

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

“โรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ”

(Smart Hospital, Safety first, Top Quality)



นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5



นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์

สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 5

และคณะตรวจราชการและนิเทศงาน

ตรวจราชการ รอบ1 ปี 2564 วันที่ 4-5 กุมภาพันธ์ 2564

Function Based : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- ☐ Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ
- ☐ Service Plan สาขามะเร็ง
- ☐ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด
- ☐ Service Plan สาขา IMC (Stroke ,TBI,SCI)



สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562-2564 (ต.ค.-ธ.ค.63)

สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
หัวใจ	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	≤ 9%	8.54 (10/117)	7.31 (12/164)	4.25 (2/47)
	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ 60%	40.59 (41/101)	85.71 (114/133)	90.00 (36/40)



สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562–2564 (ต.ค.–ธ.ค.63)

สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อุบัติเหตุ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1 (ทั้งที่ ER และAdmit)	<12%	10.86 (368/3,388)	8.94 (337/3,768)	6.34 (64/1,008)
	อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที (ปี 62 Dx. To OR)	≥ 80%	70.00 (49/70)	10.42 (5/48)	29.41 (5/17)
	อัตราของผู้ป่วย Triage Level 1 , 2 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชม.	≥ 60%	56.46 (6,334/11,219)	50.21 (4,185/8,335)	35.91 (772/2,150)
	อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality Rate of Severe Traumatic Brain Injury) GCS ≤ 8	< 30%	46.79 (51/109)	47.62 (40/84)	39.53 (17/43)
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps Score > 0.5 ในรพ.ระดับ A,S,M1	< 4%	1.35 (51/3,752)	0.42 (18/4,239)	0.52 (5/948)
	อัตราของ TEA Unit ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)	≥ 80%	19 คะแนน		
	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> 26%	33.01 (570/1,727)	35.30 (681/1,929)	37.60 (172/457)

สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562-2564 (ต.ค.-ธ.ค.63)

สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2562	ปี2563	ปี 2564
มะเร็ง	ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด		71.17	78.43	82.74
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	> 70%	78.81 (93/118)	90.08 (109/121)	83.33 (35/42)
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	> 70%	84.70 (72/85)	93.69 (104/111)	94.28 (33/35)
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	> 60%	50.00 (38/76)	50.00 (7/14)	70.59 (12/17)
New Born	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน	< 3.6 : 1,000 เกิดมีชีพ	1.38	2.98	1.09
	เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์	1 : 500 เกิดมีชีพ	1:388	1:370	1:369

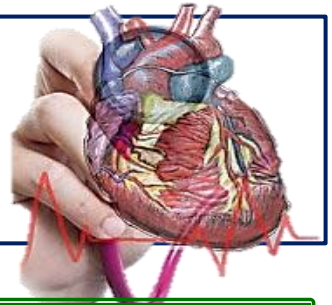
สรุปผลการดำเนินงาน Function Based ปี 2562-2564 (ต.ค.-ธ.ค.63)

สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2562	ปี2563	ปี 2564
IMC	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F	> 40%	7 รพช/ 18 เตียง	7 รพช/ 18 เตียง	เตรียมเปิด 2 แห่ง (ชะอำ/ท่ายาง)
	ร้อยละของผู้ป่วย stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 หรือ > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลจนครบ 6 เดือน หรือครบ 20 คะแนน	> 65%	100 (12/12)	98.14 (53/54)	80.00 (12/15)



ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขาหัวใจ

ปัญหา : ผู้ป่วย STEMI severity and complication มาก SK ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ข้อมูล	ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อัตราตาย	< 9%	10.18	8.54	7.31	4.25
ให้บริการได้ตามมาตรฐาน (SK in 30min /PPCI in 120 min)	≥ 60%	30.55	40.59	85.71	90

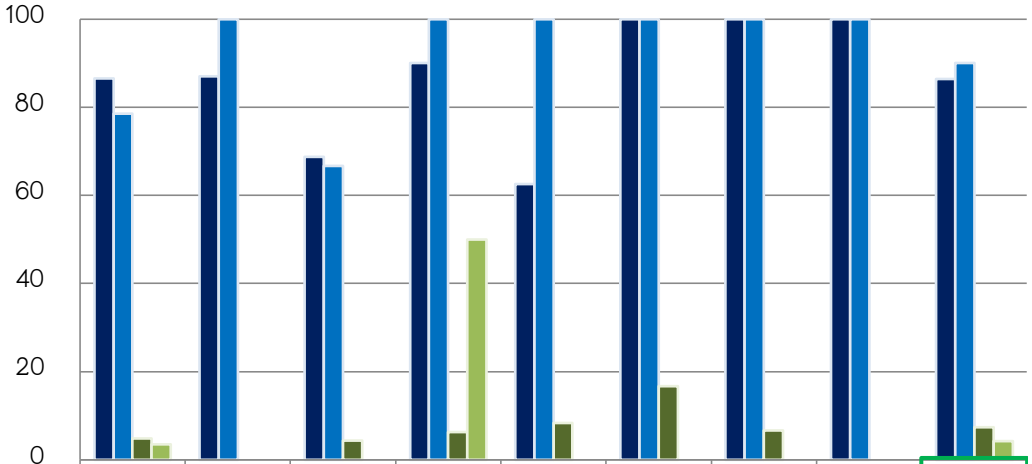
มาตรการ ปี 2564

- การพัฒนาบุคลากร
- การพัฒนามาตรฐานการรักษา
- การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ
- การพัฒนาระบบข้อมูล/สารสนเทศ
- การเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ

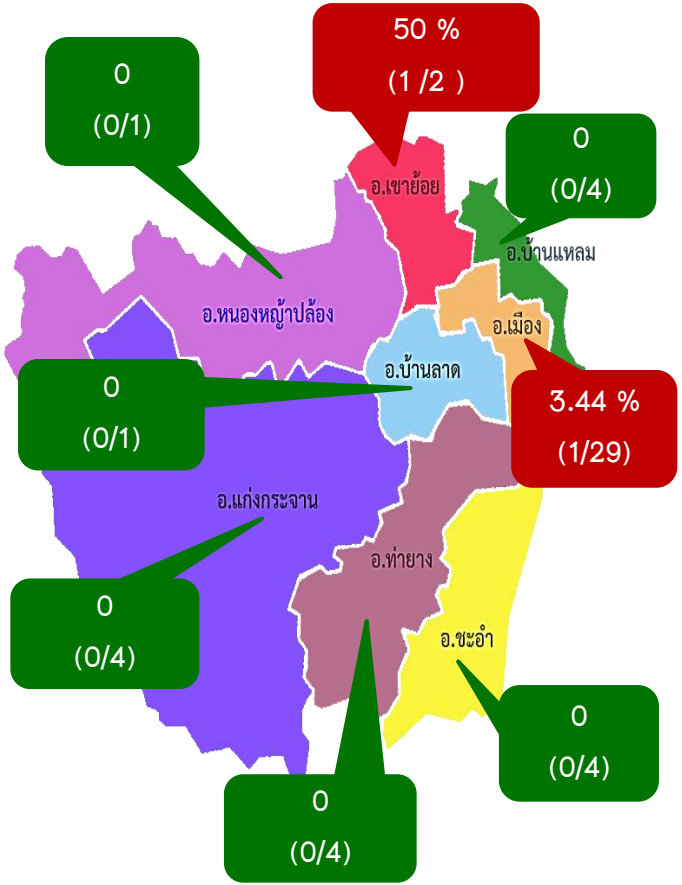
มาตรการ ปี 2564

มาตรการ	กิจกรรมหลัก / new normal
พัฒนาบุคลากร	จัดประชุมวิชาการ/ส่งอบรม/ประชุมสัมมนาระยะสั้น (ติดCovid-19)
พัฒนามาตรฐานการรักษา	CPG STEMI fast track /นิเทศ /ติดตามทั้งเครือข่ายทุกไตรมาส / เริ่มใช้ TNK ทุกรพ. /คัดกรองผู้ป่วยตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วย PUI ทุกราย
พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ	มี nurse case manager ทุกรพ. / มี Line group จังหวัด และเขตสุขภาพ
พัฒนาระบบข้อมูล/สารสนเทศ	ใช้โปรแกรม Thai ACS registry ทั้งจังหวัด / mapping ผู้ป่วย โดยใช้ application ของ smart hospital.
เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ	ประสานกับทีมปฐมภูมิในการรณรงค์ high alert signs STEMI / การเรียกใช้บริการ EMS 1669

ผลการดำเนินงาน ปี 63-64 อัตราตาย < 9% / DTN+PPCI ตามมาตรฐาน ≥ 60%



	พจก.	ชะอำ	ท่ายาง	เขาย้อย	บ้านแหลม	บ้านลาด	แก่งกระจาน	หนองหญ้าปล้อง	รวม
DTN ปี 63	86.5	86.95	68.75	90	62.5	100	100	100	86.36
DTN ปี 64	78.57	100	66.66	100	100	100	100	100	90
อัตราตาย ปี 63	4.8	0	4.34	6.25	8.33	16.66	6.66	0	7.31
อัตราตาย ปี 64	3.44	0	0	50	0	0	0	0	4.25



ข้อเสนอแนะต่อนโยบายส่วนกลาง

- ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทางสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย ในเรื่องโรคและการเข้าถึงบริการ เช่น TV /ภาพยนตร์
- เพิ่มการเข้าถึงยา TNK กับผู้ป่วยทุกคน
- ศูนย์หัวใจที่สามารถทำ PPCI ควรมีตลอด 24 ชั่วโมง มีระยะเวลาการเดินทาง น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จากสถานพยาบาลที่ส่งทำ

ข้อเสนอแนะ (จากตรวจราชการ)	แนวทางการปรับปรุง
การอบรมพยาบาล ใน รพช. ในการให้ TNK ใน รพช. และกลุ่มที่มาช้า	– อบรมพยาบาล รพช. ครบทุกแห่งแล้ว ในปี 63 – จัดทำแนวทางการใช้ยา TNK พร้อมแจกให้ทุก รพช. – เริ่มใช้ TNK ในผู้ป่วย
เพิ่มการเข้าถึง EMS ในผู้ป่วยกลุ่ม CVD risk โดยใช้ smart Hospital มาช่วย	เริ่มดำเนินการ ใช้ application ของ Phrachomklao TOT emergency call center
พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาเพื่อให้ฉีด SK ได้ทันเวลา	– เพิ่มชะอำ consult staff ของตัวเอง – รพ.พระจอมเกล้าฯ รับ consult staff 24 ชม. ทาง line

New Normal Medical Service สาขา หัวใจ : COVID-19

การคัดกรองผู้ป่วย

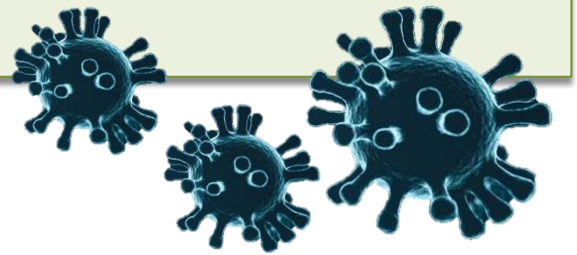
- คัดกรองตามแนวปฏิบัติ PUI ทุกราย ทุกโรงพยาบาล
- ทำ CXR ผู้ป่วยทุกรายที่Admit
- PUI ที่เป็น STEMI พิจารณาใช้ยา TNK
- ผู้ป่วยใส่หน้ากากป้องกันทุกราย

การคัดกรองเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

- Screening ทุกคนที่ปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการคัดกรองโควิด
- ทบทวนการใช้อุปกรณ์ป้องกันโควิดที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

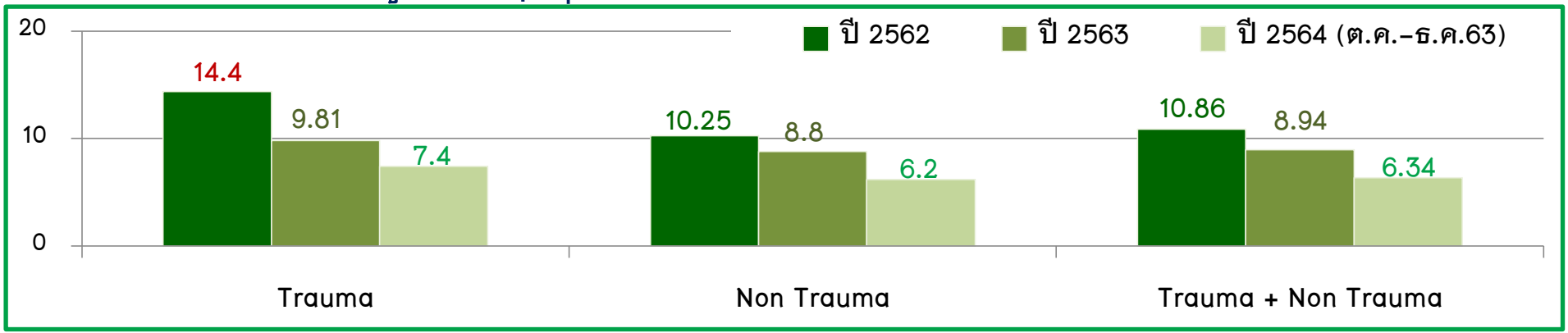
ลดการแออัด

- social distance
- Screening case เร่งด่วน/ปกติ นัดหมายเหลื่อมเวลา
- พิจารณาใช้ Application Line ในการนัดหมายผู้ป่วยตรวจ non invasive (กำลังวางแผนออกแบบระบบ)



ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขาอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

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



อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ปี 64 คิดเป็นร้อยละ 6.34 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาอุปสรรค

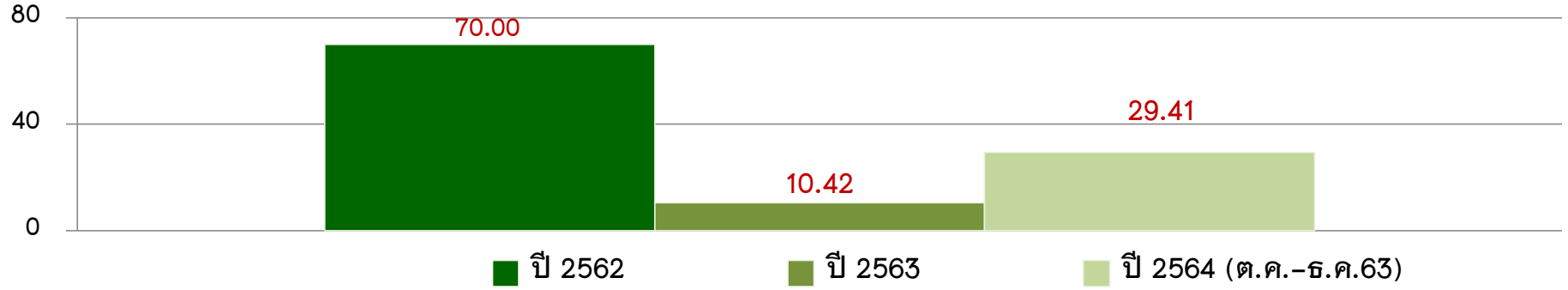
ระยะเวลาการรอคอยเตียงที่ห้องฉุกเฉินนาน ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องน้อยลง และยังมีผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

การพัฒนา

1.เพิ่มเตียงรองรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (เพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการเตียง)

2.พัฒนาศักยภาพหอผู้ป่วยสามัญ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > 80 %



อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ปี 64 คิดเป็นร้อยละ 29.41 ไม่ผ่านเกณฑ์ (ปี 62 Dx. To OR / ปี63-64 Door To OR)

ปัญหา/อุปสรรค

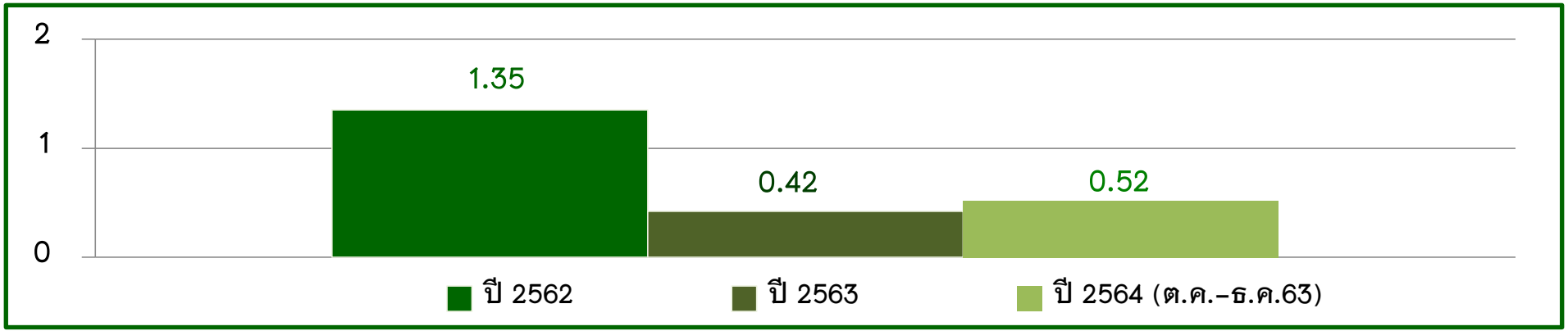
1.ข้อจำกัดเรื่องการประเมินผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามระบบ และระยะเวลาในการส่งตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ

2.การปรับเปลี่ยนคำจำกัดความเรื่องระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัด

การพัฒนา

ลดระยะเวลาในแต่ละกระบวนการ เช่น การประสานงานกับ CT เพื่อลดระยะเวลารอผล CT

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



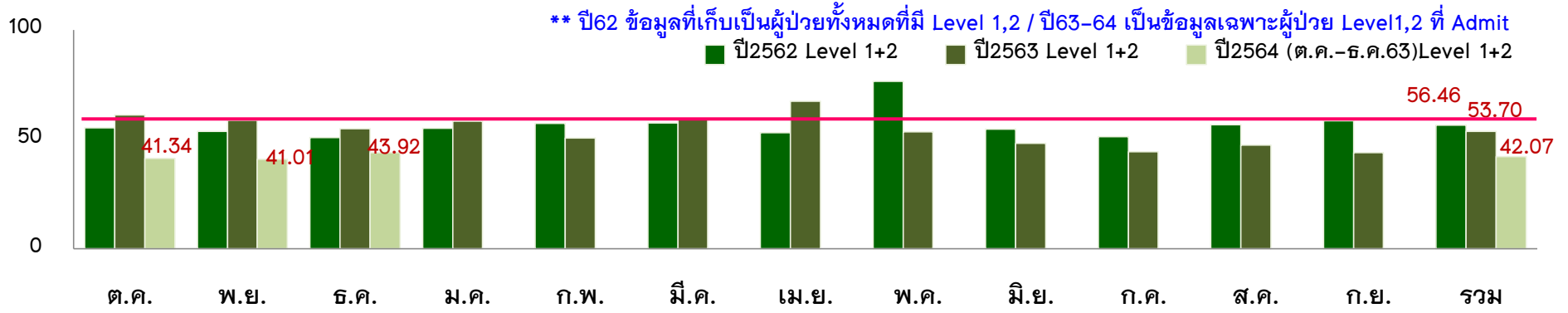
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps Score > 0.5 ในรพ.ระดับ A,S,M1

ปี 64 คิดเป็นร้อยละ 0.52 ผ่านเกณฑ์

การพัฒนา

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

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



- ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 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%

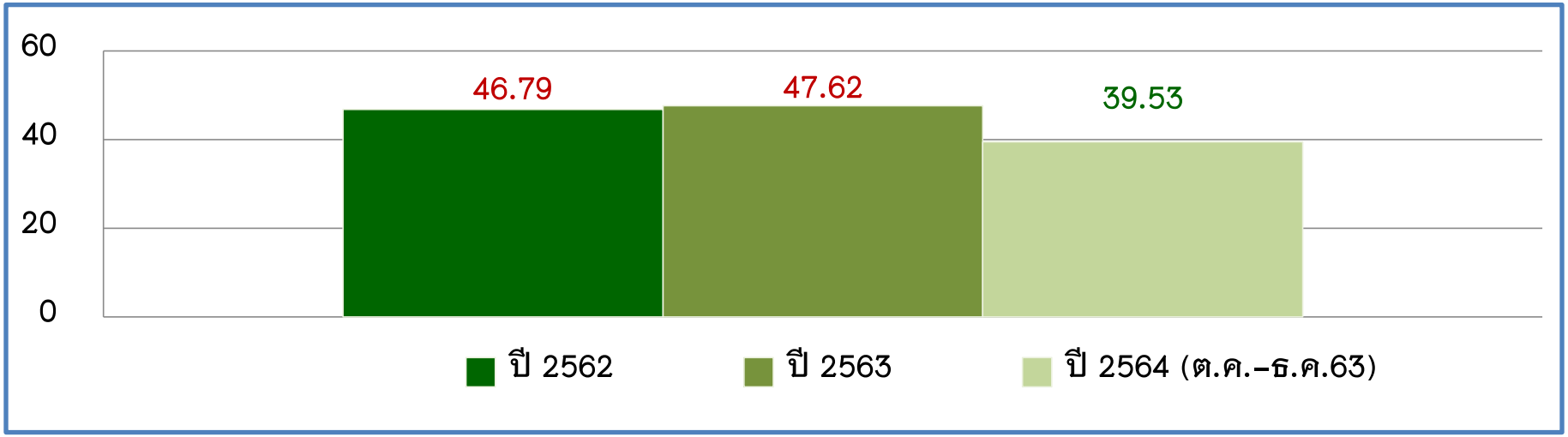
ปัญหา/อุปสรรค :

- ความแออัดของหอผู้ป่วยใน ส่งผลต่อการรับผู้ป่วยใหม่ เกิดปัญหาผู้ป่วยค้างอยู่ในห้องฉุกเฉินภายหลังได้รับการรักษาและแก้ไขภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนแล้ว มากกว่า 2 ชม.
- ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามาอย่างต่อเนื่อง
- ทำให้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน

การพัฒนา

1. เพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการเตียงตามข้อตกลงที่กำหนด
2. เพิ่มศักยภาพการรับ Refer back ของโรงพยาบาลชุมชน

อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality Rate of Severe Traumatic Brain Injury) GCS ≤ 8 < 45 %



ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Traumatic Brain Injury เกิดจากกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง

การพัฒนา

-ดำเนินการกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตามแนวทางปฏิบัติครอบคลุมทุก รพ.ทั้งจังหวัด

-การเพิ่มในเรื่องของการป้องกันและการบังคับใช้กฎหมายให้มากขึ้น

อัตราของ TEA Unit ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ≥ 80 %

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการจัดตั้ง TEA Unit ตั้งแต่ปี 2561

โดยมีผลการประเมินการดำเนินงานของปี 2564 อยู่ใน ระดับกำลังพัฒนา (19 คะแนน)

ปัญหา/อุปสรรค

1.ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ใน TEA Unit ยังคงปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินเป็นหลัก

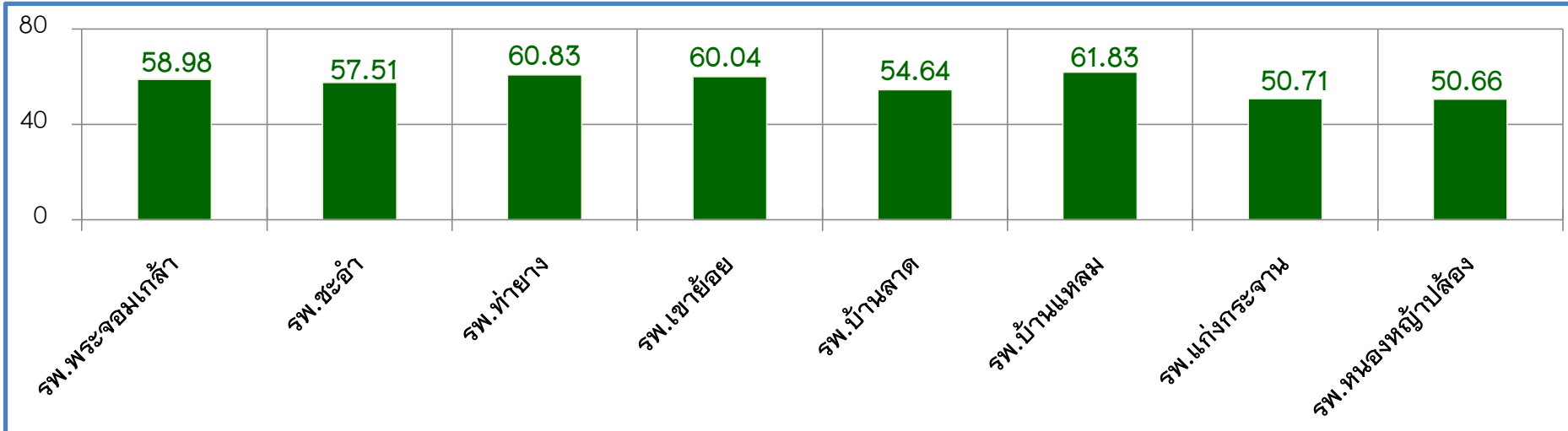
2.ระบบข้อมูล และการเชื่อมโยง ใน โรงพยาบาล และเครือข่าย ทุกระดับ

การพัฒนา

เพิ่มกิจกรรมคุณภาพในมิติ ของ Prevention

– สะท้อนข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ให้กับศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

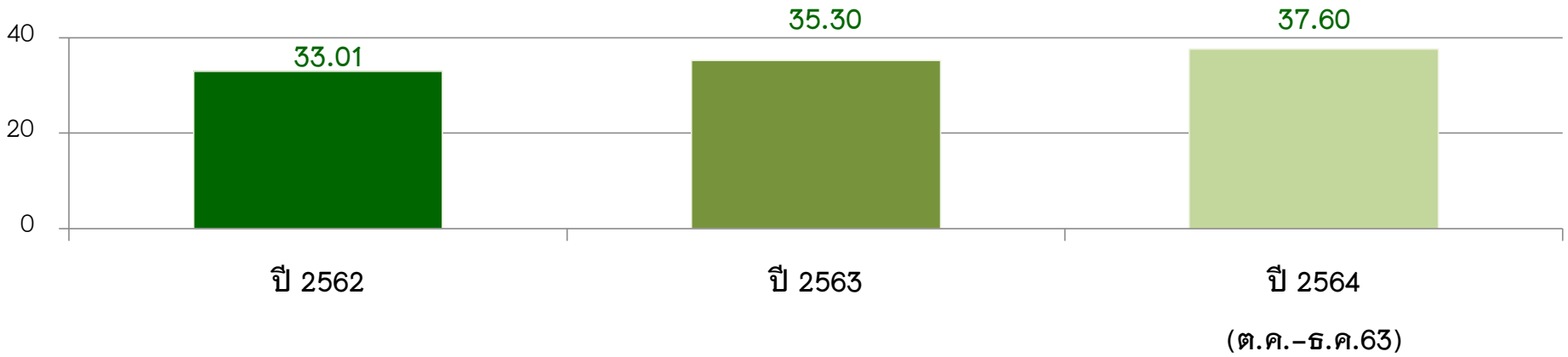
อัตราของโรงพยาบาล ผ่านการประเมินเกณฑ์ ECS คุณภาพ > 70 %



สรุปผลการประเมิน และการพัฒนา 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 %

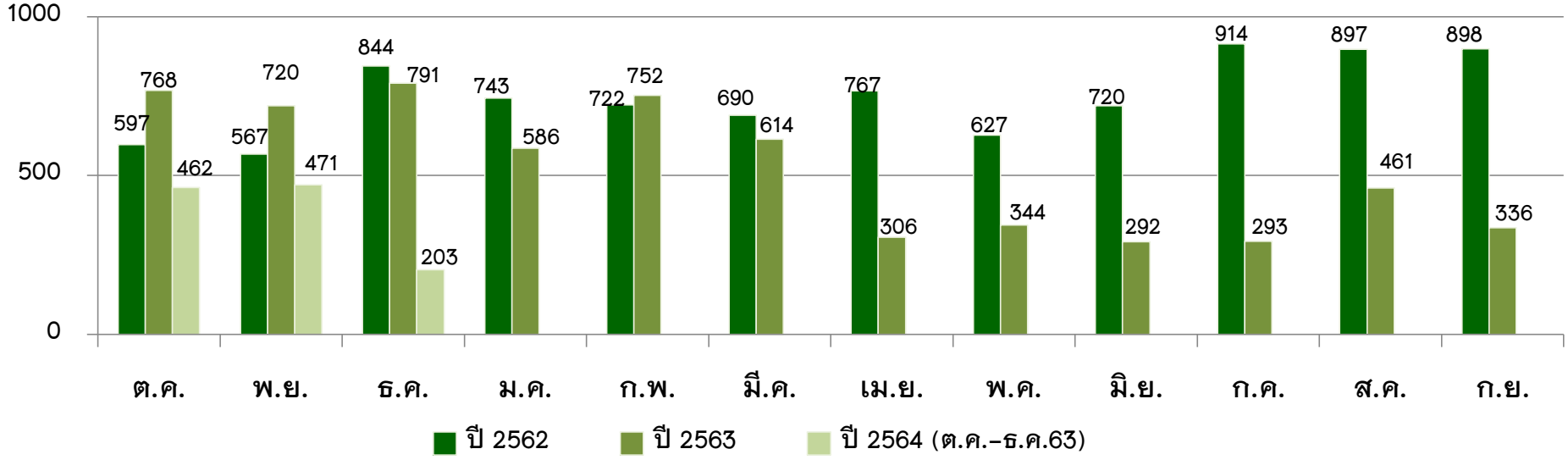


ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Level 1) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2564 (3 เดือน)

คิดเป็นร้อยละ 37.60 ผ่านเกณฑ์

การพัฒนา : เพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น MI, Stroke โดยเชื่อมโยงกับ NCD Clinic เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือทุพลภาพ และใช้ Mapping บ้านผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง เพื่อความรวดเร็วในการไปรับผู้ป่วยได้ทันเวลา

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลงร้อยละ 5



ปัญหา/อุปสรรค : จากการวิเคราะห์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ปี 2563–2564 (ต.ค.–ธ.ค.63) เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน ลดลงร้อยละ 50.20 ผ่านเกณฑ์ ที่มีเป้าหมายลดลงร้อยละ 5 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการระบาดระลอกที่ 2 ของ COVID-19

New Normal Medical Service สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน : COVID-19

การคัดกรองผู้ป่วย

ระบบEMS ซักประวัติอาการ ความเสี่ยง PUI

- ไม่มีความเสี่ยง PUI ทีมกู้ชีพสวมชุด PPE พื้นฐาน
- มีความเสี่ยง PUI ทีมกู้ชีพสวมชุด PPE ระดับสูงสุด

ห้องฉุกเฉิน จุดคัดกรอง

- เจ้าหน้าที่สวม PPE ตามมาตรฐาน
- ซักประวัติอาการและความเสี่ยง PUI ตามแบบฟอร์ม IC ของ รพ.ทุกคน
- ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติสวม mask
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอาการไม่รุนแรงส่งจุดคัดกรองกลุ่มเสี่ยง COVID-19
- ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ pneumonia เข้าห้อง Modified 1/ Modified 2

การดูแลผู้ป่วย / ระบบบริการ

1. ผู้ป่วยมีความเสี่ยง
- เจ้าหน้าสวมชุด PPE พื้นฐาน วัดสัญญาณชีพ
- ซักประวัติเพิ่มเติมผ่านโทรศัพท์
- ประสาน SRRT ,สอบสวนออก code
- ประสาน X-ray Portable
- ผู้ป่วยที่อาการหนัก และผู้ป่วยที่ต้อง swab ทุกราย ย้ายเข้าห้อง modified2 (negative pressure)
- เจ้าหน้าที่สวม PPE ตามมาตรฐานสูงสุด
- ประสาน IC และหอผู้ป่วยเตรียมพร้อมรับcase

2. ผู้ป่วย URI นอกเวลาราชการ (ที่ประเมินแล้วไม่เสี่ยง) ตรวจที่ห้อง Modified 1 (ห้องมีระบบระบายอากาศ)

ปรับโครงสร้างห้องฉุกเฉิน

- ติดตั้งประตูอัตโนมัติเพิ่มด้านหน้า
- ผู้ป่วย และญาติที่มารับบริการใช้ Thermo scan วัดไข้
- จุดคัดกรองติดตั้งฉากกั้นอะคริลิก / PVC ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย / ญาติ
- มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และทำหัตถการที่เป็น Aerosol
- ปรับทางเข้า-ออก ห้องเป็นone way Flow
- จัดที่นั่งรอของผู้ป่วย และญาติบริเวณโถงพักรอ เว้นระยะห่าง $\geq$ 1 เมตร
- มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือตามพื้นที่จุดตรวจ ในห้องฉุกเฉิน
- ทำความสะอาดอุปกรณ์ และพื้นที่ในห้องฉุกเฉินตามมาตรฐาน IC

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขามะเร็ง

ร้อยละ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ จังหวัดเพชรบุรี ปี 2563

อำเภอ	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ญ.30-60ปี)	การคัดกรองมะเร็งเต้านม (ญ.30-70ปี)	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ (50 ปีขึ้นไป)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองเพชรบุรี	9.41	59.66	0.38
เขาย้อย	9.6	71.30	6.88
หนองหญ้าปล้อง	21.54	64.69	8.49
ชะอำ	6.62	71.72	0.01
ท่ายาง	13.85	71.06	3.09
บ้านลาด	9.58	82.95	1.49
บ้านแหลม	7.51	72.96	0.04
แก่งกระจาน	14.84	60.31	0
รวม	10.38	68.72	1.66

โครงการเพิ่มการคัดกรองมะเร็ง

1. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใน และนอกเวลาราชการ
2. โครงการส่องกล้อง Colonoscopy สัญจร ร่วมกับทีมส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร รพ.จุฬาลงกรณ์ ในประชาชน อายุ 50 ปีขึ้นไป Focal immunochemical test/ stool occult blood ผิดปกติ 120-140 ราย/ 2วัน
3. โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม Mammogram เคลื่อนที่ เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว-มหาวชิราลงกรณ์บดินทรเทพยวรางกูร
4. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 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%)

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 (6.66%)

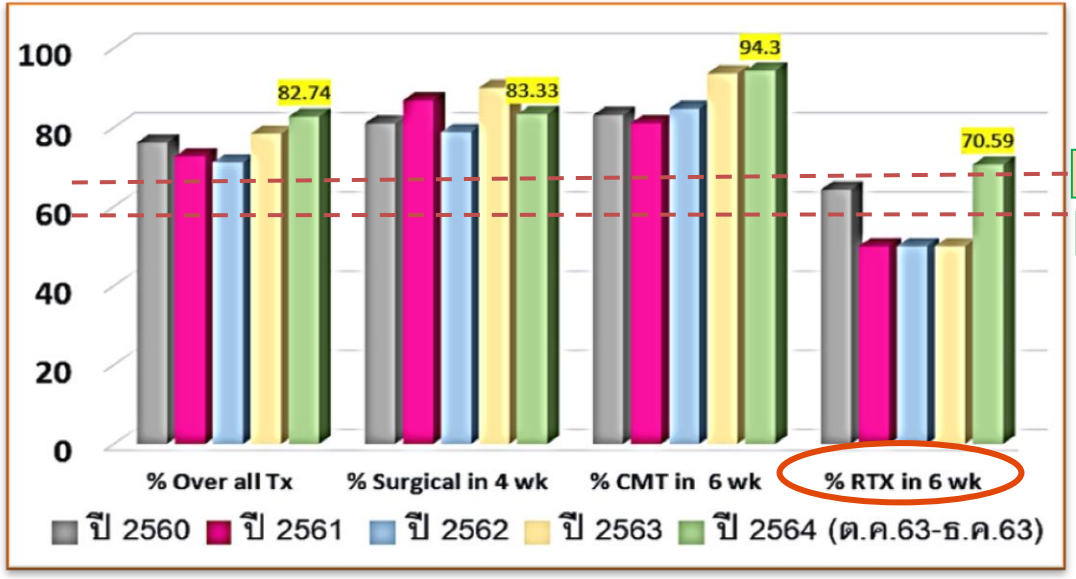
- Stage 1 = 1 คน
- Stage 3 = 2 คน
- Stage 4 = 1 คน



ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ปี 2563 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนมะเร็ง 2,122 ต่อแสนประชากร 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งลำไส้, เต้านม, ตับ, ปากมดลูก และปอด ตามลำดับ การรักษาด้วยรังสีรักษา ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพสูง เวลารอคอยนาน

ร้อยละการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ปี2560-2564(ต.ค.63-ธ.ค.63)



มาตรการ/กลวิธี

1. วางแผนการรักษาหลังผ่าตัด เพื่อประสานส่งต่อนัดผู้ป่วยฉายแสง
2. ทำทะเบียนรับยาเคมีบำบัดรายวัน ทำให้ทราบจำนวนการรับยาเคมีบำบัดในแต่ละวันเพื่อวางแผนการให้ยาได้ถูกต้อง
3. มี CNC ประจำแผนกที่เกี่ยวข้องกับงานมะเร็ง ในการประสานการส่งต่อที่รวดเร็ว
4. ส่งผู้ป่วยเพื่อรังสีรักษาไปนัดที่ รพ.ราชบุรี ในช่วงเริ่มการวางแผนรักษา กรณีรพ.ราชบุรีมีคิวการรอคอยรังสีรักษานาน จะติดต่อส่งนัดทาง Line กับ รพ.นครท่าฉลอม เพื่อรับการรักษาได้ทันเวลา ที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

- ผลการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ต่ำ และพบระยะ Stage สูง
- การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการตรวจ การสื่อสาร ไม่ครอบคลุม
- การเชื่อมโยงข้อมูลของทีมคัดกรองและทีมรักษาไม่ครบถ้วน
- การ Refer out สูง เพื่อรังสีรักษา และระยะเวลรอคอยนาน

มาตรการ/กลวิธี

1. พัฒนาความรู้และการสื่อสาร
2. ลดขั้นตอนในการส่งต่อ เพื่อรังสีรักษา โดยใช้ CNC เป็นผู้ประสานโดยตรงกับงานรังสีรักษาโรงพยาบาลปลายทาง
3. มีช่องทางระบบนัดเพื่อรังสีรักษาทาง Line โดยพยาบาล
4. เข้าTumor conferenceทุกวันพฤหัสบดี ในกรณีที่มีปัญหาการรักษา
5. พัฒนาอัตรากำลัง
   - ให้มีแพทย์ Oncomed
   - พยาบาล(ทดแทนเกษียณ ปี 65)

ข้อมูลการ refer out ปี 2563-2564 (ต.ค.- ธค.63)

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

New Normal Medical Service สาขามะเร็ง : COVID-19

การคัดกรองผู้ป่วย

1. ตรวจวัดอุณหภูมิผู้ป่วยและญาติทุกราย ติดสติ๊กเกอร์ผ่านการคัดกรอง > 37.5 องศา ซักประวัติกลุ่มเสี่ยง ตรวจตรวจ คัดกรอง และปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองป้องกัน Covid-19
2. สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกราย
3. จำกัดญาติผู้ดูแล 1 คน ต่อผู้ป่วย 1ราย จัดสถานที่รอตรวจโดยเว้นระยะห่าง 1 เมตร บริเวณหน้าห้องให้ยาเคมีบำบัด
4. บริการ Alcohol hand rub ล้างมือก่อนเข้าออกห้องตรวจ และห้องให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้ง
5. ทำความสะอาดบริเวณสถานที่ตรวจ ห้องให้ยาเคมีบำบัด ทุกวันก่อน / หลังยาเคมีบำบัด
6. ทำความสะอาดเครื่องใช้/อุปกรณ์ทุกชนิดภายหลังการใช้งาน
7. ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

การคัดกรองเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

1. ตรวจวัดอุณหภูมิทุกราย ติดสติ๊กเกอร์แสดงเครื่องหมายผ่านการคัดกรองกรณีอุณหภูมิ 37.5 ดำเนินการซักประวัติกลุ่มเสี่ยง ตรวจตรวจคัดกรองและปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองป้องกัน Covid-19
2. สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกราย
3. ล้างมือครบ 7 ขั้นตอนตามหลัก IC
4. ใส่ Face shield ทุกครั้งที่ทำหัตถการ
5. สวมใส่ชุดอุปกรณ์มาตรฐานการให้ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด
6. เจ้าหน้าที่ในหน่วยเคมีบำบัดให้การบริการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักUniversal Precaution

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขาทารกแรกเกิด

ปัญหา :

– อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอกับจำนวนเตียง NICUและ Sick Newborn ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

– อัตรากำลังแพทย์ ยังไม่เพียงพอตามเกณฑ์

– การจัดตั้ง Excellent newborn ไม่ชัดเจน (PICU และNICU ไม่ได้แยกโซน)

แผนการพัฒนา ปี 2564 : – การจัดประชุมวิชาการการกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCPR) (ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19)

– การฝากครรภ์ คุณภาพ เพื่อการลดการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงวัยรุ่น (10–19 ปี)

– หญิงตั้งครรภ์ที่ความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ Progesterone

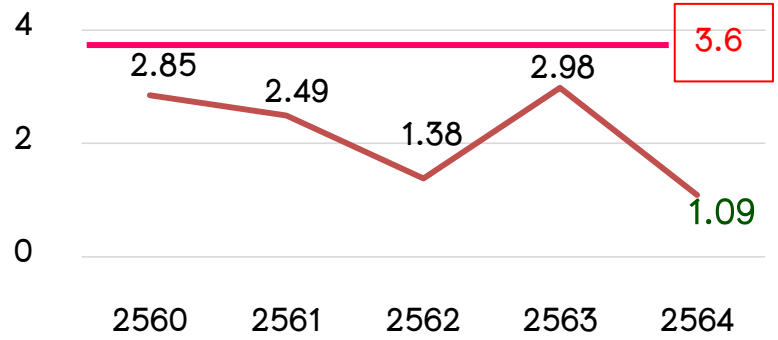
– การจัดZone ใช้ห้องแยกโรค(ย้ายPICUไปตึกเด็ก) และการปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วน และเพิ่มPipeline ในห้อง Sick Newborn

– Excellent NB ระดับ 2

– พัฒนาศักยภาพพยาบาล NICU รพ.ชะอำ

อัตราการตายทารกอายุ< 28 วัน

(< 3.6 : 1000 ทารกเกิดมีชีพ)



ข้อเสนอแนะ : – การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการอบรมระยะสั้น อบรมเฉพาะทาง 4 เดือน

– การจัดสรรกรอบอัตรากำลังแพทย์ และพยาบาลที่เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์

– Neonatologist ปี 64 (1คน), ปี 66 (1คน)

กุมารแพทย์ ปี64–66 ปีละ 1 คน

อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน

หน่วย	2560	2561	2562	2563	2564
เพชรบุรี	2.85	2.49	1.38	2.98	1.09
เขต 5	3.76	3.74	4.06	4.16	5.09
ประเทศ	3.51	4.27	4.52	6.22	6.27

ผลงานที่ผ่านมา : จังหวัดเพชรบุรี
ปี 2560–2564 พบว่า ทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน มีอัตราการตาย 2.85, 2.49 1.38, 2.98 และ 1.09 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปี 2564 (ต.ค. – ธ.ค. 63)	
Small success	– การใช้ Surfactant ในทารกกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีอาการรุนแรง – การ Early nasal CPAP/HFNC ทุกรายในกลุ่มอาการหายใจลำบาก – หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับ Progesterone – การส่งต่อ Newborn fast tract – Guidelineการดูแลทารกจากมารดา PUI / Covid positive

PRETERM

- ลดอัตราการตาย ≤ 3.6 : 1,000 มีชีพ
- ลดภาวะแทรกซ้อน

กระบวนการพัฒนา

Prenatal care

- เวชกรรมสังคม รร. / เครือข่าย
  - Sex education
  - การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
  - Teenage pregnancy
- สูติกรรม
  - ANC คุณภาพ / Care high risk
  - Progesterone

Perinatal care

- ประสานสูติกรรม
  - Dexa ≥ 2 ครั้ง ก่อนคลอด (GA≤34 wks.)
  - ATB (prophylactic GBS)
- เตรียมพร้อมทีม NCPR

Postnatal care

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

NB Fast track

New Normal Medical Service สาขาทารกแรกเกิด : COVID-19

- การงดเยี่ยมสำหรับบิดาทุกคน
- การจัดห้องนอนพักให้มารดา มาเฝ้าบุตรโดยให้เข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด วันละ 2 ครั้ง และบีบน้ำนมทุก 3 ชม. โดยห้ามมารดาเดินทางออกนอกโรงพยาบาล
- การผูก Mask ของมารดา และล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทารกทุกราย
- การผูก Mask ของเจ้าหน้าที่ทุกคนขณะปฏิบัติหน้าที่ ล้างมือบ่อยขึ้น
- การปรับปรุงห้อง NICU ให้เป็นสัดส่วน และเพิ่ม Pipeline ในห้อง Sick Newborn
- ในกรณีมารดาของทารก (PUI) ไม่ทราบผล/positive จำเป็นต้อง Swab ทารก และอยู่ที่ห้องแยกโรคที่ตึกนราธิป1 รอผลยืนยัน Neg. จึงย้ายกลับตึก



ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขา Intermediate Care

สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี/ปัญหา/สาเหตุ

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



แผนการพัฒนา ปี 2564

- จัดตั้ง Intermediate ward ที่รพ.ชะอำ และรพ.ท่ายาง
- เพิ่มกลุ่มโรคที่ให้การดูแลระยะกลาง
  : Hip fractures

การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะรอบ 2/2563

- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการโดยพัฒนาระบบการคัดกรอง
- พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลผู้ป่วยจนถึงปลายทาง จัดตั้งผู้จัดการเคส

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F เป้าหมาย ร้อยละ 40

2. ร้อยละของผู้ป่วย stroke, TBI และ SCI ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 หรือ > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลจนครบ 6 เดือน หรือ ครบ 20 คะแนน เป้าหมาย ร้อยละ 65

ผลสัมฤทธิ์ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563

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



รายการดำเนินการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
จำนวนผู้ป่วยที่รับการประเมินเพื่อพิจารณาเข้าโครงการ	1,509	2,013	644
จำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็น (กลุ่มเป้าหมาย)	68	96	15
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล และติดตามจนครบ *(> 65 %)*	65 (95.59%)	95 (98.95%)	12 (80.00%)
intermediate ward ใน รพ. ระดับ M และ F *(> 40 %)*	18 Bed 7 รพ.	18 Bed 7 รพ.	รพ.ชะอำ, รพ.ท่ายาง

การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ
การตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปี 2563

ระยะเวลารอคอย OPD นาน → **การปรับปรุง และพัฒนา**



1. พัฒนาระบบงานโดย Less Paper /Lean Concept
2. พัฒนาระบบ HIS
3. พัฒนาระบบคิว : Hygge
4. พัฒนาตู้ KIOS ตรวจสอบสิทธิ์ให้เพียงพอ
5. พัฒนาระบบนัดเหลื่อมเวลาลดเวลารอคอยได้ 20 นาที จากปี 2563
6. การพัฒนาโดยนำ IT มาใช้ Telemedicine
7. Refer Back
8. รับยาร้านยา/ส่งยาทางไปรษณีย์ /Drive Thru Medicine

Smart Place

วัตถุประสงค์

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

GREEN & CLEAN Hospital

แนวทางการดำเนินงาน

1. พัฒนาโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN HOSPITAL ระดับดีมาก สู่มาตรฐานระดับ ดีมาก Plus

2. พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL สู่ภาคีเครือข่ายและชุมชน

โรงพยาบาล	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
พระจอมเกล้า			/
ชะอำ			/
หนองหญ้าปล้อง			/
ท่ายาง		/	
บ้านลาด		/	
บ้านแหลม		/	
เขาย้อย	/		
แก่งกระจาน	/		









Smart Place

Green and Clean





Smart ER







1. ENVIRONMENTAL HEALTH HOSPITAL ACADEMY



2. LOW CARBON HOSPITAL





3. ENVIRONMENTAL HEALTH HEALING SERVICES







4. GREEN NETWORKING

อาหารปลอดภัย



5. CONVENIENT STORE 24 HOURS SERVICES



เกษตรชุมชน





หน้าวอร์ด น่ามอง









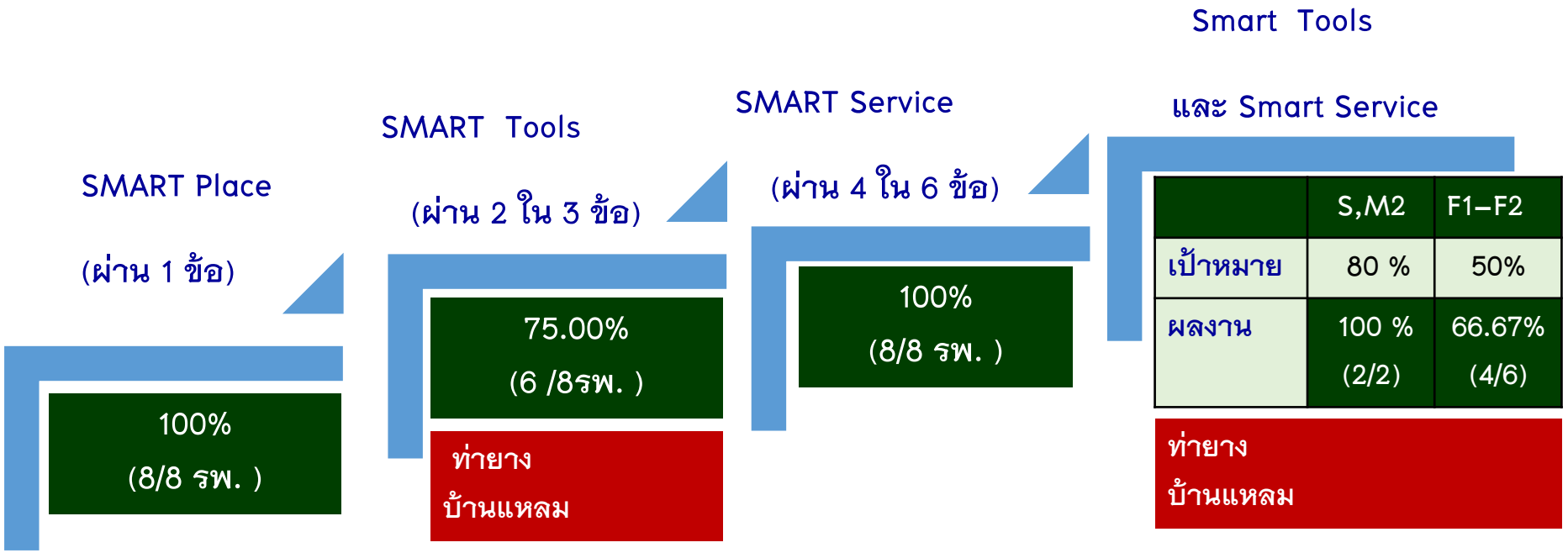




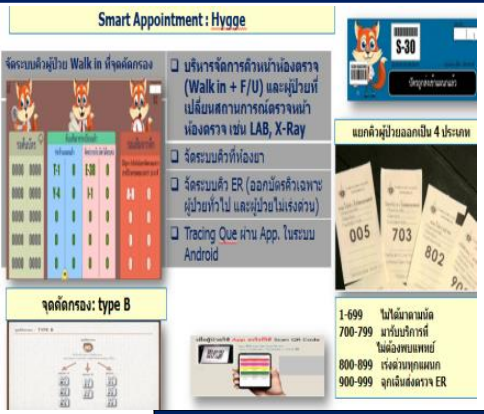


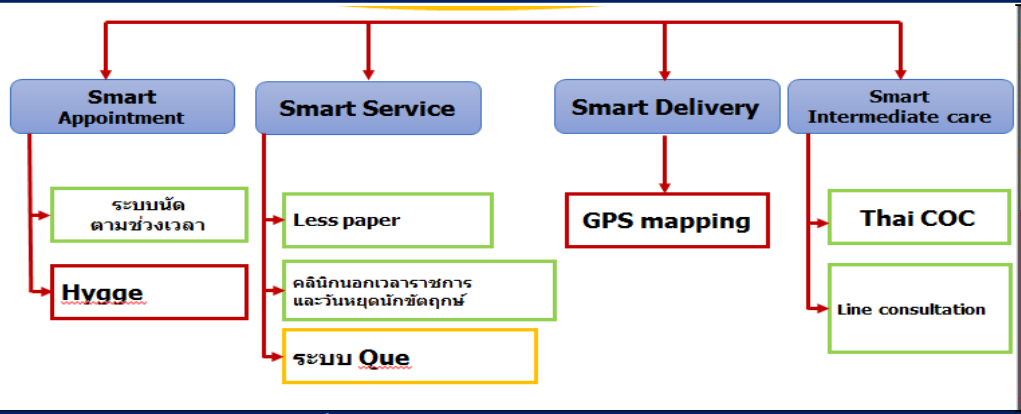


ผลการดำเนินงาน SMART Hospital ของโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี



ระยะเวลารอคอย :รพ.พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี







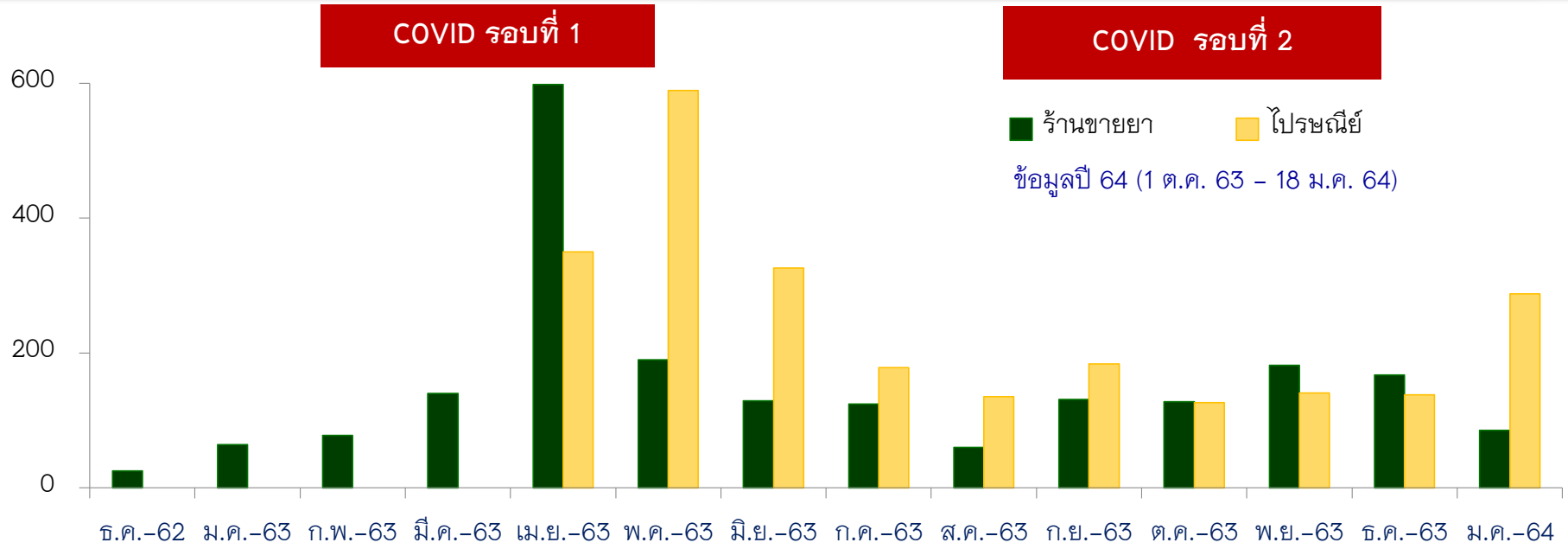
ระยะเวลารอคอย OPD ชั้น 1 ปี 62-64 (ลงทะเบียน – รับยากลับบ้าน)			
แผนก OPD	ปี 62	ปี 63	ปี 64 (ต.ค. – ธ.ค.)
	นาที	นาที	นาที
เวลาเฉลี่ย OPD	252	178	176

ระยะเวลารอคอยรับยาห้องยา OPD ชั้น 1 ปี 62-64						
ห้องยา	ปี 62		ปี 63		ปี 64 (ต.ค. – ธ.ค.)	
	เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน	นาที	เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน	นาที	เฉลี่ยผู้ป่วย/วัน	นาที
เวลาเฉลี่ยรอรับยา	557	33	679	34	661	37

ระบบนัดเหลื่อมเวลาแบบใหม่
สามารถลดระยะเวลา
รอพบแพทย์ ได้ 20 นาที

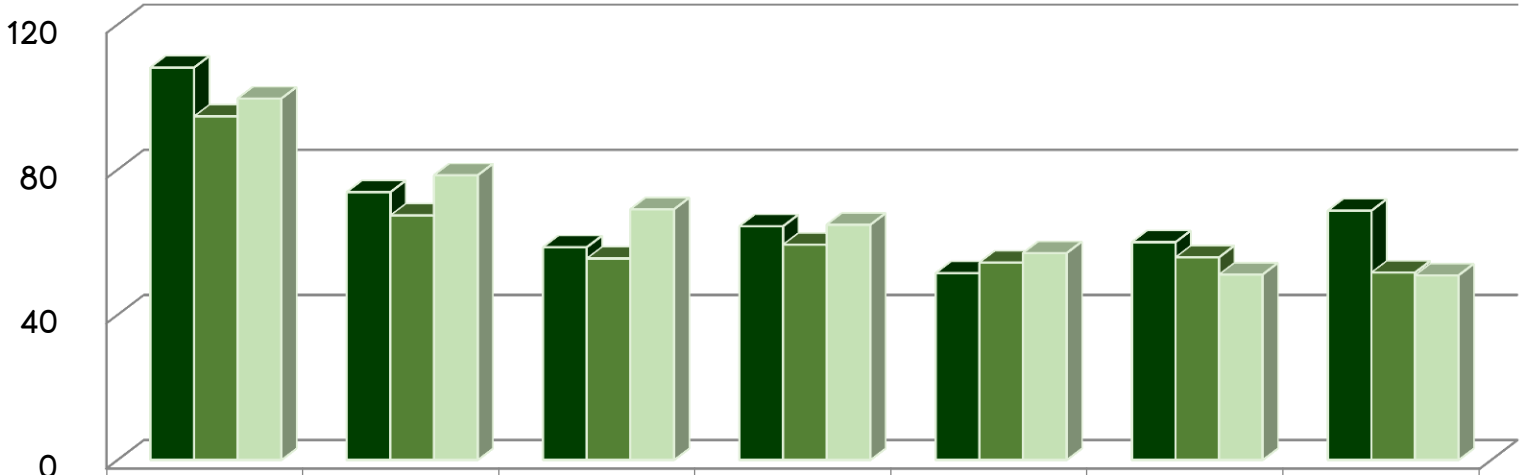
ลดแออัด ลดรอคอย

รับยาร้านยา+ส่งยาทางไปรษณีย์



ร้านยา	25	64	78	140	598	190	129	124	60	131	128	182	167	85
ไปรษณีย์					350	589	326	178	135	184	126	141	138	288
รวม	ปี 2563 ร้านยา = 1,539 ไปรษณีย์ = 1,762										ปี 2564 ร้านยา = 562 ไปรษณีย์ = 693			

อัตราครองเตียง ของ รพช. ในจังหวัดเพชรบุรี



	ชะอำ	ท่ายาง	หนองหญ้าปล้อง	เขาย้อย	แก่งกระจาน	บ้านแหลม	บ้านลาด
ปี 2562	108.12	73.79	58.60	64.40	51.47	60	68.68
ปี 2563	94.67	67.39	55.50	59.33	54.38	55.83	51.63
ปี 2564(ต.ค.–ธ.ค.63)	99.58	78.44	69.06	64.81	56.99	51.09	50.86

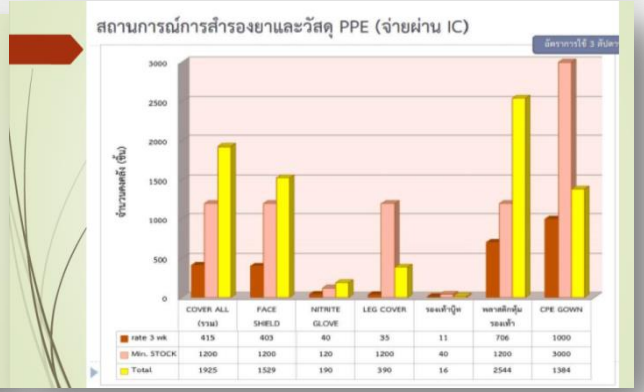
แผน BCP โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี











Thank you for your attention

