

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

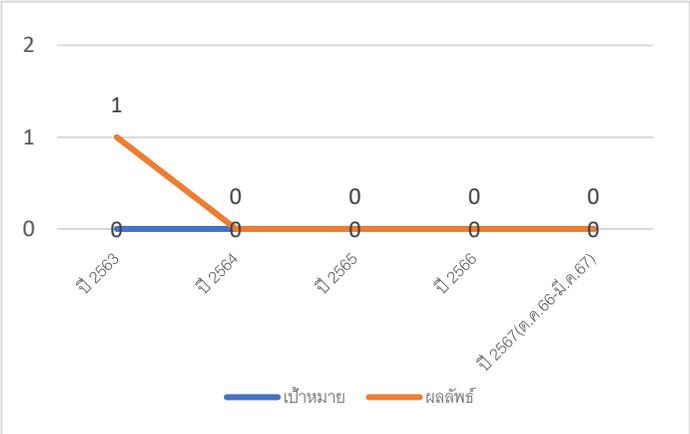
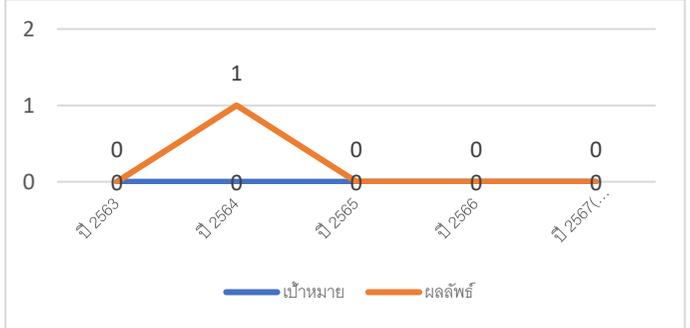
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

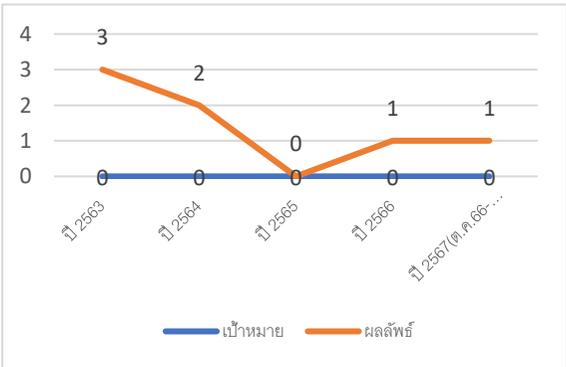
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] ** (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
การเสียชีวิตผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ (ภาพรวม)						
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0 ราย	1	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล	0 ราย	0	1	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่ Refer out เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง	0 ราย	3	2	0	1	1
การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ (ภาพรวม)						
ร้อยละผู้ป่วย refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ห้องฉุกเฉิน	< 3%		2.26	2.73	2.26	2.92
จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษา	0 ราย	12	7	2	6	4
จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ	0 ราย			26	24	14
การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ						
ร้อยละผู้ป่วยจิตเภท กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน	< 10%	10.87	13.15	10.95	11.33	12.77
ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน	< 10%					1.7
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 90 วัน	< 5.5%	1.45	3.19	3.90	3.19	4.68

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย=0)</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย=0)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	1	ปี 2564	0	0	ปี 2565	0	0	ปี 2566	0	0	ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)	0	0	<p>จากผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 1 ราย หลังจากนั้น ช่วงระหว่างปี 2564-2567 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ 0 ราย จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในปี 2563 ที่ร่วมกันทำ RCA เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 86 ปี วินิจฉัยโรค Schizophrenia และมีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ DM, HT, CKD, CVA, Hypothyroid จากการทบทวนประวัติของผู้ป่วยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยมีก้อนเนื้อที่ปอด ร่วมกับมีภาวะ Left pleural effusion ทำให้พื้นที่ของปอดในการหายใจน้อยลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ แพทย์ระบุสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจวาย พบปัจจัยสาเหตุเกิดจากมีโรคร่วมทางกายหลายโรค และข้อจำกัดของบุคลากรเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงเรื้อรังหลายโรค/อยู่ในระยะสุดท้าย จึงได้มีการปรับปรุงพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงเรื้อรังหลายโรค/อยู่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุกรณีผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคร่วมทางกายและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และบุคลากรทบทวนระบบการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มีการกำชับให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร สื่อสาร นิเทศ กำกับ การปฏิบัติงานของบุคลากรเกี่ยวกับการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงเรื้อรังหลายโรค/อยู่ในระยะสุดท้าย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคทางกายรุนแรงเรื้อรังหลายโรค ซึ่งจากการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน ในปี 2564-2567 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. เท่ากับ 0</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	1																	
ปี 2564	0	0																	
ปี 2565	0	0																	
ปี 2566	0	0																	
ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)	0	0																	
<p>จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (เป้าหมาย=0)</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (เป้าหมาย=0)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	0	ปี 2564	0	1	ปี 2565	0	0	ปี 2566	0	0	ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)	0	0	<p>อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายเป็นความเสี่ยงที่หน่วยงานได้เฝ้าระวังที่จะไม่ให้เกิดขึ้น จากอุบัติการณ์ในปี 2564 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยประวัติเสพยาบ้า ดื่มสุรา ไม่มีประวัติทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลซ้ำ คณะกรรมการพัฒนาระบบ Care team suicide ได้มีการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และจิตเวชชุมชน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการคัดกรองโดยพิจารณาจากความเสี่ยงตามเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน) Suicide attempt: การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้จบชีวิตแต่ไม่สำเร็จ 2) มีความคิดฆ่าตัวตายและ/หรือวางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน) Suicide Ideation/Plan: ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย/ การวางแผนฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ 3) เคยทำร้ายตนเอง (ใน 3 เดือน) Self-harm: การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บไม่ได้ประสงค์ให้จบชีวิต
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	0																	
ปี 2564	0	1																	
ปี 2565	0	0																	
ปี 2566	0	0																	
ปี 2567 (ค.ค.66-ก.ค.67)	0	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>2. คัดกรองและการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐานได้แก่ MINI, suicide 8Q (กรณี 9Q 7 คะแนนขึ้นไป) และ PIRSA -12 (กรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน) ในการแบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อวางแผนและให้การดูแลที่เหมาะสม</p> <p>3. มีมาตรการการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยดูตามระดับความเสี่ยงตามระดับ 1) การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) 2) การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (Intermediate care for suicide) 3) การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low risk care for suicide)</p> <p>4. มีการสื่อสารประสานงานในทีมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการทำ pre-post conference ทีมพยาบาล มีการบันทึกอาการ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการแพทย์ มีการประสานการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ลักษณะอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง และแนวทางการสื่อสารในทีมเพื่อติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. มีการให้ข้อมูลเสริมพลังและวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม เช่น การให้ psycho education สร้างความตระหนักต่อสัญญาณเตือน วิธีการขอความช่วยเหลือและทราบแหล่งช่วยเหลือทางสังคม</p> <p>6. มีการส่งต่อข้อมูลที่เป็นในการดูแลต่อเนื่องให้เครือข่ายหรือผู้นำชุมชน ส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>จากการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน ในปี 2565-2567 ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล เท่ากับ 0</p>																		
<p>จำนวนผู้ป่วยที่ Refer out เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง(เป้าหมาย = 0)</p>  <table border="1" data-bbox="280 1029 846 1396"> <caption>จำนวนผู้ป่วยที่ Refer out เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ค.ค.66-...)</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	3	ปี 2564	0	2	ปี 2565	0	0	ปี 2566	0	1	ปี 2567 (ค.ค.66-...)	0	1	<p>จากผลการดำเนินงานพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตหลัง Refer ภายใน 48 ชั่วโมง ในปี 2563 จำนวน 2 ราย ปี 2564 จำนวน 2 ราย ปี 2565 จำนวน 0 ราย ปี 2566 จำนวน 1 ราย และปี 2567 จำนวน 2 ราย ในระยะเวลาติดตาม 5 ปี ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แนวโน้มมีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุดไม่เกิน 2 รายต่อปี จากการทบทวนรายกรณี ปี 2563 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย โดยกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ Gastric outlet obstruction เกิดภาวะ Shock โดยมีประวัติเคยผ่าตัดช่องท้อง แกรับผู้ป่วยมีค่า Labs ผิดปกติ มี Acute kidney Injury (BUN 80.3, Cr 2.47) Bicarbonate 53 บ่งบอกถึงภาวะ Metabolic Alkalosis หลังรับการรักษาได้ 16 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาเจียน ท้องโต และตั้ง มีภาวะ Gastric outlet obstruction เกิดภาวะ Shock สาการวิเคราะห์สาเหตุได้เพิ่มมาตรการป้องกันความปลอดภัย เน้นย้ำการเพิ่มสมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยมีประวัติบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง การประเมินแก่บุคลากร การสังเกตและเฝ้าระวัง GI symptoms ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และสมรรถนะด้านการแยกอาการ Psychotic symptoms หรือ Akathisia จากอาการทางเดินหายใจอุดกั้น</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	3																	
ปี 2564	0	2																	
ปี 2565	0	0																	
ปี 2566	0	1																	
ปี 2567 (ค.ค.66-...)	0	1																	

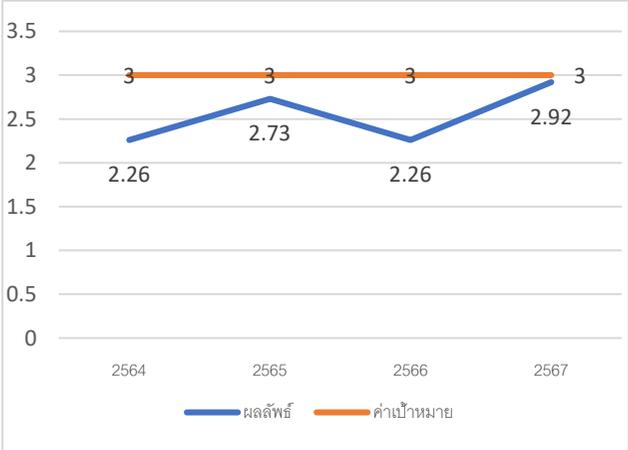
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>กรณีผู้ป่วย obesity BMI 35 เสียชีวิตจาก Respiratory Failure พบว่าเป็นผู้ป่วย Paranoid Schizophrenia มีภาวะอ้วนระดับ 2 ขณะอยู่รักษามีอาการหยุดหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และ Refer รักษาทางกายขณะรักษา ผู้ป่วยดึง tube ออก และญาติไม่อนุญาตให้ใส่ต่อจึงเสียชีวิต จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุพบโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ จึงได้ปรับปรุงระบบการรายงานอาการผู้ป่วย เน้นย้ำรายงานผล Labs ที่ผิดปกติแก่แพทย์นอกเวลาราชการแล้ว ต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ในเวลาราชการเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม obesity โดยส่งตรวจ EKG, X-ray ,การติดตาม V/S, O2 sat หากมีความจำเป็นต้องให้ยาฉีด PRN ให้รายงานแพทย์ และวัด O2 sat ก่อนฉีดทุกครั้ง</p> <p>ในปี 2564 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย กรณีรายที่ 1 กรณีเสียชีวิตจาก asphyxia พบว่าเป็นผู้ป่วย paranoid schizophrenia with amphetamine dependence หลังรับไว้รักษา 3 วัน ผู้ป่วย Hanging ในห้องน้ำ CPR 12 นาที EMS รพ.ขอนแก่นรับไป และเสียชีวิต จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับทีม ได้เน้นย้ำการซักประวัติผู้ป่วยรับใหม่ให้ประเมินซ้ำ (reassessment) ความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายทุกรายโดยเฉพาะผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วม (แอมเฟตามีน,แอลกอฮอล์) โดยใช้ 3 คำถามเป็นเกณฑ์ คือ เคยคิด/บ่นอยากตาย/วางแผนฆ่าตัวตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเองมาก่อนหรือไม่ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลขณะอยู่รักษาหากพบว่ามี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ประเมินMINI-suicide ติดตามระดับความรุนแรงเพื่อเฝ้าระวังโดยใช้แบบประเมิน PISARA-12 คณะกรรมการทบทวนและปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG -suicide) ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย รวบรวมปัจจัยกระตุ้นขณะอยู่รักษาและสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย การนิเทศ กำกับ ติดตาม บุคลากรที่รับเข้ามาทำงานใหม่เพื่อพัฒนาสมรรถนะคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ ฆ่าตัวตายและการใช้แบบประเมินเฉพาะ</p> <p>กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Myocardial infraction พบว่าเป็นผู้ป่วย Schizophrenia with COPD (COPD 10 ปี) แรกรับ Na 131.8 และ BP สูงตลอด ได้ Amlodipine (10) ½*AM หลังรับไว้รักษา 1 สัปดาห์มีอาการเจ็บหน้าอก O2 sat drop 92-95% ต่อมาผู้ป่วย Arrest เวลา 20.00 น. หลัง CPR มีชีพจรคืนมา EMS รพ. ขอนแก่น รับไป และเสียชีวิต</p> <p>จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุพบโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญ ได้มีการจัดอบรม ACLS โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อ Early Detection / Early treatment เพิ่มสมรรถนะการวินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ MI แก่บุคลากรทุกปี</p> <p>ปี 2565 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต</p>

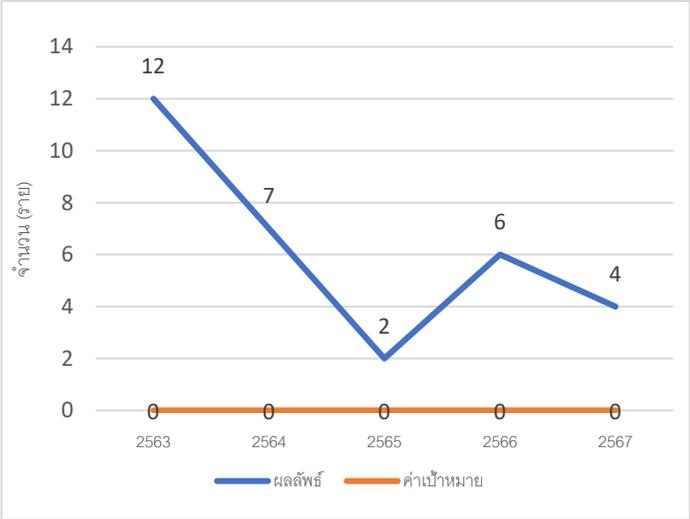
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>ปี 2566 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ด้วยสาเหตุ Ischemic heart disease เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 43 ปี Dx. Schizophrenia (F20.00, F 15.2, F10.1) มาด้วยอาการมีหูแว่ว เผลอสิ่งของในบ้าน พกอาวุธ ชู่จะทำร้ายคนอื่น นอนรักษา 21 วัน เกิด Cardiac arrest ทำ ACLS และ refer รพ.ขอนแก่น หลัง refer 30 นาที ผู้ป่วยเสียชีวิต วิเคราะห์สาเหตุของ Ischemic heart disease จากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหนักหลายชนิด (ยาบ้า สุรา บุหรี่) เป็นเวลานานมากกว่า 20 ปี มีภาวะซีด Hct 29,26.8 ลดลงเรื่อย ๆ ตลอดการรับไว้รักษา (ไม่มีประวัติโรคทางกายมาก่อน) มีอาการทางจิตที่รุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการปรับการรักษาเป็นระยะ ใช้ clozapine ร่วมกับ antipsychotic drug หลายตัว (Fluphenazine+Perphenazine+Haloperidol) และ Diazepam ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิด Ischemic heart disease และเกิด sudden cardiac arrest จึงได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดที่ได้รับยา clozapine ร่วมกับ antipsychotic drug อื่น โดย หากประเมินและพบว่ามีอาการ Chest pain ให้ตรวจ EKG มีภาวะ Tachycardia (pulse > 110/min) ให้ตรวจ EKG และกรณีที่ยังคงมี Tachycardia ให้รายงานแพทย์ และตรวจ EKG ซ้ำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีผู้ป่วยโรคร่วม Anemia หากพบ Hct drop 3 % จาก baseline ให้รายงานแพทย์ส่ง investigation เพิ่ม และให้การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ clozapine ควร titrate dose สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทั่วถึง และมีการทบทวนจัดระบบการดูแลผู้ป่วย และแนวทางปฏิบัติ rapid response team ให้ชัดเจน สื่อสาร ซ้อม ACLS อย่างสม่ำเสมอทุกไตรมาส</p> <p>ในปี 2567 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย กรณีรายที่ 1 สาเหตุการเสียชีวิต AKI with hypernatremia, hyperkalemia เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 74 ปี Dx. 1.F0232 (Dementia in Parkinson's disease with other symptoms predominantly hallucinatory) 2.E11(Non-insulin-dependent diabetes mellitus) 3.I10 (Essential primary hypertension) รับไว้รักษาครั้งที่ 1 มาด้วยอาการ มีหูแว่ว ระวัง เผลอข้าวของในบ้าน ทำร้ายสามี พุดคนเดียว ไม่นอน จะกระโดดลงจากรถ MINI-suicide 34 คะแนน จากการวิเคราะห์สาเหตุ จึงได้ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมทางกายกลุ่ม Dementia/Parkinson และมีปัญหา BPSD ให้ซักประวัติเพิ่มเติมเรื่อง ADL เพื่อวินิจฉัยทางการแพทย์และเฝ้าระวังความเสี่ยงเรื่อง อุบัติเหตุ ทกล้ม เพื่อการรักษาย่างถูกต้องสอดคล้องกับอาการผู้ป่วย การสังเกตและเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะคั่งจากการรักษาด้วยยา Benhexol สังเกตอาการ bladder full และต้องบันทึก I/O และติดตามค่า CPK,BUN, ทุก 3 วัน หากจำเป็น ควร retain foley check UA ทุก 3 วัน</p> <p>กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยสาเหตุ UGIB เป็นผู้ป่วยชายอายุ 59 ปี เร่ร่อน ไม่มีญาติ Dx. Schizophrenia (F20.0) มีประวัติเป็นโรคหอบหืดไม่ได้รับการรักษา เสพแอมเฟตามีนไม่ทราบปริมาณชัดเจน เมื่อทบทวนรักษาด้วยยา</p>

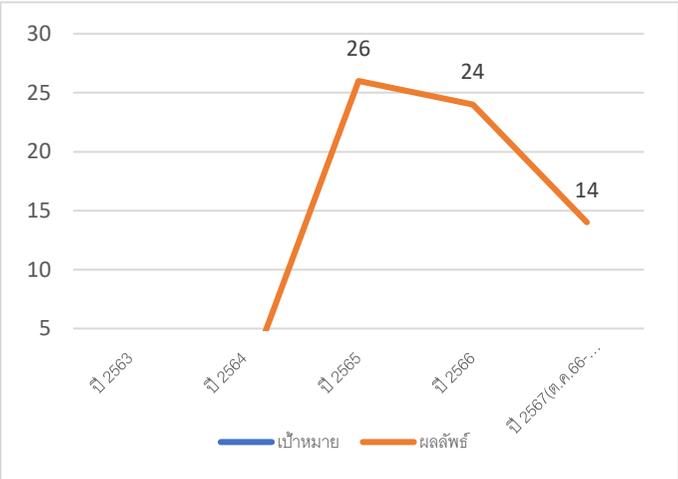
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA															
	<p>พบยา Clozapine ร่วมกับ ยา Antipsychotic อื่นร่วมหลายตัว และ ECT ครั้งที่ 3 ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยอาเจียนลักษณะ coffee ground, O sat drop, cardiac arrest ได้ CPR และ Refer รพ.ขอนแก่น</p> <p>จากการวิเคราะห์พบสาเหตุที่สำคัญ จึงได้เพิ่มการติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Clozapine ร่วมกับยาด้านโรคจิตอื่นๆ ร่วมกับการรักษาด้วย ECT ที่เสี่ยงต่อ Sudden dead</p> <p>กรณี Rapid Titrate Clozapine เน้นย้ำการปฏิบัติอย่างครอบคลุม ให้ Monitors FBS ทุก 1 สัปดาห์ Monitors EKG เฝ้าระวังสังเกตภาวะ Tachycardia เฝ้าระวังสังเกตภาวะ Agranulocytosis เฝ้าระวัง สังเกตอาการชัก เฝ้าระวังภาวะ Aspirate pneumonia วัด V/S เฝ้าระวังอุบัติเหตุ หกล้ม และเฝ้าระวังสังเกตอาการ OCD ตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>จากผลลัพธ์การดำเนินงานในระยะเวลาติดตาม 5 ปี พบว่า ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แม้แนวโน้มมีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุดไม่เกิน 2 รายต่อปี แต่ยังเป็นโอกาสพัฒนาให้สามารถดักจับกับความเสี่ยงทุกมิติต่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย</p>															
<p>ร้อยละของผู้ป่วย Refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ห้องฉุกเฉิน (เป้าหมาย < 3%)</p>  <table border="1" data-bbox="250 948 878 1398"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้น: ร้อยละของผู้ป่วย Refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ห้องฉุกเฉิน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> <th>ค่าเป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2564</td> <td>2.26</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2.73</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>2.26</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>2.92</td> <td>3.0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)	2564	2.26	3.0	2565	2.73	3.0	2566	2.26	3.0	2567	2.92	3.0	<p>ปีงบประมาณ 2564-2567 ร้อยละผู้ป่วย Refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ห้องฉุกเฉิน น้อยกว่าร้อยละ 3 บรรลุค่าเป้าหมาย ได้มีการวางระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวางระบบการส่งต่อ โดยมีการสื่อสารผ่าน Service Plan ในเขตสุขภาพที่ 7 เช่น กำหนดเกณฑ์การส่งต่ออย่างชัดเจน การคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ จะต้องให้แก่ให้เรียบร้อยก่อนนำส่ง การโทรศัพท์สื่อสารข้อมูลก่อนนำส่งผู้ป่วยโดยแพทย์ต่อแพทย์ 2. ระบบการคัดแยกโรค เช่นการประเมินโรคประจำตัวทางกาย โดยการพัฒนาสมรรถนะความรู้โรคแทรกซ้อนทางกาย การนิเทศทางการแพทย์ และการกำหนดเกณฑ์ แนวเวชปฏิบัติเฉพาะโรค รวมถึงการทบทวนข้อมูลการ Refer เพื่อนำมาพัฒนาระบบการ Refer เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้บรรลุค่าเป้าหมาย
ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)														
2564	2.26	3.0														
2565	2.73	3.0														
2566	2.26	3.0														
2567	2.92	3.0														

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษา (เป้าหมาย = 0)</p>  <table border="1" data-bbox="219 395 909 914"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้น</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (ราย)</th> <th>ค่าเป้าหมาย (ราย)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>12</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (ราย)	ค่าเป้าหมาย (ราย)	2563	12	0	2564	7	0	2565	2	0	2566	6	0	2567	4	0	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2563-2567 พบผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งต่อด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกาย (Refer out) หลังรับไว้รักษาภายใน 24 ชั่วโมง จำนวน 12 , 7, 2, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ</p> <p>ทีมได้ร่วมกันวิเคราะห์หา RCA พบว่าในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อมากที่สุดในกลุ่มโรค คือ ภาวะ Sepsis จากสาเหตุไม่ได้ตรวจดู Lab CBC จากโรงพยาบาลในเครือข่ายก่อนส่งหรือเป็นผลตรวจ CBC ขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลในเครือข่าย เกิน 24 ชั่วโมง และเมื่อรับไว้ในรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนอกเวลาราชการ ไม่ได้ Investigate ในทันที การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุมตั้งแต่ ER จึงพัฒนากระบวนการในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sepsis ขาดความรู้ ในการ management septic shock เพิ่มมาตรการในการประเมินให้รวดเร็วขึ้น (Early detection) โดยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ใช้แบบประเมิน SIRs การประเมิน Sepsis การนำ quick SOFA มาใช้เพื่อ early diagnosis sepsis และส่ง septic work up เพิ่มเติม</p> <p>นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ refer out มีภาวะ Electrolyte imbalance สาเหตุเกิดจากพยาธิสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง ประกอบกับไม่ได้ตรวจ Lab ค่า Electrolyte รองลงมา คือ NMS/ Rhabdomyolysis สาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตในปริมาณสูงจากโรงพยาบาลในเครือข่ายก่อนส่งตัวมา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจึงพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Electrolyte imbalance เพิ่มมาตรการในการประเมินให้รวดเร็วขึ้น โดยพัฒนากระบวนการประเมินภาวะทางกายก่อนส่งต่อให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการ Investigate ก่อน refer รวมถึงการตรวจ Lab ที่สำคัญทุกราย เน้นให้เห็นความสำคัญของการส่งตรวจ Lab เร่งด่วนเพื่อดูค่าวิกฤติที่บ่งบอกถึงการเกิดภาวะ Electrolyte imbalance เน้นให้โรงพยาบาลในเครือข่ายมีการคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยให้ส่งตรวจ Lab Electrolyte หากพบค่าผิดปกติให้แก้ไขก่อนส่งตัวมา และโรงพยาบาลจิตเวชเมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาหากพบที่ยังไม่มีการตรวจ lab Electrolyte ให้ส่งตรวจในผู้ป่วยทุกรายและแก้ไขภาวะ Electrolyte imbalance Repeat Lab ก่อน admit ในกรณีการเกิดภาวะแทรกซ้อน NMS/Rhabdomyolysis ได้เป็นที่ปรึกษา/ให้คำแนะนำโรงพยาบาลเครือข่ายเกี่ยวกับการรักษา หากพบความเสี่ยงให้เจาะตรวจค่า Lab CPK รวมทั้งได้จัดประชุมเพื่อทบทวนความรู้ให้กับเครือข่ายประจำทุกปี มีจุดพักคอยใน ER ระหว่างรอผล Lab ก่อน admit</p> <p>ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาพบว่า บุคลากรมีแนวทางในการประเมิน/บำบัดรักษาผู้ป่วย มีการ Early detection ในผู้ป่วยสงสัยภาวะ NMS/Rhabdomyolysis ให้ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินภาวะ Neuroleptic malignant syndrome สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้การส่งต่อในประเด็น NMS/ Rhabdomyolysis แม้ว่าจะยังพบแต่แนวโน้มลดลง ในส่วนการดูแลรักษาภาวะ Electrolyte imbalance เมื่อดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดทำให้พบว่า ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยด้วยภาวะ Electrolyte imbalance</p>
ปี	ผลลัพธ์ (ราย)	ค่าเป้าหมาย (ราย)																	
2563	12	0																	
2564	7	0																	
2565	2	0																	
2566	6	0																	
2567	4	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>และจากข้อจำกัดการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวช ในช่วงที่ผ่านมายังไม่มีการตรวจ lab นอกเวลาราชการ ในปี 2567 จึงได้มีการสรุปประเด็นนำเสนอให้ผู้ว่าสูงสุด คณะกรรมการบริหารรพ. เพื่อพิจารณาเพิ่มบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงนอกเวลาราชการ จึงทำให้ส่งตรวจ Lab และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาที่รวมทั้งได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอบรมการประเมินและ management Sepsis, septic shock นิเทศทางการแพทย์ สืบสวนแนวทางการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ refer out มีแนวโน้มลดลงและมีกระบวนการเฝ้าระวังที่ชัดเจนมากขึ้น</p>																		
<p>จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ (เป้าหมาย = 0)</p>  <table border="1" data-bbox="226 692 904 1171"> <caption>จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค. 66-...)</td> <td>0</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	0	ปี 2564	0	0	ปี 2565	0	26	ปี 2566	0	24	ปี 2567 (ต.ค. 66-...)	0	14	<p>จากการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างปีพ.ศ.2565-2567 พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการมีแนวโน้มลดลง โดยพบว่า ภาวะที่เป็นสาเหตุให้มีการส่งต่อใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วย Pneumonia ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยการได้รับ Sedative drug จากโรงพยาบาลต้นทางก่อนการส่งต่อและ Over sedation และเกิด EPS มีปัญหาการเคี้ยวกลืน หรือทำให้ยา Sedative drug ออกฤทธิ์มากขึ้น และจากการทำ RCA พบปัจจัยสาเหตุเกิดจากขาดการ Investigate ก่อน refer มายังโรงพยาบาลจิตเวช ใช้ผล lab ขณะที่ admit โรงพยาบาลชุมชนนานเกิน 24 ชั่วโมง การส่งต่อยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ delayed diagnosis ตั้งแต่แรกรับ จากทบทวนพบว่า เมื่อ พยาบาลรายงาน ใช้ ผู้ป่วยจิตเวชให้ประวัติไม่ชัด บางครั้งตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม ทำให้ miss diagnosis ในคนไข้จิตเวชก้าวร้าว ไม่รวมมือร่วมกับการนำคนไข้ไปทำ CXR ได้ค่อนข้างยาก และโรงพยาบาลไม่มี Portable X-ray เพื่อพัฒนาให้การประเมินคัดกรองภาวะทางกายตั้งแต่โรงพยาบาลทางกายก่อนการส่งต่อ และการประเมินคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกายที่โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและขณะที่รักษาในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลทุกปี ร่วมกับการพัฒนาระบบการประเมินภาวะทางกายก่อนรับไว้รักษาให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ได้แก่ การประยุกต์ใช้ RASS score เพื่อเฝ้าระวัง oversedation เจาะ lab ก่อน admit ในกลุ่มที่มีโรคร่วมทางกาย และ alcohol dependence ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Pneumonia เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้มีการสื่อสารระหว่างทีมส่งต่อให้ Investigate lab ก่อน refer มายังโรงพยาบาลจิตเวช และประยุกต์ใช้แบบประเมินการหลับมาก The Richmond Agitation and Sedation scale (RASS) เพื่อให้เข้าใจระดับการหลับและวิธีการประเมินจากการติดตามผลลัพธ์จากการดำเนินการพบว่าในปี พ.ศ.2567 การส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมงลดลง ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 จำนวน 26, 24 และ 14 ราย ตามลำดับ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	0																	
ปี 2564	0	0																	
ปี 2565	0	26																	
ปี 2566	0	24																	
ปี 2567 (ต.ค. 66-...)	0	14																	

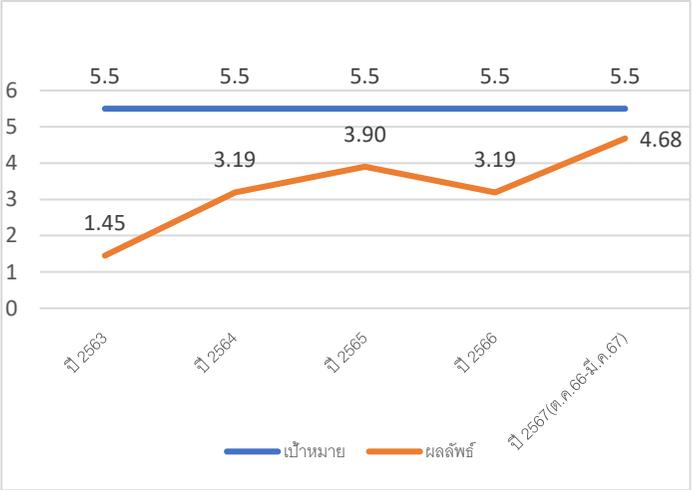
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน (เป้าหมาย <10%)</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟ: ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>10</td> <td>10.87</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>10</td> <td>13.15</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>10</td> <td>10.95</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>10</td> <td>11.33</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (...)</td> <td>10</td> <td>12.77</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	ปี 2563	10	10.87	ปี 2564	10	13.15	ปี 2565	10	10.95	ปี 2566	10	11.33	ปี 2567 (...)	10	12.77	<p>ปี 2563-2567 พบว่าร้อยละผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 10) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ร้อยละ 10.87, 13.15, 10.95, 11.33 และ 12.77 ตามลำดับ จากการทบทวนหาสาเหตุและโอกาสพัฒนา พบว่า ในปี 2563 ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ญาติสูงอายุไม่สามารถ ควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ และกินยาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับปัญหาการดื่มสุรา และในปี 2564-2566 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัจจัยสำคัญมาจากการใช้สารเสพติดทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบซ้ำ และรุนแรง รวมทั้งมีสถานการณ์การระบาดของ COVID - 19 ส่งผลให้การเข้าถึงบริการยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนกลุ่มงานจิตสังคมโดยให้บริการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งนโยบายกัญชาทางการแพทย์และการปรับเปลี่ยนนโยบายรัฐบาลด้านสารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงสารเสพติดมากขึ้น</p> <p>การแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> ในปี 2563 พัฒนาระบบการคืนสู่สภาวะโดยใช้แนวคิด Recovery model ในขณะที่ผู้ป่วยรับไว้รักษาไว้ใน รพ. มีการทำวิจัยพัฒนา adherence therapy มีการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ ใช้ Long acting ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีให้สุขภาพจิตศึกษาญาติ/ครอบครัว ในรายที่ไม่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยส่งต่องานจิตเวชชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะญาติในการดูแล ประสานเครือข่ายในการช่วยเหลือดูแล ในปี 2563 ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา MI เริ่มพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ICOD-R ในกรณีที่ผู้ป่วย chronic schizophrenia และมีปัญหาในด้าน cognitive impairment วางแผนการดูแลต่อเนื่องเชิงระบบร่วมกับชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนพัฒนาระบบฟื้นฟูสภาวะผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในปี 2563 เป็นต้นมาเกิดการระบาดแพร่ระบาดของโรค Covid -19 ทีมจิตสังคมบำบัดได้ลงบำบัดในตึกผู้ป่วยในผู้ป่วยที่ชยาเสพติดร่วมด้วยเข้าถึงบริการมากขึ้น พร้อมกับมีโครงการรียาใกล้บ้านและยาไปรษณีย์ในปี 2564 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาต่อเนื่อง รวมทั้งกระบวนการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทสารเสพติดมีการจัดบริการเชิงรุกในหอผู้ป่วย และมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ตลอดจนมีการจัดตั้งศูนย์ CI เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทสารเสพติดเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในปี 2565 มีการปรับเปลี่ยนกลุ่มงานจิตสังคมโดยให้บริการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
ปี 2563	10	10.87																	
ปี 2564	10	13.15																	
ปี 2565	10	10.95																	
ปี 2566	10	11.33																	
ปี 2567 (...)	10	12.77																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA															
	<p>ในปี 2566 เพื่อตอบรับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ นโยบายรัฐบาล และพรบ. ยาเสพติด ที่ว่าผู้เสพคือผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการฟื้นฟูที่เน้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการส่งเสริมความร่วมมือในการบำบัดรักษาด้วยการปรับปรุงพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการปรับเปลี่ยนกลุ่มงานจิตสังคมบำบัดโดยให้บริการบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในร่วมด้วย อีกทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด 2. นำผลการศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมการจัดการความโกรธด้วยการปรับความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาใช้และขยายผลใช้ในเครือข่ายสุขภาพ 3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวทรายกรณี่ในชุมชนสำหรับเครือข่ายในเขตสุขภาพพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการในเขตสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือส่งต่อและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 															
<p>ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน เป้าหมาย < 10%)</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแท่ง: ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับมารักษาซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2567</td> <td>10</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>2568</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2569</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2570</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2567	10	1.7	2568	10	10	2569	10	10	2570	10	10	<p>จากการดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่กลับมารักษาซ้ำในปีงบประมาณ 2567 ช่วง 6 เดือนแรก พบร้อยละ 1.7 ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 10 และเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นมาใหม่ กระบวนการและความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล ยังไม่สมบูรณ์</p>
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)														
2567	10	1.7														
2568	10	10														
2569	10	10														
2570	10	10														

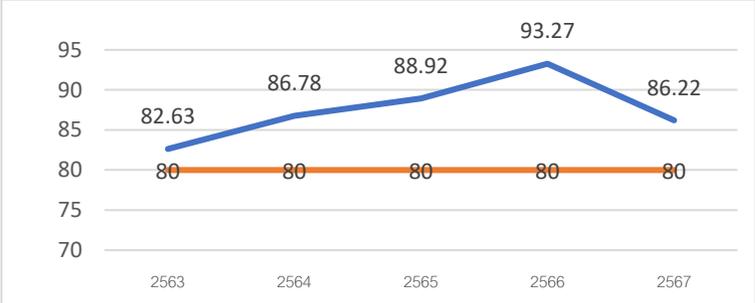
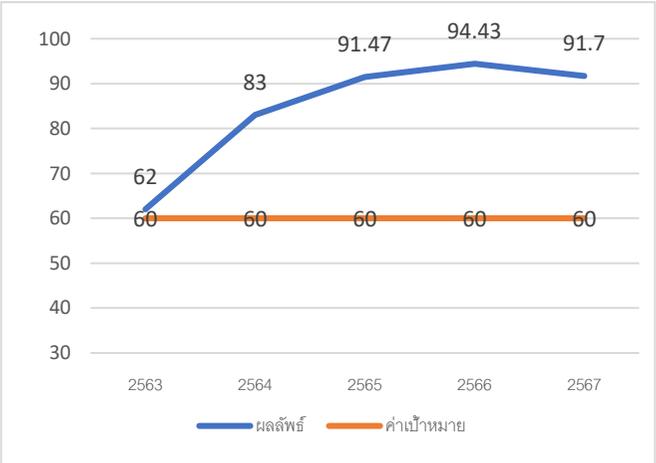
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาปรึกษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน (เป้าหมาย < 5.5%)</p>  <table border="1" data-bbox="219 395 911 885"> <caption>ข้อมูลร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาปรึกษาซ้ำ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>5.5</td> <td>1.45</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>5.5</td> <td>3.19</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>5.5</td> <td>3.90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>5.5</td> <td>3.19</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ค.ค. 66-ธ.ค. 67)</td> <td>5.5</td> <td>4.68</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	5.5	1.45	ปี 2564	5.5	3.19	ปี 2565	5.5	3.90	ปี 2566	5.5	3.19	ปี 2567 (ค.ค. 66-ธ.ค. 67)	5.5	4.68	<p>เนื่องจากการมีมาตรการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ชัดเจนและต่อเนื่อง คณะกรรมการ Care team Suicide มีการปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและนัดหมายเพื่อติดตามการรักษาแบ่งเป็น 1) ผู้ป่วย: psychoeducation (สร้างความตระหนักต่อสัญญาณเตือน การดูแลตัวเอง วิธีการขอความช่วยเหลือและ ทราบแหล่งช่วยเหลือทางสังคม): ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) ครอบครัว psychoeducation (การ สังเกตสัญญาณเตือน การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น วิธีการขอความช่วยเหลือและทราบแหล่งช่วยเหลือทางสังคม) 3) ชุมชน: ส่งต่อข้อมูลที่เป็นในการดูแลต่อเนื่องให้เครือข่าย หรือผู้นำชุมชน 2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และประสานเครือข่ายทางสังคมแหล่งประโยชน์ต่างๆ 3. ติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จัดการผลข้างเคียงและความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา 4. ส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กรณีในเขตสุขภาพที่ 7 ส่งต่อ ส่งต่อข้อมูลงานบริการจิตเวชชุมชน กรณีนอกเขตเขตสุขภาพที่ 7 ส่งต่อส่งต่อข้อมูลให้งานบริการสังคมสงเคราะห์ <p>ผลการดำเนินการพบว่า ในปี 2563-2567 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาปรึกษาซ้ำด้วยการพยายาม ฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 1.45, 3.19, 3.9, 3.19 และ 4.65 ตามลำดับ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	5.5	1.45																	
ปี 2564	5.5	3.19																	
ปี 2565	5.5	3.90																	
ปี 2566	5.5	3.19																	
ปี 2567 (ค.ค. 66-ธ.ค. 67)	5.5	4.68																	

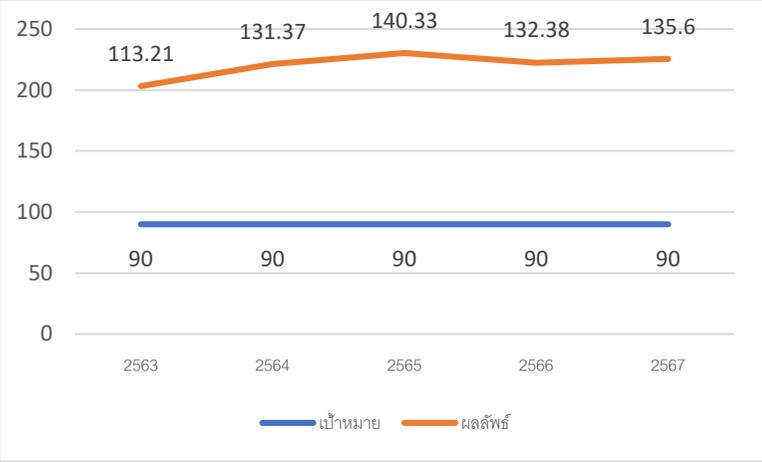
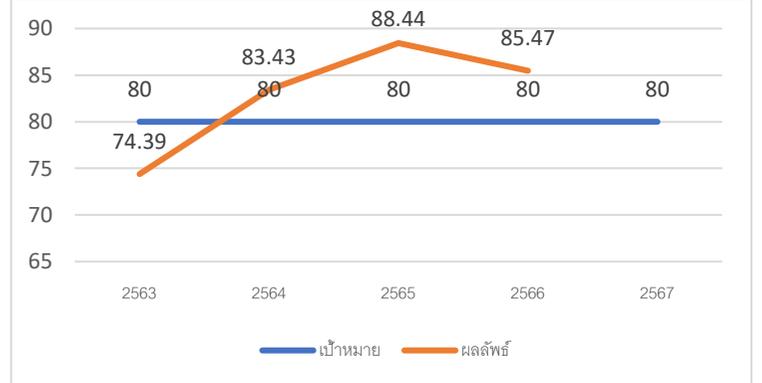
84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
การเข้าถึงและเข้ารับบริการกลุ่มโรคสำคัญ						
ร้อยละผู้ป่วย refer in ในเขตตามเกณฑ์	> 80%	82.63	86.78	88.92	93.27	86.22
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจ ภายใน 30 นาที	≥ 60%	62	83	91.47	94.43	97.7
ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพ	> 90%	113.21	131.37	140.33	132.38	135.6
ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ	> 80%	74.39	83.43	88.44	85.47	87.80
ร้อยละของผู้ทำร้ายตนเอง (15 ปีขึ้นไป) เข้าถึงบริการ	> 30%	22.72	30.46	38.4	33.40	21.84
ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	> 40%	4.02	3.39	10.33	6.84	4.33

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย refer in ในเขตตามเกณฑ์ (เป้าหมาย ≥ 80%)</p>  <table border="1" data-bbox="145 359 900 662"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> <th>ค่าเป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>82.63</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>86.78</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>88.92</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>93.27</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>86.22</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)	2563	82.63	80	2564	86.78	80	2565	88.92	80	2566	93.27	80	2567	86.22	80	<p>ปีงบประมาณ 2564- 2567 ร้อยละผู้ป่วย Refer in ในเขตตามเกณฑ์ บรรลุตามค่าเป้าหมาย (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80) โดยได้ดำเนินการปรับปรุง และพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษา 1) การกำหนดแนวปฏิบัติก่อนรับไว้รักษา เช่น การคัดกรองผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางกาย 3) การสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างแพทย์ของโรงพยาบาลต้นทาง และโรงพยาบาลปลายทาง นอกจากนี้การส่งต่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายในกลุ่ม refer in ให้กับกลุ่มงานภารกิจสนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งต่อข้อมูลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกายกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพจิตที่ 7 ให้ครอบคลุมก่อนส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ร่วมกับโรงพยาบาลทางกาย และ Service Plan เขตสุขภาพที่ 7</p>
ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)																	
2563	82.63	80																	
2564	86.78	80																	
2565	88.92	80																	
2566	93.27	80																	
2567	86.22	80																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจ ภายใน 30 นาที เป้าหมาย ≥ 60%</p>  <table border="1" data-bbox="228 837 884 1300"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> <th>ค่าเป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>62</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>83</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>91.47</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>94.43</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>91.7</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)	2563	62	60	2564	83	60	2565	91.47	60	2566	94.43	60	2567	91.7	60	<p>ปีงบประมาณ 2563 – 2567 ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจภายใน 30 นาที บรรลุค่าเป้าหมาย โดยการปรับปรุง พัฒนา 1) ปรับเวลาพักเป็นแบบเหลื่อมเวลา โดยแบ่งเป็น 2 ทีม เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง 2) ปรับโครงสร้างอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ลดขั้นตอนการทำเวชระเบียนร่วมกับแผนกเวชระเบียนและกิจกรรมคู่มือนานการซักประวัติของพยาบาลห้องฉุกเฉิน 3) จัดแพทย์ตรวจประจำห้องฉุกเฉินในช่วงเวลา 13.00 – 16.30 น. 4) นิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลใหม่ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะการรายงานแพทย์ นำข้อมูลจากการส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายมาวางแผนสำหรับเตรียมการบริการจิตเวชฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพตามระยะเวลาที่กำหนดร่วมกับงานรับส่งต่อผู้ป่วย</p>
ปี	ผลลัพธ์ (%)	ค่าเป้าหมาย (%)																	
2563	62	60																	
2564	83	60																	
2565	91.47	60																	
2566	94.43	60																	
2567	91.7	60																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพ (เป้าหมาย > 90%)</p>  <table border="1" data-bbox="174 359 936 821"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>90</td> <td>113.21</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>90</td> <td>131.37</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>90</td> <td>140.33</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>90</td> <td>132.38</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>90</td> <td>135.6</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 11/5/67</p>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	90	113.21	2564	90	131.37	2565	90	140.33	2566	90	132.38	2567	90	135.6	<p>จากผลการดำเนินงาน พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2567 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มีอัตราการเข้าถึงสูงสุดร้อยละ 140.33 ซึ่งมีผลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การประสานงานกับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการสะสมในเขตสุขภาพ ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน กรณีมีผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยต่ำกว่าร้อยละ 90 ดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเพิ่มการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และนำเข้าสู่ระบบบริการ 2.เป็นที่ปรึกษา/ พี่เลี้ยง ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ 3.นำเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ในการสืบข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเข้าสู่ 43 แฟ้ม ส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตาม และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างทันทั่วทั้งที่ 4.ส่งเสริม สนับสนุนด้านบริการวิชาการ และการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบาย โดยการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคกำหนดแนวทางปรับปรุง และนำสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	90	113.21																	
2564	90	131.37																	
2565	90	140.33																	
2566	90	132.38																	
2567	90	135.6																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ (เป้าหมาย > 80%)</p>  <table border="1" data-bbox="174 997 936 1380"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>74.39</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>80</td> <td>83.43</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>80</td> <td>88.44</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>80</td> <td>85.47</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	80	74.39	2564	80	83.43	2565	80	88.44	2566	80	85.47	2567	80	80	<p>ในปีงบประมาณ 2563 มีผลการดำเนินงานร้อยละ 74.39 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย เกิดจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหลายพื้นที่ โรงพยาบาลจึงได้ปรับปรุงทิศทางการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการใหม่และฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเดิม 2. วางกลวิธีในการค้นหาคัดกรองร่วมกับเครือข่ายของแต่ละจังหวัด 3. กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ผ่านการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข <p>ผลลัพธ์พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 -2567 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 7 บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มีอัตราการเข้าถึงสูงสุด ร้อยละ 88.44</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	80	74.39																	
2564	80	83.43																	
2565	80	88.44																	
2566	80	85.47																	
2567	80	80																	

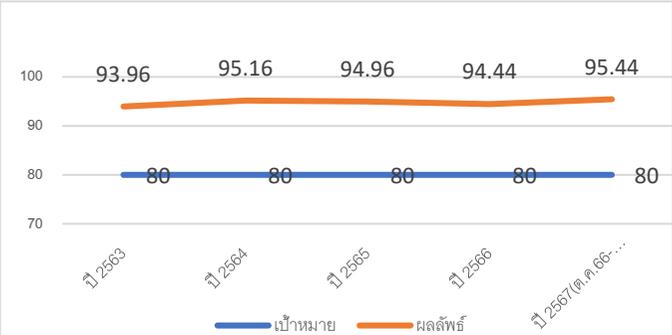
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของผู้ทำร้ายตนเอง (15 ปีขึ้นไป) เข้าถึงบริการ (เป้าหมาย > 30%)</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 11/5/67</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>30</td> <td>22.72</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>30</td> <td>30.46</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>30</td> <td>38.4</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>30</td> <td>33.4</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>30</td> <td>21.84</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2563	30	22.72	2564	30	30.46	2565	30	38.4	2566	30	33.4	2567	30	21.84	<p>ปีงบประมาณ 2563 ผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ทำร้ายตนเอง (15 ปีขึ้นไป) เข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 22.72 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่า ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน/ไม่มั่นใจในการประเมินและลงวินัจฉัยผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองตามเกณฑ์วินัจฉัยโรค หมวด Intentional self-harm (X60-X84) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ปรับปรุงทิศทางการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการโดยการพัฒนาศักยภาพแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับเกณฑ์การวินัจฉัยผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองตามเกณฑ์วินัจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84)</p> <p>ผลลัพธ์พบว่า ตั้งแต่ระหว่างปีงบประมาณ 2564 -2566 ร้อยละของผู้ทำร้ายตนเอง (15 ปีขึ้นไป) เข้าถึงบริการ ในเขตสุขภาพที่ 7 บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 (6 เดือนแรก) อัตราการเข้ารับบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน จึงวางแผนการพัฒนา ศักยภาพแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 7 เกี่ยวกับเกณฑ์การวินัจฉัยผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองตามเกณฑ์วินัจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84)</p>
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
2563	30	22.72																	
2564	30	30.46																	
2565	30	38.4																	
2566	30	33.4																	
2567	30	21.84																	
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น (เป้าหมาย > 40%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>40</td> <td>4.02</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>40</td> <td>3.39</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>40</td> <td>10.33</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>40</td> <td>6.84</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>40</td> <td>4.33</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2563	40	4.02	2564	40	3.39	2565	40	10.33	2566	40	6.84	2567	40	4.33	<p>ปีงบประมาณ 2563-2564 ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 26.39 และ 30.55 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด เกิดจากความพร้อมและศักยภาพในการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำหรือส่งต่อการรับบริการบำบัดเฉพาะทาง และการลงวินัจฉัยโรคในกลุ่มปัญหาจากพฤติกรรมดื่มสุรา (รหัส F10.0 - F10.9) ของสถานพยาบาลในแต่ละระดับมีความแตกต่างกัน การสื่อสารแนวปฏิบัติคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรายังไม่ทั่วถึง จะครอบคลุมเฉพาะในจังหวัดน่านร่องเท่านั้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ดำเนินการเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ให้ความสำคัญแนวปฏิบัติคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้ครอบคลุมทั้ง 4 จังหวัดที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการใน ปีงบ 2564 -2567 เพิ่มสูงขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้</p>
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
2563	40	4.02																	
2564	40	3.39																	
2565	40	10.33																	
2566	40	6.84																	
2567	40	4.33																	

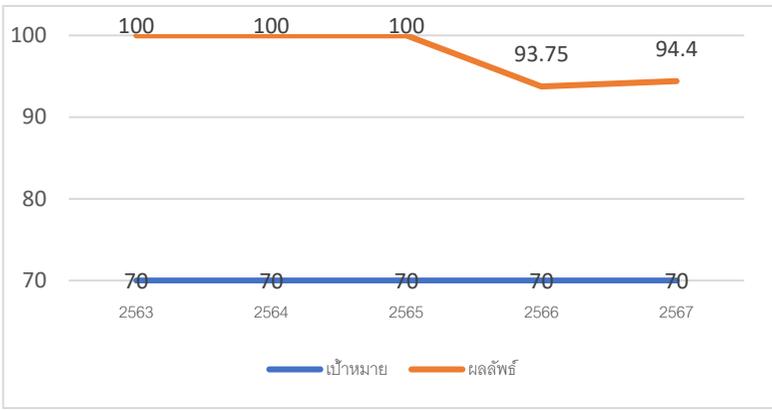
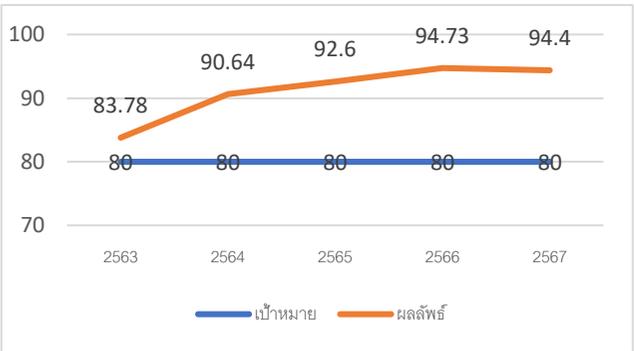
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
การให้ข้อมูลและการเสริมพลังกลุ่มโรคสำคัญ						
ร้อยละผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา มีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายลดลง	> 85%	75.60	76.47	95.42	86.03	90.01
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการปรึกษา/บำบัดทางจิตสังคม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง	≥ 80%	93.96	95.16	94.96	94.44	95.44
ร้อยละผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม	≥ 70%	100	100	100	93.75	94.40
การดูแลต่อเนื่อง						
ร้อยละภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้	> 80%	83.78	90.64	92.60	94.73	91.60
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด	> 60%			3.10	12.10	53.60
ร้อยละผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	≥ 90%	95.85	96.78	96.51	98.58	95.60
ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี	≥ 96%	99.68	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	> 70%	34.40	89.90	89.10	89.20	84.50
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	> 60%				97.83	100
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	> 55%				97.15	90.55
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ	95%		81.37	84.35	80.49	97.14

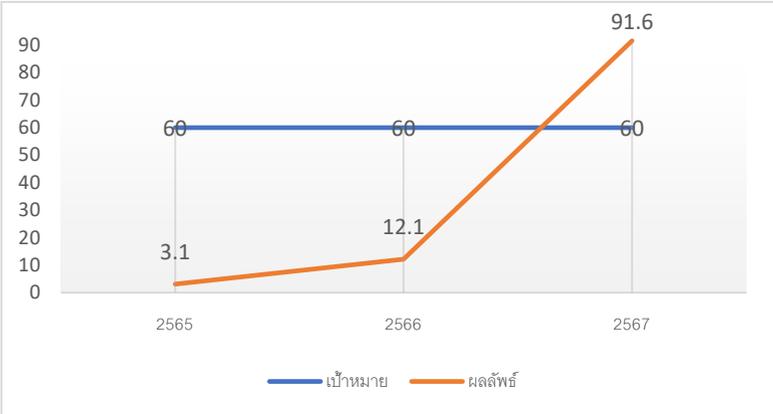
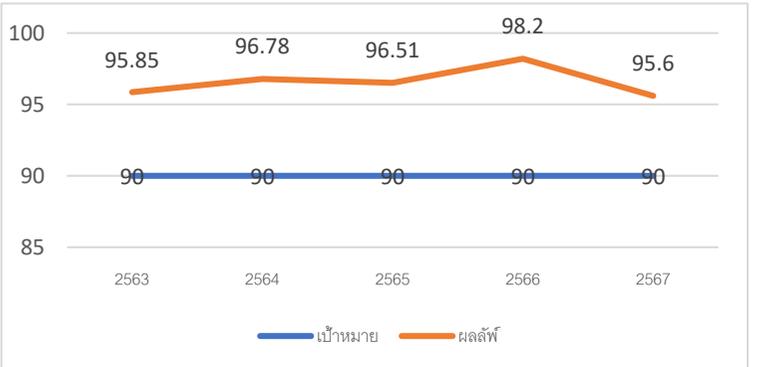
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา มีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายลดลง (เป้าหมาย $\geq 85\%$)</p>  <table border="1" data-bbox="174 399 936 813"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>85</td> <td>75.60</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>85</td> <td>76.47</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>85</td> <td>95.42</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>85</td> <td>86.03</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>85</td> <td>90.01</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	85	75.60	ปี 2564	85	76.47	ปี 2565	85	95.42	ปี 2566	85	86.03	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	85	90.01	<p>ปีงบประมาณ 2563-2564 ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีสาเหตุน่าจะเกิดจากแนวทางในการประเมินผลการบำบัด ใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวคิดการบำบัดแบบซาเทียร์ 5A ดังนี้ 1. Awareness (ตระหนักถึงปัญหา) 2. Acknowledgement (เข้าใจเชื่อมโยง รับรู้ถึงผลกระทบของปัญหา) 3. Acceptance (ยอมรับทั้งผลกระทบและความตั้งใจ) 4. Appreciate (สามารถชื่นชมตนเองที่ผ่านมาได้) 5. Action (เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น) ซึ่งใช้ในการประเมินผลการบำบัดรายบุคคล อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การประเมินนี้ใช้การตัดสินใจของผู้บำบัดผ่านกระบวนการบำบัดในแต่ละครั้งเป็นหลัก ซึ่งพบปัญหาการตีความของผู้บำบัดแต่ละคนที่ไม่ตรงกัน</p> <p>ต่อมาในปีงบประมาณ 2565 จึงปรับเปลี่ยนการประเมินผลโดยให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ประเมิน พบว่าผู้รับการบำบัดประเมินในทางดีกว่าที่ผู้บำบัดประเมินผลหลังการบำบัดปีงบประมาณ 2566 จึงทบทวนแนวทางการประเมินอีกครั้ง เพื่อให้เป็นรูปธรรมและตรงกับผลการบำบัดด้านการฆ่าตัวตายมากขึ้น โดยปรับให้ผู้ให้บริการประเมิน ตามหลักเกณฑ์ที่ละเอียดขึ้น</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนแนวทางในการประเมินผลการบำบัดโดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐาน 2. ทบทวนทำความเข้าใจในการผลการบำบัดร่วมกันในทีมผู้บำบัด 3. วางแผนนำนวัตกรรม/เทคโนโลยีมาใช้ในการประเมิน เพื่อให้แม่นยำมากขึ้น
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	85	75.60																	
ปี 2564	85	76.47																	
ปี 2565	85	95.42																	
ปี 2566	85	86.03																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	85	90.01																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง (เป้าหมาย $\geq 80\%$)</p>  <table border="1" data-bbox="219 1037 891 1372"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80</td> <td>93.96</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>95.16</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80</td> <td>94.96</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80</td> <td>94.44</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>80</td> <td>95.44</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	80	93.96	ปี 2564	80	95.16	ปี 2565	80	94.96	ปี 2566	80	94.44	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	80	95.44	<p>ปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด และจากการทบทวนการดำเนินงานพบว่า ผู้รับบริการมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตายซับซ้อนมากยิ่งขึ้น</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลและเสริมพลังโดยใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูง (MI-SI) 2. เพิ่มกิจกรรมการเสริมพลังโดยการวางแผนความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Safety Plan)
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	80	93.96																	
ปี 2564	80	95.16																	
ปี 2565	80	94.96																	
ปี 2566	80	94.44																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	80	95.44																	

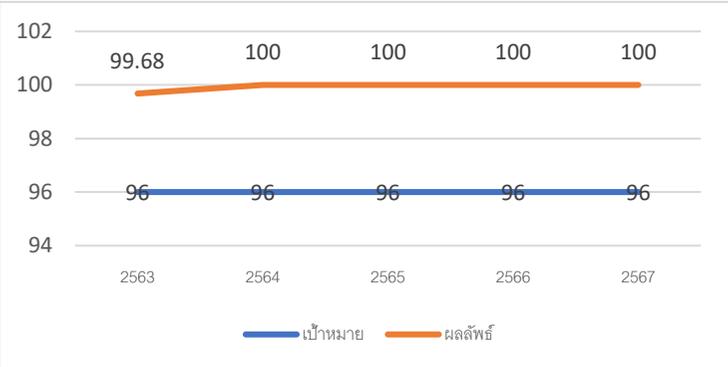
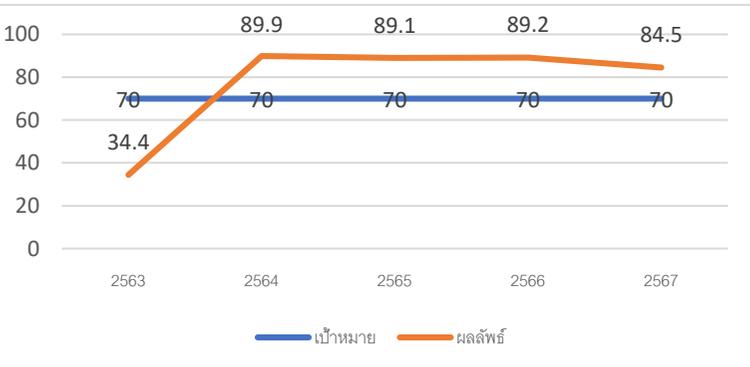
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (เป้าหมาย $\geq 70\%$)</p>  <table border="1" data-bbox="168 395 940 805"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>70</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>70</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>70</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70</td> <td>93.75</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>70</td> <td>94.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	70	100	2564	70	100	2565	70	100	2566	70	93.75	2567	70	94.4	<p>ปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่า ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น และอยู่ในความดูแลของครอบครัวซึ่งมีผู้สูงอายุ อาจจะมีปัญหา</p> <p>ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและการดูแลตามมา</p> <p>ด้านบุคลากร มีบุคลากรใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน อาจจะมีผลคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลและการใช้แบบประเมิน</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ทบทวนแนวทางการเก็บข้อมูลและการใช้แบบประเมิน และฝึกปฏิบัติการใช้แบบประเมินร่วมกันเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน 2.ปรับเปลี่ยนการให้บริการและการติดตามประเมินผลให้มีความถี่เพิ่มขึ้น และประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้การดำเนินงานในปี 2567 มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	70	100																	
2564	70	100																	
2565	70	100																	
2566	70	93.75																	
2567	70	94.4																	
<p>ร้อยละภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้ (เป้าหมาย $> 80\%$)</p>  <table border="1" data-bbox="145 991 779 1342"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>83.78</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>80</td> <td>90.64</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>80</td> <td>92.6</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>80</td> <td>94.73</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>80</td> <td>94.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	80	83.78	2564	80	90.64	2565	80	92.6	2566	80	94.73	2567	80	94.4	<p>ปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่า ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น ตลอดจนผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน</p> <p>ด้านกระบวนการบริการ มีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุม และประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแล</p> <p>ด้านภาคีเครือข่าย มีการประชุมร่วมกันและขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกัน ผ่านเวทีการประชุม/สัมมนา หรือช่องทางต่างๆตามโอกาสเอื้ออำนวย</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ทบทวนปัญหาอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงาน 2.พัฒนาแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 3.ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะและพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4.ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	80	83.78																	
2564	80	90.64																	
2565	80	92.6																	
2566	80	94.73																	
2567	80	94.4																	

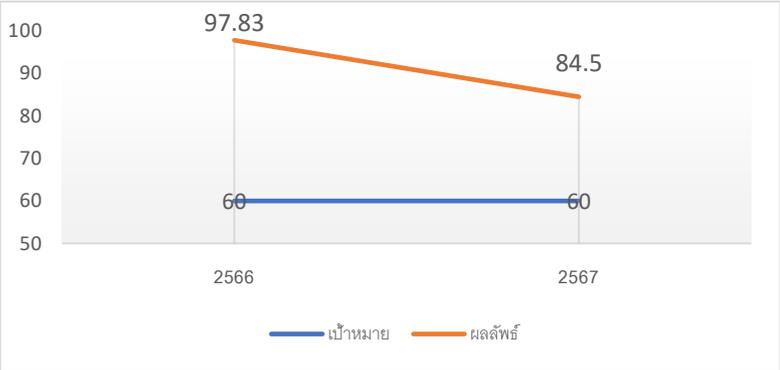
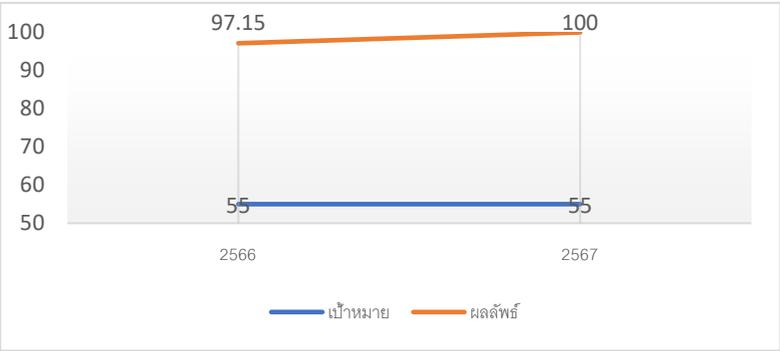
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด (เป้าหมาย > 60%)</p>  <table border="1" data-bbox="145 399 918 813"> <caption>ข้อมูลผลการติดตามดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>60</td> <td>3.1</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>60</td> <td>12.1</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>60</td> <td>91.6</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2565	60	3.1	2566	60	12.1	2567	60	91.6	<p>โรงพยาบาลเริ่มใช้ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด ในปีงบประมาณ 2565 ผลการการติดตามดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ต่ำกว่าเป้าหมาย (3.1%) โรงพยาบาลจึงได้พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ค้นหา คัดกรองโดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้จากการคัดกรองเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มารับยาต่อเนื่อง (สีเขียว) 2) กลุ่มที่ขาดนัดน้อยกว่า 1 เดือน หรือรับยาที่สถานบริการใกล้บ้าน (สีเหลือง) 3) กลุ่มที่ขาดนัดมากกว่า 1 เดือน (สีแดง) ติดตามประเมินอาการโดยประเมินระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เครื่องมือประเมินรายโรคและประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน PVSS นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามเฝ้าระวัง ส่งผลให้ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น 						
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
2565	60	3.1																	
2566	60	12.1																	
2567	60	91.6																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี (เป้าหมาย > 90%)</p>  <table border="1" data-bbox="145 1029 918 1396"> <caption>ข้อมูลการไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>90</td> <td>95.85</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>90</td> <td>96.78</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>90</td> <td>96.51</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>90</td> <td>98.2</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>90</td> <td>95.6</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2563	90	95.85	2564	90	96.78	2565	90	96.51	2566	90	98.2	2567	90	95.6	<p>จากผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2563- 2567 ร้อยละผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ เกิดจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> การกำหนดเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดของ service plan การจัดทำแนวทางการติดตามเฝ้าระวังที่ชัดเจน และสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างทั่วถึง การสร้างความเข้าใจและร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการติดตามเฝ้าระวังร่วมกันถึงระดับครอบครัวและชุมชน การกำกับ ติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
2563	90	95.85																	
2564	90	96.78																	
2565	90	96.51																	
2566	90	98.2																	
2567	90	95.6																	

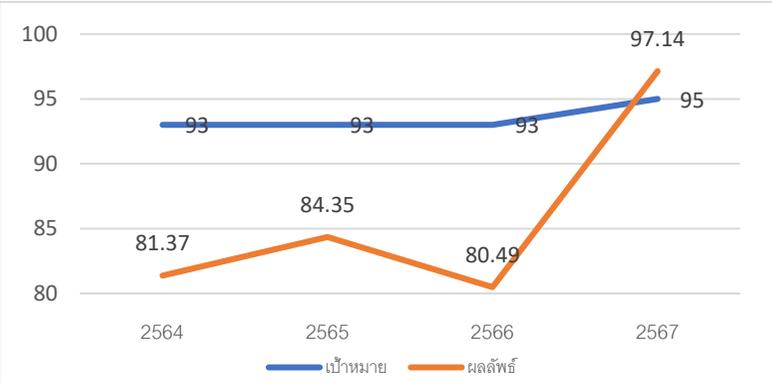
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี (เป้าหมาย > 96%)</p>  <table border="1" data-bbox="190 399 918 766"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>96</td> <td>99.68</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	96	99.68	2564	96	100	2565	96	100	2566	96	100	2567	96	100	<p>จากผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2563- 2567 ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอเกิดจากการติดตามให้ผู้ป่วยรับการรักษอย่างต่อเนื่องโดยการร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการโรงพยาบาลได้เริ่มพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V เพื่อลดปัญหาการผู้ป่วยขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่องขึ้น ในปีงบประมาณ 2564 หลังจากนั้นได้นำไปสู่การปฏิบัติโดย 1) สื่อสารให้ผู้ที่รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างทั่วถึงครอบคลุม 2) ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดของ service plan 3) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขในการติดตามเฝ้าระวังร่วมกันถึงระดับครอบครัวและชุมชน 4) การกำกับ ติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	96	99.68																	
2564	96	100																	
2565	96	100																	
2566	96	100																	
2567	96	100																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใน 6 เดือน (เป้าหมาย > 70%)</p>  <table border="1" data-bbox="179 941 929 1308"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>70</td> <td>34.4</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>70</td> <td>89.9</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>70</td> <td>89.1</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70</td> <td>89.2</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>70</td> <td>84.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	70	34.4	2564	70	89.9	2565	70	89.1	2566	70	89.2	2567	70	84.5	<p>ปีงบประมาณ 2563 ผลการดำเนินงานร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใน 6 เดือน เท่ากับ 34.4% เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นของผู้ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการดังนี้ 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา ตั้งแต่ตุลาคม – กุมภาพันธ์ ในปีถัดไปให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน 2. ประสานโรงพยาบาลในเขตสุขภาพเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภทในเขตสุขภาพให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน และชี้แจงกับผู้เกี่ยวข้อง/ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจการส่งต่อการติดต่อกันและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชน 4. เป็นที่ปรึกษา/ที่เลี้ยงในการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องแก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ 5. ประเมินผล และวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 6. ส่งเสริมหน่วยงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ผลงานและนำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นๆ ให้เกิดประโยชน์
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	70	34.4																	
2564	70	89.9																	
2565	70	89.1																	
2566	70	89.2																	
2567	70	84.5																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

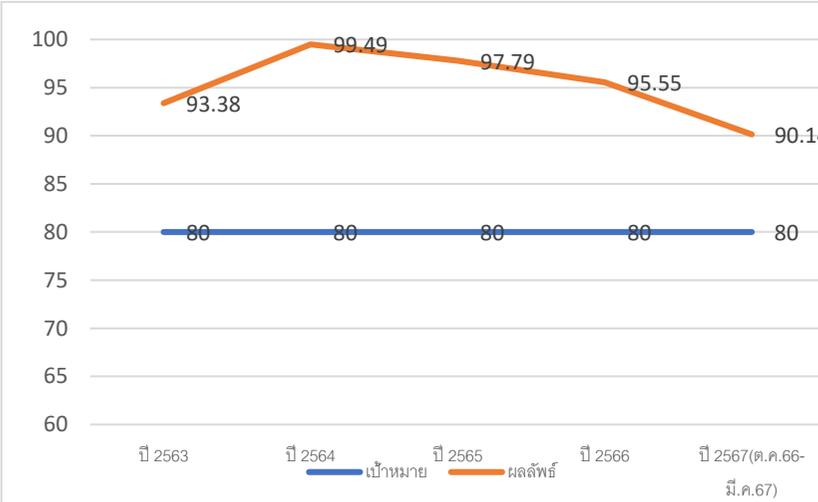
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA									
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) (เป้าหมาย > 60%)</p>  <table border="1"> <caption>Remission Rate Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td> <td>60</td> <td>97.83</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>60</td> <td>84.5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2566	60	97.83	2567	60	84.5	<p>โรงพยาบาลเริ่มใช้ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) ในปีงบประมาณ 2566 ผลการประเมินเป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการ PCT ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอและมีการชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการกำกับติดตาม 2. กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและกำหนดกลวิธีในการติดตามผล อย่างสม่ำเสมอ มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ 3. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายทุเลา 4. มีการนิเทศ กำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอทุกไตรมาสทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)								
2566	60	97.83								
2567	60	84.5								
<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (เป้าหมาย > 55%)</p>  <table border="1"> <caption>Remission Rate Data (6 months follow-up)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td> <td>55</td> <td>97.15</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>55</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	2566	55	97.15	2567	55	100	<p>โรงพยาบาลเริ่มใช้ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2566 ผลการประเมินเป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ประกอบด้วย การบริการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม การวัดผลลัพธ์การรักษาด้วยเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ การบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การรักษาจนหาย/ทุเลา และมีระบบฐานข้อมูลการบริการที่เชื่อมโยงเข้ากับระบบฐานข้อมูลส่วนกลาง 2. นำแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ 3. ประเมินผล และวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)								
2566	55	97.15								
2567	55	100								

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

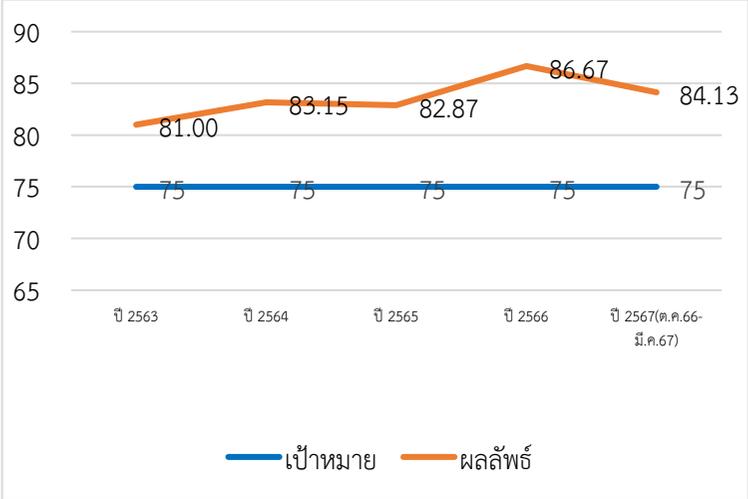
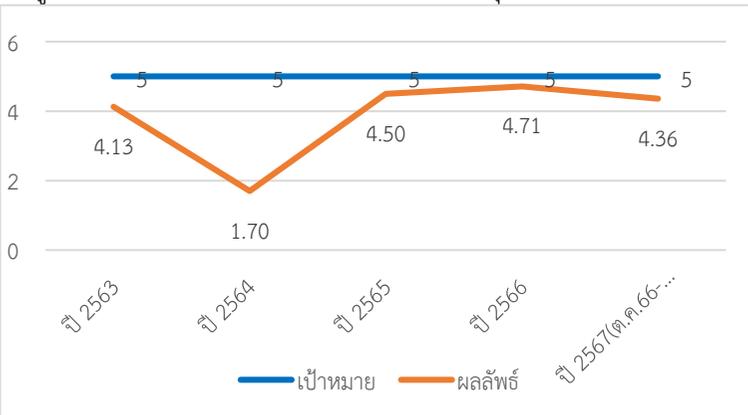
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA															
<p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ (Retention Rate) (เป้าหมาย = 95%)</p>  <table border="1" data-bbox="168 399 940 782"> <caption>Retention Rate Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2564</td> <td>93</td> <td>81.37</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>93</td> <td>84.35</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>93</td> <td>80.49</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>95</td> <td>97.14</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2564	93	81.37	2565	93	84.35	2566	93	80.49	2567	95	97.14	<p>ปีงบประมาณ 2564 - 2567 ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ (Retention Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2567 บรรลุค่าเป้าหมาย</p> <p>ปีงบประมาณ 2566 ตัวชี้วัดไม่บรรลุค่าเป้าหมาย โดยได้ร้อยละ 80.49 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 93) จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ซึ่งเป็นบุคลากรใหม่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บ.ส.ต.)</p> <p>ดังนั้นเพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย จึงดำเนินการแก้ไขปรับปรุงโดย จัดตั้งกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2567 เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ส่งบุคลากรอบรมการบันทึกข้อมูล บ.ส.ต. มีการสอนงานโดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ และมีการนิเทศ กำกับ ติดตาม โดยหัวหน้ากลุ่มงาน จึงทำให้ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ(Retention Rate) เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 97.14 ซึ่งบรรลุค่าเป้าหมาย</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์														
2564	93	81.37														
2565	93	84.35														
2566	93	80.49														
2567	95	97.14														

86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤ 47 คะแนน ภายใน 7 วัน	≥ 80%	93.38	99.49	97.79	95.55	90.14
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน PISRA ลดลง ≤ 14 ภายใน 3 วัน	≥ 75%	81	83.15	82.87	86.67	84.13
ร้อยละผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เกิน 3 วัน	≤ 5%	4.13	1.7	4.50	4.71	4.36
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล	0 ราย	5	11	2	1	1
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล	0 ราย	2	3	3	1	1
จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จระดับ E ขึ้นไป	0 ราย	12	13	5	3	8
จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บระดับ E ขึ้นไป	0	0	3	3	0	1

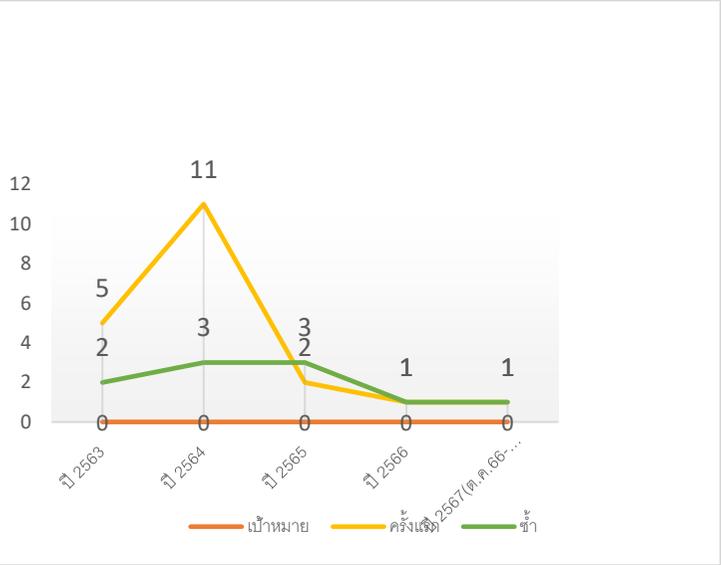
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤ 47 คะแนน ภายใน 7 วัน</p>  <table border="1" data-bbox="145 399 963 901"> <caption>ข้อมูลคะแนน BPRS</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80</td> <td>93.38</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>99.49</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80</td> <td>97.79</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80</td> <td>95.55</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>80</td> <td>90.14</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	80	93.38	ปี 2564	80	99.49	ปี 2565	80	97.79	ปี 2566	80	95.55	ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80	90.14	<p>ในภาพรวมเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ปีงบประมาณ 2563 – 2567 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการประเมินค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤ 47 คะแนน พบว่าผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย คือ 93.38, 99.49, 97.79, 95.55 และ 90.14 ตามลำดับ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งนี้เนื่องจาก 1) มีเครื่องมือประเมินและระยะเวลาที่ชัดเจน ใช้รูปแบบการรายงานสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยด้วย SBAR 2) มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทั้งเรื่องการใช้เครื่องมือและการดูแลผู้ป่วย (การประเมินทบทวนการอบรมการฝึกใช้เครื่องมือมีระบบการรายงานแพทย์ในระยะฉุกเฉินและการประเมินวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล และมีการปรับปรุงระการกำกับติดตามเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่องในแต่ละระยะการดูแล การ Assessment, re-assessment, monitoring การออกแบบการกำกับติดตาม โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของ Acute Phase ward และมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รักษาด้วยยาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา</p> <p>การปรับปรุงพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมสุรา/สารเสพติด 2. ทบทวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามระยะการดูแลของโรค (Stage of Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง 3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมสุรา/สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	80	93.38																	
ปี 2564	80	99.49																	
ปี 2565	80	97.79																	
ปี 2566	80	95.55																	
ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80	90.14																	

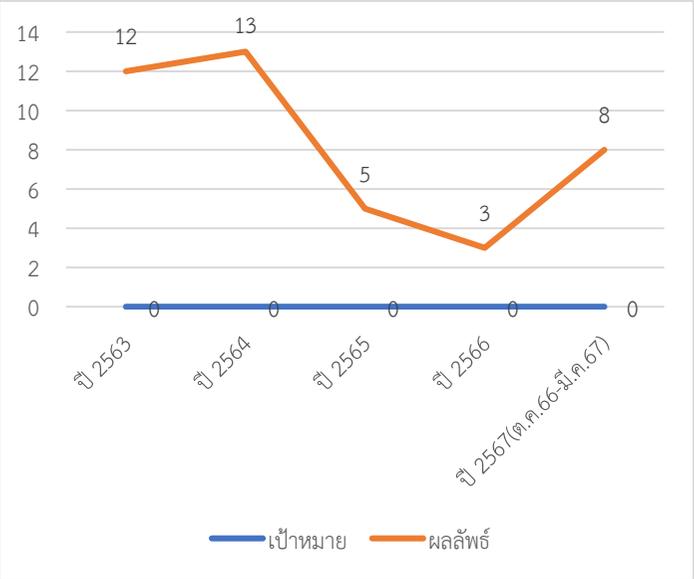
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน PISRA ลดลง ≤ 14 ภายใน 3 วัน</p>  <table border="1" data-bbox="181 359 929 858"> <caption>ข้อมูลคะแนน PISRA</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>75</td> <td>81.00</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>75</td> <td>83.15</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>75</td> <td>82.87</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>75</td> <td>86.67</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ค.ค.66-ม.ค.67)</td> <td>75</td> <td>84.13</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	75	81.00	ปี 2564	75	83.15	ปี 2565	75	82.87	ปี 2566	75	86.67	ปี 2567(ค.ค.66-ม.ค.67)	75	84.13	<p>คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Care team suicide) นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (PISRA-12) โดยใช้ประเมินความเสี่ยงทุกวันใน 3 วันแรกหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จากนั้นให้ประเมินตามแนวทางการประเมินดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal (0 คะแนน) ประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และในวันที่จำหน่าย - Low Risk Suicide (1-6 คะแนน) ประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - Moderate Risk Suicide (7-14 คะแนน) ประเมินวันเว้นวัน - High Risk Suicide (15-48 คะแนน) ประเมินทุกวันในเวรเช้า <p>เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวางแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยงที่เหมาะสมรวมทั้งดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคทุเลา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ค้นหาเหตุปัจจัย อาจทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย</p> <p>ผลการดำเนินการ ในปี 2563-2567 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงมีค่าคะแนน PISRA -12 ลดลงเป็นระดับปานกลาง (≤ 14 คะแนน) ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย คือ 81 ,83.15,82.87,86.67และ84.13 ตามลำดับ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	75	81.00																	
ปี 2564	75	83.15																	
ปี 2565	75	82.87																	
ปี 2566	75	86.67																	
ปี 2567(ค.ค.66-ม.ค.67)	75	84.13																	
<p>ร้อยละผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เกิน 3 วัน</p>  <table border="1" data-bbox="181 906 929 1321"> <caption>ข้อมูลร้อยละผู้ป่วยแอลกอฮอล์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>5</td> <td>4.13</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>5</td> <td>1.70</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>5</td> <td>4.50</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>5</td> <td>4.71</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ค.ค.66-...</td> <td>5</td> <td>4.36</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	5	4.13	ปี 2564	5	1.70	ปี 2565	5	4.50	ปี 2566	5	4.71	ปี 2567(ค.ค.66-...	5	4.36	<p>ผลการดำเนินงานผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงนานเกิน 3 วัน โดยตั้งเป้าหมายไว้ไม่เกินร้อยละ 5 ตั้งแต่ปี 2563-2567 พบว่ามีผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงนานเกิน 3 วัน ร้อยละ 4.13, 1.7, 4.5, 4.71 และ 4.36 ตามลำดับ ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยแอลกอฮอล์มีแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา มีระบบการประเมินคัดกรองที่ชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย และยังมีพัฒนาแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>ส่วนในปี 2564 จะพบว่าผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงนานเกิน 3 วัน ลดลงเหลือ 1.7 น้อยกว่าในปีอื่นๆ เนื่องจากเกิดสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 จึงมีนโยบายปิดตึกชั่วคราวเพื่อเปิดตึก Cohort ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ถูกกระจายไปรวมกับตึกอื่นรวมถึงแต่ละตึกกับผู้ป่วยน้อยลงตามสถานการณ์ทำให้ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ลดลงด้วยเช่นกัน</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	5	4.13																	
ปี 2564	5	1.70																	
ปี 2565	5	4.50																	
ปี 2566	5	4.71																	
ปี 2567(ค.ค.66-...	5	4.36																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																								
<p>-จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล</p> <p>-จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล</p>  <table border="1" data-bbox="197 443 918 1008"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตาย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เฝ้าหมาย</th> <th>ครั้งแรก</th> <th>ซ้ำ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>11</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค. 66...)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เฝ้าหมาย	ครั้งแรก	ซ้ำ	ปี 2563	0	5	2	ปี 2564	0	11	3	ปี 2565	0	3	2	ปี 2566	0	1	1	ปี 2567 (ต.ค. 66...)	0	1	1	<p>คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Care team) มีการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคให้มีประสิทธิภาพ และจัดทำ/ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญและอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล</p> <p>1. กำหนดหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยกำหนดให้มีผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฝ่ายคำ) มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสี่ยงต่างๆ กรณีพบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง 1) ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด โดยดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลา เช่น การติดตามผ่านกล้องวงจรปิดตลอด 24 ชั่วโมง 2) มอบหมายให้มีผู้ดูแลแบบ 1:1 3) ตรวจสอบผู้ป่วยทุกๆ 15 นาที และในระหว่าง 15 นาทีควรมีบางครั้งที่มีผู้มาตรวจเพิ่ม เช่น สุ่มตรวจที่ 6 นาทีหรือ 10 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคาดการณ์รูปแบบของการเข้าตรวจได้ (Periodic check with unpredictable fashion) 4) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</p> <p>2. มีการสื่อสารประสานงานในทีมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการทำ Pre -post conference ทีมพยาบาลมีการบันทึกอาการ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการแพทย์ มีการประสานการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ลักษณะอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง และแนวทางการสื่อสารในทีม เพื่อติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคทางจิตเวชไม่ทุเลา/ไม่สงบ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการสื่อสารเพื่อเฝ้าระวังในทีมการพยาบาลรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา ตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>ผลการดำเนินการพบว่าในปี 2563-2567 ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายลดลงและไม่ได้รับอันตรายรุนแรงจากการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกคือ 2, 3, 3, 1 และ 1 รายตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คือ 5, 11, 2, 1 และ 1 รายตามลำดับ</p>
ปี	เฝ้าหมาย	ครั้งแรก	ซ้ำ																						
ปี 2563	0	5	2																						
ปี 2564	0	11	3																						
ปี 2565	0	3	2																						
ปี 2566	0	1	1																						
ปี 2567 (ต.ค. 66...)	0	1	1																						

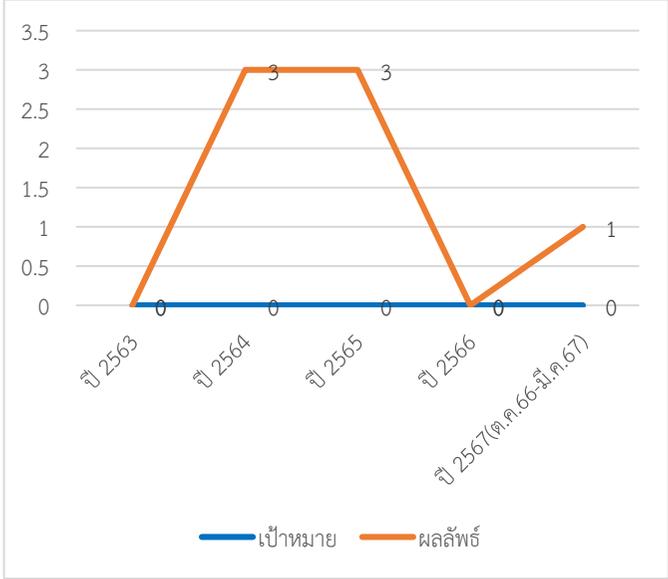
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนผู้ป่วยลบบนสำเร็จระดับ E ขึ้นไป</p>  <table border="1" data-bbox="210 400 904 979"> <caption>จำนวนผู้ป่วยลบบนสำเร็จระดับ E ขึ้นไป</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (พ.ค.66-มิ.ค.67)</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	12	ปี 2564	0	13	ปี 2565	0	5	ปี 2566	0	3	ปี 2567 (พ.ค.66-มิ.ค.67)	0	8	<p>ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยลบบนสำเร็จจำนวน 6 รายซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ด้านผู้ป่วย เคยมีประวัติลบบน ใช้สารเสพติด อยู่ในระยะถอนพิษยาเสพติด และญาติพาผู้ป่วยลบบนออกจากโรงพยาบาล 2. ด้านเจ้าหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการลบบน เช่น การคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ขาดการตรวจเยี่ยม ใ่วางใจผู้ป่วย ขาดการประเมินซ้ำ ตรวจสอบผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ลืมล็อคประตูห้องผู้ป่วย และไม่ปิดประตูรั้วผู้ป่วย 3. ด้านสิ่งแวดล้อมสภาพรั้วโรงพยาบาลชำรุดทำให้ง่ายต่อการลบบน <p>ปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยลบบนสำเร็จลดลง แต่ยังเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากกรมสุขภาพจิตได้ปรับเปลี่ยนคำจำกัดความการเก็บข้อมูลการลบบนของผู้ป่วยจึงได้เริ่มใช้เกณฑ์ใหม่ในการจัดเก็บข้อมูลจึงทำให้ยอดการลบบนเพิ่มมากขึ้นจำนวน 13 ราย ซึ่งเกณฑ์ใหม่คือผู้ป่วยลบบนออกนอกรั้วโรงพยาบาล และตามกลับมาได้ก็ถือว่าลบบนสำเร็จ</p> <p>ปี 2565 – 2567 มีผู้ป่วยลบบนสำเร็จมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบผู้ป่วยลบบนสำเร็จ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ด้านผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยเคยมีประวัติลบบนได้สำเร็จ จึงมีความตั้งใจในการลบบนเมื่อเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคนอื่น และมีเทศกาลเช่นปีใหม่, สงกรานต์ ทำให้เกิดแรงจูงใจหาทางกลับบ้าน -เมื่อครบกำหนดกลับบ้านของผู้ป่วยญาติไม่มารับกลับบ้านตามกำหนดทำให้ผู้ป่วยอยากกลับบ้านจึงลบบน 2.ด้านเจ้าหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> -ในช่วงเวลาผู้ป่วยลบบนสำเร็จพบว่าผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ล็อคห้อง Nurse station -เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรป่วยมีจำนวนไม่เพียงพอคือพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ขณะเกิดเหตุเจ้าหน้าที่พักทานข้าวทำให้เหลือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียง 2 คน เกิดเหตุไม่ได้แจ้งตัก Buddy ทราบจึงทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทันที 3.ด้านสถานที่ <ul style="list-style-type: none"> -ประตูห้องผู้ป่วยโครงสร้างของประตูไม่แข็งแรงทำให้ผู้ป่วยก้าวร้าวพังประตูออกจากห้องได้ -ระเบียงหลังห้องแยกโครงสร้างห้องไม่แข็งแรงต่อการหาช่องทางลบบนได้ง่าย -ประตูรั้วด้านข้างตึกเปิดไว้ตลอดเวลาเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยลบบนออกนอกบริเวณตึกได้
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	12																	
ปี 2564	0	13																	
ปี 2565	0	5																	
ปี 2566	0	3																	
ปี 2567 (พ.ค.66-มิ.ค.67)	0	8																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <p>1.ด้านผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแนวทางในการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยก้าวร้าวที่อยู่ในห้องแยก - ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลบหนี โดยในเวลาราชการแจ้งนักสังคมสงเคราะห์ทราบดำเนินการติดตามผู้ป่วย โทรศัพท์แจ้งญาติผู้ป่วยทราบและนอกเวลาราชการแจ้ง - ผู้ตรวจการทราบเพื่อดำเนินการโทรศัพท์แจ้งญาติผู้ป่วย รายงานแพทย์เวรทราบ และแจ้งความที่สถานีตำรวจ <p>2.ด้านเจ้าหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำชับให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้มงวดในการนับจำนวนผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยให้ครบถ้วน - ขอความช่วยเหลือระหว่างคู่ Buddy และวิทยุประสานงาน รปภ. เพื่อติดตามผู้ป่วยหลบหนี - การทำกิจกรรมกลุ่มย่อยของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ควรประเมินความคิดอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงการให้ข้อมูลแผนการรักษา ข้อชี้แจงการกลับบ้านของผู้ป่วยทราบ - ขอเพิ่มอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ <p>-ด้านสภาพแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนวทางแก้ไขโดยติดตั้งประตูเข้าออกห้องผู้ป่วยแบบใช้แม่เหล็กไฟฟ้าโดยประตูจะเปิด ปิดโดยอัตโนมัติ - ตรวจสอบสภาพห้อง สภาพตึกเป็นประจำทุกวันเมื่อพบมีสภาพชำรุด พัง ให้แจ้งซ่อมบำรุงทันที - จัดสภาพแวดล้อมรอบตึก โดยเฉพาะต้นไม้ที่ติดกับกำแพงรั้วหรือจัดเก็บอุปกรณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เป็นอุปกรณ์ในการหลบหนีได้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บระดับ E ขึ้นไป</p>  <table border="1" data-bbox="219 359 887 938"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้น</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	0	ปี 2564	0	3	ปี 2565	0	3	ปี 2566	0	0	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	1	<p>ปี 2563, 2566 ไม่พบจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บระดับ E เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ปี 2564, 2565 พบจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บระดับ E เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย และปี 2567 จำนวน 1 รายจากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังมีภาวะอาการมึนงง สับสน วุ่นวาย จากการรักษา - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Multiple substance induce psychosis หรือ Multiple substance syndrome ซึ่งมีการใช้ Alcohol ร่วมด้วย เมื่อ Admit จึงเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้ป่วยอื่น และถูกทำร้ายเนื่องจากสับสนและวุ่นวาย ด้านเจ้าหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการเข้าควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก้าวร้าว และเพื่อความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย ชาร์จ <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - หากผู้ป่วยมีอาการสับสน ให้นำผู้ป่วยแยกออกจากผู้ป่วยก้าวร้าวในห้องแยกและพิจารณาพฤติกรรม เพื่อป้องกันการได้รับอันตราย เช่น อุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกายจากการรบกวนผู้ป่วยอื่นๆ - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Multiple substance induce psychosis หรือ Multiple substance syndrome ซึ่งมีการใช้ Alcohol ร่วมด้วย เมื่อ Admit จึงเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium ควรประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่นและถูกทำร้ายหากพบภาวะจะเกิด Alcohol withdrawal delirium ควรจำกัดพฤติกรรมไว้ในห้องแยก และแจ้งแพทย์ทราบอาการเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา - หากพบผู้ป่วยมี BP ต่ำควรหาสาเหตุ เช่น ทบทวนรายการยา และตรวจ CBC, DTX, CXR, EKG เพื่อแยกโรคจากภาวะ Shock หรือ syncope อย่างอื่น ด้านเจ้าหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมการเข้าควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก้าวร้าวเพื่อความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย - นิเทศ ติดตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทุก 3 เดือน - มีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยระหว่างผู้ส่งและผู้รับเวร เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเมื่อพบอาการผิดปกติให้ช่วยเหลือเบื้องต้น (Nursing Round)
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	0																	
ปี 2564	0	3																	
ปี 2565	0	3																	
ปี 2566	0	0																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	1																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																	
	<p>- นิเทศ ติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนเลือดหรือยาที่มีฤทธิ์ Sedation</p> <p>3.ด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>- มีป้ายบ่งชี้บริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพื่อให้ผู้ป่วยทราบ</p> <p>- มีการตรวจสอบความผิดปกติของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ทุก 3 เดือน หากพบพบความผิดปกติควรหยุดการใช้งานและส่งซ่อมทันที</p> <p>- มีการตรวจสอบสภาพตึก ได้แก่ พื้นห้องน้ำ โคร่งเหล็ก บานเกล็ด หากพบสิ่งผิดปกติหรือชำรุดให้แจ้งซ่อมทันที</p>																	
87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]																		
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)												
ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index)	1.9	1.81	1.77	1.73	1.80	1.81												
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																	
<p>ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย 1.9</p>  <table border="1" data-bbox="257 1023 853 1401"> <caption>ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ประจำปี</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า CMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>1.81</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>1.77</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>1.73</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>1.80</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ไตรมาส 1)</td> <td>1.81</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า CMI	ปี 2563	1.81	ปี 2564	1.77	ปี 2565	1.73	ปี 2566	1.80	ปี 2567 (ไตรมาส 1)	1.81	<p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยาก ซับซ้อนรุนแรง จึงมีการติดตามค่า CMI ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ซึ่งระดับโรงพยาบาลศูนย์ต้องมีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6 โรงพยาบาลทั่วไป ต้องมีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2</p> <p>จากกราฟแสดง CMI นั้น ค่า CMI สามารถบ่งชี้ความเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงได้ สำหรับโรคที่โรงพยาบาลจิตเวชให้บริการและมีค่า CMI มากที่สุด คือ F20 : Schizophrenia มีค่าเท่ากับ 2.03 และ Schizophrenia บวก ECT มีค่าเท่ากับ 3.80 โรคที่มีค่า CMI น้อยที่สุดคือ F10 : Mental and behavioral disorders due to use of alcohol มีค่าเท่ากับ 0.42 ยกเว้น F10.2 (Dependence syndrome) และ F10.6 (Amnesic syndrome) มีค่าเท่ากับ 0.97 ซึ่งสาเหตุที่ CMI เปลี่ยนแปลง 1) บริการผู้ป่วยในที่ RW ต่ำ ย้ายไปสู่บริการแบบผู้ป่วยนอก 2) การขยายตัวของบริการผู้ป่วยในที่ใช้หัตถการหรือเทคโนโลยีสูงขึ้น 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสรุปและให้รหัสโรค/หัตถการ และ 4) การเปลี่ยนเครื่องมือที่ใช้จัดกลุ่ม DRG และคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG Grouper)</p>					
ปี	ค่า CMI																	
ปี 2563	1.81																	
ปี 2564	1.77																	
ปี 2565	1.73																	
ปี 2566	1.80																	
ปี 2567 (ไตรมาส 1)	1.81																	

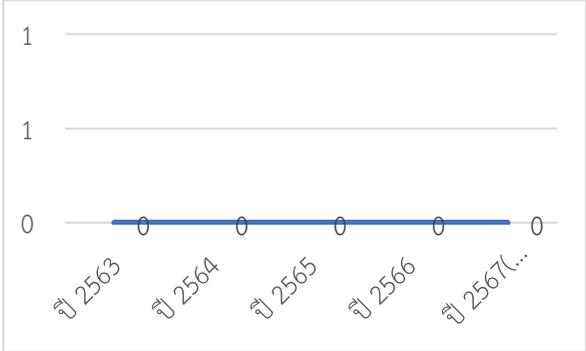
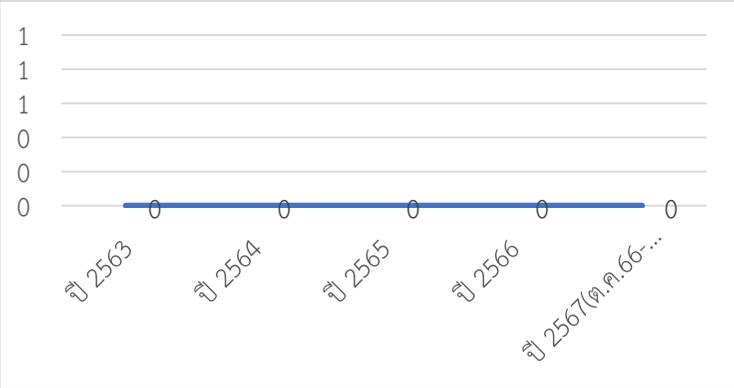
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>โรงพยาบาลมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครอบคลุมและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยมิกิจกรรม มาตรการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล จะมีการเพิ่มการทำหัตถการ (การรักษาด้วยไฟฟ้า) และมีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของแต่ละวิชาชีพ เพื่อการวินิจฉัยที่ครอบคลุมการลงวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการให้ถูกต้อง ทำให้ค่า CMI ดังกล่าวเพิ่มขึ้น ค่าเป้าหมาย 5 ปี คือ 1.80-2.0 ตั้งแต่ปี 2565 ค่า CMI ของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี 2563-2567 มีค่า CMI อยู่ในเกณฑ์ที่มีค่า CMI ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ จากการที่มีค่า CMI เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการรับส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งลดการรับไว้ของผู้ป่วยที่มีอาการน้อย โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับหัตถการที่มากขึ้นส่งผลต่อค่า CMI ที่เพิ่มขึ้น</p>

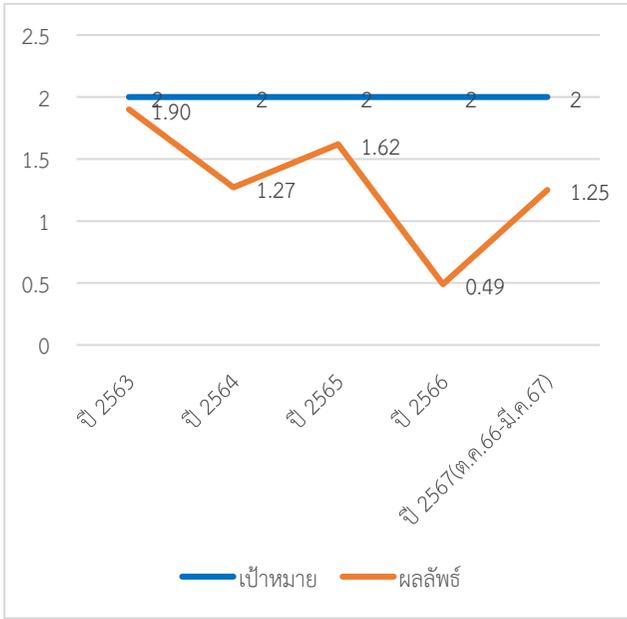
88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) [IV-1, III-4.3 ก, ข]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน/ผิดวิธี	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
ร้อยละของกระบวนการรักษารักษาด้วยไฟฟ้า มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา E ขึ้นไป	≤ 2%	1.90	1.27	1.62	0.49	1.25

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา เป้าหมาย 0 ครั้ง	<p>จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาเท่ากับ 0 อุบัติการณ์ โดยมีปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างเคร่งครัด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิทยาลัยพยาบาลตรวจสอบข้อมูลการรักษา คำสั่งการรักษาของแพทย์ และข้อควรระวังสำหรับป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ การเลือกชนิดของยาระงับความรู้สึก และนำมาคำนวณยา (thiopental 2-3 mg/kg หรือ propofol 1-2 mg/kg) และยาหย่อนคลายกล้ามเนื้อ (succinylcholine 0.5-1 mg/kg) ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
 <p>A line chart with a vertical axis labeled from 0 to 1 and a horizontal axis labeled with years from 2023 to 2027. A blue line remains at the 0 level for all years, with small circles at each data point.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขั้นตอนการเตรียมยาาระงับความรู้สึก มีการระบุชนิดและปริมาณยาของยาาระงับความรู้สึก ยาหย่อนคลายกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยแต่ละคนให้มีความชัดเจน โดยเขียนบนสติ๊กเกอร์ปิดไว้ข้างกระบอกฉีดยา และจัดเรียงแยกไว้บนถาดฉีดยา - เนื่องด้วยลักษณะทางกายภาพของยา thiopental และ succinylcholine มีความเหมือนกัน ไม่สามารถจำแนกได้ด้วยตาเปล่า ทำให้ยังมีความเสี่ยงที่จะหยิบยาผิดเพื่อนำมาฉีดให้ผู้ป่วย จึงวางแผนพัฒนาในขั้นตอนการเตรียมยาเป็น unit dose แยกเป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยภายหลังการเตรียมยาเข้ากระบอกฉีดยาให้นำไปใส่ในบรรจุภัณฑ์ที่เป็นถุงพลาสติกปิดปากถุงมิดชิดอีกครั้งหนึ่ง ติดสติ๊กเกอร์ทั้งข้างกระบอกฉีดยา และบนถุงพลาสติกที่นำมาบรรจุ (ชื่อ-สกุล ชนิดของยา และปริมาณยา) จะทำให้การตรวจสอบยาเฉพาะรายทำได้ง่ายขึ้น และไม่ปะปนกับยาของผู้ป่วยคนอื่น
<p>จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน/ผิดวิธี เป้าหมาย 0 ครั้ง</p>  <p>A line chart with a vertical axis labeled from 0 to 1 and a horizontal axis labeled with years from 2023 to 2027. A blue line remains at the 0 level for all years, with small circles at each data point.</p>	<p>จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน/ผิดวิธี เท่ากับ 0 อุบัติการณ์ โดยมีปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องรักษาและขณะรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การระบุตัวตนผู้ป่วย (patient identify) โดยผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องรักษาด้วยไฟฟ้า (circulate nurse) มีหน้าที่ตรวจนับจำนวนผู้ป่วย ลงทะเบียน และตรวจสอบความถูกต้องตัวผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล HN และเปรียบเทียบกับหน้าให้ตรงกับรูปถ่ายในแฟ้มรายงานผู้ป่วย และในห้องรักษาก่อนระงับความรู้สึกจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งด้วยการ Sign In (ผู้ป่วยถูกคน ชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้า ใบยินยอมรักษาไฟฟ้า และปริมาณกระแสไฟฟ้า) - ชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้า ประกอบด้วย unmodified ECT และ modified ECT โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะใช้แบบ modified ECT เว้นเสียแต่ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ modified ECT เช่น ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาาระงับความรู้สึก/ยาหย่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือมีโรคประจำตัวแล้วเมื่อได้รับยาจะทำให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้นได้ - การตรวจสอบชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์และบันทึกลงในแบบฟอร์มการรักษาด้วยไฟฟ้า และมีการ Sign In เกี่ยวกับชนิดของการรักษาด้วยไฟฟ้า ก่อนแพทย์ก่อกำรักษาด้วยไฟฟ้า

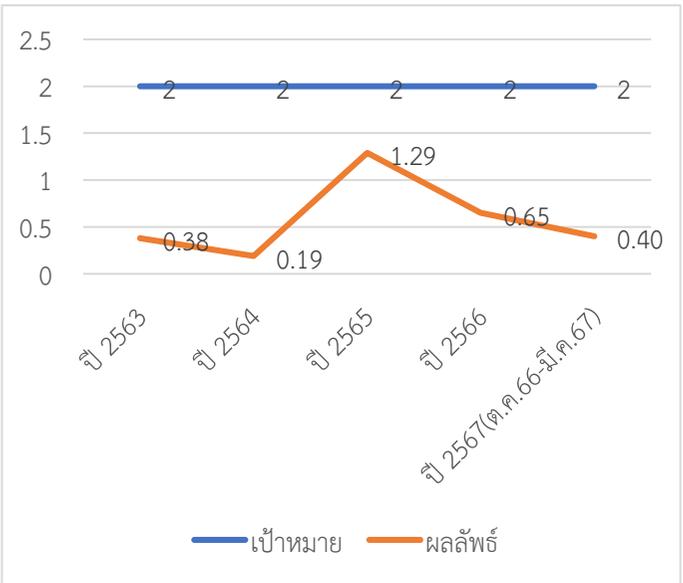
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>- การวางแผนพัฒนาในอนาคต คือ การพัฒนาแบบประเมิน ECT safety checklist (ดัดแปลงจาก Surgical safety checklist) เพื่อนำมากำกับควบคุมให้ทีมรักษานำมาใช้ในกระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้อง และเป็นรูปแบบเดียวกัน ประกอบด้วย Sign In, Time out, Sign out</p>																		
<p>ร้อยละของกระบวนการรักษารักษาด้วยไฟฟ้า มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา E ขึ้นไป เป้าหมาย $\leq 2\%$</p>  <table border="1" data-bbox="248 568 875 1187"> <caption>ข้อมูลกราฟแสดงร้อยละของภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>2</td> <td>1.90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>2</td> <td>1.27</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>2</td> <td>1.62</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>2</td> <td>0.49</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>2</td> <td>1.25</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	ปี 2563	2	1.90	ปี 2564	2	1.27	ปี 2565	2	1.62	ปี 2566	2	0.49	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	2	1.25	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมายหน่วยงานได้ปฏิบัติตามกระบวนการ/ขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า ตามมาตรฐานวิชาชีพ และตามแนวทางการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับแพทย์และพยาบาลของกรมสุขภาพจิต (2562) ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า ในปี 2563-มีนาคม 2567 พบว่าผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป จำนวน 13 ราย (ได้รับการดูแลจนมีความปลอดภัย 12 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 1 ราย)</p> <p>ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ที่มีสาเหตุจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำโดยการวิเคราะห์เพื่อหา RCA ในกลุ่มงาน การวิเคราะห์โดยทีม PCT และนำเสนอในการร่วมประชุม inter-hospital conference ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลมิตล โดยเฉพาะอุบัติการณ์ระดับ I คือ ผู้ป่วยได้รับการ refer โรงพยาบาลฝ่ายกายและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>ชายไทย อายุ 59 ปี Dx: F 20.0 ผู้ป่วยมีประวัติเรื้อรัง ได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยผู้นำชุมชนด้วยประวัติมีพฤติกรรมก้าวร้าวและเป็นอันตรายต่อคนในชุมชน เนื่องจากผู้นำส่งไม่ใช้ญาติทำให้ไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วย/การรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจชัดเจน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนนำเข้ามาสู่การรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามี EKG: Sinus tachycardia PR 90-120 /min ผลการตรวจร่างกายโดยจิตแพทย์ และการประเมินโดยวิสัญญีพยาบาล ไม่พบความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามของการรักษาด้วยไฟฟ้าจึงได้นำเข้ามาสู่การรักษา การรักษาด้วยไฟฟ้าในวันเกิดอุบัติการณ์เป็นการรักษาครั้งที่ 4 (ครั้งที่ 1-3 ผู้ป่วยปลอดภัย) หลังการรักษาขณะดูแลในห้องพักฟื้นผู้ป่วยมีอาการเวียนออกเป็นน้ำสีน้ำตาลคล้าย coffee ground และมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ทีมการรักษาได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามอาการและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งผู้ป่วยได้เสียชีวิตในเวลาต่อมา และแพทย์ได้ระบุสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะ UGIB ผลจากการทบทวนได้มีมาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) พัฒนาการประเมินก่อนรักษา MECT ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติเรื้อรัง หรือมีประวัติการเจ็บป่วยด้านร่างกายไม่ชัดเจน มีระบบการประเมินซ้ำ (Re-assessment) และมีการสื่อสารระหว่างทีมรักษาโดยหลังจากวิสัญญีพยาบาลประเมินผู้ป่วย (Pre anesthesia evaluation) มีจิตแพทย์ผู้รับผิดชอบ MECT ประเมินซ้ำ และส่ง investigation เพิ่มเติมหรือในกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ได้ประสาน
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
ปี 2563	2	1.90																	
ปี 2564	2	1.27																	
ปี 2565	2	1.62																	
ปี 2566	2	0.49																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	2	1.25																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA					
	<p>แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาทบทวนระหว่างข้อดีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และตัดสินใจยืนยันการรักษาอีกครั้ง เพื่อให้มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยจากการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <p>2) พัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (MECT) สำหรับรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อนำมาวางแผนการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าให้มีความปลอดภัย</p> <p>3) จัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์สำหรับช่วยชีวิต (รถ emergency) ภายในห้องพักฟื้นให้มีความพร้อมใช้งานตลอดเวลา</p> <p>4) วางแผนพัฒนาห้องพักฟื้นให้เป็นระบบ pipeline system เพื่อความสะดวกปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการตามมาตรฐาน 2P Safety</p>					
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections)	< 2:1,000 วันนอน	0.38	0.19	1.29	0.65	0.40
ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อในรพ.ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)* (* Pneumonia ตามเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล)	0 ราย	4	2	4	10	1
จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0 ราย	0	0	8	0	5

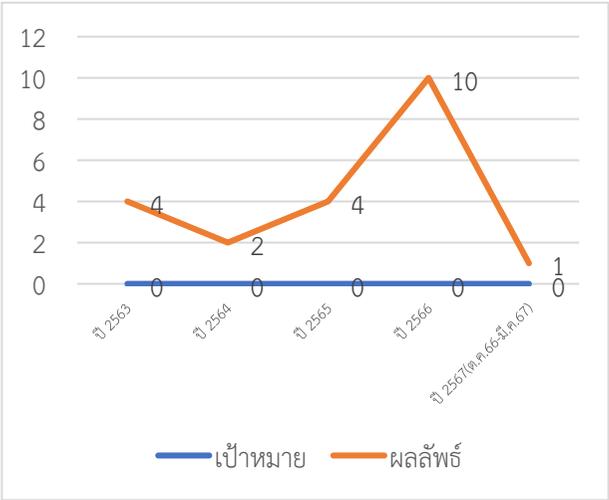
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections) เป้าหมายไม่เกิน 2/1000 วันนอน</p>  <table border="1" data-bbox="179 438 862 1021"> <caption>ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>2</td> <td>0.38</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>2</td> <td>0.19</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>2</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>2</td> <td>0.65</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>2</td> <td>0.40</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	2	0.38	ปี 2564	2	0.19	ปี 2565	2	1.29	ปี 2566	2	0.65	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	2	0.40	<p>ผลการดำเนินการปี 2563 - 2565 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการติดเชื้อของโรกระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่เกินค่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการบริหารจัดการ ควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ 1) มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่ติดเชื้อโควิด-19 2) จัดทำแนวทางการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 (4 ตุลาคม 2564)</p> <p>ผลการดำเนินการปี 2566 - 2567 เดือนตุลาคม 2565 โรคโควิด-19 ถูกประกาศเป็นโรคประจำถิ่น โรงพยาบาลจึงมีการปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของประเทศ แต่ยังคงเฝ้าระวังเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวปฏิบัติ การจัดการบริการสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 2 / 28 ธันวาคม 2566</p> <p>การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Clean and Safe การทำความสะอาดจุดให้บริการ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ร่วมกัน ห้องน้ำ จุดบริการเจลล้างมือ 1.2 ปรับสิ่งแวดล้อม โครงสร้าง Flowการปฏิบัติงาน 1.3 สื่อสารประชาสัมพันธ์มาตรการป้องกันโรค ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ 1.4 แนวปฏิบัติด้านการเว้นระยะห่าง ระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร จุดรอรับบริการ มีฉากกั้นจุดตรวจระหว่างแพทย์/พยาบาลและผู้ป่วย ลดความแออัดโดยมีระบบคิว การนัดหมาย ยาไปรษณีย์ ร้านยาใกล้บ้านและ Telemedicine 1.5 ปรับปรุงการระบายอากาศ ระบบ Negative pressure Cohort Ward 10 เพียง และพื้นที่ปรับอากาศ แต่แผนกให้มีการเปิดประตู หน้าต่าง หรือช่องลม เพื่อการระบายอากาศ หรือให้มีการนำอากาศเข้าจากภายนอก มาตรการด้านบุคลากร <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานแบบประเมินและ ตรวจ ATK 2.2 ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 2.3 แนวปฏิบัติ UP-DMHTT 2.4 แนวปฏิบัติเมื่อสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 2.5 การจัดประชุมระบบออนไลน์
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	2	0.38																	
ปี 2564	2	0.19																	
ปี 2565	2	1.29																	
ปี 2566	2	0.65																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	2	0.40																	
	<p>3.มาตรการด้านผู้รับบริการ</p>																		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>3.1 การคัดกรองผู้รับบริการ ประวัติสัมผัสโรค อาการเสี่ยง ประวัติการติดเชื้อในช่วง 1-3 เดือน /แสดงหลักฐาน ประวัติการรับวัคซีน /การตรวจเชื้อโควิด-19</p> <p>3.2 การตรวจหาเชื้อ COVID-19 โดยวิธี ATK ก่อน admit ในผู้ป่วยที่ต้องทำECT ตรวจ RT-PCR</p> <p>3.3 ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการฉีดวัคซีน</p> <p>3.4 งดญาติเยี่ยมในโรงพยาบาล ให้เยี่ยมทางโทรศัพท์</p> <p>3.5 ดูแลให้ปฏิบัติตาม DMHTT</p> <p>4. สนับสนุนองค์ความรู้ แนวปฏิบัติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่บุคลากร เช่นในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ</p> <p>5. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอต่อการใช้งาน และฝึกทักษะการใช้งาน</p> <p>6. เผยแพร่สื่อสาร การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่ผู้รับบริการ และบุคลากร</p> <p>7. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้</p> <p>8. แนวทางการจัดการหลังสัมผัสโรคติดเชื้อ และการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงาน</p>
<p>ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อในรพ.ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)* (* Pneumonia ตามเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล) เป้าหมาย 0 ราย</p>	<p>ผลการดำเนินการปี 2563 – 2567 พบว่ากรณีผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) มีแนวโน้ม สูงขึ้นและสูงมากในปีงบประมาณ 2566 และลดลงในปี 2567(Q1) จากการวิเคราะห์สาเหตุกรณีผู้ป่วย Pneumonia จำนวน 21 รายพบว่า 1) ผู้ป่วยสำคัญ เนื่องจากอาการซึม หลับลึก ปลุกตื่นยาก ร่วมกับมีน้ำลายมากเพราะได้ยา Clozapine 2) เกินศักยภาพในการรักษา จากภาวะ Sepsis septic shock pneumonia with acute respiratory failure 3) BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ (13.34) ร่วมกับมี Bed sore เกรด 2 ขณะกินอาหารเอง มีไอ สำลักง่ายผู้ป่วยรับประทานอาหารเองมีไอ สำลักง่าย 4) ผู้ป่วยใช้สารเสพติดหลายชนิด ดื่มสุรา และมี delirium 5) Over sedation 6) EPS</p> <p>ปีงบประมาณ 2566 อัตราผู้ป่วย Pneumonia สูงมากถึงจำนวน 10 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา Clozapine และมีประวัติไข้ยาเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นร่วม จำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มมีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา 3 ราย อยู่ในช่วง 7 วันแรก และมี 1 ราย ที่รับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการถอนพิษสุราไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ชีพจรเร็ว มีเสมหะมาก หายใจเร็ว ตรวจ ATK ผลบวกจึงได้มีการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลโรคทางกาย</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
 <table border="1" data-bbox="215 368 824 868"> <caption>ข้อมูลกราฟเส้นแสดงเป้าหมายและผลลัพธ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-ก.ค.67)</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	4	ปี 2564	0	2	ปี 2565	0	4	ปี 2566	0	10	ปี 2567 (ต.ค.66-ก.ค.67)	0	1	<p>การปรับปรุง/การพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาแนวทางการสอบสวนโรค มีแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระบบทางเดินหายใจ คือ Throat swab เพื่อการหาเชื้อและสามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุของการระบาดได้ เฝ้าระวังผู้ป่วยสำคัญ ตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร (Aspirate precaution) และใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine ร่วมด้วย การพัฒนา/เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย/การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ aspirate pneumonia, septic shock, malnutrition เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ปรับปรุงแบบประเมินเฝ้าระวังภาวะ sepsis โดยปรับจาก SOS เป็น Quick SOFA ปัจจุบันใช้ SIRS (Sepsis and septic shock criteria) เพิ่มการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น serum albumin, BUN, Cr, Elyte, ca, mg, po4, LFT และ EKG ในผู้ป่วย malnutrition (ในผู้ป่วยที่มี BMI ต่ำกว่า 16 หรือผู้ป่วย Alcohol dependence syndrome ที่มี BMI ต่ำกว่า 18.5) ปรับปรุงแนวปฏิบัติผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยสารเสพติด ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ด้วย 3 คำถามและแบบประเมิน CAGE ร่วมกับการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาดูแลตาม CPG Alc ทุกราย สร้าง self-awareness ของบุคลากรในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสำคัญอย่างเคร่งครัด การทบทวนการป้องกัน Aspiration ปีงบประมาณ 2567 แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก เพื่อประเมิน ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	4																	
ปี 2564	0	2																	
ปี 2565	0	4																	
ปี 2566	0	10																	
ปี 2567 (ต.ค.66-ก.ค.67)	0	1																	
<p>จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน* เป้าหมาย 0 ราย</p>	<p>ผลการดำเนินการปี 2563 - 2567 ในปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.2564-มีนาคม 2565) พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 89 ราย (ติดเชื้อโควิด-19ในโรงพยาบาล 50 ราย ติดเชื้อจากชุมชน 39 ราย) มีบุคลากรติดเชื้อเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 49 และพบว่าบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจำนวน 8 ราย ซึ่งเกิดขึ้นในเดือนมีนาคม- เมษายน 2565 (มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอก3 ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก)</p> <p>จากการสอบสวนโรคและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) ภาระงานมากเนื่องจากมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมาก แต่บุคลากรลดลงจากการติดเชื้อและการถูกกักตัวจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อ 2) บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันไม่ครบ</p>																		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้น</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0	0	ปี 2564	0	0	ปี 2565	0	8	ปี 2566	0	0	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	5	<p>ตามมาตรฐานที่กำหนด ขณะถอดปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3) ปฏิบัติงานร่วมกันในห้องแอร์นานเกิน 30 นาที 4) การรับประทานอาหารร่วมกันที่ทำงาน</p> <p>เดือนตุลาคม 2566- ธันวาคม 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 24 ราย 1 ราย ที่มีอาการรุนแรงปอดอักเสบ ได้ส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ.ขอนแก่น และพบว่ามีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 5 ราย จากการสอบสวนโรคและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) ผู้ป่วย 1 รายมีอาการทางจิตไม่สงบ งง สับสนดูแลตัวเองได้น้อย หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน มีอาการไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบ ตรวจ ATK พบผลบวก 2) บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดขณะทำหัตถการและการเข้าไปดูแลคนไข้ 3) ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะขึ้นปฏิบัติงาน 3) การรับประทานอาหารร่วมกันที่ทำงาน</p> <p>การปรับปรุง/การพัฒนา</p> <p>กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้จัดทำ จัดแนวปฏิบัติ เรื่องแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับที่ 1 (วันที่ 4 ตุลาคม 2564) และฉบับที่ 2 วันที่ 28 ธันวาคม 2566 เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ การดูแล การรักษา คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีมาตรการการป้องกันที่เหมาะสม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการเว้นระยะห่างของผู้รับบริการที่ OPD ให้มีเด็ทท์ปก กำหนดจำนวนผู้เข้ารับบริการในอาคาร ไม่ให้แออัด เว้นระยะห่างได้ และจัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยกำกับการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามได้ 2. ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ตรวจ ATK Test และใช้แบบประเมินคัดกรองโรคติดเชื้อ/โรคติดต่อ เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น หากพบมีอาการสงสัยให้ประสานส่งเวรกับทางหอผู้ป่วยเพื่อแยกผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการติดเชื้อ โดยการแยกผู้ป่วยไม่ให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นทุกครั้ง และให้ผู้รับบริการหน้ากากอนามัยไว้ตลอดเวลา และให้บุคลากรมีการประเมินอาการติดเชื้ออย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง 3. ด้านบุคลากร การสร้างความตระหนักแก่บุคลากร เน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้งดเว้นการรับประทานอาหารร่วมกัน และการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายต้องมีผู้กำกับติดตามการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อ 4. การประชาสัมพันธ์โดยการใช้โปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการตนเอง โดยมีการติดโปสเตอร์ให้ความรู้บริเวณตามหอผู้ป่วย/OPD เป็นต้น 5. การสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอทันเวลา 6. การประชาสัมพันธ์การป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด-19 ด้วยหลักการ DMHT
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0	0																	
ปี 2564	0	0																	
ปี 2565	0	8																	
ปี 2566	0	0																	
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	5																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

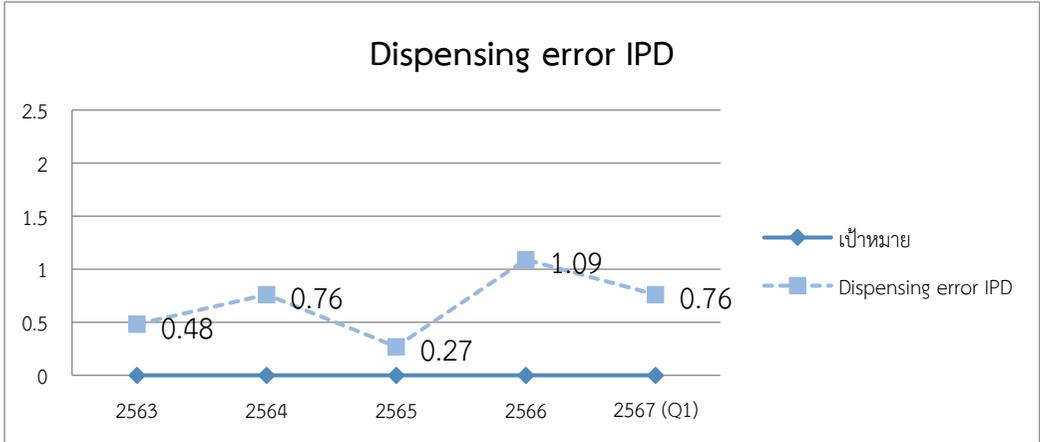
90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละ Medication error with harms (level E up)*	0	0	0	0	0.53	0
ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้ ทำ RCA)*	100	0	0	0	100	0
อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0	3.1 / 0.10	3.74 / 0.09	1.37 / 0.37	2.04 / 0.29	2.73 / 0.44
อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0	- / 0.50	- / 1.25	- / 0.75	- / 1.70	- / 1.69
อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0	2.85 / 1.37	11.35 / 1.18	7.71 / 13.27	9.08 / 6.78	7.97 / 3.85
อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0	0.06 / 0.48	0.07 / 0.76	0.20 / 0.27	0.06 / 1.09	0.05 / 0.76
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	0	0.02 / 0.40	0.01 / 0.09	0 / 0.05	0 / 0.55	0 / 0.36
ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมด* ระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	-	-	-	-	-	-
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระดับ E ขึ้นไป	0	18	6	15	14	11
จำนวน Preventable ADR ระดับ E ขึ้นไป	0	-	-	-	-	2

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Dispensing Error- OPD) : 1000 ใบสั่งยา เป้าหมาย: 0 ต่อ 1000 ใบสั่งยา	ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปี 2563 - 2567 อยู่ในระดับ C – D พบมากที่สุดในปี 2565 สาเหตุเนื่องจาก 1) เป็นช่วงที่มีผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรใหม่ ทำให้ยังไม่มี ความชำนาญในการปฏิบัติงานภายใต้ระบบของโรงพยาบาลฯ 2) ความเร่งรีบในการปฏิบัติงานเนื่องจากอัตรากำลังไม่ครบตามตารางปฏิบัติงาน และ 3) มีรายการยาใหม่เข้าบัญชีโรงพยาบาลทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่คุ้นเคยกับรายการยา รายการความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาผู้ป่วยนอก มีดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p> <div style="text-align: center;"> <h3>Dispensing error OPD</h3> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Dispensing error OPD Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Dispensing error OPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0.06</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0.07</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0.2</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0.06</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>0.05</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	เป้าหมาย	Dispensing error OPD	2563	0	0.06	2564	0	0.07	2565	0	0.2	2566	0	0.06	2567 (Q1)	0	0.05	<ol style="list-style-type: none"> 1. จ่ายยาผิดคน เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่ได้จ่ายยาตามวิธีการที่กำหนดในการทวนสอบชื่อ-สกุลจากใบแนะนำตัวเพื่อระบุตัวผู้ป่วย 2. จ่ายยาผิดชนิด/ผิดความแรง เนื่องจากรายการยามีความ Look alike (ชื่อยาคล้ายกัน หรือความแรงยาเท่ากัน) 3. จ่ายยาผิดจำนวน เนื่องจากความเร่งรีบในการปฏิบัติงานและฉลากยาแบ่งบรรจุมีความคล้ายกัน (เกิดในช่วงก่อนการนำเครื่องจัดยาอัตโนมัติมาใช้) 4. จ่ายยาผิดรอบใบสั่งยา เนื่องจากแพทย์แก้ไขคำสั่งใช้ยา แต่ไม่มีการแจ้งห้องจ่ายยา จึงจ่ายยาไปผิดรอบ 5. จ่ายยาผิดชื่อการค้า เนื่องจากยาบางรายการ ความแรงเดียวกัน มี 2 ชื่อการค้า รวมถึงผู้ตรวจสอบยาและจ่ายยาเป็นผู้ปฏิบัติงานใหม่จึงขาดความชำนาญในการตรวจสอบชื่อการค้าของยา <p>การพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาทุกช่องจ่าย และ ปรับฉลากยาให้ชื่อ-สกุลผู้ป่วยตัวหนังสือเข้มขึ้น เพื่อความชัดเจนในการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างใบสั่งยาและใบแนะนำตัวผู้ป่วยก่อนจ่ายยา 2. กำหนดระบบตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือประจำวัน ในรายการยากลุ่ม 3 และ วัตฤออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ 2 (Alprazolam และ Methylphenidate) พร้อมทั้งกำหนดวิธีปฏิบัติให้ผู้ตรวจยาและผู้จ่ายยา เขียนระบุจำนวนเม็ดยา สีแผงยาของรายการยาดังกล่าวบนใบสั่งยา เพื่อช่วยให้ค้นหาความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาเชิงรุกและแก้ไขได้รวดเร็วมากขึ้น 3. ปรับสีและขนาดตัวอักษร ราคายา ในหน้าระบบออนไลน์ HIS ให้เด่นชัดขึ้น กำหนดวิธีการตรวจสอบสถานะใบสั่งยาและราคายาตามใบสั่งยาก่อนจ่ายยา ให้ตรงกับโปรแกรมออนไลน์เพื่อยืนยันว่าเป็นใบสั่งยารอบเดียวกัน เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดรอบใบสั่งยา
ปี	เป้าหมาย	Dispensing error OPD																	
2563	0	0.06																	
2564	0	0.07																	
2565	0	0.2																	
2566	0	0.06																	
2567 (Q1)	0	0.05																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>4. ปรับฉลากยาให้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ในกลุ่มยา LASA และสำหรับยาที่มี 2 ชื่อการค้า ปรับฉลากยาให้แตกต่างกัน โดยนำชื่อการค้าขึ้นก่อน ตามด้วยชื่อสามัญทางยา สลับกับอีกชื่อการค้า จะใช้ชื่อสามัญทางยาขึ้นก่อน เพื่อป้องกันการจ่ายผิดชื่อการค้า</p> <p>5. นำเครื่องจัดยาอัตโนมัติมาใช้แทนการแบ่งบรรจุยา ลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาชนิดเม็ดร่วน</p> <p>ผลลัพธ์</p> <p>ในปี 2566-2567 อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกลดลง</p>																		
<p>2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน (Dispensing Error - IPD): 1000 วันนอน เป้าหมาย: 0 ต่อ 1000 วันนอน</p>  <table border="1" data-bbox="174 758 1214 1200"> <caption>Dispensing error IPD Data</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> <th>Dispensing error IPD (Actual)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0.48</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0.76</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0.27</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>1.09</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>0.76</td> </tr> </tbody> </table>	Year	เป้าหมาย (Target)	Dispensing error IPD (Actual)	2563	0	0.48	2564	0	0.76	2565	0	0.27	2566	0	1.09	2567 (Q1)	0	0.76	<p>ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน ปี 2563 - 2567 พบในระดับ C – D จากกราฟจะเห็นว่าอัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในค่อนข้างสูงในปี 2566 โดยพบว่า จ่ายยาผิดวิธีใช้ 30 ราย จาก 62 ราย ทบทวนสาเหตุมาจาก 1) คำสั่งใช้ยาในสำเนา DOS ไม่ชัดเจน ทำให้คัดลอกคำสั่งใช้ยาผิด 2) ผู้ปฏิบัติงานใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยกับวิธีใช้ยาของแพทย์ และ 3) แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเป็นแพทย์ใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ใช้หลักการเขียนคำสั่งตามแนวทางของระบบยา รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ</p> <p>รายการความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาผู้ป่วยใน มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บันทึกคำสั่งใช้ยาผิด ทำให้จ่ายยาผิดชนิด/ผิดความแรง เนื่องจากรายการยา มีความ Look alike (ชื่อยาคล้ายกัน หรือความแรงยาเท่ากัน) เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกคำสั่งใช้ยาลงโปรแกรมออนไลน์บันทึกข้อมูลผิด เนื่องจากขาดความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติ และไม่ได้ทวนสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง รวมถึงความเร่งรีบในการปฏิบัติงานในช่วงที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
Year	เป้าหมาย (Target)	Dispensing error IPD (Actual)																	
2563	0	0.48																	
2564	0	0.76																	
2565	0	0.27																	
2566	0	1.09																	
2567 (Q1)	0	0.76																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>3. การจ่ายยาซ้ำซ้อน เนื่องจากการจ่ายยากรณีเร่งด่วนตามคำสั่งแพทย์ให้กับงานจิตเวชฉุกเฉิน แต่ไม่ได้สื่อสารข้อมูลการจ่ายยา ทำให้ห้องยาผู้ป่วยในไม่ทราบข้อมูลจึงจ่ายยาไปซ้ำ</p> <p>4. ใบสั่งยาประมาณ 2565 จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา 1 ราย สาเหตุจากระบบ IPD-online ไม่แจ้งเตือนการแพ้ยา</p> <p>5. การบันทึกข้อมูลยาบนหน้าจอ Unit dose เพื่อใช้จ่ายยาประจำวัน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ใช้การ Remed ข้อมูลจากชุดข้อมูลยา Continuation ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน</p> <p>6. การสั่งยาที่ระบุเป็นจำนวนวัน เช่น ให้ 3 วัน 5 วัน หรือ 7 วัน แต่เจ้าหน้าที่ห้องยาไม่ได้หยุดยาให้ผู้ป่วย ทำให้จ่ายเกินจำนวนวันที่แพทย์สั่ง</p> <p>การพัฒนา</p> <p>1. กำหนดให้ใช้สำเนา DOS และ ใบสื่อสาร/ใบเบิกยาเพิ่มเติม ตามที่ระบบยา กำหนดเพื่อเบิกยาจากห้องจ่ายยาเท่านั้น ลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารหรือถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาทางวาจา</p> <p>2. เปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานบันทึกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน จากพนักงานประจำห้องยา เป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ซึ่งมีสมรรถนะทางเภสัชกรรม สามารถอ่านคำสั่งใช้ยาได้มากขึ้น</p> <p>3. กำหนดตารางปฏิบัติงานให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาทั้งหมด สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาได้มากขึ้น รวมทั้งการแยกห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อแยกภาระงานช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบและจ่ายยามีสมาธิ และสามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องมากขึ้น</p> <p>4. ใช้ Sticker ระบุตัวผู้ป่วยที่พิมพ์จากระบบออนไลน์ตั้งแต่กระบวนการ Admit ในการระบุเอกสารผู้ป่วยแทนการเขียน/คัดลอก เพื่อให้ข้อมูลตรงกันทุกจุด</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>5. กำหนดวิธีการปฏิบัติงานในการจ่ายยาเร่งด่วนระหว่างงานจิตเวชฉุกเฉินและห้องจ่ายยานอก เพื่อสื่อสารข้อมูลการจ่ายยาล่วงหน้าให้กับห้องจ่ายยาผู้ป่วยในได้อย่างครบถ้วน</p> <p>6. ปรับรูปแบบเอกสารในการจ่ายยาผู้ป่วยใน โดยเพิ่มขนาดตัวอักษรข้อมูลการแพทย์บนเอกสารใบสั่งยาผู้ป่วยใน ให้เห็นชัดเจนขึ้น รวมถึงปรับวิธีปฏิบัติคือ ให้ป้ายสีปากกาไฮไลต์บนชื่อยาและอาการที่แพ้ ทั้งในเอกสารใบสั่งยาผู้ป่วยในและ Medication record ทุกเคสที่มีประวัติแพ้ยา รวมทั้ง ดำเนินการแจ้งปัญหาแก่ผู้ดูแลระบบเรื่องการไม่แจ้งเตือนแพ้ยา ซึ่งทีมเทคโนโลยีสารสนเทศได้ดำเนินการแก้ไขให้แจ้งเตือนเมื่อบันทึกข้อมูลสั่งยาที่มีประวัติแพ้แล้ว</p> <p>7. ในปี 2566 ปรับระบบการกระจายยาผู้ป่วยในเป็นแบบ Unit daily dose เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม 2566 เนื่องจาก รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จัดซื้อเครื่องจ่ายอัตโนมัติ เพื่อลดขั้นตอนการจัดเตรียมยาก่อนการบริหารยา และป้องกันโอกาสเกิด Administration error</p> <p>8. กำหนดวิธีปฏิบัติงานสำหรับห้องจ่ายยา ในการเขียนระบุช่วงวันที่แพทย์สั่งให้ใช้ยา โดยนับตามมือของการบริหารยาแล้วเขียนระบุทั้งในเอกสาร Patient Profile และ Medication record และมีการทบทวน Patient profile ทุกวันเพื่อทบทวนการ Off รายการยาที่ครบกำหนดแล้ว</p> <p>9. ปรับระบบยาคู่ Fatal Drug interaction ของโรงพยาบาล ห้ามสั่งใช้ร่วมกันโดยเด็ดขาดทุกกรณี และใช้ระบบสารสนเทศ HIS ในการช่วย block การสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ Fatal DI 100%</p> <p>10. พัฒนาระบบ Medication reconciliation ในผู้ป่วย Admit ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคทางกายต่อเนื่อง และป้องกันการได้รับยาผิด Long Acting Antipsychotic ซ้ำซ้อน</p>

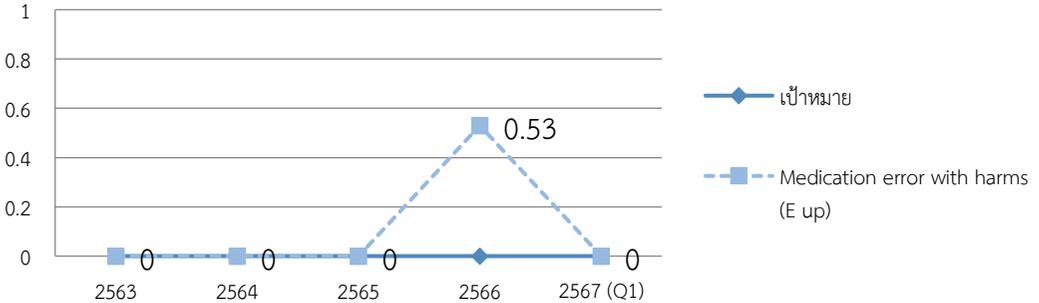
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>11. ทีมสหวิชาชีพพบทบทวนแนวทางปฏิบัติงานระบบจัดการด้านยาภายในโรงพยาบาลร่วมกัน โดยจัดการประชุมสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติงานให้มีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติงานตามแนวทางระบบยา รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MMS ร่วมกับกลุ่มงานทางการแพทย์ทบทวนแนวทางกำหนดเวลาแพทย์เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อปรับการรักษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนช่วงนอกเวลาราชการ (ระหว่าง 20.30 น.- 8.30 น.) ซึ่งมีผู้ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมเพียง 1 คน จะขาดกระบวนการทวนสอบยาซ้ำก่อนการจ่าย 2. มีแผนในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับขั้นตอนการนำส่งข้อมูลคำสั่งใช้ยาและข้อมูลสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วยใน จากการส่งสำเนา DOS ปรับเป็นการสแกน DOS จากหอผู้ป่วยส่งมายังงานบริการเภสัชกรรม เพื่อความชัดเจน ลดการสูญหายและเพิ่มความรวดเร็วในการส่งเอกสาร 3. วางแผนในการพัฒนาระบบการส่งใช้ยาผู้ป่วยใน โดยให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาบันทึกคำสั่งใช้ยาลงโปรแกรมให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยในโดยตรง เพื่อลด Transcribing error <p>ผลลัพธ์</p> <p>ในปี 2567 อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในลดลง</p>
<p>3. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) เป้าหมาย: OPD 0 ต่อ 1000 ใบสั่งยา</p>	<p>ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปี 2563 - 2567 อยู่ในระดับ C-D</p> <p>รายการความคลาดเคลื่อนของบริหารยาที่เกิดขึ้น มีดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยนอก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารยาผิดชนิดจำนวน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาผิดหลายหลอด สำหรับฉีดต่อเนื่องใกล้บ้าน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																																				
<div style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</div> <div style="text-align: center;">Administration error OPD</div> <table border="1"> <caption>Administration error OPD Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Administration error OPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0.02</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center;">Administration error IPD</div> <table border="1"> <caption>Administration error IPD Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Administration error IPD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0.55</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>0.36</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	Administration error OPD	2563	0	0.02	2564	0	0.01	2565	0	0	2566	0	0	2567 (Q1)	0	0	ปี	เป้าหมาย	Administration error IPD	2563	0	0.4	2564	0	0.09	2565	0	0.05	2566	0	0.55	2567 (Q1)	0	0.36	<div style="text-align: center;">การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</div> <p>2. ห้องยาคัดลอกคำสั่งฉีดยาผิด ทำให้พยาบาลบริหารยาฉีดผิดจำนวนผู้ป่วยใน</p> <p>จากข้อมูลพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2566 สอดคล้องกับอัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในที่มีแนวโน้มสูงในปี 2566 เช่นกัน จากการทบทวนสาเหตุพบว่าเกิดจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> ขาดการตรวจสอบซ้ำข้ามวิชาชีพ ระหว่างรายการยาที่รับจากห้องยาเทียบกับคำสั่งแพทย์ ใน Doctor's order sheet บันทึก Medication record ไม่เป็น Real time จึงบริหารยาไม่ครบทุกรายการ ขาดการระบุข้อมูลวันที่ฉีดยาบนหน้าซองยา ทำให้พยาบาลไม่ได้ฉีดยา Long acting ตรงวันที่กำหนด (ปัจจุบัน 2567 ลงข้อมูลครบทุกรายแล้ว) ผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ผู้ปฏิบัติงานขาดการทวนสอบประวัติแพ้ยา หรือไม่ได้สังเกตข้อมูลในเอกสาร Medication record รายการยาคู่ DI บางรายการไม่ใช่คู่ DI ที่ห้ามสั่งใช้ใน รพ. เนื่องจากเป็นรายการยาที่ไม่มีในบัญชียา รพ. แต่เป็นยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านและเกิด DI กับยาจิตเวชที่แพทย์สั่งการรักษา <p>การพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มงานเภสัชกรรมกำหนดการแจ้งเตือนเพิ่มเติม เช่น กำหนดวันฉีดยาและช่วงวันในการบริหารยา โดยระบุข้อความแจ้งเตือนเพิ่มเติมไว้ที่สติ๊กเกอร์ติดซองยา Patient profile และ Medication record มีระบบการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อกำกับการทำงานเป็นประจำทุกวัน ปี 2564 ปรับระบบกระจายยาผู้ป่วยในเป็น One day dose ระหว่างช่วงที่ไม่มีเครื่องจัดยาอัตโนมัติ และได้ปรับมาเป็นระบบกระจายยาผู้ป่วยในแบบ Unit daily dose ตั้งแต่ มีนาคม 2566 จนถึงปัจจุบัน ทำให้ลดขั้นตอนการเตรียมยา
ปี	เป้าหมาย	Administration error OPD																																			
2563	0	0.02																																			
2564	0	0.01																																			
2565	0	0																																			
2566	0	0																																			
2567 (Q1)	0	0																																			
ปี	เป้าหมาย	Administration error IPD																																			
2563	0	0.4																																			
2564	0	0.09																																			
2565	0	0.05																																			
2566	0	0.55																																			
2567 (Q1)	0	0.36																																			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>ก่อนการบริหารยา (ยกเว้นช่วงให้บริการนอกเวลาราชการ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ในปิดให้บริการ จึงใช้การกระจายยาแบบ One day dose)</p> <p>ผลลัพธ์ อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง</p>																		
<p>4. ร้อยละ Medication error with harms (level E up)*</p> <div data-bbox="168 560 1234 986" style="border: 1px dashed gray; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Medication error with harms (level E up)</p>  <table border="1" data-bbox="181 662 1220 965"> <caption>Medication error with harms (level E up) Data</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Medication error with harms (E up)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	เป้าหมาย	Medication error with harms (E up)	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0.53	2567 (Q1)	0	0	<p>จากข้อมูลพบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อยู่ในระดับ E ขึ้นไป เกิดขึ้นในปี 2566 จำนวน 2 ราย จากการทบทวนอุบัติการณ์พบสาเหตุ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จ่ายยาและบริหารยาผู้ป่วยผิดคน (เป็นอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E) ผู้ป่วยมีชื่อเดียวกันคนละนามสกุล ผู้บันทึกคำสั่งใช้ยาไม่ได้ทวนสอบชื่อ-สกุลซ้ำ จึงบันทึกให้ผู้ป่วยผิดคน และเมื่อจ่ายยาเข้าไปในหอผู้ป่วย พยาบาลหอผู้ป่วยไม่ได้ทบทวนซ้ำกับคำสั่งแพทย์ ฉีดยาให้ผู้ป่วยตามชื่อในซองยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดคน แพทย์ปรับการรักษาโดยเพิ่มยาป้องกันอาการตัวเกร็งลิ้นแข็งให้ผู้ป่วย 2. บันทึกวิธีใช้ยาผิดและบริหารยาผิดวิธี (เป็นอุบัติการณ์รุนแรงระดับ F) เหตุการณ์เกิดในช่วงนอกเวลาราชการที่มีเจ้าหน้าที่ห้องยาปฏิบัติงานเพียงคนเดียว ได้รับการโทรศัพท์ประสานจากหอผู้ป่วยว่ามีคนไข้รับการรักษา เบิกยาฉีด Chlorpromazine 50 mg/2ml เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาเตรียมเอกสารเพื่อความรวดเร็วและบันทึกวิธีใช้ผิด (จาก IM เป็น IV) พยาบาลหอผู้ป่วยไม่ได้ทวนซ้ำและให้ยาตามวิธีใช้ที่ระบุหน้าซองยา ทำให้ฉีดผิด Route แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพบ O2 ต่ำ จึงส่งรักษาต่อที่ รพ.ขอนแก่น 1 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และกลับมารักษาต่อที่ รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตามเดิม <p>จากเหตุการณ์ทั้ง 2 เคส ได้มีการเน้นย้ำผู้ปฏิบัติงาน ให้ปฏิบัติตามกระบวนการและมาตรฐานการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยใน เน้นย้ำกระบวนการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระข้ามวิชาชีพ โดยทวนสอบคำสั่งแพทย์ประกอบการบริหารยาของพยาบาลทุกครั้ง</p>
ปี	เป้าหมาย	Medication error with harms (E up)																	
2563	0	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0.53																	
2567 (Q1)	0	0																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>โอกาสพัฒนา พัฒนาระบบการสั่งจ่ายยาผู้ป่วยในโดยให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาบันทึกคำสั่งจ่ายลงโปรแกรมให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยในโดยตรง เพื่อลด Transcribing error ผลลัพธ์ ยังไม่พบอุบัติการณ์ Medication error with harms (level E up) ในปี 2567</p>																		
<p>4. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย: 0 ครั้ง</p> <div data-bbox="170 608 1232 1077" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">ADR ระดับ E ขึ้นไป</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for ADR ระดับ E ขึ้นไป</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ADR ระดับ E ขึ้นไป</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2567 (Q1)</td> <td>0</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	เป้าหมาย	ADR ระดับ E ขึ้นไป	2563	0	18	2564	0	6	2565	0	15	2566	0	14	2567 (Q1)	0	11	<p>ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับทีม PCT พบว่าอุบัติการณ์ ADR ระดับ E ขึ้นไปในแต่ละปี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ปี 2563 จำนวน 18 ราย คือ 1) NMS จำนวน 4 ราย 2) Aspirated pneumonia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine 3) Over sedation จากยาจิตเวช และ 4) แพ้ยา 12 ราย ปี 2564 จำนวน 6 ราย คือ 1) ผู้ป่วยมีอาการระส่ำระสายจากการได้รับยาผิดของ 1 ราย 2) NMS จำนวน 3 ราย 3) Leukopenia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine 1 ราย และ 4) แพ้ยา 1 ราย ปี 2565 จำนวน 15 ราย คือ 1) Thrombocytopenia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine 1 ราย 2) Bicytopenia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine 1 ราย 3) แน่นหน้าอกหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Quetiapine 1 ราย และ 4) แพ้ยา 12 ราย ปี 2566 จำนวน 14 ราย คือ 1) เกล็ดเลือดต่ำ 1 รายที่อาจมีปัจจัยกระตุ้นจากการใช้ Clozapine ร่วมกับ antipsychotic drug หลายตัว (Fluphenazine+Perphenazine+Haloperidol) และ Diazepam ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด Ischemic heart disease และเกิด sudden cardiac arrest 2) QT prolongation ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชหลายตัวร่วมกัน (Risperidone + Haloperidol + Chlorpromazine) 3) เกล็ด Refer โรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัยล่าสุด Rhabdomyolysis 1 รายที่อาจมีสาเหตุจากการได้รับยานี้ Short acting antipsychotic หลาย dose และ 4) แพ้ยา 8 ราย
ปี	เป้าหมาย	ADR ระดับ E ขึ้นไป																	
2563	0	18																	
2564	0	6																	
2565	0	15																	
2566	0	14																	
2567 (Q1)	0	11																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>5. ปี 2567 จำนวน 11 ราย คือ 1) เคสเสียชีวิต 2 ราย ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้แน่ชัด ยาจจะเป็น 1 ในปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เคสที่ 1 รับประทาน Clozapine แบบ rapid titration ที่มีการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติในความถี่ไม่เพียงพอ และเคสที่ 2 รับประทานที่ไม่เหมาะสมต่อโรคของผู้ป่วย 2) เคส Refer โรงพยาบาลขอนแก่นเนื่องจาก CPK สูง+EPS 1 ราย และ 4) แพ้ยา 8 ราย</p> <p>การพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนรายการยาเสี่ยงสูงและกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังตามประเภทของยาที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษทั้งในรายการยาเสี่ยงสูง HAD (High alert drug) รายการยาที่ใช้ในการทำ Modified ECT และรายการยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน (ยาใน Emergency Drug Box) 2. วิเคราะห์สาเหตุการเกิด ADR ปีงบประมาณ 2563-2566 และจัดทำแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ วิเคราะห์สาเหตุและวางแนวทางป้องกัน ADR ระดับ E ขึ้นไป สื่อสารแนวทางป้องกัน ADR และปรับปรุงระบบ HIS ให้สามารถบันทึก ADR เพื่อส่งต่อข้อมูลในการเฝ้าระวัง 3. ปรับปรุง HIS ให้สามารถ block การสั่งยา Fatal DI ได้ 100% หากพบการสั่งใช้ยา คู่ Fatal DI ต้องประสานแพทย์เพื่อปรับการรักษาทุกราย 4. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติติดตามยากลุ่มเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยที่ใช้ยา Clozapine จะต้องได้รับการตรวจวัดระดับ WBC ทุก 6 เดือน กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ จะทำการออกใบนัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วนำผลแลบมาในวันนัดครั้งถัดไป และผู้ป่วยที่ใช้ยา Lithium จะต้องได้รับการตรวจวัดระดับยา Lithium ทุก 6 เดือน โดยต้องมาตรวจที่โรงพยาบาลเท่านั้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>5. วางแนวทางป้องกันการเกิด Serious ADR ซ้ำ ดำเนินการทบทวนร่วมกับ PCT ได้พัฒนาการเฝ้าระวังและประเมินระดับความรุนแรงของอาการ EPS/ NMS และพัฒนาระบบการประเมินภาวะ Over sedation ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - NMS : 1) ใช้แนวทางการประเมิน NMS และรายงานแพทย์ 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีคำสั่งใช้ยาฉีด short acting prn ห้องยาจะจ่ายยาฉีด PRN ครั้งละไม่เกิน 2 หลอด 3) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติให้ยา PRN หากผู้ป่วยได้รับยาฉีด 2 dose แล้ว แต่อาการไม่สงบ ให้รายงานแพทย์ก่อนจะให้ dose ที่ 3 เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาฉีดหลาย dose - Over sedation : ใช้แบบประเมิน Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) และรายงานแพทย์ - Aspirated pneumonia : เป็นอุบัติการณ์ที่ต่อเนื่องจาก Over sedation ให้เฝ้าระวังด้วยแบบประเมิน RASS และเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่พบว่ามีน้ำลายมาก และ/หรือได้รับยา Clozapine <p>6. นำอุบัติการณ์การแพ้ยาในปี 2563- 2567 มาทบทวน รายการยาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยนอก คือ Lamotrigine ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่ม HAD จึงได้พัฒนากระบวนการติดตามเพื่อลดความรุนแรงจากการแพ้ยาในกลุ่ม HAD ที่มีโอกาสเกิดการแพ้ยารุนแรง (SJS/ TEN) สำหรับผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาครั้งแรก (โทรติดตาม Day 7, 14) สำหรับผู้ป่วยในใช้แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง กรณีพบ Allergic reaction ให้รายงานแพทย์/เภสัชกร ทันที</p> <p>7. จากการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในระดับ E ขึ้นไป เพื่อทบทวนสาเหตุและจำแนกประเภท Preventable/ Non-Preventable ADR คณะกรรมการ MMS ได้กำหนดตัวชี้วัดเพิ่ม 1 ตัวชี้วัด คือ จำนวน Preventable ระดับ E ขึ้นไป = 0 ราย</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
	<p>8. กำหนดแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิด Preventable ADR 6 รายการ ได้แก่ 1) NMS 2) Hypersalivation จาก clozapine 3) QT prolongation 4) แพ้ยารุนแรง จาก HAD (Lamotrigine/ Carbamazepine) 5) Lithium intoxication และ 6) Agranulocytosis ในผู้ป่วยที่รับยา Clozapine</p> <p>ผลการพัฒนา : อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ในปี 2567 เพื่อ PDCA ต่อไป</p>												
<p>5. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ป้องกันได้ (Preventable ADR) ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>เป้าหมาย: 0 ครั้ง</p> <table border="1" data-bbox="168 746 1234 847"> <thead> <tr> <th>เป้าหมาย</th> <th>ปี 2563</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี 2565</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567 (Q1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)	0	-	-	-	-	2	<p>ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เริ่มเก็บข้อมูล Preventable ADR ตั้งแต่ปี 2567 พบอุบัติการณ์จำนวน 2 ราย คือ</p> <p>1) เคสเสียชีวิต วินิจฉัย R/O UGIB, acute respiratory failure จากการทำ case conference ร่วมกับทีมนำทางคลินิก พบว่าสาเหตุไม่แน่ชัด อาจมีปัจจัยเสี่ยงได้จากหลายสาเหตุ ดำเนินการทบทวนความเสี่ยงด้านระบบยาพบว่าผู้ป่วยได้รับยา Clozapine แบบ Rapid titration และมีการประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอที่จะพบความผิดปกติก่อนเกิดอุบัติการณ์</p> <p>การพัฒนา : ทีมนำทางคลินิกทบทวนและวางแนวทางร่วมกับระบบยา กำหนดแนวทางประเมินและตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีผู้ป่วยได้รับยา Clozapine แบบ Rapid titration</p> <p>2) เคสเสียชีวิต วินิจฉัย AKI with hypernatremia hyperkalemia ประวัติโรคประจำตัวพาร์กินสัน จากการทำ Case conference ร่วมกับทีมนำทางคลินิก พบว่าสาเหตุของการเกิด AKI ไม่แน่ชัด มีปัจจัยเสี่ยงได้หลายสาเหตุ ทบทวนความเสี่ยงด้านระบบยาพบว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมต่อโรคประจำตัวของผู้ป่วย คือ ได้อยาฉีด Haloperidol inj. แบบ pm และเพิ่มยา Risperidone รวมถึงประวัติการรักษาโรคพาร์กินสันตามโรงพยาบาลเดิมได้รับ Trihexyphidyl ซึ่งแพทย์สั่งให้ยาเดิมต่อตามข้อมูลการประสานรายยาของเภสัชกร อาจส่งผลให้</p>
เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)								
0	-	-	-	-	2								

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>เกิด Urinary retension อีกทั้งระหว่างช่วงนอนโรงพยาบาล ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น (ไม่มีการติดตาม CPK) ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้ยา Antipsychotic ที่เป็นกลุ่ม First Generation High potency (Haloperidol) และ Risperidone ที่ทำให้เกิด EPS ง่าย</p> <p>การพัฒนา : ทีมสหวิชาชีพได้ทบทวนความรู้เรื่องโรคและรายการยาที่มีความเสี่ยงในการใช้ในผู้ป่วยพาร์กินสัน และได้ร่วมกันกำหนดเป็น แนวทางการห้ามใช้ยา First generation antipsychotics และ Risperidone ในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน</p> <p>ผลลัพธ์: อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ในปี 2567 เพื่อ PDCA ต่อไป</p>

91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป	0 ราย		0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	0 ราย	0	0	0	0	0

92 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด	> 95%	96.08	99.2	97.04	95.09	97.42
ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด (Near Missed – Missed)	< 0.5%	0.05	0	0.0001 (1/63,500)	0.00002 (1/61,706)	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <table border="1"> <caption>รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>95</td> <td>96.08</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>95</td> <td>99.20</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>95</td> <td>97.04</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>95</td> <td>95.09</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567...</td> <td>95</td> <td>97.42</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	95	96.08	ปี 2564	95	99.20	ปี 2565	95	97.04	ปี 2566	95	95.09	ปี 2567...	95	97.42	<p>ปีงบประมาณ 2563 มีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวน 3 คน และมีบุคลากร 1 คน ลาเรียนเป็นช่วงเวลา และเริ่มติดตั้งระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องเรียนรู้กับระบบทำงานใหม่ จึงทำให้การรายงานผลตรวจวิเคราะห์ล่าช้าแต่จากการวิเคราะห์ผลยังอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>ปี 2564 เจ้าหน้าที่เริ่มทำงานในระบบ LIS ได้เป็นอย่างดี มีความคล่องตัวการส่งผลตรวจวิเคราะห์สามารถส่งได้โดยจากระบบเข้าสู่ระบบ HIS โดยอัตโนมัติ โดยไม่ต้องคีย์ด้วยมือ ปีงบประมาณ 2565, 2566 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีบุคลากรเกษียณอายุ 1 คนทำให้ขาดบุคลากรในการทำงานจึงทำให้การรายงานผลช้ากว่ากำหนด</p> <p>ปีงบประมาณ 2567 เป็นช่วงที่โรคโควิด-19 เริ่มลดน้อยลง และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่ม เป็นนักเทคนิคการแพทย์จำนวน 2 คน ทำให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและรวดเร็วมากขึ้น</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	95	96.08																	
ปี 2564	95	99.20																	
ปี 2565	95	97.04																	
ปี 2566	95	95.09																	
ปี 2567...	95	97.42																	
<p>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด (Near Missed – Missed)</p> <table border="1"> <caption>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด (Near Missed – Missed)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0.5</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0.5</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0.5</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0.5</td> <td>0.00002</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567...</td> <td>0.5</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	0.5	0.05	ปี 2564	0.5	0.00	ปี 2565	0.5	0.0001	ปี 2566	0.5	0.00002	ปี 2567...	0.5	0.00	<p>ปีงบประมาณ 2563 ผลการรายงานยังมีข้อผิดพลาดซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผิดพลาด Near miss ซึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และการรายงานผลยังต้องคีย์ผลตรวจเข้าระบบ HIS โดยเจ้าหน้าที่ 1 คน และยืนยันโดยนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ซึ่งสามารถตรวจข้อผิดพลาด Near miss ได้เยอะขึ้น</p> <p>ปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566, 2567 จากการวิเคราะห์</p> <ol style="list-style-type: none"> ปีงบประมาณ 2564 มีระบบ LIS (Laboratory information system) ใช้ภายในห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2565, 2566 ยังมีข้อผิดพลาดซึ่งเป็นผิดพลาด Near miss เนื่องจากการมีบุคลากรเกษียณอายุที่เป็นนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ทำให้เหลือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียง 2 คน ทำให้เกิดความล่าช้าและผิดพลาด ปีงบประมาณ 2567 ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เป็นนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน ทำให้มีระบบการตรวจสอบผลตรวจวิเคราะห์อย่างเข้มข้นโดยมีนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน รายงานผลและนักเทคนิคการแพทย์อีก 1 คน เป็นคนยืนยันผลตรวจวิเคราะห์ ทำให้ไม่มีผลตรวจวิเคราะห์ผิดพลาดเกิดขึ้น
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	0.5	0.05																	
ปี 2564	0.5	0.00																	
ปี 2565	0.5	0.0001																	
ปี 2566	0.5	0.00002																	
ปี 2567...	0.5	0.00																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]*						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทางกายที่มีภาวะหมดสติได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ภายใน 4 นาที	ทุกราย					1/1 * Case refer
						RCA

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	> 85%				91.98	รอดำเนินการ
ร้อยละของบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ	> 90%				98.03	รอดำเนินการ

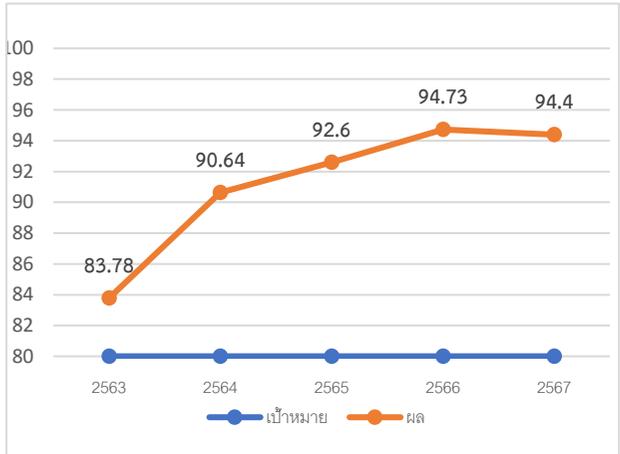
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี</p> <p>ร้อยละของบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแท่ง</caption> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตรวจร่างกาย</td> <td>91.98</td> </tr> <tr> <td>คัดกรองสุขภาพ</td> <td>98.03</td> </tr> <tr> <td>ปกติ</td> <td>33.14</td> </tr> <tr> <td>เสียง</td> <td>23.39</td> </tr> <tr> <td>ป่วย</td> <td>41.5</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภท	ค่า	ตรวจร่างกาย	91.98	คัดกรองสุขภาพ	98.03	ปกติ	33.14	เสียง	23.39	ป่วย	41.5	<p>เพื่อให้บุคลากรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ และเพื่อให้บุคลากรที่มีความเสี่ยงได้รับการป้องกัน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมีความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นเป็นการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ บุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 87 คน แบ่งเป็น บุคลากรที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและภาวะโภชนาการเกิน ได้มีการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี และตรวจติดตามผลสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย 2. การอบรมให้ความรู้การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย แบ่งกลุ่มบุคลากร กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยออกเป็น 3 ทีมเพื่อสร้างแรงจูงใจและเกิดการกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้ากิจกรรมฐานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ ฐานที่ 1. เพื่อชีวิตเรียนรู้ อ.ออกกำลังกาย “สุขภาพดีด้วยการออกกำลังกาย”ฐานที่ 2. เพื่อชีวิตเรียนรู้ อ.อารมณ์ “อารมณ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”ฐานที่ 3. เพื่อชีวิตเรียนรู้ อ.อาหาร “อาหารกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”
ประเภท	ค่า												
ตรวจร่างกาย	91.98												
คัดกรองสุขภาพ	98.03												
ปกติ	33.14												
เสียง	23.39												
ป่วย	41.5												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>3. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพ (Health Model) ประเภททีมและรายบุคคล และติดตามผลลัพธ์ของสถานะสุขภาพโดยการวัดรอบแอม และชั่งน้ำหนัก</p> <p>ผลการดำเนินการ ปี 2566 ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี 91.98 พบมีบุคลากรกลุ่มป่วย เพิ่มเป็นร้อยละ 33.14 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 23.39 และกลุ่มปกติ ร้อยละ 41.50</p> <p>การวางแผนดำเนินการต่อไป</p> <p>เพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ และมีสุขภาพกาย ใจ สังคม ที่ดี โรงพยาบาลจัดให้มีกิจกรรมตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปี และจัดทำแนวทางการประเมินสุขภาพบุคลากรเมื่อแรกเข้าปฏิบัติงานและมีการตรวจเป็นระยะในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ เช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานโภชนาการ ต้องมีการตรวจสุขภาพ ไวรัสตับอักเสบบี, ตรวจอุจจาระ และ X-ray ปอดทุก 6 เดือน จัดให้มีกิจกรรมตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปี การตรวจสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ในกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำหน้าที่ X-ray, พนักงานซักฟอก จัดโครงการให้กลุ่มของเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และกลุ่มป่วย เช่น โครงการกินผัก 400 กรัม กิจกรรมออกกำลังกาย การสร้างกลุ่ม line ในการทำกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมกินผักและออกกำลังกาย ปรับปรุงสนามกีฬาและอุปกรณ์ในการออกกำลังกายแก่เจ้าหน้าที่ สนับสนุนให้มีการจัดอาหารว่างในการประชุมเป็นเมนูที่ส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้ร้านอาหารสวัสดิการเข้าสู่โครงการ Healthy Cantheen มีกิจกรรมตลาดนัดสีเขียวในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกสัปดาห์</p>

95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้	80	-	82.60	85.05	83.78	90.64

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้</p>  <table border="1" data-bbox="197 391 817 845"> <caption>ข้อมูลกราฟเส้น</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>80</td> <td>83.78</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>80</td> <td>90.64</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>80</td> <td>92.6</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>80</td> <td>94.73</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>80</td> <td>94.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผล	2563	80	83.78	2564	80	90.64	2565	80	92.6	2566	80	94.73	2567	80	94.4	<p>ปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่า</p> <p>ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น ตลอดทั้งผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน</p> <p>ด้านกระบวนการบริการ มีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุม และประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแล</p> <p>ด้านภาคีเครือข่าย มีการประชุมร่วมกันและขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกัน ผ่านเวทีการประชุม/สัมมนา หรือช่องทางต่างๆตามโอกาสเอื้ออำนวย</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนปัญหาอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงาน - พัฒนาแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะและพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน
ปี	เป้าหมาย	ผล																	
2563	80	83.78																	
2564	80	90.64																	
2565	80	92.6																	
2566	80	94.73																	
2567	80	94.4																	

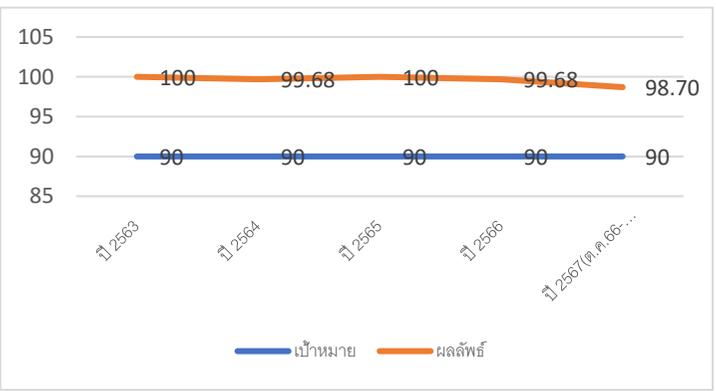
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิตินคนเป็นศูนย์กลาง)

96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)	> 90%	98.80	96.89	98.80	96.89	98.70
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)	> 90%	100	99.68	100	99.68	98.70

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม) เป้าหมาย > 90%</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>90</td> <td>98.80</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>90</td> <td>96.89</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>90</td> <td>98.80</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>90</td> <td>96.89</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ต.ค.66-...</td> <td>90</td> <td>98.70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)	ปี 2563	90	98.80	ปี 2564	90	96.89	ปี 2565	90	98.80	ปี 2566	90	96.89	ปี 2567(ต.ค.66-...	90	98.70	<p>จากผลการดำเนินงาน ปี 2563 - 2567 (Q1) ซึ่งผู้รับบริการประเมินผ่านระบบ Satsurvey แบบ real-time ของกรมสุขภาพจิต เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่ามีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องจากผู้รับบริการในประเด็น ที่จอดรถไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการก่อสร้างตึก OPD ใหม่ ทำให้พื้นที่เดิมในการจอดรถของผู้รับบริการไม่เพียงพอ ได้มีการประชาสัมพันธ์หลายช่องทางโดยใช้ป้ายประชาสัมพันธ์/ ทางวาจาโดยประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลทุกวันเวลา 9.00 น. รวมถึงบุคลากรของกลุ่มงานผู้ป่วยนอกให้ข้อมูลคำแนะนำที่จอดรถทั้งใน และนอกโรงพยาบาล กรณีมีผู้รับบริการมาก สถานที่จอดรถเต็มให้ใช้สถานที่ที่วัดป่าวิเวกธรรมซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 300 เมตร ผู้รับบริการสามารถเดินมารับบริการทางประตู 2 ได้สะดวก โดยมีรถ.อยู่ประจำ อำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ การระบุดจุดบริการในบัตรคิว จากตู้ kiosk ยืนยันตัวตนบางคนอ่านแล้วไม่เข้าใจ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่จ่ายบัตรคิวไม่ได้สื่อสารให้ผู้รับบริการทราบลำดับขั้นตอนการรับบริการที่ชัดเจน แก้ไขโดยสื่อสารให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่คัดกรองและให้บัตรคิวทราบปัญหาจากการให้บริการ บุคลากรของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพิ่มความตระหนัก ในการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบทุกรายเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนในการรับบริการ ห้องน้ำชายตึกผู้ป่วยนอกมีกลิ่น/ห้องน้ำต้องปรับปรุง มอบหมายให้พนักงานทำความสะอาด อยู่ประจำที่ห้องน้ำ และทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง มอบหมาย ICWN กำกับและตรวจสอบการทำงานของแม่บ้าน เขียนคำแนะนำการใช้ห้องน้ำ และการรักษาความสะอาด การทำความสะอาดห้องน้ำสำหรับผู้ที่ใช้บริการ ป้ายบ่งชี้จุดบริการต่างๆ ไม่ชัดเจน เช่น ห้องตรวจเลือด ห้องให้การปรึกษา ป้ายชี้บ่งตามจุดบริการต่างๆที่ชำรุด คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสำรวจป้ายชี้บ่งตามจุดบริการต่างๆที่ชำรุด สร้างความตระหนักเรื่องการใส่ใจในการรักษาสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่น พบป้ายชำรุด ไฟฟ้าชำรุด ควรแจ้งหน่วยที่เกี่ยวข้องแก้ไข กลุ่มงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์จัดทำป้ายบ่งชี้ที่ชัดเจนเป็นปัจจุบัน และติดตั้งให้ครบถ้วน เพื่อให้เกิดความชัดเจน มีป้ายบอกทางและมี รถ.ประจำจุดเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการเนื่องจากอาคารผู้ป่วยนอกมีทางขึ้นทางเดียว (one way) ลานหน้าอาคารผู้ป่วยนอกคับแคบ ในกรณีมีรถนำส่งผู้ป่วยจอดเป็นเวลานานทำให้การจราจรติดขัดไม่สะดวกต่อการเข้ารับบริการบริเวณจุดคัดกรองและรับบัตรคิว มีการปรับภูมิทัศน์บริเวณรอบทางขึ้น OPD สร้างบริเวณบันไดทางขึ้น OPD ให้กว้างขึ้นสะดวกในการเดินเข้ามาใช้บริการ จัดระเบียบการจราจรทางขึ้น OPD ให้วิ่งรถทางเดียว เพื่อให้บริการ-ส่งผู้ป่วย ได้สะดวก ปลอดภัย</p> <p>โอกาสพัฒนามีการสื่อสารผลการประเมินความพึงพอใจในที่ประชุมหัวหน้ากลุ่มงาน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ทุกเดือน จัดให้มีทีม Care D Plus อยู่บริการด้านหน้างานบริการผู้ป่วยนอกทุกวัน เพื่อสื่อสารระหว่าง บุคลากรกับญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาเพื่อลดช่องว่างลดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่าผู้รับบริการ มีความพึงพอใจต่อการมารับบริการ มากกว่าร้อยละ 90 ไม่พบข้อร้องเรียน/อุบัติการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของ</p>
ปี	เป้าหมาย (%)	ผลลัพธ์ (%)																	
ปี 2563	90	98.80																	
ปี 2564	90	96.89																	
ปี 2565	90	98.80																	
ปี 2566	90	96.89																	
ปี 2567(ต.ค.66-...	90	98.70																	

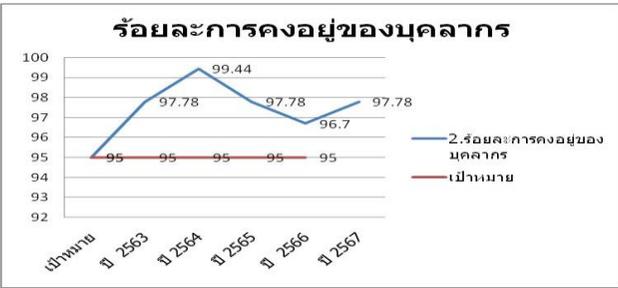
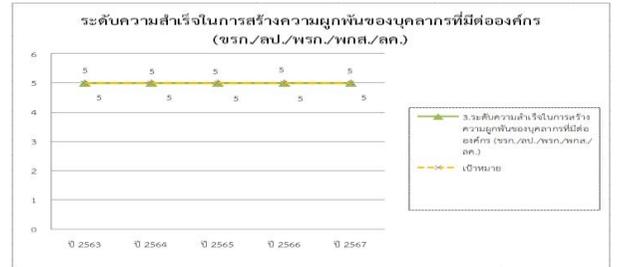
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>บุคลากร ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ได้รับการบริการที่ดี ไม่เกิดข้อร้องเรียน มีภูมิทัศน์ที่สวยงาม ปลอดภัย ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ปลอดภัย พึงพอใจในบริการ ปรับปรุงให้มีระบบคิวสีตามแพทย์เจ้าของไข้ โดยระบบ manual ทำให้ผู้รับบริการ เข้าใจง่าย ไม่สับสน มีป้ายชี้บ่งจุดให้บริการต่างๆ ที่สื่อสารได้ชัดเจน เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้มารับบริการ มีห้องน้ำที่สะอาด ปราศจากกลิ่นรบกวน</p>																		
<p>ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม) เป้าหมาย > 90%</p>  <table border="1" data-bbox="168 558 884 949"> <caption>ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>90</td> <td>99.68</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>90</td> <td>99.68</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค. 66-...)</td> <td>90</td> <td>98.70</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	90	100	ปี 2564	90	99.68	ปี 2565	90	100	ปี 2566	90	99.68	ปี 2567 (ต.ค. 66-...)	90	98.70	<p>ผลการดำเนินงาน ระหว่างปี 2563 – 2567(6เดือนแรก) พบว่า บรรลุเป้าหมาย มีประเด็นข้อแนะนำ ผู้รับบริการต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ปลูกผัก ปลูกต้นไม้ แนวทางแก้ไข ให้ผู้ป่วยเข้าโครงการฟื้นฟูทักษะอาชีพ ทักษะด้านการเกษตรที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนตู ผู้ป่วยที่เข้าโครงการมีความพึงพอใจและสามารถช่วยเหลือ ทักษะด้านการงานอาชีพภายในครอบครัวได้เมื่อกลับสู่ชุมชน มีคะแนนทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้านเพิ่มขึ้น คุณภาพของอาหารผู้ป่วย โภชนาการปรับปรุงคุณภาพอาหาร สื่อสารในที่ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานและกลุ่มงานโภชนาการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพอาหารรวมทั้งรสชาติ ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มโรคและอาการของผู้ป่วย พยาบาลสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับรสชาติอาหาร ซึ่งบางโรคอาจจะมีข้อจำกัด เช่น จำกัดอาหารรสเค็ม หรือรสหวาน ผลลัพธ์ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	90	100																	
ปี 2564	90	99.68																	
ปี 2565	90	100																	
ปี 2566	90	99.68																	
ปี 2567 (ต.ค. 66-...)	90	98.70																	

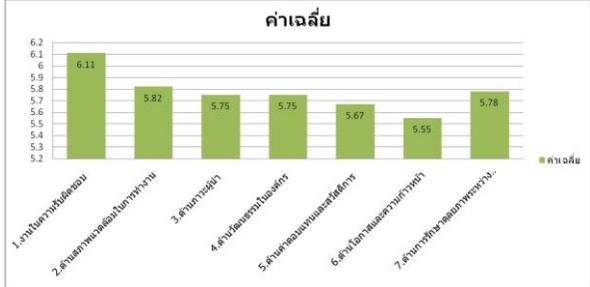
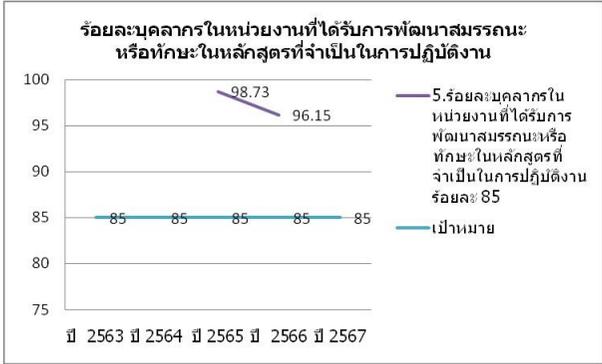
IV-3 ผลด้านบุคลากร

97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละของการคงอยู่ของบุคลากร	> 95%	97.78	99.44	97.78	96.70	97.78
ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	> 90%	95.63	99.39	94.14	90.26	
ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	ระดับ 5	5	5	5	5	5
ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	> 85%	-	-	98.73	96.15	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของการคงอยู่ของบุคลากร</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>97.78</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>99.44</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>97.78</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>96.7</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร	เป้าหมาย	ปี 2563	95	95	ปี 2564	97.78	95	ปี 2565	99.44	95	ปี 2566	97.78	95	ปี 2567	96.7	95	<p>อัตราการคงอยู่ของบุคลากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 พบว่า ร้อยละของอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 95)</p> <p>การปรับปรุงพัฒนา</p> <p>การพัฒนากำลังคนและผู้นำ โดยการประเมินขีดความสามารถสมรรถนะของบุคลากร/หน่วยงาน มีระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยการส่งเสริมสมรรถนะและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถสอดคล้องกับสมรรถนะหลักขององค์กร</p>
ปี	ร้อยละการคงอยู่ของบุคลากร	เป้าหมาย																	
ปี 2563	95	95																	
ปี 2564	97.78	95																	
ปี 2565	99.44	95																	
ปี 2566	97.78	95																	
ปี 2567	96.7	95																	
<p>ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>95.63</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>99.39</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>94.14</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>90.26</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	เป้าหมาย	ปี 2563	95.63	90	ปี 2564	99.39	90	ปี 2565	94.14	90	ปี 2566	90.26	90	ปี 2567	90	90	<p>จากผลการประเมินความสุขของบุคลากร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2567 พบว่าร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้ผลการประเมินเกินค่าเป้าหมายร้อยละ 90</p> <p>การปรับปรุงพัฒนา</p> <p>จากผลการประเมินความสุขของบุคลากรพบว่า มิติด้านสุขภาพเงินดีมีผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำที่สุด ร้อยละ 51.39 จึงมีการให้ความรู้กับบุคลากรเรื่องแนวทางการจัดการด้านการเงินเพื่อสร้างสมดุลของรายรับและรายจ่าย โดยสถาบันทางการเงินและส่งเสริมให้บุคลากรมีอาชีพเสริม เช่น การสร้างตลาดนัดออนไลน์ JVKK ที่บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถนำผลิตภัณฑ์และสินค้ามาจำหน่ายและแบ่งปันได้</p>
ปี	ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	เป้าหมาย																	
ปี 2563	95.63	90																	
ปี 2564	99.39	90																	
ปี 2565	94.14	90																	
ปี 2566	90.26	90																	
ปี 2567	90	90																	
<p>ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร</p>  <table border="1"> <caption>ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	เป้าหมาย	ปี 2563	5	5	ปี 2564	5	5	ปี 2565	5	5	ปี 2566	5	5	ปี 2567	5	5	<p>ปี 2563-2567 ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรเป็นไปตามเป้าหมายทุกปี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายด้าน ในปี 2565 พบว่า บุคลากรมีความผูกพันในด้านโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กรและด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ</p> <p>การปรับปรุงพัฒนา</p> <p>ผู้บริหารมีนโยบายส่งเสริมความผูกพันบุคลากรในองค์กร จึงได้มีการจัดโครงการทำบุญตักบาตร สืบสานประเพณี วิถีไทย และมีกิจกรรมอวยพรวันเกิดบุคลากรประจำเดือน กิจกรรมจิตอาสาในด้านต่างๆ เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม และความผูกพันในองค์กร</p>
ปี	ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	เป้าหมาย																	
ปี 2563	5	5																	
ปี 2564	5	5																	
ปี 2565	5	5																	
ปี 2566	5	5																	
ปี 2567	5	5																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p> 	<p style="text-align: center;">การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p>
<p>ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน</p> 	<p>ปี พ.ศ. 2565 – 2566 พบว่า ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงานสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 85) การปรับปรุงพัฒนา</p> <p>จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในส่วนที่ขาด เช่น ทักษะด้านภาษา ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต เช่น ส่งบุคลากรในหน่วยเข้าร่วมโครงการข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPS) และกลุ่มภารกิจโรงพยาบาลได้มีการสร้างผู้บริหารและผู้นำการพยาบาลในอนาคต โดยมีโครงการเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีศักยภาพสูง (Talent person)</p>

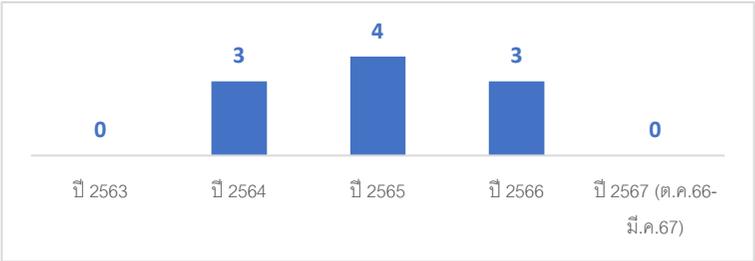
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

IV-4 ผลด้านการนำ

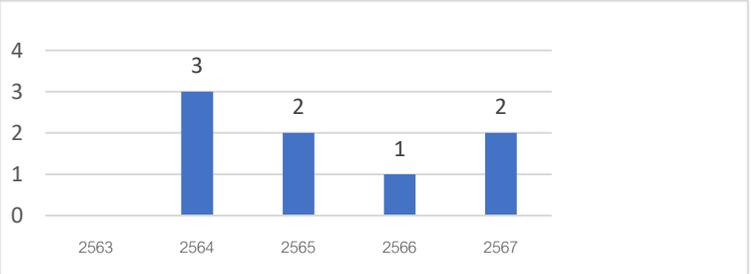
98 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
ร้อยละของบุคลากรรับรู้ทิศทางการดำเนินงาน/การนำขององค์กร		> 70%			89.78	81.95	94.69
จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย		จำนวน		3	4	3	
จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหฆ่าตัวตาย		จำนวน		3	2	1	2
ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)		> 90%	60	80	93.59	97.44	91.67
ระดับความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน		5		ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	5	5	5
ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี		> 96%	99.68	100	100	100	100

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>ร้อยละของบุคลากรรับรู้ทิศทางการดำเนินงาน/การนำขององค์กร (เป้าหมาย > 70%)</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้น: ร้อยละของบุคลากรรับรู้ทิศทางการดำเนินงาน/การนำขององค์กร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2565</td> <td>70</td> <td>89.78</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>70</td> <td>81.95</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>70</td> <td>94.69</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2565	70	89.78	2566	70	81.95	2567	70	94.69	<p>ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีการรับรู้ทิศทางการดำเนินงาน/การนำขององค์กร ตั้งแต่ปี 2565-2567 พบว่า มีการรับรู้ทิศทางองค์กรเกินค่าที่เป้าหมายกำหนด และในปี 67 พบว่า บุคลากรมีการรับรู้ทิศทางการดำเนินงาน/การนำขององค์กรสูงสุด ร้อยละ 94.69 จากข้อมูลการสำรวจปี 2567 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ในงานปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 89.37 ได้รับการสื่อสารทิศทางการดำเนินงาน มากกว่า 3 ช่องทาง และช่องทางที่บุคลากรได้รับทราบทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ผ่านทางรับทราบจากผู้บังคับบัญชาโดยตรง ร้อยละ 83.09 รองลงมาเป็นการรับทราบจากเอกสารแผนที่ยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ร้อยละ 50.72 และเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 40.58 และบุคลากรมีการรับรู้ทิศทางการดำเนินงานเกี่ยวกับวิสัยทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 97.10 รองลงมาคือค่านิยม ร้อยละ 96.6 และประเด็นยุทธศาสตร์ ร้อยละ 95.6</p> <p>จากการประเมินการรับรู้ ความรู้ และความเข้าใจของบุคลากรพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้</p> <p>ด้านการรับรู้ทิศทางการดำเนินงานในช่องทางต่างๆ มากกว่า 3 ช่องทาง โดยผ่านทางรับทราบจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงมากที่สุด ซึ่งช่องทางที่บุคลากรรับรู้ดังกล่าวถือว่าเป็นช่องทางที่หน่วยงานดำเนินการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์											
2565	70	89.78											
2566	70	81.95											
2567	70	94.69											

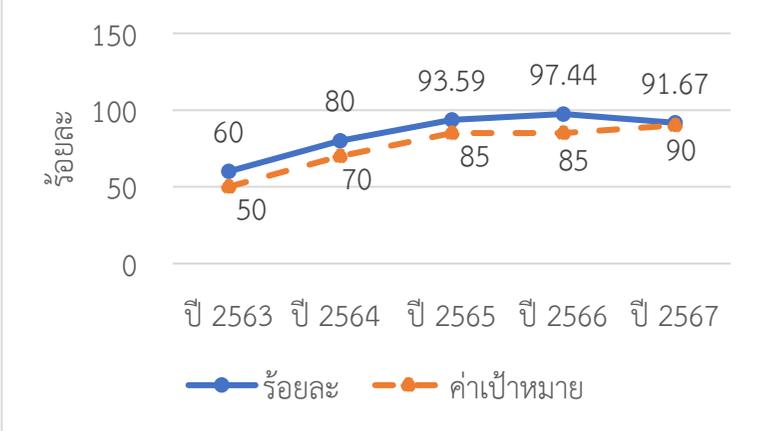
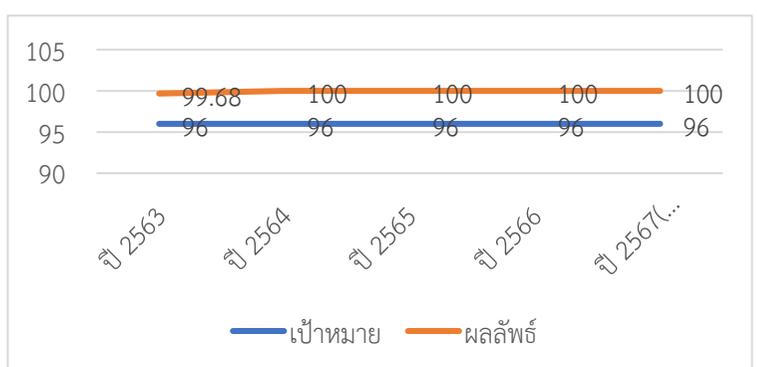
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
	<p>ด้านระดับการรับรู้ทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่ที่รับรู้ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการสื่อสารทิศทางการดำเนินงานผ่านสื่อเอกสารสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ผ่าน Website, Line Group และการประชุม/อบรมต่างๆ</p> <p>ด้านความรู้และความเข้าใจของบุคลากรในทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2567 พบว่า บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจมากที่สุดคือ วิทยาลัยของโรงพยาบาล และสำหรับข้อคำถามที่บุคลากรตอบได้ถูกน้อยที่สุดคือ พัฒนาหน่วยบริการจิตเวชให้เป็น Smart Hospital โดยบุคคลส่วนใหญ่ อาจจะยังไม่เข้าใจทิศทางการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี กรมสุขภาพจิต (พ.ศ.2566-2570) ซึ่งจำเป็นต้องมีการสื่อสารในช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้น และหลากหลายช่องทางเพื่อให้บุคลากรเข้าใจสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>แนวทางการพัฒนา/ปรับปรุงงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเพิ่มช่องทางในการสื่อสารในรูปแบบการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น เช่น Line Group, E-mail, Internet, Intranet, Infographic ฯลฯ เน้นให้มีการสื่อสารในระดับผู้บังคับบัญชาโดยตรงกับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ (หัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ หัวหน้างาน) และเพิ่มจำนวนการสื่อสารกับบุคลากรให้บ่อยขึ้น 2. สร้างความตระหนักให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจนโยบายของกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานผ่านเวทีการประชุมต่างๆ พร้อมทั้งกำหนดให้บุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานได้รับทราบและศึกษาทิศทางการดำเนินงานฯ ก่อนการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย 												
<p>จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนหลักสูตร</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนหลักสูตร	ปี 2563	0	ปี 2564	3	ปี 2565	4	ปี 2566	3	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	<p>ในปี 2564 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ดังต่อไปนี้ 1) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 2) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบย่อ 3) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>ในปี 2565 ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ดังต่อไปนี้ 1) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 2) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบย่อ 3) หลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 4) หลักสูตรการพัฒนาทักษะวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย</p> <p>ในปี 2566 ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ดังต่อไปนี้ 1) หลักสูตรการอบรมสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่</p>
ปี	จำนวนหลักสูตร												
ปี 2563	0												
ปี 2564	3												
ปี 2565	4												
ปี 2566	3												
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
	2) หลักสูตรการอบรมวิทยากรสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ และ 3) หลักสูตรการพัฒนาทักษะวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย												
<p>จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตายได้รับการเผยแพร่</p>  <table border="1" data-bbox="230 480 981 754"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการ	2563	0	2564	3	2565	2	2566	1	2567	2	<p>ในปี 2564 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ดำเนินงานด้านวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตาย ดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 2) การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย 3) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย</p> <p>ในปี 2565 ได้ดำเนินงานด้านวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตาย ต่อเนื่องใน 2 เรื่องจากปี 2564 ดังนี้ 1) การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 2) การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย</p> <p>ในปี 2566 ได้ดำเนินงานด้านวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตาย 1 เรื่อง คือ ทศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำศาสนา และผู้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย</p> <p>ในปี 2567 ได้ดำเนินงานด้านวิจัยด้านการป้องกันแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตาย จำนวน 1 โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำหรับญาติในประเทศไทย ทุนวิจัย ววน. ปี 67 (อยู่ระหว่างดำเนินการ) และได้เผยแพร่บทความวิชาการในวารสารวิชาการศรีนครินทร์เวชสาร เรื่อง TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย</p>
ปี	จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการ												
2563	0												
2564	3												
2565	2												
2566	1												
2567	2												
ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) > 90%	โรงพยาบาลเริ่มประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) ตั้งแต่ปี 2562 ค่าเป้าหมายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยปี 2562 มีค่าเป้าหมายเริ่มต้นที่ ร้อยละ 50 ปี 2563 ร้อยละ 50 ปี 2564												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลร้อยละและค่าเป้าหมาย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> <th>ค่าเป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>60</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>93.59</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>97.44</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>91.67</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	60	50	ปี 2564	80	70	ปี 2565	93.59	85	ปี 2566	97.44	85	ปี 2567	91.67	90	<p>ร้อยละ 70 และปี 2567 ร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุเป้าหมายทุกครั้ง ซึ่งเป็นผลจากการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบกำกับติดตามผลการดำเนินงาน</p>
ปี	ร้อยละ	ค่าเป้าหมาย																	
ปี 2563	60	50																	
ปี 2564	80	70																	
ปี 2565	93.59	85																	
ปี 2566	97.44	85																	
ปี 2567	91.67	90																	
<p>ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี เป้าหมาย \geq 96%</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>ข้อมูลเป้าหมายและผลลัพธ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>96</td> <td>99.68</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567...</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	96	99.68	ปี 2564	96	100	ปี 2565	96	100	ปี 2566	96	100	ปี 2567...	96	100	<p>จากผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2563- 2567 ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอเกิดจากการติดตามให้ผู้ป่วยรับการรักษอย่างต่อเนื่องโดยการร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการโรงพยาบาลได้เริ่มพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V เพื่อลดปัญหาการผู้ป่วยขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่องขึ้น ในปีงบประมาณ 2564 หลังจากนั้นได้นำไปสู่การปฏิบัติโดย 1) สื่อสารให้ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างทั่วถึงครอบคลุม 2) ผลักดันให้เป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดของ service plan 3) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขในการติดตามเฝ้าระวังร่วมกันถึงระดับครอบครัวและชุมชน 4) การกำกับ ติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	96	99.68																	
ปี 2564	96	100																	
ปี 2565	96	100																	
ปี 2566	96	100																	
ปี 2567...	96	100																	

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

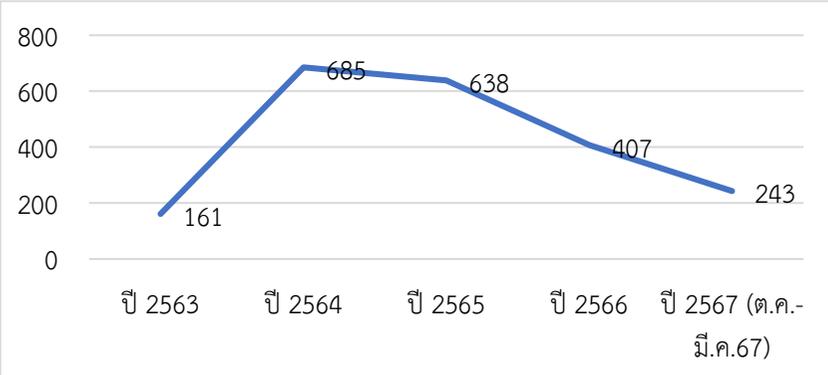
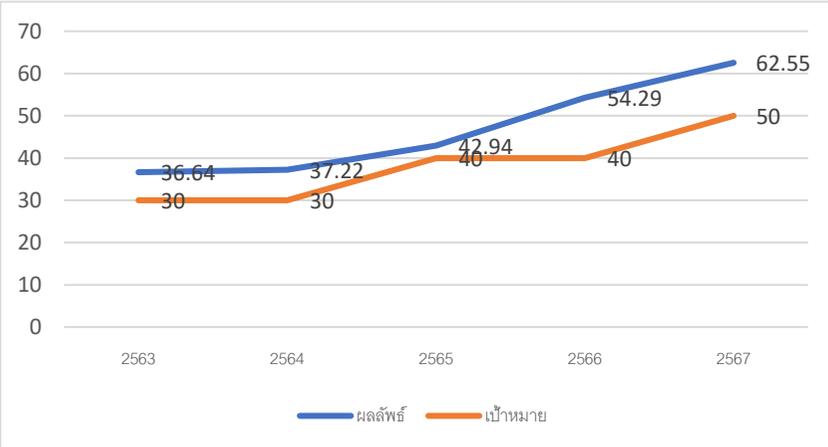
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, ENV [IV-5, II]						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ						
จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ (ภาพรวม)	-	161	685	638	407	243
อัตราการรายงานอุบัติการณ์เหตุเกือบพลาด (Near Miss)	50%	36.64(59)	37.22 (255)	42.94 (274)	54.29(221)	62.55(152)
อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ด้านคลินิก	< 5%	1.12(40)	3.30(111)	3.26(89)	1.68(58)	2.72(46)
อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E หรือ 3 ขึ้นไป ด้านอื่นๆ	< 5%	0	0.14(1)	0	1.96(8)	0.41(1)
ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป (E-I และ 3-5) ได้รับการทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกัน	100%	100	100	100	100	100
ร้อยละของความเห็นของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับดีมาก หรือ ดีเยี่ยม (จาก Safety Culture survey)	> 80%	72.1	84.8	80.7	73.7	อยู่ระหว่างดำเนินการ
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล						
ร้อยละของพยาบาลมีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด						
- สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	> 80%	83.27	85.30	85.50	85.20	90.30
- สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	> 80%	82.64	84.25	84.00	84.32	93.20
- สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์	> 80%	83.84	84.10	86.20	85.58	100
ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน	80 -110%	NA	20	99.97	99.92	106.01
จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการ	0 ราย	12	7	1	4	1
จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (เข็มทิ่ม/เข็มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	0 ราย	1	0	3	1	0
ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาล	> 80%	96.90	95.11	96.43	94.72	97.72
II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์						
อุบัติการณ์ Miss diagnosis ระดับ E ขึ้นไป	0	1	4	3	1	0
อุบัติการณ์ Delay diagnosis ระดับ E ขึ้นไป	0	4	18	10	1	0
อุบัติการณ์ Wrong Diagnosis ระดับ E ขึ้นไป	0	15	6	3	0	0
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย						
จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

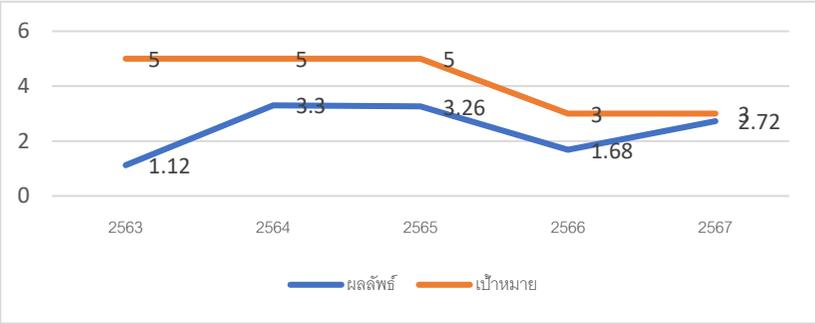
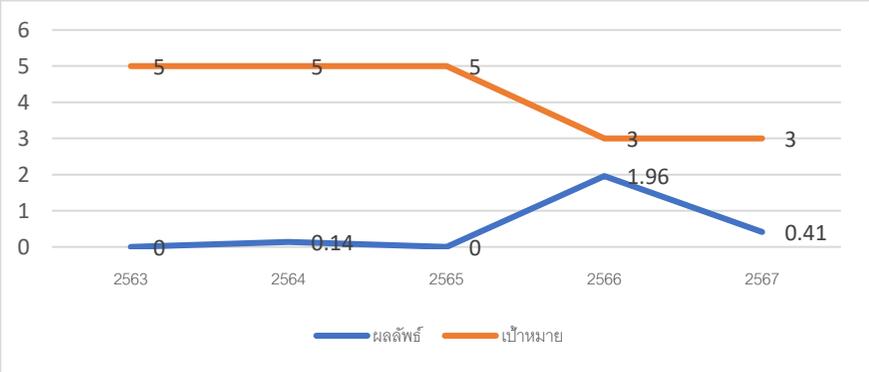
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	1	0	0	0	0
ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน	100 %	100	100	100	100	100
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
จำนวนอุบัติเหตุเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0	0	0	0	0
II-5 ระบบเวชระเบียน						
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 85%	95.66	97.78	97.81	98.47	99.0
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 85%	91.56	93.67	93.41	92.78	91.5
II-6 ระบบการจัดการด้านยา						
รายการยากลุ่มจำเป็นตามบัญชียาโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการ (ครั้ง)	0	1	3	3	3	2
รายการยาที่หมดอายุในคลังเวชภัณฑ์ (รายการ)	0	0	0	0	0	0
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก						
ร้อยละการรายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด	> 95%	96.08	99.2	97.04	95.09	97.42
ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด(Near Missed, Missed)	< 0.5%	0.05	0	0.0001 (1/63,500)	0.00002 (1/61,706)	0
IM						
Information systems down time (ระบบ HIS)	0 ครั้ง	0	1	0	1	0
Information systems response time (ระบบ HIS) ภายใน 10 นาที	10 นาที	0	242	0	1,260	0
การสำรองข้อมูลที่สำคัญของ Server	> 80%	100	100	100	100	100

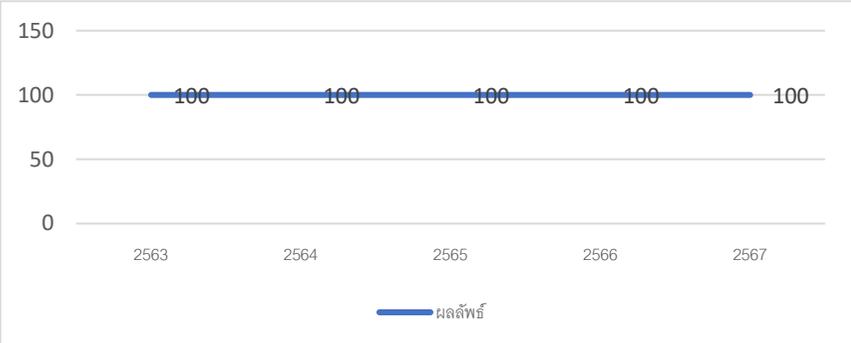
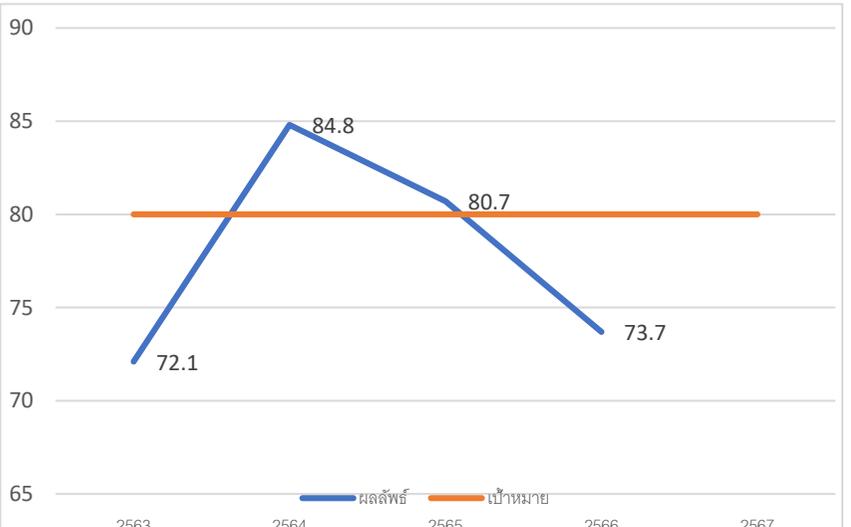
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ (ภาพรวม)</p>  <table border="1"> <caption>จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ (ภาพรวม)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>จำนวนครั้ง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>161</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>685</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>638</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>407</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.-มี.ค.67)</td> <td>243</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	จำนวนครั้ง	ปี 2563	161	ปี 2564	685	ปี 2565	638	ปี 2566	407	ปี 2567 (ต.ค.-มี.ค.67)	243	<p>โรงพยาบาลได้เริ่มนำระบบบริหารความเสี่ยงออนไลน์ HRMS มาใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ ส่งผลให้การรายงานความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2563 ยังมีจำนวนน้อยเพราะการสื่อสารการทำงานในระบบยังไม่ครอบคลุม สาเหตุเกิดจากการขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงานทำให้ไม่สามารถอบรมบุคลากรได้ครบ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ปรับวิธีการสื่อสารทำความเข้าใจบุคลากรทุกคน ทุกระดับโดยการอบรมการใช้โปรแกรมแบบสั้น รอบละ 1 ชม. วันละ 4 รอบต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงแบบง่าย และฝึกทักษะการใช้งานโปรแกรม ส่งผลให้ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 จำนวนการรายงานอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเริ่มลดลงในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 เกิดจากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ทำให้ผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อภาระงานของบุคลากรโดยรวม ในปี 2567 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงวางแผนที่จะพัฒนาทีมแกนนำ RM ในแต่ละหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้รายงานและจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์</p>						
ปี	จำนวนครั้ง																		
ปี 2563	161																		
ปี 2564	685																		
ปี 2565	638																		
ปี 2566	407																		
ปี 2567 (ต.ค.-มี.ค.67)	243																		
<p>อัตราการรายงานอุบัติการณ์เหตุเกือบพลาด (Near Miss)</p>  <table border="1"> <caption>อัตราการรายงานอุบัติการณ์เหตุเกือบพลาด (Near Miss)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (Actual)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>36.64</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>37.22</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>42.94</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>54.29</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>62.55</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (Actual)	เป้าหมาย (Target)	2563	36.64	30	2564	37.22	30	2565	42.94	40	2566	54.29	40	2567	62.55	50	<p>จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2567 อัตราการรายงานอุบัติการณ์เหตุเกือบพลาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แม้ว่าจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ในระบบรายงานจะมีแนวโน้มลดลง ในปีงบประมาณ 2566 - 2567 เกิดจากบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการรายงานเสี่ยงอุบัติการณ์รวมถึงระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้ปรับเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากเดิม 10% เป็นร้อยละ 40 และในปีงบประมาณ 2567 ปรับเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50</p>
ปี	ผลลัพธ์ (Actual)	เป้าหมาย (Target)																	
2563	36.64	30																	
2564	37.22	30																	
2565	42.94	40																	
2566	54.29	40																	
2567	62.55	50																	
<p>อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ด้านคลินิก เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5</p>																			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p data-bbox="562 209 719 240">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p>  <table border="1" data-bbox="168 308 983 632"> <caption>ข้อมูลตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>5</td> <td>1.12</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>5</td> <td>3.3</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>5</td> <td>3.26</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>3</td> <td>1.68</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>3</td> <td>3.72</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	5	1.12	2564	5	3.3	2565	5	3.26	2566	3	1.68	2567	3	3.72	<p data-bbox="1361 209 1861 240">การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p> <p data-bbox="1144 264 2063 392">จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2567 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปด้านคลินิก บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2566 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้ปรับเป้าหมายลดลงจากเดิมร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 3</p>
ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	5	1.12																	
2564	5	3.3																	
2565	5	3.26																	
2566	3	1.68																	
2567	3	3.72																	
<p data-bbox="168 679 1077 711">อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E หรือ 3 ขึ้นไป ด้านอื่นๆเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5</p>  <table border="1" data-bbox="168 802 1037 1174"> <caption>ข้อมูลอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E หรือ 3 ขึ้นไป ด้านอื่นๆ</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>5</td> <td>0.14</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>3</td> <td>1.96</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>3</td> <td>0.41</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	2563	5	0	2564	5	0.14	2565	5	0	2566	3	1.96	2567	3	0.41	<p data-bbox="1144 679 2063 807">จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2567 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E หรือ 3 ขึ้นไปด้านอื่น ๆ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2566 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงได้ปรับเป้าหมายลดลงจากเดิมร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 3</p>
ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
2563	5	0																	
2564	5	0.14																	
2565	5	0																	
2566	3	1.96																	
2567	3	0.41																	

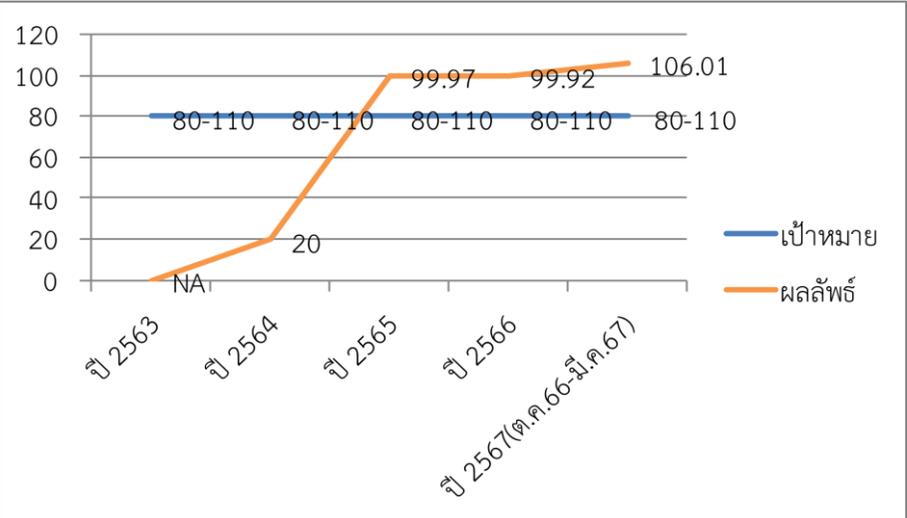
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA															
<p>ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป (E-I และ 3-5) ได้รับการทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกัน</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (%)	2563	100	2564	100	2565	100	2566	100	2567	100	<p>ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2567 ร้อยละของอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป(E-I และ 3-5) ได้รับการทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกัน บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดจากการทำงานประสานเชื่อมโยงระหว่างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมคร่อมสายงานที่สำคัญ เช่น PCT MMS ENV แม้ผลการดำเนินงานจะบรรลุตามเป้าหมายแต่ผลการทบทวนและออกแบบการป้องกันส่วนใหญ่จะเป็น weak และ intermediate action ยังมีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการเพิ่มความสามารถในการทำ RCA เพื่อออกแบบการป้องกันที่เป็น Strong action</p>			
ปี	ผลลัพธ์ (%)															
2563	100															
2564	100															
2565	100															
2566	100															
2567	100															
<p>ร้อยละของความเห็นของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับดีมาก หรือดีเยี่ยม(จาก Safety Culture survey) เป้าหมายร้อยละ 80</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละของความเห็นของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์ (%)</th> <th>เป้าหมาย (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>72.1</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>84.8</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>80.7</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>73.7</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์ (%)	เป้าหมาย (%)	2563	72.1	80	2564	84.8	80	2565	80.7	80	2566	73.7	80	<p>จากผลการประเมิน Safety Culture Survey ที่ผ่านมาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 มีผลการประเมินที่ต่ำกว่าเป้าหมายเกิดจากบุคลากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้สื่อสารทำความเข้าใจบุคลากรทุกคน ทุกระดับโดยการอบรมการใช้โปรแกรมแบบสั้น รอบละ 1 ชม. วันละ 4 รอบต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงแบบง่าย และฝึกทักษะการใช้งานโปรแกรม ส่งผลให้ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2564 - 2565 บรรลุเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 2563 มีผลการประเมินที่ต่ำกว่าเป้าหมายเกิดจากมีบุคลากรใหม่ที่ยังไม่ได้รับการสื่อสารทำความเข้าใจสะสมตั้งแต่ปี 2565 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงวางแผนจะจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมแบบสั้น เพื่อสื่อสารสื่อสารทำความเข้าใจแก่บุคลากรใหม่และฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรเดิมให้ครอบคลุมทุกคน ทุกระดับ ท</p>
ปี	ผลลัพธ์ (%)	เป้าหมาย (%)														
2563	72.1	80														
2564	84.8	80														
2565	80.7	80														
2566	73.7	80														

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																														
<p>ร้อยละของพยาบาลมีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท - สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ <table border="1"> <caption>ข้อมูลคะแนนจากกราฟ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Suicide</th> <th>Schizophrenia</th> <th>Alcohol</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80</td> <td>83.94</td> <td>82.64</td> <td>83.94</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>85.30</td> <td>84.26</td> <td>85.30</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80</td> <td>85.50</td> <td>84.00</td> <td>86.20</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80</td> <td>85.28</td> <td>84.32</td> <td>85.50</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>80</td> <td>90.30</td> <td>93.20</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	Suicide	Schizophrenia	Alcohol	ปี 2563	80	83.94	82.64	83.94	ปี 2564	80	85.30	84.26	85.30	ปี 2565	80	85.50	84.00	86.20	ปี 2566	80	85.28	84.32	85.50	ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80	90.30	93.20	100.00	<p>ผลการดำเนินงาน ในปี 2563-2567 พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ทั้ง 3 โรคและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและ 3) สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>การปรับปรุง/ พัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.หน่วยงานมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (CPG) 3 โรคและพฤติกรรม 2. พยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (CPG) 3 โรคและพฤติกรรม ในบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล 3. จัดอบรมพยาบาลเพื่อสื่อสารการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (CPG) 3 โรคและพฤติกรรม 4. นิเทศ สอนพนักงาน ในพยาบาลน้องใหม่โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (CPG) 3 โรคและพฤติกรรม 5. ติดตามกำกับการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (CPG) 3 โรคและพฤติกรรมไปใช้
ปี	เป้าหมาย	Suicide	Schizophrenia	Alcohol																											
ปี 2563	80	83.94	82.64	83.94																											
ปี 2564	80	85.30	84.26	85.30																											
ปี 2565	80	85.50	84.00	86.20																											
ปี 2566	80	85.28	84.32	85.50																											
ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80	90.30	93.20	100.00																											

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p>  <table border="1" data-bbox="190 351 1097 869"> <caption>ข้อมูลผลผลิตตามตัวชี้วัด</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80-110</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80-110</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80-110</td> <td>99.97</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80-110</td> <td>99.92</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>80-110</td> <td>106.01</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	80-110	NA	ปี 2564	80-110	20	ปี 2565	80-110	99.97	ปี 2566	80-110	99.92	ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80-110	106.01	<p>ผลการดำเนินงาน หน่วยงานได้เริ่มกำกับตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาล มี productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน ในปี 2564 พบว่าหน่วยบริการพยาบาลที่มี productivity ตามเกณฑ์มาตรฐานไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรบางส่วน มีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง โดยรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีการปิดหอผู้ป่วยเป็นระยะจึงทำให้อัตราครองเตียงลดลงและส่งผลกระทบต่อ productivity ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงมีการเปิดหอผู้ป่วย Cohort เพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อโรค COVID-19 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่า productivity ของหอผู้ป่วย Cohort บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 270) และ ปี 2565-2567 พบว่าหน่วยงานบริการพยาบาล (หอผู้ป่วย) มี productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ภาพรวม) ร้อยละ 106.01</p> <p>การปรับปรุง/ พัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้ผลการประเมิน productivity แต่ละหน่วยงานบริการพยาบาลเป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่สำคัญของหอผู้ป่วยและหน่วยงาน รวมถึงใช้ในการจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล มีการทบทวนภาระงาน กระบวนการทำงานและปรับปรุง เช่น ผลจากการวิเคราะห์อัตรากำลังและภาระงานของกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน ในปี 2566 ได้มีการบริหารอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ในแต่ละวันแต่ละเวรให้เพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน โดยมีการลดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในเวร บ่าย (16.00-24.00น.) และเวรตึก (24.00-08.00น.) เวิร์ลละ 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้เวรเช้า (8.00-16.00น.) และเวรตึก (24.00-8.00น.) เวิร์ลละ 1 คน เนื่องจาก การวิเคราะห์ภาระงาน พบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้รับบริการจำนวนน้อย รวมถึงมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ขึ้นปฏิบัติงานเหลือเวลา โดยขึ้นปฏิบัติงานเวลา 10.00-18.00 น. ในวันราชการ เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเข้ารับบริการจำนวนมาก และมีผู้ป่วยบางรายรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนแพทย์ตัดสินใจพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลา 15.30 – 18.00 น. กลุ่มงานบริหารการพยาบาลมีการบริหารอัตรากำลังแบบ Real time โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาลร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานประชุมร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ภาระงานและอัตรากำลัง
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	80-110	NA																	
ปี 2564	80-110	20																	
ปี 2565	80-110	99.97																	
ปี 2566	80-110	99.92																	
ปี 2567(ต.ค.66-มี.ค.67)	80-110	106.01																	

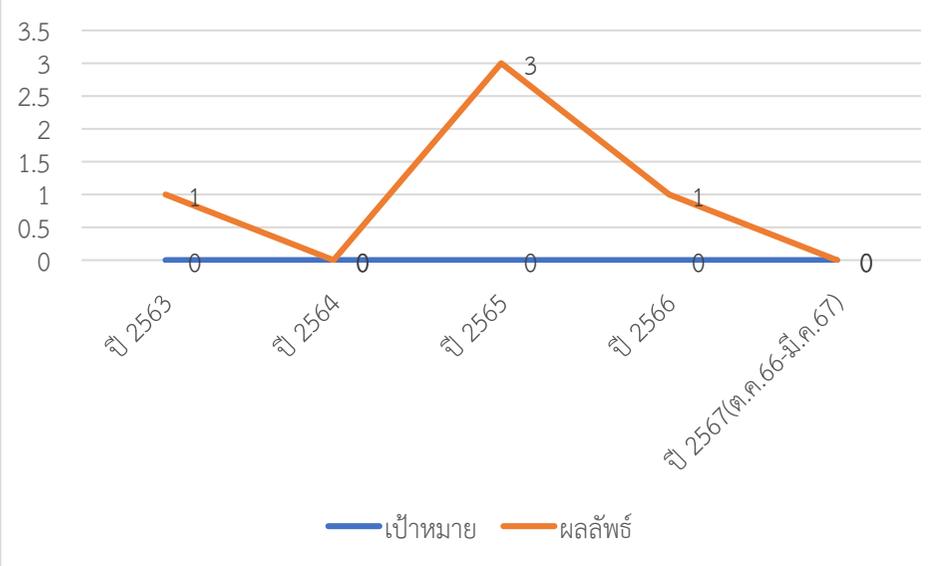
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
	<p>แต่ละหน่วยงานบริการพยาบาลประจำวันในเวลา 8.15 น. 15.40น. และ18.30 น.โดยหอผู้ป่วยมีการรายงานสารสนเทศทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>4. กลุ่มภารกิจการพยาบาลมีการจัดอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์ด้านความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย (Demand side) และเกณฑ์การจัดอัตรากำลังทดแทนด้านความขาดแคลนหรือไม่เพียงพอของอัตรากำลัง (Supply side)</p>																		
<p>จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากร</p> <table border="1"> <caption>จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากร</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ราย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ราย	2563	0	12	2564	0	7	2565	0	1	2566	0	4	2567	0	1	<p>ผลการดำเนินงาน ปี 2563 – 2565 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากร จำนวน 12, 7 และ 1 ราย (E) ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 100) เป็นพนักงานช่วยเหลือคนไข้ซึ่ง เป็นผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นทีมการพยาบาลในการควบคุมและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>ปี 2566 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้ายจากการปฏิบัติงานของบุคลากร จำนวน 4 ราย (E) จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานทั้งหมด (ร้อยละ 100) เป็นพนักงานช่วยเหลือคนไข้ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากการควบคุมและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาเสพติด</p> <p>ปี 2567 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 1 ราย (E) เป็นพนักงานช่วยเหลือคนไข้ มีอาการข้อมือขวาเคล็ด ปวด บวม แดง ไม่ผิดรูป จากการเข้าควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยที่พยายามหลบหนีขณะไปตรวจทางทันตกรรมเพื่อเตรียมรักษาด้วยไฟฟ้าบริเวณนอกหอผู้ป่วย สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยหงุดหงิด ก้าวร้าว พยายามหลบหนีขณะเดินทางไปตรวจทางทันตกรรมซึ่งมีพนักงานช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้นำส่งเพียงคนเดียว จึงได้ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยและได้รับบาดเจ็บดังกล่าว จากการวิเคราะห์พบว่า การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจพิเศษ ได้แก่ ตรวจทางทันตกรรม เอกซเรย์ เป็นต้น เพื่อเตรียมรักษาด้วยไฟฟ้า มีการประเมินผิดพลาด ไม่ครอบคลุม</p> <p>การปรับปรุง/ พัฒนา</p> <p>ปี 2563 --2565 มีการจัดอบรมบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและการจำกัดพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการนิเทศทางการพยาบาล การกำกับ ติดตาม</p>
ปี	เป้าหมาย	ราย																	
2563	0	12																	
2564	0	7																	
2565	0	1																	
2566	0	4																	
2567	0	1																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
	<p>โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเดิมซ้ำ มีการจัดอบรมพฤติกรรมบริการเพื่อ การบริการที่ดี จัดหอผู้ป่วยเพื่อลดการกระตุ้นอาการหงุดหงิดก้าวร้าวของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ฉุกฉุน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้มี ประสบการณ์มากกว่าให้กับบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ โดยสอนหน้างาน ชี้แนะ และฝึกปฏิบัติ</p> <p>ปี 2566 หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศทางทางการพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอายุเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวและการจำกัดพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเน้นการประเมินระดับความรุนแรงที่ ถูกต้องตามแบบประเมิน OAS และวางแผนให้การดูแลตามระดับของของพฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงให้ตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีการกำกับ ติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวร</p> <p>ปี 2567 กรณีประเมินพบว่าผู้ป่วยอาการทางจิตไม่สงบ ไม่ร่วมมือในการรักษา ประสาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาให้บริการตรวจทางทันตกรรมที่หอผู้ป่วย หรือประสานขอรถฉุกเฉินเพื่อ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปเอกซเรย์ รวมถึงเพิ่มเจ้าหน้าที่นำส่งผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ ให้บริการ หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศทางทางการพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และการจำกัดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และทดลองฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆที่ผู้ป่วยมีโอกาส ที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พยายามหลบหนี ทั้งบริเวณในและนอกหอผู้ป่วย การขอความ ช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินจากคู่ Buddy รวมทั้งมีการการกำกับ ติดตาม เพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุเดิมซ้ำ</p>
จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (เข็มทิ่ม/เข็มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง) จากการปฏิบัติงาน ของบุคลากรทางการพยาบาล	<p>ผลการดำเนินงาน ปี 2563-2565 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (สัมผัสสาร คัด หลั่ง) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 1, 0 และ 3 ราย ตามลำดับ ซึ่ง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด -19 ในปี 2565 บุคลากรที่ติดเชื้อโควิด -19 เป็นผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย Cohort ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยจิต เวชที่ติดเชื้อโควิด-19 ไว้รักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของการสัมผัสสารคัดหลั่ง คือ อุปกรณ์ที่ใช้ สำหรับการป้องกันในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากาก N 95 ไม่กระชับกับใบหน้า ขณะให้ การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง การรับรู้ไม่ดี ไม่ร่วมมือ มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ปัสสาวะและอุจจาระเรี่ยราดบุคลากรจึงต้องให้การดูแลด้านสุขอนามัยผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และ จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย อาจทำให้มีการกระเด็นหรือฟุ้งกระจายของสารคัดหลั่ง รวมถึงมีการขยับ</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA
 <p>เป้าหมาย ผลลัพธ์</p>	<p>ของหน้ากาก N 95 ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างหน้ากากและใบหน้า การถอดชุด PPE ที่ไม่ถูกต้องตามหลักการ IC ส่งผลให้บุคลากรเกิดการติดเชื้อ</p> <p>ปี 2566 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (เข็มทิ่ม/เข็มตำ) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 1 ราย จากการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันของมีคมทิ่มตำจากการปฏิบัติงาน สาเหตุของการเข็มทิ่ม/เข็มตำคือสวมปลอกเข็มกลับโดยใช้สองมือ</p> <p>การปรับปรุง/พัฒนา</p> <p>ปี 2563-2565 โดยทบทวนหาสาเหตุที่เกิดขึ้น เพิ่มมาตรการในการขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือเกิดภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน อื่นๆที่หอผู้ป่วย Cohort เนื่องจากมีพยาบาลปฏิบัติงาน 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ในเวรป่วยและดึก ให้เรียกทีมคู่ Buddy ตามแนวปฏิบัติ หรือรายงานพยาบาลเวรตรวจการ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือบริหารจัดการ และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโดยใช้ Telehealth เพื่อลดการเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นในกรณีผู้ป่วย มีอาการทางจิตทุเลาและร่วมมือในการรักษา</p> <p>ปี 2566 หาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่ม/เข็มตำ หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศทางการแพทย์ รวมถึงสร้างความตระหนักและความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันของมีคมทิ่มตำจากการปฏิบัติงาน และแนวทางการปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานมีการกำกับ และติดตามการปฏิบัติของพยาบาล</p>
<p>ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์พยาบาล</p>	<p>ผลการดำเนินงาน พบว่าพยาบาลมีการบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์พยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) อย่างต่อเนื่อง</p> <p>เนื่องจากกลุ่มภารกิจทางการแพทย์มีการส่งร่องหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้แทนเข้าไปเป็นตัวแทนในคณะกรรมการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (MRA) และนำแนวทางมาสื่อสารให้พยาบาลมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (สปสข.,2563)</p> <p>การปรับปรุง/พัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> คณะกรรมการ MRA มีการประชุมเพื่อสื่อสาร

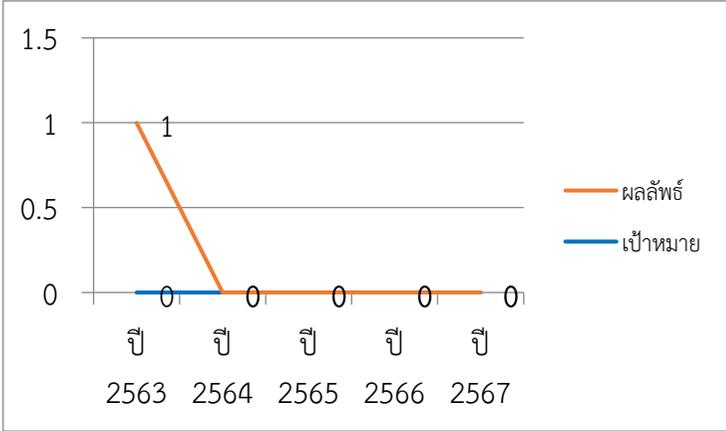
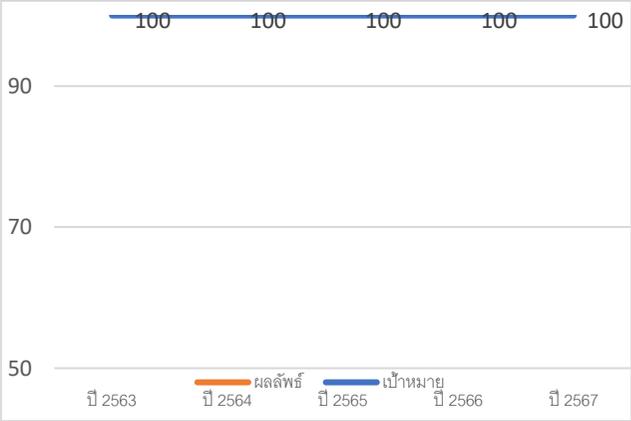
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟแสดงตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลลัพธ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80</td> <td>96.90</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>95.11</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80</td> <td>96.43</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80</td> <td>94.72</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567(ต.ค.66-มิ.ค.67)</td> <td>80</td> <td>97.72</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	ปี 2563	80	96.90	ปี 2564	80	95.11	ปี 2565	80	96.43	ปี 2566	80	94.72	ปี 2567(ต.ค.66-มิ.ค.67)	80	97.72	<p>ทำความเข้าใจเกณฑ์ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (สปสช.,2563) ก่อนนำไปปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการสอนงาน นิเทศกำกับให้พยาบาลบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ ฯ พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการ MRA มีการสุ่มตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียนของการบันทึกทางการพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและนอกทุก 6 เดือน กรณีพบข้อเสนอนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารการพยาบาล เพื่อปรับปรุงความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของการบันทึกทางการพยาบาล
ปี	เป้าหมาย	ผลลัพธ์																	
ปี 2563	80	96.90																	
ปี 2564	80	95.11																	
ปี 2565	80	96.43																	
ปี 2566	80	94.72																	
ปี 2567(ต.ค.66-มิ.ค.67)	80	97.72																	
<ul style="list-style-type: none"> -อุบัติการณ์ Miss diagnosisระดับ E ขึ้นไป -อุบัติการณ์ Delay diagnosis ระดับ E ขึ้นไป -อุบัติการณ์ Wrong Diagnosis ระดับ E ขึ้นไป 	<p>ในปี พ.ศ. 2566 จากการทบทวนผู้ป่วยกรณีที่มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน คือ Delay Diagnosis 1 เคส กรณีผู้ป่วยเป็น Pneumoniae และ Miss Diagnosis 1 เคส กรณีผู้ป่วยเป็น Closed fracture of Lt distal Pharynx little finger เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมตามมาตรฐาน ไม่คลาดเคลื่อน (ขาดการวินิจฉัย วินิจฉัยซ้ำ และวินิจฉัยผิด) ทางทีมงานองค์กรแพทย์ (MSO) ได้มีการปรับปรุงระบบการทำงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทบทวน พูดคุย และวางแนวทางร่วมกันในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน โดยมีการนำเสนอกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาในการวินิจฉัยในองค์กรแพทย์ เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหาร่วมกัน 																		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																														
<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>Miss diagnosis</th> <th>Delay diagnosis</th> <th>Wrong Diagnosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>18</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	Miss diagnosis	Delay diagnosis	Wrong Diagnosis	ปี 2563	0	1	4	15	ปี 2564	0	4	18	6	ปี 2565	0	3	10	3	ปี 2566	0	1	1	1	ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	0	0	0	<p>2. ร่วมกันวางแผนแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในทีมองค์กรแพทย์ และนำแนวทางดังกล่าวไปพูดคุยกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน</p> <p>3. มีการเพิ่มมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการรักษาส่งต่อเข้ามาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกมีการสอบถามเกี่ยวกับอาการทางกายของผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาโรคทางกายจะมีการแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อช่วยในการระมัดระวังโรคมากขึ้น</p> <p>4. การรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น กรณีที่ผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ปกติ จะมีการแจ้งแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หรือแพทย์เวรก่อนการรับส่งต่อ เพื่อให้แพทย์ตัดสินใจว่าจะรับส่งต่อหรือไม่</p> <p>5. มีการเพิ่มมาตรการคัดกรองและแนวทางของโรคต่างๆภายในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงในการคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น แนวทางผู้สูงอายุ แนวทางผู้ป่วยน้ำหนักเกิน เป็นต้น</p> <p>6. มีการนำกรณีเก่าของผู้ป่วยที่มีปัญหาร่วมกันวางแผนมาตรการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการทางกาย เช่น มีการเจาะเลือดอย่างสม่ำเสมอกรณีได้รับยา Lithium, Clozapine เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากยา/แนวทางการติดตาม Heart rate กรณีได้รับยา Clozapine เป็นต้น</p> <p>7. มีการพูดคุยแนวทางกับทางทีมเภสัชเพื่อวางแผนการป้องกันในกลุ่มยาที่โอกาสการแพ้ยาสูง เช่น Lamotrigine ให้เภสัชกรโทรศัพท์ติดตามผลข้างเคียงในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับยาใหม่</p>
ปี	เป้าหมาย	Miss diagnosis	Delay diagnosis	Wrong Diagnosis																											
ปี 2563	0	1	4	15																											
ปี 2564	0	4	18	6																											
ปี 2565	0	3	10	3																											
ปี 2566	0	1	1	1																											
ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)	0	0	0	0																											
<p>จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัย</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	2563	0	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากการดำเนินงานด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ในปี 2563-2567 ไม่เกิดอุบัติการณ์ต่อเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มี ENV Round ทุกเดือน เพื่อสำรวจความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไป 3 วางแผนแก้ไขป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตรายต่อบุคลากรและผู้รับบริการ 2. พัฒนาล้างสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับเกณฑ์ Green&Clean Hospital ระดับ Excellence 3. วางแผนบำรุงรักษาอาคาร สถานที่ และตัดแต่งกิ่งไม้ใหญ่ในโรงพยาบาล 												
ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย																													
2563	0	0																													
2564	0	0																													
2565	0	0																													
2566	0	0																													
2567	0	0																													

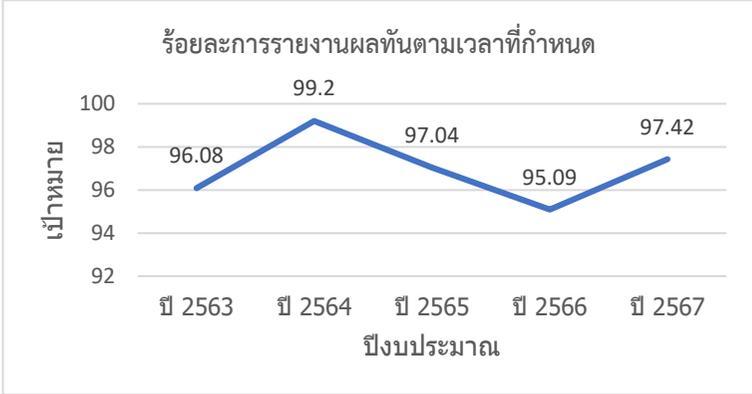
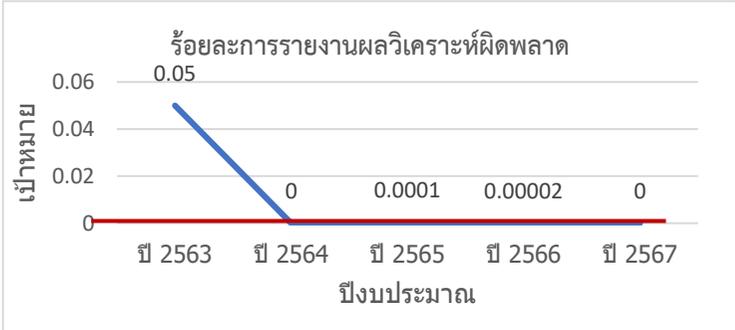
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ครั้ง</p>  <table border="1" data-bbox="277 395 1003 826"> <caption>จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	2563	1	0	2564	0	0	2565	0	0	2566	0	0	2567	0	0	<p>จากการดำเนินงานความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พบว่าไม่บรรลุเป้าหมายในปีงบประมาณ 2563 สาเหตุเกิดจากการช็อตและไฟไหม้ที่สายไฟตู้ควบคุมไฟฟ้าของผู้รับเหมาก่อสร้าง บริเวณเสาไฟฟ้าที่ใช้ในการก่อสร้างแพลตฟอร์ม 5 ชั้น เนื่องจากมีน้ำฝนไหลเข้าไปในตู้ควบคุมไฟฟ้า</p> <p>การแก้ไข ให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนอุปกรณ์ใหม่และเพิ่มการป้องกันโดยการใส่ตู้กันน้ำสำหรับผู้ควบคุมไฟฟ้าและย้ายเข้าไปอยู่ในอาคารเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ</p> <p>การปรับปรุงพัฒนา จัดทำแนวทางสำหรับผู้รับเหมาจากภายนอกในการเชื่อมสายไฟฟ้าและการติดตั้งตู้ควบคุมไฟฟ้าจะต้องแจ้งกลุ่มงานโครงสร้างฯ ของโรงพยาบาลเข้าตรวจสอบและรับรองก่อนดำเนินการ</p>
ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย																	
2563	1	0																	
2564	0	0																	
2565	0	0																	
2566	0	0																	
2567	0	0																	
<p>ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน เป้าหมาย 100%</p>  <table border="1" data-bbox="327 954 958 1375"> <caption>ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผลลัพธ์</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2563</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	2563	100	100	2564	100	100	2565	100	100	2566	100	100	2567	100	100	<p>ในปี 2563 – 2567 ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐานทุกปี</p> <p>การพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดเตรียมชุดใบพัดสำรอง 2.กำหนดแผนสูบตะกอนบ่อส้มผัสคลอรีนอย่างน้อยปีละ ครั้ง 1 3.ตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์ในบ่อบำบัดน้ำเสียทุกสัปดาห์ 4.มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
ปี	ผลลัพธ์	เป้าหมาย																	
2563	100	100																	
2564	100	100																	
2565	100	100																	
2566	100	100																	
2567	100	100																	

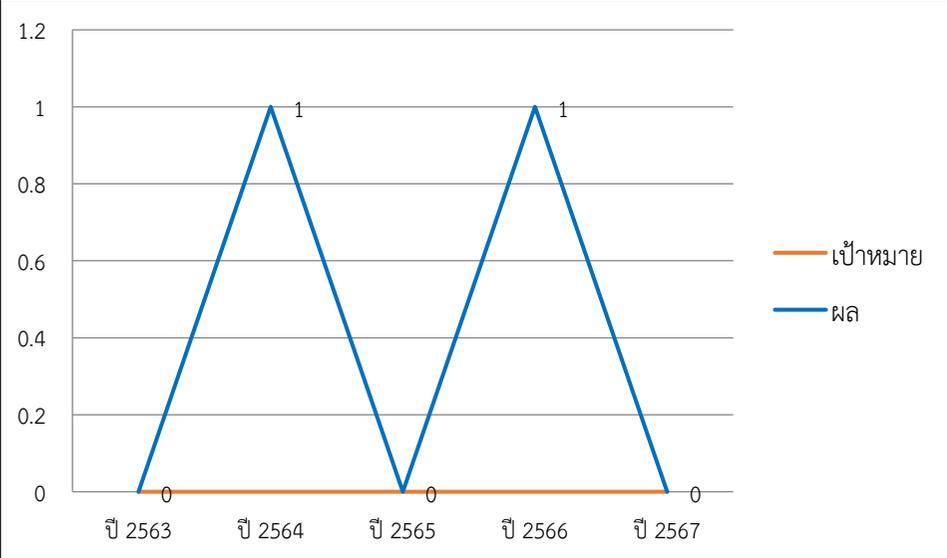
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เป้าหมาย > 85%</p> <p>อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป้าหมาย > 85%</p> <div data-bbox="168 435 1075 1045"> <p>กราฟเส้นแสดงอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนปี 2562 - 2566</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลจากกราฟเส้นแสดงอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนปี 2562 - 2566</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ผู้ป่วยนอก (%)</th> <th>ผู้ป่วยใน (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>95.66</td> <td>91.56</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>97.78</td> <td>93.67</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>97.81</td> <td>93.41</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>98.47</td> <td>92.78</td> </tr> <tr> <td>2566</td> <td>99</td> <td>91.5</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ปี	ผู้ป่วยนอก (%)	ผู้ป่วยใน (%)	2562	95.66	91.56	2563	97.78	93.67	2564	97.81	93.41	2565	98.47	92.78	2566	99	91.5	<p>การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก</p> <p>หัวข้อในการประเมินมี 8 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลผู้ป่วย 2)ประวัติการเจ็บป่วย3)การตรวจร่างกาย/การวินิจฉัยโรค 4) การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย 5) การตรวจติดตาม 6) การบำบัดทางจิตเวช 7) บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ 8) บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการแต่ละหัวข้อจะมีมาตรฐานในการบันทึกตามเกณฑ์ ซึ่งทางคณะกรรมการได้มีการประชุมชี้แจงถึงมาตรฐาน และสื่อสารผ่านทางคณะกรรมการ MRA รวมถึงวางแผนออก แบบใบตรวจรักษาในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้สะดวกกับผู้บันทึกและเป็นไปตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ทำให้การบันทึกเวชระเบียนของแต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นทุกปี</p> <p>การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p> <p>หัวข้อในการประเมินมี 11 หัวข้อ ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ประกอบด้วย 1) เนื้อหาและสถิติการแพทย์ 2) ใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ 3) บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ 4) บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ 5) บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ 6) บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ 7) บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ 8) การบันทึกทางวิสัญญี 9) บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ 10) บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด 11) บันทึกการพยาบาล</p> <p>ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน</p> <p>มีแนวโน้มลดลงแต่ยังถือว่า สูงเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 85 เมื่อวิเคราะห์รายชื่อแล้วพบว่า ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ของการบันทึกน้อยที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ 1. บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Progress notes) 2. เนื้อหาและสถิติการแพทย์ (Discharge Summary : Dx.,OP) และ 3. บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (History) ซึ่งเกี่ยวกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้มีการประชุมพูดคุยกับองค์กรแพทย์ แต่ด้วยมีการย้ายงานของแพทย์บ่อยครั้ง ทำให้การบันทึกมีความสมบูรณ์ลดลง ได้แจ้งเวียนมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในว่าต้องบันทึกส่วนใดบ้างในรายงานผลการตรวจเวชระเบียนแต่ละครั้ง ให้องค์กรแพทย์ทราบเพื่อสื่อสารให้แพทย์ทุกท่านทราบด้วย</p>
ปี	ผู้ป่วยนอก (%)	ผู้ป่วยใน (%)																	
2562	95.66	91.56																	
2563	97.78	93.67																	
2564	97.81	93.41																	
2565	98.47	92.78																	
2566	99	91.5																	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>ร้อยละการรายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละการรายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>96.08</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>99.2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>97.04</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>95.09</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>97.42</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ปี 2563	96.08	ปี 2564	99.2	ปี 2565	97.04	ปี 2566	95.09	ปี 2567	97.42	<p>ปีงบประมาณ 2563 มีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวน 3 คน และมีบุคลากร 1 คน ลาเรียนเป็นช่วงเวลา และเริ่มติดตั้งระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องเรียนรู้กับระบบทำงานใหม่ จึงทำให้การรายงานผลตรวจวิเคราะห์ล่าช้าแต่จากการวิเคราะห์ผลยังอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>ปี 2564 เจ้าหน้าที่เริ่มทำงานในระบบ LIS ได้เป็นอย่างดี มีความคล่องตัวการส่งผลตรวจวิเคราะห์สามารถส่งได้โดยจากระบบเข้าสู่ระบบ HIS โดยอัตโนมัติ โดยไม่ต้องคีย์ด้วยมือ</p> <p>ปีงบประมาณ 2565, 2566 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีบุคลากรเกษียณอายุ 1 คนทำให้ขาดบุคลากรในการทำงานจึงทำให้การรายงานผลช้ากว่ากำหนด</p> <p>ปีงบประมาณ 2567 เป็นช่วงที่โรคโควิด-19 เริ่มลดน้อยลง และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่ม เป็นนักเทคนิคการแพทย์จำนวน 2 คน ทำให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและรวดเร็วมากขึ้น</p>
ปีงบประมาณ	เป้าหมาย												
ปี 2563	96.08												
ปี 2564	99.2												
ปี 2565	97.04												
ปี 2566	95.09												
ปี 2567	97.42												
<p>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด (Near Missed, Missed)</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด</caption> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0.00002</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ปี 2563	0.05	ปี 2564	0	ปี 2565	0.0001	ปี 2566	0.00002	ปี 2567	0	<p>ปีงบประมาณ 2563 ผลการรายงานยังมีข้อผิดพลาดซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผิดพลาด Near miss ซึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และการรายงานผลยังต้องคีย์ผลตรวจเข้าระบบ HIS โดยเจ้าหน้าที่ 1 คน และยืนยันโดยนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ซึ่งสามารถตรวจข้อผิดพลาด Near miss ได้เอยะขึ้น ปีงบประมาณ 2564,2565,2566,2567</p> <p>จากการวิเคราะห์</p> <ol style="list-style-type: none"> ปีงบประมาณ 2564 มีระบบ LIS (Laboratory information system) ใช้ภายในห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2565, 2566 ยังมีข้อผิดพลาดซึ่งเป็นผิดพลาด Near miss เนื่องจากการมีบุคลากรเกษียณอายุที่เป็นนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ทำให้เหลือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียง 2 คนทำให้เกิดความล่าช้าและผิดพลาด ปีงบประมาณ 2567 ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เป็นนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน ทำให้มีระบบการตรวจสอบผลตรวจวิเคราะห์อย่างเข้มข้นโดยมีนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน รายงานผลและนักเทคนิคการแพทย์อีก 1 คน เป็นคนยืนยันผลตรวจวิเคราะห์ทำให้ไม่มีผลตรวจวิเคราะห์ผิดพลาดเกิดขึ้น
ปีงบประมาณ	เป้าหมาย												
ปี 2563	0.05												
ปี 2564	0												
ปี 2565	0.0001												
ปี 2566	0.00002												
ปี 2567	0												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p>Information systems down time (ระบบHIS) เป้าหมาย 0 ครั้ง</p>  <table border="1" data-bbox="168 311 1115 869"> <caption>Information systems down time (ระบบHIS)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผล	ปี 2563	0	0	ปี 2564	0	1	ปี 2565	0	0	ปี 2566	0	1	ปี 2567	0	0	<p>ผลการดำเนินงาน ปี 2564 มีอุบัติการณ์ระบบผู้ป่วย (HIS) ใช้งานไม่ได้ จำนวน 1 ครั้ง รวมเวลา 242 นาที ซึ่งค่าเป้าหมายคือ 0 ครั้ง /ปี ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที สาเหตุเกิดจาก Hard disk บางลูกชำรุด และมีพื้นที่จัดเก็บเหลือน้อย ทำให้ระบบแม่ข่ายหลักไม่สามารถเปิดการใช้งานได้</p> <p><u>วิธีการแก้ไข</u> ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระหว่างเครื่องแม่ข่ายหลักไม่สามารถใช้งานได้ จุดบริการผู้ป่วยนอกใช้การบันทึกข้อมูลแบบ manual แทน - ผู้ดูแลระบบดำเนินการสลับ Hard disk ลูกอื่นมาใช้งานหลักและนำข้อมูลจากฐานข้อมูลสำรองขึ้นมาใช้งาน ซึ่งข้อมูลที่มีจะเป็นข้อมูลที่ช้ากว่าวันปัจจุบัน 1 วัน - ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการซ่อมข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูล <p><u>การปรับปรุงและพัฒนา</u> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มจำนวน Hard disk ให้เพียงพอ รวมถึงเปลี่ยนเอา Hard disk ที่ชำรุด/มีอายุการใช้งานที่นานเกิน 2. ลดการจัดเก็บ log file จาก 3 เดือน เป็น 1 เดือน เพื่อลดพื้นที่จัดเก็บข้อมูล 3. ติดตาม/เฝ้าระวังการทำงานของเครื่องแม่ข่ายและ Hard disk อย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือน <p>สร้างระบบแม่ข่ายคู่ขนานแบบเรียลไทม์</p>
ปี	เป้าหมาย	ผล																	
ปี 2563	0	0																	
ปี 2564	0	1																	
ปี 2565	0	0																	
ปี 2566	0	1																	
ปี 2567	0	0																	
<p>Information systems response time (ระบบHIS) ภายใน 10 นาที เป้าหมาย 10 นาที</p>	<p>ผลการดำเนินงาน ปี 2566 มีอุบัติการณ์ระบบผู้ป่วย (HIS) ใช้งานไม่ได้ จำนวน 1 ครั้ง รวมเวลา 1,260 นาที ซึ่งค่าเป้าหมายคือ 0 ครั้ง /ปี ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที สาเหตุเกิดจาก ผู้ดูแลระบบ Update version ของโปรแกรม Database ที่เครื่องแม่ข่ายหลัก(IP.14) ทำให้ข้อมูลใน Database หาย</p> <p><u>วิธีการแก้ไข</u> ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลระบบนำข้อมูล (Database) ที่เครื่องแม่ข่ายสำรอง2 (IP.30) มาใช้ที่เครื่องแม่ข่ายหลัก (IP.14) - ผู้ดูแลระบบ Config ค่าต่างๆในส่วนของโปรแกรม เพื่อให้โปรแกรมสามารถใช้งานได้ - สำหรับข้อมูลบริการผู้ป่วย ในวันเกิดเหตุฯ ผู้ดูแลระบบและผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการดำเนินการซ่อมข้อมูลร่วมกัน 																		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA																		
<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์</p> <table border="1"> <caption>จำนวนการสำรองข้อมูลที่สำคัญของ Server เป้าหมาย 80%</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	เป้าหมาย	ผล	ปี 2563	80	100	ปี 2564	80	100	ปี 2565	80	100	ปี 2566	80	100	ปี 2567	80	100	<p style="text-align: center;">การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA</p> <p><u>การปรับปรุงและพัฒนา</u> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดทำแผนรองรับแผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบบริการผู้ป่วยนอก (HIS) ล่ม ในปีง 2566 2.จัดทำแผนรองรับแผนปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีระบบบริการผู้ป่วยใน (HIS) ล่มระยะเวลาในการดำเนินงาน ปีง 2567 3.กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการงานเกี่ยวกับการสำรองข้อมูล ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การสำรองฐานข้อมูล (Back Up) จากเครื่องแม่ข่ายหลัก (IP.14) ไปที่เครื่องแม่ข่ายสำรอง 1(IP.15) เป็นการสำรองข้อมูลแบบฐานข้อมูลจำลอง คือทั้ง 2 เครื่องมีข้อมูลเท่ากัน และในขณะเดียวกัน จะมีการสำรองข้อมูลในรูปแบบไฟล์นามสกุล backup เวลา 18.00 น. ของทุกวัน ไปที่เครื่องแม่ข่ายหลัก (IP.14) , เครื่องแม่ข่ายสำรอง1(IP.15) และเครื่องแม่ข่ายสำรอง2(IP.30) - การนำเข้าข้อมูล (Restore) จะเริ่มนำเข้าเครื่องแม่ข่ายสำรอง1(IP.15) เวลา 23:59 น. ของทุกวัน โดยใช้ไฟล์ที่ได้จากการสำรองข้อมูลตอน 18.00 น. - การสำรองฐานข้อมูลระบบปิด ผู้ดูแลระบบ ได้จัดทำระบบสำรองฐานข้อมูลระบบปิด โดยการตั้งเวลาเปิด - ปิด เน็ตเวิร์คที่เครื่องแม่ข่ายสำรอง2(IP.30) โดยเปิดเน็ตเวิร์ค เวลา 17.30 และปิดเน็ตเวิร์คเวลา 08.30 น.ของวันถัดไป
ปี	เป้าหมาย	ผล																	
ปี 2563	80	100																	
ปี 2564	80	100																	
ปี 2565	80	100																	
ปี 2566	80	100																	
ปี 2567	80	100																	
<p>การสำรองข้อมูลที่สำคัญของ Server เป้าหมาย 80%</p>	<p>ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล มีคู่มือการปฏิบัติงานกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ เรื่อง การควบคุมการ Back Up/Restore และมีแผนรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน (IT Contingency Plan)</p> <p><u>ข้อมูลการปรับปรุงและพัฒนา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มการ Back Up แบบ Offline 2. มีการซ้อมแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอน และภัยพิบัติต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Contingency Plan) ปีละ 1 ครั้ง 																		

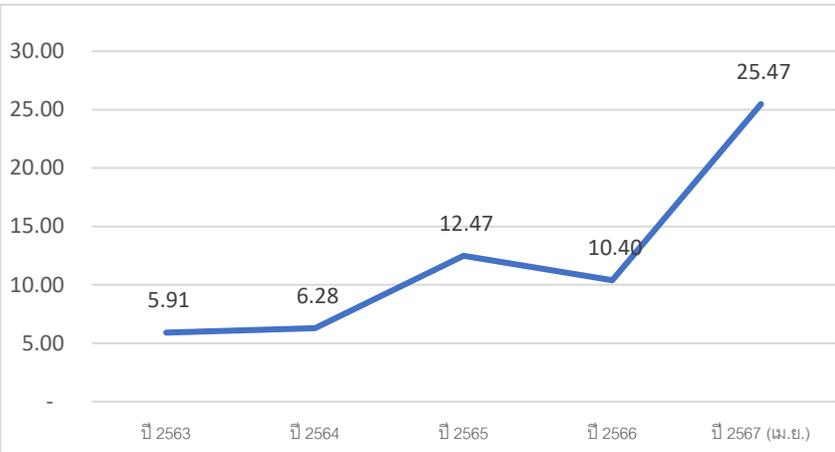
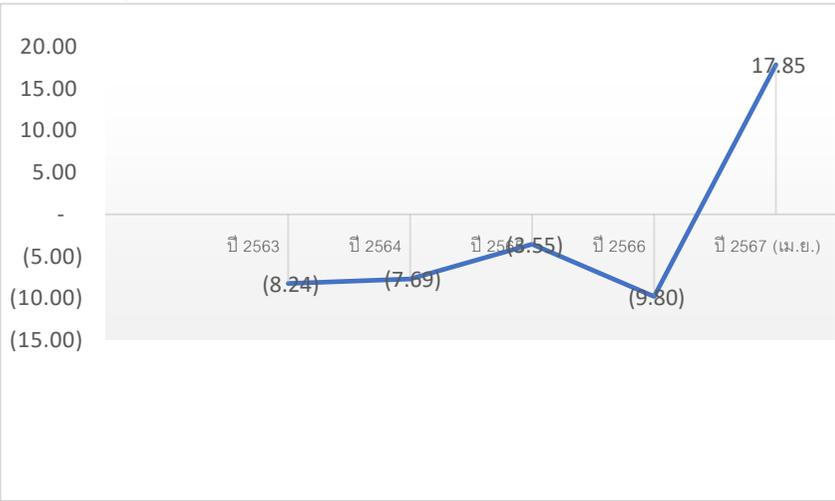
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

IV-6 ผลด้านการเงิน

100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (Q1)
100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]							
อัตราส่วนสภาพคล่อง (Liquidity)		มากกว่า 1	14.99	13.58	6.65	6.43	2.82
อัตราส่วนภาระหนี้สิน (Debt Ratio)		ยิ่งต่ำ ยิ่งดี	5.91	6.28	12.47	10.40	25.47
อัตรากำไรสุทธิ		ยิ่งสูง ยิ่งดี	-8.24	-7.69	-3.55	.9.80	17.85

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>อัตราส่วนสภาพคล่อง (Liquidity) เป้าหมาย > 1</p> <table border="1"> <caption>ข้อมูลอัตราส่วนสภาพคล่อง (Liquidity)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>14.99</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>13.58</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>6.65</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>6.43</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (เม.ย.)</td> <td>2.82</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า	ปี 2563	14.99	ปี 2564	13.58	ปี 2565	6.65	ปี 2566	6.43	ปี 2567 (เม.ย.)	2.82	<p>จากกราฟ แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีสภาพคล่องทางการเงินลดลงทุกปี ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงเดือน เมษายน 2567 เนื่องจากตลอดหลายปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลได้รับเงินสนับสนุนจากส่วนกลางลดลง การใช้จ่ายเงินเพื่อดำเนินกิจกรรมของโรงพยาบาล จึงใช้จ่ายจากเงินบำรุงมากขึ้น</p>
ปี	ค่า												
ปี 2563	14.99												
ปี 2564	13.58												
ปี 2565	6.65												
ปี 2566	6.43												
ปี 2567 (เม.ย.)	2.82												

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (พฤษภาคม 2567)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA												
<p>อัตราส่วนภาระหนี้สิน (Debt Ratio)</p>  <table border="1"> <caption>อัตราส่วนภาระหนี้สิน (Debt Ratio)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราส่วนภาระหนี้สิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>5.91</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>6.28</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>12.47</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>10.40</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (เม.ย.)</td> <td>25.47</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราส่วนภาระหนี้สิน	ปี 2563	5.91	ปี 2564	6.28	ปี 2565	12.47	ปี 2566	10.40	ปี 2567 (เม.ย.)	25.47	<p>จากกราฟ แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น ทุกปี ตั้งแต่ปี 2563 จนถึง เดือน เมษายน 2567 ทั้งนี้ วงจรหนี้สินจะมีมากในช่วงต้นปีและลดลงในช่วงปลายปี เป็นไปตามช่วงเวลาการใช้บริการคู่สัญญาของโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากันตั้งแต่ตอนต้นปี</p>
ปี	อัตราส่วนภาระหนี้สิน												
ปี 2563	5.91												
ปี 2564	6.28												
ปี 2565	12.47												
ปี 2566	10.40												
ปี 2567 (เม.ย.)	25.47												
<p>อัตรากำไรสุทธิ</p>  <table border="1"> <caption>อัตรากำไรสุทธิ</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตรากำไรสุทธิ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2563</td> <td>(8.24)</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>(7.69)</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>(9.55)</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>(9.80)</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567 (เม.ย.)</td> <td>17.85</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตรากำไรสุทธิ	ปี 2563	(8.24)	ปี 2564	(7.69)	ปี 2565	(9.55)	ปี 2566	(9.80)	ปี 2567 (เม.ย.)	17.85	<p>จากกราฟ แสดงให้เห็นว่า ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ขาดทุนทุกปี ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปี 2566 ยกเว้นปี 2567 ณ 30 เมษายน 2567 แสดงให้เห็นถึงผลกำไรจากการดำเนินงานกิจการ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนการจ่ายเงินลูกหนี้ค่ารักษาของกองทุนผู้ป่วยนอก สสจ.ขอนแก่น เดิมเหมาจ่าย 400 บาท/visit เปลี่ยนเป็น จ่ายตามรายการ Fee Schedule โดยเดือนมกราคม 2567 สสจ.ขอนแก่นได้แจ้งให้ทราบว่าจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีจ่ายเงินของกองทุนดังกล่าวของข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาที่ค้างจ่ายตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 เป็นต้นมา โรงพยาบาลเร่งส่งข้อมูลตามรูปแบบใหม่ และได้รับเงินแตกต่างจากเดิมคือ เดิมจะขาดทุนกับกองทุนนี้เฉลี่ยเดือนละ 300,000-400,000 บาท หรือปีละมากกว่า 4,000,000 บาท เปลี่ยนเป็นได้รับเงินตามรายการ Fee Schedule ที่แจ้งเรียกเก็บไป</p>
ปี	อัตรากำไรสุทธิ												
ปี 2563	(8.24)												
ปี 2564	(7.69)												
ปี 2565	(9.55)												
ปี 2566	(9.80)												
ปี 2567 (เม.ย.)	17.85												

