

I-6 การจัดการกระบวนการ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: คุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความสำเร็จขององค์กร การเรียนรู้					
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	$\geq 40 / \geq 50$	16.83/25.16	27.38/33.82	17.67/42.35	10.19/15.06
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวานรายใหม่ลดลงปีละ 0.25	536/258 ต่อแสนประชากร	592.75/374.11	1112.26/410.58	1165.15/460.27	อยู่ระหว่างดำเนินการ
อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี	\geq ร้อยละ 60	71.48	69.45	61.41	51.18
อัตราผู้ป่วยได้รับการตรวจเท้า	\geq ร้อยละ 60	66.06	52.21	70.5	53.39
อัตราการ Re-Admitted DM	< ร้อยละ 5	0.37	0.48	0.68	1.03

บริบท: โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ F3 มีสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 7 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาล และเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง

ในปี 2558-2560 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ จากการทบทวนวิเคราะห์ปัญหา พบผู้ป่วยขาดนัด ปรับเพิ่มและลดยาเอง วิธีการดำเนินชีวิต อาชีพ เกษตรกรรม ขับรถบรรทุก บางครั้งทำให้การรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หรือต้องทานเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลังต่าง ๆ และผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลทำให้ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยังไม่ดี ส่งผลให้เกิดการ Admit ด้วยภาวะ hypoglycemia และ Hyperglycemia รวมทั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

จึงได้มีการจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามนัดแบบกึ่ง ONE STOP SERVICE ทุกวันอังคารให้คำแนะนำรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกราย โดยกำหนดให้ส่งผู้ป่วยรายใหม่จากรพ.สต. แต่ละแห่ง มาขึ้นทะเบียนรายใหม่ จุดเดียว ณ คลินิกโรคเบาหวาน เพื่อผ่านกระบวนการให้คำแนะนำรายบุคคล และการให้คำแนะนำรายกลุ่มในวันให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 183 mg% โดยทำกิจกรรมกลุ่มแบบ self-health group และพัฒนาการให้ความรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนนอกจากนี้ยังมีการทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งการดูแลใน

กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนฉับพลันร่วมกับทีมสหวิชาชีพและพัฒนาการติดตามผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์/ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน และมีระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวาน กรณีขาดนัด

ผลการพัฒนา

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c<7 %) ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากการติดตามผู้ป่วยและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายกลุ่มทำได้ไม่ครอบคลุมการจัดการรายกรณี ยังทำได้น้อยเนื่องจากมีหลายภาระงาน แต่พบว่าอัตราการ admit ด้วยภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia มีแนวโน้มลดลง และผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพพอ.สว่างวีระวงศ์ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นภาพรวมของเครือข่าย
- 2) จัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการทบทวนการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลตามเป้าหมาย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
- 3) การอบรมและพัฒนาแกนนำหรืออสม.ให้มีความรู้และสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้
- 4) จัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงกับ รพ.สต.ในพื้นที่ และร่วมติดตามผลการดูแล
- 5) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการ SMBG

Core competency

การพัฒนาหรือเพิ่มพูน core competency ขององค์กร:

1. องค์กรนำ Core competency มาใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับ รพ.สต. ในเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการประสานข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปที่ รพ.สต. และชุมชน

2. การออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงานโดยใช้ทรัพยากรจากภายนอกออกแบบระบบงาน ภายใต้ทิศทาง นโยบาย และความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สปสช. เป็นต้น โดยมุ่งเน้นกระบวนการหลัก ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ และกระบวนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้ปิ๊งปอง 7 สี เพื่อคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้แก่ สีขาว (กลุ่มปกติ) สีเขียวอ่อน (กลุ่มเสียง) สีเขียวแก่ (กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี) สีเหลือง (กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ปานกลาง) สีส้ม (กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตไม่ดี) สีแดง (กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตแย่มาก) และสีดำ (กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน) และได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2560 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการตรวจภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ในผู้ป่วยเบาหวาน มีการให้ความรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง มีการตรวจภาวะแทรกซ้อน ถ่ายภาพจอประสาทตา ตรวจฟัน ตรวจเท้า ตรวจปัสสาวะดูการทำงานของไต จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามการเยี่ยมบ้าน โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ปี 2561 โดยมีกิจกรรมพัฒนาความรู้ ทักษะเจ้าหน้าที่ และ อสม. ให้ความรู้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอนโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ทุกปี ซึ่งมีมีกิจกรรมตรวจคัดกรองประชาชน ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยประสานงานกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต. อปท. และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

ผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การปรับปรุงที่เกิดขึ้น ได้แก่

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ทำให้ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง มีการดูแลตนเองได้เร็วขึ้น กลุ่มป่วยเข้าถึงการวินิจฉัย พร้อมทั้งได้รับการรักษาที่รวดเร็ว มีการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน
2. ลดความแออัด และระยะเวลารอคอยที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยการส่งผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้ดี ไปรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้านทั้ง 7 แห่ง โดยมีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลการดำเนินงานในปี 2561 พบว่า ร้อยละ 79.53 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (1,450 ราย) ไปรักษาต่อที่ รพ.สต. และร้อยละ 82.31 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (1,406 ราย) ไปรักษาต่อที่ รพ.สต.
3. บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า มีบุคลากร อบรมเวชปฏิบัติทั่วไป บุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบเป็นอย่างดี
4. หลังจากมีการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง ได้มีการนำนวัตกรรมป้องกัน 7 สี มาใช้ในคลินิก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคลินิกความดันโลหิตสูง มีความตระหนักในตนเองเพิ่มขึ้น
5. ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน จากผลการดำเนินงาน พบว่าการออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากมีภาระงานมาก แต่มีการส่งข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยให้ รพ.สต. ในเครือข่าย เพื่อดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

การออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงานโดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก:

- การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการประสานความร่วมมือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับทีมชุมชน ทั้งการคัดกรอง รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ บูรณาการร่วมกับการดูแลในรูปแบบเครือข่าย (DHS) และทีมหมอประจำครอบครัว(FCT)

ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3) ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสมเผชิญ:

- อุบัติภัยหมู่และสาธารณภัย มีการซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ มีอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เกิดขึ้นเกือบทุกวัน เนื่องจากสภาพการจราจรที่เป็นถนน 4 เลน การขับซัดด้วยความเร็ว ปี 2560 มีมีจำนวนเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ 1 ของจังหวัด

จึงมีการกำหนดซ่อมแผนเพื่อรองรับปีละ 2 ครั้ง มีการจัดทำแผนเพื่อรองรับอุบัติเหตุจราจร มีการจัดทำโครงการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ทั้งโดยการซ่อมแผนบนโต๊ะ และการซ่อมจากสถานการณ์จริง เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่มีทีมอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ, ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ได้แก่ กู้ชีพเครือข่ายทั้ง 4 แห่ง อปท. เทศบาล สถานีตำรวจภูธรอำเภอสว่างวีระวงศ์ กู้ภัย ตำรวจทางหลวง ที่ว่าการอำเภอสว่างวีระวงศ์ อสม. การประสานงานกับภาคีเครือข่ายทั้งรพ.สต. อปท. เทศบาล สถานีตำรวจภูธรอำเภอสว่างวีระวงศ์ กู้ภัย ตำรวจทางหลวง หน่วยงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

- การระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและกลุ่มโรคทางระบาดวิทยา เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ โรคมือเท้าปาก โดยการออกแบบระบบการคัดกรองผู้ป่วยดังกล่าวที่จุดคัดกรอง จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแยกจากผู้ป่วยทั่วไป มีการรณรงค์ล้างมือ การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกัน(PPE) การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการประสานงานความร่วมมือกับเครือข่าย รพ.สต., อปท. เทศบาล, ชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมซ่อมแผนรองรับการระบาด เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก และโรคระบาดวิทยา ประจำปี

การออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

1. การวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และมีการประสานข้อมูลผู้ป่วยไปที่ รพ.สต. เพื่อดูแลร่วมกับ พัฒนาระบบการบริหารยาในตึกผู้ป่วยใน
2. แยกคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากคลินิกตรวจโรคทั่วไป ให้บริการแบบ One stop service เพื่อลดความแออัด และผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเร็วขึ้น
3. มีจุดคัดกรองผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้ Triage ในการคัดกรอง แยกจากจุดซักประวัติ
4. มีการจัดโซนสำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคระบาด
5. มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการส่งต่อ มีเกณฑ์ในการส่งต่อ การประสานข้อมูลระหว่างเครือข่าย จัดทำแบบฟอร์มบันทึกอาการและการดูแลระหว่างส่งต่อ พัฒนาระบบขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตาม

กำกับงานประจำวัน:

6. ผู้บริหารส่งเสริมให้มีการนำ PDSA มาใช้ โดยกำหนดให้หัวหน้างาน ใช้ขับเคลื่อนกระบวนการสำคัญใน Service profile ของหน่วยงาน ให้วิเคราะห์ สังเคราะห์งานโดยใช้ PDSA
7. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ปิงปอง 7 สี ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย
8. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Acute MI Stroke HI Sepsis Asthma/COPD
9. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
10. พัฒนาระบบฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้พิการ ทำให้ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ได้รับการดูแลมากขึ้น

11. พัฒนาระบบส่งต่อได้แก่ STEMI, Head injury, Sepsis และ Stroke แบบ Fast tract และการดูแลผู้ป่วย Asthma/COPD
12. พัฒนาระบบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
13. การบริหารคลังพัสดุโดยใช้โปรแกรม Express ระบบเครือข่ายในการบริหารครอบคลุมทุกคลังทำให้มีข้อมูลวัสดุคลัง, หนี้สินที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน
14. การควบคุมกำกับจัดหารายได้ โดยการวิเคราะห์ค่า Adjust RW ก่อนส่งเบิกชดเชย สปสช. การตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการทุกราย
15. การใช้ Financial Administration Index (FAI) ในการติดตามสถานการณ์ทางการเงินขององค์กรการจัดตั้งศูนย์รายได้ของโรงพยาบาล

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการ

สุขภาพที่สำคัญ:

1. การจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 แห่งเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับบริการได้สะดวกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น ได้บูรณาการทำงานร่วมกันกับตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการทบทวนคณะกรรมการ NCD Board มีการดำเนินงานการจัดทำแผนการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบคลุมรพ.สต.ทุกแห่งคิดเป็น 100% การพัฒนาความรู้ทางวิชาการให้พยาบาลประจำรพ.สต.ทุกแห่งให้สามารถคัดกรอง ตรวจรักษาเบื้องต้นได้ มีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาระบบให้การปรึกษาโดยใช้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดย Line Application เพื่อเป็นการลดความแออัดในคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง ในขณะเดียวกันเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย
2. ทีม PCT ปรับปรุงระบบการดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ STEMI, Head injury, Sepsis และ Stroke แบบ Fast tract และการดูแลผู้ป่วย Asthma/COPD
3. โรงพยาบาลปรับปรุงระบบงานด้านสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือ โดยกำหนดให้มีการค้นหาความเสี่ยงด้านกายภาพและวางแผนป้องกัน แก้ไข การสอบเทียบเครื่องมือ ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย และปรับปรุงสาธารณูปโภค
4. โรคระบาด เช่น ไข้เลือดออก มีการจัดตั้ง War room ร่วมกับ สสอ.สว่างวีระวงศ์ เพื่อประเมินความเสียหาย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น สอบสวนโรค สำนองเวชภัณฑ์ เพื่อให้การช่วยเหลือ ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน SRRT
5. งาน IC ทบทวน และปรับปรุงการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การดูแลการสวนคาบัสสาวะ การจัดโซนในผู้ป่วยโรคระบาด การจัดเส้นทางเดินแบบ One way
6. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี และประเมินความเสี่ยงในการทำงาน บุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย

ได้รับการดูแล

7. มีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน
8. พัฒนาและให้บริการตามระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และถูกต้อง

การเชื่อมโยง นวัตกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

1. หน่วยงานจัดทำนวัตกรรม/กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ และนำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ระดับอำเภอ จังหวัด
2. การใช้ IT เป็นแหล่งจัดเก็บคลังความรู้ขององค์กรในระบบ Internet และ HI จัดกิจกรรมมหกรรมคุณภาพ
3. ศึกษาดูงานหน่วยงานที่มีผลงาน best practice
4. การจัดประชุม PCT/Facilitator
5. การเข้าร่วมประชุมวิชาการ HA ของสรพ. ทุกปี และเข้าร่วม HA National Forum

ผลงาน COI ในแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. การพัฒนาระบบ OPD CARD เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยเมื่อระบบ HI ล่ม
3. นวัตกรรมอุปกรณ์ยึดจับตั้บฟิล์มสำหรับการถ่ายภาพรังสีศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ ด้านข้าง
4. การพัฒนาการลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคจิตเภท(F20-F29)
5. CQI งานเทคนิคการแพทย์: กล้องตากสไลด์
6. คลินิกทันตกรรมปลอดบุหรี่ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
7. การคัดหาคัดกรองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
8. ยุทธการกู้ระเบิด ช่วยลดภาวะฉุกเฉิน
9. การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา ด้วยชุด อ.31 โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
10. พัฒนาวิธีการป้องกันพลัดตกหกล้ม
11. การป้องกันการเกิด Medication error ในงานบริการเภสัชกรรม โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
12. ถุงทรายเพิ่มพลัง
13. การปรับปรุงคุณภาพน้ำประปา โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
14. กระบอกเติมคลอรีนเม็ด
15. สะโพกขยับ กระชับด้วย Pelvic Binder
16. ให้บริการตามลำดับคิวด้วยเครื่องกดบัตรคิวอัตโนมัติ
17. นวัตกรรม สื่ออาหารนำรู้
18. กระจังสมุนไพรมะนาว DIY By น้องพลอย
19. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช

การพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.:

- การพัฒนาระบบการค้นหาและบริหารความเสี่ยง
- ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ระบบการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
- ระบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ และลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยบูรณาการทำงานร่วมกันกับตำบลจัดการสุขภาพหมอนามัยประจำครอบครัว การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีแนวโน้มคุณภาพสูงขึ้น
- มีการพัฒนาระบบคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยแบบFast Tract ในผู้ป่วยSTEMI Stroke
- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นแบบองค์รวม โดยการบูรณาการไปสู่ชุมชนโดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. ชุมชน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
26. การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม	3	-การสร้างนวัตกรรม องค์ความรู้ทางวิชาการ วิจัย -พัฒนาบุคลากรในเรื่อง Functional Competency และSpecific Competency. ในกลุ่มโรคสำคัญให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน -การประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดงบประมาณกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน
27. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	3	- พัฒนาการเตรียมพร้อมแผนรองรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิด ทั้งอุบัติเหตุจราจรทาง อุบัติภัยทางน้ำ โรคอุบัติใหม่ และอัคคีภัยให้ครอบคลุมในช่วงในเวลาและนอกเวลาราชการ - ปรับปรุงข้อมูลของแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินทุกปี
28. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	3	-การวิเคราะห์ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และนำตัวชี้วัดที่ไม่ได้บรรลุเป้าหมาย มาวิเคราะห์ และติดตาม การแก้ไขอย่างต่อเนื่อง