

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-1 การนำ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. การปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ	5 คะแนน	5.0000	5.0000	4.9840	4.7488	4.9840
2. คะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)	80%	NA	NA	82.78 (เป้าหมาย ≥60)	60.00 (เป้าหมาย ≥50)	80.00 (เป้าหมาย ≥70)
3. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตาม PMQA-MF	90%	NA	94.25	100	97.17	66.79 (PMQA-DMH 4.0)
การผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก						
4. Green and clean hospital	ผ่านการรับรอง	N/A	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	ระดับดี	ระดับดีมาก
5.มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	ผ่านการรับรอง	N/A	N/A	N/A	N/A	ระดับพัฒนา
6.มาตรฐาน ISO 9001:2015	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง
ii. บริบท						
<p>เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรงและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายเขตสุขภาพที่ 7 (พื้นที่ 4 จังหวัด คือ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม)</p> <p>วิสัยทัศน์: “โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของไทย”</p> <p>พันธกิจ: 1.บำบัด รักษาฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซ้ำซ้อน รุนแรง ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาจิตเวชของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 7</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7 ให้สามารถบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน</p> <p>3. พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพจิต โดยเน้นการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้เหมาะสมกับบริบทไทย</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 7 และการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในไทย

5.พัฒนาหลักสูตร ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ค่านิยม:

- J = Journey to excellence = ก้าวสู่ความเป็นเลิศ (continuous process improvement, Creativity & innovation, focus on result)
- V = Visionary leadership = คิดฝันก้าวหน้า (Visionary leadership)
- K = Knowledge Sharing = แบ่งปันภูมิปัญญา (Learning)
- K = Kindness = มีน้ำใจอารี (Patient and Customer Focus, Teamwork, Community Responsibility)

ระบบกำกับดูแลองค์กร:

- ระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามระเบียบการเงิน - การบัญชี การคลังและพัสดุ
- ระบบการตรวจราชการ ติดตามและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข 2 ครั้ง /ปี
- ระบบการตรวจสอบภายในจากหน่วยงานอิสระ จาก สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
- การประเมินและรับรองคุณภาพองค์กรวิชาชีพ เช่น LAB เกสซ์กรรม
- การประเมินและรับรองคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล เช่น HA PMQA HS4 ISO Green and clean

iii. กระบวนการ

I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:

(1) ผู้นำชั้นนำองค์กร:

- การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:

ผู้นำระดับสูงได้ชี้แนะองค์กรผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ในปี 2565 ใหม่เป็น “โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของไทย” ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) มีการทบทวนและปรับปรุงพันธกิจ เข้มมุ่ง ยุทธศาสตร์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร

2) เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานขององค์กร ให้สอดคล้องกับพันธกิจยุทธศาสตร์ที่กำหนดใหม่

3) ทุกหน่วยงานทบทวนภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุนให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์

ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร ผู้นำจึงได้ดำเนินการดังนี้ :

J = Journey to excellence = ก้าวสู่ความเป็นเลิศ (continuous process improvement, Creativity & innovation, focus on result) โดยการ 1) ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนตัวชี้วัด อุบัติการณ์ ความเสี่ยง และดำเนินการพัฒนาผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน 2) ผลักดันให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำด้วยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิจัยภาคสนามและนักวิจัยหน้าใหม่ เพื่อสนับสนุนให้

ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองใช้ความคิดสร้างสรรค์มาสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการที่ตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ค้นพบ ผ่านกระบวนการวิจัย ส่งผลให้มีนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการให้บริการ เช่น โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สถิติพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง การจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพใจในโรงพยาบาลสนามเขตสุขภาพที่ 7 นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย ฯลฯ 3) สนับสนุนให้หน่วยงานกำหนดเป้าหมายของงานและตัวชี้วัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ร่วมกันรวมถึงกำหนดกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร(PMS)

V = Visionary leadership = คิดฝันก้าวหน้า (Visionary leadership) โดยการ 1) ชี้นำทิศทางองค์กรผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ 2) ปรับปรุงโครงสร้างให้มีความเหมาะสมกับกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ 3) กระตุ้น สนับสนุนให้บุคลากรมี innovator's DNA โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน 4) เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ เช่น การวางระบบการสอบสวนโรคสำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขเชิงระบบตามบริบทของแต่ละจังหวัด

K = Knowledge Sharing = แบ่งปันภูมิปัญญา (learning) โดยการ 1) ปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มกลุ่มงานฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมการศึกษา ฝึกอบรมของบุคลากร 2) ส่งเสริมให้บุคลากรใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้ ผ่านการทบทวนตัวชี้วัดและอุบัติการณ์สำคัญของคณะกรรมการ PCT

K = Kindness = มีน้ำใจอารี (Patient and Customer Focus ,Teamwork, Community Responsibility) โดยการ 1) รับฟังปัญหา ความต้องการ และเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและชุมชน เพื่อนำมาวางแผนจัดบริการที่ตอบสนอง ตรงปัญหา ปลอดภัย เคารพสิทธิ/ศักดิ์ศรี ตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) ส่งเสริมให้รับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดให้มีการประชุม Staff meeting ของตึกผู้ป่วยใน การประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ การ Grand round ฯลฯ 3) สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เช่น การสร้างความร่วมมือกับตำรวจเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ผ่านโครงการนาคาพิทักษ์ การร่วมมือกับ พม. แรงงานจังหวัด ธกส. เกษตรจังหวัด ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน สร้างความร่วมมือกับศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 ในการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบ “การสร้างอุโมงค์ลมระบายอากาศความดันลบ หั่วเตียงผู้ป่วยป้องกันเชื้อ COVID-๑๙ อาคารผู้ป่วยใน เป็นโรงพยาบาลสนาม COHORT WARD” ฯลฯ 4) ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เช่น Green and Clean HS4 5) สนับสนุนและผลิตเทคโนโลยีในการค้นหา เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งในระดับ Universal prevention selective Prevention Indicated prevention แก่ชุมชน

(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:

เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติขององค์กร ได้สร้างองค์ความรู้ จิตสำนึก และความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม ผู้นำได้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ประกาศนโยบายด้านความโปร่งใส และเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม
- 2) ประกาศมาตรการ ในการป้องกันการรับสินบนและประโยชน์ทับซ้อน
- 3) แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน "หน่วยงานคุณธรรม"

- 4) ปรับปรุงกระบวนการในการบริหารการเงินการคลัง ให้ปฏิบัติได้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎระเบียบ คัมค่า ส่งผลให้ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของ ภาครัฐ(ITA)

I-1.1 ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):

ผู้นำใช้การสื่อสารทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการกับกำลังคนในหลากหลายรูปแบบ เช่น จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ และประชุมกรรมการบริหาร การเข้าร่วมประชุมกับทีมงานคุณภาพ การพบปะในโอกาสต่างๆ ที่จัดขึ้น อาทิ ปีใหม่ สงกรานต์ งานแต่งงาน กิจกรรมการทบทวนทิศทางพัฒนาองค์กร การสื่อสาร ข้อมูล ผ่าน Social media ฯลฯ

- กับผู้รับบริการ:

ผู้นำมอบหมายให้ทุกหน่วยบริการเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ โดยมีระบบการสื่อสารผ่านหลายช่องทาง ดังนี้ 1)กล่องรับความคิดเห็น 2) การให้คำแนะนำโดยตรงผ่านศูนย์ราชการใสสะอาด 3) การสอบถามความพึงพอใจและไม่พึงพอใจผ่าน โปรแกรม Sat survey ของกรมสุขภาพจิต 4) การรับฟังเสียงสะท้อนกลับจากชุมชน การเยี่ยมบ้าน 5) รับความคิดเห็นผ่าน Social Media อาทิ webpage facebook Line Application ของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ได้มอบหมายให้กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ (Risk Communication) รับผิดชอบผลิตสื่อ และดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงแก่บุคลากรและ ผู้รับบริการ ผ่านช่องทางต่าง ๆ

I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

- การบรรลุพันธกิจ:

- เพื่อบรรลุพันธกิจด้านการบริการ ผู้นำสร้างการมีส่วนร่วมโดย 1) กำหนดจุดเน้นและสื่อสารแก่ผู้เกี่ยวข้องทั่วถึง 2) มอบหมายงานชัดเจน 3) ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน เช่น การลงเยี่ยมหน้างานร่วมกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจต่าง ๆ 4) ประเมินผล ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดด้านการบริการผ่านการประชุมทีมงาน

- เพื่อบรรลุพันธกิจด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย พันธกิจด้านศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพันธกิจพัฒนาหลักสูตร ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้นำได้เป็นหลักในการปรับโครงสร้างของกลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจิตเวชชุมชน กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี และกลุ่มงานฝึกอบรม รวมถึงส่งเสริมให้มีการทบทวนภารกิจหลัก ภารกิจรองและภารกิจสนับสนุน และตัวชี้วัดที่สำคัญของกลุ่มงานดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมและครอบคลุมมากขึ้น

- เพื่อบรรลุพันธกิจด้านพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพจิต โดยเน้นการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้เหมาะสมกับบริบทไทย ได้มีการทบทวนบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบทิศทางและกลยุทธ์การดำเนินงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายให้มีความชัดเจน และเชื่อมโยงกับทีมปฏิบัติการในเครือข่ายทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น

- การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานที่คล่องตัวผู้นำได้จัดลำดับความสำคัญของภารกิจต่าง ๆ และ Decentralized อำนาจการตัดสินใจให้รองผู้อำนวยการทั้ง 5 กลุ่มภารกิจพิจารณาอนุมัติ และจัดทำคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน ลดขั้นตอน และระยะเวลารอคอย

เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการใน 4.0 ยุค IT ผู้นำกำหนดเข็มมุ่งในด้าน Digital Transformation โดยการนำ Digital Technology เข้ามาปรับใช้กับทุกภาคส่วนของการจัดบริการ เช่น การจองคิวออนไลน์ การเยี่ยมบ้านผ่านระบบ Telemedicine ฯลฯ

- การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:

เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ผู้นำได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร และเข้าร่วมโครงการ 2P Safety hospital ในปี 2563 รวมถึงนำแนวคิด 2P Safety มาประยุกต์ใช้ทั้งองค์กร
2. ส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีการค้นหาความเสี่ยง และรายงานผ่านระบบ NRLS /HRMS และทบทวนปรับปรุง Risk Profile ทุก 6 เดือน
3. ติดประกาศข้อมูลชี้แจงถึงสิทธิผู้ป่วยและแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติเมื่อใช้บริการในโรงพยาบาล ติดป้ายประกาศงดการถ่ายภาพขณะให้การรักษายาบาล เพื่อป้องกันการถูกคุกคามทางสื่อออนไลน์ ให้การคุ้มครองบุคลากรและไม่ให้มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย
4. มีมาตรการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยเชิงรุก โดยการติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดที่สำคัญทั่วโรงพยาบาล จัดระบบสแกนอาวุธก่อนเข้าโรงพยาบาล และจัดพนักงานรักษาความปลอดภัยให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อสามารถให้การดูแลให้ปลอดภัยอย่างทั่วถึง แต่ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค Covid19 จึงเปลี่ยนแนวทางการเข้า-ออกของโรงพยาบาลตามแนวทางป้องกันการระบาดของโรค
5. ปฏิบัติตามข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมความเร็วของรถพยาบาล และมีกล้องหน้ารถ เพื่อดูแลบุคลากร หากเกิดอุบัติเหตุจากการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

การเรียนรู้: ผู้นำมีเป้าหมายส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้และพัฒนางานด้วยตนเอง โดย

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารคุณภาพ กำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้หลัก 3P และ PDSA ลงสู่การปฏิบัติงานประจำและค้นหา RCA กรณีเกิดอุบัติเหตุ เพื่อนำไปวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติงานในประเด็นที่เป็นสาเหตุ
2. จัดเวทีการนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

- การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:

ผู้นำชี้แนะและผลักดันให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำผ่านค่านิยมขององค์กรโดยใช้หลักการและกระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน นอกจากนี้ได้มีปรับโครงสร้างจัดตั้งกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อเป็นตัวกลางและพี่เลี้ยงในการประสานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมของแต่ละหน่วยงาน

การนำเสนอผลงานภายนอกหน่วยงาน

- การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:

ผู้นำการสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการผ่านค่านิยมขององค์กร รับฟังความคิดเห็นและเสียงสะท้อนของผู้รับบริการผ่านช่องทางต่าง ๆ และนำมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อตอบสนอง เช่น การพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บริการเช่น การจัดการบริการตรวจรักษาระบบทางไกล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ใช้ตู้ Kiosk เพื่อออกบัตรคิว แสดงข้อมูล สิทธิการรักษาเฉพาะบุคคลด้วยบัตรประชาชน ฯลฯ

(2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):

ผู้นำกำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น ด้วยการกำหนดเข็มมุ่งขององค์กร ประกอบด้วย

1. Excellence Database for Suicide Prevention
2. Service Excellence (Staging of care)

I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:

- การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:
 - โรงพยาบาลปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร ได้แก่ การให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในองค์กรตามระเบียบพัสดุ และมีการควบคุมกำกับวัสดุสิ้นเปลือง มีการแข่งขันด้านราคาที่ยึดธรรมตามระเบียบ มีระบบการดูแลเครื่องมือวัสดุทางการแพทย์จากบริษัทภายนอกที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการควบคุมภายใน เป็นผู้ควบคุมกำกับให้หน่วยงานมีการวางแผนควบคุมภายในให้เป็นไปตามระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน โดยเน้นทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเงิน การบัญชี การคลัง

(2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

- การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:
 - 1) ปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานให้สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร
 - 2) ปรับปรุงระบบการกำหนดและถ่ายทอดตัวชี้วัดลงให้เหมาะสมกับบุคลากรทุกระดับในแต่ละหน่วยงาน
 - 3) สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต่างๆ
 - 4) ในสถานการณ์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจเร่งด่วน มีการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC เพื่อ

ตอบสนองภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนป้องกันการระบาดของโรค covid19

(3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

- เพื่อให้วางระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลได้กำหนดผู้รับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ ดังนี้ 1) คณะกรรมการ PCT รับผิดชอบการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้ป่วย 2) คณะกรรมการ RM รับผิดชอบ การบริหารความเสี่ยง 3) คณะกรรมการวิจัย รับผิดชอบ การวิจัยและพัฒนา 4) คณะกรรมการ IM การเปิดเผยข้อมูล การจัดการสารสนเทศ 5) กลุ่มงานของแต่ละวิชาชีพ ร่วมกับฝึกรอบรม รับผิดชอบ การศึกษาและฝึกรอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร

I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ โรงพยาบาลได้ 1) แจ้งเวียนประกาศ/จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ และคำสั่ง ระเบียบข้อบังคับที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับทราบ 2) มีการปฐมนิเทศ สำหรับเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงานใหม่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เพื่อตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ: โรงพยาบาลได้ 1) มีระบบบำบัดน้ำเสีย และมีการตรวจคุณภาพน้ำเสียในบ่อบำบัดทุกวัน เพื่อปรับคุณสมบัติของน้ำให้ได้มาตรฐานก่อนปล่อยสู่สาธารณะ ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ 11 Parameter ทุก 3 เดือน 2) การจัดการขยะที่ถูกต้องตามหลัก IC 3) การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ โดยการให้ความรู้สิทธิผู้ป่วยในการปฐมพยาบาลใหม่ และติดป้ายทุกแผนกที่ให้บริการผู้ป่วยในที่ ๆ เห็นได้ชัดเจน 4) มีมาตรการตรวจคัดกรองอาาโรคในกลุ่มผู้มารับบริการและผู้มาติดต่อ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติและบุคลากร 5) ในช่วงระบาดของโรค covid19 มีการจัดระบบการบริการ คัดกรองด้านหน้า วัดไข้ คั้นหาเคส PUI เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรและผู้ที่มาติดต่องาน 6) ระบบการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยที่ต้องรักษาความลับ เช่น Case คดี จะมีตู้แยกเก็บและจำกัดสิทธิของผู้เข้าถึง 7) การเข้าถึงโปรแกรมข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีการจัดลำดับชั้นความลับในการเข้าถึงข้อมูล และจำกัดบุคคลในการส่งต่อข้อมูลการรักษาไปยังหน่วยงานอื่น 8) ในประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ เช่น การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย จะมีคณะกรรมการสถานบำบัดซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพมาร่วมพิจารณาตัดสินใจ
- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:
เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) นำถุงผ้าแบบใช้ซ้ำได้มาใช้แทนถุงพลาสติกในการรับยาของผู้ป่วยนอก 2) งดใช้กล่องโฟม 3) แยกขยะและจำหน่ายขยะรีไซเคิล 4) นำระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ เพื่อลดการใช้กระดาษ 5) ประหยัดไฟ โดยกำหนดการเปิด-ปิดไฟ และระยะเวลาในการเปิดเครื่องปรับอากาศ 6) กำหนดนโยบาย 5 ส. เพื่อให้มีการสะอาดและจัดเก็บ วัสดุของหน่วยงานให้มีความเป็นระเบียบ ลดการเบิกของมากเกินความจำเป็น

(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) การคิดค่าบริการ/ กำหนดราคาตามมาตรฐานภายใต้ระเบียบกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข และทบทวนการคิดค่าบริการการรักษาอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอเมื่อเกิดความสงสัย หรือไม่ชัดเจน
- 2) การควบคุมจริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ จะดูแลโดยแต่ละองค์กรวิชาชีพ และมีคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมนำทางคลินิก เป็นผู้รับผิดชอบจริยธรรมทั่วไปของบุคลากรในหน่วยงาน หากพบบุคลากรกระทำรุนแรงต่อผู้ป่วย จะมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อไต่สวนข้อเท็จจริง และพิจารณา หากพบว่ากระทำผิดจริงจะถูกไล่ออกโดยทันที
- 3) การรับไว้และส่งต่อ ทางรพ. ได้ร่วมกับ รพช. รพศ. วางระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. อื่นๆ อย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนเกณฑ์การส่งต่อ และมีโครงการช่วยเพิ่มพูนทักษะด้านจิตเวชแก่แพทย์ รพช. และมีช่องทางให้ปรึกษาโดยตรง
- 4) การตัดสินใจยุติการรักษา จะมีการตั้งคณะกรรมการจากทีมสหวิชาชีพพิจารณาเป็นรายๆ เมื่อมีกรณีเกิดขึ้น
- 5) มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อพิจารณาโครงการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล

(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่องกฎหมายและจริยธรรมโรงพยาบาลได้วางแผนในการพัฒนาตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในประเด็นที่อาจเสี่ยงต่อจริยธรรม ดังนี้

1. การรักษาผู้ป่วยตาม พรบ. สุขภาพจิต
2. การขอออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ
3. การผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการยุติการรักษา
5. การดูแลผู้ป่วยในเรือนจำ / ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวเนื่องทางคดีและกฎหมาย
6. การตรวจทางด้านจิตเวชเพื่อประกอบการขอรับผู้อื่นเป็นบุตรบุญธรรม, เกณฑ์
7. ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไร้ญาติแต่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคทางกาย/ผ่าตัด
8. การขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการรับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
9. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อสาธารณะ (SMI-V) แต่ปฏิเสธการรักษา
10. การขอตรวจและรายงานผล Lab Anti-HIV
11. ชดเชยกรณีเข้าเกณฑ์ม.41 ทำให้เกิดบทเรียนเรื่องลดข้อร้องเรียนและมีแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการตาม RCA และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):

- **ด้านสิ่งแวดล้อม** โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) จัดระบบจราจรส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นถนนภายใน รพ. จัดสถานที่จอดรถ การจราจรที่เป็นระบบเพิ่มสถานที่จอดรถให้กับผู้ป่วยและญาติโดยขอความร่วมมือใช้พื้นที่ของวัดป่าวิเวกธรรมซึ่งเป็นบริเวณใกล้เคียง 2) มีระบบรักษาความปลอดภัยบริการตลอด 24 ชม.
- **ด้านสังคม** โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) การสนับสนุนเทคโนโลยีด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบางแก่เครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 และทั่วประเทศ 2) พัฒนาเครื่องมือ หลักสูตรที่เพิ่มการคัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- **ด้านเศรษฐกิจ** โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) ร่วมมือกับจังหวัดขอนแก่นจัดโครงการ Food bank โดยสนับสนุนที่ดินว่างเปล่าของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนคู่ เพื่อกลุ่มผู้ตกงานจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID -19 ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงไก่เพื่อนำผลิตผลมาบริโภคในครัวเรือน 2) เปิดร้านค้าออนไลน์เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีรายได้พิเศษ 3) ร้านสวัสดิการจำหน่ายอาหารที่ถูกลงลักษณะ ใน รพ.แก่ผู้รับบริการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ระยะเวลาการรับรอง 29 มกราคม 2562- 28 มกราคม 2565 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
2. ประกาศนียบัตร ผ่านการประเมินการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอนามัยและสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก ระยะเวลาการรับรอง 16 สิงหาคม 2562 จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. การรับรองระบบบริหารงานคุณภาพ ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ระยะเวลาการรับรอง 30 พฤษภาคม 2562 – 29 พฤษภาคม 2565 จากสภาเทคนิคการแพทย์

4. คะแนนจากการตรวจประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน สำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (PMQA-M-F) ประจำปี 2563 ค่าเฉลี่ยทั้ง 6 หมวด ร้อยละ 97.17

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การขึ้นองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	4	L	กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม(ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ	4.5	L	พัฒนาการสื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา	4.5	L	-พัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร -สนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	4	L	มีระบบกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบในประเด็น: ทิศทาง วัตถุประสงค์ การบริหารงาน (operational management) ของผู้นำระดับสูง การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก	3.5	L	สนับสนุนให้คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	4.5	L	กำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-2 กลยุทธ์

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานที่มีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานของโรงพยาบาล	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
2. ร้อยละของการปฏิบัติได้ตามแผน	ร้อยละ 90	86.67	86.0	93.75	100	100
3. ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 90	93.75	94.56	98.44	95.30	90.48
4. จำนวนครั้งที่ส่งรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิตทันตามระยะเวลาที่กำหนด	4 ครั้ง	4	4	12	12	12
5. คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	4.9 คะแนน	5.0000	5.0000	4.9840	4.7488	4.9840

ii. บริบท

ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ: โรคจิตเภท โรคจิตเวชที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิตเวชจากแอลกอฮอล์ โรคติดเชื้อ COVID-19

ปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นโอกาสพัฒนา: การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ และการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติสุขภาพจิต (MCATT)

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ/ต้องส่งต่อ: Sepsis Encephalitis NMS โรคทางกายที่ยุ่งยากซับซ้อน โรคทางระบบประสาท โรคทางจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

- 1. นโยบายระดับ WHO/กระทรวงสาธารณสุข/กรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญปัญหาการฆ่าตัวตายและกำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน การขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย 4.0 และพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบ New Normal ของประชาชนในสังคม
- 2. ผู้ป่วย ญาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการความเชื่อมั่นในระบบบริการและคุณภาพในการบำบัดรักษา
- 3. การมีระบบสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงบริการของประชาชนง่ายและตอบสนองต่อความต้องการมากขึ้น ช่วยส่งผ่านองค์ความรู้กับผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทาง Social media ง่ายขึ้น
- 4. พรบ.สุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงในชุมชน ปกป้องผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วย
- 5. การมี service plan track จิตเวช เปิดโอกาสในการผลักดันสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย
- ให้พัฒนาขีดความสามารถของการให้บริการให้ได้มาตรฐาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6. ผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการที่มีคุณภาพ มีอาการหายทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำและไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

- 1. การรักษาความน่าเชื่อถือในระบบบริการสุขภาพจิต
- 2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้ทันสมัยในยุค Digital transformation
- 3. การพัฒนาสู่องค์กรที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ
- 4. การพัฒนาบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมรอบด้านทั้ง ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ (KM การถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น)
- 5. การบำบัดน้ำเสีย/ขยะก่อนปล่อยสู่ชุมชน
- 6. การรับมือกับสถานการณ์วิกฤติสุขภาพจิตของสังคม /โรคระบาด /โรคอุบัติใหม่

7. การพัฒนาคุณภาพ (ISO, HA) และความปลอดภัยในโรงพยาบาล การขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล 2P Safety (Patient & Personnel Safety)

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:

- 1. ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายถูกนำไปใช้ประโยชน์ มีหลักสูตรด้านการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2. บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสุขภาพจิต
- 3. สร้างเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
- 4. มีวัฒนธรรมองค์กร ก้าวสู่ความเป็นเลิศ คิดค้นก้าวหน้า แบ่งปันภูมิปัญญา มีน้ำใจอารีย์
- 5. การบริหารงานขององค์กรเน้นการมีส่วนร่วม มีการกระจายอำนาจ

6. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ทันสมัย ช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

สมรรถนะหลักขององค์กร:

- 1. เป็น Excellence Center ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- 2. ให้บริการระดับสูงกว่าตติยภูมิอย่างครบวงจร โดยทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช
- 3. มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้มแข็ง

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

1. เครือข่ายบริการสุขภาพจิตที่เข้มแข็งในเขตสุขภาพที่ 7
2. บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสุขภาพจิต
3. วัฒนธรรมองค์กร ก้าวสู่ความเป็นเลิศ คิดค้นก้าวหน้า แบ่งปันภูมิปัญญา มีน้ำใจอารีย์
4. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน
5. ผู้นำระดับสูงและผู้บริหารมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพโรงพยาบาล
6. การสนับสนุนเชิงนโยบายจากกรมสุขภาพจิต

iii. กระบวนการ

I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) และสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลได้ดำเนินการปทัชทวาวินิจฉัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์องค์กรโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานและคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ผู้บริหารในระดับต้นและระดับกลางเกิดความเข้าใจเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินงานขององค์กรมากขึ้น

(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:

- เพื่อส่งเสริมโอกาสเชิงกลยุทธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค COVID-19 โรงพยาบาลได้ใช้แนวคิด Digital transformation โดยดำเนินการต่อไปนี้ 1) ให้ความรู้ด้านการป้องกันการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทาง Social media 2) สร้างนวัตกรรมบริการใหม่ ๆ เช่น application sabaijai Line Official Account “KhuiKun” 3) จัดบริการ Telepsychiatry สำหรับผู้ป่วยในเรือนจำ ทำให้เกิดบทเรียนในการทำงานประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น เช่น โครงการนาคาพิทักษ์ โครงการ Hope Task force โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศ ไทย เป็นต้น

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

- เพื่อให้จัดทำกลยุทธ์ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบโรงพยาบาลได้วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวช ยุงยาก รุนแรง ซ้ำซ้อน เป็นโรคที่ต้องการปัจจัยทางสังคมที่หลากหลาย ที่จะส่งเสริมต่อการหาย หรือทุเลาจากการเจ็บป่วย เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงในพื้นที่ได้ ทาง รพ.จึงได้กำหนดเป้าประสงค์ “ผู้ป่วย จิตเวชรุนแรง ยุงยาก ซ้ำซ้อน ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน” และจัดทำตัวชี้วัด เพื่อใช้กำกับติดตาม ตั้งแต่เข้ารับการรักษาใน รพ. ไปจนถึงจำหน่ายกลับสู่ชุมชน คือ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไม่กลับไปก่อคดี/ความรุนแรงซ้ำ

(4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:

- เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับการทำงานขององค์กร โรงพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรไว้ดังนี้ 1) เป็น Excellence Center ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) ให้บริการระดับตติยภูมิอย่างครบวงจร โดยทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช 3.) มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้มแข็ง

(5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ตัวเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:

- เพื่อให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โรงพยาบาลจึงได้ตัดสินใจเรื่องระบบงาน ดังนี้

กระบวนการที่ดำเนินการเอง

- 1.ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 7

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- 2.ระบบการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศด้านการป้องกันผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 3.ระบบการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
- 4.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อ COVID – 19 และที่มีความรุนแรงของอาการระดับ Asymptomatic หรือ mild

กระบวนการที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ

- 1.ระบบบริการทางคลินิก : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อ COVID – 19 และที่มีความรุนแรงของอาการระดับ moderate หรือ severe การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ(นอกเวลา)
- 2.ระบบงานสนับสนุน : การจ้างเหมาบริการจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ การทำความสะอาด บำรุงรักษาครุภัณฑ์อุปกรณ์ การประกอบอาหาร เก็บขยะ บริการกำจัดปลวก บำรุงรักษา ลิฟท์ เครื่องปรับอากาศฯลฯ

I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
<ul style="list-style-type: none"> ● 1. การรักษาความน่าเชื่อถือในระบบบริการสุขภาพจิต 	เป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่มีคุณภาพคุณธรรมอันเป็นที่รักและศรัทธาของประชาชน	เป็นองค์กรที่ได้รับ ความไว้วางใจในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายในปี ---	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
<ul style="list-style-type: none"> ● 2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้ทันสมัยในยุค Digital transformation 	พัฒนาสู่การเป็น Smart Hospital	ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ภายในปี	-ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสู่ Smart Hospital -ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)
<ul style="list-style-type: none"> ● 3. การพัฒนาผู้องค์กรที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ 	ผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานภายในปี	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน -ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้พยายามฆ่าตัวตาย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<ul style="list-style-type: none"> ● 4. การพัฒนาบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมรอบด้านทั้ง ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ (KM การถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น) 	<p>-มีวัฒนธรรมองค์กรก้าวสู่ความเป็นเลิศ คิดค้นก้าวหน้า แบ่งปันภูมิปัญญา มีน้ำใจอารีย์</p> <p>- การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัย (Smart Management)</p>	<p>ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความผูกพันของบุคลากร เท่ากับ 7 คะแนน เมื่อสิ้นสุดปี ---</p>	<p>-ค่าเฉลี่ยระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 5.การบำบัดน้ำเสีย/ขยะก่อนปล่อยสู่ชุมชน 	<p>การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัย (Smart Management)</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐานด้าน Green and Clean Hospital ในระดับดีมาก+ ภายในปี ...</p>	<p>ค่ามาตรฐานน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดน้ำเสีย มีค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 6.การรับมือกับสถานการณ์วิกฤติสุขภาพจิตของสังคม /โรคระบาด /โรคอุบัติใหม่ 	<p>ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน</p>	<p>ร้อยละ 85 ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต</p>	<p>ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 7. การพัฒนาคุณภาพ (ISO, HA) และความปลอดภัยในโรงพยาบาล การขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล 2P Safety (Patient & Personnel Safety) 	<p>โรงพยาบาลมีการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ให้บริการมีความสุข</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ISO และ HA</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ISO และ HA</p>

I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เพื่อถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ โรงพยาบาลได้มอบหมายให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน ดำเนินการจัดประชุมตัวแทนหน่วยงาน/คณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อชี้แจงถ่ายทอดกลยุทธ์ และให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการทั้งในระยะสั้นและระยะยาวให้สอดคล้องกับกลยุทธ์/ยุทธศาสตร์ขององค์กร แล้วบรรจุเป็นแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล

(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:

- เพื่อถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทายไปสู่ผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างานเพื่อสื่อสารไปยังบุคลากรในระดับปฏิบัติตามลำดับ นอกจากนี้ได้ถ่ายทอดประเด็นท้าทายไปยังผู้ส่งมอบผ่านการกำหนด TOR /MOU เพื่อให้ทิศทางการดำเนินงานชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ ผู้นำสูงสุดได้ดำเนินการ 1).การมอบหมายให้กลุ่มงานการเงินและบัญชี ร่วมกับกลุ่มงานพัสดุ และกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงประจำปี ซึ่งจำแนกหมวดหมู่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม ที่ขับเคลื่อนการปฏิบัติงานในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ เพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในการขับเคลื่อนงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต และมีการบริหารความเสี่ยงผ่านกระบวนการควบคุมภายในเพื่อรักษาความมั่นคงทางการเงิน 2) มีระบบสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ โดยหน่วยงาน/คณะกรรมการ เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ ผ่านกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- เพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนอัตรากำลังไว้สำรอง 3-5 ปี และทบทวนความเหมาะสมของอัตรากำลังในการปฏิบัติงานตามภารกิจ เสนอผ่านหัวหน้าหน่วยงานและรองผู้อำนวยการที่กำกับดูแลในแต่ละกลุ่มภารกิจ มีการบริหารจัดการกำลังคนผ่านการปรับปรุงโครงสร้างอัตรากำลังทุกปี โดยผ่านการประชุมพิจารณาความเหมาะสมของผู้บริหารระดับสูง วัตถุประสงค์เพื่อบริหารจัดการไม่ให้หน่วยงานขาดอัตรากำลังเมื่อมีการเกษียณหรือลาออก

(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:

- เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ได้มีเป็นกำหนดตัวชี้วัดและถ่ายโอนไปสู่บุคลากรทุกระดับ รวมถึงกำกับติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยหัวหน้าหน่วยงาน และคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยกำกับดูแลแต่ละตัวชี้วัด เชื่อมโยงกับระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (PMS)

1-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- เพื่อให้มีการทบทวนและปรับแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลักให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลจึงได้กำหนดให้มีการทบทวนแผนปฏิบัติการทุกไตรมาส กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่ขอปรับแล้วจะมีระบบการขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานตามความจำเป็น เช่น การปรับรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินโครงการในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นต้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- 1.การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ระยะเวลาการรับรอง 29 มกราคม 2562- 28 มกราคม 2565 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- 2.ประกาศนียบัตร ผ่านการประเมินการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอนามัยและสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก ระยะเวลาการรับรอง 16 สิงหาคม 2562 จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
- 3.การรับรองระบบบริหารงานคุณภาพ ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ระยะเวลาการรับรอง 30 พฤษภาคม 2562 – 29 พฤษภาคม 2565 จากสภาเทคนิคการแพทย์
- 4.คะแนนจากการตรวจประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐานสำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (PMQA-M-F) ประจำปี 2563 ค่าเฉลี่ยทั้ง 6 หมวด ร้อยละ 97.17

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3	L	ขยายกรอบการนำเข้าสู่ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ และความสำคัญ มาใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
2.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ	3.5	L	ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์ ให้ครอบคลุมและตอบสนองความท้าทายและประเด็นคุณภาพต่างๆ
3.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร	3.5	L	การวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ และการทบทวนแผนปฏิบัติการและปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงกลวิธี/ช่องทางใหม่ ๆ ที่จะถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ
4.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า	4	I	การวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุของตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายเพื่อรวบรวมเป็น Good/Best Practice ภายในโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]														
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์														
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564								
1. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	ร้อยละ 85	83.80	94.65	91.34	98.80	(เป้าหมาย ร้อยละ 90) 96.89								
2. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	ร้อยละ 85	93.30	84.22	98.99	100	(เป้าหมาย ร้อยละ 90) 99.68								
3. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0								
<p>ii. บริบท</p> <p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลรักษา บำบัด ฟื้นฟู ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 7 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ (ร้อยแก่นสารสินธุ์)</p> <p>ส่วนการตลาดที่สำคัญ:</p> <p>ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพ ข้าราชการ ประกันสังคม ซึ่งมีความต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ไม่แออัด ไม่รอนาน และปลอดภัย</p> <p>กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผู้รับผลงาน</th> <th>ความต้องการสำคัญของผู้รับบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป</td> <td>การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</td> <td>บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</td> <td>บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ</td> </tr> </tbody> </table>							ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญของผู้รับบริการ	กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป	การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ
ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญของผู้รับบริการ													
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป	การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ													
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ													
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ													

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ป่วยจิตเวช รุนแรง ยาก ซ้ำซ้อน	การบริการดูแลรักษา รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล อาการที่เปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
โรคจิตจากสุราและสารเสพติด	บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้ เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะ
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	การบริการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย หาย ทูเลา การรับทราบข้อมูล อาการที่เปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):

กลุ่มผู้รับผลงานอื่น	ความต้องการ/การตอบสนองความต้องการ
สื่อมวลชน/ วิทยุมวลชน	การสื่อสาร และการประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิต สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับชุมชน ลดอคติของผู้ป่วยจิตเวช และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหวที่เป็นจริงเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตปัจจุบัน
ศาล	เพื่อเป็นการให้ปากคำเกี่ยวกับผลการรักษาที่มีผลต่อรูปคดี
บริษัทประกันภัย	เพื่อการขอข้อมูลประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน
ตำรวจ	เพื่อนำส่งผู้ป่วยจิตเวชและสอบปากคำประกอบการยื่นฟ้องร้องคดี
นักศึกษาจากสถาบันต่างๆ	เพื่อฝึกประสบการณ์อาชีพและความก้าวหน้าทางสายงานอาชีพและฝึกปฏิบัติงานด้านนิติจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย นักศึกษา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

กลุ่มผู้รับผลงานอื่น	ความต้องการ/การตอบสนองความต้องการ
ญาติผู้ป่วย/ ผู้ดูแลผู้ป่วย	มีนโยบายเสริมสร้างศักยภาพของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขตาม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	ศักยภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
ครอบครัว	กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตาม care process ได้มีการเสริมพลังเพื่อให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมตัวก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน
ชุมชน	หออผู้ป่วยมีการประสานงานกับงานสังคมสงเคราะห์ ก่อนกลับบ้านต้องมีการเตรียมชุมชน ให้มีการยอมรับ และดูความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย

iii. กระบวนการ

I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

- การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง:

ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการโดยกำหนดเป็นค่านิยมองค์กร มุ่งผู้รับบริการและมีวิธีการรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการ ได้แก่ การพูดคุยกับผู้รับบริการและญาติโดยตรงในกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อให้ข้อมูลและสอบถามความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในการรับบริการ การติดตามข้อมูลข่าวสารหรือข้อร้องเรียนทางกล่องตามจุดบริการและสื่อสาธารณะต่างๆ การรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ และรายงานเหตุการณ์ประจำวันของจุดบริการต่างๆ การรับ-ส่งเวร การทบทวนเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วย

- การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback):

เพื่อรับฟังความต้องการและข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการ โดยมีวิธีการที่หลากหลายช่องทาง ได้แก่ ช่องทาง Sat survey และสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบ PEP

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

เพื่อได้ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการ ได้สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในโรงพยาบาลฯ มีการจัดกิจกรรมที่ให้บุคลากร ญาติและผู้ป่วย ได้มีกิจกรรมร่วมกัน ชุมชนรอบโรงพยาบาลฯ ได้มีส่วนร่วมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ โดยผ่านกิจกรรมการตัดบาตรประจำปี สัปดาห์สุขภาพจิต ฯลฯ การรับฟังข้อคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุง มีระบบการติดตามผู้ป่วย มีช่องทางให้โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์

I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:

- ประเมินผ่านช่องทาง Sat survey ของกรมสุขภาพจิต
- กล่องรับความคิดเห็นของผู้รับบริการตามจุดบริการต่างๆ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ประเมินผ่านระบบ PEP

1-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

จากผลการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า พบว่าผู้รับบริการมีความต้องการหลายประการ ดังนี้

ความต้องการ	แนวทางการดำเนินการตามความต้องการ
1.สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ	-จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำเบื้องต้น -สอบถามและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเป็นระยะ
2.ความสะดวก รวดเร็ว	-ปรับลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ -พัฒนาระบบรับยาเดิมที่แผนกผู้ป่วยนอก
3.ความสะอาด สวยงาม ปลอดภัย ของสถานที่	-จัดระบบจราจรและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย -ปรับปรุงภูมิทัศน์โดยจัดให้มีสวนหย่อมสำหรับพักผ่อนขณะที่ญาติรอผู้ป่วย -จัดให้มีร้านอาหารเพื่อให้บริการผู้ป่วยและญาติและมีการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเพื่อการประกอบอาหารที่สะอาดถูกหลักสุขาภิบาล ก่อสร้างห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยให้มีความสะอาดสวยงาม
4.การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริการ	-มีช่องทางรับความคิดเห็นของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ -มีระบบการส่งต่อปัญหาให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขปรับปรุงบริการ

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สะดวกในการค้นหาข้อมูลข่าวสารในการเข้ารับบริการ โรงพยาบาลได้จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ website ,Facebook ของโรงพยาบาล จัดทำ one page ประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการ OPD มีโทรศัพท์หมายเลขตรง

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:

- เพื่อปรับปรุงการจัดการให้บริการให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันโรงพยาบาลได้ กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญตามลักษณะการจัดการบริการ ดังนี้
 - (i) บริการสุขภาพในภาพรวม; ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม
 - (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ; ได้แก่ ผู้ป่วยเฉพาะโรคตามCPG เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า โรคจิตเภทที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน โรคจิตจากสุราและสารเสพติด
 - (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน; บริการให้การปรึกษา บริการผู้สูงอายุ/พระภิกษุ บริการยาเดิม บริการยาไปรษณีย์
 - (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ: ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บริการเยี่ยมบ้าน บริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ บริการ telepsychiatry สำหรับผู้ป่วยใน
เรือนจำ บริการร้านยาหัวใจมีหู

I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:

-สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในโรงพยาบาล มีการจัดกิจกรรมที่ให้บุคลากร ญาติ
และผู้ป่วย ชุมชนต่าง ๆ และ ชุมชนรอบโรงพยาบาลได้มีส่วนร่วมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ เช่น การตัดกบาตร
ประจำปี สัปดาห์สุขภาพจิต ฯลฯ

-การรับความคิดเห็นจากกล่องรับความคิดเห็น /เอกสาร จดหมาย โทรศัพท์จากชุมชน และ
ช่องทางอื่น ๆ เพื่อนำสู่การปรับปรุง

-สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงถึงความคิดเห็น /ความคาดหวังบริการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและ
ชุมชน

-การรวบรวมความคิดเห็น ความต้องการการจัดบริการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Strake Holder)
เช่น โครงการสัมมนาเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ระดับจังหวัด

-โรงพยาบาลได้มีฐานข้อมูลการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้กับ รพช. เพื่อเป็นเครือข่ายในการ
ดูแล โดยศูนย์เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มงานการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ

-จัดให้มีโครงการสัมมนาเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง เพื่อสนับสนุนความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่บุคลากรทาง
การแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

-มีระบบติดตาม เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่ชัดเจน มีช่องทางให้ รพ.ชุมชน เครือข่าย ปรึกษาการ
ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ช่องทางการร้องเรียน:

-โทรศัพท์ 043 247151

-<https://www.facebook.com/PR.JVKK/inbox>

-ตู้แสดงความคิดเห็น

-การสำรวจความพึงพอใจจากบุคลากร; ผู้ป่วยและญาติ; เจ้าหน้าที่หน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

จากผลการวิเคราะห์ลักษณะของข้อร้องเรียนและแนวโน้มข้อร้องเรียน พบส่วนใหญ่เป็นข้อ
ร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ด้านโครงสร้างสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ความเพียงพอของสถานที่
เป้าหมายของการจัดการข้อร้องเรียนคือ ป้องกันการเกิดซ้ำและใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร จึงมีแนวทาง
ดังนี้

1) มีคณะกรรมการร้องเรียนร้องทุกข์

2) มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน เมื่อเกิดเหตุร้องเรียนจะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการวิเคราะห์

ข้อเท็จจริงหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขข้อร้องเรียน และตอบกลับผลการดำเนินการให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

-ติดประกาศให้ผู้รับบริการได้รับทราบสิทธิของตนตามประกาศสิทธิผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-การตั้งคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารเพื่อพิทักษ์สิทธิในการให้ข้อมูลของผู้รับบริการแก่บุคคลอื่น เช่น การขอประวัติการรักษา

-การทำบัตร ท.74 ให้ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฯ เครือข่าย เรือนจำ สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ ได้รับสิทธิ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนอกจากนี้ยังได้มีการสื่อสาร

ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

-การทบทวนการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบโดยคณะกรรมการ PCT MRA และ RM ในรูปแบบสหวิชาชีพ บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่ยังไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเอง):

-การดูแลผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ภายใต้หลักธรรมาภิบาล และมีการลงนามยินยอม การรักษาพยาบาลทุกรายขณะอยู่ที่โรงพยาบาล รวมถึงการลงนามยินยอมเพื่อทำหัตถการ เช่น การรักษา ด้วยไฟฟ้า

ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีเป้าหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยการกำหนดแนวทาง และข้อปฏิบัติในการทำวิจัยในคนและมีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล โดยงานวิจัยใน องค์การจะมีระบบการขอจริยธรรมการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล

ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:

-จัดช่องทางพิเศษในผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการประสานงานทางโทรศัพท์ และเตรียมความพร้อมของทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

-จัดบริการเฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่

1.ผู้ป่วยคดี จัดให้มีห้องแยกเฉพาะภายในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีช่องทางการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ง่าย

2.ผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดให้มีห้องแยกเพื่อสังเกตอาการ และมีช่องทางส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ฝายกายได้อย่างรวดเร็ว

3.ผู้ป่วยที่ถูกแยก/ผูกมัด จัดให้มีห้องแยกเฉพาะและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนดำเนินการทุก ครั้ง รวมถึงมีการประเมินหลังการแยกหรือผูกมัดอย่างสม่ำเสมอ และมีการตรวจเยี่ยมเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วย สุขสบาย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน โรงพยาบาลได้ปรับปรุงระบบงาน ดังนี้

ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

1) ลดขั้นตอนและระยะเวลาด้านเอกสารในผู้ป่วยรับไว้รักษา

2) นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงานให้มีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่

2.1) ระบบคิวตรวจ (Service Queue และ smart queue

2.2) Application : บริการระบบคิวออนไลน์ นัด แจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด

ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>2.3) ใช้ตู้ Kiosk เพื่อออกบัตรคิว แสดงข้อมูล สิทธิการรักษาเฉพาะบุคคลด้วยบัตรประชาชน</p> <p>3) อำนวยความสะดวก จัดรถนำส่งจากตึกไปตึก เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยรับใหม่ให้ปลอดภัยและรวดเร็วมากขึ้น</p> <p>4) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่</p> <p>1) การทำ teleconference ตรวจสอบใช้ร่วมกับทางรพ. ในพื้นที่ และเรือนจำ</p> <p>2) มีคู่มือและเกณฑ์ เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชสำหรับแพทย์ในสถานบริการทุกระดับในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นคณะกรรมการ service plan ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 7 และการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการในเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</p>			
<p>v. แผนการพัฒนา</p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	4	I	พัฒนาระบบรับฟังความคิดเห็น การสร้างกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนความต้องการของผู้รับบริการเชิงรุกในแต่ละกลุ่ม
2. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	4	I	มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยที่ชัดเจน
3. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก	4	I	การวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาองค์กร
4. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน	4	I	พัฒนาระบบการติดต่อกับผู้ร้องเรียน และประชาสัมพันธ์การจัดการข้อร้องเรียน
5. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	4	I	เน้นการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ข้อมูลสุขภาพจิต และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูล และสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.Information systems down time (ระบบออนไลน์)	0	NA	0	0	0	1
2.Information systems response time (ระบบออนไลน์)	10 นาที	NA	0	0	0	4 ช.ม. 2 นาที
3.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวบ ระเบียบผู้ป่วยนอก	85	NA	95.55	95.66	97.78	98.12
4.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวบ ระเบียบผู้ป่วยใน	85	NA	90.61	91.56	93.67	92.97
5.ร้อยละการส่งแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	98	NA	98.28	98.63	99.11	97.69
6.อุบัติการณ์การเข้าถึงแฟ้มเวชระเบียน ผู้ป่วย โดยผู้ไม่มีสิทธิ์	0	NA	NA	NA	NA	0
7.อุบัติการณ์การเข้าถึงชุดข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	0	NA	NA	NA	NA	NA
8.ค่าคะแนนความสำเร็จของการ พัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช	5 คะแนน	NA	NA	NA	5	5
9.ร้อยละของความพึงพอใจของ บุคลากรต่อระบบสารสนเทศของ โรงพยาบาล	85	NA	99.7	72.25	85.67	96.88
ii. บริบท						
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นการดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นผู้แทนจากหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ มีเป้าหมายเพื่อการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัย จัดการข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ และการศึกษาวิจัย โดยคณะกรรมการบริหารระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีหน้าที่วิเคราะห์วางแผนการดำเนินงานและพัฒนาระบบการใช้ข้อมูลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พันธกิจ นโยบายคุณภาพ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล สนับสนุนส่งเสริม ประสานงาน และเื้อื้ออำนวยให้หน่วยงานในโรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลและสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ รวมถึงการรวบรวมและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้มีประสิทธิภาพและมีความน่าเชื่อถือ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและสารสนเทศได้สะดวก ปลอดภัย เช่น ประวัติการรับบริการแต่ละครั้ง ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการให้บริการอย่างเหมาะสม
2. ข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ รวบรวมและจัดเก็บอย่างปลอดภัย สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการและองค์ความรู้ เช่น การศึกษาวิจัย
3. เทคโนโลยีสารสนเทศมีความปลอดภัย มั่นคง สามารถตอบสนองความต้องการการใช้งานอย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยได้รับการสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
5. ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลสารสนเทศไปวางแผนการบริหารจัดการบุคลากร การเงิน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:

1. บุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคจิตเวชจากสารเสพติด
3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
4. ประชาชนทั่วไป

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:

1. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. โรงพยาบาล/สถาบัน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:

1. ระบบบริการผู้ป่วยออนไลน์
2. ระบบบริการ Smart Hospital; smart tool, smart services
3. ระบบบริการ Smart Place/Infrastructure; green & clean hospital
4. ระบบบริการอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ต

iii. กระบวนการ

I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั้งทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กำหนดให้มีการจัดทำข้อมูลแผนการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการทุกครั้งแรกและครั้งหลังปีงบประมาณ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ พัฒนาคความเชี่ยวชาญด้านการป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุงยากซับซ้อน ให้เป็นศูนย์ ส่งต่อระดับตติยภูมิขั้นสูง พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่องของประชาชนโดยภาคีเครือข่าย พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมและระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุขที่มีระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ในปี 2564 ผลการติดตามตัวชี้วัดโดยรวมเท่ากับ 4.9840 คะแนน (เต็ม 5.00 คะแนน) ซึ่งพบว่าการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19

ค่า CMI ระหว่าง ปี 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 (ครึ่งปีแรก) เท่ากับ 1.83, 1.76, 1.81, 1.77 และ 1.69 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย 5 ปี เท่ากับ 1.77 มีแนวโน้มลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย CMI กับหน่วยงานในกรมสุขภาพจิตพบว่าหน่วยงานมีค่า CMI อยู่ในลำดับที่ 9 สถานการณ์ดังกล่าวนี้ หน่วยงานมีแผนประชุมวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายเพิ่มค่า CMI ในปี 2566 ต่อไป

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- ค่า CMI เปรียบเทียบกับหน่วยงานในกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 7
- คะแนนตัวชี้วัดโดยรวมกับหน่วยงานในกรมสุขภาพจิต

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

-จัดให้มีช่องทางรับข้อร้องเรียนหลากหลายช่องทาง เช่น ตู้รับความคิดเห็น รับแจ้งทางโทรศัพท์ 0 4324 7151 <https://www.facebook.com/PR.JVKK/inbox> จดหมายร้องเรียน และการสำรวจความพึงพอใจบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ เช่นกรณีมีข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้นำข้อร้องเรียนดังกล่าวสู่การประชุมหารือ และชี้แจงให้ผู้ถูกร้องเรียนได้ปรับปรุงพฤติกรรมตนเองโดยหัวหน้างานติดตามเป็นระยะ ปัจจุบันไม่พบว่ามีมาร้องเรียนซ้ำ

-จากข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นผู้รับบริการเรื่องการให้บริการล่าช้า ที่นั่งมีไม่เพียงพอ แออัด ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างไม่พอ มีดสลัวทำให้รู้สึกปวดหัว รวมถึงมีข้อเสนอแนะจากการตรวจติดตามนิเทศโดยกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561 จึงได้มีการมีการปรับเปลี่ยนเก้าอี้ที่นั่งรอที่สภาพเก่า ชำรุด จัดสภาพแวดล้อมของแผนกผู้ป่วยนอกให้มีความสะอาดสบาย สวยงาม เพิ่มไฟส่องสว่างเพียงพอ

-นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ เช่น การใช้ตู้คี้ออส การลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพอัตโนมัติ

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

-พิจารณาเปิดหอผู้ป่วยโควิด จำนวน 10 เตียง เริ่มเปิดบริการเดือน เมษายน 2564 ถึง เดือน มีนาคม 2565 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 114 ราย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-พิจารณาเปิดหน่วยบริการฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส แบบฉีดตาย ตั้งแต่ 24 กันยายน 2564 ถึง 5 เมษายน 2565 มีผู้รับฉีดวัคซีนแล้วจำนวน 1,318 ราย

-บริการส่งยาทางไปรษณีย์ เริ่มเปิดบริการ เดือน เมษายน 2562 ถึง มีนาคม 2565 มีผู้รับบริการ สะสมจำนวน 39,773 ราย

-พัฒนาระบบให้การปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน: ไลน์คุยกัน เพื่อเปิดช่องทางการปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต เริ่มเปิดให้บริการเดือน เมษายน 2563 ถึง มีนาคม 2565 มีผู้ใช้บริการ 36,880 ราย

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

-ทบทวนตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานและตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

-การพัฒนากระบวนการ Smart Hospital; smart tool, smart services และระบบบริการ Smart Place/Infrastructure; green & clean hospital

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้อยู่ในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

-ข้อมูลสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี (1 ครั้ง/ปี) ตรวจสอบโดยหัวหน้าฝ่ายแผนงาน นำเสนอความเห็นชอบเพื่อรับรองโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หากมีการปรับปรุงหรือแก้ไข จะดำเนินการทันที และจัดทำข้อมูลทั้งในรูปแบบเอกสาร และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้สามารถสืบค้นได้ง่าย

-ข้อมูลในระบบผู้ป่วยออนไลน์จะถูกบันทึกโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง

-การตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการมีความถูกต้อง สมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

-ข้อมูลผู้ป่วยในระบบผู้ป่วยออนไลน์ที่ส่งรายงานไปยังฐานข้อมูล HDC มีความถูกต้องตามหลักเกณฑ์

(2) การทำให้อยู่ในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

ความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ

-โปรแกรมระบบบริการผู้ป่วยออนไลน์ มีเครื่องแม่ข่ายสำรอง ซึ่งสามารถสับเปลี่ยนมาใช้ระบบสำรองเมื่อมีเหตุการณ์ระบบหลักล้มเหลวหรือขัดข้อง

-มีเครื่องสำรองไฟสำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์ครอบคลุมทั้งเครื่องแม่ข่าย เครื่องลูกข่ายและจุดเชื่อมต่อระบบ Network สามารถใช้งานได้ประมาณ 15 นาที และมีระบบปั่นไฟฟ้าอัตโนมัติ เมื่อมีไฟดับ เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง จะทำงานภายใน 10 วินาที

-มีระบบสำรองข้อมูลสำคัญ และการกู้คืนกลับ ตามระบบบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติที่ 0800-301-004 เรื่องบริหารความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของกรมสุขภาพจิต และ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แผนแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอนและภัยพิบัติที่อาจเกิดกับระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (IT Contingency Plan) พ.ศ. 2561

-มีระบบ Intranet สำรอง ซึ่งสามารถสับเปลี่ยนมาใช้ระบบสำรอง เมื่อมีเหตุการณ์ระบบหลักล้มเหลว หรือขัดข้อง มี Server Gateway สำรอง กรณี Server หลักล้มเหลว หรือขัดข้อง มีระบบ Firewall สำรอง สามารถใช้ระบบสำรองได้ ในกรณีระบบหลักล้มเหลวหรือขัดข้อง

-มีแผนจัดทำข้อมูลสารสนเทศการให้บริการในรูปแบบตารางข้อมูล และ Dashboard ที่หน้าแรกของระบบผู้ป่วยออนไลน์ แบบ Real time

ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา

-สารสนเทศการให้บริการในรูปแบบตารางข้อมูล และ Dashboard ที่หน้าแรกของระบบผู้ป่วยออนไลน์ แบบ Real time

-Smart Hospital; smart tool, smart services

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

-กำหนดนโยบายการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามมาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ปี 2550 และแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ISO/IEC 27001 ซึ่งมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มาตรการนี้ทำการเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กรได้รับทราบและถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานตามนโยบายนี้อย่างเคร่งครัด และแนวทางปฏิบัตินี้ให้ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลระบบและบุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานให้กับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-มาตรการด้านการจัดโครงสร้างองค์กร

-มาตรการด้านการสร้างความมั่นคงปลอดภัยทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม

-มาตรการด้านการบริหารจัดการด้านการสื่อสารและการดำเนินงานเครือข่ายสารสนเทศขององค์กร

-มาตรการด้านการควบคุมการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

-มาตรการด้านการใช้งานอินเทอร์เน็ตและการใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์

-มาตรการด้านการจัดหา การพัฒนาและการบำรุงรักษาระบบสารสนเทศ

-แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ การบริหารจัดการและการให้บริการข้อมูลสำคัญขององค์กร

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

กำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 ตามที่มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรงหรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย ได้กำหนด

เป็นแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการรักษาความลับของผู้ป่วยยังคงระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

- การประชุมปรึกษากรณีศึกษา [case conference] ผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจ
- การอบรมความรู้เฉพาะกรณี เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19, Long covid-19, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19
- การประชุมเพื่อนำมาตรการกลางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อมาปรับใช้ให้เป็นมาตรฐานที่เหมาะสมกับหน่วยงาน
- การนำหลักการ Visual Management ส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากร
- มีการรวบรวมชุดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ให้บุคลากรสามารถสืบค้น ค้นคว้า โดยคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การอบรมเชิงปฏิบัติการ การประเมิน การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ตามหลัก

4 S

- การอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลและป้องกันโรคปอดบวมแทรกซ้อนในผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้มีการรวบรวมไว้ที่ <http://library.dmh.go.th/jvkk/> เพื่อความสะดวกในสืบค้น

(2) การระบุ good practice และขยายผล:

- แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- แนวทางการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว
- แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ให้ Case management
- การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยป้องกันโรคปอดบวมแทรกซ้อน
- การบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ตามหลัก 4S
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน
- แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะง่วงซึม (Over sedation)
- การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโปรแตสเซียมต่ำ
- แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

- การจัดให้มีกิจกรรมคุณภาพขององค์กรทุกปี ส่งผลให้บุคลากรเกิดความตระหนัก ตื่นตัวในการสร้างกระบวนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน
- การสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานวิชาการ และให้โอกาสนำเสนอผลวิชาการในเวทีต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- สนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำความรู้จากผลงานวิชาการต่างๆสู่การปฏิบัติงานประจำและ/หรือ การขยายผล และ/หรือต่อยอด

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>-การพัฒนาระบบการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตออนไลน์ [Line Official Account: KHUIKUN] -Smart Hospital ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ -ผลการประเมินการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (green & clean Hospital) ระดับดีมาก -การพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลแบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย</p>			
<p>v. แผนการพัฒนา</p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การวัดผลการดำเนินงาน	3.5	L	-การเพิ่มคุณภาพของตัวชี้วัดทุกระดับ
2. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3.5	L	-การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มขององค์กร
3. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	4	I	-พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร (MIS) เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจ -การพัฒนาฐานข้อมูลผู้รับบริการกลุ่มเข้มแข็ง
4. การจัดการระบบสารสนเทศ	4	I	-พัฒนาระบบรายงานความเสี่ยง -พัฒนาระบบ File Sharing (Data center) -พัฒนาเทคโนโลยีแบบ Web Application ใช้ฐานข้อมูลและ Source code แบบ Open Source ใช้งานในลักษณะ Intranet
5. ความรู้ขององค์กร	4	I	-พัฒนาระบบเว็บไซต์ห้องสมุดเชื่อมต่อกับห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และสถาบันทางวิชาการ -พัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-5 กำลังคน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ชีตความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละบุคลากรปฏิบัติงานตามระเบียบของทางราชการ	ร้อยละ 100	100	100	100	99.75	100
2. อัตราการคงอยู่ / ลาออกของบุคลากร	ร้อยละ 95	97.87	97.22	98.33	97.63	99.44
3. ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร -ชรก/ลป/พรก /พกส/ลค	ระดับ 5	5	5	5	5	5
4. ร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 90	96.54	97.22	94.14	95.60	99.39
5. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องสิทธิประโยชน์ของบุคลากร	ครั้ง < 0	0	0	0	1	1
6. ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาให้มีความรู้) และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)	ร้อยละ 80	เริ่มเป็นตัวชี้วัดในปี 2563			85.29	95.66
7. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรความสุข (Happy Organization)	ระดับ 5	5	5	5	5	4.98
8. ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	>90	82.14	NA	NA	ไม่ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพเนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19	
9. ร้อยละความพึงพอใจของการให้บริการ	ร้อยละ 80	100	100	96	98.5	93

ii. บริบท

กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร:

โครงสร้างการบริหารจัดการด้านกำลังคน รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การบริหารด้านกำลังคน (HRM) การพัฒนาบุคลากร (HRD) รับผิดชอบโดย กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ขึ้นตรงกับกลุ่มภารกิจอำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ โดยมีอัตรากำลังทั้งหมด ดังนี้

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	199	49.14
ลูกจ้างประจำ	29	7.16
พนักงานราชการ	28	6.91
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	101	24.94

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลูกจ้างชั่วคราว	3	0.74
จ้างเหมาบริการ	45	11.11
รวม	405	

การบริหารบุคลากรมุ่งเน้น ให้คนทำงาน เก่ง ดี มีความสุข มีกลยุทธ์องค์กร คือ สร้างเสริม แรงจูงใจและบรรยากาศให้เอื้อต่อการทำงานพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้เพียงพอ และส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการและการจัดการความรู้

สมรรถนะหลักขององค์กร:

- 1.เป็น Excellence Center ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- 2.ให้บริการระดับสูงกว่าตติยภูมิอย่างครบวงจร โดยทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช
- 3.มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้มแข็ง

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน:

กลุ่มข้าราชการ : ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ได้ทำงานที่คุณค่า มีความท้าทาย โอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ระดับของการได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจ

กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข – ลูกจ้างชั่วคราว : ต้องการบรรจุเป็นข้าราชการ ความมั่นคงในงาน สิ่งแวดล้อม ในการทำงาน ความไว้วางใจ ความร่วมมือ ความสัมพันธ์ ความเป็นธรรม

กลุ่มจ้างเหมา : มีความต้องการค่าตอบแทนที่สูงขึ้น

นอกจากปัจจัยที่กล่าว เพื่อให้การพัฒนาด้านกำลังคนให้มีความผูกพัน และอัตราการคงอยู่กับองค์กร โรงพยาบาลฯ ได้มีแบบสำรวจความผูกพันในองค์กรโดยเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานมาสำรวจบุคลากรแล้วนำผลที่ได้จากการสำรวจแต่ละด้านที่มีค่าเฉลี่ยความขุ่นน้อยนำมาจัดทำโครงสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับบุคลากร เพื่อให้บุคลากรได้มีความสุขและรู้สึกผูกพันในองค์กรมากขึ้น นอกจากนี้ยังได้มีการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรกับเพื่อนร่วมงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรกลุ่มงานที่ภาระงานคล้ายกัน เช่น กลุ่มการพยาบาล ได้หมุนเวียนงานปีละ 1 ครั้ง ส่งผลให้ความผูกพันต่อองค์กรภาพรวมเพิ่มขึ้น มีอัตราการโอน ย้ายและ ลาออกจากองค์กรลดลง และ พบว่าบุคลากรที่เคยลาออกกลับมาสมัครเป็นบุคลากรใหม่อีกครั้ง ได้แก่ วิชาชีพพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน:

1. ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัย โรงพยาบาลฯ ได้กำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัยตาม

- ข้อบังคับขององค์กร กฎระเบียบด้านอาชีวอนามัย
- นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- นโยบายงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- พรบ.ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ
- ตรวจสุขภาพและการให้วัคซีน ประจำปี โดยโรงพยาบาลได้มีมาตรการให้บุคลากรต้องได้รับการฉีด

วัคซีนทุกคนตามฤดูกาลและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆของโรคอุบัติใหม่ทุกคน เช่น การรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ และวัคซีนการป้องกันการติดเชื้อของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแพร่ระบาดตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน

2.การจัดอุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงาน

- มีการประเมินกลุ่มเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ได้แก่ งานรังสีเทคนิค มีชุดและอุปกรณ์ป้องกันแสงรังสี สำหรับผู้ปฏิบัติงาน - งานเอ็กซเรย์ มีอุปกรณ์ตรวจสอบปริมาณรังสีติดประจำตัว มีอุปกรณ์ป้องกันรังสี - วอร์ด ER งานบำบัดน้ำเสีย งานจ่ายกลางและซักฟอก มีอุปกรณ์ PPE

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

iii. กระบวนการ

1-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:

เป้าหมายของโรงพยาบาล คือบุคลากรมีความเพียงพอและมีขีดความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพจึงได้มีการประเมินกำลังคน ดังนี้

1. คณะกรรมการ HRD มีการสำรวจและวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรตามกลุ่มงาน/งานต่างๆ ทุกปีงบประมาณเพื่อจัดทำแผนอัตรากำลังสำรองประจำปีงบประมาณ หากพบว่ามีความขาดเกิน/งานที่ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานระหว่างปีงบประมาณนั้นๆ ที่เกิดจากบุคลากรเกษียณ ลาออก โอน/ย้าย จากราชการเพื่อความต่อเนื่องและให้งานเกิดประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานแก้ปัญหาโดยมีอัตรากำลังสำรองที่ถูกบรรจุไว้ในแผนปีงบประมาณมาทดแทน และหน่วยงานได้ทำ Action Plan อัตรากำลังคนไว้ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 เพื่อรองรับในหน่วยงาน

2. มีการประเมินและวิเคราะห์อัตรากำลังคนในสายงานที่จำเป็นต่อระบบบริการหลัก เช่น ตำแหน่ง นายแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอตาม FTE เนื่องจากมีภาระงานที่มากขึ้นและบุคลากรเกษียณ ลาออก โอน/ย้าย จากราชการ หน่วยงานได้วางแผนการสรรหาบุคลากร ทดแทนอัตรากำลังที่ขาด เช่น การรับ โยกย้าย ได้กำหนดแนวทางไว้ต้องมีบุคลากรทดแทนจึงสามารถโยกย้ายได้ จึงทำให้มีจำนวนบุคลากรมีความเพียงพอและมีขีดความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและนอกจากนี้หน่วยงานมีการประเมินผลการดำเนินงานและสมรรถนะบุคลากรทุก 6 เดือนโดยกำหนดตัวชี้วัดตามบริบท เช่น ตัวชี้วัดตามนโยบายปริมาณ/ลักษณะงาน ระเบียบราชการ เป็นต้น ผู้รับการประเมินต้องได้รับการชี้แจงเกณฑ์การประเมินผล และสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้

ในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล มีความพอเพียงตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนด แต่ความต้องการของพยาบาลในการให้บริการยังสูงกว่ากรอบอัตรากำลังที่กำหนด ซึ่งทางรพ.แก้ไขโดยการจ้างเหมาบริการมาให้บริการจนพอเพียง กลุ่มสนับสนุนบริการยังมีต่ำกว่ากรอบอัตราบริการที่กำหนดมาให้ รพ.ได้มีการจ้างเหมาบางส่วนมาเพิ่มเติม ให้สอดคล้องกับภาระงานและสอดคล้องต่อสถานการณ์ทางการเงินของรพ. ความเพียงพอของกำลังคน เพื่อให้มีกำลังคนเพียงพอที่จะบรรลุผลสำเร็จของงาน ดำเนินการดังนี้

- สำรวจ ข้อมูลบุคลากร
- วิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงาน
- จัดทำแผนอัตรากำลัง 5 ปี

สำหรับบุคลากรใหม่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะได้รับการพัฒนาบุคลากรใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรใหม่ (ที่บรรจุใหม่ / รับโอน / ย้ายมาจากที่อื่น) และการพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการ ดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากรที่บรรจุใหม่ / รับโอน / ย้าย กลุ่มงานวิชาการร่วมกับคณะกรรมการต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะดำเนินการตามแผนปฐมนิเทศประจำปีให้แล้วเสร็จอย่างน้อยภายใน 1 เดือนแรก โดยมีหัวข้อที่เป็นภาพรวมขององค์กรที่บุคลากรใหม่ควรรู้ 6 เรื่อง ได้แก่ โครงสร้างองค์กรและภาพรวมในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การบริหารและพัฒนาบุคลากร ระบบบริหารงานคุณภาพ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การป้องกันอัคคีภัยและการป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล หลังจากนั้นบุคลากรใหม่ทุกคนจะต้องได้รับการสอนงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยหัวหน้าฝ่าย/ กลุ่มงาน หรือหัวหน้างาน เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการเพื่อให้บุคลากรใหม่มีความรู้ความเข้าใจตามขั้นตอนปฏิบัติงานที่กำหนดไว้

2. การพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการ มีขั้นตอนการพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ ดังต่อไปนี้

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.1 การอบรมหรือพัฒนาภายในโรงพยาบาล เช่น การเข้าร่วมโครงการฝึกอบรม /สัมมนา / ประชุมเชิงปฏิบัติการในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการใช้วิธีสอนงานการเป็นที่เลี้ยงและหรือการศึกษาด้วยตนเอง เป็นต้น

2.2 การอบรมหรือส่งบุคลากรพัฒนาภายนอกโรงพยาบาล โดยหน่วยงานอื่นๆเป็นรับผิดชอบโครงการ

2.3 การลาศึกษาต่อตามโควตาที่ กรมสุขภาพจิตกำหนด

หลังจากการพัฒนาบุคลากรเสร็จสิ้นแล้ว บุคลากรทุกคนจะต้องประเมินผลการ พัฒนาของตนเองและมีการประเมินจากผู้บังคับบัญชา ภายใน 1- 3 เดือน ตามแบบฟอร์มการติดตามผลการพัฒนาฯ ที่กรมสุขภาพจิต กำหนด

3. สำหรับบุคลากรที่จะเกษียณอายุราชการหรือเข้าร่วมโครงการ Early Retire ได้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนการสอนงานในส่วนที่รับผิดชอบให้แก่บุคลากรที่จะมาปฏิบัติงานทดแทน จนกระทั่งสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่นั้นได้

(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:

โรงพยาบาลมีวิธีการสรรหาบุคลากร เพื่อให้มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติตรงตามแผนอัตรากำลังที่กำหนดไว้ กระบวนการสรรหาพนักงาน ดำเนินการดังนี้

1. วางแผนการสรรหาและคัดเลือก
2. กำหนด คุณลักษณะ ลักษณะงาน (job description) และมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง(qualification)
3. ประชาสัมพันธ์เพื่อสรรหา
4. คัดเลือก
5. เซ็นสัญญา

ในการดำเนินการสรรหาในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ โรงพยาบาลจะต้องคำนึง ภาระงาน คุณลักษณะ ลักษณะงาน (job description) สถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาล นำมาประกอบในการสรรหา ในแต่ละครั้ง

โรงพยาบาล พยายามรักษากำลังคนและลดอัตรการลาออก โดย

- ปรับอัตราค่าจ้างของลูกจ้างชั่วคราว ให้เท่ากับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจูงใจ และจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการจ่ายเงินค่าตอบแทน
- จัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ให้กับบุคลากร ได้แก่ บ้านพัก ที่จอดรถ หอพักบุคลากร
- จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันของบุคลากร เช่น กิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD)
- ยกย่องเชิดชูผู้ที่มีผลงานดี ความประพฤติดี มีความเสียสละในการปฏิบัติงาน และสร้างชื่อเสียงให้กับองค์กรโดยการให้เปอร์เซ็นต์การขึ้นเงินเดือนเป็นพิเศษและมอบเกียรติบัตรพร้อมโล่ ในกลุ่มของข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ทุกประเภท

(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:

จากการวิเคราะห์การโอน ย้ายลาออกของบุคลากร ปี 2563 และ ปี 2564 (6 เดือนแรก) พบว่า ในปี 2563 มีบุคลากรโอน ย้าย ลาออก คิดเป็น 1.01% และ 0.72 % ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างมากกลุ่มที่ลาออกส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ที่คิดว่ายังไม่มั่นคงในหน้าที่การจึงต้องการไปประกอบอาชีพอื่นที่มั่นคงกว่า โอกาสในการพัฒนาประเมินกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวที่มีผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานเข้าสู่ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเงินเดือนค่าจ้างที่สูงกว่าและมีสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่า

(4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

- มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล มีการควบคุมกำกับการทำงานโดยหัวหน้าหน่วยงานและมีเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัด

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- มีการจัดโครงสร้างการทำงาน เพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ขององค์กรโดยกำหนดให้มีทีมนำ ทีมประสาน ทีมนำ เฉพาะด้าน และหน่วยงานต่างๆ งานสุขภาพจิต มีการจัดแยกบริการและดูแลโดยให้ผู้ป่วยได้พบกับจิตแพทย์เป็นประจำ

I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน

(2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

- นโยบายซัพพอร์ตโดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสวมหมวกกันน็อคหรือคาดเข็มขัดนิรภัย เมื่อเข้าออกโรงพยาบาล

- นโยบาย IC กำหนดให้เจ้าหน้าที่ให้บริการโดยยึดหลัก 2P Safety

- นโยบายการจ่ายค่าตอบแทน ณ.11 รพ.มีการกำหนดแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง

- การพิจารณาความดีความชอบเพิ่มเงินเดือนตามผลการปฏิบัติงาน มี 5 ระดับ คือ ปรับปรุง พอใช้ ดี ดีมาก ดีเด่น โดย ร้อยละเงินที่เพิ่มจะเพิ่มตามระดับการประเมิน

- การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กร โดยมีผู้บริหารระดับสูงร่วมกิจกรรมด้วย จัดกิจกรรมกีฬาประจำปี งานปีใหม่ งานสงกรานต์ และ งานมุทิตาจิตผู้เกษียณ เป็นต้น

- ร้านค้าสวัสดิการภายในโรงพยาบาล ลานกีฬาเพื่อออกกำลังกาย และมีบ้านพักสำหรับบุคลากร ให้สิทธิประโยชน์ ในด้านอื่นๆ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาล กรณีพักรักษาในโรงพยาบาลจัดห้องพิเศษให้บุคลากรทุกระดับ จัด สวัสดิการให้เงินช่วยเหลือแก่บุคลากรและครอบครัวที่เสียชีวิต บุคลากรเกษียณอายุราชการ สงเคราะห์เงินสวัสดิการ จัดงานมุทิตาจิต และการจัดสวัสดิการรักษายาบาล

I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบบก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:

การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบบก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน :

- เครื่องป้องกันของเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานในหน่วยซักฟอกและหน่วยจ่ายกลาง หรืองานเคมีบำบัด ได้จัดหาอุปกรณ์

- ให้เพียงพอ การเฝ้าระวังรังสีตะกั่ว จัดให้มีแถบวัดรังสีส่วนบุคคล และเสื้อตะกั่ว ให้งานเอ็กซ์เรย์ และงานทันตกรรม

- การให้ภูมิคุ้มกันวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ แก่เจ้าหน้าที่ทุกราย

(2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:

การตรวจสุขภาพประจำปีและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบุคลากร

- มีส่งเสริมให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกบ่ายวันพุธทั้งในระดับโรงพยาบาลและในที่ปฏิบัติงาน

- มีการจัดตั้งกลุ่มรักสุขภาพ เป็นกลุ่มวิ่งเพื่อสุขภาพ มีกิจกรรมต่อเนื่องมาแล้ว 1 ปี ปัจจุบันปี 2564 มีสมาชิกทั้งหมด 41 คน

- มีกลุ่มไลน์ตลาดนัด JVKK ขายของแบบออนไลน์ โดยมีสมาชิกในปัจจุบันมีจำนวน 147 ราย

(3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:

มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าทำงาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป และเพิ่มเติม เช่น

- พนักงานขับรถ มีการตรวจเพิ่มเติม ด้านการมองเห็นและการตรวจสารเสพติด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- พนักงานประกอบอาหาร มีการตรวจเพิ่มเติมโรคติดเชื้อทางเลือด

มีการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลรวมทั้งมีการตรวจติดตามหากพบความผิดปกติ นำผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรมาวิเคราะห์ให้คำแนะนำและการรักษาที่สอดคล้องกับผลตรวจที่ผิดปกติ

(4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

1. กรณีที่เจ้าหน้าที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ เช่น โรคมะเร็ง ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ได้จัดให้ปฏิบัติงานเฉพาะในเวลาราชการหรือให้ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) ส่วน

2. เจ้าหน้าที่มีอาการ Office Syndrome แนวทางการแก้ไขพิจารณาปรับลักษณะงาน ช่วงเวลาในการทำงานภายใน หน่วยงานเบื้องต้น หรือย้ายจุดทำงานตามความเหมาะสม

I-5.2 ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

- การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี: ผู้นำองค์กรและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี จนมีผลสัมฤทธิ์ได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่น

- มีการถ่ายทอดค่านิยมขององค์กร จากทีมนำสู่ผู้ปฏิบัติ จากการประเมิน Rapid Assessment ที่ผ่านมา ผลยังไม่ดีพอ มีแนวทางการทำ Leadership Walk Round เพื่อให้การถ่ายทอดมีผลสัมฤทธิ์เพิ่มมากขึ้น

- ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านศักยภาพการทำงาน และบรรยากาศในการทำงานที่ดีขึ้น พร้อมทั้งเสริมสร้างความรักความสามัคคีและความผูกพันในองค์กรโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ เช่น งานทำบุญ ครอบรอบประจำปีของโรงพยาบาล งานปีใหม่ งานกีฬาภายในและภายนอกโรงพยาบาล กิจกรรม OD

- การสร้างขวัญกำลังใจ การยกย่อง/ชมเชย/ให้รางวัล คนทำดี หรือหน่วยงานมีผลงานเด่น เช่น ด้านการพัฒนางาน ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านการเสียสละ เป็นต้น ส่งเสริม สนับสนุนบุคลากรที่มีผลงานดี/มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เข้าประชุมเสนอผลงาน เข้ารับการคัดเลือก พร้อมทั้งได้รับการเลื่อนเงินเดือนเป็นกรณีพิเศษ

(2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:

จากการประเมินความผูกพันขององค์กรโดยใช้วิธีการกรอกแบบสอบถาม โดยมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 313 จากจำนวน 361 คนคิดเป็นร้อยละ 86.70 และพบว่าค่าเฉลี่ยความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร มีจำนวนร้อยละ 99.98 จากการสำรวจในหัวข้อ ดังนี้

- 1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 5.47 คิดเป็นร้อยละ 99.94
- 2.ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 5.48 คิดเป็นร้อยละ 100
- 3.ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ย 5.50 คิดเป็นร้อยละ 100
- 4.ความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมในองค์กร มีค่าเฉลี่ย 5.48 คิดเป็นร้อยละ 100
- 5.ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีค่าเฉลี่ย 5.45 คิดเป็นร้อยละ 100
- 6.ความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร มีค่าเฉลี่ย 5.46 คิดเป็นร้อยละ 100
- 7.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว มีค่าเฉลี่ย 5.48 คิดเป็น

99.92

นอกจากการสำรวจแล้วหน่วยงานยังเพิ่มสวัสดิการต่างๆให้กับบุคลากรทุกระดับชั้นด้วยวิธีการสร้างความผูกพันต่อองค์กร ดังนี้

- 1.จัดสวัสดิการบ้านพักให้เจ้าหน้าที่
- 2.สวัสดิการให้การช่วยเหลือใน โอกาสต่างๆ
- 3.โครงการธรรมะปัญญาพัฒนาชีวิต
- 4.โครงการกายใจ ดี มีสุข (happy heart to happy society)

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

5.สวัสดิการเยี่ยมไข้เมื่อเจ็บป่วยและห้องพิเศษ

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

- ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน ใช้ประเมินผลประเมินสมรรถนะหลักและผลสัมฤทธิ์ของการทำงานของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานเป็นตัวกำหนดให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ มีการประเมินผลทุก 6 เดือนผู้รับการประเมินต้องได้รับการชี้แจงเกณฑ์การประเมินผลและสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้

- การประเมินที่ได้ ทำการประเมินโดยหัวหน้ากลุ่มงาน/งาน ตามลำดับรับรองผลการประเมินโดยคณะกรรมการกลั่นกรองผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการพิจารณาฯ

I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) Learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
1.ผู้บริหารระดับสูง	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะผู้นำสำหรับผู้บริหารการมอบหมายงานอย่างมีประสิทธิภาพ - การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสร้างทีม - การพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะตามสายงานในการพัฒนาองค์กร - การเพิ่มพูนความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ - การสร้างสุขในองค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> - การศึกษาด้วยตนเอง - การเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้บริหาร - ฝึกอบรม/สัมมนาการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการบริหาร/การจัดทำแผน - การประชุม/อบรมวิชาการ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้
2.หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะผู้นำการสื่อสารการสั่งการและการติดตามงาน - การสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ใต้บังคับบัญชาและทักษะความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาวิชาชีพ - การพัฒนาสมรรถนะหลักและสมรรถนะตามสายงานในการพัฒนาองค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> - การศึกษาด้วยตนเอง - การฝึกอบรม OD - อบรมนอกหน่วยงานเช่นหลักสูตรการบริหารการพยาบาล - ศึกษาดูงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล - สร้างแรงจูงใจและความสุขในการทำงาน
3.ผู้ปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - จิตสำนึกในการให้บริการ - การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล - การพัฒนาคุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การศึกษาด้วยตนเอง - การฝึกอบรม OD&ESB - อบรมในและนอกหน่วยงาน - การสอนงานในขณะปฏิบัติจริง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	- การทำงานเป็นทีม และความรู้เฉพาะสาขาวิชาชีพ	
4.บุคลากรใหม่	- ประวัติความเป็นมาของ องค์กรวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จุดเน้นองค์กร โครงสร้างองค์กร - กฎระเบียบข้อปฏิบัติและ สวัสดิการจรรยาบรรณ พนักงาน/จรรยาบรรณวิชาชีพ - คุณธรรมและจริยธรรม สำหรับผู้ปฏิบัติงาน - จิตสำนึกในการให้บริการ การป้องกันและควบคุมการติด เชื้อในรพ.	- ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ - การสอนงานในขณะที่ปฏิบัติงาน - การศึกษาด้วยตนเอง - จัดอบรมภายใน เช่นอบรมกรอบความรู้เรื่อง HA. อบรมความรู้IC,การฟื้นคืนชีพ,อบรมความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัย ฯลฯ

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

- กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลมีการบันทึกประวัติการอบรม/สัมมนา/ประชุมทั้งในและนอกจังหวัด ของบุคลากรทุกคนเพื่อใช้ประกอบการวางแผนการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของบุคลากรแต่ละคนและให้บุคลากรทุกคนจัดทำแผนพัฒนางานโดยใช้ความรู้ที่ได้จากการไปประชุม/อบรม เสนอหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานพิจารณาสนับสนุนการดำเนินงานต่อไป

- การประเมินผลการพัฒนาจะประเมินหลังการอบรม /ประชุมและได้มีการติดตามประเมินทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ ปีละ 2 ครั้ง พบว่าเวลาให้บริการจริงๆ ในบางกิจกรรมที่นานๆ ให้บริการมักจะลืมนิ่งได้วางแผนในการติดตามประเมินทุก 3 เดือน

- ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อส่งผลงานประกวดงานการพัฒนาคุณภาพในระดับประเทศ

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

- มีการส่งบุคลากรที่มีความพร้อมที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง ไปฝึกอบรม ในหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง ของกรมสุขภาพจิต

- ภายในองค์กรมีการแต่งตั้งหัวหน้างาน ในกลุ่มงานต่าง ๆ โดยดูสมรรถนะของแต่ละบุคคล แต่งตั้งโดยผ่านความเห็นชอบของหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

และที่ผ่านมามีการกำหนดการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้ให้บุคลากรสรุปทเรียนและความรู้ที่ได้รับในการพัฒนาตนเอง และองค์กร นำเสนอต่อผู้บริหารพร้อมกับการเบิกค่าเบี้ยเลี้ยงในการเข้ารับอบรมประชุมต่างๆแต่ขาดการติดตามประเมินผลพบโอกาสพัฒนาการกำหนดแนวประเมินผลติดตามการนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนางานและตนเองอย่างเป็นรูปธรรม

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันขององค์กร แบบออนไลน์

v. แผนการพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- การฝึกอบรม Managerial Competency ของทีมนำ /หัวหน้ากลุ่มงาน
- พัฒนาการประเมินขีดความสามารถของบุคลากร 4 ระดับ เพื่อหา GAP ในการพัฒนา
- ส่งเสริมกลุ่มการออกกำลังกาย ขยายผลให้มีญาติหรือบุคคลภายนอกที่สนใจ

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
21.ขีดความสามารถและความเพียงพอ	3.0	L	- อ้างอิงตาม FTE ที่ตั้งนี้หากวิเคราะห์ภาระงานแล้วมีความ จำเป็นต้องการบุคลากรต่อการให้บริการ โรงพยาบาล มีนโยบายจ้างเหมาบริการสำรอง เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป
22.สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน	3.5	L	- มีการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคที่อาจเกิดจากการ ท างานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพก่อนเข้า
23.การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน	3.5	L	- ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มในโรงพยาบาลต่อกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ
24.ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน	3.0	L	- วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจทุกปี โดยนำมาจัดลำดับความ สำคัญและวางแผนในการ ตอบสนองความต้องการ
25.การพัฒนากำลังคนและผู้นำ	3.0	L	- ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (KM)ในบุคลากรทุกระดับ - โรงพยาบาลมีการจ่ายตอบแทนให้กับส่งเสริมการสร้างสรรคผลงานวิชาการและนวัตกรรม - ส่งเสริมสนับสนุนให้มือบรมวิชาการพัฒนาความรู้ ตามสาขาวิชาชีพ 1คน/ครั้ง/ปี และสายสนับสนุนตามความจำเป็น - ประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้งานในหน้าที่ที่ปฏิบัติและรับผิดชอบ 1ครั้ง /ปี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

I-6 การปฏิบัติการ

<p>i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ] ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ผลผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสู่ความเป็น Smart hospital	5 คะแนน	NA	NA	NA	5	5
2.ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย 8.1 ความคิดเห็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย -ระดับดีเยี่ยม -ระดับดีมาก -ระดับยอมรับได้	จำนวนบุคลากร/จำนวนที่ตอบ	NA	NA	NA	355/294 (82.81) 17.3% 54.8% 27.2%	406/342 (84.24) 22.3% 62.5% 14.7%
3.ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทบทวน ปรับปรุงและพัฒนามาตรการป้องกัน	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	100	100
<p>ii. บริบท ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ: โรงพยาบาลมีข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยและ นโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข” (2P safety) ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ: 1.หน่วยบริการ/โรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ -รับส่งผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มาจากสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 และนอกเขต -ให้บริการเพื่อการเข้าถึงบริการการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษาผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 7 และนอกเขต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ หายทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และลดอัตราการฆ่าตัวตาย -รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศ -ค้นหาคัดกรองการเข้าสู่บริการ การติดตามเฝ้าระวังของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2.โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ</p>						

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-แนวทางการให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

-แนวทางการดูแลผู้ป่วย SMIV

-แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กับ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

3.สถานบริการจากเขตบริการสุขภาพที่ 7

ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ

-เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท, ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ ผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สุราและสารเสพติด

-ประสานงานนโยบายลงสู่พื้นที่เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการบริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

-กำหนดแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ พัฒนาเทคโนโลยีในการบริการ

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ

-กำหนดเขตพื้นที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ

-แนวทางการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการ

ข้อกำหนด ในการปฏิบัติงาน

-ให้บริการที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน

-การเบิกจ่ายตามระยะเวลาที่กำหนด

5.สำนักงานประกันสังคม

ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ

-กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

-สนับสนุนค่าตอบแทนบุคลากรในหน่วยงานเฉพาะทางตติยกรรม

ข้อกำหนด ในการปฏิบัติงาน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

6.สำนักงานประมาณ

ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ งบประมาณประจำปี

ข้อกำหนด ในการปฏิบัติงานตามระเบียบสำนักงานประมาณ

7.ผู้ส่งมอบ (Suppliers)

-บริษัทยา

-บริษัทเครื่องมือแพทย์

ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบ เวชภัณฑ์ยาและวัสดุทางการแพทย์

ข้อกำหนด ในการปฏิบัติงาน

-ส่งมอบสินค้าและบริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของโรงพยาบาล

-ความตรงเวลา

-การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านกฎระเบียบของทางราชการ

-การดูแลบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-เป็นนโยบายด้านสุขภาพจิตของ WHO, กระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย

-การได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการเพื่อเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย

-พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพจิต โดยเน้นการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายให้เหมาะสมกับบริบทคนไทย

-การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกี่ยวกับ Information Technology เช่น ไทยแลนด์ 4.0 การเข้าถึงข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมด้าน IT และการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ประโยชน์ การนำระบบสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงง่าย ช่วยส่งผ่านองค์ความรู้ด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายง่าย และสะดวกมากขึ้น นโยบายการประกันคุณภาพบริการ HA/HPH/QA/PMQA เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ

-สร้างและพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงองค์ความรู้ด้านสุขภาพและจิตเวช

-พัฒนาระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิต

-บูรณาการระบบบริการสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ เช่นผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วย SMIV และผู้สูงอายุสมองเสื่อม

-มีรพ.สุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการง่ายตามข้อกำหนด และลดความเสี่ยงในชุมชน ปกป้องผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วย

-เป็นองค์กรขนาดใหญ่ เป็นที่รู้จักของชุมชน บุคลากรระดับผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ หรืออยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน เอื้อต่อการประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการ

-มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษา เดินทางสะดวก

-มีระบบการฝึกอบรมและหลักสูตรฝึกอบรมที่พร้อมสำหรับการพัฒนาให้ผู้ผ่านการอบรมมีความเชี่ยวชาญ เช่น หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ การพยาบาลเฉพาะทาง และหลักสูตรการพัฒนาสหวิชาชีพในเครือข่ายระยะสั้น

การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน:

เป็นสถาบันสมทบในการฝึกอบรม:

- 1.เป็นสถาบันสมทบในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
- 2.เป็นสถาบันสมทบในการฝึกอบรมด้านพยาบาลและเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- 3.จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
- 4.จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 5.เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมศรีมหาสารคาม วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมศรีมหาสารคาม วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย กายพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญในโรงพยาบาล ได้แก่ ภัยแล้ง ไฟดับ ไฟไหม้ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID -19

- ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ภัยทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม ภัยแล้ง วาตภัย ภัยจากการกระทำของมนุษย์ การแพร่ระบาดของโรค รวมถึง social crisis เป็นต้น

iii. กระบวนการ

I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

(1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญ โรงพยาบาลได้ระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ เพื่อออกแบบบริการ ดังนี้

1.ด้านกฎหมาย มาตรฐานและนโยบาย ประกอบด้วย พรก. ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ Covid-19 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย นโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข” (2P safety) ประกาศของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เรื่อง นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข มาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ นโยบายงดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาล นโยบายสวมหมวกนิรภัย/เข็มขัดนิรภัย

2.ด้านสิทธิผู้ป่วยและการตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลให้บริการอย่างมีคุณภาพและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน และให้บริการอย่างเท่าเทียม และตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เช่น การจัดบริการตรวจรักษาระบบทางไกล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ฯลฯ

3. ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล มีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีความเพียงพอ สอดคล้องกับภาระงานและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างเสริมขวัญและกำลังใจ

4.ด้านข้อมูลข่าวสารและการรักษาความลับของผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์และถูกต้องทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญในการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย

(2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:

โรงพยาบาลมีระบบการออกแบบกระบวนการทำงานในสองรูปแบบคือ 1) ตามพันธกิจโดยระบบบริหารองค์กรซึ่งกำกับโดยกลุ่มภารกิจ และตามประเด็นคุณภาพ กำกับโดยคณะกรรมการคุณภาพที่เกี่ยวข้องออกแบบระบบการทำงานและเสนอผ่านคณะกรรมการคุณภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและนำเสนอผ่านคณะกรรมการบริหารคุณภาพเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากผู้อำนวยการ และ 2) คณะกรรมการคุณภาพออกแบบระบบการทำงาน และนำเสนอผ่านคณะกรรมการบริหารเพื่อออกรายละเอียดเห็นชอบและขออนุมัติผ่านผู้อำนวยการเพื่อให้หน่วยปฏิบัติ กระบวนการขององค์กร ดังนี้

ก.กระบวนการหลัก (Core process) (ตามพันธกิจ)

1.กระบวนการวิจัยและพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย

1.1 กระบวนการวิจัย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- 1.2 กระบวนการแสวงหาแหล่งทุน
 - 1.3 กระบวนการสร้างเครือข่าย
 - 1.4 กระบวนการเผยแพร่
 - 1.5 กระบวนการจัดการความรู้
 2. กระบวนการฝึกอบรม
 - 2.1 กระบวนการพัฒนาหลักสูตร
 - 2.2 กระบวนการบริหารจัดการหลักสูตร
 3. กระบวนการบำบัดรักษา
 - 3.1 กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
 - 3.2 กระบวนการประเมินผู้ป่วย
 - 3.3 กระบวนการวางแผนการรักษา
 - 3.4 กระบวนการดูแลรักษา
 - 3.5 กระบวนการให้ข้อมูลเสริมพลัง
 - 3.6 กระบวนการดูแลต่อเนื่อง
 4. กระบวนการ พัฒนากำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 4.1 กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่
 - 4.2 กระบวนการพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่สอดคล้องกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 7
 - 4.3 กระบวนการสนับสนุน/นิเทศ/Coaching ให้เครือข่ายสุขภาพจิตใน เขตสุขภาพที่ 7
 - ข. กระบวนการสนับสนุน (Support process)
 1. ระบบบริหารแผนยุทธศาสตร์
 - 1.1 กระบวนการควบคุมภายใน
 - 1.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
 - 1.3 กระบวนการบัญชีและการเงิน
 - 1.4 กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล
 2. ระบบการติดตามปรับปรุงผลการดำเนินงานกระบวนการเรียนรู้และรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ
 - 2.1 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 2.2 กระบวนการบริหารจัดการทั่วไป
 - 2.3 กระบวนการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)
- (3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ:
- หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ:
 - มีพัฒนาการใช้ CPG Guideline โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และนำมาสู่การปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีการปรับเกณฑ์การคัดเข้าและเนื้อหาที่ชัดเจนและครอบคลุมผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและมีมาตรฐาน
 - พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. suicide) โดยเพิ่มความเสี่ยงรายโรค

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เฉพาะ (โรค Schizophrenia, MDD, Bipolar, SMIV) และลักษณะอาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นนำไปสู่การระบุดีความเสี่งเพื่อวางแผนในการดูแล

-มีแบบการประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความสอดคล้องกับปัญหาและมีความน่าเชื่อถือโดยมีการทดสอบความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยการศึกษา น่าเชื่อถือภายใน (inter-rater reliability) ในการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (PISRA-12) พบว่า ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สัมภาษณ์วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intra – class correlation: ICC) อยู่ในระดับดีมาก

- เทคโนโลยี:

ใช้ระบบ online พัฒนาขึ้นมาเอง มีการปรับปรุงครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและคลินิกพิเศษต่าง ซึ่งเป็นโปรแกรมหลักในโรงพยาบาลนำสามารถใช้งานได้มากขึ้น

- ความรู้ขององค์กร:

มีกระบวนการ KM ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้บริหารสนับสนุนการพัฒนาวิชาการงานวิจัย, นวัตกรรม, R2R, CQI, Best practice ต่างๆ ทั้งเครือข่าย

- คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น:

ได้รับความปลอดภัย ห่างจากการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะปกติได้ พึงพอใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ อาคารสถานที่สะดวก เข้าถึงได้ง่าย เครื่องมือทันสมัยพอเพียง

- ความคล่องตัว:

จุดบริการ สะดวกมีการสื่อสารช่องทางพัฒนาและปรับการจัดบริการเป็นระบบและลดความซับซ้อนสำหรับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยทั่วไปเปิดให้บริการเวลา 07.00 – 14.00 น.ในวันราชการ กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และมีการจัดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป นอกเวลาราชการ (SMC) วันจันทร์ และวันเสาร์ โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 มีผู้รับบริการ 991 ราย ปีงบประมาณ 2564 มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 2,373 ราย ดังนั้น ปีงบประมาณ 2565 จึงมีการประชุมวางแผนขยายเวลาการให้บริการเพิ่มในวันอาทิตย์ โดยจะเริ่มดำเนินการเดือน พฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป

- ความปลอดภัย:

สื่อสารและนำวัฒนธรรมความปลอดภัย 2P Safety ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบอื่นๆในองค์กร พัฒนาความรู้ความสามารถตามสาขาวิชาชีพที่ตอบสนองต่อศักยภาพขององค์กรครบทุกสาขา

- มิตินคุณภาพอื่นๆ:

คุณภาพด้วยหัวใจทำงานการดูแลผู้ป่วยดุจญาติมิตร

(4) การควบคุมเอกสาร:

โรงพยาบาลมีระบบควบคุมเอกสารคุณภาพโดย

-เอกสารคุณภาพมีการควบคุมเอกสารโดย สำนักคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบโดยคณะกรรมการบริหารคุณภาพและอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

-มีระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจัดทำเอกสารในระบบคุณภาพ (Q-QO-001) ประกาศใช้ 11 พฤศจิกายน 2562

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-มีระบบความปลอดภัยของข้อมูลสำหรับเอกสารที่เป็นกระดาษและ Electronic file โดย

- 1) มาตรการรักษาความลับของผู้ป่วย และข้อมูลทางการรักษาของแพทย์
- 2) จัดกลุ่มและมาตรการเข้าถึงข้อมูล แต่ละประเภทแต่ละระดับชั้นของบุคลากร
- 3) การสำรองข้อมูลและเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 4) จัดระบบการขอข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีระบบติดตามเอกสาร
- 5) ในกรณีเอกสารผู้ป่วยสำคัญ เช่น นิติจิตเวช จะมีการแยกสถานที่เก็บโดยเฉพาะ

1-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

โรงพยาบาลนำกระบวนการรับรองจากองค์กรภายนอกมากำกับมาตรฐานคุณภาพ ได้แก่ มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาตรฐานการบริการในคลินิกเฉพาะโรค และมาตรฐานวิชาชีพต่าง ๆ มาใช้ ได้แก่ ระบบบริหารงานคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการรังสีวิทยา มาตรฐานระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เครื่องมือที่ใช้ปรับปรุงเพื่อเพิ่มคุณภาพงานได้แก่ การจัดการความรู้ CQI การวิจัย R2R และการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับการเรียนรู้และความสุขของคนทำงานโดยใช้โปรแกรมสติสร้างสุขในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO)

ตัวอย่างของการใช้ 3P ของโรงพยาบาล เช่น

1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วงมากจากการได้รับยา Over sedate มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลับมากจากการได้รับยา โดยแบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) ทำให้มีข้อมูลเพื่อประกอบการงานงานแพทย์เพื่อปรับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการประเมิน Sepsis ใช้กรณีอาการยังไม่เด่นชัด ใช้ Modified-SOFA score พัฒนา Standing order for Neuroleptic malignant syndrome และแนวทางการประเมิน NMS พัฒนา Flow การปฏิบัติงาน เพื่อประเมิน severity side effect จากAntipsychotic drug : Acute dystonia, Drug induce parkinsonism และ NMS เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว กรณีผู้ป่วย Obesity class II ที่จำเป็นต้อง Admit ต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ญาติลงนามรับทราบความเสี่ยงก่อนรับไว้รักษา

2) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชขุ่นขี้ขี้ขี้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยในปี 2559 ได้พัฒนาแบบคัดกรองและประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness high Risk to Violence: SMI-V) SMI-V screening test ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) เพื่อประเมินการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และมีระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V และฐานข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเขตบริการที่ 7 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ

3) กำหนดให้มีแนวทางการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ ตาม 3 CPG ได้แก่ CPG Suicide /CPG Alcohol / CPG Schizophrenia

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4) มีระบบการให้การปรึกษาควบคู่กับการสอนงานผ่านกิจกรรม การ consult ทางโทรศัพท์, กิจกรรม Tele-Medicine ซึ่งจะช่วยให้แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน ได้พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

5) มีระบบตรวจรักษา telemedicine ไปยังโรงพยาบาล เครือข่ายและขยายผลไปยังเรือนจำ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

6) จัดบริการ Modified ECT และปรับปรุงให้เหมาะสมในภาวะป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา และเป็นแหล่งพัฒนาความรู้ Modified ECT ร่วมกันคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

7) การพัฒนาโรงพยาบาล สู่ MIO hospital

8) จัดบริการยาทางไปรษณีย์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดโรค COVID-19

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน:

เพื่อให้การบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน จึงมีการจัดการทำแผนนิเทศงาน ผ่านกระบวนการ Conference ทั้งระบบ online และ onsite เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม พบว่า สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:

ปรับปรุงระบบบริการโรคจิตเวชที่ยุงยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง เรื้อรัง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ได้มาตรฐาน (Supra Tertiary Service and Serious Mental Illness to Violence) ไปปฏิบัติ นำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน 3S และปรับกระบวนการทำงาน อาทิ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลโดยการนำระบบเทคโนโลยี (Tele Medicine) มาช่วยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ในเขตบริการที่ 7 เพื่อความสะดวกในการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง เช่น งานทำความสะอาด องค์กรได้เลือกผู้ส่งมอบที่ตรงกับความต้องการขององค์กร มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ มีการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงต่อไป

I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม

โรงพยาบาลได้พัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนานวัตกรรม

ปีงบประมาณ	ผลงานนวัตกรรม
2560	โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้สติพื้นฐานต่อระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง
2561-2563	นวัตกรรมเสริมสร้างต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย ยุค 4.0 เป็นโครงการวิจัยต่อเนื่องระหว่างปี 2561-2563
2564	คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพใจในโรงพยาบาลสนาม เขตสุขภาพที่ 7

	นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย
--	--

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก

- โรงพยาบาลร่วมมือกับสถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น ฯลฯ และกรมสุขภาพจิต ในการจัดหลักสูตรและควบคุมการเรียนการสอนต่างๆ ทั้งในส่วนของแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาหลักสูตรบริหารธุรกิจ และมีการประเมินผลต่อเนื่อง ทั้งนี้ โรงพยาบาลได้กำหนดระบบงาน ดังนี้ (1) มีข้อกำหนดในการรับนักศึกษา ประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันและแหล่งฝึก (2) พัฒนาการเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอนทางคลินิก (3) สนับสนุนด้านอาคารสถานที่เทคโนโลยีและทรัพยากรที่เอื้อต่อการฝึกอบรมมีจำนวนและลักษณะผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย (4) มีระบบประเมินเทคนิควิธีการฝึก (5) มีระบบการนิเทศระหว่างการฝึกอบรม (6) ประเมินผลการฝึกอบรมผลลัพธ์ที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เพียงพอเกิดคุณภาพและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- เพื่อเพิ่มจำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน โรงพยาบาลได้สนับสนุนให้บุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยง และศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ทำให้มีครูพี่เลี้ยงและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและเพียงพอในแต่ละด้าน ส่งผลให้ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาฝึกงานอยู่ในระดับมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลมีการมอบหมายครูพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาในทุกระดับและทุกวิชาชีพร่วมกับอาจารย์ของแต่ละสถาบัน ตลอดระยะเวลาการฝึกงาน ทำให้เกิดบทเรียนในการประเมินและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติการทางคลินิกที่ถูกต้องตามมาตรฐานและความปลอดภัย
- โรงพยาบาลมีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และร่วมกันกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาต รวมถึงจัดทำเอกสารเกี่ยวกับสถานะและการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละราย นอกจากนี้ครูพี่เลี้ยงร่วมกับอาจารย์ของสถาบันการศึกษา มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิกร่วมกันผ่านการ Post conference ทุกวัน และมีการสรุปประเมินผลหลังจบกระบวนการฝึกงานในแต่ละรุ่น เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอน
- เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาต่อการสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษา และผู้รับการฝึกอบรม ด้วยการเป็นต้นแบบที่ดีโรงพยาบาลได้ให้โอกาสผู้เรียนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลเสมือนเป็นบุคลากร เช่น การประชุมวิชาการที่องค์กรจัดขึ้น เป็นต้น

I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

-นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการ เช่น การใช้ตู้คีออส การลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพอัตโนมัติ

-การพัฒนากระบวนการ Smart Hospital

-โรงพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมต่างๆ เพื่อใช้บันทึกข้อมูล ลดความผิดพลาด เช่น โปรแกรมงานบุคลากร โปรแกรมจองห้องประชุม เป็นต้น เพื่อลดความซ้ำซ้อนและตรวจสอบได้ง่าย

I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

-โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ ENV, งานอาชีวอนามัยและคณะกรรมการ HPH ซึ่งดูแลความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม

-ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล และมีระบบรายงานความเสี่ยงเมื่อพบเหตุการณ์/อุบัติการณ์ต่างๆ เพื่อให้ลงไปแก้ไขได้ทันที

-ในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทางโรงพยาบาลได้มีการเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉินได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) จัดตั้งศูนย์ EOC โดยมีผอ. เป็นประธาน (2) แต่งตั้งคณะกรรมการ EOC แบ่งเป็น 7 กลุ่มภารกิจ คือ 1) กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ (STAG) 2) กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 3) กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) 4) กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ (Risk Communication) 5) กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง (Stockpiling and Logistic) 6) กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ (Finance) 7) กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ (Liaison) (3) วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงและประชุมปรึกษาร่วมกัน (4) จัดทำแผนระคับระครองกิจการ (BCP) และแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน (5) ซ้อมแผนฯ (6) เผ้าระวังภัยพิบัติ (7) วางแผนรองรับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตหลังการแพร่ระบาด

-โรงพยาบาลจัดระบบสำรองข้อมูล 2 เครื่องและสำรองไฟติดภายใน 5-10 วินาทีป้องกันการสูญหายของข้อมูล มีการ

-กำกับควบคุมระบบสารสนเทศ

(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

● บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

การเกิดโรคระบาด มีการซ้อมแผนใส่ชุดป้องกัน (PPE) พบว่ามีความยุ่งยาก และหลายขั้นตอน มีการปรับปรุงโดยการให้บุคลากรใส่ชุด PPE เมื่อเข้าไปให้บริการผู้ป่วย เพื่อความคล่องตัวในการใส่ชุดมากขึ้น

● ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:

-มีระบบสำรองข้อมูล (Back up) ข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย (Server) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

-มีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>-มีเครื่องปั่นไฟสำรองกรณีไฟฟ้าดับ</p> <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> -กระบวนการบริหารจัดการในภาวะโรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 -ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสู่การเป็น Smart Hospital -การรักษาระดับมาตรฐาน Green & Clean Hospital <p>v. แผนการพัฒนา</p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26.การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3.5	L	-พัฒนาสมรรถนะองค์กรสู่ความสำเร็จในการพัฒนาสู่การเป็น Smart Hospital อย่างต่อเนื่อง -พัฒนานวัตกรรมเพื่อการลดพลังงานองค์กร -พัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย
27.การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	3	L	-นำผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการจัดคนทำงาน มาบริหารการจัดการห่วงโซ่อุปทานด้านกำลังคน
28.การจัดการนวัตกรรม	3.5	L	-พัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยใน 2P Safety
29.การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	4	I	-พัฒนาสมรรถนะและเทคนิคการถ่ายทอดความรู้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย -การออกแบบเทคโนโลยีการเรียนการสอนที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนการสอน
30.ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	4	I	-ทบทวนและปรับปรุงแผนรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ หลากหลายรูปแบบ -ซ้อมแผนรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ หลากหลายรูปแบบ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

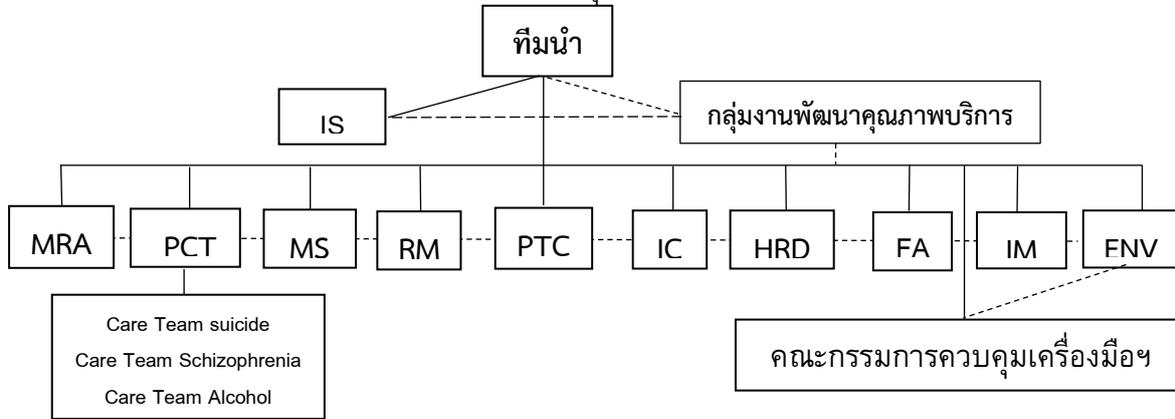
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
1.จำนวนข้อร้องเรียนที่กระทบต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร	0 เรื่อง	0	0	0	0	0
2.จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการรายงานทั้งหมด		920	1,620	1,390	712	1,398
2.1 ด้านคลินิก ระดับ E ขึ้นไป	0	9	25	10	40	82
2.2 ด้านไม่ใช่คลินิก ระดับ E ขึ้นไป	0	19	0	0	1	0
3.ร้อยละของการดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	100	100
4.อุบัติการณ์ระดับ E-F ได้รับการทบทวนเพื่อกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ	ร้อยละ 90	NA	NA	NA	100	100
5.อุบัติการณ์ระดับ G-I ได้รับการแก้ไข รายงาน และกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
6.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I ที่เกิดซ้ำ	0 รายการ	NA	NA	NA	0	0
7.จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I ที่ได้รับการแก้ไข ในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	100	100
8.ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย	จำนวนบุคลากร/จำนวนที่ตอบ	N/A			355/294 (82.81)	406/342 (84.24)
8.1 ความคิดเห็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย -ระดับดีเยี่ยม					17.3%	22.3%
-ระดับดีมาก					54.8%	62.5%
-ระดับยอมรับได้					27.2%	14.7%
ii. บริบท						
โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:						
โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่						
1) ทีมนำ เป็นคณะกรรมการที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยประธานและตัวแทนจากคณะกรรมการของทีมนำทางคลินิกและทีมระบบงานสำคัญในระบบบริหารคุณภาพทุกกรรมการ และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน โดยมีบุคลากรของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพขององค์กร 2) ทีมคร่อมสายงาน						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประกอบด้วย คณะกรรมการซึ่งเป็นทีมนำทางคลินิกและทีมระบบงานสำคัญ จำนวน 12 คณะกรรมการ ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับและติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาในแต่ละด้านเพื่อนำเสนอต่อทีมนำ 3) คณะทำงานเฉพาะโรค(Care team) ประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่วางแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นกลุ่ม High risk high volume

โรงพยาบาลได้กำหนดโครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย ดังนี้



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:

โรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ส่งเสริมการนำแนวคิด 3P มาใช้ในการกำหนดแผนการพัฒนาในทุกระดับ 2) สนับสนุนขับเคลื่อนนโยบายคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P safety) รวมถึงมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น 3) กระตุ้นให้เกิดการตามรอย การกำกับติดตามประเมินผล ระบบงานสำคัญต่างๆทั้งด้านคลินิกและด้านสนับสนุน

จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:

- 1.ขับเคลื่อนวัฒนธรรมความปลอดภัยตามนโยบาย 2P safety
- 2.สนับสนุน ผลักดันกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) และการประยุกต์ใช้โปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์ HRMS

เป้าหมายความปลอดภัย:

บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

โรคที่มีความเสี่ยงสูง:

- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคทางกายแทรกซ้อนรุนแรง มักพบในกลุ่ม Alcohol-related disorder, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกายที่มีอาการรุนแรง มักพบในกลุ่ม Alcohol-related disorder, ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคร่วมทางกาย, ผู้ป่วยสูงอายุ, obesity ,Electrolyte imbalance, Pneumonia, Hypotension, Neurological disease, Sepsis
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness High Risk to violence : SMI-V)

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:

-Unmodified ECT

-Modified ECT

iii. กระบวนการ

II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:

เพื่อส่งเสริมการนำแนวคิด 3C-PDSA มาใช้ในการวางแผนการพัฒนาในหน่วยงาน ทีมนำจึงได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) เพิ่มพูนความรู้แก่ทีมนำระบบในประเด็นดังกล่าวทั้งระบบ on-site และ online 2) ทบทวนและสื่อสารทิศทาง การนำได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจุดเน้นในการพัฒนา โดยผู้บริหารสูงสุด 3) ประชุมสื่อสารมาตรฐานในการพัฒนาคุณภาพให้ทั่วถึงทั้งองค์กร รวมถึงจัดแหล่งความรู้ที่เข้าถึงในเว็ปไซต์ รพ.4) การบูรณาการงานด้านการพัฒนาคุณภาพ เช่น ISO PMQA HS4 ให้เป็นระบบเดียวกัน 5) ส่งเสริมให้หน่วยงานนำแนวคิด ไปประยุกต์ใช้ในทุก ๆ กระบวนการทำงาน รวมถึงการประเมินตนเอง

(2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P safety) โดยจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสื่อสารให้บุคลากรทราบและถือปฏิบัติ 2) ทบทวนและกำกับติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน รวมถึงแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่องผ่านการประชุมทีมนำ 3) ปรับปรุงโครงสร้างทางการบริหารให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ที่กำหนดขึ้น 4) ผู้บริหารลงเยี่ยมหน้างานเพื่อวางแผนการรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 อย่างสม่ำเสมอ 5) การสื่อสาร เพิ่มช่องทางการประสานงาน ในไลน์กลุ่มทีมนำ 6) สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงและความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

(3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:

เพื่อประสานงานและบูรณาการการบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัยให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ จึงได้ดำเนินการ 1) ผลักดันให้ทุกหน่วยงานทบทวนภารกิจหลัก ภารกิจรอง ภารกิจสนับสนุนและตัวชี้วัด เพื่อปรับปรุงกระบวนการไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน 2) ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในระบบบริหารคุณภาพทีมต่างๆ 3) เพื่อสร้างความเข้าใจในทิศทางเดียวกันของหน่วยงาน และทีมคร่อมสายงาน รพ.มีนโยบายให้จัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติ/แนวทางปฏิบัติ/คู่มือให้เป็นเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คู่มือบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น ฯลฯ

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ขององค์กร ได้แบ่งทีมพัฒนาคุณภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับหน่วยงาน ระดับทีมคร่อมสายงาน และระดับโรงพยาบาล

(4) การทำงานเป็นทีม

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) กำหนดเป็นค่านิยมองค์กร K = Kindness = มีน้ำใจอารี (Patient and Customer Focus, Teamwork, Community Responsibility)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2) ส่งเสริมกิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกันในทุกระดับ/สาขา เช่น Big cleaning Day Case conference ฯลฯ 3) สนับสนุนการทำงานเป็นทีมร่วมกับเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เช่น โครงการ นาคา พิทักษ์ ฯลฯ

(5) การประเมินตนเอง:

เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาโดยการประเมินตนเอง โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และตัวเทียบจากหน่วยงานที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต รวมถึงเทียบกับผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา 2) การสำรวจความคิดเห็นจากผู้รับบริการ/บุคลากร 3) การใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การวิจัย การตามรอบ การทำ Focus group

(8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:

เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ได้จากการประเมินตนเอง แต่ละหน่วยงานได้นำโอกาสพัฒนาที่พบมาเรียงลำดับและจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการประจำปี ซึ่งมีการระบุ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา กิจกรรมและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

(9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผน โรงพยาบาลได้ดำเนินการ 1) ติดตามความก้าวหน้าทุกครั้งผ่านการประชุมที่มนำ 2) มอบหมายกลุ่มงานยุทธศาสตร์กำกับติดตามเป็นรายเดือน และรายไตรมาสกรณีไม่เป็นไปตามเป้าหมายให้มีการทบทวนและหาแนวทางแก้ไขเสนอต่อผู้บริหาร

(10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:

บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย การส่งเสริมและสนับสนุนทุกหน่วยงานทำการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง การจัดการความรู้ รวมถึงการบูรณาการกิจกรรมการปฏิบัติงานประจำ ได้ทำให้เกิดการพัฒนาต่อยอดเทคนิคการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย บุคลากรได้พัฒนาความรู้และทักษะที่ได้ปฏิบัติงานจริงและมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:

-เพื่อบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานบริหารคุณภาพ โรงพยาบาลได้ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนงานคุณภาพในงานประจำ ทบทวน 12 กิจกรรมในหน่วยงาน มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ ER OPD IPD refer ส่งต่อถึงจิตเวชชุมชน

-PCT ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย กำหนดผู้ป่วย ตามกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ แบ่งเป็นการดูแลแต่ละ care team schizophrenia Alcohol และ Suicide

-ทบทวน 12 กิจกรรมในหน่วยงาน มีการทบทวนเวชระเบียน trigger tool คือเมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป หน่วยงานวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการป้องกัน และหากมีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้ประสานให้เกิดการดำเนินงาน ติดตามรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการแก้ไข case ที่ refer ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกาย อุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไป ทบทวน Case Dead, Unplan Refer, Unplan dead, Case ที่มี AE นำเข้าประชุม RM ร่วมกับทีม PCT ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุ โดยจัด conference เดือนละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ ทบทวนสาเหตุ ปรับปรุงระบบ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป หากเป็นอุบัติการณ์ระดับ G-I หน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์จะ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

มีการวิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องต้นในหน่วยงานและดำเนินการแก้ไขภายใน 1 วัน หากเป็นระดับ I ให้รายงานต่อรองผู้อำนวยการฯ ทันที เพื่อประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์และสั่งการควบคุมสถานการณ์ จากนั้นประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน RCA และวางแผนทางป้องกันภายใน 5 วัน

-จากการดำเนินงานทำให้เกิดมาตรการแนวทางการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวัง เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรง และอุบัติการณ์ที่สำคัญ เช่น Refer ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกาย การหลบหนีสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มลดลง

(2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:

จากการติดตาม ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญได้สะท้อนระบบให้มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยดังนี้

-ผู้ป่วยนอกได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายก่อน ตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วย mal nutrition morbid obesity ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง lithium clozapine ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยหลบหนี ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บ

-ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน เฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

-ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือ ผู้ป่วยที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง เฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

-ผู้ป่วยสุราและสารเสพติด เฝ้าระวังความปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุราและสารเสพติด ประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยหลบหนี ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บ

-ผู้ป่วยที่มา รพ.ได้รับการประเมินความเสี่ยง suicide แพทย์ ไรคร่วมทางกาย ทุกราย

(4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

จากการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ ได้สะท้อนระบบเพื่อให้มีการกำกับติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น

-สร้างระบบเครือข่ายให้รพ.ชุมชน สามารถ consult จิตแพทย์ได้

-โรงพยาบาลชุมชน ก่อน refer ให้ตรวจ investigate ทางกายก่อน

-ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยได้รับการประเมินโรคร่วมทางกาย หากมีประวัติรักษาที่รพ.อื่นก่อนมารพ. มีการขอ Medication Reconciliation โดยเภสัชกรเป็นผู้ประสานขอข้อมูล

-ผู้ป่วยนอกได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายก่อน admit โดยมี standing order ส่งตรวจ investigation ตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วย mal nutrition morbid obesity ผู้ป่วยสูงอายุ 60ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง lithium clozapine และมีการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยหลบหนี ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บ

-จัดทำ standing order investigation for ECT ผู้ป่วยสูงอายุ, obesity class II ขึ้นไป malnutrition alcohol lithium clozapine case นิติจิตเวช พรบยาเสพติด NMS case upper GI bleed

-จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

-early detection เพิ่มการประเมินคัดกรอง over sedate โดยใช้ RASS score ประเมิน sepsis โดยใช้ Quick SOFA

-เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการประเมินอาการผู้ป่วยแทรกซ้อนทางกายได้ถูกต้อง รวดเร็ว ได้รับการส่งต่ออย่างทันที่

-จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูทักษะ CPR ในปีงบประมาณ 2564 ให้แก่บุคลากร

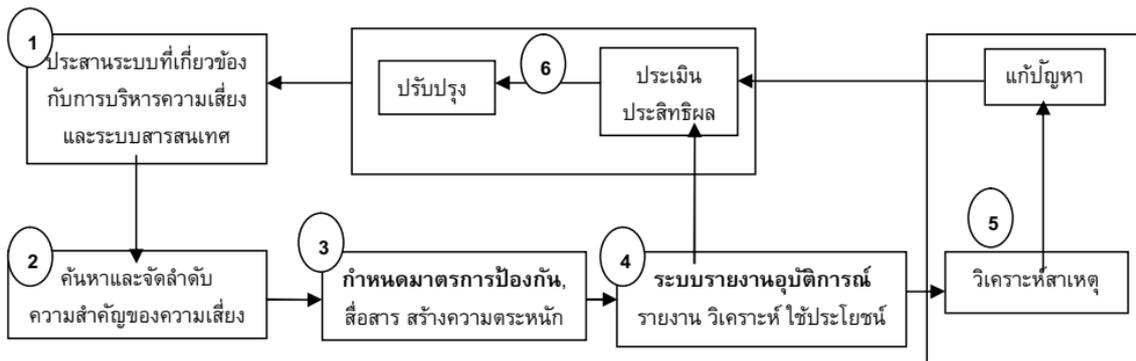
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง มีการเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา line @คุยกัน:KhuiKun

II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

(1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):

เพื่อบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยและคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าของความปลอดภัยผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยมีส่วนร่วมในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามองค์ประกอบสำคัญและกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

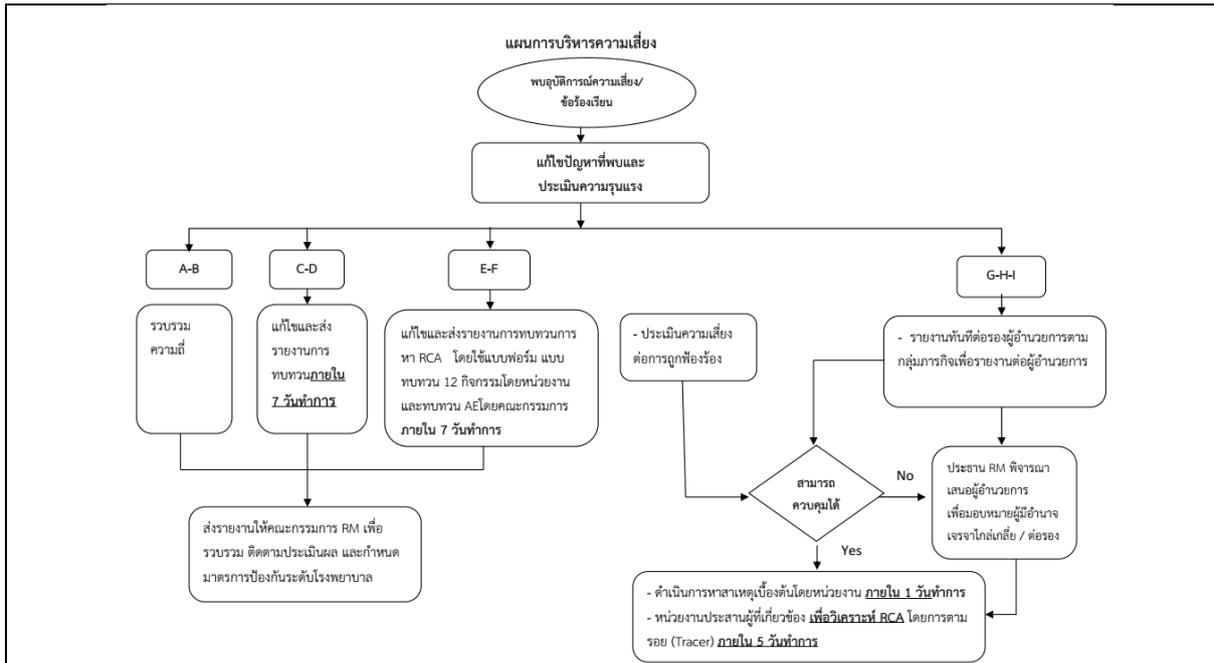


คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับทีมระบบงานสำคัญมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากโดยการทำกิจกรรม RM round การทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการหลัก เพื่อค้นหา operational risk ในแต่ละขั้นตอน และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย วางแผนการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง มีกระบวนการกำกับติดตามโดยการเยี่ยมสำรวจภายใน และเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องโดยทีมนำและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

(2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:

เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลได้กำหนดแผนการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



นอกจากนี้ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องดำเนินการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุก 6 เดือนของตนเอง มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และคู่มือบริหารความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร

(4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด (near miss):

-เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป หน่วยงานที่เกิดเหตุการณ์รายงานอุบัติการณ์ตามสายงานผู้บังคับบัญชาและดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หลังจากนั้นจึงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์(HRMS) และทำ RCA ตามกระบวนการที่กำหนดเพื่อส่งข้อมูลให้กับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อหามาตรการในการป้องกันได้อย่างครบถ้วน

-จากการดำเนินงานที่ผ่านมา คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้รวบรวมสถิติการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป 5 อันดับแรกของปี 2562-2564 ดังนี้

ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ภาวะแทรกซ้อนทางกาย (Refer ภายใน 24 ชม.)	1.ภาวะแทรกซ้อนทางกาย (Refer ภายใน 24 ชม. หลัง admit)	1.ภาวะแทรกซ้อนทางกาย (Refer ภายใน 24 ชม.)
2.หลบหนีสำเร็จ	2.หลบหนีสำเร็จ	2.พยายามฆ่าตัวตาย
3.เกิดอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บ	3.หลบหนีไม่สำเร็จ	3.หลบหนีไม่สำเร็จเกิด
4.พยายามหลบหนี	4.พยายามฆ่าตัวตาย	4.หลบหนีสำเร็จ
5.พยายามฆ่าตัวตาย	5.เกิดอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บ	5.อุบัติเหตุ/ ได้รับบาดเจ็บ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงทุกระดับของหน่วยงาน รวมถึงหัวหน้างาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้หน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนมากขึ้น

(5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการโรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) นำหลักการ 2P Safety มาวิเคราะห์ออกแบบแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE ทั้งด้านผู้ป่วย และบุคลากร 2) สื่อสารแก่หัวหน้ากลุ่มงานให้ครบถ้วน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ 3) กรรมการบริหารความเสี่ยงลงพื้นที่ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่หน้างาน 4) รวบรวมตัวชี้วัดทุกเดือน 5) ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

(6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง และมาตรการปรับปรุงแก้ไขหลังทบทวน โรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ Near miss : miss 2) การตอบสนองสัดส่วนการรายงานอุบัติการณ์ระดับ Near miss : Miss และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำผลการติดตาม มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยการทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพในอุบัติการณ์ระดับ E up กำหนดมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ ทำให้อุบัติการณ์ซ้ำระดับ E ขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพในอุบัติการณ์ระดับ E up และการประยุกต์ใช้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประการ ส่งผลให้เกิดแนวทางการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่สำคัญ เช่น ECT Safety checklist แนวทางการประเมินภาวะ Oversedation แนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis การจัดตั้งศูนย์ส่งต่อ เป็นต้น

-บุคลากรมีมุมมองที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการอภิปรายเหตุการณ์เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31.ระบบบริหารงาน คุณภาพ การ ประสานงานและบูรณา การ การทำงานเป็นทีม	3.5	L	เสริมสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับ ตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 การประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ และนำ risk register มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
32.การประเมินตนเองและ จัดทำแผนพัฒนา คุณภาพ	3.5	L	ส่งเสริมให้หน่วยงานและทีมคร่อมสายงานนำผลจากการประเมินตนเอง มาใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนคุณภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

33.การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย	3.5	L	ปรับปรุงกลวิธีในการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย เชิญผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องมาร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ
34.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	3.5	L	ส่งเสริมให้มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย
35.ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3.5	L	กำกับติดตามผลการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขเพื่อประเมินประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
36.กระบวนการบริหารความเสี่ยง	3.5	L	-พัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีทัศนคติเชิงบวกในการรายงานอุบัติการณ์ -พัฒนาบุคลากรระดับหัวหน้าให้มีความสามารถในการยืนยัน ทบทวน และแก้ไขอุบัติการณ์ที่เหมาะสม -พัฒนาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงให้มีสมรรถนะในการวิเคราะห์ข้อมูล
37.การเรียนรู้จากอุบัติการณ์	3.5	L	ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาและแนวทางพัฒนางานคุณภาพนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล: องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน : ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2560	ปี2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล						
1.1 อัตราของบุคลากรทางการพยาบาล มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด						
- สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ร้อยละ 100	86.40	85.78	84.92	83.27	85.30
- สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ร้อยละ 100	85.72	84.36	83.93	82.64	84.25
- สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 100	84.52	85.76	84.27	83.84	84.10
1.2 ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาล ที่มี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 80 -110	NA	NA	NA	NA	100
1.3 ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนการบันทึกทางพยาบาล	ร้อยละ 85	89.12	91.31	91.24	92.71	92.91
1.4 จำนวนข้อร้องเรียนด้านจริยธรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ	0 ราย	0	0	1	0	0
1.5 จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	0 ราย	6	14	14	12	2
1.6 จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (เข็มทิ่ม/เข็มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	0 ราย	0	3	3	1	0
2. คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล						
ความปลอดภัย						
3.1 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0 ราย	0	1	1	1	0
3.2 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล	0 ราย	0	0	0	0	0

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.3 จำนวนผู้ป่วย refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา	0 ราย	9	7	18	12	7
3.4 จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ	0 ราย	4	1	14	12	13
3.5 ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป	ร้อยละ 3	NA	1.9	1.0	1.6	1.27
3.6 จำนวนอุบัติเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ระดับ E ขึ้นไป	0 อุบัติเหตุ	1	0	3	3	1
3.7 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ไม่เกิน 2 ต่อ 1,000 วันนอน	1.36	1.38	0.98	0.98	0.19
ความสามารถในการดูแลตนเอง						
3.9 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	ร้อยละ 90	NA	91.8	89.19	95.4	88.66
3.10 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	ร้อยละ 85	NA	89.13	90.09	85.95	94.52
3.11 ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยการฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน	ร้อยละ 5.5	NA	4.04	1.45	3.19	3.9
3.12 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ ≥90	NA	97.45	94.9	98.58	96.64
ความพึงพอใจต่อบริการ						
3.13 ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก	ร้อยละ 80 ร้อยละ 90 (ตั้งแต่ปี 64)	83.80	94.65	91.34	98.8	96.89
3.14 ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยใน	ร้อยละ 80 ร้อยละ 90 (ตั้งแต่ปี 64)	93.30	84.22	98.99	99.45	99.68
<p>ii. บริบท</p> <p>กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีภารกิจในการจัดบริการทางการแพทย์ จิตเวชและสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ ด้านการป้องกัน ดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการรักษาพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานและ</p>						

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จริยธรรมวิชาชีพ โดยการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอต่อการให้บริการทางการแพทย์ ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ รวมถึงมีสมรรถนะหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: Schizophrenia (F20),Mental and behavioral disorders due touse of other stimulants including caffeine(F15),Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19),Mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F10) ,Depressive episode (F32)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:1) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนทางกายที่มีอาการรุนแรง พบในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคร่วมทางกายผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่ม alcohol-related disorder, obesity และ 4) ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยไฟฟ้า

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน : มีงานบริการพยาบาลในความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก (งานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลนิติจิตเวช และงานการแพทย์แผนไทยและให้คำปรึกษากฎาทางการแพทย์) 2) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน (งานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินและศูนย์รับใหม่ จำหน่ายและส่งต่อ) 3) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย (หอผู้ป่วยจิตเวชชายชงโค หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำและหอผู้ป่วยพิเศษชาย) 4) กลุ่มงานการพยาบาล จิตเวชผู้ป่วยในหญิง (หอผู้ป่วยหนักจิตเวชหญิงเฟื่องฟ้า) 5) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสารเสพติด (หอผู้ป่วยราชพฤกษ์) 6) กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (งานพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า) 7) กลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (งานจ่ายกลางและงานพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล) 8) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชให้การปรึกษา (งานการพยาบาลให้การปรึกษา และงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยาและสารเสพติด) 9) ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู่ (งานฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช) มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 123 คน ปฏิบัติงานจริง จำนวน 114 คน นักจัดการงานทั่วไป จำนวน 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 78 คน บริหารจัดการแบบใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Pool and share resources)

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ	จำนวน (คน)
1. APN เฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต	จำนวน 6 คน
2. ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	จำนวน 37 คน
3.ปริญญาโท สาขาบริหารการพยาบาล	จำนวน 1 คน
4. ปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	จำนวน 1 คน
5. ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา	จำนวน 1 คน
6. ปริญญาโท สาขาอื่นๆ	จำนวน 3 คน
4. การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่)	จำนวน 69 คน
5. การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	จำนวน 9 คน
6. การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลยาเสพติด	จำนวน 1 คน
7. วิทยาลัยพยาบาล (หลักสูตร 1 ปี)	จำนวน 3 คน
8. ICN	จำนวน 2 คน
9. อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น	จำนวน 9 คน

10. อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง	จำนวน 13 คน
<p>iii. กระบวนการ</p> <p>II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล</p> <p>(1) การจัดทีมผู้บริหาร :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มภารกิจการพยาบาลบริหารงานโดยใช้หลักธรรมาภิบาล (good governance) และบริหารงานแบบการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ควบคุมการปฏิบัติงานของพยาบาลให้เป็นไปตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลและขององค์กรพยาบาล 2) ติดตามกำกับการปฏิบัติงานของพยาบาล ทั้งระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตโดยกำหนดผู้นำทางการพยาบาลไว้ 3 ระดับ ดังนี้ 1) ผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล 2) ผู้บริหารระดับกลาง ได้แก่ ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงาน 3) ผู้บริหารระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้างาน ● ผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและบริหารการพยาบาล โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จบปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) รวมถึงหลักสูตรบริหารทางการพยาบาลระดับปริญญาโท 1 คน อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง (ผบก.) จำนวน 13 คน อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น (ผบต.) จำนวน 9 คน แต่ยังไม่พบว่า หัวหน้า หอผู้ป่วย/หัวหน้างานจำนวน 4 คน และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน ยังไม่ผ่านการอบรมด้านบริหารทางการพยาบาล หรือหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขซึ่งกลุ่มภารกิจการพยาบาลกำหนดสมรรถนะ (competency) ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและระดับผู้บริหารทั้งด้านสมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะประจำกลุ่มงาน (functional competency) ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิตการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการพยาบาลและป้องกันช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินตามพจนานุกรมความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะกรมสุขภาพจิต ปีละ 2 ครั้ง ส่วนสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ของหน่วยงานกลุ่มภารกิจการพยาบาลจะประเมินพยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ปีละ 1 ครั้งในปี 2560-2565 พบว่า ด้านสมรรถนะหลัก (core competency) และสมรรถนะประจำกลุ่มงาน (functional competency) ของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและระดับผู้บริหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ของหน่วยงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจบใหม่ที่มีอายุงาน 1-5 ปี (จำนวน 5 คน) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) แก่ไขโดยทีมนิเทศทางคลินิก หัวหน้าหอผู้ป่วย สอนงาน นิเทศ กำกับ ดูแลการปฏิบัติและประเมินซ้ำภายใน 3 เดือน รวมถึงวางแผนพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านโดยส่งอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) 4 เดือน <p>(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การจัดอัตรากำลัง เพื่อบรรลุเป้าหมาย หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารอัตรากำลัง โดยจัดทีมการพยาบาลให้มีความพร้อมในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ด้วยการจัดสรรอัตรากำลังอย่างเป็นระบบ เพียงพอ และสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน ดังนี้ 1) ประเมินปริมาณภาระงาน (workload) ความเพียงพอ 	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ของอัตรากำลังหรือความต้องการพยาบาลจำแนกตามหน่วยบริการในแต่ละปี 2) จัดและกระจายอัตรากำลังพยาบาลให้ทุกหน่วยงานมีความเพียงพอตามปริมาณภาระงาน 3) จัดประเภทพยาบาลในแต่ละหน่วยงานบริการ ดังนี้ 3.1) ลักษณะของผู้ป่วยและความรุนแรงตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย 3.2) คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของพยาบาล 3.3) ความชำนาญของพยาบาล 3.4) ภาวะความขาดแคลนของพยาบาล และ 3.5) ลักษณะการให้บริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและลักษณะงานของแต่ละหน่วยงาน 4) จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวร มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพโดยพิจารณาถึงสัดส่วนของพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยในการปฏิบัติงานแต่ละรอบเวร ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ (สภาการพยาบาล, 2548) คือ จำนวนชั่วโมงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 6 ชั่วโมงต่อวันนอน โดยมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วยคือ 1 ต่อ 4 5) มีการผสมผสานอัตรากำลัง (staff mix) ระหว่าง RN : Non RN ได้เป็น 100% อย่างเหมาะสมคือ 65% : 35% หรือ 60% : 40% ขึ้นอยู่กับภาระงาน ความซับซ้อนและความรุนแรงของผู้ป่วย (Acuity Level) ที่ต้องการพยาบาล รวมถึงมีการกำหนดสัดส่วนและการกระจายอัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงานและ 6) สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะเฉพาะทาง ทักษะความเชี่ยวชาญ (skill mix) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะทางตามกลุ่มโรค/พฤติกรรม เช่น การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ รวมถึงมีการจัดพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) ให้มีการกระจายทุกกลุ่มงาน/ หอผู้ป่วย/งานตามความเชี่ยวชาญ เพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล

- กำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริม กรณีที่มีภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนด ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน/ หอผู้ป่วย และมีการจัดอัตรากำลังสำรองเพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้

ลำดับ	หลักเกณฑ์	บุคลากร	จำนวน (คน/เวร)
1.	กรณีบุคลากรไปราชการ/อบรมนอกสถานที่/ประชุม/อบรมภายในเต็มวัน	พยาบาล, พนักงานช่วยเหลือคนไข้	ตามจำนวนแล้วแต่กรณี
2.	อัตรารองเพียงมากกว่า 100%	พยาบาล	1
3.	ผู้ป่วย High risk suicide จำนวน 4 คน	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1
4.	ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว OAS ระดับ 3 จำนวน 4 คน	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1
5.	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ระดับ severe จำนวน 4 คน	พยาบาล	1
6.	ผู้ป่วย High risk suicide ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว OAS ระดับ 3 และผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ระดับ severe รวมกันจำนวน 4 คน	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1

- การจัดอัตรากำลังหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงหรือขาดแคลนบุคลากร เช่น กลุ่มงานการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (เริ่มให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชชนิด Modified ECT ในปีงบประมาณ 2562) โดยมีวิสัญญีพยาบาล อบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 ปี จำนวน 3 คน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชด้วยไฟฟ้า เฉลี่ยวันละ 8-10 รายในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ซึ่งกลุ่มภารกิจการพยาบาลมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้เสริมอย่างละ 1-2 คน เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมีอัตราค่าจ้างที่เพียงพอกับภาระงาน มีการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลทางคลินิกซึ่งเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการอบรมเฉพาะทาง เช่น วิสัญญีพยาบาลได้รับการอบรมความรู้เฉพาะด้านวิสัญญีวิทยา อย่างน้อย 3 ชั่วโมง/ปี หรือมีการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่น้อย 50 รายต่อปี ซึ่งผลการดำเนินงานในปี 2562-2564 พบว่า 1) วิสัญญีพยาบาลได้รับการอบรมความรู้เฉพาะด้านวิสัญญีวิทยาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง/ปี ร้อยละ 100 รวมถึงได้ปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า 50 รายต่อปี ร้อยละ 100

- มีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน เช่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยมีการคัดเลือกอัตรากำลังในบุคลากรที่มีความพร้อม มีสมรรถนะ ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ อายุไม่เกิน 50 ปี ในระดับพยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1-2 คนต่อหอผู้ป่วย ให้มาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย Cohort ในเดือนเมษายน 2564 (ไม่มีผู้รับบริการ) และเดือน กรกฎาคม 2564 จนถึงปัจจุบัน โดยจัดอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า 2-3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรบ่ายและเวรดึกพยาบาล 1-2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ ฝึกปฏิบัติการใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) การบริหารจัดการขยะติดเชื้อ ก่อนการขึ้นปฏิบัติงาน โดยมีพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) และคณะกรรมการ EOC เป็นที่ปรึกษา

- บริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีพยาบาล APN เฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 คน พยาบาลจบปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน ทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) 4 เดือนทุกคน รวมถึงมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (1 เดือน) วิกฤตทางการพยาบาล จำนวน 1 คน มีระบบการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน คัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ประเมินภาวะถอนพิษสุรา ประเมินโรคแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายและประเมินความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นต้น โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล (2556) แนวทางปฏิบัติและแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยง SAVE ของหน่วยงาน

- มีการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้อยู่ในระบบ เช่น การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) สร้างขวัญกำลังใจและสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน จัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ เช่น บ้านพักบุคลากร เยี่ยมไข้บุคลากรเจ็บป่วยในรายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จัดงานเกษียณบุคลากรของ กลุ่มภารกิจการพยาบาลพร้อมมอบของที่ระลึกทุกปี และให้ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เป็นต้น พบว่าในปี 2560-2564 มีพยาบาลลาออกจากราชการ จำนวน 8 คน สาเหตุจากต้องการไปประกอบธุรกิจส่วนตัวร่วมกับครอบครัว และมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ :

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ : องค์กรพยาบาลมีการกำกับดูแลตนเองที่ดี โดยปฏิบัติ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช แนวทางปฏิบัติด้านกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงได้กำหนดให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ติดตามตรวจสอบพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานให้มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่ยังไม่หมดอายุครบทุกคน มีการปฏิบัติตามนโยบายในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ จริยธรรม จรรยาบรรณพยาบาล และปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ตามคู่มือปฐมนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล มีช่องทางการรับข้อร้องเรียน การสังเกตพฤติกรรมบริการพยาบาลจากการนิเทศหน้างาน และจัดการข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ ในปี 2560-2564 พบว่า จำนวนอุบัติการณ์ด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมในปี 2563-2564 จำนวน 2 อุบัติการณ์ (พูดเสียงดัง น้ำเสียงไม่ไพเราะขณะให้คำแนะนำผู้รับบริการที่งานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินและงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก) แก้ไขโดย หัวหน้ากลุ่มภารกิจหัวหน้ากลุ่มงานตักเตือนเรื่องพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม และให้ผู้ปฏิบัติเลือกสถานที่ปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับตนเอง และในปี 2565 พบพฤติกรรมกรรมการละเมิดสิทธิผู้ป่วย (9 มกราคม 2565) จำนวน 1 อุบัติการณ์ จากการควบคุมผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสม สาเหตุ เนื่องจากเป็นพนักงานช่วยเหลือคนไข้ใหม่ที่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว แก้ไขโดยการสอนงาน นิเทศกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 โดยมีบุคลากรในหอผู้ป่วยฝ่ายคำเข้ารับการอบรมจำนวน 17 คน (พยาบาลและ พนักงานช่วยเหลือคนไข้) จากการติดตามประเมินผล 3 เดือนและ 6 เดือน ไม่พบอุบัติการณ์พฤติกรรมกรรมการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ซึ่งในหน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาลที่ยังไม่หมดอายุทุกคน

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล : เพื่อสนับสนุนและควบคุมกำกับปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ พัฒนสมรรถนะบุคลากรในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและมีความเสี่ยงสูง ผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ โดยกำหนดเป้าหมายการนิเทศให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งของโรงพยาบาลกำหนดประเด็นการนิเทศได้จากการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิก ครอบคลุมความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยแบ่งการนิเทศออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับกลุ่มภารกิจการพยาบาล โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล กำหนดแนวทางนิเทศทางการพยาบาล และตรวจเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด หรือสุ่มตรวจ 2) ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย/ หัวหน้างาน โดยผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงาน กำหนดประเด็นสำคัญในการนิเทศตามนโยบายและปัญหาของ หอผู้ป่วย ทั้งด้านบริหารและด้านคลินิก โดยติดตามและตรวจสอบการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ขั้นตอนปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติและคู่มือที่หน่วยงานกำหนด รวมถึงความเสี่ยงด้านคลินิกและกายภาพ โดยนิเทศทุกวันอย่างน้อยหอผู้ป่วย/หน่วยงานละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์และบันทึกทุกสัปดาห์ 3) ระดับผู้ปฏิบัติ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและนอกเวลาโดยผู้นิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ผลการนิเทศ ในปี 2560-2564 พบว่าทุกหน่วยงานมีการกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล แต่พบว่า การนิเทศยังไม่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ทักษะในการนิเทศยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีผู้นิเทศใหม่ในทุกระดับ ซึ่งในปี 2563 และ ปี 2564 กลุ่มภารกิจการพยาบาลได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการนิเทศทางการพยาบาล สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวร พัฒนาคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล และการจัดทำแผนการนิเทศทางการพยาบาลแก่บุคลากร รวมถึงมีการการนิเทศเฉพาะกิจในกรณีเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานหรือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ และการนิเทศด้านบริหารอัตรากำลังที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการปฏิบัติการการพยาบาล และมีการวางแผนเพิ่มศักยภาพผู้นิเทศ โดยวางแผนจัด

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประชุมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางการแพทย์ ในด้านการนิเทศทางคลินิก ในวันที่ 18-19 สิงหาคม 2565 เพื่อให้ผู้
นิเทศมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมและพัฒนาแผนการนิเทศให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานมาก
ยิ่งขึ้น

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย : เพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพและ
ความปลอดภัย โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการปลอดภัยกลุ่มภารกิจทางการแพทย์ได้ดำเนินการ
ปรับปรุง ดังนี้ 1) ส่งเสริมนโยบาย ความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals
ลงสู่การปฏิบัติ และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง 2) จัดวางระบบบริการที่เน้นการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลให้ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการในสถานการณ์การระบาดโรค โควิด- 19 3) กำหนดตัวชี้วัดด้าน
ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล อัตราการ
หลบหนีสำเร็จ ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป
อัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และจำนวนบุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เป็นต้น 3) จัดให้
ทุกหน่วยงานมี ผู้ประสานงานคุณภาพและคณะกรรมการบริหารและดำเนินการตามระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4) มีการทบทวนอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป และนำไปประชุม Case conference เพื่อ
หาแนวทางแก้ไขในการประชุมที่มนำทางคลินิก (PCT) 5) หัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการแพทย์ร่วมกับผู้นิเทศทางการแพทย์
ควบคุม กำกับ สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนดและ 6) ส่งเสริมการใช้เครื่องมือ
คุณภาพต่างๆ เช่น 3P, Trigger Tool, Care Process การทบทวน 12 กิจกรรมและ Risk round ผลลัพธ์ด้านความ
ปลอดภัย ในปี 2560-2564 ไม่พบอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล แต่พบว่าอุบัติการณ์
จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จเพิ่มขึ้นในปี 2562-2564 เป็นจำนวน 14, 12, 13 รายตามลำดับ สาเหตุ 1) ด้านเจ้าหน้าที่
พบว่า 1.1) การคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 1.2) ขาดการตรวจเยี่ยมและประเมินซ้ำ 1.3) ว่างใจผู้ป่วยที่มีอาการ
ทางจิตสงบให้ออกมาช่วยงาน 1.4) ตรวจนับผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ และ 1.5) ขาดความรอบครอบ เช่น ลืมล็อคประตูห้อง
ผู้ป่วย และไม่ปิดประตูรั้วหอผู้ป่วย 2) ด้านสิ่งแวดล้อม สภาพรั้วโรงพยาบาลชำรุดทำให้ง่ายต่อการหลบหนี 3) ด้าน
ผู้ป่วยและญาติ 3.1) ผู้ป่วยเคยมีประวัติหลบหนี 3.2) เป็นผู้ป่วยประวัติใช้สารเสพติด และอยู่ในระยะถอนพิษยาเสพติด
และ 3.3) ญาติพาผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการติดตามทางโทรศัพท์จากญาติพบว่า ผู้ป่วยทุกรายกลับ
ถึงบ้านอย่างปลอดภัย โดยมีญาติมาติดต่อขอรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และในปี 2565 (6 เดือนแรก) ไม่พบ
อุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: เพื่อให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองและ
พัฒนาบริการพยาบาล กลุ่มภารกิจทางการแพทย์ ดำเนินการ ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางวิชาการเพื่อการเรียนรู้ใน
กลุ่มวิชาชีพและร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการบริการของหน่วยงาน การร่วมงานวิจัยทางการ
พยาบาลการประชุมปรึกษารายกรณี (case conference) การทบทวนในกลุ่มวิชาชีพ (peer review) การศึกษาด้วย
ตนเอง การนำเสนอผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ โดยคัดเลือกจากหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือและ 2)
นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและน่าเชื่อถือมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับปัญหาหน้า
งาน (GAP) และบริบททำให้ได้ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่
รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จิตเวช 2) แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น

- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์ : เพื่อบรรลุเป้าหมาย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติตามระบบงาน ดังนี้ 1) กำหนดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรพยาบาลใหม่ 2 ระดับ คือ ระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน และมีการสอนความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชฝึกระบบการปฏิบัติการปฏิบัติงานที่กลุ่มงาน/หอผู้ป่วย/งานต่างๆ โดยมีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานจำนวน 2 สัปดาห์ก่อนที่จะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานประจำกลุ่มงาน/หอผู้ป่วย/งานนั้นๆ ตามสมรรถนะ ความชำนาญรวมถึงความขาดแคลนของพยาบาล โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานพยาบาลใหม่และ 2) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่มาฝึกภาคปฏิบัติได้มีการปฐมนิเทศ และการสอนงานทางคลินิก โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจโรงพยาบาลและรองหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาล มีครูพี่เลี้ยง อาจารย์ของสถาบัน ทำหน้าที่ควบคุมการดูแลการฝึกประสบการณ์ในหอผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ ในปี 2560-2564 พบว่า พยาบาลใหม่ทุกคนได้รับการปฐมนิเทศและฝึกประสบการณ์การปฏิบัติงานที่กลุ่มงาน/หอผู้ป่วย/งานต่างๆ ครบถ้วน และได้รับการเตรียมความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แต่ยังคงพบว่าพยาบาลใหม่บางคนไม่ได้รับการเตรียมความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากหอผู้ป่วยขาดแคลนพยาบาลจึงต้องจัดอัตรากำลังเสริมให้เพียงพอต่อภาระงาน โดยมอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นพี่เลี้ยงในการสอนงานพยาบาลใหม่ รวมถึงวางแผนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องทั้งระยะสั้น ระยะยาว ภายในและภายนอกหน่วยงาน ส่วนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่มาฝึกภาคปฏิบัติได้มีการปฐมนิเทศและการสอนงานทางคลินิกครบตามเกณฑ์ โดยในปี 2564 ใช้วิธีการปฐมนิเทศ และสอนงานทางคลินิกผ่านระบบออนไลน์เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย: เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล และนำสารสนเทศมา

ใช้ประโยชน์กลุ่มภารกิจพยาบาล โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาลมอบหมายให้ หัวหน้ากลุ่มงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศมีฐานข้อมูลที่เป็นทางการพยาบาล ด้านการบริหารจัดการบริการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศที่ทันสมัย ในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงกระบวนการพยาบาลในรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลหรือการวิจัยเพื่อตอบสนองปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งกลุ่มภารกิจพยาบาลได้กำหนดทีมปรึกษาด้านการวิจัยและวิชาการหน่วยงานละ 1-2 คน มีเป้าหมายให้ทุกหน่วยงานได้ความรู้ใหม่และนวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นผลมาจากการนำข้อมูลและสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ในปี 2564 มีนวัตกรรมทางการพยาบาล ดังนี้ 1) การศึกษาความน่าเชื่อถือภายในของผู้สัมภาษณ์ในการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PISRA-12) ในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อทักษะการดูแลตนเอง อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 3) ผลการการบำบัดบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุราและยาเสพติดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโปรแกรม ICOD-R โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 4) ผลการบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5) ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิตของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ : เพื่อบรรลุเป้าหมาย กลุ่มภารกิจพยาบาล จัดให้

มีตัวแทนที่นำการพยาบาล ในระดับหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานร่วมเป็นประธาน รองประธาน เลขานุการ และกรรมการในทีมพัฒนาคุณภาพ และทีมนำเฉพาะด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น PCT RM IC PTC HRD ENV เป็นต้น โดยมีการสื่อสารการดำเนินงานของคณะกรรมการต่างๆ ผ่านช่องทางการประชุมคณะกรรมการบริหารทางการพยาบาล และติดตามนิเทศ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ทางการพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าการสื่อสารนโยบายได้นำสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน ตัวอย่างเช่น การเปิด Cohort ward เพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อโรค COVID -19 กลุ่มภารกิจการพยาบาล มีการประสานงานร่วมมือกับทีม EOC คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงโครงสร้างของหอผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน IC

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพกับภาพรวมขององค์กร: เพื่อบรรลุ

เป้าหมายกลุ่มภารกิจการพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรมของกลุ่มภารกิจการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้น 2P Safety เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและบุคลากร 2) กำหนดให้ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงของกลุ่มภารกิจการพยาบาลในระดับผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานในการติดตาม และส่งเสริมทุกหน่วยงานให้ดำเนินการเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยงตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รวมทั้งรวบรวมวิเคราะห์ห่อปฏิบัติการที่มีระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ให้ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ และ3) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มภารกิจการพยาบาล นำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลตามระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล: เพื่อบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มภารกิจการพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลตามแผนยุทธศาสตร์เปรียบเทียบกับเป้าหมายและแนวโน้มของผลการดำเนินการ 2) กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และแนวโน้มของผลการดำเนินการ มีดังนี้ 2.1) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2.2) คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผลลัพธ์ปี 2560-2564 พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพด้านความปลอดภัยของการปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้ 1) ตัวชี้วัดอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล และร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากระบบการรักษาด้วยไฟฟ้าตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปและอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) อุบัติการณ์ จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ จำนวนผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ระดับ E ขึ้นไป ไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นความเสี่ยงทางการพยาบาลสำคัญที่หน่วยงานต้องเฝ้าระวังและหาโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ และ 3) ตัวชี้วัดคุณภาพ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียปี 2560-2563 พบว่าร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 85) ในปี 2564 ปรับเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 90) ผลการปฏิบัติ ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 96.89 และต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยในร้อยละ 99.68

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ: กลุ่มภารกิจการพยาบาลปฏิบัติดังนี้ 1) กำหนดนโยบายในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลและสิทธิผู้ป่วยการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม 6 ประการในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ทุกกลุ่มงาน/หอผู้ป่วย/งาน มีการประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามเกณฑ์จรรยาบรรณวิชาชีพ จัดทำแนวทางการให้บริการที่ครอบคลุมถึงสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาความลับ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ ชัดเจน และลงนามตัดสินใจยินยอมและไม่ยินยอมก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล/รักษาด้วยไฟฟ้าทุกครั้ง 2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นและ 3)

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปฐมนิเทศด้านพฤติกรรมบริการแก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลใหม่ มีช่องทางการร้องเรียน และแนวทางการแก้ไขปัญหา ด้านพฤติกรรมบริการ เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง/ร้องเรียน และมีแผนการนิเทศในประเด็นการปฏิบัติตามแนวทางการ ปกป้องและพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ การปฏิบัติตามจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพ พฤติกรรมบริการ พบว่า ในปี 2562 พบข้อร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการในการละเมิดสิทธิผู้ป่วย 1 ราย แก้ไขโดยการ ตั้งกรรมการสืบหาข้อเท็จจริง หัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการแพทย์ ตักเตือนด้านพฤติกรรมบริการ มอบหมายหัวหน้าหอผู้ป่วย นิเทศ กำกับ และติดตามประเมินผลพฤติกรรมบริการรายบุคคลทุก 3 เดือน จำนวน 2 ครั้ง ในปี 2563-2564 ไม่พบข้อร้องเรียน/อุบัติการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการในการละเมิดสิทธิผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

- **การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ :** กลุ่มภารกิจทางการแพทย์พยาบาล มีนโยบายให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลปฏิบัติตามการพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ การใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย นำเชื่อถือ มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สอดคล้องกับปัญหาหน่วยงานและบริบท เช่น จากการวิเคราะห์ปัญหาหน่วยงาน พบสาเหตุของกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่พบมากที่สุดโรงพยาบาล จากสาเหตุพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงมีการใช้ข้อมูลวิชาการในการดำเนินการวิจัยเรื่องผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท และใช้ข้อมูลวิชาการในการดำเนินการวิจัยในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา เป็นต้น นอกจากนี้องค์กรพยาบาล ได้นำมาตรฐานวิชาชีพมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยยึดตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตและสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

- **การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:** เพื่อปรับปรุงกระบวนการ กลุ่มภารกิจทางการแพทย์พยาบาล ปฏิบัติดังนี้ 1) ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นกรอบในการทำงานของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่คุณภาพในทุกมิติของการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 3) สื่อสารนโยบายการปฏิบัติ โดยประชุมชี้แจงในคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจทางการแพทย์พยาบาล ประชุมปรึกษาหารือ (pre- post conference) หลังการรับส่งเวรทุกวัน 4) ควบคุมกำกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการแพทย์พยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการ Audit Chart การนิเทศ วิเคราะห์ประเมินผลและสรุปผลการนิเทศ 5) รวบรวมข้อมูลการนิเทศและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบย่อมนำมาจัดทำแผนการนิเทศ และ 6) มีการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ เป็นผู้นำผู้ป่วย สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน ทำบุญตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา จัดอาหารเจสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รับประทานเนื้อสัตว์/อาหารเฉพาะโรค/จัดให้มีอาหารอิสลามสัปดาห์ละ 3 วัน

(4) **บันทึกทางการแพทย์พยาบาล:** กลุ่มภารกิจทางการแพทย์พยาบาลปฏิบัติดังนี้ 1) ทบทวนรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทางจิตเวช เน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ 2) ส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างถูกต้อง โดยใช้รูปแบบการบันทึกแบบ SOPIE มีการบันทึกครอบคลุมกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน วินิจฉัยการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พยาบาล การวางแผนพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 3) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการบันทึกการพยาบาลร่วมกับสาขาวิชาต่างๆ เพื่อการวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) พัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดอบรมการบันทึกการพยาบาล และมีการปรับปรุงพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เน้นการเขียนให้สั้น กระชับ เชื่อมโยงกระบวนการพยาบาล และ 5) มีการนิเทศติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อดูความครบถ้วน ความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และสะท้อนถึงการดูแลและความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในปี 2560-2564 พบว่าความสมบูรณ์ในการบันทึกทางการพยาบาล ในปี 2560-2565 บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 85) ผลการปฏิบัติร้อยละ 89.12 95.30 91.31 91.24 92.71. และ 92.91 ตามลำดับ รวมถึงในปี 2561 มีการทำการวิจัย การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

(5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล: กลุ่มภารกิจการพยาบาล ปฏิบัติดังนี้ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วย

นิเทศ กำกับ ให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด และมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย/ทีมการนิเทศทางคลินิก พบว่า การประเมินปัญหาสุขภาพเพื่อเขียนข้อมูลสนับสนุนในการให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยบางรายไม่ครอบคลุม การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล รวมถึงการปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยบางรายไม่ครอบคลุมกับโรคหรือแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางกาย เป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง แต่ยังขาดการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล เรื่องโรคร่วมทางกายที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น 2) องค์กรพยาบาลได้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย จัดทำปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้กิจกรรมและโดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลาย เช่น การทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์ RCA โดยความร่วมมือของทีมสาขาวิชา การใช้ข้อมูลวิชาการ การเปรียบเทียบผู้ที่ได้ดีกว่า ในปี 2560-2564 ได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) การคัดกรอง/ประเมินโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนทางกาย แนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก/เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร เป็นต้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ปี 2562 การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าโปรแกรมฯสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังติดตามประเมินผล 1 และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ขยายผลงานการวิจัยในระดับประเทศ

ปี 2564 พัฒนานวัตกรรมหมอน support บริเวณคอเพื่อจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่า sniffing position เพื่อช่วยต่อการช่วยหายใจผู้ป่วย และช่วย support คอระหว่างที่มีการเกร็งกระดูกในผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า

ปี 2564 การศึกษาความน่าเชื่อถือภายในของผู้สัมภาษณ์ในการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PISRA-12) (ต่อยอดจากการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PISRA-12)) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำเครื่องมือ PISRA-12 ไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง แม่นยำ โดยมีสื่อวีดิทัศน์ในการสาธิตการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน PISRA-12 ช่วยให้ง่ายต่อการฝึกปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ได้จริงและมีคู่มือการใช้เครื่องมือ PISRA-12 ผลการวิจัยพบว่าความน่าเชื่อถือภายในของผู้สัมภาษณ์ในการใช้แบบประเมิน ฯ ที่วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้นอยู่ในระดับดี (Low- Moderate risk suicide) อยู่ในระดับดีมาก (High risk suicide)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

v. แผนการพัฒนา				
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี	
38.ระบบบริหารการพยาบาล	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลเพื่อความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน -พัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตาม Career Path -พัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลในการดูแลโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการระบาดครั้งต่อไปและปรับระบบการดูแลผู้รับบริการเป็นระบบวิถีใหม่ (New Normal) 	
39.ปฏิบัติการทางการพยาบาล	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง -ส่งเสริมและพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลที่แสดงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการสื่อสารการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย -ส่งเสริมบุคลากรพยาบาลในการใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดทางการพยาบาลและและพัฒนาคุณภาพบริการที่สอดคล้องกับปัญหาหน้างานและบริบท 	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0 ราย	0	0	1	1	0
2.ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ Refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงระดับ F ขึ้นไป ในแต่ละเดือน	ร้อยละ 1	NA	NA	1.12	0.84	1.09
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการ Refer ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชม. หลัง Admit ในแต่ละเดือน	ร้อยละ 1	NA	0.55	0.57	0.36	0.18
4.ร้อยละของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	IPD 90.34 OPD 96.41	IPD 90.61 OPD 95.55	IPD 91.56 OPD 95.66	IPD 93.76 OPD 97.46	IPD 93.41 OPD 97.81
5.การสนับสนุนวิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 45 ครั้ง/ปี	ไม่น้อยกว่า 45 ครั้ง	36	48	49	47	47
6.ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1.9 คะแนน	NA	1.83	1.76	1.81	1.79
7.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการจิตเวชเฉพาะทางมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 55	NA	67.35	88.23	86.66	88.2
8.อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate)	ร้อยละ 85	NA	85.57	86.43	76.15	63.84
ii. บริบท						
<p>องค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริม และกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของแพทย์โดยธรรมนุญ องค์กรแพทย์และแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ สมาชิกองค์กรแพทย์ ประกอบด้วย นายแพทย์ 8 คน ประเภทงาน ทำงาน Full time จำแนกตามวุฒิการศึกษาสูงสุด เฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป 6 คน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน 4 คน มีการประชุม องค์กรแพทย์ ช่วงเที่ยง หรือสื่อสารใน line กลุ่มประชุมแพทย์ jvkk</p> <p>ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:</p> <p>ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยระดับตติยภูมิที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มารับบริการในรพ.และ ส่งต่อมาจากรพ.ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เป็น Excellence Center ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กลุ่มโรคจิตเวช เช่น Schizophrenia ,ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) ,Major depressive disorder , Alcohol-related disorder (F10) ,Multiple Substance-related disorder (F19) ,Amphetamine –related disorder (F15) ,ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness High Risk to violence : SMI-V) ,Bipolar affective disorder (F31) ,Anxiety disorder , Acute and transient psychotic disorder (F23) , Schizoaffective disorder (F25) และปัญหาวิกฤติสุขภาพจิต (MCATT)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคทางกายแทรกซ้อนรุนแรง มักพบในกลุ่ม Alcohol-related disorder
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกายที่มีอาการรุนแรง มักพบในกลุ่ม Alcohol-related disorder, ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคร่วมทางกาย, ผู้ป่วยสูงอายุ, obesity
- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness High Risk to violence : SMI-V)
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยECTและ MECT

iii. กระบวนการ

(1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์

หน้าที่

- 1.รับผิดชอบงานบริการทางการแพทย์
- 2.ควบคุมดูแล ตรวจสอบ วางแผนและประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 3.ส่งเสริมให้บุคลากรในกลุ่มงานได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางด้านการแพทย์
- 4.เผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช
- 5.ติดต่อประสานงาน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- 6.ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

เป้าหมาย

- 1.เป็นทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์และมีคุณภาพ
- 3.พัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านทางกาย จิต สังคม เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพจิตอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- 4.ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีและถูกต้อง

5. ผลักดันพัฒนาองค์กรให้สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลโดยเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขอบเขตการให้บริการ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระดับตติยภูมิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2. การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

3. ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม

4. เป็นผู้นำองค์กรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหาร และทีมงานของโรงพยาบาล, คณะกรรมการ PCT, คณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง, คณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ, คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน, คณะกรรมการพัฒนาระบบยา เป็นต้น

5. เป็นอาจารย์สมทบสอนหลักสูตรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ แพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เฉพาะทางด้านจิตเวช (PG) นักศึกษาพยาบาล และเครือข่ายสาธารณสุข

6. เป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกงานของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น resident จิตเวช family medicine เป็นต้น

7. เป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน เช่น กัมพูชา อินโดนีเซีย ตามวิสัยทัศน์โรงพยาบาล

8. เป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช

(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์

- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:

- มีการแต่งตั้งกรรมการแพทย์ประจำสถานพยาบาล

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบำบัดรักษาตาม พรบ.สุขภาพจิต

- มีการแต่งตั้งแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย

- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

- มีการเข้าร่วมประชุมวิชาการราชวิทยาลัยจิตแพทย์ และประชุมวิชาการของจิตแพทย์

- การเข้าร่วมอบรมทั้งในเรื่องบริหารและงานวิชาการ

- กิจกรรมวิชาการ เพิ่มพูนความรู้ ในช่วงเที่ยงที่ห้องพักแพทย์ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

- มีการจัดอบรมประชุมวิชาการ update emergency medicine และ neuromedicine

- มีการจัด interhospital conference ร่วมกับ รพ.ศรีนครินทร์ รพ.ขอนแก่น และเชิญ รพ.ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่สนใจมาเข้าร่วม หากมี case จิตเวชเด็ก จะมีการจัดร่วมกับ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ:

- มีการควบคุมการเข้าถึงยานอกบัญชี

- มีการมอบหมายแพทย์พี่เลี้ยงดูแลตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงาน

-มีการเตรียมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบงานของโรงพยาบาลก่อนปฏิบัติงานจริง

- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

1.สรุปแนวทางและการปฏิบัติเกี่ยวกับการธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมในการปฏิบัติงานของแพทย์ ข้อตกลงที่จำเป็น ปรากฏอยู่ในธรรมนูญขององค์กรแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในหมวดที่ว่าเรื่องหน้าที่ของสมาชิก และในหมวดที่ว่าด้วยเรื่องการใช้บริการ

-ในกรณีที่มีความจำเป็นที่ต้องมีข้อตกลงใหม่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง คณะกรรมการองค์กรแพทย์จะเป็นผู้จัดเวทีพูดคุยกันระหว่างแพทย์ เพื่อหาข้อมูลสรุปที่ทุกฝ่ายยอมรับได้ เช่น การประชุม แก้ไขปัญหาความไม่ราบรื่นในการใช้บริการของแพทย์ในกลุ่มงานต่าง ๆ เป็นต้น

-จัดระบบเรื่องการลาของแพทย์ เพื่อให้มีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วยนอก และดูแลผู้ป่วยในจัดระบบแพทย์เวียนช่วยตรวจทดแทน

2.แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาในทำงานของแพทย์

การกำกับดูแลปัญหาจริยธรรมของแพทย์ โดยมีแนวทางดังนี้

2.1 ป้องกันปัญหา ได้แก่ การจัดชั่วโมงอภิปรายเรื่องจริยธรรมแพทย์ กรณีศึกษาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ การแจ้งข่าวแพทย์ที่ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยจากใบแสดงความคิดเห็นในการรับบริการ ซึ่งจะมีการสรุปโดยสำนักงานคุณภาพเป็นรายเดือน

2.2 แก้ไขปัญหา มีมาตรการต่าง ๆ ตามขั้นตอนดังนี้

1.มีช่องทางการรายงานในประเด็นที่เกี่ยวกับจริยธรรมแพทย์ รายงานเข้ามาที่ประธานองค์กรแพทย์

2.ประธานองค์กรแพทย์จะสะท้อนข้อมูลกลับ (feed back) ไปให้แพทย์ผู้ที่ถูกร้องเรียน เป็นการส่วนตัว เพื่อการพิจารณาปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง

3.ถ้าพฤติกรรมยังไม่เปลี่ยนแปลงและถูกร้องเรียนซ้ำ จะนำประเด็นเข้าที่ประชุมเพื่อหาหรือแนวทางจัดการ

4.ถ้าพฤติกรรมยังไม่เปลี่ยนแปลงจะส่งรายชื่อให้อำนาจการโรงพยาบาลฯ เรียกตัวมาว่ากล่าวตักเตือน

5.พิจารณาไม่เสนอชื่อให้คณะกรรมการพิจารณาความดีความชอบของโรงพยาบาลพิจารณาเลื่อนขึ้นเงินเดือน

6.ใช้มาตรการทางสังคม

ผลในรอบที่ผ่านมา ไม่พบอุบัติการณ์การละเมิดมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมของแพทย์

2.3 มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกันและได้มาตรฐาน พร้อมทั้งเป็นการสื่อสารให้หน่วยงานอื่นปฏิบัติตาม

- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

แนวทางการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อหาโอกาสพัฒนา และป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ องค์กรแพทย์มีบทบาทส่งเสริมแพทย์ร่วมกับสาขาวิชาชีพทำการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1.การทบทวนตัวชี้วัดเฉพาะโรคให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเน้นในด้านป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.1 การบริการด้านป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

- มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม และเป็นไปในทิศทางเดียวกันรวมถึงให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมปลอดภัย และลดระยะเวลาในการรักษา

- ปรับสมรรถนะสู่ความเป็นเลิศด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การอบรมการทำจิตบำบัด Satir

- จัดตั้ง Care Team Suicide & Depress

1.2 การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มโรค 3 อันดับแรกของโรงพยาบาล ได้แก่

- จัดตั้ง Care Team Schizophrenia และ Care Team Alcohol เพื่อให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. การบริการมีความปลอดภัย มีการประชุมเพื่อทบทวนในกลุ่มงานซึ่งนำไปสู่แนวทางแก้ไข เช่น

- การปรับค่า critical lab ให้ detect ได้เร็วขึ้น

- ทบทวนติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยา lithium และ clozapine

- จัดทำแนวทางการคัดกรองในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ standing order lab ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วย alcohol related disorder morbid obesity

- CPR : มีการฝึกอบรม CPR และแนวทางการปฏิบัติในกรณี CPR

- เสนอให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ DTX, Pulse Oximeter, เครื่อง defibrillator EKG

- พัฒนา CPG DM, และ HT

- การคัดกรอง Sepsis ให้ใช้เป็น Quick SOFA score

- Pneumonia : แนวทางในการป้องกัน ประเมินและรักษาภาวะ Pneumonia ประยุกต์ใช้ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) เพื่อเฝ้าระวัง Over sedation

- Electrolyte imbalance

1) เน้นการเจาะเลือดประเมินก่อนรับเข้ารับรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายหลายโรคและ Alcohol-related disorder (F10)

2) เน้นรพ. เครือข่าย ก่อนreferมา ให้ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย เจาะ lab และรักษา ภาวะทางกายก่อน และสามารถโทร consult แพทย์ที่ออก opd หรือ อยู่เวร ได้

3) ภาวะ hyponatremia มักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติ polydipsia เน้นให้เขียนประวัติ polydipsia หรือ hyponatremia ในช่องเฝ้าระวัง

- NMS

1) จัดทำแนวทางในการประเมินภาวะ NMS และ EPS ร่วมกับการให้การดูแลรักษา

2) จัดทำแนวทางในการวินิจฉัย NMS

3) จัดทำ Standing order for NMS

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>4)ประสานห้องlabเพิ่มการตรวจ CPK และยืนยันเวลาได้ผลLab ใน 30 นาที</p> <p>5)ประสาน PTC เพื่อนำยา bromocriptine เข้ามาใช้ในร.พ.</p> <p>- Seizure</p> <p>1)เพิ่มการทำ Med reconcile ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมมากขึ้น</p> <p>2)ทบทวนการใช้ยา Antiepileptic drugs เรื่องปริมาณยาที่สามารถครอบคลุมได้ทั้ง GTC และ Complex partial seizure</p> <p>- มีการจัดอบรมประชุมวิชาการ update emergency medicine และ neuromedicine</p> <p>- การ Admit ผู้ป่วย พรบ.ยาเสพติด มีแนวปฏิบัติ ดังนี้ ประเมิน Psychological test CXR</p> <p>สแกนเรื่องฮิต</p> <p>องค์กรแพทย์ร่วมกับสาขาชีพ ในการพัฒนาเตรียมการและการรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เกิดระบบบริการแบบใหม่ (New Normal Service)</p> <p>- เข้าร่วมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 (EOC : Emergency Operation Center)</p> <p>- มีการจัดทำแผนเผชิญเหตุ กรณีมีการ lockdown และแผนประคับประคองกิจการ BCP :Business Continuity Plan ของแพทย์ และสื่อสารให้ทุกคนทราบ</p> <p>- มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัดด้วยระบบยาไปรษณีย์/ร้านยาใกล้บ้าน วางระบบในการส่งยาไปรษณีย์ โดยแพทย์ที่ออกตรวจช่วงบ่ายเป็นผู้ส่งยาไปรษณีย์ครั้งละ 1 เดือน</p> <p>- ปรับลดอัตราการครองเตียง ไม่เกิน 70 % ตามหลักSocial Distancing</p> <p>- มีการทำ telemedicine ในเคสนิติจิตเวช ร่วมกับนิติจิตเวช</p> <p>3.การบริการมีความรวดเร็ว</p> <p>- มีการเพิ่มอัตรากำลังการออกตรวจผู้ป่วยนอกในภาคเช้าเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ มีผู้ป่วยมารับบริการในช่วงเช้าเป็นจำนวนมาก</p> <p>- จัดระบบแพทย์เสริมในวันที่แพทย์เช้า ออก3ท่าน บ่ายออก1 ท่าน</p> <p>- การปรับปรุงระบบการตามแพทย์กรณีผู้ป่วยใน ในเวลาราชการ</p> <p>- การปรับปรุงแบบฟอร์ม OPD card และเกณฑ์การตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียน ให้มีการบันทึกข้อมูลที่สะดวกและรวดเร็วในการสื่อสารระหว่างทีมสาขาชีพ</p> <p>4.การบริการก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับผลงานและผู้ให้บริการ</p> <p>- มีการทบทวนข้อเสนอแนะผู้รับบริการในการประชุมกลุ่มงานการแพทย์</p> <p>- มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนร่วมกับทีมสาขาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาคีร์อข่าย (Extended OPD) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย</p>
--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรงพยาบาลพล โรงพยาบาลมัญจาคีรี โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์และ
เครือข่ายมียาจิตเวชที่จำเป็น รวมทั้งมีการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชแก่เครือข่าย

องค์กรแพทย์ได้ทำการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1. การทบทวนตัวชี้วัดเฉพาะโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วย Suicide/depression และมีการ
ประเมินผลดังต่อไปนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Suicide / depression

มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อ
เป็นแนวทางสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม และเป็นไป
ในทิศทางเดียวกันรวมถึงให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมและปลอดภัย และลดระยะเวลา
ในการรักษามีการพัฒนาศักยภาพด้านการใช้เครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงและวางแผนการรักษา

งานจิตเวชชุมชน

มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ขณะนี้มีการ
พัฒนาเครือข่าย (Extended OPD) มากขึ้น และมียาจิตเวชที่จำเป็น รวมทั้งมีการให้ความรู้ในการดูแล
ผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า

- จำนวนผู้มารับบริการลดลง
- การเพิ่มจำนวนการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลเครือข่าย
- มีการส่งต่อ (Refer) จากโรงพยาบาลชุมชนมาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ลดลง

- สามารถลดการขาดทุนจากการที่จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตีผู้ป่วยนอก
- การเตรียมชุมชนและการ Dischargeผู้ป่วยที่ญาติไม่รับกลับชุมชนไม่ยอมรับ แพทย์
ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยและเตรียมชุมชนกรณีญาติไม่ยอมรับ/ชุมชนไม่ยอมรับ

- ผู้ป่วยและญาติได้รับความสะดวกใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายน้อยลง
- ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ

2. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกรายจะมีการทบทวนการดูแลโดย
แพทย์เจ้าของไข้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพมีการจัด interesting case และประชุมองค์กรแพทย์

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- มีการจัด conference ในวันพฤหัสบดี เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน
- สื่อสารกันใน line ประชุมแพทย์ jvkk ร่วมวางแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่ดูแลยาก
- มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น
- มีการประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อเข้าร่วมการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยค้างเตียงลดลง
- ปรับแนวทางการใช้ยา clozapine
- ปรับแนวทางการใช้ยา lamotrigine
- เพิ่มคู่มือ Fatal drug interaction

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ

แพทย์มีการทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์สำคัญทางคลินิก โดยนำเสนอในรูปแบบ case conference อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากนั้นมีการทบทวนในรูปแบบ peer review, morbidity-mortality review update ความรู้ใน ประชุมองค์การแพทย์ ประชุมทางวิชาการอื่นๆ เช่น ประชุมราชวิทยาลัยจิตแพทย์ ประชุม TSAD จัด interhospital conference ระหว่าง จิตแพทย์ และ อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา การอ่านวารสารต่างประเทศ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. มีแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกาย เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค

2. มีแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับ Fatal Drug Interaction ดังนี้

- มีรายการยา Fatal Drug Interaction ที่ครอบคลุมรายการยาของโรงพยาบาลทั้งหมด
- มีแนวทางการดำเนินการกรณีผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Fatal Drug Interaction
- แพทย์หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มดังกล่าว

3. มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีผื่นพิษจากการแพ้ยา Carbamazepine

4. การทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย ปฏิเสธการรักษา

มีข้อบ่งชี้กรณีที่ต้องส่งต่อในแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ และมีการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติทางกาย ภายหลังจากการส่งต่อโดยทีมสหวิชาชีพ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- มีแบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย

- มีการโทรศัพท์ปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลแพทย์ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ก่อนการส่งต่อ

- พัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล

- การเตรียมความพร้อมของบุคลากร/ความพร้อมของอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการจัดอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ครั้ง/ปี

- การปรับสิ่งแวดล้อมและโครงสร้างทางกายภาพในการดูแลผู้ป่วย

- มีแนวทางการปฏิบัติ การติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในโรงพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

- ได้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคทางกายและเกณฑ์ในการประเมินความผิดปกติความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอยู่ในแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์

5. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

- ทบทวนโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า กรณีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทบทวนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับจิตแพทย์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ทบทวนโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า กรณีแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทบทวนการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วมกับแพทย์โรงพยาบาลฝ่าย กายเช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนทางกาย
- มีแนวทางการปฏิบัติ การติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ
- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในโรงพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
- ได้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคทางกายและเกณฑ์ในการประเมินความ ผิดปกติความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอยู่ในแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์
- มีการโทรศัพท์ปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลแพทย์ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ก่อน การส่งต่อ
- พัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการประเมินและวางแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล

6.ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกรณีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต

เจ้าหน้าที่เกิดความไม่มั่นใจ เนื่องจากมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ จึงแก้ปัญหาโดยส่ง พยาบาลไปอบรม CPR ที่รพ. ขอนแก่น มีการจัดให้การอบรม / สอนงาน เกี่ยวกับการทำ CPR อย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง ให้กับบุคลากรทุกระดับและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยมีแพทย์เป็นผู้นำและมีการฝึกปฏิบัติจริง

7.การทบทวนความเหมาะสม และประสิทธิภาพในการตรวจรักษา

- ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและหา adverse event จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ มีความเสี่ยงด้านต่างๆ

- ทบทวนจากใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ

ตัวอย่างการจัดการข้อร้องเรียนในองค์กรแพทย์

1.ทำที่การให้บริการของแพทย์ เกิดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องแพทย์ใช้คำพูดและท่าที่ไม่ เหมาะสมในขณะที่ให้บริการตรวจรักษา ได้ดำเนินการแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นโดยรับฟังปัญหาและจัดให้ ผู้ป่วยรับบริการจากแพทย์ท่านอื่นก่อน และแจ้งเรื่องข้อร้องเรียน ให้ประธานองค์กรแพทย์ แจ้งแพทย์ที่ เกี่ยวข้องเพื่อ หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข และสื่อสารคำชื่นชม ทำที่บริการแพทย์เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ ให้แพทย์รายบุคคล และใน line ประชุมแพทย์ jvkk

● การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน

- ให้แพทย์ทุกคนมีบทบาทสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนและ เห็นความสำคัญของการบันทึกเวช ระเบียน

- มีการควบคุมกำกับให้การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและมีคุณภาพโดยติดตาม ด้วยตัวชี้วัดขององค์กรแพทย์

- มีคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนในภาพรวมของ โรงพยาบาลอีกชั้นหนึ่ง และมีการสะท้อนข้อมูลกลับให้นำข้อมูลไปพัฒนา เป็นรายบุคคล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- มีการนำผลการตรวจมาพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- นำผลการทบทวนเวชระเบียนจาก RM เพื่อมาปรับปรุงพัฒนาการเขียนข้อมูลเพิ่ม ได้แก่ เพิ่มช่องเฝ้าระวัง ใน case SMI-V หรือ diagnosis ใน ระบบ online ประวัติ hyponatremia polydipsia ประวัติ suicide
- ผลการพัฒนาและทบทวนการบันทึกเวชระเบียนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและปรับการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้ได้มาตรฐานตามการตรวจของสปสช. (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561-2563 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เท่ากับ 95.55, 95.66, 97.78 ตามลำดับ ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับ 90.61, 91.56, 93.67 ตามลำดับ
- ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ปี 2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ต.ค. 63 - ก.ย.64 ร้อยละ 97.81 ผู้ป่วยใน ต.ค.63 - ก.ย.64 ร้อยละ 93.41
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - มีการพัฒนาระบบ OPD แบบ Online ให้สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาและความปลอดภัย เป็นการใช้ Pass word และ Pin code มีข้อมูลโรคประจำตัวและการแพ้ยาในระบบ OPD Online
 - ข้อเสนอแนะจากองค์กรแพทย์นำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบ Online พัฒนาระบบ online ผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อการบันทึก และการใช้ข้อมูลโดยสามารถดูภาพ scan OPD การตรวจที่ผู้ป่วยเคยรักษาในระบบ online ได้เลย ลดการค้นประวัติ
 - การนำ line เข้ามาใช้ สื่อสารข้อตกลงต่างๆ ในการประชุมองค์กรแพทย์
 - นำเครื่อง defibrillator มาใช้ DTX, Pulse Oximeter, เครื่อง defibrillator EKG
 - การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
 - มีธรรมนูญองค์กรแพทย์
 - มีแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์
 - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามพรบ.สุขภาพจิต
 - แนวทางการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยตามคู่มือปฏิบัติงาน การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับปี 2561
 - วิเคราะห์ข้อเสนอแนะการบริการทางการแพทย์เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกรมสุขภาพจิต
 - ร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพตามกระบวนการ Hospital accreditation
 - มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน
 - จัดให้มีการทบทวนปรับปรุงเอกสารคุณภาพต่างๆ ให้ทันสมัยและมีความเหมาะสมสอดคล้องตามความจำเป็นหรืออย่างน้อยทุก 1 เดือน
 - จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติตามธรรมนูญ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติและแนวปฏิบัติของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เนื้อหาของนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มีความสอดคล้องกับ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นโยบายของโรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรมการบริหารจัดการประเด็นจริยธรรม ความปลอดภัยและการพัฒนากำลังคน

- แพทย์ทุกคนรับทราบ เข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติ

(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:

- มีธรรมนูญขององค์กรแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมการทำงาน
- มีแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์
- จัดให้มีกลไกที่จะให้แพทย์ได้รับทราบนโยบาย ระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ

เช่น การประชุม การแจกจ่ายเอกสารให้ถือครองอย่างทั่วถึง สื่อสารทางline กลุ่ม ประชุมแพทย์ jvkk

- องค์กรแพทย์ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง และรับฟังข้อคิดเห็น ทั้งทาง line และการสื่อสาร ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการประชุมสื่อสารในช่วงเที่ยง

(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:

เป็นผู้นำองค์กรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารและ ทีมนำของโรงพยาบาล, เป็นประธานคณะกรรมการ PCT, เป็นประธานคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยง, เป็นประธานคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ, เป็นประธานคณะกรรมการทบทวนความ สมบูรณ์ของเวชระเบียน, เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยา เป็นต้น

องค์กรแพทย์ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการพัฒนาเตรียมการและการรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลทำให้เกิดระบบบริการแบบใหม่ (New Normal Service)

- การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินโรคติดเชื้อ COVID-19 (EOC : Emergency Operation Center)และถ้า มีการ lockdown มีแผนกิจการ BCP :Business Continuity Plan ของก. แพทย์ และสื่อสารให้ทุกคนทราบ

- สื่อสารการจัดบริการที่ OPD
- ตั้ง ARI Clinic บริการ one stop service ตรวจระบบทางเดินหายใจและคัดกรอง ผู้ เข้าเกณฑ์เฝ้าระวังกรณีผู้ป่วย/ญาติที่มีความเสี่ยงเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง PUI

- มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัดด้วยระบบยาไปรษณีย์/ ร้านยาใกล้บ้าน โดยแพทย์ที่ออกตรวจช่วงบ่ายเป็นผู้ส่งยาไปรษณีย์ครั้งละ1เดือน

- Cohort ward 10 เตียง
- ปรับลดอัตราการครองเตียง ไม่เกิน 70 % ตามหลักSocial Distancing

มีการทำ telemedicine ในเคสนิติจิตเวช ร่วมกับนิติจิตเวช

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมีแพทย์เป็นผู้นำในการจัด case conference
- แพทย์เจ้าของไข้ ร่วมกับ PCT สหวิชาชีพ เพื่อ พัฒนาการดูแลผู้ป่วย และระบบในการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดการพัฒนารักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันที่ที่มีการนำ เทคโนโลยี line เข้ามาใช้ในการสื่อสารสห วิชาชีพ

- มีการพัฒนาแนวทางCPG ต่างๆและแนวทางในดูแลประเมินภาวะแทรกซ้อน ทางกาย เช่น pneumonia NMS sepsis

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- องค์กรแพทย์ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการพัฒนาเตรียมการและการรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลทำให้เกิดระบบบริการแบบใหม่ (New Normal Service)
- มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัดด้วยระบบยาไปรษณีย์/ร้านยาใกล้บ้าน โดยแพทย์ที่ออกตรวจช่วงบ่ายเป็นผู้ส่งยาไปรษณีย์ครั้งละ1เดือน
- มีการทำ telemedicine ในเคสจิตเวช ร่วมกับนิติจิตเวช

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38.องค์กรแพทย์	3.5	I	<ul style="list-style-type: none"> - เป็น training center ในด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ - มีการเรียนรู้พัฒนาการเรียนรู้และ updateแนวทางรักษาที่ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
2.ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	75	87.1	100	95	100
2.1 ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	-	-	100	99	100
3.จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
4.ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด ได้มาตรฐาน	100	86.36	54.54	100	100	100
5.ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	97.7	94.4	94.44	94.19	93.29
6.ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด	100	100	100	100	100	100
7.ร้อยละการคัดแยกขยะถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย)	80	99.17	91.66	92.55	93.33	91.5
8.ระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital	ดีมาก+	ดี	ดี	ดีมาก	-	อยู่ระหว่างประเมินระดับดีมาก Plus
9.ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต	≤0	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

ii. บริบท

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มีหน้าที่กำหนดแผนบริหารงานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ตามนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล ให้ถูกต้องตามหลักกฎหมาย กำกับติดตาม ประเมินปัญหาและความต้องการ ปรับปรุงและพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

ลักษณะสิ่งก่อสร้าง: เป็นอาคารที่สร้างด้วยคอนกรีตเสริมเหล็ก

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน มีระบบบริหารเครื่องมือทางการแพทย์โดยคณะกรรมการบริหารเครื่องมือ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

โครงสร้างและอาคารผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจแบบแผนการก่อสร้างอาคาร มีคณะกรรมการ ENV จัดทำแผน ENV Round ประจำปี เพื่อตรวจโครงสร้างอาคารสถานที่ และรายงานผล รวมทั้งขอเสนอเพื่อปรับปรุงซ่อมแซมตามสภาพความจำเป็นเร่งด่วน มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

(2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย

- สถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากรมีแสงสว่างที่เพียงพอเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด
- มีแผนล้างถังสำรองน้ำประปาขนาดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง
- มีการตรวจสอบการล้างเครื่องกรองน้ำทุกเดือน
- มีการตรวจผลน้ำดื่มจากเครื่องกรองน้ำ โดยการส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสำนักงานประปาทุก 6 เดือน มีแผนการเปลี่ยนท่อน้ำขนาดใหญ่ปีละ 2 จุด
- มีระบบเครื่องสำรองไฟฟ้า กรณีไฟฟ้าดับจะมีไฟฟ้าสำรองภายใน 10 วินาที มีแผนการเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อใช้งานเกิน 15 ปี หรือหมดอายุการใช้งานจะดำเนินการเปลี่ยนอุปกรณ์ตามกำหนด

(3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)

ระบบการจัดการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการโดยรูปแบบของคณะกรรมการความเสี่ยง ที่ให้ทุกหน่วยงานมีการดักจับปัญหาเพื่อมุ่งเน้นความปลอดภัย ได้แก่ การตรวจเยี่ยมจากทีมนำคุณภาพ การรายงานเหตุการณ์ของทุกหน่วยงานเข้าคณะกรรมการความเสี่ยง อุบัติการณ์ต่าง ๆ การประชุมทีมนำ และให้ทุกหน่วยงานมีการปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงทุก 6 เดือน

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

- ด้านความปลอดภัยโครงสร้างฯ ทำการตรวจสอบสภาพอาคาร เพื่อควบคุมเกี่ยวกับความมั่นคง แข็งแรงอาคาร ความปลอดภัยของผู้ใช้อาคาร การป้องกันอัคคีภัยภายในอาคาร การจัดการด้านสาธารณสุข และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกระทรวงมหาดไทย พ.ศ..2548 หมวด 4 ข้อ 13 ดังนี้
 - การตรวจสอบใหญ่ โดยหน่วยงานภายนอกเข้าดำเนินการตรวจสอบทุก 5 ปี
 - การตรวจสอบประจำปี โดยหน่วยงานดำเนินการทุก 1 ปี
- ด้านสาธารณูปโภค มีแผนการดูแล การตรวจคุณภาพน้ำ มีแผนเยี่ยมสำรวจผู้ป่วยใน ด้านอาคารไฟฟ้า ประปา และสุขาภิบาล 4 ครั้ง/ปี
- ด้านอัคคีภัย มีการจัดอบรมและซ้อมแผนทุกปี จัดทำแผนป้องกัน พร้อมการประเมินผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ด้านของเสียอันตราย มีการให้ความรู้ แยกขยะอย่างถูกวิธี มีป้ายชี้บ่งที่ชัดเจน มีแผนตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง 2 ครั้ง/ ปี คณะกรรมการ IC ให้ความรู้กับผู้นายขยะ น้ำเสีย

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม
31 กค-2 สค 62	อบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (OH&S) และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ENV) รุ่นที่ 16 (ส่งอบรมภายนอกหน่วยงาน)	2
17 ธค. 62	อบรมการพัฒนาศักยภาพด้านงานจัดการน้ำเสีย สุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำสะอาด (ส่งอบรมภายนอกหน่วยงาน)	2
21 - 22 กย. 63	อบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (OH&S) และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ENV) รุ่นที่ 17 (ส่งอบรมภายนอกหน่วยงาน)	2

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์

องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุนายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้ หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือกสัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้และกำจัดวัสดุและของเสียอันตราย มีแนวทางการจัดการวัสดุและของเสียอันตรายตามคู่มือและระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล บุคลากรมีการป้องกันตนเองจากวัสดุและของเสียอันตรายตามคู่มือของ IC มีการตรวจสอบสุขภาพของผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียทุก 1 ปี

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

- องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปและองค์กรต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการ

- องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินครอบคลุมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามได้ คือ ผู้ป่วยหลบหนี ไฟไหม้ (มีคู่มือเฉพาะการป้องกันอัคคีภัยที่ครอบคลุม) น้ำท่วม แผ่นดินไหว พายุ การชู้วาระเบิด

(3) การฝึกซ้อมแผน

มีการฝึกซ้อมแผนตามคู่มือกำหนดเป็นประจำทุกปี

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีแผนป้องกันอัคคีภัยในระบบโรงพยาบาล ระดับหน่วยงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ปรับปรุงจุดเสี่ยงที่เมื่อเกิดอัคคีภัย โดยสร้างบันไดหนีไฟ เพิ่ม 2 ตึก (ตึกราชพฤกษ์และตึกศูนย์ฉีดวัคซีน)

- มีผังเส้นทางการหนีไฟทุกตึก

- มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกปี และมีการซ้อมแผนอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ยกเว้น ปี 2563 และ ปี 2564 เนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 แพร่ระบาด

- มี ENV round หัวข้อ อัคคีภัย ชักซ้อมความเข้าใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

- มีการนิเทศอัคคีภัยในตึกผู้ป่วยใน เพื่อทบทวนซักซ้อมความเข้าใจ

- มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดูแล และบำรุงรักษาถังดับเพลิง

- มีการตรวจสอบถังดับเพลิงทุกเดือน พร้อมมีการตรวจเช็คจาก รปภ. อีกครั้ง

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

- มีการตรวจสอบสภาพถังดับเพลิง โดยหน่วยงานที่มีถังดับเพลิงอยู่ และ รปภ. ตรวจสอบทุกครั้ง

- มีการตรวจสอบสภาพบันไดหนีไฟที่มีอยู่ในอาคารผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยใน ให้มีสภาพพร้อมใช้ อยู่เสมอ

II-3.2 ก. เครื่องมือ

(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดการ

- จัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ

- ดำเนินการวางแผนจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นตามขั้นตอนระเบียบพัสดุและกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ขาย

ต้องมีการสอบเทียบพร้อมใบรายงานผลการสอบเทียบของเครื่องมือ

- มีการประเมินความพร้อมทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องก่อนการใช้งาน

- สรุปรวความต้องการของหน่วยงาน ปีละ 1 ครั้ง เพื่อจัดทำแผนการจัดการจัดหาเครื่องมือในปีต่อไป

- มีการวางแผนจัดหาเครื่องมือ ซึ่งได้จากทำการวิเคราะห์เครื่องมือที่มีอยู่ รวมทั้งความจำเป็นที่ต้อง

ใช้ในหน่วยงาน

- ดำเนินการวางแผนจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นตามขั้นตอนระเบียบพัสดุและกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ขาย

ต้องมีการสอบเทียบพร้อมใบรายงานผลการสอบเทียบของเครื่องมือ

- อบรมบุคลากรให้มีความรู้บำรุงรักษาเครื่องมือเบื้องต้นให้เรียบร้อยก่อนการส่งมอบ

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

- สรุปรวความต้องการของหน่วยงาน ปีละ 1 ครั้ง เพื่อจัดทำแผนการจัดการจัดหาเครื่องมือในปีต่อไป

- มีการวางแผนจัดหาเครื่องมือ ซึ่งได้จากทำการวิเคราะห์เครื่องมือที่มีอยู่ รวมทั้งความจำเป็นที่ต้อง

ใช้ในหน่วยงาน

- ดำเนินการวางแผนจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นตามขั้นตอนระเบียบพัสดุและกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ขาย

ต้องมีการสอบเทียบพร้อมใบรายงานผลการสอบเทียบของเครื่องมือ

- กำหนดให้แต่ละหน่วยงาน มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ

- กำหนดให้หน่วยงานมีการตรวจสอบพร้อมทั้งทดสอบการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์

ทางการแพทย์ทุกวัน ทุกเวรทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- กำหนดให้มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยบริษัทเอกชนหรือหน่วยงานราชการที่มีใบรับรองมาตรฐานของเครื่องมือที่นำมาใช้ในการสอบเทียบ และมีรายงานการบันทึกผลค่าที่วัดหรือค่าที่สอบเทียบได้ของเครื่องมือทุกค่า

- กำหนดให้มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ครั้ง)

- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือซ้ำในกรณีที่ถูกร้องขอและดำเนินการจัดหาเครื่องตามความต้องการ

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง โดยการสำรวจความต้องการ วิเคราะห์ปัญหา และความจำเป็นของเครื่องมือ รับฟังข้อคิดเห็นหรือปัญหาในการใช้งานจากบุคลากรผู้ใช้

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค

(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค

- มีถังสำรองน้ำประปาขนาดใหญ่ให้เพียงพอต่อการใช้น้ำประปา

- มีแผนการล้างถังปีละ 1 ครั้ง

- มีการตรวจสอบการล้างเครื่องกรองน้ำทุกเดือน

- ส่งน้ำดื่มจากเครื่องกรองน้ำส่งศูนย์วิทยาศาสตร์หรือสำนักงานประปาทุก 6 เดือน

- มีแผนการเปลี่ยนท่อน้ำขนาดใหญ่ปีละ 2 จุด

- ระบบไฟฟ้า โรงพยาบาลมีเครื่องสำรองไฟฟ้า กรณีไฟดับจะมีไฟฟ้าสำรองภายใน 10 วินาที

- มีผู้รับผิดชอบบำรุงรักษาตามคู่มือ

- มีแผนการเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อเกิน 15 ปี หรือหมดอายุการใช้งาน

- มีการเปลี่ยนสายไฟในอาคารที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกตึก

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

● ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:

เป็นเครื่องสำรองไฟขนาด 650 KVA กรณีไฟดับจะมีไฟฟ้าสำรองภายใน 10 วินาที ระยะเวลาในการสำรองไฟฟ้าได้ 24 ชั่วโมง

● ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:

มีการสำรองถังออกซิเจนขนาดใหญ่ไว้ที่ตึกผู้ป่วยในตึกละ 2 ถัง หน่วยให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้า 2 ถัง

● การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:

มีผู้รับผิดชอบบำรุงรักษาตามคู่มือ มีแผนการเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อเกินเวลา 15 ปี หรือหมดอายุการใช้งาน

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

- มีแผนการเปลี่ยนท่อน้ำขนาดใหญ่ปีละ 2 จุด

- มีแผนการเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องสำรองไฟฟ้าที่ใช้งานเกิน 15 ปี หรือหมดอายุการใช้งาน

- มีการเปลี่ยนสายไฟในอาคารที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกอาคาร

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- สถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากรมีแสงสว่างที่เพียงพอเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
- ปรับปรุง จุดให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อลดการแออัดของผู้มารับบริการ เว้นระยะห่าง
- มีการจัดภูมิทัศน์ภายในโรงพยาบาลให้ร่มรื่น สวยงาม
- สถานที่อาคารตึกผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี มีสถานที่สวยงาม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี อากาศดี ต้นไม้ร่มรื่น บรรยากาศการทำงานสดใส มีต้นไม้ใหญ่จำนวนมาก ช่วยลดอุณหภูมิของสถานที่ทำงาน ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีความสุขกายใจที่ดี
- มีโทรทัศน์ให้ผู้ป่วยชมเพื่อรับทราบข่าวสาร และความบันเทิงต่าง ๆ เพื่อความพึงพอใจ
- มีการปรับปรุงสถานที่สำหรับการบำบัดผู้ป่วยตามอาการของโรค
- มีห้องออกกำลังกายสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วยตามแนวทางวิชาชีพ รวมทั้งให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ และบุคคลภายนอก

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

- มีห้องสมุดเป็นแหล่งให้ศึกษา เรียนรู้ มีหนังสือหลากหลายชนิด มีบทความ รายงานวิจัย รายงานผลการปฏิบัติงาน วารสาร จุลสาร ต่าง ๆ
- มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู เป็นแหล่งเรียนรู้ ด้านการเกษตร ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ และมีโครงการตามพระราชดำริ โคก หนอง นา ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ ฝึกอาชีพ ก่อนกลับสู่ชุมชน นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

- ผักปลอดสารพิษจากศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู ซึ่งได้จากการฝึกอาชีพให้ผู้ป่วยมาประกอบอาหารให้ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- การดำเนินการงานตามนโยบายของโรงพยาบาลปลอดภัย และสิ่งซื้อวัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:

- มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
- มีการดูแลรักษาระบบบำบัดน้ำเสียโดยผู้ที่ผ่านการอบรม
- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบปรับภาวะมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด

มีการทบทวนซ่อมบำรุงระบบท่อบำบัดน้ำที่ชำรุด

(2) การลดปริมาณของเสีย:

- มีการแยกประเภทขยะรีไซเคิล
- มีการแยกประเภทผัก เศษอาหาร ร่วมกับเทศบาล เพื่อนำไปทำปุ๋ย
- มีการรณรงค์ใช้กระดาษ 2 หน้า
- ขยะเศษใบไม้ นำส่งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดูเพื่อทำปุ๋ยหมัก

(3) การกำจัดขยะ:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบและวิธีกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ - มีถังแบบคอนเทนเนอร์และมีสถานที่รองรับที่เหมาะสม - มีถุงพลาสติกรองรับในถังขยะขนาดเล็กทุกใบ - มีผู้รับผิดชอบการขนย้ายขยะเฉพาะ 2 คน และมีโรงพักขยะและเส้นทางเวลาการกำจัดขยะ <p>ปรับปรุงสถานที่วางขยะ 2 จุด</p> <p>(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:</p> <ul style="list-style-type: none"> - องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียที่ผลกระทบต่อชุมชน - ร่วมกับชุมชนในการดูแลความสะอาดหน้าโรงพยาบาล โดยชุมชนจัดอาสาสมัครดูแลความสะอาดให้โรงพยาบาล (บริเวณหน้าโรงพยาบาล) <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ผ่านการประเมินการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital) ระดับดีมาก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับประกาศเกียรติคุณ ได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องในวันอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย ปี 2563 “อนามัยสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ห่างไกล COVID-19” <p>v. แผนการพัฒนา</p>			
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41.ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย	3	L	- อยู่ระหว่างปรับปรุงโรงเก็บขยะ
42.การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย	3	L	- อยู่ระหว่างการปรับปรุงคู่มือรองรับภาวะฉุกเฉิน และคู่มือการป้องกันอัคคีภัย
43.ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค	3	L	
44.สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	3	L	
45.การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	3	L	- อยู่ระหว่างการประเมิน Green & Clean Hospital ในระดับดีมาก Plus

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.อุบัติการณ์การติดเชื้อสำคัญตามบริบทองค์กร เช่น VAP, CAUTI, SSI, CLABSI เป็นต้น*	-	-	-	-	-	-
2.อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	-	-	-	-	-	-
3.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล/1000 วันนอน	ไม่เกิน 2 ต่อ1000 วันนอน	1.46	1.38	0.98	0.38	0.19
4.ระบบทางเดินหายใจส่วนต้น		83	70	71	25	9
5.ระบบทางเดินอาหาร		4	31	0	0	0
6.ระบบผิวหนัง		0	2	2	0	0
7.pneumonia		9	4	6	2	2
8.UTI		0	0	1	0	0
9.สุกใส		0	0	0	0	0
10.การติดเชื้อCOVID-19ในโรงพยาบาล	0 ราย	NA	NA	NA	0	0
11.อุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง/ของมีคม/โรคติดเชื้อ*	0 ราย	0	0	0	0	0
12.บุคลากรติดเชื้อ COVID-19 จากการดำเนินงาน	0 ราย	NA	NA	NA	0	0
13.ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	>80%	100	100	90	85	95
14.ร้อยละการล้างมือถูกต้องตามขั้นตอน	80%	87.93	87.38	80.74	92.56	93.47
15.ร้อยละการล้างมือตามหลัก My 5 moment	80%	72.65	76.64	78.25	95.59	96.23
16.การทึ่งเข็ม/ของมีคมถูกต้อง	100%	100	96.99	98.74	98.76	97.09
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ:						
เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 400 ราย ผู้ป่วยในประกอบไปด้วย 7 ตึก อัตราครองเตียง 70 % มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide และ Targeted surveillance ใน 3 ตำแหน่ง ได้แก่ URI, GI และ SSSI จากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 5 ปีย้อนหลังพบว่า ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งทางเดินหายใจส่วนต้น ทางเดินอาหาร และ pneumonia จากอาการข้างเคียงของ						

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ยาทางจิตทำให้ง่วงนอนหลับมาก ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการระบาดของไข้หวัด ในเด็กผู้ป่วยและโรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อจากชุมชนที่สำคัญคือวัณโรคปอด สุกใส ทิด

บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:

ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ฉีดยา เย็บแผล ให้ IV ทันตกรรม และในแผนกผู้ป่วยนอก มีผู้รับบริการจำนวนมาก เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด วัณโรคปอดและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

การติดเชื้อสำคัญ:

ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร และการระบาดของโรคทางเดินหายใจส่วนต้นเช่นไข้หวัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและสุกใสในโรงพยาบาล

โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:

-มีการรับ Refer ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น ที่พบคือ pneumonia เพื่อปรับปรุงกระบวนการรับrefer โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการรับผู้ป่วยติดเชื้อและต้องส่งต่อ ได้มีมาตรการ 1.ให้ทางโรงพยาบาลต้นทางส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใน24 ชม. 2. ผลChest X-RAY 3.ประสานการส่งต่อก่อนส่งผู้ป่วยมา ผลการดำเนินงาน referใน24 ชม.หลังรับไว้รักษาลดลง จากปี 2563 จำนวน4ราย ปี 2564 จำนวน 1 ราย

-ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในปี 2563-2564 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด มีมาตรการดังนี้ 1.ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้ป่วยก่อน refer 2. มีผลตรวจATK/RT-PCR ใน24-72 ชม. 3. งดรับreferผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หากจำเป็นต้องรับไว้ ต้องมีผลตรวจ PCR not detectedก่อนส่ง ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลได้คัดกรองผู้ป่วยในการประสาน refer ไม่พบการติดเชื้อหลังรับ refe

-ในปี 2564 ตั้งแต่เดือน เมษายน -30 กันยายน 2564 โรงพยาบาลได้รับreferผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กลุ่มที่ไม่มีอาการ(Asymptomatic) และกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง โรคร่วมสำคัญ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factor) step down รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น 5-7 วันจำนวน 48 ราย

การติดเชื้อดื้อยา:

โรงพยาบาลไม่มีการตรวจเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ แต่ป้องกันการดื้อยาโดยเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เป็น first line ถ้าหากพบ Case ที่สงสัยหรือถูกส่งต่อมามีเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Contact precautions อย่างเคร่งครัด (แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา) และนำแนวปฏิบัติด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมาใช้ ปี 2561-2564 ผู้ป่วยในที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การใช้Antibiotic มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ88.40 , 36.61,43.75 และ 33.33 เป้าหมาย ≤ 20 อูจจาระร่วงเฉียบพลันมีเฉพาะปี61 ร้อยละ 9.37 เป้าหมาย ≤ 20 ส่วนบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ร้อยละ0 ทุกปีเป้าหมาย ≤ 40

จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) จำนวน 2 คนผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ระยะเวลา 4 เดือน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล(9 มิถุนายน-26 กันยายน 2551) และอีกหนึ่งคนเพิ่งสำเร็จการอบรมจากสถาบันบาราศนราครุ มีข้อจำกัดคือปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าตึกและเป็นพยาบาลประจำการ

iii. กระบวนการ

II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ

- 1.ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในโรงพยาบาล
- 2.ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของบุคลากร จากการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรได้รับเชื้อจากการทำงาน
- 3.บุคลากรมีความรู้การใช้ PPE การปฏิบัติตัวของบุคลากร ปฏิบัติตามหลัก Isolation Precaution อย่างถูกต้อง
- 4.ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น โรคไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ระบบทางเดินอาหาร

5.สิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ มีการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่สิ่งแวดล้อม

6.มีการรายงานความเสี่ยงการติดเชื้ออย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

(2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม

ในปี2563-2564 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีการทบทวนร่วมกับกรรมการความเสี่ยงเพื่อกำหนดจุดเน้นการดำเนินงานโดยมีเป้าหมายดังนี้

- 1.ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในโรงพยาบาล
 - 2.ผู้รับบริการและบุคลากรปลอดภัย
 - 3.บุคลากรไม่เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จากการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการ
- 1.ประกาศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นนโยบายความปลอดภัย
 - 2.ปรับสิ่งแวดล้อม โครงสร้าง Flowการปฏิบัติงานและเส้นทางการขนย้ายผู้ป่วย
 - 3.สนับสนุนองค์ความรู้ แนวปฏิบัติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่บุคลากร เช่นในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ การจัดบริการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
 - 4.เผยแพร่สื่อสาร การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่ผู้รับบริการ และบุคลากร
 - 5.สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอต่อการใช้งาน
- ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลได้คัดกรองผู้ป่วยรับไว้รักษา ที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนPUI และมาจากพื้นที่เสี่ยง ปี2563 จำนวน 1 ราย ปี2564 จำนวน 522 ราย ผล PCR not detected
- บุคลากรไม่มีการติดเชื้อ COVID-19 จากการปฏิบัติงาน พบบุคลากรเสี่ยงสูงจากการสัมผัสผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 26 ราย ติดตามไม่พบการติดเชื้อ

(3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์จาก ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา สำนักระบาด การวินิจฉัยการติดเชื้อของสถาบันบาราคนราดูร คู่มือบริหารการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 สำนักวิชาการสาธารณสุข และข้อมูลทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยแพทย์ของประเทศ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ มีการทบทวนให้ทันต่อเหตุการณ์ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Covid -19ของกรมการแพทย์ มาปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาล (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

-ผู้ป่วยนอก: ปี 2563-2564 จัดตั้งจุดคัดกรอง วัดอุณหภูมิอัตโนมัติเพื่อลดการสัมผัส และมี Alcohol เจลล้างมือ คัดกรองผู้ป่วย ญาติ บุคลากรและผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จำกัดจำนวนญาติ ผู้ติดตาม ก่อนเข้าอาคาร ตั้งARI Clinic ตรวจระบบทางเดินหายใจด้านนอก OPD แพทย์ใช้การตรวจTele ผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์สอบถามเพิ่มเติม ให้บริการแบบ one stop service มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ในการให้บริการ (Social distancing) อย่างน้อย 1-2เมตร สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้รับบริการผ่านสื่อต่าง TV โปสเตอร์ ทั้งด้านหน้าก่อนเข้าอาคารและในอาคาร

-ผู้ป่วยใน : ผู้ป่วยรับไว้รักษาทุกราย คัดกรองผู้ป่วยตามแบบคัดกรองโรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) วัดอุณหภูมิ และตรวจATK ก่อนรับไว้รักษา ตรวจซ้ำทุก5วัน คัดกรองญาติและจำกัดจำนวนญาติที่เข้ามาส่งผู้ป่วยที่ตึก มีการประเมินซ้ำ งดญาติเยี่ยมผู้ป่วย ให้เยี่ยมทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยที่ต้องมีญาติเฝ้ากำหนดครั้งละ1คน ให้ญาติตรวจATK ทุก7วันและต้องเป็นคนเดียวตลอด หากไม่สามารถทำได้ให้ให้ตรวจเช่นกัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีน COVID-19 กิจกรรมผู้ป่วยจัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารห่างกัน 1 เมตร การทำกลุ่มในผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่2 และไม่มีความเสี่ยง ให้ผู้ป่วยสวมmaskในการเข้ากลุ่ม ให้ล้างมือก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ที่ต้องพัฒนาต่อไปคือระยะห่างระหว่างเตียงนอนอย่างน้อย 1เมตร ในบางตึกยังไม่สามารถทำได้ ผลการดำเนินงานปี2563-2564 ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จากชุมชนและติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

-ใช้ตึกศรีตรังปรับเป็นCohort ward รับผู้ป่วย COVID-19 โดยกรมสนับสนุนบริการที่ 7 จัดทำระบบอากาศแบบNEGATIVE PRESSURE จำนวน 10 เตียง เริ่มรับผู้ป่วยเดือนเมษายน 2564 โดยรับผู้ป่วยstep down จากโรงพยาบาลขอนแก่นและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากโรงพยาบาลสนาม และในจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

-หน่วยจ่ายกลาง : เพื่อลดการปนเปื้อนในการบรรจุหีบห่อวัสดุและลดการ re-sterile เช่นก๊อส สำลี มีการปรับวัสดุการแพทย์แบบสำเร็จรูป

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-โภชนาการ: จัดแบ่งเขตปนเปื้อนและเขตสะอาด ตามกิจกรรมการปฏิบัติงาน รวมถึงห้องเก็บ stock และ พื้นที่ครัวที่เหมาะสมในการดูแลทำความสะอาด รางระบายน้ำและสภาพแวดล้อมภายในอาคาร

-การจัดการขยะ: ร่วมกับคณะกรรมการ ENV การคัดแยก การขนย้าย กำหนดเส้นทางและเวลา การขนย้าย จุดที่ต้องพัฒนาต่อไปคือที่พักขยะทั่วไป เป็นคอนเทนเนอร์ จากเทศบาลถึงแม้จะมีฝาปิด แต่น้ำสามารถเข้าได้เวลาฝนตกทำให้เสี่ยงต่อการรั่วซึมปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม

-จากการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการ IC พบปัญหาในเรื่องการระบายอากาศในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจากการได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น OPD และห้องแยกโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรได้ ปรับปรุงระบบ Ventilation ร่วมกับคณะกรรมการ ENV และกรมสนับสนุนบริการที่ 7 ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยยกเลิกการใช้เครื่องปรับอากาศ และติดตั้งพัดลมเติมอากาศ และพัดลมระบายอากาศ สำหรับห้องแยกโรคติดเชื้อในหอผู้ป่วย มีการปรับทิศทางการไหลของอากาศในห้องแยก

การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

1. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ RM PCT ENV และกลุ่มการพยาบาล เช่น การป้องกันติดเชื้อทางเดินหายใจ การควบคุมการระบาดของกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด ระบบทางเดินอาหาร กำหนดแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอด แนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ แนวทางการปฏิบัติเมื่อพบการติดเชื้อ COVID-19ของผู้ป่วยขณะอยู่รักษา

2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากร ปฐมนิเทศบุคลากรที่รับเข้าทำงานใหม่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 รวมทั้งแนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง/ของมีคมที่คาดว่าจะเกิดการติดเชื้อ หรือสัมผัสโรคติดต่อ

3. ร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ ในการตรวจสุขภาพประจำปี ให้ภูมิคุ้มกันโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนแก่บุคลากร

-ปี2560-2562 มีเฉพาะวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ผลการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี ร้อยละ60

-ปี2563-2564 ทีมได้ดำเนินการสำรวจบุคลากรที่อายุ 20-40 ปีที่ยังไม่ได้รับวัคซีนMMR และได้ดำเนินการให้วัคซีนครบ 30 คน วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 58 คน ดำเนินการให้ 2 ครั้งเหลือครั้งที่3

-ปี2564 วัคซีนไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้รับครบ 2 เข็มร้อยละ74.74 (293คน) ยังไม่ได้รับอีกร้อยละ 25.26(99คน)

4. การเฝ้าระวังการปนเปื้อนของเชื้อในอาหาร ผลการตรวจจากกรมอนามัยมาตรฐานระหว่างปี 2560-2564 ร้อยละ 99.18, 61 , 96.45, 98.75,98.37 อยู่ในระดับดีมาก ในปี 2561 มีการจ้าง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ประกอบการภายนอก ผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ และเกิดการระบาดของโรคทางเดินอาหาร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562จึงดำเนินการโดยหน่วยงาน

ในปี2563 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มติจากคณะกรรมการ EOC ในการรับนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานโดยต้องมีผลวัคซีน และผลตรวจATK ใน72 ชม. มีแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวัง และตรวจ ATKทุก7วันระหว่างฝึกงาน เมื่อสถานการณ์ระบาดรุนแรงขึ้นในปี 2564 งดการรับนักศึกษามาฝึกปฏิบัติงานและงดรับผู้มาศึกษาดูงาน

(7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ

1.จัดระบบรองรับในการดูแลผู้ป่วย Covid-19 COHORT WARD โดยกรมสนับสนุนบริการที่ 7 จัดทำระบบอากาศแบบNEGATIVE PRESSURE จำนวน 10 เตียง

2.ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ รถเข็นNegative pressure เตียง Negative pressure Portable X-Ray จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายให้เพียงพอ พร้อมใช้ จากกรมสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น

3.จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำมาสะอาดมือ เช่น อ่างล้างมือ สบู่เหลว ผ้า/ กระดาษเช็ดมือ/ เจลล้างมือ อย่างเพียงพอ สะดวกในการเข้าถึง

4.การใช้HRMS มาบันทึกอุบัติเหตุ ยังไม่สามารถบันทึกได้อย่างต่อเนื่อง ทันทเวลา ไม่ครอบคลุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลจิตเวช บุคลากรขาดทักษะการใช้งานโปรแกรม ทำให้ล่าช้า เสียเวลา เมื่อเปรียบกับการบันทึกแบบเดิมยังพัฒนาต่อไป

5.การบันทึกRisk Register บุคลากรยังเข้าใจไม่ตรงกันยังต้องทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะต่อเนื่อง

(8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย

ในปี2563-2564เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)ในโรงพยาบาล ได้ดำเนินการเตรียมรองรับการดูแลผู้ป่วย COVID -19 เน้นการให้ความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายแก่บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานซักฟอก ชยะติดเชื้อ พนักงานขับรถ การฝึกซ้อมการใส่-ถอดชุด ทั้งพนักงาน ภาพโปสเตอร์และรูปแบบVDO และให้CWNฝึกทักษะและประเมินการฝึกปฏิบัติบุคลากรในหน่วยตัวเองให้ครบ การซักซ้อมการรับผู้ป่วยติดเชื้อ Fiowการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การrefer และทำสะอาดรถหลังrefer ฝึกการswab โดยแพทย์ไปเรียนรู้จากโรงพยาบาลขอนแก่นและมาสอนบุคลากร จัดทำเป็นรูปแบบVDO เพื่อให้เรียนรู้การปฏิบัติ การให้ความรู้และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การปฏิบัติตามหลักD-M-H-T-T แก่บุคลากรทุกระดับ โดยการอบรม และ ผ่านสื่อต่างๆ เช่นกลุ่ม line โปสเตอร์ในจุดที่มีการให้บริการ ครอบคลุมบุคลากรทั้งหมด 100%

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บุคลากร จะได้รับการปฐมนิเทศแรกเข้าปฏิบัติงาน ร่วมกับมีการฟื้นฟูทักษะในบุคลากรพยาบาลเป็นประจำทุกปี ทั้งรูปแบบประชุม การสอนหน้างาน การนิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้างาน ทีมพยาบาล ตรวจการ และ IC Round

สำหรับผู้ป่วยและญาติ มีการให้ความรู้การดูแลตัวเองเพื่อป้องกันโรคที่ติดต่อกันได้ การใช้ข้าวของเครื่องใช้ เครื่องนอน ไม่ปะปนกัน และการปฏิบัติตามหลัก D-M-H-T-T

(9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) จำนวน 2 คนผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีและอบรมตามเกณฑ์ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ ระยะเวลา 4 เดือน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (9 มิถุนายน-26 กันยายน 2551) และอีกหนึ่งคนสำเร็จการอบรมจากสถาบันบำราศนราดูร มีข้อจำกัดคือปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา กลไกการทำงานและประสานงานโดย มี ICWN ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลของหอผู้ป่วยโดยมี ICN เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ หากมีข้อสงสัยหรือการตัดสินใจ จะปรึกษาแพทย์ ประสาน IC และส่งข้อมูลให้แก่ ICN เป็นผู้รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานในภาพรวม เสนอผู้บริหาร ของโรงพยาบาล แต่มีภาระงานหลายด้าน จึงเป็นปัญหาเรื่องความต่อเนื่องในการติดตามกำกับงาน

II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance

มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital wide และ Targeted surveillance ใน 3 ตำแหน่ง ได้แก่ URI, GI และ SSTI โดย ICWN เป็นผู้รายงานให้ ICN และสุ่มติดตามการเฝ้าระวัง

(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance

ไม่มี Post discharge surveillance มีการติดตามในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี refer ไปรักษาต่อโรงพยาบาลทางกาย มีขั้นตอนการติดตามการรักษาหลัง refer และการติดเชื้อจากชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ยาเสพติดเมื่อแรกรับไว้ใน โรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยด้วย TB ระยะแพร่เชื้อ มีการส่งข้อมูลให้กับจิตเวชชุมชนเพื่อติดตามการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย วางแผนพัฒนาพยาบาลทุกคนสามารถทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันเวลาไม่ต้องรอ

(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน

-ส่งข้อมูลให้กับคณะกรรมการPCT จากการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายถูกส่งต่อเพื่อรักษาโรงพยาบาลทางกายพบว่าเป็น ปอดอักเสบ สาเหตุจากได้รับยาทางจิตแล้วมีอาการหลับมาก

-พบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยเฉพาะ ในโรคทางเดินหายใจส่วนต้นและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ทำให้การใช้ยามีแนวโน้มลดลง อย่างเห็นได้ชัด ส่วนโรคทางเดินอาหาร และแผลสด ไม่เกินค่าเป้าหมาย

ตารางแสดงร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยใน

โรค	เป้าหมาย	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
-----	----------	--------	--------	--------	--------	--------

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	≤20	NA	88.4	36.61	47.75	33.33
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20	NA	9.37	0	0	0
บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40	NA	0	0	0	0

(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

ปี 2561 เกิดการระบาดของทางเดินอาหารเฉียบพลันและทางเดินหายใจส่วนบน พบว่าแนวทางการสอบสวนโรคของโรงพยาบาลที่วางไว้พบGAPการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระบบทางเดินหายใจคือThroat swab หรือ nasal swab และ ระบบทางเดินอาหารไม่เก็บRectal Swab และ Stool exam จากผู้ป่วย/ผู้สัมผัสอาหาร และไม่เก็บตัวอย่างวัตถุติด/อาหารส่งตรวจทำให้ไม่สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุการระบาดได้แน่ชัด จึงปรับให้มีการเก็บสิ่งส่งตรวจดังกล่าวใน ปี2562 เกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจหายใจ จากเชื้อKlebsiella pneumonia ทำให้สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุของการระบาดและวางมาตรการควบคุมป้องกันโรคให้ตรงกับสาเหตุ ในปี2563 – 2564 ไม่พบการระบาดอีก

II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ

Hand hygiene:

ผลการติดตามการประเมินการล้างมือในปีงบประมาณ 2560 -2564 พบว่า การล้างมือถูกต้อง 7 ชั้นตอนผ่านเกณฑ์ 80% การล้างมือตามหลัก 5 moment ปี2560-2562 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.65 76.64 78.25 (เป้าหมาย 80 %) จากการวิเคราะห์พบว่าการเข้าถึงอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการล้างมือยังไม่เพียงพอ เช่นไม่มี alcohol hand rub ในบริเวณที่ใกล้มือ ผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอ จึงจัดให้มี การวางในจุดที่ ชัดเจน สะดวกใช้ เช่น รถทำแผล รถฉุกเฉิน และ บริเวณทางเข้า-ออกห้องผู้ป่วย ติดโปสเตอร์แสดงวิธีการล้างมือติดบริเวณอ่างล้างมือ จัดหาผ้าเช็ดมือและกระดาษเช็ดมือให้เพียงพอ และประเด็นการล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยต้องมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องผลการปรับปรุง ในปี 2563-2564 การล้างมือเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.59 และ96.23

ในปี2563 - 2564 เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรณรงค์ให้บุคลากรและผู้รับบริการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T- โดย มีการสนับสนุนอุปกรณ์ เจลล้างมืออย่างเพียงพอ จัดตั้งจุดล้างมือทุกจุดบริการ จึงประเมินการล้างมือจากอัตราการใช้ Alcohol hand gelและ hand spray พบว่าเพิ่มขึ้น 521%ในปี2563และ 487% ในปี2564 ถึงแม้จะเกิดการขาดแคลนแอลกอฮอล์ เจล ล้างมือในท้องตลาดและราคาสูงในช่วงกลางปี2563

Isolation precautions:

โรงพยาบาลได้มีนโยบายและมาตรการการปฏิบัติครอบคลุมทั้ง Standard precautions และ Transmission based precautions กำหนดแนวทางในการแยกผู้ป่วยตามลักษณะการแพร่เชื้อและแนว

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Airborn, Droplet และContac precaution การจัดสถานที่ในการแยกผู้ป่วย จัดให้มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อให้ครบทุกหอผู้ป่วย มีการแบ่งพื้นที่ใช้งานเป็นเขตสะอาดเขตปนเปื้อน

Standard precaution อื่นๆ:

1. จัดหา อุปกรณ์ในการป้องกันร่างกาย ให้เพียงพอ พร้อมใช้ สื่อสารแนวปฏิบัติและฝึกซ้อมการใส่และถอด หน้างาน โปสเตอร์ และผ่านสื่อonline และนิเทศกำกับโดยICWNและหัวหน้างาน

2. สร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมติดเชื้อและจัดหาที่ปลดเข็มขนาดเล็กที่สามารถนำไปด้วยได้ ยังพบบุคลากรถูกเข็มตำจากการปฏิบัติงาน ติดตามไม่พบการติดเชื้อ

การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ:

งดการใช้อับสำลีแอลกอฮอล์ Transfer Forceps พัฒนาการบรรจุหีบห่อเครื่องมือเป็นsingle pack ใส่ตัว Indicator ในSet ผลการดำเนินงานประสิทธิภาพการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ ผ่านเกณฑ์100% ทุกปี

การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ:

โรงพยาบาลไม่มีการ reprocess เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่

การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing:

Set ที่หมดอายุแล้วนำมาเข้าสู่กระบวนการ re-sterile ใหม่ทั้งหมดตามขั้นตอน กำหนดสายออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ สายSuction ปรับเป็นแบบชนิด Disposables ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ไม่มีการ Re-use วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่

(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยมีศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 เป็นที่ปรึกษาดังนี้

1. การจัดการขยะ: ร่วมกับคณะกรรมการ ENV กำหนดการคัดแยก การขนย้าย กำหนดเส้นทางและเวลาการขนย้าย จุดที่พักขยะทั่วไปในปัจจุบันเป็น คอนเทนเนอร์ของเทศบาลตั้งไว้กลางแจ้ง ยังพบความเสี่ยงช่วงฤดูฝนทำให้น้ำเข้าไปและ รื้อซึมสู่สิ่งแวดล้อมได้ ปี2564ได้ปรึกษาศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่7 จัดหาแบบในการปรับปรุงที่พักขยะทั้งหมด การจัดการขยะติดเชื้อ มีการขนย้ายขยะทิ้งถึง

2. ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล ในปี 2559-2560 พบว่าค่ามาตรฐานน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์จากมีตะกอนในบ่อสัมผัสคลอรีน และการปล่อยสารคลอรีนไม่สม่ำเสมอ ปรับปรุงตามคำแนะนำ ตั้งแต่ปี61-64 ค่ามาตรฐานน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์ทุกปี

3. ในปี2563-2564 ภายในโรงพยาบาลมีการก่อสร้างอาคารหลายหลัง เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเดินหายใจจากฝุ่นละออง จากการรื้อถอน การปรับเตรียมพื้นที่ การก่อสร้าง การขนส่งวัสดุ โดยให้เป็นไปตามข้อกำหนดของการก่อสร้างอาคาร และมีการย้ายจุดในการให้บริการผู้ป่วย ทัศนกรรม ห้องLab เนื่องจากการก่อสร้างจึงได้ ปรับเส้นทางขนส่ง ของสะอาดและสกปรกไม่ให้ทับซ้อนกัน

(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ

โรงพยาบาลได้ดำเนินการดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.ปี2563 ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่7 ในการปรับปรุงระบบระบายอากาศ ตึก COHORT ให้เป็นระบบ Negative pressure เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

2.จากการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการ IC พบปัญหาในเรื่องการระบายอากาศในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจากการได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น OPD และห้องแยกโรคติดเชื้อในผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรได้ ปรับปรุงระบบ Ventilation ในแผนกผู้ป่วยนอก ติดตั้งพัดลมเติมอากาศและพัดลมระบายอากาศ สำหรับห้องแยกโรคติดเชื้อในผู้ป่วย มีการปรับทิศทางการไหลเวียนอากาศในห้องโดยต้องผ่านบุคลากรก่อนถึงตัวผู้ป่วย จากการติดตามผลการดำเนินงานไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน

3.ปรับปรุงโครงสร้างในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงให้เป็น One way flow ได้แก่จ่ายกลาง โรงครัว ซักฟอก และมีการควบคุมติดตามให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดโดยหัวหน้าหน่วยงาน และคณะกรรมการ พบว่าได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.1 หน่วยซักฟอกปรับปรุงที่ซักผ้าป้องกันฝุ่นผ้าฟุ้งกระจายสู่สิ่งแวดล้อมข้างเคียงและง่ายต่อการทำความสะอาด

3.2 ซักฟอกจัดหาเครื่องซักผ้าที่สามารถปรับอุณหภูมิสำหรับซักผ้าติดเชื้อเพื่อลดการสัมผัสของบุคลากรในการแช่ผ้าเปื้อนติดเชื้อก่อนการซัก ติดตามผลการดำเนินงานไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน

4.หน่วยทันตกรรมได้ปรับการระบายอากาศเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5.ห้องเก็บถังขยะติดเชื้อ มีที่ทำความสะอาดถังขยะหลังจากเทศบาลเก็บขยะไปแล้ว ระบบการระบายน้ำสู่ระบบบำบัด

II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร*

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี2560-2564 = 1.15 , 1.46, 1.38, 0.98, 0.38 ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมาย(เป้าหมายไม่เกิน2ต่อ1000 วันนอน)ตำแหน่งการติดเชื้อเรียงตามลำดับคือ URI, Pneumoniaและ UTI ตามลำดับ

การติดเชื้อ Pneumonia เป็นผู้ป่วยที่refer ไปรักษาอาการทางกาย สาเหตุดังนี้1.อาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชClozapine,Fluphenazine inj. ทำให้วงซึม มีน้ำลายมาก 2. ผู้ป่วยที่มี EPS/NMS ทำให้มีการเกร็งกลืนลำบาก3.ผู้ป่วยAlcohol withdrawal deliriumได้ยาที่มีฤทธิ์ sedation รวมถึงการติดเชื้อจากชุมชนในตำแหน่งนี้พบว่าสาเหตุจาก อาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชเช่นกัน มีการประสานข้อมูลร่วมกับ PCT โดย1.แพทย์ทบทวนการใช้ยาทางจิตในกลุ่มดังกล่าว 2.ปรับแบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation scaleในการประเมินอาการง่วงซึมจากยา 3.มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย over sedation การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก/เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร ผลการดำเนินงาน pneumoniaปี63จำนวน 4 ราย ปี2564 ลดลงเหลือจำนวน1ราย

ปี 2561 พบการระบาดของอาการทางเดินหายใจส่วนต้น และระบบทางเดินอาหาร พบGAPแนวทางการสอบสวนโรคที่วางไว้คือ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการระบบทางเดินหายใจคือ Throat swab /nasal swab และ ระบบทางเดินอาหารไม่เก็บRectal Swab และStool exam

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากผู้ป่วย / ผู้สัมผัสอาหาร และไม่เก็บตัวอย่างวัตถุดิบ/อาหารส่งตรวจ)ทำให้ไม่สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุการระบาดได้แน่ชัดส่งผลต่อการเฝ้าระวังควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการได้ดำเนินการ

1. ทบทวนการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในการยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อเมื่อเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจส่วนต้น และระบบทางเดินอาหาร

2. การป้องกันและควบคุมการระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ได้ดำเนินการดังนี้

2.1 เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายโดยฝึกซ้อมการใส่- ถอด

2.2 การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอ

2.3 การจัดสถานที่ให้บริการผู้ป่วยให้เป็นไปตาม Social distancing ในการป้องกันทั้ง contact และ droplet precautions ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2.4 การกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้

ปี 2563 พบการระบาดของโรคทางเดินหายใจ ผลการดำเนินการสอบสวนเก็บสิ่งส่งตรวจ Throat swab /nasal swab พบเชื้อ Klebsiella pneumonia เป็นแบคทีเรียที่อาศัยในลำไส้ของมนุษย์และไม่ก่อให้เกิดโรค แต่หากเชื้อนี้แพร่ไปอยู่ในตำแหน่งอื่นๆในร่างกาย ก็จะสามารถทำให้เกิดโรคต่างๆขึ้นได้ แพร่เชื้อโดยการสัมผัสระหว่างบุคคลผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงหรือ ในระยะเจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้นจากการบาดเจ็บหลังทำหัตถการต่างๆทำให้วางมาตรการได้ตรงตามสาเหตุของเชื้อก่อโรค contact และ droplet precautions ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ ไม่ตรวจ U/C เนื่องจากเกินศักยภาพการตรวจของโรงพยาบาล แต่เก็บเพื่อพัฒนาการบำบัดรักษาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา

(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่

1. การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ โดยใช้หลัก Standard Precautions และ Isolation precautions แยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่น ให้การรักษาอาการทางจิตโดยเร็ว และให้อยู่โรงพยาบาลชั้นที่สุด ผลการดำเนินงานพบผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Wbc <3500 จากการได้รับยาทางจิตบางชนิด Clozapine หลังจากได้รับยาผู้ป่วยบางรายจะมีลักษณะเหมือนการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นคือ มีไข้ คอแดง ไอ เจ็บคอ แต่ไม่พบการติดเชื้อ ระบบยาได้จัดทำแบบติดตามการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยงนี้

2. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ดื้อยา โรงพยาบาลไม่มีการตรวจเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ แต่ป้องกันการดื้อยาโดยเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เป็น first line ถ้าหากพบ Case ที่ส่งต่อมามีการดื้อต่อยาต้านจุลชีพ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Standard Precaution และ Contact Precaution กำหนดโซนแยก ห้องแยกในการดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม การทำความสะอาดและทำลายเชื้อบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ผู้ป่วยสัมผัส

3. การดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปรับใช้ ตึกศรีตรังเป็น Cohort ward และปรับปรุงระบบอากาศให้เป็นระบบ Negative pressure เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลเป็นแหล่งรองรับผู้ป่วย Step down COVID-19 จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเนื่องจากในช่วงระบาด ในพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดขอนแก่น ไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วย Asymptomatic and Symptomatic no risk โดยบุคลากรต้องมีความรู้และผ่านการฝึกซ้อมการใช้ PPE

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน*

• (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

โรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานและการดูแลเมื่อบุคลากรเจ็บป่วยดังนี้

1. การตรวจสุขภาพก่อนรับไว้ การปฐมพยาบาลบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อก่อนปฏิบัติงาน

2. การตรวจสุขภาพประจำปี

3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่ป้องกันด้วยวัคซีนในบุคลากร (Pre-exposure prophylaxis active immune) MMR วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนไข้วัดใหญ่ และ COVID-19

4. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

5. แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง /ของมีคมที่คาดว่าจะเกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งสัมผัสโรคติดต่อ การกำหนดแนวทางการจำกัดการทำงานของบุคลากรเมื่อเจ็บป่วย

6. การติดตามหลังเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง /ของมีคมที่คาดว่าจะเกิดการติดเชื้อ จากการปฏิบัติงาน รวมทั้งสัมผัสโรคติดต่อ

ผลการดำเนินงาน พบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มตำ และสัมผัสผิวหนังโรคระยะติดต่อจากการปฏิบัติงาน ติดตามไม่พบการติดเชื้อ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ปี 2563 - 2564 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลและการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยนำแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค มาปรับใช้ภายใต้บริบทโรงพยาบาล ร่วมกับ ENV RM ปรับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน จัดสถานที่สำหรับคัดกรองผู้รับบริการ ตรวจผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจ ที่บริเวณด้านหน้าตึกผู้ป่วยนอก ปรับ Flow การเข้า-ออก ให้เป็นคนละทาง มีการวัดอุณหภูมิ ก่อนเข้าอาคารทุกคน โดยเครื่องสแกนอุณหภูมิ จัดระบบบริการแบบ Social distancing ตรวจ ATK ก่อนรับไว้รักษา ผู้ป่วยในมีการคัดกรองซ้ำในการรับไว้รักษา RT- RCR ก่อนทำ ECT จำกัดจำนวนญาติและงดเยี่ยมผู้ป่วย จัดทำแผนรองรับหากเกิดระบาดในตึก ผลการดำเนินการไม่พบการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล บุคลากรปลอดภัยไม่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	ระบบการป้องกันแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพ
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ	3	L	ปรับปรุง / พัฒนา Human Factor Engineering
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	3	L	การป้องกันการระบาดการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยจิตเวช

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

49.การป้องกันการติดเชื้อใน กลุ่มเฉพาะ	3	L	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลและการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของบุคลากร
--	---	---	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	
1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาล	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	96.41	95.55	95.66	97.78	97.81	
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาลครั้งแรกผ่านเกณฑ์ (เปลี่ยนตัวชี้วัด)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-	-	-	-	-	
3. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาลครั้งรองผ่านเกณฑ์ (เปลี่ยนตัวชี้วัด)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-	-	-	-	-	
4. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	90.34	90.61	91.56	93.67	93.41	
5. อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	89.12	91.31	91.24	92.71	92.91	
6. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัส ICD	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	100	100	100	100	100	
7. อัตราการไม่ลงการวินิจฉัยโรคในคอมพิวเตอร์	ไม่เกิน ร้อยละ 5	1.7	1.6	1.0	0.96	0.5	
8. อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน 30 นาที	ไม่เกิน ร้อยละ 5	0.002	0.011	0.02	0.03	0.01	
ii. บริบท							
ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:							
ปริมาณ	หน่วย	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี 2564
ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	ราย	92,447	95,333	95,773	97,028	94,769	94,267
ผู้ป่วยนอกรายใหม่	ราย	5,611	5,825	5,877	5,989	6,067	5,920
ผู้ป่วยนอกรายเก่า	ราย	86,836	89,508	89,896	91,039	88,702	88,347
ผู้ป่วยใน	ราย	2,784	3,166	3,446	3,545	3,548	3,434
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี 2564 ให้บริการผู้ป่วยนอก 94,267รายผู้ป่วยใน 3,434ราย คลินิกนอกเวลา SMC รวมถึงทางรพ.มีการให้บริการในคลินิกพิเศษ ได้แก่ ให้คำปรึกษาและคลายเครียด แพทย์แผนไทย และมีการให้บริการทันตกรรมการเก็บข้อมูลเวชระเบียน โดยใช้ ระบบ							

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อิเล็กทรอนิกส์โดยใช้โปรแกรม OPD IPD online ข้อมูลที่จัดเก็บกลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นผู้ดูแลมีการกำหนดสิทธิการใช้ละเอียดถึงข้อมูลในโปรแกรม และการจัดเก็บแบบเพิ่มเวชระเบียน กลุ่มงานเวชระเบียนเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บ ยืม คืน ค้นหาเวชระเบียนและดูแลความปลอดภัยของเพิ่มเวชระเบียน การจัดเก็บเวชระเบียนจะถูกจัดเก็บที่กลุ่มงานเวชระเบียนโดยแยกเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้เข้าถึงเวชระเบียนจะเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชระเบียนเท่านั้น มีเจ้าหน้าที่ดูแลเวชระเบียน 24 ชั่วโมง มีมาตรการในการเข้าถึงเวชระเบียน แนวทางการยืมคืน และกำหนดสิทธิในการยืมเวชระเบียน มีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดย คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน โดยมีการสุ่มตรวจ 3 ครั้ง/ปี และถูกประเมินหน่วยงานภายนอกคือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พัฒนาการเป็น smart hospital

- มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม OPD IPD online สามารถใช้สื่อสารข้อมูล ผู้เกี่ยวข้องได้อย่างความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา และรวดเร็ว ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกคนมี Username เพื่อใช้งานโปรแกรม และแต่ละ User มีระดับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่แตกต่างกันตามงานของแต่ละคน เพื่อความปลอดภัย และรักษาความลับผู้ป่วย

- การจองคิวเข้ารับบริการสามารถทำได้ 3 ช่องทาง ได้แก่ 1. ผ่าน application:line@smileconnect 2.ผ่านทาง website www.jvkk.go.th 3. ลงทะเบียนด้วยตัวเองทางตู้ kiosk

- พัฒนาระบบคิวอัตโนมัติ Q4U เริ่มใช้ พ.ย.63

iii. กระบวนการ

II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:

เพื่อบรรลุเป้าหมายในการออกแบบระบบเวชระเบียนร่วมกันเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก สหวิชาชีพได้ข้อมูลครบตามที่ต้องการ ประเมินส่วนที่ขาดและลดความซ้ำซ้อนตัดที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ออก ให้เวชระเบียนบันทึกได้ง่าย รวดเร็ว รพ.ได้ทบทวนได้ดำเนินการปรับปรุง

1. ประชุมกรรมการกำหนดเป้าหมายร่วมกันมอบหมายให้แต่ละวิชาชีพ ทบทวนเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง ตัดส่วนเกิน การบันทึกที่ซ้ำซ้อนและสิ่งที่แต่ละวิชาชีพต้องการเพิ่ม โดย ก.พยาบาล ได้นำเวชระเบียนของกรมสุขภาพจิตเข้ามาร่วมในการทบทวน ร่วมกับแบบบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาล และปรับแบบฟอร์ม การบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. พัฒนาการระบบ online ผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อการบันทึก และการใช้ข้อมูลโดยสามารถดูภาพ scan OPD การตรวจที่ผู้ป่วยเคยมารับรักษาในระบบ online ได้เลย ลดการค้นประวัติ

3. ปรับปรุงระบบ online ให้ใช้งานตามสิทธิ user ให้ได้ข้อมูล ครบถ้วน

(3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เพื่อปรับปรุงกระบวนการการปฏิบัติตามนโยบายการบันทึกเวชระเบียน ให้เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน โดยมีเป้าหมาย การบันทึกเวชระเบียนให้ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน ไม่สูญหาย ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้

1. มีการตรวจทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งปีโดยแบ่งตรวจ ปีละ 3 ครั้ง

2. มีการสื่อสารผลการตรวจในกรรมการ MRA ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและแก้ไข

3. ปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของรพ.จิตเวชขอนแก่น ในปี 2564 นี้มีเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ที่ครบถ้วนทั้งผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

4. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วันที่ 11-12 ม.ค. 64

5. วันที่ 30-31 ม.ค. 64 ได้ตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียนตามหลักเกณฑ์ใหม่

6. วันที่ 1 มี.ค. 64 ประเมินผลการตรวจเวชระเบียนของรพ.จิตเวชขอนแก่น ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ของ สปสช. ซึ่งได้มีการพัฒนาให้มีการตรวจเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชขึ้น ทางคณะกรรมการฯ ได้จัดประชุมกรรมการ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนในแต่ละจุดเพื่อการพัฒนา

ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561-2563 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เท่ากับ 95.55, 95.66, 97.78 ตามลำดับ ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับ 90.61, 91.56, 93.67 ตามลำดับ

ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ปี 2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 97.81 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.41

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่สามารถนำไปใช้:

ได้มีการประมวลผลจากเวชระเบียนโดยการใช้โปรแกรมระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการประมวลผล นำไปใช้ในการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม และรายงานข้อมูลในการประชุม ได้แก่ ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ปริมาณผู้ป่วยในช่วงอายุต่างๆ ซึ่งจะถูกรวบรวมออกมาเป็นรายปี ข้อมูลการ refer in refer out อัตราการครองเตียง เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- มีการประเมินผลและปรับปรุงระบบเวชระเบียน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้การบันทึกเวชระเบียนมีความถูกต้อง สมบูรณ์ แม่นยำ มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์ได้ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย โดยมีการกำกับดูแล โดยใช้ ตัวชี้วัด อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียน โดยดูจาก อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบ ใน 30 นาที ความพึงพอใจผู้รับบริการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- มีการพัฒนาอบรมแพทย์ในเรื่องการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพการสรุปการวินิจฉัยโรค และหัตถการ แจ้งสิ่งที่ควรเพิ่มเติมในการบันทึกเวชระเบียนเป็นรายบุคคล

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

- มีการสื่อสาร สร้างความเข้าใจ การจัดเก็บเวชระเบียน และเอกสารสำคัญ ตามแนวทางใหม่ และกำกับติดตามการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยมีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เกี่ยวข้อง จัดเก็บแยกเวชระเบียนที่ใช้งานบ่อยใน 5 ปี และนานกว่า 5 ปี

- ห้องจัดเก็บเอกสารเวชระเบียน สำเนาใบสั่งยา ใบเสร็จรับเงิน จัดหาชั้นวางอย่างเพียงพอ

- มีการติดตั้ง fire alarm ,smoke detector มีเครื่องจับวัตถุอันตรายและความชื้น ติดฟิล์มกรองแสง

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- การรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วยทั้งข้อมูลในเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์

- มีการสื่อสาร สร้างความเข้าใจ การรักษาความลับผู้ป่วยทั้งข้อมูลในเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์ตามแนวทาง และกำกับติดตามการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

- การรักษาความลับข้อมูลผู้ป่วยมีส่วนข้อมูลในเอกสารที่สหวิชาชีพบันทึกลงในกระดาษในการบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยลงในเวชระเบียนผู้บันทึกต้องลงลายมือชื่อทุกครั้ง การจัดเก็บเวชระเบียนจะถูกจัดเก็บที่กลุ่มงานเวชระเบียนโดยแยกเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้เข้าถึงเวชระเบียนจะเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชระเบียนเท่านั้น มีเจ้าหน้าที่ดูแลเวชระเบียน 24 ชั่วโมง มีมาตรการในการเข้าถึงเวชระเบียน แนวทางการยืมคืน และกำหนดสิทธิในการยืมเวชระเบียน โดยให้ถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

- กลุ่มงานเวชระเบียนทบทวนมาตรการการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย เช่น ห้ามบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติเข้าห้อง หรือบริเวณจัดเก็บเวชระเบียน

- การรักษาความลับข้อมูลผู้ป่วยในส่วนข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยผู้บันทึกจะต้องเข้ารหัสผู้ใช้งานของโปรแกรม และโปรแกรมสามารถตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเข้าไปในระบบคอมพิวเตอร์ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกคนมี Username เพื่อเข้าใช้งานโปรแกรม และแต่ละ User มีระดับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางราชการทบทวนระเบียบปฏิบัติการให้บริการข้อมูลผู้ป่วย และ/หรือบุคลากรของโรงพยาบาล โดยแก้ไขเพิ่มเติมคู่มือปฏิบัติงาน การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับปี 2561 โดยมีสาระสำคัญคือ

a.กรณีบุคคล / บริษัทเอกชน / ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ขอข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล หรือขององค์กร ให้ติดต่อแจ้งความประสงค์และ**รับข้อมูลด้วยตนเอง** โดยเอกสาร/ข้อมูลใดๆที่ส่งให้ผู้ประสงค์ขอรับ ให้สำเนาพร้อมลงลายมือผู้ส่งมอบ ผู้รับมอบและจัดเก็บเอกสารสำหรับการตรวจสอบภายหลังต่อไป

b.กรณีส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินการแจ้งความประสงค์และรับข้อมูลด้วย**ตามระบบหนังสือราชการ**โดยเอกสาร/ข้อมูลใดๆที่ส่งให้ผู้ประสงค์ขอรับ ให้สำเนาพร้อมลงลายมือผู้ส่งมอบ และจัดเก็บเอกสารสำหรับการตรวจสอบภายหลังต่อไป

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

เพื่อปรับปรุงกระบวนการบันทึกเวชระเบียน โดยมีเป้าหมาย ให้ง่ายต่อการบันทึกและได้ใช้ข้อมูลเพียงพอ ตามที่ต้องการ ที่ทีมงานได้ดำเนินการ

1. ประชุมกรรมการมอบหมายให้แต่ละวิชาชีพ ทบทวนเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง ตัดส่วนเกิน การบันทึกที่ซ้ำซ้อนและสิ่งที่ต้องการเพิ่มให้ข้อมูลเพียงพอ

2. ก.พยาบาล ได้นำเวชระเบียนของกรมสุขภาพจิตเข้ามาร่วมในการทบทวน ร่วมกับแบบบันทึกเวชระเบียนของรพ.

3. มีการนำข้อมูลผลการทบทวนเวชระเบียนจาก RM และ PCT มาพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน

4. ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนทั้ง OPD IPD มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มการบันทึก และเพิ่มแนวทางเฝ้าระวังเพื่อใช้สื่อสารแนวทางการดูแลผู้ป่วย และการทำวิจัยได้แก่

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพิ่มบันทึกโดย

a. เขียนภาวะที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดซ้ำในช่อง เฝ้าระวัง และเน้นโรคประจำตัว ใน โปรแกรม online ผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถมองเห็นในสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย เช่น polydipsia ทำให้เกิด hyponatremia ประวัติเคยเกิด NMS โรคประจำตัว hepatitis C ต้องระวังภาวะ cirrhosis

b. เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก โรคประจำตัว โรคทางกาย และยาที่ได้รับก่อนมาโรงพยาบาล แล้วบันทึกใน OPD card

c. เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย และทำร้ายตัวเอง ก่อนมาโรงพยาบาลแล้วบันทึกใน OPD card

เวชระเบียนผู้ป่วยใน

a. เพิ่มความตระหนักในการเขียน progress note เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม SOAP และถามเรื่อง การแพ้ยา โดย ปรับแบบฟอร์ม progress note ให้ลงตามหัวข้อ วันที่เวลาแพ้ยา SOAP โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ ก.พ. 63 เพื่อเน้นให้เกิดการสื่อสารการดูแลระหว่างสหวิชาชีพมากขึ้น

b. เพิ่ม standing order ในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วย alcohol และผู้ป่วยที่สงสัย NMS

c. มีการเพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางกายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การทำ investigation เพิ่มในผู้ป่วย ตาม CPG obesity class 2 ขึ้นไป CPG alcohol CPG NMS

d. เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก โรคประจำตัว โรคทางกาย และยาที่ได้รับก่อนมารพ.

e. เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย และทำร้ายตัวเอง ก่อนมารพ.

f. เพิ่ม แพทย์ลง CGI-S ใน summary discharge พยาบาลประเมิน BPRS MINI ตามกลุ่มโรค ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและในการทำวิจัย

5. ใน case นิติจิตเวช มีการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนตามข้อมูล psychological test ซักประวัติละเอียดเพิ่มเติมโดยนักสังคมสงเคราะห์ ประเมินเพิ่มเติมโดยกลุ่มงานนิติจิตเวช

6. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วันที่ 11-12 ม.ค.64

ทำให้เกิดผลลัพธ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. เวชระเบียนผู้ป่วยในซึ่งมีการปรับปรุงใช้ในส่วนกลางกรมสุขภาพจิต เพิ่มแนวทางการบันทึก การเฝ้าระวัง และ standing order ทำให้การบันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลที่เพียงพอ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกคงแบบฟอร์มเดิมไว้ ให้สหวิชาชีพ เขียนบันทึก เพิ่มในส่วนของการสื่อสารที่ต้องการสื่อสาร และมีการบันทึกในระบบ online เพื่อ การสื่อสารอย่างครบถ้วน ตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูลตาม user เริ่มใช้ ก.ย.63

2. ปรับปรุงระบบ online ให้ใช้งานตามสิทธิ user ให้ได้ข้อมูล ครบถ้วน

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

1. มีการตรวจทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งปี โดยแบ่งตรวจ ปีละ 3 ครั้ง

2. มีการสื่อสารผลการตรวจในกรรมการ MRA ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และแก้ไข

3. ปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของรพ.จิตเวชขอนแก่น ในปี 2564 นี้มีเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ที่ครบถ้วนทั้งผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

4. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ วันที่ 11-12 ม.ค.64

5. วันที่ 30-31 ม.ค. 64 ได้ตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียนตามหลักเกณฑ์ใหม่ 6.1 มี.ค. 64 ประเมินผลการตรวจเวชระเบียนของรพ.จิตเวชขอนแก่น ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ของสปสช. ได้จัดประชุมกรรมการ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนในแต่ละจุดเพื่อการพัฒนา

ทำให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561-2563 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เท่ากับ 95.55, 95.66, 97.78 ตามลำดับ ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับ 90.61, 91.56, 93.67ตามลำดับ

ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ปี 2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 97.81 ผู้ป่วยในร้อยละ 93.41

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-มีการปรับปรุงห้องจัดเก็บเอกสารเวชระเบียน สำเนาใบสั่งยา ใบเสร็จรับเงิน จัดหาชั้นวางอย่างเพียงพอ

-มีการติดตั้ง fire alarm ,smoke detector พิล์มกรองแสง มีเครื่องจับวัตถุอันตรายและความชื้น

-การพัฒนา smart hospital ได้แก่ จอทีวี online ระบบคิวอัตโนมัติ Q4U ใช้เครื่องวัดความดัน ส่วนสูงและน้ำหนักเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาล สั่งยาผู้ป่วยนอกผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ จ่ายเงินค่าบริการผ่านระบบ e- payment ใช้ Robotการจัดยาผู้ป่วยใน

-บริการบัตรคิว ผู้ป่วยเก่าสามารถรับบัตรคิวจากตู้ Kios โดยใช้บัตรประชาชนของผู้ป่วย หรือกดหมายเลข HN.ของผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2561เพื่อใช้ในการขอข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย

-การพัฒนาและทบทวนการบันทึกเวชระเบียนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและปรับการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้ได้มาตรฐานตามการตรวจของสปสช. (Medical Record Audit Guideline) 2563 (ฉบับล่าสุด)ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี2561-2563 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เท่ากับ 95.55, 95.66, 97.78 ตามลำดับ ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับ 90.61, 91.56, 93.67ตามลำดับ

-ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ปี2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 97.81 ผู้ป่วยในร้อยละ 93.41

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50.ระบบบริหารเวชระเบียน	3	I	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาโปรแกรมให้ผู้ป่วยสามารถขอประวัติการรักษาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ - การพัฒนารูปแบบการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำรายงานที่สามารถกำหนดขอบเขตของข้อมูลเองได้ เพื่อตอบสนองผู้รับบริการต่าง ๆ ผู้บริหาร และหน่วยงานภายนอก เช่น สถิติที่มีรูปแบบแตกต่างจากรูปแบบสถิติที่จัดทำประจำ
51.การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมปัญหาสำคัญและแนวทางในการเฝ้าระวังให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยนำผลการทบทวนจาก RM PCT มาปรับปรุง - เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร บันทึกเหตุผลของการตัดสินใจ มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่องการดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		90,296	90,674	91,216	89,944	81,595
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	0	363 (4.02)	334 (3.68)	294 (3.22)	279 (3.1)	305 (3.74)
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	0	394 (4.36)	840 (9.26)	864 (9.47)	256 (2.85)	926 (11.35)
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	0	12 (0.13)	6 (0.07)	11 (0.12)	8 (0.09)	6 (0.07)
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	0	0	2 (0.03)	0	2 (0.02)	1 (0.012)
Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ 1000 วันนอน)		67,689	77,189	78,868	70,198	55,256
Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		19,815	22,253	25,684	28,484	59,856
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	0	1 (0.01)	254 (3.29)	13 (0.16)	7 (0.1)	5 (0.09)
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	0	24 (0.27)	25 (0.32)	50 (0.63)	35 (0.5)	69 (1.25)
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	0	102 (1.51)	4 (0.05)	31 (0.39)	34 (0.48)	42 (0.76)
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	0	12 (0.18)	6 (0.10)	23 (0.29)	28 (0.4)	6 (0.11)
- Pre-dispensing error	0	79 (1.17)	49 (0.63)	67 (0.85)	97 (1.37)	65 (1.18)
- Pre-Administration error	0	594 (8.78)	390 (5.05)	436 (5.53)	229 (3.26)	0
อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR ระดับ E ขึ้นไป)	0	1	0	3	3	2
อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0
Lithium intoxication	0	1	0	0	0	1

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รายการยากลุ่มจำเป็นตามบัญชียา โรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการ (ครั้ง)	0	0	5	2	1	3
รายการยาที่หมดอายุในคลังเวชภัณฑ์ (รายการ)	0	0	0	0	0	0
ระดับการพัฒนาการใช้ยาอย่างสม เหตุผลในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ RDU	3	1	1	1	1	1

*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่พ.เก็บปกติเป็นต้น

ii. บริบท

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันเวลา มียาพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: Lithium , Clozapine , Carbamazepine , Lamotrigine , Adrenaline injection

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

- 1.ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาด้วยยาที่มีคุณภาพ และเพียงพอต่อความจำเป็นทางคลินิก
- 2.ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยาที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 3.ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระดับ E ขึ้นไป
- 4.พัฒนาระบบMedication Reconciliation
- 5.พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(2) การปรับปรุงบัญชียาค้างสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

คณะกรรมการ PTC มีนโยบายในการจัดทำบัญชียาของโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น โดยมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการประชุมคณะกรรมการ PTC ครั้งที่ 1/2565 คณะกรรมการ PTC พิจารณานำยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลเพิ่มเติม 2 รายการ และเวชภัณฑ์มีใช้ยาเพิ่มเติม 2 รายการ โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการใช้ในสถานการณ์โรคระบาดและผลการรักษา ประสิทธิภาพ มีการจัดทำแผนจัดซื้อยาประจำปีตามอัตราการใช้จ่ายยาที่เปลี่ยนแปลงและประมาณการแผนการจัดซื้อยาที่เข้าบัญชียาโรงพยาบาลในรอบใหม่

นโยบายการทำแผนการจัดซื้อ

การจัดทำแผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ให้ดำเนินการต้นปีงบประมาณและจัดทำสรุปผลการจัดซื้อทุกสิ้นปีงบประมาณโดยมีหลักการจัดทำแผนคือ

- สัดส่วนมูลค่าการจัดซื้อยาตามบัญชีรายการยาโรงพยาบาลให้อิงตามหลักการ ED: NED = 60:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>- พิจารณาการจัดซื้อยาในบัญชีนวัตกรรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของวงเงินการจัดซื้อยาตามบัญชียาโรงพยาบาลที่ตรงกับบัญชีนวัตกรรม</p> <p>- ส่งเสริมการสำรองยาตามหลักการ 1 Generic = 1 Trade name (ยกเว้นในรายการที่มีประวัติว่ายาขาดหรือ PTC มีมติให้สำรองไว้มากกว่า 1 ชื่อการค้า จะสำรองไว้อย่างน้อย 2 ชื่อ)</p> <p>- การคำนวณปริมาณการใช้ ให้คำนวณค่าเฉลี่ยจากประวัติการใช้ย้อนหลัง 3 ปี กรณียาเข้าใหม่คำนวณตามอัตราการใช้ในปีปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● - การจัดทำใบสั่งซื้อ จะทำเมื่อยารายการนั้นมีปริมาณคงคลัง ต่ำกว่า 1-1.5 เดือน และปริมาณที่จัดซื้อไม่สำรองเกินจำนวนที่ใช้ประมาณ 3 เดือน (ตามแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการด้านยาของกระทรวง) ● สาธารณสุข) ● ซึ่งในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ 2563-2564 มีการสำรองรายการยาบางส่วนเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีเพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย <p>ผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในรอบ 4 ปี (ปีงบประมาณ 2559-2564)</p>					
รายละเอียด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อดยกมาต้นปีงบประมาณ	6,674,346	7,945,630	3,928,403	7,331,333	6,941,002
อดเงินจัดซื้อทั้งปี	55,592,054	40,034,742	45,338,476	41,344,252	45,143,100
รวมยอดคงคลังทั้งปี	62,266,400	47,980,372	49,266,879	48,675,585	52,084,100
อดจ่ายยาทั้งปี	54,320,770	44,051,969	41,935,546	41,734,583	44,691,470
อดยกไปปีงบประมาณถัดไป	7,945,630	3,928,403	7,331,333	6,941,002	7,392,630
อัตราสำรองยาคงคลัง (เดือน)	1.72	1.55	1.58	2.25	1.80
สัดส่วนการจัดซื้อ ED:NED	43.69 : 56.31	60.27: 39.73	60.66 : 39.34	61.70: 38.30	61.54 : 38.46
<p>การพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาลมีการทบทวนบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในที่ประชุมคณะกรรมการ PTC โดยอ้างอิงข้อมูลจาก</p> <p>ก. ข้อมูลการนำเสนอยาเข้าจากบริษัทผู้จำหน่าย และ Drug monograph ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมเสนอ</p> <p>ข. เอกสารทางวิชาการแจ้งเตือนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้ยา</p> <p>ค. การเกิดอุบัติเหตุอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้ยา เช่น การแพ้ยาชนิดรุนแรง</p> <p>ง. ข้อมูลประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเสนอ</p> <p>จ. ข้อมูลรายการยาที่ไม่มีการเคลื่อนไหว หรือไม่มีการสั่งใช้เกิน 4 เดือน (ยกเว้นยาช่วยฟื้นคืนชีพ)</p> <p>การพิจารณายาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลนั้นข้อมูลที่จะต้องถูกนำมาพิจารณา ได้แก่ ชื่อสามัญ ชื่อการค้า รูปแบบ ราคา ข้อบ่งใช้ (ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา) คุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ กลไกการออกฤทธิ์</p>					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อาการไม่พึงประสงค์ อันตรกิริยาต่อกันของยา ข้อมูลเปรียบเทียบกับยากลุ่มเดิมที่มีอยู่แล้วในบัญชียา
โรงพยาบาล ซึ่งเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกยาเข้าใหม่ที่คณะกรรมการ PTC กำหนดคือ

- มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาที่มีอยู่แล้ว
- มีรายงานข้อมูลความปลอดภัย
- มีข้อมูลผลการทดลองใช้ในผู้ป่วยจากแพทย์
- การเปรียบเทียบความคุ้มค่า เช่น ราคา/วัน

ในปีงบประมาณ 2564 มียาในบัญชียาโรงพยาบาลตามชื่อสามัญทางยาดังนี้

- ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)	จำนวน	190	รายการ
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)	จำนวน	59	รายการ
- รวม ED+ NED	จำนวน	249	รายการ
- รายการเวชภัณฑ์มีใช้ยา (ND)	จำนวน	16	รายการ
	รวมทั้งสิ้น	265	รายการ

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE*

● (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

การปรับปรุงในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปีงบ 2563- 2564) ระบบห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก มีการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ 4 ขั้นตอน คือ Prescribing error (การสั่งใช้ยา), Pre-dispensing error (จัดเตรียมยา), Dispensing error (จ่ายยา) และ Administration (การบริหารยา) ขณะเดียวกันระบบห้องจ่ายยาผู้ป่วยในก็มีการปรับการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบมากขึ้นโดยติดตามใน 8 ขั้นตอน คือ Prescribing error (การสั่งใช้ยา), Transcribing error (คัดลอกคำสั่งใช้ยา), Pre-dispensing error (จัดเตรียมยา), Dispensing error (จ่ายยา), Pre-administration (ก่อนการให้ยา), Administration (ให้ยา), Monitoring error (ติดตามหลังการใช้ยา) และติดตามความคลาดเคลื่อนของเครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ Unit Daily Dose หลังการปรับวิธีการเก็บความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่ายังเกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของห้องยาในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยในซึ่งได้ส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการจ่ายยาของงานบริการเภสัชกรรม และการบริหารยาของพยาบาลหอผู้ป่วยผิดพลาดด้วย จึงได้มีการทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพถึงสาเหตุและแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขดังนี้:

สาเหตุ

1. คำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน เขียนในบริเวณที่มองเห็นยาก
2. การสื่อสารคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ระหว่างห้องยาและตึกผู้ป่วย
3. มีการปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาแต่ไม่มีการแจ้งห้องยาเพื่อปรับยา
4. ความผิดพลาดส่วนบุคคล จากความไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน

แนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขของสหวิชาชีพ ดังนี้

1. แพทย์สั่งใช้ยาโดยระบุชื่อสามัญทางยา ความแรง วิธีใช้ ที่ชัดเจนตามแนวทางปฏิบัติในการใช้คำย่อทางยาของโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- 2.แพทย์สั่งใช้ยาจะต้องระบุช่วงระยะเวลาการใช้ยาให้ชัดเจน เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ เป็นต้น
 - 3.กรณีมีการแก้ไขคำสั่งใช้ยาไม่ควรเขียนซ้ำ ให้ขีดข้อความที่ยกเลิก ลงชื่อกำกับ และเขียนใหม่
 - 4.กรณีมีการปรับเปลี่ยนคำสั่งการรักษา แพทย์ต้องระบุชื่อยา ความแรงที่ใหญ่ผู้ใช้ให้ชัดเจน และระบุคำสั่งใช้ยาใหม่
 - 5.การสื่อสารคำสั่งการใช้ยาให้ใช้สำเนา doctor's order sheet ทั้งกรณีผู้ป่วยรับไว้รักษาใหม่และปรับยา หลีกเลี่ยงการสื่อสารคำสั่งใช้ยาหรือปรับยาทางโทรศัพท์
 - กรณีผู้ป่วยใหม่ที่รับไว้รักษา (Admit) ให้ admission center ส่งสำเนา doctor's order sheet ที่มีคำสั่งใช้ยาชัดเจน ครบถ้วนมาที่ห้องยาเพื่อจัดทำ Patient Medication Profile และ medication record เพื่อจัดเตรียมยาและส่งมอบยา
 - กรณีมีการปรับยา ให้หอผู้ป่วยส่งสำเนา doctor's order sheet มาที่ห้องยาเพื่อปรับเปลี่ยนรายการยา Patient Profile และ Medication record ให้ถูกต้อง
 - 6.ปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานรับคำสั่งใช้ยา และบันทึกข้อมูลยาของผู้ป่วยในโปรแกรมให้บริการ online จากเดิมเป็นพนักงานประจำห้องยาเปลี่ยนเป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรมซึ่งมีสมรรถนะสูงกว่า สามารถอ่านและวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาได้มากกว่า
 - 7.งานบริการเภสัชกรรมได้ปรับเพิ่มขึ้นตอนการทบทวน Patient Medication Profile ที่จ่ายให้ผู้ป่วยในแต่ละวันโดยเภสัชกรก่อนการจัดเก็บเอกสาร เพื่อให้สามารถค้นหาและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการรับคำสั่งใช้ยาได้รวดเร็วขึ้น
 - 8.พยาบาลผู้ป่วยในตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเอกสารในสำเนา doctor's order sheet ก่อนส่งให้ ห้องจ่ายยา
 - 9.ปรับระบบการกระจายยาผู้ป่วยใน ให้เป็น Unit daily dose โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาด้าน Pre-dispensing error และ Pre-Administration error และช่วยลดภาระงานของพยาบาลในการจัดเตรียมยาเม็ดชนิดรับประทานเพื่อนำมาบริหารยาให้ผู้ป่วย
- การเกิด ME ของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2563 – 2564 พบว่ามีความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมาก คือ จากการจ่ายยาไม่ครบจำนวน เกิดขึ้น 3 ครั้ง แบ่งเป็นปี 2563 จำนวน 2 ครั้ง และปี 2564 จำนวน 1 ครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีการกลับไปแก้ไขยา เช่น ในรอบแรกจ่ายยา 1 เดือน กลับไปแก้ไขเป็น 2 เดือน โดยไม่มีการแจ้งห้องจ่ายยาทำให้จ่ายยาในรอบแรกให้แก่ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยได้ยาไม่ครบจำนวนซึ่งจากอุบัติการณ์ดังกล่าวทำให้ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้มีการกำหนดแนวทาง การดำเนินการเพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่จุดพิมพ์ใบสั่งยา หากสังเกตพบว่า มีการสั่งยามารอบที่สอง ให้นำชุดยาในรอบแรกกลับมาเพื่อทำการแก้ไข ในส่วนของจุดจ่ายยาให้ตรวจสอบปริมาณยากับระบบคอมพิวเตอร์ online ให้ตรงกัน และทุกวันจะมีการตรวจสอบปริมาณยาคงเหลือจริง และปริมาณยาที่จ่ายในระบบ หากพบว่าไม่ตรงกัน จะได้ค้นหาสาเหตุเพื่อนำไปสู่การแก้ไขต่อไป
- ในส่วนของเภสัชกรรมผู้ป่วยในหลังการปรับกระบวนการทำงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในด้าน Pre-dispensing error, Pre-Administration error และ Dispensing error ซึ่งมี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สาเหตุหลักที่มาจากการจัดยาด้วยกำลังคนลดลงไปอย่างชัดเจนทั้งนี้ความคลาดเคลื่อน Pre-dispensing error และ Dispensing error เป็นความผิดพลาดในรูปแบบของการแก้ไขสายยาด้วยมือ จึงได้มีการเน้นแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบซ้ำก่อนจ่ายยาในทุกๆ ใบสั่งยา ส่วน Transcribing error ลดลงแต่ยังพบได้บ้าง ซึ่งมักจะเป็นสาเหตุจากห่อผู้ป่วยส่งสำเนา doctor's order sheet ล่าช้า หรือสาเหตุจากจากข้อมูลในสำเนา doctor's order sheet ไม่ชัดเจน อ่านยาก และช่วงเวลาที่พบความคลาดเคลื่อน มักจะเป็นช่วงนอกเวลาราชการซึ่งมีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานเพียง 1 คน ไม่มีระบบ double check ดังนั้นจึงพบความคลาดเคลื่อนได้บ้าง จึงได้ทบทวนกับทีมสหวิชาชีพอีกครั้ง มีแนวทางแก้ไข คือ

- 1. ขอความร่วมมือจากกลุ่มงานการแพทย์ที่จะเข้าตรวจเยี่ยมและปรับคำสั่งการใช้ยาของผู้ป่วยในเฉพาะในช่วงเวลาราชการเพื่อให้กระบวนการจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมสามารถทำระบบ double check ได้ สำหรับช่วงนอกเวลาราชการขอความร่วมมือพิจารณาปรับการรักษาเฉพาะที่จำเป็นเร่งด่วนเท่านั้น

2. กรณีการส่งผู้ป่วยที่มียาฉีด Long acting ไปฉีดยาที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น แล้วจึงส่งมอบตะกร้ายาฉีดให้ผู้ป่วยถือพบพยาบาลไปที่ห้องฉีดยาเพื่อ Double check คำสั่งฉีดยาซ้ำอีกครั้ง

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

จากแนวทางปฏิบัติระบบยาและแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 เรื่อง การใช้ยากลุ่มเสี่ยง (HAD) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เช่น การส่งตรวจเลือดเพื่อวัดระดับ Lithium/การตรวจ WBC สำหรับ Clozapine และกลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับพยาบาลผู้ป่วยในได้จัดทำ Intensive ADR : Lithium/ Clozapine เพื่อติดตามอาการทางคลินิกที่แสดงว่าเกิด ADR เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

- Lithium : ทีมนำทางคลินิกกำหนดให้มีระบบติดตาม ADR intensive ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Lithium โดยกำหนด standing order ในการเจาะวัดระดับยา และหากมีอาการแสดงของ ADR จะแจ้งแพทย์เพื่อขอเจาะวัดระดับยา Lithium ในเลือดทันที ถ้าพบผลระดับยาในเลือดเกินกว่า 2 mmol/L ให้หยุดการให้ยาทันทีและรายงานแพทย์ทราบเพื่อทบทวนคำสั่งการรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่ส่งรับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์จะนัดผู้ป่วยเพื่อกลับโรงพยาบาลเพื่อตรวจวัดระดับยาในเลือด และเพื่อปรับแผนการรักษาเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการส่งยาที่จะทำให้เกิดปัญหา DI และเกิดภาวะพิษจาก Lithium

- Clozapine: ตรวจระดับ WBC ตลอดช่วงการรักษาตามเกณฑ์ แพทย์จะนัดผู้ป่วยเพื่อกลับมาตรวจวัดระดับ WBC ก่อนพบแพทย์ หรือกรณีแพทย์อนุญาตให้ญาติมารับยาแทน จะกำหนดให้ผู้ป่วยตรวจเลือดมาจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน และให้ญาตินำผลการตรวจเลือดมาแสดง ซึ่งจากข้อมูลการติดตาม ADR จากการใช้ยาในผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังภาวะ Agranulocytosis โดยเภสัชกรทบทวนคำสั่งแพทย์ร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ หากพบว่ามีค่า WBC ต่ำกว่า 3,500 cell/mm³ ให้หยุดการให้ยาทันทีและรายงานแพทย์ทราบเพื่อทบทวนคำสั่งการรักษาแต่ที่พบบ่อย คือ ADR เช่น ง่วงซึม นอนมาก น้ำหนักตัวเพิ่ม และน้ำลายไหลเยอะ จึงมีการทบทวนโดยผ่าน PCT และให้ใช้การ Titrate Dose ในกรณี

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ป่วยที่เริ่มได้ยา ซึ่งผลพบว่าเหตุการณ์ดังกล่าวลดลง อีกทั้ง ADR ดังกล่าวส่วนใหญ่แล้วจะมีอาการจะดีขึ้นหลังใช้ไปในระยะนาน

- Carbamazepine: ฝ้าระว่างการเกิด Stevens-Johnson syndrome และ Drug interaction กับยาตัวอื่น จากการติดตาม ADR ของโรงพยาบาลยังไม่พบอุบัติการณ์

- Lamotrigine: ฝ้าระว่างเรื่อง Stevens-Johnson syndrome และ Drug interaction กับยาตัวอื่น ซึ่งจากการติดตาม ADR ของโรงพยาบาลยังไม่พบอุบัติการณ์

- Adrenaline injection: ยาช่วยชีวิตที่มีการออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด มีพิษสูงเมื่อใช้เกินขนาดยานี้มีการสำรองไว้ในรถฉุกเฉินของผู้ป่วยในหน่วยละ 10 ampule ซึ่งมีอัตราการใช้น้อยมาก และจากการติดตาม ADR ของโรงพยาบาลยังไม่พบอุบัติการณ์ที่รุนแรง

ตารางแสดง ADE ที่สำคัญของยาในกลุ่ม HAD

ยา HAD	ADR ที่เกิด	ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564
1. Clozapine	Agranulocytosis (WBC < 3,500)	0	0	0	1 (ฝ้าระว่างการเกิด leucopenia)
2. Lithium	Lithium intoxication (Lithium level ≥ 2mmole/L)	0	0	0	1
3. Carbamazepine	Steven Johnson Syndrome	0	0	0	0
4. Adrenaline inj.	พิษต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด	0	0	0	0
5. Lamotrigine	Steven Johnson Syndrome	0	0	0	0

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ

(antimicrobial stewardship) :

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในปีงบประมาณ 2558 โดยในช่วงแรก คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ดำเนินการโดยการจัดทำประกาศเรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มีชีวะยา เป็นนโยบายองค์กร จากนั้นในปีงบประมาณ 2559 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้ดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการทบทวนบัญชียาของโรงพยาบาลที่ควรมีและไม่ควรมี, การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ, การพัฒนาฉลากยามาตรฐาน, การดำเนินงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ส่งเสริมการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และในปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้ดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดย

- ก) กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล โดยมีผู้อำนวยการสนับสนุนการดำเนินงาน
- ข) จัดตั้งคณะกรรมการ RDU ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ เพื่อวางแผน กำกับติดตามการดำเนินงาน และนำไปสู่กระบวนการพัฒนา
- ค) จัดประชุมวิชาการและชี้แจงให้แก่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล
- ง) แจกสื่อแผ่นพับ ติดป้ายโปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย แก่ผู้มารับบริการ
- จ) มีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อกำกับ ติดตามการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล และนำไปพัฒนา (10 ตัวชี้วัด)
- ฉ) กำหนดเป้าหมาย โรงพยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล บรรลุเกณฑ์ระดับ 3 ในปี 2563 (อ้างอิงตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปีงบ 2563	ปีงบ 2564
1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ)	≥80	92.09	94.67
2. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริมและเอกสารข้อมูลยาใน 13กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3	ระหว่างดำเนินการ	ระหว่างดำเนินการ
3. ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20	46.59	17.12
4. ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20	42.86	66.67
5. ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40	0	0
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้Glibenclamideในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	7.14	0
7. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10	0	0
8. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน	≤0	0	0
9. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs	≤5	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ซ้ำซ้อน			
10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassiumchlorazepate	≤ 5	18.88	15.36

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการด้านยา โดยให้มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการด้านยา 2 ชุด ได้แก่

1. คณะกรรมการ PTC ซึ่งประกอบด้วยสทวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเทคนิคการแพทย์ และบริหารทั่วไป มีหน้าที่ กำหนดกฎระเบียบเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐปี พ.ศ. 2560 และกฎระเบียบอื่นใดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆของโรงพยาบาล พิจารณานุมัติบัญชียาโรงพยาบาลฯ โดยมีการจัดประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี การปรับปรุงที่สำคัญในปี 2561 คือการปรับบัญชียาโรงพยาบาลให้เป็นแบบ one generic one trade name อีกทั้งปรับปรุงแผนการซื้อและใช้ยาของโรงพยาบาลให้เป็นไปตาม พรบ.จัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 ด้วย

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (MS) ซึ่งประกอบด้วยสทวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลมีหน้าที่ดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางจากคณะกรรมการ PTC และ กำกับติดตามและแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานด้านระบบยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบจัดการด้านยา

คณะกรรมการ	แผนการประชุม	ผลการปฏิบัติ			
		2561	2562	2563	2564
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดPTC	ปีละ 2 ครั้ง	3	2	2	1
คณะกรรมการพัฒนาระบบยา MS	ปีละ 4 ครั้ง	2	2	4	2

ในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2564 ได้มีการปรับการจ่ายยาผู้ป่วยในจากระบบ 7-days-doses เป็น Unit Daily dose ซึ่งจะเป็นการจัดยาโดยใช้เครื่องจัดยาอัตโนมัติ และจ่ายยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายตามมือในการบริหารยาในแต่ละวันเพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนในการจัดและจ่ายยา ลดการสำรองยานหอบผู้ป่วยหรือการเข้าถึงยาที่ง่ายหรือมียาเหลือใช้ของผู้ป่วย และสร้างระบบการตรวจสอบข้ามวิชาชีพ

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

มีการส่งเสริมให้เภสัชกรได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในหัวข้อเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ทางเภสัชกรรมที่ทางมหาวิทยาลัยต่างๆ จัด คนละอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี รวมทั้งสนับสนุนให้เภสัชกรได้อบรมเพิ่มพูนสมรรถนะทางการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งชมรมเภสัชกรจิตเวช กรมสุขภาพจิตจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี อีกทั้งการส่งเสริมทักษะความรู้ในงานวิจัยที่จำเป็น เพื่อให้เภสัชกรมีความรู้ความสามารถในการที่จะพัฒนาค้นหาความรู้ใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

สหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลจำเป็นของผู้ป่วยจาก OPD card และฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ โดยมีฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเป็นผู้ควบคุมการเข้าถึงข้อมูลและดูแลระบบจัดเก็บข้อมูลทางการรักษาผู้ป่วย มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้ Usernamr และ Password

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็นได้ เช่น ความคงตัวของยา ความเข้ากันได้ของสารน้ำกับตัวยา อันตรกิริยาระหว่างยา และข้อมูลการเก็บรักษายาแต่ละชนิด โดยสืบค้นได้จากฐานข้อมูลตติยภูมิ ฐานข้อมูลปฐมภูมิ และแนวทางการบริหารยาต่างๆ ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมได้จัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติของระบบยาไว้ทั้งที่ฝ่ายเภสัชกรรมและมอบให้แก่ตึกผู้ป่วยทุกตึก เพื่อเป็นเครื่องมือในการสืบค้นเกี่ยวกับรายการยาและแนวทางปฏิบัติระบบยา

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่องการส่งสัญญาณเตือน จึงห้ามสั่งยาที่มีประวัติการแพ้ยา โดยคอมพิวเตอร์จะขึ้นเตือนหากมีประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

-มีการสั่งจ่ายยาในห้องตรวจแพทย์ โดยมีคอมพิวเตอร์ 1 เครื่อง ในทุกห้องตรวจ มีไฟส่องสว่างเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวน

-มีการพิมพ์ผลลากยา ตัดฉลากยา จัดยา และตรวจสอบยา ให้คำปรึกษาด้านยาและจ่ายยาโดยเภสัชกร โดยทุกขั้นตอนดำเนินการในห้องยา ภายในห้องยามีไฟส่องสว่างเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวน มีคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการพิมพ์รายการยา คิวราคายา และใช้ในการพิจารณาผล Lab ประวัติการใช้ยา ประวัติการเกิด ADR หรือปัญหาจากการใช้ยา

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

(1) การจัดหา:

การจัดหายาที่มีคุณภาพให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีโรคทางกายร่วมด้วย ทำให้ต้องจัดหายานอกบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งมีชนิดและปริมาณการใช้ไม่แน่นอน แพทย์สั่งใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล จึงมีการจัดซื้อจัดหายาจากร้านยาคุณภาพเท่านั้น โดยจะดำเนินการเมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ เพิ่มกรอบยาทางกายในบัญชียาโรงพยาบาล ในกรณีที่เป็นรายการยาที่แพทย์สั่งใช้บ่อย

(1) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

คณะกรรมการ PTC ได้มีมติให้มีการสำรองยาของโรงพยาบาลไว้สำหรับการใช้ไม่เกิน 3 เดือน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขาดสต็อก หรือหมดอายุ/เสื่อมสภาพก่อนการใช้ อีกทั้งยังมีผลด้านการบริหารเงินของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพื้นที่ในการเก็บสำรองยาจะต้องแข็งแรง ปลอดภัย และมีสถานะ

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่เหมาะสมทั้งอุณหภูมิและความชื้นโดยในปีงบประมาณ 2564 คลังเวชภัณฑ์ได้ย้ายสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ ยาจากอาคารคลังเวชภัณฑ์หลังเดิมมาอยู่บริเวณชั้น 1 อาคารอำนวยการซึ่งเป็นสถานที่ปลอดภัย สามารถควบคุมอุณหภูมิและความชื้นได้เหมาะสม

1. ในปีงบประมาณ 2564 มีรายการยาจำเป็น ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จำนวน 3 รายการคือ Clomipramine 10 mg, Clomipramine 25 mg และ Mianserin 10 mg ซึ่งสาเหตุมาจากรายการยา ดังกล่าวมีผู้จำหน่ายน้อยราย บริษัทขาดวัตถุดิบที่นำเข้ามาจากต่างประเทศเข้ามาผลิต เนื่องจากสถานการณ์ โรคระบาดโคโรนาไวรัส (COVID-19) ซึ่งแพทย์ผู้รักษาได้พิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยด้วยยา รายการอื่นๆตามความเหมาะสมต่อไป

2. การควบคุมยากลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 จากเดิมมีการจัดวางยาในชั้นวางรวม กับยาทั่วไป ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการสูญหาย จึงปรับการจัดวางจัดเก็บในชั้นแยกและมีกุญแจปิดล็อกป้องกันการเข้าถึงได้ง่ายเพื่อควบคุมยาที่เข้มงวดยิ่งขึ้นและมีใบสั่งยาที่มีลายมือชื่อผู้รับยาเพื่อใช้ในการตรวจสอบ

3. การจัดเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ต้องจัดเก็บในตู้เย็น จากอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2560 กระแสไฟฟ้าภายในโรงพยาบาลขัดข้องทำให้ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิในช่วง กำหนดได้ ดังนั้นจึงมีการประสานงานอาคารสถานที่และสิ่งแวดลอมเพื่อดำเนินการแก้ไขโดยเปลี่ยนแปลง แนวสายไฟฟ้าที่จ่ายไฟฟ้าเข้าตู้เย็น และมีการเตรียมความพร้อมโดยการสำรองน้ำแข็งและ Ice pack ไว้ใน กรณีฉุกเฉินและมีการตรวจสอบอุณหภูมิเป็นประจำ

4. การควบคุมสถานะความชื้นและอุณหภูมิของคลังเวชภัณฑ์และห้องจ่ายยา อุณหภูมิควบคุมไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส แต่ในส่วนของความชื้นยังพบว่าเกินกว่าช่วงมาตรฐานกำหนดที่ 60-70% ซึ่งมี แผนการแก้ไขโดยการติดตั้งเครื่องดูดความชื้นในปีงบประมาณ 2565 ต่อไป

5. มีการปรับการจัดเก็บคลังยาในห้องจ่ายยา โดยแยกชั้นยาเม็ด ชั้นยาน้ำ ชั้นยาใช้ภายนอก ชั้นยาฉีดและชั้นน้ำเกลือแยกเป็นสัดส่วนซึ่งมี stock card ควบคุมการเบิกใช้ยาโดยมีผู้รับผิดชอบตรวจสอบ ยาทุกวัน

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

ตรวจสอบวันหมดอายุของยา และส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไป นอกจากนี้ เภสัชกรจะเข้าไปตรวจสอบสภาพยาทุก 1 เดือน เพื่อให้มั่นใจว่ายาที่สำรองมีปริมาณและคุณภาพ พร้อมใช้งาน

บทเรียนเกี่ยวกับการสำรองยาฉุกเฉินที่สำคัญ ในปีงบประมาณ 2560 คือ มีผู้ป่วยที่ต้อง CPR 1 รายซึ่ง จำเป็นต้องใช้ยา Adrenaline เกินกว่าที่สำรองในรถฉุกเฉินของหอผู้ป่วยซึ่งกำหนดไว้เพียง 5 ampules จึง นำเหตุการณ์นี้เข้าทบทวนใน PCT ที่ประชุมมีความเห็นว่า ให้ปรับระบบการสำรองยาฉุกเฉิน (Adrenaline เพิ่มเป็น 10 ampules) และใช้ระบบการยืมยาจากตึกคู่ Buddy และขอให้ทุกตึกปฏิบัติตามวิธีการของ ขั้นตอนการฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด คือ โทรประสานขอความช่วยเหลือจาก 1669 ทันทีที่พบ เหตุ ก่อนการเริ่มกระบวนการอื่นๆในการ CPR

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

งานบริการเภสัชกรรมให้บริการจ่ายยา 24 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้มีการสำรองยาในหน่วยต่างๆ ลดความ เสี่ยงที่ยาจะเสื่อมคุณภาพ (ยกเว้นการสำรองยาช่วยฟื้นคืนชีพและน้ำเกลือบางรายการ) และลดโอกาสเกิด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ความคลาดเคลื่อนทางยาด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเวรนอกเวลา ดังนี้

วัน	ช่วงเวลา	ผู้ปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบเสรี
วันจันทร์-ศุกร์	16.30 – 20.30 น.	- เภสัชกร 2 คน - จพง.เภสัชกรรม 1คน - ลูกจ้าง 2 คน	-
	20.30 – 8.30น.	- จพง.เภสัชกรรม 1คน	On call pharmacist
เสาร์-อาทิตย์	08.30 – 16.30 น.	- เภสัชกร 1 คน - ลูกจ้าง 1 คน	-
	16.30 – 8.30น.	- จพง.เภสัชกรรม 1 คน	On call pharmacist

การให้บริการจ่ายยานอกเวลาราชการจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการทุกวัน นอกจากนี้ยังมีระบบทวนสอบการบันทึกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในโดยเภสัชกรทุกวัน พร้อมทั้งมีแผนพัฒนาในการบันทึกภาพรายการยาและจำนวนยาที่จ่ายออกไปในช่วงนอกเวลาราชการ เพื่อการทวนสอบโดยเภสัชกรในเวรถัดไป

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

1.กรณีผู้ป่วยนอก ถ้าแพทย์พิจารณารายการยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วยและแพทย์สั่งใช้ยาชนิดเดิมสามารถใช้ยาเก่าได้ โดยเภสัชกรสำรวจสภาพยาและวันหมดอายุยา และต้องเป็นยาที่จ่ายจากห้องยาไปไม่เกิน 3 เดือน

2.กรณีผู้ป่วยใน เภสัชกรจะตรวจสอบยาที่ได้คืนมา ถ้าเป็นยานี๊ดหรือยาที่อยู่ในแผงมีวันหมดอายุชัดเจน อยู่ในสภาพดีและจ่ายยาไปไม่เกิน 1 สัปดาห์ สามารถจัดคืนให้ผู้ป่วยได้

3.ถ้าตรวจสอบสภาพแล้วไม่สามารถนำมาใช้ได้ให้ทิ้งที่ถังขยะอันตราย เพื่อรวบรวมและส่งทำลายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

ผู้ป่วยนอก : บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถเห็นข้อมูลของผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของตนเองจากโปรแกรมให้บริการ online เช่น ข้อมูลทั่วไปและคำสั่งการรักษา ซึ่งในคำสั่งการรักษาด้วยยาแพทย์จะบันทึกข้อมูลเองทุกรายผู้ป่วย จึงไม่พบอุบัติการณ์ Transcribing error ในผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยใน : แพทย์เขียนคำสั่งรักษาลงใน Doctor order sheet และพยาบาลจะส่งแผ่น copy แก่ห้องยาเพื่อถ่ายถอดคำสั่งยา แต่เนื่องจากการบันทึกคำสั่งใช้ยาลงโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยใน ทำโดยเจ้าหน้าที่งานบริการเภสัชกรรม ดังนั้นข้อมูลคำสั่งใช้ยาที่ปรากฏในโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยใน online ยังพบความคลาดเคลื่อนได้บ้างจากอุบัติการณ์ Transcribing error หรือจากการที่แผ่น copy order ไม่

ชัดเจนหรืออาจจากกรณีพยาบาลรับคำสั่งแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งทางฝ่ายเภสัชกรรมได้วางแผนทางแก้ไขเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว และจัดให้มีการตรวจสอบ profile ของผู้ป่วยทุกรายโดยเภสัชกรเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

(2) medication reconciliation:

จากการปฏิบัติงานขณะจ่ายยาเภสัชกรจะมีการสอบถามประวัติแพ้ยาและโรคประจำตัวของผู้ป่วยทุกครั้งหรือหากกรณีแพทย์สงสัยในยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่จะส่งปรึกษาเภสัชกรเพื่อจัดทำ Medication Reconciliation ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ 2564 พบว่า มีผู้ป่วยรับยาจาก 2 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร่วมกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย เภสัชกรได้ตรวจสอบรายการยาอีกโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีรายการยาซ้ำซ้อน คือ Sodium Valproate 200 mg โดยรับประทานยา Sodium Valproate 200 mgจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ร่วมกับยาSodium Valproate 200 mg จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น เภสัชกรจึงได้รายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษา

การปรับปรุงระบบ จากการทบทวนอุบัติการณ์คณะกรรมการพัฒนาระบบยาร่วมกับ PCT จึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดทำ Medication reconciliation โดยเฉพาะในกรณีที่แพทย์ร้องขอ เช่น ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายกับโรงพยาบาลอื่นมาก่อน และไม่นำยาที่เคยใช้มาให้แพทย์พิจารณาด้วย หรือผู้ป่วยมีประวัติโรคทางกายอื่นๆ โดยเภสัชกรจะทำการ reconcile และบันทึกข้อมูลใน OPD card หรือ Progress note และแบบบันทึก Medication Reconciliation เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยต่อไป

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

มีการพัฒนาเรื่องการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ระบบสั่งยา Online และไม่ใช่ใบสั่งยาในระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยระบบฐานข้อมูลการแพ้ยาหรือการเตือนเรื่องยาเชื่อมโยงกับโปรแกรมการสั่งยา โดยมีข้อความเตือนขึ้นหน้าจอสั่งยา เพื่อสื่อสารให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทราบ

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

จากการติดตาม ADE ในช่วงปีงบประมาณ2563-2564ได้พบอุบัติการณ์ Prescribing error โดยแพทย์สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ คำสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือยาไม่ครบจำนวน และในผู้ป่วยในยังพบอุบัติการณ์การใช้ค่าย่อทางยาที่ไม่เป็นไปตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เช่นการใช้ตัวย่อ B5 แทนที่จะใช้ Benz 5 นอกจากนี้ยังพบความไม่ชัดเจนของคำสั่งใช้ยา เช่น คำสั่งใช้ยา ORS prnซึ่งไม่ชัดเจนทั้งขนาดยาที่ใช้ มื้อยาหรือระยะห่างของการให้ยาแต่ละครั้ง และไม่ระบุ prnสำหรับอาการใด

การปรับระบบคณะกรรมการพัฒนาระบบยาร่วมกับ PCT ได้ร่วมพิจารณาปรับระบบ ดังนี้

1.กำหนดให้การเขียนค่าย่อทางยาต้องเป็นไปตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

2.หากมีการใช้ค่าย่อที่ไม่ตรงตามที่กำหนด หรือคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน ครบถ้วน ผู้รับคำสั่งใช้ยาจะต้องประสานแพทย์เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

3.คำสั่งใช้ยารักษาโรคทางกายที่ระบุวิธีใช้เป็น prn และไม่มีคำสั่งหยุดยาจากแพทย์ ให้กำหนดระยะเวลาใช้ยาเป็น 7 วัน (ยกเว้น Milk of Magnesia หากไม่มีคำสั่ง off ยา สามารถคงไว้ได้)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.กระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกจะต้องตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้ป่วย ชื่อยาและความแรง วิธีใช้ยา และจำนวนยา ทั้งในใบสั่งยาเทียบกับฉลากยาและยาในซอง

5.กระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยในนอกจากการตรวจสอบรายการยา ให้ตรวจสอบ medication record และใบสั่งยา doctor's order sheet ด้วย

6.กรณีการสั่งใช้ยามีปัญหา เช่นคำสั่งไม่ครบถ้วน คำสั่งไม่ชัดเจน หรือคำสั่งที่อาจส่งผลกระทบต่อภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย ให้พยาบาล และ/หรือเภสัชกร ปรึกษาแพทย์เพื่อทบทวนคำสั่งใช้ยา ตามลำดับ (ทั้ง OPD และ IPD) ดังนี้

ลำดับที่ 1 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลำดับที่ 2 ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยา (พญ.นันทน์ภัสร์)

ลำดับที่ 3 ประธาน PCT (พญ.นันทน์ภัสร์)

ลำดับที่ 4 ประธานองค์กรแพทย์ (พญ.กนกวรรณ)

(2) การจัดเตรียมยา:

ฝ่ายเภสัชกรรมได้มีการปรับระบบการจัดเตรียมยาผู้ป่วยในจากวิธีการใช้บุคลากรจัดมือ เปลี่ยนเป็นใช้เครื่องจัดยาอัตโนมัติ ในรูปแบบ Unit Daily Dose แบ่งเป็นมือตามคำสั่งแพทย์ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดโดยเครื่องถ่ายภาพ แสดงผลทางจอคอมพิวเตอร์ให้เภสัชกร ตรวจสอบ อีกครั้ง

(3) การติดตามยา:

บนฉลากยาจะมีการทำสัญลักษณ์แสดงคุณสมบัติของยาไว้เพื่อเป็นสัญลักษณ์สื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ติดตาม ฉลากยา เช่น “ == ” หมายถึง ยานี้ต้องเก็บให้พ้นจากแสงแดด เพื่อเลือกชนิดของยาให้เหมาะสม (ติดซองสีขา) “ // ” หมายถึง ห้ามบดเคี้ยว จะต้องติดตามช่วยให้แก่ผู้ป่วยด้วย “ ** ” หมายถึง ยากลุ่มความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ตำแหน่งติดตามยา จะมีการตัดแยกความแรงถ้วนให้แก่พระภิกษุและผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยใช้ตะกร้าสีชมพู เพื่อให้ได้รับยาได้เร็วขึ้น

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

ปรับการเบิกจ่ายยาผู้ป่วยในให้เป็นระบบ Unit Daily Dose หอผู้ป่วยสามารถรับยาได้ทุกวัน ภายในเวลา 15.00 น. กรณีมีการปรับยา เบิกยา จะมีการจัดลำดับตามความเร่งด่วนของการใช้ยา โดยจะมีการประกันเวลาจ่ายยาไว้ ดังนี้ ยาเร่งด่วน รับยาและเอกสารภายใน 30 นาที ส่วนยาปรับการรักษา รับยา หลังส่งเอกสารเบิก ภายใน 2 ชั่วโมง

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

เภสัชกรจะเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยและญาติทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยจะมีกระบวนการสอบถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ยืนยันกับใบแนะนำตัวของผู้ป่วย ตรวจสอบให้ตรงกันเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และเภสัชกรจะมีการสอบถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้ยา และวิธีการจัดเก็บรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติจนเข้าใจทุกครั้งก่อนส่งมอบยา

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

เนื่องจากการปรับระบบการจ่ายยาผู้ป่วยในให้เป็นแบบ Unit Daily Dose จึงทำให้พยาบาลสามารถแจกจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยได้โดยตามซองยาที่มีชื่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสายยา 1 เส้น แบ่งออกเป็นซองๆ แต่ละซองแบ่งตามมื้อการทานยา พยาบาลสามารถฉีกซองให้แก่ผู้ป่วยได้เลย ใน 1 ซองจะมียาครบทุกรายการตามแพทย์สั่ง ทำให้พยาบาลไม่ต้องจัดยาให้ผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลจะมีการตรวจสอบใบ Medication Administration Record; MAR กับคำสั่งแพทย์ทันทีหลังได้รับใบ MAR และใช้เทียบกับซองยาผู้ป่วยก่อนส่งให้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกเวลาการให้ยาไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ส่งผลให้สามารถลดความผิดพลาดทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องฝึกทักษะการใช้ยา คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตสงบจากบ้านพักคนไร้ที่พึ่ง(บ้านเมตตา) ซึ่งเภสัชกรจะมีการให้ความรู้และฝึกทักษะ โดยทำกลุ่มให้ความรู้ในทุกวัน พุธที่สบดี สัปดาห์แรกหลังเข้ารับการรักษา

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

จากการติดตามผลการใช้ยา

1.พบอุบัติการณ์ ADE พบผู้ป่วยหลักจากการใช้ยาที่มีฤทธิ์ Sedative หลายตัวและในขนาดสูง ร่วมกันจากการทบทวนของ PCT และกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้จัดทำคู่มือที่เมื่อสั่งใช้ร่วมกันให้พึงระวัง DI ที่ทำให้ผู้ป่วยหลักเกินไป ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยไม่สามารถเข้ากระบวนการฟื้นฟูทักษะต่างๆได้ และจากการทบทวนอุบัติการณ์ในปี 2564 พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวขึ้นหลังจากได้มีการกำหนดแนวทางดังกล่าวขึ้น

2.การใช้ยารักษาโรคจิตชนิดฉีดแบบออกฤทธิ์เนิ่น(Long acting)เช่น Haloperidol decanoate, Fluphenazine decanoate เมื่อฉีดในตำแหน่งเดิมซ้ำๆจะทำให้เกิด Muscular fibrosis ทำให้ฉีดยากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยก็จะเจ็บปวดบริเวณฉีดนั้นมากขึ้นด้วย พยาบาลผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ปรับวิธีปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยา Long acting โดยจะสลับด้านสะโพกที่ฉีดยาและบันทึกข้อมูลด้านสะโพกที่ฉีดในตารางฉีดยาทุกครั้ง และมีการวัดระดับความเจ็บปวดจากการได้รับยาฉีดจากการสอบถามตัวผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีความเจ็บปวดลดลง

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

1.กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว และนำยามาด้วย หากเป็นยาที่มีในโรงพยาบาลให้ใช้ในโรงพยาบาล หากเป็นยานอกบัญชียาโรงพยาบาลให้ใช้ยาของผู้ป่วย

2.กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่ไม่ได้นำยามาหรือยาที่นำมาด้วยหมดแล้ว ให้พยาบาลแจ้งญาตินำยามาให้เพิ่มเติม

3.กรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ไม่มียาที่ใช้ประจำและไม่มียาในโรงพยาบาล หากแพทย์มีความเห็นให้สั่งใช้ยา ให้เขียนบันทึกในแบบขอใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล เมื่อผู้มีอำนาจอนุมัติแล้วกลุ่มงานเภสัชกรรมจะดำเนินการจัดหาดังกล่าวให้กับผู้ป่วยต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1.สื่อสาร กระตุ้น สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการควบคุมการสั่งใช้ยาที่มีปฏิกริยาต่อกันที่มีอันตรายรุนแรงถึงแก่ชีวิต

2.ปรับปรุงสถานที่จัดเก็บยาในหน่วยบริการผู้ป่วยให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. การเพิ่มพูนทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงานของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ในหอพยาบาล
4. กำกับติดตาม และประเมินผลระบบ ADR, ME, DI, Medication reconciliation, RDU เพื่อวิเคราะห์ภาพรวมนำไปสู่การแก้ปัญหา
5. พัฒนาทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้เกี่ยวกับ ADR, ME, DI, Medication reconciliation, RDU เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย
6. มีระบบให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลเครือข่ายกรณีที่มีปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช
7. เพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยใน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพในรายการยาที่มีมูลค่าต่อหน่วยสูง/มูลค่าการใช้สูง - การปรับรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลเป็นแบบ one generic one trade name - ปรับเพิ่มรายการยา HAD และกระบวนการเฝ้าระวังที่รัดกุมและสะดวกในการปฏิบัติ - วางระบบในการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเรื่องความปลอดภัยทางยา - วางระบบ Medication reconciliation เพื่อการเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยบริการอื่นๆ
53.สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดหาและเก็บรักษา	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับการสำรองยาให้มียาพร้อมใช้อย่างเพียงพอในทุกกลุ่มยาที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล - พัฒนาโปรแกรมบริหารคลังเวชภัณฑ์เพื่อให้การบริหารคลังทำได้สะดวก รวดเร็วและเชื่อมข้อมูลกับหน่วยงานภายในกรมหรือกระทรวงได้
54.การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการเลือกคำสั่งใช้ยาโดยใช้ตัวย่อที่เหมือนกันทั้งโรงพยาบาลในส่วนของชื่อยา และวิธีการใช้ยา - ทบทวนคำสั่งใช้ยาที่มีลักษณะที่แปลความได้แตกต่างกัน และจัดทำเป็นมาตรฐานไว้ใช้ร่วมกัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการบันทึกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในลงโปรแกรม ให้บริการ และแต่ละหน่วยที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลร่วมกัน เช่น Medication Record / Medication profile /DOS - ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
55.การทบทวนคำสั่งเตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนารูปแบบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น - พัฒนารูปแบบในการให้บริการจ่ายยาเพื่อลดปัญหายาเหลือใช้ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้ยาซ้ำซ้อนและเกิดอันตรายจากยา - พัฒนาในการบันทึกภาพรายการยาและจำนวนยาที่จ่ายออกไปในช่วง นอกเวลาราชการ เพื่อการทวนสอบความถูกต้อง
56.การบริหารยาและติดตามผล	4	I	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการบริหารยาให้เป็นระบบ Real time - พัฒนาระบบการบริหารยาตามหลัก6R - พัฒนาระบบ Medication reconciliation เพื่อลดปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนในผู้ป่วยต่อไป

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ความผิดพลาดในการให้บริการ	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
2.ความผิดพลาดในการถ่ายฟิล์มเอกซเรย์ (ฟิล์มเสีย)	<3%	1.53%	1.42%	1.34%	1.40%	2.01%
3.จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
4.ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับดีขึ้นไป	>90%	92.10%	92.85%	92.00%	97.5%	92.00%
5.จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
6.จำนวนครั้งของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทางรังสี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี
7.จำนวนครั้งของแผ่นทดสอบรังสีส่วนบุคคลอยู่นอกเกณฑ์ปลอดภัย	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
8.มีเจ้าหน้าที่หญิงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหญิงขณะตรวจ EKG	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ii. บริบท						
<p>โรงพยาบาลได้จัดให้มีบริการตรวจทางรังสีวินิจฉัยและตรวจพิเศษเช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อให้แพทย์นำผลการตรวจไปประกอบการวินิจฉัยโรค วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม</p> <p>ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):</p> <p>ให้บริการตรวจพิเศษ แก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาล ตั้งแต่เวลา 8.30 น. – 16.30 น. ในวันเวลาราชการ จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี และให้บริการตรวจพิเศษ 2 คน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 1 คน นายพิเชษฐ บุญเลิศ รับผิดชอบงานตรวจทางรังสี 2.ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน นายไพบุลย์ แนวหล้า รับผิดชอบงานตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ <p>การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี:</p> <p>มีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของเครื่องมือจากศูนย์สอบเทียบศูนย์วิทย์ฯ และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น 1 ครั้ง/ปี ครั้งสุดท้ายเมื่อ วันที่ 19 เม.ย 64 ผลการสอบเทียบได้ตามมาตรฐาน</p> <p>จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):</p>						

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตำแหน่ง	จำนวนผู้ถ่ายภาพรังสี	จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงต่อวัน	ระดับการศึกษา	การปฏิบัติหน้าที่
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	1 คน	1 คน	อนุปริญญา	งานรังสีวิทยา ตรวจเอกซเรย์ทั่วไป งานตรวจพิเศษ
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1 คน	1 คน	มัธยมศึกษา	-ลงทะเบียนตรวจรับ -จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ประจำวัน -ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้ งานแล้ว แต่ละวัน -ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

จำนวนรังสีแพทย์: ไม่มี

เทคโนโลยีสำคัญ:

- เครื่องเอกซเรย์พร้อมอุปกรณ์ 2 เครื่อง
- เครื่อง EKG พร้อมอุปกรณ์ 1 เครื่อง
- เครื่องคอมพิวเตอร์ พร้อมอุปกรณ์ 2 เครื่อง

iii. กระบวนการ

II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

1.เตรียมความพร้อม	2.รับหลักฐาน	3.ให้บริการตรวจ	4.ออกผลการตรวจ	5.บำรุงรักษาสะอาดและจัด
1.1 เตรียมเครื่องมือ	2.1 รับและตรวจสอบคำสั่งแพทย์/ใบส่งตรวจและผู้ป่วย	3.1 เตรียมผู้ป่วย	4.1 ตรวจสอบบันทึกการตรวจ	5.1 บำรุงรักษา
1.2 เตรียมอุปกรณ์	2.2 ประเมินผู้ป่วย	3.2 ตรวจเอกซเรย์	4.2 ออกซอง/ส่งบันทึกการตรวจ	5.2 ทำลายที่น้ำยาและวัสดุ
1.3 เตรียมน้ำยา	2.3 ลงทะเบียน	3.3 ล้างฟิล์ม		5.3 ทำความสะอาดอุปกรณ์และส
1.4 เตรียมวัสดุ				5.4 จัดเก็บบันตรวจ
1.5 เตรียมสถานที่				

(2) ทรัพยากรบุคคล:

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ จำนวน 1 คน

- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน

(3)(4) **พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:**

มีพื้นที่เพียงพอต่อการให้บริการและเหมาะสม มีพื้นที่รอตรวจ มีห้องน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วย OPD กรณีผู้ป่วยในมีการตรวจสอบผู้ป่วย ประเมินก่อนให้บริการ ประเมินความก้าวร้าวของผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ X-ray

(5) **ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:**

- เครื่องเอกซเรย์พร้อมอุปกรณ์ 2 เครื่อง

- เครื่อง EKG พร้อมอุปกรณ์ 1 เครื่อง

- เครื่องคอมพิวเตอร์ พร้อมอุปกรณ์ 2 เครื่อง

(6) **คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:** ไม่มีการส่งตรวจภายนอก

(7) **การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:** มีการสื่อสารการส่งกลับอาการผู้ป่วย

มีการสื่อสารด้วยวาจาหรือโทรศัพท์ และเอกสารที่นำส่งมีการบันทึกรายละเอียดการส่งตรวจ ของแพทย์ผู้ส่งตรวจอย่างชัดเจน พร้อมส่งรายชื่อผู้มารับบริการในระบบ On line ของโรงพยาบาล และตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้บริการ เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการให้บริการ

II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) **คำขอส่งตรวจ:**

- มีใบขอส่งตรวจ X-ray และ EKG โดยได้รับยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ และมีการบันทึกลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

(2) **การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:**

- ประเมินผู้ป่วยซ้ำก่อนให้บริการทุกครั้ง ประเมินความพร้อม และความก้าวร้าวของผู้ป่วย

- ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการให้บริการ

(3) **การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:**

- ให้บริการในเวลาราชการ 8.30 – 16.30 น.

- กรณีนอกเวลาราชการ และวันหยุด สามารถ consult ได้

(4) **การดูแลระหว่างได้รับบริการ:**

มีแผนปฏิบัติ การบำรุงรักษาเครื่องมือ โดยผู้ใช้งานทุกวันและทุกสัปดาห์ พร้อมลงชื่อผู้บันทึกการบำรุงรักษาเพื่อเป็นหลักฐาน มีการบำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องมือทุกปี ภายใต้คณะกรรมการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นผู้ดำเนินการให้ เครื่องมือที่ผ่านการบำรุงรักษาแล้วมีสติ๊กเกอร์ติดขึ้น มีใบแสดงผลการบำรุงรักษา มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ จากช่างแนบกับประวัติเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ลงข้อมูลการบำรุงรักษาในประวัติเครื่อง นอกจากนี้ในประวัติประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของเครื่องมือ ประวัติการได้มา ประวัติการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน/การสอบเทียบและประวัติการซ่อม และควบคุม มีการบำรุงรักษาและสอบเทียบ

(5) **กระบวนการถ่ายภาพรังสี:**

- รับและตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ใบส่งตรวจและผู้ป่วย

- เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ น้ำยา
- เมื่อให้บริการผู้ป่วยเรียบร้อย มีการตรวจสอบการบันทึกการตรวจ และออกของส่งบันทึกการตรวจ
- ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนส่งกลับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย

(6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:

มีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสีโดยแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้แปลผลและแสดงข้อมูลภาพรังสี

(7) การแปลผลภาพรังสี:

มีการให้บริการตรวจทางรังสีอย่างถูกต้อง ตามคำสั่งแพทย์ และให้ภาพรังสีตรงตามเทคนิคการตั้งค่า KV, MAS ตามตารางการตั้งค่า KV, MAS ที่จัดทำไว้ เพื่อให้ภาพรังสีมีความคมชัด สามารถอ่านและแปลผลได้

II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:

- ประเมินผู้ป่วยก่อนให้บริการ โดยประเมินความก้าวร้าว และตรวจร่างกายวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาด้วย และมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการเอกซเรย์
- ประเมินผู้ป่วยหลังรับบริการ ประเมินอาการผิดปกติ พฤติกรรม ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

(2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:

- ปรับเปลี่ยน Exposure factor มีการทำตารางการตั้งค่า KV, MAS ในการเอกซเรย์ในท่าต่างๆ ติดไว้หน้า Control x-ray และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือให้ถูกต้อง
- มีการลดอัตราฟิล์มเสียจากน้อยกว่าร้อยละ 5 ในปี 2548 ลงมาจนเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 3 ในปี 2551 จนถึงปัจจุบัน ผลการปฏิบัติอัตราฟิล์มเสียในปี 2564 ร้อยละ 2.01

(3) ระบบบริหารคุณภาพ:

มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ คู่มือในการให้บริการตรวจทางรังสี และตารางการตั้งค่า Exposure factor หน้า control x-ray และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือให้ถูกต้อง และมีการส่งผลการตรวจให้องค์กรแพทย์อ่านและแปลผล ภายใน 1 วันทำการ

มีการตรวจประเมินคุณภาพ มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางรังสี จากเครือข่ายพัฒนาคุณภาพวิชาชีพทางรังสีจังหวัดขอนแก่น ในปี 2558 ห้องปฏิบัติการทางรังสีของหน่วยงานโรงพยาบาลจิตเวช ผ่านการประเมินในเกณฑ์ ดี (89.89%)

ได้รับการรับรองเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2558

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

มีการสอนงาน อบรมและฝึกปฏิบัติให้ผู้ช่วยในหน่วยงานสามารถให้บริการตรวจพิเศษทางรังสี และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้เป็นอย่างดี และสามารถให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจนอกหน่วยงานได้

มีการบันทึกในการให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยหญิง ให้คำแนะนำ วิธีการตรวจ ได้รับความยินยอมจากญาติหรือผู้ป่วยพบว่า อัตราการนำส่งผู้ป่วยหญิง โดยมีเจ้าหน้าที่นำส่งที่เป็นผู้หญิงร้อยละ 79.4

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากเป้าหมายที่ตั้งไว้มากกว่าร้อยละ 70 (ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2556 – กันยายน 2556 มีผู้ป่วยหญิง 44 คน และเจ้าหน้าที่หญิงนำส่งจำนวน 35 คน)

อัตราการนำส่งผู้ป่วยหญิง โดยมีเจ้าหน้าที่นำส่งที่เป็นผู้หญิง ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 93 คน มีเจ้าหน้าที่หญิงนำส่ง 35 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4 เหตุผลที่ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

- ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเดิมที่เข้าใจ และยินยอมให้เจ้าหน้าที่ชายตรวจให้
- เจ้าหน้าที่นำส่งหญิง จากตึกศรีตรังไม่เพียงพอ

แนวทางป้องกัน

- งานตรวจพิเศษปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง พึงพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างเต็มที่
- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในบริการ และยินยอมร่วมมือในการตรวจ
- นำเสนอข้อมูลการส่งตรวจ EKG ในผู้ป่วยหญิง ให้หัวหน้าตึก, หัวหน้าฝ่ายรับทราบเพื่อพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

มีการประเมินคุณภาพงานรังสีวินิจฉัย จากคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพรังสีการแพทย์ จังหวัดขอนแก่น ได้รับคำแนะนำ และประเมินคุณภาพงานใน 3 ด้าน คือ ด้านความปลอดภัย ด้านบริการรังสีวินิจฉัย คุณภาพบริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผ่านเกณฑ์ประเมินในขั้นดี (89.98%)

มีการพัฒนาในปี 2557 ในการปรับปรุงห้องทำงาน จัดบริเวณที่พักรอตรวจสำหรับเจ้าหน้าที่และญาติ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับคำชมจากผู้มารับบริการเป็นอย่างดี

ในปี 2558 มีการปรับปรุงพัฒนาในการตรวจ EKG ในผู้ป่วยหญิง ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และมีญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยหญิงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยขณะให้บริการ โดยมีเป้าหมายให้บรรลุ 100% ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่หญิงจากตึกศรีตรังอยู่ร่วมกับผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ทำให้การตรวจ EKG ในผู้ป่วยหญิงบรรลุเป้าหมาย 100% ได้ และเป็นข้อตกลงร่วมกัน ตลอดให้การให้บริการตรวจ EKG ในผู้ป่วยหญิง

- ในปี 2558 จัดทำแนวทางการตรวจสอบคุณภาพ และพัฒนางานรังสีวินิจฉัย
- ปี 2558 จัดทำมาตรการและแผนปฏิบัติการป้องกันอันตรายจากรังสี ในการใช้เครื่องเอกซเรย์
- ปี 2558 ได้รับการรับรองเป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ที่มีระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข และข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2558 หมดอายุ 23 สิงหาคม 2561
- ปี 2559 ได้รับการตรวจประเมินจากเครือข่ายวิชาชีพรังสีการแพทย์ จังหวัดขอนแก่น และรายงานผลวันที่ 13 กรกฎาคม 2559 ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 89.90 (ดีเด่น)
- ปี 2561 ได้รับการตรวจสถานประกอบการทางรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52.บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์	3.5	I	- การพัฒนาความรู้ และทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง - การจัดการบริการแก่ผู้รับบริการหญิงโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			- การประเมินคุณภาพงานรังสีวินิจฉัย โดย หน่วยงานภายนอก
--	--	--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	น้อยกว่า ร้อยละ 0.5	0	0	0	0	0
1. ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด -Near Missed -Missed	น้อยกว่า ร้อยละ 0.5	0.007 0.03	0.009 0.11	0.03 0.27	0.085 0.008	0 0
2. รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	97.7	99.2	97.88	96.08	99.2
3. ผลการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (EQA) ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานของโครงการ	อยู่ในเกณฑ์ระดับดี - ดีมาก	99.94	99.3	99.9	100	100
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับดีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	92.8	93	90.7	91.07	93
5. ร้อยละการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากตึกผู้ป่วย - OPD - IPD	น้อยกว่า ร้อยละ 0.2 100 %	0 0.96	0 0.51	0 0.39	0 0.48	0 0.25
6. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน	0 ครั้ง	0	0	0.15	0	0
7. ร้อยละการขอตรวจซ้ำจากแพทย์	<0.2 %	0.07	0.07	0	0.18	0.07
8. ร้อยละเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการรักษาเมื่อพบความผิดปกติ	100 %	100	100	100	100	-
9. ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ผ่านตามาตรฐานวิชาชีพ (LA) ทุก 3 ปี	ผ่าน	ผ่านปี 2559 - 2562			ผ่านปี 2562 - 2565	
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ii. บริบท

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดให้มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ (LAB) โดยมีหน้าที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ บริการส่งต่อตัวอย่าง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่ห้องปฏิบัติการไม่เปิดให้บริการ ให้คำปรึกษาแนะนำในด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้รับบริการ มีเป้าหมายคือผลการตรวจถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วทันต่อเวลาที่กำหนดและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แพทย์สามารถนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา การติดตาม และการป้องกันโรคให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์(LAB) ได้แก่ โลหิตวิทยา เคมีคลินิก จุลทรรศนศาสตร์และภูมิคุ้มกันวิทยา (ตรวจหาสารเสพติด เช่น Methamphetamine, Cannabinoid, Opiate และตรวจภาวะการตั้งครรภ์ Pregnancy test) บริการนำส่งตรวจสิ่งส่งตรวจตรวจวิเคราะห์หน่วยงานภายนอก ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้เอง เปิดให้บริการในวันราชการ เวลา 8.30 – 16.30 น. และนอกเวลาราชการ เสาร์ – อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30 – 16.30 น. และเวลา 16.30 – 08.30 น. หอผู้ป่วยสามารถนำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น กรณีผู้ป่วยนอกที่มาตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจเองที่ห้องปฏิบัติการ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาเจาะที่ห้องปฏิบัติการได้ เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินจะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกและนำส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ กรณีผู้ป่วยในเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเป็นผู้เก็บสิ่งส่งตรวจและนำส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ รายการที่ตรวจวิเคราะห์ได้เองภายในงานตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ ได้แก่ CBC, Urine examination, Stool examination, Glucose, BUN, Creatinine, LFT(Total Protein , Albumin, Direct bilirubin, Total bilirubin, AST, ALT, Alkaline phosphatase), Cholesterol, Triglyceride, HDL, Uric acid, Electrolyte (Sodium, Potassium, Chloride, CO2), Lithium, CPK, Magnesium, Phosphorus, Pregnancy test ,ตรวจหาสารเสพติดจากปัสสาวะ (Methamphetamine, Cannabinoid, Opiate) กรณีตรวจเองไม่ได้ ส่งตรวจต่อที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น และศูนย์ แล็บเอกซนซึ่งจะส่งตรวจทั้งในและนอกเวลาราชการ รายงานผลภายใน 3 วัน ในกรณีรายการตรวจวิเคราะห์ที่ แล็บเอกซนไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ นำส่งที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในวันเวลาราชการและสามารถรับผลการตรวจวิเคราะห์ได้ภายใน 3 วัน

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):

ตำแหน่ง	จำนวน	ระดับการศึกษา	ปฏิบัติหน้าที่
นักเทคนิคการแพทย์	2 คน	ปริญญาตรี (วทบ. เทคนิค การแพทย์)	ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของบุคลากร ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา ตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจ รายงานผลตรวจวิเคราะห์ ควบคุมคุณภาพการตรวจ ตรวจสอบผลการตรวจก่อนรายงานผล บำรุงรักษาเครื่องมือ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			จัดทำแผนงานและประเมินผล พัฒนาคุณภาพ ร่วมทีมสหวิชาชีพ ฯลฯ
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1 คน	ปริญญาตรี	งานธุรการ เก็บสิ่งส่งตรวจ ลงทะเบียน คัดแยกสิ่งส่งตรวจ ควบคุมคุณภาพการตรวจ บำรุงรักษาเครื่องมือ ทำความสะอาดอุปกรณ์ ส่งผลการตรวจ ทำรายงานสถิติ จัดทำบัญชีพัสดุและครุภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน ส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก ฯลฯ

iii. กระบวนการ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ดำเนินกิจกรรมการตรวจตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 ดำเนินกิจกรรมการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเป็นอิสระ มีความเป็นกลาง ไม่มีหน่วยงานภายนอกได้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีอิทธิพลต่อกิจกรรมทดสอบ/สอบเทียบ การจัดซื้อจัดจ้าง หรือการเงิน กำหนดรูปแบบการบริหารคุณภาพ โดยมีการใช้คุณภาพ การดำรงไว้ซึ่งคุณภาพ และปรับปรุงระบบการบริหารจัดการคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

- มีบุคลากรด้านการบริหารและด้านวิชาการ ที่มีพร้อมซึ่งอำนาจหน้าที่ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามหน้าที่ รวมถึงนำไปปฏิบัติ คงรักษาไว้ ปรับปรุงระบบการบริหารงานและป้องกันการเกิดการเบี่ยงเบนไปจากระบบการบริหารงาน หรือจากขั้นตอนการดำเนินงานในการทำการทดสอบ/ตรวจวิเคราะห์/สอบเทียบ และในการกำหนดปฏิบัติการเพื่อป้องกันหรือลดการเบี่ยงเบนนั้นให้น้อยลง

- มั่นใจว่าบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานเป็นอิสระจากความกดดันทางการค้า การเงิน และความกดดันอื่นใด ทั้งจากภายนอกและภายใน และอิทธิพลต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพของงานเนื่องจากเป็นหน่วยงาน ของรัฐ ผู้รับบริการทุกคนจะต้องติดต่อที่จุดทำบัตรและนำเข้ารระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล ก่อนที่จะมีการนำตัวอย่างเข้ารระบบรับตัวอย่างของงานตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งทั้งโรงพยาบาลใช้ระบบ LAN มีระบบ LIS เชื่อมกับ ระบบ HIS ของโรงพยาบาล ฯ และจัดให้มีการตรวจสอบและรับรองรายงานผลโดยหัวหน้ากลุ่มการเทคนิคการแพทย์และหัวหน้างานหรือผู้จัดการวิชาการก่อนส่งมอบให้ผู้รับบริการ

- มีนโยบายในการป้องกันข้อมูลที่เป็นความลับของผู้รับบริการและสิทธิต่าง ๆ ของผู้รับบริการ บุคลากรจะต้องป้องกันข้อมูลทุกชนิดที่ได้จากผลการทดสอบ/ตรวจวิเคราะห์ ข้อมูลกระบวนการ ข้อมูลจากเอกสารของผู้รับบริการทุกรายให้ถือเป็นข้อมูลความลับหรือข้อมูลปกปิด โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาความลับ รักษาสิทธิ์ และการให้บริการผู้รับบริการของโรงพยาบาล รวมทั้งการดำเนินการในการป้องกันข้อมูลที่จัดเก็บและการถ่ายโอนผลทางอิเล็กทรอนิกส์โดยปฏิบัติตามวิธีการจัดการข้อมูลที่จัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และการเปิดเผยข้อมูลทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการจะต้องได้รับความเห็นชอบจากประธานทีม PCTหรือแพทย์ผู้เกี่ยวข้องก่อนทุกครั้ง

- มีนโยบายให้บุคลากรทุกคนหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ที่จะลดความเชื่อมั่นในความสามารถ ความเป็นกลาง การตัดสินใจ การดำเนินการด้วยความซื่อตรงต่อวิชาชีพ และอาจจะมิ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของหน่วยงานตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ บุคลากรทุกคนจะต้องพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ส่วนตัวจากการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานที่ได้รับผิดชอบควบคุมตามกฎหมาย

- กำหนดโครงสร้างองค์กร และการบริหารภายในหน่วยงาน สถานะของหน่วยงานในโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานคุณภาพ

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

พื้นที่ใช้สอย

- มีพื้นที่สำหรับเจาะเลือด เตรียมส่งตรวจ ตรวจวิเคราะห์ รายงานผลตรวจวิเคราะห์และจัดการส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์

- มีการแยกพื้นที่ในส่วนปฏิบัติการและสำนักงานตามความเหมาะสม มีการควบคุมการเข้าออกสำหรับผู้รับบริการและผู้มาติดต่องาน มีแผนผังทางหนีไฟ มีการกำหนดลำดับการเคลื่อนย้ายเครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ ต่าง ๆ มีถึงดับเพลิงที่เหมาะสม มีป้ายติดทางหนีไฟอย่างชัดเจนและมีการกำหนดหน้าที่ให้กับบุคลากรแต่ละคนทำหน้าที่เมื่อเกิดเหตุ มีการซ้อมแผนอัคคีภัยทุกปี มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศให้เหมาะสมกับการทำงานของเครื่องมือตรวจวิเคราะห์และตรวจสอบอุณหภูมิห้องโดยบันทึกอุณหภูมิทุกวัน มีการจัดแยกเครื่องมือที่ก่อให้เกิดความร้อนสูงออกจากห้องปฏิบัติการโดยเก็บไว้ในห้องที่มีอุณหภูมิปกติ มีเครื่องสำรองไฟใช้กับเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติและคอมพิวเตอร์ มีการใช้พัดลมระบาย มีการแยกเครื่องมือที่เกิดการสันสะเทือน เช่น เครื่องปั่นแยกสาร ออกจากเครื่องมืออื่น มีการจัดเก็บส่งตรวจและนำยาตามอุณหภูมิที่กำหนด มีการควบคุมตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นโดยบันทึกอุณหภูมิทุกวัน มีการจัดเก็บน้ำยาไวไฟอยู่ในตู้มิดชิดห่างจากเปลวไฟ มีแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการทำลายและทิ้งส่งตรวจอย่างเหมาะสม มีการแยกขยะติดเชื้อตามหลัก IC มีผู้รับผิดชอบมาจัดเก็บขยะติดเชื้อทุกวัน สารเคมีที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายเมื่อใช้แล้วทิ้งลงในท่อน้ำทิ้งที่เชื่อมต่อระบบบำบัดน้ำเสีย ขวดใส่สารเคมีและวัสดุอื่น ๆ ที่อาจมีพิษแยกทิ้งเป็นขยะอันตราย มีผู้รับผิดชอบมาจัดเก็บขยะอันตรายทุกวัน มีป้ายชื่อบ่งชี้ต่าง ๆ เพื่อการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ มีการรักษาพื้นที่ให้สะอาดโดยดำเนินกิจกรรม 5ส ได้จัดทำป้ายแนะนำการติดต่อเจ้าหน้าที่และป้ายคำแนะนำก่อนและหลังเจาะเลือด แก้อึนึ่งเจาะเลือดมีที่พักแขนและพนักงานหลังพร้อมฉากบังเพื่อการเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน มีอ่างล้างตาเมื่อเกิดอุบัติเหตุสารเคมีหรือส่งตรวจกระเด็นเข้าตา มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกปี

เครื่องมือและอุปกรณ์

การเก็บส่งตรวจ

- เพื่อความรวดเร็วในการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์งานเคมีคลินิก ได้มีภาชนะบรรจุได้แก่ หลอดเก็บเลือด มีหลอดเลือดที่เป็น Heparin Tube ตรวจเคมีคลินิก และ Gel Tube สำหรับตรวจยา Lithium ซึ่งสามารถ ลดระยะเวลาการปั่นตกตะกอนของเลือด ซึ่งสามารถปั่นหลอดเลือดได้ ไม่ต้องรอเลือดจับตัวเป็นก้อน (Clot) ที่ 4000 รอบต่อนาทีใช้เวลาเพียง 10 นาทีทำให้ได้น้ำเลือดเพื่อการตรวจวิเคราะห์ได้รวดเร็วมากขึ้น

- ในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในการเก็บส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง ชุด PPE พร้อมใช้งานเพียงพอ มีฉากกั้นเพื่อลดการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- มีระบบ LIS (Laboratory information system) ใช้ในห้องปฏิบัติการทำให้สะดวกในการรับส่งสิ่งส่งตรวจ โดยมี Barcode พร้อมรายละเอียดผู้ป่วยและรายการตรวจวิเคราะห์ สามารถลดระยะเวลาในการลงทะเบียนได้

การตรวจวิเคราะห์

- มีรายการตรวจครบที่สามารถรองรับการรักษาผู้ป่วยของแพทย์และสามารถรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้ทันเวลาที่
- มีชุดตรวจวิเคราะห์โรคโควิด - 19 ที่ได้มาตรฐานจากองค์การอาหารและยา เป็นชุดตรวจที่มีสมรรถนะสูงให้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่แม่นยำ
- ด้านการตรวจวิเคราะห์ได้มีเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกที่เป็น Fully automate ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ 400 test ต่อชั่วโมงทำให้การตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกมีความรวดเร็วมากขึ้น

- มีการบำรุงรักษาเครื่องมือโดยผู้ใช้งานทุกวัน หรือสัปดาห์ และ/หรือเดือน ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในวิธีปฏิบัติงาน พร้อมลงบันทึกผู้ดูแลในแบบบันทึกการบำรุงรักษาเครื่องมือ

- การบำรุงรักษาเชิงป้องกันสำหรับเครื่องมือหลัก นอกจากปฏิบัติตามแผนของคณะกรรมการควบคุมเครื่องมือทุก 6 เดือน ยังมีวิศวกรของบริษัทผู้จำหน่ายเครื่องมือเข้ามาตรวจสอบบำรุงรักษาเป็นประจำทุก 3 เดือน

- เครื่องควบคุมกระแสไฟฟ้า (UPS) มีการตรวจสอบเป็นประจำทุก 4 เดือนและตรวจเช็คประสิทธิภาพการบรรจุไฟฟ้าทุกเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าเมื่อเกิดไฟฟ้าตกหรือดับกะทันหัน ยังสามารถที่จะจ่ายไฟฟ้าให้หับเครื่องมือได้ เพื่อที่เจ้าหน้าที่จะได้ดำเนินการต่อไป

- มีการสอบเทียบเครื่องมือที่จำเป็นปีละ 1 ครั้ง โดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องมือของหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการและมีป้ายแสดงการสอบเทียบติดไว้ที่เครื่องมือ และลงบันทึกไว้ที่เครื่องมือ

- ผลการสอบเทียบต้องอยู่ในช่วงที่กำหนด ถ้าไม่ผ่านให้ช่างแก้ไขและทำการสอบเทียบใหม่ หากไม่สามารถแก้ไขได้ให้จำหน่ายออกไป และหาเครื่องใหม่มาทดแทน

- สำหรับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติใช้วิธีการทวนสอบในแต่ละวัน เวลาเข้าก่อนให้บริการผู้ป่วยโดยใช้สารควบคุมคุณภาพ (IQC) ที่ทราบค่ามาตรฐานวิเคราะห์ ผลที่ได้ว่าอยู่ในช่วงที่ยอมรับหรือไม่ ถ้าค่าที่ได้ไม่อยู่ในช่วงยอมรับต้องดำเนินการตรวจสอบตามคู่มือที่แนะนำไว้ แล้วจึงทำการตรวจวิเคราะห์ซ้ำ ถ้ายังไม่สามารถใช้งานได้อีก ให้ติดป้ายดักใช้ เพื่อแจ้งช่างบริษัทผู้จำหน่ายมาดำเนินการต่อ

- การตรวจวิเคราะห์ มีระบบ LIS (Laboratory information system) สามารถทำการวิเคราะห์รายการทดสอบผ่านระบบ ให้สะดวกและรวดเร็วในการตรวจวิเคราะห์และลดความผิดพลาด

- การพัฒนาระบบการส่งตรวจแล็บไปยังหน่วยงานภายนอกกรณีห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เพื่อให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความครบถ้วนได้มีการพัฒนาโดยส่งตรวจที่แล็บเอกชนซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ของแล็บเอกชนเข้ารับส่งสิ่งส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการและห่อผู้ป่วยรวมทั้งส่งผลการตรวจวิเคราะห์ภายใน 3 วันทั้งวันเวลาราชการและนอกเวลาราชการทำให้ลดการสูญเสียเจ้าหน้าที่ในการไปรับส่งแล็บและตามผลเอง

- มีการควบคุมคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ (IQC, EQA) ครบทุกรายการทดสอบ ผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์

- การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งผลการตรวจวิเคราะห์แพทย์สามารถรับผลการตรวจวิเคราะห์ได้ที่หอผู้ป่วยโดย ระบบ HIS ทำให้รวดเร็วในการรายงานผลและผลวิเคราะห์ครบถ้วน

- มีระบบการเตือนผลด่วน, TAT, แจ้งเตือนคำวิกฤติของผลตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวิเคราะห์ทราบและรายงานผลได้ทันเวลาที่กำหนด

- มีการรายงานผลตรวจห้องทางปฏิบัติการโรคโควิด - 19 ทางระบบหมอพร้อม station ซึ่งผู้รับบริการสามารถดูผลตรวจทางออนไลน์และเป็นใบ boarding pass สำหรับการเดินทางได้

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ด้านการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์

- พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการของงานตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งได้ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation : LA) ครั้งที่ 1 (LA) เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2562 ครบกำหนดวันที่ 29 พฤษภาคม 2565
- มีการเข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญด้านการตรวจวิเคราะห์ทุกสาขาที่เปิดให้บริการ

แผนที่จะพัฒนาเพิ่ม

- พัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถรายงานผลการตรวจได้รวดเร็ว มีมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือแก่ผู้ใช้บริการ
- มีรายการทดสอบที่สามารถตอบสนองการรักษาของแพทย์ได้ครบถ้วน
- รายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากภายนอกผ่านระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งแพทย์สามารถดูรายงานผลภายนอกได้ที่ห้องผู้ป่วยผ่านระบบ HIS
- การบำรุงไว้ซึ่งระบบมาตรฐานต่าง ๆ
- ปรับปรุงห้องปฏิบัติการพร้อมทั้งมีเครื่องมือสำหรับการให้บริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจโรคโควิด - 19
- เนื่องจากปีงบประมาณ 2565 มีนักเทคนิคการแพทย์เกษียณราชการ 1 คน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์จึงมีการวางแผนเพื่อจัดสรรหาเจ้าหน้าที่เพิ่มเพื่อทดแทนตำแหน่งเดิม

(3) ทรัพยากรบุคคล:

มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 3 คน ปฏิบัติงานเต็มเวลาทั้ง 3 คน ประกอบด้วยนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:

มีเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติในการประเมินและคัดเลือกงานบริการภายนอก จัดซื้อเครื่องมือ วัสดุ น้ำยา และห้องปฏิบัติการตรวจต่อ มีการทบทวนประเมินปีละ 1 ครั้ง มีการแต่งตั้งผู้ให้คำปรึกษาด้านวิชาการใน แต่ละสาขา

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

- มีเอกสารคุณภาพ คู่มือการให้บริการห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ (S-LA-001) เพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ โดยระบุวิธีการจัดเก็บ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลาของผล รวมทั้งการรายงานผล มีการกำหนดชนิดและลำดับชั้นของเอกสารคุณภาพ

- การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางระบบออนไลน์ซึ่งผู้ใช้บริการ (แพทย์ พยาบาล) สามารถรับผลการตรวจวิเคราะห์ทางระบบออนไลน์ มีการสื่อสารทางโทรศัพท์ กรณีขอผลด่วน , มีข้อสงสัยต้องการสอบถามเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ , ขอตรวจซ้ำ ขอส่งตรวจเพิ่ม , ห้องปฏิบัติการแจ้งค่าวิกฤติ , (เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง)

- งานตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์มีแบบสอบถามหรือแบบประเมินความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาล ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยทุก 6 เดือน เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงระบบบริการต่อไป

- เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการของโรงพยาบาลเช่น PCT, ทีมนำ เพื่อรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ใช้บริการและนำเรื่องที่ต้องการพัฒนาเข้าร่วมปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และนำข้อสรุปที่ได้จากการประชุมมาพัฒนาห้องปฏิบัติการ

- ปรับปรุงค่าวิกฤติกับกลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกปีเพื่อความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

การเก็บสิ่งส่งตรวจผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนอกดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยในดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน ปฏิบัติตามคู่มือแนะนำบริการทางห้องปฏิบัติการ/การเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่มีรายละเอียดของรายการตรวจ ชนิดและปริมาณสิ่งส่งตรวจ ภาชนะบรรจุ วิธีการเก็บ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในพร้อมลงชื่อผู้รับ เพื่อให้รับทราบข้อมูลผลการตรวจ Anti-HIV และประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยตรง เพื่อรายงานแพทย์ผู้รักษาต่อไป

การรายงานผลในระบบออนไลน์จะมีการให้รหัสผ่านสำหรับเจ้าหน้าที่ที่สามารถเข้าดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้และผู้เปิดดูผลการตรวจไม่สามารถแก้ไขผลการตรวจวิเคราะห์ได้

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

การจัดการสิ่งส่งตรวจหลังตรวจวิเคราะห์ จะเก็บไว้ทวนสอบกรณีสงสัยเท่านั้น โดย Clotted blood และ EDTA blood สไลด์ของ CBC เก็บไว้ 7 วัน หลังจากนั้นรวบรวม Tube เลือดลงถุงแดงขยะติดเชื้อ ปัสสาวะทิ้งลงอ่าง เพื่อลงระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล อุจจาระทิ้งลงในถุงแดงขยะติดเชื้อทิ้งตลับบรรจุ

II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ระบบบริหารคุณภาพ:

ในส่วนของห้องปฏิบัติการได้ดำเนินการบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation; LA) 2560 ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2562 ครบกำหนดวันที่ 29 พฤษภาคม 2565 นอกจากนี้ยังจัดทำมาตรฐานด้านเอกสาร ISO 9001: 2015 ร่วมกับหน่วยงาน

(2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:

มีการเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (External Quality Assessment , EQA) ในสาขาที่ตรวจวิเคราะห์ได้เอง ได้แก่ สาขาโลหิตวิทยา จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก สารเสพติด (Methamphetamine, Cannabinoid, Opiate สาขาละ 3 ครั้ง/ปี

- สาขาเคมีคลินิกเข้าร่วมการทดสอบการประเมินคุณภาพทางเคมีคลินิกคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- ระดับยาเคมีคลินิกเข้าร่วม Clinical chemistry(Monthly) Program BIO-RAD

(3) ระบบควบคุมคุณภาพ:

มีการเปรียบเทียบผลวิเคราะห์งานโลหิตวิทยาผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต(eIQAP)กับBECKMAN COULTER

(4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากองค์กรที่มาประเมิน:

ได้รับการรับรองดำเนินการบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation; LA) 2560 ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2562 ครบกำหนดวันที่ 29 พฤษภาคม 2565

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ได้รับการได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation; LA) 2560 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2562 ครบกำหนดวันที่ 29 พฤษภาคม 2565

- มีระบบ LIS (Laboratory information system) ใช้ในห้องปฏิบัติการ ทำให้ระบบการรายงานผลตรวจวิเคราะห์รวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐาน

- มีรายการตรวจที่สามารถตอบสนองการรักษาของแพทย์ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเช่นผู้ป่วยแอลกอฮอล์, NMS

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์มีอุปกรณ์และชุดการทดสอบที่มีคุณภาพพร้อมใช้งานสามารถให้บริการต่อผู้ใช้บริการได้อย่างทันท่วงที
- มีการรายงานผลโรคโควิด - 19 ทางระบบออนไลน์แอฟ หมอพร้อม station

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	3.5	L	-พัฒนาปรับปรุงห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ให้มีสถานะแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ที่เหมาะสมกับโรคระบาดใหม่เช่น Covid - 19, ไข้หวัดใหญ่ , TB มีเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเพื่อรองรับภาระที่เพิ่มมากขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความสำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	(ร้อยละ)	75	70	75	80	85
ร้อยละของผู้ประสพภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต		97.01	95.45	80.95	95.87	94.23
ii. บริบท						
<p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้านวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อให้การดูแลผู้ประสพภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงจนหมดความเสี่ยง และมีการเตรียมความพร้อมทีมวิกฤตสุขภาพจิตทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดจากภัยธรรมชาติและภัยจากมนุษย์</p> <p>โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:</p> <p>ภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ ผลกระทบต่อจิตใจจากเหตุการณ์ความสูญเสียของประเทศ Social crisis การฆ่าตัวตาย และโรคระบาดโควิด-19</p> <p>โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง</p> <p>ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในบุคคลที่ประสบเหตุการณ์วิกฤตหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติทั้งที่เป็นสาธารณสุขภัยจากน้ำมีอมมนุษย์ ภัยธรรมชาติและโรคระบาด</p>						
iii. กระบวนการ						
II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:						
(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:						
<p>ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ประสพภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพจิตและเยียวยาจิตใจผู้ประสพภาวะวิกฤตจากเหตุฉุกเฉินและสาธารณสุขภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การดำเนินงานจะดำเนินการร่วมกับเครือข่ายทีมวิกฤตสุขภาพจิตระดับอำเภอและระดับจังหวัดในพื้นที่ เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา โดยกำหนดการติดตามดูแลต่อเนื่องตามระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน หรือจนกว่าจะหมดความเสี่ยง</p> <p>นอกจากการกำหนดแผนการดำเนินงานแล้ว ทีม MCATT เขตบริการสุขภาพที่ 7 ยังมีระบบในการกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามประเมินผล และดำเนินงานประเมินและเยียวยาจิตใจผู้ประสพภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในการติดต่อประสานงานกับพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพ 2. กำหนดช่องทางในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ กับผู้รับผิดชอบงานวิกฤตสุขภาพจิตระดับจังหวัดและอำเภอ 						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.ติดตามและประสานงานเมื่อมีเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ หรือ Social crisis หรือสาธารณภัยตามที่ได้รับการแจ้งเตือน

4.ประสานส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19 หรือกักตัวระหว่างช่วงการระบาด โดยใช้ข้อมูลจากระบบ Mental Health Check In (MHCI)

(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:

ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตในฐานะแม่ข่ายทีม MCATT ในเขตสุขภาพที่ 7 มีแผนในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาบริการเพื่อให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต คือ

1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมวิกฤตสุขภาพจิตในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ให้มีความรู้ความสามารถในการค้นหาผู้ประสบภัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และมีความสามารถในการใช้เทคนิคการเยียวยาจิตใจให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

2.พัฒนาทีมวิกฤตสุขภาพจิตในระดับตำบล โดยเริ่มจากตำบลนำร่องในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการประสานความร่วมมือในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่จากหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการวางแผน เตรียมความพร้อมรับมือกับวิกฤตที่จะเกิดขึ้นทั้งทางกายและจิตใจควบคู่กันไป โดยมีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ เป็นหน่วยสนับสนุน

3.ซ้อมแผนตอบโต้สาธารณภัยร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง คือ MERT miniMERT SRRT ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 เพื่อรับมือกับอุบัติเหตุหมู่ หรือสาธารณภัยที่อาจเกิดในพื้นที่

4.ทีม MCATT กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วางแผนรับมือภาวะวิกฤตจากโรคระบาดโควิด-19 เพื่อคัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ/กักตัวในช่วงการระบาด

(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:

ทีมวิกฤตสุขภาพจิตเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในการค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงจากเหตุการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัย โดยทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่ประสานงานและให้คำแนะนำกับทีมในพื้นที่ พร้อมทั้งมีงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและฟื้นฟูทักษะให้กับทีมวิกฤตสุขภาพจิตทุกระดับในเขตบริการสุขภาพ อีกทั้งยังมีการใช้โปรแกรม Mental Health Check In (MHCI) เพื่อคัดกรองและติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตด้วย

II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:

(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึกลง และจัดเก็บข้อมูล:

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤต จะมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยทีมในพื้นที่ ระยะเวลาหลังมีการใช้โปรแกรม Mental Health Check In (MHCI) ทำให้ได้รายชื่อกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน หรือจนกว่าจะหมดความเสี่ยง โดยรายชื่อกลุ่มเสี่ยงจะมาจากทั้งจากเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ Social crisis และโรงพยาบาลสนามหรือศูนย์ดูแลที่รัฐจัดให้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตจะรวบรวมไว้เป็น “ทะเบียนติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตต่อเนื่อง (แบบฟอร์ม MCATT.2)” ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย จากเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ เหตุการณ์ Social Crisis เหตุการณ์อุทกภัย และการระบาดของ

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรคโควิด-19 โดยในกลุ่มที่มีรายชื่อตามทะเบียนติดตามนี้พบว่า สามารถติดตามได้เป็นส่วนใหญ่ เกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีเพียงบางรายที่ย้ายออกจากพื้นที่ไปซึ่งทีมจะได้ประสานงานกับเขตสุขภาพจิตที่บุคคลนั้นย้ายไป เพื่อติดตามต่อไป

(3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:

ศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตมีการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตในผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิต โดยการติดตามเหตุการณ์อุบัติเหตุเหตุหมุ่ เหตุการณ์ Social crisis หรือเหตุสาธารณภัยต่างๆ ที่ได้รับการแจ้งเตือนเหตุจากกรมสุขภาพจิตและจากพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ทีมวิกฤต MCATT อำเภอ ทีม MCATT จังหวัด และทีม MCATT กรมสุขภาพจิต ซึ่งบุคลากรที่อยู่ในทีมเหล่านี้ จะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต และเตรียมความพร้อมด้วยการซ้อมแผนตอบโต้สาธารณภัยเป็นประจำ

(5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:

เหตุการณ์ที่มีการติดตามประเมินสุขภาพจิตและเฝ้าระวังจิตใจในช่วงที่ผ่านมา:

1. เยาวยาญาติผู้เสียชีวิตและผู้ก่อเหตุ จำนวน 3 คน กรณี Social crisis ผู้ป่วยจิตเวชฆ่ามารดา เหตุเกิดที่จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 11 มกราคม 2559

2. ดำเนินงานดูแลจิตใจประชาชนจากเหตุการณ์วิกฤตภาวะสูญเสียของประเทศ ช่วงเดือนตุลาคม 2559 ต่อเนื่องจนถึงวันพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพฯ ในเดือนตุลาคม 2560

3. ติดตามผู้ประสบอุบัติเหตุเหตุหมุ่และผู้ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 33 คน จากเหตุการณ์รถทัศนศึกษาโรงเรียนพังทลายพัฒนาศึกษาพลิกคว่ำ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2560 ที่จังหวัดปราจีนบุรี

4. ลงพื้นที่ที่ประสบเหตุการณ์อุทกภัย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมภาคอีสาน ช่วงเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2560

5. อุบัติเหตุรถทัวร์นักท่องเที่ยว จ.กาฬสินธุ์ พลิกคว่ำ ที่อำเภอวังน้ำเขียว เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2561

6. เยาวยาครอบครัว หน่วยชิลนอกราชการเสียชีวิตขณะปฏิบัติหน้าที่ค้นหาผู้ประสบภัยถ้ำหลวง เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561

7. เยาวยาญาติผู้เสียชีวิต กรณีนายแพทย์ป่วยซึมเศร้า ที่รงโรคโตดแม่น้ำชี (Social crisis) เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

8. เยาวยาญาติผู้เสียชีวิตจากกรณีหญิงถูกสามีสาธน์น้ำกรดเสียชีวิต วันที่ 9 พฤศจิกายน 2561

9. เยาวยากรณีอัคคีภัย ตำบลบ้านลาน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 17 พฤศจิกายน 2561

10. เยาวยากรณีพายุฤดูร้อนพัดผ้าเพดานโรงเรียนถล่ม จังหวัดขอนแก่น เด็กนักเรียนชั้นอนุบาลเสียชีวิต วันที่ 22 เมษายน 2562

11. เยาวยาจิตใจประชาชน กรณีกราดยิง จังหวัดนครราชสีมา เดือนกุมภาพันธ์ 2563

12. ประเมินสุขภาพจิตและติดตามเฝ้าระวังจิตใจ กรณี Local Quarantine บุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดขอนแก่น เดือนเมษายน 2563

13. เหตุการณ์เด็กนักเรียนโรงเรียนอนุบาลในจังหวัดมหาสารคามติดเชื้อโควิด-19 เดือนมิถุนายน 2564

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

14. ประเมินสุขภาพจิตและเฝ้าระวังจิตใจในโรงพยาบาลสนามขอนแก่น แห่งที่ 2 เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2564

15. ติดตามเหตุการณ์บุตรชายร้องเรียนเรื่องบิดาฉีดวัคซีนแล้วเสียชีวิต จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือน สิงหาคม 2564

16. ประเมินสุขภาพจิตและเฝ้าระวังจิตใจในโรงพยาบาลสนามขอนแก่น แห่งที่ 2 เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:

(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:

โรงพยาบาลฯ มีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน MCATT ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน และการให้คำปรึกษาแก่ทีม MCATT ในพื้นที่เขตสุขภาพ โดยศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตจะทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน และมีการกำหนดแผนตอบโต้สาธารณสุขร่วมกับทีม MERT และ SRRT อีกทั้งมีการฝึกซ้อมแผนฯ ทั้งแบบ top-table exercise และ field exercise ร่วมกับทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน

(2) ทีม SRRT:

เมื่อเกิดเหตุการณ์สาธารณสุขหรือวิกฤตฉุกเฉิน โรงพยาบาลฯ จะประสานงานกับทีม MCATT จังหวัดและ MCATT อำเภอตามระบบที่วางไว้ เพื่อให้ทีมในพื้นที่เข้าประเมินบุคคลและช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตามมาตรฐาน พร้อมเก็บข้อมูลการติดตามเฝ้าระวังตามช่วงเวลาจนหมดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต

(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:

●

(4) ช่องทางรับรายงาน:

ทีม MCATT ในเขตสุขภาพที่ 7 จึงร่วมกันกำหนดช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตอบโต้สถานการณ์ต่างๆ และการประสานงาน ดังนี้

1. ทางกลุ่ม Line เพื่อแจ้งข่าวทั่วไป เผยแพร่สารสนเทศ/ สื่ออิเล็กทรอนิกส์/ Infographic สำหรับเหตุการณ์ต่างๆ

2. ทาง Email เพื่อรับ-ส่งข้อมูลทะเบียนติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตต่อเนื่อง

3. ทางโทรศัพท์ เพื่อประสานงานภารกิจเร่งด่วน

(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:

●

(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:

●

II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:

(1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:

ทีม MCATT โรงพยาบาลฯ ทำหน้าที่ทีมวิกฤตสุขภาพจิตระดับกรม เพื่อรับข้อมูลเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจประชาชนจากกรมสุขภาพจิต หรือรับคำสั่งจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับข้อมูล/

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์

คำสั่งแล้ว ทีม MACATT โรงพยาบาลฯ จะวางแผนการปฏิบัติงาน เพื่อสื่อสารกับทีม MCATT ในพื้นที่ที่เกิดเหตุ ให้ดำเนินงานช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาช่องทางและรูปแบบการแจ้งข่าวสาธารณภัย การส่งต่อข้อมูลผู้ประสบภาวะวิกฤต และการประสานรายงานอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทีมสามารถดำเนินงานได้อย่างครบถ้วนและทันเวลา

(2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:



iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ ในฐานะผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิต เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยง ได้ดำเนินการร่วมกับทีม MCATT อำเภอและ MCATT จังหวัด ในการตอบโต้สาธารณภัย และการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง การพัฒนางานช่วงที่ผ่านมา ที่เห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่

1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ มีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน MCATT เป็นทีมเคลื่อนที่เร็ว เพื่อช่วยเหลือกรณีวิกฤตรายบุคคล

2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ สามารถจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลงพื้นที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณภัย ร่วมกับทีมในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

3. ทีม MCATT ระดับอำเภอ และทีม MCATT ระดับจังหวัด มีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินภาวะสุขภาพจิตประชาชนผู้ประสบเหตุการณ์ สามารถติดตามเยียวยา และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นในการเฝ้าระวังความเสี่ยงได้อย่างดี

4. ทีม MCATT มีการซ้อมแผนตอบโต้สาธารณภัยร่วมกับทีมช่วยเหลืออื่นๆ และสามารถร่วมปฏิบัติงานกับทีมต่างๆ ได้เป็นอย่างดี เช่น การร่วมปฏิบัติงานในฐานะทีมการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ (ตุลาคม 2560) และการลงพื้นที่ช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กรกฎาคม-ตุลาคม 2560)

5. เครือข่าย MCATT ระดับอำเภอและจังหวัด ใช้แบบประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check In (MHCI) เพื่อคัดกรองผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลสนาม สถานดูแลที่รัฐจัดให้ (Local Quarantine) Home Isolation และ Community Isolation

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3	L	-พัฒนาการเก็บข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป MHCI เพื่อเก็บข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูลร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ และสะท้อนกลับข้อมูลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการปฏิบัติงาน - พัฒนา โปรแกรม / Application เช่น Application สบายใจ โปรแกรมแชทไลน์คุยกัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			KhuiKhun เพื่อเผยแพร่ความรู้ และรวบรวม ข้อมูลจากประชาชนและทีมเครือข่าย
--	--	--	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้และเข้าใจปัญหาที่มีแนวแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน	≥ 80	NA	82.72	86.88	96.25	92.30
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	80	-	95.31	89.73	84.15	90.12
3. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายยอมรับและให้โอกาสต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต	80	-	92.53	89.44	92.19	96.46
4. ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้	80	-	82.60	85.05	83.78	90.64
5. ร้อยละของภาคีเครือข่ายมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้	80	-	89.47	88.48	88.89	92.65
6. ร้อยละคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	80	76.7	86.62	92.65	95.12	94.12
ii. บริบท						
ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:						
ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ: ชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแล หรือส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ตลอดทั้งเมื่อรักษากลับไปแล้ว ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง หรือขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเอื้อต่อการมารับยาต่อเนื่อง ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 รวมถึงคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่จะต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาฟื้นฟูศักยภาพให้สามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ตามปกติสุข และเข้าถึง สิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้						
iii. กระบวนการ						
II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน						
(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เลือกชุมชนนำร่องที่มีผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน และคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการ เพื่อนำร่องในการพัฒนาให้พื้นที่อื่นๆได้ริเริ่มการทำงานต่อไป

ประชุมกำหนดแนวทางร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบบริการสาธารณสุข และนอกระบบบริการสาธารณสุข

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

มีช่องทางการประสานงานที่สะดวก เอื้อต่อการเข้าถึงทั้งในเวลาและนอกเวลา

หน่วยงานต่างๆกำหนดบทบาทและแนวทางการช่วยเหลือที่ชัดเจน โดยอสม.จะทำหน้าที่ในการดูแลค้นหา คัดกรอง ประเมินอาการ และให้คำแนะนำเบื้องต้น บุคลากรสาธารณสุขประเมินอาการและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ตำรวจเข้ามาช่วยดูแลกรณีที่มีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หน่วยงานในสังกัดพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาดูแลช่วยเหลือด้านปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และการเป็นญาติในการพาผู้ป่วยมารับยาหรือการรับยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยงานของอปท.สนับสนุนรถในการนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(4) การประเมินและปรับปรุง:

มีการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่าย และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขต่อไป

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการขยายการทำงานไปสู่เครือข่ายต่างๆเพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทั้งในระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข เช่น การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช และผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม การทำงานร่วมกับกลุ่มคนไร้บ้านซึ่งเป็นองค์กรภาคเอกชน การทำงานร่วมกับกศน.หรือศูนย์การศึกษาพิเศษเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการด้านการศึกษา การทำงานร่วมกับตำรวจเพื่อให้มีส่วนร่วมการดูแลผู้รับบริการทางจิตเวชและเฝ้าระวังมิให้มีเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ตลอดจนทำให้ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็วเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้นในชุมชน โดยการประสานงานกับตำรวจหรือผู้นำชุมชนได้โดยตรง การทำงานร่วมกับศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมได้รับบริการด้านการฝึกอาชีพ การทำงานร่วมกับสถานประกอบการต่างๆ เพื่อให้เข้าใจมิติทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช และส่งเสริมให้สถานประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในการจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนทั้งการทำงานร่วมกับมูลนิธิหรือหน่วยกุ๊ภยเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

(2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

การทำงานร่วมกับชุมชนโดยใช้พลังชุมชน ให้ชุมชนวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชนที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์ภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้น และวิธีการที่จะเดินไปสู่ภาพดังกล่าว โดยใช้กระบวนการ AIC เข้ามาช่วย และมีการเสริมพลังให้กับชุมชน โดยการนำภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการประกอบอาชีพ การ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สนับสนุนให้เข้าถึงบริการด้านการรักษาต่อเนื่อง การสนับสนุนช่องทางการประสานงานที่รวดเร็วผ่านระบบไลน์ หรือเบอร์โทรผู้ประสานงานตรง

(3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์มีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเพื่อให้มีความรู้ ทักษะที่ดี และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง โดยการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลตนเอง ช่องทางการติดต่อประสานงานเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ การใช้แบบประเมินในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น และทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการลงไปตามเยี่ยม ดูแล ฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม และมีทักษะทางสังคมที่ดีในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดทั้งมีการประเมินผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์หรือ VDO Conference ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นิคมสร้างตนเองอุบลรัตน์ นอกจากนี้ยังมีการฟื้นฟูผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อให้มีทักษะในการประกอบอาชีพ และสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือได้รับการจ้างงานตามมา

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านการรักษา การดูแลช่วยเหลือหรือสวัสดิการด้านสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ โดยการเข้าถึงช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว และได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ทั้งด้านเงินทุนในการประกอบอาชีพ หรือเงินฉุกเฉิน การเข้าถึงสวัสดิการด้านเบี้ยคนพิการ การจ้างงาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

นวัตกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับเครือข่าย ซึ่งนำมาสู่การให้โอกาส คำนึงคุณค่าของผู้ป่วยให้ได้รับการจ้างงาน สร้างรายได้อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการจ้างงานจำนวน 6 ราย ประกอบด้วยการไฟฟ้าฝ่ายผลิต 3 ราย ซึ่งทำงานอยู่ที่นิคมสร้างตนเองเขื่อนอุบลรัตน์ ธนาการออมสิน จำนวน 3 ราย ซึ่งทำงานอยู่ที่รพ.สต.เมืองเพ็ญ ต.บ้านไผ่ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น จำนวน 2 ราย และรพ.สมเด็จพระเจ้าจ.กาฬสินธุ์ จำนวน 1 ราย

ช่องทางการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว ภายใต้อำนวยการ 4 ประสาน ซึ่งประกอบด้วยสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พม. นาคาพิทักษ์ (ตำรวจ) ร่วมกันค้ำคูณค่าให้ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเครือข่ายสี่ประสาน ในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 18 ราย และร้อยละ 84.5 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยู่ในชุมชนได้ ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และไม่มีอาการกำเริบซ้ำ และร้อยละ 15.5 ยังต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและไม่ได้ได้รับการรักษาที่ยาวนาน ต้องใช้ระยะเวลาและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการเข้ามาดูแลฟื้นฟูร่วมกัน ตลอดทั้งผู้ป่วยยังไปเสพยาบ้าเป็นระยะๆ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
---------	-------	----------	-----------------------

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

62.การทำงานกับชุมชน	3	L	<ul style="list-style-type: none"> -การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชดิจิทัลที่ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังร่วมกัน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ข้อมูลร่วมกัน -การขยายภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการส่งเสริมอาชีพหรือจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น -การสนับสนุนให้มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน -การจัดทำกลุ่ม
---------------------	---	---	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจภายใน 30 นาที	ร้อยละ ≥ 60	48	40	37	62	83
2. จำนวนอุบัติการณ์การคัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ครอบคลุม	0 ราย	0	0	0	0	0
3. อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* เริ่มใช้ปี 2564	(0 /0ราย)	N/A	N/A	N/A	NA	0
4. จำนวนผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา	0 ราย	9	7	18	17	7
5. อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	(0 /0ราย)	N/A	N/A	N/A	0	0/0
6. ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยนอก	≤ 120 นาที	82.50	125	110	106	100
7. Refer in ในเขตสุขภาพที่ 7 สอดคล้องกระบวนการที่กำหนด* (เริ่มใช้ 2564)	ร้อยละ 60	N/A	N/A	N/A	N/A	86.78
8. Refer out (ER)	ร้อยละ 20	N/A	N/A	N/A	N/A	0.08
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ในเขตสุขภาพที่ 7	ร้อยละ ≥ 82	96.03	78.32	94.66	111.26	129.39
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตลอดเวลา 24 ชั่วโมงมีระบบการบริหารจัดการและระบบออนไลน์เชื่อมโยงครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว มีการประเมินผู้ป่วยในทุกขั้นตอนการบริการ เพื่อสร้างความปลอดภัย ความประทับใจและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:

- ได้แก่
- กลุ่มผู้ป่วยด้อยโอกาส เช่น คนไร้ที่พึ่ง เร่ร่อน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
 - กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ
 - กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย และภาษา
 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
โรคจิตเภท (F20) Schizophrenia/MDD/Suicide/ SMI-V	- การคัดกรอง การประเมินอาการทางจิต การประเมินโรคร่วมทางกายและอาการแทรกซ้อนทางกายทุกราย - มีการประเมิน BPRS, SAVE, COVID-19 ผู้ป่วยทุกรายก่อนรับไว้รักษา
โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ (F10)	- การคัดกรอง การประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินโรคร่วมทางกายและอาการแทรกซ้อนทางกายทุกราย - กรณีที่สงสัยโรคแทรกซ้อนทางกาย มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรับไว้รักษา - มีการประเมิน BPRS, SAVE, CAGE, CIWA-Ar, COVID-19 test ผู้ป่วยทุกรายก่อนรับไว้รักษา - มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนส่งผู้ป่วยเข้าตึกผู้ป่วยใน - กรณี Refer in รพ. ในพื้นที่ที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนส่งต่อ พร้อมแนบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	- การคัดกรอง การประเมินอาการทางจิต การประเมินโรคร่วมทางกายและอาการแทรกซ้อนทางกายทุกราย - ความคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการคัดเข้าด้วย 3 คำถามได้แก่ ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเคย 1) ทำร้ายตนเอง 2) พยายามฆ่าตัวตาย 3) มีความคิด/วางแผนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือไม่ - มีการประเมิน BPRS, SAVE, M.I.N.I. Suicide, COVID-19 test ผู้ป่วยทุกรายก่อนรับไว้รักษา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ป่วย Refer in	<ul style="list-style-type: none"> - มีการส่งต่อข้อมูล ปัญหา อาการ การรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา จากโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ส่งต่อรักษา - มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามปัญหาและความจำเป็น เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC, Electrolyte, BUN, Cr, LFT,BS, Calcium, Magnesium, Phosphorus ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการตี膜แอลกอฮอล์ การตรวจ X-ray ปอด ผู้ป่วยเรื้อรัง ก่อนส่งรักษาต่อ
------------------	--

ก.การจัดบริการ (Service Provision)

(1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งเป็นความต้องการบริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและชุมชน ในปัจจุบันเพื่อกำหนดและจัดบริการจำเป็น

-การให้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยมารับบริการทั้งสิ้น 94,267 ราย เป็นผู้ป่วยในเขตบริการ ร้อยละ 79.1 ผู้ป่วยนอกเขตบริการ ร้อยละ 20.9 ให้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ 396 ราย มีผู้ป่วยใหม่ 5,920 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่มารับบริการด้วยโรคจิตเวชจากการใช้แอมเฟตามีน (F15) รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้า (F32) และโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติดหลายชนิด (F19) คิดเป็นร้อยละ 20.8, 11.0 และ 10.2 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเก่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20) รองลงมาเป็นโรควิตกกังวล (F41) และ โรคซึมเศร้า (F32) ร้อยละ 33 ,11.3 และ 10.4 ตามลำดับ

-การให้บริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 160 ราย นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย รายละ 18 วัน อัตราครองเตียง ร้อยละ 63.8 ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชจากสารเสพติด (F15, F19) รองลงมาคือ โรคจิตเภท (F20) และโรคจิตเวชจากสุรา (F10) คิดเป็นร้อยละ 45.0,30.5 และ 6.1 ตามลำดับ

(2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ปลอดภัยและลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

-เพื่อปรับปรุงกระบวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ปีงบประมาณ 2563ตามมาตรการ DMHTT ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลจึงดำเนินการจัดสถานที่ในการคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่เด่นที่ด้านนอกอาคารผู้ป่วยนอก โดยผู้รับบริการได้รับการคัดกรอง COVID-19 ทุกคน ผู้ป่วยทั่วไปให้เข้ารับการตรวจจากแพทย์ ในอาคารผู้ป่วยนอก ครั้งละ 20 – 30 คน และจำกัดจำนวนญาติผู้ป่วย 1 : 1 กรณีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 จะได้รับการตรวจแบบ telemedicine หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และเปิดให้บริการ Cohort ward 10 เตียง โดยเริ่มจากการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565 เริ่มมีการระบาดของ COVID-19 มากขึ้นทั้งในบุคลากร และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจึงมีการดำเนินการด้วยการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยและญาติที่เด่นที่ด้านนอกอาคาร โดยมีการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ต้องการพบแพทย์ 2) ผู้ป่วยขอรับยาเดิมไม่ต้องการพบแพทย์ 3) ญาติมารับยาแทน 4) ผู้ป่วยหรือญาติที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จัดที่นั่งเว้นระยะห่าง 2*2 เมตร กรณีรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในมีการตรวจ ATK ก่อนทุกราย และวางแผนดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกแบบ Telemedicine ในเดือนกรกฎาคม 2565

-เพื่อปรับปรุงระบบการบริการยาทางไปรษณีย์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาล จึงมอบหมายให้ศูนย์จิตประภัสร์ และกลุ่มงานทันตกรรม ที่หยุดให้บริการชั่วคราว ร่วมกับ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดำเนินการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 มีผู้รับบริการทั้งหมด 10,810 ราย จากการดำเนินงาน พบปัญหาไม่มีเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์ที่ชัดเจน กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ที่ไม่เหมาะสม และขาดบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในการรับผิดชอบหลัก จึงปรับปรุงการดำเนินงานในปี 2564 มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คนเป็นผู้รับผิดชอบ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน กำหนดเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์ และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ ให้ชัดเจนขึ้น ปีงบประมาณ 2564 มีผู้รับบริการยาไปรษณีย์ จำนวน 7,782 ราย ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าปีที่ผ่านมา จึงขยายเวลาให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 16.30 -20.30 น. เพื่อโทรศัพท์ติดตามผู้รับบริการที่ผ่านเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์

-เพื่อปรับปรุงระบบการบริการยาทางไปรษณีย์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาล จึงมอบหมายให้ศูนย์จิตประภัสร์ และกลุ่มงานทันตกรรม ที่หยุดให้บริการชั่วคราว ร่วมกับ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดำเนินการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 มีผู้รับบริการทั้งหมด 10,810 ราย จากการดำเนินงาน พบปัญหาไม่มีเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์ที่ชัดเจน กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ที่ไม่เหมาะสม และขาดบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในการรับผิดชอบหลัก จึงปรับปรุงการดำเนินงานในปี 2564 มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คนเป็นผู้รับผิดชอบ และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน กำหนดเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์ และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ ให้ชัดเจนขึ้น ปีงบประมาณ 2564 มีผู้รับบริการยาไปรษณีย์ จำนวน 7,782 ราย ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าปีที่ผ่านมา จึงขยายเวลาให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 16.30 -20.30 น. เพื่อโทรศัพท์ติดตามผู้รับบริการที่ผ่านเกณฑ์การรับยาทางไปรษณีย์

ข.การเข้าถึง (Access)

(1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด

(i) โครงสร้าง อาคารสถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงง่าย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ (การอำนวยความสะดวกผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดชัน)

เพื่อปรับปรุงสถานที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจำนวนมาก โรงพยาบาลจึงมีการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยนอก ขนาด 5 ชั้น (ยังไม่แล้วเสร็จ) โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัย และลดความแออัดในอาคาร ปี 2563 เริ่มมีการระบาดของเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลจึงดำเนินการจัดตั้งที่คั่นนอกอาคาร จำนวน 2 หลัง สำหรับผู้ป่วยรอรับบริการ และผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ จัดจุดบริการ ARI คลินิกด้านหน้าอาคารผู้ป่วยนอกเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อระบบทางเดินหายใจ ปี 2564 เริ่มมีการแพร่ระบาดของโควิด 19 จำนวนมากขึ้น จึงมีการให้บริการกลุ่มญาติที่มารับยาแทนภายนอกอาคาร ยกเว้น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มีระบบจองคิวล่วงหน้าด้วยระบบคิวออนไลน์สำหรับผู้ป่วยเก่า

(ii) ทีมให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี และอุปสรรคอื่นๆ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เพื่อปรับปรุงกระบวนการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำภายในจังหวัดขอนแก่น โดยมีเป้าหมายพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และป้องกันปัญหาการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 ตามมาตรการความปลอดภัยในชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1) จัดบริการ telemedicine (2) ขยายความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ ในการดูแลผู้ต้องขังทั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มพักโทษในคดีทางเพศ (3) ทำการตรวจวินิจฉัยผู้ต้องขังในเรือนจำ และให้ความรู้ทางสุขภาพจิตโดยการจัดกิจกรรมในโครงการตามพระราชดำริราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการหลบหนี ลดการ ตีตรา (Stigma) ผู้ป่วยจากทัณฑสถาน เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาทางจิตเวชให้ได้รับการรักษาในฐานะมนุษย์คนหนึ่งแม้ต้องโทษในเรือนจำ

(iii) ทีมจัดช่องเวลาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท

ผู้ป่วยทั่วไปเปิดให้บริการเวลา 7.00 – 14.00 น.ในวันราชการ กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และมีการจัดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป นอกเวลาราชการ (SMC) วันจันทร์ และวันเสาร์ โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 มีผู้รับบริการ 991 ราย ปีงบประมาณ 2564 มีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 2,373 ราย ดังนั้น ปีงบประมาณ 2565 จึงมีการประชุมวางแผนขยายเวลาการให้บริการเพิ่มในวันอาทิตย์ โดยจะเริ่มดำเนินการเดือน พฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป

(iv) ระยะเวลาการรอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสถานะของผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็งต่างๆ

-เพื่อปรับปรุงกระบวนการตรวจรักษา ลดระยะเวลาการรอคอยผู้รับบริการด้วยการจัดระบบบริการรับยาเดิม ในกรณีผู้ป่วยเก่าที่มีอาการทางจิตคงที่ และแพทย์มีคำสั่งให้พยาบาลจ่ายยาเดิมได้ครั้งละไม่เกิน 2 เดือนต่อเนื่อง 6 เดือน

-เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภทโรงพยาบาลจึงปรับปรุงกระบวนการทำงานดังนี้ 1) มีการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการนัดให้ตรงกับแพทย์เจ้าของไข้ทุกครั้งและนัดช่วงเวลาที่แตกต่างกันเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ลดการแออัดในโรงพยาบาล 2) ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปและพระภิกษุสงฆ์ ให้รับบริการก่อนผู้รับบริการทั่วไป

-กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที

(2) องค์กรประสานงานที่ตีระหว่งองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อใน

ระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย:

เพื่อแก้ปัญหาการส่งต่อข้อมูลสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางที่ส่งต่อผู้ป่วย ทีมงานได้ใช้แนวคิดการทำงานกับชุมชน โดยดำเนินการ

1) ประชุม ชี้แจงแนวทางการดำเนินการข้อมูลให้กับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

2) ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เป็นแนวทางเดียวกันในเขตสุขภาพ มีความครอบคลุมกับปัญหาที่พบมากขึ้น

กรณีรับการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลต้นทาง ทำให้เกิดบทเรียนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น โรงพยาบาลต้นทาง ไม่ส่งต่อข้อมูลชนิดของยา จำนวน Dose เวลาที่ฉีด และปริมาณยาที่ฉีดรักษา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อาการทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการส่งตัวมา ทำให้ผู้ป่วยเกิด NMS ภายหลัง Admit จึงต้อง Refer รักษาต่อเมื่อผู้ป่วยอาการทางกายดีขึ้น โรงพยาบาลที่ทำการรักษาได้ส่งผู้ป่วยกลับมารักษาอาการทางจิตต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา NMS ต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการ NMS รุนแรงมากขึ้นอีก จนต้อง Refer out ครั้งที่ 2 จากการทบทวนเหตุการณ์ พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา NMS อย่างต่อเนื่อง ไม่มีการตรวจ CPK จึงได้เพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลอีก 1 รายการในปี 2562 คือ การตรวจ CPK และมี Standing order สำหรับผู้ป่วย NMS

(3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้นเพื่อจำแนกการให้บริการตรวจช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย

มีการคัดกรอง (screen) เบื้องต้นโดย คัดกรองความเสี่ยงต่างๆ เพื่อจำแนกการให้บริการตรวจช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัยดังนี้ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การซักประวัติอาการทางจิต ตรวจสัญญาณชีพ ที่จำเป็นเบื้องต้น การซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 คำถาม โรคประจำตัวและโรคติดต่อ การแพ้ยาและการใช้สารเสพติด รวมวัดสัญญาณชีพทุกราย เพื่อจำแนกในการให้บริการ ผลการดำเนินการพบว่าสามารถคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบริการที่เหมาะสมตามอาการได้

(4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกภายในระยะเวลาอันรวดเร็วและถูกต้องปลอดภัย ได้ออกแบบระบบดังนี้

-กำหนดสถานที่คัดแยก และคัดกรองผู้ป่วยของหน่วยงานที่ชัดเจน มีเกณฑ์คัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งทางกายและทางจิต และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้จัดระบบ Triage ที่ชัดเจน มีจุดคัดกรองที่นอกตัวอาคาร และมี ARI Clinic ที่ชัดเจนตามแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันร่วมกับคณะกรรมการ IC ENV และ EOC อีกทั้งมีการตรวจผู้รับบริการด้วยระบบ telemedicine หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

-มีระบบ Emergency Severity Index (ESI) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยฉุกเฉิน : Emergency (สีแดง) Vital signs /Neuro signs / ADR / Violence มีคะแนน OAS = 3 คะแนน ต้องให้การช่วยเหลือทันที เฝ้าระวังใกล้ชิดทุก 15 -30 นาที จนกว่าจะพ้นขีดอันตราย

1.2 ผู้ป่วยเร่งด่วน : Urgency (สีส้ม) มี Vital sign/ Neuro sign ผิดปกติ แต่ควบคุมได้ / Violenceมีคะแนน OAS = 2 คะแนนต้องให้การช่วยเหลือ ภายใน 30 นาทีและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทุก 1-2 ชั่วโมง

1.3 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน : Semi-urgent (สีเหลือง) มี Vital signs / Neurosignsปกติคงที่ Violence มีคะแนน OAS = 1 คะแนนต้องให้การช่วยเหลือ ภายใน 30 นาที และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทุก 4-6 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะปกติ

1.4 ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน : Non-urgent (สีเขียว) Vital signs / Neurosignsปกติคงที่ / Violence คะแนน OAS = 0 คะแนน

ผลการมีระบบการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชตามความรุนแรง

1. ช่วยส่งเสริมระบบการให้บริการการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินดีขึ้น เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ เป็นการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ช่วยให้บุคลากรทีมพยาบาลสื่อสารและปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน

2. ลดความสูญเสียหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างมาก

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุผู้ป่วยที่ refer ภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ Electrolyte imbalance, Pneumonia, Hypotension, Neurological disease, Sepsis

สาเหตุการ Refer

1. การคัดกรอง/ประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม

2. ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนพิจารณาการรับไว้รักษา เนื่องจากไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกเวลา

3. ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ทุกอย่าง หรือการตรวจ Lab บางอย่างที่เป็นเพื่อการประกอบการวินิจฉัย เช่น Calcium, Magnesium, Phosphorus, CPK (เริ่มตรวจได้ปี 62)

4. สถานที่บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่เพียงพอ กรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการพิจารณาการรับไว้รักษา จึงต้องส่งเข้าหอผู้ป่วยก่อนได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. มีผู้ป่วยที่สงสัยโรคติดต่อทางเดินหายใจเข้าไปอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยคนอื่น

6. บุคลากรทางการแพทย์มีประสบการณ์หรือทักษะความรู้ในการคัดแยกต่างกัน ถึงแม้จะมีระบบการคัดแยก แต่หากไม่ได้ทำการคัดแยกบ่อยๆหรือไม่เคยได้รับการอบรมฟื้นฟู หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล จะไม่เข้าใจการคัดแยกที่แท้จริง หรือบางครั้งมีการคัดแยกผู้ป่วยผิด โดยรับรู้ว่าเป็นการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

(5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า:

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางกายร่วมที่ไม่สามารถให้การรักษได้ ทีมงานจะให้บริการด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการการให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ออกซิเจนทาง Cannula การให้ยาการรักษาการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า ในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยที่ Refer out จากงานบริการจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งหมด ด้วยสาเหตุ Electrolyte imbalance, Pneumonia, Hypotension, Neurological disease, Sepsis

ค.การเข้ารับบริการ (Entry)

(1) การรับเข้าหรือย้ายหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักจิตเวช

-กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยหน่วยบริการพิเศษเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

-กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยหน่วยบริการพิเศษเพื่อรักษาโรค COVID-19 (cohort ward)

-ทบทวนเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า

(2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ สภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่ได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

กรณีรับไว้รักษาโรงพยาบาลมีให้ข้อมูลที่จำเป็น ดังนี้ สภาพการเจ็บป่วย โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับเช่นยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การรักษาทางจิตสังคมและการรักษาด้วยไฟฟ้า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น

(ii) องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเข้าใจ สามารถขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนตัดสินใจ

-ก่อนรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีการให้ข้อมูลการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT) แก่ญาติผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งจะให้ข้อมูลถึงข้อดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนครั้งของการรักษา และอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ ทีมให้การรักษามีทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ผลข้างเคียงของการรักษาอาการทางจิตด้วยไฟฟ้าที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หลงลืม และชักต่อเนื่อง

-กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และญาติยินยอม ให้ญาติลงชื่อยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาอาการทางจิตด้วยไฟฟ้า พร้อมพยานฝ่ายผู้ป่วยในแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

-กรณีผู้ป่วยมีสภาพที่จะรับรู้เข้าใจต่อการรักษาและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเองได้ ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเอง พร้อมพยานฝ่ายผู้ป่วย ในแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

-ให้ข้อมูลญาติกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน (Obesity) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea : OSA) แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระหว่างดำเนินการตรวจร่างกาย และผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ให้ความร่วมมือในการตรวจได้ จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 สัปดาห์ และให้ญาติลงความยินยอมให้เข้ารับการรักษา หรือไม่ยินยอมให้เข้ารับการรักษา ในใบชี้แจงการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน

(3) องค์กรเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานหากปฏิเสธการดูแลรักษา

-กรณีผู้ป่วย หรือญาติไม่ยินยอม เขียนว่า ญาติไม่ยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า ด้วยปากาสีแดง ในแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแพทย์ลงชื่อเป็นผู้ให้คำชี้แจง พยาบาลลงชื่อเป็นพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

-กรณีญาติไม่ยินยอมให้อยู่รักษาพยาบาลให้ข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับ หากผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม พยาบาลจะรายงานแพทย์และ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ให้ญาติลงชื่อไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบตรวจรักษา กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมเมื่อเข้าไปในตึกผู้ป่วยจะลงชื่อในแบบฟอร์มไม่ยินยอมอยู่รักษาในโรงพยาบาล

-กรณีญาติไม่ยินยอมให้ผูกมัดผูกมัด พยาบาลให้ข้อมูลถึงความจำเป็นในการผูกมัดหรือจำกัดพฤติกรรม กรณีญาติไม่ยินยอมพยาบาลระบุไม่ยินยอมให้ผูกมัดในใบตรวจรักษา

(4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้

(i) การผ่าตัดและหัตถการรูก้ำ การระงับความรู้สึก การทำให้สงบในระดับปานกลาง /ระดับลึก

กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแพทย์จะเป็นผู้ให้คำอธิบายถึงความจำเป็นในการรักษา และให้ผู้ป่วยหรือญาติลงชื่อยินยอมให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาลเป็นพยาน และมีการเก็บข้อมูลความยินยอมไว้ในเวชระเบียนก่อนให้บริการทุกครั้ง

(ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูง ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

(iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง

กรณีการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยต้องขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในโรงพยาบาลก่อนเก็บข้อมูล สำหรับข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วยนี้ผู้วิจัยจะเป็นคนเก็บรวบรวม

(iv) การถ่ายภาพกิจกรรมหรือประชาสัมพันธ์

การขอคำยินยอมการถ่ายภาพกิจกรรมของผู้รับบริการเป็นการขออนุญาตด้วยวาจา ไม่ได้เก็บข้อมูลบันทึกความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ไม่ได้เปิดเผยใบหน้าของผู้รับบริการ

(5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา

(สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

ผู้ป่วยนอกมีการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย โดยการถามชื่อ นามสกุล พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารที่มีเลข 13 หลัก เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วยที่ต้องการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-การจัดบริการตามแนวคิด new normal psychiatric service ตามหลัก DMHTT COVID Free setting เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID -19

-การจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

-การจัดบริการรับยาทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยลดเวลาการเข้ารับบริการในระบบบริการ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID -19

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-การจัดบริการ Telemedicine ผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง พืชกษสิทธิ์ผู้ป่วยและลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น การหลบหนี การแพร่กระจายเชื้อ

-การพัฒนากระบวนการบริการจิตเวชด้านหน้าของโรงพยาบาล มุ่งสู่การเป็น Smart hospital โดยใช้นโยบาย EMS คือ

1.การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)ดำเนินการโดยใช้มาตรฐาน Green & Clean มีการตกแต่ง ปรับปรุงบริเวณโรงพยาบาลให้มีความสะอาด สวยงามและทันสมัย มีระบบบริการที่ปลอดภัย อำนวยความสะดวกในการให้บริการ มีระบบรักษาความปลอดภัย

2.ด้านความทันสมัย (Modernization) มีแผนผังแผนกผู้ป่วยนอกที่เห็นชัดเจน มีจุดประชาสัมพันธ์ มี kiosk point

3.ด้านบริการ(Smart Service) มีการใช้ระบบคิวในการให้บริการผู้ป่วย มีจุดบริการยาเติมที่เป็น One Stop Service บริการยาทางไปรษณีย์ มีการจ่ายยาผู้ป่วยในแบบ Unit dose

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63.การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3	L	1.เพิ่มการเข้าถึงการตรวจรักษาผ่านระบบ tele-medicine ในเขตสุขภาพที่ 7 2.โครงการอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ 3.การปรับปรุงแนวทางการบริการยาทางไปรษณีย์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ในปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง 4.พัฒนาแบบบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมรวดเร็ว 5.พัฒนาการบันทึกข้อมูล ผลการประเมิน 2Q, 8Q, 9Q ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระบบออนไลน์
64.กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3.5	L	1.ห้องสังเกตอาการผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษา 2.กระบวนการการ Inform consent รักษาอาการทางจิตด้วยไฟฟ้า 3.แบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้ากรณีผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอม 4.พัฒนาใบชี้แจงการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน
กระบวนการรับผู้ป่วยไว้รักษาจากงานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน ไปตักผู้ป่วยใน	3	L	1.คุณภาพการสื่อสารขณะส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามหลัก ISBAR

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			2.พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย(Check List)
กระบวนการบริการรับยาทางไปรษณีย์	3	L	1.ผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาสามารถรับยาทางไปรษณีย์ได้ 2.ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ต้องชำระค่าส่งยาทางไปรษณีย์ 3.ผู้ป่วยสามารถแจ้งความประสงค์การรับยาทางไปรษณีย์และดำเนินการตามขั้นตอนการรับยาทางไปรษณีย์ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล
การ Consult จิตแพทย์เด็กนอกเวลาราชการ	3	L	พัฒนาระบบการConsult จิตแพทย์เด็กนอกเวลาราชการ ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	เริ่มใช้ปี 2564				28
2.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์	100	100	100	100	100	100
3.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (CPG Alcohol)	80	เริ่มใช้ปี 2564				100
4.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้รับการประเมินอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์	100	100	100	100	100	100
4.ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์(F10.2) ขึ้นไปได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังมีคำสั่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	100	เริ่มใช้ปี 2564				100
5.ร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	100	100	100	100	100	100
6.อัตราการรายงานผล labผิดปกติ	<ร้อยละ 0.5	0.03	0.11	0.27	0.008	0.00
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
<p>การประเมินผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ โดยผู้ป่วยและญาติทุกรายได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน/โรคแทรกซ้อนทางกาย ที่เกินความสามารถ จำเป็นต้องส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีศักยภาพสูงกว่า</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ Bone Fracture, HT, DM, electrolyte imbalance, sepsis, pneumonia, over sedate, TB 						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ผู้ป่วย alcohol(F10)และสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ electrolyte imbalance, cirrhosis, hepatitis, aspirate pneumonia, hypoglycemia, upper GI bleed และ head injury
- ผู้ป่วยschizophrenia ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ sepsis, pneumonia, over sedate, hyponatremia จากการดื่มน้ำเกิน,NMS
- ผู้ป่วยสูงอายุมาด้วยdelirium
- ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การชักประวัติการฆ่าตัวตายไม่ละเอียด ญาติไม่ทราบประวัติที่ชัดเจน ประเมิน M.I.N.I. Suicide คลาดเคลื่อน
- ผู้ป่วยเรื้อรัง/มีปัญหาการสื่อสาร/ไม่มีญาติดูแล
- ผู้ป่วยโรคอุบัติการณ์ใหม่ เช่น COVID-19, SAR

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
<p>ผู้ป่วยschizophreniaที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่</p> <p>-sepsis pneumonia over sedate hyponatremia จากการดื่มน้ำเกิน</p> <p>-Neuroleptic malignant syndrome</p>	<p>-พัฒนา Standing order for Neuroleptic malignant syndrome และแนวทางการประเมิน NMS</p> <p>-พัฒนา Flow การปฏิบัติงาน เพื่อประเมิน severity side effect จาก Antipsychotic drug : Acute dystonia, Drug induce parkinsonism และ NMS เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว</p> <p>-การใช้ Sedation-Agitation score ประเมิน Conscious and Awareness ของผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีฤทธิ์ sedated</p> <p>-ใช้การประเมิน Quick SOFA เพื่อความรวดเร็วในการประเมินภาวะ Sepsis</p>
<p>ผู้ป่วยalcohol(F10) และสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ electrolyte imbalance, cirrhosis, hepatitis, aspirate pneumonia, hypoglycemia, upper GI bleed และ head injury</p>	<p>-ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ภายใน 3เดือน ได้รับคัดกรองปัญหาการดื่ม (CAGE) ทุกราย และผู้ที่รับไว้รักษาจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม CPG Alcohol ใหม่ โดยเพิ่ม Lab: Calcium, Magnesium, phosphorus แพทย์อ่านผล Labก่อนพิจารณาAdmit และมี standing order</p> <p>-เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย และเพิ่มการScreening ความเสี่ยงในการเกิด UGI bleeding, Hepatic encephalopathy, การเกิดอุบัติเหตุด้านศีรษะ หรือบาดเจ็บอื่นๆ เป็นต้น</p> <p>-ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดได้รับการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช่ยาเสพติด (V2) เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อวางแผนการช่วยเหลือ</p>
<p>ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>-ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide)</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>-พัฒนาบุคลากรโดยการอบรมในเรื่องการสังเกตอาการเตือน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการปฏิบัติตาม CPG Suicide</p> <p>-พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. suicide) โดยเพิ่มความเสี่ยงรายโรคเฉพาะและลักษณะอาการที่ทำให้เกิดความเสียงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปสู่การดูแล</p> <p>-ใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย (PISRA) และการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (PST)</p>
--	--

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยทีมสหวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มารับบริการจะได้รับการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามแนวทางของทีมสหวิชาชีพที่มีคุณวุฒิ มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งแต่ละรายจะได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ แบบประเมิน และวิธีการประเมินที่แตกต่างกันตามปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย

-ปีงบประมาณ 2562 ใช้แบบประเมิน BPRS และแบบประเมิน SAVE ทุกราย เพื่อประเมินอาการทางคลินิก ที่แผนกผู้ป่วยนอก ก่อนรับไว้รักษา

-ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(CPG-suicide)

-ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากแอลกอฮอล์จะได้รับการคัดกรองและใช้แบบประเมินตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (CPG alcohol)

(2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ:

-การประเมินปัญหา แบบองค์รวมทั้งกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ประวัติการแพทย์และสารอาหาร ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักเกิน) ประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยการสัมภาษณ์จากญาติ บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินลงในใบตรวจรักษา ใบบันทึกประวัติ ใบตรวจร่างกาย MSE และ Nurse note

-การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย คัดกรองและประเมินด้วยการสัมภาษณ์การมีโรคประจำตัว ประวัติการเกิดอุบัติเหตุและการถูกทำร้าย แบบคัดกรองโรคติดเชื้อ แบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ COVID-19การบันทึกในใบตรวจรักษา และแบบบันทึกการประเมินฯ เพื่อสื่อสารแพทย์ วางแผนการรักษาเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการประเมินอย่างต่อเนื่องโดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ X-rayEKG ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนทางกายขณะอยู่รักษาและพิจารณาส่งต่อหากเกินขีดความสามารถ

-ประเมินอาการทางคลินิกและพฤติกรรมเพื่อพิจารณารับเข้าตึกตามปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วย

-ประเมินรายโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น โรคจิตเภทใช้ BPRS ผู้ป่วยถอนพิษสุราใช้ CIWA-

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Ar score ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้ M.I.N.I. suicide และแบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

(3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นนำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องและรวดเร็ว โดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินผู้ป่วยจิตเวชรายโรคตาม CPG alcohol, schizophrenia, suicide) care team suicide จัดอบรมการใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวช (PISRA -12) 3) care team alcohol ปรับปรุงแนวทางแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน

-แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide)

-แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (CPG alcohol)

-แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท (CPG schizophrenia)

-แนวปฏิบัติแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

-แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง SAVE

-แนวทางปฏิบัติการตรวจเลือดผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง

-แนวทางการตรวจผู้ป่วยก่อนรับการรักษาด้วยไฟฟ้า

-แนวทางปฏิบัติการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางสมองและอุบัติเหตุทางสมองภายใน 1 เดือน

-แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกาย

-แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเบาหวานร่วม (DM)

-แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วม (HT)

-แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวัณโรคร่วม (TB)

-แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะง่วงซึม (Over Sedation)

-แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก/เสี่ยงต่อสำลักอาหาร

-แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร (Aspirate precaution)

-แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test)

-แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia

-แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

-แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obesity)

-แนวทางการดูแลผู้ป่วยทุพโภชนาการ (Malnutrition)

-แนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสูงอายุ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
- แนวทางปฏิบัติการกู้ชีพ (CPR)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วย Neuroleptic malignant syndrome(NMS)
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน(Upper Gastrointestinal bleeding)
- แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันญาติทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโรงพยาบาล
- แนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย OSCC
- แนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยชำระเงินเอง/ประกันสังคมชำระเงินไม่ได้
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชและผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว ลดความรุนแรงของโรค โดยเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมีการประเมินซ้ำตามปัญหา โดยใช้เครื่องมือ เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินM.I.N.I. suicide, SAVE และ PISRA-12ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar. score เพื่อนำไปสู่การดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามกำหนดระยะเวลา ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้ทราบข้อมูลผลการประเมินที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และเกิดความร่วมมือในการรักษา จึงมีแนวปฏิบัติ เรื่องการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ต้องส่งต่อรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย จะอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ ให้ผู้ป่วย และครอบครัว ทราบ 1) การเซ็นใบยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าในแบบหนังสือให้ความความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ 2) ใบชี้แจงการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงร่วมกับภาวะอ้วน

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

-ได้นำปัญหาและอุปสรรคเข้าปรึกษาหารือในทีม PCT และมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยที่จำเป็นต่อแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย

-กรณีทีมงานเทคนิคทางการแพทย์ ไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เองได้ มีนโยบายในการส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก ในเครือโรงพยาบาลภาครัฐ (ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่นและเอกชน (TLC Lab ขอนแก่น) ที่ผ่านการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานสากล ได้แก่ Thyroid Function Test, Culture & Sensitivity, HbA1c และรายการทดสอบอื่นๆ ที่ไม่สามารถตรวจเองได้

-มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการประเมินและคัดเลือกห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ โดยมีการกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ มีการประเมินตามเกณฑ์พิจารณาและคัดเลือกห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ มีการทบทวนห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ปีละ 1 ครั้ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ปีงบประมาณ 2563 งานเทคนิคการแพทย์มีการตอบสนองการประเมินการรักษาผู้ป่วย CPG Alcohol ได้มีการเพิ่มรายการทดสอบ Magnesium, Phosphorus, Calcium, CPK เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย NMS

-เพิ่มขีดความสามารถของการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ได้มาตรฐาน มีการจัดทำคู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ (S-LA-001) โดยระบุวิธีการจัดเก็บ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลารอผลตรวจวิเคราะห์ รวมทั้งการรายงานผลระยะเวลาการรายงานผล แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการของงานเทคนิคการแพทย์ส่งให้กับหน่วยงานหรือจุดต่าง ๆ ที่มีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ

-เปิดให้บริการเพิ่มนอกเวลาราชการ เสาร์ - อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.30 – 16.30 น. และเวลา 16.30 – 08.30 น. หอผู้ป่วยสามารถนำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น

-มีการควบคุมอุณหภูมิห้องปฏิบัติการ ตู้เย็นสำหรับการเก็บรักษาไม้ยาตรวจวิเคราะห์ Control, Calibrator และสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ โดยตรวจสอบและบันทึกอุณหภูมิเวลาเช้าและเย็น

-มีแผนการสอบเทียบและการบำรุงรักษาเครื่องมือร่วมกับคณะกรรมการเครื่องมือ ฯ

-มีแนวทางการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ระบุในคู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการไว้ดังนี้ สิ่งส่งตรวจที่ทำการตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้วจะเก็บเพื่อทวนสอบอุณหภูมิ 2- 8 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 7 วันและ Slide Wright stain เก็บที่อุณหภูมิห้อง 7 วัน

-มีระบบการบันทึกความเสี่ยง อุบัติการณ์ และส่งสำนักงานคุณภาพ มีการทบทวนความเสี่ยงสำหรับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการ เช่น การรายงานผล LAB ผิดพลาด ได้ทบทวนระบบการรายงานผลโดยกำหนดแนวทางคือต้องมีการตรวจสอบผลซ้ำโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนรายงานผล

-มีการประเมิน ผ่านการรับรองจากองค์กรภายนอก (องค์กร บริการ วันที่ ผล) และได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 โดยสภาเทคนิคการแพทย์ เมื่อวันที่ 30 พ.ค. 2562 หมดยุควันที่ 29 พ.ค. 2565

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

-มีการจัดทำเอกสารคุณภาพ คู่มือการให้บริการห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์(S-LA-001) เพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ โดยระบุวิธีการจัดเก็บ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลารอผล รวมทั้งการรายงานมีการกำหนดชนิดและลำดับชั้นของเอกสารคุณภาพ

-มีการประชุมสื่อสาร ทบทวนการให้บริการของหน่วยงานร่วมกับสหวิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

-การประชุมภายในหน่วยงานเดือนละครั้ง เพื่อสรุปปัญหาจากการให้บริการในแต่ละเดือนและหาแนวทางแก้ไข

-มีการตรวจสอบผลการตรวจวิเคราะห์ก่อนรายงานผลโดยนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบผล

-มีแนวทางการรักษาความลับของการรายงานผล

-รายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผ่านระบบ LIS ซึ่งเชื่อมต่อข้อมูลกับระบบ HIS และระบบมีการ Back up ข้อมูลในระบบ HIS ของโรงพยาบาล

-ผลตรวจ Anti – HIV จะทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการ พับผลตรวจวิเคราะห์ใส่ในซองสีขาวที่ปิดผนึก หน้าซองระบุ “เรียนผู้ให้คำปรึกษา.....”

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-รายงานผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ การตั้งครุฑ ผลตรวจวิเคราะห์สำหรับผู้ป่วยนอก จะพิมพ์ผลตรวจวิเคราะห์ ปิดผนึกผลตรวจวิเคราะห์ซึ่งสามารถเปิดดูผลได้เฉพาะผู้มีสิทธิคือ พยาบาลหน้าห้องตรวจ / ERหรือแพทย์ผู้ตรวจรักษา

-ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์จะไม่รายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางโทรศัพท์หรือถ้าเป็นเหตุเร่งด่วนต้องรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางโทรศัพท์ จะต้องบันทึกรายละเอียดในแบบฟอร์มบันทึกการติดต่อทางโทรศัพท์กับหน่วยงานอื่นไว้เป็นหลักฐาน

-มีการแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกครั้งหากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจหรือรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์

-มีระบบการรายงานผล LAB วิกฤต ภายใน 5 นาที และทวนสอบการตอบสนองของแพทย์ต่อค่าวิกฤตภายใน 20 นาทีหลังจากที่ได้รับรายงานผล

-มีระบบการจัดเก็บผลตรวจวิเคราะห์ที่ส่งภายนอกเพื่อป้องกันการสูญหาย

-มีการติดตั้งระบบ Laboratory information system : LIS เพื่อลดความผิดพลาดในการลงข้อมูล

-มีการสุ่มความถูกต้องของการรายงานผล โดยสุ่ม 5 % ของการรายงานผลทั้งหมดทุกวันที่ทำการตรวจวิเคราะห์

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

-มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการรายงานผลการตรวจที่เป็นความลับเช่นผลตรวจ Anti - HIV

-การควบคุมการเข้าถึงข้อมูลในระบบสารสนเทศโดยมีการกำหนด Username และ Password ให้กับผู้มีอำนาจในการดูแลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์

-มีการกำหนดแนวทางอธิบายผลการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจึงกำหนดแนวทางดังต่อไปนี้

-กรณีผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วย Obesity class II แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลการประเมิน

-กรณีผู้ป่วยทั่วไปแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลการประเมิน

-ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจผลการประเมินและให้ความร่วมมือในการรักษา

-ผู้ป่วยและญาติสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในผลการประเมินอาการผู้ป่วย

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

-มีการบันทึกข้อมูลที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยทุกราย โดยมีการซักประวัติ โดยสหวิชาชีพ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ มีการประเมิน ความคิดทำร้ายตัวเอง การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ บุหรี่ nicotine dependence ในผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป มีการประเมินภาวะสมองเสื่อม M.I.N.I. cog และประเมินซึมเศร้า โดยใช้ 2Q

-เพื่อปรับปรุงกระบวนการการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เมื่อพบว่าเกินศักยภาพ ได้รับการส่งต่อไปยัง รพ.ขอนแก่น ทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ได้ดำเนินการปรับปรุง

1.มีการปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม CPG alcohol เพิ่ม Magnesium,

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Phosphorus, Calcium

2.ผู้ป่วยที่สงสัย NMS พัฒนาแนวทางการประเมินภาวะ Neuroleptic malignant syndrome เพิ่มการเจาะ CPK เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย NMS

3.วิธีประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย sepsis ปรับจาก SOS score มาเป็น Quick SOFA เพื่อความรวดเร็วในการประเมินภาวะ Sepsis แล้วส่งตัวเพื่อตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ Lactate, Hemoculture, Anion gap

4.ผู้ป่วย Over sedate มีการประเมินโดยใช้ Richmond Agitation – Sedation Scale

5.จัดอบรมการประเมินวินิจฉัยและ management Sepsis, septic shock, Myocardial infarction และการ CPR

6.ซื้อเครื่อง EKGเพิ่มเลือกที่สามารถ ใช้งานง่ายและอ่านผลได้เพิ่ม 2เครื่องไว้ที่ ER และตึกผู้ป่วยใน

7.แพทย์ พยาบาล เกสซ์ มีการประเมินผลข้างเคียงของยา เพื่อ early detect

ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา ลดลงจากปี62 18 ราย ปี63 เหลือ 12 รายและปี64 7 ราย

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

เพื่อปรับปรุงกระบวนการ ทบทวนการวินิจฉัยโรค โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องและสอดคล้อง โดยมีการพัฒนาเก็บตัวชี้วัด อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับE ขึ้นไป* เริ่มเก็บใน ปี 2564 ผลการดำเนินงานพบ 9 ราย(เป้าหมาย 0 ราย)

1.มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโดย แพทย์ผู้ชำนาญกว่า

- resident มีการทบทวนร่วมกับแพทย์เฉพาะทางทุก case

- แพทย์ มีการปรึกษา แพทย์ที่ชำนาญกว่า หรือ conference ขององค์กรแพทย์ มีการแชร์case ที่รักษาแล้วได้ผลดี ในการประชุม

- เด็ก และวัยรุ่น ที่ admit ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีการดูแลร่วมกันกับจิตแพทย์เด็กของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- การทบทวนการวินิจฉัยโรค กรณีเกิดอุบัติการณ์สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายต้องได้รับการส่งต่อรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย เมื่อพบการวินิจฉัยโรคไม่ตรงกัน หรือไม่วินิจฉัยมีการนำมาหาแนวทางแก้ไข หรือทบทวนข้อผิดพลาดร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ และมีระบบการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคทางกาย เพื่อการวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นต้น

2.ในcaseที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย มีการทำ PCT conference โดย สหวิชาชีพและมีการทบทวนเวชระเบียน เช่น delirium, NMS, Pneumonia, sepsisเพื่อทบทวนการวินิจฉัย Miss diagnosis or delay diagnosis และการดูแลรักษา

3.กรณีผู้ป่วยใน อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 1สัปดาห์ พยาบาลมีการสื่อสารอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้แพทย์ทราบเพื่อทบทวนการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต ประสานแพทย์เพื่อวินิจฉัยและทบทวนแผนการรักษา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.กรณีที่มีการส่งต่อโรคทางกาย มีระบบการติดตามผลการรักษาและประเมินการวินิจฉัยโรค ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลที่รับส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง การลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ทีมได้ดำเนินการ ทบทวนcaseที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น delirium NMS Pneumonia sepsis เพื่อทบทวน การวินิจฉัย Misdiagnosis or delay diagnosis และการดูแลรักษา โดยมี การ MM conference PCT conference และทบทวนเวชระเบียนผู้ที่ได้รับการ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายและได้พัฒนาหรือปรับ ระบบดังนี้

- 1.พัฒนา CPG alcohol พัฒนา lab ตาม CPG alcohol ผู้ป่วย CPG Alcohol ได้มีการเป็นปรับ เพิ่ม Magnesium, Phosphorus, Calcium
- 2.พัฒนาแนวทางการประเมินภาวะ Neuroleptic malignant syndrome และเพิ่มการเจาะ CPK เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย NMS
- 3.พัฒนาวิธีประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย sepsis
- 4.กำหนดตัวชี้วัด อุตบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับE ขึ้น ไป* เริ่มเก็บใน ปี2564
- 5.พัฒนาการจัดตั้ง ศูนย์ refer สามารถเก็บข้อมูล การวินิจฉัย Misdiagnosis or delay diagnosis
- 6.มีการให้ข้อมูลเรื่องโรค การวินิจฉัย การรักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษทางการแพทย์

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-พัฒนาการใช้ CPG Guideline โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และนำมาสู่การปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีการปรับเกณฑ์การคัดเข้าและเนื้อหาที่ชัดเจนและครอบคลุมผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น

- พัฒนา CPG alcohol
- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย NMS

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65.การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	3.5	L	-พัฒนา CPG เพิ่มการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและประเมินผล -ประเมินผลหลังจากนำเครื่องมือ Quick SOFA score และ Sedation-Agitation score มาใช้ -พัฒนาเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษา -พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			<p>-ประสานวิเคราะห์ เชื่อมโยงการประเมิน ทบทวนเพื่อลด ความซ้ำซ้อน</p> <p>-พัฒนาระบบห้องปฏิบัติการให้มีระบบ LIS (Laboratory information system) ซึ่งระบบ นี้เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการไม่ต้องกรอก ข้อมูลเองในระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล ดังนั้นระบบ LIS จะช่วยให้ระบบการส่งผลตรวจ วิเคราะห์มีความรวดเร็ว ถูกต้อง น่าเชื่อถือและ ได้มาตรฐาน</p>
66.การวินิจฉัยโรค	3.5	L	<p>-พัฒนากรณีผู้ป่วยที่วินิจฉัยไม่ตรงกันในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายรุนแรงที่ต้อง รับการ refer และมาทบทวนการวินิจฉัยและ พัฒนาการวินิจฉัยให้ถูกต้องเหมาะสม และ ทันเวลา</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
จำนวนแผนการดูแลรายโรคสำคัญได้รับการทบทวน (CPG suicide, alcohol, schizophrenia)	อย่างน้อย 1 แผน	CPG Schizophrenia ยุ่งยากซับซ้อน	CPG Schizophrenia Staging	CPG Suicide (revise)	CPG alcohol	CPG alcohol (ฉบับปรับปรุงปี 2564) CPG Suicide (ปี 2562)

ii. บริบท

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:

คณะกรรมการ PCT กำหนดกลุ่มโรคสำคัญเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการทางคลินิก (care team) รายโรคตามระยะการเจ็บป่วยของโรค (staging) โดยมีการกำหนดแนวทางตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองการประเมิน วางแผนการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพ ตามระดับความรุนแรงตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคจิตเภท โรคที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ:

- เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัย แก่ผู้รับบริการมากขึ้น เช่น
- ผู้ป่วย alcohol (F10) และสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย
- ผู้ป่วย schizophrenia
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

iii. กระบวนการ

คณะกรรมการมีรูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ Care team โดยได้จัดทำ CPG ตามรายโรคที่สำคัญ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมายการรักษาและวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพพร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชสหวิชาชีพ ที่ครบถ้วนและต่อเนื่องเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลกำหนดการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยสหวิชาชีพ ทำให้อัตราภาวะแทรกซ้อน และจำหน่ายกลับบ้านได้ตามกำหนดแต่ยังพบว่าสหวิชาชีพ ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางการดูแล ได้มีการทบทวนแผนการดูแล เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานแผนการดูแลตามสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแต่ละวิชาชีพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
1.ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide)	-แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide)
2.ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (F10.XX)	-แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (CPG alcoholฉบับปรับปรุง ประกาศใช้ 26/1/2564)
3.ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia)	-แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท (CPG schizophrenia) -แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
4.การวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)	-แนวทางการประเมิน NMS standing order for NMS syndrome ผังไหลการปฏิบัติงานเพื่อประเมิน severity side effect จาก antipsychotic drug
5.ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น Sepsis, Pneumonia, Over sedative, Hyponatremia, NMS	-แนวทางการใช้ sedative agitation score เพื่อประเมิน conscious and awareness ของผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีฤทธิ์ sedate

(1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ:

-มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ และบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในแบบบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพกระบวนวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาอาการของผู้ป่วยแต่ละรายในบทบาทวิชาชีพของตนเอง รวมถึงเชื่อมโยงการดูแล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และประสานส่งต่อการดูแลจนกระทั่งจำหน่าย และติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต ได้ตามศักยภาพ โดยมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย มีการเขียนบันทึกแผนและผลการดูแลในเอกสาร เช่น Progress note แบบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) แบบบันทึกในระบบออนไลน์ และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดูแลรักษามาพบทวนร่วมกัน

-กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่แพทย์รับไว้รักษาให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide) กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง แพทย์รับไว้รักษา ญาติและผู้ป่วยไม่ยินยอมอยู่รักษาประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อเฝ้าระวังในชุมชนต่อไป

-มีกระบวนการวางแผนการดูแล ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย และมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย โดยประสานขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางก่อนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกินขีดความสามารถ ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น ผ่านช่องทางโทรศัพท์ Line และใบส่งต่อ

(2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย:

-มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามรายโรค เช่น CPG Schizophrenia, CPG Alcohol, CPG suicide โดยมีการวางแผนการดูแลแบบสหวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแลรายโรคนั้นๆ เพื่อรวบรวมข้อมูล ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รายงานแพทย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

-กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบ่งระดับการดูแล 3 ระดับ ระดับสูง(High risk) ระดับปานกลาง(Moderate risk) ระดับต่ำ(Low risk) ให้การพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide)

-แพทย์ระบุปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อวางแผนการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยถ้าพบว่ามีความเสี่ยงโรคทางกาย เช่น BMI (ระดับ 2)มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG ประสานโภชนาการเพื่อประเมินวางแผนจัดอาหารให้ผู้ป่วย ,ผู้ป่วยมีความผิดปกติของสารน้ำในร่างกายส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการดูแลรักษาและประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังภาวะ Electrolyte Imbalance

-พยาบาลวางแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกาย สังคมจิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการประสานเชื่อมโยง เพื่อส่งต่อให้สหวิชาชีพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

-นักสังคมสงเคราะห์ ให้การดูแลช่วยเหลือปัญหาครอบครัว ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาอาชีพ สิทธิการรักษา ด้วยการประสาน ส่งต่อ เครือข่ายภายในและภายนอกอย่างเป็นระบบ

-นักจิตวิทยาคลินิก ให้การวางแผนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ

-นักกิจกรรมบำบัด วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน การทำงานและกิจกรรมนันทนาการ

(3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป:

มีระบบการวางแผนการดูแลในกลุ่มเสี่ยงสูงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- 1.แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide)
- 2.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (CPG alcohol)
- 3.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท (CPG schizophrenia)
- 4.แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

รวมถึงกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรืออาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น

-แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Neuroleptic Malignant Syndrome โดยแบบประเมินภาวะ Neuroleptic malignant syndrome

-แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลับมากจากการได้รับยา โดยแบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale

-แนวทางการประเมิน NMS standing order for NMS syndrome (แพทย์)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ฝังไหลการปฏิบัติงานเพื่อประเมิน severity side effect จาก antipsychotic drug ของแพทย์ (แพทย์)

-แนวทางการใช้ sedative agitation score เพื่อประเมิน conscious and awareness ของผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีฤทธิ์ sedative สูง (แพทย์)

(4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย:

-ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนกระบวนการดูแล เพื่อให้สามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาที่ประเมินได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ตามกระบวนการพยาบาล และกระบวนการ PDCA ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมตรงตามปัญหาจากทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการทบทวนการดูแล เพื่อเกิดโอกาสพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือในการประเมินการดูแลผู้ป่วย

-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) จะมีการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ตั้งแต่แรกเริ่มโดยพยาบาลหากพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาการดูแล มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม และผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น Pre-Post Conference การRound ก่อนการปฏิบัติงานมีแผนการนิเทศติดตามการดูแล กลุ่มบำบัด นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ มีการพัฒนา application สบายใจ Line Official

-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (F10.XX) จะมีการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ตั้งแต่แรกเริ่มโดยพยาบาลหากพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาการดูแล จะส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม และผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น Pre-Post Conference การRound ก่อนการปฏิบัติงานมีแผนการนิเทศติดตามการดูแล โปรแกรม ICOD-R การวางแผนการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

-ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) มีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับญาติตั้งแต่แรกเริ่ม โดยแบ่งระยะการดูแลผู้ป่วยตามการเจ็บป่วยของโรค (Staging) ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) การประสานชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน การส่งต่อเครือข่ายเพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

-การวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)จะมีการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ตั้งแต่แรกเริ่มโดยพยาบาลหากพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาการดูแล มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม และผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงพื้นที่ทำประชาคม

-ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น Sepsis, Pneumonia, Over sedative, Hyponatremia, NMS

(5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

(i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลรักษา หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

ทีมผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และมีส่วนร่วมในการดูแล โดยทีมผู้ดูแลให้ข้อมูลกระบวนการรักษาที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

(ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล

(iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย

มีการวางแผนการดูแลตามคู่มือการวางแผนการดูแลผู้ป่วย(Care Map)/ แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค (CPG)แนวปฏิบัติทางคลินิก (PCT) ซึ่งกำหนดเป้าหมายในการดูแลตามระยะของโรค

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

-ผู้ป่วยจิตเภท(Schizophrenia) มีการสื่อสารและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ และให้เข้าใจบทบาทในการทำงานของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสื่อสารผ่านทาง การประชุมทีมนำและทีมบริหารของโรงพยาบาล

-ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะสั้นดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาในระยะยาวเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้วางแผนการบำบัดทางจิตสังคมให้ตรงกับปัญหาที่พบและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) การพัฒนาความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง (Adherence Therapy) การจัดการกับอาการ(Symptom management) การจัดการโดยการแก้ปัญหา(Problem Solving Therapy) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir’s Psychotherapy) เป็นต้น

-ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด วางแผนการดูแลหลังพ้นระยะถอนพิษเพื่อให้การบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลประจำตึกและสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่ม/เสพยา

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:

-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการสื่อสารและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ และให้เข้าใจบทบาทในการทำงานของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสื่อสารผ่านทาง การประชุมทีมนำและทีมบริหารของโรงพยาบาล

-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (F10.XX) จะมีการปรับแผนการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

-ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) กรณียุ่งยากซับซ้อนจะประสานส่งต่อสหวิชาชีพเพื่อเข้ารับการรักษาที่พื้นที่ต่างๆ และประสานจิตเวชชุมชนเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้าน การส่งต่อเครือข่ายให้การช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

(8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป:

-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) จะมีการทบทวนแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพถ้าพบว่าผู้ป่วยรายใด มีปัญหาการดูแล มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจะส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามอาการผู้ป่วย กรณีเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจะมีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

-ปรับการรักษาผู้ป่วยที่รักษาจาก Un-modified ECT เป็น modified ECT เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ECT

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
-----------------------------	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness High Risk to violence : SMI-V)</p>	<p>แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p>
<p>ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) กรณียุ่งยากซับซ้อน</p>	<p>ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูทักษะต่าง ๆ ประสานจิตเวชชุมชนเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้าน การส่งต่อเครือข่ายให้การช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ</p>
<p>ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide)</p>	<p>มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ถ้าพบว่าผู้ป่วยรายใดมีปัญหาการดูแล มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจะส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การบำบัดตามปัญหา เมื่อจำหน่ายส่งต่อข้อมูลให้กับจิตเวชชุมชนเพื่อส่งเครือข่ายประสานและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายทุก 1 เดือน และ 3 เดือน</p>

(1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ Care Map เพื่อการวางแผนจำหน่าย):

กำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญ ตาม 3 CPG ได้แก่ CPG Suicide /CPG Alcohol / CPG Schizophrenia

(2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:

วางแผนรายบุคคล/รายกลุ่ม โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์/ใช้สารเสพติด และ ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน

(3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):

ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม โดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความเชื่อ การให้กำลังใจต่อการรักษา มีการประเมินความคาดหวังถึงผลลัพธ์การดูแลรักษา

(4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังไว้ญาติหลังจำหน่ายไปสู่แหล่งรองรับ เช่น ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง สถานสงเคราะห์ ฯลฯ พบอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น ผู้ป่วยหลบหนี มีการใช้สุราและบุหรี่ และฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำให้ทีมสหวิชาชีพต้องวางแผนการจำหน่ายอย่างรอบคอบ และป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นโดยจัดประชุมทีมนำทางคลินิก

(5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:

-ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการทำกลุ่มบำบัดตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่มแก้ไขปัญหา (PST) กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive) การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ (Satir's Model) กลุ่มครอบครัวบำบัดด้วยแนวคิด REBT

-ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์/ยาเสพติดมีการบำบัดรายกลุ่มด้วย Program ICOD-R การ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บำบัดรายบุคคล เช่นการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) การบำบัดแบบสั้น (BI) และให้คำปรึกษารายครอบครัวก่อนจำหน่าย

-ทำกลุ่มพัฒนาศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วย ผลิตภัณฑ์นวัตกรรม ในการให้ข้อมูลเสริมพลังญาติเพื่อลดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจากการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ญาติขาดความรู้การดูแลผู้ป่วยและขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

-มีแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเฉพาะโรคแนวทางการดูแลและการให้คำปรึกษากับญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลัง refer

-พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดย QR Code และให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชัน Khuikun

-นวัตกรรมให้ความรู้ที่หอผู้ป่วยนอก

-สร้างและพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital (PISRA-12)

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย -ผู้ป่วยalcohol (F10) และสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ electrolyte imbalance, cirrhosis, hepatitis, aspirate pneumonia, hypoglycemia, upper GI bleed และ head injury	3.5	L	- ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ภายใน 3 เดือน ได้รับคัดกรองปัญหาการดื่ม (CAGE) ทุกราย - เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย เพิ่มความเข้มข้นในการตรวจร่างกาย ผู้ที่รับไว้รักษา และมีแนวปฏิบัติในการการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม CPG Alcohol ใหม่ โดยเพิ่ม Lab: Calcium, Magnesium, phosphorus แพทย์อ่านผล Labก่อนพิจารณาAdmit และมี standing order
-ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.5	L	- ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG suicide) -พัฒนาบุคลากรแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตาม CPG Suicide - พัฒนาศักยภาพการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (MINI suicide) -พัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยใน (PISRA-12)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ผู้ป่วยโรคจิตเภท	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทตาม Staging โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery model) โดยทีมสหวิชาชีพมีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุมทุกด้านโดยพิจารณาจากโรคระดับความรุนแรงของอาการได้แก่ -โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท -กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาทักษะความสามารถด้านการงานพื้นฐานอาชีพ
68.การวางแผนจำหน่าย -ผู้ป่วย alcohol (F10) และสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ (CPG. AI) -พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ -พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษ (CNPG) -ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลรักษา (Fix dose , Front loading และ Rapid loading regimen) -พัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
-ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนจำหน่ายเชื่อมโยงกับแผนการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพ และมีความมั่นใจในการจัดการภาวะสุขภาพ เช่น โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลในการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายซ้ำ (KAS) -พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยและการได้รับข้อมูลย้อนกลับ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ผู้ป่วยโรคจิตเภท	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> -จัดทำแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย pneumonia NMS และ การช่วยฟื้นคืนชีพ -psycho education ญาติ สังเกต S/E ยา อาการที่ต้องรีบพามาพบแพทย์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			-เพิ่มความรู้ NMS ในการอบรมแพทย์และ PG -ให้ความรู้ รพ.เครือข่าย และเรื่องการปรับยาและ ผลข้างเคียงยา สงสัย NMS ส่งต่อรพ.ขอนแก่น
--	--	--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-4.3 การดูแลเฉพาะ(Specofic Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ก. การระงับความรู้สึก

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละของวิสัญญีพยาบาลได้รับการอบรมความรู้เฉพาะด้านวิสัญญีวิทยา	ร้อยละ 100	(เริ่มให้การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (MECT) ปีงบประมาณ 2562)		100	100	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการประเมินปัญหาและเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา	ร้อยละ 100			100	100	100
3. จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา	0 ราย			0	0	0
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการเฝ้าระวังตามมาตรฐานการดูแลในห้องพักฟื้น	ร้อยละ 100			100 (46/46)	100 (114/114)	100 (391/391)
5. ร้อยละการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก	ร้อยละ 100			100 (46/46)	100 (114/114)	100 (391/391)
ii. บริบท						
<p>การให้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีเฉพาะในการรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive Therapy: ECT) ชนิดให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อ (Modified ECT: MECT) โดยเริ่มให้บริการเมื่อเดือนกันยายน 2562 เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หาย/ทุเลา ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย โดยดำเนินการรักษาภายใต้ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลจิตเวช ทันตแพทย์ เภสัชกรและกรณีผู้ป่วยมีโรคทางกาย ที่มี ASA Classes 2 ที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย ปรีक्षाผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงวิสัญญีแพทย์/ จิตแพทย์ จากเครือข่ายการรักษา ด้วยไฟฟ้า กรมสุขภาพจิต</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:</p> <p>บริการทางวิสัญญีโดยประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes (American Society of Anesthesiologists) เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ ความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการทางวิสัญญี นำมาวิเคราะห์ วางแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) ร่วมกับทีมการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึกที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ 1)</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ป่วย BMI เกิน 30 กก./ม.² 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคร่วมทางกายที่อาการยังไม่คงที่ เช่น ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบกระดูกและฟัน 4) ผู้สูงอายุ และ 5) ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัด การตื่นซ้ำ การแพ้ไขขาว การแพ้ยาระงับความรู้สึกที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายรุนแรงจากภาวะ Malignant Hyperthermia (MH) เป็นต้น

iii. กระบวนการ

-เพื่อบรรลุเป้าหมายหน่วยงานได้ปฏิบัติตามกระบวนการ/ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guide lines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (S 2: Safe Anesthesia) ดังนี้ 1) ก่อนทำการระงับความรู้สึก 2) ระหว่างการระงับความรู้สึก 3) หลังการระงับความรู้สึก และ4) การดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ในปี 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยทุกคนปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง

-เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ ในสถานการณ์โควิด-19 ระบาด ในปี 2564 ทีมการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ดำเนินการทบทวนขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโควิดสำหรับผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าในสถานการณ์โควิด 19 (COVID Free Procedure: ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อระหว่างทำหัตถการ) ตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021 (S 2: Safe Anesthesia) ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการระงับความรู้สึกผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก
ผู้ป่วยจิตเวช BMI มากกว่า 30 ที่มารักษา MECT	1.ประเมินผู้ป่วยตาม ASA Classes และซักประวัติการนอน นอนกรนจากภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับทำให้เกิดภาวะ hypoxemia และhypercarbia รวมถึงโรคประจำตัว โรคร่วมอื่นๆ 2.รายงานแพทย์เจ้าของไข้และจิตแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตัดสินใจประเมินและวางแผนการรักษา 3.ส่งต่อข้อมูลให้ทีมการรักษาด้วยไฟฟ้าทราบ เพื่อวางแผนการให้บริการให้ยาระงับความรู้สึก 4.เตรียมอุปกรณ์ในการเปิดทางเดินหายใจให้พร้อมก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก 5.จัดท่า Ramp position ก่อนเริ่มให้บริการให้ยาระงับความรู้สึก 6.Pre-oxygenation ให้ค่า oxygen เท่ากับ 100 % ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 7.บริหารยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น propofol 8.หลังให้ยาระงับความรู้สึกและรักษาด้วยไฟฟ้าให้ Oxygen mask with bag 8-10 Lit/min ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ฟื้นจากการให้ยาระงับ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>ความรู้สึกไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงย้าย recovery room วัดและประเมิน V/S, O₂ sat , PARS score ทุก 15 นาที x 4 ครั้งกรณีผิดปกติรายงานแพทย์และเฝ้าระวังต่อเนื่อง</p>
<p>ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypertensive crisis; BP ≥ 180/110 mmHg</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.การซักประวัติ เช่นประวัติครอบครัว : HT, และโรคอื่นๆ ที่พบบ่อย : DM, DLP, gout, โรคไต ,โรคทางพันธุกรรมบางอย่าง 2.ประเมิน Riskเช่นระดับความรุนแรงของ SBP และ DBP (อยู่ในช่วง Mod, severe) 2. ระดับของ pulse pressure (ในผู้สูงอายุ) >90 มม.ปรอท 3.ชายอายุ>55 ปี/หญิงอายุ >65 ปี สูบบุหรี่ และBMI >25 เป็นต้น 4.Investigation lab CBC,FBS ,lipid profile serum creatinine, UA และ urine microalbumin, - EKG 5.Pre-med รับประทานยาลดความดันมาก่อน ECT 6.ประเมินสัญญาณชีพ,monitor EKG,O₂ saturation 7.วินิจฉัยและสั่งการรักษาให้ยากลุ่ม Antihypertensive เช่น Nicardipine

(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การรักษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :

เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย วิทยาลัยพยาบาลมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก โดยใช้กระบวนการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Pre anesthetic Evaluation) จำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกา (American Society of Anesthesiologists Physical Status) ส่งต่อข้อมูลให้จิตแพทย์ผู้รับผิดชอบและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประเมินและวางแผนการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีโรคทางกายที่มี ASA Classes 2 ที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ทีมการรักษามีการรักษาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จิตแพทย์/วิสัญญีแพทย์ เครื่องหมาย MECT กรมสุขภาพจิต และก่อนให้บริการทางวิสัญญี วิทยาลัยพยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำทุกราย ส่งผลให้ ปี 2562-2564 หน่วยงานได้มีการรักษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ครั้ง/3 ราย ในผู้ป่วยที่มีปัญหา ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ First-degree Atrioventricular block (AV block) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก

(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

-การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งให้การรักษาด้วยไฟฟ้า พร้อมกับให้ข้อมูลความจำเป็นในการรักษา ประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และตัดสินใจลงนามยินยอมและไม่ยินยอมในใบ consent form

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-พยาบาลหอผู้ป่วยในประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วย MECT กับผู้ป่วยและญาติซ้ำ และ

ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

-วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับ

วิธีการระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนหลังการระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกขณะเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้การระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นไม่มีข้อร้องเรียน แต่ยังมีพบว่าผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวล/กลัวการรักษา

(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :

-หน่วยงานมีการใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ถูกต้อง ปลอดภัย โดยมีกระบวนการทำงาน ขั้นตอนใน

การระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (S 2: Safe Anesthesia)

-วิสัญญีพยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี จำนวน 3 คน ปฏิบัติงาน ภายใต้

การควบคุมของจิตแพทย์/แพทย์ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในรพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีจำนวนเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยมารับการระงับความรู้สึก 6-8 รายต่อวัน โดยบริหารการระงับความรู้สึก เข้าทางหลอดเลือดดำ(Total intravenous anesthesia :TIVA) และเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยบุคลากรทางวิสัญญีวิทยา (Monitored Anesthesia Care : MAC) เพื่อนำสลบในระดับ deep sedation ซึ่งวิสัญญีพยาบาลได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะเพื่อทำหน้าที่ระงับความรู้สึก โดยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยรักษาไฟฟ้าโดยวิสัญญีแพทย์จาก ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีละ 1-2 ชั่วโมง ร่วมกับการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยรักษาไฟฟ้าไม่น้อย 50 รายต่อปี (378 ราย/คน/ปี)

(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณ รพ.ฟื้น

-เพื่อบรรลุเป้าหมายหน่วยงานมีการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การจำหน่าย

จากบริเวณรพ.ฟื้น ดังนี้ 1) ระหว่างการระงับความรู้สึก บริหารยาโดยใช้หลัก 6 R เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ตลอด ระยะเวลาที่ได้รับความรู้สึก และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึกในแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าตามแนวทางมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย 2) หลังการระงับความรู้สึก ประเมินผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายมาห้องพักฟื้น โดยมีเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น (post-anesthetic care) มีวิสัญญีพยาบาลเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยจาก post anesthetic care unit มีการประเมิน post-

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

anesthesia recovery scoring system (PAR score) และต้องมีค่า PAR score มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจึงจะเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลผู้ป่วยในเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ ในปี 2562-2564 พบว่า ผู้ป่วยตื่นช้า (delayed awakening) จำนวน 2 ราย สาเหตุจาก Hypoglycemia และมีโรคร่วมทางกาย (pulmonary embolism) -กรณีมีภาวะฉุกเฉิน/เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีการปฏิบัติ ที่มีการรักษาปฏิบัติตามแนวทางการบริหาร

ความเสี่ยงของโรงพยาบาล แนวทางของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (ACC/AHA guideline 2020) มีการซ้อมการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจยาก วิสัญญีพยาบาลจะเตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จัดเตรียมรถ Emergency และเครื่อง Defibrillator สื่อสารที่ดีกับจิตแพทย์/แพทย์ผู้รักษาทันที และกรณีผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินทางกายประสาน 1669 โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อส่งต่อและติดตามดูแลผู้ป่วยตามระบบการส่งต่อของโรงพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้นมีความปลอดภัย มีการแก้ไขภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยจิตแพทย์ผู้รักษา ให้การรักษาอย่างทันทีทันใด ผู้ป่วยปลอดภัยทุกราย จึงจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น

(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):

เพื่อบรรลุเป้าหมายหน่วยงานมีการปฏิบัติการใช้เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการให้ยาระงับความรู้สึกตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guide lines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (Safe Surgical Instrument and Device) ผลลัพธ์พบว่า 1) มีระบบการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างปลอดภัย โดยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้รับการบำรุงรักษาและสอบเทียบ ตามเกณฑ์ แต่ยังคงพบในปี 2563 สาย Treat เครื่องรักษาด้วยไฟฟ้าชำรุด ได้ทำการส่งซ่อมกับบริษัทผู้ขายและสามารถใช้งานได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ เนื่องจากหน่วยงานมีเครื่องรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 3 เครื่อง และ 2) เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้รับการทำลายเชื้อด้วยกระบวนการที่ถูกต้องตามมาตรฐาน โดยส่งทำลายเชื้อและปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลขอนแก่น

การดูแลการใช้ deep sedation

เพื่อบรรลุเป้าหมายหน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยตามระดับความลึกของการระงับความรู้สึก (Sedation score) ในระดับ deep sedation โดยการบริหารยาตามที่มาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่ บริหารยาตามหลัก 6 R คำนวณยาตามน้ำหนักตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีการเฝ้าระวังระบบหัวใจและหลอดเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และช่วยดูแลทางเดินหายใจเพราะผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกได้ โดยให้บริการในสถานที่ที่มีความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ ช่วยหายใจ อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และบริหารยาตามที่มาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งทีมการรักษามีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทันที ทำให้เกิดผลลัพธ์ จำนวนการเกิดอุบัติเหตุการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกวิธี TIVA with MAC คือ ผู้ป่วยตื่นช้า (delayed awakening) จำนวน 2 ราย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-มีระเบียบปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยาระงับความรู้สึก

-CQI การพัฒนานวัตกรรมหมอน *Ramp position* สำหรับให้บริการจัดท่าผู้ป่วยก่อนเริ่มให้บริการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนซึ่งมีความเสี่ยงมักเกิดปัญหาในการจัดการทางหายใจ การใส่ท่อหายใจยากขณะให้การนำสลบ ซึ่งการจัดท่าที่ดีจะช่วยทำให้การใส่ท่อหายใจผู้ป่วยสำเร็จและปลอดภัย

-พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโควิดสำหรับผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าในสถานการณ์โควิด-19 (COVID Free Procedure: ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อระหว่างทำหัตถการ) ตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021 (S 2: Safe Anesthesia) ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการระงับความรู้สึกผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71.การระงับความรู้สึก	3.5	L	1.พัฒนาองค์ความรู้ สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลให้สามารถให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (MECT) ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย 2.พัฒนาการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย MECT 3.พัฒนารูปแบบการบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อสื่อสารและวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ปลอดภัย 4.พัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (MECT) เพื่อนำมาวางแผนการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างปลอดภัย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-4.3 ข. การผ่าตัด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	(...../0)	-	-	-	-	-
1.ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป	ร้อยละ 3	NA	1.9 (E1 ราย)	1.0 (E1 ราย)	1.9 (E1 ราย)	1.27 (E1 ราย) (F 1 ราย/0.14 และ E 9 ราย/1.25)
2.จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน	0 ราย	0	0	0	0	0
3.จำนวนอุบัติการณ์ของอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่มีสภาพไม่สมบูรณ์และไม่พร้อมใช้	0 รายการ	0	0	1	0	0
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
<p>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เริ่มดำเนินการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (MECT) เมื่อกันยายน 2562 ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าและแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งมีข้อบ่งชี้หลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) ผู้ป่วยที่มีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช 4) ผู้ป่วย Schizophrenia Catatonia 5) Maintenance ECT หรืออื่นๆตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ทันตแพทย์ วิชาชีพพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หาย/ทุเลา จากความเจ็บป่วยทางจิตเวชและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าที่สามารถป้องกันได้</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง:</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่รักษา Modified ECT ที่มีความเสี่ยงสูง มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและมี</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง เป็นต้น 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มี BMI \geq 35 kg/m² ซึ่งมีผลต่อการช่วยหายใจลำบากและโรคทางกายที่รุนแรงได้ 3) ผู้ป่วยจิตเวชอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/EKG ผิดปกติ และ 4) ผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติอุบัติเหตุรุนแรง/มีประวัติเกี่ยวกับกระดูกและข้อ หัก หรือเคลื่อน

iii. กระบวนการ

เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่องกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดให้ยาระงับความรู้สึกที่มีการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้ดำเนินการตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า กรมสุขภาพจิต มาตรฐานการบริการการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (Safe Surgical Care Process) มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกระยะ ได้แก่ ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า ระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า หลังรักษาด้วยไฟฟ้า และการดูแลต่อเนื่อง ทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปบรรลุเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 3) ผลการปฏิบัติในปี 2562-2564 เท่ากับร้อยละ 1.0 ,1.9 และ 1.27 ตามลำดับ

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด
<p>ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง/มีภาวะความดันโลหิตสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ซักประวัติโรคประจำตัว โรคร่วมยาที่ใช้รักษา ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ประเมินผู้ป่วยตาม ASA Classes และตรวจร่างกาย Pre-anesthetic evaluation -รายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ยา premedication ตามแผนการรักษา -บริหารยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น propofol -กรณีก่อนการรักษาผู้ป่วย SBP>160 mmHg และ DBP>100 mmHg หลังนอนพักอย่างน้อย 15 นาทีวัด V/S ซ้ำ หากค่าความดัน SBP<160 mmHg และ DBP<100 mmHg ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อพิจารณา งดการรักษา และให้การรักษานอนด้วยยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบ cardiovascular ที่อาจเกิดขึ้น -ขณะและหลังการรักษา วิทยาลัยพยาบาลรายงานแพทย์ บริหารยา Nicardipine ตามแผนการรักษาเพื่อใช้ลดภาวะความดันโลหิตสูง กรณีพบว่าค่าความดันโลหิตหลังรักษา SBP>180 mmHg และ DBP>110mmHg ประเมิน V/S , EKG ,O₂ sat ทุก 5 นาทีหลังรักษา -มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึกโดยมีแนวทางที่ชัดเจนมีกล่องยา Emergency Drug Box ยาที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะระบบหัวใจ และหลอดเลือดแพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>ยาอย่างรุนแรง มีอาการชักนานมากกว่า 180 วินาที หรือมีภาวะ หลอดลมหดเกร็ง ผู้ป่วยต้องได้รับยาทันทีหลังมีคำสั่งใช้ยาจากแพทย์ ตามแนวทางปฏิบัติตามสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก -หลังให้ยาระงับความรู้สึกและหลังรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ Oxygen m a s k with bag 8-10 Lit/min ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ฟ้นจากการให้ยาระงับ ความรู้สึกไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงย้าย recovery room โดยให้การ ดูแลและเฝ้าระวังตามมาตรฐานการดูแลในห้องพักฟื้นและระหว่างรอ ฟ้น มีการยอมรับภาวะฉุกเฉินและมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ</p>
--	--

(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การศึกษาผู้เชี่ยวชาญ:

หน่วยงานมีการประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการรักษาด้วยไฟฟ้า การศึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยทีมการรักษา ได้แก่ จิตแพทย์/แพทย์ผู้รักษา วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม ร่วมวางแผนการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยแต่ละราย โดยการนำข้อมูลการประเมินผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงการประเมินความเสี่ยงก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาที่เกี่ยวข้อง ร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และบันทึกแผนการรักษาด้วยไฟฟ้า และการวินิจฉัยโรคก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าไว้ในแบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order Sheet) และแบบบันทึก Psychiatric History เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาผู้ป่วยผิดคน ทีมการรักษาได้จัดทำ Surgical Safety Checklist ทำให้ ปี 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป เกินเป้าหมายที่กำหนด

(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

จิตแพทย์/แพทย์ผู้รักษามีการอธิบายข้อมูลความจำเป็นในการรักษาด้วยไฟฟ้า ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา หลังจากผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลจนเข้าใจ จึงให้ลงนามยินยอม/ไม่ยินยอม ในการรักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาล หอผู้ป่วยในและวิสัญญีพยาบาลประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วย MECT กับผู้ป่วยและญาติซ้ำ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ไม่พบข้อร้องเรียน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวล/กลัวการรักษาด้วยไฟฟ้า

(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า โดยวิสัญญีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงและร่วมมือในการรักษา ดังนี้ 1) เตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วย โดย 1.1) ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายผู้ป่วย เพื่อแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษาตามมาตรฐานการบริการพยาบาล วิสัญญีและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า 1.2) ตรวจสอบความพร้อมของสภาพร่างกายทั่วไปที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคร่วมทางกาย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือมีปัญหาทันตกรรม ได้แก่ ฟันโยก ฯลฯ 2) เตรียมความพร้อมด้านจิตใจผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในการรักษา และ 3) ตรวจสอบและทวนสอบความถูกต้องของเอกสารแสดง ความยินยอม การระบุชื่อ นามสกุล ชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ถูกต้องตามมาตรฐานของ Surgical Safety Checklist และ 4) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้จิตแพทย์ผู้รักษาในระยะรักษาโดยหลักการ ISBAR ทำให้ในปี 2562-2564 ผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการประเมินปัญหาและเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาร้อยละ 98.39 และ 99.16 ตามลำดับ

(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า หน่วยงานมีการป้องกันการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน โดยมีกระบวนการการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย (patient Identification) ให้ถูกต้อง จากการตรวจสอบ จากป้ายที่หน้าอกผู้ป่วยที่ระบุ ชื่อ-สกุล และ HN ของผู้ป่วย และมีการทวนสอบกับตัวผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและเวชระเบียนของผู้ป่วยก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องรักษาและทวนสอบซ้ำอีกครั้งก่อนทำการรักษาทุกราย มีการปฏิบัติตามแนวทาง Surgical Safety Checklist ในกระบวนการการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่งผลให้ผลการปฏิบัติในปี 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์การรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน

(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):

- หน่วยงานมีการจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องรักษาด้วยไฟฟ้าให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (Safe Environment)

- มีการวางระบบโครงสร้างในห้องรักษาด้วยไฟฟ้าให้เกิดความปลอดภัย โดยมีการแบ่งเขต และกำหนดพื้นที่ในการทำงานในการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยการจัดสถานที่แบบเข้า – ออกทางเดียว (One way) ให้เป็นสัดส่วน มีเครื่องดับเพลิงติดตั้งที่ด้านหน้าประตูทางเข้าเป็นตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย มีเตียงรักษาพร้อมไม้กั้นเตียง จำนวน 20 เตียงและภายในห้องรักษามีแสงสว่างพอเหมาะ

- การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด เช่น pulse oximeter เครื่องรักษาไฟฟ้า เป็นต้น ปฏิบัติตามคู่มือของผู้ผลิต

- มีการจัดลำดับการเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแล (environment of care) ในผู้ป่วยสงสัยและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อ จะจัดให้ผู้ป่วยรักษาเป็นคิวสุดท้าย และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- ในสถานการณ์โควิด-19 ระบาด ในปี 2564 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโควิด สำหรับผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าในสถานการณ์โควิด -19 (COVID Free Procedure: ป้องกันการติดเชื้อและ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แพร่กระจายเชื้อระหว่างทำหัตถการ) ซึ่งสอดคล้องกับ Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021 (Safe Surgery and Invasive Procedure) ในประเด็นการบริหารจัดการ ระยะ sign in, time out และ sign out ในการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดระงับความรู้สึก

-ในปี 2562- 2564 ระบบงานของห้องรักษาด้วยไฟฟ้ามีความพร้อมในการรักษา แต่หน่วยงานยังไม่มีระบบ pipe line (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

(6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:

หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้า การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล ดังนี้) พยาบาลหอผู้ป่วยในลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ OPD-IPD online เพื่อส่งผู้ป่วยมารักษาด้วยไฟฟ้า ในวันที่ทำการรักษาจิตแพทย์จะประเมินผู้ป่วยซ้ำทุกราย ก่อนรักษา มีการตรวจสอบความถูกต้องและความพร้อมของผู้ป่วยซ้ำ ได้แก่ คำสั่งการรักษา ใบบินยอมให้รักษา การงดน้ำงดอาหารความสะอาด /ความพร้อมร่างกายและระหว่างการรักษา บันทึกกระแสไฟ ระยะเวลาการชั๊กและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษารวมถึงสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการข้างเคียงหลังการรักษา เพื่อสื่อสารและส่งต่อข้อมูลให้ หอผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง 2) ขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า วิทยาลัยพยาบาลจะบันทึกชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก/ยาคลายกล้ามเนื้อ ชนิดการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวนครั้ง เวลาก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เวลาหลังให้ยาระงับความรู้สึก เวลาที่เริ่มรักษา เวลาหลังรักษาทันทีและทุก 5 นาที ตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงปัญหาที่พบ/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้าฯ ส่งผลให้การบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าของหน่วยงาน ในปี 2562 - 2564 เท่ากับร้อยละ 87.37, 96.08, 97.67, ตามลำดับ

(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:

เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการรักษาด้วยไฟฟ้า หน่วยงานมีการดูแลและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้า 4 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพ/วิทยาลัยพยาบาล มีการบันทึกสัญญาณชีพ Oxygen saturation ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าและอาการข้างเคียง รวมถึงวิทยาลัยพยาบาลมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังรักษา 4 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินและติดตามเกี่ยวกับอาการทางจิต (ค่าคะแนนอาการทางจิต : BPRS) ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อน/การรักษาที่ได้รับ (ถ้ามี) สัญญาณชีพ และบันทึกในแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า ฯ เพื่อนำมาวางแผนการรักษาพยาบาลครั้งต่อไปเป็นการดูแลต่อเนื่อง

การติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง

ปี 2562 ดังนี้

1) ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ร้อยละ 6.65

2) ปวดศีรษะ /ปวดกล้ามเนื้อ /คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 7.08 ไม่ต้องรักษาเพิ่ม

3) ปวดศีรษะ/ปวดกล้ามเนื้อ/คลื่นไส้อาเจียนได้รับรักษาด้วยยาเพิ่ม ร้อยละ 4.18 และร้อยละ

3.72 ปี 2563 ดังนี้

1) ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ร้อยละ 5.64

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- 2) ปวดศีรษะ /ปวดกล้ามเนื้อ /คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 6.48 ไม่ต้องรักษาเพิ่ม
- 3) ปวดศีรษะ/ปวดกล้ามเนื้อ/คลื่นไส้อาเจียนได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่ม ร้อยละ 4.88 และร้อยละ 4.72

ปี 2564 ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ร้อยละ 3.14
- 2) ปวดศีรษะ /ปวดกล้ามเนื้อ /คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.51 ไม่ต้องรักษาเพิ่ม
- 3) ปวดศีรษะ /ปวดกล้ามเนื้อ /คลื่นไส้อาเจียนได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่ม ร้อยละ 1.67 และ พบว่า ในปี 2564 (เริ่มดำเนินการ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าคะแนน BPRS ลดลง โดย BPRS ก่อนการรักษาอยู่ในช่วง 58 - 69 คะแนน หลังรักษาอยู่ในช่วง BPRS 37- 43 คะแนน และไม่มีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา

(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:

หน่วยงานมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในการรักษาด้วยไฟฟ้า ดังนี้ 1) มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อโควิด 19 ก่อนรับไว้รักษาและก่อน Refer

ซักประวัติการสัมผัสเชื้อ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษต่างๆ ตามแนวทาง Pre- labs for ECT รวมถึงการประเมินซ้ำก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้าทุกราย2) ผู้ป่วยที่สงสัยสัมผัส/มีประวัติเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ เคยมีประวัติเป็นวัณโรคแต่ไม่ทราบประวัติการรักษา เนื่องจากผู้ดูแลไม่ทราบประวัติการรักษาและผู้ป่วยมีการรับรู้ไม่ดี หากแพทย์พิจารณาว่าเสี่ยงอันตรายและผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ทีมการรักษาจะจัดลำดับคิวให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นคิวสุดท้าย ปิดเครื่องปรับอากาศในห้องรักษา หลังการรักษาให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องรักษาและไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกมาห้องพักฟื้น 3) ทีมการรักษาสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal protective equipment) ขณะให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 4) หลังให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้า มีการทำความสะอาดห้องและเตียงรักษาด้วยน้ำยาไฮเตอร์ผสมน้ำสะอาดอัตราส่วน 1:100 5) ทำความสะอาดวัสดุ อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ Virulex และ Post quat PAD และ 6) มีการแยกผ้าเปื้อนติดเชื้อใส่ถุงขยะสีแดง และระบุป้ายผ้าเปื้อนติดเชื้อ ส่งทำความสะอาดที่งานซักฟอก

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

มีการนำ Surgical Safety Checklist มาประยุกต์ใช้ : ECT Safety Checklist ในกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า 3 ระยะ คือ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า (Time out) และก่อนผู้ป่วยออกจากห้องรักษาด้วยไฟฟ้า (Sign out) เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ และมีการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS ก่อนและหลังรักษาด้วยไฟฟ้า (ครบ course) เพื่อประเมินการหาย/ทุเลาจากอาการทางจิตเวชหลังรักษาด้วยไฟฟ้าครบตามแผนการรักษา

มีการสำรวจความพึงพอใจต่อบริการการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในเดือน เมษายน - เดือน กันยายน 2564 จำนวน 119 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้า ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ให้บริการรักษาของหน่วยงาน พบว่า ความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 97.85

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71.การผ่าตัด	3	L	<p>1.พัฒนาการการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดระงับความรู้สึก ในสถานการณโรคอุบัติใหม่ ภายใต้ อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>2.พัฒนาสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ : ปรับโครงสร้างห้องเตรียมก่อนรักษาให้เกิดการรอคอยที่มีคุณค่า รู้สึกผ่อนคลาย รวมถึงห้องรักษา และห้องพักฟื้นเป็นระบบ pipeline system เพื่อความสะดวก ปลอดภัยของ ผู้ให้และผู้รับบริการ ตามมาตรฐาน 2P Safety (วางแผนย้ายสถานที่มาอาคารใหม่เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า ปีงบประมาณ 2565)</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละของอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	มากกว่า 95 %	99.18	88.74	98.47	98.75	98.37
2. ร้อยละของการสำรวจแบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 30 ข้อ	มากกว่า 93 %	เริ่มใช้ปี 2562		94.69	95.82	96.17
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับอาหารถูกต้อง	มากกว่า 95 %	100	96.37	99.16	100	99.95
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาโภชนาการได้รับการติดตาม	มากกว่า 95 %	88.2	83.9	96.66	100	95.13
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการให้บริการ	มากกว่า 98 %	99.23	80.78	97.61	98.53	98.82
6. ร้อยละของการดำเนินการเบิกจ่ายค่าอาหารผู้ป่วยเป็นไปตามแผนที่กำหนด	มากกว่า 95 %	เริ่มใช้ปี 2564				100
ii. บริบท						
กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: กลุ่มงานโภชนาการ มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการดูแลด้านโภชนาการและโภชนบำบัดในให้ได้รับปริมาณสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวันและถูกต้องตามโรคในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมทางกายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ด้านงานโภชนาการ ผลิตอาหารควบคุมการผลิตอาหาร ให้ผลิตอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัดอย่างมีคุณภาพ ตรงตามเวลาที่กำหนด มีความพึงพอใจ ใฝ่ระวังความสะอาดและปลอดภัย ของ น้ำ ภาชนะ อุปกรณ์ และมีผู้สัมผัสอาหาร สนับสนุนพัฒนาทบทวนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลแก่บุคลากรกลุ่มงานโภชนาการและพนักงานประกอบอาหาร ควบคุมการจัดซื้อ จัดจ้าง ตรวจจับ เบิกจ่ายวัสดุบริโภคให้ถูกต้องตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ					
อาหารสำหรับผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol Diet)	-ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยคัดกรองเบื้องต้น จากข้อมูลที่ระบุในประวัติการรักษาผู้ป่วย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย (BMI) ผลข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลเพื่อใฝ่ระวังและติดตาม -จัดอาหาร โดยคำนวณพลังงาน 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรี โดยเฉลี่ย พลังงานจะถูกคำนวณให้เหมาะสมกับความต้องการ โดยจัด					

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) SAR 2020

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>อาหารที่เสริมวิตามินบี 1 หรือ ไทอามีน อาหารที่มีสารโปตัสเซียมสูง เนื่องจากผลการเจาะหา electrolyteจากห้องปฏิบัติการพบผู้ป่วยขาดโปตัสเซียม และมีภาวะขาดสารอาหารที่จำเป็นอื่นๆร่วม เนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการในแต่ละวัน เพราะดื่มสุราซึ่งมีพลังงานที่สูงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงและขัดขวางการดูดซึมวิตามินที่สำคัญ เช่น วิตามินบี 1 ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดอาการถอนพิษสุราอาหารสำหรับผู้ป่วยสุราจะเป็นอาหารตามรายการเมนูหลัก แต่จะเพิ่มน้ำหวาน ผลิตภัณฑ์จากเต้าหู้ในอาหาร ทั้งยังเพิ่มโปรตีนเกษตร ในทุกมื้ออาหาร</p> <p>-ติดตามการรับประทานอาหารผู้ป่วยที่ติด โดยเจ้าหน้าที่โภชนาการที่ปฏิบัติงานประจำวัน</p>
<p>อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือจิตเวชทั่วไป (Schizophrenia)</p>	<p>- การจัดหาอาหารสำหรับผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวชทั่วไป โดยจะคำนวณให้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางกาย จัดเป็นอาหารธรรมดา พลังงานอยู่ที่ 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรี</p> <p>ข้อควรเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยจะช้ยาในการรักษา คือ Clozapine ซึ่งมีผลข้างเคียงให้กระตุ้นความอยากอาหาร เมื่อกินอาหารเยอะจึงเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงหรือ Metabolic Syndromeกลุ่มงานโภชนาการจึงทำการ คัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง อ้วนลงพุง รอบเอวเกิน และมีโรคร่วมทางกาย โดยจำกัดพลังงานให้เหมาะสมและเฝ้าระวังอาหารที่กระตุ้นการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมทางกาย ที่เป็นอยู่ และติดตามประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษารวมทั้งให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p>
<p>อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression)</p>	<p>- การจัดหาอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจะคำนวณให้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางกาย จัดเป็นอาหารธรรมดา พลังงานอยู่ที่ 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรี</p> <p>โดยในการจัดหาอาหารผู้ป่วยในบางกลุ่มจะจัดหาอาหารโดยอิงตามความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วย เนื่องจากหากมีอาการหลงผิดไม่ทำตามที่ร้องขอผู้ป่วยจะไม่ยอมรับรับประทานอาหารจนอาจเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์จนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้</p> <p>ข้อควรเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะช้ยาในการรักษา คือ fluoxetineซึ่งมีผลข้างเคียงให้กระตุ้นความอยากอาหาร เมื่อกินอาหารเยอะจึงเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>Syndrome กลุ่มงานโภชนาการจึงทำการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง อ้วนลงพุง รอบเอวเกิน และมีโรคร่วมทางกาย โดยจำกัดพลังงานให้เหมาะสมและเฝ้าระวังอาหารที่กระตุ้นการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมทางกายที่เป็นอยู่ และติดตามประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการรักษา รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p>
<p>อาหารสำหรับผู้ป่วยสารเสพติด (Substance)</p>	<p>- การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยสารเสพติด โดยจะคำนวณให้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางกาย จัดเป็นอาหารธรรมดา พลังงานอยู่ที่ 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรี</p> <p>- จัดให้หมีน้ำเต้าหู้มีเชื้อ เนื่องจากน้ำเต้าหู้มีสารที่ช่วยลดอาการเครียดคือสารเลซีทีนช่วยบำรุงสมองและระบบประสาท ทั้งยังมีแคลเซียมสูงและอุดมไปด้วยโปรตีน มีใยอาหารสูง ช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย โดยในการจัดอาหารผู้ป่วยในบางกลุ่มจะจัดอาหารโดยอิงตามความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วย เนื่องจากหากมีอาการหลงผิดไม่ปฏิบัติตามที่ร้องขอผู้ป่วยจะไม่ยอมรับประทานอาหารจนอาจเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์จนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้</p>
<p>กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย</p>	<p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมและกระตุ้นการเจ็บป่วย</p> <p>ตัวอย่างเช่น</p> <p>ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย</p> <p>-ความดันโลหิตสูง จัดอาหารที่จำกัดรสชาติ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม เพิ่มเมนูรายการผัก และผลไม้ไม่หวานจัด งดอาหารแปรรูป เนื้อสัตว์ไขมันสูง</p> <p>-เบาหวาน จำกัดอาหารประเภทแป้ง ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทเชิงซ้อน ข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย ข้าวขาวผสมข้าวกล้อง งดข้าวเหนียว งดอาหารว่างประเภทเบเกอรี่และเครื่องดื่มปรุงที่มีรสหวาน ผลไม้ที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง เน้นให้รับประทานผลไม้ที่ค่าการดูดซึมน้ำตาลต่ำ เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร สาลี่ แอปเปิ้ลแดง กล้วย เป็นต้น ทั้งนี้ นักโภชนาการ โภชนาการ จะติดตามค่าน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้</p> <p>-อาหารโรคเก๊าท์ จัดอาหาร งดสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์ ยอดผัก ถั่ว และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากถั่ว น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง</p>

	<p>-อาหารไขมันต่ำ จำกัดเนื้อสัตว์ไขมันสูง เน้นเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ออกไก่ งดเบเกอรี่หรือผลิตภัณฑ์ ที่มีความเสี่ยงมีส่วนผสมของไขมันทรานส์ (ไขมันอิ่มตัว) เน้นการปรุงอาหาร ประเภท ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ผัดน้ำมันน้อย</p> <p>-อาหารพลังงานต่ำ จำกัดอาหารประเภทแป้ง ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตประเภทเชิงซ้อน ข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย ข้าวขาวผสมข้าวกล้อง งดข้าวเหนียว งดอาหารว่างประเภทเบเกอรี่และเครื่องดื่มปรุงที่มีรสหวาน ผลไม้ที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง เน้นให้รับประทานผักและผลไม้ที่ค่าการดูดซึมน้ำตาลต่ำ เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร สาลี่ แอปเปิ้ลแดง กล้วย เป็นต้นพลังงานอยู่ที่ 1,800 กิโลแคลอรี</p> <p>-อาหารพลังงานสูง อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยที่ผอม खाตาอาหาร เพื่อเพิ่มน้ำหนักตัวให้มากขึ้น การจัดอาหารเพิ่มพลังงานจะเพิ่มปริมาณพลังงานที่ละน้อยเพราะการเพิ่มเร็วเกินไปผู้ป่วยอาจรับประทานไม่ได้ พลังงานอยู่ที่ 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรี อาหารพลังงานสูงจะเป็นอาหารตามรายการเมนูหลัก แต่จะเพิ่มไขมัน ในมือเช้า เพิ่มเนื้อสัตว์ 2 ซ้อนโต๊ะมือกลางวัน และเพิ่มน้ำเต้าหู้ในมือเย็น</p>
--	---

(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

กลุ่มงานโภชนาการจัดทำอาหาร โดยการคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงาน เพื่อกำหนดส่วนประกอบวัตถุดิบและปริมาณอาหารปรุงสุก โดยการบริการอาหารของกลุ่มงานโภชนาการ แบ่งเป็น 2 แบบ ผู้ป่วยสามัญเป็นการบริการอาหารแบบ Decentralized system พนักงานปรุงประกอบอาหารเป็นผู้นำส่ง โดยใช้รถเข็นอาหารสแตนเลส อาหารจะถูกบรรจุใส่ในหม้อหลายขนาด แยกถาดอาหารและช้อน ส่วนอาหารสามัญเฉพาะโรคและอาหารพิเศษบริการแบบ Centralized system ซึ่งจัดใส่ภาชนะพร้อมถาดติดป้ายกำกับอาหารผู้ป่วยที่ภาชนะบรรจุอาหาร จากกลุ่มงานโภชนาการ นำส่งที่หอผู้ป่วย ทั้ง 3 มื้อ และเมื่อรับประทานแล้วเสร็จทางพนักงานเป็นผู้เข้าไปเก็บภาชนะเพื่อนำมาล้างที่กลุ่มงานโภชนาการ

การสั่งอาหาร กลุ่มงานโภชนาการรับแจ้งการเบี่ยงเบนอาหารผู้ป่วย Online

เมื่อทราบยอดผู้ป่วยประจำวัน นำมาคัดแยกประเภทอาหาร เช่น อาหารธรรมดา-อ่อน สามัญ พิเศษ อาหารอิสลาม เจ มังสวิรัติและอาหารเฉพาะโรคของแต่ละหอผู้ป่วย และคำนวณส่วนประกอบของอาหารแต่ละประเภท ให้เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อให้บริษัทรับเหมาประกอบอาหารดำเนินการภายใต้การควบคุมคุณภาพของกลุ่มงานโภชนาการ

การป้องกันความเสี่ยง

ตรวจคุณภาพวัสดุบริโภค : มีมาตรฐาน คุณภาพดี และตรงตามสัญญาอาหาร

ตรวจสอบส่วนประกอบอาหาร: ตามชนิดและปริมาณตรงตามที่กำหนด

ควบคุมการปรุงอาหาร : ปรุงถูกต้องตามขั้นตอนและถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร

การตักแบ่งอาหาร : อาหารธรรมดา ตักแบ่งปริมาณตามใบแจ้งยอดจากหอผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรคจัดตามปริมาณที่คำนวณไว้แต่ละราย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตรวจสอบความถูกต้องการจัดอาหาร : ตรวจสอบความถูกต้องของอาหารธรรมดา อาหารเฉพาะโรค และโภชนา ตามใบแจ้งยอดจากหอผู้ป่วย

เฝ้าระวังความปลอดภัยวัตถุดิบประกอบอาหาร : ตรวจหายาฆ่าแมลงก่อนล้างและหลังล้าง สารบอ แร็กซ์สารฟอกขาว โดยชุดทดสอบพื้นฐาน ทุก 1 เดือน

เฝ้าระวังความสะอาดมือผู้สัมผัสอาหาร : ตรวจสอบความสะอาดมือผู้สัมผัสอาหาร ด้วยชุดทดสอบ พื้นฐาน SI2 ทุกเดือน

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทาง โภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ :

- อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย จัดอาหาร 1 ที่ ต่อ 1 ราย มีป้ายชื่อกำกับ โดยระบุ ชื่อผู้ป่วยและชื่อโรค

- การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ ภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน โดยการซักประวัติจากแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย หาข้อมูลโรคแทรกซ้อนทางกายจากแฟ้มประวัติ ตรวจผลจากห้องปฏิบัติการ (lab) ของผู้ป่วยที่มีข้อวินิจฉัยของแพทย์และการคัดกรองจากพยาบาล บันทึกเอกสารการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ / โภชนาการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ :

วิธีดำเนินการ

1.ตรวจหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยสุราและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมทางกาย โดยใช้น้ำหนักตัวปัจจุบันหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง และคำนวณหาน้ำหนักมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ Ideal body weight

2.คำนวณปริมาณ สารอาหารพลังงาน และประเภทของอาหาร ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามภาวะแทรกซ้อน

3.ควบคุมการประกอบอาหาร ให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัดตามรายตามโรค ปริมาณ ถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละราย

4.ติดตามผลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยและบันทึกไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องและนำข้อมูลมาปรับปรุงในกรณีที่เกิดปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

5.ประเมินภาวะโภชนาการหลังการติดตามผล โดยเฉพาะผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีขึ้น ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

1.นักโภชนาการ/โภชนากรให้ความรู้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลและญาติบางราย

2.นักโภชนาการ/โภชนากร ให้ความรู้กลุ่มโภชนบำบัดในผู้ป่วยสุรา และโรคจิตเวชฯ อื่นๆ

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของโภชนาและเศษอาหาร:

การผลิตอาหารผู้ป่วยมีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักโภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร กำหนดให้ใช้วัสดุบริโภคที่นำมาผลิตอาหารสำหรับผู้ป่วยมีมาตรฐานอุตสาหกรรม (ม.อ.ก) เลขทะเบียนตำรับอาหารหรือเครื่องหมายรับรองคุณภาพอาหาร(อ.ย) จัดซื้อในแหล่งที่มีการรับรองคุณภาพ

การจัดเก็บอาหารสดและอาหารแห้ง

การเก็บอาหารแห้งในอุณหภูมิห้องอากาศถ่ายเทได้สะดวกติดป้ายบ่งชี้ในการจัดเรียง อาหารสด ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ เพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพของอาหาร เนื้อสัตว์เก็บในอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส ผักสด เก็บที่อุณหภูมิ 8 - 10 องศาเซลเซียส

การส่งมอบอาหาร

เพื่อสะดวกต่อการบริการอาหารผู้ป่วยและถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ได้ใช้รถเข็นอาหารสแตนเลสแบบตู้ขนส่งอาหารที่ปิดคลุมมิดชิด การส่งมอบและรับมอบอาหาร มีการบันทึก โดยการตรวจสอบจากใบแจ้งยอดอาหารจากหอผู้ป่วย โดยบุคลากรของหอผู้ป่วยตรวจนับจำนวนครบ ถูกต้อง เพื่อป้องกันการส่งอาหารผิดพลาด

การล้างและจัดเก็บภาชนะอุปกรณ์

การล้างภาชนะด้วยเครื่องล้างจานอัตโนมัติ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

1. บุคลากรกลุ่มงานโภชนาการได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง
2. การควบคุมมาตรฐานความปลอดภัยของอาหาร มีข้อกำหนดการควบคุมอาหาร น้ำ ภาชนะและอุปกรณ์ ให้สะอาดปลอดภัยจากเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย มีการสุ่มตรวจความสะอาดของภาชนะ อุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหาร เดือนละ 1 ครั้ง
3. อาหารผู้ป่วยติดเชื้อมีการแยกภาชนะบรรจุอาหารสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ ระบุชื่อผู้ป่วยและหอผู้ป่วย ก่อนนำกลับทางหอผู้ป่วยจะบรรจุภาชนะใส่ในถุงพลาสติกสีแดง การล้างภาชนะแยกล้างและผ่านความร้อน
4. การแยกเส้นทางอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคเพื่อไปบริการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและเส้นทางภาชนะกลับจากหอผู้ป่วยไปหน่วยล้างภาชนะแยกเส้นทางอย่างชัดเจน
5. ถังขยะมีฝาปิดมิดชิด มีการคัดแยกขยะ เช่น ขยะเปียก ขยะแห้ง ขยะรีไซเคิล ส่วนขยะเปียกนำไปทิ้งทุกวัน
6. เศษอาหารเหลือจากหอผู้ป่วยและโรงเลี้ยงบรรจุในถังมีฝาปิดมิดชิด
7. ล้างทำความสะอาดครัวและบริเวณรอบๆ ทุกวันพฤษภาคม และวันอาทิตย์ ทำกิจกรรม 5 ส.

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการดำเนินงานตามขั้นตอนกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ
- ควบคุมกำกับติดตาม การปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขวิทยาส่วนบุคคลของพนักงาน
- ดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาจนมีอาการดีและกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และสังคมได้อย่างภาคภูมิใจ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71.อาหารและโภชนาบำบัด	3	L	1.โครงการตรวจสอบความสะอาดของอาหาร น้ำ ภาชนะอุปกรณ์ และมือผู้สัมผัสอาหาร 2.โครงการปลูกพืชสมุนไพรและผักสวนครัวปลอดสารพิษ เพื่อนำมาเป็นวัตถุดิบประกอบอาหารให้แก่ผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			<p>3.โครงการ Google form แบบสอบถามความพึงใจสองด้าน</p> <p>4.พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการบริการอาหารผู้ป่วยและนำปัญหาที่พบจากการให้บริการมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ</p> <p>5.พัฒนากระบวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมใน แต่ละโรค</p>
--	--	--	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีระดับคะแนนรวมของศักยภาพตามแบบประเมิน LSA:30 ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	มากกว่า ร้อยละ 80	NA	95.45	81.5	74.34	77.12
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	มากกว่า ร้อยละ 85	NA	89.13	88.46	85.95	93.89
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น	มากกว่า ร้อยละ 85	90.10	97.72	89.63	91.57	86.63
4. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ	มากกว่า ร้อยละ 100	100	99.78	100	100	100
5. ร้อยละของการร่วมทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในชุมชน	มากกว่า ร้อยละ 100	NA	NA	83.33	100	100

ii. บริบท

ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ตามกรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery model) มีการประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษา (ระยะ acute phase , stabilization phase) โดยหอผู้ป่วยชงโคล่าง หอผู้ป่วยฝ่ายค้ำล่างหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าล่าง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (ระยะ Maintenance phase และ Recovery phase) ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพตามปัญหา โดย หอผู้ป่วยชงโคบนหอผู้ป่วยฝ่ายค้ำบนหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าบนหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาวะราชพฤกษ์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและศูนย์ฟื้นฟูสภาวะตอนดู จะให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยการส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะการทำงานพื้นฐาน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทุเลา หาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดูแลตนเองดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ตามศักยภาพ เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะเป็นกระบวนการคงไว้ซึ่งทักษะที่ผู้ป่วยมีอยู่ไม่ให้เสื่อมถอยและพัฒนาทักษะที่บกพร่องให้ดีขึ้นในกรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะมีการวางแผนดำเนินงานร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ในชุมชนกรณีได้รับการร้องขอ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพที่เป็นอยู่

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง/ยุ่งยากซับซ้อน

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
1.ผู้ป่วยโรคจิตเภท	-พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทตามStaging โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery model) โดยทีมสหวิชาชีพมีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพให้ครอบคลุมทุกด้านโดยพิจารณาจากโรคระดับความรุนแรงของอาการได้แก่ -โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยจิตเภท -กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาทักษะความสามารถด้านการงานพื้นฐานอาชีพ -โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

-การประเมินเพื่อให้บริการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

1) แบบประเมิน BPRS โดยผู้ป่วยที่จะเข้ารับการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพต้องมีคะแนน < 37

2) แบบประเมิน LSA : 30 กรมสุขภาพจิต(Living Skill Assessment) สำหรับประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (แบบประเมิน 6 ทักษะ ระดับคะแนนความสามารถ ตั้งแต่ระดับ 0,1,2,3, และ4)โดยผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีระดับคะแนนความสามารถตั้งแต่ ระดับ 2 ขึ้นไป

3) แบบประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม

4) แบบประเมิน SAVE ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่มีพฤติกรรม

หลบหนี 5) ไม่มีโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

-การฟื้นฟูในสถานพยาบาล

ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชทั้งชายและหญิงในกรณีที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน ญาติและชุมชนไม่ยอมรับ ทีมสหวิชาชีพจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพผู้ป่วย สำหรับดำเนินการส่งเสริมศักยภาพการดูแลฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องในชุมชน

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฏระเบียบ ข้อบังคับ:

-ปฏิบัติตามมาตรฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้กรอบแนวคิด recovery model

-จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

-พรบ. เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ

-พรบ. สุขภาพจิต 2551

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-พรบ. ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพเช่นแพทย์พ.ศ. 2525 และที่แก้ไขเพิ่มเติมพ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมนักจิตวิทยาพ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติมฯ

-พรบ. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร / สารสนเทศ

-พรบ. คอมพิวเตอร์

-กฎกระทรวงกำหนดให้หน่วยงานอื่นเป็นหน่วยงานของรัฐตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐพ.ศ. 2560

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู เป็นหน่วยงานหนึ่งในการดำเนินโครงการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่าย และส่งผลให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้รับรางวัลเลิศรัฐ ระดับดี ในปี 2562 และเป็นส่วนหนึ่งในการยกระดับการประกวดรางวัล green and clean ของโรงพยาบาลฯจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ในปี 2562

2. กิจกรรมการนำน้ำยาล้างจานและสบู่เหลวอาบน้ำโดยผู้ป่วยที่ไปฝึกทักษะการทำงานในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู มีส่วนร่วมในการผลิตเมื่อทำเสร็จแล้วจะทำการบรรจุภัณฑ์ และนำผลิตภัณฑ์ที่ได้ทั้งหมดส่งให้งานพัสดุและจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้หน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาลฯได้เบิกไปใช้เป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุดังกล่าว ได้ถึง 47 %

3. ปี 2562 ผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ที่จำหน่ายกลับบ้านแล้ว และเมื่อมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด ผู้ป่วยจะนำกะลาจากบ้านมาให้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูทุกครั้ง และสอบถามถึงขั้นตอนการทำกิจกรรมงานกะลา เพื่อนำความรู้ที่ได้รับกลับไปต่อยอดเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเอง รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

4. ปี 2562 ผู้ป่วยชาย 1 รายที่เข้ารับการฟื้นฟูทักษะชีวิตในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดูได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร peer support ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จนจบหลักสูตร และเข้าสู่กระบวนการจ้างงานที่สมาคมสายใยครอบครัว (Family link)

5. เดือน กรกฎาคม-ตุลาคม 2563 ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู ได้ทดลองให้ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนจำนวน 1 ราย มีประวัติทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิตได้รับโทษคุมขังในเรือนจำจนพ้นโทษแล้ว และมีปัญหาเรื่องกลับมารักษาซ้ำบ่อย เนื่องจากชุมชนไม่ยอมรับแม้ว่าจะได้ทำประชาคมหลายรอบแล้วโดยได้เข้าพักอาศัยอยู่ร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครฯ ภายในบ้านพักเจ้าหน้าที่ของศูนย์เดอนดู ภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงที่ทำขึ้นร่วมกับญาติและผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดอยู่ในศูนย์เดอนดู 2 สัปดาห์ และทดลองให้กลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ หมุนเวียนจนครบ 4 เดือน แล้วจึงให้กลับไปอยู่ที่บ้านแบบถาวร โดยในระหว่างที่กลับไปอยู่บ้าน 2 สัปดาห์ พยาบาลจะให้การบ้านผู้ป่วยนำกลับไปทำ และให้รายงานผลเมื่อกลับมาเข้ามาอยู่อีกรอบ ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี ชุมชนยอมรับครอบครัวผู้ป่วยพึงพอใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ต่างชื่นชมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบปัญหาการกลับมารักษาซ้ำอีก

6. ปีงบประมาณ 2564 ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเดอนดู ได้ดำเนินการ ทำแปลงโคก หนองนา โมเดล ใช้พื้นที่ ประมาณ 5 ไร่ โดยกำหนดให้เป็นศูนย์เรียนรู้ โคก หนอง นา เพื่อการบำบัดทางจิตใจและสังคม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช/ญาติผู้ป่วย/ชุมชน ได้เข้ามาเรียนรู้ศึกษารูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการประกอบอาชีพที่พอเพียงมั่นคงและยั่งยืน ภายหลังกดำเนินการเสร็จสิ้น ได้มีหน่วยงานหลายหน่วยงานเข้ามา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เยี่ยมชมพื้นที่ เช่น แพทย์ประจำบ้านภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีอุตร และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลอื่นๆ ได้นำนักศึกษาพยาบาลเข้าเยี่ยมชมและศึกษารูปแบบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชภายในแปลง โคกหนองนา โมเดล

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74.การฟื้นฟูสภาพ	3.5	I	-โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อทักษะการดูแลตนเอง อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง -จัดสรรพื้นที่แปลงโคกหนองนา โมเดล ในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนดูแลผู้ป่วยนอกทดลองประกอบอาชีพ -การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนแบบรายกรณี (Case management)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เหมาะสม						
1. ร้อยละของการทุเลาหรือหายจากการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (BPRS) คะแนน ≤ 27 ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	ร้อยละ 75	NA	94.74	99.82	96.76	98.88
2. ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกินร้อยละ 10	NA	20.23	17.15	16.05	13.69
ปลอดภัย						
1. จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ	0 ราย	0	0	0	0	1
2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	0 ราย	0	1	1	1	1
3. จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย	0 ราย	8	12	3	7	11
4. จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ	0 ราย	4	5	14	12	13
5. ร้อยละผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุระดับ G H I	ร้อยละ 0	0	0	0.05	1.67	0
6. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR ระดับ E ขึ้นไป)	0 ราย	1	0	3	5	4
ทันเวลา						
1. รายงานคำวิกฤต / ผลด่วนภายใน 5 นาที หลังจากผลการวิเคราะห์เสร็จสิ้น	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเกิน 3 วันของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมด	น้อยกว่าร้อยละ 5	2.66	1.15	4.97	4.13	1.52
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความคิด/พฤติกรรมฆ่าตัวตายระดับเสี่ยง	ร้อยละ 75	76.14	63.42	83.42	85.98	88.84

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สูงลดลงเหลือระดับ ปานกลาง ใน 3 วัน						
4.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทมีผล การประเมินค่าคะแนน BPRS ลดลง ≤ 47 คะแนนใน 7 วัน	ร้อยละ 80	NA	78.19	93.48	93.38	94.61

ii. บริบท

: กลุ่มผู้ป่วย (ตามบริบทโรงพยาบาล/หน่วยงาน)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง ปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3,359 คน โรคหลักที่แพทย์รับไว้รักษาคือโรคจิตเภท จำนวน 1,024 คน คิดเป็นร้อยละ 30.49 โรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากสารกระตุ้นระบบประสาท จำนวน 798 คน คิดเป็นร้อยละ 23.75 โรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพยาเสพติดต่อจิตประสาทไม่ว่าจะจากการเสพยาหลายขนาน จำนวน 713 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 โรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากแอลกอฮอล์ จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 6.13 และ Major Depressive Disorder จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 3.42 ของผู้ป่วยรับไว้รักษา ตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาเพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันเวลา โดยใช้เครื่องมือตามแนวทางการปฏิบัติเฉพาะโรคกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ มีการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงโดยนำตัวชี้วัดที่เป็นความเสี่ยงมาวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาที่แท้จริงและนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยใช้ Trigger tool, Case conference, Clinical tracer, Pre-post conference ทบทวนเวชระเบียน เป็นต้น และพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องมีเป้าหมายที่สำคัญคือการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมปลอดภัยและทันเวลา

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
(F20) โรคจิตเภท	ปรับปรุง CPG สื่อสารให้ใช้ทั่วทั้งองค์กร
(F10-F19) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	
(F32) ภาวะซึมเศร้า	

(1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลในทุกจิตบริการเป็รไปตามหบกปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน:

-มีการพัฒนาบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพด้านทักษะ ความชำนาญในการทำงาน ตลอดจนปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรทุกระดับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรทำได้ด้วยวิธีการฝึกอบรมระยะสั้น และมีระบบการ training โดยพยาบาลพี่เลี้ยงและได้รับการนิเทศงานจากหัวหน้างานเพื่อบุคลากรนั้นๆ จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ และมุ่งไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

-การให้บริการผู้ป่วย ได้มีการจัดทำ Job Description และ Job Specification โดยพิจารณาจัดสรรบุคลากรตามสมรรถนะที่จำเป็นตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เมื่อพบว่าผลการประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะทางเทคนิคของ บุคลากรไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จะมีการ ส่งอบรมภายนอก-ในโรงพยาบาล และ/หรือด้วยวิธีการพัฒนาต่างๆตามแผน IDP ของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดของอัตรากำลังพยาบาล ทำให้จำเป็นต้องมีการหมุนเวียนบุคลากรทดแทน ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถทำงานทดแทนกันได้ และมีการนิเทศ ประเมินสมรรถนะบุคลากรให้มีความเหมาะสมตามรอบระยะเวลา เช่น แพทย์ ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้การรักษาโดยใช้ระบบแพทย์เจ้าของไข้ และมีการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า กรณีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทบทวนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับหอผู้ป่วยเฉพาะโรคและพฤติกรรมมีการประเมินสมรรถนะทุก 1 ปี กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ มีการพัฒนาโดยการอบรม สอนงาน นิเทศ และศึกษาด้วยตนเอง

-มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมผู้ป่วยระยะเร่งรัดบำบัดและบำบัดระยะยาวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มการจัดการกับความโกรธกลุ่มการจัดการกับหิวแ่ว และการฟื้นฟูสุขภาพะ:เกษตรกรรมบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการเข้ากลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติดและกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติด ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุขกลุ่มการแก้ไขปัญหา และกลุ่มสร้างความเข้มแข็งทางใจ

(2) องค์กรมีจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว

สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:

-มีการจัดพื้นที่ให้มีบรรยากาศคล้ายบ้าน โดยจัดสวนหย่อมที่สวยงาม ร่มรื่น มีเรือนเี่ยมญาติ มีช่องทางของการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก มีที่นั่งสำหรับพระภิกษุ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีห้องให้บริการ และ ห้องสังเกตอาการเฉพาะ ให้ได้รับการดูแลใกล้ชิด

-ผู้ป่วยนิติจิตเวช จะได้รับการปกป้องสิทธิ์โดยการจัดพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ สำหรับหอผู้ป่วยมีการจัดให้การดูแลแบบหอผู้ป่วยเฉพาะโรค/พฤติกรรม เพื่อความปลอดภัย และเอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ

-ช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 มีการคัดกรอง สแกนอุณหภูมิ ก่อนเข้าอาคาร การจัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ระยะห่างในการให้บริการตาม Social distancing มากกว่า 1 เมตร มีแอลกอฮอล์เจลไว้บริการตามจุดต่างๆ อย่างทั่วถึงและมี การสื่อสารประชาสัมพันธ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19แก่ผู้รับบริการ และมีรายงานผลการเฝ้าระวัง COVID-19 ของโรงพยาบาลและอัปเดตข้อมูลทุกวัน ทำให้มีระบบการคัดกรองและผู้บริหารใช้ข้อมูลในการบริหารPPE และวัสดุทางการแพทย์ให้พร้อมใช้

-มีระบบคัดกรอง COVID-19 ทั้งก่อนส่งและรับrefer ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งในและนอกโรงพยาบาล

-จัดตั้ง ARI Clinic ตรวจผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการระบบทางเดินหายใจและคัดกรองผู้ป่วย/ญาติที่เข้าเกณฑ์เฝ้าระวังกรณีที่มีความเสี่ยงเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง PUIและมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงให้บริการ one stop service ใช้Telemedicine ส่งผลทำให้ผู้รับบริการและบุคลากรลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ

-มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (Healing environment) เช่น การจัดโซนผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตให้อยู่ใกล้บริเวณ Nurse's station การปรับภูมิทัศน์ภายในหอผู้ป่วย โดยการจัดสวนหย่อม บริเวณหน้าหอผู้ป่วย มีการรณรงค์ 5 ส อย่างสม่ำเสมอ การจัดบริการห้องน้ำที่สะอาด ให้กับผู้รับบริการ อย่างเพียงพอ และห้องน้ำที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ผู้พิการ มีกล่องวงจรปิดเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยในหอผู้ป่วย มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

-มีการจัดกิจกรรมการรอคอยอย่างมีคุณค่า โดยจัดให้มีป้ายระบุจุดการรอคอย หนังสือ สื่อวิดิทัศน์ ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่สำคัญและบริการของโรงพยาบาล มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้รับบริการ เช่น ร้านอาหารภายในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เครื่องทำน้ำเย็นให้บริการ

-มีการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ โดยคณะกรรมการ ENV จัดกิจกรรม green and clean, 5 ส. โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นประจำ โดยนอกจากจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ สะอาด สะอาด ถูกสุขลักษณะแล้ว ยังเป็นการสร้างนิสัย และวัฒนธรรม ภายในองค์กร และจัดทำแผน ตรวจสอบในแต่ละด้าน ทุก 3 เดือนและมีการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก ได้แก่ งานวิศวกรรมกรรมแพทย์ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

(3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ

-เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทีมมีการ ทบทวนสาเหตุ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม เช่น เมื่อพบเหตุการณ์ผู้ป่วยง่วงมากจากการได้รับยา Over sedate มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลับมากจากการได้รับยา โดยแบบประเมิน Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) เพื่อประกอบการงานงานแพทย์เพื่อปรับ การรักษาที่เหมาะสม

-มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และสมรรถนะผู้ป่วยสื่อสารข้อมูล ระหว่างทีมสหวิชาชีพ ให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช ทั่วไปและยาความเสี่ยสูง กรณีมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียง มีการทบทวนหาสาเหตุ พบว่าส่วนมากเกิดจากผลข้างเคียงของยา มีการพัฒนาจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ทางลาดมี ราวจับ จัดห้องให้มีแสงสว่างเพียงพอ ปูพื้นห้องน้ำด้วยกระเบื้องแบบหยาบ ติดป้ายพื้นต่างระดับ เป็นต้น

(4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

-กรณีผู้ป่วยที่สับสน โรคลมชัก ผู้ป่วยสูงอายุ มีการจัดพื้นที่เฉพาะในการดูแล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มกรณีหกล้ม บาดเจ็บจากพื้นบริเวณรอบเตียงที่ขรุขระและร่องน้ำที่ฝาปิดชำรุด ประสานกับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ในการปรับพื้นที่บริเวณรอบเตียงให้เรียบ และปิดร่องระบายน้ำ เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ซ้ำ

-ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง ให้การดูแลแบบ Intensive care ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

-กรณีพบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการแขวนคอตนเอง มีการทบทวนและพัฒนาแนวทาง Checklist ในการดูแลผู้ป่วยแขวนคอตนเอง

(5) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

โรงพยาบาลนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมโยงการดูแลสู่บ้านและชุมชน ไปวางระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่สำคัญของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้าน กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ในการวางระบบการดูแลผู้ป่วย เริ่มต้นจากการดูแลช่วยเหลือเป็นรายกรณี นำสู่การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการในภาพรวม วางแผนการดูแลรายกรณี เริ่มตั้งแต่ เข้าถึงบริการ/ เข้ารับบริการ การดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่อง เช่น มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมผู้ป่วยระยะเร่งรัด บำบัดและบำบัดระยะยาวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มการจัดการกับความโกรธกลุ่มการจัดการกับหิวแหว่ และการฟื้นฟูสุขภาพ: เกษตรกรรมบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการเข้ากลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติดและกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติด ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุขกลุ่มการแก้ไข้ปัญหา

มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบเป็นระยะ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสม

ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ งานการพยาบาลจิตเวชชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทำประชาคมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

การบำบัดทางจิตสังคมเฉพาะทาง ที่ศูนย์จิตประภัสร์ ได้แก่ การให้การปรึกษาโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ การให้การปรึกษารอบครอบครัวการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการให้การปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม

กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด มีการให้คำปรึกษารายครอบครัว เพื่อให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบการดื่ม/ใช้สารเสพติด และเป็นการวางแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มและใช้สารเสพติดซ้ำ

(6) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกความก้าวหน้าในการดูแล ทำให้สะดวกในการสื่อสารในทีม มีระบบการ Consult ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน มีการประชุมทบทวนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ C3-THER ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย มีการสื่อสารการส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ SBAR

-ภายนอกโรงพยาบาล มีระบบ E-refer ประสานการส่งต่อผู้ป่วยและการส่งกลับเพื่อติดตามผลลัพธ์การรักษา

(7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางเข้าถึง อำนวยความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ปรึบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย:

-โรงพยาบาลนำแนวคิดจิตปัญญาในการพัฒนาองค์กร (Mindfulness in Organize : MIO) มาใช้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีสติในการปฏิบัติงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน และนำแนวคิดสู่การปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกสติก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรม/บำบัด การสวดมนต์ก่อนนอน และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญทางศาสนา

-กรณีผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม ทีมมีการจัดสถานที่สำหรับประกอบพิธีละหมาด รวมทั้งมีการจัดอาหารอิสลามให้กับผู้ป่วย

(8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลทีมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมสหวิชาชีพเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยประเมิน BPRS Pre -post conference ทีมพยาบาลมีการบันทึกอาการ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล บันทึกการประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพในแบบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทีมได้ใช้ข้อมูลร่วมกันในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ตลอดจนการประสานการดูแลร่วมกันในกิจกรรม Grand round Case conference ในผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และ Peer Review ในกรณีส่งต่อรักษาฝ่ายกายเสียชีวิตโดยกลุ่มงานการแพทย์

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
-โรคจิตเภทที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง -โรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง -โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ที่มีโรคร่วมทางกาย เช่น sepsis	-ดูแลตามแนวทาง CPG -ประเมินผลการปฏิบัติตาม CPG -เพิ่มศักยภาพของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน โดยส่งอบรม -พัฒนาทักษะการคัดกรอง Warning Sign

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

electrolyte imbalance ฯลฯ	
ผู้ป่วยจิตเวชที่ติด COVID-19	ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาล

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวน Timeline ผู้ป่วยอาการทรุดลงส่งต่อหรือเสียชีวิตวิเคราะห์ GAP , RCA, เบื้องต้น PCT กรรมการ RM และหน่วยงาน เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย เสนอมาตรการ ผ่านความเห็นองค์กรแพทย์ และทีมผู้ให้บริการร่วมกันก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ เช่น การประเมิน Sepsis ใช้กรณีอาการยังไม่เด่นชัด ใช้ Modified-SOFA score การติดตาม Sedation และ Delirium:ในการประเมินระดับความรู้สึกตัวใช้ The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*- พัฒนา Standing order for Neuroleptic malignant syndrome และแนวทางการประเมิน NMS พัฒนา Flow การปฏิบัติงาน เพื่อประเมิน severity side effect จากAntipsychotic drug : Acute dystonia, Drug induce parkinsonism และ NMS เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว กรณีผู้ป่วย Obesity class II ที่จำเป็นต้อง Admit ต้องอธิบายให้ญาติเข้าถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ญาติลงนามรับทราบความเสี่ยง

หน่วยงานการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้ามีการเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้ามีการนำหลักการ Sterile, Aseptic technique, UP.มาใช้อย่างเคร่งครัดให้ทำการตรวจ RT-PCR การรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยทุกราย ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าให้การดูแลสังเกตอาการและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการบันทึกที่ครอบคลุมใน ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ใบSurgical check risk และแบบบันทึกของงานวิสัญญี

(2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย:

-บุคลากรที่เข้าปฏิบัติการในโรงพยาบาล จะได้รับการฝึกอบรมทักษะในด้านการป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

-พัฒนาศักยภาพการอบรมเฉพาะทางในหน่วยงานที่มีบริการความเสี่ยงสูงเช่นการดูแลผู้ป่วยการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เป็นต้น

-จัดการอบรม CPR ในบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล โดยแยกเป็น BLS, ACLS ทุกปี มีการฝึกทบทวนทักษะในการปฏิบัติในรูปแบบการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้บุคลากรมีความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ

-ฝึกการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจเครื่อง monitor V/S, Defibrillator AED (Automatic External Defibrillator) หรือเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ, EKG 12 lead ฯลฯ

(3) การให้บริการหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น:

หัตถการที่มีความเสี่ยง คือ การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในหน่วยงานมีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งทางร่างกายและจิตใจการให้ข้อมูลญาติในการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อประกอบการตัดสินใจเซ็นยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรโดยจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรักษาด้วยไฟฟ้าสำหรับพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้อบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี การดูแลความปลอดภัยขณะรักษา หลังรักษาผู้ป่วยได้รับการสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา 30 นาที ติดตามสัญญาณชีพจนกว่าจะปกติและติดตามเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วยหลังการรักษา พบว่า ผู้ป่วยบางรายได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง งุนงง สับสน อาการทุเลาภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่ทุเลามีการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่า เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับภาวะแทรกซ้อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ภาวะกระดูกงอกหัก และกระดูกข้อมือหักมีการพัฒนาการซักประวัติโรคที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น โรคกระดูกพรุน และมีการตรวจร่างกายความพิการ โดยองค์กรแพทย์ร่วมกับสาขาชีพ และผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนฟันหลุด/หัก หลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งได้ทบทวนร่วมกับทันตแพทย์ได้แนะนำให้ใช้ยางรองฟันเพื่อครอบฟันป้องกันฟันหลุดลงคอ และในรายที่ตรวจพบฟันโยกเมื่อรักษาด้วยไฟฟ้าไปแล้ว 2 ครั้งพิจารณาส่งตรวจทันตกรรมอีกครั้งเพื่อประเมินสภาพฟันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่ได้รับยา High Alert Drugs ทุกราย มีการติดตามเฝ้า ระวังความเสี่ยง อาการไม่พึงประสงค์ โดยติดป้ายอาการที่ต้องเฝ้าระวังไว้ที่เตียงผู้ป่วย

(4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับบริการหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

มีการใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา ดังนี้ มีประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยใช้เครื่องมือ BPRS แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(M.I.N.I-suicide) การประเมิน Sepsis ใช้กรณีอาการยังไม่เด่นชัด ใช้ Modified-SOFA score การติดตาม Sedation และ Delirium:ในการประเมินระดับความรู้สึกตัวใช้ The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*- พัฒนา Standing order for Neuroleptic malignant syndrome และแนวทางการประเมิน NMS พัฒนา Flow การปฏิบัติงาน เพื่อประเมิน severity side effect จากAntipsychotic drug : Acute dystonia, Drug induce parkinsonism และ NMS เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว กรณีผู้ป่วย Obesity class II ที่จำเป็นต้อง Admit ต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ญาติลงนามรับทราบความเสี่ยง

มีระบบการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที โดยมีเกณฑ์การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งมีระบบการตามแพทย์ที่รวดเร็ว โดยมีแนวทางในการตามแพทย์เวร Consult และมีระบบ First call และSecond call

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-เพื่อการตอบสนองและความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ทันที่ที่มีการจัดอัตราากำลังที่เพียงพอเหมาะสมและมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจน มีระบบ คู่ Buddy และมีระบบการตามแพทย์ที่รวดเร็ว โดยมีแนวทางในการตามแพทย์เวร Consult และมีระบบ First call และ Second call

-กรณีมีผู้รับบริการอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีระบบ Emergency response ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น CPR มีเพิ่มระบบช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่หน่วยงานใด สามารถขอความช่วยเหลือได้ทันทีและมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ และกำหนดบทบาท หน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการสอนแผนอย่างสม่ำเสมอหากเกินศักยภาพ จะส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เพียงพอ

-กรณีผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง/ภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ อะอะอะอะอะ อันตรายต่อ ตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง พยาบาลสามารถรายงานแพทย์ และแพทย์ให้การรักษากายใน 5 นาที

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

มีการทบทวนอุบัติการณ์ Case Dead, Unplan Refer, Unplan dead Case ที่มี AE ทบทวนตามระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์และนำเข้าสู่ประชุมกับทีม PCT เพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ทำอย่างไร ทบทวนและปรับปรุงระบบดังนี้

ลำดับ	โรคทางจิตเวช	โรคทางกายร่วม	โรคที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต	แนวทางการ
1	Alcohol withdrawal seizure with delirium Alcohol dependence syndrome	-cardiomegaly -Arrhythmia -Hypertension	-Sepsis -Septic shock -Acute respiratory failure	หากผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 24/min แพ้เข้าประเมินอาการ ร่างกายอย่างละเอียด ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะร่วมกับโซเดียมต่ำ ดังไม่ควรให้ 5%DN/2 ในช่วงที่หอบ เนื่องจากไม่ได้ตรวจร่างกายแลทราบผู้ป่วยมีภาวะจาก Congestive heart failure หรือไม่ และควรหา source of infection และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ UA, CXR, +/- Hemo หรือส่งตรวจเพาะเชื้อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

				แหล่งที่ติดเชื้อ ก่อนให้การ รักษา
2	Bipolar I disorder, mania episode with psychotic feature	-Peptic ulcer with perforation S/P stomach repair	Gastric outlet obstruction Severe electrolyte imbalance Shock	การรายงานแล็บ ควรรายงาน แล็บที่ผิดปกติทุกตัว และหาก มีค่าแล็บที่ขึ้นค่าวิกฤต (CL, Critical low) ต้องรายงาน แพทย์อำหากแพทย์ไม่มีการ ปรับการรักษา ต้องรายงาน แพทย์เจ้าของไข้ซ้ำในเวลา ราชการ และแพทย์เจ้าของไข้ ควรตรวจแล็บซ้ำ และลงนาม ว่าได้ตรวจแล้ว เมื่อซักประวัติ เจอว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติ อุบัติเหตุและเคยมีประวัติ ผ่าตัดช่องท้อง ควรมีแนว ทางการเฝ้าระวังอาการ ผิดปกติ เช่น สอบถามอาการ ปวดท้อง ท้องตึง คลื่นไส้ อาเจียน ทุกวัน หากมีอาการ ดังกล่าวให้ตรวจร่างกาย ถ้า ตรวจพบว่ามี Tender, Guarding แนะนำให้ Refer เพื่อวินิจฉัยแยกโรคทาง ศัลยกรรม
3	Paranoid schizophrenia	None	NMS Pneumonia Severe metabolic acidosis	1. การส่งต่อข้อมูลยาที่ได้จาก โรงพยาบาลก่อนหน้า ควร เขียนรายละเอียดให้ครบ และ เขียนด้วยตัวหนังสือที่ชัดเจน หากเกิดข้อสงสัยให้พยาบาล ER หรือ เภสัชกรตามข้อมูล การได้ยา 2. หากผู้ป่วยได้ Antipsychotic drug หลาย ตัวควร Monitor CPK ทุก 3-

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

				<p>7 วัน ในรายที่เกิดผลข้างเคียง EPS โดยควร Monitor อาการเหล่านี้ ได้แก่ มีไข้ สับสน ซึมลง มีภาวะเคลื่อนไหวช้า มี Parkinsonism หรือ ภาวะวุ่นวาย แบบ Akathisia หากมีอาการดังกล่าวต้องรายงานแพทย์ เพื่อปรับการรักษา และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ CBC, BUN, Cr, E lyte, Ca, Po4 Mg, UA, LFT, FBS</p> <p>3. ควรเฝ้าระวังการสำลักในผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียง Dystonia เพราะอาการอื่นซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการกลืนลำบากและสำลัก ได้ง่าย</p>
4	Paranoid schizophrenia	None	NMS Pneumonia Acute respiratory failure	<p>1. การรับส่งต่อข้อมูลจาก รพช. ให้ครบถ้วน ได้แก่ อาการผู้ป่วย ที่ได้รับ รวมถึง ยาฉีด ที่ได้ระหว่าง admit หรือส่งตัว</p> <p>2. เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการสังเกตและวินิจฉัยอาการข้างเคียงจากยา antipsychotic ได้แก่ acute dystonia, parkinsonism, akathisia, tardive dyskinesia และ neuroleptic malignant syndrome (NMS)</p> <p>3. หากผู้ป่วยมีอาการเกร็งในลักษณะ parkinsonism</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

				<p>ร่วมกับมี mental status change ควรตรวจ CPK , BUN, Cr, และ UA เพื่อเฝ้าระวัง NMS และ Rhabdomyolysis</p> <p>4. แนะนำลดการเกิด aspiration ใน case ที่มีภาวะ parkinsonism แล้วกลืนลำบาก เกิดการ On NG แล้ว feed อาหารและยา</p> <p>5. ควรมียา Bromocriptine ในบัญชียาของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในกรณีรับ case ต่อจาก รพ.ขอนแก่น แนะนำให้ continuous bromocriptine 10-14 วัน หลังวินิจฉัย</p>
5	Paranoid schizophrenia Stimulant harmful use	None	Cardiac arrest (MI?)	<p>จากการทบทวนการดูแลและรักษามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะคือ</p> <p>1. การใช้สารเสพติดจำพวก stimulant ไม่ว่าจะเป็นแอมเฟตามีน โคเคน เป็น Precipitating factor ในการเกิด Prinzmetal angina</p> <p>2. การให้ยา antipsychotic drug ได้แก่ haloperidol 50 mg 1 amp muscle และ risperidone 2 1x 2 oral pc. ร่วมกับให้ sertraline 50 1x2 oral pc. ซึ่งมี drug-drug interaction โดยจะเพิ่มการเกิด S/E ของ</p>

				<p>haloperidol และ risperidone โดยผ่านกลไกของ CYP2D6 ซึ่งอาจทำให้เกิด Arrhythmia ได้ง่ายขึ้น</p> <p>3. เมื่อเกิดเหตุพบผู้ป่วยไม่มีชีพจร และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นก็ได้ปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นชีพ (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) ได้บางส่วนแต่ยังขาดการให้ Adrenaline ตาม guideline โดยทั้งนี้ต้องขอ รคส. การให้ Adrenaline จากแพทย์ก่อน</p> <p>4. ไม่มีการตรวจ base line EKG ในผู้ป่วยที่ใช้ Substance</p>
--	--	--	--	---

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค 3 CPG เช่น Schizophrenia Alcohol Suicide
- พัฒนาแนวทางการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบ Modified Electroconvulsive therapy
- การพัฒนาระบบยาผู้ป่วยในแบบ One Day Dose System โดยใช้ระบบจัดยาและบริหารยาครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล
- การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COVID-19 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยภายในโรงพยาบาลสามารถเปิดให้บริการสูงสุด 10เตียง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69.การดูแลทั่วไป	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/พฤติกรรม -พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย -พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตาม New normal

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

			-พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
70.การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3.5	L	-พัฒนาแนวทางการรักษาด้วยไฟฟ้า -พัฒนาระบบการบริหารยา ลดลงจาก 7' days dose เพื่อลด Medication error -ทบทวนและปรับปรุง CPG ในกลุ่มโรคสำคัญอย่างต่อเนื่อง -วิเคราะห์และทบทวนจากเวชระเบียน Medication error ที่พบบ่อย หาสาเหตุวางแนวทางการแก้ไขและกำหนดนโยบายป้องกันเชิงระบบ เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ผู้รับบริการจิตบำบัดมีการรับรู้ปัญหาเบื้องต้นและมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม	มากกว่า ร้อยละ 90	100	100	100	86.9	90.72
2. ผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตวิทยามีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายลดลง	มากกว่า ร้อยละ 80	100	100	100	75.6	76.47
3. ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการปรึกษาและการบำบัดทางจิตสังคม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง	อย่างน้อย ร้อยละ 80	86.25	94.90	94.07	93.96	95.16
4. ผู้สูงอายุกลุ่มโรค F 00 – F 09 รายใหม่ทุกรายได้รับการประเมินสมรรถนะร่างกาย (ADL)	อย่างน้อย ร้อยละ 80	100	100	100	100	100
5. ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคม ระดับมากถึงมากที่สุด	อย่างน้อย ร้อยละ 85	98.25	98.14	98.18	97.78	96.67
6. ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม	มากกว่า ร้อยละ 70	NA	88.72	85.66	100	100
7. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้และเข้าใจปัญหามีแนวแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน	มากกว่า ร้อยละ \geq 80	NA	82.72	86.88	96.25	96.82
8. ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้	มากกว่า ร้อยละ 80	NA	82.60	85.05	83.78	90.64
9. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	มากกว่า ร้อยละ 80	NA	95.31	89.73	84.15	90.12

ii. บริบท

โรงพยาบาลได้จัดให้มีบริการข้อมูลและการเสริมพลังครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และชุมชน ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ทั้งแบบรายบุคคล รายครอบครัว และรายกลุ่ม ในรูปแบบบริการปรึกษาและการบำบัดทางจิต-สังคม(Psycho-social Care) ด้วยการประสาน และส่งต่อกันระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว สามารถดูแล สุขภาพของตนเองได้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขด้วย Psycho-social Intervention

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

- ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติด
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรค F 00 – F 09 รายใหม่ทุกราย

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

- ผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัว ตาย หรือฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ
- ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม ได้แก่ Psychological symptoms และ Behavioral symptoms
- ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับพฤติกรรมรุนแรง (SMIV) หรือมีปัญหาความสัมพันธ์ หรือความ ชัดแย้งในครอบครัวหรือชุมชน
- ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับการใช้สารเสพติด
- ญาติผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแล

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตาย -ผู้ป่วยโรคจิตเภท -ผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพ ติด -ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า -ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรค F 00 – F 09 รายใหม่ทุกราย 	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงปัญหาผู้ป่วยและญาติ -ประเมินความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัว -กำหนดประเด็นเนื้อหาในการเรียนรู้และเสริมพลัง -เลือกสรรกระบวนการและรูปแบบจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสม -ให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและ ญาติ -กำหนดวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับญาติ -ประเมินผลการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-ผู้ป่วยนอกทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการประเมินด้วย MINI-Suicide และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับเล็กน้อย จะได้รับการให้ข้อมูลและเสริมพลังด้วยวิธีการ Psycho-education ระดับปานกลาง จะได้รับการให้ข้อมูลและเสริมพลังด้วยกระบวนการ Psychosocial intervention ระดับรุนแรงจะรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ยกเว้นผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม จะได้รับการให้ข้อมูลและเสริมพลังด้วยกระบวนการ Psychosocial intervention ที่เฉพาะเจาะจงในการดูแล การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย และแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็น ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้จิตเวชชุมชนเพื่อการติดตามต่อเนื่อง

-ผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม รายใหม่จะได้รับการประเมินสมรรถนะทางร่างกายทุกราย และประเมินอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม เพื่อวางแผนการให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแล ด้วยกระบวนการ Counseling and Psychoeducation

-ผู้ป่วยใหม่ทุกรายมีการซักประวัติ และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อประเมินและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและญาติ

-ผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติดทุกราย มีการประเมินความพร้อม ชีตความสามารถ ความคาดหวัง รวมถึงความพร้อมของกระบวนการคิดและการเรียนรู้ การดูแลตนเอง และแรงจูงใจก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดทุกครั้ง

-ผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อนทุกราย มีการประเมินวางแผนจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และส่งต่อข้อมูลให้จิตเวชชุมชนติดตามผู้ป่วยในชุมชน

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

-ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับ ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา การจัดการด้านอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ในรูปแบบรายบุคคล รายครอบครัว หรือรายกลุ่ม ตามแต่กรณี เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีวิธีป้องกันและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม

-ผู้ป่วยนอกทุกรายหลังพบแพทย์ได้รับการให้ข้อมูลการรับบริการทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการรับบริการครั้งต่อไป

-เพื่อแก้ปัญหาญาติผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม ที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ Psychological symptoms และ Behavioral symptoms ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม รู้สึกเบื่อหน่ายและเป็นภาระ จึงได้ปรับปรุงวิธีการและเนื้อหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ญาติเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้นด้วย

-ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับพฤติกรรมรุนแรง (SMIV) หรือผู้ป่วยมีปัญหาความสัมพันธ์ หรือความขัดแย้งในครอบครัวหรือชุมชนทุกรายจะได้รับการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและอาการ บทบาทและการทำหน้าที่ในครอบครัว การปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน และการดูแลช่วยเหลือกันอย่างเหมาะสม

-ผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเสพยา

-ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จิตเภทยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับพฤติกรรมรุนแรงและผู้ป่วยจิตเวชสุราทุกรายที่จำหน่ายสู่ชุมชนแล้วมีการส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

- เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทีมงานจัดให้มีการช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาผู้ป่วยทุกกลุ่มตามลักษณะปัญหาแบบรายบุคคล รายครอบครัว หรือรายกลุ่ม ด้วยบริการให้การปรึกษาและการบำบัดทางจิตสังคม [Psychosocial intervention] ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในคุณค่าตนเอง สามารถปรับตัวปรับใจและใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

- เพื่อแก้ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติด ทีมงานมีการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น Alcohol education, BA BI BC MI, MET และการบำบัดด้วย Program I-CORD-R ทำให้อัตราการดื่มสุราลดลง

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การรับประทายต่อเนื่อง การสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตราย การรับบริการกรณีฉุกเฉิน และการรับบริการครั้งต่อไป ส่วนผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด จะได้รับการวางแผนร่วมกับญาติในการติดตามเฝ้าระวังการเสพยาที่ทีมงานจัดให้สหวิชาชีพมีการร่วมกันกำหนดแผนการให้ข้อมูลและเสริมพลัง ในการดูแลผู้ป่วยและญาติตามบทบาทหน้าที่วิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- เพื่อลดอาการว่าวุ่นใจในผู้ป่วย ทีมงานสหวิชาชีพจัดให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการหยุดความคิดฟุ้งซ่านด้วย MBTC แล้วนำไปฝึกปฏิบัติให้ชำนาญจะช่วยให้การจัดการปัญหาด้านอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วยที่มีลักษณะความคิดลบจะได้รับการฝึกทักษะการรู้เท่าทันความคิดของตนเองแล้วให้ฝึกมองหาโอกาสจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

- ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับพฤติกรรมรุนแรง (SMIV) หรือมีปัญหาความสัมพันธ์ หรือความขัดแย้งในครอบครัวหรือชุมชนมีการจัดทำคู่มือการให้การปรึกษาครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายและทำตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกันกลับไปอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข เข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน

- ผู้ป่วยจิตเวชสุราและยาเสพติดได้รับการสร้างแรงจูงใจป้องกันการใช้/เสพยา ทั้งนี้สหวิชาชีพมีการให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงการให้ข้อมูลและสุขภาพจิตศึกษาเพื่อป้องกันการดื่มสุรา/เสพยา ก่อนกลับบ้าน

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

จากการประเมินผลการจัดทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีความคล้ายคลึงกับการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ จึงมีแผนปรับปรุงกระบวนการประเมินก่อนและหลังเข้ากลุ่มบำบัดด้วยที่เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากการประเมินผลพบว่า การให้ข้อมูลและการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ มีข้อมูลเป็นจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจำได้หมด จึงมีการปรับปรุงรูปแบบของสื่อข้อมูลและช่องทางสื่อโซเชียล ที่หลากหลาย ทันสมัย และสะดวก ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสำคัญได้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการปฏิบัติการดูแล ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นได้

ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า สามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงนำมาเป็นบริการสำคัญในระบบการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูอาชีพให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมในชุมชน สู่อุปการะมีงานทำ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3.5	L	-พัฒนาสื่อในหลากหลายรูปแบบและเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในการให้ข้อมูลเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ ให้มีความทันสมัย ใช้งานง่าย และสะดวก ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ -พัฒนาวิธีการวัดและประเมินผลการให้ข้อมูลเสริมพลังผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นรูปธรรม -ดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ป่วยใน ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปีงบประมาณ 2564

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	34.26	89.88
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ ≥ 90	95.85	96.78	96.51	98.58	95.60
3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ ≥ 96	99.68	100	100	100	100

ii. บริบท

ทีมสหวิชาชีพ สร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีระบบนัดหมาย มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่รับบริการ มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 7 และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้เครือข่ายสุขภาพจิตดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน และมีการติดตามผลการดูแลจากเครือข่าย

ระดับการให้บริการ: ระดับตติยภูมิ

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:

-ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหารุนแรงยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high Risk to Violence : SMI-V)

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
-ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนได้แก่ 1. ผู้ป่วยล่ามซัง	การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย 1. รับข้อมูลจากตึกผู้ป่วยในเรื่องมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

<p>2.ผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง/ไม่มีญาติ</p> <p>3.ผู้ป่วยนิติจิตเวชได้แก่คดีฆ่าผู้อื่น คดีพยายามฆ่าผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต คดีกระทำชำเราบุคคลอื่น คดีวางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย</p> <p>4.ผู้ป่วยจิตเภท SMIV</p>	<p>2.ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลการรักษา การตรวจสภาพจิต ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว/การฆ่าตัวตายและความเสี่ยงอื่นๆเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ชุมชน ก่อนจำหน่าย</p> <p>3.ประสานพื้นที่เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายทางสังคมแหล่งประโยชน์ต่างๆ และร่วมวางแผนการดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน</p> <p>4.ประสานงานกับตึกผู้ป่วยใน เตรียมการดูแลต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน</p> <p>5.จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อแพทย์อนุญาตและชุมชนพร้อมรับกลับ</p> <p>6.ประสานเครือข่ายในพื้นที่ ส่งต่อข้อมูลทางโทรศัพท์และส่งต่อข้อมูลทาง e-mail เพื่อติดตามต่อเนื่อง 1,3 และ 6 เดือน ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ</p> <p>7.ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด</p> <p>8.ฟื้นฟูทักษะทางจิตสังคมและด้านงานอาชีพ</p> <p>9.ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่นสุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด</p> <p>10.ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง 1,3 และ 6 เดือน</p> <p>11.กรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายและติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย(กรณีร้องขอ)</p>
<p>- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>กรณีผู้ป่วยนอก</p> <p>รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจากงานผู้ป่วยนอก 2 กรณีดังนี้</p> <p>1) ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเกิน 7 วัน เพื่อติดตามญาติ โดยติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง กรณีติดต่อไม่ได้ ประสานผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ทางโทรศัพท์หรือทาง e-mail เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และส่งข้อมูลคืบงานผู้ป่วยนอกติดตามต่อเนื่อง 1,3,6,9 และ 12 เดือน</p> <p>2) กรณีไม่ยินยอมอยู่รักษาที่ประสานงานจากงานบริการผู้ป่วยนอก กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง-ระดับสูง ไม่ยินยอมอยู่รักษาในโรงพยาบาลและกรณีเร่งด่วน ประสานเครือข่ายในพื้นที่ ส่งต่อข้อมูลทางโทรศัพท์และส่งต่อข้อมูลทาง e-mail ภายใน 24 ชั่วโมงและส่งข้อมูลคืบงานผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง 1,3,6,12,18 และ 24 เดือน</p>

	<p>กรณีผู้ป่วยใน</p> <p>การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รับข้อมูลจากตึกผู้ป่วยในเรื่องมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำหน่ายกลับบ้าน 2.ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลการรักษา การตรวจสภาพจิต ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(MINI-Suicide ทุก 1 เดือน)และความเสี่ยงอื่นๆเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ชุมชน ก่อนจำหน่าย 3.ประสานพื้นที่เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เครื่องช่วยทางสังคมแหล่งประโยชน์ต่างๆ และร่วมวางแผนการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4.ประสานงานกับตึกผู้ป่วยใน เตรียมการดูแลต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 5.จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อแพทย์อนุญาตและชุมชนพร้อมรับกลับ <p>ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดส่งใบส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทางโทรศัพท์และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2.ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน เช่น 2Q,8Q , 9Q, BPRS , OAS 3.ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช. 4.ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติดื่มสุราและประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา 4. ประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว 5.ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน 6.ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ 7.ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด 8.ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและด้านงานอาชีพ 9.ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด
--	---

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>10.ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง 1,3,6,12,18 และ 24 เดือน</p> <p>11.กรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายและติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย(กรณีร้องขอ)</p>
<p>- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high Risk to Violence : SMI-V)</p>	<p>การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย</p> <p>1.รับข้อมูลจากตึกผู้ป่วยในเรื่องมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง</p> <p>2.ประสานพื้นที่เพื่อร่วมปรึกษาหาแนวทางการดูแลต่อเนื่องและร่วมวางแผนการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน</p> <p>3.ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมประเมินครอบครัว ชุมชนและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล</p> <p>4.ประสานงานกับตึกผู้ป่วยใน เตรียมการดูแลต่อเนื่อง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน</p> <p>5.จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อแพทย์อนุญาตและชุมชนพร้อมรับกลับ</p> <p>ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>1.จัดส่งใบส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทางข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>2.ซักประวัติและตรวจร่างกายตามปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>3.ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS OAS, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการฆ่าตัวตาย</p> <p>4.ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติดื่มสุราและประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา</p> <p>5.ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช</p> <p>6.ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล</p> <p>7.ประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว</p> <p>8.ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน</p> <p>9.ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ</p> <p>10.ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

	<p>11. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด</p> <p>12. ฟื้นฟูทักษะทางจิตสังคมและด้านงานอาชีพ</p> <p>13. ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันกลับไปเสพยาซ้ำ (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อการกลับไปเสพยาซ้ำ</p> <p>14. ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อไป</p> <p>15. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยาและไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ</p> <p>16. การบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง จนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล</p> <p>17. ประสานงานและส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p>
--	--

(1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหารุนแรงยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high Risk to Violence : SMI-V)

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- ช่องทางการสื่อสารและประสานการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ส่งข้อมูลทางโทรศัพท์ในประเด็นที่เร่งด่วน จำเป็นและสำคัญ ส่งทาง E-Mail ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และเครือข่ายสุขภาพจิตมีช่องทางการประสานงานระหว่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

- มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 5 คน (Full time) ระดับการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต 1 คน และหลักสูตรอบรมระยะสั้นการพยาบาลเฉพาะทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน นักจัดการงานทั่วไป 1 คน

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ รถฉุกเฉินส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล จำนวน 1 คัน โทรศัพท์ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก 1 เครื่อง/โทรศัพท์ประสานงานกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล 2 เครื่อง โน้ตบุค จำนวน 1 เครื่อง

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

- มีระบบนัดตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการนัดหมายตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดภายใน 1 สัปดาห์ งานบริการผู้ป่วยนอกประสานกับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์กรณีผู้ป่วยอยู่นอกเครือข่ายสุขภาพที่ 7 ให้ส่งต่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้อมูลปัญหาอาการ การรักษา การเฝ้าระวังให้เครือข่ายสุขภาพจิตติดตามผู้ป่วยให้มารับบริการ และติดตามการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายเดือนที่ 1, 3 และ 6

-กรณีผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลางถึงมาก มารับบริการที่โรงพยาบาลคนเดียวและ/หรือแพทย์พิจารณาปรับไว้รักษา แต่ผู้ป่วย/ญาติไม่ยินยอม หลังจากได้รับทราบประโยชน์และความจำเป็นต้องอยู่รักษา และตัดสินใจไม่ยินยอมอยู่รักษา มีระบบการประสานงานกับศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต เพื่อส่งต่อข้อมูลปัญหาอาการ การรักษา การเฝ้าระวังให้เครือข่ายสุขภาพจิตภายใน 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

-กรณีผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ระบบนัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายเดือนที่ 1, 3 และ 6 โดยแผนกจิตสังคมบำบัด

-กรณี ผู้ป่วยส่งต่อรับยาใกล้บ้าน ซึ่งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีการประสานงานกับศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต ให้ส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายสุขภาพจิตเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

-มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

-กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้เครือข่ายในชุมชน ดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้เครือข่ายกรณีมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

-มีระบบการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ญาติ กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่นหน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

-มีระบบการวางแผนการจำหน่ายและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้านทักษะต่างๆ การทำกลุ่มบำบัด กลุ่มกิจกรรมบำบัด ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

-มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติ และการเสริมพลังให้กับครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และ/หรือเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช

-การให้ความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ กระตุ้นส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

-สร้างความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ โดยการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน และจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เพื่อการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด จะประสานกับเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการติดตามผู้ป่วยให้มารับรักษาอย่างต่อเนื่อง

-การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการระดับ รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการระดับ รพศ. รพท. รพช. PCU ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เพิ่มขีดความสามารถของสถานพยาบาลให้มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน

-พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช MCATT และพรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 การคัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยโรคจิต โรค

ซีเอ็มเคร้า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(Serious Mental Illness with High Risk to Violence :SMIV)

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

มีระบบส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) จากการสัมภาษณ์เครือข่ายสุขภาพจิตทำให้ทราบความต้องการของเครือข่าย ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่อยู่การรักษาและเหตุผลการส่งต่อต้องชัดเจน 2) ช่องทางที่เครือข่ายต้องการสื่อสารกับศูนย์บริการเครือข่ายสุขภาพจิต ได้แก่ e-mail ,Line และโทรศัพท์

มีบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อสื่อสารให้ทีมสุขภาพรับทราบข้อมูลวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้ เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยล่ามขัง 2) ญาติ/ชุมชนไม่สามารถจัดการกับอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ 3) ผู้ป่วยนิติจิตเวช ได้แก่คดีฆ่าผู้อื่น พยายามฆ่าผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต คดีกระช้ำฆ่าเรา คดีวางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย 4) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(Serious Mental illness with High Risk to Violence :SMIV) ทีมสหวิชาชีพได้นำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ โดยกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนร่วมวางแผนกับเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข อสม. แกนนำชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ รพช. รพ.สต. ติดตามเยี่ยมตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร้องขอ ปัญหาอุปสรรคพบว่าการได้ข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร่วมกับเครือข่ายน้อย (ร้อยละ 33.65)ทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน จากปัญหาอุปสรรคที่พบได้ทำวางแผน/ปรับปรุงบริการดังนี้ 1)จัดสัมมนา ร่วมกับเครือข่ายปีละครั้ง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯกับเครือข่าย2) ส่งเอกสารการติดตามเยี่ยมเมื่อครบกำหนดการติดตามเยี่ยม 3) มีการติดตามผลทางโทรศัพท์/Line จากผู้ป่วย ญาติ และเครือข่าย

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:

การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา2) ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์3) ญาติ/ชุมชนไม่สามารถจัดการกับอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพได้นำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ และร่วมวางแผนกับเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข อสม. แกนนำชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ รพช. รพ.สต. ติดตามเยี่ยมตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร้องขอ พบปัญหาอุปสรรค คือ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร่วมกับเครือข่ายน้อย (ร้อยละ 13.63)ทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน จากปัญหาอุปสรรคที่พบได้ทำวางแผน/ปรับปรุงบริการดังนี้ 1)จัดสัมมนา ร่วมกับเครือข่ายปีละครั้ง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯกับเครือข่าย 2) ส่งเอกสารการติดตามเยี่ยมเมื่อครบกำหนดการติดตามเยี่ยม 3) มีการติดตามผลทางโทรศัพท์/Line จากผู้ป่วย ญาติ และเครือข่าย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดโควิด 19บูรณาการร่วมกับโครงการประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ภายใต้โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/โรคซึมเศร้า/โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชน

-หนังสือคู่มือ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74.การดูแลต่อเนื่อง	4	I	-พัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 -พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโรคซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน -พัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unite : PCU) ให้มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน -พัฒนาการส่งข้อมูลย้อนกลับระหว่างเครือข่ายกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ -พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ทำงานสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับการชี้แจงและมีช่องทางในการส่งกลับข้อมูลที่สะดวก รวดเร็ว

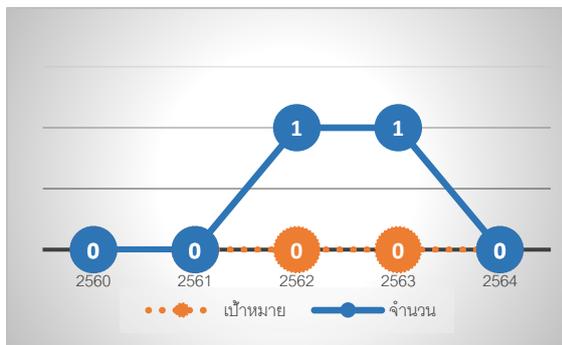
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0 คน	0	0	1	1	0
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน	<5.5%	NA	4.04	1.45	3.19	3.2
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี**	> 80 %	95.85	96.78	96.51	98.58	95.60
ผู้ป่วยจิตเวชไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	> 90 %	NA	84.74	84.95	89.13	91.01

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล



ปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 31 ปี วินิจฉัยโรค Schizophrenia paranoid type with Amphetamine Abuse ได้รับการรักษาด้วยยา Haloperidol decanoate 50 mg IM, Risperidone (2) 1*2 pc และ Sertraline (50) 1*2 pc จากการทบทวน dead case conference และเพิ่มประวัติของผู้ป่วย ได้ข้อสรุปสาเหตุและโอกาสพัฒนา ดังต่อไปนี้

สาเหตุ

น่าจะเกิดจาก Cardiac Arrhythmia เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเสพยาบ้ามาอย่างต่อเนื่องวันละ 2-3 เม็ด และหยุดเสพยาทันทีขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับได้รับยา haloperidol Decanoate, risperidone และ sertraline ซึ่งทำให้เกิด Arrhythmia ได้ง่าย

โอกาสพัฒนา

1. ขณะช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า ไม่ได้ให้ Adrenaline ตามแนวทางการฟื้นคืนชีพ (guideline)
2. ไม่มีแนวทางการตรวจ base line EKG ในผู้ป่วยที่มีชีพจรตั้งแต่ 120 ครั้ง/นาทีขึ้นไป

การปรับปรุง พัฒนา

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน สื่อสาร นิเทศ กำกับ การปฏิบัติงานของบุคลากรในการให้ Adrenaline ผู้ป่วยที่ต้อง CPR ตามแนวทางการฟื้นคืนชีพ และมีการฝึกซ้อมทุกปีอย่างสม่ำเสมอ
2. กำหนดมาตรการเฝ้าระวังกรณีผู้ป่วยมีประวัติเสพยาบ้า ร่วมกับได้รับยา haloperidol และ risperidone ร่วมกับให้ SSRI ได้แก่ sertraline ที่มีชีพจรตั้งแต่ 120 ครั้ง/นาทีขึ้นไป ให้ตรวจ base line EKG

- กำหนดให้ haloperidol, risperidone ร่วมกับให้ SSRI ได้แก่ sertraline เป็นคู่ drug interaction significant 3

ปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 86 ปี วินิจฉัยโรค Schizophrenia และมีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ DM, HT, CKD, CVA, Hypothyroid จากการทบทวน dead case conference และเพิ่มประวัติของผู้ป่วย ไม่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตที่แน่ชัด แต่อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยมีก้อนเนื้อที่ปอด และมีภาวะ Left pleural effusion ทำให้พื้นที่ของปอดในการหายใจน้อยลง และเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้

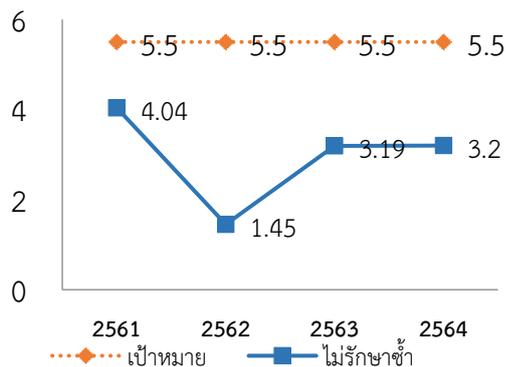
โอกาสพัฒนา

- ไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เข้าร่วม conference
- ไม่มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การปรับปรุง พัฒนา

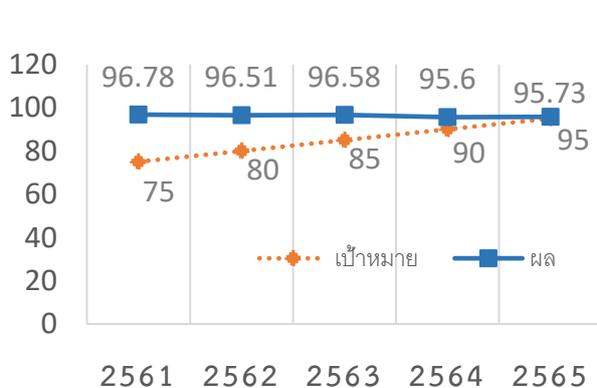
- เชิญแพทย์ที่เชี่ยวชาญเข้าร่วมกรณีผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมทางกายและช่วยเหลือตัวเอง ได้น้อย
- หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร สื่อสาร นิเทศ กำกับ การปฏิบัติงานของบุคลากร เกี่ยวกับการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- วางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย กลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 90 วัน



ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุเป้าหมาย เป็นผลมาจากการมีมาตรการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ตาม CPG ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ มีการฝึกอบรม นิเทศอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

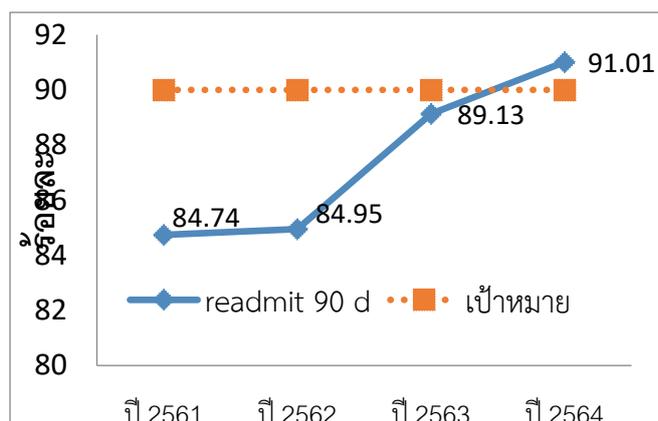
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี**



ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 บรรลุเป้าหมายจากปัจจัย ดังนี้ 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและเป็นนโยบายหลักในการตรวจราชการ 2) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานให้ความร่วมมือในการประสานงานรวมทั้งร่วมกันหาแนวทางการดูแล/ เฝ้าระวังผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำ

3) มีระบบการคัดกรอง Mental Health Check in มีการพัฒนาการส่งข้อมูล การให้คำปรึกษาในเขตสุขภาพพร้อมกัน

ผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน



ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนหาสาเหตุ และโอกาสพัฒนา พบว่า

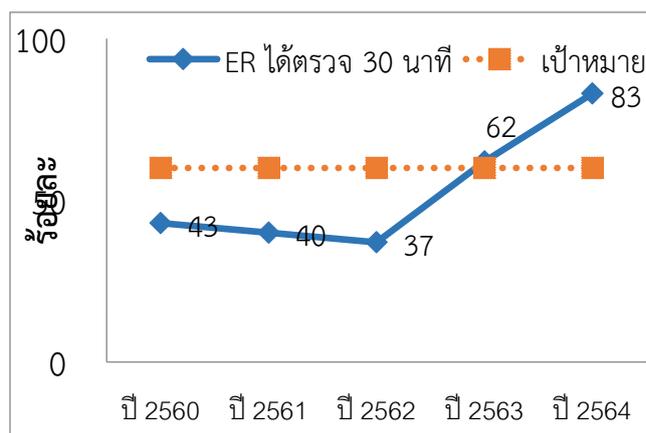
- 1) ในปี 2561 ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ญาติสูงอายุไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ และกินยาไม่ต่อเนื่อง
- 2) ในปี 2562-2563 ผู้ป่วยมีปัญหาตีหมอนและใช้สารเสพติด

การปรับปรุง พัฒนา

1. ในปี 2561 มีการทำวิจัยพัฒนา adherence therapy มีการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ ใช้ Long acting antipsychotic ร่วมกับให้สุขภาพจิตศึกษาญาติ/ครอบครัว
2. ในปี 2562 จัดการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการตีหมอน MI และพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ICOD-R ในกรณีที่มีผู้ป่วย chronic schizophrenia และมีปัญหาในด้าน cognitive impairment นอกจากนี้ยังมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องเชิงระบบร่วมกับชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนพัฒนาระบบฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
3. ในปี 2563- 2564 มีโครงการรับยาใกล้บ้านและยาไปรษณีย์ ผู้ป่วยรับยาได้ต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในปี 2564

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด		เริ่มดำเนินการในปี 2563			0	3
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป	(0ราย)	เริ่มดำเนินการในปี 2563			0	0
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจภายใน 30 นาที	60 %	48	40	37	62	83
Refer in ในเขตสุขภาพที่ 7 สอดคล้องกระบวนการที่กำหนด	60 %	เริ่มดำเนินการในปี 2564				86.78
ร้อยละของจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีค่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผ่านเป้าหมาย	≥72%	75	75	75	50	78

ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจภายใน 30 นาที



ปี 2560 -2562 ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก ในช่วงเวลา 11.00-13.00 น.จะมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่พักรับประทานอาหารของบุคลากร ส่งผลให้การรายงานแพทย์ล่าช้า รวมทั้งการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยรายใหม่มีรายละเอียด และต้องใช้เวลามากในการสัมภาษณ์ก่อนรายงานแพทย์

การปรับปรุง พัฒนา 1) ปรับเวลาพักเป็นแบบเหลื่อมเวลา โดยแบ่งเป็น 2 ทีม 2) ปรับโครงสร้างและเพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน

ปี 2563 พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยใหม่ร้อยละ 55 ที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เนื่องจากความล่าช้าในการทำเวชระเบียน และการซักประวัติผู้ป่วยใหม่

การปรับปรุง พัฒนา

ลดขั้นตอนการทำเวชระเบียนร่วมกับแผนกเวชระเบียนและกิจกรรมคู่มือการซักประวัติของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

ในปี 2564 แม้ผลการดำเนินงานจะเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังพบโอกาสในการพัฒนา ในเรื่องการปฏิบัติงานของบุคลากรใหม่ ในการรายงานแพทย์ในช่วงเวลา 12.00 -1 3.00น.

การปรับปรุง พัฒนา

นิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลใหม่ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะการรายงานแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์ Refer เพื่อนำข้อมูลจากการส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายมาวางแผนสำหรับเตรียมการบริการจิตเวชฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพตามระยะเวลาที่กำหนดร่วมกับงานรับส่งต่อผู้ป่วย

Refer in ในเขตสุขภาพที่ 7 สอดคล้องกระบวนการที่กำหนด (เริ่มใช้ 2564)

ผลการดำเนินงาน

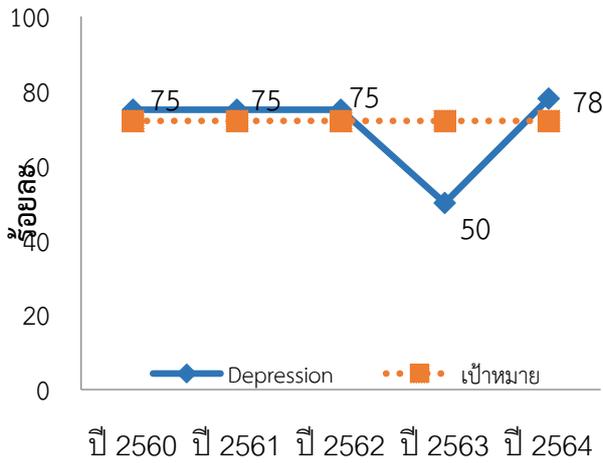
ผลการดำเนินงาน ปี 2564 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวช Refer in ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 6,332 คน (86.78 %) บรรลุตามเป้าหมาย มีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากเครือข่าย แล้วต้องส่งต่อไปรับการรักษา รพ ฝ้ายกาย ภายใน 24 ชม.จำนวน 7 ราย (0.08 %) เกิดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความผิดปกติ

การปรับปรุง พัฒนา

1. ทบทวนเกณฑ์การรับส่งต่อร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผ่านเวที service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับส่งต่อผู้ป่วย

2. จัดทำระบบบริการการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 ให้มีแนวปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

5.ร้อยละของจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีค่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคมึนเศร้าผ่านเป้าหมาย



ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ของเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 คิดเป็น ร้อยละ 96.78 , 96.51, 96.58, 95.60 และ 95.73 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติลงมือทำร้ายตนเอง ให้ได้รับการดูแล บำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อเฝ้าระวัง ต่อเนื่องไม่ให้เกิดการทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีก จากหน่วย บริการสาธารณสุขทุกแห่ง

1. ในปี 2560 -2562 แม้ว่าผลการดำเนินงานจะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ยังมีโอกาสพัฒนาในประเด็นของ การเข้าถึงบริการ ระบบการคัดกรองเฝ้าระวังและการส่งต่อในระบบการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม พยาบาลเฉพาะ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยังมีไม่ครบทุกสถานบริการ
2. ในปี 2563 ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดจากสถานการณ์ระบาด covid-19 บุคลากรทาง การแพทย์ต้องรับมือการแพร่ระบาดในพื้นที่
3. ในปี 2564 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประชาชนและภาคีเครือข่ายทั้งในระบบและนอกระบบสาธารณสุข ในพื้นที่ ยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของ ปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาทางสุขภาพจิต ว่าเป็นความรับผิดชอบ ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงการสังเกตสัญญาณเตือนของการทำร้ายตัวเองและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม

การปรับปรุง พัฒนา

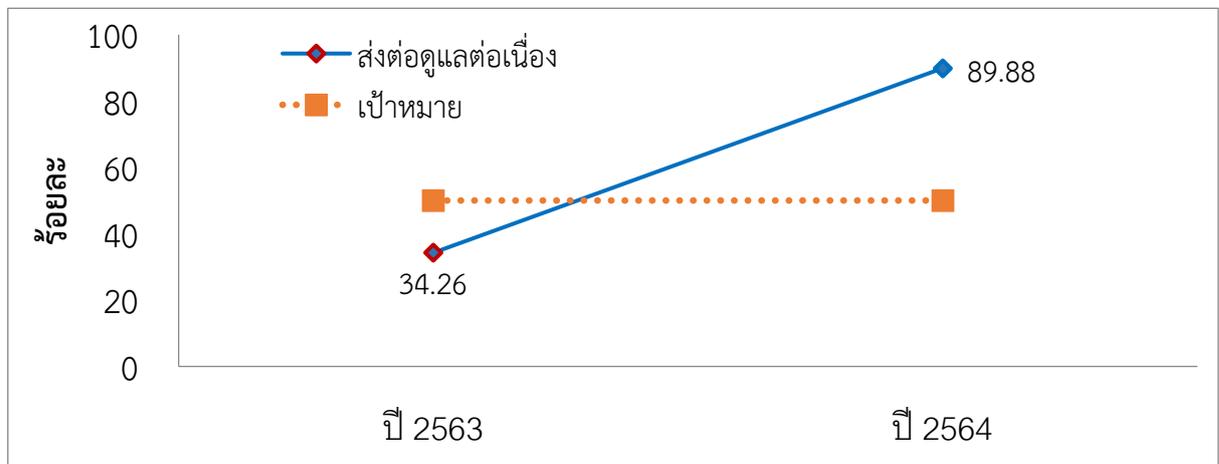
1. ในปี 2561 พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อเชื่อมโยงเพื่อระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง
2. ในปี 2562 ผลักดัน สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ และพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
3. ในปี 2563 สร้างความตระหนักในชุมชนโดยการส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนของการ ฆ่าตัวตายในชุมชนโดยใช้โปรแกรม 3 ส plus (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) ในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 7 ในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภาวะวิกฤติที่มีปัญหา สุขภาพจิต และเกิดสถานการณ์ระบาดรุนแรงของโรคอุบัติการณ์ใหม่
4. ในปี 2564
 - พัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกเพื่อดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นกลุ่มที่มีความเปราะบางทาง เศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่
 - พัฒนาระบบการติดตามเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ
 - พัฒนาระบบการติดตามกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วย Mental Health Check In ที่พบความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา ต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	34.26	89.88

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ ≥ 90	95.85 (เป้าหมาย ร้อยละ 50)	96.78 (เป้าหมาย ร้อยละ 75)	96.51 (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	98.58 (เป้าหมาย ร้อยละ 85)	95.60 (เป้าหมาย ร้อยละ 90)
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี	ร้อยละ ≥ 96	99.68	100	100	100	100

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน



ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยจิตเภท (F20.X) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ในสถานบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคมถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงสิงหาคมของทุกปี จากสถานบริการของรัฐ (พบแพทย์/รับยา/มารับบริการอื่น ๆ เช่น รับยาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่มารับบริการครั้งแรก

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือนของเขตสุขภาพที่ 7 (ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม) ในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 25,815 คน ซึ่งได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน จำนวน 7,237 คน คิดเป็นร้อยละ 34.43 ซึ่งพบว่า ต่ำกว่าเป้าหมาย จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีการรับยาต่อเนื่องในพื้นที่แต่ไม่ถูกนับรวมเป็นจำนวนเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 25,087 คน ซึ่งได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือน จำนวน 19,171 คน คิดเป็นร้อยละ 89.88 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดและมีแนวโน้มดีขึ้น

ในปีงบประมาณ 2563 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนพบว่ามีสาเหตุและโอกาสพัฒนา ดังนี้

1. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเดินทาง การเข้าถึง และการติดตามต่อเนื่อง ของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

2. จากข้อมูลในระบบ HDC ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการติดตามต่อเนื่องในภาพรวมที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 34.26) จึงได้ทำการทวนสอบข้อมูลโดยการสุ่มตรวจจากเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ร้อยละ 52.10 สาเหตุเกิดจากการลงข้อมูลวินิจฉัยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์กับโรงพยาบาลเครือข่ายที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 7 ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้ผลการดำเนินงานต่ำกว่าความเป็นจริง

การปรับปรุง พัฒนา

1. ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการโดยการจัดบริการรับยาทางไปรษณีย์ ร้านยาใกล้บ้าน และการรักษาทางไกล Tele-psychiatry

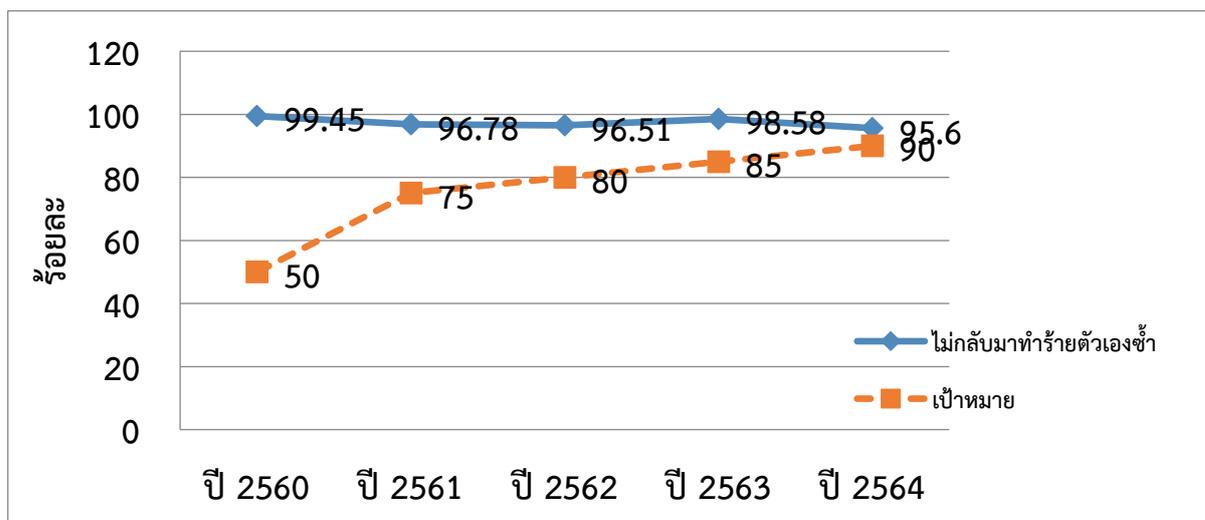
2. จัดโครงการชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อสื่อสารแนวทางการบันทึกข้อมูลและติดตามข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ในระบบ HDC และนิเทศ ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในปี 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แผนพัฒนา

1. บูรณาการการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

2. พัฒนาการลงข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าน Line Application

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี



จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปีของเขตสุขภาพที่ 7 มีผลการดำเนินงานเกินค่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2561-2562 และปี 2564 จากการทบทวนหาสาเหตุและโอกาสพัฒนา พบว่า

1. ในปีงบประมาณ 2561-2562 มีแนวโน้มลดลง เกิดจากการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม กลุ่มที่มีปัญหาด้านอารมณ์ หุนหัน พลันแล่น ส่งผลให้ไม่ได้รับการส่งต่อการเฝ้าระวัง

2. ในปีงบประมาณ 2564 มีแนวโน้มลดลง เกิดจากภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

การปรับปรุง พัฒนา

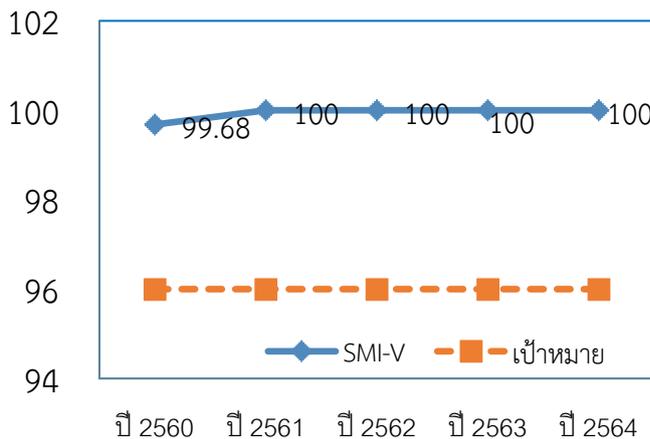
1. ในปีงบประมาณ 2561-2562 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโดยค้นหาคัดกรองเชิงรุกและสื่อสารให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายตามหลัก 3 ส (สอดคล้อง ใส่ใจ ส่งต่อ) กับประชาชนทั่วไป บุคลากรทุกระดับทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงติดตามประเมินสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ปีงบประมาณ 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น

2. ในปีงบประมาณ 2564 ดำเนินการโดยเพิ่มการค้นหาคัดกรองเชิงด้วยแอปพลิเคชัน Mental Health Check In และสร้างภูมิคุ้มกันในชุมชนต้นแบบโดยใช้วัคซีนใจและต้นแบบ 4 สร้าง 2 ใช้ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชน

แผนพัฒนา

1. การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในเชิงระบบ
3. บูรณาการการดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนโดยทีม 3 หมอ

ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี



จากการวิเคราะห์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยพัฒนาโครงการนาคาพิทักษ์รักษาประชาชนในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่

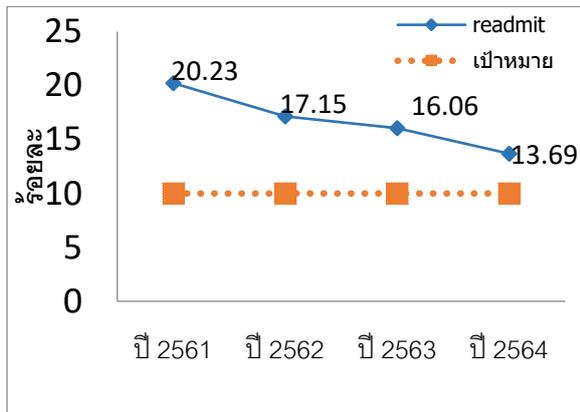
แผนพัฒนา

ขยายขอบเขตและเครือข่ายการดำเนินงานโดยบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ร่วมกับทีม 3 หมอ

83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
1. ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	ไม่เกิน ร้อยละ 10	NA	20.23	17.15	16.05	13.69
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน	มากกว่า ร้อยละ 85	NA	89.13	88.46	85.95	93.89
3. ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยการฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน	ไม่เกิน ร้อยละ 5.5	NA	4.04	1.45	3.19	3.2

1. ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน



ปี 2562 – 2564 ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงทุกปีจากการทบทวน พบสาเหตุ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) ดื่มเหล้าและใช้สารเสพติดซ้ำ

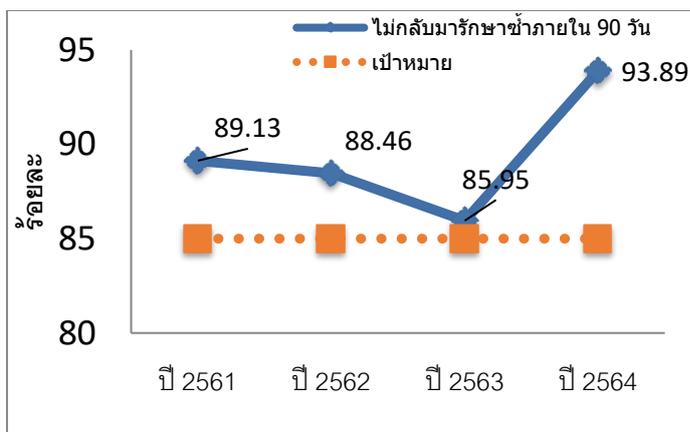
การปรับปรุง พัฒนา

- ใช้ Long acting ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และไม่รับประทานยาและพัฒนาระบบฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรม ICOD-R สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุราและยาเสพติด

แผนการพัฒนา

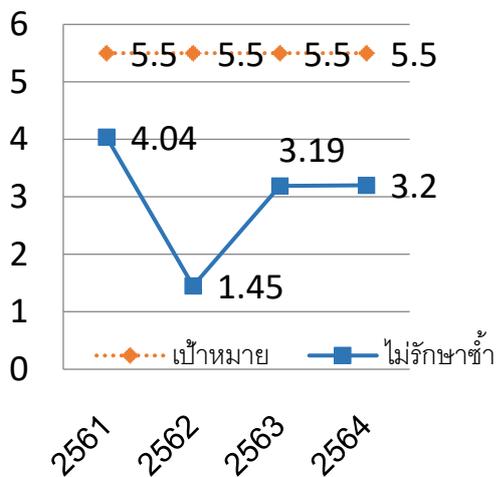
- ขยายการดำเนินงานลงสู่ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมการฟื้นฟูแบบสหวิชาชีพ ที่เฉพาะเจาะจงตามปัญหาของผู้รับบริการแบบรายกรณี
- พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอาการทางจิตของผู้ป่วยในโรคจิตเภท และโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน



ระหว่างปี 2561-2564 ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย การฟื้นฟูที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมร่วมกับการฟื้นฟูด้านอาชีพอื่น ๆ การฟื้นฟูด้านทักษะทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระสามารถอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้นานขึ้น

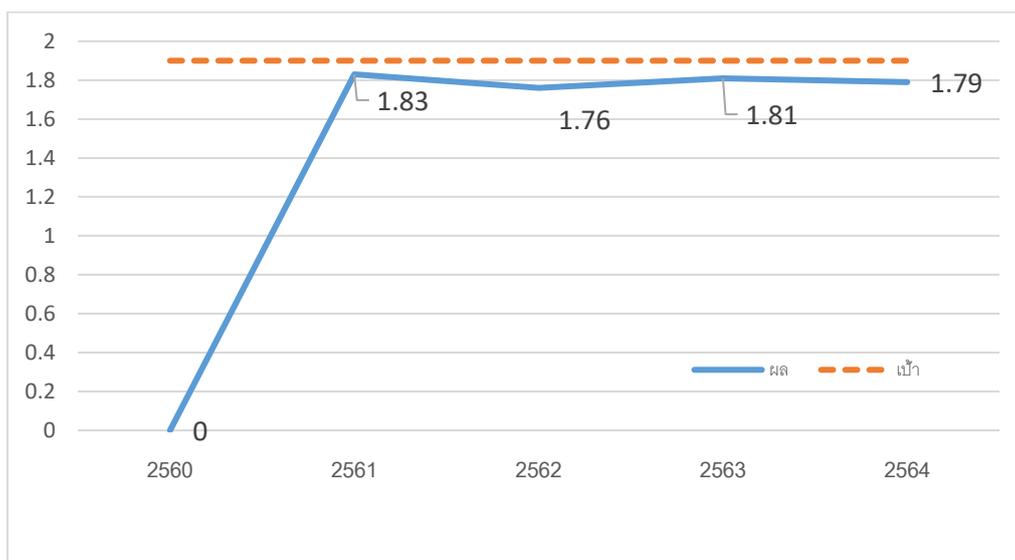
ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยการฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน



ปี 2561 -2564 ผลดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีมาตรการที่ได้ดำเนินการสำหรับการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพ และแนวทางการดูแล (CPG) ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ มีการฝึกอบรม นิเทศที่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 90 วัน

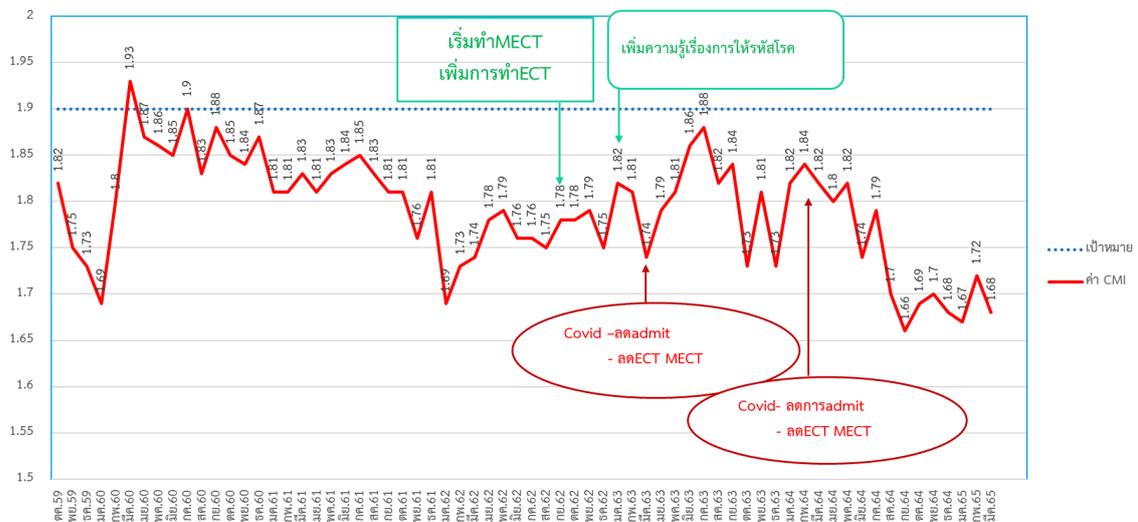
84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1.9 คะแนน	N/A	1.83	1.76	1.81	1.79

ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด



สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

- รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นรพ.เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มโรคที่รักษาเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชซึ่งมีค่า RW อยู่ในช่วง (0.20 - 2.02) 4 อันดับโรคแรก คือ Schizophrenia (F20) ร้อยละ 38.62 ค่า RW 2.0286 Mental and behavioral disorder due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19) ร้อยละ 16.70 ค่า RW 1.687 Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants, including caffeine (F15) ร้อยละ 13.43 ค่า RW 1.687 Mental and behavioral disorder due to use alcohol (F10) ร้อยละ 11.20 ค่า RW เพียงแค่ 0.416 มีเฉพาะ alcohol dependence RW 0.97 แนวโน้มผู้ป่วยที่ admit เป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ซึ่งได้ค่า RW ต่ำ และส่วนหนึ่งต้อง admit นานตามพรบ.คุม



ประพฤติ 120 วัน ทำให้ค่า RW ยิ่งลดลง

- การทำหัตถการที่มีผลต่อ RW มีเพียง ECT ซึ่งมีจำนวนไม่มากและทำเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลเท่านั้น นอกจากนี้ยังเพิ่มค่า RW เฉพาะ ใน major affective disorder ค่า RW 2.34 กลุ่ม acute psychosis ค่า RW 3.118 และ chronic psychosis ค่า RW 3.802

- แพทย์ลงวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน

- ในปี 2563-2564 จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้ต้องลด จำนวนผู้ป่วยลงตามนโยบายขณะที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 และลดการทำหัตถการ ECT ซึ่งเป็นหัตถการเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อค่า RW ส่งผลให้ค่า CMI ยิ่งลดลง

การปรับปรุง พัฒนา

- ปี 2562 เริ่มมีการทำ MECT และมีการทำ ECT เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ ปี 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น ค่า CMI 1.76 เพิ่มเป็น 1.81

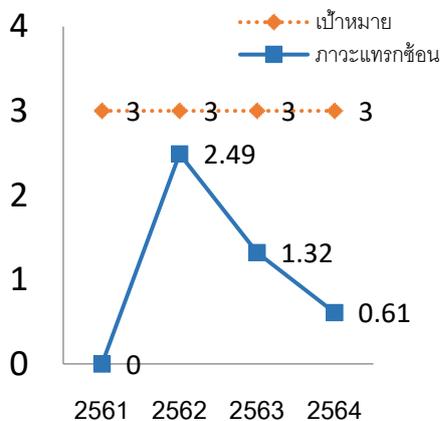
- ปี 2563 ให้ความรู้แพทย์เรื่อง การลงวินิจฉัย การให้รหัสโรค กลุ่มงานการแพทย์กระตุ้น ส่งเสริมกำกับติดตาม ให้แพทย์ ทบทวนวินิจฉัยให้ถูกต้องและครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง และนักเวชสถิติ แจ้งแพทย์เมื่อลงวินิจฉัยไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง

- ปี 2564 ค่า CMI 1.79 ลดลงเนื่องจากมีการระบาดของโรค COVID-19 การ admit ลดลง จึงได้มีการปรับเปลี่ยนระบบงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อรองรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสามารถทำหัตถการได้ตามปกติ

85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ					
		2559	2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการ รักษาด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป	ร้อยละ 3	เริ่มเก็บตัวชี้วัดปี 2561		1.9 (E1 ราย)	1.0 (E1 ราย)	1.9 (E1 ราย)	1.27 (F 1 ราย/0.14 , E 9 ราย /1.25)
จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วย ไฟฟ้าผิดคน	0 ราย	0	0	0	0	0	0

ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป



โรงพยาบาลเปิดให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า ชนิดให้ยาระงับความรู้สึกในปี 2562 และเริ่มกำกับ ตัวชี้วัดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษา ด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ผลการดำเนินงานเป็นไป ตามเป้าหมาย และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้า ระดับ E ขึ้นไป ในปี 2562-2564 มีจำนวน 28 ราย ตาม รายละเอียด ดังนี้

ปี 2562 มีจำนวน 13 ราย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive crisis; BP≥180/110 mmHg) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 46.15) ความดันโลหิตต่ำ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 23.08) และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการชักครั้งแรก ไม่เพียงพอ (inadequate seizure) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 30.77)

ปี 2563 มี จำนวน 8 ราย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive crisis; BP≥180/110 mmHg) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 50.00) ไม่เกิดการชัก (missed seizure) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 37.50) และผู้ป่วยมีการชักที่ยาว เกินไป (มากกว่า 120 วินาที) (prolong seizure) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 12.50)

ปี 2564 มี จำนวน 7 ราย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive crisis; BP≥180/110 mmHg) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 42.86) ไม่เกิดการชัก (missed seizure) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57) มีการตอบสนองต่อการชัก ครั้งแรกไม่เพียงพอ (inadequate seizure) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57)

จากการทบทวนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดีพบสาเหตุ และโอกาสพัฒนา ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง/ภาวะความดันโลหิตต่ำ: พบหลังให้ยาระงับความรู้สึกและหลังชัก อาจเกิดจากผู้ป่วย ได้รับยาระงับความรู้สึกและรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular reflexes) และมีความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) ที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความผิดปกติของร่างกายโดยเฉพาะระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูง/ ภาวะความดันโลหิตต่ำได้

2. inadequate seizure: ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการชักครั้งแรกไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 25 วินาที) โดยรอ 20 -

30 วินาที เพื่อกระตุ้นซ้ำจึงตอบสนองต่อการชัก (ไม่เกิน 3 ครั้ง) อาจเกิดจาก 2.1) การติด electrode ไม่แน่น 2.2) ปริมาณไฟฟ้าที่ใช้ไม่เพียงพอ 2.3) ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกปริมาณมากเกินไป 2.3) ผู้ป่วยมี seizure threshold ได้แก่ ผู้ป่วยได้ยากันชัก /ยาในกลุ่ม benzodiazepine มาก่อนและผู้ป่วยมี seizure threshold เพิ่มขึ้นระหว่างที่รักษาด้วยไฟฟ้า

3. missed seizure: ผู้ป่วยไม่เกิดการชัก โดยสังเกตเห็นได้จากการกระตุกของกล้ามเนื้อและการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองหลังจากปล่อยกระแสไฟฟ้าไปแล้ว (รอ 20-30 วินาที กระตุ้นซ้ำ 3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ชัก) สาเหตุอาจเกิดเช่นเดียวกับ inadequate seizure

4. prolong seizure: การชักที่นานกว่าปกติ (มากกว่า 120 วินาที) อาจเกิดจาก 4.1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะถอนยา กลุ่ม benzodiazepine และ 4.2) ผู้ป่วยได้รับยา Clozapine Chlorpromazine

การปรับปรุง/พัฒนา

1. ภาวะความดันโลหิตสูง/ภาวะความดันโลหิตต่ำ

1.1 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม Hypertension ให้ยาลดความดันโลหิตก่อนส่งผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า (Pre-medication) ตามแผนการรักษาทุกราย

1.2 วัดและประเมิน Vital signs ,monitor EKG, O₂ saturation ,PAR score ทุก 3-5 นาที ขณะรักษาและทุก 5-15 นาทีหลังรักษา ตามมาตรฐานบริการวิสัญญีพยาบาล มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า และแนวทางการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่

1.3 กรณีพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง หลังการรักษาด้วยไฟฟ้าและวัด Vital signs ซ้ำทุก 3-5 นาที จำนวน 2 ครั้ง พบว่า $\geq 180/110$ mmHg รายงานแพทย์และให้ยา Antihypertensive ได้แก่ Nicardipine IV infusion ตามแผนการรักษา

1.4 กรณีภาวะความดันโลหิตต่ำ (ต่ำกว่า 90/60 mmHg) หลังรักษาด้วยไฟฟ้าและวัด Vital signs ซ้ำทุก 3-5 นาที จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก หน้ามืด มึนงง วิงเวียนศีรษะ รายงานแพทย์ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

2. Inadequate seizure / missed seizure

2.1 ทบทวนการรักษาด้วยไฟฟ้าทำการตรวจเช็คขั้วต่ออิเล็กโทรด (electrode) ต่าง ๆ และติดให้แน่น

2.2 จัดแพทย์เพิ่มปริมาณกระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการรักษา

2.3 ทบทวนการรักษาด้วยไฟฟ้าทบทวนสาเหตุที่ทำให้เกิด Inadequate seizure เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลด้วยไฟฟ้าครั้งต่อไป

2.3.1 กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกมากเกินไป วิสัญญีพยาบาลรายงานแพทย์พิจารณาปรับลดปริมาณยาระงับความรู้สึกลง

2.3.2 กรณีผู้ป่วยได้รับยากันชัก /ยาในกลุ่ม benzodiazepine วิสัญญีพยาบาลรายงานแพทย์ เพื่องดหรือลดยาที่มีผลต่อการต้านการชัก

3. Prolong seizure

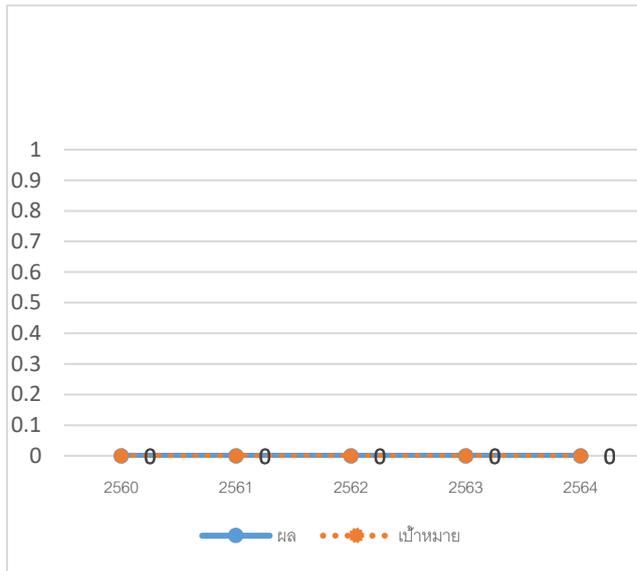
3.1 รายงานแพทย์พิจารณาให้ยาเพื่อหยุดการชัก ได้แก่ propofol หรือยาในกลุ่ม benzodiazepine

3.2 วัดและประเมิน Vital signs ,monitor EKG, O₂ saturation เพื่อติดตามระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3.3 ขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ Oxygen mask with bag 8-10 lit/min อย่างเพียงพอจนกว่า ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 100 %

3.4 ทีมการรักษาด้วยไฟฟ้าทบทวนสาเหตุ ชักประวัติ ตรวจร่างกายเกี่ยวกับโรคทางระบบประสาท การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับที่มีผลทำให้เกิด prolong seizure ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าครั้งต่อไป

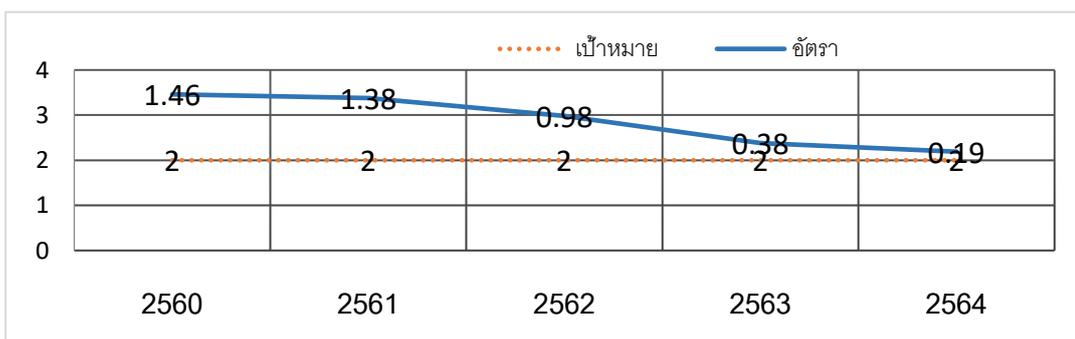
จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน



ปี 2560-2564 จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน เป็นไปตามเป้าหมายเกิดจากการมีมาตรการในการป้องกัน ดังนี้ 1) มีระเบียบปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย 2) มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า กรมสุขภาพจิต ตามมาตรฐานการบริการการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ของ Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 (Safe Surgical Care Process) 3.) มีระเบียบปฏิบัติ ECT Safety Checklist ในกระบวนการการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่นำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกระยะ ได้แก่ ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า ระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า หลังรักษาด้วยไฟฟ้า และการดูแลต่อเนื่อง

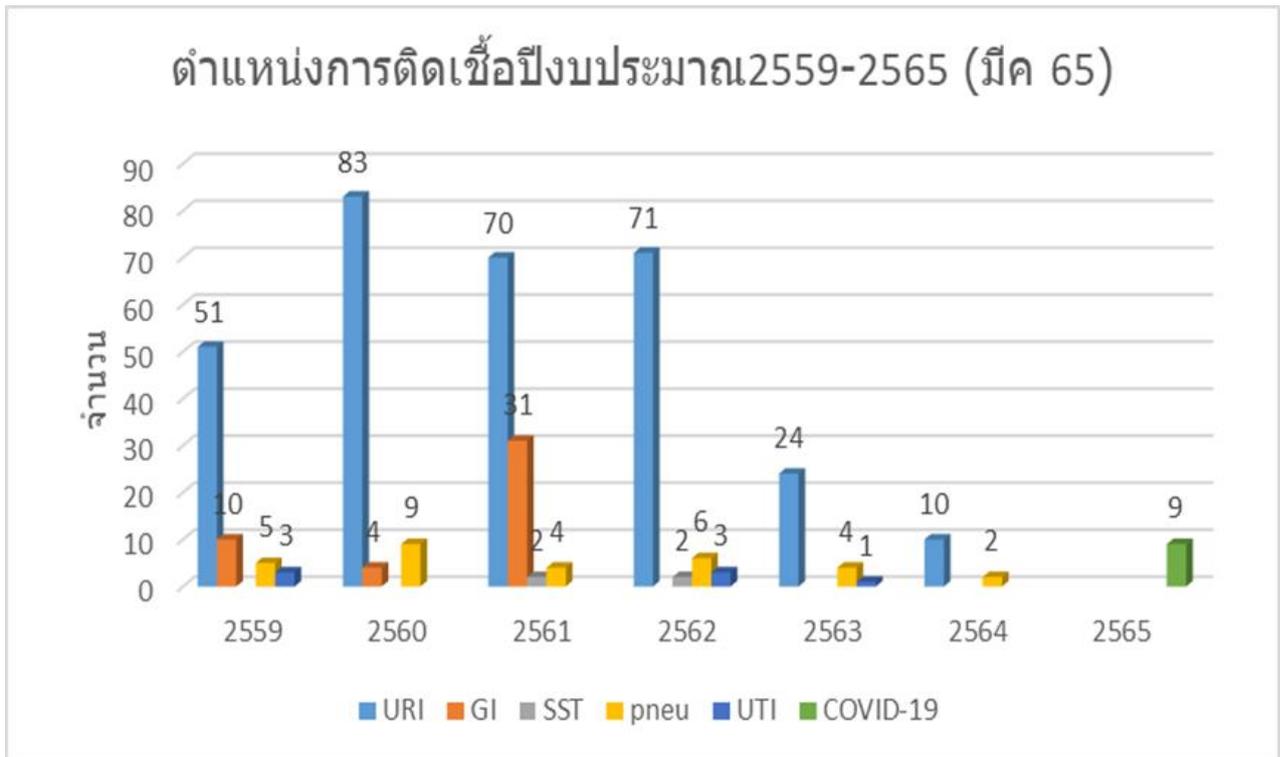
86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ					
		2560	2561	2562	2563	2564	
อัตราการติดเชื้อในรพ. (Health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	ไม่เกิน 2	1.15	1.46	1.38	0.98	0.38	0.19
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*		ไม่มีผลการประเมินเนื่องจากการไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ					
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*		ไม่มีผลการประเมินเนื่องจากการไม่มีการใส่สายสวนคาทางเดินปัสสาวะ					
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days*		ไม่มีผลการประเมินเนื่องจากการไม่มีการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ					

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (≤ 2 : 1000 วันนอน)



อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี ไม่เกินค่าเป้าหมาย จากการทบทวนพบสาเหตุและโอกาสพัฒนา ดังนี้

1) ตำแหน่งการติดเชื้อในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2559-2565 (มีค)



ปี 2560-2562 มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจส่วนต้น และพบว่าการสอบสวนโรคไม่ได้ส่งตรวจ Throat /nasal swab ตามแนวทางการสอบสวนโรค ทำให้ไม่สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุการระบาด สาเหตุการระบาด

บุคลากร	ผู้ป่วย	สิ่งแวดล้อม
นำผู้ป่วยแยกออกจากห้อง ก่อนครบกำหนด	พฤติกรรมการ์ดดูแลตนเองของ ผู้ป่วยอยู่ปะปนใกล้ชิด คลุกคลีกัน ไม่อยู่ประจำเตียง	การใช้อุปกรณ์เครื่องนอน หมอน ผ้าห่ม ปะปนกัน
ไม่เก็บสิ่งส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการในการยืนยัน การวินิจฉัยการติดเชื้อ	เปลี่ยนที่นอนไปเรื่อย	ระยะเตียงผู้ป่วยน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ไม่สามารถป้องกัน Contact Precaution

มาตรการป้องกัน

บุคลากร	ผู้ป่วย	สิ่งแวดล้อม
คัดกรองอาการทุกแหว แยก ทันทีที่พบ	จัดสถานที่ในการแยก ห้องแยก กำหนดชั้น	ดูแลเครื่องนอนเฉพาะ คน
ให้แยกจนกว่าจะพ้นระยะ แพร่เชื้อ แม้ไม่มีอาการ	สอนการดูแลตนเอง จากโรคที่ติดต่อกัน	ถ้าทำไม่ได้ให้ส่งซักทุกวัน
ผู้ป่วยจำนวนไม่มาก แยกไว้ใน ห้องแยกรวมกัน	โรคและการติดต่อ	ของใช้ แก้วน้ำให้เพียงพอ ล้างทุกวัน
ผู้ป่วยจำนวนมาก แยกไว้ชั้น ใดชั้นหนึ่ง	การใส่หน้ากากอนามัย	ทำความสะอาด
Standard และ Droplet Precaution	การล้างมือ	Alc. jel ให้เพียงพอ

ผลการดำเนินการสอบสวนปี 2562 โดยให้เก็บ Throat swab พบเชื้อ Klebsiella pneumonia เป็น
แบคทีเรียที่อาศัยในลำไส้ของมนุษย์และไม่ก่อให้เกิดโรค แต่หากเชื้อนี้แพร่ไปอยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ ในร่างกาย ก็
สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นได้ แพร่เชื้อโดยการสัมผัสระหว่างบุคคล ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ป่วย หรืออยู่ระหว่าง
การพักฟื้นจากการบาดเจ็บหลังทำหัตถการต่าง ๆ มักเป็นกลุ่มที่มักติดเชื้อ ทำให้สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุการ
ระบาด และวางมาตรการควบคุมป้องกันโรคให้ตรงกับสาเหตุ ในปี 2563 – 2564 ไม่พบการระบาดอีก

ปี 2561 การระบาดของระบบทางเดินอาหาร

พบโอกาสพัฒนาในแนวทางการสอบสวนโรคที่วางไว้ คือ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ระบบทางเดินอาหารไม่เก็บ Rectal Swab และ Stool exam จากผู้ป่วย / ผู้สัมผัสอาหาร และไม่เก็บตัวอย่างวัตถุดิบ/
อาหาร ส่งตรวจ ทำให้ไม่สามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุการระบาด และวางมาตรการควบคุมป้องกันโรคให้ตรงกับสาเหตุ
จึงได้จัดทำแนวทางสอบสวนโรคทางเดินอาหาร และกำหนดมาตรการป้องกัน ส่งผลให้ปี 2562 - 2565 ไม่พบการ
ระบาด

มาตรการป้องกัน

การเก็บตัวอย่างจาก ผู้ป่วย	เก็บตัวอย่างจากผู้สัมผัส/ ผู้ประกอบอาหาร	การเก็บตัวอย่างจาก สิ่งแวดล้อม	ทบทวนกระบวนการผลิต อาหาร
-rectal swab culture -อุจจาระสด (Fresh stool) ควรเก็บไม่เกิน 7 วัน นับจากวันเริ่มป่วย - อาเจียน	-rectal swab culture -Swab มือและผิวหนัง	-Swab ภาชนะ และ อุปกรณ์ต่าง ๆ -เก็บตัวอย่างวัตถุดิบ/ อาหาร	-กระบวนการตรวจรับ วัตถุดิบ/อาหาร/ผู้สัมผัส อาหาร - กระบวนการเตรียม/การ ตัดแต่ง/การล้างวัตถุดิบ -กระบวนการปรุง ประกอบอาหาร/อุณหภูมิ หรือเวลาในการปรุง ประกอบ

การเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย	เก็บตัวอย่างจากผู้สัมผัส/ผู้ประกอบอาหาร	การเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม	ทบทวนกระบวนการผลิตอาหาร
			<ul style="list-style-type: none"> - การให้บริการอาหาร/ขนส่งอาหาร - การล้างมือ/ภาชนะอุปกรณ์/การจัดเก็บอุปกรณ์ - การคัดแยกขยะ/การจัดการสิ่งแวดล้อม

ปีงบประมาณ 2565 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล

การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล

1.มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม

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 เตียง และพื้นที่ปรับอากาศ แต่
ละแผนก ให้มีการเปิดประตู หน้าต่าง หรือช่องลม เพื่อการระบายอากาศ หรือให้มีการนำอากาศเข้าจากภายนอก

2.มาตรการด้านบุคลากร

2.1 การคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานแบบประเมินและ ตรวจ ATK

2.2 ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 แนวปฏิบัติ UP-DMHTT

2.4 แนวปฏิบัติเมื่อสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

2.5 การจัดประชุมระบบออนไลน์

3.มาตรการด้านผู้รับบริการ

3.1 การคัดกรองผู้รับบริการ ประวัติสัมผัสโรค อาการเสี่ยง ประวัติการติดเชื้อในช่วง 1-3 เดือน /แสดงหลักฐาน
ประวัติการรับวัคซีน /การตรวจเชื้อโควิด-19

3.2 การตรวจหาเชื้อ COVID-19 โดยวิธี ATK ก่อน admit ในผู้ป่วยที่ต้องทำ ECT ตรวจ RT-PCR

3.3 ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการฉีดวัคซีน

3.4 งดญาติเยี่ยมในโรงพยาบาล ให้เยี่ยมทางโทรศัพท์

3.5 ดูแลให้ปฏิบัติตาม DMHTT

4. สนับสนุนองค์ความรู้ แนวปฏิบัติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่บุคลากร เช่นในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ

5. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอต่อการใช้งาน และฝึกทักษะการใช้งาน

6. เผยแพร่สื่อสาร การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่ผู้รับบริการ และบุคลากร

7. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้

8. แนวทางการจัดการหลังสัมผัสโรคติดเชื้อ และการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติงาน

สรุปการทบทวน RCA และสิ่งที่พัฒนา/แก้ไข ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล

1. พบโอกาสพัฒนาในการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างของผู้รับบริการที่ OPD มีการนำเก้าอี้มาชิดกัน ทีมใช้วิธี สื่อสารการปฏิบัติด้วยภาพ ใช้เส้นในการกัน และจัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยกำกับการให้บริการ สามารถปฏิบัติตามได้

2. ผู้ป่วยในพบCluster ในหอผู้ป่วย การใช้โซนแยก ไม่สามารถทำได้กับผู้ป่วยจิตเวช และห้องน้ำเป็นห้องน้ำรวม มีข้อเสนอแนะการปรับปรุงโครงสร้างเพื่อเอื้อในการดูแล คือควรจัดSetting การดูแลคนไข้ในตึก ให้อยู่ห้องเดียวกันประมาณ 5-7 คน ตลอดจนการอยู่รักษาหรือจนกว่าจะพ้นระยะฟักตัวของโรคและควรมีห้องน้ำเฉพาะในห้อง

3. บุคลากร พบว่าการปฏิบัติตามมาตรการงดเว้นการรับประทานอาหารร่วมกัน และการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ต้องมีผู้กำกับ ติดตามการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

แผนพัฒนา

1. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล

1. การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยในให้เป็นไปตาม Social distancing ในการป้องกันทั้งcontact droplet precautions

2. การสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ

3. เพิ่มสมรรถนะบุคลากร

4. การกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้

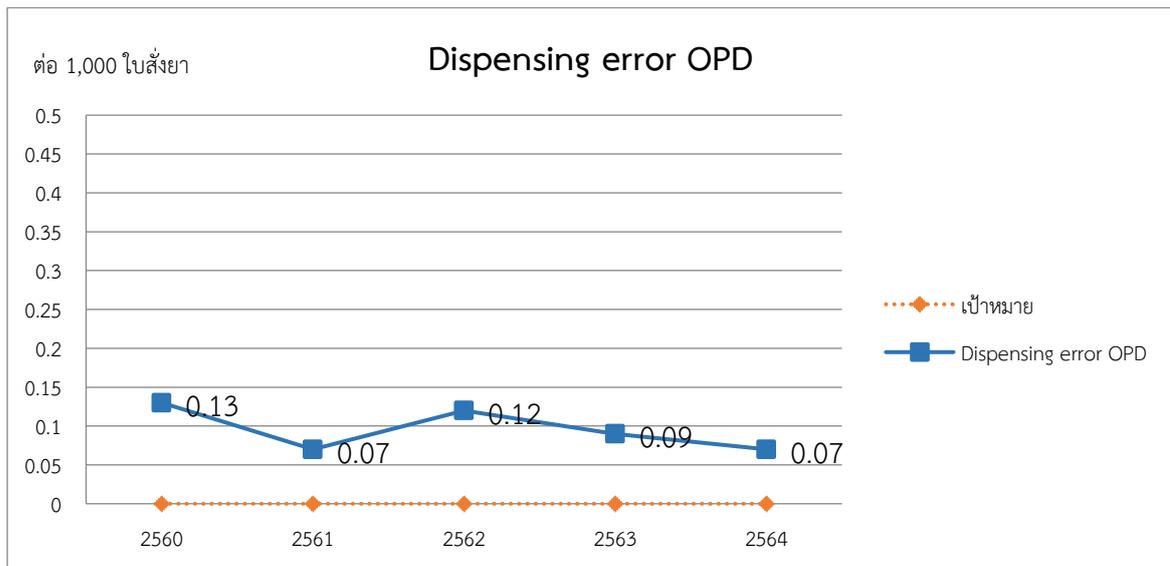
87ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
Medication error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		90,296	90,674	91,216	89,944	51,674
- Prescribing error	0	363	334	294	279	217

87ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
		(4.02)	(3.68)	(3.22)	(3.1)	(4.20)
- Pre-dispensing error	0	394 (4.36)	840 (9.26)	864 (9.47)	256 (2.85)	475 (9.19)
- Dispensing error	0	12 (0.13)	6 (0.07)	11 (0.12)	8 (0.09)	2 (0.04)
- Administration error	0	0	2 (0.03)	0	2 (0.02)	0
Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ 1000 วันนอน)		67,689	77,189	78,868	70,198	35,753
Medication error ผู้ป่วยใน (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		19,815	22,253	25,684	28,484	39,292
- Prescribing error	0	1 (0.01)	254 (3.29)	13 (0.16)	7 (0.1)	1 (0.03)
- Transcribing error	0	24 (0.27)	25 (0.32)	50 (0.63)	35 (0.5)	52 (1.45)
- Pre-dispensing error	0	79 (1.17)	49 (0.63)	67 (0.85)	97 (1.37)	57 (1.59)
- Dispensing error	0	102 (1.51)	4 (0.05)	31 (0.39)	34 (0.48)	16 (0.45)
- Pre-Administration error	0	594 (8.78)	390 (5.05)	436 (5.53)	229 (3.26)	0
- Administration error	0	12 (0.18)	6 (0.10)	23 (0.29)	28 (0.4)	5 (0.14)
อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR ระดับ E ขึ้นไป)	0	1	0	3	3	1
อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0
Lithium intoxication	0	1	0	0	0	1

87ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	ไม่มีการให้เลือด				

1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Dispensing Error- OPD) : 1000 ใบสั่งยา
เป้าหมาย: 0 ต่อ 1000 ใบสั่งยา



อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปี 2560 - 2564 ที่ถึงตัวผู้ป่วย คือ ในระดับ C ขึ้นไป พบว่า เป็นสาเหตุเกิดจาก 1) การจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน 2) จ่ายยาผิดรอบใบสั่งยาเนื่องจากแพทย์แก้ไขคำสั่งใช้ยาและ 3) จ่ายยาผิดความแรง ซึ่งแต่ละครั้งที่เกิดขึ้นสามารถติดตามแก้ไขได้

แนวทางการลด Dispensing errors OPD

ปี 2561 ดำเนินการ การปรับปรุงบัญชียาโรงพยาบาลเป็น One Generic – One Trade name ลดการจัดยา ผิดชื่อการค้า

ปี 2562 ดำเนินการ 1) ตรวจสอบสถานะใบสั่งยาและราคาตามใบสั่งยาก่อนจ่ายยา ให้ตรงกับโปรแกรมออนไลน์ทุกครั้งเพื่อยืนยันว่าเป็นใบสั่งยาในรอบที่ถูกต้อง 2) ระบบตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือประจำวัน โดยการตรวจสอบในรายการยากลุ่ม 3 หรือรายการยา Alprazolam ซึ่งแต่ละรายการมีหลายความแรง ช่วยให้ค้นหาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาและแก้ไขได้เร็วมากขึ้น 3) การพิมพ์ตารางนัดฉีดยาจากระบบออนไลน์ เพื่อความถูกต้องในการระบุรายการยาและวิธีบริหารยา

ปี 2563 1) การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยใช้ใบแนะนำตัว ช่วยระบุผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบให้ตรงตามชื่อในใบสั่งยาที่จะจ่าย เจ้าหน้าที่เก็บใบสั่งยาจะตรวจสอบใบสั่งยาและใบแนะนำตัวที่ให้บริการในแต่ละวัน เพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาผิดคน 2) การแยกสติ๊กเกอร์ยาแบ่งบรรจุเป็นสีที่แตกต่างกัน ช่วยระบุความแตกต่างของยาแบ่งบรรจุให้ชัดเจน ช่วยให้ผู้จัดยาสามารถแยกความแตกต่างของลักษณะภายนอกของยาแบ่งบรรจุได้ และมีการทวนสอบความ

ถูกต้องของสติ๊กเกอร์แต่ละรายการเพื่อทวนสอบระหว่างผู้แบ่งบรรจุยา ผู้จัดทำสติ๊กเกอร์ และผู้ตรวจสอบการแบ่งบรรจุยา

ปี 2564 ปรับลดอายุผู้ป่วยให้ชื่อ-สกุล ตัวหนังสือเข้มข้น เพื่อความชัดเจนในการตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยา

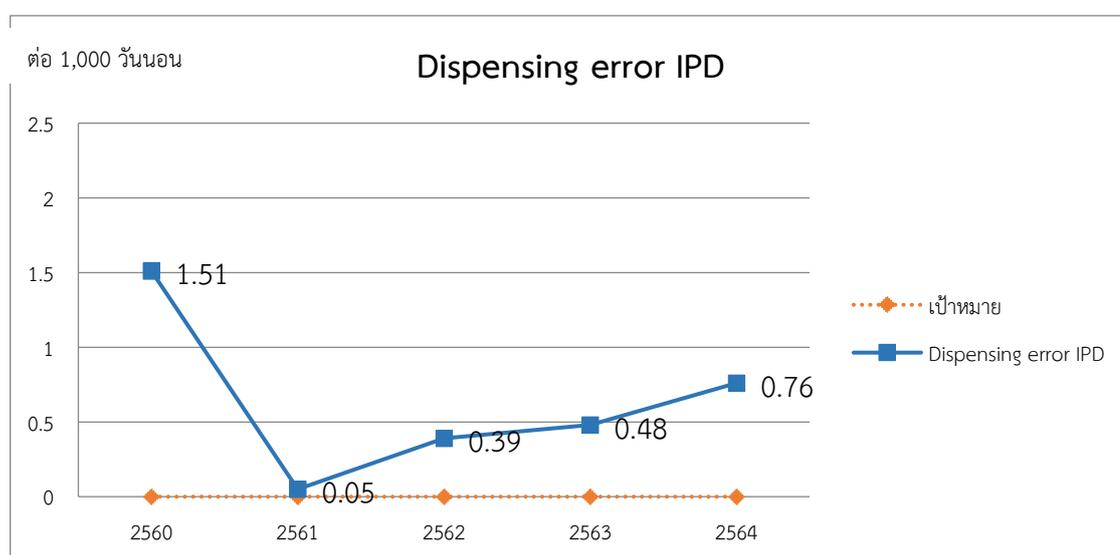
แผนพัฒนาเพื่อลด Dispensing errors OPD ในปีต่อไป ดังนี้

1. ใช้หลักการของ HFE (Human Factor Engineering) มาใช้ในระบบการเตรียมและก่อนการจ่ายยา ได้แก่ ปรับชื่อยาที่มี 2 ขนาด หรือชื่อยาที่ใกล้เคียงกันให้แตกต่างกัน

2. พัฒนาระบบการตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือประจำวันไปยังกลุ่มยาใช้ภายนอก สารน้ำและยาฉีด เพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาเชิงรุก

2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน (Dispensing Error - IPD): 1000 วันนอน

เป้าหมาย: 0 ต่อ 1000 วันนอน



ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน ปี 2562-2564 มีอัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่สูงกว่าในปี 2561 เนื่องด้วยมีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงาน บันทึกรายงานเหตุการณ์ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น ทำให้ปี 2562-2564 พบจำนวนอุบัติการณ์สูงขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ 2561 แต่พบว่าอุบัติการณ์มีระดับความรุนแรงในระดับ B - C

สาเหตุความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ 2560 -2564 พบว่ามีดังนี้

1. จ่ายยาผิดชนิด/ผิดขนาด เนื่องจากรายการยาที่มีความ Look alike (ชื่อยาเหมือนกัน/ ความแรงยาเท่ากัน)
2. คำสั่งจ่ายยาในสำเนา DOS ไม่ชัดเจน อ่านคำสั่งได้ยาก
3. เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกคำสั่งจ่ายยาลงโปรแกรมออนไลน์บันทึกผิดและไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง
4. การจ่ายยาซ้ำซ้อน เนื่องจากการยืนยันกรณีเร่งด่วนโดยงานจิตเวชฉุกเฉิน แต่ผู้จ่ายยายืนยันไม่ได้สื่อสารข้อมูลการยืนยัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยในไม่ทราบข้อมูลการยืนยันจึงจ่ายยาไปซ้ำอีกครั้ง
5. ความเร่งรีบในการปฏิบัติงานของบุคลากร เนื่องจากปริมาณงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดผ่านกระบวนการจัดเตรียมและจ่ายยาที่จุดบริการเดียวกัน

แนวทางการลด Dispensing errors IPD

ปี 2560-2562 ทีมสหวิชาชีพทบทวนแนวทางปฏิบัติงานและระบบจัดการด้านยาภายในโรงพยาบาลร่วมกัน โดยจัดการประชุมสื่อสารให้กับแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานตามแนวทางระบบจัดการด้านยาของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

ปี 2561 คณะกรรมการ PTC พิจารณาปรับบัญชียาของโรงพยาบาลให้เป็น One generic- one Trade name เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาตั้งแต่การสั่งใช้ การจ่ายยาและการบริหารยา และการดำเนินการจัดซื้อยาโดยหลีกเลี่ยงยาที่มีลักษณะยา LASA เพื่อการแยกความแตกต่างของยาแต่ละรายการได้ง่าย

ปี 2562 ดำเนินการ 1) กำหนดให้ใช้สำเนา DOS และ ใบสื่อสาร/ใบเบิกยาเพิ่มเติม ตามที่ระบบยากำหนดไว้ เพื่อเบิกยาจากห้องจ่ายยาเท่านั้น เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารหรือถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาทางวาจา 2) เปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานรับคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในเป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ซึ่งมีสมรรถนะทางเภสัชกรรม สามารถอ่าน คำสั่งใช้ยาได้มากขึ้น 3) ปรับระบบการจ่ายยาผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าซึ่งเป็นหอที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายร่วมด้วย จาก 7-day-dose ลดเหลือ 3-day-dose เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่จากการมียาสำรองที่หอผู้ป่วยปริมาณมาก 4) เพิ่มกระบวนการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลหอผู้ป่วยก่อนจัดยาให้ผู้ป่วย เป็นอีกขั้นตอนที่สามารถช่วยตัดจับความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยในได้เพิ่มขึ้น

ปี 2563 กำหนดตารางปฏิบัติงานให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาทั้งหมด ทำให้สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาได้มากขึ้น

ปี 2564 ดำเนินการ 1) แยกห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2) ปรับระบบกระจายยาผู้ป่วยในเป็นแบบ Unit Daily dose ทุกหอผู้ป่วย 3) ใช้ Sticker ระบุตัวผู้ป่วยแทนการเขียน ซึ่ง Sticker จะระบุ ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย HN AN ชื่อแพทย์ผู้รักษา ชื่อหอผู้ป่วยและเลขเตียง เริ่มตั้งแต่กระบวนการ admit เพื่อให้ข้อมูลตรงกันทุกจุด 4) กำหนดวิธีการปฏิบัติงานในการเยี่ยมระหว่างงานจิตเวชฉุกเฉินและห้องจ่ายยานอก

แผนพัฒนาเพื่อลด Dispensing errors IPD ในปี 2565 ดังนี้

1. MMS PCT และกลุ่มงานทางการแพทย์จะพิจารณาทบทวนแนวทางกำหนดเวลาแพทย์เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและการปรับการรักษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อน ช่วงนอกเวลาราชการ (20.30 น.- 8.30 น.) ซึ่งมีผู้ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมเพียง 1 คน ขาดกระบวนการทวนสอบยาซ้ำก่อนการจ่าย

2. นำระบบการกระจายยาผู้ป่วยในแบบ Unit daily dose กลับมาใช้อีกครั้งในปี 2566 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการเตรียมยาเพื่อบริหารให้กับผู้ป่วย (Pre- administration error) และลดความคลาดเคลื่อนจากการสำรองยาในหอผู้ป่วยปริมาณมาก

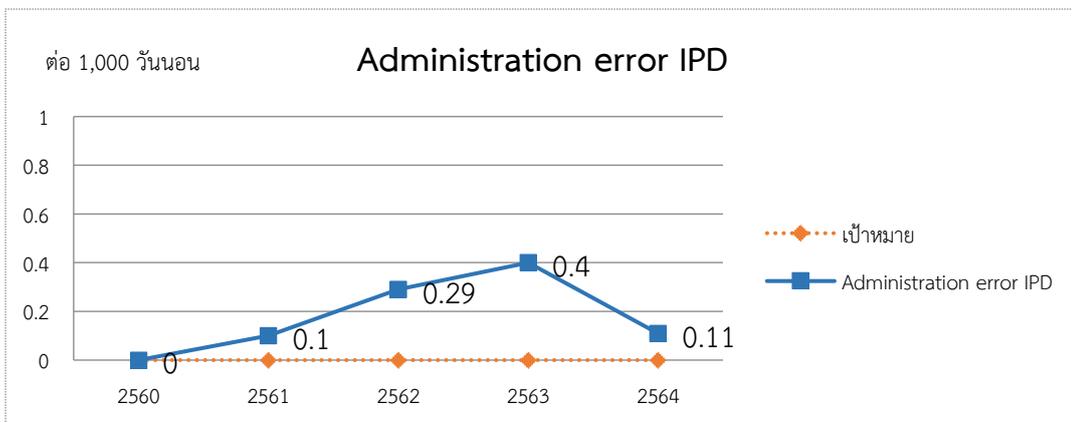
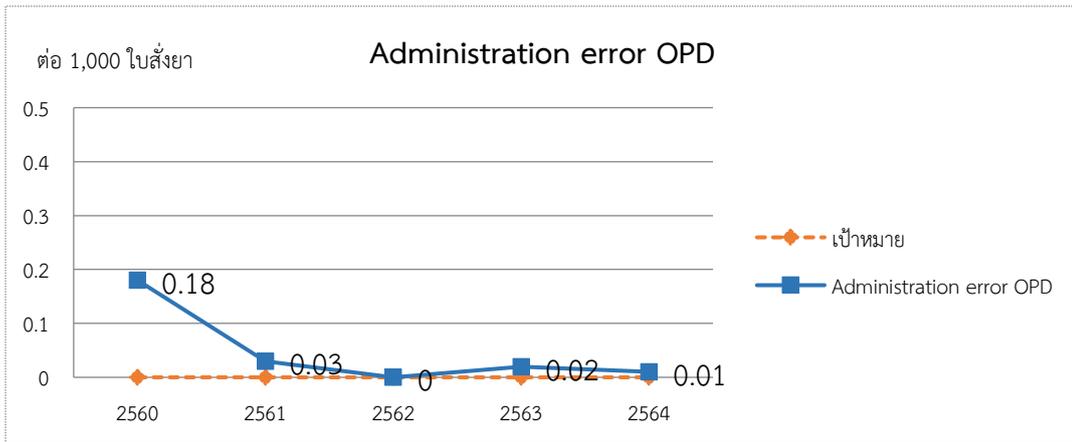
3. พัฒนาระบบการนำส่งข้อมูลคำสั่งใช้ยาและข้อมูลสำคัญอื่น ๆ ของผู้ป่วยในจากการส่งสำเนา DOS ปรับเป็นการสแกน DOS จากหอผู้ป่วยส่งมายังงานบริการเภสัชกรรม เพื่อความชัดเจน ลดการสูญหาย และเพิ่มความเร็วในการส่งเอกสารที่ต้องใช้เพื่อประกอบการจัดและจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน

4. พัฒนาระบบการสั่งใช้ยาผู้ป่วยในโดยให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาบันทึกคำสั่งใช้ยาลงโปรแกรมให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยในโดยตรง เพื่อลด Transcribing error

3. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

เป้าหมาย: OPD 0 ต่อ 1000 ใบสั่งยา

เป้าหมาย: IPD 0 ต่อ 1000 วันนอน



ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา OPD ปี 2561-2564 มีแนวโน้มลดลง

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา IPD ปี 2562 - 2563 พบสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 2 อันดับแรก คือ ให้ยาไม่ครบรายการยาและให้ยามืดเวลา

แนวทางการลด Administration error

ปี 2561 พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของยาและเอกสาร Medication record เทียบกับคำสั่งแพทย์ใน Doctor order sheet ก่อนจัดยา กระบวนการจัดเตรียมและบริหารยาให้ผู้ป่วยจะมีการทวนสอบยาซ้ำโดยผู้ปฏิบัติงานคนละคนกัน

ปี 2562 กลุ่มงานเภสัชกรรมกำหนดการแจ้งเตือนเพิ่มเติม เช่น กำหนดวันฉีดยาและช่วงวันในการบริหารยา โดยงานบริการเภสัชกรรมจะระบุข้อความแจ้งเตือนเพิ่มเติมไว้ที่ทั้งสติ๊กเกอร์ติดซองยา และ Medication record

ปี 2563 มีระบบการนิเทศทางการแพทย์ เพื่อกำกับการปฏิบัติงานแต่ละหอผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน

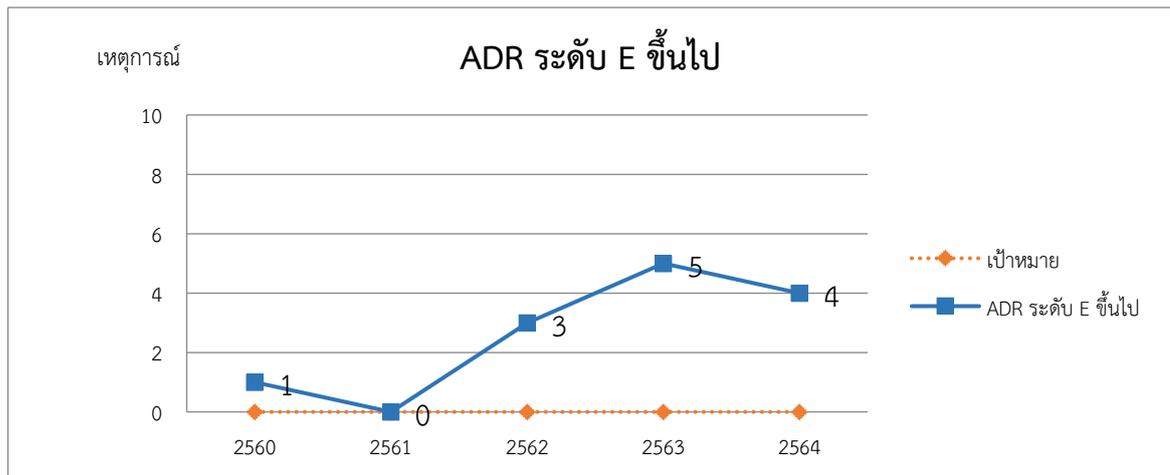
ปี 2564 ปรับระบบกระจายยาผู้ป่วยในเป็นแบบ Unit daily dose

แผนพัฒนาเพื่อลด Administration errors ในปี 2565 ดังนี้

1. กำหนดแผนการทบทวนแนวทางปฏิบัติด้านระบบยาแก่สหวิชาชีพ เพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง 100% ทุกปี
2. พัฒนาการสั่งยา IPD ผ่านระบบ HIS เพื่อช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

4. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ระดับ E ขึ้นไป

เป้าหมาย: 0 ครั้ง



ปี 2560 จำนวน 1 ราย คือ แพทย์สั่งใช้ยาที่เป็นคู่ fatal DI คือ Lithium- Enalapril แล้วเกิดภาวะ Lithium intoxication

ปี 2562 จำนวน 3 ราย คือ

- 1) Aspirated pneumonia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Over sedate
- 2) Aspirated pneumonia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine
- 3) NMS

ปี 2563 จำนวน 5 ราย คือ

- 1) NMS จำนวน 3 ราย
- 2) Aspirated pneumonia ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine
- 3) Over sedation จากยาจิตเวช

ปี 2564 จำนวน 4 ราย คือ

- 1) ผู้ป่วยมีอาการสับสนสละสลือจากการได้รับยาผิดของ
- 2) NMS จำนวน 3 ราย

แนวทางการลด ADR severity E ขึ้นไป มีดังนี้

ปี 2560 ดำเนินการ 1) กำหนดคู่ยา Fatal Drug Interaction และมีแนวทางในการขอทบทวนคู่ยาที่มี DI กับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา 2) การจ่ายยา High Alert Drug สำหรับผู้ป่วยใน มีการใช้สัญลักษณ์สีแดงคำว่า High Alert Drug ที่ช่วยให้สังเกตเห็นได้ง่าย ในเอกสาร Medication record / Patient medication profile

ปี 2561 ดำเนินการ 1) กำหนดระบบการเฝ้าระวัง ADR จากยาในกลุ่ม High Alert Drug ในผู้ป่วยในแบบเข้มข้น (Intensive monitoring) ตามแบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2) มีข้อกำหนดในการเจาะ WBC และ Lithium level รวมถึงกำหนด Standing order ในการหยุดให้ยาพร้อม notify แพทย์ทันทีที่พบผล lab อยู่ในระดับที่เป็นพิษ

ปี 2562 ดำเนินการ 1) กำหนดแนวทาง Medication reconciliation ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกาย 2) กำหนดวิธีการปฏิบัติงานให้สหวิชาชีพทุกจุดสอบถามประวัติแพ้ยาและโรคประจำตัวทุกครั้ง หากพบว่ามีข้อมูลให้ส่งพบเภสัชกรเพื่อซักประวัติเพิ่มเติม

ปี 2563 ทบทวนรายการยาเสี่ยงสูงและกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังตามประเภทของยาที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษทั้งในรายการยาเสี่ยงสูง (High alert drug) รายการยาที่ใช้ในการทำ Modified ECT และรายการยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน (ยาใน Emergency Drug Box)

ปี 2564 ดำเนินการ 1) พัฒนาการเฝ้าระวังและประเมินระดับความรุนแรงของอาการ EPS/ NMS 2) พัฒนาระบบการประเมินภาวะ Over sedation

แผนพัฒนาเพื่อลด ADR severity E ขึ้นไป มีดังนี้

1. พัฒนาระบบออนไลน์ให้สามารถ Block การสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ Fatal DI ได้ 100%
2. พัฒนาการใช้ Trigger tools ในการเฝ้าระวัง ADR อื่น ๆ จากยาจิตเวชให้ครอบคลุมมากขึ้น
3. ทบทวนการสั่งการรักษาในผู้ป่วยที่มี ADR หรือมี DI ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิด ADR ที่รุนแรง

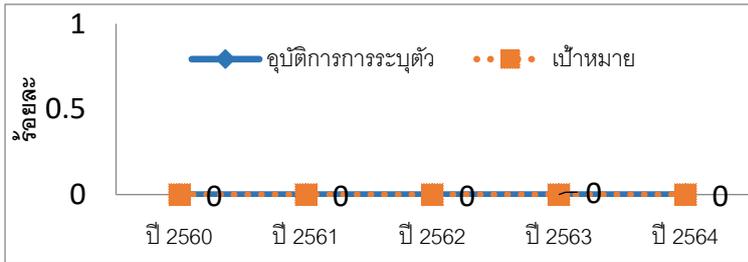
88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis ทั้งหมด		เริ่มใช้ปี 2564				24
อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0 ราย	เริ่มใช้ปี 2564				0
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด*		เริ่มดำเนินการในปี 2563		1	1	
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป*	(0ราย)	เริ่มดำเนินการในปี 2563		0	0	
จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ	0 ราย	4	5	14	12	13

อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*

เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เรื่อง ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคโรงพยาบาลเริ่มกำกับตัวชี้วัดอุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis ในปี 2564 โดยการทบทวน case refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น delirium NMS Pneumonia sepsis พบ อุตการณ์ทั้งสิ้น 24 ราย นำมาสู่การพัฒนาและปรับปรุงระบบ ดังนี้

1. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม CPG alcohol เพิ่มการตรวจหา Magnesium, Phosphorus, Calcium การประเมินภาวะ Over sedation โดยใช้ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Neuroleptic malignant syndrome (NMS) ในประเด็นของการประเมินภาวะ และการตรวจ CPK เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา การสังเกต early warning sign ได้แก่ การเกร็ง สับสน ร่วมกับมีไข้ จัดทำ flow การดูแลเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจ
3. พัฒนาแนวทางการพัฒนาแนวทางการประเมิน sepsis เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว
4. การจัดตั้งศูนย์ refer เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล

อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป

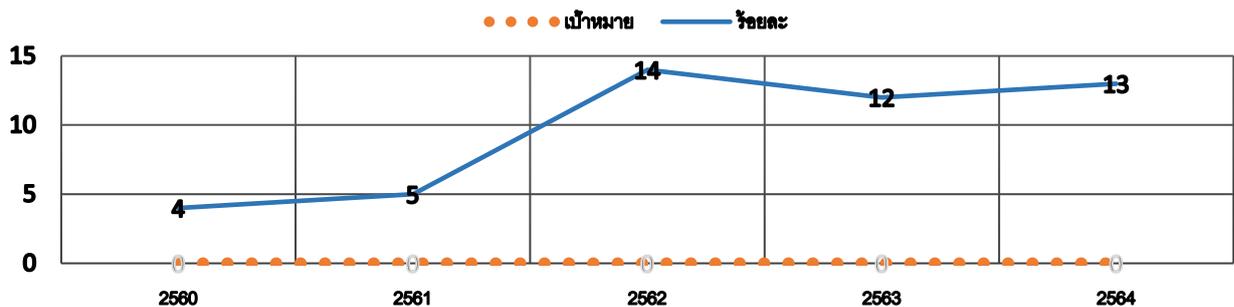


เพื่อสะท้อนให้เห็นความปลอดภัยในการระบุตัวผู้ป่วยโรงพยาบาลจึงได้กำกับติดตามอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา

ผลการดำเนินงานพบว่า ปี 2563 เกิดอุบัติการณ์ 1 ราย เกิดจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอกผิดคน การปรับปรุง พัฒนา 1) ใช้การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยใช้ใบแนะนำตัว ช่วยระบุผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบให้ตรงตามชื่อในใบสั่งยาที่จะจ่าย 2) เจ้าหน้าที่เก็บใบสั่งยาจะตรวจสอบใบสั่งยาและใบแนะนำตัวที่ให้บริการในแต่ละวัน ปี 2564 เกิดอุบัติการณ์ 1 ราย จากการแจกยาผู้ป่วยในผิดคน สาเหตุ เนื่องจากไม่ได้มีการตรวจสอบตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย การปรับปรุง พัฒนา โดยการกำกับ ติดตาม นิเทศและประเมินผลการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ

แผนพัฒนา ในปี 2565 มีการถ่ายภาพปัจจุบันของผู้ป่วย(กรณีรับไว้รักษา) มาใช้เป็นตัวบ่งชี้หลัก เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ เป้าหมาย 0 ราย



ผลการดำเนินงานปี 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จสูงกว่าที่ตั้งไว้ทุกปี จากการทบทวนพบว่า มีสาเหตุดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย พบว่าเคยมีประวัติหลบหนี ใช้สารเสพติด อยู่ในระยะถอนพิษยาเสพติด และญาติพาผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล
2. ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหลบหนี เช่น การคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ขาดการตรวจเยี่ยม ไขว่คว้าใจผู้ป่วย ขาดการประเมินซ้ำ ตรวจนับผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ลืมล็อกประตูห้องผู้ป่วย และไม่ปิดประตูรั้วหอผู้ป่วย
3. ด้านสิ่งแวดล้อมสภาพรั้วโรงพยาบาลชำรุดทำให้ง่ายต่อการหลบหนี

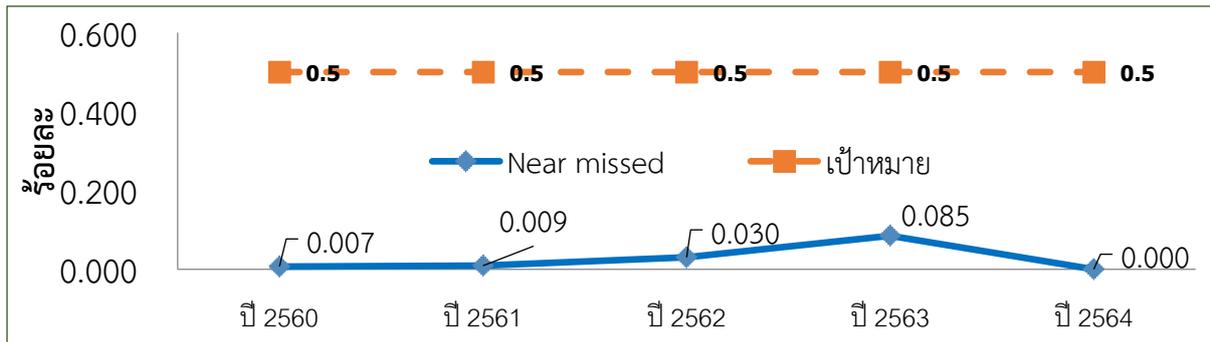
การปรับปรุงพัฒนา

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดหรือภาวะติดสารเสพติดที่ในระยะถอนพิษ ห้ามญาติมาเยี่ยมอาการหรือให้เยี่ยมใกล้ห้องพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการหลบหนี ในปี 2563 เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงมีมาตรการงดเยี่ยมจนถึงวันจำหน่ายแต่ให้มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือ video call ทดแทน
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนิเทศ กำกับติดตาม บุคลากรในการปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหลบหนีอย่างเคร่งครัด
3. ปรับปรุงการล็อกห้องผู้ป่วยจากการใช้กุญแจเปลี่ยนเป็นประตู automatic โดยใช้ key card สแกนเปิด-ปิด
4. มีการตรวจสอบโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมภายในบริเวณหอผู้ป่วย

89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด						
-Near Missed	<0.5%	0.007	0.009	0.03	0.085	0
-Missed		0.03	0.11	0.27	0.008	0
รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด	> 95 %	97.7	99.2	97.88	96.08	99.2

ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด Near Missed (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 0.5)

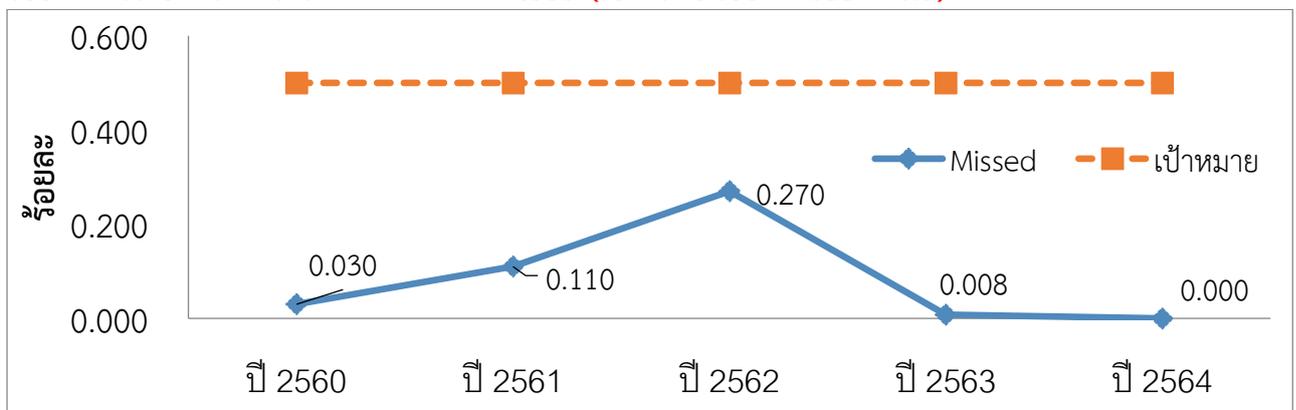


การรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด Near Missed คือ ผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีการตรวจสอบโดยนักเทคนิคการแพทย์ก่อนส่งผลให้ผู้ให้บริการได้ตั้งเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 0.5

ผลการดำเนินงานพบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจาก

1. ในการรายงานผลทุกครั้งจะมีนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน เป็นผู้ทดสอบและตรวจสอบยืนยันผลก่อนส่งผลตรวจวิเคราะห์ (Double check) สามารถทำให้การรายงานผลผิดพลาดน้อยลง
2. ในปีงบประมาณ 2563 ห้องปฏิบัติการมีการรายงานผ่านระบบ LIS (Laboratory Information System) เมื่อเครื่องตรวจวิเคราะห์ตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วผลตรวจวิเคราะห์จะเข้าสู่ระบบ LIS โดยอัตโนมัติ ซึ่งจะไม่มีการคีย์ข้อมูลซ้ำทำให้ลดความผิดพลาดในการรายงาน

ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด Missed (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 0.5)

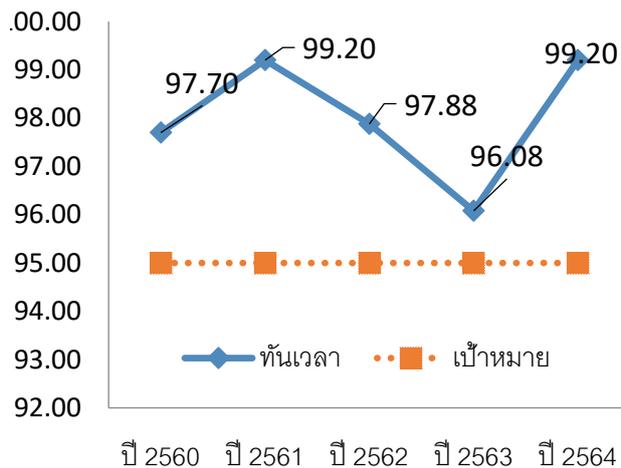


การรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด Missed คือ การรายงานผลที่ผิดพลาดออกจากห้องปฏิบัติการ โดยตั้งเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายโดย

1. ในการรายงานผลทุกครั้งจะมีนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน เป็นผู้ทดสอบและตรวจสอบยืนยันผล

- มีระบบสุ่มทวนสอบความถูกต้องของผลการทดสอบทุกวัน หากพบความผิดพลาดเกิดขึ้นจะมีการแก้ไขทันทีโดยหัวหน้าห้องปฏิบัติการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและแจ้งหอผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการแก้ไขผลการทดสอบ
- ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การรายงานผลวิเคราะห์นักเทคนิคการแพทย์ต้องคีย์ข้อมูลในระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล จึงทำให้เกิดความผิดพลาด ปีงบประมาณ 2563 ห้องปฏิบัติการมีการรายงานผ่านระบบ LIS (Laboratory Information System) และไม่มีการคีย์ข้อมูลซ้ำ ส่งผลให้การรายงานผิดพลาดลดลง

รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)



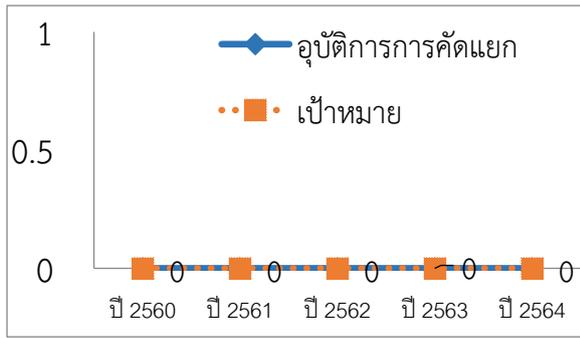
การรายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายเนื่องจากมีการปรับปรุงแก้ไขห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ที่มีความทันสมัยทำงานได้รวดเร็ว และสามารถออกผลได้อย่างรวดเร็วทำงานผ่านระบบ LIS (Laboratory Information System) ผลการวิเคราะห์สามารถป้อนผลออกทางระบบออนไลน์ของโรงพยาบาลได้ที่หอผู้ป่วยทำให้ผลวิเคราะห์ทันการรักษาของแพทย์

แผนพัฒนา

เพื่อเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจึงได้ดำเนินการปรับเวลาการรายงานผลให้เร็วขึ้น โดย ปีงบประมาณ 2565 ได้ดำเนินการสำรวจความต้องการของผู้รับผลงานและจำแนกเป็นการรายงาน ผลด่วน / ผลปกติ ฯลฯ แล้วนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด		เริ่มดำเนินการในปี 2563				0
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป	(0ราย)	เริ่มดำเนินการในปี 2563				0

อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*



เพื่อสะท้อนให้เห็นความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลจึงได้กำกับติดตามอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2563 ผลการดำเนินงาน พบว่า ในปี 2564 มีอุบัติการณ์ Under triage ระดับ C - D จำนวน 3 ราย ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย OAS scale ต่ำเกินกว่าความเป็นจริง จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยโรคลมชักขาดยา มีอาการชักเกร็งขณะรอตรวจ จำนวน 1 ราย

สาเหตุ เนื่องจาก 1) การ Assessment ไม่ครอบคลุมประเด็นอาการสำคัญ 2) ญาติให้ประวัติไม่ครอบคลุม

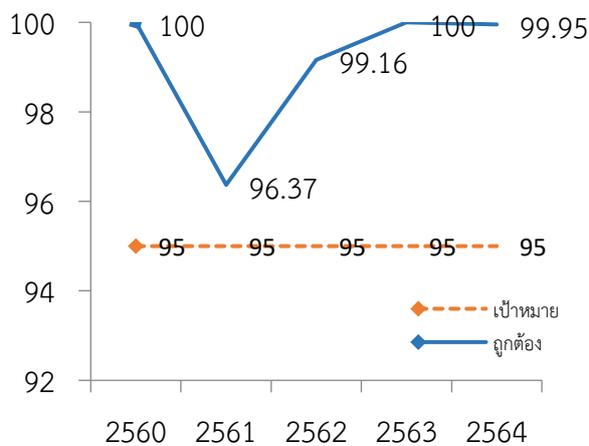
การปรับปรุง พัฒนา

1. พัฒนาคัดแยกผู้ป่วยและนำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิตมาใช้
2. เพิ่มศักยภาพของพยาบาลใหม่ที่ปฏิบัติงานในแผนกจิตเวชฉุกเฉินในเรื่องการ ประเมินและคัดแยกผู้ป่วย รวมถึง นิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. อบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

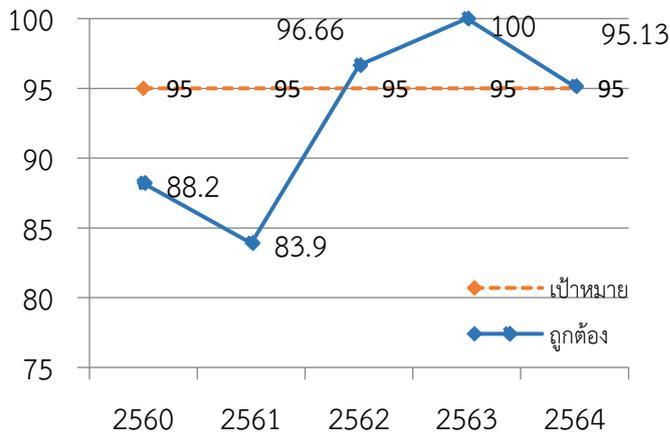
91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับอาหารถูกต้อง	95 %	100	96.37	99.16	100	99.95
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาโภชนาการ ได้รับการติดตาม	95 %	88.2	83.9	96.66	100	95.13

ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารถูกต้อง



ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจาก 1) มีระบบการเบิกจ่ายอาหารผู้ป่วย Online ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยแพทย์เบื้องต้น 2) พยาบาลประจำตึกตรวจสอบซ้ำก่อนการส่งเบิกอาหาร 3) งานโภชนาการมีนักโภชนาการ/โภชนาการที่คำนวณพลังงานต่อผู้ป่วยแต่ละประเภทให้มีถูกต้อง ความเหมาะสมต่อโรคและความต้องการของผู้ป่วย และมีการตรวจสอบอาหารผู้ป่วยกับพนักงานบริการอาหารให้ตรงกับบัตรติดตามอาหารและใบเบิกอาหารก่อนนำขึ้นรถ ก่อนถึงผู้ป่วยโดยยึดหลักให้ถูกคน ถูกโรค

ผู้ป่วยที่มีปัญหาโภชนาการได้รับการติดตาม

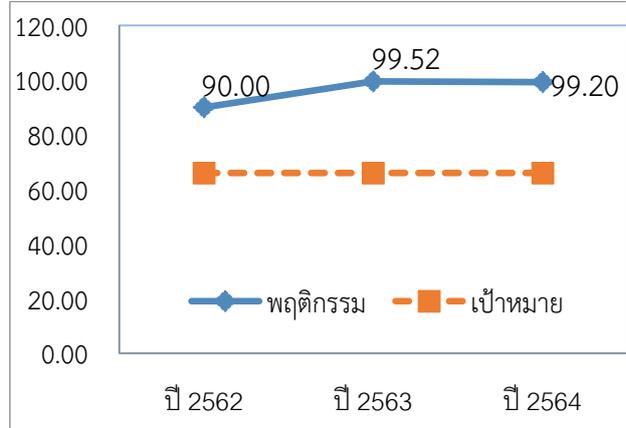
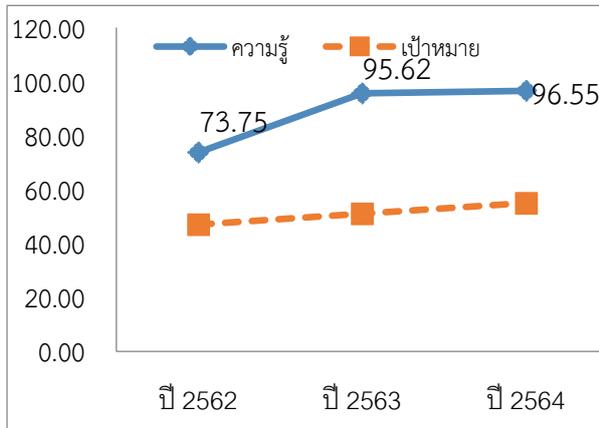


ปี 2560-2561 มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจาก บุคลากรไม่เพียงพอ จึงได้ปรับปรุงโดยการจัดสรรบุคลากรนักโภชนาการเพิ่ม 1 คนส่งผลให้การดำเนินงานในปี 2562 เป็นต้นมาบรรลุเป้าหมาย

92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
-ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ 55	NA	NA	73.75	95.62	96.55
-ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์	ร้อยละ 66	NA	NA	90.00	99.52	99.20
-ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	96.55
-ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ของเขตสุขภาพที่ 7	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	99.20
-ร้อยละประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ การระบาดของโรค Covid-19 มีความเข้มแข็งทางใจ	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	99.97

ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์



จากกราฟข้อ 1 ข้อ และ ข้อ 2

จากการวิเคราะห์ข้อมูลประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 ร้อยละ 73.75, 95.62 และ 96.55 ตามลำดับ และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ร้อยละ 90, 99.52, และ 99.20 ตามลำดับ พบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิต เลือกรูปแบบในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพจิตและคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งได้จัดการดำเนินงาน โดยการบูรณาการกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กิจกรรมสื่อสารณรงค์ สุขภาพจิตไทยก้าวไปด้วยกัน การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในสถานการณ์ COVID-19 มีช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ ใน Facebook และ You tube ของโรงพยาบาล ผ่านรายการโทรทัศน์รายการอีสานร่วมใจ คนไทยไม่ทิ้งกัน การสื่อสารหลากหลายช่องทาง ครอบคลุมทั้ง Air War และ Ground War

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. เครือข่ายการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาพจิต ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในพื้นที่
2. ความร่วมมือของหน่วยบริการของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพที่ 7 โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นและสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

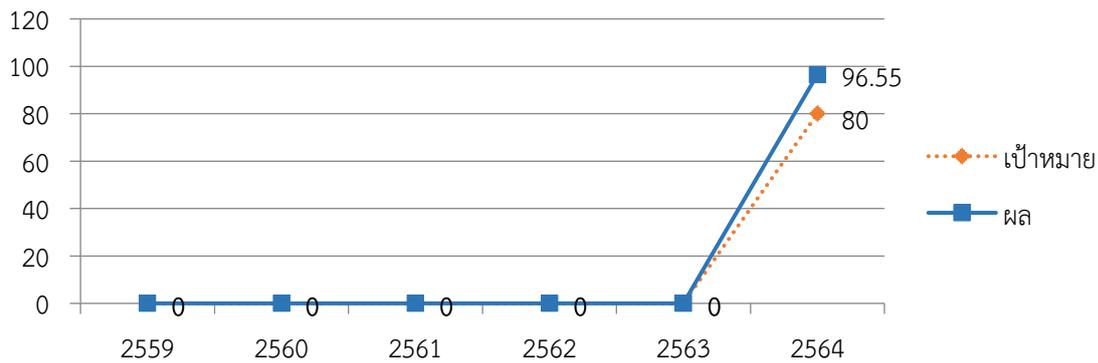
ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การดำเนินงานปรับเปลี่ยนและไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดในช่วงแรกแต่แก้ไขโดยปรับเปลี่ยนการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่

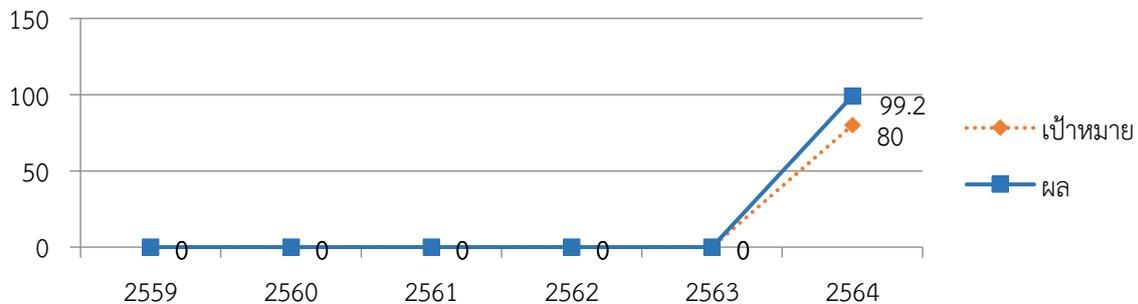
แผนการพัฒนา

1. พัฒนาโปรแกรมและขยายพื้นที่เป้าหมายมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ มีความรู้ ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการถ่ายทอดโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาเทคนิคและแนวทางในการดำเนินงาน

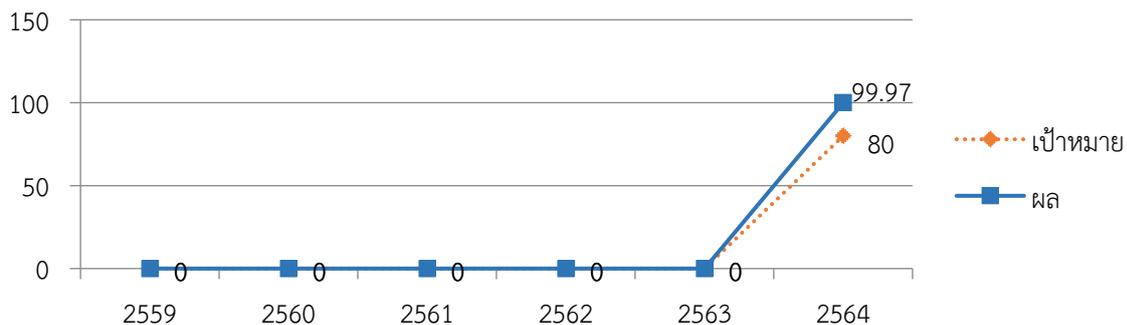
ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดโรค Covid-19



ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดโรค Covid-19 ของเขตสุขภาพที่ 7



ร้อยละประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ การระบาดโรค Covid-19 มีความเข้มแข็งทางใจ



จากกราฟข้อ 3 ข้อ 3.1 ข้อ 3.2

ผลการวิเคราะห์ เขตสุขภาพที่ 7 ของปีงบประมาณ 2564 ผลการดำเนินงาน

- ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ การระบาดโรค COVID-19 ร้อยละ 96.55
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดโรค Covid-19 ของเขตสุขภาพที่ 7 ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 99.20
- ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19 มีความเข้มแข็งทางใจร้อยละ 99.97

ซึ่งเป็นการดำเนินการ การสนับสนุนเครือข่ายทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ประชาชนสามารถเข้าใจ และสามารถประเมินข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต ในประเด็น Living with COVID-19 ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้การจัดกิจกรรม การรณรงค์ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง Air War, Social Media, Ground War ประเด็นในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ระบาด COVID-19 1) ความรอบรู้สุขภาพจิตในวิกฤติ COVID-19 2) ดูแลสุขภาพใจสู้โควิด 3) เสริมพลังฮึด ฮึด สู้ ดูแลใจ สู้ภัยโควิด การพัฒนาศักยภาพแกนนำในการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน สู่ความรอบรู้สุขภาพจิต เผื่อระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างความสุขในชุมชน 4 จังหวัด ร้อยแก่นสารสินธุ์

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

1. เครือข่ายการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาพจิต ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในพื้นที่
2. ความร่วมมือของหน่วยบริการของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพที่ 7 โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นและสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การดำเนินงานปรับเปลี่ยนและไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดในช่วงแรก แต่แก้ไขโดยปรับเปลี่ยนการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่

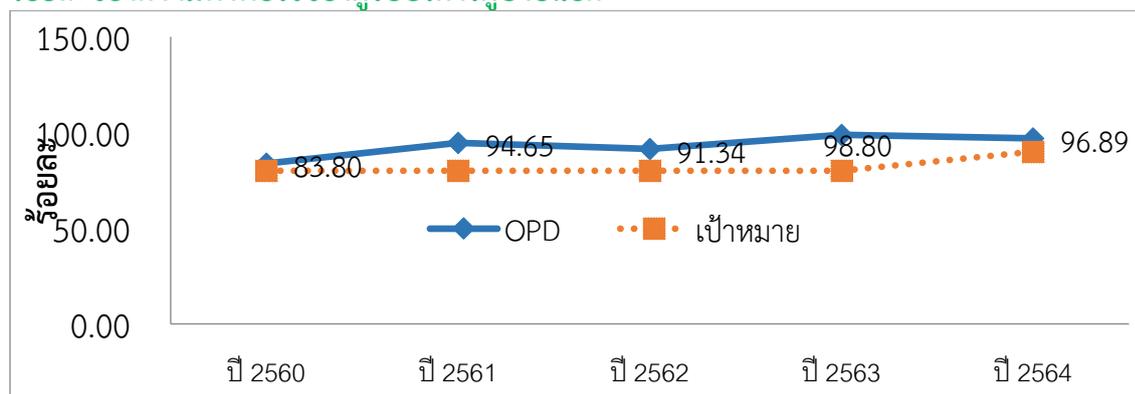
แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาโปรแกรมและขยายพื้นที่เป้าหมายมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ มีความรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการถ่ายทอดโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาเทคนิคและแนวทางในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	ร้อยละ 85	83.80	94.65	91.34	98.80	96.89 (เป้าหมาย ร้อยละ 90)
ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	ร้อยละ 85	93.30	84.22	98.99	100	99.68 (เป้าหมาย ร้อยละ 90)

ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก

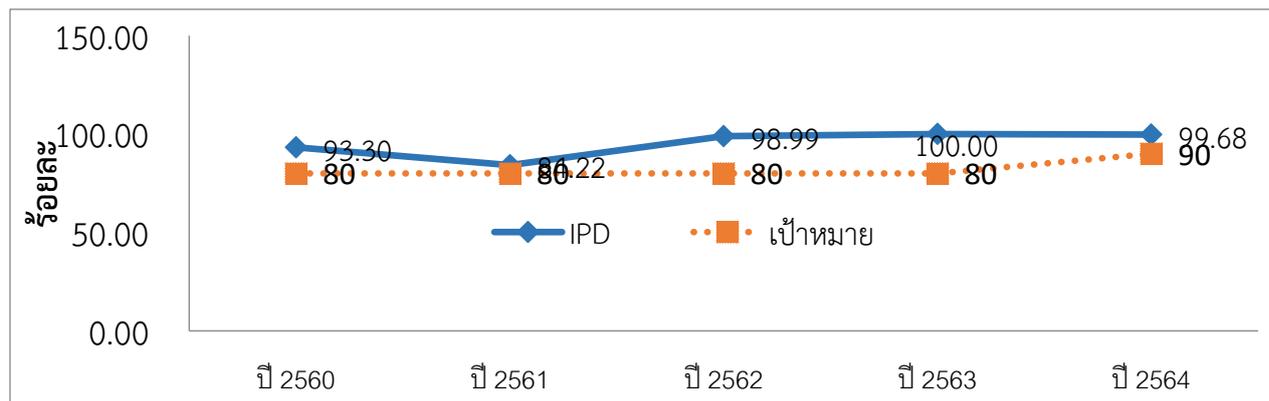


ผลการดำเนินงานความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในปี 2560-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.80, 94.65, 91.34, 98.80 และ 96.89 ตามลำดับ แม้การดำเนินงานจะเป็นไปตามเป้าหมายแต่ยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้รับบริการ ดังนี้ อยากรู้ให้ขยายพื้นที่ในการนั่งรอ พื้นที่ไม่เอื้ออำนวย ควรส่งเสริมให้มีการนัดคิว Online ที่นั่งรออากาศร้อนเกินไป ผู้ป่วยมีจำนวนมากต้องใช้เวลาารอนาน ด้านพฤติกรรมบริการ บุคลากรบางท่านมีพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม คำพูดเสียงดังส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ร.พ.มีการก่อสร้างทำให้ที่จอดรถน้อยลง ผู้ป่วยอยากให้มีที่จอดรถมากกว่านี้

การปรับปรุงพัฒนา

- ปี 2562 มีการพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจตามนโยบายกรมสุขภาพจิต โดยการทำแบบประเมินในชุดประเมินที่เตรียมให้ หรือ การใช้โทรศัพท์ Scan QR Code (ผู้ป่วยในทุกรายประเมินวันจำหน่าย ผู้ป่วยนอกประเมินวันที่มารับบริการ) และข้อร้องเรียนสามารถส่งในกล่องแสดงความคิดเห็น
- ปี 2563 เพิ่มช่องทางการให้บริการรับยาทางไปรษณีย์ หากผ่านเกณฑ์จะได้รับยาทางไปรษณีย์ครั้งละ 1 เดือน
- ในปี 2564 ในสถานการณ์โควิด มีมาตรการsocial distancing โดยพัฒนาจัดที่นั่งสำหรับผู้รับบริการที่นั่งรอรับบริการ จำนวน 4 เต็มที่ เต็มที่ที่ 1-3 สำหรับผู้รับบริการทั่วไป มีการแบ่งแยกโซนเต็มที่ที่ 4 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หรือ PUI ทำให้มีที่นั่งสำหรับผู้รับบริการเพียงพอ และจัดให้มีพัดลมโรงงาน 2 ตัว ประจำเต็มที่ จัดวางตามหลัก IC เพื่อให้ผู้รับบริการสุขสบาย มีพยาบาล และผู้ช่วยเหลือ สำหรับคัดกรอง จัดคิว ให้ข้อมูลผู้ป่วย
- ปี 2564 ที่จอดรถไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการก่อสร้างตึก OPD ใหม่ ทำให้พื้นที่เต็มในการจอดรถของผู้รับบริการไม่เพียงพอ ได้ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีการจัดหาสถานที่ที่จอดรถเพิ่มขึ้น มีการปรับปรุงขยายที่จอดรถ ได้แก่ บริเวณลานวัดที่อยู่ข้างโรงพยาบาล(ทาง รพ.ประสานและได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือเป็นอย่างดีจากวัด) และถนนในโรงพยาบาล โดยมีรพ.อยู่ประจำ อำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ
- ด้านพฤติกรรมบริการ เนื่องจากติดสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ไม่ได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ตามที่วางแผนไว้ แต่มีการดำเนินการดังนี้
ประชุมสื่อสารในเวทีประชุมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่ดีของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ เพื่อให้หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานสื่อสารผู้ใต้บังคับบัญชาต่อไป การนิเทศงานบุคลากรใหม่ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่ดี การประชุมปรึกษาภายในหอผู้ป่วย/OPD/ER นำผลความพึงพอใจเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการมาแก้ไขร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ
- ปี 2564 จัดระบบการนัดหมายคิว Online ผู้ป่วยเก่าสามารถนัดคิว Online ก่อนมาเข้ารับบริการอย่างน้อย 1 วัน โดยระบบจะโชว์ข้อมูลผู้คนที่ห้องเวรละเตียง

ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน



ผลการดำเนินงานความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยในปี 2560-2564 พบว่า บรรลุเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 93.30, 84.22, 98.99, 100 และ 99.68 ตามลำดับ แต่พบว่าในปี 2561 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย สาเหตุเนื่องจากมีข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการดังนี้

1. ห้องนอน ห้องน้ำผู้ป่วยไม่สะอาด ควรเปลี่ยนผ้าปูทุกวัน เสื้อผ้า ชุดเครื่องนอน ปรับปรุงความสะอาดห้องน้ำไม่ให้มีกลิ่นเหม็น ความสะอาดห้องวิฤต ในห้องนอนมียุ่งกีดเวลากลางคืน
2. ควรมีโทรศัพท์สื่อสารกับญาติ
3. น้ำดื่มไม่สะอาด อาหารจัด ไม่มีรสชาติไม่เย็น อาหารไม่อร่อย อาหารไม่เพียงพอ ปริมาณน้อย
4. อยากให้มีแวนตาเยี่ยมอ่านหนังสือ อยากให้มีห้องผ่อนคลาย ควรเพิ่มเวลาออกกำลังกายให้มากกว่านี้
5. ความรวดเร็วของการให้บริการ การอธิบายข้อซักถาม ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
6. อยากให้คุณหมอเพิ่มเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลให้มากกว่าเดิมจนกว่าโรคจะหาย อยากให้รับรักษาระยะเวลานานขึ้น 1-2 เดือน
7. ที่จอดรถไม่เพียงพอ ควรจัดให้มีห้องน้ำสำหรับญาติภายในบริเวณตึกผู้ป่วยใน ป้ายบอกทางเข้าตึกเล็ก มองไม่เห็น
8. อยากให้มีกิจกรรมอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาชีพหลังจากออกจากโรงพยาบาล

การปรับปรุงพัฒนา เริ่มดำเนินการปี 2561

1. มีมาตรการโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้รับผิดชอบในตึกผู้ป่วยให้มีการส่งผ้าปูซักและเปลี่ยนผ้าปูที่นอน โดยสอนผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการดูแลความสะอาดในเรือนนอน มีมาตรการดูแลความสะอาดห้องน้ำ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายแม่บ้านประจำตึกทุกตึก และการฝึกทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วย ในการดูแลเรื่องความสะอาดห้องน้ำ ตรวจสอบหน้าต่างมุ้งลวด ไม่ให้มีน้ำขังในแจกัน ถังน้ำ ทำ ENV Round ของหอผู้ป่วย เบิกสเปรย์กำจัดยุง พ่นฆ่ายุงประจำปี
2. ให้ญาติโทรสอบถามอาการผู้ป่วยโดยผ่านโทรศัพท์รวมของหอผู้ป่วย
3. มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม เครื่องกรองน้ำ ประสานโภชนาการเพื่อปรับปรุงการบริการ จัดปรุงอาหารให้สอดคล้องกับผู้รับบริการ
4. จัดให้มีห้องกิจกรรมกลุ่ม ห้องออกกำลังกายฝึกโยคะ ออกกำลังกายตอนเช้าหน้าหอผู้ป่วย
5. ปี 2562 มีการพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจตามนโยบายกรมสุขภาพจิต โดยการทำแบบประเมินในชุดประเมินที่เตรียมให้ หรือ การใช้โทรศัพท์ Scan QR Code (ผู้ป่วยในทุกรายประเมินวันจำหน่าย ผู้ป่วยนอกประเมินวันที่มารับบริการ) และข้อร้องเรียนสามารถส่งในกล่องแสดงความคิดเห็น

6. จากสถานการณ์โควิด-19 social distancingมีการปรับระบบการนัดผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็น 2 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องนโยบายการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กรณีผู้ป่วยที่อาการยังไม่สงบ พิจารณา รักษาตามระยะเวลาเพิ่มขึ้น โดยมีการปฐมนิเทศญาติและผู้ป่วยให้มีความเข้าใจตรงกัน
7. ส่งเสริมการนำหลักการ Mindfulness มาใช้ภายในหน่วยงานก่อนทำงาน มีการรายงานผลความพึงพอใจในเวทีประชุมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล ทุก 1 เดือน เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีการนิเทศบุคลากรเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่ดีทุกคน
8. ปี 2562 จัดให้ผู้ป่วยเข้าโครงการฟื้นฟูทักษะอาชีพ ทักษะด้านการเกษตรที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนตู ผู้ป่วยที่เข้าโครงการมีความพึงพอใจและสามารถช่วยเหลือ ทักษะด้านการทำงานอาชีพภายในครอบครัวได้เมื่อกลับสู่ชุมชน มีคะแนนทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้านเพิ่มขึ้น
9. ปี2564ที่จอดรถไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการก่อสร้างตึก OPD ใหม่ ทำให้พื้นที่เดิมในการจอดรถของผู้รับบริการไม่เพียงพอ ได้ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีการจัดหาสถานที่ที่จอดรถเพิ่มขึ้น มีการปรับปรุงขยายที่จอดรถ ได้แก่ บริเวณลานวัดที่อยู่ข้างโรงพยาบาล(ทาง รพ.ประสานและได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือเป็นอย่างดีจากวัด) และถนนในโรงพยาบาล โดยมีรพ.อยู่ประจำ อำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ

จากการพัฒนา ผลลัพธ์ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0 ราย	0	0	0	0	0
2.ร้อยละอัตรากำลังเพียงพอของบุคลากร	ร้อยละ 90	94.05	93.24	93.32	93.55	93.61
3.ร้อยละการคงอยู่ การลาออกของบุคลากร	ร้อยละ 95	97.87	97.20	98.33	97.63	99.44
4.ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 90	96.54	97.22	94.14	95.60	99.39
5.ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร (ขรก./ลป./พรก./พกส./ลค.)	ระดับ 5	5	5	5	5	5
6.ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	>90	ไม่ได้ดำเนินการตรวจ	82.14	98.88	ไม่ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพเนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19	

ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน



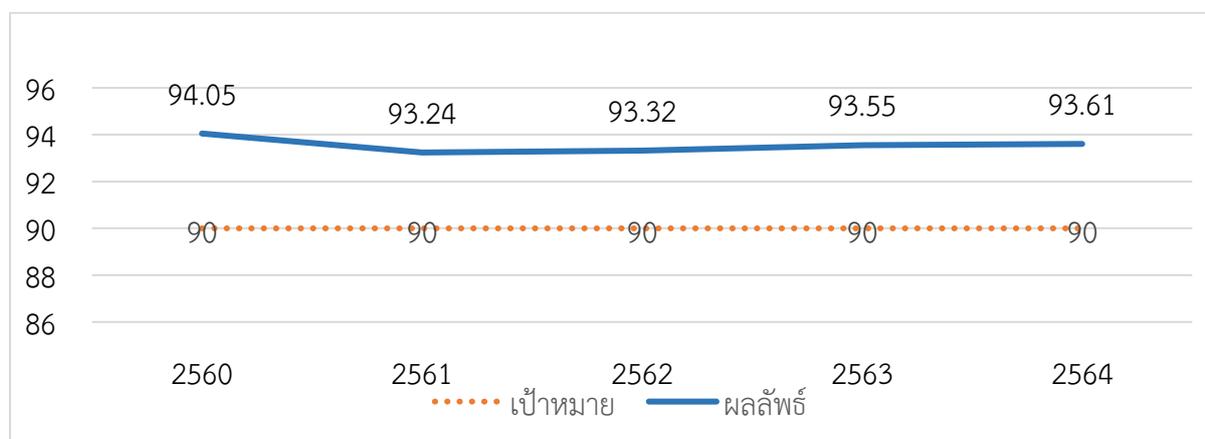
พบว่าปี 2560-2564 ร้อยละของบุคลากรติดเชื้อจากการทำงานเป็นไปตามเป้าหมายในทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2563-2564 ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน ดังนี้

1. มีการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อ COVID-19
2. ปรับสิ่งแวดล้อม โครงสร้าง Flow การปฏิบัติงาน
3. สนับสนุนองค์ความรู้ แนวปฏิบัติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่บุคลากร เช่นในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นำมาตรการ COVID Free Setting มาใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
4. เผยแพร่สื่อสาร การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แก่ผู้รับบริการ และบุคลากร
5. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ PPE ให้เพียงพอต่อการใช้งาน และฝึกทักษะการใช้งาน
6. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้
7. แนวทางการจัดการหลังสัมผัสโรคติดเชื้อ และการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการทำงาน

แผนพัฒนา

- พัฒนาโดยปรับปรุงมาตรการให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ และระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
- กำกับ ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการโดยหัวหน้างานทุกระดับอย่างสม่ำเสมอและสรุปผลลัพธ์นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการ EOC ทุกสัปดาห์

ร้อยละอัตรากำลังเพียงพอของบุคลากร



จากการวิเคราะห์ความพอเพียงด้านอัตรากำลังของข้อมูล FTE ซึ่งจะทำการสำรวจในระหว่างเดือนสิงหาคมของทุกปี ซึ่งนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ภาระงานเพื่อจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการให้บริการ โดยสรุปการวิเคราะห์ภาระ

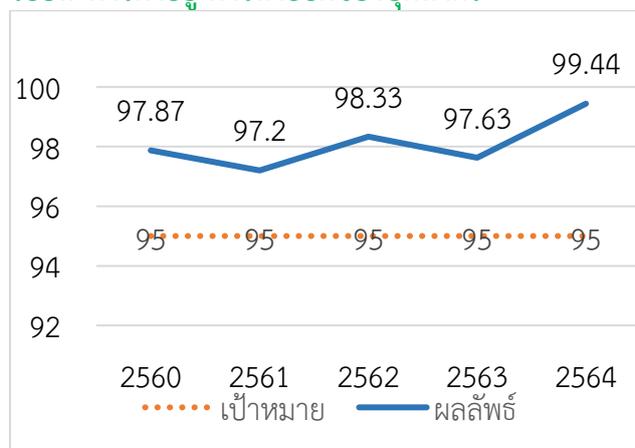
งานย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560- 2564 พบว่าทุกปีหน่วยงานมีบุคลากรเพียงพอต่อภาระงานเกินค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) และเมื่อวิเคราะห์อัตรากำลังในแต่ละฝ่าย/ กลุ่มงานพบว่า มีบางหน่วยงานที่อัตรากำลังคนน้อยกว่าภาระงาน สาเหตุเนื่องมาจากมีบุคลากรเกษียณ ลาออก ย้าย ลากลดบุตร และลาศึกษาต่อ ซึ่งเป็นการขาดอัตรากำลังในช่วงระยะเวลาดำเนินการสรรหาบุคลากรมาทดแทนอัตรากำลังที่ว่าง

การปรับปรุง พัฒนา

1. มีการจ้างหามบุคลากรทดแทนและต่อสัญญาจ้างทุก 3 เดือน จัดสรรให้มีการมอบหมายให้ปฏิบัติงาน โดยได้รับค่าตอบแทนเป็นครั้งคราว

2. คณะกรรมการ HRD ได้มีแผนที่จะนำผลมาวิเคราะห์ภาระงานตามกลุ่มภารกิจ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องตามพันธกิจของโรงพยาบาลฯ และทำนายด้านอัตรากำลังในกลุ่มวิชาชีพที่จะขาดแคลนใน 5 ปีข้างหน้าต่อไป

ร้อยละการคงอยู่ การลาออกของบุคลากร

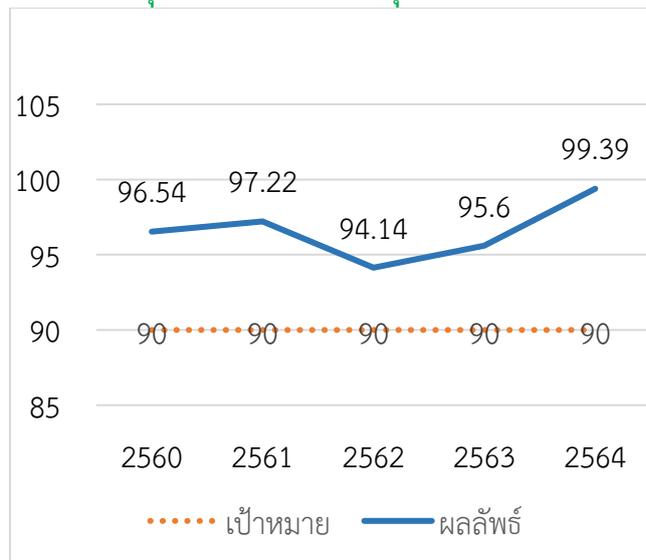


อัตราการคงอยู่ของบุคลากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่า ร้อยละของอัตราการคงอยู่ของบุคลากรสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 95)

แผนพัฒนา

การพัฒนากำลังคนและผู้นำ โดยการประเมินขีดความสามารถของบุคลากร/หน่วยงาน มีระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน โดยการส่งเสริมสมรรถนะและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถสอดคล้องกับสมรรถนะหลักขององค์กร

ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

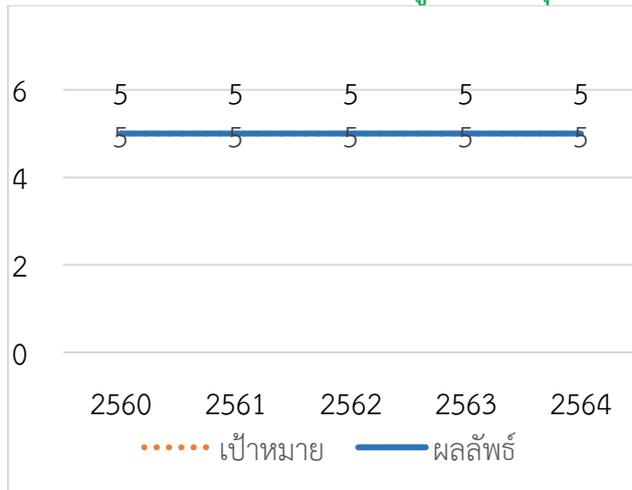


จากผลการประเมินความสุขของบุคลากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่าร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้ผลการประเมินเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90

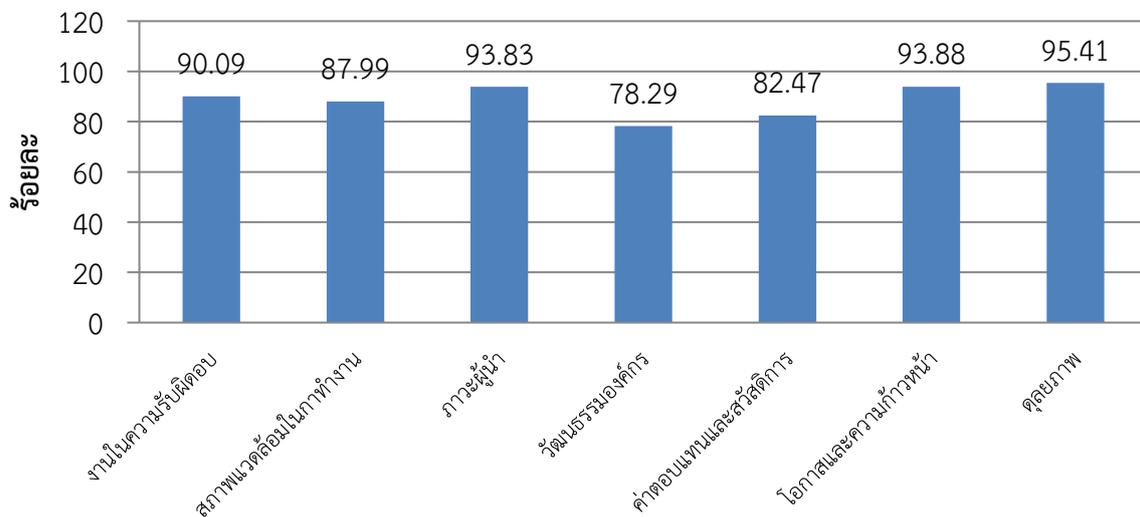
แผนพัฒนา

กำหนดการพัฒนาความสุขด้านการเงิน (Happy money) และ ด้านการงาน (Happy work life) เป็น key tactic ของยุทธศาสตร์องค์กร เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร(ขรก./ลป./พรก./พกส./ลค.)



ปี 2560-2564 ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร เป็นไปตามเป้าหมายทุกปี และเมื่อจำแนกความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรในด้านต่าง ๆ (ในปี 2564) พบว่าบุคลากรมีความผูกพันในด้านโอกาสและความก้าวหน้ามากที่สุดร้อยละ 93.88 รองลงมา คือ ด้านภาวะผู้นำร้อยละ 93.83 ทั้งนี้ยังมีด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ที่ยังมีค่าคะแนนที่ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

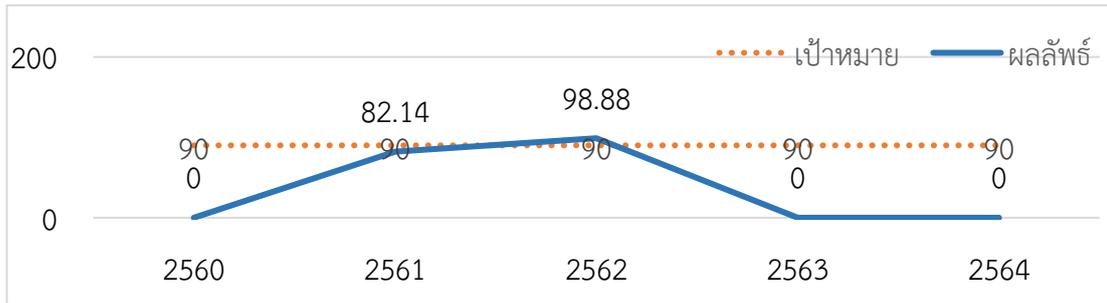


การปรับปรุง พัฒนา

1.สร้างความผูกพันองค์กร ความพึงพอใจ ให้คณะกรรมการ HRD ร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจัดให้มีกิจกรรม OD โครงการคนดีศรีจิตเวช ฯลฯ ทุกปี

2.จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ โดยใช้ระบบ PSM ที่มีการจำแนกกลุ่มพิจารณา ดีเด่น ดีมาก ดีพอใช้ อย่างชัดเจน โดยให้มีอำนาจการจำแนกมากขึ้น

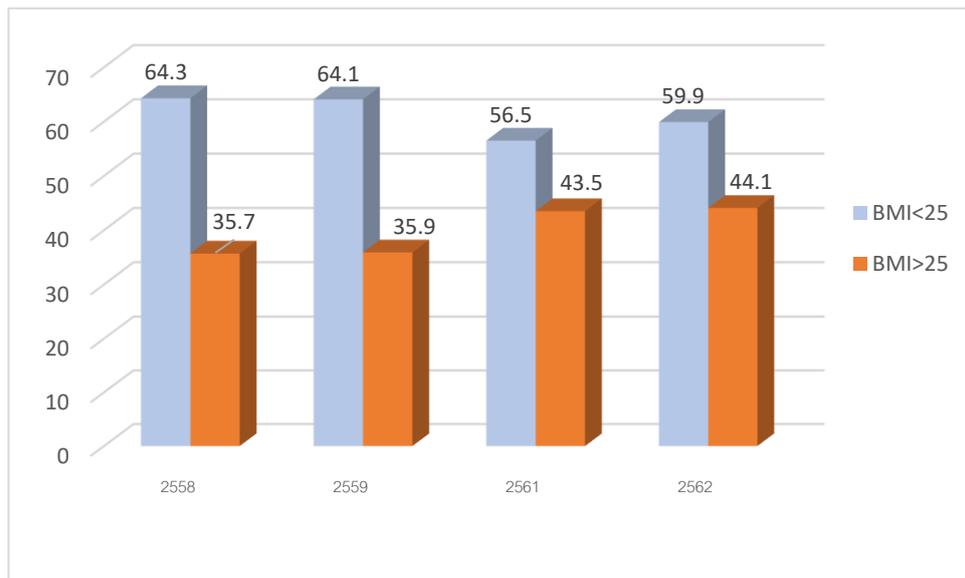
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี



ในปี 2560-2564 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากสาเหตุ ดังนี้

1. ปี 2560 ไม่มีการตรวจสุขภาพบุคลากรเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ
2. ปี 2561 ร้อยละของบุคลากรที่รับการตรวจต่ำกว่าเป้าหมายเนื่องจาก ช่วงสัปดาห์ที่ตรวจสุขภาพทับซ้อนกับการอบรมนอกสถานที่ทำให้บุคลากรบางส่วนไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ปี 2563 และ 2564 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีได้

ผลการตรวจสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ ดังนี้

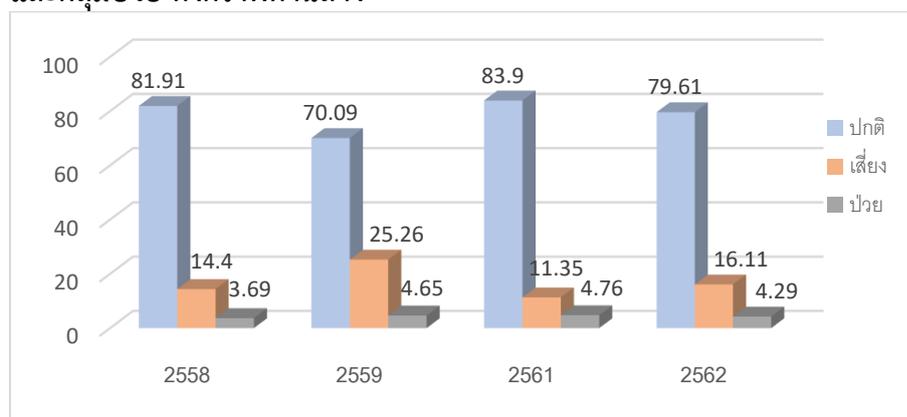


จากผลการตรวจสุขภาพทั้ง 4 ปี พบว่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของบุคลากรทั้งหมด พบว่ากลุ่มคนที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ มีแนวโน้มลดลงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีกลุ่มคนท้วมและกลุ่มคนอ้วนรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ และยังพบอีกว่ามีบุคลากรที่มีเส้นรอบเอวสูงเกินมาตรฐานเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs มากขึ้นด้วย จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายและมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ความเครียดจากการทำงาน สภาพเศรษฐกิจและสังคม จึงส่งผลให้บุคลากรมีความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพลดลงและมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นดังนั้นเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเน้น “คนปลอดภัย สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ – พฤติกรรมสุขภาพดี” จากการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมาพบความท้าทายจากตัวชี้วัดค่า BMI พบว่าค่า BMI อยู่ที่ระดับเกินปกติ คือมากกว่า 25 มีจำนวนสูงทุกปี จึงทำให้มีการวิเคราะห์และทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา แล้วนำมาเสนอต่อทีมเพื่อพิจารณาความเฉพาะเจาะจงของเป้าหมายจึงทำให้เกิดโครงการ “ฟิต แอนด์เฟิร์ม เสริมสร้าง สุขภาพดี” ให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญและส่งเสริมด้านสมรรถภาพทางกาย การงอตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังและกิจกรรมต่อเนื่องของบุคลากรคือ เต้นแอโรบิก โยคะ การออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ เช่น ลูกวิ่งไฟฟ้า จักรยาน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดการตรวจสุขภาพกรณีแยกกลุ่มประเภทของผู้มารับการตรวจภาพรวม พบว่า ค่าความดันโลหิต ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดงและระดับยูริกของบุคลากรมีร้อยละของบุคลากรกลุ่มป่วยและเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด การทำงานของไตและตับ มีบุคลากรกลุ่มป่วยและเสี่ยงลดลงดังตารางด้านล่าง

รายการ	ปี 2558			ปี 2559			ปี 2561			ปี 2562		
	ร้อยละ			ร้อยละ			ร้อยละ			ร้อยละ		
	ปกติ	เสี่ยง	ป่วย									
1.ความดันโลหิต	88.22	6.37	5.41	79.80	14.14	6.06	75.46	15.64	8.90	77.40	15.25	7.34
2.ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง CBC	85.62	14.38	0	78.01	21.63	0.36	81.56	0	18.44	96.25	3.75	0.00
3.ระดับน้ำตาลในเลือด FBS	89.50	7.56	2.94	64.06	29.03	6.91	85.14	7.23	7.63	76.25	14.56	9.20
4.ค่าไขมันในเลือด												
CHOL.	31.25	31.65	37.10	35.81	37.21	26.98	64.03	21.45	14.52	51.72	30.65	17.62
TG.	66.25	31.25	2.5	67.58	12.33	20.09	70.59	18.24	11.18	69.50	13.90	16.60
HDL.	98.76	1.24	0	43.78	56.22	0	50.63	49.38	0	44.12	55.88	0.00
LDL.	92.08	7.92	0	35.71	64.29	0	93.49	6.51	0	44.20	55.80	0.00
5.การทำงานของไต												
BUN.	99.17	0.83	0	96.26	3.74	0	98.83	1.17	0	94.92	5.08	0.00
Cr.	72.08	27.92	0	57.60	42.40	0	99.44	0.56	0	88.16	11.84	0.00
6.การทำงานของตับ												
SGOT	89.54	10.46	0	87.44	12.56	0	97.41	2.59	1.18	93.41	6.59	0.00
SGPT	80.75	19.25	0	83.10	16.90	0	85.29	13.53	0	86.49	13.51	0.00
AlkPhos.	99.58	0.42	0	99.58	0.42	0	98.24	1.76	0	95.57	4.43	0.00
7.ระดับยูริก	72.08	27.92	0	82.46	17.54	0	90.53	9.47	0	81.85	18.15	0.00
Uric acid												
8. ไวรัสตับอักเสบบี (HbsAg)	-	-	-	-	-	-	96.12	0.78	3.10			

ผลการตรวจสอบคุณภาพบุคลากรปี 2558 - 2562 สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ดังกราฟด้านล่าง



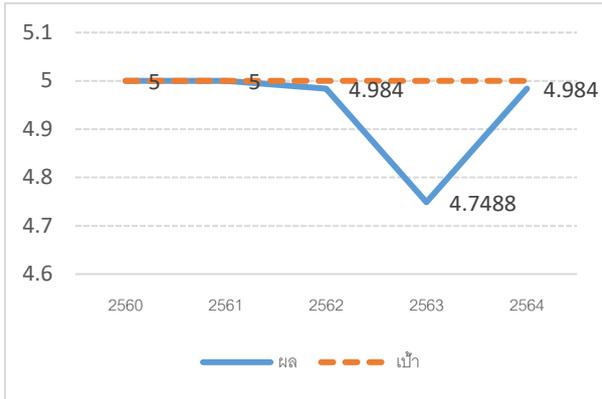
จากกราฟ ในปี 2562 พบว่า บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสอบคุณภาพจำนวน 354 คนจากทั้งหมด 358 คนคิดเป็นร้อยละ 98.88 จากการจำแนกกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย ในปี 2562 พบว่า มีบุคลากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยมีจำนวนลดลงคิดเป็นร้อยละ 4.29 โรงพยาบาลจึงได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรกลุ่มนี้ เช่น การวิ่งสะสมแต้มแข่งขันชิงรางวัล จัดโครงการให้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกวิธี ฯลฯ

ในปี 2563-2564 เป็นช่วงการระบาดแพร่เชื้อของไวรัสโคโรนา -19 จึงทำให้ชะลอการตรวจสอบคุณภาพประจำปีของบุคลากรที่วางแผนไว้ และโรงพยาบาลได้รณรงค์ให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโควิดให้ครบ 100 % ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

IV-4 ผลด้านการนำ

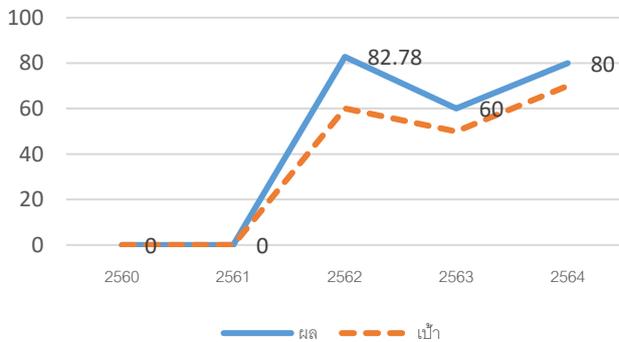
95 ผลด้านการนำ (IV-4)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
1. การปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ	5 คะแนน	5.0000	5.0000	4.9840	4.7488	4.9840
2. คะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)	60%	N/A	N/A	82.78 (เป้าหมาย ≥60)	60.00 (เป้าหมาย ≥50)	80.00 (เป้าหมาย ≥70)
3. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตาม PMQA-MF	90%	N/A	94.25	100	97.17	66.79 (PMQA-DMH 4.0)

การปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ



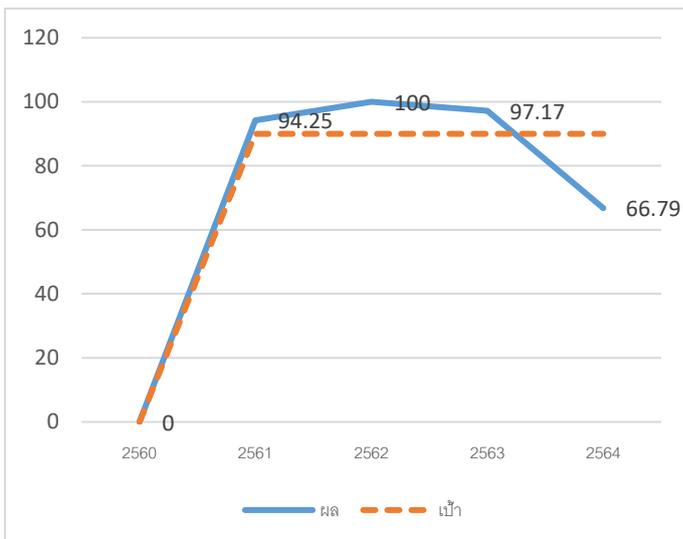
จากปี 2562 และ 2563 การปฏิบัติตามคำรับรองฯ ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก ขาดการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับกรมกับโรงพยาบาล **การปรับปรุง** ผู้รับผิดชอบทำการศึกษาละเอียดและใช้การสื่อสารแบบสองทาง ปี 2564 โรงพยาบาลได้รับงบก่อสร้างอาคาร 2 หลังแต่เนื่องจากสถานการณ์โควิด ส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่บรรลุตามเป้าหมาย **การปรับปรุง** เพิ่มความถี่ของการประชุมติดตามงานก่อสร้างเพื่อเร่งรัดผู้รับเหมา

คะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)



โรงพยาบาลเริ่มประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) ตั้งแต่ปี 2562 ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายจากการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอโดยกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตาม PMQA-MF

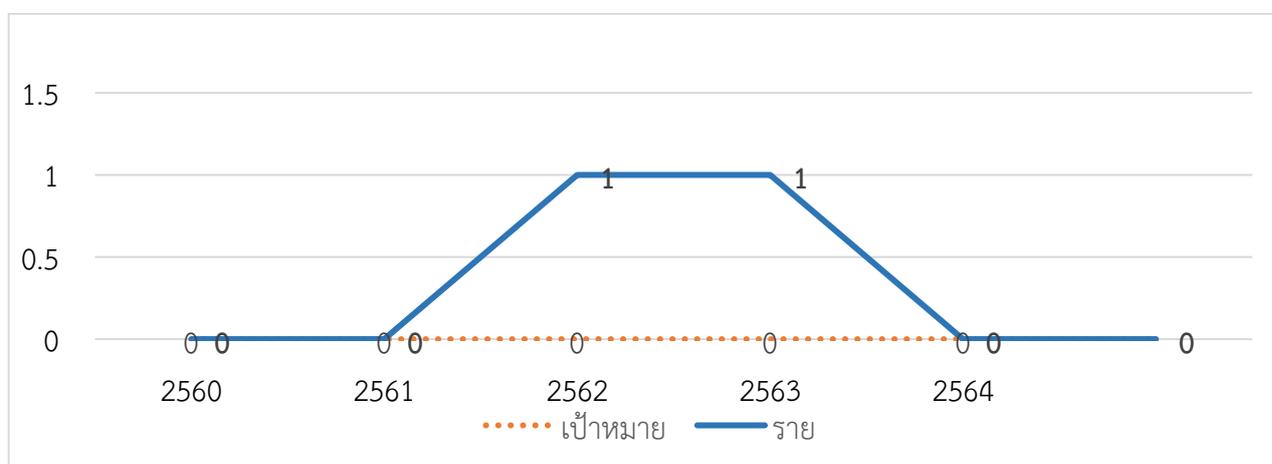


โรงพยาบาลเริ่มประเมินความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงหน่วยงานตาม PMQA-MF ตั้งแต่ปี 2561 ผลการดำเนินงานระหว่างปี 2561-2563 บรรลุตามเป้าหมาย ปี 2564 กรมสุขภาพจิตได้ปรับวิธีการในการประเมินคะแนนส่งผลให้ตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมายจากการทบทวนพบประเด็นสำคัญในการที่จะนำว่าวางแผนพัฒนาในปี 2565 ดังนี้ 1) การเรียนรู้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมและความรู้ ทักษะ ของบุคลากร (ทักษะในการทำงาน/ดิจิทัล)

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV						
การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.	0 ราย	0	0	1	1	0
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ Refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง ระดับ F ขึ้นไป ในแต่ละเดือน	ร้อยละ 1	N/A	N/A	1.12	0.84	1.09
ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการ Refer ด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชม. หลัง Admit ในแต่ละเดือน	ร้อยละ 1	N/A	0.55	0.57	0.36	0.18
ร้อยละของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	IPD 90.34 OPD 96.41	IPD 90.61 OPD 95.55	IPD 91.5 OPD 95.66	IPD 93.76 OPD 97.46	IPD 93.41 OPD 97.81
การสนับสนุนวิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 45 ครั้ง/ปี	ไม่น้อยกว่า 45 ครั้ง	36	48	49	47	47
ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1.9 คะแนน	N/A	1.83	1.76	1.81	1.79
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจิตเวชเฉพาะทางมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	ร้อยละ 55	N/A	67.35	88.23	86.66	88.2
อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate)	ร้อยละ 85	N/A	85.57	86.43	76.15	63.84

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ราย



สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ในปี 2560-2564

ปี 2562 เป็น Case sudden cardiac arrest จากการทบทวนการดูแลและรักษามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ คือ

1. การใช้สารเสพติดจำพวก stimulant ไม่ว่าจะเป็นแอมเฟตามีน โคเคน เป็น Precipitating factor ในการเกิด Prinzmetal angina

2. การให้ยา antipsychotic drug ได้แก่ haloperidol 50 mg 1amp muscle และ risperidone 2 1x 2 oral pc. ร่วมกับให้ sertraline 50 1x2 oral pc. ซึ่งมี drug-drug interaction โดยจะเพิ่มการเกิด S/E ของ haloperidol และ risperidone โดยผ่านกลไกของ CYP2D6 ซึ่งอาจทำให้เกิด Arrhythmia ได้ง่ายขึ้น

3. เมื่อเกิดเหตุพบผู้ป่วยไม่มีชีพจร และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นก็ได้ปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นชีพ (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) ได้บางส่วนแต่ยังขาดการให้ Adrenaline ตาม guideline โดยทั้งนี้ต้องขอ รศส. การให้ Adrenaline จากแพทย์ก่อน

4. ไม่มีการตรวจ base line EKG ในผู้ป่วยที่ใช้ Substance

การพัฒนา

- ประชุมองค์กรแพทย์ ในผู้ป่วยที่ใช้ substance ให้ประเมิน heart disease เพิ่ม เช่น arrhythmia cardiomegaly tachycardia

- เพิ่มการซักประวัติ บันทึก โรคประจำตัว โรคทางกาย ยาที่ได้รับก่อนมารพ. ให้มากขึ้น เช่น ยาฉีด haloperidol diazepam ที่ได้จากรพช หรือ ยาที่อาจเกิด คู่ DI กับ ยาจิตเวชโดยประสานเภสัช med reconcile สอบถามประวัติยาจากรพ.เดิม

- ระงับการใช้ยา sertraline ในผู้ป่วย substance ที่ได้ antipsychotic drug

- ประสาน เภสัช ช่วยแพทย์ เฝ้าระวัง หากพบยาที่เป็นคู่ DI ให้แจ้งแพทย์

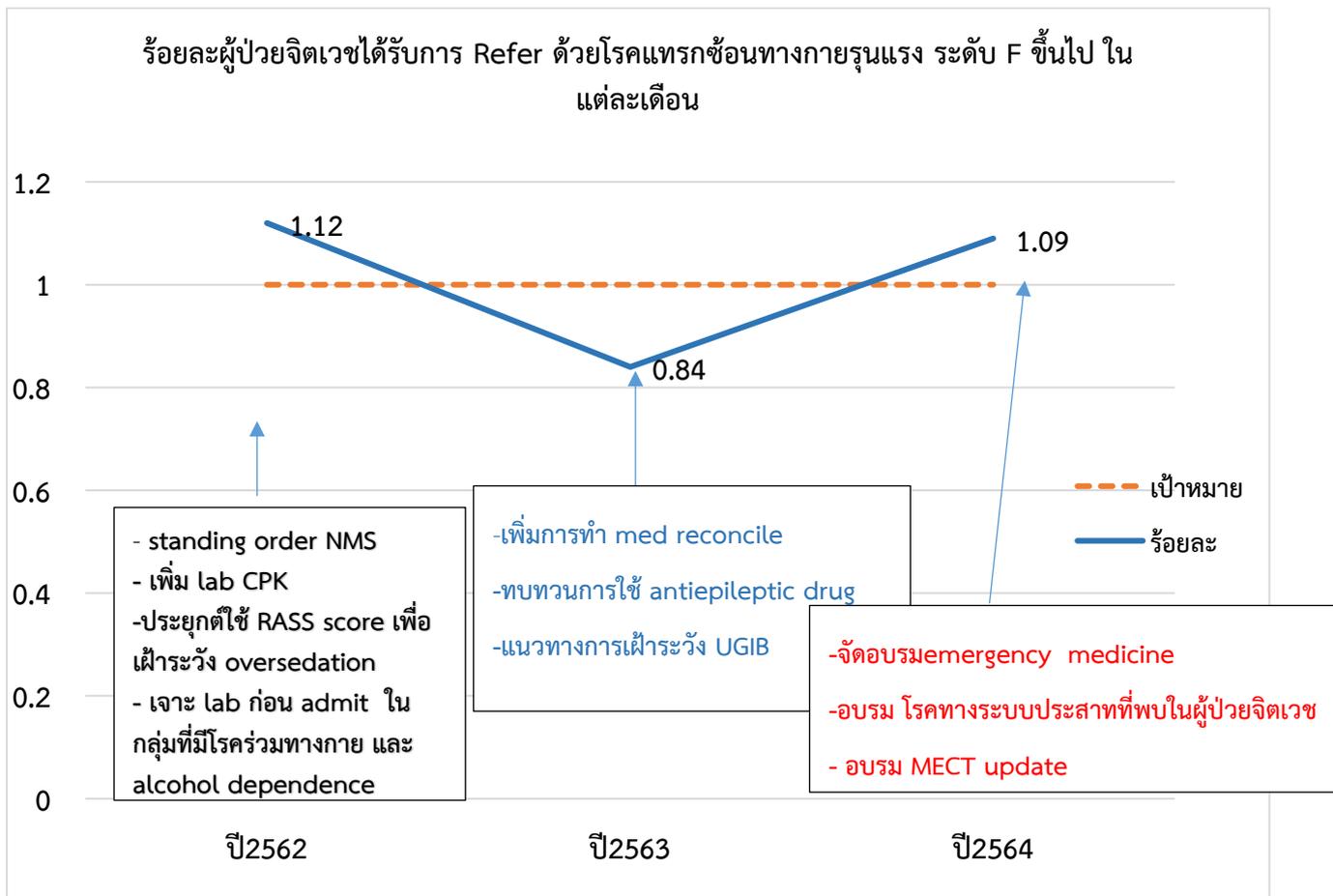
ปี 2563 เสียชีวิต 1 case ผู้ป่วยสูงอายุหญิง palliative care อายุ 88 ปี Dx. dementia with cerebrovascular disease hypothyroidism HT DM chronic kidney disease stage4 ส่งต่อมาจาก สถาบันสมเด็จเจ้าพระยาเพราะ ไม่มีญาติ

ผลการพัฒนา

- ปี 2564 ยังไม่พบ ผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล

2. ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ Refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง ระดับ F ขึ้นไป ในแต่ละเดือน เป้าหมาย ร้อยละ 1

หมายเหตุ องค์กรแพทย์มีการปรับตัวชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน เป็น ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ Refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงระดับ F ขึ้นไป ในแต่ละเดือน เริ่มใช้ในปีงบประมาณ 2562



การพัฒนา

1. แพทย์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทำการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงในการประชุม PCT case conference และแพทย์นำทีมทบทวนเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงโดย RM

2. แพทย์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาปรับแนวทางปฏิบัติ และแบบประเมิน เมื่อได้ข้อมูลในการประชุม PCT case conference และจากทบทวนเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงโดย RM PCT แต่ละครั้งก็นำมาพัฒนาปรับแนวทางปฏิบัติ และแบบประเมิน เพื่อให้เกิด early diagnosis และ ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จากการทบทวนพบมีโรคแทรกซ้อนทางกายที่ต้อง refer ไปรพ. ที่มีผู้ชำนาญกว่า และมีเครื่องมือครบกว่า คือ รพ. ขอนแก่น ได้แก่

- Pneumonia

- พบว่ามี delayed diagnosis สาเหตุ จากทบทวนพบว่า เมื่อ พยาบาลรายงาน ใช้ ผู้ป่วยจิตเวชให้ประวัติไม่ชัด บางครั้งแพทย์ ไม่ได้ตรวจร่างกาย ทำให้ miss diagnosis ในคนไข้จิตเวชก้าวร้าว ไม่รวมมือ การนำคนไข้ไปทำ CXR ได้ค่อนข้างยากและร.พ. ไม่มี Portable X-ray

- การพัฒนา ให้เกิด early diagnosis and early treatment และป้องกันการเกิด aspirate pneumonia โดยเฉพาะ ในคนไข้ alcohol ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังที่มีฤทธิ์ sedation โดยจากการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลยังประเมินระดับการหลับไม่ถูกต้อง รายงานแพทย์เรื่องการหลับต่ำกว่า light sleep ล่าช้าแพทย์จึงนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินใช้ Sedation-Agitation score เพื่อให้เข้าใจระดับการหลับและวิธีการประเมิน สื่อสาร สหวิชาชีพ

- เมื่อผู้ป่วยมีไข้ หอบ หรือไอ รายงานแพทย์แล้วแพทย์ ร.ค.ส. ไม่ได้เข้าตรวจ ร่างกายหรือ ส่งตรวจเพิ่มเติม พัฒนา สื่อสารในองค์กรแพทย์ องค์กรแพทย์ได้กำชับให้แพทย์เข้าตรวจร่างกายหรือส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, CXR, Sputum Gram stain and culture, Hemoculture ทั้งนี้ Lab ขึ้นกับความเห็นแพทย์

-เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับวินิจฉัย Pneumonia ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้นที่ครอบคลุมตัวเชื้อที่อาจก่อโรคจนกระทั่งผู้ป่วยหอบหรือ oxygen saturation ต่ำจึง refer สื่อสารในองค์กรแพทย์ แนวทาง ในการ diagnosis early treatment

-ช่วงนอกเวลาราชการไม่สามารถส่งตรวจ CXR ได้ หรือแม้ในเวลาด้วยอาการของคนไข้ที่มีอาการทางจิตไม่สงบ ก็ไม่สามารถส่งไปทำ CXR ที่ห้อง X-ray ได้

-แพทย์ปรับการรักษา โดยให้ยาที่มี Interaction กับ antipsychotic drug ทำให้ antipsychotic drug ออกฤทธิ์มากขึ้น เกิด EPS หรือที่ทำให้ยา Sedative drug ออกฤทธิ์มากขึ้น

-สื่อสารในองค์กรแพทย์ ใน case เคยเกิด pneumonia ให้ ระวังการเกิด สำลัก หากมีไข้ หายใจเร็วให้สงสัยภาวะ pneumoniaมากขึ้น ได้แก่ case Alcohol withdrawal syndrome ที่มีภาวะ Hyperactive delirium ที่รักษาแบบให้ยาเมื่อมีอาการ, ในรายที่มีอาการ EPS โดยเฉพาะ EPS แบบ Parkinsonism ,ผู้ป่วยที่ได้ Clozapine ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำลายมากและหากสับสนก็มักจะเกิด Pneumoniaได้ง่าย หรือถ้าปรับยา Clozapine เร็วไป สื่อสารตึก ให้ aspirate precaution หากได้รับ notify ไข้ ให้ประเมินหายใจ ถ้าหอบ ให้รีบเข้าตรวจ ประเมิน และ treatment

- Over sedation

ควรป้องกันไม่ให้เกิด Over sedation เนื่องจากปรับการรักษา โดยให้ยาที่มี Interaction กับ antipsychotic drug ทำให้ antipsychotic drug ออกฤทธิ์มากขึ้น เกิด EPS หรือที่ทำให้ยา Sedative drug ออกฤทธิ์มากขึ้น องค์กรแพทย์ร่วมกับสหวิชาชีพ พัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินไข้ แนวการดูแล และแบบประเมินการหลับมาก The Richmond Agitation and Sedation scale (RASS) เพื่อให้เข้าใจระดับการหลับและวิธีการประเมิน

- Electrolyte imbalance

เช่น severe hyponatremia มักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติ polydipsia เน้นให้เกิดการเขียน diagnosis หรือเขียนในช่องเฝ้าระวัง ว่า เคยมีประวัติ polydipsia และมีการตรวจ sodium ก่อน admit และ มีการตรวจ lab ตาม CPG alcohol จัดทำ standing order case alcohol เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา อย่างครอบคลุมตามแนวทางที่ update มี lab screening ก่อน admit ทุกราย CBC BUN/cr electrolyte

- Neuroleptic malignant syndrome (NMS)

ส่งเสริม สนับสนุน ให้เปิดการตรวจ Lab CPK เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะ NMS เพื่อรวดเร็วต่อการรักษาและลด Complication เช่น Pneumonia, Acute kidney injury และ ประสาน PTC เพื่อให้หน้ายา bromocriptine เข้ามาใช้ในรพ. และจัดทำ standing order for NMS มีการตรวจ Blood for CBC, BUN/Cr, Electrolyte, Ca, PO4, Mg, LFT, Blood sugar, CPK,UA

- Sepsis

จากการทบทวนอุบัติการณ์ พบว่า Sepsis มักเกิดกับรายที่มี Underlying disease ดังนี้
1. Case Alcohol dependence ร่วมกับ Cardiomegaly, Arrhythmia, Hypertension
2. Case Alcohol dependence ร่วมกับ HBV cirrhosis ก็ complication Spontaneous bacterial peritonitis แต่ที่พบได้ในราย Paranoid schizophrenia ที่ไม่มี Underlying disease แต่มา Present ด้วย Delirium

สาเหตุ

- มี delayed diagnosis and treatment พัฒนาโดยองค์กรแพทย์ร่วมกับสหวิชาชีพ พัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน sepsis โดยใช้ Quick SOFA เพื่อความรวดเร็วในการประเมินภาวะ Sepsis แล้วส่งตัวเพื่อตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ Lactate, Hemoculture, Anion gap

- misdiagnosis กับ delirium tremens เนื่องจาก Case sepsis ใน ผู้ป่วย alcohol withdraw ที่ present อาการด้วย delirium เหมือนกัน ทำให้ misdiagnosis ได้ เนื่องจาก นึกถึงภาวะ delirium จาก alcohol withdrawal ที่พบบ่อย เน้นสร้างความตระหนักให้แพทย์ นึกถึงภาวะ delirium จาก sepsis ด้วย

- ส่วนมากเป็นราย Refer ใน 24 ชม. แสดงถึงปัญหาการคัดกรองก่อน admit ดังนั้นแพทย์ที่ OPD, ER ควรคัดกรองประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย ในรายที่ดื่มสุรานั้นควรประเมินดูว่ามี Sign of chronic liver disease หรือ sign of cirrhosis หรือไม่ หากมา Present ด้วย Delirium ควรส่งตรวจ Lab เบื้องต้น: CBC, BUN, Cr, Elyte, Ca, PO4, Mg, LFT, Urine substance, UA, EKG 12 leads (หากทำได้) เกสซ์กรติดตามหาข้อมูลยาที่รักษาโรคทางกาย เมื่อมีไข้ แพทย์ประเมินอาการ ถ้าสงสัย sepsis ส่ง septic work up

- การประเมิน Sepsis การนำ quick SOFA มาใช้เพื่อ early diagnosis sepsis และส่ง septic work up เพิ่มเติม

- ขาดความรู้ ในการ management septic shock พัฒนาการจัดอบรมการประเมินและ management Sepsis, septic shock

แนวทางการแก้ไข

1. แพทย์ ฝึกอบรมและนิเทศเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่สามารถประเมิน Conscious and Awareness ของผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีฤทธิ์ sedated ตาม Sedation-Agitation score

2. เมื่อได้รับรายงานไข้ ไอ หอบ องค์กรแพทย์ได้กำชับให้แพทย์เข้าตรวจร่างกายหรือส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, CXR, Sputum Gram stain and culture, Hemoculture ทั้งนี้ Lab ขึ้นกับความเห็นแพทย์

3. หากตรวจได้ว่าผู้ป่วยมีไข้ หอบหรือไอ ตรวจร่างกายพบมีการติดเชื้อที่ปอด อันได้แก่ ตรวจพบ Adventitious sound, fine หรือ coarse crepitation ร่วมกับพบมี WBC เพิ่มขึ้น PMN ขึ้น (อาจยืนยันด้วย CXR หรือไม่ได้) สามารถให้ Empiric antibiotic ได้ เช่น ในราย Alcohol dependence ให้เป็น Augmentin เพื่อคลุมเชื้อ Klebsella Pneumoniae และ Azithromycin เพื่อคลุมเชื้อ Mycoplasma หากให้ไป 7 วันอาการไม่ดีขึ้น ในระหว่างนี้หากอาการไม่ดีขึ้น ควรส่งตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ CXR, Gram stain and culture, Hemoculture และหาสาเหตุอื่น หากยังยืนยันว่าเป็น Pneumonia และอยู่ระหว่างรอผลเพาะเชื้อจากเสมหะหรือเลือด สามารถ step Antibiotic เป็น Ceftriaxone 2 g IV OD x 4-14 วัน

4. จัดการอบรมโรคระบบเดินหายใจ เพื่อให้แพทย์สามารถ ชักประวัติตรวจร่างกายเพื่อแยกโรคได้ เช่น Asthma, COPD, Anaphylaxis, Tuberculosis, Pneumothorax และได้เรียนรู้ management เมื่อผู้ป่วยหอบ

5. พิจารณาเรื่องการซื้อ Portable X-ray

6. เกสซ์กร Recheck Drug-drug interaction เมื่อมีการปรับแผนการรักษาหรือเมื่อผู้ป่วยมีผลข้างเคียง หากพบว่ามี Drug interaction ควรแจ้งแพทย์ เพื่อให้ระมัดระวังการปรับยาหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา

7. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด Alcohol withdrawal delirium แล้วให้เป็น Front loading regimen โดยให้ข้าม dose ที่ผู้ป่วยหลับเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด Hyperactive delirium

8. หากผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารเนื่องจากสับสนวุ่นวายมากหรือเป็น Parkinsonism ให้พิจารณาใส่ Nasogastric tube เพื่อให้สารอาหาร เพื่อป้องกันการป้อนผู้ป่วยแล้วสำลัก

9. เฝ้าระวังการใช้ Clozapine หากผู้ป่วยมีอาการสับสนควรปรับลดปริมาณยา

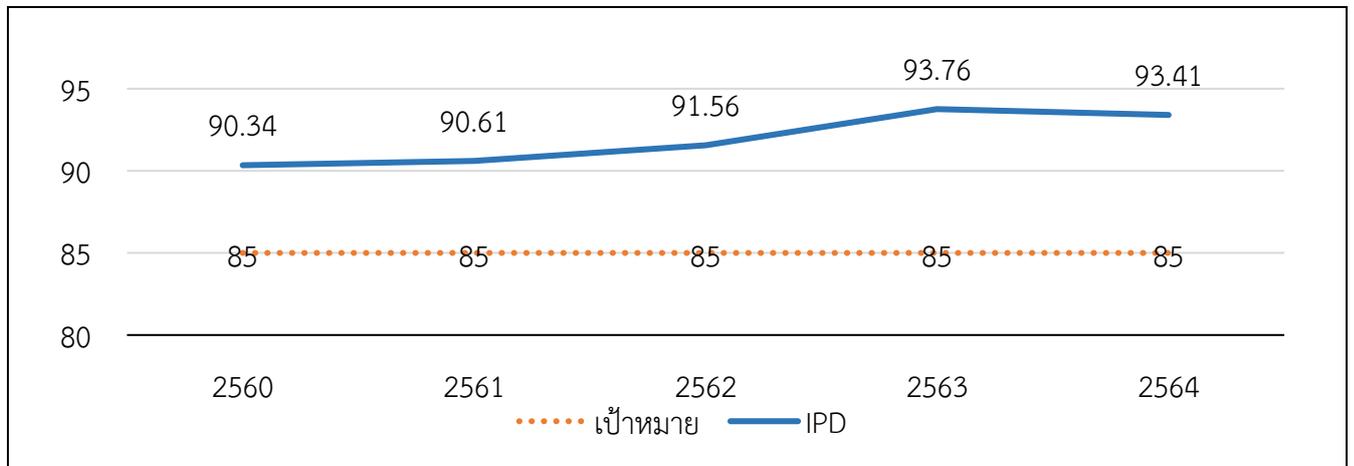
10. ในรายที่ Present ด้วย Delirium ควรตรวจร่างกายละเอียดและส่ง Lab รออ่านผลก่อน Admit

11. จัดอบรมการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Shock management Sepsis, septic shock, Myocardial infarction และการ CPR

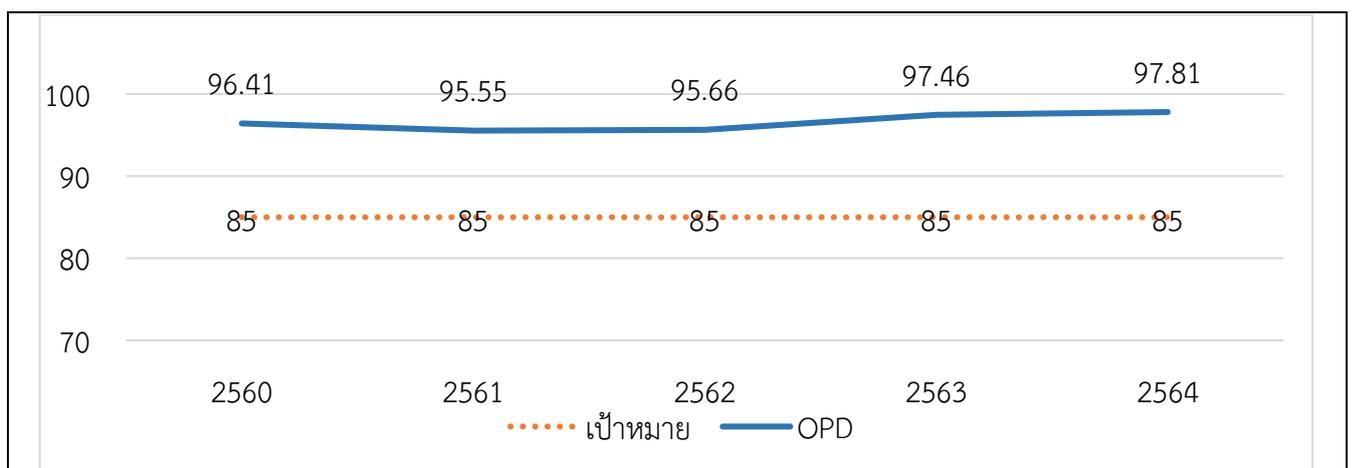
12. สุ่ม CPR ที่ตึกทุกเดือนและอบรม CPR แก่บุคลากร 2 ครั้งต่อปี

ร้อยละของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

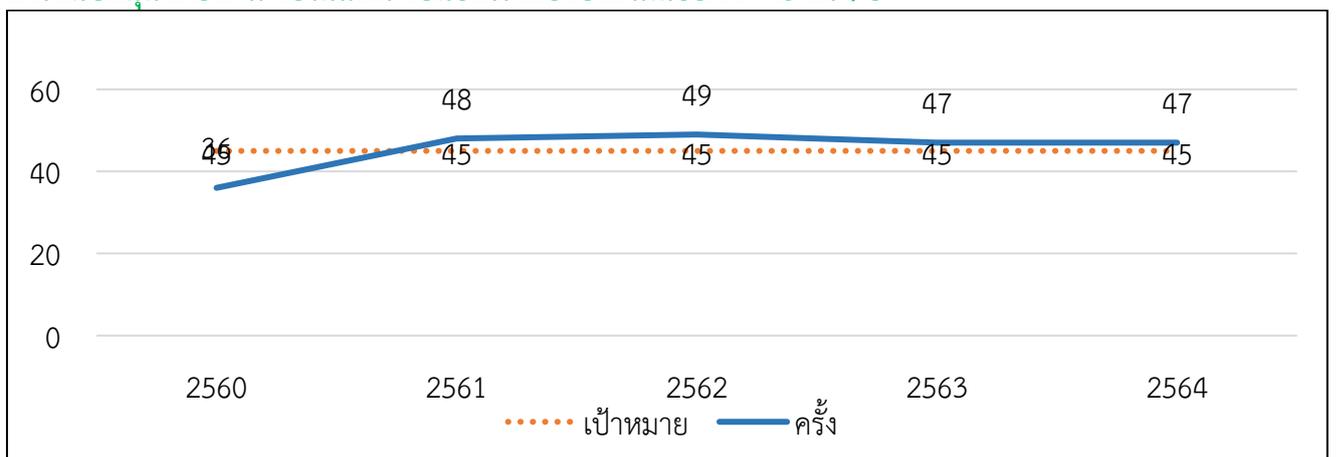
1) ร้อยละของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน



2) ร้อยละของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



การสนับสนุนวิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 45 ครั้ง/ปี



ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของรพ. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมายไม่น้อยกว่า 1.9 คะแนน

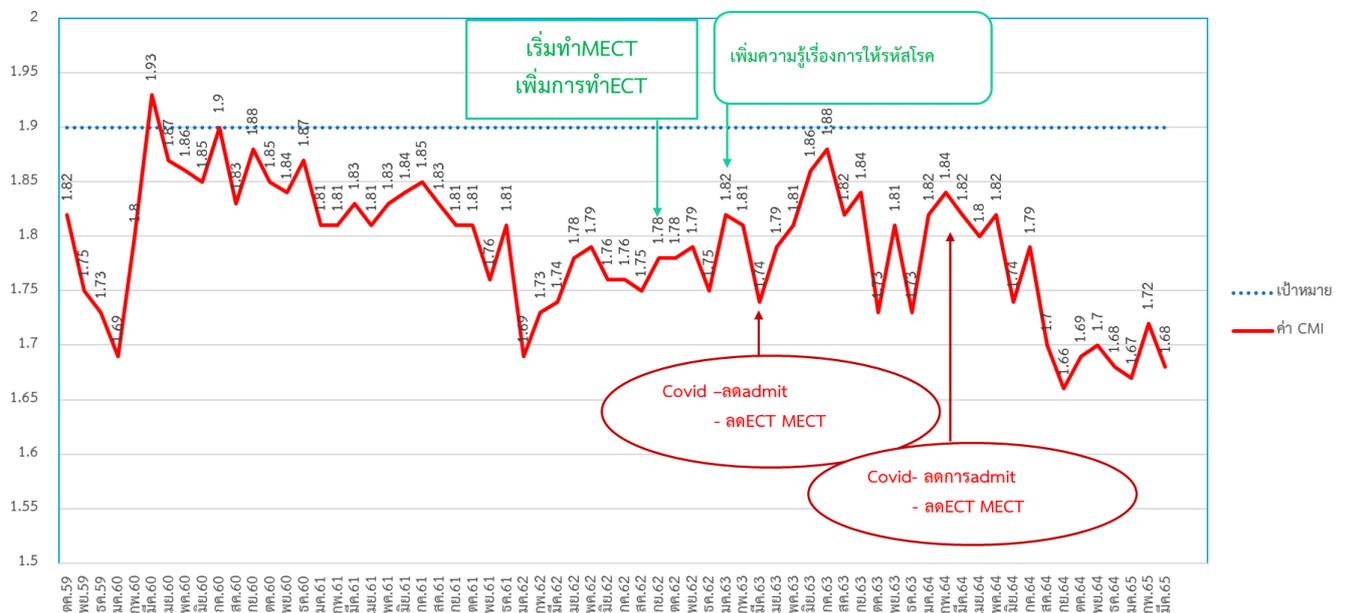
สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

-รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นรพ.เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มโรคที่รักษาเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชซึ่งมีค่า RW อยู่ในช่วง 0.20 - 2.02 4 อันดับโรคแรก คือ

อันดับ 1 Schizophrenia (F20) ร้อยละ 38.62 ค่า RW 2.0286

อันดับ 2 Mental and behavioral disorder due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (F19) ร้อยละ 16.70 ค่า RW 1.687

อันดับ 3 Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants, including caffeine



(F15) ร้อยละ 13.43 ค่า RW 1.687

อันดับ 4 Mental and behavioral disorder due to use alcohol (F10) ร้อยละ 11.20 ค่า RW เพียงแค่ 0.416 มีเฉพาะ alcohol dependence RW 0.97

-การทำหัตถการที่มีผลต่อ RW มีแค่ ECT ซึ่งจะสามารถเพิ่มค่า RW เฉพาะ ใน major affective disorder ค่า RW 2.34 กลุ่ม acute psychosis ค่า RW 3.118 และ chronic psychosis ค่า RW 3.802 การรักษาด้วย ECT จะทำให้หัตถการเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ซึ่งปริมาณไม่มาก เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

-พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่ admit เป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ซึ่งได้ค่า RW ต่ำ และส่วนหนึ่งต้อง admit นานตามพรบ.คุมประพฤติ 120 วัน ทำให้ค่า RW ยิ่งลดลง

-แพทย์ลงวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน

-ในปี 2563-2564 จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้ต้องลด จำนวนผู้ป่วยลงตามนโยบายขณะที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 และลดการทำหัตถการ ECT ซึ่งเป็นหัตถการเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อค่า RW ส่งผลให้ค่า CMI ยิ่งลดลง

แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

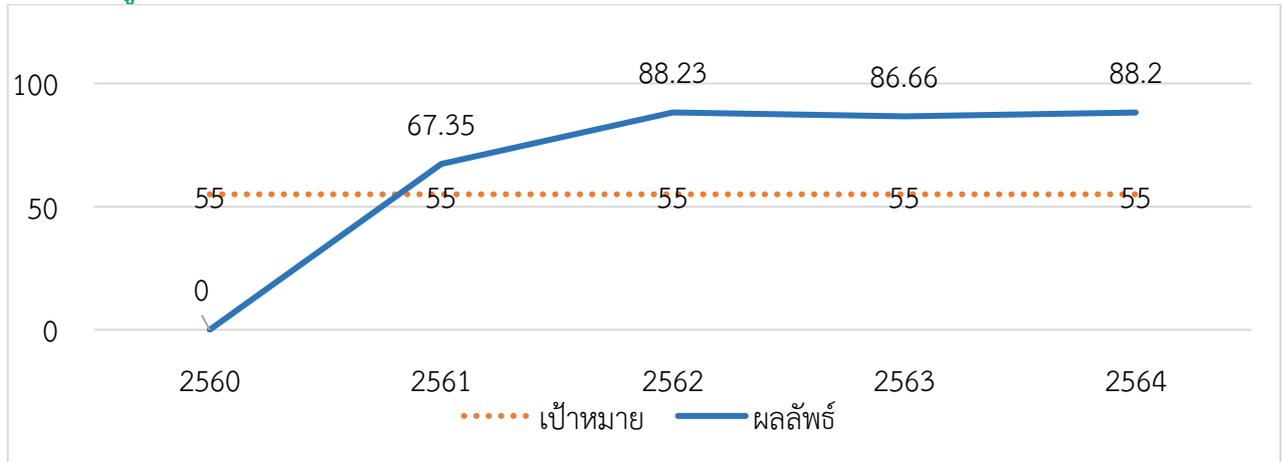
- ปี2562 เริ่มมีการทำMECT และมีการทำ ECT เพิ่มมากขึ้น
- ปี 2563 ให้ความรู้แพทย์เรื่อง การลงวินิจฉัย การให้รหัสโรค
- แพทย์ ทบทวนวินิจฉัยให้ถูกต้องและครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง
- กำกับติดตาม การลงวินิจฉัย และนักเวชสถิติ แจ้งแพทย์เมื่อลงวินิจฉัยไม่ครบ หรือ ไม่ถูกต้อง
- ปรับเปลี่ยนระบบงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อมีการวางมาตรการ New Normal ในการปฏิบัติงาน เพื่อรองรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสามารถทำหัตถการได้ตามปกติ

ผลการพัฒนา

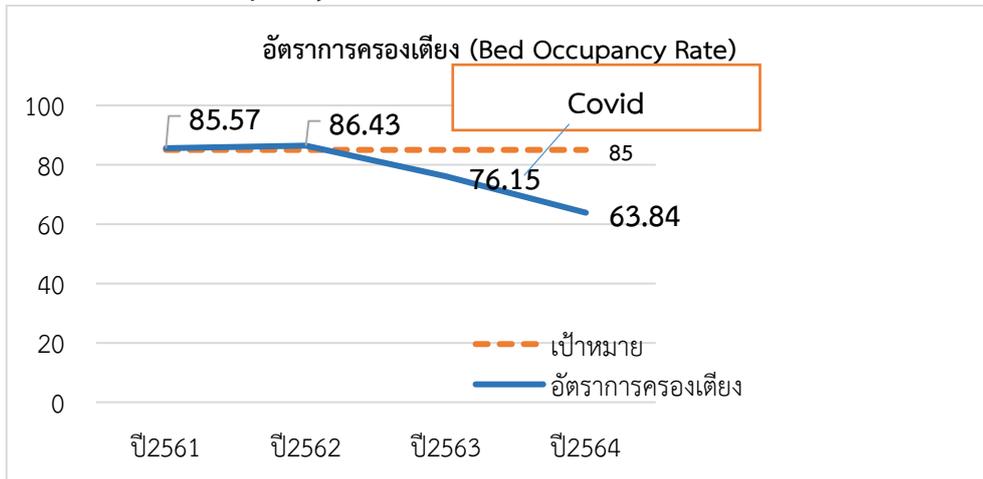
ปี 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น จากปี62 ค่า CMI 1.76 เพิ่มเป็น 1.81

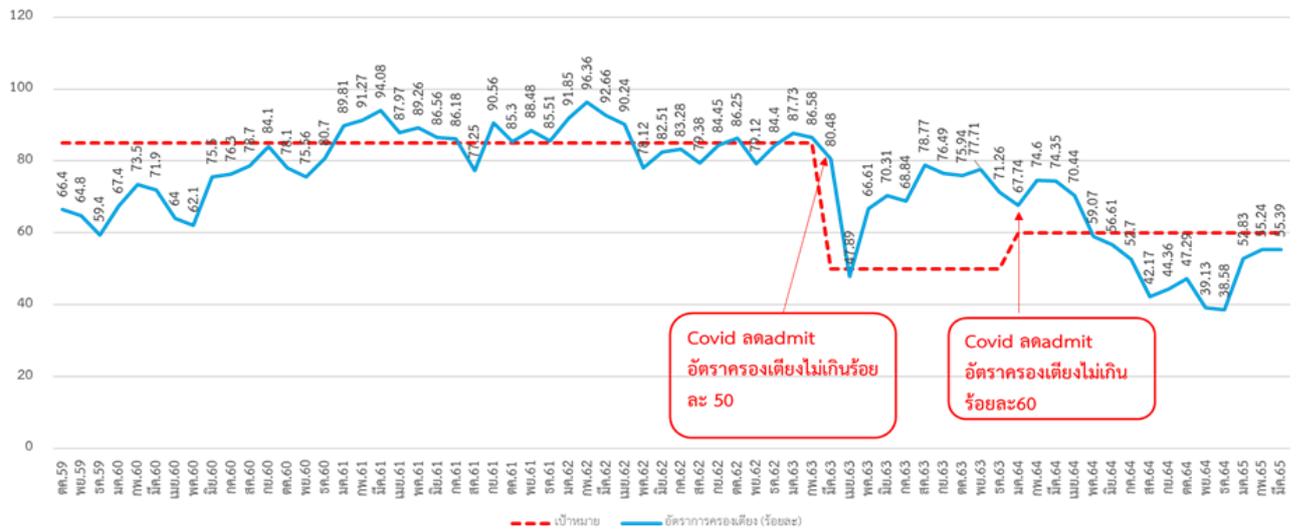
ปี 2564 ค่า CMI 1.79 เนื่องจากมีการระบาดของ covid-19 ต้องลดการ admit ลง

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจิตเวชเฉพาะทางมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น



8.อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate) ร้อยละ 85





สาเหตุ

ในปี 2563-64 อัตราการครองเตียงลดลง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้ต้องลดจำนวนผู้ป่วย admit ลงตามนโยบาย social distancing

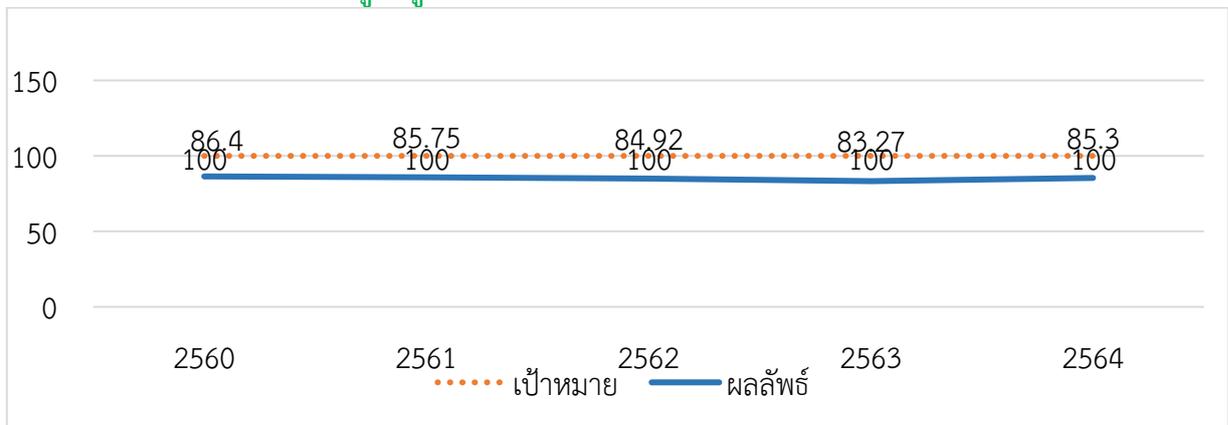
แนวทางการพัฒนา

- เมื่อสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 เริ่มดีขึ้น สื่อสารในองค์กรแพทย์ สามารถ admit เพิ่มขึ้นได้ อัตราครองเตียงเพิ่มขึ้น
- มีการสื่อสารอัตราการครองเตียงในแต่ละตึกทุกเช้า ทาง line องค์กรแพทย์ ว่าสามารถ admit เพิ่มในแต่ละตึกเท่าไร เพื่อความรวดเร็วในการสื่อสาร และข้อมูลทั่วถึง

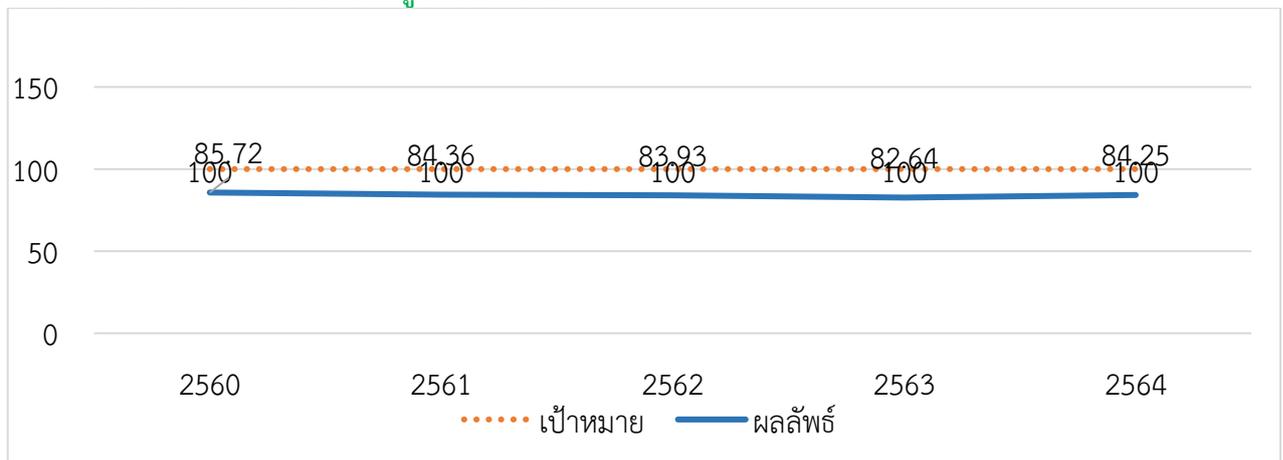
การกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. อัตราของบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด						
1.1 สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ร้อยละ 100	86.40	85.75	84.92	83.27	85.30
1.2 สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ร้อยละ 100	85.72	84.36	83.93	82.64	84.25
1.3 สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 100	84.52	85.76	84.27	83.84	84.10
2. ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลที่มี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ 80 -110	NA	NA	NA	NA	20
3. จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	0 ราย	6	14	14	12	7

1. อัตราของบุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด

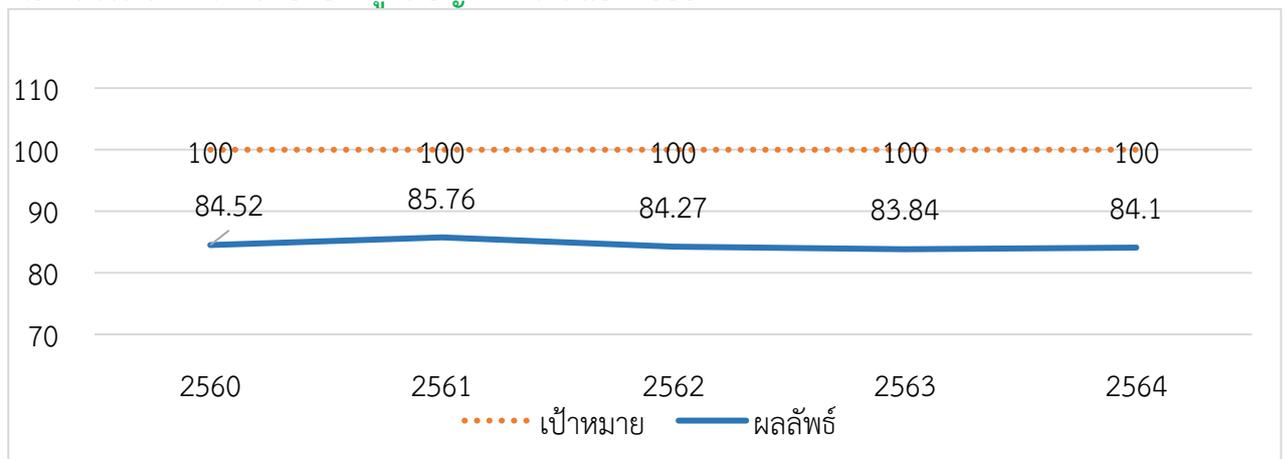
1.1 สมรรถนะด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



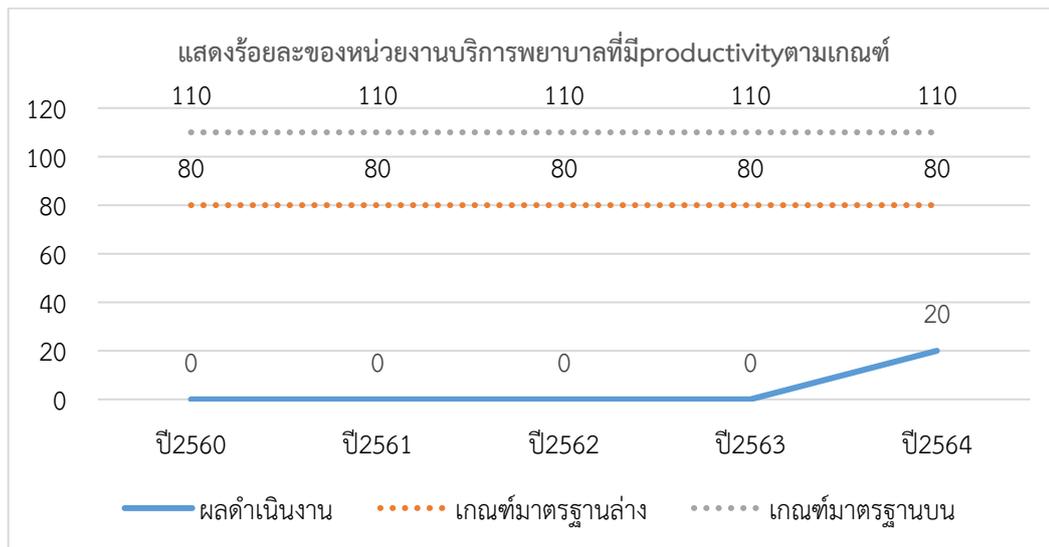
1.2 สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท



1.3 สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

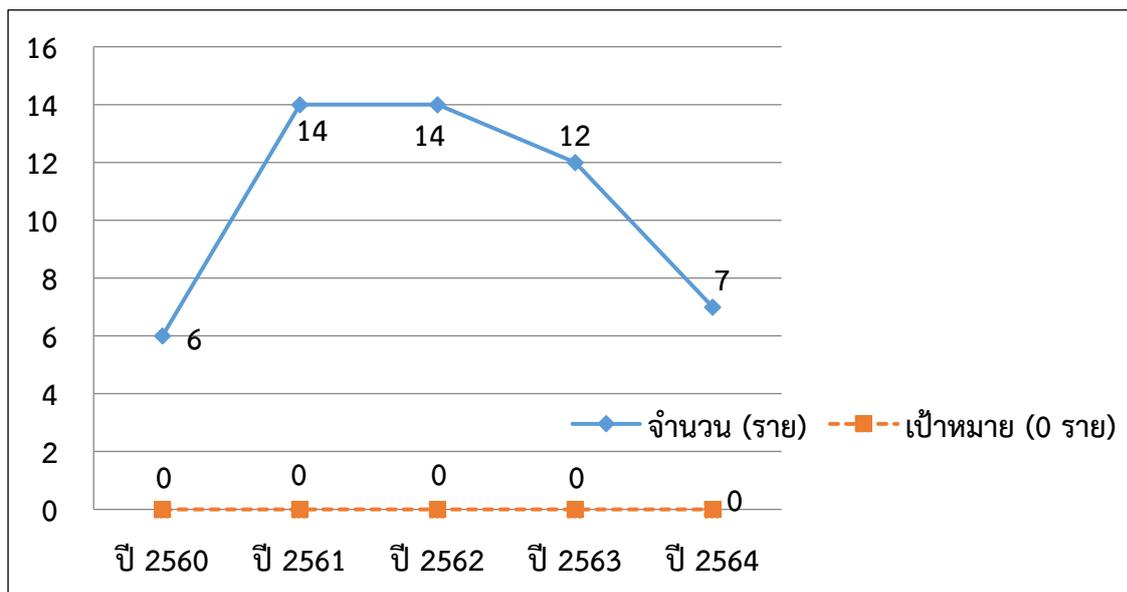


2. ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลที่มี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน



หน่วยงานได้เริ่มกำกับตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลที่มี productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน ในปี 2564 พบว่า หน่วยบริการพยาบาล ที่มี productivity ตามเกณฑ์มาตรฐานไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาลดลงรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และมีการปิดห่อผู้ป่วย (Bubble and seal) เป็นระยะ อัตราครองเตียงลดลง และส่งผลให้ productivity ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่กำหนดในทุกห่อผู้ป่วย ยกเว้น ห่อผู้ป่วย Cohort ที่มี productivity บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 270)

3.จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

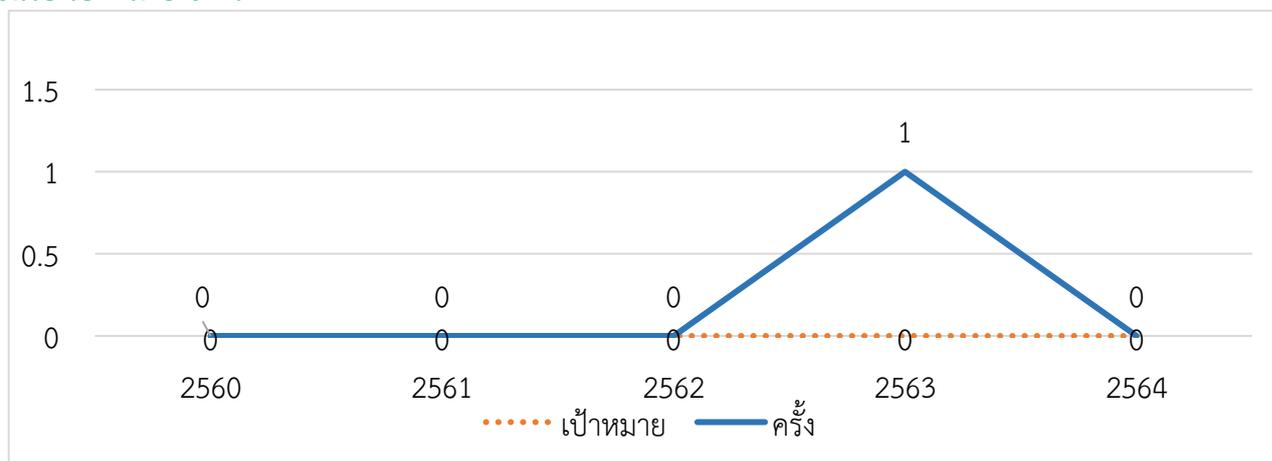


ปี 2560 – 2561 พบจำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นและลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2563 – 2564 พบสาเหตุส่วนใหญ่ คือ 1) การประเมินและวางแผนการดูแลไม่ครอบคลุม จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.73) 2) การจำกัดพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสม ใช้เทคนิคที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 32.08) 3) ขาดการทำงานเป็นทีม จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.65) และ 4) การจัดเก็บอุปกรณ์ไม่ปลอดภัย เอื้อต่อผู้ป่วยนำมาใช้เป็นอาวุธ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7.54) จึงดำเนินการจัดอบรมบุคลากรทุกคน และมีการกำกับติดตามทำให้อุบัติการณ์ไม่เพิ่มขึ้น และพบว่าสาเหตุด้านบุคลากรมีพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายทำร้าย จึงมีการจัดอบรมพฤติกรรมบริการและเพิ่มการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้มี

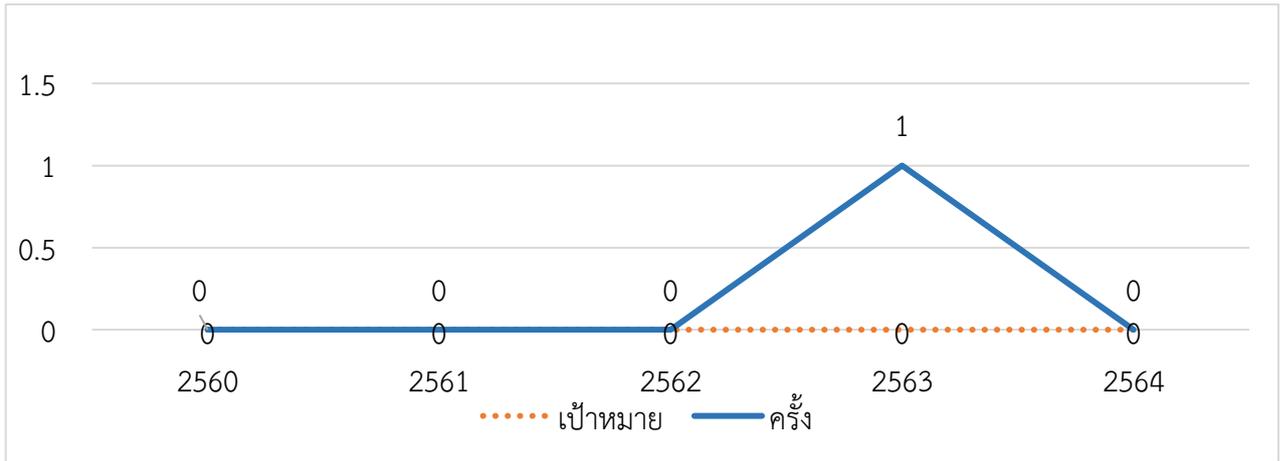
ประสบการณ์มากกว่าให้บุคลากรที่เข้าทำงานใหม่ โดยสอนชี้แนะ แลกเปลี่ยนความรู้จากการปฏิบัติ (Tacit knowledge) ทำให้ ปี 2563 – 2564 อุบัติการณ์ลดลง

สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย(ENV)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
2.จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
3.ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	75	87.1	100	95	100
4.ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	-	-	100	99	100
5.ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน	100	86.36	54.54	100	100	100
6.ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	97.7	94.4	94.44	94.19	93.29
7.ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด	100	100	100	100	100	100
8.ร้อยละการคัดแยกขยะถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย)	80	99.17	91.66	92.55	93.33	91.5
9.ระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital	ดีมาก+	ดี	ดี	ดีมาก	-	อยู่ระหว่างประเมินระดับดีมาก Plus
10.ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต	≥0	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

1.จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง



2.จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ครั้ง



จากการดำเนินงานอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป และจำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2563 ไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่าสาเหตุและโอกาสพัฒนา ดังนี้

1. เกิดเหตุการณ์ช็อตและไฟไหม้ที่สายไฟ บริเวณเสาไฟฟ้าที่ใช้ในการก่อสร้างแพลตฟอร์ม 5 ชั้น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบพบว่ามีน้ำฝนไหลเข้าไปในตัวควบคุมไฟฟ้า ซึ่งผู้พบเห็นได้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบทันทีและเข้าระงับเหตุได้ทันเวลา โดยไม่เกิดความเสียหาย

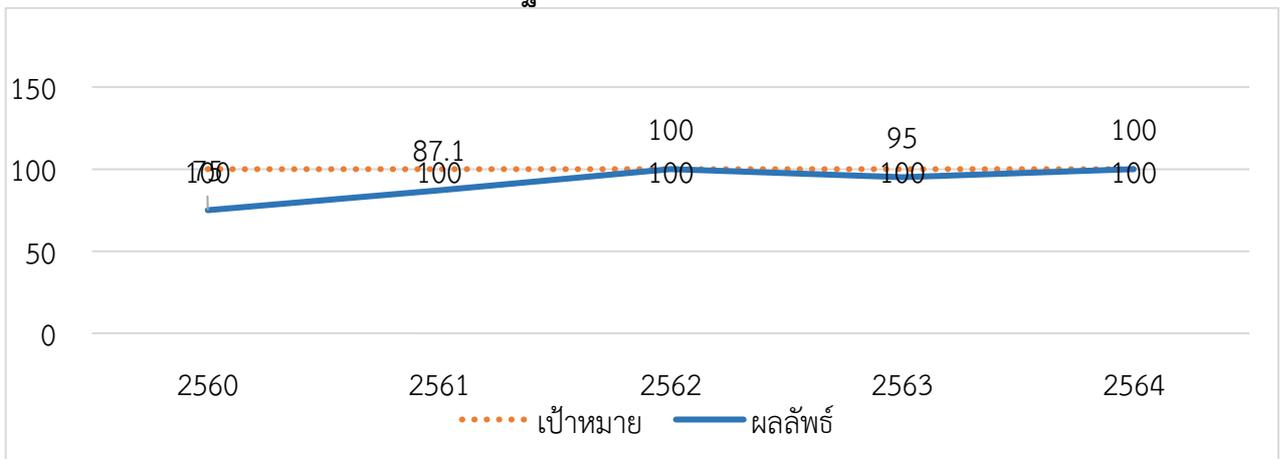
แนวทางการปรับปรุง พัฒนา

1. โรงพยาบาลฯ ได้แจ้งให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนอุปกรณ์ใหม่และเพิ่มการป้องกันโดยการใส่ตู้กันน้ำสำหรับตัวควบคุมไฟฟ้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ

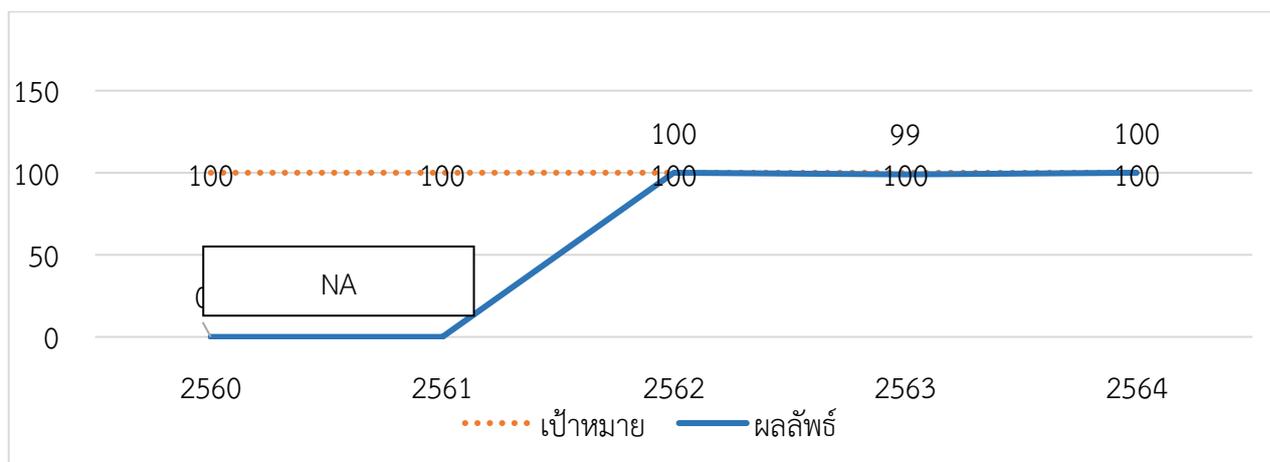
2. กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์จัดทำแผนตรวจสอบจุดเชื่อมต่อของสายไฟในโรงพยาบาลทุกจุด

จากผลการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา พบว่าไม่มีเหตุการณ์เกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล

3. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



4. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



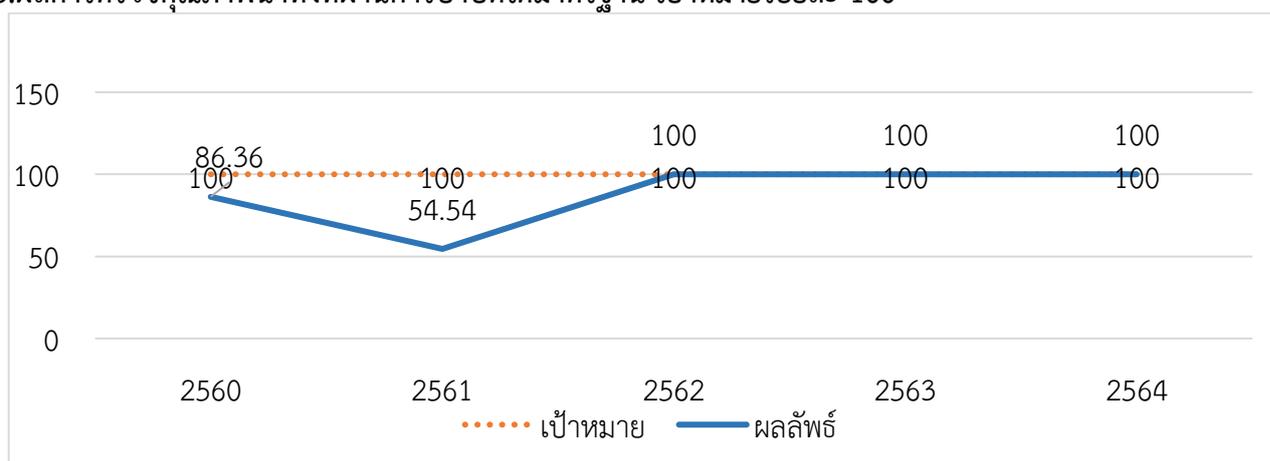
จากผลการดำเนินงาน ปี 2560 - 2561 ส่งตรวจการปนเปื้อนน้ำดื่มหน่วยงานภายนอก 4 ตัวอย่าง ผลไม่ผ่าน 1 ตัวอย่าง สาเหตุ ผู้ใช้งานทำการ Backwash ไม่สม่ำเสมอ

แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

1. ให้ผู้รับผิดชอบ Backwash สม่ำเสมอ
2. เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำใช้ ไปตรวจสอบซ้ำ
3. เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำใช้ ส่งตรวจสอบทุก 3 เดือน

จากการผลการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา พบว่าผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ผลการตรวจคุณภาพน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

5. ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



ผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการทบทวนพบว่าสาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

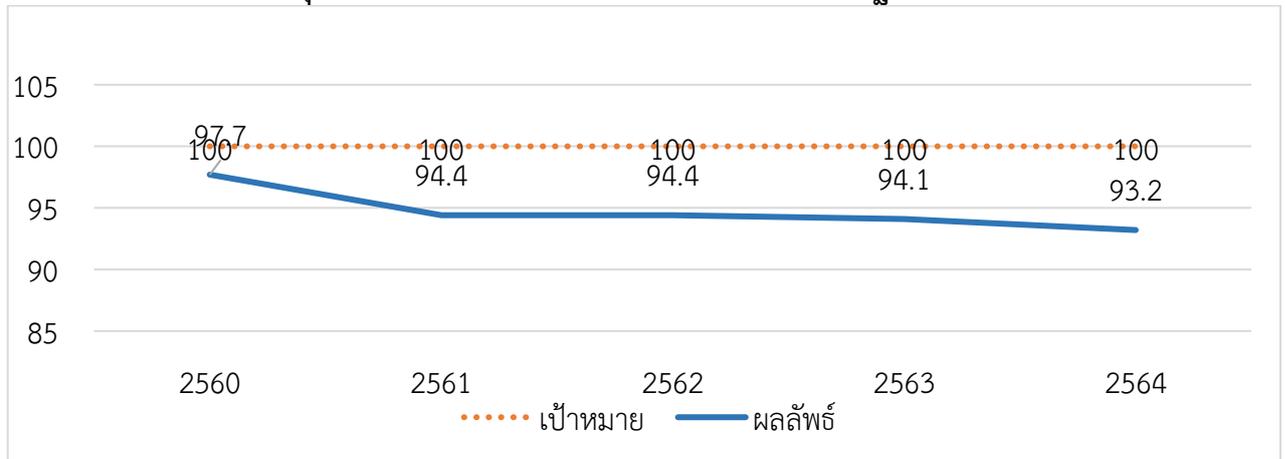
1. ปี 2560 - 2561 พัดลมเติมอากาศชำรุด และอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลรับผิดชอบ บรรลุตามเป้าหมาย เกิดจากมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

แนวทางการแก้ไข และพัฒนา

1. มีแผนการตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์ในบ่อบำบัดน้ำเสียสัปดาห์
2. มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

จากผลการพัฒนา พบว่า ร้อยละผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

6. ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



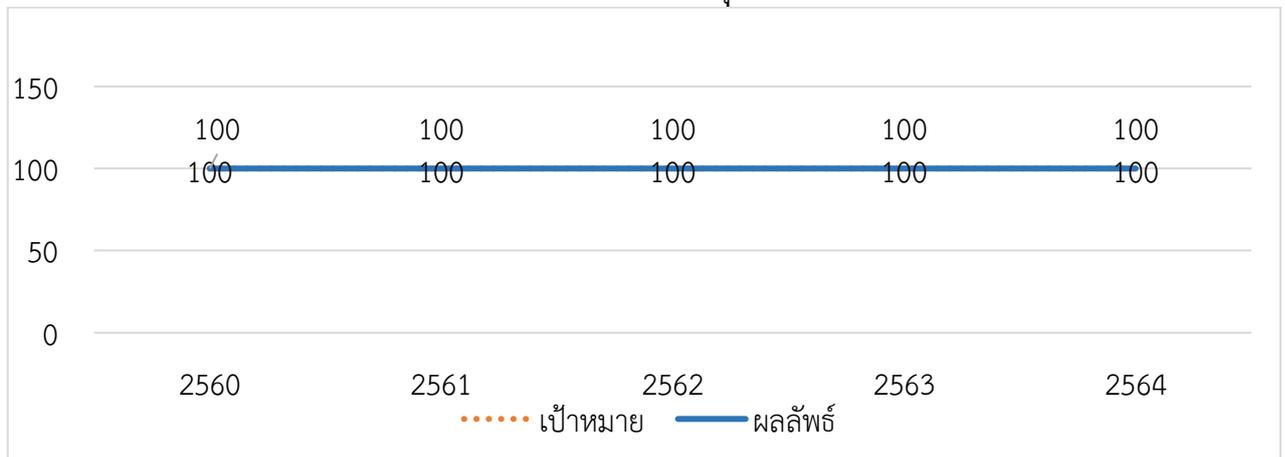
จากผลการดำเนินงานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวน พบว่า สาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีอายุการใช้งานมานาน เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน

แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

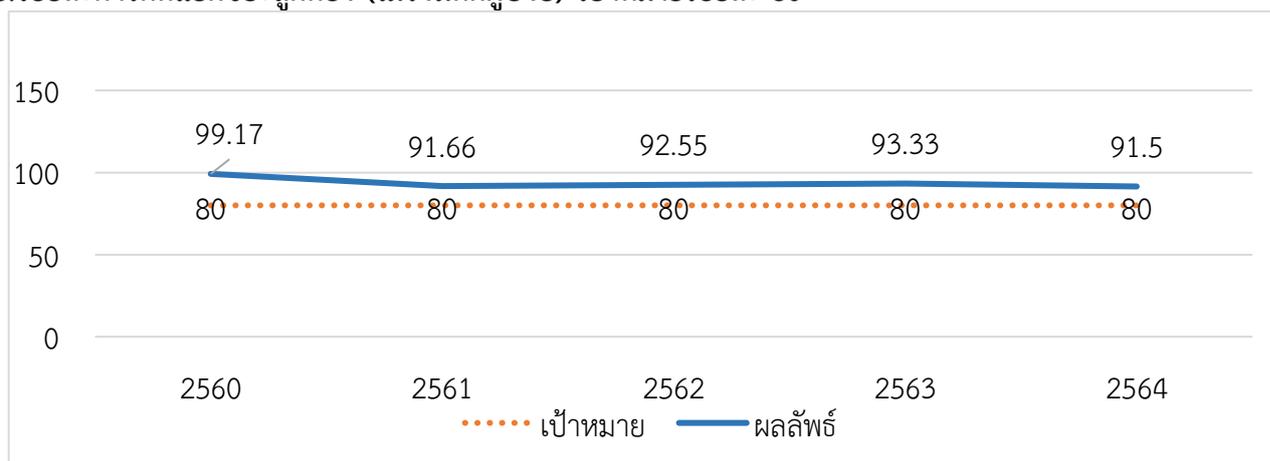
วางแผนการจัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว

7. ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด เป้าหมายร้อยละ 100



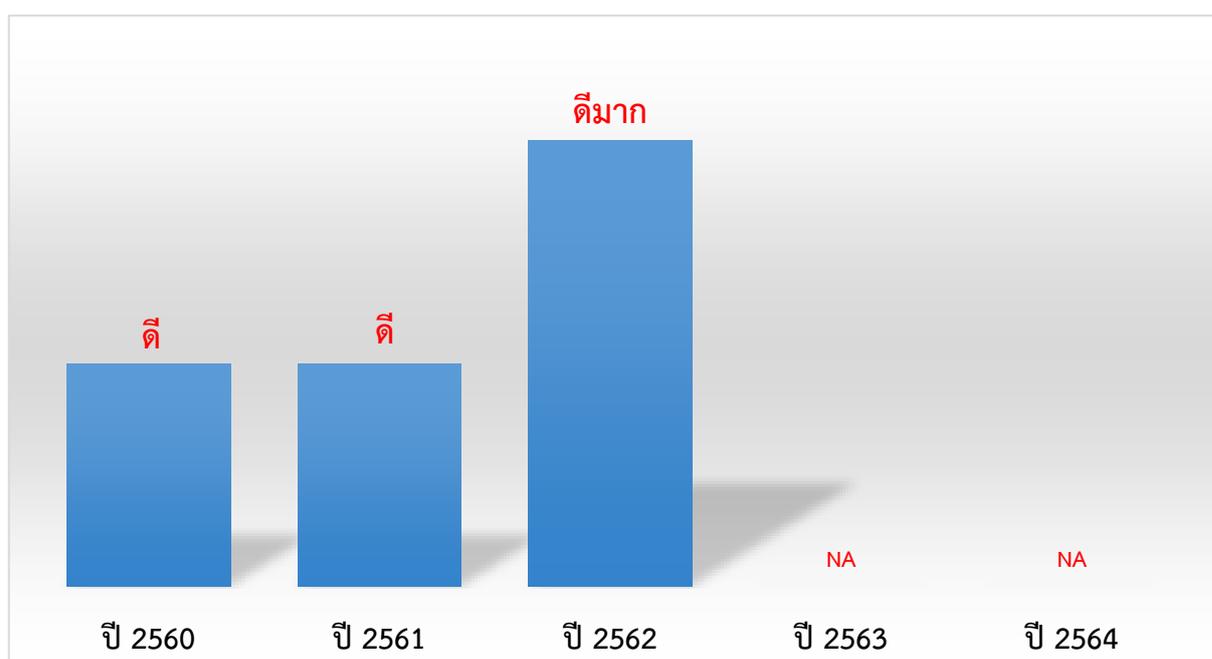
จากผลการดำเนินงานร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีแผนการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนการสอบเทียบทุกครั้ง

8. ร้อยละการคัดแยกขยะถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย) เป้าหมายร้อยละ 80



ผลการดำเนินงานด้านการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย) บรรลุเป้าหมาย เกิดจาก มีการจัดการถึงขยะรองรับแยกตามประเภทตามมาตรฐาน ตั้งไว้ในจุดที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีฉลากหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

9. ระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital เป้าหมายระดับ ดีมาก Plus



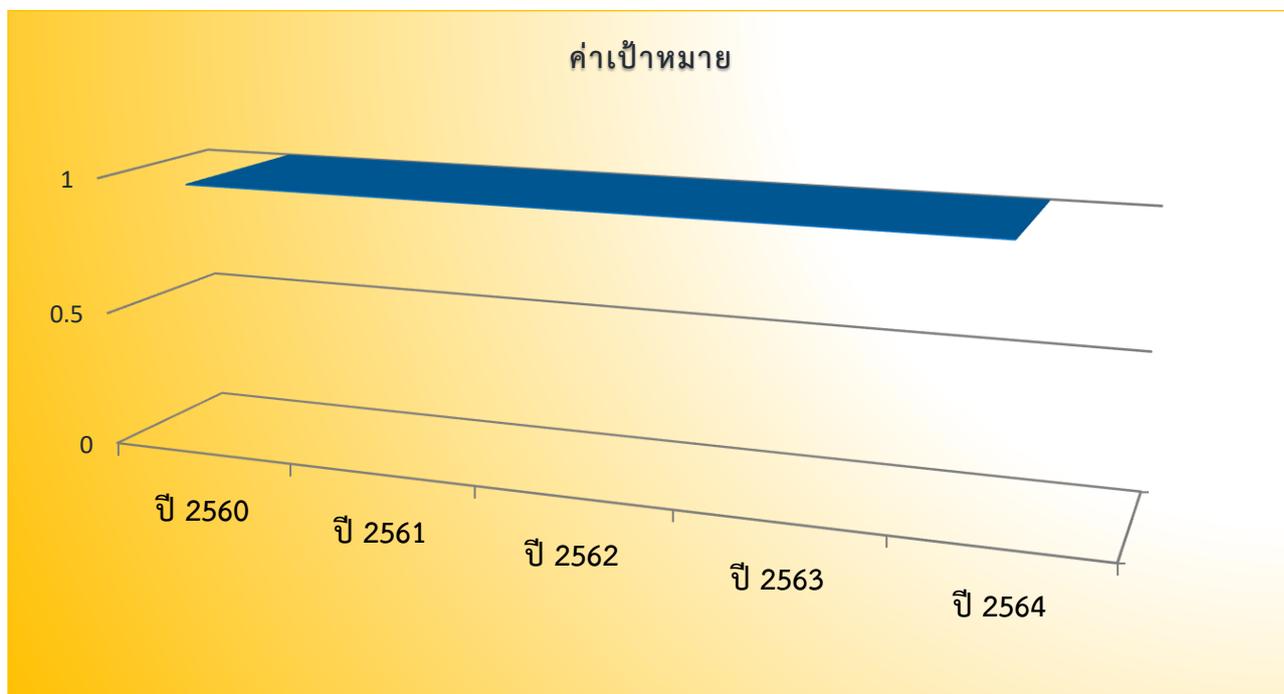
จากผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital เป้าหมายระดับ ดีมาก Plus จากการทบทวน พบว่า สาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

-ในปี 2563 – 2564 ไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 แพร่ระบาด ทำให้ทางคณะผู้ตรวจและผู้รับการตรวจ ไม่สามารถดำเนินการตรวจประเมินได้ตามที่กำหนด

แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

-ปีงบประมาณ 2565 สมัครขอรับการประเมินการดำเนินงานตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับ ดีมาก Plus ซึ่งได้รับการประเมินเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2565 และอยู่ระหว่างรอผลการประเมิน

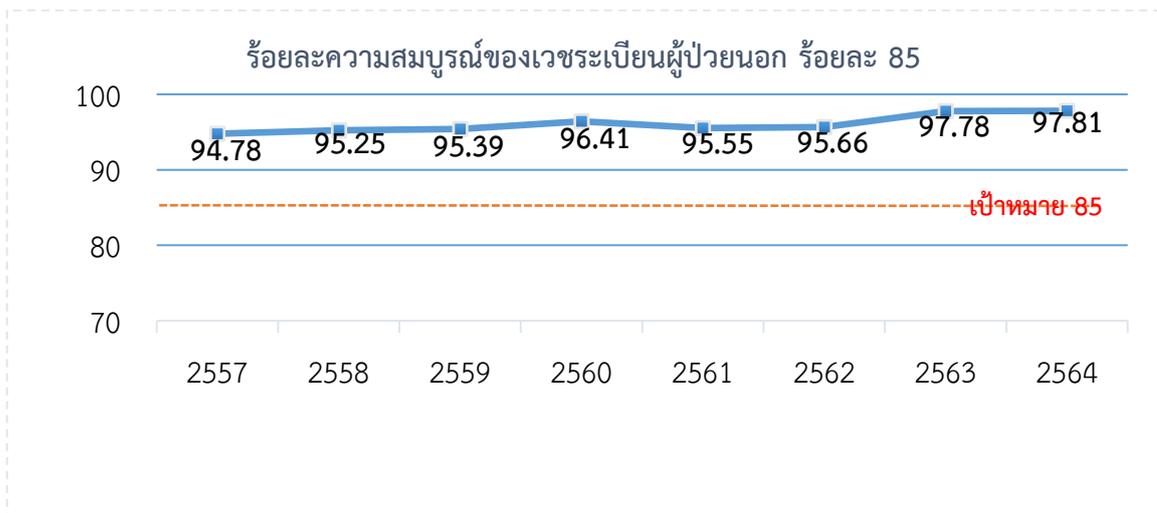
10.ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป้าหมาย ≥ 0



จากผลการดำเนินงานด้าน ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก บุคลากร ปฏิบัติตาม มาตรการประหยัดพลังงานอย่างเคร่งครัด ในด้านการใช้พลังงานด้านไฟฟ้าและน้ำมัน

ระบบระบบเวชระเบียน(MRA)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาล	ร้อยละ 85	96.41	95.55	95.66	97.78	97.81
2.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ร้อยละ 85	90.34	90.61	91.56	93.67	93.41

1.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาล เป้าหมายร้อยละ 85



จากกราฟ พบว่า ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผ่านเกณฑ์และมีแนวโน้มตัวชี้วัดดีขึ้นจากการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกเวชระเบียนโดยให้มีหัวข้อที่จำเป็นต้องบันทึกตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนของ สปสช. และกรมสุขภาพจิต รวมทั้งมีระบบ online ช่วยในการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความสมบูรณ์เวชระเบียนเพิ่มจนผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง การบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์ เน้นเป็น ความสมบูรณ์เป็นรายบุคคลเพื่อ การพัฒนาวิเคราะห์ผลการตรวจเป็นรายวิชาชีพ และแจ้งผลการตรวจเป็นรายวิชาชีพ

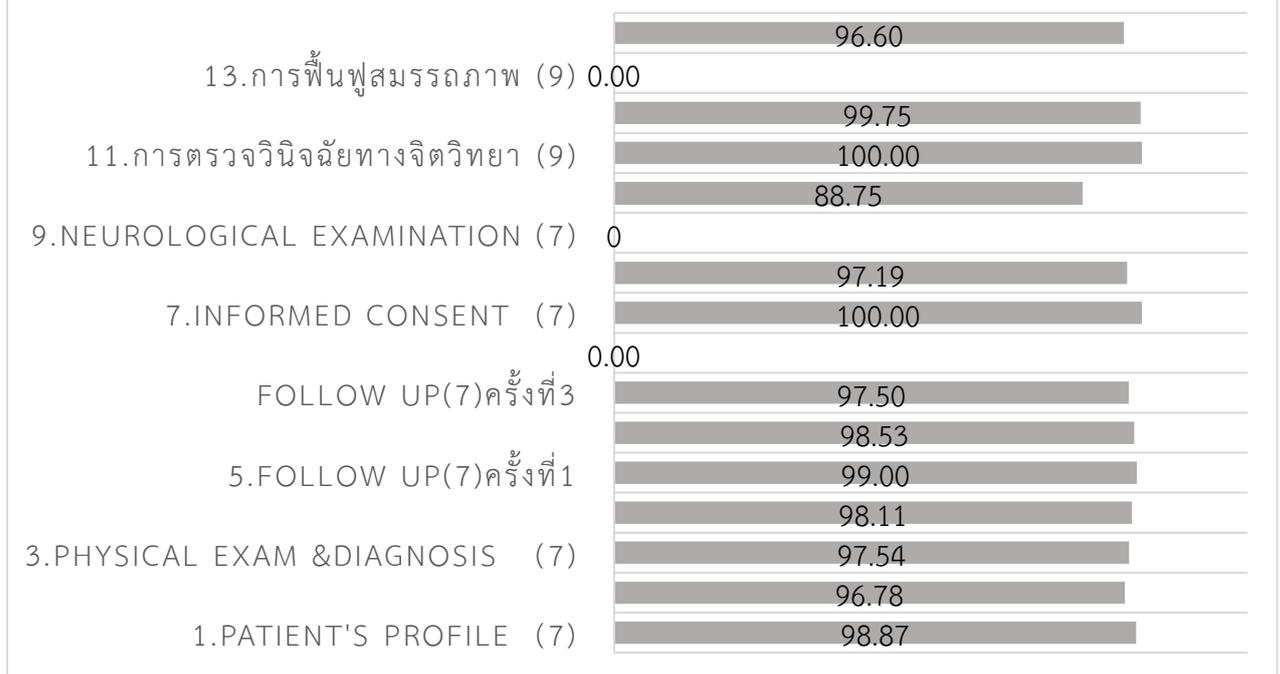
-ในปี 2559มีการพัฒนาคู่มือการตรวจประเมินทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนปรับใหม่ตามแนวทางการบันทึกและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ทาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)2557 โดยยังคงการตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียนที่มีความเฉพาะทางจิตเวช หลังจากนั้นจัดประชุมคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน และจัดโครงการสัมมนาสื่อสารในเดือน กันยายน 2559 เพื่อสื่อสารแก่สหวิชาชีพ บุคลากรในรพ. เพื่อสื่อสารและนำไปปฏิบัติเริ่มใช้ในการตรวจปีงบประมาณ 2560

ผลตัวชี้วัดร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครั้งแรก ผ่านเกณฑ์ จากผลในปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ ร้อยละ 96.2 ปี 2559 ร้อยละ 95.94

ผลตัวชี้วัดร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครั้งรอง ผ่านเกณฑ์ จากผลในปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ ร้อยละ 94.30 ปี 2559 ร้อยละ 94.83

-ในปี 2560 มีการปรับเกณฑ์ เน้นตรวจความสมบูรณ์ ในเชิงคุณภาพมากขึ้น เปลี่ยนตัวชี้วัด เป็น อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มารพ. ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85ขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2560 มีแนวโน้มที่ดี ได้ร้อยละ 96.41

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี2560 =96.41



จากการวิเคราะห์รายชื่อพบว่า ข้อที่ได้คะแนน น้อยที่สุด คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ร้อยละ 88.75 ซึ่งข้อที่ควรพัฒนา ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อ พัฒนา อย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ ประเมินผลการพยาบาลที่ได้รับและ ลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลงลายมือชื่อผู้บันทึก ระบุตำแหน่ง วันเดือน ปีและเวลา

-ในปี 2561 ร้อยละ ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ95.55ดังตารางด้านล่าง มีการพัฒนาโดยคะแนน รายชื่อได้ร้อยละ90ขึ้นไป งานพยาบาลผู้ป่วยนอก ความสมบูรณ์ดีขึ้นเป็นร้อยละ 91.44

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี2561 = **95.55**

14.งานสังคมสงเคราะห์(9)	92.99
13.การฟื้นฟูสมรรถภาพ (9)	0.00
12.การบำบัดทางจิตวิทยา (9)	100.00
11.การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา (9)	100.00
10.งานพยาบาลผู้ป่วยนอก (8)	91.44
9.NEUROLOGICAL EXAMINATION (7)	0
8.MENTAL STATUS EXAMINATION(7)	95.87
7.INFORMED CONSENT (7)	100.00
6.OPERATIVE NOTE (7)	0.00
FOLLOW UP(7)ครั้งที่3	93.97
FOLLOW UP(7)ครั้งที่2	95.15
5.FOLLOW UP(7)ครั้งที่1	94.82
4.TREATMENT/INVESTIGATION (7)	98.74
3.PHYSICAL EXAM &DIAGNOSIS (7)	99.02
2.HISTORY (7)	94.96
1.PATIENT'S PROFILE (7)	97.29

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี2562 =95.66

14.งานสังคมสงเคราะห์(9)	91.41
13.การฟื้นฟูสมรรถภาพ (9)	0.00
12.การบำบัดทางจิตวิทยา (9)	99.57
11.การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา (9)	100.00
10.งานพยาบาลผู้ป่วยนอก (8)	92.82
9.NEUROLOGICAL EXAMINATION (7)	0
8.MENTAL STATUS EXAMINATION(7)	97.51
7.INFORMED CONSENT (7)	100.00
6.OPERATIVE NOTE (7)	0.00
FOLLOW UP(7)ครั้งที่3	94.36
FOLLOW UP(7)ครั้งที่2	97.87
5.FOLLOW UP(7)ครั้งที่1	98.51
4.TREATMENT/INVESTIGATION (7)	98.28
3.PHYSICAL EXAM &DIAGNOSIS (7)	97.93
2.HISTORY (7)	94.36
1.PATIENT'S PROFILE (7)	96.16

-ในปี2562 ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปี เป็น ร้อยละ 95.66 คะแนน รายข้อได้ร้อยละ90ขึ้นไป พัฒนาการบันทึกงานพยาบาลผู้ป่วยนอก ความสมบูรณ์ดีขึ้นเป็นร้อยละ 92.82 จากเดิม งานพยาบาลผู้ป่วยนอก ปี2561ร้อยละ 91.44

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี2563 =97.78

14.งานสังคมสงเคราะห์(9)	95.71
13.การฟื้นฟูสมรรถภาพ (9)	100.00
12.การบำบัดทางจิตวิทยา (9)	98.74
11.การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา (9)	96.30
10.งานพยาบาลผู้ป่วยนอก (8)	94.47
9.Neurological Examination (7)	
8.Mental Status Examination(7)	98.17
7.Informed consent (7)	100.00
6.Operative note (7)	
Follow up(7)ครั้งที่3	100.00
Follow up(7)ครั้งที่2	99.84
5.Follow up(7)ครั้งที่1	99.92
4.Treatment/Investigation (7)	98.86
3.Physical exam &diagnosis (7)	99.29
2.History (7)	98.42
1.Patient's profile (7)	98.21

-ในปี2563 ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็น ร้อยละ 97.78 คะแนน จากเดิมปี62 ร้อยละ95.66 พิจารณา เป็นรายชื่อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 94ขึ้นไป

-ในปี 2564 มีการปรับเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ จึงได้ดำเนินการ ดังนี้

1.ปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของ รพ.จิตเวชขอนแก่น ให้นี้มีเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ที่ครบถ้วนทั้งผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยจิตเวช โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

2.วันที่ 11-12 ม.ค.64 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการพัฒนาเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

3.วันที่ 30-31 ม.ค. 64 ได้ตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียนตามหลักเกณฑ์ใหม่

4.วันที่ 1 มี.ค. 64 เริ่มตรวจประเมินผลการตรวจเวชระเบียนของรพ.จิตเวชขอนแก่น ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ของ สปสช.

ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ ในปี2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 97.81

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี2564 =97.81

8.Rehabilitation record (7)	90.11
7.Informed consent (7)	0.00
6.Operative note (7)	95.41
Follow up(7)ครั้งที่3...../...../.....	96.32
Follow up(7)ครั้งที่2...../...../.....	98.03
5.Follow up(7)ครั้งที่1...../...../.....	99.11
4.Treatment/Investigation (7)	97.39
3.Physical exam &diagnosis (7)	97.64
2.History (7)	99.18
1.Patient's profile (7)	97.64

○

ช่วง รอบ 7เดือนแรก ต.ค. 63 - พ.ค. 64 วิเคราะห์ รายชื่อ ที่ต้องพัฒนาเพิ่มข้อที่คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 94 ดังนี้ ได้ ข้อ 6. Operative note ร้อยละ 93.60 ใน OPD จะเป็น Psychosocial intervention แจ้ง จิตสังคมบำบัด ศูนย์จิตประภัสร์ที่ให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา บันทึก เพิ่ม ดังนี้

1.กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม (2) การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และ (3) การวางแผนการบำบัดรักษา

2.บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ขาดเวลา สิ้นสุดในปี2564 ต.ค.63 -ก.ย.64ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 97.81 วิเคราะห์ รายชื่อทุกข้อ มีคะแนนที่ดีขึ้น ร้อยละ90 ขึ้นไป ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือข้อ rehabilitation record ร้อยละ 90.11 มีการพัฒนาโดยแจ้ง ฟันฟูและตอนดูในข้อคะแนนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น

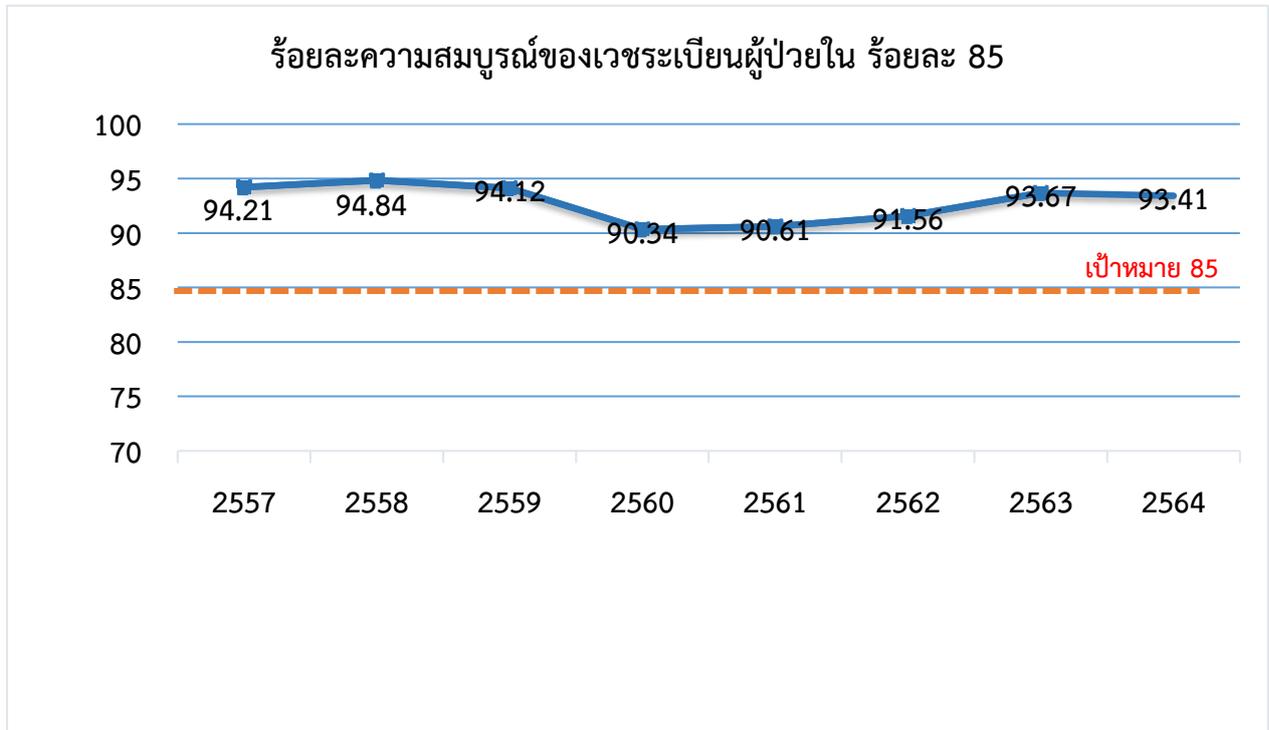
พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมปัญหาสำคัญเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย

-เพิ่มการบันทึกเขียนภาวะที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดซ้ำในช่อง เฝ้าระวัง และเน้นโรคประจำตัว ใน โปรแกรม online ผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถมองเห็นในสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย เช่น polydipsia ทำให้เกิด hyponatremia ประวัติเคยเกิด NMS โรคประจำตัว hepatitis C ต้องระวังภาวะ cirrhosis

-เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก โรคประจำตัว โรคทางกาย และยาที่ได้รับก่อนมารพ. แล้วบันทึกใน OPD card โดยทางเภสัชกร ประสานขอประวัติยาที่ได้รับก่อนมารพ.

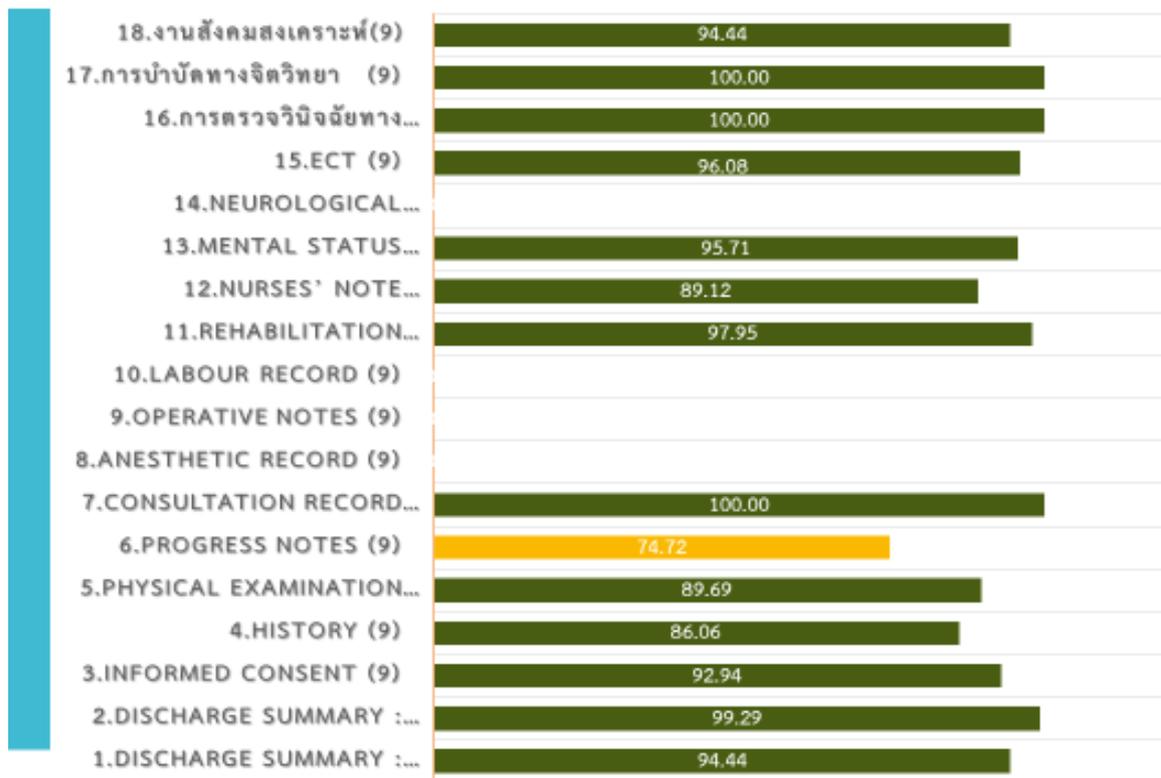
- เน้นให้มีการซักประวัติ และบันทึก อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย และทำร้ายตัวเอง ก่อนมารพ. แล้วบันทึกใน OPD card

2. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในเป้าหมายร้อยละ 85



ผลตัวชี้วัดร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์ จากผลในปี 2559 ร้อยละ 94.12 ในปี 2560 มีการปรับเกณฑ์การตรวจเข้มข้น เน้นตรวจความสมบูรณ์ในเชิงคุณภาพมากขึ้น ได้ร้อยละ 90.34 ในปีงบประมาณ 2560

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2560= 90.34



จากการวิเคราะห์รายชื่อ ผลปี 2560 พบว่า ชื่อ progress note ได้คะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 74.72 ได้แจ้งไปยังกลุ่มงานการแพทย์ เพื่อพัฒนาโดยวิเคราะห์รายชื่อ ตามกราฟด้านล่าง

1.พัฒนาโดยเน้นย้ำแจ้งกลุ่มงานการแพทย์

-แจ้งผลตรวจรายบุคคล

-เน้นพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน progress note ให้ลงเวลาในการบันทึกและบันทึกให้อยู่ในรูปแบบ SOAP

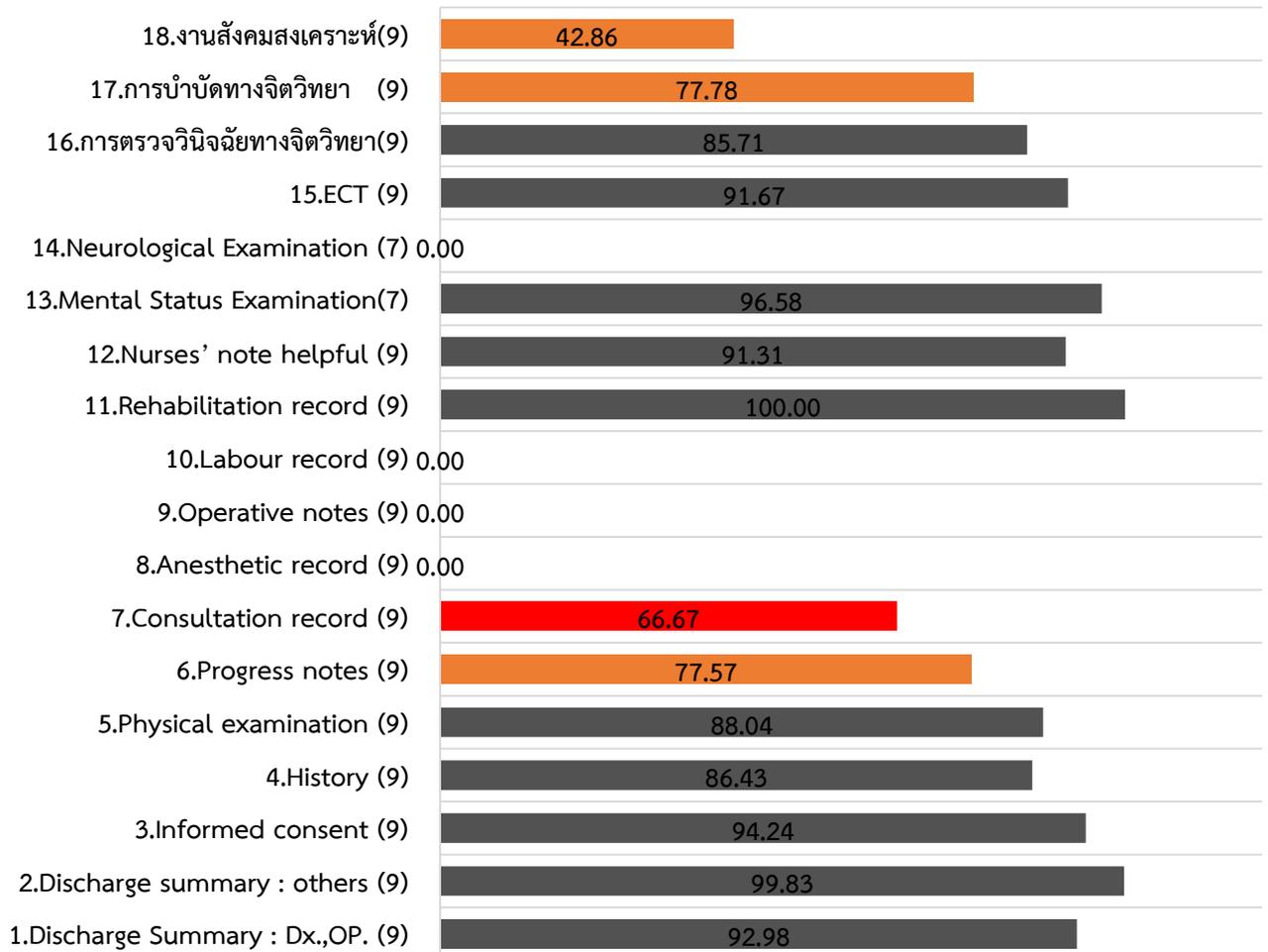
2.Nurses' note helpful พัฒนา การบันทึก nurse note แจ้งกลุ่มการพยาบาล เพิ่มการลงลายมือชื่อ และนามสกุล

ตารางวิเคราะห์ progress note ปี 2560



จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเน้นความสมบูรณ์แจ้งรายวิชาชีพ และแจ้งผลในการประชุม MRA โดยผลการตรวจในปี 2561 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.61 ดังตารางด้านล่าง ร้อยละความสมบูรณ์ แยกรายชื่อ progress note มีแนวโน้มดีขึ้นจาก ผลปี 2560 ได้ ร้อยละ 74.72 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.57 ในปี 2561

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2561= 90.61



ในปี2561 ร้อยละความสมบูรณ์ผู้ป่วยในดีขึ้นปี 2560 ร้อยละ 90.34 ปี2561เพิ่มเป็นร้อยละ 90.61

การวิเคราะห์รายชื่อในข้อที่ควรพัฒนา ในปี 2561 วิเคราะห์รายชื่อที่คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 85 ได้แก่

-งานสังคมสงเคราะห์ ได้ ร้อยละ 42.86

-consultation record ได้ ร้อยละ 66.67

-progress note ได้ร้อยละ 77.57

-การบำบัดทางจิตวิทยา ร้อยละ 77.78

การพัฒนา แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการค้นหาสาเหตุและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

-ก.สังคมสงเคราะห์ร้อยละ 42.86 พบว่าสาเหตุเกิดจาก แบบบันทึกแยกไปเก็บที่กลุ่มงานไม่มีในแฟ้มเวชระเบียน ปรับปรุงพัฒนาโดยเพิ่มแบบบันทึกสังคมสงเคราะห์เพื่อสื่อสารสหวิชาชีพ ในแต่ละ case

-consultation record ร้อยละ 66.67 ได้นำ consult ทันทแพทย์ก่อนทำECT เข้ามาประเมินเพิ่มจากเกณฑ์เดิม เมื่อตรวจตามเกณฑ์สปสข จึงมีการพัฒนาโดยสื่อสาร ก.ทันตกรรมให้มีการบันทึกเพิ่มให้มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น

-progress note ได้ร้อยละ 77.57 พัฒนาโดย แจ้งแพทย์เป็นรายบุคคล coaching ว่า ควรเขียนเพิ่มในจุดใดบ้าง และ สอนแพทย์เข้าใหม่ในเรื่องการสรุปเวชระเบียน

-การบำบัดทางจิตวิทยา ร้อยละ 77.78 พบว่าสาเหตุเกิดจาก เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้อยู่ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน พัฒนาโดยแจ้งกลุ่มงานจิตวิทยา เน้นความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลเก็บในแฟ้มให้ครบ และแพทย์สามารถเห็นผลการบำบัด โดยระบบ online ผู้ป่วย

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2562= 91.56

18.งานสังคมสงเคราะห์(9)	91.67
17.การบำบัดทางจิตวิทยา (9)	100.00
16.การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา(9)	100.00
15.ECT (9)	94.83
14.NEUROLOGICAL EXAMINATION (7)	0.00
13.MENTAL STATUS EXAMINATION(7)	95.27
12.NURSES' NOTE HELPFUL (9)	91.24
11.REHABILITATION RECORD (9)	95.77
10.LABOUR RECORD (9)	0.00
9.OPERATIVE NOTES (9)	0.00
8.ANESTHETIC RECORD (9)	0.00
7.CONSULTATION RECORD (9)	75.69
6.PROGRESS NOTES (9)	75.88
5.PHYSICAL EXAMINATION (9)	88.71
4.HISTORY (9)	88.95
3.INFORMED CONSENT (9)	98.01
2.DISCHARGE SUMMARY : OTHERS (9)	99.37
1.DISCHARGE SUMMARY : DX.,OP. (9)	95.23

ในปี 2562 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี62 ร้อยละ91.56 ดีขึ้นจากปี61 ร้อยละ90.61 เมื่อวิเคราะห์รายชื่อในข้อที่ควรพัฒนา ในปี 2562 ที่น้อยกว่าร้อยละ 85 ได้แก่

-consultation record ได้ ร้อยละ 75.69

-progress note ได้ร้อยละ 75.88

การพัฒนา แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการค้นหาสาเหตุและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

-consultation record ได้ร้อยละ 75.69 จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากใน case consult ทันตแพทย์ก่อนทำECT พบว่าไม่ได้ลงเวลา และลายมือชื่อทันตแพทย์ เป็นลายเซ็น จึงมีการพัฒนาโดยสื่อสาร ก.ทันตกรรมให้มีการบันทึกเพิ่มให้มีการลงเวลา และลายมือชื่อแพทย์

-progress note ได้ร้อยละ 75.88จากการวิเคราะห์พบว่าต้องพัฒนาการลงเวลา และบันทึกSOAPทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ พัฒนาโดย

1.ปรับฟอร์ม progress note เพิ่มหัวข้อ วันที่ เวลา และ SOAP

2.แจ้งแพทย์เป็นรายบุคคล coaching ว่า ควรเขียนเพิ่มในจุดใดบ้าง เป็นรายบุคคล

ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2563= 93.67

18.งานสังคมสงเคราะห์(9)	83.33
17.การบำบัดทางจิตวิทยา (9)	100.00
16.การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา(9)	100.00
15.ECT (9)	98.49
14.NEUROLOGICAL EXAMINATION (7)	
13.MENTAL STATUS EXAMINATION(7)	98.43
12.NURSES' NOTE HELPFUL (9)	92.71
11.REHABILITATION RECORD (9)	99.33
10.LABOUR RECORD (9)	
9.OPERATIVE NOTES (9)	
8.ANESTHETIC RECORD (9)	
7.CONSULTATION RECORD (9)	93.75
6.PROGRESS NOTES (9)	81.86
5.PHYSICAL EXAMINATION (9)	92.23
4.HISTORY (9)	91.68
3.INFORMED CONSENT (9)	95.86
2.DISCHARGE SUMMARY : OTHERS (9)	99.42
1.DISCHARGE SUMMARY : DX.,OP. (9)	96.56

ในปี 2563 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2563 เป็นร้อยละ 93.67 ดีขึ้นจากปี 2562 ร้อยละ 91.56 มีการพัฒนาที่ดีขึ้นจากปี 2562 คือข้อ consultation record หลังจากการพัฒนาโดยสื่อสาร ก.ทันตกรรมให้มีการบันทึกเพิ่มให้มีการลงเวลา และลายมือชื่อแพทย์ การบันทึกเวชระเบียนสมบูรณ์หัวข้อ consult record เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.15 จากเดิม ในปี 2562 ได้ร้อยละ 75.69

จากการวิเคราะห์รายชื่อในข้อที่ควรพัฒนา ในปี 2563 รายชื่อที่ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 85 ได้แก่

-งานสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 83.33

-progress note ร้อยละ 81.86

การพัฒนา แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการค้นหาสาเหตุและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

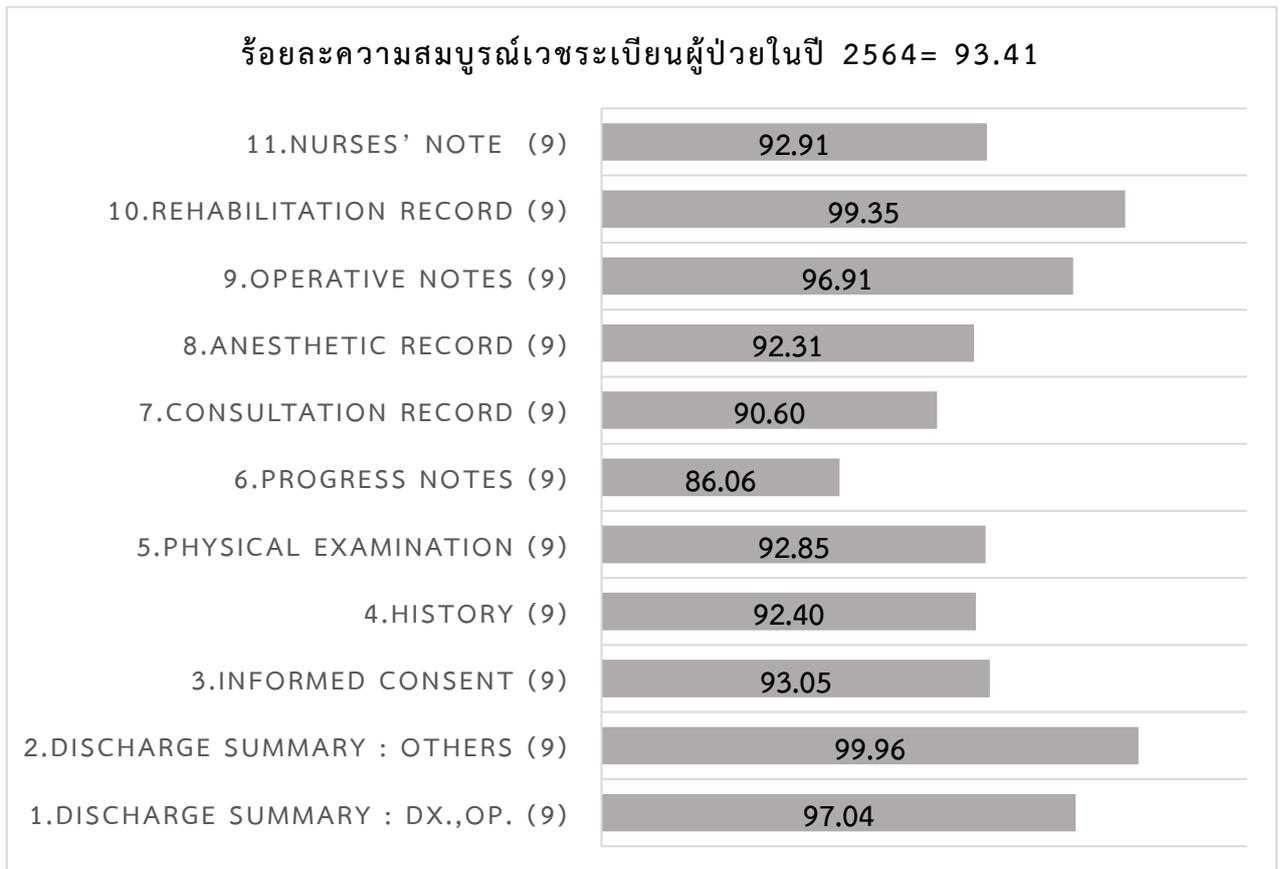
-งานสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 83.33 จากการวิเคราะห์พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ ลงเป็นลายเซ็นนักสังคมสงเคราะห์ และการบันทึกนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระบบ online ผู้ป่วย และในแฟ้ม OPD พัฒนาโดยสื่อสารผู้ตรวจและสหวิชาชีพ สามารถตรวจและดูข้อมูลใน online เพิ่ม และหากมีปรัรักษานักสังคมสงเคราะห์ให้พิมพ์ข้อมูลบันทึกสังคมสงเคราะห์ในเวชระเบียนผู้ป่วย

-progress note ในปี 2563 ร้อยละ 81.86 คะแนนดีขึ้น จากเดิมในปี 2562 ได้ร้อยละ 75.88 ซึ่งยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ พบว่า ต้องพัฒนาการลงเวลา และบันทึก SOAP ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ ปัจจุบันได้ปรับแบบฟอร์ม progress note ให้ลงตามหัวข้อ วันที่ เวลา แพทย์ SOAP โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ ก.พ. 63 เพื่อให้มีการลงบันทึกมากขึ้น มีแพทย์ resident ใหม่เข้ามาเพิ่ม ต้องเน้นการสอนงาน progress note และ เขียนแบบ SOAP

ในปี2564มีการปรับเกณฑ์การตรวจประเมินเวชระเบียนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563(ฉบับล่าสุด) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ดังที่กล่าวข้างต้น ในตัวชี้วัดร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนปรับตามเกณฑ์ใหม่ปี2564 ร้อยละความสมบูรณ์เวชระเบียน ผู้ป่วยใน ร้อยละ 93.41

จากการพัฒนา แต่ละข้อคะแนนร้อยละ 85 ขึ้นไป ในข้อ progress note เพิ่มจากปี63 ร้อยละ 81.86 เป็นร้อยละ 86.06 ในปี 2564



พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมปัญหาสำคัญเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย

-เพิ่มความตระหนักในการเขียนprogress note เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม SOAP และถามเรื่อง การแพ้ยา โดย ปรับแบบฟอร์ม progress note ให้ลงตามหัวข้อ วันที่เวลา แพ้ยา SOAP โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ ก.พ. 63 เพื่อเน้นให้เกิดการสื่อสารการดูแลระหว่างสหวิชาชีพมากขึ้น

-เพิ่ม standing order ในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วยalcohol และผู้ป่วยที่สงสัย NMS

-มีการเพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคทางกายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การทำ investigation เพิ่มในผู้ป่วย ตาม CPG obesity class 2 ขึ้นไป CPG alcohol CPG NMS

-เน้นให้เพิ่มการซักประวัติ โรคประจำตัว โรคทางกาย และยาที่ได้รับก่อนมารพ. และบันทึกในเวชระเบียน

-เน้นให้เพิ่มการซักประวัติ อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย และทำร้ายตัวเอง ก่อนมารพ.และบันทึกในเวชระเบียน

โอกาสพัฒนา

1.พัฒนาคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในหัวข้อต่าง ๆ ให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

2. มีการประมวลผลการตรวจประเมินทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำมาสู่ความร่วมมือในการบันทึก เวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

3. นำผลการทบทวนเวชระเบียนจาก RM PCT มาพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เพื่อให้เกิดการสื่อสารการดูแลระหว่างสหวิชาชีพ เพิ่มการบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุมปัญหาสำคัญและแนวทางในการเฝ้าระวังให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4. เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร บันทึกเหตุผลของการตัดสินใจ มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

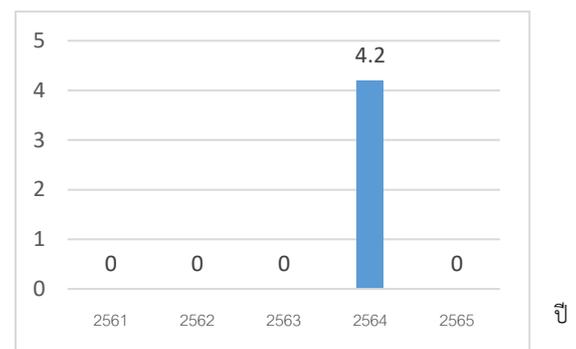
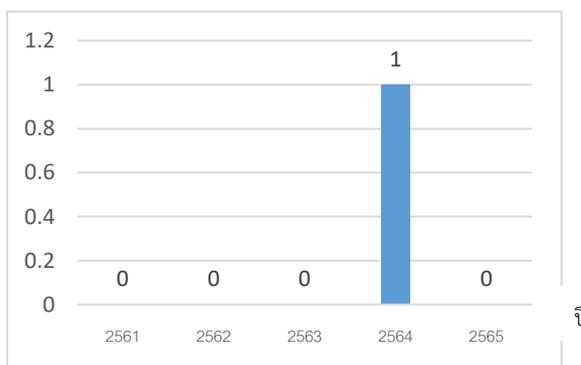
ระบบ IM

1. Information systems down time (ระบบออนไลน์)

2. Information systems response time (ระบบออนไลน์)

ครั้ง

ชั่วโมง



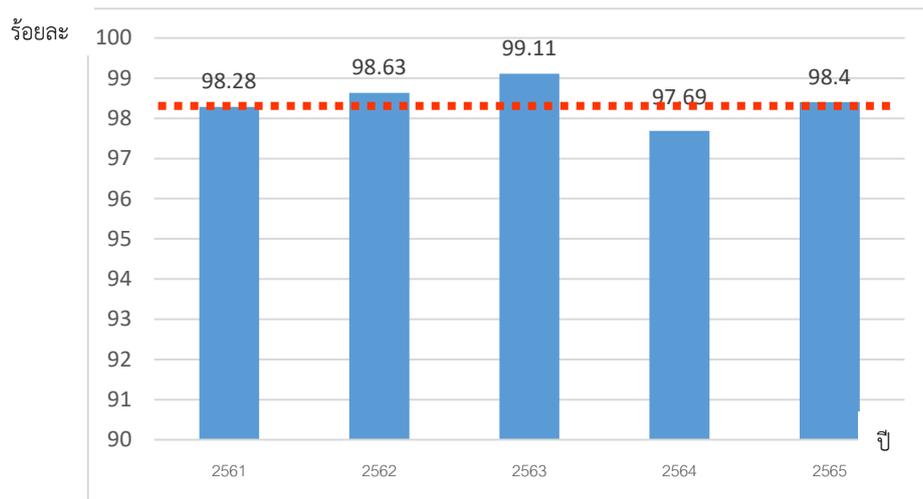
ผลการดำเนินงาน ปี 2564 พบอุบัติการณ์ระบบออนไลน์ไม่สามารถเปิดการใช้งานได้ (Information systems down time) จำนวน 1 ครั้ง (เป้าหมาย 0 ครั้ง) ใช้เวลาแก้ไข (Information systems response time) 4 ชั่วโมง 20 นาที (เป้าหมาย 10 นาที) จากการทบทวนพบว่ามีสาเหตุจาก Hard disk บางลูกชำรุด และมีพื้นที่จัดเก็บเหลือน้อย ทำให้ระบบแม่ข่ายไม่สามารถเปิดการใช้งานได้

การแก้ไขโดยการนำข้อมูลสำรองของวันก่อนเกิดอุบัติการณ์มาใช้งานแทนโดยการบันทึกข้อมูลด้วยลายมือของผู้ปฏิบัติงานแล้วให้มีการซ่อมข้อมูลการทันทีหลังจากแก้ไขระบบให้ทำงานปกติ

การปรับปรุงและพัฒนา

1. เพิ่มจำนวน Hard disk ให้เพียงพอ
2. เปลี่ยนเอา Hard disk ที่ชำรุด/มีอายุการใช้งานที่นานเกิน
3. ลดการจัดเก็บ log file จาก 3 เดือน เป็น 1 เดือน เพื่อลดพื้นที่จัดเก็บข้อมูล
4. ติดตาม/เฝ้าระวังการทำงานของเครื่องแม่ข่ายและ Hard disk อย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือน
5. สร้างระบบแม่ข่ายคู่ขนานแบบเรียลไทม์
6. วางแผนการปรับเปลี่ยนทดแทนอุปกรณ์เครื่องแม่ข่ายที่อายุการใช้งานเกิน 10 ปี

3. ร้อยละการส่งแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา



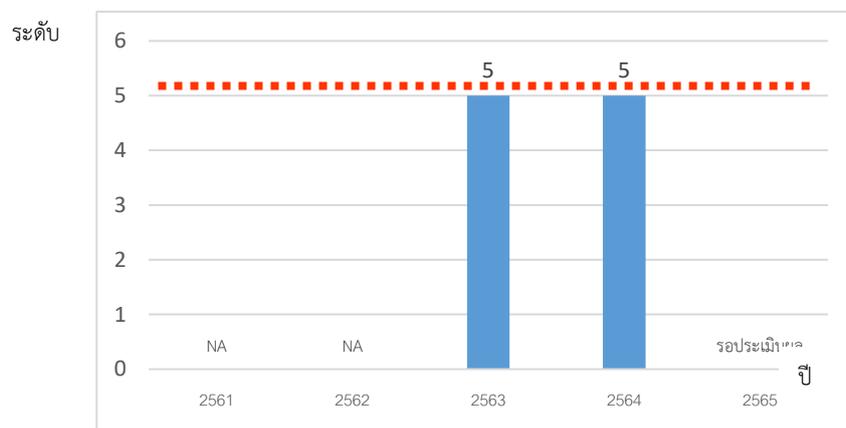
ผลการดำเนินงานปี 2564 ไม่บรรลุเป้าหมายตามหลักเกณฑ์ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของการนำเข้าข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการแบบฉุกเฉินหรือกลุ่มผู้ป่วยมีการจิตเวชรุนแรงที่ไม่ทราบเลขบัตรประชาชน หรือประวัติไม่ครบถ้วนทำให้ข้อมูลนำเข้าไม่สมบูรณ์

การปรับปรุงและพัฒนา

1. ประชุมทบทวนระบบการนำเข้าข้อมูลผู้ป่วย เพื่อปรับระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยออนไลน์ (HIS)
2. กรณีผู้ป่วยที่มารับบริการแบบฉุกเฉินหรือกลุ่มผู้ป่วยมีการจิตเวชรุนแรงที่ไม่ทราบเลขบัตรประชาชน หรือประวัติไม่ครบถ้วน ให้ประสานงานกับกลุ่มงานเวชเขียนเพื่อสืบค้นข้อมูลเพื่อเติม
3. ประสานงานคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ให้เพิ่มกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์
4. จัดโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานในระบบบริการผู้ป่วยออนไลน์ เพื่อให้ความรู้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมผู้ป่วย[HIS] และเป็นการสร้างความตระหนักในการลงข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน
4. ปฏิบัติการการเข้าถึงแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย โดยผู้ไม่มีสิทธิ
5. ปฏิบัติการการเข้าถึงชุดข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย โดยผู้ไม่มีสิทธิ

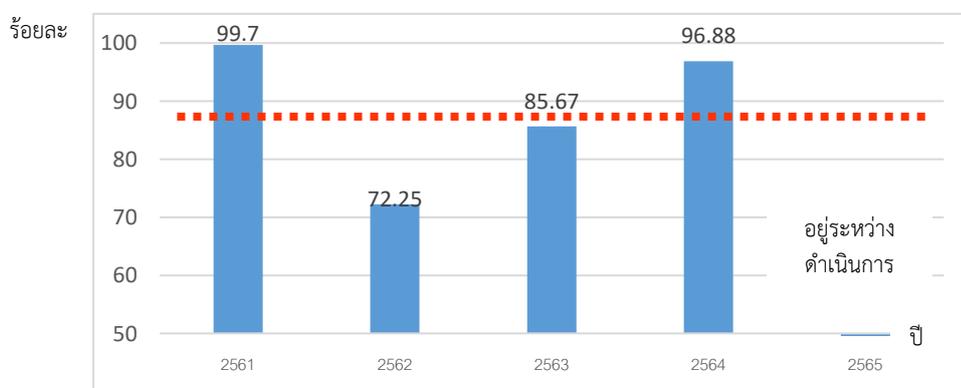
ผลการดำเนินงานในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection) ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 เริ่มดำเนินการในปี 2565 โดยการเพิ่มมาตรฐานการรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้รับบริการ) ให้ปลอดภัยและนำไปใช้ให้ถูกวัตถุประสงค์ จึงห้ามมิให้บุคคลที่ไม่มีสิทธิเข้าถึงแฟ้มข้อมูลและ/หรือชุดข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผลการดำเนินงาน ไม่พบปฏิบัติการการเข้าถึงแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย และการเข้าถึงชุดข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยโดยผู้ไม่มีสิทธิ

6. ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช



ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบงานเดิม และการปรับกระบวนการงานใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัยในการให้บริการ ลดเวลารอคอย ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความรวดเร็ว และสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการ ช่วงปี 2561-2565 ได้ดำเนินการ เช่น พัฒนาระบบนัดหมายล่วงหน้า ระบบคิวรับบริการ ระบบส่งยาทางไปรษณีย์ออนไลน์ ระบบชำระเงินด้วยโปรแกรม EDC ระบบสแกนคิวอาร์โค้ดชำระเงิน บริการออกบัตรคิวอัตโนมัติด้วยตู้คี้ออส การนำเครื่องมือแพทย์เชื่อมโยงการลงข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วย [HIS] แบบอัตโนมัติ กล้องถ่ายภาพความร้อน การสั่งยาในโปรแกรมผู้ป่วย [HIS] การบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมผู้ป่วย [HIS] นำเทคโนโลยีดิจิทัลที่ให้บริการตรวจวินิจฉัย และให้คำปรึกษาทางไกล เป็นต้น

7. ร้อยละของความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล



ผลการดำเนินงานปี 2562 ไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าเป็นช่วงที่เครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการใช้งาน รวมถึงไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ประสิทธิภาพเนื่องจากมีอายุการใช้งานเกินกำหนด

การปรับปรุงและพัฒนา

1. ประชุมทบทวนการจัดทำแผนจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงทดแทนเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงที่มีอายุเกิน 10 ปี
2. จัดทำแผนการบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง และมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. ปี 2562 จัดโครงการอบรมความรู้เรื่องการบำรุงรักษาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ให้กับบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดูแล/บำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ภายในทุกหน่วยงาน
4. ปี 2562 จัดโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานในระบบบริการผู้ป่วยออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลในการปฏิบัติงาน

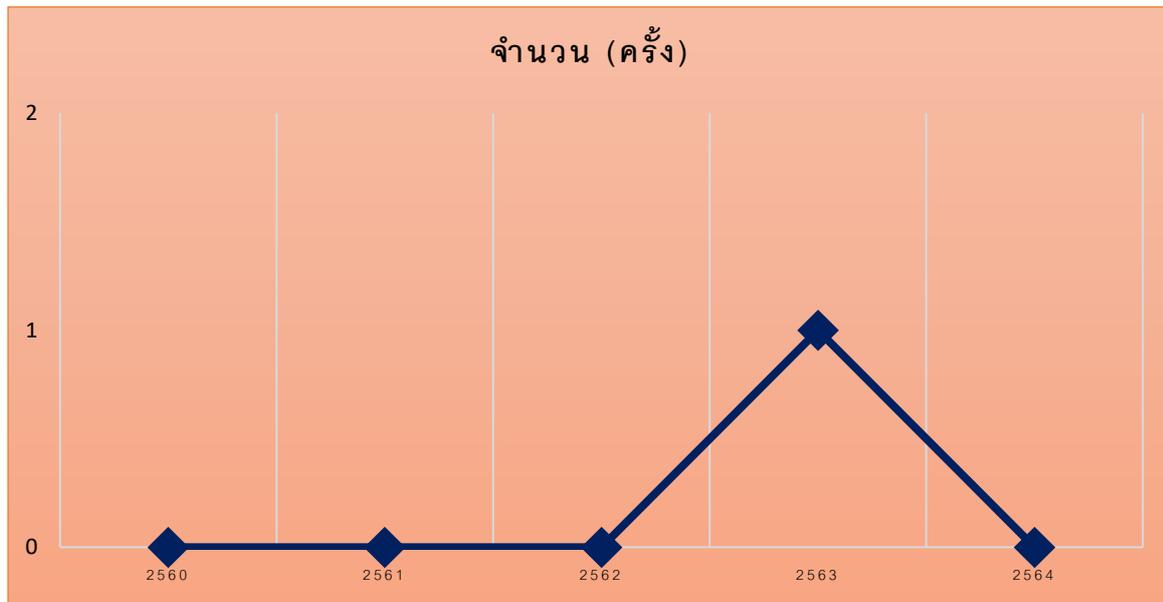
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

96 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญเช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. จำนวนอุบัติเหตุด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
2. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	75	87.1	100	95	100
3. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	-	-	100	99	100
4. จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
5. ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน	100	86.36	54.54	100	100	100
6. ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	97.7	94.4	94.44	94.19	93.29
7. ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด	100	100	100	100	100	100
8. ร้อยละการคัดแยกขยะถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย)	80	99.17	91.66	92.55	93.33	91.5
9. ระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital	ดีมาก+	ดี	ดี	ดีมาก	-	อยู่ระหว่างประเมินระดับดีมาก Plus

10. ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต	≤0	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
---	----	------	------	------	------	------

1. จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เป้าหมาย 0 ครั้ง

2. จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล เป้าหมาย 0 ครั้ง



จากการดำเนินงานอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป และจำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2563 ไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่าสาเหตุและโอกาสพัฒนา ดังนี้

1. เกิดเหตุการณ์ช็อตและไฟไหม้ที่สายไฟ บริเวณเสาไฟฟ้าที่ใช้ในการก่อสร้างแพลตฟอร์ม 5 ชั้น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบพบว่ามีน้ำฝนไหลเข้าไปในตู้ควบคุมไฟฟ้า ซึ่งผู้พบเห็นได้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบทันทีและเข้าระงับเหตุได้ทันเวลา โดยไม่เกิดความเสียหาย

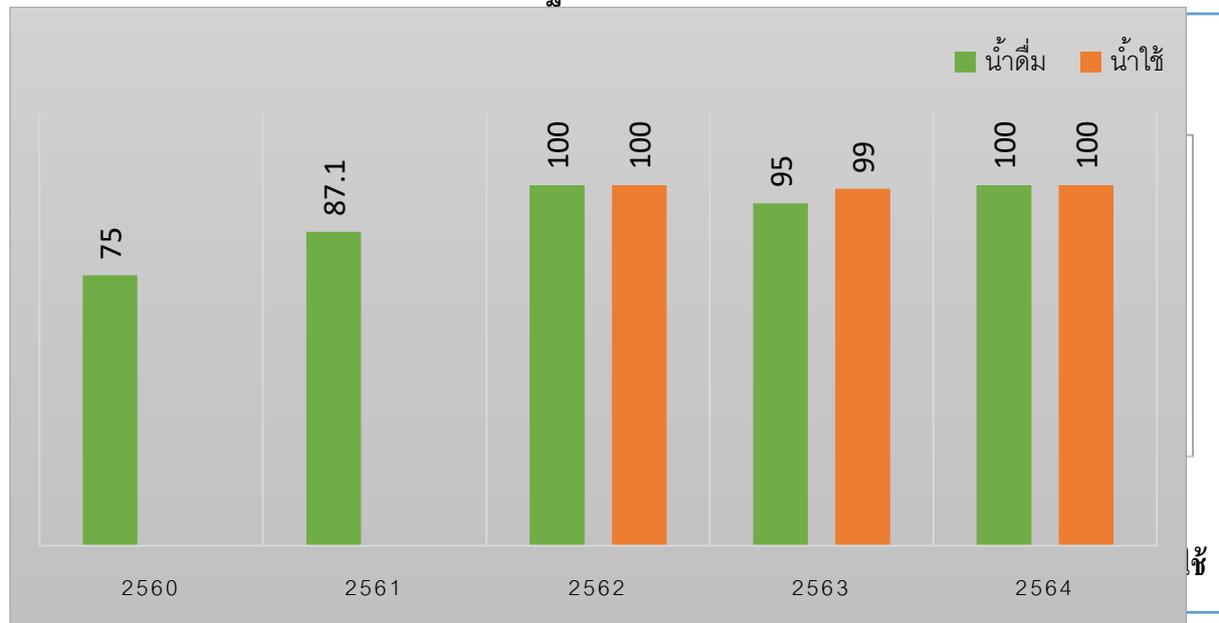
แนวทางการปรับปรุง พัฒนา

1. โรงพยาบาลฯ ได้แจ้งให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนอุปกรณ์ใหม่และเพิ่มการป้องกันโดยการใส่ตู้กันน้ำสำหรับตู้ควบคุมไฟฟ้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ
2. กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์จัดทำแผนตรวจสอบจุดเชื่อมต่อของสายไฟในโรงพยาบาลทุกจุด

จากผลการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา พบว่าไม่มีเหตุการณ์เกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล

3. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100

4. ร้อยละการปนเปื้อนในน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



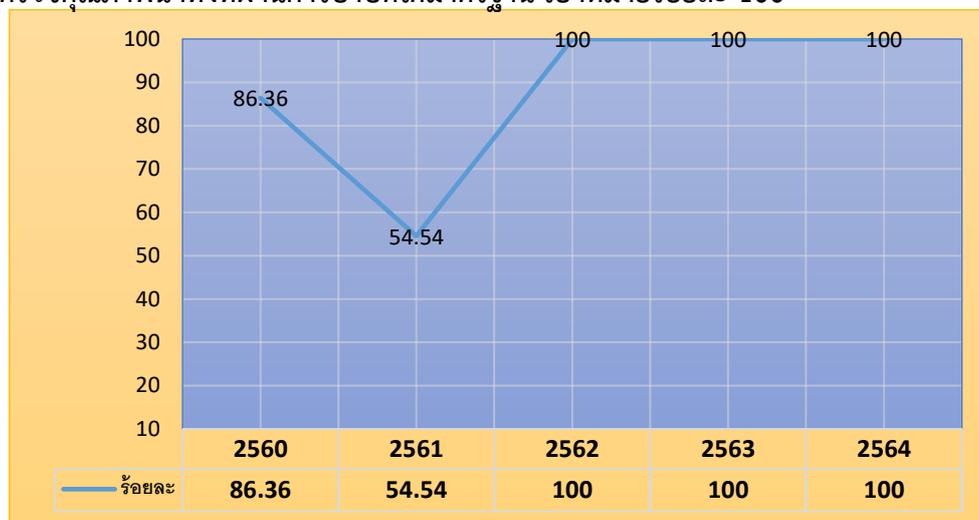
จากผลการดำเนินงาน ปี 2560 - 2561 ส่งตรวจการปนเปื้อนน้ำดื่มหน่วยงานภายนอก 4 ตัวอย่าง ผลไม่ผ่าน 1 ตัวอย่าง สาเหตุ ผู้ใช้งานทำการ Backwash ไม่สม่ำเสมอ

แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

1. ให้ผู้รับผิดชอบ Backwash สม่ำเสมอ
2. เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำใช้ ไปตรวจสอบซ้ำ
3. เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำใช้ ส่งตรวจสอบทุก 3 เดือน

จากการผลการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา พบว่าผลการตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ผลการตรวจคุณภาพน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

4. ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



ผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการทบทวนพบว่า สาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

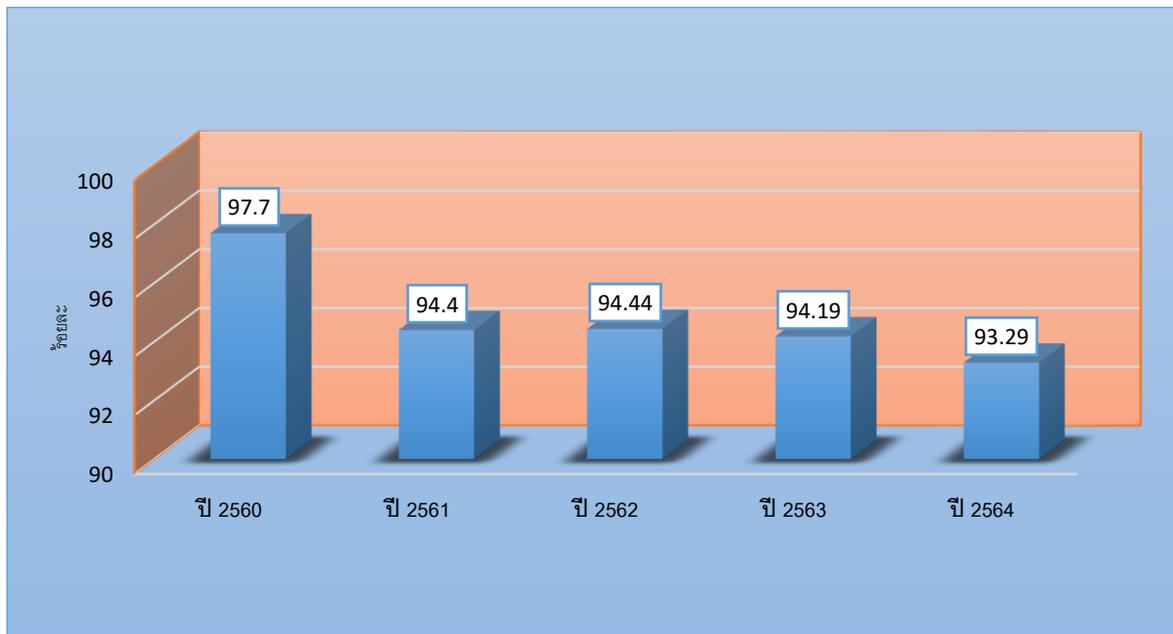
1. ปี 2560 – 2561 พัดลมเติมอากาศชำรุด และอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลรับผิดชอบ บรรลุตามเป้าหมาย เกิดจากมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

แนวทางการแก้ไข และพัฒนา

1. มีแผนการตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์ในบ่อบำบัดน้ำเสียสัปดาห์
2. มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

จากผลการพัฒนา พบว่า ร้อยละผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

5. ร้อยละของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมายร้อยละ 100



จากผลการดำเนินงานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์สอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่บรรลุเป้าหมาย จากการ ทบทวน พบว่า สาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีอายุการใช้งานมานาน เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน
แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

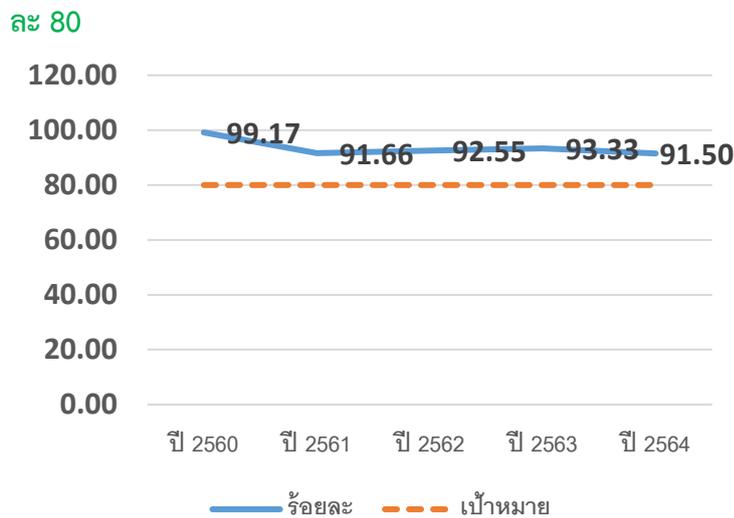
วางแผนการจัดการจัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว

ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด เป้าหมายร้อยละ 100



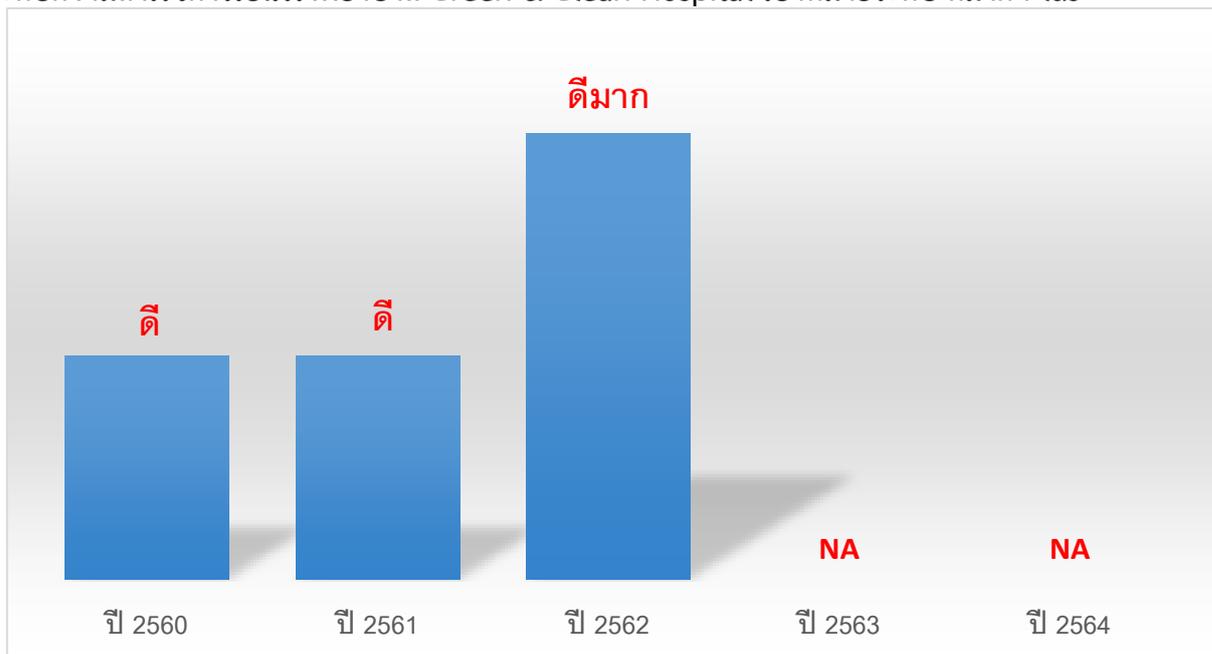
จากผลการดำเนินงานร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามกำหนด บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีแผนการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนการสอบเทียบทุกครั้ง

ร้อยละการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย) เป้าหมายร้อยละ 80



ผลการดำเนินงานด้านการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง (ไม่รวมตึกผู้ป่วย) บรรลุเป้าหมาย เกิดจาก มีการจัดทำถังขยะรองรับแยกตามประเภทตามมาตรฐาน ตั้งไว้ในจุดที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีฉลากหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

8. ระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital เป้าหมายระดับ ดีมาก Plus



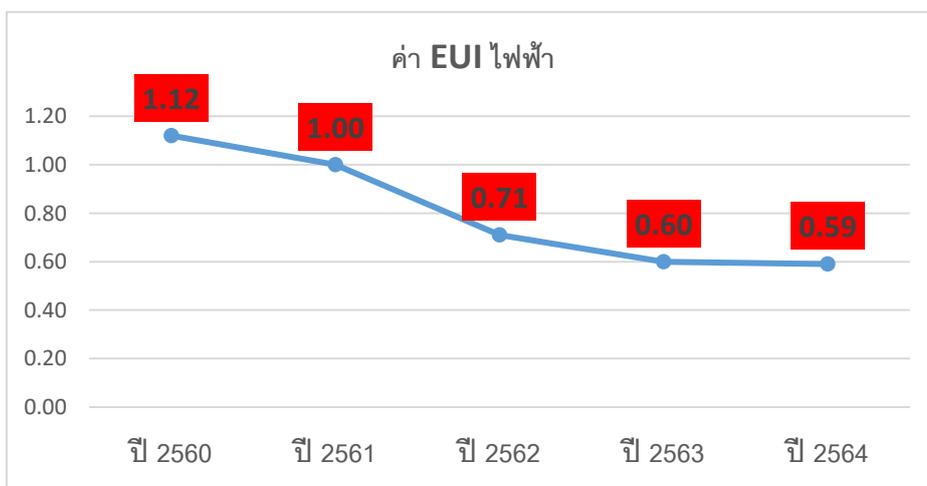
จากผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการเป็นโรงพยาบาล Green & Clean Hospital เป้าหมายระดับ ดีมาก Plus จากการทบทวน พบว่า สาเหตุและโอกาสพัฒนา มีดังนี้

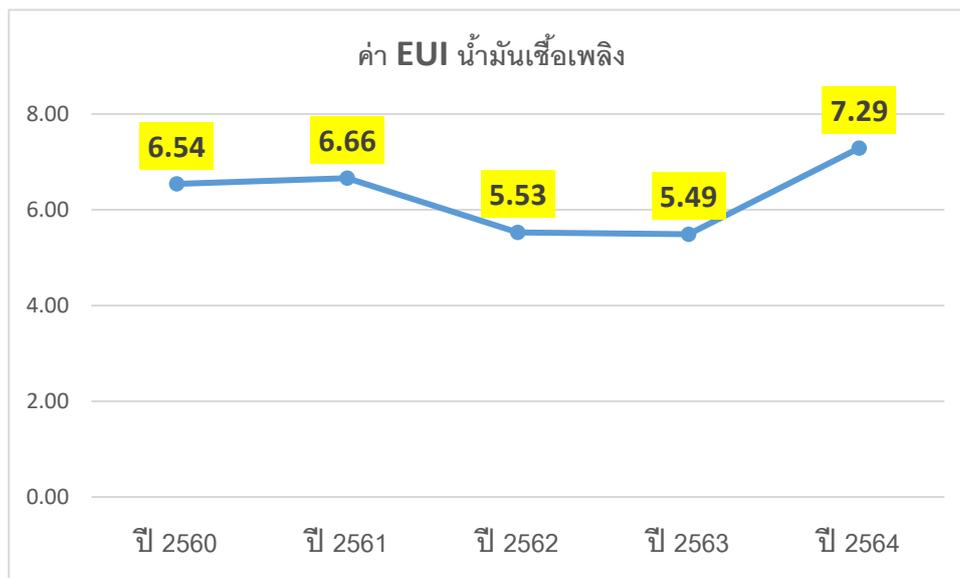
- ในปี 2563 – 2564 ไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 แพร่ระบาด ทำให้ทางคณะผู้ตรวจและผู้รับการตรวจ ไม่สามารถดำเนินการตรวจประเมินได้ตามที่กำหนด

แนวทางการแก้ไขและพัฒนา

- ปีงบประมาณ 2565 สมัครขอรับการประเมินการดำเนินงานตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับ ดีมาก Plus ซึ่งได้รับการประเมินเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2565 และอยู่ระหว่างรอผลการประเมิน

9. ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป้าหมาย ≥ 0

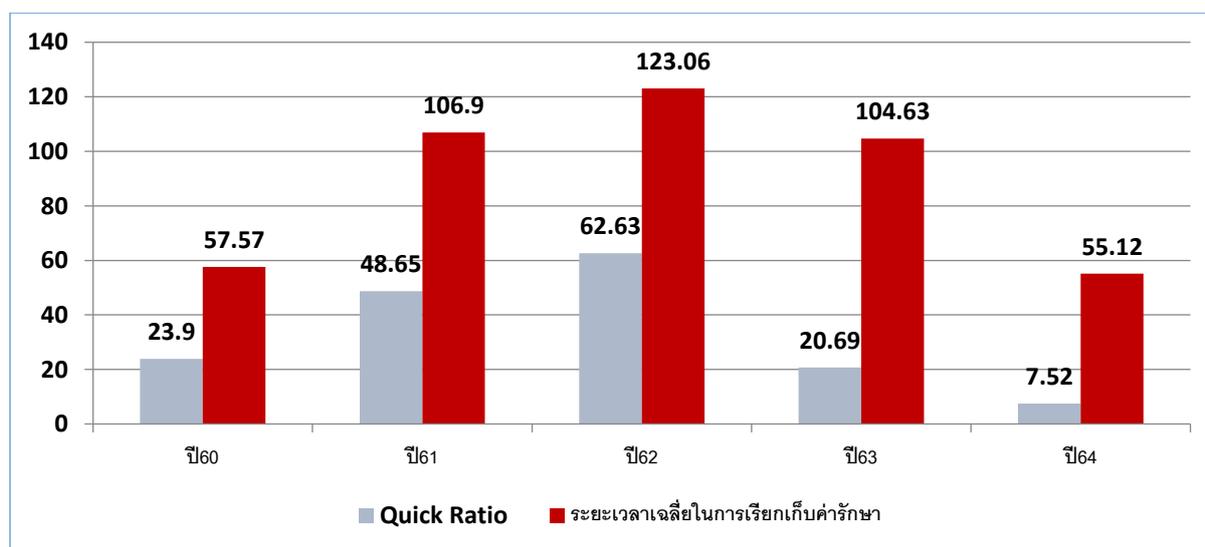




จากผลการดำเนินงานด้าน ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก บุคลากรปฏิบัติตาม มาตรการประหยัดพลังงานอย่างเคร่งครัด ทั้งในด้านการใช้พลังงานด้านไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง

IV-6 ผลด้านการเงิน

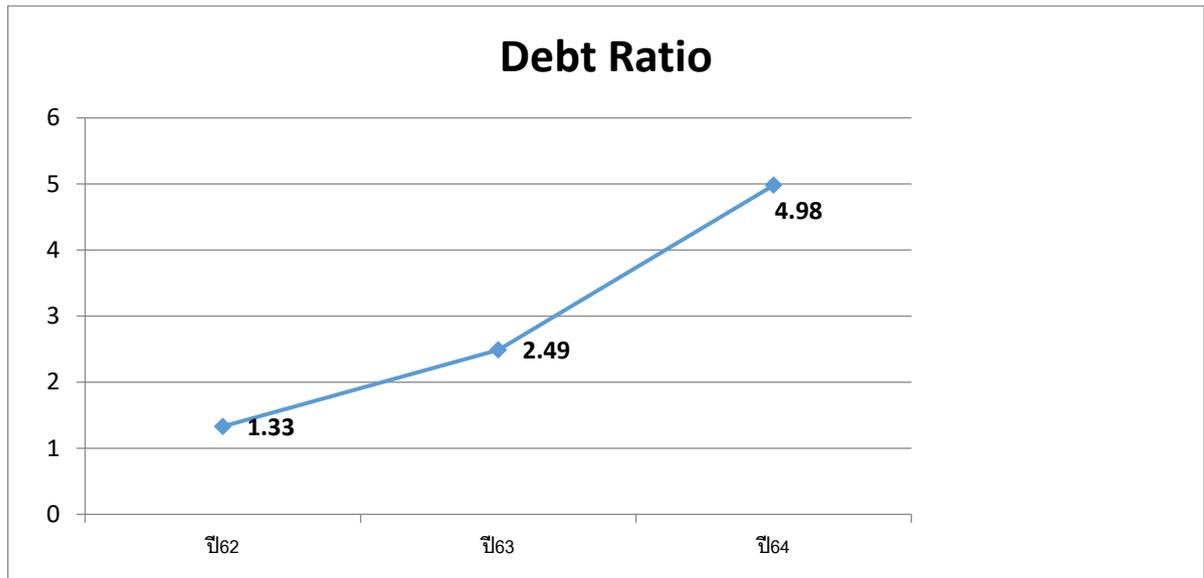
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราส่วนสภาพคล่อง (Liquidity)



จากกราฟแสดงถึง ผลลัพธ์ของอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) และอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน เร็ว (Quick Ratio) ปี 2560– 2564 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีสภาพคล่องของเงินทุนหมุนเวียนเร็วลดลงต่ำสุดในรอบ 5 ปี อันเนื่องมาจากสถานการณ์ระบาดของโรค Covid-19 ยืดเยื้อต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 และระบาดหนักในส่วนภูมิภาคในปีงบประมาณ 2564 ทำให้มีการลดและจำกัดจำนวนผู้มารับบริการในภาคบริการผู้ป่วยใน ซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของรายได้โรงพยาบาล กระนั้น ยังนับว่าสภาพคล่องทางการเงินยังอยู่ในเกณฑ์ดีและจัดอยู่ในกลุ่มที่มี

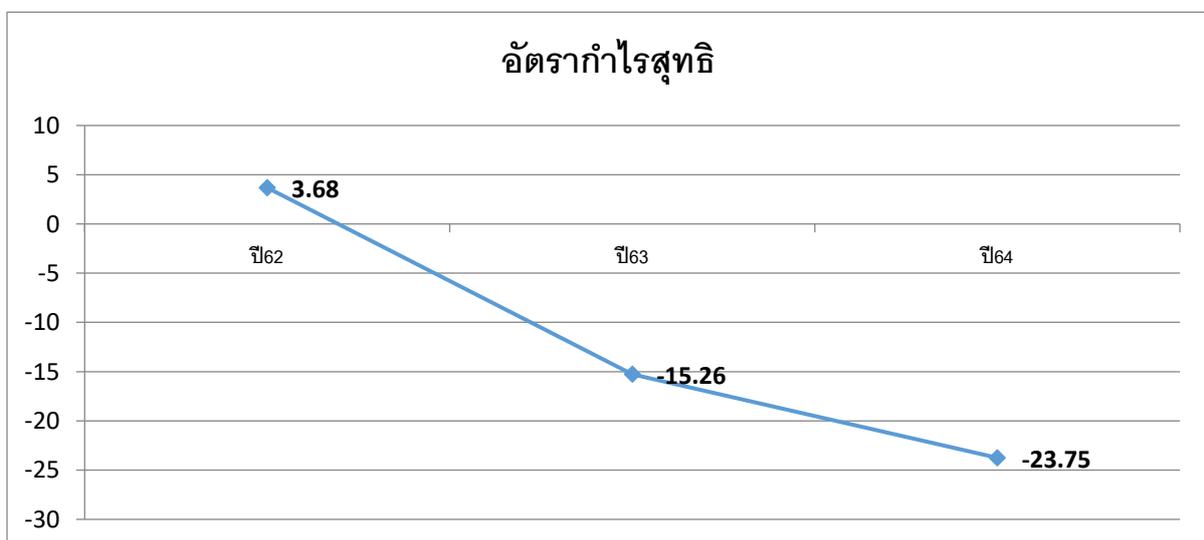
สถานะทางการเงินระดับปานกลางของกรมสุขภาพจิตระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้ค่ารักษาพยาบาลอยู่ที่ 55.12 วัน ถือว่าดีขึ้นมากนับจากปี 2560 เนื่องมาจากการประกาศใช้อัตราค่าบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับประกาศ อัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ที่มีอัตราค่าบริการสูงกว่าอัตราการจ่ายเงินของกระทรวงการคลัง และโรงพยาบาลนำมาบังคับใช้เมื่อต้นปี 2561 และตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ยอดหนี้สูญจากค่ารักษาพยาบาลของ โรงพยาบาลก็สูงมาโดยตลอด เพื่อแก้ไขปัญหาหนี้ ปิงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลได้ปรับอัตราค่าบริการของ โรงพยาบาลให้สอดคล้องกับอัตราของกระทรวงการคลังและบังคับใช้ในปี 2564 ช่วงเดือนมกราคม 2564

ตัวชี้วัดที่ 2 แสดง อัตราส่วนภาระหนี้สิน (Debt Ratio)

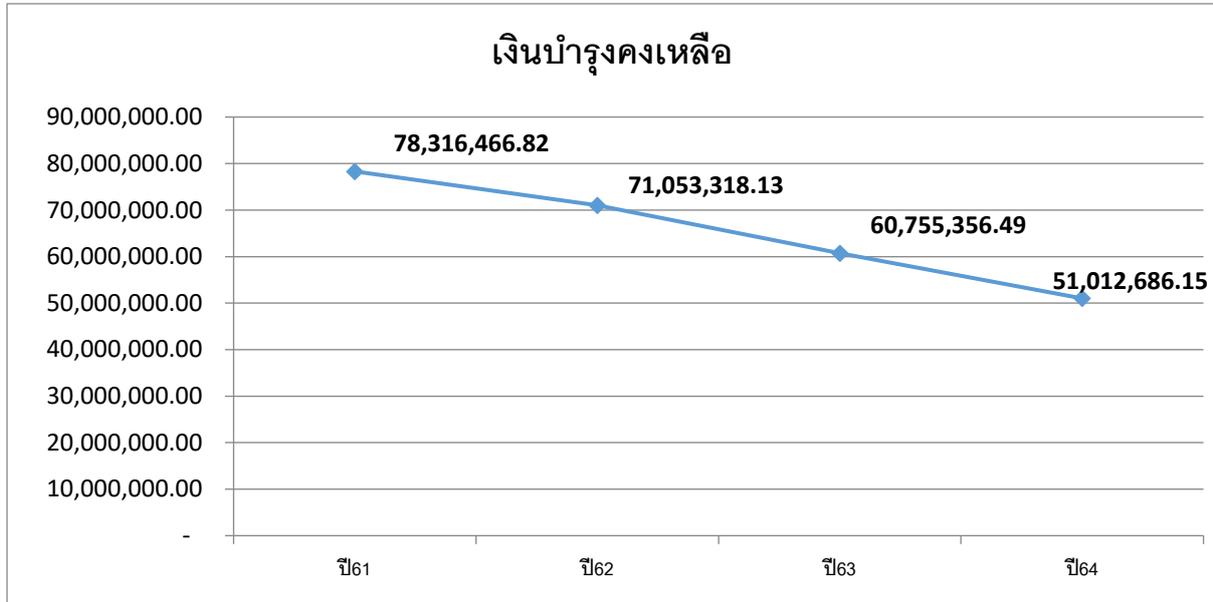


จากกราฟแสดงถึงภาระหนี้สินต่อสินทรัพย์รวมของโรงพยาบาลที่มีอัตราส่วนของปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2563 เมื่อพิจารณาที่มูลค่าของหนี้สินที่มีอยู่ไม่มากแล้ว พบว่าไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินแต่อย่างใด

ตัวชี้วัดที่ 3 แสดง อัตรากำไรสุทธิ



ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แม้จะมีรายได้สูงกว่าปีที่ผ่านมา แต่เมื่อพิจารณา ร่วมกับด้านการใช้จ่ายแล้ว โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานขาดทุนต่อเนื่องและมีปัจจัยที่ส่งผลให้กำไรลดต่ำลงต่อเนื่อง คือ โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายหนี้สูญจากการประกาศเพิ่มอัตราค่าบริการมาตั้งแต่ปี 2562 จากเดิมเคยตัดหนี้สูญระดับ 5- 12 ล้าน ก็ตัดหนี้สูญมากขึ้น นับแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 เป็นตัดหนี้สูญ 54.20,67.90 และ31.50 ล้านบาท ตามลำดับ



สรุป ภาพรวมปีงบประมาณ 2564 เงินบำรุงของโรงพยาบาลลดลงต่อเนื่องเป็นผลมาจากนโยบายของสำนักงานงบประมาณ พิจารณายอดเงินบำรุงของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตแล้วเห็นว่ามียู่มาก จึงให้หน่วยงานใช้จ่ายเงินบำรุงในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น และลดการสนับสนุนเงินงบประมาณจากส่วนกลาง