**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) | | | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | | เป้าหมาย | | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 |
| จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด  - Clinic  - Non -Clinic | | | เพิ่มขึ้น 10% | | 442  383  59 | 778  674  104 | 457  384  73 | 659  493  166 | 487  317  170 |
| สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Miss/ Near Miss | | | 40/60 | | 80/362 | 143/635 | 153/304 | 208/37  9 | 258/229 |
| การเกิดเหตุการณ์ในระดับ E-I ลดลง | | | ลดลง | | 1(E) | 4  3(E)  1(F) | 3  2(E)  1(F) | 7  7(E) | 5  5(E) |
| ร้อยละของการทำ RCA ในความเสี่ยงระดับ E-I | | | 100% | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| ร้อยละการรายงานความเสี่ยงระดับ A,B | | | 80% | | 43.33 | 58.91 | 41.23 | 47.79 | 43.53 |
| ร้อยละ ความเสี่ยงระดับ C, D | | | ลดลง | | 49.54 | 39.53 | 57.34 | 48.99 | 49.48 |
| อัตราการรายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงานรายงานตนเอง (Self-Report) | | | 50% | | N/A | N/A | N/A | 41.66 | 59.14 |
| **ii. บริบท**  โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:   * นโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กำหนดการทำงานของทีมในรูปแบบคณะ   กรรมการ โดยดำเนินการวางแผน กำกับ ดูแล ระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการทีมนำต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านยา เทคโนโลยีและสารสนเทศ เป็นรูปแบบการทำงานของคณะกรรมการบูรณาการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยง และรายงานอุบัติการณ์ ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนลดความรุนแรงและความ สูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ชีวิต และทรัพย์สิน   * ผู้บริหารมอบนโยบายในการบริหารความเสี่ยงกับทีมพัฒนาคุณภาพทุกทีมให้ ดำเนินการบริหารความ   เสี่ยงให้ครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ( 2P Safety) ทีมระบบบริหารความเสี่ยงกำหนดหน้าที่ในการดาเนินงานแก้ไขความเสี่ยงในเชิงระบบของโรงพยาบาลและ ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานให้สามารถ ค้นหา ดำเนินการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน ตลอดจนกำกับติดตามการดำเนินงาน   * มีการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง โดยการใช้งานโปรแกรมสารสนเทศ   รายงานอุบัติการณ์ทาง intranet และในปี 2562 (มีนาคม 2562) ได้มีการใช้ระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากที่รวบรวมไว้ ทั้งจากการรายงาน จากการทบทวน 12 กิจกรรม มีการใช้ trigger tool เป็นแนวทางทบทวน มีการวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ ( RCA ) เมื่อเกิดความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป โดยกำหนดความเสี่ยง 2 ประเภท คือ ความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป  **ความเสี่ยงสำคัญ**  - Sentinel Event: 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยไม่ทราบสาเหตุ/ไม่คาดคิด 2) ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่นและตนเองจนได้รับบาดเจ็บสาหัส 3) ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 4) อัคคีภัย  - ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk): 1) การเกิดอาการสับสน (Delirium) ในผู้ป่วยติดสุรา 2) ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท 3) ผู้ป่วยหลบหนี 4) การพลัดตกหกล้ม  - ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk): ผู้ป่วยลักลอบนำสารเสพติดเข้ามา  ซึ่งความเสี่ยงสำคัญเหล่านี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลให้ความสำคัญ โดย การรายงานความเสี่ยง ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งโรงพยาบาลเองมีวิธีการการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยงการจัดการความเสี่ยง นำมาแก้ไขและพัฒนาการแก้ปัญหา ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ทำให้ เกิดประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและคุณภาพในการให้บริการ กับผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาล  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:  1. เพื่อให้ผู้รับบริการ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่ดี มีคุณภาพและปลอดภัย (Patient Safety)  2. เพื่อให้บุคลากรปลอดภัยในขณะปฏิบัติงาน (Personnel Safety)  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคอีก 5 แห่งได้กำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็น 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่  ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาวิชาการ มาตรฐานการรักษาที่เป็นเลิศด้านยาและสารเสพติด  ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการและวิชาการ  ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนา TYR Addiction Smart Center  ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนความเป็นเลิศ  - เพื่อให้เกิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการทางการแพทย์ (Patient Safety)  - เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่ (Personnel Safety)  - เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน ลดความเสี่ยงและแก้ไขอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญในโรงพยาบาล  จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:  การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการสื่อสาร 2P Safety goal ในผู้ป่วย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ  เป้าหมายความปลอดภัย: ลดความเสี่ยง สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ((Patient and Personnel safety :2P Safety )  ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนลดความรุนแรงและความ สูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ บุคลากร และผู้มาเยือนได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ชีวิต และทรัพย์สิน และมีความพึงพอใจ  กำหนดให้มีทะเบียนจัดการความเสี่ยงขององค์กร (Risk register) ไว้ทั้งหมด 7 รายการ และกำหนดผู้รับผิดชอบ (Risk Owner) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท 2) ผู้ป่วยก้าวร้าว 3) ผู้ป่วยหลบหนี 4) ความคลาดเคลื่อนทางยา 5) การพลัดตกหกล้ม 6) การควบคุมการติดเชื้อ 7) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด  กำหนดการรายงานความเสี่ยงที่เป็นรูปแบบเดียวกันและเหมือนกันทั้งองค์กร โดยใช้ระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud  กำหนดให้หน่วยงานจัดทำ Risk Profile ของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน  โรคที่มีความเสี่ยงสูง: จากการวิเคราะห์ Clinical Population ที่สำคัญของโรงพยาบาล (High cost High risk High volume High impact)  - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induced psychosis  - Drug dependence with TB  - ผู้ป่วยยาบ้าที่มีภาวะซึมเศร้า  - ผู้ป่วยเฮโรอีนที่มีภาวะถอนพิษยา  หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง: ไม่มี  **iii. กระบวนการ**  II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ  (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:   * โรงพยาบาลได้มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และการประสานงานคุณภาพ   ความเสี่ยงและความปลอดภัย ร่วมกับทีมคร่อมสายงานอื่น ๆ ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย ทีมนำระบบงานสนับสนุนอื่น ๆ ผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารเสี่ยงโรงพยาบาล รายงานผู้อำนวยการและทีมนำ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการ   * มีการกำหนดนโยบายที่ครอบคลุม มุ่งเน้นให้มีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงทั้งเชิงรับและเชิงรุก ทุก   หน่วยงานมีการจัดทำ Risk profile มีการกระตุ้นให้การรายงานความเสี่ยงเป็นวัฒนธรรมขององค์กร โดยการรายงานความเสี่ยงไม่เป็นความผิดของตัวบุคคล   * มีการให้ความรู้แก่ทีมบริหารความเสี่ยง และทุกคนในหน่วยงานโดยวิทยากรภายในและการเข้าร่วมอบรม   จากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินและแก้ไขในเรื่องที่ไม่เข้าใจและเป็นปัญหาในการปฏิบัติ เช่น การรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS , Risk register เป็นต้น   * นำ PDCA มาใช้ในทุกหน่วยงาน ทำกิจกรรม CQI 9 ขั้นตอน กระจายแนวคิดสู่พัฒนางานคุณภาพในทุก   หน่วยงาน   * นำ 3C-PDSA มาถ่ายทอดให้หน่วย/ทีมใช้เป็นหลักในการพัฒนางาน ผ่านการประเมินตนเอง Internal   Survey และการกำกับดูแลจากทีมนำตามระบบการนำองค์กร   * พัฒนาตามบริบทและมาตรฐาน โดยสนับสนุนให้บุคลากรเรียนรู้ร่วมกัน และกำกับติดตามโดยคณะ   กรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง   * กำหนดนโยบายทิศทาง และประเมินผลระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง * ประสานเชื่อมโยงข้อมูลของโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย * วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง เพื่อดูแนวโน้ม/ ค้นหา และให้ข้อเสนอแนะ * กำหนดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นระดับ E ขึ้นไปต้องทำ RCA กำหนดเป้าหมาย วิธีการแก้ไข และมี   การพัฒนาต่อเนื่องเป็น CQI ทำให้อัตราการหลบหนีลดลงในตึกบำบัดยาชาย มีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับ แก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย   * ประเมินมาตรการในการจัดการความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบทีม การแก้ไขและ   ป้องกันการเกิดซ้ำ   * ให้ความรู้และสื่อสารด้านการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมนำต่างๆ ในโรงพยาบาล   ธัญญารักษ์สงขลา  (2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย: บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและ  ติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง   * ผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดเรื่องการส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพและความ   ปลอดภัย รายงาน incident report ในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล   * ประเด็นคุณภาพที่ทีมนำให้ความสำคัญ ได้แก่ Patient Safety Goals, 2P Safety, good practice, 3C-   PDSA ทำให้กระบวนการคุณภาพดำรงอยู่ในองค์กร   * สนับสนุนการเข้าร่วมโรงพยาบาล 2P Safety และนำ 2P safety มากำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัย   และนำไปสู่การปฏิบัติ พร้อมกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการติดตามอย่างต่อเนื่อง   * ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกองค์กร * กำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆในการดำเนินการ ติดตามความก้าวหน้าจากการประชุม   ประจำเดือน   * สนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือคุณภาพทั้ง   Clinical Tracer, RCA, 12 กิจกรรมทบทวน Trigger tool   * ผู้อำนวยการร่วมทำกิจกรรม Quality Walk Round ร่วมกับเจ้าหน้าที่และทีมนำต่างๆ ทำให้ได้รับรู้ปัญหาที่หน้างานร่วมกับผู้ปฏิบัติ ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ราบรื่น * ส่งเสริมวัฒนธรรมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยไม่หาผู้กระทำความผิดแต่หาข้อบกพร่องในกระบวนการทำงาน ถึงจุดที่สามารถพัฒนาหรือปรับปรุงได้   (3)การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:   * แต่ละหน่วยงาน/ทีม พัฒนาตามประเด็นสำคัญของ Patient safety goal ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของ   ตนเอง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับรุนแรง (3,4 หรือ E ขึ้นไป) ทีม RM กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ RCA และตอบกลับเข้าสู่ระบบ มีการส่งเสริมให้หน่วยงานและบุคลากรนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาพัฒนา (CQI) เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ   * การทำให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ได้กำหนดเข็มมุ่งปี 2564 ในการพัฒนาคุณภาพการ   ดูแลผู้ป่วยสุราที่ภาวะแทรกซ้อนทางกายและผู้ป่วยกลุ่มยาบ้าและสารกระตุ้นประสาทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ตามบริบทข้างต้น เพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาวิชาการ มาตรฐานการรักษาที่เป็นเลิศด้านยาและสารเสพติด   * การบูรณาการมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยงทุกระดับ สอดคล้องกับโครงสร้างองค์กรของ   โรงพยาบาลโดยหน่วยงานวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานตนเองเพื่อนำสู่การปรับปรุงกระบวนการขณะที่ทีมระบบงาน วิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ในกระบวนการของตนเอง ส่วน RM Team วิเคราะห์แนวโน้มภาพรวมขององค์กร เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุง Risk Profile มาตรการป้องกันและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ   * พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความปลอดภัย * โรงพยาบาลมีทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่บันทึกข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญของ   ความเสี่ยง กำหนดรายการความเสี่ยงทางคลินิกที่ต้องมีการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท, ผู้ป่วยก้าวร้าว, ผู้ป่วยหลบหนี, ความคลาดเคลื่อนทางยา,  การพลัดตกหกล้ม, การควบคุมการติดเชื้อ, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, เมื่อนำมาจัดระดับความรุนแรงสูงพบว่า ความเสียงสำคัญ 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในปี 2563 คือ ผู้ป่วยหลบหนี ผู้ป่วยก้าวร้าว ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท ความคลาดเคลื่อนทางยา,  การพลัดตกหกล้ม   * การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud * มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ที่มุ่งเน้นความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงไปยังทีมต่างๆ   และหน่วยงาน มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยงโดยใช้ Risk Profile และ Risk Register ให้ความรู้คณะกรรมการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทำให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง สามารถจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นและสามารถรายงานเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ ในระบบ HRMS & NRLS on Cloud ได้   * ทีมบริหารความเสี่ยงได้ดำเนินการ risk round ร่วมกับทีม ENV ทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วย ก่อนที่จะ   เปิดให้บริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟื้นฟูชายที่สร้างขึ้นใหม่ พบว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงหลายจุด จึงได้ดำเนินการเสนอผู้บริหาร เพื่อขอรับการสนับสนุนแก้ไข ดังนี้ ติดกล้องวงจรปิดภายในหอผู้ป่วย ติดเหล็กดัดแนวตั้งในหอผู้ป่วย กั้นพื้นที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเพื่อการดูแลใกล้ชิดและเฝ้าระวังความเสี่ยงการหลบหนี  (4) การทำงานเป็นทีม  • ทีมนำทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีม PCT ทีมบริหารยา ทีมบริหารความ  เสี่ยง ทีม IC ทีมสารสนเทศ ทีมทรัพยากรบุคคล องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทีมดูแลสิ่งแวดล้อมในการดูแล  ผู้ป่วย ทีมทำงานร่วมกับชุมชน   * โครงสร้างของแต่ละทีมนำ ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลกำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานและ   คณะทำงานจากทุกหน่วยงานเป็นเครือข่ายการพัฒนาลงสู่การปฏิบัติและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีมนำมีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามงานและทบทวนปัญหา อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง   * ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลความเสี่ยงด้านคลินิกร่วมกับทีมจัดการความ   เสี่ยง มีการติดตามประเมิน เฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยง และทบทวนวางมาตรการเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I หา RCA เพื่อทบทวนระบบและเพิ่มมาตรการป้องกันใหม่ เช่น ทบทวน ผู้ป่วยหลบหนีตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด) พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จจำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับ แก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย   * สมาชิกทีมบริหารความเสี่ยงแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการรวบรวมความเสี่ยงของหน่วยงาน ทำหน้าที่   ประสานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อให้ทีมนำต่างๆ และหน่วยงานได้รับทราบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของทีมและหน่วยงาน และนำไปสู่การทบทวนและบริหารจัดการความเสี่ยง   * ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญหรือรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในการ   ประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล   * มีการประสานงานร่วมกับทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (ENV), ทีมป้องกันและควบคุมการติด   เชื้อในโรงพยาบาล (IC), ทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วย (PCT), องค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาลร่วมทำ Risk Round ปีละ 2 ครั้งและเมื่อเกิดอุบัติการณ์   * ร่วมมือกับทีมเภสัชกรรมและการจัดการด้านยาในการป้องกันความเสี่ยงด้านยากับผู้ป่วย เช่น การเฝ้า   ระวังและป้องกันการเกิด Medication Error หรือ Adverse Drug Event โดยการเฝ้าระวัง Medication Error   * มีการประสานงานกับหน่วยรักษาความปลอดภัย เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับผู้ป่วยเกิดขึ้น   และหน่วยงานรักษาความปลอดภัยมีการฝึกซ้อม การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย  (5)การประเมินตนเอง:   * ใช้วิธีการประเมินที่หลากหลาย เช่น การประเมินตามมาตรฐาน HA scoring ทำให้เรียนรู้การสร้างผลลัพธ์ที่ดี การ Round ของทีมนำและหัวหน้าหน่วยงาน กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวของหน่วยงาน การใช้แบบสำรวจ, การประเมินและปรับปรุงงานประจำจากตัวชี้วัดและความเสี่ยง, การใช้ service profile/hospital profile ที่เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์และการพัฒนา การเชื่อมโยงการพัฒนาในภาพรวม * ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตาม   ยุทธศาสตร์   * หน่วยงานมีการประเมินตนเองโดยการทำ service profile ทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรู้บทบาทหน้าที่   ของตนเอง   * ทุกหน่วยงานมีการจัดทำ Risk profile โดยให้มีการปรับข้อมูลให้ เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน * การทบทวนข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือ C3THER ทำให้พบว่าสามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด   ขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงทีและส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม   * การ Round ของทีมความเสี่ยงร่วมกับทีมนำต่าง ๆ กระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน และบุคลากร   ระดับปฏิบัติงาน   * กระตุ้นหน่วยงานให้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย * ทีมบริหารความเสี่ยงได้มีการทบทวนข้อร้องเรียนและเหตุการณ์สำคัญ เช่น การหลบหนีของผู้ป่วย การ   ทะเลาะวิวาท การลักลอบนำสารเสพติดเข้ามา เป็นต้น ทำให้สามารถสื่อสาร ทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่การแก้ไขอย่างเป็นระบบ เช่นมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ (การทำ CQI) ในทุกๆ เหตุการณ์สำคัญ   * เพื่อให้ทุกทีมคุณภาพและทุกหน่วยงานมีการวิเคราะห์บริบทของตนเอง หาความท้าทายและสร้าง   แผนปฏิบัติการระดับทีม/ หน่วย จึงกำหนดให้ทีมนำระบบงาน มีการประเมินตนเองด้วย SAR 2020 ส่วนทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วย (PCT) ประเมินตาม Service Profile และ SAR 2020 ตอนที่ III สำหรับการพัฒนาทางคลินิกการดูแลผู้ป่วย ใช้ Clinical tracer ในการประเมินตนเองทุก 1 ปี ส่วนหน่วยงานต่างๆ ใช้ Unit Profile   * มีการใช้ระบบตรวจสอบและควบคุมภายในเพื่อให้ทุกหน่วยงานได้ทบทวนความเสี่ยงของตนเอง และ   สอบทานจากภายนอก โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายใน   * มีการประเมินและผ่านมาตรฐานอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ Green Hospital, มาตรฐานห้องปฏิบัติการ เป็นต้น * มีการเยี่ยมสำรวจภายในโดยใช้ผู้เยี่ยมภายในร่วมกับผู้เยี่ยมจากภายนอก รวมทั้งมีการทำ Risk Round   ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง  (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:   * มีการประชุมทีมนำเพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงระบบให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ * พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * พัฒนาระบบบริหารจัดการ ความปลอดภัย 2P safety * ศูนย์พัฒนาคุณภาพทบทวนและจัดทำแผนประจำปี เสนอคณะกรรมการบริหาร โดยจะทำก่อนสิ้น   ปีงบประมาณ เพื่อขออนุมัติการใช้เงินประจำปี  (9)การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:   * โรงพยาบาลได้ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข   (Patient and Personnel safety : 2P Safety) โดยกำหนดตามบริบทของการให้บริการด้านยาและสารเสพติด มีการติดตามตัวชี้วัดในปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ในระดับ E-I   * มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยจัดกิจกรรม RM round ในทุกหน่วยงาน, การทบทวนข้างเตียงโดยใช้   เครื่องมือ C3THER, Case conference, ทบทวน 12 กิจกรรม, จัดทำ Risk profile พบว่า สามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงที เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าว ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท ซึ่งมีการซ้อมแผนการปฏิบัติเสมือนจริงและซ้อมแผนบนโต๊ะ อย่างน้อยปีละครั้ง   * จัดอบรม เจ้าหน้าที่เรื่องการบริหารความเสี่ยง หน่วยงาน IT จัดอบรม การใช้ระบบการรายงานความ   เสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud รวมทั้งติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ รวบรวมรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์นำมาวิเคราะห์ผล ทบทวนและติดตามผลการดำเนินงาน การป้องกัน แก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ พบว่า หน่วยงานสามารถรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น   * ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยง คัดเลือกความเสี่ยงที่สำคัญมาวาง   มาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมิน เฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยงและทบทวนมาตรการเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I เพื่อหา RCA   * ทีมคุณภาพต่างๆ เป็นทีมหลักในการประสานงาน ขับเคลื่อนให้ทีมคุณภาพต่างๆ มีการดำเนินการตาม   แผน ผู้อำนวยการฯ ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีความคล่องตัว เพราะมีการประชุมติดตาม ประเมินทุกเดือน และมีการปรับแผนได้ทันที เมื่อ situation เปลี่ยน  (10)การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:   * พัฒนาระบบรายงานผ่านโปรแกรมรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล และเริ่มรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud เดือนมีนาคม 2562 นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ * จากที่ได้ดำเนินงานการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก พบว่า บางหน่วยงานยังขาดความเข้าใจความเสี่ยงเชิงรุก ทีมได้วางแผนให้ RM ประจำหน่วยงาน เป็นคู่ buddy ให้คำปรึกษากัน * ในช่วงการเปลี่ยนแปลงแบบประเมินตนเองมาเป็น SAR 2020 ช่วงแรกทีมต่างๆ ไม่เข้าใจวิธีใช้ แต่หลังจากที่มีการอบรม และจัด workshop ก็สามารถใช้ได้ถูกต้องมากขึ้น   II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย  (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:   * จากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี แต่พบว่าการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกยังไม่ครอบคลุม จึงได้มีการนิเทศในหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้นโดยกำหนดให้แต่ละทีมทำ RM round, การทบทวนข้างเตียง, การทำ Trigger Tool, การทบทวนกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีสัดส่วนการรายงานที่เพิ่มสูงขึ้น อุบัติการณ์รายงานความเสี่ยงปี 2561 จำนวน 457 อุบัติการณ์ และ ปี 2562 จำนวน 659 อุบัติการณ์ * จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง พบว่า ความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น * มีการทบทวนเวชระเบียนในหน่วยงาน ทบทวน 12 กิจกรรม ในหน่วยงาน และทบทวน Case ที่เกิดอุบัติ   การณ์ร่วมกัน ร่วมกับทีม PCT ทบทวนการใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษา ทบทวนการติดเชื้อ TB ในผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด (คุมประพฤติ) ร่วมกับทีมแพทย์ และ ICN   * ทีมต่างๆ มีการทบทวนที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาคุณภาพตาม 3C PDSA เช่น มีการทบทวนข้างเตียง การทบทวนเวชระเบียน ระบบยา ทบทวนความเสี่ยง ทบทวนอุบัติการณ์ ทบทวนการติดเชื้อ ทบทวนตัวชี้วัดทั้งระดับทีมและหน่วยงาน * เพื่อให้บรรลุการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ทีม PCT ได้ประเมินตนเองตาม PCT Profile   กำหนดโรคสำคัญ พัฒนาตาม clinical quality summary มีการทบทวนผู้ป่วยนอนนาน (long stay conference), Quality round เพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง เหมาะสม ทีมนำระบบงานสำคัญและทีมนำทางคลินิก มีการปรับการดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท มีการทบทวนความเสี่ยงอุบัติการณ์ และการพัฒนาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เช่น ทีมPTC ร่วมกับทีม PTC ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ Warfarin ซึ่งเป็น High alert drugs และไม่มีการใช้ในโรงพยาบาล พบในผู้ป่วยที่มารักษาและต้องใช้ยาต่อเนื่องขณะบำบัดเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล  (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย: ทีมนำและทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วย กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ (1)กลุ่มผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (2) กลุ่มผู้ป่วยยาบ้าและสารกระตุ้นประสาทที่ภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช เพื่อปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรารุนแรง (Alcohol withdrawal delirium หรือ delirium  tremens) ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลทันท่วงที เป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะสุรารุนแรง delirium และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะปอดอักเสบ ทีมจึงได้ (1) กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามคะแนนการประเมิน CIWA-Ar (2) กำหนดค่า Early warning sign ,ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการในการรายงานแพทย์โดยด่วน (3) วางแผนการจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 100 % และปลอดภัยโดยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบแทรกซ้อน  การประสานงานร่วมกับทีมระบบที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติตามหลัก 2P Safety goal  Patient Safety :  I : การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง : อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน  : อัตราการล้างมือถูกหลัก 5 moment (บุคลากรสหวิชาชีพ)  M : ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา : Medication error  P : การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยชัดเจน ถูกต้อง : อุบัติการณ์การเกิด Misidentification  L : รายงานผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการถูกต้อง แม่นยำ : ร้อยละความถูกต้องในการรายงานผลการตรวจ  E : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Delirium : ร้อยละของผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium นานกว่า 72 ชม.ปลอดภัยจาก  ภาวะแทรกซ้อน  Personnel Safety :  S : การสื่อสารผ่านสื่อและสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม : จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการใช้งานสื่อสังคม  ออนไลน์ที่ส่งกระทบต่อบุคลากรหรือองค์กร  I : การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน : อัตราการติดเชื้อของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน  M : การมีสติในการทำงาน : จำนวนข้อร้องเรียนจากการปฏิบัติงาน  : ผลการประเมินความเครียด  P : อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน : ผลการประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน  (ความร้อน แสงสว่างและเสียง)  L : การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ : ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ  E : สภาพการทำงานที่ปลอดภัย : การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร   * ประชุมชี้แจงร่วมกับทีมระบบที่เกี่ยวข้อง ในการสื่อสารการนโยบาย 2P Safety   (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: จากกิจกรรมการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคในโรคสำคัญ  จากกิจกรรมการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคในโรคสำคัญ   * เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Drug Induce Psychosis ซึ่งเป็นกลุ่มผุ้ป่วยยาเสพติดที่มี   ภาวะแทรกซ้อนทางจิตซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น มีอาการกำเริบเมื่อย้ายเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ทำให้เกิดเหตุการณ์ทำร้าย ทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วยอื่น ทีมงานจึงได้ดำเนินการ (1)ทบทวนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล (2)ใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, SAVE เป็นสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ (3) จัดพยาบาลเจ้าของไข้และทีมพี่เลี้ยงประจำตัวในระยะ 7-14 วันแรก ผลลัพธ์การพัฒนาไม่เกิดอุบัติการณ์ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นบาดเจ็บระดับ D และบำบัดครบกำหนดระยะฟื้นฟูมีแนวโน้มดีขึ้น  - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induced psychosis  - Drug dependence with TB  ซึ่งเห็นกระบวนการการทำงาน ตั้งแต่ แรกรับผู้ป่วยจนถึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้รู้ปัญหาจริงที่หน้างาน และจากการตามรอยแบบบูรณาการของสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลายของแต่ละสาขา เกิดการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญเร่งด่วน 3 โรค คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ, แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีวัณโรคปอด, แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแรกซ้อนทางจิต และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทตามรูปธรรม  - มีระบบประเมินคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอาการทางจิตของผู้ป่วย (BPRS)  II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง  (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):   * กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยและคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าของความปลอดภัยผู้ป่วยและผู้รับบริการ บุคลากร โดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามองค์ประกอบสำคัญและกระบวนการหลัก ดังนี้   การประเมินความเสี่ยง    การค้นหา ระบุความเสี่ยง  การจัดการความเสี่ยง  การติดตามประเมินผล   * คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย ตัวแทนสหสาขาวิชาชีพและทีมนำต่างๆ ค้นหาความเสี่ยงร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) ทีม IC ENV HR PTC IM NSO MSO และหน่วยงานสนับสนุน ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับโดยรับรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง ทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทำ Trigger Tools ตามรอยการดูแลผู้ป่วย และค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจาก Hospital Round ร่วมกับทีมนำ ทีมจัดการความเสี่ยง ทีม IC และทีม ENV รวมทั้งดำเนินการฟื้นฟูความรู้เรื่องความเสี่ยง การใช้โปรแกรมความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับ โดยการเยี่ยมหน่วยงานของคณะกรรมการจัดการความเสี่ยง เพื่อเพิ่มการดักจับและค้นหาความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (Risk Profile) จากโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การทำและการใช้ Risk Register กำกับติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และทีมบริหารความเสี่ยง รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานและทีม ที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน ทำให้หน่วยงานและทีมรับทราบข้อมูล เพื่อพัฒนาและปรับปรุง ยกระดับความปลอดภัยต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากร * จากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี แต่พบว่าการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกยังไม่ครอบคลุม ความเสี่ยงทั่วไปมีสัดส่วนการรายงานน้อย จึงได้มีการนิเทศในหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและความเสี่ยงทางทั่วไปมากขึ้นโดยกำหนดให้แต่ละทีมทำ RM round, การทบทวนกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สัดส่วนความเสี่ยงทั่วไปมีสัดส่วนการรายงานที่เพิ่มขึ้น ปี 2561 การรายงานความเสี่ยงทั่วไป จำนวน 73 ครั้ง ปี 2562 จำนวน 166 ครั้ง * จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง พบว่า ความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น   (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยง และ risk register:   * มีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง โดยการสื่อสารให้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเข้าใจบทบาทโดยให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้จัดการความเสี่ยงและดำเนินการจัดการความเสี่ยงได้ เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานความเสี่ยงของตนเองโดยไม่มีความรู้สึกการถูกตำหนิ * ทุกหน่วยงานมีระบบการบริหารความเสี่ยงโดยการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) มีการค้นหาความเสี่ยงนำมาวิเคราะห์ ทบทวนแนวทางแก้ไขและจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งการประเมินติดตามผลการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้   ได้มีการทบทวนความเสี่ยงขององค์กร และได้จัดลำดับทะเบียนความเสี่ยง จานวนทั้งสิ้น 7 รายการดังนี้ 1) ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท 2) ผู้ป่วยก้าวร้าว 3) ผู้ป่วยหลบหนี 4) ความคลาดเคลื่อนทางยา 5) การพลัดตกหกล้ม 6) การควบคุมการติดเชื้อ 7) การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด  เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยให้มีคุณภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้กำหนด ระเบียบปฏิบัติ ดังนี้   * ระเบียบปฏิบัติ การจัดการกระบวนการบริหารความเสี่ยง จัดทำ Risk Profile ในทุกหน่วยงาน เพื่อความ   ต่อเนื่องของการติดตามอุบัติการณ์ที่สำคัญ   * การสนับสนุนของผู้นำและทีมบริหารโรงพยาบาลเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญให้บุคลากรในองค์กรเห็นความ   สำคัญของ การบริหารจัดการความเสี่ยงและวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยทีมนำลงเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง และรณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร เน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ (Self-Report) ค้นหาความเสี่ยง และทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์ ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจในการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์มีการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมเพิ่มขึ้น ปี 2561 –2562 จำนวน 457 ครั้ง และ 659 ครั้ง ตามลำดับ กรณีเกิดอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปมีการนำมาทบทวนและติดตามผลในที่ประชุม PCT และทำ RCA   * การลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ยังล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบในการรวบรวมและวิเคราะห์ความเสี่ยง และอยู่ในช่วงศึกษาข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud (เริ่มใช้ มีนาคม 2562)   (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด(near miss):   * จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบโปรแกรมความเสี่ยงพบว่า พบว่ามีระดับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้วยโปรแกรมความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น ปี 2561 จำนวน 457 ครั้ง และ ปี 2562 จำนวน 659 ครั้ง และยังมีรายงานผ่านช่องทางอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรตระหนักถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุและพบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ที่ค่อนข้างซับซ้อน และบุคลากรบางคนมีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์น้อยจึงให้แจ้งหัวหน้างานหรือเลขาความเสี่ยงโดยตรงมีการปรับปรุงการเข้าถึงโปรแกรมความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ให้ใช้งานง่าย มีการเยี่ยมหน่วยงานและสอนหน่วยงานเขียนรายงานความเสี่ยง มอบหมายหัวหน้า รองหัวหน้า ผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง เป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน สนับสนุนการรายงานความเสี่ยงด้วยการใช้โปรแกรมความเสี่ยงคอมพิวเตอร์ กรณีเกิดปัญหา เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ผู้ดูแลระบบคอยให้คำแนะนำและช่วยแก้ปัญหา ปี 2562 (มีนาคม 2562) เริ่มรายงานความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloud ทำให้บางหน่วยงานมีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องทำความเข้าใจ * จากการดักจับการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดที่ยังมีรายงานน้อย จัดให้ทุกหน่วยงานมีการระดมความคิดจัดทำ Risk profile เพื่อให้มีการดักจับและรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดได้อย่างครอบคลุมขึ้น * การรับรู้อุบัติการณ์ที่มีโอกาสเกิด (เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่าง ๆ   - Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูง รวมทั้งมีการนิเทศทางการพยาบาล โดยหัวหน้าพยาบาลและ  หัวหน้ากลุ่มงานของโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด เช่น เรื่องการบริหารยา High Alert Drug การบันทึกทางการพยาบาล โดยหัวหน้างาน นิเทศเรื่องความเสี่ยงในหน่วยงานและการพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลตาม Care Process ด้วยการใช้เครื่องมือและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น Nursing Conference การนิเทศนอกเวลาราชการโดยพยาบาลตรวจการพยาบาล  - Nursing Round โดยทีมบริหารทางการพยาบาลร่วมกับทีม IC Round โดย ICN และ ICWN มีการทบทวน  แนวทางปฏิบัติในเรื่อง การแพร่กระจายเชื้อ TB ในหอผู้ป่วย การรณรงค์การล้างมือ  - ENV Round โดยคณะกรรมการ ENV สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล สำรวจระบบป้องกันอัคคีภัย / ความเพียงพอของแสงสว่าง รวมทั้งจัดกิจกรรม 5 ส. ในหน่วยงาน กิจกรรม “Big Cleaning Day” ของโรงพยาบาลและปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วย และติดตั้งดูแลเรื่องแสงสว่างเพิ่มเติมบริเวณที่จำเป็น เช่น บริเวณอาคารสนับสนุนต่าง ๆ เส้นทางหนีไฟ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและบุคลากร รวมทั้งจัดซ้อมแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติและปฏิบัติได้ถูกต้อง จากการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยพบสัญญาณเตือนดังไม่ครบทุกจุด ควรซ้อมแผนนอกเวลาราชการ และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมซ้อมร้อยละ 100  (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย(PSG):   * จากการประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient   and Personnel safety: 2P Safety) ของโรงพยาบาล มีการติดตาม โดยการดำเนินการ ดังนี้ 1) นำหลักการของ 2P Safety มาออกแบบแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE ทั้งผู้ป่วยและบุคลากร 2.) สื่อสารแก่หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงาน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ 3.) มีการนิเทศติดตามและทบทวนการปฏิบัติโดยผู้รับผิดชอบ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตาม SIMPLE ที่สามารถทำได้ดี คือ I : Infection Prevention and Control (การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง) อัตราการล้างมือถูกหลัก 5 moment (ของทีมสหวิชาชีพ) ในปี 2563 ร้อยละ 95.6 จากการติดตามอย่างต่อเนื่องของทีม IC   * มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติและสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบกำกับติดตามตัวชี้วัด ดังนี้   I = Infection Prevention and Control / ทีมIC  M = Medication error / ระบบยา  P = Patient identification / กลุ่มงานเภสัชกรรม/งานทันตกรรม/ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/ตึกผู้ป่วย/เวชระเบียน และงานโภชนาการ  L= Laboratory Results /ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์  E = Emergency response /ตึกผู้ป่วย   * กำหนดจุดเน้นนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาล (2P Safety) ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital โดยเริ่มนำระบบการรายงาน ระบบ HRMS & NRLS on Cloud ใช้ระบบในเดือนมีนาคม 2562 ปรับปรุงคู่มือและแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์ Safety Goal: SIMPLE โดยกำหนดจุดเน้นของโรงพยาบาล มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบเพื่อนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนี้   1) Patient Safety Goals เน้น 4 เรื่องหลัก S-I-M-P-L-E คือ  1.1 Infection Control: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ  1.2 Medication Safety: ความปลอดภัยในการใช้ยา เน้น High Alert Drug และ Medication Error Medication Reconciliation  1.3 Patient Care Process: Patient identification / Refer and Transfer Safety กระบวนการดูแลผู้ป่วย เน้นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induced psychosis  - Drug dependence with TB  1.4 : Line Tubing & Catheter and Laboratory  1.5 : Emergency Response: การตอบสนองต่อภาวะเร่งด่วนในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง  2) Personnel Safety Goal เน้น 3 เรื่องหลัก S-I-M-E คือ  2.1 Social Media and Communication: การใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม  2.2 I: Infection and Exposure: การป้องกันบุคลากรติดเชื้อที่ปลอดภัย  2.3 Mental Health and Mediation: การดูแลความรู้สึกไม่ปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกคุกคามทางร่างกายและจิตใจ  2.4 Environment and Working Conditions: การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน  (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:   * ตามทีโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีนโยบายในการบริหารความเสียงทีชัดเจน โดยกำหนดให้หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสียงของหน่วยงาน และมีการกำหนดโปรแกรมการบริหารความเสียงที่ครอบคลุมทั้งทางด้านคลินิกและทั่วไปและเข้าร่วมความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloud โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามและมีการสรุปผล เพื่อรายงานใน การประชุมคณะกรรมการโรงพยาบาลทุกเดือน นอกจากนี้ยังมีการตามรอยหน้างานเชิงรุก พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำบัญชีความเสียงของหน่วยงานได้เพิ่มขึ้น สามารถบอกเกี่ยวกับความเสี่ยงทีสำคัญของหน่วยงาน * การค้นหา และรวบรวมความเสี่ยง : ส่วนใหญ่รายงานความเสี่ยงที่ได้จะมาจากการรายงานอุบัติการณ์ จึงได้ทำแผนกระตุ้นระบุเป็นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * ประเมิน และวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยมีแนวทางและรูปแบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงให้ทุกหน่วยโดยทีมความเสี่ยงจะลงเยี่ยมหน่วยงานสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดทำ risk profile * การประเมินผล ติดตามตัวชี้วัด จะมีการติดตามลงข้อมูลทุกเดือนในแบบการบันทึก Risk profile * มีแผนพัฒนาลงเยี่ยมหน่วยงานสร้างความรู้ ความเข้าใจ และฝึกการทำ risk register   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * พัฒนาการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลของตึกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา พบว่า มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยหนีลดลง โดยมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็น CQI ทำให้อัตราการหลบหนีลดลงในตึกบำบัดยาชาย จากสถิติผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับ แก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม | **3.5** | **I** | | - ตัวแทนจากทีม RM มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในทีม PCT เพื่อประสานงาน  - เข้าร่วมประชุมกับ PCT ในหัวข้อประเด็นเกี่ยวกับระบบ RM | | | | | |
| 1. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ | **3.5** | **I** | | จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นในหัวข้อ 2P safety | | | | | |
| 1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย | **3.5** | **I** | | -ในการทบทวนที่ล่าช้าเบื้องต้นจัดให้มีการทบทวนในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ก่อนแล้วจัดทบทวนกับทีมระบบที่เกี่ยวข้องต่อไป  - มอบหมายหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปเป็นเจ้าภาพในการทบทวน | | | | | |
| 1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย | **3.5** | **I** | | กระตุ้นการหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน | | | | | |
| 1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | **3.5** | **L** | | Quality Round ในกลุ่มงานที่ยังขาดความรู้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความเสี่ยงแก่บุคลากรเพื่อกระตุ้นการดักจับค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ | | | | | |
| 1. กระบวนการบริหารความเสี่ยง | **3.5** | **L** | | สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำผ่านหัวหน้าพาทำกิจกรรมคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงานรวมทั้งเพิ่มการนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในวาระการประชุมของคณะกรรมการบริหารเพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน | | | | | |
| 1. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ | **3.5** | **I** | | สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวางแนวทางพัฒนาคุณภาพนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำรวมทั้งติดตามประเมินผลในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล | | | | | |

**II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 |
| **1. ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล** | | | | | | | | | |
| Productivity ของหน่วยงานตามเกณฑ์ | | | (90-110) | |  |  |  |  |  |
| ผู้ป่วยนอก | | | (90-110) | | 96.68 | 98.0 | 102.00 | 115.30 | 117.30 |
| ผู้ป่วยใน | | | (90-110) | | 121.53 | 120.32 | 114.92 | 118.83 | 122.41 |
| - ตึกลีลาวดี | | | (90-110) | | 111.9 | 110.80 | 114.50 | 122.80 | 141.79 |
| - ตึกพุทธชาด | | | (90-110) | | 90.96 | 90.56 | 102.38 | 126.50 | 131.26 |
| - ตึกพวงชมพู | | | (90-110) | | 120.21 | 126.08 | 118.30 | 115.50 | 114.2 |
| - ตึกบานบุรี | | | (90-110) | | 163.06 | 153.82 | 124.50 | 110.50 | 102.38 |
| ร้อยละระดับความผูกพันต่อภารกิจด้านพยาบาล | | | 75 % | | 72.09 | 74.25 | 84.38 | 82.45 | 83.43 |
| ร้อยละความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล | | | > 80 | | 74.81 | 79.12 | 81.47 | 82.31 | 78.4 |
| อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการพยาบาล | | | 95 | | 100 | 100 | 100 | 93.72 | 100 |
| จำนวนผลผลิตงานวิจัยของภารกิจด้านการพยาบาล | | | อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี | | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามแผน | | | 100 | | 92 | 100 | 90 | 100 | 80 |
| **2. ประสิทธิภาพปฏิบัติการพยาบาล** | | | | | | | | | |
| ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล | | | ≥ 80% | | 77.78 | 92.22 | 90.74 | 90.03 | 90.12 |
| คะแนนความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาล | | | ≥80% | | 75.28 | 77.83 | 78.02 | 79.36 | 79.56 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่จำหน่ายครบกำหนด | | | 85 % | | N/A | 73.79 | 79.58 | 76.58 | 86.56 |
| ร้อยละของการหลบหนีสำเร็จ | | | ≤10 | | 9.24 | 11.57 | 8.01 | 10.62 | 11.76 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่บำบัดครบกำหนด | | | 80% | | 83.04 | 81.89 | 83.82 | 81.08 | 86.85 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงร่วมกับภาวะปอดอักเสบได้รับการดูแลตามมาตรฐาน | | | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **3. ความปลอดภัย** | | | | | | | | | |
| จำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม | | | 0 | | 0 | 3 | 2 | 10 | 13 |
| จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ | | | 0 ราย | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **4. มาตรฐาน จริยธรรม** | | | | | | | | | |
| อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่อพฤติกรรมบริการพยาบาล | | | ลดลง/  น้อยกว่า10% | | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาล | | | 85 | | 84.50 | 89.45 | 84.50 | 90.91 | 86.70 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล | | | 85 | | 83.90 | 82.74 | 82.14 | 85.33 | 75.00 |
| ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายต่องานด้านวิชาการพยาบาล | | | 85 | | 82.85 | 91.00 | 84.50 | 86.90 | 92.80 |
| **5. คุณภาพชีวิตบุคลากรทางการพยาบาล** | | | | | | | | | |
| ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับการตรวจสุขภาพ | | | 80 % | | NA | NA | NA | NA | 44.30 |
| ร้อยละบุคลากรพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ | | | 45 % | | NA | NA | NA | NA | 67.74 |
| **ii. บริบท**  ภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเป็นองค์กรวิชาชีพที่ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยมีรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร มีการขับเคลื่อนการทำงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการบริหารภารกิจด้านการพยาบาลจำนวน 15 คน และแบ่งโครงสร้างบริหารประกอบด้วย ๓ กลุ่มงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และกลุ่มงานวิชาการพยาบาล ในการบริหารและจัดการทางการพยาบาลมีภารกิจในการจัดบริการทางการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ/ ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดทุกประเภทรวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมรักษาฟื้นฟูและป้องกัน และมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพสู่ชุมชนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะในการให้บริการด้วยคุณธรรมและจริยธรรมตลอดจนส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลวิชาการพยาบาลและพัฒนาเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 รวม 8 จังหวัดภาคใต้สรรหาบุคลากรให้เพียงพอ ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและสมรรถนะเชิงวิชาชีพเพื่อสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ  มีหน้าที่หลักและเป้าหมายดังนี้   * จัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการ * บริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถและมีความสุขในการทำงาน * ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีบริการที่มีประสิทธิภาพส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง   ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: ผู้ป่วยสุรา, ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า), ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า)ที่มีอาการทางจิต  โดยแบ่งระบบการบำบัดเป็น ๒ ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB  จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:  งานบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบคือกลุ่มงานผู้ป่วยนอก(งานการพยาบาลชุมชน, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกบำบัดด้วยยา, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฟื้นฟูสมรรถภาพ, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกพิเศษ: คลินิกยาเสพติดทั่วไป, คลินิกเมธาโดน, คลินิกบุหรี่, คลินิกให้คำปรึกษา เมทริกโปรแกรม)กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในประกอบด้วย ตึกบำบัดด้วยยาชาย (ตึกพุทธชาด) ตึกผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดด้วยยาที่มีอาการทางจิตและสุรา (ตึกลีลาวดี) ตึกบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง (ตึกพวงชมพู) และตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย (ตึกบานบุรี)และงานวิชาการพยาบาล (งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล, งานถ่ายทอดการพยาบาล, งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต) มีบุคลากรทั้งหมด 78 คน จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 49 คน (ข้าราชการ 49 คน) พนักงานประจำสำนักงาน 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 29 จำนวน (ลูกจ้างประจำ 4 คน, พนักงานราชการ 6 คน, พนักงานกระทรวง 5 คน,จ้างเหมาบริการ 15 คน) วิเคราะห์ผลิตผล (Productivity) ปี 2559 – 2563 อยู่ระหว่าง 96.68 – 163.06 % พบหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอคือ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย มีการจัดให้บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานที่มีภาระงานน้อยไปช่วยหน่วยงานที่มีภาระงานมากจัด OTบุคลากรที่มีอยู่เกลี่ยและหมุนเวียนอัตรากำลังภายในภารกิจด้านการพยาบาล ผสมผสานอัตรากำลังระหว่างหน่วยงานของภารกิจด้านการพยาบาลและใช้ Skill Mix ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการ Training ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดครบขั้นตอน (Ex Addict) เพื่อทำหน้าที่ Ex Staff ในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **หน่วยงาน** | **FTE** | **จำนวนที่มีจริง** | **จำนวนที่ต้องการเพิ่ม** | | กลุ่มงานวิชาการพยาบาล | 8 | 5 | 3 | | กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก | 13 | 5 | 8 | | กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน |  |  |  | | - บำบัดด้วยยา | 28 | 19 | 9 | | -ฟื้นฟูสมรรถภาพ | 19 | 19 | - | | รวม | 68 | 48 | 20 | | -บุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่ใช่วิชาชีพพยาบาล(ผู้ช่วยเหลือคนไข้) | 36 | 16  -พนักงานกระทรวง 5 คน  -ลูกจ้างประจำ 4 คน  -พนักงานราชการ 6 คน  -พนักงานประจำสำนักงาน 1 คน | 20 |   **ตารางเปรียบเทียบภาระงาน ย้อนหลัง 3 ปี (2561-2563)**  สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:   * ภารกิจด้านการพยาบาลมีอัตรากำลังและความเชี่ยวชาญ ดังนี้   **จำนวนอัตรากำลัง พยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ข้อมูล** | **จำนวนพยาบาลวิชาชีพ** | **ระดับการศึกษา** | | | **การศึกษาเฉพาะทาง** | | | | **ตรี** | **โท** | **เอก** | **PG**  **เฉพาะทางด้านยาเสพติด** | **PGเฉพาะทางด้านจิตเวช** | **การพยาบาล**  **เวชปฏิบัติ** | | ผู้บริหารสูงสุดทางการพยาบาล | 4 |  | 3 | 1 | - | - | - | | วิชาการพยาบาล | 4 | 1 | 3 | - | 2 | - | 1 | | การพยาบาลผู้ป่วยนอก | 4 | 3 | 1 | - | 3 | 1 | - | | การพยาบาลผู้ป่วยใน | 37 | 33 | 4 | - | 21 | 5 | - | | รวม | 49 | 37 | 11 | 1 | 26 | 6 | 1 |   **iii. กระบวนการ**  II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล  (1) การจัดทีมผู้บริหาร:   * เพื่อให้ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาและสารเสพติด และด้านบริหารการพยาบาล องค์กรพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ องค์การพยาบาล ใช้กระบวนการคัดเลือกผู้บริหารระดับต่างๆ ตามธรรมนูญองค์กร กำหนดผู้นำทางการพยาบาลไว้ 3 ระดับคือ 1) ผู้บริหารระดับสูงได้แก่หัวหน้าพยาบาล/รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล 2) ผู้บริหารระดับกลางได้แก่รองหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 3) ผู้บริหารระดับต้นได้แก่หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติพื้นฐาน เช่น ระดับหัวหน้าตึก/หัวหน้างาน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมาแล้วไม่น้อยกว่า 4-5 ปี และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 10 ปี ขึ้นไป เป็นต้น การพัฒนาทีมนำบริหารใน 1-3 ปี ที่ผ่านมา มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของทีมผู้บริหารในแต่ละตำแหน่ง โดยผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 1 คน หลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง 10 คนหลักสูตรผู้บริหารระดับสูง 1 คน และส่งเสริมสนับสนุนให้เรียนเฉพาะทางด้านบริหารทางการพยาบาลระดับปริญญาโท 1 คน หลักสูตรบริหารทางการพยาบาล (หลักสูตรระยะสั้น 1คน) เรียนต่อในระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 81.81 และมีการวางแผนในการพัฒนาดูแลกำกับ มาตรฐาน จริยธรรมวิชาชีพ การวิจัย และถ่ายทอดเทคโนโลยีและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุครุภัณฑ์ ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลดีขึ้น มีการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องให้กับบุคลากรในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งปัจจุบันมีบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการอบรม ทั้งสิ้น 23 คน โดยผู้นำบริหารทางการพยาบาลสร้างความมั่นใจในความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะโดยจัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปีละ ๒ ครั้ง * กำหนดคุณวุฒิ สมรรถนะ ในตำแหน่งผู้ตรวจการพยาบาลและฝึกปฏิบัติก่อนขึ้นปฏิบัติจริงได้ ผลการประเมินผล พบว่าผู้ตรวจการเวรนอกเวลา สามารถบริหารจัดการได้ตามเกณฑ์ กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งสำหรับผู้บริหารทุกระดับได้รับการประเมินสมรรถนะ (Core competency) ตามก.พ. ปีละ 2 ครั้งประกอบด้วยสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล 5 ด้าน(การมุ่งผลสัมฤทธิ์, บริการที่ดี, การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ, การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและการทำงานเป็นทีม)และสมรรถนะของพยาบาล (Functional Competency) 3 ด้าน การบริการพยาบาลทางคลินิก, การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางพยาบาล, การวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลปี 2562 พบว่าสมรรถนะที่ต้องพัฒนามากที่สุดคือการนิเทศทางการพยาบาล รองลงมาคือการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพทางการพยาบาล พัฒนาโดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง และอบรมภายนอกหน่วยงาน   (2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:   * วางแผนจัดอัตรากำลังทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยนำฐานข้อมูลของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันมาพิจารณาวางแผนอัตรากำลังเพื่อทดแทนบุคลากรเดิมตามแผนการขยายบริการของโรงพยาบาลและ Service plan การวางแผนอัตรากำลังทดแทนจากการเกษียณอายุราชการจัดทำแผน 5 ปีโดยขออัตรากำลังแบบ Skill Mix เพิ่มโดยวิเคราะห์ความต้องการเพิ่มอัตรากำลังสุทธิ ในระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 – 2564) มีการเตรียมกำลังคนเพื่อรองรับการสูญเสียจากการเกษียณอายุเช่น พนักงานช่วยการพยาบาลจัดทำแผนจำนวน 5 คน * หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ หอผู้ป่วยบำบัดยาชายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต/สุรา (ลีลาวดี) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ จึงดำเนินการจัดบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม มีการจัดอัตรากำลังให้มากกว่าหอผู้ป่วยบำบัดยาชายทั่วไป (พุทธชาด) ซึ่งหอผู้ป่วย ลีลาวดีและพุทธชาด สามารถใช้บุคลากรร่วมกันได้กรณีไม่เพียงพอ และจัดให้พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พร้อมจัดผู้ช่วยเหลือคนไข้เสริมอัตรากำลัง * หน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอคือ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ซึ่งการจัดอัตรากำลังในภาพรวม กำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังในแต่ละหน่วยบริการ โดยใช้เกณฑ์ความต้องการ การพยาบาลของผู้รับบริการแต่ละประเภท Productivity ของหน่วยงาน ปี 2559 – 2561 คือ 163.06, 153.82, และ 124.50 ภารกิจด้านการพยาบาลแก้ไขปัญหาโดยการจัดผู้ดูแลผู้ป่วยตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูฯในเวรบ่ายดึกเพิ่มขึ้น มีการควบคุมดูแลและให้คำแนะนำโดยพยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลเวรตรวจ ทำให้ ปี 2562 – 2563 Productivity ของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ 110.50 และ 102.38 ตามลำดับ มีการและพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ดังนี้   - จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูฯการป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรม เป็นต้น  - มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะทุก 6 เดือนและนำ Gap Analysis มาวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะ   * มีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลที่เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการอบรมเฉพาะทางตาม Training Need ของโรงพยาบาลโดยทำแผนพัฒนาบุคลากรทุกปี ทั้งอบรมระยะสั้นและเฉพาะทาง 4 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาลในภาพรวมในปี 2564 ยังขาดอยู่ จึงวางแผนพัฒนาดังนี้  |  |  | | --- | --- | | **หลักสูตรที่ต้องพัฒนาตามส่วนขาด** | **จำนวน (คน)** | | การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต | 5 | | การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย | 5 | | การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน | 5 | | การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติด (CBT) | 5 | | Satir Advance | 3 | | Matrix Program | 5 | | หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด | 5 | | การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย (สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้) | 20 |  * ภารกิจด้านการพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดและหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้สามารถบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางทุกหน่วยงานจำนวน 20 คน * ภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดให้มีการประเมินสมรรถนะ 2 ครั้ง/ปีตามก.พ.ในปี 2562 และ ปี 2563 พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลบางส่วนยังขาดสมรรถนะการสั่งสมเชี่ยวชาญในอาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่พัฒนาโดยอบรมในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน การจัดประชุมวิชาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงและติดตามนิเทศหน้างานโดยหัวหน้างานกำลังอยู่ระหว่างการประเมินผลลัพธ์และปี 2563 มีแผนเพิ่มการประเมินสมรรถนะให้เหมาะสมกับจุดเน้นของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญคือผู้ป่วยสุรา, ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า), ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า)ที่มีอาการทางจิตมีการพัฒนาบุคลากรโดยการหมุนเวียนงานในโรงพยาบาล (Rotation)เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจทั้งการบำบัดด้วยยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีทักษะเพิ่มขึ้น และสามารถทดแทนกันได้ทุกหน่วยงาน ในปี 2561-2562 ได้มีการ Rotation ในระดับผู้ปฏิบัติ จำนวน 6 คน ระดับรองหัวหน้าตึก จำนวน 3 คน ทำให้การทำงานมีมาตรฐานเดียวกันและบุคลากรสามารถทำงานทดแทนกันได้ * มีการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้อยู่ในระบบเช่นการส่งเสริมความก้าวหน้าตามบันไดทางวิชาชีพ(Career Path) สร้างขวัญกำลังใจและสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานสวัสดิการด้านต่างๆเช่นบ้านพักของเยี่ยมไข้ชุดปฏิบัติงานงานเลี้ยงปีใหม่การเบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (เบิกตามอัตราของประกาศคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) พ.ต.ส. และ P4P พบว่ามีอัตราการลาออกของพยาบาลที่เป็นข้าราชการจำนวน 3 คน ในปี 2562  อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 54-59 ปี สาเหตุการลาออกคือปัญหาสุขภาพ 1 คน ดูแลบุพการี 1 คน และประกอบธุรกิจส่วนตัว 1 คน   - มีการจัดตารางการทำงานเป็นทีม เพื่อให้มีบุคลากรสำรองในกรณีมีผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าเกณฑ์ PUI เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรค COVID- 19  (3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:   * การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:   พยาบาลวิชาชีพมีการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์และมีระบบแจ้งเตือนให้พยาบาลดำเนินการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพครบทุกคนผลการประเมินของพยาบาลเรื่องการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลต่อเนื่อง ( 50 หน่วยคะแนน/ 5 ปี) ครบ 100 %ปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ในเรื่องทิศทางนโยบายเป้าหมายของภารกิจด้านการพยาบาล กฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติ ความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด การบันทึกทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและสนับสนุนให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ภารกิจด้านการพยาบาลสร้างกลไกในการดำเนินงานด้านจริยธรรม โดยการตั้งกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาล และมีการติดตาม นิเทศการดำเนินงานของหน่วยงาน ด้วยกิจกรรม Grand round ทุกเดือน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายแนวทางการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจทางจริยธรรม ในกิจกรรมนำเสนอ Case conference จัดทำแผนอบรม/ฟื้นฟูให้ความรู้จริยธรรมวิชาชีพ มีคู่มือพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยพร้อมแนวทางปฏิบัติ นิเทศโดยหัวหน้างานเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงทางจริยธรรม และมีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรมคือการทำบุญตักบาตรวันขึ้นปีใหม่และวันสำคัญทางศาสนาทุกศาสนาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน โดยจัดทำกล่องรับเรื่องร้องเรียนที่ OPD และกล่องรับความคิดเห็นจากผู้ใช้บริการประจำทุกหอผู้ป่วย ซึ่งมีการรวบรวม วิเคราะห์ นำเสนอและประสานการตอบข้อร้องเรียนกับคณะกรรมการข้อร้องเรียน รวมทั้งมีการรับและตอบข้อร้องเรียน มีการติดตามประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการตามแบบประเมินของสำนักการพยาบาล ทุก 6 เดือน ซึ่งพบว่า ไม่มีข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม/สิทธิผู้ป่วยที่ร้ายแรงที่ต้องเยียวยา   * การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล: กำหนดการนิเทศเป็น 4 ประเภทคือ 1) Grand Round นิเทศโดย   รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงาน ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 2) Field Round นิเทศโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดเช่นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลการบริหารยา HAD การบันทึกทางการพยาบาล 3) ระดับหอผู้ป่วยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศด้านความปลอดภัย ความเสี่ยงในหน่วยงานและคุณภาพการพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญด้านคลินิก การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย จริยธรรม และพฤติกรรมบริการของบุคลากร และ 4) การนิเทศนอกเวลาราชการโดยพยาบาลเวรตรวจการ ประกอบด้วยการนิเทศกำกับอัตรากำลัง ความคลาดเคลื่อนทางยา และความเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งผลการนิเทศพบว่าผู้ตรวจการพยาบาลสามารถดำเนินการนิเทศ กำกับได้ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ แต่ในส่วนของผู้บริหารทางการพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน เนื่องจากมีภารกิจนอกเร่งด่วน จึงจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) จากการนิเทศ พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลด้วยแนวคิด Focus Charting การเขียนปัญหายังไม่ครอบคลุมและเขียนปัญหาไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยจึงมีการเพิ่มพูนทักษะความรู้เกี่ยวกับระบบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและเพิ่มความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานตามบันทึกทางการพยาบาลและสามารถนำข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพบว่าคะแนน Audit ปี2561 -2563 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 77.78 - 92.22 โดยใช้เกณฑ์การประเมินการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจาก สปสช.  นอกจากนี้ยังมีการนิเทศบันทึกทางการพยาบาลโดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการ พยาบาล ซึ่งพบว่าคะแนนความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ปี 2559 - 2562 คือ 75.28, 77.83, 78.02 และ 79.36 ตามลำดับ ภารกิจด้านการพยาบาล จึงส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน ทบทวน ตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยผ่านกิจรรมการพัฒนาคุณภาพ ทั้งมีการจัดอบรมการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพเป็นประจำทุกปี และมีเวทีการนำเสนอ case conference ให้เกิดทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นประจำผลจากการ Audit chart ปี 2562 เท่ากับร้อยละ 80.50  การนิเทศการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ผู้ป่วยสุราได้มีการปรับการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ AWS scoreไปเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ CIWA-Ar score ด้วยเหตุผลคือ มีการประชุมร่วมกันเรื่องการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ระหว่างสถาบันบําบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ให้มีมาตรฐานเดียวกัน คือ แบบประเมิน CIWA-Ar score และจากการทบทวนพบว่า แบบประเมิน CIWA-Ar score เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรา ที่พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มีความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือ จึงมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะในเรื่องการใช้แบบประเมินผู้ป่วยสุรา CIWA-Ar scoreเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติ ที่เกิดความรุนแรงของอาการขาดสุราขั้นรุนแรงจนถึงขั้นภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs) รายงานแพทย์ได้ทันท่วงทีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Delirium tremens (DTs) จึงมีการให้ความรู้และมอบหมายให้หัวหน้างานติดตามกำกับผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score พบว่า ผลการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ตามแนวทาง มีการใช้แบบประเมินจำนวน 53 ราย (ร้อยละ100) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า มีภาวะ Alcohol withdrawal state จำนวน 53 ราย เกิดภาวะ Delirium tremens (DTs) 5 ราย (เริ่มใช้เดือน CIWA-Ar เดือนมิถุนายนปี 2563)   * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:   - มีการกำหนดผู้รับผิดชอบโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในรูปของคณะกรรมการด้านต่างๆมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการมีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์จำแนกตามโปรแกรมความเสี่ยงและระดับความรุนแรงรายงานทีมบริหารภารกิจด้านการพยาบาลทราบทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเช่น 3P, Clinical Tracer, CQI, Care Process และ SIMPLEและมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและครอบคลุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านการพยาบาลที่พบมากที่สุดคือตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด) มีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย  - ปี 2562 โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital โดยได้เริ่มนำระบบการรายงานความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloud และทดลองใช้ระบบในเดือนมีนาคม 2562 กลุ่มการพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลจาก 2P Safety เพื่อติดตามคุณภาพการพยาบาล  - จากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) กลุ่มการพยาบาล ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง Personal Protective Equipment (PPE) เบื้องต้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID – 19 กำหนดแนวทางให้ผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกคนสวมใส่หน้ากาก ผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในสถานพยาบาล วางแนวทางเพื่อรักษา ระยะห่างระหว่างบุคคลในตึกผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความแออัดขึ้นในจุดใดจุดหนึ่ง โดยยึดหลัก Standard Precaution อย่างเคร่งครัดใน การดูแลผู้ป่วยทุกราย   * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:   - กลไกมาตรการที่ใช้ส่งเสริมการตัดสินใจบุคลากร โดยให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่ทีมต่างๆกำหนดขึ้น เช่น ระบบยา การป้องกันการติดเชื้อ ความเสี่ยง เป็นต้น  -ระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศในภารกิจด้านการพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลตัวชี้วัดจึงได้กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานเพื่อดูแลระบบสารสนเทศจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าเกิดระบบการจัดเก็บและติดตามอย่างต่อเนื่องมีคู่มือการปฏิบัติงานคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัวส่งเสริมการใช้งานวิจัยมี CNPG 4 กลุ่มโรคเช่นผู้ป่วยสุรา ผู้ป่วยยาบ้า ผู้ป่วยเฮโรอีนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ส่วน CNPG ที่ยังไม่คลอบคลุมเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป  - การนำหลักการ HARM reduction มาดูแลในผู้ป่วยเสพติดกลุ่ม Opioid อย่างเป็นรูปธรรม โดยการเปิดให้บริการคลินิกเมทาโดนระยะยาว(MMT Clinic) ในโรงพยาบาล  - นำนวัตกรรม และเทคโนโลยี เข้ามาเป็นกำลังเสริม เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรค COVID – 19 เช่น ปรับปรุงส่วนพื้นที่ที่ทำงานของเจ้าหน้าที่แยกจากผู้ป่วยโดยใช้ฉากพลาสติก/อะคริลิกกั้น จัดทำระบบนัดหมาย online มีระบบการเยี่ยมไข้และการติดตามผลผ่านช่องทางการสื่อสาร Tele-conference มีระบบบริการฟื้นฟูทางไกลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (Tele-rehabilitation) การติดตามผลด้วย Line add และ Teleconference   * การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:   - ได้กำหนดนโยบายในการควบคุมกำกับบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์โดยจะต้องปฏิบัติหน้าที่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์  - มีการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงานและจัดให้มีพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติและควบคุมกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานและการกำหนดระยะเวลาทดลองงานการประเมินผลสำหรับบุคลากรเข้างานใหม่มีการประเมินความรู้ความสามารถทุก 3 เดือนจนผ่านการประเมินจึงสามารถขึ้นปฏิบัติงานเป็นอัตรากำลังจริงในทีมการพยาบาลของหน่วยงาน  - มีพยาบาลพี่เลี้ยงผ่านการอบรมทำหน้าที่นิเทศควบคุมกำกับนักศึกษาพยาบาลมีครูพี่เลี้ยง 18 คน และครูคลินิก 24 คน เพื่อกำกับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ  - องค์กรพยาบาลจัดผู้ดูแลผู้ป่วยตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูฯในเวร บ่าย ดึก ซึ่งมีการควบคุมดูแล ดังนี้  (1) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เช่น คู่มือการรายงานอุบัติการณ์, คู่มือการทำกลุ่ม เป็นต้น  (2) จัดอบรมหลักสูตรต่างๆที่จำเป็น เช่น การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การจำกัดพฤติกรรม การช่วยฟื้น คืนชีพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น   * การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:   - มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ หัวหน้างานวิจัยและคณะกรรมการในการดำเนินการจัดการ มีกิจกรรม จัดอบรม ช่วยเหลือ ติดตาม มีผลงานกำหนดนโยบายให้หน่วยงานทางการพยาบาลผลิตงานวิจัยจากงานประจำการนำงานวิจัยมาใช้หรือต่อยอดส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดผล/งานเด่นทางด้านวิชาการโดยมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มาช่วยและที่ปรึกษาด้านวิชาการตลอดจนส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยในเวทีต่างๆทั้งภายในโรงพยาบาลในระดับประเทศ การผลิตนวัตกรรมและการนำนวัตกรรมมาใช้  - ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการนำเสนอผลงาวิจัย, CQI นวัตกรรม ในเวทีต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีผลงานดังนี้  **งานวิจัยปี 2560**   1. การสนับสนุนของคอรบครัวต่อการจัดการอาการอยากยาของผู้ป่วยยาเสพติดระยะหลังจากบำบัดรักษาในกลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ต่อเนื่อง 2 ปี คือปี 2560 และ 2561) 2. การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยาเสพติดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา   **งานวิจัยปี 2561**   1. การสนับสนุนของคอรบครัวต่อการจัดการอาการอยากยาของผู้ป่วยยาเสพติดระยะหลังจากบำบัดรักษาในกลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ต่อเนื่องปีที่ 2 )   **งานวิจัยปี 2562**   1. ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพน้ำกระท่อมและส่วนประสมในจังหวัดสงขลา 2. ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้แลผู้ติดสุราที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์   - ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน อุบัติการณ์ และปัญหาในหน่วยงาน วิเคราะห์ และ แก้ไข พัฒนาโดยใช้ CQI  - ให้มีการจัดนำเสนอ Case Conference เป็นประจำในการประชุมประจำเดือนของภารกิจด้านการพยาบาล โดยนำผลมาจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วย Amphetamine with Psychosis, การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน  - เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แผนการดำเนินงานในปี 2564 คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาชีพพยาบาลที่เชื่อมโยงกับ 2P Safety  (4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:  - ภารกิจด้านการพยาบาลส่งตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพให้มีบทบาทในทีมนำต่างๆของโรงพยาบาลเช่น ทีมนำทางคลินิก(PCT) และทีมนำเฉพาะด้านอื่นๆของโรงพยาบาลได้แก่คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)  - ภารกิจด้านการพยาบาลร่วมกับทีมสิ่งแวดล้อมในการสำรวจสภาพแวดล้อม หอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การเฝ้าระวังป้องกัน มีการทบทวนการหลบหนีของผู้ป่วยและร่วมวางแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทำให้การมีการเชื่อมโยงระบบต่างๆในเชิงกระบวนการพัฒนาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจำนวนผู้ป่วยหลบหนีลดลงจากสถิติ ผู้ป่วยหลบหนีตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด) มีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 - 2563 ลดลง เหลือจำนวน 6 และ 11 ราย ตามลำดับ  - ผลจากการประชุมทีมระบบยาได้นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติและนำไปใช้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การนำยามาให้เภสัชกรตรวจเรื่อง Drug Reconcile ทุกครั้ง ก่อนผู้ป่วยเข้า admit ในตึก  (5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:   * ผู้นำทีมพยาบาลส่งผู้แทนเป็นเลขานุการและกรรมการทีมคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล * มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของภารกิจด้านการพยาบาลดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยกำหนดมาตรการการจัดการความเสี่ยง กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัย วางระบบการจัดการความเสี่ยง กำกับดูแลการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปตามนโยบายและสอดคล้องกับโรงพยาบาล เช่นการจัดทำ Risk profile ของหน่วยงานในการกำกับดูแล การรายงานความเสี่ยง การประสานทีมความเสี่ยงร่วมปรับปรุง แก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น คณะกรรมการมีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์จำแนกตามโปรแกรมและระดับความรุนแรงรายงานให้กับทีมบริหารภารกิจด้านการพยาบาลทราบรวมทั้งอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปหรือไม่รุนแรงแต่เกิดบ่อยจะได้รับการแก้ไขโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลและนำเสนอในคณะกรรมการบริหารของภารกิจด้านการพยาบาลการบริหารความเสี่ยงการบริหารความปลอดภัยและการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล นำนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติ * มีการติดตามประเมิน เฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยงและทบทวน มาตรการเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I เพื่อหา RCA * ปี 2562 กำหนดให้ 2P Safety เป็นเข็มมุ่งด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยปลอดภัยและบุคลากรปลอดภัย ภารกิจด้านการพยาบาลสนับสนุนให้หน่วยงานจัดทำแผนให้ตอบสนองต่อจุดเน้นดังกล่าว เช่น การเฝ้าระวังผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม และผู้ป่วยหลบหนี เป็นต้น   (6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:   * การประเมินผลจากตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในการให้บริการเช่นผู้ป่วยหลบหนีมีแนวโน้มลดลง โดยการดำเนินการประสานงานระหว่างตึกผู้ป่วย ทีม ENV ทีมความเสี่ยง และองค์กรภายนอกคือ คุมประพฤติและตำรวจชุมชน แต่ยังต้องเฝ้าระวังและหาโอกาสพัฒนาต่อเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาล * ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราให้ปลอดภัยจากภาวการณ์ขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการทำ Tracer, CQI * ด้านการบรรเทาทุกข์ทรมานในการเกิดภาวะ Delirium Tremens ผู้ป่วยสุรา ได้มีการประกันคุณภาพไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งในปี 2559, 2560,2561, 2562 และ 2563 คิดเป็นร้อยละ 88.89, 71.43,70.59, 100 และ 80 ตามลำดับ * ผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา ได้รับการดูแลและสามารถย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ   ดูแลที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง และมั่นคง ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในปี 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 คิดเป็น 49.0, 63.5, 52.3, 73.0, และ 70.8. ตามลำดับ   * ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูได้รับการดูแลและจำหน่ายครบตามเกณฑ์ มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า ร้อยละผู้ป่วยจำหน่ายครบตามเกณฑ์กำหนด ในปี 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 คิดเป็น 83.04, 81.89, 83.82, 81.08 และ 86.85 ตามลำดับ * ด้านความพึงพอใจบริการพยาบาล มีการประเมินและติดตามคุณภาพของบริการพยาบาลโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ 6 เดือนต่อครั้ง ผลการประเมินได้ตามเป้าหมายที่องค์กรฯประกันคุณภาพไว้ คือสูงกว่า 80 % ในปี 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 คิดเป็น 82.0, 81.50, 84.85, 85.50 และ 85.50 ตามลำดับ * มีการนำข้อเสนอแนะจากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมาปรับปรุงการให้บริการ เช่น จากสถิติในการทำกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 86.9 (ปี 2563) ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากครอบครัว คือต้องการทราบข้อมูล ผลการบำบัดของผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาโดย จัดเจ้าหน้าที่สำหรับให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในวันญาติเยี่ยม และผู้นำองค์กรสนับสนุนโทรศัพท์สายนอกในการเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับครอบครัว   II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล  (1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:   * ให้การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักสิทธิ 10 ประการเคารพในสิทธิผู้ป่วย และยึดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพเน้นในประเด็นการรักษาความลับของผู้ป่วย ความเท่าเทียมในการให้บริการ การให้ข้อมูล การลงนามยินยอมให้การรักษา และ ไม่เลือกปฏิบัติ พยาบาลมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าถึงสิทธิที่พึงมีการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขการรักษาความลับผู้ป่วยและแนวทางการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ข้อมูลอย่างเพียงพอชัดเจนและลงนามยินยอมก่อนนอนโรงพยาบาลทุกครั้ง ปี 2562 มีระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 90.91 ผู้ป่วยในร้อยละ 85.33 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา * มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เช่น ประสานนักจิตวิทยา สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนากร ในเรื่องอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย * มีการเฝ้าระวังโดยช่องทางรับข้อร้องเรียนที่หลากหลาย ได้แก่ ตู้รับข้อร้องเรียน จดหมาย โทรศัพท์ หรือโดยตนเอง ซึ่งมีระบบติดตามข้อร้องเรียนด้านสิทธิผู้ป่วยและ จริยธรรมวิชาชีพ โดยมีผู้รับผิดชอบหลักในการเปิดตู้รับข้อร้องเรียน นำเข้าระบบจัดเก็บข้อมูลร้องเรียน แก้ไขโดยทีมบริหารภารกิจด้านการพยาบาล ซึ่งกรณีร้องเรียนระบุตัวบุคคลหรือหน่วยงาน จะเข้ากระบวนการสอบสวนและตักเตือนแต่หากข้อร้องเรียนไม่ระบุหน่วยงานหรือบุคคลจะนำเข้าสู่ภารกิจด้านการพยาบาล จัดหาวิธีการที่เหมาะสม และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ พบข้อร้องเรียน 2559, 2560 จำนวน 5, และ 1 เรื่องตามลำดับ ส่วนปี 2561-2563 ไม่พบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ   (2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:   * ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทาง Evidence based และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล * เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและทันสมัย องค์กรพยาบาลได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยกำหนดประเภทและอาการของผู้ป่วยยาเสพติดตามความเร่งด่วนและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยอ้างอิงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของ สถาบันบําบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) มีการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคคลากร เกี่ยวกับช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐานใหม่ทุกปีมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล โดยเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Focus Charting) และนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง * การจัดการความรู้อย่างต่อเนื่องโดยใช้กิจกรรม ทบทวน ๑๒ กิจกรรมและกิจกรรม C3THER ในการการทบทวนผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ ฟื้นฟูความรู้ความรู้โดยแพทย์ เภสัช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนำสู่การปฏิบัติ เช่นการดูแลผู้ป่วยสุรา   **ผลลัพธ์**   * มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญเร่งด่วน 3 โรค คือ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ,ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีวัณโรคปอด,ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแรกซ้อนทางจิต * มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทตามรูปธรรม * จากการใช้สารสนเทศในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์แต่อย่างใด * พยาบาลได้รับความรู้ในการฟื้นฟูการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี 100 % * นำผลงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยนำมาประยุกต์กับ   กลุ่มครอบครัวศึกษาพบว่า ปี 2562 ระดับความพึงพอใจของครอบครัวร้อยละ 86.90 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา  (3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:   * ให้ทุกหน่วยงานนำทฤษฎีทางการพยาบาลกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลตาม   มาตรฐานวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการและมีการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องไม่กลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ ก่อนจำหน่าย จากการประเมิน ปี 2560-2563 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 88.50, 89.37, 83.00 และ 89.16 ตามลำดับ   * กำหนดให้มีการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าความสมบูรณ์ของการใช้กระบวน การพยาบาล จากการบันทึกทางการพยาบาลปี 2560-2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 77.83, 78.02, 79.36 และ 79.56 ตามลำดับ * การปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังจากการทบทวนผลการติดตามอัตราการเสพติดซ้ำและการทำวิจัยหาสาเหตุของ การเสพติดซ้ำพบว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากครอบครัว กลุ่มงานวิชาการพยาบาลจึงได้กำหนดกิจกรรมให้ความรู้กับครอบครัวก่อนพบและเยี่ยมผู้ป่วยในวันเยี่ยมญาติ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในได้กำหนดกิจกรรมของวันครอบครัวในหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเสพติดและสามารถเข้าใจง่ายเช่นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเรื่องบทบาทหน้าที่ของครอบครัว * การให้คำปรึกษาครอบครัวและร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวซึ่งเน้นการให้การช่วยเหลือที่ตรงกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธภาพอันดีต่อกัน สมาชิกมีความเข้าใจความเห็นใจและความรู้สึกที่ดีต่อกันมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการการบำบัดรักษา และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมาชิกสามารถสื่อสารและแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมรวมถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเป็นสุขลดเสพซ้ำ (relapse) และลดความรู้สึกเป็นภาระ(burden) ในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและมีการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ผลลัพธ์ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการจำหน่าย (Remission Rate) เพิ่มขึ้นปี 2560-2563 ร้อยละ 74.07, 80.27, 84.62 และ 83.67 ตามลำดับ   (4) บันทึกทางการพยาบาล:   * บันทึกทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารให้เป็นประโยชน์ในวิชาชีพระหว่างวิชาชีพการดูแลต่อเนื่องการประเมินคุณภาพพยาบาลการบันทึกเป็นรูปแบบเดียวกันคลอบคลุมปัญหาผู้ป่วยจะเป็นลักษณะการสื่อสารที่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ * ส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับ สหวิชาชีพต่างๆเพื่อการวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพต่อไปให้เกิดประโยชน์มากที่สุดพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ * จัดอบรมการบันทึกการพยาบาลปรับแบบฟอร์มและ/หรือกระบวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้ปี 2561-2563 พบอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเป็นร้อยละ 90.74, 90.03 และ 90.12 ตามลำดับ * มีการนำเสนอ case conference เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน * มีการสื่อสารภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพได้แก่ แพทย์ นักจิต นักสังคม เพื่อดูความก้าวหน้าหน้าและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย   (5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:   * ให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดย   การนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าการรายงานผลการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลยังขาดความต่อเนื่องทำให้ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและการแก้ไขปัญหาจึงมีการวางแผนการนิเทศในแต่ละระดับพร้อมกำหนดระยะเวลา เพื่อเป็นโอกาสพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง   * จัดทำปรับปรุงและพัฒนา WI โดยพิจารณาจากอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ยึดถือร่วมกันของกลุ่มการพยาบาลเช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าว ทะเลาะวิวาท ผู้ป่วยหลบหนี การบริหารยา การ Identify ผู้ป่วย * จัดระบบการบริการผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทาง ได้แก่คลินิกเมทาโดน คลินิกบุหรี่และคลินิกฟื้นฟูผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก และได้รับกิจกรรมครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินการ ปี 2559-2563 ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการร้อยละ 84.50-90.91 หน่วยงานมีแผนพัฒนาเพื่อตอบสนองข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ โดยมีแผนพัฒนาเรื่องคิวการรอคอย และการให้คำปรึกษา online, Tele medicine   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * จากการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs พบว่าเกิด   ภาวะ DTs ไม่นานเกิน 72 ชั่วโมง ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่านพ้นจากภาวะขาดสุรารุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไปได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วมีความปลอดภัย   * ทีมการดูแลผู้ป่วยได้มีการพัฒนาระบบการติดตามผล หลังรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การติดตามผลดูแลหลังการรักษามีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากการบำบัดรักษาซึ่งผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ที่บ้าน โรงพยาบาลมีงานการติดตามดูแลหลังรักษา สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจคือโรงพยาบาลได้พัฒนา Application LINE เพื่อการเข้าถึงบริการในการดูแลที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อการบำบัดรักษาให้ข้อมูลสำหรับการติดตามผล ซึ่งเป็นวิธีการที่เสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้นปัจจุบันมีสมาชิกใน Application LINE มากกว่า 500 ราย การใช้ระบบไลน์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับรางวัลการเข้าร่วม พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในรางวัลเลิศรัฐ ประจําปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจของการทำงานการให้บริการและส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารการพยาบาล | **3.5** | **I, L** | | - พัฒนาระบบนิเทศติดตาม  - พัฒนาอัตรากำลังจากการขยายบริการจาก 220 เตียง เป็น 300 เตียงในปี 2564  - พัฒนาระบบการนิเทศแบบ Coaching  - การนำระบบ IT มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลทางการพยาบาล | | | | | |
| 1. ปฏิบัติการทางการพยาบาล | **3.5** | **L** | | - แผนในปี 2564 คือการจัดทีมในการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลวางแผนให้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติพยาบาลทุก 2 ปีพร้อมทั้งจัดระบบการนิเทศการพยาบาลและสรุปผลการนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดหัวข้อสำคัญในการนิเทศทางการพยาบาลจากข้อมูลความเสี่ยงเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในภาพรวม  - การนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลรายบุคคลให้ครอบคลุม Clinical Risk และต่อเนื่อง  - มีการประเมินและปรับปรุงบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้บริการพยาบาลที่ปลอดภัยมีคุณภาพสูงเป็นองค์รวมมีหัวใจของความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับปัญหาวิถีชีวิตและบริบททางสังคม | | | | | |

**II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม | | | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | | เป้าหมาย | | 2559 | 2660 | 2561 | 2562 | 2563 |
| 1. ร้อยละการ Audit เวชระเบียนในส่วนของแพทย์ | | | ≤ 80 % | |  |  |  |  |  |
| - Discharge summary:Diagnosis,Operation | | |  | | 95.57 | 93.37 | 89.26 | 93.33 | 85.19 |
| - History | | |  | | 86.67 | 71.48 | 70.00 | 71.10 | 84.44 |
| - Physical examination | | |  | | 62.22 | 68.52 | 61.85 | 70.00 | 73.33 |
| - Progress note | | |  | | 77.78 | 70.00 | 71.11 | 74.42 | 62.96 |
| 2. จำนวนข้อร้องเรียนที่ผิดจริยธรรมทางการแพทย์ | | | 0 เรื่อง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. จำนวนข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค  (N:จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ) | | | 0 เรื่อง | | N/A | N/A | N/A | 0 | 0  (N=9) |
| ***ii. บริบท*:** โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 5 คน และทันตแพทย์ 1 คน ( แพทย์ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน จิตแพทย์ 2 คน แพทย์ทั่วไป 2 คน (1 คน อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นเวลา 3 ปี (ปี 2564-2567) โดยมีแพทย์ 2 คน ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้อำนวยการ และ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์  ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: 1.ผู้ป่วยสุรา 2. กลุ่มยาบ้าและสารกระตุ้นประสาท  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: (1.) ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  (2.) Drug dependence with drug induced psychosis (3.) Drug dependence with TB  **iii. กระบวนการ**  (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์   * เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารควบคู่การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วย จึงไม่ได้กำหนดรูปแบบขององค์กรอย่างเป็นทางการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยต่อจึงใช้การมอบหมายงานตามประเภทของกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium หรือมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช บำบัดโดยจิตแพทย์ กลุ่มที่มีภาวะทางกาย ดูแลโดยแพทย์ทั่วไป เป็นต้น โดยมีการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการปรึกษาอย่าง ไม่เป็นทางการ   (5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์   * การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยทุกรายจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ โดยแพทย์จะให้การดูแลรักษาตาม CPG หรือตามแนวทางปฏิบัติของ PCT ของหน่วยงาน * การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์โดยพิจารณาจากบริบทขององค์กร หรือความต้องการของกลุ่มโรคผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในการประชุมวิชาการภายในโรงพยาบาล หรือสถาบันหลักนอกจากนี้จากการถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล การประชุมในทีมสหวิชาชีพ และ Case conference * การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ : โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ * การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ : หน่วยงานได้ตระหนักถึงความสำคัญและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในกระบวนการรักษาโดยเน้นการปฏิบัติหน้าที่ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ที่ผ่านมาโรงพยาบาลไม่พบการร้องเรียนจากการปฏิบัติงานของแพทย์ * การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย : มีการส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากการร่วม Round ตึกหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย, เวที Case conference ,การเรียนการสอนบุคลากรทางด้านการพยาบาล เช่น แนวทางการใช้แบบประเมินต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปในแนวเดียวกัน ,การเข้าร่วมเป็นคณะทำงานในทีมสหวิชาชีพต่างๆ ของโรงพยาบาล เป็นต้น * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน : กำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพจากการติดตามการสรุปเวชระเบียน เช่น ความสมบูรณ์ของ Progress note, การสรุป Discharge summary ฯลฯ * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: เนื่องจากผู้ป่วยยาและสารเสพติดส่วนใหญ่มีปัญหาทางพฤติกรรม บางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช การดูแลส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษา การใช้แบบประเมินหรือกลุ่มบำบัด การใช้เทคโนโลยีส่วนใหญ่จึงเป็นรูปแบบของการตัดสินใจ ในการเลือกใช้แบบประเมินที่มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงเพื่อประเมินผู้ป่วย เช่น การใช้แบบประเมิน CIWA-Ar Score ในผู้ป่วยสุรา เพื่อประเมินภาวะ Delirium เป็นต้น * การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย: มาตรฐานการให้บริการส่วนใหญ่ไม่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นทางการ เน้นให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมโดยปฏิบัติหน้าที่ตามภาระงานประจำที่ได้รับมอบหมาย การรายงานของพยาบาลตามแผนการรักษาและความเร่งด่วน เป็นต้น   (6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:   * ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ ตามมาตรฐานและจริยธรรม และการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย   (7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:   * โรงพยาบาลมีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเน้นการทำงานเป็นทีมสห   วิชาชีพ เช่นแพทย์มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการเป็นประธานคณะกรรมการ PCT เพื่อดูแลและกำกับ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การเป็นหน่วยงานนิเทศและตรวจเยี่ยมราชการในเขต 11 และ12 (สงขลา) * การพัฒนาองค์ความรู้การใช้แบบประเมิน CIWA-Ar Score ในผู้ป่วยสุรา เพื่อประเมินภาวะDelirium   ***v. แผนการพัฒนา*** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. องค์กรแพทย์ | **3.0** | **I** | | - จัดตั้งองค์กรแพทย์อย่างเป็นทางการ  - การเป็นผู้นำในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย | | | | | |

**II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| 1. จำนวนครั้งการตรวจสอบโครงสร้างอาคารตามมาตรฐานระบบวิศวกรรมความปลอดภัย | | | 1 ครั้ง/ปี | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. จำนวนครั้งในการค้นหาความเสี่ยง (ENV Round) | | | 4 ครั้ง / ปี | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3. ร้อยละการคัดแยกขยะถูกประเภท | | | 95 % | | 83 | 86 | 89 | 90 | 95 |
| 4. อุบัติการณ์เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง ไม่ทำงานเมื่อเกิดไฟฟ้าดับ | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนอพยพอัคคีภัย | | | 1 ครั้ง / ปี | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6. ร้อยละความพร้อมใช้ถังดับเพลิง | | | 100 % | | 100 | 91 | 93 | 94 | 96 |
| 7. ร้อยละเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบและผ่านเกณฑ์ | | | 100 % | | N/A | 100 | N/A | 100 | 100 |
| 8. จำนวนครั้งของการตรวจสอบระบบลิฟต์พร้อมใช้งาน | | | 12 ครั้ง /ปี | | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 9. อุบัติการณ์ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย/สูญหายในโรงพยาบาล | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 ส. | | | 95 % | | 83 | 85 | 90 | 93 | 95 |
| 11.การตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | | | ผ่านเกณฑ์ | | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |
| 12. ระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | | | พื้นฐาน | | - | - | ดี | ดี | ดีมาก |
| **ii. บริบท**  ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตั้งอยู่เลขที่ 186 หมู่ที่ 8 ต.เกาะแต้ว อ.เมือง จังหวัดสงขลา มีเนื้อที่ทั้งหมด 207 ไร่ 1 งาน 50 ตารางวา เป็นโรงพยาบาลขนาด 220 เตียง มีอาคารผู้ป่วย จำนวน 4 อาคาร, อาคารหน่วยงาน จำนวน 8 อาคาร, บ้านพัก จำนวน 70 หลัง, แฟลต จำนวน 2 หลัง, ลานจอดรถ จำนวน 4 จุด มีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลให้การดูแลสนับสนุนแก่หน่วยงานบริการสุขภาพและดูแลความปลอดภัย  เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: เครื่องมือทางการแพทย์ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่สำคัญ มีดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **รายการเครื่องมือที่สำคัญจำเป็น** | **จำนวน**  (เครื่อง) | | เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติชนิดสอดแขน พร้อมรถเข็น | 1 | | เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดบีบมือ | 2 | | เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล | 4 | | เทอร์โมมิเตอร์ชนิดวัดหน้าผาก | 14 | | เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง | 4 | | รถ Emergency พร้อมยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต | 2 | | AED | 3 | | เครื่องขูดหินปูน | 1 | | เครื่องปั่นอมัลกัม | 1 | | เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิเวชภัณฑ์ยา | 1 | | เครื่องชั่งสารเคมี Sartorius | 1 | | เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีในเลือดอัตโนมัติ | 1 | | เครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ | 1 | | ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา/น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ | 2 |   **iii. กระบวนการ**  II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ  (1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ  ● อาคารของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ก่อสร้างโดยใช้แบบแปลนจากกองแบบแผน กระทรวง  สาธารณสุข  ● มีการตรวจสอบและปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ โดยคณะกรรมการ ENV จัดทำแผนตรวจสอบ ทุก 6 เดือน  \* การตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก โดยกรมโยธาธิการและผังเมืองได้ตรวจสอบอาคารด้านความมั่นคงแข็งแรงและความปลอดภัยจากอัคคีภัยของอาคารภาครัฐ ครั้งล่าสุด ในวันที่ 22-26 สิงหาคม 2559 จำนวน 17 อาคาร ผลการตรวจสอบส่วนของโครงสร้างอาคารมีความมั่นคงแข็งแรงได้มาตรฐาน ***ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ต้องมีการปรับปรุงระบบแจ้งเหตุอัคคีภัยและวางแผนการตรวจสอบอาคารสถานที่ด้วยตนเอง เป็นประจำทุก 6 เดือน*** คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมได้ประสานงานกับหน่วยงานซ่อมบำรุง ให้ดำเนินการทดสอบระบบแจ้งเหตุอัคคีภัยให้มีความพร้อมใช้ และจัดทำแผนให้ซ่อมบำรุงตรวจสอบระบบแจ้งเตือนอัคคีภัย 1 ครั้ง / เดือน  ● โรงพยาบาลฯได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดูแลด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมโดยมอบหมาย ฝ่ายบริหารทั่วไปและคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีการวางแผนการสำรวจ (ENV Round) ทุก 6 เดือน และมีการแก้ไขปัญหาโครงสร้างสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลอย่างทันที มีระบบการแจ้งความเสี่ยงออนไลน์ (RM Online) และแจ้งซ่อมผ่านระบบ Hosoffices ของโรงพยาบาล  (2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย  ● คณะกรรมการ ENV สำรวจความเสี่ยงและรายงานความเสี่ยงที่พบทางระบบ RM Online, ระบบแจ้งซ่อมออนไลน์ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งรายงานผู้บริหารเพื่อเสนอขอปรับปรุงตามความเหมาะสม  ● การรักษาความปลอดภัย มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำจุดต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 8 คน ประจำทั้งหมด 3 จุด โดยมอบหมายหน้าที่ดังนี้  จุดที่ 1 ป้อมด้านหน้า มีหน้าที่ ดูแล ตรวจสอบ รถเข้า-ออก  จุดที่ 2 ตึกพวงชมพู มีหน้าที่ ดูแล ตรวจตรา ความปลอดภัยเจ้าหน้าที่ ทรัพย์สินและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลบหนี  จุดที่ 3 อาคารอาชีวะบำบัด มีหน้าที่ ดูแล ตรวจตรา ความปลอดภัยเจ้าหน้าที่และทรัพย์สิน เฝ้าระวังผู้ป่วยหลบหนี และปฏิบัติหน้าที่เดินตรวจตราโดยรอบอาคารต่างๆ นอกเวลาราชการ  ● ปี 2564 มีการติดตั้งกล้องวงจรปิด จำนวน 42 ตัว ภายในอาคารและบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยง เช่น หน้าห้อง Sever, บริเวณหน้าตึกผู้ป่วย ฯลฯ  ● เส้นทางสัญจรโดยเพิ่มเติมและปรับปรุงถนนภายในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ  ● มีสถานที่จอดรถให้แก่ เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการอย่างเพียงพอ มีอาคารจอดรถยนต์ 2 หลัง และ จุดจอดรถจักรยานยนต์ 2 จุด  ● อาคารที่มีอายุมากกว่า 15 ปี เช่น อาคารบานบุรี 1 – 4, อาคารวิชาการแพทย์, อาคารโภชนาการ อาคารผู้ป่วยนอก (หลังเก่า) ฯลฯ มีการวางแผนตรวจสอบโครงสร้างโดยคณะกรรมการ ENV 2 ครั้ง/ปี  ● ผลการดำเนินการปรับปรุงอาคาร ในช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2564 ดังนี้  - อาคารผู้ป่วย ได้แก่ ตึกพุทธชาด ตึกลีลาวดี ตึกพวงชมพู ตึกบานบุรี มีการติดเหล็กดัดบนฝ้าเพดาน และระเบียงเรือนนอน เพื่อลดความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ป่วย  - ปรับปรุง ห้องประชุมและห้องสำนักงาน อาคารผู้ป่วยนอก (เก่า)  - ปรับปรุงห้องน้ำ สำหรับผู้พิการ บริเวณอาคารผู้ป่วยนอก ตามกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกภายในอาคารสำหรับผู้พิการทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 เพื่อความสะดวกต่อผู้มารับบริการ  - ปรับปรุงและต่อเติม ในส่วนแผนกทันตกรรม เพื่อบริการผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่  - ปรับปรุงและต่อเติม ห้องทำความสะอาด อุปกรณ์ทางทันตกรรม  - ปรับปรุงห้องประชุม บริเวณสำนักงานแพทย์เขตที่ 12 สงขลา  - ต่อเติมห้องน้ำชาย บริเวณชั้น 1 ตึกอำนวยการ  - ปรับปรุงห้องวิชาการพยาบาล โดยจัดทำเป็นห้องสำนักงาน และ ห้องประชุม ณ อาคารผู้ป่วยนอก (หลังใหม่)  - ต่อเติมอาคารผู้ป่วยนอก ชั้นล่าง ให้มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน  - ปรับปรุงห้อง conference ตึกอำนวยการ ชั้น 4  - ปรับปรุงระบบระบายอากาศ ในห้องพักแพทย์ อาคารโอพีดีใหม่  - ปรับปรุงพื้นที่บริเวณอาคารผู้ป่วยนอก สำหรับนั่งรอการรับบริการ  - ปรับปรุงสถานที่พักผ่อน สำหรับญาติผู้ป่วย ด้านข้างอาคารผู้ป่วยนอก  (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | การตรวจสอบความเสี่ยง | ความถี่ | สิ่งที่พบ | การปรับปรุง | | 1. การบำรุงรักษาตามแผน/การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ |  |  |  | | 2.ENV Round | 6 เดือน/ครั้ง |  |  | | 3.รายงานอุบัติการณ์ระบบNRLS |  |  |  | | 4. รายงานการแจ้งซ่อมในระบบHosoffice |  |  |  |   ● ENV Round 2 ครั้ง / ปี สำรวจความเสี่ยงด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม พร้อมรายงานความเสี่ยงที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนให้ผู้บริหารทราบ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขทันที ส่วนความเสี่ยงที่รอได้ นำไปจัดทำแผนฯ ปีละ 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการ ENV และตรวจสอบโครงสร้างอาคารโดยทีมวิศวกรรมโยธาจากสำนักงาน โยธาธิการจังหวัดสงขลา  ●ดำเนินกิจกรรม 5 ส.หน่วยงาน 1 ครั้ง /ปี และประกวดผลการดำเนินกิจกรรม 5ส. ในหน่วยงาน ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95  ● ตรวจสอบอาคารผู้ป่วย และรายงานขอปรับปรุงแก้ไข ในปีงบประมาณ 2561 มีการปรับปรุง เปลี่ยนประตูห้องน้ำอาคารผู้ป่วย, ติดตั้งเหล็กดัด บริเวณฝ้าเพดานในตึกผู้ป่วย ป้องกันการหลบหนี ซ่อมหลังคาและฝ้าเพดาน บริเวณอาคารผู้ป่วยใน ตึกลีลาวดี ตึกพุทธชาด ตึกพวงชมพู เนื่องจากมีน้ำรั่วซึม  ● ตรวจสอบอาคารอำนวยการ พบว่า ห้องประชุม ชั้น 4 มีฝ้าเพดานชำรุด มีการปรับปรุงโดยส่งซ่อม โดยช่างจากภายนอกมาดำเนินการ  ● จัดเวรเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เดินตรวจตราบริเวณจุดเสี่ยง นอกเวลาราชการ รอบหน่วยงานห้องยา, ห้องเก็บ Server, อาคารโภชนาการ ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงอาจเกิดไฟฟ้าลัดวงจรได้  ● ติดตั้ง เครื่องดักจับควัน ในอาคารตึกอำนวยการหลังใหม่ อาคารผู้ป่วยนอก (หลังเก่า) อาคารผู้ป่วยนอก (หลังใหม่) แฟลตพยาบาล แฟลตแพทย์ ตึกฟื้นฟูผู้ป่วย ฯ เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวัง การเกิดอัคคีภัย  (4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน  ● โรงพยาบาลมีระบบรายงานความเสี่ยง ผ่านระบบออนไลน์ (RM Online), ข้อร้องเรียน, กล่องแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ ,ทั้งนี้ คณะกรรมการ ENV ดำเนินการสำรวจความเสี่ยงของหน่วยงาน พร้อมกับนำเสนอความเสี่ยงในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการ ทุกเดือน ซึ่งในปี 2563 พบว่า   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม** | **แนวทางการแก้ไขปัญหา** | **แผนการป้องกัน** | | สัตว์เลี้ยง  เช่น สุนัข แมว เป็นต้น | จัดขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยง ออกกฎห้ามปล่อยออกนอกบริเวณบ้านพัก พร้อมทั้งประสานงานเทศบาลขอรับการฉีดวัคซีนและทำหมันให้แก่สัตว์เลี้ยงที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล | กำหนดการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยง 1 ครั้ง / ปี | | สัตว์เลี้ยง  เช่น สุนัข แมว เป็นต้น (ต่อ) | ส่วนสัตว์เลี้ยงที่ไม่มีเจ้าของได้ปิดประกาศ หาผู้ที่มีความประสงค์รับเลี้ยง เพื่อแก้ไขความเสี่ยง/ป้องกัน สัตว์ไล่กัด |  | | กล้องวงจรปิด | มีการสำรวจความพร้อมใช้ พบว่ามีบางส่วนชำรุด จึงขออนุมัติแจ้งซ่อม | กำหนดแผนการจัดหากล้องวงจรปิด ในจุดที่ชำรุด และติดตั้งเพิ่มในจุดเสี่ยง  ในปี 2564 มีการสำรวจเพื่อติดตั้งเพิ่ม จำนวน 42 ตัว แบ่งเป็น ติดตั้งส่วนภายในอาคาร 34 ตัว, ภายนอกอาคาร 8 ตัว | | ด้านภูมิทัศน์ | ตัดแต่งต้นไม้ที่เป็นสิ่งกีดขวางสายไฟฟ้า บริเวณ 2 ข้างถนนภายในโรงพยาบาลฯ และตัดต้นไม้บริเวณแนวริมกำแพง | กำหนดการปรับภูมิทัศน์ 4 ครั้ง / ปี | | การจัดแบ่งโซนเขตก่อสร้าง | กำหนดเขตพื้นที่เฉพาะของพนักงานก่อสร้าง | วางมาตรการความปลอดภัย โดยกำหนดเส้นทางการเข้า - ออก การสัญจร เฉพาะพื้นที่ที่ปฏิบัติงานเท่านั้น | | ปัญหาน้ำท่วมขังในฤดูฝน | ขุดลอกคูระบายน้ำ เพื่อขจัดสิ่งตกค้างภายในคูระบายน้ำออก และทำฝาครอบคูระบายน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ | กำหนดการขุดลอกคูระบายน้ำทุกปี | | ลวดหนามหีบเพลง | ติดตั้งลวดหนามหีบเพลง บริเวณรอบรั้ว อาคารฟื้นฟูผู้ป่วยชาย เพื่อป้องกันผู้ป่วยหลบหนี | คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม สำรวจทุก 6 เดือน และปรับปรุงแก้ไขทันทีเมื่อพบว่ามีการชำรุดเสียหาย |   (5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **วันที่** | **เนื้อหา** | **ผู้เข้าร่วม** | | 1 สิงหาคม 2561 | กิจกรรม 5 ส. & Big Cleaning Day | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 17 ตุลาคม 2561 | โครงการ เพาะรักไม่เพาะยุง (BIG CLEANING WEEK) | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 21 -22 มีนาคม 2562 | อบรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 23 พฤษภาคม 2562 | โครงการพัฒนาการจัดการขยะในโรงพยาบาล | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 29 – 30 สิงหาคม 2562 | อบรมป้องกันอัคคีภัยและการใช้อุปกรณ์ดับเพลิง | เจ้าหน้าที่ รพ. | | พฤษภาคม 2562 | กิจกรรม 5 ส. & Big Cleaning Day | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 28 กุมภาพันธ์ 2563 | กิจกรรม 5 ส. & Big Cleaning Day | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 9 เมษายน 2563 | การจัดการมูลฝอยทุกประเภทอย่างถูกวิธี | เจ้าหน้าที่ รพ. | | 18 มกราคม 2564 | อบรมการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ | พนักงานทำความสะอาด | | 5 เมษายน 2564 | การอบรมการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | เจ้าหน้าที่ รพ. |   II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย   1. วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์   - ทบทวนคู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยทุกประเภท และของเสียอันตราย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถป้องกันอันตราย เมื่อเกิดการหกหรือปนเปื้อน  - อบรมเจ้าหน้าที่ ถึงแนวทางการใช้ การรวบรวม การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล, การจัดการขยะอย่างถูกต้องทุกประเภท เป็นต้น  - คณะกรรมการ ENV และIC ติดตามการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตรายในโรงพยาบาล ให้เป็นตามมาตรฐานที่กำหนด รับผิดชอบในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากร  - อะมันกัม สำหรับใช้อุดฟัน ทิ้งในขวดพลาสติกและปิดฝา ปิดสติ๊กเกอร์ข้างขวดว่าขยะอันตราย และเก็บรวบรวมไว้ในห้องทันตกรรม รอรวบรวมทิ้งพร้อมขยะอันตรายอื่น เมื่อเทศบาลเรียกกำจัด (เนื่องจากมีใช้งานน้อยมาก)  - กำหนดจุดเก็บขยะอันตราย บริเวณด้านข้างอาคารซ่อมบำรุง  - ในทุก 1 ปี โรงพยาบาลจะเก็บรวบรวมขยะอันตราย นำส่งเทศบาลตำบลเกาะแต้ว เพื่อนำไปกำจัดอย่าง ถูกวิธีต่อไป  - ปี 2563 ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์/ความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากวัสดุและของเสียอันตราย  II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน  (1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ   * เนื่องจากบริเวณโดยรอบโรงพยาบาล เป็นพื้นที่ทำการเกษตร ซึ่งมีการเผาซังข้าว เผาเศษกิ่งไม้ ใบไม้ อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดเพลิงลุกไหม้เข้ามาบริเวณเขตโรงพยาบาลได้   - สถานการณ์น้ำท่วมขังในช่วงฤดูฝน คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและฝ่ายบริหารทั่วไปได้มีการประสานงานกับสำนักงานเทศบาลเกาะแต้ว ขุดลอกคูระบายน้ำ เพื่อป้องกันการอุดตัน  - ใน ปี 2563 เกิดสายไฟฟ้าแรงสูงขาด ทำให้ไฟฟ้าในโรงพยาบาลดับและหลอดไฟฟ้าส่องสว่างบางจุดชำรุด จึงได้ประสานงานกับสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคจังหวัดสงขลาเข้ามาดำเนินการโดยเร่งด่วน  (2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ   * การจัดทำแผนรองรับการเกิดภาวะฉุกเฉิน : ด้านความพร้อมบุคลากร การประสานขอสนับสนุนรถดับเพลิงเคลื่อนที่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสื่อสารข้อมูลต่างๆ กับสำนักงานเทศบาลตำบลเกาะแต้ว และขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนเพื่อทำความเข้าใจชาวบ้านในพื้นที่ * เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น ถังดับเพลิง เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฯลฯ * มีการจัดอบรมหลักสูตรซ้อมแผนอัคคีภัย และฝึกซ้อมแผนในอาคารดูแลผู้ป่วย 1 ครั้ง / ปี มีการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ ,โทรศัพท์มือถือ ,เสียงสัญญาณ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน * มีการทำหนังสือประสานขอความร่วมมือจาก หน่วยงานต่างๆ เช่น เทศบาลตำบลเกาะแต้ว ,เทศบาลตำบลเขารูปช้าง ฯลฯ   (3) การฝึกซ้อมแผน   * วันที่ 16 กันยายน 2563 มีการฝึกซ้อมแผนอพยพหนีไฟ สถานการณ์เสมือนจริง และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพอัคคีภัยเพื่อหาข้อผิดพลาด โดยมีผู้เข้าร่วมการอบรม จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการฝึกซ้อม * ด้านการฝึกใช้อุปกรณ์ดับเพลิง พบว่า เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและสามารถใช้อุปกรณ์อย่างวิธี ,ด้านการฝึกซ้อมสถานการณ์อพยพหนีไฟเสมือนจริง พบว่า เจ้าหน้าที่ได้รายงานแจ้งเหตุตามลำดับขั้นตอนเมื่อเกิดเพลิงไหม้ พร้อมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการค้นหา เป็นไปตามเวลาที่กำหนด แต่ยังมีการสื่อสารข้อมูลคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง * การแก้ไขปัญหา กำหนดให้เจ้าหน้าที่ ทุกหน่วยงานมีการฝึกซ้อมแผนระดับหน่วยงาน อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้มีความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง * มีการซ้อมแผนการจัดการกรณีผู้ป่วยทะเลาะวิวาท ซึ่งจัดเหตุการณ์เสมือนจริง 1 ครั้ง/ ปี และมีการซ้อมบนโต๊ะ เพื่อความเข้าใจของเจ้าหน้าที่และทีม ตลอดจนหน่วยรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลให้สามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ได้ทันท่วงที   II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย  (1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย   * มีโครงการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี เรื่องการดับเพลิงเบื้องต้น การฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยจัดการอบรมปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ดับเพลิงได้ รู้จักวิธีป้องกันการเกิดอัคคีภัย และรู้หน้าที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้ * มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับหน่วยงาน 2 ครั้ง/ ปี * จัดให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเดินตรวจตรา (นอกเวลา - ในเวลา) เพื่อเฝ้าระวังตามจุดเสี่ยง ได้แก่ พื้นที่ที่มีแก๊สหุงต้ม น้ำมันสำรอง เช่น โรงครัว ห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ถังออกซิเจน ห้อง Server ห้องคลังยา ตึกผู้ป่วย เป็นต้น * หน่วยงานซ่อมบำรุง มีแผนตรวจสอบอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน สัญญาณเตือนภัย ความพร้อมใช้งานของไฟฉุกเฉิน และถังดับเพลิง เดือนละ 1 ครั้ง * มีการติดตั้งป้ายบอกทางหนีไฟอย่างชัดเจนในทุกอาคาร   (2)การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ   * คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่ประจำตึก ร่วมกำหนดแนวทางการป้องกันระงับอัคคีภัยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการจากการถอนพิษยา และมีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยหลบหนี * เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2563 มีการฝึกซ้อมการป้องกันระงับอัคคีภัยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในตึก ถอนพิษยาชาย โดยวิทยากรจากสำนักงานเทศบาลนครสงขลา โดยมีผู้เข้าร่วมอบรม คือ เจ้าหน้าที่ประจำตึก และผู้ที่เกี่ยวข้องตามแผนอพยพหนีไฟ ผลจากการฝึกซ้อมแผนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกขั้นตอน   (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย   * หน่วยงานซ่อมบำรุง มีแผนตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน สัญญาณเตือนภัย ความพร้อมใช้งานของไฟฉุกเฉิน และถังดับเพลิง เดือนละ 1 ครั้ง  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **การตรวจสอบ** | **ผลการตรวจสอบ** | **ระยะเวลาตรวจสอบ** | **หมายเหตุ** | | 1.ถังดับเพลิง | พร้อมใช้ | ทุกเดือน | -ตรวจสอบแรงดัน โดยดูมาตรในเข็มวัด ต้องชี้ในช่วงสีเขียว  -ตรวจเช็คสายฉีด ไม่พับ ไม่หัก  -ตรวจสอบสารเคมีในถังไม่ให้จับตัวกันเป็นก้อน  -ลงชื่อกำกับตามรอบการตรวจ | | 2.สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ | พร้อมใช้ | ทุกเดือน |  | | 3. เครื่องตรวจจับควัน | พร้อมใช้ | ทุกเดือน |  | | 4. ระบบสายส่งน้ำดับเพลิงและหัวฉีดน้ำดับเพลิง | พร้อมใช้ | ทุกเดือน |  | | 5.ป้ายทางหนีไฟ | ติดตั้งทุกอาคาร | ทุกเดือน | - ตรวจสอบความชำรุด | | 6.ไฟฉุกเฉิน | พร้อมใช้ | ทุกเดือน |  |   II-3.2 ก. เครื่องมือ  (1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา   * ผลการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านมา มีดังนี้ AED จำนวน 2 เครื่อง (ตึกลีลาวดี ตึกพวงชมพู) Defibrillator จำนวน 1 เครื่อง (ER) ออกซิเจน saturation มี 2 ตัว (ตึกลีลาวดี ตึกพุทธชาด) เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ไม่มีเหตุการณ์เกิดบ่อยซึ่งหากเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถบริหารจัดการเครื่องมือได้   (2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้   * คณะกรรมการ ENV สำรวจเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสอบเทียบ 1 ครั้ง/ ปี   - ในปี 2562 ได้นำเครื่องมือแพทย์ส่งสอบเทียบที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 12 สงขลา ผลการสอบเทียบเครื่องแพทย์ พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  - ในปี 2563 โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ร่วมกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ กระทรวงอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ได้จัดทำโครงการเรื่องการพัฒนาความถูกต้องเครื่องมือวัดทางการแพทย์ในเขตจังหวัดสงขลา ในระหว่างวันที่ 24-28 สิงหาคม 2563 ผลการสอบเทียบเครื่องแพทย์ จำนวน 7 เครื่อง พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน   * เมื่อมีการจัดหาเครื่องมือแพทย์ จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภายนอก   (3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ   * ทุกปีจะมีการสำรวจและรวบรวมข้อมูลอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนความต้องการต่อไป * งานยุทธศาสตร์และแผนงาน จะมีหนังสือแจ้งให้ทุกหน่วยงานสำรวจความต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ เพื่อจัดทำแผนประจำปี   II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค  (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค   * ระบบไฟฟ้า : โรงพยาบาลได้รับการจ่ายกระแสไฟฟ้าจากการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จังหวัดสงขลา ผ่านหม้อแปลงจำนวน 5 ลูก ดังนี้ ขนาด 500 KVA 1 ลูก ,ขนาด 400 KVA 2 ลูก ,ขนาด 250 KVA 1 ลูก ,ขนาด 80 KVA 1 ลูก โดยมีแผนให้การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค เข้ามาดูแลบำรุงรักษาหม้อแปลง และตรวจสอบจุดต่อความร้อนระบบจ่ายไฟฟ้าภายในโรงพยาบาล 1 ครั้ง / ปี ทั้งนี้งานซ่อมบำรุงได้มีการตรวจเช็คสายไฟฟ้าที่มีอายุการ ใช้งานเกิน 10 ปี 1 ครั้ง / ปี * มีแผนตรวจสอบสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามทางกายภาพ (ความร้อน แสง เสียง) เช่น ตรวจวัดการสัมผัสความร้อน , ตรวจความเข้มของการส่องสว่าง ,ตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและการได้ยิน โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา 1 ครั้ง / ปี (ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564) * เครื่องปรับอากาศ มีแผนการบำรุงรักษา ล้างเครื่องปรับอากาศ 2 ครั้ง / ปี (โดยช่างซ่อมบำรุง 1 ครั้ง ,ช่างจากภายนอก 1 ครั้ง) * ระบบแก๊สทางการแพทย์ : โรงพยาบาลมีถังออกซิเจนทางการแพทย์ จำนวน 9 ถัง ได้แก่ ตึกลีลาวดี จำนวน 2 ถัง ,ตึกพวงชมพู จำนวน 2 ถัง ,ตึกพุทธชาด จำนวน 2 ถัง ,ตึกบานบุรี จำนวน 3 ถัง มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกเดือน * ระบบน้ำประปา : โรงพยาบาลใช้น้ำประปาของการประปาส่วนภูมิภาค จังหวัดสงขลา มีการจัดสำรอง น้ำในถังเก็บน้ำ จำนวน 2 ถัง ได้แก่ ถังสำรองด้านบน มีขนาด 4,500 ลบ.ม. และถังสำรองด้านล่าง มีขนาด 10,000 ลบ.ม. สามารถรองรับการใช้น้ำได้ 2 วัน เพื่อใช้ในการอุปโภค – บริโภค น้ำจะถูกจ่ายไปตามหน่วยงานต่างๆ สำหรับใช้ในการอุปโภค ส่วนหน่วยงานที่มีการใช้น้ำประปาเพื่อการบริโภค น้ำจะส่งผ่านเครื่องกรองน้ำของหน่วยงาน      |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1. แผนการบำรุงรักษา** | | | | **การตรวจสอบ** | **ความถี่** | **หมายเหตุ** | | การล้างเครื่องกรองน้ำ | 1 ครั้ง / สัปดาห์ |  | | การเปลี่ยนสารกรอง | 1 ครั้ง / ปี |  | | การเปลี่ยนไส้กรอง |  | เมื่อมีการสำรวจ พบว่าสึกหรอ | | **2. การตรวจคุณภาพน้ำประปา** | | | | ตรวจคุณภาพน้ำประปาจากจุดปล่อยน้ำ (20 พารามิเตอร์) | 1 ครั้ง / ปี | ศูนย์บริการตรวจและรับรองมาตรฐาน คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  จังหวัดสงขลา | | ตรวจคุณภาพน้ำประปาจากเครื่องกรองน้ำ ทั้งหมด 6 จุด ได้แก่ โรงครัว 2 จุด ,ตึกลีลาวดี 1 จุด ,ตึกพวงชมพู 1 จุด ,ตึกบานบุรี 1 จุด ,อาคารผู้ป่วยนอก 1 จุด | 4 ครั้ง / ปี | | การเฝ้าระวังการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในตู้กดน้ำดื่ม ด้วยชุดทดสอบ อ11 | 4 ครั้ง / ปี | ทดสอบโดยชุดทดสอบภาคสนาม |     (2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์   * ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง: เครื่องสำรองไฟในโรงพยาบาล มีจำนวน 2 เครื่อง สามารถกระจายกระแสไฟฟ้าครอบคลุมภายในโรงพยาบาลและบ้านพัก สามารถทำงานหลังไฟฟ้าดับ ไม่เกิน 10 วินาที ระยะเวลาในการปั่นไฟได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง และมีแผนการบำรุงรักษาระบบไฟฟ้าสำรอง โดยงานซ่อมบำรุง 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีแผนการสำรองน้ำมัน โดยโรงพยาบาลมีถังเก็บน้ำมัน ปริมาณ 3,000 ลิตร สามารถใช้กับเครื่องกำเนิดไฟฟ้าได้ 3 วัน และมีแผนการซื้อน้ำมันกับปั๊มที่โรงพยาบาลมีเครดิต เมื่อมีการสำรวจแล้วมีปริมาณน้ำมันลดลงเหลือ 1,000 ลิตร * ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ : โรงพยาบาลมีถังแก๊สออกซิเจน (Oxygen) จำนวน 2 ถัง มีหน่วยงานตรวจสอบการใช้งานเป็นประจำ เมื่อพบว่าแก๊สทางการแพทย์มีปริมาณลดลง จึงดำเนินการประสานผู้เกี่ยวข้องนำแก๊สทางการแพทย์ไปบรรจุ เพื่อให้เกิดการใช้งานที่มีประสิทธิภาพ   (3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน   * โรงพยาบาลมีการเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง โดยเข้าร่วมโครงการลดการใช้พลังงานภาคราชการซึ่งมีการกรอกแบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงานในแต่ละไตรมาส ลงใน E-Report สามารถเปรียบเทียบการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น–ลดลง ของส่วนราชการได้ * การใช้น้ำประปา : วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการใช้น้ำรายเดือน หากพบว่ามีการใช้น้ำต่อหน่วยมากเกินปกติ จะมีการสำรวจการรั่วไหลของน้ำประปา เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป * การใช้ไฟฟ้า : วิเคราะห์ปริมาณไฟฟ้าต่อหน่วยในแต่ละเดือน และโรงพยาบาลมีมาตรการให้หน่วยงานประหยัดพลังงาน * การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง : วิเคราะห์ปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงต่อหน่วยในแต่ละเดือน และวางมาตรการเพื่อประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง   II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ  (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี   * จัดให้มีที่นั่งพักผ่อนของผู้ป่วยหรือญาติที่มารับบริการที่โรงพยาบาล บริเวณด้านหน้าและด้านข้างอาคารโอพีดี * จัดให้มีสวนหย่อมหน้าอาคารผู้ป่วยนอก เป็นพื้นที่สีเขียวบริเวณด้านหน้ามีสระน้ำ เพื่อช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจ * จัดให้มีเครื่องออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเครียดในการทำงาน   (2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้   * จัดบอร์ดให้ความรู้ ได้แก่ เรื่อง Green & clean Hospital ,กิจกรรม 5 ส. ,การคัดแยกขยะ และการรณรงค์ลดใช้ถุงพลาสติกและโฟมในโรงพยาบาล ,ติดป้ายประชาสัมพันธ์รณรงค์ด้านการประหยัดพลังงานตามจุดเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ   (3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ   * โรงพยาบาลประกาศนโยบาย Green & clean Hospital เพื่อสนับสนุนการเป็นแบบอย่างในการรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น ใช้ถุงผ้าแทนการใช้ถุงพลาสติก ใช้ปิ่นโตกล่องข้าว ปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น * โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยในปี 2563 ได้ส่งเสริมการขอรับรองแปลงเกษตรอินทรีย์ (PGS) ผลผลิตที่ได้จะนำส่งโรงครัว จำหน่ายให้แก่บุคลากร ญาติ ผู้มารับบริการ และชุมชนใกล้เคียง   II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม  (1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางให้บริการผู้ป่วยด้านยาและสารเสพติด จำนวนเตียง 220 เตียง อัตราการครองเตียง ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษประเภท ก มีการบำบัดน้ำเสียด้วยระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditches) สามารถรองรับน้ำเสียเข้าระบบ 500 ลบ.ม./วัน มีการตรวจวัดค่า อุณหภูมิ ,ความเป็นกรดด่าง ,SV30 ,คลอรีน ,DO ทุกวัน และส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง 4 ครั้ง/ปี (3 เดือน / ครั้ง) โดยนำส่งกับหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์/ทดสอบ และได้รับการรับรองระบบประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ ISO/IEC 17025 : 2005 * มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2562 เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสีย และเพื่อให้คุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดจ้างหน่วยงานภายนอกมาปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย * ให้ความร่วมมือกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 16 สงขลา เข้าประเมินเกณฑ์การบริหารจัดการน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษ เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2563   ผลการประเมิน คือ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับทอง   * ในปี 2564 ได้จ้างหน่วยงานภายนอก ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล โดยจะมีการกำหนดเก็บน้ำส่งตรวจ 3 เดือน / ครั้ง   ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดแล้ว  1. ครั้งที่ 1 / 2564 ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง ทั้งหมด 13 พารามิเตอร์ พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด  2. ครั้งที่ 2 / 2564 ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง ทั้งหมด 13 พารามิเตอร์ พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด 11 พารามิเตอร์ และมีค่าเกินมาตรฐาน 2 พารามิเตอร์ คือ Total Coliform , Fecal Coliform ทั้งนี้ได้ดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ได้คุณภาพน้ำทิ้งที่บำบัดแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐาน  (2) การลดปริมาณของเสีย:   * มีการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยมีนโยบายส่งเสริมการลด และคัดแยกขยะมูลฝอยในหน่วยงานภายใต้โครงการ “ทำดีด้วยหัวใจ ลดภัยสิ่งแวดล้อม” * ปุ๋ยอินทรีย์จากเศษพืชผักเหลือใช้ : ในการจัดเก็บแปลงเกษตรหลังปลูกมักจะมีเศษผักสดเหลือจึงได้นำมาประยุกต์ทำเป็นปุ๋ยหมักโดยการนำเศษผักมาผสมกับมูลวัว กากน้ำตาล และสารพด.1 เพื่อนำปุ๋ยหมักที่ได้ไปใส่ต้นพืชเพื่อบำรุงการเจริญเติบโต รวมถึงการผสมดินปลูกเพื่อเพิ่มอินทรียวัตถุให้กับดินปลูก ซึ่งสามารถลดปริมาณการใส่ปุ๋ยอื่นๆในการบำรุงต้นพืช * มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ จะใช้หลักการ 3 R ในการคัดแยกภายในแต่ละหน่วยงาน และเพิ่มมูลค่าด้วยการขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า * กิจกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ถุงผ้าใส่ยากลับบ้าน ใช้ถุงผ้าใส่ของในร้านค้าสหกรณ์ การพก แก้วน้ำส่วนตัว และนำอาหารใส่ปิ่นโตแทนการใช้กล่องโฟมบรรจุอาหาร * มีการใช้น้ำทิ้งที่ผ่านขั้นตอนการบำบัดแล้วให้เกิดประโยชน์ เช่น การใช้น้ำทิ้ง รดน้ำต้นไม้ การนำกากตะกอนเป็นปุ๋ยใส่โคนต้นไม้   (3) การกำจัดขยะ:   * การจัดการขยะในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 ประเภท มีคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิดตามประเภท ดังนี้   - มูลฝอยอื่น ๆ มูลฝอยที่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ จะเก็บรวบรวมในช่วงเย็นของทุกวัน โดยนำไปรวบรวมไว้ในโรงพักมูลฝอยทั่วไป และเทศบาลตำบลเกาะแต้ว เข้ามารับไปกำจัด 2 ครั้ง / สัปดาห์(ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี)  - มูลฝอยย่อยสลายได้ เช่น เศษผัก เศษอาหาร เศษผลไม้ ใบไม้แห้ง วัชพืชต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบได้ในโรงครัว และโรงอาหาร จะเก็บแยกไว้ สำหรับนำไปทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาล ทั้งยังช่วยลดการใช้ผลิตภัณฑ์จำพวกสารเคมี ไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อมและผู้ปฏิบัติงาน  - มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ จะใช้หลักการ 3 R ในการคัดแยกภายในแต่ละหน่วยงาน และเพิ่มมูลค่าด้วยการขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า  - มูลฝอยที่มีพิษหรืออันตราย จะมีการคัดแยกมูลฝอยอันตราย ณ แหล่งกำเนิดรวบรวมมูลฝอยเพื่อรอการกำจัด ณ.ที่รวมมูลฝอยอันตราย นำส่งเทศบาลเกาะแต้วเพื่อนำไปกำจัด 1 ครั้ง/ปี  - มูลฝอยติดเชื้อ มีการคัดแยกตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ เช่น มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม และประเภทไม่มีคม จากนั้นนำใส่ภาชนะตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลสงขลาจะมารับไปกำจัด 1 ครั้ง/สัปดาห์  - มีการฝึกอบรมพนักงานทำความสะอาดในเรื่องการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี 1 ครั้ง/ปี  (4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:   * การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดต้นแบบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ลงสู่ชุมชน ได้แก่   - กิจกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ถุงผ้าใส่ยากลับบ้าน ใช้ถุงผ้าใส่ของในร้านค้าสหกรณ์ การใช้  แก้วน้ำส่วนตัว และนำอาหารใส่ปิ่นโตแทนการใช้กล่องโฟมบรรจุอาหาร  - กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การคัดแยกขยะ โดยช่องทางการสื่อสารผ่าน Facebook fan page : GREEN & CLEAN Thanyarak Songkhla , การจัดบอร์ดให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ เป็นต้น   * ให้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในกิจกรรมต่างๆ เช่น การเก็บขยะบริเวณชายหาดบ่ออิฐ,กิจกรรมเพิ่มมูลค่าจากขยะของเทศบาลเกาะแต้ว และกิจกรรมอื่นๆที่หน่วยงานภายนอกประสานขอความร่วมมือ * ส่งเสริมงานเกษตรอินทรีย์ จากการสอนอาชีพให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผลผลิตจะจำหน่ายให้กับบุคลากร ญาติผู้ป่วยและหน่วยงานใกล้เคียง เช่น เทศบาลตำบลเกาะแต้ว รพ.สต.บ้านบ่ออิฐ และชาวบ้านในชุมชนใกล้เคียง ผ่าน Green shop ธัญญารักษ์สงขลา เป็นทางเลือกสุขภาพให้แก่ผู้บริโภค   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ปี 2563 ได้รับรางวัลการปฏิบัติตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข * ปี 2563 ได้รับรางวัลการประเมินด้านการบริหารจัดการน้ำเสียของแหล่งกำเนิดมลพิษ ระดับทอง จากกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 41.ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย | 3 | L | | - ตรวจประเมินความเสี่ยงสิ่งคุกคามด้านสุขภาพและ สิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน  - ดำเนินการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยตึกพวงชมพูเพื่อรองรับการขยายให้บริการ | | | | | |
| 42.การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย | 3 | L | | - ทบทวนการซ้อมแผนอัคคีภัย รวมถึงการอบรมหลักสูตรการดับเพลิงขั้นต้นให้กับบุคลากร เพื่อสามารถระงับเหตุเบื้องต้นได้ และมีการฝึกซ้อมเหตุการณ์จำลองตามแผนของโรงพยาบาล | | | | | |
| 43.ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค | 3 | L | | - ทบทวนแผนความเพียงพอของเครื่องมือที่จำเป็นและความพร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค รวมถึงแผนการจัดหา ,การบำรุงรักษา เพื่อให้เกิดความพร้อมใช้งานที่เชื่อถือได้และปลอดภัย | | | | | |
| 44.สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | 4 | L | | - จัดโซนพื้นที่สีเขียวทั้งในและนอกอาคาร เพื่อเป็นจุดพักผ่อนระหว่างรอรับบริการ | | | | | |
| 45.การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | 3 | L | | - สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | | | | |

**II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| 1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล | | | <0.05 : 1000 วันนอน | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคที่เฝ้าระวัง | | | | | | | | | |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคเกลื้อน | | | < 5 % | | N/A | 5.84 | 5.63 | 4.66 | 0.87 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรควัณโรค (TB) | | | < 5 % | | 0 | 0 | 1.29 | 1.12 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคเอดส์(HIV) | | | < 5 % | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคตาแดง | | | < 5 % | | 1.84 | 2.01 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออก | | | < 5 % | | 0 | 0 | 2.84 | 1.64 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ ซี | | | < 5 % | | NA | NA | NA | 1.0 | 0 |
| 3. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันติดเชื้อฯ | | | | | | | | | |
| 3.1 การล้างมือ | | | | | | | | | |
| อัตราการล้างมือถูกหลัก5 moment  (บุคลากรทีมสหวิชาชีพ) | | | 90 | | 86.20 | 84.07 | 88.71 | 87.32 | 95.6 |
| อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน | | |  | |  |  |  |  |  |
| • บุคลากรทีมสหวิชาชีพ | | | 90 | | 78.78 | 80.84 | 90.53 | 91.10 | 93.80 |
| • เจ้าหน้าที่ โภชนาการ ซักฟอก | | | 90 | | 64.83 | 70.85 | 80.49 | 83.15 | 88.63 |
| • พนักงานทำความสะอาด | | | 90 | | 68.92 | 70.35 | 70.87 | 70.35 | 83.59 |
| 3.2 อัตราการสวมอุปกรณ์ป้องกันตามมาตรฐาน | | | | | | | | | |
| • บุคลากรทีมสหวิชาชีพ | | | 90 | | NA | 87.05 | 90.32 | 90.46 | 92.34 |
| • เจ้าหน้าที่ โภชนาการ ซักฟอก | | | 90 | | NA | 65.03 | 85.71 | 82.32 | 86.53 |
| • พนักงานทำความสะอาด | | | 90 | | NA | 48.04 | 50.0 | 73.42 | 74.09 |
| 3.3 อัตราการจัดการขยะติดเชื้อตามมาตรฐาน | | | | | | | | | |
| - อัตราการแยกขยะถูกต้อง | | | 90 | | 80.98 | 87.09 | 95.16 | 96.65 | 97.54 |
| - อัตราการขนส่งขยะถูกต้อง | | | 90 | | 86.36 | 72.39 | 50.0 | 64.02 | 80.03 |
| - อัตราการจัดเก็บ / พักขยะถูกต้อง | | | 90 | | 88.64 | 87.53 | 75.0 | 78.65 | 77.84 |
| 4. อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน | | | ไม่เกิด | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ii. บริบท**  จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ รับรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท ในรูปแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดทั้งผู้หญิง และผู้ชาย เป็นโรงพยาบาลขนาด 220 เตียง ให้บริการเฉพาะทางด้านยาเสพติดครบขั้นตอนในระยะเตรียมการ ถอนพิษยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมระยะเวลา 4 เดือน และติดตามผลหลังจำหน่าย 1 ปี มีหอผู้ป่วยใน จำนวน 4 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยถอนพิษยา 2 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยถอนพิษยาบำบัดสุรา และผู้ป่วยแทรกซ้อนทางจิตเวช (ตึกลีลาวดี) จำนวน 30 คน มีระยะเวลารักษา 2 สัปดาห์ – 1 เดือน หอผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป และผู้ป่วย พร.บ. (ตึกพุทธชาด) จำนวน 30 คน มีระยะเวลารักษา 2 สัปดาห์ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย (ตึกบานบุรี) จำนวน 100 คน ระยะเวลารักษาต่อเนื่องจนครบ 4 เดือน และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิง (ตึกพวงชมพู) จำนวน 60 คน รับรักษาผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลารักษาต่อเนื่องจนครบ 4 เดือน ลักษณะการให้บริการ เป็นลักษณะการให้ยารักษาตามอาการ มีการให้บริการพื้นฐาน โดยไม่มีหัตถการและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรักษาในห้องรวม จะอยู่รวมกัน และทำกิจกรรมการบำบัดรักษาร่วมกัน  บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:  1. การให้บริการรูปแบบผู้ป่วยนอก มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในกระบวนการคัดกรอง, รับใหม่ เช่น วัณโรคซึ่งมากับกลุ่มผู้ป่วย พรบ.ที่ส่งตัวมาจากเรือนจำ หรือกลุ่มผู้ป่วยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (IDU) ที่มีโรคแทรกซ้อน HIV, ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่มารับบริการทานยาเมทาโดน (Methadone) และปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ (Covid-19)  2. การให้บริการรูปแบบผู้ป่วยใน ได้แก่  - การทำหัตถการ เช่น ทำแผล ฉีดยา เจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV) การดูดสิ่งคัดหลั่ง (Suction) เสี่ยงต่อการเกิดเข็มตำ และติดเชื้อHIV ในเจ้าหน้าที่ และการอักเสบในหลอดเลือดดำในผู้ป่วย  - การทำกิจกรรมกลุ่มในห้องกิจกรรม ซึ่งมีลักษณะผู้ป่วยนั่งรวมกัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง กลาก เกลื้อน และโรคระบาด เช่นตาแดง อีสุกอีใส  - การแยกผู้ป่วยกรณีติดเชื้อในห้องแยก ซึ่งมีห้องแยกไม่เพียงพอ และไม่ได้มาตรฐาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ  3. งานโภชนาการ ในกระบวนการเตรียม และการล้าง อาจปนเปื้อนเชื้อโรคในวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหาร เช่น Salmonella, Stapp, เชื้อรา สารเคมี สิ่งแปลกปลอม เช่น หนอน สัตว์ แมลง และในกระบวนการปรุง การแจกจ่ายอาหาร โดยเชื้ออาจปนเปื้อนจากมือของเจ้าหน้าที่ เสี่ยงต่อการเกิดท้องเสียจากอาหาร และเชื้อไวรัสจากการไอ จามของเจ้าหน้าที่ที่ไม่สวมผ้าปิดปาก  4. งานซักฟอก เสี่ยงต่อการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ ในกระบวนการรับผ้าที่ใช้แล้วจากหอผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้แยกผ้าติดเชื้อ อาจเสี่ยงการสัมผัสเชื้อ HIV, เชื้อโรคที่มาจากการสัมผัส เช่น กลากเกลื้อน  5.งานทันตกรรม เสี่ยงต่อการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ในกระบวนการทำฟัน อาจมีการกระเด็นของเลือด น้ำลาย สารคัดหลั่ง หรือการสัมผัสโดยตรงกับแผลติดเชื้อในช่องปาก และเสี่ยงติดเชื้อในผู้ป่วย กรณีอุปกรณ์ทำฟันไม่ผ่านการฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน  5. การให้บริการอื่นๆ  - งานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) เสี่ยงต่อการเกิดเข็มตำ และติดเชื้อ HIV, ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในกระบวนการเจาะเลือด และการทิ้งเข็ม การสัมผัสเชื้อ ในกระบวนการรับ ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ  - การจัดการขยะ เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่มาจากขยะ ความสกปรก ในขั้นตอนการคัดแยก การขนส่ง การพัก และการทำลายขยะที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น ทิ้งขยะไม่ถูกประเภท การขนส่ง และพักขยะที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อติดเชื้อทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย  การติดเชื้อสำคัญ: 1.TB 2. HIV 3. โรคตาแดง 4. ไข้เลือดออก 5. โรคเกลื้อน 6. การเกิด phlebitis 7. โรคตามฤดูกาล เช่น ชิคุณกุนยา ไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ โรค Mers 8. ไวรัสตับอักเสบ บี และซี, โรคไวรัสโคโรน่า (Covid-19)  โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น: การรับผู้ป่วย พ.ร.บ. กรณีควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวดที่ส่งตัวจากสำนักงานคุมประพฤติของจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งอาจมีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (TB) ในระยะแพร่เชื้อโดยไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือป่วยเป็น TB ทานยาไม่ครบ ไม่ต่อเนื่อง หรือโรคเกลื้อน จากการอยู่ร่วมกันในสภาพแออัดของเรือนจำ  การติดเชื้อดื้อยา: ไม่มี  จำนวน ICN และการศึกษาอบรม: ไม่มี ICN ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICN และมี ICWN 11 คน อยู่ประจำหอผู้ป่วยตึกละ 2 คน โดยผ่านการอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ 4 คน (นุรินยา, มาลีรัตน์, หนึ่งฤทัย, รุ่งทิพย์) คิดเป็น 36.37 % และวางแผนส่งเข้าอบรมให้ครอบคลุม 100% ปีละ 1-2 คน อีกทั้งวางแผนการส่งเข้าอบรม ICN 4 เดือน ในปี 2564 จำนวน 1 คน  **iii. กระบวนการ**  II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  (1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ   * เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ จึงเน้นการปฏิบัติตามหลัก Patient safety goal ตามบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยส่งเสริมการล้างมือตามหลัก 5 Moment และ ล้างมือถูก 7 ขั้นตอนในเจ้าหน้าที่ แม่บ้าน คนสวน และผู้ป่วย และติดตามกำกับต่อเนื่อง การปรับปรุงกระบวนการคัดกรอง ค้นหาโรคติดเชื้อการแยกผู้ป่วย และการส่งต่อที่รวดเร็ว และมีคู่มือ/ แนวทางการดูแลโรคต่างๆ เป็นลายลักษณ์อักษร   ผลลัพธ์**:** : เจ้าหน้าที่ แม่บ้าน คนสวน และผู้ป่วย มีอัตราการล้างมือเพิ่มขึ้น ใกล้เคียงเกณฑ์ที่กำหนด และไม่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล  (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม   * เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีความเสี่ยง คือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรค TB, โรคไวรัสโคโรน่า 2019 จึงจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการคัดกรองทุกคน โดยเน้นคัดกรอง TB ในกลุ่มผู้ป่วย พรบ. ที่ส่งต่อมาจากเรือนจำ, ผู้ป่วย IDU มีการกำหนดเกณฑ์การรับรักษาในโรงพยาบาล และการส่งต่อ รวมทั้งประกันเวลาการวินิจฉัยโรคภายใน 3 วัน การปรับปรุงห้องแยกผู้ป่วย ห้อง Negative Pressure ทุกหอผู้ป่วย ส่วนโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ได้กำหนดนโยบาย และดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัด   ผลลัพธ์: : ในปี 63 มีผู้ป่วย TB เข้ารักษา 2 คน เป็นผู้ป่วย พรบ. ส่งตัวมาจากเรือนจำ และได้ดำเนินการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมใน 2 วัน โดยไม่มีการติดเชื้อในผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ใดๆ และไม่มีผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ในโรงพยาบาล  (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ   * เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ TB และโรคโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ในโรงพยาบาล ได้นำแนวทางการ   ดำเนินงานวัณโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโรคไวรัสโคโรน่า 2019 จากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค (2563) มาเป็นแนวทาง โดยมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติโรค TB และ โรคไวรัสโคโรน่า 2019 เป็นลายลักษณ์อักษรมีการสื่อสารในช่องทางต่างๆ ของโรงพยาบาล  ผลลัพธ์: : ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ TB และโรคไวรัสโคโรน่า ในโรงพยาบาลแต่อย่างใด  (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)ทั่วทั้งองค์กรความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย   * เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในขณะปฏิบัติงาน จึงได้ดำเนินการ ประสานกับทีมต่างๆ ดังนี้  1. ทีม ENV ในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในตึกผู้ป่วย และบ้านพัก เพื่อไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนำเชื้อ   ไข้เลือดออก  ผลลัพธ์: - เกิดโครงการ “เพาะรัก ไม่เพาะยุง” ร่วมกับทีม ENV และคณะกรรมการบ้านพัก และดำเนินการต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน โดยพบอุบัติการณ์ไข้เลือดออกในเจ้าหน้าที่ ปี 2561 จำนวน 3 ราย และปี 2562 จำนวน 2 ราย ผลการสอบสวนโรค พบมีการติดต่อมาจากนอกโรงพยาบาล และไม่มีการติดต่อในเจ้าหน้าที่อื่น และผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่อย่างใด   1. คณะกรรมการ Green & Clean ในการควบคุมมาตรฐานขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการติดตามกำกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ อัตราการจัดการขยะติดเชื้อตามมาตรฐาน 2. งาน IT ในการจัดทำแนวทางสื่อสารองค์ความรู้ในงาน IC,แนวปฏิบัติการป้องกันโรค รวมทั้งความรู้ที่ทันสมัย ในช่องทางต่างๆ เพื่อให้บุคลากร ผู้ป่วย และญาติรับทราบข่าวสารทั้ง รพ. เช่น ทาง Web box, ป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดสำคัญใน รพ. เช่น จุดญาติเยี่ยม หน้าลิฟต์ การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ทุก 3 เดือน   ผลลัพธ์ : มีการรับทราบข้อมูล ข่าวสาร IC อย่างทั่วถึง  (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ   * เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ได้ดำเนินการดังนี้  1. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย Mask, ถุงมือ อุปกรณ์การล้างมือ เช่นน้ำยาล้างมือ ผ้าเช็ดมือ และมีการปรับก๊อกน้ำอัตโนมัติ และก๊อกน้ำใช้เท้าเหยียบทั่วทั้งโรงพยาบาล 2. จัดเจ้าหน้าที่อยู่ประจำจุดคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคไวรัสโคโรน่า 2019 3. ปรับสถานที่โดยเน้น Social Distancing ทั้งโรงพยาบาล 4. ปรับระบบการรับผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นความปลอดภัย โดยการรับเป็นรอบ เน้นการกักตัว เพื่อประเมินการติดเชื้อ 14 วัน 5. จัดทำแนวทางสื่อสารองค์ความรู้ในงาน IC,แนวปฏิบัติการป้องกันโรค. เช่น Web box งาน IC, ป้าย   ประชาสัมพันธ์ตามจุดสำคัญใน รพ. เช่น จุดญาติเยี่ยม หน้าลิฟต์ การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ทุก 3 เดือน  ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติการณ์ติดเชื้อ  (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย   * เพื่อให้เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงวางแผนให้ความรู้ โดยการฝึกอบรมแก่บุคลากร ปีละ 2 ครั้ง หรือให้ความรู้กรณีมีการแพร่ระบาดของโรคผ่านทางไลน์ ภายใน 24 ชั่วโมง การจัดบอร์ด และให้ความรู้ในเวทีประชุม ตึก และฝ่าย เป็นประจำทุกเดือน   ผลลัพธ์ : เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ ปี 2561 เจ้าหน้าที่ 50.35% พนักงานทำความสะอาด 11 คน 84.62% คนสวน 80.25% ปี 2562 เจ้าหน้าที่ 48.58% พนักงานทำความสะอาด 88.25 % คนสวน 76.42% ปี 2563 ได้ให้ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (Covid-19) แก่บุคลากรทั้งโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2563  ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางการปฏิบัติการป้องกันโรค 86.80% มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในระดับมาก  : ผู้ป่วย มีการให้ความรู้ ในตึกผู้ป่วย เกี่ยวกับการล้างมือ และติดตามการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอนเป็นประจำทุกวัน หลังเลิกกลุ่มประชุมเช้า มีการให้ความรู้เรื่องโรค เมื่อเกิดการระบาดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับความรู้ ร้อยละ 89.3  (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)กลไกการดำเนินงานและประสานงาน   * มีพยาบาล ICN (Part time) เป็นหัวหน้าทีม ICWN และทำหน้าที่เป็นเลขาคณะกรรมการ ICC โดยมีการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ มีการกำหนดบทบาท หน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งมีขั้นตอนการดำเนินงาน และการติดต่อประสานงานอย่างเป็นรูปธรรม   ผลลัพธ์: พยาบาลป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (ICN) มีการดำเนินงานตามแนวทาง แต่บางสถานการณ์มีความล่าช้า และมีองค์ความรู้ไม่ทันสมัย เนื่องจาก เป็น Part time และการอบรมไม่ตอเนื่อง แต่ได้กำหนดแผนการอบรม และเพิ่มการค้นคว้าหาความรู้ตามสื่อต่างๆ  II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ  (1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance   * เพื่อให้บุคลากร และผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงกำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังใน   โรงพยาบาล การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นทุกรายที่แผนกผู้ป่วยนอก และตรวจประเมินผู้ป่วย ขณะบำบัดรักษาทุกโรคที่เฝ้าระวัง ดำเนินการดูแล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคตามคู่มือโรคที่กำหนด  ผลลัพธ์ : พบว่า เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ไม่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล  (2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance   * เพื่อให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคตามฤดูกาล ไข้เลือดออก ตาแดงจึงจัดทำคู่มือ และแนวทางการดำเนินการเมื่อพบอุบัติการณ์ของโรค มีการรายงานข้อมูล และรายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัย ยืนยันโรค   ผลลัพธ์ : ย้อนหลัง 3 ปี (2561-2563) มีอุบัติการณ์ไข้เลือดออก 0, 2.84 และ 1.64 ตามลำดับ แต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในรงพยาบาล  (3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน   * เพื่อสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างทันท่วงที ได้มีการวิเคราะห์อุบัติการณ์โรค โดยแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และแนวทางป้องกันแก่บุคลากรผ่านทางออนไลน์ ภายใน 24 ชั่วโมง มีการสื่อสารในเวทีประชุมประจำเดือน มีการจัดบอร์ด ทำป้ายประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ผู้ป่วยในทันทีทันใดทุกตึก และมีการทบทวนคู่มือทุก 3 เดือน เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง   ผลลัพธ์ : - เกิดโครงการ “เพาะรักไม่เพาะยุง” ป้องกันโรคไข้เลือดออก จนปัจจุบัน   * มีการปรับห้องแยก เป็นห้อง Negative Pressure เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคระบบทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ มีการควบคุมตามแนวทางปฏิบัติ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มในผู้ป่วยอื่น   (4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)   * เพื่อควบคุมการระบาดของโรค จึงมีการจัดทำคู่มือโรคที่เฝ้าระวัง และดำเนินการตามคู่มือเมื่อเกิดอุบัติการณ์อีกทั้งหาแนวทางปรับปรุงกระบวนการ เพื่อป้องกันการเกิดโรค   ผลลัพธ์ : ปี 2561 พบผู้ป่วยหญิงเป็นวัณโรค 2 ราย ได้ดำเนินการตามแนวทาง ซึ่งไม่มีผู้ติดเชื้อพิ่ม โดยได้เกิดการทบทวนกระบวนการคัดกรอง และส่งผลการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค TB หรือโรคทางเดินหายใจ จนปัจจุบัน  ปี 2562 มีการระบาดของไข้เลือดออกในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพักรพ. จำนวน 3 รายและโรคหัดหรือไข้ออกผื่น เสี่ยงโรคชิคุนกุนยา จำนวน 8 ราย ซึ่งเป็นการติดเชื้อมาจากนอกโรงพยาบาล และไม่ได้แพร่เชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งต้องป้องกันโดยจัดสิ่งแวดล้อม บริเวณบ้านพักให้สะอาด กำจัดลูกน้ำยุงลาย  ปี 2563 ได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางด้านวิชาการกับรพ.สต.บ้านบ่ออิฐและสำนักงานป้องกันและ  ควบคุมโรคที่ 12 สงขลา เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคไข้เลือดออกที่ชัดเจน  II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป  (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ   * Hand hygiene: เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติการล้างมือ จึงมีการให้ความรู้ สนับสนุนสื่อ อุปกรณ์การล้างมืออย่างเพียงพอ และมีสถานที่ล้างมือที่ง่ายต่อการเข้าถึง มีการปรับก๊อกน้ำที่ได้มาตรฐาน ลดการสัมผัสและมีการติดตามการปฏิบัติถูกต้อง และต่อเนื่องทุกเดือน   ผลลัพธ์ : (ย้อนหลัง 3 ปี 61-63) บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีการล้างมือผ่านเกณฑ์ ส่วนเจ้าหน้าที่ โภชนาการ  ซักฟอก (ร้อยละ 80.49, 83.15, และ 88.63 ตามลำดับ) และพนักงานทำความสะอาด (ร้อยละ 70.87, 70.35, และ 83.59 ตามลำดับ) มีแนวโน้มล้างมือเพิ่มขึ้นทุกปี   * Isolation precautions: เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ จึงได้กำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังในโรงพยาบาลมีการสื่อสารให้ทุกคนรับรู้ มีคู่มือแนวทางการดำเนินการ และจัดโซนแยก หรือห้องแยกผู้ป่วยที่สงสัย / ป่วย โดยปรับเป็นห้อง Negative Pressure มีเส้นทางการส่งต่อเข้าตึกผู้ป่วยทุกตึกชัดเจน มีทางด่วนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และประกันเวลาในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในผู้ป่วย TB (ภายใน 3 วัน)   ผลลัพธ์ : ในปี 2560 พบผู้ป่วยตาแดง ที่ตึกบานบุรี แล้วดำเนินการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกที่จัดไว้ และปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มในปี 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB ( ผู้ป่วย พรบ.) เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยใน โดยเข้าอยู่ในห้องแยก และควบคุมตามแนวทางการป้องกัน และไม่มีการติดเชื้อในผู้อื่นเพิ่ม   * Standard precaution อื่นๆ: เพื่อให้เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน ได้เน้นการปฏิบัติตามหลัก Patient safety goal โดยส่งเสริมการล้างมือ, สวมอุปกรณ์ป้องกัน, สวม Mask ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย   ผลลัพธ์ : (ย้อนหลัง 3 ปี 61-63) การสวมอุปกรณ์ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ โภชนาการ ซักฟอก  (ร้อยละ 85.71, 82.32, และ 86.53 ตามลำดับ) และพนักงานทำความสะอาด (ร้อยละ 50.00, 73.42, และ 74.09 ตามลำดับ) แต่มีแนวโน้มล้างมือเพิ่มขึ้นทุกปี   * การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ได้มีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างทำหัตถการ โดยใช้ Disposable Set ซึ่งเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีหัตถการน้อย ไม่ซับซ้อน และมีการฆ่าเชื้อโดยการนึ่งด้วยไอน้ำในงานทันตกรรม   ผลลัพธ์ : อุปกรณ์ที่ใช้ทำหัตถการมีความเหมาะสม เพียงพอ และไม่มีอุบัติการณ์ติดเชื้อจากการทำหัตถการใดๆ   * การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ไม่มีบริการ * การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และ   เจ้าหน้าที่ ได้ยึดหลักการป้องกันอุบัติการณ์ จากการสัมผัสเชื้อที่ปนเปื้อนอุปกรณ์ ที่ผ่านการใช้งานแล้ว และลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยการทิ้งลงถังขยะติดเชื้อ ในวัสดุ single-use และมีแผนการจัดซื้อ โดยการคำนวณจากการใช้งานในปีที่ผ่านมา และดูจากความต้องการใช้ เพื่อให้สามารถมีใช้ในปริมาณที่เพียงพอ และไม่เกินความต้องการ  ผลลัพธ์ : มีอุปกรณ์ใช้เพียงพอ  (2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม   * เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการ ดังนี้  1. จัดแบ่งพื้นที่ (Zoning) ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โดยมีเส้นทางตั้งแต่โอพีดี ไปจนถึงหอผู้ป่วยใน โดยมีสัญลักษณ์แสดง 2. ปรับปรุงห้องแยกให้ได้ตามมาตรฐานเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล (Negative Pressure Room) และเน้นพื้นที่ให้มีการระบายอากาศที่ถ่ายเท มีการบ่งชี้โรค หรือผู้ป่วยที่ต้องเข้าห้องแยก และมีแนวทางการบำรุงรักษา ทั้งก่อนใช้งาน และหลังใช้ห้องที่ชัดเจน 3. จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ในห้องแยกเพียงพอ พร้อมใช้ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น อุปกรณ์การล้างมือ Alcohol hand rub, Mask, ถังขยะติดเชื้อ, ถังผ้าติดเชื้อ 4. มีการปรับภาชนะใส่อาหารลักษณะใช้แล้วทิ้ง (Disposable) ให้กับผู้ป่วยห้องแยก 5. การจัดการขยะติดเชื้อ เน้นการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ และมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เพื่อป้องกัน   อุบัติเหตุจากเข็มตำจากการทำงาน มีการกำหนดเวลา และเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อประจำวัน คือ เวลา 14.00 น.-15.00 น. รวมทั้งมีข้อกำหนดในการล้างถังขยะทุกวัน   1. ร่วมกับทีม ENV ในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนในน้ำอุปโภค - บริโภค โดยติดตามผลคุณภาพน้ำ ทุก 3 เดือน 2. การควบคุม ติดตามงานซักฟอกให้เป็นตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยกำหนดเส้นทางเข้า-ออกของผ้าสะอาด / ผ้าเปื้อนที่ชัดเจน กำหนดน้ำยาซักผ้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม   ผลลัพธ์ : ไม่เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รอบโรงพยาบาล  (3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ   * เพื่อให้ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงกำหนดพื้นที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ โอพีดี ซึ่งเป็นจุดรับใหม่และส่งต่อผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน งานชันสูตร โดยการตรวจการดำเนินงานตามมาตรฐานห้อง Lab งานทันตกรรม โดยสุ่มตรวจการล้างอุปกรณ์ การนึ่งฆ่าเชื้อ งานโภชนาการ ติดตามผลการสุ่มตรวจการปนเปื้อนจากเชื้ออาหาร งานซักฟอก โดยติดตามการคัดแยกผ้าติดเชื้อ กระบวนการซักฆ่าเชื้อ โดยติดตามเป็นประจำทุกเดือน   ผลลัพธ์ : ไม่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อ  II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ  (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร   * Hand Hygiene : เน้นเพิ่มความตระหนักการปฏิบัติการล้างมือ ถูกหลัก5 moment (บุคลากรทีมสหวิชาชีพ) และการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน (สำหรับทุกคน) โดย สนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นในการทำความสะอาดมือย่างเพียงพอ ให้ความรู้กับบุคลากร/ ผู้ป่วยปีละ 2 ครั้ง และมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการให้ความรู้แก่บุคลากร และผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน และฝึกปฏิบัติ มีป้ายเชิญชวนล้างมือ และป้ายแสดงวิธีการล้างมือถูกต้องติดบริเวณอ่างล้างมือ และมีการติดตามการล้างมือของบุคลากร/ ผู้ป่วย โดยกำหนดระยะเวลาการติดตาม และรายงานผลการปฏิบัติการล้างมือเป็นรายบุคคลทุก เดือน รายงานเป็นหน่วยงานทุก 3 เดือน และสรุปเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน * Isolation Precaution : กำหนดแนวปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยติดเชื้อโรคที่เฝ้าระวังของโรงพยาบาล/ โรคติดต่อตามฤดูกาล ที่อาจแพร่กระจายเชื้อลักษณะ Airborne, Droplet, โรคติดต่อที่มากับการสัมผัส เช่นกลาก เกลื้อนโดยจัดทำคู่มือ และประกันเวลาการส่งต่อโรคระบบทางเดินหายใจ (TB) ให้เร็วใน 3 วัน และการป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย มีการประสานการทำงาน * มีการปรับห้องแยกในทุกหอผู้ป่วยเป็น Negative Pressure Room เพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการโรคระบบทางเดินหายใจ * มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเน้นเรื่องการล้างมือ โดย ICWN ทุกหอผู้ป่วยได้สอน สาธิต และให้ผู้ป่วยปฏิบัติทุกวัน * มีการเน้นย้ำการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อแก่ การล้างมือ. การสวมอุปกรณ์ป้องกัน   ผลลัพธ์ : ไม่เกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล  (2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่  เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้   * กำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวัง คือ โรค HIV, ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยดูแลตามคู่มือบนหลักการ Harm Reduction (การลดอันตราย) โดยเน้รการคัดกรองโรค การทำ VCT (การตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ ) ในผู้ป่วยทุกรายหลังรับไว้ในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน 100% ส่วนผู้ป่วยนอกตามความสมัครใจ * มีการประสานการดูแลผู้ป่วย HIV กับหน่วยงานภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกี่ยวกับยาต้านไวรัส, การบริการทางด่วนในการรับยา คือการประสาน รพ. จะนะ ซึ่งเป็นเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดใน จ.สงขลาโดยดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และกรณีโรคแทรก มีการประสานรับไว้รักษาต่อที่ รพ. สงขลามีการส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษา โดยผ่านศูนย์ลดอันตราย (Harm center)   ผลลัพธ์ : 3 ปีย้อนหลัง คือ ปี 2561, 2562 และ 2563 ผู้ป่วยได้รับการ VCT จำนวน 120, 149 และ 118 รายตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ HIV  ส่วนในปีงบประมาณ 2563 ทางโรงพยาบาลจะนะมีการทำวิจัยเรื่อง ผู้ป่วยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซีโดยใช้รูปแบบการรักษาในชุมชน มีการให้ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสโดยตรง และเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซีในผู้ใช้ยา จึงได้นำผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจำนวน 3 ราย พบมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ทั้ง 3 ราย อยู่ระหว่างการรับการรักษาด้วยยา จำนวน 2 ราย ส่วนอีก 1ราย ไม่ต้องรักษาด้วยยาเนื่องจากร่างกายมีภูมิต้านทานเองโดยธรรมชาติ  (3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน   * มีนโยบายการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร โดยมีแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเน้นกระบวนการป้องกันแบบ Universal Precaution มีแนวปฏิบัติการดูแลเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดการติดเชื้อในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ แนวปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่สัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย/ ถูกเข็มตำมีการสื่อสารข้อมูลโรคที่เฝ้าระวังในโรงพยาบาลให้บุคลากรทุกระดับทราบทั่วกัน โดยเฉพาะลักษณะโรค การติดต่อ และ การป้องกัน และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันให้กับเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ   ผลลัพธ์: ไม่เคยเกิดอุบัติการณ์  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การควบคมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งระบาดในช่วงฤดูฝน โดยการประสานกับหน่วยงานภายนอกได้แก่ เทศบาลตำบลเกาะแต้ว, รพ,สต,บ่ออิฐ, ศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ที่ 12 กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนการพ่นหมอกควัน วัสดุอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด เช่น โลชั่นทากันยุง การร่วมสอบสวนโรค และการร่วมสำรวจ และกำจัดลูกน้ำยุงลาย แจกทรายอะเบท มีการร่วมรณรงค์ ในกิจกรรม “เพาะรัก ไม่เพาะยุง” ของ รพ. โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ทีม IC ร่วมกับทีม ENV และกรรมการบ้านพัก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ทั้งที่ทำงาน และบ้านพัก มีการดำเนินการกิจกรรม 5 ส ทั้งในบ้านพัก และบริเวณรอบบ้านพัก กำจัดลูกน้ำยุงลายตามแนวทาง 0,3,7วันและต่อเนื่องทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตัดต้นไม้และจัดการความสะอาดบริเวณคูน้ำต่างๆ จนผลสำเร็จจากการติดตาม 1 เดือน ผลพบว่า ค่า HI = 37.5 ค่า CI = 4.81 และไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่ม อีกทั้ง รพ.ได้รับรางวัลองค์กรปลอดลูกน้ำยุงลาย ในปี 2559และได้ดำเนินกิจกรรมนี้มาจนปัจจุบัน   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **W** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | **4** | **D,I** | | -การพัฒนาบุคลากร ให้มีความพร้อม โดยวางแผน  ส่งอบรม ICN 4 เดือนในปี 64 จำนวน 1 คน  - พัฒนาการเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ ผ่านระบบ  IT  - การวิเคราะห์ผลการใช้วัสดุ อุปกรณ์ ในการ  ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และสนับสนุนให้  พร้อมใช้อย่างเพียงพอ ได้มาตรฐาน และต่อเนื่อง  - วางแผนการให้ข้อมูล และเสริมพลังให้แก่  ครอบครัวในผู้ป่วยโรค HIV, ไวรัสตับอักเสบ บี ,ซี | | | | | |
| 1. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ | **3** | **A** | | - จัดทำแผนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และแพร่กระจาย  เชื้อในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และซี ในกลุ่มผู้ป่วยที่  ใช้เข็ม  - วางแผนรายงานผลสถิติการติดเชื้อประจำเดือนผ่าน Google drive สรุปผลแบบ Real time  - การติดตาม/ นิเทศการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง 100% | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป | **3** | **A,L** | | - การทบทวนคู่มือ/ Flow chart การดูแลผู้ป่วยในโรคที่เฝ้าระวังของโรงพยาบาลปีละครั้ง  - ดำเนินการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค และกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดปีละ ๒ ครั้ง | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ | **1** | **L** | | - มีการประเมินมาตรการป้องกันและควบคุมการติด  เชื้อในกลุ่ม IDU เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค  HIV และ ไวรัสตับอักเสบ บี และซี โดยการรวบรวม  ข้อมูล และวิเคราะห์หาแนวทางป้องกัน แก้ไข รวมทั้ง  ทำแผนเสริมพลังผู้ป่วยร่วมกับ ศูนย์ลดอันตรายของโรงพยาบาล | | | | | |

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วย | | 80% | | 85.71 | 82.43 | 80.20 | 80.53 | 78.89 |
| อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัส ICD | | 90% | | 95.57 | 93.37 | 89.26 | 93.33 | 85.19 |
| อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน 5 นาที | | **≤**1% | | 0.026 | 0.04 | 0.08 | 0.063 | 0.051 |
| อุบัติการณ์การร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติข้อมูลของผู้ป่วย | | 0.00 | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| **ii. บริบท :** ระบบเวชระเบียนที่ใช้ประกอบการให้บริการทางด้านการแพทย์การพยาบาลและการดูแลรักษาด้านต่างๆซึ่งประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารและข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดมีการจัดเก็บเอกสารและข้อมูลที่เป็นระบบตรวจสอบได้มีความถูกต้องและมีความพร้อมใช้ของข้อมูลเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการผู้ให้บริการ  ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภทผู้ป่วย** | **จำนวนผู้ป่วย** | | | | | | ปี 2559 | ปี 2560 | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | | ผู้ป่วยนอกมารับบริการ | 13,748 | 12,029 | 15,931 | 14,869 | 17,985 | | ผู้ป่วยใน | 1,004 | 1,491 | 1,572 | 1,472 | 1,086 |   ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน : ได้นำระบบโปรแกรม HOSxP โดยให้บริการตั้งแต่การลงทะเบียน การส่งตรวจการรักษา การสืบค้น การจัดเก็บรักษาข้อมูล และการติดตามแฟ้มเวชระเบียน  **iii. กระบวนการ**  II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ  (1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:   * แพทย์และพยาบาลสามารถจัดทำเวชระเบียนให้มีความครอบคลุม สามารถใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง * เวชระเบียนสื่อสารข้อมูลการรักษาได้ง่ายชัดเจน ง่ายต่อการประเมินผล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษา และวิจัย ใช้แนวทางการประเมินของ สปสช. ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล เข้าใจตรงกันภายในทีมสาขาวิชาชีพ มีการประชุมชี้แจงผลการตรวจประเมินเวชระเบียนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อวางแนวทางพัฒนาร่วมกัน * การออกแบบระบบเวชระเบียน ข้อมูลผู้รับบริการ ตรวจสอบสิทธิการรักษาต่าง ๆ โดยบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ การระบุรหัส ICD 10 และ ICD 9 CM (การให้รหัสกลุ่มโรคโดยเจ้าพนักงานเวชสถิติ) มีระบบข้อมูลที่สหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้ใน การวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพ มีการพัฒนาเวชระเบียนทั้งในแง่ของแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ตลอดจนพัฒนาการ เรียงเอกสารและการบันทึก สอดคล้องตามหลักของ สปสช. โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน   (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:   * บุคลากรมีบัญชีผู้ใช้ระบบ HOSxPที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ที่เป็นความลับ ส่วนบุคคล เพื่อสามารถ เข้าถึงข้อมูลได้ตรงตามระดับความต้องการใช้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะมีสิทธิในการเข้าถึง /เพิ่ม/แก้ไข/ลบ/พิมพ์ ข้อมูลทะเบียน ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยได้ ใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐานตามหลักสากลที่เข้าใจตรงกัน บันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนตรงตาม แบบฟอร์มมาตรฐาน แพทย์เป็นไปตามหลัก Progress Note ในผู้ป่วย Admit ทุก และพยาบาลมีการเขียนบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Note) ทันทีเมื่อแรกรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและการเฝ้าระวังตามมาตรฐาน พยาบาลต้องลงชื่อให้ชัดเจน อ่านออก ระบุตำแหน่ง วันที่และเวลาที่รับคำสั่ง ช่วยลดการผิดพลาดในการสื่อสาร การรับรอง คำสั่งการรักษาด้วยวาจา ปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงกัน โดยให้ลงวันที่และเวลาเมื่อรับคำสั่ง ชื่อผู้สั่ง ให้ชัดเจน ให้ แพทย์รับทราบอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องมีการเซ็นรับคำสั่งตามปกติ ติดตามแพทย์เซ็นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง * รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการเป็นมาตรฐาน โดยใช้หลักเกณฑ์ของ WHO มีเจ้าพนักงานเวชสถิติรับผิดชอบโดยตรง บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์มีการลงรหัสให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันหลังจากที่แพทย์สรุป มีการตรวจสอบเวชระเบียนและแก้ไขเพิ่มเติมให้ ถูกต้องครบถ้วนอีกครั้งในรายไตรมาส เวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการลงรหัสโรคผ่านระบบ HOSxP ภายใน 1 วัน   (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:   * สรุปผลการจัดทำรายงานเป็นสถิติเกี่ยวกับข้อมูล จำนวนผู้รับบริการ รายงานผลการวินิจฉัยโรคและอุบัติการณ์การเกิดโรค เป็นรายเดือน รายไตรมาสและรายงานประจำปี แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน กำหนดให้มีการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง รวมทั้งตรวจสอบ Medical Record Audit (MRA) ทำให้ในปี 2563 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วน Discharge Summary ร้อยละ 85.19 Discharge Summary ส่วนอื่น ร้อยละ 91.85 และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 90.00 ทั้งนี้พบประเด็นที่ ต้องปรับปรุง คือ การบันทึกการตรวจร่างกายในผู้ป่วยนอก และประเด็นคุณภาพการบันทึก Progress Note, Physical exam และการตรวจร่างกายในผู้ป่วยใน ได้ส่งข้อมูลต่อ ให้กับองค์กรแพทย์ คณะกรรมการ PCT ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง   (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:   * ปรับเอกสารให้มีความเหมาะสม เช่น แบบบันทึก Discharge Summary ใบบันทึกทางการพยาบาล ใบ Consultation Record ใบ Doctor Order เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการรักษา จัดให้มีระบบสำรองข้อมูลทั้งรูปแบบกระดาษและอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ในระบบฐานข้อมูล เพื่อป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน   II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ  (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:   * มีสถานที่จัดเก็บให้เหมาะสมสำหรับการจัดเก็บ แยกประวัติผู้ป่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แยกแฟ้มกลุ่มเจ้าหน้าที่โรคทั่วไปกับผู้ป่วยยาเสพติด ใช้งานง่าย ลดการชำรุด มีสถานที่เฉพาะเป็นสัดส่วน จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรงานเวชระเบียนเท่านั้น จัดเก็บเวชระเบียนทั้งรูปแบบกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ มีการจำกัดการเข้าออกทางเดียวป้องกันการสูญหาย เวลานอกเวลาราชการประตูมิดชิด ผลลัพธ์: อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบร้อยละ 0.051 และระยะเวลาในการดูประวัติการรักษาผู้ป่วยย้อนหลังรวดเร็วขึ้น จาก 30 นาที เหลือ 10-15 วินาที * การทำลายเวชระเบียนที่ไม่ได้ใช้งานเกิน 5 ปี งานเวชระเบียนจะทำการนับและตรวจสอบ ยื่นเอกสารขอทำลายต่องานสารบรรณ งานสารบรรณยื่นเอกสารขอทำลายเวชระเบียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่ออนุญาตทำลายเวชระเบียนต่อไป ไม่พบอุบัติการณ์การร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติความลับของผู้ป่วย   (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:   * จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับบัญชีผู้ใช้เฉพาะบุคคลให้สามารถเข้าถึงระดับข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านระบบ HOSxPสร้างความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล กำกับดูแลไม่ให้บุคลากรในทีมรักษาพยาบาลเปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วย * การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขอประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา คือ ให้ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อขอประวัติการรักษาด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเองให้มีหนังสือมอบอำนาจด้วย สำหรับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องการใช้ประวัติผู้ป่วยต้องแจ้งความจำนงต่องานเวชระเบียน ยืม-คืนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และกำหนดคืนชัดเจน สะดวกต่อการตรวจสอบและลดการสูญหาย   (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:   * ให้ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชนขอประวัติการรักษาได้ด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเอง ให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมหนังสือมอบอำนาจ ห้ามไม่ให้เปิดข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์   II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย  (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด   * เวชระเบียนต้องประกอบด้วย ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย มีการระบุโรคประจำตัวและการแพ้ยาบันทึกการตรวจร่างกาย มีการวินิจฉัยโรคและการรักษา มีการเก็บประวัติการรักษาทั้งหมดไว้ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้ลงรหัสโรค โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ถูกตามหลัก WHO   (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน(ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):   * ปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนโดยระบบ Hospital Information System (HIS) จัดเก็บอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ด้วยระบบ HosxPร่วมกับระบบงานเวชระเบียน ระบบงาน OPD และระบบติดตามของงานด้านยาเสพติด ทำให้มีความสมบูรณ์ และถูกต้องมากขึ้น   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * คุณภาพคะแนนความถูกต้องสมบูรณ์ของระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) * การนำระบบงานเรื่องการสแกนเอกสารแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย มาใช้เพื่อลดการใช้กระดาษ   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ระบบบริหารเวชระเบียน | **3.0** | |  | **ลดระยะเวลาในการค้นหาเวชระเบียนกับการค้นหาเวชระเบียนไม่เจอ** | | | | |
| 1. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก | **3.0** | |  | **พัฒนาคุณภาพการบันทึกประวัติ และการบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย** | | | | |

**II-6 ระบบการจัดการด้านยา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| ผู้ป่วยนอก  อัตรา prescribing error  อัตรา transcription error  อัตรา pre-dispensing error  อัตรา dispensing error  อัตรา admin error | ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 3 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 10 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 5 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา | | | | 0  0  5.02  0  0 | 0  0  11.2  0  0 | 5.16  4.39  0.99  0.98  0.49 | 3.40  2.31  0.79  0  0 | 4.86  0  1.83  0  0 |
| ผู้ป่วยใน  อัตรา prescribing error  อัตรา transcription error  อัตรา pre-dispensing error  อัตรา dispensing error  อัตรา admin error | ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 3 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 10 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 5 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 วันนอน | | | | 0.06  0.16  6.67  0.47  0.62 | 0.07  0.24  6.55  0.89  0.86 | 0.05  0.82  2.13  0.89  0.18 | 0.02  0.15  1.71  0.57  0.2 | 0.01  0.19  0.39  0.18  0.07 |
| จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ | 0 | | | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| อัตราการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม antipsychotic drugs | 100% | | | | 98% | 98% | 100% | 100% | 100% |
| อัตราการเกิด ADR type A ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา antipsychotic | 0 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ii. บริบท :**โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดซึ่งประกอบด้วยกรรมการจากสหสาขาวิชาชีพ 10 ท่าน ประชุมปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมโดยมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ กำหนดบัญชียาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประเมินและติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย งานบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,009 ราย/เดือน งานบริการผู้ป่วยในเฉลี่ย2,486 ราย/เดือน มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 130 รายการ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 16 รายการ  ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:มีการกำหนดยา High Alert drugs 4 รายการ ได้แก่ Methadone Oral ,Adrenaline injection, Diazepam injection, Haloperidol injection เนื่องจากยา Methadone เป็นยาเสพติดให้โทษ ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน แต่มีโอกาสทำให้เกิด overdose และเกิด drug interaction กับยาหลายชนิดจึงวางระบบติดตามและเฝ้าระวังคู่ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้มีแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาและจัดทำคู่มือยา กลุ่ม High Alert Drugs ให้มีประจำทุกหน่วยงาน  **iii. กระบวนการ**  II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา  (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย จึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบยาเพื่อลด administration error ในหอผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางในการแก้ปัญหา นิเทศและติดตามอย่างใกล้ชิด และวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการวางแนวทางป้องกัน ผลลัพธ์ปี 2561-2562 มีอัตราการเกิด admin error ลดลง เท่ากับ 0.18 และ 0.2ตามลำดับ   (2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี   * ปี 2560-2562โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้นและมีการเปิดคลินิกทันตกรรมเป็นครั้งแรก คณะกรรมการ PTC จึงมีการทบทวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อความต้องการทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพิจารณาเพิ่มรายการยาจำนวน 17 รายการ และเพื่อให้การใช้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ยาที่ขาดข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า ตัดยาบางรายการที่มีการใช้น้อย ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน 12 รายการ ผลลัพธ์ปี 2563 (ต.ค.62-พย.62) ความต้องการใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาลลดลงเหลือเดือนละ 1-2 รายการ จากเดือนละ 7-8 รายการ   (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADEการตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE   * ปี 2562 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา (Administration error) เกิดขึ้นในงานผู้ป่วยในคือ แพทย์สั่ง KCl elixir (6.67 mEq./5 ml.) ขนาด 30 cc. เที่ยง เย็น เช้าพรุ่งนี้ แต่ปรากฏว่ามื้อเที่ยงผู้ป่วยได้รับยาไปจำนวน 2 dose คือ 60 cc. เป็นความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D ทำให้ต้องมีการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหากผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากระดับ K+ของผู้ป่วยเกินระดับปกติ จากการทบทวนสาเหตุเกิดจากผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารยา (หลักการบริหารยา 6 R) เพื่อปรับปรุงขบวนการการบริหารยาจึงได้มีการมีการทบทวนหลักการบริหารยา 6 R มีการตรวจสอบซ้ำโดยใช้เจ้าหน้าที่ 2 คนในการบริหารยาให้ผู้ป่วย และมีการควบคุมกำกับติดตามโดยหัวหน้าเวรอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์หลังจากมีการทบทวน อัตราการเกิด admin error ในระดับ D ลดลง=0   (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)   * ปี 2558 มีผู้ป่วย 1 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม High Alert Drug เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงจึงได้นำมาเป็นกรณีศึกษาในการทบทวนและปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติในการใช้ยากลุ่ม High Alert Drug จากการทบทวนพบว่าการให้ข้อมูลประวัติการใช้สารเสพติดไม่ตรงกับความเป็นจริง และในระหว่างการบำบัดรักษามีการลักลอบนำสารเสพติดมาใช้ ทำให้เมื่อได้รับเมทาโดนขนาด 15 mg./วัน เกิดอาการ opioid overdose ทำให้เกิดการทบทวนแนวทางการซักประวัติ การสั่งใช้ยา การติดตามหลังการใช้ยา และการเตรียม antidote (naloxone) อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็นให้เพียงพอ พร้อมใช้และใช้เป็นในทุกหน่วยงานที่มีการสั่งจ่ายเมทาโดน ผลลัพธ์ ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยากลุ่มกลุ่ม High Alert Drug   (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ  (antimicrobial Stewardship) :   * ปี 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (RI)ไม่เหมาะสม จำนวน 14 อุบัติการณ์เนื่องจากมีการสั่งใช้ยาโดยขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับยาต้านจุลชีพ เพื่อให้การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล จึงมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ปรับปรุงแนวทางในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ปรับฉลากยาให้มีชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย มีการแก้ไขคำเตือนบนฉลากยา และเริ่มเก็บข้อมูลเป็นตัวชี้วัด เพื่อนำมาวิเคราะห์ ทบทวนหาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไข ผลลัพธ์พบปี 2562 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (RI) เท่ากับ 11.88ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ <=20 ตามที่กำหนดไว้ของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) กระทรวงสาธารณสุข   (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:   * ปี 2558-2559 จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับ antipsychotic drug มีอาการข้างเคียง Extrapyramidal syndrome (EPS) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียง จึงได้ทบทวนวรรณกรรมและฐานข้อมูลเกี่ยวกับยาและการบำบัด รวบรวมข้อมูลเสนอคณะกรรมการ PTC พิจารณาหลักเกณฑ์ในการจ่าย anticholinergic drug ควบคู่กับการจ่าย antipsychotic และในปี 2561 คณะกรรมการ PTC ได้พิจารณานำรายการยา Quetiapine เข้าบัญชียาโรงพยาบาลและกำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและมีการติดตามผู้ป่วยทุกรายที่มีการใช้ Quetiapine ผลลัพธ์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง EPS ในผู้ป่วยนอก   II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน  (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาปลอดภัย จึงได้มีการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งเก่าและใหม่ทุกราย จัดให้มีการอบรมและทบทวนความรู้ แนวทางปฏิบัติด้านยาที่เป็นปัจจุบันแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านยาที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล หรือผ่านระบบ line ผลลัพธ์ปี 2561 -2562 มีอัตราการเกิด admin error ลดลง เท่ากับ 0.18 และ 0.2 ตามลำดับ   (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:   * เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายที่จำเป็นในการพิจารณาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้   (1) มีการนำโปรแกรม HOSxPซึ่งเป็นโปรแกรมที่ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน  (2) มีการกำหนดสิทธิของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลตามความจำเป็นและการใช้งาน  **ผลลัพธ์** ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การถูกจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น  (3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:   * เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับข้อมูลยาที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง จึงได้มีการจัดประชุมและทบทวนรายการยาที่เหมาะสมและจำเป็นต่อผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จัดทำคู่มือวิธีบริหารยาและความ คงตัวของยาฉีด ปรับฉลากยาให้มีชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย มีการแก้ไขคำเตือนบนฉลากยา มีการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา บริการให้คำปรึกษาด้านยา **ผลลัพธ์**ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้รับข้อมูลยาที่จำเป็นอย่างถูกต้อง   (4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:   * เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดการแพ้ยาซ้ำ การสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ยาที่ทำให้เกิด drug interaction จึงมีการเฝ้าระวังโดยนำโปรแกรมHOSxPมาใช้โดยมีข้อความแจ้งเตือน แบบ pop up ประวัติการแพ้ยา ทั้งชื่อยาและอาการที่แพ้ยา ผลที่เกิดขึ้นหากมีการใช้ยาที่เป็นคู่ยาที่ทำให้เกิด drug interaction   **ผลลัพธ์** ปี 2559-2560 ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ  **ผลลัพธ์**ปี 2561 พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ราย (ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาที่ OPD แต่แจ้งแพ้ยาที่ตึกหลังจากทานยาไปแล้ว 1 มื้อ)  **ผลลัพธ์**ปี 2562 พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ราย (ผู้ป่วยแจ้งแพ้ Penicillin แพทย์สั่งจ่าย Amoxicillin แต่ระบบไม่ได้ ลง lock กลุ่มไว้ ทำให้ระบบไม่แจ้งเตือน ทราบหลังจากผู้ป่วยทานยาไป 1 มื้อ)  เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงมีการวางระบบเฝ้าระวัง ดังนี้ (1)ทบทวนการลงข้อมูลแพ้ยาในโปรแกรม HOSxP เพื่อให้มีการแจ้งเตือนทันที (2) มีการกำกับติดตามให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติโดยตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยจากทั้งเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์  (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:   * ปี 2558 - 2560 มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอกับปริมาณของผู้ป่วยและปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความเหมาะสม มีพื้นที่เพียงพอ ในปี 2561-2562 หลังจากตึกโอพีดีหลังใหม่เสร็จพร้อมใช้งาน จึงมีการย้ายห้องจ่ายยาไปยังตึกหลังใหม่ ทำให้มีพื้นที่กว้างขวาง เพียงพอ และเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ทั้งงานบริการ งานผลิต และงานบริหารเวชภัณฑ์   II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา  (1) การจัดหายา:   * ปี 2561 พบอุบัติการณ์ยาขาด 1 รายการ ได้แก่ Ibuprofen 400 mg เนื่องจากเคมีภัณฑ์ขาด เพื่อให้มียาเพียงพอ พร้อมใช้ จึงได้มีการแก้ไขเบื้องต้นโดยการแจ้งผู้สั่งใช้ยาทราบ ให้ใช้หรือจ่ายยาอื่นทดแทน คือ Naproxen 250 mg. หรือ Diclofenac 25 mg. มีการกำหนดแนวทางในการจัดหายา คือ ให้ทำการจัดซื้อยาจากร้านยาในกรณีต้องการยาเร่งด่วน และประสานโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อยืมยา ผลลัพธ์ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาขาด   (2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:   * เพื่อป้องกันเข้าถึงยา Methadone ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ จึงได้ทบทวนเก็บรักษายา Methadone ตามมาตรฐาน โดยกำหนดให้ยา Methadone ถูกเก็บรักษาในตู้ที่มีกุญแจล็อคแน่นหนา มีการระบุผู้รับผิดชอบรักษากุญแจอย่างชัดเจน และมีการสุ่มตรวจการเก็บรักษายา Methadoneทุกเดือน ผลลัพธ์ ปี 2558-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยา Methadone สูญหาย   (3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:   * เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ เพียงพอ พร้อมใช้ จึงได้มีการจัดทำกล่องยา Emergency box พร้อมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างถูกต้องจากเดิมการสำรองยาฉุกเฉินมีการเก็บสำรองอย่างไม่เป็นระบบ ตรวจสอบยาก มีปัญหาเรื่องจำนวนยาไม่ครบรายการ ยาหมดอายุโดยไม่มีการเบิกใหม่มาสำรอง จำนวนไม่เพียงพอสำหรับในการช่วยชีวิตเบื้องต้น จึงมีการประชุมเพื่อจัดหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำกล่องยา Emergency box ขึ้นมา สำหรับหอผู้ป่วยทุกตึก จัดเก็บไว้บนรถ Emergency ในหอผู้ป่วย โดยภายในกล่องประกอบด้วย   1. Adrenaline inj. 1 mg/ml. จำนวน 10 amp.  2. Atropine sulfate inj. 0.6mg/ml. จำนวน 3 amp.  3.50% Dextrose inj. 50 ml. จำนวน 3 amp.  4. Sodium bicarb inj. 7.5% 50 ml. จำนวน 3 amp.  5. Diazepam inj. 5 mg/ml in 2 ml. จำนวน 3 amp.  6. Benztropinemesylate inj. 1 mg/ml. in 2 ml. จำนวน 5 amp.  ทำให้การจัดเก็บยาช่วยชีวิตเป็นระบบมากขึ้น มียาสำรองใช้ และมีความสะดวกพร้อมใช้ ทันเวลา และมีการให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย **ผลลัพธ์** ปี 2558 - 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ ไม่เพียงพอหรือไม่พร้อมใช้  (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:   * การบริการห้องจ่ายยาโรงพยาบาลให้บริการตั้งแต่เวลา 8.30-16.30น. นอกเวลาราชการหากมีความจำเป็นต้องใช้ยา ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจะมีเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน   (5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:  - ยาที่ส่งคืนจากหอผู้ป่วย กรณีที่เป็นยาเม็ดเปลือยรับคืนมาไม่มีการนำไปใช้ต่อ จะนำไปทำลาย  - กรณีเป็นยาที่เป็น foil ห้องยารับคืนมา (โดย foil ยังอยู่ในสภาพสมบูรณ์) และนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยรายต่อไป  - กรณียาที่เป็นยาเม็ดเปลือย ห้องยาจะพยายามปรับเปลี่ยนจากยาเม็ดเปลือยให้เป็น foil เพื่อลดการสูญเสียและง่ายต่อการเก็บรักษา ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เช่น ยา Lorazepam 1 mg. Haloperidol ทุกความแรงBrufen 400 mg.Perphenazine 8 mg.  II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง  (1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:   * เพื่อป้องกันการเกิด Prescribing Error คณะกรรมการ PTC จึงมีนโยบายเน้นการใช้ชื่อสามัญทางยาเป็นหลัก ระบุขนาดยา วิธีการใช้ยา และจำนวน/ปริมาณ ยาที่ชัดเจน อนุญาตให้ใช้คำย่อตามบัญชีคำย่อในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการเขียนคำสั่งยา เช่น แนวทางปฏิบัติเรื่องเฝ้าระวัง คู่ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยา จัดให้มีการอบรมและทบทวนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบยาและแนวทางปฏิบัติด้านยาที่เป็นปัจจุบัน แก่บุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทุกราย จากการกำกับติดตามต่อเนื่อง แพทย์ปฏิบัติตามนโยบาย ผลลัพธ์ปี 2558-2562 อุบัติการณ์ prescribing error ของผู้ป่วยในไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด   (2) medication reconciliation:   * มีการประสานยาเดิมจากผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและเชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนของการรักษาโดยการทำงานต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ยังมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในขบวนการทำMedication reconciliation ดังแสดงในตาราง  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รายการ** | **2560** | **2561** | **2562** | | ความคลาดเคลื่อนในขบวนการ Medication reconciliation (ครั้ง) | 1 | 6 | 1 |   โดยความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเช่น การระบุรายละเอียดในแบบบันทึก Medication reconciliation ไม่ครบถ้วน และการบันทึกมีความคลาดเคลื่อน จึงได้มีการทบทวนการเขียนแบบบันทึก Medication reconciliation เพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนในปี 2559 ได้มีการจัดทำตราปั้ม “no med reconcile” สำหรับปั้มในใบ doctor order sheet เพื่อเป็นการยืนยันว่าได้มีการสอบถามยาเดิมในผู้ป่วยทุกราย ผลลัพธ์ปี 2562 ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต่อเนื่องครบถ้วนและพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการกรอกแบบฟอร์ม Medication reconciliation ลดลง พบเพียง 1 ราย  (3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry;CPOE)ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:   * มีการนำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxPมาใช้สำหรับสนับสนุนการตัดสินใจของแพทย์ในการสั่งใช้ยา เพื่อป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction) และป้องกันการแพ้ยาซ้ำ นอกจากนี้คณะกรรมการ PTC ทบทวนและแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction) และข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxPให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ปี 2558-2562 ไม่พบอุบัติการณ์แพทย์สั่งใช้ยาที่เป็น fatal drug interaction   II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา  (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:   * ปี 2562 คณะกรรมการ PTC มีการทบทวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อความต้องการทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพิจารณาเพิ่มรายการยาจำนวน 17 รายการ และเพื่อให้การใช้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ยาที่ขาดข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า ตัดยาบางรายการที่มีการใช้น้อย ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน 12 รายการ ผลลัพธ์ปี 2563 (ต.ค.62 - พย.62)ความต้องการใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาลลดลงเหลือเดือนละ 1-2 รายการ จากเดือนละ 7-8 รายการ   (2) การจัดเตรียมยา:   * เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเตรียมที่สะอาดปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนทางกายภาพ จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานการทำความสะอาดบริเวณผลิตก่อน-หลังกระบวนการผลิตยา มีมาตรฐานการล้างมือก่อนผลิต มีมาตรฐานการทำความสะอาดอุปกรณ์ภาชนะที่ใช้ในการผลิตและการบรรจุ มาตรฐานความสะอาดในกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน มีการทบทวนมาตรฐานดังกล่าวให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผลลัพธ์ปี 25560-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาที่ผลิตมีการปนเปื้อนทางกายภาพและถูกส่งคืนกลุ่มงานเภสัชกรรม   (3) การติดฉลากยา:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย จึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบยาเพื่อลด administration error ในหอผู้ป่วยโดยการปรับปรุงฉลากยาเป็น 1 ในแนวทางแก้ปัญหา คือ(1) กรณียาตัวใดที่มีการสั่งใช้ 1x3 pc และก่อนนอน ในยาตัวเดียวกัน เวลาจัดยาให้แยกซองยาก่อนนอนไว้ต่างหาก 2.กรณีมีตัวยาที่ต้องจ่ายครั้งละ ครึ่ง เม็ด หรือมากกว่า 1 เม็ด ให้ทำสัญลักษณ์ตรงตัวเลขหน้าซองยาให้เป็นที่สังเกตชัดเจนในปี 2561กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้มีการพัฒนาฉลากยาเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use (RDU)) กำหนดให้ควรมีชื่อภาษาไทยกำกับไว้บนฉลากยา มีคำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 80.4   (4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:   * ปี 2558 และ ปี2560-2561 จากการรายงานอุบัติการณ์พบว่ามีอัตรา dispensing error ผู้ป่วยในเท่ากับ 1.27, 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน จึงมีนำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์หาสาเหตุ พร้อมทั้งได้ทบทวนแนวปฏิบัติในการจัด-จ่ายยา และนิเทศติดตามโดยหัวหน้างานอย่างใกล้ชิด ผลลัพธ์ ปี 2562 อัตรา dispensing error เท่ากับ 0.57 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์ จึงมีแผนทบทวนแนวปฏิบัติโดยเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งก่อนส่งมอบ (triple check) ให้หน่วยบริการพร้อมทั้งให้บุคลากรทุกท่านหมุนเวียนหน้าที่ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มพูนความชำนาญในทุกกระบวนการจัดจ่ายยา   (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:   * เพื่อให้ผู้ป่วยนอกเข้าใจวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามฉลาก จึงมีแนวทางการจ่ายยาผู้ป่วยนอก และมีกระบวนการจ่ายยาตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม พ.ศ. 2554 นอกจากนี้มีมีคำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นในปี 2561ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75เป็น ร้อยละ 80.4   II-6.2 ค. การบริหารยา  (1) การบริหารยาการใช้แบบบันทึกการให้ยา(Medication Administration Record; MAR)การตรวจสอบซ้ำ:   * ปี 2560 มีอุบัติการณ์บริหารยาผู้ป่วยในผิดคน จำนวน 2 ราย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดแจกยาในส่วนของการบันทึกการให้ยาและการสื่อสาร (ใบ MAR) คือ ไม่ได้ใช้ใบ MAR ในการจัดแจกยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง จึงทบทวนแนวปฏิบัติเรื่องการจัดแจกยาให้ผู้ป่วย คือ เจ้าหน้าที่จัดยาให้จัดยาตามหน้าซองยา ส่วนเจ้าหน้าที่อีกท่านก่อนแจกยาให้ตรวจสอบยากับใบ MAR ทุกครั้งมีการนิเทศ ติดตาม และสุ่มตรวจการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รายบุคลโดยหัวหน้าเวรหรือหัวหน้างาน ผลลัพธ์ ปี 2561-2562 ไม่พบอุบัติการณ์บริหารยาผิดคน   (2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:   * กรณีผู้ป่วยที่ได้รับ antipsychotic การมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการดูแลเรื่องการกินยาของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตไม่สามารถดูแลตัวเองได้ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ในขณะแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีญาติร่วมฟังด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในเรื่องการกินยาได้อย่างถูกต้อง จากการเก็บข้อมูลในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่ม antipsychotic พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบต้องอาศัยข้อมูลจากญาติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาได้อย่างเต็มที่ผลลัพธ์ 2558-2562 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินยาเองได้มีครอบครัวดูแลและรับรู้เรื่องการกินยาของผู้ป่วยทุกราย   (3) การติดตามผลการใช้ยา:   * ในปี 2558 สามารถติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา antipsychotics ได้ จำนวน 95 % พบผู้ป่วยที่เกิด ADR type A จากยาในกลุ่มนี้ จำนวน 10 % ต่อมาในปี 2559 จึงได้มีการปรับการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา antipsychotics ได้ จำนวน 98 % พบผู้ป่วยที่เกิด ADR type A จากยาในกลุ่มนี้ จำนวน 6 % ในปี 2561-2562 สามารถติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม antipsychotics ตัว Quetiapine ซึ่งเป็นยาเข้าใหม่ของโรงพยาบาลได้ จำนวน 100 % ผลลัพธ์ไม่พบผู้ป่วยเกิด ADR type A   (4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:   * เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิมของผู้ป่วยและยาตามแผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จึงทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเรื่อง Medication reconciliation และคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction)ทั้งข้อมูลรายการยา อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และการติดตามเฝ้าระวัง ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาและประวัติการได้รับยาของผู้ป่วย นำข้อมูลมาพิจารณาเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในปัจจุบัน ผลลัพธ์ ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิมของผู้ป่วยและยาตามแผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การจัดทำคู่มือการบริหารยาฉีดที่มีในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา * CQI ปี 2560 พัฒนาระบบยาเพื่อลด Administration error * ปี 2561 มีการ “พัฒนาข้อมูลบนฉลากยา” ร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ * นำระบบคอมพิวเตอร์ HOSxPในการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยและการแจ้งเตือนการแพ้ยาและคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน รวมทั้ง food-drug interaction * ระบบการประสานยาเดิมของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลให้ความสำคัญกับประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น * คู่มือ/อบรมการให้ความรู้ยาในกล่องยาฉุกเฉิน “Emergency box” * จัดทำบัญชียาโรงพยาบาล * ปรับปรุงคู่มือ High alert drug (HAD) * ปรับปรุงแนวปฏิบัติป้องกันการแพ้ยาซ้ำ * การปรับปรุงแนวปฏิบัติในการเบิกเมทาโดนของผู้ป่วยใน   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา | | 3 | I | พัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการเสริมพลังผู้ป่วย | | | | | |
| 1. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา | | 3 | I | พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ | | | | | |
| 1. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง | | 3 | I | พัฒนาระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 1. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา | | 3 | I | พัฒนาระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการใช้  ยาอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 1. การบริหารยาและติตตามผล | | 3 | I | การใช้ IT ในการบริหารยาและพัฒนาระบบการติดตามการใช้ยาในกลุ่ม antipsychotic/ยาใหม่ | | | | | |

**II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์(ไม่มีบริการ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):  การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี:  จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):  จำนวนรังสีแพทย์:  เทคโนโลยีสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:  (2) ทรัพยากรบุคคล:  (3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:  (5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:  (6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:  (7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:  II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา  (1) คำขอส่งตรวจ:  (2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:  (3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:  (4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:  (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:  (6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:  (7) การแปลผลภาพรังสี:  II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:  (2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:  (3) ระบบบริหารคุณภาพ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ | |  |  | |  | | | | |

**II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| 1.อัตราการชี้บ่งสิ่งส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน | | 100 | | N/A | 95.55 | 94.41 | 96.08 | 99.54 |
| 2.อัตราการรายงานผลถูกต้อง ถูกคน ถูกราย | | 100% | | N/A | 99.84 | 99.25 | 99.34 | 98.37 |
| 3.ผล IQC ถูกต้อง ครบถ้วนและอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ | | ≥90% | | 100 | 100 | 95.10 | 93.33 | 92.59 |
| 4. เครื่องมือสำคัญได้รับการสอบเทียบ และ ผ่านเกณฑ์การสอบเทียบตามระยะเวลา | | ≥90% | | 100 | 100 | 100 | 100 | 73.91 |
| 5. ระยะเวลารายงานผลแลปวิกฤติ ภายในเวลาที่กำหนด | | ≥90% | | 100 | 100 | 100 | 100 | 48.00 |
| 6. ร้อยละการติดตามค่าวิกฤติ และได้รับการแก้ไขจากแพทย์ | | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 6. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ  (แยกตามกลุ่มผู้รับบริการ)  - พยาบาล  - แพทย์ | | ≥80% | | 84.0  80.0 | 84.0 | 84.0 | 87.0 | 80.74 |
| 7. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ ขณะปฏิบัติงาน | | 0ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก): เปิดให้บริการในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น นอกเวลาราชการ/วันหยุดราชการ : On callและให้บริการส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก กรณีไม่มีเปิดบริการ  จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 2 คน  **iii. กระบวนการ**  II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการป้องกันความผิดพลาดจากการให้บริการผู้รับบริการได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ จึงได้มีการวางแผนการจัดบริการ ดังนี้ (1)**กระบวนการก่อนการวิเคราะห์** หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บตัวอย่าง และมีการประกาศเกณฑ์ในการปฏิเสธตัวอย่างที่ชัดเจน (2) **กระบวนการตรวจวิเคราะห์** ใช้หลักการตรวจที่เป็นวิธีมาตรฐาน มีการทบทวนวิธีการตรวจ ปีละ 1 ครั้ง ก่อนการตรวจวิเคราะห์ใช้สารควบคุมคุณภาพ(QC) อย่างน้อย 2 ระดับ พร้อมทั้งบันทึก(Worksheet) สำหรับการทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยและ ผลการตรวจ (3**) กระบวนการหลังการตรวจวิเคราะห์** รายงานผ่านระบบ HosxPในผู้ป่วยรายที่มีผลการตรวจผิดปกติ มีการแสดง Popup เพื่อแจ้งเตือน พร้อมทั้งการโทรศัพท์เพื่อรายงานค่าวิกฤติโดยตรง และมีการติดตาม และทำซ้ำ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถรายงานผลการตรวจได้ถูกต้อง และทันเวลาทุกราย * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่อง ความถูกต้อง แม่นยำในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จึงวางแผนต่อเนื่องโดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์ โดยการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความผิดพลาดในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (Reducing Pre-analytical error) ซึ่งอยู่ระหว่างการวางแผน และติดตามตัวชี้วัด   (2)(4) พื้นที่ใช้สอยเครื่องมือและอุปกรณ์:   * เพื่อให้หน่วยงานมีเครื่องมือและอุปกรณ์ ที่มีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อการตรวจทดสอบ การกำหนดสถานที่ในการจัดวางเครื่องมือ และพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเหมาะสมตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต มีการดูแลรักษาความสะอาดพื้นที่ปฏิบัติงาน (5 ส) พร้อมทั้งบันทึกติดตามอุณหภูมิและความชื้นภายในห้องปฏิบัติการ และอุณหภูมิตู้เย็นสำหรับเก็บน้ำยาตรวจวิเคราะห์ ส่วนวัสดุที่ปนเปื้อนตัวอย่างทดสอบหรือชุดทดสอบที่ใช้แล้ว ทิ้งในถังขยะติดเชื้อที่มีการระบุด้วยฉลากหรือสัญลักษณ์ชี้บ่ง เครื่องมือและอุปกรณ์ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยผู้ปฏิบัติงาน และสอบเทียบตามระยะเวลา จากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ผลลัพธ์ที่ผ่านมาเครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบ ผ่านการสอบเทียบ 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอุบัติการณ์วัสดุหรือน้ำยาเสียหาย หรือส่งผลกระทบต่อการตรวจวิเคราะห์   (3) ทรัพยากรบุคคล:   * เพื่อให้การดูแลผู้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานได้จัดบริการและเปิดรายการทดสอบได้ตามเข็มมุ่งของกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีการประเมิน Workload ตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ และมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี และเป็นสมาชิกการเข้าร่วมทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์(EQA) กับหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการประเมินสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน   (5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:   * เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มีความถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ หน่วยงานได้มีการจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผู้จำหน่ายน้ำยาและ วัสดุทางการแพทย์ และประเมินผลปีละครั้ง * มีการจัดทำเกณฑ์ คัดเลือก และประเมินติดตามความสามารถห้องปฏิบัติการส่งต่อ ปีละครั้ง   (7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:   * เพื่อให้เกิดการติดต่อประสานที่ดี กับผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการ ได้มีการสื่อสารโดยการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ ปีละ 2 ครั้ง มีการตรวจเยี่ยมจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา ปีละครั้ง โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ พร้อมทั้งส่งรายงานการตรวจติดตามตามข้อเสนอแนะภายในเวลาที่กำหนดที่ผ่านมาหน่วยงานได้จัดการแก้ไขและตอบข้อเสนอแนะได้ทันภายในเวลาที่กำหนด   II-7.2 ข. การให้บริการ  (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:   * เพื่อให้ได้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่มีคุณภาพในการตรวจวิเคราะห์ หน่วยงานได้มีการจัดทำคู่มือการให้บริการ พร้อมทั้งมี Flow chart วิธีการจัดเก็บตัวอย่างตรวจที่ใช้บ่อยให้กับตึกผู้ป่วย มีการกำหนดเกณฑ์ในการรับ-ปฏิเสธตัวอย่างสิ่งส่งตรวจอย่างชัดเจน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และผลการตรวจใน worksheet เพื่อทวนสอบข้อมูลผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อลดอัตราความผิดพลาดในกระบวนการก่อนตรวจวิเคราะห์ (Reducing Pre-analytical error)เบื้องต้นอยู่ระหว่างการวางแผนและกำกับติดตามตัวชี้วัด   (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:   * เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในผลการตรวจวิเคราะห์ ได้ใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นมาตรฐาน มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อให้การตรวจทดสอบถูกต้องตามมาตรฐานเดียวกัน มีการจัดทำวิธีปฏิบัติอย่างย่อวาง ณ จุดปฏิบัติงาน ครอบคลุมรายละเอียดสำคัญ ใช้วัสดุควบคุมคุณภาพอย่างน้อย 2 Level พร้อมทั้งติดตามแก้ไขในกรณีที่ผล IQC ไม่ผ่านเกณฑ์และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์มีการชี้บ่งหลังการเตรียมใช้งาน เพื่อตรวจสอบวันหมดอายุซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการตรวจ มีการทบทวนกระบวนการวิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิงและแลปวิกฤติอย่างน้อยปีละครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ได้รับการสอบเทียบตามกำหนดระยะเวลาโดยช่างที่ชำนาญงาน ผลลัพธ์ที่ได้ พบว่า ผล IQC ก่อนการทดสอบทุกรายการผ่านเกณฑ์ ปี 2562 พบปัญหา IQC ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 รายการ คือ Creatinine ALT และ Na ซึ่งได้วิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขได้เรียบร้อยตามเกณฑ์   (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผู้รับบริการได้รับผลการตรวจรวดเร็ว และทันเวลา หน่วยงานได้กำหนดแลปวิกฤติ และแนวทางในการรายงานผลแลปวิกฤติ ผลลัพธ์ที่ผ่านมา พบว่าสามารถรายงานค่าแลปวิกฤติได้ทันเวลาทุกราย (รายงานภายใน 5 นาทีหลังพบค่าวิกฤติ) * กระบวนการรักษาความลับของผู้ป่วย เช่น รายงานผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ได้ดำเนินการโดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการรายงานผลที่ชัดเจน กำหนดการใช้รหัส Username และ Password ในการเข้าระบบ ไม่มีการลงรายงานผลการตรวจในระบบคอมพิวเตอร์และรายงานทางโทรศัพท์ ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย   (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:   * เพื่อให้สิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้มีการจัดการที่เหมาะสม มีการแนวทางปฏิบัติในการจัดการสิ่งส่งตรวจ เช่น กำหนดระยะเวลา อุณหภูมิที่เหมาะสมในการจัดเก็บเพื่อการทวนสอบ มีการกำจัดตามแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และสามารถทวนสอบสิ่งส่งส่งตรวจที่มีปัญหาได้ทุกราย   II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ระบบบริหารคุณภาพ: (หน้า 122)   * ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้เข้าร่วมโครงการตรวจเยี่ยมภายในห้องปฏิบัติการทางแพทย์โดยผู้ตรวจเยี่ยมจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 โดยมีเป้าหมายในการวางระบบพัฒนาคุณภาพ เพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินและรับรองตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบันใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ 2560 ตลอดจนการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามนโยบาย 2P Safety ของโรงพยาบาล ในการบ่งชี้ข้อมูลผู้ป่วย   (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด ความถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้ของผลการตรวจทดสอบ และเป็นการประเมินสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน จึงได้ดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรมการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ ในสาขาที่หน่วยงานเปิดให้บริการ ในรายการทดสอบที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ อยู่ระหว่างการเตรียมการเพื่อแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการภายนอก ที่ผ่านมา พบว่า การทดสอบความชำนาญในการตรวจสารเสพติดเบื้องต้นในปัสสาวะ ผลการทดสอบถูกต้อง กรณีที่มีปัญหา จะมีการทบทวนการเลือกใช้ชุดตรวจ ในสาขาเคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์ ผลคะแนนอยู่ในระดับน่าพอใจ โลหิตวิทยาอยู่ในระดับ Excellent และ good ทุกครั้งที่มีรายงานตอบกลับ จะนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ   (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:   * เพื่อบรรลุเป้าหมายความถูกต้อง แม่นยำ ในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้ง ต้องมีการใช้วัสดุควบคุมคุณภาพอย่างน้อย 2 ระดับ พร้อมทั้งแก้ไขในกรณีผลการทดสอบไม่ผ่านเกณฑ์ ก่อนทำการตรวจวิเคราะห์ หากไม่สามารถแก้ไขได้จะพิจารณาส่งตรวจหน่วยงานภายนอกตามความสำคัญเร่งด่วนของชนิดตัวอย่างทดสอบ หรือตามความต้องการของแพทย์   (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเป็นห้องปฏิบัติที่มีมาตรฐาน จึงได้วางแผนในการขอรับการประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์ และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยผ่านกระบวนการตรวจเยี่ยมประเมินจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการเรียนรู้และพัฒนาระบบคุณภาพ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน LA จากสภาเทคนิคการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การพัฒนาการรายงานผลแลปวิกฤติผู้ป่วยที่มีค่า Electrolyte imbalance เป้าหมายคือทันเวลาทุกราย โดยมีกระบวนการพัฒนาเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยสุราของทีมสหวิชาชีพ สามารถลดระยะเวลาการเกิดภาวะ Deliriumในผู้ป่วยสุรา มีการติดตามและตรวจซ้ำในรายที่มีผลแลปวิกฤติทุกราย มีนโยบายเปิดบริการ Oncallนอกเวลาราชการและวันหยุด * การพัฒนาระบบการรายงานผลการตรวจเอชไอวี แบบ same day result เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจในการอยู่บำบัดได้นาน ต้องการทราบผลทันที จึงได้มีกระบวนการโดยการเลือกใช้ชุดตรวจและแนวทางการตรวจตามหลักของ WHO ปัจจุบันสามารถรายงานผลทุกรายได้ภายใน 1 วัน * ผลการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการซีโรโลยีแห่งชาติ กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คะแนน 100 เต็มในทุกปี   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก | **4** | | **I=3** | **การนำระบบ LIS มาใช้ในห้องปฏิบัติการ** | | | | |

**II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต(ไม่มีบริการ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ:  การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:  **iii. กระบวนการ**  ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:  ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดและผลการปฏิบัติ:  ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:  มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):  ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:  ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:  ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:  การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:  การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต |  | |  | |  | | | | |

**II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค &II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  (2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |  | |  | |  | | | | |

**II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| การเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ | | | | | | | | |
| 1.จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ (ที่มา:ระบบ บสต.) | |  | | N/A | 8,341 | 10,715 | 10,948 | 11,060 |
| การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในบุคลากร และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา | | | | | | | | |
| 2. ความครบถ้วนของการสอบสวนเฉพาะรายหลังการเกิดอุบัติการณ์ โรคตาม รง.506\* | | 80 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 3. ความทันเวลาของการสอบสวนเฉพาะรายหลังการเกิดอุบัติการณ์ โรคตาม รง.506\* | | 80 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 4. คุณภาพของการสอบสวนโรคหลังการเกิดอุบัติการณ์ โรคตาม รง.506\* | | 80 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 5. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ | | 90 | | 69.91 | 58.16 | 48.78 | 49.51 | 44.03 |
| 6. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีภาวะเสี่ยงโรคในกลุ่มเมตาบอลิกได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | | 80 | | 80 | 92 | 100 | 100 | 100 |
| **หมายเหตุ**: เขตพื้นที่ความรับผิดชอบ\* หมายถึงพื้น จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดสงขลาโรคตาม รง.506\* \*หมายถึง โรคอุจจาระร่วง วัณโรค ตาแดง อีสุกอีใส เริม ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคเอดส์ เป็นต้น | | | | | | | | |
| **ii. บริบท**  โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพด้านยาเสพติดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่, ชุมพร, นครศรีธรรมราช, พังงา, ภูเก็ต, ระนอง, สุราษฎร์ธานี และ เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 1 จังหวัด คือจังหวัดสงขลา จากสถิติอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดภาคใต้ปี พ.ศ.2562 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 5 อันดับแรก ยาบ้า, 4×100, ยาไอซ์, เฮโรอีน และกัญชา คิดเป็น ร้อยละ 35.76, 6.79,6.71,2.92, 15.20 และ53.70 ตามลำดับหากแยกตามจังหวัดที่เข้ารับการบำบัด พบว่า จังหวัดสงขลา มีสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.89 รองลงมาคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช คิดเป็นร้อยละ 10.66 โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาซึ่งมีพันธกิจหลัก ในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด โดยได้ดำเนินงานสร้างเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ เครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด การขับเคลื่อน Service plan ยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 12 ดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบคณะกรรมการจังหวัด ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลทั่วไป และคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2547 -ปัจจุบันนอกจากการเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดในชุมชนแล้ว ยังมีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เพื่อป้องกันโรคแลภัยสุขภาพเนื่องจากบุคลากรอาจมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากได้รับความเสี่ยงจากการทำงาน หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดโรคเฉียบพลัน หรือโรคเรื้อรังได้  โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: จากผลตรวจสุขภาพครั้งล่าสุดปี 2563 จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจทั้งหมด 70 คน มีกลุ่มสถานะสุขภาพ 3 กลุ่ม คือ 1)กลุ่มปกติร้อยละ 50.00 2)กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 41.43 ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะตับอักเสบ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง คอเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 3)กลุ่มป่วย ร้อยละ 8.57 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และพาหะโรคตับอักเสบ อีกทั้งพบว่าเจ้าหน้าที่มีค่าดัชนีมวลกายแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ **กลุ่มปกติ**(18.5-22.9 กก./ม.2 ) **กลุ่มเริ่มอ้วน**(23-24.9 กก./ม.2) **กลุ่มอ้วนระดับ1** (25-29.9 กก./ม.2) และ**กลุ่มอ้วนระดับ2** (30-39.9 กก./ม.2) ร้อยละ 46.15 23.08 23.08 และ 7.69 ตามลำดับ และมีรอบเอวเกิน (เพศชาย ไม่เกิน 90 ซม.และเพศหญิง ไม่เกิน 80 ซม.) มากถึง ร้อยละ 50.88 และ 56.06 ตามลำดับ จึงมุ่งเน้นควบคุม เฝ้าระวัง โดยส่งไปร่วมกิจกรรมกับคณะทำงานส่งเสริมคุณภาพชุมชน โครงการชวนขยับเท่ากับห่างไกลออฟฟิสซินโดรม ปี 2562 เน้นให้บุคลากร กลุ่มเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ (อาหาร/อารมณ์/ออกกำลังกาย) 2 ส (เลิกสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) โดยอาศัยการกำกับตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีปัญญาสังคม อีกทั้งยังจัดประกวด BEST PRACTICE “คนต้นแบบสุขภาพดี” โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนกลุ่มป่วยดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุของการป่วย และกระตุ้นให้พบแพทย์ตามนัด รวมทั้งปฏิบัติตนเองตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องวนกลุ่มอื่นๆที่ป่วยให้พบแพทย์ และให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต่อไป ซึ่งในปี 2563 มีสถานการณ์โรคโควิท 19 ทำให้สถานบริการตรวจสุขภาพบางโรงพยาบาลปิดการให้บริการ ประกอบกับกลุ่ม **1. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ** บางส่วนยังไม่พบพยาธิสภาพของโรคหรือภัยสุขภาพและเรื่องสถานที่ตรวจเนื่องจากต้องไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น **2. กลุ่มพนักงานราชการและพนักงานจ้างเหมาบริการ** ไม่สามารถเบิกได้ต้องจ่ายเงินเองครึ่งหนึ่ง **3. กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข** ในบางส่วนที่อายุยังน้อย และยังไม่พบพยาธิสภาพของโรคหรือภัยสุขภาพจึงคิดว่าการตรวจสุขภาพไม่จำเป็นมาก  **iii. กระบวนการ**  II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:  (1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:  (1) การเฝ้าระวังสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้   * นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านยาเสพติด   โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีวิสัยทัศน์คือประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติดที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค และพันธกิจคือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติด ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วน (Collaboration Center) เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศ สู่มาตรฐานสากล โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้ อีกทั้งได้รับหมอบหมายให้มีการจัดตั้ง สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 12 เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่จำกัด อีกทั้งพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ 13 สาขา โดยเฉพาะสาขายาเสพติด ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบในการขับเคลื่อน Service plan ยาเสพติดของเขตสุขภาพที่ 12  โดยมีการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายด้านยาเสพติดที่ครอบคลุ่ม 11 จังหวัดภาคใต้ และ Service plan ยาเสพติดของเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งจะมีการประชุมรับนโยบายในเวที คปสจ เขต และทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านยาเสพติด อีกทั้งยังมีการจัดอบรมให้กับเครือข่ายทุกปี สำหรับปี 2563 ได้จัดภายใต้โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดภาคใต้ (ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับศาสตร์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด)  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้จัดทำแผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านยาเสพติดดังนี้คือ1.พัฒนาความเป็นเลิศด้านยาเสพติด 2.การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบำบัดสู่สากล 3.สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อออนไลน์ 4.พัฒนาวิจัย R2R 5.พัฒนาองค์ความรู้วิชาการ เพื่อผลักดันนโยบาย 6.กระบวนการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ 7.พัฒนาความร่วมมือทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ 8.พัฒนาความเชี่ยวชาญของสหวิชาชีพด้านการบำบัดรักษายาเสพติด 9.พัฒนาเครือข่ายทางวิชาการในระดับประเทศและนานาชาติ  การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถซึ่งมีรูปแบบการดำเนินการ 2 รูปแบบคือ 1.โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาดำเนินการ ด้านยาเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสังเคราะห์ และนักวิชาการสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้ และ 2.โดยเครือข่ายยาเสพติด ได้แก่ สถานพยาบาล เรือนจำกลางสงขลา ทัณฑสถานหญิงสงขลา และทัณฑสถานบำบัดพิเศษ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง บ้านโอโซน ชุมชน CBTxบ้านท่าหมอไทร เป็นต้น นำมาสู่การจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดสงขลาเมื่อปี พ.ศ.2563 เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาทางวิชาการร่วมกัน  ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของโครงการ และวิจัย ได้แก่ จัดโครงการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายประจำปี โดยมีงบประมาณในการดำเนินโครงการปีงบประมาณ 2562 รวม 1,443,100 บาท ได้แก่ 1.) การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 2.)ฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด รุ่นที่4, 3.) โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้ศิลปะบำบัด (Arts Psychotherapy), 4.)โครงการการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยกิจกรรมครอบครัวบำบัด,  5.)โครงการบูรณาการ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน, 6.) โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดภาคใต้ (ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับศาสตร์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด) และการดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในการศึกษาวิจัย โดยมีงบประมาณในการดำเนินโครงการวิจัย 1,487,200 บาท ได้แก่ ประสิทธิผลของเถาวัลย์เปรียงแคปซูลในการรักษาอาการปวดจากอาการถอนพิษยาในผู้ป่วยยาเสพติดเทียบกับ Ibuprofen 400 mg. ผลการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะร่วมทางจิตเวชโดยใช้ FAST MODEL ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปัญญาสังคมของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา การศึกษาประสิทธิผลของวิธีการตรวจพิสูจน์สารไมทราไจนีนในปัสสาวะโดยใช้เทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพน้ำกระท่อมและส่วนผสม ในจังหวัดสงขลา ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์  (2) การเฝ้าระวังภัยสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยได้ดำเนินงานใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อ ดังนี้  2.1.โรคไม่ติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหา เน้นโรคกลุ่ม Metabolic ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิการรักษา โดยจัดเป็นโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี อีกทั้งยังจัดโครงการออกกำลังกายลดพุงลดโรค (ปี 2563) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และจัดโครงการชวนขยับเท่ากับห่างไกลออฟฟิศซินโดรม (ปี 2563) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรให้ห่างไกลจากโรคกลุ่มออฟฟิศซินโดรม  2.2.โรคติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคตาม Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อาจอุบัติขึ้นและ  ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ดังนี้  - ให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคคอตีบ ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น  - จัดกิจกรรมบ้านเพาะรักไม่เพาะยุง ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในตึก อาคารและบ้านพัก รพ.ทุกหลัง ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์  - จัดกิจกรรมพัฒนาบ้านพัก รพ. โดยใช้หลัก 5 ส.(สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย)  - จัดกิจกรรมสำรวจยุงลาย (ตัวเต็มวัย)ร่วมกับ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สคร.12 สงขลา  - จัดกิจกรรม ล้างมือตาม 7 ขั้นตอนและ 5 moment  โดยแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล ปรับปรุงดังนี้คือมีแผนงาน/โครงการ ประจำปี ได้แก่ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น หลังดำเนินการแล้วเสร็จ มีการสรุปผลโครงการเป็นรูปเล่ม และมีการติดตามตัวชี้วัดของตามที่กำหนดไว้ในโครงการ และมีการประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สงขลานครินทร์และ รพ.สงขลา เรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ,สคร.ที่ 12 สงขลา เรื่องวัคซีนต่างๆ ,เทศบาลตำบลเกาะแต้ว เรื่องการพ่นหมอกควัน กำจัดยุงลาย ,ศตม.สงขลาเรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น  การดำเนินงานดังกล่าว ดำเนินกิจกรรมโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และดำเนินงานภาคใต้มติของคณะกรรมการบริหาร ปัจจุบัน (ปี 2563) มีเพียงพอในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และมีแผนส่งบุคลากรอบรมเรื่องการสอบสวนโรค เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในปี 2563 เนื่องจากต้องการ Update ความรู้ใหม่ด้านวิชาการ  ซึ่งมีงบประมาณและทรัพยากรปัจจุบัน (ปี 2563) มีงบประมาณเพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและมีแผนส่งบุคคลากรอบรมเรื่องการสอบสวนโรค เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในปี 2563 (โดยทีมงาน IC) เนื่องจากต้องการ Update ความรู้ใหม่ด้านวิชาการ  ซึ่งมีงบประมาณและทรัพยากรปัจจุบัน (ปี 2563) มีงบประมาณเพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเป็นต้น  การดำเนินงานเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อโดยอาศัยนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาล กำหนดเป็นแผนงานจัดกิจกรรมที่สอดคล้อง ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยการทำแบบสอบถาม online ผ่าน Google drive  (3) การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน)โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ดำเนินงานใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ต่อและโรคติดต่อ ดังนี้  3.1.โรคไม่ติดต่อ เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ดำเนินกิจกรรมดังนี้  - ให้บริการสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยใน ได้แก่ ตึกลีลาวดี พุทธชาด พวงชมพู และบานบุรี  - จัดโครงการออกกำลังกาย (Aerobic Dance) ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงทุกวันจันทร์ พุธและศุกร์เวลา 15.30- 6.30น.  3.2.โรคติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคตาม Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อุบัติขึ้นและ  ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ดังนี้  - จัดกิจกรรมคัดกรองโรคตับอักเสบบี ในวันตับอักเสบโลก (28 กรกฎาคมของทุกปี)  - จัดกิจกรรมบ้านเพาะรักไม่เพาะยุง ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในอาคารผู้ป่วย ทุกวันศุกร์ ของสัปดาห์  - จัดกิจกรรมสำรวจยุงลาย (ตัวเต็มวัย)ร่วมกับ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สคร.12 สงขลา  - จัดกิจกรรม ล้างมือตาม 7 ขั้นตอน  - ให้บริการสุขศึกษาตามโรค Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อุบัติขึ้นแก่ผู้ป่วยใน ได้แก่ ตึกลีลาวดี พุทธชาด พวงชมพู และบานบุรี โดยมีมีแผนงาน/โครงการ ประจำปี ได้แก่ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น หลังดำเนินการแล้วเสร็จ มีการสรุปผลโครงการเป็นรูปเล่ม และมีการติดตามตัวชี้วัดของตามที่กำหนดไว้ในโครงการ  มีการประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สงขลานครินทร์และ รพ.สงขลา เรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ,สคร.ที่ 12 สงขลา เรื่องวัคซีนต่างๆ ,เทศบาลตำบลเกาะแต้ว เรื่องการพ่นหมอกควัน กำจัดยุงลาย ,ศตม.สงขลาเรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น  (3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:  การสร้างความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เช่น  การสร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มสุขศึกษาใน 2 ประเด็น คือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อตาม target surveillance เป็นต้น   * บุคลากรปัจจุบันมีคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาลร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขในการปฏิบัติงาน   เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเมื่อเกิดโรคในกรณีที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในโรคพยาบาลจะมีการรายงานไปยังรพสต.บ้านบ่ออิฐในการสอบสวนโรคร่วมกันกับนักวิชาการสาธารณสุขและคณะกรรม IC โรงพยาบาลธัญญารักษ์และถ้าพบผู้ป่วยที่ต้องควบคุม เช่น โรคไข้เลือดออกจะมีการควบคุมโรคโดยเทศบาลเกาะแต้วและมีแผนส่งบุคลากรอบรมเรื่องการสอบสวนโรค เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในปี 2563 เนื่องจากต้องการ Updateความรู้ใหม่ด้านวิชาการ  (5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:  (1) **การเฝ้าระวังโรคในบุคลากร** โดยจะมีการเฝ้าระวังใน 2 ประเด็น คือ โรคติดต่อ และไม่ติดต่อ รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ได้แก่ 1.1) โรคไม่ติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรคจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีและการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่วัดค่าเบื้องต้น เช่น ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว เป็นต้น  1.2.) โรคติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรคจากรายงานการเฝ้าระวังโรคของ ICWN ประจำตึกและจากบุคลากร ในรพ.แจ้งให้ทราบโดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และแปลความหมาย เช่นการจัดกลุ่มบุคลากรเป็นกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติ โดยในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องประจำทุกปี  (2) **การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด** (กลุ่มผู้ป่วยใน)ในประเด็นของโรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อคือ 2.1)โรคไม่ติดต่อ จากการเก็บข้อมูล BMI รอบเอวหากผู้ป่วยเกินเกณฑ์โดยจะให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย 2.2) โรคติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรคจากรายงานการเฝ้าระวังโรคของ ICWN ประจำตึก   * การค้นหาเพิ่มผิดปกติ จากการเฝ้าระวังการเพิ่มเติมผิดปกติ จากการเฝ้าระวัง จากบุคลากร จากห้องปฏิบัติการจะมีค้นหาการเพิ่มเติมผิด * ปกติ จากการเฝ้าระวังโดย ICWN ประจำตึกและจากบุคลากร ใน รพ.แจ้งให้ทราบ ซึ่งในรายที่สงสัยจะมีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ต่อเนื่อง และมีคาดการณ์แนวโน้มและวางแผนป้องกันสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคสำคัญตาม Target surveillances และโรคตามฤดูกาลที่มักมีการระบาดและติดตามข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางออนไลน์ เช่น Line group สสจ.สงขลา Website สำนักระบาด กรมควบคุมโรค เป็นต้น   II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:  (1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:  (3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:  (5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:  (1) **ระบบการเฝ้าระวังโรคด้านยาเสพติด** ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และเครือข่าย จะใช้ระบบรายงาน ติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) โดยมีการบันทึกข้อมูลดังนี้คือ บสต.1 เป็นรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน,บสต.2 เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา, บสต.3เป็นรายงานการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด, บสต.4 เป็นแบบจำหน่ายแบบไม่ครบกำหนด และแบบครบกำหนด เพื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสารเสพติด, บสต.5 เป็นแบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยข้อมูลดังกล่าวโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยหน่วยที่เกี่ยวข้องจะนำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติ ติดตามดูสถานการณ์ตามแนวโน้ม การคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญนำ ไปสู่การตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ และพัฒนาผลงานวิชาการ ได้แก่การดำเนินงานวิจัย  (2) **การเฝ้าระวังโรคในบุคลากร** วิธีการ/การมีส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อให้สามารถพบการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค: มีการเก็บข้อมูลรายงานการเฝ้าระวัง IC1 หรือ IC2 ทุกหน่วยบริการ รายงานเป็นรายเดือน การตรวจ เยี่ยมตึกผู้ป่วย การสุ่มตรวจเวชระเบียน การตรวจเยี่ยมเริ่มกับสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยง 5 ส และตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมนำของโรงพยาบาล การพัฒนาขีดความสามารถ/ความพร้อมเพื่อรองรับหากมีการระบาดของโดรคหรือการเพิ่มขึ้นของภัยสุขภาพ   * มีการประชุม ชี้แจง ประชาสัมพันธ์เรื่องการเพิ่มขึ้นของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูการ และการบริการให้วัคซีนครบตามที่ได้รับจัดสรรจากกรมควบคุมโรค และมีการรายงานผลการให้วัคซีนไปยังสำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ ครบตามรอบที่กำหนดให้มีการรายงาน * การประชุม ICWN เรื่องการติดตามตัวชี้วัดต่างๆในตึกผู้ป่วย บทเรียนเกี่ยวกับความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง: * โรคไข้หวัดตามฤดูกาล โรคอุจจาระร่วงจากอาหารเป็นพิษ โรคติดเชื้อผิวหนังจากชุมชน เข้าสู่ โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตึกลีลาวดี ในปี 2563 จำนวน 3 ราย ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์มีทีมสอบสวนโรค(IC) ร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขเบื้องต้น และให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของรพ.สต. บ้านบ่ออิฐ สอบสวนโรคและควบคุมป้องกันโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่เทศบาลเกาะแต้ว   (3) **การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด** (กลุ่มผู้ป่วยใน)ในประเด็นของโรค ไม่ติดต่อ และโรคติดต่อคือ 3.1)โรคไม่ติดต่อ จากการเก็บข้อมูล BMI รอบเอว หากผู้ป่วยเกินเกณฑ์โดยจะให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย 3.2) โรคติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรค จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของ ICWN ประจำตึก   * การค้นหาเพิ่มผิดปกติ จากการเฝ้าระวังการเพิ่มเติมผิดปกติ จากการเฝ้าระวัง จากบุคลากร จากห้องปฏิบัติการจะมีค้นหาการเพิ่มเติมผิดปกติ จากการเฝ้าระวังโดย ICWN ประจำตึกและจากบุคลากร ใน รพ.แจ้งให้ทราบ ซึ่งในรายที่สงสัยจะมีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ต่อเนื่อง และมีคาดการณ์แนวโน้มและวางแผนป้องกันสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคสำคัญตาม Target surveillances และโรคตามฤดูกาลที่มักมีการระบาดและติดตามข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางออนไลน์ เช่น Line group สสจ.สงขลา Website สำนักระบาด กรมควบคุมโรค เป็นต้น   (II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:  (1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:   * ส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อให้สามารถพบการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค: มีการเก็บข้อมูลรายงานการเฝ้าระวัง IC1 และ IC2 ทุกหน่วยบริการ รายงานเป็นรายเดือน การตรวจ เยี่ยมตึกผู้ป่วย การสุ่มตรวจเวชระเบียน การตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยง 5 ส และ ตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมน า ของโรงพยาบาล การพัฒนาขีดความสามารถ/ความพร้อมเพื่อรองรับหากมีการระบาดของโรคหรือการเพิ่มขึ้นของภัยสุขภาพ: * มีการประชุม ชี้แจง ประชาสัมพันธ์เรื่องการเพิ่มขึ้นของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการบริการให้วัคซีน ครบตามที่ได้รับจัดสรร จากกรมควบคุมโรค และมีการรายงานผลการให้วัคซีนไปยังสำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ ครบตามรอบที่กำหนดให้มีการรายงาน * การประชุม ICWN เรื่องการติดตามตัวชี้วัดต่างๆในตึกผู้ป่วย บทเรียนเกี่ยวกับความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง: * โรคไข้หวัดตามฤดูกาล โรคอุจจาระร่วงจากอาหาส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อให้สามารถพบการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค: มีการเก็บข้อมูล รายงานการเฝ้าระวัง IC1 และ IC2 ทุกหน่วยบริการ รายงานเป็นรายเดือน การตรวจ เยี่ยมตึกผู้ป่วย การสุ่มตรวจเวชระเบียน การตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยง 5 ส และ ตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมนำของโรงพยาบาล การพัฒนาขีดความสามารถ/ความพร้อมเพื่อรองรับหากมีการระบาดของโรคหรือการเพิ่มขึ้นของภัยสุขภาพ: * มีการประชุม ชี้แจง ประชาสัมพันธ์เรื่องการเพิ่มขึ้นของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการบริการให้วัคซีน ครบตามที่ได้รับจัดสรร จากกรมควบคุมโรค และมีการรายงานผลการให้วัคซีนไปยังสำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ ครบตามรอบที่กำหนดให้มีการรายงาน * การประชุม ICWN เรื่องการติดตามตัวชี้วัดต่างๆในตึกผู้ป่วย บทเรียนเกี่ยวกับความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง: * โรคไข้หวัดตามฤดูกาล โรคอุจจาระร่วงจากอาหารเป็นพิษ โรคติดเชื้อผิวหนังจากชุมชน เข้าสู่ โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตึกลีลาวดี ในปี 2563 จำนวน 3 ราย ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์มีทีมสอบสวนโรค(IC) ร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขเบื้องต้น และให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของรพ.สต. บ้านบ่ออิฐ สอบสวนโรคและควบคุมป้องกันโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่เทศบาลเกาะแต้ว   (2) ทีม SRRT:   * ปรับหน้าที่การตรวจสุขภาพจากคณะกรรมการ IC มาเป็นงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลเป็นตัวหลัก   (3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:   * หลังตรวจพบความผิดปกติ รายงานทันที่เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ เฝ้าระวังและป้องกันโรคและภัยสุขภาพ   (4) ช่องทางรับรายงาน:  (1) การดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคด้านยาเสพติด โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการ Service Plan ยาเสพติด และเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด 11 จังหวัดภาคใต้ มีการกำหนดมาตรการ CBTx การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ชุมชน ซึ่งกำหนดให้มี ชุมชน CBTxจังหวัดละ 1 แห่ง โดยกำหนดให้เวทีการประชุม Service Plan ยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 12 เป็นช่องทางที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยที่สำคัญ และมีเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด 11 จังหวัดภาคใต้ ประเมินและคัดกรองและคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเสนอรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม กับผู้ป่วย ซึ่งจะใช้ระบบ บสต.ใหม่ ที่สามารถการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาเสพติด  (2) การดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคในบุคลากร และการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน)  ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพโรงพยาบาล ฯ ได้มอบหมายให้เลขาคณะกรรมการจาก IC ENV HPH ICWN และนักวิชาการสาธารณสุขเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคร่วมกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพสต.บ้านบ่ออิฐ โดยดำเนินการตามแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลามีการจัดทำ Flowchart ซึ่งเป็นแผนตอบสนองเตรียมความพร้อมในการรองรับเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น **เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงาน**ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคคลทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมงมีการกำหนดช่องทางรองรับการรายงานภาวะฉุกเฉิน โดยมอบหมายให้ ICWN รับการแจ้งเหตุเมื่อเกิดโรคที่ต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง  (5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:   * มีการจัดทำ Flowchart ซึ่งเป็นแผนตอบสนองเตรียมความพร้อมในการรองรับเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น **เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงาน**ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคคลทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมงมีการกำหนดช่องทางรองรับการรายงานภาวะฉุกเฉิน โดยมอบหมายให้ ICWN รับการแจ้งเหตุเมื่อเกิดโรคที่ต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง   (6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:   * สำหรับการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที มีการดำเนิน การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสอบสวนโรค Diarrhea ได้ดำเนินการไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทันเวลา ไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม และการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที มีการดำเนินการสอบสวนการป่วยเป็นกลุ่มก้อน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น กรณีเกิดอาหารเป็นพิษที่ตึกบานบุรี (ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย) และตึกลีลาวดี สามารถเข้าไปสอบสวนและควบคุมโรคได้ทันที ไม่มีการระบาดเพิ่มในวงกว้าง อีกทั้งมีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลามีการแจ้งเตือนการเกิดโรคโดยการแจ้งเตือนไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรครพสต.บ้านบ่ออิฐเพื่อให้ดำเนินการแจ้งให้ชุมชนทราบเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรค เช่น การแจ้งเตือนการเกิดไข้เลือดออก เป็นต้น   II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:  (1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:   * มีทั้งมีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลามีการแจ้งเตือนการเกิดโรคโดยการแจ้งเตือนไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพสต.บ้านบ่ออิฐและเทศบาลเกาะแต้ว เพื่อให้ดำเนินการแจ้งให้ชุมชนทราบเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรค เช่น การแจ้งเตือนการเกิดไข้เลือดออก โรคอีสุกอีใส เป็นต้น   (2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:   * (1) มีการจัดทำรายงานผู้เข้ารับการบำบัดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ซึ่งจะถูกรวบรวมเป็นภาพของเขตสุขภาพที่ 12 ภายใต้ Service plan ยาเสพติด นำเสนอต่อผู้ตรวจราชการ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ปีละ 2 ครั้ง แต่ยังขาดการเผยแพร่สู่สาธารณะ และประชาชนทั่วไป * (2) มีการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคในบุคลากร และมีการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน) มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรค และภัยสุขภาพที่ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค อีกทั้งมีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นในกรณีการเกิดโรคที่มีต้องมีการรายงานนั้น จะมีการประสานไปยังสถานีอนามัย เพื่อความร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรค มีการกระจายข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ชุมชนในการป้องกันการเกิดโรค และมีความรวดเร็วทันเวลาในการควบคุมการระบาดของโรค อีกทั้งยังมีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรค และภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกัน และควบคุมโรค มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับภัยสุขภาพ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * มีเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ได้แก่ เครือข่ายบำบัดรักษาในกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายการบำบัดรักษาในเรือนจำ เครือข่ายภาค NGO และอื่นๆ * มีระบบในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของโรงพยาบาลในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วย * มีการประสานความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วยได้แก่ รพสต.บ้านบ่ออิฐ, สคร.12, หน่วยป้องกันและควบคุมโรคโดยแมลงและ สสจ.สงขลา * การจัดให้มีการปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่และสมาชิกใหม่เนื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่มาจาก ชุมชนการสุขาภิบาลอาหาร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดห้องพัก สุขอนามัยในการอยู่ ร่วมกันในตึกบานบุรีและตึกลีลาวดี โดย ICWN ประจำตึก รายงานการประเมินตนเอง (SA2020) รพ. คู่มือปฐมนิเทศสมาชิก เรื่องการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งรับ ใหม่และการจำหน่ายสู่ชุมชน * พัฒนาระบบระบบการล้างเครื่องมือทางการแพทย์และส่งเครื่องมือไปทำลายเชื้อภายนอกโรงพยาบาล * ระบบการตรวจประเมิน การรับ-ส่งผ้าเปื้อนจากผู้ให้บริการภายนอก * ระบบการล้างมือที่ถูกวิธี * ระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ จัดหาที่พักขยะติดเชื้อไว้นอกหอผู้ป่วย บริเวณใกล้ห้องล้างอุปกรณ์และ เครื่องมือแพทย์ ตึก 4 ตึก มอบหมาย ICWN ประจำตึก ดูแลกำกับระบบ   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. นโยบาย แผน การติดตาม การประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้ | 3.0 | |  | - เฝ้าระวังการติดเชื้อจากชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาลใน กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหาร ใช้ช้อนกลาง ดูแลความสะอาดห้องพักอาศัย การอยู่ร่วมกันในบ้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพ สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม  -มีการอบรม UP แก่บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย  -พยาบาล IC ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางกาพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน  -ICN & ICWN ต้องได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย1-2 ครั้ง/คน/ปี( เกณฑ์ 1**0 ชม./คน/ปี )** | | | | |
| 1. การเก็บวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง |  | |  | -พัฒนาระบบการเก็บข้อมูล ให้ผ่านเข้า ระบบ ICT  -ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังพบว่าอุบัติการณ์ การติดเชื้อจากชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาลมีมากว่าการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงมุ่งประเด็นการเฝ้าระวังและ ลดการติดเชื้อจากชุมชน ( Community base) กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นประเด็นหลัก ส่วนการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตึกบำบัดด้วยยา และคลินิกลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction Clinic )ในกลุ่มผู้ป่วยชนิดใช้เข็มฉีดยา เข้าเส้น( Injecting Drug User : IDU ) | | | | |
| 1. การตอบสนองต่อการระบาด และการเผยแพร่ข้อมูล |  | |  | -ขอรหัสในการบันทึกข้อมูลพัฒนาระบบให้ผ่าน ระบบอินทราเน็ตของศูนย์ฯ ( อยู่ระหว่างดำเนินการ )  ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลทาง Facebook รพ. ธัญญารักษ์  ร่วมเป็นเครือข่าย IC จังหวัดสงขลา และเขตสุขภาพที่ 11 ร่วมประชุม กำหนดเกณฑ์การประเมิน การประกันคุณภาพงาน IC ติดต่อระหว่างเครือข่ายทาง Facebook กลุ่มเสียงตามสาย | | | | |

**II-9 การทำงานกับชุมชน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความครอบคลุม ผลกระทบ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** |
| 1.ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนต่อการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ | | | ร้อยละ80 | | 87.88 | 86.66 | 93.33 | 86.66 | 88.88 |
| 2.จำนวนองค์ความรู้สำคัญที่ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | |  | | 6 | 6 | 9 | 9 | 9 |
| 3. ประโยชน์ที่เครือข่ายในชุมชนได้รับการดำเนินงานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4. ระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | | | | | | | | |
| 4.1 โรคสมองติดยา | | | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.2 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | | | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.3 การคัดกรอง | | | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.4 การบำบัดแบบสั้น (BI) | | | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.5 การรับ – ส่งต่อ | | | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.6 การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) | | | | ระดับมาก | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.7การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) | | | | ระดับมาก | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 4.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(TC) | | | | ระดับมาก | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับ  มาก | ระดับมาก |
| 5. จำนวนครั้งของการดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดกับเครือข่าย | | | | | | | | | |
| 5.1 ค่ายรัตนพล  5.2 สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ | | | |  | 12  2 | 10  6 | 6  6 | 6  6 | 6  12 |
| 5.3 บ้านโอโซน | | | |  | 12 | 12 | 10 | 10 | 6 |
| 6. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา | | | |  | N/A | 64  19.39% | 322  46.59% | 328  55.87% | 320  38.93% |
| 7. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับไปติดตามดูแลต่อในโรงพยาบาลต้นสังกัด | | | |  | N/A | N/A | 6  1.45% | 55  11.58% | 43  12.76% |
| **ii. บริบท**  ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นหน่วยงานที่มีการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติด เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทางการแพทย์ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี   * **ชุมชนที่รับผิดชอบ** * โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง จากค่ายรัตนพล อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบบังคับบำบัดแบบเข้มงวด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่สำนักงานคุมประพฤติแต่ละจังหวัดนำส่ง เน้นผู้ป่วยที่ส่งมาจากสำนักงานคุมประพฤติใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ปีละ 300 ราย ด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือ FAST Model โดยโรงพยาบาลได้ร่วมจัดตั้ง แต่สนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานมาโดยตลอด ซึ่งปัจจุบันได้สนับสนุนการดำเนินงานใน 3 ด้าน ได้แก่ (1)ด้านพัฒนาบุคลากร (2) ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ และ (3) ด้านการดูแลผู้ป่วย * สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของเอกชน ให้บริการผู้ป่วยในระบบสมัครใจ ในรูปแบบชุมชนบำบัดผสมผสานกับการใช้สมุนไพรและหลักธรรม เดิมเป็นสถานฟื้นฟูฯ และทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ช่วยเหลือสนับสนุนจนได้รับการรับรองเป็นสถานพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยโรงพยาบาลได้ให้การสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ (1)ด้านการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบำบัดฟื้นฟู (3)ด้านการออกแบบและวางระบบการบำบัดฟื้นฟู และ (4) ด้านการให้การดูแลผู้ป่วย * บ้านโอโซน อ.จะนะ จ.สงขลา เป็นบ้านสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดเข้ามารับบริการด้านสุขภาพ และร่วมกิจกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด บ้านโอโซนเป็นองค์กรเอกชน (NGO) ที่ทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนกับผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (IDU) และที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมสำคัญที่ทางโรงพยาบาลได้ร่วมดำเนินการ คือ (1) การพัฒนาบุคลากร (2) การให้บริการแก่ผู้ใช้ยาเสพติด ในกิจกรรมสอน สุขศึกษา การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน การประสานรับ-ส่งต่อ เพื่อการบำบัดรักษา และ (3)กิจกรรมชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนมีประสิทธิภาพตามบริบทของงานในชุมชนที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ร่วมกับบ้านโอโซน ให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ดีต่อไป   **iii. กระบวนการ**  II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน  (1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:  1) โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายรัตนพล มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ตามความต้องการของผู้รับบริการซึ่งได้ดำเนินการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2554 โดยมีการประเมินวางแผนและออกแบบการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู และพัฒนาบุคลากร ผ่านกิจกรรมสำคัญได้แก่ การประชุม นิเทศติดตามทุก 1-2 เดือน การเชิญเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมในทุกๆปี การประเมินคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติดทุก 3 ปี และการให้คำปรึกษา การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ผลการดำเนินงานทำให้โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองฯ ผ่านการรับรองการประเมินคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติด สามารถให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูที่ต่อเนื่องเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ  2) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ มุ่งเน้นการพัฒนาให้เป็นสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะส่งผลกระทบที่ดีต่อผู้รับริการ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ ผ่านกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับตามระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ผ่านยาเสพติดซึ่งที่ผ่านมาในอดีต สถานฟื้นฟูฯ แห่งนี้ ยังดำเนินการฟื้นฟูผู้ป่วย ไม่เหมาะสมตามหลักการสาธารณสุขและระบบการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน สถานฟื้นฟูฯ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา หน่วยงานต่างๆ ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการวางแผน ออกแบบการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกันผ่านกิจกรรม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมดำเนินงาน การประเมินคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมครอบครัว การออกแบบการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู การจัดระบบรับ – ส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินตนเองและการประเมินจากหน่วยงานภายนอกหลายหน่วยงาน จนกระทั่งทำให้ผ่านการรับรองและจัดตั้งเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายในปี 2561 และมีการดำเนินงานตามระบบอย่างต่อเนื่องได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครศรีธรรมราช มอบเกียรติบัตรให้เป็นองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสถานีตำรวจภูธรชะอวด มอบเกียรติบัตรในฐานะสถานฟื้นฟูเป็นหน่วยงานที่บำเพ็ญประโยชน์และช่วยเหลือทางราชการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่น่าสนใจศึกษาอีกที่หนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช  3) บ้านโอโซน มุ่งเน้นการทำงานเชื่อมประสานการแก้ปัญหายาเสพติดในระดับชุมชน กล่าวคือ ผู้รับบริการ คือ ผู้ใช้ยาเสพติดที่ส่วนมากไม่ใช่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่างๆ แต่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ดังนั้น การร่วมกันดำเนินงานในลักษณะพันธมิตรเป็นอีกรูปแบบหนึ่งจะมีส่วนเสริมการทำงาน แก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกัน โดยการวางแผน ออกแบบการทำงานร่วมกันออกมาในรูปของกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านการบำบัดรักษา การรับ-ส่งต่อ เพื่อรับบริการบำบัดรักษาการให้ความรู้สุขศึกษา การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การทำกิจกรรมในชุมชน การประสานกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาทำกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกับสมาชิกผู้ใช้ยาเสพติด ผลทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีการส่งผู้ใช้ยาเข้ารับบริการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ยามีการเข้าถึงและได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  (3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:  (4) การประเมินและปรับปรุง:   * การดำเนินงานบริการสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และการสร้างเสริมสุขภาพกับ 3 ชุมชนที่กล่าวมา คือ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายรัตนพล สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ และบ้านโอโซน ซึ่งเป็นชุมชนหลักแล้ว โรงพยาบาลยังมีภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องและดำเนินงานร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา เรือนจำกลางสงขลา เรือนจำจังหวัดสงขลา สถานพินิจเด็กและเยาวชนจังหวัดสงขลา โรงเรียนวรนารีเฉลิม โรงเรียนเทศบาล 5 (วัดหัวป้อมนอก )วิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา โรงเรียนพัฒนาวิทยามูลนิธิ โรงเรียนดีนูลอิสลาม (โรงเรียนสอนศาสนา) ส่วนในชุมชน คือชุมชน ตำบลท่าหมอไทร อำเภอจะนะ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างๆ ในจังหวัดสงขลา ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการประสานงานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกันและจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่บุคลากร นักเรียน/นักศึกษา ผู้ต้องขังอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในทุกๆปี จนทำให้หน่วยงานดังกล่าวสมารถดำเนินงานจัดบริการสุขภาพในด้านการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้เป็นอย่างดีและยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับภาคีชุมชนที่ทางโรงพยาบาลได้เข้าไปสนับสนุนและร่วมในการจัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชนที่เพิ่มเข้ามาในปี 2562 – 2563 คือ โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง และหมู่ 4 ต.เทพา ทั้ง 2 แห่ง อยู่ใน อ.เทพา จ.สงขลา เป็นภาคีชุมชนที่มีความต้องการให้โรงพยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติด กล่าวคือ โรงเรียนปอเนาะ เกาะแลหนัง เป็นสถานที่บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ศาสนบำบัด ดำเนินงาน โดยผู้บริหารของโรงเรียนรับผู้ใช้ยาเสพติดเข้าบำบัดฟื้นฟู เป็นสถานที่ฟื้นฟูไม่ได้มาตรฐาน ไม่ถูกต้องตามกฎหมายแต่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานต่างๆ ในอำเภอเทพา ได้แก่ อำเภอเทพา สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลเทพา มีความต้องการให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเข้าไปช่วยเหลือ สนับสนุน และพัฒนาให้มีการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับมาตรฐานถูกต้องตามหลักสาธารณสุขและการแพทย์ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานดังกล่าวแล้วในกิจกรรมสำคัญ (ปี 2562)   - การประชุมร่วมประเมินปัญหาความต้องการและวางแผน  - การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (ระยะที่1)  - การประชุมสรุปการดำเนินงานและวางแผนดำเนินการต่อไปในปี 2563  - การเตรียมส่งเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนังเข้าอบรม เดือนพฤศจิกายน 2562  - การประสานการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชและโรคทางกายกับโรงพยาบาลเทพา และ รพสต. ในพื้นที่ โดยปัจจุบันโรงเรียนปอเนาะฯ อยู่ในระยะของการเริ่มต้นพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสามาร ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชและทางกายทุกรายได้รับการส่งต่อรักษาได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามยังต้องพัฒนาต่อเนื่องอีกในหลายด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการบริการจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟู ด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัดฟื้นฟู เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะได้ดำเนินการต่อไปในปี 2563 และปีต่อๆ ไป หมู่ 4 ต.เทพา อ.เทพา จ.สงขลา เป็นภาคีชุมชนอีกแห่งหนึ่ง ที่โรงพยาบาลเทพาและอำเภอเทพาต้องการให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ทั้งนี้เพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านที่ไม่ต้องให้ผู้ใช้สารเสพติดไปบำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาล โดยทางอำเภอเทพา และโรงพยาบาลเทพา ลงพื้นที่หมู่ที่4 และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ดำเนินการร่วมกันแล้ว โดยมีกิจกรรมหลักสำคัญ คือ  1) การประชุมประเมินปัญหาความต้องการและวางแผนการดำเนินงาน 2) การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด 3) การประชุมประเมินปัญหาและวางแผนดำเนินงานต่อไป 4) การกำหนดให้มีความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่กลุ่มผู้นำทุกระดับในหมู่บ้าน โดยมีกิจกรรม ดังนี้  - ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว  - การจูงใจให้ผู้มีปัญหาสารเสพติดเข้าร่วมบำบัดฟื้นฟูในชุมชน  - การอบรมสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวผู้ป่วย  - การอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่กลุ่มผู้นำทุกระดับในหมู่บ้าน  - การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน  - การสอนเยาวชนในมัสยิดทุกวันศุกร์จากอิหม่าม ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  **ผลลัพธ์ที่**ได้จากการดำเนินกิจกรรม คือ  - กลุ่มผู้นำให้ความสำคัญและตระหนักที่จะนำลูกบ้านเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหายาเสพติด  - สามารถคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ 27 ราย พบปัญหาเสพทั้งกระท่อมและส่วนผสม 9 ราย  - ผู้นำอย่างผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. จะร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลเทพาลงเยี่ยม ทำกิจกรรมบำบัดผู้ที่คัดกรองแล้วพบปัญหายาเสพติดทั้ง 9 ราย  การประเมินและปรับปรุงจากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วยรูปแบบของการดำเนินงานร่วมกัน กับ 3 ชุมชนหลัก คือ  **(1) โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง** ค่ายรัตนพล การประเมินและปรับปรุงการดำเนินงานจากการดำเนินงานร่วมกันผ่านกิจกรรมต่างๆ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานบางส่วนย้ายไปทำงานด้านอื่น และมีบุคลากรใหม่เข้ามา อีกทั้งบุคลากรเดิมมีความต้องการฟื้นฟูความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง  **ผลการประเมิน**: (1)จัดให้มีกิจกรรมการฟื้นฟูความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแก่ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (2) ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมในด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ตามที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจัดหรือหน่วยงานต่างๆ เชิญมา และ (3)จัดให้มีกิจกรรมนิเทศติดตามการดำเนินงานในทุกๆ 2-3 เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานที่ดี  **การปรับปรุงพัฒนา** :โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้มีการนิเทศติดตามโดยตลอดจึงได้ประชุมวางแผน และกำหนดการปรับปรุงพัฒนาในเรื่องต่อไปนี้ (1) การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการสามารถสังเกตและประเมินอาการทางจิตเวชเบื้องต้นได้ (2) การดูแลเบื้องต้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (3) การปรับเปลี่ยนแผนการฟื้นฟูฯ ให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และ(4) การติดตามภายหลังการปรับแผนกับสำนักงานคุมประพฤติ  **(2) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ** การประเมินและปรับปรุงการดำเนินงาน จากการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ทำให้พบสิ่งที่ต้องปรับปรุงดำเนินการต่อเนื่อง คือ  (2.1) มีผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนหนึ่งมีอาการทางจิตเวชร่วมและโรคทางกายร่วม  **การปรับปรุง** : (1)การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชและโรคทางกายร่วม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินคัดกรอง (2) จัดให้มีการดูแลเบื้องต้น เช่น การมีพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด,การแยกผู้ป่วยและการจำกัดพฤติกรรม,การรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา,การดูแลโรคหรืออาการทางกายเบื้องต้นจากพยาบาลวิชาชีพ,การส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับที่สูงกว่าและการนำผู้ป่วยตรวจรักษาจากแพทย์ เป็นต้น  **ผลลัพธ์จากการพัฒนา** ; (1) การติดตามประเมินอาการทางจิตเวชและทางกายต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น และให้การบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดต่อไป (2) การดูแลให้ยาจิตเวชและการนำผู้ป่วยตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง  (2.2) มีบุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานใหม่บุคลากรเดิมบางส่วนออกไปทำงานอื่น และบุคลากรเดิมต้องการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย  **การปรับปรุงพัฒนา** : การประชุมวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูหรือเรื่องที่เกี่ยวข้อง ตามที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจัดกิจกรรมสอนหน้างาน (Coaching) ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแก่บุคลากรทุกๆครั้งที่ไปนิเทศติดตามการดำเนินงาน  (2.3) การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการให้เหมาะสมกับบริบทงาน  **การปรับปรุงพัฒนา** : การประเมินสถานการณ์ด้านการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในทุกๆปีที่ผ่านมา  การวางแผนจัดทำฐานข้อมูลในรูปแบบเอกสารและในระบบสารสนเทศจ้างผู้เชี่ยวชาญจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศและฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถดำเนินการบันทึกจัดเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบติดตามและปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสมกับการใช้งานอย่างต่อเนื่องการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดในส่วนของการประเมินและปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและสถานฟื้นฟู  มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชและทางกาย โดยทีมแพทย์พยาบาลและมีการรับ-ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ,บุคลากรใหม่ทุกรายได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและยังได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการเชิญเข้าประชุม อบรมและการสอนหน้างาน สำหรับฐานข้อมูลปัจจุบันการจัดทำฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศแล้ว และมีการลงข้อมูลประเมินผลบางส่วนได้แล้วและการให้บริการที่มีคุณภาพปลอดภัยต่อไป  **3 ) บ้านโอโซน** การประเมินและปรับปรุงพัฒนา การดำเนินงาน จากการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน คือ  3.1) การประเมิน : การรับ – ส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดบางรายต้องการเข้ารับการบำบัดรักษาแต่ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้เพราะไม่มีค่ารักษาและบางครั้งเตียงเต็ม  **การปรับปรุงพัฒนา** : การประเมินความต้องการของสมาชิกบ้านโอโซนต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยไม่มีค่ารักษา ทำความตกลงและความเข้าใจในระบบการบริการทางสุขภาพในระบบส่งต่อ คือ ให้ผู้ที่มีความประสงค์รับบริการไปติดต่อรักษาเบื้องต้น ณ โรงพยาบาลนั้นๆ จะประเมินความรุนแรงของปัญหายาเสพติด หากเข้าเกณฑ์จะออกเอกสารส่งต่อมาบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษา กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้เพราะเตียงเต็มให้ทางบ้านโอโซนช่วยประสานทางโรงพยาบาลล่วงหน้าเท่าที่ผู้ใช้ยาเสพติดจะเตรียมตนเองพร้อมเพื่อการบำบัดรักษาเช่น 2-3 วัน เพื่อจองคิวสำหรับเข้ารับการบำบัดรักษา การส่งผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแล้วกลับมาร่วมกิจกรรมของบ้านโอโซน บ้านโอโซนจะติดตามดูแลและให้ข้อมูลกับทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในการติดตามดูแลดังกล่าว จากการดำเนินงานในปี 2562 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดที่มาบำบัดรักษาและบ้านโอโซนติดต่อดูแลในปัจจุบันมี 2 ราย และอีก 5 รายโรงพยาบาลได้ประสานบ้านโอโซนให้ได้รับการตรวจรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี  II-9.2 การเสริมพลังชุมชน  (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามาดำเนินงานภายใต้นโยบายและพันธกิจ โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคีส่วนพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน ดังนั้น โรงพยาบาลจึงมีเครือข่ายการดำเนินงานที่มากมายหลายระดับทั้งในระดับ หมู่บ้าน ชุมชน องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ที่ได้ดำเนินงานร่วมกันมาโดยตลอด ทำให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับและเป็นที่พึ่งของสังคมและประชาชนโดยเฉพาะในด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดอีกทั้งเป็นองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานต่างๆที่ดำเนินงานในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดและโรงพยาบาลยังคงมุ่งมั่นดำเนินการตามนโยบายและพันธกิจต่อไป   การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลได้ดำเนินงานด้านเครือข่าย และชุมชนมาตั้งแต่ปี 2547 โดยการสนับสนุน ช่วยเหลือ ร่วมทำ เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา ให้กับเครือข่ายและชุมชนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน ทั้งด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชน ในสถานศึกษา การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานและโดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่สามารถให้บริการได้ในลักษณะเฉพาะทางที่เด่นชัด ทำให้โรงพยาบาลได้สร้างและพัฒนาเครือข่ายและชุมชนหรือการที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆร้องขอมา โรงพยาบาลก็สามารถสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้เป็นอย่างดี  (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันปัญหายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ อันจะเกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและประชาชนนั้นเอง โดยโรงพยาบาลได้มีการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินงานใน 2 ลักษณะ คือ   (1) ลักษณะของการเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันโดยการช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันทั้งภาค ชุมชน ราชการ หรือเอกชน ในบทบาทที่เหมาะสมตามสถานการณ์ของการดำเนินงาน ทั้งบทบาทผู้นำในการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ หรือ บทบาทร่วมกันดำเนินงานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เป็นต้น  (2) การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหายาเสพติดให้กับชุมชน และเครือข่าย ในเรื่องนี้คือเป็นพันธกิจโดยตรงที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการโดยเฉพาะการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ตัวอย่างองค์ความรู้ที่สำคัญที่นำไปใช้ในการดำเนินงานได้แก่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด รูปแบบชุมชนบำบัด หรือ FAST Model การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมการพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดและสารเสพติด การใช้ศิลปะบำบัดในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด การพัฒนาคลินิกยาเสพติดในทุกโรงพยาบาล และการคัดกรอง การบำบัดแบบสั้น การดูแลหลังรักษาและการรับส่งต่อ เป็นต้น ซึ่งในการพัฒนาศักยภาพเหล่านี้เป็นการดำเนินงานผ่านกิจกรรมของการการดำเนินงานเครือข่ายทั้งสิ้น ซึ่งในแต่ละปีโรงพยาบาลจะดีรับความร่วมมือ ซึ่งส่งผลสำเร็จในการดำเนินงานที่ดีมาตลอด  (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:   * ในการดำเนินงานชุมชนและเครือข่าย กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลถือเป็น   เป้าหมายปลายทางที่สำคัญ ทั้งนี้ เพื่อให้ชุมชน หรือเครือข่าย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติทำงานมีความสุขและทำงานได้ผลสำเร็จ โรงพยาบาลได้ดำเนินงานในด้านนี้ ใน 2 กลุ่ม คือ  (1) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน คือ ปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหรือทำกิจกรรมการป้องกันปัญหายาเสพติด กลุ่มคนเหล่านี้นอกจากต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการทำงานในบทบาทหน้าที่ของตนแล้ว ยังต้องสามารถดูแลสุขภาพทางกาย และสุขภาพใจของตนเองให้เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สมดุลทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตโดยผ่านกิจกรรม การอบรม และการประชุมทุกครั้งที่โรงพยาบาลจะให้มีกิจกรรม Exercise break และกิจกรรมพัฒนาจิตเพื่อการดูแลสุขภาพและมีความสุขในการทำงาน  กลุ่มผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและครอบครัว) เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญเพราะถือเป็นผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติดโดยตรง ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะได้รับ คือ การบริการที่ดีมีคุณภาพและปลอดภัย โรงพยาบาลได้ดำเนินการใน   2 ลักษณะ คือ  (2.1) โรงพยาบาลให้บริการโดยตรงในชุมชน เช่น การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในชุมชนรอบๆโรงพยาบาล  (2.2) การคัดกรองและให้การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ หรือเป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนการทำงานและติดตามพัฒนาการดำเนินงานให้กับเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้เครือข่ายสามารถทำงานได้ด้วยตนเองและมีประสิทธิภาพเช่นการดำเนินงานกับโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่าย รัตนพล,สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ,โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนังและ หมู่ 4 ต.เทพา เป็นต้น  (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:  • การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในการดำเนินงานกับชุมชนและเครือข่ายโรงพยาบาลดำเนินงานด้านนี้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติดของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ โดยใช้กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการบำบัดรักษาและการป้องกันด้านยาเสพติดและเรื่องที่เกี่ยวข้องเช่น การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นต้น ผ่านกิจกรรมการจัดประชุม อบรม การนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน ผลลัพธ์สำคัญ คือ หน่วยงานต่างๆ และชุมชนมีความตระหนักในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้ปลอดภัยน่าอยู่มากขึ้น มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ สถานฟื้นฟูในเรือนจำหรือแม้ในชุมชนที่ชาวบ้านร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ชุมชนแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ได้เป็นต้น  •การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะจากการดำเนินงานกับชุมชนและเครือข่าย โรงพยาบาลมีเป้าหมายในเรื่องนี้เพื่อสื่อสารให้สังคม รับรู้ มีส่วนร่วม โดยเฉพาะบทบาทครอบครัวให้ชุมชนและเครือข่ายโรงพยาบาลมีเป้าหมายในเรื่องนี้ และให้ชุมชนและเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจ และร่วมดำเนินงานในการทำงานร่วมกัน คือการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือ อันเป็นนโยบายสาธารณะอย่างหนึ่งที่สำคัญ โรงพยาบาลดำเนินการผ่านกิจกรรมการประชุม อบรม การนิเทศติดตามผล การดำเนินงานเช่นกัน แต่มุ่งเน้นถึงความสำคัญที่การปลูกจิตสำคัญ ปรับทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทุกคนในสังคมที่ต้องร่วมกันแก้ไขที่ทุกคนสามารถทำได้ตั้งแต่การป้องกันตนเอง ป้องกันครอบครัวให้ปลอดจากยาเสพติด หรือ ถ้ามีปัญหายาเสพติดที่สามารถรักษาหายได้ด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์และความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว นั้นเอง จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลสามารถถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ไปสู่กลุ่มต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ดำเนินงานร่มกับชุมชน ช่วยเหลือ สนับสนุน การดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติด จนมีส่วนสำคัญที่ทำให้ชุมชนได้รับการพัฒนาในการดำเนินงานที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ตังอย่างสำคัญได้แก่ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง โรงพยาบาลได้ร่วมจัดตั้งในปี 2554 และสนับสนุนการดำเนินงานมาตลอด จนพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(HA ยาเสพติด) สำหรับสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ ได้รับการรับรองการเป็นสถานพยาบาล ประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายและยังได้รับเกียรติบัตรให้เป็นองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครศรีธรรมราช และบ้านโอโซน เป็นองค์เอกชนที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่างๆในอำเภอจะนะ และจังหวัดสงขลาในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติดในขุมชนแบบการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด ได้เป็นอย่างดี  **v. แผนการพัฒนา**  (1**) โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายรัตนพล**:  ด้านบุคลากร: การอบรมทบทวนในเรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและวิทยาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ด้านการพัฒนาคุณภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานที่อาจมีความเสี่ยงในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเช่นการหลบหนีการนำสารเสพติดเข้ามา และการดูแลผู้มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชและทางกายเป็นต้น  **(2) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ**  ด้านบุคลากร: บุคลากรทุกคนต้องได้รับการอบรมทบทวน การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่จำเป็นต้องฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ทุกราย ด้านการพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในทุกด้านเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผ่านการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด HA ยาเสพติด  **(3) บ้านโอโซน**  ด้านการรับ ส่งต่อ เพื่อการบำบัดรักษา โรงพยาบาลและบ้านโอโซนร่วมกันดูแลผู้ใช้ยาเสพติดและพัฒนาการรับส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญลักษณ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญลักษณ์สงขลาส่งผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัด โรคไวรัสตับอักเสบซี หรือผู้ป่วยที่ต้องกลับไปอยู่ ที่บ้านแล้วต้องมีผู้ดูแลกลับบ้านโอโซน  **(4) โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง**  ด้านบุคลากร: การทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับได้เรียนรู้ทำความเข้าใจจะทำให้เขามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการให้การฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้องด้านการรับส่งต่อ พัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับอำเภอและในระดับที่สูงกว่าคือกับโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่นโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีหรือโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์  **(5) หมู่ที่ 4 ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา**  ด้านบุคลากร: ผู้นำทุกระดับของหมู่บ้านและชาวบ้านที่สนใจในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนต้องได้รับความรู้และฝึกฝนให้สามารถดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนได้ด้วยองค์ความรู้ที่สามารถทำได้เช่นการประเมินคัดกรองเบื้องต้นการให้คำแนะนำปรึกษาการส่งต่อบำบัดในระดับที่สูงขึ้นหรือการรับผู้ป่วยภายหลังการบำบัดแล้วให้ดูแลในชุมชนด้านการมีส่วนร่วม พัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใช้สารเสพติดให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านให้มากขึ้น ร่วมกับ ผู้นำในทุกระดับของหมู่บ้าน | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การทำงานกับชุมชน | **3.5** | **I** | | | ๏โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายรัตนพล การอบรมทบทวนและการพัฒนาคุณภาพในด้านความเสี่ยงสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย  ๏ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ  บุคลากรต้องได้รับการ อบรมฟื้นฟูทบทวนความรู้บุคลากรใหม่ต้องผ่านการฝึกอบรมทุกราย และการพัฒนาคุณภาพมุ่งเน้น คุณภาพด้าน สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหรือให้ผ่าน HA ยาเสพติด  ๏ บ้านโอโซน  การรับส่งต่อเพื่อการบำบัดที่โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลธัญรักษ์สงขลาส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบซี  ๏ โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง  บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต้องได้รับการอบรม การส่งต่อ ต้องมีระบบการส่งต่อทั้งในระดับอำเภอและระดับที่สูงกว่า  ๏ หมู่ที่ 4 ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา  บุคลากร คือผู้นำ และชาวบ้านที่สนใจต้องได้รับ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน | | | | |