

เอกสารประกอบ

การตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ



รอบที่
๑/๒๕๖๕



โรงพยาบาลนครพนม

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดินตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีการปรับระบบ การตรวจราชการเพื่อให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไข ปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตรวจติดตามในประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่

๑. Agenda Based ได้แก่

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ประเด็นที่ ๓ ระบบบริการปฐมภูมิ

๒. Functional Based ได้แก่

ประเด็น ๔ สุขภาพกลุ่มวัย และ สุขภาพจิต

ประเด็น ๕ ลดแออัด ลดรอย

ประเด็น ๖ ระบบธรรมาภิบาล

๓. Area Based ได้แก่ ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

ประเด็น ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช

ดังนั้น เพื่อให้การตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวง บรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลนครพนม จึงได้จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมโรงพยาบาลนครพนมเพื่อประกอบการตรวจราชการดังกล่าว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละหัวข้อตาม ประเด็นการตรวจราชการ กระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานรอบ ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – ธันวาคม ๒๕๖๔ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ และคณะ

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการและนิเทศงาน ในครั้งนี้

โรงพยาบาลนครพนม

ผู้จัดทำ

บทสรุปผู้บริหาร

๑. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			
๑. Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)			
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์			
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	≥ ๑๐	๘.๓๒	✗
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)	๕๐	๑๗.๔๒	เป้าหมาย 601,477 คน ผลงาน จำนวน 104,802 คน คิด เป็นร้อยละ 17.42 ไม่ผ่าน
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	(ร้อยละ ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี)	ผ่าน	✓
ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๗๕	ยังไม่ ประเมิน	
ร้อยละ ๗๕ ของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	ร้อยละ ๗๕	เลื่อน ประเมิน	สถานการณ์ COVID-19
๒. Functional based			
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย			
อัตราการตาย	< ๑๗ : ๑๐๐,๐๐๐ LB	๐ : ๑๐๐,๐๐๐ LB(๐/๖๕๗ คน)	✓
เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและการสมวัย			
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	≥ ๖๒	๖๖.๑๕	✓
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	≥ ๘๕	๙๒.๙๘	✓
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	≥ ๗๐	๐/๐	✓
ผู้สูงอายุ			
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน			

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
*ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๖๐	๘๕.๗๑	✓
*ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ในระบบผ่านเกณฑ์	๖๐	๑๐๐	✓
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๖๐	๑๐๐	✓
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ๓๐ %	๙๗.๒๒	✓
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ๓๐ %	๑๐๐	✓
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย			
STEMI			
อัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ๙ %	๗.๑๔	✓
ร้อยละของการให้การรักษามะเร็งผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด			
Onset to hospital < ๑๕๐ นาที	> ๗๐ %	๖๙.๐๕	✗
Time to needle < ๓๐ นาที	> ๖๐ %	๗๕	✓
Newborn			
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	๓.๖ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๒.๖๓	✓
Cancer			
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	๘๓.๗๘	✓
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	๘๗.๐๙	✓
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๐	๑๐๐	✓
ODS			
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๒๐ %	๒๗.๗๒	✓
MIS			

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery:MIS)	< ๕%	๐	✓
Trauma			
อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชม.ในโรงพยาบาลระดับ S (ทั้งที่ ER และ Admit)	≤๑๒	๙.๖๙	✓
IMC			
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	ร้อยละ ๖๕	๘๔.๓๑	✓
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่คงไว้			
Sepsis			
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ ๒๖	๒๒.๕๕	✓
CKD			
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m ² /yr	<๖๖%	๖๑.๖๙	✗
จักษุ			
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๓๐ วัน	๑๐.๑๐ วัน	✓
Transplant			
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๐.๙	๐	✗
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่ปรับเปลี่ยน			
Palliative Care			
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥๕๐	๔๙.๔๑	✗
Refracture Rate			
Refracture Rate	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	ไม่มี	✓
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล			
องค์กรแห่งความสุข			
ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๘๐%	๑๐๐	✓
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่เกินร้อยละ ๔	๔.๙๔	✗
๓. Area based ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช			

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๔ – ๓๑ ม.ค.๖๕)	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	๓.๘	✓
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๐๐	๑๐๐	✓
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงระบบบริการ ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำหรือฆ่าตัวตาย(ทั้งในระบบรักษาและระวัง)	๙๐	๙๓.๗๕	✓
ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	๕๐	๑๕๕.๐๕	✓
ร้อยละ ๓๕ ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใน ๖ เดือน	๓๕	๙๕.๖	✓
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	๔๐	๗๓.๓๘	✓
ประเด็นอื่นๆ			
สิ่งแวดล้อม (สิ่งปฏิภูล/PM๒.๕)	๗๖ มคก./ลบ.ม. (ติดต่อกัน ๓ วันขึ้นไป ต้องเปิดคลินิกมลพิษ	๒ มคก./ลบ.ม. แต่ไม่เกิน ๔๑ มคก./ลบ.ม.	✓
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ชั้น ๓	ชั้น ๑	✗
ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่าน	✓
อัตราการติดเชื้อมียาในกระแสเลือด	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๖๓ =๓๓.๙๒	ผ่าน	✓
Success rate TB	≥๘๕%	๐ (รอ ๖ เดือน)	รอผล 6 เดือน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์			
๑	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โอกาสพัฒนา : เนื่องจากสถานการณ์ COVID-๑๙ ยังระบาดต่อเนื่อง จึงรับผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็มขึ้นไป เข้ามารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทำให้ร้อยละของผลงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย	≥ ๑๐	๘.๓๒	×
	ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย			
	CKD			
๒	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า Egfr ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr โอกาสพัฒนา : การลดลงของค่า eGFR ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ๖๖ % ตลอด ๓ ปี เนื่องจากบริบทของคลินิกโรคไตเรื้อรัง รพ.นครพนม รับผู้ป่วย CKD stage ๔ และ CKD stage ๕ รวมถึง ESRD no RRT เท่านั้น การ slow progression โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถทำได้อย่างครอบคลุม แต่ในส่วนของ CKD stage ๑-๓ อยู่ในคลินิกอื่นๆในระดับ รพ.สต. และใน DM,HT เป็นส่วนใหญ่ การบูรณาการการดูแลร่วมกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จึงได้ดำเนินโครงการลงสู่ระดับ รพ.สต. มากขึ้น	< ๖๖%	๖๑.๖๙	×
	Palliative Care			
๓	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ โอกาสพัฒนา - เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบางพื้นที่ - การส่งข้อออกเยี่ยมมีความคลาดเคลื่อน - การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมไม่สมบูรณ์ - เครื่องมือที่จำเป็นใช้ที่บ้านยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่/ อุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ LTC ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ - มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน และต่อเนื่อง - ประชุม KM การจัดการระบบข้อมูลที่ถูกต้อง - สนับสนุนงบประมาณ	≥ ๕๐	๔๙.๔๑	×
	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ			
๔	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการกำลังคน คือการเปลี่ยนตำแหน่ง จากลูกจ้างชั่วคราวไปเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราว่างมากนัก ๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร จะต้องพิจารณาจากบุคคลในพื้นที่ ก่อน หรือถ้าไม่มีก็พิจารณาจากผู้มีความสามารถที่มีพื้นที่ใกล้เคียงจังหวัดนครพนม	ไม่เกิน ร้อยละ ๔	๔.๙๔	×

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
๕	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) โอกาสพัฒนา : ณ ปี ๖๔ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ๑. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (เป้า ≤ ร้อยละ ๓๐ ทำได้ ร้อยละ ๔๐.๗๓) และในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (เป้า ≤ ร้อยละ ๒๐ ทำได้ ร้อยละ ๒๐.๗๑) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จากสถานการณ์ โคติด-๑๙ ทำให้มีผู้ป่วย URI เพิ่มขึ้น และภาพรวมของโรงพยาบาลมีการสั่งจ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีปัญหาเป็นแพทย์รายบุคคล ๒. การใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด และคลอดปกติทางช่องคลอด (เคยผ่านเกณฑ์แล้ว ปี ๖๕ ไตรมาส ๑ ไม่ผ่าน ทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาล จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุต่อไป ๓. การใช้ metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน (เป้า ≥ ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๘๐.๑๙) มติองค์กรแพทย์ ให้พิจารณาทบทวนการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน ที่รับยาที่ รพ.สต. (เริ่มดำเนินการปี ๖๔ ไตรมาสที่ ๑ ทำได้ ร้อยละ ๗๒.๓๘ ไตรมาสที่ ๓ เพิ่มเป็นร้อยละ ๗๕.๔๑) ณ ปี ๖๕ : ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว แต่ต้องติดตามต่อไป ๔. การใช้ ICS ในผู้ป่วยหอบหืด (เป้า ≥ ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๗๙.๕๙) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยหอบหืด แล้วไม่ได้นัดเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกหอบหืด (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นหอบหืดที่ห้องฉุกเฉิน) มติองค์กรแพทย์ คือ หากวินิจฉัย/สงสัยว่าเป็นหอบหืด ให้นัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกหอบหืด ณ ปี ๖๕ ทำได้ ๗๙.๕๙ % ใกล้ถึงเป้าหมาย ๕. ใช้RAS blockage ๒ ชนิด ในผป.HT : จากการติดตาม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิมจาก รพ.อุดรธานี ๑ ราย ปี ๖๕ : เนื่องจากมีการปรับเกณฑ์ในการประเมิน RDU เพิ่ม เกณฑ์ RDU community ในส่วนของเขตรับผิดชอบ อำเภอเมือง ได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็น baseline ในการพัฒนาร้านชำ RDU, คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อการดำเนินการในลำดับถัดไป	ขั้น ๓	ขั้น ๑	✘

สารบัญ

ประเด็น	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
สารบัญ	ช
ข้อมูลทั่วไป	๑ - ๒๗
รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	
๑. Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)	
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์	
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๐ - ๓๑
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)	๓๒ - ๔๐
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	๓๓ - ๔๐
ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๓๔ - ๔๐
ร้อยละ ๗๕ ของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๓๕ - ๔๐
๒. Functional based	
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย	
อัตราการตาย	๔๓
เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและการสมวัย	๔๔ - ๔๖
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๔๔ - ๔๖
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๔๔ - ๔๖
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	๔๔ - ๔๖
ผู้สูงอายุ	๔๗ - ๕๐
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	๔๗ - ๕๐
*ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๔๗ - ๕๐
*ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ในระบบผ่านเกณฑ์	๔๗ - ๕๐
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๔๗ - ๕๐
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๗ - ๕๐
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๗ - ๕๐
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๔๗ - ๕๐

ประเด็น	หน้า
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
STEMI	๕๑ - ๕๓
อัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๕๑ - ๕๓
ร้อยละของการให้การรักษามะเร็ง STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๕๑ - ๕๓
Onset to hospital < ๑๕๐ นาที	๕๑ - ๕๓
Time to needle < ๓๐ นาที	๕๑ - ๕๓
Newborn	๕๔ - ๕๘
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	๕๔ - ๕๘
Cancer	๕๙ - ๖๖
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๕๙ - ๖๖
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๕๙ - ๖๖
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๕๙ - ๖๖
ODS	๖๗ - ๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๖๗ - ๖๘
MIS	๖๗ - ๖๘
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคหัวใจในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery:MIS)	๖๗ - ๖๘
Trauma	๖๙ - ๗๓
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ S (ทั้งที่ ER และ Admit)	๖๙ - ๗๓
IMC	๗๔ - ๗๙
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๗๔ - ๗๙
ตัวชี้วัด Monitor กรมการแพทย์ ที่คงไว้	
Sepsis	๘๐ - ๘๙
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๘๐ - ๘๙
CKD	๙๐ - ๙๓
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๙๐ - ๙๓

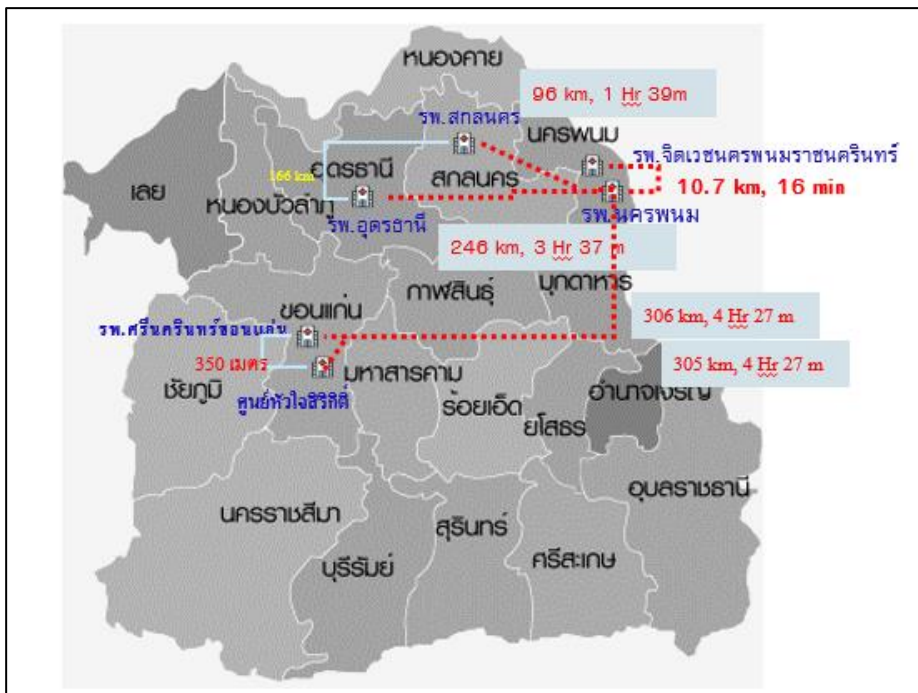
ประเด็น	หน้า
จักษุ	๙๔ - ๙๕
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๙๔ - ๙๕
ประเด็น	หน้า
Transplant	๙๖
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๙๖
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่ปรับเปลี่ยน	
Palliative Care	๙๗ - ๑๐๐
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ	๙๗ - ๑๐๐
Refracture Rate	๑๐๑ - ๑๐๒
Refracture Rate	๑๐๑ - ๑๐๒
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล	
องค์กรแห่งความสุข	
ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๑๐๓
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๑๐๔ - ๑๐๕
๓. Area based ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๔ – ๓๑ ม.ค.๖๕)	๑๐๗ - ๑๑๓
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๐๗ - ๑๑๓
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงระบบบริการ ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำหรือฆ่าตัวตาย(ทั้งในระบบรักษาและระวัง)	๑๐๗ - ๑๑๓
ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	๑๐๗ - ๑๑๓
ร้อยละ ๓๕ ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใน ๖ เดือน	๑๐๗ - ๑๑๓
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	๑๐๗ - ๑๑๓
ประเด็นอื่นๆ	
สิ่งแวดล้อม (สิ่งปฏิภูม/PM๒.๕)	๑๑๕ - ๑๒๐
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๑๒๑ - ๑๒๒
ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการระดับ Intermediate	๑๒๓ - ๑๓๒
อัตราการติดเชื้อมดื้อยาในกระแสเลือด	๑๒๓ - ๑๓๒
Success rate TB	๑๓๓ - ๑๓๔

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลนครพนม

เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งตามกรอบ ๓๔๕ เตียง เปิดให้บริการจริง ๓๗๒ เตียง สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในรายการสนับสนุนของกองโรงพยาบาลภูมิภาค จัดอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ ๘ (โรงพยาบาลในกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพได้แก่ รพศ.สกลนคร รพศ.อุดรธานี รพ.หนองบัวภู รพ.เลย รพ.บึงกาฬ รพ.หนองคาย รพ.นครพนม) ให้การบริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟู สภาพร่างกายเชิงรุกและเชิงรับ ให้กับประชาชนในเขตอำเภอเมือง และ อำเภอใกล้เคียง กรณีเกิดภัยภาพส่งต่อไป รพ.ศูนย์สกลนคร และ รพ.ศูนย์อุดรธานี



จำนวนเตียงรอบ	จำนวนเตียงจริง	ICU	NICU	SICU	HD	CMI
๓๔๕	๓๗๒	๒๔	๖	๘	๑๘ (เอกซัน ๒๔)	๑.๕๘

ระบบ Investigate ได้แก่ ๑.) ระบบ Pacs ๒.) CT Scan ๓.Mammogram ๔. MRI

ชื่อองค์กร	Organization Name	โรงพยาบาลนครพนม
ลักษณะองค์กร	Organization Characteristic	1. โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ S มีโรงพยาบาลระดับ M2 (1แห่ง: รพ.ธาตุพนม) และ โรงพยาบาล F1(1แห่ง:รพ.ศรีสงคราม) และระดับ F2(8แห่ง) และ โรงพยาบาลระดับ F3(1แห่ง:รพ.วังยาง) 2. ขนาด 345 เตียง เปิดให้บริการจริง 372 เตียง
บริการหลัก	Core Services	1. ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับ ตติยภูมิ 2.3 มีแพทย์สาขาหลักได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ และแพทย์สาขารองได้แก่ จักษุวิทยา โสต-นาสิก-ลำโพง หู จมูก คีฬาเวชศาสตร์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์เด็ก และวัยรุ่น รวมถึงมีทันตกรรม และ ทันตกรรมเฉพาะทาง แพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม) และ แพทย์แผนไทย 2. ให้บริการรักษาพยาบาลในระดับ ตติยภูมิ 3.1 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย (Sub-specialty) สาขาย่อยของ อายุรศาสตร์ ได้แก่ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา ตจวิทยา สาขาย่อยศัลยศาสตร์ ได้แก่ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา กุมารศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ตกแต่ง และ สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค 3. ให้บริการส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ
พันธกิจ	Mission	1. ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการบนฐานธรรมาภิบาล 3. ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน 4. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
ค่านิยมหลัก	Core Values	1. ทำงานเป็นทีม (Teamwork) 2. ทุกคนมีคุณค่า (Value on staff) 3. พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous process improvement) 4. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient & Customer focus)
สมรรถนะหลักขององค์กร	Core Competencies	Providing clinical expertise Ensuring a culture of excellence Collaborating with physicians

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	Strategic Advantages	1.มีแพทย์สาขาหลัก ได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์และ แพทย์สาขารอง ได้แก่ จักษุวิทยา โสต-นาสิก-ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น รวมถึงมีทันตกรรม และ ทันตกรรม เฉพาะทาง แพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม) และ แพทย์แผนไทย 2.แพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย (Sub-specialty) สาขาย่อยของอายุรศาสตร์ ได้แก่ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์ โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา ตจวิทยา สาขาย่อยศัลยศาสตร์ ได้แก่ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา กุมาร ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ตกแต่ง และ สาขาพยาธิวิทยา กายวิภาค 3.มีสะพานมิตรภาพไทย-ลาว ทำให้มีเครือข่ายระบบส่งกับ สป.ลาว 4.เป็นโรงพยาบาลระดับ 5 แห่งเดียวในจังหวัด ไม่มีคู่แข่ง
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	Strategic Challenges	1. ด้านการเงิน : สถานการณ์ทางการเงินมีแนวโน้มวิกฤติ รายรับลดลงทุกกองทุน 2. ด้านบุคลากร : ไม่สามารถธำรงบุคลากรทางการแพทย์ได้ (specialist) แพทย์ และ ทันตแพทย์ลาออก 3. ด้านบุคลากร : ขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์ EP/ประสาทศัลยศาสตร์ /ขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลในการขยายบริการด้าน Stroke และ STEMI 4. ด้านคุณภาพบริการ : อัตราตายแผนกอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น/มีข้อร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 4. การดำเนินงาน NCD : พบผู้ป่วยรายใหม่ทั้ง DM HT เพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 5. ได้รับความจัดสรรงบประมาณ (กำลังก่อสร้างอาคารรักษาโรคหัวใจ 11 ชั้น) แต่ยังคงขาดแคลน ครุภัณฑ์การแพทย์
โอกาสเชิงกลยุทธ์	Strategic Opportunities	1.ได้รับความจัดสรรงบประมาณด้าน อาคารรักษาโรคหัวใจ 11 ชั้น 2.ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน/ภาคเอกชน ในการได้รับเงินบริจาคในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ และ อาคารผู้ป่วยใน แยกโรค
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	Strategic Objectives	1.พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานโดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Service Excellence) 2.พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

จุดเน้น/เข้มมุ่ง	Key Focus Area	1.) ลดอัตราการตายใน STEMI เป้าหมาย < ร้อยละ 9 (KPI ที่ใช้ติดตาม=อัตราการตาย STEMI เป็น KPI ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 และเป็นตัวชี้วัด Service plan ในการตรวจราชการ 2.) Ward Model 3.) RDU เป้าหมาย ชั้น 3 4.) ระบบ ENV ได้มาตรฐาน (ระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย,ระบบกักขังทางการแพทย์,ระบบบำบัดน้ำเสีย)
สถานการณ์ด้านสังคม	Social Situation	ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนมพบว่า สัดส่วนประชากร จังหวัดนครพนม กลุ่มเด็ก (Children) ร้อยละ 23.14 กลุ่มเยาวชน(Youths) ร้อยละ 10.28 กลุ่มแรงงาน (Labour) ร้อยละ 51.87 กลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly) ร้อยละ 14.71 ด้านพฤติกรรมไม่เหมาะสม : ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็ก ร้อยละ 0.07 สูบบุหรี่ในเด็ก ร้อยละ 0.12 ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ร้อยละ 0.25 สูบบุหรี่ในเยาวชน ร้อยละ 0.15 เป็นผู้มีงานทำและรายได้ร้อยละ 73.09 เป็นผู้ว่างงานร้อยละ1.69
สถานการณ์ด้านเทคโนโลยี	Technological Situation	1.ใช้ระบบ Hos-XP 2.มี programmer พัฒนาระบบ IT ในการสนับสนุนข้อมูลด้านการรักษา และการบริหารจัดการข้อมูล
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ	Economic Situation	1.รัฐบาลได้ประกาศให้จังหวัดนครพนมอยู่ในเขตพัฒนาการท่องเที่ยววิถีชีวิตลุ่มแม่น้ำโขง มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการพัฒนาเขตเศรษฐกิจนครพนม เพื่อส่งเสริมการค้าการลงทุนและการท่องเที่ยว ได้แก่ 1.) โครงการก่อสร้างสถานีรถไฟรางคู่สายนครพนม-บ้านไผ่ โดยมีสถานีสุดท้ายสิ้นสุดที่สะพานมิตรภาพ 3 (นครพนม-คำม่วน) 2.) โครงการก่อสร้างสถานีรถไฟบริเวณเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 3.) โครงการก่อสร้างระบบประปารองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 4.) โครงการก่อสร้างถนนจากสนามบินนครพนม-สะพานมิตรภาพ 3 (นครพนม-คำม่วน) 5.) โครงการขยายถนนสี่เลน เชื่อมโยงสกลนคร หนองคาย และอุบลราชธานี 6.) โครงการก่อสร้างสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานนานาชาตินครพนม 2.ศูนย์ส่งเสริมเศรษฐกิจการค้าผ่านแดนของจังหวัดนครพนม เพื่อเป็นศูนย์อำนวยความสะดวกในการเข้าออกสินค้า ให้แก่ผู้มารับบริการ เป็นแบบ One Stop Service :OSS ใกล้กับบริเวณสะพานมิตรภาพ 3 (นครพนม-คำม่วน) 3.ศูนย์โลจิสติกส์เพื่ออำนวยความสะดวกทางการค้าของจังหวัดนครพนม รองรับการค้าขายตัวทางการค้าของประเทศ 4.เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรที่มีชื่อเสียง ได้แก่ ข้าวหอมมะลิ 5.เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ และ วัฒนธรรม (มีเส้นทางปั่นจักรยานริมแม่น้ำโขงที่ยาวที่สุด) 6.ประเทศจีนมีนโยบาย One belt One Road ที่จะส่งเสริมเส้นทางจากหนานหนิง ผ่านเวียดนาม เชื่อมกับ R12 ที่คำม่วน เข้าสู่ประเทศไทยที่นครพนม

สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม	Environmental Situation	1.การขยายตัวทางสังคมเมือง 2.การขยายเพิ่มขึ้นของที่อยู่อาศัย 3.การขยายตัวของการค้าเพิ่มขึ้น เช่น อากาศเป็นพิษ น้ำเน่าเสีย เสียงเป็นพิษ ขยะมูลฝอย เป็นต้น มีสาเหตุเกิดจาก
สถานการณ์ด้านการเมือง	Political Situation	การเมืองมีผลกระทบกับการจัดสรรงบประมาณปี 2564
สถานการณ์ด้านการแข่งขัน	Competitive Situation	1.ไม่มีโรงพยาบาลเอกชน 2.มีคลินิกเอกชนด้านทันตกรรมจำนวนมาก
ปัจจัยความผูกพันของกำลังคน	Workforce Engagement Factors	1. Job description, Job specific 2. อัตราค่าจ้าง 3. แรงจูงใจ และ ขวัญกำลังใจ
ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย	Health & safety requirement	1.นโยบาย 2P Safety 2.พรบ.สุขภาพ 3.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
วัสดุ เวชภัณฑ์	Supplies	มีการจัดหาวัสดุและเวชภัณฑ์เพื่อตอบสนองการบริการตาม Service Plan และศักยภาพของโรงพยาบาล

อาคารสถานที่	Facilities	1.อาคารอำนวยการ 5 ชั้น : ชั้น 1 = ER อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น2=อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น3=ทันตกรรม LAB ชั้น 4=ฝ่ายสนับสนุน ชั้น5=ห้องประชุม 2.อาคาร 58 ปี 4 ชั้น : ดิ็กคลอด สูตินรีเวช เด็ก2 EENT 3.อาคาร 62 ปี 4 ชั้น : หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 (ชั้น1=อาคารผู้ป่วยในแยกโรค ชั้น3-4 ปรับปรุงเป็นที่พักแพทย์) 4.อาคาร 67 ปี 5 ชั้น : ICU ไตเทียม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย พิเศษโรคหัวใจ 5.อาคาร 9 ชั้น : ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย อายุรกรรม3 พิเศษ 2 ชั้น 6.อาคารกายภาพ 7.อาคารพัสดุ ชักฟอก จ่ายกลาง 8.อาคารโภชนาการ 9.อาคารฝ่ายผลิต (ยา) 10.โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
เครื่องมือและเทคโนโลยี	Equipment & technology	1.แผนก EENT : เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบสามมิติ เครื่องวัดความยาวลูกตาด้วยคลื่นความถี่สูง เครื่องสลายต้อกระจก ด้วยคลื่นความถี่สูง 2.อายุรกรรม : Echocardiography, Exercise Stress Test, Pulmonary Function Test 3. X-Ray : Mammogram, Multidetector 64 slide, Digital Fluoroscope 4.MRI 5.Ventilator, high frequency,defibrillator,central monitor 6.Hemodialysis
กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ	Regulatory Requirement	1.ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข 2.ระเบียบพัสดุ 3.พรบ.สุขภาพ
ระบบงาน	Work System	Inpatient Service System Outpatient Service System Emergency Service System Community Service System

กระบวนการทำงานที่สำคัญ	Key Work Processes	1.Access & Entry 2.Patient Assessment 3.Planning of Care (Patient Care : Discharge Planning) 4.General Care Delivery (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services:Specific Care) 5.Information and Empowerment for Patients /Families 6.Continuty of Care
กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ	Key Support Processes	1.ระบบการจัดการด้านยา 2.ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ 3.การเงิน 4.ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 5.ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล 6.การตอบสนองความต้องการของลูกค้า
ระบบกำกับดูแลองค์กร	Governance System	เขตบริการสุขภาพที่ 8 , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ผู้ป่วยและความต้องการ	Patients & Requirements	กลุ่มผู้ป่วยที่มีอุปสรรคต่อการเข้าถึง : กลุ่มผู้ป่วย Rape = ปกปิดความลับ และ ได้รับความสะดวกเมื่อมารับบริการ กลุ่มผู้ป่วย HIV = ปกปิดความลับ บริการที่รวดเร็ว ผู้ป่วย Cataract =ไม่รอคิวผ่าตัดต้อตา กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป = แพทย์ออกตรวจเร็ว ไม่รอนาน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง = DM,HT ไม่มีหลายขั้นตอน ได้พบแพทย์เร็ว ไม่ไตวาย กลุ่มผู้ป่วยโรคไตไม่รอคิวในการฟอกไต เส้นฟอกไตใช้ได้ไม่นานๆ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน : STROKE ,STEMI = ไม่ตาย Fracture C –spine = ได้รับการรักษาที่ รพ.นครพนม ผู้ป่วยSevere HI Blunt Trauma=ได้รับการรักษาที่ปลอดภัย กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ=ได้รับการดูแลทันที ไม่พิการ กลุ่มผู้ป่วยใน = ได้รับการตรวจจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
ผู้รับผลงานอื่นๆ และความต้องการ	Other Customers & Requirements	อบต เทศบาล อบจ: ต้องการได้รับความร่วมมือที่ดีในการประสานงาน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความต้องการ	Stakeholders & Requirements	สำนักงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ต้องการให้ประชาชนได้รับการขึ้นทะเบียนดูแลสุขภาพครบถ้วน และต้องการให้การส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายการพัฒนาระบบ เป็นไปด้วยความครบถ้วนเรียบร้อย สำนักงานประกันสังคม: ต้องการมีช่องทางด่วนให้ผู้ประกันตน กลุ่มผู้มีจิตศรัทธาต่อโรงพยาบาล : ต้องการช่วยเหลือโรงพยาบาลตามกำลังและความสามารถ
ผู้ส่งมอบ	Suppliers	รพ.รพ.สต.: ต้องการได้รับงบประมาณจัดสรรในการพัฒนา โรงพยาบาลชุมชน : ต้องการแนวทางที่ชัดเจน ในการส่งต่อผู้ป่วย สปป.ลาว : ต้องการให้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และ ต้องการแนวทางที่ชัดเจน ในการส่งต่อผู้ป่วย
พันธมิตรและบทบาท	Partners & Roles	MRI (out source)
ความร่วมมือและบทบาท	Collaborators & Roles	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมร่วมพิจารณาในการปรับระดับศักยภาพของโรงพยาบาลตาม Service Plan รวมถึงการประสานงานเครือข่ายในการพัฒนาตาม Service Plan
เครือข่ายบริการและบทบาท	Service Network & Roles	เขตบริการสุขภาพที่ 8 จัดสรรทรัพยากร งบประมาณในการพัฒนาบริการสุขภาพตาม Service
บริการที่จ้างเหมา	Contracted Services	บริการที่มีการจ้างเหมาจากภายนอก : การจ้างเหมาดูแลระบบ แอร์ ลิฟท์ การกำจัดขยะติดเชื้อ จากบริษัทเอกชน ที่มีการตรวจสอบมาตรฐาน และได้จัดการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้ในส่วนที่จำเป็น เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในองค์กร
ความร่วมมือในด้านการศึกษา	Education Affiliation	1.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม : 2.มหาวิทยาลัยนครพนม 3.แหล่งฝึกด้านแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก
ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	Key Health Problems	กลุ่ม Acute : Trauma = HI,multiple trauma / Non trauma = Sepsis และ Pneumonia,STEMI กลุ่ม Chronic : DM,HT,CKD,COPD แม่และเด็ก : มารดา : PIH,PPH,BA ทารก: Preterm,neonatal sepsis,RDS โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ : DHF,RTI,TB โรคจากการประกอบอาชีพ: โรคปวดกล้ามเนื้อ

สาขาการให้บริการ เฉพาะทางที่สำคัญ	Key Service Specialties	อายุรกรรมโรคไต อายุรกรรมโรคหัวใจ อายุรกรรมโรคระบบประสาทและสมอง C-Spine
คุณลักษณะของบริการ สุขภาพ	Health Service Offering	อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ รังสีวิทยา ทันตกรรมเฉพาะทาง จักษุวิทยา

ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

VISION : โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ										
ST๑.พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานโดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (SERVICE EXCELLENCE)										
เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
G๑ เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง Level ๑ ที่มีคุณภาพ										
	๑	ระดับความสำเร็จสู่การเป็นความเชี่ยวชาญระดับสูงด้านโรคหลอดเลือดสมอง (ผ่านการรับรอง SSCC /HNA/PDSC)	๕	ระดับ	ระดับ ๕	NA	๔	๔	ทีม Stroke	ยกระดับศักยภาพการให้บริการ
	๒	อัตราการตาย stroke	๓	ร้อยละ	<๗%	๓.๐๗	๑.๙๙	๔.๘๗		
	๓	ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยา rtPA	๒	ร้อยละ	> ๕%	๑๒.๗๘	๑๕.๑๗	๑๕.๐๑		
G๒ เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ Level ๓ ที่มีคุณภาพ										
	๔	ระดับความสำเร็จสู่การเป็นความเชี่ยวชาญระดับสูงด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ / CCU (Plan จาก ๓ ไป ๒)	๕	ระดับ	ระดับ ๕	NA	๓	๓	ทีม STEMI	ยกระดับศักยภาพการให้บริการ
	๕	อัตราการตาย stemi	๓	ร้อยละ	<๙%	๑๒.๐๗	๑๐.๑๗	๑๐.๗๙		
	๖	Time to needle		ร้อยละ	>๗๐%			๘๕.๔๑		
G๓ เป็นองค์กรคุณภาพอย่างยั่งยืน มีระบบการดูแลรักษา และ ระบบสนับสนุนตามมาตรฐาน										
๑. PCT สูติ	๗	อัตราสวนการตายมารดาไทย	๕	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๓๙.๑๕	๔๖.๓๒	๔๗.๓๗	ทีม PCT	สร้างวัฒนธรรม Patient Safety

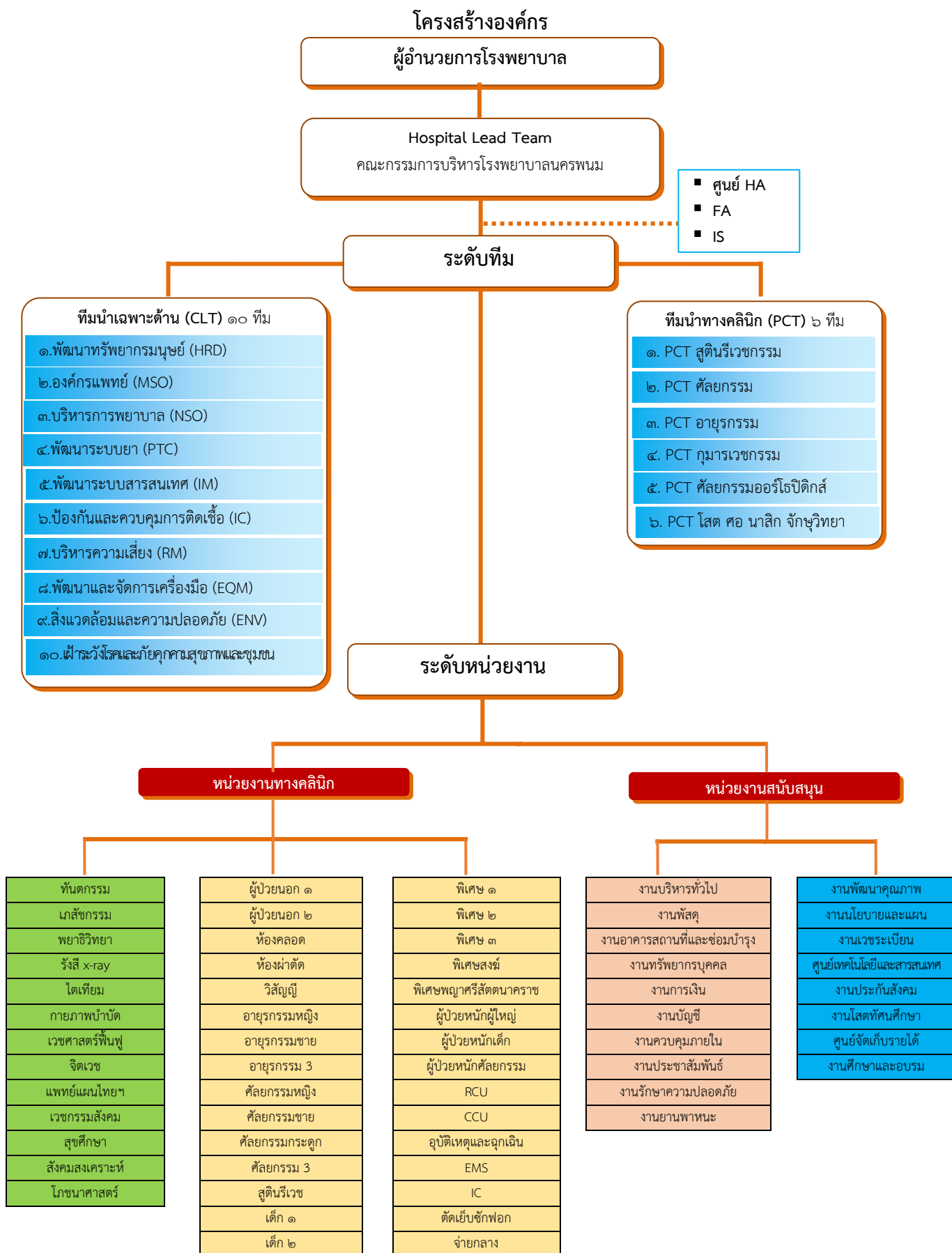
เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
๒. PCT ศัลยกรรม : Trauma	๘	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	๕	ร้อยละ	๑๒	๘.๘๓	๑๒	๑๔.๐๓		
CA		ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๒	อัตรา	> ๗๕%	๖๙.๕	๘๓.๓	๖๑.๔๑		
	๙	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๒		> ๗๕%					
	๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๒		> ๗๕%					
	๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๒		๖๐%					
๓. PCT อายุรกรรม : Sepsis	๑๒	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๒	ร้อยละ	<๒๖%	๒๙.๙๖	๒๕.๕๒	๔๐.๙๙		
CKD	๑๓	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e GFR <๕ ml/min/๑.๗๓ m ² /yr	๒	ร้อยละ	๖๖	๕๓.๓	๕๒.๕๗	๖๒.๐๐		
๔. PCT กุมารเวชกรรม : Preterm	๑๔	อัตราการเสียชีวิตแต่ละช่วงน้ำหนัก -ต่ำกว่า๑,๐๐๐ กรัม -๑,๐๐๐-๑,๔๙๙ กรัม -๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม	๒	ร้อยละ	< ๕๐ % < ๑๐ % < ๑๐ %	๔๐ ๑๓.๐๔ ๑.๔๗	๒๑.๔๒ ๔.๗๖ ๑.๐๒	๕๐ ๕.๒ ๑.๖		
๕. PCT Ortho	๑๕	อัตราการได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง	๒	ร้อยละ	> ๘๐	๕๐	๘๕.๒	๘๔.๐๗		

เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
๖. PCT EENT : Cataract	๑๖	ระยะเวลาการคอยผ่าตัดของผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๒	วัน	๓๐ วัน	๑๖.๖๑	๑๒.๘๒	๑๔.๓๔		
Upper air way obstruction	๑๗	ร้อยละการเกิด Upper air way obstruction	๒	ร้อยละ	๐	๐	๑	๐		
๗. ระบบ IC	๑๘	VAP	๒	ครั้งต่อ ๑๐๐๐ วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจ	< ๕	๓.๗๓	๖.๖๘	๘.๘	IC	๒P Safety
Covid-๑๙	๑๙	จำนวนบุคลากรป่วยเป็น Covid-๑๙	๔	จำนวน	๐	๐	๐	๕(๐.๔๕)		
	๒๐	อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล (ครั้งต่อ ๑๐๐๐ วันนอน)	๒	ครั้งต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	๓	๒.๕๘	๒.๗๔	๓.๔๖		
	๒๑	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	๒	ครั้งต่อ ๑๐๐๐ วันนอน	< ๓	๒.๔๘	๒.๗๔	๐.๘๔		
๘. ระบบยา	๒๒	RDU	๒	ระดับ	ขั้นที่ ๓	ขั้น ๑	ขั้น ๑	ขั้น ๑	ระบบยา	
๙. ระบบ ENV	๒๓	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย	๒	ระดับ	๓	๒	๒	๒.๕	ระบบ ENV	
	๒๔	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบก๊าซทางการแพทย์	๒	ระดับ	๓	๒	๒	๒.๕		
	๒๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบป้องกันและรับอัคคีภัย	๒	ระดับ	๓	๒	๒	๒.๕		

เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564		
Goal4 ผู้รับบริการมีความประทับใจในบริการ	26	ร้อยละความพึงพอใจ OPD (แยกตามสิทธิการรักษา)	2	ร้อยละ	80%			86.69		Lean management Re-design ระบบบริการใหม่ Re-design work process
		สิทธิข้าราชการ				86	89	87.47		
		สิทธิข้าราชการเงินเอง				72	87	85.94		
		สิทธิบัตรทอง				85	89	89.26		
		สิทธิประกันสังคม				86	90	84.12		
	27	ร้อยละความพึงพอใจ IPD (แยกตามสิทธิการรักษา)	2	ร้อยละ	80%			88.95		
		สิทธิข้าราชการ				90	92	89.03		
		สิทธิข้าราชการเงินเอง				88	89	87.45		
		สิทธิบัตรทอง				88	95	90.35		
		สิทธิประกันสังคม				88	93	88.99		
G5 เป็นองค์กรที่บุคลากรมีสมรรถนะสูง	28	ร้อยละความพึงพอใจตามวิชาชีพสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้านโรคหลอดเลือดสมอง	1	ร้อยละ	80%	na	na	38.56	HRD	สร้างแรงจูงใจ / พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
	29	ร้อยละความพึงพอใจตามวิชาชีพสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ	1	ร้อยละ	80%	na	na	22.59		

ST2.พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพ										
G6 ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน	30	ระดับความสำเร็จของ Data driven healthcare ในการสนับสนุนศูนย์เชี่ยวชาญ	4	ระดับ	5	3	3	3	ทีมสารสนเทศ	พัฒนา Data center คุณภาพพัฒนาระบบความปลอดภัยสารสนเทศ
ST3.พัฒนาระบบบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)										
G7 เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการเป็นเลิศ	31	ร้อยละการเพิ่มรายรับทุกกองทุน	5	ร้อยละ	20	ผ่าน 3 กองทุน	เพิ่ม 7 กองทุน	เพิ่ม 7 กองทุน	คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ คุณภาพ	เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย/
	32	รพ.ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	2	ผ่าน		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน 97.33		ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ
	33	ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (ระดับดีขึ้น)	1	ผ่าน		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน 100		
	34	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	1						ควบคุมภายใน	ควบคุมภายใน
	36	อัตราป่วย Pneumonia	2					80.57		
	37	อัตราป่วย dengue	2	อัตรา	ไม่เกิน 50 ต่อสปก.	59.97	36.23	43.39		
	38	อัตราป่วย diarrhea	2	อัตรา	>25% เทียบมาตรฐาน (ไม่เกิน 1300)	1267.14	832.65	576.41		
	39	อัตราป่วยDM รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	3	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ 5	583.41	498.06	553.68		
	40	อัตราป่วย HT รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	3	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ 5	935.54	825.45	886.03		

เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564		
ST4.บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นเลิศ(PP&P Excellence)										
G8 ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนได้รับการจัดการให้ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพทุกพื้นที่	35	suscess rate TB	3	ร้อยละ	>85%	94	84	86.3	ปฐมภูมิ	Primary Prevention
	36	อัตราป่วย Pneumonia	2					80.57		
	37	อัตราป่วย dengue	2	อัตรา	ไม่เกิน 50 ต่อสปก.	59.97	36.23	43.39		
	38	อัตราป่วย diarrhea	2	อัตรา	>25% เทียบ มีฐาน (ไม่เกิน 1300)	1267.14	832.65	576.41		
	39	อัตราป่วยDM รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	3	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ 5	583.41	498.06	553.68		
	40	อัตราป่วย HT รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	3	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ 5	935.54	825.45	886.03		
รวม			100							





โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลนครพนม



นพ.ธนสิทธิ์ ไพรงษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม



นพ.จรงธรรม ชันดี
รักษาการรองฯ
ด้านการแพทย์



นางกุสุมา พรหมวิศาสตร์
รองฯฝ่ายการพยาบาล



นายประสิทธิ์ ใจกล้า
รักษารองฯด้านบริหาร



พ.ญ.สุรธินัย คุศลวัฒน์
รักษาการรองฯด้านพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ



ทพ.สุรจิตร์ คุศลกุล
รองฯด้านบริการปฐมภูมิ



นายวิชิต เหล่าวัฒนาถาวร
รองฯด้านการเงินการคลัง

ข้อมูลบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง (คน)	ค้างท่อ	ปี พ.ศ. ที่จบ
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	๔	-	-
แพทย์เฉพาะทาง	๕๑		
อายุรแพทย์	๓	๓	๖๕,๖๖,๖๗
ศัลยแพทย์	๔	๔	๖๖(๑),๖๗(๓)
สูติรีแพทย์	๗	๒	๖๖(๒)
กุมารแพทย์	๕	๑	๖๗
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	๓		
จักษุแพทย์	๓	๒	๖๕,๖๖
โสตศอนาสิกแพทย์	๓		
วิสัญญีแพทย์	๓	๒	๖๖,๖๗
รังสีแพทย์	๑ (และ part time ๑)	๓	๖๕,๖๖,๖๗
พยาธิแพทย์	๑		
แพทย์นิติเวช	๐		
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๐	๒	๖๕,๖๗
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	๒	๑	๖๗
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๐	๑	๖๖
อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	๐	๑	๖๕
อายุรแพทย์โรคประสาทวิทยา	๑	๑	๖๕
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	๑	๑	๖๕
อายุรแพทย์โรคไต	๑		
ศัลยแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์	๑		
ศัลยแพทย์ยูโรศัลยศาสตร์	๒	๑	๖๗
ศัลยแพทย์ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๑	๒	๖๖ (๑),๖๗ (๑)
ศัลยแพทย์กุมาร	๑		
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรคกระดูกสันหลัง	๑		
ตจวิทยาแพทย์	๑		
แพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน	๒		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสาธารณสุข	๑		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์	๑		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การท่องเที่ยว	๑		
ทันตแพทย์	๑๙		
เภสัชกร	๓๐		
พยาบาลวิชาชีพ (รวมทั้งหมด)	๔๕๑		

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง (คน)	ค้างท่อ	ปี พ.ศ. ที่จบ
พยาบาลวิชาชีพ	๓๑๖		
พยาบาลเฉพาะทาง	๑๓๕		
- วิชาญพยาบาล	๒๐		
- พยาบาลเวชปฏิบัติ	๒		
- พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ	๒		
- พยาบาลไตเทียม	๙		
- พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	๒๘		
- พยาบาลจิตเวช	๒		
- อื่นๆ ระบุสาขา			
- พยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็ก	๗		
- พยาบาลผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูง	๔		
- พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา	๖		
- พยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด	๑๐		
- การพยาบาลออร์โธปิดิกส์	๓		
- การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน	๕		
- การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	๔		
- การพยาบาลอายุรศาสตร์	๕		
- การพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง	๙		
- การพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด	๔		
- การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและประคับประคอง	๑		
- การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน	๑		
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๑		
- การพยาบาลผู้สูงอายุ	๑		
- การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	๒		
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง	๒		
- การบริหารจัดการทางการพยาบาล	๗		
พยาบาลเทคนิค/อนุปริญญา	๐		
ผู้ช่วยพยาบาล	๗๔		
นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด	๙		
นักเทคนิคการแพทย์/วิทยาศาสตร์การแพทย์	๒๒		
นักรังสีเทคนิค	๕		
นักสังคมสงเคราะห์	๑		
นักสุขศึกษา	๐		
นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ/โภชนาการ	๗		
นักวิชาการสาธารณสุข	๓๘		
แพทย์แผนไทย	๗		
แพทย์แผนไทยประยุกต์	๐		

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง (คน)	ค้างท่อ	ปี พ.ศ. ที่จบ
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	๕๐๙		
รวม	๑,๒๒๗		

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ๑๕/๑๑/๖๔

ข้อมูลการให้บริการ

๑. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัด	อำเภอ	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
นครพนม	๑๒	๒๓๕,๖๗๓	๗๑๗,๐๔๐
อุดรธานี	๒๐	๕๓๘,๒๗๗	๑,๕๖๖,๕๑๐
สกลนคร	๑๘	๓๙๖,๑๗๗	๑,๑๔๖,๒๘๖
เลย	๑๔	๒๓๐,๗๖๓	๖๓๘,๗๓๒
หนองคาย	๙	๑๘๑,๗๕๒	๕๑๖,๘๔๓
หนองบัวลำภู	๖	๑๕๔,๙๑๒	๕๐๙,๐๐๑
บึงกาฬ	๘	๑๔๐,๓๔๕	๔๒๑,๙๙๕
รวม	๘๗	๑,๘๗๘,๐๖๖	๕,๕๑๖,๔๐๗

ที่มา : ระบบทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

(<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>)

๒. ศักยภาพการให้บริการ (เตียงตามกรอบ ๓๔๕ เตียง)

ลำดับ	แผนก	เตียงให้บริการจริง	ร้อยละ
๑	กุมารเวชกรรม	๖๐	๑๖.๑๓
๒	ศัลยกรรม	๑๐๘	๒๙.๐๓
๓	ศัลยกรรมกระดูก	๓๐	๘.๐๖
๔	โสต ศอ นาสิก	๓๐	๘.๐๖
๕	สูติ-นรีเวชกรรม	๔๒	๑๑.๒๙
๖	อายุรกรรม	๑๐๒	๒๗.๔๒
รวม		๓๗๒	๑๐๐.๐๐

เตียง ICU

ลำดับ	แผนก	จำนวน (เตียง)
๑	NICU (ทารกแรกเกิด)	๘
๒	ศัลยกรรม	๘
๓	RCU	๘
๔	ICU อายุรกรรม	๑๐
๕	CCU	๘
รวม		๔๒

วิเคราะห์จำนวนเตียง ICU

จำนวนที่มีจริง	ควรมี ๑๐% ของเตียงผู้ป่วยใน (ตามกรอบ)	ส่วนขาด/เกิน
๔๒	๓๕	๗

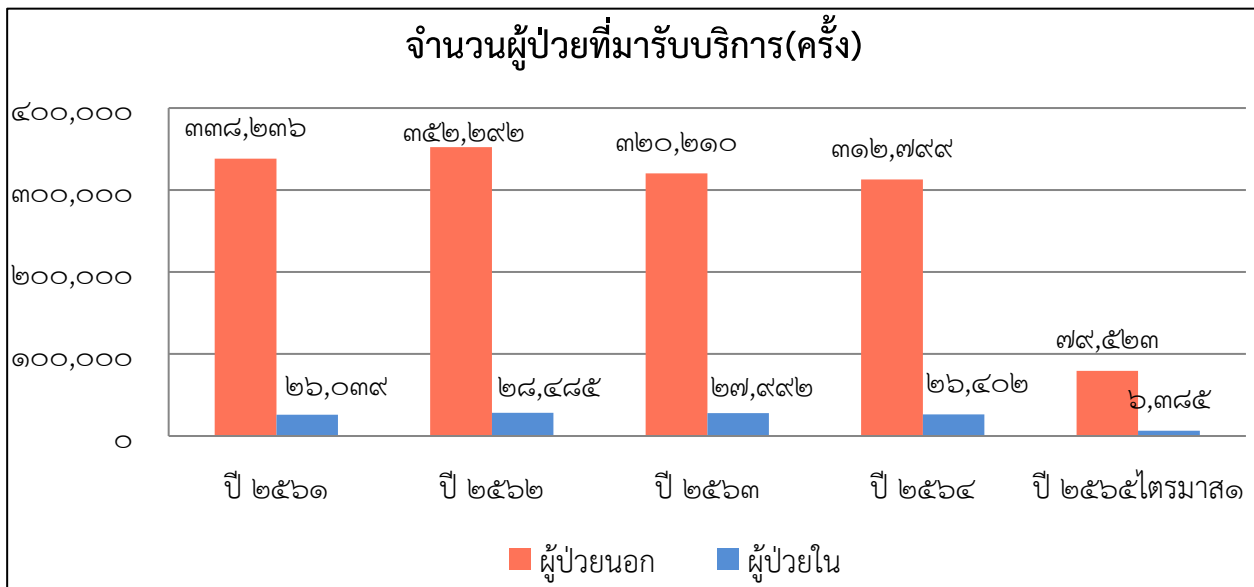
ลำดับ	แผนก	จำนวนเตียง (บริการจริง)		รวม
		สามัญ	พิเศษ	
๑	กุมารเวชกรรม	๖๐	-	๖๐
๒	ศัลยกรรม	๙๐	๑๘	๑๐๘
๓	ศัลยกรรมกระดูก	๓๐	-	๓๐
๔	โสต ศอ นาสิก	๓๐	-	๓๐
๕	สูติ-นรีเวชกรรม	๓๐	๑๒	๔๒
๖	อายุรกรรม	๙๐	๑๒	๑๐๒
รวม		๓๓๐	๔๒	๓๗๒

ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

๓. สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลนครพนม

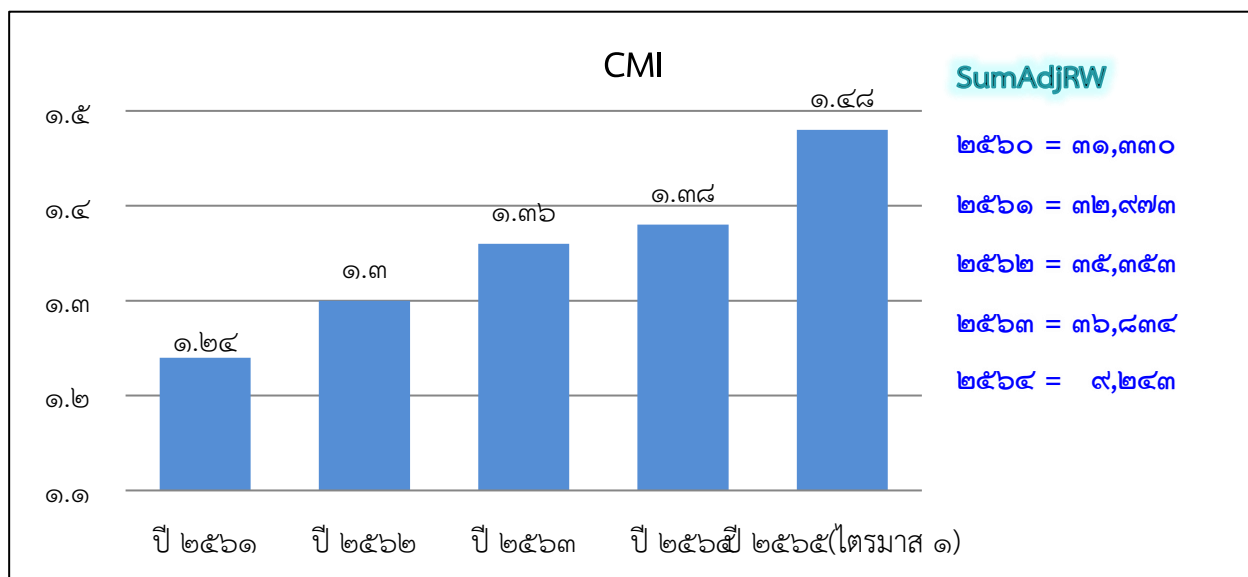
๓.๑ จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (ครั้ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑)

ประเภท	หน่วย นับ	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ผู้ป่วยนอก	ครั้ง	๓๓๘,๒๓๖	๓๕๒,๒๙๒	๓๒๐,๒๑๐	๓๑๒,๗๙๙	๗๙,๕๒๓
ผู้ป่วยใน	ครั้ง	๒๖,๐๓๙	๒๘,๔๘๕	๒๗,๙๙๒	๒๖,๔๐๒	๖,๓๘๕

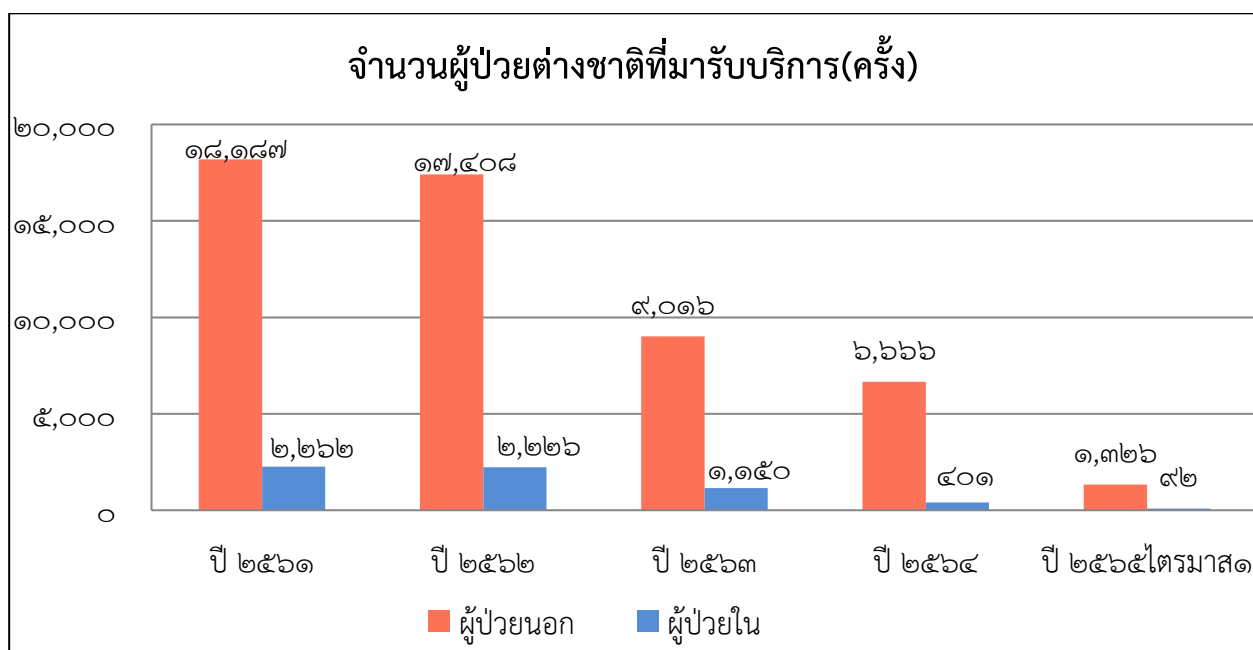


๓.๒ ข้อมูล CMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑)

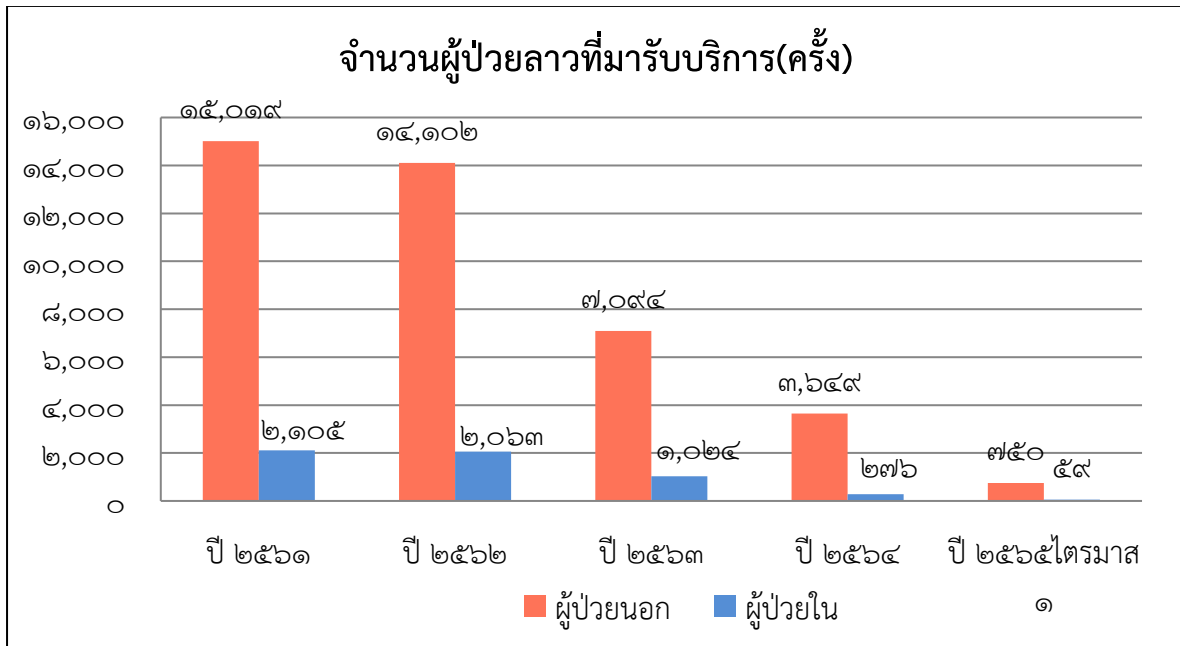
ที่มา : <http://cmi.healtharea.net/util/default/index>



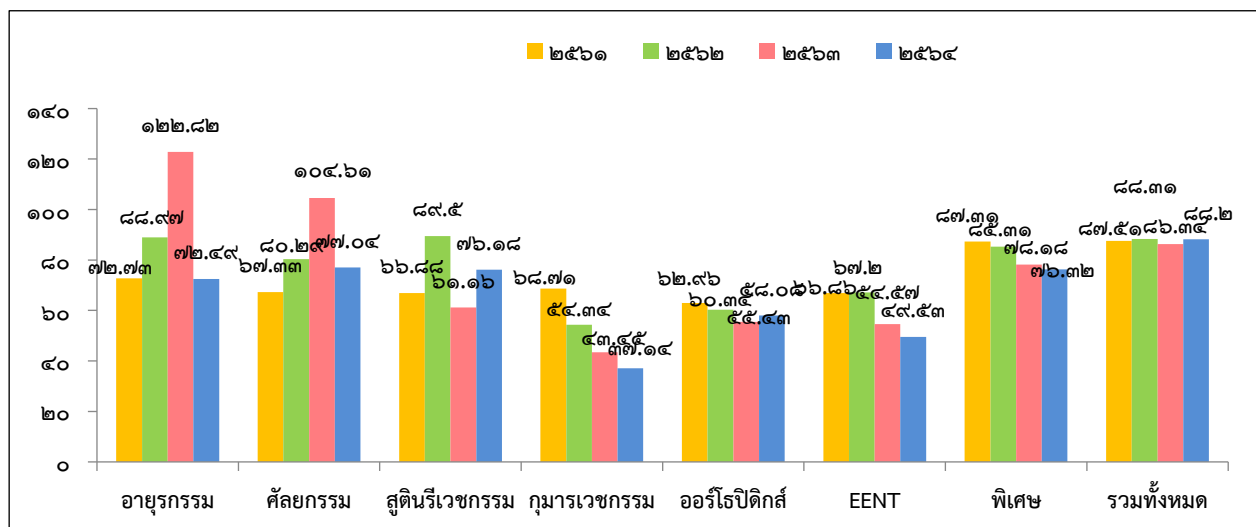
๓.๓ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการ (ครั้ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕(ไตรมาส ๑)



๓.๔ จำนวนผู้ป่วยลาวมารับบริการ (ครั้ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑)



๓.๕ ร้อยละอัตราครองเตียงปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ (ตามกรอบ ๓๔๕ เตียง)



๓.๖ สถิติการป่วย ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) (เรียงลำดับตามปีปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)	
		จำนวน (ครั้ง)	ต่อ ๑๐๐	จำนวน (ครั้ง)	ต่อ ๑๐๐	จำนวน (ครั้ง)	ต่อ ๑๐๐	จำนวน (ครั้ง)	ต่อ ๑๐๐
๑	Diabetes mellitus	๒๐,๑๑๔	๕.๗๑	๒๐,๕๗๙	๖.๔๓	๑๙,๓๒๒	๖.๑๘	๘,๔๓๗	๑๐.๖๑
๒	hypertension	๑๑,๔๐๑	๓.๒๔	๑๑,๖๙๕	๓.๖๕	๑๓,๙๑๕	๔.๔๕	๗,๐๑๖	๘.๘๒
๓	Chronic kidney disease, stage ๕	๑๙,๙๙๒	๕.๖๗	๑๙,๙๗๑	๖.๒๔	๑๘,๓๘๔	๕.๘๘	๔,๙๓๔	๖.๒๐
๔	Stroke	๒,๙๓๗	๐.๘๓	๒,๘๓๕	๐.๘๙	๒,๕๒๗	๐.๘๑	๖๒๗	๐.๗๙
๕	Low back pain	๓,๑๓๕	๐.๘๙	๒,๒๒๖	๐.๗๐	๒,๑๖๕	๐.๖๙	๕๗๕	๐.๗๒
๖	Thyrotoxicosis	๒,๑๕๕	๐.๖๑	๒,๑๘๖	๐.๖๘	๒,๑๓๑	๐.๖๘	๕๕๙	๐.๗๐
๗	Breast malignant neoplasm	๑,๒๑๓	๐.๓๔	๑,๗๗๘	๐.๕๖	๑,๙๒๙	๐.๖๒	๕๑๖	๐.๖๕
๘	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	๔,๔๖๕	๑.๒๗	๓,๗๖๓	๑.๑๘	๒,๒๐๖	๐.๗๑	๔๙๙	๐.๖๓
๙	Asthma	๓,๓๘๗	๐.๙๖	๒,๖๙๘	๐.๘๔	๒,๑๕๗	๐.๖๙	๔๙๓	๐.๖๒
๑๐	Senile nuclear cataract	๑,๗๓๖	๐.๔๙	๑,๖๓๐	๐.๕๑	๑,๓๙๖	๐.๔๕	๔๘๘	๐.๖๑

๓.๗ สถิติการป่วย ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) (เรียงลำดับตามปีปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)	
		จำนวน (ครั้ง)	%	จำนวน (ครั้ง)	%	จำนวน (ครั้ง)	%	จำนวน (ครั้ง)	%
๑	Cataract and other disorders of sclera and cornea	๑,๔๒๓	๕.๐๐	๑,๓๔๑	๔.๗๙	๑,๒๒๘	๔.๖๕	๔๘๖	๗.๖๑
๒	Intracranial injury (HI)	๑,๒๘๓	๔.๕๐	๑,๕๒๑	๕.๔๓	๑,๔๑๘	๕.๓๗	๒๖๖	๔.๑๗
๓	Appendicitis	๗๙๖	๒.๗๙	๘๔๙	๓.๐๓	๘๒๙	๓.๑๔	๑๖๕	๒.๕๘
๔	Beta thalassaemia	๒๒๘	๐.๘๐	๔๕๕	๑.๖๓	๕๔๐	๒.๐๕	๑๕๖	๒.๔๔
๕	Chronic kidney disease, stage ๕	๗๑๔	๒.๕๑	๕๘๘	๒.๑๐	๕๔๒	๒.๐๕	๑๕๔	๒.๔๑
๖	Pneumonia	๑,๐๕๕	๓.๗๐	๘๘๒	๓.๑๕	๑,๐๓๓	๓.๙๑	๑๕๑	๒.๓๖
๗	Breast malignant neoplasm	๒๖๒	๐.๙๒	๕๐๘	๑.๘๑	๕๙๑	๒.๒๔	๑๕๑	๒.๓๖
๘	Cerebral infarction	๖๒๒	๒.๑๘	๕๕๖	๑.๙๙	๕๑๑	๑.๙๔	๑๐๔	๑.๖๓
๙	Congestive heart failure	๓๐๙	๑.๐๘	๓๖๔	๑.๓๐	๓๙๖	๑.๕๐	๘๐	๑.๒๕
๑๐	Gastrointestinal haemorrhage	๒๔๘	๐.๘๗	๒๕๔	๐.๙๑	๒๖๓	๑.๐๐	๖๐	๐.๙๔

๓.๘ สถิติการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) (เรียงลำดับตามปีปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)	
		จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%
๑	Cardiac arrest	๑๓	๑๕.๔๘	๒๖	๒๕.๐๐	๒๘	๓๓.๗๓	๖	๒๘.๕๗
๒	Unspecified injury of head (HI)	๑๑	๑๓.๑๐	๙	๘.๖๕	๓	๓.๖๑	๓	๑๔.๒๙
๓	Jaundice, unspecified	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๑	๔.๗๖
๔	Asphyxia	๒	๒.๓๘	๒	๑.๙๒	๒	๒.๔๑	๑	๔.๗๖
๕	Acute subendocardial myocardial infarction	๒	๒.๓๘	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๑	๔.๗๖
๖	Anoxic brain damage, not elsewhere classified	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๑	๔.๗๖
๗	Acidosis	๑	๑.๑๙	๒	๑.๙๒	๔	๔.๘๒	๑	๔.๗๖
๘	Bronchus or lung malignant neoplasm, unspecified	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๑	๔.๗๖
๙	Septicaemia, unspecified (Septic Shock)	๐	๐.๐๐	๒	๑.๙๒	๓	๓.๖๑	๑	๔.๗๖
๑๐	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	๐	๐.๐๐	๑	๐.๙๖	๑	๑.๒๐	๑	๔.๗๖

๓.๙ สถิติการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) (เรียงลำดับตามปีปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)	
		จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%
๑	Intracranial injury (HI)	๗๙	๑๑.๒๒	๙๕	๑๔.๘๐	๑๑๔	๑๖.๐๓	๓๘	๒๙.๙๒
๒	Pneumonia	๑๐๗	๑๕.๒๐	๘๕	๑๓.๒๔	๑๒๒	๑๗.๑๖	๒๔	๑๘.๙๐
๓	Chronic kidney disease, stage ๕	๓๖	๕.๑๑	๓๑	๔.๘๓	๒๖	๓.๖๖	๗	๕.๕๑
๔	Congestive heart failure	๑๘	๒.๕๖	๒๕	๓.๘๙	๒๙	๔.๐๘	๗	๕.๕๑
๕	Acute myocardial infarction	๒๑	๒.๙๘	๑๕	๒.๓๔	๑๗	๒.๓๙	๖	๔.๗๒
๖	Gastrointestinal haemorrhage	๑๙	๒.๗๐	๑๘	๒.๘๐	๑๓	๑.๘๓	๕	๓.๙๔
๗	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	๑๐	๑.๔๒	๑๐	๑.๕๖	๑๓	๑.๘๓	๔	๓.๑๕
๘	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	๑๓	๑.๘๕	๑๑	๑.๗๑	๖	๐.๘๔	๔	๓.๑๕
๙	Cerebral infarction	๑๔	๑.๙๙	๑๘	๒.๘๐	๑๘	๒.๕๓	๓	๒.๓๖

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๖๕)	
		จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%	จำนวน (คน)	%
๑๐	Paralytic ileus and intestinal obstruction without hernia	๓	๐.๔๓	๑	๐.๑๖	๒	๐.๒๘	๒	๑.๕๗

๓.๑๐ สถานพยาบาล ๕ อันดับแรก ที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนครพนมปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑)

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
๑	โรงพยาบาลสกลนคร	๓๓๘
๒	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๓๓๖
๓	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	๗๐
๔	โรงพยาบาลอุดรธานี	๖๗
๕	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ม.ขอนแก่น	๓๖

๓.๑๑ สถิติการส่งต่อ ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) (เรียงลำดับตามปีปัจจุบัน)

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
๑	Breast malignant neoplasm	Acute Myocardial infarction
๒	CKD Stage ๕	Liver, gallbladder and bile duct neoplasm
๓	Intrahepatic bile duct carcinoma	Brain neoplasm
๔	Chronic viral hepatitis C	HI
๕	Malignant neoplasm of ovary	Gastrointestinal haemorrhage

๔. การบริหารทางการเงิน – การคลัง โรงพยาบาลนครพนม

๔.๑ สภาพคล่องทางการเงิน

FAI ประจำเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕)

ประเภทดัชนีชี้วัด	รพ.นครพนม	Risk Score
๑. กลุ่มแสดงสภาพคล่องของสินทรัพย์		
๑.๑ CR < ๑.๕	๒.๖๑	๐
๑.๒ QR < ๑	๒.๕๖	๐
๑.๓ Cash < ๐.๘	๑.๐๓	๐
๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		
๒.๑แสดงฐานะทางการเงิน(ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๓๐๙,๐๔๗,๖๕๙.๙๖	๐
๒.๒แสดงฐานะจากผลประกอบการ(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) NI < ๐	๑๑๖,๑๔๓,๐๘๐.๐๓	๐
๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง		
๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<๓เดือน หรือ	๗.๙๘	๐
๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<๖เดือน	๗.๙๘	๐
ผลการเฝ้าระวังโดยใช้ดัชนี ๗ ระดับ		๐
เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	๑๔,๐๓๓,๖๔๕.๙๑	

**รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕**

Agenda based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ๒๕๖ .ศ.๕

ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

๒.สถานการณ์

เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ ๒๑ เดือนมกราคม ๒๕๖๓ ที่ OPD ชั้น ๒ ห้องตรวจเบอร์ ๔ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐– ๑๖.๐๐ น. (หยุดตามวันหยุดนักขัตฤกษ์)

และคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ ที่อาคารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๒๐.๐๐ น. (หยุดตามวันหยุดนักขัตฤกษ์)

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

๑. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย

๒. บุคลากรผ่านการอบรม หลักสูตรผู้จัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Care Manager)

๒. ขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๕ และลงทะเบียนเป็นผู้ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์

๓. จัดทำแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชา

๔. ประชาสัมพันธ์

๕. เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

๖. เปิดร้านค้า Tomchongcha (T๒C) R๘ way

๗.ปลูกกัญชาทางการแพทย์ (อยู่ระหว่างการดำเนินการ)

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๑. ให้คำปรึกษา

๒. ตรวจรักษา

๓. จ่ายยา

๔. นัดติดตามผล

๕. ประเมินผลการรักษา

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี (ต.ค.๖๔ - ม.ค.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๐,๐๗๖ ร้อยละ ๘.๓๔	๑๖,๑๑๔ ร้อยละ ๗.๗๖	≥๑๐	๕,๕๑๔	๘.๓๒

๕. ปัญหาอุปสรรค

เนื่องจากสถานการณ์ COVID-๑๙ ยังระบาดต่อเนื่อง จึงรับผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็มขึ้นไป เข้ามารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทำให้ร้อยละของผลงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาทางการแพทย์ เพื่อสร้างการยอมรับและเชื่อมั่นในการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์

ผู้รายงาน นางปัญชลี ศิริพงษ์พันธ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๖๓-๓๔๑๙-๙๕๖๙
Email : pan.๒๕๐๙@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๖๕
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ตามระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และบูรณาการร่วมกับโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค โดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนรอบคร้วมีหมอประจำตัว ๓ คน ได้แก่ ๑.หมอคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของอสม. ใหม่ แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบประชาชน ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้น ทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคนที่ ๒ ๒.หมอคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต., PCC, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษตรกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ ๑ คน ไม่ว่าจะวิชาชีพใดก็ตามรับผิดชอบประชากร ๑,๒๕๐ คน หรือ ๑ - ๓ หมู่บ้าน นอกจากนี้หน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสุขภาพแล้ว ยังต้องเชื่อมต่อไปยังระบบงานกับ อสม. และหมอคนที่ ๓ และ ๓.หมอคนที่ ๓ คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว โดยกำหนดให้หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑-๓ ตำบล ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น ซึ่งหมอประจำตัว ๓ คนจะบูรณาการทำงานร่วมกันในการดูแลให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสานต่อแนวทางสร้างนำซ่อม โดยมีจุดมุ่งหมายให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีประชาชนและเจ้าหน้าที่มีความสุขร่วมกัน

การขับเคลื่อนตามนโยบายประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน จังหวัดนครพนมได้มุ่งเน้น บทบาทความรับผิดชอบของ ๓ หมอ และผลงานเชิงประจักษ์ โดยมีหน่วยบริการที่พร้อมปฏิบัติงานจริง และเชื่อมประสานระบบคุณภาพจาก รพ.แม่ข่ายจำนวน ๓ หมอที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ และมีประชาชนในความรับผิดชอบมุ่งเน้นสำคัญในแต่ละกลุ่มวัย และเกิดผลลัพธ์ต่อกลุ่มวัย ในบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค ฟื้นฟู วินิจฉัยโรค และรักษาพยาบาล ตามศักยภาพของแต่ละหมอบทบาท ๓ หมอ ในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-๑๙

แนวทางการดำเนินงาน

- ๑.ทบทวนคำสั่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม
- ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม
- ๓.ประชุมชี้แจงคณะทำงานการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ๓ หมอ รู้จักคุณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ออนไลน์ ผ่านระบบ Zoom meeting
- ๔.ทบทวนจำนวน ๓ หมอ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๕ ให้ถูกต้องและครบถ้วน
- ๕.ทบทวน ๓ หมอ ใน PCU/NPCU ตามแผน ๑๐ ปี ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ.ฯ เพื่อนำไปบันทึกในโปรแกรม ๓ หมอ รู้จักคุณ ให้ครบถ้วนและถูกต้อง

ผลการดำเนินงาน

๑. ดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพ ๓ หมอ ที่วางไว้ ภายใต้ มาตรการ แนวทางปฏิบัติ ประกาศ และ คำสั่งป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จังหวัดนครพนม

๒.ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน เป้าหมาย ๖๐๑,๔๗๗ คน ผลงาน จำนวน ๑๐๔,๘๐๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๔๒ (ข้อมูลจากโปรแกรม ๓ หมอ รู้จักคุณ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕)

๓. ส่งเสริม พัฒนา ช่องทาง/ระบบ สื่อสารประสานงาน ระหว่าง ๓ หมอ ด้วยกัน และระหว่าง ๓ หมอ กับ ประชาชน

๓.๑ ส่งเสริมการใช้ แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.ในการส่งรายงานการปฏิบัติงานของ หมอคนที่ ๑ ไปยังหมอคนที่ ๒

๓.๒ จัดทำฐานข้อมูลหมอประจำตัว ๓ คน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ

๓.๓ ส่งเสริมพัฒนาให้มี ระบบสื่อสาร ประสานงาน และการประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ระหว่าง ๓ หมอด้วยกัน และระหว่าง ๓ หมอ กับประชาชน อาทิเช่น เฟสบุ๊ค ไลน์ อินสตาแกรม เพจ เว็บไซต์ ดิจิตอล เป็นต้น

ผลงานเด่น

หมอคนที่ ๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลงาน อสม.ดีเด่น ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๑. ได้รับการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๒ สาขา ได้แก่

๑.๑.สาขาป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน จะทำการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ในวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๒.สาขาป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จะทำการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ในวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ณ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

๒.ได้รับการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ระดับเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๑ สาขา

๑. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ปัญหาอุปสรรค

๑.การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้ดำเนินการสื่อสารเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพผ่านระบบออนไลน์

แนวทางการพัฒนา

แผนการพัฒนาศักยภาพ ๓ หมอ

๑.พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ ๑ หมอ อสม.

ตารางแสดง แผนการพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็น “สมาร์ท อสม.” และ “อสม. หมอประจำบ้าน”

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	วันที่จัดอบรม (on site ๑ วัน)	สถานที่จัดอบรม	หมายเหตุ
๑	บ้านแพง	๖๖	๑๗ มกราคม ๒๕๖๕	ห้องประชุม สสอ.บ้านแพง	
๒	วังยาง	๒๗	๑๗ มกราคม ๒๕๖๕	ห้องประชุม สสอ.วังยาง	

๓	ธาตุพนม	๑๓๖	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	หอประชุมวิทยาลัยการอาชีพธาตุพนม	
๔	เรณูนคร	๙๑	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	ที่ว่าการอำเภอเรณูนคร	
๕	นาหว้า	๖๘	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	ห้องประชุม กศน. อ.นาหว้า	
๖	นาแก	๑๔๓	๑๙ มกราคม ๒๕๖๕	ที่ว่าการอำเภอนาแก	
๗	ท่าอุเทน	๑๑๑	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	โรงเรียนอุเทนพัฒนา	
๘	ศรีสงคราม	๑๐๙	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	หอประชุมที่ว่าการ อ.ศรีสงคราม	
๙	โพนสวรรค์	๙๒	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	ศาลาประชาคม อ.โพนสวรรค์	
๑๐	นาทม	๓๘	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	ห้องประชุม สสอ.นาทม	
๑๑	ปลาปาก	๘๕	๒๑ มกราคม ๒๕๖๕	หอประชุมเทศบาลตำบลปลาปาก	
๑๒	เมืองนครพนม	๑๖๕	๒๑ มกราคม ๒๕๖๕	ศูนย์ประชุมสาธารณสุขุสจังหวัดนครพนม	
รวม		๑,๑๓๑			

๒. พัฒนาศักยภาพหมอกคนที่ ๒

- อบรมหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะนักสาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
- อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
- พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ (หมอกคนที่ ๒) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ผ่านระบบออนไลน์

๓. พัฒนาศักยภาพหมอกคนที่ ๓

ตารางแสดง แผนการอบรมผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิในปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ แพทย์อบรมหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor ดังนี้

ลำดับ	ชื่อสกุล	ตำแหน่ง	สังกัด	รุ่น	ระหว่างวันที่	สถานที่อบรม จังหวัด
๑	แพทย์หญิงรุจรวี แสนยอดคำ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.โพนสวรรค์	๑	๑๗ - ๑๘ ม.ค. ๖๕ ๑๔ - ๑๕ ก.พ. ๖๕	อุดรธานี
๒	นายแพทย์สรวิศ ศรีสิงห์เดช	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.เรณูนคร	๒	๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ ๔ - ๕ เม.ย. ๖๕	สกลนคร
๓	แพทย์หญิงวรัทยา ราชปัญญดิษฐ์	นายแพทย์ชำนาญเชี่ยวชาญ	รพ.ปลาปาก	๒	๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ ๔ - ๕ เม.ย. ๖๕	สกลนคร
๔	นายแพทย์อนุชิต ชันทะชา	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.วังยาง	๒	๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ ๔ - ๕ เม.ย. ๖๕	สกลนคร

๕	นายแพทย์สันติภาพ ลำเภา	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	รพ.โพน สวรรค์	๒	๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ ๔ - ๕ เม.ย. ๖๕	สกลนคร
๖	แพทย์หญิงจิราภรณ์ เรือง สุวรรณ	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	รพ.ปลาปาก	๑	๑๗ - ๑๘ ม.ค. ๖๕ ๑๔ - ๑๕ ก.พ. ๖๕	อุดรธานี
๗	นายแพทย์วิษณุภาส คุสุกุล	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	รพ.วังยาง	๒	๓ - ๔ มี.ค. ๖๕ ๔ - ๕ เม.ย. ๖๕	สกลนคร

ผลการดำเนินงาน

๑.พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ ๑ หมอ อสม.

ตารางแสดง ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้การเป็น “สมาร์ท อสม.” และ “อสม. หมอประจำบ้าน”

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	วันที่จัดอบรม (on site ๑ วัน)	ผลงาน	คิดเป็นร้อยละ
๑	บ้านแพง	๖๖	๑๗ มกราคม ๒๕๖๕	๖๖	๑๐๐
๒	วังยาง	๒๗	๑๗ มกราคม ๒๕๖๕	๒๗	๑๐๐
๓	ธาตุพนม	๑๓๖	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	๑๓๖	๑๐๐
๔	เรณูนคร	๙๑	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	๙๑	๑๐๐
๕	นาหว้า	๖๘	๑๘ มกราคม ๒๕๖๕	๖๘	๑๐๐
๖	นาแก	๑๔๓	๑๙ มกราคม ๒๕๖๕	๑๔๓	๑๐๐
๗	ท่าอุเทน	๑๑๑	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	๑๑๑	๑๐๐
๘	ศรีสงคราม	๑๐๙	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	๑๐๙	๑๐๐
๙	โพนสวรรค์	๙๒	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	๙๒	๑๐๐
๑๐	นาทม	๓๘	๒๐ มกราคม ๒๕๖๕	๓๘	๑๐๐
๑๑	ปลาปาก	๘๕	๒๑ มกราคม ๒๕๖๕	๘๕	๑๐๐
๑๒	เมืองนครพนม	๑๖๕	๒๑ มกราคม ๒๕๖๕	๑๖๗	๑๐๑.๒
รวม		๑,๑๓๑		๑,๑๓๓	

๓. พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ ๓

ตารางแสดง ผลการอบรมผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิในปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ แพทย์อบรมหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor ดังนี้

ลำดับ	ชื่อสกุล	ตำแหน่ง	สังกัด	รุ่น	ระหว่างวันที่	สถานที่อบรม ณ จังหวัด
๑	แพทย์หญิงรุจรวี แสนยอดคำ	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	รพ.โพนสวรรค์	๑	๑๗ - ๑๘ ม.ค. ๖๕ ๑๔ - ๑๕ ก.พ. ๖๕	อุดรธานี (อบรมออนไลน์)
๖	แพทย์หญิงจิราภรณ์ เรือง สุวรรณ	นายแพทย์ ปฏิบัติการ	รพ.ปลาปาก	๑	๑๗ - ๑๘ ม.ค. ๖๕ ๑๔ - ๑๕ ก.พ. ๖๕	อุดรธานี (อบรมออนไลน์)

ตัวชี้วัดที่ ๓.๒.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ (ร้อยละ ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี)
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สถานการณ์ในพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการด้านปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาาระบบบริการ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เป็นระบบบริการที่ดูแลประชาชนในจำนวน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหนึ่งทีม โดยจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โดยมีทีมหมอครอบครัวประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้สนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวางแผนการดำเนินงานจัดตั้งตามความพร้อมและบริบทการทำงานของจังหวัด โดยมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ ๓S ในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ ๓ ด้าน คือ ด้านบุคลากร (Staff) , ด้านระบบบริการ (System) และด้านโครงสร้าง เครื่องมือ/เครื่องใช้ (Structure)

เป้าหมายการพัฒนา รพ.สต. ให้สามารถขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit of network primary care unit) สรุปรภาพรวมจังหวัดนครพนมตามแผนการจัดตั้ง (ระยะ ๑๐ ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๗๒) มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งหมดจำนวน ๖๘ ทีม แบ่งเป็น PCU จำนวน ๑๕ หน่วย NPCU จำนวน ๕๓ หน่วย โดยแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ (ร้อยละ ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี) จังหวัดนครพนม วางแผนดำเนินการจัดตั้ง เพื่อผ่าน ร้อยละ ๔๔ จำนวน ๙ หน่วย ซึ่งจากการสำรวจแพทย์ที่จบหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้ง ๔ หลักสูตร จังหวัดนครพนมมีความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้จำนวนทั้งสิ้น ๑๒ หน่วย

การดำเนินงาน/ผลลัพธ์

- ๑.ทบทวนคำสั่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม
- ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม
- ๓.ทบทวนแนวทางการขึ้นทะเบียนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒
- ๔.ติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
- ๕.ส่งสรุปการขึ้นทะเบียนเพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนตามพรบ.๑ ตามแนวทางการขึ้นทะเบียน ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และดำเนินการขึ้นทะเบียนใน ระบบ <http://pcc.moph.go.th/pcc/dashboard/>
- ๖.ติดตามแพทย์ที่ผ่านการอบรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และข้อมูลการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนต่อไป
- ๗.เยี่ยมเสริมพลัง/ประเมินคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.๑
- ๘.ประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๙. ผลการดำเนินการขึ้นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ จำนวน ๒๑ หน่วย ยกเลิกการจัดตั้งตาม พรบ.ฯ จำนวน ๓ หน่วย คงเหลือ ๑๘ หน่วย เป้าหมายการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี๒๕๖๕ จำนวน ๙ หน่วย (ร้อยละ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญและถือเป็นนโยบายเร่งด่วน
๒. มีการบูรณาการทุกภาคส่วนและการมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
๓. ยึดบริบทตามพื้นที่เพื่อการพัฒนา

ปัญหาอุปสรรค

๑. มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ในการขึ้นทะเบียนบ่อย ซึ่งทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
๒. ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในการดำเนินงานที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ คือ PCU/NPCU ที่เปิดดำเนินการตาม พรบ.ฯ แล้วแพทย์โยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน จึงทำให้ไม่มีแพทย์อื่นมาอบรมทดแทน จึงทำให้ PCU/NPCU มีการยกเลิกเกิดขึ้น

แนวทางการพัฒนา

๑. สนับสนุน/ส่งเสริม แพทย์ intern เข้าอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อรองรับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนระยะ ๑๐ ปี ของจังหวัด
๒. สื่อสารทำความเข้าใจในการจัดบริการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้แก่บุคลากรทุกระดับ
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัวให้เข้าใจในหลักการการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๓.๓ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สถานการณ์

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครพนม เป็นการขับเคลื่อนงานโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งมีนายอำเภอทั้ง ๑๒ อำเภอ เป็นผู้นำและสาธารณสุขอำเภอเป็นทีมร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน

ทั้งนี้การดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และคัดเลือกประเด็นการพัฒนาอย่างน้อยอำเภอละ ๒ ประเด็นและ ๑ ประเด็น ที่เกี่ยวกับ COVID-๑๙ ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปีนั้น ส่วนการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้ดำเนินการต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ โดยแต่ละพื้นที่มีการทบทวนประเด็นปัญหาสำคัญที่แท้จริงให้ตรงกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเข้าสู่

กระบวนการพัฒนา ร่วมแก้ไขตามประเด็นที่เลือก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยเขตพื้นที่ดำเนินการของ พชอ. จังหวัดนครพนม ทั้ง ๑๒ อำเภอ ดูแลประชากรทั้งหมดจำนวน ๖๒๔,๓๒๙ คน



การ

ดำเนินงาน/ผลลัพธ์

๑. อำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๑
๒. การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๓. การจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๔. ประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และ อีก ๑ ประเด็น ที่เกี่ยวกับ COVID-๑๙
๕. จัดทำแผนปฏิบัติการ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และ ๑ ประเด็น ที่เกี่ยวกับ COVID-๑๙
๖. การระดมบูรณาการทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต
๗. ดำเนินการตามแผน/แก้ไขปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และ ๑ ประเด็น ที่เกี่ยวกับ COVID-๑๙
๘. ผลการดำเนินงานของแผน/แก้ไขปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และ ๑ ประเด็น ที่เกี่ยวกับ COVID-๑๙
๙. การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยกระบวนการ UCCARE
๑๐. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
๑๑. ประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านโปรแกรม CL UCCARE

มาตรการที่สำคัญในการดำเนินการ

๑.ดำเนินงานตามไตรมาส ดังนี้

ตารางแสดง ดำเนินงานตามไตรมาส

ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๓)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค.-มี.ค. ๖๔)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย.-มิ.ย. ๖๔)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย.-มิ.ย. ๖๔)
๑.รับ/ถ่ายทอดนโยบาย ๒.ทบทวนคำสั่ง พขอ. ๓.ทบทวนและเลือกประเด็น พขอ. ๔.สนับสนุนงบจาก สป.งวดที่ ๑/๖๕ จำนวน ๓,๐๐๐ บาท ๕.รายงานความก้าวหน้าตาม UCCARE ครั้งที่ ๑	๑. อ.เสนอโครงการรับงบสนับสนุน(งบ สป.) ๒. ประชุม คกก.พขอ. ระดับจังหวัด ครั้งที่ ๑ ๓.พขอ.ระดับอำเภอ นำเสนอผลงานพขอ.กรมการจังหวัดเดือนละ ๑ อำเภอ ๓.เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงาน พขอ. ๔. จ.สรุปรายงานผลการดำเนินงาน รอบ ๖ เดือน ๕. อ.รายงานความก้าวหน้าตาม UCCARE ครั้งที่ ๒	๑. ติดตามการดำเนินงานผ่านช่องทาง Line กลุ่มพขอ.นครพนม” ๒. อ.รายงานความก้าวหน้าตาม UCCARE ครั้งที่ ๓	๑. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงาน พขอ.รอบที่ ๑ ๒. อ.รายงานความก้าวหน้าตาม UCCARE ครั้งที่ ๔ ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พขอ. จ.นครพนม ๔. จ.สรุปรายงานผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน ๕.ประชุม คกก.พขอ. ระดับจังหวัด (คืนข้อมูล/วางแผนการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕) ๖. กำกับ ติดตามต่อเนื่อง

๒.มีการบูรณาการกับงานต่างๆในพื้นที่ เช่น

- ๒.๑. การบูรณาการเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางจราจร ผ่านคณะกรรมการ RTA จัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง
- ๒.๒.การบูรณาการเกี่ยวกับ LTC โดยให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น ภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมมากขึ้น
- ๓.บทบาทของ พขอ.ในสถานการณ์ COVID-๑๙
 ๑. การจัดหาสถานที่กักตัว (LQ)
 ๒. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการฉีดวัคซีน เช่น การให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ การลงทะเบียนจองวัคซีน ผ่าน Application หมอพร้อม นครพนมพร้อม
 ๓. การประชาสัมพันธ์ตลอดจนการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆในพื้นที่
- ๔.การมีส่วนร่วมของ พขอ.ในการพัฒนา PCU/NPCU
 ๑. มีส่วนร่วมในการพิจารณาการเปิด PCU/NPCU ใหม่ในพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญในประเด็นปัญหา
๒. ภาวะผู้นำและทักษะการประสานงานของเลขานุการ
๓. หน่วยงานสาธารณสุข มีข้อมูลที่ดี
๔. อำเภอมีทีมงานที่เข้มแข็ง (Teamwork)

ปัญหาอุปสรรค

๑. ความพร้อมในการบูรณาการ คน เงิน สิ่งของ
๒. ความเข้าใจในกระบวนการและวิธีการประเมินตนเองของคณะกรรมการ พขอ. ยังไม่ถูกต้อง
๓. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ส่งผลให้การจัดกิจกรรมบางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องมีการปรับแผนงาน/โครงการ ทำให้การดำเนินการล่าช้า

แนวทางการพัฒนา

๑. เสริมทักษะของทีม พขอ.
๒. การประเมิน พขอ ตามหลัก UCCARE โดยคณะกรรมการกลาง
๓. เยี่ยมเสริมพลังโดยทีมจังหวัด
๔. การศึกษาวิจัยบทบาทของ พขอ. ในมุมมองต่างๆ

ตัวชี้วัดที่ ๓.๓ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ตีตรา ผ่าน ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สถานการณ์

จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ตีตรา) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ โดยดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๕๑ แห่ง ในปี ๒๕๖๐ ผ่าน ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๙๖ แห่ง คงสภาพถึงปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๑ ผ่าน ๕ ดาว จำนวน ๕๕ แห่ง คงสภาพถึงปี ๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และในปี ๒๕๖๒ สุ่มประเมินเพื่อคงคุณภาพ ๓ แห่ง ผ่านระดับ ๕ ดาว จำนวน ๓ แห่ง ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข แจ้งเลื่อนการประเมินและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประกวด รพ.สต.ไปก่อน จนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดจะปกติ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้แจ้งให้ รพ.สต.ทุกแห่งได้ศึกษาแนวทางการพัฒนา รพ.สต.ตีตราผ่านสื่อออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุข และประเมินตนเองพร้อมบันทึกข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านโปรแกรมฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตรา และในปี ๒๕๖๕ รพ.สต.ทุกแห่ง จะต้องเข้าสู่กระบวนการประเมิน รพ.สต.ตีตรา ร้อยละ ๙๐ ตามเกณฑ์ ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ทบทวนคำสั่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครพนม
๒. ระดับจังหวัด / อำเภอ ทบทวนคำสั่งที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตรา ปี ๒๕๖๕
๓. ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนา รพ.สต.ตีตรา แก่ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
๔. ประชุมทีมพี่เลี้ยง/ทีมประเมิน
๔. สื่อสารชี้แจง ประชาสัมพันธ์ คู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตรา ปี ๒๕๖๔ ที่มีการพัฒนาผ่านช่องทาง <https://www.youtube.com/watch?v=loa๑BnVRpUk> เพื่อให้ รพ.สต.ทุกแห่งสามารถพัฒนาและดำเนินงานด้วยความเข้าใจมากขึ้น
๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ ปรับปรุงระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยรพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์รพ.สต.ตีตรา ปี ๒๕๖๕ และรับรองผลโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอและบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ
๖. อำเภอ/ จังหวัด ติดตามการบันทึก ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ของ รพ.สต. ให้

- เรียบร้อยและครบถ้วน
๗.ประเมินรับรองระดับอำเภอ
๘.ประเมินรับรองระดับจังหวัด
๙. เตรียม รพ.สต.รับการประเมินระดับเขต
๑๐. ประเมินรับรองระดับเขต

ผลการดำเนินงาน

๑.รพ.สต.ทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาและประเมินตนเองตามเกณฑ์รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๔ และรับรองผล โดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ในโปรแกรม <http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/list.php> ข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. รพ.สต.ศึกษาแนวทางการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ผ่านสื่อออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) รพ.สต.มีภารกิจที่ต้อง ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและติดตามกลุ่มเสี่ยงใน Home Quarantine และ Local Quarantine จึงได้เลื่อน การประเมินตามคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

แนวทางการพัฒนา

ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้ รพ.สต.มีภารกิจที่สำคัญ ในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อย่างเข้มข้น ซึ่ง รพ.สต.สามารถใช้ประโยชน์จากกระบวนการคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสื่อสารชี้แจงประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากรสาธารณสุข ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม เพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนา รพ.สต.ให้ได้คุณภาพ มาตรฐาน ให้มีการเรียนรู้และพัฒนาเรื่องเกณฑ์ ตาม คู่มือ รพ.สต.ติดตาม ปี ๖๔ และ ในyoutube.com แนว ทางการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๔ โดยการเน้นเพิ่มเติมส่วนที่ขาดและนำมาพัฒนาร่วมกัน

ผู้รายงาน นางสุภัทชา คะสาราช
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘ ๘๓๓๓ ๔๔๓๗
E-Mail supatcha.๑๒๒@hotmail.com

Functional based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ๒๕๖ .ศ.๕

ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ การป้องกันมารดาตาย (PCT สูติกรรม)

.๑ประเด็นการตรวจราชการ การป้องกันมารดาตาย

.๒สถานการณ์

.๓ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

โรงพยาบาลนครพนมมีอัตราการดาเสียชีวิตในปีงบประมาณ ๒๕๖๓- ๒๕๖๔ ปีละ ๑ ราย คิดเป็น ๔๖.๓๒ และ ๔๗.๓๕ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน โดยในปี ๒๕๖๓ มารดาเสียชีวิต ๑ ราย จาก CHT c pregnancy c ICH และในปี ๒๕๖๔ มารดาเสียชีวิต ๑ ราย สาเหตุการตายคือ eclampsia c abruptio placenta c DFIU c coagulopathy c ICH ส่วนในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จากเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔-มกราคม ๒๕๖๕ ยังไม่พบมารดาเสียชีวิต

๓.๑ขั้นตอนการดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ /

- Multidisciplinary Care: ดูแลร่วมกับอายุรแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยสูติแพทย์เป็นเจ้าของไข้
- ระบบการติดตาม high risk case : Pop up เตือนในระบบ
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทั้งเครือข่าย
- พัฒนาระบบ refer ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- conference case ทันทิในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไข และ พัฒนาระบบให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรม/โครงการ ๓.๒

.๔ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-๖๔-มค.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราการดาตาย	๔๖.๓๒ : ๑๐๐,๐๐๐ LB (๑/๒๑๕๕ คน)	๔๗.๓๕:๑๐๐,๐๐๐LB (๑/๒๑๑๒ คน)	< ๑๗ : ๑๐๐,๐๐๐ LB	๐ คน	๐ ๑๐๐,๐๐๐ : LB (๐/๖๕๗คน)

.๕ปัญหาอุปสรรค

-การเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบบ่วยทำให้ขาดความต่อเนื่องและความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะรายที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะใน รพช. และ รพ.สต.

.๖ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

.๗นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างBest Practice /

ผู้รายงานนสรณ์มีแซ พรหมประกาย..... ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

โทร๐๘๖๘๖๒๕๒๖๕.....

:Email.....meekae๕@gmail.com.....

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ๒๕๖ .ศ.๕

ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย

รหัสประเด็น ๔.๔ หัวข้อกำกับติดตาม เด็กปฐมวัย

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก งานส่งเสริมสุขภาพ คปสอ.เมืองนครพนม

๑.ผลการดำเนินงาน

รายการ	ข้อมูล								
	๒๕๖๓			๒๕๖๔			๒๕๖๕		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย									
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๒๐๘๒	๑๔๖๐	๗๐.๑๒	๒๑๗๙	๑๖๐๖	๗๓.๗๐	๔๐๙๔	๒๗๐๘	๖๖.๑๕
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๗๖๕๒	๖๗๘๓	๘๘.๒๔	๕๒๗๗	๔๗๑๔	๘๙.๓๓	๒๑๐๘	๑๙๖๐	๙๒.๙๘
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ข้อมูล HDC ณ ๗ มกราคม ๒๕๖๕

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๒.๑. ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ (WCC) และในชุมชน (ศพด.) ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยเน้นการ

เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือตรวจพัฒนาการเด็กเบื้องต้นโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
แบ่งเป็น ๒ ส่วนดังนี้

- ๑.คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
(Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)สำหรับเด็กคลอดปกติ
- ๒.คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง
(Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM)สำหรับเด็กคลอดผิดปกติ ได้แก่ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight), ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth), ทารกคลอดขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia)
หรือ Birth defect ใช้คู่มือเล่มเขียว Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ที่มารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง
- ๒.๒.ส่งเสริมและติดตามการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี
- ๒.๓.. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก
- ๒.๑๒. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตระดับอำเภอและตำบล

๓.มาตรการในการดำเนินการ

- ๓.๑. มีการเฝ้าระวัง กำกับติดตามการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบรายงานผล HDC, Cockpit และระบบติดตามพัฒนาการ
- ๓.๒. มีการนิเทศและประเมินผล ตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุข คปสอ.เมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ๒ ครั้ง/ปี
- ๓.๓. กำหนดให้มีการดำเนินงานโดยการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
- ๓.๔. รณรงค์การใช้ “Application ๔ อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
- ๓.๕. ปักจี้แห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)
- ๓.๖. ผู้บริหาร คปสอ. เมืองนครพนม ให้ความสำคัญในการจัดการและแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กอำเภอเมืองนครพนม มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่และเครือข่าย
- ๓.๗. ภาครัฐเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง
- ๓.๘. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง ในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กเป็นประจำทุกปี

๔.กิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

- ๔.๑. ให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๖ ปี
- ๔.๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองและติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กในเด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๖ ปีทุกคน ของทุกเดือน (ทั้งในคลินิกเด็กดีและศูนย์เด็กเล็ก) ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่จะสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาปกติได้

๔.๓.ดำเนินงานตามแผนผังการดูแลเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ แผนผังการดูแลติดตามเด็กกลุ่ม

เสี่ยงได้แก่ทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight), ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth), ทารกคลอดขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth

Asphyxia) หรือ Birth defect ใช้คู่มือเล่มเขียว Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ที่มารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ร่วมด้วย

๔.๔.ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยโดยให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้า ระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ปี

ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM และ DAIM) คู่มือ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๔.๕.ส่งเสริมพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ ๘ อุตรธานี

๔.๖.ส่งเสริมและติดตามการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี

๔. การพัฒนาบุคลากร

ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับเน้นความสำคัญการตรวจคัดกรอง ระดับปฐมภูมียังมีประสิทธิภาพและระบบ การส่งต่อดังนี้

๔.๑.ครู ข (ระดับอำเภอ) ให้ความรู้ จนท.รพ.สต./ศสม.เพื่อให้เข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือ “คู่มือการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย”(DSPM) และ “คู่มือการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็กกลุ่ม เสี่ยง”(DAIM)และการบริหารจัดการแผนงานให้มีประสิทธิภาพ

๔.๒.การฝึกอบรม, ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อ ส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กในการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง พร้อมติดตามกระตุ้นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้าด้วยเครื่องมือ “คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย”(DSPM) และ “คู่มือการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง”(DAIM)

๔.๓.การกำกับติดตามผลการดำเนินงานโดยผู้จัดการแผนงานกลุ่มสตรีและเด็กระดับอำเภอ(Child Project Manager(CPM) และ MCH Manager)

๕.ระบบข้อมูลและการติดตาม

การบันทึกข้อมูลการให้บริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี โรงพยาบาลนครพนมและศสม.เขต เทศบาลในรูปแบบ HOSXP ส่วนรพ.สต.ในรูปแบบ JHCIS ประมวลผลงานส่งออกข้อมูลของอำเภอเมืองนครพนม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมในรูปแบบ ๔๓ แฟ้ม เพื่อจัดเข้าระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจากโปรแกรม HDC COCKPIT ระบบติดตามพัฒนาการเด็ก

ผู้รายงาน นางสาวรำไพ นิกุลกาญจน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๔๒๑๙๙๒๒๒ ต่อ ๑๐๗๓

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๔ Functional based สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาใน
คลินิกผู้สูงอายุ

งานส่งเสริมสุขภาพ(ผู้สูงอายุ) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม

คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนมมกตะเต

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ๑) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
 - ๑.๑) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
 - ๑.๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
 - ๑.๓) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนผ่านเกณฑ์ LTC
- ๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาใน
คลินิกผู้สูงอายุ
 - ๒.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาใน
คลินิกผู้สูงอายุ
 - ๒.๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษา
ในคลินิกผู้สูงอายุ

๒. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society) แล้ว โดยมีการประมาณการว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง ๖๐ ปีขึ้นไปถึง ๖๐ ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า ล้าน ๑๓ ล้านคน ๒๐ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๒๕.๘๓ ปีข้างหน้า หรือปี ๒๐ คน และคาดการณ์ว่า อีกน หรือ ๓ ใน ๑ ล้านคน การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยจึงมี ๓.๕ ปีขึ้นไปจะมีมากถึง ๘๐ ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุผลกระทบต่อการบริโภค การมีอำนาจในการซื้อลดลง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม หากยังไม่มีแผนรองรับอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยุทธศาสตร์ต้องกำหนดให้ชัดเจนจะต้องมีการเตรียมพร้อม เพื่อสามารถสร้างสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพได้ สร้างหลักประกันรายได้ ส่งเสริมและขยายโอกาสทำงาน สร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความปลอดภัยในสาธารณะ เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน (.อปท)

๓. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑.สำรวจข้อมูลพื้นฐาน

- ๑.๑ ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ ชื่อ-สกุล วป เกิด สถานภาพ เพศ จำนวนบุตร อาศัยอยู่กับใคร (ผู้ดูแล) ใคร
- ๑.๒ ข้อมูลสิทธิประโยชน์ ได้แก่ รายได้ เบี้ยยังชีพ สิทธิ / สวัสดิการ / ผู้พิการ
- ๑.๓ ข้อมูลศักยภาพทางสังคม ได้แก่ การเป็นผู้นำชุมชน การเป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมอื่นๆ การเป็นผู้นำทางสังคมอื่นๆ

๒. จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ ADL

๒.๑ กลุ่มติดบ้าน

๒.๒ กลุ่มติดสังคม ได้พึ่งเข้าสู่สังคมโดยเน้นกิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ

๒.๓ กลุ่มติดเตียง

- มี care manager บริหารจัดการ case

- มี care giver ดูแล case

- มีครอบครัวและภาคีให้ความร่วมมือ เช่น ภาคีในพื้นที่ที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพมี อปท. และผู้นำชุมชนเป็นแกนหลักสำคัญในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และส่งเสริมสุขภาพ

๓. ประเมินสุขภาพตามเกณฑ์

๓.๑ วัดรอบเอว

๓.๒ หาค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

๓.๓ ประเมินข้อเข่าเสื่อม

๓.๔ ประเมินซึมเศร้า

๓.๕ ประเมินภาวะหกล้ม

๓.๖ ประเมินสมรรถภาพของสมอง

๓.๗ ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ

๓.๘ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

๔. ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์เพื่อค้นหาโรคได้แก่ ,DM, HT, Stroke โรคตา CA, COPD TB Kidney, Cirrosis

๕. ประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์พึงประสงค์ ๕ ข้อ จัดเข้ากลุ่มผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์

๕.๑ มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

๕.๒ มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ โดยมีฟัน ๔ คู่สบ

๕.๓ มี BMI/รอบเอวที่ปกติ

๕.๔ ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นตามอัตภาพ

๕.๕ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่

- ออกกำลังกาย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ ๑๕-๓๐ นาที

- รับประทานผักผลไม้

- ดื่มน้ำวันละ ๘ แก้ว

- ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น

- ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๖. จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ

๖.๑ กลุ่มป่วย ได้รับการตรวจรักษาตามสาเหตุและได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

๖.๒ กลุ่มเสี่ยง ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกพิเศษ ได้แก่ DPAC และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านอื่น รวมทั้งการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ

๗. จัดทำฐานข้อมูลออนไลน์ ผ่าน Application Blue book

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line			ครั้งที่ ๑ (๑ ต.ค. ๖๔-๓๑ ม.ค. ๖๕)		
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้ง ในสถานบริการและในชุมชน						
๑.๑ ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์	๖๑.๘๓	๗๑.๔๖	๙๔.๗๗	๖๐	๘๕.๗๑	๘๕.๗๑
๑.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน Long Term Care ระบบผ่านเกณฑ์	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐
๑.๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการ ดูแลตาม Care Plan	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่า เป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ						
๒.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	(๐ ราย) ๑๐๐	$\geq ๓๐\%$	พบ ๘ รักษา ๗	๙๗.๒๒
๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	(๒๖ ราย) ๑๐๐	$\geq ๓๐\%$	พบ ๑๕ รักษา ๑๕	๑๐๐

๕. ปัญหาอุปสรรค

- เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิดทำให้การดำเนินงาน การจัดทำโครงการเป็นไปด้วยความ
ลำบาก ทำให้ผลลัพธ์และประสิทธิภาพโครงการงานจึงไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เท่าที่ควร
- ปัญหาการบูรณาการเครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เนื่องจากแต่ละ
หน่วยงานมีภาระงานมาก

ปัญหาอุปสรรค(คลินิกผู้สูงอายุ)

- ไม่มีแพทย์ประจำคลินิก
- เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ปิดบริการวันเสาร์เพราะไม่มีแพทย์ออกตรวจ
- รพสต. ไม่มีเคสส่งมา
- ไม่มีผู้ป่วยโดยตรง walk in มาที่คลินิก(มีผู้ป่วย walk in มา ๒ ราย เดือนมิย ๖๔)
- ผู้สูงอายุบางคนไม่มีเวลา ต้องอาศัยผู้อื่นในการเดินทาง
- แนะนำมาตรวจตามนัด มีเวลาจำกัดเนื่องจาก สูงวัยมาตรวจตามแผนของตัวเองแล้วรีบกลับ
- ในบางครั้งไม่มีเวลากักกรอง เนื่องจากต้องไปช่วยตามแผนกที่ไม่มีเจ้าหน้าที่

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) เนื่องด้วยปัจจุบันสังคมประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ทำให้บุคลากรด้านปฐมนิเทศที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุขาดอัตรากำลัง จึงควรที่จะเพิ่มอัตรากำลังด้านนี้ขึ้นเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มากขึ้นด้วย

คลินิกผู้สูงอายุ

- ๑) พัฒนารูปแบบการประเมินคัดกรองภาวะ Geriatric Syndrome ขณะรอตรวจแต่ละแผนก
- ๒) ได้รับคัดกรองประเมินภาวะเปราะบางและการใช้ยาหลายขนาน
- ๓) พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice /

- การตรวจประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งอยู่ในระยะทำการทดลอง

ผู้รายงาน นางพัฒนพร พวงแก้ว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๘๘-๕๓๔๐๙๙๐

ผู้รายงาน นางผกาพรรณ โพธิ์จินดา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๘๙-๘๖๓๕๑๖๓

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด :

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ ๘
- ร้อยละของการให้การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ ๖๐ (ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ ๖๐, ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ ๖๐)

ประเด็นตรวจราชการ :

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

- อัตราตายยังสูงเกินเกณฑ์ (target mortality < ร้อยละ ๘)
- เป้าหมายเวลาตามการรักษาตามเกณฑ์ (time target $\geq$ ร้อยละ ๖๐)

๒. กระบวนการดำเนินงาน

- ออกให้ความรู้ประชาชน-อสม.ให้มีความรู้และเพิ่มการเข้าถึง
- ออกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับ ACS (ACS alert)
- ปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลระดับจังหวัดเป็น Pharmacoinvasive strategy(ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔) เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากreferออกไปแล้ว รพ.ในนครพนมส่วนใหญ่เฝ้าจาก รพศ.สกลนคร และ สถานการณ์โควิด-๑๙
- ทบทวนปัญหา morbidity & mortality conference
- ออกเยี่ยมและทบทวนปัญหาร่วมกับ รพช. ทั้ง onsite, node visit และ online conference
- พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีความปลอดภัยและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๓. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ๘ %	๑๒.๐๗	๑๐.๑๗	๑๓.๗๓	< ๘ %	๓/๔๒	๗.๑๔
Onset to hospital $\leq$ ๑๕๐ นาที	> ๗๐ %	๗๙.๓๑	๗๑.๑๙	๗๒.๕๕	> ๗๐ %	๒๙/๔๒	๖๙.๐๕
Door to needle $\leq$ ๓๐ นาที	> ๕๐ %	๓๘.๐๙	๓๖.๐๐	๗๕.๖๗	> ๕๐ %	NA	NA
Dx to needle $\leq$ ๓๐ นาที	> ๕๐ %	NA	NA	๘๓.๗๘	> ๕๐ %	๓/๔	๗๕.๐๐

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วย นับ	ระยะเวลา
แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับ ACS		ออกแนวทาง ACS alert และประกาศใช้เป็นแนวทางให้ รพ.ในจังหวัดนครพนมใช้คัดกรองให้ผู้ป่วยเข้าถึง EKG ได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น	Door to EKG < ๑๐ นาที	ร้อยละ	๑๒ เดือน (ตลอดปีงบประมาณ)
แนวทางการดูแลระดับจังหวัด		ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute STEMI โดยปรับให้สอดคล้องกับ PCI center ที่ใกล้เคียง (รพศ.สกลนคร)	Mortality rate < ๘%	ร้อยละ	๑๒ เดือน (ตลอดปีงบประมาณ)
ทบทวนปัญหา morbidity & mortality conference ออกเยี่ยมและทบทวนปัญหาร่วมกับ รพช.		ทบทวน delay , dead STEMI cases เป็นประจำ ออกเยี่ยมรับฟังปัญหาและทบทวนหาแนวทางแก้ไขปัญหา MM cases ที่ รพช. และผ่านทาง VDO conference ร่วมกับ รพ. แม่ข่าย	Mortality rate < ๘%	ร้อยละ	ทุก ๒ เดือน (ตลอดปีงบประมาณ)

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วย ACS ได้ทำ EKG นานกว่า ๑๐ นาที

แนวทางการแก้ไข

- จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ACS alert เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและอาการเข้าได้กับ ACS ได้รับการทำ EKG ก่อน โดยไม่ต้องรอตรวจแพทย์ประเมินและให้การวินิจฉัย STEMI ได้ล่าช้า

แนวทางการแก้ไข

- ทบทวนระบบการแจ้งเตือนแพทย์ทั้งที่ รพช. และ รพ.จังหวัด เปิดช่องทางการ consult cardiologist โดยตรง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไป primary PCI เกิด cardiac arrest หลังจาก refer ออกไปแล้ว

แนวทางการแก้ไข

- ได้ปรับแนวทางการดูแลเป็น Pharmacoinvasive เพื่อให้สามารถเปิดหลอดเลือดได้เร็วยิ่งขึ้นในกรณีผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามของการให้ fibrinolytic และได้ทำการให้ความรู้ทบทวนการให้ยา SK ที่ ER และ CCU
Cardiogenic shock และ cardiac arrest

แนวทางการแก้ไข

- ทบทวนกระบวนการดูแล อบรม ซ้อม CPR และการ resuscitation early consultation & refer ระยะเวลารอ refer นานกว่า ๓๐ นาที (Door-in Door-out)

แนวทางการแก้ไข

- เพิ่มพูนทักษะ-ทบทวนความรู้ในการวินิจฉัย STEMI ให้รวดเร็วมากขึ้นผ่านการเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่าย
- Early EKG to early diagnosis โดยเน้นย้ำทบทวนปัญหากับทีม triage แพทย์พยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน
- ปรับปรุงระบบส่งต่อให้พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นผู้นำส่งผู้ป่วย STEMI fast track ทุกกรณี ทำให้ไม่ต้องตามเวอร์ refer

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ACS alert

NKP STEMI protocol

ผู้รายงาน นพ.ธนพัฒน์ เลิศวิทยาภรณ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โทร ๐๘๕-๑๐๐-๕๙๔๔
e-mail: tanapaht.lert@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

รหัสประเด็น ๕.๔ : Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก ส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดนครพนม ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ -๒๕๖๓ มีจำนวนทารกเกิดมีชีพเฉลี่ย ปีละประมาณ ๕,๑๐๐-๕,๖๐๐ คน มีอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๓.๑๐ , ๒.๘๖ , ๓.๑๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ตามลำดับ ซึ่งไม่เกินกว่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ไม่เกิน ๓.๗ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) แต่จากสถานการณ์การระบาดของCOVID๑๙ ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาจำนวนทารกเกิดมีชีพลดลง เหลือเพียง ๓,๘๔๘ คน อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๓.๖๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ มาก เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแต่ละช่วงน้ำหนัก พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และ ปี ๒๕๖๓ มีการเสียชีวิตของทารกน้ำหนักตัวแรกเกิด $< ๒,๕๐๐$ กรัม ช่วงน้ำหนักอยู่ระหว่าง ๑,๐๐๐ - ๑,๔๙๙ กรัม เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือมีอัตราตายใน ปี ๒๕๖๒ ,ปี๒๕๖๓ เท่ากับร้อยละ ๑๑.๔๓ และร้อยละ ๓๓.๓๓ ตามลำดับ

แต่ในปี ๒๕๖๔ พบว่า ทารกที่เสียชีวิต ช่วงน้ำหนักต่ำกว่า ๑๐๐๐ กรัม และเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดและเมื่อเปรียบเทียบกับในภาพของจังหวัดในเขต ๘ ด้วยกัน ก็พบว่ามีปัญหา เช่นกัน จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายพบว่า กลุ่มทารกที่เสียชีวิตมีสาเหตุมาจาก ภาวะ RDS (respiratory distress syndrome) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด , Neonatal sepsis , congenital anomaly ดังนั้นแนวทางที่จะต้องพัฒนาในปี ๒๕๖๕ คือ การวิเคราะห์สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในระดับ MCH board ส่วนปัญหาภาวะ PPHN ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา อัตราการเกิดภาวะ PPHN ลดลง และอัตราการตายก็ลดลง เช่นกัน ปัจจุบันมีการส่งต่อแบบ Intrauterine refer เพิ่มมากขึ้น มีทั้ง ในตัวจังหวัดเองและจากรพ.ของเขตรอยต่อจังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๔ การส่งต่อ โรคที่ยังเป็นอันดับแรก คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่เป็นการส่งต่อภายในเขต คือ ส่งไปตรวจและรับยาที่ รพ.สกลนคร เป็นการไปตรวจและรับกลับ ส่วนปัญหาการส่งต่อเดิมที่เคยเป็นปัญหาคือ โรคศัลยกรรมในเด็ก ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาลดลงมาก เนื่องจาก จังหวัดนครพนม มี ศัลยแพทย์เด็ก จำนวน ๑ ท่าน สามารถทำการผ่าตัดรักษาได้ใน case ทัวไปที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน เช่น Gastroschisis , Omphalocele เป็นต้น ดังนั้นในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา เขตบริการสุขภาพที่ ๘ มีเพียง ๒ ราย คือส่งไปรักษาด้วยปัญหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและปัญหาทางศัลยกรรมเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เกินศักยภาพในระบบของการส่งต่อพบว่า ยังมีอุปสรรคการภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อจาก รพ.ชุมชน ไปที่รพ.นครพนม ปัญหาที่พบคือ เรื่องของภาวะตัวเย็น ในทารก และการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมในรายที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ แต่ไม่มีอุปสรรคของการเสียชีวิตในขณะส่งต่อ และไม่มีปัญหาเรื่องของจำนวนเตียงของ NICU ที่ไม่เพียงพอ

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อ และเข้ามาคลอดจำนวนในโรงพยาบาลนครพนม จำนวนทั้งสิ้น ๑๖ ราย คลอดที่ รพ.ธาตุพนม ส่งตัวทารกมารักษาต่อที่ รพ.นครพนม ๑ ราย คลอดที่ รพ. นครพนม ๑๕ ราย ผลของการดูแล อัตราการติดเชื้อ COVID-๑๙ จากแม่สู่ลูก ร้อยละ ๐

ปัจจุบัน จังหวัดนครพนม มีการเปิด node ให้บริการทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ เพิ่มอีก ๒ แห่ง คือ รพ.ธาตุพนม (M๒) และ รพ.ศรีสงคราม(F๑) โดยพัฒนาขึ้นเป็นการดูแลแบบ SNB ทำให้สามารถดูแลทารก

ที่ไม่มีปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจได้บางส่วน ซึ่งช่วยลดความแออัดของการให้บริการใน รพ. นครพนม ลงได้ โดยรพ.ธาตุพนมเปิดให้บริการ SNB จำนวน ๑๒ เตียง และ รพ.ศรีสงคราม เปิดให้บริการ SNB จำนวน ๖ เตียง และจะพัฒนาขึ้นเป็น NICU ที่ node อย่างละ ๑ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง มกราคม ๒๕๖๕) มีจำนวนทารกเกิด มีชีพจำนวนทั้งสิ้น ๑,๕๓๔ ราย เสียชีวิต ๔ ราย อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ ๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๒.๖๑ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

ข้อมูลบุคลากร ณ.๗ ก.พ.๒๕๖๕

บุคลากร	รพ.นครพนม (S)	รพ.ธาตุพนม (M๒)	รพ.ศรีสงคราม (F๑)
กุมารแพทย์	๕	๒ + (กำลังศึกษาต่อ๑)	๒
พยาบาลวิชาชีพ	๑๗	๑๐	๑๑
- เฉพาะทางวิกฤตเด็กและทารก	๖	๒	๒
- เฉพาะทางระบบบำบัดทางเดินหายใจ	๑	๐	๐
จำนวนเตียงที่ให้บริการ	ICU (แรกเกิด-๑๕ปี) ๘ เตียง SNB ๓๐ เตียง	NICU ๑ เตียง (ปี ๖๕) SNB ๑๒ เตียง	NICU ๑ เตียง (ปี ๖๕) SNB ๖ เตียง

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕

อัตราตายทารกแรกเกิด จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – ม.ค.๖๕)

ตัวชี้วัด	จำนวน	เสียชีวิต	อัตราเสียชีวิต
๑.อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (น้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม) เกณฑ์: ๓.๖ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๑,๕๓๔	๔	๒.๖๓
๒.อัตราการตายทารกน้ำหนัก น้อยกว่า ๕๐๐ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๕๐	๐	๐	๐
๓.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๕๐๐ - ๙๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๕๐	๑	๑	๑๐๐
๔.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๑,๐๐๐ - ๑,๔๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๑๐	๑	๑	๑๐๐
๕.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๑,๕๐๐ - ๒,๔๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๒	๙๓	๒	๒.๒
๖.อัตราการตายทารกน้ำหนักมากกว่าเท่ากับ ๒๕๐๐กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๒	๗๖๕	๓	๐.๕๒

โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๕ ราย

โรค	จำนวน	วิเคราะห์สาเหตุ
๑.ELBW RDS	๘ ราย (ร้อยละ ๕๓.๓๓)	มารดาไปทำแท้ง ๒ ราย มารดา มีโรคประจำตัว เบาหวาน และวัณโรค ๑ ราย มารดา มีภาวะรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนด ๑ ราย มารดา no ANC มารดา มาถึงห้องคลอด แบบ fully dilate ทำให้ไม่สามารถให้ ยา Dexamethasone
๒. Neonatal sepsis	๔ ราย (ร้อยละ ๒๖.๖๖)	ปัจจัยมาจากการติดเชื้อของมารดา PROM มากกว่า ๒๔ ชม. ค่อยมา รพ.
๓.Congenital anomaly	๑ ราย (ร้อยละ ๖.๖๖)	ANC clinic U/S ตรวจพบผิดปกติ แต่อายุครรภ์มากแล้วเลยไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์
๔.IVH	๑ ราย (ร้อยละ ๖.๖๖)	คลอดก่อนกำหนด GA ๓๐ wk. มี cardiac arrest ขณะนำส่งจาก รพช. มา รพ.นครพนม
๕.CHD	๑ ราย (ร้อยละ ๖.๖๖)	มารดา มีโรคประจำตัว เบาหวาน

โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔ ราย

โรค	จำนวน	วิเคราะห์สาเหตุ
๑. IVH	๑ ราย	ทารกคลอดก่อนกำหนด GA ๒๘ wk.และ มารดามีโรคประจำตัว Pre eclampsia
๒. Neonatal sepsis	๒ ราย	- มารดาเป็นDM และมี PROM มากกว่า ๒๔ ชม. ๑ ราย - การติดเชื้อหลังคลอด C/S
๓.Hydropfetalis	๑ ราย	ANC.มีการ U/S ว่ามีความผิดปกติ แต่ไม่ได้แนะนำให้ไปตรวจต่อ (ได้มีการทบทวนร่วมกับ PCT สติว่า กรณีเช่นนี้ ควรส่งมารดาไปตรวจ MMH ต่อไป)

ข้อมูลการดูแลทารกที่คลอดจากมารดา PUI / COVID๑๙ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – ม.ค.๖๕)

ตัวชี้วัด	จำนวน	ทารกติด Covidจาก มารดา	อัตราเสียชีวิตทารกที่คลอดจากมารดา PUI / COVID๑๙
จำนวนทารกที่คลอดจากมารดา PUI / COVID๑๙	๘ ราย	๐ ราย	๐ (ร้อยละ)

ข้อมูลการดูแลทารกที่มีปัญหาด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ - ม.ค.๖๕)

โรค	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑.Gastroschisis	๒	๐	๒
๒.Omphalocel	๑	๐	๐
๓.Colonic obstruction	๐	๑	๐
๔.Gut obstruction	๓	๐	๐
รวม	๖	๑	๒

Case ที่ส่งต่อ คือ กลุ่มโรคศัลยกรรมเด็ก ที่มีปัญหา Multiple congenital anomalies เช่น Parasitic conjoined twins ส่งไปรักษาที่รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น จำนวน ๑ case

แผนพัฒนางาน ปี ๒๕๖๕

เป้าหมาย	การดำเนินงาน
ลดแออัด	พัฒนาศักยภาพของ node ทั้ง ๒ แห่ง ขึ้นเป็น NICU แห่งละ ๒ เตียง
ลดป่วย / ลดตาย	พัฒนาร่วมกับแผนกสูติกรรม สร้างแนวทางการดูแลร่วมกันในการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด
ลดการส่งต่อ นอกเขตบริการ	พัฒนาร่วมกันกับในการดูแลทารกที่มีปัญหาซับซ้อนในระดับเขต
พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิด	- พัฒนาแนวทางการดูแลทารก Maternal PUI/COVID - พัฒนาบุคลากร NCPR ๒๐๒๐ และ Neonatal Transfer

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาของการดำเนินงาน	แนวทางแก้ไข
Node รพ.ธาตุพนม สถานที่คับแคบ, อุปกรณ์ในการดูแลทารกในกรอ ICU ยังไม่เพียงพอ	รองบประมาณ
ผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแรกเกิดมีการส่งต่อออกนอกเขต ในชนิดต่อมีภาวะซับซ้อน	แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจของสกลนคร ช่วยประสานให้
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงกับ DRG ไม่สัมพันธ์กันหรือ บางครั้งเก็บไม่ได้เช่น Surfactant, สวนทางกับนโยบาย เพิ่มการรอดชีวิตผู้ป่วย รพ ขนาดเล็กเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าที่ได้รับ	ทางกระทรวงปรับค่าใช้จ่ายตามจริงหรือเพิ่มมูลค่าการดูแล
การเก็บข้อมูลระหว่างของพื้นที่กับที่มีการรายงานของ HDC ระบบการตรวจสอบข้อมูลไม่ชัดเจน ข้อมูล ส่วนกลางไม่ตรงกับข้อมูลดิบ	ปรับปรุงระบบให้สามารถตรวจสอบได้ก่อนส่งข้อมูล มีนโยบายสนับสนุนการลงข้อมูลให้ครบถ้วน

ปัญหาทารกแรกเกิดการเสียชีวิต ส่วนใหญ่มาจาก ประเด็นความเสี่ยงจากโรคของแม่ และการANC ไม่ครบ ตามเกณฑ์ ตลอดจน มารดาที่ไม่พร้อมจะมีบุตร	นำปัญหาไปวางแผนในระดับ MCH Board
--	----------------------------------

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๑. MCH-Newborn service Plan -Preterm Prevention
๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดระหว่างส่งต่อ
๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
๔. วางแนวทางการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ COVID-๑๙ ที่ชัดเจนขึ้นในภาพจังหวัด

ผู้รายงาน ๑. นางรุจิรา ดิษฐวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. นครพนม
โทร ๐๘๙๔๑๙๙๒

๒. นางสาวตรี ปวรังกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สสจ.นครพนม
โทร ๐๙๓๓๕๗๘๗๓๗

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

รหัสประเด็น หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดย่อย

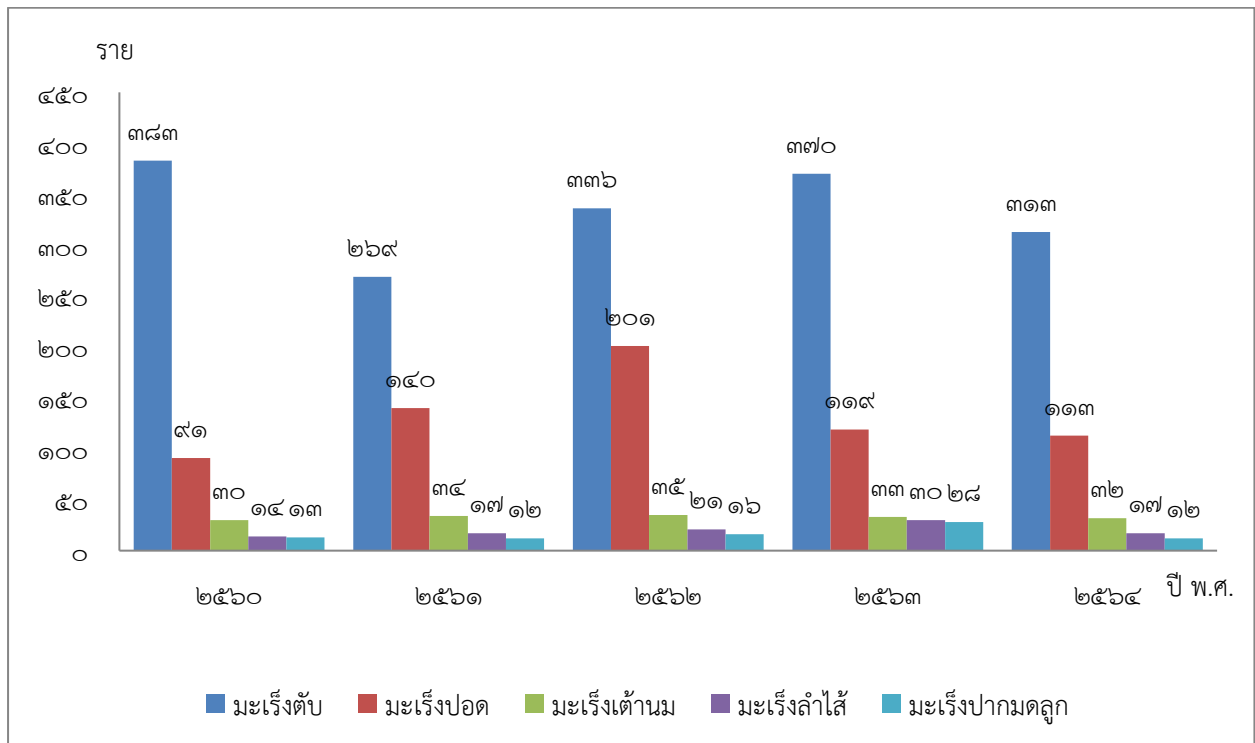
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ ๗๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ ๗๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ ๖๐

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพนม

สถานการณ์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๑ ของประเทศไทย และโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ มะเร็งปากมดลูก สำหรับจังหวัดนครพนมโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ระหว่างปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ คือ มะเร็งตับมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๔ มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับ ๑ คือ จำนวน ๓๑๓ ราย รองลงมาคือ มะเร็งปอด จำนวน ๑๑๓ ราย มะเร็งเต้านม จำนวน ๓๒ ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน ๑๗ ราย และมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๑๒ ราย ดังแผนภูมิ

แผนภูมิ จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกระหว่างปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔



แหล่งข้อมูล จาก GIS สสจ.นครพนม ข้อมูล ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการดูแล สุขภาพ มีการเข้าถึงระบบการคัดกรองและการรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลารอ คอยการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จึงได้กำหนดแผนงาน/โครงการ/มาตรการการเฝ้าระวัง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนการพัฒนากระบวนการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โรคมะเร็ง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

แนวทางการดำเนินงาน

เพื่อส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงระบบการคัดกรองและการรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจาก โดยได้กำหนดแผนงาน/โครงการ/มาตรการ ดังนี้

๑. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕ เพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติให้ ได้รับการรักษาโดยเร็ว และต่อเนื่อง

๒. กำหนดให้มีตัวชี้วัดการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับจังหวัด และควบคุมกำกับอย่าง ต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับจังหวัดทุกเดือน

๓. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการตรวจคัด กรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเบื้องต้น และในสตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ด้วย ตนเองเป็นประจำทุกเดือน

๔. ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้ Web App BSE ในสตรีที่มีอายุ ๒๐ – ๗๐ ปี เพื่อให้เข้าถึงแนวทางการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และต่อเนื่อง

๕. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการ Cancer Anywhere ให้ประชาชนทราบและเข้าถึงบริการ

๖. เริ่มการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test โดยมีหน่วยรับตรวจคือ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เริ่มดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๗. การดำเนินการ โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหา กรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระ นางเจ้าพระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนีพันปีหลวง ปี ๒๕๖๕

๘. พัฒนา Chemotherapy Unit โดยขยายการบริการเปิดให้บริการแบบผู้ป่วยใน

๙. เพิ่ม Protocol ของสูตรยาเคมีบำบัดสูตรที่ซับซ้อน เพื่อลดอัตราการส่งต่อ

๑๐. ขยายขอบเขตการรักษา สำหรับมะเร็งชนิดอื่นที่ไม่สามารถ/ไม่สะดวกในการเดินทางไปรักษาที่ รพ. อื่น โดยการส่ง E.mailปรึกษาไปยัง รพ.สกลนคร

๑๑. เพิ่มศักยภาพด้านการผ่าตัด ในโรคของ Hepatobiliarypancreatic system เริ่มมีการทำ Whipple's operation และวางแผนด้านการทำ Hepatectomy

๑๒. พัฒนาระบบการส่งต่อภายในจังหวัด โดยการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งใน จ.นครพนม (ผ่านระบบ Zoom)

ผลการดำเนินงาน

๑. ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

๑.๑ การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ระหว่างปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕) พบว่า การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุขผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย สำหรับผลการดำเนินงานสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear สะสมรายปี ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เช่นกัน

ตาราง จำนวนและร้อยละสตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ระหว่างปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. สตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ≥ ร้อยละ ๘๐	๖๑.๐ ๓	๖๓.๕๕	๖๐.๕๖	๑๔๐,๕๐๕	๓๘,๐๖๓	๒๗.๐๙
๒. สตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข ≥ ร้อยละ ๘๐	๗๑.๖ ๘	๖๗.๒๐	๖๔.๑๒	๑๔๐,๕๐๕	๔๐,๑๖๑	๒๘.๕๘
๓. สตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ≥ ร้อยละ ๘๐ สะสม ๕ ปี (๒๕๖๓-๒๕๖๗ สะสมปีละ ๒๐%)	สะสม ๕ ปี ๕๘-๖๒ = ๗๖.๑๙	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ = ๓๒.๔๔	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๔๗.๔๗	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๑๑๑,๐๙๕	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๕๒,๕๐๘	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๔๗.๒๖
๔. ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (ร้อยละ ๑๐ จากเป้าหมาย)	๙๑.๓ ๓	๒๓.๘๖	๖๓.๐๓	๑๖,๔๗๙	๔๖๑	๒.๖๘

ข้อมูลจาก : HDC สสจ.นครพนม กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๑.๒ ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test

ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕) พบว่าผลการดำเนินงานคือ ร้อยละ ๘๑.๑๓ , ร้อยละ ๙๑.๓๓ , ร้อยละ ๒๓.๘๖ , ร้อยละ ๕๑.๐๐ และ ร้อยละ ๒.๖๘ ตามลำดับ โดยพบผลบวก คือ ร้อยละ ๖.๔๓ , ร้อยละ ๓.๑๕ , ร้อยละ ๖.๙๓ ร้อยละ ๖.๗๐ และ ร้อยละ ๕.๘๖ ตามลำดับ ดังตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ระหว่าง

ปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย คัดกรอง	การคัดกรองด้วยการตรวจ Fit Test					
		ผลการคัด กรอง(คน)	ร้อยละ คัดกรอง	ผลลบ	ร้อยละ ผลลบ	ผลบวก	ร้อยละ ผลบวก
๒๕๖๑	๑๓,๕๕๑	๑๐,๙๙๔	๘๑.๑๓	๑๐,๒๘๗	๙๓.๕๗	๗๐๗	๖.๔๓
๒๕๖๒	๑๓,๖๑๕	๑๒,๔๓๔	๙๑.๓๓	๑๒,๐๔๒	๙๖.๘๕	๓๙๒	๓.๑๕
๒๕๖๓	๑๓,๑๘๒	๓,๑๔๕	๒๓.๘๖	๒,๙๒๗	๙๓.๐๗	๒๑๘	๖.๙๓
๒๕๖๔	๑๓,๙๒๓	๗,๑๐๑	๕๑.๐๐	๖,๖๒๕	๙๓.๓๐	๔๗๖	๖.๗๐
๒๕๖๕	๑๖,๔๗๙	๔๖๑	๒.๖๘	๔๓๔	๙๔.๑๔	๒๗	๕.๘๖

ข้อมูลจาก : HDC สสจ.นครพนม กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ผลการติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ที่มีผลบวก ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจมะเร็ง ด้วยการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy, Colonoscopy & Biopsy ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕) พบว่า การเข้าถึงบริการต่ำ โดยเฉพาะตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ ส่งผลต่อการนัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ โดยในปี ๒๕๖๔ ได้รับการทำ Colonoscopy เพียงร้อยละ ๓.๖ และผู้ที่ทำ Colonoscopy แพทย์พิจารณาทำ Colonoscopy & Biopsy ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวน ๕ ราย (ร้อยละ ๐.๗๑) และในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๐ ราย (ร้อยละ ๕.๑๑) ในปี ๒๕๖๓ ไม่มีการทำ Colonoscopy & Biopsy ผลการตรวจปี ๒๕๖๑ ไม่มีผู้ที่ตรวจพบ CA Colon แต่ในปี ๒๕๖๒ มีผู้ที่ตรวจพบ CA Colon จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๐.๗๗) ดังตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy, Colonoscopy & Biopsy ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	Colonoscopy		Colonoscopy & Biopsy		พบ CA Colon	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕๖๑	๗๐๗	๒๔	๓.๔๐	๕	๐.๗๑	๐	๐
๒๕๖๒	๓๙๒	๑๐๙	๒๗.๘๑	๒๐	๕.๑๑	๓	๐.๗๗
๒๕๖๓	๒๑๘	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒๕๖๔	๓๘๙	๑๔	๓.๖	๐	๐	๐	๐
๒๕๖๕		อยู่ระหว่างรอการดำเนินการ					

ข้อมูลจาก : รายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลนครพนม มกราคม ๒๕๖๕

๑.๓ ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบคัดกรองมะเร็งระดับท่อน้ำดี

การดำเนินงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบคัดกรองมะเร็งระดับท่อน้ำดีถวายเป็น พระราชกุศลฯ จังหวัดนครพนม โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ซึ่งมีกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในการพัฒนาคุณภาพการคัดกรอง วินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ และดำเนินงานตามนโยบายการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตาราง รายงานการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ราย)	ตรวจพยาธิ (ราย)	ความสำเร็จ ของการ ดำเนินงาน(%)	ติดเชื้อ OV(%)	ให้การ รักษา (ราย)
๒๕๖๒	-	๑๘,๕๙๔	-	๑,๖๘๕	๑,๖๓๖
๒๕๖๓	๔,๓๐๐	๑,๙๑๙	๔๔.๖๓	๑๕๗(๘.๒%)	๑๓๙
๒๕๖๔	๒,๒๐๐	๒,๒๘๙	๑๐๐	๑๓๗(๕.๙๙%)	-
๒๕๖๕	๑,๒๐๐	อยู่ระหว่างดำเนินการ			

: ข้อมูลจาก <https://cloud.cascap.in.th>

ตาราง รายงานความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดนครพนม ระหว่างปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ราย)	อัลตราซาวด์	ผิดปกติอย่าง ใดอย่างหนึ่ง	PDF	ส่งสัณ CCA
๒๕๖๒	-	๒๔๒๒๘	๘๐๙๐	๒๔๑๕	๑๐
๒๕๖๓	๒,๐๐๐	๑,๑๗๙	๓๘๑	๘๖	๔
๒๕๖๔	๒,๐๐๐	๑,๑๕๑	๕๖๔	๑๖๗	๒
๒๕๖๕	๒,๐๐๐	อยู่ระหว่างดำเนินการ			

: ข้อมูลจาก <https://cloud.cascap.in.th>

๒. สรุปผลการดำเนินการรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment) ตามตัวชี้วัด

๒.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

การลดความแออัดและลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔- มกราคม ๒๕๖๕) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ถึงร้อยละ ๘๐ , ๗๓.๕๕ , ๘๒.๕๖ และ ๘๓.๗๘ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๘.๖๓ , ๘๑.๙๔ , ๙๓.๕๑ และ ๘๗.๐๙ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ร้อยละ ๑๐๐ , ๘๙.๒๘ , ๑๐๐ และ ๑๐๐ ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดระหว่างปี ๒๕๖๒ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด						
๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๗๕ - มะเร็งเต้านม - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - มะเร็งปากมดลูก	๘๐	๗๓.๙๕	๘๒.๕๖	๓๗ ๒๓ ๑๔ ๐	๓๑ ๒๐ ๑๑ ๐	๘๓.๗๘ ๘๖.๙๖ ๗๘.๕๗ ๐
๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๗๕ - มะเร็งเต้านม - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - มะเร็งปากมดลูก	๘๘.๖๓	๘๑.๙๔	๙๓.๕๑	๓๑ ๑๘ ๑๓ ๐	๒๗ ๑๘ ๙ ๐	๘๗.๐๙ ๑๐๐ ๖๙.๒๓ ๐
๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๖๐ - มะเร็งเต้านม - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - มะเร็งปากมดลูก	๑๐๐	๘๙.๒๘	๑๐๐	๔ ๓ ๑ ๐	๔ ๓ ๑ ๐	๑๐๐ ๑๐๐ ๑๐๐ ๐

ที่มา : HOSxP รพ.นครพนม ณ.วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕

๒.๒ ตัวชี้วัดย่อย

ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์ ,การส่งต่อผู้ป่วยที่ refer ออกนอกเขตบริการสุขภาพเพื่อทำการวินิจฉัยโรคมะเร็งลดลง มีผลการดำเนินงานเกินเป้าหมายที่กำหนด สำหรับตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒ $\geq$ ร้อยละ ๗๐ และ สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๑ และ ๒ $\geq$ ร้อยละ ๗๐ มีผลการดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ด้วยปัจจัยบางประการ เช่น การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทำให้พบผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะ ๓ - ๔ ส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการรักษาลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ยังมีจำนวนการส่งออกค่อนข้างสูงจากประเด็นความต้องการของผู้ป่วยเอง และการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลนอกเขตบริการสุขภาพ ส่วนในปี ๒๕๖๓ มีการส่งออกลดลง ร้อยละ ๗๔.๓๓ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ มีการส่งต่อการรักษาในรายที่มีความจำเป็นด้านศักยภาพและเครื่องมือที่สูงกว่า และในปี ๒๕๖๔ มีร้อยละการส่งออกเพื่อการรักษาเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละผู้ป่วยมะเร็งตามตัวชี้วัดย่อย ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - มกราคม ๒๕๖๕

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ ๙๐	๙๖.๘๖	๘๘.๓๘	๙๒.๓๒	๑๕๗	๑๕๗	๑๐๐
๒. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยที่ refer ออกนอกเขตบริการสุขภาพเพื่อทำการวินิจฉัยโรคมะเร็งลดลง $\geq$ ร้อยละ ๕๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
๓. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒ $\geq$ ร้อยละ ๗๐	๖๙.๕๙	๖๙.๑๒	๖๓.๔๑	๒๐	๑๓	๖๕
๔. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๑ และ ๒ $\geq$ ร้อยละ ๗๐	๑๐๐	๕๐	๑๐๐	๓	๑	๓๓.๓๓
๕. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการรักษาลดลง (ลดลง $\geq$ ร้อยละ ๕๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลง ร้อยละ ๑.๘๘	ลดลง ร้อยละ ๗๔.๓๓	เพิ่มขึ้น ร้อยละ >100	๒๘๓	๑๐๔	ลดลง ร้อยละ ๖๓.๒๕
๖. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับ ประครอง (Palliative Care) $\geq$ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๙๗.๑๒	๘๐.๑	๑๒๔	๑๑๑	๘๙.๕๒
๗. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ขั้นตอนที่ ๑-๕)	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕
๘. ระดับความสำเร็จของการจัดทำทะเบียนมะเร็ง	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๕	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓

ที่มา : HOSxP รพ.นครพนม ณ.วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕

การดำเนินงาน Cancer Anywhere มีผลการดำเนินงานในช่วง ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕) จำนวนผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อในระบบเครือข่ายทั้งหมด ๙๐ ราย และเข้าเกณฑ์ Cancer anywhere จำนวน ๖๕ ราย โดยใช้สถานที่ และเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยเคมีบำบัดดำเนินการ ลงทะเบียน TCB Plus และประสานส่งต่อข้อมูล ติดตามผู้ป่วยตรวจตามวันนัด

มาตรการดำเนินงาน

๑. สร้างเครือข่ายแกนนำให้ความรู้ในระดับชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาสื่อหรือช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันและการเข้าถึงบริการ

๒. ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้ Web App BSE ในสตรีที่มีอายุ ๒๐ – ๗๐ ปี เพื่อให้เข้าถึงแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน พร้อมทั้งติดตามให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๓. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว

๔. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเบื้องต้น และในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแล ส่งต่อ รับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว

๕. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการ Cancer Anywhere ให้ประชาชนทราบและเข้าถึงบริการ

ปัญหาอุปสรรค

๑. การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้การดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยง ล่าช้า

๒. การเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายไปทำงานนอกเขตพื้นที่ และไปตรวจที่คลินิกเอกชน กรณีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีบางส่วนอายุไม่ยอมตรวจคัดกรอง

๓. การส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และไส้ตรงที่มีผล FIT test Positive เพื่อพบแพทย์

ในการพิจารณาส่งกล้อง ยังมีระยะเวลาารอคอยนานเนื่องจากแพทย์มีภาระงานมาก

๔. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนมเริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นปีแรก จึงทำให้การดำเนินงานมีความล่าช้า

๕. การดำเนินการการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ขาดความต่อเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ไม่สามารถจัดกิจกรรมที่นำกลุ่มเสี่ยงมารวมกลุ่มได้

ผู้รายงาน นางชนิษฐา ลีนนาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

โทร. ๐๘๗-๘๖๑๓๘๓๘

e-mail khanittha_juk@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็น ลดแอ๊ด ลดรอยคอย (Service Excellence)
หัวข้อ One Day Surgery & Minimal Invasive (ODS & MIS)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดที่ ๔๗ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ตัวชี้วัดที่ ๔๘ : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ

ผานการผ่าตัดแผลเล็ก)Minimally Invasive Surgery : MIS)

๒. สถานการณ์ : จังหวัดนครพนมมีโรงพยาบาลที่สามารถเปิดให้บริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery & Minimal Invasive ได้จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลนครพนม สืบเนื่องจากปัญหาไม่มีศัลยแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม ปัจจุบันเปิดให้บริการ ODS ใน ๒ สาขา คือ สาขาศัลยกรรมทั่วไป และ ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีกลุ่มโรคที่ทำผ่าตัดสูงสุด คือ Vesicle stone คิดเป็นร้อยละ ODS ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๓๓.๖๘, ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓๔.๓๗ พบปัญหา คือ ส่วนการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive) เริ่มดำเนินการในหัตถการ LC (Laparoscopic Cholecystectomy) และเพิ่มศักยภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-ธ.ค.๒๕๖๔) ด้วยหัตถการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (Laparoscopic Appendectomy) พบปัญหา คือ การผ่าตัด ODS ดำเนินการได้น้อย และไม่ครอบคลุมตามสาขาที่กำหนดจากกรมการแพทย์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- ทิมนำโรงพยาบาล ประชุมหาข้อตกลงเพื่อแก้ไขปัญหา และให้การสนับสนุน เป้าหมายเพื่อให้เกิดการผ่าตัด ODS ได้ครอบคลุมทุกสาขาตามหัตถการที่กำหนด
- ประชุมคณะทำงานเพื่อดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาระบบต่อเนื่อง
- ทิมนำติดตามประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบ ODS&MIS อย่างต่อเนื่อง
- ติดตามสรุปผลการดำเนินงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่๘ และการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของกรมการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมตามรายหัตถการที่กำหนด

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

- กำหนดแผนพัฒนา ODS&MIS ปี ๒๕๖๕ สร้างความเชื่อมโยงทั้งระบบ
- โรงพยาบาลนครพนมวางแผนศึกษาดูงาน โรงพยาบาลต้นแบบ

ตัวชี้วัด	Base line		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕								
	๒๕๖	๒๕๖	เป้า หมาย	ICD ๑๐	ICD ๙	ไตรมาสที่ ๑		ไตรมาสที่ ๒		ไตรมาสที่ ๓	
	๓	๔				ผลงาน	%	ผล งาน	%	ผลงาน	%
๔๗. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๓๓.๖ ๘	๓๔.๓ ๗	๒๐%	N๒๑.๐ K๔๐๙	๕๗.๐ ๕๓.๐๔	๓/๑๑ ๒/๔๒	๒๗.๗๒ ๔.๗๖				
ตัวชี้วัด	Base line		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕								
	๒๕๖	๒๕๖	เป้า หมาย	ICD ๑๐	ICD ๙	ไตรมาสที่ ๑		ไตรมาสที่ ๒		ไตรมาสที่ ๓	
	๓	๔				ผลงาน	%	ผล งาน	%	ผลงาน	%
๔๘. Re-admit ภายใน ๑ เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น Delayed Detected CBD Injury หรือ Delayed Detected Hallow Viscus Organ Injury	๐ (๐/๘๘)	๐ (๐/๔๑)	< ๕%	K๘๐.๐ K๘๐.๑ K๘๐.๒ K๘๐.๓ K๘๐.๔ K๘๐.๕ K๘๑.๐ K๘๑.๑ K๘๑.๘ K๘๑.๙	๐๗๐๙๐, ๐๗๐๙๒, ๐๗๐๙๔, ๐๗๑๐๐, ๐๗๑๐๒, ๐๗๑๐๓, ๐๗๑๐๔, - - ๐/๑	- - ๐/๖ - - - - ๐/๑ - - ๐	- - ๐ - - - ๐ - - ๐				

๕.๑ รพช. ไม่มีศัลยแพทย์

๕.๒ ศูนย์ประสาน ODS&MIS ไม่มีจุดบริการเป็นสัดส่วนและที่มรับผิดชอบเฉพาะ (ที่มำนำได้สั่งการและดำเนินการแก้ไขแล้ว)

- โครงการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง ODS & MIS เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

- ឆែង

ผู้รายงาน : นางกุสุมา ปุบุตรชา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๙๘ ๑๖๐ ๘๓๘๗
Email: atommic๒๐@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
รหัสประเด็น หัวข้อ Service Plan สาขาศุขอนามัยและ ER คุณภาพ

ตัวชี้วัด

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๒

๑.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ไม่เกินร้อยละ ๔

๑.๒ อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ไม่เกินร้อยละ ๓๐

๑.๓ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

๒. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (non trauma & non emergency) ลดลงมากกว่าร้อยละ ๕

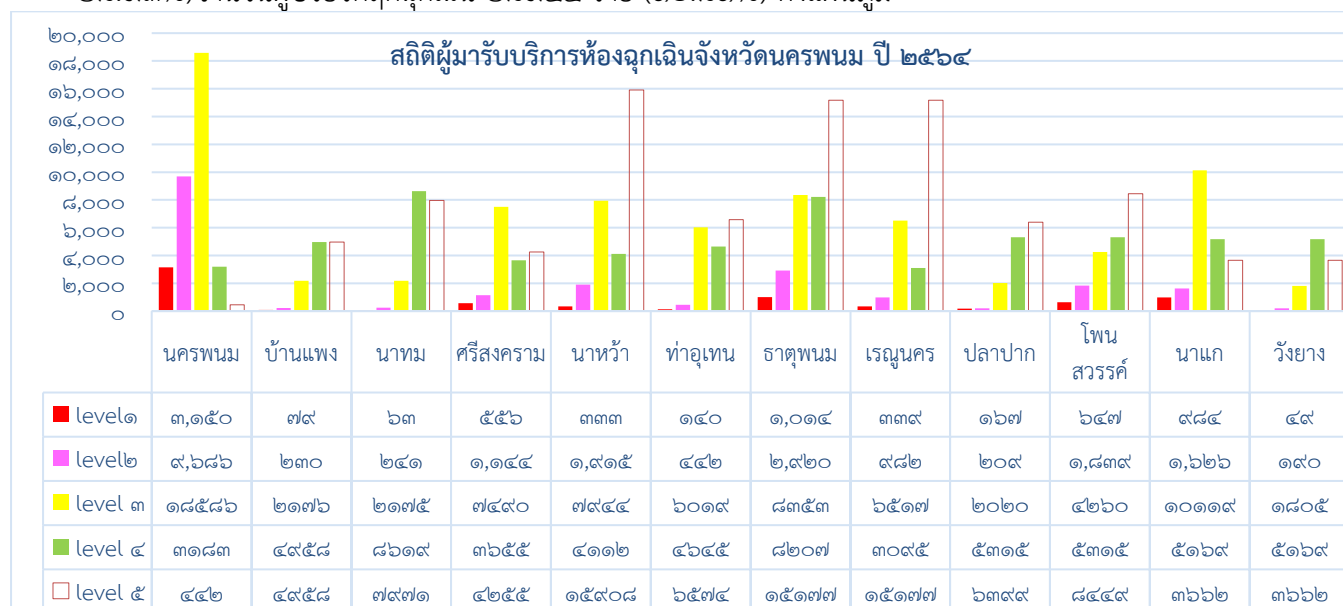
๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖

๔. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๘๐

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานการณ์

๑. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินจังหวัดนครพนมปี ๒๕๖๔ พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Level ๔และ ๕) มีจำนวนมาก ๑๕๔๐๗๖ ราย (๕๗.๕๔%) ทำให้เกิด ER crowding จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ๗๗๔๖๔ ราย ๒๘.๙๓%)จำนวนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒๘๙๔๕ ราย (๑๐.๘๘%) ดังแผนภูมิ



ข้อมูล ECS ปี ๖๔

- ๒.สถิติผู้มารับบริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลนครพนม พบว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (level ๑+๒) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน(level ๔+๕) จำนวนลดลง จากข้อมูลสถิติดังตาราง

ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม (S)

ประเภทผู้ป่วย	โรงพยาบาลนครพนม							
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕				
				ต.ค.๖๕	พ.ย.๖๕	ธ.ค.๖๕	ม.ค.๖๕	รวม
Level ๑	๓๒๑๕	๓๓๐๐	๓๑๕๐	๒๕๒	๒๖๖	๓๒๑	๒๖๕	๑๑๐๔
Level ๒	๘๖๓๙	๑๐๑๔๖	๙๖๘๖	๗๙๗	๘๔๓	๘๗๖	๘๓๘	๓๓๕๔
Level ๓	๒๔๙๑๐	๒๑๖๔๔	๑๙๓๑๕	๑๗๑๓	๑๕๖๐	๑๖๒๔	๑๕๙๖	๖๔๙๓
Level ๔	๕๙๐๗	๓๙๘๓	๓๑๘๓	๒๕๗	๒๗๗	๓๓๑	๓๓๑	๑๑๙๖
Level ๕	๓๒๔	๕๗๕	๔๔๓	๔๗	๒๓	๓๒	๒๓	๑๒๕
TOTAL	๔๒๙๙๕	๓๙๖๔๘	๓๕๗๗๙	๓๐๖๖	๒๙๖๙	๓๑๘๔	๓๐๕๓	๑๒๒๗๒
เฉลี่ย/วัน(ราย)	๑๑๘	๑๐๘	๙๘	๙๙	๙๙	๑๐๒	๙๘	๙๙

ข้อมูล Hos- XP (ข้อมูล ณ.วันที่ ๑ ตุลาคม ๖๒ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕)

๓.อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลนครพนมของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) เสียชีวิตภายใน ๒๔

ชั่วโมง เกินเป้าหมาย ≥ ๑๒ % ในกลุ่มผู้ป่วย trauma

๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย severe trauma brain injuryในโรงพยาบาลนครพนม ปี ๒๕๖๕ พบว่ามีการเสียชีวิตเกินเป้าหมาย

๕.ระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่าเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงาน

๑.ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน จัดให้มีการคัดกรองด้านหน้าห้องฉุกเฉิน

- ผู้ป่วยรถนั่ง /นอน ที่ไม่ฉุกเฉินให้ขึ้นตรวจแผนกผู้ป่วยนอก
- ผู้ป่วยและญาติตรวจแผนกฉุกเฉิน คัดกรองและส่งเข้าตรวจ ด้านใน
- ประตูห้องฉุกเฉิน Double Door ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่งตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ถ้านอกเวลาให้คำแนะนำ

กรณีที่ยาวยังไม่ทราบบริการ และนัดพบแพทย์เฉพาะโรค ในวันราชการ

- กรณีส่งทำหัตถการจากแผนก อื่นๆ ให้ประสานห้องผ่าตัดเล็ก ๑๐๔๔ และนำส่งประตูด้านหลัง

๒.กรณีผู้ป่วยส่งกลับบ้าน ให้พนักงานแปลเคลื่อนย้ายและนำส่งเมื่อรถจาก รพ.ชุมชนมาส่งผู้ป่วย

๓. มีมาตรการการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน การกำหนด ๒ Hour Target ในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๔. การกำหนดแผนการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ทั้งคน บริการ เครื่องมือ โดยใช้การประเมิน ECS คุณภาพ

๕. มีการทบทวน case ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตใน ๒๔ ชั่วโมง

๖. เพิ่มประสิทธิภาพ และจำนวนเครือข่ายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๔				
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	ต.ค.๖๔	พ.ย.๖๔	ธ.ค.๖๔	ม.ค.๖๕	ปี ๖๔ (๔ เดือน) ร้อยละ
๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ Trauma Non trauma	≤๑๒	๘.๘๓	๘.๘๘	๙.๓๐	๑๑.๙๐	๑๐.๑๕	๗.๔๘	๙.๘๑	๙.๖๙
	≤๑๒	๑๖.๘๖	๑๖.๗๗	๑๔.๐๓	๒๒.๒๒	๒๓.๐๘	๙.๓๘	๘.๗๐	๑๕.๗๔
	≤๑๒	๗.๘๕	๘.๘๘	๘.๗๐	๑๐.๖๗	๘.๗๕	๗.๒๗	๙.๙๒	๙.๐๔
๑.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑	≤๔	๐.๑๘	๐.๑๙	๐.๓๗	๐.๑๒	๐.๖๖	๐.๗๔	๐.๑๓	๐.๔๑
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑	≤๓๐	๒๐.๓๑	๒๒.๘๓	๒๒.๙๐	๖๖.๗๐	๔๔.๔๐	๒๗.๒๗	๑๒.๕๐	๓๗.๘๔
๑.๓ อัตราของผู้ป่วย TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	≥๘๐	อยู่ในระดับมาตรฐาน ๒๐ คะแนน มี ๑ แห่ง รพนครพนม							
๒. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔	≥๕	๘.๐๘	๔๘.๒๐	๕๕.๑๖	๓๙.๓๙				

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๔				
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	ต.ค.๖๔	พ.ย.๖๔	ธ.ค.๖๔	ม.ค.๖๕	ปี ๖๔ (๔ เดือน) ร้อยละ
และ ๕ (non trauma & non emergency) ลดลง ใน โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑									
๓. ร้อยละของ ประชากรเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	≥๒๖	๑๔.๔๒	๑๕.๓๘	๑๙.๖๑	๑๗.๔๔	๒๐.๖๔	๒๑.๘๑	๕.๐๖	๑๖.๓๙
๔. ร้อยละของ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	≥๘๐	๖๔.๗๒	๖๗.๘๙	๗๒.๔๖	๗๒.๔๓				

ปัญหาอุปสรรค

๑. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในกลุ่มผู้ป่วย trauma สูงเกินเป้าหมาย จากข้อมูลปี ๒๕๖๕ พบว่ารับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๑๐.๘๙ และร้อยละ ๘.๒๓ มาด้วยระบบEMSและ walk in กลุ่มอันดับโรคที่เสียชีวิต คือ Cardiac arrest, unspecified ,pneumonia, traumatic brain injury ,septic shock

๒. อัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย severe traumatic brain injury สูงเกินเป้าหมาย

๓. อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่ำกว่าเป้าหมาย

โอกาสพัฒนา

๑. เพิ่มประสิทธิภาพ และจำนวนเครือข่ายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- จัดอบรม ๔๐ ชม และ ๑๑๕ ชม(เจ้าหน้าที่เปเลและพนักงานทั่วไป พพร)
- บริการเชิงรุก โดยสร้างผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน
- เครือข่ายประชาชน /เยาวชน ป้องกันและลดอุบัติเหตุ (สร้างเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน)
- เป็นเครือข่ายพขอ.ระดับอำเภอป้องกันและลดอุบัติเหตุ ค้นข้อมูลการบาดเจ็บให้ชุมชน

๒. เพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- อบรม เพิ่มทักษะ และอบรมฟื้นฟู ผู้ที่อยู่ในระบบให้สามารถปฏิบัติงานได้

๓. พัฒนาสมรรถนะ ทีมปฏิบัติการกู้ชีพให้สามารถช่วยปฏิบัติงานได้
- พนักงานเปล /พนักงานขับรถ โดยจัดอบรม ๔๐ ชม /๑๑๕ ชม
๔. เพิ่มประสิทธิภาพระบบสื่อสาร ในศูนย์ ๑๖๖๙ และในรถพยาบาล
๕. พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม โดยจัดการแข่งขัน EMS Rally และ ซ้อมแผนรับ สาธารณภัย /
อุบัติเหตุ
๖. ทบทวนการเสียชีวิตในภาพ PCT

ผู้รายงาน นางสุภาภรณ์ กิจจานุรักษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๑๐๕๐๕๑๓๘
E-mail Supaporn๒๗๑๔๗๗@gmail.com

ผู้รายงาน นางทิพย์วิภา สังข์อินทร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๖๕๕๓๖๙๖๙๕
E-mail tipvipa.sn@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
รหัสประเด็น.... Service Plan สาขารดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate Care)

ตัวชี้วัดหลัก

ร้อยละผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน
หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน
(เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สถานการณ์

จังหวัดนครพนมได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง (Spinal Cord injury) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) โดยมีการให้บริการ ๓ รูปแบบ ทั้ง IPD ,OPD และการเยี่ยมบ้านในชุมชน ผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (S: เป็นโรงพยาบาลนครพนมแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนมลูกข่ายและให้บริการแบบ intermediate bed) โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคให้ครอบคลุม ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัดนครพนมระดับ S ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนมระดับ M และ F เพื่อรับการปรับสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) โดยทีมสหวิชาชีพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ เม.ย.๒๕๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๒๕๖๕) มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury มีจำนวนผู้ป่วย Stroke ๓๖๙ ราย, มีจำนวนผู้ป่วย Traumatic Brain Injury (TBI) ๘๕ ราย, มีจำนวนผู้ป่วย Spinal Cord Injury (SCI) ๑๕ ราย รวมทั้งหมด ๔๖๙ ราย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จึงมีบทบาทสำคัญในดูแลสุขภาพประชาชนให้ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยงเสี่ยงโรค และค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค หากเกิดโรคต้องให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมา ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล เพื่อประชุมชี้แจงแนวการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

๒. มีการเปิดให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ทุกโรงพยาบาลในระดับ M และระดับ F ในจังหวัดนครพนมครบร้อยละ ๑๐๐ มีการดำเนินงานโดยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคให้ คลอบคลุม โดยให้บริการ ๓ รูปแบบ ทั้ง IPD ,OPD และการเยี่ยมบ้านในชุมชน

๓. โรงพยาบาลในจังหวัดประเมินตนเองด้านมาตรฐานคุณภาพในการเปิดIMC bed เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

๔. มีแผนการวาง Node IMC ในจังหวัดนครพนม โดยแบ่งโซนเหนือ (North node) โรงพยาบาลศรีสงคราม และ โซนใต้ (South node)โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยIMCได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

๕. มีการวางแผนด้านบุคลากร ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือนในรพ.แม่ข่ายและรพ.ที่เป็นnode.ในโซนเหนือและโซนใต้ ควรมีการเพิ่มกรอบอัตรากำลังที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายและ ในโรงพยาบาลชุมชน (ลูกข่าย) ควรมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ๔ เดือน/๓-๕ วัน ประจำหอผู้ป่วยที่มีIMC bed และนักกายภาพบำบัดควรมีจำนวนอย่างน้อย ๒ คนในโรงพยาบาลชุมชน

๖. บันทึกข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ในโปรแกรม ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโปรแกรม สปสช. และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใช้ google Sheets ในเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในจังหวัดนครพนม เพื่อการส่งต่อและติดตามข้อมูลมีประสิทธิภาพ ทำให้โรงพยาบาลลูกข่ายสามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละ ๘๔.๓๑ ผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index =๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการปรับสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ (เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๕)
(ข้อมูล ๑ เม.ย ๒๕๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๒๕๖๕)

กลุ่มผู้ป่วย	Starting Phase (เริ่ม Case) (๑เม.ย๖๔ -๓๑ ม.ค.๖๕)			Continuing Phase (การติดตาม)	Ending Phase (ครบ ๖ เดือน หลังจากเกิดโรค หรือ BIS เต็ม ๒๐)							
	A	B		C	G	H		I	J	K	L	M
	จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด (๑เม.ย ๖๔ -๓๐ ก.ย๖๔)	จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด (๑ต.ค ๖๔-๓๑ ม.ค๖๕)	ร้อยละผู้ป่วยที่ ขึ้นทะเบียนIMC	จำนวนผู้ป่วย ที่อยู่ในระยะ ติดตาม ทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วยตาม ทะเบียนที่ ต้องสิ้นสุด ระยะ ติดตาม ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ ติดตามจนสิ้นสุด ระยะติดตาม ทั้งหมด	ร้อยละผู้ป่วย ที่ติดตาม จนครบ๖เดือน หรือหรือจน BIS=๒๐	BIS คงที่ (ราย/ร้อยละ) {ร้อยละ=I/Hx๑๐๐ ๐}	BIS ลดลง (ราย/ร้อยละ) {ร้อยละ ละ=J/Hx๑๐๐}	BIS เพิ่มขึ้น (ราย/ร้อยละ) {ร้อยละ K/Hx๑๐๐}	BIS = ๒๐ (ราย/ร้อยละ) {ร้อยละ=L/Hx ๑๐๐}	อื่นๆ ระบุ เช่น เสียชีวิต, ย้ายที่อยู่ (ราย/ร้อยละ) {ร้อยละ= M/Hx๑๐๐}
๑.Stroke	๒๐๖	๑๖๔	๓๖๙	๒๐๙	๑๖๐	๑๔๕	๙๐.๖๒	๑๖/๑๑.๐๓	๕/๓.๕๒	๖๖/๔๕.๕๑	๔๕/๓๑.๖๙	๑๓/๖.๓๓
๒.TBI	๔๐	๔๕	๘๕	๕๑	๓๔	๒๐	๕๘.๘๒	๑/๕.๐๐	๐	๓/๑๕.๐๐	๑๕/๓๕.๐๐	๑/๕.๐๐
๓. SCI	๑๑	๔	๑๕	๕	๑๐	๗	๗๐	๐/๐	๐	๗/๑๐๐	๐/๐	๐
รวม	๒๕๗	๒๑๒	๔๖๙	๒๖๕	๒๐๔	๑๗๒	๘๔.๓๑	๑๗/๙.๘๘	๕/๒.๙๕	๗๖/๔๕.๑๘	๖๐/๓๕.๕๐	๑๔/ ๘.๑๓

ผลงานผู้ป่วยIMC ที่สิ้นสุดระยะติดตาม (๑ เม.ย ๒๕๖๔ – ๓๑ ม.ค ๒๕๖๕)

อำเภอ	Stroke	TBI	SCI	จำนวน ผู้ป่วย IMC ๓ กลุ่มโรค (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย IMC สิ้นสุด ติดตาม ทั้งหมด (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย IMC ติดตาม ทั้งหมด (ราย)	ร้อยละ ผู้ป่วย IMC ติดตาม ทั้งหมด (ราย)
เมืองนครพนม	๑๐๓	๑๕	๑	๑๑๙	๕๒	๔๖	๘๘.๔๖
เรณูนคร	๒๕	๔	๑	๓๐	๑๐	๗	๗๐
ธาตุพนม	๒๖	๖	๒	๓๔	๑๖	๑๖	๑๐๐
ท่าอุเทน	๓๓	๗	๑	๔๑	๒๑	๑๘	๘๕.๓๖
ศรีสงคราม	๔๐	๕	๐	๔๕	๒๐	๑๘	๘๕.๗๑
โพนสวรรค์	๒๐	๙	๓	๓๒	๑๑	๑๐	๙๐.๙๐
บ้านแพง	๑๕	๔	๑	๒๐	๖	๖	๑๐๐
ปลาปาก	๑๙	๖	๑	๒๖	๕	๕	๑๐๐
นาทม	๘	๒	๑	๑๑	๖	๓	๖๐
นาหว้า	๓๖	๑๖	๒	๕๔	๒๖	๑๖	๖๑.๕๓
นาแก	๔๑	๑๐	๒	๕๓	๒๘	๒๕	๘๙.๒๘
วังยาง	๓	๑	๐	๔	๓	๒	๖๖.๖๗
รวม	๓๖๙	๘๕	๑๕	๔๖๙	๒๐๔	๑๗๒	๘๔.๓๑

มาตรการในการดำเนินงาน

๑. แผนการวาง Node IMC ในจังหวัดนครพนม โดยแบ่งโซนเหนือ (North node) โรงพยาบาลศรีสงคราม และ โซนใต้ (South node)โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เพื่อให้สอดคล้องกับ Stroke service plan พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยIMCได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
๒. การวางแผนด้านบุคลากร มีการวางแผนจัดหาอัตรากำลังที่ขาดแคลนให้เพียงพอต่อการให้บริการ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายและ Node IMC ร่วมกับการวางแผนพัฒนาบุคลากร พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือนใน และหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร ๔ เดือน (สำหรับนักกายภาพบำบัด) ในส่วนของรพ.นครพนมแม่ข่ายจะมี แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะจบมาปลายปี ๒๕๖๕ และได้วางแผนจัดจ้างนักกิจกรรมบำบัดและนักกายอุปกรณ์ในปี ๒๕๖๕
๓. ปัจจุบันมีโปรแกรมบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูบริการผู้ป่วยIMC มีให้สามารถส่งต่อข้อมูลในกลุ่ม Intermediate care ได้ ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกกายอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลงข้อมูล IMC ให้เพื่อการส่งต่อและติดตามข้อมูลมีประสิทธิภาพ ทำให้โรงพยาบาลลูกข่ายสามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ร่วมกับการส่งข้อมูลทางgoogle sheets และทาง line

ปัญหาอุปสรรค

ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
๑. Service Delivery	- การเข้าถึงบริการฟื้นฟูแบบ IMC bed ในโรงพยาบาลชุมชนยังขาดการประสานงานในระดับโรงพยาบาล - ปัญหาการติดตามเยี่ยมฟื้นฟูในชุมชน เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ส่งผลกระทบในการออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	- มีการวางแผนการวาง Node IMC ในจังหวัดนครพนม โดยแบ่งโซนเหนือ North node รพ.ศรีสงคราม (F๑) และโซนใต้ South node สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม(M๒) - รพ.แม่ข่ายมีการวางแผนให้มี CM Nurse ในการประสานงาน - มีพัฒนาแนวทางการ refer back ผู้ป่วย IMC จากรพ.แม่ข่าย ไปยังโรงพยาบาลชุมชนและควรมีพยาบาลฟื้นฟูในหอผู้ป่วยที่เปิด IMC bed ทุกแห่ง เพื่อให้สามารถคัดกรองและประสานทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูให้ครอบคลุม - เพิ่มช่องทางการออกติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ร่วมกับการประสานรพสต.ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย IMC ให้ประสานอสม.ช่วยติดตามเยี่ยม
๒. Health Work Force	บุคลากรทีมสหวิชาชีพยังขาดแคลนและมีปริมาณไม่เพียงพอ บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะ	- มีแผนอบรมและแผนพัฒนาบุคลากร ๒.๑ วิทยาลัยการพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือน ยังขาดรพ.แม่ข่าย และรพ. Node ๒.๒ หลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร ๔ เดือน (นักกายภาพบำบัด) นักกายภาพบำบัดอย่างน้อย ๑ คน ๒.๓ โรงพยาบาลทุกแห่งนักกายภาพบำบัดควรมีจำนวนอย่างน้อย ๒ คนที่ยังขาดมีรพ.ปลาปาก และรพ.วังยาง ๒.๔ วางแผนให้มีนักกิจกรรมบำบัดและนักกายอุปกรณ์ในปี ๒๕๖๕
๓. Health system financing	- ขาดงบประมาณสนับสนุน	- ควรจัดสรรงบประมาณจากสปสช.เขต ในด้านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูและหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร ๔ เดือน (สำหรับนักกายภาพบำบัด)

๔. Health information system	-ระบบสารสนเทศในการพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง ในปัจจุบันใช้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใช้ google drive	ปัจจุบันได้มีโปรแกรมบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูบริการผู้ป่วยIMC ให้สามารถส่งต่อข้อมูลในกลุ่ม Intermediate care ได้ ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายอุปกรณ์คนพิการ (สปสช.) ร่วมกับการส่งข้อมูลทางgoogle drive และทาง line
๕. Leadership & Governance	ขาดการนิเทศงานและติดตามตัวชี้วัดในระดับจังหวัดจากสถานการณ์โควิด-๑๙	-ควรมีการประชุม online เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงานและติดตามผลงาน
๖. Medical products & Equipment	จากการสำรวจยังมีรพช.หลายแห่งยังขาดยา วัสดุการแพทย์และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	-ให้แต่ละโรงพยาบาลทำแผนครุภัณฑ์การแพทย์และวัสดุการแพทย์จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย -สปสช.เขตควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
๗. Stakeholder Participation	-การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	-จัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยคำนึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อให้การบริการIMCมีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน นางญานี ถนนธรรม
ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ๘ ก.พ ๒๕๖๕
โทร...๐๘๓๐๘๐๔๔๘๕
E-Mail yanee_tnt@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

ตัวชี้วัดตรวจราชการ : ๑๖. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired Sepsis < ๒๖%

๑. ประเด็นตรวจราชการ

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

๑. มีการติดตามตัวชี้วัด output คือ อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ให้ได้น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

๒. มีการติดตามตัวชี้วัด process ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ได้แก่

- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชม.แรก $\geq$ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
- อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓) เป็นต้น ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ ๓๐

๒. สถานการณ์และการบริหารความเสี่ยง

โรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นของจังหวัดนครพนม จากข้อมูลปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต ๒๙.๙๖%, ๒๕.๕๒% และ ๒๔.๑๓% ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเสียชีวิตของ Septic shock (จากการทบทวนเวชระเบียน) มี ๓ ปัจจัยหลัก ๆ คือ ด้านผู้ป่วยเอง ด้านเชื้อก่อโรค และด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งส่วนที่เป็นความรับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งก็คือ ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้และได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การประเมินอาการของผู้ป่วยที่ถูกต้องและรวดเร็ว การให้ยาต้านจุลชีพที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม การให้สารน้ำที่รวดเร็ว เหมาะสม และเพียงพอ การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อหาสาเหตุ ก่อนให้ยาต้านจุลชีพ การกำจัดแหล่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ อย่างรวดเร็ว การรักษาเฉพาะเจาะจง และการรักษาประคับประคอง ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ปัจจุบัน (Evidence based medicine) นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราที่สูงถึง ๔๐.๑๗% ดังนั้นจึงต้องพัฒนาแนวทางการประสานดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัดอย่างเป็นระบบ และให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จัดระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย sepsis สนับสนุนให้มีแพทย์เฉพาะทางในชุมชน สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล จะทำให้อัตราการเสียชีวิตและการส่งต่อลดลง นำไปสู่อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นได้

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน

๑. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ให้ได้น้อยกว่าร้อยละ ๒๖
๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ ๙๐
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ ๙๐
๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชม.แรก $\geq$ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
๕. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓) เป็นต้น ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ ๓๐
๖. ให้การดูแลรักษา sepsis ได้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๒ (Node)
 - รพร.ธาตุพนม
 - รพช.ศรีสงคราม (F๓)
๗. ให้การประเมินผู้ป่วย sepsis แรกรับในโรงพยาบาลระดับ F (รพช.) และรพสต.

๔. มาตรการดำเนินการ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (Service Plan Sepsis) ระดับจังหวัดและโรงพยาบาลปี ๒๕๖๕
๒. ทบทวนวรรณกรรม (Review literature) ได้แก่ Surviving Sepsis Campaign : International Guideline for Management of Severe Sepsis and Septic Shock : ๒๐๑๒ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย
๓. จัดอบรมและกิจกรรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ ของจังหวัดนครพนมได้แก่
 - แพทย์ : แพทย์, แพทย์ รพช, แพทย์ใช้ทุน
 - พยาบาล : ห้องฉุกเฉิน, ICU, MED, SUR, OB&GYN, Ortho, EYE, ENT ฯลฯ , พยาบาล รพ.สต.
 - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง : เภสัชกร , LAB, X-Ray , ผู้ช่วยพยาบาล ฯลฯ
 - เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
๔. จัดทำแนวทางในการปฏิบัติ (Clinical practice guideline : CPG for Sepsis)
๕. สร้างระบบ และทบทวนระบบ Sepsis Fast tract ทั้งในส่วน ของ รพท, รพช, รพ.สต.และจัดระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย Sepsis (Fast Track Sepsis)
๖. สร้างระบบคัดกรอง และพัฒนาระบบคัดกรอง (Screening system) ทั้งในส่วน ของ รพท, รพช, รพ.สต.
๗. สร้างระบบการส่งต่อ (Referral system) และจัดทำระบบฐานข้อมูล Sepsis ในระดับจังหวัดเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล (พัฒนาระบบrefer link)ทั้งในส่วน ของ รพท, รพช, รพ.สต. โดยประสานงานกับระบบ Refer links เดิมที่มีอยู่แล้วและทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis(CPG) โดยการใช้ ๖ Bundle และ SOS Score ในระดับรพ.สต. รพช. และโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม
๘. สร้างระบบการให้คำปรึกษา (Consultant system) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้คำแนะนำในการวินิจฉัยและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมโดยจัดตั้งเป็น Node เหนือ และได้
๙. จัดทำแนวทางในการให้ยาปฏิชีวนะ (Empirical Antibiotics Guidelines) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยแก่แพทย์ที่เกี่ยวข้อง
๑๐. จัดทำแนวทางในการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture), แนวทางในการใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley's cath), แนวทางในการใส่สายสวนทาง Central line โดยประสานงานกับงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

๑๑. สร้างเครือข่ายในการดูแลรักษา Septic shock ระดับจังหวัด

๑๒. ติดตามนิเทศระบบ screening โดยทีมออกเยี่ยมในอำเภอที่เป็น Node เพื่อให้ความรู้และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย sepsis ระดับจังหวัด

๕. ผลการดำเนินงาน

ตาราง ๑ ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย) ของจังหวัดนครพนม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค- ธ.ค)	ไตรมาส ที่ ๒ (ม.ค- มี.ค)	ไตรมาส ที่ ๓ (เม.ย.- มิ.ย.)	ไตรมาส ที่ ๔ (ก.ค- ต.ค)	รวม
๑	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๒๐๔				๒๐๔
๒	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด (รวมปฏิเสธการรักษาที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน)	๔๖				๔๖
๓	อัตราการตาย	๒๒.๕๕				๒๒.๕๕
๔	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐	๙๗.๐๖				๙๗.๐๖
๕	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐	๑๐๐				๑๐๐
๖	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก ≥ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๙๒.๖๕				๙๒.๖๕
๗	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.หลัง ได้รับการวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๓๐	๖๕.๖๙				๖๕.๖๙

หมายเหตุ : ที่มาข้อมูลลำดับ ๑-๓ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๕ ลำดับ ๔-๗ จากแบบรายงาน

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

ตาราง ๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖

อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	(A)	(B)	(C)	(D)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด community-acquired $(A+C)/D \times 100$	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๓๐	๐	๘	๙๔	๔๐.๔๓	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑	๐	๒	๑๘	๑๖.๖๗	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๒	๐	๐	๒๒	๙.๐๙	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๐	๐	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๐	๐	๐	๔	๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๐	๐	๑	๔	๒๕.๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๐	๑	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๐	๐	๐	๒๒	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๐	๐	๐	๑๗	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๐	๐	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๑	๐	๑	๑๐	๒๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๓๔	๑	๑๒	๒๐๔	๒๒.๕๕	

ที่มาข้อมูล : จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

ตาราง ๓ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ใน กระแสเลือดแบบ รุนแรง ที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแส เลือด แบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A/B) $\times$ ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๘	๙๔	๙๓.๖๒	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม	๑๘	๑๘	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๒๒	๒๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๒	๒๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๑๗	๑๗	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๑๐	๑๐	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๙๘	๒๐๔	๙๗.๐๖	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

ตาราง ๔ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด(B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A/B) × ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๙๔	๙๔	๑๐๐	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑๘	๑๘	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๒๒	๒๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๒	๒๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๑๗	๑๗	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๑๐	๑๐	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๒๐๔	๒๐๔	๑๐๐	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

ตาราง ๕ อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg (อย่างน้อย ๑.๕ ลิตร) ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก $(A/B) \times 100$	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๗	๙๔	๙๒.๕๕	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑๖	๑๘	๘๘.๘๙	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๒๑	๒๒	๙๕.๔๕	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๑	๒๒	๙๕.๔๕	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๑๓	๑๗	๗๖.๔๗	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๑๐	๑๐	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๘๙	๒๐๔	๙๒.๖๕	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

ตาราง ๖ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒ - ๓) ภายใน ๓ ชม. $\geq$ ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแส เลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วย เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. $(A/B) \times 100$	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๙๔	๙๔	๑๐๐	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑๘	๑๘	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๒๒	๒๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๐	๔	๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๐	๔	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๐	๒๒	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๐	๑๗	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๐	๑๐	๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๓๔	๒๐๔	๖๕.๖๙	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

๖. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การมีทีมที่ขับเคลื่อนการพัฒนา Service Plan Sepsis อย่างต่อเนื่อง
๒. ทบทวน/วิเคราะห์ ปัญหา นำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้ CPG ระบบการคัดกรอง ระบบการส่งต่อ ระบบการ consult แนวทางการให้ยา และระบบฐานข้อมูล
๓. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล Node เป็นที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ
๔. จัดระบบคัดกรองของรพ.สต. เพื่อการค้นพบที่รวดเร็ว และการออกติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
๕. พัฒนาศักยภาพของทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง

๗. ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

๑. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากบุคลากรหมุนเวียนสับเปลี่ยนบ่อย โดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่เป็นด้านหน้าในการรับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

๒. ความเข้าใจในแนวทางการคัดกรองยังไม่ตรงกัน

๓. แนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย sepsis ยังไม่นำไปปฏิบัติในชุมชนอย่างแท้จริง

๔. ไม่มีพื้นที่ชัดเจน ในการรับดูแลผู้ป่วย Severe sepsis /Septic shock ในบาง ward

๕. มีแนวทางในการเก็บข้อมูลแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ

๖. การพัฒนาศักยภาพ Node ทั้งโซนเหนือ (รพ.ศรีสงคราม)และโซนใต้(รพ.ธาตุพนม) ให้สามารถรองรับการรักษาภาวะ Septic Shock มีแพทย์อายุรกรรม มีการพัฒนา ICU และสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.เครือข่ายในโซนใต้ รวมทั้งลดการ Refer in มารพ.จังหวัด

๘. นวัตกรรม/BEST PRACETICE

๑. นำตารางการประเมินผู้ป่วย SOS score มาใช้ในหน่วยงานและขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการ early detection ผู้ป่วย sepsis ได้ทันทั่วทั้ง

๒. ทบทวน/วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ Standing order for Severe sepsis/Septic shock

๙. แผนพัฒนา Service plan สาขา SEPSIS จังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕

ด้านบริการ/Clinical Service

๑. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยใช้ Sepsis triage เพื่อนำเข้าสู่ระบบ Fast track for sepsis (FTS)

๒. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่หอผู้ป่วยใน (Ward) โดยใช้ SOS score

๓. กำหนดให้ FTS (Fast track for sepsis) SOS score เป็นนโยบายของโรงพยาบาล

๓. พัฒนาและปรับปรุง Standing order for Severe sepsis /Septic shock ให้ทันสมัยและใช้งานง่าย

๔. พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย Severe sepsis /Septic shock ที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือ

ภาวะติดเชื้อ ภายหลังจาก Discharge ไปแล้ว ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Long term care) เพื่อป้องกันการ Re-admit ซ้ำ ด้วยโรคเดิม

๕. พัฒนาระบบคัดกรองในชุมชน

๖. พัฒนาระบบการส่งต่อ Refer in/Refer out

๗. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา

ด้านวิชาการ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑. จัดอบรมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะ Severe sepsis /Septic shock ภายในเครือข่ายจังหวัดนครพนม (รพ.นครพนม, รพ.จิตเวชานครพนม, รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง รพช.ทุกแห่ง รวมทั้ง รพ.คำม่วง : สปป.ลาว)

๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ

๓. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุรแพทย์ให้เป็น Node ในการให้คำปรึกษา ทั้งโซนเหนือ และ ใต้

ด้านระบบข้อมูล

๑. พัฒนาและปรับปรุงระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล (Data base) โดยใช้ระบบ IT
๒. จัดระบบฐานข้อมูล (Data base) ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายของจังหวัดนครพนม

ด้านกำกับติดตาม

๑. นิเทศ/ติดตามรพช. Node ๑-๒ ครั้ง/ปี
๒. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลที่สำคัญให้อำเภอทุก ๒-๓ เดือน
๓. ประชุมกับเครือข่ายโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านระบบ VDO Conference เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคและพัฒนางาน

นางสาวกัญญาภักดิ์ ประวิทย์สิทธิกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแพทย์ชำนาญการ
โทร - e-mail : pook๔๘๒๑@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม

ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

(๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕)

๑.สถานการณ์

คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม เปิดให้บริการ เมื่อ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ รับให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง CKD Stage ๔-๕ รวมถึงผู้ป่วย Nephritic หรือ NS , เกือบเรื้อรัง เช่น Renal tubular acidosis, ผู้ป่วย ESRD ซึ่งมีระดับ BUN > ๘๐ หรือ serum Cr.>๘ ที่มีความต้องการฟอก ,ผู้ป่วย ESRD ที่ไม่ต้องการฟอกไต และอยู่ในเขต อำเภอเมือง และ นอกเขต อ.เมือง ที่ Nephrologist จะวางแผนแนวทางการรักษาและส่งต่อไป รักษาต่อ รพ.ใกล้เคียง โดยเน้นให้ การดูแลผู้ป่วย CKD stage ๔ และ ๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ , ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีปริมาณผู้ป่วย CKD ในคลินิก จำนวน ๕๑๓ , ๕๑๗ และ ๔๖๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยCKD stage ๔,๕ ที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๙๑, ๓๕๔ และ ๓๙๑ ราย ซึ่งเพิ่มมากขึ้น และมากถึง สองในสาม ของคนไข้ CKD ในคลินิกทั้งหมด

การจัดการบริการ CKD Clinic ให้มีการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อให้ถึงไตวายระยะสุดท้ายช้าที่สุด ลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย สนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีทางเลือกในการรักษา ที่เหมาะสมกับตัวเองเพื่อการคงคุณภาพชีวิตที่ดีของตัวผู้ป่วยเอง การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป็นการรักษาที่ประกอบด้วย การรักษาทางยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทั้งสององค์ประกอบมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ซึ่งในคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม จัดบริการการป้องกัน รักษาในระดับทุติยภูมิ แต่การชะลอไตเสื่อมที่ได้ผลดี ต้องมีการเริ่มป้องกัน รักษาในระดับปฐมภูมิ การจัดการคลินิกโรคไตเรื้อรังจึงได้มีการเชื่อมโยงกับคลินิก NCD อื่นๆ โดยเฉพาะคลินิกเบาหวาน -ความดัน โดยมีในรูปแบบการเข้าถึงชุมชนร่วมกับงานเวชกรรมสังคมและเครือข่าย รพ.สต. ใน สสอ.เมือง และได้มีการพัฒนาควบคู่กับงาน palliative care โดยการประสานงานร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ที่มีปริมาณมากขึ้น ให้สามารถมีคุณภาพชีวิต ในแบบที่ตนเองเลือก

๒. กระบวนการดำเนินงาน

การจัดการกระบวนการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Process Management CKD)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Pre-host การค้นหาผู้ป่วย DM,HT ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	ป้องกันการเกิด new case	๑.ร้อยละผู้ป่วย DM/HTได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	๑.ประสานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับ NCD ๒.ให้ความรู้โรคไตในโรงเรียนเบาหวาน ๓.การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยDM,HT ๔.ร่วมกับ งาน วสค. และ สสอ.เมือง ออกสำรวจใน รพ.สต.อ.เมือง -แนะนำการทำ CKD coner Update วิชาการแก่เจ้าหน้าที่รพสต -จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CKD ๑-๕ ในระดับรพ.สต. -จัดตั้งกลุ่มรักษาไต

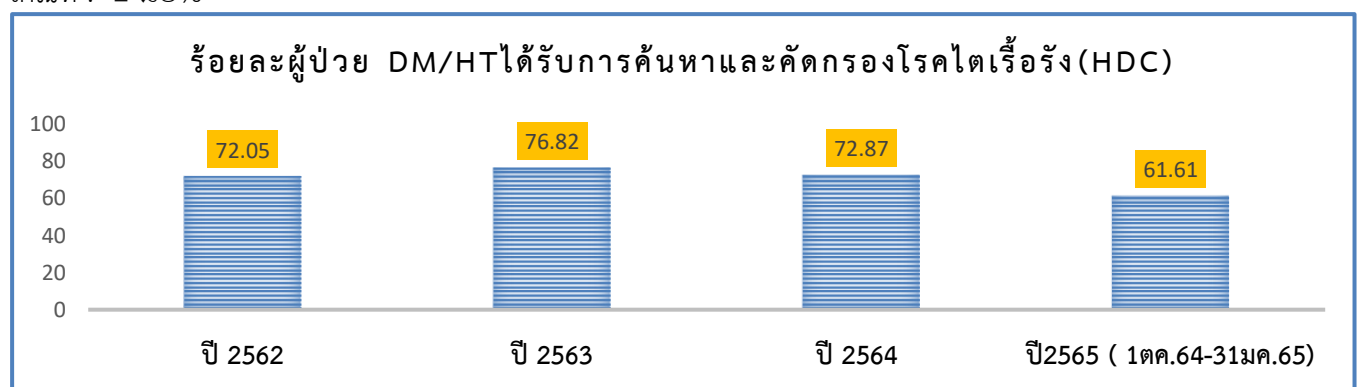
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
			-ให้ความรู้แก่ปช.กลุ่มเสี่ยง -Counselling ในผู้ป่วย CKD stage ๓a,๓b
In-host การจัดตั้ง CKD Clinic คุณภาพในโรงพยาบาล	-ชะลอไตเสื่อม -ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	๑.การดำเนินงานในคลินิก โดยทีมสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลCKD เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลไตเทียม ๒.การจัดโปรแกรม การให้ความรู้เรื่อง โรค เรื่อง ยา เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย และการ เข้าสู่ mode RRT ของผู้ป่วย CKD ๒.โครงการกล่อมยาผู้ป่วยโรคไต ๓. งานวิจัย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วย CKD stage ๓b ๔.จัดทำ Alert ยา โดยเภสัชกร ๕.R๒R อาหารโรคไตเรื้อรังของงานโภชนาการ ๖.ทำแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย CKD ของจังหวัดนครพนม ๗.ทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมา RRT
Post-host การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRTไปสู่งาน Palliative care	-การมีคุณภาพ ชีวิตตามศักยภาพ	๓.อัตราผู้ป่วยได้รับการ Emergency Vascular Access	๑.ร่วมประชุม หาแนวทางเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRTไปสู่งาน Palliative care ของ จังหวัดนครพนม ๒.ร่วมกับทีม Palliative care ทำเกณฑ์การส่ง ต่อ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย no RRT ให้ ชัดเจน

๓.ผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์และการดำเนินงานที่ผ่านมาของ CKD Clinic โรงพยาบาลนครพนม

๑.ร้อยละผู้ป่วย DM/HTได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

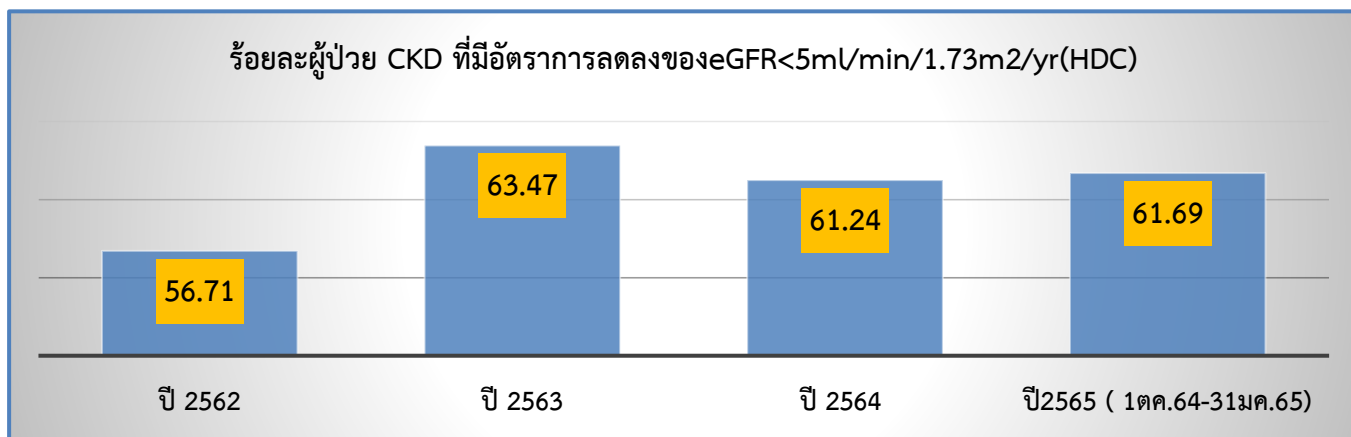
เกณฑ์ : $\geq 80\%$



CKD Clinic ได้บูรณาการร่วมกับ งาน NCD วสค. สสอ.เมืองนครพนม คัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยรายโรคไตใหม่ ใน กลุ่มผู้ป่วย DM,HT และนำมาเข้าร่วมกิจกรรม ปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ๘๐ % ตลอด ๓ ปี ที่ผ่านมา จากการกระจายตัวของกลุ่มผู้ป่วย DM,HT การประกอบอาชีพที่ไม่อยู่ในพื้นที่ การเข้าไม่ถึงบริการ ในปี ๒๕๖๕ ได้จัดทำโครงการร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม และ สสอ.เมือง ปรับรูปแบบให้บริการ โดยการลงสู่ชุมชนมากขึ้น

๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$ (ปี ๒๕๖๓ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$)

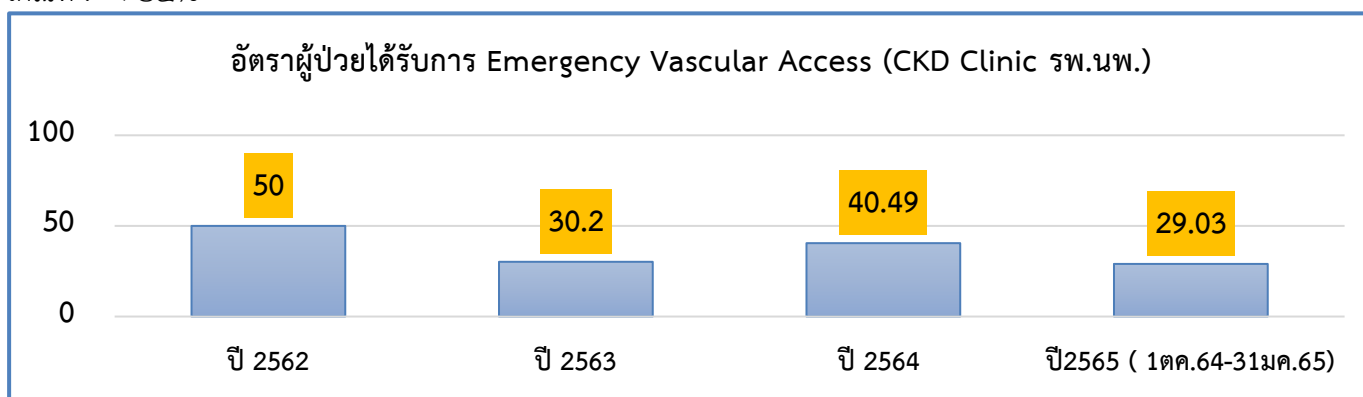
เกณฑ์ : ๖๖%



การลดลงของค่า $eGFR$ ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ๖๖ % ตลอด ๓ ปี เนื่องจากบริบทของคลินิกโรคไตเรื้อรัง รพ. นครพนม รับผู้ป่วย CKD stage ๔ และ CKD stage ๕ รวมถึง ESRD no RRT เท่านั้น การ slow progression โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถทำได้อย่างครอบคลุม แต่ ในส่วนของ CKD stage ๑-๓ อยู่ในคลินิกอื่นๆในระดับ รพ.สต และใน DM,HT เป็นส่วนใหญ่ การบูรณาการการดูแลร่วมกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จึงได้ดำเนินโครงการ ลงสู่ระดับ รพ.สต. มากขึ้น

๓.อัตราผู้ป่วยได้รับการทำ Emergency Vascular Access

เกณฑ์ : < ๒๕%



ผู้ป่วยได้รับการทำ Emergency Vascular Access คือผู้ป่วย ESRD ที่ no RRT และมีการเปลี่ยนใจเมื่อถึงวาระสุดท้าย ในปี ๒๕๖๒ CKD Clinic รพ.นครพนม ส่งต่อผู้ป่วย no RRT ให้ทีม palliative ๒๒ ราย เสียชีวิตที่บ้านทั้งหมด ปี ๒๕๖๓ ส่งต่อ ๑๒ ราย เสียชีวิตที่บ้านทั้งหมด ปี ๒๕๖๔ ส่งต่อ ๒๔ ราย เสียชีวิตที่บ้าน ๑๒ ราย ที่เหลือยังไม่เสียชีวิต แต่มีอัตราการทำ Emergency Vascular Access ยังมากเกินเกณฑ์ และเมื่อเข้าไปดูข้อมูล

แล้วพบว่าเป็นผู้ป่วย ESRD จาก รพช. เป็นส่วนมาก จึงมีแผนพัฒนาการการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสู่ทีม palliative care อย่างเข้มแข็งในระดับ รพช. ต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๔ และผลการดำเนินงานในหัวที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีแนวโน้มการทำ Emergency Vascular Accessแบบลดลง

๔.แผนงานโครงการที่รองรับ

แผนงาน	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วย นับ	ระยะเวลา
โครงการ พัฒนา ระบบ บริการ คลินิกโรค ไตเรื้อรัง (CKD Clinic)	-	Pre-host ๑.โครงการ CKD สัญจร ในรพ.สต.อ. เมือง ร่วมกับทีม วสค.และสสอ. -CKD manager ออกสัญจรใน รพ.สต.อ.เมือง ร่วมกับวสค.และสสอ. ๓. กิจกรรมวันไตโลก จัดกิจกรรมวันไตโลก -In-host ๔. CKD Clinic คุณภาพ Post-host ๔.ร่วมประชุมวิชาการเพื่อการ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRT ไปสู่งาน Palliative care จังหวัด นครพนม		๑๒ รพ.สต. ๑ครั้ง ๑ ครั้ง	๖ค.๖๔- มีค.๖๕ สป.ที่ ๒ มีค.๖๕ ตค.๖๔- กย.๖๕ เมย.๖๕

๔. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

-

๕. นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน นางรัศมี ศิริสวัสดิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรัง

๐๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

Tel.๐๘๙-๖๒๐๙๓๙๖

E.mail : russamee.s@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

สาขา จักษุ

โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เขตสุขภาพที่ ๘

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะตาบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๒. สถานการณ์

เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบและผู้สูงอายุก็มีอายุยืนมากขึ้น ซึ่งโรคของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาทำให้เกิดตาบอดเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคต้อกระจก จังหวัดนครพนมได้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ service plan สาขาจักษุ ได้แก่ โรคต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) ที่ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วันตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เนื่องจากในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้มีสถานการณ์

การระบาดของเชื้อไวรัส covid - ๑๙ ทำให้มีการงดผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกที่ไม่มีภาวะฉุกเฉินร่วม เช่น มีภาวะต้อหินแทรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยรอผ่าตัดนานขึ้น (งดผ่าตัด ๒๐ เม.ย. - ๑๘ มิ.ย.๖๔) นอกจากนี้จากการบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดของโรงพยาบาลได้มีการจัดสรรเตียงผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย covid - ๑๙ ทำให้รับผู้ป่วยต้อได้น้อยลง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการสำคัญ

การดำเนินการ มีการคัดกรองสายตาดำเนินในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป โดย อสม. รพ.สต. รพช. ตามลำดับ และส่งผู้ที่มีสายตาผิดปกติมารับการวินิจฉัยและรักษาโดยจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลนครพนม ส่วนผู้ป่วย blinding ที่ไม่ใช่ต้อกระจกสามารถเข้าถึงการรักษาได้เช่นกัน เช่น glaucoma , after cataract , DR เป็นต้น

๓.๒ โครงการ / กิจกรรม

- โรงพยาบาลนครพนมได้เปิดทำการผ่าตัดต้อกระจกเวลาราชการสัปดาห์ละ ๒ วัน คือ วันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ เพื่อลดระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน
- มี node เปิดผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลศรีสงคราม ประมาณ ๓ เดือนต่อครั้งในสถานการณ์ปกติ ได้มีการคัดกรองสายตาที่ผิดปกติโดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาเป็นหัวหน้าทีม และนัดผู้ที่มีสายตาผิดปกติมาพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจและวินิจฉัยและผ่าตัดในวันเดียวกัน (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ยังไม่มีการผ่าตัด)

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ปี๒๕๖๒		ปี๒๕๖๓		ปี๒๕๖๔		ปี๒๕๖๕ (๑ ตค.๖๔-๓๑มค ๖๕)	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของผู้ป่วย ต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) ได้รับ การผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ๘๐	๗๘.๘๐	≥ ๘๕	๘๘.๒๔	≥ ๘๕	๘๘.๖๙	≥ ๘๕	๘๙.๕๒
ระยะเวลารอคอย คิวผ่าตัด	๑๖.๖๑ วัน		๑๑.๕๑ วัน		๑๓.๘๘ วัน		๑๐.๑๐ วัน	

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา/ อุปสรรค / ปัจจัยที่ทำให้การ ดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ด้านบุคลากร - ไม่มีจักษุแพทย์ระดับ node - พยาบาลเวชปฏิบัติมีน้อย ไม่ มีในโซนใต้และ รพช.ต่าง ๆ	- เพิ่มจักษุแพทย์ในระดับ node - เพิ่มพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาทั้ง รพ.จังหวัดและ รพช.
เครื่องมือเครื่องใช้ - ยังไม่มีเครื่องวัดกำลังเลนส์ แก้วตาเทียมและเครื่องมือ ผ่าตัดใน node	- หางบประมาณสนับสนุนการจัดหาเครื่องมือให้ node
ข้อมูลสารสนเทศ - มีข้อมูลหลากหลาย มีการลง ที่ซ้ำซ้อน เช่น HDC , HosXP , vision ๒๐๒๐	- มีการนำเข้าข้อมูลที่สามารถเชื่อมกันในแต่ละโปรแกรม - พัฒนาศูนย์กลางในการลงข้อมูลระบบ vision ๒๐๒๐ ของ National Eye Health Data Center

ผู้รายงาน นางพรรณนิภา วิรัตน์จันทร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.๐๘ ๑๓๘๐ ๔๐๒๒
e-mail pannipa_๐๙๙๙๙@hotmail.com
๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๒ Functional based

หัวข้อ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๒ .สถานการณ์

ขั้นตอนการดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ

สามารถจัดเก็บดวงตา ๐ ราย

สามารถจัดเก็บอวัยวะ ๐ ราย

๓. เยี่ยมตามหน่วยงานในโรงพยาบาลนครพนมเพื่อประเมินผู้ป่วยที่เข้าข่ายการบริจาคดวงตาและอวัยวะ

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕								
		ตค. ๖๔	พย. ๖๔	ธค. ๖๔	มค. ๖๕	กพ. ๖๕	มีค. ๖๕	เมย. ๖๕	พค. ๖๕	มิย. ๖๕
อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล	บริจาคดวงตา ๒ บริจาคอวัยวะ ๑	๐	๐	๐	๐					

๕. ปัญหาอุปสรรค

ข้อจำกัดของทีม

มีการระบาดของโรคโควิด

ข้อจำกัดทางด้านความเชื่อถือทางวัฒนธรรมในท้องถิ่น

รายงานผลการปฏิบัติราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็น :

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Long Term Care เพิ่มขึ้น ในจังหวัดนครพนม โดย ปี ๒๕๖๔ (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๓ – ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔) พบมีการส่งต่อผู้ป่วยประเภทเตียง ๓ และ ๔ จำนวน ๒,๒๖๗ ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๘.๐๑ , ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๗๘๙ ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๘.๙๙ และ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๗๘๙ ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๓.๙๓ ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ปี ๒๕๖๔ ผลงานร้อยละ ๓.๐๗ ปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๕.๑ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๗.๖๐ และร้อยละการปรับเปลี่ยนเตียงจากประเภทเตียง ๓ เป็น เตียง ๑,๒ ปี ๒๕๖๔ ผลงานร้อยละ ๔๒.๕๑ ปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๓๔.๒๘ และปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๔๕.๕๓

๒. กระบวนการดำเนินงาน

๒.๑ พัฒนาศักยภาพในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว (มีกองทุนสนับสนุน)

๒.๓ บูรณาการการดำเนินผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่น ๆ ร่วมกับการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาว

๒.๔ พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย

๒.๕ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารข้อมูลการดูแล (Program LTC On Cloud)

๓. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕(๔ด.)		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ ๘๕	๙๘.๙๙	๙๓.๙๓	๙๘.๐๑	๑๒๕	๑๒๕	๑๐๐
๒. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๒๐	๑๗.๖๐	๑๕.๑	๓.๐๗	๖๗	๕	๗.๔๖
๓.ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง ๓ เป็นเตียง ๒ และเตียง ๑ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน	มากกว่า ร้อยละ ๒๐	๔๕.๕๓	๓๔.๒๘	๔๒.๕๑	๖๗	๔๗	๗๐.๑๕

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วย นับ	ระยะเวลา
บูรณาการแผนงาน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย LTC เข้ากับการ จัดบริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) อำเภอ เมือง นครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	-	๑.วางแผนการดำเนินงาน การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เพื่อติดตาม เยี่ยมผู้ป่วย LTC ตามจ ตัวชี้วัด ๒. ติดตามกำกับการ ดำเนินการดูแลระยะ ยาว (Long Term Care)	ตัวชี้วัด ทั้ง ๓ ตัว ผ่าน เกณฑ์ ทั้งหมด	ร้อยละ	๑ ต.ค ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๔

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

- เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบางพื้นที่
- การส่งข้อมูลเยี่ยมมีความคลาดเคลื่อน
- การลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมไม่สมบูรณ์
- เครื่องมือที่ใช้ที่บ้านยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่/ อุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ LTC ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

- มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน และต่อเนื่อง
- ประชุม KM การจัดการระบบข้อมูลที่ต้องการ
- สนับสนุนงบประมาณ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยมาตรฐานโรงพยาบาล (Home Word)

ผู้รายงาน นางสาวชัชฎาภรณ์ สมศรี และ นางพิศมัย หอมอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๑๐ ก.พ. ๒๖๖๕ โทร ๐๘๘-๕๖๑-๗๙๙๕ e-mail :
n_littleduck@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
หัวข้อ Palliative care

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning)ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ

๒. สถานการณ์

พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Palliative care

จากสถานการณ์ปัจจุบัน มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในงานการดูแลผู้ป่วยระดับประคองนั้น ผู้ป่วยเข้าถึงบริการยังน้อยมีความพร้อมในการรับรู้โรคและการดำเนินของโรค การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังไม่ครอบคลุม รวมถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยเรื่องการเลือกแผนการดูแลให้ตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อการตายดียังทำได้น้อยที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรักษาแบบยื้อชีวิตผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเจตนาที่ตั้งไว้ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเพิ่มความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า(Advance care planning)ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัวและได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน
๒. วางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน OPD ER
๓. จัดอบรมบุคลากรเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคองตามมาตรฐานการดูแลประคับประคอง

๓. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี๖๕(ต.ค.-ธ.ค ๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning)ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ ≥๕๐)	๓๒	๔๕.๑๗	๑๗๒	๘๕	๔๙.๔๑

๔. ปัญหาอุปสรรค

๑. บุคลากรยังไม่เข้าใจแนวทางการดูแล และมีภาระงานมาก
๒. PCN, PCWN ทำงานไม่ทันเนื่องจากมีการทำเอกสารliving willใช้เวลานานในแต่ละราย
๓. มีการลงข้อมูลการดูแลPC Hos xpยังเข้าใจไม่ตรงกันกับการเก็บรายงานตัวชีวิต

๕. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการอบรมบุคลากรอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการลงข้อมูลเวชระเบียนการเก็บตัวชีวิตกับโรงพยาบาลที่ทำได้มาก

นางสาวสรินยา บุพศิริ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง คลินิกกันและกัน โรงพยาบาลนครพนม

โทร ๐๘๘๕๑๒๖๙๖๑

Email : sarinya๒๕๑๘๑๗๕@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๒ Functional based

หัวข้อ สาขาออร์โธปิดิกส์

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลนครพนม ระดับ S ขนาด ๓๔๕ เตียง มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวน ๔ คน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม ผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว่หน้าเข่า ผ่าตัดกระดูกสันหลังหัก เคลื่อน ผ่าตัดจุกศัลยกรรมทางมือ รวมทั้งผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่า มีข้อจำกัดด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระดูก มี Node ๑ แห่ง ที่ รพ.ธาตุพนม มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๑ คน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) มีผู้ป่วย Close Femoral Neck Fracture จำนวน ๓๒ ราย ผ่าตัด Total Hip Replacement จำนวน ๒ ราย ผ่าตัดภายใน ๒๔ ชม. จำนวน ๑๘ ราย ผ่าตัดภายใน ๔๘ ชม. จำนวน ๔ ราย ผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. จำนวน ๐ ราย ผ่าตัดเกิน ๗๒ ชม. จำนวน ๒ ราย ไม่ผ่าตัด จำนวน ๘ ราย มีการ Re-admit จำนวน ๐ ราย Re-Fracture ร้อยละ ๐ LOS เฉลี่ย ๖.๖๙ วัน

๔. กระบวนการดำเนินงาน

๑. ดำเนินการในรูปแบบทีม PCT ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จัดบริการ OPD และ IPD
๒. พัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด
๓. พัฒนาระบบ Consult

๕. ผลการดำเนินงาน

Service Delivery	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ ๒๕๖๔	ผลลัพธ์ ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย ๑ ทีมต่อ ๑ เขตสุขภาพ		ไม่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล	ไม่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล
๒. การผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ ๕๐ นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล	มากกว่าร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐ (จำนวนผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. เท่ากับ ๒๓ ราย / ทั้งหมดที่ผ่าตัด ๔๖ ราย)	ร้อยละ ๖๘.๗๕ (จำนวนผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. เท่ากับ ๒๒ ราย / ทั้งหมดที่ผ่าตัด ๓๒ ราย)
๓. Re fracture Rate น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี)		ไม่มี	ไม่มี

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ -

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- หลายโรงพยาบาลที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ยังไม่ได้ทำระบบ Refracture Prevention เนื่องจากติดปัญหาเรื่องการผ่าตัด เช่น เครื่องมือ ห้องผ่าตัด
- ทุกโรงพยาบาลต้องทราบ action plan ของแต่ละโรงพยาบาล

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ผู้รายงาน นางรุ่งลาวัลย์ สุธรรม
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
โทร ๐๔๒๑๙๙๒๒๒๒ ต่อ ๒๐๗๑
E-mail runglawan.lum@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็น ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence)
หัวข้อ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

.๑ประเด็นการตรวจราชการ

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

.๒สถานการณ์

.๓ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

จากการรวบรวมข้อมูลการบริหารตำแหน่ง ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนาจรรงรักษา และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนครพนม พบว่า

ขั้นตอนการด ๑.๓ดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ /

มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร พิจารณาจากผู้มีความรู้ความสามารถ โดยการประเมินจากการสัมภาษณ์ การสอบข้อเขียน การสอบปฏิบัติ อย่างเหมาะสมจึงได้บุคคลที่มีคุณภาพมาปฏิบัติงาน

โครงการ/กิจกรรม ๒.๓

โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

.๔ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๖๕ (ตค.-ธค.๖๔)			ไตรมาส ๒ ปี ๒๕๖๕ (มค.-มีค.๖๕)		ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๕ (เมย.-มิย.๖๕)	
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของ เขตสุขภาพที่ มีการบริหาร จัดการ กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	๕.๐	๔.๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	๕๙/๑๑๙ ๒	๔.๙๔	๖๑/๑๒๐๑	๕.๐๘		

.๕ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการกำลังคน คือการเปลี่ยนตำแหน่ง จากลูกจ้างชั่วคราวไปเป็นพนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราว่างมากนัก

.๖ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร จะต้องพิจารณาจากบุคคลในพื้นที่ก่อน หรือถ้าไม่มีก็พิจารณาจาก
ผู้มีความสามารถที่มีพื้นที่ใกล้เคียงจังหวัดนครพนม

ผู้รายงาน วิมล ใจช่วง
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
: Email ๗๖๙๘-๙๗๑๔-๐๘ vimonch.๘@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็น ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence)
หัวข้อ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา (ตัวชี้วัดที่ ๕๙)

๒.สถานการณ์

โรงพยาบาลนครพนม ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) มีผู้เกษียณอายุราชการด้านการพยาบาล ตำแหน่งรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล (หัวหน้าพยาบาล) ๑ คน และตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงาน ๔ คน ดังนั้นจะต้องทำการพัฒนาบุคลากรเพื่อมาทดแทนบุคลากรที่เกษียณอายุราชการไป

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตำแหน่งข้าราชการที่สูงขึ้น (ตามตำแหน่งว่างจากการเกษียณอายุราชการ)

ลำดับ	ตำแหน่ง	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		ไตรมาส๑ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๕-ม.ค.๖๕)		ไตรมาส๒ ๒๕๖๕ (ก.พ.๖๕-พ.ค.๖๕)		ไตรมาส๓ ๒๕๖๕ (มิ.ย.๖๕-ก.ย.๖๕)	
		จำนวนผู้เกษียณ (ราย)	จำนวนผู้ได้รับการพัฒนา (ราย)	จำนวนผู้เกษียณ (ราย)	จำนวนผู้ได้รับการพัฒนา (ราย)	จำนวนผู้เกษียณ (ราย)	จำนวนผู้ได้รับการพัฒนา (ราย)	จำนวนผู้เกษียณ (ราย)	จำนวนผู้ได้รับการพัฒนา (ราย)
๑	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	๑	๒	๑	๒	-	-	-	-
๒	หัวหน้ากลุ่มงาน	๔	๘	๔	๘	-	-	-	-
	รวม	๕	๑๐	๕	๑๐	-	-	-	-

๓.๑ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

สรรหาทดแทน โดยพิจารณา ตามคุณสมบัติ/ความพร้อม ด้วยหลักธรรมาภิบาลและพัฒนาเพิ่มพูนสมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น โดยที่ดูจากระยะเวลาการปฏิบัติงาน การมีประสบการณ์ในการทำงาน การเข้าสู่ตำแหน่ง จากนั้นก็มาสมัครเข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่งนั้นต่อไป

๓.๒ กิจกรรม/โครงการ

โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – ม.ค.๖๕)			ไตรมาส ๒ ปี ๒๕๖๕ (ก.พ.๖๕-พ.ค.๖๕)			ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๕ (มิ.ย.๖๕-ก.ย.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๑๐๐	๑๐๐	๕	๕ ได้รับการพัฒนา ๑๐	๑๐๐						

๕.ปัญหาอุปสรรค

-

๖.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-

ผู้รายงาน ๑. นายวิมล ใจช่วง
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘-๙๗๑๔-๗๖๙๘
Email: vimonch.๘@gmail.com

๒. นางรามย์ สุตรสุวรรณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘-๙๔๑๙-๙๙๓๙
Email: bee_no.๑@hotmail.com

Area based

แบบรายงานตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็น Area based

๑.ประเด็นตรวจราชการ

- ๑.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
- ๑.๒ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี
- ๑.๓ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงระบบบริการไม่ทำร้ายตนเองซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ (ทั้งในระบบรักษาและระวัง)
- ๑.๔ ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ
- ๑.๕ ร้อยละ ๓๕ ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใน ๖ เดือน
- ๑.๖ ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

.๒สถานการณ์

การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-๑๙ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ กลางปี ๒๕๖๔ จนกระทั่งช่วงมกราคม ๒๕๖๕ เริ่มมีการระบาดของเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน ถึงแม้ว่าการไม่รุนแรง แต่เชื้อแพร่กระจายได้เร็ว เกิดการระบาดอีกครั้งทั่วประเทศ ทำให้พบปัญหาเรื่องความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจไม่ฟื้นตัว ขาดรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเรื้อรัง ภาวะเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพจิตในช่วงครึ่งปีหลัง ยังมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยจิตเวช ไม่ให้ขาดยา มีระบบติดตามอาการต่อเนื่อง ส่งยาให้ถึงบ้าน เพื่อไม่ให้ขาดยาอาการกำเริบ ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ให้ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับวัคซีนอย่างมั่นใจ และปลอดภัย

นอกจากนี้ยังคงดำเนินการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ ทั้งนอนในรพ. , Home isolation และ Community isolation ทุกราย เพื่อดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย ถ้าพบว่ามีผิดปกติ จะได้รับ intervention อย่างทันท่วงที

ทั้งนี้ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ทำต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายชุมชน พบว่าทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงในเขตอำเภอเมือง ทางกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้วางแผนเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมอีกหลายปัจจัย เช่น การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษา เป็นต้น

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

โครงการ/กิจกรรม

- โครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ต.บ้านผึ้ง



- แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน



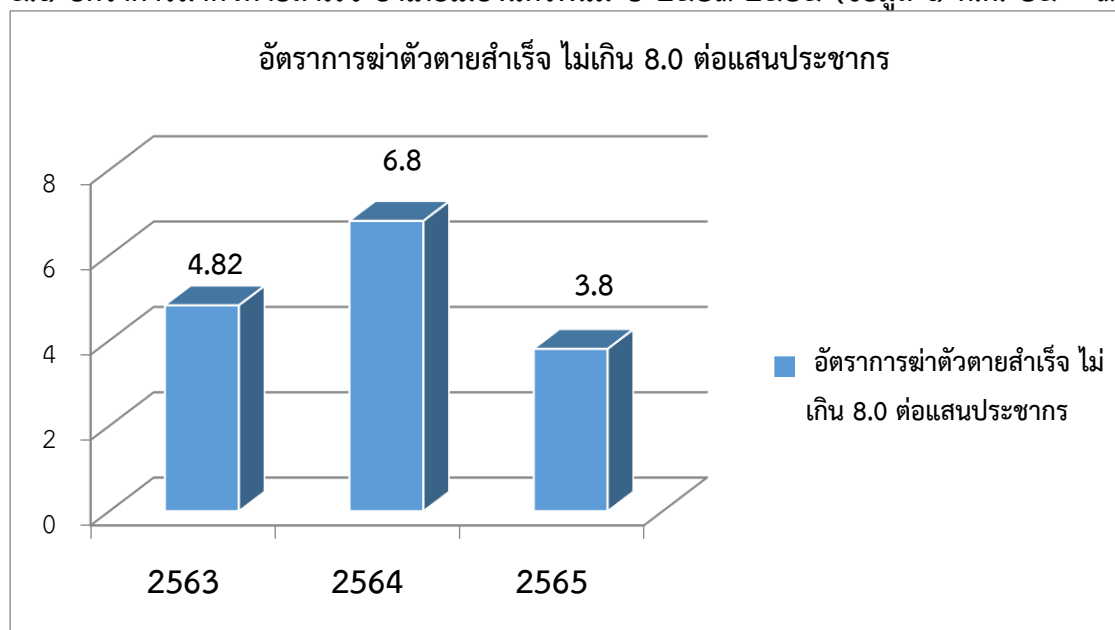
- ระบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทและยาเสพติดที่ขาดนัด ขาดยา

- ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโควิด-๑๙ Home isolation , Community isolation ทุก ราย
- ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยจิตเวชที่ล้มเลื่องผิดวัคซีน ด้วยหลักการBA/BI

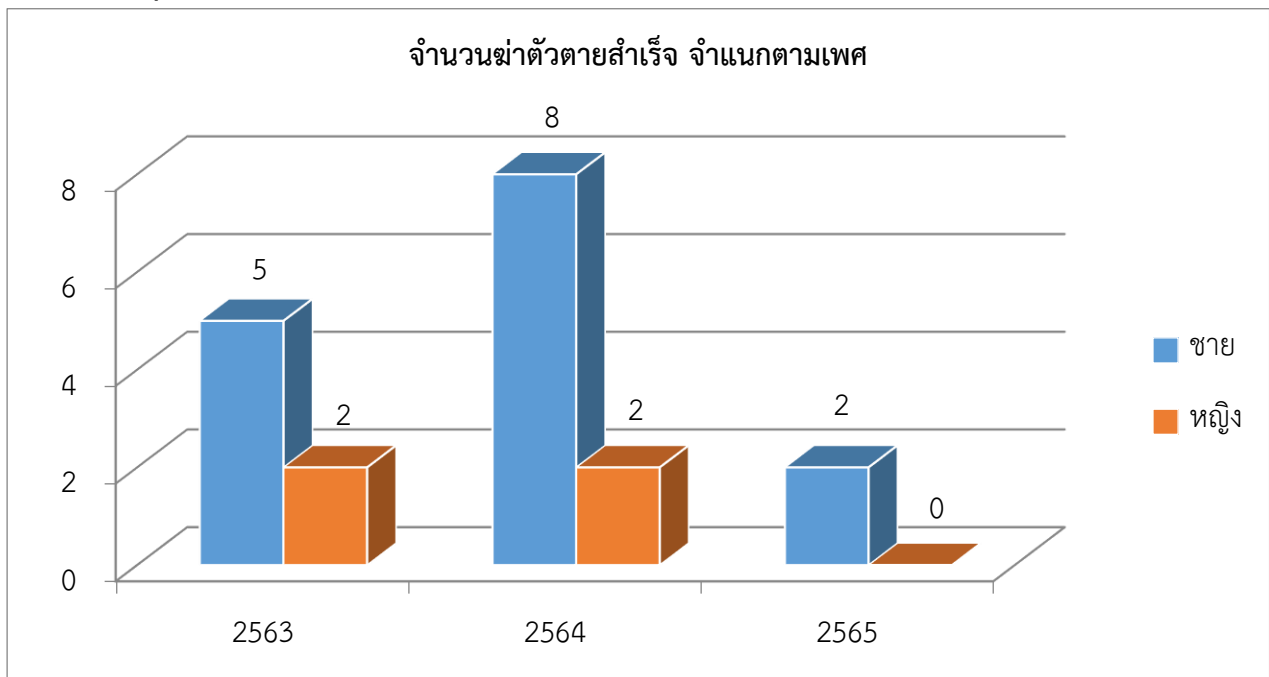
๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ปี ๒๕๖๕ (๑ ต.ค.๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ
๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๔ – ๓๑ ม.ค.๖๕)	๔.๘๒	๖.๘	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	๒ ราย	๓.๘
๒. ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๐๐	๙๖	๑๐๐	๐ ราย	๑๐๐
๓. ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงระบบบริการ ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำหรือฆ่าตัว(ทั้งในระบบรักษาและระวัง)	๙๖.๘๘	๙๐.๖๘	๙๐	-	๙๓.๗๕
๔. ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าถึงบริการ	๑๓๕.๓๘	๑๕๔.๐๖	๕๐	-	๑๕๕.๐๕
๕. ร้อยละ ๓๕ ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ภายใน ๖ เดือน	๖๔.๘๙	๙๕.๒	๓๕	-	๙๕.๖
๖. ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยซึมเศร้า เข้าถึงบริการ	๖๖.๑๐	๗๓.๒๗	๔๐	-	๗๓.๓๘

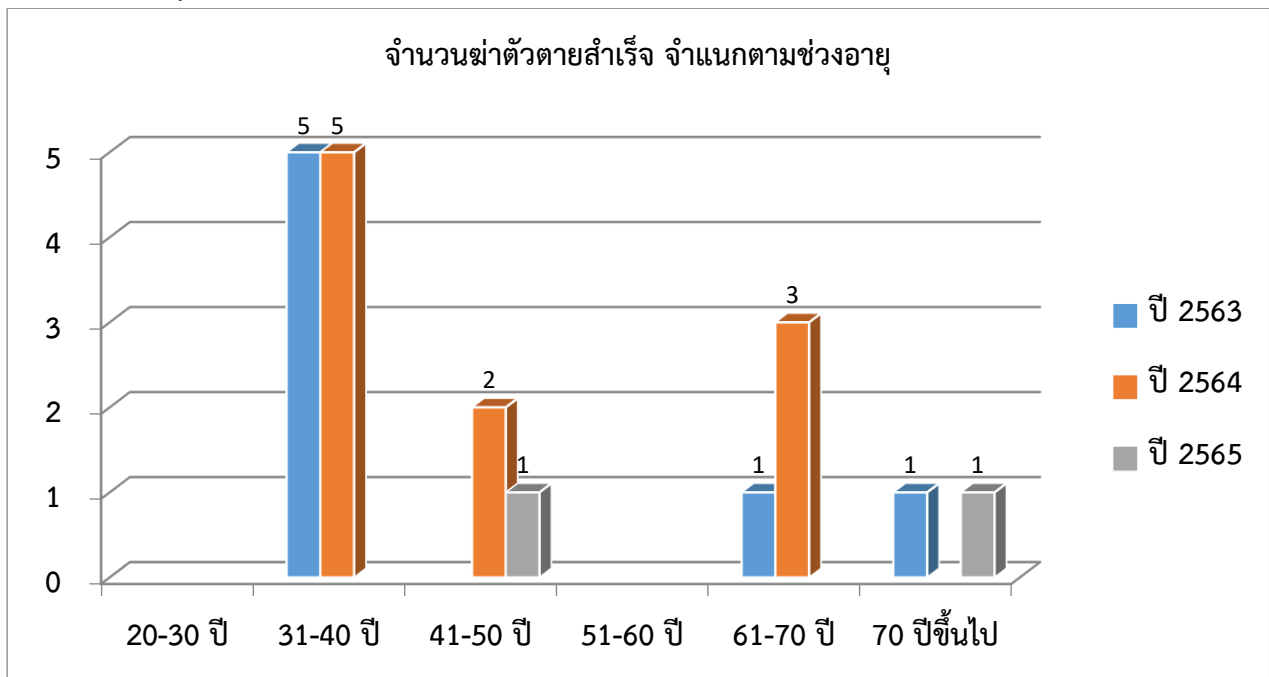
๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๖๕)



๔.๒ จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามเพศ อำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ ม.ค. ๖๕)

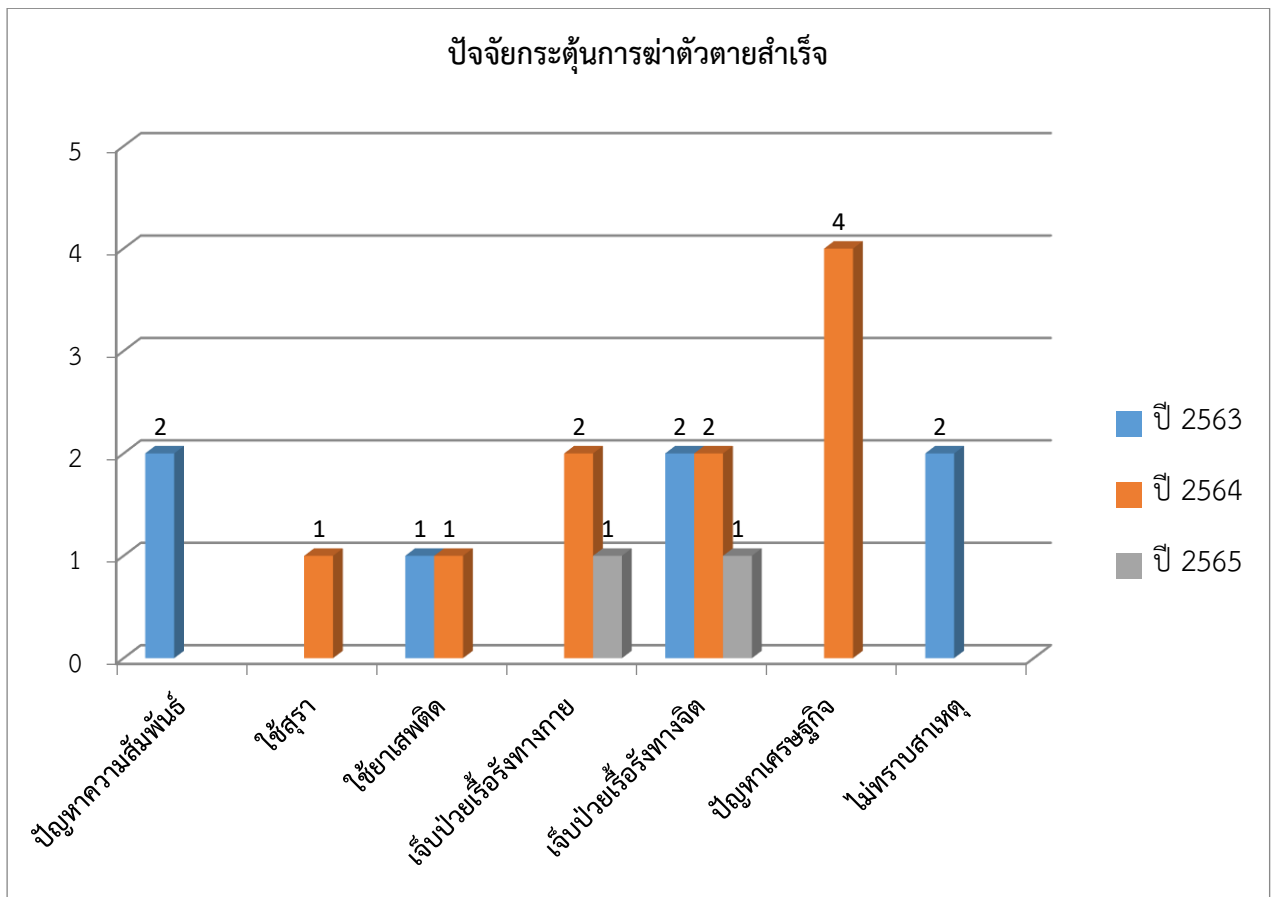


๔.๓ จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามช่วงอายุอำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ ม.ค. ๖๕)

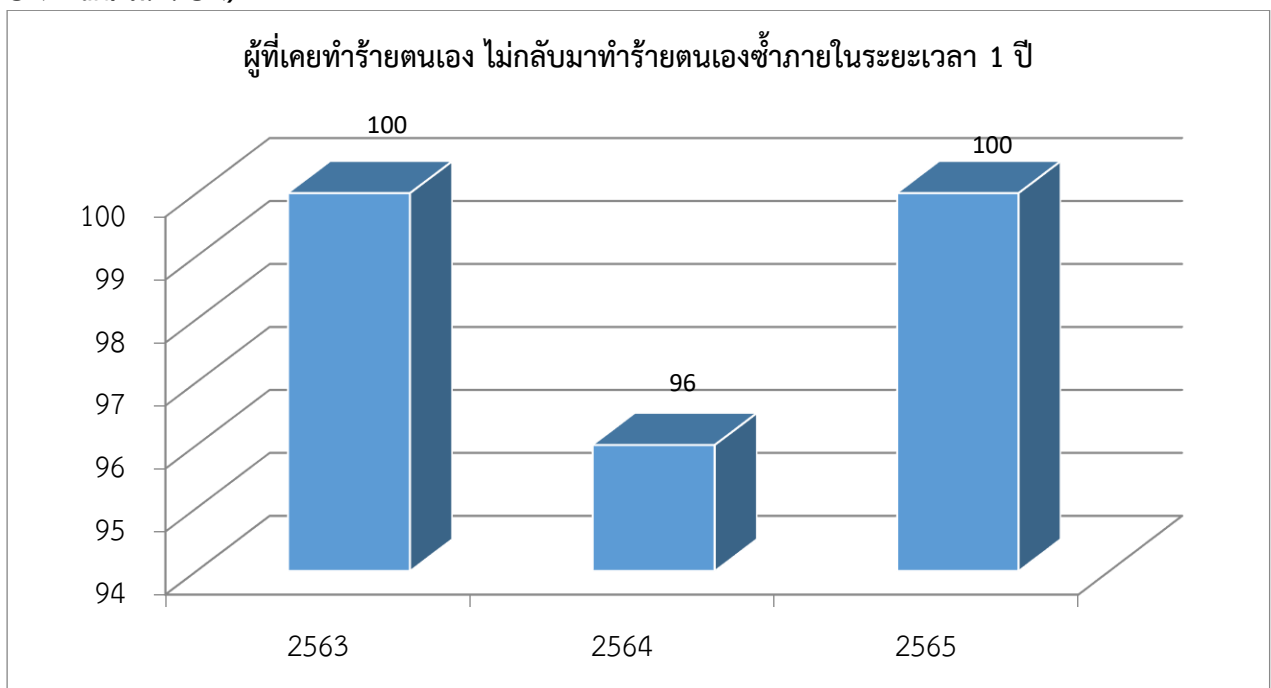


๔.๔ ปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ ม.ค. ๖๕)

รายงานผลการปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลนครพนม รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



๔.๕ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๖๕)



๔.๖ วิเคราะห์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ – ๓๑ ม.ค. ๖๕)

จำนวน ๒ ราย

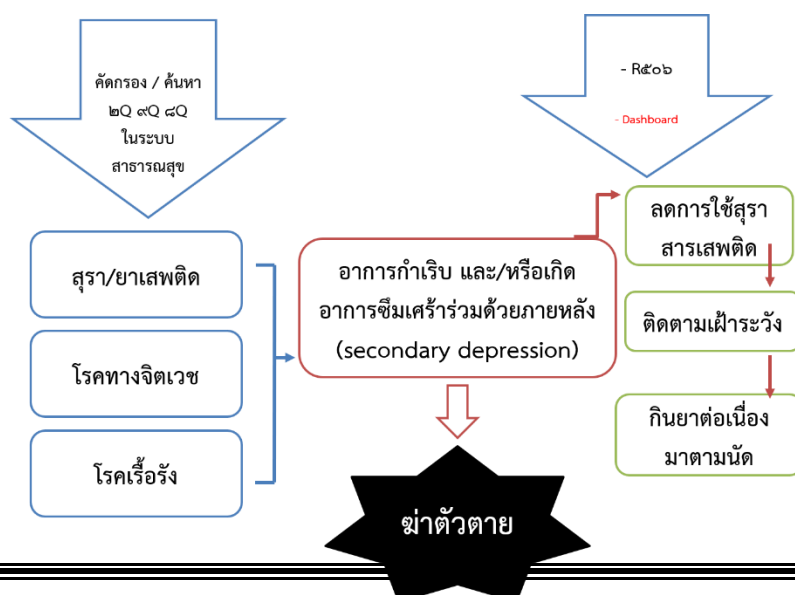
๑. ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๓ ปี U/D Schizophrenia รับประทานยาที่รพ.นครพนม ไม่ขาดยา แต่มีประวัติดื่มสุราทุกวัน ตื่นจนเมา มี.ค.๖๕ เริ่มมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง หูแว่ว พูดบ่นคนเดียวมากขึ้น ส่งตัวเพื่อปรับยาที่รพ.นครพนม เพิ่ม Long-acting antipsychotic drug อาการดีขึ้นเล็กน้อย ญาติดูแลให้ฉีดยาร่วมกับกินยาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยยังดื่มสุราเท่าๆเดิม ทำให้คืนก่อนเกิดเหตุ มีอาการหวาดระแวง หลงผิดกลัวคนมาทำร้าย ใช้วิธีการผูกคอ ปัจจัยกระตุ้นรายนี้เกิดจากการดื่มสุรา ทำให้อาการทางจิตแย่ลง
๒. ผู้ป่วยชาย อายุ ๗๐ ปี U/D Gout มีประวัติรักษาต่อเนื่องประมาณ ๑๐ ปี ที่รพ.นครพนม รับประทาน Gout และยาแก้ปวด ช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา อาการปวดตามข้อไม่ดีขึ้น เริ่มมีก้อนขึ้นตามข้อมือ ข้อเท้า ผู้ป่วยเดินลำบาก ไม่ได้มารักษาต่อเนื่อง ช่วยเหลือตนเองน้อยลง
 - ๑ เดือนก่อนเกิดเหตุ มีwarning sign ผู้ป่วยบอกกับภรรยาเรื่องความทรมานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายทุกวัน บอกว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทางครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยแค่ระบาย ไม่ได้อยากทำจริงๆ รับฟังจนรู้สึกว่าคุณไม่ได้พามารักษา ใช้วิธีการผูกคอ ปัจจัยกระตุ้นในผู้ป่วยรายนี้ นึกถึงโรคเรื้อรังทางกายที่ส่งกระทบถึงสุขภาพจิต

ผลลัพธ์การพัฒนางานจิตเวช

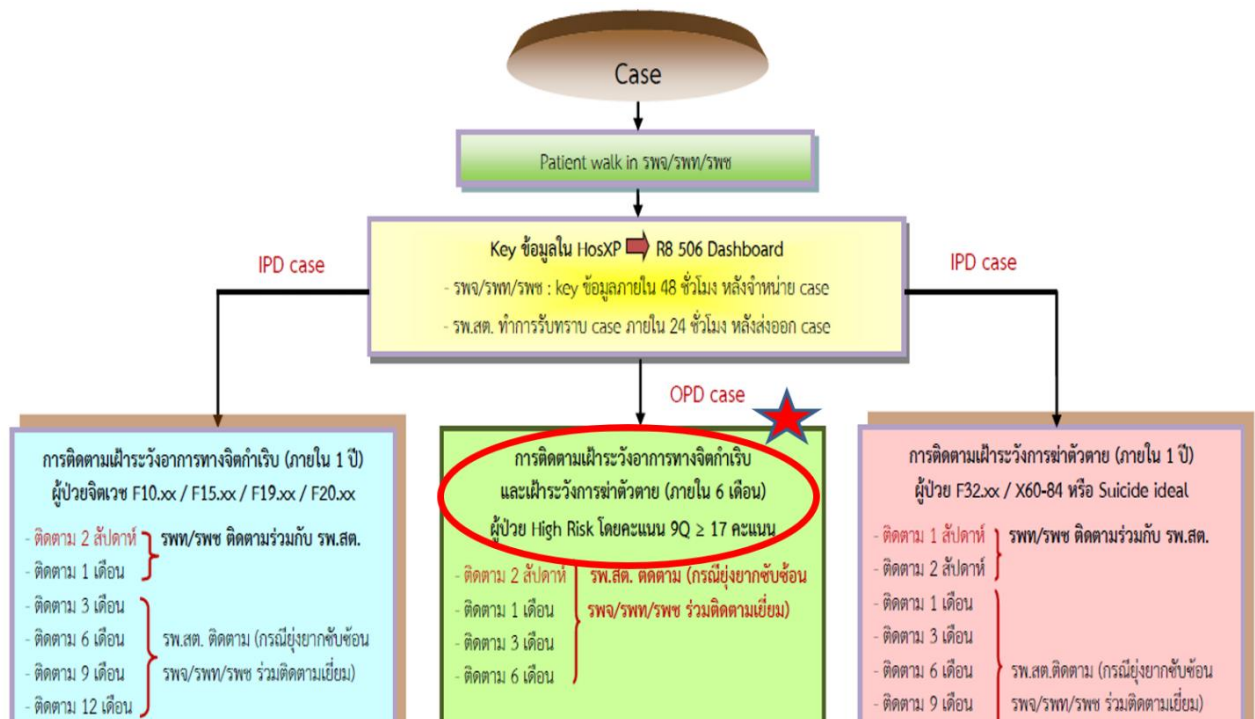
- ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ , ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตอำเภอเมือง คิดเป็น ๔.๘๒ , ๖.๘ และ ๓.๘ ตามลำดับ มีแนวโน้มไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
- ติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ซึ่งเสี่ยงต่อการกำเริบทุกเดือน ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในชุมชน
- สามารถดูแล Case high risk suicide , violence ได้ครอบคลุมและป้องกันการเกิดปัญหาได้ทันทั่วทั้งมากขึ้น
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ และให้การดูแลเบื้องต้นได้
- ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย เน้นไปยังพื้นที่ที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

๔.๗ กระบวนการดำเนินงาน

๑. ระบบ dashboard ติดตามผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งIPD และOPD รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก้าวร้าว ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล และผู้ป่วยสารเสพติดก้าวร้าว ก่อเหตุซ้ำ



รายงานผลการปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลนครพนม รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



คัดกรองได้เฉพาะคนที่ไม่ได้มาตามนัดในวันนั้น บางครั้งผู้ป่วยมารับยาก่อนหรือหลังวันนัด ซึ่งอาจทำให้เกิดการตรวจสอบผิดพลาดและใช้เวลานาน

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากปัญหาการดื่มสุรา โดยแบบประเมิน AUDIT
- ปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในชุมชน วางแผนร่วมกับ service plan
- พัฒนาระบบการติดตาม ผู้ป่วยที่ขาดนัดและขาดยาให้มีความถูกต้องในข้อมูลและง่ายต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น

วางแผนการดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๖๕

- แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด วางแผนร่วมกับ service plan ยาเสพติด
- โครงการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
- คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best practice

- ระบบติดตามขาดยา ขาดนัด ITรพ.นครพนม

ผู้รายงาน พญ.จุจอรุณ ลิ้มสวัสดิ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ประเด็นอื่น ๆ

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๑/๒๕๖๕
 ประเด็น การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM_{๒.๕})
 รพ.นครพนม

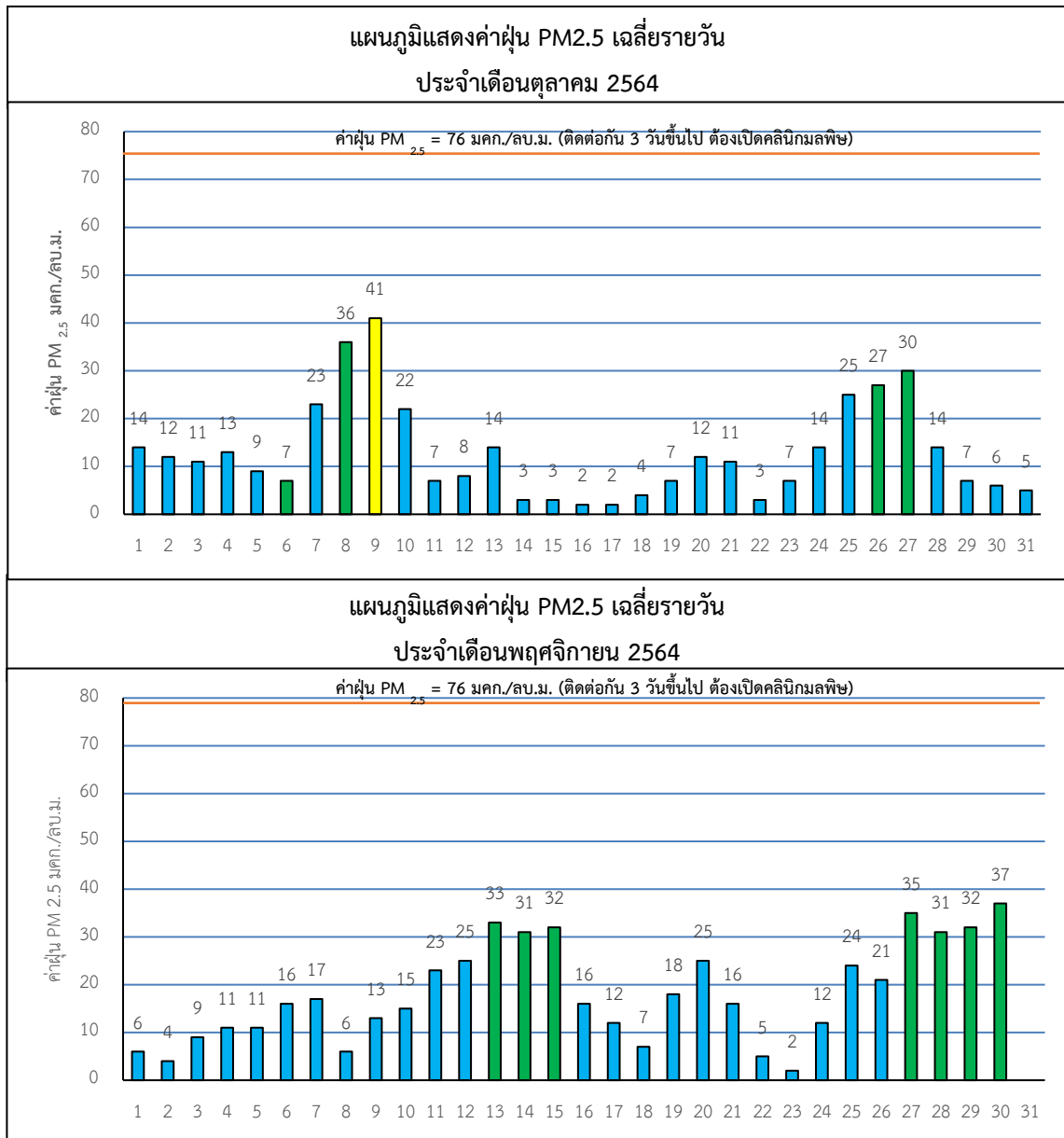
จังหวัด โรงพยาบาลนครพนม

วันที่ ๒/กุมภาพันธ์/๒๕๖๕

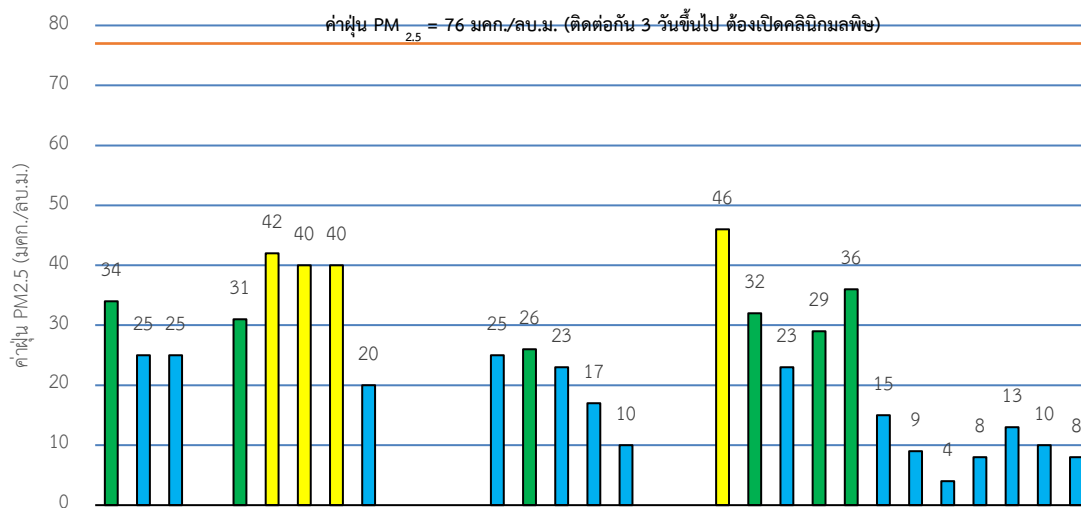
เวลา ๑๓.๐๐ น.

๑. สถานการณ์

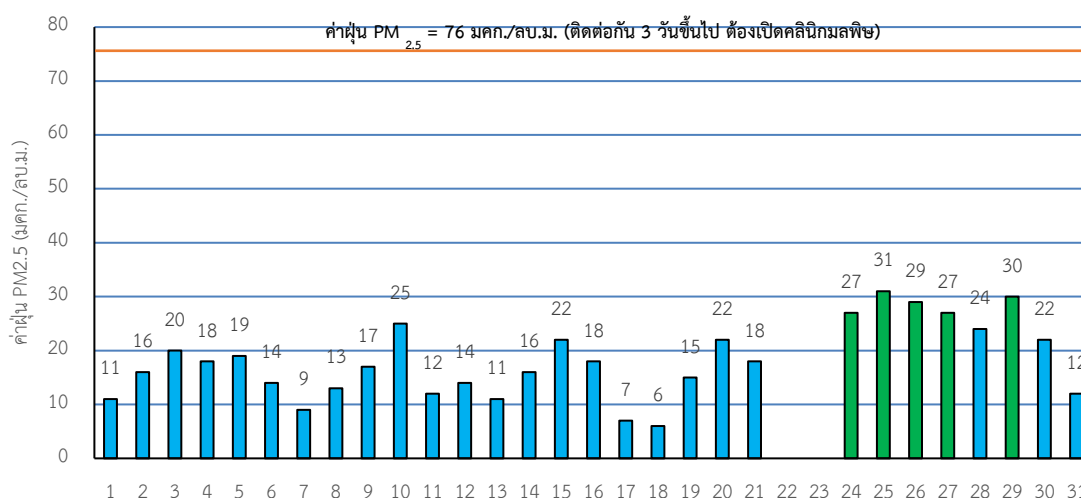
สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM_{๒.๕}) โรงพยาบาลนครพนม



แผนภูมิแสดงค่าฝุ่น PM2.5 เฉลี่ยรายวัน
ประจำเดือนธันวาคม 2564



แผนภูมิแสดงค่าฝุ่น PM2.5 เฉลี่ยรายวัน
ประจำเดือนมกราคม 2565



ที่มา : <https://www.cmuccdc.org/nakhonphanom-hospital>
วัดโดยเครื่องวัดฝุ่นแบบพกพา "Dust Boy" ที่ติดตั้งไว้ที่โรงพยาบาลนครพนม

จากแผนภูมิแสดงค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) รายเดือน พบว่า ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ที่ครอบคลุมในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครพนม ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – มกราคม ๒๕๖๕ อยู่ในระดับคุณภาพปานกลางถึงดีมากเป็นส่วนใหญ่ โดยในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ค่าฝุ่นเฉลี่ยรายวันอยู่ในระดับตั้งแต่ ๒ มคก./ลบ.ม. แต่ไม่เกิน ๔๑ มคก./ลบ.ม. ซึ่งเป็นค่าคุณภาพอากาศที่อยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก และค่าฝุ่นเฉลี่ยรายวันในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ จนถึงเดือนมกราคม ๒๕๖๕ ก็ยังอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก

เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป เพื่อเตรียมพร้อมในการ
เปิดคลินิกมลพิษได้ตลอดเวลา

สถานการณ์สุขภาพ

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศรายวันที่ต้องเฝ้าระวัง
ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มกราคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลนครพนม

ประจำเดือน ตุลาคม 2564																																	
โรค /วัน-เดือน-ปี	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	รวม	
โรคทางเดินหายใจ																																	
COPD	11	0	0	0	1	1	1	1	17	1	1	1	2	0	0	9	1	0	2	1	0	1	0	1	0	2	0	2	2	18	0	1	76
Asthma	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Pneumonia	2	0	0	3	3	1	2	1	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	3	2	3	2	1	0	1	3	0	3	2	1	38	
Influenza	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Pharyngitis	2	0	0	3	2	2	2	2	0	0	1	2	0	2	3	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	4	1	2	0	0	1	35	
Bronchitis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3		
โรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด																																0	
Ischemic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Stroke	9	1	4	19	10	9	7	13	3	2	8	15	2	9	10	6	2	12	9	4	10	4	2	3	10	12	14	17	21	2	8	257	
โรคตาอักเสบ(รวม)	4	0	0	6	8	8	5	4	0	0	12	9	0	15	6	1	0	11	9	1	8	1	1	0	5	12	3	5	2	0	1	137	
โรคผิวหนังอักเสบ(รวม)	16	0	0	8	5	0	2	9	0	0	6	4	0	3	15	0	0	6	4	0	4	0	0	1	10	5	2	6	14	0	0	120	
โรคอื่นๆ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LONGTERM EFFECT																																0	
Lung Cancers	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	4	2	0	17	
รวม	45	1	4	40	29	21	20	48	6	3	30	33	3	32	45	10	2	33	25	8	30	8	7	5	27	37	26	36	60	4	12	690	
**โรคอื่นๆ หัตถการ(พญา) / other contact																																	
ประจำเดือน พฤศจิกายน 2564																																	
โรค /วัน-เดือน-ปี	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		รวม	
โรคทางเดินหายใจ																																	
COPD	5	0	0	1	8	1	1	0	1	0	0	8	2	2	2	1	1	1	17	0	0	0	2	1	2	12	2	1	1	0		72	
Asthma	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	
Pneumonia	1	3	2	3	0	3	5	3	1	0	6	1	1	0	0	2	2	1	0	2	0	2	1	1	2	1	3	3	2	3		54	
Influenza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
Pharyngitis	0	1	1	2	0	1	0	0	1	1	2	2	0	0	3	1	0	2	7	2	2	7	2	9	2	3	1	1	1	2		56	
Bronchitis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	2	2	0	0	2	1	4	1	0	0	1	1		20		
โรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด																																0	
Ischemic	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Stroke	15	8	13	5	11	3	0	20	5	7	5	15	3	0	19	7	9	10	9	0	2	15	13	9	1	8	3	3	14	8		240	
โรคตาอักเสบ(รวม)	9	7	6	12	8	0	0	7	11	11	5	8	3	0	4	9	7	8	6	1	0	8	6	1	7	5	1	0	10	8		168	
โรคผิวหนังอักเสบ(รวม)	8	4	3	3	11	0	0	9	3	0	1	13	0	0	15	2	0	1	6	0	0	10	3	0	6	12	0	1	16	3		130	
โรคอื่นๆ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
LONGTERM EFFECT																																0	
Lung Cancers	0	0	0	3	0	0	0	1	0	2	3	0	0	1	1	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	18	0	
รวม	38	23	27	29	38	8	8	41	23	21	23	48	10	3	44	24	23	27	48	5	4	43	29	22	26	43	10	9	45	27		769	
**โรคอื่นๆ หัตถการ(พญา) / other contact																																	

[illegible]

[illegible]

จากตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศที่ต้องเฝ้าระวังพบว่า ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มกราคม ๒๕๖๕ มีจำนวน ๖๙๐, ๗๖๙, ๖๐๒ และ ๖๒๑ คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ตามสถานการณ์ปกติโดยทั่วไป และยังไม่พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรค และในคลินิกมลพิษ ก็ยังไม่มีผู้ป่วยที่ประเมินอาการแล้วต้องเฝ้าระวังโรค หรือติดตามตรวจเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

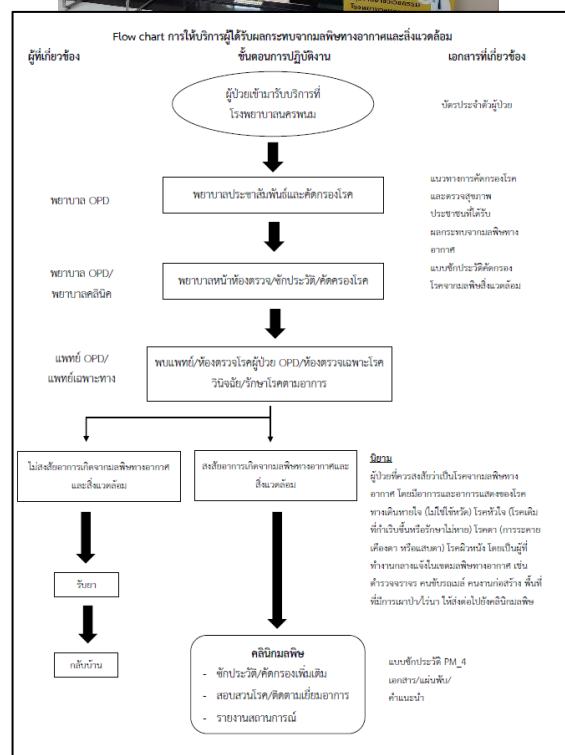
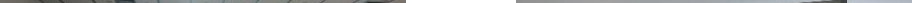
๒. กิจกรรมการดำเนินงาน / มาตรการ (พร้อมภาพประกอบ)

๒.๑. ประชุมชี้แจงแผนดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก(PM_{๒.๕}) ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครพนมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



แผนปฏิบัติการลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5})
ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองนครพนม

[illegible][illegible]



๓. ปัญหา อุปสรรค / ข้อเสนอแนะ

- ไม่มี -

๔. แผนการดำเนินงานต่อไป

๔.๑. การเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่น PM๒.๕ และสภาวะสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครพนม ตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนด

๔.๒. การเตรียมพร้อมรองรับในการเปิดคลินิกมลพิษ ในโรงพยาบาลนครพนมในกรณีค่าฝุ่นเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

๔.๓. การเฝ้าระวังและสอบสวนโรคในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

๔.๔. การจัดเตรียมห้องปลอดฝุ่น ภายในโรงพยาบาลนครพนม

นายธีระพล เหมะธูลินทร์ ผู้รายงาน
อาชีวเวชกรรม รพ.นครพนม หน่วยงาน
042-199-222 ต่อ 1091 เบอร์โทรศัพท์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
ประเด็นอื่นๆ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

๑. ชี้แจงนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้อง
๒. อธิบายรายละเอียดตัวชี้วัด
๓. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดแนวทางแก้ไข ได้แก่
 - ประกาศเป็นนโยบาย PTC / ปี ๖๔ ยุทธศาสตร์ รพ. (ระบบยา)
 - กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ต้องติดตามในที่ประชุม PTC
 - หลักสูตรปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
 - ตราป้อมแนวทางการใช้ยา (ATB : แพลสด/คลอด)
 - กำหนดเป็น KPI รายบุคคล (แพทย์ GP + ใช้ทุน + เกสซ์) (ปี ๖๓)

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line			ปี ๖๕ (ณ กพ ๖๕)	
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน
๑. ร้อยละการสั่งยา ED	๙๑.๔๑	๙๑.๘๙	๙๒.๖๐	≥ร้อยละ ๘๐	๙๓.๕๐
๒. ประสิทธิภาพ PCT	๓	๓	๔	ระดับ๓	๔
๓. ฉลากยา	๓	๓	๓	รายการยา๑๓กลุ่ม	๓
๔. รายการยาที่ต้องตัดออกจากบัญชีรพ.	๑	๑	๑	≤๑รายการ	๑
๕. ส่งเสริมจริยธรรม	๔	๔	๔	ระดับ๓	๔
๖. การใช้ ATB ใน URI	๒๗.๓๙	๓๘.๖๘	๓๗.๑๖	≤ร้อยละ๓๐	๔๐.๗๓
๗. การใช้ ATB ในอุจจาระร่วง	๒๕.๔๙	๒๘.๖๐	๒๓.๓๔	≤ร้อยละ๒๐	๒๐.๗๑
๘. การใช้ ATB ใน แพลสด	๓๔.๐๕	๓๗.๘๓	๓๘.๔๒	≤ร้อยละ๔๐	๔๕.๐๔
๙. การใช้ ATB ใน คลอดปกติ	๙.๘๑	๑๒.๙๒	๑๑.๑๑	≤ร้อยละ๑๕	๒๕.๑๒
๑๐. ใช้RAS blockage ๒ ชนิด ในผป. HT	๐.๐๕	๐.๐๙	๐.๐๒	๐	๐.๐๙
๑๑.การใช้ glibenclamide คนไข้>๖๕ หรือ GFR<๖๐	-	-	-	-	-
๑๒. ใช้ metformin in DM	๗๑.๑๕	๗๖.๘๒	๗๘.๖๒	≥ร้อยละ ๘๐	๘๐.๑๙
๑๓. ใช้NSAID ชั่ว ช้อน	๐.๑๒	๐.๐๖	๐.๓๕	≤ร้อยละ๕	๐.๓๓
๑๔. คนไข้ได้ NSAID	๐.๓๘	๐.๒๕	๐.๗๐	≤ร้อยละ๑๐	๐.๓๒

๑๕. คนใช้หอบหืดได้ ICS	๖๓.๘๐	๗๑.๒๓	๗๖.๘๗	≥ร้อยละ ๘๐	๗๙.๕๙
๑๖. คนใช้>๖๕ ได้ long act. benzodiazepine	๐.๕๗	๑.๖๒	๑.๔๘	≤ร้อยละ ๕	๐.๗๘
๑๗. คนท้องได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง	๐	๐	๐	๐	๐
๑๘. เด็ก URI ได้ non sedate antihistamine	๔.๔๖	๗.๓๒	๑๑.๑๔	≤ร้อยละ ๒๐	๑๓.๘๒
๑๙. RDU รพ.สต.	๙๒.๓๑	๘๙.๒๙	๗๘.๕๗	≥ร้อยละ ๘๐	๗๐.๓๗

* ข้อมูลจาก HDC :ตัวชี้วัดขั้นที่ ๒ ณ ๑ มี.ค.๖๔ และตัวชี้วัดขั้นที่ ๓ ณ ๒ ก.ค. ๖๔

หมายเหตุ **ไม่ผ่าน** **ผ่าน**

๕. ปัญหาอุปสรรค

ณ ปี ๖๔ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

๑. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (เป้า ≤ร้อยละ ๓๐ ทำได้ ร้อยละ ๔๐.๗๓) และในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (เป้า ≤ร้อยละ ๒๐ ทำได้ ร้อยละ ๒๐.๗๑) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จากสถานการณ์ โคติด-๑๙ ทำให้มีผู้ป่วย URI เพิ่มขึ้น และภาพรวมของโรงพยาบาลมีการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีปัญหาเป็นแพทย์รายบุคคล
๒. การใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด และคลอดปกติทางช่องคลอด (เคยผ่านเกณฑ์แล้ว ปี ๖๔ ไตรมาส ๑ ไม่ผ่าน ทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาล จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุต่อไป
๓. การใช้ metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน (เป้า ≥ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๘๐.๑๙) มติองค์กรแพทย์ ให้พิจารณาทบทวนการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน ที่รับยาที่ รพ.สต. (เริ่มดำเนินการปี งบ ๖๔ ไตรมาสที่ ๑ ทำได้ ร้อยละ ๗๒.๓๘ ไตรมาสที่ ๓ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๕.๔๑) ณ ปี ๖๕ : ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว แต่ต้องติดตามต่อไป
๔. การใช้ ICS ในผู้ป่วยหอบหืด (เป้า ≥ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๗๙.๕๙) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยหอบหืด แล้วไม่ได้นัดเข้ารับการรักษาดูแลที่คลินิกหอบหืด (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นหอบหืดที่ห้องฉุกเฉิน) มติองค์กรแพทย์ คือ หากวินิจฉัย/สงสัยว่าเป็นหอบหืด ให้นัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่คลินิกหอบหืด ณ ปี ๖๕ ทำได้ ๗๙.๕๙ % ใกล้ถึงเป้าหมาย
๕. ใช้RAS blockage ๒ ชนิด ในผป.HT : จากการติดตาม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิมจาก รพ.อุดรธานี ๑ ราย ปี งบ ๖๕ : เนื่องจากการปรับเกณฑ์ในการประเมิน RDU เพิ่ม เกณฑ์ RDU community ในส่วนของเขตรับผิดชอบ อำเภอเมือง ได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็น baseline ในการพัฒนาร้านชำ RDU, คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อดำเนินการในลำดับถัดไป

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

ผู้รายงาน ภาณุ.จิตรลดา ผลาพฤษ

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

โทร ๐๘๑ ๕๔๔๓๖๙๒

Email iamkhunple@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รอบ ๑
สาขา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) / การจัดการเชื้อดื้อยา (AMR)
โรงพยาบาลนครพนม จังหวัด นครพนม เขตสุขภาพที่ ๘

การพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา และลดการติดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัด ๑ : ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพ)

ตัวชี้วัด ๒: อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา

๑ สถานการณ์

โรงพยาบาลนครพนม มีการดำเนินงาน การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ผ่านคณะกรรมการด้านการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลนครพนม เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดนโยบาย แนวทาง ดำเนินการ ในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ แต่ยังพบปัญหา ด้านการประเมินผล ส่งต่อข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาล ขาดระบบการติดตาม การดำเนินงานแบบบูรณาการ

๒ สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ผล
๑ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate เกณฑ์ตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด เกณฑ์ตัวชี้วัด ไม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๖๓ =๓๓.๙๒	๓๓.๙๒	๒๖.๔๒	ผ่าน

หมายเหตุ ตรวจราชการรอบที่ ๑ ใช้ข้อมูล มกราคม-ธันวาคม ๒๕๖๔ เทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๓

ตรวจราชการรอบที่ ๒ ใช้ข้อมูล มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ เทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๓

๓ ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ผลการประเมินการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนครพนมมีระบบจัดการ เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ ๓ คือ มีการดำเนินการปานกลาง(Intermediate) ดังรายละเอียด

กิจกรรมดำเนินการ	ระดับคะแนน
๑ กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	๕๐
๒ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	๗๒
๓ การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ	๔๔
๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๘๕
๕ การวิเคราะห์/ ส่งเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ	๕๐
รวมคะแนน	๓๐๑

รายละเอียดผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR				ผลการดำเนินงาน	
๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)				คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๑.๑ มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร /แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา/ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ					Basic
○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR				๐	
○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน				๒	
○ มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน (กรณีระบุรูปแบบคณะกรรมการ และ Upload file คำสั่ง)				๕	๕
(/) คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ					
() มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้รับผิดชอบงาน AMR					
๑.๒ ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่นับรวม core team) มีการประชุม					Basic
○ ไม่มีการประชุม				๐	
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) ๑ ครั้ง ต่อปี				๕	๕
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า ๑ ครั้ง ต่อปี				๗	
○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก ๓ เดือน				๑๐	
๑.๓ มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data					Basic
เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data		
			ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔
เป้าหมายหลัก					
๑. ลดป่วย / ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	< ๓๓.๙๒	๒๙.๔๕	๓๓.๙๒	๒๖.๔๒
เป้าหมายรอง					
๒. Lab surveillance	อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อไม่ดื้อยา	< ๕๐%	๔๑.๗๔	๕๑.๓๓	๓๕.๙๐
๓. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสกรวนกับเชื้อดื้อยา (Meropenem+Ertapenem)	ลดลง	๖.๐๕	๕.๕๔	๕.๒๐
๔. Infection control	อัตราการเกิด HAI	ลดลง... %	๒.๔๕	๒.๓๕	๓.๔๖
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก				๐	
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางส่วน				๕	
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)				๑๐	๑๐
๑.๔ มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด					Basic
○ ไม่มีแผน				๐	
○ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย				๑๐	๑๐
๑.๕ มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน					
○ ไม่มี				๐	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมาก แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย				๑๐	๑๐
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมาก และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย				๑๕	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน ๓ ปี				๒๐	
๑.๖ โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.					Intermediate

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	○	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	๕	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพและจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่	๑๐	๑๐
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	๒๐	
๑.๗ มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด/ระดับเขต	○	○
○ มีทีมระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยงานบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีทีมระดับเขต/หรือมีทีมระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	๑๐	
○ มีทีมระดับเขต และทีมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	๒๕	
รวมคะแนน มาตรการที่ ๑	๑๐๐	๕๐

๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๒.๑ สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นำบรวบว่าสามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจ จะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO ๑๕๑๘๔ หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)		Basic
○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	○	
○ ได้บางเชื้อ เช่น อาซิเนบาคทีเรีย <i>Acinetobacter</i> spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก <i>A. baumannii</i>	๕	
○ ได้ อย่างน้อยครบรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ ๘ ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp. (ระดับ A, S ต้องกักกันเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> ได้), <i>Enterococcus</i> spp. (ระดับ A, S ต้อง identify <i>Enterococcus faecium</i> ได้), <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Salmonella</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i>	๑๐	๑๐
๒.๒ การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล		Basic
○ ไม่ใช่	○	
○ ใช่	๕	๕
๒.๓ มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.		Basic
○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	○	
○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน	๕	
○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน	๗	๗
○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติ เชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยน ยาด้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อดื้อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังรายงานผล Lab	๑๐	
๒.๔ มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังระบาดวิทยาในระดับประเทศ		Intermediate

ได้แก่ CRE, VRE, VRSA, VISA, <i>N.gonorrhoeae</i> ต่อดัชนี cephalosporin		
○ ไม่มีระบบ	○	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล	๕	๕
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และ ทั่วประเทศ	๑๐	
๒.๕ จัดทำ Antibigram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		
○ ไม่มี Antibigram ปีล่าสุด	○	
○ มี Antibigram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M๑๙-A๔ (หรือฉบับปัจจุบัน)	๕	
○ มี Antibigram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย	๘	
○ มีการจัดทำ Antibigram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	๑๐	๑๐

๒.๖ มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
○ ไม่มี	○	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ คะแนนรวม ๒๐ คะแนน)		
I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ ๑	+๕	+๕
- อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด		
- อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย		
- อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา		
II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้	+๕	+๕
III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	+๑๐	
๒.๗ มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	○	
○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา() MLab () WHONet () อื่นๆ	๕	๕
○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้	๑๐	
๒.๘ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R๒R		
○ ไม่มี	○	
○ มีการทำ CQI , R๒R หรืองานวิจัยพัฒนาในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา	๑๐	๑๐
๒.๙ มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ ๑๒ เดือน	○	
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ ๑๒ เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้)	๕	๕
๒.๑๐ รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	○	
○ ระดับจังหวัด มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด แต่ระดับเขตยังไม่มีกำหนดมาตรการ/กิจกรรมเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. เครือข่ายเขต	๕	๕
○ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ และ สคร.เขต และโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายเป็นอย่างดี	๑๐	
รวมคะแนน มาตรการที่ ๒	๑๐๐	๗๒

๓. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๓.๑ มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		basic
○ ไม่มี	๐	
○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	๓	๓
○ มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	๕	
๓.๒ มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	๐	
○ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง ๔ กลุ่มโรค	๓	๓
○ มีการกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง ๔ กลุ่มโรค	๕	
๓.๓ มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง ๓ ข้อ	๐	
○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้ ๑. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการใช้ค่า DDD และ/หรือ DOT ๒. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการส่งยาด้านจุลชีพ ๓. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มที่ส่งวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , ๓ rd และ ๔ th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา	๕	๕
๓.๔ มีการกำหนดแนวทางการรักษาข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	๐	
○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้รับปรับให้สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	๕	
○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	๑๐	๑๐
○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)	๑๕	
๓.๕ มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา		Basic
○ ไม่มีระบบ	๐	
○ มีระบบ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๓๐ คะแนน)		
I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	+๕	
II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาด้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาด้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น	+๕	+๕
III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก ๗ วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา	+๑๕	
IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+๕	

○ ไม่มีทั้ง ๕ ข้อ	○	
○ มีความพร้อมอย่างน้อย ๓ ข้อ	๕	
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	๑๐	๑๐
๔.๔ มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมี การกำกับติดตามการปฏิบัติ ○ ไม่มี IPC guideline	○	Basic
○ มี IPC guideline	๓	
○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	๕	๕
๔.๕ มีแนวปฏิบัติรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย/ส่งสัปดาห์ และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ○ ไม่มี	○	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมี การกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	๕	๕
○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม จังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	๑๐	
๔.๖ มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management) ○ ไม่มี	○	
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	๕	๕
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยา ระดับ จังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	๑๐	
๔.๗ แนวปฏิบัติข้อ ๔.๔ - ๔.๖ มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย ○ ไม่ใช่	○	
○ ใช่	๑๐	๑๐
๔.๘ มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เช่น • กลุ่มที่ ๑ : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ ๒ : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยญาติผู้ป่วย ○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา	○	
○ มีการสอนฝึกอบรมบางกลุ่ม	๕	
○ มีการสอนฝึกอบรมทั้ง ๒ กลุ่ม	๑๐	๑๐
๔.๙ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) ○ ไม่มี	○	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๕ คะแนน)		
I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ ๕	+ ๕
II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวน คุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ ๕	+ ๕
III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสุ่มปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ ๕	
๔.๑๐ มีการประสานข้อมูลทางปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection) ○ ไม่มี	○	
○ มี	๑๐	๑๐
๔.๑๑ มีการกำกับติดตาม วัณโรค และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC ○ ไม่มีการกำกับติดตาม	○	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๐ คะแนน)		

I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ ๕	+ ๕
II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ ๕	+ ๕
รวมคะแนน มาตรการที่ ๔	๑๐๐	๘๕

๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๑.๑ การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง ○ ไม่มีการวิเคราะห์ ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๕๐ คะแนน) I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาวะค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	○ +๑๐ +๑๐ +๑๐ +๑๐ +๑๐	+๑๐ +๑๐ +๑๐
๑.๒ การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตามความจริง ○ ไม่มีการวิเคราะห์ ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๔๐ คะแนน) I. มีการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่ต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือ วิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่ II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้ยา และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	○ +๑๐ +๑๐ +๑๐ +๑๐	+๑๐ +๑๐ +๑๐
๑.๓ มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง ๑ ข้อ) ○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	○ ๕ ๑๐ ๑๐	๑๐
คะแนนรวม มาตรการที่ ๕	๑๐๐	๕๐

จากการดำเนินงานการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ในช่วงที่ผ่านมา มีการดำเนินการ ดังนี้

๑ มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) ทำให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถดูผลเพาะเชื้อ และความไวต่อยาได้สะดวกมากขึ้น

๒ พัฒนาระบบการแจ้งเตือนทางกลุ่มไลน์ให้หอผู้ป่วย และทีม มีระบบแจ้งเตือน (Lab Alert) ผลเพาะเชื้อที่เป็นเชื้อดื้อยา และผลจาก Hemoculture ให้ผู้ใช้ข้อมูลทราบทาง กลุ่ม Line โดยจะแยกตามหอผู้ป่วย เพื่อให้ พยาบาลได้รายงานผลให้แพทย์ทราบ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนยาต้านจุลชีพให้เหมาะสม อย่างรวดเร็ว

๓ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในกรณีที่มีห้องแยกไม่เพียงพอ แก้ไขโดยให้นอนแยกโซน หรือ เว้นเตียง เน้นการใช้มาตรการ Contact precautions และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมด้วย ๐.๕ Sodium hypochlorite การแยกอุปกรณ์ของใช้ ติดป้ายแจ้งเตือนในแผ่นวอร์ชเปียน ปลายเตียงหรือหน้าห้องของผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติที่ดูแล เมื่อrefer ไปโรงพยาบาลอื่น บันทึกใบแลกเปลี่ยนผลตรวจเพาะเชื้อ แนบกับใบส่งต่อทุกราย ให้แจ้งศูนย์ประสานส่งต่อทุกครั้งเพื่อให้โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเตรียมรับให้เหมาะสม

๔ มีการทำระบบแจ้งเตือน Pop Note ในระบบ Hosxp เมื่อผลเพาะเชื้อเป็นเชื้อดื้อยา โดยให้มีการแจ้งเตือนในทุกจุดบริการ เพื่อให้มีการเฝ้าระวัง โดยpop note มีอายุ ๑ ปี เพื่อพิจารณาในการใช้ยาและใช้มาตรการป้องกันที่เหมาะสม

๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย หรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ

๔.๑ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยาและผู้ใช้ยา ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ ที่จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาต้านจุลชีพ

๔.๒ พบเชื้อดื้อยาจากชุมชนมากขึ้น

๔.๓ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติ ตาม นโยบาย การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล (Antimicrobial Stewardship Program; ASP) แต่ยังขาด การถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ การติดตาม และ การประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ

๔.๔ ยังไม่มีระบบการสื่อสารชัดเจน เมื่อพบผลทดสอบความไวที่ โรงพยาบาลทั่วไป ว่า มีการติดเชื้อดื้อยา และขาดการป้องกันเมื่อแรกรับในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถึงแม้จะมีระบบแจ้งเตือนใน Hosxp

๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๕.๑ จำนวนห้องแยกไม่เพียงพอ ทำให้มีการใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ป่วยอื่นถึงแม้จะกำหนดห้องนำให้แต่ไม่สามารถควบคุมกำกับได้อย่างต่อเนื่อง

๕.๒ จำนวนผู้ป่วยอาการหนัก ที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีการใช้เครื่องช่วยหายใจและคาสายสวน ปัสสาวะนาน และได้รับยา antibiotic หลายขนาน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น

๖ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-มีระบบแจ้งเตือน (Lab Alert) ผลเพาะเชื้อที่เป็นเชื้อดื้อยา และผลจาก Hemoculture ให้ผู้ใช้ข้อมูลทราบทาง กลุ่ม Line โดยจะแยกตามหอผู้ป่วย เพื่อให้ พยาบาลได้รายงานผลให้แพทย์ทราบ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนยาต้านจุลชีพให้เหมาะสม อย่างรวดเร็ว แยกผู้ป่วยทันทีและใช้มาตรการ Contact precautions

๗ แผนงาน/โครงการ พัฒนางานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

- การ นิเทศ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการซื้อตัวยาของโรงพยาบาล

ผู้รายงาน นางสาวศิรานันต์ พลเยี่ยมหาญ

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

โทร ๐๘๘ ๕๖๑๒๔๐๑ e-mail porsiranun@gmail.com

นางสาว อุไรวรรณ สุรินทร์

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

โทร ๐๘๑๕๔๔๘๘๑๙ e-mail acallmail@gmail.com

นาง ชูวัฒนา ชาระ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร ๐๘๗๒๒๕๕๘๐๗ e-mail chuwat๘๕๕๓๘@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็น Agenda Based/Area base
หัวข้อ Success rate TB

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

Success rate TB $\geq 85\%$

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๔/๖๔	๑/๖๕
๑.จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภท		๓๐๑	๒๗๗	๒๓๙	๔๙	๕๙
๒.รักษาหายหรือรักษาครบ (Cure or Complete Rate)	๘๕	๘๐.๐๗	๘๕.๖๖	๘๓.๓๓	๔	๐
๔.ล้มเหลว (Failure Rate)	๐	๐	๑	๑	๐	๐
๕.ตาย (Death Rate)	<๕	๙.๗๙	๔.๙๑	๑๑.๑๑	๖.๓๘	๕.๐๘
๖.ขาดยามากกว่า ๒ เดือนติดต่อกัน (Default Rate)	๐	๒.๔๕	๖.๔๒	๑.๘๕	๒.๑๓	๐
๗.โอนออก (Transfer out)		๐.๓๕	๑.๘๙	๑.๘๕	๘.๕๑	๓.๓๙
๘.ไม่นำมาประเมิน(เปลี่ยนDx/กำลังรักษา)		๑๕	๑๒	๒๔.๘๙*	๙๒.๔๙*	๙๑.๕๓*

หมายเหตุ ** ปี๖๔ รักษาสูตร๒๔EO/๑๒-๑๘EL และมีที่ขึ้นทะเบียนช่วงปลายปีมีการขยายยาและบางส่วนเป็นวัณโรคนอกปอดที่ต้องรักษา ๑ ปีจึงยังรักษาอยู่

** มี MDR รักษา ๒ ราย(ปี๖๓=๑ราย ปี๖๔=๑ราย)

ปี ๒๕๖๔ เป็นการประเมินจาก cohort ๑ (ยังมีการรักษาอยู่ ๒ราย)

**Cohort ๔/๖๔ (ก.ค.๖๔-ก.ย.๖๔) ยังอยู่ในระหว่างการรักษาอัตราสำเร็จประมาณร้อยละ ๘๗.๔๙

Cohort ๑ (ต.ค.๖๔-ธ.ค.๖๔) ยังรักษาอยู่ยังไม่ครบการรักษาอัตราสำเร็จประมาณร้อยละ ๘๘

๑.ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑.๑อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค

๑.๒.เสียชีวิตจากโรคร่วม ผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงและการรักษาที่ล่าช้า

๑.๓.อัตราการขาดยา/มาไม่ตรงตามนัด

๑.๔ การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

๒.เป้าหมายการพัฒนา

๒.๑ เพิ่มอัตราการค้นหาและคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มโรคให้เพิ่มขึ้นมากกว่า ๘๕ %

๒.๒ ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่น HIV LTBI ได้รับการทานยาป้องกันเพิ่มขึ้น

- ๒.๒ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและได้รับยาเหมาะสมตามข้อกำหนดและไม่เสียชีวิต
- ๒.๓ ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตนการรับประทานยาผลข้างเคียงของยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- ๒.๔ อัตราผลสำเร็จการรักษา ≥ 85

๓.แผนการพัฒนาคัดกรอง

- ๓.๑ พัฒนาระบบการคัดกรองและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
- ๓.๒ พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ
- ๓.๓ คัดกรองและให้ยาป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น (HIV CD4 < 200 LTBI)
- ๓.๔ พัฒนาระบบการให้ยาและการติดตามผู้ป่วยเพื่อลดการขาดยา

ผู้รายงาน นางรุจีชล ประเสริฐศรี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแพทย์ชำนาญการ
โทร ๐๖๔๙๗๘๙๙๑๕