



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจะนะ

ที่ สข วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตนำเอกสารเผยแพร่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ

ด้วย กลุ่มงานการพยาบาล ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ตาม EB ๒๖) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และขออนุญาตเผยแพร่ลงเว็บไซต์ของโรงพยาบาลจะนะ (<http://www.chanahospital.go.th/>) เพื่อให้ประชาชนทราบแนวทางการดำเนินการ ให้เป็นไปตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ

(นางประสพพิมพ์ พรหมสิน)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

- ได้ตรวจสอบแล้วสามารถเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน <http://www.chanahospital.go.th/> หรือสื่ออื่น ๆ ของหน่วยงานได้

ลงชื่อ

(นายวิชัย ยานวิมุตติ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผลการพิจารณา (☒) อนุญาต

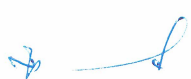
() ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

(นายสุภัทร อาสุวรรณกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา
ตามประกาศโรงพยาบาลจะนะ
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๒

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล วัน/เดือน/ปี : ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒ หัวข้อ: ขออนุญาตเผยแพร่แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) ๑. คู่มือปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๒. แบบฟอร์มการขออนุญาตประกาศผ่านเว็บไซต์ของกลุ่มงานการพยาบาล  (นางประสพพิมพ์ พรหมสิน) ผู้รับผิดชอบ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	
ผู้รับรองการให้ข้อมูล  (นายวิชัย ยานวิมุตติ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นส.โคกเกียรติ ไพเราะ) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๒๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	



Service Profile

งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลจະนะ จังหวัดสงขลา

ธันวาคม 2561

หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะนะ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย

ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยนอกอย่างถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจะนะให้บริการตรวจโรคทั่วไปทุกกลุ่มอายุ รวมถึงการตรวจสุขภาพเพื่อการออกไปรับรองแพทย์ประเภทต่าง ๆ ให้บริการในวันราชการ 08.00 -16.00 น. และมีคลินิกนอกเวลาราชการ 16.00-20.00 น. วันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00 – 20.00 น.

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับบริการภายนอก	ความต้องการ
ผู้ป่วยและญาติ	- การเอาใจใส่ด้วยพฤติกรรมการบริการที่ดี - ได้รับการบริการที่รวดเร็ว - ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - ได้รับความสะดวกในการติดต่อประสานงาน
หน่วยงานภายนอก/ตัวแทนบริษัทประกัน	- รับการประสานงานที่ดีถูกต้องรวดเร็ว ทันเวลา

ความต้องการผู้รับผลงานภายในที่สำคัญ

ผู้ร่วมงานใน รพ.	ความต้องการ
แพทย์	- ต้องการข้อมูลจากการซักประวัติที่ถูกต้อง ครบถ้วน และมีการเตรียมความพร้อมของข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัย ได้แก่ ผล Lab ประวัติการนอน โรงพยาบาล และการส่งตรวจ Lab ที่ถูกต้อง - ได้รับการรายงานอาการที่แย่งได้ทันทั่วทั้ง - การเตรียมความพร้อมของห้องและเครื่องมือที่พร้อมใช้
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	- การประสานข้อมูลในการส่งต่อที่ถูกต้องครบถ้วน และการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและ รวมถึงการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องเหมาะสม
ชั้นสูตร/เอกซเรย์	- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, คำสั่งชัดเจน และมีการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการมาตรวจตามนัดที่ถูกต้อง - การระบุขอผล Lab ด่วนที่ชัดเจน
หอผู้ป่วย	- การประสานการส่งข้อมูลการ Admit ที่ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งเอกสารและการรายงาน Case - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนการ Admit ได้แก่ การใช้สิทธิการรักษา

ผู้ร่วมงานใน รพ.	ความต้องการ
ห้องยา	- มีข้อมูลการแพ้ยาที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน เวชระเบียนถูกคน
ซักฟอก/ซักฟอกลาย	- การเบิกเครื่องมือถูกต้อง/ตรงเวลา - แยกผ้าเปื้อนถูกต้อง
บริหารงานทั่วไป	- การขออนุมัติ/การเบิกเงินสวัสดิการต่างๆถูกต้องตามขั้นตอน/ตามระเบียบ
PCU / NCD	- การให้คำแนะนำในเรื่องการมาตรวจตามนัดที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง - การคัดกรองการส่งผู้ป่วยตามคลินิก และการนัดผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issues)

การบริการคัดกรองถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความท้าทายและ ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

1. เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองเชิงรุก ณ. จุดคัดกรองและการประเมินซ้ำ ณ.จุดซักประวัติ
2. ลดการระบุดัชนีผู้ป่วยผิดเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ส่งมาพบแพทย์หลายแผนกและใช้ใบนำทางแทน

OPD Card (Paperless)

3. การใช้ Lean ผู้ป่วยนัดที่ส่ง Lab เพื่อลดระยะเวลารอคอยที่สูญเสียเปล่า

ความเสี่ยงสำคัญ (ทางคลินิกทั่วไป เฉพาะโรค,ความเสี่ยงทั่วไป)

ความเสี่ยงทั่วไป

1. การพลัดตก หกล้มจากพื้นเปียก/ต่างระดับ
2. ระบบ IT ล่าช้าในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย(ใช้WIFI)

Common Clinical Risk

1. มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ
2. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม IC ผิด
3. การระบุตัวผู้ป่วยผิด
4. ความไม่พึงพอใจต่อบริการ

Specific Clinical Risk

1. Shock จากHyperglycemia/Hypoglycemia, DHF,, Heart disease,
2. ภาวะ Stroke จากกลุ่มอาการ Hypertension
3. Severe dehydration จาก Diarrhea
4. Febrile Convulsion จาก Fever ในเด็ก0- 5 ปี

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
1. เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉินขณะรอรับบริการ	1. ประเมินและจัดประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนได้ถูกต้อง 2. การติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะ	- อัตราการคัดกรองถูกต้อง/ถูกแผนก - จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ -	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง /กลุ่มด่วนโดยใช้เครื่องมือ Trigger Tool, MEWS โดยมีพยาบาลคัดกรอง ณ จุดคัดกรอง/Nursing round - มี แนวทาง/Guideline Chest pain, stroke, Sepsis, Vaginal bleeding, Acute diarrhea, DHF
2.การระบุตัวผู้ป่วย	1. เพื่อป้องกันการชักประวัติ/การรักษาผิดคน	- จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการชักประวัติ/การตรวจผิดคน	- เน้นการใช้Patient Identification - ตรวจสอบชื่อ-สกุลในคอมให้ตรงกับใบนำทาง
3.รวดเร็วและความพึงพอใจ	1.ลดระยะเวลารอคอยที่สูญเปล่า 2. สนองความต้องการความสะดวกสบายและประทับใจบริการ	- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย - อัตราความพึงพอใจ - จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	- พัฒนาระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยรถเข็นนั่ง / เพลนอน - พัฒนาระบบนัดเหลื่อมเวลา - ปรับภูมิทัศน์อาคาร/เก้าอี้,สิ่งแวดล้อมบริเวณ OPD

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน	บุคลากร	2558(ราย)	2559 (ราย)	2560 (ราย)	2561 (ราย)
1.จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	10	69,672	77,157	84,619	
-ผู้ป่วยนอกทั่วไป/คัดกรอง	6	48,958	56,538	63,396	
-คลินิก DM/HT	4	17,491	17,394	16,959	
-คลินิก Asthma	2	2,129	2,281	2,452	
-คลินิก ACS	2	875	938	866	
-ผู้ป่วย Admit		924	1,231	1,869	
-ผู้ป่วย Refer		5,068	4,204	3,839	
-PV +Pap smear		495	499	477	
-US		373	351	361	
-VA		207	364	359	
-Proctoscope		-	38	46	
2.คลินิกนอกเวลาราชการ	2	19,921	22,327	25,955	

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

บุคลากร	เครื่องมือ	เทคโนโลยี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 5 คน	เครื่องอัลตราซาวด์ = 1	โปรแกรม Ho-OS
พยาบาลเทคนิค 1 คน	BP ดิจิตอลแบบสอดแขน =1	โปรแกรมรายงาน ความเสี่ยง
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน	BP ดิจิตอล= 6	เครื่องคอมพิวเตอร์ 6 ตัว
พนักงานทำความสะอาด 1 คน	O2 Sat = 2	

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ข้อจำกัด	การแก้ไข
1.บุคลากรปฏิบัติงาน Fix เข้า เมื่อมีการลา/ประชุม/ ออกรพ.สต. ต้องเรียกจากแผนกอื่นๆ เนื่องจากไม่สามารถแลกเวรได้	- OTจากแผนก ดึกผู้ป่วยหญิง/ ชาย
2. บริเวณ OPD คับแคบพื้นที่จำกัด ที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ	- จัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังแยกออกจาก OPD - จัดระบบนัดเป็นช่วงเวลา - จัดบริการตรวจ OPD นอกเวลา - แยกบริการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว, ข้าราชการทั่วไป บริษัทต่างๆ, บุคลากรสาธารณสุขที่งานอาชีวะอนามัย
3. เครื่องมือช่วยการวินิจฉัย(,เครื่องEKG,NST)	- ใช้เครื่อง EKG ที่ ER, NST ที่ LR

ขั้นตอนการรับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนการรับบริการ

ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย / คน

① ยื่นบัตร

- บัตรเก่า / บัตรใหม่ $\longleftrightarrow$ ภายใน 15 นาที
- บัตรนัด $\longleftrightarrow$ ยื่นบัตรก่อนเวลานัด 15 นาที

② เรียกชื่อ ชักประวัติ

- วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก $\longleftrightarrow$ พยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน เวลา 08.00 น.

ชักประวัติ 5 - 10 นาที/คน

③ เรียกชื่อเข้าพบแพทย์

- $\longleftrightarrow$ แพทย์ขึ้นปฏิบัติงาน เวลา 09.00 น.

แพทย์ตรวจ 2 - 10 นาที/คน

④ บริการหลังพบแพทย์

- ออกใบนัด $\longleftrightarrow$ ภายใน 10 นาที
- บริการรับรักษาตัวภายในโรงพยาบาล $\longleftrightarrow$ ภายใน 10 นาที
- บริการใบส่งตัวไปยังโรงพยาบาลอื่น $\longleftrightarrow$ ภายใน 10 นาที

* * กรณี... ผู้ป่วยเร่งด่วน / ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะนั่งรอแจ้งพยาบาล
หน้าห้องตรวจทันทีและจะได้รับพิจารณาให้ตรวจก่อน * *

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การสร้างเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

	กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ผลลัพธ์
เจ้าหน้าที่ 7 คน อายุเกิน 50 ปี= 5 คน	- ในเวลาราชการขณะทำงานนั่งซักประวัตินานเกิน 2 ชม.ให้ลุกเดินหรือบริหารแขนขา 5-10 นาทีเพื่อลดอาการปวดต่างๆ -รับประทานอาหารปรุงเอง +ผักผลไม้ปลอดสารพิษ -ส่งเสริมการออกกำลังกาย3-5 วัน/สัปดาห์	ผลการตรวจสุขภาพปี 2561 BMI =24-25 จำนวน 3 คน BMI < 24 จำนวน 4 คน Cholesterol > 250 mg = 2 คน -ได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ครบทุกคนปี61 วันที่11/5/61 - เจ้าหน้าที่ 5-6 คน นำอาหารและผักผลไม้ที่ปลูกเองมารับประทาน -เดินออกกำลังกาย/ฟิตเนส ประจำ 45-60 นาที 3 คน
ผู้รับบริการ	-BMI เกิน แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิน+การออกกำลังกาย -จัดบอร์ดกิจกรรมสุขภาพ,ยางยืด -แนะนำการลดละเลิกยาสูบทุกรายที่สูบยาสูบ/บุหรี่	- สมัครใจอยากเลิกส่งเข้าคลินิกเลิกยาสูบปี
ชุมชน	- เข้าร่วมกิจกรรมชมรมแอโรบิคโรงเรียนบ้านนา - ซักจูงและแนะนำประชาชนในเทศบาลไปออกกำลังกายที่โรงเรียนบ้านนา/ร้านฟิตเนส	
สิ่งแวดล้อม	- เป็นแบบอย่างลดโฟม /ถุงพลาสติกโดยนำถ้วย จานไปซื้ออาหารจากร้านค้ารพ. - ลดการใช้ถุงใส่ยา ใช้ถุงผ้า - มีกระถางต้นไม้ในร่มรอบๆหน่วยงาน	

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

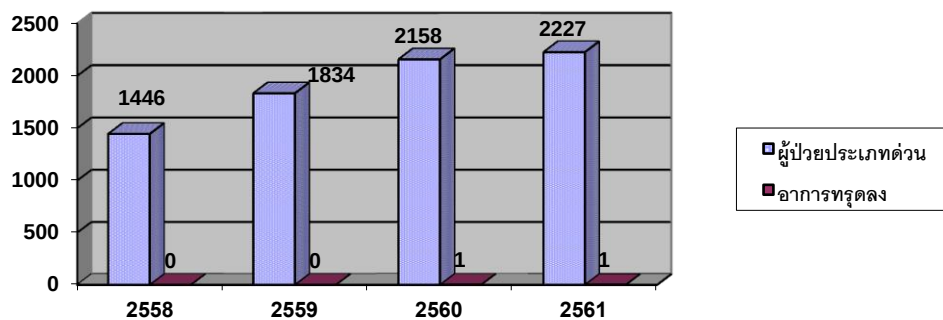
กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การเข้าถึงบริการ (Entry)	-เข้าถึงได้ง่าย โดยมีพยาบาลคัดกรอง ณ.จุดแรกรับร่วมกับงานห้องบัตร -ลดขั้นตอนยื่นบัตรและรอซักประวัติ -มีบัตรคิวทั่วไป, คิวผู้สูงอายุ, คิวนัด แยกสีชัดเจน	-คัดกรองผิด/ล่าช้า	- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและส่งตรวจถูกต้อง
2.การประเมินอาการ (Assessment)	-จำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง - ผู้ป่วยเร่งด่วนพยาบาลคัดกรองจะส่งต่อข้อมูลให้งานห้องบัตรและพยาบาลด้วยวาจาและเขียนลงในบัตรคิวเพื่อสื่อสารทุกวิชาชีพและพยาบาลซักประวัติส่งต่อข้อมูลต่อแพทย์ทันทีโดยใช้ Trigger Tool OPD, MEWS กรณีมีอาการเร่งด่วนตาม Guideline - ผู้ป่วยนัดหรือทั่วไปซักประวัติตามบัตรคิวและส่งตรวจตามบัตรคิว - ลดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มโรค (TB, MERS, H1N1, Chicken pox , Mump, Hand- Foot Mouth)โดยแยกผู้ป่วยประสานทีมแพทย์ พยาบาล เภสัช เอกซเรย์ ชั้นสูงตาม Flow IC	- เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ - ซักประวัติไม่ครอบคลุมปัญหา -ผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ	-จำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ -จำนวนอุบัติการณ์ได้รับการซักประวัติ/การตรวจผิดคน -ระยะเวลารอคอยพบพยาบาล/แพทย์
3.การเก็บและส่งตรวจ Investigate	-มีการประสานงานแปลผล Lab ที่ผิดปกติเร่งด่วนเช่น	-ขาดการประสานงาน -ผลการตรวจไม่ได้ตาม	-จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเตรียมตัวการตรวจไม่

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	K+,FBS,AFB, Hct, Plt count -การนัดฟังผลและแนะนำการเตรียมตัวส่งตรวจ Investigate	นัด - ไม่ได้ลงผลในคอมพิวเตอร์/ผลล่าช้า	ถูกต้อง/ไม่ได้เตรียม
4. การประเมินซ้ำ (Re-assess)	-การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ร่วมกับสหวิชาชีพ กรณีส่งตรวจ Investigate ประสานเพื่อส่งผู้กลับมาสังเกตอาการที่ OPD/ER -ผู้ป่วยปลอดภัยและคลายความวิตกกังวลระหว่างรอตรวจ/หลังตรวจ	-ขาดการประเมินซ้ำ/ อาการทรุดลง -ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจบริการ	-อัตราความพึงพอใจบริการ
5.การดูแล รักษาพยาบาล (Care Of Patient)	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย -ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในการดูแลตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้	-ได้รับการตรวจล่าช้า/ รอนาน/ผิดคน - ขาดทักษะการสอน/ การให้ข้อมูล	- ระยะเวลารอคอยพบ พยาบาล/แพทย์ - จำนวนการรักษาผู้ป่วยผิด คน - อัตราของผู้ป่วย/ญาติมี ความรู้เกี่ยวกับความ เจ็บป่วยการดูแลตนเองและ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
6.การจำหน่าย (Discharge) -การนัดติดตาม -การส่งต่อ -การนอนร.พ.	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง -ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและพบแพทย์ที่ชำนาญกว่า	-ให้ข้อมูลการเตรียมตัวมาตรวจตามนัดไม่ชัดเจน เช่น การเจาะเลือด -บันทึกใบส่งต่อผิดพลาด/ไม่สมบูรณ์ -ระบุโรงพยาบาล/เลขที่บัตรสิทธิผิดพลาด - การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด - ส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วย/การรักษาไม่ครบถ้วน	-จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเตรียมตัวการตรวจไม่ ถูกต้อง/ไม่ได้เตรียม - จำนวนการระบุตัวผู้ป่วยผิด

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561
บริการคัดกรอง ถูกต้อง ปลอดภัย	1. จำนวนผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง และส่งตรวจถูกต้อง	>80%	99.49	99.58	99.87	99.95
	1.จำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการทรุด ลงขณะรอตรวจ	0	0	0	1	1
	2.จำนวนอุบัติการณ์การระบุดัว ผู้ป่วยผิดคน	0	0	0	2	0
	3. อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนทางการพยาบาล - APIE	>80%	93.70 89.23	89.37 87.95	93.33 90.83	93.93 89.83
รวดเร็ว	1.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	<90นาที	58	64	63	67
	2.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้รับบริการ กลุ่มแพร่เชื้อ	<45นาที				
	-ไม่มีLab -มี Lab		48 73	35 63	22 47	18 127
ผู้รับบริการพึง พอใจ	1.อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ภาพรวม	> 80%	75.09	77.63	76.50	75.57
	1.อัตราความพึงพอใจต่อพยาบาล	> 80%	77.22	80.31	79.13	76.90
	2. จำนวนข้อร้องเรียน/ ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ					
	-ด้านพฤติกรรมบริการ -การละเมิดสิทธิ/ลัดคิว	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0

กราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ปี2558-2561
จำนวน(ราย)



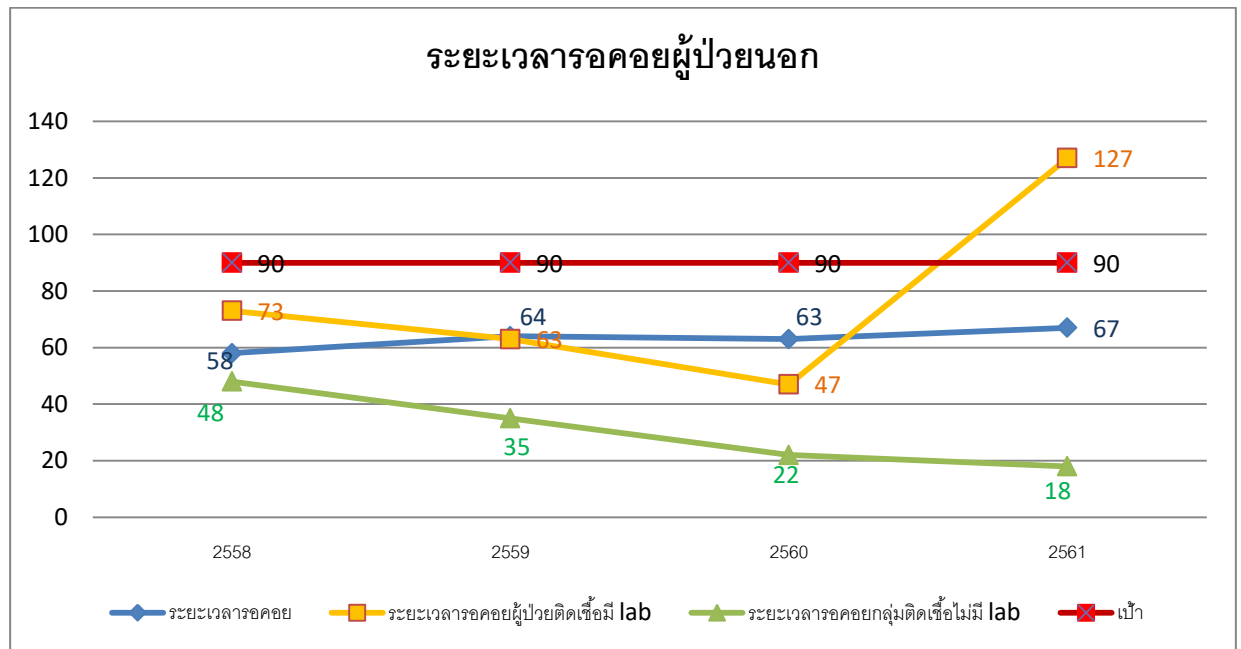
จากกราฟปี2558- 2559 ไม่พบอาการทรุดลงขณะรอซักประวัติ และรอตรวจเนื่องจากมีการประเมินแรกรับและจำแนกประเภทได้ถูกต้องและมีการประเมินซ้ำขณะรอตรวจ/ส่งตรวจInvestigate /หลังตรวจ และกรณีเด็ก 0- 5 ปีที่มีไข้สูงและมีประวัติชักมีการเช็ดตัวและ Stat ยาลดไข้ก่อนพบแพทย์ ปี 2561-61 มีเด็ก 4 ปี 6เดือนประวัติ FC แกร็บ T= 38.2 C เช็ดตัวลดไข้ T= 37.9 C พบแพทย์สั่ง CBC , UA รอผลพบแพทย์ช่วงบ่าย ชักขณะทำAdmit ก่อนส่ง ward ผลจากการวิเคราะห์ ขาดการประเมินซ้ำขณะรอผล Lab และช่วงเวลาพักเตียง รอพบแพทย์รอบ 2 เวลา 13.45 น.

สรุปผลจากการทบทวน

- กรณีผู้ป่วยรอตรวจนานเกิน 1 ชมให้ประเมินซ้ำ อาการที่เปลี่ยนแปลง/ สัญญาณชีพที่สำคัญ เช่นเด็กไข้สูง หลังเช็ดตัว ไข้ลด รอผลLab นานให้ Reassess Temperature อีกครั้ง

กราฟแสดงระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกปี 2558- 2561

นาที



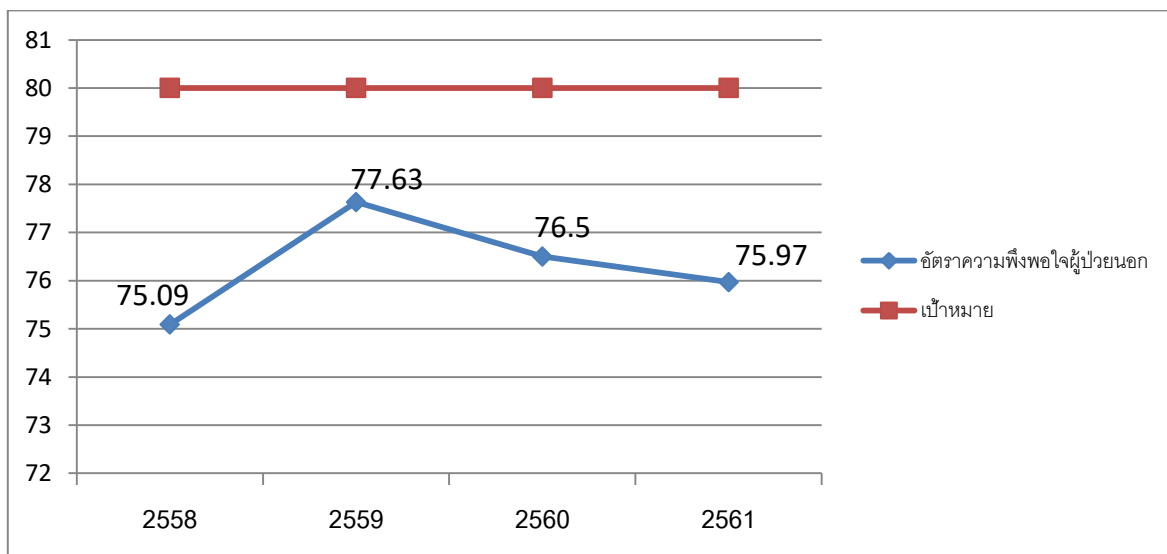
จากการวิเคราะห์

1. ระยะเวลารอคอยกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปตั้งแต่ปี 2558 -2560 อยู่ในเกณฑ์ดีไม่เกินเป้าหมาย แต่ปี 2561 เพิ่มขึ้นเนื่องจากสิ่ง Lab เพิ่มเติม

กิจกรรมที่พัฒนา

1. ปี2558 -ปัจจุบันมีแพทย์เพิ่มขึ้นและตารางการปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกชัดเจน
2. ติดป้ายหน้าห้องตรวจ 1 “ แพทย์ไปตรวจผู้ป่วยIC “ เพื่อสื่อสารในการเรียกชื่อผู้ป่วยอื่นเข้าตรวจ
3. กรณีแพทย์ผู้รับผิดชอบ ห้องตรวจ 1 ยังไม่ขึ้นปฏิบัติงาน/มาช้า ประสานงานแพทย์ห้องตรวจ 2 ตรวจแทนเพื่อลดการรอนาน

กราฟแสดงอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก



จากการวิเคราะห์

จากการสำรวจความพึงพอใจและระยะเวลารอคอย ย้อนหลังตั้งแต่ ปี2558-2561 มีข้อเสนอให้ปรับปรุงใน 5 เรื่องคือ

1. ความรวดเร็วในขั้นตอนการบริการ
2. ควรมีแพทย์มากขึ้นและมีแพทย์เฉพาะทาง
3. การช่วยเหลือของพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ
4. ความสะอาดของห้องน้ำ
5. สถานที่คับแคบ,เก้าอี้ที่นั่งมีน้อย แออัด

โรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับระบบบริการดังนี้

1. ด้านระบบบริการ

- ลดขั้นตอนการรับบริการ และใช้ Paperless ลดการค้น เวชระเบียนลดระยะเวลารอคอย
- ปี2559-ปัจจุบันมีแพทย์เพิ่มขึ้นและตารางการปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกชัดเจน

2. ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม

- ปรับสถานที่โต๊ะซักประวัติ เพิ่มเก้าอี้+พัดลม
- มีการนิเทศลูกจ้างทำความสะอาดและมีตารางการทำความสะอาด

3. ด้านการช่วยเหลือ/การแนะนำ/พฤติกรรมบริการ

- เน้นเชิงรุกตั้งแต่จุดคัดกรอง กลุ่มผู้ป่วยรถเข็นนั่ง/นอนและกลุ่มอาการปวดต่างๆ ซักประวัติ

แล้วส่งพบแพทย์ทันที

- เน้นการนิเทศพนักงาน
- ใช้หลักคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ/ การช่วยเหลือในกรณีไม่มีญาติ /การพุดจา

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จแล้ว)

4.1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ระบบงานต่างๆที่ใช้และเกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่ดี

1. การพัฒนาการคัดกรองและการประเมินผู้ป่วย เพื่อป้องกันความเสี่ยงอาการทรุดลงขณะรอรับบริการ
2. การบริการประทับใจ ห่วงใยผู้ป่วยรถเข็นนั่ง เพลนอน ผู้สูงอายุ เพื่อลดการรอคอยโดยให้ช่องทางด่วน
3. ขยายบริการ ห้องตรวจ เป็น 5 ห้อง มีห้องตรวจภายใน, อัลตราซาวด์
4. บำบัดเสียง ติดหน้าห้องตรวจ เมื่อแพทย์ต้องออกไปตรวจภายใน / อัลตราซาวด์ / หัตถการอื่นๆ ที่ห้องฉุกเฉิน
5. การคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก

4.1.2 การติดตามคุณภาพในการทบทวน 12 กิจกรรม(กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงาน)

กิจกรรม	เหตุการณ์ / RCA	แนวทาง/COI
-การทบทวนการดูแลผู้ป่วย	-เด็กชักขณะทำ Admit เนื่องจากขณะรอ Lab และเป็นเวลาพักเที่ยง รอพบแพทย์ ช่วงบ่ายอีก 14.00 น	-เน้นการใช้การ Re-assessmentหลังเช็คตัว และขณะรอLab
	-ส่งผู้ป่วยไปER ผิดบัตรเนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบชื่อ-สกุล	-มีแนวทางการ Patient Identify
-การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	-ผู้ป่วยมี bleeding per Vg 1 วันเปื้อน pad 4 ชิ้นซุ่ม ส่งพบแพทย์ OPD คัดกรองผู้ป่วยผิแตก	-เน้นการใช้ Guild line
	-ผู้ป่วยลื่นล้มที่บริเวณ IC กันกระแทกพื้น ปวดสะโพกและโคนขาซ้าย ไม่สลับส่ง ER -ที่บริเวณ IC เนื่องจากพื้นต่างระดับ -ไม่มีเครื่องหมาย/ป้ายบอก	-แจ้งบริหารแก้ไข /ติดป้าย
- การทบทวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	- ผู้ป่วยไอเกิน 2 wks, มือ เท้า ปาก	
-การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน	- อีสุกอีใส ตรวจพบที่ชักประวัติ เนื่องจากห้องบัตรคัดกรอง -การบันทึกน้ำหนักผิด -การชักประวัติอาการสำคัญ/อาการปัจจุบัน/ประวัติโรคในอดีตและประวัติในครอบครัว -ความเสี่ยงและการแพ้ยาต่างๆในคอมพิวเตอร์ไม่สมบูรณ์	-มีแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง/สอบถามพยาบาล คัดกรองก่อนส่งแผนกกรณีไม่แน่ใจ -สอนการคีย์ข้อมูลในหน้างานและห้องประชุมฝ่าย

4.1.3. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI, CPG, R2R, นวัตกรรมการใช้มาตรฐานต่างๆและระบบงานอื่นๆที่ดี)

1. CQI การบันทึกเวชระเบียน/ระบบนัดในคอมพิวเตอร์ร่วมกับงาน IT
2. CQI การรอผลLabร่วมกับงานชันสูตร

4.2 การพัฒนาคุณภาพในอยู่ในระหว่างดำเนินการ

เรื่อง	กิจกรรม	ผลลัพธ์
1.ระบบ Paperlessทั้งระบบและScan ผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	-ผลLab ผลการรักษา ภายนอก -EKG,US - Chart IPD	- Chart IPD ยังไม่ครอบคลุม /มีมากหลายหน้าหายาก
2.ปรับFront OPDแบบ บูรณาการ	- ทูบห้องบัตรเดิม	-จัดเป็นที่จุดซักประวัติOPD -ปรับโต๊ะเก้าอี้+พัดลมให้เป็นระเบียบและมีที่นั่งเพิ่มขึ้น -วางกระถางต้นไม้

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เรื่อง	แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง	แผน
1.คัดกรองผิด /ส่งผิดแผนก ณ.จุดคัดกรอง	-แนวทางไม่ชัดเจน/ไม่ครอบคลุม	10/5/61 -จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ณ.จุดคัดกรองร่วมกับ ER,OPD,แพทย์
2.ผู้ป่วยนัดที่มี ส่งตรวจ Investigation ต่างๆ รอซักประวัตินาน รอผลการตรวจนาน	- การใช้ Leanในผู้ป่วยนัดที่มี ส่งตรวจ Investigation ต่างๆ ลดระยะเวลาที่ศูนย์เปล่า	1/4/61 -ผู้ป่วยนัดที่มี ส่งตรวจ Investigation ต่างๆส่งห้องชันสูตรก่อนซักประวัติ
3.ปรับระบบจากWIFI เป็นระบบ Land	-ปรับFront OPD -เปลี่ยนสายไฟใหม่+สาย Land	มิถุนายน 2561