

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1. ร้อยละความถูกต้องสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล 43/50 แพ้ม	ร้อยละ 98	99	99	99	98	99
ความมั่นคง ปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ						
2. Information System down time มากกว่า 30 นาที	น้อยกว่า 2 ครั้ง	1	1	1	0	0
3. Information System down time น้อยกว่า 30 นาที	น้อยกว่า 2 ครั้ง	1	1	0	0	0
5. ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงาน CQI ของหน่วยงาน(จำนวน 14 หน่วยงาน)	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100

ii. บริบท

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยงาน และสามารถนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริหารงาน และการศึกษาวิจัย

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ญาติ	ให้บริการที่รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย ผู้รับบริการรับทราบลำดับคิวของตนเอง ข้อมูลไม่สูญหาย และรักษาความลับผู้รับบริการ
บุคลากรในองค์กร/หน่วยงานภายในองค์กร	ใช้ระบบสารสนเทศ ในการบริการ ลดขั้นตอนการทำงาน สะดวกรวดเร็ว ทันสมัย มีระบบป้องกันระบบล่ม เวชระเบียนไม่ผิดพลาด และมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เพียงพอพร้อมใช้ มีรายงานข้อมูลสนับสนุนการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ ลดขั้นตอนในการสืบค้นประวัติและส่งตรวจ
ผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ	ชุดข้อมูลบริการและรายงานตามตัวชี้วัดเป็นปัจจุบัน มีความถูกต้อง รวดเร็ว สามารถใช้ข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาค้นคว้าและวิจัย

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ: ในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:

1. ด้านฮาร์ดแวร์

โรงพยาบาลมี Data Center Server ที่มีการสำรองแบบ Real time ใน Hard disk เครื่องที่ 2 และมีการสำรองข้อมูลในเครื่อง PC ซึ่งจะสำรองข้อมูลทุกวันเวลา 24.00 น. โดยทำการสำรองข้อมูลแบบ Real time อย่างเต็มระบบ และ DR Site แยก ตึก เมื่อ Data Center มีปัญหา สามารถ ใช้ DR Site แทนได้ทันที ในกรณีอุปกรณ์มีปัญหาจะมี

ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

อุปกรณ์สำรองสำหรับการใช้งาน

2.ด้านซอฟต์แวร์

มีชุดคำสั่งในการประมวลผลในระบบโปรแกรม HosXP สามารถดูรายงานเพื่อนำมาตรวจสอบข้อมูล โรคที่พบ บ่อย กลุ่มโรคความเสี่ยงสูง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง รายงานการเรียกเก็บทุกสิทธิ์ ในกรณีที่ต้องการรายงานนอกเหนือที่มี ในโปรแกรม HosXP ก็สามารถใช้คำสั่ง SQL เพื่อจัดทำรายงานตามความต้องการผู้ใช้งานได้

iii. กระบวนการ

I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงาน ประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

- โรงพยาบาลฟากท่า มีการวัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตามตัวชี้วัดที่ได้มีการกำหนดร่วมกัน และ สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ กลุ่มโรคที่สำคัญ และบริบทของ โรงพยาบาล โดยมีการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากแผนกลยุทธ์ ของโรงพยาบาลไปสู่ระดับทีมระบบงาน ระดับหน่วยงาน/กระบวนการ และระดับบุคคล ตามลำดับ เพื่อ ประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เช่น

- จากการติดตามตัวชี้วัด **ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke ภายใน 60 นาที นับจากมีอาการ** พบว่าในปี 2559-2561 มีแนวโน้มลดลงและไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ คณะกรรมการ PCT โรงพยาบาลฟากท่าจึงได้ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย Stroke ดังนี้คือ 1) เริ่มกระบวนการคัดกรอง CVD Risk ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณและเน้นสร้างความตระหนักรู้ในเรื่อง “อาการเตือน” ในกลุ่มเสี่ยง 2) ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามประเมินผลการ เปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยง 3) จัดทำ “บัตร Stroke alert” ให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วย เตือนเมื่อเกิดอาการ ให้รีบโทร 1669 ทันที เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนโดยใช้ภาษาถิ่นฟากท่า “ปากเบัว เว้าบ่ต้อง แขนช้อย เค้วมาโรงบาน โท 1669” ผ่านหลายช่องทางเช่น หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เสียงประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลฟากท่าในวันที่มีคลินิก โรคเรื้อรัง หน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วย วิทยุชุมชน ดัดป้ายประชาสัมพันธ์ที่ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้าน ตลาด วัด โรงเรียน ของทุกหมู่บ้าน **ส่งผลให้ ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke ภายใน 60 นาที นับจากมีอาการ** จากเดิมร้อยละ 23.56 ในปี 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2562 และ 2563 เป็นร้อยละ 34.38 และ 37.84 ตามลำดับ

- จากการติดตามตัวชี้วัด **ระดับสถานะการเงินการคลัง (ระดับ)** พบว่าในปี 2560-2561 โรงพยาบาลฟาก ท่าประสบวิกฤตทางการเงินการคลัง (ระดับ 7 และ 6 ตามลำดับ) โรงพยาบาลฟากท่าจึงได้จัดทำแผนธุรกิจที่มีการ ดำเนินการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย และอุดหนุน ส่งผลให้สถานะทางการเงินการคลังในปี 2562 และ 2563 ดีขึ้นเปลี่ยนมา เป็นระดับ 1 และ 0 ตามลำดับ

- จากการติดตาม coverage ของการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3 ปี เมื่อเดือนเมษายน 2564 พบว่า ข้อมูลที่ปรากฏใน HDC เท่ากับร้อยละ 48.64 แต่ข้อมูลที่ตรวจจริงทำครบทุกคน มีความแตกต่างกัน นำไปสู่การ วิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าใน HDC มีเงื่อนไขของระบบ ถ้าเราทำไม่ถูกเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ผลงานที่ทำจริงที่ลงข้อมูล ตามระบบ 43 แฟ้มไป จะถูกตัดออกทำให้ผลงานต่ำกว่าความเป็นจริง นำไปสู่การพัฒนาบบลงข้อมูล 43 แฟ้ม ในส่วน ของแฟ้ม dental ของทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า ส่งผลให้ coverage ของการตรวจสุขภาพช่องปากของ เด็กอายุ 3 ปีของอำเภอฟากท่าเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 48.64 เป็นร้อยละ 80.00

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- โรงพยาบาลฟากท่าเลือกเป้าหมายขององค์กรภายนอก เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน โดยเลือกจากโรงพยาบาลในจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีขนาดประชากร และบริบทอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลฟากท่า ตัวอย่างเช่น

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน 2562		การพัฒนาองค์กร	ผลการพัฒนา 2563
	รพ.ฟากท่า	รพ.บ้านโคก		
1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	485.73 ต่อแสนประชากร	20.90 ต่อแสนประชากร	1) ขับเคลื่อนนดยบายป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านประชาคมหมู่บ้าน เช่น หมู่บ้านมีการกำหนดค่าปรับถ้าตรวจพบลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น 2) ขับเคลื่อนการจัดขยะในชุมชนผ่านกลไก พชอ. 3) เพิ่มความถี่การสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายจากเดิมทุก 2 สัปดาห์ เป็นทุกสัปดาห์ 4) มีการสุ่มไขว้ตรวจลูกน้ำยุงลายระหว่างชุมชน 5) ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอฟากท่า ดำเนินการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งในพื้นที่อำเภอและนอกอำเภอฟากท่า 6) อปท.มีการเตรียมความพร้อมในการออกควบคุมโรค	ไม่มีการเกิดโรค (เป็นแห่งเดียวในจังหวัดอุตรดิตถ์)

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

ข้อเสนอแนะ/ข้อแนะนำ/ข้อร้องเรียน	การพัฒนาปรับปรุงระบบ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1) คำบ่นเรื่อง “แซงคิว”	โรงพยาบาลมีการใช้ระบบ SMART QUEUE ในการจัดลำดับการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ	ปัจจุบันไม่มีคำบ่นเรื่องการแซงคิว การรับบริการแล้ว แต่ มีคำบ่นเรื่อง “ใช้ตู้คิวไม่เป็น” แทน ซึ่งรพ. ฟากท่าได้แก้ปัญหาดังกล่าวโดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ คอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด หรือกดคิวรับบริการให้
2) ข้อร้องเรียนเรื่อง “แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการซ้ำ”	การกำหนดแนวทางการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ณ ดึกผู้ป่วยในของแพทย์	ปัจจุบันไม่พบข้อร้องเรียน
3) ข้อร้องเรียนที่แพทย์ตรวจซ้ำ แพทย์มีน้อย	จัดหาแพทย์มาหมุนเวียนปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลฟากท่า	ปัจจุบันไม่พบคำบ่นเรื่องนี้แล้ว

ข้อเสนอแนะ/ข้อแนะนำ/ข้อร้องเรียน	การพัฒนาปรับปรุงระบบ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
4) ผู้ป่วยบ่น “ไม่ยอมมาโรงพยาบาลกลัวติดโควิด”	1) ในช่วงระบาดของโรค COVID-2019 โรงพยาบาลฟากท่าได้มีการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยโดยจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ 2) ลดความแออัด/ลดการเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ COVID-2019 ของผู้รับบริการโดยการจัดระบบนัดหล่อมเวลา 3) กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม จัดให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้รับบริการ 4) กลุ่มงานเภสัชกรรมมีการให้คำปรึกษาด้านยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพผ่าน QR Code ของแอปพลิเคชัน Line ที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น	ผู้ป่วยขึ้นชมรพ.ฟากท่า ในความอำนวยความสะดวกดังกล่าวที่จัดให้

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

ความต้องการ/โอกาสพัฒนา	การปรับปรุงระบบการวัดผล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
ผู้บริหารต้องการข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับการบริหารจัดการและ ประเมินผลของโรงพยาบาล	ทีม IM พัฒนาระบบติดตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลฟากท่าโดยทำเป็น Data Cockpit ของโรงพยาบาลขึ้น	ผู้บริหารสามารถกำกับ ติดตาม ตัวชี้วัดของโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็วขึ้น
หน่วยงานต่าง ๆ ต้องการทราบตัวชี้วัดเฉพาะของหน่วยงานเพื่อประเมินผล การปฏิบัติงาน	ทีม IM จัดอบรมผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานให้สามารถใช้โปรแกรม Quick view ในการดึงข้อมูลจาก 43 แฟ้ม เพื่อให้ได้ ข้อมูลตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงาน	ทุกหน่วยงานสามารถทบทวน ตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานได้ สะดวกและรวดเร็ว
ข้อมูลผลงานใน HDC ไม่สอดคล้องกับ ข้อมูลการปฏิบัติงานจริง	ทีม IM ฝึกอบรม ทบทวน ผู้รับผิดชอบนำเข้าข้อมูลของแต่ละหน่วยงานให้เข้าใจเงื่อนไขการนำเข้าข้อมูลของ HDC เพื่อการนำไปประมวลผลตัวชี้วัดที่ถูกต้อง	คป.สอ.ฟากท่ามีผลงานตาม HDC ถูกต้อง สอดคล้องกับการปฏิบัติงานมากขึ้น

I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

- โรงพยาบาลกำหนดให้มีการทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน ดังตัวอย่างเช่น

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน 2562		การพัฒนาปรับปรุงระบบ	ผลการพัฒนา 2563
	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร	485.73 ต่อแสนประชากร	1) ขับเคลื่อนนดยบายป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านประชาคมหมู่บ้าน เช่น หมู่บ้านมีการกำหนดค่าปรับถ้าตรวจพบลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น 2) ขับเคลื่อนการกำจัดขยะในชุมชนผ่านกลไก พชอ. 3) เพิ่มความถี่การสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายจากเดิมทุก 2 สัปดาห์ เป็นทุกสัปดาห์ 4) มีการสุมไขว้ตรวจลูกน้ำยุงลายระหว่างชุมชน 5) ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอฟากท่า ดำเนินการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งในพื้นที่อำเภอและนอกอำเภอฟากท่า 6) อปท. มีการเตรียมความพร้อมในการออกควบคุมโรค	ไม่มีการเกิดโรค (เป็นแห่งเดียวในจังหวัดอุตรดิตถ์)
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7	มากกว่าร้อยละ 40	ร้อยละ 43.66	1) ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานรายกรณี ให้คำปรึกษาเฉพาะราย กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน 2) พัฒนาระบบการให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ ตามกระบวนการ "ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี" 3) การใช้บัตรเชื่อมโยง เพื่อเพิ่มช่องทางการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 4) ใช้กระบวนการ Motivation Interviewing ในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrol เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม 5) ใช้กระบวนการ Self help group 6) พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด	ร้อยละ 44.63 (สูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด)
ระดับสถานะการเงินการคลัง (7ระดับ)	ไม่เกินระดับ 4	ระดับ 1	โรงพยาบาลฟากท่าจัดทำแผนธุรกิจที่มีการดำเนินการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายและอุดหนุน	ดีขึ้นเปลี่ยนมาเป็นระดับ 0

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

- จากการทบทวนผลการดำเนินงาน ขององค์กร พบประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและกำหนดเป็นเข็มมุ่งในปี 2563 ดังนี้
 1. 2P Safety
 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญตามบริบทของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ดังนี้
 - 2.1 กลุ่มโรคเสี่ยงสูง ได้แก่ 1) STEMI 2) Stroke
 - 2.2 กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ 1) Covid-19 2) โรคไข้เลือดออก
 - 2.3 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) DM 2) HT 3) CKD
 - 2.4 กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care : IMC)
 3. พัฒนาคุณภาพบริการให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
 4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาล

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

- เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมีการดำเนินการ ดังนี้
 - 1) มีการกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพข้อมูลอย่างชัดเจน
 - 2) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติพร้อมใช้ และได้รับการนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร เช่น กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล
 - 3) ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาเลือกใช้เครื่องมือ เพื่อปรับปรุงและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ เช่น ข้อมูลส่งออก 43 แฟ้มจาก Hosxp เครื่องที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล โปรแกรมตรวจสอบคุณภาพ 43 แฟ้ม OPPP2010 ตรวจสอบ แจ้งกลับหน่วยบันทึกข้อมูล แก๊ไข ส่งออก นำเข้า DHDC ระบบประมวลผล 43 แฟ้ม ระดับอำเภอ ตรวจสอบคุณภาพ ส่งข้อมูลตรวจสอบกับระบบ PDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ แก๊ไข ก่อนนำเข้าระบบ HDC ของจังหวัดอุตรดิตถ์ และส่งข้อมูล OP/PP Individual Records 63 สปสช ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล อย่างสม่ำเสมอ
 - 4) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลที่จุดบันทึกข้อมูล
 - 5) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดจาก 3rd party เช่น สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ก่อนการส่งชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

- ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน มีความพร้อมใช้ข้อมูลและสารสนเทศดังนี้ 1) ระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication ไว้ที่เครื่อง Server สำรอง มีการสำรองข้อมูลทุกวัน 2) มีการวางแผนรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีบุคคลที่รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจน 3) มีอุปกรณ์ป้องกันและมีแบบแผนในการรองรับอัคคีภัย มีฝั้งงานในการปฏิบัติงานกรณีมีเหตุขัดข้องเกิดขึ้น 4) ความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศปัจจุบัน โรงพยาบาลฟากท่า มีระบบสำรองข้อมูลในรูปแบบ Replication ไว้ที่เครื่อง Server สำรองข้อมูล และมีการสำรองข้อมูลทุกวัน มีการวางแผนรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีบุคคลที่รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจน

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

- สร้างความมั่นใจ เชื่อถือของระบบสารสนเทศ มีความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและสารสนเทศ โดย 1) กำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล 2) มีแผนการจัดการเมื่อเกิดเหตุ

ฉุกเฉิน 3) การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม 4) ประชาสัมพันธ์นโยบายตามบอร์ดต่างๆ ในโรงพยาบาล 5) จัดอบรมให้ความรู้ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ 6) การตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจยอมรับและปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดผลลัพธ์ 1) ไม่มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากข้อมูลสูญหาย 2) ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง 3) เมื่อระบบเซิร์ฟเวอร์ล่ม จะสามารถกู้ระบบกลับมาได้อย่างรวดเร็ว

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

- รักษาความลับของผู้ป่วยทางสื่อออนไลน์ โดยที่กระบวนการดังนี้ 1) ยึดประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ลงในราชกิจจานุเบกษาลงวันที่ 24 มีนาคม 2560 เรื่องแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 2) ประกาศนโยบายแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน 3) คณะกรรมการสารสนเทศกักจับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสื่อออนไลน์เช่น facebook ,Line ,website ทำให้เกิดผลลัพธ์ ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

- ทีมนำ และทีม HR ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่าจำแนกในแต่ละวิชาชีพ
- ทีม HR ดำเนินการประเมินความต้องการพัฒนา/อบรม เมื่อเทียบกับความรู้ที่จำเป็นที่โรงพยาบาลกำหนด แล้วกำหนดแผนพัฒนาอบรมตามความต้องการดังกล่าว ผลการดำเนินการพัฒนา/อบรมของบุคลากรตามแผนที่กำหนดปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 82.46
- กำหนดให้มีเวทีการนำเสนอ CQI นวัตกรรม งานวิจัย ของโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- จัดให้หน่วยงานจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- โรงพยาบาลจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- จัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการนำเสนอผลงานคุณภาพ เรื่องเล่า CQI นวัตกรรม งานวิจัย และความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติงาน จากการอบรม และแหล่งค้นคว้า ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล

(2) กระบวน good practice และขยายผล: โรงพยาบาลฟากท่ามีการดำเนินการ เช่น

Good practice	หน่วยงาน	การขยายผล
1.การใช้ตัวบ่งชี้ระดับตัวผู้ป่วยด้วย 1)ชื่อ-สกุล กับ 2)ที่อยู่เป็นตัวบ่งชี้ 2 ลำดับแรกแทนแบบเดิมที่ใช้ ชื่อ-สกุลกับวันเดือนปีเกิด ที่คนไข้มักจำไม่ได้	ทันตกรรม	ใช้ตัวบ่งชี้เหมือนกันทั้งโรงพยาบาล
2.การพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน	คลินิกโรคเบาหวาน	คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไตเรื้อรัง
3.การพัฒนาระบบการคัดแยก “ MOPH TRIAGE”	ER	จุดคัดกรอง OPD
4.การจัดทำ “Super Emergency Box”	ER	LR IPD รถพยาบาล
5.การพัฒนา “Temperature Monitoring Line Alert”	เภสัชกรรม	สถานบริการสุขภาพทุกแห่งของ CUP ฟากท่า
6.การจัดทำ “PPE Box Set”	ER	IPD ARI เอกซเรย์ ทันตกรรม กลุ่มงานปฐมภูมิฯ
7.การพัฒนาระบบการลงข้อมูลแฟ้ม Dental	ทันตกรรม	ทั้งจังหวัดอุตรดิตถ์

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

- องค์กรนำความรู้สู่การปฏิบัติโดยมีเป้าหมายให้เกิดงานคุณภาพการบริการ ซึ่งมีแนวทางและนโยบายดังนี้
 - 1) หน่วยงานมีผลงานวิชาการ CQI นวัตกรรม เพิ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี และนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม CQI ทุกปี
 - 2) จัดมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ CUP และจังหวัด
 - 3) นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศทุก ๆ ปี
 - 4) เก็บรวบรวมผลงาน เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ในรูปแบบเอกสารและเผยแพร่ในWebsite ของโรงพยาบาลฟากท่า
- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) มีศูนย์การเรียนรู้ผลงานวิชาการ 2) ผู้ป่วย/ผู้มารับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ
- 3) บุคลากรมีคุณค่าและภูมิใจ ในการพัฒนาตนเองและเรียนรู้คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ระดับ ดี เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2562
- การพัฒนา “Temperature Monitoring Line Alert”
- การจัดทำระบบติดตามตัวชีวิตของโรงพยาบาลฟากท่าโดยทำเป็น Data Cockpit ของโรงพยาบาลขึ้น

แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
16. การวัดผลการดำเนินงาน	3	L I	• พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3	L I	• การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	3	L I	• พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.
19. การจัดการระบบสารสนเทศ	4	L I	• พัฒนาระบบเครือข่ายสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพในการพร้อมใช้งาน
20. ความรู้ขององค์กร	3	L I	• แผนพัฒนาผลงานวิชาการให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานทุกคนและนำไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน