

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-1.1 องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

II-1.2 องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

### i. บริบท

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้ามีการบริหารงานคุณภาพ โดยคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยทีมจากสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่วางแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ร่วมกับทีมนำทางคลินิก ทีมระบบงานสำคัญ ได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน (3P Safety) ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กับกลยุทธ์ของรพ. ข้อที่ 3 คือ ระบบบริการมีประสิทธิภาพ (ปลอดภัย ไร้รอยต่อ คุ่มค่า คุ่มทุน) และสอดคล้องกับเข็มมุ่งของ รพ.ในปี 2567 ที่มุ่งเน้น การเพิ่มคุณภาพ เพิ่มคุณค่า เพิ่มมูลค่าในการบริการ ซึ่งกำหนดเข็มมุ่งด้านการเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัย โดยประกาศนโยบาย getting to Zero ในปี 2566 เพื่อมุ่งเน้นด้านความปลอดภัย 4 เรื่อง คือ 1) การระบุตัวผิดพลาด (เกิด AE ระดับ E UP) 2) miss diagnosis กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ stroke MI sepsis 3) medication error(การแพ้ยาซ้ำ) 4) misscommunication (ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ) การประเมินตนเองและกำกับติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับใช้เครื่องมือ ได้แก่ hospital profile, SAR part I-IV, thip, service profile, โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS และการกำกับนิเทศจากจังหวัดและเขตสุขภาพ โดยมีแผนพัฒนาการเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินงานขององค์กรใน DATA center ของรพ. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีม PCT กำหนดกลุ่มโรคสำคัญในการพัฒนา คือ Stroke, MI, Sepsis , suicide and Substance induced psychosis ระบบบริหารความเสี่ยงมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย มีการตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ มีการนำ RCA easy template มาใช้เพื่อให้การทำ RCA มีคุณภาพมากขึ้น และนำความรู้จากการทำ RCA มาทบทวน สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p><b>32. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(9)]**</b></p>	3.5	I	<p>1. เพื่อปรับปรุงระบบบริหารงานคุณภาพ และความปลอดภัย โดยมีเป้าหมายให้รพ. มีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย ทีมได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยใช้แบบประเมิน HSCS ของ สรพ.ในปี 66</li> <li>2) ทำความเข้าใจวิธีวิเคราะห์</li> <li>3) ทำ focus group ตามพื้นที่ปฏิบัติงานเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในแต่ละด้าน</li> <li>4) กำหนด area of improvement ทำให้เกิดผลลัพธ์             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) พบว่าประเด็นที่ทำได้ดี คือ ความคาดหวังของที่ปรึกษา/หัวหน้างาน ต่อกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย และการทำงานร่วมกันเป็นทีมในหน่วยงาน ส่วนประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ ความถี่ของการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสารที่เปิดกว้าง การกล่าวโทษบุคคล การจัดกำลังคน และการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน</li> <li>2) ทราบถึงปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเด็นต่างๆ</li> </ol> </li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>3) เกิดการปรับปรุงดังนี้ RM สร้างการเรียนรู้การบริหารความเสี่ยง (จุดประสงค์, วิธีการ, นโยบาย no blame no shame), มีแผนจัดทำห้องแยกโรคในห้อง ER, พัฒนาระบบพัสดุ เรื่อง จัดลำดับความเร่งด่วนในการจัดซื้อจัดจ้าง, แพทย์ทบทวน อัตรา revisit, readmit, ทบทวนการตรวจแทนแพทย์, ประชุมเฝ้าระวังแพทย์ในการทำงานร่วมกับสาขาอื่น การมองแบบองค์รวม, ใช้ productivity ในการคำนวณ ในกลุ่มงานพยาบาล และ พชร., พัฒนาการลง IS ในหน่วยงาน เพื่อ ฝึกรตามรอย และเชื่อมโยงระบบงานสู่การปฏิบัติใน หน่วยงาน</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานเป็นทีม โดยมีเป้าหมายให้ มีการสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจ วิสัยทัศน์องค์กร และการวัดผลลัพธ์องค์กร ทีมดำเนินการดังนี้</p> <p>1) จัดกิจกรรมต่อจิ๊กซอว์รวมใจ และถ่ายทอดนโยบาย โรงพยาบาลหมอรอบครว้โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหาร และหัวหน้างานทั้งหมด</p> <p>2) ระดมสมองเพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดที่ตรงกับเป้าหมายของ องค์กร</p> <p>3) อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ รพ. ผลลัพธ์ คือ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>1) ผู้บริหารและหัวหน้างานเข้าใจวิสัยทัศน์รพ. ที่ตรงกัน คือ เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยดุษฎีมิตร ครบองค์รวม 4 มิติ มีระบบ 3 หมอที่เข้มแข็ง</p> <p>2) มีตัวชี้วัดองค์กร (part IV) สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และ เป้าประสงค์องค์กร</p> <p>3. เพื่อปรับปรุงการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ทีมได้ใช้ ข้อมูลปัจจัยการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน จากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยปี66 มาพัฒนาดังนี้</p> <p>(1) กระตุ้นการลงความเสี่ยงระดับ A,B ระดับ 1 เพื่อแก้ปัญหา อย่างเป็นระบบลด human error และลดการกล่าวโทษบุคคล</p> <p>(2) พัฒนาการลง IS ในหน่วยงาน เพื่อฝึกการตามรอยว่า ผู้ปฏิบัติสามารถทำได้จริงในแต่ละพื้นที่หรือไม่ และควร แก้ปัญหาอย่างไร รวมถึงเชื่อมโยงระบบงานสู่การปฏิบัติใน หน่วยงาน ผลลัพธ์</p> <p>1) มีการรายงานความเสี่ยงในปี 67 มากขึ้นกว่า 10% แต่ยังคง พบว่าการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบเพื่อลดการกล่าวโทษ บุคคลยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อ</p> <p>2) การ IS ในหน่วยงานทำให้ทีมพัฒนาคุณภาพเข้าใจ และมีการปรับแนวทางต่าง ๆ ให้ผู้ปฏิบัติทำงานง่าย และปลอดภัยขึ้น เช่น CPG sepsis, การ identification เป็นต้น</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>4. เพื่อปรับปรุงการทำงานเป็นทีม พัฒนาการประสานเชื่อมโยงข้อมูลของทีมนำทุกระบบ ทีมได้จัดตั้งคณะกรรมการบริหารงานคุณภาพ (ทีมกัลยาณมิตร) ที่มี key man จากทุกทีมในมาตรฐานเป็นกรรมการ และมีการประชุมเพื่อกำกับติดตามงาน รวมถึงการคืนข้อมูลจากทีม IS ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทีมนำทุกระบบเข้าใจ timeline การพัฒนาคุณภาพรพ.</li> <li>2) เกิดการกระตุ้นการรายงานความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ข้อในโปรแกรม HRMS</li> <li>3) พัฒนาการระบุด่วนผู้ป่วยกรณี admit</li> <li>4) การพัฒนา DATA center ที่ตรงกับความต้องการของทีมนำทางคลินิก</li> <li>5) พัฒนาระบบเอกสารให้สามารถเข้าถึงแนวทางการปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร</li> </ol>
<p><b>33. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(4)(5)(6)(7)(8)]</b></p>	3.5	I	<p>1. เพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินตนเองของทีมระบบงานสำคัญ โดยมีเป้าหมายนำมาตรฐาน HA ไปศึกษาและใช้วางแผนแก้ปัญหา พัฒนางาน ทีมได้ดำเนินงานดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทีมระบบงานต่างๆ เข้าอบรมมาตรฐานใหม่จากวิทยากรเครือข่ายเชิงรายและ online ของ สรพ.</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>2) คัดเลือกบุคลากรอบรมหลักสูตร HA 705 เพื่อทำหน้าที่เป็นครู ก และพี่เลี้ยง ถ่ายทอดความรู้</p> <p>3) จัดอบรมภายใน รพ. เรื่องการเขียน SAR ตามหลัก 3C PDSA โดยใช้มาตรฐาน HA ฉบับที่5 และข้อเสนอแนะร่วมพิจารณา ให้แก่ทีมระบบงานสำคัญของ รพ.</p> <p>4) เผยแพร่ความรู้ใน smart office เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย</p> <p>5) เชิญทีมจาก HACCP ชร. ซึ่งเป็น Quality coach เข้าเยี่ยมและแนะนำ ผลลัพธ์พบว่า</p> <p>1) ทีมระบบงานสำคัญสามารถระบุโอกาสพัฒนาได้จากการประเมินตนเองผ่านการเขียน SAR</p> <p>2) ยังพบว่าทีมระบบงานบางส่วน ไม่เข้าใจการวิเคราะห์ห้บริบทเป้าหมาย ที่จะนำมาออกแบบกระบวนการทำงาน รวมถึงการเลือกตัวชี้วัดและวิเคราะห์ผลลัพธ์ จึงมีแผนพัฒนาเรื่องความเข้าใจการใช้หลัก 3C PDSA และการใช้มาตรฐาน, spa</p> <p>3) มีแผนเตรียมผู้นำระดับถัดไปในการวางแผนพัฒนางาน รวมถึงประสาน HRD ในการจัดสรรเวลาให้การพัฒนา ระบบงานเป็นประจำ</p> <p>2. เพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินตนเองของหน่วยงาน โดยมีเป้าหมาย สร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ทีมดำเนินงานดังนี้</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรม 3P สู่งานประจำ ให้แก่ตัวแทนทั้งหน่วยงานทางคลินิก และหน่วยงานสนับสนุน</p> <p>2) ทบทวนการทำ service profile เพื่อให้หน่วยงานประเมินตนเอง และทบทวนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับการนำองค์กร ผลลัพธ์พบว่า</p> <p>1)ตัวแทนหน่วยงานเข้าใจหลักการ 3P ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่ออกแบบให้เข้าใจง่าย โดยผู้อำนวยการ รพ.ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีระบบงานสำคัญต่างๆ เป็นทีมที่ดูแลการทำงานของหน่วยงานเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่ดี</p> <p>2) หน่วยงานทางคลินิก สามารถประเมินตนเองโดยใช้ service profile และเข้าใจความสอดคล้องของงานประจำกับเป้าหมายองค์กร</p> <p>3) มีแผนติดตามการพัฒนางานของหน่วยงานที่สอดคล้องกับผลลัพธ์องค์กร Part IV ผ่าน DATA center</p> <p>4) มีแผนจัดเวทีตลาดนัดไอเดียเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างหน่วยงาน เช่น เรื่อง พัฒนาความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนา performance ของบุคลากร, การบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ</p> <p>5) มีแผนคัดสรร facilitator หน่วยงาน และอบรม FA and SHA เพื่อมีทีมกระตุ้นการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>3. เพื่อปรับปรุงกระบวนการทบทวนและชี้้นำการพัฒนา ทีมได้ทบทวนข้อเสนอแนะ และศึกษา SAR ทั้งฉบับ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของรพ. ทำให้ได้แผนพัฒนา 5 ปี โดยปี 68 คือ พัฒนาคูคลากร เรื่องการรายงานความเสี่ยงและมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ , ประสานงานยุทธศาสตร์พัฒนา DATA center ให้สามารถ monitor ผลลัพธ์เป้าหมายของการนำองค์กร เข้มมุ่ง, พัฒนา cyber security ด้าน hardware</p> <p>4. เพื่อปรับปรุงการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ โดยมีเป้าหมายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทีมดำเนินการดังนี้</p> <p>1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ knowledge management เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ evidence base ร่วมกับ ทีม PCT</p> <p>2) กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญที่ทำหาย ผลลัพธ์ ทำให้แผนพัฒนาคุณภาพครอบคลุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญของ รพ.</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p><b>34. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)]**</b></p>	3.5	I	<p>1. เพื่อให้เกิดการทบทวนและระบบการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน ป้องกันความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ทางคณะกรรมการความเสี่ยงดำเนินการ ดังนี้ 1) ทบทวนเวชระเบียนในหน่วยงาน 2) ทบทวน 12 กิจกรรม ในหน่วยงาน 3) ทบทวน Case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันกับทีม PCT 4) ทบทวนการใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา 5) ทบทวนการติดต่อร่วมกับทีมแพทย์และ ICN 6) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและการส่ง COC ร่วมกับงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม 7) ทบทวนอุบัติการณ์การใช้ trigger tools เช่น เสียชีวิต การ Refer และ AE ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะในโรคที่เป็น High risk เช่น Sepsis, Stroke, Birth asphyxia, และ PPH เพื่อหาแนวทางแก้ไขเชิงระบบต่อไป ผลการดำเนินงาน ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติ CPG ต่างๆ เช่น CPG, Standing Order ในผู้ป่วย STEMI, Stroke, Sepsis/Septic shock เป็นต้น เกิดกระบวนการการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพิ่ม</p> <p>2. เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค จึงมีการเชื่อมโยงกับ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ทีม PCT ทบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป และมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ มีเวทีทบทวน conference case มีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดกระบวนการการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากการติดตามตัวชี้วัด ร้อยละอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน RCA ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2567 เป็นร้อยละ 93.2, 98, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ</p>
<p><b>35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก (1) (3) (5)]*,**</b></p>	3.5	I	<p>- เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย โดยมีเป้าหมายสร้างการเรียนรู้ และความเข้าใจกับบุคลากรในเรื่องการระบุความเสี่ยงจากกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทีมจึงดำเนินการโดยกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัย ครอบคลุม, 3P safety, สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรายงานความเสี่ยงและสร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความเสี่ยงที่จะมีผลต่อองค์กร จัดทำคู่มือจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลฉบับปรับปรุง ปี 2567 มีระบบ RM round ทุกหน่วยงาน ทบทวน แก้ไข ประสานงานเชื่อมโยงสื่อสารให้เกิดการเรียนรู้ทั้งองค์กร ติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้องค์กรมีระบบการจัดการบริหารความเสี่ยงที่</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ครอบคลุมมากขึ้น จากการทบทวนปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแนวโน้มลดลงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่าผู้ปฏิบัติงานยังไม่ถนัดในการการใช้โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS จึงได้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ในการใช้โปรแกรม HRMS ให้กับบุคลากร และกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น</p>
<p><b>36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)]</b></p>	<p>3.5</p>	<p>I</p>	<p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ส่งมอบคุณภาพบริการที่ดี สอดคล้องกับเป้าประสงค์และเข็มมุ่งองค์กร ที่มิได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นระดับ E Up และความเสี่ยงสำคัญ</li> <li>2) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาประเด็น getting to zero ในปี 66 คือ การระบุตัวผิดพลาด (เกิด AE ระดับ E UP), miss diagnosis กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ stroke IM sepsis, medication error (การแพ้ยาซ้ำ)</li> <li>3) กำหนดแนวทางป้องกัน</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			4) กำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยงโดยโปรแกรม HRMS 5) รายงานผลให้การประชุม กกบ.ทุกเดือน ผลลัพธ์ ไม่พบ รายงานอุบัติการณ์ดังกล่าว
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*	3.5	I	เรียนรู้อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข เฝ้าระวัง อุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดย ดำเนินการดังนี้ - ทุกหน่วยงาน มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย/ความรุนแรง ต่ำ และความรุนแรงสูง มาทบทวนและหาแนวทางการแก้ไข ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - นำ solution ที่ได้จากการทบทวนนำมาปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ - ติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ได้จาก solution และมีการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานทำให้เกิดการเรียนรู้ การสร้าง CQI ทีมบริหารความเสี่ยงได้นำเสนอรายงาน อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยใน การประชุมทีมคร่อมสายงาน นำไปสู่การการประชุมทีมย่อย เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกัน

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. มีการนำนโยบายเรื่องความปลอดภัย 3P safety ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล 2. สร้างคู่มือการจัดการบริหารความเสี่ยงขององค์กร 3. มีการ  
 ทบทวนอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป โดยการนำ RCA ครบทุกราย 4. นโยบายความปลอดภัย getting to zero 4 ประเด็น

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. อัตราการเพิ่มขึ้นของการรายงานอุบัติการณ์	เพิ่มขึ้น	-20.38 (688)	+139.10 (1645)	-22.73 (1271)	-37.06 (800)	+23.00
2. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน(ระดับ E ขึ้นไป / ทั้งหมด) ความเสี่ยงด้าน Clinic	0	43/623	54/1580	16/1186	10/723	15/862
3. จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน(ระดับ E ขึ้นไป / ทั้งหมด) ความเสี่ยงด้าน non-Clinic	0	0/45	0/65	0/85	1/77	1/119
4. สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss/Miss รวม	Near miss > Miss	253/314	1240/405	954/317	549/251	671/310
5. สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss/Miss ด้าน Clinic	Near miss > Miss	243/273	1229/351	929/257	527/196	598/264
6. สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss/Miss ด้าน Non - clinic	Near miss > Miss	10/41	11/54	25/60	22/55	73/46

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
7. อัตราของอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทำ RCA / ทบทวนแก้ไข	≥80 %	93.2 (40/44)	98% (53/54)	100% (12/12)	100% (11/11)	100% (5/5)

## II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-2.1 องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

#### i. บริบท

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ขนาด F1 90 เตียง ตาม service plan การพัฒนาเป็นระดับ S Plus มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวประจำอย่างต่อเนื่อง ส่วนแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม กุมารเวชกรรม ชาติช่วงประมาณ 1 ปี โดยวางแผนเพิ่มสมรรถนะโรงพยาบาลด้านการฟอกไตและการดูแลปฐมภูมิ ซึ่งวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลกำหนดไว้ว่าเป็นโรงพยาบาลหมอบรรเทาทุกข์เพื่อสุขภาวะของประชาชน องค์กรพยาบาลได้ตอบสนองนโยบายต่างๆ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกัน เช่น การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลระยะกลาง การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลตามกลุ่มโรคสำคัญและปัญหาสำคัญของพื้นที่ เป็นต้น โดยกลุ่มโรคที่เป็นเป้าหมาย ได้แก่ Stroke STEMI Sepsis Suicide Trauma ได้กำหนดเป้าหมายขององค์กรพยาบาล และจัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลคือ เป็นองค์กรพยาบาลที่ขับเคลื่อนตามมาตรฐานวิชาชีพ และหลักการหมอบรรเทาทุกข์ เพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจ สหสาขาวิชาชีพยอมรับ บุคลากรมีศักยภาพและมีความสุข องค์กรพยาบาล ประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาล ทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการและบุคลากรอื่น ๆ โดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน 3 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม และกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 92 คน คิดเป็น ร้อยละ 85.98 ของกรอบอัตรากำลัง ปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาล 79 คน (มีสถานะเป็นข้าราชการ 55 คน คนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข 9 คน ลูกจ้างชั่วคราว 2 คน ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนไม่มีเลขตำแหน่ง 13 คน) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม 9 คน (ข้าราชการ) และปฏิบัติงานที่กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน (ข้าราชการ) และปฏิบัติงานที่งาน

ประกันสุขภาพ 1 คน (ข้าราชการ) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 30 คน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานจึงจำเป็นต้องจ้างพยาบาลวิชาชีพชั่วคราวรายเดือนไม่มีเลขตำแหน่ง และได้วางแผนในการกำหนดตำแหน่งการจ้างที่มีเลขตำแหน่ง โดยการปรับปรุงตำแหน่งลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุราชการมาเป็นพนักงานราชการและปรับปรุงตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขสายสนับสนุนมาเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่างการดำเนินการจำนวน 9 ตำแหน่งและวางแผนในการปรับปรุงตำแหน่งลูกจ้างประจำ(ผู้ช่วยเหลือคนไข้) ที่เกษียณอายุราชการในปีต่อไปอีกรวม 4 ตำแหน่ง ทั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลโดยกำหนดเป็น Master plan ไว้แล้วในโครงสร้างของกลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย 5 งานคือ 1) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (รวมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) 2) งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (ได้แก่ หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยพิเศษ) 3) งานการพยาบาลผู้คลอด (ครอบคลุมบริการฝากครรภ์และหลังคลอด) 4) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 5) งานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง ปัญหาสำคัญที่กระทบกับการจัดบริการ ได้แก่ อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ การประสานงานกับเครือข่ายบริการที่มีการถ่ายโอนไปอบจ. เกือบทั้งหมดยังคงค้างอีก 2 แห่งซึ่งจะถ่ายโอนทั้งหมดในปี 2568 ทำให้มีการประสานการจัดระบบการดูแลมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์เรื่องอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพพบว่ายังไม่เต็มตาม FTE ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลได้ร่วมการวางแผนในการเตรียมความพร้อมการรองรับบุคลากรทางการพยาบาลที่จะเกษียณอายุราชการซึ่งเป็นตำแหน่งของหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติโดยการสนับสนุนให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ เพื่อให้ลดอัตราการลาออกและโยกย้าย ปัจจุบันอัตรากำลังพยาบาลกลุ่ม Expert มากที่สุด ร้อยละ 32.91 รองลงมาเป็น Advance Beginner ร้อยละ 27.84 และ Novice ร้อยละ 24.05 ในระยะเวลา 6 ปี ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลเดิมจะเกษียณอายุราชการเกือบร้อยละ 80 จึงได้เตรียมบุคลากรเพื่อรับหน้าที่บริหารองค์กรชุดใหม่โดยให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมเรียนรู้กำหนดให้มีรองหัวหน้างานการพยาบาลต่างๆและส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าได้เริ่มพัฒนาการใช้ระบบการบันทึกเป็นระบบ Paperless ทั้งหมดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ขณะนี้อยู่ในระหว่างการติดตามการใช้งานในระบบ Paperless และการจัดการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาล

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	3.5	L	<p>- เพื่อเตรียมความพร้อมผู้บริหารในรุ่นถัดไป ได้มีการจัดเตรียมความพร้อมโดยดำเนินการคัดเลือกกระบอกบุคลากรในการปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ในระดับรองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างาน รองหัวหน้างานของทุกงาน เพื่อให้สามารถเข้าสู่ตำแหน่ง ใน 5-6 ปี กำหนดให้มีโอกาสเรียนรู้งานบริหารจากหัวหน้าคนปัจจุบัน ให้มีการปฏิบัติงานร่วม มีการสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมพัฒนาสมรรถนะผู้นำตามหลักสูตรที่จัดภายนอก และมีการจัดอบรมภายในเพื่อสร้างการเรียนรู้ทางด้านบริหาร ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โครงการอบรมพัฒนาสมรรถนะผู้นำ ประชุมทีมบริหารการพยาบาลทุกเดือน เพื่อรับทราบผลการดำเนินงาน ความเสี่ยง สื่อสารนโยบาย ร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมคิดพัฒนางาน วางแผนให้สอดคล้องกับนโยบาย Service Plan ,สนับสนุนให้ไปอบรมเตรียมความพร้อมหลักสูตร Sucession Plan ร่วมกับโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ในปี 2567 จำนวน 5 คน และวางแผนให้หัวหน้างานทุกคนเข้ารับการอบรมหลักสูตรบริหารการพยาบาล ปีละ 2 คน คาดว่าจะสามารถอบรมได้ครบทั้งหมดภายในปี 2570 -</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>เพื่อให้การเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษของหัวหน้างานการพยาบาลบรรลุตามแผนขณะนี้ได้กำหนดตำแหน่งทั้งหมด 4 ตำแหน่งทั้งนี้ได้มีการสนับสนุนให้มีผลงานวิชาการที่สามารถประกอบการเข้าสู่ตำแหน่งได้ตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้มีอัตรากำลังเพียงพอต่อการให้บริการ องค์กรพยาบาลมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรร่วมกับทีม HRD เป็นแผนระยะยาว 5 ปี เพื่อทดแทนผู้เกษียณ ขอย้ายและลาออก โดยการขอนักเรียนทุนพยาบาลทดแทนในปีงบประมาณ 2568-2571 จำนวน 6 คน โดยให้การสนับสนุนทุนการศึกษาให้แก่นักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ร่วมกับองค์กรภายนอกอย่างต่อเนื่องทุกปี การติดตามความเพียงพอของอัตรากำลังด้วย Productivity ที่สะท้อนภาระงานพบว่าปี 2565-2567 หน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20, 66.66, 83.33 ตามลำดับ</li> <li>- เพื่อเพิ่มศักยภาพในการนิเทศให้กับพยาบาลระดับบริหาร ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย องค์กรพยาบาลได้พัฒนาทักษะการนิเทศทางคลินิกให้กับหัวหน้างาน โดยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล on the job training นำวิธีการนิเทศ</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>สู่การปฏิบัติในหน่วยงานและติดตามประเมินผล มีการส่งอบรมทักษะการนิเทศสำหรับหัวหน้างานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและนำมากำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เกิดความมั่นใจในการนิเทศอย่างมีมาตรฐานตามแนวทางที่ถูกต้อง มีการนิเทศอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานมากขึ้น แต่บางงานยังดำเนินการไม่ต่อเนื่อง นิเทศได้สอดคล้องเหมาะสมกับบุคลากร Gen Y และ gen Z ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บางครั้งผู้นิเทศใหม่ยังขาดความชำนาญวางแผนให้มีการนิเทศอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มศักยภาพของผู้นิเทศต่อไป (1) กำหนดการนิเทศเป็น 2 ประเภท คือ 1) Grand Round นิเทศโดยหัวหน้าพยาบาลและในเรื่องการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 2) ระดับหน่วยงาน นิเทศโดยหัวหน้างาน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มงานการพยาบาลกำหนด เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล การบริหารยา HAD การบันทึกทางการแพทย์ ประเด็นความเสี่ยงในหน่วยงาน และคุณภาพการพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ การบันทึกทางการแพทย์ การป้องกันแผลกดทับ</p> <p>(2) กำหนดให้มีการประเมินสมรรถนะ 1 ครั้ง/ปี ประกอบด้วย Core Competency ของโรงพยาบาล ตามวิสัยทัศน์ และ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>เป้าหมาย/จุดเน้นของโรงพยาบาล Core Professional Competency ได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ การบริหารยา และ Functional Competency 6 สมรรถนะ ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น</p> <p>(3) กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของหน่วยงาน ในปี 2565-2567 พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเป้าหมาย และมีแผนเพิ่มสมรรถนะให้เหมาะสมกับจุดเน้นของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ และตรงตามงานที่ปฏิบัติจริง คือ Stroke, Sepsis, STEMI, Substance Drug การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง IMC การ Triage และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</p>
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]	3.5	L	<p>- เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และเคารพสิทธิของผู้ป่วย จึงได้สนับสนุนกิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาสมรรถนะให้บุคลากรมีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น ได้แก่ โครงการพัฒนาเรื่องการสื่อสารและพฤติกรรมบริการ การ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>พัฒนาทักษะและหัตถการที่จำเป็น การคัดแยกผู้ป่วย การใช้ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ การอบรมการอ่านและแปล ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การพัฒนาแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ และการสนับสนุนการใช้ผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในปี 2565-2567 พบว่าผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล เท่ากับ 89.22, 91.26, 90.78 ตามลำดับ และการพัฒนา บุคลากรให้มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลตาม มาตรฐานวิชาชีพ ได้พัฒนาสมรรถนะโดยบูรณาการกับงาน ประจำ การติดตามนิเทศ และประเมินสมรรถนะโดยการสอบ และการสังเกต พบว่าร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านสมรรถนะ ตามมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรพยาบาล ในปี 2565- 2567 พบว่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย(ร้อยละ 80) ร้อยละ 100, 95.26, 88.89 ตามลำดับ และร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะประจำหน่วยงาน (Functional / Specific Competency) ร้อยละ 100 ซึ่งในปี 2567 พบสมรรถนะด้าน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินของแผนกผู้ป่วยนอก ต่ำกว่า เป้าหมาย จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.07 จึงวางแผนใน การทบทวนสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็น ทุก 3 เดือน โดย หัวหน้างาน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- เพื่อสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลและระบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ องค์กรพยาบาลส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในทุกหน่วยงาน โดยมีการอบรม ทบทวนทักษะการบันทึกทางการแพทย์ จัดตั้งคณะทำงาน พัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึก ติดตามทุกเดือน มีจัดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล การติดตามและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐานการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล ในกลุ่มโรคที่สำคัญ การดูแลผู้ป่วยที่น่าสนใจเป็นประจำ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การทบทวนโดยหัวหน้างานร่วมกับเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งในการให้การดูแล ในระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น</p> <p>- เพื่อสร้างการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ร่วมในบทบาทสำคัญของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ควบคู่ไปกับคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ และการประสานการทำงานกับสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ร่วม</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			ประสานความร่วมมือพัฒนาคุณภาพการดูแลร่วมกัน โดยอาศัยหลักฐานวิชาการที่ทันสมัย สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานที่รับผิดชอบ ส่งอบรมการทำวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร ในปี 2566-2567 ได้ดำเนินการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย /R2R /CQI เพื่อพัฒนางานการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ได้ผลงานวิจัยเผยแพร่ จำนวน 5 เรื่อง อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัย 1 เรื่อง ครอบคลุมทุกงานการพยาบาล

**iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

1. หัวหน้างานสามารถเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษตามระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 4 คน 2. ผลงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างน้อย 2 เรื่องต่อปี 3. การพัฒนาความเพียงพอของอัตรากำลังด้วยการคำนวณ Productivity 4. หน่วยงานที่มีการประเมิน Functional/Specific Competency ผ่านเกณฑ์ 100%

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. ร้อยละหน่วยงานที่มี productivity เหมาะสม	60%	40	20	20	66.66	83.33

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
2. ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ตาม กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก	80%	83.40	85.50	85.20	88.40	90.80
3. ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ตาม กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใน	80%	91.76	98.18	89.22	86.98	87.50
4. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการประเมิน Core Professional Competency ผ่านเกณฑ์	80%	85.71	85.71	100	95.26	88.89
5. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการประเมิน Functional/Specific Competency ผ่านเกณฑ์	80%	100	100	100	100	100
6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาล	80%	83.34	77.69	85.33	83.50	64.86
7. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล	80%	85.41	68.98	89.80	80.00	89.04
8. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่อพฤติกรรมบริการพยาบาล	0	2	3	2	1	0
9. ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรพยาบาล (ข้าราชการ)	80%	68.01	68.10	85.33	74.62	78.94
10. ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรพยาบาล (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว)	80%	39.33	49.25	52.14	77.20	77.04

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
11. การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการสัมผัสสารคัดหลั่งหลังจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	0	0	4	0	2	0
12. จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและ สารน้ำ (ระดับ E ถึง I)	0	4	3	2	1	0
13. อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	3/1000 cath day	0.80	1.29	0.83	1.45	2.92
14. อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	0	8	12	0	2	5
15. อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	0.5/1000 pt day	0.21	0.29	0.58	0.68	0.84
16. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจ EKG (door to EKG time) < 10 นาที	100%	87.50	68.75	86.65	92.31	70
17. ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือนหลังจำหน่าย	>60%	100	100	100	98.30	97.80
อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สูบบุหรี่ ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่ รพ.	100%	88.00	85.71	100	100	100

## II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-2.2 องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

### i. บริบท

องค์กรแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ประกอบด้วย แพทย์ 11 คน (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 4 คน) และทันตแพทย์ 6 คน ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: โดยพิจารณาตามกลุ่มวัย ดังนี้ Birth asphyxia, Low birth weight Traffic injury Pneumonia, TB, HIV, Sepsis DM, HT, CKD, Stroke, MI Palliative care (ESRD, Cancer, COPD (stage IV), CHF) Intermediate care (Stroke, Traumatic wound care, chronic wound, orthopedic care) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: 4S คือ Stroke, STEMI, Sepsis, Suicide and Substance induced psychosis

### ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
40. องค์กรแพทย์ [II-2.2]	4.5	I	1. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์ให้ไปตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกองค์กรแพทย์ ให้แพทย์เป็นผู้นำในทีมงานคุณภาพต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ PCT, RM, IM, IC, และอื่นๆ มีการกำหนดให้แพทย์แต่ละท่านรับผิดชอบงานพัฒนาระบบในโรงพยาบาล เช่น การพัฒนาระบบการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย STEMI, Stroke, Sepsis การบริหารจัดการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ ARV/TB clinic, NCD clinic, CKD clinic, Stroke/MI clinic, COPD clinic รวมไปถึงการดูแล

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care), Palliative care และ Intermediate care มีระบบการกำกับติดตามวิชาชีพอื่น มีการกำหนดระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เข้าร่วมเป็นประธานการทำงานระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นที่มำนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีการกำหนดให้มีการประชุมองค์กรแพทย์เป็นประจำทุกเดือน โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วย มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือเกิดความเสี่ยง รวมถึงการแจ้ง ข่าวสารและความรู้ทางวิชาการให้ทันสมัยอยู่เป็นประจำ สนับสนุนการเรียนรู้ต่อเนื่องของแพทย์</p> <p>2. เพื่อกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคนให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นองค์รวม จึงมีการมีการนิเทศแพทย์แพทย์ใหม่ก่อนปฏิบัติงานและกำหนดในธรรมนูญองค์กรแพทย์เกี่ยวกับการตัดสินใจในโรคและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง มีระบบแพทย์เจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีการกำหนดให้มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล มีการกำหนดให้ยาและ High alert drug บางชนิดสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางเท่านั้นหรือต้องปรึกษา</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>แพทย์ เฉพาะทางก่อนส่งใช้ยา มีการกำหนดให้นอกเวลา            ราชการมีการจัดแพทย์ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน ในการดูแล            ผู้ป่วยฉุกเฉินและดูแลหอผู้ป่วยใน และมีการวางแผนทางใน            กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเกินศักยภาพแพทย์เวรในการดูแล</p> <p>3. เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการ            แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงมีการวางระบบส่งแพทย์เรียนต่อเฉพาะ            ทางในสาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม และเวชศาสตร์            ครอบครัว เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยในอนาคต มีส่งเสริมให้            สมาชิกองค์กรแพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูน            ความรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/            ปี มีการส่งเสริมการเข้าร่วมประชุม Teleconference ซึ่งจัด            โดยโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ร่วมกับโรงพยาบาล            ชุมชนในเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย            ให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน            ในเครือข่าย มีการประชุมวิชาการ/ความรู้ ผ่านเวทีประชุม            องค์กรแพทย์ประจำเดือน มีการพัฒนาระบบการให้บริการ            ตามมาตรฐาน มีการปรับ CPG ได้แก่ ระบบการดูแลโรคเรื้อรัง            การดูแลแม่และเด็ก ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบ            เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>4. เพื่อการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงมีการจัดการประชุมเทศกาลทำงานของแพทย์ใหม่เพื่อควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมของแพทย์ ทั้งโดยแพทย์รุ่นพี่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำงาน เช่น เกสซ์กรรม มีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งระบบขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินหรือในกรณีการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง มีการจัดเวรให้มีแพทย์ประจำปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ฝึกหัด (Intern 1) นอกเวลาราชการ มีการจัดทำ CPG กลุ่มโรคสำคัญเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีมาตรฐานไปในทางเดียวกัน เช่น COPD, Asthma, Sepsis และ Neonatal sepsis, Diabetes mellitus type 2 with Hypo/Hyperglycemia, alcohol withdrawal syndrome, substance induced psychosis ตลอดจนภาวะเสี่ยงในห้องคลอด เช่น PIH และ PPH มีระบบการปรึกษาและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมทั้งการขอคำปรึกษาการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อที่เหมาะสม มีการทบทวนเคสหากเกิดความเสียหายขึ้นจากการให้การรักษาผู้ป่วย</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>5. เพื่อการส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงมีการกำหนดให้แพทย์ทำหน้าที่ทบทวนการดูแลทางคลินิก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลและจัดทำ CPG ในแต่ละกลุ่มโรคร่วมกับสาขาวิชาชีพ มีการใช้การระบุปัญหาผู้ป่วย (problem lists) ให้ชัดเจนและครอบคลุม ทำให้สามารถใช้สื่อสารในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาวิชาชีพได้อย่างเป็นองค์รวม</p> <p>6. เพื่อปรับปรุงระบบการตรวจแทนแพทย์โดยพยาบาลวิชาชีพนอกเวลาราชการให้เป็นมาตรฐานและปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์จึงวางระบบการทบทวนเวชระเบียน การตรวจแทนแพทย์และส่งกลับข้อมูลให้กับองค์กรพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาเพิ่มพูนทักษะในการตรวจรักษาผู้ป่วย และปรับปรุง CPG ให้ใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ลดความเสี่ยงในการวินิจฉัยและรักษาผิดพลาด ลดการกลับมาตรวจซ้ำ (re-visit)</p> <p>7. เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาวิชาชีพ ได้มีการวางระบบจัดทำ มีการจัดทำ MM Conference โดยแพทย์เฉพาะทาง มีการทบทวนเคสจากระบบความเสี่ยง ใน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			การประชุมขององค์กรแพทย์ มีการจัดให้แพทย์เป็นผู้นำในการทบทวนเคสความเสี่ยงและปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพใน PCT และ RM โดยกำหนดความเสี่ยงระบบ E ถึง I และ trigger tool เป็นเกณฑ์ในการทบทวน ทำให้ความเสี่ยงและความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยลดลง และระบบการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. ดำเนินงานโดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในหน่วยงาน
2. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของโครงการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
4. พัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยความเสี่ยงสูง ได้แก่ Sepsis, MI, Stroke, PPH และ PIH
5. พัฒนาและปรับปรุงระบบ Intermediate care และ Palliative care
6. สามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้มากขึ้น และลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่กลุ่มโรค Sepsis, Heart failure, MI, CKD, Hepatitis B, HIV, TB

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80%	76.88	N/A (ภายใน: 94.97 )	N/A (ภายใน: 96.88 )	90.87	N/A (ภายใน: 98.73 )
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 80%	79.07	N/A (ภายใน: 86.77)	N/A (ภายใน: 79.64)	86.33	N/A (ภายใน: 87.37)
3.CMI	0.5 - 0.7	0.73	0.70	0.68	0.68	0.68
4.จำนวนข้อร้องเรียนในองค์กรแพทย์	< 5 เรื่อง/ปี	0	0	0	0	2
5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อแพทย์	> 80%	84.89	85.67	87.57	81.75	76.95

## II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

II-3.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

II-3.3 องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

#### i. บริบท

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เป็นโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิขนาด 90 เตียง มีอาคารในการบริการผู้ป่วย 9 อาคาร อาคารสนับสนุนบริการ 5 อาคาร อาคารที่พักอาศัย 22 หลังและแฟลต 3 หลัง ร้อยละ 80 มีอายุการใช้งานมากกว่า 30 ปี มีบุคลากร 321 คน มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 457 คนต่อวัน และผู้ป่วยในเฉลี่ย 58 เตียงต่อวัน สถานที่ให้บริการผู้ป่วยนอกยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้มารับบริการ ประกอบกับอาคารหลักที่ให้บริการมีปัญหาเรื่องการรั่วซึมของน้ำฝน โดยโรงพยาบาลมีแผนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดความแออัด และรองรับการขยายบริการ ได้แก่ ก่อสร้างอาคารผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขนาดพื้นที่ใช้สอย 600 ตารางเมตร, ปรับปรุง ลานอเนกประสงค์ให้เป็นอาคารฟอกไต 40 unit ร่วมกับภาคเอกชน การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย มีบัญชีสารเคมีที่ใช้ในโรงพยาบาล ทั้งหมด 36 รายการ ของเสียอันตรายจำนวน 8 ชนิด และของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อและของมีคมทุกชนิด มีคู่มือในการเลือก ระบุ จัดเก็บ และกำจัด และจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการยาของโรงพยาบาลในการร่วมพิจารณา ความปลอดภัยจากอัคคีภัยมีการกำหนดการซ้อมแผนอัคคีภัย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้ มีการสอบเทียบทุกปี ส่วนระบบสาธารณูปโภค มีอัตราการใช้น้ำประปาที่สูงกว่าอัตราการผลิต จึงอยู่ระหว่างศึกษาการขยายความสามารถในการผลิตน้ำประปาจาก 120 ลบ.ม./วัน เป็น 240 ลบ.ม./วัน สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม บ่อน้ำบาดน้ำเสียปัจจุบันรองรับบริการของ รพ.ขนาด 60 เตียง มีแผนรองรับการขยายบริการใน รพ. ขนาด 90 เตียง และบริการคลินิกฟอกไต จึงทำแบบของบลงทุนก่อสร้างขยายระบบบำบัดน้ำเสียจากเดิม 60 ลบ.ม./วัน เป็น 150 ลบ.ม./วัน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p><b>41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]**</b></p>	3.5	I	<p>- เพื่อปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจากที่มีการก่อสร้างอาคารใหม่เพิ่มเติมหลายอาคาร ทีม ENV ได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ทำ ENV round สํารวจและประเมินประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพิ่มเติมทั่วทั้ง รพ.</li> <li>(2) เชิญผู้เชี่ยวชาญจาก สบส.เขต1 เชียงใหม่ เข้ามาตรวจสอบความเสี่ยงด้านอาคาร สถานที่ ณ.วันที่ 7-9 สิงหาคม 2566</li> <li>(3) ส่วนของการก่อสร้างอาคารให้บริการเพิ่มเติมจะมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจากสสจ.ก่อนดำเนินการ</li> <li>(4) การปรับปรุงภายในอาคารของหน่วยงานต่างๆ ทีม ENV จะมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อแนะนำ ปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน ผลลัพธ์คือ</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) มีการปรับปรุงระบบระบายอากาศ 6 แห่ง</li> <li>(2) ได้ดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงตามคำแนะนำ 4 รายการ</li> <li>(3) ไม่พบผู้รับบริการหรือเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากความไม่ปลอดภัยในจุดที่แก้ไขแล้ว</li> </ol> <p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยง ป้องกันการเกิดอันตราย</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>และสร้างสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย ทีมได้จัดทำแผนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมโดยยึด master plan ที่มีอยู่ ดังนี้</p> <p>(1) ขยายพื้นที่ให้บริการ NCD clinic โดยการสร้างอาคาร NCD ในปี 67</p> <p>(2) ปรับพื้นที่จอดรถ Zoneหน้าเพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ</p> <p>(3) การทำทางเชื่อมอาคารระหว่างตึกเวียงป่าเป้าประชาร่วมใจกับตึกผู้ป่วยในหญิงอยู่ระหว่างการเขียนแบบแปลนการก่อสร้างโดย วิศวกรโยธา สสจ. เชียงราย</p> <p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการรักษาความปลอดภัย โดยมีเป้าหมายให้บุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมั่นใจในความปลอดภัยขององค์กร ทีมได้ดำเนินการดังนี้</p> <p>(1) ENV round เพื่อพิจารณาจุดเสี่ยง</p> <p>(2) ใช้ข้อมูลประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยตามรอยพื้นที่ที่ต้องพัฒนาเร่งด่วน</p> <p>(3) พิจารณาข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานของบุคลากร เกิดผลลัพธ์ ดังนี้</p> <p>(1) ติดตั้งระบบกล้องวงจรปิดเพิ่มในจุดเสี่ยง ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 จุด โซนผู้ป่วยจิตเวช ในตึกผู้ป่วยใน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>2 จุด คลังพัสดุ 2 จุด ลานจอดรถ 3 จุด บ้านพัก 2 จุด โรงพัก ชยะ 1จุด</p> <p>(2) เพิ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในเวรป่าาย 1 คน ประจำอยู่บริเวณหน้าห้องฉุกเฉิน ติดตั้งประตูอัตโนมัติทางเข้า ห้องฉุกเฉิน</p> <p>(3) ติดตั้งกรงกันผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง และ เกิดผลลัพธ์ สามารถติดตามเหตุการณ์ย้อนหลังจากกล้องวงจรปิด เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้าระงับเหตุได้ทันท่วงที และ ไม่พบเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินได้รับอันตรายจากญาติผู้ป่วย - เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการวัสดุและของเสียอันตราย โดย มีเป้าหมาย ใ้บุคลากรและผู้ป่วยมีความปลอดภัย ที่มงาน ดำเนินการดังนี้</p> <p>1) นำวัสดุอื่นมาใช้ทดแทนวัสดุอันตราย เช่น เครื่องวัดความ ดัน วัดไข้ ดิจิตอล วัสดุอุดสีเหมือนฟัน เป็นต้น</p> <p>2) สร้างความเข้าใจการจัดการสารเคมีในระดับหน่วยงานและ นำลงสู่การปฏิบัติ ทั้งการจัดเก็บการทำลายและการกำจัด เบื้องต้น เช่น จัดหาชุดจัดเก็บปรอทไว้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมสอนวิธีใช้งาน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			3) มีจุดรวบรวมขยะอันตรายอยู่ที่โรงช่างโดยมีเทศบาลมารับไปกำจัดเดือนละ 1 ครั้ง ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับอันตรายจากวัสดุและของเสียอันตราย
42. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค]**	3	L	- เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากอัคคีภัย ทีมENVได้จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล มีการเดินสำรวจ ค้นหาพื้นที่เสี่ยง และหาวิธีลดความเสี่ยง มีการติดตั้งเครื่องดับควันในที่ที่สำคัญ ได้แก่ คลังยา ห้องserver ห้องเก็บถังออกซิเจน คลังพัสดุ มีการสำรวจและติดตั้งเส้นทางหนีไฟเพิ่มเติม มีการบำรุงรักษาถังดับเพลิง ไฟฉุกเฉิน ผลลัพธ์ ยังไม่พบอุบัติการณ์เกิดอัคคีภัยในหน่วยงาน - เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการจัดการอัคคีภัย จึงมีการซ้อมแผนอัคคีภัย การขนย้ายผู้ป่วยและของสำคัญ การใช้ถังดับเพลิง ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น
43. เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค [II-3.2ก, ข]	4	I	เพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นมีความพร้อมใช้ และเพียงพอต่อการให้บริการ ทีมENV ได้จัดทำแผนบริหารเครื่องมือซึ่งประกอบด้วย การสำรวจเครื่องมือที่มีอยู่ ความต้องการใช้เพิ่มเติม การจัดหาเครื่องมือเพิ่ม การบำรุงรักษา การสอบเทียบประจำปี(ผ่าน 100%) และแผนการยืมเครื่องมือต่าง

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>หน่วยงาน ผลลัพธ์ ไม่พบรายงานเครื่องมือไม่เพียงพอต่อการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถใช้งานเครื่องมือที่มีความซับซ้อนได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ได้มีการจัดอบรม โดยบริษัทเจ้าของเครื่องมือ และมีคู่มือการใช้งาน กรณีมีเจ้าหน้าที่ใหม่ จะมีการปฐมนิเทศการใช้เครื่องมือโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้เครื่องมือได้</li> <li>- เพื่อให้ระบบสาธารณสุขปลอดภัยพร้อมใช้ ทีม ENV ได้สำรวจปริมาณการใช้ระบบสาธารณสุขปลอดภัย นำมาวิเคราะห์ความต้องการ นำไปสู่การจัดหาให้เพียงพอ ผลลัพธ์ ระบบไฟฟ้า ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบโทรศัพท์ เพียงพอต่อความต้องการ แต่ที่ยังต้องพัฒนาเพิ่ม คือ ระบบน้ำประปา</li> <li>- เพื่อให้ระบบบริการในจุดสำคัญสามารถให้บริการได้ตลอดเวลา จึงจัดให้มีระบบไฟฟ้า และก๊าซสำรอง มีการบำรุงรักษาเป็นประจำ ผลลัพธ์ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ระบบไฟฟ้าและก๊าซสำรองสามารถใช้งานได้ตามปกติ</li> </ul>
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]	3.5	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้รับบริการรู้สึกสะดวกสบาย มี</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>อุณหภูมิและการระบายอากาศ แสง เสียงที่ดี ขณะรอรับบริการ โรงพยาบาลได้ใช้การฟังเสียงผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในการดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดโซนพื้นที่สีเขียวทั้งในและนอกอาคาร</li> <li>2) มีการย้ายคลินิกให้บริการบางโรคเพื่อลดความแออัด</li> <li>3) มีการติดตั้งเครื่องฟอกอากาศในทุกหน่วยงาน</li> <li>4) มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศในจุดให้บริการที่มีความร้อนสูง เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องกายภาพ ห้องงานปฐมภูมิฯ ห้องตรวจANC เป็นต้น</li> <li>5) มีการวัดความสว่าง เสียง และดำเนินการแก้ไข ได้แก่ ติดหลอดไฟเพิ่ม มีการกั้นกระจกเพื่อลดเสียงเครื่องกรองน้ำห้อง LAB ผลลัพธ์ทำให้ผู้รับบริการและบุคลากรมีความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมมากขึ้น</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายป้องกันการสะดุดล้มของผู้สูงอายุที่มารับบริการใน NCD clinic ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทีมมีแผนปรับพื้นที่และเพิ่มราวจับทางต่างระดับที่อาคารNCD</li> <li>- เพื่อส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โรงพยาบาลได้จัดจำหน่ายสินค้าที่ดี</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ต่อสุขภาพ ณ จุดแพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และร้านค้า สหกรณ์ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์ มีเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยสนใจ ซื้อสินค้าเพื่อสุขภาพ ณ จุดดังกล่าว ไม่มีเจ้าหน้าที่หรือ ผู้รับบริการได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายใน จุดดังกล่าว</p>
<p><b>45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]</b></p>	<p>4</p>	<p>I</p>	<p>- เพื่อให้การเปิดให้บริการของโรงพยาบาล ไม่ส่งสร้าง ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน จึงได้ดำเนินการควบคุม บำรุงรักษา และตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด ก่อนปล่อย ทิ้ง 4 ครั้งต่อปี(ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน) มีการตรวจหมอนไข พยาธิในกากตะกอน(ไม่พบ) มีการส่งเสริมให้แยกขยะ recycle กำจัดขยะแต่ละประเภทอย่างถูกต้องเหมาะสม มีการนำระบบ paperless มาใช้เพื่อลดการใช้กระดาษ ผลลัพธ์ ไม่พบข้อ ร้องเรียนจากชุมชน ผลการตรวจน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่พบขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ปนเปื้อนไปในชุมชน</p> <p>- เพื่อให้โรงพยาบาลมีส่วนรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม จึงได้ทำ สัญญากับ การไฟฟ้านครหลวง เพื่อติดตั้ง solar roof จำนวน 240 กิโลวัตต์ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอน กฟน.หาผู้รับเหมามา ติดตั้ง และมีการใช้หลอดไฟ LED ทดแทนหลอดฟลูออเรสเซนต์ ซึ่งปัจจุบัน ใช้ไปมากถึงร้อยละ 80 และมีการสนับสนุน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			รถไฟฟ้าเพื่อลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน เช่น งานสุขาภิบาล งานจ่ายกลาง งานพัสดุ เป็นต้น ผลลัพธ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. มาตรฐาน Green And Clean Hospital ระดับ ดีมาก พัส 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับ คุณภาพ

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

#### เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ความปลอดภัย สวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความพร้อมใช้ และประสิทธิภาพของเครื่องมือและระบบ สาธารณูปโภค

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. มาตรฐาน Green And Clean Hospital ระดับ ดีมาก พัส 2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับ คุณภาพ	0	0	0	1	0	0
2. อุบัติการณ์ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย/สูญหายในโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0
3. อุบัติการณ์การเกิดเพลิงไหม้ในโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
4. อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงไม่พร้อมใช้	0	0	0	0	0	0
5. ระบบไฟฟ้าสำรองไม่สามารถใช้งาน	< 5 ครั้ง/ปี	0	0	0	0	0
6. ร้อยละเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการสอบเทียบ	100%	N/A	100	100	100	100
7. ระบบบำบัดน้ำเสียมีคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
8. ผลการตรวจน้ำอุปโภค บริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	มาตรฐาน	มาตรฐาน	มาตรฐาน	มาตรฐาน	มาตรฐาน	มาตรฐาน
9. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ
10. มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital	ดีมาก	ดี	ดีมาก	ดีมาก+	ดีมาก+, challenge	challenge

## II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-4.1 องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

II-4.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

**i. บริบท**

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิมิขนาด 90 เตียง ผู้รับบริการในปี 2563-2567 (ข้อมูล ณ.31 มีนาคม 2567) แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 504 ครั้ง พบโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางระบบทางเดินหายใจมากที่สุดเฉลี่ยปีละ 3,694 ครั้ง แผนกผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 56 ราย เฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน พบโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารมากที่สุด 724 ครั้ง (ระบบรายงานโรค(รง.506)) การติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และการรับมือการเกิดโรคอุบัติใหม่ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ 1) การทำหัตถการที่จำเป็นต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย ได้แก่ การคาสายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเย็บแผล การเย็บแผลฝีเย็บ 2)การให้บริการผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 2 ปี ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยมะเร็ง เจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุและติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งและเข็มที่มดดำ เชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ Escherichia Coli Klebsiella Pneumoniae ESBL, Pseudomonas aeruginosa มีICN 1 คน (Full-time) สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มี ICWN 5 คน สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางสาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน (Part Time)เป็นผู้ประสานงานในหน่วยงาน

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p><b>46. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention &amp; Control-IPC) [II-4.1ก]</b></p>	3	L	<p>- เพื่อการจัดการบริหารระบบ IC ที่มีประสิทธิภาพทบทวน คณะกรรมการ IC ทุก 1 ปี โดยมีองค์กรแพทย์เป็นประธาน และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำคัญได้แก่ เภสัชกร เทคนิค การแพทย์ พยาบาล กายภาพ และทีมสนับสนุนบริการอื่น เช่น งานบริหารงานทั่วไป เพื่อกำหนด วัตถุประสงค์ร่วมกัน นำไปสู่กลยุทธ์ และการออกแบบระบบการเฝ้าระวังได้ ครอบคลุม กำหนดนโยบายโดยใช้ 3P Safety เป็นมาตรการ สำคัญ และเผยแพร่สู่บุคลากรโดย IC Man (คณะกรรมการ IC ที่ไม่ใช่พยาบาล)</p> <p>- เพื่อให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเพียงพอและ เข้าถึงง่ายจัดเตรียมทรัพยากร ได้แก่ PPE น้ำยาทำลายเชื้อ Alcohol Handrub วางแผนจัดการทรัพยากรในภาวะปกติ ไม่ มีการระบาด โดยให้งานเภสัชกรรมและงานพัสดุสำรองการใช้ ไว้ให้เพียงพอต่อการเบิก และในภาวะการเกิดโรคระบาด ได้ มีจุดการบริหารจัดการ PPE เพื่อจัดลำดับความจำเป็นและ ปริมาณเพียงพอต่อการใช้</p> <p>- เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>1)ดำเนินการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยในระบบ HosXP ที่ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วย ทำให้ทราบข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการและ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ระบบ thai refer เพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อรับผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาลตติยภูมิ</p> <p>2)มีการนำเสนอข้อมูลด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อและการปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมแจ้งให้หน่วยงานรูปแบบDash Bord ของโรงพยาบาล - เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านวิชาการ</p> <p>1)การสนับสนุนให้ ICWN ทำCQIระบบที่เป็นปัญหาของหน่วยงานเพื่อต่อยอดนำผลงานวิชาการไปนำเสนองานวิชาการของสมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>2)จัดทำแผนฝึกอบรมประจำปี สำหรับ ICWN และแผนการทบทวน แนวปฏิบัติ IC สำหรับบุคลากรพยาบาล</p> <p>3)ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยและเหมาะสม ดังนี้ เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกัน HAP และ CA-UTI อ้างอิงจากแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ใช้แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation คณะ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และBest Practices in IV care ของโรงพยาบาลน่าน การดูแลและป้องกันผู้ป่วย COVID-19 ใช้แนวทางของกรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค</p> <p>4)การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่โดยเน้นไม่เกิน 1 เดือนหลังเข้าทำงาน เน้นหลัก Standard Precautionsและแผนการประเมินหลังการให้ความรู้เมื่อปฏิบัติงานครบ 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจมีการกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานคัดกรองและแยกผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ ตรวจรักษาที่คลินิก ARI</li> <li>- เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานที่ดี ได้ดำเนินงานกับทีมพัฒนาที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและทีมกำหนด 3P Safetyเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล</li> <li>2)ร่วมกับทีม RM เชื้อประสานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการลงความเสี่ยงในโปรแกรมและนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา</li> <li>3)ร่วมกับ PTCเกี่ยวกับการใช้และติดตาม ยาต้านจุลชีพ อย่างสมเหตุสมผล และติดตามการใช้ยา DUEและการใช้ข้อมูล antibiogram เพื่อพิจารณาการใช้ยาต้านจุลชีพ</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>4)ร่วมกับ ENV ในการสำรวจสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยง และป้องกันการติดเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ การตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำเสีย</p> <p>5)ร่วมกับ HRD ในข้อมูลสุขภาพบุคลากรร่วมดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีนในบุคลากร</p> <p>- เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ได้ดำเนินการดังนี้ มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยวางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วย เช่นการให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ การดูแลแผลเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 มีการเยี่ยมบ้านและการปฏิบัติตัว Home Isolation การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหน้าท้อง</p>
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]**	3	L	<p>- เพื่อให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ</p> <p>1) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นแบบ Hospital wide โดยสำรวจความชุกของการติดเชื้อทุก 1 เดือน และเป็นแบบ Targeted surveillance ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ เฝ้าระวังการติดเชื้อจากการทำหัตถการ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ได้แก่ Episiotomy การเย็บแผล โดย ICN ร่วมกับ ICWN เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ทุกเดือน</p> <p>2) การติดตามแบบแผนการดื้อยาจากข้อมูล Antibiogram มีการวิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพเสนอต่อองค์กรแพทย์ PCT และ PTC ผลการทำ Antibiogram ทำให้แพทย์สามารถนำข้อมูลมาพิจารณาการใช้ยา และแพทย์สามารถนำผลการเพาะเชื้อปรึกษาแพทย์โรคติดเชื้อ รพ.เชียงใหม่ประชาชนุเคราะห์เพื่อให้ผู้ป่วยรับยาที่เหมาะสม</p> <p>3) การเฝ้าระวังความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพื่อเป็นข้อมูลให้แก่แพทย์ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูลปี 2565-2567 พบมีแนวโน้มการติดเชื้อในตำแหน่งการติดเชื้อ CA-UTI และ HAP เพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์พบว่า CA-UTI พบผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน และการติดเชื้อ HAP เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ช่วยเหลือตัวเองได้นอน ได้ปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยแบบประเมิน Check list ตาม BUNDLE และประเมินติดตามทุก 1 เดือน</li> <li>- เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องถึงชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีการรักษาต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยล้างไต</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ทางหน้าห้อง (CAPD) ได้จัดตั้งคณะกรรมการ IC ระดับ รพ. สต.เพื่อส่งต่อข้อมูลผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง(COC)เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง</p>
<p><b>48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]</b></p>	<p>4</p>	<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย และผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่</li> <li>1)ได้ปรับปรุงมาตรฐานและคู่มือการปฏิบัติเรื่องการจัดการเชื้อคือยาให้ทันสมัย</li> <li>2)จัดระบบการเฝ้าระวังเชื้อคือยา AMR ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผลพบว่าหลังทำแนวทางไปปฏิบัติพบว่าระบบการเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ยังต้องพัฒนา</li> <li>- เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานที่สำคัญ ได้ปรับปรุงมาตรฐานให้ตรงกับบริบทหน่วยงานมีการประเมินผลด้วยแบบประเมิน Check list</li> </ul>
<p><b>49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]*</b></p>	<p>3</p>	<p>L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อกันได้ทางโลหิต เช่น HIV Hepatitis B&amp;C - เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกลุ่มผู้ป่วยเชื้อคือยา ระบุการติดเชื้อคือยาที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้แก่ Escheriachia coli</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>Klebsiella, pneumonia, Pseudomonas aeruginosa จัดทำแนวปฏิบัติและพื้นที่ และ อุปกรณ์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ - เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ จัดซ้อมแผนบนโต๊ะ ซ้อมแผน มอบหมายหน้าที่แต่ละฝ่ายเพื่อเตรียมการเมื่อเกิดการระบาด</p> <p>- เพื่อให้บุคลากรได้รับความปลอดภัยจากการติดเชื้อ</p> <p>1) ร่วมกับงานอาชีวอนามัยในการจัดกลุ่มความเสี่ยงในการทำงาน</p> <p>2) ตรวจสอบสุขภาพและให้วัคซีนตามความเสี่ยงการปฏิบัติงาน ทบทวนแนวทางเมื่อบุคลากรได้บาดเจ็บหรือติดเชื้อจากการทำงาน</p>

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. การสนับสนุนให้ ICWN ทำ CQI ในหน่วยงาน 2. ต่อยอดนำเสนอผลงานในประชุมวิชาการของสมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

ระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และการเฝ้าระวังที่เหมาะสม มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP Rate/1,000 Vent. Days)*	1	0.28	0.40	0.57	0.57	0.69
อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน ปัสสาวะ(CAUTI/1,000 Cath. Days)*	3	0.80	1.29	0.83	1.45	2.92
อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอด เลือดส่วนกลาง (CLABSI/1,000 Cath. Days)*	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0	0	0	0	0

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

II-5.1 องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

II-5.2 ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

**i. บริบท**

ระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า กำหนดเป้าหมายให้ครอบคลุมการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพ การออกแบบ ปี 2567 สามารถใช้ระบบ Paperless ได้ 100 % โดยประวัติเวชระเบียนผู้มารับบริการใช้ระบบ HOSxP ในการบันทึกเวชระเบียน ไซ้ใบนำทางเพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถติดต่อแผนกต่างๆ ตามลำดับได้ถูกต้อง ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องใช้ระบบ HARDWARE และ SOFTWARE ที่สามารถรองรับระบบได้เพียงพอ แต่ในปัจจุบัน อุปกรณ์ HARDWARE เริ่มเสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน จึงเป็นแผนพัฒนาของระบบเวชระเบียน รวมถึงกรณีเหตุฉุกเฉินที่ระบบใช้งานไม่ได้

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก,ข]	4	I	- เพื่อพัฒนาระบบ Paperless ตั้งแต่ปี 2566 โดยมีเป้าหมายเกิดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ลดความซ้ำซ้อน และลดการสูญหายของเวชระเบียน ทีมจึงมีการประชุมคณะกรรมการ IM เดือนละ 2 ครั้ง เพื่อวางระบบงาน รับฟังปัญหาการใช้งานและหาทางแก้ไขร่วมกัน ผลลัพธ์ คือ 1) สามารถใช้ระบบ Paperless ได้ 100% ในปี 2567

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>2) สามารถลดการสูญหายของเวชระเบียน ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก และเห็นความต่อเนื่องในการรักษาผ่าน ระบบ HOSxP</p> <p>3) เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างหน่วยงานจากการขาดการบันทึกเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ก่อนส่งต่อผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกไปผู้ป่วยใน ส่งผลเรื่องการดูแลต่อเนื่องในการรักษา เช่น การบริหารยา การแจ้งผล LAB จึงแก้ปัญหาโดย recheck ผ่านการสอบถามทางโทรศัพท์ และมีแผนพัฒนาการลด human error โดยการกระตุ้นการรายงานความเสี่ยง และการตามรอยในหน่วยงาน</p> <p>- เพื่อพัฒนาระบบ Paperless โดยมีเป้าหมายป้องกันความเสี่ยงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไม่สามารถใช้งานได้ รพ. มีมาตรการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีระบบสำรองข้อมูล</li> <li>2) มีเจ้าหน้าที่ IT รองรับการเกิดอุบัติเหตุ 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่เกิดอุบัติเหตุระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไม่สามารถใช้งาน ซึ่ง รพ. มีแผนพัฒนาการสำรองอุปกรณ์บนระบบเครือข่ายในปี 2568</li> </ol> <p>- เพื่อปรับปรุงเวชระเบียนให้ตรงตามความต้องการของผู้ให้บริการ โดยมีเป้าหมายสื่อสารในหน่วยงาน และระหว่าง</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>วิชาชีพ ในการประชุมคณะกรรมการ IM ตัวแทนหน่วยงานที่ต้องการเพิ่มหรือลดแบบฟอร์มต่างๆ ที่ไม่มีในโปรแกรม HOSxP จะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ IT เขียนแบบฟอร์มเพิ่มในโปรแกรม ผลลัพธ์ ในระบบ IPD Paperless มีแบบฟอร์มเพิ่มจำนวน 30 แบบฟอร์ม เช่น แบบฟอร์มการให้เลือด</p> <p>แบบฟอร์มการประเมินภาวะติดเชื้อ เป็นต้น - เพื่อแก้ปัญหาการบันทึกรหัสโรค เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค สามารถให้รหัสได้อย่างถูกต้อง และนำไปประมวลเป็นสารสนเทศที่มีคุณภาพ ทิมได้</p> <p>1) ส่งแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน IM พยาบาลหน่วยงาน OPD, ER, IPD และเจ้าพนักงานเวชสถิติ อบรมการประเมินและการบันทึกเวชระเบียน</p> <p>2) ผู้อบรมมาสื่อสารในหน่วยงาน</p> <p>3) มอบให้ พยาบาล coder สุ่มตรวจเวชระเบียนของหน่วยงานตนเอง ผลลัพธ์คือ</p> <p>1) การวินิจฉัยโรคและให้รหัสดีขึ้น ทำให้อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนเพิ่มขึ้นในปี 2566 เป็น 90.87 (ผู้ป่วยนอก) และ 86.83 (ผู้ป่วยใน)</p> <p>2) สามารถนำข้อมูลเวชระเบียนมาประมวลเป็นสารสนเทศที่ถูกต้องเชื่อถือได้ใรหัสโรคทั่วไป แต่กลุ่มโรคสำคัญ ที่</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>จำเป็นต้องวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องจากการตรวจเพิ่มเติม (investigate) เช่น stemi, sepsis เป็นต้น ยังมีแผนพัฒนาโดย การมีระบบการตรวจสอบจากแพทย์ Audit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อพัฒนาปรับปรุงกระบวนการจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียน ผู้ป่วยกลุ่ม ARV ให้รัดกุมปัจจุบันใช้ OPD Paperless ผู้เข้าถึงข้อมูลกำหนดเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ผลคือ ไม่พบอุบัติเหตุในการเปิดเผยข้อมูล ARV</li> </ul>
51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์และถูกต้อง จึงส่งตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าอบรมเรื่องการบันทึกเวชระเบียน ภายนอกโรงพยาบาล มีการวางระบบการทบทวนที่สม่ำเสมอ ทุก 3 เดือน จัดประชุมอบรมแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ภายในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ คือ อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนเพิ่มขึ้น</li> <li>- เพื่อพัฒนาระบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวแทนทีม คณะกรรมการ IM เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ PCT ได้ ประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป เช่น การจัดอันดับโรคผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ข้อมูลการรับ REFER BACK /การบันทึกการตายในโปรแกรม HOSxP ซึ่งถือเป็นโอกาสพัฒนาของทีม IM ต่อไป</li> </ul>

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. ผลคะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2566 (External) คะแนนคุณภาพการบันทึก ผู้ป่วยในได้ร้อยละ 86.83 และผู้ป่วยนอกได้ ร้อยละ 90.87
2. พัฒนาระบบ IPD Paperless 100 %
3. พัฒนาระบบ V-LAN เพิ่มผู้ใช้งานจาก 254 IP เป็น 762 IP
4. เปิดใช้งานระบบ Datacenter ของโรงพยาบาล ในปี 2566

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80%	76.88	N/A (ภายใน: 94.97 )	N/A (ภายใน: 96.88 )	90.87	N/A(ภายใน: 98.73 )

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 80%	79.07	N/A (ภายใน: 86.77)	N/A (ภายใน: 79.64)	86.83	N/A(ภายใน: 87.37 )
3. CMI	0.5 - 0.7	0.73	0.70	0.68	0.68	0.68
4. จำนวนครั้งที่ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไม่สามารถใช้งานได้ภายใน 30 นาที หลังเกิด breakdown	0	0	1	0	0	0

## II-6 ระบบการจัดการด้านยา

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-6.1 องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

II-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งจ่ายจนถึงการบริหารยา.

### **i. บริบท**

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจากสาขาวิชาชีพ มีหน้าที่วางนโยบาย กำกับดูแล และติดตาม และพัฒนาระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มียาเพียงพอ พร้อมใช้ การใช้ยาสมเหตุผล ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ การวางแผน การจัดทำบัญชียา การจัดหาการจัดเก็บเวชภัณฑ์ยา การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง การจัดยา และส่งมอบยา และการบริหารยา รวมถึงการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และกำหนดอัตราสำรองคลังไม่เกิน 1.5 เดือน ในการดำเนินการติดตามผลการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert drugs) ได้พัฒนาการติดตามโดยกำหนดอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเฉพาะยา ติดตามผ่าน line application กำหนดมาตรการป้องกันการแพ้ยารุนแรง วางมาตรการติดตามยาเดิมผู้ป่วย (medication reconciliation) ความเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ โดยวางมาตรการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่าย ทำให้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 จนถึงปัจจุบันยังไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ในส่วนการสั่งยาแพ้ซ้ำเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยในการเขียนคำสั่งแพทย์ผู้ป่วยในโดยไม่ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หลังจากเปลี่ยนระบบการสั่งยาผ่านระบบ paperless ตั้งแต่ ต.ค. 2566 ยังไม่พบความเสี่ยงนี้ โอกาสพัฒนาที่สำคัญได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมผ่าน telemedicine ซึ่งนอกจากจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแล้ว กระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับยาเป็นโอกาสที่สำคัญที่สามารถพัฒนาให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วย telemedicine ได้อย่างเต็มรูปแบบ

### **ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *,**	4	I	<p>- เพื่อพัฒนากระบวนการป้องกัน ME/ADE โดยมีเป้าหมายเกิดความปลอดภัยด้านการใช้ยา ทีมได้ดำเนินการ โดยนำระบบ HRMS on cloud มารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน รพ. ซึ่งระบบนี้ช่วยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง เมื่อตามรอยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบอุบัติการณ์ med error ระดับ E up ในปี 2565-2566 เป็น 2 และ 1 ครั้ง ทีมได้ทำ RCA 100% ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการให้ยาผิดชนิด ซึ่งเกิดจากการจัดเก็บยาที่มีลักษณะภายนอกคล้ายกัน จึงมีการปรับปรุงการจัดเก็บยาในแผนกผู้ป่วยนอกและใน และมีการระบุชื่อยาชัดเจนขึ้น ผลลัพธ์ในปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ med error ระดับ E up</p> <p>- จัดทำแบบประเมิน Preventable ADR เพื่อคัดกรอง ADR ที่เกิดขึ้นว่าป้องกันได้หรือไม่ โดยให้มีการประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่มีการประเมินการแพ้ยาจากเภสัชกร ผลพบ Preventable ADR ซึ่งทั้งหมดเป็นยาที่ได้รับจากแหล่งอื่น</p> <p>- เพื่อป้องกันการเกิด MALA ในผู้ป่วยที่ได้รับยา mefomin ทีม PTC ร่วมกับทีม PCT ได้ดำเนินการดังนี้</p> <p>1) มีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นปี 2567 2 ราย พบว่าเกิดในผู้ป่วยที่รับยา รพสต.ซึ่งได้พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง ทำให้ขาดการเฝ้าระวัง และมีการกินยาที่มีผลต่อไตร่วม</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>2) ทีมจึงกำหนดขนาดยาสูงสุด และเกณฑ์การติดตามดูค่าการทำงานของไต</p> <p>3) ประสานงานแม่ข่าย เรื่องการปรับเกณฑ์หยุดการให้ Metformin หากเกิดภาวะท้องเสีย อ่อนเพลีย กินได้น้อย</p> <p>4) มีระบบปรึกษาแพทย์</p> <p>5) แจงข้อมูลให้ รพสต.เครือข่าย และให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการสังเกตอาการเบื้องต้น ผลลัพธ์หลังดำเนินการไม่พบการเกิด MALA จาก metfomin</p>
<p><b>53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]</b></p>	3.5	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกำหนดและ review Serious ADR และมีระบบติดตามการใช้ยา HAD เป็นประจำทุกวัน ผลการติดตามไม่พบ Serious ADR ของยา HAD ซึ่งอุบัติการณ์ที่พบเป็นเพียง ADR ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การเกิด hypotension หลังจากได้ยา Niacardipine ซึ่งมีการ monitor BP และไม่เกิดอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย</li> <li>- มีระบบดักจับ DI ของยาสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันผ่านระบบ HOS XP ผลไม่พบ DI จากยาดังกล่าว</li> <li>- พัฒนาระบบสำรองยาในแพทย์แผนไทย มีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นทุกวัน</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
54. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก]	4	I	พัฒนาระบบการตรวจสอบการใช้ยาในเวรตึก โดยเภสัชกรเวรเช้าจะ review การใช้ยาในเวรตึก และได้กำหนดรายการยา HAD ที่สามารถ รคส ได้ คือ MgSO4 และ KCl ซึ่งต้องตรวจดูผล LAB และค่า CrCl และให้ชี้แนวทางการบริหารยา HAD ตามกำหนดมีทั้งคู่มือและวิธีใช้ใน Hosxp อัตโนมัติ ผลการดำเนินการ ไม่พบอุบัติการณ์ dispensing error ในเวรตึก
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]	4	I	- ระบบการสั่งยาใช้ระบบ paperless มีการ monitor กระบวนการสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง พบปัญหาการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้องโดยแพทย์ที่หมุนเวียนขาดความชำนาญในการใช้โปรแกรม HosXp ดังนั้นหากมีแพทย์หมุนเวียนให้นิเทศโดยเภสัชกรและแพทย์พี่เลี้ยง - ได้ปรับฉลากยา ในเรื่องขนาดอักษร รูปภาพกำกับเวลาการใช้ยา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่บกพร่องในการอ่านหนังสือสามารถเข้าใจการใช้ยามากขึ้น
56. การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	3.5	I	ผู้ป่วยในมีการให้ใช้ระบบ paperless สั่งยา และบันทึกการบริหารยา ผ่านระบบ HosXP ซึ่งสามารถป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้ ร้อยละ 100 หากผู้ป่วยนั้นมีการบันทึกข้อมูลแพ้ยาในระบบ รวมถึงระบบแพ้ยา on cloud ในเครือข่ายจังหวัดเชียงราย ซึ่ง รพ.สต. สามารถเข้าดูข้อมูลแพ้ยาในระบบได้ทันที ไม่พบการแพ้ยาซ้ำจาก รพ.สต. สำหรับระบบmed reconcile ผู้ป่วยใน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>จากการใช้ระบบ paperless จะแจ้งข้อมูลยาเดิมผู้ป่วย เพื่อสื่อสารในทีม ช่วยให้บริหารจัดการ การใช้ยาผู้ป่วยในช่วงรอยต่อได้อย่างปลอดภัย ผลจำนวนผู้ป่วยได้รับยาที่ควรได้รับ ขณะนอนโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ต่อ 1000 วันนอน ปี 2565, 2566 และ 2567 เป็น 100, 95.58 และ 93.57 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จึงได้พัฒนาระบบ Med reconcile โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์กรแพทย์จะส่งรายการเดิมให้ครบภายใน 24 ชั่วโมง พยาบาลจะแจ้งแพทย์ให้ทราบในกรณีที่แพทย์สั่งยาไม่ครบหรือไม่ได้ส่ง เกสซ์กรตามประวัติยาและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการส่งยากรณีสั่งยาไม่ครบ เกสซ์กรแยกรายการยาที่ยังไม่ได้พิจารณาสั่งยาให้ชัดเจน และประสานทีม IT ให้การสั่งยาเดิมมีความสะดวก รวดผลการดำเนินการ</p>

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. HAD กำหนด HAD เป็นวาระสำคัญในการประชุม PTC ทุกไตรมาส เพื่อ monitor serious ADR ที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อทบทวนหาทางพัฒนาระบบการใช้ยา HAD ให้เกิด zero serious ADR รวมถึงreview serious ADR เพื่อกระชับระบบการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพดีที่สุด

- 2. Med reconcile OPD ทำ med reconcile ในเคส NCD ทุกเคส และ IPD ใช้ระบบ paperless ในการ notify ทีมรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ควรได้รับอย่างต่อเนื่อง
- 3. แพทย์ชำระระบบการสั่งยาให้แพทย์เป็นผู้สั่งยาเท่านั้น เพื่อให้ระบบ HosXPคัดกรอง ป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ซ้ำ ผลที่ได้รับพบว่าผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเท่ากับศูนย์ราย รวมถึงกระตุ้นให้ทุกจุด คัดกรองประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อนำประวัติการแพ้ยาบันทึกลงใน HosXPรวมถึงการพัฒนากระบวนการแพ้ยาเครือข่ายจังหวัด เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับจังหวัดลงสู่ รพ.สต. ทุกหน่วยบริการสามารถเข้าถึงประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยได้
- 4. Warfarin พัฒนาระบบการคัดกรองปัญหา compliance ของการใช้ยา warfarin โดยในรายผู้ป่วยที่มี INR ไม่อยู่ในเป้าหมายการรักษา จะมีการส่งผู้ป่วยเข้ามา pre-counseling กับเภสัชกรก่อนพบแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาหรืออาหารเสริม
- 5. LASA ติดตามอุบัติการณ์ med error จากคู่มือ LASA เป็นประจำทุกสัปดาห์จากระบบ HRMS แล้วนำข้อมูลอุบัติการณ์ med error จากคู่มือ LASA ที่พบมาวิเคราะห์หาสาเหตุของ med error แล้วดำเนินการแก้ไข อนาคตวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยระบุตำแหน่งของช่องยาบนฉลาก เพื่อมุ่งหวังให้ลดอุบัติการณ์การเกิด med error จาก LASA ให้มากที่สุด

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

ระบบการจัดการด้านยาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และการมียาที่มีคุณภาพ พร้อมใช้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. Medication error with harms (ระดับ E ขึ้นไป)	0	4	4	2	1	0
2. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) : Prescribing*	<5	3.54	0.41	0.33	0.59	1.28
3. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) : Pre-dispensing*	<10	3.90	5.23	4.40	4.41	2.35

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
4. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) : Dispensing*	<1	0.13	0.11	0.07	0.08	0.13
5. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) : Administration*	<1	0.02	0.09	0.30	0.38	0.05
6. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ1000 วันนอน) : Prescribing*	<5	0.04	0.38	1.66	0.16	0.33
7. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ1000 วันนอน) : Pre-dispensing**	<10	15.20	20.16	7.48	4.43	0.99
8. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ1000 วันนอน) : Dispensing**	<1	0.15	0.97	0.65	0.56	0.37
9. อุบัติการณ์ Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ1000 วันนอน) : Administration*	<1	0.56	0.75	0.30	0.38	0.88
10. อุบัติการณ์ Medication error : LASA drug	<1	0.07	0.06	0.01	0.53	0.30
11. อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	0	0	0	0	0	0
12. จำนวนผู้ป่วยได้รับยาที่ควรได้รับขณะนอนโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ต่อ 1000 วันนอน	>95	99.75	99.84	100	95.38	93.57

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
13. อัตราการสำรองยาเฉลี่ย (เดือน)	<1.5	1.36	1.34	1.42	1.24	1.18

## II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

#### i. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก): - ให้บริการตรวจเอกซเรย์ด้วยเครื่องเอกซเรย์ถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทั่วไป ตลอด 24 ชม. ทั้งในเวลาและนอกเวลา ณ ห้องตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ห้องหมายเลข 13 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยทั่วไป - เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ให้บริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและ Trauma ห้อง ER ,ผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจ, TB, ห้องแยก , ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นต้น - เครื่องอัลตราซาวด์ ห้องหมายเลข 14 ให้บริการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโดยแพทย์ นักรังสีการแพทย์ ดูแลด้านเทคนิคการตรวจและการเตรียมผู้ป่วย - ให้บริการส่งต่อผ่านระบบเครือข่ายรังสีเชิงรอย ผ่าน Cloud /X-link , และ Write CD ส่งต่อเพื่อการรักษา, ลงผล CT,MRI ,US จากโรงพยาบาลอื่นเข้าระบบ PACs เพื่อใช้เป็นข้อมูลประวัติการรักษา - การส่งตรวจภายนอกดำเนินการส่งศูนย์เอกซเรย์เอกซเรย์ ส่งโดยแพทย์ในรายที่มีความจำเป็น การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี - จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา) : มีบุคลากรทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วย นักรังสีการแพทย์ (วทบ.รังสีเทคนิค) จำนวน 3 คน มีใบประกอบโรคศิลปะ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิคจำนวน 2 คน ปฏิบัติงานภายใต้การควบคุม กำกับของนักรังสีการแพทย์ - จำนวนรังสีแพทย์ : ไม่มี - เทคโนโลยีสำคัญ: ระบบ PACs ,Digital Radiography (DR) ,Computed Radiography(CR) และ Artificial Intelligence(AI)

#### ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	3.5	I	<p>- การจัดทำค่าปริมาณรังสีอ้างอิงเครื่องเอกซเรย์ระบบดิจิทัล (DR) ร่วมกับ ศวก ที่ 1/1 เชียงราย ผลลัพธ์ได้ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานของประเทศไทย หน่วยงานสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงในการให้บริการ</p> <p>- การนำ AI มาใช้ในการให้บริการ คัดกรองโรคในบริเวณทรวงอก เช่น TB, Cardiomegaly, Atelectasis, Pulmonary Edema, Lung Opacity, Mass, Nodule, Pleural Effusion ผลลัพธ์ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการตรวจคัดกรองได้สะดวก และรวดเร็ว มากขึ้น ผลลัพธ์ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้สะดวก และรวดเร็ว มากขึ้น</p> <p>- พัฒนางานตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอรับการ IS จากที่मितศเครือข่ายรังสีเชียงใหม่ เพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางรังสีสามารถให้บริการได้มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย ซึ่งดำเนินการตรวจประเมินทุกปี ผลลัพธ์ ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <p>- การทบทวนทักษะการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานโดยใช้ 12 กิจกรรมทบทวน และเรียนรู้ผ่าน On the job training ผลลัพธ์บุคลากรในหน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์ - ให้การสนับสนุนในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย TB ในกลุ่มเสี่ยงต่าง</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>๑ ตามนโยบายฯหน่วยเหนือและสนับสนุนการตรวจ สุขภาพประจำปีในกลุ่มต่าง ๆ ผลลัพธ์ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถเพิ่มรายได้ ให้กับโรงพยาบาลได้</p>

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- หน่วยงานมีการพัฒนาระบบการให้บริการด้วยการนำ ระบบ PACs ระบบ DR มาใช้ในการให้บริการ ทำให้หน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และสามารถให้บริการผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการตรวจเอกซเรย์ปอด การตรวจสุขภาพ และการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และมีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับการรักษา หรือส่งต่อได้ทันเวลา ผลลัพธ์ สามารถให้บริการแก่ผู้มารับบริการได้สะดวกและรวดเร็ว สามารถรองรับปริมาณงานได้มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรวดเร็ว ลดปริมาณรังสีแก่ผู้รับบริการ
- ระบบการรับส่งภาพทางการแพทย์ผ่านระบบ Cloud SERVER (Miracle Cloud Vision) เป็นระบบส่งต่อ ข้อมูลภาพและข้อมูลการรักษา โดยการรับส่งภาพทางการแพทย์ในรูปแบบดิจิทัลผ่าน ระบบเครื่องข่ายอินเทอร์เน็ต และการรับ-ส่งข้อมูลภาพเป็นไปตามมาตรฐาน DICOM ทั้งภาพและผลอ่านฟิล์มของโรงพยาบาลในเครือข่ายรังสีเชิงรับ ผลลัพธ์ สามารถส่งต่อข้อมูลภาพและ ข้อมูลการรักษาได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น - ระบบ X-ray
- Link เป็นระบบส่งต่อข้อมูลภาพรังสีและข้อมูลการรักษาโดยการรับส่งภาพทางการแพทย์ใน รูปแบบดิจิทัลผ่านระบบเครื่องข่ายอินเทอร์เน็ต โดยการส่งข้อมูลภาพเป็นไปตาม มาตรฐาน DICOM ผลลัพธ์ สามารถส่งต่อข้อมูลภาพและข้อมูลการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และยังคงใช้งานเป็นระบบสำรองของการส่งภาพทางการแพทย์ในเครือข่ายรังสีเชิงรับ ที่ช่วยเพิ่ม ความสะดวก รวดเร็ว และการรักษาที่ทันเวลาให้แก่ผู้รับบริการ ลดค่าใช้จ่ายจากการใช้แผ่น CD ลดการได้รับปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น
- หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความสามารถด้านภาษา สามารถสื่อสารได้หลายภาษาที่เป็นสากล จึงเป็นตัวแทนในการทำหน้าที่ล่ามให้แก่หน่วยงานต่างๆ กรณีที่มีผู้รับบริการชาวต่างชาติมารับบริการ ทำให้การสื่อสารเพื่อการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น

- มีการนำ AI หรือซอฟต์แวร์ปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในภาพเอกซเรย์ทรวงอก โดย AI ที่พัฒนาขึ้นมีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของแพทย์ มีความไวสูงในการตรวจจับรอยโรคบนภาพถ่าย เอกซเรย์ทรวงอก สามารถบ่งชี้ตำแหน่งที่ผิดปกติ รอยโรคที่อาจมีขนาดเล็ก ระบบ AI จะทำงานร่วมกับแพทย์เพื่อช่วยให้ตัดสินใจได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ระบบ Paperless ของระบบรังสีวิทยาใช้โปรแกรม HOSxP ร่วมกับระบบ PACs ผลลัพธ์ การทำงานในระบบ Paperless แพทย์เป็นผู้บันทึกคำสั่งตรวจทางรังสีด้วยตนเอง ทำให้คำสั่งตรวจของแพทย์ผู้ร้องขอ ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และลดขั้นตอนการทำงานของงานทะเบียนรังสีวิทยาได้มาก อีกทั้งสามารถประหยัดงบประมาณจากการลดใช้กระดาษ

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

ความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว คุณภาพฟิล์ม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. ห้องปฏิบัติการทางรังสีวินิจฉัย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย (ศวก)	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
2. อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	< 8%	6.69	6.03	5.98	6.54	5.79
3. อัตราการถ่ายภาพรังสีผิดคน	< 1%	0.029	0.012	0.016	0.022	0.004
4. อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	< 1%	0.18	0.22	0.020	0.022	0
5. การติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร	0	0	0	5	5.20	5.15
6. ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้บริการ	15 นาที/ราย	7	5.15	5.15	5.20	5.15

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
7. จำนวนครั้งการ Down ของระบบ PACs โดยไม่ทราบสาเหตุ	ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	0	0	0	1	0
8. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ	80%	84.60	88.10	92	95	92.4
9. ผลการประเมินคุณภาพฟิล์ม	80%	84	84.00	90	NA	99.3
10. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการภายใน	80%	NA	NA	NA	NA	89.8

## II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

**i. บริบท**

- ห้องปฏิบัติการมีบริการตรวจวิเคราะห์ทางเทคนิคการแพทย์ที่จำเป็นขั้นพื้นฐานบริการตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ 06.00 -24.00 น. และให้บริการ on call 0.00-06.00 น. ในกรณีฉุกเฉินจำเป็นต่อการรักษา ให้บริการการตรวจวิเคราะห์ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ในสาขาโลหิตวิทยา สาขาเคมีคลินิก สาขาจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก สาขาภูมิคุ้มกันวิทยา สาขาจุลชีววิทยา และสาขาธนาคารเลือด (ดำเนินการประสาน จัดหา จัดเตรียมโลหิต/ส่วนประกอบโลหิตให้แก่ผู้ป่วย)

- การส่งตรวจภายนอก โดยหน่วยงานภายนอกที่ส่งตรวจต่อได้แก่ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ เขต 1/1 , ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ เขต1, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และศูนย์แล็บเอกชนที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาห้องปฏิบัติการ - การบริการภาคปฐมภูมิ งานเทคนิคการแพทย์ได้มีส่วนร่วมในการออกหน่วยตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคัดกรองโรคต่างๆ การตอบสนองนโยบาย quick win ในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ และสนับสนุนความรู้ วิชาการ การควบคุมคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่งและ 1 PCC ในอำเภอเวียงป่าเป้า

**ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยา คลินิก [II-7.2]*	4	I	I-7.2 ก.การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ - เพื่อพัฒนางานและเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ได้ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละครั้ง - เพื่อให้การรายงานผลทันเวลาประกัน ทีมได้ปรับกระบวนการ โดยเพิ่มผู้รับผิดชอบจุด in charge MT.ในการตรวจสอบประเมินเวลาการรายงานผลของ OPD จัดเวรปฏิบัติงาน 06.00 น. เพื่อเตรียมความพร้อมของเครื่องมือทำให้เกิดอัตราการรายงานผลทันเวลาเพิ่มขึ้นและประกันเวลาใน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>รายการตรวจที่เป็นภาวะวิกฤติ stroke/ MI /sepsis ภายใน 30 นาที โดยใช้ช่องทางฉุกเฉินในการตรวจวิเคราะห์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ได้คุณภาพของน้ำยาและราคาที่เหมาะสมได้เข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัดเชียงราย เพื่อคัดสรรน้ำยาที่มีคุณภาพผ่านกรรมการทดสอบทางเทคนิค และเปิดซองราคา จำนวน 47 รายการ ทำให้ลดงบประมาณการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ลงเกินร้อยละ</li> <li>- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้สำรองโลหิตไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน ตามจำนวนขั้นต่ำในการสำรองโลหิต พบว่ามีเลือดสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกราย</li> <li>- เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผลได้มีการเข้าร่วมโครงการ RLU ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล ทำให้สามารถลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นมาใช้กับสนองการจัดซื้อตามนโยบาย quick win ได้อย่างไม่กระทบแผนงบประมาณ และสามารถทำเป้าหมายได้เกินเป้าหมายที่จังหวัดกำหนดเป้าไว้</li> <li>- เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้เข้ารับการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ 2565 และผ่านการรับรองเป็นครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 - 6 กุมภาพันธ์ 2569 (2)(4)พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ได้แยกห้องเจาะเลือดให้เป็นสัดส่วน โดยแยกออกจากพื้นที่ห้องที่ทำการตรวจวิเคราะห์ แยกจากสถานที่ที่ไม่เป็นส่วนตัว ควบคุมความปลอดภัยโดยพบว่าไม่มีการติดเชื้อของบุคลากรและผู้รับบริการจากการเจาะเลือดและนำเสนอผู้บริหารในการปรับพื้นที่ในการให้บริการผู้ป่วยนอกออกจากบริเวณห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อลดความแออัด</p> <p>- เพื่อให้ง่ายต่อการดูแลรักษา และให้เครื่องมืออยู่ในสภาพพร้อมใช้ ได้จัดทำแผนเพื่อ maintenance และ calibration เครื่องมือ ปีละครั้ง โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยในปีที่ผ่านมา เครื่องมือได้ผ่านการ calibration ครบทุกเครื่อง</p> <p>- เพื่อให้เครื่องมือพร้อมใช้งาน ลดความเสี่ยงกรณีเครื่องเสีย ได้มีระบบสำรองเครื่องมือสำคัญที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก เครื่องตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด เครื่องตรวจปัสสาวะทางเคมี</p> <p>- เพื่อปรับปรุงระบบการจัดซื้อโดยมีเป้าหมายลดการสูญเสียจากการหมดอายุและเสื่อมสภาพของวัสดุหน้ายาทางการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้นำข้อมูลทางสถิติงานการทดสอบแต่ละเดือนมาวิเคราะห์เพื่อบริหารการจัดซื้อจัดจ้างและทำแผนทำให้ปี 2566 ไม่พบวัสดุหน้ายาทางการแพทย์</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>หมดอายุ ในปี 2567 การบริหารแผนจัดซื้อเป็นไปตามแผน          ครั้งปีแรก 3) ทรัพยากรบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรได้ส่งเสริมให้          บุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการตามสาขางานที่รับผิดชอบ          และจัดแผนฝึกอบรม(training need) ปีละ 1 ครั้งประเมินจาก          competency รายบุคคล ในปี 2566 บุคลากรได้เข้าอบรมใน          การประชุมวิชาการของสมาคมเทคนิคการแพทย์ และสภา          เทคนิคการแพทย์ที่จัดขึ้นประจำปี เข้าร่วมประชุม</li> <li>- เพื่อเพิ่มศักยภาพในทักษะการรองรับโรคอุบัติใหม่ เช่น โคว          วิด-19 ในปี 2563-2566 ได้จัดทำ training need การทำ          nasopharyngeal swab ให้นักเทคนิคการแพทย์ และผ่าน          ประเมินการเก็บส่งส่งตรวจทุกคนโดยนักเทคนิคการแพทย์ที่          ชำนาญการ</li> <li>- เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันโรคติดต่อ          บุคลากรได้รับป้องกันวัคซีนโควิด-19 ไขหวัดไขใหญ่ และไวรัส          ตับอักเสบบีครบทุกคน (5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบ          มาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา          ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา: - ห้องปฏิบัติการ          ที่รับตรวจต่อในรายการที่มีในภาครัฐให้จัดส่งของภาครัฐ ในปี          2567 ได้มีการต่อรองราคาความร่วมมือในระดับจังหวัดในการ เลือกใช้</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน และรายงานผลในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์สามารถบันทึกผลในระบบ HosXP มีการประเมินห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนการบริการทั้งการเก็บและรับส่งส่งตรวจ การรายงานผลภายในระยะเวลาที่ประกันไว้ อัตราค่าบริการและข้อตกลงต่าง ๆ ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ได้แก่ โรงพยาบาล เชียงราย ประชาชนุเคราะห์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เชียงราย คลินิกเอกชนเม็งรายแล็บ คลินิกเอกชนRIA (7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ - เพื่อปรับปรุงกระบวนการสื่อสารโดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการเข้าใจแนวทางการให้บริการที่ถูกต้อง จึงได้มีการจัดระบบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจให้แก่หน่วยงานภายในโรงพยาบาลและรพสต.</li> <li>2. ประชุมร่วมทีมสหวิชาชีพในที่ประชุม ทีม PCT ในการทำข้อตกลงต่าง ๆ</li> <li>3. ให้ความรู้และคำปรึกษา ระหว่างทีมทุติยภูมิและปฐมภูมิ โดยใช้สารสนเทศในการสื่อสาร II-7.2 ข.การให้บริการ (1) การจัดการเก็บส่งส่งตรวจ</li> </ol> <p>- เพื่อให้มีการจัดการกับส่งส่งตรวจที่ได้มาตรฐาน จึงมีเกณฑ์การตรวจรับและปฏิเสธส่งส่งตรวจกำหนดไว้ในคู่มือการเก็บ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>สิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ให้บริการ ทำให้อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจลดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในปี 2563ถึงปัจจุบัน ได้ปรับเปลี่ยนหลอดบรรจุเลือดสำหรับตรวจทางเคมีคลินิกและทางภูมิคุ้มกันวิทยาจากเดิม ใช้หลอด Gel clot activator เปลี่ยนมาใช้หลอด Litium heparin สำหรับการตรวจผู้ป่วย OPD ทำให้ระยะเวลารอคอยการแข็งตัวของเลือดลดลง 15 นาทีและ ในปี 2567 ได้เพิ่มการติดตามตัวชีวิตระยะเวลาการรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินได้ร้อยละ 96.1</li> </ul> <p>(2)กระบวนการตรวจวิเคราะห์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นระบบเดียวกัน จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน(SOP) แยกตามหมวดหมู่และสาขางานในห้องปฏิบัติการให้บุคลากรเรียนรู้และทบทวนวิธีวิเคราะห์และค่าอ้างอิง ค่าวิกฤต ระเบียบปฏิบัติต่างๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยในปี 2563</li> <li>- เพื่อตอบสนองการใช้ยา Drug of use และป้องกันการติดเชื้อ ทางห้องปฏิบัติการได้จัดทำ Antibiogram ประจำปีให้ทีม IC และ เกสซกร นำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูล</li> <li>- เพื่อความถูกต้องในการรายงานผลและลดอัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด ทีมได้ทำ CQI เพื่อลดอัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด โดยหาสาเหตุที่</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>แท้จริง ส่วนใหญ่เกิดจากขั้นตอน Pre analytical จากการระบุ          สิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องถูกคน โดยมีแนวทางปฏิบัติได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเก็บ สิ่งส่งตรวจสอบถามชื่อ-สกุลทุกครั้งก่อนทำ          หัตถการ</li> <li>2. การคีย์ส่งตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยให้แต่ละจุดส่ง          เป็นผู้ส่งในระบบคอมพิวเตอร์ การเลือกวันที่ส่งตรวจให้          ถูกต้องตามวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ</li> <li>3. การรีบูทโปรแกรม LIS ทุกเช้า เพื่อส่งข้อมูลให้ครบถ้วน</li> <li>4. training need เจ้าหน้าที่ใหม่ที่ยังไม่ชำนาญในงาน จากการ          ทำ CQI พบว่าอัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาดลดลง          เล็กน้อย อุบัติการณ์อยู่ในระดับ near miss A-C ซึ่งยังไม่          กระทบถึงตัวผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดจึงต้องหา          แนวทางป้องกันต่อไปและติดตามผลทุกเดือน (3) การส่งมอบ          ผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษา          ความลับ <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย ได้ปรับปรุงการรายงานผล          ตรวจผ่านระบบ Hos XP แทนการรายงานด้วยเอกสาร</li> <li>- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้รายงานค่า          วิกฤติทุกราย ทีมงานได้มีการทบทวนค่าวิกฤติร่วมกับทีมสห          วิชาชีพในทุกปีและมีการปรับค่าวิกฤติแสดงผลในระบบ</li> </ul> </li></ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>HosXP และมีระบบแจ้งเตือน LIS เพื่อให้ทีมรับทราบและโทรรายงานได้ทันที ทำให้จำนวนครั้งที่ไม่รายงานค่าวิกฤติลดลง ในปี 2566 และ 2567 เป็น 0 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายลดความผิดพลาดในการรายงานผล กำหนดให้มีระบบตรวจสอบ double check ก่อนรายงานผล โดยตำแหน่ง incharge พบว่า อัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาดลดลง ในปี 2566 เป็น 5 ครั้งและปี 2567 เป็น 1 ครั้ง ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สาเหตุจาก human error จึงได้จัด training need ในการประชุมด้านวิชาการ</li> <li>- เพื่อเพิ่มอัตราการรายงานผลทันเวลา โดยมีเป้าหมายมากกว่า 90 % และสามารถรายงานผลการตรวจผู้ป่วย NCD 50 รายแรกในช่วงเวลา 8.00-12.00 น. ทีมงานได้จัดทำปรับกระบวนการเพื่ออัตราการรายงานผลทันเวลาของห้องปฏิบัติการ โดยมีแนวทางปฏิบัติได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละสาขาวิชาให้ชัดเจน</li> <li>2.การจัดทำระบบคีย์ order และรับสติกเกอร์เตรียมอุปกรณ์ล่วงหน้าลดขั้นตอนการเข้ารับบริการทางห้องปฏิบัติการในวันนัดเจาะเลือด</li> </ol> </li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>3.การจัดเรียงลำดับความสำคัญของผู้ป่วยในการตรวจวิเคราะห์ เช่น ER ,OPD, NCD รายที่ 1- 50 ตามลำดับคิว หลังจากปรับปรุงกระบวนการพบว่าอัตราการรายงานผลทันเวลาเพิ่มขึ้น (4) การจัดการสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ - เพื่อความปลอดภัยของบุคลากร ระบบการกำจัดขยะติดเชื้อทางจุลชีววิทยา จึงมีมาตรการการอบนึ่งฆ่าเชื้อและทดสอบ spore test ผ่านทุกครั้งก่อนทิ้ง และการทำลายสิ่งส่งตรวจ เมื่อครบกำหนดระยะเวลาในการรักษา สิ่งส่งตรวจที่เป็นของเหลวเช่นปัสสาวะให้ทิ้งลงในอ่างทิ้งของเสียที่ต่อลงไปยังบ่อบำบัดของเสียของโรงพยาบาล สิ่งส่งตรวจที่เป็นเลือดและสารคัดหลั่งถูกกำจัดในถุงขยะติดเชื้อสีแดงในถังที่มีฝาครอบมิดชิด เจ้าหน้าที่ที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามตามมาตรฐานของการควบคุมการติดเชื้อ(IC) แม่บ้านจะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำขยะไปยังจุดพักขยะ รอขนย้ายจากพนักงานขนขยะไปยังโรงพักขยะ และรอการขนย้ายจากเอกชน ทำให้ไม่พบการติดเชื้อของบุคลากรทางห้องปฏิบัติการและเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดสิ่งส่งตรวจ II7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (1) ระบบบริหารคุณภาพ:</p> <p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อสามารถแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ตรงประเด็น</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ทีมงานได้ดำเนินการโดยจัดให้มีการประชุมประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อนำผลการรายงานความเสี่ยงในระบบ RM เรื่องการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาดมาช่วยกันค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและติดตามแนวโน้มทุกเดือนพบว่าอัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาดลดลง</p> <p>- เพื่อให้ระบบเอกสารง่ายต่อการค้นหาและนำไปใช้ ทีมงานได้จัดให้มีระบบเอกสารคุณภาพตามระบบเอกสารของโรงพยาบาล ประกอบด้วย คู่มือคุณภาพ(QM) , Service profile(SP) , มาตรฐานการปฏิบัติงาน(SOP) เอกสารสนับสนุน(SD) และแบบฟอร์มแบบบันทึก(FR) ผ่านการจัดทำ ทบทวน และอนุมัติ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หัวหน้าห้องปฏิบัติการและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า (2)การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:</p> <p>- เพื่อให้ผลการตรวจมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ทีมงานได้มีการทำ Interlab compare ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย จังหวัดเชียงราย ในรายการที่ไม่มี EQA และเข้าร่วม EQA กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นประจำทุกปี จากผลการทดสอบพบว่าใน 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ไม่มีสาขาใดที่เข้าร่วมมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่หากผล EQA ไม่ผ่านเกณฑ์ ทางทีมจะจัดแผนให้บุคลากรที่ได้รับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ได้เข้าร่วมอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มความชำนาญ (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทบทวนระบบคุณภาพ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง โดยครอบคลุมประเด็นการรับรองคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบคุณภาพมีประสิทธิภาพ ปรับปรุงและพัฒนากรณีที่มีความจำเป็นต้องแก้ไข มีการประชุมประจำเดือนเพื่อปรึกษาหารือ และนำเสนอต่อผู้บริหาร การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพและเป้าหมายที่ต้องการ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์จัดทำแผนพัฒนาระบบคุณภาพในปีถัดไป (4)การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:</li> <li>- ได้รับผลการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์ 2565 และผ่านการตรวจประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นครั้งที่ 5 (Laboratory Reaccreditation ; LA Re4) และได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2565 ระหว่าง 7 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 6 กุมภาพันธ์ 2569</li> </ul>

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1.ผ่านการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ( ครั้งที่ 5 ) 2.พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนัดคลินิก NCD เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอยการเจาะเลือด 3.การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในบันทึกการควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่สำคัญต่อการตรวจวิเคราะห์

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ความปลอดภัย ประสิทธิภาพในการจัดการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0
2. อัตราการประกันคุณภาพครบถ้วนและถูกต้อง	> 90 %	N/A	N/A	95	95.2	100
3. จำนวนครั้งการรายงานผลผิดพลาด ระดับ A-D	0	6	6	6	5	3
4. อัตราการรายงานผลภายใน TAT ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน	> 90 %	N/A	N/A	N/A	N/A	92.6
5. อัตราความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่	100	100	100	100	100	100
6. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	>80 %	81	88	80	80	80
7. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	>80 %	82	77	81	88	85
8. ผ่านการรับรองมาตรฐาน LA อย่างต่อเนื่อง	ผ่าน	ผ่าน re4	ผ่าน re4	ผ่าน re4	ผ่าน re5	ผ่าน re5

## II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

#### i. บริบท

ขอบเขตบริการ: ให้บริการจัดหาโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตให้ผู้ป่วย ไม่ได้เปิดรับบริจาคโลหิต มีแพทย์เฉพาะทาง มีการเปิดบริการคลินิกไต คลินิก Thalassemia ทำให้อัตราการใช้ส่วนประกอบของเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีสถิติตั้งแต่ปี 2563-2566 เท่ากับ 407, 378, 396 และ 326 ตามลำดับ การเตรียมส่วนประกอบเลือดที่ทำได้ : เบิก PRC และ LPRC จากภาคบริการโลหิตแห่งชาติเชียงใหม่และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

#### ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]*	3	L	1.ระบบการตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล: - เพื่อปรับปรุงกระบวนการใช้โลหิตโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย blood safety ได้วางแนวทางร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ในการกำหนดวิธีปฏิบัติงานตามระเบียบปฏิบัติ (SOP-LAB-

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>502) อ้างอิงจากมาตรฐานศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ และมีระบบแจ้งเตือนชนิดหมู่โลหิตในผู้ป่วยที่เคยได้รับการเติมโลหิต ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับโลหิตต้องตรวจหมู่โลหิตอีกครั้งเพื่อยืนยันก่อนเติมโลหิต ในกรณีผู้ป่วยเด็ก(0-4 เดือน) ที่ไม่เคยเติมโลหิต กำหนดให้ส่งตรวจประกอบด้วย โลหิตจากมารดาเพื่อตรวจความเข้ากันได้ของโลหิต และโลหิตจากเด็กเพื่อตรวจหาหมู่โลหิต ผ่านกรรมการ PCT - เพื่อให้เข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการขอเลือด จากการประชุม PCT วันที่ 22 มิถุนายน 2566 ได้กำหนดค่าวิกฤติที่ผู้ป่วยควรได้รับโลหิตคือ ค่า Hemoglobin น้อยกว่า 7 g/dl ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ในการขอโลหิตตามกลุ่มโรค และแจ้งเตือนเมื่อปริมาณเลือดสำรองอยู่ในระดับ minimum stock</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ได้รับเลือดทันเวลากรณีไม่มีเลือดในคลัง ทีมงานจัดทำแบบฟอร์มจองโลหิต และแนะนำให้ญาติบริจาคแลกเปลี่ยนทดแทน และประกันเวลาในการจัดหาโลหิตภายใน 7 วัน ซึ่งพบว่าในปี 2564-2566 ผู้ป่วยกลับมาเติมเลือดภายใน 7 วัน</li> <li>- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับเลือด ทีมงานได้จัดทำวิธีปฏิบัติ SOP-LAB-506 การเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด โดยใน 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าในบางรายผู้ป่วยมีอาการแพ้เลือดที่ไม่รุนแรงหลังได้เลือด ได้แก่ ไข้และหนาวสั่น ทีมงานได้</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>บันทึกประวัติการแพ้เลือดในระบบ HosXp และเลือกถุงเลือดชนิด LPRC ให้ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ ระบบขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดและผลการปฏิบัติ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะซีดได้รับโลหิตทันเวลา ทีมได้ดำเนินการขอสนับสนุนโลหิตจากกาชาดเชียงใหม่และโรงพยาบาลพระชนกเคราะห์ โดยกำหนดขั้นต่ำในการสำรองโลหิตได้แก่ หมูโลหิต A = 2 Units, หมูโลหิต B = 3 Units หมูโลหิต O = 3 Units ทำให้เลือดมีเพียงพอต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน</li> <li>- เพื่อจัดหาโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการ ได้ดำเนินการจัดทำระบบคลังโลหิตด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่บอกรายละเอียดได้แก่ จำนวนโลหิตที่คงเหลือ วันหมดอายุ รายชื่อผู้ป่วยนัด เพื่อให้ง่ายต่อการบริการจัดการ และจำนวนในการขอโลหิตได้อ้างอิงจากสถิติการใช้โลหิตต่อเดือนและให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ให้ญาติบริจาคทดแทนและอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริจาคที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:</li> <li>- เพื่อให้รักษาคุณภาพของโลหิตและความปลอดภัย ทีมงานได้มีกระบวนการขนส่งโลหิตโดยบรรจุในกระติกหรือกล่องโพลีสถานะแช่เย็นและไม่สัมผัสกับถุงเลือดโดยตรง โลหิตจาก</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 เชียงใหม่ การนำส่งด้วยรถนำส่งผู้โดยสารเชียงใหม่-เวียงป่าเป้า หรือบริษัทขนส่งเอกชน โโลหิตจากโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ ขนส่งโดยพนักงานขับรถยนต์โรงพยาบาล ทำให้ไม่พบการกำจัดโลหิตที่ไม่ได้คุณภาพ การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพภายนอก:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมการประเมินภายนอกด้านการบริการทางธนาคารโลหิตของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลที่ได้จากการเข้าร่วมระบบพบว่าห้องปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการตรวจประเมินอยู่ในระดับ ดีมาก ในปีที่ผ่านมา</li> </ul>

**iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

1.โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังเลือดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2.blood safety

**iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (ทั้งหมด/ระดับ E)*	0	0	0	0	0	0

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
2. จำนวนความผิดพลาดของการจ่ายเลือด ผิดหมู่ ผิดคน (ความรุนแรง A-D)	0	1	0	0	0	0

### II-7.3 & II-7.5 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวช & บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

#### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-7.3 องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

II-7.5 ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

#### i. บริบท

ไม่เปิดบริการในการตรวจวิเคราะห์แต่มีระบบการส่งต่อ

#### ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
60. พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก [II-7.3 / 7.5]	1	A	เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการครอบคลุม โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อทางพยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา กับโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนุเคราะห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในส่วนทางนิติวิทยา ส่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามระบบ

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ไม่ได้เปิดบริการ

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี-	ปี-	ปี-	ปี-	ปี-
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ลำช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	-	-	-	-	-	-

## II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

### i. บริบท

โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญที่อยู่ในแผนการเฝ้าระวังของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า คือ ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจรเนื่องจากเป็นเมืองประตูสู่เชียงราย, ปัญหา PM2.5 และโรคทางเดินหายใจ เนื่องจากอยู่ในพื้นที่เสี่ยงและภูมิประเทศเป็นแอ่งกระทะ, ปัญหาจิตเวชและยาเสพติดเนื่องจากมีพื้นที่เสี่ยงหลายพื้นที่, ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป และปัญหาโรคระบาด เช่น ไข้เลือดออก ระบบบริหารจัดการสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ยังเป็นการจัดการเฉพาะโรค หรือเหตุการณ์นั้นมีการแบ่งแยกทีม จึงมีแผนพัฒนาให้มีโครงสร้างบริหารจัดการที่สามารถบูรณาการใช้ได้ทุกสถานการณ์ การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง - มีระบบเฝ้าระวังโรคระบาด ผ่านระบบรายงาน 506 โดยใช้ฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลประจำวัน เพื่อตรวจจับการระบาดของโรค และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข - มีระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพ ผ่านการกำหนดเป็นประเด็น พขอ.เวียงป่าเป้า และทำ MOU ร่วมกันทั้งอำเภอ และเครือข่ายท้องถิ่นในพื้นที่ คือ อุบัติเหตุทางการจราจร ปัญหายาเสพติด ปัญหา PM 2.5 การตอบสนองต่อการระบาดของโรค มีศูนย์ระบาดวิทยาของอำเภอเวียงป่าเป้า คือกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมทำหน้าที่เป็นจุดประสานการทำงานด้านระบาดวิทยา ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ รวมถึงรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคที่ตรวจพบในพื้นที่ ให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response) Team-SRRT) ในแต่ละตำบลควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบ การตอบสนองต่อภัยสุขภาพ มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ โดยศูนย์ปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอเวียงป่าเป้า มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัยให้กับชุมชน และสังคม ได้แก่ - การแจ้งข้อมูลการระบาดของโรคโดยตรงแก่หน่วยงาน หรือชุมชนที่เป็นจุดเสี่ยง เช่น ในโรคมือเท้าปาก, โรคหัด, โรคไข้เลือดออก - ได้ทำการเผยแพร่ข้อมูลภัยสุขภาพ เช่น one page รายงานสถานการณ์หมอกควัน และค่า PM 2.5 ผ่านไลน์แก่ผู้บริหารสถานศึกษา ชุมชน อสม. หน่วยงาน ของภาครัฐและเอกชน และ เพจเฟซบุ๊กโรงพยาบาล เป็นต้น

### ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	3.5	I	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- เพื่อให้การบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพ มีนโยบายเฝ้าระวัง สอดคล้องกับปัญหาและครอบคลุมทั้งอำเภอมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการประสานงาน ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้บริหารและทีมได้ผลักดันให้โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี 2567 คือ ความปลอดภัยทางถนน แก้ไขปัญหา ยาเสพติด แก้ไขปัญหาไฟฟ้าและหมอกควัน ซึ่งมีนายอำเภอเวียงป่าเป้าเป็นประธานคณะกรรมการ พชอ. ทำให้เกิดผลลัพธ์ มีการดำเนินงาน ประเมิน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้รับรางวัลการดำเนินงาน พชอ. ดีเด่นระดับจังหวัด</p> <p>- การดำเนินการในระดับอำเภอ ในรูปแบบคปสอ. ภายหลังจาก รพ.สต.ถ่ายโอนไปขึ้นกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดครบทุกแห่ง จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.สันสลี รพ.สต.ป่าจิว รพ.สต.บ้านโป่ง รพ.สต.ป่าตึง รพ.สต.ทุ่งม่าน รพ.สต.เวียงกาหลง รพ.สต.แม่เจดีย์ รพ.สต.ปางมะกาด รพ.สต.แม่ปูนล่าง และรพ.สต.แม่เจดีย์ใหม่ ยังคงมีคณะกรรมการ คปสอ.อำเภอเวียงป่าเป้า และยังคงมีความร่วมมือในการดำเนินการตามแนวทางเดิมก่อนจะมีการถ่ายโอน เนื่องจากมีพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน - เพื่อให้มีการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาดิจิทัลและยาเสพติด เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับบริการได้ทุกที่ ได้รับการบำบัดรักษาและ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ลดอันตรายจากยาเสพติด ได้รับความรุนแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทีมดำเนินการโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยเครือข่าย 3 หมอ และทีมจิตเวชและยาเสพติดระดับอำเภอ</li> <li>2. คัดกรองและบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง CBTx โดยใช้รูปแบบแม่ปทุมหลวงโมเดล</li> <li>3. มีทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมประเมินติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังการบำบัดครบ ทำให้เกิดผลลัพธ์ เกิดแม่ปทุมหลวงโมเดล ซึ่งเป็นโมเดลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx ชุมชนล้อมรั้ว) และขยายผลดำเนินการในชุมชน เพิ่ม 3 ตำบล ในปี 2567</li> </ol> <p>- เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน จากหลายหน่วยงานสามารถทำงานร่วมกัน ได้อย่างเป็นระบบ และรวดเร็ว สามารถลดผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจากโรคระบาด รวมถึงให้เหตุการณ์กลับสู่ภาวะปกติในระยะเวลาที่สั้นที่สุด ทีมได้ปรับปรุงดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดตั้งทีม CDCU หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ Communicable Disease Control Unit โดยเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรของกรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานเป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>และการรายงาน การควบคุมโรค ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2) ให้ความรู้ในการป้องกันโรคและรายงานโรคระบาด แก่ อสม.ประจำหมู่บ้านในการประชุมประจำเดือนเพื่อให้มีทรัพยากรที่เพียงพอในการป้องกัน และควบคุมโรค ผลลัพธ์พบว่า ศูนย์ ระบาดวิทยา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้า ทีม CDCU สามารถปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อมีการระบาดของโรค และสามารถหยุดการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว เช่น โรคไขเลือดออก สามารถหยุดการระบาดได้ภายใน 28 วัน ไม่เกิด secondary generation, แต่ยังคงเกิดการแพร่ระบาดไปยังพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการเคลื่อนที่คนผู้ป่วยยังไม่ได้เข้ารับการรักษายังไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยไปยังพื้นที่อื่น ซึ่งเป็นพาหะของโรคไขเลือดออก</li> <li>2. ความตระหนักของประชาชนในพื้นที่ระบาดมีความเข้าใจยังไม่ถูกต้องในการควบคุมการระบาดเข้าใจเพียงว่าการพ่นหมอกควันคือการควบคุม แต่ไม่ได้ตระหนักเรื่องการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย รอสม.มากำจัดลูกน้ำยุงลายให้ แนวทางแก้ไขเมื่อมีเป็นไขในพื้นที่ระบาด ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค ทายากันยุงในช่วงมีไข้และประสานสถานพยาบาล ในพื้นที่ระบาดแจกยากันยุงให้ผู้ป่วยที่สงสัย</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ไข่เลือดออก มีมาตรการชุมชนในการสร้างความตระหนักและมาตรการปรับเงินในบ้านที่ยังพบลูกน้ำยุงลาย เพื่อกระตุ้นความรับผิดชอบและความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ระบาด</p> <p>- เพื่อให้มีงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ที่เพียงพอ สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรค และรักษาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทีมงานได้มีการจัดทำแผนงบประมาณร่วมกับการเป็นพี่เลี้ยงให้ชุมชน จนในปัจจุบันชุมชนสามารถทำโครงการควบคุมโรคเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นได้</p> <p>- เพื่อให้มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและรักษาสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ ทีมงานได้</p> <p>1) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับเครือข่ายควบคุมโรคในโรงพยาบาลทุกปี โดยมุ่งเน้นบุคลากรในหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก และห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะประเด็นการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคให้ทันเวลา</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>2) อบรมบุคลากรในรพ.สต.เรื่องการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา R506 และโปรแกรม D 506 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลให้สามารถรวบรวมสถิติข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและเป็นสารสนเทศที่เข้าใจง่าย ทีมได้พัฒนาการบันทึกข้อมูลผ่าน googlestudio“<a href="https://lookerstudio.google.com/s/vguGP_Slqol">https://lookerstudio.google.com/s/vguGP_Slqol</a>” ทำให้สามารถชี้เป้าจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ประเภทยานพาหนะ อย่างครบถ้วน สามารถนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบในการนำเสนอ ในที่ประชุมระดับอำเภอและคืนข้อมูลให้กับทุกตำบลเพื่อนำไปแก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่ของตนเอง</li> <li>- เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดที่มงานได้</li> </ul> <p>1) มีการจัดตั้งระบบโรคที่ต้องรายงานเร่งด่วน เมื่อพบอุบัติการณ์โดยแพทย์ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ,ไข้หวัดใหญ่ ,มือเท้าปาก ,โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ,อาหารเป็นพิษ</p> <p>2) มีการรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานหลักของโรงพยาบาล (Hosxp) เป็นประจำทุกวัน และเมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้า</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ระวัง หน่วยงาน ER OPD IPD จะแจ้งงานระบาดวิทยาทางโทรศัพท์ หรือทาง กลุ่ม LINE แจ้งข่าวระบาดโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เพื่อติดตาม ตรวจสอบ ยืนยัน อีกครั้ง</p> <p>3) มีการรวบรวม ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R506 และ D506 วิเคราะห์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 10 อันดับโรครายเดือน และสะสมรายละเอียดพื้นที่ที่มีการระบาด ข้อมูลผู้ป่วย เป็นประจำทุกเดือน และส่งให้พื้นที่ รพ.สต.โดยผ่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงป่าเป้า เพื่อนำไปวางแผนป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่</p> <p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง โดยมีเป้าหมายให้สามารถคาดการณ์แนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทีมได้นำเทคโนโลยีมาใช้ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โปรแกรม D506 ที่ใช้รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สามารถ upload ข้อมูลเข้าสำนักระบาดวิทยาในทุกสัปดาห์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายโรค</li> <li>2. รายงาน AFP1 เพื่อดูโรคติดต่อที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่ (โรคไข้เลือดออก ,ไข้หวัดใหญ่ ,มือเท้าปาก ,โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ,อาหารเป็นพิษ)</li> <li>3. จัดทำรายงานสถานการณ์ one page โรค ไข้เลือดออก รายสัปดาห์ ทีมระบาดวิทยาระดับอำเภอและเสนอผู้บริหาร เพื่อ</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ประกอบการตัดสินใจ ในการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ให้ทันต่อเหตุการณ์</p> <p>4. ใช้ Application smart อสม. ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่ เพื่อ นำค่าดัชนี HI ,CI ,BI เหล่านี้มาวิเคราะห์แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ ผลลัพธ์ ทำให้การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคในพื้นที่ทำได้ทันเวลา 100% ทุกปี การรายงานสถานการณ์ one page โรคไข้เลือดออกทำให้ผู้บริหารเห็นแนวโน้มสถานการณ์ของโรคที่มากขึ้น นำไปสู่การจัดทำ MOU ให้ทุกภาคส่วนร่วมกันแก้ปัญหา การใช้ Application smart อสม. ทำให้สามารถคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกได้อย่างรวดเร็ว ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ - เพื่อให้มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมี การเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา ทีมงานมีการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โดยถอดบทเรียนจากสถานการณ์การระบาดของไข้เลือดออกในปี 2562 ที่พบจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากอัตราป่วย 341.00 ต่อแสนประชากร ทีมงานมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ อ.เวียงป่าเป้าลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>1) ปรับบทบาทโดยชุมชนที่มีจำนวน 11 ชุมชน และในเขต รพ.สต.ต่างๆเป็นผู้จัดทำโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน และนำไปเสนอของบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>2) มีการสร้างภาคีเครือข่าย ในการทำงานทุกภาคส่วน ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ประสานการทำงานร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว และให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการป้องกัน ควบคุมโรคได้ทันกับสถานการณ์ แก้ปัญหาโดยใช้ชุมชนเพื่อชุมชน</p> <p>3) ปรับให้มีการป้องกันควบคุมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องทั้งปี โดยจัดการที่ต้นเหตุ ด้วยการสร้างความตระหนักให้ประชาชนร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง โดยเริ่มจากที่บ้านตนเองก่อน มี อสม.เป็นผู้ชี้แนะให้ความรู้ ความเข้าใจ หากเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต้องร่วมกันป้องกันและควบคุมไม่ให้มีผู้ป่วยเพิ่มเป็นรายต่อไป - เพื่อให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response) Team-SRRT จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ที่มงานได้พัฒนาทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ SRRT</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขเครือข่ายของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าและอสม.ในพื้นที่ - จนทำให้เกิดการพัฒนาระบบการแจ้งข่าวจากเครือข่าย SRRT ตำบลเพิ่มมากขึ้น โดยได้พัฒนาปรับทีม SRRT รพ.สต.เข้ารับการอบรมเป็นทีม CDCU อำเภอเวียงป่าเป้าครบทุกรพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่มงานได้ ร่วมกับชุมชนในการกำหนดมาตรการในชุมชนเพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดพื้นที่และความรับผิดชอบของคนในชุมชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำให้ที่ผ่านมามีได้รับการแจ้งเหตุให้มีการสอบสวนและควบคุมโรคได้ ไม่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง</li> <li>- เพื่อให้มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทีมงานได้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบตลอดทั้งในและนอกเวลาราชการ</li> <li>2) มีระบบการรายงาน การประสานงาน เพื่อสอบสวนโรคจากโรงพยาบาล เครือข่าย/ชุมชน โดยเครือข่ายดังกล่าวสามารถรายงานโรค และขอคำปรึกษามาที่ศูนย์ระบาดประจำอำเภอได้ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ol> </li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- เพื่อให้มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันทั่วถึงที่ ทีมงานได้ จัดระบบการสอบสวนโรค โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่อยู่เวรสอบสวนโรคเป็นประจำทุกวัน ทั้งในและนอกเวลาราชการ การแจ้งข่าวผ่านโทรศัพท์ App Line การเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการสอบสวนโรคอย่างเพียงพอทำให้ผ่านความทันเวลาในการสอบสวนโรคที่ต้องเฝ้าระวังอยู่ที่ 100%</p> <p>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการตอบสนองต่อปัญหา PM2.5 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มสร้างการรับรู้แก่ประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของภาคีเครือข่ายทั้งอำเภอ ทีมได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 เพื่อดำเนินการตามมาตรการภาครัฐทั้ง 4 มาตรการ</li> <li>2) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ อสม. และองค์กรเอกชน ร่วมกันแก้ปัญหา เช่น การจัดทำห้องปลอดฝุ่นใน ศพด. ร้านอาหารและเครื่องดื่ม สถานที่ราชการ 30 แห่ง, อสม. เยี่ยมและประเมินความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการจัดทำห้องปลอดฝุ่น/มุ้งปลอดฝุ่น ทั้งหมด 10 หลัง</li> <li>3) เผยแพร่ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางต่าง ๆ ผลลัพธ์คือ อำเภอเวียงป่าเป้ากำหนดกิจกรรม kick off ห้ามเผาระดับ</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>อำเภอ กำกับติดตามโดยนายอำเภอเวียงป่าเป้า มีอาสาป้องกันไฟป่าในชุมชน ประชาชนตระหนักรู้วิธีป้องกันตนเองมากขึ้น โดยเห็นจากการงดการเผาในช่วงเวลาที่กำหนด การใส่หน้ากากอนามัย และสนใจติดตั้งเครื่องฟอกอากาศ ทีมมีแผนในการป้องกัน เฝ้าระวังโดยการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันปัญหาหมอกควัน การชี้แนะเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำมาตรการลดการเผาป่าในพื้นที่อำเภอเวียงป่าเป้าอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่ม health literacy ในการป้องกันตัวเองจากปัญหาหมอกควัน - เพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันและควบคุม โดยมีเป้าหมายป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kick off รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย</li> <li>2) ค้นหาจุดเสี่ยงติดป้ายและธงเตือน</li> <li>3) ตั้งจุดตรวจและกล้องจับความเร็ว</li> <li>4) เจ้าหน้าที่ตำรวจ ออกให้ความรู้เรื่องการขับขี่ปลอดภัยในสถานศึกษา ออกตรวจร้านซ่อมรถเพื่อป้องกันการดัดแปลงรถให้แก่เด็ก</li> <li>5) มีการแก้ไขปัญหาภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ โดยออกสอบสวนหาสาเหตุ, หาจุดเสี่ยง, หาแนวทางการแก้ไขปัญหาเร่งด่วน, ขอความร่วมมือ อปท.ในการจัดทำป้ายลดความเร็ว จำกัดความเร็ว ไฟส่องสว่างบริเวณทางแยก</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>6) ขอเส้นชะลอความเร็วของกรมทางหลวง ซึ่งได้รับการแก้ไขแล้ว 3 จุด ผลลัพธ์ พบว่าอุบัติเหตุบนท้องถนนไม่ลดลงตั้งแต่ปี 2564-2567 (เดือนพฤษภาคม) จำนวน 1062, 1095, 1160 และ 637 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย รถจักรยานยนต์ไม่ใส่หมวกกันน็อค ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เกิดที่ ต.เวียง ซึ่งมีแผนพัฒนาประชาสัมพันธ์รณรงค์การขับขี่ปลอดภัยและการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่มอเตอร์ไซด์ทุกครั้งให้กับประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปผ่านเสียงตามสายและวิทยุชุมชน รวบรวมสถิติข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและชี้เป้าจุดเสี่ยง 5 อันดับของทุกตำบลโดยแยกเป็นถนนทางหลวงและทางชนบท นำเสนอในที่ประชุมระดับอำเภอและคืนข้อมูลให้กับทุกตำบลเพื่อนำไปแก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่ของตนเองต่อไป</p> <p>- เพื่อป้องกันการบาดเจ็บขณะเกิดเหตุ และลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ/พิการ หลังเหตุการณ์ ที่มพัฒนาดังนี้</p> <p>1) ดัดป้ายประชาสัมพันธ์ช่วงกาลสำคัญและการเรียกใช้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน เน้นการนำส่งโดยระบบแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีความปลอดภัยกว่าการนำส่งเอง</p> <p>2) พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและการออกบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิอย่างต่อเนื่อง</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>3) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะร่วมกับเครือข่ายและร่วมพัฒนาProtocol EMS</p> <p>4) ร่วมทบทวนกรณีส่งต่อและพบปัญหาข้อผิดพลาดการดูแลผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะร่วมกับเครือข่าย ผลลัพธ์พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางท้องถนนยังสูงกว่าเป้าหมาย คือไม่เกิน 12 ต่อแสนประชากร จึงมีแผนทบทวนแนวทางการใช้ EMS ให้กับทีม EMSทุกระดับรวมถึงเจ้าหน้าที่รพ.สต. และส่งเสริมสนับสนุนให้ทุก อปท. พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ง.การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย</p> <p>- เพื่อให้มีการจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดของที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสารภาวะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทีมงานได้</p> <p>1) ยกปัญหา โรคไขเลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของหมู่บ้าน ด้วยการคืนข้อมูลสภาพปัญหาโรคไขเลือดออกในหมู่บ้าน ให้เห็นความสำคัญของการทำงาน ใช้หลักการสร้างความเป็นเจ้าของ และข้อตกลงที่จะทำร่วมกัน โดยจัดให้มีเวทีประชาคมในหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			2) ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน แจ้งเตือนประชาชนชนในชุมชน ถึงสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. การควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ
2. รางวัล พชอ.ดีเด่น “การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเวียงป่าเป้า”
3. google studio รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางท้องถนน
4. แม่ปุณหลวงโมเดล ซึ่งเป็นโมเดลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx ชุมชนล้อมรั้ว)

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพของระบบสอบสวนควบคุมโรคติดต่อเพื่อไม่ให้เกิดการระบาด

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1.ความทันเวลาของการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง	100%	99.32	97.38	75.92	37.65	97.57
2. ร้อยละของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่แจ้งงานควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย	100%	100	100	100	100	100

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
3. ความทันเวลาของการสอบสวนโรคที่ต้องเฝ้าระวัง	100%	100	100	100	100	100
4. ความทันเวลาของการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง	100%	100	100	100	100	100
5. ร้อยละของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ได้รับการจัดการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย	100%	100	100	100	100	100
6. ร้อยละของชุมชนที่มีการระบาดของไข้เลือดออกไม่เกิด secondary generation	100%	100	100	100	100	100
7. ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ./D-RTI)	ระดับดีเยี่ยม (Advance)	N/A	N/A	อยู่ระดับดีมาก (Excellent)	อยู่ระดับดีมาก (Excellent)	อยู่ระดับดีมาก (Excellent)
8. จำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุทางท้องถนน	ลดลงร้อยละ 5	N/A	1062	1095	1160	1088

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
9. อัตราการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางท้องถนน	<12 ต่อแสนประชากร	N/A	22.93	18.05	41.22	25.21

## II-9 การทำงานกับชุมชน

### ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-9.1 องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

II-9.2 องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

#### i. บริบท

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า มีพื้นที่รับผิดชอบหลักคือตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า มีทั้งหมด 11 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 8,430 คน พื้นที่รับผิดชอบร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่งทั้งอำเภอเวียงป่าเป้า รวมจำนวน 93 หมู่บ้าน ประชากร 50,620 คน โดยประชากรร้อยละ 25 เป็นชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงและอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข รพ.สต.ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด 7 รพ.สต. และในเดือนตุลาคม 2567 จะถ่ายโอนไปทุกรพ.สต. เนื่องจากประชากรมีความหลากหลายเผ่าพันธุ์และสภาพพื้นที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชนแตกต่างกัน การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน บางชุมชนมีโครงสร้างทางสังคมที่เข้มแข็งเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ เช่น ชุมชนพื้นที่ราบซึ่งเป็นชุมชนดั้งเดิม ในขณะที่ชุมชนบนพื้นที่สูงเป็นชุมชนที่มีผู้ย้ายเข้ามาอาศัยใหม่อย่างต่อเนื่องและอยู่รวมกันหลายเผ่าพันธุ์ จึงยากต่อการบริหารจัดการ ทำให้การพัฒนาเป็นไปค่อนข้างล่าช้า จำเป็นต้องหากวิธีเชิงรุกที่สามารถเข้าถึงเพื่อการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ประเพณี

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
62. การทำงานกับชุมชน [II-9]	3.5	L	<p>(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อปรับปรุงกระบวนการการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายรองรับสังคมผู้สูงอายุ ที่มงานได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่มกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</li> <li>2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับแกนนำชุมชน อสม. อปท. และวัด ในการออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลลัพธ์มีภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น</li> </ol> </li> <li>- เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มแม่และเด็ก จัดบริการตามมาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบการเชื่อมโยงการ ดูแลผู้ป่วยจากปฐมภูมิ สู่วินิจฉัย โรงพยาบาล จนกลับถึงในชุมชน กลุ่มเสี่ยง เช่น case high risk pregnancy GDM,กลุ่มภาวะซีด ,กลุ่มตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี (ตรวจน้ำตาล) กลุ่มแม่ติดเชื้อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุคลากรคลินิกฝากครรภ์ ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ตามกำหนด สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและประเมินพัฒนาการเด็ก ให้ยารักษาธาตุเหล็ก บริการทันตกรรมป้องกัน ตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่อง</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>สุขอนามัย การเลือกรับประทานอาหาร กิจกรรมเรื่องเพศศึกษา ดูแลร่วมกับชุมชนผ่านตัวแทนแม่ทนายทาสายไยรัก และอสม.นมแม่ ดำเนินงานโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผลลัพธ์คือผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง 2 ข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จัดจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพด้วยตนเองในชุมชน ( Health station check) ในหมู่บ้านโป่งหนอง ตำบลเวียง ใช้กระบวนการ health literacy มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลุ่มเสี่ยงความรอบรู้ มีนโยบายจาก พชอ. กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นประเด็นพชอ.ทุกปี ผลลัพธ์คือ การเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลง และทีมพัฒนาการติดตามโดยให้กลุ่มเสี่ยงทำ self-monitor ทำให้มีการวินิจฉัยโรคเร็ว ? ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน ปรับสภาพห้องน้ำ ห้องส้วม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง (3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพในชุมชน:</li> <li>- เพื่อสามารถจัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน ทีมงานได้มีการขยายร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องในแต่ละ</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>กลุ่มเป้าหมายเพื่อร่วมกันจัดบริการ สุขภาพสำหรับชุมชนอย่างต่อเนื่อง จัดให้มี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- self help group เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชน ให้ชุมชนร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาหารือ การประชุมเครือข่าย การเยี่ยมเครือข่าย การปรึกษาทางระบบ telemedicine ผลลัพธ์ก็คือทำให้เกิดพลังชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในตำบลเวียง มีโครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน จัดหาสิ่งสนับสนุนในการดูแลของชมรมผู้สูงอายุ อสม. อบต. มีการดูแลด้านจิตใจโดยพระสงฆ์ผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียง (4) การประเมินและปรับปรุง: ทีมงานมีการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพใน ชุมชนโดยสรุปผลการดำเนินงานประจำปี และคืนข้อมูลให้กับชุมชน ภาควิเคราะห์เครือข่าย เพื่อร่วมกันวางแผนการ ดำเนินงานในปีต่อไป</li> </ul> <p>Worker กลุ่มวัยทำงาน: - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: อุบัติเหตุจากการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยเสี่ยงต่อโรค CD - ภาควิเคราะห์เครือข่าย : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ รพ.สต.</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: ตรวจสุขภาพบุคลากรและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ ความรู้การดูแลสุขภาพในสถานประกอบการต่างๆ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพในสถาน ประกอบการ จัดระบบการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูวัยแรงงานหลังการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ให้สามารถ กลับเข้าทำงานได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถ Education: กลุ่มวัยเรียน 6 -14 ปี - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐาน จากการที่มีพลังงาน สูงและมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ</p> <p>ภาคีเครือข่าย: โรงเรียน สมาคมผู้ประกอบการ นักเรียน - การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: ส่งเสริมให้โรงเรียนพัฒนาตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย พัฒนา นักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน (Smart kids coache) กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น 15-19 ปี - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย - ภาคีเครือข่าย: โรงเรียนมัธยม โรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนเทคนิคเวียงป่าเป้า - การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: ร่วมกับโรงเรียนในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมทักษะชีวิตให้กับเด็ก นักเรียน สร้าง</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>ช่องทางการให้คำปรึกษากับกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะประเด็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลินิกวัยรุ่นวัยใส ที่ทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานสูติ นรีเวชกรรม สุขภาพจิตและยาเสพติด Child กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: พ่อแม่ขาดความรู้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่บ้านและสังคมไม่ เอื้อต่อสุขภาพและการพัฒนาการของเด็ก - ภาคีเครือข่าย: ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล - การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: ส่งเสริมให้พัฒนาตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. อสม.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเยี่ยมเด็กแรกเกิด ประเมินภาวะสุขภาพแรกเกิด สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อ กับเด็ก ติดตาม growth and development การได้รับวัคซีนตามแผน EPI ให้ความรู้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม ให้กับพ่อแม่ ร่วมกับศูนย์เด็กเล็กจัดทำแนวทางประเมินพัฒนาการและเฝ้าระวังภาวะพัฒนาการล่าช้า จัดทำ แนวทางการส่งต่อและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าในศูนย์เด็กเล็กและชุมชน ร่วมกับอสม. ชุมชน ในการ ติดตามเด็กในชุมชนเพื่อให้ได้รับการประเมินพัฒนาการและการได้รับวัคซีนอย่างครอบคลุม ร่วมกับชุมชน ในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ให้เหมาะสมทั้งภายในบ้าน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>และในชุมชน ANC กลุ่มตั้งครรภ์และการคลอด - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตัว ทีมงานได้ศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาเยี่ยมบ้านหลังคลอดในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า พบว่ามารดาที่มีการดื่มสุราเป็นประจำ, มีประวัติเป็นโรคซีมเศร้าแต่หายแล้ว, มีความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรและเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาบางครั้ง สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด - ภาคีเครือข่าย: องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, ชุมชน - การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: โรงเรียนพ่อแม่เพื่อเตรียมพร้อมตั้งแต่ ANC และหลังคลอด มีระบบเยี่ยมให้ความรู้ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง: teenage pregnancy, กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีภาวะซีด และกลุ่มมารดาอายุมากเพื่อให้ความรู้ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จัดระบบคัดกรอง ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาเยี่ยมบ้านหลังคลอดทุกราย ซึ่งมีกระบวนการติดตามรักษาต่อเนื่อง ให้ความรู้คำแนะนำส่งเสริมการคุมกำเนิดให้กับหญิงวัยรุ่นหลังคลอดเป็นรายบุคคล NCD กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ปัจจัย/ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ: วิถีการดำเนินชีวิตแบบสังคมใหม่ อาหารที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>มีภาวะกดดันมากขึ้น ขาดการส่งเสริม health literacy - ภาควิ          เครือข่าย: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เครือข่ายแกน          ชุมชน - การปรับปรุงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ: จัดบริการ          คัดกรองส่งเสริม health literacy ในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่          ประชาชนกลุ่มเสี่ยง พระสงฆ์ เพิ่มทักษะการปฏิบัติและ          ติดตามพฤติสุขภาพสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ใน          ชุมชน จัดทำแผนพัฒนา health literacy รายบุคคลในกลุ่ม          เสี่ยงสูงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยเบาหวาน          ความดันที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตามเป้าหมายป้องกันการเกิด          stroke การติดตามดูแลเยี่ยมผู้ป่วย เบาหวานความดันโลหิตที่          บ้าน ครอบคลุมการปรับความเชื่อในวิถีการดำเนินชีวิต การ          รับประทานยา ผลลัพธ์สุขภาพ และสภาพสิ่งแวดล้อม II-9.2          การเสริมพลังชุมชน (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน          การมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย - เพื่อป้องกันและควบคุม          โรคระบาดมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลโดยใช้ศูนย์          ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) เครือข่ายการ          ดูแลร่วมกับมหาดไทย อปท.อสม.ชุมชน จิตอาสา มีการบูรณา          การทั้งทรัพยากรความรู้ ทรัพยากรบุคคล มีการสื่อสาร การ          กำหนดเป้าหมายร่วมกัน - เพื่อสนับสนุนความสามารถของ          ชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>โรงพยาบาลได้ส่งเสริมให้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา เช่น จัดจุดบริการตรวจเช็คสุขภาพด้วยตนเองในชุมชน ( Health station check) ในหมู่บ้านโป่งหนอง ตำบลเวียง ดำเนินการโดยอสม.และเครือข่ายในชุมชน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนท้องถิ่นเทศบาลตำบลเวียงป่าเป้า - เพื่อให้ประชาชนสามารถทราบข้อมูลปัญหาหมอกควันและนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้อย่างถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ คณะทำงานแจ้งข้อมูลคุณภาพอากาศ มีการรายงานค่า PM2.5 ทุกวันผ่าน application line, Page facebook (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน - เพื่อส่งเสริมความสามารถของอสม. และกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ที่มงานได้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ให้ความรู้ ความมั่นใจ เสริมพลังก่อนการปฏิบัติงาน</li> <li>2. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานและการดูแลคนในชุมชนแต่ละกลุ่ม</li> <li>3. เพิ่มช่องทางประสานงานกับเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงในแต่ละงาน เพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายผ่านแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ , ไลน์กลุ่มต่าง ๆ , โทรศัพท์ และประสานโดยตรงที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ผลลัพธ์ คือ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น</li> </ol>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			<p>- เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้ด้วยตนเอง เข้าถึงสะดวก บริการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการ health literacy การจัดส่งยาที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายอาสาสมัครผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน เบาหวาน ลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ทีมงานได้ใช้กระบวนการ health literacy กับชุมชนครอบคลุม 3๒2ส</li> <li>- เพื่อป้องกันให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมพ้นจากความเสี่ยงในการหกล้มทีมงานได้สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการ ออกกำลังกายเน้นกล้ามเนื้อขา และเข้า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำได้ (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:</li> <li>- เพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทีมงานปรับปรุงการดำเนินงานตั้งนี้ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนประเด็นการบริหารจัดการขยะ การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชน</li> </ul>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
			- เพื่อปรับสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ อปท. พม. อาสาสมัคร ชุมชน ในการปรับสภาพบ้านห้องน้ำ ห้องส้วมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บ้านหนองยาวและหนอง ยาวพัฒนาจำนวน 100 ราย - เพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะ พึ่งพิงในตำบลเวียง มีโครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน จัดหาสิ่ง สนับสนุนในการดูแลของชมรมผู้สูงอายุ อสม.และ อปท. / มี การดูแลด้านจิตใจโดยพระสงฆ์ผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียง

### iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1.พลังชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในตำบลเวียง 2.การจัดจุดบริการตรวจสุขภาพในชุมชน ( Health station check) ในหมู่บ้านโป่งหนอง ตำบลเวียง ดำเนินการโดยอสม. 3.พลังชุมชนในการแก้ไขปัญหาเรื่องหมอกควัน

### iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ความครอบคลุมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	> 60 %	83.72	85.19	66.67	64.06	64.28
2.ร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	> 60 %	66.86	73.52	76.31	83.15	63.18
3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	> 80%	97.51	97.4	96.46	95.58	95.22

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
4. อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	< 5 %	2.16	2.44	1.73	1.56	2.05
5. อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	< 5 %	6.55	5.18	2.85	3.43	5.97
6. อัตราป่วยโรคไขข้ออักเสบ	< 50 : แสนๆ	5.55	3.82	54.71	39.44	245.57
7. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการเยี่ยมบ้าน	> 80%	100	100	100	100	100
8. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น $\geq 2$ คะแนน	> 20%	31.81	21.61	21.95	20.37	21.36
9. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม	$\geq 80$	57	84.72	73.24	56.97	65.89
10. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	$\geq 70$	82.67	90.24	88	66.20	132.83
11. ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	$\geq 55$	96.18	80.71	84.13	74.93	83.65
12. อัตราการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยผู้ป่วยวันโรคปอดจากกลุ่มเสี่ยง	$\geq 80$	100	100	100	100	100
13. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	$\geq 80$	80.02	80.27	81.88	85.42	90.25