

คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : มาตรฐานและความเป็นธรรมในการปฏิบัติงานและการให้บริการ

EB ๒๖ หน่วยงานมีการเผยแพร่กระบวนการอำนวยความสะดวก หรือการให้บริการประชาชน ด้วยการแสดงขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้	
☒ มีการดำเนินการ	
เอกสาร/หลักฐาน คือ	
๑	คู่มือกระบวนการอำนวยความสะดวก
	๑) ประเภทงานบริการ
	๒) ขั้นตอน
	๓) ระยะเวลาที่ใช้
๒	ภาพถ่ายประกอบ
๓	แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่าน Web site ของหน่วยงาน หรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่น และ Print Screen จากเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือที่สื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่น
๔	หรือวาง Link แสดงหลักฐานจากเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือที่สื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่นในระบบ MITAS
เอกสาร/หลักฐานการเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ คือ	
๑	
๒	
☐ ไม่มีการดำเนินการ	
	เนื่องจาก
เอกสาร/หลักฐาน คือ	
๑	
๒	

EB ๒๖ หน่วยงานมีการเผยแพร่กระบวนการอำนวยความสะดวก หรือการให้บริการประชาชน ด้วยการแสดง
ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้

๑	คู่มือกระบวนการอำนวยความสะดวก
	๑) ประเภทงานบริการ

16



Service Profile

งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลจันทบุรี จังหวัดสงขลา

ธันวาคม 62

คำนำ

แบบประเมินตนเอง (Service Profile) งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจะนะ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการทำงาน ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้มีการเรียนรู้และนำไปพัฒนาต่อ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

งานผู้ป่วยนอก

ธันวาคม 62

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บริบทงานผู้ป่วยนอก	1
กระบวนการสำคัญ	6
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	8
กระบวนการหรือระบบงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย	11
แผนการพัฒนาคืบหน้า	12

SERVICE PROFILE

หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะนะ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย

ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยนอกอย่างถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข.ขอบเขตการให้บริการ

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจะนะให้บริการตรวจโรคทั่วไปทุกกลุ่มอายุรวมถึงการตรวจสุขภาพเพื่อการออกใบรับรองแพทย์ประเภทต่าง ๆ ในวันราชการ 08.00 -16.00 น.และคลินิกนอกเวลา16.00-20.00 น. และวันหยุดราชการวันนักขัตฤกษ์ 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 ประวัติการนอนโรงพยาบาล และการส่งตรวจ Lab ที่ถูกต้อง -ได้รับการรายงานอาการที่แย่งได้ทันทั่วทั้งที่ - การเตรียมความพร้อมของห้องและเครื่องมือที่พร้อมใช้
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	- การประสานข้อมูลในการส่งต่อที่ถูกต้องครบถ้วน และการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและ รวมถึงการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องเหมาะสม
ชั้นสูตร/เอกซเรย์	- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, คำสั่งชัดเจน และมีการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการมาตรวจตามนัดที่ถูกต้อง - การระบุขอผล Lab ด่วนที่ชัดเจน
หอผู้ป่วย	- การประสานการส่งข้อมูลการ Admit ที่ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งเอกสารและการรายงานCase - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนการ Admit ได้แก่ การใช้สิทธิการรักษา

ผู้ร่วมงานใน รพ.	ความต้องการ
ห้องยา	- มีข้อมูลการแพ้ยาที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน เวชระเบียนถูกคน
ซักฟอก/ซักฟลาย	- 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. ลดการระบุตัวผู้ป่วยผิดเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ส่งมาพบแพทย์หลายแผนกและใช้ใบนำทางแทน OPD Card (Paperless)
3. การใช้ Lean ผู้ป่วยนัดที่ส่งLab 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 ในเด็ก 0- 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 - มีแนวทาง/Guideline Chest pain, stroke, Sepsis, Vaginal bleeding, Acute diarrhea, DHF
2.การระบุตัวผู้ป่วย	1. เพื่อป้องกันการซักประวัติ/การรักษาผิดคน	- จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ/การตรวจผิดคน	- เน้นการใช้Patient Identification - ตรวจสอบชื่อ-สกุลในคอมให้ตรงกับใบนำทาง
3.รวดเร็วและความพึงพอใจ	1. ลดระยะเวลาการรอคอยที่สูญเปล่า 2. สนองความต้องการความสะดวกสบายและประทับใจบริการ	- ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย - อัตราความพึงพอใจ - จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	- พัฒนาระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยรถเข็นนั่ง /เปลนอน - พัฒนาระบบนัดเหลื่อมเวลา - ปรับภูมิทัศน์อาคาร/เก้าอี้,สิ่งแวดล้อมบริเวณ OPD

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน	บุคลากร	2560 (ราย)	2561 (ราย)	2562 (ราย)
1.จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	10	84,619	76,140	114,895
-ผู้ป่วยนอกทั่วไป/คัดกรอง	6	63,396	55,326	65,838
-คลินิกDM/HT	4	16,959	16,315	20,550
-คลินิกAsthma	2	2,452	2,569	2371
-คลินิกACS	2	866	930	1,000
-ผู้ป่วย Admit		1,869	1,765	1,614
-ผู้ป่วย Refer		3,839	4,139	3,542
-PV +Pap smear		477	430	537
-US		361	294	383
-VA		359	279	378
-Proctoscop		46	73	91
2.คลินิกนอกเวลาราชการ	2	25,955	24,351	25,136

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

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

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

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

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
-การสร้างเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

	กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ผลลัพธ์
เจ้าหน้าที่ 7 คน อายุเกิน 50 ปี= 4 คน	- ในเวลาราชการขณะทำงานนั่งซักประวัติ นานเกิน 2 ชม.ให้ลุกเดินหรือบริหารแขนขา 5-10 นาทีเพื่อลดอาการปวดต่างๆ -รับประทานอาหารปรุงเอง +ผักผลไม้ปลอดสารพิษ -ส่งเสริมการออกกำลังกาย3-5 วัน/สัปดาห์ -	ผลการตรวจสุขภาพปี 2562 BMI =24-25 จำนวน 3 คน BMI < 24 จำนวน 4 คน Cholesterol > 250 mg = 2 คน -ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ครบทุกคน ปี 62-63 - เจ้าหน้าที่ 5-6 คน นำอาหารและผักผลไม้ที่ปลูกเองมารับประทาน -เดินออกกำลังกาย/ฟิตเนส ประจำ 45-60 นาที 3 คน
ผู้รับบริการ	-BMI เกิน แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน+การออกกำลังกาย -จัดบอร์ดกิจกรรมสุขภาพ,ยางยืด -ชักชวนมาออกกำลังกายที่ลานรพ ในวันพุธบ่าย -แนะนำการลดละเลิกยาสูบทุกรายที่สูบบุหรี่	
ชุมชน	-เข้าร่วมกิจกรรมชมรมแอโรบิกในโรงเรียนบ้านนา -ชักจูงและแนะนำประชาชนในเทศบาลไปออกกำลังกายที่โรงเรียนบ้านนา/ร้านฟิตเนส	
สิ่งแวดล้อม	-เป็นแบบอย่างลดโฟม /ถุงพลาสติกโดยนำถ้วย จานไปซื้ออาหารจากร้านค้ารพ -มีกระถางต้นไม้ในร่มรอบๆหน่วยงาน	

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

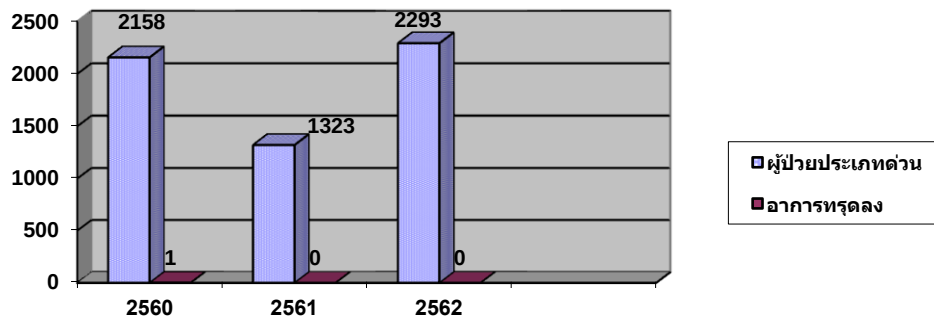
[illegible]

[illegible]

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562
บริการคัดกรอง ถูกต้อง ปลอดภัย	1. จำนวนผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและ ส่งตรวจถูกต้อง	>80%	99.85 96ราย	99.87 87ราย	99.82 166ราย
	1.จำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลง ขณะรอตรวจ	0	1	0	0
	2.จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วย ผิดคน	0	2	0	0
	3. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทางการพยาบาล - APIE	>80%	93.33 90.83	93.44 89.11	81.77 89.87
รวดเร็ว	1.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	<90นาที	63	70	69
	2.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้รับบริการ กลุ่มแพร่เชื้อ -ไม่มีLab -มี Lab	<45นาที	22 47	18 117	32 70
ผู้รับบริการพึง พอใจ	1.อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ภาพรวม	> 80%	76.50	75.97	72.44
	1.อัตราความพึงพอใจต่อพยาบาล	> 80%	79.13	78.10	73.28
	2. จำนวนข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ ของผู้รับบริการ				
	-ด้านพฤติกรรมบริการ	0	0	0	0
	-การละเมิดสิทธิ/ลัดคิว	0	0	0	0

กราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ปี2560-2562
จำนวน(ราย)



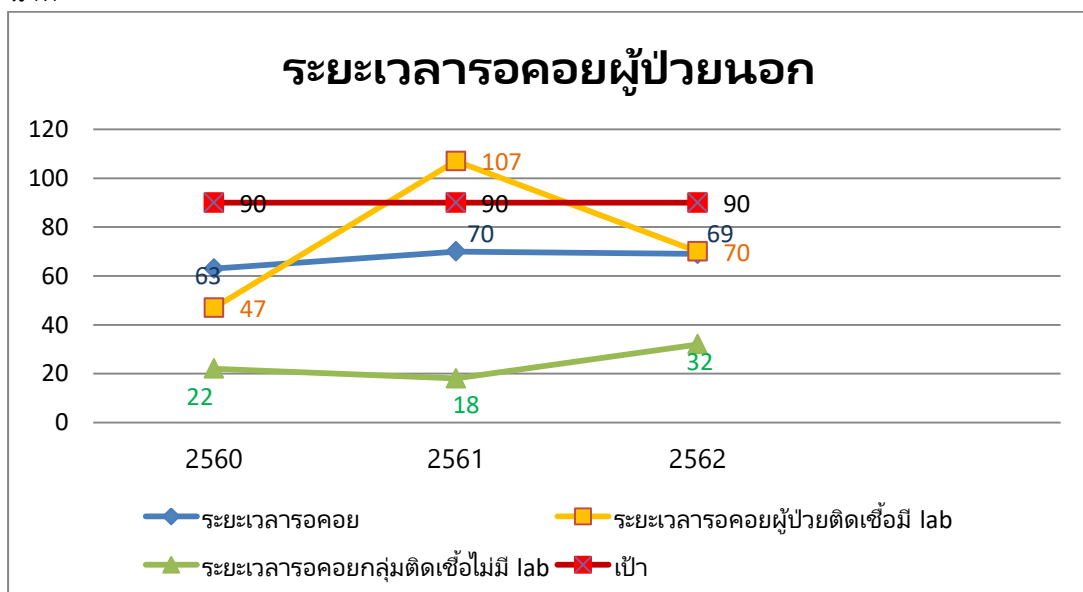
ปี 2560 มีเด็ก 4 ปี 6เดือนประวัติ FC แกร็บ T= 38.2 C เช็ดตัวลดไข้ T= 37.9 C พบแพทย์สั่ง CBC ,UA รอผลพบแพทย์ช่วงบ่ายซักขณะทำAdmit ก่อนส่ง ward ผลจากการวิเคราะห์ ขาดการประเมินซ้ำ ขณะรอผล Lab และช่วงเวลาพักเตียง รอพบแพทย์รอบ 2 เวลา 13.45 น.

สรุปผลจากการทบทวน

- เน้นการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้องและมีการประเมินซ้ำขณะรอตรวจ/ส่งตรวจInvestigate /หลังตรวจ และกรณีเด็ก 0- 5 ปีที่มีไข้สูงและมีประวัติชักมีการเช็ดตัวและStatยาลดไข้ก่อนพบแพทย์
- กรณีผู้ป่วยรอตรวจนานเกิน 1 ชมให้ประเมินซ้ำ อาการที่เปลี่ยนแปลง/ สัญญาณชีพที่สำคัญ เช่น เด็กไข้สูง หลังเช็ดตัว ไข้ลด รอผลLab นานให้ Reassess Temperature อีกครั้ง

ปี 2561 ใช้ เครื่องมือ MEWS,เน้นการใช้ CPG กลุ่มโรคต่างๆ เช่น Sepsis, stroke, Appendix ,PIH

กราฟแสดงระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกปี 2560- 2562
นาที



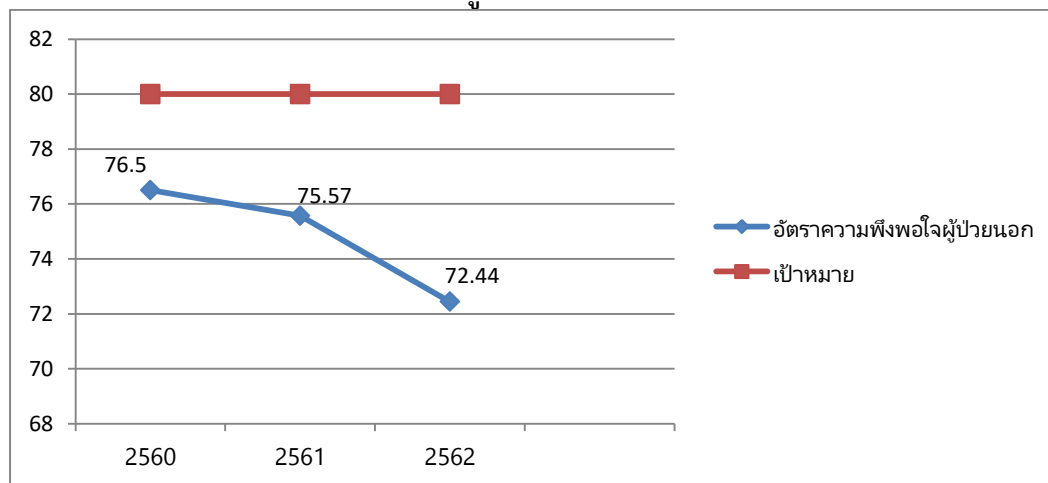
จากการวิเคราะห์

1. ระยะเวลารอคอยกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปตั้งแต่ปี 2560 -2562 อยู่ในเกณฑ์ไม่เกินเป้าหมาย
2. ระยะเวลารอคอยกลุ่มติดเชื้อ(IC) 2560-25612 ไม่ มี Lab ระยะเวลารอคอยรวดเร็ว ส่วนมี Lab ปี61 ใช้ระยะเวลารอคอยนานเนื่องจากส่ง Lab เพิ่มเติมเช่น Gen expert ,AFB spot

กิจกรรมที่พัฒนา

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

กราฟแสดงอัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก



จากการสำรวจความพึงพอใจและระยะเวลารอคอย ย้อนหลังตั้งแต่ ปี2560-2562 มีข้อเสนอให้ปรับปรุงใน 5 เรื่องคือ

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

โรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับระบบบริการดังนี้

ด้านระบบบริการ

- ลดขั้นตอนการรับบริการ และใช้ Paperless ลดการค้น เวชระเบียนลดระยะเวลารอคอย
- ใช้ระบบ Lean กรณีนัดเจาะเลือด, X-ray, EKG ส่งทำหัตถการก่อนซักประวัติเพื่อลดระยะเวลารอคอย

ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม

- ปรับสถานที่โต๊ะซักประวัติ เพิ่มเก้าอี้+พัดลม
- มีการนิเทศลูกจ้างทำความสะอาดและมีตารางการทำความสะอาด

ด้านการช่วยเหลือ/การแนะนำ/พฤติกรรมบริการ

- เน้นเชิงรุกตั้งแต่จุดคัดกรอง กลุ่มผู้ป่วยรถเข็นนั่ง/นอนและกลุ่มอาการปวดต่างๆ ชักประวัติแล้วส่งพบแพทย์ทันที
- เน้นการนิเทศหน้างาน
- ใช้หลักคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ/ การช่วยเหลือในกรณีไม่มีญาติ /การพุดจา

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จแล้ว)

4.1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ระบบงานต่างๆที่ใช้และเกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่ดี)

- 1) การพัฒนาการคัดกรองและการประเมินผู้ป่วย เพื่อป้องกันความเสี่ยงอาการทรุดลงขณะรอรับบริการ
- 2) การบริการประทับใจ ห่วงใยผู้ป่วยรถเข็นนั่ง, เพลนอน ผู้สูงอายุเพื่อลดการรอคอยโดยให้ช่องทางด่วน
- 3) ขยายบริการ ห้องตรวจ เป็น 5 ห้อง มีห้องตรวจภายใน, อัลตราซาวด์
- 4) ป้ายลดเสียง ติดหน้าห้องตรวจ เมื่อแพทย์ต้องออกไปตรวจภายใน / อัลตราซาวด์ / หักการอื่นๆที่

ห้องฉุกเฉิน

- 5) การคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก

4.1.2 การติดตามคุณภาพในการทบทวน 12 กิจกรรม(กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงาน)

กิจกรรม	เหตุการณ์ / RCA	แนวทาง/COI
-การทบทวนการดูแลผู้ป่วย	-เด็กชักขณะทำ Admit เนื่องจากขณะรอ Lab และเป็นเวลาพักเที่ยง รอพบแพทย์ช่วงบ่ายอีก14.00 น	-เน้นการใช้การ Re-assessmentหลังเช็คตัวและขณะรอLab
	-ส่งผู้ป่วยไปER ผิดบัตรเนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบชื่อ-สกุล	-มีแนวทางการ Patient Identify
-การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง	- ผู้ป่วยมี bleeding per Vg 1 วันเปื้อน pad 4 ชิ้นชุ่ม ส่งพบแพทย์ OPD คัดกรองผู้ป่วยผิวดำ	-เน้นการใช้ Guild line
	ผู้ป่วยสั่นลึ้มที่บริเวณ IC ก้นกระแทกพื้น ปวดสะโพกและโคนขาซ้าย ไม่สลบ ส่ง ER -ที่บริเวณ IC เนื่องจากพื้นต่างระดับ - ไม่มีเครื่องหมาย/ ป้ายบอก	- แจ้งบริหารแก้ไข /ติดป้าย
-การทบทวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	ผู้ป่วยไอเกิน 2 wks, มือ เท้า ปาก	
-การทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน	,อีสุกอีใส ตรวจพบที่ชักประวัติ เนื่องจากห้องบัตรคัดกรอง -การบันทึกน้ำหนักผิด -การชักประวัติอาการสำคัญ/อาการปัจจุบัน/ประวัติโรคในอดีตและประวัติในครอบครัว ความเสี่ยงและการแพ้ยาต่างๆในคอมพิวเตอร์ ไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีพยาบาลจากหลายแผนกมาทดแทน	-มีแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง/สอบถามพยาบาลคัดกรองก่อนส่งแผนก กรณีไม่แน่ใจ -สอนการคีย์ข้อมูลในหน้างานและห้องประชุมฝ่าย

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

1. CQI การบันทึกเวชระเบียน/ระบบนัดในคอมพิวเตอร์ร่วมกับงาน IT
2. CQI การรอผลLabร่วมกับงานชั้นสูตร

4.2 การพัฒนาคุณภาพในอยู่ในระหว่างดำเนินการ

เรื่อง	กิจกรรม	ผลลัพธ์
1.ระบบ Paperlessทั้งระบบและScan ผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	-ผลLab ผลการรักษาภายนอก -EKG,US - Chart IPD -	- Chart IPD ยังไม่ครอบคลุม /มีมากหลายหน้า หายาก
2.ปรับFront OPDแบบ บูรณาการ	- ทบห้องบัตรเดิม 13-18 พค. 61	-จัดเป็นที่จุดซักประวัติOPD -ปรับโต๊ะเก้าอี้+พดลมให้เป็นระเบียบและมีที่นั่งเพิ่มขึ้น -วางกระถางต้นไม้

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

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

	๒) ขั้นตอน
	๓) ระยะเวลาที่ใช้

ขั้นตอนการรับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนการรับบริการ

ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย / คน

1. ยื่นบัตร

- บัตรเก่า / บัตรใหม่ $\longleftrightarrow$ ภายใน 5-10 นาที
- บัตรนัด $\longleftrightarrow$ ยื่นบัตรก่อนเวลานัด 15 นาที

2. เรียกชื่อ รอสักประวัติ

- วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก $\longleftrightarrow$ 15 - 30 นาที

3. รอดตรวจ /พบแพทย์

$\longleftrightarrow$ 30 - 45 นาที

4. บริการหลังพบแพทย์

- ออกใบนัด $\longleftrightarrow$ 5 - 10 นาที
- ใบส่งต่อ
- นอนโรงพยาบาล

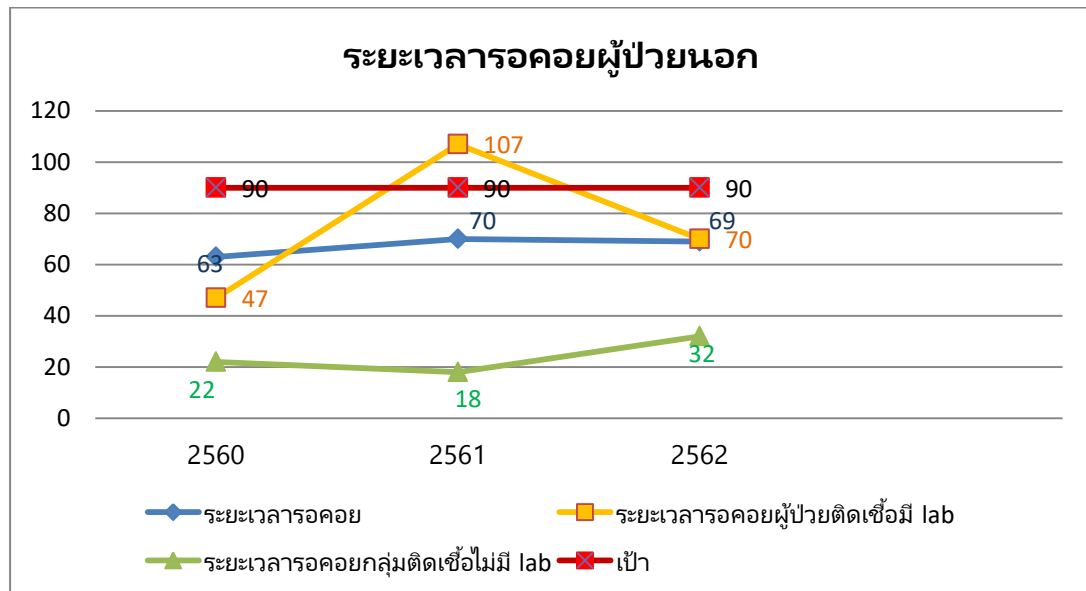
5. รอรับยา

$\longleftrightarrow$ 15 - 20 นาที

*** * กรณี. . . ผู้ป่วยเร่งด่วน / ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะนั่งรอ
แจ้งพยาบาลหน้าห้องตรวจทันทีและจะได้รับพิจารณาให้ตรวจก่อน * ***

กราฟแสดงระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกปี 2560- 2562

นาที



จากการวิเคราะห์

- ระยะเวลารอคอยกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปตั้งแต่ปี 2560 -2562 อยู่ในเกณฑ์ดีไม่เกินเป้าหมาย
- ระยะเวลารอคอยกลุ่มติดเชื้อ(IC) 2560-25612 ไม่ มี Lab ระยะเวลารอคอยรวดเร็ว ส่วนมี Lab ปี61 ใช้ระยะเวลารอคอยนานเนื่องจากส่งLab เพิ่มเติมเช่น Gen expert , AFB

กิจกรรมที่พัฒนา

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

ภาพขั้นตอนการรับบริการ

ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยนอก	
โรงพยาบาลจะนะ	
ขั้นตอนการรับบริการ	ระยะเวลารอคอย
1. ยื่นบัตรเก่า/ใหม่/บัตรนัด	5-10 นาที
2. รอซักประวัติ - ชั่งน้ำหนัก - วัดความดัน	15-30 นาที
3. รอตรวจ/พบแพทย์	30-45 นาที
4. บริการหลังพบแพทย์ - รับบัตรนัด - ใบส่งต่อ - นอนโรงพยาบาล	5-10 นาที
5. รอรับยา	15-20 นาที

หากท่านยื่นบัตรแล้ว รอนาน 30 นาที ยังไม่เรียกชื่อ กรุณาสอบถามพยาบาลหน้าห้องตรวจ

ภาพขั้นตอนการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก



ภาพเผยแพร่ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยงานต่างๆของ รพ.

บริเวณคลินิกเบาหวาน/ห้องชันสูตร



บริเวณกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม



๓	แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่าน Web site ของหน่วยงาน หรือสื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่น และ Print Screen จากเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือที่สื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่น
๔	หรือวาง Link แสดงหลักฐานจากเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือที่สื่อสารเผยแพร่ในช่องทางอื่นในระบบ MITAS



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจนะ
ที่ สร วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตนำเอกสารเผยแพร่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจนะ

ด้วย กลุ่มงานการพยาบาล ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ตาม EB ๒๖) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และขออนุญาตเผยแพร่ลงเว็บไซต์ของโรงพยาบาลจนะ (<http://www.chanahospital.go.th/>) เพื่อให้ประชาชนทราบแนวทางการดำเนินการ ให้เป็นไปตามแนวทางการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ

(นางประสพทิพย์ พรหมสิน)
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

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

ลงชื่อ

(นายวิชัย ชานวิมุตติ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผลการพิจารณา (/) อนุญาต
() ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงชื่อ

(นายสุภัทร สาสุวรรณกิจ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจนะ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลจนะ จังหวัดสกลนคร
ตามประกาศโรงพยาบาลจนะ

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๓

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล วัน/เดือน/ปี : ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓ หัวข้อ: ขออนุญาตเผยแพร่แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) ๑. คู่มือปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๒. แบบฟอร์มการขออนุญาตประกาศผ่านเว็บไซต์ของกลุ่มงานการพยาบาล (นางประสพพิมพ์ พรหมสิน) ผู้รับผิดชอบ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	
ผู้รับรองการให้ข้อมูล  (นายวิชัย อานันท์) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	ผู้มีมติรับรอง  (นายสุวิทย์ อานันท์) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจนะ วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (น.ส.โคกขันธ์ โพธิ์) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลฉะฉาน

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในโรงพยาบาลฉะฉานเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอขึ้นข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสละคำให้ถูกต้องตามอักขรวิธีเหมาะสมกับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติพิจารณา	ลงลายมือชื่อที่ลงชื่อหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)	ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข