

# ขอต้อนรับ



นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
เขตสุขภาพที่ 5

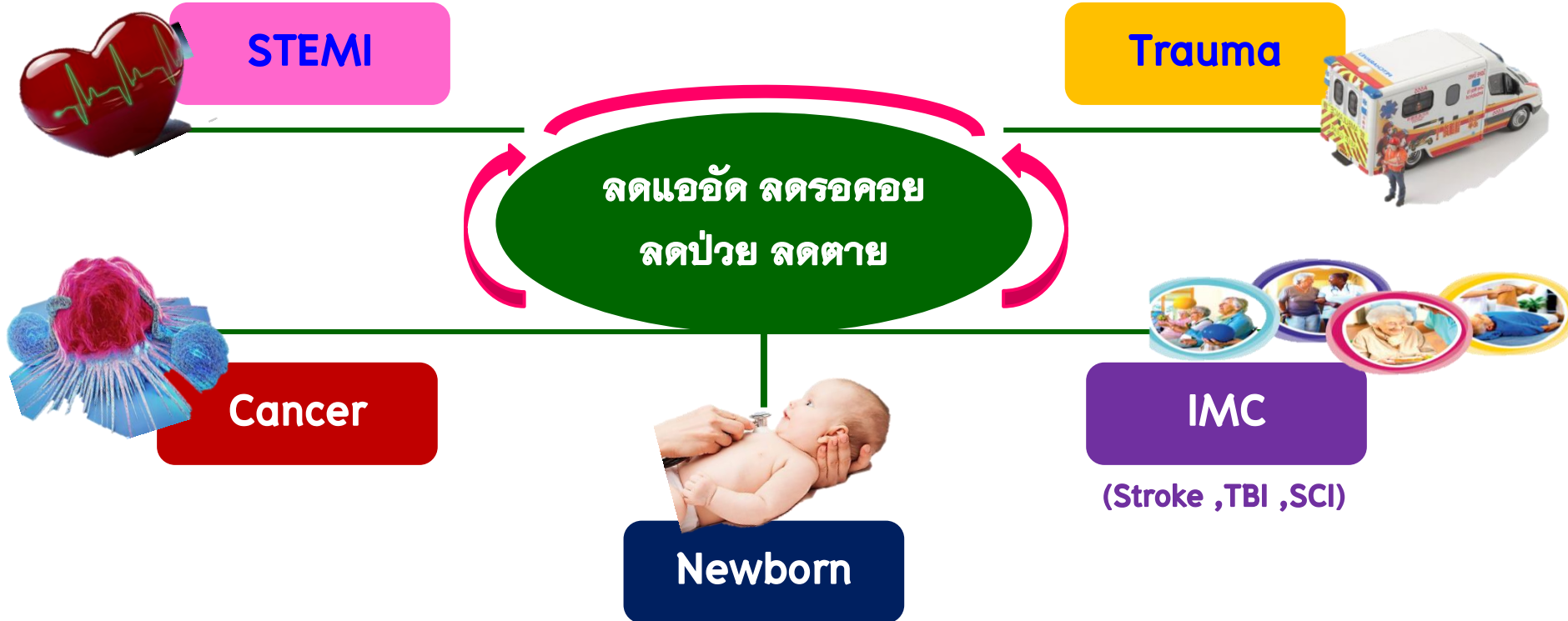


นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์  
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5  
และคณะตรวจราชการและนิเทศงาน

ตรวจราชการ รอบ 2 ปี 2564 วันที่ 3-4 สิงหาคม 2564  
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



# Function Based : ลดแอ็ด ลดรอยคอบ ลดป่วย ลดตาย



## สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.63 – มี.ย.64)

| สาขา              | จำนวน KPI | จำนวน KPI ที่ผ่าน | จำนวน KPI ที่ไม่ผ่าน |
|-------------------|-----------|-------------------|----------------------|
| หัวใจ             | 2         | 2                 | 0                    |
| อุบัติเหตุ        | 7         | 3                 | 4                    |
| มะเร็ง            | 4         | 4                 | 0                    |
| ทารกแรกเกิด       | 2         | 2                 | 0                    |
| Intermediate Care | 2         | 1                 | 1                    |
| รวม               | 17        | 12<br>(70.58%)    | 5<br>(29.41%)        |

# สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.63 – มิ.ย.64)

| สาขา  | ตัวชี้วัด                                                         | ค่าเป้าหมาย | ปี 2562           | ปี 2563            | ปี 2564<br>(รอบ 1) | ปี 2564<br>(รอบ 2) |
|-------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| หัวใจ | อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI     | $\leq 9\%$  | 8.54<br>(10/117)  | 7.31<br>(12/164)   | 4.25<br>(2/47)     | 8.80<br>(11/125)   |
|       | ร้อยละของการให้การรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด | $\geq 60\%$ | 40.59<br>(41/101) | 85.71<br>(114/133) | 90.00<br>(36/40)   | 76.85<br>(83/108)  |

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



# สรุปผลการดำเนินงาน Function Based สาขาอุบัติเหตุ ปี 2562-2564 (ต.ค.63-มิย.64)

| ตัวชี้วัด                                                                                                                 | ค่าเป้าหมาย | ปี 2562                 | ปี 2563                | ปี 2564<br>(รอบ 1)   | ปี 2564<br>(รอบ 2)     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน รพ. ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และAdmit)       | <12%        | 10.86<br>(368/3,388)    | 8.94<br>(337/3,768)    | 6.34<br>(64/1,008)   | 7.86<br>(209/2,660)    |
| อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที (ปี 62 Dx.To OR) | ≥ 80%       | 70.00<br>(49/70)        | 10.42<br>(5/48)        | 29.41<br>(5/17)      | 17.02<br>(8/47)        |
| อัตราของผู้ป่วยTriage Level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชม.                                                           | ≥ 60%       | 56.46<br>(6,334/11,219) | 50.21<br>(4,185/8,335) | 35.91<br>(772/2,150) | 46.84<br>(2,967/6,334) |
| อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality Rate of Severe Traumatic Brain Injury) GCS ≤ 8                             | < 30%       | 46.79<br>(51/109)       | 47.62<br>(40/84)       | 39.53<br>(17/43)     | 32.00<br>(24/75)       |
| อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps Score >0.5 ในรพ.ระดับ A,S,M1 ได้รับการทำ Root Cause Analysis          | < 4%        | 1.35<br>(51/3,752)      | 0.42<br>(18/4,239)     | 0.52<br>(5/948)      | 0.52<br>(13/2,491)     |
| อัตราของ TEA Unit ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)                                               | ≥ 80%       | 19 คะแนน                | 19 คะแนน               | 19 คะแนน             |                        |
| ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน                                                                              | > 26%       | 33.01<br>(570/1,727)    | 35.30<br>(681/1,929)   | 37.60<br>(172/457)   | 38.53<br>(519/1,347)   |

# สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.63–มิย.64)

| สาขา   | ตัวชี้วัด                                                      | ค่าเป้าหมาย | ปี 2562           | ปี2563             | ปี 2564<br>(รอบ 1 ) | ปี 2564<br>(รอบ 2) |
|--------|----------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| มะเร็ง | ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด   | > 70%       | 71.17             | 78.43              | 82.74               | 80.03              |
|        | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์  | > 70%       | 78.81<br>(93/118) | 90.08<br>(109/121) | 83.33<br>(35/42)    | 77.68<br>(87/112)  |
|        | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์  | > 70%       | 84.70<br>(72/85)  | 93.69<br>(104/111) | 94.28<br>(33/35)    | 91.83<br>(90/98)   |
|        | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ | > 60%       | 50.00<br>(38/76)  | 50.00<br>(7/14)    | 70.59<br>(12/17)    | 70.59<br>(12/17)   |

หมายเหตุ : ผลการดำเนินงาน ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ ปี 2564 เป็นข้อมูลตุลาคม – ธันวาคม 2563 เนื่องจากรอข้อมูลจากทางเขต ยังไม่ได้รับการแจ้งข้อมูลกลับในเรื่องของการดำเนินงานรังสีรักษา

# สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.63–มีย.64)

| สาขา     | ตัวชี้วัด                              | ค่าเป้าหมาย                | ปี 2562           | ปี2563             | ปี 2564<br>(รอบ 1 ) | ปี 2564<br>(รอบ 2) |
|----------|----------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| New Born | อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน | < 3.6 : 1,000<br>เกิดมีชีพ | 0.77<br>(3/3,884) | 2.98<br>(11/3,690) | 1.09<br>(1/917)     | 2.42<br>(6/2,478)  |
|          | เพิ่มเติมยง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์        | 1 : 500<br>เกิดมีชีพ       | 1:388             | 1:370              | 1:369               | 1:366              |

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



## สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.63 – มิ.ย.64)

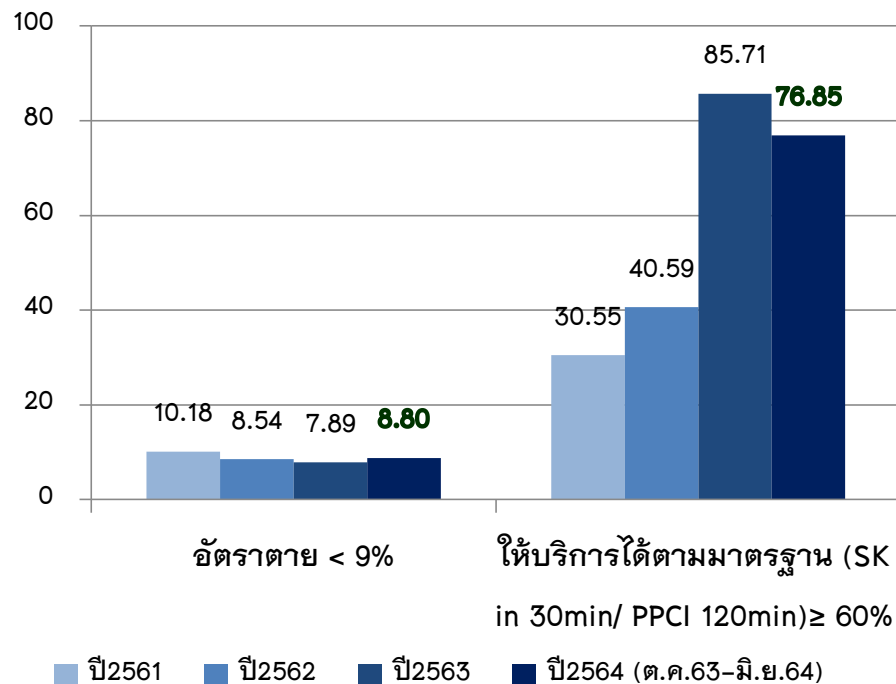
| สาขา | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                     | ค่าเป้าหมาย | ปี 2562           | ปี 2563           | ปี 2564 (รอบ 1)                           | ปี 2564 (รอบ 2)                                                                                                                 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMC  | ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ทำให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะ กลางแบบ <b>intermediate ward</b> ใน รพ. ดับ M และ F                                                | > 40%       | 7 รพช/<br>18 เต็ม | 7 รพช/<br>18 เต็ม | เตรียมเปิด<br>2 แห่ง<br>(ชะอำ/<br>ท่ายาว) | ยังไม่สามารถเปิด Ward ได้<br>-ชะอำ ระหว่างจัดสรรเตียง<br>-รพ.ท่ายาว แผนส่ง<br>พยาบาลอบรม ปี 65<br>(เนื่องจาก COVID-19<br>ระบาด) |
|      | ร้อยละของผู้ป่วย stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 หรือ > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลจนครบ 6 เดือน หรือครบ 20 คะแนน | > 65%       | 100<br>(12/12)    | 98.14<br>(53/54)  | 80.00<br>(12/15)                          | 97.50<br>(78/80)                                                                                                                |

# Functional Based สาขาหัวใจ : ลดอัตราการตาย STEMI

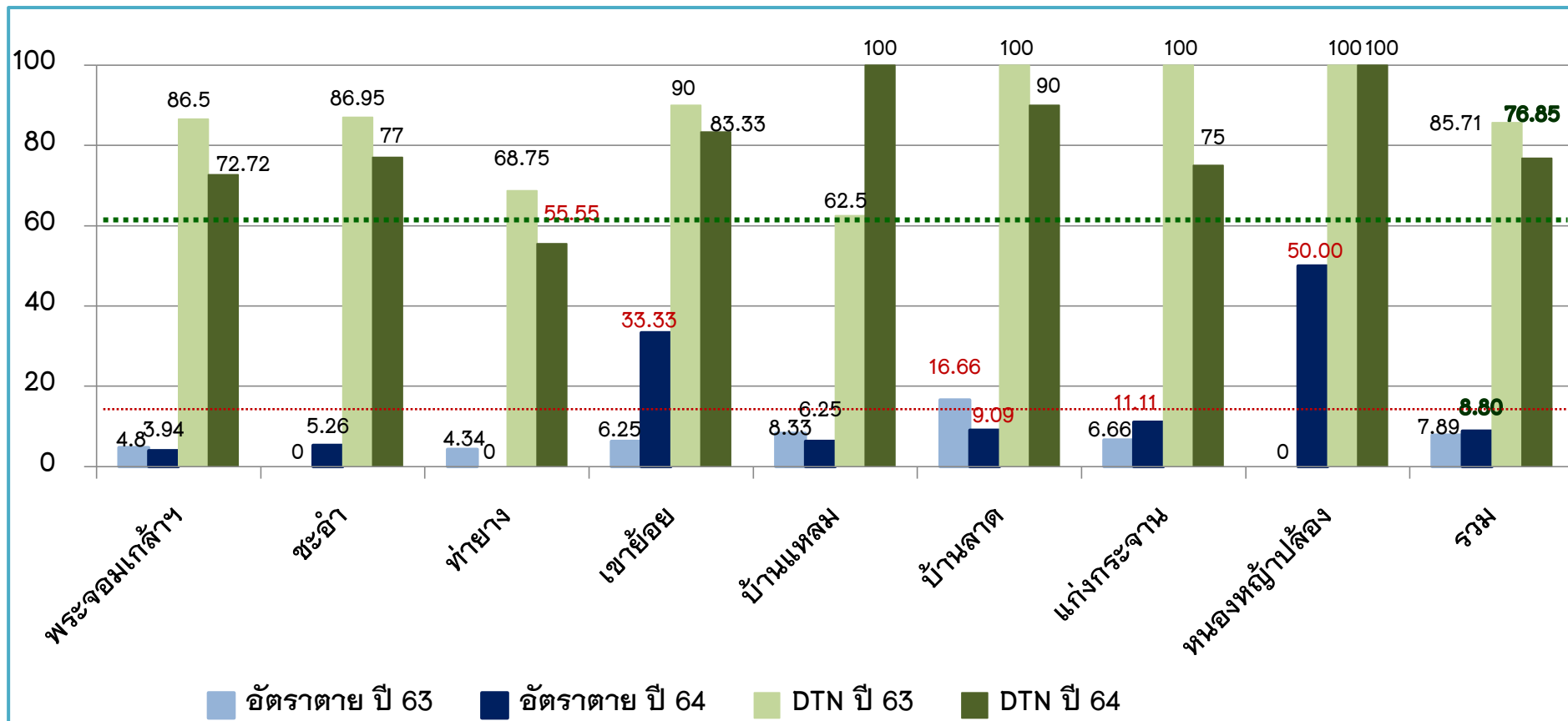
**ปัญหา :** ผู้ป่วย STEMI severity and complication มาก ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้ (ส่ง PPCI ไม่ทัน)

## ผลลัพธ์การดำเนินงาน

| ข้อมูล                                                    | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 (ต.ค.63-มิ.ย.64) |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------|---------|--------------------------|
| อัตราการตาย < 9%                                          | 10.18   | 8.54    | 7.89    | 8.80                     |
| ให้บริการได้ตามมาตรฐาน (SK in 30 min/ PPCI 120 min) ≥ 60% | 30.55   | 40.59   | 85.71   | 76.85                    |



# ผลการดำเนินงานปี 63-64 อัตราตาย < 9% / DTN+PPCI ตามมาตรฐาน ≥ 60%



| มาตรการ                                 | กิจกรรมหลัก / new normal                                                                                                           |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การพัฒนาบุคลากร                         | จัดประชุมวิชาการ/ส่งอบรม/ประชุมสัมมนาระยะสั้น                                                                                      |
| การพัฒนามาตรฐานการรักษา                 | CPG STEMI fast track /นิเทศ/ติดตามทั้งเครือข่าย ทุกไตรมาส/<br>เริ่มใช้TNK ทุกรพ.คัดกรองผู้ป่วยตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยPUIทุกราย |
| การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ             | มีnurse case manager ทุกรพ. //Line group จังหวัด/เขตฯ /ทีมเครือข่าย<br>บริการเชื่อมโยง รพ.สต./NCD clinic / Home health care        |
| การพัฒนาระบบข้อมูล/<br>สารสนเทศ         | ใช้โปรแกรมThai ACS registry ทั้งจังหวัด / mapping ผู้ป่วยโดยใช้ application<br>ของ smart hospital.                                 |
| การเพิ่มประสิทธิภาพ<br>การเข้าถึงบริการ | ประสานกับทีมปฐมภูมิ/NCD Clinicในการรณรงค์ high alert signs STEMI<br>/การเรียกใช้บริการ EMS 1669 และการเข้าถึงบริการภายใน3 ชม.      |

# STEMI : ข้อสั่งการ/เสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1

| ข้อเสนอแนะ                                                                                                       | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| รายที่เป็นโรคแล้ว ให้มีการควบคุมความเสี่ยงของโรคให้อยู่ในระดับที่ต้องการ                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>- STEMI ทุกรายมีการส่ง CAG เพื่อวินิจฉัย และรักษาโดยการขยายหลอดเลือดถาวร ทำ PCI หรือ CABG (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจ เนื่องจากมีความเสี่ยง เช่น ค่าไตไม่ดี หรือสูงอายุ)</li><li>- มีการติดตามเยี่ยมหลังจากออกจากโรงพยาบาลทุกราย และติดตามควบคุมความเสี่ยงให้อยู่ในเกณฑ์ เช่น Control DM/HT/DLP ในรายที่สูบบุหรี่ วางแผนส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ทุกราย (ในกรณี admit รพ.พระจอมเกล้า ฯ) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนได้แจ้งแนวทางปฏิบัติ</li></ul> |
| สนับสนุนการส่งต่อทำ PCI ที่ศูนย์หัวใจหัวใจหัตถ์ และการปรึกษาโรคหัวใจ 24 ชั่วโมง หากไม่มีปัญหาในเรื่องการเบิกจ่าย | ปัจจุบันทุก รพช. สามารถส่งปรึกษา และสามารถส่งทำ PCI ที่หัวใจได้เอง โดยไม่ผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดระยะเวลาการให้ยา โดยนับ EKG diagnosis จนให้ยา(ของเดิมเป็นแพทย์วินิจฉัยจนให้ยา)     | ประสานทีม และชี้แจงการเก็บข้อมูลให้ทราบแล้วทุก รพ. (เนื่องจากแต่เดิมเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ของสถาบันโรคทรวงอก คือ Diagnosis to needle time )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

# STEMI : ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1 (ต่อ)

| ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เร่งการบริหารจัดการยา TNK ซึ่งนำมาใช้ในช่วง Covid-19 ได้ด้วยเช่นกัน ตั้งแต่การจัดซื้อ การ Stock ยา และการมีผู้บริหารจัดการ การอบรมวิธีการใช้ยา (สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ และ กาญจนบุรี)</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>- รพ.พระจอมเกล้าฯ มียา TNK แล้ว พร้อมใช้ในผู้ป่วย Covid-19 ที่เกิด STEMI แต่ในผู้ป่วยทั่วไปกำลังติดตามข้อมูลเวลาในการส่งทำ Primary PCI ที่หัวหิน ถ้าสามารถทำได้ทันตามเกณฑ์ที่กำหนด การใช้ TNK อาจไม่จำเป็น เนื่องจาก การทำ Primary PCI มีประสิทธิภาพสูงกว่า</li><li>- การมียาครอบคลุมทั้งจังหวัด ยังรอการอนุมัติจากเขต (การสั่งซื้อยายังไม่ได้ ดำเนินการ เนื่องจากรอความชัดเจนเรื่องงบประมาณ)</li><li>- การวางแผน Stock ยา ได้มีการเตรียมการแล้วให้รพ.พระจอมเกล้าฯ เป็นคลัง แจกยาให้ รพช.ละ 1 vial เมื่อมีการใช้ให้นำขวดยาเก่ามาแลกขวดใหม่ วิธีบริหารยาทางทีมเภสัชกรได้เตรียมแล้ว พร้อมแจกให้กับเครือข่าย</li></ul> |
| <p>ทบทวนสาเหตุเชิงลึกของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย เพื่อนำสู่แนวทางการแก้ปัญหาเฉพาะจุด</p>                                                                                                                                 | <p>ประสานทีมนำแต่ละรพ. ให้มีการทบทวนสาเหตุเชิงลึก ผู้เสียชีวิตทุกราย และ มีการนำเสนอให้ประธานสาขาทราบทุกไตรมาส</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

# Functional Based สาขามะเร็ง

## ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ จังหวัดเพชรบุรี ปี 2564

| อำเภอ         | การคัดกรอง<br>มะเร็งปากมดลูก | การคัดกรอง<br>มะเร็งเต้านม | การคัดกรอง<br>มะเร็งลำไส้ |
|---------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|
|               | ร้อยละ                       | ร้อยละ                     | ร้อยละ                    |
| เมืองเพชรบุรี | 10.80                        | 60.75                      | 1.03                      |
| เขาย้อย       | 11.10                        | 71.78                      | 1.19                      |
| หนองหญ้าปล้อง | 31.23                        | 87.75                      | 13.83                     |
| ชะอำ          | 6.74                         | 54.64                      | 2.99                      |
| ท่ายาง        | 14.49                        | 57.41                      | 1.28                      |
| บ้านลาด       | 10.44                        | 57.03                      | 2.25                      |
| บ้านแหลม      | 8.50                         | 69.83                      | 1.54                      |
| แก่งกระจาน    | 21.96                        | 77.26                      | 1.43                      |
| รวม           | 11.86                        | 62.50                      | 1.98                      |

## กิจกรรม: เพิ่มการคัดกรองมะเร็ง

1. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ในและนอกเวลาราชการ
2. การส่องกล้อง Colonoscopy สัญจร ร่วมกับทีมส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร รพ.จุฬาลงกรณ์ ประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไป Focal immunochemical test/ stool occult blood ผิดปกติ 120-140 ราย/2วัน
3. การคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เชิงรุกในชุมชน โดยรถโมบายเคลื่อนที่

# การคัดกรองมะเร็งลำไส้ จังหวัดเพชรบุรี เป้าหมาย 10% จากกลุ่มเสี่ยง

ปี 2563

ประชากรอายุ 50-70 ปี = 116,120 คน  
คัดกรอง Fit Test = 1,924 คน (1.66%)



ผล Positive = 140 คน (7.28%)



ทำ Colonoscopy (ก.ย.-ธ.ค.63) = 160 คน  
พบเป็นมะเร็ง 4 คน

- Stage 1 = 1 คน
- Stage 3 = 2 คน
- Stage 4 = 1 คน

ปี 2564

ประชากรอายุ 50-70 ปี = 120,101 คน  
คัดกรอง Fit Test = 640 คน (0.53%)



ผล Positive = 35 คน (5.47%)



ทำ Colonoscopy (ก.ย.-ธ.ค.63) = 160 คน  
พบเป็นมะเร็ง 4 คน

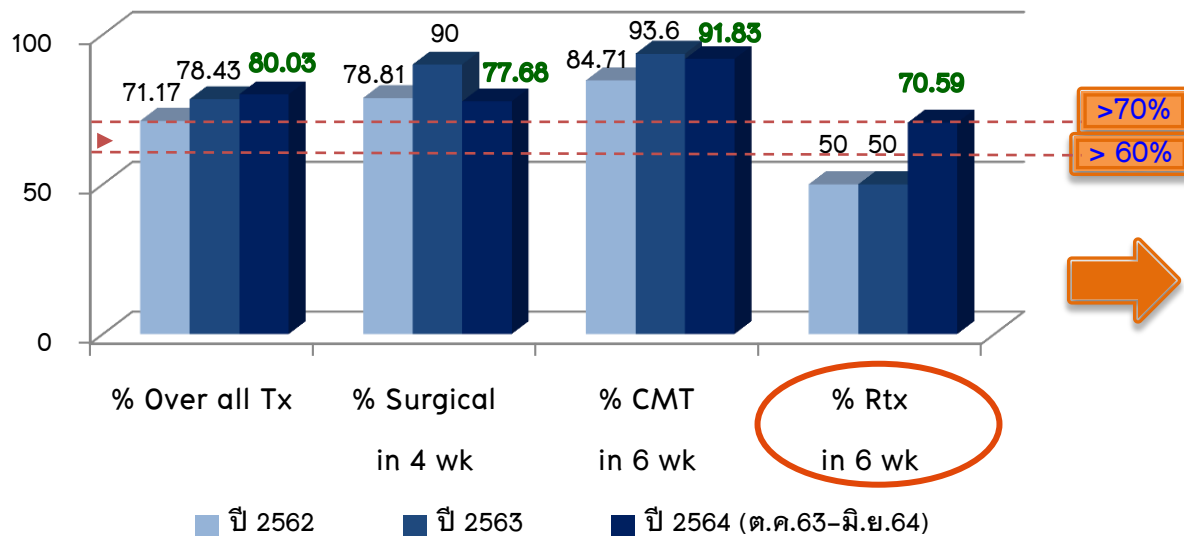
- Stage 1 = 1 คน
- Stage 3 = 2 คน
- Stage 4 = 1 คน



# ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ปี 2564 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนมะเร็ง 2,122 ต่อแสนประชากร  
5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งลำไส้, เต้านม, ตับ, ปากมดลูก และปอด  
ตามลำดับ การรักษาด้วยรังสีรักษา ยังต้องส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพสูง  
และเวลารอคอยนาน

ร้อยละการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ปี 2560-2564(ต.ค.63-มิ.ย.64)



## มาตรการ/กลวิธี

1. วางแผนการรักษาหลังผ่าตัด เพื่อประสานส่งต่อ  
นัดผู้ป่วยฉายแสง
2. ทำทะเบียนรับยาเคมีบำบัดรายวัน ทำให้ทราบ  
จำนวนการรับยาเคมีบำบัดในแต่ละวันเพื่อวาง  
แผนการให้ยาได้ถูกต้อง
3. ต้องมี CNC ประจำแผนกที่เกี่ยวข้องกับงาน  
มะเร็ง ในการประสานส่งต่อที่รวดเร็ว
4. ส่งผู้ป่วยเพื่อรังสีรักษาไปทำการนัดที่รพ.ราชบุรี  
ในช่วงเริ่มการวางแผนรักษา กรณีรพ.ราชบุรี มีคิว  
การรอคอยรังสีรักษานาน จะติดต่อส่งนัดทาง  
Line กับรพ.นครท่าฉลอม เพื่อรับการรักษาได้  
ทันเวลา ที่กำหนด

## ปัญหา/อุปสรรค

- ผลการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ต่ำ และพบระยะ Stage สูง
- การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการตรวจการสื่อสาร ไม่ครอบคลุม
- การเชื่อมโยงข้อมูลของทีมคัดกรองและทีมรักษาไม่ครบถ้วน
- การ Refer out สูง เพื่อรังสีรักษา และระยะเวลารอคอยนาน

## ข้อมูลการ refer out ปี 2563-2564 (ต.ค.63 – มิ.ย.64)

| ข้อมูล          | เพื่อการวินิจฉัย |       | เพื่อการรักษา |       |
|-----------------|------------------|-------|---------------|-------|
|                 | คน               | ครั้ง | คน            | ครั้ง |
| ปีงบประมาณ 2563 | 252              | 267   | 1,263         | 1,376 |
| ปีงบประมาณ 2564 | 136              | 177   | 480           | 550   |

## มาตรการ/กลวิธี

1. พัฒนาความรู้และการสื่อสาร
2. ลดขั้นตอนในการส่งต่อ เพื่อรังสีรักษา โดยใช้ CNC เป็นผู้ประสานโดยตรงกับงานรังสีรักษาโรงพยาบาลปลายทาง
3. มีช่องทางระบบนัดเพื่อรังสีรักษา ทาง Line โดยพยาบาล
4. เข้า Tumor conference ทุกวันพฤหัสบดี ในกรณีที่มีปัญหาการรักษา
5. พัฒนาอัตรากำลัง
  - ให้มีแพทย์ Onco-med
  - พยาบาล(ทดแทนเกษียณ ปี 65)

# Cancer : ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1

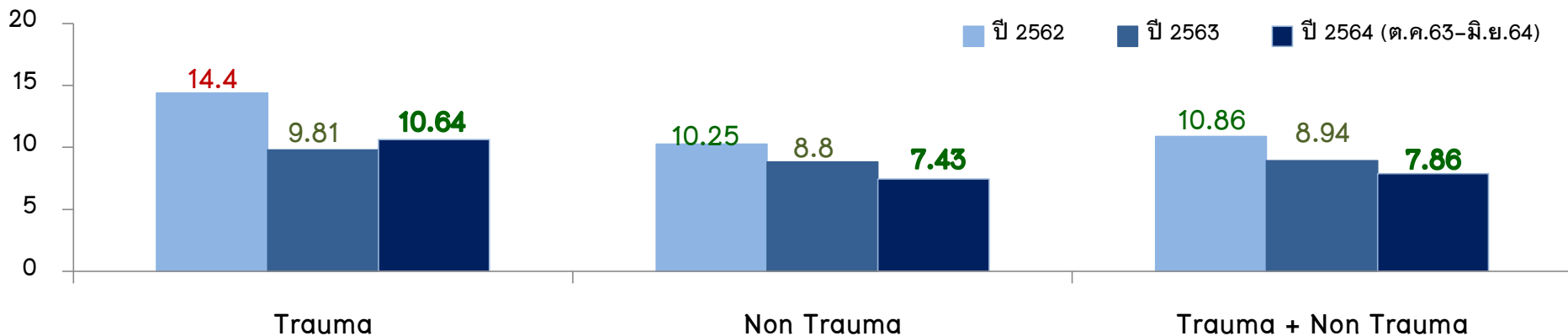
| ข้อเสนอแนะ                                                            | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แนะนำการใช้ program the one ในการเชื่อมโยงคิวการรักษามะเร็งในที่ต่างๆ | มีสถาบันมะเร็งแห่งเดียวที่ใช้การนัดผ่าน Program the one ส่วนโรงพยาบาลราชบุรี ไม่มีคิวในการนัด การรอคอยรับการรักษาานาน โรงพยาบาลนครท่าฉลอม ยังไม่พร้อมใช้ Program the one ยังเป็นการนัดผู้ป่วยทาง line |

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



# Functional Based สาขาศูบัติเหตุ : ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งER และAdmit) < 12 %



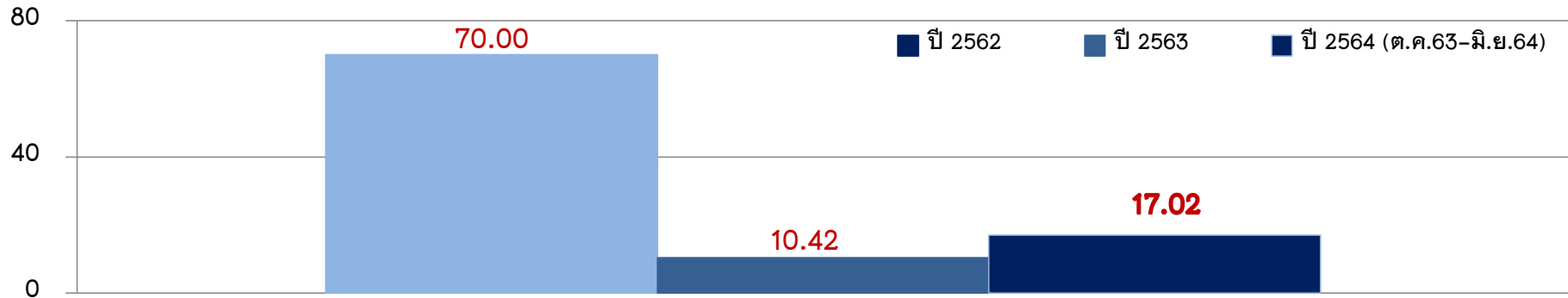
## ปัญหาอุปสรรค

ระยะเวลาการรอคอยเตียงที่ห้องฉุกเฉินนาน  
เนื่องจากผู้ป่วยต้องรอผล swab covid 19 ก่อนเข้า admit ทุกราย

## โอกาสพัฒนา

จัดให้มี Pre Ward ระหว่างรอผล swab

# อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > 80 %

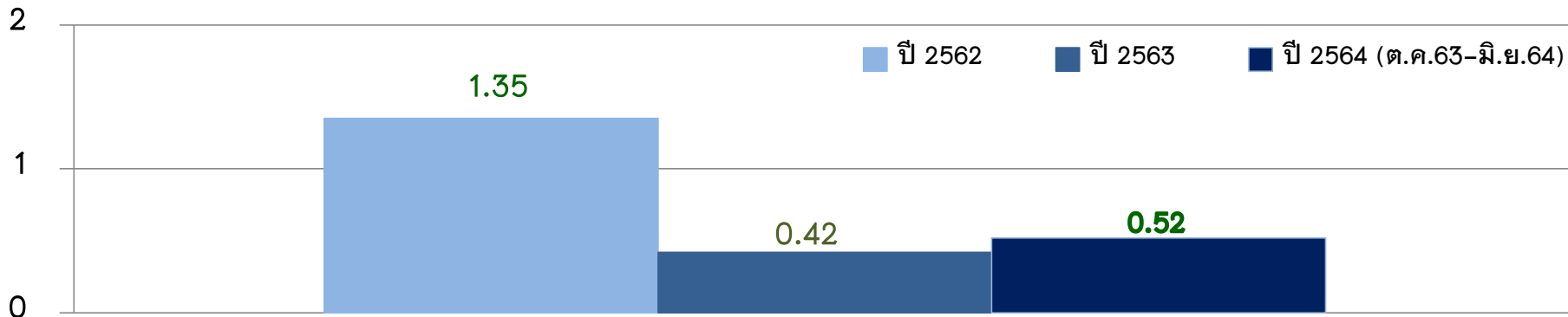


(ปี 2562 Dx. To OR / ปี2563-2564 Door To OR)

## ปัญหา/อุปสรรค

1. ข้อจำกัดเรื่องการประเมินผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามระบบ และระยะเวลาในการส่งตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา และทางห้องปฏิบัติการ
2. การปรับเปลี่ยนคำจำกัดความเรื่องระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด
3. การเตรียมการของห้องผ่าตัด กรณี case emergency ต้องรอเตรียมความพร้อมนานประมาณ 30 นาที (ปัจจุบัน แก้ไขแล้ว)

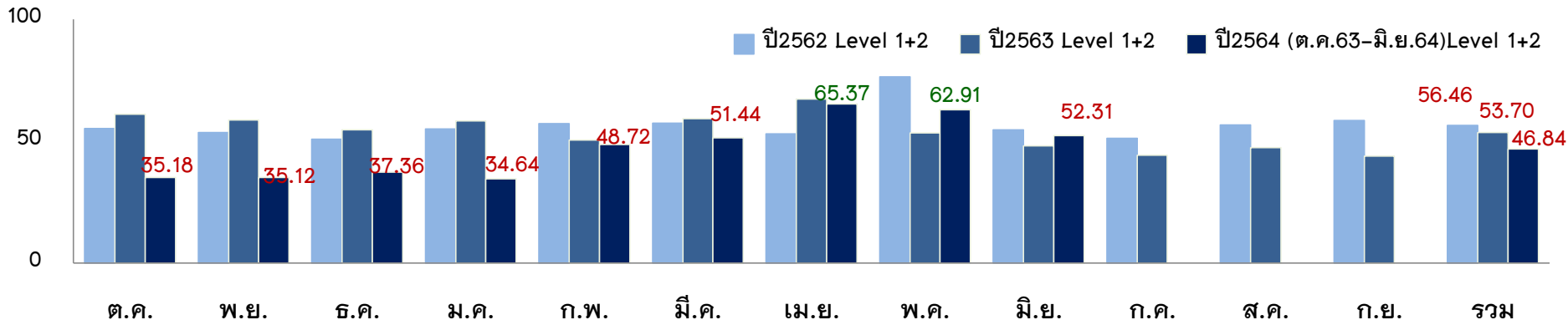
# อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps Score > 0.5 ในรพ.ระดับ A,S,M1 < 4 %



## แนวทางพัฒนา

จากการทบทวนเวชระเบียน พบโอกาสพัฒนาในผู้ป่วย Head Injury ที่มี midline shift > 0.5 cm.  
ควรได้รับการผ่าตัด

# อัตราของผู้ป่วย Triage Level 1 และ 2 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชม. > 60 %



- ระยะเวลาอคอยเฉลี่ย ปี 62 = 166.75 นาที , ปี 63 = 151.52 นาที , ปี 64 = 180.46 นาที
- Trauma level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ปี 63 = 49% , ปี 64 = 40.31%
- Non Trauma level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ปี 63 = 54% , ปี 64 = 42.30%

## ปัญหา/อุปสรรค :

- เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของ Covid-19 ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยพิเศษและ ICU เพื่อรองรับผู้ป่วย Covid-19 ทำให้จำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วยทั่วไปลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ในการบริหารจัดการเตียงตลอดเวลา



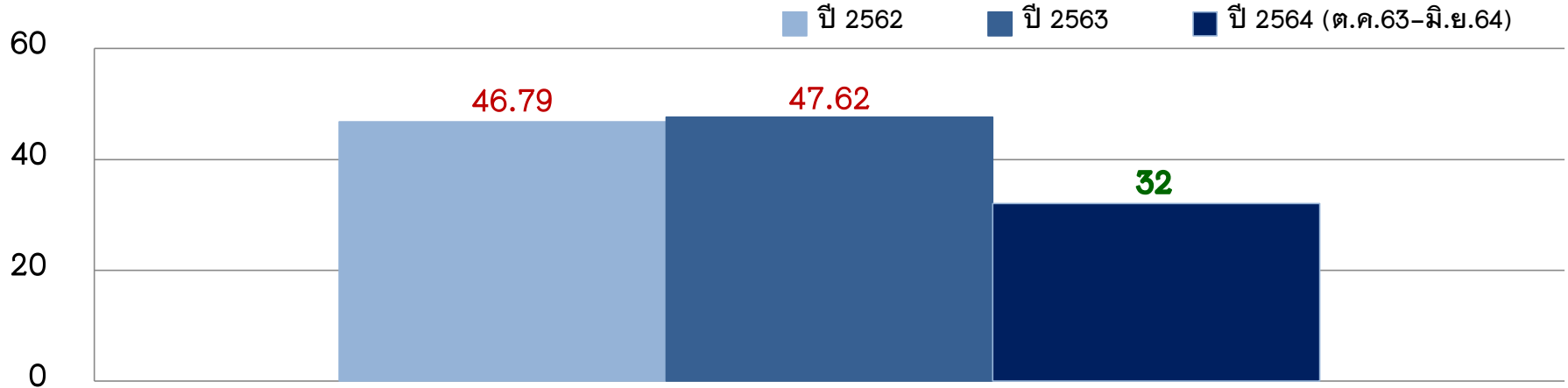
## การพัฒนา

เพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการเตียง และการ Refer back

\*\* ปี62 ข้อมูลที่เก็บเป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มี Level 1,2 / ปี63-64 เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย Level1,2 ที่ Admit

# อัตราการตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง

(Mortality Rate of Severe Traumatic Brain Injury) GCS  $\leq 8$  < 45 %



**ผลการวิเคราะห์** พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Traumatic Brain Injury เกิดจากกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง ซึ่งได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตามแนวทางปฏิบัติ แต่ควรเพิ่มในเรื่องของการป้องกัน และการบังคับใช้กฎหมายให้มากขึ้น

# อัตราของ TEA Unit ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ > 80 %

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการจัดตั้ง TEA Unit ตั้งแต่ปี 2561 โดยมีผลการประเมินการดำเนินงานของปี 2564 อยู่ใน ระดับกำลังพัฒนา (19 คะแนน)

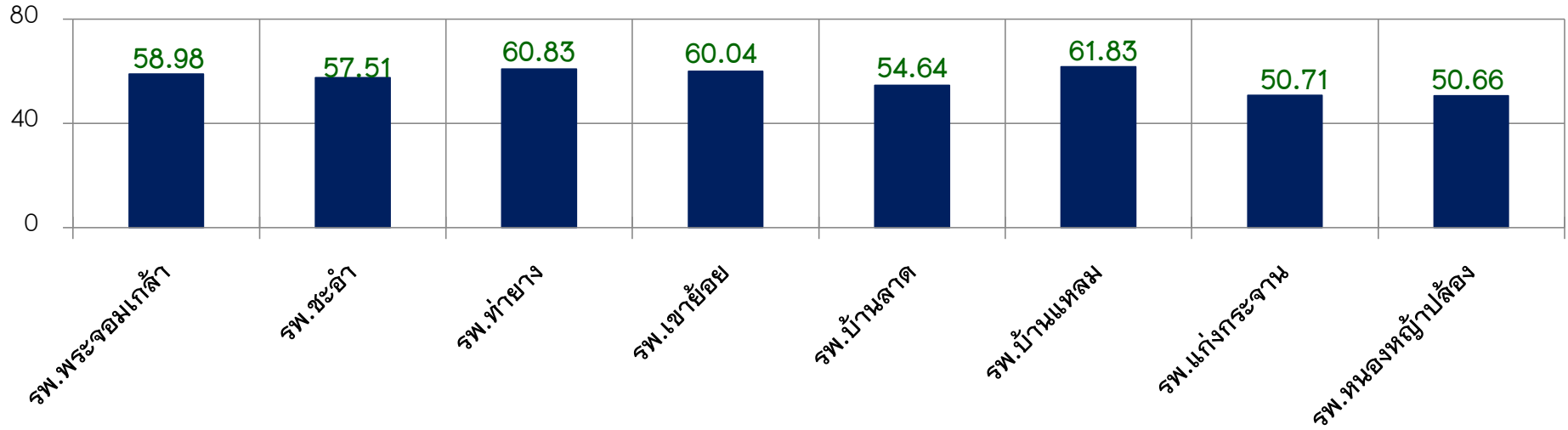
## ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่สนับสนุนที่ปฏิบัติงานใน TEA Unit ยังคงปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินเป็นหลัก ทำให้มีปัญหาเรื่องภาระงาน ไม่สามารถปฏิบัติงานตามกิจกรรมของ TEA Unit ได้เต็มที่
2. ระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ไม่สามารถเชื่อมกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาล ทำให้ขาดความสะดวกในการจัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล เจ้าหน้าที่ต้องทำงานซ้ำซ้อน ส่งผลต่อการจัดทำกิจกรรมคุณภาพ

## โอกาสพัฒนา

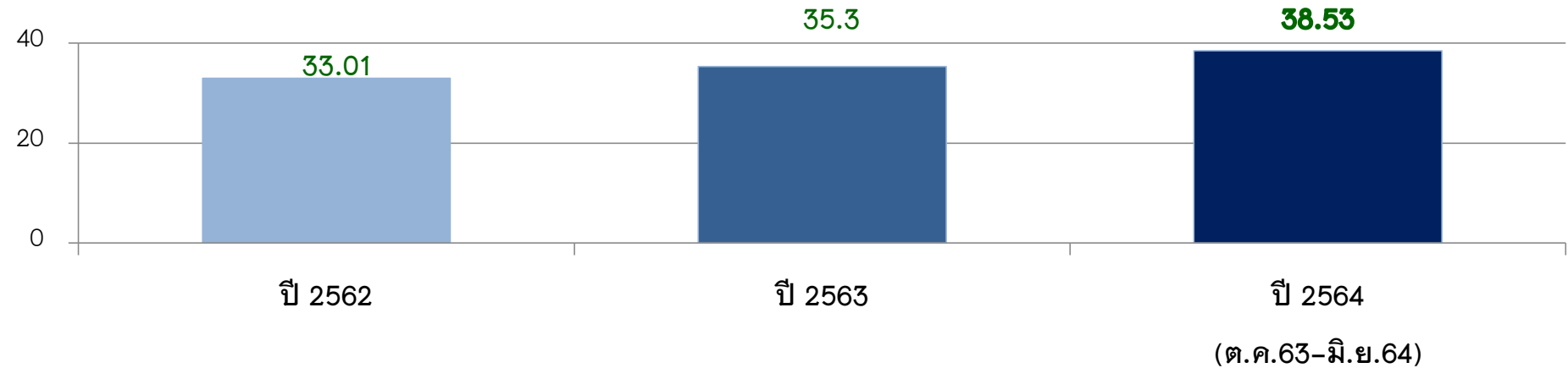
เพิ่มกิจกรรมคุณภาพในมิติของ Prevention โดยการสะท้อนข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรให้กับศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

## อัตราของโรงพยาบาล ผ่านการประเมินเกณฑ์ ECS คุณภาพ > 70 %



**สรุปผลการประเมิน และโอกาสพัฒนา** การประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Emergency Care System) ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 50 คิดเป็นร้อยละ 100 ภาพรวมพบประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ มิติที่ 2 ประเมินคณะทำงาน ข้อที่ 1 สถานที่ ข้อที่ 2 บุคลากร ข้อที่ 4 MCI and Disaster ข้อที่ 9 ระบบบริหารจัดการ และข้อที่ 12 การศึกษาและวิจัย ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

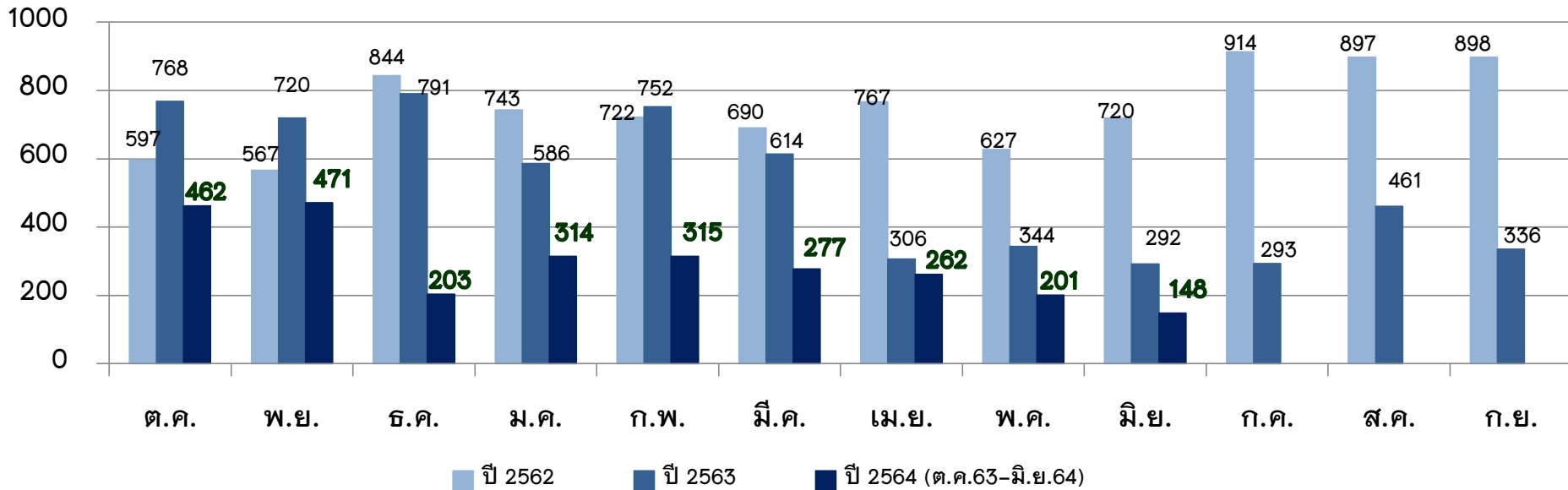
## สถิติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level 1) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน > 26 %



**ปัญหา :** 1. ในช่วงสถานการณ์การ covid-19 มีข้อจำกัดในการให้บริการผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยง covid-19 การไปรับผู้ป่วยแต่ละครั้งใช้เวลาในการเตรียมตัวของเจ้าหน้าที่ของค่อนข้างมาก

2. กรณีผู้ป่วยสงสัย covid-19 หน่วยบริการ EMS ชั้นพื้นฐานอื่นๆ ไม่สามารถออกปฏิบัติการได้ เพราะความกังวลต่อการติดเชื้อเนื่องจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอ ทำให้ภาระงานของหน่วยบริการ EMS ของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

# จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลงร้อยละ 5



ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ covid-19 รอบที่ 3 ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 - มิถุนายน 2564 ทำให้สถิติผู้ป่วย Non Trauma ระดับ 4 และ 5 ลดลงอย่างต่อเนื่อง ลดลงไปร้อยละ **48.71**

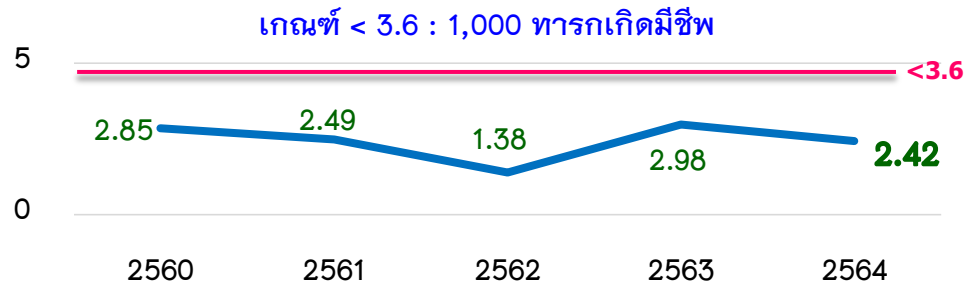
# Trauma : ข้อเสนอแนะ/เสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1

| ข้อเสนอแนะ                                                                                                                | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| พัฒนาระบบ fast track trauma ที่สามารถเชื่อมโยงประสาน การเข้าถึง ห้องผ่าตัด , Lab, x-ray ,ICU และ ER ได้อย่างมีประสิทธิภาพ | สร้างระบบการประสานงานลดระยะเวลาในขั้นตอนต่าง ๆ ระหว่าง ER, OR, Lab, X-ray ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ แต่ยังพบว่า เวลา Door to OR ยังเกินเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งต้องหาสาเหตุ และพัฒนาต่อไป                                                                              |
| แนะนำทำ ER audit                                                                                                          | จากการทำ Audit Case ตามสาขา ทำให้พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยนำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทั้งการดูแลในห้องฉุกเฉินและการดูแลรักษาเฉพาะโรคตามการวินิจฉัย                                                                                         |
| TEA unit มีการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลในการพัฒนา                                                                            | วางแผนปรับปรุงรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลโดยอาศัยฐานข้อมูลระบบ HosxP เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยตลอดการดูแลรักษา ทำให้สามารถเก็บข้อมูลวิเคราะห์ และพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ                                                                          |
| หาสาเหตุของการบริหารจัดการ ER ที่ส่งผลให้การเข้าห้องผ่าตัดช้า                                                             | จากการ Audit พบส่วนใหญ่ Case ที่พบ Trauma Triage Level 1 มากต้อง Resuscitate ก่อนจะเคลื่อนย้ายไปทำการผ่าตัดอย่างอื่นได้                                                                                                                                                           |
| แนวทางระบบบริหารจัดการเตียง ภายในจังหวัด เพื่อลดความแออัดของห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยในของรพ.พระจอมเกล้าฯ                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพัฒนาระบบ Refer Back</li> <li>- มีข้อตกลงร่วมกันในการ Clear เตียงของแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล</li> <li>- การระบาดของโรค Covid-19 ทำให้ รพ.ต้องลดจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วยทั่วไป แต่ต้องเน้นเตียงในการรับผู้ป่วย Covid-19</li> </ul> |

# Functional Based Newborn : อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน

## ปัญหา :

- อัตราการกำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอกับจำนวนเตียง NICU และ Sick Newborn ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย
- อัตราการกำลังแพทย์ และพยาบาลยังไม่เพียงพอตามเกณฑ์



## แผนการพัฒนา ปี 2564 :

- การจัดประชุมวิชาการการกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCPR) (ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19)
- การฝากครรภ์ คุณภาพ เพื่อการลดการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงวัยรุ่น (10-19 ปี)
- การพัฒนามาตรฐาน YFHS (Youth Friendly Health Services) การจัดตั้งและดำเนินการแบบบูรณาการ มีเครือข่าย ทั้ง สสจ./รพ.ทุกระดับ
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับ Progesterone
- การจัด Zone ใช้ห้องแยกโรค(ย้าย PICU ไปตึกเด็ก) และการปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วน และเพิ่ม Pipeline ในห้อง Sick Newborn

## ข้อเสนอแนะ :

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการอบรมระยะสั้น อบรมเฉพาะทาง 4 เดือน
- การจัดสรรกรอบอัตราการกำลังแพทย์ และพยาบาลที่เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์
- Neonatologist ปี 66 (1 คน)

# อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน (< 3.6 : 1,000 เกิดมีชีพ)

| หน่วย    | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564        |
|----------|------|------|------|------|-------------|
| เพชรบุรี | 2.85 | 2.49 | 1.38 | 2.98 | <b>2.42</b> |
| เขต 5    | 3.76 | 3.74 | 4.06 | 4.23 | <b>3.78</b> |
| ประเทศ   | 3.51 | 4.27 | 4.52 | 4.20 | <b>6.11</b> |

ผลงานที่ผ่านมา : จังหวัดเพชรบุรี ปี 2560-2564  
พบว่า ทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน มีอัตราการตาย  
= 2.85, 2.49, 1.38, 2.98 และ **2.42** ตามลำดับ  
ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2564

Small  
success

- การใช้ Surfactant ในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีอาการรุนแรง RDS
- การ Early NCPAP/HFNC ทุกรายในกลุ่มอาการหายใจลำบาก
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับ Progesterone
- การส่งต่อ Newborn fast tract
- Guideline การดูแลทารกจากมารดา PUI/Covid-19 positive



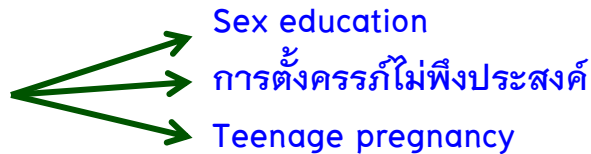
# PRETERM

ลดอัตราการตาย  $\leq 3.6 : 1,000$  เกิดมีชีพ และลดภาวะแทรกซ้อน

## กระบวนการพัฒนา

### Prenatal care

- เวชกรรมสังคม  
รร. / เครือข่าย



- สูติกรรม



### Perinatal care

- ประสานสูติกรรม

Dexa  $\geq 2$  ครั้ง ก่อนคลอด (GA  $\leq 34$  wks.)  
ATB (prophylactic GBS)

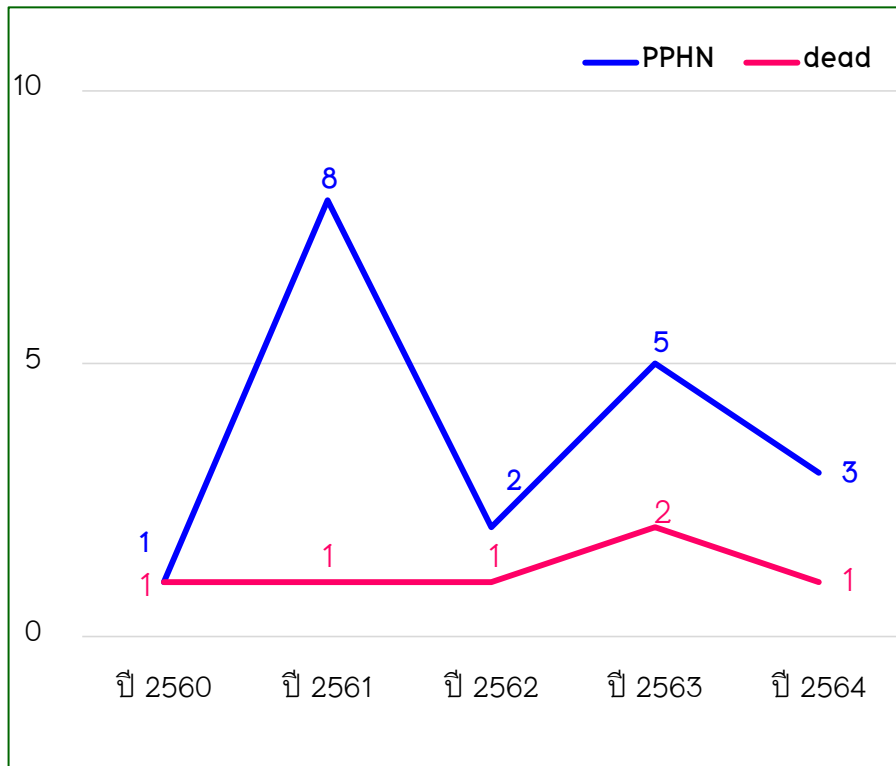
### Postnatal care

- เตรียมพร้อมทีม NCPR
- NCPR team

- พัฒนาประสิทธิภาพของทีม NCPR ทุกปี  
(พจก /รพช.เครือข่ายทุกแห่ง)
- จัดเตรียมอุปกรณ์ NCPR box ให้พร้อม
- Neopuff / Nasal CPAP
- Transport incubator
- keep warm, ถุงพลาสติก, ถุงถั่วเขียว

Newborn  
Fast track

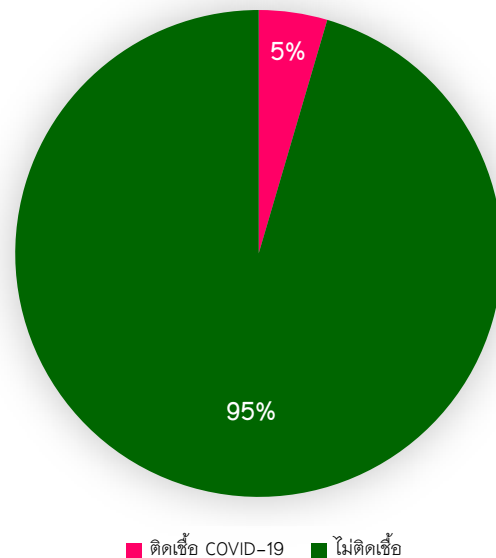
## ทารกแรกเกิดเสียชีวิตจาก PPHN



## ทารกแรกเกิดที่แม่ติดเชื้อ COVID-19

จำนวนทารกแรกเกิดจากมารดาโควิด-19

จำนวน 22 ราย



# New Normal Medical Service สาขาทารกแรกเกิด : COVID-19

- ช่วงระบาดโควิด-19 งดให้บิดามารดาเยี่ยม (ให้สอบถามอาการ/ให้ดูภาพทารกเป็น VDO /โทรศัพท์) /  
บีบน้ำนมมาส่ง)
- การผูก Mask ของเจ้าหน้าที่ทุกคนขณะปฏิบัติหน้าที่ ล้างมือบ่อยขึ้น
- ปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วนและเพิ่ม Pipeline ในห้อง Sick Newborn
- กรณีมารดา PUI /Covid-19 จัดให้ทารกอยู่ห้องแยกโรคที่ดัดแปลง เป็น Modified Negative ที่ตึกเด็ก  
เมื่อผล Swab ปกติ ทารกหายใจได้ดีจึงย้ายกลับตึกเด็ก กรณีทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จะย้ายไปที่ NICU

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



# Newborn : ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1

| ข้อเสนอแนะ                                                                 | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>พัฒนาศักยภาพ การใช้เตียง NICU ที่มีอยู่ให้คุ้มค่า</p>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การพัฒนาศักยภาพการใช้เตียง NICU ผลการพัฒนา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การย้ายเตียง PICU แยกไปอยู่ตึกกุมารเวชกรรมโดยการปรับปรุงห้อง ให้พร้อมใช้งาน สำหรับเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี จำนวน 2 เตียง ใช้บุคลากรพยาบาล NICU บริหาร ร่วมกับพยาบาลกุมารเวชกรรม</li> </ul> </li> <li>2. การปรับปรุงห้องแยกโรคใน NICU โดยการใช้ระบบการระบายอากาศ (Hepa filter และ ใช้UV) สำหรับทารกที่มีการติดเชื้อ/เชื้อดื้อยา 2 เตียง</li> <li>3. การติดตั้งเครื่องติดตามสัญญาณชีพ และการทำงานของหัวใจ จำนวน 13 เครื่อง เพื่อสะดวกต่อการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของทารกได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์</li> <li>4. การปรับปรุงห้องให้เป็นสัดส่วนสะดวกต่อการทำงาน</li> </ol> |
| <p>สนับสนุนการอบรมพยาบาล เฉพาะทาง สาขาทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย และวิกฤต</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนการอบรมเฉพาะทางปีนี้ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 5</li> <li>- ใช้งบประมาณการอบรมของ รพ. แต่ไม่ได้เข้ารับการอบรม เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า งดการจัดอบรมจากการปรับปรุงหลักสูตรยังไม่สำเร็จ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

# Functional Based สาขา Intermediate Care

## สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี/ปัญหา/สาเหตุ

- ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มโรคไม่ได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสม
- ขาดโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของตนเอง
- การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในระดับจังหวัด
- จัดตั้งระบบการดูแลระยะกลางตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560
- เริ่มให้การบริบาลระยะกลางแบบ intermediate bed ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561

## แผนการพัฒนา ปี 2564

- จัดตั้ง **Intermediate ward** ที่รพ.ชะอำ ภายในปี 64 และรพ.ท่ายาง ภายในปี 65
- เพิ่มกลุ่มโรคที่ให้การดูแลระยะกลาง  
: Hip fractures

## การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะรอบ 2/2563

- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการโดยพัฒนาระบบการคัดกรอง
- พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลผู้ป่วยจนถึงปลายทาง จัดตั้งผู้จัดการเคส



## ตัวชี้วัด

- ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาล พ้นสภาพระยะกลางแบบ intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F ร้อยละ 40
- ร้อยละของผู้ป่วย stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index  $<15$  หรือ  $>15$  with multiple impairment ได้รับการบริบาลจนครบ 6 เดือน หรือครบ 20 คะแนน ร้อยละ 65

### ผลสัมฤทธิ์ (ตุลาคม 2563 – มิถุนายน 2564)

1. ให้การบริบาลในการฟื้นฟูระยะกลางอย่างต่อเนื่อง
2. New normal of IMC
3. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาไปและขากลับ
4. ตรวจเยี่ยม เตรียมความพร้อมในการจัดตั้ง intermediate ward
5. รับนโยบายจากเขตสุขภาพ

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินเพื่อพิจารณาเข้าโครงการ                  | 1,438      |
| จำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็น (กลุ่มเป้าหมาย)                             | 80         |
| จำนวนจังหวัดที่ให้การบริบาล intermediate ward<br>(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40) | 0          |
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและติดตามจนครบ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65)       | 78 (97.5%) |

# Intermediate Care : ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการรอบ 1

| ข้อเสนอแนะ                                                               | ผลการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สนับสนุนการเปิด IMC ward ในรพ.ชะอำ และ รพ.ท่ายาง ภายในปีนี้              | <ul style="list-style-type: none"><li>- IMC Ward รพ.ชะอำ 6 เตียง คาดว่าสามารถเปิดรับบริการได้ภายในปีงบประมาณ 2564 แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้น เนื่องจากรพ.ชะอำ ยังมีปัญหาการจัดสรรเตียง</li><li>- IMC Ward รพ.ท่ายาง 6 เตียง ยังไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจากยังไม่ได้ส่งพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน เข้ารับการอบรม จะดำเนินการส่งอบรมในปีงบประมาณ 2565</li></ul> |
| ติดตามข่าวสารจากกรมการแพทย์ ที่ได้ประสานงาน การเรียนต่อของพยาบาลเฉพาะทาง | <ul style="list-style-type: none"><li>- ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง หลักสูตร 4 เดือน แบบ Online กับกรมการแพทย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2565 (มีรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการอบรมแล้ว)</li></ul>                                                                                                                                                |

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี





Smart Hospital

# Smart Place

## วัตถุประสงค์

- ลดอัตราการติดเชื้อจาก รพ.
- เพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในรูปแบบและกระบวนการทางการแพทย์
- สร้างความพึงพอใจ และความสุขในการให้บริการ และรับบริการ
- เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

## แนวทางการดำเนินงาน

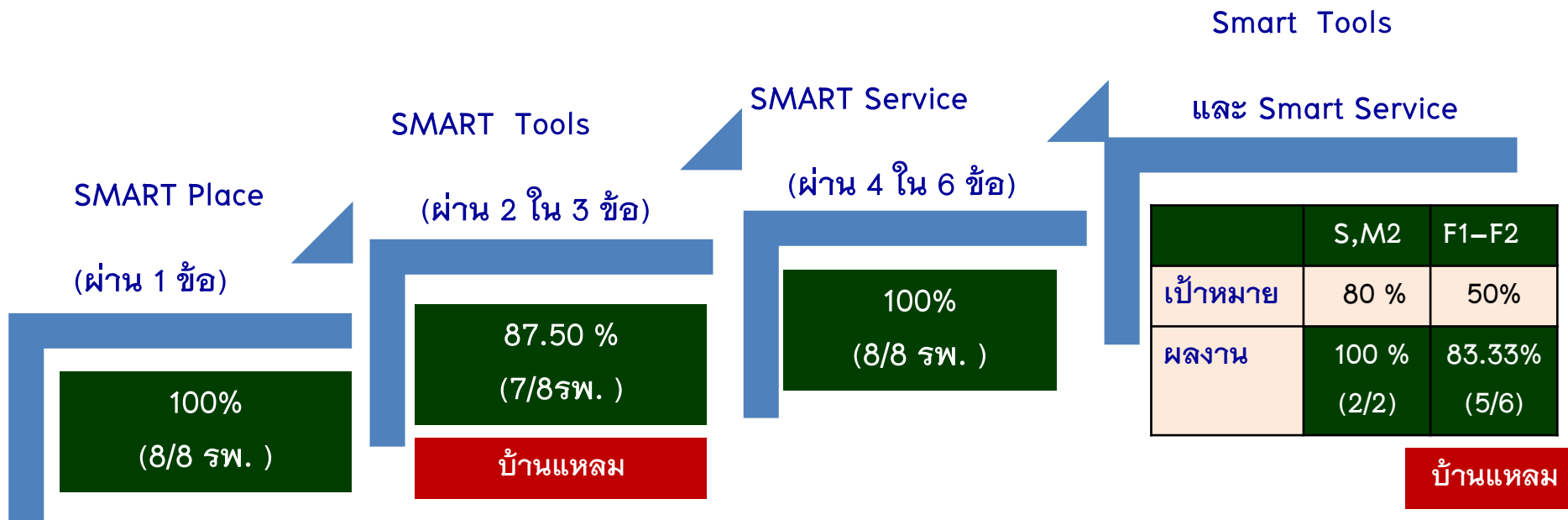
1. พัฒนาโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN HOSPITAL ระดับดีมาก สู่มาตรฐานระดับ ดีมาก Plus
2. พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL สู่ภาคีเครือข่ายและชุมชน

## GREEN & CLEAN Hospital

| โรงพยาบาล     | ผ่านเกณฑ์<br>ระดับ<br>ดี | ผ่านเกณฑ์<br>ระดับ<br>ดีมาก | ผ่านเกณฑ์<br>ระดับ<br>ดีมาก Plus |
|---------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| พระจอมเกล้า   |                          |                             | /                                |
| ชะอำ          |                          |                             | /                                |
| หนองหญ้าปล้อง |                          |                             | /                                |
| ท่ายาง        |                          |                             | /                                |
| บ้านลาด       |                          | /                           |                                  |
| บ้านแหลม      |                          | /                           |                                  |
| เขาย้อย       |                          | /                           |                                  |
| แก่งกระจาน    |                          | /                           |                                  |
| รวม           |                          | 4                           | 4                                |



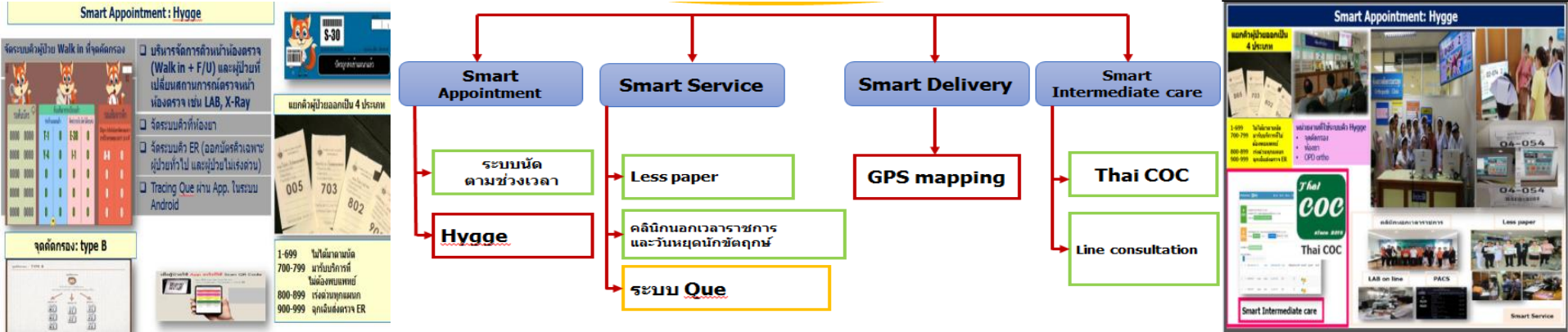
# SMART Hospital : ผลการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี



โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



# ระยะเวลารอคอย :รพ.พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



## ระยะเวลารอคอย OPD ชั้น 1 ปี 62-64 (ลงทะเบียน - รับยากลับบ้าน)

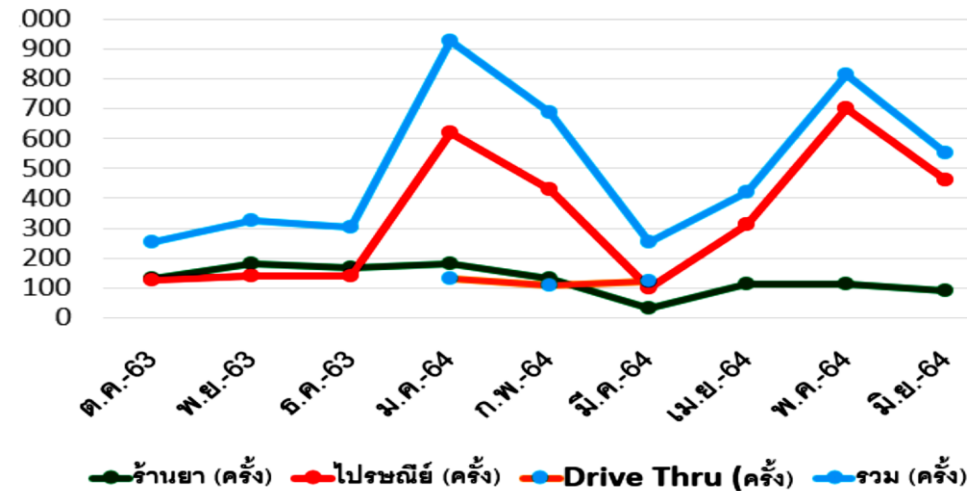
| แผนก OPD       | ปี 62    |  | ปี 63    |  | ปี 64 (ต.ค. - ธ.ค.) |  | ปี 64 (มีค. - มิย.64) |  |
|----------------|----------|--|----------|--|---------------------|--|-----------------------|--|
|                | นาทีก่อน |  | นาทีก่อน |  | นาทีก่อน            |  | นาทีก่อน              |  |
| เวลาเฉลี่ย OPD | 252      |  | 178      |  | 176                 |  | 142                   |  |

## ระยะเวลารอคอยรับยาห้องยา OPD ชั้น 1 ปี 62-64

| ห้องยา            | ปี 62             |          | ปี 63             |          | ปี 64 (ต.ค. - ธ.ค.) |          | ปี 64 (มีค. - มิย.64) |          |
|-------------------|-------------------|----------|-------------------|----------|---------------------|----------|-----------------------|----------|
|                   | เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน | นาทีก่อน | เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน | นาทีก่อน | เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน   | นาทีก่อน | เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน     | นาทีก่อน |
| เวลาเฉลี่ยรอรับยา | 557               | 33       | 679               | 34       | 661                 | 37       | 572                   | 29       |

# ลดแออัด ลดรอคอย

## รับยาร้านยา+ส่งยาทางไปรษณีย์ + Drive Thru Medicine



- มีนาคม 2564 เนื่องจากปลายเดือนกุมภาพันธ์ มีการเปลี่ยนโปรแกรมเป็น HOSXP การคัดกรองผู้ป่วย ทั้งจากห้องยาและห้องตรวจลดลง

- เมษายน-มิถุนายน 2564 ยอดผู้ป่วยส่งยาทางไปรษณีย์สูงขึ้น จากโครงการเลื่อนนัดผู้ป่วยออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19

ปี 2564 เพิ่มขึ้นจาก ปี 2563 = **37%**

| ประเภท/เดือน | ต.ค.63 | พ.ย.63 | ธ.ค.63 | ม.ค.64 | ก.พ.64 | มี.ค.64 | เม.ย.64 | พ.ค.64 | มิ.ย.64 | รวม   |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|---------|-------|
| ร้านยา       | 128    | 182    | 165    | 181    | 129    | 31      | 112     | 111    | 89      | 1,128 |
| ไปรษณีย์     | 126    | 141    | 138    | 619    | 431    | 100     | 310     | 703    | 462     | 3,030 |
| Drive thru   |        |        |        | 130    | 108    | 123     |         |        |         | 361   |
| รวม          | 254    | 323    | 303    | 930    | 688    | 254     | 422     | 814    | 551     | 4,519 |

# มากกว่าร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการรับยาที่ร้านยาผ่านเกณฑ์ประเมินระดับ 3

ผลการประเมินเฉลี่ย **85.89 %**

ผลการประเมินแบบประเมินการตรวจใบห้วนขายยาในโครงการรับยาขายยา

| ลำดับ    | เกณฑ์การตรวจ                                                         | เกณฑ์การตรวจ |      |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------|--------------|------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|
|          |                                                                      | ไม่พบ        | พบ   | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ | ไม่พบ | พบ  |
| 1        | สถานที่และอุปกรณ์ (12.5)                                             |              |      |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |     |
| 1.1      | สถานที่สะอาดมีการให้บริการ                                           | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 1.2      | มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ                      | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 1.3      | มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ                      | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 1.4      | มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น                                      | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 1.4.1    | มีเครื่องมือวัดความดันโลหิตให้บริการ                                 | 1            | 1    | 1     | 1  | 1     | 1  | 2     | 1  | 1     | 1  | 1     | 2  | 1     | 1  | 1     | 1   |
| 1.4.2    | มีเครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายให้บริการ                              | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 1.4.3    | มีอุปกรณ์และเครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้บริการ                 | 1.5          | 1    | 1.5   | 2  | 3     | 2  | 3     | 2  | 3     | 2  | 3     | 2  | 3     | 2  | 3     | 1.5 |
| 2        | เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน (25)                                            |              |      |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |     |
| 2.1      | มีการส่งมอบยาให้เภสัชกร ตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด                       | 5            | 2    | 10    | 1  | 5     | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2   |
| 2.2      | มีการบันทึกประวัติผู้รับยาและประวัติยา (patient medication profile)  | 2.5          | 0    | 0     | 0  | 0     | 1  | 2.5   | 0  | 0     | 0  | 0     | 2  | 5     | 2  | 5     | 0   |
| 2.3      | มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา                                    | 5            | 2    | 10    | 1  | 5     | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2  | 10    | 2   |
| 2.4      | พบความผิดปกติของยาผู้ป่วยส่งไปยังเภสัชกรหรือเภสัชกรส่งยาแก่เภสัชกร   | 2.5          | 1    | 2.5   | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 2.5      | ประเมินความเข้ากันได้ drug interaction ระหว่างยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร | 2.5          | 2    | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 2.6      | ประเมินความเข้ากันได้ของยา                                           | 2.5          | 2    | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 2.7      | มีการประเมินความเหมาะสมของยา (Adherence) และการจัดการ                | 2.5          | 2    | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 2.8      | มีการจัดการยาและเอกสารตามมาตรฐาน                                     | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 3        | ระบบการติดตาม (12.5)                                                 |              |      |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |     |
| 3.1      | มีการส่งข้อมูลการตรวจผู้ป่วยระหว่างเภสัชกรและร้านขายยา               | 2.5          | 1    | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 1   |
| 3.2      | มีระบบการแจ้งเตือนการให้บริการที่ชัดเจนและเป็นทางการ                 | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 3.3      | มีระบบการแจ้งเตือนการให้บริการที่ชัดเจน                              | 2.5          | 2    | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2  | 5     | 2   |
| 3.4      | มีการประเมินความพึงพอใจระบบการให้บริการที่ร้านขายยา                  | 2.5          | 1    | 2.5   | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 1   |
| 3.5      | มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบการให้บริการ                            | 2.5          | 1    | 2.5   | 1  | 2.5   | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 2  | 5     | 1  | 2.5   | 1   |
| รวมคะแนน |                                                                      | 50           | 82.5 | 64.5  | 90 | 88    | 90 | 87.5  | 96 | 86.5  | 90 | 87.5  | 96 | 86.5  | 90 | 87.5  | 90  |

มีผลประเมินความพึงพอใจการรับยาร้านยาปี 63, 64

ตารางเปรียบเทียบผลสำรวจคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในโครงการรับยาร้านยา Model 1 ทั้ง 2 รอบ

| หัวข้อ                                                   | ผลสำรวจรอบที่ 1                                                      | ผลสำรวจรอบที่ 2                                                             |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ระยะเวลา                                                 | ธ.ค. 62-ก.ย. 63                                                      | ต.ค.63-มิ.ย.64                                                              |
| จำนวนผู้ป่วยรับยาร้านขายยา                               | 1550 (OPD+DM)                                                        | 1505 (OPD)                                                                  |
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสำรวจ                            | 211                                                                  | 169                                                                         |
| ผู้ตอบแบบสอบถาม                                          |                                                                      |                                                                             |
| - ผู้ป่วย                                                | 64%                                                                  | 45%                                                                         |
| -ญาติ                                                    | 36%                                                                  | 55%                                                                         |
| เพศ                                                      |                                                                      |                                                                             |
| - หญิง                                                   | 72%                                                                  | 67.5 %                                                                      |
| - ชาย                                                    | 28%                                                                  | 32.5 %                                                                      |
| ผู้ที่ไปรับยาที่ร้านยา                                   |                                                                      |                                                                             |
| - ผู้ป่วย                                                | 64.5 %                                                               | 53.5 %                                                                      |
| - ญาติ                                                   | 35.5 %                                                               | 46.5 %                                                                      |
| ร้านยาที่ผู้ป่วยในโครงการเลือกไปรับมากที่สุด 3 อันดับแรก | ร้านก๊วยหนงเกี (28 %)<br>ร้านยาหอม (21.3 %)<br>ร้านรุ่งอรุณ (12.8 %) | ร้านก๊วยหนงเกี (47.3 %)<br>ร้านรุ่งอรุณ (16 %)<br>ร้านโชติผลตาเภสัช (7.1 %) |
| วิธีการคัดกรองผู้ป่วยรับยาร้านยา                         |                                                                      |                                                                             |
| - สัมผัสใจ                                               | 12.3 %                                                               | 83.4%                                                                       |
| - รพ. คัดกรองให้                                         | 87.7 %                                                               | 16.6%                                                                       |
| ความพึงพอใจต่อการรับบริการของเภสัชกรประจำร้านยา          | 74.72 %                                                              | 73.31 %                                                                     |
| ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการรับยาร้านยา                | 78.21 %                                                              | 75.15 %                                                                     |
| วิธีการรับยาร้านยา                                       | <b>74.72%</b>                                                        | <b>73.31%</b>                                                               |
| - รับที่รพ.พจก.                                          | 4.9%                                                                 | 4.9%                                                                        |
| - รับที่ร้านยาเพิ่มเติม                                  | 64.9%                                                                | 92.3%                                                                       |
| - รับที่ร้านยาอื่น                                       | 3.8 %                                                                | 1.8 %                                                                       |
| - รับที่ช่องทางอื่น                                      | 1.9 %                                                                | 1.2%                                                                        |

มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินร้านขายยาโครงการ

- ตรวจประเมินร้านขายยาในเขตอำเภอเมืองและอำเภอข้างเคียง
- ประเมินด้านสถานที่และอุปกรณ์ ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานของเภสัชกร ด้านระบบการจัดการ

ปี 2564 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาร้านยา **4.94 %** (931/18,850 ราย)

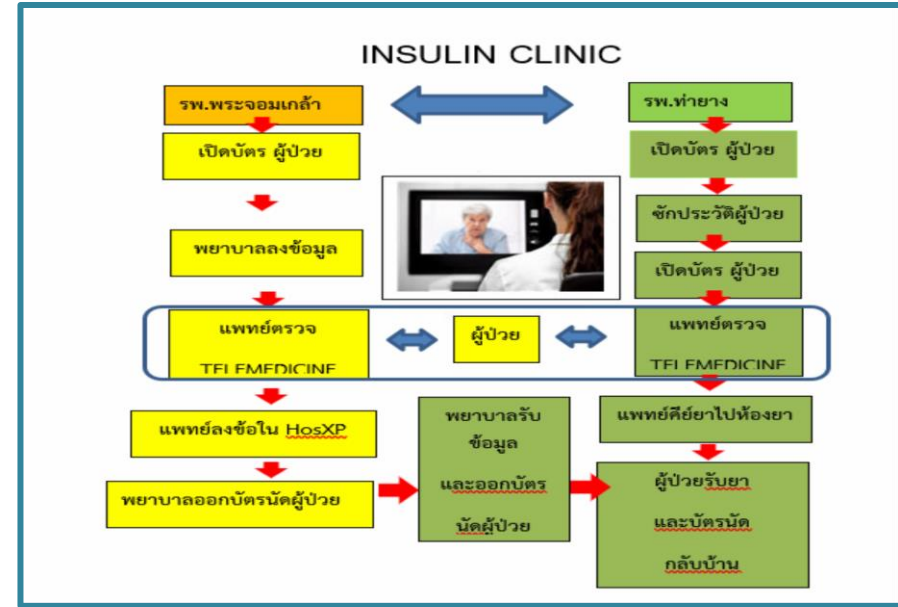
# Telemedicine

## ทดลองดำเนินการ Clinic insulin

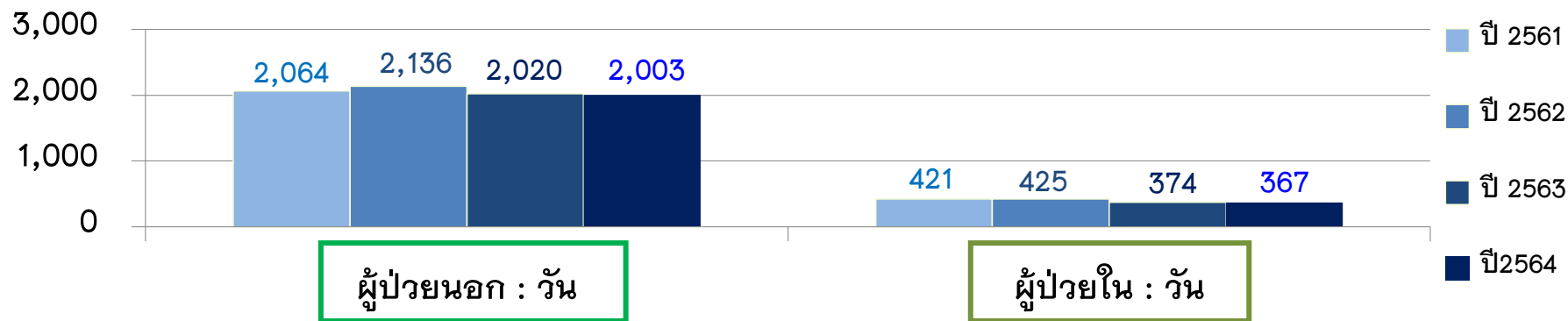
ระหว่าง รพ.พระจอมเกล้า และ รพ.ท่าช้าง  
ตั้งแต่เดือน กพ. 64 – ปัจจุบัน  
มีผู้ป่วยทั้งหมด 3 ราย → F/U ทุก 1 เดือน

## ปัญหา และอุปสรรค

- รพ.อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านระบบ HIS
- ระบบ Telemedicine  
เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป



# สถิติบริการปีงบประมาณ 2561-2564 โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี



| ประเภท     | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 |
|------------|---------|---------|---------|---------|
| ผู้ป่วยนอก | 483,927 | 521,056 | 434,048 | 360,648 |

| ประเภท    | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| ผู้ป่วยใน | 31,595  | 31,313  | 29,000  | 20,018  |
| วันนอน    | 153,712 | 155,126 | 136,474 | 100,122 |

| ประเภท         | ปี 2561      | ปี 2562      | ปี 2563      | ปี 2564      |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| อัตราครองเตียง | 87.19% (483) | 86.20% (493) | 75.63% (493) | 72.21% (493) |



ไทยรัฐ  
สู้โควิด



# ฉีดวัคซีนขึ้นแล้ว ยังติดเชื้อโควิดได้

หากประมาท การ์ดตก



หลังฉีดคงเข็ม...



สวมหน้ากาก



เว้นระยะห่าง



ล้างมือบ่อยๆ

ฉีดวัคซีนเพื่อชาติ  
เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน  
ระดับประเทศ

สงวนลิขสิทธิ์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
โทร 0 2590 1311-2 โทร 0 2591 8612-3 <http://pr.moph.go.th>  
fanmoph pr\_moph healthmoph moph channel

หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ที่ สายด่วนกรม 04/64 422  
หรือเว็บไซต์ <https://dds.moph.go.th/viralpr>



โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

