

## ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

## IV-๑ ผลด้านการดูแลสุขภาพ

## ๑. ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

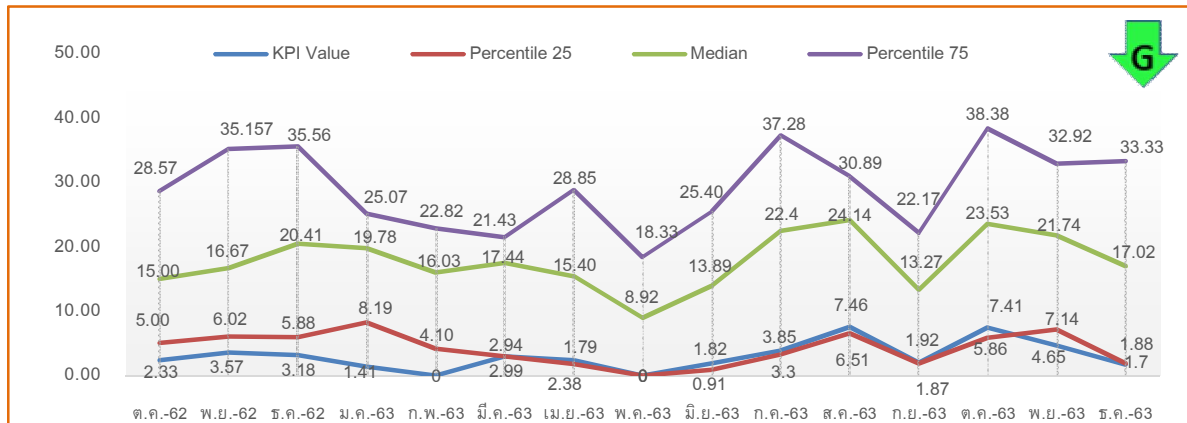
๘๐ ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติ/ฉุกเฉิน ที่ห้องฉุกเฉิน	๐	๐.๒๘	๐.๓๗	๐.๗๒	๐.๑๗	๐.๘๕
อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	๐	๓.๑๘	๒.๔๔	๒.๘๕	๒.๘๔	๔.๕๘
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	๐	๐.๓๒	๑.๑๗	๐.๗๐	๐.๒๙	๐
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI	๐	๐.๒๓	๐	๐.๐๔	๑.๒๕	๔.๕๕
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	๐	๐	๐	๐	๐.๑๑	๐
อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการ ตั้งครรภ์/การคลอด	<๑๕/แสน ต่อการ เกิดมีชีพ	๐	๐	๐	๐.๐๔	๐
อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด (neonatal mortality rate)	<๑๐๐๐ ต่อการ เกิดมีชีพ	๐.๖๒	๐.๓๒	๐.๓๒	๐	๐.๓๓
อัตราการ Readmit ใน ๒๘ วัน	≤๑๐%	๙.๗๗	๑๐.๒๗	๑๐.๔๖	๑๓.๒๐	๑๑.๑๙
อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน ๒๘ วัน	<๒%	ND	๓๙.๓๔	๔๑.๒๗	๑๓.๒๐	๑๐.๐๐
อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน ๒๘ วัน (Total re-admit)	<๑.๕%	๐.๓๒	๐.๓๙	๑.๐๖	๐.๖๘	๒.๐๗
อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาล ของผู้ป่วย โรคปอดบวมภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	<๒%	ND	๑๘.๖๒	๑๑.๘๘	๗.๔๑	๑.๕๔
อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน ๒๘ วัน	<๑๒%	ND	๑๗.๖๑	๒๒.๓๘	๑๙.๔๗	๐
อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน ๒๘ วัน	<๒%	๑.๓๐	๐.๘๗	๐.๙๑	๑.๒๙	๐

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

## Cloo๑๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ ต.ค.๖๒ – ปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับรพ.สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ. ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๒๕% percentile

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

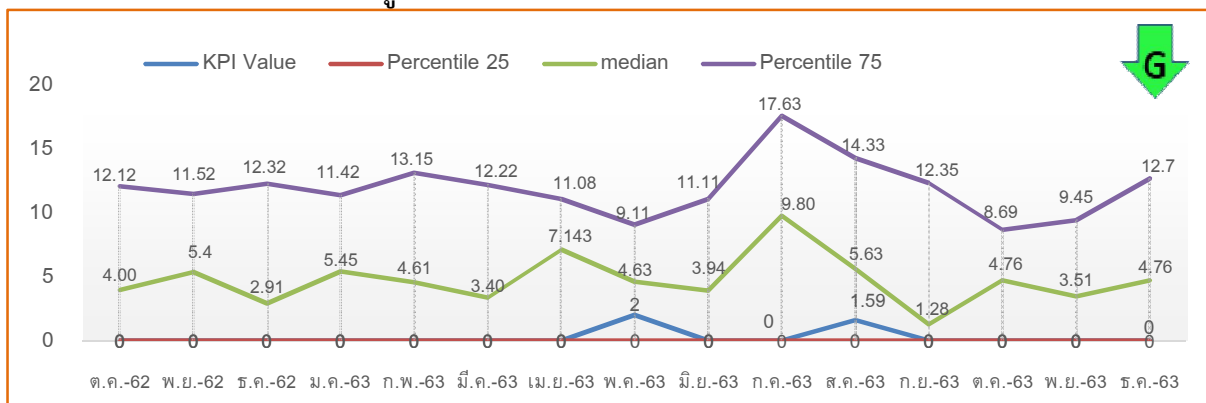
ผลที่ดีเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. ปรับเกณฑ์เดิมที่ใช้ SIRS criteria มาเป็น Quick SOFA ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๒ เป็นต้นมา ทำให้การวินิจฉัยได้แม่นยำและรวดเร็วกว่าเดิม
๒. มีการขยายศักยภาพของ รพ. ที่ทำ H/C ได้เอง ทำให้ผลเพาะเชื้อได้เร็วขึ้น สามารถปรับการให้ยา ATB ได้ตรงกับเชื้อมากขึ้น การให้ยา ATB ภายใน ๑ ชม.ได้ทันเวลาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. ขยายศักยภาพรองรับผู้ป่วย เช่น การเพิ่มจำนวนเตียง ICU การขอทุนอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ
๒. พัฒนาระบบการดูแล Sepsis ของ รพ. เครือข่ายโซน ๔

## DNo๑๑๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่เดือน ต.ค.๒๕๖๒ เป็นต้นมา อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke มีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ รพ. สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ. ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า ต่ำกว่า ช่วง ๒๕% percentile

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

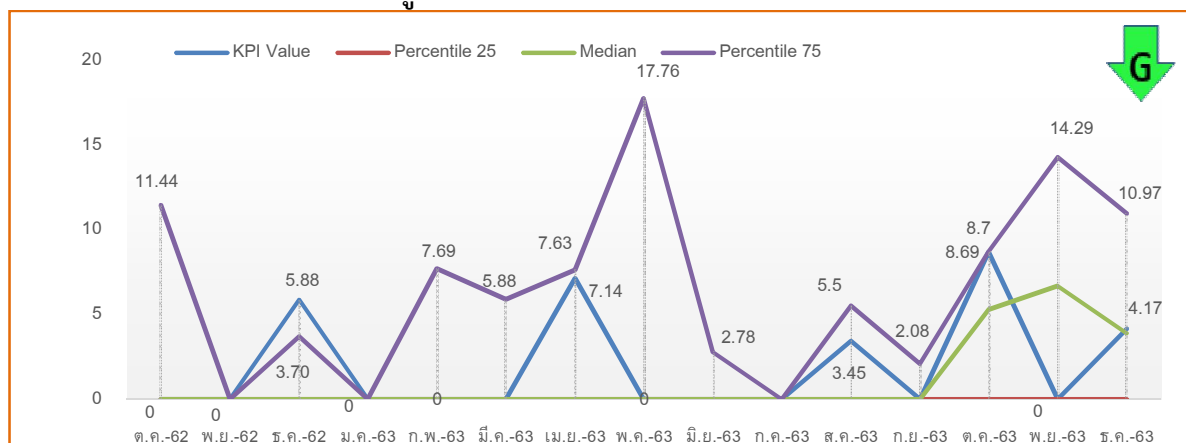
ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการดังนี้

- ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย Ischemic Stroke โดยจัดตั้ง Stroke unit พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย Stroke ขยายการให้ rt-PA ๒๔ ชม.
- มี Fast track ตั้งแต่รพ. เครือข่ายจนถึง ER รพ. เดชอุดม
- จากการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น Aspirated pneumonia, sepsis, infected bed sore โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้ทำการปรับปรุงโดยการประเมินผู้ป่วยก่อนกลืนทุกราย กรณีผู้ป่วยกลืนไม่ได้จะให้ใส่ NG for feeding และมีการใช้ Sepsis bundle เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Aspirated Pneumonia ทุกราย

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษา โดยการขอทุนอายุรแพทย์ระบบประสาท
- พัฒนาระบบฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วย IMC
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การไปเยี่ยมบ้าน พัฒนาศักยภาพรพ.สต. และ CG ในการรองรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

## DHO๑๐๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่เดือน ต.ค. ๒๕๖๒ เป็นต้นมา พบว่าร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อเปรียบเทียบกับรพ.สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ. ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๕๐% percentile

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- มีการใช้ STEMI Checklist ๑๐๐% มีการใช้ CPG standing order และมีการใช้ Fast track Lab Trop
- มีระบบ Consult CCU Cardiomed กับ รพ.ศ.สปล.โดยตรง
- ให้ความรู้กับ อสม. และประชาชน เกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิด STEMI เช่น ผู้ป่วย NCD
- ประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพัฒนาระบบ EMS ในการนำส่งให้ทันเวลา

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพ โดย ขอทุนอายุรแพทย์โรคหัวใจ (อยู่ระหว่างสรรหาผู้รับทุน)
- ขยายการตรวจรักษา เช่น การทำ Echocardiography Exercise stress test

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

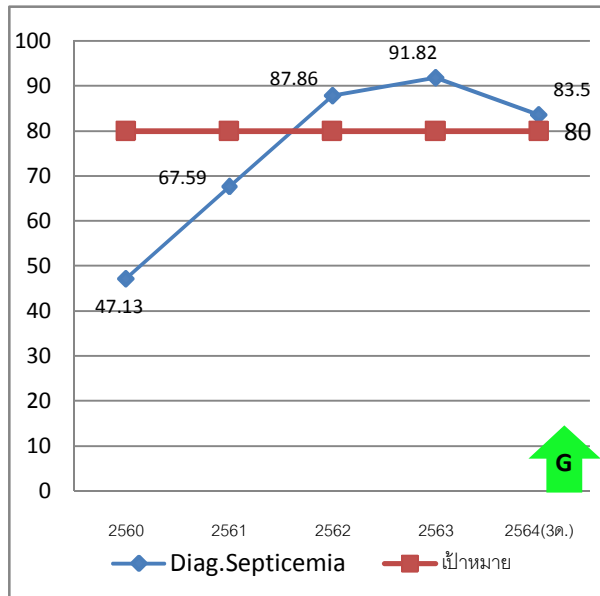
Date: 25/12/2562

๘๑ ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยฉุกเฉินที่ ER	<๑๕ นาที	๘.๓๖	๓.๘๔	๒.๓๔	๔.๐๑	๓.๕๕
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก	<๙๐ นาที	๑๔๐	๑๒๔	๑๖๖	๑๔๒	๑๘๒
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วย AMI ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึง รพ.		ND	ND	ND	๑๖.๔๕	๑๑.๙๕
อัตราการเกิดไส้ติ่งแตกทะลุ (Ruptured appendicitis)	<๑๕%	๑๒.๔๓	๒๖.๔๔	๒๖.๙๕	๒๖.๙๙	๑๗.๙๘
อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน ๓๐ นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	๑๐๐%	๐	๐	๘.๓๓	๐	๐
อัตราผู้ป่วยที่สงสัย ACS ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายในระยะเวลา ๑๐ นาที (Door to EKG)	>๘๐%	๗๕	๔๔	๗๖	๖๖.๖๐	๖๓.๓๓
อัตราผู้ป่วย HI ได้รับการวินิจฉัยด้วย CT Scan ภายใน ๓๐ นาที (Emergency Fast Track : CT for THI)	๑๐๐%	๙๕.๘๐	๙๓.๙๘	๙๕	๑๐๐	๕๖.๗๖
อัตราการวินิจฉัยภาวะ Septicemia ภายใน ๑ ชม.	>๘๐%	๔๗.๑๓	๖๗.๕๙	๘๗.๘๖	๙๑.๘๒	๘๓.๕
อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรก (Early Colorectal cancer stage ๑ & ๒ )	>๗๐%	๒๕.๒๘	๖๔.๒๘	๔๗.๘๒	๔๖.๖๒	๓๘.๑๐
อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก (Early breast cancer stage ๑ & ๒)	>๗๐%	๕๗.๑๔	๕๘.๘๐	๖๒.๑๐	๗๑.๑๐	๘๕.๗๑
อัตราที่ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง DM	>๖๐%	๙๕.๘๖	๙๕.๖๗	๙๕.๗๙	๙๕.๘๕	๓๙.๐๘
อัตราที่ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง HT	>๖๐%	๙๖.๗๔	๙๖.๔๙	๙๔.๖๐	๙๔.๖๘	๓๘.๖๕

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

## อัตราการวินิจฉัยภาวะ Septicemia ภายใน ๑ ชม.



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน พบว่าอัตราการวินิจฉัยภาวะ Septicemia ภายใน ๑ ชม. มีแนวโน้มสูงขึ้น

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่ดีเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. มีการปรับปรุง Care Map จากเดิมใช้ SIRS criteria มาเป็น Quick SOFA ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๒ เป็นต้นมา ทำให้วินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้นกว่าเดิมมีการดูแลรักษาตามแนวทาง Detudom sepsis treatment protocol

๒. รพ. มีอายุรแพทย์เพิ่มจาก ๑ คน เป็น ๓ คน ทำให้สามารถวางระบบให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแพทย์ใช้ทุน มีระบบปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน/แพทย์หมุนเวียนที่เข้ามาใหม่ในการใช้ Care Map
๓. กลุ่มการพยาบาลมีการสอบสวนระยะเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในพยาบาลทุกคนในปี ๒๕๖๔ (๓ด) พบว่า อัตราลดลง จากการตามรอยพบว่า พยาบาลปฏิบัติงานรักษาตามขั้นตอนทุกอย่างครบแล้วแต่มาลงเวลาย้อนหลัง ทำให้ได้ระยะเวลายังไม่ถูกต้องตาม Real time ทีม PCT อายุรกรรมจึงได้ทบทวนร่วมกับ ER ให้ปรับปรุงกระบวนการลงเวลาให้ถูกต้อง

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

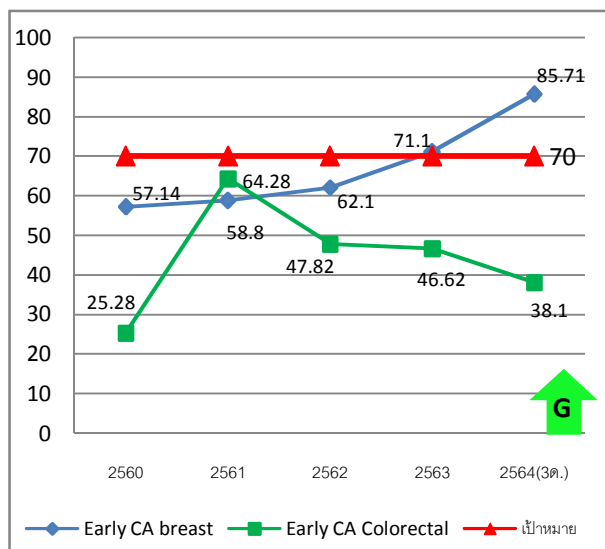
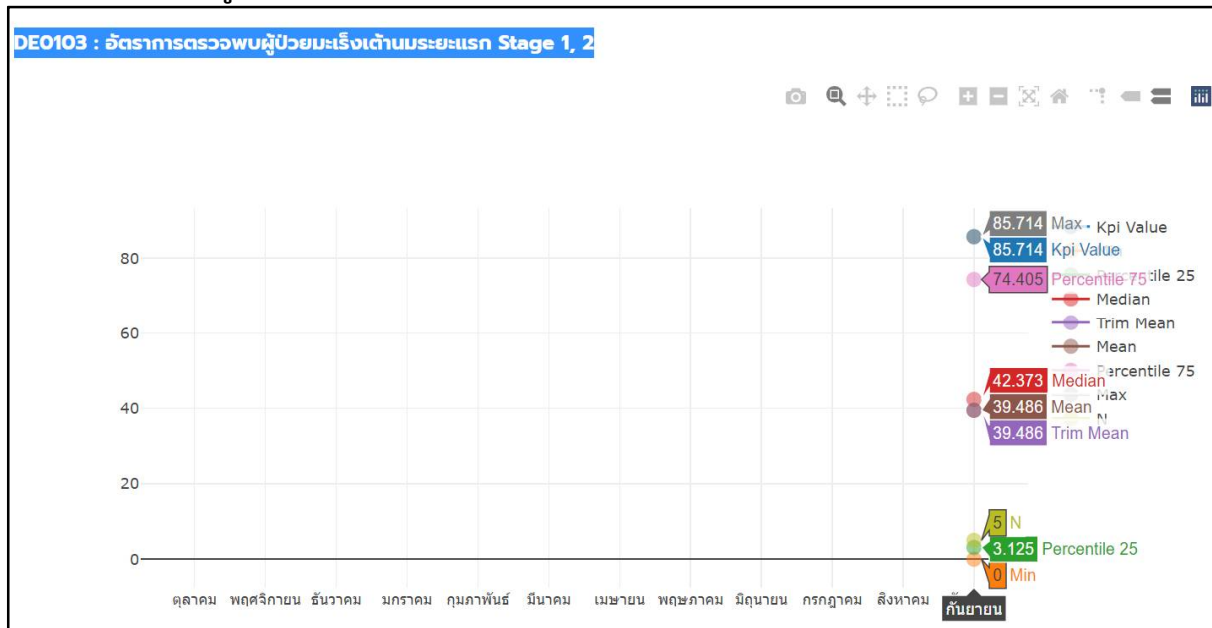
๑. พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษา โดยขอทุนอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ
๒. ขยายบริการ เช่น เพิ่มเตียง ICU เพิ่มพยาบาลเฉพาะทาง ICU ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น Infusion pump Patient monitor

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรก (Early Colorectal cancer stage ๑&amp;๒)

อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก (Early breast cancer stage ๑&amp;๒)



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

- ปี ๒๕๖๓ พบว่าอัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก (Early breast cancer stage ๑ & ๒) ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ รพ. สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ. ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๗๕% percentile
- ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน พบว่า อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรก (Early Colorectal cancer stage ๑&๒) มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

การปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถตรวจคัดกรองได้ในระยะแรก เนื่องจากสามารถตรวจได้ด้วยตนเองในเบื้องต้นได้และได้มีการฝึกอบรมการตรวจมะเร็งเต้านมให้กับบุคลากร รวมทั้ง อสม. ใน PCU และ รพ.สต.
๒. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการตรวจพบได้ในระยะแรกน้อยเนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่มีอาการหรือมีเพียงเล็กน้อย ทำให้มาพบแพทย์ช้า ได้มีการแก้ไขโดยจัดทำโครงการร่วมกับ สปสช. เพื่อค้นหาเชิงรุก โดยตรวจอุจจาระหาเลือดปน และ ทำ Colonoscope ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องมา ๓ ปี (๒๕๖๑-๒๕๖๓) โดยคาดว่าจะเกิดผลต่อแนวโน้มที่ดีขึ้นในระยะ ๕-๑๐ ปีต่อไปหลังจากเริ่มโครงการ

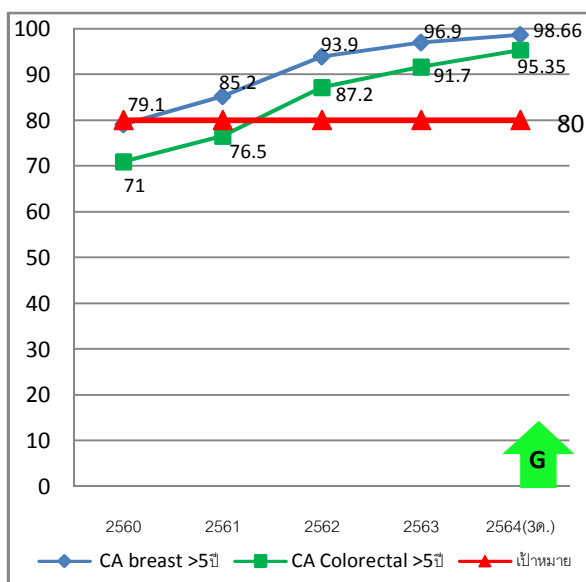
## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อเนื่อง
๒. จัดหาเครื่อง Mammogram และ อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้เพิ่มขึ้น

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

๘๒ ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล						
ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะ ๕ ปี	>๘๐%	๗๙.๑	๘๕.๒	๙๓.๙	๙๖.๙	๙๘.๖๖
อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่ในระยะ ๕ ปี	>๘๐%	๗๑.๐	๗๖.๕	๘๗.๒	๙๑.๗	๙๕.๓๕
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียมภายใน ๑ ปี	๐%	๐	๐	๐	๐	๐
อัตราการติดเชื้อหลังการผ่าตัดข้อเข่า ภายใน ๙๐ วัน	๐%	๐	๐	๐	๐	๐
อัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือนแล้วสามารถมีชีวิตประจำวันได้ตามปกติ/ ใกล้เคียงปกติ (ประเมินจาก Barthel Index>๑๕)						
ก. กิจวัตรประจำวันได้เอง (๑๒-๒๐)	>๘๐%	๗๘.๖๒	๘๐.๔๓	๗๓.๖๓	๘๑.๗๒ ปรับ เกณฑ์ (๑๕- ๒๐)	๘๒.๐๒
ข. ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีคน ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ช่วยเล็กน้อย(๕-๑๑)		๑๑.๒๙	๙.๕๓	๑๖.๐๒	๑๔.๒๔ (๕-๑๔)	๑๔.๖๐
ค. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย(๐-๔)		๑๐.๐๘	๑๐.๐๓	๑๐.๓๕	๔.๘๓ (๐-๔)	๓.๓๗
อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่	>๙๕%	๘๐.๖๔	๘๙.๔๗	๘๗.๑๙	๘๐.๔๓	๑๐๐



อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะ ๕ ปี

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ ๕ ปี

การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

แนวโน้มตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะ ๕ ปี และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ ๕ ปี สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับรพ.สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ.ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๗๕% percentile



## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

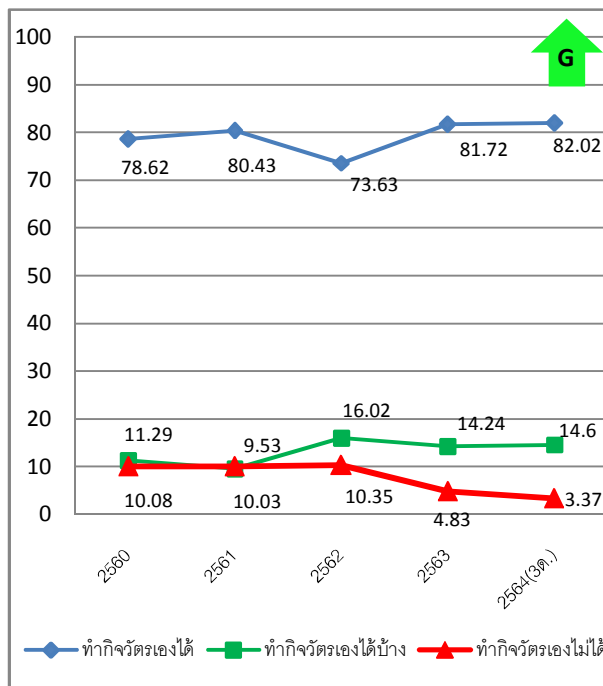
ผลที่ดีเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- พัฒนาให้มีการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รพ.เดชอุดมตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ เป็นต้นมา และได้มีการพัฒนาสูตรยา ที่ Advance มากขึ้นให้เหมาะสมกับระยะมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น และได้มีการให้ Hormonal Therapy ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายและผู้ป่วยเกือบทุกราย (มากกว่า ๙๕% ขึ้นไป) ได้รับยาครบถ้วน
- พัฒนาให้มีการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ โดยเริ่มจากสูตรพื้นฐาน Mayo Regimen และได้มีการเพิ่มสูตรยาเป็น Folfox๔ ในปี ๒๕๖๑ เป็นต้นมา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย
- มีระบบการติดตามหลังการให้เคมีบำบัดกับผู้ป่วยตลอดระยะ ๕-๑๐ ปี

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ขยายศักยภาพโดยการขอทุนอายุรแพทย์โรคมะเร็ง
- จัดให้ผู้ป่วยเคมีบำบัดโดยเฉพาะ เพิ่มพยาบาลเฉพาะทางเคมีบำบัด

อัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือนแล้วสามารถมีชีวิตประจำวันได้ตามปกติ/ใกล้เคียงปกติ (ประเมินจาก Barthel Index>๑๕)



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

พบว่า แนวโน้มอัตราผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือนแล้วสามารถมีชีวิตประจำวันได้ตามปกติ/ใกล้เคียงปกติ (ประเมินจาก Barthel Index>๑๕) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ เป็นต้นมา

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่ดีเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ IMC ของ รพ. ในปี ๒๕๖๔ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย Service plan IMC โดยมีการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ ER จนถึงระดับชุมชนผ่านระบบ Refer link PTsoftThai COCระดับจังหวัด
- ประสานกับหอผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มโรคได้แก่

Stroke SCI TBI มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพ

- วางระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายใน รพ.โซน ๔ ทำให้ปี ๒๕๖๔ สามารถค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม ๙๗.๓๙% โดยได้รับการตอบกลับข้อมูลในอำเภอเดชอุดม ๑๐๐% นอกอำเภอเดชอุดม ๙๗.๕๖%

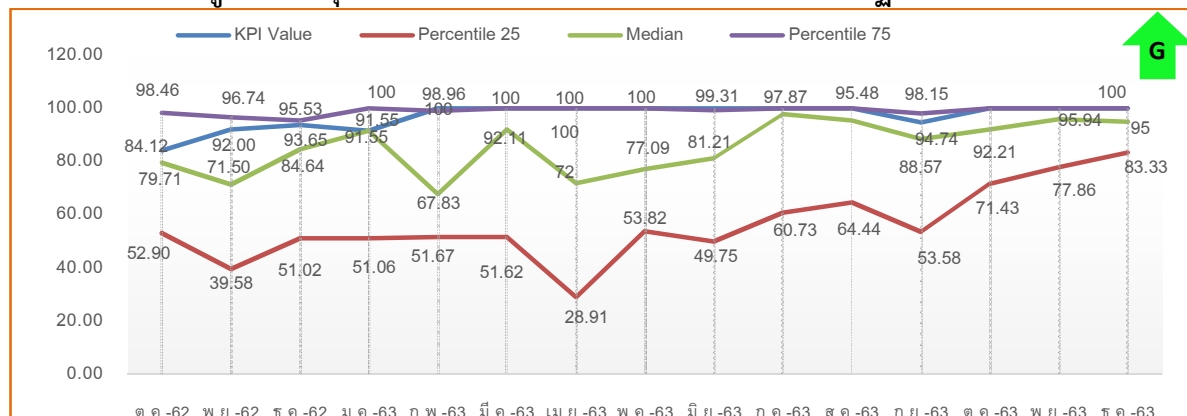
## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบข้อมูลการ Refer Back จาก รพ.สปส. ที่กลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เนื่องจากยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่ได้ผ่านระบบ admit ของ รพ.เดชอุดม



๘๓ ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (ถด.)
อัตราการให้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วย Septicemia ภายใน ๑ ชั่วโมง	๑๐๐%	๘๕.๓๕	๘๘.๕๓๐	๙๐.๓๕	๙๒.๑๕	๑๐๐
อัตราผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับยา rtPA ใน ๖๐ นาที	>๖๐%	-	-	๐ (๔ ราย) เริ่มให้ยา	๕๐ (๒/๔ ราย)	๐ (ไม่มีให้ยา)
ร้อยละของผู้ป่วย AF ได้รับยา Warfarin มีระดับ INR ตามเป้าหมาย	๖๐%	๖๗.๓๓	๕๙.๗๔	๕๘.๔๓	๕๔.๗๖	๕๒.๕๖
อัตราทารกแรกเกิดน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัมในมารดา GDM	<๒%	๑.๒๘	๒.๕๙	๗.๖๐	๐.๕๒	๐
อัตราทารกแรกเกิดมากกว่า ๔๒๐๐ กรัมในมารดา GDM	<๒%	๔.๔๙	๒.๕๙	๓.๐๔	๑.๕๗	๐
Peritonitis rate ในผู้ป่วย CAPD	>๒๔ episodes ต่อผู้ป่วย/เดือน	๓๙	๒๙	๓๒	๓๕	๓๗

CE๐๑๐๔ ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน ๑ ชั่วโมง



#### การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน ๑ ชั่วโมง มีแนวโน้มคงที่ ตั้งแต่เดือนกพ.๒๕๖๓ เมื่อเปรียบเทียบกับรพ.สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ.ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๗๕% percentile

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

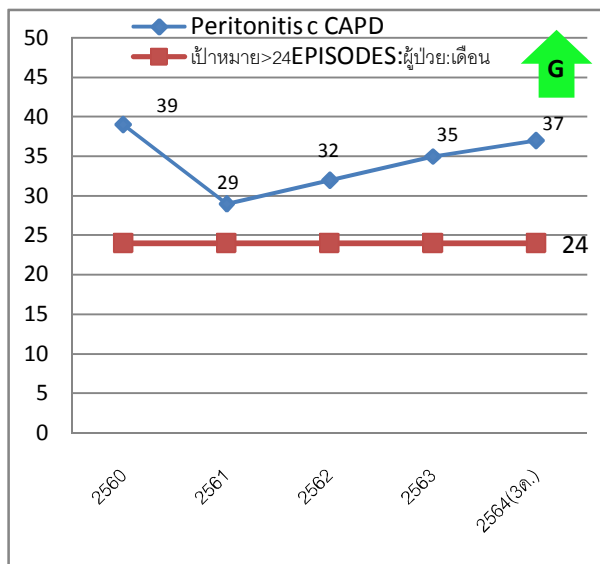
ผลที่เกิดขึ้นเกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

1. มีการใช้ Detudom sepsis protocol ทำให้วินิจัยได้รวดเร็วมากขึ้น
2. การปรับระบบการให้ยา STAT ประกันเวลาที่ 30 นาที (ระยะเวลาเฉลี่ย=26 นาที) ทำให้อัตราการให้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วย Septicemia ภายใน 1 ชั่วโมงทำได้มากขึ้น
3. จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่ทันเกิดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตอย่างอื่นร่วมด้วยทำให้แพทย์รักษาสถานะดังกล่าวก่อนจึงได้รับยาที่หลัง ทีม PCT อายุรกรรมได้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัดโดยใช้ระบบ IT เพื่อให้การติดตามประเมินผู้ป่วย Sepsis ทุกหน่วยงานได้รวดเร็วขึ้น

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามและทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่ทันภายใน 1 ชม.

## Peritonitis rate ในผู้ป่วย CAPD



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา Peritonitis rate ในผู้ป่วย CAPD มีแนวโน้มดีขึ้น

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

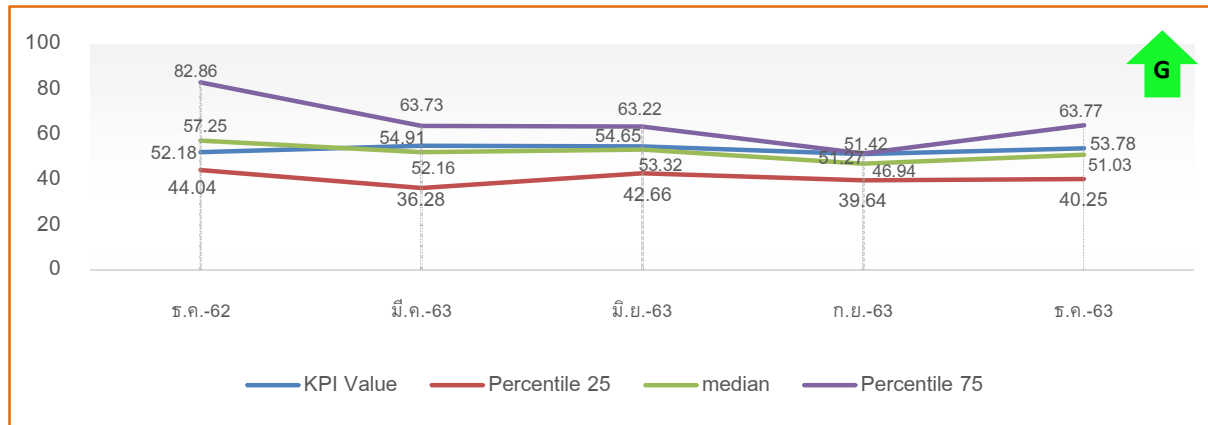
1. มีการปรับปรุง CPG ตามแนวทางของ รพ ศ.สส. และปฏิบัติตามแนวทาง CAPD Bundle

2. ในผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายมีการทบทวนสาเหตุการติดเชื้อแล้วนำมาปรับปรุงระบบการดูแลให้เหมาะสมเช่น ผู้ป่วยที่มีติดเชื้อที่แผลที่หน้าท้อง พบว่าเกิดจากการวางสายเร็วเกินไปในตำแหน่งที่ติดเชื้อ จึงได้รักษาให้หายก่อนจึงทำการวางสายใหม่ เป็นต้น
3. การวางระบบ Training บุคลากรที่รับผิดชอบ การวางระบบดูแลเฉพาะโดยจัดให้มีหอผู้ป่วยสำหรับ CAPD จากเดิมที่อยู่กับหออายุรกรรมหญิงและชาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ขยายศักยภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากปี 2565 รพ.เดชอุดมจะมีอายุรแพทย์โรคไตจบกลับมา
2. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

## DHo๔๐๑ : ร้อยละของผู้ป่วย AF ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๓ ร้อยละของผู้ป่วย AF ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับรพ. สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ. ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่า อยู่ในช่วง ๕๐% percentile

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลความสำเร็จ ประกอบด้วย

๑. คลินิก Warfarin มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม (เพิ่มจากประมาณ ๓๐๐ ราย เป็นประมาณ ๗๐๐ ราย ในปัจจุบัน) ขณะที่จำนวนบุคลากรเท่าเดิม จึงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพียงพอ
๒. ผู้ป่วยบางราย ขาดความรู้และความตระหนักในการรับประทานยา warfarin จึงทำให้เกิดปัญหา Drug Interaction เช่น การรับประทานยาตัวอื่นโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ การรับประทานอาหารที่มีผลต่อยา (Food Interaction)
๓. มีการลดวันคลินิก จากเดิม ๔ วันต่อเดือน ลดเป็น ๒ วันต่อเดือน ทำให้ระบบติดตามผู้ป่วยห่างมากขึ้น ทำให้มีผลต่อการปรับขนาดยาให้เหมาะสม จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เกิดปัญหา Major Bleeding ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานยารายใหม่ เนื่องจากระดับยายังไม่ stable

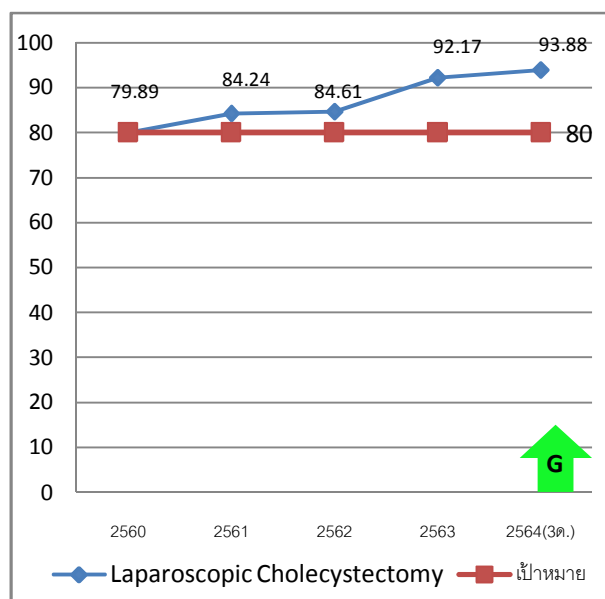
## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยคลินิก Warfarin ประกอบด้วย เพิ่มจำนวนวันที่ออกตรวจคลินิก (ปี ๒๕๖๔ รพ.เดชอุดม จะมีอายุรแพทย์เพิ่มขึ้นรวมเป็น ๕ คน) เพิ่มเภสัชกรเฉพาะทาง Warfarin เพิ่มโภชนาการ เข้าร่วมให้ความรู้กับผู้ป่วย

## ๘๔ ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย (Length of stay)	ลดลง	๓.๙๔	๓.๙๔	๓.๘๔	๓.๙๕	๔.๑๕
จำนวนผู้ป่วย One day Surgery	เพิ่มขึ้น	-	๕๐ (เปิด ๘ เดือน)	๒๑๗	๓๔๙	๘๕
อัตราการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Cholecystectomy	≥๘๐%	๗๙.๘๙	๘๔.๒๔	๘๔.๖๑	๙๒.๑๗	๙๓.๘๘

## อัตราการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Cholecystectomy



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน พบว่า อัตราการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Cholecystectomy มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าค่าเป้าหมายของ รพ.

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่ดี เกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญได้แก่

๑. ในผู้ป่วยที่มีอาการถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง แพทย์ทุกคนได้วางแผนการผ่าตัดโดยทำ LC ทุกราย หากผ่าตัด LC แล้วไม่สามารถทำได้จึงจะเปลี่ยนเป็น

Open Cholecystectomy โดยพบว่าศักยภาพการผ่าตัดแบบส่องกล้องของแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

๒. ได้มีการยืมเครื่องมือผ่าตัดกล้อง ๔K จึงทำให้ผ่าตัดได้มากขึ้น แนวโน้มการผ่าตัดแบบ LC เปลี่ยนเป็น OC ลดลง

๓. มีการพัฒนาการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันให้ได้รับการผ่าตัดแบบ LC ทุกราย โดยเพิ่มการผ่าตัด LC นอกเวลา

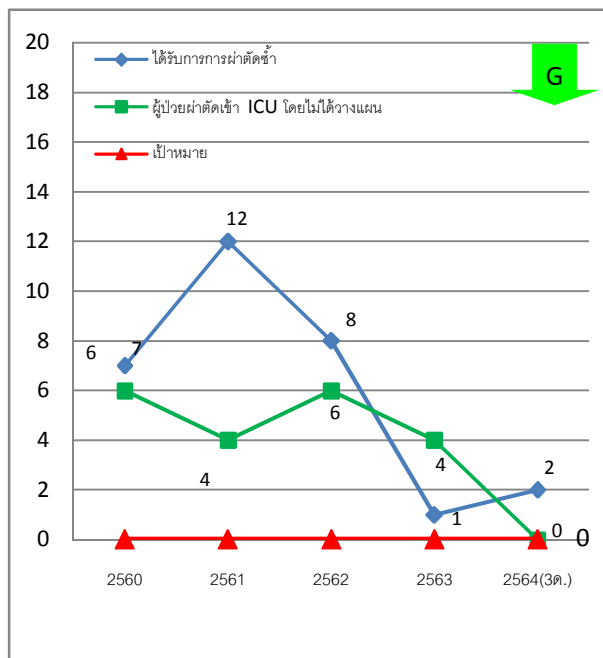
## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. จัดหากล้องผ่าตัดแบบคมชัดสูงเสนอของบลงทุน ปี ๒๕๖๕

## ๘๕ ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
ผ่าตัดผิคนผิข้างผิดำแหน่งที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	๐	๐	๐	๐	๐	๐
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน ๒๔ ชม.	๐ ครั้ง	๗	๑๒	๘	๑	๒
จำนวนอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	๐ ครั้ง	๖	๔	๖	๔	๐

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน ๒๔ ชม. และจำนวนอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

แนวโน้ม จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน ๒๔ ชม. และจำนวนอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๒

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- จากการทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำเนื่องจากปัญหาการ Bleeding หลังผ่าตัดและ Accidental injury จากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ปรับปรุงโดยให้ศัลยแพทย์เพิ่มความระมัดระวังในการผ่าตัด
- การจัดการเครื่องมือห้ามเลือด (Harmonic and Ligasure) และอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้และพัฒนาทีมผ่าตัดโดยจัดให้มี Scrub อาวุโสเข้าร่วมทีม
- มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดเช่น การติดตั้ง Monitor หลังในผู้ป่วยรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ Bleeding การ X-ray ช่องท้องทันทีในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหลังจากได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- การส่งผู้ป่วยผ่าตัดเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและความผิดปกติของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น ผู้ป่วยมีความผิดปกติ Metabolism ของร่างกายต่อยาสลบทำให้ฟื้นช้าจากการผ่าตัด ได้ทำการแก้ไขโดยการจัดโควตาสำรองเตียง ICU ไว้สำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ๑-๒ เตียง
- พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาของวิสัญญีแพทย์ ผ่านคลินิกวิสัญญี การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด Line Consult

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

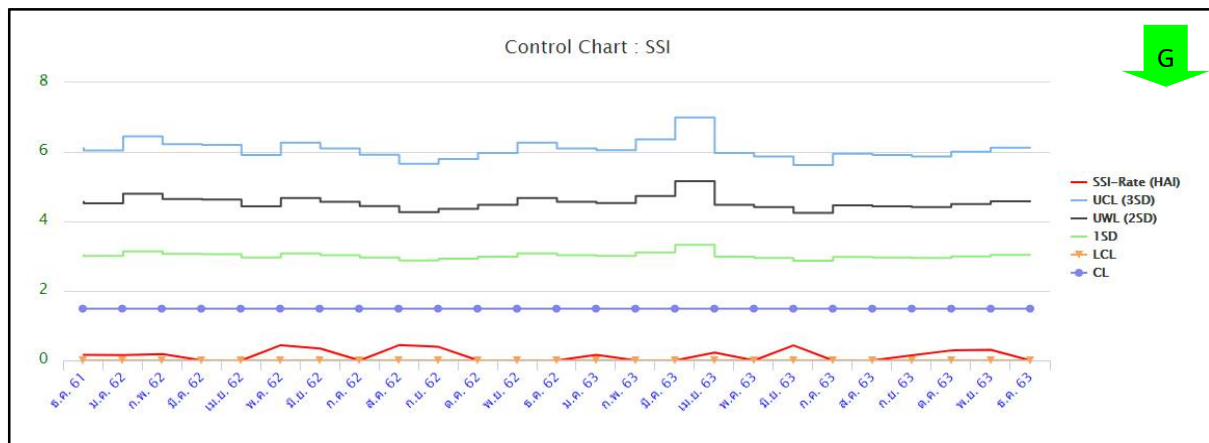
Date: 25/12/2562

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด
๒. วางระบบให้แพทย์ที่มีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยงให้กับแพทย์ที่จบใหม่และพยาบาล
๓. จัดเครื่องมือผ่าตัดให้เพียงพอพร้อมใช้

๘๖ ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	≤๒	๐.๒๘	๐.๓๘	๐.๑๔	๐.๑๕	๐.๑๔
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดรวม	≤๒%	๐.๓๘	๐.๕๖	๐.๑๘	๐.๐๘	๐.๒๕
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (แผลสะอาด)	≤๑.๕%	๐.๑๐	๐.๑๔	๐	๐	๐
อัตราการติดเชื้อแผล C/S	<๒%	๐	๐.๓๐	๐	๐	๐
อัตราการติดเชื้อแผล Appendectomy	<๘%	๒.๕๒	๓.๖๗	๑.๓๙	๐.๖๑	๐.๘๘
อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน รพ.	๐	๐.๐๓	๐	๐	๐	๐

## อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดรวม



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๑ พบมีการติดเชื้อในกลุ่มแผลผ่าตัดสะอาดเพิ่มขึ้น ในกลุ่ม Arthroscopic ACL reconstruction หลังมีการปรับปรุงพบว่า ไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มแผลผ่าตัดสะอาดในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ พบการติดเชื้อในกลุ่ม Contaminated wound, Dirty wound และ Clean contaminated wound จากการทบทวนพบในกลุ่ม Explorelap, Hemicolecotomy, Whipple operation, Sigmoidectomy และ Appendectomy

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จัดทำแนวทางปฏิบัติของการล้างและแช่เครื่องมือ Scope ให้เป็นลายลักษณ์อักษรและติดตามการปฏิบัติของบุคลากร จากการติดตามผลการปฏิบัติไม่พบการติดเชื้อในกลุ่ม Arthroscopic ACL reconstruction
๒. ทีม IC ทบทวนร่วมกับ PCT ศัลยกรรม ปรับให้มีการ Delay primary suture และการ drap ผ้าในตำแหน่งตัดต่อ
๓. ปี ๒๕๖๓ นำ SSI Bundle มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรและให้ PCT แต่ละสาขากำหนดหัตถการเสี่ยงสูงที่จะเฝ้าระวังการติดเชื้อ SSI มีการติดตาม Post D/C Surveillance พบว่าผู้ป่วยมารับการติดตามตามนัดคิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๒
๔. มีการนำ Evidencebased ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย การทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ตั้งแต่งานจ่ายกลาง งานซักฟอก ห่อผู้ป่วย และงานห้องผ่าตัด ภายใต้การนิเทศกำกับของหัวหน้าหน่วยงานร่วมกับ ICN และมีการติดตามประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

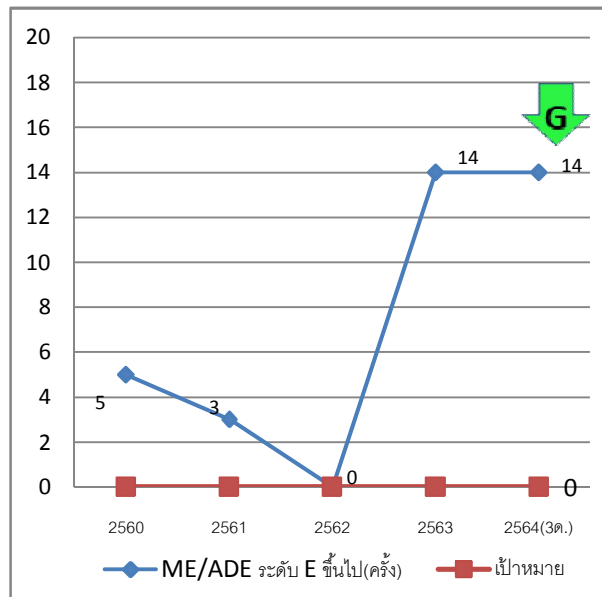
๑. การวางแผนการตรวจ particle count ในห้องผ่าตัด
๒. การทบทวนมาตรการในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะต้องนำมาใช้ซ้ำ

๘๗ ผลระบบบริหารจัดการด้านยาและด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
จำนวนการเกิด ME/ADE ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	๐	๕	๓	๐	๑๔	๑๔
อัตรา Prescribing error : OPD (ต่อ ๑๐๐๐ ใบสั่งยา)/ IPD(ต่อ ๑๐๐๐ /วันนอน)*	OPD <๕/๑,๐๐๐ IPD <๑๐/๑๐๐๐	๓.๘๑/ ๒๓.๒๖	๒.๖๔/ ๙.๙๓	๒.๕๓/ ๑๔.๙๖	๓.๒๓/ ๑๒.๕๔	๔.๕๕/ ๑๒.๑๖
อัตรา Transcribing error(ต่อ ๑๐๐๐ /วันนอน)*	<๕/๑,๐๐๐	๓.๙๓	๑.๘๔	๒.๑๔	๒.๐๒	๕.๐๕
อัตรา Pre-dispensing error: : OPD (ต่อ ๑๐๐๐ ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ ๑๐๐๐ /วันนอน)*	<๕/๑,๐๐๐	๒.๘๔/ ๗.๔๒	๑.๘๕/ ๓.๓๘	๑.๔๘/ ๒.๔๗	๒.๒๑/ ๓.๘๘	๑.๘๗/ ๘.๓๖
อัตรา Dispensing : OPD (ต่อ ๑๐๐๐ ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ ๑๐๐๐ /วันนอน)*	OPD =๐/๑,๐๐๐ IPD <๑๕/๑๐๐๐	๐.๒/ ๑๗.๘๙	๐.๑๙/ ๑๓.๖๙	๐.๐๖/ ๑๔.๓๓	๐.๐๙/ ๒๒.๐๒	๐.๐๕/ ๒๖.๖๗
อัตรา Administration IPD (ต่อ ๑๐๐๐ /วันนอน)*	<๒/๑๐๐๐	๕.๒๐	๐.๘๘	๑.๘๕	๓.๖๗	๗.๗๕
จำนวนการแพ้ยาซ้ำ	๐ ครั้ง	๒	๐	๐	๐	๐
จำนวนการให้เลือด ผิดหมู่ ผิดชนิด*	๐	๐	๐	๐	๐	๐



## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

## จำนวนการเกิด ME/ADE ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

พบว่า จำนวนการเกิด ME/ADE ระดับ E ขึ้นไปมีจำนวนสูงขึ้นในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญได้แก่

๑. การเพิ่มขึ้นของการรายงานส่วนหนึ่งเกิดจากการปรับระบบรายงานและสร้างความรู้ความเข้าใจในการรายงาน ME/ADE ชนิดต่างๆเพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นการเกิด extravasation จากการให้ยา HAD และการบริหารยาผิด ได้ทำการทบทวนและปรับปรุงแนวทาง

ปฏิบัติในการให้ยา HAD ได้แก่ การปรับขนาดยาและความเข้มข้น การติดตามหลังให้ยา กำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมในการให้ยา รวมทั้งจัดทำแนวทางแก้ไขกรณีเกิด extravasation ให้เหมาะสม

๒. ส่วนการบริหารยาผิดได้ทบทวนพบว่าสาเหตุสำคัญคือ ขาดระบบการ identify ผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน ในปี ๒๕๖๔ ทางโรงพยาบาลจึงได้จัดทำวิธีปฏิบัติ (WI) ในการระบุตัวผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

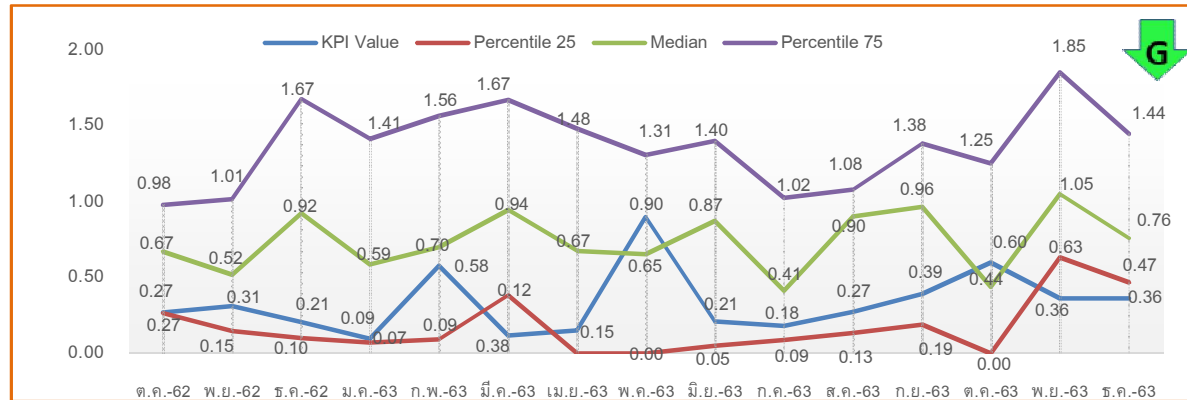
๑. พัฒนาระบบการดูแลโดยให้เน้นหลักการบริหารยาตามหลัก ๗R
๒. การติดตามหลังให้ยาเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๘๘ ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ระดับ ๒-๔ (สูตร ๒)	<๑:๑๐๐๐ วันนอน	๔.๑๖	๒.๙๐	๖.๘๙	๓.๙๕	๕.๓๗
อัตราการพลัดตกหกล้ม (ต่อ ๑๐๐๐ วันนอน)	๐	๐.๐๘	๐.๐๕	๐.๐๖	๐.๑๓	๐.๒๕

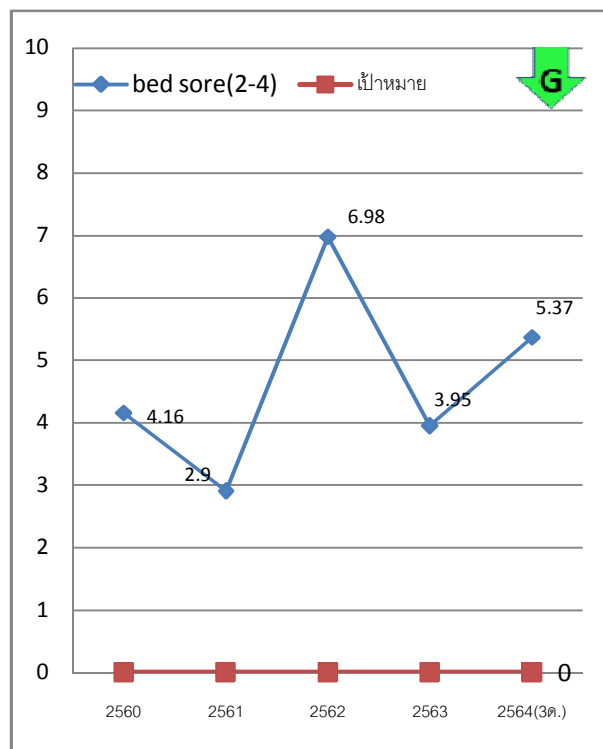
## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

## CGo๑๐๑ อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล



## อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับ ๒-๔



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๓ พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล มีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับรพ.สมาชิกในกลุ่ม M๑ ของ รพ.ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการ THIP พบว่าต่ำกว่าช่วง ๒๕% percentile

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ผลที่ดีเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. มีการประเมินBraden scaleแรกรับทุกราย ในเคสกลุ่มเสี่ยงจะมีการประเมินซ้ำทุกเวร เน้นการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันแผลกดทับ

๒. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับของแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อนำมากำหนดแนวทางเฝ้าระวังร่วมกัน

๓. มีการกำหนดแนวทางเก็บตัวชี้วัดในแนวทางเดียวกันรวมทั้งสะท้อนข้อมูลผลลัพธ์การดูแลไปสู่หอผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อให้หน่วยงานได้ทบทวนเคสและแนวทางดูแลรักษาให้เหมาะสม

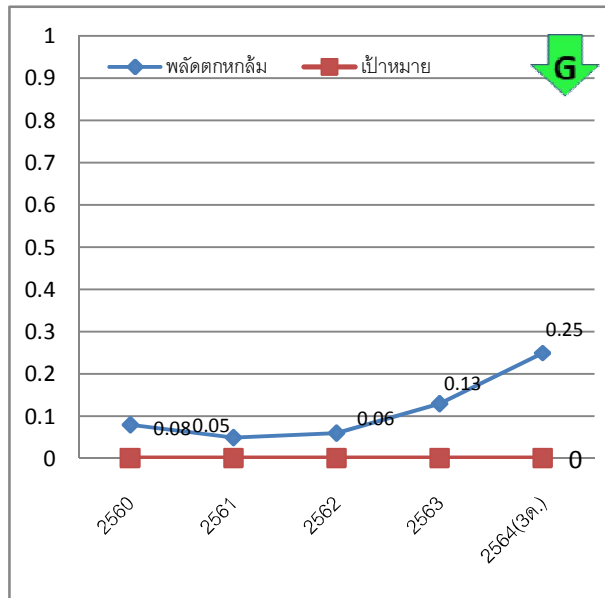
๔. จากการทบทวนในปี ๒๕๖๔ พบว่า มีการเพิ่มขึ้นในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบในเคสผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองมาได้ จึงได้ KM เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับของแต่ละหอผู้ป่วย

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. จัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

๒. พัฒนาระบบการเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพื่อป้องกัน

## อัตราการพลัดตกหกล้มต่อ ๑๐๐๐ วันนอน



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มต่อ ๑๐๐๐ วันนอน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากทบทวนพบว่า มีการเกิดทั้งหมด ๑๗ ครั้ง โดยพบว่าเกิดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน ๙ ครั้ง รองลงมาคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเกิดจำนวน ๔ ครั้ง จากการวิเคราะห์ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เกิดจากการวิ่งเล่นของเด็กกระหว่างพักในหอผู้ป่วยและตกเตียงขณะอยู่กับการด่า ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์พบในกรณีผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ

เกิดการเข่าอ่อน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพบในผู้ป่วยขาดเหล้าและผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม

๒. หอผู้ป่วยอายุรกรรมได้วางแผนทางปฏิบัติโดยให้ประเมิน Fall scale ในผู้ป่วยทุกราย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นและจัดให้อยู่ในบริเวณที่เฝ้าระวังได้ มีผู้ป่วยขาดเหล้า ๑ ราย กระโดดตก (ความเสี่ยงระดับ F) ได้นำมาทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยขาดเหล้าเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในผู้ป่วยรายอื่น

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

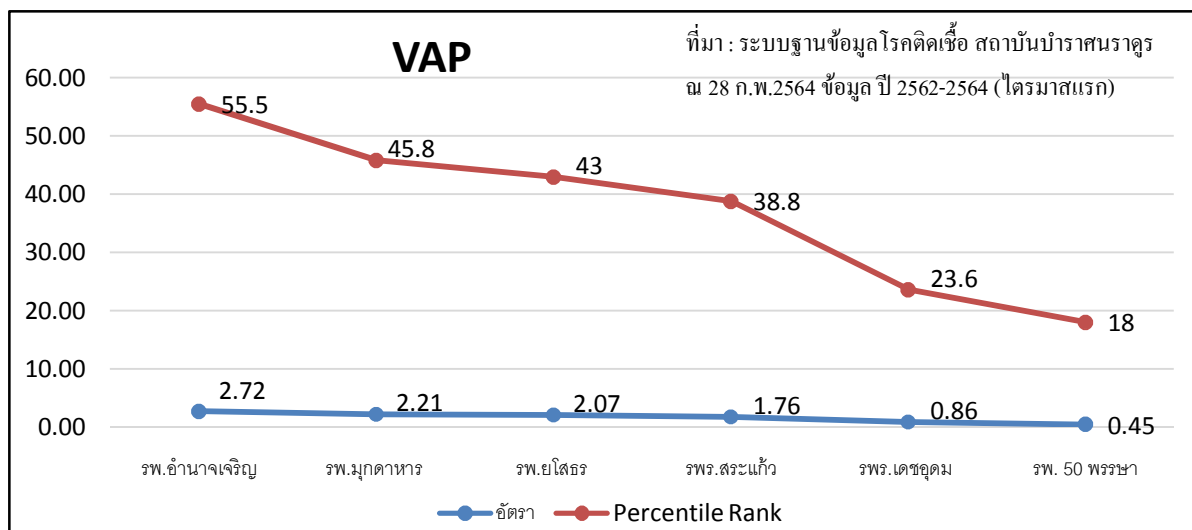
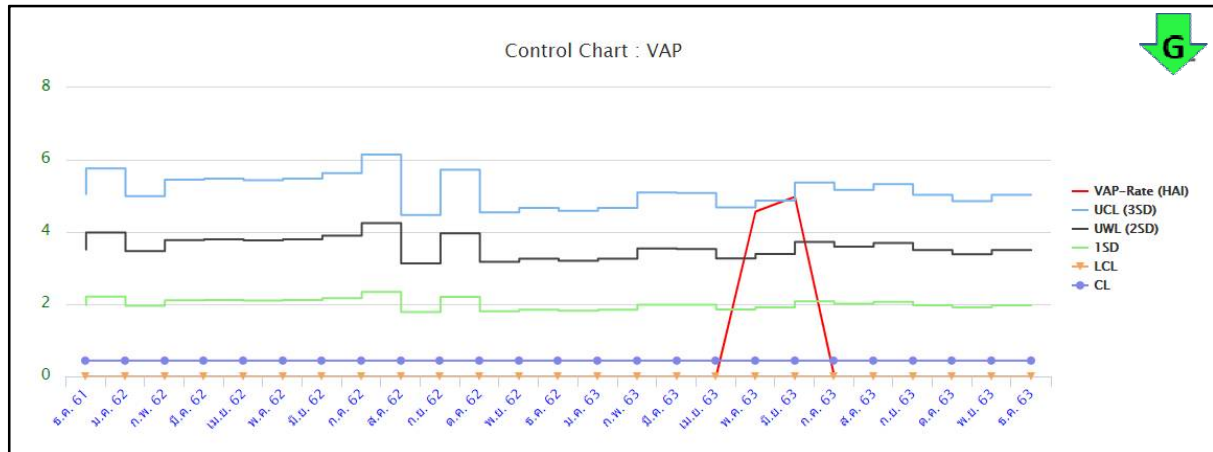
๑. พัฒนาแนวปฏิบัติเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse Fall risk assessment tool) ร่วมกับการปรับปรุงให้สอดคล้องตามบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย ขยายให้มีการนำไปใช้ประเมินในหอผู้ป่วยทุกหอ

๘๙ ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	<๕%	๐.๙๘	๐.๖๖	๐	๐.๘๖	๐
อัตราการติดเชื้อ Phlebitis	≤๒%	๐.๐๕	๐.๐๑	๐.๐๑	๐.๑๓	๐
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/๑,๐๐๐ Cath. Days*	≤๒%	๐	๐.๐๘	๐	๐	๐
อัตราการรายงานผล Trop I ทันเวลา	≥๘๐%	-	-	๖๕.๓	๖๖.๗	๗๘
อัตราการรายงานผล CBC ทันเวลา	≥๘๐%	๗๔.๖	๗๘	๖๕	๘๘.๕	๘๙.๕
อัตราผล EQA อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	≥๘๐%	๙๕.๒	๙๖.๖	๙๖.๘	๙๗.๙๕	๑๐๐

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

## อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน พบว่า อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดใกล้เคียงกันในโครงการรายงานระบบโรคติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร พบว่าอยู่ในช่วง ๒๕% Percentile หายใจต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

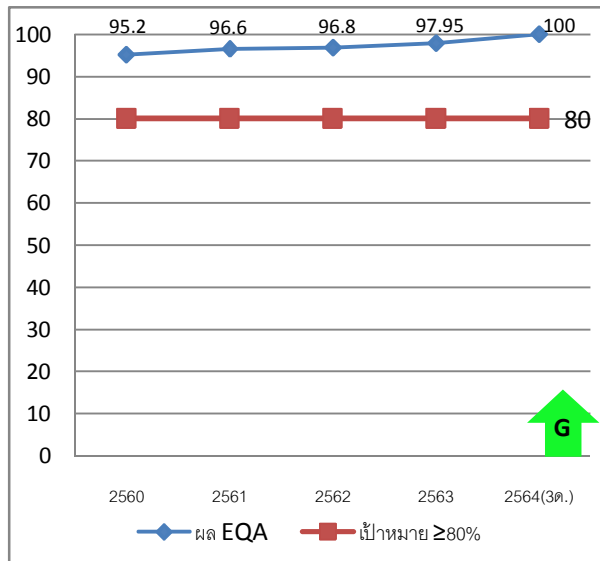
๑. ใน เดือน พค. และ มิย. ๒๕๖๓ พบเดือนละ ๑ ราย ได้พัฒนาระบบการดูแลโดยนำ WHAP bundle และ Weaning Protocol มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติซึ่งบุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง
๒. มีการนำ Evidencebased ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจมาใช้ในทบทวน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
๓. นวัตกรรมที่นำมาใช้ปิดข้อต่อ Ambubag ช่วงที่ถอดออกจากเครื่องช่วยหายใจ และการใช้ CHCG ๐.๒% ก่อนการ Feed อาหารทุกรอบและการแปรงฟันเข้า-เย็น

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. การพัฒนาสมรรถนะและความรู้ของผู้ร่วมปฏิบัติงานทุกระดับ
๒. การนิเทศติดตามประเมินทักษะในการปฏิบัติของบุคลากรที่ร่วมทีม เช่น ผู้ช่วยพยาบาล

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

## อัตราผล EQA อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน พบว่า อัตราผล EQA มีแนวโน้มถูกต้องเพิ่มขึ้น

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. มีการพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาชีพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๒. มีระบบการสอบเทียบเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมการตรวจวิเคราะห์ที่สำคัญครบถ้วน

๓. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายใน การ

ควบคุมคุณภาพภายนอก การประกันคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ตามมาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙:๒๐๑๒, ISO ๑๕๑๘๐ : ๒๐๐๓

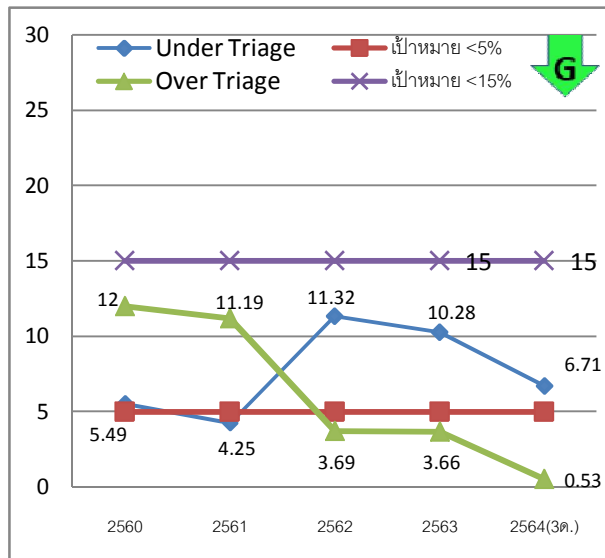
## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาบุคลากร/ระบบเครื่องมือ/ระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (LIS)

## ๙๐ ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
อัตราการมี ROSC (Return of spontaneous circulation)		ND	๓๒.๔๓	๓๑.๑๑	๓๖.๐๗	๓๓.๓๓
อัตราการ Under Triage	<๕%	๕.๔๙	๔.๒๕	๑๑.๓๒	๑๐.๒๘	๖.๗๑
อัตราการ Over Triage	<๑๕%	๑๒	๑๑.๑๙	๓.๖๙	๓.๖๖	๐.๕๓
ร้อยละการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วยที่ตกเลือดหลังคลอด	๐%	๐.๑๖	๐.๑๖	๐.๑๐	๐	๐.๒๔
อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิดใน ๑ นาที	<๑ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๒.๑๗	๒.๒๕	๑.๙๓	๑.๑๐	๐.๑๕
อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิดใน ๕ นาที	<๑ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๐.๖๒	๐.๙๖	๔.๑๘	๐.๓๖	๐.๑๕

## อัตราการ Under Triage และอัตราการ Over Triage



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

อัตราการ Under Triage และอัตราการ Over Triage มีแนวโน้มดีขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน แต่อัตราการ Under Triage ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากการทบทวน Under Triage พบ บ่อยในกลุ่มผู้ป่วย STEMI Sepsis โรคระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้คัดกรองไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การคัดกรอง รวมทั้งส่วนหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ที่อายุน้อย

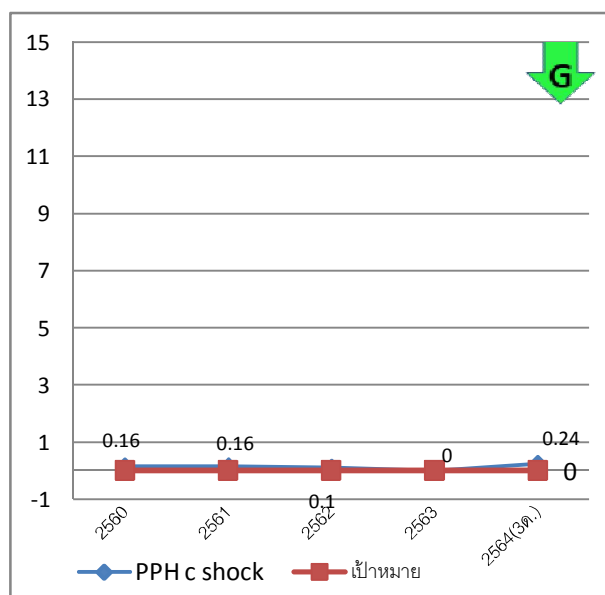
ต่ำกว่าสามปีที่ได้ไปอยู่ที่จุดคัดกรอง เกณฑ์ระดับชมพูและสีเหลืองมีการคลาดเคลื่อน (Level ๒ และ ๓) จึงได้มีการปรับเกณฑ์คัดกรองให้ละเอียดขึ้นทุก PCT เน้นการคัดกรองให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ ปรับการคัดกรองให้เป็นสองครั้ง โดยครั้งแรกคัดกรองที่หน้า ER ครั้งที่สองโดยพยาบาลหัวหน้าเวร/พยาบาลที่รับผู้ป่วย

๒. จากการทบทวน Over Triage ในผู้ป่วย ER เนื่องจาก ER มีแพทย์ EP มาประจำการมีการกำหนดเกณฑ์การตรวจที่ ER ร่วมกับ PCT ต่างๆ อย่างสม่ำเสมอแพทย์ EP ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งหมดด้านการคัดกรอง ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ER และ OPD ในการใช้เกณฑ์ Triage ที่ถูกต้อง
๒. จัดให้มีการทบทวน ประเมินติดตามการใช้เกณฑ์อย่างต่อเนื่อง
๓. เพิ่มแพทย์ EP ประจำการที่ ER (จบปี ๒๕๖๕, ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ ปีละ ๑ คน)

## ร้อยละการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วยที่ตกเลือดหลังคลอด



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๔ ร้อยละการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วยที่ตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วย PPH มีแนวโน้มลดลง โดยการเกิด PPH c shock ลดลง (ปี๒๕๖๑=๑ ราย ปี๒๕๖๒=๒ราย ปี๒๕๖๓=๑ ราย ปี๒๕๖๔= ๑ ราย) จากการทบทวนพบว่า เคสที่พบเป็น Elective C/S ส่วนปี ๒๕๖๔ เกิดจากคลอด ND ๑ รายและเกิด Hematoma ที่ Perinium เนื่องจากการตัด Episiotomy ที่ใหญ่เกินไป

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

๒. PCT สูติกรรมจึงได้ปรับปรุงพัฒนาการส่งต่อเพื่อการผ่าคลอดได้อย่างปลอดภัย มีการเตรียมเลือดเพิ่มขึ้น ในรายที่มีความเสี่ยงสูง มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่คลินิกกวีญญู

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

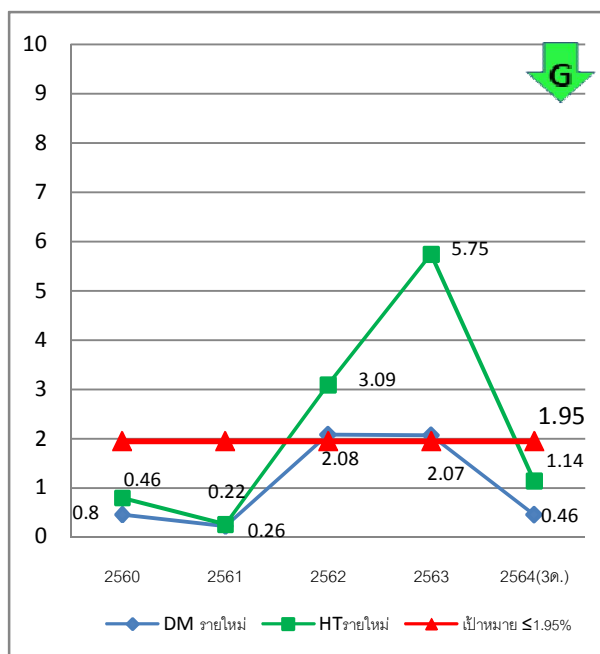
๑. ติดตามประเมินการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้
๒. พัฒนาระบบการดูแลใน รพช.เครือข่าย

## (๒) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

## ๙๑ ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
ร้อยละผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	≤๑.๙๕%	๐.๔๖	๐.๒๒	๒.๐๘	๒.๐๗	๐.๔๖
ร้อยละผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	≤๑.๙๕%	๐.๘๐	๐.๒๖	๓.๐๙	๕.๗๕	๑.๑๔
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥๕๐	๔๔.๐๒	๕๘.๗๕	๗๐.๓๘	๕๖.๔๒	๕๑.๕๐
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥๔๐	๑๒.๒๔	๔๗.๒๑	๓๐.๘๒	๒๖.๘๖	๒๗.๒๒

## ร้อยละผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและร้อยละผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๓ จนถึงปัจจุบัน พบว่า ร้อยละผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและร้อยละผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น เกิดจากนโยบายสสจ.อุบลราชธานีที่มุ่งให้ รพ.สต. ทุกแห่งดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก

๒. จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีอาชีพกรีดยาง เปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จนกลายเป็นกลุ่มป่วย

๓. ในปี ๒๕๖๑-๖๓ ร้อยละของผู้ป่วย DM รายใหม่เพิ่มขึ้นน้อยเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมาก ขณะที่ร้อยละของผู้ป่วย HT รายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนน้อยกว่าทำให้สัดส่วนร้อยละเพิ่มมาก

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

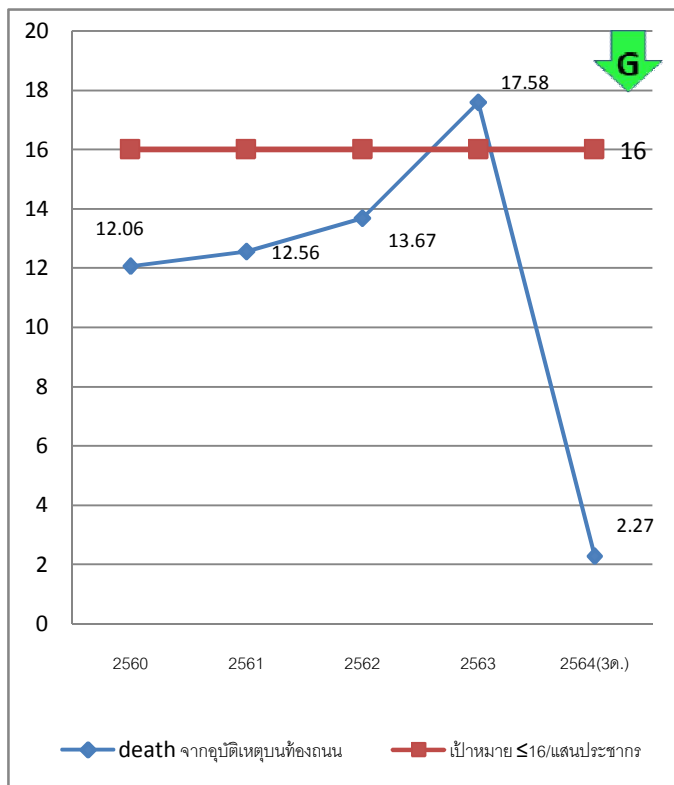
๑. จัดกิจกรรมค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องและสนับสนุนให้รพ.สต./เครือข่ายชุมชน/ท้องถิ่น
๒. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง DM และ HT



## ๙๒ ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	≤๑๖/แสนประชากร	๑๒.๐๖	๑๒.๕๖	๑๓.๖๗	๑๗.๕๘	๒.๒๗
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคน (ลดลงจากค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง)	ลดลงร้อยละ ๒๐	๑๙.๒	๑๒๘.๕๗	๓๕๐.๐๒	๑๖๗.๐๘	๑.๕๗
อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน	<๕%	๔.๔๙	๔.๑๐	๓.๐๑	๒.๘๗	๘.๓๓

## อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

การปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากการสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนพบว่า การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากกิจกรรมของผู้ขับขี่ ขับรถเร็ว ไม่ใช้อุปกรณ์ภัย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่จักรยานยนต์ รายมีการดื่มสุรา ๒) ส่วนหนึ่งเกิดมาจากสภาพแวดล้อมถนนที่มีด ศูนย์ปลอดภัยทางถนนภาคตะวันออกได้ลงสอบสวนเหตุ วิเคราะห์สาเหตุ ส่งต่อข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการแก้ไข เช่น เพิ่มไฟสัญญาณจราจรจุด ๒ จุด เพิ่มไฟฟ้าส่องสว่างบริเวณถนนที่มีด

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

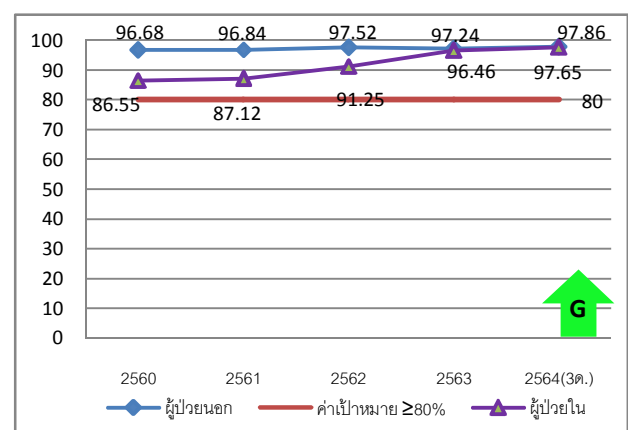
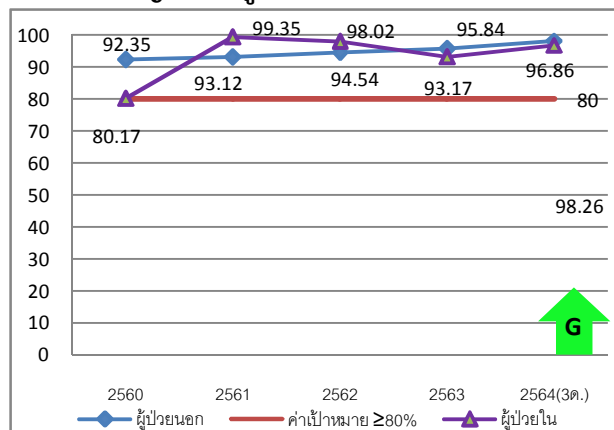
๑. ทำ MOU ธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล ๑๖ แห่ง ซึ่งมีเรื่องเกี่ยวกับการลดอุบัติเหตุทางถนนอยู่ด้วย

## IV-๒ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)

## ๙๓ ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓ด.)
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	>๘๐%	๗๗.๐๗	๘๔.๕๒	๙๑.๘๓	๘๙.๒๘	๗๕.๐๔
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	>๘๐%	๘๔.๑๐	๘๑.๓๗	๘๘.๐๗	๙๐.๔๘	๙๐.๕๖
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	>๘๐%	๙๒.๓๕	๙๓.๑๒	๙๔.๕๔	๙๕.๘๔	๙๘.๒๖
ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	>๘๐%	๘๐.๑๗	๙๙.๓๕	๙๘.๐๒	๙๓.๑๗	๙๖.๘๖
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการ	>๘๐%	๙๖.๖๘	๙๖.๘๔	๙๗.๕๒	๙๗.๒๔	๙๗.๘๖
ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการ	>๘๐%	๘๖.๕๕	๘๗.๑๒	๙๑.๒๕	๙๖.๔๖	๙๗.๖๕

## ร้อยละของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำร้อยละของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการ



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำร้อยละของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการ สูงกว่าค่าเป้าหมาย

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. มีการเพิ่มขึ้นของความคิดเห็นผู้รับบริการที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำและแนะนำญาติ/คนรู้จักใช้บริการ
๒. จากการวิเคราะห์เกิดจากรพ.ได้มีการพัฒนาศักยภาพการรักษาเฉพาะทางครบทุกสาขาหลักและสาขาย่อยที่จำเป็น ทำให้สามารถรองรับการส่งต่อของรพ.เครือข่าย และ ลดการส่งต่อไป รพ. ระดับสูงกว่าโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการที่รพ.ใกล้บ้าน

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. วิเคราะห์เชิงลึกในข้อมูลความพึงพอใจและเหตุผลในการใช้บริการ เพื่อนำพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในให้ตอบสนองมากขึ้น
๒. พัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรรพ.

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

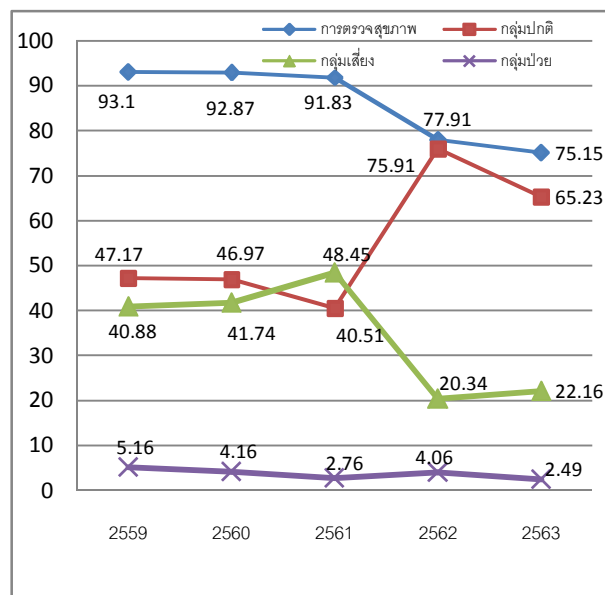
Date: 25/12/2562

## IV-๓ ผลด้านกำลังคน

## ๔๔ ผลด้านกำลังคน (IV-๓)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ตรวจพบเป็นวัณโรค	๐	๐	๒	๑	๐	๐
ดัชนีความพึงพอใจ (Happinometerindex)	≥๗๕%	๖๕.๘๘	๕๗.๕๕	๕๙.๔๔	๖๖.๗๙	รอ ดำเนินการ
Turn over rate ภาพรวมทั้ง รพ.	≤๕%	๕.๘๓	๖.๑๘	๓.๔๖	๒.๕๒	๐.๙๘
อัตราการลาออกของกลุ่มข้าราชการ	≤๕%	๑.๒๒	๑.๔๑	๐.๘๑	๐.๐๒	๐.๔๒
อัตราการลาออกของกลุ่มลูกจ้างชั่วคราววิชาชีพ	≤๕%	๙.๘	๑๕.๔๖	๘.๑๑	๑๒.๙	๑.๙๒
อัตราการลาออกของกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวทั่วไป	≤๕%	๙.๗๖	๙.๗๖	๔.๗๒	๓๐.๑๙	๑.๔๓
ความพึงพอใจของบุคลากรตาม FTE	≥๘๐%	๑๐๖.๓๒	๗๙.๒๐	๘๓.๓๐	๘๕.๒๐	๙๘.๖๗
ร้อยละการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล	๑๐๐%	๙๒.๘๗	๙๑.๘๓	๗๗.๙๑	๗๕.๑๕	รอ ดำเนินการ
ผลการตรวจ กลุ่มปกติ		๔๖.๙๗	๔๔.๕๑	๗๕.๙๑	๖๕.๒๓	รอ ดำเนินการ
ผลการตรวจ กลุ่มเสี่ยง		๔๑.๗๔	๔๘.๔๕	๒๐.๓๔	๒๒.๑๖	รอ ดำเนินการ
ผลการตรวจ กลุ่มป่วย		๔.๑๖	๒.๗๖	๔.๐๖	๒.๔๙	รอ ดำเนินการ

## ร้อยละการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน พบว่าร้อยละการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย (๑๐๐%) ร้อยละผลการตรวจสุขภาพกลุ่มปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละผลการตรวจกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีแนวโน้มลดลง

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากการวิเคราะห์พบว่า ร้อยละการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานการณ์โควิด ๑๙ ทำให้เลื่อนกำหนดการตรวจสุขภาพไปช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และจำเป็นต้องปิดการตรวจเพื่อให้ทันการเบิกจ่ายจึงทำให้

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

มีเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งเข้ามาตรวจไม่ทัน ทีมอาชีวอนามัยจึงได้ใช้วิธีการประสานงานเพื่อติดตามเจ้าหน้าที่ให้มาตรวจ

๒. จากข้อมูลผลการตรวจร้อยละกลุ่มปกติเพิ่มขึ้น และร้อยละผลการตรวจสุขภาพกลุ่มป่วยลดลง เป็นผลมาจากสัดส่วนของเจ้าหน้าที่รพ.เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากได้มีการเพิ่มเจ้าหน้าที่อายุน้อยมากขึ้น(ประมาณ ๓๐๐ คนในช่วงสามปีที่ผ่านมา)
๓. ในกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นปัญหาอ้วนลงพุง BMI เกิน และในกลุ่มป่วย พบเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง รพ. ได้มีนโยบายสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพสำหรับบุคลากร เช่น สนามกีฬา ตลาดผักปลอดสารพิษ การลดอาหารว่าง การออกกำลังกายระหว่างประชุม ชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพ ชมรมฟุตซอล ชมรมจักรยาน เป็นต้น

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาระบบการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่และ ส่งเสริมให้ระดับหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพและสื่อสารสู่บุคลากรโดยตรง
๒. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล

## IV-๔ ผลด้านการนำ

๔๔ ผลด้านการนำ (IV-๔)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
อัตราความสำเร็จของการพัฒนาตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan)	๑๐๐%	๗๑.๔๒	๘๕.๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ค่า CMI	>๑.๒	๑.๐๒	๑.๐๒	๑.๐๔	๑.๐๕	๑.๑๘
ผลรวมของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Sum adjust RW)	>๓๑๐๐๐	๒๓๗๗๑	๒๓๖๘๓.๗๗	๒๙๗๔๕.๒๗	๓๒๔๔๐.๐๔	๘๘๒๗.๖๓
อัตราการครองเตียง	≥๘๐%	๑๐๒.๙๕	๑๐๖.๒๐	๑๑๐.๘๖	๙๒.๖๗	๙๘.๑๗
การประเมินมาตรฐานสถานบำบัดยาเสพติด		-	-	Re-acc ๓	-	-
อุบัติการณ์ฟ้องร้องต่อโรงพยาบาล	๐ ครั้ง	๐	๑	๐	๑	รือ

## ค่า CMI ผลรวมของค่านำหนักสัมพัทธ์ (Sum adjust RW)



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน พบว่า แนวโน้มค่า CMI เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย >๑.๒ แนวโน้มผลรวมของค่านำหนักสัมพัทธ์ (Sum adjust RW) เพิ่มขึ้นมากกว่าค่าเป้าหมาย (Sum adjust RW>๓๑๐๐๐) (ค่าเป้าหมาย CMI และ Sum adjust RW เป็นค่าของ รพ. ระดับ S)

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. จากการวิเคราะห์ รพ. ต้องรับผู้ป่วยตลอดปกติจากรพ.เครือข่ายโซน ๔ ทั้งหมด ทำให้ปริมาณคลอดผู้ป่วยปกติเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ CMI และ SumAdjusted RW ต่ำลงกว่าค่าที่ควรจะเป็น
๒. รพ. ได้พัฒนาการรักษาในโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นโดยการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ให้แพทย์เฉพาะทาง เช่น จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะมีการพัฒนาศักยภาพของแพทย์เช่น ศัลยแพทย์ผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ERCP การผ่าตัดแบบส่องกล้องลำไส้ใหญ่
๓. มีการ Audit Chart โดยทีม Auditor โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่นอนรพ.นานและใช้อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆที่มีค่าใช้จ่ายสูง
๔. ปี ๒๕๖๔ ได้ขยายเตียง ICU จาก ๘ เตียงเป็น ๑๒ เตียง

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

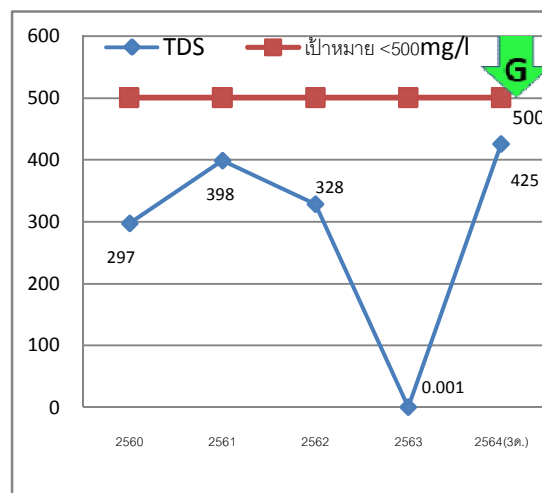
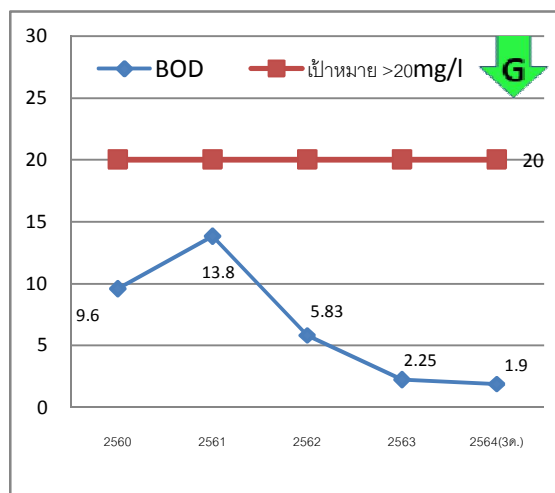
๑. พัฒนาศักยภาพเพิ่มเตียงเป็น ๑๖ เตียง(มีย๒๕๖๔)เพิ่มห้องผ่าตัดจาก ๖ ห้องเป็น ๘ ห้อง

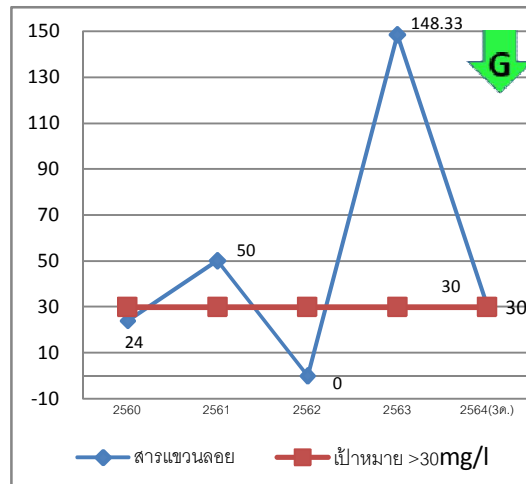
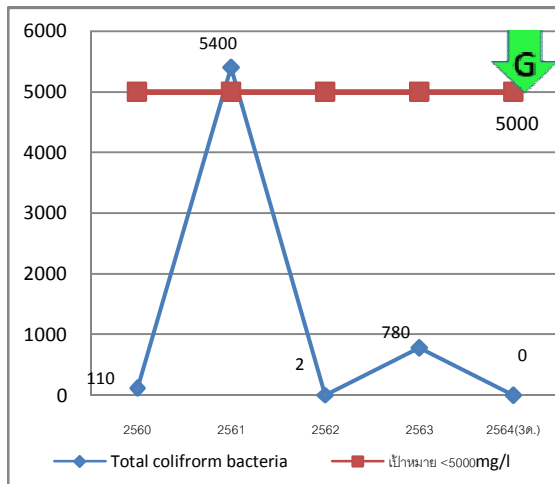
## IV-๕ ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ

## ๙๖ ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (๓๓.)
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥๘๐%	๘๕.๑๐	๘๗.๘๕	๘๘.๘๒	๙๐.๐๐	๙๑.๕๓
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥๘๐%	๘๘.๖๗	๘๔.๕๘	๘๓.๙๕	๗๘.๗๖	๘๒.๖๔
ผลการวิเคราะห์ค่าพารามิเตอร์						
BOD	ไม่เกิน ๒๐ mg/l	๙.๖	๑๓.๘	๕.๘๓	๒.๒๕	๑.๙๐
TDS	ไม่เกิน ๕๐๐ mg/l	๓๙๘	๓๒๘	๐.๐๐๑	๔๒๕	๓๕๗.๐
Total coliform bacteria	๕๐๐๐ MPN/ ๑๐๐ml	๑๑๐	๕๕๐๐	<๒	๗๘๐	ND
สารแขวนลอย	ไม่เกิน ๓๐ mg/l	๒๔	๕๐	ตรวจไม่พบ	๑๔๘.๓๓	๓๐
อัตราการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์	>๗๐%	๗๐.๔๙	๗๖.๙	๔๗.๑๐	๓๐.๔๒	๙๒.๔๒
อัตราการสอบเทียบผ่านของเครื่องมือ	๑๐๐ %	๙๗.๕๘	๙๙.๔๙	๙๙.๕๖	๙๙.๐๑	๙๖.๔๗
อัตราวัสดุคงคลังยา	≤๑.๕ เดือน	๑.๖๒	๑.๘๔	๑.๖๕	๑.๗๙	๑.๗๓
อัตราวัสดุคงคลังเวชภัณฑ์	≤๑.๕ เดือน	๐.๘๔	๑.๑๖	๑.๔๘	๑.๓๐	๑.๓๒
จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	ลดลง	๗๓	๑๙	๖	๔	๔
จำนวนอุบัติการณ์ระดับ G-I ที่เกิดซ้ำ	ลดลง	๑๓	๑๐	๑	๑	๐

## ผลการวิเคราะห์ค่าพารามิเตอร์





### การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ค่าพารามิเตอร์ทุกค่าพบว่าไม่เกินค่าเป้าหมาย (เป็นผลการตรวจระบบบำบัดเดิม ระบบใหม่รอผลการตรวจจะได้รับปลายเดือน มีค.)

### การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

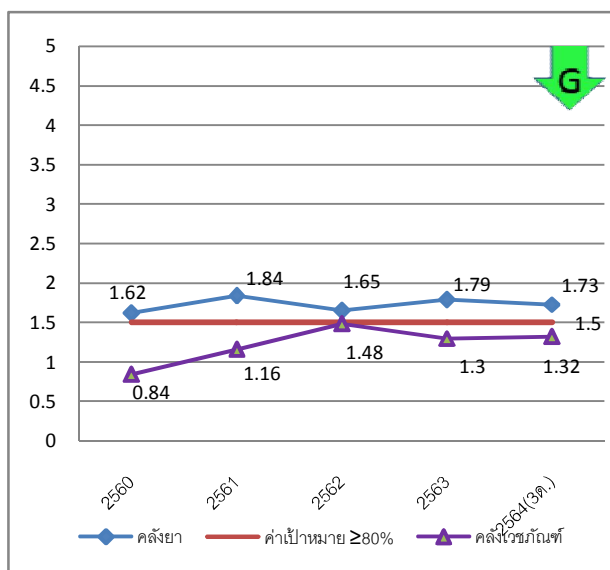
มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- ระบบบำบัดน้ำเสียเดิมก่อสร้างเมื่อ ปี ๒๕๔๗ รองรับน้ำเสียได้ไม่เกิน ๙๐ ลบ.ม. ต่อวัน รพ. ขยายเตียงมากขึ้นจึงมีปริมาณน้ำเสียเข้าสู่ระบบมากเกินกว่าที่ออกแบบไว้ ปี๒๕๖๔ รพ.ได้สร้างระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ขนาด ๕๐๐ ลบ.ม. ต่อวัน (ประมาณการน้ำเสียจากผู้ป่วยอยู่ที่ ๒๔๐ ลบ.ม.ต่อวัน) ปัจจุบันน้ำเสียทั้งหมดเข้าสู่ระบบบำบัดใหม่เรียบร้อยแล้ว
- ขณะนี้อยู่ระหว่างการรอผลตรวจการบำบัดน้ำเสียหลังจากการเปิดใช้งานระบบใหม่

### แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดให้กวีวิชาการสาธารณสุขประจำการสำหรับดูแลระบบบำบัดน้ำเสียโดยตรง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

### อัตราวัสดุคงคลังยาและอัตราวัสดุคงคลังเวชภัณฑ์



### การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

แนวโน้มอัตราคงคลังยาสูงเกินเป้าหมายเล็กน้อย แนวโน้มอัตราวัสดุคงคลังเวชภัณฑ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

### การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- ปัจจัยที่ทำให้ต้องมีการสำรองเงินอัตราที่กำหนด ได้แก่ ปัญหาด้านสถานการณ์การเงินที่มีการชำระหนี้ล่าช้าบางช่วงเวลา อาจทำให้ขาดความคล่องตัวในการสั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์ จึงต้องสำรองยาเพื่อไว้ในช่วงที่ยังสามารถสั่งซื้อได้



## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

๒. การสำรองที่มากกว่าเป้าหมายเล็กน้อยเพื่อป้องกันปัญหาด้านยาและวัตถุดิบขาดแคลนทั่วประเทศในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้การสำรองเพิ่มให้มีเพียงพอพร้อมใช้

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

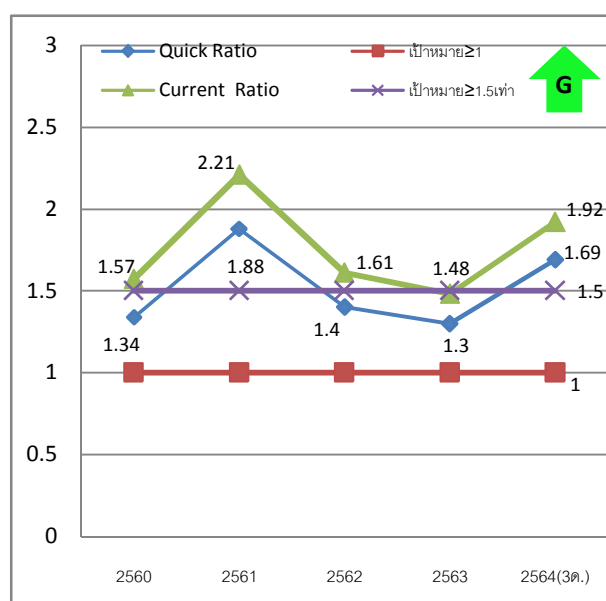
๑. PCTวางแผนร่วมกับ CFO ที่จะให้มีการควบคุมกำกับการบริหารพัสดุของทั้งโรงพยาบาล การบริหารระบบชำระหนี้การค้า

## IV-๖ ผลด้านการเงิน

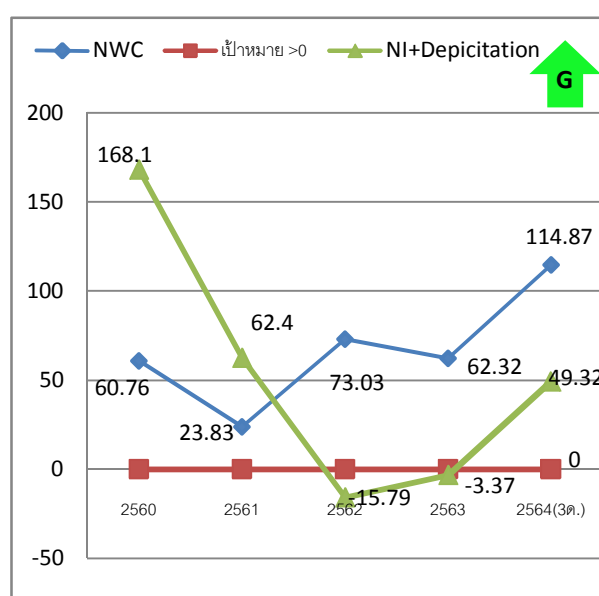
## ๙๗ ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-๖)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔ (กค.)
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick Ratio)	≥๑ เท่า	๑.๓๔	๑.๘๘	๑.๔	๑.๓๐	๑.๖๙
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	≥๑.๕ เท่า	๑.๕๗	๒.๒๑	๑.๖๑	๑.๔๘	๑.๙๒
ทุนหมุนเวียน NWC (mb)	>๐	๖๐.๗๖	๒๓.๘๓	๗๓.๐๓	๖๒.๓๒	๑๑๔.๘๗
NI+Depicitation (mb)	>๐	๑๖๘.๑	๖๒.๔	-๑๕.๗๙	-๓.๓๗	๔๙.๓๒
Risk Score	๐	๐	๐	๑	๒	๐

อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)  
และอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)



ทุนหมุนเวียน NWC (mb)  
และ NI+Depicitation (mb)



## การวิเคราะห์แนวโน้มและการเปรียบเทียบ

แนวโน้มตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน พบว่าอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และอัตราส่วนแนวโน้มตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ จนถึงปัจจุบัน ทุนหมุนเวียน (Current Ratio) ทุนหมุนเวียน NWC (mb) และ NI+Depicitation (mb) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องและมากกว่าค่าเป้าหมาย

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 25/12/2562

## การวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัย

ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการสำคัญ ได้แก่

๑. ในปี ๒๕๖๓ รายรับ รพ. ลดลง เนื่องจากสถานการณ์โควิด ๑๙ ขณะที่ค่าใช้จ่ายของ รพ. ในทุกหน่วยบริการเพิ่มขึ้นเนื่องจากการจัดหาทรัพยากรสำหรับรับสถานการณ์การระบาด
๒. ปี ๒๕๖๒-๖๓ รพ. มีการปรับปรุงหน่วยบริการต่างๆซึ่งดำเนินงานมาก่อนที่โควิด๑๙ ระบาด รพ. ได้กำกับติดตามการบริหารจัดการงบประมาณอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้ รพ.มีRisk score ระดับ ๒ ณ เดือนกย ๒๕๖๓ และใน ปี ๒๕๖๔ ไตรมาสแรก รพ. มี Risk score = ๐ ซึ่งทำให้สถานการณ์ดีขึ้น
๓. รพ. ได้มีการควบคุมค่าใช้จ่าย การวางแผนการชำระหนี้ประจำเดือน การบริหารจัดการคลังให้มีประสิทธิภาพ การกำกับการใช้จ่ายตามแผนงบเงินบำรุง การทบทวนแผนให้เหมาะสมเป็นรายไตรมาส เพิ่มรายได้จากการขยายบริการผ่าตัดนอกเวลา การเพิ่มศักยภาพในการผ่าตัดที่ซับซ้อนขึ้นทำให้ CMI และ Sum adjust RW เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ รพ. สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนาการหารายได้กลุ่มผู้ป่วยหอพิเศษ การเพิ่ม ICU เพิ่มห้องผ่าตัด
๒. พัฒนาระบบบริหารจัดการการเงินการคลัง เพิ่มการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น/การใช้จ่ายนอกแผน