

ประเด็นการตรวจราชการ: Service PLAN



โรงพยาบาลโคกสำโรง

นำเสนอ

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

รอบ 2 ปีงบประมาณ 2560

14 มิ.ย. 2560

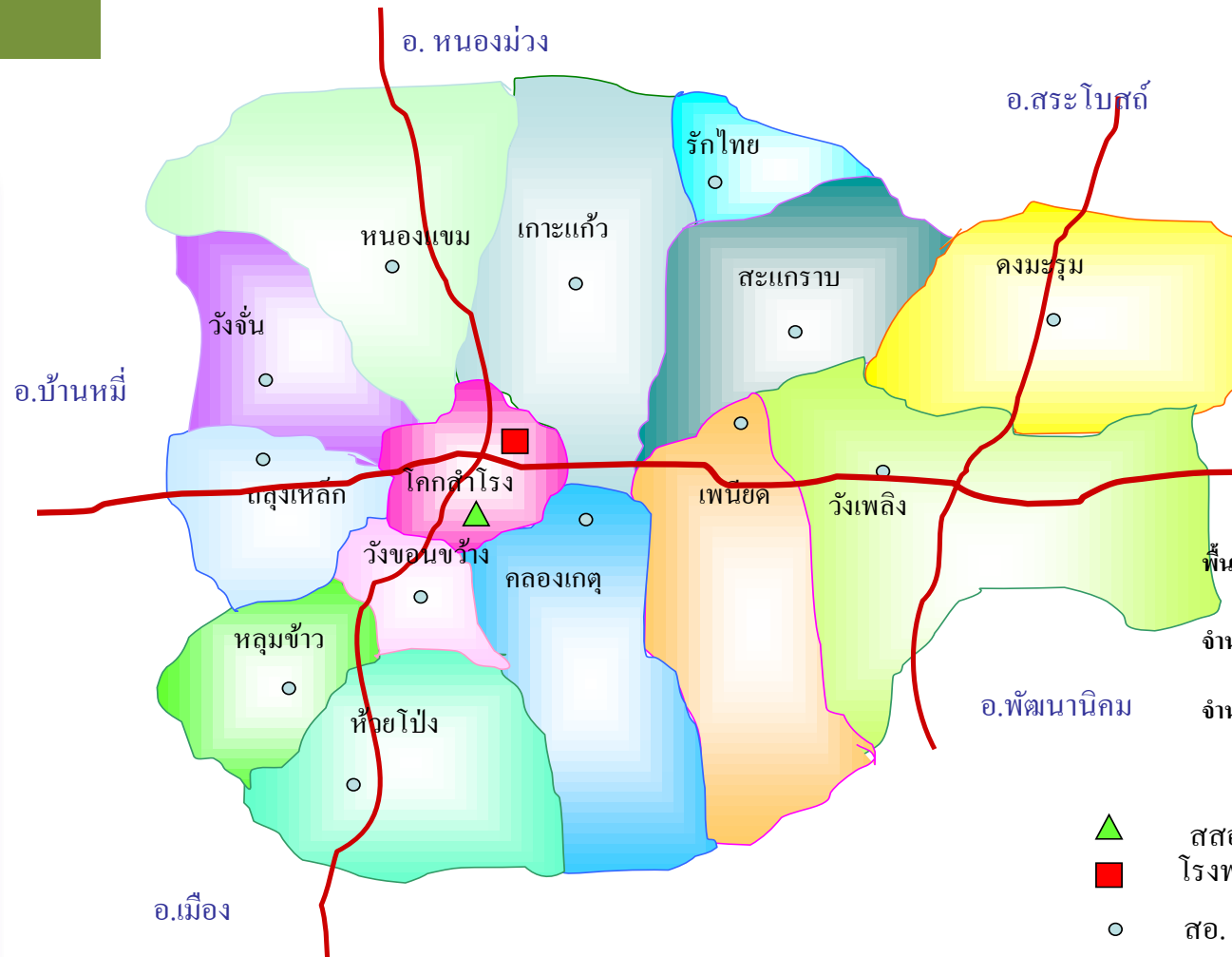


ห่างจากรพ.บ้านหมี่ 15 กม.

ห่างจากรพ.พระนารายณ์ 35 กม.

ห่างจากรพ.สระบุรี 70 กม.

พื้นที่ในเขตรับผิดชอบ



13 ตำบล 1 เทศบาล

16,100 หลังคาเรือน

ประชากร 83,249 ราย

โรงเรียนของรัฐ 46 แห่ง

โรงเรียนเอกชน 3 แห่ง

โรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง

รพ.สต. 13 แห่ง

วัด 74 แห่ง

ประเพณี นมัสการรอย

พระพุทธรูปขาว

อาชีพ เกษตรกรรม

ทอผ้าจักสาน

สิ่งที่ดำเนินการ
หลังรับการตรวจราชการ รอบที่1 ปี 2560



1. ทบทวนผู้รับชอบงานเดิม (ย้ายไป/มาใหม่)
ปรับและมอบหมายผู้รับผิดชอบงานจาก 10 เป็น 21 สาขา
2. สื่อสารทำความเข้าใจ และจัดทำ/ปรับ 6 building blocks plus
3. ทวน KPI ให้ตรงกัน และบูรณการงานที่ไปด้วยกันได้ลงปฏิบัติการร่วมกัน
4. ร่วมกำหนดการเปิดเวที conference case ในแต่ละสาขา เพื่อตามรอยระบบบริการสุขภาพร่วมกันทั้ง cup และวางแผนจัดเก็บเป็น KM
5. ติดตามประเมินผล



สาขาโรคหัวใจ

Goal: ลดอัตราการตาย :เพิ่มโอกาสการเข้าถึง SK

ปี 54-56 1.อัตราการตาย เพิ่มขึ้นจาก 7.29, 8.37 เป็น 9.58 2.เข้าถึง SK ยาก 3. เข้าถึงล่าช้า

ปัญหา สถานการณ์

ปี55-58 1.ขาดความมั่นใจในการให้ SK 2.miss /delay คัดกรอง

การพัฒนา

Pre-hos 1.ลงชุมชนเพิ่มสื่อสาร EWS 2. ร่วมกับงาน NCD :คัดกรอง CVD risk 3.ชุมชนตั้งกองทุโรคหัวใจ

In -hos

- พัฒนาระบบ Fast tract ต่อเนื่อง
- เพิ่มประสิทธิภาพคัดกรอง: เพิ่มเกณฑ์การทำ EKG
- ปรับ Flow การประสานงาน/ส่งต่อทั้งใน/นอกเวลา,ใน/นอกเขต
- มีระบบสำรองเมื่อ ICU เต็ม: เปิดเตียงที่ 9
- มี Warfarin Clinic -เปิด Cardio clinic พุทธที่ 1,2, 4 ของเดือน
- พัฒนาเครือข่าย เพื่อขยายโอกาสเข้าถึง SK ก.ค. 2559
- เพิ่มสมรรถนะrefer: Mobile ICU ติด telemedicin พ.ค.60

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

Maintain การจัดระบบบริการให้เข้มแข็ง

- 1 เปิดเวที conference case นำสู่การปรับการจัดบริการและเพิ่มความรู้โดยหัวหน้าทีม
- 2 แลกเปลี่ยนระดับจังหวัด เล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI
- 3.สร้างความมั่นใจให้ รพช.ในเครือข่ายกล้าให้ SK
- 4.สนับสนุนการหมุนเวียน /สำรองยา SK ใน รพช. เครือข่าย

ปัญหาอุปสรรค: การส่งต่อ

หา รพ.ที่มีศักยภาพมากกว่าปลายทางยากลำบาก



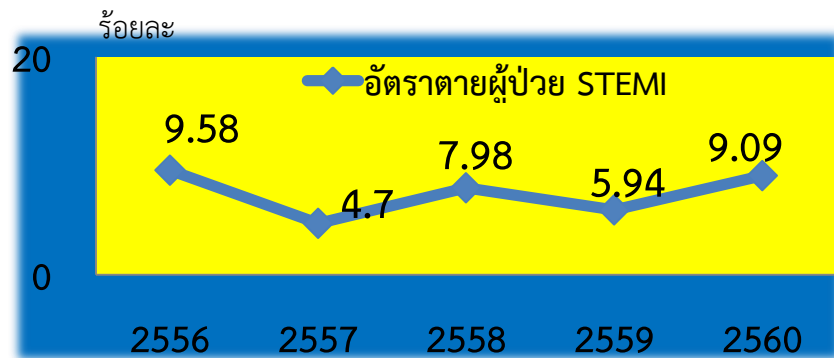
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1.หัวหน้าทีมสร้างความมั่นใจให้ทีม พร้อมพัฒนาร่วมกัน /ผู้ปฏิบัติกับหัวหน้าทีมพูดคุยเล่นๆ
2. Glide line ชัดเจน /ปฏิบัติได้จริง และทวนความเข้าใจร่วมกันซ้ำๆ
3. Med รับ Consult 24 ชม.

สิ่งที่จะทำต่อ: 1.จัดเก็บเป็นคลังความรู้: KM การดูแลพบ.ให้ SK

2.เพิ่มการพัฒนาการดูแล NSTEMI เพื่อตัดวงจรการเสียชีวิต

3. ลงชุมชนสื่อสารเข้าถึงเร็ว :กลุ่ม post PCI/CVD risk สูงมากขึ้น



ที่มา; ทีมนำทางคลินิกและงานเวชสถิติ, 2560

แสดงอัตราตายผู้ป่วย STEMI (I210-I213) รพ.โคกสำโรง
ปี 2557- พ.ศ.2560 (เกณฑ์ลดลงร้อยละ10) (1/11ราย)



KPI	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ* (:แสนปชก)					17.91**(15ราย) 11.94*** (10ราย)
จำนวนผู้ป่วยSTEMI ที่ได้ SK (ราย)	ทุกราย	4/4	3/1	8/6	9/9
Door to needle time in 30 min(%)	100	100	33.33	75	100
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือด(%) (SK+PPCI)	75	NA	NA	NA	46.5**** (6/13) 52.17*** (12/23)
Total ischemic time (นาที)	180	NA	NA	NA	157.5
PPCI/PCI (ราย)		-/18	-/37	-/25	1/13

*อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ ICD10= I20-I25 **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560

*** ทีมนำทางคลินิกและงานเวชสถิติ, 2560

****HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

ที่มา; ทีมนำทางคลินิกและงานเวชสถิติ, 2560

ปัญหา สถานการณ์	การพัฒนา
1.ผู้ป่วยมาล่าช้า 2.เข้าถึง rt-PA ยาก: รพ.ที่ให้ได้มีน้อย และไกล 3.ผู้รับบริการไม่ตระหนักมอง CVD risk เป็นเรื่องไกลตัว	1.พัฒนาการดูแล: Stroke Fast Tract/นำ NIHSS มาใช้/ปรับ Care map/เชื่อมร่วมกับCG 2.บูรณาการร่วมกับงาน DM/HT คัดกรองCVD risk 3.ร่วมกับงานrefer up to date flow การประสาน/ refer ทั้งใน/นอกเวลา ใน/นอกเขต



การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

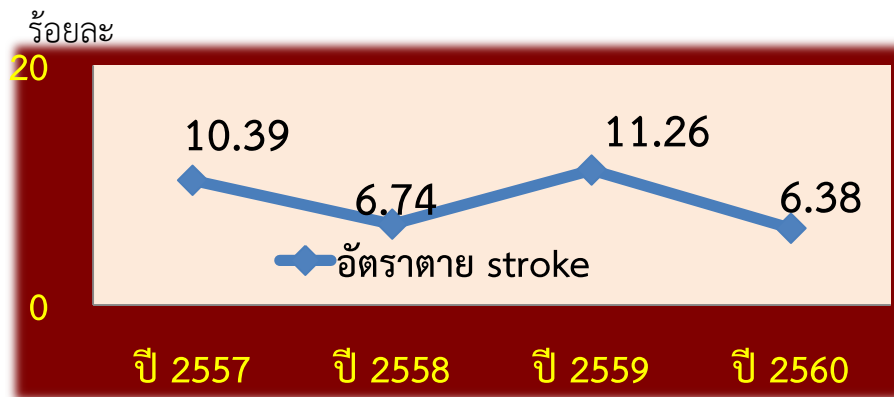
1.พัฒนาการเข้าถึงเร็ว:

- อบรม อสม. เรื่อง EWS รู้ /เข้าใจFAST /ช่องทางมาเร็วร่วมกับ สสจ. 1 ครั้ง
- โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ: 1หมู่บ้าน1ตำบล

2. MRR เพื่อตามรอยกระบวนการดูแลรักษา นำสู่การจัดทำ order

3. ทำความเข้าใจ KPI /การเก็บข้อมูล :นำสู่การลงพื้นที่ทำกิจกรรมเพื่อลดตาย/พิการ





ปี 60 ที่มา; HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

แสดงอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี

ปี 2557-2560 (ต.ค.- พ.ค.) (เกณฑ์ <ร้อยละ7) HDC 3/47 ,ฐานข้อมูล รพ. 8/58 = 13.79



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
2จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ SFT		12	13	13	6
Dx. Ischemic Stroke /ได้ rt-PA	ทุกราย	1 /1 /	2 /1*	10/2**	0/0***
3.ร้อยละผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ FASTส่งต่อใน30 นาที (%)	100	63.67	100	100	100
4.ร้อยละผู้ป่วย SFT ส่งต่อทันเวลา 4.30ชม (%)	100	100	100	84.62	100
5.ร้อยละผู้ป่วยในที่ ASA gr.V ใน 48 ชม. (ราย/%)	100	100	100	100	100

* ไม่ได้ 1 ราย จากอายุมาก

ที่มา; ทีมนำทางคลินิกและงานเวชสถิติ, 2560

** ไม่ได้ยา 8 ราย จาก อายุมาก 100 ปี /NIHSS 3คะแนน / med 01 /เกินเวลาหลังออกจาก รพ. 2 ราย /Hypo dent Lt. frontal 1 ราย

*** ไม่ได้ทั้ง 6 ราย จาก hemorrhage 5 / TIA และหลัง CT ปกติ

สาขาอุบัติเหตุ

การพัฒนา

1. จัดตั้งทีม / คณะกรรมการระดับ รพ
2. จัดจนท. ประสพการณ์ 3 ปี ขึ้นมา Triage
3. จัดระบบ Fast Track ใน ACS, Stroke, Sepsis ในเครือข่ายคส.
 - ประชาสัมพันธ์ 1669 - กำหนดจุดเสี่ยง/สวท มวกนิรภัย
 - ประสานข้อมูลกับ ปก.อำเภอ, ตำรวจ, กรมทาง, มูลนิธิคส. สงเคราะห์
 - ลงสอบสวนกรณี: Case V.I.P, อ.หมี (4 ราย ขึ้นไป), Case dead
 - อบรมการปฐมพยาบาล/ช่วยฟื้นคืนชีพให้รพสต., อสม.อปพร./FR

ผลการดำเนินงาน

ปี 2560 ER คุณภาพ (ต.ค-พ.ค 2560)

1. ร้อยละ ผป.ROSC*ของรพ. = 31.58

(12 / 38 : ROSC* / OHCA**)

(เกณฑ์ร้อยละ 30)

2. ร้อยละ ผป.ของรพ.ที่มีชีวิตรอดจนนำส่ง 18.42

(7 / 38 : ผู้ป่วยที่รอดจนส่งต่อ / OHCA)

(เกณฑ์ร้อยละ 15)

*Return Of Spontaneous Circulation ** Out of hospital cardiac arrest

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1



อุบัติเหตุจราจร : RTI

1. ตั้งทีมสอบสวนอุบัติเหตุบนท้องถนนระดับอำเภอ (ศปถ.) เม.ย. 2560
2. ชื่อมอุบัติเหตุหมู่บ้านร่วมกันทุกภาคส่วน ณ. ต.วังเพลิง
 - จัดเวที AAR หลังการซ้อมแผน พบปัญหา
 - ด้านการสื่อสาร: ประกาศใช้แผนไม่สะดวก
 - แก้โดย ติดตั้งชุดเครื่องเสียงที่สะดวกในการประกาศใช้แผนที่ ER
 - ไม่มีทีม MCATT แก้โดย ประสานงานสุขภาพจิตร่วมทีม



ปัญหา สถานการณ์

1. คัดกรองไม่ตามเป้า/ปช.ไม่มาตรวจ
2. บางส่วนไม่สะดวกเดินทางไปรักษา
นอกพื้นที่ รอคิวนาน

1. การพัฒนาด้านส่งเสริมป้องกัน

- กระตุ้น ติดตาม ประชาสัมพันธ์/นัดหมายการมาตรวจ
- จัดกิจกรรม/สาธิตการตรวจเต้านม
- จัดระบบการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา
- พัฒนาด้านข้อมูล การรายงานและจัดเก็บใช้

ผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละสตรี 30-60 ปี ได้คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 21.75 ($\geq$ ร้อยละ 80)
2. ร้อยละสตรี 30-70 ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เท่ากับ 47.30 ($\geq$ ร้อยละ 80)

2. ด้านการรักษา

ปลายปีงบประมาณ 2559 เตรียมเปิดบริการให้ยาเคมีบำบัด

1. เตรียมสถานที่ห้องผสมยา และห้องบริหารยา (แล้วเสร็จ)
2. ส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมเฉพาะทางมะเร็ง 4 เดือน 1 ท่าน

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

1. จัด flow การให้บริการ และการจัดการขยะอย่างปลอดภัย
2. คัลยแพทย์ เข้าอบรมการดูแลรักษา / เภสัชกรดูงาน รพ. มะเร็ง
3. จัดประชุมทุกทีมที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านการรักษา และด้านสิ่งแวดล้อม



พร้อมเปิดให้บริการ
กรกฎาคม 2560

ปัญหา สถานการณ์	การพัฒนา
1.การขึ้นทะเบียนรายใหม่ไม่ครอบคลุม 2.ผป.ไม่ปรับพฤติกรรม: ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ 3.ไม่ได้รับวางแผนล้างไต 4.ใช้ NSAID จากตัวเองและมีการสั่งจ่าย	-คลินิกชะลอไตเสื่อม พุทที่ 2 และ 4 (พ.ย. 59) -ปรับCPG อิงรพ.พนร/CKD folder -ส่งต่อพบ nephro รพ.แม่ข่าย -ค้นหา และหยุดการใช้ NSAID

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560
ร้อยละผู้ป่วย DMHT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง * (%) ระยะ3 ร้อยละ59.28 /ระยะ4 ร้อยละ14.49 /ระยะ5 ร้อยละ 5.07	60	45.53
ร้อยละ ผป.มีอัตราการลดลงของeGFR<4 ml (%)	≥ 65	63.39
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่คุม BPได้ (BP<130/80mmHg) (%)	>60	48.85
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น CKD ได้ตรวจHbA1C /ผลตรวจ 6.5-7.5 (%)	>40	18.98

(CAPD 6/ Hemodialysis 24 ราย)

ที่มา; HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

จำนวนผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการคัดกรองการใช้ NSAID 142 ราย ใช้ NSAID 14 ราย จากปวดข้อ
หลังคำแนะนำ และส่งพบแพทย์ พบว่า หยุดใช้ NSAID 13 ราย อีก 1 รายแพทย์หยุดสั่งใช้ แต่ซื้อยาเอง

1

สิ่งที่จะดำเนินการต่อ

- เพิ่มจำนวนการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM HT
- เพิ่มการควบคุมDM / HT ให้ได้ตามเกณฑ์
- หาวิธีการ /ทางเลือกเพื่อลดการใช้ NSAID

สาขาตา

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละ นร. ชั้น ป.1 ได้ตรวจสายตาด้วย E-chart เท่ากับ 100 (เกณฑ์ร้อยละ 75)
(4 โรงเรียน / 78 คน)

เฉพาะ ต.โคกสำโรง อีก 12 ตำบล รอดำเนินการ เดือน กรกฎาคม 2560

ร้อยละ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง เท่ากับ 79.92 (เกณฑ์ร้อยละ 75)
(เป้าหมาย 13,130 คน ได้รับการคัดกรอง 10,493 คน)
Blinding cataract 54 คนผ่าตัดแล้ว 37 ราย

ที่มา; Vision 2020 ดึงข้อมูล 2 มิ.ย. 60

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เท่ากับ 28.61 (เกณฑ์ร้อยละ 60)
(เป้าหมาย 4,659 ราย ได้คัดกรอง 1,333) ที่มา; HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

ปัญหา อุปสรรค

- Fundus camera ไม่เพียงพอให้ยืม/ เสีย
- ผู้ป่วยไม่ค่อยมาตรวจ ถึงแม้จะได้รับการนัดหมายเตือนซ้ำ



การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

1. ประเมินตนเอง NCD clinic plus อยู่ระดับดี /พัฒนาในข้อที่คะแนนต่ำ
2. นวัตกรรม :พัฒนา NCD สุขภาพดี
3. กลุ่มเสี่ยง/ป่วย : โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ: 1หมู่บ้าน1ตำบล
4. พัฒนาระบบข้อมูล :ใช้ HDC เคลียแฟ้ม Person / การ Key 43 แฟ้มให้สมบูรณ์

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี 2560
ร้อยละปชช. 35ปีขึ้นไปได้คัดกรองDM	90	76.28
อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่ลดลง	ลดลงร้อยละ5	1.81
ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	>40	14.72
ร้อยละปชช.35ปีขึ้นไปได้คัดกรอง HT	90	78.54
อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ลดลง	ลดลงร้อยละ2.5	1,278
ร้อยละผป.HTที่ควบคุมระดับBPได้ดี	>50	26.72
ร้อยละผป.DM/HTคัดกรองCVD risk	≥80	74.53

สิ่งที่จะดำเนินการต่อ

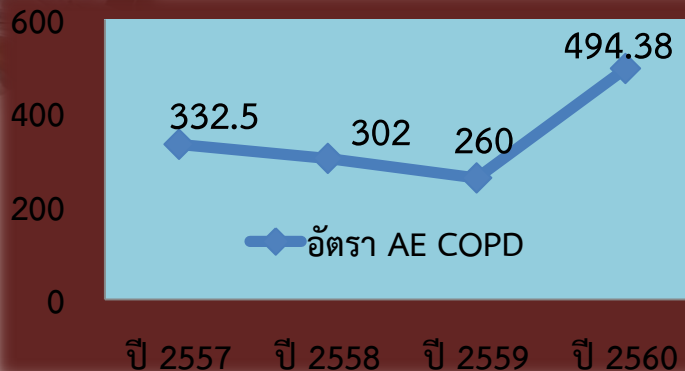
1. กลุ่มป่วย: สนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ความแตกฉานไปจัดการดูแลตนเองได้เหมาะสม (Health literacy)
2. จัดคลินิกเฝ้าต่อการส่งเสริมการเรียนรู้
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. สารสนเทศ ทั้งโปรแกรม HDCและการจัดการkey ผลงานลง com ให้ถูกและทัน

ปัญหา สถานการณ์

- การจัดการ AE COPD ไม่มีประสิทธิภาพ
- ติด Top 5 Revisit /Readmission ทุกปี
- การเลิกบุหรี่สำเร็จระยะยาวทำได้ยาก
- ผป.อยู่ในสวล.ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กำเริบ

- มีคลินิก COPD clinic พुरที่ 2
- เพิ่มประสิทธิภาพจัดการ AE COPD ตาม Gold guideline
- ทำกลุ่ม empowerment เยี่ยมบ้าน ร่วมกับ รพ.สต
- conference case: การจัดการ re-visit/re-admission
- R to R : ผลการเปรียบเทียบอัตรา revisit ของผู้ป่วยโรคหอบหืดระหว่างการรักษาโดยใช้ dexamethasone กับไม่ใช้ในแผนก ER

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1



ปี 60 ที่มา; HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

แสดงอัตรา AE COPD รพ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี

ปี 2557-2560 (เกณฑ์ <130 ครั้ง/แสนปชก.) HDC 228 ครั้ง/ฐาน รพ.321 ครั้ง ปชก.กลางปี . 46,114

วางแผนสู่ COPD คุณภาพ
ในส่วนที่ยังทำไม่ได้ :
การตรวจสมรรถนะปอด (Spirometry)

ส่งผู้ป่วย COPD ตรวจ รพ.พระนารายณ์
20 ต.ค. 60 จำนวน 10 คน
2 พ.ย. 60 จำนวน 10 คน

สาขาส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล: RDU

Goal: ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

หน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ



การดำเนินงาน



1.การดำเนินงาน 20 ตัวชี้วัด

-รพ.18 ตัว (ไตรมาส 1จำนวน 5 ตัว(1-5) -รพ.สต. 2ตัว(ไตรมาส 1จำนวน 2 ตัว (19-20)

2.จัดตั้ง COP รับผิดชอบเรื่อง เด็ก/สตรีมีครรภ์ /หญิงให้นมบุตร

- โครงการการคำนวณขนาดยาเด็ก โดยโปรแกรม HOSxP

- Pop Up บนโปรแกรม HOSxP เพื่อเตือนการสั่งจ่าย

RDU ยังไม่ผ่านเกณฑ์
(ตก 1 ตัวชี้วัด)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน(เม.ย-พ.ค.)
1	ร้อยละรายการยาที่สั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ (%)	≥ 85	90.92
2	ประสิทธิภาพดำเนินงาน PTC สื่อสาร /นำไปสู่การเป็นรพ.ส่งเสริมRUD	ระดับ 3	ระดับ 3
3	จัดทำฉลากยามาตรฐาน /เสริมข้อมูลยา13 กลุ่ม มีรายละเอียดครบ	ระดับ 3	ระดับ 3
4	รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ คงมีในบัญชีรายการยารพ.	≤ 1 รายการ	0
5	การดำเนินงานส่งเสริมจริยธรรมการจัดซื้อ/ส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	ระดับ 3

19	ร้อยละรพ.สต. ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในURI/หลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน(%) $\leq$ ร้อยละ 20 (ดงมะรุ้ม)	ร้อยละ 40ของรพ. สต.ที่ผ่านเกณฑ์	46.15 (6 / 13 แห่ง)
20	ร้อยละรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20(%)	ร้อยละ 40ของรพ. สต.ที่ผ่านเกณฑ์	30.77 (4 / 13 แห่ง)

ปัญหา สถานการณ์

การพัฒนา

- 1.ปี 2555-2557 ไม่พบทารกเสียชีวิต แต่พบหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 20.24 18.34 และ 9.84 ตามลำดับ
- 2.ปี 2555-56 พบร้อยละทารก Preterm พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ 1.4 และ 2.5
- 3.ไม่มีกุมารแพทย์ ตั้งแต่ ปี 2557 (ปี 2559 ส่งเรียน 1 ท่าน)

- 1.คงมาตรฐานการดูแล LBW/ Preterm/ Sick new born งาน ANC /LR ให้มีประสิทธิภาพ
 - ทบทวน CPG / EWS /monitoring /ระบบ consult แม่ข่าย Criteria การส่งต่อ
 - เพิ่มประสิทธิภาพงาน ANC/ LR และการให้ความรู้มารดา: การสังเกตอาการ
- 2.พัฒนาการส่งต่อ -จัดทำ Flow การประสานงาน/การส่งต่อทั้งใน/นอกเวลา และใน/นอกเขต
- 3.จัดหา transport incubator 1 เครื่อง (ปี 2559)



การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

- มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวได้ 6.09 (>ร้อยละ 60)(20/328 ราย)
- ใช้ EWS ในการติดตามเยี่ยมบ้านโดย รพ.สต.หลังจำหน่าย 14 วัน (มิ.ย.60)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อ 1000 ทารกเกิดมีชีวิต)	<4	0	0	0	0
Hypo/hyperthermia ขณะส่งต่อ	0	0	1 *	0	0

*จากเปิดแอร์ในรถ Ambulance

1. พัฒนาระบบการดูแล
 - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามระยะของผู้ป่วย
 - มี CPG การจัดการความเจ็บปวด (ไม่มี Pain clinic)
 - ปรับมุม/ห้องให้บริการเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. พัฒนาบุคลากร - ส่งบุคลากรอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560
1. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย strong opioids medication เพื่อลดอาการรบกวน	≥ 50	100
2. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ครอบครัว ได้รับการทำ advance care plan	≥ 50	100
3. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	100	100

สาขาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน

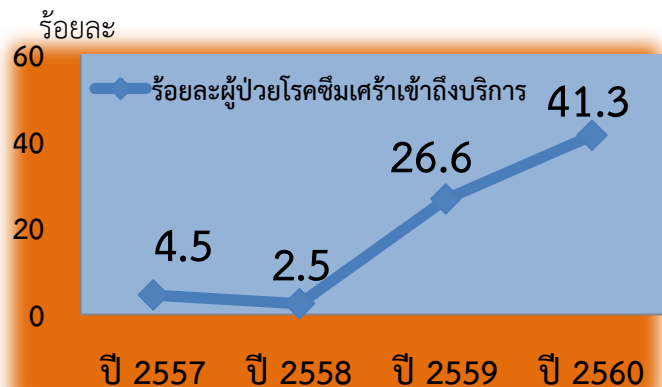
บุคลากร:

- มีข้าราชการ/ จนท.แพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบศัลปะ 2 คน ในปี 2560
- เริ่มทำการเปิดคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันต้นปี 2560 ให้กับผู้ป่วยนอก อาทิตย์ละ 2 วัน
- พิจารณารายการแผนไทยตามบัญชียาหลักแห่งชาติเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล จำนวน 30 รายการ

ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน เท่ากับ 30.42
(เกณฑ์ร้อยละ 18.5)

รายการ	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ (ครั้ง)
จำนวนผู้มารับบริการรักษา/ฟื้นฟู	3,942
จำนวนผู้มารับบริการส่งเสริมป้องกัน	28,565
รวมจำนวนผู้รับบริการแผนไทยทั้งหมด	32,507
จำนวนครั้งของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก	106,859
ร้อยละ	30.42

1. ปี 2557-2558 พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.23 และ 8.5 และพบการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเกณฑ์
2. กลัวสังคมไม่ยอมรับ



ที่มา; งานสุขาภพจิต รพ.โคกสำโรง, 2560

แสดงร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
รพ.โคกสำโรง ปี 2557-2560 (เกณฑ์ ร้อยละ 47)

การพัฒนา

- คัดกรองภาวะซึมเศร้าทุก visit ทั้ง OPD/ER และคัดกรองในชุมชน
- มี CPG/flow การประสานงานเครือข่าย จัดหายาจิตเวชที่สำคัญ
- มีเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลในการส่งต่อเมื่อมีอาการกำเริบ
- ส่งบุคลากร อบรมหลักสูตรเฉพาะทางสุขาภพจิต 4 เดือน 1 ท่าน
- จัดให้ความรู้กับบุคลากรทั้งใน รพ./รพ.สต ถึงการจัดการ และใช้ยา

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

ปรับสถานที่การให้บริการที่เข้าถึงง่าย เป็นสัดส่วน มีมุมให้คำปรึกษา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ			
		2557	2558	2559	2560
ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต(%)	65	42.3	46.09	63.9	51.4
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ราย)		24	29	23	20
อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	< 6.3	8.23	8.5	7.5	10.0

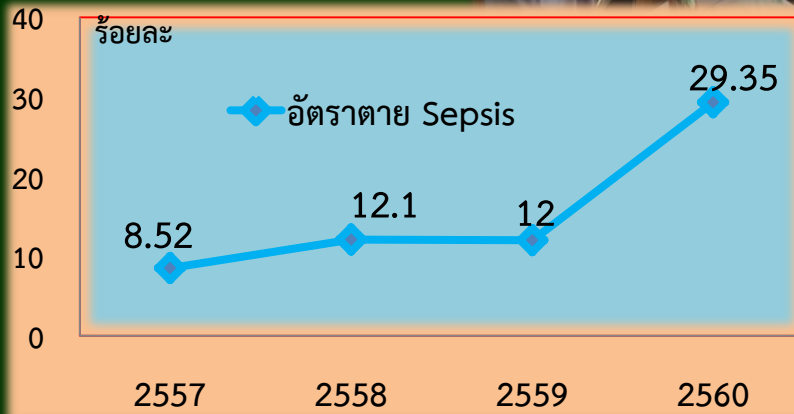
ที่มา; งานสุขาภพจิต รพ.โคกสำโรง, 2560

ปัญหา สถานการณ์

1. ปี 55-56 พบเสียชีวิตด้วย Sepsis เพิ่มขึ้น 8.09เป็น20.48
2. missDx./ Inadequate IV fluid/ delay ATB
3. ผป.มาช้า อาการหนักมาก



- ทบทวน CPG Sepsis :EGDT
- เร่งสื่อสารใน MSO และให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจแนวคิด EGDT
- Lab/IC :Anti-biogramme PCT:DUE /การใช้ Antibiotic
- สื่อสารชุมชน :โครงการ better service ส่งต่อผ่านช่องทางด่วน
- conference case หน่วยงาน
- นำผลทบทวน ปรับแก้ CPG ลงสู่การปฏิบัติ



ปี 60 ที่มา; HDC ดึงข้อมูล ณ 30 พ.ค. 60

แสดงอัตราการตาย Sepsis รพ.โคกสำโรง ปี 2557-2560

(เกณฑ์ <ร้อยละ30)

HDC $27/92 = 29.35$

ฐานรพ. $20/136 = 14.70$

การพัฒนาเพิ่มหลังรับการตรวจราชการรอบ 1

ขยายการใช้ SOS ของ รพ.พระนารายณ์

- เดิมมีการทำ R to R สัญญาณเตือน :MEWS ที่IPD
- เทียบเคียง SOS กับ MEWS เหมือนกัน จึงนำมาใช้ตั้งแต่ ER และ แลบไปกับการ refer

ตัวชี้วัด	เป้า	2557	2558	2559	2560
ร้อยละทำ H/CX IIก่อนให้ ATB	100	95.1	96.6	100	100
ร้อยละผป.ได้ATB ใน1ชม.	100	62.45	81.81	100	100
ร้อยละATBสอดคล้องกับC/S	100	100	100	100	100

สาขาสุขาภาพช่องปาก

Goal: ส่งเสริมการดูแลสุภาพช่องปาก

ปัญหา สถานการณ์

- 1.ปี 2554 -2556 พบเด็กฟันผุ เพิ่มขึ้น 64.9 เป็น 71.0 และ 74.76 ตามลำดับ
2. ผู้ปกครองขาดความรู้ และความใส่ใจในการดูแลสุภาพช่องปากของบุตรหลาน

การพัฒนา

1.การพัฒนาการบริการ

- เชิงรุก เคลือบฟลูออไรด์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- จัด จพง.ทันตสาธารณสุขให้ทันตสุขศึกษาที่ WCC /
- กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และการเยี่ยมมารดาหลังคลอด
- จัดเจ้าหน้าที่ลงรพ.สต

2. การสนับสนุนเครื่องมือ - จัดหาอุปกรณ์ชุดทำฟันลง รพ.สต.

ตัวชี้วัด

เป้าหมาย

2557

2558

2559

2560

ร้อยละรพ.สต.ให้บริการสุภาพช่องปากที่มีคุณภาพ(%)

>60

7.69

ร้อยละเด็กอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (%)

>52

50.00

39.42

66.46

รอ

สูตริกรรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.M2	25	30.76	24.17	16.21	10.77
อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	0	0	0	0	0
-ร้อยละการเกิด PPH (%)	5	0.64	0	0	1.23

กุมารเวช

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
-อัตราป่วยตายโรคปอดปวมในเด็ก 1เดือน- 5ปี	ลดลง 10%	0	0	0	0

ออโรปีติกส์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ร้อยละการรักษา ผป.ที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่ได้รับการผ่าตัด (M2)	70	87.29	93.83	87.42	84.93

Service Plan สาขาศัลยกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ	< 20 %	0	11.53	11.94	24.24

ขอบคุณครับ



อัตลักษณ์
โรงพยาบาลโคกสำโรง

ประหยัด โปร่งใส จิตบริการ

รวบรวมโดย นางสาวคณีนันท์ มีสุวรรณค์ พยาบาลวิชาชีพ