



ผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 8

R8WAY
MOPH
2017

อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีการกำหนดยุทธศาสตร์เขตตาม ๕ Excellence Strategies ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยเขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็น ๒ ส่วน คือ

๑) ยุทธศาสตร์ตามนโยบายกระทรวง

Service Excellence Strategies จำนวน ๑๙ สาขา

๒) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดยุทธศาสตร์เน้นหนัก R๘ Excellence จาก Strength สู่วิทยาศาสตร์ (Excellence) ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, การแพทย์แผนไทย, ใช้เลือดออก และ รพสต.ติดดาว จาก Weakness สู่วิทยาศาสตร์ ได้แก่ สาขาไต (CKD), พัฒนาการเด็ก, พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV&CCA), อุบัติเหตุทางถนน (RTI) และอาหารปลอดภัย

บริหารจัดการระบบ Service Plan โดยให้ทุกจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (Focal point)

ในการประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งเขตสุขภาพ ประสานความร่วมมือกับศูนย์วิชาการและภาคีเครือข่าย

นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ มีการบริหารงานแบบ Value based management โดยยึดที่คุณค่าของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) การทำงานเน้น Strategy focus, Value Management เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เกิดคุณค่าและวัดผลได้จึงจะบริหารจัดการได้และบอกได้ว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ ต้องเกิด Impact จึงจะเกิด Value ดังนั้น Value of Healthcare delivery/ Cost = Health outcomes, ปรับปรุงระบบข้อมูล โดยใช้ R๘-Dashboard เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามงาน, Visionary leadership ผู้บริหารทำหน้าที่ในการดูแลทีมงาน ทีมงานทำหน้าที่ดูแลประชาชน

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ พบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ ๘ ยุทธศาสตร์เน้นหนัก R๘ Excellence ที่กำหนดไว้ในปี ๒๕๖๐ จาก Strength เป็น Excellence จำนวน ๕ สาขา ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์อยู่ในอันดับ ๑ ของประเทศ ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง อัตราตายในโรงพยาบาล ร้อยละ ๓.๙๖ (เกณฑ์ <ร้อยละ ๗), สาขาการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร้อยละ ๒๘.๘๕, สาขาปฐมภูมิ รพสต.ติดดาวผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพร้อยละ ๔๗.๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๐, ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๗.๕) และสาขาโรคใช้เลือดออก มีอัตราป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก ๒๗.๗๖ ต่อประชากรแสนคน (ระดับประเทศ ๑๖๕.๗ ระดับภาค ๑๓๖.๕) และสาขาโรคหัวใจ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๓.๐๕ (เกณฑ์ <ร้อยละ ๑๐)

จาก Weakness เป็น Strength ได้แก่ สาขาไต (CKD) ร้อยละ ๖๑.๒๑ (เกณฑ์ร้อยละ ๖๕ อันดับ ๑๑ ของประเทศ), สาขาพัฒนาการเด็กสมวัย ร้อยละ ๙๕.๔ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐, อันดับ ๙ ของประเทศ), OV&CCA ตำบลจัดการสุขภาพครบตามเป้าหมาย ๘๙ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐, สาขา RTI อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๑๙.๕๒ ต่อประชากรแสนคน (เกณฑ์ <๑๖ ต่อประชากรแสนคน) และอาหารปลอดภัย มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ๖๖๖.๒๕ ต่อประชากรแสนคน และอาหารเป็นพิษ ๖๘.๘๖ ต่อประชากรแสนคน

ในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน Service Plan แก่ Focal point รวม ๒๖ สาขา เป็นจำนวนเงิน ๑,๔๔๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านสี่แสนสี่หมื่นบาทถ้วน) มีผลงาน Best practice จำนวน ๓๒ ผลงาน โดยจังหวัดที่มีผลงานดีเยี่ยมและได้รับโลรางวัลระดับเขตมากที่สุด ดังนี้

๑.จังหวัดอุดรธานี ๑๑ สาขา ได้แก่ สาขาไต สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขา RIT สาขา Trauma สาขาโรคติดเชื้อ สาขา ๓ สาขาหลักด้านระบบการนำ สาขาปฐมภูมิ สาขาวัยรุ่น สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดสาขา ศัลยกรรม และสาขา GREEN & CLEAN Hospital

๒.จังหวัดนครพนม ๑๐ สาขา ได้แก่ สาขา ER/TEA สาขาสุขภาพช่องปาก สาขามะเร็งเต้านม ปากมดลูก สาขา ๓ สาขาหลักด้านระบบสารสนเทศ สาขาปฐมภูมิ สาขาไข้เลือดออก สาขาวัยรุ่น สาขาภาคประชาชน สาขา GREEN & CLEAN Hospital และสาขายาเสพติด

๓.จังหวัดสกลนคร ๙ สาขา ได้แก่ สาขาจักษุ สาขาผู้สูงอายุ สาขา COPD สาขา EMS สาขาทารกแรกเกิด สาขา ๓ สาขาหลักด้านระบบบริการ สาขาการแพทย์แผนไทย สาขาปฐมภูมิ และสาขา GREEN & CLEAN Hospital

๔.จังหวัดหนองคาย ๘ สาขา ได้แก่ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาแม่และเด็กปฐมวัย สาขาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี สาขา ๓ สาขาหลักด้านระบบบริหารจัดการ สาขาปฐมภูมิ สาขา RDU สาขาวัยทำงาน และสาขา GREEN & CLEAN Hospital

๕.จังหวัดหนองบัวลำภู ๕ สาขา ได้แก่ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช สาขา ๓ สาขาหลักด้านการจัดการเครือข่าย สาขาปฐมภูมิ สาขาคุ้มครองผู้บริโภคและอาหารปลอดภัย และสาขาพัฒนาการเด็ก

๖.จังหวัดบึงกาฬ ๔ สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ สาขา ๓ สาขาหลักด้านนวัตกรรม สาขาปฐมภูมิ และสาขา Palliative care

๗.จังหวัดเลย ๒ สาขา ได้แก่ สาขา ๓ สาขาหลักด้านระบบส่งต่อ และสาขาปฐมภูมิ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- **ด้านอัตรากำลัง** ขาดบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์อายุรกรรมโรคปอด/ ศัลยกรรม/ EP/ ด้านกระจกตา/ แพทย์เวชบำบัดวิกฤติ ขาดพยาบาลเฉพาะทาง ด้านอุบัติเหตุ/ โรคติดเชื้อ/ Chest nurse/ NCD/ ยาเสพติด/ Palliative care/ พัฒนาการเด็ก/ แผนไทย/ LTC อื่นๆ เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน ขาดการพัฒนาศักยภาพในหน่วยงานห้องผ่าตัดให้เกิดประสิทธิภาพ สูงสุดในรพ.ระดับ M๑, M๒ เพื่อลดการส่งต่อไปยัง รพ.ระดับ A, S และลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ขาดการพัฒนาศักยภาพในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ/ COPD ขาดการพัฒนาศักยภาพ Node เพื่อลดการส่งต่อกลุ่มสูติกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์ ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เครื่อง Spirometry ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา ขาดศักยภาพในการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลให้กับประชาชน

- **ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ** ขาดอุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ในการดำเนินงาน สาขาโรคติดเชื้อ เช่น ICU สาขา COPD ขาดยา ICS & LABA/ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ สาขาพัฒนาการเด็ก ขาดอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรอง/หนังสือนิทาน สาขา LTC ขาดอุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ COC

- **ด้านระบบข้อมูล** มีโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลายทำให้เพิ่มภาระงาน ไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่มี บางสาขาพัฒนาโปรแกรมขึ้นใช้เอง ความไม่สมบูรณ์ของโปรแกรมทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนและนำไปใช้ไม่ได้

- **ด้านบริหารจัดการ** ขาดการบริหารจัดการด้าน คน เวลา ทรัพยากร เช่น การบริหารจัดการการใช้เครื่อง Spirometry ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจัยความสำเร็จ

ด้านนโยบาย ภาวะผู้นำ การติดตามกำกับงาน เขตสุขภาพที่ ๘ มีนโยบายที่ชัดเจน เป็นจุดแข็งในการดำเนินงาน เช่น สาขาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง สาขาอุบัติเหตุ สาขาแพทย์แผนไทย สาขาไข้เลือดออก เป็นต้น

ด้านการมีส่วนร่วมของ Stakeholder ทุกภาคส่วนในการบูรณาการงานกัน เป็นจุดแข็งทำให้งานมีความสำเร็จเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น สาขาอุบัติเหตุ เป็นต้น

บทสรุปผู้บริหาร

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี ๒๕๖๐

๑. สาขาโรคหัวใจ	๑
๒. สาขาโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก	๓
๓. สาขาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๖
๔. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๗
๕. สาขาป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	๑๓
๖. สาขาทารกแรกเกิด	๒๔
๗. สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	๓๐
๘. สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๓๑
๙. สาขาสุขภาพช่องปาก	๓๕
๑๐. สาขาโรคไต	๓๗
๑๑. สาขาจักษุ	๔๐
๑๒. สาขาศัลยกรรม	๔๓
๑๓. สาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ	๔๕
๑๔. สาขาแม่และเด็กปฐมวัย	๕๒
๑๕. สาขา ๓ สาขาหลัก	๕๖
๑๖. สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ	๖๑
๑๗. สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๖๙
๑๘. สาขาโรคหลอดเลือดสมอง	๘๑
๑๙. สาขา COPD & Asthma	๙๔
๒๐. สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๙๙
๒๑. สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล	๑๐๖
๒๒. สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	๑๐๙
๒๓. สาขายาเสพติด	๑๑๕
๒๔. สาขาพัฒนาการเด็ก	๑๒๐
๒๕. สาขาวัยทำงาน	๑๒๕
๒๖. สาขา Long Term Care และผู้สูงอายุ	๑๓๘
๒๗. สาขาโรคไข้เลือดออก	๑๔๓
๒๘. สาขา GREEN & CLEAN Hospital	๑๔๘
๒๙. สาขาพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน	๑๕๓

สาขาโรคหัวใจ

๑. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๘ มีโรงพยาบาลระดับ A-Fm จำนวน ๘๘ แห่ง โดยในปี ๒๕๖๐ รพ.ระดับ Fm สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบทั้ง ๑๓ แห่ง (รพ.ห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี เป็น รพ.สุดท้ายที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้) ทำให้โรงพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบทุกแห่ง โดยมีระบบบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายภายในจังหวัดได้ มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ ใน ๕ จังหวัด มี ๒ จังหวัดที่ยังไม่มี อายุรแพทย์โรคหัวใจ ได้แก่ นครพนม และบึงกาฬ มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด ๘๖๖ ราย ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ๔๖๓ ราย การขยายหลอดเลือดด้วยขดลวด (Primary PCI) ๒๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๖๗ ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/การขยายหลอดเลือดด้วยขดลวด ๑๗๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๓๒ สาเหตุจาก มีภาวะ cardiogenic shock, Post cardiac arrest, Late onset ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บอกจนมาถึงโรงพยาบาล (Onset to hospital) ๑๐๙ นาที (เกณฑ์ <๑๕๐ นาที) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle) ๓๕.๕ นาที (เกณฑ์ ๓๐ นาที) ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๔๔.๕๖ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐)

ในปี ๒๕๖๐ พบผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต สูงถึง ๑๑๓ ราย ร้อยละ ๑๓.๐๕ (เกณฑ์ <ร้อยละ ๑๐) ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะถูกส่งมาฉีดสียหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลอุดรธานีทุกราย จัดตั้ง Warfarin clinic ใน รพ.ระดับ F๒ ได้ครบทุกแห่ง (จังหวัดหนองคาย ๓ แห่ง และจังหวัดบึงกาฬ ๕ แห่ง ได้แก่ รพ.โซพิสัย รพ.บึงโขงหลง รพ.ปากคาด รพ.พรเจริญ รพ.ศรีวิไล) ปี ๒๕๖๐ เปิดบริการ Heart failure clinic เพิ่มที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทำให้เขตสุขภาพที่ ๘ สามารถให้บริการคลินิกหัวใจล้มเหลวได้ตามเป้าหมาย โดยวางแผนการเตรียมความพร้อมให้โรงพยาบาลสกลนคร ให้สามารถเปิดห้องตรวจสวนหัวใจได้ภายในปี ๒๕๖๑

๒. การดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๒.๑ STEMI

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล	< ร้อยละ ๑๐	๘.๔๕	๑๔.๔๘	๑๓.๐๕
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจนมาถึงรพ. (Onset to hospital)	< ๑๕๐ นาที	๑๔๖	๑๐๗	๑๐๙
ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๑๕๐ นาที	ร้อยละ ๘๐	๗๑.๓๗	๖๐.๗๗	๖๔.๑๙
ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time)	๓๐ นาที	๔๒	๓๙	๓๕.๕
ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที	ร้อยละ ๕๐	๔๐.๘๙	๓๙.๕๕	๔๔.๕๖
ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน ๑๘๐ นาทีตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอก	ร้อยละ ๗๐	๗๓.๔๔	๖๔.๗๔	๖๘.๒๗
ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Door to balloon time)	๙๐ นาที	๕๘	๖๒	๖๔
ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละ ๗๕	๘๑.๖๓	๘๓.๓๑	๗๙.๖๗
ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจภายใน ๙๐ นาที	> ร้อยละ ๙๐	๙๑.๖๗	๙๐.๒	๘๘

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

จากข้อมูล ในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๓.๐๕ ซึ่งไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ <ร้อยละ ๑๐) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจนมาถึง รพ. ๑๐๙ นาที (เกณฑ์ <๑๕๐ นาที) แต่ผลงานผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๑๕๐ นาที ร้อยละ ๖๔.๑๙ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ๓๕.๕๐ นาที ช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ภายใน ๓๐ นาที) ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๔๔.๕๖ ต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน ๑๘๐ นาทีตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ ๖๘.๒๗ ต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ ๗๐) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับเปิดหลอดเลือดหัวใจใช้เวลา ๖๔ นาที เร็วกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ภายใน ๙๐ นาที) ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๗๙.๖๗ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ ร้อยละ ๗๕) ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจภายใน ๙๐ นาที ร้อยละ ๘๘ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ > ร้อยละ ๙๐)

๒.๒ Warfarin clinic

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐ (มิ.ย.๖๐)
๑. จำนวน รพ. Mo-F๒ ที่ตั้งคลินิก Warfarin	ร้อยละ ๑๐๐	๗๘.๔๘	๙๐.๖๗ (๖๒ แห่ง)	๑๐๐
๒. ความครอบคลุมของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเข้ารับบริการในคลินิก warfarin	>ร้อยละ ๙๕	๙๒.๖๑	๙๓.๓๘	๙๐.๐๙
๓. จำนวนผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยา	>ร้อยละ ๙๐	๙๒.๒๕	๘๐.๕๐	๘๗.๕๕
๔. ผู้ป่วยที่มี Good compliance	>ร้อยละ ๙๒	๙๑.๘	๘๙.๙๙	๙๒.๔๑
๕. อัตราการเกิด major bleeding	<ร้อยละ ๑	๑.๗๕	๐.๔๑	๐.๒๑
๖. ผู้ป่วยที่มีค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา	>ร้อยละ ๖๐	๕๖.๕๑	๕๓.๕๗	๕๔.๒๔

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

จากข้อมูล พบว่าในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีคลินิก Warfarin ในรพ. Mo-F๒ ครอบคลุมทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และเข้ารับบริการในคลินิก warfarin ร้อยละ ๙๐.๐๙ น้อยกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ ๙๕) ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยา ร้อยละ ๘๗.๕๕ น้อยกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ ๙๐) ผู้ป่วยมี Good compliance ร้อยละ ๙๒.๔๑ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๙๒) อัตราการเกิด major bleeding ร้อยละ ๐.๒๑ (เกณฑ์ <ร้อยละ ๑) ผู้ป่วยมีค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ร้อยละ ๕๔.๒๔ ต่ำกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ ๖๐)

๒.๓ ผ่าตัดหัวใจ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
๑. จำนวนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจ	๔๐๐ ราย/ปี	๓๘๐	๔๔๔	๔๒๗
๒. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเสียชีวิต	<ร้อยละ ๕	๔.๔๘	๔.๙๑	๖.๐๕

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

จากข้อมูล พบว่าในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจ ๔๒๗ ราย สูงกว่าเป้าหมาย (๔๐๐ ราย/ปี) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเสียชีวิต ร้อยละ ๖.๐๕ สูงกว่าเป้าหมาย (<ร้อยละ ๕)

๒.๔ Heart failure clinic

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
๑. รพ.ระดับ A-S จัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว	เพิ่มขึ้น ≥ ๑ แห่ง/ปี	รพ.สกลนคร ๑๔.๒๘	รพ.อุดรธานี ๒๘.๕๗	รพ.เลย ๔๒.๘๕	รพ.หนองบัวลำภู ๕๗.๑๔
๒. จำนวนผู้ป่วยรับบริการในคลินิก	ราย				๒๔๙
๓. จำนวนผู้ป่วยรับบริการปัจจุบัน	ราย				
	รพ.สกลนคร				๑๓๕
	รพ.อุดรธานี				๓๘
	รพ.เลย				๖๖
	รพ.หนองบัวลำภู				๑๐

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

จากข้อมูล พบว่าในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีรพ.ระดับ A-S จัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว เพิ่มขึ้นคือ รพ.หนองบัวลำภู รวม ๔ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ มีผู้ป่วยมาใช้บริการในคลินิก ปัจจุบัน รวม ๒๔๙ คน

๓. จุดแข็ง/จุดอ่อน

จุดแข็ง : อายุรแพทย์โรคหัวใจ/ทีมงานเข้มแข็ง

จุดอ่อน : ระบบสารสนเทศ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

๔.๑ ขาดงบประมาณในการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ คู่มือ/สมุดประจำตัวผู้ป่วย

๔.๒ ข้อมูลการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่อง

๕. ข้อเสนอแนะ

๕.๑ พัฒนาศักยภาพให้ รพท./รพช. สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้

๕.๒ พัฒนารูปแบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย STEMI

๕.๓ พัฒนาบุคลากรการใช้โปรแกรม ACS registry

๕.๔ บูรณาการแผนงานร่วมกับสาขา NCD ER/EMS COC LTC

สาขามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

๑. สถานการณ์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ปีละประมาณ ๖๐,๐๐๐ รายหรือเฉลี่ย ๗ รายต่อชั่วโมง และยังคงพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี (<https://www.healthyhitech.net> สืบค้นเมื่อ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๕.๐๑ น.

จากสถิติ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัด จำนวน ๕๘๙ ราย และ ๖๑๘ ราย ตามลำดับ (ข้อมูลจากการร่วมตรวจราชการ) ในส่วนปี ๒๕๖๐ มีจำนวน ๗๐๑ ราย (ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง (TCB)) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก รับการรักษาที่ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๑๖๔ ราย, ๒๑๖ ราย และ ๒๕๔ ราย ตามลำดับ (ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง (TCB)) จากการปฏิบัติงานพบว่า ข้อมูลมะเร็งไม่ได้มีเฉพาะ ๒ ชนิดเท่านั้นแต่มีทุกระบบ การคัดกรองได้น้อย พบระยะของโรคในระยะที่ ๓ และ ๔ เพิ่มขึ้น ต้องให้ยาใน Protocol ที่สูง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการอยู่รอดลดลง ระยะรอคอยการรักษาโดยการผ่าตัด ยิ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ระยะรอคอยเคมีบำบัดได้ตามเป้าหมาย ระยะรอคอยฉายรังสีได้ตามเป้าหมาย แต่ยังคงทะเบียนมะเร็งไม่เป็นปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งมีหลายชนิดทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการเก็บข้อมูล ดังนั้นการใช้ทะเบียนมะเร็ง Thai cancer based เพื่อช่วยในการรวบรวมข้อมูล พบว่าในเขตสุขภาพที่ ๘ หน่วยบริการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการใช้โปรแกรมทุกจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีเพียง รพ.ร.ท่าบ่อ ที่ได้เริ่มดำเนินการ แต่การจัดทำทะเบียนมะเร็งพบว่ายังพบปัญหาทำให้ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการจัดทำทะเบียนมะเร็ง และการเสริมพลังในการคัดกรอง การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ กิจกรรมการดำเนินงานได้เน้นเรื่องการจัดตั้ง จัดทำทะเบียนมะเร็ง (TCB) ให้ครบทุกจังหวัด

๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี ๒๕๕๙		ผลงานปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.ระยะรอคอยการรักษาด้วยการผ่าตัด≤๔wks	≥ ร้อยละ ๘๐	NA	๙๒.๐๖	๕๐๑/๖๖๘	๗๕.๔๙
๒.ระยะรอคอยรับยาเคมีบำบัด ≤๖wks	≥ ร้อยละ ๘๐	๒,๘๕๒/๒,๘๗๑	๙๙.๖๗	๔๙๕/๖๑๑	๘๖.๖๔
๓.ระยะรอคอยรังสีรักษา ≤๖wks	≥ ร้อยละ ๘๐	๗๕/๒๘๔	๓๓	๙๘๕/๑,๐๙๖	๘๙.๘๗

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

สาขาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยเกิดจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* หรือ OV เป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกจัดให้อยู่ในบัญชีโรคของคนที่ถูกละเลย จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในปี ๒๕๓๙, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๗ พบอัตราความชุก ในภาพรวมของประเทศ เฉลี่ยร้อยละ ๑๑.๘, ๘.๗ และ ๕.๑ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน ในปี ๒๕๕๒ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราความชุกของโรคสูงที่สุด ร้อยละ ๘๕.๒ เช่นเดียวกับในระดับหมู่บ้านภาคเหนือ รายงานอัตราความชุกของโรคสูงสุดที่ร้อยละ ๔๕.๖ ปี ๒๕๕๗ บางหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าร้อยละ ๙๐ จากการประมาณการพบว่าประเทศไทยมีประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า ๖ ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบมากในทุกกลุ่มวัยบริเวณริมฝั่งแม่น้ำโขงตอนล่างพื้นที่ชนบทใกล้แหล่งน้ำ

ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพ นอกจากการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์และมาตรการที่สำคัญแล้วนั้น ประเด็นการบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ข้อมูลการตรวจคัดกรองโดยวาจา (Verbal Screening) การตรวจอุจจาระ การตรวจอัลตราซาวด์ การผ่าตัด การดูแลแบบประคับประคอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเขตสุขภาพที่ ๘ จะนำเข้าสู่ฐานข้อมูล Isan Cohort มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘

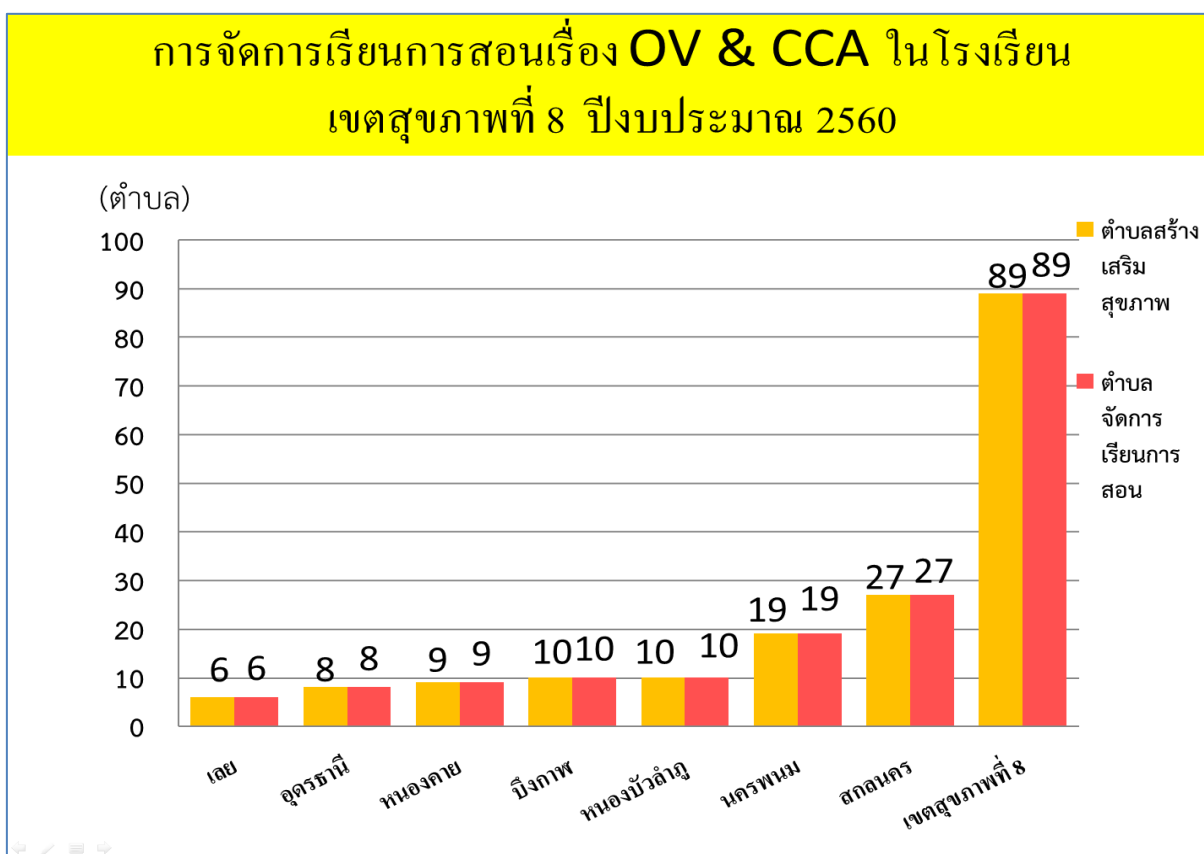
ตัวชี้วัด	ผลงานปี ๒๕๕๙			ผลงานปี ๒๕๖๐		
	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย	ผลงาน	
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ						
ในประชาชน อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๗,๑๕๐	๒๗,๒๔๒	๑๐๐	๕๓,๓๙๕	๑๖,๗๓๕	๓๑.๓๔
โดยการตรวจอุจจาระ						
การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี						
ในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป	๓๕,๐๐๐	๔๘,๙๓๘	๑๐๐	๔๕,๐๐๐	๔๖,๙๙๐	๑๐๐
ด้วยวิธีอัลตราซาวด์						

๓. ตำบลการส่งเสริมสุขภาพ ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัด	เป้าหมายตำบล (ปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐)	การสร้างเสริมสุขภาพ (ตำบล)	การจัดการเรียนการสอน เรื่อง OV&CCA ในโรงเรียน (ตำบล)
เลย	๖	๖	๖
อุดรธานี	๘	๘	๘
หนองคาย	๙	๙	๙
บึงกาฬ	๑๐	๑๐	๑๐
นครพนม	๑๙	๑๙	๑๙
หนองบัวลำภู	๑๐	๑๐	๑๐
สกลนคร	๒๗	๒๗	๒๗
รวมเขต ๘	๘๙	๘๙ (ร้อยละ ๑๐๐)	๘๙ (ร้อยละ ๑๐๐)

ที่มา : <https://cloud.cascap.in.th> ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

จากตารางพบว่า ตำบลการสร้างเสริมสุขภาพ เป้าหมาย จำนวน ๘๙ ตำบล มีการจัดการเรียนการสอนเรื่อง OV & CCA ในโรงเรียน จำนวน ๘๙ ตำบล ร้อยละ ๑๐๐



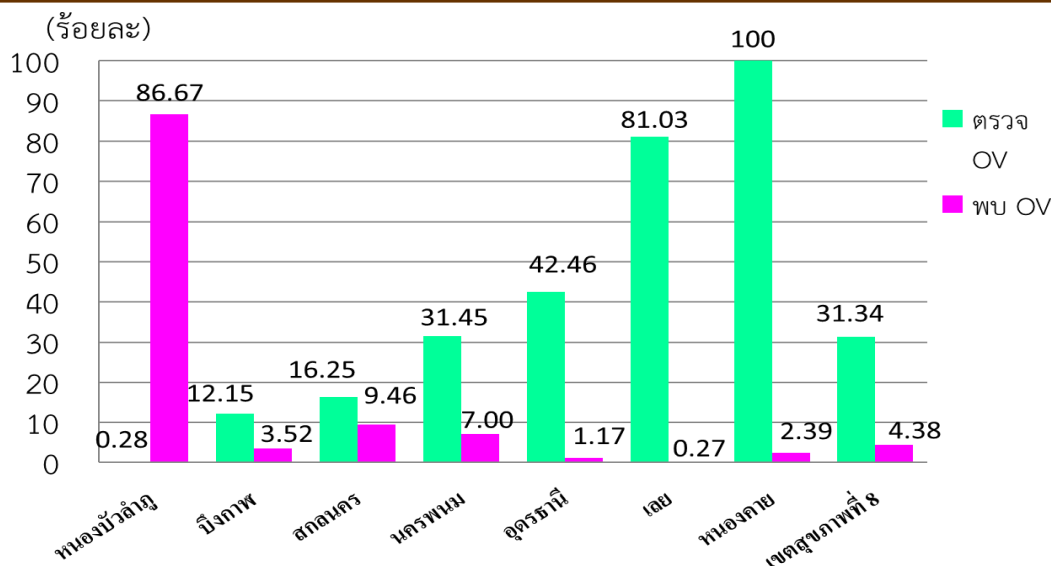
๔. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	เป้าหมาย (๙๐๕ ราย/ตำบล)		การตรวจ OV		ติดเชื้อ OV	
	จำนวน (ตำบล)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เลย	๓	๒,๗๑๕	๒,๒๐๐	๘๑.๐๓	๖	๐.๒๗
อุดรธานี	๔	๓,๖๒๐	๑,๕๓๗	๔๒.๔๖	๑๘	๑.๑๗
หนองคาย	๕	๔,๕๒๕	๕,๖๐๐	๑๐๐	๑๓๔	๒.๓๙
บึงกาฬ	๘	๗,๒๔๐	๘๘๐	๑๒.๑๕	๓๑	๓.๕๒
นครพนม	๑๒	๑๐,๘๖๐	๓,๔๑๕	๓๑.๔๕	๒๓๙	๗.๐๐
หนองบัวลำภู	๖	๕,๔๓๐	๑๕	๐.๒๘	๑๓	๘๖.๖๗
สกลนคร	๒๑	๑๙,๐๐๕	๓,๐๘๘	๑๖.๒๕	๒๙๒	๙.๔๖
รวมเขต ๘	๕๙	๕๓,๓๙๕	๑๖,๗๓๕	๓๑.๓๔	๗๓๓	๔.๓๘

ที่มา : <https://cloud.casap.in.th> ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

จากตารางพบว่า การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ เป้าหมาย ๕๓,๓๙๕ ราย ตรวจ OV ๑๖,๗๓๕ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๓๔ จังหวัดที่ตรวจ OV สูงสุด คือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๑๐๐ พบติดเชื้อ OV ๗๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๘

การตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2560 เป้าหมาย 59 ตำบล จำนวน 53,395 ราย

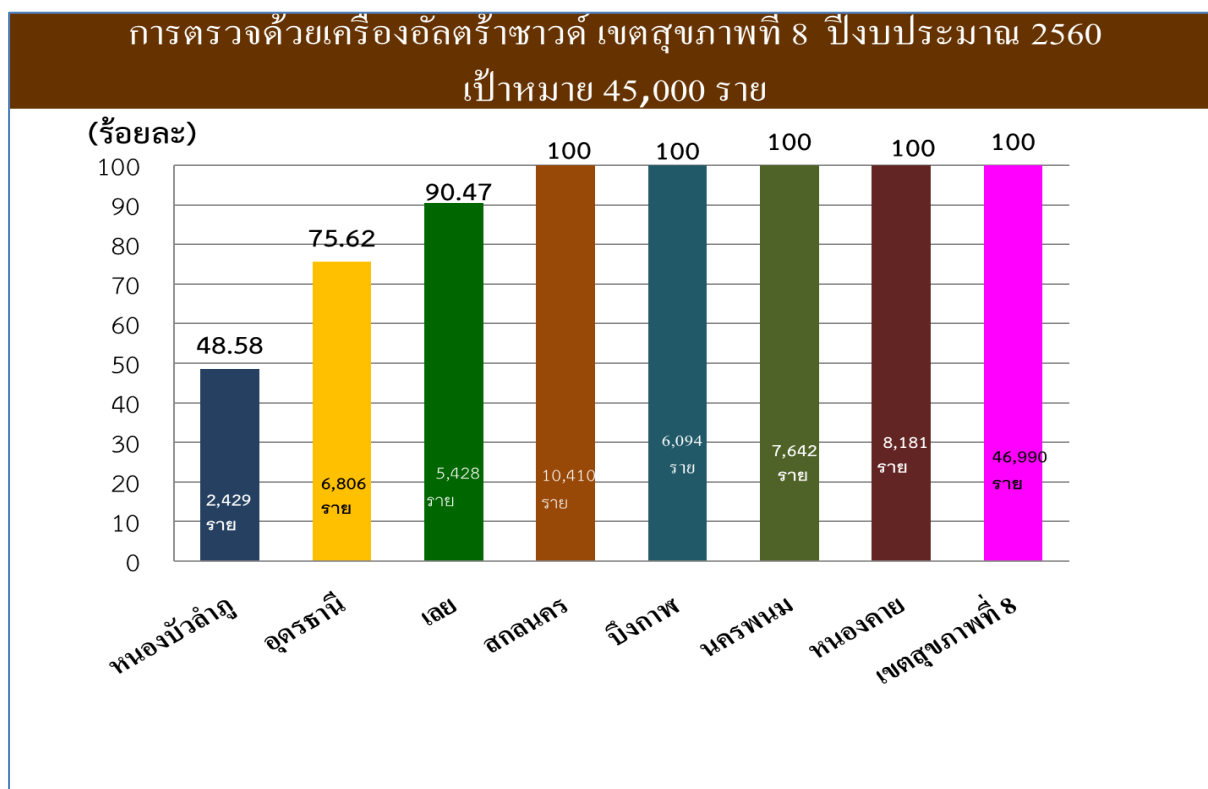


๕. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	เป้าหมาย (ราย)	ตรวจอัลตราซาวด์		ผิดปกติ (ราย)	สงสัย CCA (ราย)	CT/MRI (ราย)	พบเป็น มะเร็ง (ราย)
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ				
เลย	๖,๐๐๐	๕,๔๒๘	๙๐.๔๗	๒,๓๖๐	๓๔	๓	๑
อุดรธานี	๙,๐๐๐	๖,๘๐๖	๗๕.๖๒	๒,๘๐๖	๔๓	๑๐	๔
หนองคาย	๕,๐๐๐	๔,๑๘๑	๑๐๐	๒,๘๒๐	๒๙	๑	๑
บึงกาฬ	๕,๐๐๐	๖,๐๙๔	๑๐๐	๓,๓๒๑	๑๑	๑	๑
นครพนม	๖,๐๐๐	๗,๖๔๒	๑๐๐	๓,๙๒๗	๑๐	๑	๑
หนองบัวลำภู	๕,๐๐๐	๒,๔๒๙	๔๘.๕๘	๑๔๙	๓	๐	๐
สกลนคร	๙,๐๐๐	๑๐,๔๑๐	๑๐๐	๒,๒๓๘	๘๔	๑๓	๗
รวมเขต ๘	๔๕,๐๐๐	๔๖,๙๙๐	๑๐๐	๑๗,๖๒๑	๒๑๔	๒๙	๑๕

ที่มา : <https://cloud.cascap.in.th> ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

จากตารางพบว่า การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ๔๕,๐๐๐ ราย ตรวจอัลตราซาวด์ ๔๖,๙๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดที่ตรวจอัลตราซาวด์ สูงสุด คือ หนองคาย บึงกาฬ นครพนม และสกลนคร พบผิดปกติ ๑๗,๖๒๑ ราย สงสัย CCA ๒๑๔ ราย CT/MRI ๒๙ ราย และพบเป็นมะเร็ง ๑๕ ราย ร้อยละ ๕๑.๗

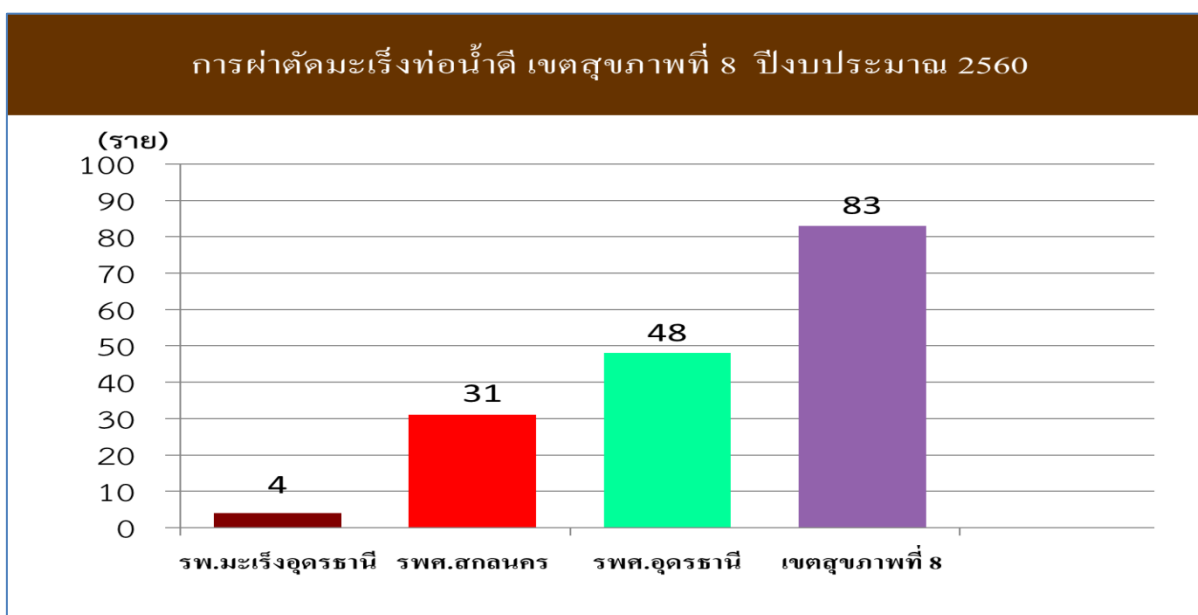


๖. การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีปี๒๕๖๐เขตสุขภาพที่ ๘

รพ.ที่มี ศักยภาพใน การผ่าตัด	การรักษา						
	การผ่าตัด		ลงทะเบียน	รักษา	ผ่าตัด	ผ่าตัดให้	ผ่าตัดเพื่อ
	เป้าหมาย	ผลงาน	เพื่อวินิจฉัย	รวม	(ราย)	หายขาด	ประคับ
	(รายต่อปี)	(ราย)	รักษา (ราย)	CCA (ราย)		(ราย)	ประคอง (ราย)
รพ.อุดรธานี	๔๐	๔๘ (๑๐๐)	๕๘๖	๔๒๙	๔๘	๔๑	๗
รพ.สกลนคร	๔๐	๓๑ (๗๗.๕๐)	๔๙๓	๔๖๕	๓๑	๒๔	๗
รพ.มะเร็ิง อุดรธานี	๔๐	๔ (๑๐.๐๐)	๙๑	๙๐	๔	๓	๑
รวมเขต ๘	๑๒๐	๘๓ (๖๙.๑๗)	๑,๑๗๐	๙๘๔	๘๓	๖๘	๑๕

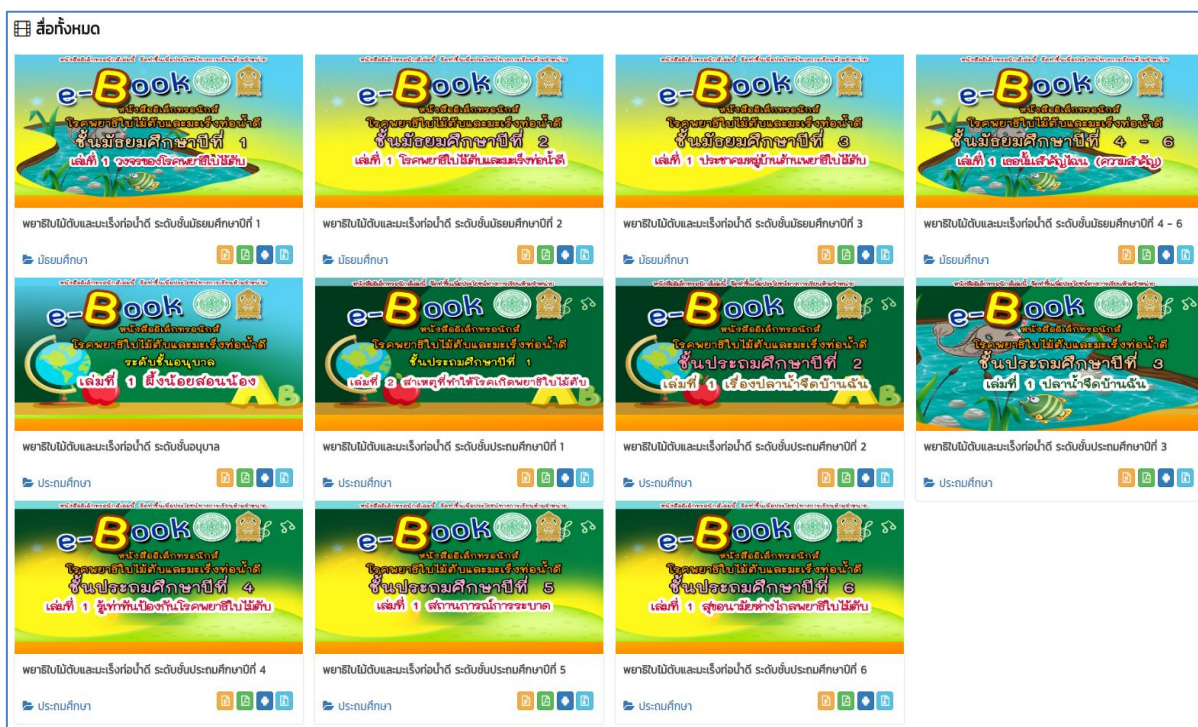
ที่มา : <https://cloud.casap.in.th> ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

จากตาราง พบว่าการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี เป้าหมาย ๑๒๐ ราย ได้รับการผ่าตัด ๘๓ ราย ร้อยละ ๖๙.๑๗ ลงทะเบียนเพื่อวินิจฉัยรักษา ๑,๑๗๐ ราย รักษา รวม CCA ๙๘๔, ผ่าตัดให้หายขาด ๖๘ ราย และผ่าตัดเพื่อประคับประคอง ๑๕ ราย



๗. Best Practice : ไม่มี

๘. นวัตกรรม : สื่อการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-Book)



ที่มา : ovsk.moph.go.th/ebook

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑. สถานการณ์

การพัฒนาคุณภาพระบบ ECS (Emergency Care System) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ระดับ F๒ ขึ้นไป จำนวน ๗๖ แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาล ระดับ A = ๒ แห่ง ระดับ S = ๕ แห่ง ระดับ M๑ = ๒ แห่ง ระดับ M๒ = ๑๒ แห่ง F๑, F๒ = ๕๕ แห่ง

การพัฒนา ER คุณภาพในโรงพยาบาล กำหนดการประเมินออกเป็น ๔ มิติ คือ มิติที่ ๑ การบริการและนโยบาย เป็นการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล มิติที่ ๒ ผู้ให้บริการ ซึ่งจะเน้นในประเด็นความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคาร สถานที่ บุคลากร ระบบให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ ๓ ด้านผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เน้นผลลัพธ์จากการเข้ารับการรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบส่งต่อ กลุ่มผู้ป่วย Fast track ๓SmH ได้แก่ Stroke, STEMI, Sepsis, High risk severe head injury /Multiple injury, High risk pregnancy, High risk Newborn

การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินเพิ่มตัวชี้วัดการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในปี ๒๕๖๐ โดยเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป กำหนดให้มีการวัดผลลัพธ์ (Outcomes) การจัดบริการด่วน (fast track) โดยเก็บข้อมูล ๓ เดือน ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA: Out of Hospital Cardiac Arrest) ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC: Return of Spontaneous Circulation) เพื่อพัฒนาระบบรองรับอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยรวบรวมข้อมูล CPR ผู้ป่วยที่มีภาวะ OHCA จนเกิดการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา ROSC เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ER ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปให้มีคุณภาพ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพหลังการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง

๒. ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๒.๑ ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

๒.๒ ร้อยละ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

๒.๓ อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)

อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)

การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บขึ้นกับกลไกของความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลหรือเมื่อถึงโรงพยาบาลแล้ว จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score ≥ 0.75 หมายถึงการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณค่า probability of Survival (Ps) ได้ ≥ 0.75

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
แสดงข้อมูลเชิงปริมาณการประเมิน ECS คุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ผลการประเมิน ECS คุณภาพ รอบที่ 2 (ม.ย.2560)	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	หนองคาย	เลย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ	เฉลี่ย
มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร	11.96	12.43	12.57	12.74	12.49	15.1	14.78	13.15
องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่	2.32	2.46	2.92	2.29	1.99	3.4	2.30	2.53
องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร	2.23	2.00	2.39	2.35	1.64	2.80	2.10	2.22
องค์ประกอบที่ 3 การรักษา พยาบาล 1,8	6.06	6.02	7.09	6.09	5.83	7.20	6.60	6.41
องค์ประกอบที่ 4 MCI and Disaster management	4.61	5.76	5.45	5.30	5.25	6.10	4.60	5.30
องค์ประกอบที่ 5 Referral system	4.70	2.88	4.95	3.43	2.91	4.50	4.70	4.01
องค์ประกอบที่ 6 การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	2.61	3.12	3.05	3.24	2.75	3.50	3.40	3.10
องค์ประกอบที่ 7 ระบบสนับสนุน	2.85	2.98	2.92	3.00	2.57	3.50	3.30	3.02
องค์ประกอบที่ 8 Pre – hospital EMS Intervention	5.35	6.00	5.54	2.40	4.59	6.50	7.10	5.35
องค์ประกอบที่ 9 ระบบบริหารจัดการ	2.45	1.76	1.72	2.20	2.36	2.30	1.70	2.07
องค์ประกอบที่ 10 Information system	2.81	3.12	2.69	2.22	2.74	3.90	3.10	2.94
องค์ประกอบที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ	3.62	3.71	3.79	3.60	3.32	4.10	4.30	3.78
องค์ประกอบที่ 12 การศึกษาและวิจัย	0.56	1.07	0.5	0.95	0.77	1.50	0.60	0.85
ผลการประเมิน ECS คุณภาพ คะแนนรวม	52.08	53.32	55.58	49.80	49.17	60.20	58.50	54.09
SD = 4.54 UCL = 58.63 LCL = 49.55 $\chi = 54.09$								

ผลการประเมิน ECS คุณภาพทั้ง ๗ จังหวัด คะแนนเฉลี่ยการประเมินในภาพรวมของแต่ละจังหวัดพบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าร้อยละ ๔๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดที่มีค่าคะแนนมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู อันดับ ๒ จังหวัดบึงกาฬ อันดับ ๓ จังหวัดนครพนม
คะแนนรายองค์ประกอบจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ได้แก่

- องค์ประกอบที่ ๕ Referral System ได้แก่ จังหวัดหนองคาย และ จังหวัดเลย
- องค์ประกอบที่ ๘ Pre hospital EMS ได้แก่ จังหวัดหนองคาย
- องค์ประกอบที่ ๙ ระบบบริหารจัดการ ได้แก่ จังหวัดสกลนคร, จังหวัดนครพนม และจังหวัดบึงกาฬ
- องค์ประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและงานวิจัย ไม่ผ่านทั้ง ๗ จังหวัด

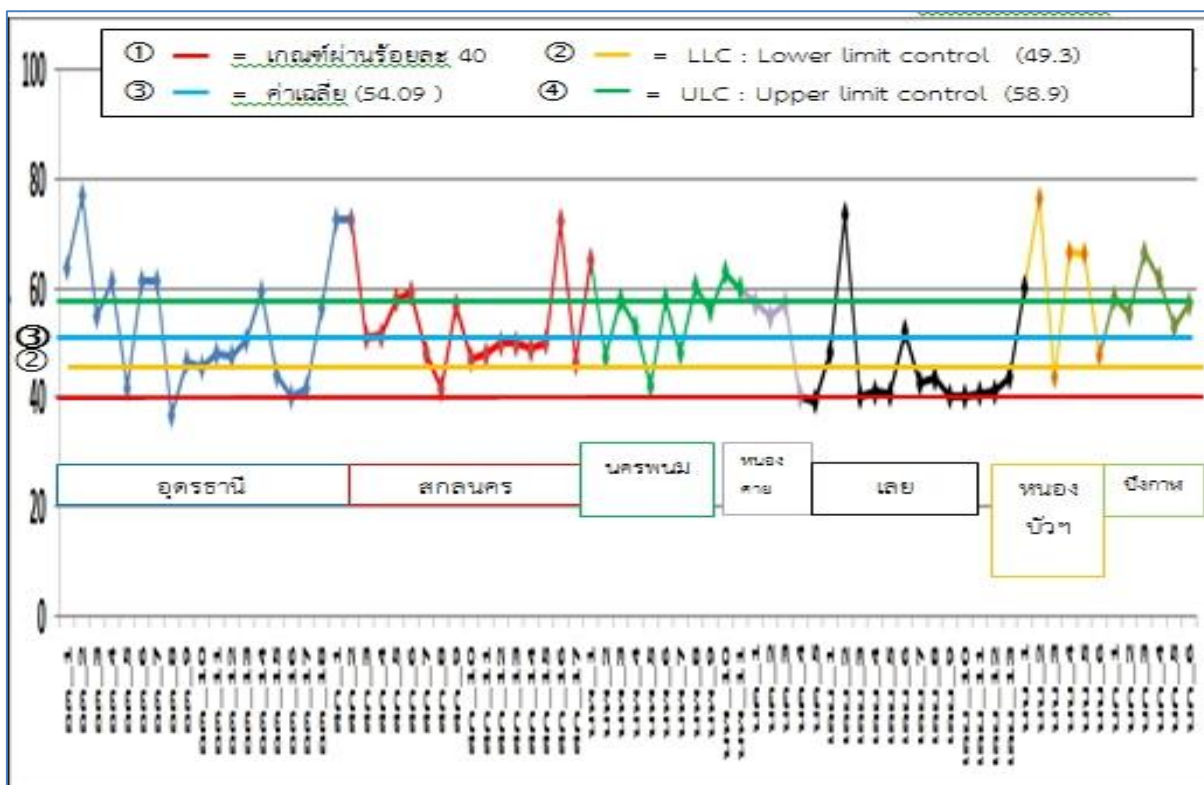
๓. ผลการดำเนินงาน

- สถานการณ์ใช้วัดใหญ่ระบาดที่ ม.ราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ โรงพยาบาลอุดรธานี รายงานผู้อำนวยการ EOC นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และตั้งโรงพยาบาลสนามที่ ม.ราชภัฏอุดรธานี เป็นเวลา ๒ วัน ผู้ป่วยจำนวน ๕๐๐ คน และรับไว้รักษาที่ รพ.อุดรธานี ๓ คน

- สถานการณ์อุทกภัยที่จังหวัดสกลนคร วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐ EOC ประชุมเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการสาธารณภัย และออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม ตั้งแต่วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ถึง วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยทีม MERT, Mini Mert จังหวัดอุดรธานี เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และจัดตั้งศูนย์ EOC ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

Control Chart แสดงค่าคะแนนการประเมิน ECS รพ. ฟ๒ ขึ้นไป จำนวน ๗๖ โรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี ๒๕๖๐



ตัวชี้วัด ECS คุณภาพ

ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีระบบ ECS คุณภาพ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัดที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน $\geq 40\%$)

ตัวชี้วัด	รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ข้อมูลปี ๒๕๖๐							เขต ศ
	อุดรธานี	สกลนคร	เลย	หนองคาย	นครพนม	หนองบัว	บึงกาฬ	
โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ($\geq$ ร้อยละ ๔๐) (A)	๑๗	๑๗	๑๓	๔	๑๑	๖	๖	๗๔

ตัวชี้วัด

รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ข้อมูลปี ๒๕๖๐

	อุดรธานี	สกลนคร	เลย	หนองคาย	นครพนม	หนองบัว	บึงกาฬ	
				ย				
โรงพยาบาลระดับ F๒ ทั้งหมด ในจังหวัด/ เขตสุขภาพ ที่มีการ ประเมินตนเองด้าน การรักษาพยาบาล ฉุกเฉินของ โรงพยาบาล (B)	๑๘	๑๗	๑๓	๕	๑๑	๖	๖	๗๖
ร้อยละ ECSคุณภาพ ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A /B) X ๑๐๐	๙๔.๔๔	๑๐๐	๑๐๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๗.๓๗

แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ

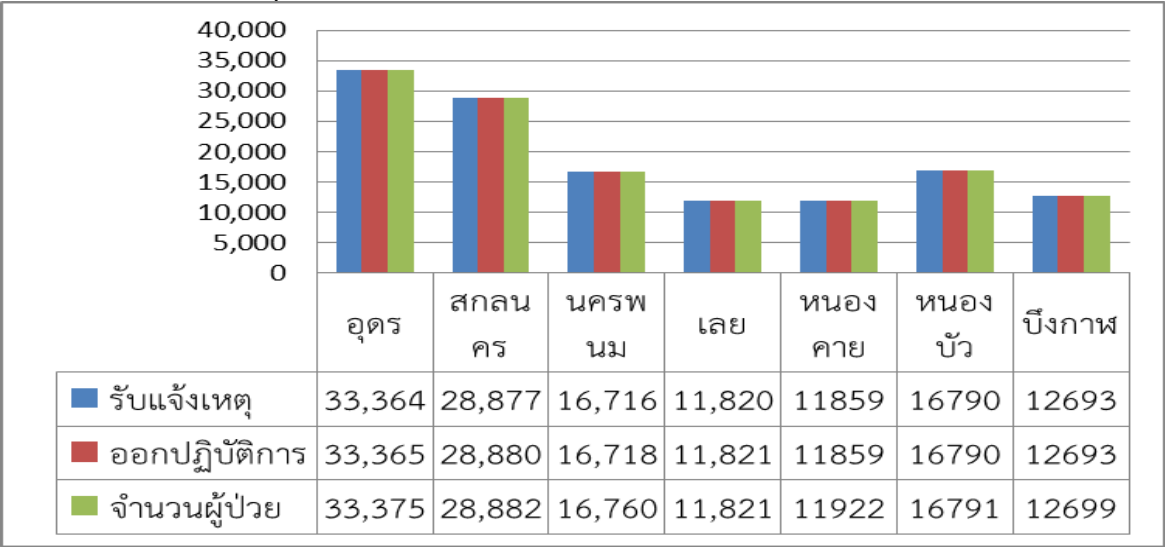
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีระบบ ECS คุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมของจังหวัดและเขต) นอกจากการประเมินค่าคะแนนในแต่ละองค์ประกอบแล้ว ยังมีการวิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด และประเด็นการตรวจราชการ การตรวจราชการจะมุ่งประเด็นสำคัญในการพัฒนาและประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) ว่าโรงพยาบาล มีกระบวนการในการขับเคลื่อนอย่างไรบ้าง ในประเด็นดังต่อไปนี้

- ๑. สามารถดูแลรักษาในระดับการช่วยชีวิต (resuscitation) ได้ตลอด ๒๔ ชม.
- ๒. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้
- ๓. มีการจัดระบบบริการให้ความสะดวกตามลำดับความรุนแรง (Triage)
- ๔. มีเครือข่ายเพื่อการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม
- ๕. สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ
- ๖. ให้ความสะดวกสบายกับผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม เช่น ให้ข้อมูล จัดสถานที่พักรอการติดต่อเจ้าหน้าที่

ผลลัพธ์ที่คาดหวังและประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา

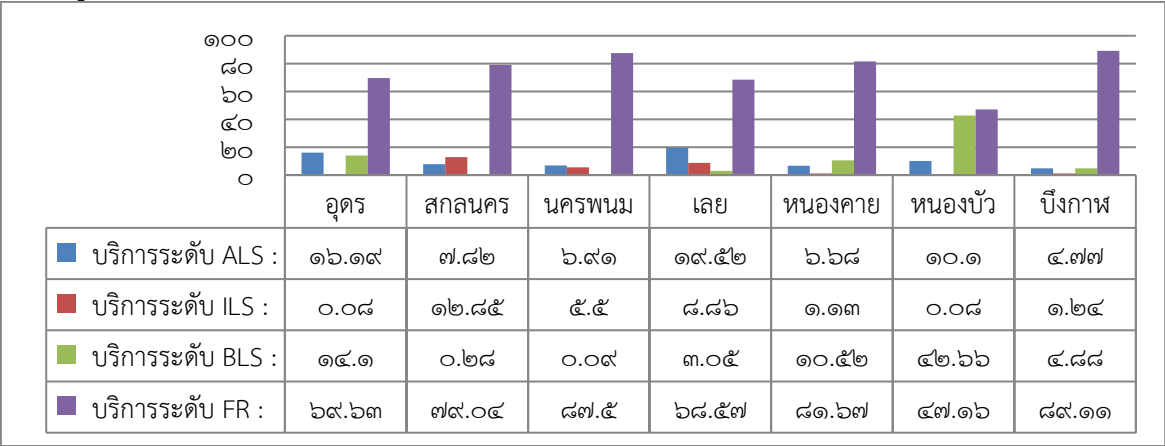
- ๑. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน ECS คุณภาพครบทุกมิติ
- ๒. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน(ER)
- ๓. การเข้าถึงระบบ definite care
- ๔. การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล
- ๕. การพัฒนาระบบการส่งต่อ

การดำเนินงาน EMS คุณภาพ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS



ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ การรับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติการรับผู้ป่วย จังหวัดอุดรธานี มียอดการรับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติการ EMS มากที่สุด เฉลี่ยผู้ป่วย ๑๑๐ ราย/วัน

หน่วยกู้ชีพ จำแนกตามศักยภาพของทีม



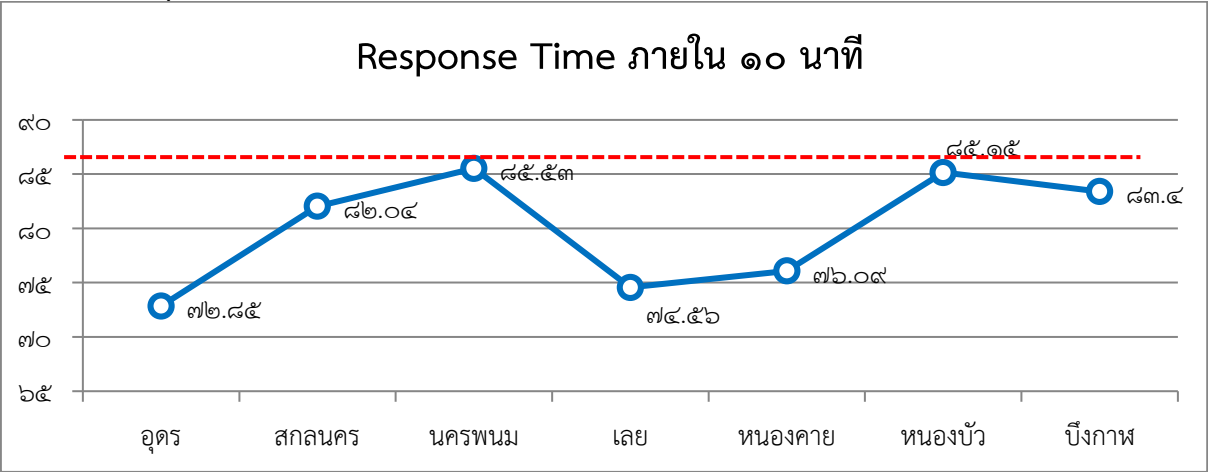
จังหวัดที่ใช้ศักยภาพของทีม ALS มากที่สุด คือ จังหวัดเลย ร้อยละ ๑๙.๕๒ รองลงมาจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๑๖.๑๙ จังหวัดที่ใช้ศักยภาพของทีมระดับ ALS ต่ำที่สุด คือ จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๔.๗๗

การแจ้งเหตุของประชาชนทางหมายเลข ๑๖๖๙

ตัวชี้วัด	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
ร้อยละของประชาชนที่แจ้งเหตุทาง ๑๖๖๙	๗๕.๓๔	๙๙.๐๘	๙๗.๙๙	๗๙.๘๒	๙๐.๔๓	๙๘.๐๙	๙๔.๔๔

จังหวัดที่ประชาชนใช้ช่องทางหมายเลข ๑๖๖๙ มากที่สุดคือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๙๙.๐๘ จังหวัดอุดรธานี ประชาชนใช้ช่องทางแจ้งเหตุทางหมายเลข ๑๖๖๙ น้อยที่สุด ร้อยละ ๗๕.๓๔

จำนวนผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน ๑๐ นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ (ราย)



จังหวัดที่มีผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉินได้รวดเร็วภายใน ๑๐ นาที ได้ทันเวลามากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๘๕.๕๓ รองลงมาจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๘๕.๑๕ จังหวัดที่ใช้เวลาภายใน ๑๐ นาที ผลปฏิบัติการ น้อยที่สุดได้แก่จังหวัดอุดรธานีร้อยละ ๗๒.๘๕

จำนวนผู้ป่วยวิกฤตเร่งด่วน (สีแดง) ถูกนำส่งโดยระบบ EMS

ตัวชี้วัด	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
EMS นำส่งผู้ป่วยสีแดง	๒,๘๓๐	๒,๒๓๕	๒,๒๕๔	๒,๓๐๔	๑,๐๙๘	๑,๔๔๙	๙๓๑
ร้อยละของผู้ป่วยสีแดงที่ถูกนำส่งโดยระบบ EMS	๘.๔๘	๗.๗๔	๑๓.๕๔	๑๙.๔๙	๙.๒๑	๘.๖๓	๗.๓๓

การดำเนินงาน ER คุณภาพ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

KPI : การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ECS รพ.อุดรธานี	อุดร	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัว	บึงกาฬ
STEMI Door To SK ภายใน 30 นาที	48.28(56/116)	37.10(23/62)	75.86(66/87)	34.78(24/69)	89.19(33/37)	40.42(19/47)	NA
STEMI Door To PCI ภายใน 30 นาที	53.28 (187/351)	-	-	-	-	-	-
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้ยา rt-PA	78.08 (57/73)	38.09(8/21)	13.54(13/96)	23.44(30/128)	0	26.38(24/91)	NA
Sepsis Door To Drug (ATB) ภายใน 1 ชั่วโมง	72.23 (684/947)	96.62(657/680)	78.25(446/570)	58.02(727/1253)	90.91(10/11)	99.15	NA
ร้อยละผู้ป่วย trauma Pass ER to OR ภายใน 60 นาที (Severe HI + Severe multiple injury)	35.87 (80/223)	97.45(153/157)	72.73(24/33)	67.74(42/62)	87.18(34/39)	75.86(22/29)	10(5/50)
อัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บ ER Pass to OR	78.89 (213/223)	87.89 (138/157)	96.96(32/33)	1.61(1/62)	53.84(21/39)	100(29/29)	2.00(1/50)
ร้อยละผู้ป่วย OHCA ที่ CPR มี ROSC > 20 นาที	39.47 (45/114)	29.10 (80/275)	34.83(62/178)	32.68(67/205)	25.19(32/127)	51.49	7.1(4/56)
ร้อยละผู้ป่วย OHCA ที่ CPR มี survival to refer	20.12	20.73 (57/275)	19.66(35/178)	12.2(25/205)	21.21(7/33)	40.07	0
ร้อยละผู้ป่วย OHCA ที่ CPR มี survival to admit	29.82 (34/114)	8.00 (22/275)	11.24(20/178)	17.56(36/205)	13.82(13/94)	62.85	1.78(1/47)

KPI: ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (เป้าหมาย ร้อยละ ๒๕ ของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามที่กำหนดไว้)

การนำข้อมูลเข้าสู่ตราเพื่อตอบค่าตัวชี้วัดปี ๒๕๖๐

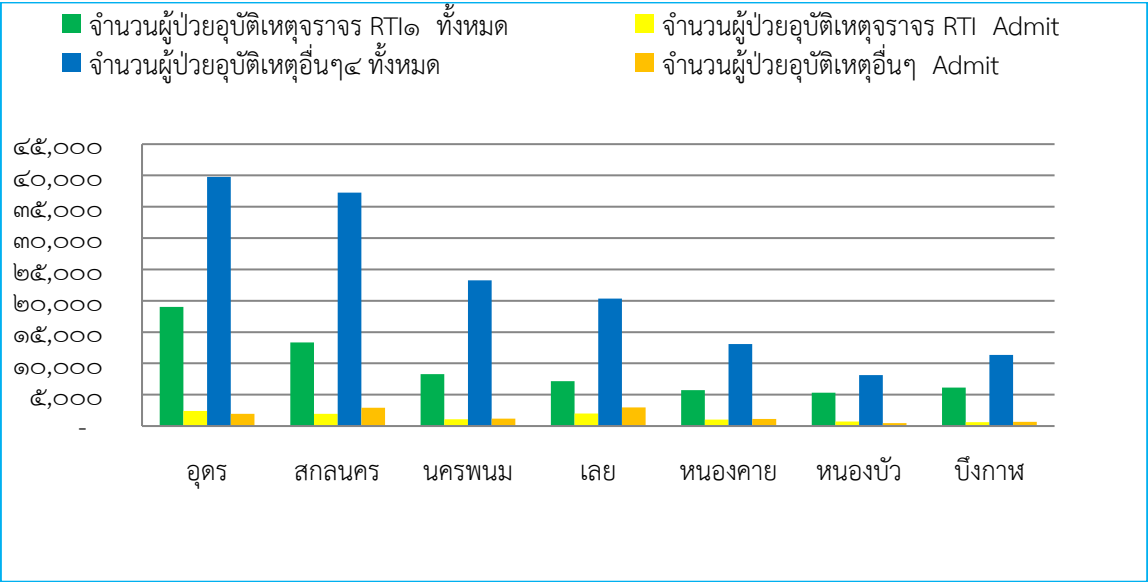
ตัวชี้วัด	รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ข้อมูลปี ๒๕๖๐							
	อุดรธานี	สกลนคร	เลย	หนองคาย	นครพนม	หนองบัว ลำภู	บึงกาฬ	เขต ๘
โรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ในจังหวัดที่ผ่าน เกณฑ์ประเมิน คุณภาพตามที่ กำหนดไว้ (A)	๑๓	๑๐	๗	๒	๔	๔	๔	๔๔
จำนวน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ทั้งหมด ในจังหวัด (B)	๑๘	๑๗	๑๓	๕	๑๑	๖	๖	๗๖
ร้อยละของ ER คุณภาพใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป(A/B) X ๑๐๐	๗๒.๒๒	๕๘.๘๒	๕๓.๘๕	๔๐	๓๖.๓๖	๖๖.๖๗	๖๖.๖๗	๕๗.๘๙

ร้อยละ ER คุณภาพ ได้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการผู้ป่วย Fast track ๓S ๓H และประเด็นการตรวจราชการปี ๒๕๖๐ การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลฉุกเฉินโดยประเมินความสำเร็จการช่วยฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยกลับมารู้สึกตัวหรือมีสัญญาณชีพมากกว่า ๒๐ นาที มีการจัดเก็บข้อมูล OHCA โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้รายงานข้อมูล และบันทึกข้อมูลภาพรวมของเขต การประเมินผลระบบคุณภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ แนวโน้มผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตมมีสัญญาณชีพมีโอกาสรอดชีวิตได้สูงขึ้น

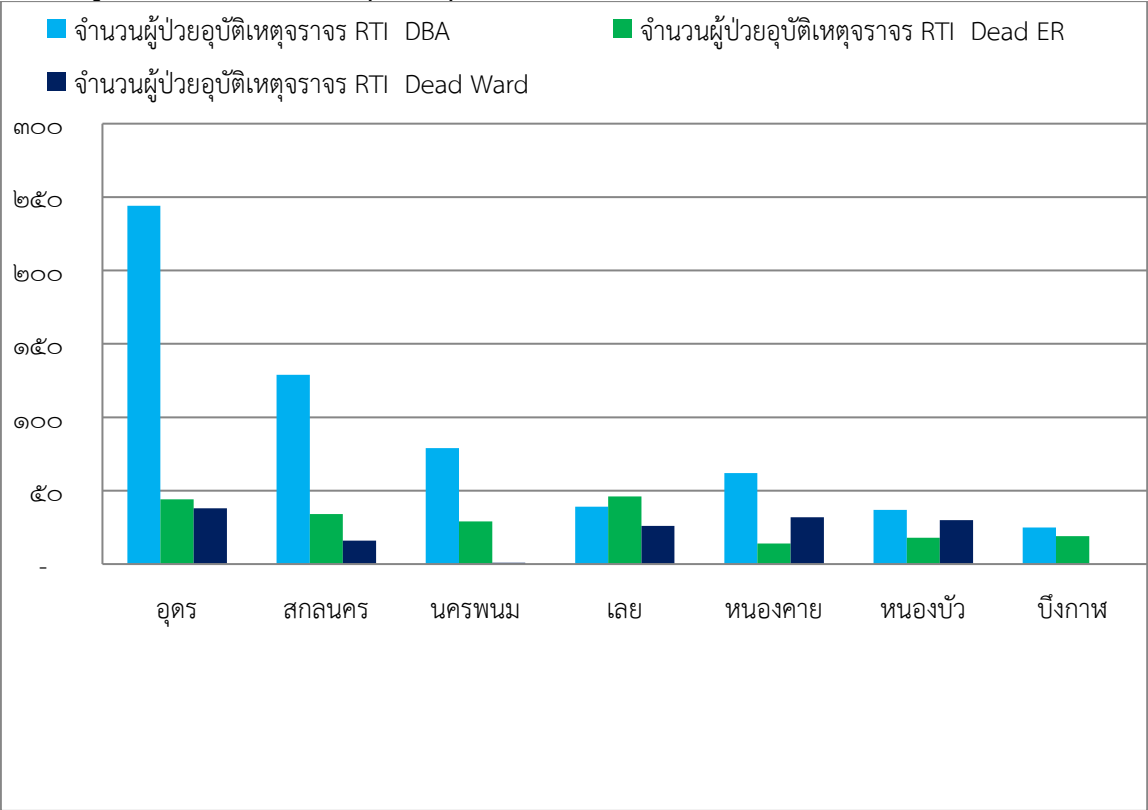
การดำเนินการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ

จำนวนผู้บาดเจ็บจำแนกเป็นรายจังหวัด ช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ – มิถุนายน ๒๕๖๐

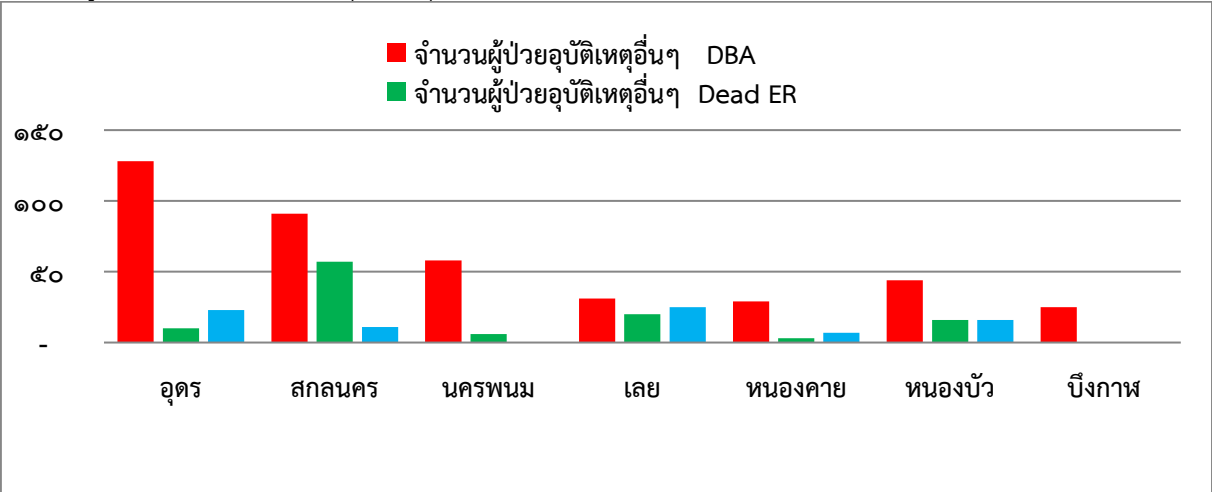
สัดส่วนจำนวนผู้บาดเจ็บของผู้บาดเจ็บทางถนน : ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั่วไป = ๑ : ๒



จำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน RTI จำแนกรายจังหวัด และสถานที่เสียชีวิต



จำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป จำแนกรายจังหวัด และสถานที่เสียชีวิต

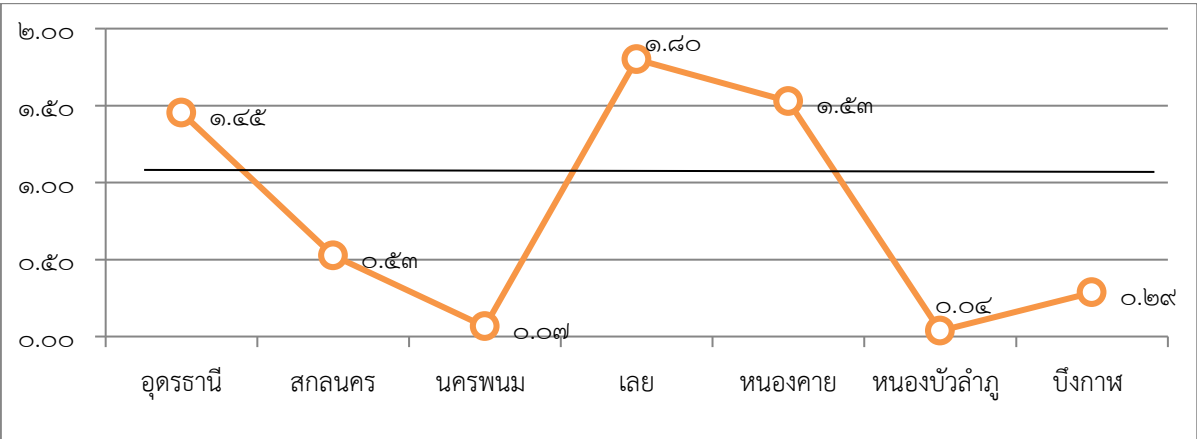


อัตราการตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)

เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้บาดเจ็บที่ได้รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทุกราย ที่มีค่า Ps score ≥ 0.75 และเสียชีวิต ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑

ค่า PS ≥ 0.75 -	อุดรธานี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัว	บึงกาฬ
๑.๐๐	ลำภู						
จำนวนที่รับไว้รักษา (ราย)	๖,๙๕๓	๒,๔๗๔	๑,๕๒๕	๒,๔๔๒	๑,๕๗๑	๒,๗๑๕	๓๕๐
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ราย)	๑๐๑	๑๓	๑	๔๔	๒๔	๑	๑

อัตราการตายจากการบาดเจ็บ(Trauma)(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมเขต



ภาพรวมเขต อัตราตายที่ป้องกันได้ Ps ๐.๗๕ – ๑.๐๐ ร้อยละ ๐.๗๐ ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

๑. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER)
(Pre hospital care system)
๒. การเข้าถึงระบบ definite care
๓. การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล
การทบทวนกระบวนการรักษา และปรับแนวทางแก้ไขเชิงระบบ
๔. การพัฒนาระบบการส่งต่อ

งานอุบัติเหตุมีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ

- บริการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บ
- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury)
- ป้องกันและควบคุมจุดเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน มีทีมรับผิดชอบร่วมรายงานการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน SRRT
- การจัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ
- บริการช่องทางด่วน (Fast Track) ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จาก ER ไปยัง OR
- บริการหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก (Burn Unit)
- บริการ Trauma & Emergency Admin Unit (TEA) มีคณะกรรมการในการทบทวนการรักษาพยาบาล , การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ทบทวนความเสี่ยงข้อผิดพลาดจากการรักษา และทบทวนการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย

โอกาสพัฒนา

มีการทบทวนข้อผิดพลาดจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บทุกรายเพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตเพื่อนำไปสู่การป้องกันแก้ไขเชิงระบบ

๓.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๓.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

การประเมิน ECS คุณภาพ ภายในเขตสุขภาพที่ ๘ รูปแบบการประเมินยังใช้ค่าคะแนนการประเมินตนเอง (ค่าคะแนนที่ประเมินมีความเบี่ยงเบนค่อนข้างสูง และ ยังใช้ความรู้สึกความคิดเห็นในการประเมิน)

๓.๒ ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป

ที่ผ่านมากระทรวงยังไม่มีเก็บข้อมูลด้าน ER คุณภาพ และปี ๒๕๖๐ เริ่มมีนโยบายและทิศทางที่ชัดเจนขึ้นโดยการเก็บข้อมูลความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพนอกโรงพยาบาล CPR ผู้ป่วย OHCA จนมีสัญญาณชีพมากกว่า ๒๐ นาที เขตสุขภาพที่ ๘ ได้ประชุมและกำหนด Definition และรูปแบบในการเก็บข้อมูล

๓.๓ อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)

การบันทึกและโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล หลากหลาย ได้แก่ Hosxp , PHER , IS

๔.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

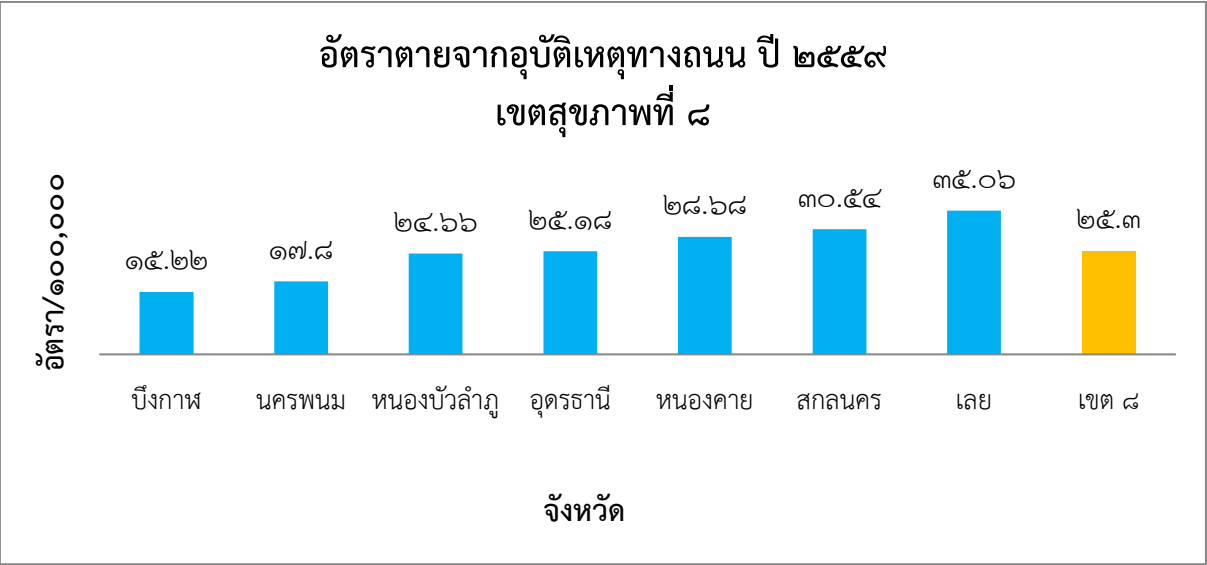
ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจ ราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลหลากหลายและ เป็นการเพิ่มภาระงาน	รพศ. รพท. รพ.ม๑ ใช้ระบบ IS	
- ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางสาขา ศัลยกรรม ในโรงพยาบาล ระดับ M๑,S	ทำแผนพัฒนาบุคลากร และ อัตรากำลัง	หาแหล่งฝึกอบรมและ งบประมาณสนับสนุน
- ความต้องการแพทย์ EP ปฏิบัติที่ห้อง ฉุกเฉิน	การใช้ทรัพยากรร่วมกันระดับ จังหวัด	
- ขาดอัตรากำลังพยาบาล ER ปฏิบัติงาน		
- การส่งต่อที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบความ แออัด รพศ. / รพท.	การวิเคราะห์ข้อมูลระบบส่งต่อและ การคืนข้อมูลให้กับรพ.ที่ส่งต่อ	

ผู้รายงาน นางสาวรณนา นาทิ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร๐๘๙-๗๑๐-๑๒๗๙
EMAIL:emergency.ud@gmail.com

สาขาป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๑. สถานการณ์

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตจำนวนมาก โดยตายเป็นอันดับที่สองของโลก เป็นอันดับหนึ่งของเอเชีย ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๑,๓๗๕ ราย (๒๕.๓๐ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) โดยจัดลำดับจังหวัดที่มีอัตราเสียชีวิตสูงสุด คือ เลย ๒๒๔ ราย (๓๕.๐๖ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) สกลนคร ๒๙๑ ราย (๓๐.๕๔ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) และหนองคาย ๑๔๙ ราย (๒๘.๖๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน) ดังภาพ



๒. ความเชื่อมโยงปัจจัยในการเกิดอุบัติเหตุ

- **ด้านคน** อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดเหตุเสียชีวิตร้อยละ ๘๒ กลุ่มอายุ ๒๐-๒๙ ปี ร้อยละ ๒๔ อาชีพเกษตรและแรงงานร้อยละ ๖๔ มีพฤติกรรมไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ร้อยละ ๘๕ (ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด เมาแล้วขับ ขับรถย้อนศร ไม่สวมหมวกนิรภัยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย)
- **ด้านพาหนะ** เกิดจากรถสภาพไม่พร้อมใช้งาน รถเก่า รถดัดแปลง รถการเกษตรไม่มีไฟท้าย และรถจอดริมถนนในที่มืด รถบรรทุกอ้อยสูงเกินกำหนด
- **ด้านถนน** จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข ถนนกำลังก่อสร้างที่ไม่มีไฟ รถชนยางพาราปล่อยน้ำยางลาดถนน
- **ด้านสิ่งแวดล้อม** ฝนตกถนนลื่น สิ่งบดบังข้างถนน

๓. ผลกระทบต่อประชาชน

๑. ผู้เสียชีวิตส่วนมาก ร้อยละ ๘๘.๑๕ เป็นประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน ที่เป็นเสาหลักหารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยเสียชีวิตบนถนนในหมู่บ้านของตนเอง ร้อยละ ๓๒.๒๓ และออกจากหมู่บ้านเพื่อประกอบอาชีพมาเสียชีวิตบนถนนหลวง ร้อยละ ๕๕
๒. เยาวชนกลุ่มอายุ ๑๐-๑๙ ปี (กำลังอยู่ในสถานศึกษา) มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงขึ้น

๓.ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยเดือนละ ๑,๓๕๙ คน มีเพียงร้อยละ ๓๒ เท่านั้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่สถานพยาบาลได้รับค่าชดเชยจาก พรบ คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ นอกนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาต้องเป็นภาระของครอบครัวหรือโรงพยาบาลที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

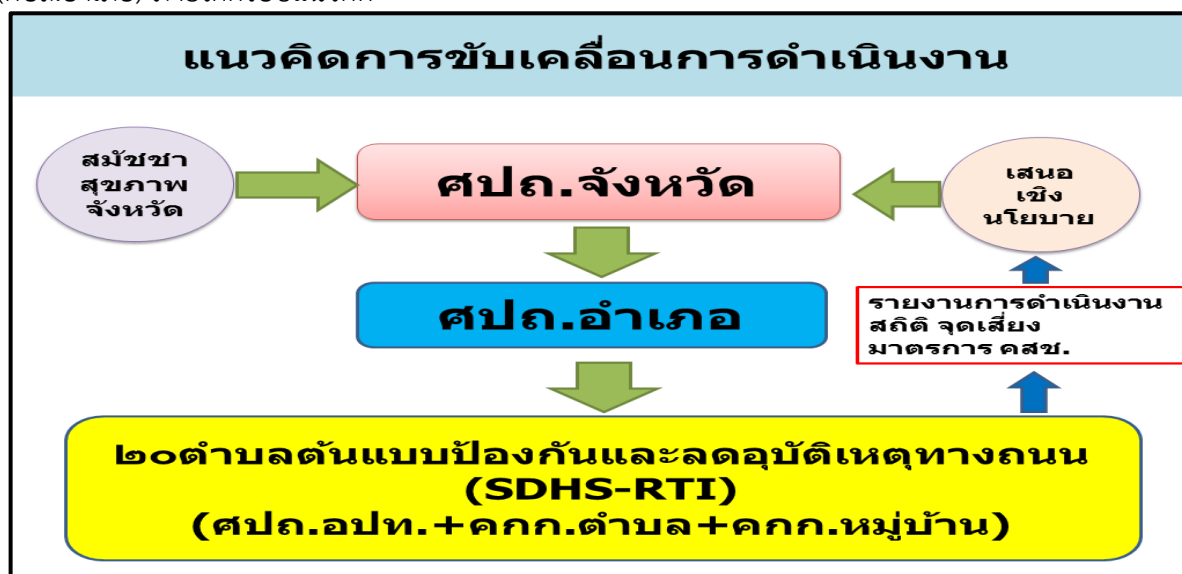
๔.เกิดผู้พิการจากการประสบอุบัติเหตุทางถนน ปีละ ๑๐-๒๐ คน และความสูญเสียของทรัพย์สินที่ต้องเป็นภาระของครอบครัวและกระทบต่อเศรษฐกิจประเทศชาติ

๔. แนวคิดการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตลอด ๓๖๕ วัน

โดยได้น้อมนำยุทธศาสตร์พระราชทานของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ คือ เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา มาปรับใช้ในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เน้นการส่งเสริมให้เกิดผู้นำเชิงบูรณาการทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน) ดำเนินงานแบบประชารัฐ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตามหน้าที่ ประชาชนมีความสามัคคีเข้มแข็ง ตามหลัก **เข้าใจ** คือ ทำให้ประชาชนเข้าใจความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน **เข้าถึง** คือ นำข้อมูลเชิงวิเคราะห์ เข้าถึงทุกพื้นที่ เข้าถึงผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการและเข้าถึงจิตใจประชาชน และคนที่จัดการแก้ปัญหาลดความเสี่ยงคือคนในพื้นที่ **พัฒนา** คือ กำหนดเป้าหมายชัดเจน พัฒนาอย่างเป็นระบบทุกด้านควบคู่กัน โดยใช้ทรัพยากร คน งบประมาณ การบริหารจัดการในพื้นที่ มีข้อมูลข่าวสารจริง รวมศูนย์ข้อมูลเดียว ถูกต้องและเที่ยงตรง ทันสมัย ฉับไวทันเหตุการณ์ ประเมินผลปรับเปลี่ยนให้ตอบโต้สถานการณ์ได้ตลอดเวลา ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๕. แนวคิดการขับเคลื่อนงาน

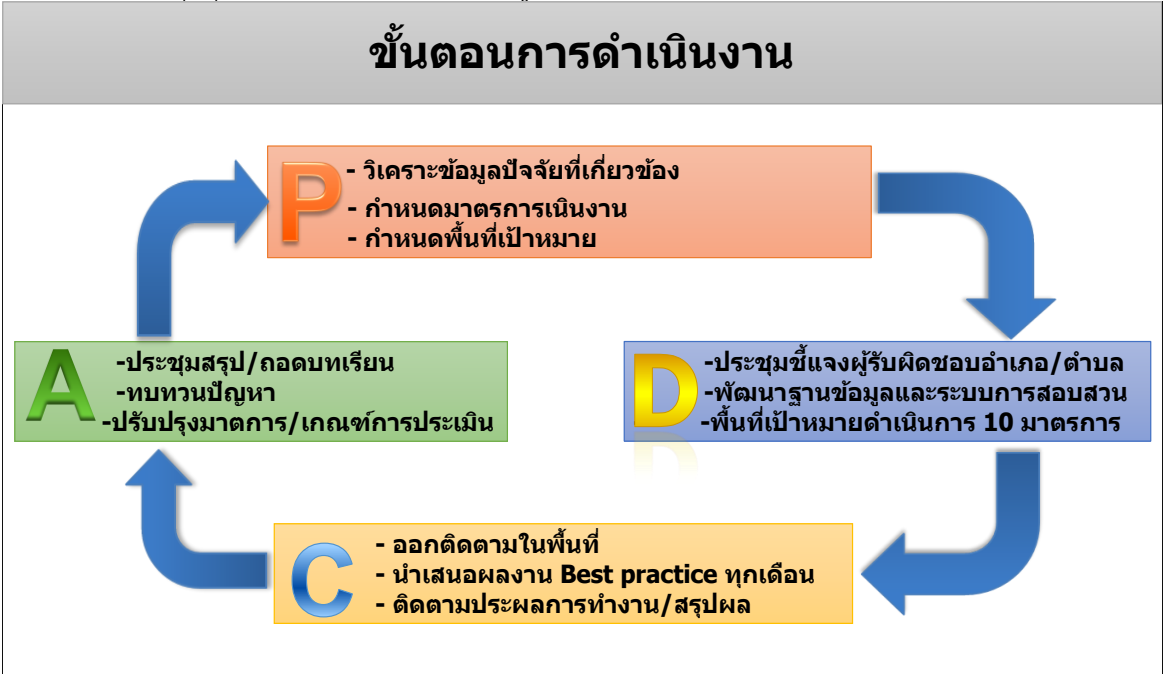
ได้พัฒนาจากการดำเนินงานระบบจัดการสุขภาพอำเภอป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน(DHS-RTI: District Health System- Road traffic injuries) ขับเคลื่อนถึงระดับตำบล โดยคัดเลือกตำบลที่มีสถิติเสียชีวิตสูงสุดปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๑ ตำบลนำร่องของทุกอำเภอ จำนวน ๘๖ อำเภอ ประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพตำบล(Sub District Health System: SDHS) เป็น “๘๖ ตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเขตสุขภาพที่ ๘” (Sub District Health System- Road traffic injuries) ขับเคลื่อนร่วมกับศูนย์ความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปล.อปท.) ผ่านเข้าสู่ศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (สปล.อำเภอ) ภายใต้กรอบแนวคิด



กลยุทธ์ “๕ ส. ๕ เสาหลัก” เป็นแนวทางดำเนินงานเข้าถึงผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียตอบโจทย์การลดผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนลงสร้างคุณภาพชีวิต



- ๑. สารสนเทศ ข้อมูลสำคัญสุด ที่จะผลักดันการดำเนินงาน ๕ เสาหลักให้ขับเคลื่อนตลอดปี จึงจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจริง วิเคราะห์เชิงลึก นำสู่การวางแผนงานตามสถิติ เขตสุขภาพที่๘ มีการสอบเชิงลึกอุบัติเหตุทางถนนตามข้อกำหนดกรมควบคุมโรค แต่จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดนาร่อง เริ่มปีงบประมาณ๒๕๕๙ เป็นต้นมาได้สอบสวนเชิงลึกผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนทุกราย
- ๒. สหสาขา นำข้อมูลวิเคราะห์เชิงลึก ร่วมกับ ๕ เสาหลัก วางแผนงานป้องกันและลดอุบัติเหตุตามสถิติ
- ๓. สุดเสียง ตำบลเสียงสุดนำมาสู่การแก้ปัญหาทันที ทั้ง คน รถ ถนน สิ่งแวดล้อม
- ๔. ส่วนร่วม ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม ใช้ทรัพยากร คน งบประมาณ การบริหารจัดการในพื้นที่มีข้อมูลข่าวสารจริง รวมศูนย์ข้อมูลเดียว ถูกต้องและเที่ยงตรง ทันสมัย ฉับไวทันเหตุการณ์
- ๕. สุดคุ้ม ป้องกันความพิการ ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน ของประชาชน



๖. ตัวชี้วัด

๑. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ ๕๐
๒. จำนวนผู้บาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ ๕๐
๓. ไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
๔. ตำบลมีหนึ่งถนนตัวอย่างปลอดภัย
๕. นักเรียนอนุบาลผ่านเกณฑ์ประเมินวินัยจราจรร้อยละ ๙๐

๗. การขับเคลื่อนดำเนินงาน

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดอุดรธานี (ศปถ.จังหวัด) โดยมีท่านผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ และหัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นเลขาฯ ได้ส่งเสริมให้เกิดผู้นำเชิงบูรณาการอำเภอ/ตำบล/อปท./หมู่บ้าน ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องดังนี้

๑. จัดทำวาระจังหวัด “การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตลอดปี”
๒. จัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดปี โดยใช้นโยบายรัฐบาล แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน และแผนปฏิบัติการฯ เป็นกรอบแนวทาง โดยคณะกรรมการ ศปถ.จังหวัด/ศปถ.อำเภอ/ศปถ.อปท. ประชุมและรายงานผลทุกเดือน โดยนำประเด็นที่ต้องแก้ไขความเสี่ยงร่วมกำหนดมาตรการจัดการและตรวจสอบผลของมาตรการที่ผ่านมาเพื่อปรับแก้ไขให้ตอบโต้สถานการณ์ทันทีหรือทันทั่วทั้งที่กรณีฉุกเฉินต้องแก้ปัญหาเร่งด่วนครอบคลุมทุกพื้นที่
๓. ศปถ.จังหวัดคืนข้อมูลวิเคราะห์เชิงลึกของพื้นที่ให้ ศปถ.อำเภอทุกแห่ง ขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกเดือน
๔. ศปถ.อำเภอ คัดเลือก ๑ ตำบล มีผู้เสียชีวิตสูงสุดในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เป็นตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดอุดรธานี
๕. ส่งเสริมให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานในลักษณะยึดตำบลต้นแบบฯ เป็นตัวตั้ง (Area Approach)
๖. แต่งตั้งคณะกรรมการตำบลต้นแบบฯ ประชารัฐ โดยมี ผอ.รพ.สต. เป็นเลขาฯ กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนงาน เน้นการใช้คน งบประมาณ ทรัพยากรที่มีในพื้นที่และต่อยอดทุนเดิมที่มีในพื้นที่ให้เกิดความคุ้มค่าในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน
๗. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลต้นแบบฯ ได้ดำเนินการป้องกันการอุบัติเหตุทางถนนและประชาชนชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี
๘. จัดตั้งทีมสอบสวนเชิงลึกอุบัติเหตุทางถนนระดับระดับตำบล วิเคราะห์นำข้อมูลขับเคลื่อนต่อเนื่อง
๙. คัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยง คน-รถ-ถนน-สิ่งแวดล้อม ด้วยมาตรการชุมชนของคนในหมู่บ้าน
๑๐. ประกาศมาตรการถนนตัวอย่างและกำหนดให้ปฏิบัติพร้อมบtlongโทษเมื่อไม่ปฏิบัติตาม
๑๑. สื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวและ Social Mediaต่างๆ ขับเคลื่อนการดำเนินงานประชาคมหมู่บ้านผ่าน พัฒนาชุมชน เกิดกลไก “ด่านชุมชนป้องกันคนในหมู่บ้าน” ในช่วงเทศกาล งานบุญของหมู่บ้าน
๑๒. คณะกรรมการหมู่บ้านประสานความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรงดเหล้าสร้างจิตสำนึกคนในชุมชน
๑๓. จัดการหมู่บ้านปลอดเหล้างานบุญ งานศพอย่างต่อเนื่อง
๑๔. สถานศึกษาสอนวินัยจราจรในโรงเรียนโดยบูรณาการร่วมกับตำรวจ

๑๕. สรุปผลการประชุม ข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหารให้กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และดำเนินงาน ๑๐ กิจกรรมหลักอย่างต่อเนื่อง

๘. การดำเนินงาน ตามกรอบภารกิจ ๑๐ กิจกรรมหลัก



๙. ผลการดำเนินงาน

ตำบลต้นแบบได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สป.สช. ในการดำเนินงานในพื้นที่ ตำบลละ ๒๐,๐๐๐ บาท โอนให้ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๐ อยู่ในช่วงระยะเวลาดำเนินการ มีเฉพาะจังหวัดอุดรธานีที่ใช้งบประมาณของพื้นที่ดำเนินการก่อน ข้อมูลตามปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)

๑. ไม่มีผู้เสียชีวิต ร้อยละ ๓๕ (จำนวน ๗ ตำบล) (คาดการณ์จังหวัดอุดรธานีมี ๑๕๕ ตำบลทำครอบคลุมทุกตำบลลดการเสียชีวิตได้ ๕๔ ตำบล)

๒. ลดการเสียชีวิตได้ จำนวน ๑๘ คน (ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ ๙๕ ล้านบาท) (คาดการณ์ทำครอบคลุมทุกตำบล จะสามารถลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ ๑๓๙ คน ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ ๗๓๘ ล้านบาท)

๓. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ ๘๐ (๑๖ ตำบล)

๔. จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุลดลง ร้อยละ ๘๕ (๑๗ตำบล)

๕. ได้ ๒๐ ถนนตัวอย่างที่มีประชาชนเป็นผู้วางมาตรการด้านความปลอดภัย

๖. มีโรงเรียนจิตสำนึกวินัยจราจร จำนวน ๒๓ โรงเรียน

๗. เกิดชุมชนจัดการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

๑๐. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. เกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดและของหน่วยงาน คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดและรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มองเห็นภัยใกล้ตัวและกระทบต่อองค์กรเล็กสุด คือ ครอบครัวซึ่งเป็นฐานสำคัญต่อยุทธศาสตร์ของประเทศ จึงใช้หลักการเบ็ดขางใน ให้ประชาชน เข้าใจว่าเป็นปัญหาของทุกคน เข้าถึงสถิติที่คั่นให้ประชาคมหมู่บ้าน นำสู่การพัฒนา กำหนดเป้าหมายชัดเจน ดำเนินงานอย่างเป็นระบบทุกด้านควบคู่กัน โดยใช้ทรัพยากร คน งบประมาณ การบริหารจัดการในพื้นที่

๒. การยึดพื้นที่ที่มีผู้เสียชีวิตสูงสุดในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เป็นตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดอุดรธานี โดยมีสื่อมวลชนสนใจทำข่าวและประชาสัมพันธ์ตลอดเวลา ทำให้เกิดกระแสคนในพื้นที่ตื่นตัวลือมองแก้ปัญหาพื้นที่ด้วยตนเอง

๓. ผู้บริหารมีความสามารถในการเชื่อมโยง ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายของรัฐบาล ยุทธศาสตร์ของภาค บูรณาการจัดทำแผนป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระดับจังหวัด /อำเภอ/อปท.และตำบลต้นแบบฯ

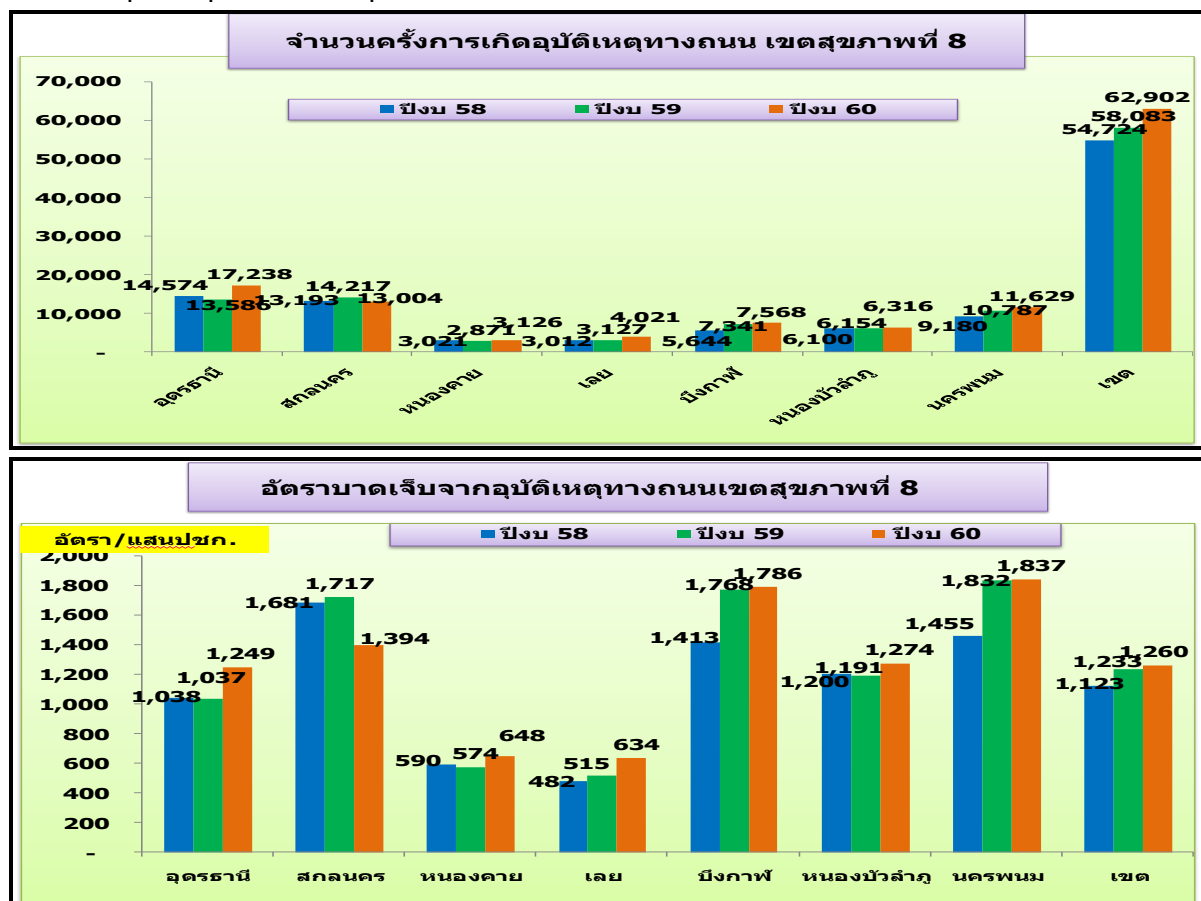
๔. การส่งเสริมให้เกิดผู้นำเชิงบูรณาการทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน)

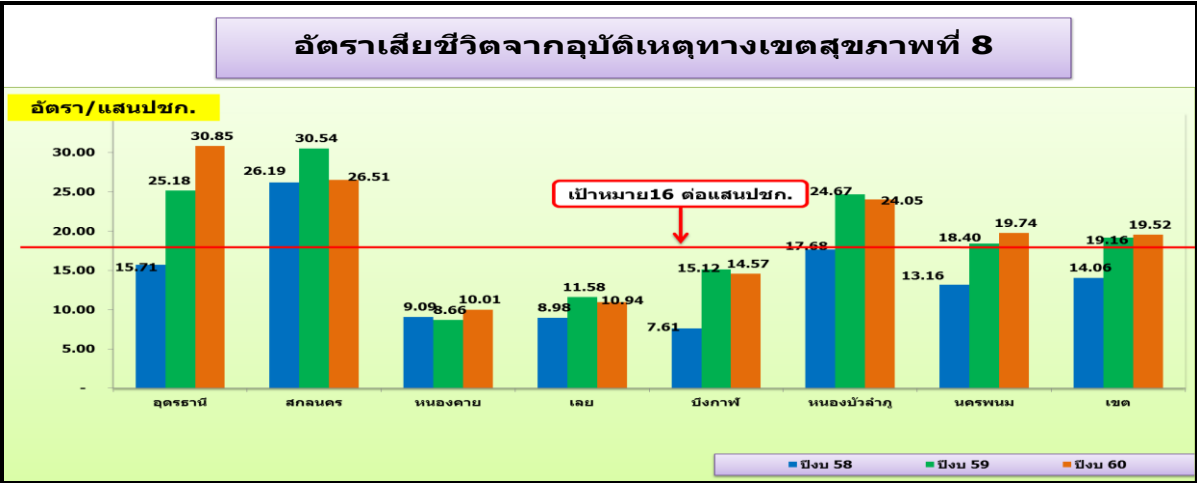
๕. การส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้อำนาจเต็มตามที่ตามหน้าที่ที่กำหนด

๑๑. การขยายผล

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ อำเภอผ่านตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๑ ตำบล
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อำเภอผ่านตำบลต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๕๐
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อำเภอต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๕๐
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อำเภอต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๘๐
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ประกาศเป็นจังหวัดต้นแบบป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

๑๒. สถิติอุบัติเหตุทางถนนเขตสุขภาพที่ ๘





สาขาทารกแรกเกิด

๑. สถานการณ์

ปี ๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ๓.๔: ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ (เป้าหมายน้อยกว่า ๔: ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) ปี ๒๕๖๐ มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ๓.๒ การเกิดมีชีพ สาเหตุเกิดจาก PPHN, Sepsis, Preterm, Congenital anomaly ทารกที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษานอกเขต คือทารกที่มีปัญหาจอประสาทตาที่ต้องได้รับการรักษาหรือวินิจฉัยเพิ่ม ทารกที่เป็นโรคหัวใจที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมหลายระบบ รวมถึงทารกที่มีปัญหาทางต่อมไร้ท่อต่างๆ เนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากร ส่วนการส่งต่อทารกภายในเขต ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ ได้แก่ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิดอุณหภูมิกายต่ำ สาเหตุเนื่องจากบุคลากรขาดทักษะในการดูแล การประเมินมารดากลุ่มเสี่ยงระหว่างการตั้งครรภ์

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการจัดการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่ออย่างเหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยการพัฒนาศักยภาพทุกสถานบริการให้สามารถดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้ตามบริบท และขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดโดยมีการใช้ระบบ Fast track ในทุกจังหวัด มีการนัดติดตามประเมินพัฒนาการทารกกลุ่มเสี่ยง และมีการประเมินพัฒนาการ/ส่งต่อ ให้พื้นที่เยี่ยมบ้าน รวมถึงมีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ มีระบบการ Refer back ในผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้โดยเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลโดยการศึกษาดูงาน (on the job training) ที่โรงพยาบาลจังหวัดเพื่อสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ ได้แก่ neonatal sepsis ให้ยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง ทารกที่ต้องส่องไฟ ทารกที่ร่อนน้ำหนัก และทารกที่สามารถไปตรวจติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ มีการประสานงานกับสูติแพทย์เพื่อพัฒนาการดูแลทารกและมารดา เช่น ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เป็นต้น สามารถผสมอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition: TPN) ได้มาตรฐานโดยทีมงานเภสัชกร ยกเว้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดบึงกาฬ มีการคัดกรองการได้ยิน (Otoacoustic Emissions: OAEs) ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด และมีระบบคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

๒. ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตทารกอายุน้อยกว่า ๒๘ วัน ปี ๒๕๖๐ = ๓.๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ (เป้าหมาย<๔:๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ)

จังหวัด	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
อุดรธานี	๓.๓๘	๓.๕๕	๔.๐
สกลนคร	๓.๙๕	๒.๑๗	๓.๒
นครพนม	๑.๙	๓.๘	๔.๐
เลย	๕.๐๘	๓.๙๕	๒.๘
หนองคาย	๔.๑๒	๔.๐๗	๔.๘
หนองบัวลำภู	๒.๘๗	๐.๙๒	๑.๗
บึงกาฬ	๐.๖๕	๑.๘๙	๐.๕
รวมภาพเขต	๓.๓	๓.๐๑	๓.๒

จากข้อมูล พบว่า ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มี อัตราการเสียชีวิตทารกอายุน้อยกว่า ๒๘ วัน = ๓.๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ จังหวัดที่มีอัตราเสียชีวิตเกินเป้าหมาย คือ จังหวัดหนองคาย ๔.๘: ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ

สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

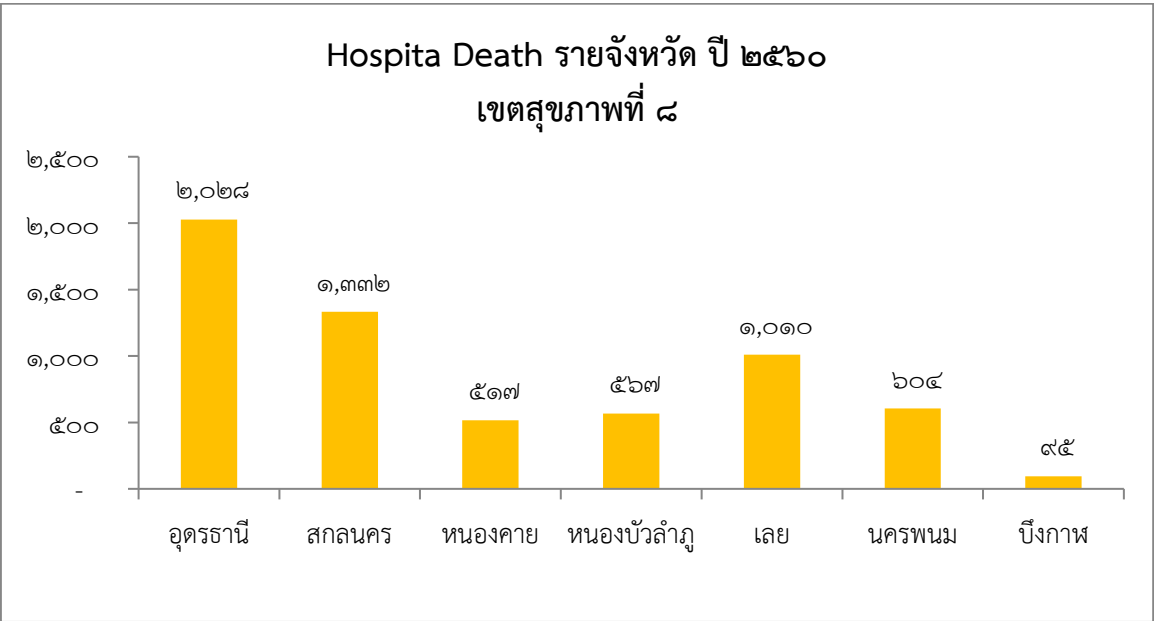
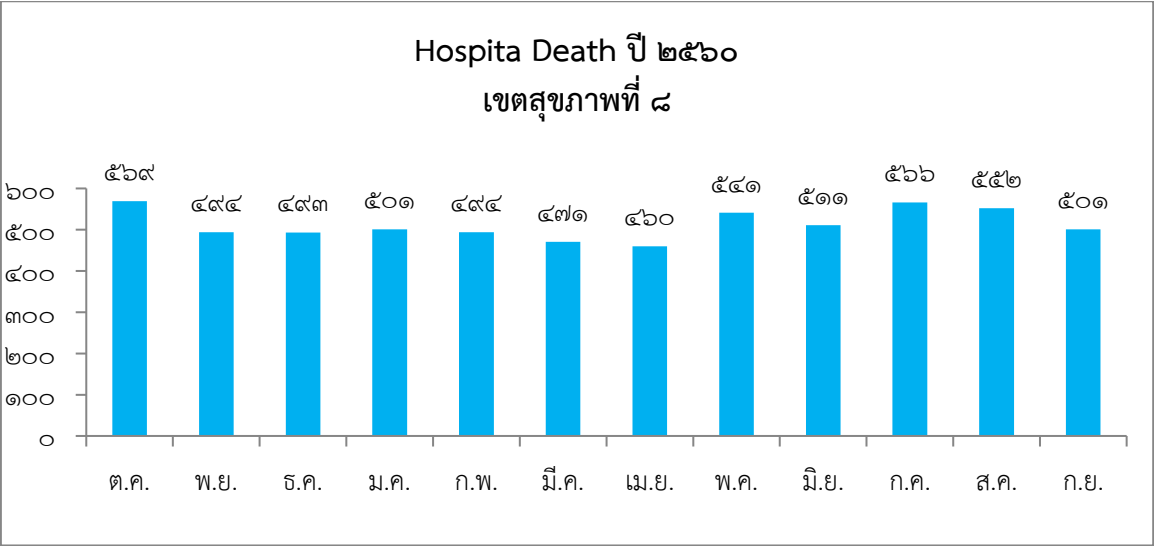
๑. สถานการณ์

ก่อนปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มี Donor hospital ๓ แห่ง มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลหนองคาย ในปี ๒๕๖๐ มีการขยาย Organ donor center เพิ่มอีก ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลนครพนม ส่วนโรงพยาบาลบึงกาฬ กำลังเตรียมความพร้อมเปิด ในปี ๒๕๖๑ โดยโรงพยาบาลอุดรธานีเป็น Transplant center ส่วนโรงพยาบาลระดับ A และ S เป็น Donor center โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่าย มีการจัดประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ในปี ๒๕๖๐ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาเครือข่ายรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายเขตสุขภาพที่ ๘ โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด การดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายผ่านระบบสารสนเทศเป็นฐานข้อมูลรวมของเขต

ข้อมูลHospital death เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

โรงพยาบาล	Hospital death (ราย)	Trauma death (ราย)	ร้อยละ Trauma death
โรงพยาบาลอุดรธานี	๒,๐๒๘	๓๐๐	๑๔.๗๙
โรงพยาบาลสกลนคร	๑,๓๓๒	๖๔	๔.๘๐
โรงพยาบาลหนองคาย	๕๑๗	๔๑	๗.๙๓
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	๕๖๗	๕๕	๙.๗๐
โรงพยาบาลเลย	๑,๐๑๐	๕๑	๕.๐๔
โรงพยาบาลนครพนม	๖๐๔	๓๕	๕.๗๙
โรงพยาบาลบึงกาฬ	๙๕	๓	๓.๑๕
โรงพยาบาลสว่างแดนดิน	๑๘๙	๓๐	๑๕.๘๗
รวม	๖,๓๔๒	๕๗๙	๙.๑๒

โรงพยาบาล	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
อุดรธานี	๑๗๒	๑๗๐	๑๔๔	๑๕๓	๑๕๒	๑๗๖	๑๖๖	๑๗๘	๑๗๐	๑๙๘	๑๙๕	๑๕๔	๒,๐๒๘
สกลนคร	๑๔๗	๑๒๕	๑๑๙	๑๐๖	๑๓๐	๑๐๔	๑๐๕	๑๓๐	๑๐๘	๘๓	๘๕	๙๐	๑,๓๓๒
หนองคาย	๔๕	๓๐	๓๑	๔๗	๓๙	๔๐	๔๑	๔๕	๔๖	๕๒	๕๑	๕๐	๕๑๗
หนองบัวลำภู	๔๕	๓๙	๔๕	๔๙	๔๖	๔๒	๓๗	๕๗	๓๗	๖๑	๕๒	๕๗	๕๖๗
เลย	๙๖	๗๘	๙๑	๗๕	๗๖	๗๓	๗๑	๘๔	๙๖	๑๐๐	๙๗	๗๓	๑,๐๑๐
นครพนม	๖๓	๔๗	๕๙	๖๖	๔๕	๒๕	๓๑	๓๗	๓๗	๖๔	๕๗	๗๓	๖๐๔
บึงกาฬ	๑	๕	๔	๕	๖	๑๑	๙	๑๐	๑๗	๘	๑๕	๔	๙๕
รวม	๕๖๙	๔๙๔	๔๙๓	๕๐๑	๔๙๔	๔๗๑	๔๖๐	๕๔๑	๕๑๑	๕๖๖	๕๕๒	๕๐๑	๖,๑๕๓



๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย: $\geq$ ๑ รายต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)

Organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ คิดจาก Hospital death ปี ๒๕๕๙				
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ	อวัยวะสำคัญที่นำไปปลูกถ่าย		
			ไต	ตับ	หัวใจ
รพ.อุดรธานี	๒๔.๐	๑๖	๓๐	๖	๔
รพ.สกลนคร	๑๔.๐	๔	๘	๓	๐
รพ.หนองคาย	๔.๐	๒	๔	๑	๐
รพ.หนองบัวลำภู	๑๐.๐	๐	๐	๐	๐
รพ.เลย	๗.๐	๒	๔	๑	๐
รพ.นครพนม	๕.๐	๐	๐	๐	๐
รพ.บึงกาฬ	๐.๗	๐	๐	๐	๐
รพ.ร.สว่างแดนดิน	๑.๘	๑	๒	๑	๐
รวม	๖๖.๕	๒๕	๔๘	๑๒	๔

ผลการดำเนินงาน มี brain death donor ทั้งหมด ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๖ ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย: ≥๑ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ.๑๐๐ ราย) ตามยอดปี ๒๕๕๙ และมีโรงพยาบาลระดับ M มี brain death donor ให้แก่สภากาชาดไทย คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

๒.๒ จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย: ≥ ๕ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)

Organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคดวงตา คิดจาก Hospital death ปี ๒๕๕๙			
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ(ราย)	จำนวนกระจกตาที่นำไปปลูกถ่าย(ข้าง)	หมายเหตุ
อุดรธานี	๑๒๒	๒๘	๕๒	ศูนย์ดวงตาปฎิเสธกระจกตามีเลือด ๔ ข้าง
สกลนคร	๗๐	๖	๑๒	-
หนองคาย	๒๐	๔	๘	-
หนองบัวลำภู	๕๐	๐	๐	-
เลย	๓๕	๔	๘	-
นครพนม	๒๕	๐	๐	-
บึงกาฬ	๓.๕	๐	๐	-
สว่างแดนดิน	๙	๑	๒	-
รวม	๓๓๔.๕	๔๓	๘๒	

ผลการดำเนินงาน มีผู้ป่วยกระจกตา ทั้งหมด ๔๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘๕ ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย: ≥๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย) ตามยอดปี ๒๕๕๙

๒.๓ จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสำเร็จ (เป้าหมาย: ≥ ๑ ราย/เดือน)

รพ. A ที่เป็น Kidney Transplant center เขต ๘	จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสำเร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙		หมายเหตุ
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสำเร็จ	
โรงพยาบาลอุดรธานี	๑๒ ราย	๕ ราย	

ผลการดำเนินงาน มีผู้ป่วยปลูกถ่ายไตสำเร็จ ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๖ ซึ่งยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย: ≥ ๑ ราย ต่อเดือน) ตามยอดปี ๒๕๕๙ เนื่องจากมี brain death donor ที่ผ่านเกณฑ์การรับไต เพื่อการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลอุดรธานี ๖ ราย แต่ไม่สามารถปลูกถ่ายไตได้ ๑ ราย เนื่องจาก donor มีสภาวะ DIC และทีมแพทย์ไม่พร้อม เกณฑ์การรับไตจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตายเพื่อการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลอุดรธานี Age ≥๖๐ year, เป็น Case trauma, Last creatinine <๒, no prolonged shock, no severe sepsis

๒.๔ จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจกตา (เป้าหมาย: ≥ ๒ ราย/เดือน)

รพ. A ที่เป็น Cornea Transplant center เขต ๘	จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจกตาสำเร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจกตาสำเร็จ
โรงพยาบาลอุดรธานี	๒๔ ราย	๑๖ ราย

ผลการดำเนินงาน มีผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจก ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖ ซึ่งยังทำได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย: ≥๑ ราย ต่อเดือน) ตามยอดปี ๒๕๕๙

๓. ปัญหาที่พบในเขตสุขภาพที่ ๘

๓.๑ ทีมสุขภาพขาดความรู้เรื่องการบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย

โอกาสพัฒนา จัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ เรื่องความสำคัญของการบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย ทั้งใน รพสต. รพช. รพท. รพศ. ให้สามารถอธิบายข้อมูลกับประชาชนได้ถูกต้อง รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ กำหนดเป้าหมาย การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะขณะมีชีวิตอยู่แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ โรงพยาบาลไม่มีระบบรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่มีผู้รับผิดชอบ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

โอกาสพัฒนา จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ในโรงพยาบาลระดับ A และ S ทุกแห่ง และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีแพทย์เป็นประธานศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ พยาบาลประสานงานรับบริจาคอวัยวะอย่างน้อย ๑ คน กำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติการรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายหรือใช้แนวทางปฏิบัติจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา กำหนดเป้าหมาย Brain death donor ๑ รายต่อ ๑๐๐ Hospital death และ Cardiac death donor ๕ รายต่อ ๑๐๐ Hospital death

๓.๓ การ notify case potential donor มายังทีมทำงานยังน้อยและล่าช้าทำให้สภาพ donor ไม่ดี

๓.๔ ขาดพยาบาล transplant coordinator ที่ปฏิบัติงานแบบ full time

๓.๕ ทีมจัดเก็บดวงตายังไม่เพียงพอ จักษุแพทย์ที่ทำหน้าที่ปลูกถ่ายกระจกตาไม่เพียงพอ

๓.๖ ทศนคติความเข้าใจของประชาชนดีขึ้นแต่ยังเป็นปัญหา

สาขาสุภาพจิตและจิตเวช

๑. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาพรวม ร้อยละ ๕๘.๘๘ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกจังหวัด บรรลุเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (ข้อมูล ณ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐ รายงานโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต) ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ ๘๒.๑๒ ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ ๖๕ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าจังหวัดบึงกาฬ มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ต่ำกว่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ ๒๔.๖๗ (ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ มิถุนายน ๒๕๖๐) สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ ๕.๐๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในภาพเขตสุขภาพที่ ๘ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ส่วนขีดความสามารถเครือข่ายบริการและการเข้าถึงบริการ ยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (จิตแพทย์ พยาบาล PG สุขภาพจิตและจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก)

ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจำแนกตามกลุ่มวัยของระดับเขต กลุ่มวัยเด็ก ประเด็น IO ต่ำ และพัฒนาการเด็กไม่สมวัย ออทิสติก เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA รวมทั้งยังพบปัญหาฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มสูงขึ้นในรายจังหวัด และผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลต่อเนื่องยังมีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าเกณฑ์

๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงานปี ๒๕๕๘		ผลงานปี ๒๕๕๙		ผลงานปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ	(≥ร้อยละ ๕๐)	๕๙,๑๐๙	๔๘.๗๙	๖๔,๖๕๗	๕๓.๙๘	๗๐,๘๑๗	๕๙.๑๙
ผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าถึงบริการ	(≥ร้อยละ ๖๕)	-	๖๙.๑๘	๒๘,๕๕๗	๘๐.๖๗	๒๙,๓๐๓	๘๒.๖๗
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	(≤๖.๓ ต่อแสนประชากร)	๓๒๖	๕.๙๑	๓๒๗	๕.๙๓	๒๕๒	๔.๕๗
ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ	(>ร้อยละ ๘)	-	-	-	-	๑,๖๑๘	๔.๒๓

๓. Best Practice

- ๓.๑ เรื่องการประยุกต์ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พื้นที่อำเภอวังสะพุง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย
- ๓.๒ เรื่องการประยุกต์ใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พื้นที่อำเภอวังสะพุง โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย

๔.นวัตกรรม

- ๔.๑ ชื่อผลงานแผนไทยใส่ใจสุขภาพพื้นที่ โรงพยาบาลบ้านแก่ง จังหวัดอุดรธานี
- ๔.๒ ชื่อผลงาน ศูนย์เฝ้าระวังยาจิตใจ MCATT เปลี่ยนความเศร้าให้เป็นพลังใจ โรงพยาบาลนาหวัง จังหวัดหนองบัวลำภู
- ๔.๓ ชื่อผลงาน ผู้สูงอายุอำเภอลำทะเมนชัยสร้างด้วยสมุนไพรพอกเขา คปสอ.ท่าลี่ จังหวัดเลย
- ๔.๔ ชื่อผลงาน ปลดโซ่จิตเวช คืนชีวิตสู่ชุมชน จังหวัดหนองคาย

๕.รางวัลสาขา การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตในตำบลจัดการสุขภาพที่ได้รับระดับเขต/ภาค/ประเทศ

- ๕.๑ ชื่อรางวัล ผลงานดูแลใจยามกายป่วยร่วมกับชุมชนแบบยั่งยืน จังหวัดหนองบัวลำภู
หน่วยงานที่มอบรางวัลกรมสุขภาพจิต วันที่ ๒๑- ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐

ภาพการนำเสนอผลงาน



สาขาสุภาพช่องปาก

๑. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนสุขภาพช่องปากดี โดยมีตัวชี้วัด แบ่งเป็น Leading KPIs คือ การจัดการบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ ตามตัวชี้วัด รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ และ lagging KPIs คือ การเข้าถึงบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ และเด็ก ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ ซึ่งผลงานการให้บริการ มีดังนี้

● Leading indicator

ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดการบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๑. การจัดการบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม

๒. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒

(ให้บริการ ๒๐๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร)

● Lagging indicator

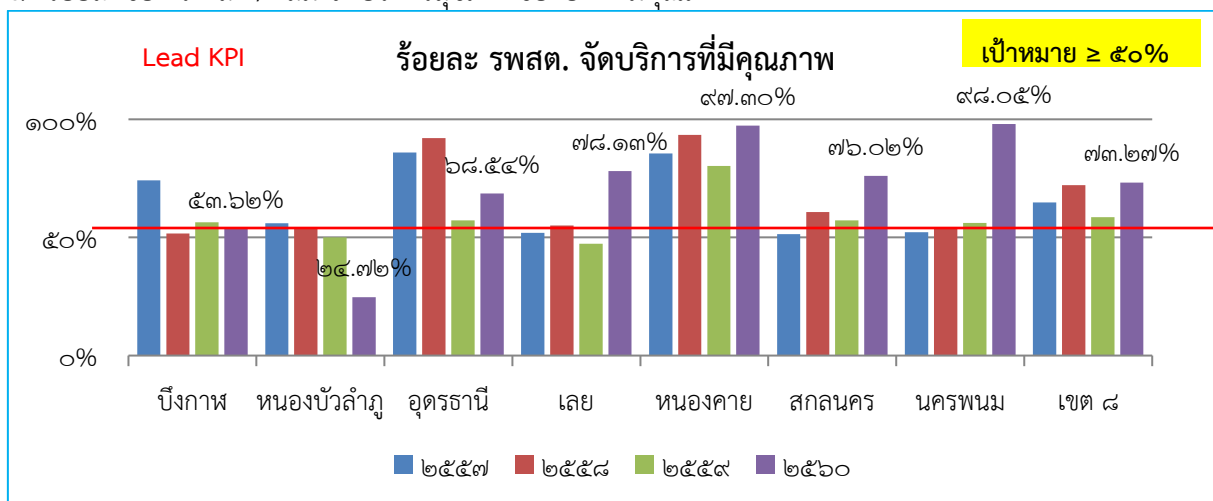
๑. ร้อยละประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

๒. เด็ก ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ

- สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๓ ปี เป้าหมาย CF ๓ปี $\geq$ ร้อยละ ๕๐

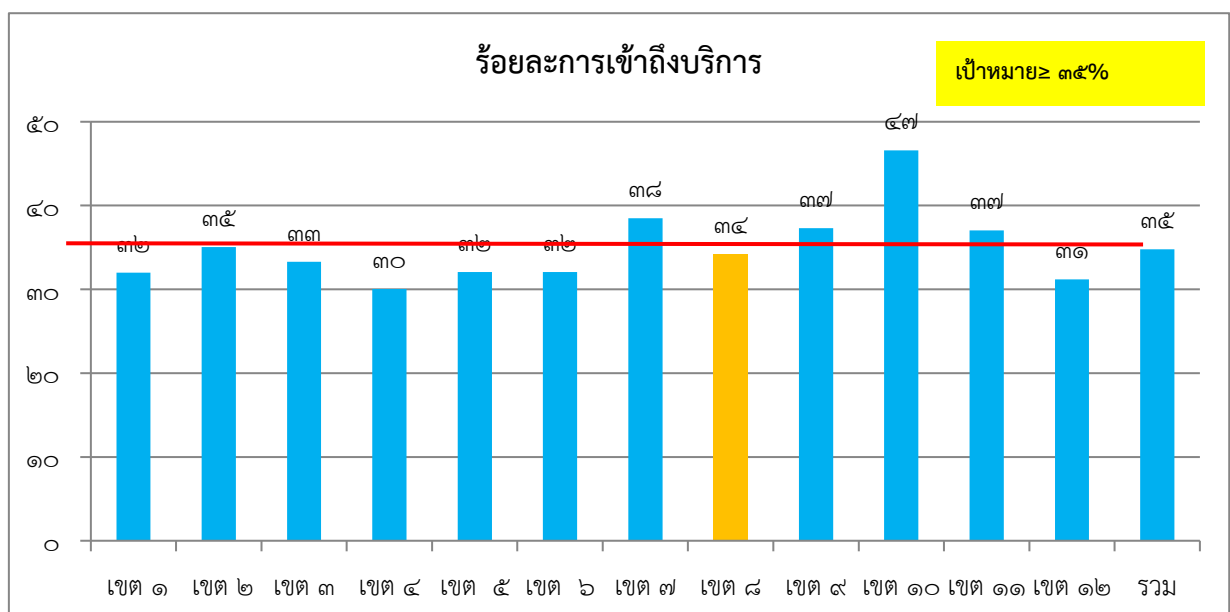
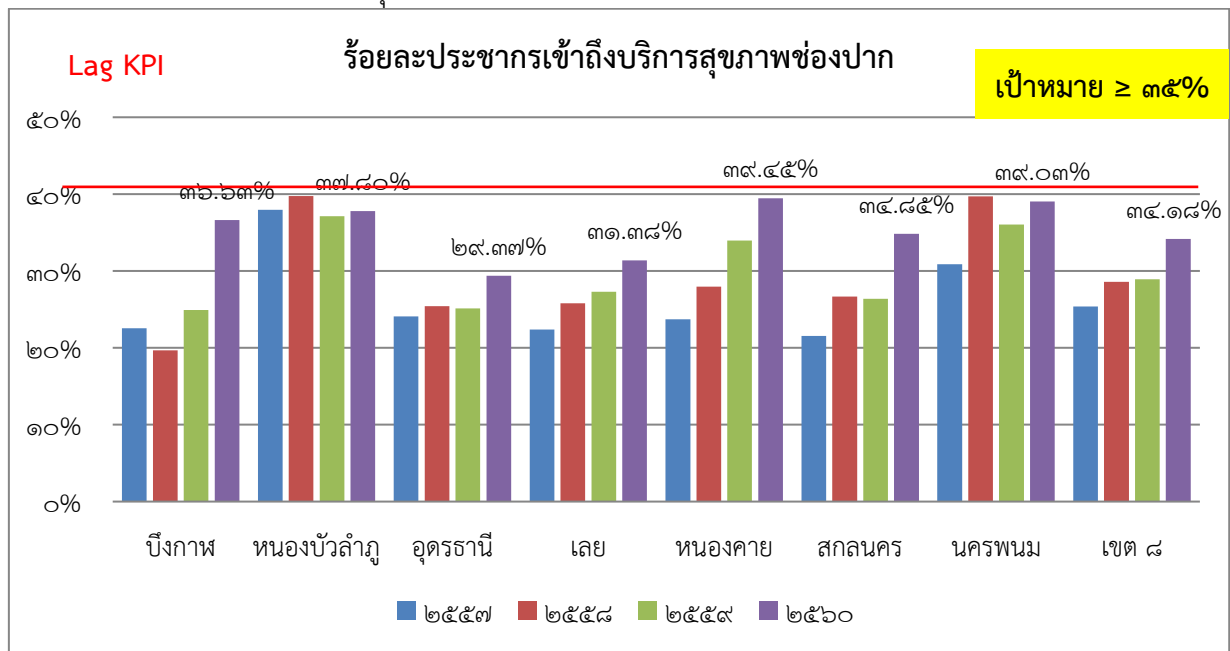
- สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๑๒ ปี เป้าหมาย CF ๑๒ปี $\geq$ ร้อยละ ๕๐

๑. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ



จากข้อมูลพบว่า ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ รพ.สต. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ เฉลี่ยร้อยละ ๗๓.๒๗ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ ๕๐) ยกเว้นจังหวัดหนองบัวลำภู ผลงานน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๒๔.๗๒ เนื่องจากไม่ได้ทำฟลูออไรด์ วาณิช การ key ข้อมูลหลังการตรวจ ข้อมูลไม่ขึ้นเนื่องจาก บุคลากรไม่เข้าใจการ key ข้อมูล เกณฑ์ติดตามค่อนข้างเบาไม่สามารถให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่ทันตภิบาลไปทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้แต่ในบางกลุ่ม เช่นหญิงตั้งครรภ์ หรือ เด็กเล็ก มีทั้งไม่ตรวจ หรือตรวจแล้วการ key ข้อมูลมีปัญหา บางครั้งไม่ได้ key ใน แฟ้ม dental โดยจังหวัดที่มีผลงานสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ จังหวัดนครพนม หนองคาย และเลย สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้ดี ร้อยละ ๙๘.๐๕, ๙๗.๓๐ และ ๗๘.๑๓ ตามลำดับ

๒. ร้อยละประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

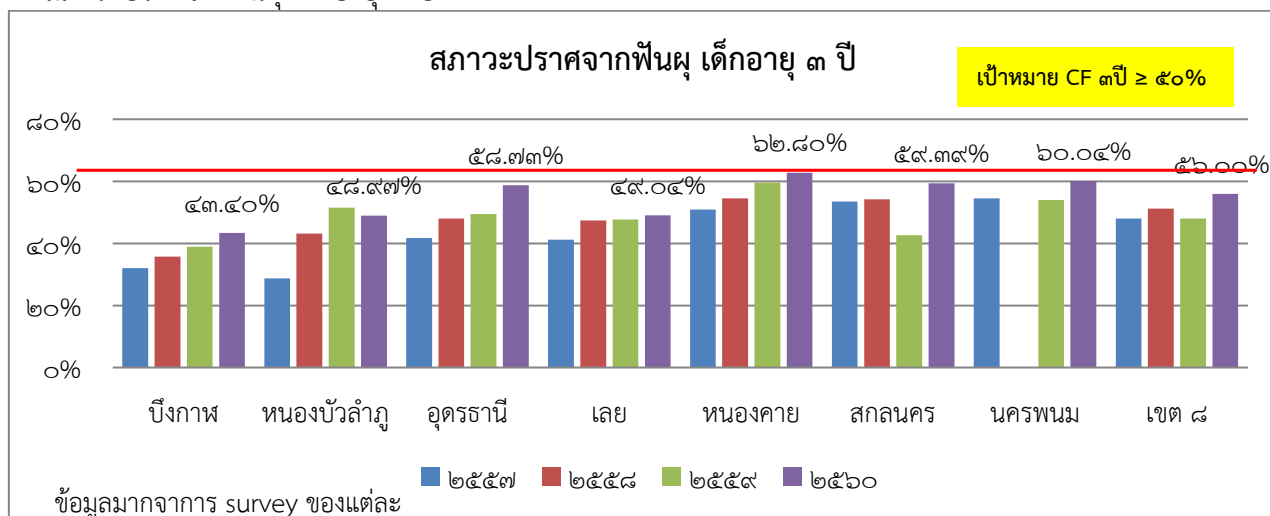


ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ได้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับเฉลี่ย ร้อยละ ๓๔.๑๘ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด คือร้อยละ ๓๕ ผลงานเป็นอันดับที่ ๖ ของประเทศ โดยจังหวัดแรกที่มีผลงานสูง ๓ อันดับแรก คือ จังหวัดหนองคาย นครพนม และหนองบัวลำภู ประชากรสามารถเข้าถึงบริการได้ร้อยละ ๓๙.๔๕, ๓๙.๐๓ และ ๓๗.๘๐ ตามลำดับ

ร้อยละของเด็ก ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ ยังไม่สามารถใช้ข้อมูลฟันดีไม่มีผุ ใน HDC ได้ จึงใช้ผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ ซึ่งได้จากผลการสำรวจจากทุกจังหวัด โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่มอายุ คือ

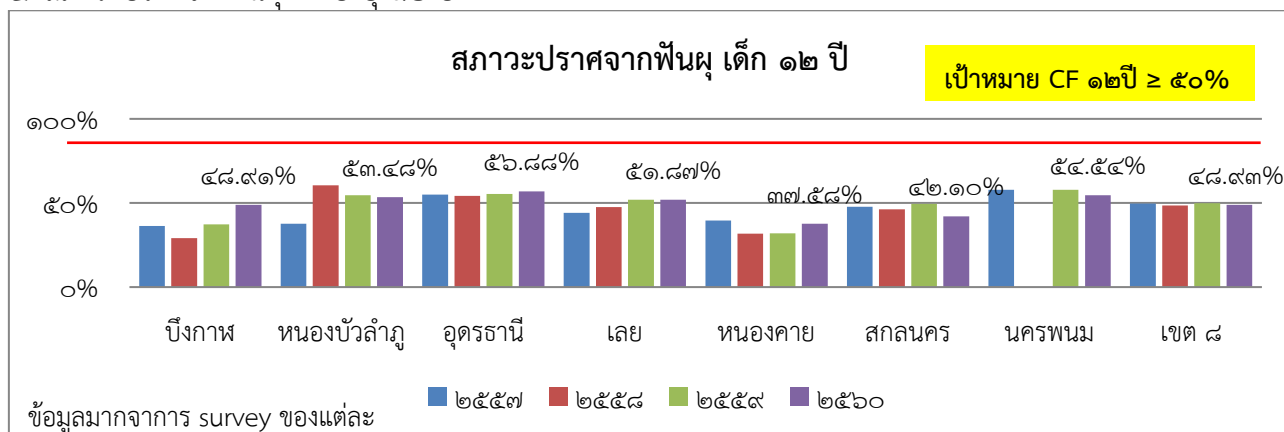
- สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๓ ปี
- สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๑๒ ปี

๓. สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๓ ปี



จากข้อมูล ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าผลงานสภาวะเด็ก ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๕๖ สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๕๐ โดยจังหวัดที่มีผลงานเกินเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดหนองคาย, นครพนม, สกลนคร และอุดรธานี ร้อยละ ๖๒.๘๐, ๖๐.๐๔, ๕๙.๓๙ และ ๕๘.๗๓ ตามลำดับ

๔. สภาวะปราศจากฟันผุ เด็กอายุ ๑๒ ปี



จากข้อมูล ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าผลงานสภาวะเด็ก ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๔๘.๙๓ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๕๐ โดยจังหวัดที่มีผลงานเกินเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี, นครพนม, หนองบัวลำภู และเลย ร้อยละ ๕๖.๘๘, ๕๔.๕๔, ๕๓.๔๘ และ ๕๑.๘๗ ตามลำดับ

๑. สถานการณ์

งาน Service plan สาขาไต ครอบคลุมงานบริการ ๔ ด้านใหญ่ๆคือ (๑) การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) เน้นการพัฒนาให้เข้าถึงบริการ โดยวางแผนให้มีหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป (๒) การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เน้น CAPD Node โรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป (๓) การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) เน้นการจัดการให้มีคลินิกชะลอไตเสื่อมทุกโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงระดับ รพ.สต. (๔) การปลูกถ่ายไต (KT) ที่รพ.ระดับ A คือรพ.อุดรธานี

การพัฒนาเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อจะนำไปสู่การป้องกัน ชะลอความเสื่อมของไตให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทดแทนไต ได้มีการเตรียมความพร้อม

- CAPD: Node M๒ ขึ้นไปพบว่ายังไม่มีใน ๓ จังหวัด ได้แก่ นครพนม เลย และหนองบัวลำภู

ตารางแสดง CAPD Node เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัด	ควรมีในระดับ M๒ ขึ้นไป	มีอยู่จริง
อุดรธานี	๔ แห่ง กุมภวาปี, บ้านผือ, หนองหาน, เพ็ญ	๒ แห่ง กุมภวาปี, บ้านผือ
สกลนคร	๓ แห่ง สว่างแดนดิน, วานรนิวาส, พังโคน	๒ แห่ง สว่างแดนดิน, วานรนิวาส
นครพนม	๒ แห่ง ธาตุพนม, ศรีสงคราม	๐
เลย	๓ แห่ง วังสะพุง, ด่านซ้าย, เชียงคาน	๐
หนองคาย	๒ แห่ง ท่าบ่อ, โพนพิสัย	๒ แห่ง ท่าบ่อ, โพนพิสัย
หนองบัวลำภู	๒ แห่ง นาแก, ศรีบุญเรือง	๐
บึงกาฬ	๑ แห่ง เซกา	๑ แห่ง เซกา

- CKD clinic: มีการจัดตั้ง CKD clinic F๒ ครบทุกแห่ง = ๕๐ รพ.

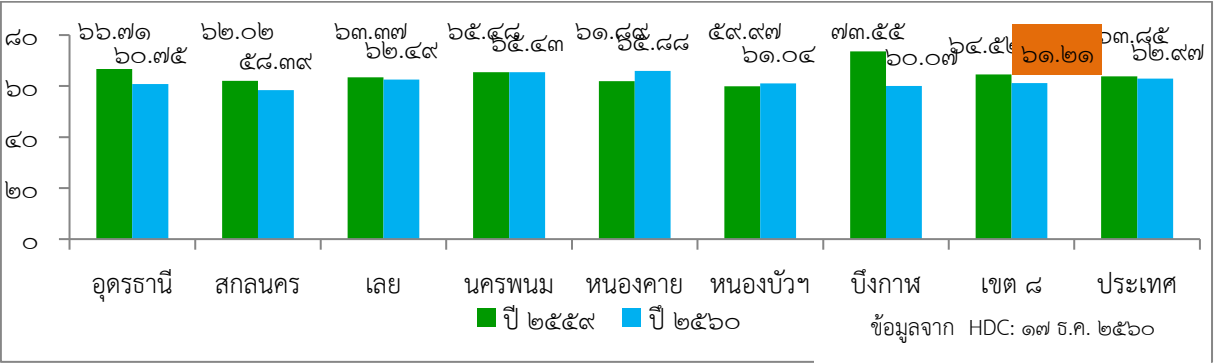
(อุดรธานี ๑๒, สกลนคร ๑๓, นครพนม ๗, เลย ๘, หนองคาย ๒, หนองบัวลำภู ๓, บึงกาฬ ๕) และรพ. F๒ ขึ้นไปมีการตรวจ serum creatinine ด้วยวิธี Enzymatic ครบร้อยละ ๑๐๐

- CKD clinic ระดับ F๓ ทุก รพ.ต้อง มี CKD clinic/ CKD corner พบว่ามีครบร้อยละ ๑๐๐

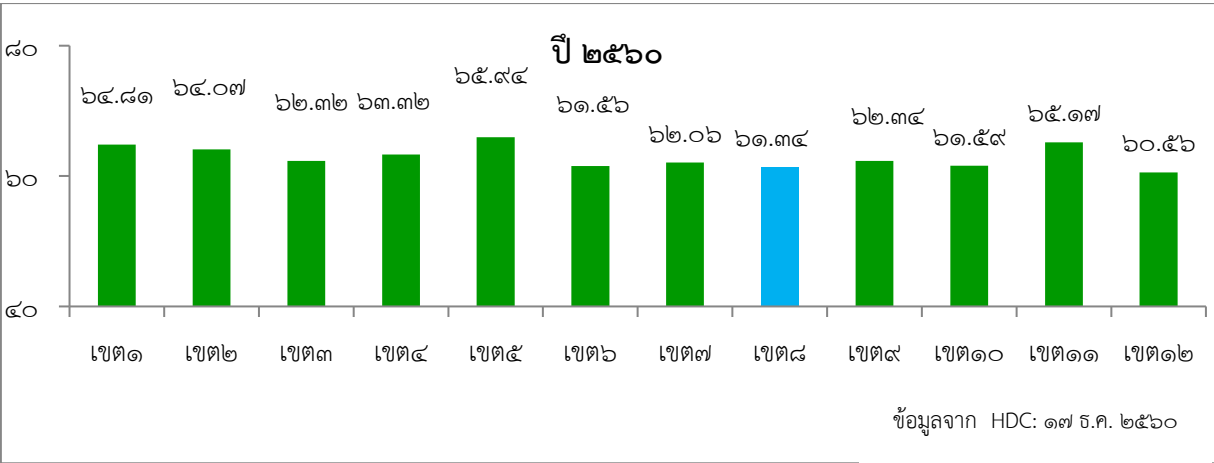
๒.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

KPI: ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr. (เป้าหมาย: ≥ร้อยละ ๖๕ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

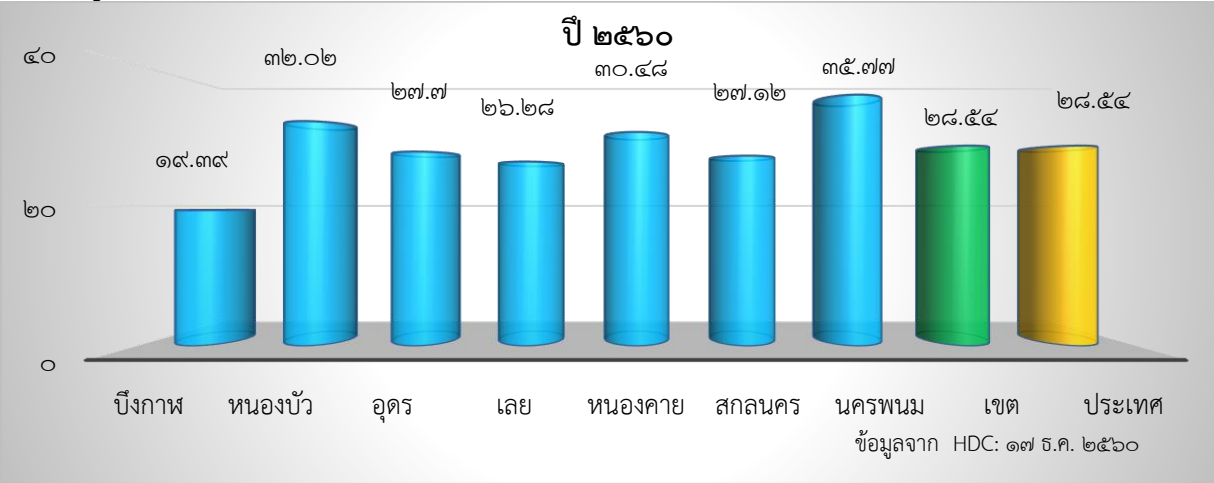
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ <๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr.เปรียบเทียบระดับเขต



เปรียบเทียบระดับประเทศ



จำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ (เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ๒๐)



๓. Best Practice

ปี ๒๕๖๐ รพ.หนองคาย: เรื่องการจัดการคลินิกชะลอไตเสื่อมเครือข่ายจังหวัดหนองคาย

๔. นวัตกรรม

๔.๑. กราฟพยากรณ์ไต (รพ.อุดรธานี) การใช้ค่าเงินบาทสื่อสารแทนค่า eGFR (จ.หนองคาย) เมนูอาหารอีสาน ที่จัดทำโดยคณะโภชนาการ เขตสุขภาพที่ ๘ ภาพพลิกที่จัดทำโดยคณะกรรมการไตเขตใช้ทุกรพ./รพ.สต.ในเขต และมีนวัตกรรมอีกหลายจังหวัด

๔.๒ นวัตกรรม ภาษามือ สื่อภาษาใจโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

๕.รางวัลสาขาที่ได้รับจากเวทีต่างๆ ทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๕.๑ รพ.หนองคาย :โล่รางวัลชนะเลิศ CKD clinic ดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๕๙

๕.๒ รพ.วานรนิวาส : รางวัลรองชนะเลิศ CKD clinic ดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๕๙

๕.๓ รพ.นากลาง : โล่จัดกิจกรรมรณรงค์วันไตโลกดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๕๙

๕.๔ รพ.น้ำโสม และรพ.สต.นาหวาก อ.น้ำโสม : รางวัลชนะเลิศการจัดการจัดคลินิกชะลอไตเสื่อมระดับรพ.ฟ๒

๕.๕ รพ.หนองคาย :รางวัล R๒R ดีเด่นระดับเขตฯ ปี๒๕๖๐ เรื่องการจัดการคลินิกชะลอไตเสื่อมเครือข่ายจังหวัดหนองคาย

๕.๖ รพ.หนองคาย :รางวัลรางวัล R๒R ดีเด่นระดับประเทศ ปี๒๕๖๐ (R๒R Thailand) ประเภทการบริหาร เรื่อง การจัดการคลินิกไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย จากการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัยครั้งที่ ๑๐ วันที่ ๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

๕.๗ รพ.หนองคาย : รางวัล Best practice จาก ๑๒ เขตสุขภาพ จัดโดยกรมการแพทย์ ผลงานที่ได้รางวัล เรื่อง การจัดการคลินิกไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย วันที่ ๒๘-๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐

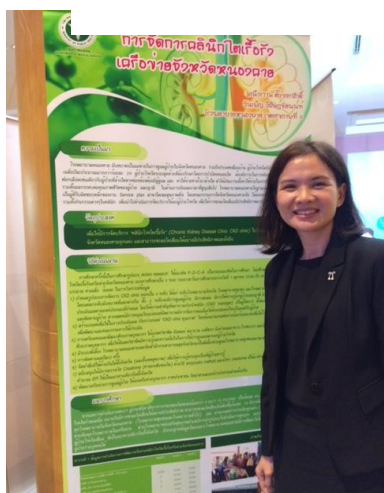
๕.๘ รพ.อุดรธานี: รางวัลรองชนะเลิศ CKD clinic ดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๖๐ รับรางวัล วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

๕.๙ รพ.หนองคาย :โล่จัดกิจกรรมรณรงค์วันไตโลกดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๖๐

๕.๑๐ รพ.นากลาง : โล่จัดกิจกรรมรณรงค์วันไตโลกดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๖๐ รับรางวัล วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

๕.๑๑ รพ.วานรนิวาส: โล่จัดกิจกรรมรณรงค์วันไตโลกดีเด่น จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี ๒๕๖๐ รับรางวัล วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๐

ภาพผลการดำเนินงาน



๑. สถานการณ์

จากข้อมูล พบว่าอัตราชุกต้อกระจกพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้ดำเนินการเฝ้าระวังรักษาโรคตาบอดจากต้อกระจกอย่างต่อเนื่องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการคัดกรองสายตาและการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จากข้อมูล Vision๒๐๒๐ พบว่า ปี๒๕๖๐ อัตราการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด ภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๙๗.๗ ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย ๘ วัน ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๘ เป็นอันดับ ๑ ของประเทศ แต่การดำเนินงานจะสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเนื่องจากจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี ๒๕๕๘		ผลงานปี ๒๕๕๙		ผลงานปี ๒๕๖๐	
		ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
๑. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	๗๕		๓๑๙,๓๖๐ /๕๙๗,๗๕๘	๕๓.๔๓	๕๗๑,๑๘๙ /๖๘๓,๐๒๓	๘๓.๖๓	๕๐๖,๑๐๖ /๗๐๙,๙๐๒
๒. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจก ระยะตาบอด (Blinding Cataract) ได้รับ การผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๘๐		๓,๓๒๘ /๓,๗๙๙	๘๗.๖	๖,๖๔๔ /๗,๑๗๘	๙๒.๖	๖,๐๖๙ /๖,๒๑๒

ตารางแสดงผลการคัดกรองและการผ่าตัด จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	ร้อยละการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป			ร้อยละการผ่าตัด Blinding Cataract ใน ๓๐ วัน		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อุดรธานี	๖๒.๘๓	๗๙.๘๙	๖๕.๖๓	๙๓.๓๑	๙๔.๐๑	๙๕.๑๖
สกลนคร	๗๖.๓๐	๙๓.๘๗	๘๙.๘๑	๙๙.๖๖	๙๙.๖๘	๙๙.๗๖
นครพนม	๑๖.๗๕	๙๒.๗๕	๘๖.๙๐	๙๙.๔๙	๙๙.๖๐	๙๙.๑๒
เลย	๒๖.๐๐	๖๓.๘๗	๔๕.๕๘	NA	๙๐.๐๘	๙๕.๘๔
หนองคาย	๗๗.๐๑	๘๗.๗๖	๘๔.๐๓	๕๓.๓๗	๖๒.๐๐	๙๖.๔๘
หนองบัวลำภู	๓๔.๙๘	๘๒.๘๐	๖๕.๘๕	๘๘.๘๙	๙๕.๙๕	๙๗.๗๑
บึงกาฬ	๕๑.๐๐	๘๓.๔๗	๕๒.๘๔	๖๓.๕๔	๙๓.๘๙	๙๙.๗๓
รวมเขต ๘	๕๓.๔๓	๘๓.๕๒	๗๑.๒๙	๘๗.๖๐	๙๒.๒๖	๙๗.๗๐

จากข้อมูลพบว่า ร้อยละการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ ๘ ในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ทุกจังหวัดมีแนวโน้มลดลง จังหวัดที่มีผลงานการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ในปี ๒๕๖๐ คือ สกลนคร นครพนม และหนองคาย ร้อยละ ๘๙.๘๑, ๘๖.๙๐ และ ๘๔.๐๓ ตามลำดับ

ส่วนผลงานร้อยละการผ่าตัด Blinding Cataract ภายใน ๓๐ วัน ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๘๗.๖๐ เป็นร้อยละ ๙๒.๒๖ และ ๙๗.๗๐ ในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ จังหวัดที่ทำผลงานได้มากที่สุด ๓ อันดับแรกในปี ๒๕๖๐ คือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๙๙.๗๖ รองลงมาคือ จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๙๙.๗๓ และจังหวัดนครพนม ร้อยละ ๙๙.๑๒ จังหวัดที่มีผลงานน้อยที่สุดคือ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๙๕.๑๖ ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ สามารถผ่าตัด Blinding Cataract ภายใน ๓๐ วัน ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๘๐

๓. Best Practice

เรื่องบริการใกล้บ้านใกล้ใจผู้สูงวัยเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจก
โดยคุณนิพนธ์กร ทองทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

๔. นวัตกรรม

ประสิทธิผลการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้ปลอดภัยในรูปแบบ เชกาโมเดล
โดยคุณสมภาร ไวยลาภ โรงพยาบาลเชกา จังหวัดบึงกาฬ

๕. รางวัลสาขาอื่นๆ ที่ได้รับจากเวทีต่างๆ ทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๕.๑ ชื่อรางวัล ผลงานวิชาการดีเด่น หน่วยงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข วัน ๘ เดือน กันยายน ๒๕๖๐ เรื่องบริการใกล้บ้านใกล้ใจผู้สูงวัยเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจก โดยคุณนิพนธ์กร ทองทอง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

๕.๒ ชื่อเกียรติบัตรนำเสนอผลงาน นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ สาขาตา งานประชุมสัมมนา แลกเปลี่ยน เรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan sharing) เรื่องประสิทธิผลการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้ปลอดภัยในรูปแบบ เชกาโมเดล โดยคุณสมภาร ไวยลาภ โรงพยาบาลเชกา จังหวัดบึงกาฬ

สาขาศัลยกรรม

๑. สถานการณ์

โรคทางศัลยกรรมที่ต้องรักษาอย่างเร่งด่วนที่สำคัญ ได้แก่ โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก แม้ว่าจะพบบ่อยแต่ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องในบางราย และ ใน รพศ. อุดรธานี พบว่าจำนวนผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโดยเฉลี่ย ปีละ ๑,๖๐๐ ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ปัญหาที่ต้องการแก้ไขคือ การวินิจฉัยโรค Appendicitis ให้มีความแม่นยำมากขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแตกของภาวะไส้ติ่ง ก่อน refer รวมไปถึงผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ ได้แก่ acute cholecystitis, acute cholangitis, acute pancreatitis, acute gut obstruction และ peptic ulcer perforation ซึ่งถ้าหากมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วแม่นยำ ก็จะทำให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะลดปัญหาการผ่าตัดที่ล่าช้า (Delayed surgery) การผ่าตัดโดยไม่จำเป็น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว พบสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ (Surgical sepsis) ซึ่งภาวะนี้การจัดการตั้งแต่ต้นทางจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าได้รับการจัดการที่รวดเร็ว ถูกต้องและครบถ้วนจะทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาผู้ป่วยทางศัลยกรรมอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญ ได้แก่ ulyangc แชนขาขาดเลือดฉับพลัน (ALI: acute limb ischemia) เกิดขึ้นเนื่องจากการหยุดชะงักอย่างกะทันหันของการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงไปยังแขนขาส่วนปลายสุดซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียแขนขาหรือชีวิต ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุ ALI หากได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาทันท่วงที การฟื้นฟูการไหลเวียนของหลอดเลือดอาจนำไปสู่การยังคงไว้ซึ่งแขนขา อย่างไรก็ตามความล่าช้ามีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียแขนขาและอาจจะรุนแรงถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากสถิติจังหวัดอุดรธานี ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘ พบว่า สถานการณ์การตัดนิ้ว ตัดเท้า ตัดขา มีความรุนแรงขึ้น ปี ๒๕๕๖ มีการตัดนิ้ว, ตัดเท้า, ตัดขา ๑๖๕, ๑๐, ๗ คน ปี ๒๕๕๗ มีการตัดนิ้ว, ตัดเท้า, ตัดขา ๑๖๗, ๑๒, ๑๑ คน ปี ๒๕๕๘ มีการตัดนิ้ว, ตัดเท้า, ตัดขา ๑๕๙, ๒๗, ๑๘ คน นอกจากนี้ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้า ตัดขา จำนวน ๒๒ ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๒.๗ มีแผลก่อนมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๔.๕ เป็นแผลติดเชื้อ หรือแผลหนังเน่า รองลงมา ร้อยละ ๓๑.๘ มีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (PAD) และอีก ร้อยละ ๑๓.๖ เกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน จากการสัมภาษณ์ศัลยกรรมหลอดเลือด (กัญยาน ๒๕๕๘) ได้ข้อมูลว่ายังไม่เคยได้รับการรักษาทางศัลยกรรมหลอดเลือด ได้แก่ Bypass หรือ Balloon เพื่อป้องกันการถูกตัดขา เนื่องจากพบผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรงจนต้องตัดขาแล้ว

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว พบสาเหตุหลักการถูกตัดนิ้ว ตัดเท้า และตัดขา ได้แก่ การขาดความรู้ในการวินิจฉัยระยะแชนขาขาดเลือดฉับพลัน การขาดการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาที่เหมาะสม การขาดระบบการประสานงานการส่งต่ออย่างเป็นระบบ จากสถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าการวินิจฉัยโรคนี้อย่างต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านหลอดเลือด (Vascular Surgeon) และเนื่องจากเขตสุขภาพที่ ๘ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลอดเลือด ๓ ท่าน (อุดรธานี ๒, หนองคาย ๑) ดังนั้นการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ในผู้ป่วยระยะแชนขาขาดเลือดฉับพลัน (Acute limb ischemia) ยังไม่ครอบคลุมในการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

๒.แผนการวาง Node / ผลการวาง Node

ลำดับ	รายการ	หน่วยบริการ								หมายเหตุ
		A (๒)		S (๕)		M๑ (๒)		M๒ (๑๖)		
		แผน	ผล	แผน	ผล	แผน	ผล	แผน	ผล	
๑.	การผ่าตัด Appendectomy ใน รพช.	-	-	-	-	๒	๐	-	-	เพิ่มศัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลระดับ M๑ (รพ.กุมภวาปี, สว่างแดนดิน)
๒.	กลุ่ม Acute abdomen ๕ โรค									โรงพยาบาลระดับM๑ สามารถวินิจฉัย,Early resuscitateและผ่าตัดได้/M๒ สามารถวินิจฉัยและ Early resuscitate Refer ได้อย่างเหมาะสม

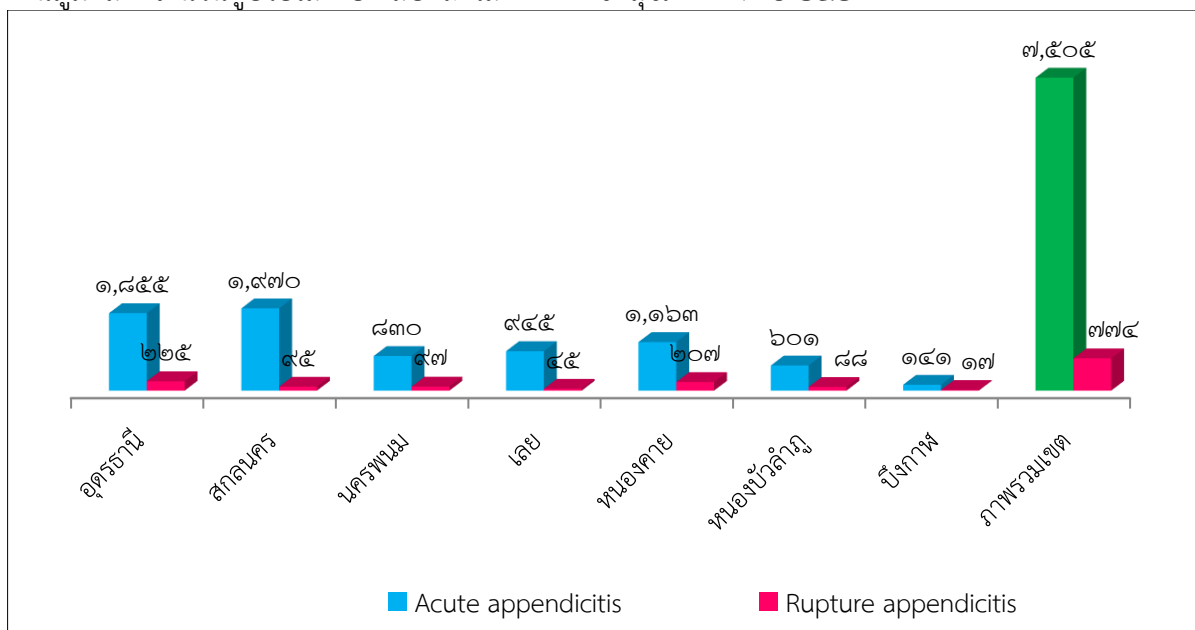
๓.แผนการวางอัตรากำลัง / ผลการวางอัตรากำลัง

ลำดับ	รายการ	หน่วยบริการ								หมายเหตุ
		A (๒)		S (๕)		M๑ (๒)		M๒ (๑๖)		
		แผน	ผล	แผน	ผล	แผน	ผล	แผน	ผล	
๑.	ศัลยแพทย์หลอดเลือด	๒	๑	-	-	-	-	-	-	A ที่ขาด คือ รพ.สกลนคร
๒	ศัลยแพทย์ทั่วไป	-	-	๕	๑	๒	๐	-	-	พัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ทั่วไปให้สามารถผ่าตัดทางหลอดเลือดในภาวะฉุกเฉินได้

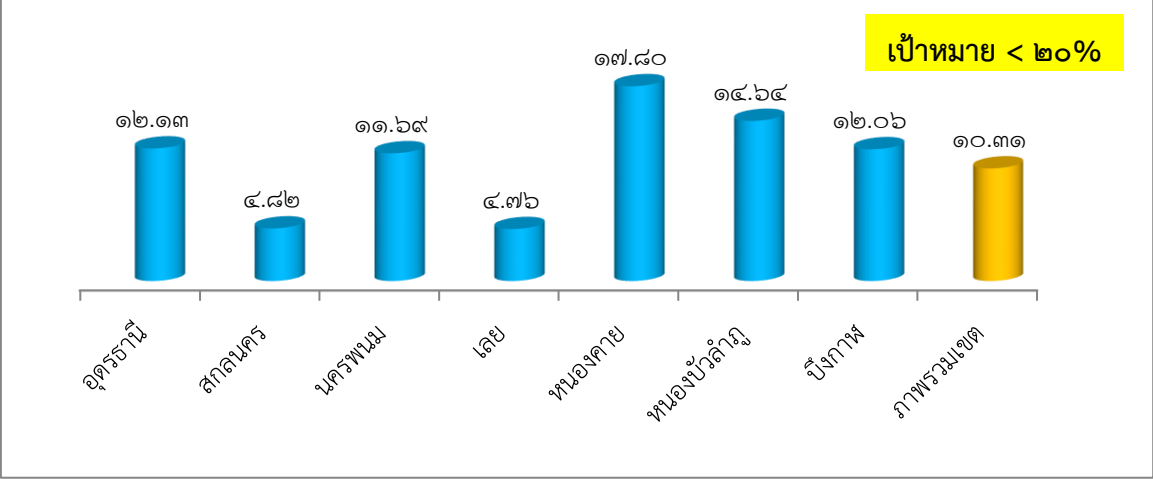
๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๔.๑. ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (เป้าหมาย < ร้อยละ ๒๐)

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตก เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



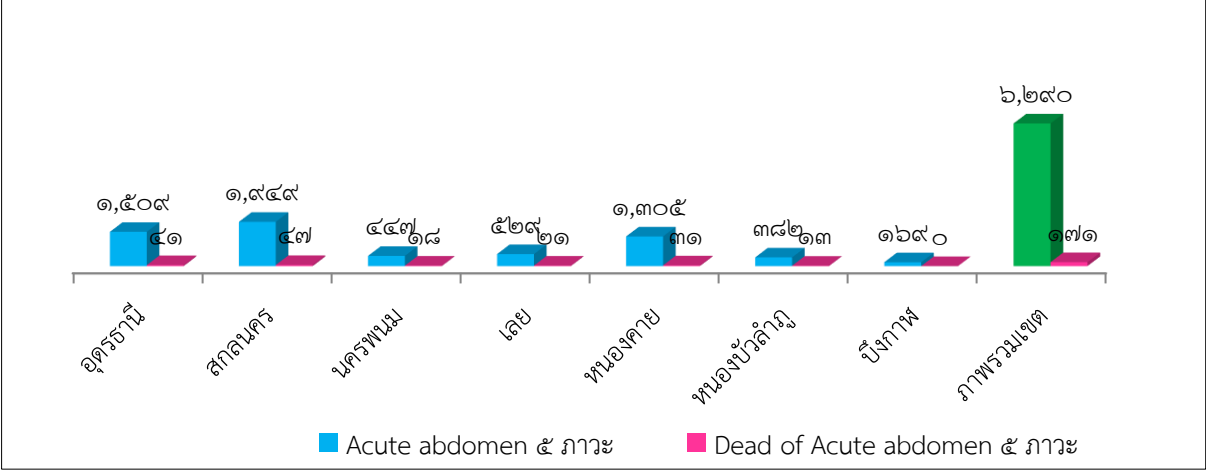
แผนภูมิแสดงอัตราการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เขตบริการสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



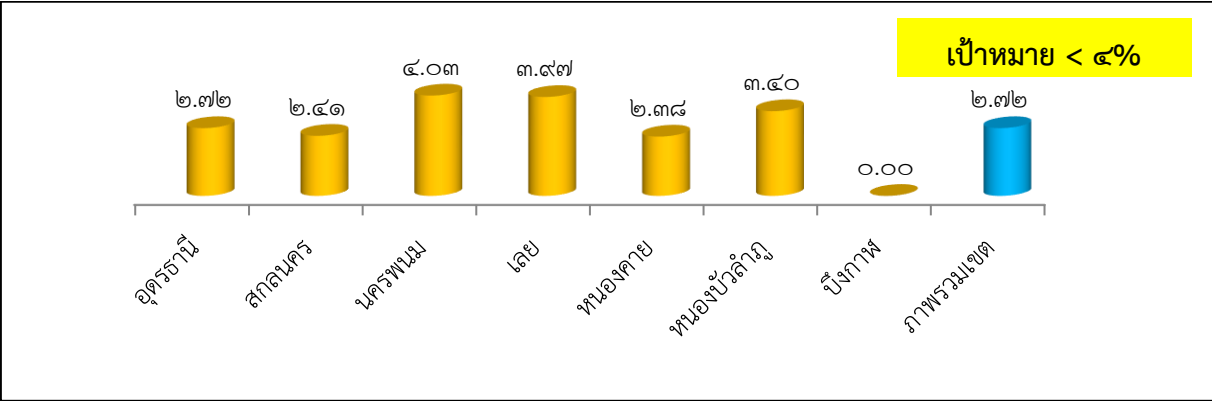
จากข้อมูลพบว่า เขตสุขภาพที่ ๘ มีการวางแผน Node รพ.ระดับ Mo (รพ.กุมภวาปี, รพ.สว่างแดนดิน) ให้สามารถผ่าตัด Appendectomy และให้บริการกลุ่มโรค Acute abdomen ๕ ภาวะโดยสามารถวินิจฉัย, Early resuscitate และผ่าตัดได้ ส่วน รพ.M๒ ให้สามารถวินิจฉัยและ Early resuscitate Refer ได้อย่างเหมาะสม โดยวางแผนเพิ่มศัลยแพทย์ทั่วไป ใน รพ. Mo, M๒ พัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ทั่วไป ใน รพ.ระดับ S และ Mo ให้สามารถผ่าตัดทางหลอดเลือดในภาวะฉุกเฉินได้ เพิ่มศัลยแพทย์หลอดเลือดในรพ.A คือ รพ.สกลนคร ซึ่งผลพบว่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน ส่วนผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ พบว่ามีผู้ป่วย Rupture appendicitis ในเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๗๗๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๑ ทุกจังหวัดผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) แต่การพัฒนาในส่วนของการ referral system โดยการใช้ Alvarado Score for Acute Appendicitis ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ จึงควรมีการทบทวนระบบและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อการดูแลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต

๔.๒.ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (เป้าหมาย <ร้อยละ ๔)

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



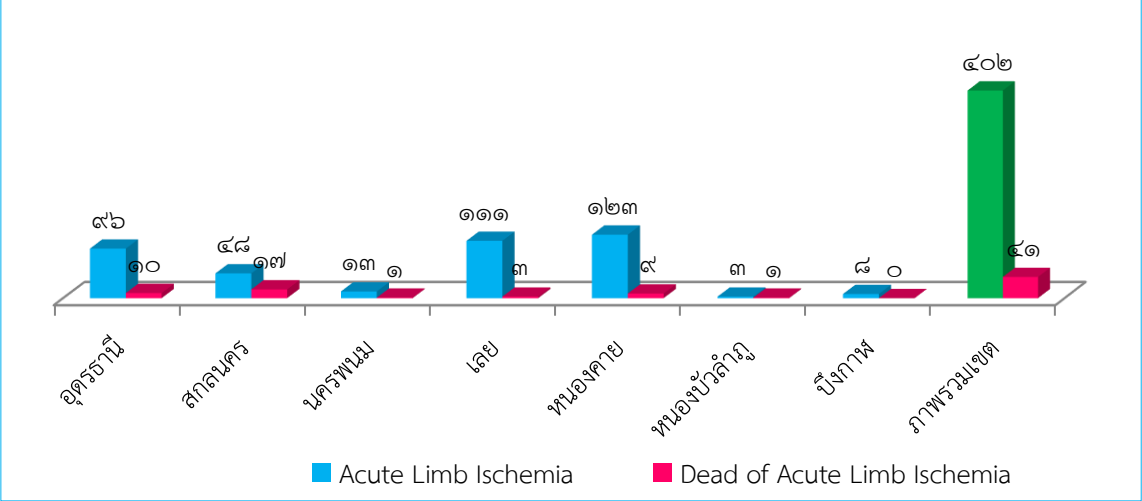
แผนภูมิแสดงอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



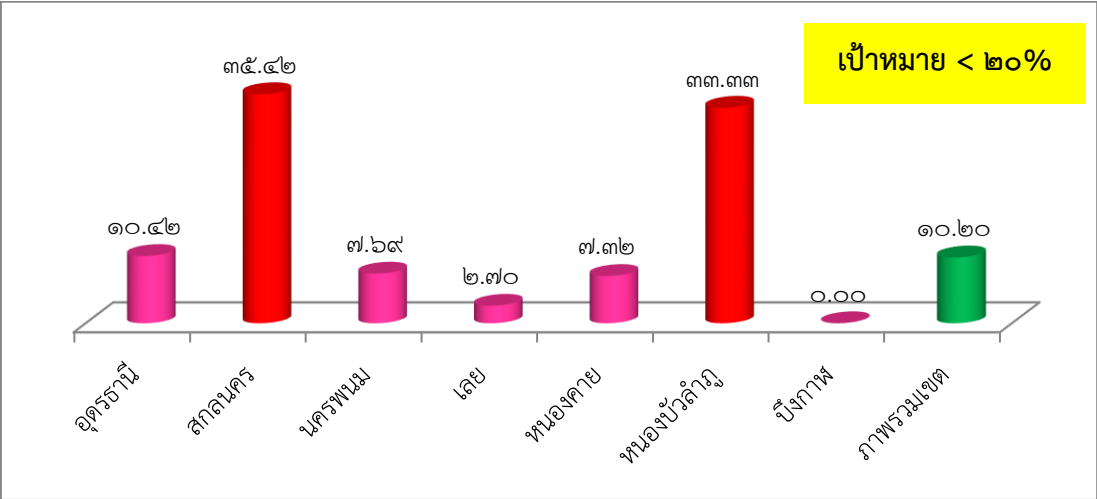
จากข้อมูลพบว่า เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ จำนวน ๑๗๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๒ (เกณฑ์ < ร้อยละ ๔) จังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด คือ จังหวัดนครพนม, เลย และหนองบัวลำภู ร้อยละ ๔.๐๓, ๓.๙๗ และ ๓.๔๐ ตามลำดับ อาจเนื่องจากการจัดการภาวะ Surgical Sepsis ในเขตสุขภาพที่ ๘ ยังไม่มีการบูรณาการการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต รวมไปถึงการพัฒนา CPG เพื่อใช้ในการประเมินและการจัดการภาวะนี้สำหรับแพทย์ที่จบมาใหม่สามารถให้การรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต

๔.๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน (เป้าหมาย < ร้อยละ ๒๐)

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



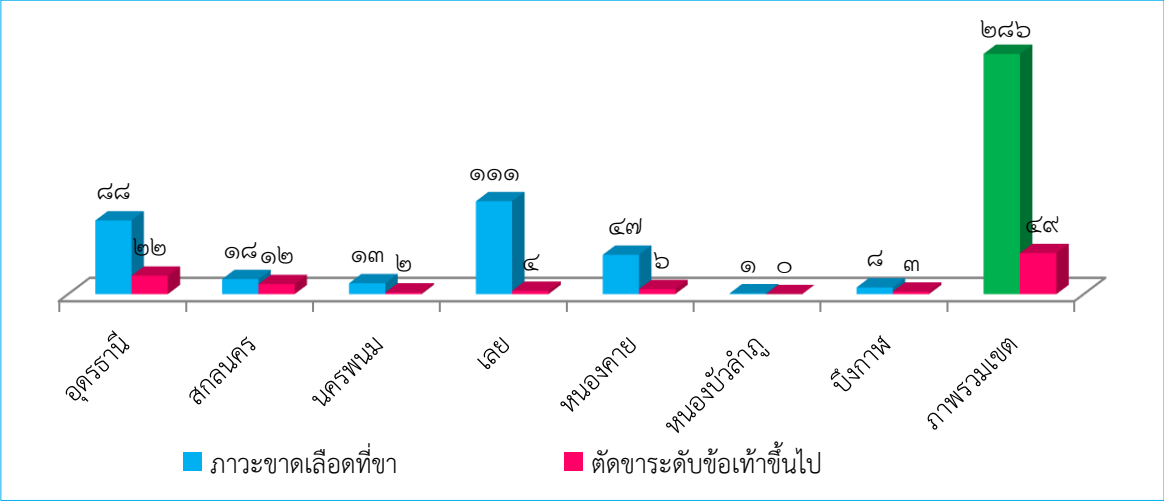
แผนภูมิแสดงอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



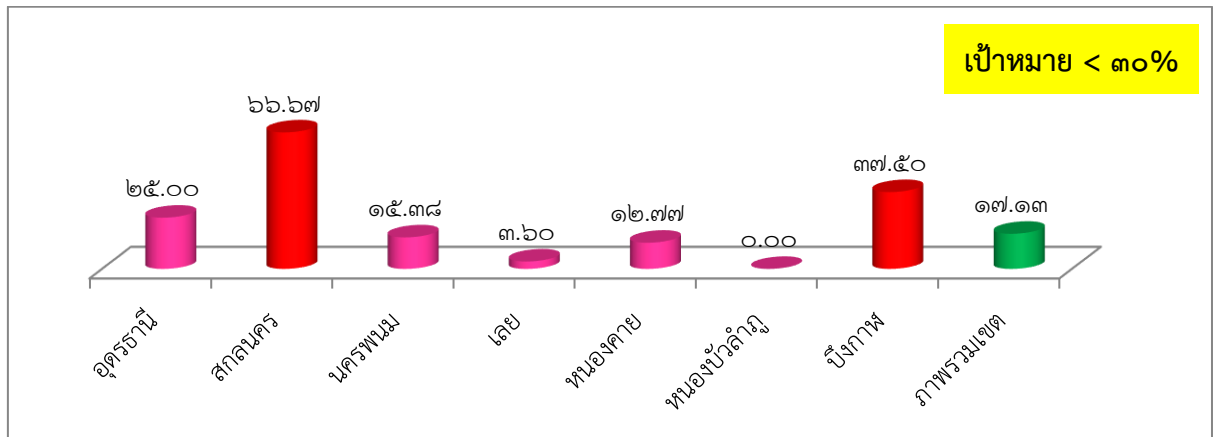
จากข้อมูลพบว่า ในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน จำนวน ๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๒๐ (เกณฑ์ < ร้อยละ ๒๐) จังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด คือ จังหวัดสกลนคร ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๔๒ อาจเนื่องจากการพัฒนาระบบ Fast track Seamless service for acute limb ischemia ยังไม่มี Case manager ในการบริหารงานที่ชัดเจน ประกอบกับระยะทางที่ห่างไกล

๔.๔. ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา (เป้าหมาย < ร้อยละ ๓๐)

แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



แผนภูมิแสดงอัตราการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



จากข้อมูลพบว่า ในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา ร้อยละ ๑๗.๑๓ (เกณฑ์ < ร้อยละ ๓๐) จังหวัดที่มีอัตราการถูกตัดขาสูงสุด คือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๖๖.๖๗ อาจเนื่องจากการพัฒนาระบบ Fast track Seamless service for acute limb ischemia ยังไม่มี Case manager ในการบริหารงานที่ชัดเจน และแนวทางการจัดการ case ยังขาดผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์

จุดแข็ง / จุดอ่อน

จุดแข็ง

๑. ความร่วมมือของทีม Vascular Surgeon เขต ๘ ร่วมกันพัฒนางาน
๒. Focal point มีการพัฒนาการดำเนินงานในกลุ่ม acute appendicitis ในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อน

๑. ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานจากงานประจำมาก ทำให้ต้องใช้เวลานานในการวางแผน สรุปและประเมินผล
๒. การส่งข้อมูลของแต่ละจังหวัด ไม่มีการส่งอย่างเป็นระบบ ต้องใช้การติดตามและติดต่อรายบุคคล
๓. คนในองค์กรไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จึงทำให้ขาดความร่วมมือ

และการสนับสนุน

๔. การพัฒนาไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากคณะกรรมการมีโอกาสประชุมและปรึกษากันน้อยจากภาระงานและการเดินทาง รวมทั้งไม่มีเวลาและโอกาสในการตรวจราชการนอกพื้นที่

๒. ในการพัฒนา Referral system และ MOPH RCST cooperation แพทย์ที่จบมาใหม่ มีปัญหาเรื่อง การวินิจฉัย โรคในกลุ่ม acute care surgery ไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

๑. เขตควรมีศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลและพัฒนาระบบออนไลน์ให้ครอบคลุมสาขาศัลยกรรม

๒. เขตควรมีให้มีการร่วมมือกันในเรื่อง การจัดโปรแกรมปฐมนิเทศรวมกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อสอนแพทย์จบใหม่ ให้ประเมินและดูแลเบื้องต้นในกลุ่ม acute care surgery ตามมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งโครงสร้าง referral system และอาจต้องขอความร่วมมือจากราชวิทยาลัย รังสีวิทยา เพื่อจัด workshop ultrasound สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะซึ่งจะช่วยให้ สามารถแก้ปัญหา delay detection ในกลุ่มโรค acute abdomen ได้มากขึ้น

๓. ควรมีการจัดตั้ง Case manager (ทีมแพทย์และพยาบาลประจำ ER ทุก รพช.) ในกลุ่มโรคของสาขาศัลยกรรม เพื่อให้เกิดการประสานงานให้ลงไปสู่ผู้ปฏิบัติที่แท้จริง

๔. เขตควรมีทุนสนับสนุนการพัฒนางานควบคู่กับการทำวิจัย

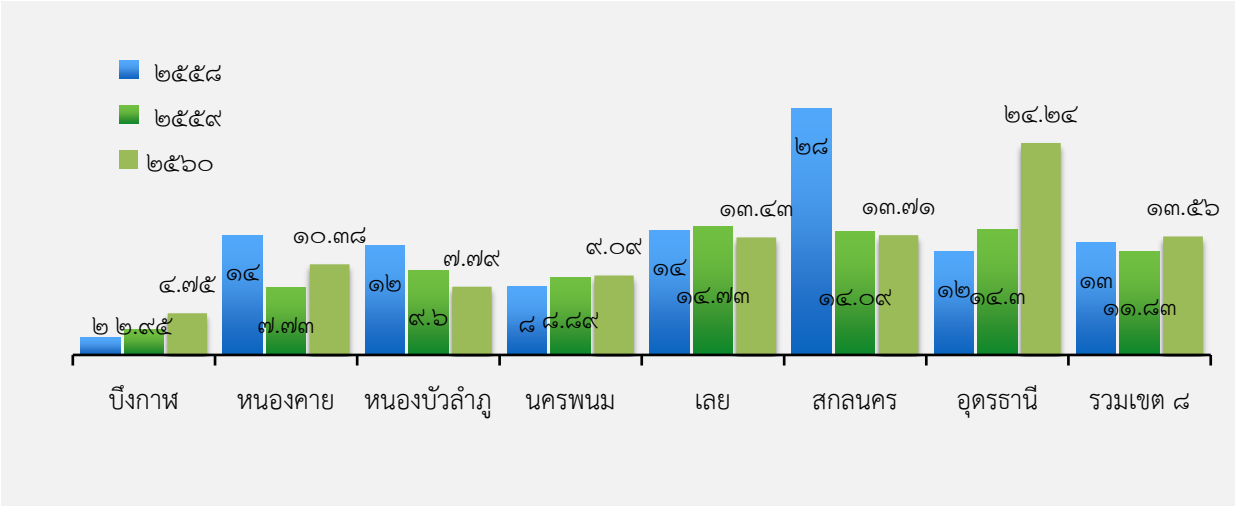
สาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ (Sepsis)

๑. สถานการณ์

โรคติดเชื้อและภาวะ sepsis นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับประเทศ จากรายงานการวิจัยพบอุบัติการณ์ความชุกของ sepsis ๗๗ รายต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ และ ๒๔๐ รายต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ความชุกของ sepsis ประมาณ ๗๕-๑๕๐ รายต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ส่วนประชากรในเขตสุขภาพที่ ๘ อุตบัติการณ์ความชุกภาพรวม ๔๑๐ รายต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร จำแนกตามรายจังหวัดดังตาราง

จังหวัด	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ป่วย Sepsis	อุบัติการณ์ความชุก Sepsis ต่อประชากรแสนคน
อุดรธานี	๑,๕๗๕,๓๑๑	๔,๗๒๓	๒๙๙
สกลนคร	๑,๑๔๒,๙๑๗	๔,๓๙๑	๓๘๔
นครพนม	๗๐๙,๐๗๑	๓,๐๖๙	๔๓๒
เลย	๖๓๕,๑๓๕	๓,๖๙๔	๕๘๑
หนองคาย	๕๒๐,๓๖๓	๒,๓๘๙	๔๕๙
หนองบัวลำภู	๕๑๙,๖๘๕	๓,๐๖๖	๕๙๐
บึงกาฬ	๔๒๓,๒๕๙	๑,๓๒๖	๓๑๓
รวม	๕,๕๒๕,๗๔๑	๒๒,๖๕๘	๔๑๐

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๐



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๐

ลำดับ	รายการข้อมูล	ผลงาน	อุดรธานี	หนองคาย	นครพนม	บึงกาฬ	เลย	สกลนคร	หนองบัว	รวมเขต ๘
๑	อัตราเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis	ผลงาน	๔,๗๒๓/ ๑,๑๔๕	๒,๓๘๙/ ๒๔๘	๓,๐๖๙/ ๒๗๙	๑,๓๒๖/ ๖๓	๓,๖๔๙/ ๔๙๖	๔,๓๙๑/ ๖๐๒	๓,๐๖๖/ ๒๓๙	๒๒,๖๕๘/ ๓,๐๗๒
		ร้อยละ	๒๔.๒๔	๑๐.๓๘	๙.๐๙	๔.๗๕	๑๓.๔๓	๑๓.๗๑	๗.๗๙	๑๓.๕๖
๒	อัตราเสียชีวิตจาก Community Acquire Sepsis (CI)	ผลงาน	๒,๔๙๔/ ๕๘๒ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	๒,๓๕๖/ ๒๔๒	NA	NA	๑,๓๒๓/ ๓๒๗ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	๑,๕๖๖/ ๓๔๗ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	NA	๗,๗๓๙/ ๑,๔๙๘
		ร้อยละ	๒๓.๓๕	๑๐.๒๗	NA	NA	๒๔.๗๒	๒๒.๑๖	NA	๑๙.๓๖
๓	อัตราเสียชีวิตจาก Hospital Acquire Sepsis (NI)	ผลงาน	๑,๗๑๘/ ๔๙๓ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	๓๓/๖	NA	NA	๔๔๙/ ๑๓๒ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	๕๔๖/ ๑๘๕ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	NA	๗,๖๖๑/ ๘๑๖
		ร้อยละ	๒๘.๗๐	๑๘.๑๘	NA	NA	๒๙.๓๙	๓๓.๘๘	NA	๑๐.๖๕
๔	ผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic shock	ผลงาน	๔,๗๒๓/ ๒,๓๒๖	๒,๓๘๙/ ๑,๔๓๘	๓,๐๖๙/ ๒,๐๔๑	๑,๓๒๖/ ๒๐๐	๓,๖๔๙/ ๑,๕๕๙	๒,๑๑๒/ ๑,๐๙๒ (เฉพาะรพ. จังหวัด)	๓,๐๖๖/ ๑,๓๔๒	๒๐,๓๓๔/ ๙,๙๙๘
		ร้อยละ	๔๙.๒๕	๖๐.๑๙	๖๖.๕๐	๑๕.๐๘	๔๒.๗๒	๕๑.๗๐	๔๙.๖๕	๔๙.๑๗
๕	ผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock เข้าถึงบริการ ICU	ผลงาน	๒,๓๒๖/ ๙๓๒	๑๔,๓๘/ ๒๗๓	๒,๐๔๑/ ๑๕๔	๒๐๐/ ๑๕๘	๑,๕๕๙/ ๓๐๘	๑,๐๙๒/ ๒๑๓	๑,๓๔๒/ ๑๒๕	๙,๙๙๘/ ๒,๑๖๓
		ร้อยละ	๔๐.๐๗	๑๘.๙๘	๗.๕๔	๗๙	๑๙.๗๖	๑๙.๕๐	๙.๓๑	๒๑.๖๓
๖	Refer in จาก รพช./รพท.	ผลงาน	๔,๗๒๓/ ๒,๐๒๓	๒,๓๘๙/ ๔๓๑	๓,๐๖๙/ ๑๙๔	๑,๓๒๖/ ๑๒๖	๓,๖๔๙/ ๓๘๘	๔,๓๙๑/ ๙๔๘	๓,๐๖๖/ ๒๙๔	๒๒,๖๕๘/ ๓,๐๗๒
		ร้อยละ	๔๒.๘๓	๑๘.๘๔	๖.๓๒	๙.๕๐	๑๐.๖๓	๒๑.๕๘	๙.๕๘	๑๓.๕๕
๗	Refer out (จำนวน)	รวม	๐	๑๑	๘	๒๗๐	๓๒	๒๘	๔	๓๕๓
		นอกเขต	๐	๓	๐	๒	๐	๒๘	๔	๓๗

จากข้อมูลพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ SEPSIS ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบเป็น ๑ ใน ๕ อันดับโรคที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลของทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเกิด Sepsis ได้แก่ Pneumonia, Urinary Tract Infection, Gastroenteritis, Necrotizing Fasciitis, Intra-abdominal peritonitis ในปี ๒๕๖๐ พบว่าอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ SEPSIS ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๑๓.๕๖ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๓๐) จำแนกตามรายจังหวัด ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๔.๗๕ , หนองบัวลำภู ร้อยละ ๗.๗๙ นครพนม ร้อยละ ๙.๐๙ หนองคายร้อยละ ๑๐.๓๘ เลยร้อยละ ๑๓.๔๓ สกลนครร้อยละ ๑๓.๗๑ และอุดรธานี ร้อยละ ๒๒.๒๔

ปัญหา/อุปสรรค การดำเนินงาน

๑. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งอายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์เวชบำบัดวิกฤต พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย Critical care ขาดบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับ M๑ M๒ และศักยภาพทำให้มีการส่งต่อ (Refer in) ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลระดับ A ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทั้งวิกฤตและเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระงานมากขึ้นและการพัฒนางานไม่ได้ตามเป้าหมาย
๒. การเข้าถึงบริการ ICU จำนวนเตียง ICU มีจำกัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษานอก ICU
๓. ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ ขาดการสนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งหน่วยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ICU) การซื้อเครื่องตรวจเพื่อช่วยในการประเมินวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ Blood lactate
๔. ขาดการพัฒนาศักยภาพ OR ในรพ.ระดับ M, F ให้มีศักยภาพในการผ่าตัดเบื้องต้น เช่น Appendectomy หรือ I&D ลดการ refer มารพ.อุดรธานี เพื่อเป็นการกำจัดแหล่งติดเชื้อ (Source control)
๕. ระบบการปรึกษา (Consult) ผู้ป่วย Sepsis เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุ วินิจฉัยยาก บุคลากรต้องมีความสามารถและประสบการณ์ในการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการประเมินและการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า (Delay treatment)
๖. การสรุปเวชระเบียนไม่เป็นไปตามนियามการวินิจฉัย Sepsis ,การวินิจฉัยล่าช้า, ไม่เป็นปัจจุบัน
๗. ประชาชนขาด ความรู้ในการดูแลตัวเองในโรคที่ป้องกันได้ (Health literacy)

นวัตกรรม /ผลงานเด่น / ความภาคภูมิใจ

Seamless Sepsis R๔ Model

๑. จัดระบบการเข้าถึงบริการโดยใช้ช่องทางด่วน (Fast Track Sepsis) ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F) ๘๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ใช้แนวปฏิบัติ (CPG ๖ Bundle) ขับเคลื่อนในการพัฒนาทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัดอุดรธานี

๑. การจัดระบบเครือข่ายระบบบริการโรคติดเชื้อ (Service Plan Sepsis) ทั้งจังหวัด (Provincial Healthcare Network) เป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Septic shock
๒. พัฒนาโรคที่เป็นสาเหตุของ Sepsis ได้แก่ Pneumonia, Necrotizing fasciitis,
๓. จัดระบบการส่งผู้ป่วยกลับ (Refer back) การดูแลต่อเนื่องเมื่อพ้นภาวะวิกฤต (Continuing of Care)
๔. มีระบบการปรึกษาระหว่างแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Expertist) ในโรงพยาบาลศูนย์

๕. พัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูล การสรุปเวชระเบียน

จังหวัดนครพนม

๑. การจัดระบบบริการเครือข่าย Node ในการดูแลรักษาโซนเหนือโซนใต้ (ศรีสงคราม ธาตุพนม) ที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนจาก Septic shock
๒. พัฒนาศักยภาพความพร้อมในการรักษาของโรงพยาบาลระดับ M๑ M๒ ทั้งด้านบุคลากร แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เตียง ICU ในการเป็นเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis
๓. Primary prevention กลุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิด Sepsis, ให้ความรู้ อสม. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค NCD เช่น เบาหวาน, ไตวายเรื้อรัง (CKD), COPD
๔. พัฒนาแนวทางการรักษา, CPG & Antibiotic guideline sepsis ร่วมกับ PCT

จังหวัดหนองบัวลำภู

๑. การจัดระบบบริการ (Fast Track Sepsis), วางระบบแนวทางการดูแลรักษา, พัฒนาศักยภาพ รพช., การติดตามเยี่ยม
๒. ส่งเสริมการให้ความรู้ประชาชน (Health promotion) จัดทำสื่อให้ความรู้โรคติดเชื้อในกระแสเลือด
๓. พัฒนानวัตกรรมกรรมการประชาสัมพันธ์สปอตวิทยุ (เน้นการตระหนัก โรคที่ต้องมาเร็ว) สื่อความรู้ทางยูทูบ (รพ.นากลาง)

จังหวัดสกลนคร

มีศักยภาพความพร้อมในการรักษาของโรงพยาบาลระดับ M๑ M๒ (แพทย์เฉพาะทาง, พยาบาล, เติ่ง ICU ในการรักษา, เป็น Node เครือข่าย) มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากเขตรอยต่อจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

๑. การสนับสนุนงบประมาณ, เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น Infusion pump, ventilator, monitor การจัดซื้อร่วมขวด H/C
๒. การสนับสนุนงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การจัดประชุมวิชาการ, เชิงปฏิบัติการ, การศึกษาอบรม

จังหวัดหนองคาย

๑. มีการวางระบบแนวทางการดูแลรักษาเชื่อมโยงเครือข่าย ตั้งแต่รพ.สต./รพช./รพท
๒. มีระบบDisease management โรคสาเหตุที่ทำให้เกิด Sepsis ; Pneumonia, COPD, Asthma, DM
๓. มี Gate keeper รพ.ท่าบ่อ Node เครือข่ายในการรักษา Sepsis

จังหวัดเลย

๑. มีการจัดระบบการส่งต่อ Fast Track อัตราเสียชีวิตจาก Early refer, Early treatment
๒. มีการทบทวน Dead case , Case การส่งต่อที่ไม่เหมาะสม

จังหวัดบึงกาฬ

๑. ปรับระบบการ consult อายุรแพทย์ร่วมกันระหว่างรพ.บึงกาฬและรพ.เซกา (Node)
๒. ทบทวน case SEPSIS Dead ที่ รพช. แบบ RCA (ไปในนาม QLN) เพื่อวิเคราะห์ปัญหา
๓. ออกแบบระบบการจัดการและติดตามข้อมูล สถานการณ์ Sepsis และ KPI อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อม

วิเคราะห์ GAP (คลังข้อมูล V๒)

สรุปกิจกรรมตามโครงการ ปี ๒๕๖๐ ที่ช่วยสนับสนุนให้งานสัมฤทธิ์ผล

การกำกับติดตาม (Monitoring & Evaluation) โดยการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง ในประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อ (Service Plan Sepsis) เข้าร่วมการตรวจราชการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘ ทุกจังหวัดเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทราบประเด็นปัญหาข้อจำกัดในการพัฒนา

แผนดำเนินการต่อในปี ๒๕๖๑

๑. ขยาย Intensive Care Unit ในการดูแลผู้ป่วย Fast Track Sepsis
๒. พัฒนาการเข้าถึงบริการ กระบวนการดูแลรักษาทั้ง Pre hospital & In hospital เน้น Primary prevention
๓. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๑ M๒ ทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ให้เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต (Severe sepsis, Septic shock)
๔. พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ นิยามการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)

สาขาแม่และเด็กปฐมวัย

๑. สถานการณ์

สถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของเขตสุขภาพที่ ๘ มีมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด ๙ ราย คิดเป็น ๑๘.๒๕: การเกิดมีชีพแสนคน พบใน ๓ จังหวัด จังหวัดอุดรธานี ๕ ราย จังหวัดสกลนคร ๓ ราย จังหวัดนครพนม ๑ ราย คิดเป็น ๓๖.๘๔ , ๒๗.๙๐ และ ๑๙.๐๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ และสาเหตุของมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดเกิดจาก PPH ๒ ราย,cardiac arrest ๔ ราย, severe PIH ๒ ราย, BBA with Twins ๑ ราย ทารกตายปริกำเนิดคิดเป็น ๘.๗๑: การเกิดทั้งหมดพันคน พบว่าทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย ไม่เกิน ๙: การเกิดทั้งหมดพันคน) ซึ่งจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ผลงานดีที่สุด คือ จังหวัดเลย เท่ากับ ๔.๔๕: การเกิดทั้งหมดพันคน หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ ๗๖.๐๙ และมี ๑ จังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ (เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๗๐) คือ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๖๘.๘๑

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเขต จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ใช้ในกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	งบประมาณ	เบิกจ่ายแล้ว	ระยะเวลาที่เบิกจ่าย
โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อนามัยแม่และเด็กสัณญูร จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘	๑๐๐,๐๐๐ บาท	๒๙,๕๐๐ บาท (ร้อยละ ๒๙.๕)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๒.๑ ตัวชี้วัดมารดาตาย

จากตารางข้อมูลมารดาตายจากการตั้งครรภ์และการคลอด เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๙ ราย คิดเป็น ๑๘.๒๕: การเกิดมีชีพแสนคน พบใน ๓ จังหวัด คือ จังหวัดอุดรธานี ๕ ราย จังหวัดสกลนคร ๓ ราย จังหวัดนครพนม ๑ ราย คิดเป็น ๓๖.๘๔, ๒๗.๙๐ และ ๑๙.๐๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ และสาเหตุของมารดาตายจากการตั้งครรภ์และการคลอด เกิดจาก PPH ๒ ราย, cardiac arrest ๔ ราย, severe PIH ๒ ราย และ BBA with Twins ๑ ราย

ข้อมูลตัวชี้วัดอัตราการมารดาตาย (เป้าหมาย ≤ ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนมารดาตาย (ราย)	เด็กเกิดมีชีพ (ราย)	อัตราการมารดาตาย/การเกิดมีชีพแสนคน
อุดรธานี	๕	๑๓,๕๗๒	๓๖.๘๔
สกลนคร	๓	๑๐,๗๕๑	๒๗.๙๐
นครพนม	๑	๕,๒๔๑	๑๙.๐๘
เลย	๐	๖,๒๖๒	๐
หนองคาย	๐	๕,๓๙๔	๐
หนองบัวลำภู	๐	๔,๒๓๒	๐
บึงกาฬ	๐	๓,๘๕๙	๐
รวมเขต	๙	๔๙,๓๑๑	๑๘.๒๕

๒.๒ ตัวชี้วัดการตายปริกำเนิด

จากตารางข้อมูลการตายปริกำเนิด ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ มีทารกตายปริกำเนิด ๓๑๒ ราย คิดเป็น ๘.๗๑: การเกิดมีชีพพันคน พบว่าทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายของเขต ไม่เกิน ๙: การเกิดมีชีพพันคน) ซึ่งจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ผลงานดีที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดเลย, นครพนม และหนองบัวลำภู เท่ากับ ๔.๔๕, ๕.๓๒, ๕.๘๘: การเกิดมีชีพพันคน ตามลำดับ

ข้อมูลตัวชี้วัดการตายปริกำเนิด (เป้าหมาย ≤ ๙ ต่อการเกิดมีชีพพันคน) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนทารกตายปริกำเนิด (ราย)	เด็กเกิดมีชีพ (ราย)	อัตราทารกตายปริกำเนิด/ การเกิดมีชีพพันคน
อุดรธานี	๙๓	๑๓๖๓๕	๖.๘๒
สกลนคร	๗๐	๑๐๗๙๒	๖.๔๙
นครพนม	๒๘	๕๒๖๑	๕.๓๒
เลย	๒๘	๖๒๙๒	๔.๔๕
หนองคาย	๔๒	๕๓๙๔	๗.๗๙
หนองบัวลำภู	๒๕	๔๒๔๙	๕.๘๘
บึงกาฬ	๒๖	๓๘๗๙	๖.๗๐
รวมเขต	๓๑๒	๓๕,๘๑๖	๘.๗๑

๒.๓ ตัวชี้วัดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

จากตารางข้อมูลทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่ามีทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม จำนวน ๔,๒๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๖๘ พบว่าไม่มีจังหวัดใดผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย ≤ร้อยละ ๗)

ข้อมูลตัวชี้วัดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (เป้าหมาย ≤ร้อยละ ๗) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	เด็กเกิดมีชีพ (ราย)	จำนวนทารกน้ำหนัก ≤ ๒๕๐๐ กรัม (ราย)	ร้อยละทารกน้ำหนัก < ๒๕๐๐ กรัม
อุดรธานี	๑๓,๕๗๒	๑,๒๐๙	๘.๙๑
สกลนคร	๑๐,๗๕๑	๑,๐๕๕	๙.๘๑
นครพนม	๕,๒๔๑	๔๗๙	๙.๑๔
เลย	๖,๒๖๒	๔๕๘	๗.๓๑
หนองคาย	๕,๓๙๔	๓๘๖	๗.๑๖
หนองบัวลำภู	๔,๒๓๒	๓๙๒	๙.๒๖
บึงกาฬ	๓,๘๕๙	๓๐๒	๗.๘๓
รวมเขต	๔๙,๓๑๑	๔,๒๘๑	๘.๖๘

๒.๔ ตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

จากตารางข้อมูลร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ จำนวน ๒๓,๗๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๐๙ จังหวัดส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย>ร้อยละ ๗๐) และจังหวัดที่มีผลงานดีที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดหนองคาย, สกลนคร และหนองบัวลำภู คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๖๖ , ๘๓.๖๕ , ๘๐.๖๑ ตามลำดับ และจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือจังหวัดอุดรธานี คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๘๑

ข้อมูลตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (เป้าหมาย >ร้อยละ ๗๐) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (ราย)	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ราย)	ร้อยละ
อุดรธานี	๘,๕๗๗	๕,๙๐๒	๖๘.๘๑
สกลนคร	๖,๖๓๘	๕,๕๕๓	๘๓.๖๕
นครพนม	๓,๙๘๙	๓,๐๓๒	๗๖.๐๑
เลย	๔,๓๖๙	๓,๒๕๔	๗๔.๔๘
หนองคาย	๒,๓๒๐	๑,๙๔๑	๘๓.๖๖
หนองบัวลำภู	๒,๘๐๕	๒,๒๖๑	๘๐.๖๑
บึงกาฬ	๒,๔๗๕	๑,๗๗๖	๗๑.๗๖
รวมเขต	๓๑,๑๗๓	๒๓,๗๑๙	๗๖.๐๙

๒.๕ ตัวชี้วัดทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน

จากตารางข้อมูลทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ มีทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน ๑,๐๐๐ ราย คิดเป็น ๒๐.๒๘: การเกิดมีชีพพันคน พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย≤๒๕: การเกิดมีชีพพันคน) ซึ่งจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ ผลงานดีที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดหนองคาย ,เลย และจังหวัดหนองบัวลำภู เท่ากับ ๑๔.๐๙, ๑๔.๓๗, ๑๕.๑๒: การเกิดมีชีพพันคน ตามลำดับ

ข้อมูลตัวชี้วัดทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน (เป้าหมาย ≤๒๕: การเกิดมีชีพพันคน) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนเด็กเกิดมีชีพ (ราย)	จำนวนทารกขาดออกซิเจน (ราย)	อัตรา BA ต่อการเกิดมีชีพพัน คน
อุดรธานี	๑๓,๕๗๒	๒๔๙	๑๘.๓๕
สกลนคร	๑๐,๗๕๑	๓๔๒	๓๑.๘๑
นครพนม	๕,๒๔๑	๑๑๘	๒๒.๕๑
เลย	๖,๒๖๒	๙๐	๑๔.๓๗
หนองคาย	๕,๓๙๔	๗๖	๑๔.๐๙
หนองบัวลำภู	๔,๒๓๒	๖๔	๑๕.๑๒
บึงกาฬ	๓,๘๕๙	๖๑	๑๕.๘๑
รวมเขต	๔๙,๓๑๑	๑,๐๐๐	๒๐.๒๘

๒.๖ ตัวชี้วัดการคลอดก่อนกำหนด

จากตารางข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ พบว่าทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๗.๐๒ (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๐) และจังหวัดที่มีผลงานดีที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดนครพนม, สกลนคร และหนองบัวลำภู คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๔, ๕.๓๘ และ ๖.๗๒ ตามลำดับ

ข้อมูลตัวชี้วัดการคลอดก่อนกำหนด (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๐) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนมารดาคลอด (ราย)	จำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนด (ราย)	ร้อยละ
อุดรธานี	๑๓,๕๔๓	๑,๑๔๘	๘.๔๘
สกลนคร	๑๐,๗๑๔	๕๗๖	๕.๓๘
นครพนม	๕,๒๒๖	๒๕๓	๔.๘๔
เลย	๖,๒๕๖	๔๕๘	๗.๓๒
หนองคาย	๕,๓๗๓	๔๐๐	๗.๔๔
หนองบัวลำภู	๔,๒๑๓	๒๘๓	๖.๗๒
บึงกาฬ	๓,๘๕๗	๓๓๕	๘.๖๙
รวมเขต	๔๙,๑๘๒	๓,๔๕๓	๗.๐๒

๓. Best Practice

๓.๑ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตกเลือดหลังคลอดในระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรก” โดย นางมณีรัตน์ ประจันนวล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่องดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

๓.๒ เรื่อง “ถุงตวงเลือดประหยัด ปลอดภัย” โดย นางวรรัตน์ วดีศิริศักดิ์ และคณะ โรงพยาบาลเซกา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

๓.๓ เรื่อง “ลูกกลิ้งนวดคลายปวดขณะเจ็บครรภ์” โดย นางสาววรรณภา คดีเสน โรงพยาบาลโซ่พิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

๓.๔ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการคัดกรองหาฮีโมโกลบินอัลฟา-ธาลัสซีเมีย” โดย นายแพทย์สุดชาย อมรกิจบำรุง กลุ่มงานสูตินารีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

๓.๕ เรื่อง “ถุงตวงเลือด” โดยนางสาวรสสุรีย์ แสงมนตรี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

๓.๖ เรื่อง “แบบจำลองการเปิดขยายของปากมดลูก” โดย นางธัญญา แซ่ลี้ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

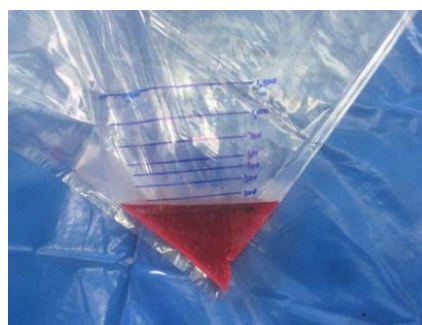
๔. นวัตกรรม

๔.๑ จังหวัดอุดรธานี

๔.๑.๑ ชื่อนวัตกรรม “แบบจำลองการเปิดขยายของปากมดลูก”
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี



๔.๑.๒ ซึ่่นวัตกรรม “ถุงตวงเลือด” โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง



๕. รางวัลสาขาแม่และเด็กปฐมวัย ที่ได้รับจากเวทีต่างๆ ทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๕.๑ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการตกเลือดหลังคลอดในระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรก” โดย นางมณีรัตน์ ประจันนวล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่องดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร



สาขา ๓ สาขาหลัก

๑. สถานการณ์

ภาพรวมระดับประเทศการส่งต่อผู้ป่วย จาการพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out ไป รพช. /รพท. ลดลง (เกณฑ์ลดลงร้อยละ๒๕)
เปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	สาขาสูติกรรม	สาขากุมารเวชกรรม	สาขาออร์โธปิดิกส์
เขตสุขภาพที่ ๑	๙.๙๓ (๒๘๒/๒๕๔)	๒.๘๒ (๗๑/๖๙)	๒.๐๔ (๖๓๘/๖๒๕)
เขตสุขภาพที่ ๒	๒๕.๘๙ (๑๑๒/๘๓)	-๑๑.๗๖ (๕๑/๕๗)	-๑๖.๕๘ (๕๙๑/๖๘๙)
เขตสุขภาพที่ ๓	๗.๗๙ (๑๕๔/๑๔๒)	-๓๖.๑๑ (๓๖/๔๙)	๘.๑๔ (๔๗๙/๔๔๐)
เขตสุขภาพที่ ๔	-๒๕.๔๑ (๑๒๒/๑๕๓)	๓.๓๓ (๓๐/๒๙)	๔๖.๐ (๑๒๖/๖๘)
เขตสุขภาพที่ ๕	-๗๓.๖๑ (๗๒/๑๒๕)	-๕๐ (๒๐/๓๐)	๒๒.๘๘ (๑๕๓/๑๑๘)
เขตสุขภาพที่ ๖	๗๐.๕๙ (๑๗/๕)	๖๙.๒๓ (๑๓/๔)	-๓.๐๕ (๑๓๑/๑๓๕)
เขตสุขภาพที่ ๗	๓.๑๖ (๔๑๒/๓๙๙)	๒๒.๐๑ (๒๐๙/๑๖๓)	๘.๐๔ (๙๓๓/๘๕๘)
เขตสุขภาพที่ ๘	-๘.๕๗ (๑๔๐/๑๕๒)	-๒.๕๖ (๓๙/๔๐)	๑๒.๑ (๔๐๕/๓๕๖)
เขตสุขภาพที่ ๙	๑๐.๐๒ (๖๐๙/๕๔๘)	๒๗.๗๖ (๒๖๓/๑๙๐)	๗.๐๘ (๑,๐๓๑/๙๕๘)
เขตสุขภาพที่ ๑๐	-๑๗๗.๔๒ (๓๑/๘๖)	-๑๘๓.๘๗ (๓๑/๘๘)	-๘.๓๕ (๔๖๗/๕๐๖)
เขตสุขภาพที่ ๑๑	๑๖.๐๕ (๘๔๑/๗๐๖)	๑๔.๒๙ (๒๐๓/๑๗๔)	๒๑.๙๘ (๖๐๕/๔๗๒)
เขตสุขภาพที่ ๑๒	-๑๗.๑๔ (๑๔๐/๑๖๔)	-๓๖.๑๑ (๗๒/๙๘)	-๒๑.๕๒ (๑๕๘/๑๙๒)
ระดับประเทศ	๓.๙๒ (๒,๙๓๒/๒,๘๑๗)	๔.๕๓ (๑,๐๓๘/๙๙๑)	๕.๒๕ (๕,๗๑๗/๕,๔๑๗)

เปรียบเทียบรายจังหวัด

จังหวัด	สาขาสูติกรรม	สาขากุมารเวชกรรม	สาขาออร์โธปิดิกส์
บึงกาฬ : S	๐	๐	๐
หนองบัวลำภู : S	๐	๐	๐
อุดรธานี : A	-๘๖.๖๗ (๔๕/๘๔)	๕๐ (๑๘๙/๙)	๑๓.๒๕ (๓๐๒/๒๖๒)
เลย : S	๗๐ (๑๐/๓)	๐ (๖/๖)	๐ (๓๕/๓๕)
หนองคาย : S	-๖๐๐ (๑/๗)	-๑,๐๐๐ (๑/๑๑)	-๑๖.๖๗ (๒๔/๒๘)
สกลนคร : A	๔๑.๔๓ (๗๐/๔๑)	-๓๓.๓๓ (๖/๘)	๗.๑๔ (๑๔/๑๓)
นครพนม : S	-๒๑.๔๓ (๑๔/๑๗)	๒๕ (๘/๖)	๔๐ (๓๐/๑๘)
รวมภาพเขต	-๘.๕๗ (๑๔๐/๑๕๒)	-๒.๕๖ (๓๙/๔๐)	๑๒.๑ (๔๐๕/๓๕๖)

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

○ การส่งต่อผู้ป่วยสาขาสูติกรรม จากรพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง ใช้เป็นตัวติดตามผลงาน เขตสุขภาพที่ ๘

จากข้อมูลพบว่าการส่งต่อผู้ป่วยสาขาสูติกรรม ไม่บรรลุเป้าหมายเพราะทำได้ร้อยละ -๘.๕๗ (เกณฑ์ลดลงร้อยละ ๒๕) เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า รพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out มายัง รพศ./รพท. ที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดเลย ร้อยละ ๗๐ และ สกลนคร ร้อยละ ๔๑.๔๓ ส่วนจังหวัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ จังหวัดนครพนม ร้อยละ -๒๑.๔๓ อุดรธานี ร้อยละ -๘๖.๖๗ และหนองคาย ร้อยละ -๖๐๐ ตามลำดับ

หมายเหตุ : สูตรการหาอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสาขาสูติกรรม จากรพช.แม่ข่าย (M๒)

Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง = $(A-B)/A \times 100$

A หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขาหลักสูติกรรม ของ รพศ./รพท. (A,S) จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๕๙

B หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขาหลักสูติกรรม ของ รพศ./รพท. (A,S) จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๖๐

คำนวณจาก แฟ้ม Procedure_IPD รหัส ๗๔๐-๗๔๔, ๗๔๙๑, ๗๔๙๙ ของ รพ. ขนาด A และ S ที่รับ refer มาจาก รพ. ขนาด M๒

○ การส่งต่อผู้ป่วยสาขากุมารเวชกรรม จากรพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๘ ไม่บรรลุเป้าหมายทำได้ร้อยละ -๒.๕๖ (เกณฑ์ลดลงร้อยละ ๒๕) เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า รพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out มายัง รพศ./รพท. ที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๕๐ และ นครพนม ร้อยละ ๒๕ ส่วนจังหวัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดเลย ร้อยละ ๐ สกลนคร ร้อยละ -๓๓.๓๓ และ หนองคาย ร้อยละ -๑,๐๐๐ ตามลำดับ

หมายเหตุ : สูตรการหาอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสาขากุมารเวชกรรม จากรพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง = $(A-B)/A \times 100$

A หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขากุมารเวชกรรม ของ รพศ./รพท. (A,S)

จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๕๙

B หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขากุมารเวชกรรม ของ รพศ./รพท. (A,S)

จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๖๐

คำนวณจาก แฟ้ม Procedure_IPD รหัส ๙๖๗๑ , ๙๖๗๒ , ๙๓๙ ของ รพ. ขนาด A และ S ที่รับ refer มาจาก รพ. ขนาด M๒

○ การส่งต่อผู้ป่วยสาขาอโรบิคส์จากรพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง เขตสุขภาพที่ ๘ ไม่บรรลุเป้าหมายทำได้ร้อยละ ๑๒.๑ (เกณฑ์ลดลงร้อยละ ๒๕) เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า รพช.แม่ข่าย (M๒) Refer out มายัง รพศ./รพท. ที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๔๐ ส่วนจังหวัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๑๓.๒๕ สกลนคร ร้อยละ ๗.๑๔ เลย ร้อยละ ๐ และ หนองคาย ร้อยละ -๑๖.๖๗

หมายเหตุ : สูตรการหาอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสาขาอโรบิคส์จากรพช.แม่ข่าย (M๒)

Refer out ไป รพศ./รพท. ลดลง = $(A-B)/A \times 100$

A หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขาอโรบิคส์ ของ รพศ./รพท. (A,S) จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๕๙

B หมายถึง จำนวนการรับการส่งต่อผู้ป่วย สาขาอโรบิคส์ ของ รพศ./รพท. (A,S) จาก รพช.แม่ข่าย (M๒) ปี ๒๕๖๐

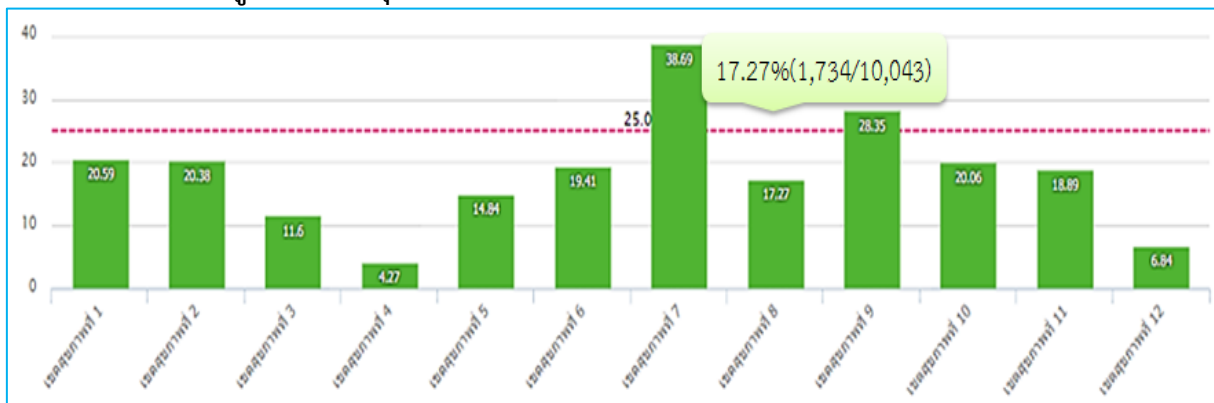
คำนวณจาก แฟ้ม Diagnosis รหัส DIAGCODE in

'S๔๒๐๐๐','S๔๒๑๐๐','S๔๒๒๐๐','S๔๒๓๐๐','S๔๒๔๐๐','S๔๒๕๐๐','S๔๒๖๐๐','S๔๒๗๐๐','S๔๒๘๐๐','S๔๒๙๐๐','S๕๒๐๐๐','S๕๒๑๐๐','S๕๒๒๐๐','S๕๒๓๐๐','S๕๒๔๐๐','S๕๒๕๐๐','S๕๒๖๐๐','S๕๒๗๐๐','S๕๒๘๐๐','S๕๒๙๐๐','S๖๒๐๐๐','S๖๒๑๐๐','S๖๒๒๐๐','S๖๒๓๐๐','S๖๒๔๐๐','S๖๒๕๐๐','S๖๒๖๐๐','S๖๒๗๐๐','S๖๒๘๐๐','S๖๒๙๐๐','S๗๒๐๐','S๗๒๑๐','S๗๒๒๐','S๗๒๓๐','S๗๒๔๐','S๗๒๕๐','S๗๒๖๐','S๗๒๗๐','S๗๒๘๐') ของรพ.ขนาด A และ S ที่รับ refer มาจาก รพ.ขนาด M๒

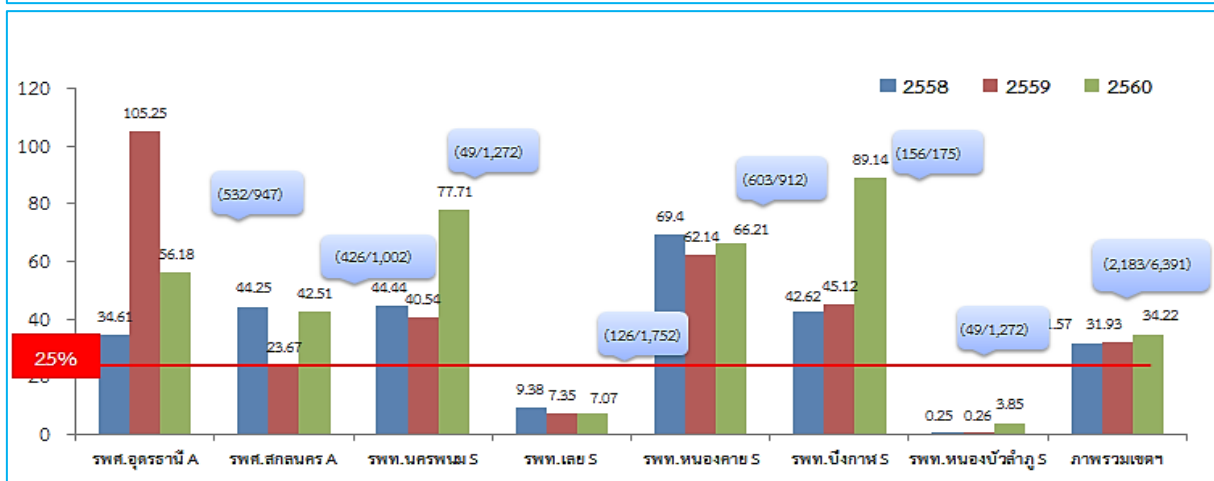
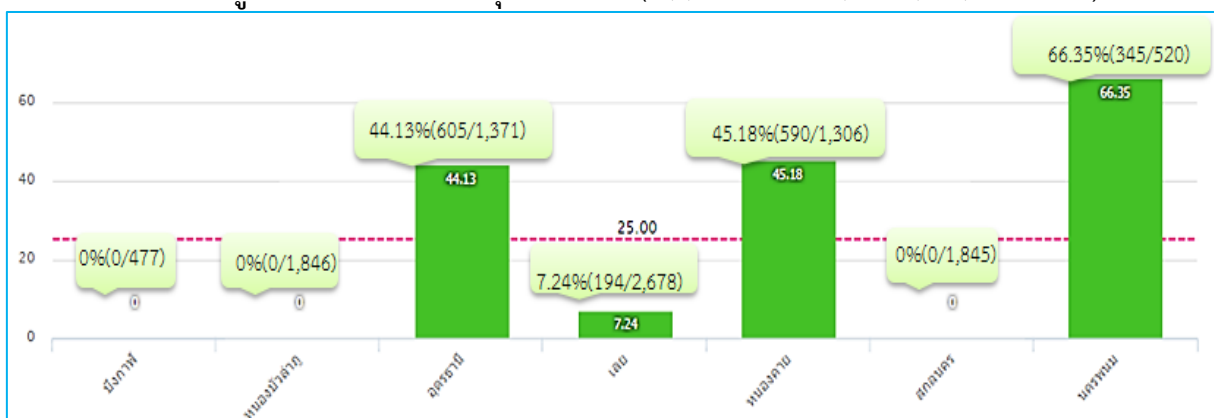
๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M ๒ (ร้อยละ ๒๕)

○ ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



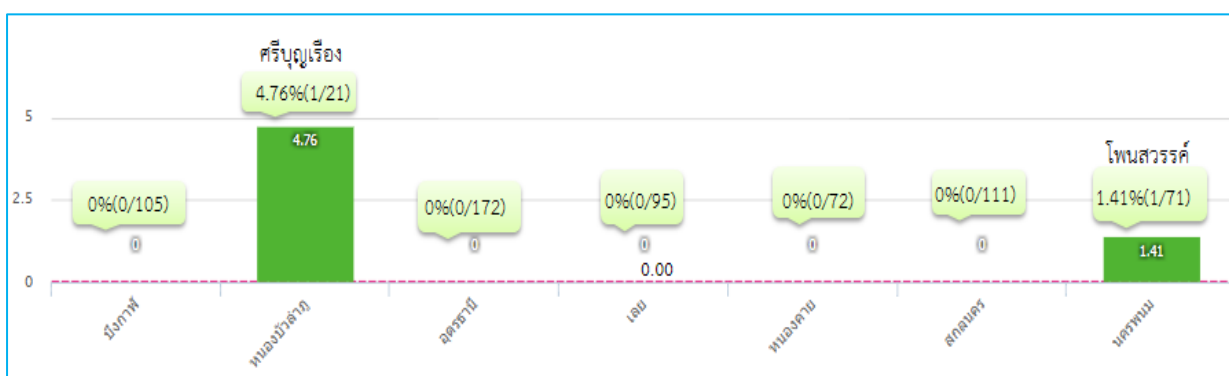
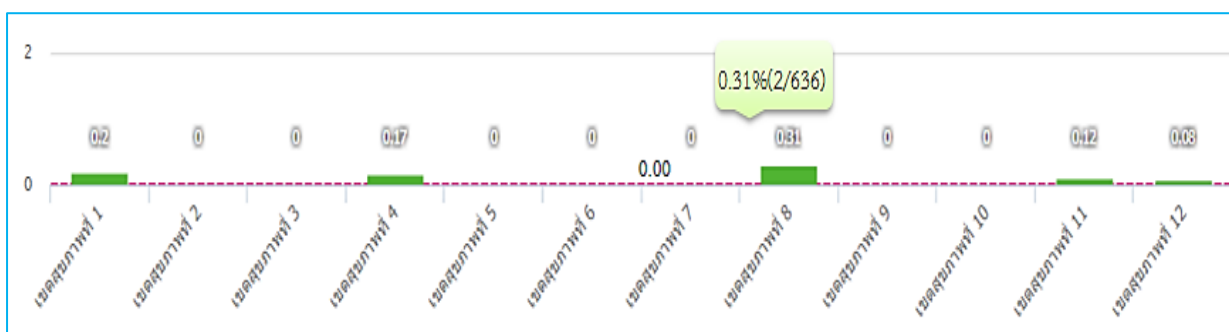
ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (ข้อมูลจาก การตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ รอบที่ ๒/๒๕๖๐)

หมายเหตุ

สูตร $\frac{A \times 100}{B}$ B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ A และ S
A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2

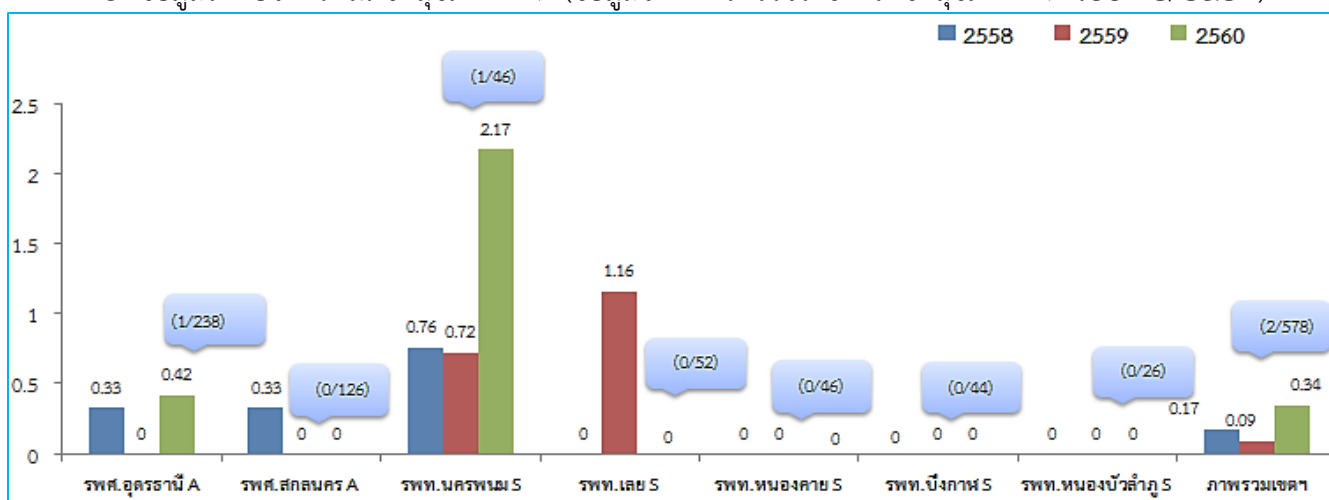
๒.๒ อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๐

○ ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)

○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (ข้อมูลจาก การตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ รอบที่ ๒/๒๕๖๐)

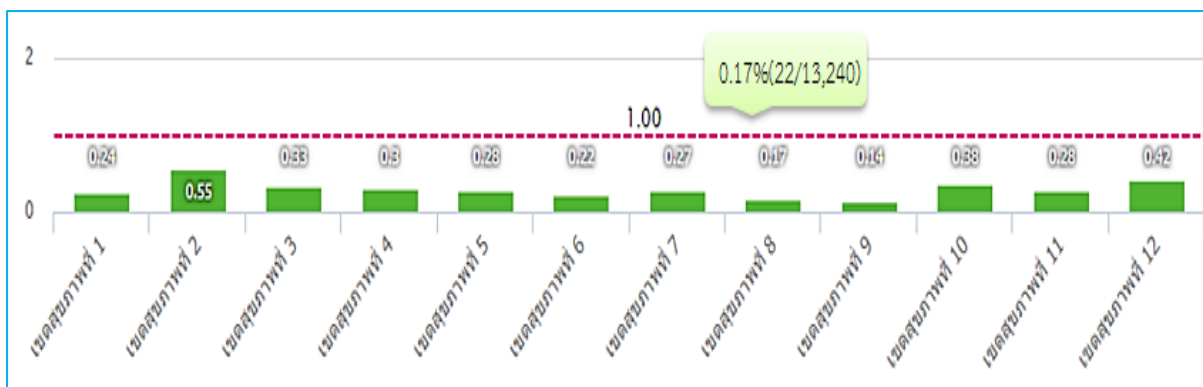


หมายเหตุ

$$\text{สูตร } \frac{A \times 100}{B} \quad \begin{array}{l} B \text{ หมายถึง จำนวนมารดาหลังคลอดที่ตกเลือดในโรงพยาบาล} \\ A \text{ หมายถึง จำนวนมารดาหลังคลอดที่เสียชีวิตจากการตกเลือด} \end{array}$$

๒.๓ อัตราปวยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน -๕ ปี บริบูรณ์ < ๑๐%

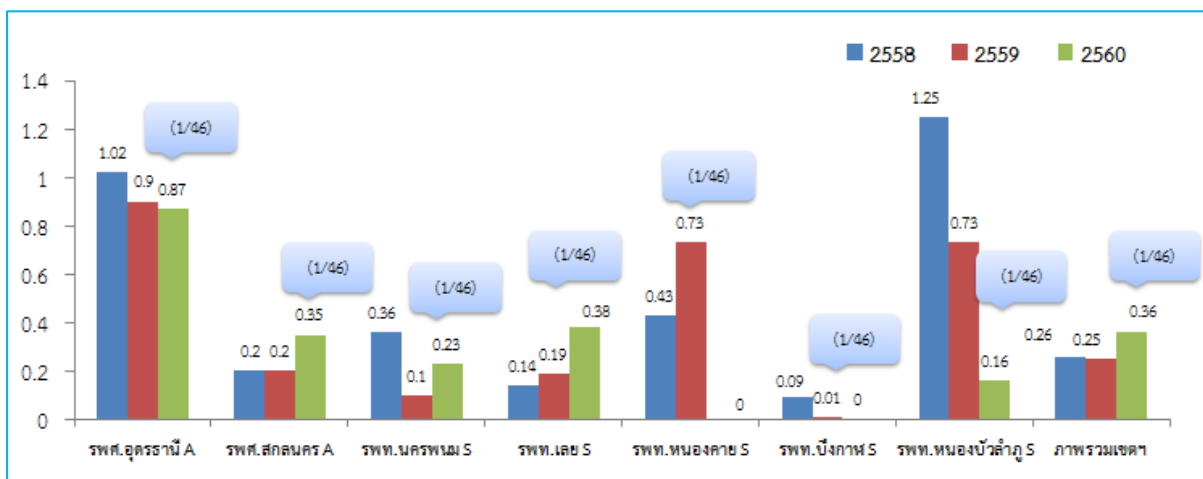
○ ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



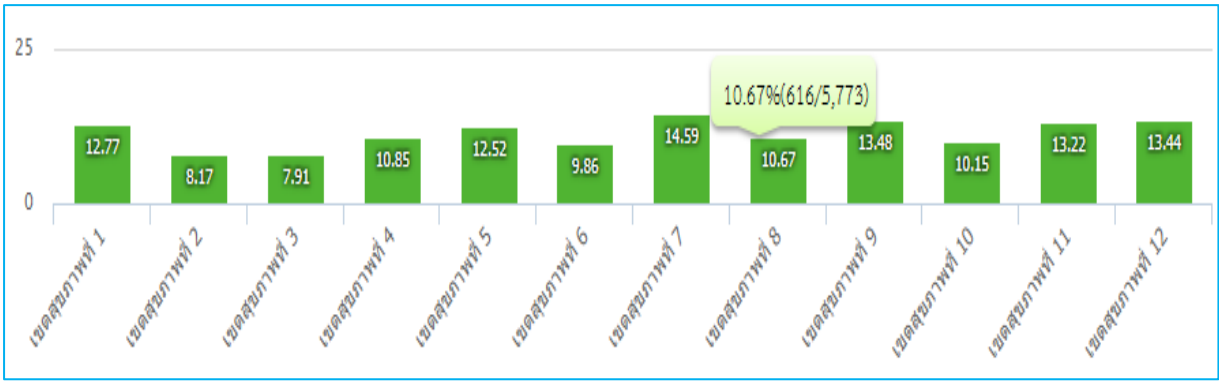
○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (ข้อมูลจาก การตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ รอบที่ ๒/๒๕๖๐)



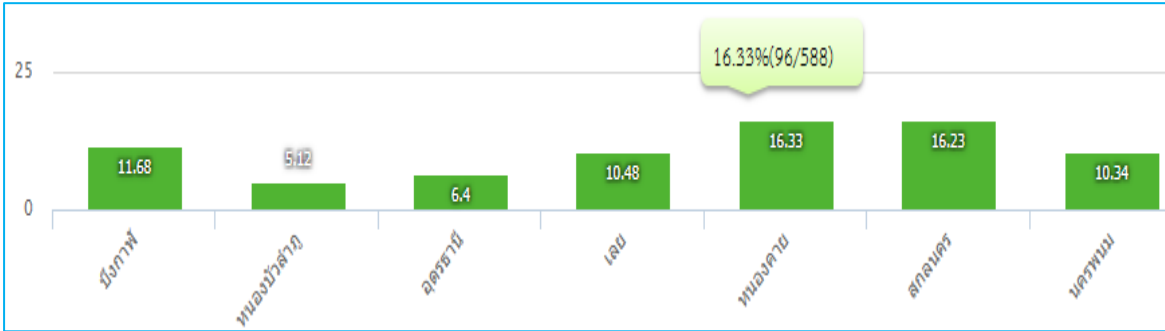
หมายเหตุ

$$\text{สูตร } \frac{A \times 100}{B} \quad \begin{array}{l} B \text{ หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีบริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปอดบวม รหัสโรคหลัก PDx J12-18} \\ A \text{ หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีบริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปอดบวม รหัสโรคหลัก PDx J12-18} \\ \text{จำนวนตายในทุกรพ.ในพื้นที่} \end{array}$$

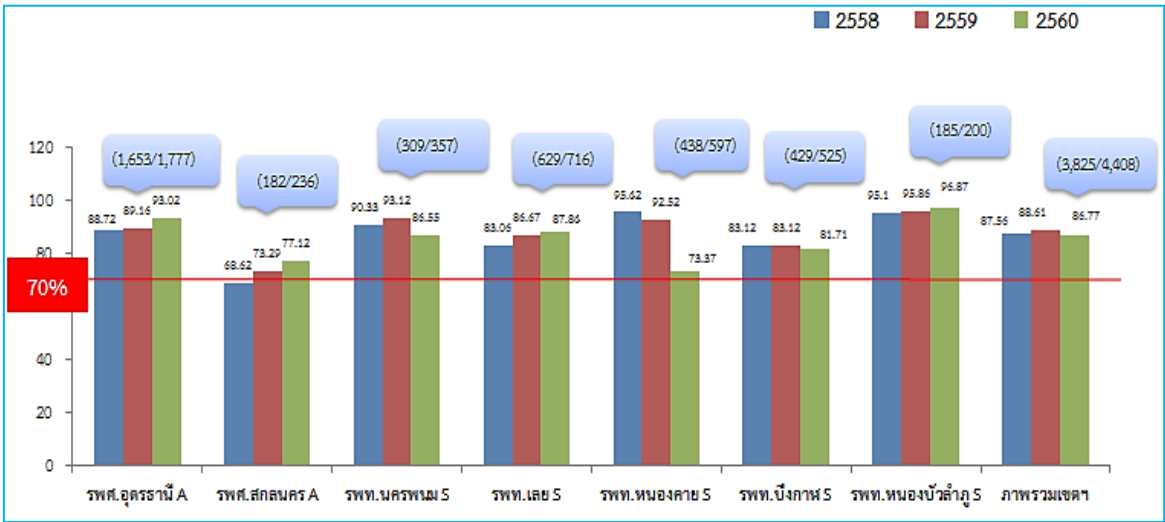
๒.๔ ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในรพช.ม๒ ลงไป ๗๐ %
○ ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (จาก HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)



○ ข้อมูลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ (ข้อมูลจาก การตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๘ รอบที่ ๒/๒๕๖๐)



หมายเหตุ

สูตร $\frac{A \times 100}{B}$
B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการวินิจฉัย S4200 S6250 S6260 S9240 S9250 S5250 S5260 S5280
A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการวินิจฉัย S4200 S6250 S6260 S9240 S9250 S5250 S5260 S5280 และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล (Admit)

๓. Best Practice

๓.๑ สาขาสูติกรรม

○ ชื่อผลงาน Best practice Service Plan (สาขาสูติกรรม) การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง ยีนอัลฟา-ธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มี Hemoglobin typing เป็น A๒A ($A_2 < 3.5\%$) โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

○ ชื่อผลงาน การสร้างและการตรวจสอบแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

๓.๒ สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

○ ชื่อผลงาน ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จังหวัดเลย โรงพยาบาลเลย

๔. นวัตกรรม

๔.๑ สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

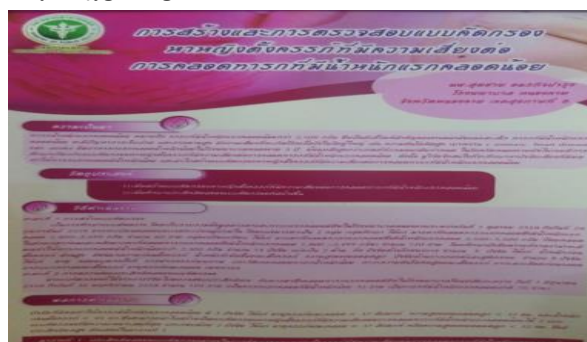
○ นวัตกรรมแผ่นรองแขนและขาส่วนปลาย งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



๕. รางวัลที่ได้รับจากเวทีต่างๆทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๕.๑ ระดับเขต

○ ชื่อผลงาน Best practice Service Plan (สาขาสูติกรรม) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองหา ยีนอัลฟา-ธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มี Hemoglobin typing เป็น A๒A ($A_2 < 3.5\%$) โรงพยาบาลหนองคายได้รับรางวัลดีเด่น จากเวทีมหกรรมผลงานวิจัยจากงานประจำ (R๒R) เครือข่ายอีสาน ตอนบน เขตสุขภาพที่ ๘ "R๒R Show & Share" ประจำปี ๒๕๖๐ วันที่ ๒๕-๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ ประชุมโรงแรมบุศยรินทร์ จังหวัดหนองคาย



๕.๒ ระดับประเทศ

๐ ชื่อเรื่อง การสร้างและการตรวจสอบแบบคัดกรองหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย โรงพยาบาลหนองคาย ได้รับรางวัลที่ ๒ จากเวทีนำเสนอผลงานดีเด่นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการพัฒนากลุ่มวัยของ ๑๒ เขตสุขภาพโดยกรมการแพทย์ วันที่ ๒๘-๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมมิลาเคิลแกรนด์ กทม.



ผู้รายงาน

๑. นายนฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๒๖๐๐๕๙๒
e-mail narupyut@gmail.com

๒. นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)

๑.สถานการณ์

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้หน่วยปฐมภูมิและเครือข่ายเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ และมุ่งพัฒนาให้ระบบบริการระดับปฐมภูมิมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” กับทุกระดับ ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทัวถึงและเป็นธรรม โดยมุ่งเน้นพัฒนาทิศทางการพัฒนาและออกแบบระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ ให้มีขีดความสามารถที่จะรองรับความท้าทายและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ เป็นเครือข่ายที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของประเทศ โดยสอดคล้องกันทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และคุณภาพบริการ

เขตสุขภาพที่ ๘ มีการขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการ UCCARE มีองค์ประกอบดังนี้

๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
๒. ประชาชนและผู้รับบริการ ได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation)
๔. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร

(Resource Sharing and Human Development)

๖. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)

ซึ่งบูรณาการการพัฒนา นิเทศ/ติดตาม ร่วมกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (๕ ดาว ๕ ดี) และการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC) โดยมีคณะกรรมการคณะเดียวกัน



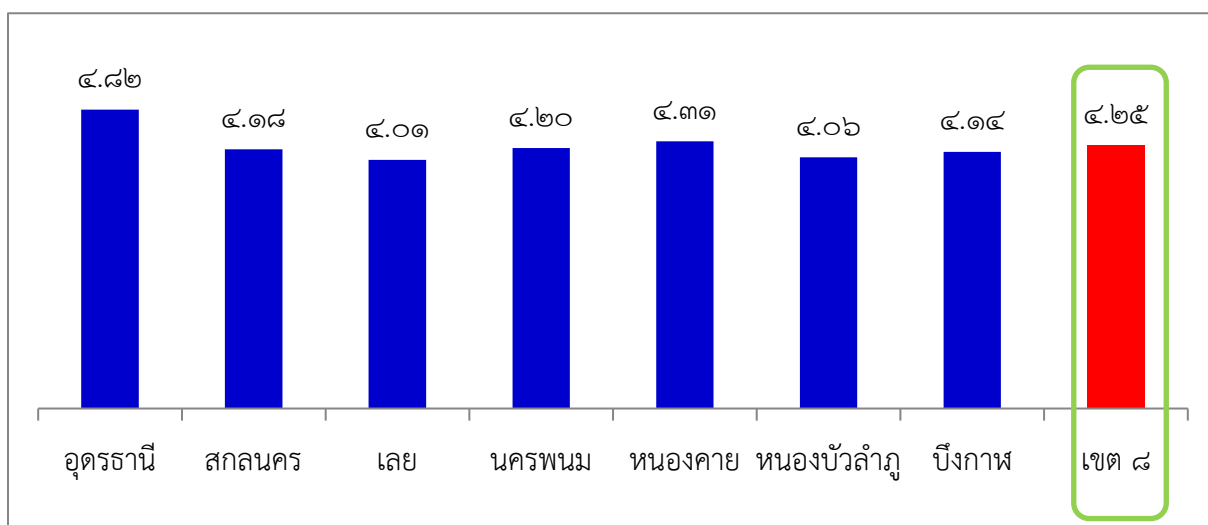
คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ ๘

๒.ผลการดำเนินงาน

➤ หนึ่งประเด็นสุขภาพ : ODOP (One District One Project)

จังหวัด	ODOP
อุดรธานี	การป้องกันและลดความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุจราจร
สกลนคร	โรคเบาหวาน
เลย	ไข้เลือดออก
นครพนม	โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
หนองคาย	โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
หนองบัวลำภู	อาหารปลอดภัย
บึงกาฬ	Long Term Care

➤ Self- Assessment ตามองค์ประกอบ UCARE



DHS Scoring ๔.๒๕ มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้ เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น
 อ้างอิง : การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒/๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๐)

ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๘๗ อำเภอ สามารถจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิสามารถจัดระบบบริการสุขภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” กับทุกระดับ ให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพทั่วถึงและเป็นธรรม

คณะทำงาน สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 8

DHS



กิตติกรรมการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว
ปี 2560 เขตสุขภาพที่ 8



๓.การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)

กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการ โดยกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิด้วยคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมามีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ใน การดูแล ที่ชัดเจนในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ

เขตสุขภาพที่ ๘ จึงได้ดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟู และรักษา ให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน ตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติของคลินิกหมอครอบครัว และตอบสนองการดำเนินงานตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยใช้มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวเป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อน

โดยพัฒนาทีมการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองและเขตชนบท (คลินิกหมอครอบครัว : Primary Care Cluster) ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ พร้อมปฏิบัติหน้าที่



เยี่ยมนิเทศ ติดตามการดำเนินงานการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว



๔.ผลการดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster)

➤ แผนการดำเนินงาน ๔ ขั้น

ขั้น ๑	มี Mapping แผน ๑๐ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๙) ครบทุกจังหวัด (ส่ง สปค. ตามกำหนด)
ขั้น ๒	มีการใช้ กระบวนการ รพ.สต.ติดตาม เป็นระบบพื้นฐานของ PCC ครอบคลุมทุกจังหวัด
ขั้น ๓	ขยาย Extended OPD ทุกจุดที่กำหนดการจัดตั้ง PCC <u>เน้นความชัดเจนของการบริการ ส่งเสริม ป้องกัน พันฟู ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย</u>
ขั้น ๔	มีทีมหมอครอบครัวทำงาน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เกษียณอายุ ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ๓ เดือน ดูแลประชาชน ๑๐,๐๐๐ คน/ทีม ทำงานด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลทั้งบุคคล ทั้งครอบครัว ไม่ใช่ตรวจแค่โรคหรือบางอวัยวะ <u>บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี</u>

➤ แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster (PCC) ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๙)

จังหวัด	จำนวน PCC (ทีม) ที่เปิดบริการ/ปี										รวม (ทีม)
	๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	
อุดรธานี	๖	๖	๑๐	๑๔	๘	๑๓	๒๐	๒๖	๒๖	๑๔	๑๔๓
สกลนคร	๗	๘	๖	๖	๘	๙	๗	๘	๖	๗	๗๒
เลย	๖	๗	๗	๘	๗	๕	๕	๕	๖	๕	๖๑
นครพนม	๔	๙	๑๔	๒๕	๓	๓	๑	๑	๑	๓	๖๔
หนองคาย	๗	๑๑	๑๐	๓	๖	๔	๑	๑	-	-	๔๓
หนองบัวลำภู	๔	๕	๕	๕	๕	๕	๖	๕	๑	๑	๔๒
บึงกาฬ	๒	-	-	-	-	๑๖	๒๑	๖	-	๕	๕๐
เขต ๘	๓๖	๔๖	๕๒	๖๑	๓๗	๕๕	๖๑	๕๒	๔๐	๓๕	๔๗๕

อ้างอิง : การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒/๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๐)

การพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนทีมที่ลงทะเบียน	รายชื่อ PCC	
		PCC เมือง (จำนวนทีม)	PCC ชนบท(จำนวนทีม)
นครพนม	๔	รพ.สต.หนองญาติ (๔)	ศสม.ธาตุพนม (๑)
บึงกาฬ	๒	ศสม.บึงกาฬ (๑)	รพ.สต.ท่าสะอาด (๑)
เลย	๗	ศสม.กุดป่อง (๔)	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
			รพร.ด่านซ้าย (๑)
			รพร.ด่านซ้าย (๑)
สกลนคร	๖	ศสม.สุขเกษม (๓)	โนนสว่าง-โคกหนองแก (๑)
			รพ.สต.แร่ (๑)
			รพ.วานรนิวาส (๑)
หนองคาย	๗	ศสม.รพ.หนองคาย ทีม ๒ (๓) รพ.สต.บ้านนาฮี (๑)	ศสม.วัดโพธิ์ศรี (๑)
			ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ทีม ๑ (๑)
			ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ทีม ๒ (๑)
หนองบัวลำภู	๔	ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู (๓)	รพ.สต.กุดบง (๑)
			รพ.สต.ดอนเกล็ด (๑)
อุดรธานี	๖	ศสม.โรงพยาบาลอุดรธานี ๒ (๓)	รพ.สต.พันดอน (๓)

“มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ๔ เดือน เพื่อปฏิบัติงานใน PCC ทั้ง ๕ รุ่น รวมทั้งหมด ๓๓ คน”

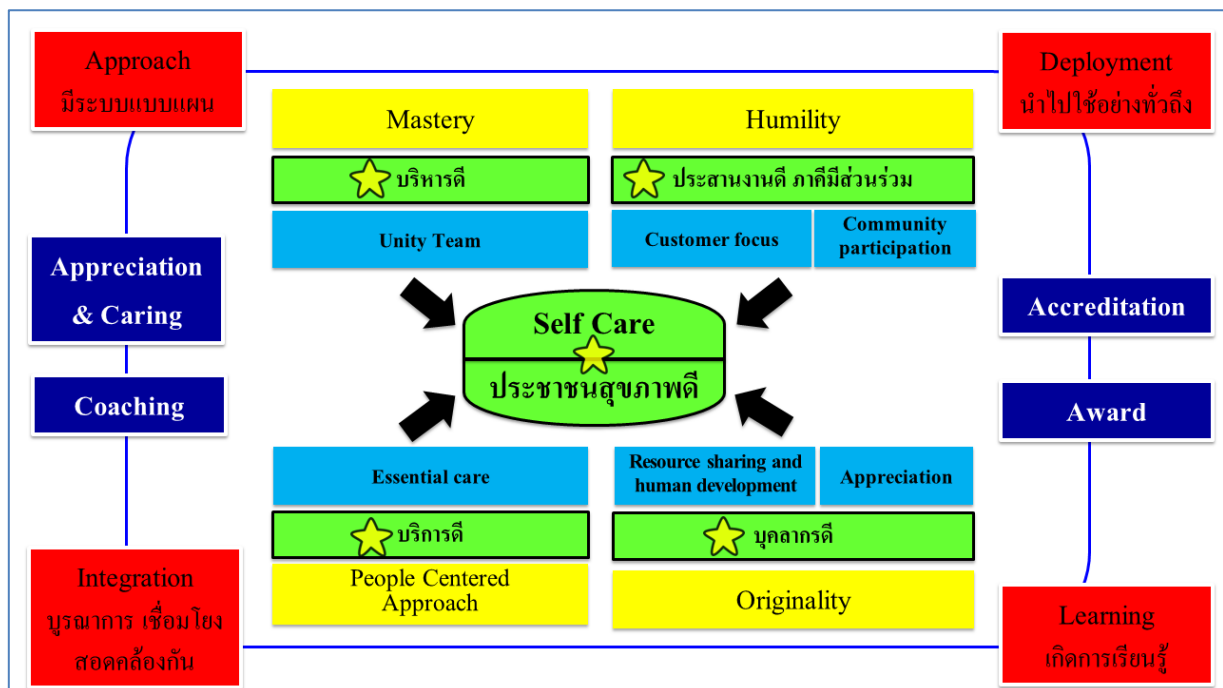
อ้างอิง : ข้อมูลการลงทะเบียน จาก สปค. ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๐

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- เกิดทีมหมอครอบครัวที่นำโดยแพทย์ลงปฏิบัติงานด้านหน้า
- เกิดการทดลองระบบบริการในรูปแบบ Gate Keeper นอกโรงพยาบาล
- เกิดความเชื่อมโยงระบบบริการจากโรงพยาบาลสู่นอกโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม
- เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดูญาติมิตร

๕.การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม แบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม และปฏิรูประบบบริหารจัดการ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการสนับสนุน กำกับดูแล เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐาน ๕ ประเด็น (๕ ดาว ๕ ดี) คือ ๑) การบริหารดี ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการเรื่องระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ๒) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทางานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ๓) บุคลากรดี บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ๔) บริการดี ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี ตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่การบริการในและนอกหน่วยบริการ มีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีการติดตามผล การดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไป พัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



กรอบแนวคิดการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว

เป้าหมายการพัฒนาของเขตสุขภาพที่ ๘

เป้าหมาย		ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
รับรอง ๕ ดาว ระดับประเทศ		จังหวัดละ ๑ แห่ง (๗ จังหวัด : ๗ แห่ง)	จังหวัดละ ๑ แห่ง (๗ จังหวัด : ๗ แห่ง) รับเข็มเชิดชูเกียรติ รพ.สต. ๕ ดาว ตัวแทนเขต ๑ แห่ง รับเข็ม/ ใบประกาศเชิดชูเกียรติ (ต้องไม่ใช่ รพ.สต.เดิมที่เคยได้รับรางวัลในปีที่ผ่านมา)			
รับ ร้อง ๕ ดาว Appreciate, Accredit	คงสภาพ	-	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๑๐๐
	Ac	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	-
	Re-ac	-	-	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	-
รับรอง ๔ ดาว		ร้อยละ ๕๐				
รับรอง ๓ ดาว		ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
เข้าร่วมโครงการ		ร้อยละ ๑๐๐ (๙๗๐ แห่ง)	-	-	-	-
จำนวน รพ.สต./ศสม./PCU		รพ.สต.๘๗๔ แห่ง + ศสม./PCU ๙๖ แห่ง		-	-	-
หน่วยงาน		รพ.สต + ศสม./PCU ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘	รพ.สต + ศสม./PCU	รพ.สต + ศสม./PCU		

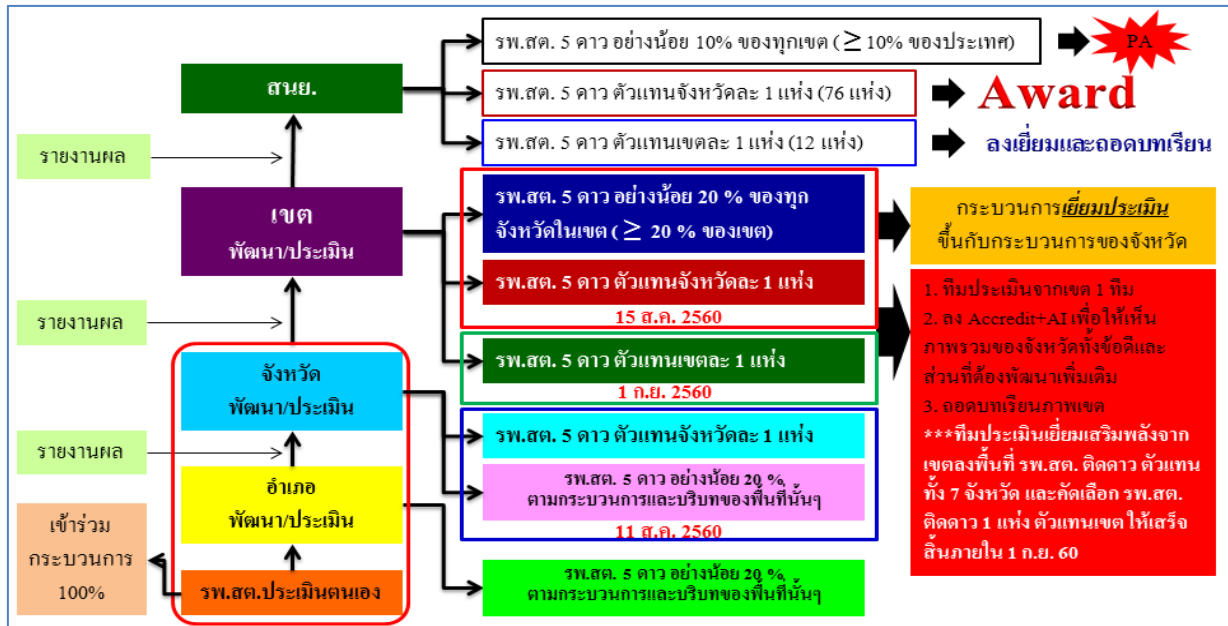
- หมายเหตุ**
- ระดับ ๕ ดาว จังหวัดและเขตร่วมพัฒนา และรับรองผลให้ได้ ๕ ดาว
 - รักษาสภาพ ๕ ดาว ๒ ปี เช่น รับรอง ๕ ดาว ปี ๒๕๖๐ รักษาภาพตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ตุลาคม ๒๕๖๒)

กระบวนการพัฒนา รพ.ติดตาม ปี ๒๕๖๐

➤ แนวทางการดำเนินงาน รพ.ติดตาม ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘

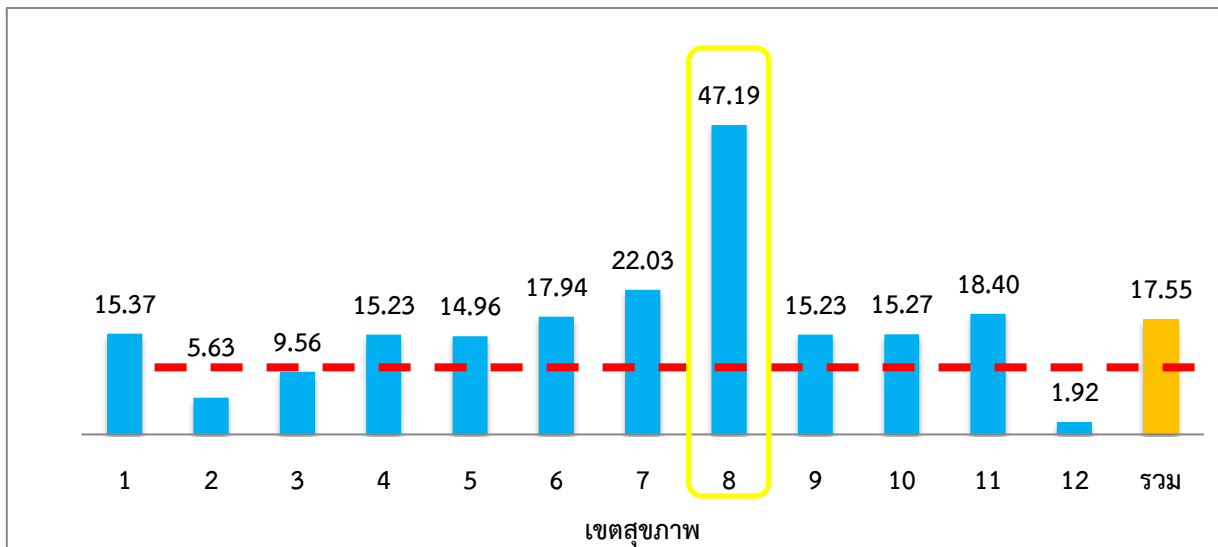
- วันที่ ๑๙ - ๒๑ มกราคม ๒๕๖๐ อบรม ครู ก รพ.สต.ติดตาม ระดับเขตสุขภาพ
- วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๘
- วันที่ ๑๙ - ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ อบรม ครู ข รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด
- วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ อบรมกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง
- วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อเตรียมความพร้อมในการนิเทศฯ
- วันที่ ๑ - ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ นิเทศ ติดตามการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงในระบบบริการปฐมภูมิ
- วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อเตรียมความพร้อมในการประเมินฯ
- วันที่ ๑๖ - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ประเมินเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดตาม) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐
- วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐ สรุปผลการดำเนินงานรพ.สต.ติดตาม เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

➤ กระการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘



ผลการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว (๕ ดาว ๕ ดี) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

เป้าหมาย กระทรวง รพ.สต. ๕ ดาว อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐
 เขตสุขภาพที่ ๘ รพ.สต. ๕ ดาว อย่างน้อย ร้อยละ ๒๐



รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด (แห่ง)	จำนวน รพ.สต. ๕ ดาว (แห่ง)	ร้อยละ
๑	อุดรธานี	๒๑๐	๙๒	๔๓.๘๑
๒	สกลนคร	๑๖๗	๑๒๓	๗๓.๖๕
๓	นครพนม	๑๕๑	๙๖	๖๓.๕๘
๔	เลย	๑๒๗	๒๗	๒๑.๒๖
๕	หนองคาย	๗๔	๑๙	๒๕.๖๘
๖	หนองบัวลำภู	๘๓	๓๒	๓๘.๕๕
๗	บึงกาฬ	๖๑	๒๓	๓๗.๗๐
เขตสุขภาพที่ ๘		๘๗๓	๔๑๒	๔๗.๑๙

หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU/ศสม.) ระดับ ๕ ดาว

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด (แห่ง)	จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิ ๕ ดาว (แห่ง)	ร้อยละ
๑	อุดรธานี	๒๓๑๑	๑๐๐	๔.๓.๒๙
๒	สกลนคร	๑๘๙	๑๓๙	๗๓.๕๔
๓	เลย	๑๔๒	๓๙	๒๗.๔๖
๔	นครพนม	๑๖๕	๙๗	๕๘.๗๙
๕	หนองคาย	๘๕	๒๓	๒๗.๐๖
๖	หนองบัวลำภู	๘๙	๓๔	๓๘.๒๐
๗	บึงกาฬ	๖๙	๒๕	๓๖.๒๓
เขตสุขภาพที่ ๘		๙๗๐	๔๕๗	๔๗.๑๑

สรุปผลการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว (๕ ดาว ๕ ดี) เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

- รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๔๑๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๔๗.๑๙
- หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU./ศสม.) ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๔๕๗ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๔๗.๑๑

รพ.สต.ติดดาว The Best เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	หน่วยบริการ The Best จังหวัด	ตำบล	อำเภอ
อุดรธานี	รพ.สต.นาบัว	นาบัว	เพ็ญ
สกลนคร	รพ.สต.แร่	แร่	พังโคน
เลย	รพ.สต.สมศักดิ์พัฒนา	ผาขาว	ผาขาว
นครพนม	รพ.สต.ขามเปี้ยใหญ่	บ้านข่า	ศรีสงคราม
หนองคาย	รพ.สต.บ้านนาฮี	คำยบหวาน	เมือง
หนองบัวลำภู	รพ.สต.บ้านหนองบัวเหนือ	โนนทัน	เมือง
บึงกาฬ	รพ.สต.โสกก้าม	โสกก้าม	เซกา

The Best
เขตสุขภาพที่ 8

รางวัลที่ได้รับ

สสจ. และ รพ.สต. รับรางวัลในการประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมพลังทีมประเมินพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) ประจำปี ๒๕๖๑ ในวันที่ ๙ – ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมบรินซ์บอลรูม ๒ ชั้น ๑๑ โรงแรมบรินซ์พาลเลซ มหานคร กรุงเทพมหานคร

- เกียรติบัตร สสจ. ที่มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (สสจ.นครพนม)
- เกียรติบัตร รพ.สต.ติดดาว The Best ระดับเขต (รพ.สต.ขามเปี้ยใหญ่ อ.ศรีสงคราม จ.นครพนม)
- เข็มเชิดชูเกียรติ รพ.สต. ที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (เขตสุขภาพที่ ๘

จำนวน ๔๑๒ แห่ง)



สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

๑.สถานการณ์

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – Communicable Disease : NCDs) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความโดยประกอบด้วย ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและภาระโรคอันดับหนึ่งของประเทศไทยและของทั้งโลก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกต้องยกเอามาเป็นวาระสำคัญที่ทุกชาติสมาชิกต้องร่วมมือกันจัดการปัญหาอย่างจริงจัง จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ปี ๒๕๕๒ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดประมาณร้อยละ ๖๓ หรือประมาณ ๓๐ ล้านคน ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs ร้อยละ ๗๐ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ระหว่างอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี) และกว่าร้อยละ ๘๐ เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า ๓ แสนคน โดยในปี ๒๕๕๒ คนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ทั้งสิ้น ๓๑๔,๓๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมด และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๒ พบว่า มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑.๔ หรือประมาณ ๓.๕ ล้านคน ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ ๖.๙ หรือประมาณ ๑๐.๘ ล้านคน ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ ๑๙.๑ หรือประมาณ ๙.๖ ล้านคนและความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ ๔๐.๗ หรือประมาณ ๑๐.๕ ล้านคนในประชากรหญิงและร้อยละ ๒๘.๓ หรือประมาณ ๑๐ ล้านคน ในประชากรชาย ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๑.๔ หรือประมาณ ๗ แสนคน และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ๒๗๙,๑๐๙ คน โรคหลอดเลือดสมอง ๒๓๗,๐๓๙ คน และในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีรายงานเพิ่มเติม พบว่าจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๓,๗๐๔,๙๕๒ คน โรคเบาหวาน ๑,๙๒๐,๘๒๒ คน (อัครพล ศุภศาสตร์, ๒๕๕๘)

จากการประเมินภาวะสุขภาพประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ประกอบไปด้วย จังหวัดอุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย บึงกาฬ เลย สกลนคร และนครพนม พบว่ามีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗.๒ หรือประมาณ ๓๗๗,๐๘๙ คน ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ ๕.๘ หรือประมาณ ๒๕๗,๐๘๙ คน ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ ๒๙.๗ หรือประมาณ ๗๓๖,๓๐๒ คน นอกจากนี้ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ ๑๒.๘๙ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ ๓๗.๘๖ และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ ๒๗.๓๐ (รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ – ๒๕๕๘ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน จากอัตรา ๒๐.๘๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๐ มาเป็น ๓๐.๘๔ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๕๘ และสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศอัตรา ๑๖.๗๘ ต่อแสนประชากร) และพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น จากอัตรา ๔๒๑.๘๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นเป็นอัตรา ๔๗๓.๓๕ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๖๐ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒.๒๑ ในส่วนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี ๒๕๖๐ กลับพบว่าลดลงเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๙ (ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๓.๐๒, ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๑.๗๒) ซึ่งทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ส่วนใหญ่ไม่ได้มาจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน แต่อาจจะมาจากประชากรกลุ่มปกติและหรือประชากรที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองเลย

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เขตสุขภาพที่ ๘ จึงได้วิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขโดยตั้งเป้าประสงค์หลักคือ ลดเสี่ยง ลดป่วย และลดตายจากโรคไม่ติดต่อ ได้พิจารณากำหนดตัวชี้วัดเพื่อปิดช่องว่างการดำเนินการดังนี้

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๕
๒. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๒.๕
๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐
๕. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐
๖. ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ ร้อยละ ๗๐

๒.โครงการและกิจกรรมสำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๑. พัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus และ CKD Clinic
๒. โครงการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๓. โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๔. โครงการพัฒนาทักษะการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบุคลากรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐
๖. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ
๗. จัดประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๖๐ และวางแผนดำเนินงานปีต่อไป

ต่อไป

๓.วิธีการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๑. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน NCD สู่ระดับผู้ปฏิบัติ
๒. พัฒนาศูนย์ NCD Clinic Plus และ CKD Clinic คุณภาพเชิงรุก ใน รพศ., รพท, รพช. และ รพ.สต. ทุกแห่ง
๓. จัดอบรมหลักสูตร MI (Motivational Interviewing) ในบุคลากรสาธารณสุขระดับ รพ.สต.นำร่อง จังหวัดละ ๒ อำเภอ อำเภอ ละ ๒ ตำบล เพื่อดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก เขตสุขภาพที่ ๘
๔. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ ๘
๕. ประเมินไขว้คลินิก NCD Clinic Plus และ CKD Clinic คุณภาพ ระดับเขตสุขภาพ
๖. จัดประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๖๐ และวางแผนดำเนินงานปี ๒๕๖๑
๗. ประชุมการจัดทำ Dash Board NCD เขตสุขภาพที่ ๘
๘. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลบูรณาการร่วมกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
๙. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

ทุก ๖ เดือน

๔.ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

อัตราความชุกโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายจังหวัดเปรียบเทียบ ระดับเขต
ระดับภาค และระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด/เขต/ภาค/ ประเทศ	อัตราความชุก โรคเบาหวาน	อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง
บึงกาฬ	๔.๗	๗.๒
หนองบัวลำภู	๔.๘	๖.๘
อุดรธานี	๔.๘	๗.๐
เลย	๖.๓	๑๑.๑
หนองคาย	๕.๓	๗.๘
สกลนคร	๕.๑	๗.๕
นครพนม	๔.๓	๖.๑
เขตสุขภาพที่ ๘	๕.๐	๗.๕
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๑๐.๔	๒๐.๕
ประเทศ	๘.๘	๒๔.๗

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

จากตารางพบว่าเขตสุขภาพที่ ๘ มีความชุกของภาวะเบาหวานร้อยละ ๕.๐ หรือประมาณ ๒๘๐,๙๙๖ คน ส่วนความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง คือ ร้อยละ ๗.๕ หรือประมาณ ๔๒๑,๗๙๘ คน และพบว่าอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๓๘ เมื่อเทียบกับรายใหม่ปีที่ผ่านมา ดังรายละเอียดตารางที่ ๒

อัตรารายใหม่โรคเบาหวาน เปรียบเทียบปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐

จังหวัด	อัตรารายใหม่โรคเบาหวาน		อัตรา เพิ่ม/ลด
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	ร้อยละ
บึงกาฬ	๐.๕๕	๐.๔๘	ลดร้อยละ ๑๒.๗๓
หนองบัวลำภู	๐.๒๘	๐.๓๗	เพิ่มร้อยละ ๓๒.๑๔
อุดรธานี	๐.๒๖	๐.๕๑	เพิ่มร้อยละ๙๖.๑๕
เลย	๐.๓๙	๐.๖๒	เพิ่มร้อยละ ๕๘.๙๗
หนองคาย	๐.๖๓	๐.๕๕	ลดร้อยละ๑๒.๗๐
สกลนคร	๐.๕๘	๐.๕๑	ลดร้อยละ ๑๒.๐๗
นครพนม	๐.๔๔	๐.๓๙	ลดร้อยละ ๑๑.๓๖
เขตสุขภาพที่ ๘	๐.๔๒	๐.๔๙	เพิ่มร้อยละ ๒.๓๘
ประเทศ	๐.๕๒	๐.๕๓	เพิ่มร้อยละ ๑.๘๙

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	กลุ่มปกติ	ร้อยละ	กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๔๘,๐๒๕	๑๓๕,๑๑๘	๙๑.๒๘	๑๒๕,๒๘๓	๙๒.๗๒	๕,๙๐๘	๔.๓๗	๙๙๓	๐.๗๓
หนองบัวลำภู	๑๙๓,๑๖๖	๑๘๘,๑๓๒	๙๗.๓๙	๑๗๔,๑๖๕	๙๒.๕๘	๑๐,๑๕๗	๕.๔๐	๑,๖๓๘	๐.๘๗
อุดรธานี	๖๐๖,๑๘๑	๕๗๒,๒๓๒	๙๔.๔๐	๕๒๓,๕๓๔	๙๑.๔๙	๓๗,๕๙๑	๖.๕๗	๕,๕๒๒	๐.๙๖
เลย	๒๕๗,๓๙๔	๒๒๘,๘๐๕	๘๘.๘๙	๒๐๓,๑๘๐	๘๘.๘๐	๑๗,๔๑๕	๗.๖๑	๒,๐๗๐	๐.๘๐
หนองคาย	๑๘๖,๔๕๓	๑๗๖,๖๖๘	๙๔.๗๕	๑๖๐,๘๖๒	๙๑.๐๕	๑๑,๑๙๑	๖.๓๓	๒,๔๓๕	๑.๓๘
สกลนคร	๔๑๙,๔๑๗	๓๙๔,๘๓๗	๙๔.๑๔	๓๔๒,๙๑๓	๘๖.๘๕	๔๑,๒๙๗	๑๐.๔๖	๖,๘๓๒	๑.๗๓
นครพนม	๒๕๕,๓๙๓	๒๔๒,๗๔๙	๙๕.๐๕	๒๑๓,๒๖๘	๘๗.๘๖	๑๙,๓๕๗	๗.๙๗	๓,๖๐๗	๑.๔๙
เขตฯ ที่ ๘	๒,๐๖๖,๐๒๙	๑,๙๓๘,๕๔๑	๙๓.๘๓	๑,๗๔๓,๒๐๕	๘๙.๙๒	๑๔๒,๙๑๖	๗.๓๗	๒๓,๐๙๗	๑.๑๙
ประเทศ	๒๒,๕๓๔,๘๗๗	๑๙,๒๔๔,๒๔๕	๘๕.๔๐	๑๗,๕๓๐,๐๒๖	๙๑.๐๙	๑,๒๘๑,๘๕๑	๖.๖๖	๑๗๐,๘๕๔	๐.๘๙

แหล่งข้อมูล : จาการายงาน HDC ๔๓

จากตารางพบว่าประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙๓.๘๓ จำแนกรายจังหวัดพบว่าเกือบทุกจังหวัดคัดกรองได้มากกว่าร้อยละ ๙๐ และมากที่สุดที่จังหวัดหนองบัวลำภู รองลงมาคือ นครพนม และหนองคาย มีผลงานร้อยละ ๙๗.๓๙, ๙๕.๐๕ และ ๙๔.๗๕ ตามลำดับ พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗.๓๗ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานร้อยละ ๑.๑๙ จังหวัดสกลนครมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงร้อยละ ๑๐.๔๖ กลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ ๑.๗๓

ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	กลุ่มปกติ	ร้อยละ	กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ	สงสัยป่วย	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๓๘,๕๖๕	๑๒๙,๔๕๐	๙๓.๔๒	๙๖,๔๓๑	๗๔.๔๙	๒๘,๓๗๖	๒๑.๙๒	๔,๓๐๕	๓.๓๓
หนองบัวลำภู	๑๘๔,๗๖๑	๑๗๙,๓๗๐	๙๗.๐๘	๑๕๒,๙๐๒	๘๕.๒๔	๒๐,๐๕๔	๑๑.๑๘	๕,๑๕๔	๒.๘๗
อุดรธานี	๕๖๘,๔๔๙	๕๓๕,๒๑๐	๙๔.๑๕	๔๔๔,๒๙๖	๘๓.๐๑	๗๔,๖๖๘	๑๓.๙๕	๑๔,๐๖๐	๒.๖๓
เลย	๒๓๐,๘๐๖	๒๑๓,๗๙๔	๙๒.๖๓	๑๒๕,๖๙๐	๕๘.๗๙	๗๔,๓๐๕	๓๒.๗๖	๑๓,๓๗๗	๖.๒๖
หนองคาย	๑๗๓,๓๘๙	๑๖๕,๕๕๐	๙๕.๕๘	๑๔๑,๑๓๑	๘๕.๒๕	๑๘,๑๕๐	๑๐.๙๖	๔,๙๓๗	๒.๘๘
สกลนคร	๓๙๕,๙๗๖	๓๗๒,๙๖๒	๙๔.๑๙	๒๗๓,๐๐๙	๗๓.๒	๗๗,๔๖๐	๒๐.๗๗	๒๐,๘๓๐	๕.๕๙
นครพนม	๒๔๒,๕๓๘	๒๓๐,๓๓๗	๙๔.๙๗	๑๗๑,๑๔๘	๗๔.๓	๔๗,๔๘๑	๒๐.๖๑	๑๐,๐๐๖	๔.๓๔
เขต ฯ ที่ ๘	๑,๙๓๔,๔๘๔	๑,๘๒๖,๖๗๓	๙๔.๔๓	๑,๔๐๔,๖๐๗	๗๖.๘๙	๓๔๐,๔๙๔	๑๘.๖๔	๗๒,๖๖๙	๓.๙๘
ประเทศ	๑๙,๖๔๕,๑๕๒	๑๗,๐๘๙,๗๘๑	๘๖.๙๙	๑๒,๒๘๖,๔๓๗	๗๑.๘๙	๓,๙๖๐,๙๗๐	๒๓.๑๘	๗๗๓,๒๓๔	๔.๕๒

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ ๘ ภาพรวมครอบคลุมร้อยละ ๙๔.๔๓ พบระดับความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ ๗๖.๘๙ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๑๘.๖๔ และกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ ๓.๙๘ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบกลุ่มเสี่ยงสูงมากในจังหวัดเลย รองลงมาได้แก่จังหวัดบึงกาฬ สกลนคร และ นครพนม คือร้อยละ ๓๒.๗๖, ๒๑.๙๒, ๒๐.๗๗ และ ๒๐.๖๑ ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มสงสัยป่วยพบสูงมากในจังหวัดเลย รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร และนครพนม ร้อยละ ๖.๒๖, ๕.๕๙ และ ๔.๓๔ ตามลำดับ

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก Pre Diabetes เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	Pre DM ปีที่ผ่านมา	พบเป็นรายใหม่DMในปี	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๒,๕๑๗	๒๑๒	๑.๖๙
หนองบัวลำภู	๑๑,๑๘๖	๒๔๖	๒.๒๐
อุดรธานี	๔๙,๙๖๘	๑,๐๔๕	๒.๐๙
เลย	๒๓,๒๔๐	๔๕๑	๑.๙๔
หนองคาย	๑๑,๔๓๖	๒๕๒	๒.๒๐
สกลนคร	๔๐,๑๔๗	๗๕๑	๑.๘๗
นครพนม	๒๘,๐๘๒	๔๔๘	๑.๖๐
เขตฯ ที่ ๘	๑๗๖,๕๗๖	๓,๔๐๕	๑.๙๓
ประเทศ	๒,๒๙๘,๙๔๓	๓๙,๕๓๙	๑.๗๒

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre Diabetes ของปีที่ผ่านมา ภาพรวมเขตพบร้อยละ ๑.๙๓ ซึ่งพบมากที่จังหวัดหนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี คือร้อยละ ๒.๒๐, ๒.๒๐ และ ๒.๐๙ ตามลำดับ แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือ ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐

อัตราการรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรจำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘
เปรียบเทียบปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

จังหวัด	อัตราการรายใหม่ HT ต่อแสน ปชก.		จำนวนประชากร (คน)	รายใหม่ในปี (คน)	อัตรา ต่อแสนปชก. เปรียบปี๒๕๕๙	
	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐	เพิ่ม/ลด
บึงกาฬ	๖๙๐.๓๖	๑๐๓๓.๑๔	๔๒๑,๖๒๕	๔,๔๑๖	๑,๐๔๗.๓๘	เพิ่มร้อยละ ๑.๓๘
หนองบัวลำภู	๖๘๓.๗๙	๔๐๕.๓๕	๕๑๐,๗๓๔	๕,๐๔๐	๙๘๖.๘๒	เพิ่มร้อยละ๑๔๓.๔๕
อุดรธานี	๘๗๐.๑๗	๓๗๙.๐๔	๑,๕๗๘,๗๘๓	๑๔,๔๕๓	๙๑๕.๔๕	เพิ่มร้อยละ๑๔๑.๕๒
เลย	๙๒๕.๘๔	๖๙๘.๒๔	๖๓๙,๘๐๑	๙,๗๖๘	๑,๕๒๖.๗๒	เพิ่มร้อยละ๑๑๘.๖๕
หนองคาย	๑,๑๙๖.๑๕	๑๑๑๓.๐๔	๕๒๐,๓๖๓	๕,๕๓๓	๑,๐๖๓.๓๐	ลดลงร้อยละ ๔.๔๗
สกลนคร	๑,๐๓๖.๕๗	๑๐๔๖.๗๙	๑,๑๔๕,๙๔๙	๑๒,๗๓๒	๑,๑๑๑.๐๔	เพิ่มร้อยละ ๖.๑๔
นครพนม	๗๕๐.๗๗	๖๑๐.๗๖	๗๘๘,๕๓๖	๕,๘๓๙	๗๔๐.๔๙	เพิ่มร้อยละ ๒๑.๒๔
เขตฯ ที่ ๘	๘๙๕.๖๖	๗๐๕.๔๗	๕,๖๐๕,๗๙๑	๕๗,๗๘๑	๑๐๓๐.๗๔	เพิ่มร้อยละ ๔๖.๑๑
ประเทศ	๙๑๓.๙๗	๑๑๗๘.๖๐	๖๐,๑๒๓,๘๙๐	๘๑๑,๙๗๓	๑๓๕๐.๕	เพิ่มร้อยละ ๑๔.๕๙

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

อัตราการรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าปี ๒๕๖๐ มีอัตราป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่าอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเกือบทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดหนองคายที่ลดลง ร้อยละ ๔.๔๗

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐
แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย เบาหวาน (ราย)	ได้ตรวจ HbA๑C (ราย)	ร้อยละ	HbA๑C < ร้อย ละ ๗	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๘,๕๑๖	๘,๗๗๔	๔๗.๓๙	๒,๗๑๑	๑๔.๖๔
หนองบัวลำภู	๒๓,๙๘๖	๑๕,๗๑๑	๖๕.๕๐	๕,๔๔๐	๒๒.๖๘
อุดรธานี	๗๗,๓๓๘	๓๙,๔๓๕	๕๐.๙๙	๑๒,๖๓๑	๑๖.๓๓
เลย	๓๕,๘๗๕	๑๐,๐๖๗	๒๘.๐๖	๒,๙๗๑	๘.๒๘
หนองคาย	๒๔,๙๖๓	๑๑,๙๓๔	๔๗.๘๑	๕,๐๔๑	๒๐.๑๙
สกลนคร	๕๕,๔๓๐	๓๒,๓๖๖	๕๘.๓๙	๑๑,๘๘๐	๒๑.๔๓
นครพนม	๓๑,๙๗๒	๑๘,๖๘๖	๕๘.๔๔	๖,๗๖๖	๒๑.๑๖
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๖๘,๐๘๐	๑๓๖,๙๗๓	๕๑.๐๙	๔๗,๔๔๐	๑๗.๗๐
ประเทศ	๒,๖๕๔,๔๓๒	๑,๕๒๗,๔๑๔	๕๗.๕๔	๖๐๙,๗๓๖	๒๒.๙๗

ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑C ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ครอบคลุมร้อยละ ๕๗.๕๔ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA๑C < ร้อยละ ๗) ร้อยละ ๑๗.๗๐ เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากที่สุดในจังหวัดหนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม คือร้อยละ ๒๒.๖๘, ๒๑.๔๓ และ ๒๑.๑๖ ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง(ราย)	ได้ตรวจวัด BP (ราย)	ร้อยละ	คุม BP ได้ดี (ราย)	ร้อยละ
บึงกาฬ	๒๘,๒๓๐	๒๒,๐๗๔	๗๘.๑๙	๑๓,๙๖๗	๔๙.๔๘
หนองบัวลำภู	๓๒,๗๐๓	๑๙,๘๖๒	๖๐.๗๓	๑๒,๖๕๗	๓๘.๗๐
อุดรธานี	๑๑๖,๔๐๐	๗๔,๐๗๖	๖๓.๖๔	๕๓,๓๗๗	๔๕.๘๖
เลย	๖๒,๘๘๒	๔๓,๔๖๓	๖๙.๑๒	๒๕,๑๕๓	๔๐.๐๐
หนองคาย	๓๘,๒๕๖	๒๕,๗๕๐	๖๗.๓๑	๑๙,๒๗๔	๕๐.๓๘
สกลนคร	๗๙,๔๘๐	๕๕,๔๘๗	๖๙.๘๑	๓๙,๐๐๓	๔๙.๐๗
นครพนม	๔๔,๙๙๔	๓๐,๔๔๒	๖๗.๖๖	๑๙,๓๒๑	๔๒.๙๔
เขตสุขภาพที่ ๘	๔๐๒,๙๔๕	๒๗๑,๑๕๔	๖๗.๒๙	๑๘๒,๗๕๒	๔๕.๓๕
ประเทศ	๕,๕๘๒,๓๕๓	๓,๕๑๔,๐๒๔	๖๒.๙๕	๒,๐๔๗,๗๔๓	๓๖.๖๘

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ครอบคลุมร้อยละ ๖๗.๒๙ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๔๕.๓๕ เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมากที่สุดในจังหวัดหนองคาย บึงกาฬ และสกลนคร คือร้อยละ ๕๐.๓๘, ๔๙.๔๘ และ ๔๙.๐๗ ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา จำแนกรายจังหวัด
เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย โรคเบาหวาน (ราย)	ได้ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางตา (ราย)	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๘,๕๑๖	๑๒,๐๖๓	๖๕.๑๕
หนองบัวลำภู	๒๓,๙๘๖	๑๕,๘๔๘	๖๖.๐๗
อุดรธานี	๗๗,๓๓๘	๔๘,๙๗๑	๖๓.๓๒
เลย	๓๕,๘๗๕	๒๑,๘๓๔	๖๐.๘๖
หนองคาย	๒๔,๙๖๓	๑๖,๔๐๙	๖๕.๗๓
สกลนคร	๕๕,๔๓๐	๔๑,๙๘๔	๗๕.๗๔
นครพนม	๓๑,๙๗๒	๒๒,๑๐๗	๖๙.๑๔
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๖๘,๐๘๐	๑๗๙,๒๑๖	๖๖.๘๕
ประเทศ	๒,๖๕๔,๔๓๒	๑,๓๘๐,๕๔๖	๕๒.๐๑

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อย
ละ ๖๖.๘๕ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดสกลนคร ได้คัดกรองมากที่สุด รองลงมาได้แก่ จังหวัด
นครพนม และหนองบัวลำภู คือร้อยละ ๗๕.๗๔, ๖๙.๑๔ และ ๖๖.๐๗ ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ราย)	ได้ตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า (ราย)	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๘,๕๑๖	๑๐,๖๙๐	๕๗.๗๓
หนองบัวลำภู	๒๓,๙๘๖	๑๖,๑๐๙	๖๗.๑๖
อุดรธานี	๗๗,๓๓๘	๕๔,๔๔๔	๗๐.๔๐
เลย	๓๕,๘๗๕	๒๑,๒๔๐	๕๙.๒๑
หนองคาย	๒๔,๙๖๓	๑๘,๕๓๓	๗๔.๒๔
สกลนคร	๕๕,๔๓๐	๔๔,๗๖๘	๘๐.๗๖
นครพนม	๓๑,๙๗๒	๒๓,๒๓๖	๗๒.๖๘
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๖๘,๐๘๐	๑๘๙,๐๒๐	๗๐.๕๑
ประเทศ	๒,๖๕๔,๔๓๒	๑,๕๒๙,๗๙๕	๕๗.๖๓

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อย
ละ ๗๐.๕๑ (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐) เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่คัดกรองได้
มากที่สุด คือจังหวัดสกลนคร รองลงมาคือจังหวัดหนองคาย และอุดรธานี คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๗๖, ๗๔.๒๔
และ ๗๐.๔๐ ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย DM/HT (ราย)	ได้ตรวจภาวะแทรกซ้อนทาง ไต (ราย)	ร้อยละ
บึงกาฬ	๒๓,๘๘๒	๑๔,๑๕๙	๕๙.๐๔
หนองบัวลำภู	๓๓,๑๗๙	๑๗,๔๒๑	๕๒.๕๑
อุดรธานี	๑๒๒,๙๘๐	๕๒,๓๐๓	๔๒.๕๓
เลย	๖๕,๑๘๐	๒๒,๘๓๑	๓๕.๐๓
หนองคาย	๓๘,๙๖๐	๑๖,๔๐๐	๔๒.๐๙
สกลนคร	๗๗,๐๔๖	๒๑,๑๓๕	๒๗.๔๓
นครพนม	๕๐,๘๗๓	๒๒,๓๗๖	๔๓.๙๘
เขตสุขภาพที่ ๘	๔๑๒,๒๐๐	๑๖๖,๖๒๕	๔๐.๔๒
ประเทศ	๕,๕๒๐,๒๓๐	๒,๒๕๘,๗๗๕	๔๐.๙๒

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

จากตารางที่ ๑๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๔๒ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐ เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่าไม่มีจังหวัดใดคัดกรองผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น CKD รายใหม่ภาพรวมเขตคิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๔ และสูงกว่าปี ๒๕๕๙ ที่เป็น CKD รายใหม่ร้อยละ ๒๗.๓๐ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบจังหวัดที่มี CKD รายใหม่สูง ได้แก่ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ และหนองคาย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๗๗, ๓๒.๐๒ และ ๓๐.๔๘ ตามลำดับ และมีข้อสังเกตว่าจังหวัดที่มี CKD รายใหม่สูง แต่มีแนวโน้ม CKD รายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมา เช่นจังหวัดหนองบัวลำภู หนองคาย ส่วนจังหวัดที่มี CKD รายใหม่ไม่สูง กลับมีแนวโน้ม CKD รายใหม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เช่นจังหวัดบึงกาฬ เลย สกลนครอุดรธานี รายละเอียดดังตารางที่ ๑๒

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
เป็น CKD รายใหม่ จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ เปรียบเทียบปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐

จังหวัด	๒๕๖๐			๒๕๕๘	๒๕๕๙
	ผู้ป่วย DM/HT (ราย)	เป็น CKD รายใหม่	ร้อยละ		
บึงกาฬ	๑๔,๑๕๙	๒,๗๔๖	๑๙.๓๙	๓๒.๗๗	๑๗.๘
หนองบัวลำภู	๑๗,๔๒๑	๕,๕๗๙	๓๒.๐๒	๓๗.๗๖	๔๖.๗๕
อุดรธานี	๕๒,๓๐๓	๑๔,๔๘๘	๒๗.๗	๒๗.๓๗	๒๑.๑๘
เลย	๒๒,๘๓๑	๖,๐๐๑	๒๖.๒๘	๓๐.๓๖	๒๓.๕๙
หนองคาย	๑๖,๔๐๐	๔,๙๙๘	๓๐.๔๘	๔๙.๔๑	๓๗.๙๕
สกลนคร	๒๑,๑๓๕	๕,๗๓๒	๒๗.๑๒	๒๙.๙๒	๒๑.๐๔
นครพนม	๒๒,๓๗๖	๘,๐๐๕	๓๕.๗๗	๓๕.๖๗	๓๓.๑๑
เขตสุขภาพที่ ๘	๑๖๖,๖๒๕	๔๗,๕๔๙	๒๘.๕๔	๓๑.๗๖	๒๗.๓
ประเทศ	๒,๒๖๔,๕๐๕	๖๕๐,๑๗๒	๒๘.๗๑	๒๙.๒๓	๒๖.๓๓

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD Risk) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๘ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดสกลนคร บึงกาฬ และอุดรธานีดำเนินการประเมิน CVD Risk ค่อนข้างสูง คือร้อยละ ๘๗.๐๗, ๘๗.๐๓ และ ๘๕.๙๙ ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk
จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย DM/HT (ราย)	ได้คัดกรอง CVD Risk (ราย)	ร้อยละ
บึงกาฬ	๑๔,๑๕๓	๑๒,๓๑๘	๘๗.๐๓
หนองบัวลำภู	๑๗,๒๘๐	๑๓,๘๔๘	๘๐.๑๔
อุดรธานี	๕๗,๐๙๖	๔๙,๐๙๔	๘๕.๙๙
เลย	๓๐,๖๙๗	๒๓,๙๔๙	๗๘.๐๒
หนองคาย	๑๘,๓๙๐	๑๕,๕๓๒	๘๔.๕๖
สกลนคร	๔๑,๐๐๐	๓๕,๗๐๔	๘๗.๐๘
นครพนม	๒๔,๘๗๙	๒๑,๐๕๖	๘๔.๖๓
เขตสุขภาพที่ ๘	๒๐๓,๔๙๕	๑๗๑,๕๐๑	๘๔.๒๘
ประเทศ	๒,๓๕๑,๕๒๗	๑,๙๒๔,๕๙๕	๘๑.๘๔

แหล่งข้อมูล : จากรายงาน HDC ๔๓

การประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้ดำเนินการประเมินโรงพยาบาลเป้าหมายใน ๗ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๓๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗๘ วิธีการประเมิน โดยการประเมินไขว้จังหวัด ดังนี้

๑. จังหวัดอุดรธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดสกลนคร
๒. จังหวัดสกลนคร และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดอุดรธานี
๓. จังหวัดนครพนม และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดบึงกาฬ
๔. จังหวัดบึงกาฬ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดนครพนม
๕. จังหวัดหนองคาย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดเลย
๖. จังหวัดเลย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดหนองบัวลำภู
๗. จังหวัดหนองบัวลำภูและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ประเมินจังหวัดหนองคาย

เกณฑ์การประเมินมีทั้งเกณฑ์กระบวนการพัฒนาคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus มีทั้งหมด ๖ องค์ประกอบ (๕๐ คะแนน) ได้แก่

- | | |
|-----------------|--|
| องค์ประกอบที่ ๑ | ทิศทางและนโยบาย |
| องค์ประกอบที่ ๒ | ระบบสารสนเทศ |
| องค์ประกอบที่ ๓ | การปรับระบบและกระบวนการบริการ |
| องค์ประกอบที่ ๔ | ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง |
| องค์ประกอบที่ ๕ | ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) |
| องค์ประกอบที่ ๖ | การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน |

เกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ ๑๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน) ได้แก่

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA_{1c} น้อยกว่า ร้อยละ ๗)
๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน และมี LDL < ๑๐๐ mg/dl
๔. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam
๕. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam
๖. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg
๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/๒))
๘. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน
๙. อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
๑๐. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
๑๑. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
๑๒. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
๑๓. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg)
๑๔. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
๑๕. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด

เลือด (CVD)

ผลการประเมินคลินิกNCD Clinic Plus คุณภาพ จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ลำดับ	จังหวัด	สถานบริการ	สรุประดับผลการประเมิน
๑	หนองบัวลำภู	รพ.นากลาง	ดีมาก
๒		รพ.หนองบัวลำภู	ดี
๓		รพ.ศรีบุญเรือง	ดีเด่น
๔	นครพนม	รพ.ศรีสงคราม	ดี
๕		รพ.นครพนม	ดี
๖		รพ.นาแก	ดี
๗		รพ.ร.ธาตุพนม	ดีมาก
๘	เลย	รพ.เชียงคาน	ดี
๙		รพ.เลย	พื้นฐาน
๑๐		รพ.วังสะพุง	ดี
๑๑		รพ.ด่านซ้าย	พื้นฐาน
๑๒	สกลนคร	รพ.สกลนคร	ดี
๑๓		รพ.สว่างแดนดิน	ดีเด่น
๑๔		รพ.คำตากล้า	ดีมาก
๑๕		รพ.พังโคน	ดีมาก
๑๖		รพ.โคกศรีสุพรรณ	ดีมาก
๑๗		รพ.เต่างอย	ดีเด่น
๑๘		รพ.วานรนิวาส	ดีเด่น
๑๙		รพ.เจริญศิลป์	ดี
๒๐	อุดรธานี	รพ.ศ.อุดรธานี	ดี
๒๑		รพ.กุมภวาปี	ดี
๒๒		รพ.หนองหาน	ดี
๒๓		รพ.บ้านดุง	ดีมาก
๒๔		รพ.บ้านผือ	ดี
๒๕		รพ.น้ำโสม	ดี
๒๖		รพ.เพ็ญ	ดี
๒๗	หนองคาย	รพ.หนองคาย	ดีเด่น
๒๘		รพ.ท่าบ่อ	ดีเด่น
๒๙		รพ.โพนพิสัย	ดีเด่น
๓๐		รพ.ศรีเชียงใหม่	ดีมาก
๓๑	บึงกาฬ	รพ.บึงกาฬ	พื้นฐาน
๓๒		รพ.เซกา	พื้นฐาน

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๕.สรุปและอภิปราย

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ NCD Board ระดับเขตสุขภาพที่ ๘ และถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดย NCD Board จังหวัด อำเภอ เช่นเดียวกัน โดยในระดับอำเภอนั้นมีการขับเคลื่อนนโยบายและแนวทางการปฏิบัติสู่ระดับตำบลในภาพของ คณะเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)

ในกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เป็นต้นมา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ได้เริ่มมีการบูรณาการแผนและกระบวนการดำเนินงานควบคู่ไปกับ Service Plan สาขาที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น สาขาไต สาขาหัวใจ สาขาลดเลือดสมอง สาขาศัลยกรรม สาขาคOPD & Asthma สาขาช่องปาก สาขาวัยทำงาน สาขาลด Palliative Care สาขาลด LTC เป็นต้น ซึ่ง Service Plan สาขาที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมีกระบวนการงานที่มีความเกี่ยวพันและสอดคล้องเชื่อมโยงกัน และมีเป้าประสงค์ที่เหมือนกันคือ เพื่อป้องกัน ควบคุม ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อ

การวัดผลลัพธ์เชิงปริมาณและคุณภาพนั้น Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ได้มีกรม กอง ในความดูแลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สำนักงานควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย หรือ สสว. และนอกจากนี้ มีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และหรือวิชาการ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์ เมื่อมีหลายกรม กองเข้ามาดูแลเกี่ยวข้องมาก การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการดำเนินงานย่อมมีมาก ทั้งการวัดผลลัพธ์จากกระบวนการที่เป็นเชิงคุณภาพ และการวัดผลเชิงปริมาณ จึงถือว่าเป็นความท้าทายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน NCDs ในทุกระดับว่าจะทำงานอย่างไรให้ประสบความสำเร็จตามคำกล่าวที่ว่า “งานได้ผล คนเป็นสุข” และในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญดังนี้

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (เกณฑ์เป้าหมายลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๕) ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีอัตรารายใหม่ที่อัตรา ๐.๔๒ ส่วนปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีอัตรารายใหม่ที่อัตรา ๐.๔๙ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒.๓๘ เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า จังหวัดที่มีอัตรารายใหม่โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี เลย และหนองบัวลำภู คือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙๖.๑๕, ๕๘.๙๗ และ ๓๒.๑๔ ตามลำดับ

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูง (เกณฑ์เป้าหมายลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๒.๕) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีอัตรารายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่อัตรา ๗๐๕.๔๗ ต่อแสนประชากร ส่วนปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีอัตรารายใหม่ที่อัตรา ๑,๐๓๐.๗๔ ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๔๖.๑๑ เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า ทุกจังหวัดมีอัตรารายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ยกเว้นจังหวัดหนองคาย ลดลงร้อยละ ๔.๔๗

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน CVD Risk (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองครอบคลุมร้อยละ ๘๔.๒๘ เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า จังหวัดที่ประเมิน CVD Risk มากที่สุดคือจังหวัดสกลนคร รองลงมาได้แก่จังหวัดบึงกาฬ และอุดรธานี คือร้อยละ ๘๗.๐๘, ๘๗.๐๓ และ ๘๕.๙๙ ตามลำดับ

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจ HbA๑c มีความครอบคลุมร้อยละ ๕๑.๐๙ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ ๑๗.๗๐ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดมาก เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าทุกจังหวัดมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลต่ำเช่นกัน เนื่องจากความครอบคลุมการตรวจ HbA๑c น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหา การตรวจ HbA๑c มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง หน่วยบริการจึงเลือกตรวจในรายที่จำเป็นก่อน

ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตครอบคลุมร้อยละ ๖๗.๒๙ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๔๕.๓๕ ซึ่งผลงานต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าเกือบทุกจังหวัดมีความครอบคลุมการตรวจวัดความดันโลหิต ระหว่างร้อยละ ๖๐ – ๗๘ ซึ่งแสดงให้เห็นการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงค่อนข้างน้อย

เมื่อเทียบเกณฑ์ที่สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจะต้องมากกว่าร้อยละ ๕๐ (Template HDC กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๐) และผลการควบคุมความดันโลหิตได้ดี เกือบทุกจังหวัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดหนองคาย สามารถควบคุมได้ร้อยละ ๕๐.๓๙

ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ (เกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐) จากผลการประเมินไขว้จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ โรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ รวมจำนวนทั้งสิ้น ๓๒ แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ช่วงคะแนนระหว่าง ๖๐-๖๙) จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๐ ระดับดี (ช่วงคะแนนระหว่าง ๗๐-๗๙) จำนวน ๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๗๕ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนนระหว่าง ๘๐-๘๔) จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘๘ และระดับดีเด่น (ช่วงคะแนนระหว่าง ๘๕-๑๐๐) จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘๘

๖. ปัญหาและอุปสรรค

๑. **ด้าน Structure** มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับเขต จังหวัด อำเภอ มีการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ แต่ขาดการประชุม ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๒. **ด้าน Information** มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ทันสมัย มีการพัฒนาระบบให้ใช้งานได้จากแหล่งเดียวกันทั่วประเทศ (HDC๔๓) แต่ข้อมูลที่ยังขาดความครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และบุคลากรในระดับพื้นที่นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์น้อย

๓. **ด้าน Intervention and Innovation** กระบวนการและทีมยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ขาดความต่อเนื่องของการจัดการกลุ่มประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนการสร้างนวัตกรรมสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCDs มีน้อย ขาดแรงจูงใจและขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง

๔. **ด้าน Integration** มีช่องว่างในการเชื่อมประสานงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ต่างคนต่างทำ

๕. **ด้าน Monitoring and Evaluation** รูปแบบการติดตามและประเมินผลยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทั้งทีม ระยะเวลา และงบประมาณ

๗. ข้อเสนอแนะ

๑. ปรับโครงสร้างคณะกรรมการที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมากขึ้น ประชุม ติดตาม และประเมินทีมงานอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้ทุกจังหวัดมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง และควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์

๓. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานทดแทนคนเดิมอย่างต่อเนื่องทุกปี และเพิ่มเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกระดับ ทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ

๔. ให้มีการประสานงานที่เกี่ยวข้อง โดยรวมลักษณะงานที่เหมือนกัน คนใกล้กัน งบประมาณรวมกัน ทำด้วยกัน

๕. พัฒนารูปแบบการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล ให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม



การประชุมทีมประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 8



การลงพื้นที่ประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ ในหน่วยบริการเป้าหมาย



จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน ปีงบประมาณ 2560
วันที่ 13 – 15 กันยายน 2560
ณ ห้องประชุมโรงแรมเฟลาเพลิน บูติค รีสอร์ท อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์





การประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
เขตสุขภาพที่ 8 วันที่ 21 – 22 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล จ.อุดรธานี





นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา ประธาน NCD Board เขตสุขภาพที่ 8 ร่วมงานมหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ (NCD Forum 2017) ณ อิมแพ็คเมืองทองธานี นนทบุรี วันที่ 31 ก.ค. - 1 ส.ค. 2560



จัดประชุมวิชาการบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขาไต และสาขาโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 8 วันที่ 28 มี.ค. 2560 ณ โรงแรมเจริญโฮเต็ล จังหวัดอุดรธานี

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

๑.สถานการณ์

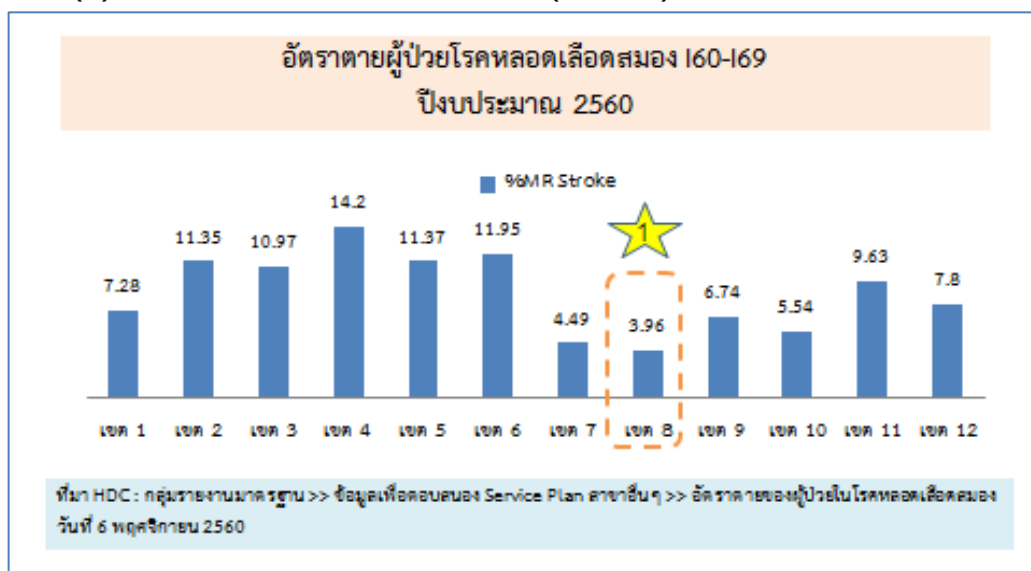
ทุกโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ และ F จำนวน ๑๔ แห่ง มีความพร้อมทุกด้านในการพัฒนาระบบ Stroke fast track ในการส่งการรักษา SFT มีจำนวน ๓ โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา ได้แก่ รพ.อุดรธานี รพ.หนองคาย และรพ.สกลนคร ส่วนโรงพยาบาลที่เหลือมีการส่งการรักษาในระบบ Stroke fast track โดยอายุรแพทย์ทั่วไป ทุกโรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และมีการเก็บตัวชี้วัดตามแนวทางการเก็บตัวชี้วัดของสถาบันประสาทวิทยา



๒. ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ในโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ ๗
๒. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐
๓. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S ร้อยละ ๖๐
๔. อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA มากกว่าร้อยละ ๕

(๑) ร้อยละอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล เป้าหมาย <ร้อยละ ๗



(๒) การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	มี	✓		๑๖ เตียง
โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร	มี	✓		๒๔ เตียง
ภาพเขต ร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	๑๐๐ %	๒		๔๐ เตียง

(๓) การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
โรงพยาบาลนครพนม	มี	✓		๘ เตียง
โรงพยาบาลเลย			✓	
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู			✓	
โรงพยาบาลหนองคาย			✓	
โรงพยาบาลบึงกาฬ			✓	
ภาพรวมเขตร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ร้อยละ ๒๐	๑	๔	๘ เตียง

(๓.๑) การจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ M และ ระดับ F ที่มีระบบ Stroke Fast track และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ (Node of rt-PA)

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit *)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit จำนวนเตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
จังหวัดอุดรธานี				
๑.โรงพยาบาลกุมภวาปี	มี		✓	
๒. โรงพยาบาลหนองหาน	มี		✓	
๓.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	มี		✓	
๔.โรงพยาบาลบ้านผือ	มี		✓	
จังหวัดสกลนคร				
๕.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	มี	✓		๖ เตียง
๖.โรงพยาบาลวานรนิวาส	มี		✓	
จังหวัดหนองคาย				
๗.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ท่าบ่อ	มี		✓	
ภาพรวมเขตร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	๑๔.๓%	๑	๗	๖ เตียง

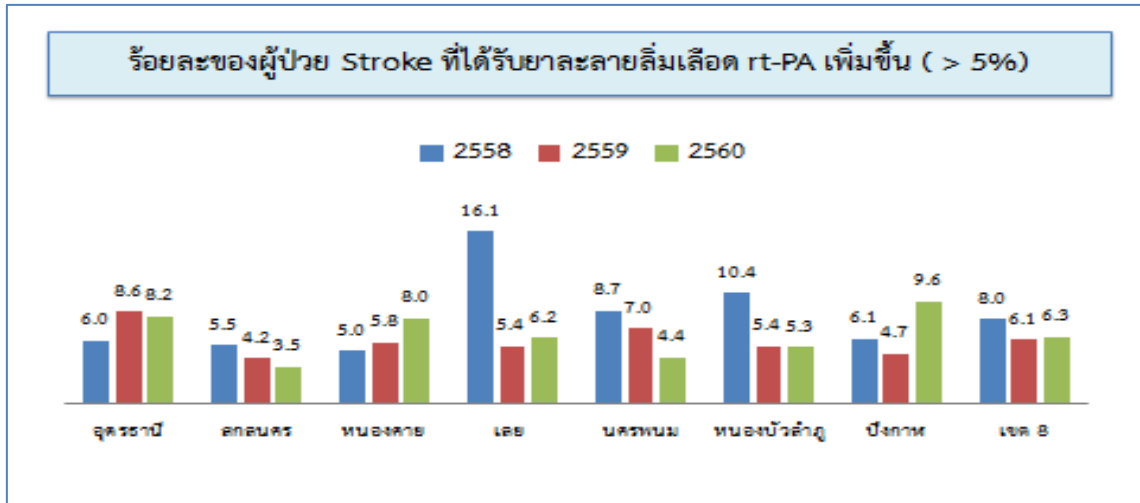
* หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

(๔) อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA มากกว่าร้อยละ ๕



๓. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

ทุกโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ และ F จำนวน ๑๔ แห่ง มีความพร้อมทุกด้านในการพัฒนาระบบ Stroke fast track ในการส่งการรักษา SFT มีจำนวน ๓ โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา ได้แก่ รพ.อุดรธานี รพ.หนองคาย และรพ.สกลนคร และอีก ๗ โรงพยาบาลที่เหลือมีการส่งการรักษาในระบบ Stroke fast track โดยอายุรแพทย์ทั่วไป ทุกโรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และมีการเก็บตัวชี้วัดตามแนวทางการเก็บตัวชี้วัดของสถาบันประสาทวิทยา

- มีระบบการบริการ CT Scan ให้บริการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยในระบบ stroke fast track ของ รพ.ชุมชนทุกแห่งภายในจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ

- มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน Stroke Unit ที่มีการแยก พื้นที่เฉพาะและทีมพยาบาลเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจำนวน ๔ รพ. ได้แก่ รพ.อุดรธานี รพ.สกลนคร รพ.นครพนม และ รพ.ร.สว่างแดนดิน และในรพ.ที่เหลือ มีการจัด Zoning เป็น Stroke Corner และรพ.บึงกาฬยังไม่มีการจัดรูปแบบการดูแลใน stroke corner แต่มีการใช้ CPG การดูแลผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรม

ผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA ภาพรวมเขต ๘ คิดเป็นร้อยละ ๖.๓ (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๕) และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๖ (เป้าหมาย $<$ ร้อยละ ๓) ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของเขตสุขภาพที่ ๘ คือ

๑. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจนในการผลักดันให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast track มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ Stroke Fast track

๒. มีระบบการสนับสนุนด้านเครื่องมือแพทย์ครบถ้วน ทำให้ผลการดำเนินงาน SFT มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ได้แก่ มีระบบ CT Outsource ช่วยลดระยะเวลาในการให้ยา rt-PA มีเครื่องชั่งน้ำหนักชนิดชั่งร่นนั่ง/ร่นนอน ช่วยในการคำนวณยาได้อย่างถูกต้อง มี Infusion pump เพียงพอในการบริหารยา เป็นต้น

๓. มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยในระบบ stroke fast track ของ รพ.ชุมชนทุกแห่งภายในจังหวัด ทุกจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก

การตรวจติดตาม

๔.๑ ดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับเขต เพื่อเป็นการติดตามตัวชี้วัดลดภาระงานของพื้นที่ในการคีย์ข้อมูลตัวชี้วัด

๔.๒ โรงพยาบาลระดับ 5 อีก ๔ แห่ง ไม่สามารถเปิดให้บริการ Stroke unit ได้ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่นๆ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทั่วไป (มาตรฐานสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพใน Stroke unit พยาบาล : ผู้ป่วย = ๑:๔)

๔.๓ ขาดอัตรากำลังในวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เภสัชกร / นักกิจกรรมบำบัด / นักแก้ไขการพูด / นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ตรวจราชการควรประสาน/ดำเนินการต่อ
๑.การคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยใช้ FAST Score /การประชาสัมพันธ์ ยังไม่ทั่วถึงทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการและ SFT น้อย	๑.เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เน้นกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปให้รู้จักอาการของ stroke เข้าใจวิธีการรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา	เร่งรัดการดำเนินการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์
๒.การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบ SFT ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่	๒.เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา	วิทยุกระจายเสียง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการในระดับปทุมภูมิ

๕.๑ ปัญหา: ข้อมูลอัตราการตายจาก HDC เป็น in hospital dead ทำให้อัตราตายต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีผู้ป่วยอีกร้อยละ ๑๕-๒๐ อาการหนัก ไม่สมัครใจอยู่ ขอลกลับบ้านและกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ทำให้ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ข้อเสนอแนะ: ควรเก็บอัตราการตายที่ ๓๐ วัน จะได้ข้อมูลที่เป็นจริง และแยกสาเหตุการตายของ Ischemic และ Hemorrhagic stroke ไม่ควรนับอัตราการตายรวมทุกชนิด

๕.๒ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เก็บ KPI อัตราการตายรวมทุกชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) แต่ในกลยุทธ์การพัฒนา มีเฉพาะการดูแลกลุ่ม Ischemic และ Embolic stroke เท่านั้น แต่ไม่มีการพัฒนาระบบของ Hemorrhagic stroke

ข้อเสนอแนะ ควรแยกสาขาโรคหลอดเลือดสมอง ออกจาก service plan NCDs เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม ทั้ง Ischemic Embolic และ Hemorrhagic stroke

๕.๓ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เป็นส่วนหนึ่งของ service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่แยกคณะทำงานตามความเชี่ยวชาญ ได้แก่ DM HT Stroke COPD จึงขาดความเชื่อมโยงและขาดการ บูรณาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง

๕.๔ การคีย์ ข้อมูล Stroke Registry ต้องคีย์ข้อมูลเพิ่มในโปรแกรมเฉพาะของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ไม่สามารถดึงข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้มได้ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ให้สามารถดึงข้อมูลจากข้อมูล ๔๓ แฟ้มได้ จะช่วยลดภาระของพื้นที่ในการคีย์ข้อมูลเพิ่ม

ผู้รายงาน นางประภัสสร สมศรี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
โทร ๐๘๖-๒๔๐๕๐๓๒
E-mail: Somprapat@yahoo.com

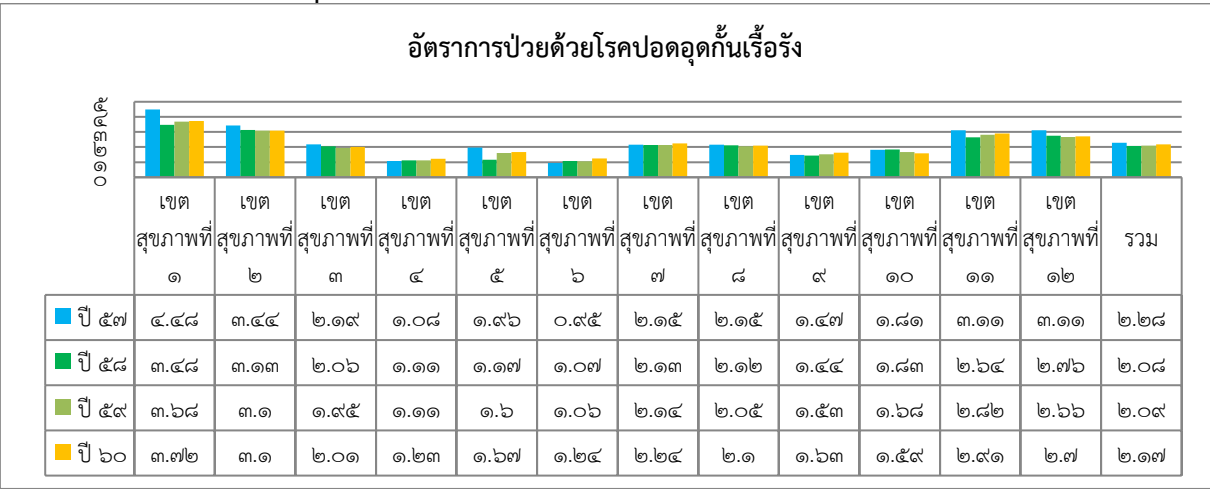
สาขา COPD & Asthma

๑.สถานการณ์

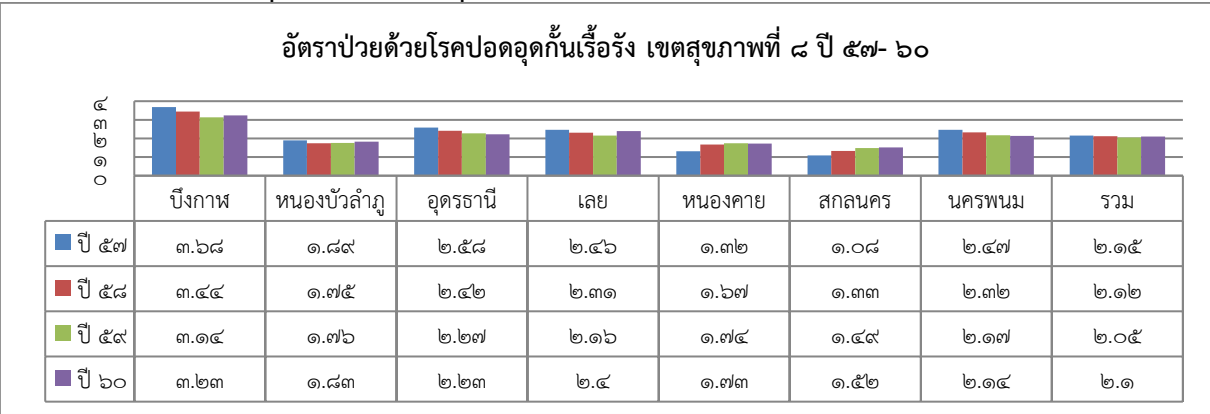
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติการสูบบุหรี่หรือยังคงสูบบุหรี่และเลิกยาก ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการหอบกำเริบหอบรุนแรงที่ต้องรับการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อยหนึ่งครั้ง แล้วจึงถูกส่งเข้ารับการรักษาคีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งจัดบริการครอบคลุมทุกอำเภอ ด้วยลักษณะเฉพาะของโรคอุดกั้นทางเดินหายใจไม่สามารถทำให้กลับมาเป็นปกติได้ (not fully reversible airway obstruction) เป็น progressive เป็นผลจาก การระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญได้แก่ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multi component disease)

จากปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ พบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๘, ๒.๐๘, ๒.๐๙ และ ๒.๑๗ ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ ๘ จากปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ พบร้อยละ ๒.๑๕, ๒.๑๓, ๒.๐๕ และ ๒.๑๐ ตามลำดับ

อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐



หมายเหตุ :: HDC ใช้ประชากรจาก ๔๓ อำเภอ Type area ๑,๓ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รหัส ICD๑๐ ๓๒.๑-๓๒.๙
หลักแรก เป็น J๔๔ วันที่ประมวลผล : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากรายงานการตรวจราชการ คณะ ๒ การพัฒนาระบบบริการ(Service Plan) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (NCD: COPD) เขตสุขภาพที่ ๘ ตรวจราชการครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๐ มีประเด็นการตรวจราชการ ดังนี้

๑. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป้าหมาย < ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร

๒. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ในรพศ./รพท./รพช. เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐

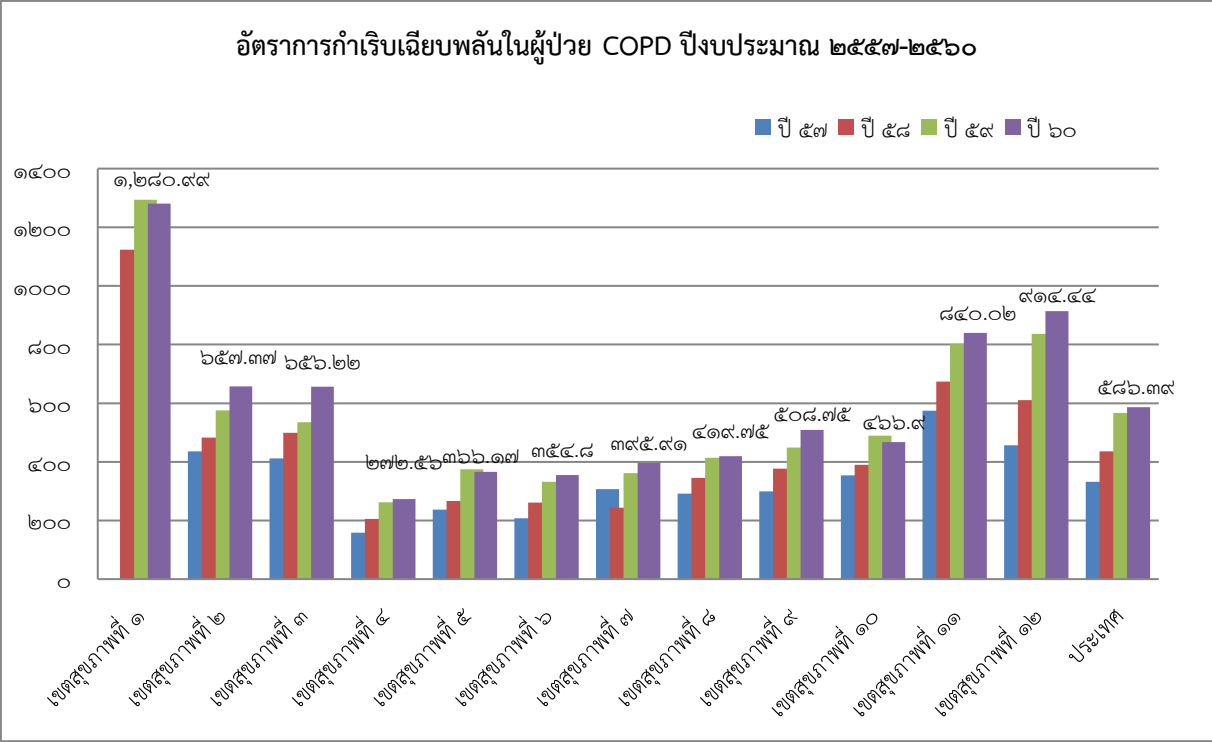
- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

๒.ผลการดำเนินงาน

๒.๑ อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย : ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง ต่อแสนประชากร)

อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ คิดเป็น ๓๓๒.๒๔, ๔๓๕.๒๒, ๕๖๖.๒๒, และ ๕๘๖.๓๙ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนในเขตสุขภาพที่ ๘ อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นและเกินเป้าหมาย จากปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ คิดเป็น ๒๙๑.๔๙, ๓๔๕.๒๕, ๔๑๔.๒๙, และ ๔๑๙.๗๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

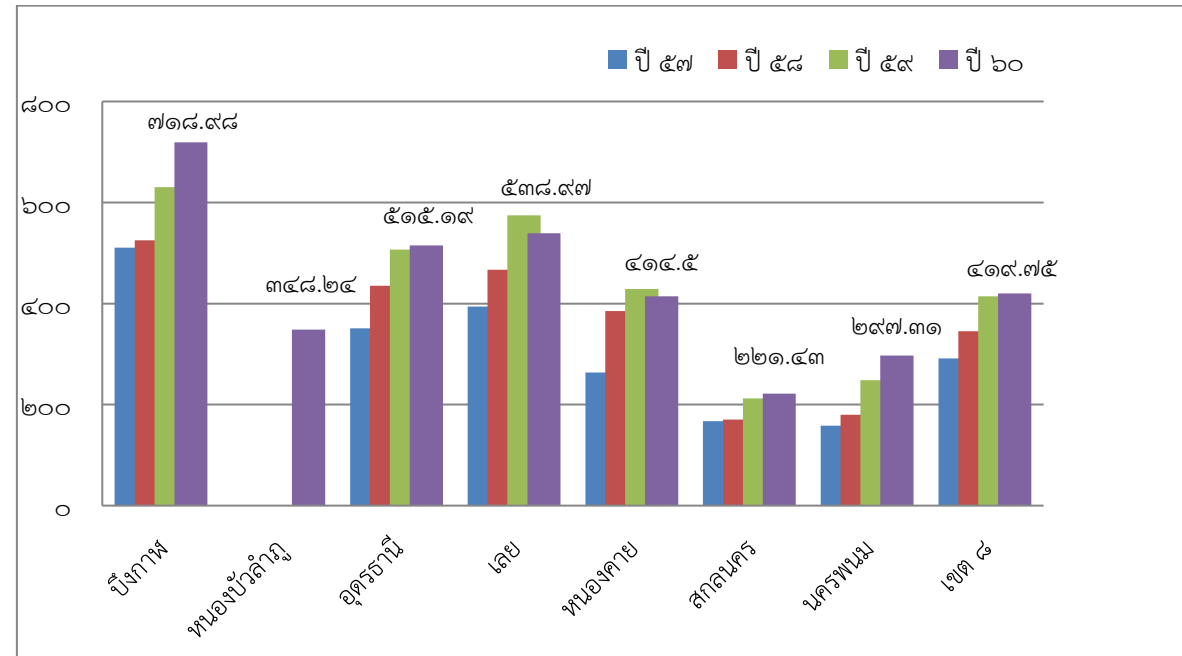
อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐



อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ รายจังหวัด

จังหวัด	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
บึงกาฬ	๕๑๐.๖๑	๕๒๕.๑๕	๖๓๐.๗	๗๑๘.๙๘
หนองบัวลำภู	๐	๐	๐	๓๔๘.๒๔
อุดรธานี	๓๕๑.๑๓	๔๓๕.๑๙	๕๐๗.๑๕	๕๑๕.๑๙
เลย	๓๙๓.๘๖	๔๖๗.๑๕	๕๗๔.๘๗	๕๓๘.๙๗
หนองคาย	๒๖๓.๖๗	๓๘๔.๙๒	๔๒๙.๑๖	๔๑๔.๕
สกลนคร	๑๖๗.๒๕	๑๗๐.๕๕	๒๑๒.๔๕	๒๒๑.๔๓
นครพนม	๑๕๘.๐๑	๑๘๐.๐๑	๒๔๘.๐๙	๒๙๗.๓๑
เขต ๘	๒๙๑.๔๙	๓๔๕.๒๕	๔๑๔.๒๙	๔๑๙.๗๕

อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD เขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐



หมายเหตุ :: HDC ใช้ประชากรจาก ๔๓ แฟ้ม Typearea ๑,๓
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รหัส ICD๑๐ ๓ หลักแรก เป็น J๔๔
วันที่ประมวลผล :: ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

๒.๒ อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐)

- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนในคลินิก	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการประเมินและติดตามครบทั้ง ๔ ประเด็น (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งหมดในโรงพยาบาล (PDX=J๔๔๐-๔๔๙) (B)	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (A/B) x ๑๐๐
อุดรธานี	๕,๐๕๖	๑,๗๐๐	๓,๑๑๘	๓๓.๕๕
สกลนคร	๓,๖๔๘	๒๑๗	๒,๐๐๐	๑๐.๘๕
นครพนม	๑,๔๙๖	๖๕	๑,๕๕๔	๔.๑๘
เลย	๒,๑๙๒	๒๗๖	๑,๔๘๘	๑๙.๖๗
หนองคาย	๑,๔๖๓	๖๔๙	๑,๒๐๘	๕๒.๒๒
หนองบัวลำภู	๒,๒๐๔	๓๔๑	๑,๕๔๙	๑๕.๕๖
บึงกาฬ	๒,๐๖๒	๓๘	๑,๖๘๙	๑๙.๕๖
รวม	๒๕๘๘.๗๑	๔๖๙.๔๓	๑,๘๐๐.๘๖	๒๓.๙๒

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) จากการตรวจติดตาม การวินิจฉัย ประมวลผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์

จังหวัดนครพนม

๑. Case ทั้งหมด อาจไม่ใช่ definite COPD เพราะน่าจะไม่ได้ทำ PFT ทุกราย
๒. ต้องแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม GOLD guideline เพื่อกำหนดเป้าหมายการทำงาน
๓. กลุ่ม GOLD ๓-๔ รพช.ใดมีมาก จะมี exacerbation มาก บางครั้งก็แก้ไม่ได้ ควรมุ่งเป้ากลุ่ม

GOLD๑-๒

๔. ถ้ากำหนดตัวชี้วัดแค่ exacerbation ต้องกำหนด definition ใหม่เพราะวัดยาก
๕. ทั้งประเทศเกินเป้าหมายหมด มีความยากลำบากในการกำกับตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้

จังหวัดสกลนคร

๑. การวินิจฉัยโรคไม่ได้วินิจฉัยจาก spirometry
๒. ระบบโปรแกรม Hos-XP ไม่รองรับรายละเอียดข้อมูลที่ต้องการ
๓. วัดคลื่นหัวใจใหญ่ไม่เพียงพอและไม่ถูกกำหนดเป็น first priority
๔. ยา ICS & LABA ไม่มีใช้ในทุกรพช.
๕. ผลงาน Cockpit ไม่แสดงเนื่องจากการลงข้อมูล ICD๑๐ ของสหวิชาชีพไม่ครบถ้วน
๖. ขาดการบริหารจัดการ spirometry อย่างเป็นระบบทั้งจังหวัดและขาดแผนพัฒนาบุคลากรในการใช้เครื่อง

จังหวัดเลย

๑. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานในความรับผิดชอบมากเกินไป
๒. บางสถานบริการยังไม่ให้ความสำคัญ เช่น การทำ verbal screening การส่งเป่า Peak flow
๓. การติดตามและการบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
๔. การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ขาดความชัดเจนว่าผู้ป่วยเป็นโรคใด ระหว่าง COPD และ Asthma
๕. ขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน
๖. โรงพยาบาลแม่ข่ายบางอำเภอขาดการคืนข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต. เพื่อทำแผนเยี่ยมบ้าน

จังหวัดอุดรธานี

๑. ขาดงบประมาณในการจัดหา ICS/LABA ในโรงพยาบาล
๒. การจัดสรร Flu vaccine ไม่ได้เป็น first priority
๓. การจัดตั้งคลินิก COPD ยังไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
๔. การวินิจฉัยผู้ป่วยโดยรวมไม่ได้มาจากการใช้ spirometry
๕. มีเครื่อง spirometry เพียงพอแต่ขาดผู้ที่มีสมรรถนะในการใช้

จังหวัดบึงกาฬ

๑. การวินิจฉัยโรค COPD โดยใช้เครื่อง spirometer ในโรงพยาบาลมี ๒ โรงพยาบาล จาก ๘ โรงพยาบาล (ร้อยละ ๒๕) ภาพรวมจังหวัดการมีคลินิก COPD ไม่ผ่านมาตรฐาน
๒. การใช้เครื่อง spirometer ในโรงพยาบาลบึงกาฬให้บริการสัปดาห์ละ ๑ วัน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองแล้วสงสัยว่าจะเป็นโรค COPD ต้องรอการวินิจฉัย โดยใช้เครื่อง spirometer
๓. ขาดการวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดกำเริบเฉียบพลัน การวางแผนแก้ไข และนำเสนอปัญหาต่อผู้บริหาร ร่วมกับพื้นที่ โดยเฉพาะที่มีอัตราการกำเริบสูง
๔. ขาดการจัดระบบฐานข้อมูล ที่นำมาใช้วิเคราะห์ได้ทันเวลา

จังหวัดหนองบัวลำภู

๑. ขาดการบริหารจัดการเครื่อง Spirometry (๓ เครื่อง) ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการให้บริการผู้ป่วยและขาดบุคลากรที่มีความรู้ในการใช้เครื่อง Spirometry
๒. Influenza vaccine มีจำนวนไม่เพียงพอ และไม่ได้กำหนดให้ผู้ป่วย COPD เป็น first priority
๓. การให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง
๔. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีภาระงานมาก
๕. ไม่มีสถานที่ในการทำ Six minute walk test

จังหวัดหนองคาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางการพัฒนา
๑. อัตรากำลังบุคลากรมีขีดจำกัดและมีภาระงานมาก ทำให้การดำเนินงานคัดกรองล่าช้า	บูรณาการการคัดกรอง Asthma & COPD ร่วมกับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ
๒. ขาด spirometry ในการวินิจฉัยโรคในโรงพยาบาล	พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีเครื่อง spirometry
๓. ระบบข้อมูล การลงรหัส ICD๑๐ ไม่ถูกต้อง	ติดตาม/ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการลงรหัส ICD๑๐ ให้ถูกต้อง
๔. วัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่เพียงพอและไม่ถูกกำหนดให้เป็น first Priority	จัดทำทะเบียนผู้ป่วย COPD ประสานผู้รับผิดชอบงานวัคซีนให้วัคซีนผู้ป่วย

๓. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับผิดชอบ
การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง, คลินิกยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ขาดเครื่อง spirometer	พัฒนาความรู้เครือข่าย /มีและใช้ CPG ให้เกิดประโยชน์ ผลักดันให้ รพ.ม๒ มีและใช้เครื่อง spirometer ในการ วินิจฉัยโรคและให้มี peak flow ใน รพ.สต.
การใช้ยาพ่นฉุกเฉินในระดับรพ.สต. ยังไม่ครอบคลุม ทุก รพ.สต. วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ไม่ทั่วถึง	มียา ICS, LABA ใช้ในทุกรพช./รพท./ จัดให้มีอุปกรณ์และยาพ่นฉุกเฉินใน รพ.สต. จัดบริการการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยกำหนดให้โรค COPD เป็น first policy ในการได้รับวัคซีน
คลินิกเล็บบุหรี่คุณภาพไม่ครอบคลุมรพ.สต.	จัดคลินิกเล็บบุหรี่ให้ถึงระดับรพ.สต.รวมทั้งบูรณาการ ร่วมกับงานยาเสพติด
ขาดแคลนบุคลากร (อายุรแพทย์โรคปอด chest nurse และเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่อง spirometry)	ใช้ระบบ consult ผู้เชี่ยวชาญ ส่งบุคลากรอบรมการใช้ เครื่องspirometry
ขาดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับคำจำกัดความของตัวชี้วัด มี การบันทึกข้อมูลหลายโปรแกรม ซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงาน	ศึกษาทำความเข้าใจคู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดจาก กรมการแพทย์เป็นหลัก

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

(วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks)

การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	- มีการจัดบริการ COPD clinic ครบทุกแห่ง โดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ และ กรณีที่มีผู้ป่วยให้คำแนะนำเลิกสูบบุหรี่โดยแพทย์ประจำ คลินิก/ส่งรับบริการคลินิกเล็บบุหรี่
ระบบสารสนเทศ (Information system)	- มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยคลินิก COPD ในทะเบียนผู้ป่วยโรค เรื้อรัง (Program Hosx-p) และส่งออกข้อมูลใน Cockpit, ประชุมผ่าน VDO conference แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Work fore)	- ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและผู้ช่วย พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย
การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	- งบประมาณสนับสนุนโครงการจะได้จาก สปสช., เขตสุขภาพที่ ๘ และเครือข่าย EACC
ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	- มียา long acting bronchodilator ใน รพท. และ รพช. - Spirometry ๘ เครื่องใน รพ.นครพนม, และ รพ.ธาตุพนม - มีถังออกซิเจน ทุก รพ.สต. แต่ยังขาด Set ให้ถังออกซิเจน และอุปกรณ์พ่นยา รวมทั้งยาพ่นฉุกเฉิน - วัคซีนไข้หวัดใหญ่/ยาช่วยเลิกบุหรี่ ทุก รพ.สต.
การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership & Governance)	- มีการติดตามผลการดำเนินงาน

๔.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- รพ.นครพนม : โมเดลปลอด, ดรัมเบลคนจน, จักรยานถีบวัดปลอด, พู่ขยายทรง
- รพ.ธาตุพนม : สื่อภาษาใจ COPD
- รพช.เรณูนคร : ตะเกียบพาเดิน รพช.เรณูนคร
- รพ.ยุพราชสว่างแดนดิน : กระเป๋ายา
- รพช. พรรณานิคม : COUNTER DOSE CARD
- จ.เลย : นวัตกรรมชาหญ้าดอกขาวสำหรับเลิกสูบบุหรี่
- รพ.ยุพราชท่าบ่อ : ขวดบริหารปลอด
- รพช.โนนสัง : ขวดเป่าปลอด รพช.โนนสัง

นางสาวนิภาพร หอมหวล
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ
 โรงพยาบาลนครพนม

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑.สถานการณ์

๑. เปิดให้บริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
๒. เปิด OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทุกแห่ง
๓. สนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแพทย์แผนไทย โดยมีการอบรมและคู่มือในการ

ดำเนินงาน

๔. จัดทำกรอบบัญชียาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติในหน่วยบริการ
 - โรงพยาบาลอย่างน้อย ๓๐ รายการ รพ.สต. อย่างน้อย ๑๐ รายการ
 - การใช้ยาสมุนไพรทดแทน จังหวัดละอย่างน้อย ๕ รายการ
 - ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มวัย
๕. มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะราย (ยาต้ม) ในโรงพยาบาล อย่างน้อย ๓ ตำรับ
๖. มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง
๗. สนับสนุนงานประจำสำนักงานวิจัย (R๒R) ด้านการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๔๐ เรื่อง
๘. สนับสนุนการรับรองหมอพื้นบ้านและจดทะเบียนสิทธิภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย
๙. ดำเนินงานเมืองสมุนไพร ส่งเสริมการปลูก แปรรูป ผลิต จำหน่ายสมุนไพรครบวงจร
๑๐. สนับสนุนให้โรงงานผลิตยาสมุนไพรผ่านมาตรฐาน GMP และโรงงานที่ผ่าน GMP แล้ว ให้ผ่าน

GMP-Pics มีโรงงานผลิตยาที่ผ่าน GMP แล้ว ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร และ รพ.เรณูนคร จังหวัดนครพนม

เขตสุขภาพที่ ๘ มีบุคลากรแพทย์แผนไทยจำนวน ๓๘๒ คน จพ.แพทย์แผนไทย จำนวน ๑๒๐ คน ผู้สั่งการของพื้นที่รักษา ๑,๔๗๔ คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน ๑,๐๗๙ คน

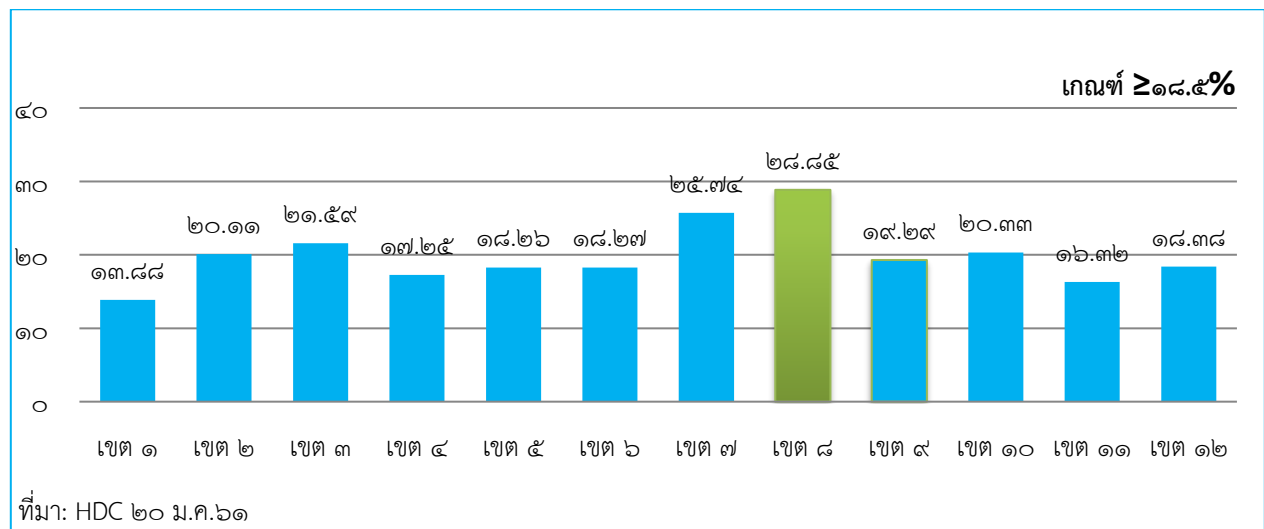
๒.สภาพปัญหา

๑. สถานบริการขาดสภาพคล่องทางการเงิน ทำให้ไม่มีการจ้างแพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ทั้งๆที่แพทย์แผนไทยสามารถสร้างรายได้
๒. ผู้บริหารบางสถานบริการยังไม่ให้ความสำคัญกับแพทย์แผนไทยเท่าที่ควร
๓. บางสถานบริการมีการใช้ยาสมุนไพรไม่ครบตามเกณฑ์
๔. แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร
๕. ขาดพี่เลี้ยงในการทำงานวิจัย R๒R ด้านการแพทย์แผนไทย

๓.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี ๒๕๕๘	ผลงานปี ๒๕๕๙	ผลงานปี ๒๕๖๐
ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๑๘	๒๔.๗๗	๒๙.๔๔	๒๘.๘๕

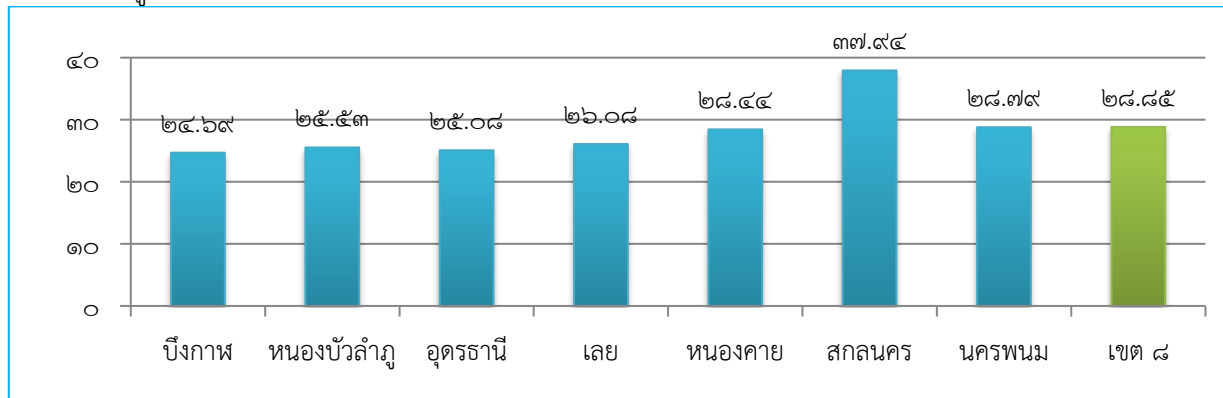


ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จังหวัด	รวมทั้งปีงบประมาณ		
	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	บริการการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ
ปทุมธานี	๑,๐๑๙,๔๑๖	๒๕๑,๗๓๖	๒๔.๖๙
หนองบัวลำภู	๑,๔๑๔,๒๕๐	๓๖๑,๐๕๓	๒๕.๕๓
อุดรธานี	๔,๑๓๑,๘๐๗	๑,๐๓๖,๑๐๑	๒๕.๐๘
เลย	๒,๑๒๙,๔๐๖	๕๕๕,๔๔๗	๒๖.๐๘
หนองคาย	๑,๕๓๕,๒๕๓	๔๓๖,๖๒๔	๒๘.๔๔
สกลนคร	๓,๔๒๙,๓๘๗	๑,๓๐๑,๒๑๗	๓๗.๙๔
นครพนม	๑,๙๙๑,๑๖๑	๕๗๓,๑๗๑	๒๘.๗๙
รวม	๑๕,๖๕๐,๖๘๐	๔,๕๑๕,๓๔๙	๒๘.๘๕

ที่มา: HDC ๓๐ ธ.ค.๖๐

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐



๓. Best Practice

- การใช้ยาสมุนไพรโปร่งฟ้าต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสง่า อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร
- การเปรียบเทียบผลการลดอาการคันในโรคลมพิษเฉียบพลันระหว่างไบพูคั้นสดกับ Calamine lotion ในตำบลสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู
- การพัฒนากิจกรรมการออกกำลังกาย “ยางยืดไลน์แดนซ์” จังหวัดนครพนม
- แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาขางจืดเพื่อลดระดับสารเคมีในเลือด สาขาแพทย์แผนไทย จังหวัดเลย

๔. นวัตกรรม

- ชื่อไม้กวดลดอาการปวดฟันที่ จังหวัดนครพนม
- หน้ากากสวຍกระตุ้นการไหลเวียนเลือด จังหวัดหนองคาย



๕. รางวัลสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับจากเวทีต่างๆ ทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

- พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทยฯ ระดับเพชร จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ รพ.สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
 - ประเภท รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.โพธิ์ทองวัฒนา จังหวัดสกลนคร

สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๑.สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๘ ประกอบด้วยโรงพยาบาลเป้าหมาย ทั้งสิ้น ๘๘ แห่ง (ระดับ A ๒ แห่ง, S ๕ แห่ง, M๑ ๒ แห่ง, F๑ ๗ แห่ง, F๒ ๕๕ แห่ง และ F๓ ๕๑ แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘๗๔ แห่ง ครอบคลุม ๗ จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร หนองคาย นครพนม เลย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ

มีการดำเนินงานตามระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้กรอบ ญูญแจสำคัญ ๖ ประการ PLEASE โดยรูปแบบการดำเนินงานมีการเสนอชื่อ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ และมีมติกำหนดให้ Focal point สาขาการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ โรงพยาบาลอุดรธานี ในการขับเคลื่อนภารกิจระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เขตสุขภาพที่ ๘ และแต่งตั้งคณะทำงานในการขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย

ประธานสาขา นพ.ณรงค์ ธาดาคเดช รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.อุดรธานี
รองประธาน นพ.สุนต์ ตั้งสุนทรวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม รพ.อุดรธานี
เลขานุการ ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.อุดรธานี
และกรรมการ จาก ตัวแทนจากจังหวัดต่างๆในเขต ๘

การจัดตั้งคณะทำงานระบบบริการสุขภาพ สาขา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๓๙ คน เป็นตัวแทนจากทุกจังหวัดและมีหลากหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ระบบสารสนเทศ ทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดและในวงรอบการดำเนินงานระดับเขตผ่านมติที่ประชุม

๒.รูปแบบการดำเนินงาน

๑. การประชุมพัฒนาระบบ ได้แก่ ประชุมคณะทำงาน คณะกรรมการ ประชุมพัฒนาเพิ่มศักยภาพบุคลากร และประชุมพัฒนาระบบฐานข้อมูลในการประมวลผล รวมจำนวนทั้งสิ้น ๗ ครั้ง รวมถึงการเปิดช่องทางการสื่อสารทั้งในระบบหนังสือราชการ การลงประกาศ ข่าวสารหน้าเว็บไซต์ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ตลอดจนการสื่อสารผ่านระบบสื่อออนไลน์ อาทิ กลุ่มไลน์ RDUR๔WAY ไปยังตัวแทนของแต่ละจังหวัดเพื่อขับเคลื่อน และนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่ และเพื่อให้เกิดการสื่อสารทั้งสองทางในการช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ในการทำงาน และเป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบูรณาการของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒. การสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน รพสต. ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานข้อมูล ในหน่วยงานที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการ

๓.การกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพที่ ๘ ใช้โปรแกรม HosXP (ยกเว้น โรงพยาบาลอุดรธานี และ สกลนคร) ได้มีการกำหนดทีมพัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูล คือ โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ โดยผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรม โดยเภสัชกรสุเทพ สุวรรณไตร หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม, นายวินัย โยลายนักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร และ เภสัชกรศักดิ์นรินทร์ บุญแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนมที่พัฒนาโปรแกรมที่เชื่อมกับโปรแกรม HosXP เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ ลดภาระในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดระหว่างการให้บริการ ให้ง่ายต่อการทำงานและรายงานข้อมูลในระดับเขต : ให้การประเมินผลการดำเนินงานเป็นไปตามรอบการตรวจราชการ ปีละ ๒ ครั้ง โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม บ้านม่วง RDU ๒๐๑๖ และข้อมูล HDC ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และ ระดับรพ.สต. ให้การประเมินผลการดำเนินงานเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น ติดตามพร้อมกับการประเมิน คปสอ. หรือ CUP หรือจะจัดทีมลงเพื่อประเมินติดตามเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในพื้นที่ที่กำหนดเอง โดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดจะรวบรวมและรายงานข้อมูลมายังเขตสุขภาพที่ ๘

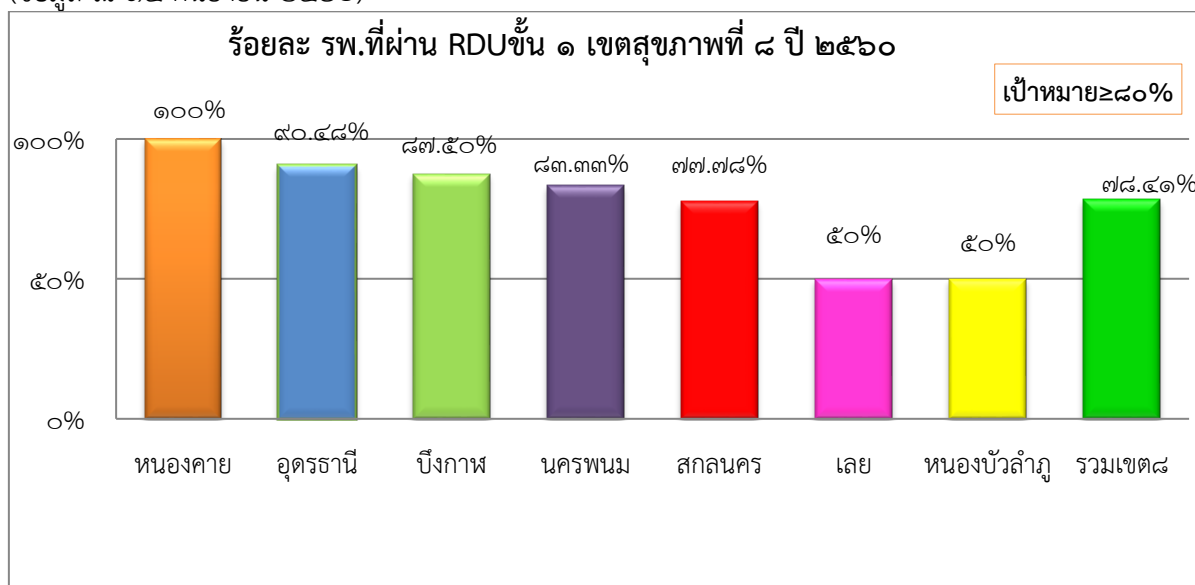
๔. ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ผลงานภาพรวม จังหวัด (ข้อมูล ณ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๐)
๑	ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU๒) เกณฑ์ตัวชี้วัด: รพ.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	๘๘
		ผลงาน (จำนวน รพ.ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑*)	๖๙
		ร้อยละ	๗๘.๔๑

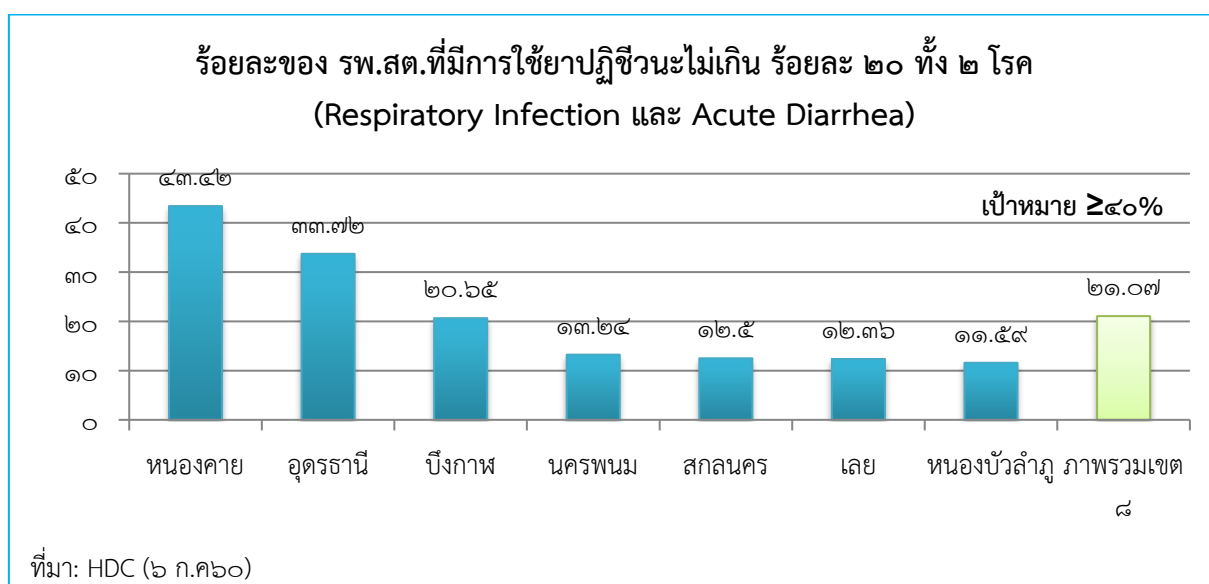
หมายเหตุ *รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ลำดับ	จังหวัด	เป้าหมายรพ.	จำนวน รพ.ที่ผ่าน RDUขั้น ๑	ร้อยละ รพ.ที่ผ่าน RDUขั้น ๑
๑	เลย	๑๔	๗	๕๐.๐๐
๒	นครพนม	๑๒	๑๐	๘๓.๓๓
๓	สกลนคร	๑๘	๑๔	๗๗.๗๘
๔	บึงกาฬ	๘	๗	๘๗.๕๐
๕	หนองบัวลำภู	๖	๓	๕๐.๐๐
๖	หนองคาย	๙	๙	๑๐๐.๐๐
๗	อุดรธานี	๒๑	๑๙	๙๐.๔๘
รวมเขตสุขภาพที่ ๘		๘๘	๖๙	๗๘.๔๑

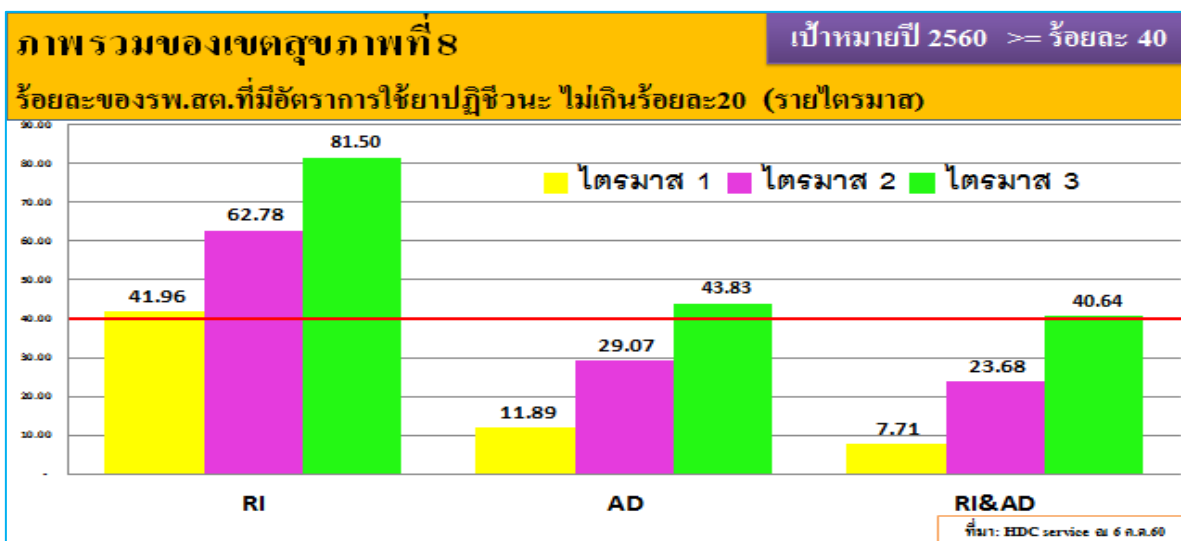
ผลการดำเนินงานรายจังหวัด ที่ผ่านการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ ในเขตสุขภาพที่ ๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ข้อมูล ณ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๐)



พบว่า จังหวัดที่โรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ เรียงลำดับสูงสุด ดังนี้ หนองคาย ร้อยละ ๑๐๐ อุดรธานี ร้อยละ ๙๐.๔๔ บึงกาฬ ร้อยละ ๘๗.๕๐ นครพนม ร้อยละ ๘๓.๓๓ สกลนคร ร้อยละ ๗๗.๗๘ เลย ร้อยละ ๕๐ และ หนองบัวลำภู ร้อยละ ๕๐ ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๔๑

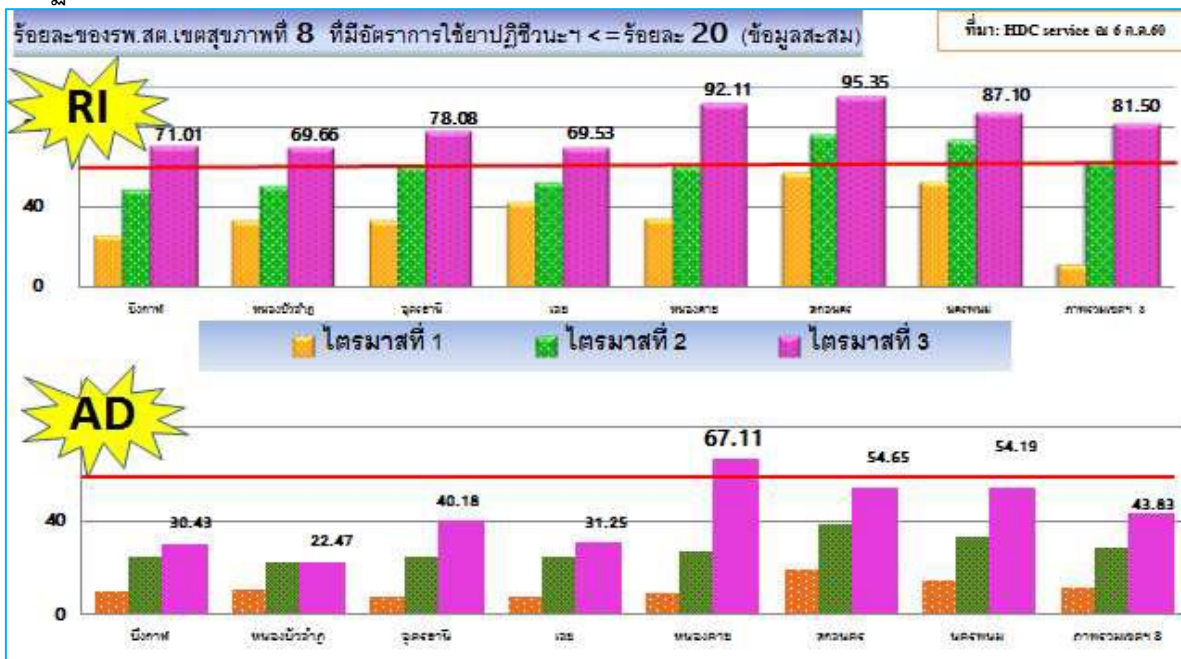


ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจและท้องร่วงเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ ๔๐ (ข้อมูลสะสม, HDC ๖ ก.ค ๖๐) พบว่า จังหวัดที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจและท้องร่วงเฉียบพลัน เกินเกณฑ์ค่าเป้าหมาย มากที่สุด ได้แก่ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๔๓.๔๒ น้อยกว่าเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๓๓.๗๒, จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๒๐.๕๖, จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๑๓.๒๔, จังหวัดเลย ร้อยละ ๑๒.๕๐, จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๑๒.๓๖ และจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๑๑.๕๔



แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคการติดเชื้อทางเดินหายใจ และท้องร่วงเฉียบพลัน รายไตรมาสของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่า มีทิศทางที่ดีขึ้นตามลำดับในทั้งสองโรค โดยเฉพาะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ มีผลการดำเนินงานที่ค่อนข้างดีมาก คือ ไตรมาสที่ ๑ ร้อยละ ๔๑.๙๖, ไตรมาสที่ ๒ ร้อยละ ๖๒.๗๘ และไตรมาสที่ ๓ ร้อยละ ๘๑.๕๐ และในส่วนของโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ถึงแม้จะมีผลการดำเนินงานที่ยังเป็นปัญหาอยู่ แต่แนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

ผลการดำเนินงานรายจังหวัด ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ ๘ แยกรายจังหวัด และรายไตรมาส (ข้อมูลจาก HDC service ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐)



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	การดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ของจังหวัด				
		มีคณะกรรมการ การรับผิดชอบ ขับเคลื่อน ระดับจังหวัด	มีเป้าหมายแผน ปฏิบัติการ ติดตาม ควบคุม กำกับ การ รายงาน ระดับ จังหวัด	มีการพัฒนา ระบบ สารสนเทศเพื่อ การติดตามผล การดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด ระดับจังหวัด	มีการ ติดตาม การจัดการ เชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพ ระดับ จังหวัด	หมายเหตุ Baseline Data (๒๕๕๙)
๑	เลย	มี	มี	มี	มี	๒.๐๒๓
๒	นครพนม	มี	มี	มี	มี	๒.๐๗๐
๓	สกลนคร สวางคามดิน	มี	มี	มี	มี	๑.๓๗๐
		มี	มี	มี	มี	๒.๗๘๐
๔	บึงกาฬ	มี	มี	มี	มี	๑.๘๗๗
๕	หนองบัวลำภู	มี	มี	มี	มี	๒.๕๕๘
๖	หนองคาย	มี	มี	มี	มี	๔.๐๑๐
๗	อุดรธานี กุมภวาปี	มี	มี	มี	มี	๒.๗๕๓
		มี	มี	มี	มี	๓.๓๓๐

๕. Best Practice

○ ผลการพัฒนาาระบบสารสนเทศในการติดตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ โรงพยาบาลบ้านม่วง (ผ่องพรรณ การิซุม ภบ, วินัย โยลย วบ.สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านม่วง)

○ การติดตามตรวจวัดระดับยา Vancomycin ในโรงพยาบาลอุดรธานี (วินัดดา ชูตินารา ภม.,ขวัญชนก ราชชมภู ภบ.กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี)

๖.นวัตกรรม

- โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ โรงพยาบาลบ้านม่วง
รางวัล R๒R ด้านผลงาน นวัตกรรมดีเด่น ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐
รางวัล R๒R ด้านผลงาน นวัตกรรมดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐



๗.รางวัลสาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่ได้รับจากเวทีต่างๆ ทั้งระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๕.๑ โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ โรงพยาบาลบ้านม่วง

รางวัล R๒R ด้านผลงาน นวัตกรรมดีเด่น ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐

รางวัล R๒R ด้านผลงาน นวัตกรรมดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๐

สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

๑. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๘ มีโรงพยาบาลระดับ A ๒ แห่ง (อุดรธานี, สกลนคร) โรงพยาบาลระดับ S ๕ แห่ง (เลย, หนองคาย, หนองบัวลำภู, บึงกาฬ, นครพนม) โรงพยาบาลระดับ M๑ ๒ แห่ง (กุมภวาปี, สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน) โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-F๓ ๗๙ แห่ง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ งาน palliative care ได้รับการจัดตั้งเป็น service plan สาขา palliative care แต่เนื่องจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ มีการพัฒนางาน palliative care ร่วมกันมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ โดยได้รับความอนุเคราะห์จากศูนย์การุณรักษ์ ในประเด็นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เอกสารวิชาการ การพัฒนาระบบ palliative care มาโดยตลอด เนื่องจาก การพัฒนาระบบงาน palliative care ในเขตสุขภาพที่ ๘ แต่ละโรงพยาบาล แต่ละจังหวัดมีการขับเคลื่อนงาน palliative care แตกต่างกัน ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ๑) พยาบาลประจำศูนย์ไม่มีเพียงพอ ภาระงานหนัก ๒) แพทย์ดูแลงาน palliative care มีไม่เพียงพอ หรือบางแห่งไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการรับ consult หรือ round case ๓) ระบบการบริหารยา opioid ไม่เป็นไปตามกรอบบัญชียาที่กำหนด ๔) งาน palliative care ไม่มีกรอบตำแหน่งให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทั้งที่ภาระงานมากและที่สำคัญ ลักษณะงานเป็นงานฝัก ไม่มีความก้าวหน้าและมั่นคงในวิชาชีพ ในบางแห่งทำแบบเสียสละและผลงานไม่ถูกนำมาประเมินผลการปฏิบัติงาน

๒. ตัวชี้วัด

๒.๑ ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์)

SP๘.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-F๓ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง (ดำเนินการผ่านขั้นตอน ๑ ข้อ ๑.๑ - ๑.๔)

SP๘.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง (ดำเนินการผ่านขั้นตอน ๑ ข้อ ๑.๑ - ๑.๔)

๒.๒ ตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๘

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care (รายเก่า+รายใหม่) CA + Non CA ที่ได้รับการดูแลจากทีมมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ในแต่ละเดือน ที่มีค่า PPS น้อยกว่า ๕๐ ได้รับการเยี่ยมภายใน ๗ วัน (รวมทุกกลุ่มโรค) มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒.๓ ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการจัดการอาการรบกวนเกี่ยวกับอาการปวด และ/หรืออาการหายใจหอบเหนื่อยและอาการอื่นๆ (คิดเป็นจำนวนคน) มีอาการรบกวนลดลง $\geq$ ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๒ วัน มากกว่าร้อยละ ๖๐

๒.๔ ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan น้อยกว่าร้อยละ ๕

๒.๕ ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความต้องการ มากกว่าร้อยละ ๖๐

๒.๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีรายการยาตามกรอบยาที่กำหนด (โรงพยาบาลระดับ A,S ร้อยละ ๑๐๐ , โรงพยาบาลระดับ M๑,M๒ > ร้อยละ ๘๐, โรงพยาบาลระดับ F๑-๓> ร้อยละ ๖๐)

๓.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ จำนวนผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด (รายได้เก่า+รายได้ใหม่)

ลำดับ	จังหวัด	ผู้ป่วย Palliative care (CA) (คน)	ผู้ป่วย Palliative care (Non CA) (คน)
๑	อุดรธานี	๓,๐๖๘	๒,๑๘๓
๒	สกลนคร	๑,๘๕๔	๓๔๗
๓	นครพนม	๗๙	๓๔
๔	หนองคาย	๔๔๖	๑๐
๕	หนองบัวลำภู	๔๑๔	๑๗๙
๖	เลย	๔๕๐	๑๑๒
๗	บึงกาฬ	๑๗๐	๗๕
รวมภาพเขต		๖,๔๘๑	๒,๙๔๐

จากข้อมูล ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด (รายได้เก่า+รายได้ใหม่) จำนวน ๙,๔๒๑ คน เป็นผู้ป่วย CA จำนวน ๖,๔๘๑ คน และ Non CA จำนวน ๒,๙๔๐ คน

ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ในแต่ละเดือน ที่มีค่า PPS น้อยกว่า ๕๐ ได้รับการเยี่ยมภายใน ๗ วัน

ลำดับ	จังหวัด	ผู้ป่วย Palliative care รายใหม่	ผู้ป่วย Palliative care ที่มีค่า PPS น้อยกว่า ๕๐	ร้อยละ
		จำนวน	ได้รับการเยี่ยมภายใน ๗ วัน	
๑	อุดรธานี	๑,๕๒๖	๑,๕๑๖	๙๙.๓๓
๒	สกลนคร	๑,๐๕๒	๙๗๓	๙๒.๔๙
๓	นครพนม	๑๑๓	๑๐๗	๙๔.๖๙
๔	หนองคาย	๔๕๖	๔๔๒	๙๗
๕	หนองบัวลำภู	๔๓๕	๔๓๓	๙๙.๕๔
๖	เลย	๓๖๐	๓๔๐	๘๙.๔๗
๗	บึงกาฬ	๔๘	๔๘	๑๐๐
รวมภาพเขต		๓,๙๙๐	๓,๘๕๙	๙๖.๗๑

จากข้อมูล ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ จำนวน ๓,๙๙๐ คน ผู้ป่วย Palliative care ที่มีค่า PPS น้อยกว่า ๕๐ ได้รับการเยี่ยมภายใน ๗ วัน จำนวน ๓,๘๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๑

ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนเกี่ยวกับอาการปวด และ/หรือ อาการหายใจหอบเหนื่อย และอาการอื่น ๆ (คิดเป็นจำนวนคน) ซึ่งมีการรบกวนลดลงอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๒ วัน (การได้รับ Consult ล่าช้า มีผลต่อการจัดการอาการ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care	ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการจัดการอาการบรรเทาให้ลดลงภายใน ๒ วัน	ร้อยละ
๑	อุดรธานี	๔,๓๒๗	๔,๓๒๑	๙๙.๘๖
๒	สกลนคร	๗๑๙	๖๔๘	๙๐.๑๒
๓	นครพนม	๗๔	๖๗	๙๐.๕
๔	หนองคาย	๔๕๖	๔๕๖	๑๐๐
๕	หนองบัวลำภู	๕๔๖	๕๔๖	๑๐๐
๖	เลย	๕๖๒	๔๒๐	๗๔.๗๓
๗	บึงกาฬ	๒๔๕	๒๑๖	๘๘.๑๖
รวมภาพเขต		๖,๙๒๙	๖,๖๗๔	๙๖.๓๒

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วย Palliative care ๖,๙๒๙ คน ได้รับการจัดการอาการบรรเทาเกี่ยวกับอาการปวด และ/หรือ อาการหายใจหอบเหนื่อย และอาการอื่น ๆ ซึ่งมีอาการบรรเทาจนลดลงอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๒ วัน จำนวน ๖,๖๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๓๒

ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยระยะท้าย	ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan	ร้อยละ
๑	อุดรธานี	๑,๔๐๖	๑	๐.๐๗
๒	สกลนคร	๓๕๒	๙	๒.๕๕
๓	นครพนม	๙๑	๐	๐
๔	หนองคาย	๒๐๖	๑	๐.๔๘
๕	หนองบัวลำภู	๕๙๑	๔	๐.๖๘
๖	เลย	๕๖๒	๓	๐.๕๓
๗	บึงกาฬ	๒๐๘	๐	๐
รวมภาพเขต		๓,๔๑๖	๑๘	๐.๕๓

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน ๓,๔๑๖ คน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan จำนวน ๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๓

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความต้องการ มากกว่าร้อยละ ๖๐

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยระยะท้าย	ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความต้องการ	ร้อยละ
๑	อุดรธานี	๑,๓๘๘	๑,๓๘๘	๑๐๐
๒	สกลนคร	๓๖๑	๓๕๒	๙๗.๕
๓	นครพนม	๙๑	๗๓	๘๐.๒๒
๔	หนองคาย	๘๖	๘๖	๑๐๐
๕	หนองบัวลำภู	๔๒๘	๔๑๕	๙๖.๙๖
๖	เลย	๒๒๐	๑๘๘	๘๕.๔๕
๗	บึงกาฬ	๒๔๕	๑๔๘	๖๐.๔๑
รวมภาพเขต		๒,๘๑๙	๒,๖๕๐	๙๔.๐๐

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน ๒,๘๑๙ คน เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความต้องการ จำนวน ๒,๖๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔ มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีรายการยาตามกรอบยาที่กำหนด (โรงพยาบาลระดับ A,S ร้อยละ ๑๐๐, โรงพยาบาลระดับ M๑,M๒ > ร้อยละ ๘๐, โรงพยาบาลระดับ F๑-๓ > ร้อยละ ๖๐)

ระดับรพ.	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
A	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
M๑	> ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐
F๑ F๒ F๓	> ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๘.๙๕

หมายเหตุ: เฉพาะจังหวัดอุดรธานี รพ.อื่นๆรอบประเมิน

จากข้อมูล ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีรายการยาตามกรอบยาที่กำหนดพบว่า รพ.ทุกระดับผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด รพ.ระดับ A, S ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐), รพ.ระดับ M๑ ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์>ร้อยละ ๘๐), รพ.ระดับ F๑-๓ ร้อยละ ๗๘.๙๕ (เกณฑ์>ร้อยละ ๖๐)

๕.ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์)

๕.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-F๓ ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง (ดำเนินการผ่านขั้นตอน ๑ ข้อ ๑.๑ - ๑.๔)

๕.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง (ดำเนินการผ่านขั้นตอน ๑ ข้อ ๑.๑ - ๑.๔)

ระดับรพ. A,S,M๑	ผลลัพธ์
มีคณะกรรมการ/หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๑๐๐
มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care	ร้อยละ ๑๐๐
มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของรพ.	ร้อยละ ๑๐๐
มีการจัดตั้งงานPCเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการ	ร้อยละ ๓๓.๓๓ (๓/๙)
กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care > ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๑๐๐

ระดับรพ. M๒,F๑-F๓	ผลลัพธ์
มีคณะกรรมการ/หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง	ร้อยละ ๑๐๐
มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care	ร้อยละ ๑๐๐
มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของรพ.	ร้อยละ ๑๐๐
มีหน่วยบริการการดูแลพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care (อบรม > ๔ weeks	ร้อยละ ๙๗.๔๗
กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care > ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๑๐๐

ระดับรพ.	แพทย์(BCCPM ๘ weeks)	เภสัชกร (๒ weeks)
A,S,M๑	๔๔.๔๔	๖๖.๖๖
รพ.ที่ไม่ผ่านการอบรมBCCPM ๘ wk. ได้แก่ รพ.บึงกาฬ,หนองคาย,นครพนม,สวางคแดนดิน,กุมภวาปี :รพ.ที่ไม่ผ่านการอบรมเภสัช ๒ weeks ได้แก่ รพ.บึงกาฬ,หนองคาย,หนองบัวลำภู		

๖. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน/ข้อเสนอแนะ

๖.๑ ด้านบุคลากร

ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
แพทย์	-ขาดแพทย์ที่จะมาทำงาน palliative care -แพทย์อื่นๆยังขาดความรู้เรื่อง palliative care -Case Non-CA เกณฑ์การวินิจฉัยยากต่อการนำไปใช้ -แพทย์บางท่านไม่กล้าวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็น case palliative care ส่งผลให้ผู้ป่วย palliative ได้รับการ consult ล่าช้า มีผลเรื่องการจัดการและการ ACP ล่าช้า	- ให้ FM เรียน special PC ต่ออีก ๒ เดือน ก่อนจบ - Add PC concept in Resident training medicine ๑๐ ชม. - ให้กำหนดเกณฑ์ที่ PC จะเข้าไปดูแลในแต่ละกลุ่มโรค เช่น CKD, Stroke ,STEMI
พยาบาล	-ไม่มีกรอบตำแหน่ง ขาด career path -ค่าตอบแทน -ขาดงบประมาณในการอบรม PC	-กรมการแพทย์จะคุยกับสภาการพยาบาล/สำนักงานการพยาบาล เรื่องกรอบอัตรากำลัง -กรมการแพทย์จะจัดหลักสูตรอบรม ๔ เดือน free
เภสัชกร	-เภสัชกรบางแห่งยังไม่ผ่านการอบรมความรู้เรื่อง palliative care จึงทำให้ไม่สามารถนำยา กลุ่ม Opioid ออกนอก รพ. ได้ -บทบาทของเภสัชกรในการเข้าไปร่วมในทีม Palliative care ยังมีน้อยและมีบทบาทไม่ชัดเจน	- ส่งเภสัชกรอบรม ๒ weeks/ศึกษาดูงานรพ. อุดรธานี ๑ week อย่างน้อยรพ. ๑ คน/รพ. -กำหนดให้ ๑ รพ.มีเภสัชกร รับผิดชอบงานอย่างน้อยรพ. ๑-๒ คน/รพ.

๓.๒ ยาและอุปกรณ์

ประเด็น	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ยา กลุ่ม Opioid	- ไม่สามารถนำยากลุ่ม Opioid ออกนอก รพ. ได้ - การบริหารจัดการยา เช่น ยาใกล้หมดอายุ, ยาขาดคลัง - กฎระเบียบมีการยืมยา(ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๒) ระหว่างโรงพยาบาล	- ให้มีการกำหนดกรอบยาและหนังสือจากเขตสุขภาพที่ ๘ ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลทุกระดับ - กำหนดกรอบยา - มีเภสัชกรรับผิดชอบชัดเจน - มีแพทย์ที่สั่งยา - มีนโยบายจากเขตสุขภาพในการนำยาออกไปใช้ นอก รพ. - ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดเป็น center มีระบบบริหารจัดการหมุนเวียนยาในจังหวัดภายใต้ระเบียบที่กำหนด - ให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาในการกำหนดหลักเกณฑ์ให้ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบ
เครื่องมือและอุปกรณ์	- Syringe driver/เครื่องผลิต O๒ - สมุดประจำตัวผู้ป่วย - คู่มือแนวทางการดูแล palliative care	ต้องการสนับสนุน

สาขายาเสพติด

๑.สถานการณ์ยาเสพติด

ปัญหาการนำเข้า ยาเสพติดตามแนวชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีสถานการณ์ที่ค่อนข้างรุนแรง ประเภทยาเสพติดที่นำเข้าส่วนใหญ่ คือ ยาบ้า กัญชาแห้ง และยาไอซ์ การค้าและแพร่ระบาด ยังคงเป็นปัญหาในระดับปานกลาง พื้นที่การค้าและการแพร่ระบาดสำคัญ ดังนี้

อุดรธานี	ได้แก่ อ.เมือง, อ.บ้านดุง, อ.บ้านผือ
นครพนม	ได้แก่ อ.เมือง, อ.ท่าอุเทน ,อ.ศรีสงคราม
เลย	ได้แก่ อ.เมือง, อ.วังสะพุง, อ.เชียงคาน
บึงกาฬ	ได้แก่ อ.เมือง ,อ.ปากคาด ,อ.เซกา
หนองคาย	ได้แก่ อ.เมือง ,อ.โพนพิสัย อ.สังคม
สกลนคร	ได้แก่ อ.เมือง ,อ.สว่างแดนดิน ,อ.พังโคน
หนองบัวลำภู	ได้แก่ อ.เมือง, อ.นาแก, อ.ศรีบุญเรือง

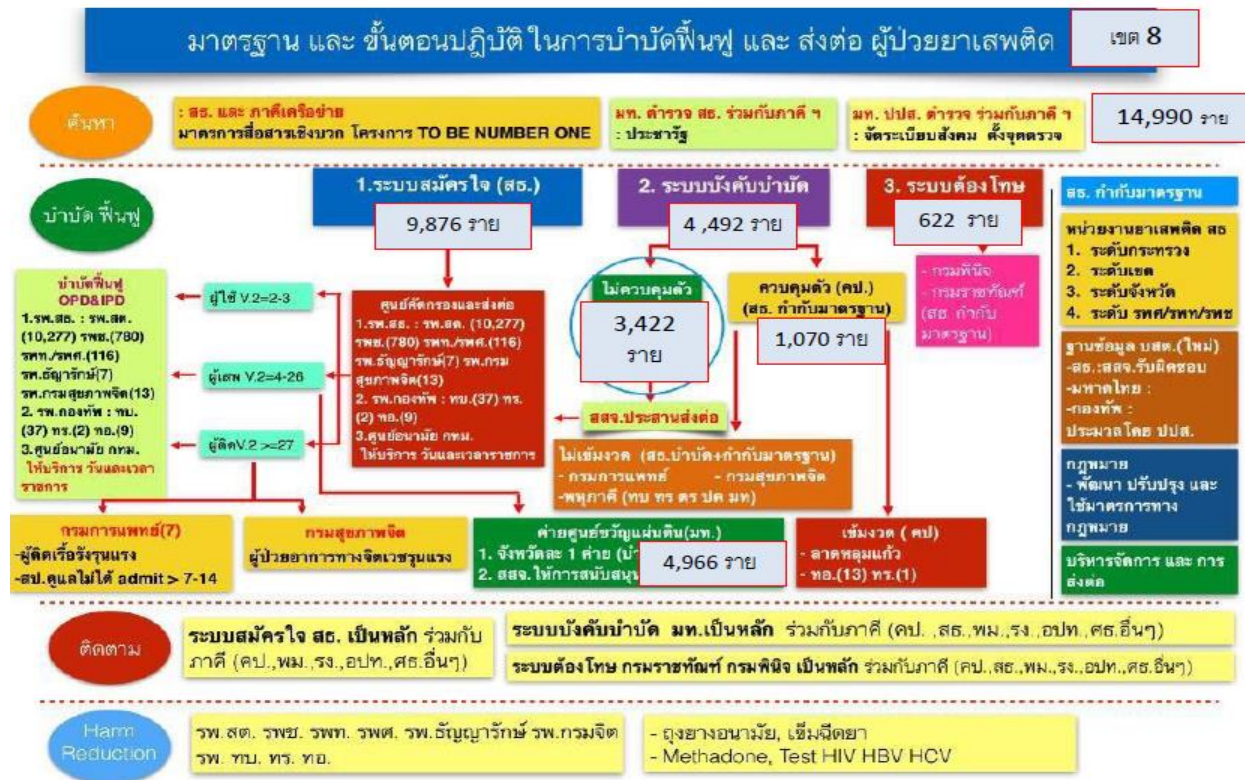
ด้านการบำบัดยาเสพติด จากรายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษา (ระบบ บสต.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีการบำบัดฯ จำนวน ๑๓,๘๑๐ ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย จำนวน ๑๓,๐๓๗ ราย (ร้อยละ ๙๔.๔๐) กลุ่มอายุ ๑๘-๒๔ ปี มากที่สุด จำนวน ๖,๔๓๙ ราย (ร้อยละ ๔๖.๖๓) รองลงมา กลุ่มอายุ ๑๒-๑๗ ปี จำนวน ๒,๓๓๒ ราย (ร้อยละ ๑๖.๘๙) และกลุ่ม อายุ ๒๕-๒๙ ปี จำนวน ๑,๘๒๓ ราย (ร้อยละ ๑๓.๒๐) การประกอบอาชีพ รับจ้าง มากที่สุด จำนวน ๓,๗๒๓ ราย (ร้อยละ ๒๖.๙๖) รองลงมา การเกษตร จำนวน ๓,๑๖๕ ราย (ร้อยละ ๒๒.๙๒) และว่างงาน จำนวน ๒,๗๐๑ ราย (ร้อยละ ๑๙.๕๖) ส่วนผู้ใช้แรงงาน อยู่ในลำดับ ๔ จำนวน ๑,๕๙๑ ราย (ร้อยละ ๑๑.๕๒) และนักเรียน/นักศึกษาอยู่ในลำดับ ๕ จำนวน ๑,๕๕๕ ราย (ร้อยละ ๑๑.๒๖) ประเภทยาเสพติดที่ใช้ มากที่สุด คือ ยาบ้า จำนวน ๑๒,๙๗๓ ราย (ร้อยละ ๙๔.๖๗) รองลงมาคือ กัญชา จำนวน ๖๒๕ ราย (ร้อยละ ๕.๖๒) ลำดับ ๓ คือ ยาไอซ์ จำนวน ๘๒ ราย (ร้อยละ ๐.๕๙) จำแนกเป็นผู้เสพ จำนวน ๑๐,๐๔๐ ราย (ร้อยละ ๕๙.๙๙) รองลงมาเป็นผู้ติดยา จำนวน ๒,๘๐๖ ราย (ร้อยละ ๓๒.๒๖) เป็นผู้ขาย จำนวน ๗๖๖ ราย (ร้อยละ ๔.๒๓) และไม่ระบุ จำนวน ๑๘๘ ราย (ร้อยละ ๑.๓๖)

๒. เป้าหมายดำเนินการ

KPI: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยา ที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย จากการบำบัดรักษา ตามเกณฑ์กำหนด ร้อยละ ๙๒



๓. ขั้นตอนการปฏิบัติในการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อ



๔. ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 Month Remission Rate) เขตสุขภาพที่ 8
(ระบบ บสต. วันที่ 01 ตุลาคม 2559 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2560)

จังหวัด	ระบบสมัครใจ			ระบบบังคับบำบัด			ระบบต้องโทษ			ทุกระบบ		
	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%	ข้อมูลที่ 1	ข้อมูลที่ 2	%
นครพนม	38	40	95.00	157	157	100.00	18	21	85.71	213	217	96.77
บึงกาฬ	58	61	95.08	260	260	100.00	1	1	100.00	319	322	99.07
เลย	84	86	97.67	345	345	100.00	0	0	-	429	431	99.54
สกลนคร	57	58	98.28	127	127	100.00	0	0	-	184	185	99.46
หนองคาย	7	7	100	89	89	100.00	0	0	-	96	96	100
หนองบัวลำภู	16	17	94.12	53	53	100.00	0	0	-	69	70	98.57
อุดรธานี	68	68	100	133	133	100.00	0	0	-	201	201	100
รวม	328	342	95.03	1,164	1,164	100.00	19	22	86.36	1,511	1,522	99.28

อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน (Remission Rate)

- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 Month Remission Rate) ทั้ง 3 ระบบ คือ สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ

สูตร = $\text{ข้อมูลที่ 1} \times 100 / \text{ข้อมูลที่ 2}$

ข้อมูลที่ 1 คือ จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)

ข้อมูลที่ 2 คือ จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามครบ 3 เดือน ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยจำหน่ายเนื่องจาก

การจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองและสถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพยาเสพติด เขตสุขภาพที่ ๘

(๑ ต.ค.๕๙ - ๓๐ ก.ย.๖๐)

ลำดับ	จังหวัด	การจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองที่ รพ.			สถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)		
		เป้าหมาย	จัดตั้งศูนย์คัดกรอง	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผ่าน HA	ร้อยละ
๑	นครพนม	๑๒	๑๒	๑๐๐	๑๒	๑๑	๙๑.๖๗
๒	เลย	๑๔	๑๔	๑๐๐	๑๔	๘	๕๗.๑๔
๓	หนองคาย	๙	๙	๑๐๐	๙	๕	๕๕.๕๖
๔	สกลนคร	๑๘	๑๘	๑๐๐	๑๘	๖	๓๓.๓๓
๕	หนองบัวลำภู	๖	๖	๑๐๐	๖	๖	๑๐๐
๖	อุดรธานี	๒๐	๒๐	๑๐๐	๒๐	๑๘	๙๐.๐๐
๗	บึงกาฬ	๘	๘	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
รวมเขต ๘		๘๗	๘๗	๑๐๐	๘๗	๖๒	๗๑.๒๖

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำแนกตามระบบบำบัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘
(ที่มา : ระบบ บสต.)

จังหวัด	เป้าหมาย รวม	ผลการบำบัด			ผลการดำเนินงาน รวม ๓ ระบบ	ร้อยละ
		ระบบ สมัครใจ	ระบบ บังคับบำบัด	ระบบ ต้องโทษ		
นครพนม	๑,๗๓๙	๑,๑๘๔	๔๕๗	๑๘๙	๑,๘๓๐	๑๐๕.๒๓
บึงกาฬ	๑,๖๙๕	๘๗๐	๕๖๓	๑๖๙	๑,๖๐๒	๙๔.๕๑
เลย	๑,๙๔๓	๑,๐๓๖	๓๓๙	๑๐๑	๑,๔๗๖	๗๕.๙๗
สกลนคร	๒,๒๗๙	๑,๖๙๕	๒๑๕	๒๑๑	๒,๑๒๑	๙๓.๐๗
หนองคาย	๒,๐๗๓	๕๕๔	๗๑๖	๑๓๕	๑,๔๐๕	๖๗.๗๘
หนองบัวลำภู	๗๕๑	๔๗๖	๗๗	๔	๕๕๗	๗๔.๑๗
อุดรธานี	๔,๕๑๐	๔,๓๕๐	๔๔๖	๒๙๓	๕,๐๘๙	๑๑๒.๘๔
รวม	๑๔,๙๙๐	๑๐,๑๖๕	๒,๘๑๓	๑,๐๑๒	๑๔,๐๘๐	๙๓.๙๓

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๐ ก.ย.๖๐) เขตสุขภาพที่ ๘
(ที่มา : ระบบ บสต.)

จังหวัด	การบำบัดยาเสพติด ระบบสมัครใจ								
	เป้าหมาย ทั้งหมด	ผลงาน สมัครใจ	ร้อยละ	สถานบริการสาธารณสุข			ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครพนม	๙๒๕	๑,๑๘๔	๑๒๘	๒๗๕	๔๘๖	๑๗๖.๗๓	๖๕๐	๖๙๘	๑๐๗.๓๘
บึงกาฬ	๙๖๐	๘๗๐	๙๐.๖๓	๔๖๐	๒๗๘	๖๐.๔๓	๕๐๐	๕๙๒	๑๑๘.๔
เลย	๑,๐๒๗	๑,๐๓๖	๑๐๐.๘๘	๖๖๗	๖๕๙	๙๘.๘	๓๖๐	๓๗๗	๑๐๔.๗๒
สกลนคร	๑,๗๓๕	๑,๖๙๕	๙๗.๖๙	๖๐๐	๕๕๕	๙๒.๕	๑,๑๓๕	๑,๑๔๐	๑๐๐.๔๔
หนองคาย	๑,๒๙๕	๕๕๔	๔๒.๗๘	๗๑๕	๗๘	๑๐.๙๑	๕๘๐	๔๗๖	๘๒.๐๗
หนองบัวลำภู	๔๘๕	๔๗๖	๙๘.๑๔	๑๘๕	๑๕๐	๘๑.๐๘	๓๐๐	๓๒๖	๑๐๘.๖๗
อุดรธานี	๓,๔๔๙	๔,๓๕๐	๑๒๖.๑๒	๒,๐๐๘	๒,๘๖๓	๑๔๒.๕๘	๑,๔๔๑	๑,๔๘๗	๑๐๓.๑๙
รวม	๙,๘๗๖	๑๐,๑๖๕	๑๐๒.๙๓	๔,๙๑๐	๕,๐๖๙	๑๐๓.๒๔	๔,๙๖๖	๕,๐๙๖	๑๐๒.๖๒

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด ปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๐ ก.ย.๖๐) เขตสุขภาพที่ ๘
(ที่มา : ระบบ บสต.)

จังหวัด	การบำบัดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด								
	เป้าหมาย ทั้งหมด	ผลงาน บังคับบำบัด	ร้อยละ	ควบคุมตัว			ไม่ควบคุมตัว		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครพนม	๖๖๔	๔๕๗	๖๘.๘๓	๙๓	๑๐๘	๑๑๖.๑๓	๕๗๑	๓๔๙	๖๑.๑๒
บึงกาฬ	๖๓๒	๕๖๓	๘๙.๐๘	๙๔	๒๘	๒๙.๗๙	๕๓๘	๕๓๕	๙๙.๔๔
เลย	๘๑๓	๓๓๙	๔๑.๗	๑๘๑	๔๖	๒๕.๔๑	๖๓๒	๒๙๓	๔๖.๓๖
สกลนคร	๕๔๔	๒๑๕	๓๙.๕๒	๑๖๓	๑๖	๙.๘๒	๓๘๑	๑๙๙	๕๒.๒๓
หนองคาย	๗๗๕	๗๑๖	๙๒.๓๙	๑๘๔	๕๐	๒๗.๑๗	๕๙๑	๖๖๖	๑๑๒.๖๙
หนองบัวลำภู	๒๖๓	๗๗	๒๙.๒๘	๔๖	๒	๔.๓๕	๒๑๗	๗๕	๓๔.๕๖
อุดรธานี	๘๐๑	๔๔๖	๕๕.๖๘	๓๐๙	๒๐๑	๖๕.๐๕	๔๙๒	๒๔๕	๔๙.๘๐
รวม	๔,๔๙๒	๒,๘๑๓	๖๒.๖๒	๑,๐๗๐	๔๕๑	๔๒.๑๕	๓,๔๒๒	๒,๓๖๒	๖๙.๐๒

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ ปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๐ ก.ย.๖๐) เขตสุขภาพที่ ๘
(ที่มา : ระบบ บสต.)

จังหวัด	การบำบัดยาเสพติด ระบบต้องโทษ								
	เป้าหมาย ต้องโทษ	ผลงาน ต้องโทษ	ร้อยละ	สถานพินิจฯ			ราชทัณฑ์		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
นครพนม	๑๕๐	๑๘๙	๑๒๖	๕๐	๘๙	๑๗๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
บึงกาฬ	๑๐๓	๑๖๙	๑๖๔.๐๘	๓	๖๙	๒๓๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
เลย	๑๐๓	๑๐๑	๙๘.๐๖	๓	๐	๐	๑๐๐	๑๐๑	๑๐๑
สกลนคร	๐	๒๑๑	๐	๐	๐	๐	๐	๒๑๑	๐
หนองคาย	๓	๑๓๕	๔๕๐๐	๓	๑๑	๓๖๖.๖๗	๐	๑๒๔	๐
หนองบัวลำภู	๓	๔	๑๓๓.๓๓	๓	๔	๑๓๓.๓๓	๐	๐	๐
อุดรธานี	๒๖๐	๒๙๓	๑๑๒.๖๙	๖๐	๖๐	๑๐๐	๒๐๐	๒๓๓	๑๑๖.๕๐
รวม	๖๒๒		๑๗๗.๑๗	๑๒๒	๒๓๓	๑๙๐.๙๘	๕๐๐	๘๖๙	๑๗๓.๘๐

การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในผู้เข้ารับการคัดเลือกทหารกองเกิน ปี ๒๕๖๐ (เมษายน ๒๕๖๐) เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัด	ผลการตรวจปัสสาวะ (ราย)		
	ตรวจ	ผล +	ร้อยละ
นครพนม	๔,๖๑๘	๒๙๑	๖.๓๐
บึงกาฬ	๓,๖๗๑	๒๕๕	๖.๙๕
เลย	๓,๗๖๐	๔๕๙	๑๒.๒๑
สกลนคร	๖,๙๕๓	๕๘๔	๘.๔๐
หนองคาย	๓,๓๐๔	๒๘๘	๘.๗๒
หนองบัวลำภู	๓,๙๖๐	๕๗๑	๑๔.๔๒
อุดรธานี	๑๐,๐๕๗	๑,๗๒๐	๑๗.๑๐
รวม	๓๖,๓๒๓	๔,๑๖๘	๑๑.๔๗

๕. ผลงาน Best Practice Service (สาขายาเสพติด)

๕.๑ การประยุกต์ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดย นางอรพรรณ จุมจะนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานยาเสพติด คลินิกพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

๕.๒ การศึกษาอัตราการเต้นของชีพจรผู้ใช้สาร Methamphetamine ในคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลเลย

โดย นางสาวสมพร ประเสริฐถาวรศิริ งานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลเลย

๖. ปัญหาอุปสรรค

๖.๑ ระบบข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบสารสนเทศของกรมคุมประพฤติ โปรแกรม บสต. ยังไม่สมบูรณ์

๖.๒ พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดยังไม่ครอบคลุม

๖.๓ การแพร่ระบาด เนื่องจากเป็นพื้นที่นำเข้ายาเสพติด มีจังหวัดที่มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน

๖.๔ งบประมาณและการบริหารจัดการ เพื่อใช้ในการป้องกัน บำบัด ติดตามที่มีประสิทธิภาพ (ปัญหาในการเบิกจ่าย, ไม่มีงบประมาณดำเนินการเชิงรุก และงบประมาณด้านการป้องกัน)

สาขาพัฒนาการเด็ก

๑.สถานการณ์

จากรายงานผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิด - ๕ ปี เขตสุขภาพที่ ๘ ในช่วงสัปดาห์รณรงค์ ๔-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ซึ่งมีเป้าหมายทั้งสิ้น ๒๐,๔๓๙ ราย สามารถติดตามคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งสิ้น ๑๘,๓๘๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙ มีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน ๔,๔๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐ และเด็กกลุ่มนี้ได้รับการติดตามตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๑,๗๔๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๓ ส่วนเด็กที่พัฒนาการสมวัยตั้งแต่ครั้งแรกที่ตรวจคัดกรองและเด็กกลับมาสมวัยหลังได้รับการกระตุ้น มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๕,๖๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๓ และจากข้อมูลภาวะโภชนาการ ของเด็ก ๐-๕ ปี จากโปรแกรมระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๕๙) พบว่าเด็ก ๐-๕ ปี ของเขตสุขภาพที่ ๘ มีรูปร่างสูงดี สมส่วน เพียงร้อยละ ๔๗.๔

ส่วนการดำเนินงานตาม ชุดสิทธิประโยชน์ในรณรงค์ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้ครบ ๖ เดือน และยารักษาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ในเด็ก ๖ เดือน-๕ ปี ยังขาดความต่อเนื่อง เด็กยังมี ปัญหาทุพโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน ซีด) ฟันผุ และพัฒนาการไม่สมวัย พ่อแม่ยังไม่ตระหนัก ขาดความรู้ในการดูแลเด็กและการใช้คู่มือการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ยังไม่ถูกผลักดันหรือขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ทั้งในคลินิก ANC,LR,PP และ WCC เจาหน้าที่ไม่เวลาในการ ทำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ชุมชนครอบครัวยังไม่ไดเขามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ที่ผ่านมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็ก ดำเนินการการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักเกิดมีช่องว่าง ของระบบและกลไกในการดูแลเด็ก ส่งผลให้ประชาชนขาดความตระหนัก ไม่เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ปัญหาพัฒนาการและสุขภาพเด็กที่ส่งผลกระทบต่อระดับความฉลาดทางสติปัญญาเด็กในอนาคต

จากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๙ ของสถาบันราชานุกูล พบว่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ที่ ๙๖.๒๓ โดยจังหวัดเลยที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ๑๐๐.๔๖ สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๘ และเป็นจังหวัดเดียวที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล (ค่ามาตรฐานอยู่ที่ ๑๐๐) ปัจจุบันได้มีการ การบูรณาการร่วมกันของ ๔ กระทรวงได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับ จังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และล่าสุดเมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐ ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) ของทั้ง ๔ กระทรวง อันจะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนในการขับเคลื่อนการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบในทุกจังหวัด

๒.ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๘

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้กำหนดให้งานพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นอีกหนึ่งสาขาในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ ๘ และสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพัฒนาการเด็ก เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) โดยมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นแกนหลัก (Focal point) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาการเด็ก และรับผิดชอบโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยมีวัตถุประสงค์โครงการดังนี้

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาการเด็ก สู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด และเป็นศูนย์กลางการเชื่อมประสานงานระหว่างศูนย์วิชาการในเขตและส่วนการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ หน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) , สมัชชาสุขภาพทั้งระดับจังหวัด/ประเทศ (สช.) , สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) , องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) , ศึกษาธิการจังหวัดและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา(สพป.) และ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น

๒. สร้างระบบการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเขต ด้านส่งเสริม คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยคณะทำงาน สาขากุมารเวชกรรมและสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก

๓. สร้างระบบการส่งต่อ เพื่อกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กภายในเขต ในการดูแลรักษาเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยลา/ล่าช้าให้ได้รับการดูแลจนสิ้นสุดการรักษา

๔. พัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรองประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DIAM) ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ทั้งในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน

๕. จัดระบบการติดตามรายงานผลการดำเนินงานและการเยี่ยมติดตามเสริมพลังและประเมินศักยภาพการส่งเสริม คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการของเจ้าหน้าที่

๓.วิธีการดำเนินโครงการ

๑. จัดทำโครงการและแผนปฏิบัติการเพื่ออนุมัติ

๒. แต่งตั้งคณะทำงาน

๒.๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๘

๒.๒ แต่งตั้งคณะทำงานตรวจเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาการเด็ก

๓. กลวิธีดำเนินการ/กิจกรรมโครงการ

๓.๑ ประชุมคณะทำงาน เพื่อวางแผนการจัดระบบการส่งเสริม คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการ จัดระบบการส่งต่อและระบบการรายงานข้อมูล

๓.๒ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบสอนงาน (Coaching) การประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

๓.๓ ติดตามตรวจเยี่ยมเสริมพลัง และประเมิน และประเมินผลศักยภาพการส่งเสริม คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการ ของเจ้าหน้าที่ ทั้ง ๗ จังหวัดในเขต

ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการ และงบประมาณโครงการ ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ลำดับ	กิจกรรมโครงการ	ผลการดำเนินงาน	ระยะเวลา	งบประมาณ		
				รับจัดสรร	ดำเนินการ	คงเหลือ
๑	ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการจัดระบบการส่งเสริมคัดกรอง กระตุ้น พัฒนาการ จัดระบบการส่งต่อและระบบการรายงานข้อมูล	จัดการประชุมคณะทำงาน ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑ ประชุมทางไกล ครั้งที่ ๒ ประชุม ณ รพศ.อุดรธานี ครั้งที่ ๓ ประชุมทางไกล	๒๖ มี.ค.๖๐ ๓๐ พ.ค.๖๐ ๒๔ ส.ค.๖๐	๑๐๐,๐๐๐	๐	๑๐๐,๐๐๐
๒	จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบสอนงาน (Coaching) การประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	จัดการอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๗ รพศ.อุดรธานี มีผู้ร่วมประชุมจำนวน ๑๘๐ คน วิทยากรโดยกุมารแพทย์ พยาบาลจิตเวชเด็ก หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริม และนักวิชาการคอมพิวเตอร์	๓๐ พ.ค.๖๐	๑๐๐,๐๐๐	๔๒,๒๔๐	๕๗.๗๖๐
๓	ติดตามตรวจเยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผลศักยภาพการส่งเสริม คัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการของเจ้าหน้าที่	ดำเนินการตรวจเยี่ยมดังนี้ ครั้งที่ ๑.จ.บึงกาฬ ครั้งที่ ๒. จ.หนองคาย ครั้งที่ ๓. จ.เลย ครั้งที่ ๔.จ.หนองบัวลำภู ครั้งที่ ๕.จ.นครพนม ครั้งที่ ๖.จ.สกลนคร ครั้งที่ ๗.จ.อุดรธานี	๑๐ ส.ค.๖๐ ๑๑ ส.ค.๖๐ ๑๗ ส.ค.๖๐ ๑๘ ส.ค.๖๐ ๒๓ ส.ค.๖๐ ๒๔ ส.ค.๖๐ ๒๙ ส.ค.๖๐	๕๗.๗๖๐	๕๗,๖๐๐	๑๖๐

ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี ๒๕๖๐	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			ผลงาน ปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๒๕๕๙ – ก.ค.๒๕๖๐)	
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	เป้าหมาย/ผลงาน(ราย)	ร้อยละ
เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	๙๙.๘	๘๘.๓	๘๗.๕	๑๕๑,๒๒๕ / ๑๔๔,๑๗๐	๙๕.๓๓
เด็ก ๐-๕ ปี สูงตีสสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๑	๔๗.๖	๔๖.๔	๔๕.๘	๙๓๔,๖๐๘ / ๔๖๘,๓๒๗	๕๐.๑๑
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ส่วนสูงเฉลี่ยชาย ๑๑๓ ซม	ชาย ๑๐๙.๔๘	๑๐๙.๑๗	๑๐๙.๒๖	ชาย ๑๐๙.๕๙	
	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง ๑๑๒ ซม	หญิง ๑๐๙.๐๒	๑๐๘.๖๔	๑๐๘.๗๔	หญิง ๑๐๙.๐๖	

ข้อมูลร้อยละเด็ก ๐- ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย แยกรายจังหวัด (ตุลาคม ๒๕๕๙- กันยายน ๒๕๖๐)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนเป้าหมาย การคัดกรองตาม เกณฑ์อายุทั้งหมด (คน)	จำนวนเด็กที่ได้รับ การคัดกรองตาม เกณฑ์อายุทั้งหมด (คน)	ร้อยละเด็กที่ ได้รับการคัด กรองตาม เกณฑ์อายุ	จำนวนเด็กที่มี พัฒนาการสมวัย (คน)	ร้อยละของเด็ก ที่มีพัฒนาการ สมวัย
๑	บึงกาฬ	๑๕,๙๒๔	๑๑,๗๖๒	๗๓.๘๖	๑๑,๓๙๙	๙๖.๙๑
๒	หนองบัวลำภู	๑๘,๒๕๒	๑๖,๔๘๙	๙๐.๓๔	๑๕,๓๗๐	๙๓.๒๑
๓	อุดรธานี	๕๕,๘๐๑	๓๖,๒๐๑	๖๔.๘๘	๓๓,๗๑๖	๙๓.๑๔
๔	เลย	๒๒,๒๗๔	๑๘,๙๕๗	๘๕.๑๑	๑๘,๒๔๒	๙๖.๒๓
๕	หนองคาย	๑๖,๔๒๙	๑๒,๘๓๘	๗๘.๑๔	๑๑,๘๙๙	๙๒.๖๙
๖	สกลนคร	๔๑,๒๔๐	๓๔,๗๖๒	๘๔.๒๙	๓๓,๘๐๒	๙๗.๒๔
๗	นครพนม	๒๔,๕๘๐	๒๐,๒๑๖	๘๒.๒๕	๑๙,๗๔๒	๙๗.๖๖
รวมทั้งเขต		๑๙๔,๕๐๐	๑๕๑,๒๒๕	๗๗.๗๕	๑๔๔,๑๗๐	๙๕.๓๓

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากข้อมูล พบว่าความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมายเขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ที่ร้อยละ ๗๗.๗๕ (ค่าเป้าหมาย≥ร้อยละ ๙๐) โดยจังหวัดที่สามารถค้นหากลุ่มเป้าหมายและดำเนินการตรวจคัดกรองผ่านเกณฑ์ ได้มากที่สุด คือ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๙๐.๓๔ เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕.๓๓ ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด (เกณฑ์กระทรวง ≥ ร้อยละ ๘๕)

ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกในเด็กอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ และ ๔๒ เดือน รายจังหวัด (ตุลาคม ๒๕๕๙- กันยายน ๒๕๖๐)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน เป้าหมาย ทั้งหมด (คน)	จำนวนเด็กที่ ได้รับการคัด กรอง (คน)	ร้อยละ เด็กที่ ได้รับการ คัดกรอง (คน)	ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก			
					จำนวนเด็กที่ มีพัฒนาการ สมวัย (คน)	ร้อยละ ของเด็กมี พัฒนา การสมวัย	จำนวนเด็กที่ มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้า (คน)	ร้อยละของ เด็ก พัฒนาการ สงสัยล่าช้า
๑	บึงกาฬ	๑๕,๙๒๔	๑๑,๗๖๒	๗๓.๘๖	๑๑,๑๑๙	๙๔.๕๓	๖๔๓	๕.๔๗
๒	หนองบัวลำภู	๑๘,๒๕๒	๑๖,๔๘๙	๙๐.๓๔	๑๒,๘๕๖	๗๗.๙๗	๓,๖๓๓	๒๒.๐๓
๓	อุดรธานี	๕๕,๘๐๑	๓๖,๒๐๑	๖๔.๘๘	๓๑,๔๘๓	๘๖.๙๗	๔,๗๑๘	๑๓.๐๓
๔	เลย	๒๒,๒๗๔	๑๘,๙๕๗	๘๕.๑๑	๑๗,๖๖๓	๙๓.๑๗	๑,๒๙๔	๖.๘๓
๕	หนองคาย	๑๖,๔๒๙	๑๒,๘๓๘	๗๘.๑๔	๙,๙๐๐	๗๗.๑๑	๒,๙๓๘	๒๒.๘๙
๖	สกลนคร	๔๑,๒๔๐	๓๔,๗๖๒	๘๔.๒๙	๓๒,๐๒๕	๙๒.๑๓	๒,๗๓๗	๗.๘๗
๗	นครพนม	๒๔,๕๘๐	๒๐,๒๑๖	๘๒.๒๕	๑๙,๐๐๖	๙๔.๐๑	๑,๒๑๐	๕.๙๙
รวมทั้งเขต		๑๙๔,๕๐๐	๑๕๑,๒๒๕	๗๗.๗๕	๑๓๔,๐๕๒	๘๘.๖๔	๑๗,๑๗๓	๑๑.๓๖

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางพบว่าผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกในเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนของเขตสุขภาพที่ ๘ มีความครอบคลุมการคัดกรองร้อยละ ๗๗.๗๕ โดยจังหวัดที่สามารถค้นหาเด็กกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ หนองบัวลำภู ร้อยละ ๙๐.๓๔, จังหวัดเลย ร้อยละ ๘๕.๑๑ และจังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๘๔.๒๙ ซึ่งผลจากการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกพบว่าเด็กเป้าหมายมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๘.๖๔ และจังหวัดที่พบเด็กพัฒนาการสมวัยมากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๙๔.๕๓, จังหวัดนครพนม

ร้อยละ ๙๔.๐๑ และจังหวัดเลยร้อยละ ๙๓.๑๗ ส่วนผลการผลค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภาพรวม ร้อยละ ๑๑.๓๖ (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) โดยจังหวัดที่ค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๒๒.๘๙ รองลงมาคือ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๒๒.๐๓ และอันดับ ๓ คือจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๑๓.๐๓

ผลการติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพื่อตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน รายจังหวัด (ตุลาคม ๒๕๕๙- กันยายน ๒๕๖๐)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนเด็กเป้าหมาย	จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองซ้ำ	ร้อยละเด็กที่ได้รับการคัดกรองซ้ำ (คน)	ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน			
					จำนวนเด็กที่กลับมา มีพัฒนาการ สมวัย (คน)	ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการ สมวัย	จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (คน)	ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
๑	บึงกาฬ	๖๒๖	๒๙๐	๔๖.๓๓	๒๘๐	๙๖.๕๕	๑๐	๓.๔๕
๒	หนองบัวลำภู	๓,๖๑๕	๒,๕๓๕	๗๐.๑๒	๒,๕๑๔	๙๙.๑๗	๒๑	๐.๘๓
๓	อุดรธานี	๔,๖๓๙	๒,๒๕๒	๔๘.๕๔	๒,๒๓๓	๙๙.๑๖	๑๙	๐.๘๔
๔	เลย	๑,๒๖๔	๖๐๔	๔๗.๗๘	๕๗๙	๙๕.๘๖	๒๕	๔.๑๔
๕	หนองคาย	๒,๙๑๗	๒,๐๐๗	๖๘.๘๐	๑,๙๙๙	๙๙.๖๐	๘	๐.๔๐
๖	สกลนคร	๒,๖๘๖	๑,๘๒๕	๖๗.๙๔	๑,๗๗๗	๙๗.๓๗	๔๘	๒.๖๓
๗	นครพนม	๑,๑๘๕	๗๓๙	๖๒.๓๖	๗๓๖	๙๙.๕๙	๓	๐.๔๑
รวมทั้งเขต		๑๖,๙๓๒	๑๐,๒๕๒	๖๐.๕๕	๑๐,๑๑๘	๙๘.๖๙	๑๓๔	๑.๓๑

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางพบว่าผลการติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพื่อตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๖๐.๕๕ (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐) และไม่มีจังหวัดใดสามารถติดตามได้มากกว่าร้อยละ ๙๐ โดยจังหวัดที่สามารถติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้มากที่สุดคือ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๗๐.๑๒ รองลงมาคือจังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๖๘.๘๐ และจังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๖๗.๙๔ และในด้านของผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน ในเด็กเป้าหมายหลังได้รับการกระตุ้นพบว่าภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ เด็กเป้าหมายกลับมา มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๘.๖๙ จังหวัดที่มีผลงานสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดหนองคาย ๙๙.๖๐, จังหวัดนครพนม ร้อยละ ๙๙.๕๙ และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๙๙.๑๗ ส่วนเด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้าหลังการกระตุ้นภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๑.๓๑ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๓) และจังหวัดที่พบเด็กพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดเลย ร้อยละ ๔.๑๔ รองลงมาคือจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๓.๔๕ และอันดับที่ ๓ คือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๒.๖๓

ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการช้าภายใน ๓๐ วัน หลังการกระตุ้นที่ยังพบพัฒนาการล่าช้ารายจังหวัด
(ตุลาคม ๒๕๕๙- กันยายน ๒๕๖๐)

ลำดับ	จังหวัด	พัฒนาการล่าช้าหลังได้รับการกระตุ้น ๓๐ วัน แยกเป็นรายด้าน									
		การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ (GM) ล่าช้า		การใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก (FM) ล่าช้า		การเข้าใจภาษา (RL) ล่าช้า		การใช้ภาษา (EL) ล่าช้า		การช่วยเหลือ ตนเองและสังคม (PS) ล่าช้า	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
๑	บึงกาฬ	๔	๔๐.๐๐	๒	๒๐.๐๐	๓	๓๐.๐๐	๓	๓๐.๐๐	๐	๐.๐๐
๒	หนองบัวลำภู	๘	๓๘.๑๐	๑๐	๔๗.๖๒	๘	๓๘.๑๐	๑๕	๗๑.๔๓	๕	๒๓.๘๑
๓	อุดรธานี	๑๑	๕๗.๘๙	๕	๒๖.๓๒	๙	๔๗.๓๗	๑๑	๕๗.๘๙	๗	๓๖.๘๔
๔	เลย	๑๐	๔๐.๐๐	๑๓	๕๒.๐๐	๑๖	๖๔.๐๐	๑๗	๖๘.๐๐	๑๑	๔๔.๐๐
๕	หนองคาย	๐	-	๓	๓๗.๕๐	๓	๓๗.๕๐	๗	๘๗.๕๐	๑	๑๒.๕๐
๖	สกลนคร	๑๒	๒๕.๐๐	๒๐	๔๑.๖๗	๒๓	๔๗.๙๒	๒๗	๕๖.๒๕	๑๓	๒๗.๐๘
๗	นครพนม	๒	๖๖.๖๗	๐	-	๐	๐.๐๐	๑	๓๓.๓๓	๐	๐.๐๐
รวมทั้งเขต		๔๗	๓๕.๐๗	๕๓	๓๙.๕๕	๖๒	๔๖.๒๗	๘๑	๖๐.๔๕	๓๗	๒๗.๖๑

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางแสดงผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการช้าภายใน ๓๐ วัน หลังการกระตุ้นยังพบพัฒนาการล่าช้าแยกเป็นรายด้าน พบว่าในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language หรือ EL) ร้อยละ ๖๐.๔๕ รองลงมาคือด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language หรือ RL) ร้อยละ ๔๖.๒๗ อันดับที่ ๓ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor หรือ FM) ร้อยละ ๓๙.๕๕ อันดับที่ ๔ คือด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor หรือ GM) ร้อยละ ๓๕.๐๗ และด้านที่พบพัฒนาการล่าช้าน้อยที่สุด คือด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social หรือ PS) ร้อยละ ๒๗.๖๑ แยกรายจังหวัด ดังนี้

จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ ๔๐.๐๐ รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา (EL) และด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ ๓๐.๐๐

จังหวัดหนองบัวลำภู ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๗๑.๔๓ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ ๔๗.๖๒ และด้านการเข้าใจภาษา(RL)ร้อยละ ๓๘.๑๐

จังหวัดอุดรธานี ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ ๕๗.๘๙, ด้านการเข้าใจภาษา (EL) ร้อยละ ๕๗.๘๙ และด้านการใช้ภาษา(RL)ร้อยละ ๔๗.๓๗

จังหวัดเลย ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๖๘.๐๐, ด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ ๖๔.๐๐ และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ ๕๒.๐๐

จังหวัดหนองคาย ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๘๗.๕๐, ด้านการเข้าใจภาษา(RL) และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ ๓๗.๕๐

จังหวัดสกลนคร ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ๕๖.๒๕, ด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ ๔๗.๙๒ และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ ๔๑.๖๗

จังหวัดนครพนม ด้านที่เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมดคือการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ ๖๖.๖๗ รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ ๓๓.๓๓

ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๔ ช่วงอายุ สัปดาห์แรกเริ่มรณรงค์ส่งเสริมพัฒนาการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสัปดาห์แรกหลังส่งเสริมพัฒนาการ(๑๗-๒๑ ก.ค.๒๕๖๐)

โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน เป้าหมาย ช่วงรณรงค์ ทั้งหมด (คน)	จำนวน เด็กที่ ได้รับการ คัดกรอง (คน)	ร้อยละ เด็กที่ ได้รับการ คัดกรอง (คน)	ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการ			
					จำนวน เด็กที่มี พัฒนาการ สมวัย (คน)	ร้อยละ ของเด็ก มีพัฒนา การสมวัย	จำนวนเด็ก ที่มี พัฒนาการ สงสัยล่าช้า (คน)	ร้อยละ ของเด็ก พัฒนาการ สงสัย ล่าช้า
๑	บึงกาฬ	๑,๔๙๒	๑,๓๙๔	๙๓.๔๓	๑,๒๑๓	๘๗.๐๒	๑๘๑	๑๒.๙๘
๒	หนองบัวลำภู	๑,๗๕๙	๑,๗๐๙	๙๗.๑๖	๑,๔๒๗	๘๓.๕๐	๒๘๒	๑๖.๕๐
๓	อุดรธานี	๕,๒๑๓	๔,๙๐๑	๙๔.๐๑	๔,๑๖๒	๘๔.๙๒	๗๓๙	๑๕.๐๘
๔	เลย	๒,๒๑๒	๒,๑๖๙	๙๘.๐๖	๑,๖๗๐	๗๖.๙๙	๔๙๙	๒๓.๐๑
๕	หนองคาย	๑,๕๔๒	๑,๔๕๙	๙๔.๖๒	๑,๑๓๘	๗๘.๐๐	๓๒๑	๒๐.๐๐
๖	สกลนคร	๓,๘๗๗	๓,๗๙๐	๙๗.๗๖	๒,๙๕๖	๗๗.๙๙	๘๓๔	๒๒.๐๑
๗	นครพนม	๒,๔๒๙	๒,๒๙๖	๙๔.๕๒	๒,๐๑๓	๘๗.๖๗	๒๘๓	๑๑.๓๓
รวมทั้งเขต		๑๘,๕๒๔	๑๗,๗๑๘	๙๕.๖๕	๑๔,๕๗๙	๘๒.๒๘	๓,๑๓๙	๑๗.๗๒

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางพบว่าผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสัปดาห์แรกหลังส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อสนับสนุนโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ มีความครอบคลุมการคัดกรองร้อยละ ๙๕.๖๕ สูงเป็นอันดับ ๓ ของประเทศ รองจากเขตสุขภาพที่ ๗ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ โดยจังหวัดที่สามารถค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจคัดกรองพัฒนาการ ได้สูงสุด ๓ อันดับแรก คือ จังหวัดเลย ร้อยละ ๙๘.๐๖ รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๙๗.๗๖ และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๙๗.๑๖ ส่วนผลการค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๑๗.๑๕ (ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) โดยจังหวัดที่ค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดเลย ร้อยละ ๒๓.๐๑ รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๒๒.๐๑ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๒๐.๐๐

ข้อมูลร้อยละผลการสำรวจความเสี่ยง Social Risk พัฒนาการเด็กสมวัย (๑๗-๒๑ ก.ค.๒๕๖๐)

จังหวัด	ร้อยละ การสำรวจ ความเสี่ยง กลุ่มเป้าหมาย	ผลการสำรวจความเสี่ยง Social Risk กับพัฒนาการสมวัย					
		อาศัยอยู่ กับพ่อแม่	อาศัยอยู่ กับพ่อ	อาศัยอยู่ กับแม่	อาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า หรือ ตา ยาย	อาศัย อยู่กับญาติ	อาศัย อยู่กับผู้อื่น ที่ไม่ใช่ญาติ
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
บึงกาฬ	๙๘.๔	๘๕.๖๑	๑๐๐	๘๒.๑๔	๗๙.๑๒	๖๖.๗	๐
หนองบัวลำภู	๙๕.๖	๘๒.๙๑	๘๘.๘๙	๘๓.๙๗	๘๑.๐๓	๑๐๐	๑๐๐
อุดรธานี	๙๘.๑	๘๕.๒๒	๗๖.๐๙	๘๔.๗๑	๘๔.๓๓	๖๙.๖	๐
เลย	๙๖.๙	๘๓.๕๙	๗๕	๗๒.๖๗	๗๗.๕๕	๕๐.๐	๑๐๐
หนองคาย	๙๘.๓	๘๐.๘๔	๘๒.๖๑	๗๖.๘๙	๗๑.๐๗	๖๐.๐	๐
สกลนคร	๙๕.๕	๘๑.๗๒	๖๘.๗๕	๘๒.๙๔	๗๘.๗๕	๗๔.๕	๑๐๐
นครพนม	๑๐๐	๘๔.๘๕	๘๑.๔๘	๘๘.๒๔	๘๗.๙๕	๘๘.๙	๑๐๐
รวม	๙๗.๕	๘๓.๗๗	๗๘.๑๘	๘๒.๗๐	๘๐.๙๙	๗๓.๐	๙๐.๐๐

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางพบว่าผลการสำรวจความเสี่ยง Social Risk พัฒนาการเด็กสมวัย ในช่วงสัปดาห์ธันวาคม รวมพลังส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยระหว่างวันที่ ๑๗ – ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อสนับสนุนโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ มีความครอบคลุมการสำรวจความเสี่ยง Social risk ร้อยละ ๙๗.๕ สูงเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ รองจากเขตสุขภาพที่ ๗ โดยจังหวัดที่สามารถดำเนินการสำรวจได้มากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่ จังหวัดนครพนม ซึ่งสามารถดำเนินการสำรวจความเสี่ยงของเด็กเป้าหมายได้ครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รองลงมาคือจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ ๙๘.๔. และอันดับ ๓ คือจังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๙๘.๓ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงในการเลี้ยงดูกับเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยปรากฏว่าเด็กที่เลี้ยงดูอยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติมีสัดส่วนของพัฒนาการสมวัยมากที่สุดคือร้อยละ ๙๐ รองลงมาคือเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ ๘๓.๗๗, อาศัยอยู่กับแม่ ร้อยละ ๘๒.๗๐, อาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า หรือ ตา ยาย ร้อยละ ๘๐.๙๙, อาศัยอยู่กับพ่อ ร้อยละ ๗๘.๑๘ ตามลำดับ และเด็กที่อาศัยอยู่กับญาติมีสัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ ๗๓

ข้อมูลร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี รายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ที่ ซัง หนักวัด ส่วนสูง ทั้งหมด(คน)	จำนวนเด็ก ที่มีรูปร่าง สูงดีสมส่วน (คน)	ร้อยละ	ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (เซนติเมตร)			
					ส่วนสูง เฉลี่ย (ชาย) เซนติเมตร	ผลต่าง จากค่า เป้าหมาย เซนติเมตร	ส่วนสูง เฉลี่ย (หญิง) เซนติเมตร	ผลต่างจาก ค่า เป้าหมาย เซนติเมตร
๑	บึงกาฬ	๖๐,๖๖๕	๒๘,๐๘๑	๔๖.๒๙	๑๐๙.๗๒	< ๓.๒๘	๑๐๙.๒๓	< ๒.๗๗
๒	หนองบัวลำภู	๑๑๓,๒๖๓	๕๙,๔๗๖	๕๒.๕๑	๑๐๙.๓๐	< ๓.๗๐	๑๐๘.๗๐	< ๓.๓๐
๓	อุดรธานี	๒๕๙,๗๒๗	๑๓๔,๔๘๒	๕๑.๗๘	๑๐๙.๘๕	< ๓.๑๕	๑๐๙.๓๖	< ๒.๖๔
๔	เลย	๑๐๔,๘๔๑	๕๑,๕๕๒	๔๙.๑๖	๑๑๐.๒๑	< ๒.๗๙	๑๐๙.๖๙	< ๒.๓๑
๕	หนองคาย	๗๓,๕๖๐	๓๘,๒๑๔	๕๑.๙๕	๑๑๐.๐๐	< ๓.๐๐	๑๐๙.๔๖	< ๒.๕๔
๖	สกลนคร	๑๙๕,๖๔๑	๙๖,๙๐๒	๔๙.๕๓	๑๐๙.๑๔	< ๓.๘๖	๑๐๘.๔๔	< ๓.๕๖
๗	นครพนม	๑๒๖,๙๑๑	๕๙,๖๓๐	๔๖.๙๙	๑๐๙.๒๒	< ๓.๗๘	๑๐๘.๘๔	< ๓.๓๖
	รวม	๙๓๔,๖๐๘	๔๖๘,๓๒๗	๕๐.๑๑	๑๐๙.๕๙	< ๓.๔๑	๑๐๙.๐๖	< ๒.๙๔

ที่มา: รายงานฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๐

จากตารางพบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีรูปร่างสูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๐.๑๑ (เกณฑ์กระทรวงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑) ซึ่งอยู่ในอันดับที่ ๔ จากจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด ๑๒ เขต โดยจังหวัดที่พบว่าเด็ก ๐ – ๕ ปี มีรูปร่างสูงดีสมส่วน ๓ อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ ๕๒.๕๑ รองลงมาคือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ ๕๑.๙๕ และอันดับ ๓ คือจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ ๕๑.๗๘ และเมื่อดูผลของความสูงเฉลี่ยเมื่ออายุ ๕ ปี ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่าความสูงเฉลี่ยเด็กชาย อยู่ที่ ๑๐๙.๕๙ เซนติเมตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวง คือ ๑๑๓ เซนติเมตร อยู่ประมาณ ๓.๔๑ เซนติเมตร ส่วนเด็กหญิง อยู่ที่ ๑๐๙.๐๖ เซนติเมตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวง คือ ๑๑๒ เซนติเมตร อยู่ประมาณ ๒.๙๔ เซนติเมตร ซึ่งจากการศึกษาของหลายประเทศพบว่าเด็กที่มีภาวะขาดอาหาร มีผลทำให้ระดับความสามารถทางสติปัญญา (IQ) ลดลง ซึ่งการแก้ไขปัญหาร่องภาวะเตี้ยในเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ต้องร่วมมือกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมถึงพ่อแม่ผู้ปกครอง และต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถทำให้เด็กปฐมวัยมีรูปร่างสูงดีสมส่วน และมีส่วนสูงเมื่ออายุ ๕ ปี ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้

๔.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)ตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘ (๑ เมษายน ๒๕๕๘ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) ซึ่งเป็นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องเป็นปีที่ ๓

๒. ในปี ๒๕๕๙ รัฐบาลกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐–๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ ซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคน และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐–๒๕๖๔) ได้กำหนดประเด็นในการพัฒนาหลักด้านการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัยมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ โดยพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม จึงได้มีการบูรณาการความร่วมมือ ๔ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ในช่วงวัยปฐมวัย และผลสืบเนื่องจากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) ในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งผลปรากฏว่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ต่ำกว่า ๑๐๐ ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นวาระของจังหวัด

๓. เขตสุขภาพที่ ๘ ได้ให้ความสำคัญเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงได้กำหนดให้พัฒนาการเด็กเป็นอีกสาขาหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ ๘ ทำให้เกิดการประสานงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดประชุม การกำกับติดตามและการสื่อสารต่างๆ ให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๔. ทุกจังหวัดมีกระบวนการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่มุ่งเน้นการดำเนินการตรวจคัดกรอง ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็กให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น

๕. การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล มีการอบรมให้ความรู้และชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม Special PP ที่ชัดเจน ผลการตรวจคัดกรองที่บันทึกจึงแสดงผล HDC ของกระทรวงเพิ่มขึ้น

๖. การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตลอดจนดำเนินการเฝ้าระวัง ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๗. ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากยิ่งขึ้น

๕. ปัญหาอุปสรรค

๑. ผู้รับผิดชอบงานมีแนวทางการดำเนินงานและเข้าใจการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่สามารถดำเนินการที่ครบถ้วนเพื่อให้เกิดคุณภาพเนื่องจากภาระงาน รวมถึงการประชุมและเตรียมการรับการประเมินต่างๆ ของหน่วยบริการ ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งดูแลงานด้านรักษาพยาบาลหรืองานด้านอื่นๆตามกรอบวิชาชีพ โดยเฉพาะสถานบริการที่มีพยาบาลวิชาชีพเพียงคนเดียว หรือบางหน่วยบริการมีการโยกย้าย หรือลาคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานตรวจคัดกรองพัฒนาการและการบันทึกข้อมูล หรือในบางจังหวัดให้เจ้าหน้าที่ตรวจพัฒนาการได้มากกว่า ๑ คน แต่ก็ยังมีปัญหาในหน่วยบริการที่มีเจ้าหน้าที่น้อย

๒. คู่มือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM/DAIM) ไม่เพียงพอ และมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานบ่อยครั้งมีผลต่อการพัฒนาทักษะและการปรับตัวในการดำเนินการของผู้รับผิดชอบงาน

๓. เจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาในการแจ้งผลการตรวจพัฒนาการแก่ผู้ปกครองและการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือส่งต่อในรายที่เด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ซึ่งจะพบปัญหาเรื่องการติดตามตรวจคัดกรองซ้ำภายใน ๓๐ วัน ในเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการตรวจพัฒนาการครั้งแรกค่อนข้างมาก ส่งผลต่อผลงานการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

๔. เครื่องมือตรวจคัดกรองพัฒนาการ ไม่เพียงพอ ซึ่งบางหน่วยบริการไม่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง หรือได้รับการสนับสนุนแต่ชำรุด/สูญหาย ทำให้คุณภาพมาตรฐานในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยลดลง

๕. ด้านข้อมูลในระบบ HDC ของกระทรวง ซึ่งจำนวนเป้าหมายในระบบเป็นเป้าหมายรวมทั้งปี ทำให้ผลงานความครอบคลุมของการดำเนินงานต่ำกว่าความเป็นจริง และการนับเป้าหมายตั้งแต่อายุครบ ๙, ๑๘, ๓๐ หรือ ๔๒ เดือน และนับผลงานในเดือนที่อายุครบ ซึ่งหากเด็กเป้าหมายไม่ได้รับการตรวจเดือนเดียวกัน ผลงานและร้อยละของผลงานก็จะลดลงทันที ซึ่งตามนิยามเด็กที่อายุครบมีห้วงระยะเวลาการตรวจคัดกรองบวกไปอีก ๒๙ วัน ซึ่งหากเด็กเป้าหมายเกิดหลังวันที่ ๓ ของเดือนก็สามารถรับการตรวจคัดกรองในเดือนถัดไปได้ แต่ปรากฏว่าข้อมูลเด็กกลุ่มนี้ถูกส่งไปอยู่ในกลุ่มรอติดตามหรือติดตามไม่ได้แทน

๖. มุม/ห้อง ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ยังไม่มีความเหมาะสม ควรมีการแยกสถานที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการ ออกจากมุม/ห้อง เด็กเล่น นิทาน หรือให้สุขศึกษารายกลุ่ม (โรงเรียนพ่อแม่)

๗. ความชัดเจนค่าเป้าหมายตามนิยามตัวชี้วัดเด็ก ๐ – ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย และในประเด็นสมวัยครั้งแรกที่ตรวจคัดกรอง และสมวัยหลังการกระตุ้นในเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งไม่ได้มีการระบุค่าเป้าหมายในการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้า ซึ่งทำให้ความมุ่งมั่นและตระหนักในการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าของบุคลากรลดลง

๘. การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของมุม และลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท และการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ซึ่งยังไม่ชัดเจนในแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงการสนับสนุนหนังสือนิทาน ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการ วินัย และคุณธรรม ยังไม่เพียงพอกับจำนวนหน่วยบริการและจำนวนผู้มารับบริการ

๖. ข้อเสนอแนะ

๑. เพิ่มจำนวนบุคลากรที่สามารถตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในหน่วยบริการ ซึ่งอาจเป็นบุคลากรสาขาอื่นไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น
๒. บูรณาการการจัดประชุมหรือจัดการประชุมทางไกล และใช้วิธีการสื่อสารหนังสือราชการเมื่อมีข้อมูล/แนวทางการดำเนินงานใหม่/การติดตามงาน และผ่านทางไลน์เมื่อต้องการสื่อสารสองทาง
๓. ควรมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเทคนิคการแจ้งผลการตรวจและการสื่อสารกับผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานรวมทั้งมีคณะทำงานให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในระดับอำเภอและจังหวัด ช่วยในการลงข้อมูลและช่วยเหลือเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและส่งต่ออย่างทันเวลาและเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความมั่นใจ
๔. การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และการสร้างความตระหนักของผู้ปกครองในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการอย่างเป็นระบบ ทั้งในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการติดตามดูแลส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเด็กโดยผู้ปกครอง จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ปกครอง / จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้ทุกสถานบริการ / จัดให้มีจิตอาสาส่งเสริมพัฒนาการอย่างน้อย รพ.สต.ละ ๓ คน เพื่อช่วยแนะนำผู้ปกครอง/สถานบริการและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของงบประมาณกองทุนจัดประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์เด็กในพื้นที่และสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการดูแล ส่งเสริม ติดตาม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยผู้ปกครองและชุมชน/ร่วมประชุมนำเสนอและคัดเลือกผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในจังหวัดประเด็นสำคัญหลักในการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดและนำเสนอในเวทีสมัชชาชาติ

ภาพกิจกรรม







สาขาวิทยาการงาน

๑.สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๘ มีประชากรวัยทำงาน ๓,๘๘๑,๐๗๒ คน เป็นชายจำนวน ๑,๙๑๕,๕๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๕ เป็นหญิงจำนวน ๑,๙๖๕,๕๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๔ โดยมีจังหวัดที่มีประชากรวัยทำงาน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ ในปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ ประชากรชายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการวัดรอบเอวและมีรอบเอวเกิน คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๔ ทั้งประเทศร้อยละ ๙.๖๕ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการวัดรอบเอวและมีรอบเอวเกิน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๐๕ ทั้งประเทศร้อยละ ๓๖.๗๘ ประชากรอายุ ๒๒ – ๒๙ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙๙ ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๘๘.๒๑ ประชากรอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๕๓ ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๓ ประชากรอายุ ๔๕ – ๕๙ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๕๕ ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๗๔.๓๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๘ ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๘ ประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๙ ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๙ จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า เส้นรอบเอวมีขนาดเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๘ มีข้อมูลสูงกว่าระดับประเทศ และประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าระดับประเทศ

กระบวนการดำเนินงานวัยทำงานเขตสุขภาพที่ ๘ มีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่และโครงสร้างการบริหารงานแต่ละจังหวัด จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานวัยทำงานเขตสุขภาพที่ ๘ ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละจังหวัดได้ข้อสรุปดังนี้

จังหวัดเลย เน้นการทำงานในคลินิก DPAC คุณภาพใน รพช. กำหนดเป้าหมายที่ผู้รับบริการสามารถนำเสนอได้ว่า มีผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ร้าย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ก็ร้าย โดยเชื่อมโยงกับการลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ บางแห่งสามารถบูรณาการประสานงานกับ อปท.เพื่อขอใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพมาใช้ดำเนินการ และนำหลัก Health Literacy ปรับใช้กับชุมชน ส่วนหน่วยงานราชการใช้กระบวนการองค์กรไ้พุงมาดำเนินการ เพื่อตอบสนองตัวชี้วัด โดยมีผู้รับผิดชอบงานเป็นกลุ่มเดียวกัน บูรณาการทำงาน NCD วัยทำงาน ร่วมกัน

จังหวัดนครพนม มีการดำเนินการจัดตั้งชมรมกิจกรรมทางกายในชุมชน การค้นหาบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพใน รพ.สต. และสร้างกระแสการรักสุขภาพในชุมชน ส่วนระดับจังหวัด มีการสร้างและจัดตั้งชมรมกิจกรรมทางกายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และสร้างกระแสแก่บุคลากรและบุคคลภายนอกด้วยการปั่นจักรยานทุกวันทุกอำเภอ มีการจับคู่เจ้าหน้าที่ที่มีรอบเอวและ BMI เกินเพื่อออกกำลังกาย พร้อมทั้งจัดนักโภชนาการและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา เข้ามาดูแล ในการดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย พร้อมทั้งจัด exercise break ภายใน สสจ. ทุกวันทำงาน เวลา ๑๐.๓๐ น. และเวลา ๑๔.๓๐ น. พร้อมทั้งมีการกำหนดตัว Health Leader ของแต่ละกลุ่มงานและประกวดบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพภายใน

จังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินการเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการ DPAC มีการออกประเมินคลินิก DPAC คุณภาพ โดยการออกสุ่มประเมินร้อยละ ๓๐ มีการจัดตั้งชมรมกิจกรรมทางกาย ซึ่งกำหนดให้มีทุกหมู่บ้านในปี ๒๕๖๑ พร้อมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อนำเข้ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิก DPAC ใน รพ.สต. ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยและกลุ่มปกติ แนะนำให้เข้าร่วมชมรมกิจกรรมทางกายในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วย NCD รายใหม่ โดยมีการบูรณาการทำงานวัยทำงาน

ร่วมกับงาน NCD งานสุขศึกษา โดยมีการวัด Health Literacy ในตำบลจัดการสุขภาพ และเก็บข้อมูล ประเมินผลข้อมูล และดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้หลัก กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ในการดูแลสุขภาพวัยทำงาน เนื่องจาก มีข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคอ้วนสูงในพื้นที่ โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดประชาชนอายุ ๑๘ – ๑๙ ปี ป่วยด้วย โรคอ้วนสูงไม่เกินร้อยละ ๖๐ จากการรายงานข้อมูลด้วยการคีย์ข้อมูลคิดเป็นร้อยละ ๕๙ ในกระบวนการ ดำเนินการวัยทำงาน มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการ DPAC เน้นการดูแลไปที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติได้รับการดูแลน้อยและขาดการบูรณาการทำงาน

จังหวัดบึงกาฬ นำนโยบาย Health Leader ของกรมอนามัยไปปรับใช้ โดยกำหนดพื้นที่ ตำบล ศรีวิไล อำเภอศรีวิไล ซึ่งมีต้นทุนทางสังคมเป็นตำบลนำร่อง โดยการใช้สื่อแต่งเพลงและท่าออกกำลังกาย นำไป ขยายการดำเนินการและบูรณาการร่วมกับนายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อปท. มีกิจกรรมออกกำลังกายด้วยเพลงและท่าออกกำลังกายเดียวกันในทุกหมู่บ้าน มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพระดับ จังหวัด สสจ. มีการสร้างกระแสการออกกำลังกายสร้างสุขภาพโดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬเป็น บุคคลต้นแบบ ซึ่งภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬมีการจัดทำมุมหนังสือสุขภาพดี มีการจัดตั้งชมรม สร้างสุขภาพคุณภาพ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในพื้นที่ รวมถึงมีการบูรณาการทำงานร่วมกับงานสุขศึกษาและ งาน NCD ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาให้เกิดบุคคลต้นแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพด้วยหลัก ๓อ. ๒ส. ๑ฟ. ๑น. เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่

จังหวัดหนองคาย มีการบูรณาการทำงานร่วมกับงานสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพ งาน NCD โดยมีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย DPAC ในกลุ่มประชาชนวัยทำงานในชุมชนใช้หลัก ๔ พฤติกรรมที่พึง ประสงค์ และกำหนดพื้นที่ตำบลนำร่อง Health Leader ได้แก่ตำบลนาหมื่น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ กลุ่มหน่วยงานราชการใช้กระบวนการองค์กรไร้พุง ซึ่งมีกิจกรรมการออกกำลังกายภายในองค์กร และ กำหนดรอบแวนเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินการปฏิบัติราชการ

การดำเนินงานวัยทำงานเขตสุขภาพที่ ๘ กลุ่มวัยทำงานทั่วไป มีการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก ๓อ. ๒ส. ๑ฟ. ๑น./๔ พฤติกรรมที่พึง ประสงค์/ ตามกระบวนการ DPCA ส่วนกลุ่มปกติ มีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้อง การการเกิดผู้ป่วย NCD รายใหม่ ซึ่งขาดการบูรณาการดำเนินงานระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพ งาน NCD งาน สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ จากโครงการการบริหารงานแบบแยกส่วน ส่วนการสร้างกระแส การดูแลประชาชนวัย ทำงานในส่วนภาคราชการ เน้นไปที่การดำเนินการองค์กรไร้พุง ที่มีการจัดกิจกรรมที่เอื้อและส่งเสริมให้ บุคคลากรมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการทำงาน

การดำเนินงานโดยฝ่ายเลขา มีการดำเนินการจัดประชุมกำหนดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การขับเคลื่อนและบูรณาการ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ Service plan สาขาวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ ๘ ใน วันพฤหัสบดีที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. ห้องประชุมลาวเสียงเทียน โรงแรมเจริญโฮเต็ล อำเภอเมือง จังหวัด อุดรธานี ที่ผ่านมานั้น โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาท) โดยใช้งบประมาณไปเป็นจำนวนเงิน ๖,๗๕๐ บาท (หกพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาท)

๒.แผนและแนวทางการดำเนินงานวัยทำงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เป้าหมาย	แผนงานโครงการ กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	หมายเหตุ
ระดับชุมชน	Health Leader อำเภอละ ๑ ตำบล -๑ อำเภอระดับจังหวัด กรอบกิจกรรม กิน ภัย นอน ฟัน บูรณาการร่วมกับงานสุขศึกษา ตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health Literacy - DPAC มุมให้คำปรึกษา/ระบบการส่งต่อ รพ.	ตำบลต้นแบบ นาร่อง อำเภอนาร่อง	ศูนย์อนามัย อบรม ให้ระดับจังหวัด ใช้แบบปกติ (ฝ่ายเลขา เสนอ โครงการของบฯ สปสข.)
ระดับสถาน ประกอบการ	-Healthy Work Place บูรณาการร่วมกับงาน อนามัยส่ง แวดล้อม (โรงงาน มี รพ.ดูแล ขอผลการวิเคราะห์สุขภาพ จาก รพ.) -คัดเลือกสถานประกอบการร่วม Health Leader จังหวัดละ ๑ แห่ง (ศูนย์อนามัย อบรมให้ระดับจังหวัด จังหวัด ขยายเครือข่ายต่อ)	แรงงานในสถาน ประกอบการ	บูรณาการถ่ายทอด นโยบาย ๔ พฤติกรรมสุขภาพ กับงาน อนามัย สิ่งแวดล้อม
ระดับ หน่วยงาน ราชการ	สสจ./ สสอ./รพท./รพช./รพ.สต. ชมรมกิจกรรมทางกายสุขภาพดี ซีวีเอสไอ องค์กรไร้พุง - เปิดเพลงยืดเหยียด วันละ ๒ เวลา - ออกกำลังกายหลังเลิกงาน - Healthy Brake	บุคลากร	ตย.นครพนม สร้างเครือข่าย สร้าง สุขภาพดี ซีวีเอสไอ เน้น ๔ พฤติกรรม (งบ สปสข.) (ใน รพ.เพิ่ม กระบวนการใน HA)

๓.ข้อมูลร้อยละประชากรวัยทำงานที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัด	รวมทั้งปีงบประมาณ			ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
บึงกาฬ	116,702	62,655	53.69	31,174	16,822	53.96	77,431	40,990	52.94	6,991	4,503	64.41	1,106	340	30.74
หนองบัวลำภู	245,611	145,574	59.27	160,298	85,721	53.48	58,532	39,789	67.98	23,673	17,766	75.05	3,108	2,298	73.94
อุดรธานี	497,298	240,421	48.35	437,007	212,708	48.67	47,327	23,601	49.87	7,174	2,245	31.29	5,790	1,867	32.25
เลย	180,688	85,382	47.25	48,830	22,628	46.34	130,773	62,344	47.67	564	200	35.46	521	210	40.31
หนองคาย	166,035	90,779	54.67	90,081	46,615	51.75	68,836	39,215	56.97	3,106	1,936	62.33	4,012	3,013	75.1
สกลนคร	357,001	172,233	48.24	334,195	162,313	48.57	15,417	6,990	45.34	3,599	1,309	36.37	3,790	1,621	42.77
นครพนม	202,262	99,564	49.23	117,966	57,204	48.49	81,391	41,034	50.42	1,289	499	38.71	1,616	827	51.18
รวม	1,765,597	896,608	50.78	1,219,551	604,011	49.53	479,707	253,963	52.94	46,396	28,458	61.34	19,943	10,176	51.03

หมายเหตุ :: ประเมินจากแฟ้ม NCDSCREEN วันที่ประมวลผล: ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

- คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน ๑ ครั้งต่อไตรมาส จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของไตรมาส
- ๑ คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ในหลายไตรมาสจะนับให้ทุกไตรมาสๆมาสละ ๑ ครั้งสรุปตัดความซ้ำซ้อนด้วย HOSPCODE,PID, ไตรมาส ค่าน้ำหนักต้องอยู่ในช่วง ๑๐ ถึง ๓๐๐ กก. ค่าส่วนสูงต้องอยู่ในช่วง ๓๐ ถึง ๒๕๐ ซม. สัญชาติ ไทย
- ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) อยู่ในช่วง ๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม.

ข้อมูลร้อยละประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เขตสุขภาพที่ ๘

จังหวัด	B	A	ร้อยละ
บึงกาฬ	49,853	27,271	54.7
หนองบัวลำภู	85,163	52,805	62
อุดรธานี	205,786	107,576	52.28
เลย	71,814	35,093	48.87
หนองคาย	64,548	37,373	57.9
สกลนคร	148,472	76,675	51.64
นครพนม	87,404	45,857	52.47
รวม	713,040	382,650	53.66

หมายเหตุ ::

จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ ปี - ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด ประมวลผลจากแฟ้ม NCDScreen ซึ่งตามนโยบายของแฟ้มแล้ว จะเก็บข้อมูลคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิต ที่มาคัดกรอง โดยอายุที่ ๓๕ ปีขึ้นไป ดังนั้นจะขาดข้อมูลในส่วนประชากรอายุ ๓๐-๓๔ ปี แต่ก็มี บางจังหวัดที่ยังคัดกรองประชากรที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปด้วยเช่นกัน

*** คำนวนอายุ ณ วันที่มารับบริการ ***

ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง ๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม.
วันที่ประมวลผล :: ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

สาขา Long Term Care และผู้สูงอายุ

๑. สถานการณ์

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยหลายคนรอดชีวิตแต่อาจต้องอยู่กับความพิการหรือทุพพลภาพ สถิติในปี ๒๕๕๓ พบว่าประชากรไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ ๑๑.๗ และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๓ ประชากรไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ ๑๖.๘ โดยส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงและมีความอ่อนแอตามสภาพจากอายุที่มากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านสุขภาพ

การสำรวจข้อมูลประชากรในปี ๒๕๕๙ พบว่าในเขตสุขภาพที่ ๘ รวม ๗ จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม หนองคาย บึงกาฬ เลย และหนองบัวลำภู มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ๖๖๘,๕๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๑๑ มีผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจำนวน ๓๗,๕๖๒ คน และเป็นผู้พิการเตียงประเภทที่ ๓ จำนวน ๓,๑๙๒ คน ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ต้องการผู้ดูแล (Care Giver) เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการติดตามการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ส่งเสริมการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ทั้ง ๕ กลยุทธ์ ที่กำหนดขึ้นคือ ๑) การพัฒนาศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care: COC) ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ๒) เพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรม ๓) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Care giver) / ภาควิชาอายุรศาสตร์ ๕) สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในเขตสุขภาพที่ ๘ ยังคงเป็นกลุ่มผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ (ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, ผู้ป่วยติดเตียงอื่นๆ) และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative Care) ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ การดำเนินงานของศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพในระบบบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) บางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ การสำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ และยังขาดสถานที่ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมข้อมูล Long Term Care ยังไม่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ขาดข้อมูลที่จำเป็น และยังมี ปัญหาความไม่เพียงพอด้านบุคลากร Care Manager ต่อความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ประจำชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ ผลการจัดอบรม Care Manager / Care Giver

การจัดอบรมกำลังเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการในระบบบริการการดูแลระยะยาวโดยการวางแผน กำหนดให้มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม Care manager ประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่องและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทุกแห่ง กำหนดให้มี Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวประจำชุมชน ในตำบลนำร่อง โดยกำหนดให้มี Care giver ๑ คน ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ๗-๑๐ คน

ผลการวางแผนกำลังยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมตามแผนที่กำหนดไว้ ข้อมูลจำนวน Care manager ในเขตสุขภาพที่ ๘ รวมทั้งหมด ๖๐๑ คน มี Care manager ที่ปฏิบัติหน้าที่ ๕๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๗ แต่ยังมีหน่วยบริการที่ไม่มี Care manager ถึง ๒๙๙ หน่วย ดังแสดงรายละเอียดแต่ละจังหวัดในตาราง

จังหวัด	ข้อมูล Care Manager เขตสุขภาพที่ ๘		
	จำนวน Care Manager	Care Manager ที่ปฏิบัติหน้าที่	หน่วยบริการที่ไม่มี Care Manager
อุดรธานี	๑๓๔	๑๑๙	๕๘
สกลนคร	๑๑๘	๑๑๘	๕๐
นครพนม	๑๓๑	๑๒๘	๕๗
หนองคาย	๖๕	๖๕	๒๙
หนองบัวลำภู	๔๑	๓๗	๕๘
บึงกาฬ	๔๒	๔๒	๑๙
เลย	๗๐	๖๓	๒๘
รวมเขต ๘	๖๐๑	๕๗๒	๒๙๙

จำนวน Care giver ประจำชุมชนในตำบลนำร่องทั้งหมด ๓๒๓ แห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘ มีจำนวนทั้งสิ้น ๔,๖๓๒ คน คิดเป็น Care giver ๑ คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงประมาณ ๑๔ คน (เกณฑ์ ๑: ๗-๑๐ คน) ซึ่งจำนวน Care giver ยังไม่เพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง

จังหวัด	ข้อมูล Care giver ในเขตสุขภาพที่ ๘	
	ตำบลนำร่อง LTC	จำนวน Care Giver
อุดรธานี	๑๑๙	๑,๓๒๐
สกลนคร	๒๒	๘๖๕
นครพนม	๕๗	๙๔๕
หนองคาย	๙	๔๗๙
หนองบัวลำภู	๙	๑๗๓
บึงกาฬ	๕๓	๓๕๗
เลย	๕๔	๔๙๓
รวมเขต ๘	๓๒๓	๔,๖๓๒

๒.๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรคที่ได้รับการเยี่ยม

จังหวัด	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ได้รับการเยี่ยม			ผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ได้รับการเยี่ยม		
	รับส่งต่อทั้งหมด	ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ	รับส่งต่อทั้งหมด	ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ
นครพนม	๔๔๓	๓๖๘	๘๓.๐๗	๑๙๐	๑๖๕	๘๖.๘๔
เลย	๑,๗๘๔	๑,๕๖๖	๘๗.๗๘	๕๒๘	๔๗๖	๙๐.๑๕
หนองบัวลำภู	๓๑๑	๓๐๑	๙๖.๗๘	๑๘๗	๑๘๒	๙๗.๓๓
อุดรธานี	๒,๘๖๕	๒,๗๗๕	๙๖.๘๖	๙๓๑	๙๑๙	๙๘.๗๑
หนองคาย	๒๙๘	๒๕๕	๘๕.๕๗	๑๓๒	๑๑๕	๘๗.๑๒
สกลนคร	๑,๗๔๙	๑,๕๓๓	๘๗.๖๕	๔๘๑	๔๒๗	๘๘.๗๗
บึงกาฬ	๕๖๔	๔๖๕	๘๒.๔๕	๑๙๐	๑๗๒	๙๐.๕๓
รวมเขตสุขภาพที่ ๘	๘,๐๑๔	๗,๒๖๓	๙๐.๖๒	๒,๖๓๙	๒,๔๕๖	๙๓.๐๖

ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๔ และผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๔ ทุกกลุ่มโรคที่ได้รับการเยี่ยม

จังหวัด	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๔ ทุกกลุ่มโรค ได้รับการเยี่ยม			ผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๔ ทุกกลุ่มโรค ได้รับการเยี่ยม		
	รับส่งต่อทั้งหมด	ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ	รับส่งต่อทั้งหมด	ได้รับการเยี่ยม	ร้อยละ
นครพนม	๔๔๙	๓๖๖	๘๑.๕๑	๒๐๕	๑๗๘	๘๖.๘๓
เลย	๕๓๕	๔๕๔	๘๔.๘๖	๓๕๐	๓๐๑	๘๖
หนองบัวลำภู	๔๒๐	๔๐๘	๙๗.๑๔	๒๖๙	๒๖๑	๙๗.๐๓
อุดรธานี	๑,๒๔๖	๑,๒๑๗	๙๗.๖๗	๕๑๗	๕๐๙	๙๘.๔๕
หนองคาย	๑๐๒	๗๕	๗๓.๕๓	๓๑	๒๕	๘๐.๖๕
สกลนคร	๙๔๑	๘๘๓	๙๓.๘๔	๓๖๓	๓๓๔	๙๒.๐๑
บึงกาฬ	๒๒๖	๒๐๓	๘๙.๘๒	๑๓๔	๑๑๔	๘๕.๐๗
รวมเขตสุขภาพที่ ๘	๓,๙๑๙	๓,๖๐๖	๙๒.๐๑	๑,๘๖๙	๑,๗๒๒	๙๒.๑๓

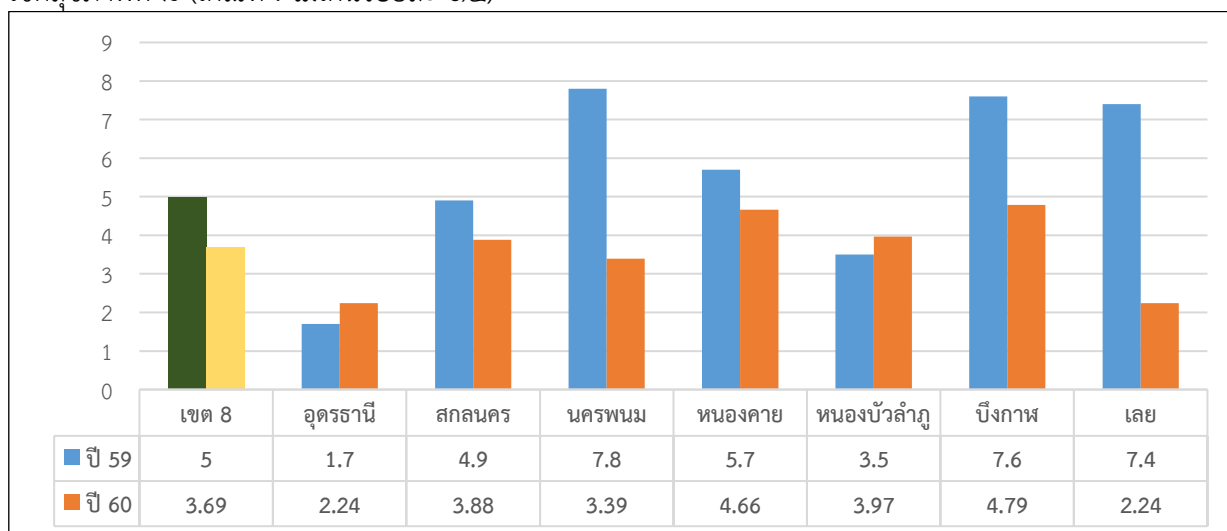
จากข้อมูล ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๔ ทุกกลุ่มโรค เขตสุขภาพที่ ๘ ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๙๐.๖๒ และ ๙๒.๐๑ ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) ส่วนผลงานร้อยละผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๓ และผู้สูงอายุเตียงประเภทที่ ๔ ทุกกลุ่มโรคได้รับการเยี่ยม ร้อยละ ๙๓.๐๖ และ ๙๒.๑๓ ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕)

ร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามการประเมิน ADL ปี ๒๕๖๐

จังหวัด	ผู้สูงอายุ ทั้งหมด	ประเมิน ADL		ติดสังคม (ADL๑๒-๒๐)		ติดบ้าน (ADL๕-๑๑)		ติดเตียง (ADL๐-๔)	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุดรธานี	๑๘๒,๕๒๒	๑๗๗,๗๑๙	๙๗.๓๗	๑๗๓,๗๔๑	๙๗.๗๖	๓,๑๔๔	๑.๗๗	๘๓๔	๐.๔๗
สกลนคร	๑๔๐,๒๒๓	๙๑,๘๓๙	๖๕.๕๙	๘๘,๒๘๓	๙๖.๑๓	๑,๖๓๑	๑.๗๘	๑,๙๒๕	๒.๑๐
นครพนม	๘๔,๖๖๓	๖๗,๗๔๗	๘๐.๐๑	๖๕,๓๕๙	๙๖.๔๘	๒,๐๖๗	๓.๐๕	๓๒๓	๐.๓๘
หนองคาย	๖๑,๖๗๔	๕๖,๙๓๑	๙๒.๓๑	๕๔,๒๗๘	๙๕.๓๔	๒,๓๘๔	๔.๑๙	๒๖๙	๐.๔๗
หนองบัวลำภู	๖๐,๕๓๘	๕๔,๐๑๕	๘๙.๒๒	๕๑,๘๗๑	๘๖.๐๓	๑,๙๐๘	๓.๕๓	๒๓๖	๐.๔๔
บึงกาฬ	๔๗,๑๖๙	๔๐,๕๐๑	๘๕.๘๖	๓๘,๕๖๔	๙๕.๒๒	๑,๖๕๑	๔.๐๘	๒๘๖	๐.๗๑
เลย	๙๑,๗๖๑	๗๙,๘๓๗	๘๗.๐๑	๗๗,๔๘๖	๙๗.๐๕	๒,๐๑๓	๒.๕๒	๓๓๘	๐.๔๒
รวม เขต ๘	๖๖๘,๕๕๐	๕๖๘,๕๘๙	๘๕.๓๒	๕๔๙,๕๘๒	๙๖.๒๙	๒,๑๑๔	๒.๙๘	๔,๒๑๑	๐.๗๑

หมายเหตุ: การคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์ คือ คัดกรอง ๓ ด้าน ได้แก่ ๑. ADL. ๒. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ๓. Geriatric syndrome

ร้อยละผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จำแนกรายจังหวัด
เขตสุขภาพที่ ๘ (เกณฑ์ : ไม่เกินร้อยละ ๑๕)



จากข้อมูลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๖๖๘,๕๕๐ คน ได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ ๘๕.๓๒ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) จังหวัดที่ทำผลงานได้น้อยที่สุด คือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ ๖๕.๕๙ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคมสูงถึงร้อยละ ๙๖.๒๙ ติดบ้านและติดเตียง ร้อยละ ๒.๙๘ และ ๐.๗๑ ตามลำดับ (เกณฑ์ติดบ้านติดเตียงร้อยละ ๑๕) มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือลดลง ร้อยละ ๓.๖๙ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๑๕)

๓. Best Practice (รางวัลระดับเขต)

๑. เรื่อง การประยุกต์ใช้การร่ำรวยโบราณมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มเนื้อ จังหวัด สกลนคร
๒. เรื่อง ระบบการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม
๓. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลพระบาทนา สิงห์ จังหวัดหนองคาย
๔. เรื่อง ผู้เฒ่าเบ่งแ่งเจ้าของ จังหวัดอุดรธานี



๔. นวัตกรรม (รางวัลระดับเขต)

เตียงฟาวเลอร์มีราวแขวนรอกออกก้ำกั๊ว สำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ



๕. รางวัลระดับเขต/ภาค/ประเทศ

๑. รางวัลสาขาผู้สูงอายุ ได้รับจากเวทีระดับประเทศ

ชื่อรางวัล ชนะเลิศตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) จังหวัดสกลนคร มอบรางวัลโดยกรมอนามัย

๒. รางวัลสาขาผู้สูงอายุ ได้รับจากเวทีระดับประเทศ

ชื่อรางวัล รองชนะเลิศผู้สูงอายุหญิงสุขภาพดี จังหวัดอุดรธานี มอบรางวัลโดยกรมอนามัย

๓. รางวัลสาขาผู้สูงอายุ ได้รับจากเวทีระดับประเทศ

ชื่อรางวัล รองชนะเลิศอันดับ ๑ ประกวดผลงานวิชาการ ประเภทรำเสนอด้วยวาจา เรื่อง ผลของกิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม มอบรางวัลโดย สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย วันที่ ๒๕-๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

สาขาโรคไข้เลือดออก

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหา

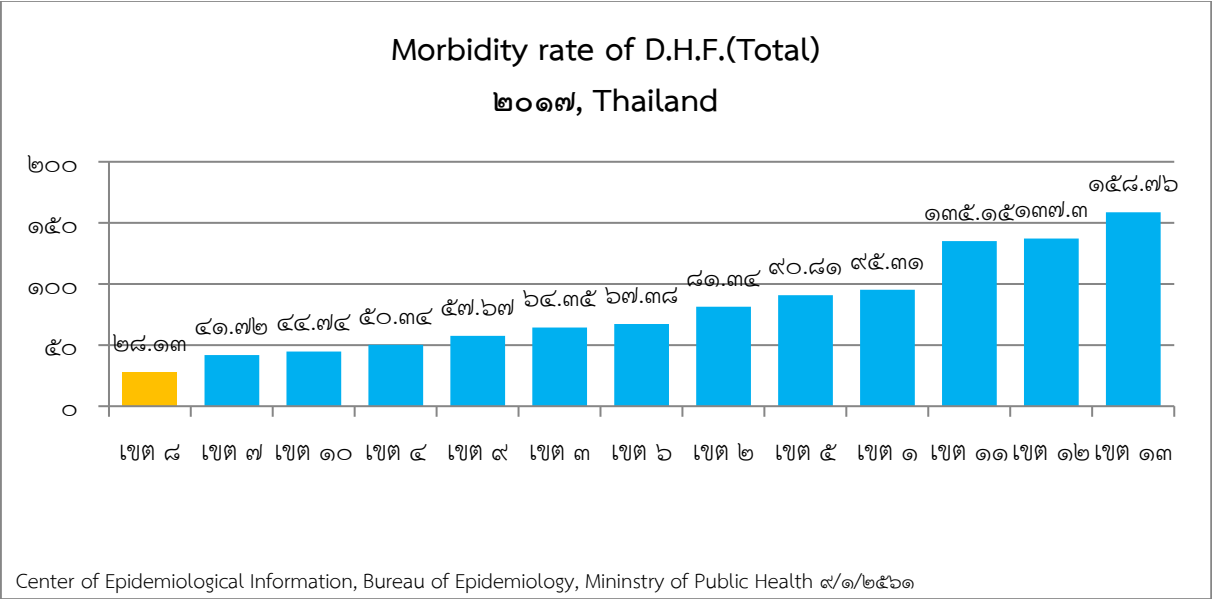
โรคไข้เลือดออกมีการรายงานการระบาดในประเทศไทย มานานกว่า ๕๐ ปี โดยเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี ๒๕๐๑ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจพบในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมาก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ ทุกจังหวัด และอำเภอ โดยในปี ๒๕๕๙ (มกราคม - กันยายน ๒๕๕๙) เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำสุดของประเทศและระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ๖๒.๑๗ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (ระดับประเทศ ๑๖๕.๗ ระดับภาค ๑๓๖.๕) แต่ยังคงพบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง คือ จังหวัดเลย, หนองคาย, นครพนม โดยมีอัตราป่วย ๑๓๗.๒๗, ๙๖.๒๘ และ ๙๕.๐๕ ตามลำดับ

เขตสุขภาพที่ ๘ จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไข้เลือดออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ ๑๖ จากค่ามัธยฐาน ๕ ปี อัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ ๐.๑๑ และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกจังหวัดจึงกำหนดแนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน ๔ ประเด็นหลัก คือการเตรียมความพร้อมในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้เลือดออก การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค ประสิทธิภาพของการควบคุมและสอบสวนโรคของจังหวัดตามโปรแกรม R๘-๕๐๖ และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยมีกระบวนการทำงานตามแนวทางของเขตสุขภาพที่ ๘ ได้กำหนด ได้แก่ การวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์ การจัดกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ การควบคุมลูกน้ำยุงลาย การสอบสวนและควบคุมโรค การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานแต่ละระดับ การพัฒนาฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม รง.๕๐๖ (R๕๐๖ Dashboard) การเตรียมความพร้อมของวัสดุและเคมีภัณฑ์ การสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน ประชาชนในพื้นที่

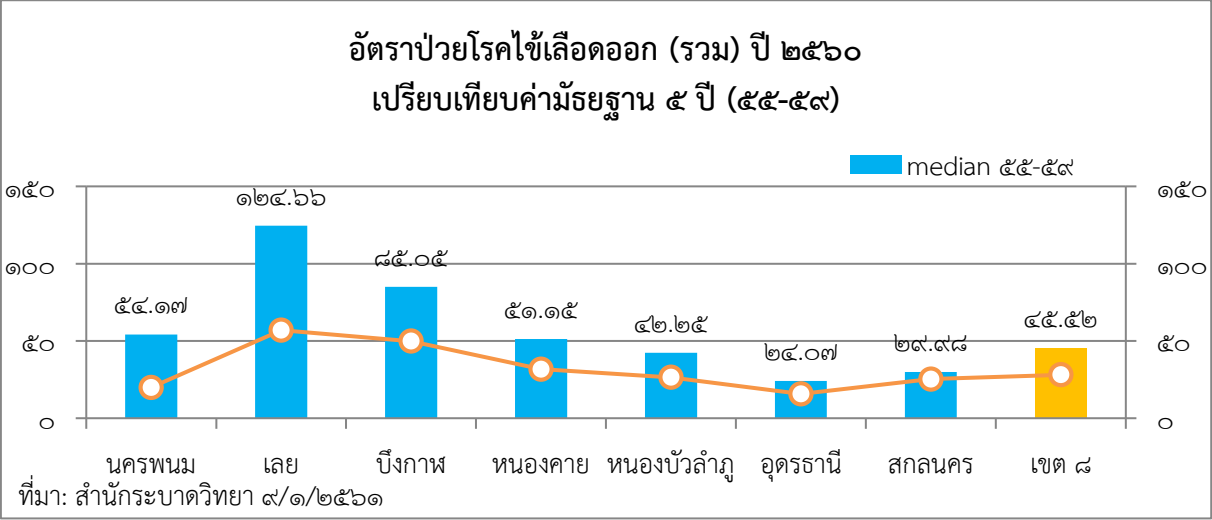
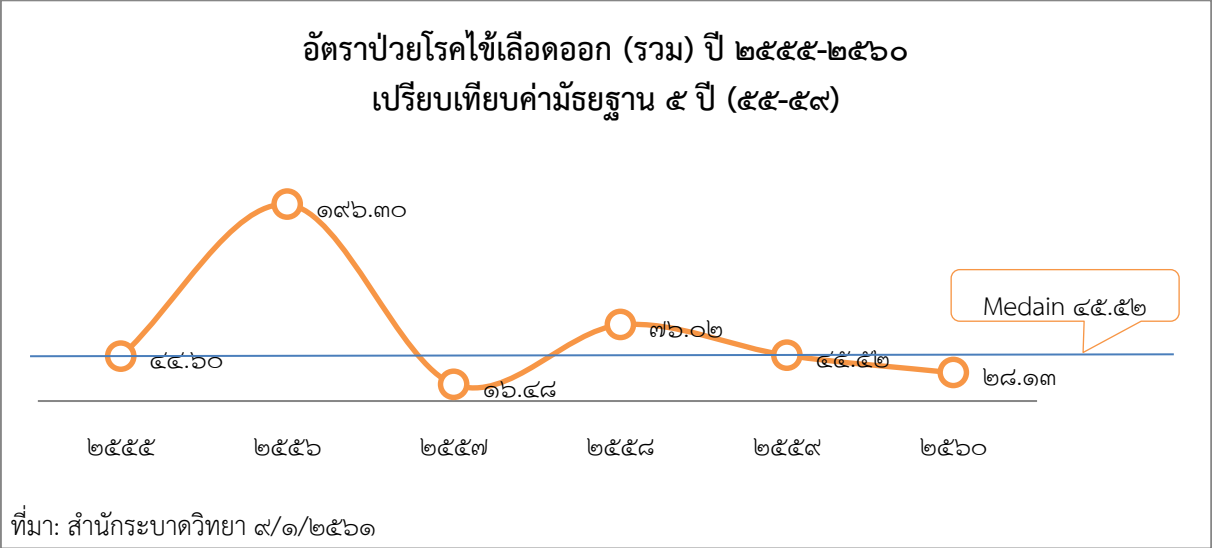
๒. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ๒๘.๑๓ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งต่ำที่สุดในประเทศเมื่อเทียบระดับเขต และลดลงจากปี ๒๕๕๙ ในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่มีผู้เสียชีวิต ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพบว่า ทุกจังหวัดมีระดับความสำเร็จในระดับ ๕ ในตัวชี้วัดที่ ๑ หมู่บ้าน/ชุมชน สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒๘ วัน ของแต่ละเหตุการณ์ ตัวชี้วัดที่ ๔ ผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก ได้ทำ dead case conference และตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราตายโรคไข้เลือดออก = ๐ ตัวชี้วัดอื่นๆ พบว่า เกือบทุกจังหวัดมีระดับความสำเร็จในระดับ ๓ ขึ้นไป ยกเว้นจังหวัดบึงกาฬที่มีระดับความสำเร็จอยู่ในระดับ ๑ เรื่องอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ ๑๖ จากค่ามัธยฐาน ๕ ปีเมื่อพิจารณาในภาพรวม จะเห็นว่า จังหวัดนครพนม สกลนคร และหนองคาย มีระดับความสำเร็จอยู่ในระดับ ๕ ทุกตัวชี้วัด

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรวม ปี ๒๕๖๐ เปรียบเทียบรายเขตสุขภาพ



อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรวม ปี ๒๕๖๐ เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๘



สิ่งท้าทายในอนาคต สำหรับการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ คือ การเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคไข้เลือดออก ในระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และ หมู่บ้าน ให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือที่ถือเป็นนวัตกรรมสำคัญ เช่น โปรแกรม R๘-๕๐๖ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อไม่ให้เป็น แหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออก ตลอดจนการนำพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาบังคับใช้ ให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมและไร้รอยต่อ

๓. Best Practice

- ๓.๑ ผลของน้ำมันยูคาลิปตัสและน้ำมันกระเทียมต่อการวางไข่ของยุงลาย รพร.ธาตุพนม
- ๓.๒ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน รพสต.ดอนนางหงส์
- ๓.๓ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลนาถ่อน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม รพสต.นาถ่อน
- ๓.๔ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบชุมชนมีส่วนร่วม ศสช.ธาตุพนม
- ๓.๕ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่ง รพสต.พระกลางทุ่ง

๔. นวัตกรรม

- ๔.๑ สเปรย์สมุนไพรหอมไฉย รพสต.นาหวาด
- ๔.๒ ป้ายสีจราจรพยากรณ์ไข้เลือดออก รพสต.แสนพัน
- ๔.๓ ๕ป นีโง พืชดักยุงไข้เลือดออก รพสต.โพนแพง
- ๔.๔ ปูนแดงป้องกันลูกน้ำยุงลาย รพสต.ฝั่งแดง
- ๔.๕ สเปรย์ตะไคร้ไฉย รพสต.น้ำก่ำ
- ๔.๖ สุ่มไขว้ลูกน้ำยุงลายป้องกันยุงไข้เลือดออก รพสต.อุ่มเหมา
- ๔.๗ ตุ่มโหมก้นร้องสร้อย ป้องกันโรค รพสต.นาถ่อน

๕. รางวัลสาขาโรคไข้เลือดออก ที่ได้รับจากเวทีเขตสุขภาพที่ ๘

- ๕.๑ โล่ประกาศเกียรติคุณจังหวัดนครพนมผลงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีเยี่ยม ระดับเขต ปี ๒๕๖๐
- ๕.๒ โล่ประกาศเกียรติคุณจังหวัดสกลนคร ผลงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีเด่น ระดับเขต ปี ๒๕๖๐
- ๕.๓ โล่ประกาศเกียรติคุณจังหวัดหนองคาย ผลงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดี ระดับเขต ปี ๒๕๖๐

ภาพกิจกรรม



สาขา GREEN & CLEAN Hospital

๑.สถานการณ์

การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและ ลดภาวะโลกร้อน โดยเป้าหมายในปี ๒๕๕๓ มุ่งเน้นพัฒนาให้ศูนย์อนามัยทุกแห่งเป็นศูนย์เรียนรู้ลดโลกร้อน และเชิญชวนสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการ ปี ๒๕๕๔ กำหนดให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมร้อยละ ๓๐ ปี ๒๕๕๕ ผลักดันให้เกิดสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อนต้นแบบ จังหวัดละ ๑ แห่ง ปี ๒๕๕๖ กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานครบ ๕ กิจกรรม GREEN อย่างน้อย ๒๐ แห่ง ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘ กำหนดเป้าหมายให้สถานบริการสาธารณสุข มีการดำเนินงานครบ ๕ กิจกรรม GREEN เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ และ ปี ๒๕๖๐ กำหนดให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๗๕ จากผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital รอบ ๑๒ เดือน (ตุลาคม- กันยายน ๒๕๖๐) ในเขตสุขภาพที่ ๘ พบว่ามีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน ๙๒ แห่ง โรงพยาบาลทุกแห่งมีแผนการพัฒนามีสิ่งแวดล้อม มีการประเมินตนเองและได้รับการตรวจประเมินจากสำนักงานสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ และได้รับการสุ่มประเมินจากศูนย์อนามัยที่ ๘ จำนวน ๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๙๑ และมีการพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๕.๔๑ ระดับดี ร้อยละ ๓๖.๓๒ และระดับดีมาก ร้อยละ ๙.๔๔

๒.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

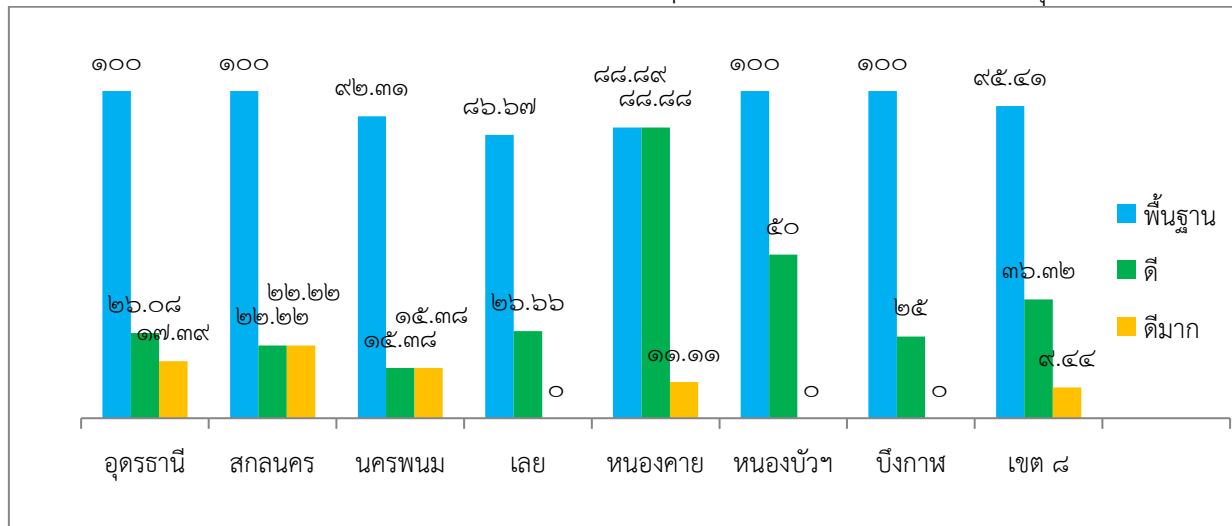
ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ ๘ ระดับพื้นฐานขึ้นไป แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๖๐

ลำดับ	จังหวัด	ประเมิน (แห่ง)	ไม่ผ่าน (แห่ง)	โรงพยาบาลผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับ						รวม	ร้อยละ
				พื้นฐาน (แห่ง)	ร้อยละ	ดี (แห่ง)	ร้อยละ	ดีมาก (แห่ง)	ร้อยละ		
๑	อุดรธานี	๒๓	-	๒๓	๑๐๐	๖	๒๖.๐๘	๔	๑๗.๓๙	๒๓	๑๐๐
๒	สกลนคร	๑๘	-	๑๘	๑๐๐	๔	๒๒.๒๒	๔	๒๒.๒๒	๑๘	๑๐๐
๓	นครพนม	๑๓	๑	๑๒	๙๒.๓๑	๒	๑๕.๓๘	๒	๑๕.๓๘	๑๒	๙๒.๓๑
๔	เลย	๑๕	๒	๑๓	๘๖.๖๗	๔	๒๖.๖๖	๐	๐	๑๓	๘๖.๖๗
๕	หนองคาย	๙	๑	๘	๘๘.๘๙	๐	๐	๑	๑๑.๑๑	๘	๘๘.๘๙
๖	หนองบัวลำภู	๖	-	๖	๑๐๐	๓	๕๐	๐	๐	๖	๑๐๐
๗	บึงกาฬ	๘	-	๘	๑๐๐	๒	๒๕.๐๐	๐	๐	๘	๑๐๐
ภาพเขต		๙๒	๔	๘๘	๙๕.๔๑	๒๑	๓๖.๓๒	๑๑	๑๒.๐๖	๘๘	๙๕.๔๑

จากข้อมูล พบว่า มีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ เข้ารับการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital จำนวน ๙๒ แห่ง ผ่านเกณฑ์ทุกระดับ ๘๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๑ จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ ๑๐๐) ได้แก่ จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย และจังหวัดนครพนม ร้อยละ ๘๖.๖๗, ๘๘.๘๙ และ ๙๒.๓๑ ตามลำดับ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด ร้อยละ ๙๕.๔๑ (เกณฑ์

ร้อยละ ๗๕) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๒ ยกเว้นจังหวัดนครพนมไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๕.๓๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๒๐) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากจำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๔๔ จังหวัดที่ไม่มี โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ (เกณฑ์ ๑ แห่ง ต่อจังหวัด)

ร้อยละโรงพยาบาลผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital รายจังหวัด ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๘



๓. Best practice

GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN CLEAN City

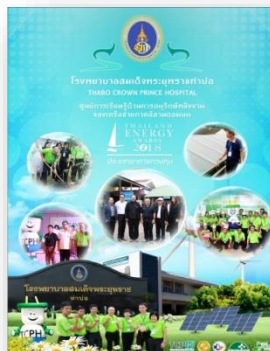
๓.๑ โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ อ.โคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร

การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN CLEAN City ซึ่งมีการนำนโยบายการดำเนินงาน ในสถานบริการสาธารณสุขให้เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยง และขยายลงสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย ซึ่งเทศบาลตำบลตองโขบ มีการจัดการของเสีย/อุจจาระให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลโดย ดำเนินการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร และได้ปุ๋ยอินทรีย์อันเกิดจากกากตะกอนของอุจจาระ ที่มีคุณค่าในการเป็นธาตุอาหารสำหรับพืช ซึ่งกากตะกอนอุจจาระนี้จะไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันอีกต่อไป และยังเป็นกากตะกอนที่ปราศจากเชื้อโรคไม่เป็นอันตรายแก่สุขภาพอนามัยของประชาชน สามารถนำไปใช้เป็นปุ๋ยอินทรีย์มีประโยชน์ในทางการเกษตร สามารถสร้างรายได้จากการจำหน่ายปุ๋ยในพื้นที่ อีกทั้งเป็นศูนย์เรียนรู้ต้นแบบและศึกษาดูงานของหลายจังหวัด หลายหน่วยงานมากกว่า ๗๐ ครั้ง ในปี ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา



๓.๒ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย การอนุรักษ์พลังงานที่ยั่งยืน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีการจัดการด้านการอนุรักษ์พลังงานโดยได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยมาตรฐานครอบคลุมด้าน การรักษาพยาบาล ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล อาคาร สถานที่ การกำจัดของเสีย การให้ยา ให้เลือดผู้ป่วย เป็นหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมด้านการอนุรักษ์พลังงานอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน นอกจากนี้รพ.ท่าบ่อยังได้ส่งผลงานเข้าประกวด “Thailand Energy Awards” สุดยอดรางวัลด้านพลังงานไทยระดับสากล ประจำปี ๒๕๖๑ และมีเป้าหมายเข้าร่วมประกวด Asean. Energy Awards ด้วย



๔.นวัตกรรม

-

๕.รางวัลสาขา GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก เขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๔ จังหวัด ๑๑ รพ.

๑. จังหวัดอุดรธานี

- โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.
- โรงพยาบาลนาูง
- โรงพยาบาลเพ็ญ
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

๒. จังหวัดสกลนคร

- โรงพยาบาลบ้านม่วง
- โรงพยาบาลวานรนิวาส
- โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ
- โรงพยาบาลพังโคน

๓. จังหวัดนครพนม

- โรงพยาบาลนครพนม
- โรงพยาบาลบ้านแพง

๔. จังหวัดหนองคาย

- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

สาขาพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน

๑.สถานการณ์ /สภาพปัญหา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ให้สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชการที่ ๙ โดยมีครอบครัวอบอุ่น มั่นคงภายใต้สภาพแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาว เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขน้อมนำ มาขับเคลื่อนผ่านกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายภาครัฐและเอกชน ในการเป็นเจ้าของและร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมเหมาะสม สามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดต่อ โรคเรื้อรัง และภัยสุขภาพได้

จากภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนในปัจจุบัน พบว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้จำนวนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ หากเกิดความรุนแรงขึ้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อน กลายเป็นโรคเรื้อรังหรือพิการ อันจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ภาระค่าใช้จ่าย รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศชาติในการจ่ายค่าดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้รับการดูแลที่ดี ทันทั่วถึง และฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงมากที่สุด ก็จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน สังคม ได้อย่างมีความสุข การแก้ไขปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้เจ็บป่วยและบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีใช้เพียงหน้าที่ของทีมนสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีการฝึกอบรมความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวตนเอง เรียกว่าอาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวด้วย

เขตสุขภาพที่ ๘ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตระหนักถึงความสำคัญของกลไกการสร้างความร่วมมือ พัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผ่านการดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือน (อสค.) และ เครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนและอาสาสมัครประจำครอบครัว ในการดูแลสุขภาพของชุมชนไปจนถึงครอบครัวตนเอง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ซึ่งในปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้มีการ พัฒนาศักยภาพ อสค.ทั้งหมดจำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คน และในเขตบริการสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๔๖,๗๗๓ คน และมีการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ รวมทั้งหมด ๖๔๔ ตำบล

๒.ตัวชี้วัด

๑. อสค. : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๐)

๒. ตำบลจัดการสุขภาพ : ร้อยละตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์ระดับดีขึ้น (ร้อยละ ๗๐)

๓. กลวิธีการดำเนินงาน และ ผลการดำเนินงาน (ได้รับบสนับสนุน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)

ลำดับ	กลวิธีการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๑	แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา พัฒนาเครือข่ายภาค ประชาชน เขตสุขภาพที่ ๘	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ ที่ ๑๖๙ / ๒๕๕๙ จำนวน ๔๒ คน ลงวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙
๒	จัดประชุม คณะทำงาน ๒ ครั้ง เพื่อ ๑. ชี้แจง ร่วมวางแผนแนวทางการดำเนินงาน การ พัฒนาเครือข่าย และการขับเคลื่อน อสค.และ ตำบลจัดการสุขภาพ ๒. สรุปผล และ ถอดบทเรียน	มีการประชุม ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑. วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมประจักษ์ตรา อุดรธานี (๓๐,๐๐๐ บาท) ครั้งที่ ๒. วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมประจักษ์ตรา อุดรธานี ๒๕๖๐ (๑๕,๑๗๐ บาท)
๓	ออกนิเทศ เยี่ยมเสริมพลัง ๒ ครั้ง ทั้ง ๗ จังหวัด ร่วมกับคณะตรวจราชการและนิเทศกรณีกติ ปี ๒๕๖๗	มีการออกนิเทศ เยี่ยมเสริมพลัง ครั้งที่ ๑ ช่วงวันที่ ๓๑ มกราคม-๙ มีนาคม ๒๕๖๐ ครั้งที่ ๒ ช่วง ๓ มิถุนายน - ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ (๕๔,๘๓๐ บาท) และ บูรณาการงบ สปส.เขต ๘
๔	ประชุมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มหกรรมวิชาการ “ เครือข่ายนวัตกรรมระบบหลักประกันสุขภาพอีสาน ตอนบน ” ประเด็น : อสค. และ ตำบลจัดการสุขภาพ	มีการประชุมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้มหกรรมวิชาการ “ เครือข่ายนวัตกรรมระบบหลักประกันสุขภาพอีสาน ตอนบน ” วันที่ ๒๗-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ รร.เจริญไฮเต็ล กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุม ๕๐ คน (บูรณาการงบประมาณ จาก สปส.เขต ๘)
๕	ประชุมคัดเลือก พื้นที่ต้นแบบในการจัดการสุขภาพ ระดับตำบล และ อสค. ลำดับที่ ๑ ต.หนองฮี อ.ปลาปาก จ.นครพนม ลำดับที่ ๒ ต.คำบัง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี ลำดับที่ ๓ ต.ธาตุทอง อ.สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร	มีการประชุม คัดเลือก พื้นที่ตำบลต้นแบบในการจัดการสุขภาพ วันที่ ๑๖-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ รร.รอยัลนาคา จังหวัด หนองคาย กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุม ๖๐ คน (บูรณาการงบประมาณ จาก สปส.เขต ๘)

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๔.๑ อสค.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๕๐)

จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงานปี ๒๕๖๐	
		จำนวน	ร้อยละ
นครพนม	๖,๓๖๒	๖,๓๖๒	๑๐๐
บึงกาฬ	๓,๘๗๘	๓,๘๗๘	๑๐๐
เลย	๖,๑๗๔	๖,๑๗๔	๑๐๐
สกลนคร	๑๐,๕๐๔	๑๐,๕๐๔	๑๐๐
หนองคาย	๔,๕๘๔	๔,๕๘๔	๑๐๐
หนองบัว	๔,๕๒๖	๔,๕๒๖	๑๐๐
อุดรธานี	๑๐,๗๔๖	๑๐,๗๔๖	๑๐๐
รวม	๔๖,๗๗๔	๔๖,๗๗๔	๑๐๐

๔.๒ ตำบลจัดการสุขภาพ :

ตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ ๗๐)

จังหวัด	ตำบลเป้าหมาย	ผลงานปี ๒๕๖๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป)	
		จำนวน	ร้อยละ
นครพนม	๙๙	๙๐	๙๐.๙๑
บึงกาฬ	๕๓	๕๑	๙๖.๒๓
เลย	๙๐	๘๐	๘๘.๘๙
สกลนคร	๑๒๕	๑๑๘	๙๔.๔๐
หนองคาย	๖๒	๔๖	๗๔.๑๙
หนองบัว	๕๙	๕๓	๘๙.๘๓
อุดรธานี	๑๕๖	๑๕๕	๙๙.๓๖
รวม	๖๔๔	๕๙๓	๙๒.๐๘

๕ .Best Practice

๕.๑ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย อสค.พันดอน ต.พันดอน อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี

๕.๒ ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ: การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน ต.หนองฮี อ.ปลาปาก

จ. นครพนม

๕.๓ ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ: การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ต.คำบัง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

๕.๔ ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ: การจัดการสุขภาพทุกกลุ่มวัย ด้วยธรรมนูญสุขภาพ ต.ธาตุทอง

อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

๖. นวัตกรรม

๔.๑ นวัตกรรม : เดิน-เต็นมีดิลบ ลดเอด ลดพุง ต.หนองฮี อ.ปลาปาก จ.นครพนม

๔.๒ นวัตกรรม : ล้อ ลดเร็ว ลดตาย ไค้ดงหมู ๑๐๐ ศพ ต.คำบัง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

๗. รางวัลสาขา พัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน

ชื่อรางวัล ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ ๓ รางวัล ๓ พื้นที่ มอบรางวัลโดย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ. โรงแรมอุดรเจริญไฮเต็ล จ.อุดรธานี พื้นที่ต้นแบบในการจัดการสุขภาพระดับตำบล และ อสค.

ลำดับที่ ๑ ต.หนองฮี อ.ปลาปาก จ. นครพนม

ลำดับที่ ๒ ต.คำบัง อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

ลำดับที่ ๓ ต.ธาตุทอง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

ผู้สรุปผลการดำเนินงาน

นางสาวกรรณิการ์ ฮวดหลี่

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

นายแพทย์สมิต ประสันนาการ
นายแพทย์เกรียงศักดิ์ พิมพ์ดา
นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง
นายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ
นายแพทย์วิวรรธน์ ก่อวิริยกุล
นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล
นายแพทย์สมชาย เชื้อน่านนท์
นายแพทย์วิโรจน์ วิโรจนวัฒน์
นายแพทย์ทวีศิลป์ ไชยบุตร
ดร.วรรัตน์ กิจพจน์
นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ
นายแพทย์ปรีดา วรหาร
นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ
นายแพทย์ณรงค์ ธาดาเดช
นายแพทย์เจด็จ ต้นติปัญญาเทพ
นายแพทย์ประวิตร ศรีบุญรัตน์
นายแพทย์ไพฑูรย์ ใบประเสริฐ
แพทย์หญิงจุฑารัตน์ นันตะสุข
นายแพทย์สุวัฒน์ คุสกุล
นายแพทย์สุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์
นายแพทย์ธวัช ธรรมบวร
แพทย์หญิงปิยฉัตร วรรณาสุนทรไชย
นายแพทย์สุพจน์ แพรนิมิตร
นายแพทย์นฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์
แพทย์หญิงณภัทร สิทธิศักดิ์
นายแพทย์เอกภักดิ์ ระหว่างบ้าน
เภสัชกรดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ
เภสัชกรมะโนตร์ นาคะวงษ์
เภสัชกรอภิวัฒน์ แสงวงศ์
เภสัชกรหญิงณัฐวี รักชัย

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
รองผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ ๘
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชสว่างแดนดิน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านม่วง
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต ๘
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นายแพทย์ชำนาญการ
เภสัชกรเชี่ยวชาญ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
เภสัชกรชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ

ทันตแพทย์หญิงวรางคณา อินทโลหิต
ทันตแพทย์หญิงอุมาพร ท่อแก้ว
นางสาวนารี แซ่อึ้ง
นางศศิพินท์ มงคลไชย
นางจารุณี สัมฤทธิ์
นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์
นางบุญร่วม ปรีบุญณะ
นางปาริชาติ ต้นสุวรรณ
นางพัชรพร นามโคตร
นางสุวรรณนา นาที
นางพวงพยอม จุลพันธุ์
นางศรีอัมพร ตัวนยี
นางประภัสสร สมศรี
นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร
นางอภิญญา กันยาแสงศรี
นางเพชรภรณ์ สุพร
นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง
นายสิริพงษ์ วัฒนศรีทานัง
นายอุทน์ หาแก้ว
นายบัน ยีรัมย์
นางสุนภา อัครชนานนท์
นางอัญชลีพร วุฒิเป็ก
นายวรรณ สิงห์คำ
นางปนัดดา ทรัพย์แสนยากร
นางสาวกรรณิการ์ ฮวดหลี
นายสันติสุข ไชยมงคล
นางสุภาณี กิตติสารพงษ์
นายสินธุ์วัช ศิริคุณ
นางสาวยลจิต บุตรเวทย์
นายสุรัชย์ รสโสดา
นางสาวจิราภรณ์ ผิวดำ
นางสาวนัฐวดี มูลที

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุข
นักวิชาการสาธารณสุข



R8WAY MOPH 2017

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
เลขที่ 4 ถ.อธิปัตย์ ต.ท่าบ่อแซ้ว อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
โทร.042-222356 ต่อ 133,137,138
www.r8way.moph.go.th