**II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2561** | **2562** | **2563** | **2564** | **2565** |
| ร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของแพทย์ (รวม) | | | >80% | | 81.13 | 100 | 100 | 100 |  |
| อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 48 ชั่วโมง | | | < 0.5 ต่อพัน | | 0.08 | 0.07 | 0.07 | 0.14 |  |
| ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ | | | >80 % | | NA | 95.82 | 95.15 | 83.96 |  |
| ร้อยละการ Re-admit โดยไม่ได้วางแผน ใน28 วัน | | | < 1 % | | 2.72 | 2.61 | 2.83 | 3.26 |  |
| ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) | | | > 1.2 | | 1.1657 | 1.2530 | 1.3965 | 1.4857 |  |
| จำนวนครั้งการบาดเจ็บของแพทย์ จากของมีคมทิ่มตำ หรือสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง | | | 0 ครั้ง | | 0 | 3 | 1 | 4 |  |
| จำนวนการสั่งยาที่แพ้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแผนกผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน | | | <10 รายต่อปี | | 3/0 | 1/0 | 0/1 | 0/0 |  |
| จำนวนเรื่องร้องเรียนแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ/การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย | | | <5ครั้ง | | 3 | 6 | 5 | 3 |  |
| ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ภาพรวม) | | | 80% | | 80.45 | 81.70 | 82.62 | 82.21 |  |
| คะแนนความสมบูรณ์ ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (เฉพาะส่วนของแพทย์)  หมายเหตุ : คะแนน เต็ม 9 | | | >7 | | 7.48 | 7.70 | 7.86 | 7.31 |  |
| -History | | | >7 | | 7.04 | 7.07 | 6.68 | 7.30 |  |
| -Physical exam | | | >7 | | 7.45 | 7.46 | 7.03 | 7.47 |  |
| -Progress note | | | >7 | | 5.43 | 5.72 | 6.36 | 6.45 |  |
| -Consultation record | | | 9 | | 6.89 | 7.45 | 7.86 | 4.50 |  |
| -Operative note | | | 9 | | 8.41 | 8.26 | 8.53 | 8.49 |  |
| -Labour record | | | >7 | | 7.99 | 8.88 | 8.93 | 5.90 |  |
| -Rehabilitation record. | | | >7 | | 7.28 | 7.76 | 9.00 | 8.64 |  |
| -Discharge summary (Diagnosis) | | | >8 | | 8.53 | 8.60 | 8.86 | 8.49 |  |
| ร้อยละของแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์แพทยสภา (ไม่รวมลาออก) | | | 100% | | 100 | 100 | 100 | 100 |  |
| ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม | | | 100% | | 100 | 100 | 100 | 100 |  |
| **ii. บริบท**  ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:  ให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไปและเฉพาะทาง ทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมโรคหัวใจ อายุรกรรมโรคไต อายุรกรรมระบบประสาท อายุรกรรมโรคติดเชื้อ อายุรกรรมโรคทางเดินอาหาร ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ สูตินรีเวชกรรม สูตินรีแพทย์อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ กุมารเวชกรรม กุมารเวชกรรมทารกแรกเกิด กุมารเวชกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมกระดูกสันหลัง เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รังสีวิทยา วิสัญญี จักษุ จักษุวิทยาต้อหิน จักษุวิทยาตกแต่งและเสริมสร้าง โสตศอนาสิก เวชศาสตร์การนอนหลับ จิตเวช จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เวชศาสตร์ฟื้นฟู และเวชศาสตร์ครอบครัว ในเขตรับผิดชอบอำเภอเมืองตาก และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดตากฝั่งตะวันออก อีกจำนวน 3 อำเภอ รวมถึงประสานการดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลฝั่งตะวันตกของจังหวัดตาก ในปี 2565 มีแผนในการขยายบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้น  ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดสมองและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด จึงมีการประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้เคียงในการขอวิสัญญีแพทย์ และแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์มาช่วยดุแลผู้ป่วย  มีการวางแผนขยายการให้การรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทและสมอง โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ และ เพื่อตอบสนองตามแผนยุทธศาสตร์ Service plan และความต้องการของผู้รับบริการ โดยการให้ทุนแก่แพทย์ที่มีความสนใจเรียนเฉพาะทางด้าน นิติเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ประสาทศัลยศาสตร์ วิสัญญีวิทยา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อ และพยาธิวิทยากายวิภาค  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ได้แก่   * กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แก่ STEMI,Stroke,Sepsis,COVID19,TB,CKD * กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ Multiple trauma, Head injury, Appendicitis, BPH, KUB stone * กลุ่มผู้ป่วยสูตินรีเวช ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์/คลอดที่มีความเสี่ยงสูง เช่น คลอดก่อนกำหนด ,ตกเลือดหลังคลอด,Birth asphyxia ,ท้องนอกมดลูก ,การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น * กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ Preterm ,Pneumonia ,Sepsis ,DHF * กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ เปลี่ยนข้อเข่า, Spinal cord injury , Fracture around the hip * กลุ่มผู้ป่วยตาหูคอจมูก ได้แก่ การดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจก, Tonsillectomy * กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ จิตเภท ฆ่าตัวตาย * ผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ Hemodialysis ,การให้ยาเพื่อให้หลับลึก, ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด, ผู้ป่วยที่ได้รับ เลือด/ส่วนประกอบของเลือด   **iii. กระบวนการ**  (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์   * มีการทบทวนและปรับปรุงธรรมนูญองค์กรแพทย์เมื่อตุลาคม 2563 โดยยึดหลักวัตถุประสงค์ 6 ข้อ ดังนี้   1.ส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรแพทย์รักษามาตรฐานทางการแพทย์และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ  2.เสริมสร้างความเข้าใจและความสามัคคีในกลุ่มแพทย์  3.ประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่น  4.วิเคราะห์ เสนอแนะการบริหารทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข  5.มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานต่างๆ ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation) , มาตรฐานหน่วยไตเทียม , มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น  6.แก้ปัญหาต่างๆของสมาชิก ด้านสวัสดิการ การร้องเรียน ฯลฯ  **องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้**  1. การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์  2. การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ  3. การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  4. การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ  5. การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย  6. การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน  7. การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม  8. การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย  9. การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ  องค์กรแพทย์ได้มีการจัดการเลือกตั้งประธานองค์กรแพทย์ รวมถึงจัดตั้งคณะทำงานและคณะกรรมการองค์กรแพทย์ ซึ่งเป็นตัวแทนจากทุกแผนก ตามวาระทุก 2 ปี มีการจัดประชุมวาระสามัญทุกเดือน และมีการประชุมคณะกรรมการองค์กรแพทย์ในการประชุมวาระพิเศษตามความจำเป็น โดยที่ประชุมประกอบด้วย ประธานองค์กรแพทย์, คณะทำงานและคณะกรรมการองค์กรแพทย์, สมาชิกแพทย์ทุกคน และที่ปรึกษาขององค์กรแพทย์โดยตำแหน่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์, ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก, ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลองค์กรหรือตัวแทน การประชุมแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ การจัดบริการทางการแพทย์ ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนและนิสิตแพทย์ แจ้งข้อร้องเรียนที่พบเกี่ยวกับการให้บริการของแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขและวางแผนหาแนวทางป้องกัน คุณภาพเวชระเบียน คุณภาพ/มาตรฐานการดูแลรักษาโดยอ้างอิงจากราชวิทยาลัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการแพทย์และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ประสานความร่วมมือกับ วิชาชีพอื่นๆในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน  ในรอบปีที่ผ่านมา องค์กรแพทย์ได้เข้าร่วมการประชุมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและพัฒนาคุณภาพ (Risk Safety and Quality: RSQ)กับทีมนำทุกวันจันทร์ และได้นำประเด็นสำคัญต่างๆที่เกี่ยวกับองค์กรแพทย์มาสื่อสารภายในองค์กรผ่านทางไลน์กลุ่มและเข้าที่ประชุม พิจารณา ทบทวน และมีมติกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สำคัญในเรื่องต่างๆ ดังนี้   * การออกตรวจก่อนเวลา 9.00 น. เพื่อลดระยะเวลารอคอย * ให้แพทย์เฉพาะทางร่วมประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วขึ้น และลดระยะเวลาในการอยู่ห้องฉุกเฉิน โดยตั้งเป้าหมายไว้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง * แนวทางการตรวจคัดกรองหรือยืนยันโควิด19ในกรณีรับไว้ในโรงพยาบาล หรือกรณีต้องเข้าห้องผ่าตัด * แนวทางปฏิบัติในการปรึกษาระหว่างแผนกและข้อตกลงในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่างแผนก * แนวทางปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ หรือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น * แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยแต่ละแผนกจากโรงพยาบาลชุมชน   (5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์   * การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน: * การสั่งจ่ายยาที่มีมูลค่าสูง และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินความจำเป็น ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น องค์กรแพทย์จึงได้กำหนดสิทธิในการสั่งจ่ายยาที่มีข้อจำกัด ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาหรือเวชภัณฑ์ราคาสูง โดยให้สิทธิ์แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องสามารถสั่งจ่ายได้ กำหนดแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีราคาสูง แพทย์ใช้ทุนสามารถส่งตรวจได้โดยให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งตรวจ * ในบางปีมีสมาชิกแพทย์ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามแผนก-หน่วยงานต่างๆ ส่งผลกระทบในการทำงาน เช่น การออกใบรับรองแพทย์, การออกใบชันสูตร,เอกสารรับรองการเสียชีวิต การกำกับใบสั่งยา-ผลกระทบต่อ 43 แฟ้ม ข้อมูลกรณีออกตรวจผู้ป่วยนอก จากกรณีที่เกิดขึ้นองค์กรแพทย์จึงมีมาตรการกำกับ ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์กลุ่มดังกล่าว โดย   + ไม่อนุญาตให้ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่คลินิกหมอครอบครัว /ออกตรวจหน่วยกาชาด / เวรชันสูตร และการปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน   + ขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ให้มีการทบทวนกระบวนการรักษา ดูแลผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลของ Staff แผนกนั้นๆ   + การตรวจผู้ป่วยนอก ให้อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับ ของแพทย์ staff และประสานกับศูนย์คอมพิวเตอร์ ปรับระบบให้มีการออกชื่อแพทย์-เลข ว. ของแพทย์ที่กำกับดูแล แพทย์ที่ไม่มีเลข ว. ได้ และเอื้อต่อการดูแลการทำงานของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่ต้องฝึกออกตรวจผู้ป่วยนอก   + มีการจัดสรรเวลาให้นิสิตแพทย์ปี6 และแพทย์ที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้มีการทบทวนความรู้เพื่อเตรียมตัวสอบ โดยจัดให้ผ่านแผนกจิตเวช, เวชกรรมสังคม และสามารถให้จัดกิจกรรมอ่านหนังสือ – self study และจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกสอบ OSCE โดยความร่วมมือกับศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นต้น * การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: * ส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรแพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีของแต่ละราชวิทยาลัย และสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมอบรมงานด้านอื่นๆในกรณีที่แพทย์รับงานเพิ่มเติมนอกเหนือจากหน้าที่หลัก ในช่วงสถานการณ์ที่มีการระบาดโควิดสนับสนุนให้มีการประชุมออนไลน์ เพื่อนำมาพัฒนางานที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการเป็นคณะกรรมการ PCT และ Service plan มากขึ้นเป็นวิทยากรในการอบรมพัฒนาความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาล มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ กิจกรรมพัฒนาวิชาการและฝึกปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง ACLS และ PLS ร่วมกับทีมพยาบาล * เนื่องจากแพทย์ต้องรับหน้าที่เป็นอาจารย์แพทย์ประจำศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สังกัดมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงต้องมีการผ่านการอบรมและเข้าร่วมอบรมวิชาการด้านแพทย์ศาสตร์ศึกษาอย่างสม่ำเสมอเช่น Rookie teacher , ECME , MSE เป็นต้น รวมถึงการนำเสนอผลงานทางวิชาการทั้งระดับในประเทศและต่างประเทศอย่างสม่ำเสมอ * ทีมแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก โดยมีหัวหน้าแผนกหรือตัวแทนเข้าร่วมการประชุมบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและพัฒนาคุณภาพ (RSQ) ร่วมกับทีมนำทุกครั้ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแผนก ระหว่างหน่วยงานมากขึ้น * จัดให้มีกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์ทุกวันพฤหัสบดี ให้กับแพทย์ใช้ทุนและนิสิตแพทย์ เรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ case based เป็นกรณีศึกษา ให้มากขึ้น เช่น การทำ Trauma audit , Topic discussion, Peer review, MM conference, Case conference, สูติ – เด็ก conference, RCA ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง การทบทวนและบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นต้น เพื่อการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่งานผู้ป่วยนอก จนถึง การวางแผนจำหน่ายโดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการสรุปเวชระเบียนที่เหมาะสม * การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ: * การหมุนเวียนแพทย์เพิ่มพูนทักษะในแต่ละแผนก ทุก 1-2 เดือนและมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะปี 2 ในบางแผนก โดยอยู่ในการควบคุมการปฏิบัติงานของแพทย์ Staff ประจำแผนก ทั้งนี้จากการที่มีการเปลี่ยนแพทย์เพิ่มพูนทักษะทุกปี ทำให้พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เช่น วินิจฉัยล่าช้า ผิดพลาด การส่งตรวจหรือใช้ยาไม่เหมาะสม จึงได้มีการจัดทำ Standing order และ CPG เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดฉับพลัน (STEMI) แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt–PA) ในกลุ่มผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ( Sepsis ) แนวทางการประเมินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโดยใช้ Alvarado score พบว่ายังมีอัตราการเกิด Rupture appendicitis ในช่วง 3 ปีนี้ คือร้อยละ 4.7 ,2.94 , 4.65 ตามลำดับ * ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้มีการจัดแบ่งหน้าที่งานประจำวัน ให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ช่วยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ตรวจโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะทุกรายในผู้ป่วยระดับ Resuscitation (R), Emergency (E), Urgency (U) ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในอย่างไม่เหมาะสม โดยอัตราตรวจสอบทั้งปีอยู่ที่ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีการให้คำแนะนำสะท้อนกลับยังแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในแบบเป็นการส่วนตัวและในกลุ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะด้วยกัน ถ้าหากเป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อคนไข้รุนแรง แพทย์ผู้ตรวจพบจะมีการรายงานเข้าระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลร่วมด้วย มีการโทรศัพท์ไปติดตามอาการผู้ป่วยที่โดนจำหน่ายอย่างไม่เหมาะสมจากห้องฉุกเฉินโดยสอบถามอาการทางโทรศัพท์เบื้องต้น แนะนำให้กลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินซ้ำหลังจำหน่าย ในปีงบประมาณที่ผ่านมา พบความเสี่ยงระดับรุนแรงจนต้องรายงานเข้าระบบทั้งหมด 3 ราย   จากมีการหมุนเวียนแพทย์เพิ่มพูนทักษะทุกปี จึงต้องมีการเสริมความรู้เพิ่มเติมให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มาปฏิบัติงานใหม่ทุกปีและเพื่อให้นำความรู้ทักษะต่างๆไปใช้ในอนาคต   * การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ * จากประเด็นข้อร้องเรียนทั้งจากผู้ปฏิบัติงานใน รพ. / จากผู้รับบริการ บางส่วนไม่สามารถแก้ปัญหา/เข้าถึงปัญหาได้ดีเท่าที่ควร จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อทบทวนหาสาเหตุ-สืบข้อเท็จจริงและไกล่เกลี่ยแก้ไขปัญหา และเป็นช่องทางต่อการรับเรื่อง-ปัญหา เพิ่มเติมจากเดิม โดยทีมคณะกรรมการฯ ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านจริยธรรม ประธานองค์กรแพทย์และจิตแพทย์ * เพิ่มช่องทางในการให้คำแนะนำแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในด้านมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ เช่น ปัญหาการปฏิบัติงานในหน้าที่ การรับปรึกษาผู้ป่วย ผ่านสื่อเทคโนโลยี ทำให้ได้รับรู้ปัญหา แก้ไข เบื้องต้นได้ในเวลาอันรวดเร็วมากขึ้น และมีการจัดอาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษาให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะแต่ละคน * ในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ Ethical dilemma ยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและ Second opinion เช่น การยุติการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเต็มที่แล้วผลการรักษาไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นและญาติเห็นควรยุติการรักษา, การยุติการตั้งครรภ์เมื่อการตั้งครรภ์นั้นมีผลเสียต่อมารดาและทารก, การรับผู้ป่วยเข้าICU, การรับผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าห้องผ่าตัด, การรับรักษาในโรงพยาบาลจากห้องฉุกเฉิน * การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย * ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยระบบ Active System ซึ่งประกอบด้วย Stroke Fast Tract และ Stroke Unit โดยมีแพทย์ประสาทวิทยา พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล มีระบบ Active Network เชื่อมกับโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่าย 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลค่ายวชิรปราการ โรงพยาบาลวังเจ้า โรงพยาบาลบ้านตาก และโรงพยาบาลสามเงา ซึ่งมีระบบการ Refer In Refer Out โดยแพทย์โรงพยาบาลชุมชน สามารถติดต่อประสานงานกับแพทย์ประสาทวิทยา ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง * มีการปรับปรุงระบบให้คำปรึกษา Fast tract STEMI ทุกเคส 24 ชั่วโมงกับอายุรแพทย์โรคหัวใจโดยตรง (ระยะเวลาเฉลี่ยการวินิจฉัย STEMI เฉลี่ยประมาณ 2-10 นาที ต่อคน) ทำให้ลดขั้นตอนการปรึกษา และเพิ่มความรวดเร็ว ทำให้อัตราผู้ป่วย AMI (STE-ACS) เข้าถึงบริการระบบ Fast track มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเริ่มเก็บข้อมูลปี 2563 และ 2564 พบว่าอัตราผู้ป่วย AMI เข้าถึงบริการระบบ Fast tract ร้อยละ 26.67 (20/75 ราย) และร้อยละ 34.69 (17/49) ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน 30 นาที (Door to Drug) เพิ่มขึ้นจากในปี 2562-2564 มีอัตราได้รับยาร้อยละ 20.37,40.00 และ 48.97ตามลำดับ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลาไม่เกิน 30 นาที (DX. to Drug) ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับร้อยละ 91.83 (45/49 คน) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัย และปรึกษา Cardiologist ≤ 15 นาที นับจากเวลาที่มาถึง รพ. ในปีงบ ประมาณ 2563 และ 2564 มีค่าเท่ากับร้อยละ 29.41 (ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 27.3 นาที/คน)และร้อยละ 46.93 (ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 33.2 นาที/คน) ตามลำดับ * การตรวจผู้ป่วยนอกเวลาราชการ และห้องฉุกเฉินโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยน้อย ทำให้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่มีการตัดสินใจรักษาหรือวินิจฉัยพลาด อาจส่งผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย องค์กรแพทย์จึงได้มีการจัดแพทย์เฉพาะทางทุกแผนกอยู่เวรและรับปรึกษาปัญหาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทบทวนการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีการควบคุมกำกับการตรวจของแพทย์เพิ่มพูนทักษะโดยการดูจากเวชระเบียน ทบทวนการส่งตรวจ CT brain การนำAlvarado score มาเป็นแนวทางประเมินผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและประกอบการตัดสินใจผ่าตัด ใช้ Standing order, SOS score มาเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกในโรคสำคัญที่มีความเร่งด่วนในการรักษา และอัตราการตายสูง เช่น Stroke ,STEMI, Sepsis ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วขึ้น * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน   องค์กรแพทย์มีส่วนร่วมเป็นทีม Audit เวชระเบียนของ รพ. โดยมีตัวแทนแพทย์เฉพาะทางร่วมในการตรวจสอบคุณภาพและการบันทึกเวชระเบียน และมอบหมายให้แพทย์ที่เป็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนมีการตรวจสอบและแก้ไขการวินิจฉัยโรคและหัตถการ รวมถึงสาเหตุการตายในเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้องตามแนวทางการวินิจฉัยโรคและหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน ส่งผลให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง อีกทั้งมีกิจกรรมวิชาการในการเพิ่มการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และ นิสิตแพทย์ปี 6 (Extern) โดยใช้เกณฑ์ของ สปสช. ภายใต้การควบคุมของแพทย์ Staff ที่เป็น Auditor ของเขตสุขภาพที่ 2 ร่วมในทีมตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่าแพทย์ใช้ทุนและ Extern มีความรู้ความเข้าใจ ในการบันทึกเวชระเบียนส่งผลให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 80 อย่างต่อเนื่อง (ปี 2562 ร้อยละ 81.70 ,ปี 2563 ร้อยละ82.62 และปี 2564 ร้อยละ 82.21 โดยคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนของแพทย์) มีแนวโน้มไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก จาก 7.70 คะแนน ในปี 2562 เป็น 7.86 คะแนนในปี 2563 เมื่อ Extern จบออกไปปฏิบัติงานเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ ยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้กับการปฏิบัติงาน  แต่ในปี 2564 คะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนลดลงเป็น 7.31 จึงมีการดำเนินการแก้ไขโดยการนำข้อมูลการสุ่มตรวจการสรุปเวชระเบียนเสนอในที่ประชุม ส่งผลการตรวจสอบเวชระเบียนให้หัวหน้ากลุ่มงานและแพทย์แต่ละคนทราบ ประสานงานกับงานเวชระเบียนและผู้ให้รหัสกลุ่มโรคถึงหลักการในการสรุปที่ถูกต้อง ปรับระยะเวลาการสรุปเวชระเบียนและกระตุ้นให้สรุปให้ทันเวลาให้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนเพื่อเพิ่มค่า CMI จากรายรับอันพึงได้ โดยเน้นเวชระเบียนในสาขาหลัก เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก เนื่องจากมีวันนอนนาน หัตถการมากและมักมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เป็นต้น ส่งผลให้ค่า CMI เพิ่มขึ้น และมีการแจ้งผลการประเมินเวชระเบียนและร้อยละการสรุปเวชระเบียนทันเวลาในแต่ละเดือนให้แก่แพทย์แต่ละท่านทราบ เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการสรุปเวชระเบียนได้ทันและถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ยอดการสรุปเวชระเบียนทันเวลาดีขึ้น   * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม * จากการทบทวนพบว่าการตัดสินใจทางคลินิกของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่เป็นมาตรฐาน เช่น ความเหมาะสมในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ได้แก่ Hemoculture , cardiac enzyme เป็นต้น) การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ที่เข้าถึงง่าย ทำให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่งตรวจมากเกินความจำเป็น โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จึงได้มีมาตรการเกี่ยวกับการส่งตรวจ กล่าวคือ แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถส่งตรวจ CT brain ได้เอง แต่ถ้าส่งตรวจอวัยวะอื่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีราคาแพง ต้องส่งภายใต้การกำกับดูแลของ Staff ทุกครั้ง * มีระบบการให้คำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผ่านทางไลน์ โดยให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานอยู่ที่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ส่งรูปภาพต่างๆประกอบ เช่น ภาพบาดแผล ภาพการใส่เฝือก ภาพถ่ายรังสีจากระบบ PAC เพื่อประกอบการปรึกษาแนวทางการรักษา หรือการส่งต่อได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการเข้าถึง แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt–PA) ในกลุ่มผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลันมาจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้นและอยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสมมากขึ้น * การส่งต่อผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่จำเป็นต้องใช้รถรับ/ส่งของโรงพยาบาล ที่มีปริมาณการใช้รถไม่เหมาะสม และมีการส่งต่อผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพ ที่ทำให้มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายมากขึ้น โดยที่พิจารณาแล้วเป็นโรคที่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพเดียวกันสามารถให้การดูแลรักษาได้ จึงได้ปรับระบบให้มีการโทร.แจ้งและขออนุญาตใช้รถจากรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และผู้ช่วยผู้อำนวยการก่อนที่จะนำรถออกทุกราย * การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย * องค์กรแพทย์ได้ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการลดการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรพ. และเขตสุขภาพที่ 2 และ service plan สาขา RDU ในช่วงปี 2562-2564 มีอัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 95.82, 95.15 และ 83.96 ตามลำดับ ในปี 2564 มีอัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติลดลงเนื่องจาก มีการขยายบริการรักษาเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา องค์กรแพทย์ได้มีการนำเสนอต่อคณะกรรมการ PTC ในการขอใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มเติม โดยมีการจำกัดการใช้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และกำกับการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์เฉพาะทาง ทางสาขานั้นๆเท่านั้น * แพทย์ได้ให้ความร่วมมือในการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียน (ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ให้สมบูรณ์มากขึ้น กลุ่มผู้ป่วยนอกได้ปรับปรุงการลงผลการตรวจร่างกายและวินิจฉัยเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้ลงรหัสโรคเพื่อความถูกต้อง กรณีแฟ้มผู้ป่วยในปรับปรุงการเขียน Progress note ลงชื่อการตรวจสอบการเขียน Progress note ของนิสิตแพทย์และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ การส่งปรึกษาระหว่างแผนก สรุปการทำหัตถการ สรุปการวินิจฉัยและสาเหตุการตาย ให้มีความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียน โดยนำใบสรุปเวชระเบียนติดไว้ในแฟ้มผู้ป่วยตั้งแต่วันที่รับเป็นผู้ป่วยใน และสรุปเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยทันทีหรือภายใน 12 วัน * ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในปี 2564 มีบางรายการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ Progress note ขาดในส่วนของการบันทึกเวลา การบันทึก3วันแรกและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การลงลายมือชื่อที่ชัดเจน Consultation record ขาดในส่วนของการบันทึกเวลา Operative note ขาดในส่วนของการบันทึกเวลาเริ่มและสิ้นสุดหัตถการ และ Labour record ขาดในส่วนของการบันทึกด้วยลายมือที่ชัดเจน ได้มีการทบทวนและแจ้งกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีแผนในการติดตามเป็นระยะๆต่อไป * ระยะเวลารอคอยการตรวจแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยลดลง พบว่าในปี 2562มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 3.49 ชั่วโมง ในปี 2563 มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 2.55 ชั่วโมง และในปี 2564 มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 2.48 ชั่วโมง โดยมีระยะเวลารอคอยนานในส่วนของการรอตรวจ การรอซักประวัติ รอรับใบนัด และรอรับยา ตามลำดับ * องค์กรแพทย์เป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำ พิจารณาและรับรองแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ของ PCT แต่ละสาขา เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและนโยบายในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีส่วนร่วมในทีมกำหนดนโยบายต่างๆ เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล กรรมการบริหารระบบยา(PTC) ทีมทางคลินิก PCT และ Service plan ทุกทีม   (6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:   * การอ่านผล CXR โดยรังสีแพทย์ ในการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกราย และผู้ป่วย โควิด19ทุกราย ทั้งที่รักษาในโรงพยาบาล รักษาที่บ้านและโรงพยาบาลสนาม * มีข้อตกลงในการออกตรวจผู้ป่วยนอกให้ตรงเวลาโดยระบุเวลาออกตรวจผู้ป่วยนอกช่วงเช้าไม่เกิน 9.00 น. และช่วงบ่ายไม่เกิน 13.30 น. * ข้อตกลงในการหมุนเวียนแพทย์ทุกแผนกออกตรวจ ARI Clinic, โรงพยาบาลสนาม และจุดบริการฉีดวัคซีน * ข้อตกลงในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่ละแผนกจากแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุ * เกณฑ์การประเมินและรับผู้ป่วยในไว้ในหอผู้ป่วยพิเศษ , ICU * แนวทางการรายงานกุมารแพทย์ในการในการดูแลทารกแรกเกิดหลังจากการคลอดที่ห้องคลอดและห้องผ่าตัด * แนวทางปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดและแนวทางในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ * การส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย * เกณฑ์การขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน (ใช้เกณฑ์ของ สพฉ.)   1. มีแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ แพทย์ผู้รักษาพิจารณารับรองว่าการลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศยาน จะเป็นประโยชน์ต่อการปกป้องการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของอาการฉุกเฉิน  2. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือฉุกเฉินเร่งด่วนที่เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาล หากปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต โดยคำนึงถึงสภาพพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร พื้นที่ประสบภัย หรือเสี่ยงภัยอันตราย  3. การลำเลียงยาหรือเวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร พื้นที่ประสบภัย  4. การขนย้ายอวัยวะหรือชิ้นส่วนมนุษย์เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน   * แนวทางปฏิบัติในปรึกษาข้ามแผนก  1. การปรึกษาระหว่างแผนก มีการกำหนดระยะเวลาในการรับการปรึกษาระหว่างแผนก ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยระบุความเร่งด่วนในการปรึกษาผู้ป่วยแต่ละกรณี ดังนี้ ด่วนที่สุด : โทรศัพท์ติดต่อแพทย์เวรรับปรึกษาแผนกนั้นๆได้ทันที ด่วน : แพทย์ผู้รับปรึกษาต้องมาดูผู้ป่วยภายในเวรนั้น ธรรมดา:แพทย์ผู้รับปรึกษาต้องมาดูผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง 2. กรณีปรึกษาแผนกอายุรกรรม เคส STEMI สามารถปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ(อ.พงศธร) ได้โดยตรง 3. เคส Stroke สามารถปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาทและสมอง(อ.ชญานิน) ได้โดยตรง 4. กรณีปรึกษาเพื่อประเมินหรือร่วมดูแลก่อนผ่าตัดจาก OPD ขอให้แพทย์เจ้าของไข้ ส่งใบปรึกษาปกติ (หากปรึกษาอายุรกรรมให้ส่งพร้อมใบ pre-op evaluation ของอายุรกรรม) หลังจากแพทย์ตอบใบปรึกษาแล้ว ให้ scan ใบรับปรึกษาใน HosXP และแนบใบปรึกษาไว้ในชาร์ท admit หากผู้ป่วย admit แล้วมีปัญหา ในขณะแอดมิทให้เขียนใบปรึกษาซ้ําอีกครั้ง 5. กรณีปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินก่อนผ่าตัดขอให้แพทย์แต่ละแผนกที่ร่วมดูแล ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนแล้วค่อยให้ผู้ป่วยมาพบวิสัญญีเป็น แผนกสุดท้าย  * การออกใบรับรองแพทย์ / ใบชันสูตร / ใบคดี มีข้อตกลงดังนี้  1. ใบรับรองแพทย์/ใบประกันชีวิต กรณีผู้ป่วยใน เป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ใช้ทุนที่ round ward นั้นๆ กรณีผู้ป่วยนอก เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยที่ OPD 2. ใบชันสูตรบาดแผล/ชันสูตรพลิกศพ/ใบคดี เป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้ที่ร่วมดูแลทั้งหมด (ทุกแผนกเขียนร่วมกันในใบเดียวกัน) 3. ขอให้แพทย์เขียนใบรับรองแพทย์โดยระบุวินิจฉัยโรคและระบุด้วยว่ามานอนรพ.กี่วัน ตั้งแต่เมื่อใด 4. ใบประกันชีวิตเสนอแนะให้เก็บค่าใช้จ่ายก่อนและให้ผู้ป่วยเซ็นในส่วนของผู้เอ าประกันและยินยอมเปิดเผยข้อมูลก่อนส่งให้แพทย์เขียน 5. หากมีการส่งใบรับรองแพทย์มาให้แพทย์เขียนย้อนหลังที่ห้องพักแพทย์ ขอให้แจ้งวัตถุประสงค์แก่แพทย์ด้วยว่านําใบรับรองแพทย์ไปใช้ทําอะไร 6. ใบรับรองแพทย์กรณีเคสทําแผลตามนัดขอให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ออกใบให้ผู้ป่วย หากเป็นเคสผ่าตัดสามารถนัดมารับวัน F/U ได้ แต่ถ้ารักษามาจากรพ.อื่นแพทย์ ER จะเป็นผู้ออกให้   (7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:   * แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการและกำหนดนโยบายต่างๆ เช่น กรรมการบริหารโรงพยาบาล กรรมการบริหารระบบยา กรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล และทีมตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน * ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารระบบยา มีข้อข้อตกลงร่วมกันในการสั่งจ่ายยา ไม่เกิน 7 วัน เมื่อรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และครั้งละไม่เกิน 2 เดือนเมื่อรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก การสั่งจ่ายยา NSAIDs ควรประเมินค่า GFR ก่อนสั่งจ่ายยาทุกครั้ง เน้นการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ * อายุรแพทย์โรคติดเชื้อร่วมเป็นกรรมการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล และเป็นที่ปรึกษาในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อ * สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬาต่างๆ * ด้านคุณภาพและความปลอดภัยแพทย์มีส่วนร่วมในการเป็นประธานคณะทำงาน หรือเป็นสมาชิกทีม PCT และ Service plan ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล อย่างน้อยคนละ 1 คณะ ทำให้แพทย์มีส่วนร่วมในการทบทวน วางแผนการพัฒนาการดูแลและกำกับทางคลินิก ออกแบบระบบ สร้างและใช้แนวปฏิบัติของแต่ละงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น * ร่วมจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด19 * ร่วมในทีม CPR ของโรงพยาบาล เป็นวิทยากรในการฝึกอบรมและปฏิบัติ CPR ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ในหน่วยงานทุกปี   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * รางวัลคนดีศรีปฐมภูมิระดับเขต พญ.รุ่งนภา ศิริพรไพบูลย์ * รองชนะเลิศอันดับ1 ระดับประเทศ NCD clinic plus * รางวัลผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างดีเยี่ยมและสม่ำเสมอ ระดับเขต นายทวีศิลป์ นิยมพัฒนาพาณิชน์ * เป็นทีม sky doctor รพ. สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้รับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ระดับดี จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ ปี 2562 * รางวัลดีเด่นงานวิจัย R2R ระดับเขตสุขภาพที่ 2 ชื่อผลงาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่ถูกลำเลียงทางอากาศโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นำเสนอโดย พ.ญ.ศิวนาฏ พีระเชื้อ ปี 2564 * Stoke award * รางวัลบุคคลากรสาธารณสุขดีเด่นระดับเขต ปี 2563 สาขาแพทย์ พญ.เบญจมาส มั่นอยู่   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. องค์กรแพทย์ | 3.5 |  | | 1) พัฒนาการทำผลงานวิชาการและผลงานวิจัย และตำแหน่งทางราชการของแพทย์ มีการจัดตั้งทีมที่ปรึกษางานวิจัย ประกอบด้วยแพทย์ ฝ่ายบุคลากรและนักสถิติ  2) กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในองค์กรแพทย์ วิธีผ่อนคลายความเครียด เพิ่มความสามัคคีภายในองค์กร  3) เพิ่มเป้าหมายร้อยละการออกตรวจ opd ก่อน 9.00 น. ให้เกินร้อยละ 60  4) พัฒนาและติดตามคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ให้ผ่านเกณฑ์ในทุกตัวชี้วัด โดยมีการ feedback แพทย์ถึงข้อบกพร่องและแนวทางแก้ไข  5) การสรุปเวชระเบียนให้ทันเวลาภายใน 12 วัน โดย feedback แพทย์ทุกเดือน  6)พัฒนาศักยภาพการบริการ และระบบงานสำคัญที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ Service Plan  7)จัดระบบบริหารจัดการ การส่งเสริมให้มีการทบทวนเวชระเบียน และทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการเน้นการมีส่วนร่วมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง  8)จัดหาแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ขาดแคลนให้เพียงพอตามกรอบอัตรากำลังโดย การขอทุนหรือรับโอนย้ายจากรพ.อื่น เน้นกลุ่มสำคัญ เช่น ศัลยแพทย์ระบบประสาท วิสัญญีแพทย์ | | | | | |