

HM 2.1 คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ

- มีแผนงานและมีการดำเนินงานที่แสดงถึงคุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ

1) ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในสถานพยาบาลของผู้ป่วยหรือญาติ ทั้ง OPD IPD และชุมชน

2) มีระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

3) การพัฒนาเทคโนโลยีหรือเครื่องมือดักจับปัญหา (problem trap)

4) มีกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย

5) มีการดำเนินงานเพื่อรักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงของสถานพยาบาล

6) มีการจัดสวัสดิการผู้ป่วยและบุคลากร

แผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2569 - 2571

ยุทธศาสตร์ที่ 1

ยกระดับการดูแลผู้รับบริการให้มีมาตรฐานและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

สร้างเสถียรภาพระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเพียงพอ มีสมรรถนะที่ดี มีความสุข เสริมสร้างความรักความผูกพันในองค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลให้สามารถสนับสนุนบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5

พัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพและเข้มแข็ง

ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)



II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



กระบวนการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง

- เชิงรุก > Leadership Round
 - > RM round
 - > ENV Round
 - > IC Round
- เชิงรับ > การรายงานใน HRMS
 - > การทบทวนเวชระเบียน
 - > การทบทวน case refer/case dead
 - > ตู้แสดงความคิดเห็น/เพจโรงพยาบาล

2. การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง

- 1. จัดทำการประเมินความรุนแรงความเสี่ยงด้วยระบบ Risk matrix
- 2. วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) ในกรณีดังนี้
 - Sentinel Event
 - อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I
 - อุบัติการณ์ทั่วไประดับ 3-5
 - อุบัติการณ์ที่มีการเกิดซ้ำบ่อย



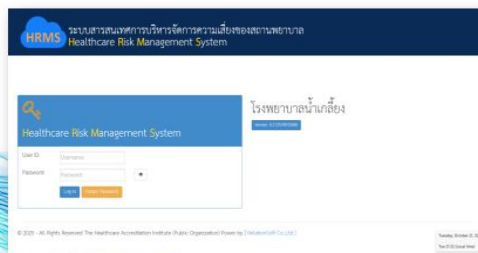
4. การประเมินผล

- 1. กำกับติดตามผลการป้องกันความเสี่ยงโดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจริงกับแผนการดำเนินงาน
- 2. นำผลการประเมินไปวิเคราะห์และนำไปพัฒนา

3. การจัดการความเสี่ยง

- 1. ทบทวนอุบัติการณ์เพื่อหาสาเหตุและวางแผนทางป้องกันการเกิดซ้ำ
- 2. จัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk register) เพื่อกำกับติดตามความเสี่ยงนั้น

การค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ



- 1. การรายงานในระบบ HRMS
- 2. การทบทวนเวชระเบียน
- 3. การทบทวน case refer/ case dead
- 4. ตู้แสดงความคิดเห็น
- 5. เสียงสะท้อนจากชุมชน
- 6. การทบทวนข้อร้องเรียน



กิจกรรมกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์และค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก



ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ปี 2568

1. การทำงานเป็นทีม 70.4%	2. บุคลากรและพื้นที่การทำงาน 32.7%	3. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 70.2%	4. การตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อน 36.9%	5. การสนับสนุนของหัวหน้างาน, ผู้จัดการ หรือทีมนำทางคลินิกในเรื่องความปลอดภัย 57.4%
A1 83.3% A8 81.5% A9 46.3%	A2 43.8% A3 6.8% A5 34.0% A11 46.3%	A4 81.5% A12 80.2% A14 48.8%	A6 32.1% A7 17.9% A10 63.0% A13 34.6%	B1 77.8% B2 14.2% B3 80.2%
6. การสื่อสารเรื่องความคลาดเคลื่อน 58.4%	7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 51.2%	8. การรายงานเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ 59.0%	9. การสนับสนุนจากทีมผู้บริหารของสถานพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ 60.5%	10. การส่งต่องานและแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงานหรือเวร 62.6%
C1 25.9% C2 69.8% C3 79.6%	C4 74.7% C5 74.7% C6 51.9% C7 3.7%	D1 57.4% D2 60.5%	F1 80.9% F2 69.8% F3 30.9%	F4 54.3% F5 59.9% F6 73.5%

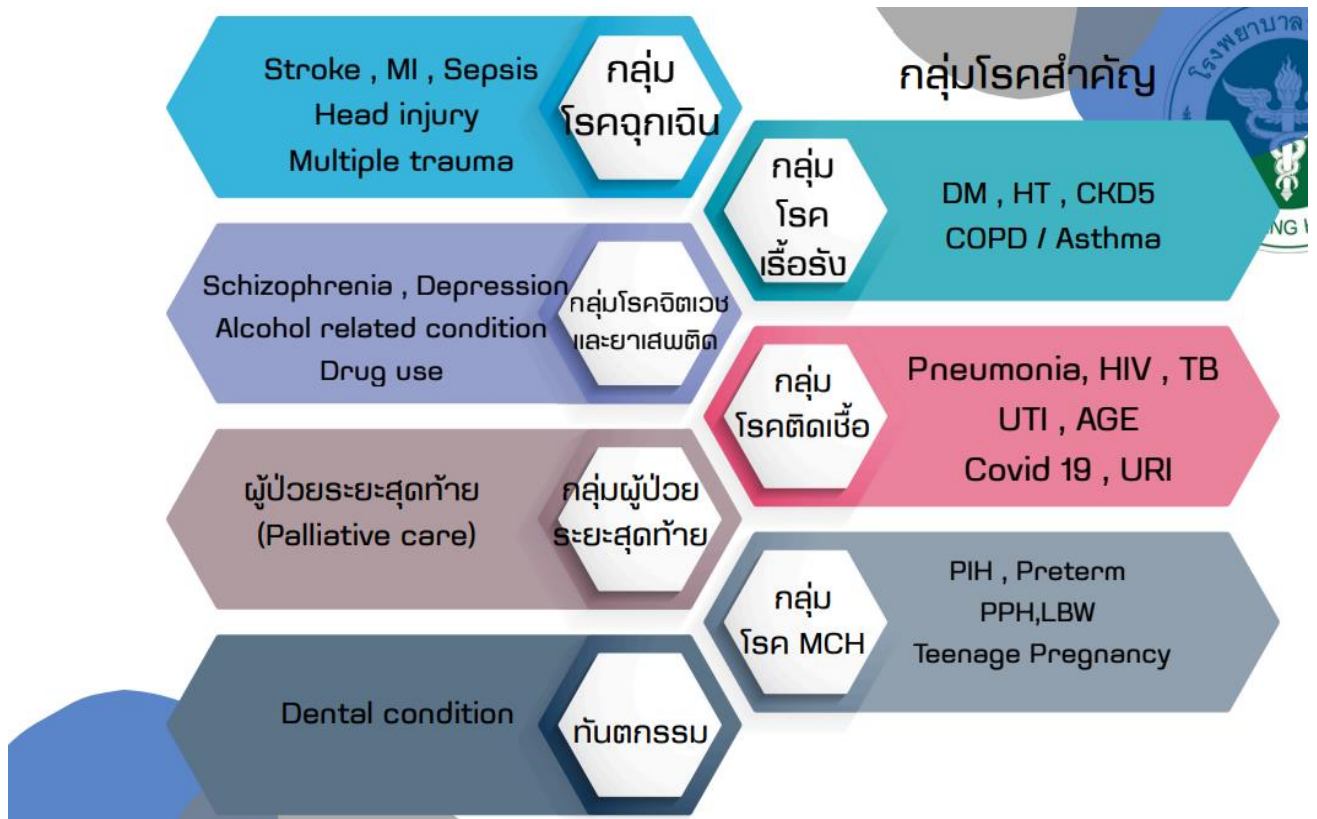
สัญลักษณ์และความหมาย



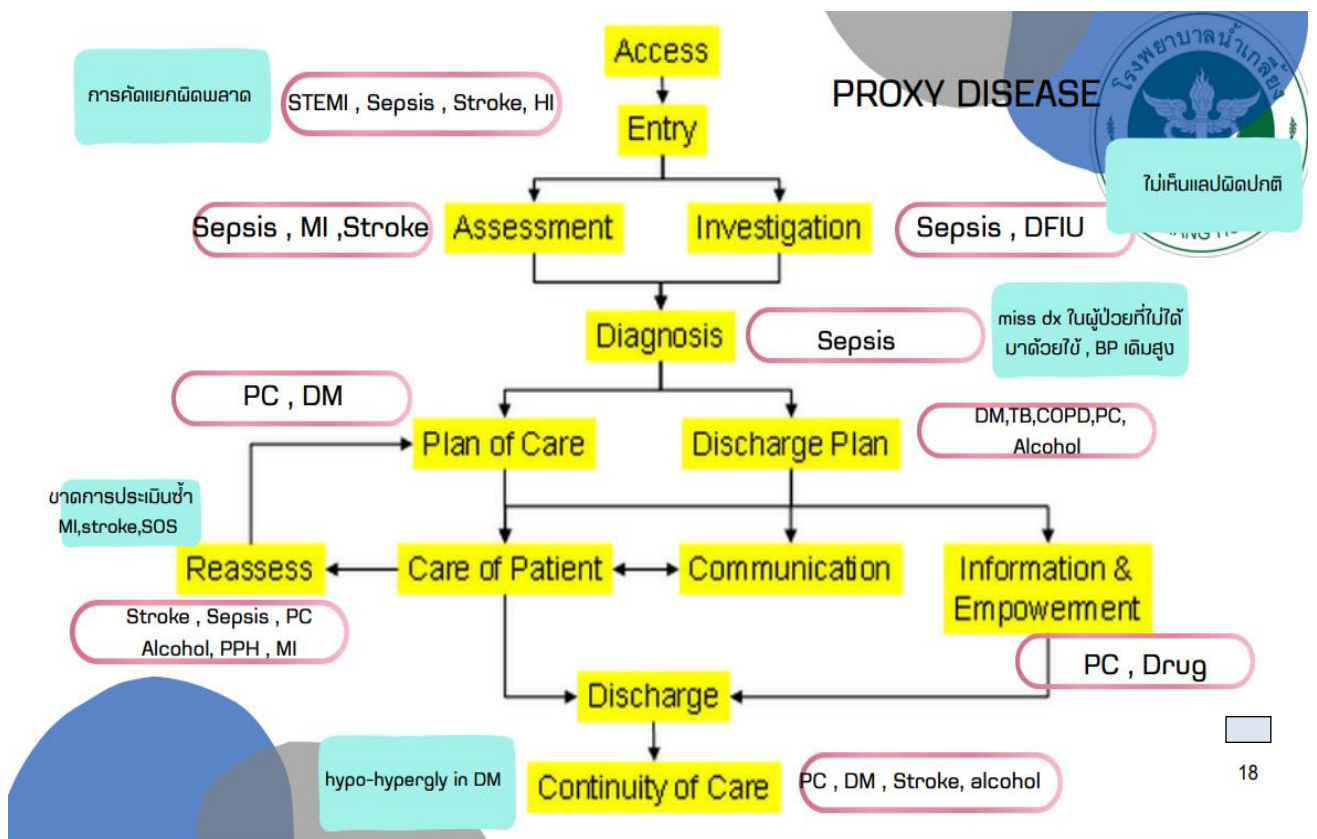
- 1.บุคลากรมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมที่ไม่เคารพซึ่งกันและกัน
- 2.บุคลากรมีชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน
- 3.หน่วยงานยังเกิดปัญหาความปลอดภัยกับผู้ป่วยในเรื่องเดิมซ้ำๆ
- 4.ขาดการสนับสนุนหรือดูแลบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดคลาดเคลื่อน
- 5.ขาดการสื่อสารข้อมูลความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
- 6.บุคลากรกลัวการตั้งคำถามเมื่อพบสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือความผิดปกติ

การประชุมทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

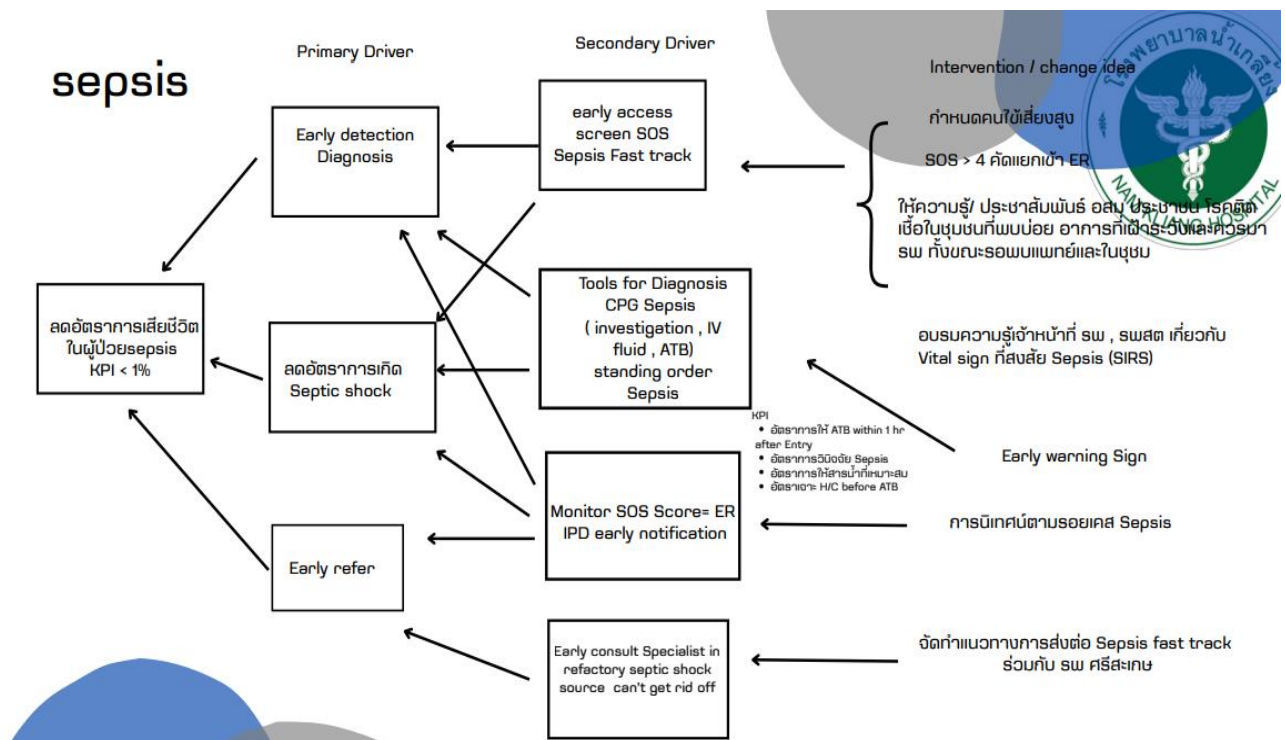




กระบวนการดูแลผู้ป่วย 13 ขั้นตอน และ Proxy Disease



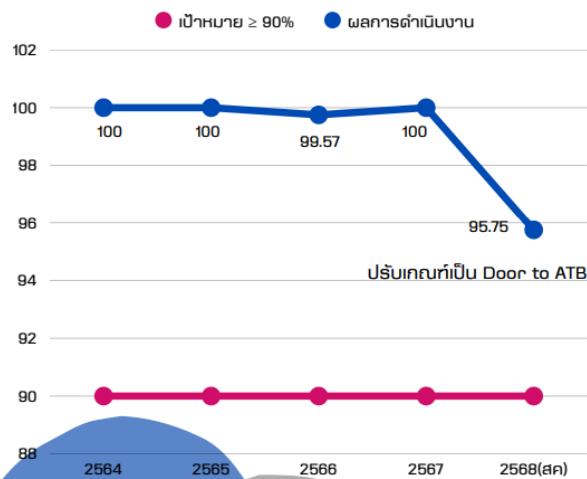
ตัวอย่างการตามรอยการดูแลรักษาผู้ป่วยรายโรค



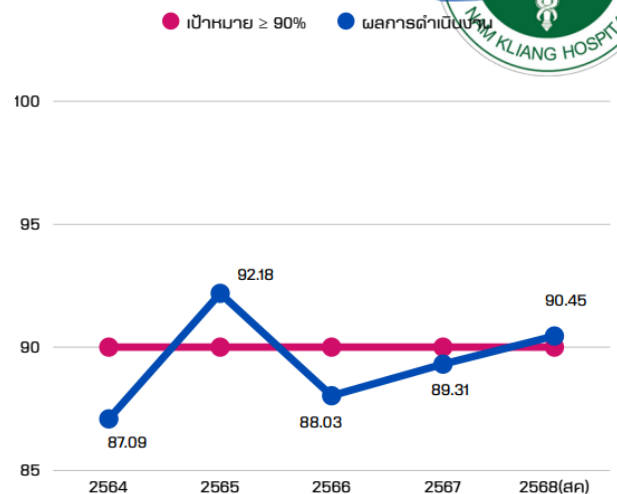
ผลการดำเนินงาน Sepsis

อัตราการให้ยาปฏิชีวนะภายในชั่วโมงหลังการ

วินิจฉัยภาวะsepsis $\geq 90\%$

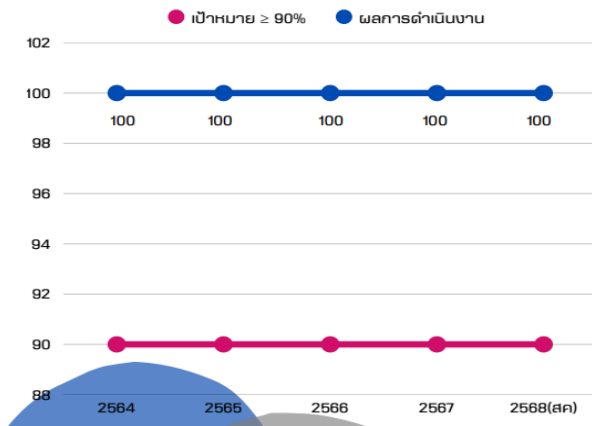


อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ $\geq 90\%$

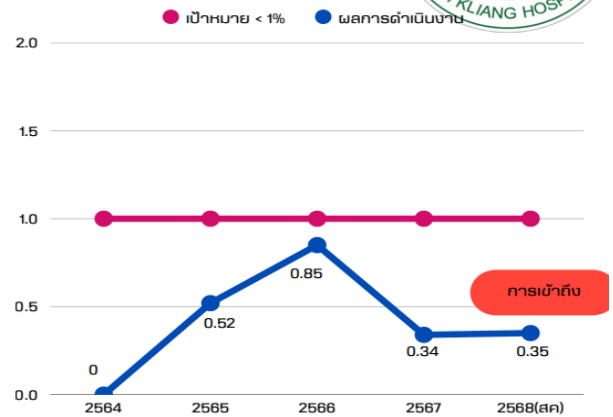


ผลการดำเนินงาน Sepsis

อัตราผู้ป่วย Septic shock, Severe Sepsis ที่ได้รับ
สารน้ำเหมาะสมภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง $\geq 90\%$

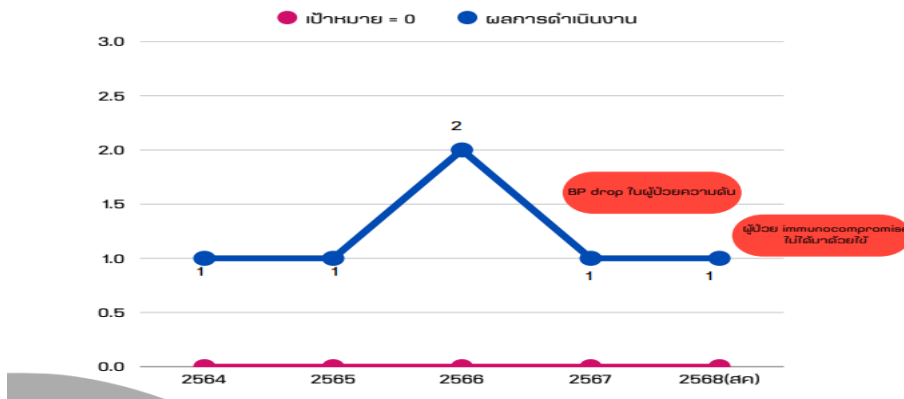


อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Septic shock, Severe Sepsis $< 1\%$



ผลการดำเนินงาน Sepsis

อุบัติการณ์ Misdiagnosis or Delay diagnosis จน
เกิดความเสี่ยงแรงระดับ E ขึ้นไป



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี



Pre hospital

คนไทยห่างไกล NCDs
คัดกรอง DM, HT
โครงการ Pre DM จบ
PPA DM
NCDs Prevention
ลดเกลือโซเดียม
PPAชะลอไต

01

in hospital

DM Remission
คลินิกอักษะเบาหวาน
NCDs clinic ใน
sw.สต.
ปรับปรุง CPG

02

Post hospital

Telemedicine
สร้าง Health literacy
NCDs Remission
ใน sw.สต.

03

บูรณาการเชื่อมโยง

MOU พขอ, พชต ใน
ภาคีเครือข่ายในระดับ
อำเภอ ให้เป็นนโยบาย
สาธารณะ

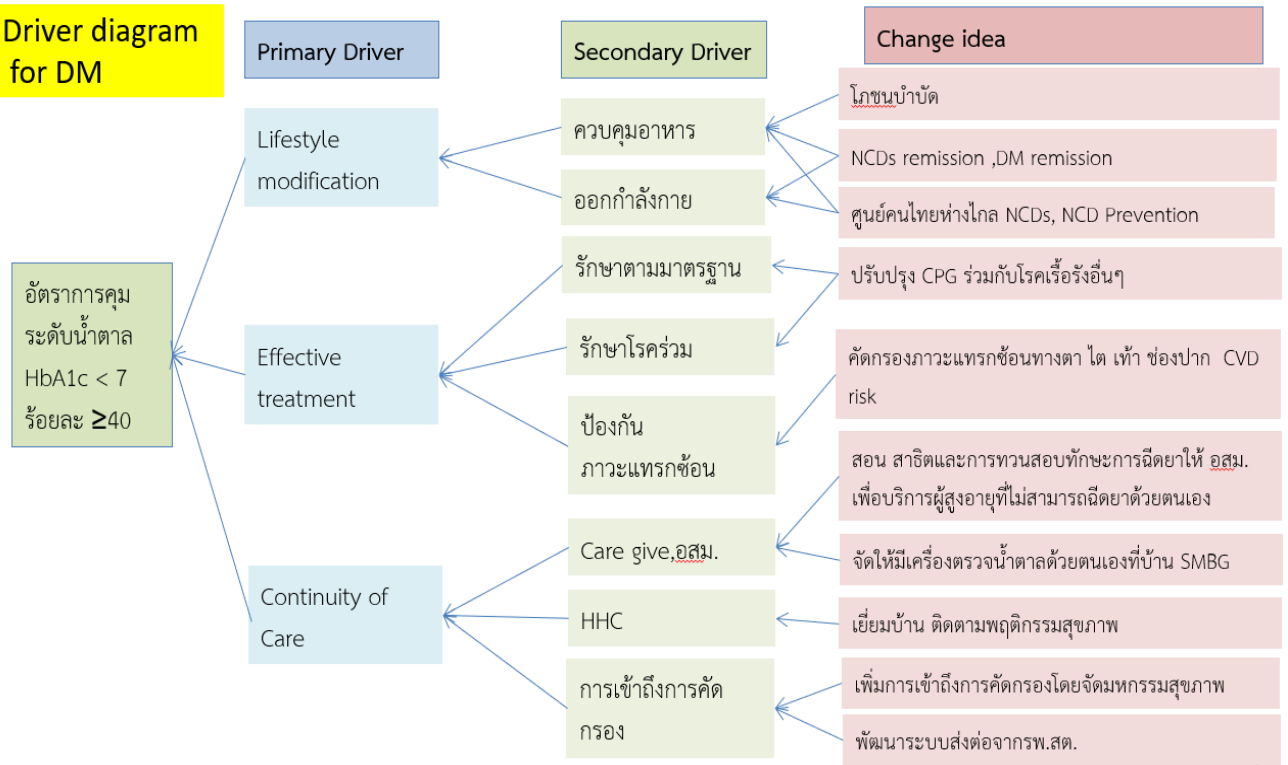
04

DM

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สสจ.
ตั้งแต่ปี 2564-2568

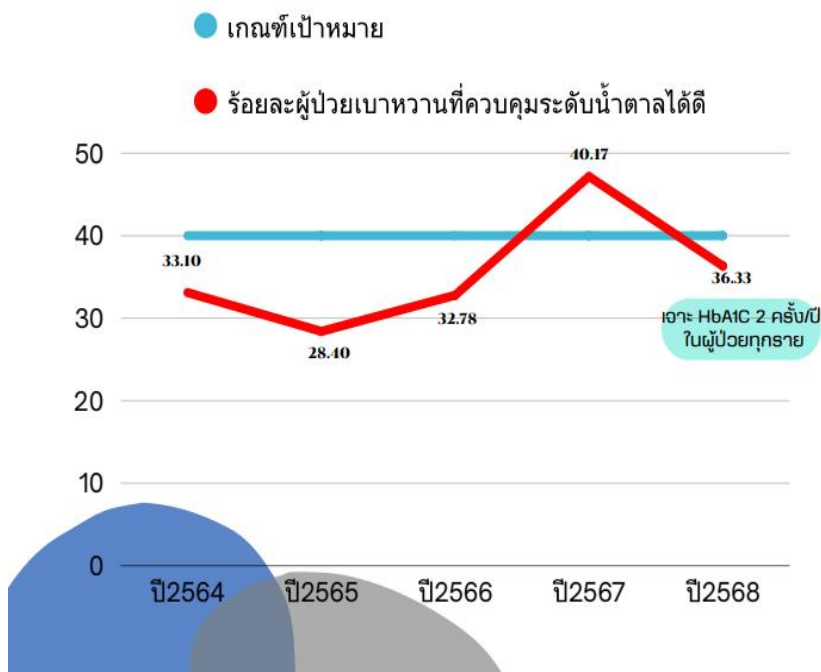


Driver diagram for DM



การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี



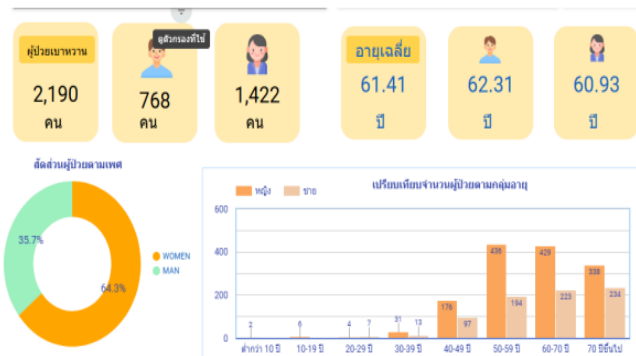
ภาพกิจกรรม DM REMISSIONที่ผ่านมา



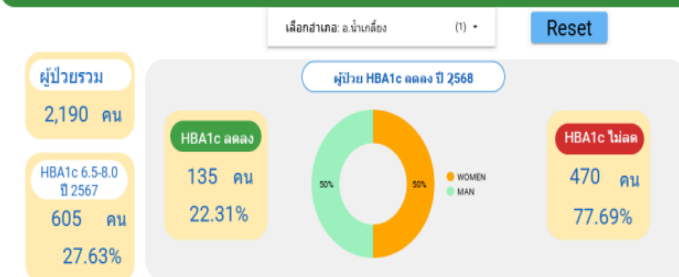
กิจกรรม NCDs Remission clinic ในรพ.สต



ผลการดำเนินงาน DM REMISSION Clinic อ.น้ำเกลี้ยง



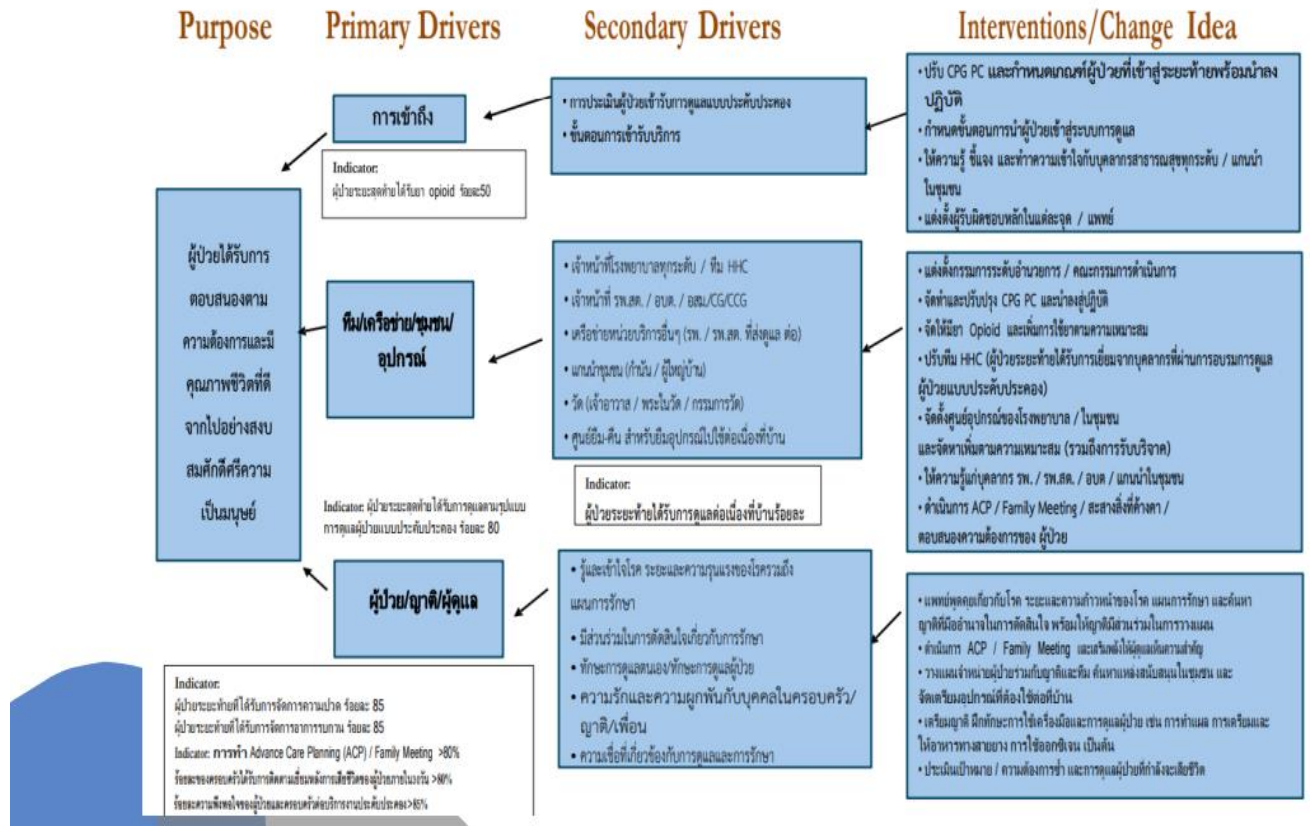
รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่เบาหวานลดการกินยา จังหวัดศรีสะเกษ



ผลการดำเนินงาน

- จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น
กลุ่มเป้าหมาย 120 คน
แบ่งเป็น 5 กลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้ง จำนวน 85 คน
คิดเป็นร้อยละ 70.83
1. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 75.29
 2. ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น (HbA1c ลดลง) จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 67.06
 3. ปรับลดยาจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 22.35
 4. Remission จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.71

Palliative care



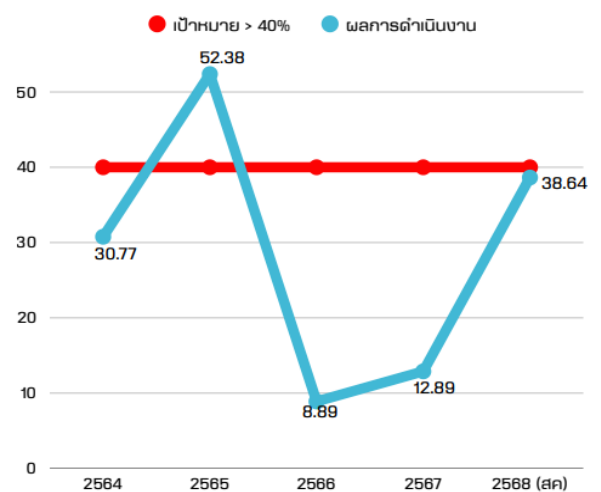
ผลการดำเนินงาน Palliative care

- กิจกรรมพัฒนา**
1. นโยบายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นแบบ รว.
 2. การจัด zone สำหรับผู้ป่วยประคับประคอง
 3. บริการคลินิกผู้ป่วยนอกทุกวันอังคาร
 4. แยกยวดยศาสตร์ครอบครัว ร่วม Rond ward เมื่อวางแผนการรักษาการดูแลบรรเทาอาการ
 5. Home visit แยกยวดยและกับสหสาขาเพื่อติดตามผู้ป่วยที่บ้าน
 6. แบบประเมินอาการปวดและอาการรบกวน

- โอกาสพัฒนา**
1. ทบทวนและศึกษานโยบาย เพื่อการจัดการข้อมูล
 2. กลุ่มโรคที่กำหนด 5 กลุ่มโรค ตาม ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมในผู้ป่วยประคับประคอง รายใหม่
 3. ดูแลให้ผู้ป่วยประคับประคองตาม 5 กลุ่มโรค ได้รับยากลุ่ม strong opioid เพื่อจัดการอาการปวดและบรรเทาอาการรบกวนและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน
 3. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลตามแนวทาง
 4. สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกันในการดูแลและจัดการอาการปวด/อาการรบกวน

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการ

ต่างฤดูด้วย Strong Opioid ใน ผู้ป่วยประคับประคองและได้รับการเยี่ยมบ้าน



ผลการดำเนินงาน Palliative care

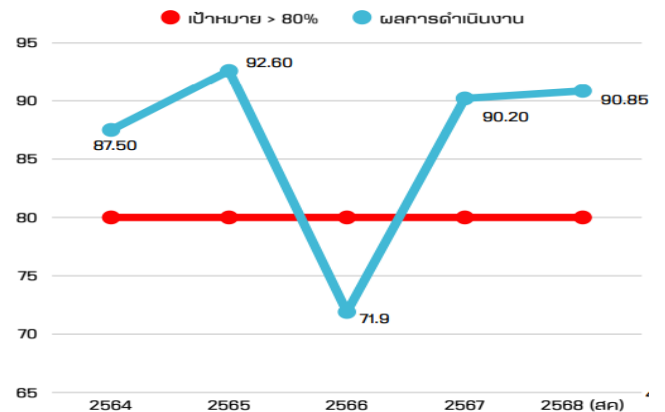
Purpose

เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคับประคองและครอบครัวได้รับการทำ family meeting และ ACP ทุกราย ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

Process

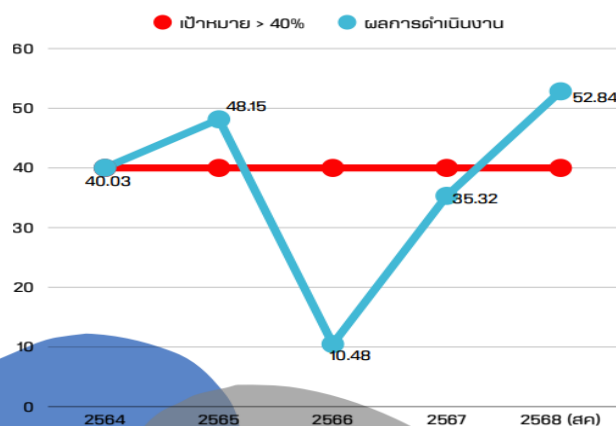
- 1. ผู้ป่วยระดับประคับประคองได้รับการดูแลตามแนวทาง
- 2. มีกิจกรรม family meeting และ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีการวางแผนเตรียมตัวระยะท้ายของชีวิต
- 3. มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขา ให้บริการผู้ป่วยนอก / PC round ward ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด
- 4. มีระบบการบันทึกข้อมูลการทำ ACP ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลครบถ้วนในการตัดสินใจ ACP
- 5. มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชนทาง ไลน์, โทรศัพท์ และ Smart COC
- 6. มีการสื่อสารในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องเพื่อดูแลรักษาตาม ACP อย่างเหมาะสม

ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีกิจกรรม Family meeting และมีการทำ ACP ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



ผลการดำเนินงาน Palliative care

ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

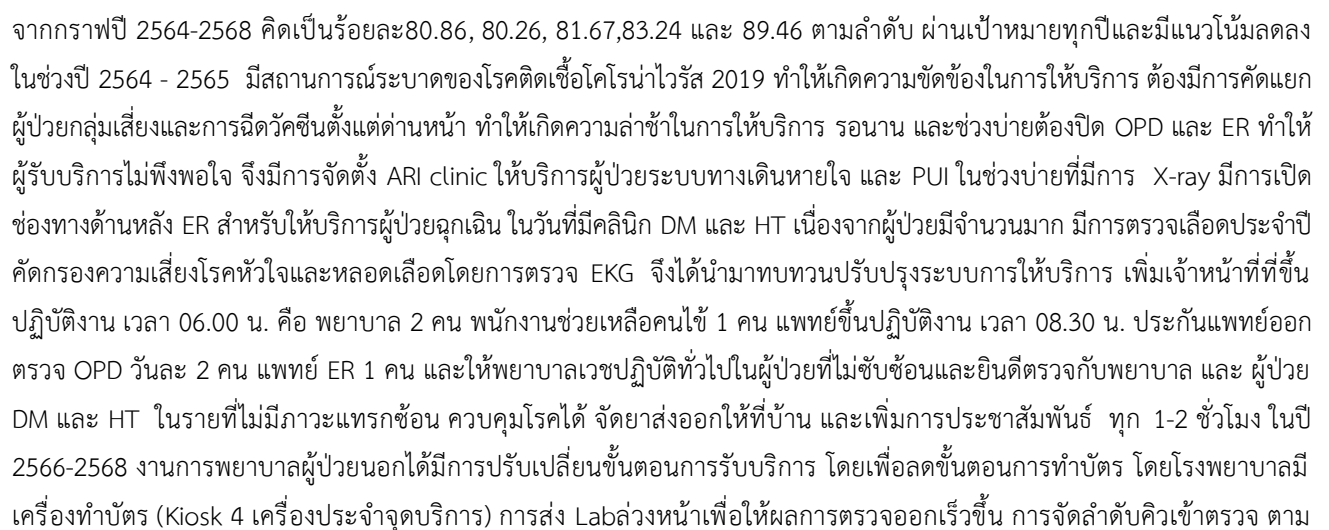
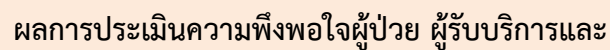


ทิศทางพัฒนา

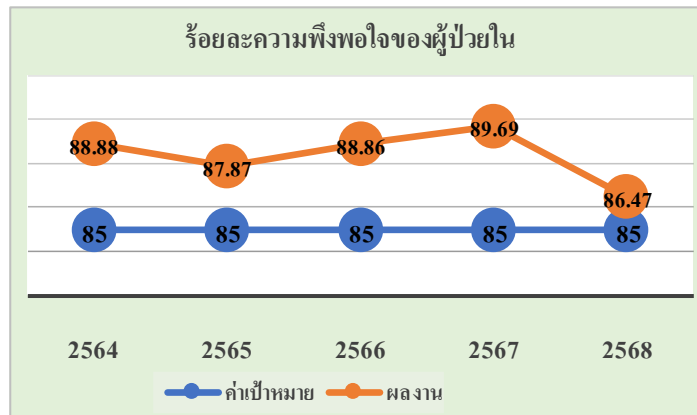
- กำหนดจุดบริการให้กลุ่มผู้ป่วยระดับประคับประคอง ขณะเข้ารับบริการ งานผู้ป่วยใน/ ward
- การสร้างบรรยากาศเยี่ยมสงบ เป็นสัดส่วน สำหรับผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- จัดทำและปรับปรุง CPG PC และนำลงสู่ปฏิบัติ
- การพัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน Telemed ตามเกณฑ์กลุ่ม PPs > 60% ที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน
- การสร้างภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม ให้ความรู้ ชี้แจง และทำความเข้าใจกับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ / แก่นนำในชุมชน วัด ผู้นำชุมชน อสม CG CCG



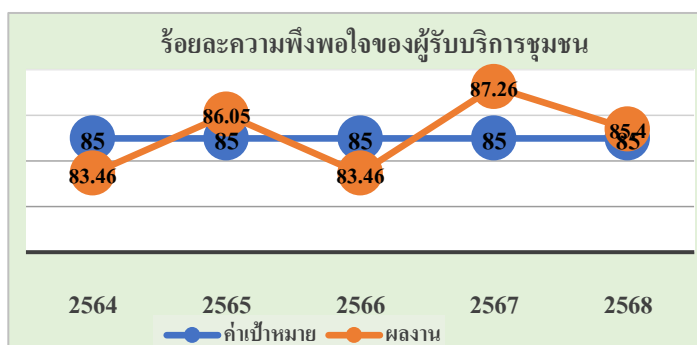
Refer



ข้อเสนอในแบบประเมินความพึงพอใจ คิวแทรกในกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ ได้รับการตรวจพบแพทย์รวดเร็วมากยิ่งขึ้น การลดความแออัดในงานบริการผู้ป่วยนอกโดยการส่งต่อความป่วย NCD โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มสีเขียวที่สามารถควบคุมโรคได้ ออกรับยาและรับบริการที่รพ.สต.ใกล้บ้าน



จากกราฟปี 2564-2568 พบว่า คิดเป็นร้อยละ 88.88, 87.87, 88.86, 89.69 และ 86.47 ตามลำดับ ผ่านค่าเป้าหมายทุกปีและมีแนวโน้มลดลง พบปัจจัยที่ทำให้ลดลง คือ ความแออัด ความสะดวกสบายภายในห้องนอน ความสะอาดของห้องนอน ห้องน้ำห้องส้วม เนื่องจากปี 2564 มีสถานการณ์ระบาดของโรค Covid-19 จึงปรับปรุงหอผู้ป่วยชาย เป็นตึกรับผู้ป่วยโควิด-19 (Cohort ward) ส่วนหอผู้ป่วยหญิงรับ Admit ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 15 เตียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากทำให้เกิดความแออัด ทีมได้ทบทวน และได้ดำเนินการปรับแก้ไข โดยปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในตึกผู้ป่วย มีการสำรวจความสะอาดและประเมินความสะอาดรายวัน โดยมีแม่บ้านทำความสะอาดเป็นประจำ และปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมใหม่ สะอาด สวยงาม ปรับปรุงตึก PCU รับผู้ป่วย Admit ที่เป็นประเภทผู้ป่วยปานกลาง ผู้ป่วยพักฟื้น และมารดา ทารกหลังคลอด จำนวน 8 เตียง ทำให้ลดความแออัด และมีการปรับปรุงส่วนต่างๆให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ปี 2565 เมื่อสถานการณ์ระบาดของโรค Covid-19 เริ่มดีขึ้น ปรับหอผู้ป่วย โดยเปิดให้บริการทั้งผู้ป่วยชายและหญิง ทำให้ลดความแออัด ปี 2566-2568 แนวโน้มเริ่มสูงขึ้น โดยการให้บริการที่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เจ้าหน้าที่ยึดหลักบริการที่ยิ้มแย้ม สื่อสารดี และให้บริการรวดเร็ว มีการทำความสะอาดห้องพักผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตรวจความพร้อมของอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสม่ำเสมอ เป็นต้น



จากกราฟปี 2563-2568 คิดเป็นร้อยละ 83.46, 86.05, 83.46, 87.26 และ 85.40 ผ่านค่าเป้าหมายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรค Covid-19 ทำให้มีข้อจำกัดต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆในชุมชน จึงวางแผนออกให้บริการเชิงรุก ร่วมกับชุมชน ภาควิชาเพื่อสร้างสุขภาพและป้องกันโรค เปิดคลินิก Palliative care จัดตั้งศูนย์ COC จัดให้มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไว้สำหรับให้ยืม เช่น เตียงนอน เตียงลม เครื่อง suction เครื่องกำเนิดออกซิเจน รถเข็น ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ครอบครัวและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ทำให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในชุมชนและมีการจัดตั้งศูนย์ชีววิถีเพื่อเป็นศูนย์ประสานงาน การดูแลผู้ป่วยระดับอำเภอ และพัฒนารูปแบบสถานชีววิถีโดย ชุมชน มีส่วนร่วม โดยมีการจัดตั้ง ภูมิวิภาล ที่วัดบ้านหินเพื่อให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธของอำเภอน้ำเกลี้ยง ทำให้ความพึงพอใจในชุมชนเพิ่มขึ้น ในปี 2568 เป็น ร้อยละ 85.40

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ป่วย

- ศาลาพักผ่อน
- น้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- อาหารสำหรับผู้ป่วยทั่วไปและเฉพาะโรค
- รถรับส่งกลับบ้าน กรณีไม่มีรถ หรือเสียชีวิต



**มุมพักผ่อนสำหรับผู้ป่วยและญาติ
เช่น มุมนั่งรอ ห้องเยี่ยม พื้นที่สีเขียว**



**>มีการให้บริการน้ำดื่มแก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
>เฝ้าระวังและตรวจคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบ ๑11 ทุก
3 เดือนครั้ง มีการควบคุมการล้างตู้กดน้ำประจำทุกเดือน**

- ❖ บ้านพัก ที่จอดรถ เครื่องซักผ้าหยอดเหรียญ
- ❖ การเยี่ยมไข้ เยี่ยมคลอด ผูกแขนหลาน สุขสันต์วันเกิด
- ❖ สนับสนุนชุดกีฬา / อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย
- ❖ ช่วยเหลือญาติสายตรงที่เสียชีวิต
- ❖ มีสวัสดิการจัดรถรับ-ส่งไปประชุม
- ❖ การใช้ไฟฟ้าฟรี ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ❖ การลาป่วย ลากิจ ลาพักผ่อน ลาวชได้ตามสิทธิ

การสร้างเสริมสุขภาพ



ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ

- ฟุตบอล
- วอลเลย์บอล
- วิ่ง เดิน
- ตามลมหายใจ



กลุ่มสุขภาพดี

- ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย
- ส่งเสริมการควบคุมอาหาร

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- กำหนดให้ออกกำลังกาย เวลา 16.00-16.30 อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์
- ส่งเสริมการควบคุมอาหาร

กลุ่มป่วย

- ปรับเปลี่ยนงาน เช่น ESRD ตามัว แสบตา ย้ายจาก OPD จ่ายกลาง
- ส่งเสริมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย
- สังเกตอาการผิดปกติ
- พบแพทย์ตามนัด

