**การประเมินตนเอง DHNC**

**สาขาสูติกรรม**

**คป.สอ.สหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**

**ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป**

**I-1. การนํา**

**วิสัยทัศน์ (vision):** สหัสขันธ์ เมืองสุขภาพที่ดีปี 2560

**ค่านิยม (values):** ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรู้รักสามัคคี ทำงานเป็นทีม สู่องค์กรการเรียนรู้อย่างยั่งยืน

**พันธกิจ (mission):**

 1. พัฒนาระบบบริหารจัดการสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่

 2. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมทุกระดับ

 3. สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

 4. พัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดโรค

คปสอ.สหัสขันธ์มีการดำเนินการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของการจัดบริการด้านสูติกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ โดยมีการจัดเวทีให้เกิดการประชุมที่เอื้อให้บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์โดยทีมประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้องคลอด ฝ่ายเวชกรรมชุมชน ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายทันตกรรม งานชันสูตร งานผู้ป่วยใน รพ.สต.เครือข่ายสุขภาพอำเภอ สหัสขันธ์ มีการวิเคราะห์กระวนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ทุกขั้นตอนการดูแล

 โรงพยาบาลสหัสขันธ์ เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ให้การดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิด 0-5 ปี ในรูปแบบเครือข่ายโดยมีคณะกรรมการ MCH เป็นผู้รับผิดชอบ มีสถานีอนามัย 8 แห่ง PCU ในโรงพยาบาล 1 แห่ง ให้บริการด้านฝากครรภ์ และคลินิกสุขภาพเด็กดี สถานีอนามัยทุกแห่งสามารถให้บริการด้านฝากครรภ์ตามาตรฐานได้ยกเว้น ในรายที่มี High risk จะส่งตัวมา ANC ที่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ ห้องคลอดโรงพยาบาลสหัสขันธ์ให้บริการดูแลการคลอดตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิดจนถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่อายุครรภ์ 24 wks ขึ้นไป กรณีมีภาวะแทรกซ้อนหลังหลอดจะย้ายไปตึกผู้ป่วยใน หรือส่งต่อรพ.กาฬสินธุ์ มารดาและทารกหลังคลอดทุกรายจะได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องไปยังสถานีอนามัย และมีเครือข่าย อสน. ติดตามดูแลในชุมชน ห้องคลอดมีเตียงคลอด 2 เตียง เตียงรอคลอด 3 เตียง และหลังคลอด 4 เตียง มี OR 1 ห้อง ทำ C/S ไม่ได้ สถานีอนามัยทุกแห่งมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ ดูแลการฝากครรภ์ และสุขภาพเด็กดี เจ้าหน้าที่ทุกคนผ่านการอบรม ANC และคลินิกสุขภาพเด็กดี การทำคลอดและช่วยคลอดฉุกเฉิน NCPR และ CPR โรงพยาบาลมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน ไม่มีสูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 5 คน ผ่านการอบรมทักษะการทำคลอดและการดูแลมารดาทารกที่มีความเสี่ยงสูง NCPR และ CPR อุปกรณ์เครื่องมือที่สำคัญ สถานีอนามัยทุกแห่งมี Drop tone Setทำคลอดฉุกเฉิน อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินมารดาและทารก โรงพยาบาลมี Drop tone 2 เครื่อง , NST 1 เครื่อง, Radiant warmer 1 เครื่อง , เครื่อง V/E 1 เครื่อง, เครื่อง U/S 1 เครื่อง ใช้ร่วมกับ OPD, มีรถEmergency มารดาและทารก

 ประชากรกลุ่มแม่และเด็กเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเริ่มจากเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การดูแลในระยะตั้งครรภ์ จนกระทั่งคลอดและหลังคลอด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองได้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นคนในเขตพื้นที่และเขตรอยต่อ ใช้สิทธิ UC และประกันสังคมเป็นบางส่วน ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน และคลอดที่ โรงพยาบาลสหัสขันธ์ การคลอดส่วนใหญ่เป็นคลอดปกติ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เนื่องจากไม่มีสูติแพทย์

**I-2. การวางแผนและการบริหารแผน**

ทีมนําสหสาขาร่วมกันวางแผนจัดบริการ โดยพิจารณาความต้องการด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไป จุดแข็ง/ข้อได้เปรียบ จุดอ่อน/ความท้าทาย และโอกาสต่างๆ ที่มีความสําคัญต่อ ความสําเร็จของการจัดบริการ มีการกําหนดวัตถุประสงค์ที่สําคัญของการจัดบริการ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น มีการจัดทําแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ มีการประสานกับผู้นําองค์กรเพื่อให้มั่นใจว่ามีทรัพยากรเพียงพอสําหรับสิ่งที่จําเป็นต้องปฏิบัติ มีการจัดทําแผนด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้บรรลุวัตถุประสงค์ และมีการคาดการณ์ผลการดําเนินงานตามกรอบเวลาของการวางแผน เปรียบเทียบผลการดําเนินงานกับ องค์กรที่จัดบริการในลักษณะใกล้เคียงกัน และตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยมีทรัพยากร ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **รายการ** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** |
| **อัตรากำลัง** |  |  |  |
| แพทย์ | 3 | 3 | 3 |
| พยาบาลวิชาชีพ | 5 | 5 | 5 |
| ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | 1 | 1 | 1 |
| **เครื่องมือและเทคโนโลยี** |  |  |  |
| -เครื่อง Drop tone | 2 | 2 | 2 |
| -Fetal monitor | 2 | 2 | 2 |
| -Infusion pump | 1 | 1 | 1 |
| - เครื่อง pulse oximiter มารดาทารก | 1 | 1 | 1 |
| -เครื่อง Vacuum | 1 | 1 | 1 |
| -Forceps extraction | 1 | 1 | 1 |
| -Radiant warmer | 1 | 1 | 1 |
| -เครื่องปั่นฮีมาโตคริต | 1 | 1 | 0 |
| -เครื่อง Suction | 1 | 1 | 1 |
| -เครื่องปั๊มนม | 1 | 1 | 1 |
| เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก | 2 | 2 | 2 |
| BP monitor | - | - | 1 |
| เครื่อง Ultrasound | - | 1 | 1 |

**I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและสิทธิผู้ปู่วย**

มีการสำรวจความต้องการของผู้ป่วย เพื่อมาจัดทำข้อกำหนดบริการ ด้วยช่องทางที่หลากหลาย พร้อมทั้งมีการรับฟังข้อคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับปัญหาหรือข้อร้องเรียนได้อย่างทันท่วงที เพื่อปรับปรุงระบบ รวมทั้งกำกับติดตามในประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ต้องพิทักษ์สิทธิในทุกกระบวนการดูแล

|  |  |
| --- | --- |
| **กลุ่มผู้ป่วย** | **ความต้องการ** |
| ผู้ป่วยและญาติ | * มีการต้อนรับที่อบอุ่นประทับใจ เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี
* ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด
* ได้รับความสะดวกสบาย สถานที่สะอาด สะดวก สบาย
* ต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา
* ได้รับทราบความก้าวหน้าของการคลอดทุกระยะรวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้มารับบริการ
* ได้รับความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

มีการคิดค่าบริการอย่างเหมาะสมและผู้รับบริการได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน |

ความต้องการลูกค้าภายใน

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้ร่วมงานใน รพ.** | **ความต้องการของผู้ร่วมงาน** |
| เจ้าหน้าที่ | -มีอุปกรณ์และเครื่องมือ เครื่องใช้ พร้อมใช้งาน, มีความสะอาดปลอดภัยในการใช้งาน ขั้นตอนไม่ซับซ้อน |
| แพทย์ | -มีการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วน มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง และรายงานปัญหาได้ทันท่วงที และเหมาะสม มีการประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ มีความพร้อมในเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ พร้อมใช้งาน |
| ตึกผู้ป่วยนอก | - มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม- มีการประสานงานที่ดี รวดเร็ว ถูกต้อง สมบูรณ์ ทั้งด้านเอกสารเวชระเบียน และการส่งต่ออย่างมีระบบ |
| ห้องบัตร | 1. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดเขียนลายมือให้ชัดเจน อ่านง่ายในการลงข้อมูลในใบแจ้งทำบัตรใหม่ทารกแรกเกิด |
| ซักฟอก | 1. ตรวจสอบผ้าเปื้อนก่อนส่งซัก เนื่องจากมีเครื่องมือแพทย์ติดไป2. คลายปมผ้าที่มัดตามมุมก่อนส่งซัก  |
| ฝ่ายชันสูตร | -มีการประสานงานที่ดี -ลงข้อมูลในใบส่งตรวจและการเก็บสิ่งส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน |
| ฝ่ายเภสัชกรรม | -มีการเขียนข้อมูลชัดเจน ถูกต้อง เบิกยาและเวชภัณฑ์ตรงเวลา ให้ยาถูกต้องตามแผนการรักษาและหลัก 6R  |
| โภชนากร | -มีการเบิกอาหารที่ทันเวลา, ถูกต้องและชัดเจน จัดเก็บภาชนะส่งคืนครบถ้วน |
| หน่วยจ่ายกลาง | -แยกประเภทผ้าซักให้ถูกต้อง, ใช้ผ้าให้ถูกประเภท, ส่งซักตรงเวลา, ส่งเครื่องมือครบถ้วน ถูกต้องตรงเวลา |
| ซ่อมบำรุง | -บันทึกรายละเอียดในใบส่งซ่อมชัดเจน เข้าใจง่าย, มีการติดตามผลการส่งซ่อม  |
| PCU | มีการประสานการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็ก และการส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา |
| เวชกรรมชุมชน | -มีการประสานงานที่ดี ลงบันทึกการตรวจหลังคลอด การให้วัคซีนถูกต้อง ชัดเจน- มีการส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์-หลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่ถูกต้อง ชัดเจน-มีการส่งต่อข้อมูลติดตามเยี่ยมหลังคลอดถูกต้อง ครบถ้วน |
| บริหาร | - มีการติดต่อประสานงานที่ดี ตามแนวทางที่กำหนดในการขอรถ Refer-มีการส่งใบเบิกของ,ใบส่งซ่อมถูกต้องและทันเวลา |
| ฝ่ายสนับสนุนบริการ(งานประกัน) | - การประสานงานที่ดี- ส่ง chart ลง DRG ทันเวลาและครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนด- ตรวจสิทธิบัตรถูกต้อง- เก็บหลักฐานประกอบการเบิก ถูกต้อง ครบถ้วน-ส่งเอกสารขอขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรถูกต้องครบถ้วน |
| กายภาพบำบัด | -มีการประสานงานที่ดี ในเรื่องสอนการออกกำลังกายหญิงหลังคลอด |
| แพทย์แผนไทย | -มีการประสานงานที่ดี |

**I-4. การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้**

4.1 มีการกําหนดตัวชี้วัดสําคัญเพื่อใช้ในการติดตามการปฏิบัติงานประจําวันและการติดตามผลงานโดยรวม ของบริการ (ครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์) มีการเลือกตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้ตรง ประเด็น สัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย อยู่บนฐานแนวปฏิบัติทางคลินิก(CPG)หรือข้อมูลวิชาการ ตัวชี้วัดแต่ ละตัวมีคําจํากัดความที่ชัดเจน มีการเก็บข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม ถูกต้อง สมบูรณ์, มีการติดตาม ประเมินความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้การสุ่มตัวอย่างตามหลักการวัดผล

4.2 มีการนําข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาความแปรปรวนในการปฏิบัติตาม CPG ประเมิน ความก้าวหน้าและความสําเร็จของการจัดบริการ รวมถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลจากภายนอก ตามความเหมาะสม

4.3 มีการนําผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสนบสนุนการตัดสินใจของทีมนําสหสาขา จัดลำดับความสําคัญเพื่อ การพัฒนาคุณภาพ และการดูแลผู้ป่วย.

4.4 มีข้อมูลและสารสนเทศ ที่จําเป็นสําหรับการดูแลผู้ป่วย พร้อมใช้งาน ฮาร์ดแวร์และซอฟทแวร์มีความ เชื่อถือได้ใช้งานง่าย พร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ข้อมูลและสารสนเทศมีความแม่นยํา เชื่อถือได้ ทันการณ์และปลอดภัย ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ในเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ละเลยกฎการ รักษาความลับและความปลอดภัย

4.5 มีการจัดการความรู้เพื่อให้มั่นใจว่ามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปเป็นสินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ของทีม, ทีมงานสามารถเข้าถึงความรู้ที่จําเป็น (ทั้งเอกสาร/ข้อมูลอ้างอิงและความรู้เชิงปฏิบัติ) เอกสารและข้อมูลอ้างอิงมีความเป็นปัจจุบันและอยู่บนฐานข้อมูลวิชาการ มีการทบทวนเพื่อตรวจสอบ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ มีการออกแบบระบบเพื่อให้มั่นใจว่าความรู้ดังกล่าวจะได้รับการ ปฏิบัติเป็นปกติประจําในการดูแลผู้ป่วย

**I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล**

5.1 มีบุคลากรสาขาต่างๆ ที่มีความรู้ความสามารถ (พิจารณาจากการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรม) และจํานวนที่เหมาะสม

5.2 มีโครงสร้าง ระบบงาน และวัฒนธรรมการทํางานที่เอื้อต่อการสื่อสาร การประสานงาน การปรึกษา การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างนวตกรรม และมีความคล่องตัว

5.3 ระบบประเมินผลงาน การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจสําหรับบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรพยายาม สร้างผลงานที่ดี

5.4 มีการส่งเสริมการพัฒนาและเรียนรู้สําหรับบุคลากรในทีมงานที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ของบุคลากรแต่ ละคน มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้เพื่อนํามาปรับปรุง

 5.5 มีสภาพแวดล้อมในการทํางานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย มี การวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สําคัญเนื่องจากการทํางาน ดําเนินการป้องกันหรือให้ภูมิคุ้มกันอย่าง เหมาะสม บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทํางานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันท่วงที

**I-6.1การจัดการกระบวนการ**

 มีการออกแบบกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

| **กระบวนการสำคัญ** | **สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ** | **ความเสี่ยง/ตัวชี้วัดสำคัญ** |
| --- | --- | --- |
| 1. การเตรียมความพร้อม / รับใหม่ - จัดลำดับความรุนแรง - การให้ข้อมูล | -เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา พยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการรีบด่วนของโรค-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเฉพาะโรค | -ผู้ป่วยที่ได้รับอันตราย ไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม-ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ครบถ้วน |
| 2. การประเมิน / วินิจฉัยโรค/ การรับข้อมูลจากผู้ป่วย | -เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย-เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย | -ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม-ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายยังไม่ครบถ้วน |
| 3. การวางแผนดูแลรักษา | -เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ-ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา | -แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ |
| 4. ด้านการดูแลรักษา -การแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน / การป้องกันภาวะแทรกซ้อน -การให้ยา / เลือด / สารน้ำ -การดูแลผู้ป่วยทำการผ่าตัดทำหมัน | -เพื่อผู้ป่วยได้รับยา / สารน้ำ/เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์-เพื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด -เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ | -ความพร้อมใช้งานของเครื่องมืออุปกรณ์ -ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร-การดูแลในกรณีที่แพ้เลือด แพ้ยา หรือ สารน้ำ -การเตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัด/หลังผ่าตัดทำหมันตามมาตรฐาน |
| 5. การประเมินซ้ำ-การเฝ้าระวังปัญหาจากการรักษาพยาบาลและภาวะแทรก ซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง-การสังเคราะห์ข้อมูล | -เพื่อนำข้อมูลด้านการดูแลรักษาพยาบาลมาใช้ในการบริหาร และการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพ | - การทบทวนปัญหาหรือข้อผิด พลาดจากการรักษาพยาบาลยังขาดความต่อเนื่อง-การสังเคราะห์ข้อมูลยังไม่ครอบคลุม  |
| 6. กิจกรรมคู่ขนาน-การบันทึก,การให้ข้อมูล | -เพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ตรวจสอบได้ | -เวชระเบียนมีการบันทึกที่ไม่ ชัดเจนไม่ ครอบคลุมและไม่สมบูรณ์-การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ ยังไม่ครอบคลุม |
| 7. การจำหน่าย-การเตรียมการดูแลตนเองที่บ้านโดยการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -การดูแลผู้ป่วยไม่สมัครอยู่ | -เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย-เพื่อให้ผู้ป่วยไม่สมัครอยู่ได้รับข้อมูลในการเฝ้าระวังความเสี่ยง | -ญาติผู้ป่วยไม่ตระหนักในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง-ผู้ป่วยที่ไม่สมัครอยู่ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง |

**I-6.2 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง**

**ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงที่สำคัญ**

 ANC 1. ตั้งครรภ์ไม่พร้อม , Teenage pregnancy มากขึ้น

2. ANC ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ / ANC ช้า

 3. คลอดก่อนกำหนด

 4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

LR 1. ประเมินปัญหาไม่ครอบคลุม

 2. Delay diagnosis

 3. Delay treatment

 4. Fetal distress

 5. Prolongs labor

 6. Birth asphyxia

 7. Postpartum hemorrhage, Shock

 **ตอนที่ II ระบบงานสนับสนนุ**

**กระบวนการพัฒนาคุณภาพ**

| **พัฒนาคุณภาพ** | **สิ่งที่นำมาใช้** | **ผลลัพธ์ โอกาส ขยาย** |
| --- | --- | --- |
| **KPI**  | -มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่สำคัญทุกเดือน เพื่อนำมาสู่การพัฒนา -ANC 5 ครั้งคุณภาพ > 75% -ANC < 12 wks >60 %-Teenage pregnancy < 10 %-PPH < 1%-Birth asphyxia < 30: 1000-LBW < 7%-ทารก 0-6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว > 30 % |  -จากการวิเคราะห์พบว่าปัญหาด้านการฝากครรภ์ คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และยังเป็นต้นเหตุของปัญหาหลายอย่างตามมา คือ ANC ช้า ,ไม่ครบตามเกณฑ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเช่น LBW , Birth asphyxia ตลอดจนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จน้อย-PPH ปี 2553 มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาเกิดจากรกค้างและTear cervix ซึ่งต้อง CQI ต่อ- เพิ่มตัวชี้วัด Recurrent teenage pregnancy < 3%ในG2 |
| **ทีมสหวิชาชีพ** | -การทบทวนข้างเตียง ( LR ) | -ทำในมารดาคลอดที่มี High risk pregnancy และกำหนด Early warning signsในการประเมินเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง**ขยาย** -ANC ทำใน Caseที่มี High risk -Case คลอดทำทุกรายที่มี Intra partum risk score 10 คะแนน ขึ้นไป |
| **ทบทวนเวชระเบียน** | -ทำ Trigger tools เพื่อหา AE ในรายที่เกิดอุบัติการณ์ และในCase refer- ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน | - AE ในระดับ E ขึ้นไปทบทวนหา RCA |
| **วิชาการ** | -เข้าร่วมประชุมวิชาการ MCH ระดับเขต และ MCH จังหวัดจัดประชุมวิชาการ-เครือข่ายจัดประชุมเอง-สมาคมสูติ-นรีเวชและสมาคมเวชศาสตร์ทารกปริกำเนิดแห่งประเทศไทย | -มีการนำ Evidence base มาใช้, มีการปรับปรุงCPG**ขยาย**  งานสัมมนาวิชาการ KM, CQI-ค้นคว้าจาก ตำรา, Internet-หน่วยงานจัดประชุมเอง |
| **RCA** | -ทบทวนหา RCA จาก AE ในระดับ E ขึ้นไป | -มีการเชื่อมระบบงานที่สำคัญ- ระบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน-ระดับ G,H,I ไม่มีอุบัติการณ์ ร่วมทบทวนกับหน่วยงานอื่น |
| **Bedside** | - มีการทบทวนข้างเตียง  | -มีการค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน**โอกาส** - LR ทำทุก Case ที่นอน รพ.* ANC ทำในรายที่มี High risk
 |

**แผนการพัฒนา**

 **สิ่งที่ทำได้ดี**

1. มีการทำงานในรูปแบบเครือข่าย
2. การเข้าถึงสะดวก
3. มีการทบทวนCaseเมื่อเกิดอุบัติการณ์

 **โอกาสพัฒนา**

1. อบรมความรู้และทักษะบุคลากรทั้งเครือข่าย ตั้งแต่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โรงพยาบาล และอาสาสมัครนมแม่ในชุมชน
2. มี CPG ครบ แต่บางส่วนยังไม่เหมาะสมกับบริบท
3. ปรับปรุงแนวทางการดูแลให้ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและเหมาะสม ทั้งในสถานีอนามัยและโรงพยาบาล

**ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย**

**ตารางแผนการพัฒนา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | **Action plan** | **ระยะเวลาแล้วเสร็จ** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| **กระบวนการดูแลมีคุณภาพ** | -ปรับปรุงCPG ตกเลือดหลังคลอด กรณีรกค้าง , Post-term-กำหนดแนวทางการประเมินให้ชัดเจนและครอบคลุมภาวะเสี่ยง-HRD พัฒนาบุคลากรทั้งเครือข่าย โดยอบรมความรู้และทักษะและสื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ทราบ-เสนอซื้อเครื่อง NST ใหม่ | - ต.ค. 2560 | CLT MCHPCT |
| **ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน** | - Re-assessment กำหนด Early warning sigs ในการประเมินซ้ำ- จัด Zone ให้ถูกต้องตามหลัก IC- ติดตั้งกริ่งฉุกเฉินในห้องน้ำ | - ต.ค. 2560 | PCT |
| **สามารถดูแลตนเอง** | - Empowerment หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด เน้นในกลุ่ม Teenage- ให้ความรู้กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาและชุมชน (เพื่อนช่วยเพื่อน)-D/C plan-การดูแลต่อเนื่อง | - ต.ค. 2560 | CLT MCH |

 **ตอนที่ IV ผลลัพธ์**

 ได้มีการนำตัวชี้วัดคุณภาพที่เป็นปัญหาของหน่วยงานมาพัฒนา และจัดกลุ่มดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่ทำได้ตามเป้า

: การลดอัตราตายปริกำเนิด

: การลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia)

1. ตัวชี้วัดที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

:อัตราการตกเลือดหลังคลอด

**ตัวชี้วัดที่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย**

1. **อัตราตายปริกำเนิด ( เป้าหมาย < 9 : 1,000 TB )**

จากสถิติตั้งแต่ปี 2555-2559 พบว่า ในปี 2557 อัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 5.3 สาเหตุจากทารกตายในครรภ์(ตายเปื่อยยุ่ย) 1 ราย เนื่องจากจำนวนคลอดน้อย จึงทำให้ตัวเลขดูค่อนข้างสูง ได้มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกันทั่วทั้งเครือข่าย โดยเน้นคุณภาพของการฝากครรภ์ และได้กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ดังนี้

**แนวทางการลดอัตราตายทารกปริกำเนิด**

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายเรื่องฝากครรภ์คุณภาพแนวใหม่ โดยเน้นคุณภาพของการฝากครรภ์แต่ละครั้งให้ได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อ-แม่แบบรายกลุ่ม ให้มีสามี/ญาติมีส่วนร่วม เน้นสอนวิธีการนับลูกดิ้น และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ โดยมีการทวนสอบความเข้าใจว่าถูกต้องตรงกันหรือไม่
3. ประเมินภาวะเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เมื่อมีภาวะผิดปกติให้ส่งต่อพบแพทย์ และกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทุกราย
4. จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้ชัดเจน โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรมที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ เช่น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์, PIH
5. มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ห้องคลอดรับทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั่วทั้งเครือข่าย เรื่อง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง, NCPR

**ผลลัพธ์:** ปี 2560 อัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 0

 **2. อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (เป้าหมายไม่เกิน 25 :1,000 การเกิดมีชีพ)**

จากสถิติการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสหัสขันธ์ ตั้งแต่ปี 2555-2559 จากการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุพบว่าเกิดจากกระบวนการคลอด จากทารกคลอดก่อนกำหนดและภาวะ Thick meconium ในมารดาคลอดเกินกำหนด ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น จึงได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

**แนวทางการลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด**

1. มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดยอสม. เน้น Early ANC และเพื่อความแม่นยำในการประเมินอายุครรภ์และการคาดคะเนวันคลอด
2. รับใหม่ทำ NST ทุกราย และและ Monitor เมื่อมีภาวะเสี่ยง
3. ปัจจัยจากการคลอดและกระบวนการคลอด ที่เสี่ยงต่อการเกิด Fetal distress ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินภาวะเสี่ยง Intra partum risk scale เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น
4. พัฒนาเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังการคลอด มีการใช้ Partograph ใหม่ตาม WHO ในการเฝ้าคลอด เพื่อประเมินการคลอดได้อย่างเหมาะสม
5. จัดทำแนวทางการทำ Intra Uterine Resuscitation เพื่อช่วยเหลือทารกในครรภ์ และลดภาวะFetal distress
6. มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจาก ANC ให้กับห้องคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอด
7. ประชุมเชิงปฏิบัติการ NCPR การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
8. จัดทำแนวทางการดูแล (CPG) มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น PIH, PROM, DM , การInduction , การ Inhibit
9. มีแนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM Class A1 ดูแลที่โรงพยาบาล Class A2 ส่งต่อรพ.กาฬสินธุ์
10. กำหนดห้ามดันคลอด กรณีมารดาเบ่งคลอดนานตั้งแต่ 30 นาทีเป็นต้นไป ให้ O2 mask 10 L/min เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนทารกในครรภ์
11. ทบทวนแนวทางการช่วยคลอดติดไหล่ การช่วยคลอดท่าก้น และจัดทำแนวทางติดไว้ในห้องคลอด เพื่อให้เห็นชัดเจน
12. มีการส่ง U/S เมื่ออายุครรภ์ 36 wk. เพื่อประเมินท่าทารกในครรภ์
13. กรณีปัญหาจากตัวทารกคือการคลอดก่อนกำหนด เน้นการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ยา Adalat ร่วมกับการให้ยา Bricanyl และให้ Dexamethazone ในราย อายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ และให้ Antibiotic ในรายที่มีน้ำเดิน กรณียับยั้งไม่ได้ถ้าอายุครรภ์ < 34 wk. ส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
14. มีแนวทางการป้องกันการคลอดเกินกำหนดคือ อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ยังไม่คลอด ส่งทำ Stripping of membrane กระตุ้นการคลอด และนัดอีก 1 สัปดาห์ เพื่อ Induction ถ้ายังไม่คลอด

**ผลลัพธ์:** ปี 2556 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลง เท่ากับ 8.33 : 1,000 บรรลุตามเป้าหมายใหม่ที่ตั้งไว้ คือ ไม่เกิน 20 : 1,000

**ตัวชี้วัดที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงยังไม่คงที่**

 **อัตราการตกเลือดหลังคลอด เป้าหมายไม่เกิน 2%**

ร้อยละ

จากสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลสหัสขันธ์ ตั้งแต่ปี 2550-2551 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Uterine atony รกค้าง และการฉีกขาดของช่องทางคลอด ตามลำดับ การศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การทำคลอดรกโดยวิธี Active management สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจาก Uterine atony ได้ และยังช่วยลดอุบัติการณ์รกค้างได้อย่างมีนัยสัมพันธ์ จึงได้เปลี่ยนแนวทางในการทำคลอดรกใหม่จากวิธี Modefied’s Crede เป็น Active management ทำให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดในปี 2552 ลดลง ปี2553 อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นอีก จากการวิเคราะห์พบว่าเกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดและรกค้างตามลำดับ ได้มีการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในเรื่องการทำคลอดและการซ่อมแซมฝีเย็บ เทคนิคการทำคลอดรก และปรับปรุงแนวทางการดูแลกรณีรกค้าง มีการส่งต่อเร็วขึ้น ปี 2554 ไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด ปี 2555 พบ 1 รายจาก Tear cervix ถึงแม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดจะเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่โรงพยาบาลสหัสขันธ์ก็ได้ตั้งค่าเป้าหมายค่อนข้างต่ำ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังที่ดี เพราะการตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต

**แนวทางการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด**

 การแก้ไขปัญหาการตกเลือดหลังคลอด จึงเน้นการป้องกันในรายที่มีภาวะเสี่ยง และการ Early detect โดยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การดูแลที่รวดเร็วและเหมาะสม ซึ่งมีแนวทางดังต่อไปนี้

 1. ระยะรับใหม่ มีการคัดกรองหญิงคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น ประวัติเคยตกเลือด ประวัติการแท้งและการขูดมดลูก ทารกตัวโต มารดามีภาวะซีดหรือมีเลือดออกก่อนคลอด มีการรายงานแพทย์ตามเกณฑ์และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

 2. การดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด

* 1. แรกรับทำ NST เพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูก
	2. ใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังการคลอดทุกราย เพื่อประเมินการคลอดล่าช้าหรือคลอดติดขัด
	3. กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเร่งคลอด เน้นให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปรับขนาดยาให้เหมาะสม ระยะพัก 2-3 นาที ระยะเจ็บ ไม่เกิน 60 วินาที ถ้ามดลูกหดรัดตัวถี่และรุนแรง รายงานแพทย์ทราบทันที
	4. สอนการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด การผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อไม้ให้เบ่งก่อนเข้าสู่ระยะคลอด ป้องกันการฉีกขาดของปากมดลูก
	5. ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด NPO , ให้ IV fluid เมื่อเข้า Active phase

3. การดูแลในระยะคลอด

* 1. เน้นการทำคลอดให้ถูกต้องตามเทคนิค ตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็นและตัดเมื่อศีรษะตุง ทำคลอดไหล่ ลำตัว อย่างนุ่มนวล
	2. ทำคลอดรกโดยวิธี Active management โดย ฉีด Synto 10 unit im ภายใน 1 นาทีหลังเด็กเกิด หรือเมื่อคลอดไหล่หน้า และคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด
	3. กรณีดังต่อไปนี้ ทารกน้ำหนักตั้งแต่ 3,500 กรัมขึ้นไป, ครรภ์แฝด,คลอด Precipitate , คลอดหัตถการ, ได้รับยา Bricanyl , ยา MgSO4 , มารดาเบ่งคลอดนานเกินไป ให้ยา 5% D N/2 1000 ml + Synto 10 unit iv drip ได้เลย
	4. ในรายที่การคลอดระยะที่ 1 และ 2 ยาวนาน จะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
	5. ห้ามดันคลอด
	6. หลังรกคลอด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรกและตรวจเช็ครอยฉีกขาดช่องทางคลอดให้ลึกถึงปากมดลูก ตรวจสอบให้ละเอียด ก่อนการเย็บซ่อมแซม ขณะเย็บคลึงมดลูกเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก หลังเย็บเสร็จตรวจเช็คอีกครั้งจนมั่นใจ
1. การดูแลในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
	1. เน้นให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะประเมินสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออก กระเพาะปัสสาวะ และการปวดหน่วงแผลฝีเย็บ
	2. สอนมารดาหลังคลอดให้คลึงมดลูกด้วยตนเองทุก 15 นาที เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
2. มีการส่งต่อข้อมูลให้กับ PCU/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน

 **ผลลัพธ์** **:**  จาก ต.ค. 2555-พ.ค. 2556 พบมารดาตกเลือด 2 ราย สาเหตุจาก Uterine atony จากการได้รับยายับยั้งการคลอด 1 ราย และจากมีเนื้องอกบริเวณมดลูกด้านบน 1 ราย ทำให้มีเลือดออกมากผิดปกติ และได้ส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับเลือด 6 unit ไม่พบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด