



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

รายงานผลการปฏิบัติราชการ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8



โรงพยาบาลอุดรธานี
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565
วันที่ 16-17 มิถุนายน 2565

รวบรวมโดย กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลอุดรธานี
โทร 0-4221-5100 ต่อ 3525

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2565 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธีในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 ประจำปีไตรมาสที่ 2 (ตุลาคม – มีนาคม 2565) เพื่อประกอบการตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี และผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

โรงพยาบาลอุดรธานี
ผู้จัดทำ

สารบัญ

หัวข้อ		หน้า
ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลอุดรธานี	1-17
Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)		
หัวข้อ 1 โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์		19-24
	โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	
หัวข้อ 2 กฎาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ		
	กฎาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	25-41
	(33) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	42-44
Functional based		
	(2) เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและการสมวัย (2.1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (2.2) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	46-48
	(4) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	49-50
	(5) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (6) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถาน บริการและในชุมชน (6.1) ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (6.2) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (7) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (7.1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (7.2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	51-54
	(13) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูง (13.1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (13.2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	55-56
	(25) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit (25.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	57-61

หัวข้อ		หน้า
	(29) ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	62-66
	(30) อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	67-80
	(31) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	81-83
	(32) ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	84
	(34) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (35) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (35.1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (35.2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	85-86
	(36) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	87-89
	(38) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด (38.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (38.2) ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	90-92
	(37) Refracture Rate	93-96
	(39) ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์ (39.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (39.2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (39.3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	97-100
	(42) ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m ² /yr	101-102
	(43) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	103-104
	(44) อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	105-106
	(46) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	107
	(47) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (48) ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนี้ในถุง	108-110

หัวข้อ		หน้า
	น้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	
	(50) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (51) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (52) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ (52.1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ (52.2) ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	111-114
	(58) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	115-118
	(59) ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ได้รับการพัฒนา (60) องค์การแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (60.1) ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) (74) จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด	119-128
	(61) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	129-130
	(63) ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	131-132
	(70) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการรับยาที่ร้าน โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)	133-137
Area based		
	(20) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (20.1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป (20.2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus	139-141
	(26) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (26.1) อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (26.2) อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage)	142-144
	ภาคผนวก	145

ข้อมูลทั่วไป

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

ค่านิยม (Core value) : M = Mastery คือ เป็นนายตัวเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People Centered Approach คือ ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ถ่อมตน อ่อนน้อม

เป้าหมาย (Ultimate Goal) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

วิสัยทัศน์ (Vision) และ พันธกิจ (Mission) : ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจ อย่างยั่งยืน บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงศูนย์ความเป็นเลิศ มีคุณภาพไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนอุดรธานีมีสุขภาพดี

พันธกิจ (Missions)

- 1) จัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ มีคุณภาพ และครอบคลุมแบบไร้รอยต่อ
- 2) บริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล

ค่านิยม (Core value)

U = Unity คือ สามัคคี

D = Diversity คือ มีความหลากหลาย

M = Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People centered approach = ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นโรงพยาบาลศูนย์ต้นแบบมาตรฐานสากล ด้วยเครือข่ายบริการและเทคโนโลยีทันสมัย เป็นที่วางใจของผู้รับบริการ”

“To be the leading professional healthcare with global standards, strong network, modern technology and trustworthy”

พันธกิจ (Mission) :

"โรงพยาบาลอุดรธานี มุ่งความเป็นเลิศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน"

Toward excellence for people's sustainable healthy well-being

ภารกิจหลัก (Key Result Areas)

- 1) ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบองค์รวมในระดับมาตรฐานสากลด้วยความเชี่ยวชาญและการร่วมมือกับพันธมิตรทางการแพทย์
- 2) มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการศึกษา และการวิจัยทางการแพทย์เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการที่ตอบสนองต่อแนวโน้มทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลง
- 3) ส่งเสริมการพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ เพื่อยกระดับการบริการระบบการส่งต่อ และด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
- 4) พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยตลอดจนระบบการบริหารที่เป็นสากลและมีธรรมาภิบาล
- 5) สร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรเป็นคนดีทำงานอย่างมีความสุข

ค่านิยม (Core Value) :

U : Unity ทีมงานแข็งแกร่ง

D : Delight client ผู้ป่วยคือคนสำคัญ

H : High performance มุ่งมั่นพัฒนา

เข็มมุ่งโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2565

1. เร่งรัดความเป็นเลิศ (Toward Excellence)
เข็มมุ่ง ลดอัตราการตาย Severe Sepsis
ลดอัตราตาย RTI
Excellence CA /Early detection CA lung/Liver/Breast
Excellence infertile
Excellence Neuro & Body intervention
2. สร้างเสริมและใช้ความเข้มแข็งของเครือข่าย (Networking)
เข็มมุ่ง Networking : การสนับสนุนจากองค์กรภายนอก
ส่งเสริม และป้องกันโรคกลุ่ม NCD (DM/HT)
3. องค์กรแห่งความสุข (Happy workplace)
เข็มมุ่ง แผน HRM&HRD
ความเป็น Unity ในองค์กร

ประวัติโรงพยาบาลอุดรธานี

โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัดประมาณ 1.2 กิโลเมตรมีพื้นที่ทั้งหมด 51 ไร่ 22 ตารางวา มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศใต้	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศตะวันออก	จด	ถนนพะนิมและหนองประจักษ์
ทิศตะวันตก	จด	วัดโพธิสมภรณ์ และคลองชลประทาน

เดิมที่ตั้งของโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นที่ของกระทรวงศึกษาธิการ ใช้เป็นบ้านพักของกรรมการมณฑลอุดร ต่อมาทางราชการยุบมณฑลอุดรและบ้านพักกรรมการได้ชำรุดผุพัง ที่ดินจึงว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ทางราชการจึงได้จัดตั้งเป็นสถานพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2494 โดย พ.ต.อ.ขุนศุภกิจเลขการ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งข้าหลวงประจำจังหวัดอุดรธานี ได้เห็นความจำเป็นในด้านสุขภาพอนามัย และการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ของประชาชนจังหวัดอุดรธานีเป็นสำคัญ จึงได้เสนอของบประมาณสำหรับจัดสร้างโรงพยาบาล แต่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาให้มีจำนวนน้อย ทางจังหวัดจึงสนับสนุนจัดหาเงินสมทบจากงานประจำปีทุ่งศรีเมือง ตลอดจนชักชวนร่วมสมทบบริจาคอีกด้วย และในเวลาต่อมา วันที่ 29 มิถุนายน 2496 ได้มีการประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ก่อสร้างตึกอำนวยการหลังแรกของโรงพยาบาลอุดรธานีขึ้น และวันที่ 24 เมษายน 2497 ขุนบริบาลบรรพตเขตต์ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น ได้ทำพิธีเปิดตึกอำนวยการเพื่อเปิดรับบริการผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและขยายการให้บริการอย่างสม่ำเสมอมาตามลำดับจนถึงปัจจุบัน ภายใต้การบริหารงานโดยมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้วยความมุ่งมั่นจนได้ผลงานบริการด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากผลการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละและมีความตั้งใจทำงานในหน้าที่ราชการเป็นอย่างดีของผู้อำนวยการ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบันจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งได้สนับสนุนทางด้านกำลังทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ ทางกายภาพ ตลอดจนผู้บริหารชั้นผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาจนเจริญก้าวหน้าดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและจะเจริญก้าวหน้า ทั้งในด้านการบริหาร และการบริการยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

1. นายแพทย์เกษม จิตตะยโสธร	พ.ศ. 2494	- 6 ก.ย. 2510
2. นายแพทย์นิยม เกษจำรัส	7 ก.ย. 2510	- 9 ก.ย. 2518
3. แพทย์หญิงประภา สวารัชร	10 ก.ย. 2518	- 30 ก.ย. 2530
4. แพทย์หญิงคุณหญิงอำพันธ์ มินะกนิษฐ์	1 ต.ค. 2530	- 30 ก.ย. 2538
5. นายแพทย์เจริญ มีชัย	1 ต.ค. 2538	- 30 ก.ย. 2550
6. นายแพทย์พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา	21 ธ.ค. 2550	- 28 ก.พ. 2556
7. นายแพทย์มนัส กนกศิลป์	1 มี.ค. 2556	- 30 ก.ย. 2557
8. นายแพทย์ชุตินเดช ตาบ-องครักษ์	1 ต.ค. 2557	- 30 ก.ย. 2558
9. นายธรรมบุญ วิสิฐธนวรรธ	1 ต.ค. 2558	- 30 ก.ย. 2561
10. นายณรงค์ ธาดาเดช	1 ต.ค. 2561	- 30 ก.ย. 2563
11. นางฤทัย วรรณวินิจ	1 ต.ค. 2563	- ปัจจุบัน

โครงสร้างหน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

พญ.ฤทัย วรรณวิจิตร

รองผู้อำนวยการ (ตามโครงสร้าง)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. รองผอ.ฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1 | - นพ.สุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์ |
| 2. รองผอ.ฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2 | - พญ.ศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ |
| 3. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ | - นายมนตรี ดวงจันทร์ทอง |
| 4. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล | - ดร.กิตติยา เตชะไพโรจน์ |
| 5. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ | - พญ.จักรินทร์ โชติกลาง |
| 6. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ | - พญ.ศศิณี อภินทกิจ |
| 7. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ | - นพ.โอฬาร วัฒนาช่าง |

รองผู้อำนวยการ (แต่งตั้งเพิ่ม)

- | | |
|--|----------------------------|
| 8. รอง.ผอ.ด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ | - พญ.ปิยะฉัตร วรรณานุทไทย |
| 9. รอง.ผอ.ด้านพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน | - พญ.ภุณิดา กว้างขุสดีติย์ |
| 10. รอง.ผอ.ด้านการเงินการคลังและจัดเก็บรายได้ | - ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ |
| 11. รอง.ผอ. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร | - นพ.สุรพงษ์ แนนโกชน |
| 12. ประธานองค์กรแพทย์ | - พญ.ศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ |

1. รองผอ.ฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
นพ.สมน ตั้งสนทรวีวัฒน์

รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านยุติธรรมและคดีกรรม (1)

1. กง.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน - นพ.วิสิทธิ์ วิจิตรโกสม
2. กง.อายุรกรรม - พญ.ปัทมาพร คำใจ
3. กง.ศัลยกรรม - นพ.วรวิทย์ อินทนู
4. กง.ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ - นพ.ศุภญ นรานันท์
5. กง.กุมารเวชกรรม - พญ.วนิดา ฉัตรชมชื่น
6. กง.สูติ-นรีเวชกรรม - พญ.เสาวณีย์ ตังโมญิกุล
7. กง.วิสัญญีวิทยา - พญ.ปิยะฉัตร วรรณานุสรไชย
8. กง.จิตเวชและยาเสพติด - นพ.วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช
9. กง.จักษุวิทยา - นพ.ศิริวัฒน์ ไชยเอีย
10. กง.โสต ศอ นาสิก - นพ.สุวรรณ วัธนากร

2. รองผอ.ฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2
พญ.ศรีสตา ทรงธรรมวัฒน์

รองผอ.ด้านกฎหมายและนิติกรรม (2)

1. กง.นิติเวช - นพ.จิรวัฒน์ ตีระเดชะวาทย์
2. กง.รังสีวิทยา - พญ.จักรินทร โชติกลาง
3. กง.พยาธิวิทยากายวิภาค - นพ.ศรณีย์ นาครังสี
4. กง.เวชกรรมฟื้นฟู - พญ.สุณี เศรษฐเสถียร
5. กง.เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก - น.ส.ยารักษ์ จุตระกุล
6. กง.ทันตกรรม - ทญ.สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล
7. กง.เภสัชกรรม - ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ
8. กง.โภชนศาสตร์ - น.ส.ประภาพร สุทองศิริ
9. กง.สังคมสงเคราะห์ - นางไซศรี สิรินันทพทวี

5. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.เทียนชัย รัตมีมาสเมือง

1. กง.พัฒนาทรัพยากรบุคคล - นายพิชัย สุขสบาย
2. งานเวชนิทัศน์ - นายชัยคม อธิชโย

6. รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
พญ.ศศิณี อภิชนกิจ

1. กง.ผู้ขายนอก - นพ.ชัยวัฒน์ คงตระกูลพิทักษ์
2. กง.แพทย์แผนไทย - พญ.จิระภา ณัฐเศรษฐ์
3. กง.เวชกรรมสังคม - นพ.ปิยะพงษ์ คำบูชา
4. กง.สุศึกษา - นางพิมพ์ร่ำไป บุญยัสสา
5. กง.อาชีวเวชกรรม - นพ.กานต์ กาญจนพิชญ์
6. กง.การพยาบาลชุมชน - นางจไรรักษ์ณ์ หนัดคง

7.รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง

1. ศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก – นายปรีชา มาเนียม
2. งานห้องสมุด – น.ส.วาสนา วงษ์ศิลป์

3. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
นายมนตรี ดวงจันทร์ทอง

1. กง.บริหารทั่วไป - นางณัฐกฤตา ชาวดอน
2. กง.พัสดุ - นายมนตรี ดวงจันทร์ทอง (ร.ก.)
3. กง.โครงสร้างฯ - นายมนตรี ดวงจันทร์ทอง (ร.ก.)
4. กง.ทรัพยากรบุคคล - นางสุลาวัลย์ ภักดีศรี
5. กง.การเงิน - น.ส.สิริยาภรณ์ ชื่นงาม (ร.ก.)
6. กง.บัญชี - น.ส.สิริยาภรณ์ ชื่นงาม

8. รองผอ.ด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
พญ.ปิยะฉัตร วรรณาสนทรไชย

- กษ.ยุทธศาสตร์และแผนงานฯ - นางจุฬารัตน์ เวทย์จรัส

9. รองผอ.ด้านพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
พณ.สภานิตา กว้างสขสทธิตย์

- ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - พญ.สุภณิดา กว้างสุขสถิตย์

10.รองผอ.ด้านการเงินการคลังและจัดเก็บรายได้
ภช.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ

- กง.ประกันสุขภาพ - นางอุไรวรรณ ธิสามี

11.รองผอ.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
นพ.สรพงศ์ แสนโภชน์

- ก.สาธารณสุขเขตทางแพทย์ - นพ.สุรพงศ์ แสนโกชณ์
1. งานศูนย์คอมพิวเตอร์ - นายธนพล ธนอำพันสกุล รก.
2. งานเวชระเบียน - น.ส.ณิรชา สมมาตรา

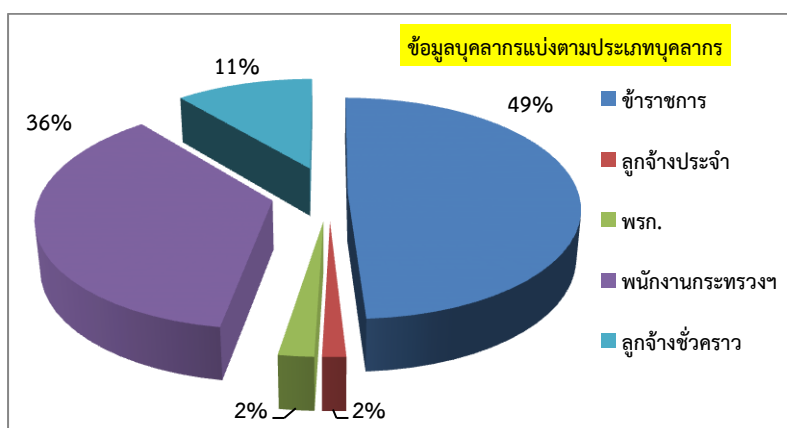
4. รองผอ.กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
ดร.กิตติยา เตชะไพโรจน์ (หัวหน้าพยาบาล)

1. กง.การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน – น.ส.ดาวเรือง ช่มเมืองปักข์
2. กง.การพยาบาลผู้ป่วยนอก – นางวาสนา ฉายาวุฒิพงศ์
3. กง.การพยาบาลผู้ป่วยหนัก – นางพรพิลัย ภัทร์นั
4. กง.การพยาบาลผู้คลอด – นางผดวดี สามะ
5. กง.การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด – นางทิพย์สุนงค์ อารยวงศ์
6. กง.การพยาบาลวิสัญญี – น.ส.นันทน์กัล เนียมแสงทวีแสง
7. กง.การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม – นางสมไสว อินทะสุข
8. กง.การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม – น.ส.อรทัย ชาติโสม
9. กง.การพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช – นางพัชรา ประเสริฐวิทย์
10. กง.การพยาบาลจิตเวช – นางชบาไพร สังเกตู
11. กง.การพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม – น.ส.ศิริมา สาระนันท์
12. กง.การพยาบาลผู้ป่วยออโรโธดิกส์ – นางพวงพยอม จุลพันธุ์
13. กง.การพยาบาลผู้ป่วยไต คอ นาสิก จักษุ – นางยุพชาติ สุกวรรณรัชย์
14. กง.การพยาบาลผู้ป่วยด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ – นางเนาวนิตย์ พลพิณิจ
15. กง.การพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ – นางสาวนารี แซ่จั้ง
16. กง.วิจัยและพัฒนาการพยาบาล – นางปาริชาติ ต้นสุวรรณ

ข้อมูลบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง	ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง
บุคลากรทางการแพทย์			
- ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)	1	- วิสัญญี	13
- แพทย์ทั่วไป (GP)	4	- จิตเวช	4
		- รังสีวิทยา	9
- เวชศาสตร์ป้องกัน	2	- พยาธิวิทยากายวิภาค	4
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	9	- เวชกรรมฟื้นฟู	4
- อายุรกรรม	40	- เวชศาสตร์ครอบครัว	10
- ศัลยกรรม	31	- แพทย์ที่เลี้ยงปี 2560-2564	35
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	14	(GP แพทย์ใช้ทุน 2564 /แพทย์ที่เลี้ยง 2560-2563)	
- สูติ-นรีเวชกรรม	13	แพทย์ทั้งหมด	225
- กุมารเวชกรรม	17		
- จักษุวิทยา	11		
- โสต ศอ นาสิก	4		
ทันตแพทย์	18	ลูกจ้างประจำ	48
เภสัชกร	73	ลูกจ้างชั่วคราว	384
พยาบาลวิชาชีพ	1,100	พนักงานราชการ	72
พยาบาลเทคนิค	5	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1,252
นักวิชาการและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	271	รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	3,448
รวมข้าราชการ	1,692		



ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี
ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565

ข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง (ตามวุฒิบัตร) ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ไม่รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. อายุรแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	อายุรศาสตร์	7	-	-	-	-	1
2	อายุรศาสตร์โรคเลือด	3	-	-	-	-	-
3	อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	3	-	-	-	-	-
4	ประสาทวิทยา	3	-	-	-	-	-
5	อายุรศาสตร์รังสีร่วมรักษาระบบประสาท	1	-	-	-	-	-
6	ตจวิทยา	1	-	-	-	-	1
7	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	9	-	-	-	-	-
8	อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	3					
9	อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	1	-	-	-	-	-
10	อายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร	3	-	-	-	-	-
11	อายุรศาสตร์โรคไต	3	-	-	-	-	-
12	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ/หัตถการฯ	8	-	-	-	-	-
13	อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต	3	-	-	-	-	-
14	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	1	-	-	-	-	-
15	เวชบำบัดวิกฤติ	1	-	-	-	-	-
รวม		50	-	-	-	-	2

2. ศัลยแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	ศัลยศาสตร์	12	-	-	-	-	1
2	ประสาทศัลยศาสตร์	4	-	-	-	-	-
3	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	3	-	-	-	-	1
4	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	2	-	-	-	-	-
5	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	4	-	-	-	-	-
6	กุมารศัลยศาสตร์	3	-	-	-	-	-
7	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	2	-	-	-	-	-
8	ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและไขสันหลัง	1					
รวม		31	-	-	-	-	2

3. กุมารแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	กุมารเวชศาสตร์	8	-	-	-	-	-
2	กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม	1	-	-	-	-	-
3	กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	1	-	-	-	-	-
4	กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	1	-	-	-	-	-
5	กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	2	-	-	-	-	-
6	กุมารเวชศาสตร์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	1	-	-	-	-	-
7	กุมารเวชศาสตร์สาขาโรคหัวใจ	2	-	-	-	-	-
8	กุมารเวชศาสตร์สาขาพัฒนาการฯ	1	-	-	-	-	-
รวม		17	-	-	-	-	-

4. สูติ-นรีเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	9	-	-	-	-	-
2	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	1	-	-	-	-	-
3	มะเร็งนรีเวชวิทยา	2	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	1	-	-	-	-	-
รวม		13	-	-	-	-	-

5. ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	14	-	-	-	-	1
รวม		14	-	-	-	-	1

6. จักษุ/โสต ศอ นาสิก แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	จักษุวิทยา	11	-	-	-	-	-
2	โสต ศอ นาสิกวิทยา	4	-	-	-	-	-
รวม		15	-	-	-	-	-

7. จิตเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	จิตเวชศาสตร์	3	-	-	-	-	-
2	จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	1	-	-	-	-	-
รวม		4	-	-	-	-	-

8. พยาธิแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	พยาธิวิทยากายวิภาค	4	-	-	-	-	-
	รวม	4	-	-	-	-	-

9. รังสีแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	รังสีวิทยาทั่วไป	2	-	-	-	-	-
2	รังสีวิทยาวินิจฉัย	6	-	-	-	-	-
3	รังสีร่วมรักษาของลำตัว	1					
	รวม	9	-	-	-	-	-

10. วิสัญญีแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	วิสัญญีวิทยา	10	-	-	-	-	-
2	วิสัญญีวิทยาาระงับปวด	1	-				
3	วิสัญญีทรวงอกเพื่อการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดใหญ่และทรวงอก	1	-	-	-	-	-
	รวม	12	-	-	-	-	-

11. แพทย์เวชปฏิบัติ

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	เวชปฏิบัติทั่วไปGP/แพทย์พี่เลี้ยง+ใช้ทุน	39	-	-	-	-	1
2	เวชศาสตร์ครอบครัว	10	-	-	-	-	-
3	เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์	2	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	4	-	-	-	-	-
	รวม	55	-	-	-	-	1

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานีข้อมูล ณ 1 พฤษภาคม 2565

ข้อมูลการให้บริการ

จังหวัดอุดรธานี ประชากรทั้งสิ้น 1,586,646 คน เขตปกครอง 20 อำเภอ 156 ตำบล 1,891 หมู่บ้าน 407 ชุมชน มี 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด, 1 เทศบาลนคร, 3 เทศบาลเมือง, 67 เทศบาลตำบล และ 109 องค์การบริหารส่วนตำบล 538,277 หลังคาเรือน

อำเภอเมืองอุดรธานี

- ▶ เทศบาลนครอุดรธานี รับผิดชอบประชากร 118,988 คน 104 ชุมชน 61,665 หลังคาเรือน
- ▶ อำเภอเมืองอุดรธานีประชากร 281,778 คน 20 ตำบล 251 หมู่บ้าน 86 ชุมชน 117,079 หลังคาเรือน

โรงพยาบาลอุดรธานี รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 20 ตำบล 2 เทศบาลเมือง และ 1 เทศบาลนครฯ ครอบคลุมเขตรับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี 32 PCU ประชากร 281,778 คนรับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง ครอบคลุมประชากร 1,567,983 คน และรับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง รวมประชากรในเขตความรับผิดชอบตามพวงบริการระดับสถานบริการทั้งสิ้น ประมาณ 5,517,880 คน

1. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัด	อำเภอ	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
อุดรธานี	20	538,277	1,567,983
หนองคาย	9	181,752	516,843
เลย	14	230,763	638,732
หนองบัวลำภู	6	154,912	509,001
บึงกาฬ	8	140,512	421,995
สกลนคร	18	396,177	1,146,286
นครพนม	12	235,673	717,040
รวม	87	1,878,066	5,517,880

ที่มา :ระบบทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ปี พ.ศ. 2562

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

2. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชากรจังหวัดอุดรธานี

ประเภทสิทธิ	จังหวัดอุดรธานี		อำเภอเมืองอุดรธานี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (UC+WEL)	1,204,669	74.53	304,989	59.81
2. ประกันสังคม (SSS)	239,389	14.81	98,252	19.27
3. ข้าราชการ พนักงานรัฐ และครอบครัว (OFC)	94,017	5.82	41,731	8.18
4. สิทธิสวัสดิการพนักงานท้องถิ่น (LGO)	15,037	0.93	12,099	2.37
5. สิทธิอื่นๆ	63,208	3.91	52,894	10.37
ประชากรทั้งหมดรวม	1,616,320	100.00	509,965	100.00

รายงานข้อมูล DBPOP จังหวัดอุดรธานี ประจำเดือน เมษายน 2565 (สำหรับกำกับ ติดตาม)

2. ศักยภาพการให้บริการ

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	เตียงตามกรอบ	1,100
2	จำนวนเตียงให้บริการจริง	1,154
3	เตียงแผนกสูติ-นรีเวช	96
	สามัญ	68
	พิเศษ	28
4	เตียงแผนกศัลยกรรม	260
	สามัญ	224
	พิเศษ	36
5	เตียงอายุรกรรม	277
	สามัญ	242
	พิเศษ	35
6	เตียงกุมารเวชกรรม	96
	สามัญ	88
	พิเศษ	8
7	เตียงศัลยกรรมกระดูก	156
	สามัญ	140
	พิเศษ	16
8	เตียงศัลยกรรมระบบประสาท	30
9	เตียงศัลยกรรมอุบัติเหตุ	30
10	เตียง Burn Unit	7
11	เตียงแผนกหัวใจหลอดเลือด	70
	11.1 อายุรกรรมหัวใจ	32
	11.2 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	38
12	เตียง Semi ICU	18
	อายุรกรรม	6
	กุมารเวชกรรม	12
13	เตียงแผนกตา	60

ลำดับ	รายการ	จำนวน
14	แผนกอื่น ๆ	54
	13.1 แผนกเวชกรรมฟื้นฟู	19
	13.2 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25
	13.3 แผนกจิตเวช	10
15	รวม ICU ทุกแผนก	96
16	เตียง NICU (ทารกแรกเกิด)	12
17	เตียง CCU	8
18	เตียง ICU แผนกศัลยกรรม	40
19	เตียง ICU แผนกอายุรกรรม	28
20	เตียง ICU แผนกกุมารเวชกรรม	8
21	จำนวนห้องผ่าตัด	20

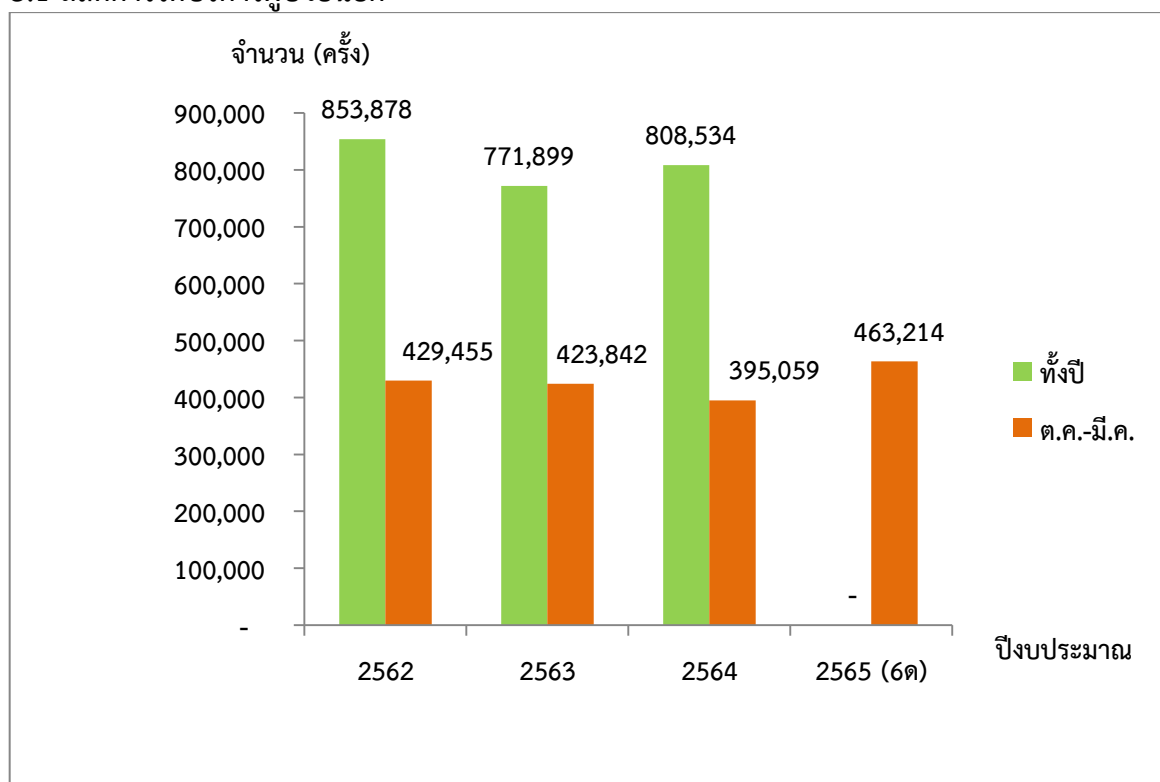
แหล่งที่มา : <https://phdb.moph.go.th>

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

ข้อมูล ณ มกราคม 2565

3. สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลอุดรธานี

3.1 สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก



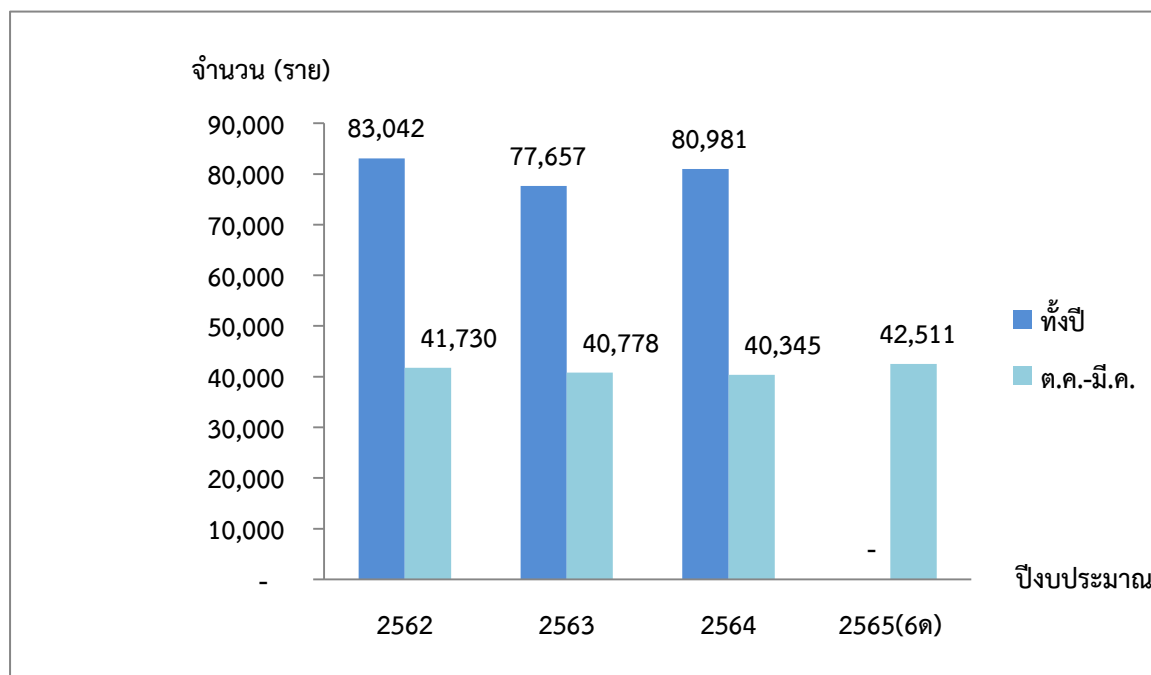
ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565

3.2 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565 (6 เดือน)	
	จำนวนผู้ป่วยนอก 771,899 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 808,534 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 463,687 ครั้ง	ร้อยละ
1	Hypertension (I10) = 81,253	10.53	Hypertension (I10) = 82,454	10.20	Hypertension (I10) = 44,859	9.67
2	Diabetes mellitus (E11) = 57,787	7.49	Diabetes mellitus (E11) = 55,957	6.92	Diabetes mellitus (E11) = 30,363	6.55
3	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 48,893	6.33	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 49,964	6.18	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 23,564	5.08
4	Chronic renal failure (N18) = 32,261	4.18	Chronic renal failure (N18) = 30,134	3.73	Acute nosopharyngitis (J00) = 14,558	3.14
5	Soft tissue disorder (M79) = 21,391	2.77	Soft tissue disorder (M79) = 19,356	2.39	Chronic renal failure (N18) = 14,527	3.13
6	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24B) = 18,550	2.40	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24B) = 18,558	2.30	Soft tissue disorder (M79) = 10,362	2.23
7	CA breast (C50) = 9,894	1.28	CA breast (C50) = 11,248	1.39	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease (B24) = 9,232	1.99
8	Cardiovascular disease (I25) = 9,865	1.28	Cardiovascular disease (I25) = 9,635	1.19	A breast (C50) = 5,279	1.14
9	Abdominal pain (R10) = 8,460	1.10	Chronic viral hepatitis (B18) = 6,819	0.84	Cardiovascular disease (I25) = 4,488	0.97
10	Dorsalgia (M54) = 8,221	0.11	Thyrotoxicosis (E05) = 6,764	0.84	Chronic viral hepatitis (B18) = 4,264	0.92

ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2565

3.3 สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน



ผลงานบริการผู้ป่วยใน

ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (6 เดือน)
จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย (ราย)	83,042	77,657	80,981	42,511
จำนวนวันนอน (วัน)	395,134	378,499	467,205	233,986
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	4.76	4.87	5.77	5.50
จำนวนเตียงให้บริการจริง (เตียง)	1,073	1,148	1,134	1,154
อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	105.93	101.47	116.36	111.41
Active bed (เตียง)	1,083	1,037	1,280	1,286

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มีนาคม 2565

หมายเหตุ: จำนวนเตียงจริง ไม่นับเตียงคลอด เตียงรอกคลอด เตียงเด็กปกติ เตียงหอผู้ป่วยหนัก

สูตรคำนวณ อัตราครองเตียง =
$$\frac{\text{จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วย} \times 100}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวันในช่วงที่กำหนด}}$$

สูตรคำนวณ Active bed =
$$\frac{\text{อัตราครองเตียง} \times \text{จำนวนเตียง}}{100}$$

3.4 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565 (6 เดือน)	
	จำนวน(ครั้ง)N=77,657	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=80,981	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=42,511	ร้อยละ
1	Thalassaemia (D56) = 2,517	3.24	Viral pneumonia (J12) = 2,647	3.27	Acute URI = 1,704	4.01
2	Intracranial injury (S06) = 2,090	2.69	Intracranial injury (S06) = 2,067	2.55	Viral pneumonia (J12) = 1,363	3.21
3	Senile cataract (H25) = 1,982	2.55	Thalassaemia (D56) = 1,982	2.45	Senile cataract (H25) = 1,227	2.89
4	Acute transmural myocardial infarction (I21)= 1,682	2.17	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 1,556	1.92	Intracranial injury (S06) = 960	2.26
5	Chronic renal failure (N18) = 1,468	1.89	Malignant neoplasm of ovary (C56) = 1,530	1.89	Thalassaemia (D56) = 927	2.18
6	Diarrhoea and gastroenteritis (A09) = 1,394	1.80	Chronic renal failure (N18) = 1,502	1.85	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 904	2.13
7	CA Ovary (C56) = 1,313	1.69	Senile cataract (H25) = 1,463	1.81	Chronic renal failure (N18) = 833	1.96
8	Cerebral infarction (I63) = 1,312	1.69	Cerebral infarction (I63) = 1,334	1.65	Malignant neoplasm of ovary (C56) = 781	1.84
9	Acute appendicitis (K35) = 1,243	1.60	Acute appendicitis (K35) = 1,124	1.39	Neonatal jaundice (P59) = 672	1.58
10	Pneumonia (J18) = 1,208	1.56	Malignant neoplasm of colon (C18) = 1,111	1.37	Cerebral infarction (I63) = 669	1.57

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มีนาคม 2565

3.5 สถิติผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2554 – 2565 (6 เดือน)

ปี	จำนวนผู้ป่วย จำหน่าย	จำนวน เสียชีวิต	ไม่สมัคร ใจอยู่	รวมเสียชีวิต+ ไม่สมัครอยู่	อัตราไม่สมัคร อยู่	อัตราตาย	อัตรา ตาย+ไม่ สมัครอยู่
2554	52,162	1,209	1,649	2,858	3.16	2.32	5.48
2555	69,784	1,807	2,086	3,893	2.99	2.59	5.58
2556	69,628	1,958	1,930	3,888	2.77	2.81	5.58
2557	71,076	2,461	2,009	4,470	2.83	3.46	6.29
2558	75,124	2,245	2,005	4,250	2.67	2.99	5.66
2559	78,978	1,964	1,854	3,818	2.35	2.49	4.83
2560	81,924	2,019	1,655	3,674	2.02	2.46	4.48
2561	84,007	2,191	1,337	3,528	1.59	2.61	4.20
2562	83,042	2,057	1,140	3,197	1.37	2.48	3.85
2563	77,657	2,010	909	2,919	1.17	2.59	3.76
2564	80,981	2,164	684	2,848	0.84	2.67	3.52
2565(6ด)	42,511	1,012	344	1,356	0.81	2.38	3.19

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มีนาคม 2565

3.6 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565 (6 เดือน)	
	เสียชีวิต 2,018 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 2,164 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 1,012 คน	ร้อยละ
1	Pneumonia (J15,J18) = 239	11.84	Pneumonia (J12,J15,J18) = 364	16.82	Pneumonia (J12,J15,J18) = 202	19.96
2	Intracranial injury (S06) = 182	9.02	Intracranial injury (S06) = 163	7.53	Intracranial injury (S06) = 98	9.68
3	Intracerebral haemorrhage (I61) = 118	5.85	Intracerebral haemorrhage (I61) =132	6.10	Intracerebral haemorrhage (I61) =79	7.81
4	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 110	5.45	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 104	4.81	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 73	7.21
5	Chronic renal failure (N18) = 56	2.78	Chronic renal failure (N18) = 64	2.96	HIV disease resulting (B20) = 33	3.26
6	HIV disease resulting (B20) = 51	2.53	HIV disease resulting (B20) = 53	2.45	Heart failure (I50) = 27	2.68
7	Heart failure (I50) = 46	2.28	Cerebral infarction (I63) = 51	2.36	CA liver (C22) = 20	1.98
8	Cerebral infarction (I63) = 45	2.23	CA liver (C22) = 46	2.13	Septicaemia (A41) =18	1.78
9	CA liver (C22) = 42	2.08	Heart failure (i50) = 41	1.89	- Respiratory tuberculosis (A15)= 16 - Fibroblastic (M72) =16 - Cerebral infarction (I63) = 16 - Chronic renal failure (N08) = 16 - COPD (J44) = 16	1.58
10	CA bronchus or lung (C34) = 35	1.73	Septicaemia (A41) =40	1.85	Alcoholic liver disease (K70) = 15	1.48

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มีนาคม 2565

Agenda Based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 1 Agenda Based

หัวข้อ โครงการตามพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

โครงการตามพระราชดำริ : โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

2. สถานการณ์

ตามที่ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อบริหารจัดการในการส่งเสริมด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านบริการทางการแพทย์พยาบาล ให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขังและอาสาสมัครด้านสุขภาพในเรือนจำ (อส.รจ.) ภายใต้การลงนามในบันทึกความร่วมมือ (MOU) ของ 3 หน่วยงาน ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2562 เพื่อสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ตามบริบทของพื้นที่ และในปีงบประมาณ 2563 สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุดรธานี

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุตามพระบรมราโชบายในโครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และภาคีเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมขับเคลื่อนในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานี โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานีเป็นประธานคณะกรรมการ (คำสั่งจังหวัดที่ 6986/2563 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2563) ปรับปรุงใหม่ คำสั่งที่ 324/2565 ลงวันที่ 21 มกราคม 2565) ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานีอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ควรได้รับอย่างครอบคลุม ในส่วนของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นประธาน บูรณาการพัฒนางานสาธารณสุขในเรือนจำให้เป็นไปอย่างราบรื่นและครอบคลุม

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- 3.1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานี
- 3.1.2 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำกลางอุดรธานี
- 3.1.3 จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำกลางอุดรธานี ปี 2565
- 3.1.4 จัดบริการสาธารณสุขในเรือน จำ โดยโรงพยาบาลอุดรธานี ร่วมกับสถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 3.1.5 ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะทุกเดือน
- 3.1.6 สรุปผลการดำเนินงาน และส่งรายงาน สธ.101 ทุกเดือน

3.2 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี

- 3.2.1 บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน

- พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) จำนวน 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และพยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน

3.2.2 สถานพยาบาลหลัก ตั้งอยู่แดนชาย 2 เป็นอาคาร 2 ชั้น ชั้นล่างประกอบด้วยห้องปฐมพยาบาล และฉุกเฉิน ห้องคลีนิค ห้องตรวจโรค (ปรับเป็นห้องเอ็กซเรย์เมื่อได้อาคารสถานพยาบาลหลังใหม่) ห้องทันตกรรม ห้องเวชระเบียน ห้องข้อมูลข่าวสาร (IT) ชั้นบนเป็นห้องพักรักษาผู้ป่วย 1 ห้อง ห้องแยกโรค 2 ห้อง (วัณโรค หิด) และห้องแยกกักตัว 14 วัน และในแดนหญิงมีห้องรักษาพยาบาล 2 เตียง

ปีงบประมาณ 2564 สถานพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ได้รับงบประมาณการก่อสร้างอาคารสถานพยาบาลจากกรมราชทัณฑ์อีก 1 หลัง จำนวน 3,000,000 บาท (สามล้านบาทถ้วน) ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อเดือนธันวาคม 2564 เป็นอาคารพยาบาล 2 ชั้น เปิดใช้งานชั้นล่าง เป็นห้อง Telemedicine 1 ห้อง ห้องเวชระเบียน 1 ห้อง และห้องเก็บเวชภัณฑ์บางส่วน 1 ห้อง ชั้นบนเป็นห้องพักรักษาผู้ป่วย 3 ห้อง

3.2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ปีพุทธศักราช ๒๕๖๕ จำนวน 120 คน เป็นชาย 100 คน หญิง 20 คน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อส.รจ.) ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือพยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานี ดังนี้

- 1) นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องในพื้นที่
- 2) เป็นผู้สื่อข่าวสารด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังในเรือนจำ
- 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและถ่ายทอดความรู้ตลอดจนโน้มน้าวเพื่อนผู้ต้องขังในเรือนจำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- 4) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ต้องขังในเรื่องเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรงตลอดจนการสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
- 5) เป็นจิตอาสาและช่วยเหลือพยาบาลในการให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ต้องขัง เช่น การคัดกรองโรคผู้ป่วยเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเรือนจำ การสังเกตและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และการดูแลติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ

3.2.4 จำนวนประชากรผู้ต้องขังทั้งหมด 3,620 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม 2565)

ผู้ต้องขังชาย จำนวน 3,093 คน

ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 527 คน

หมายเหตุ : สัดส่วนพยาบาล : ผู้ต้องขัง เท่ากับ 1 : 730 คน

: สัดส่วนอส.รจ. : ผู้ต้องขัง เท่ากับ 1 : 30 คน

3.3 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

แผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ งบประมาณ เงินบำรุงโรงพยาบาลอุดรธานี

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)	ระยะเวลาดำเนินการ
1	การจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพผู้ต้องขัง ระดับโรงพยาบาล	4 ครั้ง/ปี	4,000	ต.ค. 64 - ก.ย. 65
2	การจัดระบบบริการด้านควบคุมป้องกัน โรค (คัดกรองวัณโรค) - ผู้ต้องขังรายเก่า - ผู้ต้องขังรายใหม่	ร้อยละ 90 ร้อยละ 100	69,300	13-17 มิ.ย.65 20-24 มิ.ย. 65
3	การจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันโรค ด้านทันตกรรม - คัดกรองสุขภาพช่องปาก - แก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก	4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60 ร้อยละ 30	98,880 (งบ UC PP ทันตกรรม)	31 พ.ค. ,1-2 มิ.ย. 65 14-16 มิ.ย. 65 28-30 มิ.ย. 65 19-21 ก.ค. 65 2-4 ส.ค. 65
4	การสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ (เครื่อง เอ็กซเรย์พร้อมอุปกรณ์ป้องกันรังสี)	1 ชุด	1,348,500	ต.ค. 64 - ก.ย. 65 (ดำเนินการแล้ว)
5	งบ UC	โอน 2 ครั้ง	20,000,000	ต.ค. 64 - ก.ย. 65 (ดำเนินการแล้ว)
รวมงบประมาณทั้งหมด เงินบำรุงโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 1,421,800 บาท (หนึ่งล้านสี่แสนสองหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน) เงิน UC จำนวน 20,098,880 บาท (ยี่สิบล้านเก้าหมื่นแปดพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน) รวมงบประมาณทั้งสิ้น 21,520,680 บาท (ยี่สิบเอ็ดล้านห้าแสนสองหมื่นหกกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)				

4. ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ ตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.64 - พ.ค.65)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
การตรวจรักษาพยาบาล		(คน/ครั้ง)	(คน/ครั้ง)			
- แพทย์อาสา	-	620/25	140/11	ผู้ป่วยทุก คน ร้อยละ80		
- Telemedicine	-	-				
- เวชศาสตร์ครอบครัว			19		29	100
- จิตเวช			130		28	16.67
รับยาต่อเนื่องทุกราย					168	100
- HIV			84	101	35	34.66

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.64 – พ.ค.65)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
- HCV	-		๑๔	48	๔๘	100
- HBV	-		๓๖	95	๙๕	100
- Syphilis			๑๖	69	๖๙	100
การส่งเสริมสุขภาพ/ ป้องกันโรค						
- การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		5,226	2500		3,547	98.00
- การฉีดวัคซีนโรคหัด		4,101	-		-	-
		-			4,393	98.81
- การฉีดวัคซีนโควิด-19 (คน/เข็ม)			4,393/ 10,182	3,620	3,620/ 9,646	98
เข็มที่ 1				3,620	3,547	98
เข็มที่ 2				(ข้อมูล ณ 25พ.ค65)	3,234	89
เข็มที่ 3					2,432	67
เข็มที่ 4					433	12
- การตรวจให้บริการทางทันตกรรม		(คน/ครั้ง) 510/4	(คน/ครั้ง) 189/4	4 ครั้ง/ปี		
- คัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 60				3,600	2,250	62.50
- ให้บริการรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 30				2,250	310 (บริการครั้งที่ 1 3 วัน)	13.78
การควบคุมโรคและ คัดกรองโรคติดต่อที่สำคัญ				-	Verbal screening	
- การคัดกรองวัณโรค (แผนการใช้รถ x-ray พระราชทาน 13-17 มิ.ย. และ 20-24 มิ.ย. 65)	5,018 (100%)	5,090 (100%)	1,045 (21.9%) โควิด-19 ระบาด	2,397	2,397 832 (ม.ค.65) จากการ CxR ผป.โค วิด-19	100 16.58

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (ข้อมูล 8 เดือน) (ต.ค.64 – พ.ค.65)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
- การคัดกรอง HIV	1,151 (25.46%)	2,649 (54.95%)	2,072 (46.61%)	2,397 (ผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ50)	3,273 (OFT1,850 เจาะเลือด 3,273	100
- การคัดกรอง HCV		756	1,400 (31.50%)	2,39		100
- การคัดกรอง HBV		-	1,400 (31.50%)	2,397 (ผู้ต้องขัง รายใหม่ ร้อยละ50)	3,273	100
- การคัดกรอง Syphilis			2,072 (46.61%)		3,273	100
- การคัดกรอง ป้องกัน ไวรัสโคโรนา-2019 (Covid-19)						
- ผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ 100			4,445 (100%)	2,397	2,397	100
- ผู้ต้องขังรายเก่า มากกว่า ร้อยละ 20			4,850 (100%)	3,620	3,620	100
- เจ้าหน้าที่ ตรวจ ทุก 7 วัน			145 (100%)	138	138	100
การจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมและ สุขอนามัยในเรือนจำ						
- การตรวจคุณภาพ น้ำดื่ม/น้ำใช้				4 ครั้ง/ปี	3	75
- การตรวจสอบสาร ปนเปื้อนในอาหาร				2 ครั้ง/ปี	1	50
การอบรมอสรจ. อสรจ. : ผู้ต้องขัง 1 : 50 ปรับปรุงหลักสูตร 30 ชม.	280 1 : 17	284 1:17	154 1:34	150 1 : 50	120 1 : 30	
การตรวจสอบสิทธิ์/ขึ้น ทะเบียน UC			4,961	3,654	3,560 (ข้อมูล ณ 25 พ.ค. 65)	99.89

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 5.1 ผู้บริหารเห็นความสำคัญเป็นนโยบายเร่งด่วน
- 5.2 ภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง
- 5.3 มีการประสานงานและให้บริการอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกมิติการให้บริการด้านสุขภาพ
- 5.4 ความร่วมมือภายในและเครือข่ายภายนอกเรือนจำ

6. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะและการแก้ไขปัญหา

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและการแก้ไขปัญหา
6.1 สถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ระบาด ไม่สามารถเข้าให้บริการสาธารณสุขในเรือนจำได้ ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2564 การระบาดระลอก 2 เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2565	- การจัดระบบโรงพยาบาลสนามเรือนจำ - การตรวจผู้ต้องขังป่วยด้วยระบบการตรวจทางไกล (Telemedicine)
6.2 ระบบการจัดเก็บข้อมูลในเรือนจำยังไม่มีระบบฐานข้อมูลการให้บริการ	จัดจ้างนักวิชาการสาธารณสุขช่วยการพัฒนาระบบข้อมูล โอกาสพัฒนาการดูแลด้านทันตกรรม : ข้อมูลงานบริการยังไม่ได้เข้าในระบบ เนื่องจากรอทางเรือนจำจ้างจนท.เพิ่ม(ให้เก็บเป็นไฟล์excell รอคีย์) :จัดหา portable X-ray dental กรณีฟันคุด : พัฒนาระบบ teledent

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 7.1 การจัดงบประมาณให้เพียงพออย่างต่อเนื่อง
- 7.2 มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ต้องขังชัดเจน ทำให้สามารถดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังได้อย่างต่อเนื่อง

8. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ให้สามารถ Swab ตรวจคัดกรองโควิด-19 ในเรือนจำได้
- มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ให้สามารถ เอ็กซเรย์ปอด ในเรือนจำได้ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 1 Agenda Based

หัวข้อ กฎาทางการแพทยและสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

กฏาทางการแพทย

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลนำร่อง เขตสุขภาพที่ 8 ให้เปิดคลินิกกฏาทางการแพทยแบบบูรณาการ ผสมผสานแพทยแผนปัจจุบันและแพทยแผนไทย (Medical Cannabis Clinic) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้กฏาทางการแพทยได้อย่างปลอดภัย ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ได้รับประโยชน์สูงสุด อย่างเป็นรูปธรรม โดยเปิดให้บริการทุกวันพฤษภที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 08.00 - 12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 มีผลิตภัณฑ์กฏา 3 รายการ คือ สารสกัดกฏา THC 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) และตำรับสมุนไพร ยาสุขไสยาสน์ และยาทำลายพระสุเมรุ

โรงพยาบาลอุดรธานี มีบุคลากรทางการแพทยที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดจากกฏาทางการแพทย สำหรับบุคลากรทางการแพทยของกรมการแพทย และบุคลากรแพทยแผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กฏาทางการแพทยแผนไทยของกรมการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก ประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม 48 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 23 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 3 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทยประยุกต์ 4 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทย (เวชกรรมไทย) 2 คน รวมทั้งสิ้น 82 คน

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กฏาให้บริการ 7 รายการ คือ สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) และตำรับสมุนไพร ตำรับยาสุขไสยาสน์ ตำรับทำลายพระสุเมรุ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาหาริดสีดวงและโรคผิวหนัง

การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รายงานสถานการณ์การบริหารจัดการยาในคลินิกกฏาทางการแพทย จากปัญหาสารสกัด THC ขาดชั่วคราว และได้ดำเนินการขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ ยาแผนปัจจุบัน สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) ให้ดำเนินการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมให้มีเพียงพอต่อการใช้เช่นกัน

ประเด็นที่ 2 การเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล น้ำมันกฏา (ตำรับหมอเดชา) กรมการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก ซึ่งผลิตโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และให้ดำเนินการขอสนับสนุนอย่างเร่งด่วนภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2563

ประเด็นที่ 3 ขยายการเปิดให้บริการคลินิกกฏาทางการแพทย ให้เปิดบริการทุกวันพฤษภที่ 2 เริ่มดำเนินการ 1 มกราคม 2564 โดยจัดให้บริการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 และ 5 ของทุกเดือน ให้บริการกฏาทางการแพทยสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และแพทยแผนไทย

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ของทุกเดือน ให้บริการกฏาทางการแพทยแผนปัจจุบันและแพทยแผนไทย

ประเด็นที่ 4 เป็นแหล่งศึกษาดูงานให้ผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดอุดรธานี เข้าศึกษาดูงาน ณ หน่วยบริการ เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน คณะผู้เข้าศึกษาดูงานประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และนักคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้มากขึ้น

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 3 สถานการณ์ COVID-19 มีการจ่ายยาทางไปรษณีย์ และโทรติดตามอาการในผู้ป่วยรายเก่า และให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว จำนวน 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 9 ราย นอกจากนี้ มีสถานการณ์การบริหารจัดการยาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากปัญหาสารสกัด CBD ขาดชั่วคราว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายเก่าที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัด CBD ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง และได้ดำเนินการขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้มีการเชื่อมโยง 3 หมอ คือ หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอครอบครัว ดูแล ให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ช่วยส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ 2565 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการ 3 รายการ คือ สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) เนื่องจากโรงพยาบาลอภัยภูเบศรไม่สามารถให้การสนับสนุนสารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) ได้ ดังนั้น การจัดหาจึงเป็นการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมเท่านั้น ทั้งนี้ สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) ทางโรงพยาบาลอภัยภูเบศรผู้ให้การสนับสนุนเช่นเดิม ดังนั้นการจัดหาจึงมีทั้งการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมและขอสนับสนุนโรงพยาบาลอภัยภูเบศร สำหรับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้บริการ 7 รายการ คือ ตำรับยาสุขไสยาสน์ ตำรับทำลายพระสุเมธ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาทริดสีดวงและโรคผิวหนัง ตำรับทพยาธิคุณ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง และน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) เนื่องจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ยุติให้การสนับสนุนตำรับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ดังนั้นการจัดหาผลิตภัณฑ์จึงเป็นการจัดซื้อทั้งหมด

ตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 ได้ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 ได้รับจัดสรรน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง 1,100 ขวด โดยโรงพยาบาลอุดรธานีรับผิดชอบวิจัยเชิงรุกในผู้ป่วยโรคสะกดเงิน มีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาแล้ว 23 ราย มีการจ่ายยา 321 ขวด

สถานการณ์ COVID-19 ยังคงมีการระบอบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยรายใหม่ขอรับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันลดลง ดังนั้น การให้บริการส่วนใหญ่จึงเป็นการโทรติดตามอาการผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 27 ครั้ง ในผู้ป่วย 14 ราย โดยจ่ายยาทางไปรษณีย์ และให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว จำนวน 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 9 ราย และปีงบประมาณ 2565 ไตรมาสที่ 1 มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ราย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลอุดรธานีในแต่ละไตรมาส

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
ไตรมาสที่ 1	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
	3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 2	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 3	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 70 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 4	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 80

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
	2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง 5. เมื่อประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขได้รับความรู้ อย่างทั่วถึงแล้ว คาดหวังว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชานอกระบบจะลดลง 6. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 7. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 8. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 9. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความพร้อมให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ในด้านพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของสหสาขาวิชาชีพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเด็นตามข้อสั่งการฯ ที่ 1 ดำเนินการจัดหาในข้อสั่งการฯ ที่ยังมีไม่ครบ ได้แก่เครื่องมือชุดทดสอบสารสกัดจากกัญชาในผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา

2. การจัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสม ในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามข้อสั่งการฯ ดำเนินการจัดหาในข้อสั่งการฯ ที่ยังมีไม่ครบ ได้แก่การตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ

3. การจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

4. มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษา ทุกราย และทุกครั้งที่มารับบริการ ด้วยโปรแกรม C-MOPH และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล OPserve ผู้ป่วยที่ขอรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกรายต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้สารสกัดกัญชา จะไม่มีข้อห้ามใช้และผ่านการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมได้รับคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์และสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์ และผลการบำบัดรักษาตลอดระยะการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทุกราย

5. มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชาทั้งในส่วนของระบบยา ซึ่งเป็นโปรแกรมของ องค์การอาหารและยา (อย.) และของโรงพยาบาล ซึ่งมีระบบควบคุมดูแลจากคลัง มี Stock Card ที่ระบุ Serial Number ตั้งแต่รับยาเข้าคลัง เบิกสำรองที่หน่วยให้บริการและจ่ายให้ผู้ป่วย มีการตรวจสอบสำรองทุกเดือน และมีรายงานเข้าระบบยาเสพติดส่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทุกเดือน

6. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีเกิดอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์ของยา และมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านแนวทางการปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ปฏิบัติตามแนวทางเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี และส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2562

โครงการ อบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม ผู้เข้าร่วมการอบรมที่ผ่านเกณฑ์ กรรมการแพทย์จะเป็นผู้ออกใบประกาศนียบัตรรับรองผ่านการอบรม และขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตเป็นผู้สั่งใช้/จ่ายสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์ได้ มีกลุ่มเป้าหมาย แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เภสัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 300 คน ทั้งนี้ หากกลุ่มเป้าหมายข้างต้นยังไม่ครบจำนวน แพทย์แผนไทย พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวน แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เภสัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 1,601, 473, 779 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 2,853 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 10.5 ระยะเวลาในการดำเนินการ 26 – 27 สิงหาคม 2562 จำนวน 2 วัน ณ ห้องประชุมชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี

งบประมาณ 630,000 บาท

ปีงบประมาณ 2563

โครงการ กัญชาทางการแพทย์ อำเภอเมือง จ.อุดรธานี

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม มีกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 160 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 247 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 64.8 ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

งบประมาณ 34,400 บาท

ปีงบประมาณ 2564

โครงการ อบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน

กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์ และเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบความรู้กัญชาทางการแพทย์แบบออนไลน์ผ่าน Facebook Fanpage มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การจัดอบรม: ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 240 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 276,242 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 0.09 กลุ่มที่ 2 การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน: ประชาชนทั่วไป ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

งบประมาณ 39,600 บาท

หมายเหตุ: ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากสถานการณ์ COVID – 19

4. ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตาม Service Plan ปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 5						
1.1 จำนวนผู้ป่วย						
- แผนปัจจุบัน	1.43	0.62	0.65		7	0.50
- แผนไทย	0.14	0.18	0.39		4	0.29
1.2 จำนวนครั้ง						
- แผนปัจจุบัน	0.50	0.29	0.74		15	0.63
- แผนไทย	0.14	0.05	0.33		6	0.25
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5						
2.1 จำนวนผู้ป่วย						
- แผนปัจจุบัน	29.23	34.62	26.32		22	19.47
- แผนไทย	12.31	45.19	65.79		77	68.14
2.2 จำนวนครั้ง						
- แผนปัจจุบัน	27.53	28.99	25.17		66	23.74
- แผนไทย	14.98	28.66	57.62		169	60.79

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 774 ราย
 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1392 ราย
 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1210 ครั้ง
 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 2395 ครั้ง

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565)

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ทางการแพทย์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน	86.7	86.5	100	≥ 70 (P=88) (N=13)	13	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา	100	100	100	≥ 100 (N=88)	88	100
3. ความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์กัญชา ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาภายใน 15 วัน				> 70		
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	100	100	100	(N=5)	5	100
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	100	0	(N=4)	4	0
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	NA	100	100	(N=1)	1	100
3.4 ตำรับยาสุขุไสยาสน์	NA	100	100	(N=26)	26	100
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร	100	100	100	(N=1)	1	100
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น	100	100	100	(N=1)	1	100
3.7 ตำรับยาทาริตีตวงและโรคผิวหนัง	NA	100	0	(N=0)	0	0
3.8 ตำรับยาทพยาริคุณ	NA	100	0	(N=0)	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหมดเดชา)	NA	100	100	(N=33)	33	100
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	100	100	(N=17)	17	100
4. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)				< 40 (N=9)		
- หยุดยา	11.1 ^a	8.3 ^k	0		0	0
- ลดยา	0	0	0		0	0
5. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)				< 40 (N=10)		
- หยุดยา	NA	25 ^l	12.5		1 ^m	10
- ลดยา	NA	8.3 ^l	0		0	0

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
6. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) - หยุดยา - ลดยา	NA NA	0 0	0 0	< 40 (N=8)	0 0	0 0
7. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก ยาคูซไยยาซีน - หยุดยา - ลดยา	29.4 ^b 5.9 ^c	3.5 ⁱ 0	0 0	<40(N=31)	0 0	0 0
8. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก ยาทำลายพระสุเมรุ - หยุดยา - ลดยา	100 ^d 0	0 0	0 0	< 40 (N=1)	0 0	0 0
9. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจาก ยาแก้ลมแก้เส้น - หยุดยา - ลดยา	NA NA	NA NA	0 0	< 40 (N=4)	0 0	0 0
10. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากตำรับยาทัพยาธิคุณ - หยุดยา - ลดยา	NA NA	NA NA	0 0	< 40 (N=0)	0 0	0 0
11. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากน้ำมันกัญชา (ตำรับหมดเดชา) - หยุดยา - ลดยา	NA NA	0 0	0 0	< 40 (N=32)	0 0	0 0
12. ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง - หยุดยา - ลดยา	NA NA	0 0	0 0	< 40 (N=20)	0 0	0 0
13. มีแนวโน้มเสพติด - หยุดยา	0	0	0	< 40 (N=88)	0	0
14. ผลการรักษาจาก สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) ต่อเนื่อง 3 เดือน (คน/ ร้อยละ)	(P=36) (N=15)	(P=12) (N=6)		≥ 70 (P=5)		

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
- ระดับความปวดลดลง						
ดีขึ้น	4/26.7	5/83.3	100	(N=3)	3	100
ไม่เปลี่ยนแปลง	9/60	1/16.7	0		0	0
แย่ลง	2/13.3	0	0		0	0
- ความอยากอาหารและน้ำหนักเพิ่มขึ้น				(N=2)		
ดีขึ้น	8/53.3	0	0		1	50
ไม่เปลี่ยนแปลง	5/33.3	3/50	100		1	50
แย่ลง	2/13.3	3/50	0		0	0
- อาการนอนหลับ				(N=2)		
ดีขึ้น	10/66.7	0	0		0	0
ไม่เปลี่ยนแปลง	4/26.7	6/100	0		1	50
แย่ลง	1/6.7	0	100		1	50
15. ผลการรักษาจาก สารสกัด CBD ความ แรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) ต่อเนื่อง 3 เดือน	NA	(P=12) (N=8)		≥ 70 (P=4)		
- ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว (UPDRS-8)				(N=1)		
ดีขึ้น		7/87.5	100		1	100
ไม่เปลี่ยนแปลง		0	0		0	0
แย่ลง		1/12.5	0		0	0
- Parkinson's Disease Sleep Scale-2 (PDSS-2)						
ดีขึ้น		7/75	100		1	100
ไม่เปลี่ยนแปลง		0	0		0	0
แย่ลง		2/25	0		0	0
- Hospital Anxiety and Depression Scale						
ดีขึ้น		7/87.5	100		1	100
ไม่เปลี่ยนแปลง		0	0		0	0
แย่ลง		1/12.5	0		0	0
- คุณภาพชีวิต (PDO-8)						
ดีขึ้น		7/87.5	100		1	100
ไม่เปลี่ยนแปลง		0	0		0	0
แย่ลง		1/12.5	0		0	0

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
16. ผลการรักษาจาก สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)) ต่อเนื่อง 3 เดือน - ระดับความปวดลดลง ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง - ความอยากอาหารและน้ำหนักเพิ่มขึ้น ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง - อาการนอนหลับดีขึ้น ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง	NA	(P=1) (N=1) 1/100 0 0 (N=2) 1/50 1/50 0 (N=1) 1/100 0 0	g	≥ 70 (P=1) (N=0)	g	g
17. ผลการรักษาจาก ตำรับยาสุขไสยาสน์ ต่อเนื่อง 3 เดือน - ความอยากอาหารและน้ำหนักเพิ่มขึ้น ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง - อาการนอนหลับดีขึ้น ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง	(N=1) 1/ 100 ^f 0 0 (N=16) 16/ 100 ^f 0 0	(P=37) (N=25) 25/100 ^f	g 100 0 0	(P=26) (N=0) (N=6)	g 6 0 0	g 100 0 0
18. ผลการรักษาจาก ตำรับทำลายพระสุ เมร ต่อเนื่อง 3 เดือน - อาการปวด ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่งลง	g	g	g	(P=1) (N=0)	g	g
19. ผลการรักษาจาก ตำรับยาทวาริตสีดวง และโรคผิวหนัง ต่อเนื่อง 3 เดือน - ผื่นลดลง	NA	g	g	(P=0)	g	g

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลอุดรธานี	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง				(N=0)		
20. ผลการรักษาจาก ตำรับแก้ลมแก้เส้น ต่อเนื่อง 3 เดือน - อาการปวดหลัง ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	NA	๙	๙	(P=1) (N=0)	๙	๙
21. ผลการรักษาจาก ตำรับยาทัพยาธิคุณ ต่อเนื่อง 3 เดือน - อาการอึดท้องแน่นท้อง ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	NA	๙	๙	(P=0) (N=0)	๙	๙
22. ผลการรักษาจาก น้ำมันกัญชา (ตำรับ หมดเดชา) ต่อเนื่อง 3 เดือน - อาการนอนไม่หลับ ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง - อาการปวดหลัง ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	NA	NA	100 0 0 50 50 0	(P=33) (N=5) (N=2)	2 0 0 1 1 0	100 0 0 50 50 0
23. ผลการรักษาจาก น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง ต่อเนื่อง 3 เดือน - อาการผื่นคันบวมอักเสบ ดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลง	NA	NA	100 0 0	(P=17) (N=3)	3 0 0	100 0 0

หมายเหตุ:

- a Dizziness, N/V = 3 ราย, ปากแห้ง, drowsiness = 1 ราย ผู้ป่วยหยุดใช้เอง (N = 36)
- b คอแห้ง ท้องอืด = 1 ราย, น้ำลายยืด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย = 1 ราย, แสบร้อนท้อง ปากแดง = 1 ราย, แพ้ยาเกิด Urticaria = 1 ราย, เวียนศรีษะ มึนงง = 1 ราย (N = 17)
- c ปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน หงุดหงิดง่าย Dizziness = 1 ราย (N = 17)
- d แสบร้อนท้อง = 1 ราย (N = 1)
- e ปรับขนาดยาเอง อารมณ์รุนแรง มีแนวโน้มเสพติด = 1 ราย (N = 21)
- f ผู้ป่วยที่ใช้ตำรับสุขไสยาสน์ ต่อเนื่องครบ 3 เดือน กรณีเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร มี 1 ราย และผู้ป่วยที่ใช้ตำรับสุขไสยาสน์ ต่อเนื่องครบ 1 เดือน กรณีช่วยการนอนหลับ มี 16 ราย
- g ไม่มีผู้ป่วยที่เข้าต่อเนื่องครบ 3 เดือน
- h รอประเมิน
- i หัวใจเต้นแรง 1 ราย (หยุดยา)
- J Nausea 1 ราย
- K Dizziness 1 ราย
- l ขอหยุดยาจาก Drowsiness 1 ราย, N/V ร่วมกับ Dizziness 2 ราย, Nausea 1 รายจำเป็นต้องลดขนาดยา
- m dizziness, headache, dry mouth, drowsiness = 1 ราย จำเป็นต้องหยุดยา

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
1. จำนวนผู้มารับบริการ	130	163	73	121
2. จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ	287	384	151	269
3. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยา				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	36	12	2	5
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	12	2	4
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	10	1	1
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์	17	28	9	26
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร	1	3	1	1
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น	NA	4	1	1
3.7 ตำรับยาหาริดสีดวงและโรคผิวหนัง	NA	6	0	0
3.8 ตำรับยาทพยาธิคุณ	NA	4	0	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา)	NA	4	17	33
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	2	16	17
4. จำนวนยาที่จ่าย				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	77	32	13	22
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	77	80	207
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	20	3	3
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (ซอง)	274	67	0	0
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (แคปซูล)	NA	698	750	1,686
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร (ซอง)	7	30	0	0
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร (แคปซูล)	NA	150	50	50
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น (ซอง)	NA	54	7	7
3.7 ตำรับยาหาริตสีดวงและโรคผิวหนัง (ซอง)	NA	60	0	0
3.8 ตำรับยาทพยาธิคุณ	NA	33	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา)	NA	NA	66	119
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	NA	321	376
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC (ราย)				
1. Palliative care CA end stage / pain/ Anorexia/ N/V/ Insomnia	22	6	1	4
2. CA end stage/ Pain/ Anorexia	7	2	1	1
3. CA/Pain/ Anorexia	4	3	0	0
4. DM/ Neuropathic pain	2	1	0	0
5. Brachial plexus injury with neuropathic pain	1	0	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด CBD (ราย)				
1. Parkinson	NA	11	2	4
1. Spasdicity	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC : CBD (ราย)				
1. Neuropathic pain	NA	3	0	0
2. Spasdicity	1	1	0	0
3. Parkinson	NA	0	0	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
4. Myastinia gravis	NA	1	0	0
5. CA end stage/ Pain/ Anorexia	NA	1	0	0
6. Palliative care CA end stage/ pain/ Anorexia/ N/V	NA	1	1	1
7. Palliative care CA end stage no symptom	NA	3	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาสุขไสยาศน์ (ราย)				
1. Insomnia	15	37	9	26
2. Anorexia	0	0	0	0
3. CA/Anorexia	1	0	0	0
4. CA/Insomnia	1	0	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับทำลายพระสุเมรุ (ราย)				
1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะแข็งเกร็ง	1	0	1	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาทวาริตสีดวงและโรคผิวหนัง (ราย)				
1. Psoriasis	NA	1	0	0
2. ริดสีดวงทวารหนัก	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับแก้ลมแก้เส้น (ราย)				
1. ปวดหลัง	NA	1	1	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาทพยาธิคุณ (ราย)				
1. อาการอึดท้องแน่นท้อง	NA	3	0	0
2. นอนไม่หลับ	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมดเดชา) (ราย)				
1. Insomnia	NA	2	7	8
2. CA BPH/Palliative care CA end stage/ Insomnia	NA	0	1	1
3. CA tongue/ Insomnia	NA	1	0	0
4. CA breast Palliative care CA end stage	NA	1	0	0
5. CA Liver/ Pain/ Palliative care	NA	1	0	0
6. CA Lung/ Palliative care CA end stage/ pain/ Insomnia	NA	0	1	1
7. CA Colon/ Palliative care CA end	NA	0	1	1

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
stage/ pain/ Anorexia				
8. Pain	NA	1	7	15
9. CA / Insomnia/ Anorexia	NA	NA	NA	3
โรคที่ให้การรักษาด้วยน้ำมันกัญชาขม้นทอง (ราย)				
Psoriasis	NA	2	16	17

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 mL/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dry mouth	8	6	0	0
Dizziness	6	1	0	0
คอแห้ง	0	3	1	1
คลื่นไส้ อาเจียน	5	0	0	0
Drowsiness	2	2	0	0
Disorientation	2	-	0	0
Hot flush	1	-	0	0
ปวดศีรษะ	0	1	0	0
Numbness whole body	0	-	0	0
หงุดหงิด	0	1	0	0
Nausea	0	1	0	0
นอนนานขึ้น	0	1	0	0
ขมคอ	0	1	0	0
สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 mL/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	NA	2	1	1
Dizziness	NA	3	1	1
ปากแห้ง	NA	2	1	1
คอแห้ง	NA	3	2	2
N/V	NA	1	0	0
Nausea	NA	1	0	0
headache	NA	0	1	1

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	
สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	1	0	1	1
Dry mouth	NA	2	0	0
คอแห้ง	NA	1	0	0
ปวดศีรษะ	NA	1	0	0
Dizziness	NA	1	0	0
ตำรับยาสุขไสยาสน์ (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dizziness	3	0	0	0
คอแห้ง	2	0	0	0
Flatulance	1	0	0	0
Burning stomach	3	0	0	0
ปากแห้ง	2	1	0	0
Drowsiness	1	0	0	0
Restless	1	0	0	0
Salivate	1	0	0	0
Irritable	1	0	0	0
Urticaria	1	0	0	0
ท้องเสีย	0	1	0	0
หัวใจเต้นแรง	0	1	0	0
ตำรับทำลายพระสุเมรุ (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Burning stomach	1	0	0	0
Dizziness	0	1	0	0
ตำรับแก้ลมแก้เส้น				
ผื่นแดง	0	1	1	1
ตำรับยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง				
Irritate	NA	1	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ประชาชนมีความคาดหวังผลจากกัญชาทางการแพทย์เกินความเป็นจริง
2. ระบบการเก็บข้อมูลของกระทรวงมีรายละเอียดมาก ทำให้ใช้เวลาต่อผู้ป่วย 1 รายนาน
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลและ C-MOPH ยังเชื่อมโยงกันไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความล่าช้ากว่าที่ควร
4. มีข้อจำกัดการให้บริการในผู้ป่วยชาวต่างชาติ

5. ความพร้อมของแหล่งผลิต ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ สารสกัด CBD ได้น้อย และมีอายุยาสั้น
6. เนื่องจากโรงพยาบาลอภัยภูเบศรไม่สามารถให้การสนับสนุนสารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) ได้ ซึ่งอยู่ในช่วงรอยต่อการนำกัญชาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อเตรียมการสนับสนุนจากส่วนกลาง ดังนั้น การจัดหาจึงเป็นการจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมเท่านั้น และมีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยสิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ความพร้อมของแหล่งผลิต ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ สารสกัด CBD ที่จะสามารถสนับสนุนสถานบริการให้มีเพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย และมีระบบการหมุนเวียนยา หรือยืมยาระหว่างเขต เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เนื่องจากสถานการณ์ภาพรวมทั้งประเทศ การผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการอีกทั้งหมดอย่างรวดเร็ว
2. ควรนำ SMART IT เข้ามาช่วยเพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ
3. สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้ประชาชน ผ่านเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- 7.1 รูปแบบการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้
 1. มีทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งให้บริการ มีการประชุมทีมทุก 1 เดือนและเมื่อมีวาระเร่งด่วน
 2. มีการให้บริการแบบ One Stop Service ผู้ป่วยสามารถรับบริการตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจโรค รับยาและคำแนะนำการใช้ยาภายในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 3. มีการให้บริการแบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 4. มีแนวทางการคัดกรองก่อนสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยาที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด
- 7.2 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้ให้บริการโดยการโทรติดตามอาการทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยรายเดิม และจ่ายยาทางไปรษณีย์ และโทรติดตามอาการให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว
- 7.3 การดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในท้องถิ่นของผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 1 Agenda Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร้อยละ 20.5

2. สถานการณ์

- ในปัจจุบัน คปสอ. เมืองอุดรธานี มีแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 20 คน ดังนี้ โรงพยาบาลอุดรธานี 5 คน, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 โรงพยาบาลอุดรธานี(มินนี่) 1 คน, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 2 โรงพยาบาลอุดรธานี(จุฬาฯ) 1 คน, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์ 1 คน, รพ.สต.โนนสูง 1 คน, รพ.สต.นาข่า 1 คน, รพ.สต.หม่ม่น 1 คน, รพ.สต.หนองนาคำ 1 คน, รพ.สต.กุดสระ 1 คน, รพ.สต.สามพร้าว 1 คน, รพ.สต.เชียงพิณ 1 คน, รพ.สต.หนองหมื่นท้าว 1 คน, รพ.สต.บ้านเลื่อม 1 คน, รพ.สต.เชียงยืน 1 คน, รพ.สต.ปากดง 1 คน และรพ.สต.บ้านหนองใส 1 คน และในทุกหน่วยบริการมีผู้ส่งใช้ยาครบทุก รพ.สต.

- หน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี มียาสมุนไพรมากกว่า 10 รายการ และมีการเน้นการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ยาแก้ไอ มะขามป้อม และยาอมมะแว้ง, กลุ่มที่ 2 ยาธาตุบอย และยาขมิ้นชัน, กลุ่มที่ 3 น้ำมันไพลและไพลครีม, กลุ่มที่ 4 ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง

- ด้วยสถานการณ์การระบาด COVID-19 ทำให้ประชาชนการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการลดลง อีกทั้งแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการต่างๆในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับมอบหมายหน้าที่ต่างๆนอกเหนือจากงานแพทย์แผนไทย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกหน่วยบริการมีการจ่ายยาสมุนไพร โดยเฉพาะตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1.1 การใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

1.2 ยาเลือกใช้เป็นลำดับแรก (first line drug)

1.3 ยาในโครงการการใช้ยาที่เหมาะสม (RDU)

1.4 ลดการใช้ยาแก้ปวด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อลดการเสื่อมการทำหน้าที่ของไต

2. ในหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยประจำ ให้มีการดูแลมารดาหลังคลอดทุกราย นวด อบ ประคบ เพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วย

3. เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยประจำ

4. โครงการนโยบายกัญชาครัวเรือน

5. มีคำสั่งการจัดการดูแลงานแพทย์แผนไทยในโซนหน่วยบริการต่างๆ โดยให้หน่วยที่มีแพทย์แผนไทยเป็นที่เลี้ยงช่วยดูแลงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์แผนไทย

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ปี 2562 : - โครงการ ส่งเสริม สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรใน 4 ประเด็น เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2562

- โครงการแพทย์แผนไทยสัญจร ปี 2562

ปี 2563 : - โครงการแพทย์แผนไทยสัญจร ปี 2563

- ปี 2564 : - โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการแพทย์แผนไทย ผู้รับผิดชอบงาน
แพทย์แผนไทย เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี
- โครงการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ยาสมุนไพร 4 ประเด็น โรงพยาบาลอุดรธานี
และเครือข่ายปทุมธานี
- โครงการแพทย์แผนไทยสัญจร

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ไตรมาส 2 ปี 2565 (1 ต.ค.2564 – 31 มี.ค. 2565)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร้อย ละ 20.5						
- จังหวัดอุดรธานี	26.69	27.36	18.83	93,148	93,055	20.03
- รพศ.อุดรธานี	9.15	7.91	7.26	13,789	8,954	6.49

5. ปัญหาอุปสรรค

- 5.1 แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการต่างๆมีหน้าที่มอบหมายเพิ่มเติมจากงานแพทย์แผนไทย ทำให้การ
บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ไม่เต็มที่
- 5.2 จากการระบาด COVID-19 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยลดลง และข้อจำกัดในการให้
หัตถการบางรายการถูกงดไป
- 5.3 แพทย์แผนไทยต้องไปปฏิบัติหน้าที่ช่วยงานควบคุมโรคและงานอื่นๆที่เกี่ยวกับสถานการณ์โรคระบาด
COVID-19 มากขึ้น

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 6.1 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 (Long Covid) โดยการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก
การใช้สมุนไพรรอบรู้ และการให้คำแนะนำต่างๆตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- 7.1 ช่วงสถานการณ์โรค COVID-๑๙ ระบาด ได้นำยาฟ้าทะลายโจร ยาน้ำมะขามป้อม มาใช้ในคลินิก ARI
บูรณาการกับแพทย์แผนปัจจุบัน จ่ายยาผสมผสานกับยาแผนปัจจุบัน ลดการจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่
จำเป็น ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านยาแผนไทยได้ดีขึ้น
- 7.2 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี มีการผลิตยาแก้ไอสูตร
พื้นบ้านอีสาน เพื่อใช้บรรเทาอาการไอ เจ็บคอ และลดเสมหะในผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ
ยาแก้ไอสูตรพื้นบ้านอีสานมีความรุนแรงของอาการไอ เจ็บคอลดลง และช่วยลดปริมาณเสมหะได้
- 7.3 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี มีการต้มยำน้ำตรีผลา ที่มี
สรรพคุณปรับธาตุ กระตุ้นเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ดี เพื่อแจกจ่ายให้แก่บุคลากรโรงพยาบาลทุก
ระดับ ประชาชนได้เข้าถึงและเรียนรู้การใช้ยาไทยในการส่งเสริมสุขภาพ

- 7.4 ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย โดยการใช้ยาสมุนไพรรักษาตามอาการของโรค
- 7.5 แพทย์แผนไทยในรพ.สต.ได้นำยาฟ้าทะลายโจรยาแก้ไอมะขามป้อม มาใช้ในศูนย์ Local Quarantine(LQ) ของตำบล และศูนย์พักคอย เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19
- 7.6 แพทย์แผนไทยในรพ.สต.มีการผลิตน้ำสมุนไพร ประกอบไปด้วย น้ำกระชาย และน้ำขิง ในศูนย์ Local Quarantine(LQ) ของตำบล และศูนย์พักคอย เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19

Functional Based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

2. สถานการณ์

การพัฒนาทางด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และภายใต้กรอบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ประกาศนโยบาย เด็กอุดร กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี โดยมีกลยุทธ์ สำคัญ คือ เล่นเปลี่ยนโลก และ การใช้ โปรแกรม THAI SCHOOL LUNCH ในการกำหนดอาหารกลางวันให้เด็กที่อยู่ใน ศพด.และ โรงเรียนอนุบาลตลอดจนการประกาศให้ทุกตำบลมีการดำเนินการภายใต้กรอบการดำเนินงานของมหัศจรรย์1000วันแรกของชีวิต ทั้งนี้ cup รพ.อุดร มีสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการทั้งหมด 32 สถานบริการ โดยมีการแบ่งเป็นรพสต.ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ ตามจำนวนของเด็กปฐมวัย จำนวน 28 แห่ง และมี ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น PCC และ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองบัว 1 แห่ง สามารถให้บริการตามมาตรฐานและผ่านการรับรอง wcc คุณภาพรวม 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 การให้บริการจะมีการแยกคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีและคลินิกฉีดวัคซีน ตามแนวทางของจังหวัด มีการปรับระบบนัดเด็กตามกลุ่มวัย แยกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงอายุ คือกลุ่มเด็กเล็ก ที่อายุ 0-1 ปี กลุ่มอายุ1ปี-1.6 ปี และกลุ่มที่อายุ มากกว่า1.6 ปีขึ้นไป

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

ปัจจุบันมีการประกาศนโยบายและกำหนดมาตรการในการยกระดับศูนย์เด็กเล็ก เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จึงมีการเปลี่ยนจากมาตรฐานการดำเนินงานที่หลากหลายเป็นมาตรฐานเดียวกันคือ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทางสำนักงานสาธารณสุขจ.อุดรธานีได้มีการกำหนด motto ใหม่ในการทำงาน คือ เด็กอุดร กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ทาง cup รพ.อุดรได้มีการชี้แจงการดำเนินงานภายใต้ motto แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย งานพัฒนาการ และงาน ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยในวันที่ 17 ธค 2563 โดย มีการกำหนด ศพด.นำร่อง 2 แห่งในการ ดำเนินการ ตามนโยบาย ตำบล กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ด้วยการ การจัดกิจกรรมการเล่น ที่เน้นการส่งเสริมให้เด็กสูงใหญ่ ด้วยการ เล่น 7 กิจกรรม ตามที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำ แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ covid-19 ในต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้มีบางกิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยงและงดการให้บริการแก่เด็กปฐมวัยทั้งในสถานบริการและในชุมชนคือ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หรือการนัดพ่อแม่ผู้ปกครองมาทำกิจกรรมกลุ่มทั้งใน ศพด.และ ในชุมชน ตลอดจนทาง cup ได้มีการนำมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ในคลินิกพัฒนาการ คือ การงดการเล่น งด การใช้ มุมส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนการตรวจพัฒนาการยังคงให้บริการแต่มีการปฏิบัติตามหลักของ การเว้นระยะห่างทางสังคมและ นัดตรวจพัฒนาการโดยมีการกำหนดเวลานัดหมายที่แน่นอนเพื่อลดการมารอคอยของผู้ปกครอง

3.2 การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19ในประเทศไทยมีการขยายไปในวงกว้าง ซึ่งรวมกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5ปี แม้ว่าการหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กมาที่สถานพยาบาลจะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก แต่หากพิจารณาถึงความจำเป็นในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเล็กก็

ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทางcup จึงมีการกำหนดทิศทางการจัดบริการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในดังต่อไปนี้

1.การคัดกรองไข้เด็กและผู้ปกครองรวมถึงการซักประวัติผู้ดูแลและเด็กที่มาใช้บริการตนเองและเด็ก เช่น อยู่ในครอบครัวหรือเดินทางจากประเทศกลุ่มเสี่ยงสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ แนะนำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กที่นำเด็กมารับบริการไม่ควรเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

2. ระหว่างการนำเด็กเข้ารับบริการ ควรดูแลเด็กให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งของต่างๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด(Social Distancing)

3.งดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ งดการเล่นของเล่นทุกชนิด

4.บุคลากรมีการป้องกันตนเอง ใส่หน้ากากอนามัยถุงมือล้างมือก่อนและหลังให้บริการ

5.ทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐาน

6. จัดสถานที่นั่งรอตรวจให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร

7. การนัดหมายมารับบริการเป็นเวลาและจำกัดจำนวนผู้เลี้ยงดูไม่เกิน 1 คนเพื่อลดความแออัด

8. ลดการมารับบริการของเด็ก ที่โรงพยาบาลโดยพิจารณาปรับกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลให้ครบภายในครั้งเดียวเช่น การตรวจพัฒนาการ/การตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและให้บริการแบบ ONE STOP SERVICE ให้บริการตามผังการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของ cup

9.เฟอระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.1.2 การพัฒนาระบบการส่งต่อ และการให้คำปรึกษาแก่ জনท.เกี่ยวกับการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยมีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อการสื่อสารกับ พยาบาล และ กุมารแพทย์พัฒนาการดังนี้

ใบส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการ รพ.อุดรธานี สำหรับ คสม.รพ./รพสต.cup รพ.อุดรธานี

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....

ส่งผู้ป่วยจาก..... เมื่อวันที่.....

ปัญหาที่ต้องการส่งต่อ.....

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ที่..... จำนวน..... ครั้ง

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ : ไม่มี มีระบุ.....

ประวัติการคลอด ☐ NI, ☐ C/S due to..... BW..... gm Apgar..... คลอดที่.....

มารดา มีประวัติ ดื่มสุรา/ สูบบุหรี่/ ใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ (ถ้ามีโปรดเลือก)

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด : ไม่มี มีระบุ.....

โรคประจำตัว : ไม่มี มีระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง : ไม่มี มีระบุ.....

ผู้เลี้ยงดูหลัก..... อาชีพ/ เศรษฐฐานะ (ระบุรายได้ครัวเรือน).....

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สอดคล้อง ☐ ตามใจ ☐ เข้มงวด ☐ ละเลย

ตรวจประเมิน DSPM

ครั้งที่ 1 วันที่.....

พบผิดปกติด้าน ☐ PS ☐ EL ☐ RL ☐ FM ☐ GM

แนะนำ การดูแลให้ความช่วยเหลือ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

พบผิดปกติด้าน ☐ PS ☐ EL ☐ RL ☐ FM ☐ GM

แนะนำส่งต่อ เพื่อรับการประเมินเพิ่มเติมที่คลินิกพัฒนาการ รพ.อุดรธานี ในวันที่.....

ผู้ปกครองรับทราบปัญหาและเตรียมเอกสารนี้มารับบริการต่อที่รพ.อุดรธานี

.....

(.....)

ลงชื่อพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/รพสต

3.3 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

โครงการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Triple P เครือข่ายบริการ
รพ อุดรธานี ปี2565

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค.65 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	94.70	92.66	100	2,213	1,932	87.30
2.ร้อยละการค้นพบเด็กสงสัยล่าช้า	30.12	30.95	100	> 28%	608	31.47
3. ร้อยละ ของ เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการแก้ไขกระตุ้นและติดตามใน30วัน	97.40	87.43	100	608	572	94.08
4.เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนกลับมาพัฒนาการสมวัย	97.40	53.33	100	608	36	5.92
5.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	67	68	63.05	3849	2511	65.24
ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชาย	109.98	109.68	109.72		108.78	
ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กหญิง	108.81	109.42	109.06		109	

5. ปัญหาอุปสรรค

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา2019

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ค่าน้ำหนักคะแนนของงานพัฒนาการมีค่าน้ำหนักน้อยกว่างานอื่นทั้งที่มีภาระงานหรือมีกิจกรรมค่อนข้างเยอะ และต้องใช้เวลาในการติดตามเด็กนานกว่า3เดือนทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีความท้อและให้ความสำคัญกับงานที่มีค่าคะแนนน้ำหนักงานที่มากกว่า ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในเชิงนโยบายได้ยากขึ้น

2. สื่อสารนโยบาย/แนวทางของการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็น ต้นสังกัดของ ศพด.ในการใช้โปรแกรมอาหารกลางวัน Thai school lunch ให้เป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในชุมชนที่ชัดเจน

3. ผลักดันการสนับสนุนงบประมาณและการบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ในการดำเนินงานที่เพียงพอ

4. เนื่องจาก มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา2019 ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานเชิงรุก หรือติดตามเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี

2. สถานการณ์

สถานการณ์งานแม่วัยรุ่น อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เครือข่าย รพ.สต./ศสม. 31 แห่ง ปี 2561 - 2565 (ต.ค.64 - มี.ค.65) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี (จากการเก็บข้อมูลปี 2561 - 2564) โดยมีการดำเนินงานแม่วัยรุ่น มีหมู่บ้านการดำเนินงานแม่วัยรุ่น มีกิจกรรมเชิงรุกในการเฝ้าระวังและติดตามในชุมชน สถานศึกษา มีคลินิกให้คำปรึกษาใน รพ.สต./ศสม. มีกระบวนการและแนวทางส่งต่อให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจน จาก รพ.สต.ไปยัง รพ.อุดรธานี โดยเข้าคลินิกเพื่อนใจวัยใส และมีการการติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 19.35, 15.22 ,14.85 และ 13.73 ตามลำดับซึ่งพบว่ายังต้องมีดำเนินงานเฝ้าระวัง ติดตาม และให้คำปรึกษา ทำกิจกรรมเชิงรุกดำเนินการแม่วัยรุ่นต่อไป

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./ศสม. จำนวน ๓1 แห่ง
2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./ศสม. จำนวน ๓1 แห่ง
3. ชี้แจงแนวทางดำเนินงาน รพ.สต./ศสม. จำนวน ๓1 แห่ง
4. ประสานงานกับจังหวัดสนับสนุนเอกสารวิชาการ แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการดำเนินงานแม่วัยรุ่น
5. ดำเนินการหมู่บ้านแม่วัยรุ่นในชุมชนและร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา
6. ประสานส่งต่อเข้ารับการดูแลในคลินิกเพื่อนใจ วัยใส โรงพยาบาลอุดรธานี กรณีที่ต้องส่งต่อ
6. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบแนวทางการดำเนินงานแม่วัยรุ่น
2. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ
3. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแม่วัยรุ่น
4. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์และการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตามรายงานงวด ทุก 3 เดือน งวด 1 (ต.ค. - ธ.ค.) งวด 2 (ม.ค. - มี.ค.) งวด 3 (เม.ย. - มิ.ย.) งวด 4 (ก.ค. - ก.ย.)
5. มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินการ การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ .

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค.65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ไม่เกิน 25 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15 - 19 ปี	14.85	13.73	3.33	9,331	69	7.48

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัยเรียนวัยรุ่น ใน รพ.สต./ ศสม. มีการโยกย้ายและเปลี่ยนงานในระหว่างปีงบประมาณ
2. ด้านผู้รับบริการสตรีอายุ 15 - 19 ปี ครอบครัวต้องความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
3. ด้านภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่น

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแม่วัยรุ่นควรมีการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับให้สามารถสื่อสารและเข้าใจแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ ผู้สูงอายุคุณภาพ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
- 1.2 ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- 1.3 ร้อยละของของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
- 1.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- 1.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

2. สถานการณ์

ในปี 2565 CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีประชากรผู้สูงอายุ 49,977 คน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กระบวนการ 3 C กรมอนามัย การดูแลตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง สป.สช. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกรมการแพทย์ เข้ามาพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ในปี 2559 - 2565 โดยเน้นการบริหารจัดการและส่งเสริมการดำเนินงานโดยชุมชนเพื่อชุมชน สนับสนุนในห้วงการปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างไร้อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและทั้งจากผลงานเชิงประจักษ์และในปี 2559 ถึงปัจจุบัน มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC โดยใช้หลัก 3 C (Care Manager, Care giver, Care plan) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC และมีการจัดระบบบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ (คลินิกผู้สูงอายุ) ในระดับปฐมภูมิ เชื่อมโยงระดับตติยภูมิ และได้มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ความเสี่ยง คือ CUP โรงพยาบาลอุดรธานีได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.63 เจ็บป่วยด้วยโรคและมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตนเองและปรับตัวไม่ทันกับปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงเนื่องจาก

1) กระบวนการคัดกรองภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. พัฒนาระบบการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อบรรลุ Healthy Ageing ประกอบด้วย คัดกรอง ADL, คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes, คัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndromes ที่ผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
4. ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

5. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- CUP โรงพยาบาลอุดรธานีเข้าร่วมโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ที่เข้าร่วมได้แก่ ศสม.รพ.อด.1 ศสม.รพ.อด.2 และ ศสม.วัดป่าโนนนิเวศน์ (โครงการ MOU 3 ปี 2561-2564)และดำเนินการไปกับงานประจำ

สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2565 (ต.ค.64 –มี.ค.65)

1.พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองโรค พัฒนาทักษะกายใจของผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ : จากรายงานผลการดำเนินงานในปี 2565 (จาก HDC จังหวัดอุดรธานี 30 มี.ค.65) พบว่า

1.1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพประจำปีโดยภาพรวมเท่ากับ 32,342 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.72 (ผู้สูงอายุ 49,977 คน) ซึ่งประเมินครอบคลุม ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และกลุ่ม Geriatric Syndromes

1.2. ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BADL (การดำเนินกิจวัตรประจำวัน) มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 32,582 คน คิดเป็นร้อยละ 65.20 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 จำนวน 661 คน คิดเป็นร้อยละ 1.33 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 พึ่งพิง 209 คน คิดเป็นร้อยละ 0.42 เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 26 คน คิดเป็น 0.06 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม 528 คน 1.06

1.3. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 90.66

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงใช้หลักการดูแลผู้สูงอายุ

3C (Care Manager, Caregiver, Care plan)

สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง

CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 20 ตำบล

สรุปการจัดทำ Care plan โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ 31 มีนาคม 256๕

ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
126 ราย	205 ราย	363 ราย	147 ราย

จำนวน CM และ CG โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ 31 ธันวาคม 2564

จำนวน CM (คน)	จำนวน CG (คน)
44	402

การปฏิบัติงานของCG

จำนวน CG ที่ปฏิบัติตาม Care planในตำบล LTC (คน)	จำนวน CG ที่ได้รับการเฝ้าระวังรายเดือน (คน)
402	44

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค.6๕)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 90	ผล.พึ่งพิง 205 CP=205 ร้อยละ 100	ผล.พึ่งพิง405 CP=363 ร้อยละ89.63	90.47	209	188	90
ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	11,524 67.98 (Aging Survey)	5,814 (12.02) พึงประสงค์ 60.03 (H4U)	99.06	10%ผล. ทั้งหมด 5033 (Blue book app)	4,563	99.06
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98	20 ตำบล	20 ตำบล	20 ตำบล	20 ตำบล	20 ตำบล	100
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30	NA	NA	65.38	26	18	69.23
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30	NA	NA	31.06	528	171	3๒.33

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้งานที่ได้รับมอบหมายไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรที่มาปฏิบัติงาน ยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
3. จะมีการเปลี่ยนแปลงการลงบันทึกข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จากเดิมลงในโปรแกรม HDC โปรแกรม Aging survey จังหวัดอุดรธานี เปลี่ยนเป็นลงข้อมูลใน Application Health For You : H4U และเปลี่ยนมาใช้ Blue book application ผู้รับผิดชอบงานก็ต้องมาเรียนรู้ใหม่อาจทำให้การบันทึกข้อมูลยังไม่เรียบร้อยและล่าช้า

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรพัฒนาโปรแกรมผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมอื่นๆที่มีอยู่เดิมเพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน
2. ควรพัฒนาบุคลากรในปี 2565 ทั้ง Care Manager (อบรมหลักสูตร 12 วัน จัดโดยกรมอนามัย) และ Care giver หลักสูตร 70 ชั่วโมง จัดโดยกรมอนามัย) เพื่อรองรับระบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยใช้ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อช่วยลดการนอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ สุขภาพวัยทำงาน

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. สถานการณ์

ผลจากการดำเนินงาน DM/HT/CKD ของ CUP โรงพยาบาลอุดรธานีในปี 2564 พบว่า 1.)ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน 82.25 ปี 2565 ร้อยละ 3.66 (ลดลง 78.59 %)

2)ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 64 ร้อยละ 66.09 ปี 2565 ร้อยละ 98.06 (เพิ่มขึ้น 31.97%) ซึ่งจะเห็นว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในบางตัวชี้วัด

๓. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง			2565 (ตค.-มี.ค.)		
		2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥80	NA	NA	82.25	246	9	3.66
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥80	NA	NA	66.09	620	608	98.06

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

มาตรการดำเนินงานตาม 6 Building Box

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Service Delivery (structure)	DM HT clinic, NCD clinic ,คลินิกตรวจเท้า, DPAC คลินิก	NCD คุณภาพ . คัดกรอง CVD risk Clinic DM HT , คัดกรอง DR ในผู้ป่วยDM CKD conner CKD derivery
Health Workforce (Staff)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ อายุรแพทย์โรคหัวใจหลอดเลือด อายุรแพทย์โรคไต CM DM/HT เภสัชกร โภชนาการ นักกายภาพ แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก	- NP , RN ผู้รับผิดชอบงาน - อสม. อสค. เชี่ยวชาญ DM HT ในชุมชน _ นักกายภาพ แพทย์แผนไทย
Medicine and Technology	ยา NCD คลินิก NCD คุณภาพ ระดับจังหวัด / เขต/ ประเทศ	ยา NCD คุณภาพ, DPAC คลินิก บุคคลต้นแบบ , อสม. อสม. เชี่ยวชาญ

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Information	Hom C , 43 แฟ้ม เชื่อมโยง HDC	JHCIS , 43 แฟ้ม + HDC - Program CVD Risk - ระบบข้อมูล คัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน
Financial	กองทุนโรคเรื้อรัง เงินบำรุง รพ.อุดรธานี	_ กองทุนพื้นที่ ,กองทุนโรคเรื้อรัง _ PP CUP
Governance+ Network	บริหารจัดการกองทุนโรคเรื้อรังคุณภาพ สปสช สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย เครือข่าย NCD คุณภาพเขตสุขภาพ เครือข่าย NCD คุณภาพ รพช.	บริหารจัดการกองทุนพื้นที่ คุณภาพ บริหารจัดการกองทุนโรคเรื้อรังดูแล สปสช. บุคคลต้นแบบ /เครือข่าย อสม. อสค. เชี่ยวชาญ DM/HT ชุมชนต้นแบบสุขภาพวิถีไทย

5. ปัญหา/อุปสรรค

1. เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติภารกิจในการป้องกันรักษา ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเต็มที่ ทำให้การติดตาม monitor กลุ่มเสี่ยง ไม่ต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ยั่งยืน ขาดความตระหนัก

6. ข้อเสนอแนะ

ให้รพ.สต.เร่งดำเนินการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เร่งดำเนินชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.ประเด็นการตรวจราชการ

พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง

2. สถานการณ์

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุดรธานี มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราการตายสูง และยังเกิดความพิการต้องเป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติ ในปี 2562 - 2564 จังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วย stroke (160 –169) จำนวน 2975,3265,3515 คน ตามลำดับและมีอัตราการตายในโรงพยาบาล 5.6,6.5,5.8 ตามลำดับ โรงพยาบาลอุดรธานีและเครือข่าย ได้มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดมาตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน พบว่า ยังมีอัตราการเข้าถึงบริการน้อย ประชาชนส่วนมากไม่ทราบอาการเตือนและมาไม่ทันเวลา 4.5 ชม ในปี 2562 – 2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5 ชม หลังเกิดอาการแค่ ร้อยละ 40.9,41.6,50.6 ตามลำดับ และสามารถให้ยาได้ร้อยละ 6.8,6.9,7.0 ตามลำดับ ตามนโยบาย service plan ปี 2565 เป้าหมายในการพัฒนาระบบ stroke เพื่อลดอัตราการตาย และความพิการ เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการให้ยาละลายลิ่มเลือด และ พัฒนา stroke unit ให้ได้มาตรฐาน และผ่านการรับรองคุณภาพ

3.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

7 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
1.Service Delivery (structure)	-A. พัฒนา stroke unit ให้ผ่าน SSCC -M1 เปิด SU , M2 เปิด SC , -รพ.ที่ให้ยาได้ : ลด door to needle time -พัฒนาการบริหารจัดการใน ER : การประเมินการวินิจฉัย ,การ Consult ปรับแนวทางการส่ง Lab ปรับแนวทางการ การ refer - รพช.ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้พัฒนาระบบการคัดกรอง การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke และการให้ข้อมูล แนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเบื้องต้นก่อนการส่งต่อผู้ป่วย -ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ไปยังรพ.ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถูกต้อง	-มีเครือข่ายระบบบริการ SFT ทุกตำบลและอำเภอที่สามารถ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย stroke ได้อย่างรวดเร็ว -stroke awareness and screening ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุกระจายเสียง ป้ายรณรงค์ แก่ประชาชนทั่วไป -ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (FAST Score) และการจัดการอาการ (stroke awareness) -อสม.ทุกตำบลสามารถคัดกรองโดยใช้ FAST Score ทบทวนความรู้ ในโรงเรียนอสม.อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
2.Health workforce (staff)	-อบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFT สำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้อง -Stroke Nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท - Neuro nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท	-อบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFT สำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้อง -เน้นการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ FAST

7 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	- Basic stroke and Advance stroke ที่สถาบันประสาท - อบรม stroke case manager จัดเองที่ รพศ.อุดรธานี รุ่นที่ 1 ในปี 2563 -ส่งแพทย์เฉพาะทางประสาทอายุรกรรม อบรม intervention 1 คน ที่ รพศ.	Score ในโรงเรียน อสม.รพ.สต ทุกแห่ง - อบรมเรื่อง stroke ให้แก่ อสม. และ ผู้นำชุมชน
3.Medication and Technology	-เพิ่มอุปกรณ์ที่จำเป็นใน Stroke Unit เช่น Volume respirator NIBP Syringe pump Alpha bed hypothermia เป็นต้น -เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin ใน รพช	-เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin Atorvastatin
4.Information IT	-พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke database Management system ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยา -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้รวดเร็วมากขึ้น	-พัฒนาระบบการรายงานผลการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงอัมพาต ผ่านโปรแกรม HDC - พัฒนาระบบการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมในโปรแกรม LTC, line -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย
5.Governance	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับ จังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า ปี 2562-63 จัดตั้งคณะกรรมการ PCT stroke ของจังหวัดอุดร -จัดให้มี CM stroke ใน รพช ทุกแห่ง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับจังหวัด และ care manager ใน ระดับ รพช และ รพสต ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า
7.Network	ร่วมกับ อบท. มูลนิธิต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการประชาสัมพันธ์	ผู้นำชุมชน อสม และเครือข่ายประชาชน มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์

3.2 โครงการ/ กิจกรรม/ งบประมาณ

1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัด การส่งต่อ การตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน โรคหลอดเลือดสมอง
3. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน M1 M2 ให้สามารถเปิด SU / SC ที่ได้มาตรฐาน
4. โครงการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่าย

การกำกับติดตาม ประเมินผล (Monitor & Evaluation) การติดตามแผนงานโครงการและตั้งชี้วัด

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.มีแนวทางในการคัดกรองดูแลรักษาการส่งต่อและตอบกลับผู้ป่วย Stroke แบบเดียวกัน 2.มีระบบฐานข้อมูลในการเก็บตัวชี้วัดและผลสัมฤทธิ์ของงานมีความถูกต้อง ชัดเจน เทียบกับประเทศ	โรงพยาบาลแม่ข่าย Node rt-PA กลุ่มภาวะปี/บ้านดุง/หนองหาน และบ้านผือ สามารถบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย Stroke ในเครือข่ายได้ ครบวงจร - Node rt-PA กลุ่มภาวะปี/บ้านดุง/หนองหาน และบ้านผือ มี SC/SU ที่ได้มาตรฐาน -มีระบบติดตามและตอบกลับข้อมูล post stroke care	มีการนิเทศติดตามระบบการดูแลทั้งเครือข่าย และมีการจัดตั้ง Stroke unit ของศัลยกรรม	ร้อยละ 80 ของ รพศ และ รพช มี Good Practice / Best Practice ในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง Pre-IN-Post Hos

4. ผลการดำเนินงาน

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2562	2563	2564	2565/6ด (ต.ค 64 -มีค 65)
จำนวน Ischemic stroke จำนวน Hemorrhagic stroke รวม stroke ทั้งหมด		1505 659 2165	1391 745 2136	1483 784 2267	774 377 1151
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	≤ ร้อยละ 7	4.6 (n = 101) <u>101x100</u> 2165	6.5 (n = 139) <u>139x100</u> 2136	5.8 (n = 132) <u>132 x100</u> 2267	6.67 (n = 77) <u>77 x100</u> 1151
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (I63)	≤ ร้อยละ 3	1.46 (n = 22)	1.8 (n = 26)	1.48 (n = 22)	1.93 (n = 15)
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	≤ ร้อยละ 20	11.9 (n = 79)	15.1 (n = 113)	14.15 (n = 111)	16.44 (n = 62)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ได้รับยา rt -PA	≥ ร้อยละ 5	6.7 (n =102)	6.9 (n =96)	7.75 (n = 115)	3.57 (n = 2)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy	NA	NA	NA	2.6 (n = 39)	4.13 (n = 32)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 120 นาที	≥ ร้อยละ 80	NA	NA	56.4 (<u>22x100</u>) 39	81.25 (<u>26x100</u>) 6
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 90 นาที	≥ ร้อยละ 50	NA	NA	35.8 (n = 14)	53.1 (n = 17)

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2562	2563	2564	2565/6ด (ต.ค 64 -มีค 65)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ที่เข้าถึงบริการ SFT ใน 4.5 ชม	≥ ร้อยละ 50	40.9 (n = 601)	41.3 (n = 575)	45.92 (n =681)	42.50 (n = 329)
door to needle time เฉลี่ยในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	≤ 60 นาที	50.8 (n =102)	51.8 (n = 96)	51.29 (n = 115)	52.1 (n = 56)
door to needle time rtpA ≤ 60 min (Ischemic stroke)	≥ ร้อยละ 70	84.3 (n = 86)	86.4 (n = 83)	87.82 (n = 101)	83.9 (n = 47)
door to needle time rt-PA ≤ 45 min (Ischemic stroke)	≥ ร้อยละ 50	52.9 (n =54)	51.0 (n = 49)	46.09 (n = 53)	51.78 (n = 29)
door to needle time for thrombectomy เฉลี่ย	NA	NA	NA	95.4 (n = 39)	99.18 (n = 32)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 70	100 (n=1506)	100 (n=2136)	100 (n=2267)	100 (n=1151)
door to operation room time ≤ 90 min (hemorrhagic stroke)	≥ ร้อยละ 60	78.78 (n=52/66)	78.4 (n=40/51)	55.07 (n=38/69)	57.71 (n=2/3)
door to operation room เฉลี่ย		78.7	83.3	89.01	100.16

5. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการ SFT ไม่ทันเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อ ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น TV และทั่วถึงจนท ในชุมชนควรมี การประชาสัมพันธ์ในพื้นที่อย่างทั่วถึง
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ SFT ใน ER การรายงานการประเมิน การการ consult ลำช้า	มีการทบทวนและประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ER Neuro med ที่รับ consult ทั้งในและนอกเวลาราชการ ควรจะสามารถติดต่อได้ง่าย ปรับระบบการส่งตรวจ Lab ที่ ER ปรับระบบการส่งและการรับผู้ป่วยระหว่าง รพช และ รพศ เพิ่มศักยภาพการประเมิน การวินิจฉัยให้กับ intern และเจ้าหน้าที่ ทั้งใน ER ward IPD อื่นๆ และ รพช. ปรับแนวทางการรักษา ในเรื่องการให้ยาลดความดันโลหิต

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
อัตราการตายของ Hemorrhagic stroke เพิ่มขึ้น	แนวทางแก้ไข ผู้ป่วยมาด้วยอาการหนัก มีโรคร่วมเดิม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและโรคไต ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยการตรวจสุขภาพมาก่อน ควรมีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วยเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคและดูแลผู้ป่วยโรค NCD ให้มีประสิทธิภาพเป็นต้น เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก โดยเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่สามารถผ่าตัดคนไข้หลอดเลือดสมองในพื้นที่การส่งต่อมายังโรงพยาบาลอุดรธานีให้ได้ลำบากหรือใช้เวลานาน
การทำ Thrombectomy ไม่สามารถเบิกเงินส่วนเกินได้จาก สปสช	-มีการประชุมคณะกรรมการและแจ้งผู้บริหาร ในการเสนอเรื่องไปที่ สปสช
การตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมจากชุมชนน้อย	มีการปรับปรุงการส่งและตอบกลับข้อมูล COC โดยนำ program smart COC มาใช้ทั้งจังหวัดอุดรธานี เริ่ม มกราคม 2563 ทำให้สามารถติดตามข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจการใช้งานใน program smart COC

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ผู้บริหาร / ต่อบริการและกฎหมาย

การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดสมองยังไม่สามารถเบิกเงินได้

นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อดำเนินการผลักดันให้สามารถเบิกเงินกับ กับ สปสช

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

2. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.2 รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	
1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
- RDU ระดับจังหวัด ในปี 65 - ระดับรพ.	การสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด	ตามตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด	- มีอย่างน้อย 1 อำเภอ ผ่าน RDU -  ผ่าน 1-5 ข้อ -  ผ่าน 6-9 ข้อ -  ผ่าน 10-12 ข้อ	
2. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ				
RDU 2 ชั้นที่ 1 และ 2	ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD		

3. สถานการณ์

สำหรับรพ. อุดรธานี มีการดำเนินงานตามระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดขึ้นในปีงบประมาณ 2564 โดยเน้นการดำเนินงานในตัวชี้วัดที่ยังเป็นปัญหาที่ยังไม่ผ่าน มุ่งในการชี้แจงสถานการณ์และขอความร่วมมือ กระตุ้นเตือนในบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

Small Success เกณฑ์การประเมิน: ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ผ่านตัวชี้วัด > 6 ข้อ		ผ่านตัวชี้วัด > 9 ข้อ
	AMR ^{ชั้น} Intermediate ≥ 60 %		AMR ^{ชั้น} Intermediate ≥ 70 %

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ 1 (ข้อมูล ต.ค.64-มี.ค.65)
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ผ่าน RDU อย่างน้อย 1 อำเภอในทั้งหมดของจังหวัด	เป้าหมาย (จำนวน อำเภอ ทั้งหมด)		
		ผลงาน จำนวน อำเภอ ผ่าน RDU		

ผลการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลอุดรธานี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จบ63 ยอดสะสม ตค.62-กย.63	จบ64 ยอดสะสม ตค.63-มี.ย.64	จบ65 รายงานจาก HDC
1. % การใช้ ATB ใน URI	<30%	26.83%	34.28%	34.84 (703/2,018)
2. % การใช้ ATB ในอุจจาระร่วง	<20%	21.13%	20.24%	22.03 (284/1,289)
3. % การใช้ ATB ใน แผลสด	<50%	52.47%	48.21%	0 (0/0)
4. % การใช้ ATB ใน คลอดปกติ	<15%	16.73%	19.39%	12.66 (10/79) เพิ่ม LABOR 13.22 (16/121) เพิ่ม DIAG_IPD
5. % การใช้ RAS blockage 2 ชนิด ใน HT	0	0.00%	0.03%	0.08 (5/6,280)
6. % การใช้ Metformin in DM	>80%	90.70%	90.44	92.02 (4,750/5,162)
7. % การใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน	<5%	0.05%	0.06%	1.40 (155/11,053)
8. % ผู้ป่วยโรคไตระดับ3 ขึ้นไป ได้รับ NSAIDs	<10%	0.25%	0.14%	0.77 (20/2,605)
9. % ผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง ได้ยา ICS	>80%	89.85%	90.64%	62.04 (554/893)
10. % ผู้ป่วยนอกสูงอายุ ≥ 65 ปี ได้ long act. BZP	<5%	1.26%	1.30%	0.59 (262/44,645)
11. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง	0	0	0	2
12. % ผู้ป่วยเด็ก URI ได้ non sedate antihistamine	<20%	16.23%	22.66%	16.26 (53/326)

สรุปว่า ในปี 2565รพ.อุดรธานี ไม่ผ่านตัวชี้วัด 5 หัวข้อ ได้แก่ การใช้ยา ATB ใน URI AD การใช้ RAS blockage 2 ชนิด ใน HT ผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังควรได้รับยา ICS และ สตรีตั้งครรภ์ได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ				
3. โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล			ปี2561	ปี2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
RDU 1 ชั้นที่ 1 และ 2	ดำเนินกิจกรรมตาม กฎแฉ PLEASE	1. ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 1 - ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - PTC เข้มแข็ง - ฉลากยามาตรฐาน - ตัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล - ส่งเสริมจริยธรรมฯ 2. ติดตามกิจกรรม ชั้นที่ 2 - ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค - ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ยา ATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ยา ATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ยา ATBใน4กลุ่มโรค)	ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่2 (ในหัวข้อลดการใช้ยา ATBใน4กลุ่มโรค)	ปรับตัวชี้วัด เป็น 12 ตัวชี้วัด รพ.อุดรสามารถผ่านเกณฑ์ได้ 7 ตัว ยังไม่ผ่านการ ใช้ยาATB in URI, AD, RASS in HT และการใช้ยาห้ามในหญิงตั้งครรภ์ (ฐานข้อมูลจาก HDC)
2. รพสต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ			ผ่าน>60%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%	ผ่าน>80%
RDU 2 ชั้นที่ 1 และ 2	ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD	ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD	68.75	91.0	84	93.75	80.65

ผลการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	งบ63 ยอดสะสม ตค.62-กย.63	งบ64 ยอดสะสม ตค.63-มิย.64	งบ65 รายงานจาก HDC
1. % การใช้ ATB ใน URI	<30%	26.83%	34.28%	30.86 (362/1173)
2. % การใช้ ATB ในอุจจาระร่วง	<20%	21.13%	20.24%	22.41 (199/888)
3. % การใช้ ATB ใน แผลสด	<50%	52.47%	48.21%	0 (0/0)
4. % การใช้ ATB ใน คลอดปกติ	<15%	16.73%	19.39%	17.65 (6/34) เพิ่ม LABOR 15.49 (11/71) เพิ่ม DIAG_IPD
5. % การใช้ RAS blockage 2 ชนิด ใน HT	0	0.00%	0.03%	0.10 (4/4,042)
6. % การใช้ Metformin in DM	>80%	90.70%	90.44	91.89 (3399/3699)
7. % การใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน	<5%	0.05%	0.06%	1.45 (110/7,562)
8. % ผู้ป่วยโรคไตระดับ3 ขึ้นไป ได้รับ NSAIDs	<10%	0.25%	0.14%	0.83 (15/1,809)
9. % ผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง ได้ยา ICS	>80%	89.85%	90.64%	65.32 (388/594)
10. % ผู้ป่วยนอกสูงอายุ ≥ 65 ปี ได้ long act. BZP	<5%	1.26%	1.30%	0.60 (180/30,205)
11. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง	0	0	0	2
12. % ผู้ป่วยเด็ก URI ได้ non sedate antihistamine	<20%	16.23%	22.66%	18.57 (26/140)

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

- การทำงานเป็นทีม ต้องประสาน รวมการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ต้องได้รับความร่วมมือทุกระดับ ทุกกลุ่มงาน.
- การดำเนินงานมีความเกี่ยวข้องกับทุกระบบ หน่วยงาน ต้องใช้ระยะเวลาการจัดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม จึงสามารถประเมินผลได้

- ปริมาณตัวชี้วัดจำนวนมาก ใช้ฐานข้อมูลจำนวนมาก และแต่ละตัวชี้วัดมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดทำสารสนเทศในการดึงข้อมูลตัวชี้วัดทำได้ช้า และมีการแก้ไขอยู่บ่อยครั้ง
- การหมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุน พบว่าแม้แต่การหมุนเวียนในรพ.เดียวกันแต่คนละแผนก กลุ่มงาน ส่งผลต่อการส่งใข้ยาในการปฏิบัติงานให้การรักษาผู้ป่วย
- การดำเนินงานต้องมีความต่อเนื่องต้องมีรูปแบบกระตุ้น คืบข้อมูลเป็นระยะเมื่อพบความผิดปกติ แต่ระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่ใช้ไม่เอื้ออำนวยต่อการประมวลผล ส่งผลต่อการคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การระบาดของเชื้อโควิด ผลต่อการรักษาและ การเลือกใข้ยา	รอการระบาดลดลง และ การเร่งฉีดวัคซีน	

3. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผู้บริหาร ส่วนกลางควรเอาใจจริงเอาใจต่อการส่งต่อนโยบาย การวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้ปฏิบัติระดับล่างจะได้มีแรงจูงใจในการดำเนินงาน

4. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)

1. ประเด็นตรวจราชการ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

2. สถานการณ์

สำหรับรพ. อุดรธานี มีการดำเนินงานจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมีปรับเปลี่ยนคณะกรรมการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพให้เป็นปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และได้ประชุมคณะกรรมการในการกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และแผนปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2565 โดยผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีงานตามแผนที่กำหนดไว้ ยังพบปัญหาด้านการประเมินผลของการเชื่อมต่อข้อมูล ปัญหาที่จะนำมาสู่การหาแนวทางจัดการ และขาดระบบการติดตามการดำเนินงานแบบบูรณาการองค์รวม

3. สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	ผลงาน จำนวน รพ. ผ่านระดับ intermediate	
	เป้าหมาย (จำนวนรพ. ระดับ A,S,M1 ทั้งหมด)	
	ร้อยละ	

สรุปคะแนนการดำเนินงาน 5 กิจกรรมสำคัญ	รพ.อุดรธานี	รพ.....	รพ.....
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	62		
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	80		
3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	43		
4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.	85		
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	40		
รวม (คะแนนเต็ม 500 คะแนน)	<u>310</u>		
* ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓) ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่
** ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > 0 คะแนน	(✓) ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่	() ใช่ () ไม่ใช่

การประเมินการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงของทั้งระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ระบบยา และระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้กลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการประเมินเป็น 5 กิจกรรมสำคัญ และแบบประเมินนี้จะใช้ในการประเมินต่อเนื่องทุกปี เพื่อวัดระดับการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาล และระดับการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมสำคัญ รายละเอียดดังนี้

1. ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	กิจกรรมดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	ติดตามการดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม	มี รพ. ที่ดำเนินการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ. ทั้งหมดในเขตสุขภาพ
	2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
	3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ		
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
	5. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

2. การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรมสำคัญ และในแต่ละกิจกรรม มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผล รายละเอียดตามตาราง

การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
มีการดำเนินการระดับ Intermediate	- คะแนนรวมใน 5กลุ่มกิจกรรม >250 คะแนน - คะแนนแต่ละกิจกรรม > 50% (50 คะแนนใน 100 คะแนน) - ต้องผ่านข้อบังคับของระดับ basic ครบทุกข้อ

3. การติดตามผลการดำเนินการ โดยวิธีการประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผ่านระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบบริการ RDU-AMR ปีละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 15 – 31 ธันวาคม 2564

ครั้งที่ 2 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 15 – 30 มิถุนายน 2565

4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

4.1 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 /แพทย์ หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา /ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ		Basic	
○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR	๐		
○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมี คณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน	๒		
○ มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน (กรณารูปแบบคณะกรรมการ และUploadfile 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		
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า ๑ ครั้ง ต่อปี	๗	๗	
○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก ๓ เดือน	๑๐		
1.3 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data		Basic	
เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์ เป้าหมาย	Baseline data
เป้าหมายหลัก			ปี 62 ปี 63 ปี 64 ปี 65
1. ลดป่วย / ลดตาย	- อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือด - อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อดื้อ+ไม่ ดื้อยา	< ... % <7.5%	2.83 3.92 5.03 NA 40.41 43.23 49.89 NA
เป้าหมายรอง			
2. Lab surveillance	- CRE (E.coli) - CRE (K.pneumonie) - CoRo (A.buamannii) - CoRo (P.aeruginosa) - CoRo (K.pneumonie) - VRE (E.faecium)		5.85 9.07 4.16 NA 14.51 15.06 17.73 NA 0.75 0.61 0.24 NA 0.00 2.91 0.71 NA 6.56 17.59 19.86 NA 15.68 8.06 4.86 NA
3. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะ - Colistin - Meropenem - Vancomycin	ลดลง. %	7.97 9.02 9.52 8.60 12.89 13.67 13.71 11.13 1.46 1.62 1.51 1.4
4. Infection control	- อัตราการเกิด HAI - HAI(เชื้อดื้อยา)	ลดลง%	1.23 0.53 0.45 NA 0.52 0.50 0.38 NA
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก			0
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน			5
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance),			10 10

กิจกรรม AMR		ผลการดำเนินงาน	
การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)			
1.4 มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด			Basic
○ ไม่มีแผน	0		
○ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	10	10	
1.5 มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน			
○ ไม่มี	0		
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	10	10	
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย	15		
○ มีรายงานสรุปความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี	20		
1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.			Intermediate
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0		
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	5		
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่	10	10	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	20		
1.7 มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน			
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0		
○ มีทีมระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีทีมระดับเขต /หรือมีทีมระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	10	
○ มีทีมระดับเขต และทีมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	25		
รวมคะแนน มาตรการที่ 1		100	62

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.1 สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นับรวมว่าสามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)		Basic
○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	0	
○ ได้บางเชื้อ เช่น อาซิเนบาคทีเรีย <i>Acinetobacter</i> spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก <i>A. baumannii</i>	5	
○ ได้ อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย <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>	10	10
2.2 การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล		Basic
○ ไม่ใช่	0	
○ ใช่	5	5
2.3 มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันทั่วทั้งที่ เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.		Basic
○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	0	
○ มีการวางระบบงานที่รวดเร็ว เช่น กรณี Hemoculture รายงานผลย้อมแกรมภายใน 2 ชั่วโมงหลังเครื่องร้องเตือน และรายงานความไวของเชื้อต่อยาภายใน 72 ชั่วโมง รวมทั้ง รพ. มีการกำหนดรายการเชื้อ/specimen ที่ต้องรายงานด่วน และจัดทำ flowchart การประสานแจ้งเตือนด่วน	5	
○ ดำเนินการ Lab Alert ตามระบบอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ และ ICN ทราบอย่างรวดเร็ว และทันทั่วทั้งที่	7	7
○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab	10	
2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับประเทศ ได้แก่ (1) VRE (2) VRSA (3) colistin-resistant, <i>P. aeruginosa</i> (4) colistin-resistant, <i>A. baumannii</i> (5) 3rd cephalosporin-resistant, <i>N.gonorrhoeae</i>		Intermediate
○ ไม่มีระบบ	0	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล	5	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และ สคร.เขต	10	10
2.5 จัดทำ Antibigramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
○ ไม่มี Antibigram ปีล่าสุด	0	
○ มี Antibigram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน)	5	
○ มี Antibigram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย	8	8
○ มีการจัดทำ Antibigram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	10	

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
○ ไม่มี	0	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน)		
I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1	+5	5
- อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด		
- อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด		
II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้	+5	5
III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	+10	
2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	0	
○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (/) MLab () WHONet () อื่นๆ	5	5
.....		
○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาศูนย์ กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้	10	
2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R		
○ ไม่มี	0	
○ มีการทำ CQI, R2R ในรอบปีที่ผ่านมา และมีการพัฒนาระบบคัดกรองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ก่อนการตรวจวิเคราะห์ตามมาตรฐาน	10	10
2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือน	0	
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ 12 เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้)	5	5
2.10 รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
○ มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในระดับจังหวัด หรือระดับเขต	5	
○ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ และ สคร.เขต	10	10
รวมคะแนน มาตรการที่ 2	100	80

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		Basic
○ ไม่มี	0	
○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	3	
○ มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	5	5
3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	0	
○ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	3	3
○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค	5	
3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ	0	
○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้	5	5
1. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT		
2. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ		
3. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยากลับที่ส่งวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3 rd และ 4 th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา		
3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	0	
○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	5	
○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	10	10
○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)	15	
3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่ส่งวนสำหรับเชื้อดื้อยา		Basic
○ ไม่มีระบบ	0	
○ มีระบบที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินงานได้ครอบคลุมรายการยาที่เป็นปัญหาการใช้ยาของ รพ.ในปัจจุบัน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 30 คะแนน)		
I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	+5	5
II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาด้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาด้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น	+5	
III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ	+15	

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
(feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งจ่ายยาทุก 7 วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่ส่งวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา		
IV. มีระบบหยุดการจ่ายยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+5	
3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
○ ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
○ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต	+2	2
II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา	+2	2
III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา	+2	2
IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น	+2	2
V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา	+2	2
VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาด้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	0
VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาด้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด (ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)	+3	0
3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	0
○ มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	+5	
II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	+5	
3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อดื้อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
○ ไม่มี	0	0
○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม	10	
3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
○ ไม่มี	0	
○ มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาด้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาด้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ	5	5
รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3	100	43

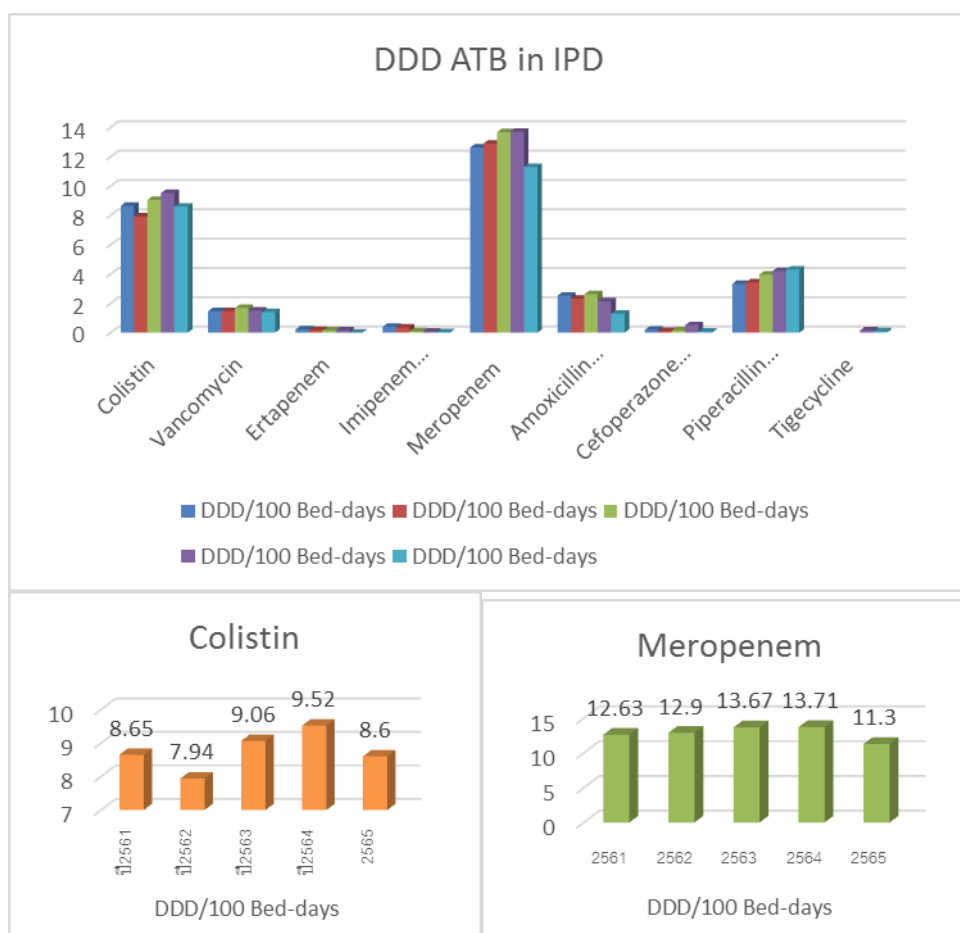
4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.4 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ 1 คน : 200 เตียง		Basic
○ ไม่มี ICN	0	
○ มี ICN < 1 คน : 200 เตียง	3	
○ มี ICN ≥ 1 คน : 200 เตียง	5	5
1.5 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง		Basic
○ ไม่มีการประชุม	0	
○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี	3	
○ มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี	5	5
1.6 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้		Basic
- ห้องแยก/ โซนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา		
- ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร		
- มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของรพ.)		
- มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต		
- อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม		
○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ	0	
○ มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ	5	5
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	10	
1.7 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ		Basic
○ ไม่มี IPC guideline	0	
○ มี IPC guideline	3	
○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	5	5
1.8 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน		
○ ไม่มี	0	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	5	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม	10	10
1.9 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management)		
○ ไม่มี	0	
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	5	5
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	10	
1.10 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย		
○ ไม่ใช่	0	
○ ใช่	10	10
1.11 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น		

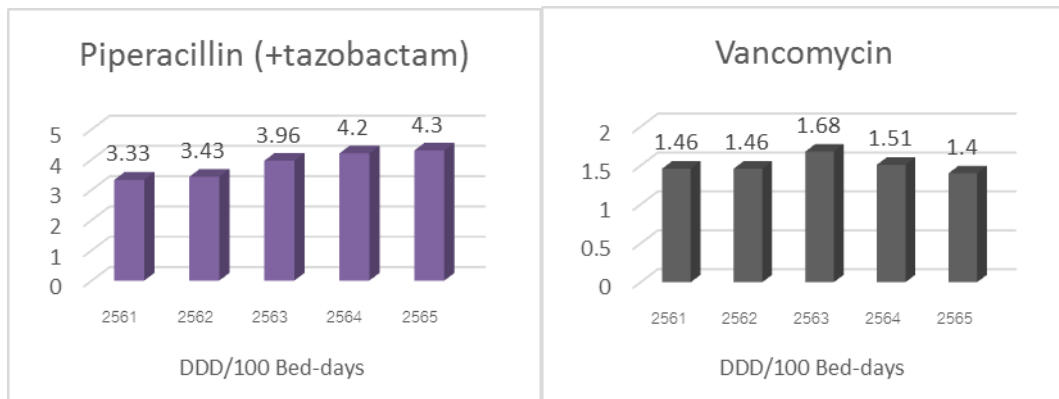
4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
• กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมภูมิเหตุฉุกเฉินใหม่ และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	0	
○ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม	5	
○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม	10	10
1.12 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
○ ไม่มี	0	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ 5	5
II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ 5	5
III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ 5	
1.13 มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
○ ไม่มี	0	
○ มี	10	10
1.14 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
○ ไม่มีการกำกับติดตาม	0	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ 5	5
II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ 5	5
รวมคะแนน มาตรการที่ 4	100	85

5.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
a.	การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของ โรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง ○ ไม่มีการวิเคราะห์ ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 50 คะแนน)	0	
	I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้อย่างสมเหตุผล	+10	10
	II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+10	
	III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+10	
	IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจจะรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+10	
	V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+10	
b.	การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตาม ความจริง ○ ไม่มีการวิเคราะห์ ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 40 คะแนน)	0	
	I. มีการวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่ต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือ วิเคราะห์ ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุง ระบบใหม่	+10	10
	II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้ กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม	+10	
	III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของ โรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้ยา และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม	+10	10
	IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	+10	
c.	มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมี มาตรการการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ) ○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี ○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	0	
		5	
		10	
		10	10
คะแนนรวม มาตรการที่ 5		100	40

ปริมาณการใช้ยาในรูป Defined Daily Dose

ชื่อยา	DDD/100 Bed-days				2565
	2561	2562	2563	2564	
Colistin	8.65	7.94	9.06	9.52	8.6
Vancomycin	1.46	1.46	1.68	1.51	1.4
Ertapenem	0.22	0.18	0.15	0.17	0.014
Imipenem (+cilastatin)	0.41	0.36	0.1	0.08	0.03
Meropenem	12.63	12.9	13.67	13.71	11.3
Amoxicillin (+Clavulanate)	2.53	2.32	2.62	2.14	1.3
Cefoperazone (+sulbactam)	0.2	0.12	0.15	0.52	0.08
Piperacillin (+tazobactam)	3.33	3.43	3.96	4.2	4.3
Tigecycline				0.15	0.09
ผลรวม	29.43	28.71	31.39	32	27.11





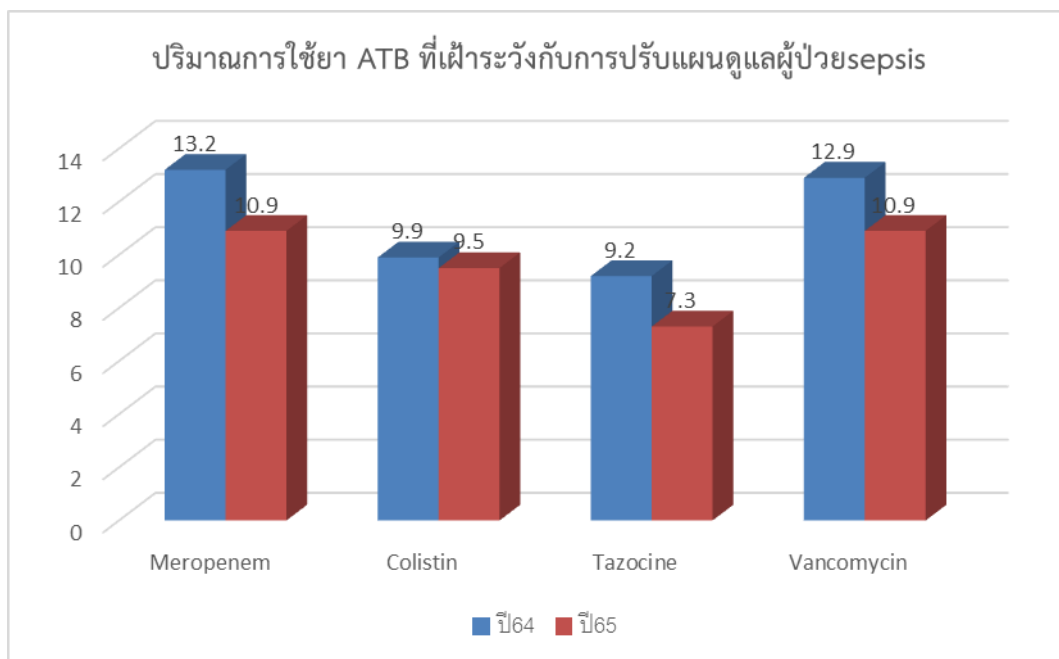
การประเมินติดตามการใช้ยา Meropenem และ Colistin พย.-รค. 2564

รูปแบบการสั่งจ่าย จำนวน 223 ราย

ส่ง septic w/u	93% (207/223)
ไม่ส่ง septic w/u	7% (16/223)

ส่ง septic w/u (207 ราย)	
- ผล C/S พบเชื้อ	69% (143)
- ผล C/S ไม่พบเชื้อ	31% (64)

ผล C/S พบเชื้อ (143 ราย)	
- เป็นไปตามข้อบ่งใช้ หรือมีผล C/S	68% (97/143)
- ปรับ หยุดใช้หรือ switch ตามผล C/S*	20% (28/143)
- ไม่ปรับตามผล C/S ยังคงให้ยาต่ออย่างน้อย 7 วัน*	12% (18/143)



4.2 การสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขต

- (✓) มีคณะกรรมการระดับเขต
- (✓) นโยบายและมาตรการระดับเขตสุขภาพ

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

บุคลากรที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คือ แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ควรสร้างจิตสำนึกพื้นฐานตั้งแต่ระดับการศึกษา จนสู่การทำงาน

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. การดำเนินงานเกี่ยวข้องกับหลากหลายสาขาวิชาชีพ ขาดแกนนำที่สำคัญที่มีอิทธิพลเพียงพอ	
2. การหมุนเวียนตัวจักรสำคัญ ได้แก่ ระดับผู้บริหาร ประธานคณะกรรมการ ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง(แพทย์ใช้ทุน)	
3.ขาดการเชื่อมต่อนโยบายจากระดับผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติและ การควบคุมกำกับติดตาม	
4.ผู้ปฏิบัติขาดความตระหนัก ให้ความร่วมมือ	

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

กรุณาให้ข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นแบบอย่าง (best practice) ให้หัวข้อกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรมที่ผลการประเมินได้คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป

ในปี 2564 คณะกรรมการฯ ได้ทบทวน ปรับปรุงแนวทางการส่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดควบคุม แบบฟอร์มการส่งใช้ยา การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 14 และ มากกว่า 21วัน โดยสร้างระบบติดตามโดยเภสัชกร และส่งต่อไปยังแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

การเข้าร่วมประชุมใน PTC อายุรกรรม และศัลยกรรม เพื่อแจ้งสถานการณ์เชื้อดื้อยา ปริมาณการใช้ยาในรพ.ที่ผ่านมาและปัจจุบัน และขอความร่วมมือการปฏิบัติตามแนวทางการส่งใช้ยาปี2564

ปรับเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างใกล้ชิด โดยอ้างอิงการรายงานผลเพาะเชื้อร่วมกับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

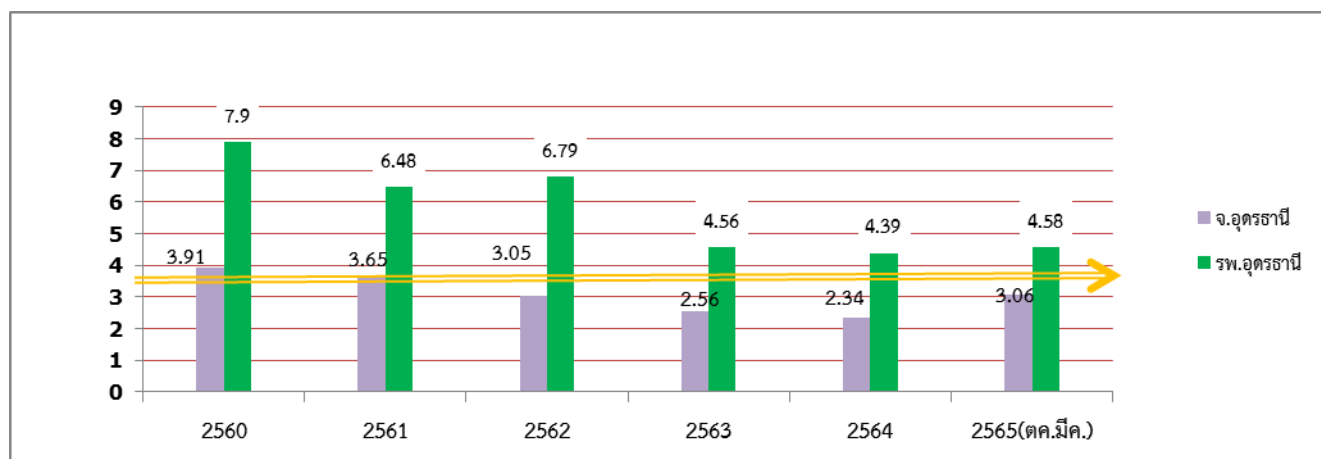
หัวข้อ ทารกแรกเกิด

1. ประเด็นการตรวจราชการ อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

2. สถานการณ์และการบริหารความเสี่ยง

อัตราการเสียชีวิตของทารกอายุ 0-28 วันเกณฑ์ < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2560-2565



โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติซับซ้อนอีกทั้งยังเป็นศูนย์รองรับผู้ป่วย 6 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และจากประเทศลาว จึงพบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกในโรงพยาบาลอุดรธานียังสูงเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด

สาเหตุการเสียชีวิตของทารกอายุ 0-28 วันปีงบประมาณ 2560-2565(ต.ค.-มี.ค.)

โรคสาเหตุ	2560	2561	2562	2563	2564	2565(ตค.-มีค.)
ELBW	14	12	12	0	1	0
Sepsis	14	9	15	5	5	7
PPHN	8	10	5	5	13	1
Anomaly	7	7	4	4	2 (Trisomy18)	1
CHD	5	5	0	2	5	2
RDS	3	2	0	0	1	0
Birth Asphyxia	2	4	3	2	2	1
prolong hypoxia			0	1	0	0
Severe HIE with multiple organ failure			0	1	0	0
pulmonary hemorrhage			0	2	1	1
VAP			0	3	0	0
IVHGr3-4 bilateral			0	2	0	0
Respiratory failure			0	1	0	1
NEC			0	1	0	1

จากสถิติพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของทารกปี งบประมาณ 2565 ลำดับที่ 1 ได้แก่ SEPSIS มีทั้งหมด 7 รายเป็นทารกที่เกิดในโรงพยาบาล อุตรธานี 5 รายเกิดนอกโรงพยาบาล 2 รายและในทารกที่เกิดในโรงพยาบาล พบว่า 3 รายเป็นทารกน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่มีการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การแก้ไข ปัญหา Neonatal sepsis

- ☐ Inhibit preterm labor
- ☐ Efficiency Noninvasive ventilator
- ☐ Early off UVC ,UAC ,Extubation
- ☐ สนับสนุนการให้นมแม่
- ☐ CQI เรื่อง Central line,BSI

การเสียชีวิตของทารกด้วยภาวะ PPHN มีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2562-2565 หลังมีการใช้ Nitric oxide ในการดูแลรักษาภาวะ PPHN ซึ่งเริ่มเมื่อเดือนตุลาคม 2561

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง			ปีงบประมาณ 2565 (ตค.-มี.ค.65)	
			2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการตาย	< 3.6 (ปี 2564) ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต	6.79	4.56	4.39	< 3.6	4.58
2	จำนวนเตียง NICU	เตียง	12	12	12	12	12
3	จำนวน Cooling system	เครื่อง	1	1	1	1	1
4	ลดอัตราการเสียชีวิตจากการส่งต่อ	%	0	0	0	0	0

โรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลบ้านดุงเริ่มเปิด Semi-NICU เพิ่ม 2-4 เตียงในปี 2561 จนถึงปัจจุบัน สำหรับโรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลหนองหาน เปิดให้บริการ Sick Newborn 4-6 เตียง มีอัตราค่าการแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาโรงพยาบาลละ 2 คน

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1.Service Delivery (บริการ)	- เพิ่มบริการ Semi-ICU 12 เตียงที่โรงพยาบาลอุตรธานี (ตค.63)
2.Health Workforce (บุคลากรด้านสุขภาพ)	- เพิ่ม แพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดเฉพาะทางด้าน ผ่าตัดโรคหัวใจ เฉพาะทางด้านรังสีวิทยา พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติทารกแรกเกิดและ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด
3.Medicine and Technology (ยา และ เทคโนโลยี)	- เพิ่มเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง(CFM)ที่โรงพยาบาลอุตรธานี
4.Information (ข้อมูล)	ฐานข้อมูล Refer MCH (อนามัยแม่และเด็ก)
5.Financial (ค่าใช้จ่าย)	งบประมาณ
6.Leadership Governance (การจัดการ)	ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผล รพชุมชน

3.3 แผนงาน/โครงการ

1. ประชุมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการ MM. conference (แม่และเด็ก) ระดับจังหวัด ทุก 3 เดือน
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ทบทวนเคส ภายในโรงพยาบาลทุกเดือน
3. Audit การส่งต่อผู้ป่วย
4. ออกนิเทศ ใน 4 โซน ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย M1 กุมภาพันธ์ M2 ได้แก่โรงพยาบาล บ้านดุง หนองหาน และโรงพยาบาลเพ็ญ

4.ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- 1.ขาดพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลทารก
2. โรงพยาบาลลูกข่ายขาดพยาบาลที่สามารถดูแลทารกวิกฤติขณะส่งต่อ
- 3.การส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องยังล่าช้า และการติดตามผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน
- 4.ระบบฐานข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งการนำเข้าและการนำข้อมูลมาใช้ เพิ่มภาระงานในการจัดเก็บข้อมูล

5. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา	โอกาสพัฒนา
1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด	- บูรณาการร่วมกับMCH: การฝากครรภ์คุณภาพ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตรวจหาการติดเชื้อรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. การระบาดของ COVID-19	- ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ - จัดหาอุปกรณ์และเครื่องป้องกันให้เพียงพอ - จัดหาและบริหารอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบท - จัดหาห้องแรงดันลบ - ดูแลเรื่องที่พักและค่าตอบแทน
3. การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตขณะส่งต่อผู้ป่วย วิกฤติ (ความพร้อมของเครื่องมือและสมรรถนะของผู้ใช้)	- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือขณะส่งต่อให้กับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
4. ระบบข้อมูลสารสนเทศหลากหลาย และไม่สามารถเชื่อมโยงกันไม่สะดวกในการนำเข้าและวิเคราะห์ข้อมูล	- จัดโครงการพัฒนาการใช้โปรแกรม เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีระบบฐานข้อมูลการจัดเก็บข้อมูลที่มีแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย

หมายเหตุ

จากสถานการณ์ การระบาดของ covid-19 การออกนิเทศโรงพยาบาลชุมชนจึงงดไว้ก่อนมีการปรึกษาผ่านช่องทางไลน์

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 50

2. สถานการณ์

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจหาหรือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ 1) Patient preference สิ่งที่คุณใช้ต้องการให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง 2) Advance decisions คือ advance directive หรือ living will เป็นการแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว 3) Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และทักษะการทำ ACP รวมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในระบบ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระบบของโรงพยาบาล ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูล ACP ของผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ไม่ต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- พัฒนาศูนย์บริการด้าน palliative care และอบรมการทำ ACP และการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 12
- พัฒนาคุณภาพ palliative care ส่งต่อข้อมูล ACP เชื่อมโยงถึงการดูแลประคับประคองในชุมชน
- พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึก ACP

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- พัฒนาศูนย์บริการด้าน palliative care และอบรมการทำ ACP และการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 12 งบประมาณจากกรมการแพทย์

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	44.42	57.09	64.64	483	346	71.64

5. ปัญหาอุปสรรค

ข้อมูล ACP(Z718) ไม่อยู่ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ไม่สามารถ POP UP ข้อมูลให้เห็นในระบบของโรงพยาบาล

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ ACP สามารถ POP UP ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ <๘.๐ ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต >๗4
3. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๙๐

2. สถานการณ์ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอเมืองอุดรธานี

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอเมืองอุดรธานี ที่สำคัญคือ โรคจิตเวชเรื้อรัง โรคซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย อีกทั้งการระบาดที่ยาวนานของไวรัสโคโรนา COVID-๑๙ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพจิต ทำให้ประชาชนมีความเครียด วิตกกังวล จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้มากขึ้น อีกสถานการณ์หนึ่งคือกลุ่มผู้ป่วยจิตจากสารเสพติดและแอลกอฮอล์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและก่อให้เกิดความก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายร่างกายคนอื่นเพิ่มมากขึ้น มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต สถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี ๓ ปีย้อนหลังไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ คือ ๔.๖๗ ๖.๐๘ และ ๔.๒๔ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒๕๖๒, ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ มีผลงานอยู่ที่ ร้อยละ ๕๙.๔๐, ๕๓.๐๙ และ ๖๑.๐๒ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

สถานการณ์ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565 จำนวน 7 ราย ชาย 6 ราย หญิง 1 ราย ผูกคอตนเอง 6 กระโดดน้ำ 1 สาเหตุจาก สุรา/ยาเสพติด 5 ราย ผิดหวังความรัก 2 ราย

สถานการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่ ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565 จำนวน 113 ราย ชาย 35 ราย หญิง 78 ราย วิธีการ ส่วนมากคือกินยาเกิน รongลงมาคือกินสารเคมี ร้อยละ 15 และผูกคอร้อยละ 13 สาเหตุส่วนมากจาก น้อยใจคนใกล้ชิด ร้อยละ 50 รongลงมาคือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิดร้อยละ 34

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ หาแนวทางป้องกัน เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ให้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

จัดตั้งและทีม MCATT ระดับอำเภอ เพื่อดำเนินงานขบวนการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤติการณ์ด้านสุขภาพจิต

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

1. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การสอบสวนการฆ่าตัวตายและการเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการเยี่ยมเยียนจิตใจ

2. โครงการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดร จำนวน 5 รุ่นๆละ 40 คน งบประมาณ 5,000 บาท โดยการสอนการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย

เทคนิคการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ รวมถึงการป้องกันเชิงระบบและโครงสร้าง เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตราต่อแสน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	59.40	59.40	61.214	> ร้อยละ 74	27,534	77.93
อัตราการฆ่าตัวตาย 75.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	4.44	6.08	4.24	< 8 ต่อแสนประชากร.	7	1.75 ต่อแสนประชากร
35.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	92.59	100	99.28	ร้อยละ 90	0	ร้อยละ 100

หมายเหตุ

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างหน่วยบริการ/ระหว่าง CUP

5.2 สถานการณ์การระบาดของโรค Covid – 19 เป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทำให้ต้องปรับแผน การดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์โรคระบาด เช่น เยี่ยมติดตามติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์ การคัดกรองสุขภาพจิตผ่าน MENTAL HEALTHCHECK-IN แต่ขาดแคลนด้านสื่อเทคโนโลยี เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในงาน

5.3 ผู้ป่วยจิตจากสารเสพติดมีอาการจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง เพิ่มมากกว่าการทำร้ายตนเอง เป็นอุปสรรคและภาระงานต่อผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และระบบการดูแล ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอุปสรรคที่พยายามแก้ไขมาโดยตลอด

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เสนอทบทวนนโยบาย มาตรการ บทบาทและแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยจิตจากสารเสพติด ที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ที่เป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆในปัจจุบันนี้

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ Sepsis

1. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัดหลัก

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 24

ตัวชี้วัดย่อย

- 1) ร้อยละการทำ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq 90\%$
- 2) ร้อยละการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ 90
- 3) ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 ml. ใน 1 ชม. $\geq 90\%$ หลังการวินิจฉัย (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
- 4) ร้อยละการได้รับการดูแลในไอ ซี ยู ของผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track) ≥ 30
- 5) มีการจัดตั้ง Rapid Response System และ Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด

2. สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired ปี 2562-2565 ร้อยละ 27.57, 26.32, 27.66 และ 24.20 ตามลำดับ (ที่มา : HDC ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2565) Pneumonia เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจาก Sepsis

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2562	2,260	623	27.57
2563	2,063	543	26.32
2564	1,916	530	27.66
2565 (1 ต.ค. 64 - 12 มิ.ย. 65)	1,091	264	24.20

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 12 มิถุนายน 2565

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2562-2565 (1 ตุลาคม 2564 – 1 มิถุนายน 2565) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 24

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

พัฒนาระบบบริการ (SERVICE DELIVERY)

- จัดระบบบริการ Fast Track Sepsis ทุกระดับโรงพยาบาล ทั้งด้านป้องกัน และด้านรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นมาตรฐานการรักษา (CPG Sepsis : 6 Bundles) ทั้งจังหวัดตามนโยบาย One Province One Hospital และมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อระดับจังหวัด (PCT Sepsis) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

Primary prevention

- วัคซีนโรคที่ป้องกันได้ ทั้งโรคติดเชื้อและ NCD
- วัคซีนการฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของ Pneumonia

Secondary and tertiary care

- พัฒนาศักยภาพ รพ. M1, M2 Node ในการรักษา Sepsis
- จัดตั้ง Semi - ICU ในรพศ.อุดรธานี รองรับ ผป.Sepsis นอก ICU

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

สืบเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2562	2563	2564	2565 (ต.ค.64 - มิย.65)
1.อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community acquire	< ร้อยละ 24	27.57	26.32	27.66	24.20
2.ร้อยละการได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	> ร้อยละ 90	94.29	99.82	95.27	95.94
3. ร้อยละการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	> ร้อยละ 90	86.60	98.5	97.97	100
4 ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 ml.ใน 1 ชมหลังการวินิจฉัย(ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	> ร้อยละ 90	95.09	99.63	98.97	83.16
5.ร้อยละการได้รับการดูแลในไอ ซี ยู ของผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชม.	≥ 30	29.98	27.98	18.47	13

(ที่มา: ข้อมูลรายงานตัวชี้วัด Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี)

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

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- นโยบาย Service plan
- ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการดำเนินงาน และกำหนดให้มี Project Manager ในการรับผิดชอบชัดเจน
- Smart ER UDH Program ในการประเมินคัดกรองเบื้องต้น เพื่อ Alert ATB ภายใน 1 ชม.
- การทำงานเป็นทีม และระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.อุดรธานี) โรงพยาบาลแม่โขง (กุ่มกาวปี/หนองหาน/บ้านผือ/เพ็ญ/บ้านดุง) รพช. ลูกข่ายทุกระดับ รพ.สต. ทุกแห่ง จนถึง อสม.

6. ปัญหา-อุปสรรค

1. ศักยภาพของรพ.สต,รพช.ในการคัดกรองการรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
2. ศักยภาพของโรงพยาบาล Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วย severe Sepsis/Septic shock ทำให้ Refer in มารพศ.อุดรธานี
3. การเข้าถึง Intensive Care Unit ในผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ข้อยกเว้นเนื่องจาก ICU มี 9.7% ของจำนวนเตียงทั้งหมด
4. สถานการณ์ COVID-19 ส่งผลให้มีความล่าช้าในการดูแลรักษา เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการประเมินคัดกรองโควิด
5. การเข้าถึงบริการ 1669 ในผู้ป่วยกลุ่ม 3 S

7. ข้อเสนอแนะ

Primary care

1. Disease control โรคที่ป้องกันได้ทั้ง NCD และโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ
2. สนับสนุน/ส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลตัวเอง (Self care) ในการประเมิน ฝ้าระวังอาการที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล (นโยบายเตือนภัย 3 S)
3. ลดความรุนแรงในกลุ่มเสี่ยงด้วยการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่

Secondary care & Tertiary care

1. จัดระบบช่องทางด่วนให้เข้าถึงระบบบริการ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต(Critical care)
4. ขยายบริการ ICU (รพ.อุดรธานี, รพ.หนองหาน, รพ.บ้านผือ, รพ.เพ็ญ, รพ.บ้านดุง)
5. พัฒนาศักยภาพ Node ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ สนับสนุนให้ รพ. ระดับ M1, M2 มีศักยภาพในการผ่าตัด
6. เพิ่มการเข้าถึงบริการ 1669 ในผู้ป่วยกลุ่ม 3 S (Stroke STEMI Sepsis)

8. โอกาสพัฒนา

- จัดตั้ง Rapid Response System Team (แต่งตั้งกรรมการอยู่ระหว่างการลงนาม)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดหลัก อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9

ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของการให้การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกันและส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเขตจังหวัดอุดรธานีและที่ส่งต่อจาก รพ.ในเขตบริการที่ 8 โดยแพทย์ Cardiologist 8 คน ศัลยแพทย์ผ่าตัดหัวใจ 2 คน มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เริ่มเปิดบริการผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ เมื่อเมษายนปี พ.ศ. 2555 เปิด 24 ชั่วโมง 1 ตุลาคม 2557 เปิดบริการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ สิงหาคม ปี พ.ศ. 2555 และเริ่มเปิดบริการ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา

โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี (ระดับ A-F3) สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100 % (ยกเว้นโรงพยาบาลห้วยแก้ว ที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลทั่วไปกุมภวาปี) ปี 2563 มีการกำหนดโซน Primary PCI ในระยะแรก จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ เขตอำเภอเมือง อำเภอกุดจับ อำเภอหนองวัวซอ และอำเภอประจักษ์ ต่อมาได้ขยายเพิ่มอีก 4 อำเภอ รวมเป็น 8 อำเภอ ได้แก่ กุมภวาปี หนองหาน เพ็ญ และหนองแสง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2562- 2565 ดังนี้

ACS	ปี 2562			ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค. 65)		
	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ
STEMI	631	60	9.51%	602	60	9.97%	618	48	7.77%	332	37	11.49%
NSTEMI	1,114	81	7.27%	1263	95	7.52%	1062	83	7.82%	645	46	7.13%
UA	397	3	0.76%	284	2	0.70%	156	1	0.64%	43	0	0.00%
รวม	2,142	144	6.72%	2149	157	7.31%	1836	132	7.19%	1010	83	8.22%

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการจังหวัดอุดรธานี ในปี 2562- 256๕ ดังนี้

ACS	ปี 2562			ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค. 65)		
	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ
STEMI	249	20	8.03%	201	19	9.45%	248	19	7.66%	148	14	9.46%

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคหัวใจ (STEMI) ในสถานการณ์ Covid-19

1. ผู้ป่วย STEMI (primary PCI), Non-STEMI very high risk (Emergency PCI in 120 min)

ทุกพื้นที่ ส่ง rapid test COVID ก่อน Refer, เก็บ specimen ส่งมาพร้อมผู้ป่วยเพื่อตรวจ PCR ที่ รพ.อุดรธานี

1.1 ผู้ป่วยหลัง PCI admit ที่ pre-admission ward ถ้าผล PCR ออกแล้ว(negative) admit CCU หรือ (positive) admit ward อายุกรรมที่รับผู้ป่วย COVID Positive

1.2 กรณี ผู้ป่วยใส่ ET-Tube หลัง PCI ประสาน POICU ขอเตียง admit รอผล PCR, ถ้าเตียง POICU ไม่มี ให้ admit ที่ pre-admission area เพื่อรอผล PCR และ admit ตามหลักเกณฑ์ข้อ 1.1

2. ผู้ป่วย STEMI ที่ รพช. ปรับการให้ยา fibrinolytic เป็นทางเลือกแรก (ยกเว้นมีข้อห้าม)

2.1 กรณี ผู้ป่วยอยู่ใน รพช.ของจังหวัดอุดรธานี หลังได้ SK ให้ swab rapid test, เก็บส่ง PCR และ Refer มาที่ รพ.อุดรธานี

2.2 กรณีอยู่ในจังหวัดอื่นๆ หลังได้ SK ให้ Refer เข้า รพ.จังหวัดเพื่อส่ง PCR COVID หากประเมินว่า successful SK ให้ดูแลที่ รพ.จังหวัดนั้นจนกว่า ผล PCR จะออกแล้วติดต่อ Refer มาเพื่อ CAG/PCI หากประเมินว่า failed SK ให้ส่ง PCR ที่ รพ.จังหวัดต้นทางแล้ว ส่งผู้ป่วยมาที่ รพ.อุดรธานีทันที พร้อมรายงานผล PCR ตามมาภายหลัง

3. ผู้ป่วย Non-STEMI ที่จะส่งมา CAG ที่สามารถรอได้ ให้รอผล rapid test และ PCR ออก ก่อน Refer ทุกราย

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

โครงการฟื้นฟูวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด(ACS) และผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2565

โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายโรคหัวใจ จังหวัดอุดรธานี (ระบบ online)

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตใน รพ.<9%	9.45	7.66	10.26	148	14	9.46%
2. ร้อยละของการให้การรักษาก่อน STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด* >60%	68.10	70.0	63.89	77	105	73.33%
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Primary PCI ภายใน 120 นาที (Door to Wire time) >60%	61.82	61.67	56.52	69	47	68.12%
2.2 ร้อยละผู้ป่วยได้รับ SK ใน 30 นาที (Dx.to Needle time) >60%	81.1	83.8	76.9	36	30	83.33%
3.ร้อยละผู้ป่วย STEMI มาถึง รพ. ภายใน 150 นาที >60%	70.6	64.7	68.0	114	71	62.28%
4.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย CABG <5%	5.08	5.89	6.12	110	7	6.36%

5. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

สถานการณ์	โอกาสพัฒนา
1. ไม่มีห้องแยกโรค negative pressure ในหน่วยโรคหัวใจ สำหรับผู้ป่วย PUI หรือ Covid วิกฤต	เพิ่มห้อง negative pressure ในพื้นที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ PUI หรือ Covid
2. การรักษาการจี้ไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiological study & Radiofrequency ablation) ไม่มี	การจัดหาเครื่องมือและการพัฒนาบุคลากรในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ
3. การผ่าตัดหัวใจเด็ก Congenital open heart surgery	จัดซื้อเครื่องมือผ่าตัดหัวใจเด็ก ส่งบุคลากรฝึกอบรมการผ่าตัดหัวใจเด็ก
4. การรักษากลุ่ม high risk AS ยังเข้าไม่ถึงการทำ TAVI 5. โอกาสการเข้าถึง Heart transplantation ในผู้ป่วย end stage heart failure น้อย	เครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันในการทำ Waiting list ของผู้ป่วยในเขต 8 เพื่อการเข้าถึง heart transplantation
6. การติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ การติดตาม Warfarin clinic, Home cardiac rehabilitation program	พัฒนาระบบเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เครือข่าย Warfarin clinic และระบบ Home cardiac rehabilitation program
7. เพื่อตอบสนองการเป็น Medical Hub ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ. เพื่อตอบสนองการเป็น Medical Hub ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	- OR Hybrid + Biplane Cath lab 1 ห้อง, interventionist 1 คน, อาคารรองรับผู้ป่วยนอก ห้องพิเศษและ ICU ผู้ป่วยโรคหัวใจ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดอุดรธานี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดของปี 2565

1. มีการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทุกโรงพยาบาล

2. มีการจัดตั้งทีมและดำเนินการจัดระบบ Fast track fracture around the hip ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์

2. สถานการณ์

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับ A มีจำนวนเตียง 1,022 เตียง มีห้องผ่าตัดจำนวน 18 ห้อง เป็นห้องสำหรับผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ 2 ห้องในวันเวลาราชการ และมีห้องผ่าตัดสำหรับดำเนินการผ่าตัดผู้ป่วย Fast track fracture around the hip 1 ห้องในวันเวลาราชการ มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 14 คน

ในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานีมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ประจำที่โรงพยาบาลกุมภวาปี (M1) โรงพยาบาลชุมชน (M2) 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลบ้านดุง

ได้มีการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention 2 ทีม คือ โรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่ายจังหวัดอุดรธานี ดำเนินงานพัฒนาระบบ Fast track fracture around the hip ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 และมีการขยายงานทั้งเครือข่ายเขต 8 และเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานีอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุดรธานี ยังได้เข้าร่วมโครงการของ สรพ. ในเรื่องการดำเนิน โครงการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูก สะโพกหัก

โดยมี KPI ปี 2565

-ผ่าตัดภายใน 72 ชม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

-Re- fracture น้อยกว่าร้อยละ 30

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Re – fracture Prevention

อำเภอ	ไม่มีทีม	มีทีม	ชื่อโรงพยาบาลที่มีทีม	หมายเหตุ
อำเภอเมือง		1	รพ.อุดรธานี	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)		4	รพ.อุดรธานี รพ.กุมภวาปี รพ.หนองหาน รพ.บ้านดุง	

3.2 ร้อยละของผู้ป่วย Re – fracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.(3วัน) หลังจากได้รับการรักษาในรพ.(Early Surgery) $\geq$ ร้อยละ 50

ลำดับ	ระยะทาง	รพ.	ระดับ	ปี 2563	ปี 2564	หมายเหตุ
1		อุดรธานี	A	51.21	40.3	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
2	43 km	กุมภวาปี	M1	43.75	40	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
3	35 km	หนองหาน	M2	NA	NA	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
4	55km	บ้านฝ้อ	M2	0	0	
5	84km	บ้านดุง	M2	NA	NA	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
6	43km	เพ็ญ	M2	0	0	
7	24km	กุดจับ	F2	0	0	
8	24km	หนองวัวซอ	F2	0	0	
9	53km	โนนสะอาด	F2	0	0	
10	65km	ทุ่งฝน	F2	0	0	
11	62km	ไชยวาน	F2	0	0	
12	72km	ศรีธาตุ	F2	0	0	
13	96km	วังสามหมอ	F2	0	0	
14	110km	น้ำโสม	F2	0	0	
15	68km	สร้างคอม	F2	0	0	
16	35km	หนองแสง	F2	0	0	
17	129km	นายาง	F2	0	0	
18	63km	พิบูลย์รักษ์	F2	0	0	
19	61km	กุแก้ว	F3	0	0	
20	36km	ประจักษ์ศิลปาคม	F3	0	0	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				47.48	40.15	

ข้อมูล Health Data Center ; HDC. งานศูนย์คอมพิวเตอร์ สสจ.อุดรธานี

ร้อยละของผู้ป่วย Re – fracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ภายหลังจากกระดูกสะโพกหัก < ร้อยละ 30

ลำดับ	ระยะทาง	รพ.	ระดับ	ปี 2563	ปี 2564	หมายเหตุ
1		อุดรธานี	A	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
2	43 km	กุมภวาปี	M1	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
3	35Km	หนองหาน	M2	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
4	55km	บ้านฝ้อ	M2	0	0	
5	84km	บ้านดุง	M2	0	0	มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์
6	43km	เพ็ญ	M2	0	0	
7	24km	กุดจับ	F2	0	0	

ลำดับ	ระยะทาง	รพ.	ระดับ	ปี 2563	ปี 2564	หมายเหตุ
8	24km	หนองวัวซอ	F2	0	0	
9	53km	โนนสะอาด	F2	0	0	
10	65km	ทุ่งฝน	F2	0	0	
11	62km	ไชยวาน	F2	0	0	
12	72km	ศรีธาตุ	F2	0	0	
13	96km	วังสามหมอ	F2	0	0	
14	110km	น้ำโสม	F2	0	0	
15	68km	สร้างคอม	F2	0	0	
16	35km	หนองแสง	F2	0	0	
17	129km	นาูง	F2	0	0	
18	63km	พิบูลย์รักษ์	F2	0	0	
19	61km	ภูแก้ว	F3	0	0	
20	36km	ประจักษ์ศิลปาคม	F3	0	0	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)				0	0	

ข้อมูล Health Data Center ; HDC. งานศูนย์คอมพิวเตอร์ สสจ.อุดรธานี

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค. 64 - มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ผ่าตัดภายใน 72 ชม. $\geq 50\%$	51.21 %	50%	40.3%	44	19	43.18
Re – fracture $\leq 30\%$	0%	0%	0%	58	0	0

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ภาพรวมของการจัดตั้งทีม Re – fracture Prevention มีความไม่เข้าใจตรงกันถึง ขอบเขต และตัวชี้วัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	มีความชัดเจนและสะดวกในการเก็บตัวชี้ วัดโดยใช้การดึงข้อมูลระบบสารสนเทศ ที่เป็นประโยชน์ได้ร่วมกันทั้งประเทศ เช่น รหัสโรค รหัสการผ่าตัด การเก็บ และลง ข้อมูลเป็นระบบเดียวกันทั้งหมด (ขณะนี้ รพ.อุดรธานีร่วมกับ สสจ.อุดรธานี ได้มีการประชุมหารือทั้งจังหวัด เพื่อพัฒนาการลงข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ)	
- สถานการณ์โควิด – 19 ทำให้ มี ข้อจำกัดในการขึ้นห้องผ่าตัด ประกอบกับโรงพยาบาลอุดรธานี มีการซ่อมห้องผ่าตัดและระบบต่าง ๆ ซึ่งใช้เวลาในการซ่อมค่อนข้างนานทำ ให้เป็นอุปสรรคในการใช้ห้องผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัด ล่าช้าขึ้น	มีนโยบายในการจัดการในสถานการณ์ ระบาดของโรคโควิด – 19 เพื่อควบคุม โรคให้เร็วที่สุด	

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- นโยบายต้องมีความชัดเจนลงสู่การปฏิบัติผ่านฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศเพื่อความ
ชัดเจนในการจัดตั้งทีมพัฒนาระบบ และการติดตามตัวชี้วัด

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

1. ประเด็นการตรวจราชการ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก (มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก)

2. สถานการณ์

มะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประชาชน จังหวัดอุดรธานี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง รพศ.อุดรธานี ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ในปี 2565 (ต.ค 64 – มี.ค. 65) คือ 1.มะเร็งปอด(185 ราย) 2.มะเร็งตับและท่อน้ำดี(150ราย) 3.มะเร็งเต้านม (120ราย) 4.มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (106ราย) 5.มะเร็งปากมดลูก(87ราย) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1-2 ของมะเร็งปอด, มะเร็งตับและท่อน้ำดี,มะเร็งท่อน้ำดี,มะเร็งลำไส้ใหญ่,มะเร็งปากมดลูก ในปี 2565 (ต.ค 64 – มี.ค. 65) เท่ากับร้อยละ 1.24, 0, 41.90, 29.49 และ 50 ตามลำดับ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลค้นพบผู้ป่วยมะเร็ง จะพบระยะแรกๆได้ต่ำกว่าเกณฑ์ 70% เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ได้แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งทั้ง 5 โรค ได้ผลงานต่ำลง

ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้มีการวางแผนดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคนี้อยู่ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test และColonoscope ในปีงบประมาณ 2564 (ขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการเป็นปีงบประมาณ 2565 เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด)

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ (อำเภอเมือง)

1. โครงการคัดกรองโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ ปี2564 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง 400 ราย (ขออนุมัติขยายเวลาดำเนินการเป็นปีงบประมาณ 2565 เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิดจะดำเนินงานในเดือน กค.-ส.ค 2565)

2. โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลจัดการสุขภาพ/ต.นาร่องปี 61-63 ดำเนินการ 9 ตำบลในปี 64 ดำเนินการ 8 ตำบล ในปี 2565 ดำเนินการ 4 ตำบล ผลการดำเนินงาน พบ OV ลดลง ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด และครบทุกตำบล 21 ตำบล 100 %

3. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564 ดำเนินงาน เป้าหมายพบการคัดกรองเต้านมผิดปกติ 262 ราย พื้นที่คัดกรองได้ 251 คน คิดเป็นร้อยละ 95.80 ส่งต่อรพ.อุดรธานี 151 คน ร้อยละ 100

4. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564 เป้าหมาย 8,000 ราย คัดกรองได้ 7,900 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.75 ผลผิดปกติ จำนวน 316 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.17

5. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565 เป้าหมาย 8,276 ราย จะดำเนินงานในเดือน มิ.ย – ก.ค 2565

3.2.1 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Monitor & Evaluation) (ติดตามแผนงาน/โครงการ ตัวชี้วัด)

ประเด็น	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การป้องกัน และการรณรงค์ เพื่อลดความเสี่ยง	เตรียมโครงการ	รณรงค์และ ประชาสัมพันธ์	ติดตาม ประเมินผล	ติดตาม ประเมินผล
2. สนับสนุนการจัดหลักสูตร การเรียนการสอนเรื่องโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้โรงเรียนนาร่อง	คัดเลือกโรงเรียน นาร่อง	2 โรงเรียน	2 โรงเรียน	2 โรงเรียน
3.ตำบลต้นแบบในการแก้ไข ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	เขียนแผน/ โครงการ	๔ ตำบล	4 ตำบล	4 ตำบล
4.การตรวจคัดกรองและ ตรวจหามะเร็งระยะเริ่มต้น - สตรีอายุ 30 -70 ปี มีการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) > 80% - สตรีอายุ ๓0 – 70 ปี ได้รับ การตรวจเต้านมโดยบุคลากร สาธารณสุข (CBE)1 ครั้ง/ปี > 80 % -สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก > 80% (สะสมปี 2562-2566) - ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยวาจา (verbal screening) > 80% -การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ด้วย Ultrasound (400 ราย)	ให้ความรู้,กระตุ้น เดือนละ 1ครั้ง 50 % >50 % 60 % 60 % เตรียมโครงการ	ติดตามการตรวจ ทุกเดือน 60 % 60 % 70 % 70 % 400 ราย	ติดตามการตรวจ ทุกเดือน 80 % 80 % 80 % 80 % -	ติดตาม ประเมินผล ผลงาน > 80% ติดตาม ประเมินผล เปลี่ยนการตรวจ เป็น HPV DNA test ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ติดตาม ประเมินผล รอดำเนินงาน
5.สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน > 70%	> 70 %	> 70 %	> 70 %	> 70 %
๖.ร้อยละ ของ ประชากร กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง	≥ ร้อยละ 1	ร้อยละ 2-3	ร้อยละ 4- 5	≥ ร้อยละ 10

4.ผลการดำเนินงาน

รายการ	2562					2563					2564					ไตรมาส 1 2565 (ต.ค. 64 – มี.ค. 65)				
	CA Breast	CA Cervix	CHCA/HCC	CA Lung	CA colon/Rectum	CA Breast	CA Cervix	CHCA/HCC	CA Lung	CA colon/Rectum	CA Breast	CA Cervix	CHCA/HCC	CA Lung	CA colon/Rectum	CA Breast	CA Cervix	CHCA/HCC	CA Lung	CA colon/Rectum
1.จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่(ราย)	244	215	130	254	204	246	179	284	330	225	240	176	145	332	198	120	87	150	185	106
2.ระยะของมะเร็งที่เข้ารักษาครั้งแรก																				
-Stage 1+2 (จำนวน)	145	129	34	19	50	99	79	2	12	37	63	74	1	5	40	31	41	0	2	23
(เป้า ≥ 70%) ร้อยละ	58.8	68.2	43.6	9	32	49	48.47	2.2	3.87	23.27	35.59	48.37	0.87	1.66	25.81	41.9	50	0	1.24	29.49
-Stage 3+4 (จำนวน)	50	60	44	193	106	103	84	89	298	122	114	79	114	297	115	43	41	79	159	5
(เป้า ≤ 70%) ร้อยละ	42.2	31.8	56.41	91	68	51	51.53	97.8	96.13	76.73	64.41	51.63	99.13	98.34	74.19	58.1	50	100	98.76	70.51
- None (ราย)	49	26	52	42	48	44	16	193	20	66	63	23	30	30	43	46	5	71	24	28
3.ระยะเวลารอคอยผ่าตัด (≤ 28วัน) (เป้า ≥ 75%) (ร้อยละ)	86	84	100	75	80	45	58	83	88	78	52	38	86	100	79	33	27	92	96	82
4.ระยะเวลารอคอยเคมีบำบัด(หลังผ่าตัด) ≤ 42 วัน (เป้า ≥ 75%) (ร้อยละ)	95	93	92	90	90	74	81	70	79	60	74	65	79	59	68	71	65	87	60	67
5.ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา(หลังเคมีบำบัด) ≤ 42วัน (ร้อยละ) (เป้า ≥ 60%)	99.02	100	-	98.6	96.88	89.25	96.34	100	99.26	94.87	100	67	0	100	60	97.96	100	0	100	100

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. แพทย์ต้องมีการหมุนเวียนหน้าที่ไปรับผิดชอบในส่วนของการควบคุมโรคโควิด -19 เช่น ออกไปโรงพยาบาลสนาม , ARI clinic
2. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด - 19 ทำให้ผู้ป่วยบางส่วน ไม่สามารถเข้ามาใช้บริการได้
3. จำนวนแพทย์ Onco สูติน้อยลง เดิมมี 3 ท่าน ขณะนี้เหลือ 2 ท่านที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งเขตสุขภาพที่ 8
4. ประชาชนในบางพื้นที่ยังนิยมบริโภคปลาน้ำจืดดิบ โดยเฉพาะในเขตที่มีแหล่งน้ำเป็นห้วยหนองขนาดใหญ่ เช่น ตำบลนิคมสงเคราะห์ ซึ่งวางแผนจะดำเนินการคัดเลือกเป็นหมู่บ้าน/ตำบลนำร่องในการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปีต่อไป

รพ.สต./ศสม. ลงข้อมูลการตรวจ U/S ในโปรแกรม Isan cohort ได้น้อยกว่าผลงานที่ทำจริง เนื่องจาก จนท. หมุนเวียนเปลี่ยนงาน ไม่มีทักษะในการใช้โปรแกรม ทำให้ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนขาดความสมบูรณ์ ผลงานไม่สามารถนำมาประมวลผลได้ และมีการใช้งานหลายโปรแกรม แต่ละโปรแกรมไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหากันได้ ทำให้ต้องคีย์ข้อมูลหลายครั้ง/หลายโปรแกรม สร้างภาระงาน

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

1. โรงพยาบาลอุดรธานีได้นำ Intervention การทำ TACE มาใช้ในการรักษา HCC เพื่อลดการ Refer ไปทำที่ร.พ ศรินครินทร์ จากมี.ค64-ม.ค. 65 ทำทั้งหมด 78 ราย
2. โมเดลตับและปลาติดพยาธิ เพื่อช่วยสอนสุขศึกษา

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

1.ประเด็นการตรวจราชการ Service Plan สาขาโรคไต

2.สถานการณ์ ผลจากการดำเนินงาน CKD ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานีในปี 2564 พบว่า

- 1) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง =68.56 (ข้อมูลจาก HDC)
- 2) ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในปีงบประมาณ =1.74 (ข้อมูลจาก HDC)

3.ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง			2/2565(ต.ค.64- มี.ค.65)		
		ปี2562	ปี2563	ปี2564	เป้าหมาย ราย	ผลงาน ราย	ร้อยละ/ อัตรา
-ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของeGFR 5ml/min/1.73/yr ร้อยละ 66	ร้อยละ	50.57	57.74	68.56	1423	872	61.27

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดหลัก

4.ข้อมูลเชิงคุณภาพ มาตรการดำเนินงานตาม 6 Building Box CKD

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Service Delivery (structure)	- CKD Clinic - หน่วยไตเทียม CAPD,HD - ศูนย์ปลูกถ่ายไต KT - Palliative Case ERSD ปฏิเสธ RRT	- CKD Corner - ระบบเยี่ยมบ้าน CKD 3b,4,5
Health Workforce (Staff)	- อายุรแพทย์โรคไต - อายุรแพทย์ เกสซ์ โภชนาการ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย - PD Nurse / CM CKD - PC Nurse CM CKD ในชุมชน	- NP,RN ที่รับผิดชอบงาน - อสค. อสม. เชี่ยวชาญ - นักกายภาพชุมชน นักโภชนาการ นักแพทย์แผนไทย - CM CKD ในชุมชน
Medicine and Technology	- ยาที่ใช้กับกลุ่มโรคไต - CKD Clinic คุณภาพต้นแบบ - ธรรมนูญ วันไตโลก รักษ์ไต	- Control DM/HT - CKD Corner ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชะลอ ERSD - เยี่ยมบ้าน CKD 3b,4,5 - ธรรมนูญ วันไตโลก รักษ์ไต ลดหวาน มัน เค็ม

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Information	-ระบบข้อมูล Lab , GFR -ระบบข้อมูลรหัส N ที่เชื่อมโยง HDC	-ระบบข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง, รหัส N , Lab, GFR
Financial	-กองทุนโรคเรื้อรัง สปสช. เงินบำรุง	-PP CUP -กองทุนพื้นที่ -กองทุนโรคเรื้อรัง
Governance	-บริหารจัดการ ระบบข้อมูล รหัสโรค N -บริหารจัดการกองทุนโรคเรื้อรังคุณภาพ	-บริหารจัดการ ระบบข้อมูล รหัสโรค N, Lab -บริหารจัดการงบ PP CUP พัฒนา CKD Corner
Network	-สปสช. เครือข่ายโรคไตเรื้อรังจังหวัด/เขต/ประเทศ -สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	-กองทุนพื้นที่ชะลอไตเสื่อม -เครือข่าย อสค. ผู้ดูแล CAPD ในชุมชน -เครือข่าย อสค. ชะลอไตเสื่อม -ชุมชนคนรักไต

5. ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดข้อมูลเพื่อนำสู่การพัฒนา/แก้ไขปัญหา (ระบบข้อมูลการวินิจฉัย ,ค่า GFR, น้อยกว่าความเป็นจริงและไม่เชื่อมต่อ HDC)
2. ไม่สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วย DM/HT เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19
3. ประชาชนทั่วไป มีพฤติกรรมบริโภค อาหาร เค็ม รสจัด ไม่ตระหนักด้านการป้องกัน
4. สถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่ในการดำเนินโครงการชะลอภาวะไตเสื่อมได้เต็มรูปแบบ

6. ข้อเสนอแนะ

1. ระบบข้อมูล IT รพ.แม่ข่าย นำเข้าข้อมูล Person HID การวินิจฉัย Lab ให้ถูกต้อง ครบคลุมและสมบูรณ์ ภายในไตรมาส
2. CM CKD ในชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบงาน ในกลุ่มรพ.สต./ศสม. วางระบบและMapping การติดตามผล การชะลอ ภาวะไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ที่ CKD Stage 3 ให้ครอบคลุมร้อยละ 80

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- เงิน 100 บาท รู้ค่าไต , อัจฉรากราฟ ,ชุมชนคนรักไต ต.นาดี , ชุมชนคนรักไต ต.หนองไฮ, ชุมชนต้นแบบและขยายผลนวัตกรรม

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาจักษุ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

2. สถานการณ์ จากการสำรวจระดับชาติพบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอดร้อยละ 0.59 จากประชากรไทยทั้งหมด โดยเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก(WHO)ระบุใน WHO VISION 2020 ต้องการให้ควบคุมอุบัติการณ์ของภาวะตาบอด น้อยกว่าร้อยละ 0.50 และรณรงค์ไม่ให้มีผู้ที่ตาบอดหลงเหลืออยู่ ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือ ต้อกระจก (ร้อยละ 51) เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตาคือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50 เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

6 Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Service Delivery (Structure)	1. ตรวจคัดกรองสายตาในระบบปกติในโรงพยาบาลอุดรธานี 2. จัดทีมจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาออกตรวจยืนยันในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานี และ รพ.สต. เขตอำเภอเมือง 3. จัดบริการผ่าตัดต้อกระจกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และทันเวลา	1. คัดกรองสายตาผู้สูงอายุในรพ. M2, F1, F2, F3, P 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล NODE M1 โดย - จัด zoning ผู้ป่วยต้อกระจกในอำเภอศรีธาตุ โนนสะอาด นองวัวซอ วังสามหมอ นองแสง ประจักษ์ศิลปาคม ให้ไปรักษาที่ NODE (M1 รพ.กุมภวาปี) 3. โรงพยาบาล M2 - บ้านดุง เปิดดำเนินการเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - บ้านผือ ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - เพ็ญ เปิดเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - นองหาน ผ่าตัดต้อกระจก ปีละ 1 ครั้ง 4. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล F1 , F2 ที่มีความพร้อมได้แก่ ไซยวน น้ำโสม ศรีธาตุ วังสามหมอ
Health Workforce (Staff)	1. พัฒนาพยาบาล อบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัดตา โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่ม	- เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ในการตรวจคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ - พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
Medicine and Technology	1. มีเครื่องมือในการตรวจคัดกรองและเครื่องมือในการผ่าตัดที่จำเป็น ได้แก่ - slit lamp	1. จัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่จำเป็นในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ - Snellen Chart

6 Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	- auto refraction - non contact tonometer - A scan - เครื่องนี้เร็ว - set ผ่าตัด	- E game - trial frame - occluder - pinhole
Information	1. พัฒนาศูนย์กลางในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand	1. พัฒนาศูนย์กลางในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand
Financial	1. งบประมาณ งบบำรุง 2. ปรับเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายที่ยุ่งยากการ ผ่าตัด Blinding Cataract	1. งบประมาณ งบบำรุง
Governance	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ
Participation	1. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ	1. ผู้นำชุมชน อสม. 2. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ

3.2 โครงการ / กิจกรรม คัดกรองและผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค.65 – มี.ค.65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (BlindingCataract) ได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน $\geq$ ร้อยละ 85	98.31	84.30	91.18	80	74	92.50

5. ปัญหาอุปสรรค

ขาดแคลนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในโรงพยาบาลชุมชน

ช่วงปี 64-65 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 มีการผ่าตัดน้อยลงและไม่มีการออกหน่วยผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง / Best Practice (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (เป้าหมาย: > 1 รายต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 2564

ข้อมูล	Hospital death (ราย)	เป้าหมาย ปี 2565 (actual donor)
ปี 2564	2026	20 ราย (1: 100 Hospital death)

1.2 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

- จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย (corneal donor) (เป้าหมาย: ≥ 1.5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย) คิดจาก Hospital death ปี 2564

ข้อมูล	Hospital death (ราย)	เป้าหมาย ปี 2565 (corneal donor)
ปี 2564	2026	30 ราย (1.5: 100 Hospital death)

2. สถานการณ์

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นการรักษาผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีลดค่าใช้จ่ายการรักษาได้ในระยะยาว ปัญหาสำคัญของการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายอวัยวะ คือ การขาดแคลนอวัยวะบริจาคทั้งที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตสมองตายในโรงพยาบาลจำนวนมากแต่พบว่าขาดการแจ้งผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตายตั้งแต่ระยะแรกๆ การดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตายไม่มีประสิทธิภาพ และประชาชนขาดความรู้ มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการบริจาคอวัยวะ

การรับบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อจากผู้ป่วยสมองตายเพื่อการปลูกถ่าย ในสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ทางศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ได้เพิ่มมาตรการ ในการรับบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผู้บริจาคที่เสียชีวิตสมองตายสู่ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อโดยต้องผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการส่งตรวจหาเชื้อ SARS-CoV2 ถึงจะบริจาคอวัยวะได้

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

6 Building box	ปัญหาอุปสรรค	Action plan ปี๒๕๖๕
Service delivery	kidney retrieval team มี 1 ทีม	เพิ่ม kidney retrieval teamเพื่อให้ได้ไต 1 ข้างมาปลูกถ่าย
Health workforce	สมรรถนะบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอ	1. พัฒนาศักยภาพทีมหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อการแจ้งและดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สมองตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางหลักสูตรการบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ 4 เดือน ในโรงพยาบาลระดับ A,S, M1 ปีละ 1 คน 3. After Action Review(AAR) ในผู้บริจาคอวัยวะสมองตายทุกราย
Information	ประชาชนขาดความรู้มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการบริจาคอวัยวะ	ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะเชิงรุก
Governance	โรงพยาบาลกุ่มกว๊านปี (M1)ของจังหวัดอุดร ยังไม่ได้เข้าร่วม Service plan	โรงพยาบาลกุ่มกว๊านปีเป็น donor hospital ปี65

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)	38	20	2	20	5	0.24
จำนวนผู้บริจาดดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย (corneal donor)	38	8	2	30	5	0.24

5. ปัญหาอุปสรรค

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้การดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะหยุดดำเนินงานเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะช่วงที่มีการระบาดมากเนื่องจากปัญหาการคมนาคม

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

1. ประเด็นตรวจราชการ / MOU

อัตราร้อยละของผู้ป่วย intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

2. สถานการณ์

ปัจจุบัน IMC ถือเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ทางเขต 8 ได้มีการเปิดโรงพยาบาลที่รองรับและมีความพร้อมสำหรับ admit ผู้ป่วย IMC ในปี 2562 ทั้งหมด 64 โรงพยาบาล จาก 80 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งทางจังหวัดอุดรธานีได้ทำตามนโยบายในการดูแลผู้ป่วย IMC โดยเปิดให้บริการ ทั้งหมด 20 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 แบ่งเป็นโรงพยาบาล ระดับ M จำนวน 3 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลขนาด F จำนวน 17 โรงพยาบาล

ซึ่งนับว่าได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้ปฏิบัติงานในทุกพื้นที่ สำหรับประเด็นการพัฒนาต่อไปคือ การติดตามพัฒนาในเชิงคุณภาพ ซึ่งนอกจากจะเพิ่มตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพแล้ว ควรมีการตรวจเยี่ยมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ และพัฒนาต่อไป

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. การทำความเข้าใจกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน
2. กำหนดตัวชี้วัด เป้าหมายและรูปแบบรายงานร่วมกัน
3. ติดตามผลการดำเนินงานด้วยการรวบรวมสถิติผลการดำเนินงาน รายไตรมาส

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

-

4. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565 (ต.ค. 64 – ธ.ค. 64)			
				ตัวตั้ง	ตัวหาร	ค่าคงที่ (ตัวคูณคงที่)	ต.ค.2564 – ธ.ค. 2564
1. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย Stroke , traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	70.78%	100%	78.01%	31	40	100	77.5

5. ปัญหาและอุปสรรค

ไม่มีงบประมาณในการจัดประชุมติดตามงาน อย่างสม่ำเสมอ และการติดตามนิเทศงานในพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ดังตารางที่ 2

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

1.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

2. สถานการณ์

จังหวัดอุดรธานี มีโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,100 เตียง ให้บริการจริง 1,280 เตียง มีห้องผ่าตัด 18 ห้อง สลายนิ่ว 1 ห้อง สูติ 2 ห้องเป็น Excellence Centre ด้าน Trauma, Newborn, Cancer, Cardio และ Kidney transplant ปัจจุบันมีการจัดตั้ง ONE Day Surgery Unit ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2559 มีผู้มารับบริการประมาณ 2,000 รายต่อปี ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery : ODS) เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 และผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 มี Node ผู้ให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเพ็ญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน F1 ขนาด 120 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2561 มี ศัลยแพทย์ 1 ท่าน และ โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน M1 ขนาด 180 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวและโครงการการผ่าตัดแผลเล็กเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 ปัจจุบันยังมี โรงพยาบาลขนาด M1, M2 ที่มีศัลยแพทย์ประจำ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ บ้านดุงและบ้านผือ ที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ และจากปัญหาสถานการณ์ COVID-19 ในปัจจุบัน ของโรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีจำนวนผู้ป่วย Covid-19 จำนวนร้อยละ 50 ทำให้จำเป็นต้องลดการผ่าตัดใน Elective case ลง 50% และปิดให้บริการในช่วงระยะระบาดระลอกใหม่เป็นระยะเวลา 3 เดือน และปัจจุบันสถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลาย จึงได้เริ่มเปิดให้บริการเต็มรูปแบบในไตรมาส 2

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- 1) ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2565 เพื่อพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบ One Day Surgery: ODS และ การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) โรงพยาบาลอุดรธานี
- 2) ประชุมสรุปผลงาน จัดทำยุทธศาสตร์ร่วมเขตบริการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อทั้งขาขึ้นและขาลงเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ
- 3) ประชุมพัฒนา Service Plan ระดับจังหวัดเพื่อแก้ปัญหาลดแออัด โรงพยาบาลอุดรธานี และเพื่อพัฒนาศักยภาพ Node มีการวางแผนพัฒนาแพทย์ประจำทุกโรงพยาบาล วางแนวทางพัฒนาศักยภาพเครือข่าย
- 4) วางแผนลงเยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย Node เพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้เกิดความมั่นใจในการทำหัตถการ
- 5) วางระบบช่องทางด่วนในการเข้าถึงบริการ (One Day Surgery)
- 6) กำหนด ทบทวนมาตรฐาน การเก็บตัวชี้วัดคุณภาพ พร้อมจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการเพื่อโอกาสพัฒนา
- 7) พัฒนาระบบการลงทะเบียน ODS & MIS Registry ให้ครอบคลุม
- 8) ขยายการดำเนินงานไปยังสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ไม่มี

4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค. 2565 – มี.ค. 2565) (เป้าหมาย $\geq 20\%$)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	จำนวน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ตามกลุ่มโรคเป้าหมาย	46.12	51.02	46.64	188	62	32.97
Inguinal Hernia	47.49	30.95	19.50	68	7	10.29
Hemorrhoid	23.08	53.85	4.61	33	2	6.06
pterygium with corneal graft	51.25	77.14	91.23	23	13	56.52
Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	97.22	89.47	91.43	25	8	32
Vaginal bleeding	73.91	51.72	46.15	0	0	0
Hysteroscopy	53.1	100.0	84.62	23	1	4.34
Fistula in anu	42.42	26.27	28.21	13	1	7.69
Tongue tie	100.0	62.50	40.00	3	0	0

4.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคในช่องน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค. 2565 – มี.ค. 65) (เป้าหมาย $< 5\%$)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	258	228	198	-	52	-
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI)	0	0	0	-	0	0
3. ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือนจากการผ่าตัดโรคในช่องน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	0	0	0	$< 5\%$	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ระบบ IT ไม่รองรับการประมวลผลข้อมูลประกอบกับจำนวนกลุ่มโรค ODS มีเพิ่มขึ้นถึง 56 โรค ดังนั้นการค้นหาข้อมูลจึงต้องใช้รหัสโรคในการค้นหาหลายครั้งและต้องใช้เป็นวิธี Manual จึงจะได้ข้อมูล ซึ่งต้องใช้เวลานาน

5.2 ขาดอัตรากำลังและกำลังสนับสนุนในการพัฒนาเป็น One stop service center

5.3 ขาดแรงจูงใจและการประชาสัมพันธ์การนำเคสเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากการสรุปรายได้จากการ Claim เคสไม่ชัดเจน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ไม่มี

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. ประเด็นการตรวจราชการ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

ตัวชี้วัดหลัก

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (triage level 1, 2) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 26 %
- 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 %
- 3) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2565 (1 มกราคม 65 – 31 มีนาคม 65) มีผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี 16,803 ราย (เฉลี่ย 187 รายต่อวัน) แยกเป็น Trauma ร้อยละ 30.06 และ Non Trauma ร้อยละ 69.94 แยกตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ ดังนี้

ED Triage	Triage			%	%
	Level	จำนวน	ร้อยละ		
1) Resuscitation/Life threatening	1	3,720	22.1	2.3	19.9
2) Emergency	2	5,448	32.4	4.8	27.8
3) Urgency	3	5,562	33.1	14.6	18.5
4) Semi-urgency	4	1,882	11.2	2.01	9.1
5) Non-urgency	5	191	1.1	0.19	0.8

การพัฒนา ER คุณภาพ ในโรงพยาบาล เน้นผลลัพธ์เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล คือ ลดอัตราการตายของผู้ป่วย triage level 1 มีการวัดผลลัพธ์ (Out come) ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA : Out of Hospital Cardiac Arrest) ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา (ROSC : Return of Spontaneous Circulation) และอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.

ด้านอาคารสถานที่ มี Double door with access control และเป็น One-Way การให้บริการแบ่งเป็นโซนชัดเจน มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) สำหรับผู้ป่วย Semi-urgency และห้องพักญาติผู้ป่วยที่แยกจากห้องฉุกเฉินแต่สามารถสื่อสารสถานะของผู้ป่วยผ่านทางจอ TV และ ทางมือถือ โดย Scan QR code ตรวจสอบสถานะผู้ป่วยได้ จนท. สามารถสื่อสารเชิญญาติผู้ป่วยเข้าในห้องฉุกเฉินผ่านทางลำโพงโดยญาติต้องรับบัตรสีตามโซนด้านประตูทางเข้าที่มี รปภ. เปิด-ปิด ให้ มีห้องแยกโรค (Isolation room) เป็นห้องแยกโรคความดันลบ (Negative Pressure Room) ประตู 2 ด้าน เข้าด้านในห้องฉุกเฉินและด้านหน้าห้องฉุกเฉินโดยผ่านห้องเตรียม (Ante Room) ผู้ป่วยผ่านจุดคัดแยก (Triage area) หน้าห้องฉุกเฉินถ้าสงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจจะเข้าห้องแยกประตูด้านนอกโดยไม่ได้ผ่านเข้าห้องฉุกเฉิน และมีห้องพ่นยาเป็นสัดส่วนมีระบบดูดอากาศออกสู่ภายนอกเป็นห้องความดันลบในผู้ป่วยพ่นยาทุกราย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ ตาม 6 building blocks

ด้าน	การดำเนินการ
Service Delivery	การบริการในห้องฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้ภาวะฉุกเฉิน การรักษา การส่งต่อการประสานงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉิน ER Triage / Resuscitation / Fast track /ระบบ consult / Observe
Health Work Force	- มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ขึ้นเวรตลอด 24 ชั่วโมง - มีแพทย์ เฉพาะทาง consult ได้ตลอด 24 ชั่วโมง - มีพยาบาลที่ได้รับการอบรม ACLS , ATLS, ENP ,Pre-hospital, Trauma Nurse Management - มีนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล
Information & Technology	- Smart ER - IS Online
Drug & Equipment	- มี CPR box - มี CPG ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track
Financing	- งบประมาณจาก โรงพยาบาล บริษัท และส่วนกลาง
Governance & Management	- MM conference - มีตรวจ GP เวลา 16.00- 24.00 น. วันราชการ และ เวลา 8.00- 24.00 น. ในวันหยุด - SMC เวลา 16.00- 20.00 น. วันราชการ ลดความแออัดใน ER

- การกำหนดER Target Time ระยะเวลาผู้ป่วย Triage level 1 ,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง มีโปรแกรม Smart ER กำกับระยะเวลาผู้ป่วย Fast Track
- การจัดพื้นที่ในการให้บริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
 - จัด Zonning ในการตรวจรักษาตามประเภทผู้ป่วย
 - ประตูทางเข้ามีรปภ.คอยดูแลตลอด 24 ชม.
 - มีสถานีดำรงจุ่มขนที่หน้าห้องฉุกเฉิน
- มีการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย โดยมีจอแสดงสถานะผู้ป่วยที่หน้าห้องฉุกเฉิน และมี QR code ให้ญาติแ่สกนติดตามสถานะผู้ป่วยได้
- การพัฒนาระบบสารสนเทศการติดตามข้อมูลผู้ป่วย RTI ของเครือข่ายในจังหวัด
- การดำเนินงานในสถานการณ์ COVID -19
 - มีการคัดกรองผู้ป่วย PUI ตั้งแต่จุดคัดกรอง
 - มีห้องแยกโรคที่เป็น Negative pressure
 - มีเต็นท์ Negative pressure
 - มีห้องแยกสำหรับพ่นยาขยายหลอดลมโดยเฉพาะ
 - มีการทำ Rapid test /Gene Expert ในผู้ป่วย pass OR และผู้ป่วย on ET.tube
 - มีการนำส่งผู้ป่วยโดยใช้ Transport capsule
- มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการทำ Trauma audit และ MM conference ร่วมกับPCT ที่เกี่ยวข้อง

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- 1) เชื่อมโยงระบบ SMART ER ไป
 - ห้องยา
 - X-ray
 - Lab
 - การเงิน
- 2) ระบบบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย ใน SMART ER
- 3) MM conference ร่วมกันในเครือข่ายระดับจังหวัดและเขต
- 4) การนิเทศเครือข่าย
- 5) การประชุมวิชาการร่วมกันของเครือข่ายในเขต
- 6) โครงการจัดอบรม Emergency Nurse Practitioner ในเครือข่าย

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค.65 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.ในรพ.ระดับ A, S, M1	4.4	2.37	2.56	3,454	152	4.40
2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย จากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในรพ. ระดับ A, S, M1 < 4%	1.55	38.6	1.82	3,616	44	1.22
3) อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บ รุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 30%	33.22	32.35	23.47	93	36	38.7
4) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ใน การผ่าตัด ในรพ.ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > ร้อยละ 80	37.92	41.60	44.44	37	22	59.46
6) อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในรพ.ระดับ A, S, M1 > ร้อยละ 60	81.8	45.31	56.03	8,459	5,812	68.71

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ม.ค.65 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
7 ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เข้าถึงบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน >ร้อยละ 26.5	24.5	37.57	16.79	6,093	1,708	28.03
8) อัตราของ TEA unit ใน รพ. ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) $\geq 80\%$	100	100	100	100	100	100
9) โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปใน จังหวัดอุดรธานีผ่านเกณฑ์ ประเมิน ER คุณภาพ	100	100	100	100	100	100

5. ปัญหาอุปสรรค

- 1) บุคลากรเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) มีน้อย สถาบันที่เปิดอบรมรับจำนวนจำกัด ค่าใช้จ่ายสูง
- 2) Trauma & Emergency admit unit (TEA unit) โครงสร้างไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถจัดอัตรากำลังพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3) ความล่าช้าในการAdmit ผู้ป่วย เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 ต้องรอหอผู้ป่วยบริหารจัดการเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สนับสนุน/ส่งเสริม ให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเปิดหลักสูตร Training ENP และสนับสนุนค่าลงทะเบียนฝึกอบรม
- 2) มีคำสั่งจากส่วนกลางให้จัดตั้ง TEA unit และมีโครงสร้างชัดเจน สามารถจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานได้จริง

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- 1) สถานที่ให้บริการแบ่งเป็นโซนชัดเจน
- 2) SMART ER
- 3) จัดระบบ One stop Service ผู้ป่วยเด็กและสตรีที่ถูกละเมิดทางเพศ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตรวจราชการ

1. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น

มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องได้รับการส่งเสริมให้มีระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ด้วยกระบวนการในการบริหารจัดการกำลังคน

ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่ออํารงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในทุกกระดับ ทุกสายงาน ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้อัตราการคงอยู่ของกำลังคนด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

2. สถานการณ์

โรงพยาบาลอุดรธานี มีบุคลากร ทั้งสิ้นทุกประเภท ณ วันที่ 1 เมษายน 2565 จำนวน 3,459 คน มีการสูญเสียออกจากโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 87 คน คิดเป็นอัตราการคงอยู่ของบุคลากร ร้อยละ 98.00

ตาราง แสดงข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลอุดรธานี แยกตามประเภทการจ้าง ข้อมูล ณ 1 เมษายน 2565

ลำดับ	ประเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ข้าราชการ	1,697	49.06
2	ลูกจ้างประจำ	48	1.39
3	พนักงานราชการ	72	2.08
4	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1,252	36.43
5	ลูกจ้างชั่วคราว	382	11.04
	รวม	3,459	100.00

ณ 1 เมษายน 2565 มีจำนวนบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยแบ่งเป็นประเภท ข้าราชการร้อยละ 49.06 รองลงมาคือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 36.43 ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 11.04 พนักงานราชการ ร้อยละ 2.08 และต่ำสุดคือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 1.39

ตาราง แสดงจำนวนการสูญเสียบุคลากร (ลาออก/โอน/ย้าย) โรงพยาบาลอุดรธานี

ประเภทการจ้าง	ปี 2563 (คน)	ปี 2564 (คน)	ปี 2565 (มี.ค.65)	รวม (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ	35	30	6	71	16.47
ลูกจ้างประจำ	-	1	-	1	0.23
พนักงานราชการ	3	3	-	6	1.39
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	66	60	44	170	39.44
ลูกจ้างชั่วคราว	54	92	37	183	42.45
รวม	158	186	87	431	100.00

จากตารางการสูญเสียบุคลากร โรงพยาบาลอุดรธานี แยกตามประเภทการจ้างงาน 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ลูกจ้างชั่วคราว มีการสูญเสียมากที่สุด ร้อยละ 42.45 รองลงมา ได้แก่ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 39.44 และประเภทการจ้างงานที่มีการสูญเสียน้อยที่สุด ได้แก่ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 0.23

ข้อมูลเชิงปริมาณ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						
			2562	2563	2564	2565			
						ตัวตั้ง	ตัวหาร	ค่าคงที่ (ตัวคูณ คงที่)	2565 (เม.ย.65)
1	อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	>85	94.66	96.16	98.62	-	-	-	98.00
2	ร้อยละของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานตาม FTE2 ในกลุ่มงาน	70%	82.52	86.14	88.28	3,459	3,867	100	89.44

เมื่อวิเคราะห์การขาดแคลนอัตรากำลังตามสายวิชาชีพ เปรียบเทียบแนวโน้มการลาออกของข้าราชการ พบว่า ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีความขาดแคลนอัตรากำลังมากที่สุด และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว มีการลาออกมากกว่าตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นข้าราชการ และสายสนับสนุนวิชาชีพตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ตำแหน่งพนักงานช่วยการพยาบาล ก็มีอัตราการลาออกสูงเช่นกัน จึงได้ทบทวนแนวทางแก้ไขปัญหาดังนี้

- จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมภายใต้อัตรากำลังที่มีอยู่ ได้แก่ การเกลี้ยอัตรากำลัง ภายใน สายงาน และข้ามสายงาน
- การเพิ่มแรงจูงใจให้คงอยู่ในองค์กร โดยเพิ่มค่าเวร ค่า OT ในหน่วยงานที่มีภาระงาน >120%
- สายงานสนับสนุนวิชาชีพที่ขาดแคลน เช่น พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานช่วยการพยาบาล พนักงานเปเล ถ้ามีการลาออกให้กลุ่มงานจัดทำบันทึกขอตแทน เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี อนุมัติให้หลักการ และแจ้งในคณะกรรมการบริหาร และพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี (HRMD) กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลดำเนินการสรรหาทดแทน โดยวิธีการสอบสัมภาษณ์ทุกวันพฤหัสบดี แล้วรายงานตัวเข้าปฏิบัติงานในวันจันทร์

- จัดอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น OR,LR,ER ให้เพียงพอ 80%
- ใช้อัตรากำลังที่ต่ำกว่าวิชาชีพ โดยการจัดหลักสูตรผู้ช่วยการพยาบาล (PN) ปี 2556 จำนวน 50 คน และปี 2558 จำนวน 80 คน โดยให้ทุนการศึกษา จ้างแพทย์ที่เกษียณอายุราชการให้ค่าตอบแทนเป็นรายคาบ โดยจ่ายค่าตอบแทนตามปฏิบัติจริง 500 บาท/ชม.

เป้าหมาย กระทรวง	ผลการดำเนินงาน
รอบ 3 เดือน มีการบริหาร จัดการข้อมูล กำลังคนด้าน สุขภาพที่มี ประสิทธิภาพ	1. บันทึกข้อมูลบุคลากรในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน 2. จัดระบบการรายงานการเคลื่อนไหวนักบุคลากรในสังกัดเพื่อการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 3. มีการวางแผนความก้าวหน้าให้กับพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ใน 24 สายงาน เพื่อเตรียมความพร้อมบรรจุเข้ารับราชการ 4. โรงพยาบาลอุดรธานี มีการปรับเพิ่มค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2565 ให้ได้รับค่าจ้างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2565 เป็นต้นไป เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากร ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.04/ว 261 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2565 เรื่อง บัญชีโครงสร้างอัตราค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข 5. ตามมติคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลอุดรธานี (HRMD) ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2565 และมติคณะกรรมการ Lead Team เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 มีมติเพิ่มค่าครองชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ที่มีอัตราค่าจ้างที่ยังไม่ถึงขั้นต่ำ (8,690) ให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ได้รับค่าครองชีพชั่วคราว (เงินสวัสดิการ) ในเดือนเมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 และลูกจ้างชั่วคราว ได้รับค่าครองชีพในเดือนเมษายน 2565 และมีมติปรับอัตราค่าจ้างให้ลูกจ้างชั่วคราว ในกลุ่มการจ้างไม่จำกัดวุฒิ หรือ วุฒิ ม.3/ม.6 ที่มีอัตราค่าจ้างยังไม่ถึงขั้นต่ำของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (8,690 บาท) ตั้งแต่ พฤษภาคม 2565
รอบ 6 เดือน มีการกำหนด แผน/กิจกรรม เพื่อเสริมสร้าง และธำรง รักษาบุคลากร ให้คงอยู่ใน ระบบ เช่น “HR Clinic”	1. วิเคราะห์ตนเองด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) 2. จัดช่องทางให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลอุดรธานี เช่น ไลน์กลุ่ม HR /ไลน์กลุ่ม ลูกจ้างประจำ/กลุ่มพนักงานราชการ/กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข/กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว จัดคลินิกให้คำปรึกษาในกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล 3. มี Web site/facebook ของกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสาร เช่น การแนะนำผู้บริหาร การค้นหาบุคลากร การแจ้งประชาสัมพันธ์ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกในระดับชำนาญการ ขอรับเงินประจำตำแหน่ง ระดับชำนาญการพิเศษ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นต้น 4. มีการบริหารตำแหน่งว่างภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ให้ <5% (ผลการดำเนินงานช่วงไตรมาสที่ 2 (ม.ค.-มี.ค.65) = 1.82%)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

มาตรการดำเนินการ

1. หน่วยงานมีแผนอัตรากำลังและมีฐานข้อมูลบุคลากรที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน
2. มีการอัตรากำลังในการบริหารงานบุคคล
3. นำกรอบอัตรากำลัง FTE ที่ สป. กำหนด มาใช้บริหารอัตรากำลังทุกหน่วยงาน
4. หน่วยงานมีระบบการบริหารผลงานและค่าตอบแทนที่เป็นธรรม
 5. ทบทวนระบบวันลา ให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ตรวจสอบได้
 6. พัฒนาระบบการประเมินผลทางวิชาการ (อวช.) (แจ้งสิทธิล่วงหน้า/ แบบฟอร์มการประเมิน / ตัวอย่าง อวช. โดยรวบรวมผลงานทางวิชาการเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้/ระบบที่เลี้ยงแต่ละวิชาชีพ)
 7. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ
 8. จัดการตำแหน่งที่ขาดแคลนได้ตามเป้าหมาย เช่น ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งพนักงานช่วยการพยาบาล เป็นต้น
 9. ระบบสแกนลายนิ้วมือและระบบบริหารวันลา (เริ่มใช้เมื่อ พ.ศ. 2561 ทั้งโรงพยาบาล) ใช้ในการตรวจสอบเวลาการเข้าปฏิบัติงานของบุคลากรทุกประเภท ตรวจสอบวันลา การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ การบริหารงานบุคคล การประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี เป็นต้น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

มีการเคลื่อนไหวเข้าและออกของบุคลากรตลอดเวลา ในตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้ และตำแหน่งพนักงานช่วยการพยาบาล เนื่องจากบัญชีโครงสร้างเงินเดือนของลูกจ้างชั่วคราว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราค่าจ้างตั้งแต่ ปี พ.ศ.2555 ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ทำให้ลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งดังกล่าวมีการเข้าและออกบ่อย เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับค่าจ้างของบริษัทเอกชนแล้วมีอัตราค่าจ้าง ต่ำกว่ามาก ทำให้การบริหารจัดการอัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพ เป็นไปด้วยความขาดแคลน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

1. โปรแกรมจัดการข้อมูลประเมินผลการปฏิบัติงาน และโปรแกรมบริหารการเงินเพื่อเลื่อนเงินเดือนบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี
2. โปรแกรมจัดการข้อมูลวันลาโรงพยาบาลอุดรธานี
3. โปรแกรมจัดการข้อมูลบุคลากรตามปฏิบัติจริง

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
3. นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด

ตัวชี้วัดการตรวจราชการ:

1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา
2. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด

2. สถานการณ์

การพัฒนาคน ได้รับการให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ถูกกำหนดให้เป็นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals 2030 (SDGs) และเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ (Global strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030) ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และกำหนดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์ (Human Wisdom) พัฒนาคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม (Head) มีทักษะเห็นผล (Hand) ควบคู่ไปกับการเป็น “คนไทย 4.0 ในโลกที่หนึ่ง” พัฒนาให้เป็นข้าราชการ 4.0 และเป็นภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญ ในหลายหลาก

ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน การจัดการพัฒนาและการจัดการด้านกำลังคนถือเป็นงานที่ยากที่สุด แต่ก็มีผลจำเป็นต่อการดำเนินการเพราะเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จด้านสุขภาพ ซึ่งการจะสร้างคนที่มีคุณภาพได้นั้นต้องมามองที่พื้นฐานความต้องการของบุคลากร ทั้งปัจจัยพื้นฐาน ความสุขในการทำงาน เป็นต้น กล่าวได้ว่าต้องให้อาหารใจกับบุคลากรให้อิ่ม ให้มีความสุข ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานเพื่อส่วนรวม ทั้งนี้การสร้างค่านิยม แรงบันดาลใจ และกลยุทธการบริหารและพัฒนากำลังคนเพื่อให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข “เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก” เกิดความสามารถที่จะยกระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของบุคลากร จะส่งผลให้ช่วยสร้างคุณค่าขององค์กรขึ้นอย่างถูกต้องและผลประโยชน์จะตกไปอยู่กับสุขภาพของประชาชนในที่สุด

โรงพยาบาลอุดรธานี มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติงานภายใต้การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และระบบบริหารจัดการ ภาครัฐแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนางานในหน้าที่อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ นักบริหารทุกระดับ มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการบริหารราชการยุคใหม่ เพื่อให้ภาคราชการมีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับสูงเทียบ เท้าเกณฑ์สากล มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถ ให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัยและการนำ

ผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ ได้วางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน และจัดทำแผนความต้องการและโครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ทุกระดับ ครอบคลุม ด้านบริหาร บริการ การจัดการ ด้านวิชาชีพเฉพาะทั้งก่อนประจำการ ระหว่างประจำการ กับบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล การพัฒนาบุคลากรจะต้องสอดคล้องกับ Service Plan ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีดังนี้

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรทั้งอบรมภายในและภายนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 - 2565

ปี	อบรมภายใน (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	อบรมภายนอก (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	ภาพรวมทั้งปี ร้อยละ
2556	1,213/8,563	46.4	1,017/3,224	38.9	85.3
2557	900/8,277	32.6	1,610/4,847	58.2	90.8
2558	1,602/8,943	56.2	1,026/3,007	35.9	92.1
2559	1,035/8,264	36.78	1,320/3,483	46.90	83.68
2560	1,481/3,734	49.40	1,018/3,224	33.96	83.36
2561	1,478/2,671	35.54	1,177/2,666	38.81	87.56
2562	1,412/2,823	44.23	1,454/4,379	45.55	89.78
2563	1,094/1,878	33.92	1,667/4,076	51.69	85.61
2564	1,288/2,156	38.30	1,128/2,077	33.53	71.83
2565 (ต.ค.64-มี.ค.65)	619/1,034	18.12	454/569	13.29	31.41

ตารางแสดงประสานเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2565

กิจกรรม	ปี พ.ศ. 2558	ปี พ.ศ. 2559	ปี พ.ศ. 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.- มี.ค.)
ศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทาง	44	62	28	21	36	24	21	1
ศึกษา/อบรม/ประชุม/สัมมนา/ ดูงานต่างประเทศ	5	8	21	26	20	5	-	-
ศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน	14	5	12	6	3	9	5	-
ศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาตรี	-	1	-	-	-	-	2	-
ศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาโท	-	1	2	2	-	-	-	-
อบรมวิสัยทัศน์พยาบาล	3	-	5	5	-	2	2	2

ตารางแสดงการอบรมเฉพาะทางของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2565

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.- มี.ค.)
1	อุบัติเหตุฉุกเฉิน	2	-	2	1	1	-	-	
2	การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง	6	9	1	11	-	5	2	
3	หัวใจและหลอดเลือดทรวงอก	9	7	2	8	2	-	-	
4	ทารกวิกฤตและทารกแรกเกิด	2	6	4	2	1	2	1	
6	ระบบบริการปฐมภูมิ	1	-	1	-	-	-	-	
7	รังสี	2	-	-	-	-	-	-	
8	วิจัย/เวชสถิติ	1	-	-	-	-	-	-	
9	เภสัช	1	2	3	4	4	1	2	
10	โรคเรื้อรัง	-	-	-	-	-	-	-	
11	เวชปฏิบัติ	1	-	1	4	-	-	-	
12	การพยาบาลวิกฤตผู้ใหญ่	14	14	13	-	17	-	-	
13	เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(ฟอกไต)	2	-	1	1	2	1	-	
14	วิทยาศาสตร์การบริการโลหิต	1	-	-	-	-	-	1	
15	การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	-	-	1	-	-	-	1	
16	เวชปฏิบัติทางตา	-	-	1	-	1	1	1	
17	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	-	-	-	1	4	2	1	
18	การพยาบาลการบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะ	-	-	-	1	1	-	1	
19	การพยาบาลสุขภาพจิตเวช	-	-	-	1	1	3	1	
20	การพยาบาลผู้ป่วยหนักโรคระบบทางเดินหายใจ	-	-	-	1	-	-	-	
21	การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร	-	-	-	1	1	-	-	
22	การดูแลเครื่องมือแพทย์สำหรับผู้ป่วยวิกฤต	-	-	-	-	-	-	-	
23	การดูแลผู้ป่วยบาดแผล ostomy	-	-	-	-	-	-	-	
24	ประสาทวิทยาประสาทศัลยศาสตร์	-	-	-	-	-	1	1	1
25	ผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูง	-	-	-	-	-	-	2	
26	การพยาบาลผู้สูงอายุ	-	-	-	-	1	-	-	
27	ต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม	-	-	-	-	-	1	-	
28	โรคข้อและรูมาติสซั่ม	-	-	-	-	-	1	-	
29	ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านสูติกรรม	-	-	-	-	-	1	-	
30	โรคติดเชื้อ	-	-	-	-	-	1	1	
31	การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด	-	-	-	-	-	-	2	
32	ตจวิทยา	-	-	-	-	-	-	1	
33	เทคนิคการแพทย์	-	-	-	-	-	1	2	
34	การพยาบาลออร์โธปิดิกส์							1	
รวม		45	38	35	41	35	22	21	1

ตารางแสดงการพัฒนาในกลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2565

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.- มี.ค.)
อบรมหลักสูตรพัฒนารองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ รพศ./รพท. และ โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่างๆของ กระทรวงสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1
อบรมหลักสูตรพัฒนารองผู้อำนวยการ ฝ่ายอำนวยการ รพศ./รพท.	-	-	-	-	-	3	-	1	-	2
อบรมหลักสูตรนักรับการแพทย์และ สาธารณสุขระดับสูง	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-
อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา การบริหารโรงพยาบาลรุ่นพิเศษ	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
อบรมหลักสูตรการบริหารงานบริการ สาธารณสุขและโรงพยาบาล	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมการบริหารสารสนเทศทาง การแพทย์	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิ บาลทางการแพทย์สำหรับแพทย์ ผู้บริหารระดับสูง	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูง ทางการบริหารภาครัฐและกฎหมาย มหาชน	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตรสำหรับผู้บริหารนอก กระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
อบรมผู้บริหารการสาธารณสุข ระดับกลาง	1	148	-	-	-	-	-	-	2	-
อบรมผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร Smart Leader	-	-	138	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร นบส.ส	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-

ตารางแสดงผลการดำเนินงานด้านการพัฒนางานวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2562 – 2565

ลำดับที่	โครงการ/กิจกรรม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.- มี.ค.)
1	การประชุมคณะกรรมการวิจัย (ครั้ง)	5	5	2	3
2	การสนับสนุนทุนวิจัยแก่บุคลากร (เรื่อง)	36	2	10	5
3	การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทางการวิจัยให้แก่บุคลากร (ครั้ง/คน/(บาท))	5/123 (311,876)	4/124 (322,977)	1/94 (63,840)	3/104 (93,053)
4	การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำผลการวิจัยเผยแพร่(ครั้ง)	2	10	13	8
5	การส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ	24	26	3	-
6	ผลงานได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอระดับจังหวัด/เขต/ ประเทศ	9	10	3	-

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรตามกลุ่มงานแยกรายปี (คน/ครั้ง) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.)
1	ผู้ป่วยนอก	23/64	28/74	36/47	4/5
2	ฉุกเฉิน	10/18	24/51	12/14	-
3	เวชกรรมฟื้นฟู	27/77	34/105	21/48	5/5
4	สูตินรีเวชกรรม	59/186	78/280	90/119	17/19
5	ออโรโธปิดิกส์	55/100	69/163	37/38	34/42
6	แพทยศาสตรศึกษา	24/74	30/142	29/131	16/16
7	กุมารเวชกรรม	68/109	87/190	47/53	11/11
8	ศัลยกรรม	167/270	217/482	74/90	30/30
9	อายุรกรรม	149/378	193/572	142/234	30/33
10	การพยาบาล	10/48	17/91	7/21	5/5
11	การเงิน	9/11	15/26	10/11	-
12	IC	65/31	10/69	15/26	2/2
13	ทรัพยากรบุคคล	10/37	15/64	9/11	-
14	บริหารทั่วไป	54/128	60/165	64/151	4/4
15	จิตเวช	7/26	16/62	17/62	10/25
16	ทันตกรรม	23/79	33/129	12/17	1/1
17	พัสดุ	19/26	22/35	7/9	4/4
18	พยาธิวิทยาคลินิก	30/47	9/44	27/44	-
19	เวชกรรมสังคม	78/345	111/596	111/166	27/38
20	แพทย์ใช้ทุน	6/11	17/42	20/33	2/2
21	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	41/103	66/188	44/60	5/5
22	พยาธิวิทยากายวิภาค	5/8	9/21	4/20	-
23	เภสัชกรรม	58/137	87/255	31/42	4/4
24	แพทย์แผนไทย	14/33	21/96	20/32	17/19
25	โภชนาการ	12/58	18/89	11/14	3/3
26	รังสีวิทยา	18/31	19/52	13/21	2/2
27	พัฒนาทรัพยากรบุคคล	19/51	25/107	11/12	2/3

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ต.ค.-มี.ค.)
28	วิสัญญี	37/74	58/132	14/22	4/5
29	งานแผนและสารสนเทศ	31/87	34/103	32/40	11/11
30	สังคมสงเคราะห์	12/45	13/69	6/9	1/2
31	สุขศึกษา	3/5	9/27	3/4	-
32	อาชีพะเวชกรรม	10/27	17/60	14/22	1/1
33	ห้องผ่าตัด	40/64	65/108	30/36	9/9
34	โสต ศอ นาสิก	16/25	19/39	10/11	2/2
35	นภาคคลินิก	31/84	32/119	6/12	1/2
36	ประกันสุขภาพ	18/25	28/77	3/3	-
37	องค์กรแพทย์	-	-	-/-	-
38	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก	35/59	59/141	24/35	1/1
39	การบัญชี	5/11	4/11	8/9	3/3
40	การพยาบาลห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบหัวใจ	-	-	-	2/2
41	การพยาบาลชุมชน	-	-	-	1/1
42	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	-	-	-	2/2
43	เวชระเบียน	-	-	-	2/2

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ผู้นำโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาของบุคลากรในทุกระดับ โดยสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร คิดเป็น ร้อยละ 3 ของเงินงบประมาณโรงพยาบาลในทุกปี ทุกกลุ่มฝ่ายจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพจัดอบรมตาม Competency ของหน่วยงานและตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานีตามระยะเวลาที่กำหนดและครบถ้วนสมบูรณ์ โรงพยาบาลอุดรธานีจึงมุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัยและการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยให้ทุกกลุ่มฝ่ายร่วมกันที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ดูแลสิทธิผลประโยชน์ในการพัฒนาของบุคลากร สนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R2R และงานวิจัยแพทยศาสตรศึกษา กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญ เช่น การอบรมผู้บริหารระดับกลาง, การพัฒนาผู้บริหาร SMART LEADER, การอบรมโครงการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Organization Development), การพัฒนางานพัฒนาวิชาการของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก(พัฒนาอาจารย์แพทย์) การวิจัยเพื่อการพัฒนา เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานบริการและสนับสนุนให้ผู้ที่มิใช่ผลงานประจำนำเสนอ โดยสนับสนุนให้นำเสนอผลงานทั้งในและนอกประเทศ ตลอดจน การประสานเพิ่มพูนความรู้และทักษะ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรมทั้งในและต่างประเทศ และมีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี ปฏิบัติตามอัตลักษณ์ คือ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีจิตบริการ core value คือ ผู้ป่วยคือคนสำคัญ ทีมงานแข็งแกร่ง มุ่งมั่นพัฒนา และเป็นหน่วยงานต้นแบบองค์กรแห่งความสุข ซึ่งได้ดำเนินการภายใต้แผนพัฒนาบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2565

3.2. โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ตารางแสดงแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปีงบประมาณ 2565

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
1	แผนพัฒนาบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลตามแผน IDP ของแต่ละกลุ่ม/ฝ่าย(ประชุม/อบรม/สัมมนาภายนอกโรงพยาบาล) - 132 หน่วยงาน/53 กลุ่มงาน (3,387 คน)	2,000,000
2	โครงการตามนโยบาย/โครงการฉุกเฉิน/โครงการเฉพาะกิจ - โครงการพัฒนาบุคลากร CVT/พัฒนาศูนย์อุบัติเหตุ/พัฒนาศักยภาพ COPD & Asthma/พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก/พัฒนาระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง/ อบรมเฉพาะทางพยาบาล (การดูแลผู้ป่วยวิกฤต,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล,หัวใจและหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด,ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน)/บริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล,ประชุมFAnกลาง,Lean,ดูงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง,ประชุม HA National Forum,การพัฒนา ศักยภาพผู้ประสานกลาง FA,การประชุม HACC	2,855,140
3	โครงการอบรมเฉพาะทางระยะเวลา ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ - 6 เดือน - อบรมเฉพาะทางหน่วยงานอื่นๆ (กายภาพบำบัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ, เภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง, โภชนบำบัด, การแพทย์แผนไทย,เวชปฏิบัติทั่วไป, เทคนิคการแพทย์,อาชีวอนามัย,เซลล์วิทยาาระบบอวัยวะสืบพันธุ์)	1,475,000 (กลุ่มการ) 1,269,960 (กลุ่มอื่น)
4	โครงการพัฒนาบุคลากรภายในกลุ่มฝ่าย - การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล,การปฏิบัติ PCPR/NCPR,การช่วยฟื้นคืนชีพ,การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,การดูแลผู้ป่วยระยะที่มีภาวะวิกฤติ,การดูแลผู้ป่วย Sepsis,การประชุมวิชาการกลุ่มฝ่าย ฯลฯ	432,700
5	โครงการพัฒนาบุคลากรระหว่างกลุ่มฝ่าย - การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยใน,การนิเทศทางการพยาบาล, การใช้เครื่องช่วยหายใจ,ปลูกจิตสำนึกอนุรักษ์พลังงาน,เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลโรคไข้เลือดออก,การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงทางการบัญชี, การเฝ้าระวังสารเคมีในโรงพยาบาล,การให้คำปรึกษา,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,กระบวนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ฯลฯ	341,800
6	โครงการพัฒนางานวิจัย R2R/KM - การประชุมเชิงปฏิบัติการมหกรรมR2R,การพัฒนาศักยภาพครู,การนำเสนอผลงานทางวิชาการ,การจัดงานมหกรรมKM,การให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย,นำเสนอผลงานระดับกระทรวง,ประชุมวิชาการมหกรรม R2R ระดับภาค/ประเทศ,จัดทำวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี	600,000
7	โครงการพัฒนาวิชาการแพทย์ใช้ทุน - การปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน,การพัฒนาจริยธรรมและแนวทางการเพิ่มพูนทักษะ,การประชุมวิชาการประจำเดือน,การหาสาเหตุการตายและการชันสูตรพลิกศพ,อัลตราซาวด์ในภาวะฉุกเฉินและการใช้ CTScan,Trauma	168,400

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
	Life Support,Advance Cardiac Life Support,การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ,การลงความเห็นผู้ป่วยคดีและการป้องกันการถูกฟ้องร้อง	
8	โครงการอบรม ACLS/BLS สำหรับพยาบาลและบุคลากร	100,000
9	โครงการจริยธรรม - การพัฒนาบุคลากรต้นแบบ,การบริหารความขัดแย้งทางจริยธรรม,ตลาดนัดความดี,การประชาสัมพันธ์อัตลักษณ์รพ.คุณธรรม,การยกระดับจิตใจ,การปฏิบัติธรรมโดยการนั่งสมาธิ	140,000
10	โครงการพัฒนาด้านคุณภาพ (HA)	617,000
รวม		10,000,000

4. ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลอุดรธานีทำการสำรวจความพึงพอใจ(บรรยากาศองค์กร)และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยแบบสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีประจำปี และการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometer ทำการสำรวจเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2556 จำนวน 834 คน, ปี 2557 จำนวน 1,431 คน ปี 2558 จำนวน 2,143 คน ปี 2559 จำนวน 2,129 คน สำหรับ ปี 2560 จำนวน 1,722 ปี 2561 จำนวน 368 ในปี 2562 มีการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometer จำนวน 1,075 คน พบว่า ความพึงพอใจ โดยในปี 2562 มีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 60.88 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 64.56 สรุปการประเมินการประเมินความสุขรายด้าน ได้ดังนี้ 1)ด้านจิตวิญญาณดี 71.24 2)ด้านน้ำใจดี 68.46 3)ด้านใฝ่รู้ดี 64.24 4)ด้านสังคมดี 61.66 5)ด้านสุขภาพกายดี 61.28 6)ด้านครอบครัวดี 60.77 7)ด้านการงานดี 60.72 8)ด้านผ่อนคลายดี 51.20 และ 9)ด้านสุขภาพเงินดี 48.37 สำหรับในปี 2563 มีการสำรวจผ่านทาง online โดยใช้แบบสำรวจตามแบบ Happinometer โดยมีบุคลากรตอบแบบสำรวจ จำนวน 1,748 คน พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 71.81 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 73.13 และในปี 2564 พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 69.01 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 70.57 สำหรับปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการประเมินดัชนีความสุขคนทำงาน (Happinometer) ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งโรงพยาบาลอุดรธานีได้มีบุคลากรตอบแบบประเมินทั้งสิ้น 3,027 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.01 โดยผลการประเมินความสุขบุคลากรพบว่า สุขภาพกายดี (Happy Body) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.95 ผ่อนคลายดี (Happy Relax) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 50.02 น้ำใจดี (Happy Heart) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 67.29 จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 68.98 ครอบครัวดี (Happy Family) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.28 สังคมดี (Happy Society) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.18 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 61.45 สุขภาพเงินดี (Happy Money) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 45.76 การงานดี (Happy Work Life) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 58.13 โดยมีค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม เท่ากับ 58.89 และ มีค่าเฉลี่ยความผูกพัน (Engagement) เท่ากับ 61.64 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance) เท่ากับ 57.67

สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี 2556-2565

ความพึงพอใจและความผูกพัน	ปี2556 (ร้อยละ) (834 คน)	ปี2557 (ร้อยละ) (1,431 คน)	ปี2558 (ร้อยละ) (2,143 คน)	ปี2559 (ร้อยละ) (2,129 คน)	ปี2560 (ร้อยละ) (1,722 คน)	ปี 2561 (ร้อยละ) (368 คน)	ปี 2562 (ร้อยละ) (1,075คน)	ปี 2563 (ร้อยละ) (1,748คน)	ปี 2564 (ร้อยละ) (823คน)	ปี 2565 (ร้อยละ) (3,027 คน)
ความพึงพอใจต่อการทำงานในโรงพยาบาลอุดรธานี	66.45	69.84	70.64	70.42	76.8	71.78	60.88	71.81	69.01	58.89
ความผูกพันต่อโรงพยาบาลอุดรธานี	74.23	76.75	76.51	77.39	79.4	76.44	64.56	73.13	70.57	61.64

ตารางตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2565 (1ต.ค.-31 มี.ค.65)		
	2562	2563	2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	-	-	50	2	2	100 %
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	33.68	54.20	24.47	70	3,027	89.01 %
3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	14	15	13	10	8	80 %

5. ปัญหา อุปสรรค

เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา-โควิด-19 จึงทำให้การจัดอบรมการพัฒนาบุคลากร โครงการต่างๆ โดยเฉพาะการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามสาขา Service Plan ที่จัดทำในแผนพัฒนาบุคลากร ปีงบประมาณ 2565 ไม่ได้เป็นไปตามแผนที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

6. ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามสาขา Service Plan จะต้องได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาบุคลากร (HRD) และจากประธานและเลขาของ Service Plan ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะได้นำเอายุทธศาสตร์และเต็มมุ่งของโรงพยาบาลมาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรได้ตรงตามสาขาและครบตามสายสหวิชาชีพ ตามความต้องการขององค์กร

2. การพัฒนาบุคลากรตามสาขา Service Plan ที่จะต้องมีการประสานกับแหล่งฝึกอบรมต่างๆ เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรที่ได้กำหนดไว้

3. ในบางสาขา Service Plan ที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อาจจะต้องพัฒนาให้เป็นแหล่งฝึกอบรมเองซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดได้

4. ควรมีการปรับเปลี่ยนแผนการพัฒนาได้อย่างทันต่อสถานการณ์ เช่น ปรับเปลี่ยนหลักสูตรการฝึกอบรม วิธีการฝึกอบรม การปรับเปลี่ยนงบประมาณในการฝึกอบรม เพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

5. ควรมีการดำเนินโครงการพัฒนาบุคลากรในประเภทอื่นๆ ในลักษณะการศึกษาวิจัยที่หาสาเหตุของปัจจัยแห่งความสำเร็จที่จะเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนในอนาคต

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

โรงพยาบาลอุดรธานีได้นำการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล Individual Development Plan (IDP) ที่เป็นส่วนของการที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บังคับบัญชากำหนดความจำเป็นในการพัฒนา และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เพื่อความสำเร็จของงาน โดยเป็นแผนที่ระบุเป้าหมาย และวิธีการในการพัฒนาตนเองที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นแผนที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล ให้มีสมรรถนะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ตามแนวทางการก้าวหน้าในสายงาน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

1. ประเด็นตรวจราชการ

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

2. สถานการณ์

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA ถือเป็นเครื่องมือยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของระบบราชการไทย ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรมและเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนน โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด ภายใต้หลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมิน ITA คือ การเปิดเผยข้อมูลและเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน

3. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 85)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	23 ข้อ (MOIT)	23 ข้อ (MOIT)	ร้อยละ 91.30

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมิน ITA โดยใช้ข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ MOIT 1 – MOIT 23 ในไตรมาส 2 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมิน ITA ที่ 2100 คะแนนจาก 2300 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.30 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

5. มาตรการการดำเนินงาน

- กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) ได้มีการชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในตัวชี้วัดแต่ละตัวในรายละเอียดเพื่อเกิดความรู้เข้าใจในหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
- โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ MOIT 1 – MOIT 23

3. ได้จัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางปฏิบัติ MOIT 1 – MOIT 23 ทบทวนจุดอ่อน หาโอกาสพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดอ่อน และนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
 4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ MOIT 1 – MOIT 23
 5. ในไตรมาส 2 คณะกรรมการ MOIT 1 – MOIT 23 ได้วิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงาน รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเขตสุขภาพที่ 8
 6. ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินรายงาน MOIT 1 – MOIT 23 เพื่อตรวจให้คะแนนระดับจังหวัดอุดรธานี
6. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด
7. ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ
8. ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่าย ITA ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

1. ประเด็นตรวจราชการ

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด

ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

2. สถานการณ์

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่ตรวจพบโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง ระบบการควบคุมภายใน และการตรวจสอบภายใน โดยหน่วยบริการบางหน่วยยังประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน การกำกับติดตามไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่มีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์

โรงพยาบาลอุดรธานี ได้กำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน และตรวจสอบภายในของหน่วยงานชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ได้ดำเนินการจัดวางระบบควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและดำเนินการตามแนวทางการจัดวางระบบควบคุมภายใน ได้มีการประเมินผลการควบคุมภายใน และมีการรายงานระดับหน่วยรับตรวจแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ ครบถ้วน ถูกต้องตามแนวทางการจัดวางระบบควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ มีการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

3. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานภายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด (๕ ระดับ)	ระดับ 4 ร้อยละ 89.71	ระดับ 4 ร้อยละ 88.43	ระดับ 4 ร้อยละ 90.91	ระดับ 4	ระดับ 4	ร้อยละ 90.91

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมินผลระบบควบคุมภายใน ในไตรมาส 1 เป็นการประเมินผล 5 ระดับ ค่าเป้าหมายอยู่ที่ระดับ 4 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมินที่ระดับ 4 โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

5. ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
2. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโครงสร้างการบริหารงาน และ Flowchart ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามระเบียบ
3. ได้จัดทำรายงาน ปค.4, ปค.5 ในระดับโรงพยาบาล ได้จัดทำแบบประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน และรายงานเปรียบเทียบแผน-ผลการพัฒนาองค์กร 5 มิติ ของปี 2564
4. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปค.5
5. คณะกรรมการประเมินผลระบบควบคุมภายใน ได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 ได้รายงานผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกรม สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. คณะกรรมการตรวจสอบภายในได้ดำเนินการตรวจสอบภายในตามนโยบายและประเด็นมุ่งเน้น จากผลการดำเนินงาน ปี 2565 ตั้งแต่เดือนมีนาคม – มิถุนายน 2565 เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
7. สำนักงานตรวจสอบภายในได้ร่วมตรวจสอบภายในระดับจังหวัดอุดรธานี ในสถานบริการทุกระดับ ตามขอบเขตการตรวจสอบภายในของจังหวัดอุดรธานี

6. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

7. ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

8. ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดวางระบบบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายใน ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 2 Functional Based

หัวข้อ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)

2. สถานการณ์

ปัจจุบันโรงพยาบาลอุดรธานีมีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 1,800 – 2,000 คน ซึ่งในแต่ละวันมีผู้ป่วยและญาติเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลอุดรธานีมีนโยบาย และมุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการลดความแออัดผู้ป่วย และการรอคอยของผู้ป่วย โดยในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือการที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) มีการประสานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการจ่ายยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำไปสู่โครงการรับยาใกล้บ้าน เภสัชกรใกล้ใจ โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลนำร่อง เริ่มดำเนินการ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562

โครงการรับยาใกล้บ้าน เภสัชกรใกล้ใจ โรงพยาบาลอุดรธานี ทำในผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคได้ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดัน และหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในผู้ป่วยสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นหลัก และสิทธิอื่นๆซึ่งเป็นความสมัครใจของร้านยาที่รับผู้ป่วยนอกเงื่อนไขสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยในปีงบประมาณ 2563 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการเป็นหน่วยบริการ 5 แห่ง กระจายตามเขตในเขตอำเภอเมือง และในปีงบประมาณ 2564 จนถึงปัจจุบัน มีการขยายหน่วยบริการร้านยาเพิ่มขึ้นเป็น 10 แห่ง ใช้รูปแบบการจัดการ Model ที่ 1 คือ เภสัชกรโรงพยาบาล จัดยาผู้ป่วยแต่ละรายส่งให้ร้านยาตามรอบการส่งยา ในครั้งแรกผู้ป่วยจะได้รับยาที่โรงพยาบาลก่อน 1 เดือน หลังจากนั้นเป็นระบบเติมยาที่ร้านยาทุก 2 เดือน และนัดติดตามพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุก 6-12 เดือน ตามที่แพทย์พิจารณา สำหรับในการส่งต่อข้อมูล มีการพัฒนาโปรแกรมที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นเองเป็นระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ทั้งร้านยาเองสามารถบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลได้อีกด้วย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. โรงพยาบาลเลือกร้านยา กระจายตามเขตต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอเมือง (สสจ. คัดเลือกร้านยาที่ผ่านคุณสมบัติเป็นร้านยา GPP และเภสัชกรปฏิบัติการอยู่ ไม่นต่ำกว่า 8 ชั่วโมง)
2. มีการประชุม อบรมเภสัชกรร้านยา และวางแผนการนิเทศร้านยา
3. ประชาสัมพันธ์สื่อสารกับผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพ
4. วางระบบการจัดส่งยาให้ร้านยา การเติมยาให้ผู้ป่วย
5. วางแผนพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย เป็นเพื่อการส่งต่อข้อมูลบริการของผู้ป่วย และต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยา

6. สร้างมาตรฐานให้ร้านยา มีการติดตามและประเมินผู้ป่วย ทั้งในด้านการใช้ยา การติดตามผลการรักษา และมีการส่งต่อข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และร้านยา

7. มีการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพในเรื่องของความพึงพอใจต่อระบบบริการรับยาร้านยาของผู้ป่วย

4. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอุดรธานี

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line		ไตรมาส 1 ปี 2565	ไตรมาส 2 ปี 2565	
	ปี 2563	ปี 2564	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
- โรงพยาบาลมีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)	มีใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์	มีใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์	- โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) โดยโรงพยาบาลเขียนโปรแกรมขึ้นเอง	มีใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์	- โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) โดยโรงพยาบาลเขียนโปรแกรมขึ้นเอง มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลบริการ - มีการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารทางเภสัชกรรมให้กับร้านยา เครือข่ายเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการ

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์

1. ร้านยาสามารถดูข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยในรายที่โรงพยาบาลส่งต่อรับยาร้านยา ได้แก่ ข้อมูลการรักษา ประวัติแพ้ยา รายการยา วิธีใช้ยา รูปภาพยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยประวัติผู้ป่วยสามารถดูย้อนหลังได้ 6 เดือน

สามารถเลือกวันนัดของรายนยาเพื่อ ดูรายการยา และจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ

สามารถดูประวัติผู้ป่วยย้อนหลังได้ 6 เดือน

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ
- รายการยาย้อนหลัง

ส่วนข้อมูลพื้นฐานของคนไข้

ข้อมูลจากโรงพยาบาลอุดรธานี

วันที่รับบริการ : 25 ต.ค. 2562

สิทธิการรักษา : บัตร UC ผู้สูงอายุ (ฟรี)

วินิจฉัย : CC : มาตามนัด PI : DMT2 HT DLP ไม่ขาดยา ไม่ขาดยา ไม่มีแผล ไม่มีอาการ Hypoglycemia PH: ปฏิกิริยา การผ่าตัด ปฏิกิริยา

น้ำหนัก : 60 ส่วนสูง : 153 อัตราเต้นหัวใจ : 69

ความดันโลหิต : 157

อาการสำคัญ :

แบบประเมินอาการ

แบบประเมินอาการ ปัญหาที่พบจากการใช้ยา

รายการยา วิธีการใช้ยา และรูปภาพยา

ลำดับ	รายการ	Strangth	units	จำนวน	วิธีใช้	รูปภาพ
1	MANDIPINE HCL 20MG TAB,MAPILOT	20	IT	180	วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า	
2	SIMVASTATIN 40MG TAB(X)	40	IT	90	วันละ 1 ครั้งก่อนนอนตอนกลางคืน	

รูปภาพที่ 1 แสดงตัวอย่างหน้าจอโปรแกรมรับยาร้านยาของโรงพยาบาลอุดรธานี (1)

2. ร้านยาสามารถบันทึกบริการทางเภสัชกรรมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

ระบบ รับยาที่คลินิก

วันที่ : 01/17/2020 03:45:25

คลินิก : 001

รายนยา : รายนยาคลินิกเภสัช บ้านเวียง

เลือกวันนัด

วันที่	ข้อมูลการรักษา
25 ต.ค. 2563	>
25 ต.ค. 2563	>
25 พ.ย. 2562	>
25 ต.ค. 2562	>

แสดงทั้งหมด

วันที่รับบริการโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย

วันที่	ข้อมูลการรักษา
28 ต.ค. 2562	>
25 ต.ค. 2562	>
21 ต.ค. 2562	>

ข้อมูลจากโรงพยาบาลอุดรธานี

วันที่รับบริการ : 25 ต.ค. 2562

สิทธิการรักษา : บัตร UC ผู้สูงอายุ (ฟรี)

วินิจฉัย : CC : มาตามนัด PI : DMT2 HT DLP ไม่ขาดยา ไม่ขาดยา ไม่มีแผล ไม่มีอาการ Hypoglycemia PH: ปฏิกิริยา การผ่าตัด ปฏิกิริยา

น้ำหนัก : 60 ส่วนสูง : 153 อัตราเต้นหัวใจ : 69

ความดันโลหิต : 157

อาการสำคัญ :

แบบประเมินอาการ

แบบประเมินอาการ ปัญหาที่พบจากการใช้ยา

ส่วนของการส่งต่อข้อมูลของร้านยา

- ข้อมูลผู้ป่วย
- ปัญหาที่พบจากการใช้ยา

รายการยา

ลำดับ	รายการ	Strangth	units	จำนวน	วิธีใช้	รูปภาพ
1	MANDIPINE HCL 20MG TAB,MAPILOT	20	IT	180	วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า	
2	SIMVASTATIN 40MG TAB(X)	40	IT	90	วันละ 1 ครั้งก่อนนอนตอนกลางคืน	

รูปภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างหน้าจอโปรแกรมรับยาร้านยาของโรงพยาบาลอุดรธานี (2)

บยาที่คลินิก 7/2020 08:04:35 เบอร์ : 001 เสม็ดศักดิ์เภสัช บ้านห้วย การรับนี้ นวิรัตน์ จากระบบ	ข้อมูลการรักษา HN : 39641 ชื่อ : นางน้อย พุกเจริญ โทรศัพท์ : 0922952444		
	#	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	น้ำหนัก	50	51
	ส่วนสูง	162	162
	อัตราการเต้นหัวใจ	80	83
	น้ำตาลในเลือด (FBS)	162	162
	เส้นรอบเอว	92	92
	ความดัน	132 / 80	134 / 86
	CC อาการสำคัญ :	มาตามักเวียนยา ไม่ขาดยา ทานยาถูกต้อง	
	Need for additional drug therapy	-	
	Unnecessary drug therapy	-	
	Wrong drug	-	
	Dosage too low	-	
	Adverse drug reaction	-	
	Dosage too high	-	
	Compliance	-	
	% Compliance	100 %	
	Waste medicine	simvastatin 40 mg เหลือ 20 เม็ด (ยาเดิมเหลือค้าง)	
	ปัญหา/สิ่งที่พบ	-	

รูปภาพที่ 3 แสดงตัวอย่างข้อมูลที่ร้านยาบันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการมีเฉพาะในเขตตัวเมือง ยังไม่กระจายอย่างทั่วถึงในทุกอำเภอ
2. การประชาสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง และไม่ต่อเนื่อง
3. โปรแกรมของโรงพยาบาลอุดรธานียังไม่เชื่อมต่อกับระบบของ สปสช. ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาต่อไปในไตรมาส 3 และไตรมาส 4

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมโครงการรับยาใกล้บ้าน เภสัชกรใกล้ชิดต่อไป โดยให้เป็นนโยบายจากส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ เนื่องจากรวมตัวกันในสถานที่แออัด ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ทั้งการรับยาร้านยายังมีเภสัชกรร้านยาที่สามารถช่วยติดตามและประเมินผู้ป่วยในการใช้ยา และติดตามอาการได้อีกด้วย
2. ควรมีการขยายกลุ่มผู้ป่วย สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงโครงการในทุกสิทธิซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
3. ขยายกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีอาการคงที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรายการยา
4. ประชาสัมพันธ์โครงการฯ และสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการรับยาที่ร้านยาให้ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

1. โรงพยาบาลพัฒนาโปรแกรมขึ้นเอง โดยพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น รวมทั้งประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย เป็นเพื่อการส่งต่อข้อมูลบริการของผู้ป่วย และต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยา และสร้างมาตรฐานให้ร้านยามีการติดตามและประเมินผู้ป่วย ทั้งในด้านของการใช้ยา การติดตามผลการรักษา และมีการส่งต่อข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และร้านยา

2. เปิดรับความสนใจของร้านยาในการรับผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ นอกเหนือสิทธิการรักษาบัตรทอง ทำให้ขยายโอกาสให้ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการได้มากขึ้น

3. มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการที่ร้านยา โดยผลการประเมินความพึงพอใจในด้านต่างๆ พบว่าผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจต่อการมารับยาที่ร้านยาในด้านความสะดวก ด้านคุณภาพงานบริการ ด้านการได้รับข้อมูลยา และด้านลักษณะผู้ให้บริการ

Area Based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 3 Area Based

หัวข้อ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

หมวด 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 1 โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

17.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป

17.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus

2. สถานการณ์

โรงพยาบาลอุดรธานีพัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ปัจจุบันโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการประเมินเป็น GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลอุดรธานีอยู่ระหว่างดำเนินการประเมินตนเอง และนำข้อค้นพบจากการประเมินจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านนาмайสิ่งแวดล้อม GREEN and CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

จัดกิจกรรมตามกระบวนการ GREEN ได้แก่

G : GARBAGE

2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปที่พักรวมมูลฝอยถูกสุขลักษณะ

R : RESTROOM

4. มีการก่อสร้างส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก

E : ENERGY

5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดรวมกันทั้งโรงพยาบาล

E : ENVIRONMENT

6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ

7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

N : NUTRITION

8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561

9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561

10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 11 – 12

11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกต้องสุขลักษณะ

12. มีการพัฒนาสวมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)

ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 13 – 14

13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16

15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับโรงพยาบาลศูนย์

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 2 ปี 2565 (ต.ค.64 – มี.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
17 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	1	1	ร้อยละ 100
17.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	1	1	ร้อยละ 100
17.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	1	1	ร้อยละ 100

5. ปัญหาอุปสรรค

โครงสร้างอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล ร้อยละ 80 ที่มีอายุการใช้งานเกิน 25 ปี ลักษณะเป็นอาคาร 1 – 3 ชั้น โครงสร้างภายในทรุดโทรม

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรก่อสร้างอาคารสูง 15 – 20 ชั้น เพื่อรองรับบริการที่ขยายตัว และสามารถเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้มากขึ้น

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

1. ติดตั้งเทคโนโลยีเตือนภัยไฟไหม้ (Fire Alarm) เพื่อเฝ้าระวังอัคคีภัย
2. ติดตั้งเทคโนโลยีเตือนเครื่องกำเนิดไฟฟ้าหยุดทำงาน (Generator Alarm) ผ่านหน้าจอมือถือ

ผู้รายงาน คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลอุดรธานี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ประเด็นที่ 3 Area Based

หัวข้อ งานวัณโรค

1. ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage)

2. สถานการณ์

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ โดย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีภาวะวัณโรคสูง (High burden countries) ได้แก่ มีภาวะวัณโรค (TB) วัณโรคเอดส์ (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ.2563 (WHO, Global TB report 2020) ได้คาดการณ์ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งพบร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน จากผลการดำเนินงานในปี 2562 พบว่าผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 87,789 คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 84 (87,789/105,000) โดยสาเหตุอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาที่ต่ำมีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ มีการไปรับบริการที่คลินิก/โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลเอกชน หรือการมารับบริการแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงานผลการดำเนินงานวัณโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,798 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ HIV ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 1,221 ราย ได้รับยา จำนวน 1,095 ราย ซึ่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยใหม่และรักษาซ้ำมีผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยาเพียงร้อยละ 38 และผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2561 เท่ากับร้อยละ 85.0 ประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า มีผู้ป่วยที่ตรวจพบ และรายงานร้อยละ 59 ของที่คาดการณ์เท่านั้น ซึ่งสะท้อนของการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้า เข้าไม่ถึง ทำให้แพร่กระจายเชื้อในชุมชน และทำให้แต่ละปี อัตราป่วยคาดประมาณลดลงได้เพียงช้าๆเท่านั้น การจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน องค์การอนามัยโลกโดยการรับรองวาระของประเทศสมาชิกได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรค เป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals : SDGS ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค End TB Stratese โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2573 และ 2578 ตามลำดับ

จังหวัดอุดรธานีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 394,413 และ 468 ราย อัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 85.88,86.99 และ 86.06 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ (New M+) 235,237 และ 0262 ราย จำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 6,0 และ 12 ราย จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาใหม่หลังขาดยา 9,3 และ 12 ราย จำนวนวัณโรคดื้อยา (MDR TB) ในระดับอำเภอเมืองอุดรธานี จำนวน 3,4 และ 3 รายจำนวนวัณโรคดื้อยา (MDR TB) ในระดับจังหวัด 10,8 และ 6 ราย จำนวนวัณโรคดื้อยา (MDR TB) ที่เสียชีวิต 0,2 และ 0 ราย ในเขตจังหวัดอุดรธานี ในปี 2563 ยังพบผู้ป่วย XDR TB กำลังรักษาอยู่ 1 ราย ที่ อ. กุมภวาปี จะเห็นว่าพื้นที่ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาและเสียชีวิตสูงขึ้นขององค์การอนามัยโลก

คาดการณ์ว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย และกลุ่มผู้เสียชีวิตพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ จึงนับว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาในพื้นที่ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งรัด ในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อลดอัตราการแพร่เชื้อในชุมชน ผู้ป่วยวัณโรคได้รับดูแลรักษาต่อเนื่อง ได้รับการดูแลควบคุมกำกับการกินยา แบบมีพี่เลี้ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งตามสถิติที่มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนพี่เลี้ยงกำกับการกินยา ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อเพียงพอต่อปริมาณของผู้ป่วย อัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 ภาพรวมของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คิดเป็นร้อยละ 86.06 ปัญหาการขาดการติดตามการรักษาจากเจ้าหน้าที่ในเขตพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ ผลการรักษาในปีงบประมาณ 2564 อัตราการตาย ร้อยละ 5.73 อัตราการขาดยาร้อยละ 7.37 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 3) ซึ่งการขาดยามีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดปัญหา วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)

ดังนั้น เพื่อผลสำเร็จในการดำเนินงานวัณโรคดังกล่าวกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลอุดรธานีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี จึงจัดทำโครงการโครงการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมวัณโรค CUP โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565 ขึ้น

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

ด้าน	ปัญหา	อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
Service Delivery	ขาดทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย / กังวลเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ	ปฏิบัติไม่ตรงตาม CPG	จัดอบรมฟื้นฟูและปฏิบัติการเกี่ยวกับงานวัณโรคให้กับผู้มีส่วนร่วม
Health Work Force	ไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติ CPG TB	ปฏิบัติไม่ตรงตาม CPG	จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และปฏิบัติการเกี่ยวกับงานวัณโรคให้กับผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง
Information&Technology	การลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TBCM	ความไม่เสถียรของโปรแกรม	จัดทำโปรแกรมให้เสถียรและอบรมการใช้โปรแกรมให้แก่ผู้รับผิดชอบ
Drug & Equipment	-	-	-
Financial	-	-	-
Governance & Management	การขาดยา/ขาดนัด/การกินยาไม่ต่อเนื่อง	การติดตามผู้ป่วยไม่ได้เลย	จัดทำ MOU กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
Participation	มีผู้รับผิดชอบตาม MOU ที่ชัดเจน	การติดตามผู้ป่วยไม่ได้เลย	จัดทำ MOU กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2565 (1ต.ค.64 – 30 มี.ค. 65)		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	เป้าหมาย (%)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/อัตรา
1.อัตราสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88	๘๕.๘๘	86.99	86.06	88	(152/192)	79.16
2.อัตราความครอบคลุมของ การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage) ร้อยละ 88 คิดจากอัตรา 150 ต่อแสนประชากร	91.75	85.15	96.69	300คน/ 2Cohort (600คน/ปี)	199/300	66

5. ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาหลักในการดำเนินงานวัณโรค คือปัญหาเรื่องการขาดยา และการติดตาม

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยขาดนัดในการประชุม กวป.ทุกเดือน เพื่อให้พื้นที่ช่วยติดตามผู้ป่วย

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

-

ภาคผนวก

ภาคผนวก
คณะผู้จัดทำเอกสาร

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|----------------|------------------|--|
| 1. นางฤทัย | วรรณวินิจ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี |
| 2. นายสมน | ตั้งสุนทรวิวัฒน์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 |
| 3. นางศรีสุดา | ทรงธรรมวัฒน์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 2 |
| 4. นางปิยะฉัตร | วรรณาสุนทรไชย | รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ |

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|--|-----------|----------------------------------|
| 1. นางจุฬารัศมี | เวทย์จรัส | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| 2. นางสาวกัญญาดา | เมืองศรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 3. นางวรรณยา | วุฒิสาร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประเด็นตรวจราชการ | | โรงพยาบาลอุดรธานี |

หน่วยงานที่จัดทำ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลอุดรธานี
เลขที่ 33 ถนนเพาชนิยม ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
โทรศัพท์ 0 4221 5100 ต่อ 3525