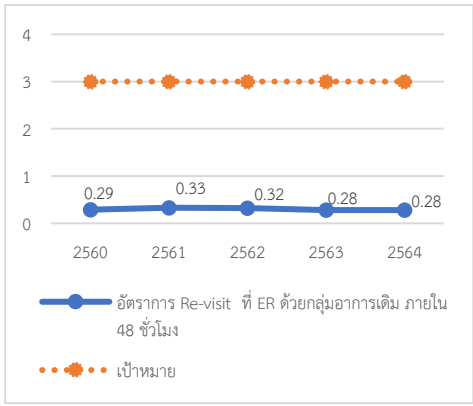
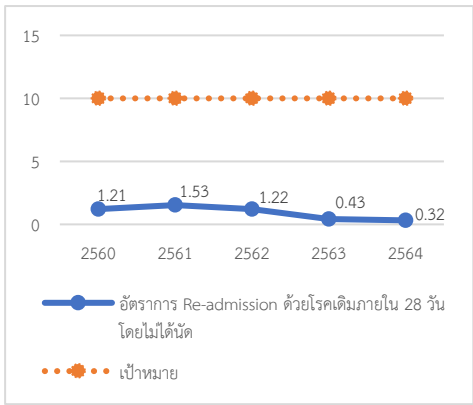
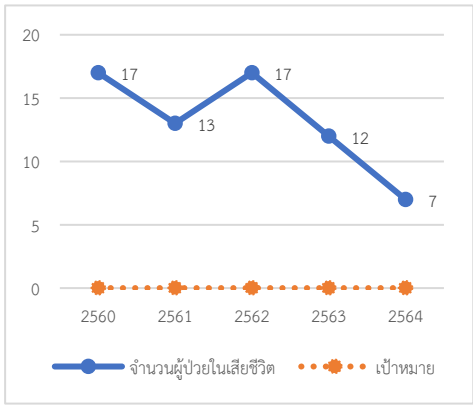
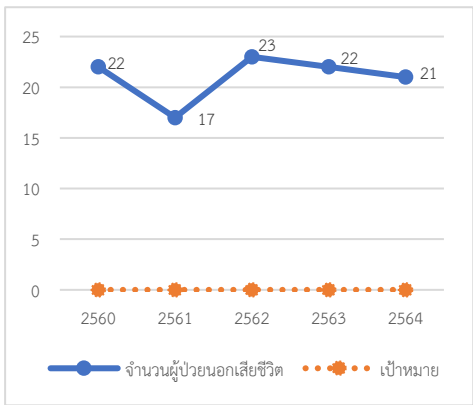
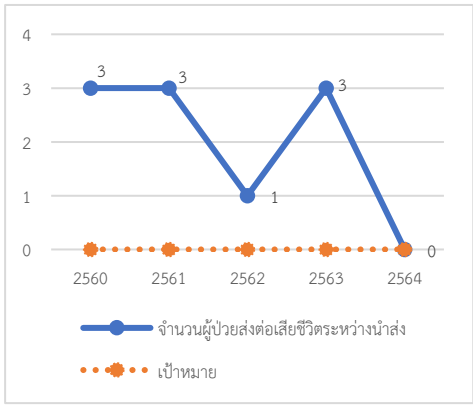


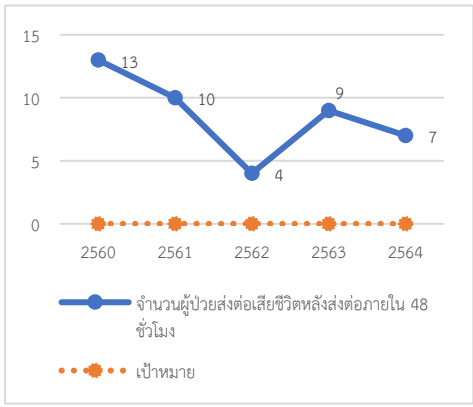
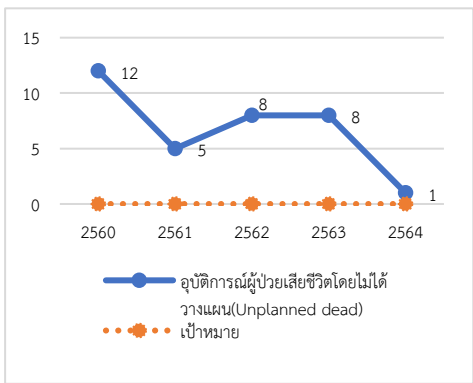
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

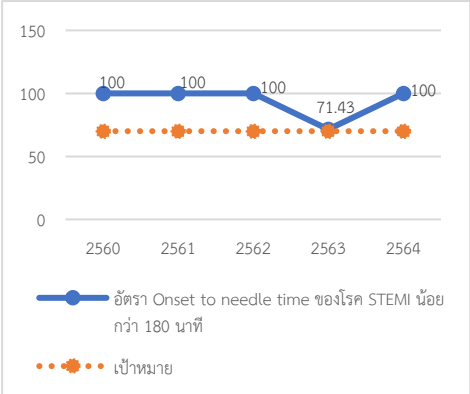
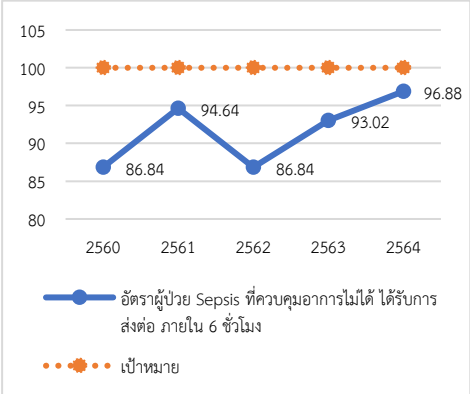
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

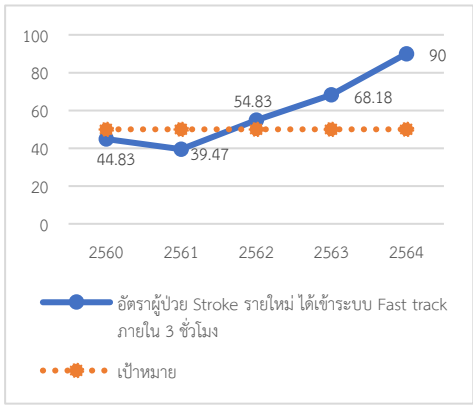
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการ Re-visit ที่ ER ด้วยกลุ่มอาการเดิมภายใน 48 ชั่วโมง	< 3 %	0.29	0.33	0.32	0.28	0.28
 <p>จากกราฟแสดง อัตราการ Re-visit ที่ ER ด้วยกลุ่มอาการเดิมภายใน 48 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อัตราการ Re-visit ที่ ER ด้วยกลุ่มอาการเดิม ภายใน 48 ชั่วโมง ต่ำกว่าเป้าหมาย พบว่าปีงบประมาณ 2560-2564 คิดเป็นร้อยละ 0.29, 0.33, 0.32, 0.28, 0.28 ตามลำดับ โดยมี 5 กลุ่มโรคที่ Re-visit คือ 1) Bronchitis ซึ่งพบในเด็กเล็ก หลังพ้นยาอาการไม่ดีขึ้นจึงกลับมาด้วยการ Admit 2) Pneumonia พบในกลุ่มเด็กเล็ก หลังกลับบ้านมีอาการไข้ หายใจหอบ ไอ ถี่มากขึ้นจึงกลับมา Admit 3) COPD พบในผู้ป่วยหลัง D/C ที่ ER และกลับมาใหม่ด้วยอาการไอ หายใจหอบมากขึ้น แล้ว Admit 4) AGE พบในทุกกลุ่มช่วงวัย หลัง D/C ทานยาไม่ดีขึ้น ถ่ายมากขึ้น เหนื่อยเพลีย 5) UTI พบในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ Retained Foley's cath เป็นเวลานาน กลับมามีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น เป็น Sepsis แล้วได้ Admit</p>	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้นัด	< 10 %	1.21	1.53	1.22	0.43	0.32
 <p>จากข้อมูลพบว่าอัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้นัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากการทบทวนโรคที่พบการ Re-admission สูง ได้แก่ ESRD no RRT, CHF, COPD, Pneumonia, Thalassemia ปี 2561 พบแนวโน้มสูงจากมีผู้ป่วย ESRD no RRT, CHF ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ มารับยาขับปัสสาวะเพื่อบรรเทาอาการรบกวน สำหรับผู้ป่วย COPD พบว่าสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้อาการกำเริบ จึงได้ปรับแนวทางการวางแผนจำหน่ายและส่ง COC เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและกลุ่ม Thalassemia มาด้วยซีตมารับเลือด</p>	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	0 ราย	17 (NR=16)	13 (NR=11)	17 (NR=15)	12 (NR=10)	7 (NR=7)
	<p>จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ตึกผู้ป่วยในมีแนวโน้มไม่คงที่ ปี 2560 – 2564 พบผู้ป่วย Palliative care ได้แก่ CA end stage, ESRD, Sepsis, Pneumonia, Cirrhosis, UIGB, MI, TB, SVT, HIV, COPD, Meningoencephalitis ปี 2560 - 2563 พบผู้ป่วย unplanned dead ได้แก่ Sepsis, UGIB, MI, Ogilvie syndrome จากการทบทวนพบว่าการประเมิน ประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การวางแผนดูแลไม่เหมาะสม จึงมีการปรับปรุงแนวทางการดูแล การรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว และเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และส่งต่อที่รวดเร็ว ส่งผลให้ปี 2564 ผู้ป่วยในเสียชีวิตเป็นผู้ป่วย Palliative care และไม่พบผู้ป่วย unplanned dead</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต	0 ราย	22	17	23	22	21
	<p>จากกราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2560–2564 จำนวน 22, 17, 23, 22, 21 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตอันดับแรกเป็นผู้ป่วยกลุ่ม โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการแน่นหน้าอก วูบ ชิม ซึ่งมาด้วยระบบ EMS น้อย อันดับที่สองกลุ่มวัยทำงานที่มาด้วยอาการ เหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีโรคประจำตัว มีประวัติใช้สูบบุหรี่ ต้มเครื่องต้ม แอลกอฮอล์ อันดับที่สาม เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป เช่น จมน้ำ ไฟฟ้า ช็อต อันดับสี่ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อันดับที่ 5 เสียชีวิตจากไตวาย ซึ่งจากการวิเคราะห์ได้นำมาจัดทำแผนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา (safety and timely access) มีระบบการคัดแยกและจัดลำดับการพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ MOPH Triage</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนผู้ป่วยส่งต่อเสียชีวิตระหว่างนำส่ง	0 ราย	3	3	1	3	0
	<p>จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยส่งต่อเสียชีวิตระหว่างนำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปี 2560 – 2564 พบว่ามีแนวโน้มไม่คงที่พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างนำส่งที่พบเป็นผู้ป่วย UGIB, Hemorrhagic stroke, COPD, PE, AAA ซึ่งล้วนแต่มีอาการขั้นวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และการประเมินที่แม่นยำ จึงได้มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร จัดประชุมทบทวนอุบัติการณ์และปรับปรุงแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และเน้นย้ำการปฏิบัติตาม CPG อย่างเคร่งครัด มีแผนการประเมินผู้ป่วยบนรถ และนำผลมาพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงล่าช้า จึงได้เพิ่มการประชาสัมพันธ์โรคและอาการเจ็บป่วยที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที และประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนผู้ป่วยส่งต่อเสียชีวิตหลังส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมง	0 ราย	13	10	4	9	7
	<p>จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยส่งต่อเสียชีวิตหลังส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมง พบว่ามีแนวโน้มไม่คงที่ โรคที่พบการเสียชีวิตหลังส่งต่อ ภายใน 48 ชั่วโมง คือ Sepsis, NSTEMI, Meningitis, CHF, Pneumonia, Peritonitis, Artery occlusion, UGIB, STEMI จากการทบทวนพบว่าการประเมิน การประเมินซ้ำ การดูแลและการวางแผนดูแลไม่เหมาะสม ทำให้การรักษาและส่งต่อล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมง ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลและเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ปี 2564 มีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมง ลดลง แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไป</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned dead)	0 ครั้ง	12	5	8	8	1
	<p>จากกราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned dead) ปีงบประมาณ 2560 – 2564 จำนวน 12, 5, 8, 8, 1 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยวิกฤติเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย กลุ่มแรกที่ทำให้เสียชีวิต คือกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาการนำที่ทำให้หยุดหายใจคือผู้ป่วยบ่นแน่นหน้าอก เหนื่อย วิงเวียน ในกลุ่มโรค NCD ซึ่งสูงอายุ มีโรคแทรก DM HT และ CKD และวัยทำงานเพศชายมีประวัติสูบบุหรี่จัด ดื่มสุรา ไม่พบโรคประจำตัวอยู่ดี ๆ มีอาการแน่นหน้าอกกลางคืน และเกร็ง ประวัติจากญาติ ที่พามา รพ. และยังไม่ทราบประวัติในภาวะฉุกเฉินที่จะต้องมาโรงพยาบาล จึงได้ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลผ่านคลินิกโรคเรื้อรังทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ตลอดจนการสร้างอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนในการแจ้งเหตุร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</p>					

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตรา Onset to needle time ของโรค STEMI น้อยกว่า 180 นาที	> 70 %	100 (3/3)	100 (4/4)	100 (3/3)	71.43 (5/7)	100 (1/1)
 <p>จากกราฟแสดงอัตรา Onset to needle time ของโรค STEMI น้อยกว่า 180 นาที ปีงบประมาณ 2560-2564 พบว่า ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 180 นาที (onset to needle) นับตั้งแต่เจ็บหน้าอก ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละมากกว่า 70 ซึ่งจากการทบทวนกรณีศึกษา พบว่าปี 2563 ประชาชนยังขาดความรู้ในอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับบริการล่าช้า ประกอบกับประชาชนตื่นตระหนกในการระบาดของโรค Covid-19 จึงได้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในอาการของโรค ตระหนักถึงการเข้ารับบริการที่ทันเวลา ซึ่งเป็นผลมาจาก การจัดอบรมแกนนำในชุมชน ได้แก่ อสม. ให้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นอาสาเจ้าแห่งเหตุในชุมชน จัดอบรมอาสา กู้ชีพลูกข่าย EMS 8 เครือข่าย ในเขตอำเภอໄຊຟີລີຍ ป้ายประชาสัมพันธ์อาการโรคหลอดเลือดหัวใจ และประชาสัมพันธ์อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลผ่านคลินิกโรคเรื้อรัง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ และการเข้าใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ และ VCD ตลอดจนการพัฒนากระบวนการค้นหา การเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดกับกลุ่มเสี่ยง และทราบถึงช่องทางในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการทันที การมีที่อยู่ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแผนที่เฝ้าระวังและกลุ่มเสี่ยงถูกขึ้นทะเบียนสมาชิก EMS Club (1669) จึงทำให้ปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 180 นาที (onset to needle) นับตั้งแต่เจ็บหน้าอก เป็นร้อยละ 100</p>	 <p>อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ควบคุมอาการไม่ได้ ได้รับการส่งต่อ ภายใน 6 ชั่วโมง มีแนวโน้มไม่คงที่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต พบสาเหตุจากความรุนแรงของโรคและการไม่ปฏิบัติตาม CPG การประเมิน ประเมินซ้ำไม่ครอบคลุม การดูแล และการวางแผนดูแลไม่เหมาะสม ทำให้ส่งต่อล่าช้า จึงมีการประชุมปรับปรุง CPG ให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและสื่อสารพร้อมเน้นย้ำการปฏิบัติตาม CPG อย่างเคร่งครัด การใช้ Early warning sign และการรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้มีการส่งต่อที่รวดเร็วเมื่อควบคุมอาการไม่ได้ หลังจากการทบทวนและพัฒนาพบว่าอัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ควบคุมอาการไม่ได้ ได้รับการส่งต่อ ภายใน 6 ชั่วโมงมีแนวโน้มสูงขึ้น</p>					
อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ควบคุมอาการไม่ได้ ได้รับการส่งต่อ ภายใน 6 ชั่วโมง	100 %	86.84	94.64 (53/56)	86.84 (33/38)	93.02 (40/43)	96.88 (31/32)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย Stroke รายใหม่ ได้เข้าระบบ Fast track ภายใน 3 ชั่วโมง	> 50 %	44.83 (13/29)	39.47 (15/38)	54.83 (34/62)	68.18 (45/66)	90 (9/10)
 <p>จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่ ยังมีแนวโน้มที่สูง ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากภาวะการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จำเป็นต้องเปลี่ยนระบบการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นระบบส่งยาให้ที่บ้านทำให้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ถูกเน้นย้ำให้ตระหนักถึงการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค NCD กล่าวคือ การควบคุมโรคเรื้อรังได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิด Stroke เพิ่มมากขึ้น</p> <p>แต่ในขณะเดียวกันอัตราการเข้าถึงระบบ fast track ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน สืบเนื่องจากการประชาสัมพันธ์โรคและอาการเจ็บป่วยที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ทันเวลา</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>ปี 2560</p> <p>ปี 2561</p> <p>ปี 2562</p> <p>ปี 2563</p> <p>ปี 2564</p> <p>อัตราผู้ป่วย Stroke รายใหม่ ได้เข้าระบบ Fast track ภายใน 3 ชั่วโมง</p> <p>เป้าหมาย</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>ปี 2560</p> <p>ปี 2561</p> <p>ปี 2562</p> <p>ปี 2563</p> <p>ปี 2564</p> <p>อัตราผู้ป่วย Stroke fast track ที่มาด้วยระบบ EMS</p> <p>เป้าหมาย</p>	<p>แม้การส่งเสริมประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกได้ผลดีในการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าระบบ Fast track มากขึ้น แต่การเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยระบบ EMS ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้สืบเนื่องมาจากความเชื่อของประชาชนที่คิดว่าในภาวะเร่งด่วนประกอบกับมีรถยนต์ส่วนตัวหรือหารถที่ไต่่ง่ายและเร็วกว่ารถ EMS จึงเดินทางมาด้วยตัวเองด้วยคิดว่าจะถึงโรงพยาบาลได้เร็วกว่า ในส่วนของความเชื่อนี้ได้มีการพยายามสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชนในพื้นที่แต่ยังไม่สามารถกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้จึงทำให้อัตราผู้ป่วยที่มาด้วยระบบ EMS ยังไม่ถึงยังเป้าหมายที่ต้องการ</p>			
อัตราผู้ป่วย Stroke fast track ที่มาด้วยระบบ EMS	> 30 %	23.08 (3/13)	0	5.88 (2/34)	0	0

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิด Recurrent stroke	0	15 (6/40)	10.52 (4/38)	8.06 (5/62)	6.25 (3/48)	15.15 (5/33)
	<p>จากข้อมูลผู้ป่วย Recurrent stroke ปี 2560 – 2564 มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมาย และในปี 2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นมาก จากการทบทวนผู้ป่วย Recurrent stroke พบสาเหตุจากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การควบคุมโรคเรื้อรังได้ไม่ดีในกลุ่ม NCD โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งมีการจัดส่งยาโรคประจำตัวให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ถูกเน้นย้ำให้ตระหนักถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิด Recurrent stroke เช่น การรับประทานยาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง การควบคุมโรคเรื้อรังให้อยู่ในเกณฑ์ ลดความเครียด และมา รพ. ทันทีที่มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของ Stroke ทำให้การเข้าถึงล่าช้า ส่งผลให้ ADL ลดลง จึงมีการพัฒนาระบบดูแลทั้ง Pre-Hos, In-Hos และ Post-Hos รูปแบบการติดตามผู้ป่วย NCD และผู้ป่วย Stroke เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและตระหนักถึงการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย UGIB เกิด Re-bleeding	0	3.57 (1/28)	6.06 (4/66)	5.36 (3/56)	13.04 (6/46)	4 (1/25)
	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราผู้ป่วย UGIB เกิด Re-bleeding มีแนวโน้มไม่คงที่ และยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย พบว่ามีสาเหตุที่ทำให้เกิด Re-bleeding คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วย Cirrhosis, CA liver, CA colon, การใช้ NSAID, ยาสมุนไพร, การเป็นโรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง ได้เน้นย้ำการวางแผนก่อนจำหน่ายรายบุคคลให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ NSAID และการป้องกันการเป็นโรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง รวมถึงการส่งต่อ COC และภาคีเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ปี 2564 อัตราผู้ป่วย UGIB เกิด Re-bleeding มีแนวโน้มลดลง</p>					



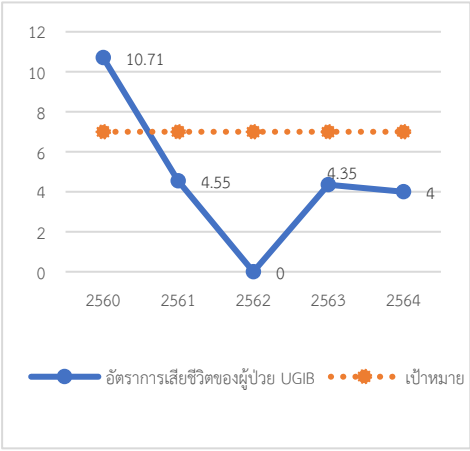
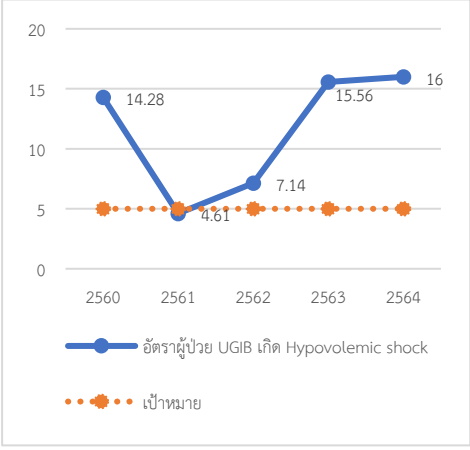
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วยจิตเวชอาการไม่กำเริบภายใน 6 เดือน	> 70 %	81.35 (288/354)	73.80 (248/336)	62.79 (211/336)	76.87 (266/346)	89.74 (280/312)
		<p>จากข้อมูล ปี 2560 – 2564 มีอัตราผู้ป่วยจิตเวชอาการไม่กำเริบภายใน 6 เดือน เท่ากับ 81.35, 73.80, 62.79, 76.87, 89.74 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง อาการทางจิตเวชบางครั้งอาจเกิดขึ้นมากเป็นบางเวลา อาจเกิดขึ้นเอง ตามธรรมชาติของโรคที่จะมีการแกว่งของอาการหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาเอง บางครั้งความเครียดหรือปัญหาในชีวิต ปัญหาครอบครัว อาจกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชกำเริบได้ ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ฝึกลักษณะอาการที่ต้องมาพบแพทย์ จะส่งผลดีต่อการรักษาอย่างยิ่ง</p> <p>ทั้งนี้ทางคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช มีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่ รพ.สต. พร้อมทั้งมีการประสานภาคีเครือข่ายร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน มีการจัดอบรม Caregiver เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบก้าวร้าว</p>				

83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเสียชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI	≤ 9%	0 (0/3)	16.67 (1/6)	0 (0/7)	0 (0/7)	33.33 (1/3)
		<p>จากกราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI พบว่าปี 2561 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 16.67 พบว่า มีสาเหตุจากการเข้าถึงล่าช้า จึงได้มีการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ร่วมกับอายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการพัฒนาระบบการเข้าถึงให้รวดเร็วขึ้น พัฒนาระบบ EMS ทันเวลา และมีการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่ม CVD Risk ที่เสี่ยงสูงในคลินิก NCD เกิด Mapping กลุ่มเสี่ยง STEMI ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีแบบคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการแปลผล EKG ผ่านการ Consult ทาง Line ส่งผลให้ปี 2562-2563 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนปี 2564 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 33.33 มีสาเหตุมาจาก ผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียน ปวดหลังมาก เหนื่อยอ่อนเพลีย ได้รับการประเมินอาการและตรวจ EKG ขณะแพทย์ให้การรักษา ผู้ป่วย Arrest และเสียชีวิต จึงต้องพัฒนาแนวทางการประเมินและแนวทางการดูแลต่อไป</p>				

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	< 20 %	15.96 (15/94)	12.25 (22/179)	13.04 (18/138)	17.35 (21/121)	7.14 (6/84)
	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มไม่คงที่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว DM, CKD, CA, Cirrhosis, TB, HIV, COPD และเป็นการติดเชื้อจากชุมชน โรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อส่งผลให้เสียชีวิต ได้แก่ Pneumonia, Meleiod, UTI, Menigitis, NF, AGE, Peritonitis, Bed sore, Leptospirosis, Cellulitis จากการทบทวนพบว่า การประเมินไม่ครอบคลุม ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามตามแนวทาง ส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้า การวางแผนดูแลไม่เหมาะสม ทำให้การรักษาและส่งต่อล่าช้า จึงมีการปรับปรุงกระบวนการดูแล เน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ปี 2564 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis ลดลง</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง	100 %	96.77	99.30	95.20	100	100
	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการทบทวนแนวทางการปฏิบัติและเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้รวดเร็ว ทันเวลา</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดภาวะ Organ failure ของผู้ป่วย Sepsis	< 10 %	17.02 (16/94)	8.15 (12/141)	20.28 (28/138)	17.35 (21/121)	14.28 (12/84)
	<p>จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย Sepsis ที่เกิดภาวะ Organ failure มีแนวโน้มไม่คงที่และยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย พบภาวะ Respiratory failure, DIC, AKI จากการทบทวนพบว่า การประเมิน ประเมินซ้ำ การดูแลรักษา และการวางแผนการดูแลไม่ครอบคลุม จึงมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลและเน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด พบว่า ปี 2564 อัตราการเกิดภาวะ Organ failure ของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มลดลง</p>					



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	< 7 %	17.50 (7/40)	1.54 (1/65)	3.39 (2/59)	1.51 (1/66)	16.67 (3/18)
	<p>จากข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke มีแนวโน้มไม่คงที่ และยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วย Hemorrhagic stroke มีความรุนแรงของโรคมก นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว CKD ESRD ภายหลังเกิด Stroke ทำให้ติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วจนเสียชีวิต จึงมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่ม NCD ให้ความสำคัญโรคได้ตี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยชุมชนและภาคีเครือข่าย และการประชาสัมพันธ์ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มี The Barthel ADL Index = 20 หรือเพิ่มขึ้น ภายหลัง 6 เดือน	> 80 %	92.86 (13/14)	89.29 (25/28)	78.57 (44/56)	72.73 (24/33)	77.78 (14/18)
	<p>ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ มี The Barthel ADL Index = 20 หรือเพิ่มขึ้น ภายหลัง 6 เดือน ในปี 2560 – 2564 มีแนวโน้มลดลง และยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนผู้ป่วยที่มี The Barthel ADL Index ไม่เพิ่มขึ้น พบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีความรุนแรงของโรคมก และจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการติดตามฟื้นฟูสภาพและการปรับเปลี่ยนโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่เกิด Recurrent stroke ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จึงได้วางแผนพัฒนาการให้ความรู้ และ Empowerment การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ฝ้าระวังการเกิด Recurrent stroke และเน้นย้ำการให้ความรู้แก่ Caregiver ในการดูแลและสังเกต Stroke alert เพื่อให้แจ้ง 1669 นำส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย UGIB	< 7 %	10.71 (3/28)	4.55 (3/66)	0 (0/56)	4.35 (2/46)	4 (1/25)
	<p>จากการวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย UGIB มีแนวโน้มไม่คงที่จากการทบทวนพบว่าสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตคือการดื่มสุราเป็นประจำ การใช้ยาสมุนไพร ยาแก้ปวด และผู้ป่วย CKD stage 5, Cirrhosis มีความรุนแรงของโรคมามากเมื่อมาถึงโรงพยาบาล และยังพบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอื่นแล้วพบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารแบบฉับพลันจึงเกิดภาวะ Shock และ Arrest และยังพบผู้ป่วยเข้าถึงล่าช้า มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารแล้วไม่มารับการรักษาทันที จึงได้พัฒนาแนวทางการประเมินและซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาที่ผ่านมา การใช้ยาสมุนไพร NSAID และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง การใช้ Early warning signs และการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ส่งผลให้ปี 2564 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย UGIB ลดลง</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย UGIB เกิด Hypovolemic shock	< 5 %	14.28 (4/28)	4.61 (3/65)	7.14 (4/56)	15.56 (7/45)	16 (4/25)
	<p>จากข้อมูลอัตราผู้ป่วย UGIB เกิด Hypovolemic shock พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการดื่มสุราเป็นประจำ การใช้สมุนไพร การใช้ยาแก้ปวด การรับประทาน ASA ในผู้ป่วย DM จากโรค Cirrhosis CA ผ่าตัดกระเพาะทะลุ การดื่มน้ำอัดลมประจำ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ส่งผลให้มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจำนวนมากทำให้เกิดภาวะ Shock ตามมา จึงมีการปรับปรุงแนวทางการประเมิน การดูแล การวางแผนการดูแลให้ครอบคลุม เตรียม PRC ไว้ให้เพียงพอ เน้นการวางแผนจำหน่ายรายบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD (Unplanned dead)	< 4 %	0 (0/34)	0 (0/92)	0 (0/134)	0.76 (1/130)	0 (0/70)
	<p>จากการวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD พบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วย COPD unplanned dead 1 ราย มาด้วยเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบ กินได้น้อย มาโดย EMS หลังจากให้การดูแลแล้วส่งไป Admit ผู้ป่วย Arrest เมื่อไปถึงตึกผู้ป่วยในและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง รพ. ปลายทาง จากการทบทวนพบว่าการประเมิน ประเมินซ้ำ การวางแผนดูแล ไม่ครอบคลุม จึงมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลและเน้นย้ำการปฏิบัติตาม Gold GINA Guideline อย่างเคร่งครัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ แก้ไข เบื้องต้นแล้วส่งต่อ รพ.ปลายทางตั้งแต่ ER ส่งผลให้ปี 2564 ไม่พบผู้ป่วย COPD unplanned dead</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิด Respiratory failure ของผู้ป่วย COPD ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	< 5 %	12.12 (4/33)	4.34 (4/92)	2.25 (3/133)	2.30 (3/130)	0 (0/70)
	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเกิด Respiratory failure ของผู้ป่วย COPD ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวน พบสาเหตุจากความรุนแรงของโรคทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว พบความบกพร่องในการประเมิน ประเมินซ้ำ และยังมีไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จึงมีการพัฒนากระบวนการดูแลโดยปรับปรุง CPG ที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรในการประเมิน ประเมินซ้ำ การดูแล เน้นให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มใส่ท่อช่วยหายใจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งต่อ โดยประเมินจากระดับ ความรุนแรงของโรค ประเมินผู้ป่วยเข้าโครงการ Oxygen therapy ส่งต่อ COC เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อม การใช้จ่ายพัน การดูแลตนเอง ส่งผลให้ปี 2564 ไม่มีผู้ป่วย Respiratory failure ขณะนอนโรงพยาบาล</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค	≥ 85 %	91.67	94.12	78.38	97.62	94.44
	<p>ปี 2560 – 2564 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น เป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการรักษา จากภาวะติดเชื้อรุนแรงและระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีโรคร่วมโดยเฉพาะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV และโรคเบาหวานอย่างชัดเจน พบผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคแทรกซ้อน ทั้งนี้ควรค้นหาโรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น โรคเบาหวาน HIV เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อรายใหม่ (M+) ได้ไม่ครอบคลุมในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจริงๆ เนื่องจากติดตามได้ยาก เช่น กลุ่มเล่นการพนัน กลุ่มไปทำงานต่างจังหวัด ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาในการเพิ่มการคัดกรองให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้รวดเร็ว ลดการแพร่กระจายของโรค โดยมีแผนพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เน้นย้ำการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</li> <li>2. ขยายการดูแลผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยงดูแลไปยังภาคีเครือข่าย</li> <li>3. เพื่อความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่</li> <li>4. Empowerment อสม. Care giver ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค</li> <li>5. ประชาสัมพันธ์กลุ่มเสี่ยงเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค</li> <li>6. พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงชุมชน รพ.สต. อปท.</li> <li>7. พัฒนาระบบกระตุ้นผู้ป่วยวัณโรคให้มารับยาตามนัด และติดตามให้ผู้ป่วยที่ขาดยามารับยาตามนัด</li> <li>8. พัฒนาระบบการคัดกรองในรพ.สต.และส่งต่อโรงพยาบาล โดย Mobile X-ray และเก็บเสมหะส่งตรวจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</li> </ol>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C <7)	> 40 %	11.86	14.56	13.37	9.74	11.40
	<p>จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C&lt;7) ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ปี 2560 – 2564 ร้อยละ 11.86, 14.56, 13.37, 9.74 และ 11.4 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ภาพรวมสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค (อาหาร หวาน มัน เค็ม) ขาดการออกกำลังกาย เครียด การใช้ยาไม่ถูกต้องทั้งขนาดและวิธีการ หยุดใช้ยาและปรับขนาดยาเอง และ มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากปัญหาดังกล่าว ในปี 2564 จึงได้มีโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ออกตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยนำทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามการดูแลรักษาโดยทีมแพทย์ โดยดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90 mmHg)	≥ 50%	91.68	45.39	60.06	63.26	62.19
	<p>จากกราฟอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปี 2560 –2561 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ยังคงมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว มีพฤติกรรมชอบกินเค็ม เคี้ยว ขาดการออกกำลังกาย จึงได้มีแผนโครงการส่งเสริมการดูแลตนเอง Self Monitoring Blood pressure (SMBP) ขึ้นในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แบบยั่งยืน มีการประเมินผล กับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ในปี 2561-2564 มีการควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีแนวโน้มสูงขึ้นและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย DM/HT ได้รับการตรวจคัดกรอง CVD Risk	> 60 %	68.46	83.17	85.08	69.89	50.44
	<p>จากกราฟจะเห็นได้ชัดว่าอัตราผู้ป่วย DM/HT ได้รับการตรวจคัดกรอง CVD Risk ปี 2560 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราการคัดกรองคิดจากปัจจัยหลายอย่างเช่น ค่าความดันโลหิต ค่าการตรวจระดับไขมันในเลือด รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นต้น ซึ่งในปี 2563-2564 มีอัตราลดลง อันเนื่องจากการจัดทำคลินิกรูปแบบใหม่ เน้นการเว้นระยะห่าง และการส่งยาที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในภาวะโรคระบาด covid-19 ทำให้ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการตรวจเลือด ตรวจวัดรอบเอว ตรวจประเมินสุขภาพลดลง ในปี 2564 จึงมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจประเมินสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยการนัดเหลื่อมเวลากัน เพื่อให้อัตราการคัดกรอง CVD Risk เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่	< 10 %	13.24	18.03	17.49	15.20	12.51
 <p>จากกราฟจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ ปี 2561 – 2564 มีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าสาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรังเกิดจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังนั้นการป้องกันจึงเน้นเรื่องการควบคุมโรคดังกล่าว โดยทั้งนี้เนื่องมาจาก Service plan สาขาไตและ Service plan non communicable disease, NCD (สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้กำหนดให้สถานบริการทุกระดับทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง โดยการป้องกันจะเน้นการทำงานในระดับชุมชนผ่านระบบ District health system ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย และกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ใน รพ.สต.ต่างๆที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะและเจาะเลือดวัดระดับ Creatinine (Cr) และรายงานเป็น eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจเลือดวัดระดับ Cr และรายงานเป็น eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยมีทีมสหวิชาชีพออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนยาอย่างสมเหตุสมผล ตลอดถึงการเชิญอายุรแพทย์ ออกตรวจเดือนละ 2 ครั้งในโรงพยาบาลโซฟิเลียส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มการให้ยาชะลอไตเสื่อมกลุ่ม ACEI/ARB และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังแล้ว สิ่งที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้นหรือมีหน้าที่ของไตเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด ซึ่งกลยุทธ์หลักที่ใช้ในการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตคือกำหนดจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) โดยมีการกำหนดองค์ประกอบของ CKD Clinic ได้แก่ 1) บุคลากร ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด 2) Education program เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยและชุมชน 3) การจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้การเกิดอัตราการเกิดผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ของโรงพยาบาลโซฟิเลียมีแนวโน้มลดลง และในขณะเดียวกันทางโรงพยาบาลโซฟิเลียก็ยังเล็งเห็นปัญหาที่เกิดตามมาจากรโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงได้กำหนดเปิดหน่วยไตเทียมขึ้นในปี 2564 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ต่อไป</p>						



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 6.5/แสน ประชากร	5.54 (4 ราย)	8.04 (6 ราย)	9.39 (7 ราย)	4.31 (3 ราย)	5.74 (4 ราย)
	<p>จากข้อมูลพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มไม่คงที่ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2560 - 2564 เท่ากับ 5.54, 8.04, 9.39, 4.31, 5.74 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีแนวโน้มการทำร้ายตัวเอง ทำให้ทั้งอัตราฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงของการทำร้ายตนเองมาจากการใช้สารเสพติด ปัญหาครอบครัว ผิดหวังในความรัก ติดสุรา มีโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษา ใน ปี 2564 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 5.74 มากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาความรัก วิธีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอตาย แต่อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นชายมากกว่าหญิง มีโอกาสสำเร็จและมีโอกาสสูงมากยิ่งขึ้นหากมีโรคเรื้อรัง ขาดคนดูแลหรือคนดูแลไม่เข้าใจ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช แต่มีปัญหา ผิดหวังในความรัก จึงได้มีการพัฒนาการคัดกรองแบบประเมิน 2Q 8Q 9Q และการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งต่อ รพ.สต. เพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำ มีการประสานภาคีเครือข่ายร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน มีการจัดอบรม Caregiver เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ก่อนที่จะรุนแรงและมีการทำประชามระหว่างชุมชน ส่งข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดให้ตำรวจ เพื่อลดอัตราการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ อันเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วยที่ระยะ eGFR คงที่	≥ 50 %	77	76	85	76	84
อัตราผู้ป่วยที่ระยะ eGFR ดีขึ้น	> 5 %	11	8	10	17	13
อัตราผู้ป่วยที่ระยะ eGFR เลวลง	< 5 %	12	16	5	7	3
	<p>อัตราการกรองของไต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การวิเคราะห์พบว่า จากการตรวจของอายุรแพทย์มีการเพิ่ม กลุ่มยาของ ACEI /ARB มากขึ้นส่งผลให้มีการชะลอไตเสื่อมได้มากขึ้นเป็นลำดับ โดยปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการกรองของไต ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นอยู่โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C &lt; 7 และ BP &lt; 130/80 mmHg ซึ่ง 2 ปัจจัยนี้ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซ้ำยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID ซึ่งมีผลต่อไตในทางที่เลวลง และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 2019 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาที่บ้าน ญาติและผู้ป่วยขาดขบวนการรับรู้อย่างต่อเนื่อง การพบสหวิชาชีพน้อยลงอย่างจำกัด ซึ่งในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้คัดเลือกกลุ่มคนไข้โรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อนได้เข้าพบอายุรแพทย์ ซึ่งเป็นการยากในการควบคุมการดำเนินของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในลำดับต่อไปได้วางแผนให้กลุ่มคนไข้โรคไต ในระยะต้นๆ ของโรค เข้าพบอายุรแพทย์ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการปรับระดับประคองชะลอไตเสื่อม ในลำดับต่อไป</p>					



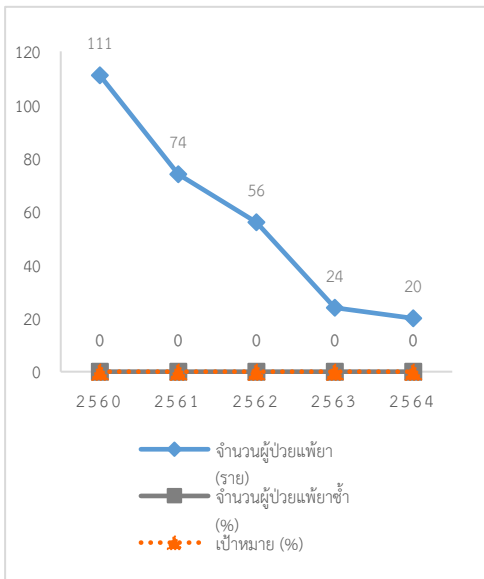
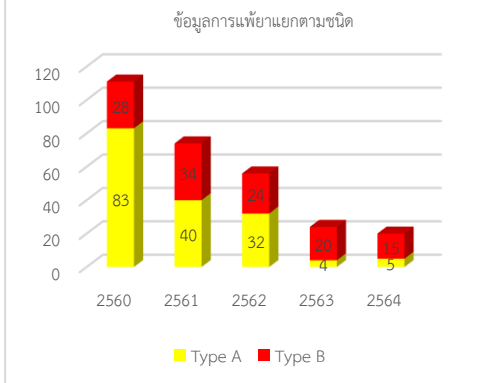
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดภาวะ PPH	< 5 %	2.29 (7/305)	4.03 (14/347)	3.77 (10/265)	2.09 (4/191)	2.77 (3/108)
	<p>ข้อมูลปี 2560 - 2564 อัตราการเกิดภาวะ PPH อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและไม่พบภาวะ shock จากการทบทวนพบสาเหตุการเกิดดังนี้ จากภาวะ uterine atony และจากภาวะ retained placenta โดยได้ปรับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง กำหนด Early warning signs และทบทวนแนวทางการป้องกันความเสี่ยง PPH มีการเฝ้าคัดด้วยกราฟมาตรฐาน เพื่อป้องกันการคลอดเนิ่นนานพร้อมกำหนดแนวทางในการดูแล Training การทำคลอดกรก ปรับวิธีการตวงเลือดให้แม่นยำ โดยใช้นวัตกรรมถุงตวงเลือด ทำให้พบภาวะตกเลือดหลังคลอดพบเร็วให้การรักษาได้เร็ว ตรวจแผลฝีเย็บร่วมกับช่องทางคลอด มีการซ้อมแผนวิกฤติในห้องคลอด โดยการจำลองสถานการณ์เพื่อทดสอบระบบตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ประเมินผลการปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การทำหน้าที่ตามเหตุการณ์และใช้ระบบการแก้ปัญหา คำสั่งที่ชัดเจนโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันพิจารณาปรับปรุงให้เข้ากับสถานการณ์และบริบทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำการซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง ทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุง แก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia	< 25:1000 การเกิดมีชีพ	0 (0/305)	2.89 (1/346)	3.77 (1/265)	5.26 (1/190)	0 (0/107)
	<p>การเกิดภาวะ Birth Asphyxia มีอุบัติการณ์ทุกปี จากการทบทวนเวชระเบียน ในปี 2560 - 2564 ภาวะ Birth Asphyxia พบว่าสาเหตุของการเกิด Birth Asphyxia เกิดจาก ภาวะ Fetal Distress น้ำคร่ำมีสีเขียวปน 1 ราย การคลอดติดขัด การคลอดท่าก้น สายสะดือพันคอ 1 ราย อีก 1 ราย สาเหตุเกิดจาก ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อย และยังพบการเกิด Birth Asphyxia ว่าพบในมารดาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ และพบในมารดาใช้สารเสพติด จึงได้พัฒนากระบวนการดูแลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบ ANC ตามเกณฑ์ และประสานเครือข่ายติดตามกรณีไม่มาตามนัด และมีระบบคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>2. การประเมินความเสี่ยงแรกรับ และการรักษาที่รวดเร็ว</li> <li>3. การเฝ้าระวังการคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารก</li> <li>4. ระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว</li> </ol>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	< 7 %	3.60 (11/305)	4.91 (17/346)	7.16 (19/265)	3.68 (7/190)	3.73 (4/107)
	<p>จากกราฟอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2560 – 2562 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นมารดาไม่ได้รับการฝากครรภ์ และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จึงมีการวางแผนพัฒนาการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฝากครรภ์ให้ครอบคลุม และติดตามการมาฝากครรภ์ตามนัด โดยชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้ปี 2563-2564 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิด Neonatal sepsis	≤ 5%	4.92 (15/305)	2.02 (7/346)	3.39 (9/265)	1.57 (3/190)	4.67 (5/107)
	<p>จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่ายังมีปัญหาในการวินิจฉัยและการป้องกันในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านมารดาและการคลอด จากข้อมูลปี 2560 - 2564 ผู้ป่วย Neonatal sepsis มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าการวินิจฉัยไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มี Over diagnosis 36 ราย จาก 39 ราย โดยผล H/C พบเชื้อเพียง 3 ราย และผู้ป่วย 1 ราย พบเป็น Post-term ส่งต่อ รพ.บึงกาฬ ได้รับการส่งกลับเพื่อ ANC ต่อ และคลอดที่ รพ.ໄຊຟີລີ້ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยไม่มา ANC ตามนัด รอจนมีอาการเจ็บครรภ์คลอดจึงมา รพ. จึงได้มีแนวทางพัฒนากระบวนการให้ข้อมูลเสริมพลังในการ ANC ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการ ANC และความเสี่ยงที่จะเกิดกับทารกในครรภ์จากอายุครรภ์เกินกำหนด</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	< 1.6 %	-	-	-	ไม่มีผู้ติดเชื้อ	ไม่มีผู้ติดเชื้อ
<p>ปี 2563 ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดบึงกาฬ                      ปี 2564 ข้อมูลถึง ต.ค. 2563 - มี.ค. 2564 ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดบึงกาฬ                      โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ได้มีการประชุมวางแผนทางการดูแลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรฐาน ทั้งในโรงพยาบาลและร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อวางแผนการดูแลในชุมชน รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีพบผู้ติดเชื้อในพื้นที่</p>						

84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน RDU	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 2
		<p>จากแผนภาพแสดงผลการดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบว่าผลการดำเนินงาน RDU ในขั้นที่ 3 ไม่ผ่านเงื่อนไข 1 ตัวชี้วัดคือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หากพิจารณาข้อมูลโดยเฉลี่ยแต่ละปีของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่าร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ลดลงดังนี้ 72.39, 66.36, 56.17, 22.92, 42.99 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการประมวลผล ของ Hos-XP ของโรงพยาบาล เป็นการประมวลผลรวมของแผลสดทุกชนิดซึ่งรวมถึงแผลที่เกิดจากสัตว์ และทำการแยกข้อมูลแผลที่เกิดจากสัตว์ตั้งแต่ปี 2561 -2564 พบร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ดังนี้ 35.18, 28.21, 20.19, 22.42</p> <p>ทั้งนี้จากการดำเนินงานพบว่าหากมี บุคลากรมาปฏิบัติงานใหม่จะพบ อัตราการส่งจ่าย ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น รวมถึงปัจจัยอื่นเช่น ความเชื่อเรื่องของการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้มารับบริการ ที่เชื่อว่า มี แผล เป็นไข้หวัด จะต้องได้ยาปฏิชีวนะถึงจะหาย และวิถีการดำรงชีวิตของประชากรในพื้นที่ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่นการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดท้องเสีย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำไปพิจารณาวางแผนดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป</p>				

85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
		<p>ในปี 2560 - 2564 งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍ ไม่มีผ่าตัด ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เนื่องจากปฏิบัติตามแนวทาง ระบุตัวผู้ป่วยและตำแหน่งผ่าตัดทุกครั้งที่มีการผ่าตัด ในปี 2560-2564</p>				

86 ຜົນດ້ານຄວາມປອດໄພໃນການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອ (I)						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕຕ63-ມິຕ64)
ອັດຕາການຕິດເຊື້ອໃນຮພ. (health care-associated infections) ຕໍ່ 1,000 ວັນນອນ	< 5:1000 ວັນນອນ	0	0	0	0	0
<p>ໃນປີ 2560 - 2564 ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ມີຜູ້ປ່ວຍຈຳນວນຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອໃນຮົງພະຍາບາລ ອາດຈະເປັນເພາະຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ເປັນຮົງພະຍາບາລຂະໜາດເລັກໄດ້ມີແພທ໌ເຊພາຣາທາງຫຼາຍສາຂາ ຮັບຜູ້ປ່ວຍ Admit ດ້ວຍໂຣກທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຮັບຈຳນວນວັນນອນນ້ອຍວັນ</p>						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕຕ63-ມິຕ64)
ອັດຕາການຕິດເຊື້ອ VAP/1,000 Vent. Days	< 5:1000 ວັນນອນ	0	0	0	0	0
<p>ໃນປີ 2560-2564 ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ມີຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອຈາກການໃສ່ທ່ອ ສ່ວຍຫາຍໃຈແລ້ວໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈໃນຮົງພະຍາບາລ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີບໍລິການຜູ້ປ່ວຍໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈ ໃນຮົງພະຍາບາລ</p> <p>ມີເຊພາຣາໃນປີ 2561 ຮັບຜູ້ປ່ວຍໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈຈາກຮົງພະຍາບາລປິ່ງຄາຟາຮັກສາຕໍ່ທີ່ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ໃນຂ່ວງຮັກສາທີ່ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ເກີດການຕິດເຊື້ອ VAP</p>						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕຕ63-ມິຕ64)
ອັດຕາການຕິດເຊື້ອ CAUTI/1,000 Cath. Days	< 5:1000 ວັນນອນ	0	0	0	0	0
<p>ໃນປີ 2560-2664 ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ມີຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອ CAUTI (ຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອໃນຮົງພະຍາບາລຈາກການໃສ່ສາຍສວນປັດສາວະຄາສາຍ) ອາດຈະເປັນເພາະຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ເປັນຮົງພະຍາບາລຂະໜາດເລັກໄດ້ມີແພທ໌ເຊພາຣາທາງຫຼາຍສາຂາ ຮັບຜູ້ປ່ວຍ Admit ດ້ວຍໂຣກທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຮັບຈຳນວນວັນນອນນ້ອຍວັນ ຈຳນວນວັນສາຍສວນປັດສາວະຄາສາຍນ້ອຍ ແລະເຈົ້າໜ້າປຸງປັດຕິຕາມແນວທາງການໃສ່ສາຍສວນປັດສາວະຄາສາຍທີ່ກຳນົດໃຫ້</p>						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕຕ63-ມິຕ64)
ອັດຕາການຕິດເຊື້ອ CLABSI/1,000 Cath. Days	< 5:1000 ວັນນອນ	0	0	0	0	0
<p>ໃນປີ 2560-2664 ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ມີຜູ້ປ່ວຍຕິດເຊື້ອຈາກການໃສ່ສາຍສວນທຸກຊະນິດ (ຕິດເຊື້ອ CLABSI) ໃສ່ທ່ອສ່ວຍຫາຍໃຈແລ້ວໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈໃນຮົງພະຍາບາລ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີບໍລິການຜູ້ປ່ວຍໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈ ໃນຮົງພະຍາບາລ</p> <p>ມີເຊພາຣາໃນປີ 2561 ຮັບຜູ້ປ່ວຍໃສ່ເຄື່ອງສ່ວຍຫາຍໃຈຈາກຮົງພະຍາບາລປິ່ງຄາຟາຮັກສາຕໍ່ທີ່ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ໃນຂ່ວງຮັກສາທີ່ຮົງພະຍາບາລໄຊຟີລີ້ ບໍ່ເກີດການຕິດເຊື້ອ VAP</p>						

87 ຜົນຮັບບຸກຄົນຈັດການດ້ານຢາ ແລະດ້ານຄວາມປອດໄພໃນການໃຊ້ຢາ/ເລືອດ (M)						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕົກ63-ມັດ64)
ອັດຕາການເກີດ ADR ຂ້າ	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
 <p>ຈາກຮາຟຟແສງອັດຕາການເກີດແພ້ຍາຂ້າຂອງຜູ້ປ່ວຍ ປິງບປຣະມາຄນ 2560-2564 ພບວ່າໃນໄວຣ່າເວລາດັ່ງຄ່າວໄກ່ມີອຸບັດຕິການຜູ້ປ່ວຍຂ້າ ແລະດັ່ງຕໍ່ ປິງບປຣະມາຄນ 2560 ຄຸ່ມງານເຄສ໌ຊັກຣຣມແລະຄຸ່ມຄຣອນຜູ້ບຣິໂກດຍັງໄດ້ ດຳເນີນການເພີ່ມເຕີມໃນສ່ວນຂອງການວາງຮະບບໃນການຕິດຕາມ ADR ບາບ Intensive ຂອງຢາ 5 ຣາຍການ ສຳລັບການໃຊ້ຢາຄຣັ່ງແຮກຂອງຜູ້ປ່ວຍ ແລະ ຈາກການທບທວນຈັດຄຸ່ມຢາທີ່ຜູ້ປ່ວຍແພ້ຍາ ໄດ້ຈັດທຳຕາຣາງສຣຸປຣາຍການຢາທີ່ ມີໃຊ້ໃນຣົງພາບາລ ເປັນຄຸ່ມຢາທີ່ຄວຣໄຫລີເຄື່ອງ ສ່ວນຜູ້ປ່ວຍທີ່ແພ້ຍາຂນິດ ຣຸນແຮງ (SJSs, TENs, DRESS, Angioedema, Anaphylaxis with/without shock) ດ້ອນບັນທຶກຣາຍການຢາຄຸ່ມເຕີຍວັກນ ແລະຣາຍການ ຢາຂ້າມຄຸ່ມທີ່ອາຈະແພ້ເພີ່ມເຕີມໃນ ADR pop alert ເພື່ອປ້ອກັ້ນການແພ້ ຢາໃນຄຸ່ມເຕີຍວັກນຫລືແພ້ຍາຂ້າມຄຸ່ມ</p> <p>ຈາກແຜນຣຸມິດັ່ງຕໍ່ປິງບປຣະມາຄນ 2560-2564 ການແພ້ຍາຂນິດ A ຄິດ ເປັນ 57.53%, 74.77%, 57.14%, 16.67%, 33.33% ຂອງຜູ້ປ່ວຍທີ່ເກີດ ການແພ້ຍາທັງຫມົດ ຕາມລຳດັບ ຈຶ່ງເຫັນວ່າໃນປິງບປຣະມາຄນ 2560-2562 ມີຜູ້ປ່ວຍແພ້ຍາຂນິດ A ມາກວ່າຄຣັ່ງໜຶ່ງຂອງຜູ້ປ່ວຍແພ້ຍາທັງຫມົດ ສ່ວນໃນ ປິງບປຣະມາຄນ 2563-2564 ມີຜູ້ປ່ວຍແພ້ຍາຂນິດ B ມາກວ່າຄຣັ່ງໜຶ່ງຂອງ ຜູ້ປ່ວຍແພ້ຍາທັງຫມົດ ແລະຢາທີ່ທຳໃຫ້ເກີດການແພ້ຍາຂນິດ A ມາກທີ່ສຸດໃນ ປິງບປຣະມາຄນ 2560-2562 ຄືອ Enalapril ຄິດເປັນ 66.67%, 71.08%, 54.16% ຕາມລຳດັບ ປິງບປຣະມາຄນ 2563 ແລະ 2564 ຄືອ Amlodipine ຄິດເປັນ 50% ແລະ 40% ຕາມລຳດັບ ດ້ອຍຂໍ້ຣຸມນີ້ມີຄວາມສຳຄັດຕໍ່ການ ພິຈາຣນາການສັ່ງໃຊ້ຢາໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍ ການພິຈາຣນາບັນຢາຂືຍາຂອງຣົງພາບາລໃນ ອນາຄຕ ຈຶ່ງອາຈສ່ຣຸດຕໍ່ຄວາມຣ່ວມມືອໃນການໃຊ້ຢາຂອງຜູ້ປ່ວຍອີກດ້ວຍ ທາງ ທີມຮະບບຍາຈຶ່ງຍັງເຫັນຄວາມສຳຄັດໃນການຄັນທາການແພ້ຍາຂນິດ A ແລະ ຣາຍງານເພື່ອນຳຂໍ້ຣຸມເຂົ້າສູ່ຮະບບເຜົ່າຣະວັງຕໍ່ໄປ ສ່ວນການແພ້ຍາຂນິດ B ພບມາກໃນຄຸ່ມຢາປຣືຊີວນະ ຣອຣລງມາຄືອຄຸ່ມ NSAIDs ຈຶ່ງຂໍ້ຣຸມມີ ຄວາມສຳຄັດຕໍ່ການພິຈາຣນາສັ່ງໃຊ້ຢາໃຫ້ຜູ້ປ່ວຍແລະການເຜົ່າຣະວັງອາການຫລັງ ການໃຊ້ຢາ</p>		 <p>ຂໍ້ຣຸມການແພ້ຍາແຍກຕາມຂນິດ</p>				

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอก	< 1 %	0.56	0.14	0.15	0.01	0.0%

ผู้ผู้ป่วยนอก

ผู้ผู้ป่วยนอก (%)    เป้าหมาย (%)

จากกราฟแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2560 - 2564 มีค่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 1%) โดยความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง ซึ่งจากการทบทวนพบว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยามีปริมาณลดลงมาก ถึงแม้ว่าในปีงบประมาณ 2562 ให้รายงานความคลาดเคลื่อนผ่านโปรแกรมแบบเต็มรูปแบบก็ตาม จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่ยังเกิดที่กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา และกระบวนการก่อนจ่ายยา

กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 0.5%) แต่ยังมีแนวโน้มไม่คงที่ โดยความคลาดเคลื่อนทางยา 3 อันดับแรกในปีงบประมาณ 2562 - 2564 คือ การสั่งยาโดยไม่มีเหตุผลเหมาะสม , สั่งยาขนาดไม่เหมาะสม , สั่งยาไม่ครบรายการ มีความรุนแรงระดับ E 1 เหตุการณ์ เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าเกิดจากการใช้ประวัติยาเดิมของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และจะเห็นว่าการสั่งใช้ยาโดยไม่มีเหตุผลเหมาะสมลดลงมากเนื่องจากการดำเนินการตามนโยบาย RDU

กระบวนการก่อนจ่ายยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 0.5%) มีแนวโน้มลดลง โดยความคลาดเคลื่อน 3 อันดับแรกในปีงบประมาณ 2562 - 2564 คือ จัดยาผิดชนิด , จัดยาผิดความแรง , ไม่ลงข้อมูล ซึ่งพบว่าการจัดยาผิดมีจำนวนน้อยลงมาก ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าในปี 2563 - 2564 เนื่องจากสถานการณ์โควิดโรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีนโยบายส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยที่มารับยาที่โรงพยาบาลมีจำนวนลดลง การจัดส่งผู้ป่วยที่บ้านเป็นการจัดล่วงหน้าภาวะเร่งรีบในการจัดลดลง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความผิดพลาดในกระบวนการจัดยาลดลงด้วย

กระบวนการจ่ายยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนข้างคงที่ อยู่ในเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 0.2%) โดยเป็นการจ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง และจ่ายยาผิดคน แต่การรายงานยังถือว่าข้อมูลน้อยมาก ทีมระบบยาจึงต้องวางแผนกระตุ้นการรายงาน และวางระบบเพื่อคุ้มครองจับ dispensing error เจริญ

กระบวนการบริหารยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง และพบว่าการรายงานข้อมูลในกระบวนการนี้น้อยมาก ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากปี 2563 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีนโยบายส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้านจากสถานการณ์โควิด ทำให้การค้นหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลที่พบ คือ ให้ยาผิดชนิด , ให้ยาผิดชนิด , ไม่ได้ให้ยา อย่างไรก็ตามทีมระบบยาจึงต้องกระตุ้นให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลให้มากขึ้น

ผู้ผู้ป่วยนอก

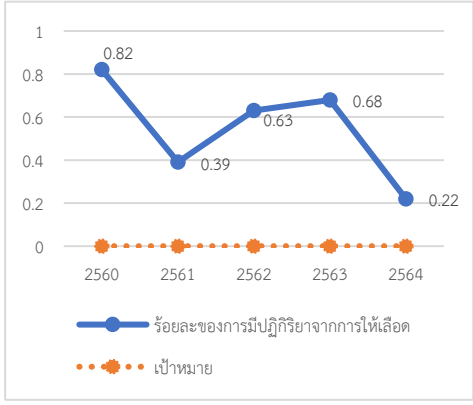
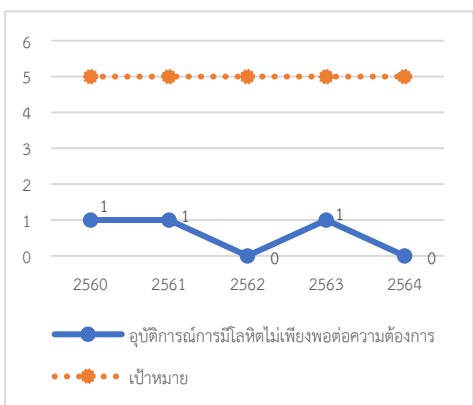
2560    2561    2562    2563    2564

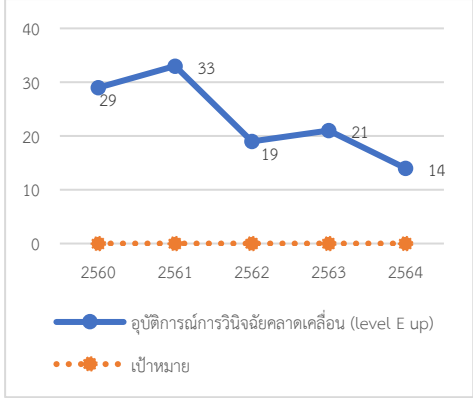
กระบวนการจ่ายยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนข้างคงที่ อยู่ในเป้าหมายที่กำหนด (ต่ำกว่า 0.2%) โดยเป็นการจ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง และจ่ายยาผิดคน แต่การรายงานยังถือว่าข้อมูลน้อยมาก ทีมระบบยาจึงต้องวางแผนกระตุ้นการรายงาน และวางระบบเพื่อคุ้มครองจับ dispensing error เจริญ

กระบวนการบริหารยา ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง และพบว่าการรายงานข้อมูลในกระบวนการนี้น้อยมาก ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากปี 2563 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີຍมีนโยบายส่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยที่บ้านจากสถานการณ์โควิด ทำให้การค้นหาความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลที่พบ คือ ให้ยาผิดชนิด , ให้ยาผิดชนิด , ไม่ได้ให้ยา อย่างไรก็ตามทีมระบบยาจึงต้องกระตุ้นให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลให้มากขึ้น

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยใน	< 1 %	1.25	0.06	0.17	0.03	0.05
<p>ผู้ป่วยใน</p>	<p>จากกราฟแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยในในปีงบประมาณ 2560-2564 ยังมีแนวโน้มไม่คงที่ โดยเป้าหมายที่กำหนดคือต่ำกว่า 1% พบว่าการรายงานข้อมูลน้อยลงมาก ซึ่งทางที่มระบบยาต้องเน้นย้ำให้ดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ เช่น การ round IV rate/IV site ทุก 4 ชั่วโมง และหาวิธีการเพื่อกระตุ้นการรายงานที่เหมาะสมต่อไป</p> <p>เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกระบวนการพบว่าแนวโน้มยังไม่คงที่ แต่ยังคงอยู่ในเป้าหมายที่กำหนดคือกระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา กระบวนการก่อนจ่ายยา ต่ำกว่า 0.5% กระบวนการจ่ายยา ต่ำกว่า 0.2% ส่วนกระบวนการบริหารยายังเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด 0% โดยความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นมากใน กระบวนการสั่งยา/คัดลอกยา คือ สั่งยาขนาดไม่เหมาะสม , สั่งยาไม่ครบรายการ กระบวนการก่อนจ่ายยา คือ ลงข้อมูลผิดขนาด , จัดยาผิดขนาด , จัดยาผิดชนิด กระบวนการจ่ายยา คือ จ่ายยาผิดขนาด , จ่ายยาไม่ครบรายการ กระบวนการบริการยา คือ ไม่ได้ให้ยา ซึ่งปีงบประมาณ 2562-2564 พบความรุนแรงอยู่ในระดับ E 1 เหตุการณ์ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าเกิดจากขาดความรอบคอบไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา HAD</p>					
<p>ผู้ป่วยใน</p>	<p>เป้าหมาย</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
<p>อุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่</p>	<p>อุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่พบว่าจะยังไม่มีอุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่ (ยกเว้นกรณีให้เลือดด่วนที่มีการให้หมู่เลือดโอ) เนื่องโรงพยาบาลมีแนวทางการให้เลือด ปฏิบัติดังนี้</p> <p>กรณีเคยรับเลือดมาก่อนที่โรงพยาบาลโซฟีลีย์ จะใช้ประวัติที่มีในระบบ LIS และ HOSxP ร่วมกับโปรแกรมเฉพาะทางธนาคารเลือด เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีหมู่เลือดอะไร พร้อมระบุข้อมูลบนใบขอเลือด เมื่อเข้าสู่กระบวนการห้องปฏิบัติการจะมีการตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งเพื่อทำการ Crossmatch ตามขั้นตอน และก่อนจ่ายเลือดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบประวัติการได้รับเลือดของผู้ป่วยโดยโปรแกรมธนาคารเลือด</li> <li>2. มีระบบ double check ก่อนจ่ายเลือดด้วยบุคคล 2 คนขึ้นไป</li> <li>3. ผู้ป่วยที่ยังไม่มีประวัติเคยได้รับเลือด ต้องเจาะเลือดมาใหม่เพื่อ recheck blood group ก่อนจ่ายเลือดทุกครั้ง</li> </ol>					



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของการมีปฏิกิริยาจากการให้เลือด	0	0.82 (6/728)	0.39 (3/770)	0.63 (5/789)	0.68 (5/730)	0.22 (1/463)
 <p>ร้อยละของการมีปฏิกิริยาจากการให้เลือด พบว่ายังเกิดขึ้นได้ทุกปี ส่วนใหญ่ที่เกิดจะมีอาการ ผื่นแดงตามตัว ใช้ หนาวสั่น แน่นหน้าอก เป็นต้น เป้าหมายคือไม่ต้องการให้เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดแต่อาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงจนเกิดการเสียชีวิต การช่วยเพื่อไม่ให้ปฏิกิริยาจากการให้เลือดลดลงให้ดูประวัติเก่า เลือกการใช้ชนิดเลือดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่นการเลือกใช้ LPRC แทน PRC หรือการให้ยาแก้แพ้ก่อนให้เลือด สังเกตอาการ และวัดไข้ ตามแนวทางการให้เลือด</p> <p>ในส่วนห้องปฏิบัติการจะต้องเก็บรักษาถุงเลือดในที่อุณหภูมิ 1-6 องศาเซลเซียส เช็ควงอุณหภูมิสม่ำเสมอ คอยตรวจสอบถุงเลือดที่ผิดปกติ เช่น Hemolysis ความขุ่นถุงเลือด ซึ่งอาจเกิดจากการมีเชื้อแบคทีเรีย ไม่ควรให้คนไข้จนกว่าจะตรวจสอบก่อนว่าไม่ใช่แบคทีเรีย</p>	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์การมีโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการ	5 ครั้ง	1	1	0	1	0
 <p>อุบัติการณ์การมีโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้เลือดในปริมาณมากกว่าสต็อกที่มี ปี 2560 ถึง ปี2562 เคยกำหนดไว้ว่าจะต้องมีเลือดในสต็อกอย่างน้อย 5 ถุงยกเว้น AB 2 ถุง ปัจจุบันมีการใช้ที่มากขึ้น ได้กำหนดให้มี อย่างน้อย 10 ถุง AB อย่างน้อย 3 ถุง โดยขอจากกาชาดเป็นหลักเพื่อให้เกิดความเพียงพอ</p> <p>แต่สถานการณ์โควิด การขอเลือดเพื่อให้ได้ สต็อกเท่าที่กำหนดจากสภากาชาดดังกล่าวยังไม่สามารถทำได้ ทำให้การบริหารจัดการมีไม่เพียงพอ แก้ไขโดยทำการขอเบิกจากโรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดที่สามารถแบ่งให้ใช้ได้ แต่ส่วนใหญ่แต่ละที่ก็จะขาดเหมือนกัน ทำให้คนไข้ต้องรอการใช้นานขึ้น</p>	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)

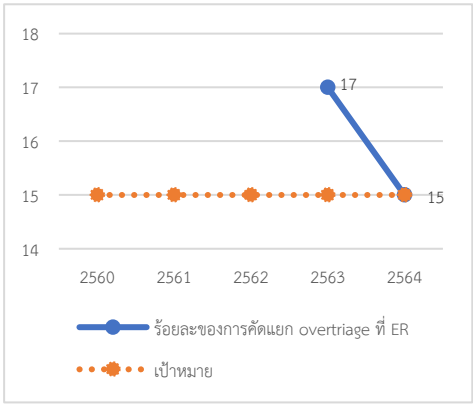
88 ຜົນດ້ານຄວາມປອດໄພໃນກະບວນການດູແລ່ຜູ້ປ່ວຍ (P)						
ຕົວຊີ້ວັດ	ເປົ້າໝາຍ	ປີ 2560	ປີ 2561	ປີ 2562	ປີ 2563	ປີ 2564 (ຕຸກ63-ມັດ64)
ອຸບັດຕິການກວດກາວິນິດໄພຄລາດເຄຊີອນ (diagnostic error) ຮະດັບ E ຂຶ້ນໄປ	0	29	33	19	21	14
		<p>ຈາກຮາຟຮ່າຊັງອຸບັດຕິການກວດກາວິນິດໄພຄລາດເຄຊີອນ ຮະດັບ E ຂຶ້ນໄປ ປີ 2560-2564 ຈຳນວນ 23, 29, 16, 17, 12 ໂດຍພົບຄວາມຮຸນແຮງ ດັ່ງນີ້</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ປີ 2560 ພົບ ຮະດັບ E=19, F=4, I=6</li> <li>ປີ 2561 ພົບ ຮະດັບ E=24, F=1, G=1, I=8</li> <li>ປີ 2562 ພົບ ຮະດັບ E=15, G=1, I=2</li> <li>ປີ 2563 ພົບ ຮະດັບ E=15, I=6</li> <li>ປີ 2564 ພົບ ຮະດັບ E=10, G=1, I=3</li> </ul> <p>ໃນສ່ວນ Miss diagnosis ໄດ້ແກ່</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ຮະດັບ F ໂຣດທີ່ພົບຄື Rupture appendicitis, Ludwig’s angina, PU perforate</li> <li>- ຮະດັບ G ໂຣດທີ່ພົບຄື Stroke</li> <li>- ຮະດັບ I ໂຣດທີ່ພົບຄື Bowel ischemia, Peritonitis, Stroke, Septic shock, Pneumonia, PU perforate</li> </ul> <p>ໃນສ່ວນ Delay diagnosis ໄດ້ແກ່</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ຮະດັບ F ໂຣດທີ່ພົບຄື Septic shock, PPH</li> <li>- ຮະດັບ G ໂຣດທີ່ພົບຄື Stroke</li> <li>- ຮະດັບ I ໂຣດທີ່ພົບຄື Septic shock, Thyroid toxicosis, STEMI, DKA</li> </ul> <p>ຈາກການທົບທວນພົບວ່າ ການຊັກປະຫວັດ ຕຣວຊຽງກ່າຍ Investigation ມັ່ຮອບຄຸມ ທາດການຄົ້ນຄວ້າຂໍ້ມູນທີ່ເຄີ່ຍຂ້ອງ ການມັ່ນຳຂໍ້ມູນປະຫວັດການຮັກສາກ່ອນໜ້າມາຊ່ວຍໃນການວິນິດໄພ ຈຶ່ງມີການພັດທະນາກະບວນການຊັກປະຫວັດ ຕຣວຊຽງກ່າຍ ການເຝົ້າຮ່ວງອາການ ການ Investigation ການສື່ສານຮ່າຮ່ວງບຸຄລາກກັບຜູ້ປ່ວຍ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງຄຣບຄ້ວນ ເພື່ອນຳມາໃຊ້ປຣະກອບໃນການວິນິດໄພ ແລະເນັ້ນຢ້ຳໃຫ້ບຸຄລາກປຣັບຕິຕາມ CPG ແລະ Early warning sign ອຢ່າງເຮັງຄຣັດ</p>				

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์การเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0	9	4	23	8	6
<p>จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ปี 2560 – 2564 มีแนวโน้มไม่คงที่ พบอุบัติการณ์การเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ความรุนแรงระดับ C เป็นการบันทึกข้อมูล ชื่อ - สกุลผิด คำหน้าหน้าชื่อผิด ระบุข้อมูลเพศผิด HN ผิด และเอกสารนำส่งผู้ป่วยไป Admit ผิดคน และ เป็นการเก็บส่งส่งตรวจผิดคน ซึ่งได้ค้นพบและดำเนินการแก้ไขทันทีที่พบ</p> <p>ในปี 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ F ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จึงได้มีการทบทวนและดำเนินการแก้ไข โดยตรวจสอบ ชื่อ -สกุล HN ผู้ป่วยในเวชระเบียนและในใบ med reconcileให้ตรงกัน มีการทวนซ้ำ ก่อนจ่ายยาให้กับญาติ พยาบาลตึกผู้ป่วยในตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนและใบmed reconcileให้ตรงกันก่อนลดยาโรคเรื้อรังลงในใบMAR ก่อนเก็บเข้าแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย</p>						

89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์การเก็บส่งส่งตรวจผิดคน	0 ครั้ง	6	4	5	2	0
<p>อุบัติการณ์การเก็บส่งส่งตรวจผิดคน จากข้อมูลพบว่าในปี 2560 จนถึงปัจจุบันเริ่มลดลง อุบัติการณ์ที่เก็บผิดคนส่วนใหญ่เกิดจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้เกิดภายในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ สาเหตุเกิดจากการขาดการตรวจสอบความถูกต้องบุคคลตามขั้นตอนการบริการ</p> <p>วิธีลดอุบัติการณ์ ได้แก่ ให้มีการเขียนฉลากติดที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆก่อนเก็บส่งส่งตรวจเสมอ และตรวจสอบความถูกต้อง มีการทวนชื่อ-สกุล และหยาบภาษาขณะที่จะใส่ให้ผู้ป่วยดูพร้อมสอบถามชื่อ-สกุล และให้ผู้ป่วยตอบเอง</p> <p>การสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับประวัติหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย และตรวจสอบประวัติเก่าไม่สอดคล้องกัน ต้องให้เก็บส่งส่งตรวจใหม่ทำการตรวจซ้ำอีกรอบ</p> <p>การเก็บรักษาตัวอย่างไว้ 7 วันเพื่อรอการทวนสอบกลับและการขอตรวจซ้ำในรายที่มีปัญหา</p>						

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์การรายงานผล Lab ผิด	0 ครั้ง	1	0	1	0	0
<p>อุบัติการณ์การรายงานผล Lab ผิด จากเหตุการณ์ที่พบในปี2560 กับ 2562 เกิดจากการรายงานผลที่ลงแบบ manual คีย์ข้อมูลผลวิเคราะห์เอง ทำให้เกิดการ Error จากตัวบุคคล</p> <p>ปัจจุบันการทำงานในเวลาราชการ จะใช้การตรวจสอบผลโดยบุคคลที่ 2 เพื่อการออกผลตรวจ เพื่อลดความผิดพลาดจากการออกผลโดยคนเดียว หากนอกเวลาราชการต้องออกผลคนเดียว ให้เพิ่มความระมัดระวังในการออกผล และเว้นระยะเพื่อตรวจสอบผลก่อนออกเสมอ</p>						

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของการคัดแยก undertriage ที่ ER	< 5 %	N/A	N/A	N/A	7	6
<p>จากกราฟแสดงร้อยละของการคัดแยก Undertriage ที่ ER พบว่าเริ่มทำการเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 คิดเป็น ร้อยละ 7 และ ร้อยละ 6 ตามลำดับ การคัดแยกผู้ป่วย มากกว่าเกณฑ์เป้าหมายเล็กน้อย เนื่องจาก มีน้องพยาบาลย้ายแผนกมาทำงานใหม่ และ ปลายปีงบประมาณ 2563 มีโครงการอบรม การคัดแยกผู้ป่วย ได้รับการฝึกอบรมที่จังหวัดบึงกาฬ ให้ รพช.ส่งพยาบาลที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน เข้าอบรม 100 % และ ปีงบประมาณ 2564 มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ต้องมีการติดตามประเมินน้องใหม่ทุกเดือน เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายในอนาคต</p>						

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของการคัดแยก overtriage ที่ ER	< 15 %	N/A	N/A	N/A	17	15
		<p>จากกราฟแสดงร้อยละของการคัดแยก Overtriage ที่ ER พบว่า เริ่มทำการเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564 คิดเป็น ร้อยละ 17 และ ร้อยละ 15 ตามลำดับ การคัดแยกผู้ป่วย มากกว่าเกณฑ์เป้าหมายเล็กน้อย เนื่องจาก มีน้องพยาบาลย้ายแผนกมาทำงานใหม่ และมีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาขึ้นเวรที่ ER และ ปลายปีงบประมาณ 2563 มีโครงการอบรม การคัดแยกผู้ป่วยได้รับการฝึกอบรมที่จังหวัดบึงกาฬ ให้ รพ.ส่งพยาบาลที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และที่หมุนเวียนมาขึ้นเวร เข้าร่วมอบรม 100 % และ ปีงบประมาณ 2564 มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ต้องมีการติดตามประเมินเจ้าหน้าที่ ที่มาร่วมขึ้นเวร ติดตามประเมินการคัดแยกทุกเดือน เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>				

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Premature contraction	< 10 %	1.37 (6/435)	6.25 (25/400)	3.23 (11/340)	3.80 (12/315)	8.27 (12/145)
	<p>พบว่าอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนพบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด, ครรภ์แฝด, PIH , เคยมีประวัติ PROM, การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประวัติรกลอกตัวก่อนกำหนด มาก่อน ในปี 2560-2564 ยับยั้งได้ 3 ราย Refer โรงพยาบาลแม่ข่าย 8 ราย จึงได้พัฒนากระบวนการดูแลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลินิกฝากครรภ์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li> <li>2. ส่งต่อสูติแพทย์เพื่อให้ยา Progesterone ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด</li> <li>3. ให้ความรู้คำปรึกษา แนะนำลักษณะการเจ็บครรภ์เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมาโรงพยาบาลเร็วและเพื่อให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด</li> <li>4. กำหนด ใช้ CPG ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด</li> </ol>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการบริการทางทันตกรรม	≥ 50 %	31.33	64.87	69.80	60.32	42.86
	<p>จากข้อมูล ปี 2560-2564 มีเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 6,958, 6,787, 6,093, 5,731 และ 5,527 คน ตามลำดับ แต่ที่ผ่านมาผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจกได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากแล้ว มักจะไม่มารับการรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านพัฒนาการ ทางโรงพยาบาลโซฟีลีย์จึงได้ทำการค้นหากระบวนการและสร้างเครื่องมือในการบริการให้ผู้ป่วยได้เข้ามารับการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยได้เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ในปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 31.33, 64.87 และ 69.8 ตามลำดับ แต่เนื่องจากเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ในปี 2563-2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจำนวนลดลง คิดเป็นร้อยละ 60.32 และ 42.86 จากการวิเคราะห์การเข้ามารับบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 6-12 ปี โดยพบสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยส่วนมากเป็นตากับยายจึงไม่สะดวกในการเดินทางพาบุตรหลานมารับบริการทันตกรรม</li> <li>2. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ</li> <li>3. เนื่องจากเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถให้ทำหัตถการที่มีการฟุ้งกระจายได้</li> <li>4. ไม่สามารถออกหน่วยทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้</li> </ol>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	< 5 %	0.22	1.41	2.06	3.41	1.33
	<p>จากข้อมูลอัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปี 2560 – 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบปัญหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากการทบทวนพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่พบโรคเบาหวาน คือ ต้มกะพแผลและเครื่องต้มชุกำลัง นอนพักผ่อนตอนกลางวัน รับประทานอาหารจานด่วน และอาหารปรุงสำเร็จเป็นส่วนมาก การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ทางทีมได้มีการจัดการเชิงรุก ออกค้นหา คัดกรอง ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดตั้งคลินิก DPAC จากการทบทวนยังพบปัญหา คือ ยังมีกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นในปี 2563 ได้มุ่งเน้นแผนพัฒนาทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการค้นหา คัดกรองเชิงรุก ให้ความรู้ สร้างความตระหนักแก่ประชาชน เน้นทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	≤ 8 %	0.21	2.29	3.02	1.43	1.78
	<p>จากข้อมูลอัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี 2560 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากการทบทวนพบว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่พบความดันโลหิตสูงคือ พฤติกรรมชอบกินเค็ม สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ทางทีมได้มีการจัดการเชิงรุก ออกค้นหา คัดกรอง ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ขึ้น จากการทบทวนยังพบปัญหา คือ ยังมีกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่จำนวนมาก ดังนั้นในปี 2562 ได้มุ่งเน้นแผนพัฒนาทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นการค้นหา คัดกรองเชิงรุก ให้ความรู้ สร้างความตระหนักแก่ประชาชน เน้นทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย STEMI ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ	> 80 %	100 (4/4)	100 (6/6)	100 (3/3)	50 (2/4)	100 (1/1)
	<p>จากกราฟอัตราผู้ป่วย STEMI ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ พบว่า ปีงบประมาณ 2560-2562 และปี 2564 ผู้ป่วย STEMI สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร้อยละ 100 ซึ่งจากการทบทวนกรณีศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยส่งต่อข้อมูลการดูแล การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลผ่าน LTC และ COC ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนปีงบประมาณ 2563 จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยยังคงมีการสูบบุหรี่ ไม่ตระหนักในภัยสุขภาพจากบุหรี่</p>					



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราผู้ป่วย COPD เลิกบุหรี่ได้	> 50 %	14.28 (2/14)	37.50 (6/16)	42.10 (8/19)	14.28 (2/14)	13.63 (3/22)

จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่ หรือเลิกได้ไม่เกิน 6 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2560-2562 มีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 14.28, 37.50, 42.10 ตามลำดับจากการ Controlled และใช้ยาสมุนไพร ส่วนในปี 2563-2564 มีอัตราการเลิกบุหริลดลงคิดเป็นร้อยละ 14.28, 13.63 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยขาดการรักษาในคลินิก COPD อย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 และสภาพแวดล้อมทางสังคม ความเครียด ทำให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และยังพบว่าประชาชนทั่วไปจำนวนมากที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งจะส่งผลให้มีผู้ป่วย COPD เพิ่มขึ้นในอนาคต จึงได้พัฒนาในการค้นหาผู้ป่วย COPD เข้ามาได้รับการรักษา โดย รพ.สศ. ใช้แบบประเมินในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การรักษาได้รวดเร็วขึ้น และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ถึงโทษของบุหรี่ทั้งต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดแก่ประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้สนใจ รวมถึงการพัฒนาใช้ยาแผนปัจจุบันเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่

92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละจำนวนหมู่บ้านที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) ไม่เกิน 10	> 80 %	88.89	85.1	89.47	87.36	N/A

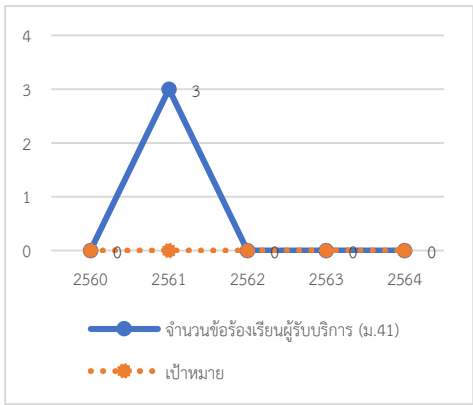
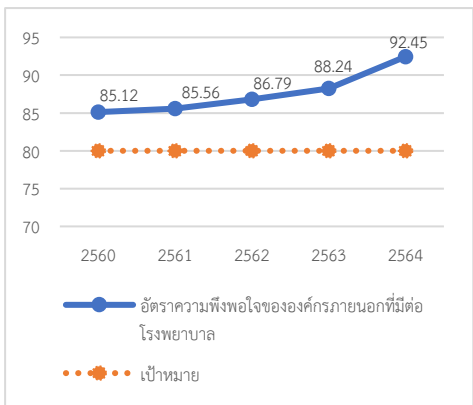
จากข้อมูลปี 2560 - 2563 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) ไม่เกิน 10 มีแนวโน้มไม่คงที่และผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากการวิเคราะห์พบว่าประชาชนให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังไม่ตระหนักและยังไม่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่าที่ควร เนื่องจากหลายๆ ครอบครัวไม่ได้อาศัยอยู่ที่บ้าน ทำงานไปเช้าเย็นกลับ ทำให้ไม่ได้ดูแลความสะอาดบ้านเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามการควบคุมโรคไข้เลือดออกก็ต้องมีอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มมาตรการในการควบคุมป้องกันโรค การกระตุ้นให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้นและเป็นไปอย่างถูกต้อง โดยการออกให้ความรู้และแนะนำประชาชนตามครัวเรือนต่างๆอย่างใกล้ชิด การทำกิจกรรมลงแขก แจกปลา พร้อมสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ โดยผู้นำชุมชนร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประสานภาคีเครือข่ายร่วมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุกหลังคาเรือน พร้อมเฝ้าระวังติดตามผู้มีอาการสงสัยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน	> 90 %	86.73	92.44	93.24	93.61	96.51
	<p>จากกราฟแสดงผลการคัดกรองโรคเบาหวาน พบว่ามีการคัดกรองผ่านเป้าหมายตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นในทุกๆปีประชาชนกลุ่มปกติมีแนวโน้มไปในทางที่ดี จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากการสำรวจข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากประชาชนส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กรีดยางพารา) ตีหมากแปและเครื่องตีหมูกำลัง นอนพักผ่อนตอนกลางวัน รับประทานอาหารจานด่วนและอาหารปรุงสำเร็จเป็นส่วนมาก การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ถึงอย่างไรก็ตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับความรู้และทราบแนวทางในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากขึ้น มีกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมโดยเน้น 3 อ 2 ส เช่น มีวินัย งดการจุกยานสุขภาพ ชมรมรำไม้พอง-ลีลาศและออกกำลังกายอื่นๆ หมู่บ้านปลอดเหล้า เป็นต้น โดยมีภาคีเครือข่ายภาครัฐ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	> 90 %	91.25	93.35	94.87	93.97	96.92
	<p>จากกราฟแสดงผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงปี 2560 – 2564 พบว่ามีจำนวนกลุ่มปกติเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการให้บริการเชิงรุกพร้อมทั้งมีอุปกรณ์ที่ใช้คัดกรองประจำหมู่บ้านและจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพและปรับเปลี่ยนเป็นรายบุคคลโดยการจดบันทึกเมนูอาหาร 1 เดือนที่รับประทาน นำมาวิเคราะห์ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพพบว่า ประชาชนบางส่วนเลือกอาหารปรุงสำเร็จเหมือนเดิม เนื่องจากฐานะทางการเงินไม่ดี สินค้าอุปโภคบริโภคราคาแพงจึงเลือกที่จะไม่ปรุงอาหารรับประทานเอง ถึงแม้ว่าจะปรับเปลี่ยนการบริโภคไม่ได้ แต่ประชาชนยังตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยการลดอาหารเค็มและของหมักดอง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างเห็นได้ชัดในปี 2560 และเป็นโอกาสพัฒนาในการลดภาวะโรคความดันโลหิตสูงในตำบลโซี โดยเน้นที่ร้านอาหารปรุงอาหารไม่ใส่เครื่องปรุงรส ไม่หวาน ไม่เค็มต่อไป</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	≥ 50 %	79.76	80	100	100	100
		<p>โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ມີໜ່ວຍງານ ອຳເພີກ ສິ່ງຄືເປັນຜູ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບຜູ້ຮ່ວມໃນພື້ນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ດ້ວຍການຮ່ວມມືໃນການດູແລສຸຂະພາບ ເປັນຢ່າງດີ ດ້ວຍການສະໜັບສະໜູນກິດຈະກຳຕາມໄລຍະເວລາທີ່ເໝາະສົມ ເຊັ່ນ ກິດຈະກຳ ວັດ ໜ່ວຍງານຮາກກາງ ອຳເພີກບຸກຄົນສ່ວນຕົວທຸກແຫ່ງ ເປັນຕົ້ນ</p>				

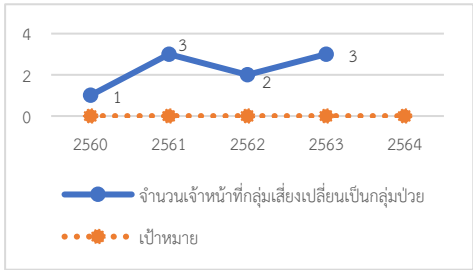
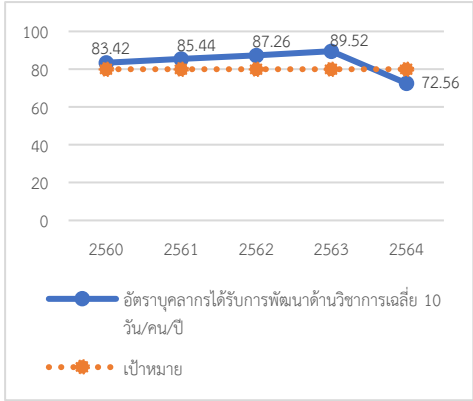
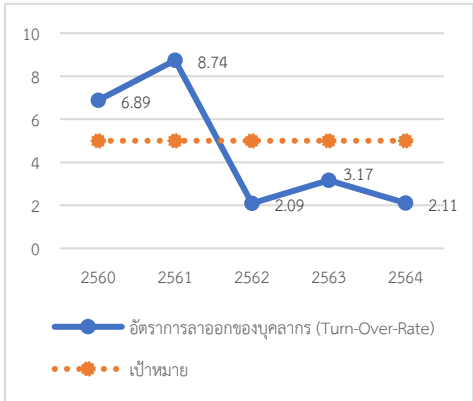
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	> 80 %	82.94	84.25	81.91	82.25	83.14
	<p>จากการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2560-2564 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าประเด็นที่มีความพึงพอใจต่ำ ได้แก่ ระยะเวลา รอคอยการบริการล่าช้า และห้องน้ำอยู่ไกลจากจุดบริเวณหน้าห้องตรวจ อากาศร้อนอบอ้าว จึงเป็นโอกาสพัฒนาปรับปรุงระบบการคัดกรอง โดยมีพยาบาลประจำจุดคัดกรองตั้งแต่ 6.30 น.เป็นต้นไป การจัดเวลาตรวจของแพทย์ประจำห้องตรวจโดยเริ่มออกตรวจ 8.30 น.1ท่าน การบริการก่อน-หลังการตรวจ แยกคลินิกเฉพาะโรค ลดระยะเวลารอคอยโดยจัด ศิลปะบำบัดผู้ป่วยและญาติเดินชมและถ่ายภาพวาดบริเวณฝาผนังรอบๆ พื้นที่ จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพื่อให้อัข้อมูลและอำนวยความสะดวก บริเวณอาคารผู้ป่วยนอก การจัดกิจกรรม 5 ส อย่างต่อเนื่อง</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	> 80 %	86.45	86.47	88.67	84.12	87.45
	<p>จากการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยในทุกวัน อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน ปี 2560 – 2562 ผ่านเกณฑ์ ปี 2563 พบว่าอัตราความพึงพอใจ ลดลงไม่ผ่านเกณฑ์ ด้านที่ห้คะแนนน้อย คือ ความรวดเร็วของบุคลากร ในการดูแลเมื่อมีปัญหา และข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลความสะอาดของ ห้องน้ำ การติดป้ายที่ทิ้งขยะในห้องน้ำ การจัดให้มีน้ำดื่มของผู้ป่วยให้ เพียงพอ จากข้อเสนอแนะได้มีการปรับปรุงความรวดเร็วในการดูแลเมื่อมี ปัญหา โดยประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในการกำหนด Early warning sign และปฏิบัติตาม ในด้านความสะอาดของห้องน้ำ ได้ มีการประเมินความสะอาดในทุกวัน และพนักงานทำความสะอาดเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด มีป้ายที่ทิ้งขยะติดในห้องน้ำเพื่อความ สะดวกในการทิ้งขยะ จัดหาน้ำดื่มของผู้ป่วยให้เพียงพอทุกวัน โดยมีการ สำรองน้ำดื่มไว้ที่ตึกผู้ป่วยใน ส่งผลให้อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในปี 2564</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนข้อร้องเรียนผู้รับบริการ (ม.41)	0 ครั้ง	0	3	0	0	0
ร้อยละข้อร้องเรียนผู้รับบริการที่ได้รับการแก้ไข	100 %	ไม่มีข้อร้องเรียน	100	ไม่มีข้อร้องเรียน	ไม่มีข้อร้องเรียน	ไม่มีข้อร้องเรียน
	<p>จากข้อร้องเรียนผู้รับบริการ (ม.41) ปี 2560 - 2564 พบว่ามีข้อร้องเรียน 0, 3, 0, 0, 0 ตามลำดับ</p> <p>ในปี 2561 พบข้อร้องเรียน 3 ข้อ ซึ่งได้ดำเนินการแก้ไข ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณี 1 ผู้ป่วยขอความเป็นธรรมตาซ้ายอักเสบมองไม่เห็นหลังจากใช้จักษยานลัม มีแผลฉีกขาดที่หางตา เย็บแผลที่หางตา ขอข้อมูลจาก รพ ศ.อุดรธานี พบว่าผลไม่เกี่ยวกับการเย็บ ตอบข้อเท็จจริงให้ศูนย์ดำรงธรรมทราบ</li> <li>- กรณี 2 ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือด้านบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสามีได้ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ เป็นผู้ปวดติดเตียง จึงจัดทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าช่วยเหลือร่วมกับผู้นำท้องถิ่น/อำเภอเข้าช่วยเหลือสร้างบ้านให้มีที่พักอาศัย</li> <li>- กรณี 3 ผู้ป่วยตกจากที่สูง 4 เมตรมารับการรักษาที่ รพ.กลับบ้านนอนพักที่บ้าน 1 วัน มีอาการหมดสติที่บ้านญาตินำส่ง รพ. ได้รับการรักษาและส่งต่อ รพ.หนองคาย ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้นและร่วมทำบุญในงานฌาปนกิจศพ</li> </ul>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความพึงพอใจขององค์กรภายนอกที่มีต่อโรงพยาบาล	> 80 %	85.12	85.56	86.79	88.24	92.45
	<p>จากกราฟแสดงให้เห็นว่า ปี 2560 -2564 องค์กรภายนอกมีความพึงพอใจต่อบริการโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ มากกว่าร้อยละ 80 และมีแนวโน้มมีความพึงพอใจในการบริการเพิ่มขึ้นทุกปี ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้รับบริการส่วนมากมีความพึงพอใจในสถานที่ให้บริการสูงสุด เนื่องจากในปี 2563 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ได้มีการปรับปรุงทัศนสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีศิลปะบำบัด ภาพวาดสวยงามภายในโรงพยาบาล การจัดสวน และมีความพึงพอใจด้านอาคารและสถานที่ที่ได้รับความสะอาดสบาย และเพียงพอต่อผู้รับบริการ เป็นต้น</p> <p>ด้านอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ พบว่าผู้รับบริการส่วนมากมีความพึงพอใจการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ จากผลการสำรวจพบว่าเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ยังไม่พร้อมในบางเรื่อง เช่น อุปกรณ์ชำรุด จึงทำให้ประชาชนบางส่วนคิดว่าควรมีอุปกรณ์การแพทย์เพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะอาดสบายในการตรวจรักษา</p> <p>ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านบุคลากรคิดเป็นร้อยละ 88.40 พบว่าผู้รับบริการส่วนมากมีความพึงพอใจด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในการให้คำแนะนำ การดูแลรักษา และมารยาทของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการให้บริการ เป็นต้น</p>					

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน	0	0	0	0	0	0
	<p>ในปี 2560 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີ ມີແມ່ນຳທີ່ຕິດເຊື້ອຈາກການປະຕິບັດງານ ເປັນເພາະມີການອະນຸຍາດການປ້ອງກັນຕົນເອງຈາກການຕິດເຊື້ອ ມີແນວທາງປະຕິບັດທີ່ຊັດເຈນ ແລະແມ່ນຳທີ່ປະຕິບັດຕາມແນວທາງການປ້ອງກັນຕົນເອງຈາກການຕິດເຊື້ອຈາກການກຳນົດທີ່ກຳນົດໄດ້ຢ່າງແຮງກະຕຽນ</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ	100 %	97.95	95.8	100	100	N/A
	<p>ในปี 2560 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີ ຈັດໃຫ້ມີການກວດກາຄຸນນະພາບໃຫ້ແມ່ນຳທີ່ໃນໂຮງໝໍທຸກປີ ແມ່ນຳທີ່ໃຫ້ຄວາມສົນໃຈໃນການກວດກາຄຸນນະພາບ ມີແນວໂນ້ມສູງຂຶ້ນກວມ 100 % ເພາະນະໂຍບາຍຂອງໂຮງໝໍໃຫ້ກວດກາຄຸນນະພາບແມ່ນຳທີ່ໃຫ້ກວມ 100% ເພື່ອຄົ້ນຄວ້າຄວາມຜິດປົກດັບດ້ານຄຸນນະພາບຖ້າມີການເຈັບປ່ວຍຈະໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ໃນປີ 2562 ກວດພົບແມ່ນຳທີ່ປ່ວຍເປັນມະເຮັງເມັດເລືອດຂາວ 1 ຮາຍ ຢູ່ໃນລະຫວ່າງການປິ່ນປົວ</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนเจ้าหน้าที่กลุ่มดีเปลี่ยนเป็นกลุ่มเสี่ยง	0 ราย	4	3	3	5	N/A
	<p>ຜົນການກວດກາຄຸນນະພາບແມ່ນຳທີ່ ກຸ່ມດີປ່ຽນເປັນກຸ່ມເສຍ ມີຈຳນວນໜ້ອຍ ໂດຍທີ່ພົບສ່ວນໃຫຍ່ຈະເປັນກຸ່ມເສຍຕໍ່ໄຂມັນໃນເລືອດສູງ</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย	0 ราย	1	3	2	3	N/A
	ผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย มีจำนวนไม่มาก โดยพบป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนาด้านวิชาการเฉลี่ย 10 วัน/คน/ปี	> 80 %	83.42	85.44	87.26	89.52	72.56
	ที่ผ่านมา รพ.ໄຊພິລິຍ ให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในเรื่องของการเข้ารับการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน ส่งเสริมความก้าวหน้าในสาขาวิชาชีพต่างๆ และนำความรู้ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งผลที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการ ถึงแม้ในช่วงปีงบประมาณ 2564 จะมีอัตราบุคลากรได้รับการอบรมน้อยลงเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส โควิด-19ทำให้หลายๆหน่วยงานที่จัดอบรมได้หยุดจัดการอบรม แต่ก็มีการอบรมทางออนไลน์ ทำให้บุคลากรยังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการได้					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราการลาออกของบุคลากร (Turn-Over-Rate)	< 5 %	6.89	8.74	2.09	3.17	2.11
	เนื่องจากในปี 2560-2561 อัตราการลาออกของบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือพนักงานราชการมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆเนื่องจากอัตราค่าจ้างและสวัสดิการอื่นๆที่ได้รับที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพทำให้มีการลาออกไปทำงานอย่างอื่นจากการวิเคราะห์แล้วเล็งเห็นปัญหาที่จะเกิดขึ้นทางคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลໄຊພິລິຍจึงได้วางแนวทางและมีการปรับปรุงและให้ความสำคัญด้านบุคลากร จึงทำให้อัตราการลาออกมีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก โรงพยาบาลໄຊພິລິຍ พยายามรักษากำลังคนและลดอัตราการลาออกโดย 1) ปรับอัตราค่าจ้างของลูกจ้างชั่วคราวให้เท่ากับ อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นไปตามประกาศ คณะกรรมการการจ่ายเงินค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2) จัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ให้กับบุคลากร 3) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันของบุคลากร เช่น งานปีใหม่ กีฬาสีสัมพันธ์ กิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD)					



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความพึงพอใจเจ้าหน้าที่	> 80 %	71.72	60.53	64.67	82.12	84.56

ปี	อัตราความพึงพอใจ (%)	เป้าหมาย (%)
2560	71.72	80
2561	60.53	80
2562	64.67	80
2563	82.12	80
2564	84.56	80

ในปี 2560 ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน บุคลากรมีความพึงพอใจน้อยในเรื่อง

- (1) การจัดสวัสดิการในการทำงานนอกเหนือจากการทำงานในหน่วยงาน
- (2) นโยบาย/มาตรการการสร้างขวัญกำลังใจ
- (3) การจัดสิ่งแวดล้อมการทำงาน ในหน่วยงาน

ส่งผลให้อัตราความพึงพอใจมีแนวโน้มลดลงทางโรงพยาบาลจึงตอบสนองโดยมี สวัสดิการเยี่ยมไข้เมื่อเจ็บป่วยและห้องพิเศษ สวัสดิการในโอกาสต่าง ๆ เช่น เป็นเจ้าภาพงานศพญาติสายตรง สนับสนุนน้ำดื่มในการไปร่วมงานตามโอกาส และช่วยเหลือในโอกาสต่าง ๆ จ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P), ค่าตอบแทนฉบับที่ 11 การเพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลาช่วงเทศกาลเป็น 1.8 เท่า การให้ทุกกลุ่มงานมีการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการยกย่องชมเชยผู้ที่มีผลงานเด่น และเสียสละในองค์กรโดยการเลื่อนขั้นเงินเดือนเป็นพิเศษ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านพักเจ้าหน้าที่และที่ทำงานทำงานให้มีความปลอดภัย สะดวก สะอาด สวยงาม น่าอยู่อาศัย

ปี 2562 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 64.67 มีการนำ Happinometer มาใช้ ค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากร ร้อยละ 63.02 สะท้อนให้เห็นว่าอยู่ในระดับมีความสุข พบว่าในมิติสุขภาพเงินดี (Happy money) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ร้อยละ 56.74 ได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเงิน โดยได้รับความร่วมมือจากธนาคารเข้ามาช่วยวางแผนเรื่องการ Refinance ให้กับบุคลากรที่สนใจ มิติการผ่อนคลาย (Happy relax) ร้อยละ 64.87 มีการจัดสถานที่ออกกำลังกายได้แก่ สนามแบดมินตัน สนามตะกร้อ สนามบาสเกตบอล จัดกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น กิจกรรมงานกีฬา งานเลี้ยงปีใหม่ กิจกรรมทำบุญ ตักบาตรวันขึ้นปีใหม่ และเทศกาลสำคัญ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมวิ่งในแต่ละเดือนตามโอกาส มิติสังคมดี (Happy society) ร้อยละ 60.20 บุคลากรมีความรู้สึกที่สังคมไทยปัจจุบันมีความสุขน้อยลง จากกระบวนการต่างๆที่กล่าวมาทางทีมผู้บริหารได้กำหนดนโยบายในการทำงานที่ชัดเจนและจริงจังในเรื่องของการพัฒนาทุกๆด้านของบุคลากร มีการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาคุณภาพด้านสถานที่ทำงาน และสวัสดิการต่างๆส่งผลให้อัตราความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นตามลำดับ

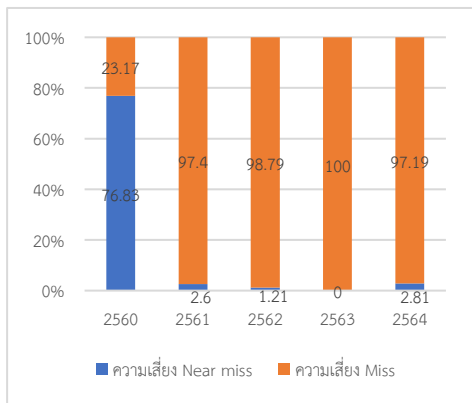
IV-4 ผลด้านการนำ

95 ผลด้านการนำ (IV-4)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมจากชุมชน	0 ครั้ง	2	0	0	0	0
<p>จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมจากชุมชน</p> <p>เป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ได้ปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย ไม่เกินค่ามาตรฐาน</li> <li>- ด้านขยะทั่วไป ขยะอันตราย มีระบบจัดเก็บซึ่งดูแลด้วยระบบ IC มีการรวบรวมขยะแยกประเภทและนำส่งทำลายโดยเทศบาลตำบลໄຊຟີລີ້ ทุกวัน</li> <li>- ขยะติดเชื้อ แยกเก็บตามเวลาที่กำหนดส่งทำลายกับศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อเทศบาลอุดรธานี</li> </ul>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
ตัวชี้วัดคุณภาพระบบบำบัดน้ำเสีย	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
	<p>ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียที่ได้รับการบำบัดแล้วของโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ระหว่างปี 2560 – 2564 พบว่าโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ผลการตรวจน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้ว อยู่ในเกณฑ์ตามมาตรฐานน้ำทิ้ง ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสีย ที่มีการเฝ้าระวังระบบให้สามารถทำงานอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนค่า pH คือ 7.8 (ค่ามาตรฐาน 5- 9) ในเรื่องวิชาการเรื่องการดูแลระบบนั้น โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ยังเป็นสมาชิกของโครงการศึกษาสภาพของภาควิชาชีพวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีอาจารย์ ดร.ชัชชาย แจ่มใส เป็นหัวหน้าโครงการช่วยสนับสนุนทางด้านวิชาการ ในเรื่องคำแนะนำต่างๆเมื่อมีปัญหา และมีการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เป็นประจำเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลต่อไป</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
การประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (ITA)	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
	<p>จากข้อมูลการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (ITA) พบว่าปี 2560 – 2564 ผลการประเมิน ผ่าน โดยมีกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือเริ่มต้นมีการประชุมมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดให้ ผู้รับผิดชอบทราบถึงเกณฑ์การประเมิน รูปแบบการดำเนินการ ระยะเวลาในการส่งรวบรวมข้อมูล ส่งรายงานทันตามเกณฑ์เวลาที่ศูนย์ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) กำหนดก่อนปิดระบบ</p>					

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

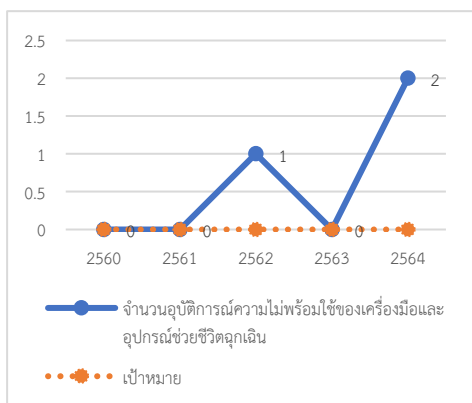
96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 80 %	81	82.14	83	84.84	85.18
	<p>จากกราฟ แสดงอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2560 – 2564 คิดเป็นร้อยละ 81, 82.14, 83, 84.84, 85.18 พบว่าขาดข้อมูลพื้นฐานบางรายการไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ประเมิน ทีมเวชระเบียนจึงได้เพิ่มเติมข้อมูล และปรับปรุงรูปแบบ OPD card เพื่อให้การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีความสมบูรณ์ ความครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 80 %	98.89	90.48	96.83	98.41	94.98
	<p>จากกราฟ แสดงอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี 2560 – 2564 พบว่าปี 2564 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนลดลง ทีมเวชระเบียนได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มการตรวจร่างกาย และใช้ check list กับการบันทึกแบบอิสระ เพื่อสะดวกต่อผู้บันทึก และเพื่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนการบันทึกของแพทย์ พยาบาล /สหวิชาชีพ</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E-I ได้รับการทบทวนแก้ไข	100 %	100 (65/65)	100 (49/49)	90.69 (39/43)	91.11 (41/45)	89.30 (25/28)
	<p>จากกราฟแสดงอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E-I ได้รับการทบทวนแก้ไข พบว่า การทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ในปี 2560 - 2564 คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 90.69, 91.11, 89.30 ซึ่งพบว่า การทบทวนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ใหม่เปลี่ยนงานรับผิดชอบ และบางส่วนย้ายทำให้แต่งตั้งทีมคณะทำงานใหม่ ต้องเริ่มเรียนรู้งานใหม่เพื่อให้เกิดความเข้าใจในงาน การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพที่ความเสี่ยงและคุณภาพจะนำปัญหานี้ดำเนินการต่อไป</p>					

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
สัดส่วนการรายงานความเสี่ยง Near miss / Miss	60/40	76.83/23.17 (2,053/619)	2.60/97.40 (6/225)	1.21/98.79 (5/409)	0/100 (0/163)	2.81/97.19 (5/173)
- ความเสี่ยง Near miss	≥ 60 %	76.83 (2,053)	2.60 (6)	1.21 (5)	0 (0)	2.81 (5)
- ความเสี่ยง Miss	< 40 %	23.17 (619)	97.40 (225)	98.79 (409)	100 (163)	97.19 (173)



จากกราฟแสดงสัดส่วนการรายงานความเสี่ยง Near miss/miss พบว่า สัดส่วนการรายงานความเสี่ยง Near miss/miss ปี 2560 - 2564 เป็นร้อยละ 76.83/23.17, 2.60/97.40, 1.21/98.79, 0/100 และ 2.81/97.19 ตามลำดับ ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จากการวิเคราะห์พบว่า ความเสี่ยง Near miss มีการค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุกมีจำนวนน้อย ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ย้ายมาใหม่และบรรจุมากขึ้น จึงขาดความรู้และการตระหนักในความไม่ปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดการป้องกันและแก้ไขปัญหา จึงส่งผลให้มีความเสี่ยง miss เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความเสี่ยงระดับ E-I อีกทั้งความเสี่ยงระดับ E-I ได้รับการทบทวนไม่ครอบคลุมและทางทีมคณะกรรมการจะได้เร่งดำเนินการ การบริหารความเสี่ยงและคุณภาพแก้ปัญหาต่อไป

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
จำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของ เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน	0 ครั้ง	0	0	1	0	2



จากกราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน พบว่า ในปีงบประมาณ 2560-2561 ไม่พบอุบัติการณ์ ปีงบประมาณ 2562-2564 พบ จำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน 1,0,2 ตามลำดับ โดยพบว่า เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน เป็นอุปกรณ์เก่า ใช้งานมานาน ในปี 2563 อุบัติการณ์ลดลงเนื่องจาก ทาง รพ.ได้รับการบริจาคจากเจ้าหน้าที่และหน่วยงานภายนอก จึงมีการจัดสรรเครื่องมือที่จำเป็นให้หน่วยงานต่าง ๆ และในปี 2564 มีจำนวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน จำนวน 2 รายการ พบว่าเป็นชุดสาย Lead EKG ของเครื่อง Defibulator มีอายุใช้งานมา 6 ปี และได้ดำเนินการจัดซื้อใหม่แล้ว และเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วย On ETT ในเด็ก ไม่พร้อมใช้ ซึ่งทางทีมจะได้เร่งดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ที่ขาดให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (คค63-มีค64)
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	< 5:1000 วันนอน	0	0	0	0	0
	<p>ในปี 2560 - 2564 โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ไม่มีผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจจะเป็นเพราะโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້เป็น โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา รับผู้ป่วย Admit ด้วยโรคที่ไม่ซับซ้อน จำนวนวันนอนน้อยวัน</p>					
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (คค63-มีค64)
จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน/ถูกของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	5	8	3	2	1
	<p>ในปี 2560-2664 โรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ มีจำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน/ถูกของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง ลดลง อาจจะ เป็นเพราะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดให้และตระหนักถึง ความสำคัญในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ที่ได้รับอุบัติเหตุจาก การปฏิบัติงาน/ถูกของมีคม/สัมผัสสารคัดหลั่ง</p>					

IV-6 ผลด้านการเงิน

97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564 (ตค63-มีค64)
อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	> 1 %	2.90	1.86	1.73	1.51	2.29
อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง (Current Ratio)	> 1.5 %	3.09	2.01	1.92	1.71	2.50
อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio)	> 0.8 %	2.61	1.35	1.22	1.15	1.74
ความถูกต้องทางบัญชี	A	B	B	A	A	N/A

อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)

ปี	2560	2561	2562	2563	2564
ค่า	2.9	1.86	1.73	1.51	2.29

จากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลวิเคราะห์วิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (Risk Scoring) ของโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ คะแนนวิกฤติทางการเงินเป็น 0 และในปีงบประมาณ 2564 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลໄຊຟີລີ້ ได้ให้ความสำคัญการบริหารให้การเงินการคลังของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยได้มีการจัดทำแผนเพิ่มรายได้ให้สูงขึ้น โดยใช้มาตรการเพิ่มรายได้ลดค่าใช้จ่าย รวมถึงตัดการใช้จ่ายสิ้นเปลืองที่ไม่จำเป็น โดยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย/งาน และจากค่าดัชนีตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว คือ Quick Ratio, Current Ratio, Cash Ratio ในปีปัจจุบัน 2564 (ข้อมูลไตรมาส 2/2564) จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา เนื่องจากช่วงต้นปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวครบ 100 % และได้รับรายได้จากการ Admit ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการดำเนินตามแผนเพิ่มรายได้และลดค่าใช้จ่ายดังกล่าว

อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง (Current Ratio)

ปี	2560	2561	2562	2563	2564
ค่า	3.09	2.01	1.92	1.71	2.5

อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio)

ปี	2560	2561	2562	2563	2564
ค่า	2.61	1.35	1.22	1.15	1.74