่ให้มือสัมผัสกับน้ำคัดหลั่งซึ่งอาจมีเชื้อโรคปนเปื้อนอยู่
 - o ใช้มือซ้ายข้างที่ไม่ถนัดจับองศาที่ตั้งขึ้น มือขวารูดหนังหุ้มปลายให้เปิดออก ใช้ปากก๊ีบลิบสำหรับน้ำยาNSS ในsetบิดหมาดๆ ทำความสะอาดรูเปิดท่อน้ำสวาระโดยเช็ดจากรูเปิดวนรอบองศาติ ไปทางเดียวกันจนถึงโคนองศาติ จากนั้นทิ้งสำลีลงในถังกระดาษทำซ้ำจนสะอาด
 - o ใช้สำลีแห้งซับส่วปลายให้แห้ง แล้วดึงหนังหุ้มปลายองศาติกลับมาปิดเหมือนเดิม
 - o ก๊ีบลิบสำลีบิดหมาดๆเช็ดทำความสะอาดบริเวณลูกอัณฑะแล้วเช็ดผิวหนังข้างใต้ลูกอัณฑะจนถึงทวารหนักให้สะอาด (ถ้าสกปรกมากเช่นเป็นองจุจระต้องใช้สำลีชุบน้ำเช็ดองจุจระออกให้หมดก่อน แล้วจึงจะใช้สำลีชุบน้ำสบู่ทำความสะอาด)
7. ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้งด้วยกระดาษช าระด้านบนลงล่าง เพื่อให้รู้สึกสบาย ไม่รำคาญจากความเปียกชื้น และลดการระคายเคือง
 8. จัดทำให้นอนหงายเอาผ้าปิดตาออก นุ่งกางเกงให้เรียบร้อยแล้วจัดท่านอนในท่าที่สบาย
 9. นำของเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย
- ทำความสะอาดอวัยวะขับถ่ายให้สะอาดก่อนใส่แฟลมเพิ่ใหม่

- ลงอุบัติการณ์เมื่อพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ตัวชี้วัดความเป้าหมาย

อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมดที่คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยในสำเร็จ

กิจกรรมการพัฒนา

1. นำปัญหาที่ได้จากการทบทวนมาวางแผนในการแก้ปัญหาดังกล่าว
2. ศึกษา ค้นคว้าจากตำราวิชาการและออกแบบแนวทางปฏิบัติเพื่อให้่ง่ายต่อการปฏิบัติ
3. ดำเนินการตามทีออกแบบไว้ตาม CAUTI

C = Close System

1. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา
2. ยึดตรึงสายสวนไม่ให้หลุดหรือย้อยไปทางทวารหนัก
3. สายไม่หัก พับ งอหรืออุดตัน

A = Ascending Infection

1. ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ(ระดับเอว)ตลอดเวลา
2. ถุงรองรับปัสสาวะห้ามสัมผัสพื้น
3. แยกภาชนะรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย
4. ล้างมือ สวมถุงมือ เช็ดรูเปิดปิดของถุงปัสสาวะด้วย 70 %Alcohol ก่อนและหลังเทปัสสาวะ
5. เทปัสสาวะไม่ให้รูเปิดปิดของถุงปัสสาวะสัมผัสภาชนะรองรับ

U = Universal Precaution

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

T = Team Goal

1. ลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI ให้เป็น 0
2. ทุกคนต้องรับรู้ร่วมกัน
3. มีการสื่อสารปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายให้ทีมรับทราบร่วมกัน

I = Insert Catheter

1. ใส่เมื่อจำเป็น
2. ล้างมือก่อนใส่สายสวน
3. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
4. ใช้อุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ
5. เลือกใช้สายสวนที่เหมาะสม

มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติดังกล่าว (CAUTI Bundle) ลงสู่ผู้ปฏิบัติ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567

อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI)	0	0	0	1	0	0
--	---	---	---	---	---	---



สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายละตัวชี้วัด

การวัดผลและประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ภายหลังการทำ CQI การทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

จากการคาสายสวนปัสสาวะ(CAUTI) ในวันที่ 30 กันยายน 2566 แล้วไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะอีก

10. บทเรียนที่ได้รับ

จากการทบทวนการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะโดยใช้ CAUTI bundle อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันอัตราการเกิด CAUTI จึงนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพิ่มเติม โดยเน้นวิธีการเช็ดทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามลดอัตราการเกิด CAUTI เป็นอย่างดี ส่งผลให้อัตราการเกิด CAUTI ในหอผู้ป่วยไม่เกิดขึ้นซ้ำ

การพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบปัญหาของหน่วยงานและได้รับการแก้ไขปัญหาคัดตรงจุด
- 2.ได้มีการตระหนักการใช้แนวทางในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ
- 3.พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รู้จักการคิดวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและได้มีการวางแผนตามลำดับขั้นตอนได้

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่องป้องกันการเกิด CAUTI

Service Profile

ปีงบประมาณ 2567



หน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด

Service Profile งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลวิภาวดี

1. บริบท (Context)

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ให้บริการประเภตสูติกรรม นรีเวชกรรม ครบคลุมบริการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งภาวะปกติและภาวะผิดปกติ มารดาและทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตรอยต่อตำบลปากฉลุย อำเภอท่าฉาง หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 6 ตำบลน้ำหักอำเภอคีรีรัฐนิคม ประชากรแฝงและต่างด้าว ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

คลินิกฝากครรภ์ให้บริการฝากครรภ์รายใหม่ทุกวันจันทร์ บริการฝากครรภ์รายเก่าวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ห้องคลอดมีเตียงรอกคลอดและเตียงหลังคลอด 4 เตียง (ใช้เตียงร่วมกัน) หลังคลอด 2 ชม. จะพักที่เตียงรอกคลอดเมื่อครบ 2 ชม.จะส่งต่อตักผู้ป่วยใน (ในกรณีที่ไม่มีความแทรกซ้อนหลังคลอด) มีเตียงคลอด 2 เตียง (เตียงคลอด 1 สำหรับผู้คลอดไม่ติดเชื้อ และแยกเตียงคลอด 2 สำหรับผู้คลอด ติดเชื้อ/ผู้ป่วยแท้ง) มีเตียงอัลตราซาวด์ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

- 1.ให้บริการดูแลผู้รับบริการฝากครรภ์ ที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้รับบริการพึงพอใจ
- 2.ดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรม บริการทำคลอด และดูแลมารดา-ทารกให้ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข.ขอบเขตการให้บริการ

คลินิกฝากครรภ์

- 1.ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้ารับบริการฝากครรภ์นี้ ผู้รับบริการรายใหม่ทุกวันจันทร์ ,ผู้รับบริการรายเก่าทุกวันศุกร์
- 2.ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในทุกระยะของการตั้งครรภ์ จนคลอด ทั้งในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง
- 3.บริการตรวจพิเศษได้แก่ NST, U/S และ PV (ส่งตรวจห้องคลอด)
- 4.การรับและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติและเสี่ยงต่ำไปฝากครรภ์ที่รพ.สต.เครือข่าย 3 แห่ง
- 5.บริการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ห้องคลอด

1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม
2. ดูแลมารดาและทารกในทุกระยะของการคลอด จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดทั้งในรายที่คลอดปกติ และสูติศาสตร์หัตถการยกเว้นผ่าตัดคลอด

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. บริการตรวจพิเศษได้แก่ NST, U/S
4. บริการตรวจและดูแลทางนรีเวชกรรม หัตถการ ขูดมดลูกทั้งจากจากภาวะทางนรีเวชและสูติ
5. Case ยุ่งยากซับซ้อน มีระบบปรึกษาสูติแพทย์ , กุมารแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อส่งต่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

ค.ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก 1. ผู้คลอด มารดา และทารก ภาวะปกติ/และภาวะฉุกเฉิน	ได้รับข้อมูลสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยทั้งแม่และลูกได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและขณะคลอดรวมถึงเกี่ยวกับทารกหลังคลอด สถานที่สะอาด สะดวกและได้รับความสุขสบายเมื่อเข้าพักรักษา การส่งต่อ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาพยาบาล ทีมแพทย์สามารถตัดสินใจการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว และปลอดภัยใน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2.การประสานงานงานภายนอก	การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลที่พบขณะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอดทั้งมารดาและทารก พร้อมทั้งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ในการติดตามเยี่ยมบ้าน
ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายใน 1. หอผู้ป่วยใน	- รายละเอียดเกี่ยวกับมารดาตั้งแต่ฝากครรภ์ ขณะรอคลอด และหลังคลอด ปัญหาหลังคลอด และการแก้ไขที่ได้รับอาการปัจจุบัน V/S ประสาทสำนึกที่ได้รับ - รายละเอียดเกี่ยวกับทารก ปัญหาขณะคลอด หลังคลอด การแก้ไขปัญหา อาการปัจจุบัน อุณหภูมิกาย LBW ระบุ DTX
2.แพทย์	- พยาบาลมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้รับบริการ - ปฏิบัติการพยาบาลตามคำสั่งในแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง - อุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือ มีครบถ้วน พร้อมใช้งาน - เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและรายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม
3.ห้องยา	- ข้อมูลในใบสั่งยาและใบสรุปคำรักษาบันทึกครบถ้วน ชัดเจน อ่านง่าย - เบิกยา/เวชภัณฑ์ให้เพียงพอ เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ - ตรวจสอบ Stock ยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ ไม่หมดอายุ
4.หน่วยจ่ายกลาง	- ตรวจนับของนึ่งถูกต้อง ครบถ้วนทุกครั้งก่อนส่งนึ่งและส่งของนึ่งให้ตรงเวลา - ตรวจสอบของปราศจากเชื้อ ให้มีเพียงพอ ไม่หมดอายุ - ตรวจสอบของปราศจากเชื้อให้ถูกต้อง ครบถ้วน
5.ชั้นสูตร	- เก็บ Specimen ถูกต้อง ครบถ้วน - มีรายละเอียดการส่งตรวจชัดเจน

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

6.เปล	- เตรียมมารดา ทารก/ญาติและเอกสารให้พร้อมก่อนแจ้งพนักงานเปล
7.ซักฟอก	- การแยกประเภทผ้าถูกต้อง ตรงกับประเภทของถัง - ไม่มีสิ่งแปลกปลอมเช่นวัสดุ, อุปกรณ์การแพทย์ปนไปกับถังผ้าที่ส่งซัก
8.เวชปฏิบัติรอบครัว	- ส่งข้อมูลติดตามมารดาหลังคลอดทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาล
9.ห้องบัตร	- การค้นหาบัตรที่ถูกต้องรวดเร็ว

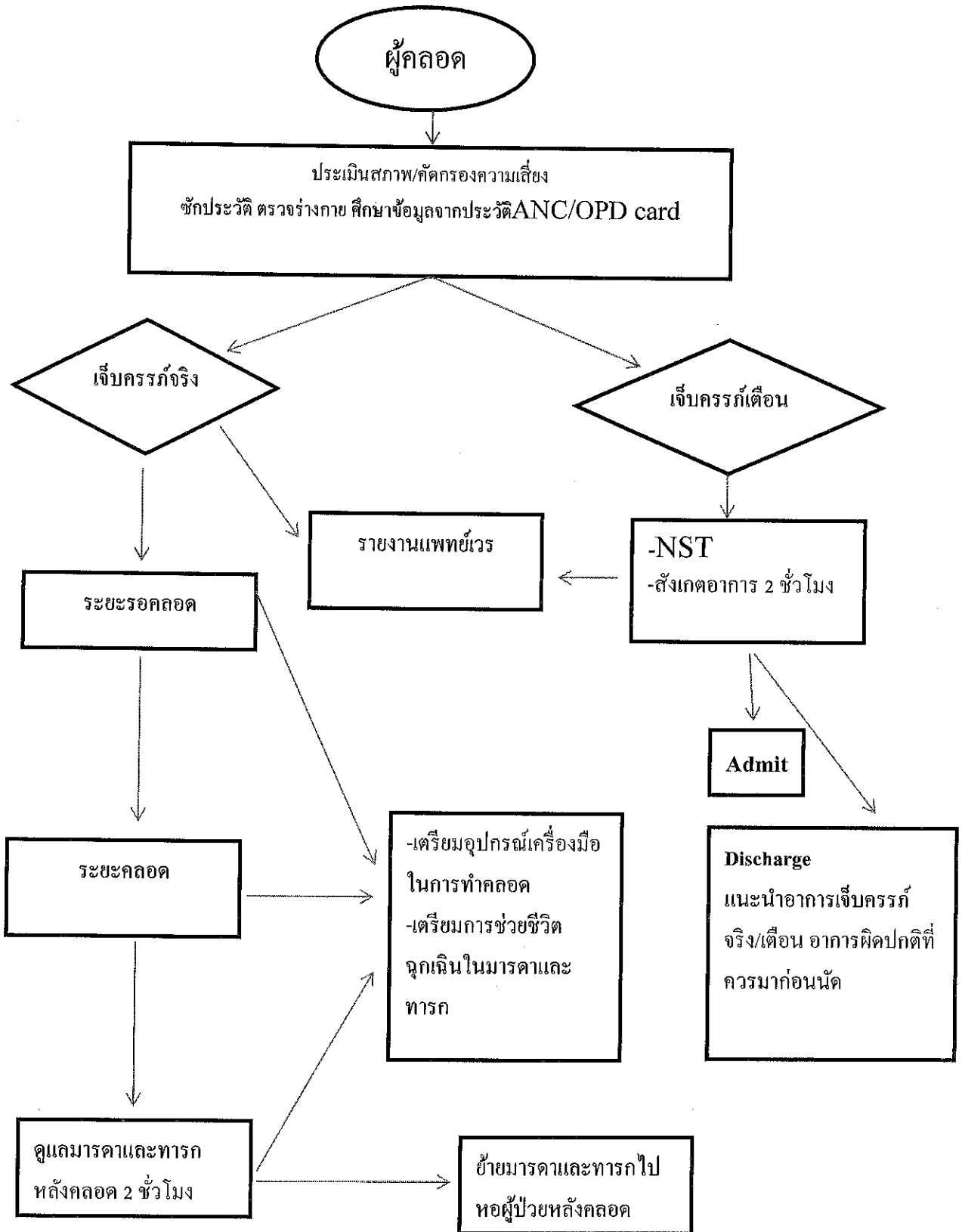
ขั้นตอนการฝากครรภ์

วัน	08.30-12.00 น.	13.00-16.30 น.
จันทร์	-ฝากครรภ์รายใหม่ -เจาะเลือดให้คำปรึกษาแบบคู่ -พบทันตกรรม -ประเมินสุขภาพจิต	- ฝากครรภ์รายใหม่ - กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1/ฟังผลเลือดแบบคู่ - อัลตราซาวด์ -ตรวจภายใน
พฤหัสบดี	-ฝากครรภ์รายเก่า	- ฝากครรภ์รายเก่า - อัลตราซาวด์ - กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 -ทวัตรห้องคลอด
ศุกร์	-ฝากครรภ์รายเก่า	- ฝากครรภ์รายเก่า - อัลตราซาวด์ - กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 -ทวัตรห้องคลอด

ขอคำปรึกษาติดต่อแผนกฝากครรภ์ 077-292144 ต่อ131/107/109

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การดูแลผู้รับบริการคลอด



หมายเหตุ : แพทย์เวรจะพิจารณาส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้มาคลอดและทารกที่เกินความสามารถของโรงพยาบาล

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
ผู้มารับบริการฝากครรภ์ 1. การระงับตัวผู้ป่วย	-มีการระงับตัวผู้รับบริการตรงกับเอกสารทุกราย	-มีการระงับตัวผู้รับบริการผิดพลาด	- ให้นำหน้าที่ทุกคนตอบถามข้อของผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบให้สอดคล้องกับ ใบนำทาง และระบบฐานข้อมูล เพื่อเป็นการระงับตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง	-จำนวนรายงาน อุบัติการณ์ระงับตัว ผู้รับบริการไม่ตรงกับใบนำทาง
2. การจัดระบบประเมินคัดกรอง ผู้รับบริการด้านฝากครรภ์	-ผู้ช่วยให้ความร่วมมือในการรักษา -ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองและฝากครรภ์ที่ถูกต้อง	-เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ -การสื่อสารข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ	- จัดทำแนวทางการปฐมพยาบาลเจ้าหน้าที่ใหม่ ให้ครอบคลุมความรู้/ทักษะที่ต้องปฏิบัติในแผนกฝากครรภ์ -ติดตามดูแลโดยมีระบบพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด	- พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง ผู้รับบริการฝากครรภ์ ติดตามนิเทศ ทุก 1 เดือน -จัดทำแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์
3. การประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ที่ถูกต้อง	เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง, รวดเร็ว, ปลอดภัยตามมาตรฐาน -เพื่อการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง	การตรวจประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ที่ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน -ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการตรวจครรภ์	สภิตและสืบปฏิบัติพร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการตรวจครรภ์ - พัฒนาข้อบกพร่องแก่เจ้าหน้าที่ โดยให้ระบบพี่เลี้ยงในการสอน	-จัดทำแนวทางการประเมินอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ -เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ โดยการอบรม/ประชุมวิชาการ/กิจกรรมพบพว่นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยงาน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
4. การให้ศึกษากับเด็กผู้พิการ	หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	การให้ศึกษากับเด็กผู้พิการ และญาติ ไม่ครอบคลุม - ขาดการสื่อสารข้อมูลกับญาติหญิงตั้งครรภ์	จัดทำสื่อในการสอนเด็กศึกษา โดยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีร่วมฟังญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ VDO การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ - จัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายกลุ่มทั้งในหญิงตั้งครรภ์ปกติ กับ ร่ว น ครรภ์เสี่ยง	- ร้อยละของหญิงและญาติผู้พิการ ที่ได้รับรู้ศึกษาระยะตั้งครรภ์
5. การให้คำปรึกษาแบบคู่	- หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สามารถถ่ายทอดไปสู่ทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	- สถานที่ในการให้บริการไม่เหมาะสม - จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม หลักสูตรให้คำปรึกษา - รูปแบบการให้คำปรึกษา	- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ ให้ได้รับการอบรมหลักสูตรให้คำปรึกษา	- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำปรึกษาก่อนและหลังจะคลอด - ร้อยละของสามีที่หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดผิดปกติ ได้รับคำปรึกษา ก่อนจะคลอด - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ผลเลือดผิดปกติ ได้รับการส่งต่อและติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง
6. การดูแลผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง	- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงและพบแพทย์ - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น GDM, Pre HT, ครรภ์แฝด, ครรภ์ติดเชื้, โรคโลหิตจาง	หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยง 100 % - หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	- จัดทำแนวทางการประเมินผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุมทุกด้านพร้อมทั้งติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ - ติดตามผลการดำเนินงานสุขภาพแม่ และเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูงทุกราย - มีการคัดกรอง โดยใช้โปรแกรม safe MOM	- อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยง - อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
ผู้มารับบริการตลอด 1.1 การระบุตัวผู้ป่วย 1.2 ต้องรับสร้างเส้นพันธุ์ภาพ 1.3 ชักประวัติศึกษาข้อมูลจาก สมุดฝากครรภ์และ OPD card และ ตรวจร่างกาย 1.4 ประเมินคัดกรองโดยใช้ แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงของ ท้องคลอด 1.5 ประเมินชีพให้ข้อมูลเตรียม ความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 1.6 เข้ายินยอมการรักษา 1.7 ตรวจคลื่นสูตร..NST แกรับ ตรวจพิเศษ ultrasound กรณีต้องการยืนยันทำหรือนำหนักทารกในครรภ์ 1.8 บันทึกข้อมูล admission record 1.9 การประสานงานเพื่อการส่งต่อ	1. มีการระบุตัวผู้รับบริการตรงกับเอกสารทุกราย 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทุกครั้งที่มารับบริการ 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องรวดเร็ว	1. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง - เจ้าหน้าที่ใหม่ 2. การตรวจร่างกายโดยเฉพาะการตรวจภายใน - ประเมินการเปิดของปากมดลูกผิด - ประเมินส่วนน้ำ 3. ขาดการสื่อสารข้อมูลกับญาติผู้ป่วย - ความเร่งด่วนในการดูแลรักษา / การพูดจา ทำความเข้าใจไม่ชัดเจน / คนต่างตัว 4. การลงนามยินยอมไม่ครอบคลุมเพียงพอ - ขาดพยานด้านผู้ป่วย	- จัดทำแนวทาง การปฐมพยาบาล เจ้าหน้าที่ใหม่ให้ครอบคลุม ความรู้ / ทักษะที่ต้องปฏิบัติในห้องคลอด - ติดตามดูแล โดยมีระบบพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด - สกิดิ และฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ทุกกิจกรรมโดยเฉพาะการตรวจภายใน - พัฒนาส่วนขาด แก้เจ้าหน้าที่ โดยการสอนงาน และฝึกอบรม - การวินิจฉัยส่วนน้ำโดยใช้ ultrasound - ปรับปรุงวิธีการสื่อสาร / ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โดยให้เข้ามาในห้องคลอดได้ เพื่อได้เห็นสถานที่ให้การดูแล ว่าได้รับการดูแลที่ดีและปลอดภัย - เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลการดูแลรักษาแก่ญาติ และผู้ป่วยพร้อมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถามทำความเข้าใจ - รายที่ต้องทำหัตถการเพิ่มเติมหรือส่งต่อแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการลงนามยินยอมให้ชัดเจน	- อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินความเสี่ยงผิดพลาด เช่น การตรวจส่วนน้ำพารากันเป็นทำศีรษะ

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2. การเฝ้าคัดลอก 1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติ/ กลุ่มเสี่ยง 1.1 เมื่อเริ่มสังเกตพบทารกในครรภ์ การหดรัดตัวของมดลูก 1.2 การเฝ้าระวังผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น การคลอดเนิ่นนาน ความดันโลหิตสูง ทารกขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลต่ำ เยียว (Thick meconium stain) 1.3 การรายงานแพทย์ทันทั่วทั้งที่ เมื่อพบภาวะผิดปกติ 1.4 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การลูบหน้าท้อง การหายใจเพื่อนคลายความเจ็บปวด	- เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว - เพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว, ปวดครรภ์ได้มาตรฐาน - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/วิกฤต ได้รับการดูแลให้ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน - มีแนวทางการเฝ้าระวังคัดลอกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	2.1 การตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2.2 การประเมินสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ผิดพลาด - เจ้าหน้าที่ขาดความรู้/ทักษะ - ผู้คลอดไม่ประวัติไม่ชัดเจน 2.3 การเตรียมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไม่ถูกต้อง	- จัดให้มีการอบรมเพิ่มพูนวิชาการ ความรู้ ทักษะ แก่ผู้ให้บริการ 1 ครั้ง / ปี - ให้มีเอกสาร ได้รับความรู้ เพิ่มเติมจากการประชุมวิชาการ / อบรม จากหน่วยงานอื่น อย่างน้อย 1 ครั้ง / คน/ปี - จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมาตรฐานการดูแล เช่น การดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย - ประสานกับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีในการส่งต่อ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator) - อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด - อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด - อัตราตายมารดา - อัตราตายทารก - อุบัติการณ์การคลอดที่ห้องรอคลอดโดยไม่ได้มีการเตรียมพร้อม - อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม - อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้ยา

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2.การดูแลเชิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง/ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤต 2.1การเฝ้าระวังสภาพทารกในครรภ์ และการทรדתตัวของมดลูก การใช้NST และpartograph 2.2การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ 2.3 เฝ้าระวังความผิดปกติ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด ทารกขาดออกซิเจน 2.4 การรายงานแพทย์ทันทั่วทั้ง เมื่อพบภาวะผิดปกติ 2.5 การส่งต่อ	-หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง/วิกฤต ได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา ขับถ่ายไม่สะดวก การดูแลตาม มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามสภาพ ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย -มี CPG ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงครอบคลุม	1. การประเมินสภาพผู้คลอดและทารกในครรภ์ผิดปกติ - เจ้าหน้าที่ที่ขาดความรู้/ทักษะ -ผู้คลอดให้ประวัติไม่ชัดเจน 2. การเตรียมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไม่ถูกต้อง	- จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ความรู้ ทักษะ แก่ผู้ให้บริการ 1 ครั้ง / ปี -ให้มีเอกสาร ได้รับความรู้ เพิ่มเติมจากการประชุมวิชาการ / อบรม จากหน่วยงานอื่น อย่างน้อย 1 ครั้ง /คน/ปี - จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมาตรฐานการดูแล เช่น การดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือข้อย่อย - ประสานกับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีในการส่งต่อ	- อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด - อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด - อัตราตกเลือดหลังคลอด - อัตราตายมารดา - อัตราตายทารก - อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงรอคลอด - อุบัติการณ์การคลอดผิดปกติ - อุบัติการณ์ความผิดปกติจากการให้ยา

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
3.การดูแลระยะตลอด 3.1 การเตรียมผู้ตลอด 3.2 การเตรียมตัวผู้ผู้ตลอด 3.3 การทำตลอดปกติ 3.4 การช่วยเหลือการทำสู่ศาสตร์ พัฒนา 3.5 การดูแลทารกแรกเกิด 3.6 การช่วยชีวิตฉุกเฉิน 3.7 การช่วยเหลือแก้ไขปัญหามุฉุกเฉิน 3.8 การส่งต่อผู้ป่วย - การประสานงาน - การเตรียมผู้ป่วย - การบันทึกข้อมูล - วิธีการนำส่งผู้ป่วย	-เพื่อการดูแลรักษาพยาบาล ที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย -เพื่อให้ผู้ตลอด และญาติได้มีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ ให้การรักษาพยาบาล - ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	1.การประเมินเพื่อ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ยังไม่ครอบคลุม - เจ้าหน้าที่ ขาดทักษะในการประเมิน / เฝ้าระวัง - เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะในการทำตลอดทำกันการฉุกเฉิน 2. ผู้ตลอดและญาติ ยังมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษา น้อย	- จัดทำแนวทางการดูแลมารดา ขณะคลอดตามมาตรฐาน ครอบคลุมทุกด้าน - ติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ นำข้อมูลเดิมจากการดูแลที่ไม่ครอบคลุมมาพูดคุย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ - พัฒนาความรู้ ทักษะ แก่เจ้าหน้าที่โดยการอบรม / ประชุมวิชาการ และกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน - การให้ข้อมูล / ภาวะของผู้ตลอดทุกครั้งที่มีการตรวจประเมิน - ให้ข้อมูลการวางแผนการรักษา พยาบาลทุกครั้ง ที่แพทย์สั่งการรักษา และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา แก่ผู้ตลอดญาติ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เลือกแนวทางการรักษา - ให้ความรู้ในการช่วยแพทย์ทำตลอดทำกัน - เพิ่มช่องทาง / อำนวยความสะดวกในการสื่อสารข้อมูลญาติ ในการสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย และตอบข้อซักถามต่าง โดยตรง จากเจ้าหน้าที่	- อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด - อัตราภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารกแรกเกิด - อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ตลอดและญาติ

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	- มารดาและทารกได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน - มารดาและทารกได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง - ผู้รับผลงาามีความพึงพอใจ	3. การช่วยฟื้นคืนชีพมารดา / ทารก แรกเกิด 4. การดูแลทารกขณะนำส่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 5. การระบุตัวทารก ในกรณีมีการคลอด ทางช่องคลอดพร้อมกัน	- มีการตรวจสอบ และเตรียมพร้อมด้านเครื่องมืออุปกรณ์ - กำหนดแนวทางปฏิบัติ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน - จัดอบรมและฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ มารดา+ทารกแรกเกิดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - จัดทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน - เตรียมความพร้อม ของเครื่องมืออุปกรณ์ ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิด - พัฒนาทักษะประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ให้การดูแลทารกแรกเกิด - ดูแลมารดา ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่ในภาวะปกติก่อนย้ายไปทุกครั้ง - คลอดพร้อมกันหลายรายปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวทารกแรกเกิด ที่กำหนดอย่างเคร่งครัด - ตรวจสอบ ความถูกต้อง ก่อนย้ายทารกไปหลังคลอดทุกราย	- อุบัติการณ์ของการไม่พร้อมช่วยฟื้นคืนชีพมารดา / ทารกแรกเกิด - จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน - อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดและญาติ - อุบัติการณ์ระบุตัวทารกผิดพลาด

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
4. การดูแลหลังคลอด 4.1 การดูแลมารดาทารก 2 ชม. หลังคลอด	- เพื่อให้มารดา ทารกปลอดภัย - เพื่อการดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง	1. การประเมินสภาพมารดา /ทารก 2 ชม. หลังคลอดยังไม่ครอบคลุม 2. การประสานงานและการส่งต่อมารดาทารกไม่ครอบคลุม	- จัดทำแนวทางการดูแลมารดา ทารกคลอด 2 ชม. แรก - ให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพ มารดา และประจักษ์พยาน ก่อนย้ายไปตึกหลังคลอดทุกราย อย่างครอบคลุม เพื่อจะส่งไปดูแลต่อที่ตึกหลังคลอด - กำหนดแนวทางการส่งต่อที่ครอบคลุมชัดเจน - ให้มีพยาบาลห้องคลอด ส่งต่อทุกครั้ง - การส่งต่อข้อมูลให้ครอบคลุมเพียงพอ ตามแนวทางที่กำหนด - การประสานศูนย์ส่งต่อ เพื่อเตรียมความพร้อม และส่งต่อข้อมูลการดูแลทารกให้ - จัดทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน - ดูแลมารดา ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่ในภาวะปกติก่อนย้ายไปตึกครั้ง - กำหนดแนวทางการดูแลทารก ร่วมกับสูติแพทย์ และทีมองค์การแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่สามารถให้การดูแล ได้ทันในขณะรอแพทย์ในภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน	- อัตราการตกเลือดหลังคลอด - อัตราการเกิดระดับรุนแรงได้รับการแก้ไขได้ไม่เกิดภาวะ Severe shock - ร้อยละการดูแลก่อนส่งและขณะส่งต่อไม่เหมาะสม - จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากเครือข่ายที่ส่งต่อ

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
5.2 การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ -การบันทึกรายงาน -การให้ข้อมูล / สุขศึกษา -การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด -การดูแลความปลอดภัย / ความเสี่ยง ของสิ่งแวดล้อม -บริการประทับใจ	-เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล การดูแลรักษา ที่ชัดเจน ถูกต้อง สามารถค้นหาได้ง่าย -เพื่อให้ผู้คลอดรับทราบสิทธิของตนเองและได้รับความคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้อง -เพื่อความปลอดภัย จากความเสี่ยงทั่วไป และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม -ผู้คลอด และญาติมีความพึงพอใจในบริการ	1. การบันทึกข้อมูล / รายงานยังไม่ครบคลุม -มีโปรแกรมของห้องคลอด โดยตรง และกำลังพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมมากขึ้น -การบันทึกด้วยลายมือไม่ชัดเจนอ่านยาก - การใช้กระบวนการพยาบาลไม่ครบคลุม	-อบรม / ให้ความรู้เรื่อง การบันทึกรายงานทางการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครบคลุม -การบันทึกด้วยลายมือ ต้องเขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน - จัดอบรมการใช้และบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล - ส่งเสริม ให้ผู้คลอดและญาติได้รับทราบสิทธิของตนเอง โดยการให้คำแนะนำและเอกสารแผ่นพับต่าง ๆ -ให้บริการ โดยยึดหลักเคารพและปกป้องสิทธิของผู้คลอดอย่างเคร่งครัด - ปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อม ที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้คลอด และมีการดูแลตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ - จัดทำเอกสาร / คู่มือแนะนำ และให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้คลอดและญาติ เช่น การปฏิบัติตัว การเตรียมการคลอด และการดูแลทารก - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดและญาติ - จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ และการพิทักษ์สิทธิ

กระบวนการสำคัญ (key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง/ปัญหา	การปรับปรุง/การพัฒนา	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
5.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร -การอบรม / ประชุม / สัมมนา -การวิจัย -หน่วยงานแห่งการเรียนรู้	-บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานสู่ขีดขั้น -บุคลากรได้รับการศึกษา/อบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	1. ยังขาดความรู้ที่ทันสมัยและทักษะที่ต้องการ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การกักเก็บ การให้ยา Oxytocin ขณะคลอดไหล่น้ำเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	- การอบรมและฝึกทักษะงานแม่และเด็ก - การถ่ายทอดความรู้และการเขียนรายงานการประชุมหลังจากจบการอบรมเพื่อเก็บไว้เป็นคลังความรู้	-ร้อยละของบุคลากรทางกายภาพบำบัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ -จำนวนของบุคลากรที่ได้รับการอบรมงานแม่และเด็ก
5.4 การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร -การป้องกันโรคติดต่อ / บาดเจ็บจากการทำงาน -การออกกำลังกาย -การทำงานเป็นทีม -การพิจารณาความดีความชอบ	-บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเอง -บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัย / การบาดเจ็บอย่างถูกต้องและเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน -บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีมให้เกิดประสิทธิภาพ	1. การเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	- จัดหา PPE ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการ ใช้ - ประสานกับทีม IC ในการให้ความรู้และ พัฒนาทักษะ	-อุบัติการณ์การติดเชื้อ / บาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากร -ร้อยละของคะแนนบรรยากาศองค์กร ของหน่วยงาน -ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาด้าน สุขภาพ -ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการพิจารณา ความดีความชอบ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย มีมาตรฐาน บริการด้วยใจ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

1. อัตราการเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น
2. อัตราการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพเพิ่มขึ้น
3. พัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด
4. ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด
5. ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
6. ลดอัตราคลอด Preterm labour.
7. ไม่เกิดแผลฝีเย็บแยกในผู้ป่วยหลังคลอด

ความเสี่ยง 5 อันดับ

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
3. ภาวะ Preterm labour
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม
5. แผลฝีเย็บแยก

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

อัตรากำลัง

แพทย์ทั่วไป 4 คน ปฏิบัติงานประจำพยาบาลวิชาชีพ 5 คน รับผิดชอบการพยาบาลผู้คลอดและงานฝากครรภ์ พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนปฏิบัติงานห้องคลอด 18 คน ในเวรบ่าย ดึกและวันหยุดราชการโดยปฏิบัติงานร่วมหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และมีพนักงานทำความสะอาด 1 คน หมุนเวียนปฏิบัติงาน

ข้อจำกัด

1. ความสามารถในการประเมิน ความเสี่ยง การดูแลทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
3. ทักษะการช่วยแพทย์ วัสดุศาสตร์หัตถการ การใช้เครื่องมือ
4. ทักษะการทำคลอดปกติ ผิดปกติ เช่น คลอดติดไหล่ คลอดทำกัน
5. ความชำนาญในการดูแลมารดา ทารกปกติ และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด, Birth Asphyxia, Preterm, PIH

ด้านบุคลากร : ไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทางด้านสูติศาสตร์
: มีพยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอดหมุนเวียน

ข้อจำกัด	การแก้ไข
บุคลากร - ไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทางด้านสูติศาสตร์ - เวรเช้า : พยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ประจำ) : พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนปฏิบัติงานห้องคลอดและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน มาช่วยเมื่อมี case คลอด : ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน (หมุนเวียน) - เวรบ่าย-ดึก มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ปฏิบัติงานร่วมห้องคลอดและอุบัติเหตุฉุกเฉิน) - ทีมช่วยชีวิต	1. มีแนวทางในการดูแลผู้รับบริการคลอดปกติ,แนวทางการดูแลมารดา- ทารกที่มี ภาวะแทรกซ้อน,การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง,แนวทางการดูแลผู้รับบริการคลอดที่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์, แนวทางการส่งต่อไว้ในหน่วยงาน 2. มีแนวทางการตามบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน -เวรบ่าย-ดึก: พยาบาลวิชาชีพ 1 คนปฏิบัติร่วมงานห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน กรณีมีผู้คลอดจะปฏิบัติงานประจำ ณ.ห้องคลอด กรณีมีผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ER 2 จะมาเป็นพยาบาลรับเด็กและเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินต้องใช้พยาบาลเพิ่มจะมีพยาบาลประจำผู้ป่วยในมาช่วย 3. ทีมช่วยชีวิต : เวรเช้า LR,ER,IPD : เวรบ่าย-ดึก ER,IPD,Refer 4. กรณีที่มีผู้รับบริการต้องส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แพทย์เจ้าของ case จะเป็นผู้รายงานอาการและการรักษาเบื้องต้นกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยตรงที่เบอร์โทร 077-272231 ในเวลาราชการ ต่อ 2189 นอกเวลาราชการ ต่อ 7400
ด้านสถานที่และอุปกรณ์ - ห้องฝากครรภ์สถานที่คับแคบ	มีการให้บริการสุขศึกษาด้านนอกห้อง และให้หญิงตั้งครรภ์เข้าตรวจรายคน

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) คลินิกฝากครรภ์

การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์	ผลงาน				
	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. ให้บริการคลินิกฝากครรภ์รายใหม่ ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ (ราย) ไทย/ต่างด้าว	246 179/67	225 156/69	229 160/69	203 116/87	192 118/74
2. ให้บริการคลินิกฝากครรภ์รายเก่าวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ของสัปดาห์ (ครั้ง)	958	1083	1017	1164	990
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	83.52	85.54	85.07	72.83	66.25
4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ (คิดจากจำนวนผู้มาคลอด ในพื้นที่รับผิดชอบ)	75.82	75.76	80.30	64.13	45.56
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง เกณฑ์คุณภาพ (คิดจากจำนวนผู้มาคลอด ในพื้นที่รับผิดชอบ)	-	-	-	19.57	12.66
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้ารับบริการฝากครรภ์(อายุต่ำกว่า 20 ปี)	9.34 (23คน)	7.69 (12คน)	5.24 (12คน)	6.89 (8คน)	3.12 (6คน)
7. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าบุตรในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียและตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์	0	0	0	1	0
8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	6.14 (11คน)	3.84 (6คน)	5.24 (12คน)	7.88 (16คน)	13.54 (26คน)
9. จำนวนสามีที่ได้รับคำปรึกษาแบบคู่	184	198	194	181	174
-ร้อยละของสามีที่ยินยอมเจาะเลือดแบบคู่	74.79	88.00	84.72	89.16	90.62
10. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยง	37.14 (84)	42.22 (95)	41.92 (96)	48.27 (98)	51.04 (98)
-ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ วินิจฉัย GDM	2.03 (5 คน)	0.66 (1 คน)	2.18 (5คน)	8.16 (8 คน)	3.12 (6คน)
11. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ได้รับยาต้านไวรัส	0	0	2	0	0
12. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (ไม่เกิน 7%)	5.40 4/74	7.53 3/104	10 7/72	7.14 4/56	4.65 4/86
-Trem (ราย)	2	2	5	4	2
-Pre-trem (ราย)	2	1	2	0	2

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) ห้องคลอด

ประเภทบริการ (ราย)	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2563	2564	2565	2566	2567
1.จำนวนผู้รับบริการห้องคลอดทั้งหมด		208	181	118	166	145
2.บริการคลอดในสถานพยาบาลทั้งหมด		139	104	72	102	86
3.คลอดปกติ		139	100	72	101	86
4.คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล		2	4	0	1	3
5.คลอดแฝด		0	0	0	0	0
6.คลอดผิดปกติ		0	0	0	0	0
- คลอดโดยเครื่องสูญญากาศ		0	0	0	0	0
- คลอดท่าก้น		0	0	0	0	0
7.อัตราการตาย	0	0	0	0	0	0
8.จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด		139	104	72	102	86
- จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ		139	104	72	102	86
- จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ		0	0	0	0	0
- จำนวนทารกตายอายุ 0-7 วัน	ร้อยละ 1	0	0	0	0	0
- จำนวนตายปริกำเนิด	9:1000	0	0	0	0	0
	LB					
9.ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	25:1000	2	3	2	2	4
	LB	(14.38)	(28.84)	(27.77)	(19.80)	(46.51)
นาทีที่ 1		0				
- Apgar Score 0-3		2	0	0	0	1
- Apgar Score 5-7			3	2	2	3
นาทีที่ 5		0				
- Apgar Score 0-3		0	0	0	0	0
- Apgar Score 5-7			0	1	0	1
10.ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว < 2,500 กรัม	ร้อยละ 7	3.39	8.24	12.33	9.30	9.46
11.จำนวนมารดาคลอดที่ผ่าครรภ์	ร้อยละ 75	75.82	82.50	84.85	10.46	22.73
12.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	≤ 34:1000 ปก	16.50	18.37 7/384	9.85 4/406	14.92 7/469	8.52 4/469

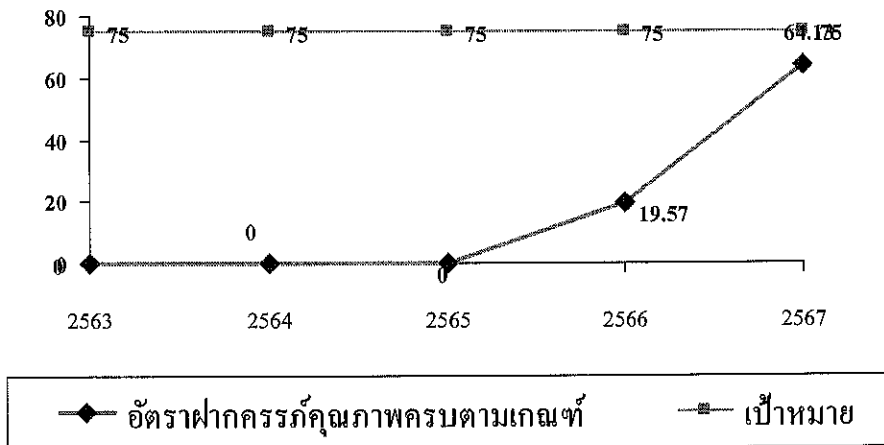
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator) ห้องคลอด

ประเภทบริการ (ราย)	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2563	2564	2565	2566	2567
13.อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	≤ 14.5	11.76	23.53	57.14 (4/7)	37.50 (3/8)	0 (0/4)
14.จำนวนผู้รับบริการส่งต่อ (ราย)		24	35	40	35	23
- มารดา		24	33	37	34	23
- ทารก		0	2	3	1	1
15.อัตราการเกิด PPH	ร้อยละ 5	3.59 (5/139)	5.03 (7/139)	0.96 (1/104)	2.77 (2/72)	1.16 (1/86)
-อุบัติการณ์มารดาหลังคลอดมีภาวะ Shock จากการตกเลือดหลังคลอด	0 ราย	0	1	0	0	0
- อุบัติการณ์การให้เลือดในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ PPH		1	0	0	0	0
16.อุบัติการณ์เกิดภาวะ Eclampsia /PIH ในหญิงตั้งครรภ์	ราย	3	3	2	0	2
17.แผลฝีเย็บแยก	ร้อยละ 0	8.69 (10/115)	3.77 (4/106)	8.53 (7/82)	7.69 (4/52)	18.18 (12/66)
- แผลฝีเย็บแยกติดเชื้อ	ร้อยละ 0	2 (1.73)	0	0	0	0
16.อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงรอลคลอด	ร้อยละ 0	0	0	2	0	0
17.จำนวนผู้รับบริการขูดมดลูก		0	1	0	0	0
18.จำนวนอุบัติการณ์การเกิดผิดพลาดในการบริหารยา	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
19.อุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
20.อัตราการคลอดก่อนกำหนด (< 37 wk) คนไทย	ร้อยละ 2	5.03 7	6.68 4	12.12 8/66	5.55 4/72	5.12 (2/30)

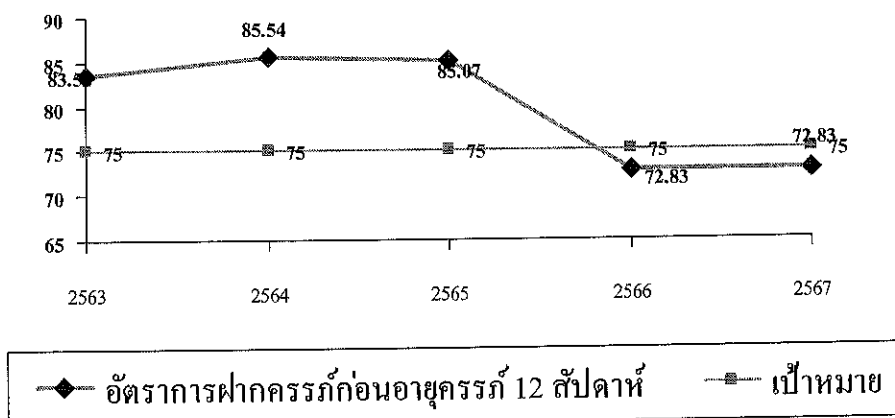
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) :

1. อัตราการฝากครรภ์ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ



อัตราการฝากครรภ์ 8 ครั้งเกณฑ์คุณภาพ เริ่มในปี 2566 พบว่าการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจากรพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน รวมทั้งขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่พยาบาลในรพ.สต. 2 แห่ง และหญิงตั้งครรภ์มาเข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ บางส่วนนิยมเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์ ทีมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอวิภาวดีจึงมีการทบทวนการดำเนินงานฝากครรภ์โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการฝากครรภ์เชิงรุกใน รพ.สต. นำร่องฝากครรภ์คุณภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลงไปเป็นพี่เลี้ยงให้ และส่งเสริมให้ อสม.ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์คุณภาพก่อน 12 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์แบบครบคู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล

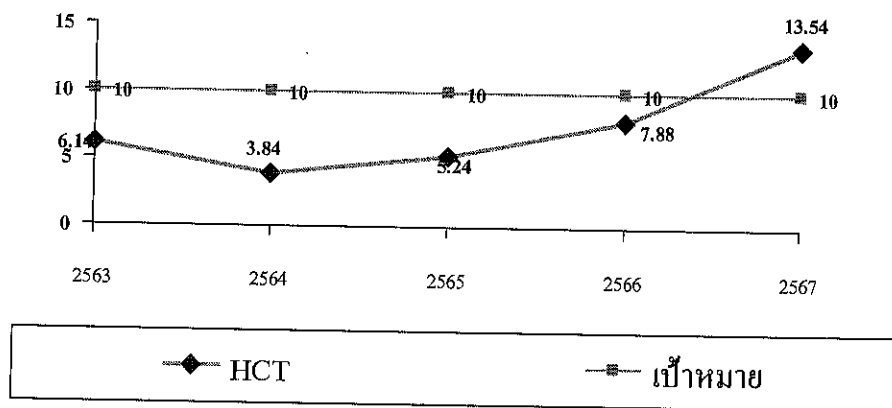
2. อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์



โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

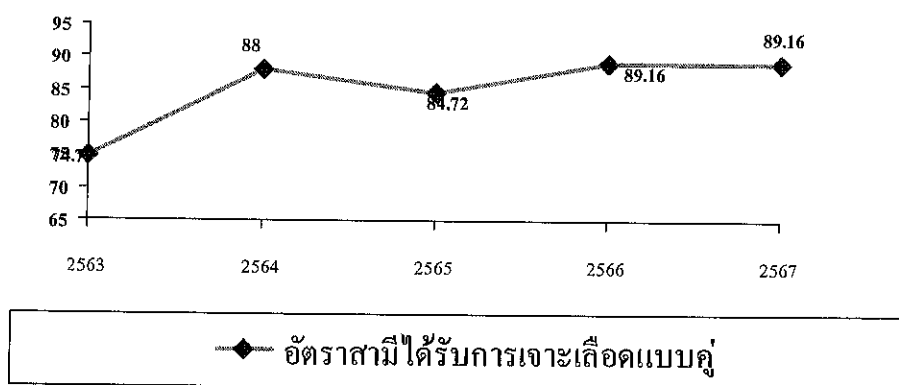
อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ปี 2563 ถึงปี 2567=83.52,85.54,85.07,72.83 และในปี 2567 66.25 % พบว่าการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์จึงมีการส่งเสริมการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์โดยการดำเนินงานร่วมกับ อสม.ในการประชาสัมพันธ์ให้หญิงที่ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์

3 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะโลหิตจาง



จากการทบทวนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง ในปี 2563 ถึงปี 2567=6.14,3.84,5.24,7.88 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2567 13.54 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จึงได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง

4 อัตราสามีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะเลือดแบบคู่

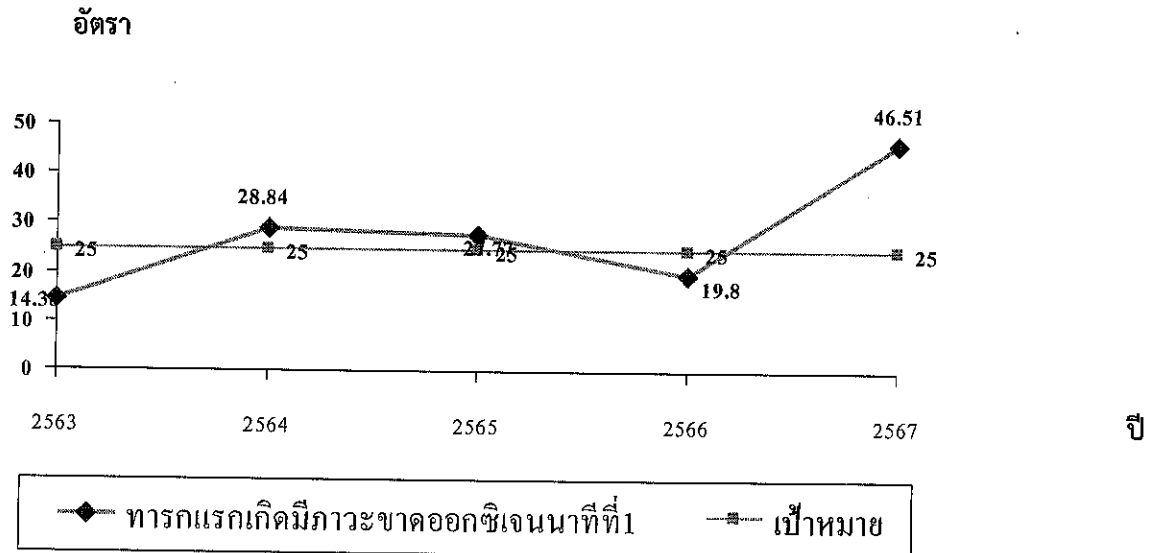


จากการทบทวนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกจะมาเข้ารับบริการพร้อมสามี ทำให้มีอัตราสามีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะเลือดแบบคู่ที่เพิ่มขึ้น และมีการส่งเสริมให้สามีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมารับบริการฝาก

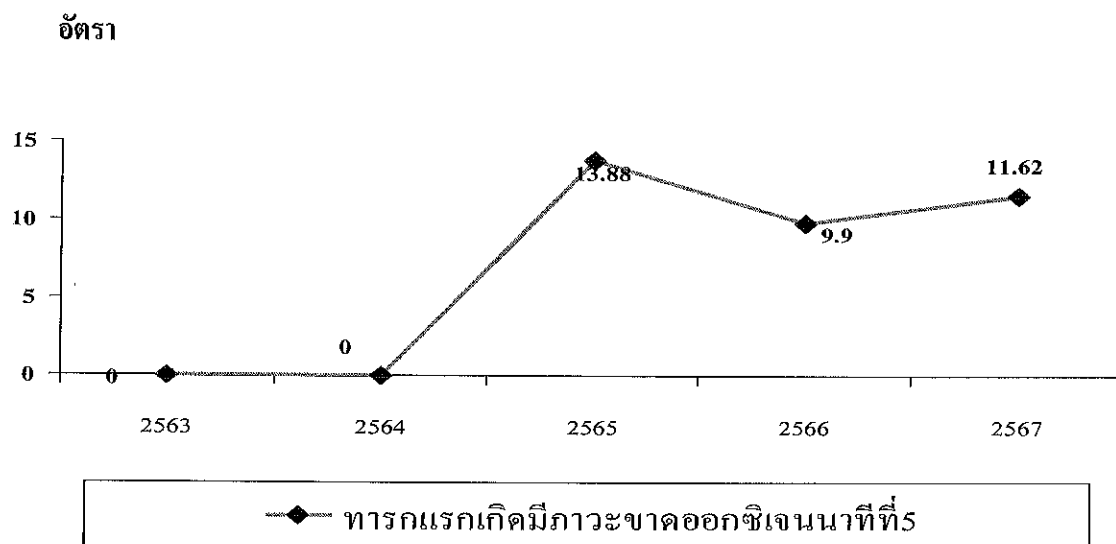
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ครรภ์พร้อมกันสามารถมาเข้ารับบริการเจาะเลือดสามปีในวันเวลาที่สะดวกแล้วนำผลมาให้แก่แผนกฝากครรภ์เพื่อ
บันทึกผลในสมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารกในรบบบริการฝากครรภ์ครั้งต่อไป

5) อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 1 นาที (เป้าหมาย < 25 : 1000 LB)



6) อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 5 นาที (เป้าหมาย < 10 : 1000 LB)



จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2563 2 ราย จาก

- NB ไทย Cord พันคอ 1 ราย (Apgar 5/7/9)
- NB ไทย มีภาวะ mild meconium (Apgar 7/8/10)

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2564 3 ราย จาก

- NB ไทย c LBW c PROM c มารดามีไข้ก่อนคลอด 1 ราย (Apgar 6/8/8) Refer รพ.สุราษฎร์ธานี
Dx. Congenital pneumonia c respiratory failure c Septic shock

- NB ไทย c LBW c Preterm labour มารดาสูบบุหรี่ 1 ราย (Apgar 7/9/10) Refer รพ.สุราษฎร์ธานี
Dx. Septic shock c hypoglycemia c LBW

- NB พม่า คลอดติดไหล่ 1 ราย (Apgar 7/8/10)

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2565 2 ราย จาก

- NB พม่า 1 ราย (Apgar 6/8/10) มารดา G1P0 GA 40 wk by U/S c PROM > 6 ชั่วโมง , ได้รับ
Oxytocin ก่อนคลอด , เบ่งคลอด > 1 ชั่วโมง

- NB ไทย 1 ราย (Apgar 3/6/8) คลอดติดไหล่ G1P0 GA 38 wk by U/S อายุ 18 ปี

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2566 2 ราย จาก

- NB พม่า 1 ราย (Apgar 6/8/10) มารดา G1P0 GA 40 wk by U/S c PROM > 6 ชั่วโมง , ได้รับ
Oxytocin ก่อนคลอด , เบ่งคลอด > 1 ชั่วโมง

- NB ไทย 1 ราย (Apgar 3/6/8) คลอดติดไหล่ G1P0 GA 38 wk by U/S อายุ 18 ปี

จากการวิเคราะห์สาเหตุปี 2567 4 ราย จาก

- NB พม่า 1 ราย (Apgar 7/9/10) มารดา G3P2A0L3 GA 39+1 wk by U/S ปากมดลูกไม่มี
ความก้าวหน้าหลักจากปากมดลูกเปิด 8 cm นานเกิน 1 ชั่วโมง ได้รับ Oxytocin ก่อนคลอด

- NB พม่า 1 ราย (Apgar 5/9/10) มารดา G2P2A0L2 GA 40 wk by U/S c PROM > 6 ชั่วโมง , ได้รับ
Oxytocin ก่อนคลอด

- NB พม่า 1 ราย (Apgar 6/8/10) มารดา G2P2A0L2 GA 38+6 wk by U/S คลอดติดไหล่ NB นน
3,945 กรัม คะเนน้ำหนักแรกรับไม่เกิน 3,500 กรัม ไม่ได้รับการ U/S ซ้ำ

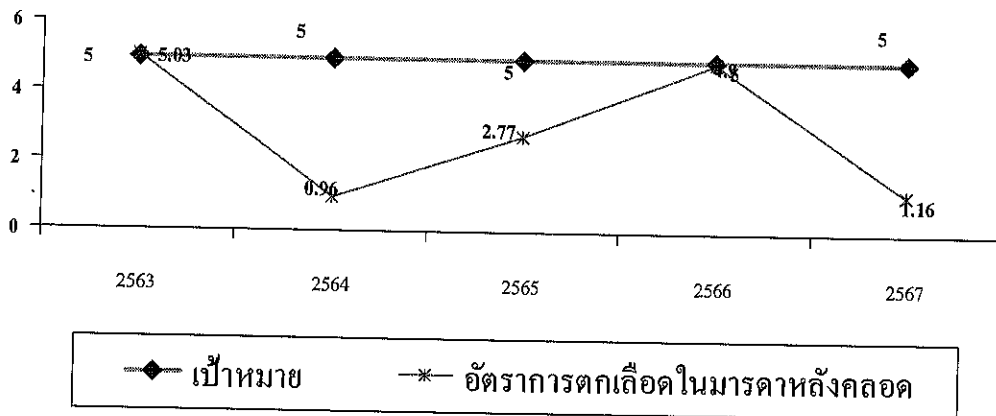
- NB ไทย 1 ราย (Apgar 4/6/9) G1P0 GA 40 wk by U/S ความก้าวหน้าของการคลอดตกเส้น aleart
line ได้รับ Oxytocin ก่อนคลอด

การแก้ไขปัญห

- รายงานแพทย์มา U/S EFW เมื่อประเมินพบว่าทารกในครรภ์มีน้ำหนัก > 3,500 กรัม
- รายงานแพทย์ ครรภ์แรกเบ่งนาน 1 ชม. ครรภ์หลังเบ่งนาน 30 นาที
- แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด
- การฝึกทักษะการทำคลอดติดไหล่แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด
- ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ Oxytocin

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

7) ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด(เป้าหมาย 5%)
ร้อยละ



จากการวิเคราะห์สาเหตุ

สถานการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลวิภาวดี

ปีงบประมาณ 2563 มี PPH ทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.03 refer รพ.สุราษฎร์ 3 case

1. Case พม่า 36 ปี G5P4A0 GA 36 wks by Ballard score No ANC แรกได้รับ PV Fully คลอด NL ทารก นน.2,115 กรัม Blood loss 500 cc ----- PPH c Uterine Atony
2. Case พม่า 30 ปี G2P1A0 GA 39+5 wks คลอด NL ทารก นน.3,920 กรัม Blood loss 700 cc ----- PPH c tear cervix
3. Case ไทย 41 ปี G2P1A0 GA 40+3 wks คลอด NL ทารก นน.2,610 กรัม Blood loss 800 cc ----- PPH c Retain placenta refer รพ.สุราษฎร์
4. Case พม่า 29 ปี G2P1A0 GA 38+3 wks คลอด NL ทารก นน.3,375 กรัม Blood loss 2000 cc ----- PPH c uterine atony c hypovolemic shock refer รพ.สุราษฎร์
5. Case พม่า 33 ปี G3P2A0 GA 40+2 wks คลอด NL ทารก นน.3,730 กรัม Blood loss 1000 cc ----- PPH c O/R tear cervix
6. Case ไทย 39 ปี G5P5A0 L5GA 39 wks คลอด NL ทารก นน.3,910 กรัม Blood loss 500 cc ----- PPH c Retain placenta refer รพ.สุราษฎร์
7. Case พม่า 35 ปี G3P3A0L3 GA 40+5 wks คลอด NL ทารก นน.2,955 กรัม Blood loss 700 cc ----- PPH c uterine atony

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ปีงบประมาณ 2564 มี PPH ทั้งหมด 1 ราย / 104 คน คิดเป็นร้อยละ 0.96 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

1.G4P3A1L3 GA 37 wks NL ทารก นน.2,250 กรัม ----PPH c Retain placenta Refer รพ.สุราษฎร์ธานี
แพทย์ Remove placenta at LR

ปีงบประมาณ 2565 มี PPH ทั้งหมด 2 ราย / 72 คน คิดเป็นร้อยละ 2.77 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

1.G3P3A0L3 GA 37 wks No ANC NL c breech presentation ทารก นน.3,075 กรัม --PPH c tear cervix
Refer รพ.สุราษฎร์

2.G1P1A0L1 GA 39+6 wks NL ทารก นน.2,985 กรัม ----- PPH c uterine atony

ประเด็นสำคัญ คือ การประเมินภาวะครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดไม่ครอบคลุม ,การประเมินขนาด
แผลและปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดของพยาบาลในห้องคลอดแตกต่างกัน และพบว่าสมรรถนะของ
พยาบาลในการดูแลผู้คลอดแตกต่างกันเนื่องจากมีระบบการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้คลอด รวมถึงการ
ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดยังไม่เพียงพอ

ปีงบประมาณ 2566 มี PPH ทั้งหมด 5 ราย / 102 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 refer รพ.สุราษฎร์ 3 case

1.ไทย อายุ 19 ปี G2P1A1L1 GA 40+2 wks NL ทารก นน.3,410 กรัม --PPH c tear cervix Refer c
Hypovolemic shock รพ.สุราษฎร์

2.พม่า อายุ 33 ปี G2P2A0L2 GA 40+5 wks NL ทารก นน.4,330 กรัม PPH c tear cervix Admit

3.ไทย G3P3A0L3 GA 39 wks NL ทารก นน.3,500 กรัม ----- PPH c uterine atony (G2 มีประวัติตกเลือด)

ประเด็นสำคัญ คือ การปฏิบัติตามทาง PPH ของบุคลากรหมุนเวียน

4.พม่า อายุ 27 ปี G2P2A0L2 GA 38+2 wks NL ทารก นน.3,435 กรัม --PPH c tear cervix Refer c
Hypovolemic shock รพ.สุราษฎร์

5.พม่า อายุ 35 ปี G4P2A2L2 GA 40+2 wks NL ทารก นน.4,025 กรัม --PPH c tear cervix Refer c รพ.สุ
ราษฎร์

ปีงบประมาณ 2567 มี PPH ทั้งหมด 1 ราย / 86 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 refer รพ.สุราษฎร์ 1 case

1.ไทย อายุ 34 ปี G6P6A0L6 GA 39+4 wks NL ทารก นน.3,735 กรัม --PPH c tear cervix Refer c รพ.สุ
ราษฎร์

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1.มีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการเฝ้าระวัง PPH โดยหัวหน้างาน ได้แก่ การใช้แบบประเมินกลุ่ม
เสี่ยง PPH , ความถูกต้องในการบันทึกทางเวช ระเบียบ, ประเมินทักษะการค้นหาคาเหตุ PPH โดยหลัก 4 T, การ

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ช่วยแพทย์ทำหัตถการ Condom Temporal, การใช้ติดตามการใช้ PPH Box

2. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลโดยการส่งอบรมการพยาบาลมารดา ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อน และการอบรมฟื้นฟูความรู้

3. ติดตามเยี่ยมบ้าน (HHC) เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน Hypovolemic Shock จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และการบันทึกในเวชระเบียนเกี่ยวกับประวัติการตกเลือดหลังคลอด

4. การประสานส่งต่อข้อมูลจาก ANC ที่ครบถ้วนถูกต้อง และลงบันทึกรายละเอียด High Risk PPH ในสมุดสีชมพู / ระบบ HOSxP

โอกาสพัฒนา

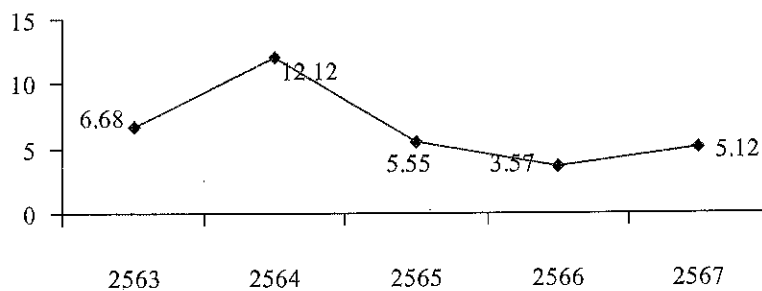
1. เพิ่มทักษะและสมรรถภาพให้กับพยาบาลและทีมผู้รับผิดชอบ

- ฝึกและทบทวนการประเมิน Early warning signs PPH
- ฝึกสมรรถนะการใช้จ่ายในผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะ PPH
- ฝึกทักษะการช่วยทำ Condom Temporal

2. จัดระบบการส่งต่อโดยทีมผู้ดูแลจากห้องคลอดร่วมกับทีมrefer

8) ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด (เป้าหมาย 2 % .ในคนไทย)

ร้อยละ



ปี

—●— ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด

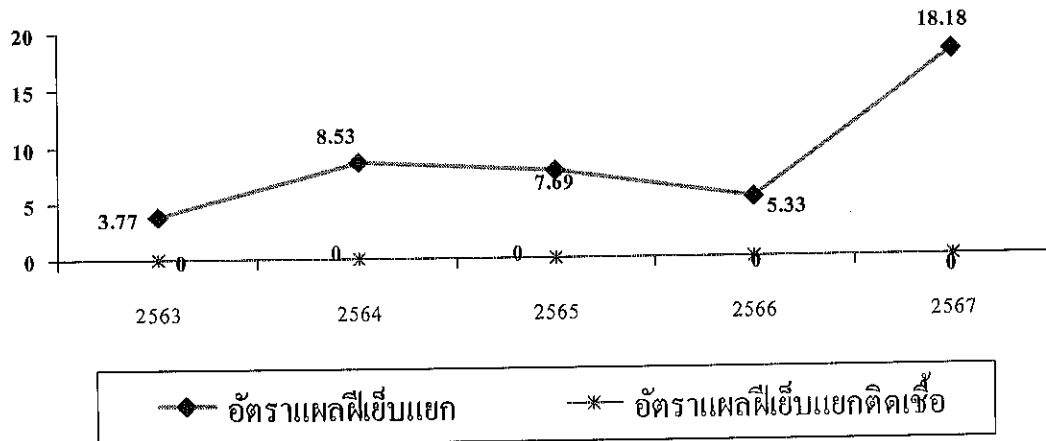
อัตราลดลงเนื่องจากมีการปรับกระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อคงไว้ซึ่งการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด โดยมีการปรับกระบวนการดังนี้

- ใช้ CPG : premature contraction management
- มีการนำแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาใช้ในแผนกฝากครรภ์
- ได้รับยาช่วยยังคลอดภายใน 30 นาที และยับยั้งได้นานกว่า 48 ชั่วโมง

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

- ฉีด Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 ชม. 4 dose ในรายอายุครรภ์ 24-33⁺6 สัปดาห์
- ส่งต่อกรณีไม่สามารถยับยั้งได้ ปากมดลูกเปิดมากกว่าหรือเท่า 3 เซนติเมตร

9) ร้อยละแผลฝีเย็บแยก/ติดเชื้อ (เป้าหมาย < 0.5 %)



จากการวิเคราะห์สาเหตุ

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้มาคลอดที่มีแผลฝีเย็บได้รับการ suture แผลฝีเย็บ จำนวน 66 ราย พบแผลฝีเย็บแยก 12 ราย แยกติดเชื้อ 0 ราย อัตราแผลฝีเย็บแยกมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลละเอียดมากขึ้น โดยประสานการเก็บข้อมูลจากฝ่ายเวชปฏิบัติครบถ้วน พบปัญหาส่งต่อข้อมูลห้องคลอด)

วิเคราะห์สาเหตุแผลฝีเย็บแยก

- บุคลากรขาดทักษะความชำนาญ แก้ไขโดยการพัฒนาทักษะการประเมินและเย็บซ่อมแผลฝีเย็บของพยาบาลใหม่ และพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน มีระบบพี่เลี้ยงประเมินการเย็บแผล

- ขาดความรู้เรื่องการดูแลแผล ให้สูขศึกษาเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ พร้อมเอกสารเตือนความจำ

แนวทางการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิด

การดูแลในห้องคลอดเมื่อรับใหม่

- การประเมินคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อ
- การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์
- เทคนิคการตรวจภายใน ใช้หลักเทคนิค standard precaution
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การดูแลในห้องคลอด

- การล้างทำความสะอาด perineum ก่อนย้ายเข้าห้องคลอด
- การทำความสะอาด perineum ก่อนคลอดและหลังรกลคลอดด้วย Betadine Scrub
- การทำความสะอาดและการป้องกันการปนเปื้อนแผลฝีเย็บเมื่อมีเศษอุจจาระของผู้คลอด
- เทคนิคการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ

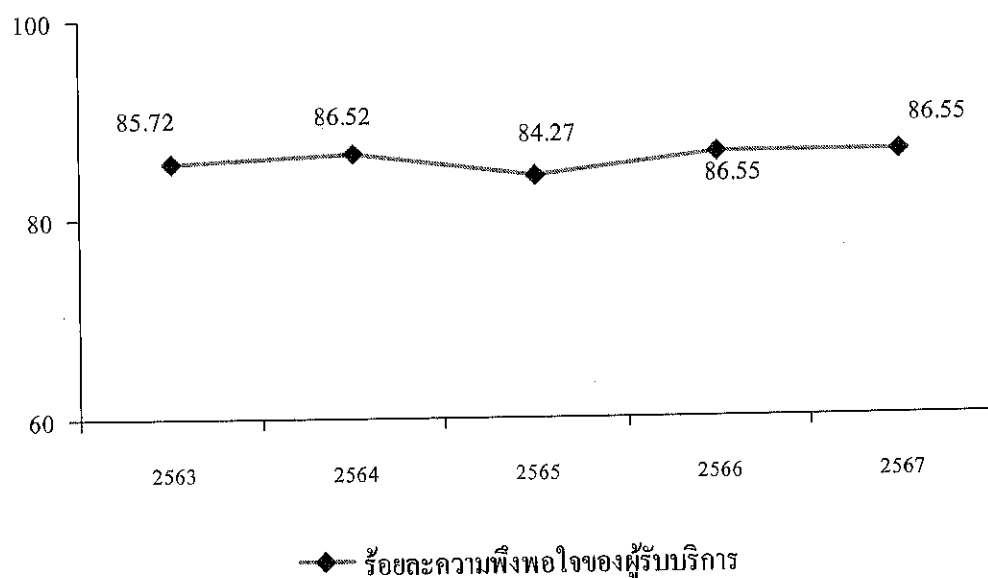
การดูแลระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

- การทำความสะอาด และประเมินแผลฝีเย็บก่อนย้ายไป IPD
- การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกรณีพบความเสี่ยงในการเกิดแผลฝีเย็บแยก/ติดเชื้อ
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
- การให้คำแนะนำและคู่มือปฏิบัติมารดาหลังคลอดและญาติผู้ดูแลในการดูแลแผลฝีเย็บ

การดูแลที่ IPD

- การทำความสะอาดและประเมินแผลฝีเย็บมารดาหลังคลอดเมื่อแรกรับ
- การทำความสะอาดและประเมินแผลฝีเย็บในแต่ละเวร ตามหลักของ REEDA scale (Davidson, 1979)
- การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกรณีพบความเสี่ยงในการเกิดแผลฝีเย็บแยก/ติดเชื้อ
- การรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
- การให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและญาติผู้ดูแลในการดูแลแผลฝีเย็บขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน
- การให้คำแนะนำในการส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์
- การให้คำแนะนำเรื่องการนัดตรวจหลังคลอด การติดตามและส่งต่อข้อมูลเรื่องแผลฝีเย็บกรณีมีความผิดปกติ

7.) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมาย 85 %)



4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ
 4.ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่อง	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้า	ปัญหา/อุปสรรค
การพัฒนากระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	- การสื่อสารระบบการทำงานและการบริการงานห้องคลอดโดยใช้สื่อ เช่น แฟ้มเอกสาร เอกสารแผ่นพับ จัดบอร์ดให้ความรู้ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้เรื่องการทำคลอด และการล้างมือในหน่วยงาน และมีล่ามอาสาและจัดทำคำศัพท์ภาษาต่างด้าวในเอกสาร	- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - คลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด	>80 %	แรงงานต่างด้าวไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์	การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงข้อดีและข้อเสียของการมารับบริการฝากครรภ์ตามนัด - ส่งเสริมการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ - ส่งเสริมการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง คุณภาพตามเกณฑ์	- อัตราหญิงตั้งครรภ์มารับบริการผิคนัด - จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ - จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์	<10 % >75 % >75 %	ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์และญาติ

4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ
 4.ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

เรื่อง	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้า	ปัญหา/อุปสรรค
พัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด	จัดประชุมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด Clinical tracer highlight Birth Asphyxia	อัตราการเกิดภาวะBirth asphyxia	< 25:1000 การเกิดมีชีพ	ขาดทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกแรกเกิด
การพัฒนาคุณภาพบริการ	CQI การตกเลือดหลังคลอด Clinical tracer highlight PPH	อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< 5%	ภาวะโรคเลือดธาร์สเซมีเย / มารดามีภาวะซีด ไม่ฝากครรภ์/มาฝากครรภ์ช้า ครรภ์หลัง
การพัฒนาคุณภาพบริการ	ประชุมฟื้นฟูการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก	ผ่าน	ขาดความตระหนักในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

เรื่อง	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้า	ปัญหา/อุปสรรค
2. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	- พัฒนาทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด - ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทีมสหวิชาชีพ	- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ - อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ	80%	

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.ส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อนอายุ 12 สัปดาห์	1.ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการเข้ารับบริการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ ผ่าน รพ.สต. ,ผู้นำชุมชนและอสม. 2.จัดกิจกรรมเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
2..ส่งเสริมการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ	1.ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการเข้ารับบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ 2.จัดระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด 3.จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์คุณภาพ 4.จัดกิจกรรมเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน	หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ
3. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน - การประชาสัมพันธ์ -ระบบบริการ - พฤติกรรมบริการ	- การประชาสัมพันธ์ระบบบริการงานฝากครรภ์ โดยการ การจัดบอร์ดวิชาการและผลการดำเนินงานในหน่วยงาน - จัดทำโครงการการออกกำลังภายในหญิงตั้งครรภ์เพื่อ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวใน การดูแลสุขภาพมารดาและทารก - เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นในการ ให้บริการ - พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากร	- ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ -จำนวนข้อร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการ

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
4.การลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	- การคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้คลอดตั้งแต่แรกได้รับจนถึงระยะคลอด - การใช้ Partographในการดูแลบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด - อบรมเชิงปฏิบัติการ / ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพแก่เจ้าหน้าที่ ปีละ 1 ครั้ง - ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก	- อัตราการเกิด Birth Asphyxia - ความครอบคลุมของการใช้ Partograph ได้ถูกต้อง - อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต
5.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด - มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด - การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีความไวต่อการป้องกันได้จริงหรือไม่ - รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์หาสาเหตุการตกเลือดเพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขต่อไป	- อัตราการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือด เช่น Shock , ตั้ยมดลูก
6.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด - เป็นการกระตุ้นสายสัมพันธ์โดยการีบอกอดทารกแรกคลอดไม่เกิน 30 นาที - การทำ Early Suckingทันทีหลังคลอด ในรายที่คลอดทางช่องคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก - การทำ Rooming In โดยใช้หลัก 3 ด. (ดูเร็ว ดูบ่อย ดูถูกวิธี)	- อัตราทารกได้รับการีบอกอดแรกคลอดไม่เกิน 30 นาที - อัตราทารกได้รับการดูดนมมารดา ไม่เกิน1ชั่วโมงหลัง คลอด

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
7. พัฒนาระบบการเรียนรู้ของบุคลากรและประชาชน - การจัดบอร์ดวิชาการ	- จัดทำบอร์ดวิชาการ เพิ่มสาระความรู้ และเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และความเสี่ยงสำคัญ เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ บุคลากร ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป	- สมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากร - อุบัติการณ์ต่างๆ ที่ป้องกันได้
8. การส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถลดความเจ็บปวดขณะรอคลอดด้วยตนเอง	- กำหนดทีม/พัฒนาทักษะ/ประสานงาน - จัดทำคู่มือการเตรียมตัวคลอด - จัดกลุ่มการให้ความรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ติดตามประเมินความรู้และประเมินความพึงพอใจ - การลดการเจ็บปวดด้วยการจัดทำและอุปกรณ์นวดหลัง	- ความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมพร้อม - ความถูกต้องในการปฏิบัติตัวเมื่อมาคลอด - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ >85% - อัตราการตลาดที่ลดการเจ็บปวดจากการคลอด

ภาคผนวก

5 อันดับ refer

	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565	
	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง
5 อันดับ Refer	1. prolonged second stage	10	1. Prolong 2 nd stage	17	1. Prolong 2 nd stage	17	1. Prolong 2 nd stage	15
	2. prolonged PROM	4	2. Prolong PROM	8	2. Prolong PROM	8	2. Prolong PROM	4
	3. pre eclampsia	3	3. Preterm Labor	3	3. Preterm Labor	3	3. Preterm Labor	3
	4. tear cervic	3	4. Breech presentation	2	4. Breech presentation	2	4. PIH	3
	5. Precenta previa	1	5. PIH	2	5. PIH	2	5. Previase C/S	2

	พ.ศ. 2566		พ.ศ. 2567	
	โรค	ครั้ง	โรค	ครั้ง
5 อันดับ Refer	1. Prolong 2 nd stage	16	1. Prolong 2 nd stage	9
	2. PPH	3	2. Preterm Labor	3
	3. arrest of dilatation	2	3. chronic HT	1
	4. Retain placenta	2	4. tear cervic	1
	5. NB c Pneumonia	1	5. Retain placenta	1
	6. Preterm Labor	1	6. NB c Pneumonia	1

