4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ผู้ป่วยเสียชีวิต						
1. จำนวนการเสียชีวิตรวมทุกประเภท	ลดลง	85	88	89	84	95
2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน ER	ลดลง	36	32	29	37	35
3.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่แผนก IPD	ลดลง	26	32	29	23	30
4. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล	ลดลง	23	24	31	24	30
การกลับมารักษาซ้ำ						
5.ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำรวมทุกโรคภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	<ร้อยละ7	5.13	6.24	6.6	4.9	5.7
6. ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.	<ร้อยละ3	4.1	2.52	2.47	2.64	2.56
การดูแลมารดาและทารก						
7.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	78.06	77.5	53.0	52.98	53.57
8.ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	≤ ร้อยละ 10	18.5	22.7	18.66	19.3	19.59
ตัวชี้วัดเฉพาะโรค						
DM	**เป้าหมาย**	**2556**	**2557**	**2558**	**2559**	**2560**
9. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ต่ำกว่า 7%	> ร้อยละ50	51.19	55.05	57.98	75.60	67.1
10. อัตราการรับเข้ารักษาด้วยภาวะ hypoglycemia	< ร้อยละ 2	2.97	2.73	1.43	0.8	0.1
HT						
11. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP < 140/90 mmHg)	> ร้อยละ70	71.07	82.25	89.71	75.87	81.51
ACS						
12.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อทันเวลา	ร้อยละ 100	21.42	30.30	60.13	47.62	18.18
13.อุบัติการณ์ผู้ป่วย ACS เสียชีวิตในER	ลดลง	4	10	9	2	1

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
Stroke						
14.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้า FAST ได้รับการส่งต่อทัน Golden period	ร้อยละ 100	65.38	83.61	83	84.16	98
15.อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตหลังส่งต่อภายใน 48 ชม.	0	2	1	0	0	0
COPD						
16.อัตราผู้ป่วย COPD readmission ภายใน 28 วัน	$\leq$ 40%	38.50	45.61	35.70	41.88	33.90
Acute Appendicitis						
17.อุบัติการณ์ ruptured appendicitis	0	1	4	7	2	3
Pulmonary TB						
18.อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่	>90%	90.24	82.05	78.94	96.42	77.77
HIV						
19. ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาเกิน 12 เดือน มีค่า viral load ต่ำกว่า 50 cell/ cm^3	$\geq$ ร้อยละ 80	72.73	70.56	75.60	89.25	79.35
จิตเวช						
20.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	<6.5: แสนประชากร	3.2	7.5	7.5	3.06	4.60
โรคติดต่อทางระบาดวิทยา						
21. อัตราป่วยไข้เลือดออกน้อยกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ค่ามัธยฐาน 234.57	234.57	148.33	52.65	89.76	40.58
ตัวชี้วัดตาม Patient Safety Goal						
22.อุบัติการณ์ การเกิดภาวะ septic shock ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	0	1	0	5	3	2
23.อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย Sepsis ในโรงพยาบาล	0	1	0	0	1	1
24.อัตราการเกิด PPH	<3%	0.78	0.21	1.11	0.89	1.44
25.อัตราการเกิด birth asphyxia ที่ 5 นาที	<5:1,000 LB	1.96	0.42	0.22	0	0
26. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา HAD	>90%	59.04	75.11	81.21	95.65	95.92

4.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ						
27. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ให้คะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป	≥ร้อยละ 85	84.2	84.07	96	81.48	81.34
28. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่ให้คะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป	≥ร้อยละ 85	84.76	83.78	86.65	89.80	88.75
29. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการเยี่ยมบ้าน	≥ร้อยละ 80	75.2	81.11	84.64	96.25	86.92
ข้อร้องเรียน						
30. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	< 12ครั้ง/ปี	19	11	6	6	4

4.3 ผลด้านการเงิน

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
สภาพคล่อง						
31. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio)	≥ 1.5	1.88	1.15	2.01	1.46	1.57
32. อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (quick ratio)	≥ 1.0	1.65	0.95	1.67	1.29	1.37
33. อัตราเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (cash ratio)	≥0.8	1.40	0.58	1.32	1.11	0.91
ความสามารถในการชำระหนี้						
34. ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย (วัน)	≤90วัน	151	124	247	88	120

4.4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ความผูกพันและความพึงพอใจ						
35. ความพึงพอใจของบุคลากร	>80%	60.27	78.56	78.96	76.88	77.56
36. อัตราการคงอยู่ / ลาออก ของบุคลากร	≤ ร้อยละ3	3.04	1.79	5.08	1.74	3.91
อาชีวอนามัย						
37. ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	ร้อยละ 100	96.96	85.58	96.55	91.44	95.60
38. จำนวนบุคลากรประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน/สัมผัสเลือด/สารคัดหลัง	0 ราย	1	2	4	2	1

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)						
39. จำนวนรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับ (ครั้ง / ปี)	>5,000	4,610	5,630	5,411	5,865	5,656
40. จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E,F	ลดลง	1,278	454	108	222	267
41. จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G,H,I	ลดลง	28	4	22	60	60
42. จำนวนครั้งการรายงานอุบัติการณ์ระดับ near miss	เพิ่มขึ้น	3,595	4,647	3,849	4,047	3,829
43. สัดส่วนการรายงาน miss : near miss	< 1	1.28	1.21	1.40	0.44	0.47
44. ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการทบทวนแก้ไขทันเวลา	>ร้อยละ80	57.43	66.91	97.30	78.72	81.65
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)						
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย						
45.การซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1
การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม						
46. ระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์ทุก parameter	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
47.อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านการจัดการ น้ำเสียและขยะ จากชุมชน	0	0	0	0	1	0
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)						
48. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per 1,000 bedday)	<1%	0	0.11	0.30	0.31	0.14
ระบบเวชระเบียน (MRS)						
49. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥ 80%	74.81	82.13	93.38	92.02	93.10
50.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	≥ 80%	84.99	82.99	86.23	91.97	92.73
ระบบการจัดการด้านยา (MMS)						
51. อัตรา prescribing error - OPD						
ระดับ A-B	<10 : 1,000 ใบสั่งยา	8.38	9.73	15.73	17.64	21.18
ระดับ C-D	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	0.02	0.01	0	0.06	0.04
ระดับ E-I	0	0.007	0	0	0	0
52.อัตรา pre-dispensing error – OPD	<10 : 1,000	4.99	7.32	12.11	10.95	12.83

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
	ใบสั่งยา					
53. อัตรา dispensing error - OPD						
ระดับ A-B	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	0.01	0	0	0.04	0.02
ระดับ C-D	<3 : 1,000 ใบสั่งยา	0.06	0.07	0.11	0.16	0.08
ระดับ E-I	0	0.007	0	0	0.02	0
54. อัตรา administration error - OPD						
ระดับ A-B	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	0.007	0	0	0.02	0
ระดับ C-D	<3 : 1,000 ใบสั่งยา	0.007	0.008	0.02	0	0
ระดับ E-I	0	0.007	0	0	0	0
55. อัตรา prescribing error - IPD						
ระดับ A-B	<10 : 1,000 ใบสั่งยา	15.67	20.61	20.71	20.15	13.97
ระดับ C-D	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	0.75	1.31	0.97	1.53	1.71
ระดับ E-I	0	0	0	0	0	0
56.อัตรา Transcribing error - IPD	<10 : 1,000 ใบสั่งยา	29.36	45.17	45.03	45.02	53.09
57. อัตรา dispensing error - IPD						
ระดับ A-B	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	7.39	5.48	9.07	9.39	7.68
ระดับ C-D	<3 : 1,000 ใบสั่งยา	0.14	1.45	2.57	2.25	3.2
ระดับ E-I	0	0	0	0	0	0
58. อัตรา administration error - IPD						
ระดับ A-B	<5 : 1,000 ใบสั่งยา	0	0.06	1.13	1.12	2.25
ระดับ C-D	<3 : 1,000 ใบสั่งยา	2.05	2.08	3.13	3.21	4.05
ระดับ E-I	0	0	0	0	0	0
59. เหตุการณ์การแพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	0	0	0	0	0	0
60. อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา claritromycin	>80%	87.72	85.56	100	91.67	85.18
61. อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม Diarrhea	≤ 20%	28.48	31.62	28.86	29.98	28.98
62. อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ	≤ 20%	33.79	33.07	38.67	34.56	31.52

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ในกลุ่ม URI						
ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)						
63.ความทันเวลาของการสอบสวนโรคเฉพาะราย	>80%	66.62	68.25	69.37	70.10	74.60
64. อัตราป่วยไข้เลือดออก (ลดลง น้อยกว่าค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี)	ลดลง	234.75 (5.12)	148.33 (5.12)	52.65 (27.65)	89.76 (52.65)	40.58 (89.76)
65.อัตราป่วยโรคฉี่หนู (ลดลง น้อยกว่าค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี)	ลดลง	19.46 (0.20)	6.87 (0.20)	1.14 (0.33)	19.67 (1.14)	3.69 (6.87)
66.อัตราป่วยโรคเบาหวาน (ต่อประชากรแสนคน)	ลดลง	626	256	250	230	245
67.อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อประชากรแสนคน)	ลดลง	879	449	385	413	382
การพัฒนาระบบบริการ						
68. อัตราการเข้าถึงบริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	7.70	19.63	18.99	14.53	25.08

4.6 ผลด้านการนำองค์กร

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
การบรรลุผลตามกลยุทธ์ขององค์กร						
69. อัตราการรับรู้วิสัยทัศน์ ค่านิยมองค์กร	$\geq$ 80%	55.38	81.66	86.09	84.08	86.66
70. ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าหมาย	>80%	65.61	68.75	82.85	63.33	70.00

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ด้านบุคลากร						
71. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI $\leq$ 23	>ร้อยละ 50	54.71	56.31	76.79	50.74	53.40
72. ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 100	96.96	85.58	96.55	91.44	95.60
ด้านผู้รับบริการ และชุมชน						
73. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ไม่เกิน ร้อยละ 5	6.68	12.74	2.80	11.93	9.63
74.ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	ไม่เกิน ร้อยละ 10	4.74	5.48	3.17	5.44	4.46
75. ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการทำ program COPD rehabilitation ประสบความสำเร็จ	>ร้อยละ 70	52.17	69.84	55.50	95	91

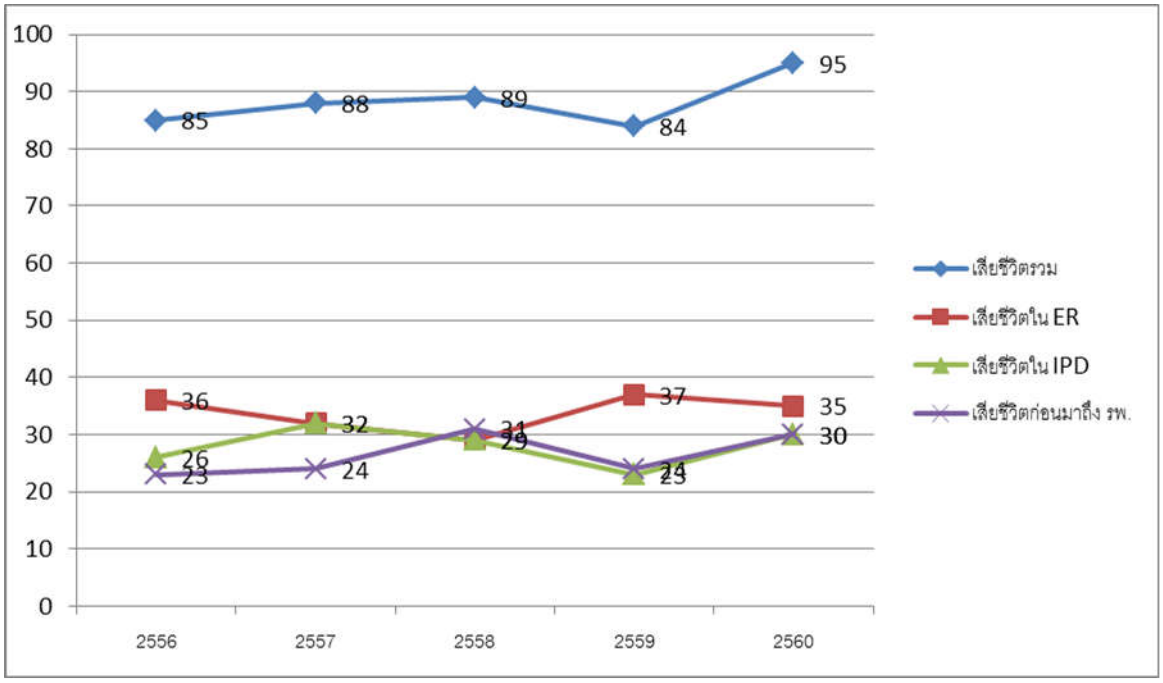
	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
76. ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ คะแนน SMNRC 83-75	>ร้อยละ 80	70	98	89.53	95.83	90.42
77.ร้อยละของผู้ป่วย / พิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แล้วมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากคะแนนการเยี่ยมครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้น	>ร้อยละ 80	79	96	83	84.72	92.95
78. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมิน / คัดกรองสุขภาพ	>ร้อยละ 75	NA	NA	59	65	69.35
79.ร้อยละชมรมสร้างสุขภาพมีกิจกรรมต่อเนื่อง	>ร้อยละ85	NA	80	72	85	85

ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานขององค์กร

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต

1.กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต



จากกราฟการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ปี 2556-2560 แสดงให้เห็นว่า

1) ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER จากการทบทวนพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ เกิดจากภาวะ Acute MI,ภาวะ Cardiac arrest ในกลุ่มผู้ป่วย DM,HT และAcute Respiratory Failure ในผู้ป่วย COPD ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้สึกตัวก่อนมาถึงโรงพยาบาล จึงมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มความครอบคลุมในการสร้างเครือข่าย FR รวมถึงการประสานกับ HHC ในการรณรงค์เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว

2) ผู้ป่วยเสียชีวิตที่แผนกผู้ป่วยใน จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Palliative care ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งรับส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาล มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative care โดยมีการประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลมหาราช ในการดูแลเรื่องการบรรเทาทุกข์ทรมานและการจัดการความปวด อย่างต่อเนื่อง

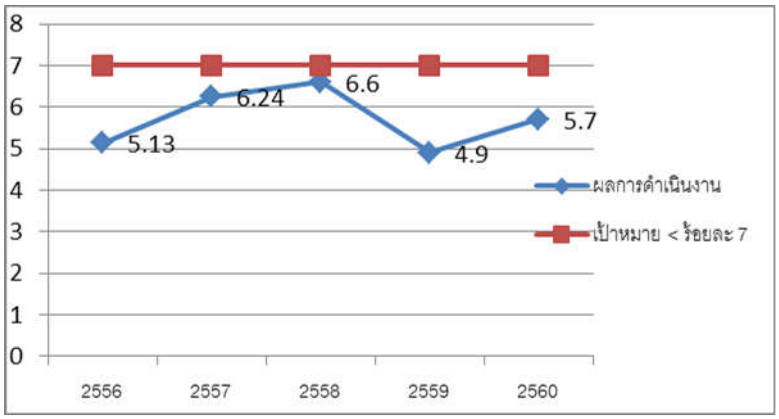
3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จากการทบทวนพบว่า ส่วนใหญ่นำศพมาชันสูตร จากสาเหตุการทำรายร่างกาย ได้แก่ ยิง ฟัน/แทง รองลงมาเป็นอุบัติเหตุจราจร และจมน้ำ ปี 2559 - 2560 ได้จัดโครงการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย และการตั้งด่านชุมชนร่วมกับสถานีตำรวจภูธรร่อนพิบูลย์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในช่วงเทศกาลสำคัญ ผลการดำเนินงาน มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2559 จำนวน 12 ราย ปี 2560 จำนวน 8 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลง รองลงมา ในปี 2560 พบสาเหตุการจมน้ำเสียชีวิต จำนวน 7 ราย ซึ่งจากการทบทวนไม่สามารถระบุสาเหตุการจมน้ำได้แน่ชัดเนื่องจากส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่และสูงอายุและไม่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์ แต่ก็ได้มีการรณรงค์เรื่องการป้องกันการจมน้ำในชุมชน และกำหนดจุดเสี่ยง เพื่อป้องกันการจมน้ำ รวมถึงการส่งเสริมการเข้าถึง

บริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

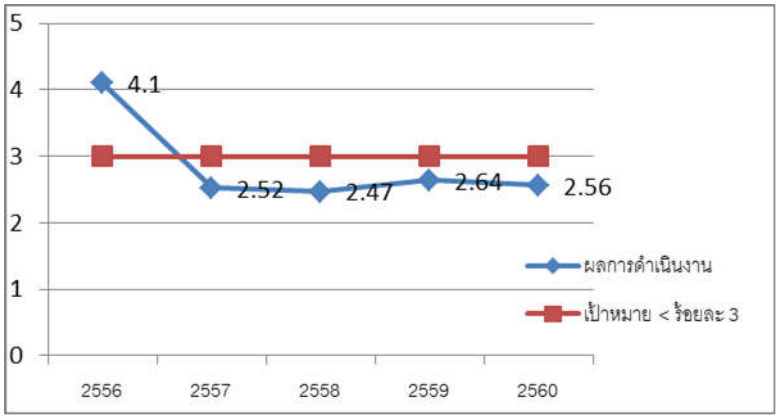
การกลับมารักษาซ้ำ

2.กราฟแสดงร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำรวมทุกโรคภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน



จากกราฟ อัตรา Readmission ปี 2556-2560 เท่ากับ 5.13 ,6.24,6.6,4.9 และ 5.7 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการ readmission มากที่สุด คือโรค COPD และเกิดซ้ำในผู้ป่วยรายเดิมๆที่ระยะดำเนินของโรค ระยะ 3-4 เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ ปี 2558 มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD โดยมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล เช่น การติดตามการใช้ยาพ่นอย่างต่อเนื่อง การทำ rehabilitation และได้ปรับระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์สาเหตุรายบุคคล และจัดงบประมาณในการให้บริการ Home Oxygen Therapy และจัดเครื่องพ่น Nebulizer สำหรับยืมไปใช้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และประสานทีมเยี่ยมบ้านในการติดตามดูแล ทำให้สามารถลดอัตราการ readmission ในผู้ป่วย COPD ได้ ในปี 2559 = 41.88% และปี 2560=33.90% ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

3.กราฟแสดงร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชั่วโมง



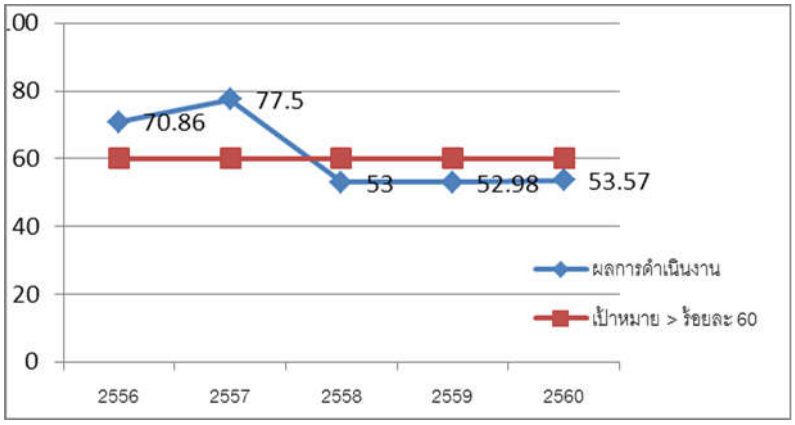
จากกราฟ อัตราการรับมารักษาซ้ำที่ ER ภายใน 48 ชั่วโมงในปี 2556-2560 เท่ากับ ร้อยละ 4.1,2.52 ,2.47 ,2.64 และ 2.56 ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า โรคที่ผู้ป่วยมา re-sit ได้แก่ 1) Acute bronchitis 2) COPD และ

3) Fever ปรับปรุงโดย เน้น เรื่องการให้ข้อมูล และเสริมพลัง แก่ผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

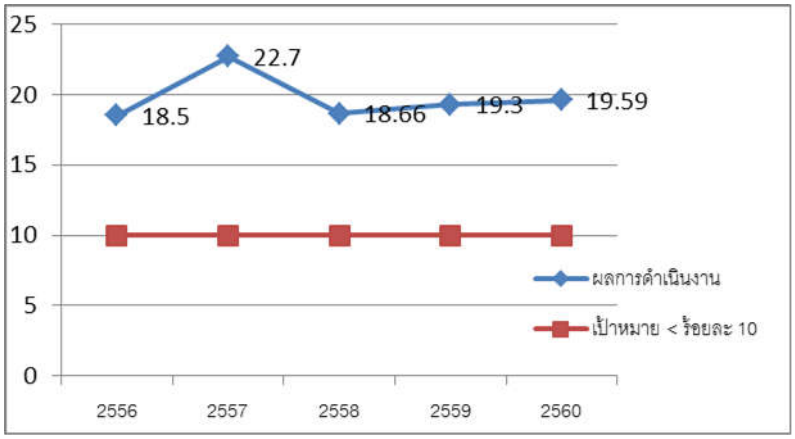
การดูแลมารดาและทารก

4.กราฟแสดงร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์



จากกราฟ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์ จากปี 2556-2559 มีแนวโน้มลดลง จึงได้ประชุมทบทวนในคณะกรรมการ คปสอ.และ MCH board รวมทั้งประสานกับภาคีเครือข่ายในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน เพื่อให้มารดามาฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์ และกำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ทำให้ปี 2560 หญิงตั้งครรภ์ที่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

5.กราฟแสดงร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี



จากกราฟอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา อายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งแต่ปี 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 18.5,22.7 ,18.66 , 19.3 และ 19.59 ตามลำดับ จากปี 2557-2558 มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย โอกาสพัฒนา มอบหมายทีมรับผิดชอบในการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยร่วมมือกับโรงเรียนมัธยมในเครือข่ายแกนนำชุมชน อสม. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการออกรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ใน

วัยรุ่น

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย

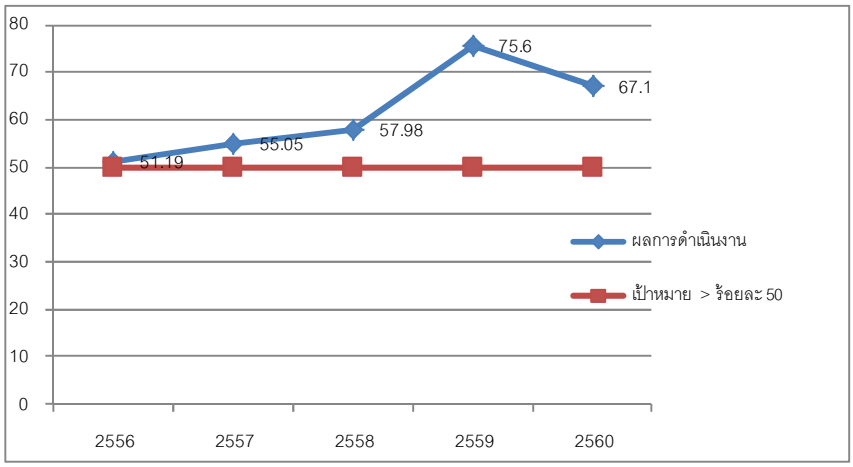
การดูแลมารดาและทารก

ในกลุ่ม Teenage Pregnancy ที่มารับรับบริการฝากครรภ์ มีการส่งเสริมด้านความรู้ทางวิชาการ และให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ก่อนอายุ 20 ปี โดยการรณรงค์ให้ฝังยาคุมกำเนิด 1 หลอด สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 3 ปี โดยจัดงบประมาณในการซื้อยาฝังคุมกำเนิดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หลังรณรงค์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 – 2560 มารดาหลังคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดครอบคลุม 100%

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

DM

6.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C <7%

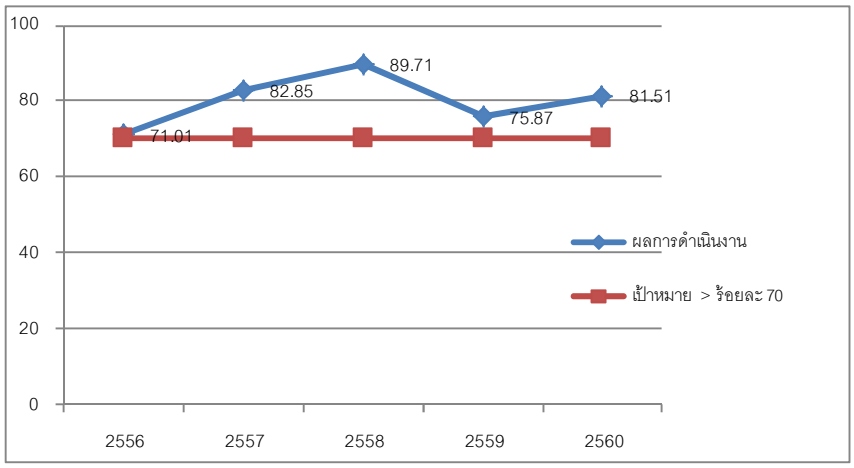


จากกราฟ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ Chronic care model และจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแล มีการส่งเสริมการจัดกิจกรรม เพื่อนช่วยเพื่อนในวันคลินิก และ ทำโครงการ SMBG เพื่อส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

HT

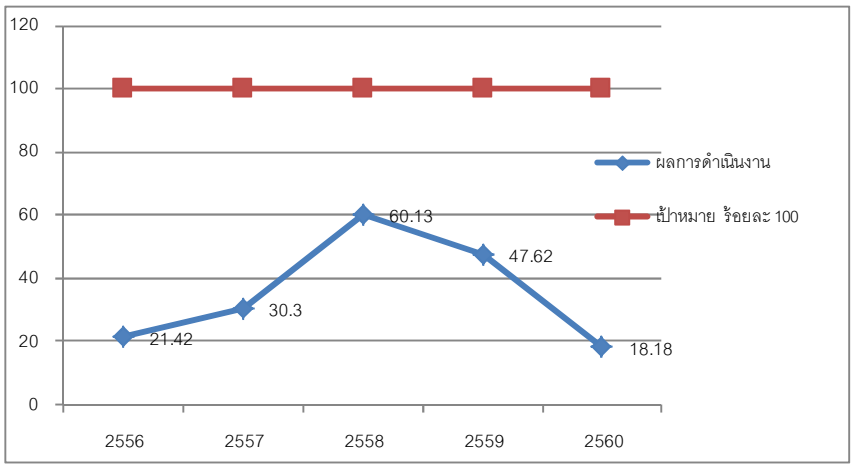
7.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ BP < 140/90 mmHg.



จากกราฟ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ น้อยกว่า 140/90 mmHg.มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ปี 2556 เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และ มีการเสริมพลังในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการทำ Home BP ในกลุ่มที่ควบคุมได้ไม่ดี และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม เน้นการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มผู้ป่วย มีการติดตามระดับความดันโลหิตโดยประสาน อสม ,อสค.ในการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น

ACS

8.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อทันเวลา



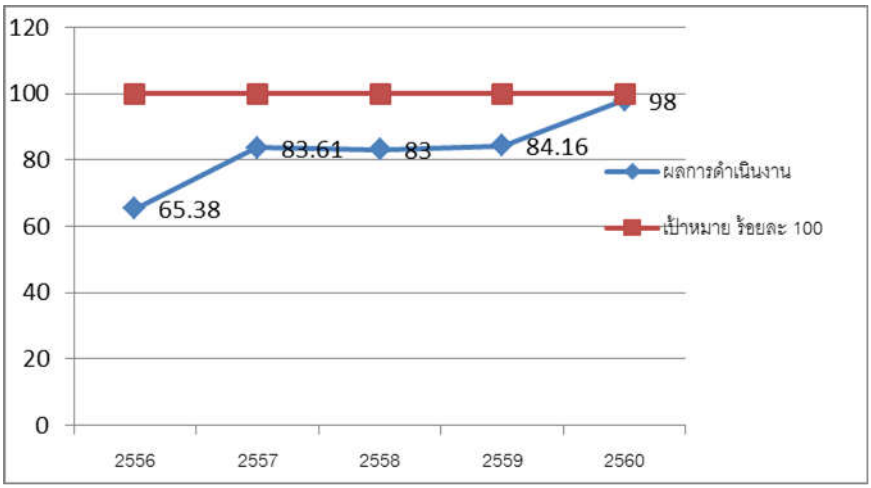
จากกราฟ ปี 2556-2558 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อทันเวลาภายใน 30 นาที เท่ากับร้อยละ 21.42,30.30 และ 60.13 ตามลำดับ เนื่องจากมีการปรับปรุงแนวทางการคัดกรอง และการประเมินผู้ป่วย โดยการเพิ่ม criteria ในใบ chest pain check list เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการทำ EKG แต่ปี 2559-2560 การส่งต่อทันเวลากลับมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวน พบในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่นที่ไม่สัมพันธ์กับการเจ็บหน้าอก เช่น

หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการ EKG ล่าช้า เมื่อทำ EKG จึงพบเป็น STEMI

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

Stroke

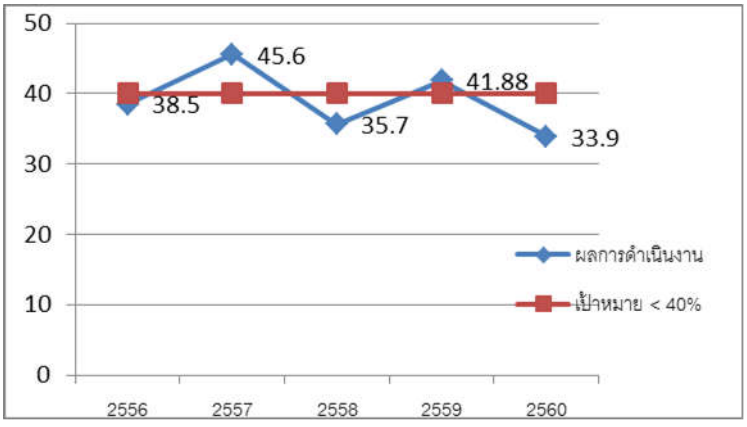
9.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่เข้า FAST ได้รับการส่งต่อทัน Golden Period



จากกราฟ ปี 2556-2560 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อทันเวลา และได้รับการรักษาทัน Golden period มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างเครือข่าย EMS,FR ในพื้นที่ชี้แจงช่องทางการรับบริการ 1669 พัฒนาระบบ Fast Track และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุกระจายเสียงในชุมชน เพื่อให้ประชาชนทราบสัญญาณอันตรายเบื้องต้นที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการประเมินผู้ป่วย

COPD

10.กราฟแสดงอัตราผู้ป่วย COPD มา readmission ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน



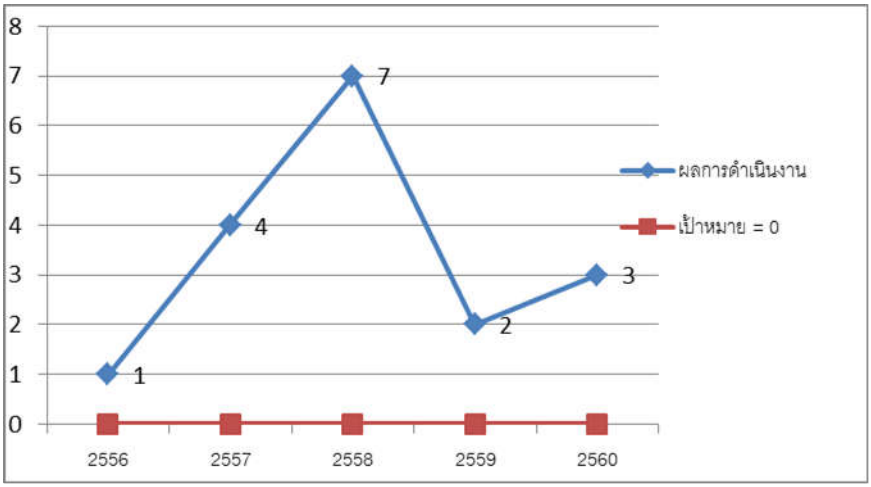
จากกราฟ ปี 2556-2560 อัตรา Readmission ภายใน 28 วันในผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีปรับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนจำหน่ายรายบุคคล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมทั้งระบบการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายโดยทีม HHC และประสาน รพสต.ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีระบบการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ถัง

ออกซิเจน เครื่องพ่นยา Nebulizer ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

Acute Appendicitis

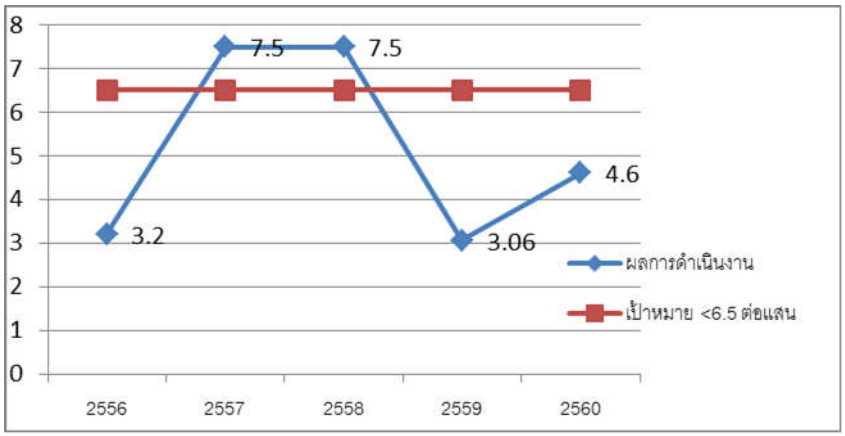
11.กราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิด rupture appendicitis



อุบัติการณ์ ผู้ป่วยเกิด Ruptured Appendicitis ปี 2556-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียน ปี 2558 พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก การประเมินผู้ป่วย การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลและการประเมินซ้ำ ยังไม่ครอบคลุม ทำให้การส่งต่อล่าช้า มีการกำหนดแนวทางการประเมินโดยใช้ Alvarado score รวมทั้งการส่ง lab Investigate ได้ตลอดเวลา และมีการสื่อสารแนวทางการการประเมินผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ ปี 2559-2560 พบอุบัติการณ์ลดลง

โรคซึมเศร้า

12.กราฟแสดง อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ



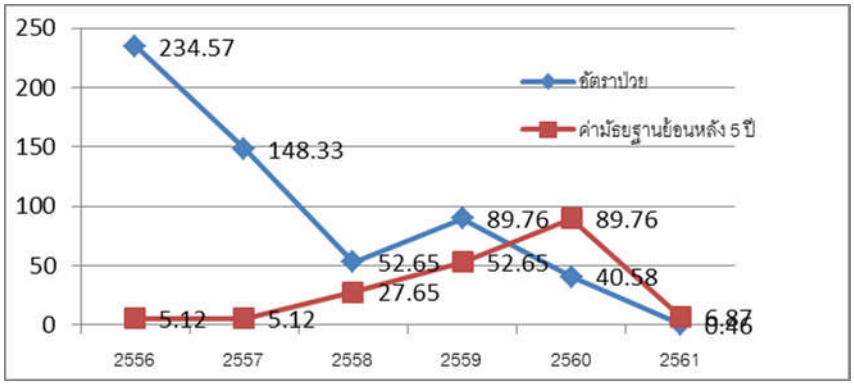
จากกราฟ ปี 2557-2558 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 7.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายมาก เมื่อทบทวนสาเหตุการฆ่าตัวตายพบว่า มีการผูกคอตายสูงเป็นอันดับแรก และพบในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และขาดผู้ดูแล จึงเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการโดยเฉพาะ

ในกลุ่มผู้ป่วย NCD คัดกรองทุกราย เมื่อพบว่า 2Q positive มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

ไข้เลือดออก

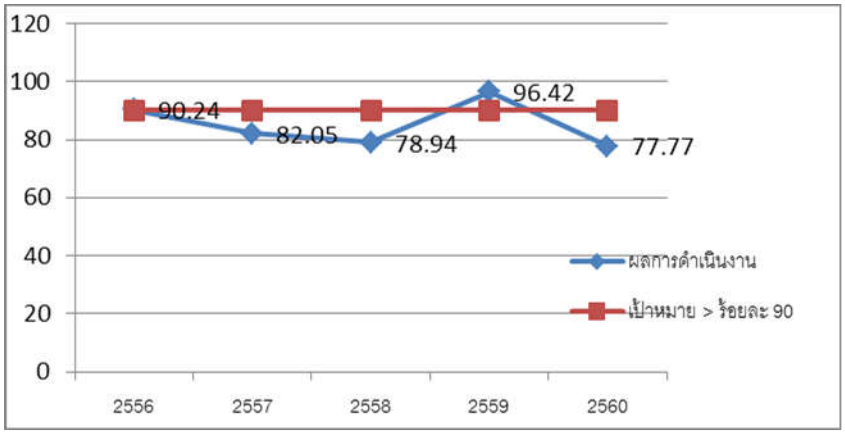
13.กราฟแสดงอัตราป่วยไข้เลือดออก



จากกราฟ ปี 2556-2558 มีการพบอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง ไข้เลือดออก เนื่องจากมีการประสานงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมรณรงค์การกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างจริงจัง โดยเฉพาะจากการรณรงค์ 3 ก. กำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ปี 2559 พบว่าอัตราการป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเนื่องจากเกิดภัยพิบัติน้ำท่วมขังในหลายพื้นที่ แก้ปัญหาโดยการรณรงค์ 3 ก และ big cleaning day ในชุนชม ร่วมกับ อสม.และผู้นำชุมชน รวมทั้งมีระบบการคัดกรอง เฝ้าระวังแบบเคาะประตูบ้าน และแจกยาทากันยุงในรายที่ป่วย ทำให้ปี 2560 – 2561 อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลง

Pulmonary TB

14.กราฟแสดงผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด



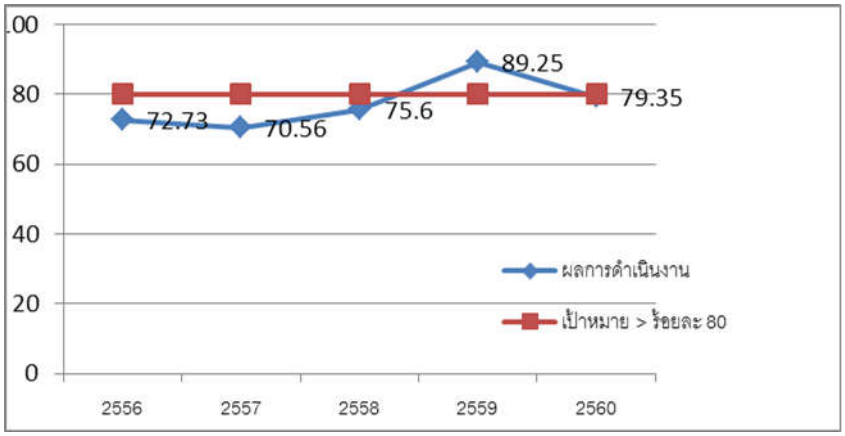
จากกราฟ ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ปี 2557-2558 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพบผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการรักษา ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ติดเชื้อ HIV ปี 2559 มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและขยายเครือข่ายการให้การรักษา และทำ DOTS อย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อหน้าเพื่อป้องกันการขาดยา จึงทำให้ผลสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้นเกินเป้าหมาย ส่วนในปี 2560 มีการทำ DOTS ใน

ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ โดยเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2559-ธันวาคม 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย ที่ได้รับการรักษา cure & complete 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.77 และพบผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษา 2 ราย

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

HIV

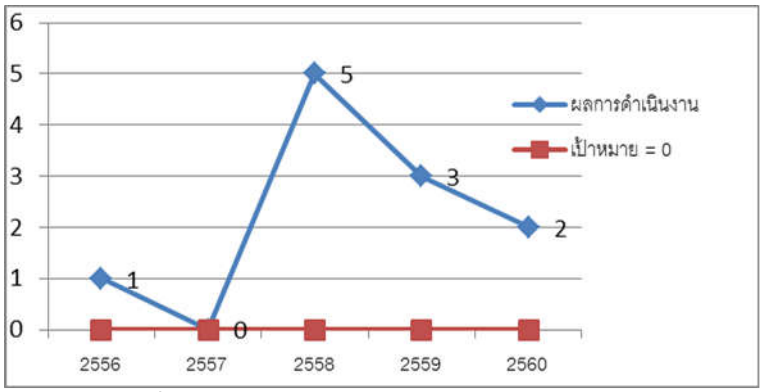
15. กราฟแสดงร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาเกิน 12 เดือน มีค่า viral load ต่ำกว่า 50 cell/ cm^3



จากกราฟ ตั้งแต่ปี 2555 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาเกิน 12 เดือนมีค่า VL < 50 cell/ cm^3 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจาก โรงพยาบาลได้จัดให้มีคลินิกบริการเฉพาะ คือคลินิกฟ้าหลังฝน ซึ่งเปิดให้บริการ ทุกวันเสาร์สัปดาห์แรกของเดือน มีการปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา ขณะรักษา และมีการติดตามการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อ โดยการขอความร่วมมือกับผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count) และระบบการติดตามกรณีผู้ติดเชื้อไม่มาตามนัด ซึ่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่ได้รับยานานมากกว่า 12 เดือนมีค่า VL ลดลงต่ำลงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

Patient Safety Goal : Sepsis

16.กราฟแสดง จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล



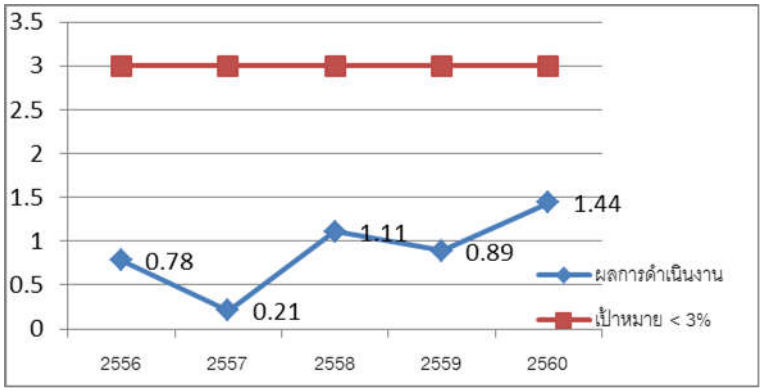
จากกราฟ แสดงอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic Shock ขณะรับไว้ในโรงพยาบาลปี 2556-2560 เท่ากับ 1 ครั้ง,0 ครั้ง ,5ครั้ง ,3 ครั้ง และ 2 ครั้ง ตามลำดับ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า สาเหตุจาก 1) การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม 2) วางแผนการดูแลรักษาไม่เหมาะสม ปรับปรุงโดยส่งเสริมให้มีการใช้ SIRS criteria อย่างครอบคลุมมากขึ้น สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชในการดูแลผู้ป่วย และทบทวน CPG ในการดูแลผู้ป่วย sepsis รวมถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้ป่วยคาสายสวน

ปัสสาวะ แผลกดทับและผู้ป่วยติดเตียง โดยการจัดอบรม อสม.เชี่ยวชาญ และ อบรม care giver ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เน้นการ early detection และ การรักษาที่ได้มาตรฐาน อุบัติการณ์จึงมีแนวโน้มลดลง

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (ตัวชี้วัดเฉพาะโรค)

Patient Safety Goal : PPH

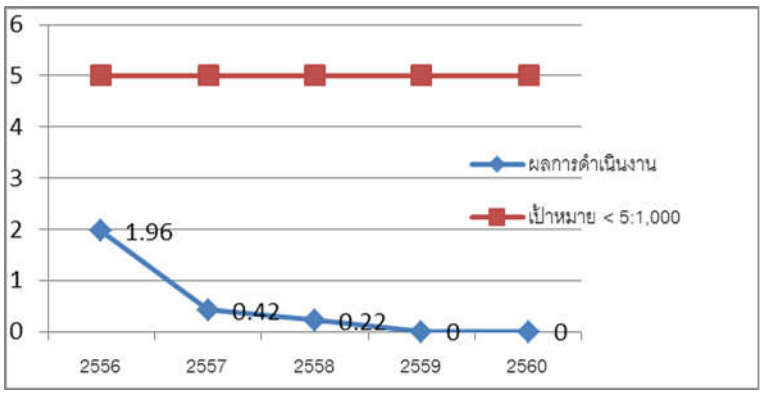
17.กราฟแสดง อัตราการเกิด PPH



จากกราฟ อัตราการเกิด PPH มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2559-2560 จากการทบทวนพบว่า มารดาหลังคลอดที่เกิดภาวะ PPH เกิดในมารดาแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีอุปสรรคทางการการสื่อสารทำให้การดูแลหลังคลอดทำได้ไม่ดี หน่วยงานได้ปรับปรุงระบบการเฝ้าระวัง โดยการเพิ่มความถี่ในการคลึงมดลูก จากทุก 2 ชม. เป็นประเมินทุก 30 นาที จนครบ 2 ชม.หลังคลอด ในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง และมีการใช้คู่มือสื่อสารกับแรงงานต่างด้าว

Patient Safety Goal : Birth Asphyxia

18.กราฟแสดงอัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia (เป้าหมาย < 5 : 1,000 LB)

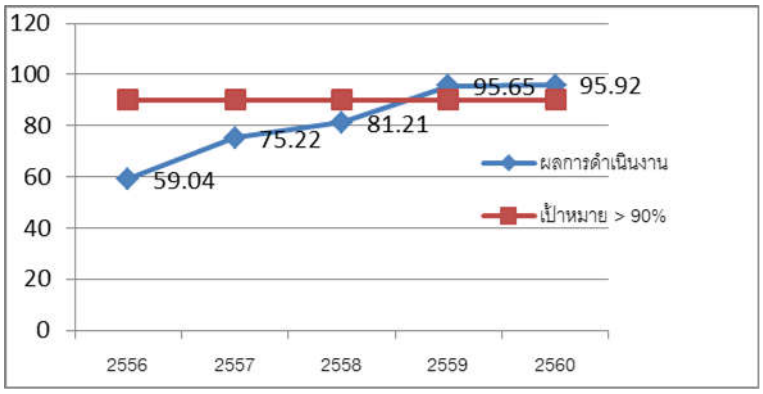


จากกราฟ อัตราการเกิด Birth Asphyxia ในปี 2556-2560 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ มีการประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารก ทบทวนแนวปฏิบัติโดยใช้แนวทาง service plan และเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลมารดาและทารก ทำให้ ในปี 2559-

2560 ไม่พบอุบัติการณ์

Patient Safety Goal : High Alert Drug

19.กราฟแสดง อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา HAD



จากกราฟ ปี 2556-2560 อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา HAD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการทบทวนการใช้ยา HAD ร่วมกับองค์กรแพทย์ และพยาบาล เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยา HAD ส่งผลให้ มีการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้น การปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูง ปี 2558 พบว่าขั้นตอนที่มีการปฏิบัติตามน้อย คือ การสั่งใช้ยา พบว่ามีการใช้คำย่อมากที่สุด และ ไม่ได้ปรับขนาดยา

แนวทางการพัฒนา

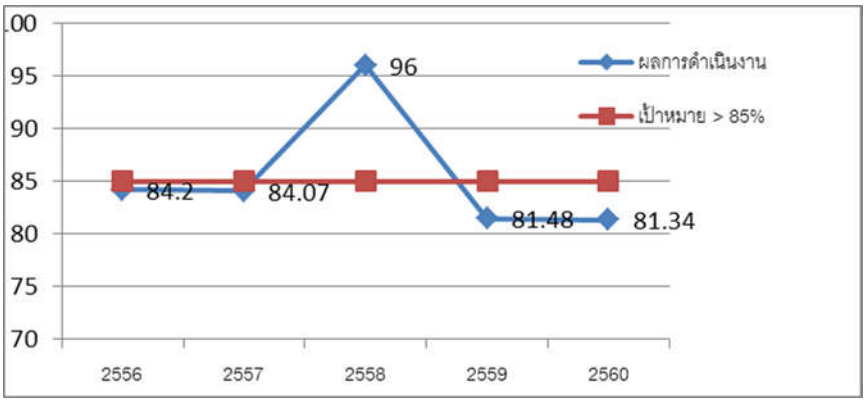
-ทบทวนมาตรฐานคำย่อ ของ รพ. และสรุป แจ้งแพทย์ ในกรณีรายการที่พบปัญหา

-รณรงค์ การปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา HAD โดยนำข้อมูลที่ติดตามได้ แจ้งผ่านหัวหน้างาน สู่ผู้ปฏิบัติงาน

4.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก

20.กราฟแสดงร้อยละของความพึงพอใจผู้ป่วยนอก



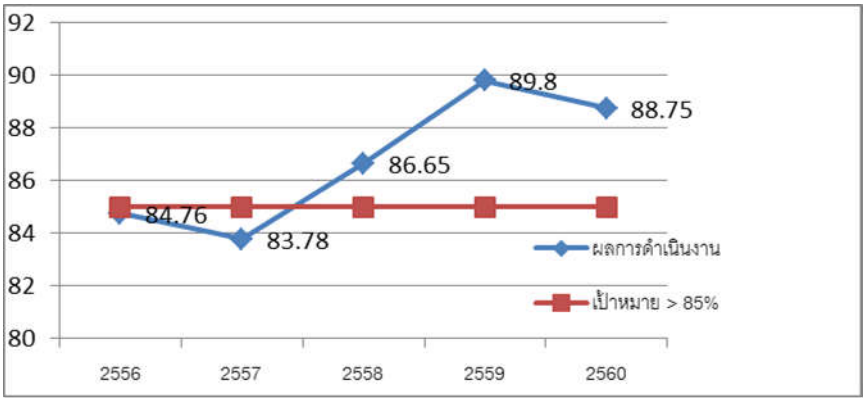
จากกราฟ อัตราความพึงพอในต่อบริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มลดลงจากปี 2558 จากการทบทวนพบว่าระยะเวลารอคอยแพทย์นานขึ้นจากปี 2558 มีระยะเวลารอคอย เพียง 50 นาที แต่ในปี 2559 = 106.9 นาที และปี 2560 = 103 นาที เนื่องจากมีการย้าย และลาศึกษาต่อของแพทย์ที่อยู่ประจำ และมีแพทย์ใช้ทุนมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน คนละ 2-3 เดือน ประกอบกับมีผู้มารับบริการที่ OPD เพิ่มขึ้น แก้ไขโดยการให้ข้อมูลกับผู้มารับบริการ

เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และปรับระบบนัดผู้ป่วยโดยใช้วิธีเหลื่อมเวลากัน มีการแยกคลินิกบริการเฉพาะ เป็น one stop service เช่น คลินิก NCD , คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อลดความแออัด

4.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน

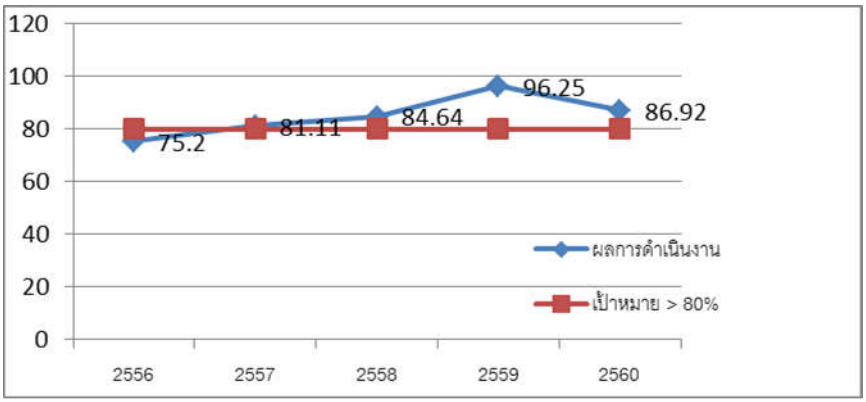
21.กราฟแสดงร้อยละของความพึงพอใจผู้ป่วยใน



จากกราฟ อัตราความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยใน ปี 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 84.76,83.78, 86.65 ,89.8 และ 88.75 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ปี 2557 อัตราความพึงพอใจลดลง จากการทบทวนข้อมูลพบปัญหาเรื่องความสะอาดของสถานที่ ห้องน้ำไม่สะอาด และชำรุด มีการปรับปรุงโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบติดตามกำกับด้านการรักษาความสะอาด และเพิ่มรอบในการทำความสะอาดห้องน้ำผู้ป่วย และจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงห้องน้ำผู้ป่วยใน ทำให้ในปี 2557-2559 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ระยะเวลารอคอยเข้าพักห้องเศษนาน ซึ่งมีห้องรองรับไม่เพียงพอ ปี 2560 เปิดอาคารห้องพิเศษเพิ่ม เพื่อรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น

ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน

22.กราฟแสดงร้อยละความพึงพอใจต่อบริการเยี่ยมบ้าน



จากกราฟ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเยี่ยมบ้าน ปี 2556-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลได้พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่าย เช่น ทีมผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม และใช้ทีมหมอครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงประเด็นและรวดเร็วขึ้น

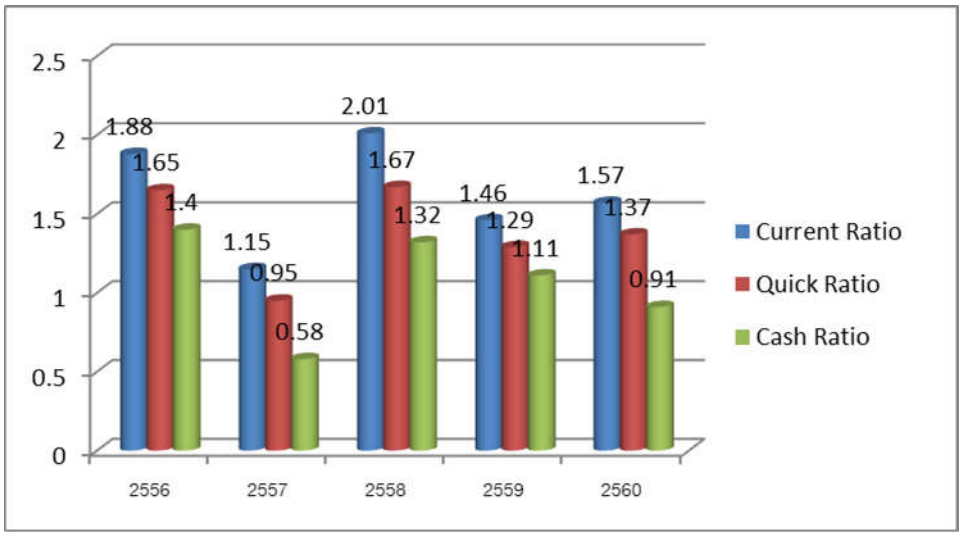
4.3 ผลด้านการเงิน

23.แผนภูมิแสดงสภาพคล่องทางการเงิน

ตัวชี้วัด : 1.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (current ratio) ≥1.5

2.อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (quick ratio) ≥1.0

3.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) ≥0.80

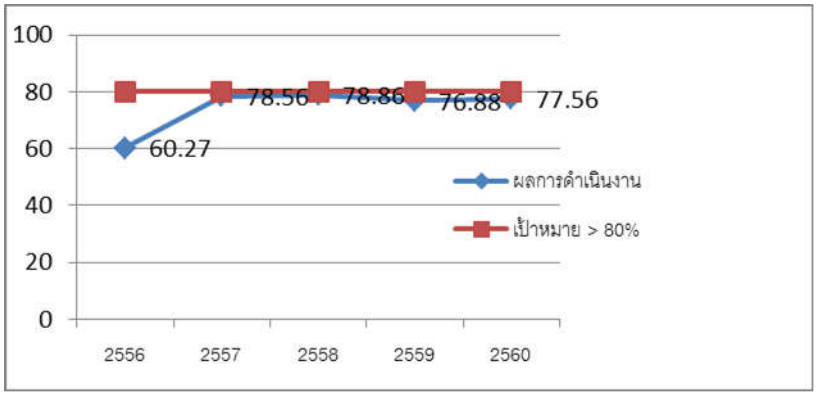


จากกราฟ พบว่า ปี 2557โรงพยาบาลยังขาดสภาพคล่องทางการเงินเนื่องจากขาดการวางแผนประมาณการค่าใช้จ่าย และการควบคุมติดตามการใช้จ่าย รวมทั้งการเป็นหนี้สะสม โดยเฉพาะหนี้ค่ายา ซึ่งมีมูลค่าสูง ทีมบริหารจึงมีการทบทวน และดำเนินการควบคุมภายใน กำหนดมาตรการประหยัดทรัพยากรทั้งยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการประหยัดพลังงาน และหาแนวทางเพิ่มรายได้ เช่น การตรวจสุขภาพกลุ่มข้าราชการในเขตพื้นที่อำเภอร่อนพิบูลย์ การส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการบันทึกข้อมูล และปรับปรุงห้องพิเศษ เพื่อดึงรายได้เข้าโรงพยาบาล

4.4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล

ความพึงพอใจของบุคลากร

24.กราฟแสดงร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร



จากกราฟ แสดงความพึงพอใจของบุคลากร ปี 2556-2560 เท่ากับ ร้อยละ 60.26,78.56 ,78.96 ,76.68 และ 77.56 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าประเด็นที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรน้อย คือ สภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น เครื่องมือ/เครื่องใช้ที่เพียงพอ/ปลอดภัย ,นโยบายการพัฒนาบุคลากร /งาน ของผู้บริหาร โอกาสความก้าวหน้าในงาน และ รายได้ค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน ทีมจึงได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานงานบุคลากรโดย และจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการ ดังนี้

1.โรงพยาบาลได้จัดสวัสดิการและชุดสิทธิประโยชน์ แก่บุคลากร และแจ้งให้ทุกคนได้ทราบ

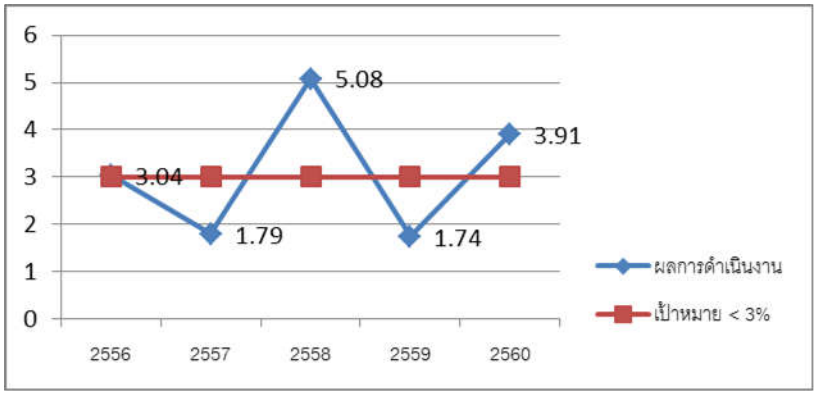
2.ประเด็นการจ่ายค่าตอบแทนและค่าเบี้ยเลี้ยง มีการจ่ายเป็นปัจจุบันและตามเกณฑ์ของจังหวัด

3.มีการปรับปรุงด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ให้ได้ตามมาตรฐาน ,จัดหาเครื่องมือที่เพียงพอ และจัดทำ 5 ส เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

4.ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน สื่อสารนโยบายต่างๆ และรับทราบปัญหาของหน่วยงานเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และตอบสนองความต้องการของบุคลากร

อัตราการคงอยู่/ลาออก ของบุคลากร

25.กราฟแสดงอัตรา การคงอยู่/ลาออก ของบุคลากร โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์



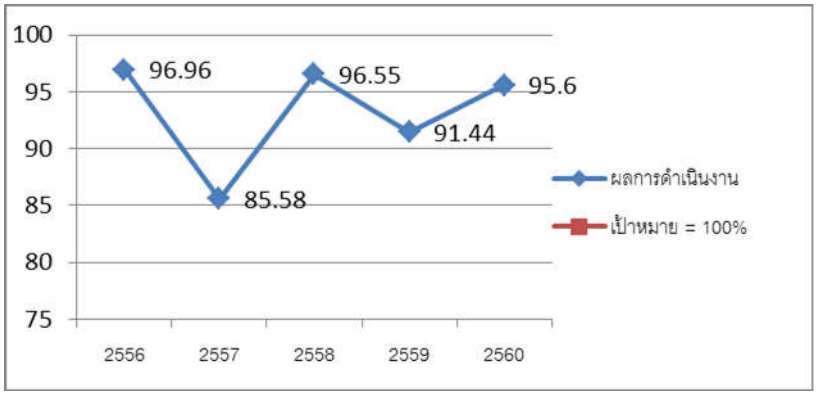
จากกราฟ พบว่า ปี 2557 อัตรา turnover rate เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากบุคลากรที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวลาออก

เนื่องจากได้งานใหม่ และมีข้าราชการย้ายติดตาม 2 คน ส่วนปี 2560 ข้าราชการเกษียณอายุราชการ จำนวน 2 คน และลูกจ้างชั่วคราวรายวันลาออก 3 คน เนื่องจากได้งานใหม่

4.4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล

การตรวจสุขภาพประจำปี

26.กราฟแสดงร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

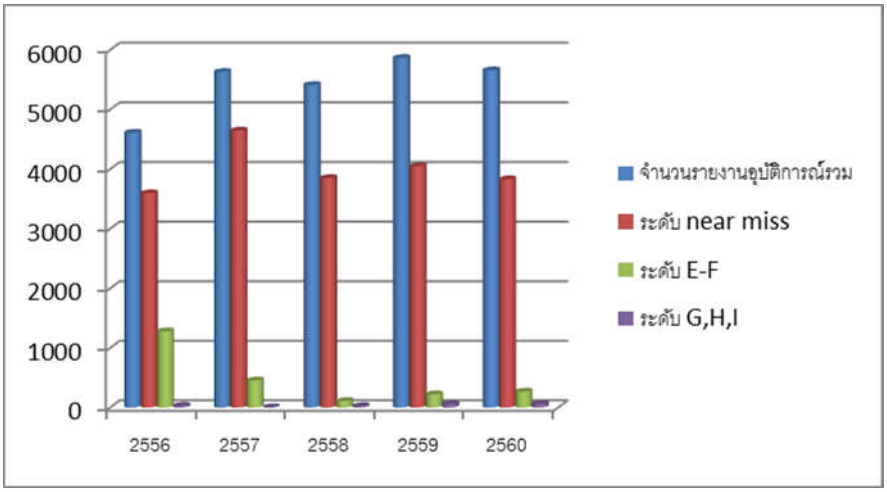


จากกราฟ ปี 2556-2560 บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เท่ากับ ร้อยละ 96.96 ,85.58,96.55,91.44 และ 95.60 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2560 พบว่า บุคลากรกลุ่มที่มีสุขภาพดี ร้อยละ 89.25 บุคลากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.48 และบุคลากรกลุ่มป่วย ร้อยละ 6.27 มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โดยส่งเสริมการออกกำลังกาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเข้าร่วมโครงการ BMI Champion Ship ร่วมกับ สสจ.นครศรีธรรมราช

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

27.กราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับ



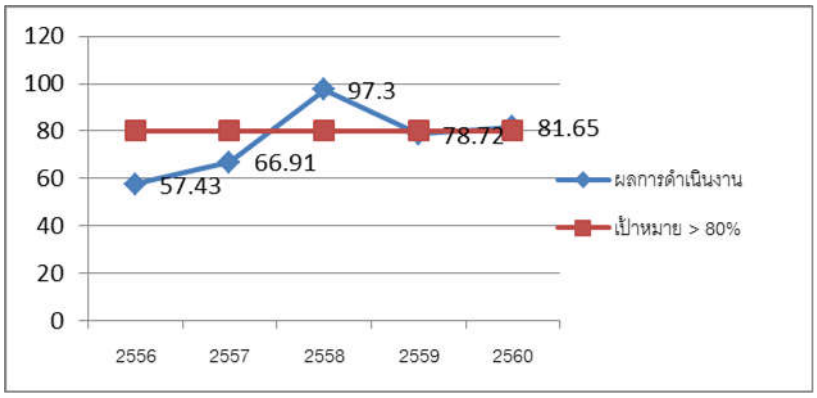
จากกราฟแสดง จำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับ ปี 2556-2560 เท่ากับ 4,610 ,5,630 ,5,411,5,865 และ 5,656 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการกำหนดนโยบายการรายงานความเสี่ยงไม่ถือว่าเป็นความผิด มีการกระตุ้น

ให้หน่วยงานมีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการทบทวนและตอบสนอง / แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการรายงาน ทำให้บุคลากรเห็นประโยชน์และเห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

28.กราฟแสดงร้อยละของความทันเวลาในการทบทวนอุบัติการณ์ ระดับ E-I



จากกราฟแสดงความทันเวลาในการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-I ปี 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 57.43 ,66.91 และ 97.30 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2556-2558 เนื่องจากการบุคลากรมีความตื่นตัวในการรายงานอุบัติการณ์และการทบทวนอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ปี 2559 – 2560 ทีมขาดการกระตุ้นติดตามอย่างสม่ำเสมอการทบทวนจึงทำได้ไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด จึงมีแนวโน้มลดลงจากปี 2558

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ENV

29.ตารางแสดง จำนวนครั้งการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
การซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	1ครั้ง/ปี	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง

มีการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยเป็นประจำทุกปี โดยมี งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นที่ปรึกษาและร่วมฝึกซ้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในพื้นที่ จากการซ้อมแผนประจำปี 2559 พบปัญหาเส้นทางการจราจรภายในโรงพยาบาล เนื่องจากมีช่องทางประตูเข้า-ออก เพียง 1 ช่อง ทำให้การจราจรติดขัด จึงมีการทบทวนเพื่อปรับปรุงช่องทางการจราจรเพื่อให้มีความสะดวกมากขึ้น

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ENV

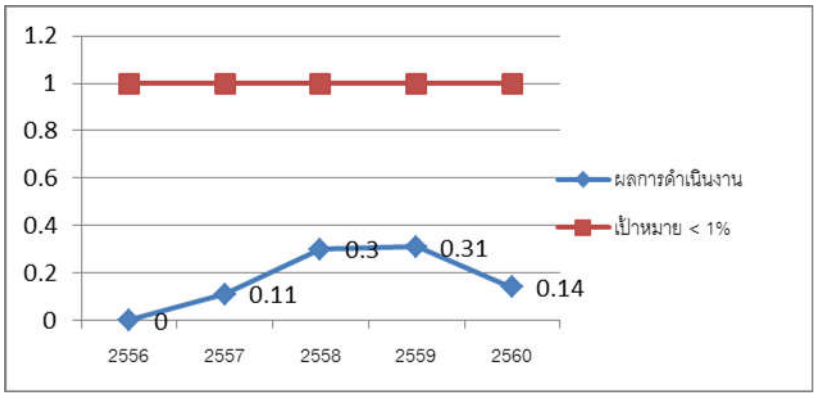
30.ตารางแสดงผลการตรวจคุณภาพน้ำเสีย

ลำดับ	พารามิเตอร์	ค่ามาตรฐาน	2557	2558	2559	2560
1	pH	5-9	7.9	7.6	8.3	7.9
2	สารที่ละลายได้ทั้งหมด	<500mg/l	466	180	349	422
3	สารแขวนลอย	<30mg/l	14	46.0	6	10
4	ตะกอนหนัก	<0.5mg/l	<0.1	<0.1	0.5	<0.1
5	BOD	<20mg/l	3	1.6	2	2
6	น้ำมันและไขมัน	<20mg/l	0.4	14	2.5	1.1
7	ปริมาณไนโตรเจน	<35mg/l	ND	<0.16	0.14	0.73
8	Sulfide	<0.1mh/l	0.05	<0.25	0.31	0
9	COD	<120mg/l	18	14	16	15
10	โคลีฟอร์มแบคทีเรีย	<5,000mpn/100ml	2	69	2	7.8
11	Faecal Coliform Bacteria	<1,000mpn/100ml	2	23.0	2	4.5

โรงพยาบาลปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียจากระบบเดิม มาเป็นระบบคลองวนเวียนตั้งแต่ปี 2552 และมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบ และ ตรวจ monitor ประจำวัน ประจำสัปดาห์ กำหนดนโยบายยกเลิกการใช้สารเคมีที่มีผลกระทบต่อระบบบำบัดน้ำเสีย และชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการทิ้งสารละลายส่งสู่ระบบให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแผนในการส่งตรวจคุณภาพน้ำ ทุก 3 เดือน

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

31.กราฟแสดงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล



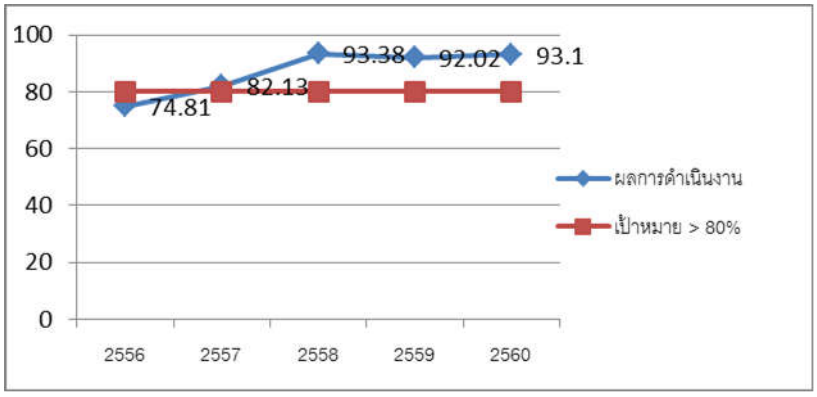
จากกราฟ ปี 2557 – 2560 พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทีมได้ทบทวนและเพิ่ม

ความครอบคลุมในกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

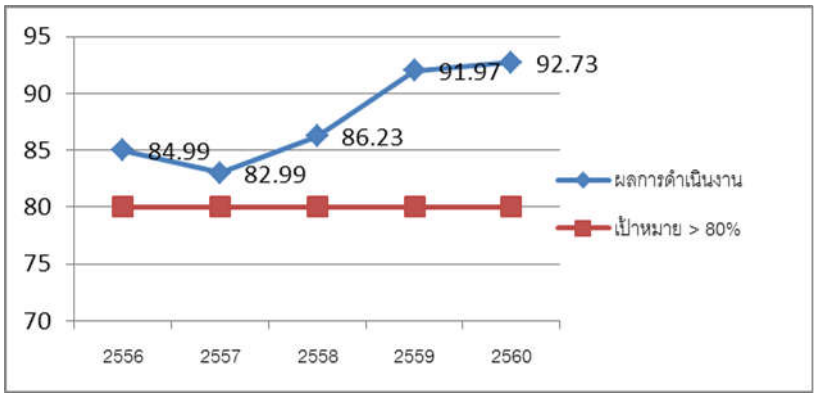
ระบบเวชระเบียน (MRS)

32.กราฟแสดงอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



จากกราฟ ปี 2556-2560 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เท่ากับ ร้อยละ 74.81,82.13 ,93.38 ,92..02 และ 93.10 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากได้มีการทบทวนมาตรฐาน และชี้แจงเกณฑ์ในการประเมินให้ผู้ปฏิบัติรับทราบ และปฏิบัติตามมาตรฐาน

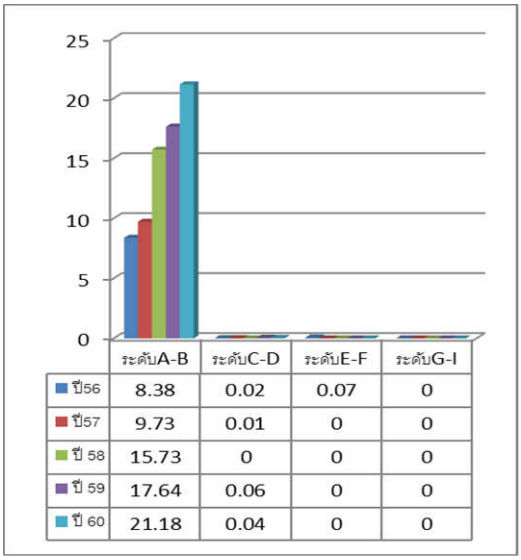
33.กราฟแสดงอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน



จากกราฟ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับร้อยละ 84.99,82.99,86.23 ,91.97 และ 92.73 ตามลำดับ จากการทบทวน พบว่า ปี 2557 ระบบการบันทึกในส่วน Informed consent ,progress note และ nurses'note helpful มีอัตราความสมบูรณ์ลดลง ทีมได้ดำเนินการชี้แจงไปยังผู้เกี่ยวข้องทราบ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ปี 2558 อัตราความสมบูรณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงรูปแบบในการลงบันทึกเวชระเบียน ส่งผลให้เวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

34.กราฟแสดง อัตรา prescribing error - OPD ต่อ 1,000 ใบสั่งยา



	ระดับA-B	ระดับC-D	ระดับE-F	ระดับG-I
ปี56	8.38	0.02	0.07	0
ปี57	9.73	0.01	0	0
ปี 58	15.73	0	0	0
ปี 59	17.64	0.06	0	0
ปี 60	21.18	0.04	0	0

- OPD สั่งใช้ยาผ่านคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ปี 2557 พบความคลาดเคลื่อนมากขึ้น ในส่วนของการพิมพ์จำนวนยาไม่ครบนัด วิธีใช้ยาผิด เลือกยาผิดรูปแบบ (LASA drug) เนื่องจากมี แพทย์หมุนเวียน ทุกปี ช่วงแรก จะขาดความชำนาญในการสั่งใช้ยาตามโปรแกรม Hos. Xp
- ปี 56 สั่งยาไม่พอกับวันนัด ผู้ป่วย COPD มีอาการ (ระดับ F)
-ใช้การ RE –med ยาเดิม เพื่อลดเวลาในการพิมพ์ชื่อยา พบว่า จำนวน หรือชนิดของยา ไม่สอดคล้อง กับวันนัดใหม่ หรืออาการปัจจุบัน

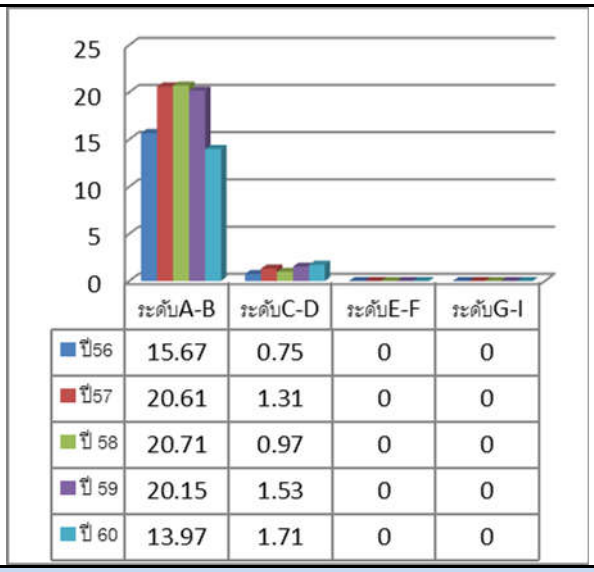
แนวทางพัฒนา แนะนำการใช้โปรแกรมสั่งยาในเจ้าหน้าที่ใหม่ กำหนดขนาดอักษรต่างๆในชื่อยา LASA เพื่อป้องกันการเลือกชื่อยาผิด
การสั่งยาปรับระบบให้มีการคำนวณจำนวนยาตามวันนัด กรณีพยาบาลเลื่อนวันนัดหลังแพทย์สั่งยาแล้วให้มีโน๊ตแจ้งห้องยาทราบก่อนทุกครั้ง
-นำข้อมูล Prescribing Error - 0PD แจ้งผู้ปฏิบัติงานทราบเป็น ระยะๆ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน

35.กราฟแสดง อัตรา prescribing error - IPD ต่อ 1,000 ใบสั่งยา

-IPD มีการสั่งใช้ยาโดยการเขียนคำสั่งใน doctor order ปี2557 -2559 พบความคลาดเคลื่อนสูงขึ้น มีการสั่งยาซ้ำชนิด สั่งยาเดิมของผู้ป่วยวิธีใช้ต่างจากเดิมโดยไม่มีข้อบ่งชี้ใหม่ สั่งยาผิด/ไม่ระบุความแรง สั่งยาที่มี DI เกี่ยวกับการดูดซึมยา

แนวทางพัฒนา

-มีการรณรงค์เรื่องยาเดิมผู้ป่วย ตั้งแต่จุดซักประวัติ แจ้งประวัติยาเดิมให้แพทย์ทราบก่อนสั่งยา เภสัชกรตรวจสอบยาเดิม กับคำสั่งแพทย์ก่อนจ่ายยา
-มีระบบเตือน คู่ยาเกิด DI ทำข้อมูลแจ้งแพทย์พยาบาล ในยาที่พบ DI บ่อยๆ



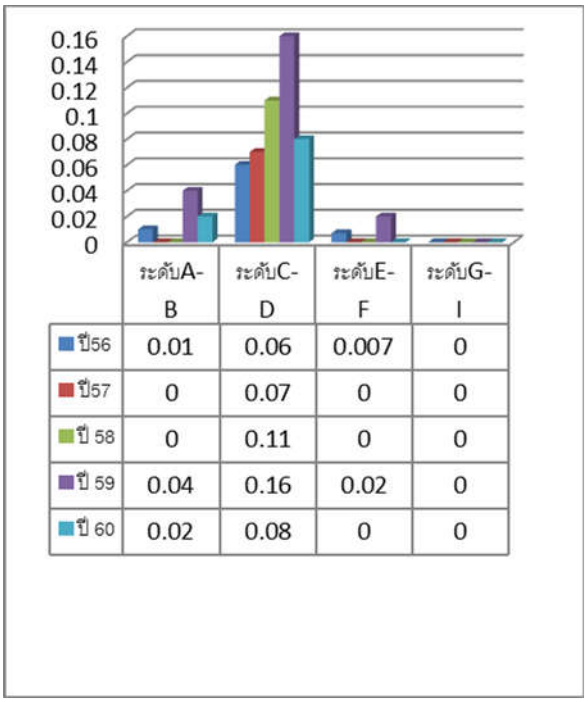
	ระดับA-B	ระดับC-D	ระดับE-F	ระดับG-I
ปี56	15.67	0.75	0	0
ปี57	20.61	1.31	0	0
ปี 58	20.71	0.97	0	0
ปี 59	20.15	1.53	0	0
ปี 60	13.97	1.71	0	0

-มีการ review chart ในผู้ป่วยพักรักษาตัวนาน

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

36.กราฟแสดง อัตรา dispensing error – OPD ต่อ 1,000 ใบสั่งยา



	ระดับA-B	ระดับC-D	ระดับE-F	ระดับG-I
ปี56	0.01	0.06	0.007	0
ปี57	0	0.07	0	0
ปี 58	0	0.11	0	0
ปี 59	0.04	0.16	0.02	0
ปี 60	0.02	0.08	0	0

ตั้งแต่ปี 2554 มีการรณรงค์โครงการยาเก่ามีค่า นำแลกยาใหม่ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคเอดส์ เพื่อลดปัญหายาเหลือใช้ และติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาได้เพิ่มขึ้น เช่นจ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง

-ปี59 ER เวรดึกจ่ายยาผู้ป่วย ผิดชนิด ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น (ระดับ E)

แนวทางพัฒนา

-มีการ double check ยา หลังจัดแล้ว ก่อนส่งจ่ายยา

-มีระบบ ที่เภสัชกร สามารถดู จำนวนวันนัด ค่า lab รายการยาเดิม ได้ เพื่อทวนสอบข้อมูล กรณีพยาบาลเลื่อนนัด note แจ้งห้องยาทราบทุกครั้ง

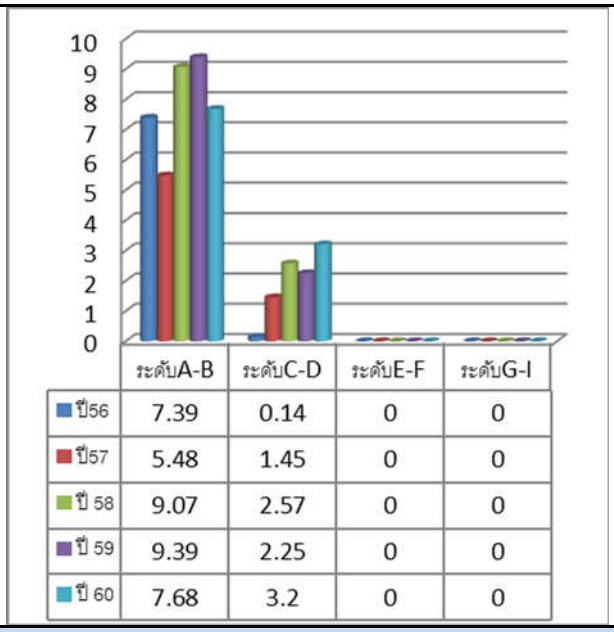
-ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง เช่นโรคเรื้อรัง โรค TB AIDS เน้นให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง

-จ่ายยา โดยทวนสอบข้อมูลที่สำคัญกับผู้ป่วย

37.กราฟแสดง อัตรา dispensing error – IPD ต่อ 1,000 วันนอน

error บ่อยคือ จ่ายยามีฉลากแสดงวิธีใช้ผิด โดยเฉพาะยาที่ dose / เวลาใช้ยาแปลกไปจากทั่วไป ,จ่ายยาไม่ครบรายการ จ่ายยาผิดจำนวน, ผิดความแรง ,ผิดชนิด จ่ายยาคู่ที่มีDI ที่เกี่ยวกับการดูดซึมยา

แนวทางพัฒนา



	ระดับA-B	ระดับC-D	ระดับE-F	ระดับG-I
ปี56	7.39	0.14	0	0
ปี57	5.48	1.45	0	0
ปี 58	9.07	2.57	0	0
ปี 59	9.39	2.25	0	0
ปี 60	7.68	3.2	0	0

-มีการ double check การบันทึกคำสั่งแพทย์ใน patient medication profile

-ยาที่มี dose / เวลาใช้ยา แปลกไปจากปกติ ให้ทำสัญลักษณ์เตือนเช่นใช้สีระบาย วงกลม

-การพิมพ์ฉลาก ให้อ่านจาก order ของแพทย์ แล้วเทียบกับรายการยาที่เภสัชกรบันทึก ก่อนพิมพ์ฉลาก

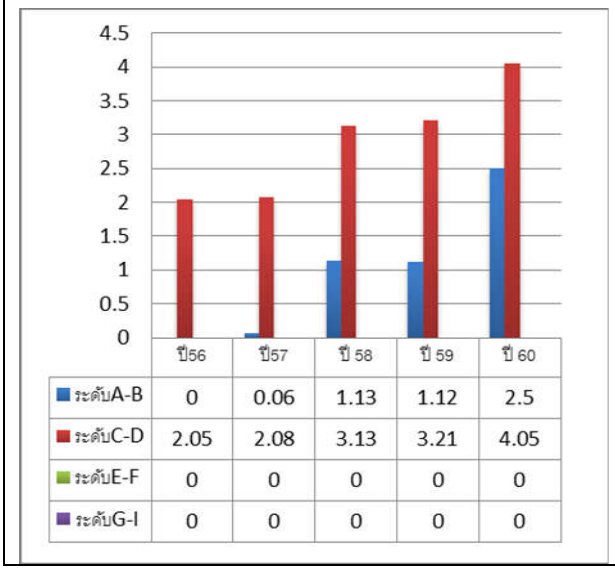
-มีระบบเตือนคู่ยาเกิด DI ในคอมพิวเตอร์ และ เตือนเป็นเอกสาร ในจุดปฏิบัติงาน

-รณรงค์เรื่อง LASA drug เพื่อลดความคลาดเคลื่อน

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

38.กราฟแสดงอัตรา administration IPD : เป้าหมาย < 5:1,000 วันนอน



	ปี56	ปี57	ปี 58	ปี 59	ปี 60
ระดับA-B	0	0.06	1.13	1.12	2.5
ระดับC-D	2.05	2.08	3.13	3.21	4.05
ระดับE-F	0	0	0	0	0
ระดับG-I	0	0	0	0	0

Error ที่พบบ่อยคือ การบริหารยาผิด dose ผิดความแรง ผิดเวลา ไม่ได้ให้ยา ให้ยาคู่ที่เกิด DI

แนวทางพัฒนา

-พยาบาลปรับระบบการบันทึกในใบ MAR ทำสัญลักษณ์เตือน ในรายการยา ที่มี dose ไม่ใช่เลข 1

-มีการdouble check โดยพยาบาล ก่อนให้ยาฉีดผู้ป่วย

-ตรวจสอบรายการยาในใบ MAR เทียบกับรายการที่ห้องยาจ่ายไป กรณีรายการยาไม่ตรงกัน ตรวจสอบ order แพทย์ซ้ำ

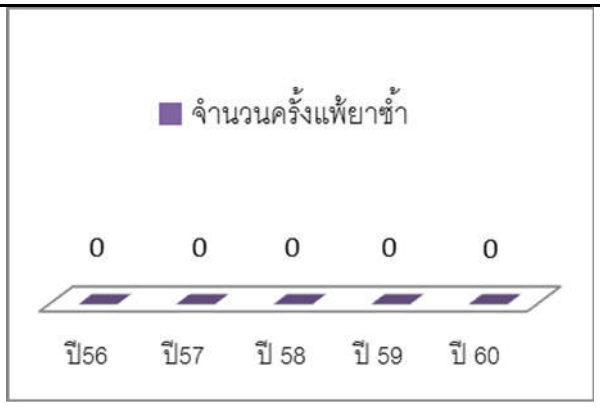
39.กราฟแท่งแสดงจำนวนครั้งการแพ้ยาซ้ำ

ปี 2553 มีรายงานแพ้ยาซ้ำ ระดับ E ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฉีดยา STAT

โดยใช้ยาสำรองที่ ER มีการซักประวัติแล้ว แต่หลังแพทย์สั่งยา ไม่มีการทวนสอบซ้ำ

การพัฒนา

-สร้างความตระหนัก ในการป้องกันการแพ้ยา โดยทุก

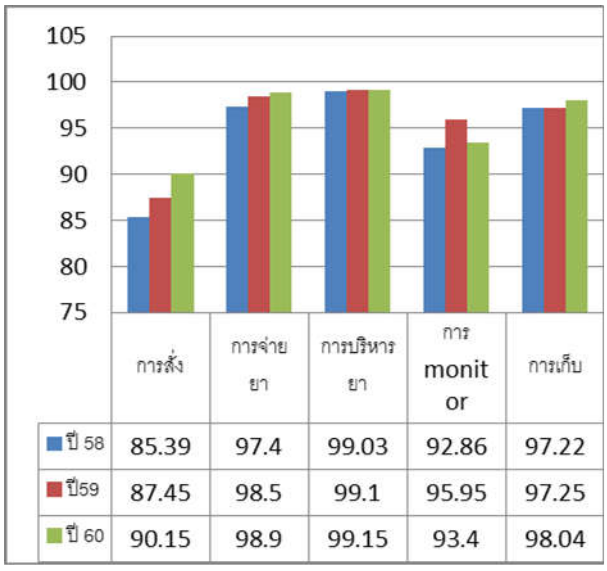


วิชาชีพ ต้องช่วยกันซักประวัติ และทวนสอบ ก่อนให้บริการผู้ป่วย
และสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อหาจุดอ่อนของระบบ
-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ตระหนักถึงอันตรายจากการแพ้ยา และให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งเมื่อมารับบริการ

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

40.กราฟแสดงเปอร์เซ็นต์การปฏิบัติตามแนวทางยา HAD



	การสั่ง	การจ่ายยา	การบริหารยา	การ monitor	การเก็บ
ปี 58	85.39	97.4	99.03	92.86	97.22
ปี59	87.45	98.5	99.1	95.95	97.25
ปี 60	90.15	98.9	99.15	93.4	98.04

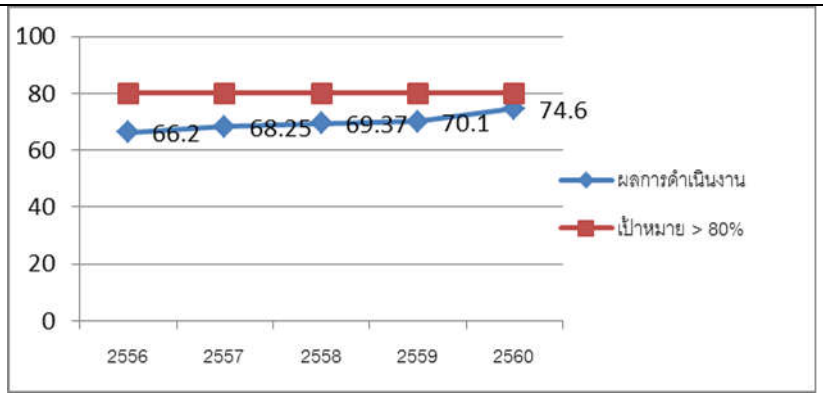
จากการสุ่มติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูง
พบว่ามีการการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา ในแต่ละขั้นตอน เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในเรื่อง การระบุ rate หรือ สัดส่วน ในการสั่งใช้ไม่ชัดเจน
การตรวจสอบข้อมูล (check list) ก่อนจ่ายยา และก่อนบริหารยา ไม่ครบถ้วน
การ monitor ผู้ป่วย หลังให้ยา บางช่วงเวลาไม่สมบูรณ์

การพัฒนา

-มีการรณรงค์ และนำข้อมูล มาทบทวนเพื่อสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่
-มีการแนะนำและให้เอกสาร ความรู้เรื่อง ADR แก่ผู้ป่วย และญาติ หลังใช้ยา HAD เพื่อให้ช่วยสังเกตอาการ และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรักษา

ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

41.กราฟแสดง ร้อยละความทันเวลาในการสอบสวนโรคเฉพาะราย

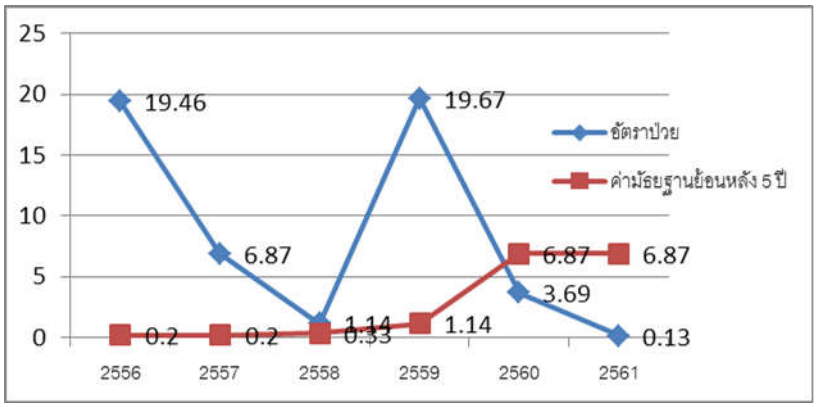


จากกราฟ ความทันเวลาในการสอบสวนโรค ปี 2556-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ปรับเปลี่ยนวิธีการส่งรายงาน 506 โดยในภาวะปกติกำหนดระยะเวลาในการส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ ,พุธ ,ศุกร์) ส่วนในภาวะที่มีการระบาดของโรคปรับเปลี่ยนโดยส่งรายงานทุกวัน ทำให้ช่วงการคำนวณการทันต่อเวลาอยู่ในช่วงทันเวลา

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

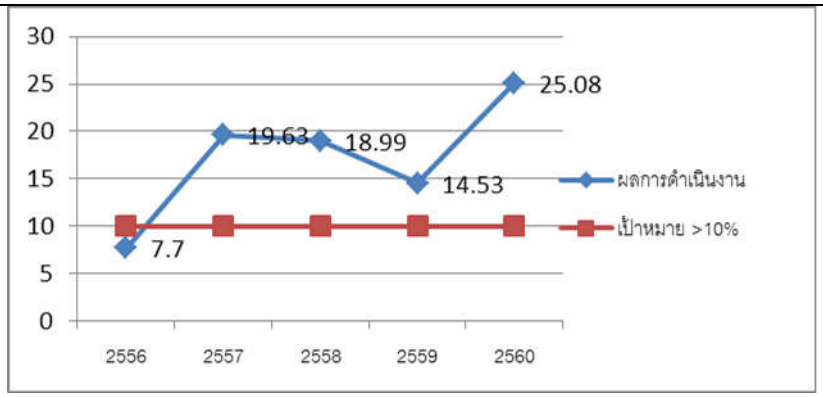
42.กราฟแสดงอัตราป่วยโรคฉี่หนู



จากกราฟ ปี 2556 – 2558 อัตราการป่วยโรคฉี่หนูปี 2556 เพิ่มเนื่องจากมีอุทกภัย มีการรณรงค์ในการป้องกันโรค ปี 2557-2558 อัตราป่วยลดลง ปี 2559 เกิดภัยพิบัติน้ำท่วมครั้งใหญ่ และพบว่ามีผู้ป่วยที่ลุยน้ำ ป่วยเป็นโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้น มีการแก้ไขโดยการทำกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยแบบเคาะประตูบ้าน โดยการรณรงค์แบบเข้มข้นโดยใช้ข้อความ “ไข้ มีแผล แช่น้ำ ให้นึกถึงโรคฉี่หนู” ทำให้ผู้ป่วยและเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และอัตราป่วยลดลงน้อยกว่าค่ามัธยฐานในปี 2560-2561

การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการ

43.กราฟแสดงอัตราการเข้าถึงบริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน



จากกราฟ ปี 2556 มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การใช้บริการ 1669 และ โทรศัพท์สายตรงห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและบาดเจ็บรุนแรง มีการเรียกใช้บริการ EMS ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ปี 2558 มีการขยายบริการเครือข่าย EMS โดย จัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย FR ในพื้นที่

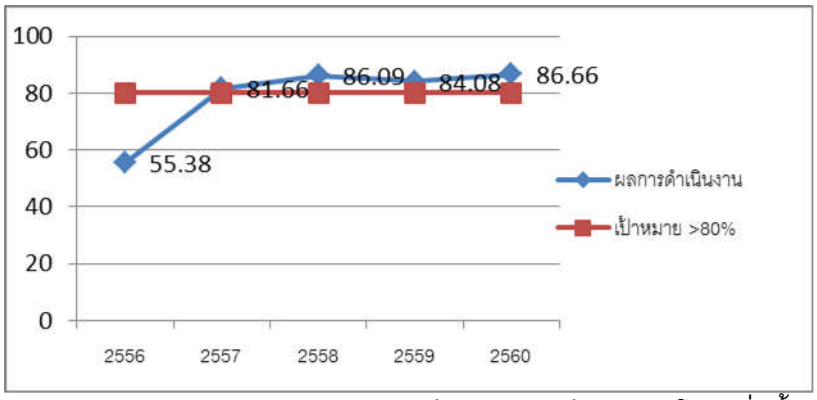
แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1.พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการจัดเก็บข้อมูลในการใช้บริการ EMS และเครือข่าย FR

2. พัฒนาการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

4.6 ผลด้านการนำองค์กร

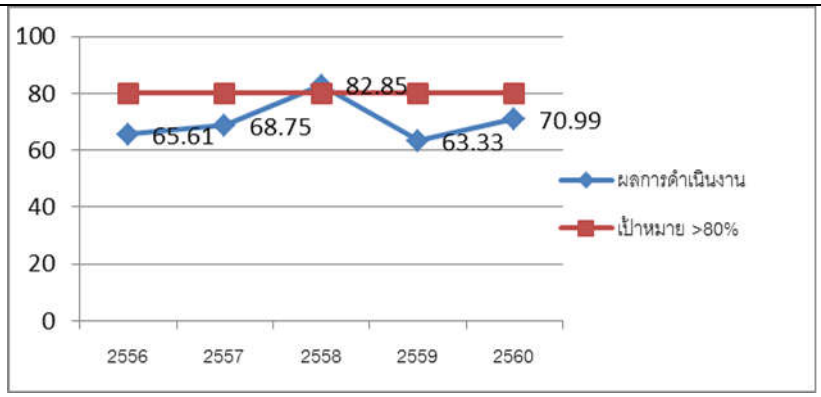
44.กราฟแสดงอัตราการรับรู้วิสัยทัศน์ ค่านิยมขององค์กร



จากกราฟ ปี 2556-2560 อัตราการรับรู้วิสัยทัศน์ ค่านิยมองค์กร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร และมีการสอบถาม กระตุ้นผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

4.6 ผลด้านการนำองค์กร

45.กราฟแสดงร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าหมาย (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)

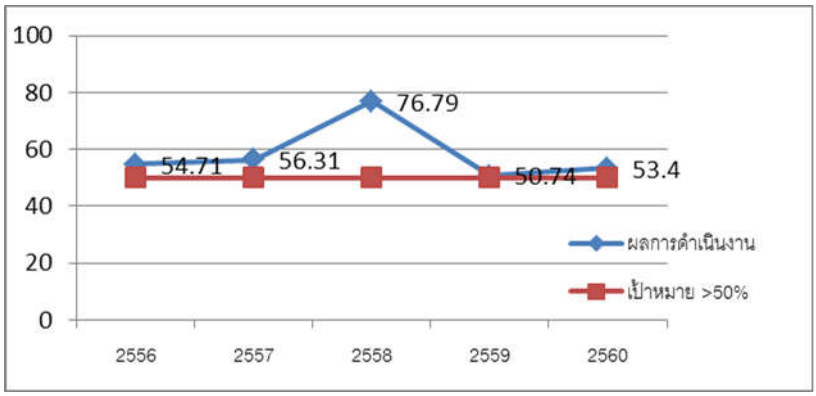


จากกราฟ ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าหมาย ปี 2556-2558 เท่ากับร้อยละ 65.61 ,68.75 และ 82.85 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีการทบทวนและติดตามอย่างเป็นระบบมากขึ้น ปี 2559 มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุมาพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการกระตุ้นและติดตามอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ตัวชี้วัดที่บรรลุตามแผนกลยุทธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2560

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านบุคลากร

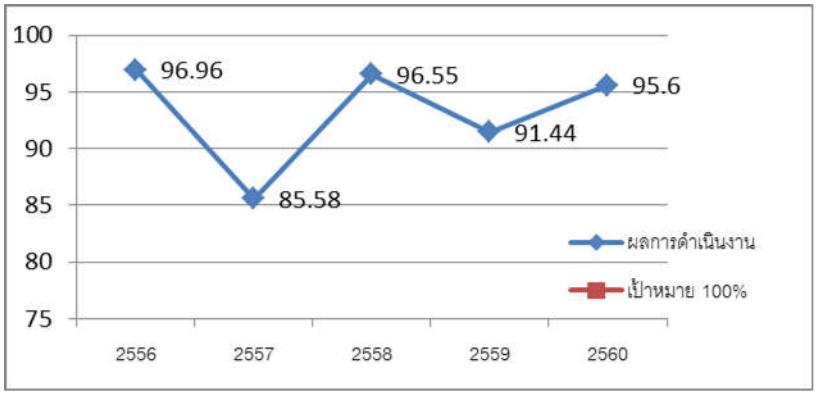
46.กราฟแสดง ร้อยละของบุคลากรที่มี BMI ≤ 23 kg/m^2



จากกราฟ บุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 23 kg/m^2 ในปี 2556 – 2558 เท่ากับร้อยละ 54.71 , 56.31 และ 76.79 ตามลำดับ เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และองค์กรไร้พุงในโรงพยาบาล มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้บุคลากรได้ออกกำลังกาย โดยการสนับสนุนให้จัดตั้งชมรมต่างๆ ขึ้นในโรงพยาบาล เช่น ชมรมเทเบิลเทนนิส ชมรมเปตอง ชมรมโยคะ ชมรมจักรยาน เป็นต้น และส่งเสริมการแข่งขันกีฬาภายใน สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมประกวดผลงานของชมรม และกิจกรรมการประกวดอาหาร ลด หวาน มัน เค็ม อย่าง

ต่อเนื่อง ส่งผลให้ บุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น ปี 2559 ขาดการติดตามและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ ค่าดัชนีมวลกาย ของบุคลากรไม่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ปี 2560 ร่วมโครงการ BMI championship และส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกาย จัดกิจกรรมเดินวิ่งเพื่อทดสอบสมรรถภาพร่างกายของบุคลากรต่อ

47.กราฟแสดงร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (เป้าหมาย 100%)

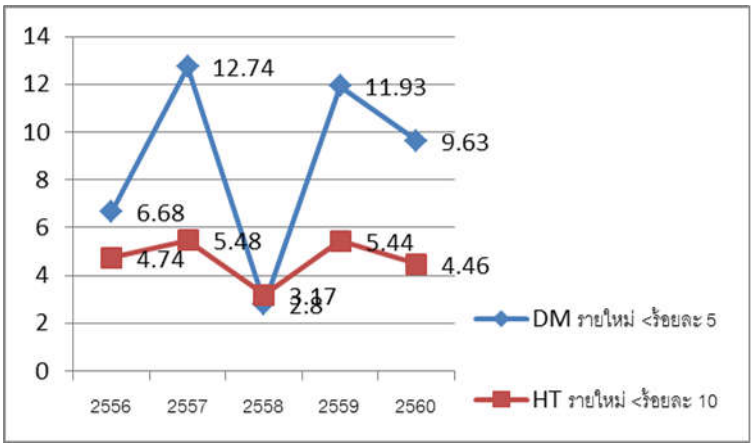


จากกราฟ พบว่า ปี 2556-2560 บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าร้อยละ 80 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

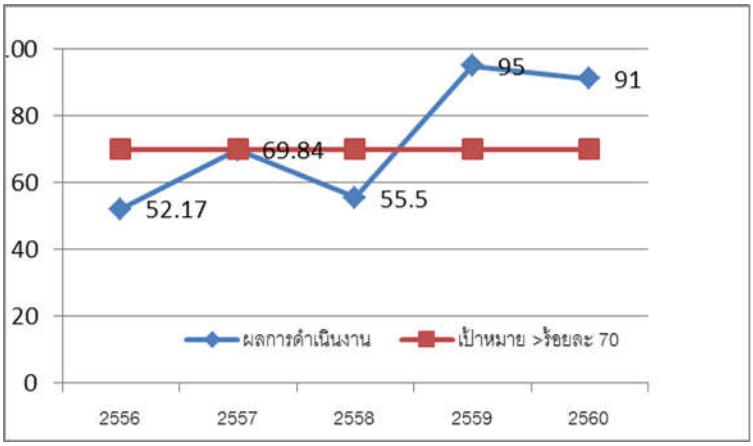
ด้านผู้รับบริการและชุมชน

48.กราฟแสดงอัตราป่วยโรคเบาหวานราย และโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ต่อแสนประชากร



จากกราฟ แสดงอัตราป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2556 – 2560 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจัดโครงการคัดกรองเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีทีมผู้นำชุมชน อสม.เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีการจัดอบรม อสม.เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน และดึงชุมชนเข้ามาร่วมโครงการหมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรคให้ครอบคลุมมากขึ้น

49.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการทำ program COPD rehabilitation ประสบความสำเร็จ

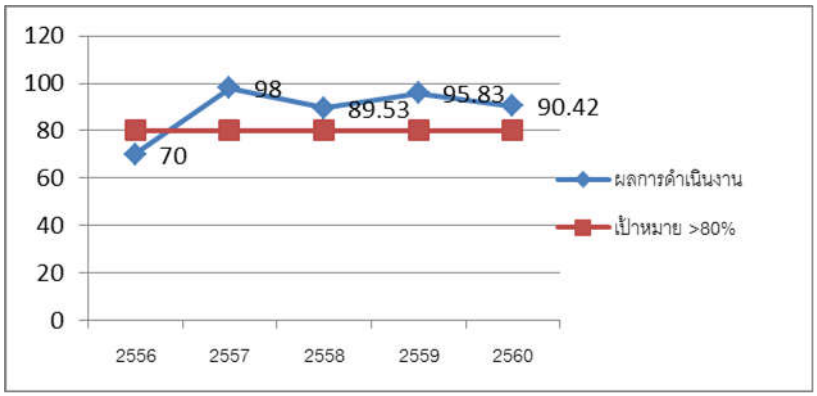


จากกราฟ ปี 2559-2560 ผู้ป่วย COPD ได้รับการทำ program COPD rehabilitation ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากมีระบบการมอบหมายทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และให้เวลากับผู้ป่วยในคลินิกโรคหอบเพิ่มขึ้น มีระบบการติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหอบบรรลุเกินกว่าเป้าหมายที่วางไว้

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านผู้รับบริการและชุมชน

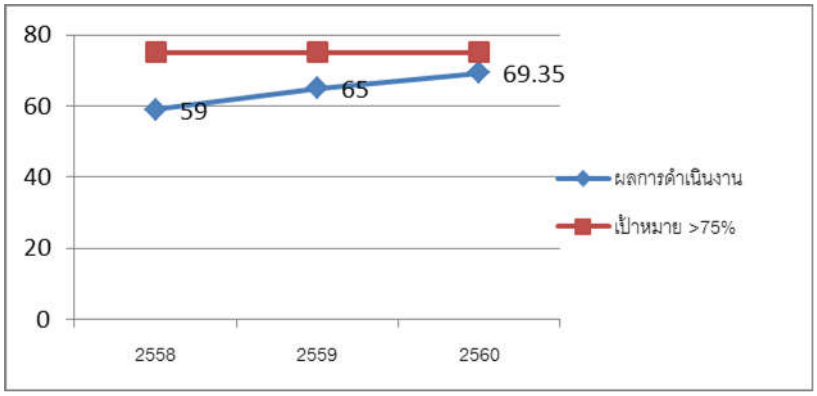
50.กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ คะแนน SMNRC 83-75



จากกราฟ ปี 2556-2560 พบว่า ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 70 ,98.18 ,89.90 ,95.83 และ 90.42 ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น งานกายภาพบำบัด จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย และวางแผนในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการสอน care giver และ อสม. ในการทำกายภาพบำบัดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในเชิงรุก มีการวาง

ระบบงานที่ชัดเจน โดยใช้ช่วงนาทีทองคือภายใน 6 เดือนแรกเป็นช่วงของการเร่งฟื้นฟู เน้นการนัดติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย โดยมีโปรแกรมการส่งต่อหลังจำหน่ายจาก รพ.มหาราช ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างทั่วถึง

51.กราฟแสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน/คัดกรองสุขภาพ

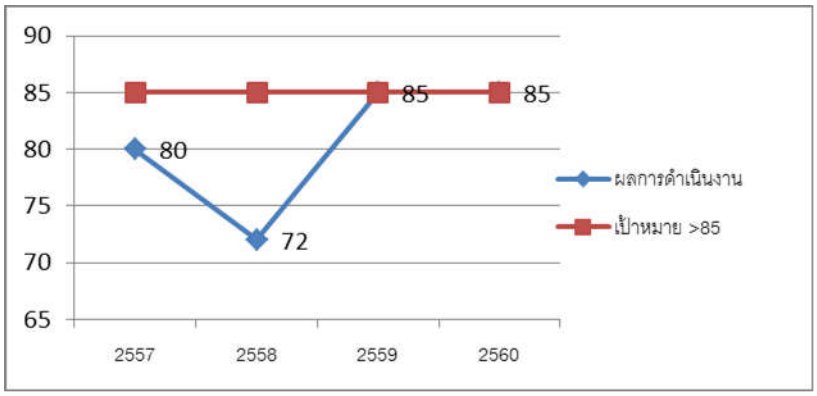


จากกราฟ ปี 2558 – 2560 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน/คัดกรองสุขภาพ เท่ากับ 59 ,65 และ 69.35 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมอบหมายทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการร่วมมือกับทีมองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน / อสม.ในการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปรับเวลาในการทำกิจกรรมเป็นวันหยุดราชการ จึงทำให้มีผู้สูงอายุ และผู้ดูแลได้มาร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านผู้รับบริการและชุมชน

52. กราฟแสดงร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพมีกิจกรรมต่อเนื่อง (เป้าหมาย >ร้อยละ 85)



จากกราฟ ปี 2557-2558 ชมรมสร้างสุขภาพมีกิจรรมต่อเนื่องลดลงเนื่องจากไม่ได้รณรงค์อย่างต่อเนื่อง เช่น ชมรม แอโรบิก ของ อบต.ร่อนพิบูลย์ ,เทศบาลร่อนพิบูลย์,ชมรมไลน์แดนซ์ หมู่ที่ 2 ตำบลร่อนพิบูลย์ ชมรมออกกำลังกายตารางเก้าช่อง จึงมีการปรับปรุงโดย ให้แต่ละชมรมใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งมีการประเมินภาวะสุขภาพของสมาชิกในชมรม สร้างกิจกรรมเสริมพลัง เช่น นำไปโชว์การออกกำลังกายในงานเทศกาลของอำเภอ / ตำบล เป็นต้น ทำให้ปี 2559-2560 ชมรมสร้างสุขภาพมีกิจกรรมต่อเนื่องเพิ่มขึ้น