

เราจะก้าวไปด้วยกัน...

โรงพยาบาลเวียงสา 2563

Change

FOR

Health

Staff Patient & People

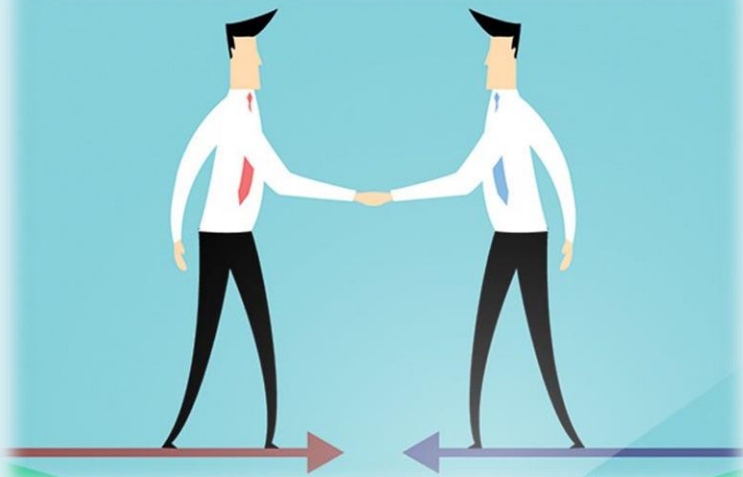


1

Think Positive



MEET HALFWAY



“คิดบวก & พบกันครึ่งทาง”

How to?

2

Doubt
Whatever

Truth

Reality Facts

Feeling

Belief

Truth-claim

Knowledge
Opinion
Evidence

“แยกข้อเท็จจริงจากความรู้สึก ความเชื่อ”

3



“ออกแบบระบบที่ใช้ได้กับคนที่หลากหลาย”

ค่านิยม รพ.เวียงสา

เอาใจเขา ใส่ใจเรา

“Value on Staff”

“Patient & Customer focus”

“Community Responsibility”

ยึดหลักวิชาการ

“Evidence Based approach”

ทำงานเป็นระบบ

“System perspective”





เวียงสา 68,000 คน
น่าน้อย 32,500 คน
นาหมื่น 14,500 คน

โครงสร้างการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอเวียงสา 2563

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเวียงสา

สาธารณสุขอำเภอเวียงสา

โรงพยาบาลเวียงสา

นายชุมพล สุทธิ

นพ.กฤตพงษ์ โรจนวิภาต

<u>โซนน้ำสาคร</u> (3ตำบล)	<u>โซนน้ำสา</u> (3ตำบล)	<u>โซนน้ำน่าน</u> (5ตำบล)	<u>โซนน้ำว่า</u> (5ตำบล)	<u>รพ.เวียงสา</u> (1ตำบล)
-อายนาลัย	-แม่สา	-ตาลชุม	-ล้าน	
-ฝิ่งหมื่น	-ปงสนุก	-นาเกลือ	-ทรายทอง	
-แม่สาคร	-ป่าแพะ	-นาเคียน	-ซึ้ง	
-ยาบหัวนา	-ห้วยไฟ	-น้ำปั่ว	-ไหล่น่าน	
-บ่อหอย	-ยาบนาเลิม	-วังม่วง	-ล้านนาหนองใหม่	
-ฮากฮาน	-ห้วยหยวก	-ทุ่งผง	-สันรุ่งเรือง	
		-ศรีนาชั้น	-สสช.สาตี	

ทิศทางองค์กรและ ระบบงานคุณภาพโรงพยาบาล

โครงสร้างการบริหารงานรพ.เวียงสา 2563

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงสา

1.กลุ่มงาน การแพทย์

2. กลุ่มงานทัน ตกรรม

3. กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์

4.กลุ่มงาน รังสีวิทยา

5.กลุ่มงานเภสัช กรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค

6. กลุ่มงานบริการด้าน ปฐมภูมิและองค์กรวม

- งานเวชศาสตร์
ครอบครัวและชุมชน
- งานสุขภาพ ป้องกัน
ควบคุมโรค
- งานแพทย์แผนไทย
- งานแผนยุทธศาสตร์

7.กลุ่มงาน บริหารทั่วไป

- งานการเงินบัญชี
- งานธุรการและ
เจ้าหน้าที่
- งานพัสดุ
- งานซ่อมบำรุง
- งานยานพาหนะ
- งานรักษาความ
ปลอดภัย

8.กลุ่มงานเวช กรรมฟื้นฟู

9.กลุ่มงานประกัน สุขภาพและสารสนเทศ ทางการแพทย์

- งานประกันสุขภาพ
- งานเวชสถิติ
- งานสารสนเทศและ
เทคโนโลยี

10.กลุ่มงานการพยาบาล

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (1)
- งานผู้ป่วยนอก/คลินิกเฉพาะโรค

งานคลินิกพิเศษ(2)
- งานคลินิกพิเศษ ยาเสพติด
สุราและบุหรี่

งานคลินิกสร้างเสริม สุขภาพ (3)

- บริการอนามัยแม่และเด็ก
- งานเอดส์และวัณโรค

งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (4)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน(5)

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
และวิสัญญีพยาบาล(6)

งานโการพยาบาลผู้คลอด(7)

งานการพยาบาลหน่วยควบคุม
การติดเชื้อ จ่ายกลาง และ
ซัฟลอก (8)

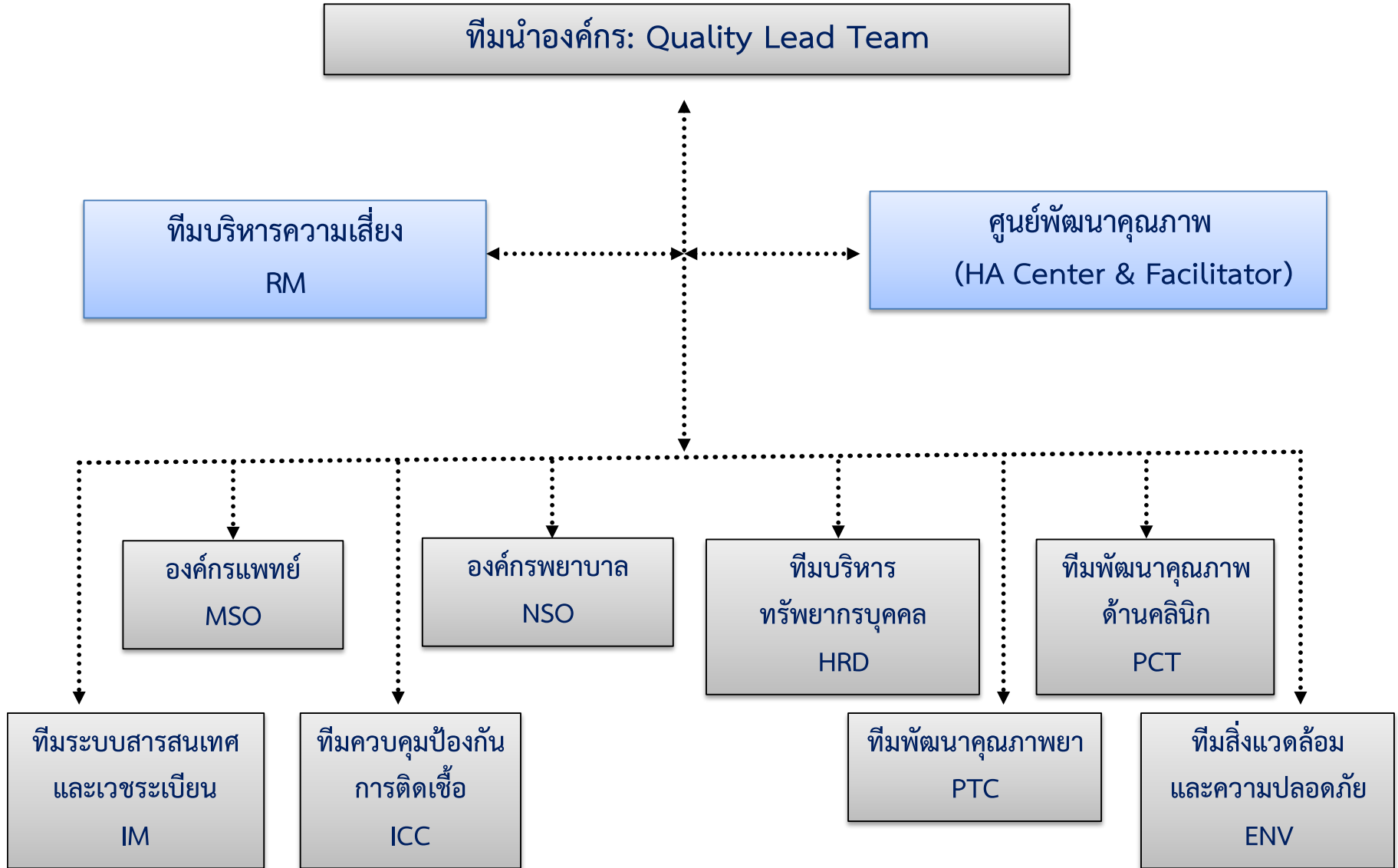
งานศูนย์คุณภาพ (9)

- ศูนย์ประสานคุณภาพ/วิชาการ
- งานกิจกรรมพิเศษ

งานโภชนศาสตร์ (10)

- งานบริหารจัดการอาหาร
- งานโภชนบำบัด ให้คำปรึกษา
คำแนะนำความรู้

ทีมขับเคลื่อนคร่อมสายงานเพื่อพัฒนาองค์กร



วิทยาลัยทัศนฯ รพ.เวียงสา

“โรงพยาบาลแม่ข่ายโซนใต้
จังหวัดน่านที่มีคุณภาพ
เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน”

Core competency รพ.เชียงใหม่

เป็นโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ 6 สาขาหลัก*
เพื่อเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายอำเภอโซนใต้จังหวัดน่าน และ
มีการทำงานร่วมกับชุมชนด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

*ระบบบริการทุติยภูมิ 6 สาขาหลัก ได้แก่บริการเฉพาะทางอายุรกรรม / ศัลยกรรม /
ศัลยกรรมอโรพิดิกส์/ กุมารเวชกรรม/ สูติ-นรีเวชกรรม/ และวิสัญญี

Vision

คปสอ.

ประชาชนอำเภอเวียงสาสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



Vision

รพ.

โรงพยาบาลแม่ข่ายโซนใต้จังหวัดน่านคุณภาพ
ชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน






ยุทธศาสตร์ คปสอ. plus

ยุทธศาสตร์ รพ.เวียงสา ปี 2562-2565



1. PP&P Strategy
2. Service Strategy
3. Human Resource Strategy
4. Governance Strategy

34 KPI

1.PP&P Strategy

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565			
1.เด็ก 0-5ปี พัฒนาการสมวัย 	คัดกรอง $\geq 90\%$	สงสัย ล่าช้า $\geq 20\%$	ติดตามได้ 100%	ร้อยละ สมวัย ≥ 85
2.ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมได้ 2.1. ผู้ป่วย DM ควบคุมได้ดี (A1C control $\leq 7\%$) 2.2. ผู้ป่วย HT ควบคุมได้ดี (BP $\leq 140/90$) 	<u>ปี 2562</u> 25% 55%	<u>ปี 2563</u> 28% 60%	<u>ปี 2564</u> 31% 65%	<u>ปี 2565</u> 35% 65%
3.ผลการควบคุมโรคไข้เลือดออก 3.1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 3.2. อัตราการระบาดซ้ำ 2 nd Generation ในหมู่บ้าน 	<u>เป้าหมาย ปี 2562-2565</u> < 50 ต่อแสนประชากร $< 5\%$			

1.PP&P Strategy (ต่อ)

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565			
4.ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 	ข้อติด ใหม่=0	แผลกดทับ ใหม่=0	เปลี่ยนกลุ่มเป็นดีขึ้น $\geq 5\%$ (ติดเตียง \rightarrow ติดบ้าน และ ติดบ้าน \rightarrow ติดสังคม)	
5.เครือข่ายเข้มแข็งอย่างยั่งยืน  <ul style="list-style-type: none"> - พชอ.คุณภาพ (UCCARE) - หมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีมาก (บูรณาการ GREEN&CLEAN) 	<u>ปี 2562</u> 3.0 17 (13%)	<u>ปี 2563</u> 3.25 34 (26%)	<u>ปี 2564</u> 3.5 51 (39%)	<u>ปี 2565</u> 3.75 64 (50%)

กลยุทธ์หลัก : - Health literacy

- พชอ./ตำบลจัดการสุขภาพ/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ/รพ.สต.ติดดาว

II

Service Strategy

รพ.เวียงสา M2
(6 สาขาหลัก)
PCC ตาลชุม
+ PCC ล้าน
รพ.สต. 4 โซน



ระบบยา
ระบบ IC
ระบบ RM
ระบบ ENV

Goal 1

- 1.ปลอดภัย
- 2.ไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน
- 3.ตายลดลง

กลยุทธ์หลัก

องค์ความรู้ CPG Training : ครอบคลุม / รพ.สต.

Key issue

- Sepsis
- Stroke
- STEMI
- Trauma
- RDU plus
- ฆ่าตัวตาย
- TB

++

- PPH
- BA
- HIV
- CPR
- Refer

Goal 2

- 1.เข้าถึงบริการ
มาตรฐาน
- 2.มีประสิทธิภาพ







กลยุทธ์หลัก

ONE Team - Mobile Team - Integration





Key issue

- ทัศนกรรม (ป1 ป3 ป6)
- แพทย์แผนไทย
(บริการเต็บโต, คุ่มค่า)



2.Service Strategy

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565		
6. อัตราตายผู้ป่วย Sepsis 	รวม < 30%	Non-palliative < 5% (ไม่มีโรค End-stage ร่วม+ยินยอมรักษาเต็มที่) รวมหลัง Refer ไม่เกิน 24 hr(IPD)	
7. ผู้ป่วย Acute Stroke 	Onset to Door ไม่เกิน 1.5 ชม. $\geq 60\%$	Door to Refer ไม่ เกิน 30 นาที $\geq 60\%$	Early rehab Acute stroke ใน 1 เดือน 100%
8. ผู้ป่วย Acute STEMI 	Onset to Door ไม่เกิน 2 ชม. $\geq 50\%$	- Door to Refer ไม่เกิน 60 นาที $\geq 80\%$ - Door to SK รพ.เวียงสา ไม่เกิน 45 นาที $\geq 60\%$	อัตราตายด้วย AMI ในสถานบริการ < 5 ต่อแสน ปชก.
9. อัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุจราจร 	<20 ต่อ แสน ปชก.		
10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 	<6.5 ต่อแสนประชากร		
11.Success rate TB 	$\geq 90\%$		




2.Service Strategy (ต่อ)

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565
12. อัตราการเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอด (PPH) 	< 5%
13. อัตราการเกิด Birth asphyxia 	< 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ
14. อัตราผู้ป่วย HIV กินยาต้าน ไวรัสสม่ำเสมอ(Adherence) 	$\geq 95\%$
15. การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) - การ CPR ในหอผู้ป่วย 	0



2.Service Strategy (ต่อ)

KPI	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
16. การส่งต่อ (Refer)				
16.1. Refer out  <ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อ รพ.น่าน รวม - การส่งต่อแผนกอายุรกรรม - การส่งต่อแผนกศัลยกรรม - การส่งต่อแผนกศัลยกรรมกระดูก - การส่งต่อแผนกสูติ-นรีเวชกรรม - การส่งต่อแผนกกุมารเวชกรรม 	ปี 2562 เป็น ค่าเทียบหลัก (Base line)	ลดลง 15% ลดลง 10% ลดลง 30% ลดลง 30% - ลดลง 10%	ลดลง 20% ลดลง 20% ลดลง 40% ลดลง 40% - ลดลง 10%	ลดลง 25% ลดลง 30% ลดลง 50% ลดลง 50% - ลดลง 10%
16.2. Refer in  <ul style="list-style-type: none"> - การรับส่งต่อจาก รพ.น่าน้อย - การรับส่งต่อจาก รพ.นาหมื่น 	เพิ่มขึ้นจากปี 2561 (> 2 เท่า)	เพิ่มขึ้นจากปี 2561 (> 4 เท่า)	เพิ่มขึ้นจากปี 2561 (> 6 เท่า)	เพิ่มขึ้นจากปี 2561 (> 10 เท่า)

2.Service Strategy (ต่อ)

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565			
17. ความปลอดภัยจากการใช้ยา 	RDU 4 โรคผ่านเกณฑ์	อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ = 0	อุบัติการณ์เกิด DI ระดับ E ขึ้นไป = 0	Med Error ระดับGขึ้นไป=0
18. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Cavity free) 	≥ 70%			
19. บริการแพทย์แผนไทย  19.1.สัดส่วนบริการในผู้ป่วยนอก 19.2.ประสิทธิภาพในการสร้างรายได้	<p style="text-align: center;">รพ.เวียงสา > 10% , รพ.สต. > 20%</p> <p style="text-align: center;">ไม่น้อยกว่า 1.5 เท่า ของต้นทุนด้านบุคลากรและเวชภัณฑ์</p>			





2.Service Strategy (ต่อ)

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565
20. อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาลรวม (NI) 	< 2 ต่อพันวันนอน
21. การจัดการความเสี่ยง 21.1. ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป หรือระดับ 2 ได้รับการทบทวน (RCA) และออกแบบระบบ 21.2. อัตราการเกิดซ้ำในความ เสี่ยงระดับ E ขึ้นไปและระดับ 2 	ร้อยละ 100 0

2.Service Strategy (ต่อ)




KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565			
22. ร้อยละของเครื่องมือแพทย์ ได้รับการสอบเทียบทุก 1 ปี	ร้อยละ 100			
23. ร้อยละของหน่วยงาน ที่ผ่านเกณฑ์ 5ส	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
- ระดับดี	100%	100%	100%	100%
- ระดับดีมาก	25%	50%	75%	100%
- ระดับดีเยี่ยม	10%	25%	40%	50%
24. ความพึงพอใจผู้รับบริการ	87.5%	90.0%	92.5%	95.0%

3.HR Strategy







KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565				
25. ความสุข ความผูกพัน  24.1. Happy work life index 24.2. ความผูกพัน 	<u>ปี 2562</u> 64%	<u>ปี 2563</u> 66%	<u>ปี 2564</u> 68%	<u>ปี 2565</u> 70%	
26. การพัฒนางานวิจัยเพื่อการ พัฒนาคุณภาพ - จำนวน CQI / R2R 	รพ.สต. : R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี ต่อ 1 รพ.สต. รพ.เวียงสา : CQI อย่างน้อย 20 เรื่อง ต่อปี เป็น R2R อย่างน้อย 10 เรื่อง ต่อปี				
27. ความเพียงพอของอัตรากำลัง พยาบาล (Productivity) 	OPD	IPD	ER	LR	OR
(เป้าหมาย 90% - 110%)					

KPI

เป้าหมาย ปี 2562-2565

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565				
28. สุขภาพบุคลากร	เกณฑ์ (ปี61)	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
28.1.สัดส่วนบุคลากรที่มี BMI ปกติเพิ่มมากขึ้น 	BMI \leq 23 (44.5)	46	48	50	52
	BMI 23-24.9 (22)	25	27	29	31
	BMI 25-29.9 (26.8)	23	20	17	14
	BMI \geq 30 (6.7)	6	5	4	3
28.2.ร้อยละบุคลากรที่ รอบเอว ไม่เกินเกณฑ์ 	(ปี61)				
# ชายไม่เกิน 90cm	61.9%	65%	70%	75%	80%
# หญิงไม่เกิน 80cm	57.2%	60%	65%	70%	75%
28.3.โรค DM HT ในบุคลากร	(ปี 61)	เป้าหมาย ปี2562-2565			
- DM HT รายใหม่ 	DM 8 คน	<4%			
- DM control(HbA1C<7%)	HT 25 คน	\geq 40%			
- HT control(BP \leq 140/90)		\geq 60%			

4.Governance Strategy

KPI	เป้าหมาย ปี 2562-2565			
29. สถานการณ์การเงิน ขององค์กร 	ไม่พบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ต่อเนื่อง (ปี 2562 ระดับ 0-3)			
30. Case Mix Index(CMI) 	ปี 2562 0.68	ปี 2563 0.72	ปี 2564 0.76	ปี 2565 0.80
31. ร้อยละความถูกต้องของ การให้สาเหตุการตาย 	เสียชีวิตนอก รพ. : ไม่เกิน ร้อยละ 15 เสียชีวิตใน รพ. : ไม่เกิน ร้อยละ 3			
32. ร้อยละความสมบูรณ์ ถูกต้อง ของข้อมูล 43 แฟ้ม 	มากกว่า 99.8%			
33. อุบัติการณ์ระบบ Server HosXP ใช้งานไม่ได้ >15นาที 	0 ครั้ง			
34. ความสมบูรณ์เวชระเบียน 	OPD ≥ 85% IPD ≥ 85%			

Org	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleciation	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)
น่าน	2.26	1.86	0.96	146,583,470.36	-17,699,314.28	1	-2,141,026.74
แม่จริม	3.64	3.50	2.81	7,386,042.46	5,200,099.78	0	5,068,865.74
บ้านหลวง	2.02	1.90	1.65	5,383,999.40	2,606,169.60	0	3,360,759.54
น่าน้อย.	4.46	3.88	2.57	14,759,716.43	17,234,142.97	0	6,836,299.17
ท่าวังผา	1.10	0.90	0.56	1,312,869.23	3,019,994.69	3	-6,012,151.05
เวียงสา	1.50	1.18	0.75	5,512,212.09	-2,835,562.52	2	-3,095,780.38
ทุ่งช้าง	3.29	3.15	2.97	16,056,138.99	-1,280,938.93	1	13,848,050.13
เชียงกลาง	2.74	2.46	1.79	9,816,741.53	-506,852.16	1	4,317,400.95
นาหมื่น	8.43	7.97	7.20	9,302,008.13	6,353,847.19	0	7,759,749.10
สันติสุข	2.02	1.89	1.44	4,784,891.03	1,127,232.06	0	2,421,144.99
บ่อเกลือ	3.30	2.98	2.21	6,128,930.96	849,533.49	0	3,151,646.65
สองแคว	1.34	1.21	0.95	1,652,263.40	-708,780.96	2	-241,181.36
ปัว,รพร	1.29	1.09	0.71	11,608,057.90	-7,773,744.38	3	-11,757,855.15
เฉลิมฯ	3.93	3.68	3.49	8,562,606.48	-1,790,012.78	1	7,194,442.19
ภูเพียง	3.49	3.34	3.24	24,879,347.40	3,152,765.40	0	22,428,929.76

จุดเน้นโรงพยาบาลเวียงสา ปี 2563

1. DM, HT
2. การพัฒนาศักยภาพการผ่าตัด
และส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
3. เจ้าหน้าที่มีความสุข สุขภาพดี
4. ประสิทธิภาพบริหารการเงิน

Patient Safety รพ.เวียงสา 2563

S: Safe Surgery

1. การใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับบริการการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด และ อุบัติการณ์

S: Safe Anesthesia

2. อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาสลบ

I: Infection Prevention and Control

3. อัตราการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ

4. อุบัติการณ์การเกิดเชื้อดื้อยาในรพ. (โดยไม่พร้อม)

M: Medication & Blood Safety

5. Medication Error

6. RDU 3 โรค

7. Med reconciliation

8. ระบบข้อมูลยาและ Drug Interaction

P: Patient Care Processes

9. การส่งต่ออย่างเหมาะสม ปลอดภัย

10. การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

Refer and Transfer Safety

E: Emergency Response

Response to the Deteriorating Patient
Sepsis / Safe CPR / Multiple Trauma
PPH / Safe Labor / Birth Asphyxia

S: Social Media

1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงการใช้ Social Media ที่ส่งผลต่อบุคลากรหรือองค์กร

I: Infection and Exposure

2. อุบัติการณ์โรคติดเชื้อจากการทำงานในบุคลากร

M: Mental Health

3. ลดความเสี่ยงจากการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ และระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ

P: Process of Work

4. การควบคุมสิ่งคุกคามต่ออาชีวอนามัยของบุคลากร

L: Lane (Ambulance)

5. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของรถพยาบาล หรือ พนักงานขับรถ

E: Environment and Working Conditions

6. อุบัติการณ์ และโอกาสที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลชีวิตในการทำงาน และบรรยากาศการทำงานที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมสำคัญเพื่อเตรียมพร้อม การรับรองคุณภาพ
Reaccreditation 17-18 ธันวาคม 2562

Lead Team round

เยี่ยมชมแบบบูรณาการทุกระบบ โดยทีมฟาและทีมคร่อมสายงาน

เตรียมความพร้อมก่อนรับการประเมิน

HA Re-accreditation II

ช่วงบ่าย ของวันที่ 19-22 พฤศจิกายน 2562



Lead Team round (1)



อังคาร 19 พ.ย.

- ❑ รปภ. บำบัดน้ำเสีย แผนไทย ทันตกรรม
ปฐมภูมิ งานครัว จ่ายกลาง ชักฟอก
- FA : หมอป่วย หมอแถม แป้ว ภ.อ้อม เอก ช่าง
ต้ม ก๊ก

พุธ 20 พ.ย.

- ❑ ห้องยา+คลัง lab OPD Xray LR ER
- FA : หมอป่วย หมอแถม แป้ว ภ.อ้อม จำ จารุ
เอก ช่างต้ม ก๊ก

พฤหัสบดี 21 พ.ย.

- ❑ งานประกัน IT สร้างเสริมสุขภาพ ward2
ward3 กายภาพ OR
- FA : หมอแถม อ้อม เอก จารุ ช่างต้ม ก๊ก

ศุกร์ 22 พ.ย.

- ❑ ซ่อมบำรุง ที่พักขยะ พชร. คลินิกพิเศษ
TB HIV ...เก็บตก
- FA : หมอแถม หมอป่วย ภ.อ้อม เอก จารุ ช่าง
ต้ม ก๊ก

Internal Surway (2)

: เยี่ยมเสริมพลังก่อน Re-acc HA II โดย ผอ.และทีมบริหาร
ทุกบ่ายวันที่ 6-9-11-12-13 ธันวาคม เวลา 13.00 น.เป็นต้นไป

ทีม FA พี่เลี้ยงช่วยดู Service profile หน่วยงาน

หน่วยงานรวบรวมส่ง ภายใน 6 ธันวาคม 2562

FA จัน : กายภาพ / ซ่อมบำรุง / ยานพาหนะ / บริหาร

FA แยม : สร้างเสริมสุขภาพ / OR / งานครัว

FA ภ.อ้อม : ห้องยา / lab / X- ray

FA แป้ว : จำยกลาง - ซักฟอก / ward

FA จำ : ER / LR

FA คิน : OPD / ปฐมภูมิ / แผนไทย

FA อ้อ : ประกัน / เวชสถิติ / IT

FA หมอปุ๋ย : ฟัน / คลินิกพิเศษ

FA กี้ก (-)บริหาร ธุรการ การเงิน

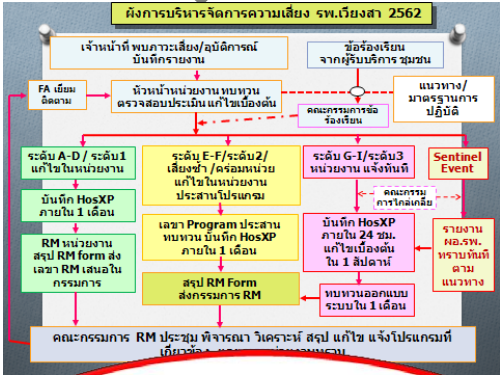
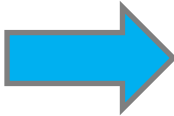




Management

รายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์ / ร้องเรียน / ร้องทุกข์

ช่องทางบันทึกรายงาน



ok
ใช้ต่อเนื่อง
ขยายผล



not ok
-ปรับปรุง / ออกแบบระบบ
โดยทีม หรือ หน่วยงาน
สื่อสารผู้เกี่ยวข้องนำปฏิบัติ

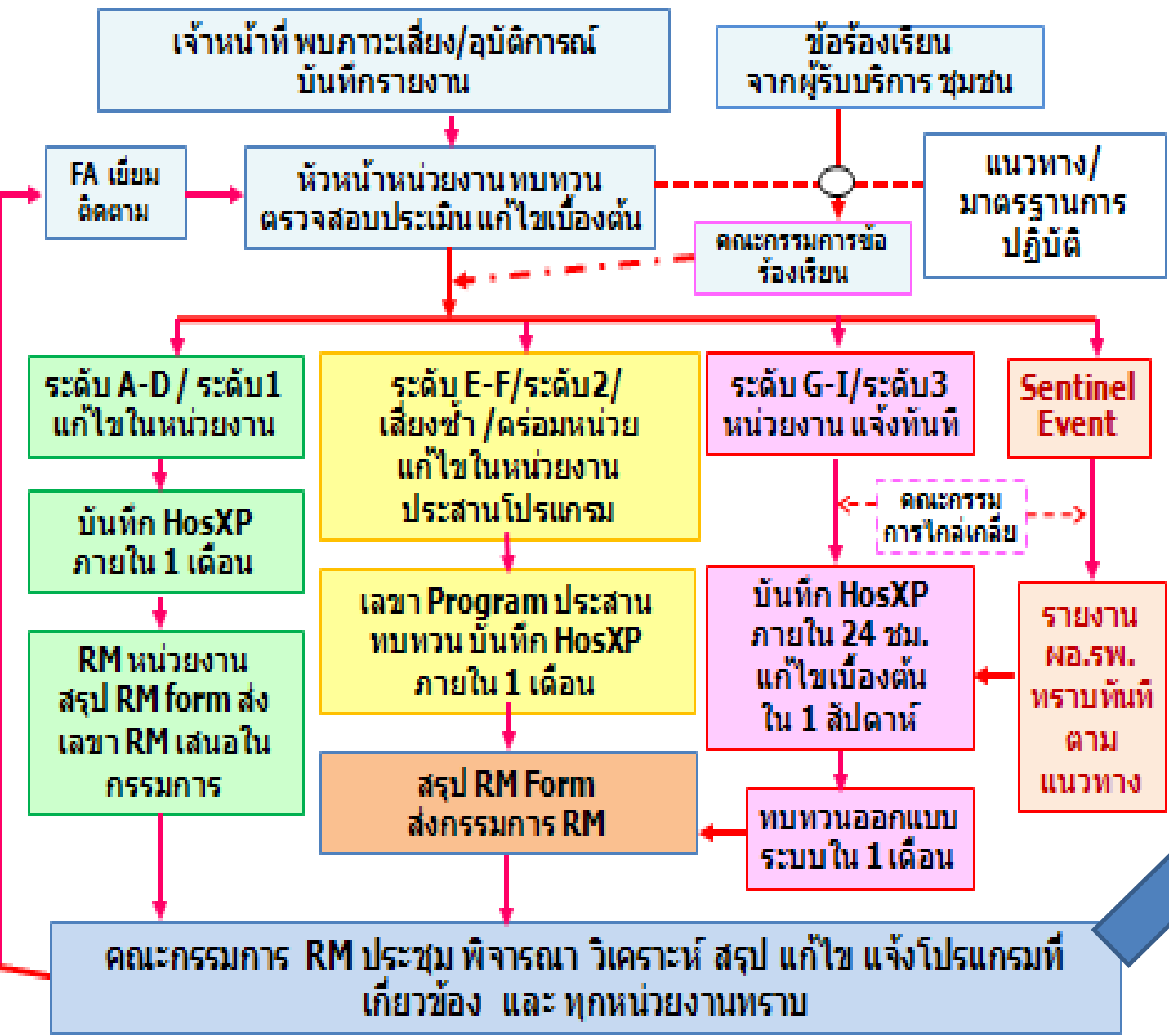


- ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนตามแนวทาง/ความเร่งด่วน
- ขึ้นทะเบียน Risk Register

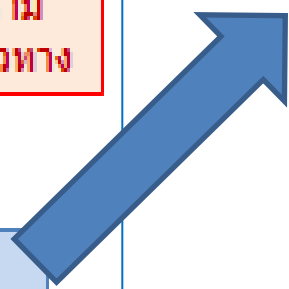


โปรแกรมทางคลินิก (ระดับ A-I)	ผู้ดูแลความเสี่ยง	โปรแกรมทั่วไป (ระดับรุนแรง 1-3)	ผู้ดูแลความเสี่ยง
โปรแกรม 1 การดูแลผู้ป่วย	ทีม PCT (คลินิก)	โปรแกรม 4 ด้านบุคลากร	ทีม HRD
โปรแกรม 2 การติดเชื้อ	ทีม IPC (ติดเชื้อ)	โปรแกรม 5 ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย	ทีม อาชีวอนามัย
โปรแกรม 3 ยา สารน้ำ และเลือด	ทีม PTC (ยา)	โปรแกรม 6 ด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม	ทีม ENV (สวล.)
		โปรแกรม 7.1 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	ทีม IM
		โปรแกรม 7.2 ด้านเวชระเบียน	ทีม IM
		โปรแกรม 8.1 ด้านบริหารจัดการ(การเงิน คลัง)	ทีม CFO /การเงิน
		โปรแกรม 8.2 ด้านบริหารจัดการ(อื่นๆ)	ทีมที่เกี่ยวข้อง
		โปรแกรม 9.1 ข้อเสนอแนะ ร้องเรียน	ทีม RM +
		โปรแกรม 9.9 ข้อชี้แจง	ทีมที่เกี่ยวข้อง

ผังการบริหารจัดการความเสี่ยง รพ.เวียงสา 2562



**ขึ้นทะเบียน
Risk Register**
-monitor รายเดือน
-เฝ้าระวังเกิดซ้ำ



(Hospital Sentinel Event)

เหตุการณ์เฝ้าระวังสำคัญของ รพ.เวียงสา



รายงานผู้อำนวยการทันที
(081-716-7646)



รายงานหลังแก้ไขเหตุการณ์ใน 24 ชม.
ID : krittapong2525

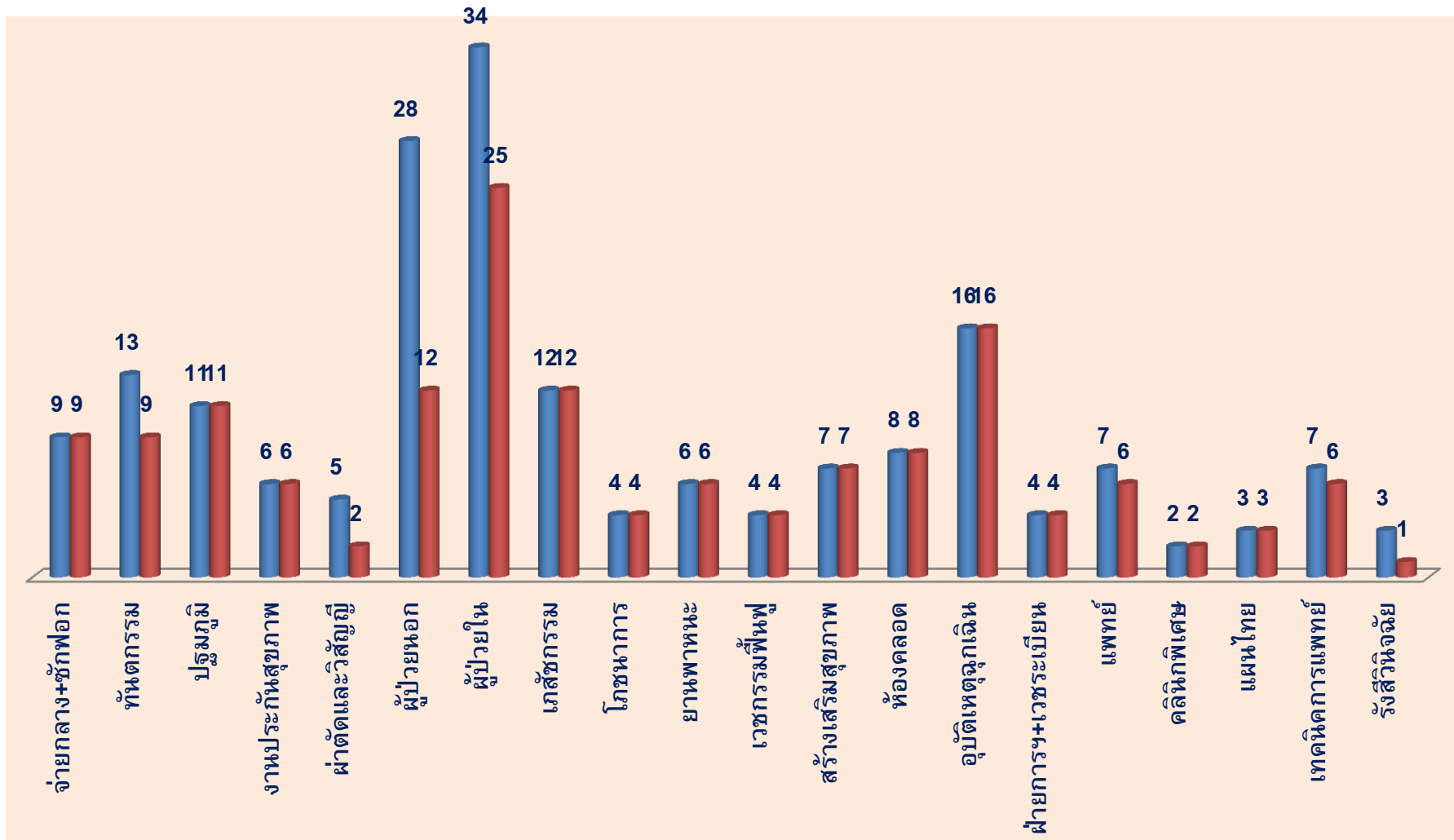
- ✚ การทะเลาะวิวาท หรือเสี่ยงต่อการฟ้องร้องทุกกรณีกับ ผู้รับบริการหรือชุมชน
- ✚ อุบัติเหตุหมู่ มีการเสียชีวิตตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในพื้นที่หรือ มีผู้ได้รับบาดเจ็บรวมมากกว่า 5 คน
- ✚ กรณีโรคอุบัติใหม่ หรือโรคระบาดที่พบน้อย เช่น โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้กาฬหลังแอ่น เป็นต้น
- ✚ กรณีเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดการฟ้องร้อง/เผยแพร่ต่อ สื่อมวลชน
- ✚ เกิดอัคคีภัย อาคารถล่ม ไฟฟ้าลัดวงจรก่อเกิดความเสียหายต่อบุคคลและทรัพย์สินอย่างรุนแรง

- ✚ ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ไม่นับรวม เสียชีวิตก่อนถึง รพ.และผู้ป่วย Palliative care)
- ✚ กรณีเจ้าหน้าที่ทะเลาะวิวาทกันเอง
- ✚ ผู้ป่วยได้รับการ CPR ใน Ward
- ✚ กรณีให้เลือดผิดกรุป ผิดคน

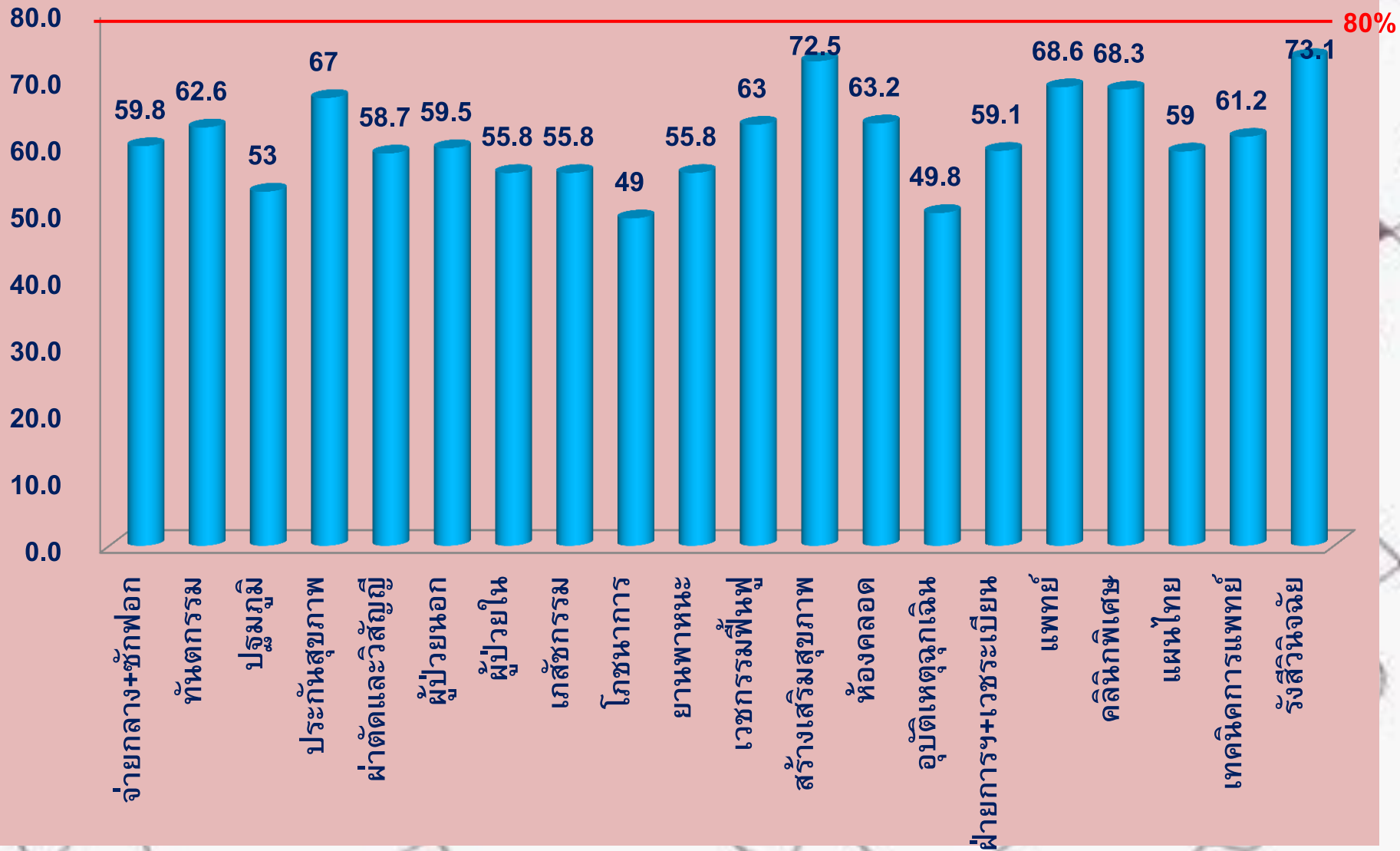
กรณีติดต่อผู้อำนวยการไม่ได้ ให้ติดต่อคุณกัลลณี ไชยศิลป์ โทร 0850369970

Patient Safety Culture survey

■ ทั้งหมด ■ ตอบแบบสอบถาม

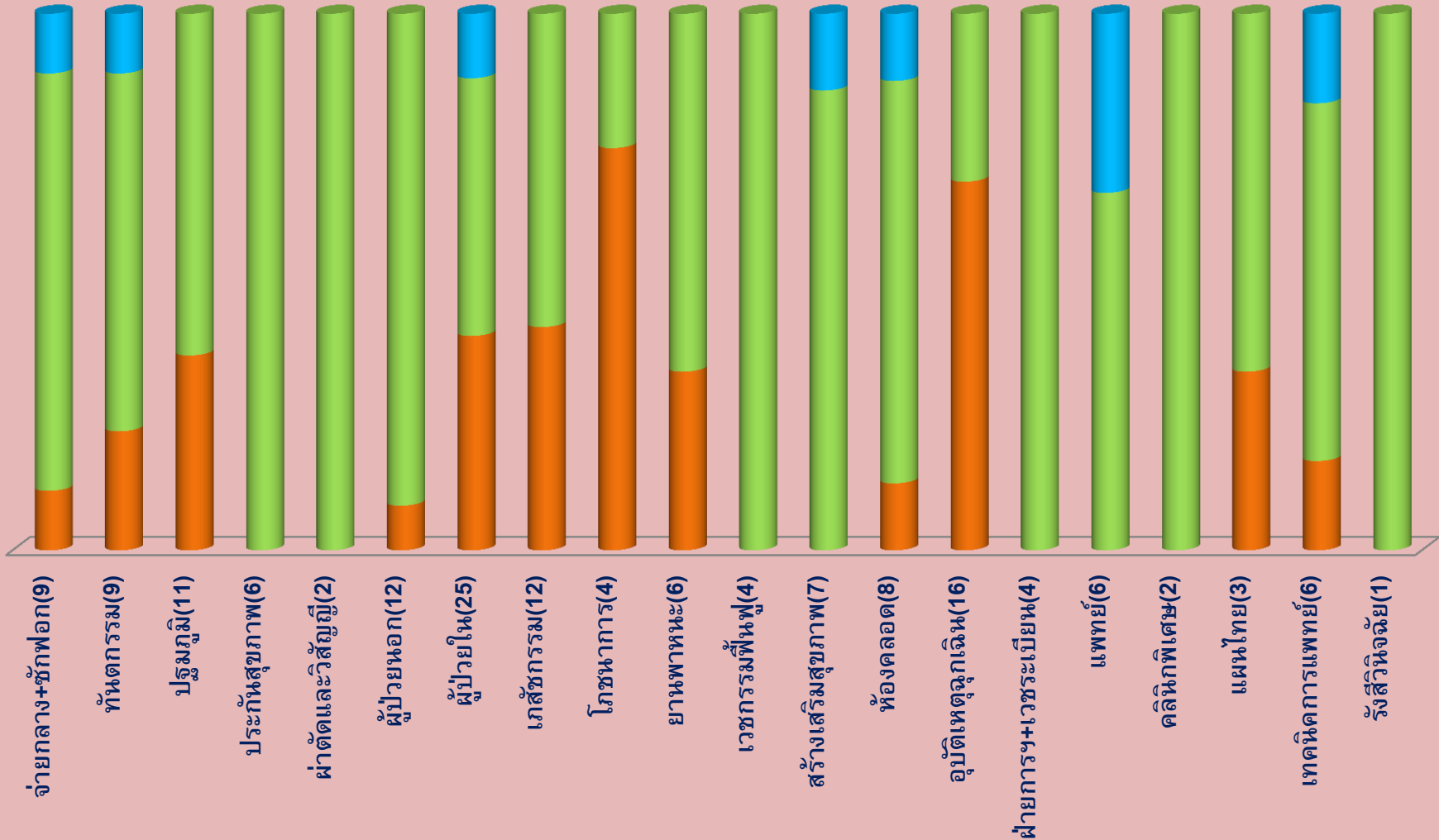


ผลการสำรวจร้อยละความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จำแนกตามหน่วยงาน (เป้าหมาย $\geq 80\%$)



ความคิดเห็นต่อการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จำแนกรายหน่วยงาน (ส.ค.62)

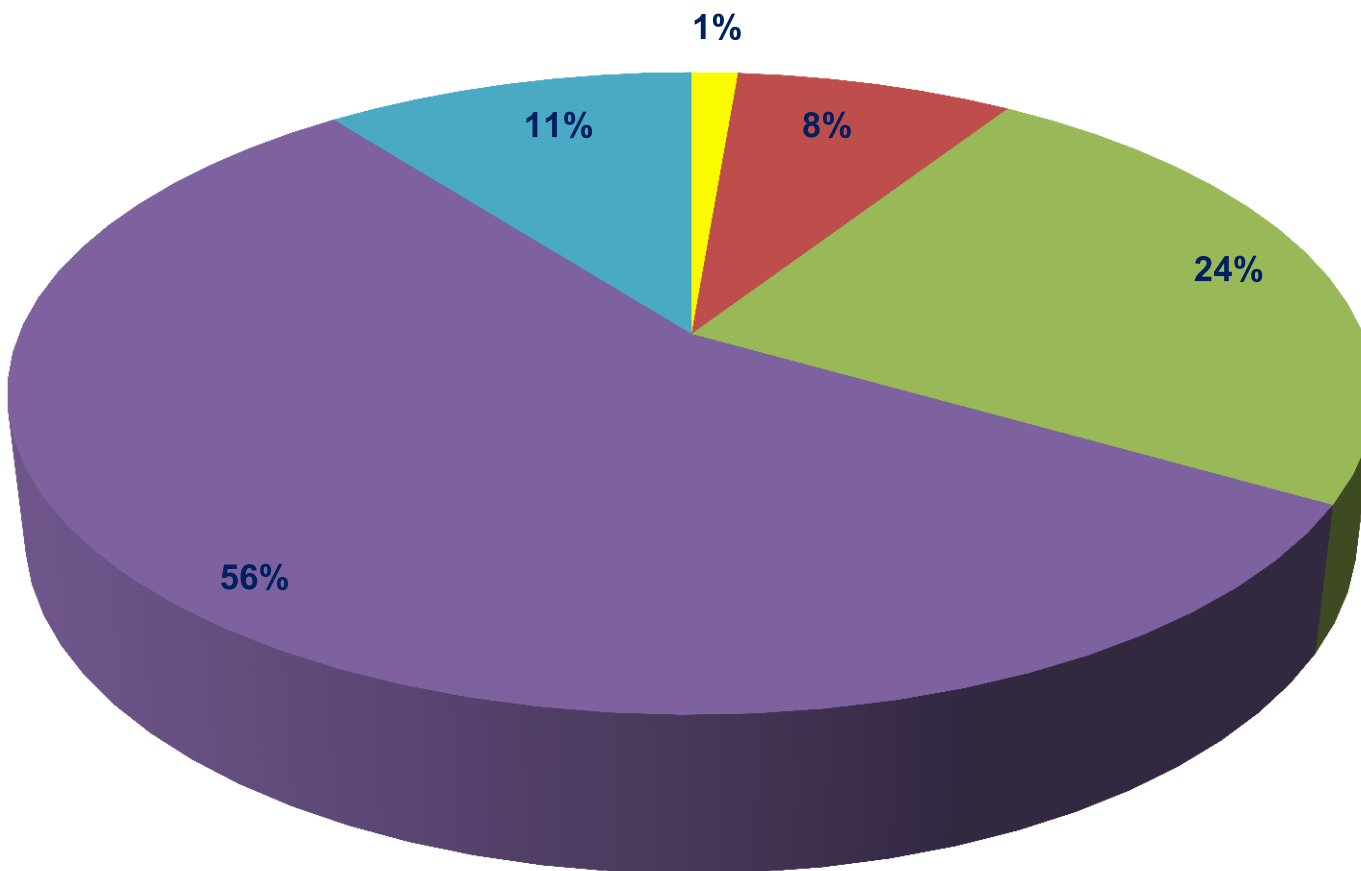
■ น้อยกว่าเท่ากับ 50%
 ■ 50.1-80 %
 ■ มากกว่า 80 %



ผลการแสดงความคิดเห็นแยกรายประเด็น

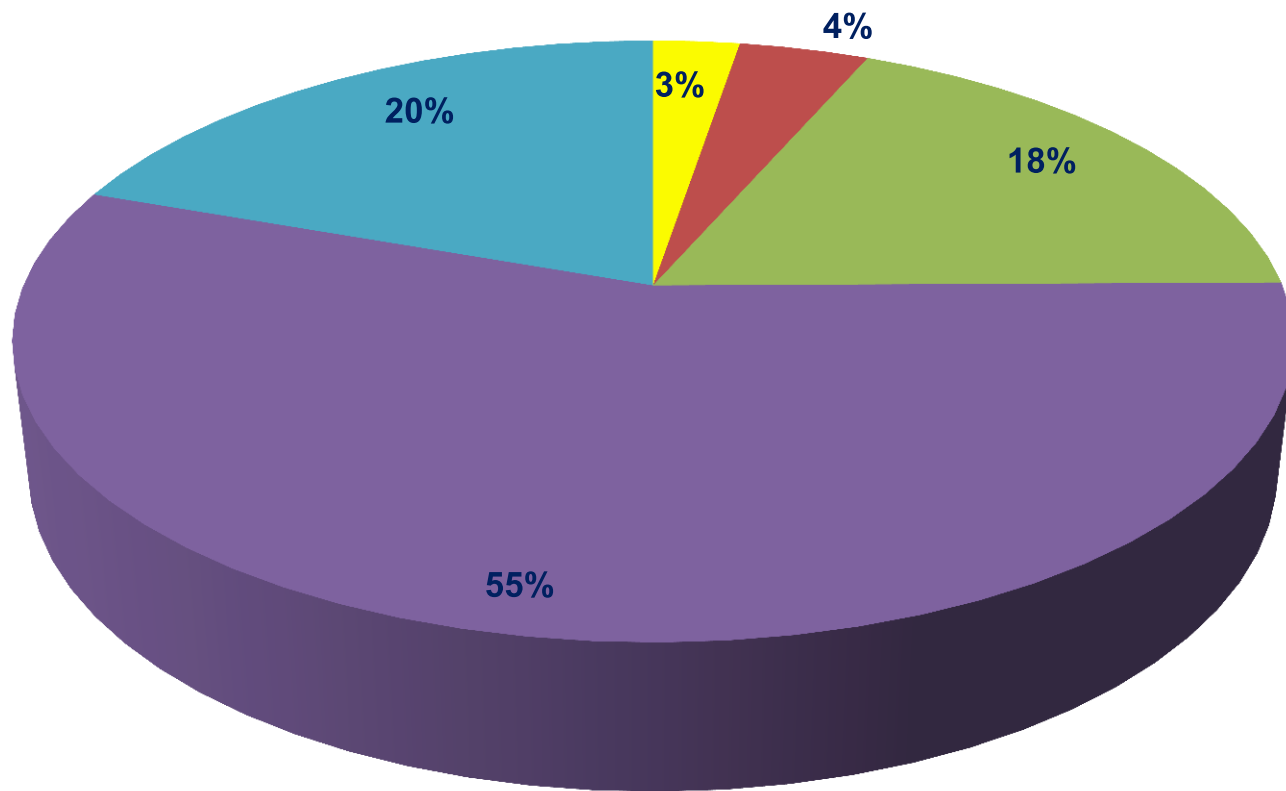
1. สมาชิกในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉยๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



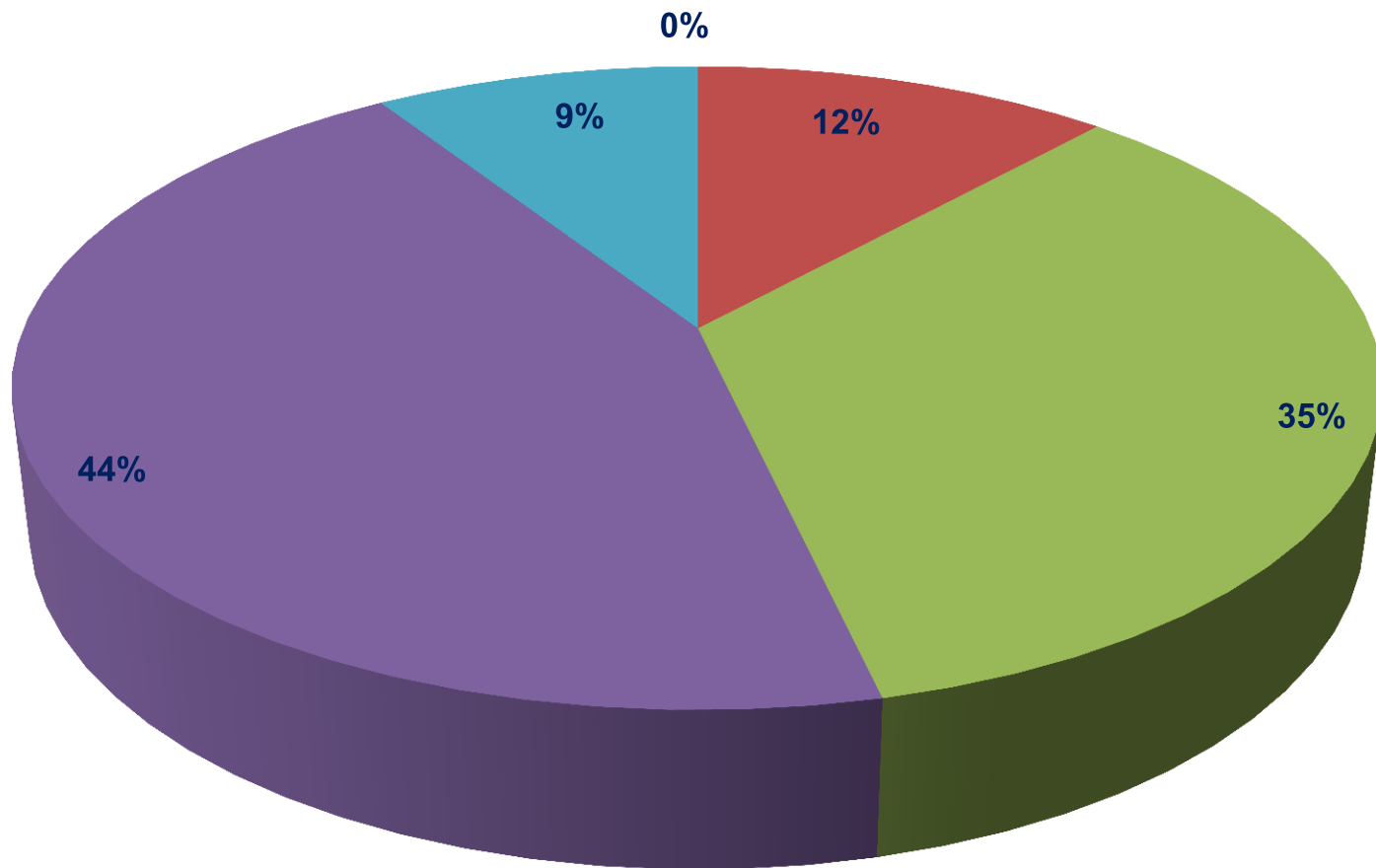
2. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว
เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉยๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



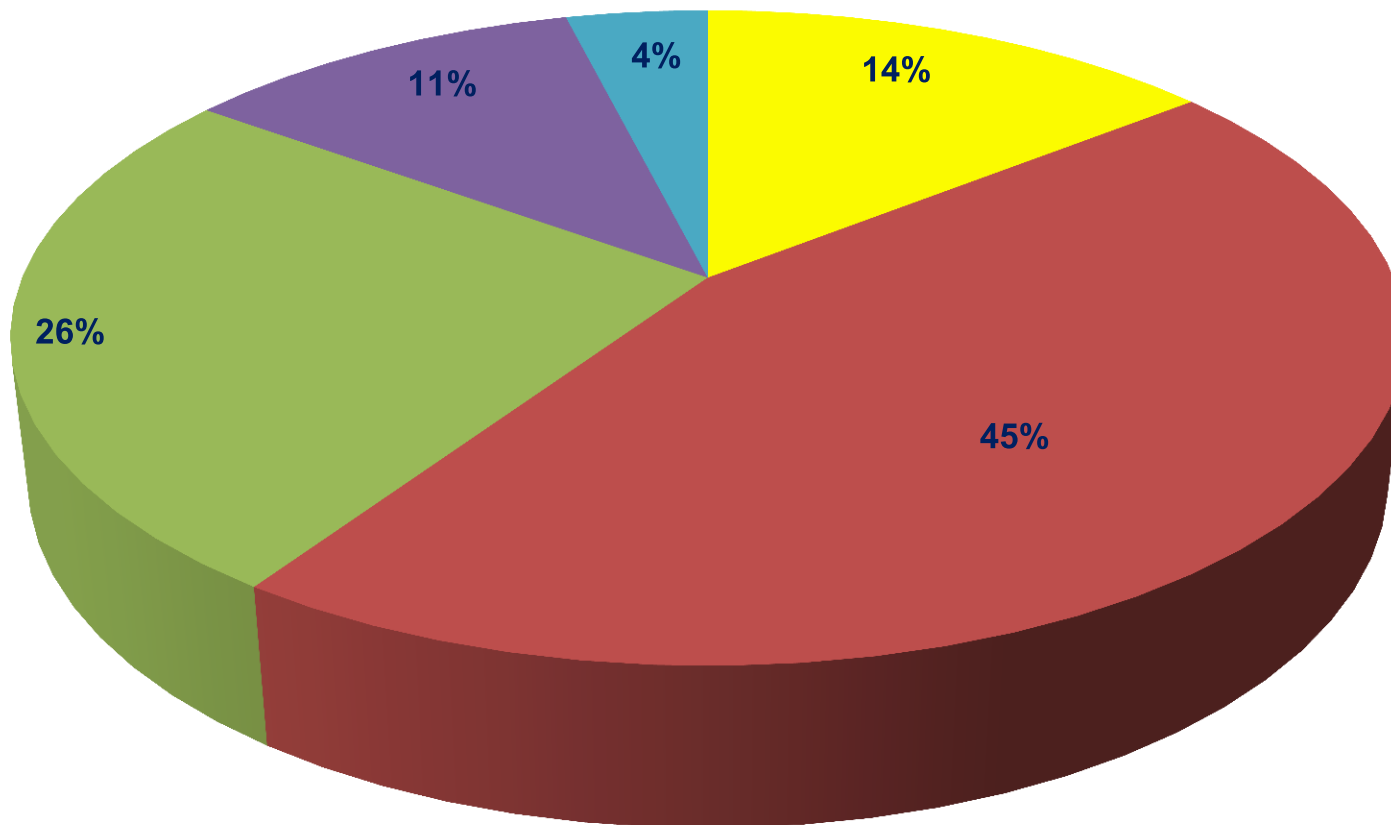
3. ความผิดพลาดทั้งหลาย จะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



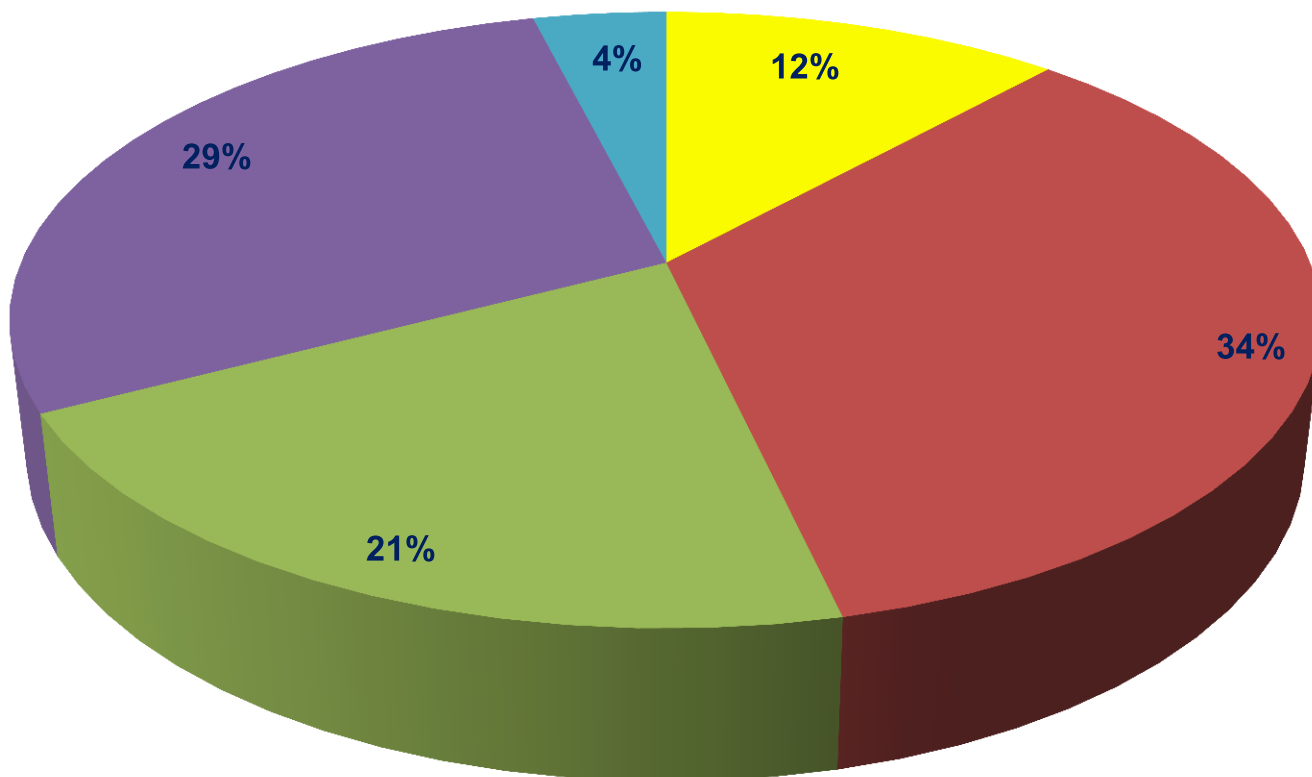
4. การไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นเป็นเพราะความบังเอิญ

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉยๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



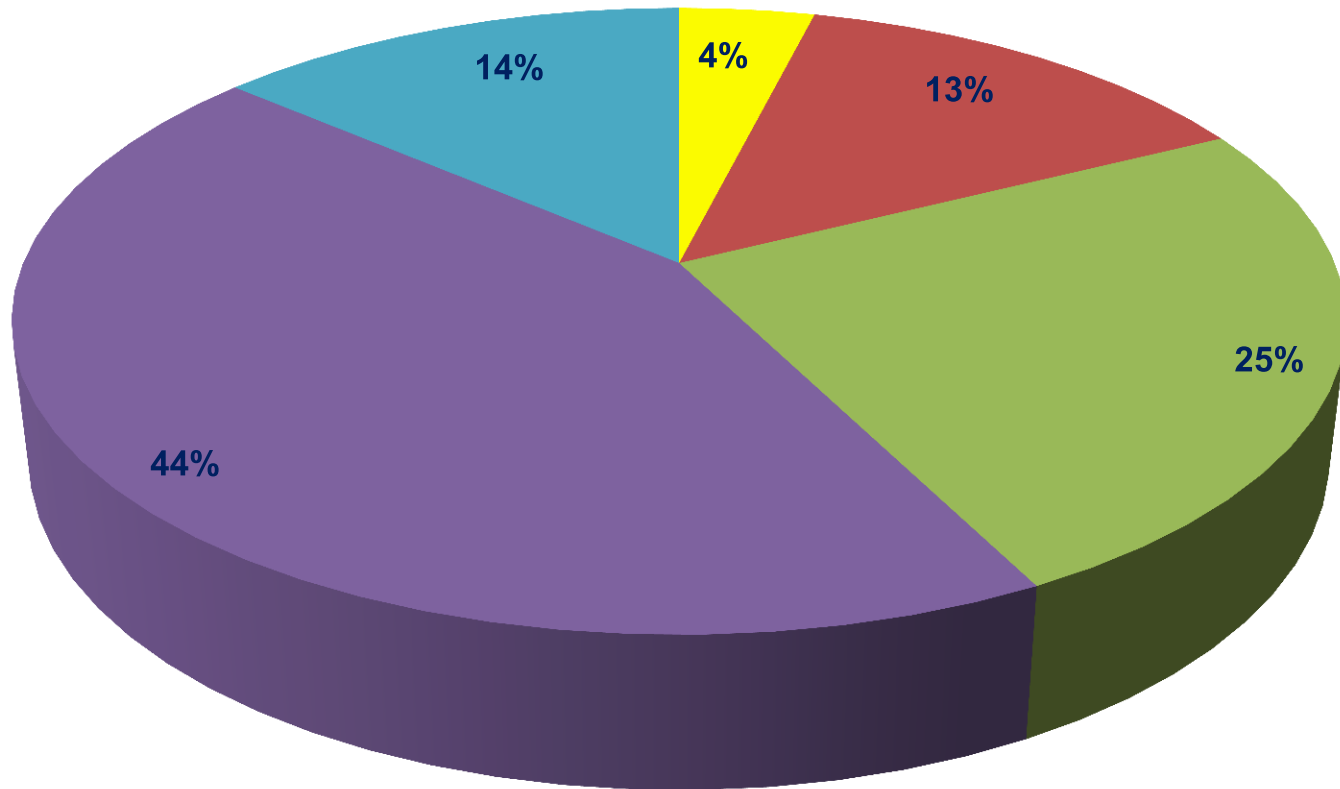
5. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะรู้สึกว่สิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล
ไม่ใช่ปัญหา

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



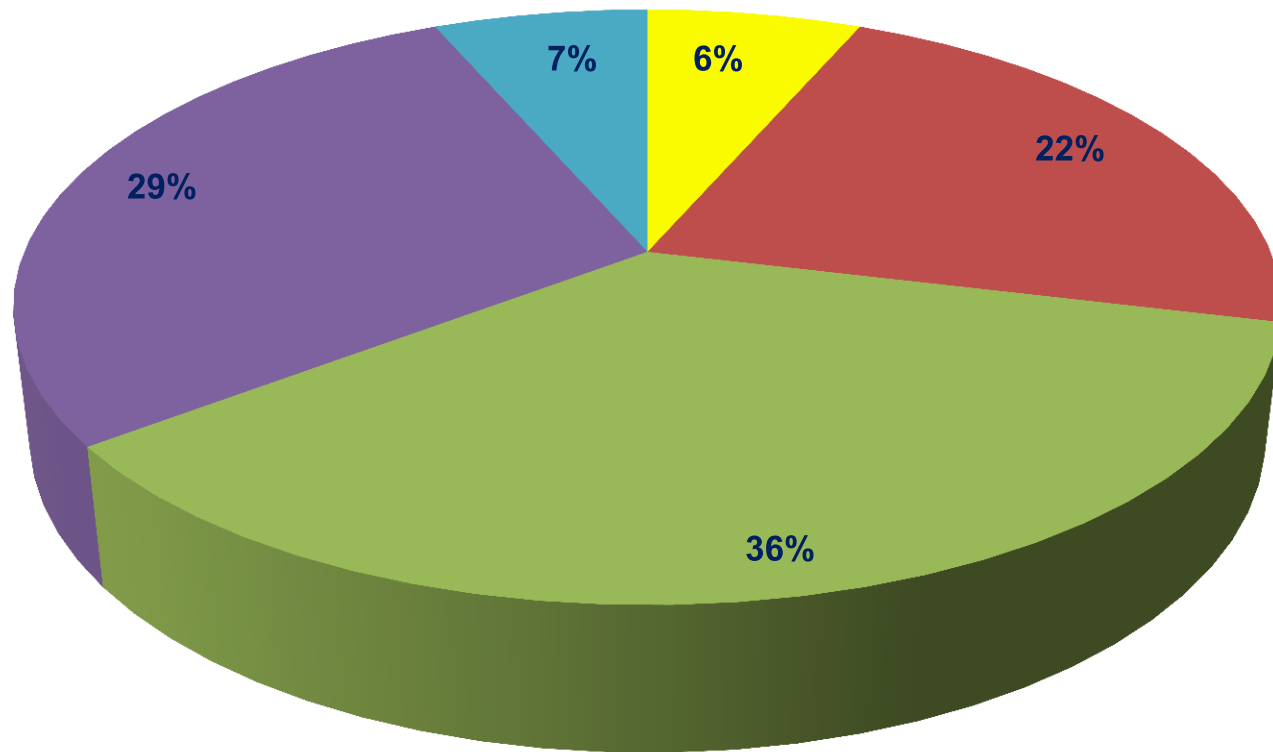
6. เราทำงานแบบอยู่ในภาวะวิกฤติ(Crisis mode)
พยายามทำงานมากเกินไป เร่งรีบเกินไป

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



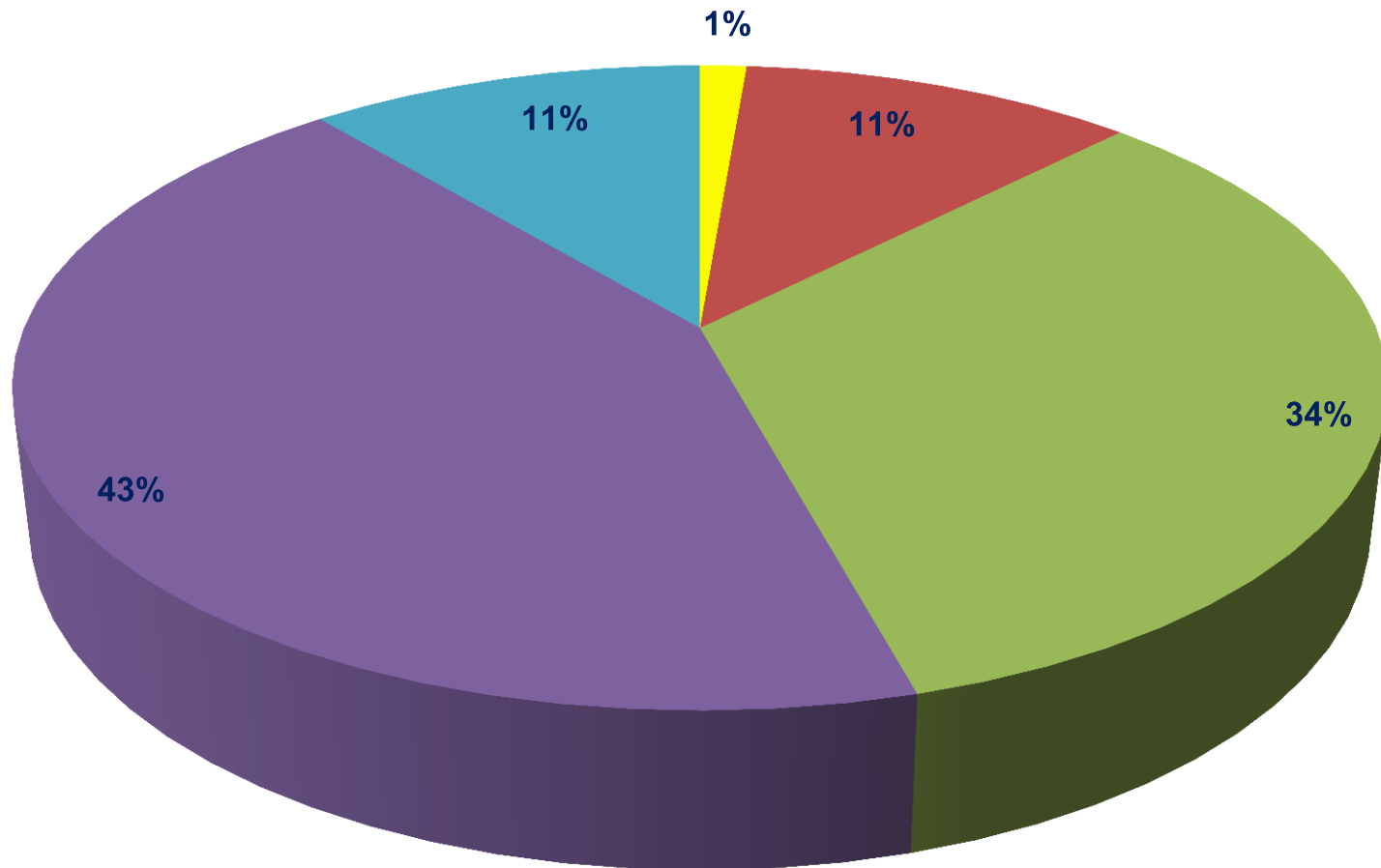
7. เจ้าหน้าที่กังวลว่าความผิดพลาด(mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉยๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



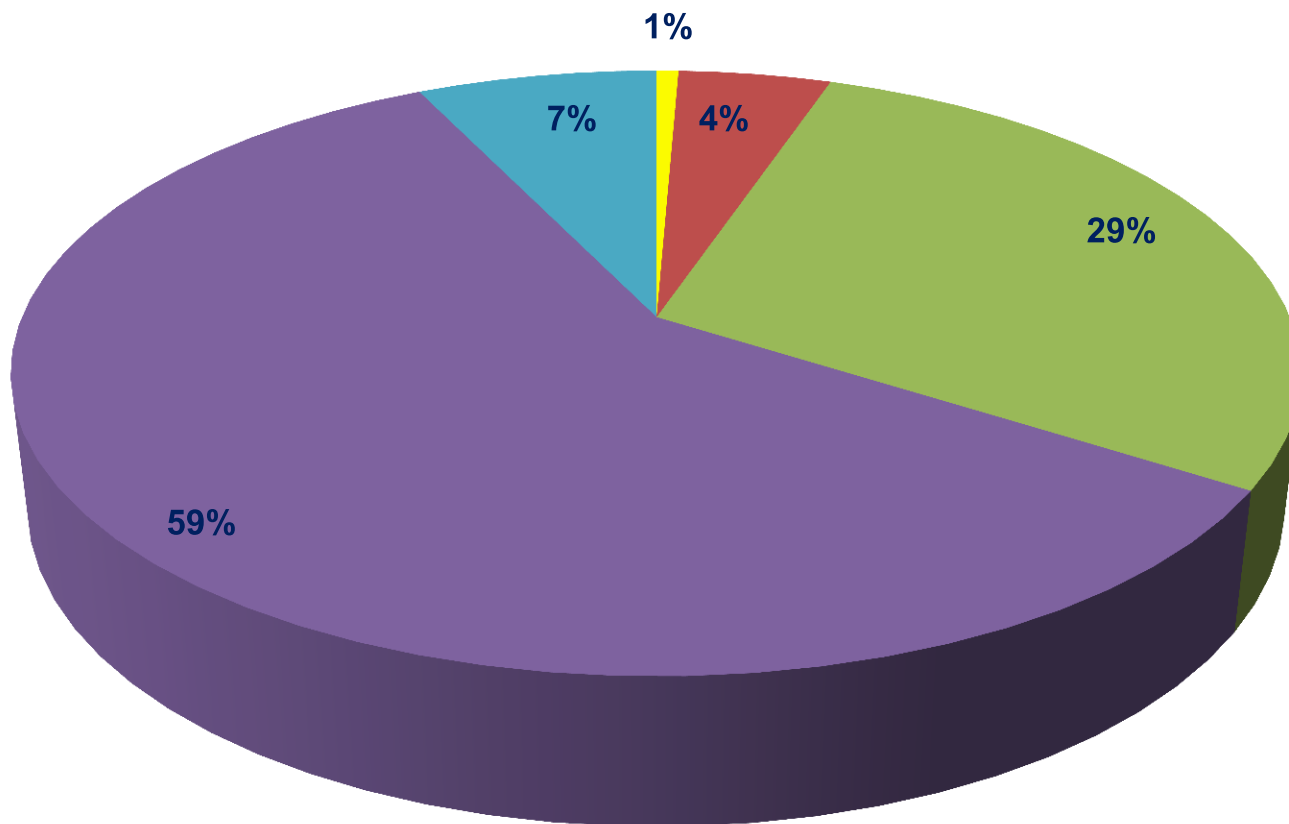
8. แนวทางปฏิบัติและระบบของเรา
สามารถป้องกันความผิดพลาด(error) ได้ดี

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉยๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



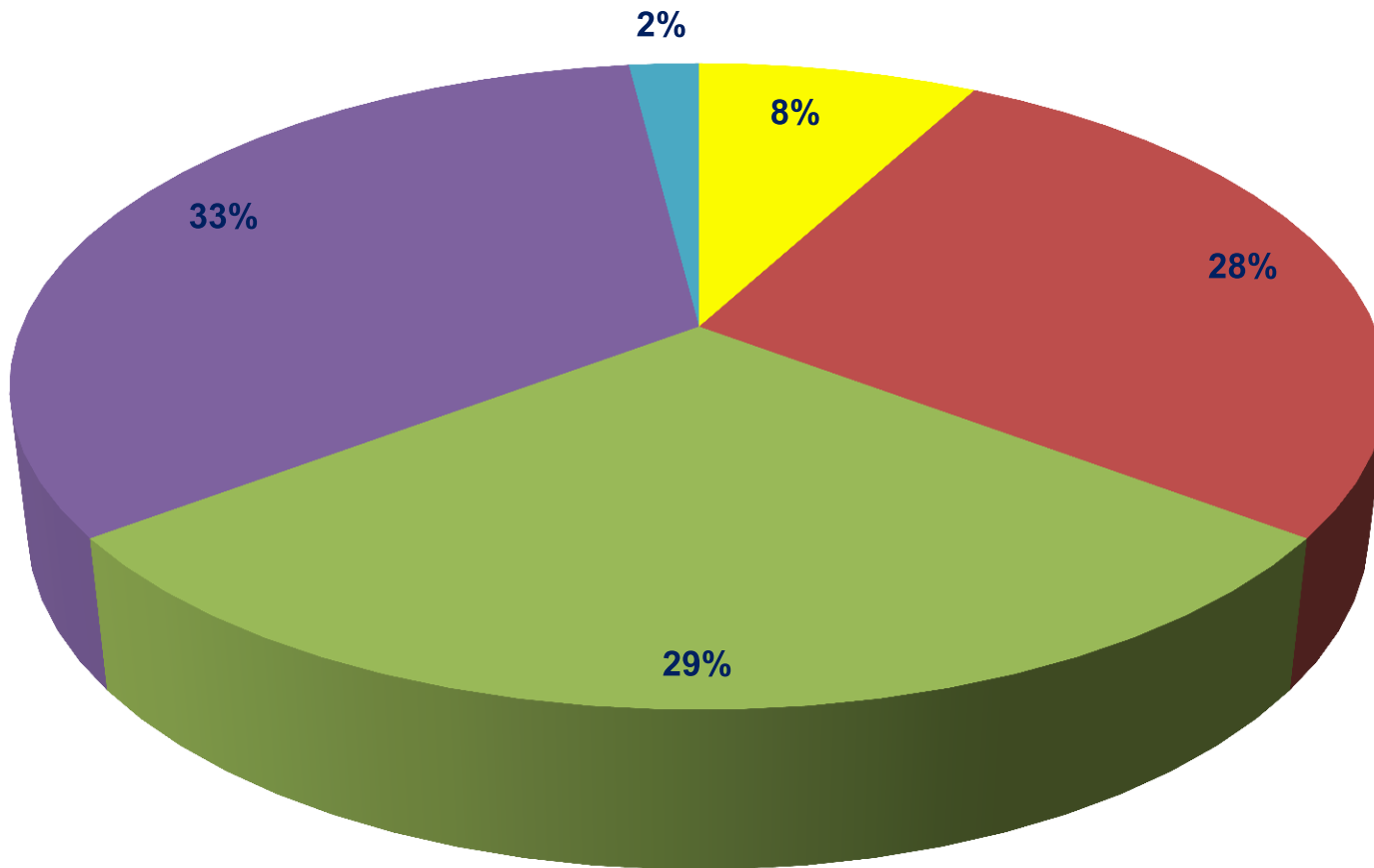
9. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการ รายงานเหตุการณ์

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



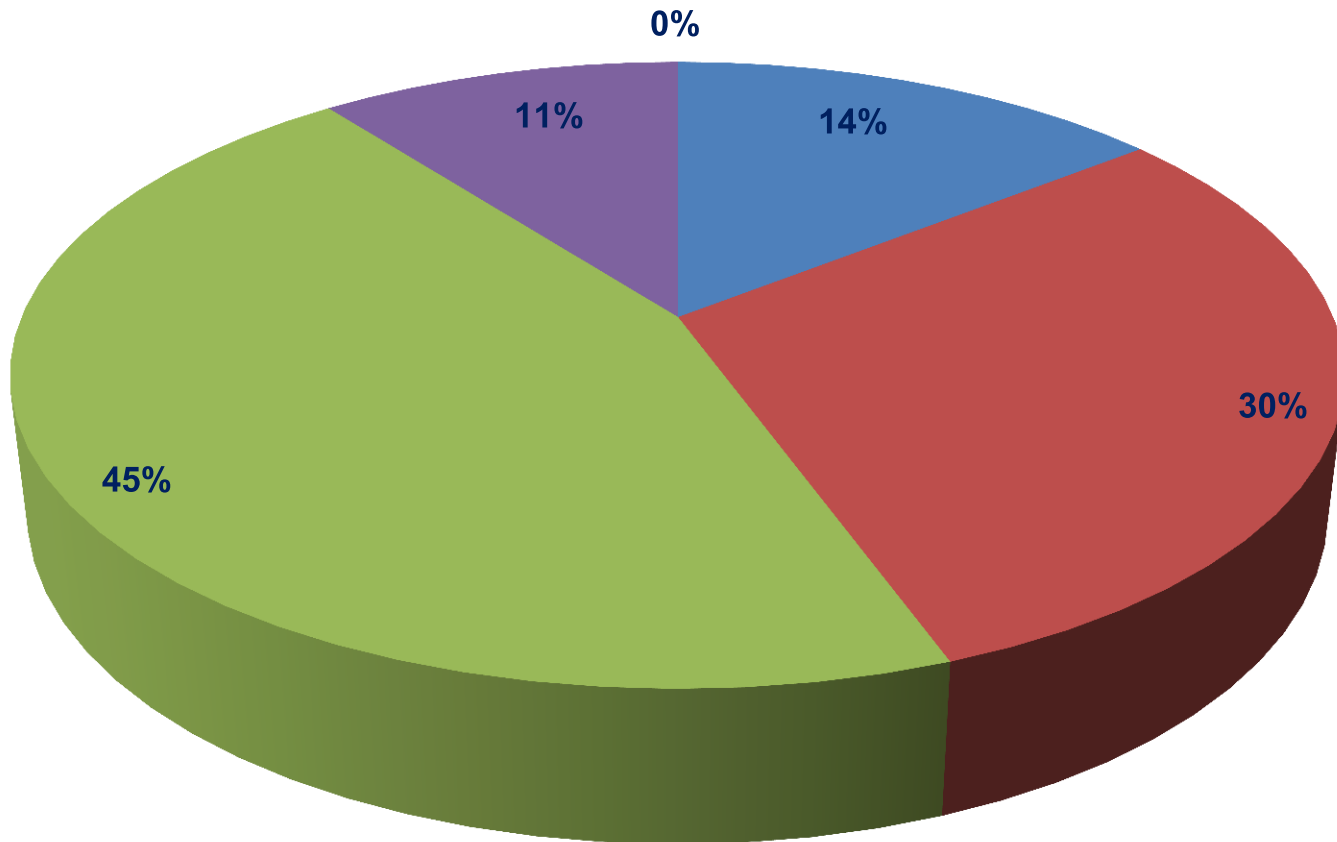
10. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าซักถามเมื่อเห็นว่าบาง สิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



13. รู้สึกไม่มีความสุข เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

■ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ■ ไม่เห็นด้วย ■ เฉย ๆ ■ เห็นด้วย ■ เห็นด้วยอย่างยิ่ง



กิจกรรมปี 62 ของทีม RM

Risk Round ปี 62 -โดย กรรมการ RM

Risk RoundTB / HIV clinic

Risk Round	ข้อเสนอแนะ/เรียนรู้ร่วมกันจากทีม RR
<p>ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยผู้ป่วยมีให้ต้องพัฒนาเชิงระบบมาก ทั้งในคลินิกและเชื่อมโยงเชิงระบบยา / lab / opd ส่วนใหญ่ไม่มีระดับรุนแรง แต่ความที่เกิตรง้าแต่ยังไม่ได้รายงานเข้าระบบ</p> <p>ส่วนใหญ่อยู่ในยุคยุคที่ไม่ใช่ฝ่าย แก้วโร ส่วนในภาคทไนท์ จึงไม่ค่อยได้ส่งรายงาน จึงไม่ทราบช่องทางการรายงาน</p> <p>ในเวทีมีคลินิก มีการรายงานแจ้งไม่มีรายงานรายงาน RM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • แนะนำการลง Risk Register • ขอช่วยสรุปเสร็จในท.บ. นี้ ส่งที่กีก • แนะนำการลงรายงาน และตั้งรายงาน RM ใน HosXp เพื่อนำมาพัฒนางาน • แนะนำช่องทางการรายงาน RM และมีการลงรายงานที่ ขึ้นๆ ทะขับ • แนะนำโปรแกรมที่ ได้รับจากการรายงาน เพื่อเชื่อมมาเพื่อเกี่ยวข้องกับปัญหาความเสี่ยง เช่นเชื่อมกับ PCT / PTC เป็นต้น • แนะนำวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อลงรายงาน ข้อเสนอแนะ เสร็จมีการถือการบันทึก

Risk Roundคลินิกพิเศษ

Risk Round	ข้อเสนอแนะ/เรียนรู้ร่วมกันจากทีม RR
<ul style="list-style-type: none"> • ความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานได้รับการตอบสนองที่ • ยังรายงานเข้าระบบน้อย • ช่องทางการรายงานแจ้งง่าย แต่ส่วนใหญ่อยู่ในยุคยุคที่ไม่ใช่ฝ่าย แก้วโร ส่วนในภาคทไนท์ จึงไม่ค่อยได้ส่งรายงาน • ความเสี่ยงสำคัญ เช่น ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่, มีระบบ call for help / Violent control • มีกิจกรรมเงิน 3 ชุด ไม่ได้ทดสอบระบบต่อเนื่อง -call for help ER ไม่มีป้าย -Violent control พรท. ไม่มีป้าย -วิทยุขอความช่วยเหลือ ปรท. ไม่มีการทดสอบระหว่าง ปรท.และหน่วยทุกที่ตามแนวทาง 	<ul style="list-style-type: none"> • แนะนำการลง Risk Register • ขอช่วยสรุปเสร็จในท.บ. นี้ ส่งที่กีก • แนะนำการลงรายงาน และตั้งรายงาน RM ใน HosXp เพื่อนำมาพัฒนางาน • หน่วยงานสามารถลงรายงาน RM เพื่อเชื่อมมาเพื่อเกี่ยวข้องกับ ได้รับทราบและจะได้รับการช่วยเหลือแก้อันตราย/ความปลอดภัย • ขอให้ทีมฝ่ายปฎิบัติกรแจ้งเงิน และมีการทดสอบต่อเนื่อง เช่น เดือนละครั้ง • ประสานทีม ปรท.(แจ้งพ่อบ้าน) กรณีการขอความช่วยเหลือเมื่อมีการตรวจปัสสาวะ

Risk Roundบ้านชุมชน

Risk Round	ข้อเสนอแนะ / เรียนรู้ร่วมกันจากทีม RR
<ul style="list-style-type: none"> • ทราบช่องทางการรายงานใน Hos. แต่ที่ผ่านมาไม่ค่อยได้รายงาน • จงหาทราบความเสี่ยงสำคัญ เช่น ความปลอดภัยในภาคทไนท์ / ระบบ call for help / การประเมินผลก่อนเข้าพักรักษา • จากการทำ RR พบว่าอาจมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอยู่ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการที่มาไม่พบแพทย์ ด้านนำฟ้องเนื่องจากเวลา, ดูแลไม่เพียงพอ - ไม่มีวิทยุมือถือ กรณีต้องการความช่วยเหลือจาก ปรท. - มีการส่งคนไว้กัตุ่มที่ทางเดินการรักษาแบบแผนไทย - ระบบขีงขอความช่วยเหลือจาก โฟนบ้าน บริเวณห้องน้ำ ห้องแต่งตัว - กรณีการบริการกลุ่มเป็ลชีพโปล. 	<ul style="list-style-type: none"> • ชี้แจงเรื่องการลงรายงานและประโยชน์ของการรายงานต่อหน่วยงานความเสี่ยง • ชี้แจงเรื่องการเขียน risk register • แนะนำการเข้าไปบันทึกการทดสอบความพร้อมใช้เครื่องฉุกเฉินไปที่ ER ทุกสัปดาห์ติดต่อกัน • แนะนำให้ตั้งรายงาน RM เพื่อส่งก่อนต่อหน่วยงานทีมที่เกี่ยวข้องรับทราบและเพื่อทบทวนแก้ไขร่วมกัน

ผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	2557	2558	2559	2560	2561	2562
1	จำนวนรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(รวม)	1,243	782	2,437	2,968	1,689	1,614
	ร้อยละการทบทวนความเสี่ยง อุบัติการณ์รวม			37.71	47.30	68.54	97.09
2	จำนวนรายงานทางคลินิก	1,099	731	2,209	2,752	1,603	1,481
	2.1 ด้านดูแลผู้ป่วย		30	308	350	215	257
	2.2 ด้านการติดเชื้อ		1	34	16	43	67
	2.3 ความผิดพลาดด้านยา สารน้ำ เลือด		700	1,867	2,386	1,345	1,160
3	จำนวนรายงานทั่วไป(Non Clinic)	144	51	228	216	86	133
	3.1 ด้านบุคลากร			46	30	8	10
	3.2 ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในชีวิต		7	40	24	6	24
	3.3 ด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม		8	29	38	14	22
	3.4 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ		3	24	50	27	11
	3.5 ด้านเวชระเบียน		24	-	-	-	23
	3.6 ด้านการเงินการคลัง		5	24	15	14	9
	3.7 ด้านบริหารทั่วไป		4	65	59	17	34

ข้อมูลตามตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562
จำนวนครั้งของการถูกร้องเรียน (ม.41)	ลดลง	1	4	1 (รพ. สต.)	0	0
4. อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E ขึ้นไป หรือระดับ 3 ได้รับการแก้ไขตามแนวทางบริหารความเสี่ยง						
-อุบัติการณ์ด้านคลินิก ระดับ E - I	100%	83.3	85.0	63.0	76.1 (35/83)	92.92 (92/99)
-อุบัติการณ์ด้านทั่วไป ระดับ 3	100%	100	100	100 (3/3)	100 (2/2)	100 (3/3)
5. อัตราการเกิดซ้ำในอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป / ระดับ 2 ขึ้น ไป	<10%	0	3.77	0	3.61 (3/83)	10.78 (11/102)
6. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	100%	N/A	59.09	40.53	34.84	40.91
7. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการขึ้นทะเบียนความเสี่ยงและ ติดตามพัฒนา	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	91.3%
8. ร้อยละของทีมโปรแกรมที่มีการขึ้นทะเบียนความเสี่ยงและ ติดตามพัฒนา	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
Patient Safety						
9. ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (Patient Safety Culture survey)	>80%	NA	60	81	60	58.6

เป้าหมาย ปี 63

- ปลอดภัย : **2P Safety** (Patient @ Personel)
- มีและใช้ **Risk Register** ต่อเนื่อง
- ลดอุบัติการณ์เกิดซ้ำ และเกิดใหม่
- หมั่นบันทึกความเสี่ยง เพื่อส่งความห่วงใย

กิจกรรม Highlight ปี 63

- ปฏิบัติการสร้างพลังเชิงบวก
"หน่วยงานร่วมใจ ร่วมแจ้งเมื่อเจอ และแก้ไขความเสี่ยง"
งานนี้ดี มีรางวัล

- Risk Round “เยี่ยมเพราะ Care” (มี.ค. / ส.ค.63)

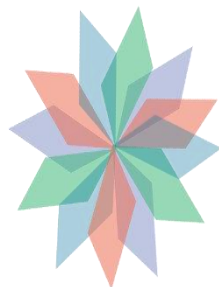
- Patient Safety Culture survey 2020 (ก.ค.-ส.ค.63)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
Nan Provincial Office of Public Health



องค์กรแห่งความสุข



Happy Work Life plan

“แผนพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่”

“ไม่มีเกณฑ์ ไม่ประเมิน

เน้นของจริง ที่ส่งผล

ต่อการลดอุปสรรค

และเพิ่มความสุขของทีม....”

ผู้นำ สิ่งแวดล้อม โครงสร้าง สุขภาพ

ระบบงาน

บรรยากาศองค์กร

ปัจจัยตาม

คำตอบแทน

บริบทหน่วยงาน

หัวหน้าหน่วยย่อย

สวัสดิการ

การสื่อสาร

เพื่อนร่วมงาน

ความปลอดภัย

กิจกรรม

เทคโนโลยี

แผนพัฒนา
กำลังคนตาม
Service plan
ขององค์กร

แผนพัฒนา
บุคลากร
รายบุคคล ตาม
ส่วนขาด (Gap)

+ ติดตามประเมินผล

โรงพยาบาลเวียงสา



ขอความร่วมมือพวกเราทุกคน ยิ้มแย้มให้กัน และครับ ...ค่ะ ...เจ้า