

เอกสารประกอบ

การตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ



รอบที่
๒/๒๕๖๕



โรงพยาบาลนครพนม
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีการปรับระบบ การตรวจราชการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ในการกำกับ ติดตาม ขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตรวจติดตามในประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่

๑. Agenda Based ได้แก่
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
ประเด็นที่ ๓ ระบบบริการปฐมภูมิ
๒. Functional Based ได้แก่
ประเด็น ๔ สุขภาพกลุ่มวัย
ประเด็น ๕ ลดแออัด ลดรอคอย
ประเด็น ๖ ระบบธรรมาภิบาล
๓. Area Based ได้แก่ ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่
ประเด็น ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช

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

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการและนิเทศงาน ในครั้งนี้

โรงพยาบาลนครพนม
ผู้จัดทำ

บทสรุปผู้บริหาร

๑. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			
ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
๑. Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)			
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์			
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ๑๐	๑๐.๔๑	✓
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)	๕๐	๔๕.๒๑	✗
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	(ร้อยละ ๔๔ ของแผน ๑๐ ปี)	๗๘.๕๗	✓
ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ระดับ ๕	ระดับ ๔	อำเภอประเมินตนเองตามเกณฑ์ uc care (เป็นตัวชี้วัดจังหวัด เกณฑ์ร้อยละ ๗๕)
ร้อยละ ๗๕ ของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	ร้อยละ ๗๕	๑๐๐	✓
๒. Functional based			
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย			
อัตราการตาย	< ๑๗ : ๑๐๐,๐๐๐ LB	๐ : ๑๐๐,๐๐๐ LB(๐/๑๑๙๕ คน)	✓
เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและการสมวัย			
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	≥ ๖๒	๕๙.๒	✗
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	≥ ๘๕	๙๕.๗๘	✓
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	≥ ๗๐	๐/๐	✓
ผู้สูงอายุ			
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน			
*ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๖๐	๗๓.๑	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
*ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ในระบบผ่านเกณฑ์	๖๐	๑๐๐	✓
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๖๐	๑๐๐	✓
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥๓๐%	๑๐๐	✓
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥๓๐%	๑๐๐	✓
ประเด็นที่ ๕ ลดแอ็ด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย			
STEMI			
อัตราการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ๘ %	๓.๔	✓
ร้อยละของการให้การรักษามะเร็ง STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด			
Onset to hospital ≤ ๑๕๐ นาที	> ๗๐ %	๗๑.๕๙	✓
Time to needle ≤ ๓๐ นาที	> ๖๐ %	๗๗.๗๗	✓
Newborn			
อัตราการทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	๓.๖ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๔.๕๔	✗
Cancer			
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ร้อยละ ๗๕	๘๘.๗๑	✓
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ร้อยละ ๗๕	๙๑.๒๓	✓
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ร้อยละ ๖๐	๙๒.๓	✓
ODS			
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๒๐%	๑๗.๖๕	✗
MIS			
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery:MIS)	< ๕%	๐	✓
Trauma			
อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชม.ในโรงพยาบาลระดับ S (ทั้งที่ ER และ Admit)	≤๑๒	๙.๓๔	✓

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
IMC			
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	ร้อยละ ๖๕	๘๖.๖๖	✓
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่คงไว้			
Sepsis			
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ ๒๖	๔๗.๗๓	✗
CKD			
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	<๖๖%	๕๕.๓๓	✓
จักษุ			
ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๓๐ วัน	๑๑.๗๘ วัน	✓
Transplant			
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๐.๙	๐	✗
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่ปรับเปลี่ยน			
Palliative Care			
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ	≥๕๐	๕๗.๙๙	✓
Refracture Rate			
Refracture Rate	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	ไม่มี	✓
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล			
องค์กรแห่งความสุข			
ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ได้รับการพัฒนา	๘๐%	๑๐๐	✓
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่เกินร้อยละ ๔	๕.๐๘	✗
๓. Area based ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช			
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๕ – ๓๑ ม.ค.๖๕)	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	๒.๐๙	✓
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๐๐	๘๙.๔	✗

ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
ประเด็นอื่นๆ			
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้น ๓	ขั้น ๑	✘
ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่าน	✓
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๖๓ =๓๓.๙๒	ผ่าน	✓
Success rate TB	≥๘๕%	๘๑.๒๓	✘
ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๖๙	๖๓.๗	✘
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	<๓๔	๒๕.๔๕	✓
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)	< ร้อยละ ๗	๑.๒๙	✓
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี	≥ ร้อยละ ๔๐	๕๐.๕๒	✓
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๒.๔๖	✓
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)	<๑๐๐ ครั้ง/Pt ๑๐๐ ราย	๕๐.๙๒	✓
ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	เป้าหมาย >๘๐%	๘๑.๒๓	✓

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕				
ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ			
	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด) แนวทางการพัฒนา ๑. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อลดภาระงานของหน่วยบริการ อบรมประชุมในเรื่องการบันทึก ข้อมูล แนวทางการแก้ไข ลบข้อมูล กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๒. แจ้างประสาน รายงานปัญหา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	๕๐	๔๕.๒๑	X
	ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย			
	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	≥๖๒	๕๙.๒	X
	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	≥๘๕	๗๕.๗๘	X
	แนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ (WCC) และในชุมชน (ศพด.) ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยเน้นการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือตรวจพัฒนาการเด็กเบื้องต้นโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย			
	Newborn			
	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม การดำเนินการพัฒนางาน ปี ๒๕๖๕ • พัฒนาศักยภาพของ node ทั้ง ๒ แห่ง ขึ้นเป็น NICU แห่งละ ๒ เตียง • พัฒนาร่วมกับแผนกสูติกรรม สร้างแนวทางการดูแลร่วมกันในการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด • พัฒนาร่วมกันกับในการดูแลทารกที่มีปัญหาซับซ้อนในระดับเขต • พัฒนาแนวทางการดูแลทารก Maternal PUI/COVID • พัฒนาคลuster NCPR ๒๐๒๐ และ Neonatal Transfer	๓.๖ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๔.๕๔	X

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	ODS			
	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <p>ปัญหาอุปสรรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลชุมชน F๑, M๒ ไม่มีไม่มีศัลยแพทย์ 2. การผ่าตัดยังไม่ครอบคลุมทุกสาขาตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ 3. การประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจให้แก่แพทย์ในการนำเคสเข้าร่วมโครงการยังไม่เพียงพอ <p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อยากให้พิจารณาการกำหนดเกี่ยวกับ ICD๙ / ICD ๑๐ ให้ครอบคลุมเปิดกว้างมากขึ้น และเพิ่มรายละเอียดที่สำคัญในการพิจารณาในประกาศเพิ่มเติม เช่น ต้องเป็นการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกเท่านั้น หรือข้อกำหนดที่สำคัญอื่นๆ ในกลุ่มโรคนั้นๆ 2. เนื่องจากการให้บริการ ODS เป็นการให้บริการที่แตกต่างจากระบบปกติ จึงอยากขอให้มีการจัดประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการสำหรับ Case manager ให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 	๒๐%	๑๗.๖๕	✘
	Sepsis			
	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>แผนพัฒนา Service plan สาขา SEPSIS จังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕</p> <p>ด้านบริการ/Clinical Service</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยใช้ Sepsis triage เพื่อนำเข้าสู่ระบบ Fast track for sepsis (FTS) 2. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่หอผู้ป่วยใน (Ward) โดยใช้ SOS score 3. กำหนดให้ FTS (Fast track for sepsis) SOS score เป็นนโยบายของโรงพยาบาล 4. พัฒนาและปรับปรุง Standing order for Severe sepsis /Septic shock ให้ทันสมัยและใช้งานง่าย 5. พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย Severe sepsis /Septic shock ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือภาวะติดเตียง ภายหลังจาก Discharge ไปแล้ว ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Long term care) เพื่อป้องกันการ Re-admit ซ้ำ ด้วยโรคเดิม 6. พัฒนาระบบคัดกรองในชุมชน 7. พัฒนาระบบการส่งต่อ Refer in/Refer out ๘. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาด้านวิชาการ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดอบรมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะ Severe sepsis /Septic shock ภายในเครือข่ายจังหวัดนครพนม (รพ.นครพนม, รพ.จิตเวชานครพนม, รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง รพช.ทุกแห่ง รวมทั้ง รพ.คำม่วน : สปป.ลาว) 	<ร้อยละ ๒๖	๔๗.๗๓	✘

	<p>๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ</p> <p>๓. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุรแพทย์ให้เป็น Node ในการให้คำปรึกษา ทั้ง โชนเหนือ และ ใต้</p> <p>ด้านระบบข้อมูล</p> <p>๑. พัฒนาและปรับปรุงระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล (Data base) โดยใช้ระบบ IT</p> <p>๒. จัดระบบฐานข้อมูล (Data base) ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายของจังหวัดนครพนม</p> <p>ด้านกำกับติดตาม</p> <p>๑. นิเทศ/ติดตามรพช. Node ๑-๒ ครั้ง/ปี</p> <p>๒. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลที่สำคัญให้อำเภอทุก ๒-๓ เดือน</p> <p>๓. ประชุมกับเครือข่ายโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านระบบ VDO Conference เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคและพัฒนางาน</p>			
	Transplant			
	<p>อัตราส่วนของผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</p> <p>ปัญหาอุปสรรค</p> <p>ข้อจำกัดของทีม</p> <p>มีการระบาดของโรคโควิด</p> <p>ข้อจำกัดทางด้านความเชื่อถือทางวัฒนธรรมในท้องถิ่น</p>	๐.๙	๐	x
	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ			
	<p>ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ปัญหาอุปสรรค</p> <p>ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการกำลังคน คือการเปลี่ยนตำแหน่ง จากลูกจ้างชั่วคราวไปเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราว่างมากนัก</p> <p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p> <p>มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร จะต้องพิจารณาจากบุคคลในพื้นที่ก่อน หรือถ้าไม่มีก็พิจารณาจากผู้มีความสามารถที่มีพื้นที่ใกล้เคียงจังหวัดนครพนม</p>	ไม่เกินร้อยละ ๔	๕.๐๘	x

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	Area based ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช			
	<p>ร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี</p> <p>ปัญหาอุปสรรค</p> <p>ระบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ - ผู้ป่วยที่ใช้สุราและสารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาการทางจิตรุนแรง และปฏิเสธการเข้ารับการรักษา - ระบบขาดยา / ขาดนัด ยังต้องใช้เวลาในการตรวจสอบผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งระบบ HosXP สามารถคัดกรองได้เฉพาะคนที่ไม่ได้มาตามนัดในวันนั้น บางครั้งผู้ป่วยมารับยาก่อนหรือหลังวันนัด ซึ่งอาจทำให้เกิดการตรวจสอบผิดพลาดและใช้เวลานาน <p>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</p> <p>ระบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากปัญหาการดื่มสุรา โดยแบบประเมิน AUDIT - ปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในชุมชน วางแผนร่วมกับ service plan - พัฒนาระบบการติดตาม ผู้ป่วยที่ขาดนัดและขาดยาให้มีความถูกต้องในข้อมูล และง่ายต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น <p>วางแผนการดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๖๕</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด วางแผนร่วมกับ service plan ยาเสพติด - โครงการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน - คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 	๑๐๐	๘๙.๔	x

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	ประเด็นอื่นๆ			
	<p>ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>โอกาสพัฒนา : ณ ปี ๖๔ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่</p> <p>๑. การใช้จ่ายยารักษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (เป้า < ร้อยละ ๓๐ ทำได้ ร้อยละ ๔๐.๗๓) และในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (เป้า < ร้อยละ ๒๐ ทำได้ ร้อยละ ๒๐.๗๑) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า จากสถานการณ์ โควิด-๑๙ ทำให้มีผู้ป่วย URI เพิ่มมากขึ้น และภาพรวมของโรงพยาบาลมีการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีปัญหาเป็นแพทย์รายบุคคล</p> <p>๒. การใช้จ่ายยารักษาโรคในแผลสด และคลอดปกติทางช่องคลอด (เคยผ่านเกณฑ์แล้ว ปี ๖๕ ไตรมาส ๑ ไม่ผ่าน ทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาล จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุต่อไป</p> <p>๓. การใช้ metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน (เป้า > ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๘๐.๑๙) มติองค์กรแพทย์ ให้พิจารณาทบทวนการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อน ที่รับยาที่ รพ.สต. (เริ่มดำเนินการปี ๖๔ ไตรมาสที่ ๑ ทำได้ ร้อยละ ๗๒.๓๘ ไตรมาสที่ ๓ เพิ่มเป็นร้อยละ ๗๕.๔๑) ณ ปี ๖๕ : ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว แต่ต้องติดตามต่อไป</p> <p>๔. การใช้ ICS ในผู้ป่วยหอบหืด (เป้า > ร้อยละ ๘๐ ทำได้ ร้อยละ ๗๙.๕๙) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยหอบหืด แล้วไม่ได้นัดเข้ารับการรักษา ต่อเนื่องที่คลินิกหอบหืด (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นหอบหืดที่ห้องฉุกเฉิน) มติองค์กรแพทย์ คือ หากวินิจฉัย/สงสัยว่าเป็นหอบหืด ให้นัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกหอบหืด ณ ปี ๖๕ ทำได้ ๗๙.๕๙ % ใกล้ถึงเป้าหมาย</p> <p>๕. ใช้RAS blockage ๒ ชนิด ใน ผป.HT : จากการติดตาม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเดิมจาก รพ.อุดรธานี ๑ ราย</p> <p>ปี ๖๕ : เนื่องจากมีการปรับเกณฑ์ในการประเมิน RDU เพิ่ม เกณฑ์ RDU community ในส่วนของเขตรับผิดชอบ อำเภอเมือง ได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็น baseline ในการพัฒนาร้านชำ RDU, คลินิกเอกชน และร้านยา เพื่อการดำเนินการในลำดับถัดไป</p>	ชั้น ๓	ชั้น ๑	x
	<p>Success rate TB</p> <p>แผนการพัฒนาต่อเนื่อง</p> <p>๑. พัฒนาระบบการคัดกรองและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ</p> <p>๒. พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ</p> <p>๓. คัดกรองและให้ยาป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น (HIV CD4<๒๐๐ LTBI)</p> <p>๔. พัฒนาระบบการให้ยาและการติดตามผู้ป่วยเพื่อลดการขาดยา</p>	≥๘๕%	๘๒.๗	x

ลำดับ	ประเด็น	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลดำเนินงาน
	<p>ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>ปัญหา อุปสรรค</p> <p>จังหวัดนครพนมไม่มีคลินิกยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาอย่างปลอดภัย : อีกทางเลือกหนึ่งสำหรับ ‘ผู้หญิงท้องไม่พร้อม’ เพราะการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้งเถื่อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ได้รับความเจ็บ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย</p> <p>๑.การทำงานในระดับจังหวัด ยังขาดกลไกการกำกับติดตามงานอย่างจริงจังที่จะผลักดันให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอย่างชัดเจน และมีความต่อเนื่อง</p> <p>๒. ขาดระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นปัจจุบัน และเพียงพอต่อการกำหนดมาตรการ แผนงานโครงการ และการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่</p> <p>๓.แต่ละหน่วยงานต่างคนต่างทำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่มีคณะทำงาน Stop Teen Mom ระดับจังหวัด ไม่มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชนในการเชิญชวนเด็กและเยาวชนมาทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่าง ๆ ในช่วงวันหยุด หรือการบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชนของตนเอง</p> <p>๔. ไม่มีรูปแบบเครือข่ายเยาวชนจิตอาสาที่มีความเข้มแข็งเป็นต้นแบบ และขาดพี่เลี้ยงที่สามารถประสานงานระหว่างกลุ่มได้ดี ซึ่งการสร้างกลุ่มเยาวชนแต่ละกลุ่มให้มีความเข้มแข็ง จะต้องมีการบูรณาการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ</p>	๖๙	๖๓.๗	✘

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
สารบัญ	ฎ
ข้อมูลทั่วไป	๑ - ๒๗
รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	
๑. Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูงยุทธศาสตร์ชาติ)	
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์	
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๐ - ๓๑
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)	๓๒ - ๔๗
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	๓๒ - ๔๗
ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๓๒ - ๔๗
ร้อยละ ๗๕ ของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	๓๒ - ๔๗
๒. Functional based	
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย	
อัตราการตาย	๔๙
เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	๕๐ - ๕๒
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๕๐ - ๕๒
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๕๐ - ๕๒
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	๕๐ - ๕๒
ผู้สูงอายุ	๕๓ - ๕๖
ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	๕๓ - ๕๖
*ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๕๓ - ๕๖
*ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ในระบบผ่านเกณฑ์	๕๓ - ๕๖
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๕๓ - ๕๖
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๕๓ - ๕๖

*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ	๕๓ - ๕๖
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๕๓ - ๕๖
ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
STEMI	๕๗ - ๕๙
อัตราของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๕๗ - ๕๙
ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๕๗ - ๕๙
Onset to hospital \leq ๑๕๐ นาที	๕๗ - ๕๙
Time to needle \leq ๓๐ นาที	๕๗ - ๕๙
Newborn	๖๐ - ๖๔
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ \leq ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก \geq ๕๐๐ กรัม	๖๐ - ๖๔
Cancer	๖๕ - ๗๒
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๖๕ - ๗๒
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๖๕ - ๗๒
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๖๕ - ๗๒
ODS	๗๓ - ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๗๓ - ๗๕
MIS	๗๓ - ๗๕
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคหัวใจในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดี อีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery:MIS)	๗๓ - ๗๕
Trauma	๗๖ - ๘๗
อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชม.ในโรงพยาบาล ระดับ S (ทั้งที่ ER และ Admit)	๗๖ - ๘๗
IMC	๘๘ - ๙๓
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๘๘ - ๙๓
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่คงไว้	
Sepsis	๙๔ - ๑๐๓
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๙๔ - ๑๐๓

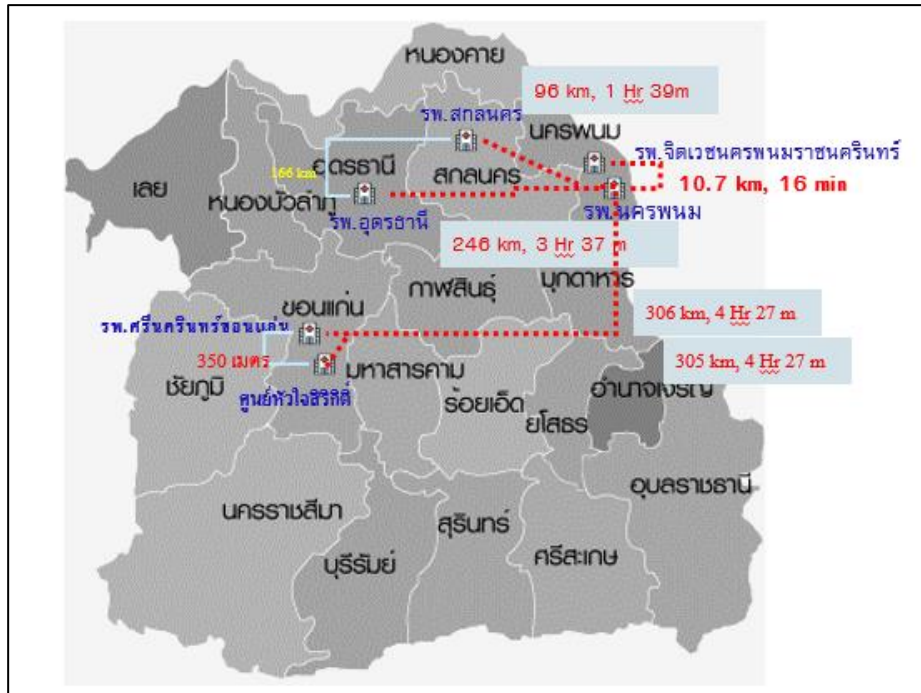
	หน้า
CKD	๑๐๔ - ๑๐๗
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๑๐๔ - ๑๐๗
จักษุ	๑๐๘ - ๑๐๙
ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๑๐๘ - ๑๐๙
Transplant	๑๑๐
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๑๑๐
ตัวชี้วัด Monitor กรรมการแพทย์ ที่ปรับเปลี่ยน	
Palliative Care	๑๑๑ - ๑๑๔
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ	๑๑๑ - ๑๑๔
Refracture Rate	๑๑๕ - ๑๑๖
Refracture Rate	๑๑๕ - ๑๑๖
ประเด็นที่ ๖ ระบบธรรมาภิบาล	
องค์กรแห่งความสุข	๑๑๗ - ๑๑๙
ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๑๑๗ - ๑๑๙
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๑๑๗ - ๑๑๙
๓. Area based ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : ระบบสุขภาพจิตและจิตเวช	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๔ - ๓๑ ม.ค.๖๕)	๑๒๑ - ๑๒๙
ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๒๑ - ๑๒๙
ประเด็นอื่นๆ	
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๑๓๑ - ๑๔๗
ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	๑๓๑ - ๑๔๗
อัตราการติดเชื้อมีดื้อยาในกระแสเลือด	๑๓๑ - ๑๔๗
Success rate TB	๑๔๘ - ๑๔๙
ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๑๕๐ - ๑๕๓
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๑๕๐ - ๑๕๓
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)	๑๕๔ - ๑๕๖
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี	๑๕๗ - ๑๖๒
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๑๕๗ - ๑๖๒
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)	๑๖๓ - ๑๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	๑๖๓ - ๑๖๘

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลนครพนม

เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งตามกรอบ ๓๔๕ เต็ม เปิดให้บริการจริง ๓๗๒ เต็ม สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในรายการสนับสนุนของกองโรงพยาบาลภูมิภาค จัดอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ ๘ (โรงพยาบาลในกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพได้แก่ รพ.สกลนคร รพ.อุดรธานี รพ.หนองบัวภู รพ.เลย รพ.บึงกาฬ รพ.หนองคาย รพ.นครพนม) ให้การบริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายเชิงรุกและเชิงรับ ให้กับประชาชนในเขตอำเภอเมือง และ อำเภอใกล้เคียง กรณีเกินศักยภาพส่งต่อไป รพ.ศูนย์สกลนคร และ รพ.ศูนย์อุดรธานี



จำนวนเตียงกรอบ	จำนวนเตียงจริง	ICU	NICU	SICU	HD	CMI
๓๔๕	๓๗๒	๒๔	๖	๘	๑๘ (เอกชน ๒๔)	๑.๔๙

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

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

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	Strategic Advantages	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแพทย์สาขาหลัก ได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วิชาญญีแพทย์และแพทย์สาขารอง ได้แก่ จักษุวิทยา โสต-นาสิก-ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น รวมถึงมีทันตกรรม และ ทันตกรรมเฉพาะทาง แพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม) และ แพทย์แผนไทย 2. แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ ได้แก่ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา ตจวิทยา สาขาต่อยอดศัลยศาสตร์ ได้แก่ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา กุมารศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ตกแต่ง และ สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค 3. มีสะพานมิตรภาพไทย-ลาว ทำให้มีเครือข่ายระบบส่งกับ สปป.ลาว 4. เป็นโรงพยาบาลระดับ S แห่งเดียวในจังหวัด ไม่มีคู่แข่ง
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	Strategic Challenges	<ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านการเงิน : สถานการณ์ทางการเงินมีแนวโน้มวิกฤติ รายรับลดลงทุกกองทุน 2. ด้านบุคลากร : ไม่สามารถธำรงบุคลากรทางการแพทย์ได้ (specialist) แพทย์ และ ทันตแพทย์ลาออก 3. ด้านบุคลากร : ขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์ EP/ประสาทศัลยศาสตร์ /ขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลในการขยายบริการด้าน Stroke และ STEMI 4. ด้านคุณภาพบริการ : อัตราตายแผนกอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น/มีข้อร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 4. การดำเนินงาน NCD : พบผู้ป่วยรายใหม่ทั้ง DM HT เพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 5. ได้รับจัดสรรงบประมาณ (กำลังก่อสร้างอาคารรักษาโรคหัวใจ 11 ชั้น) แต่ยังคงขาดแคลน ครุภัณฑ์การแพทย์
โอกาสเชิงกลยุทธ์	Strategic Opportunities	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับจัดสรรงบประมาณด้าน อาคารรักษาโรคหัวใจ 11 ชั้น 2. ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน/ภาคเอกชน ในการได้รับเงินบริจาคในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ และ อาคารผู้ป่วยในแยกโรค
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	Strategic Objectives	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานโดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ (Service Excellence) 2. พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

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

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

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

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

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

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

ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

VISION : โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ

ST๑. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานโดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (SERVICE EXCELLENCE)

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

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

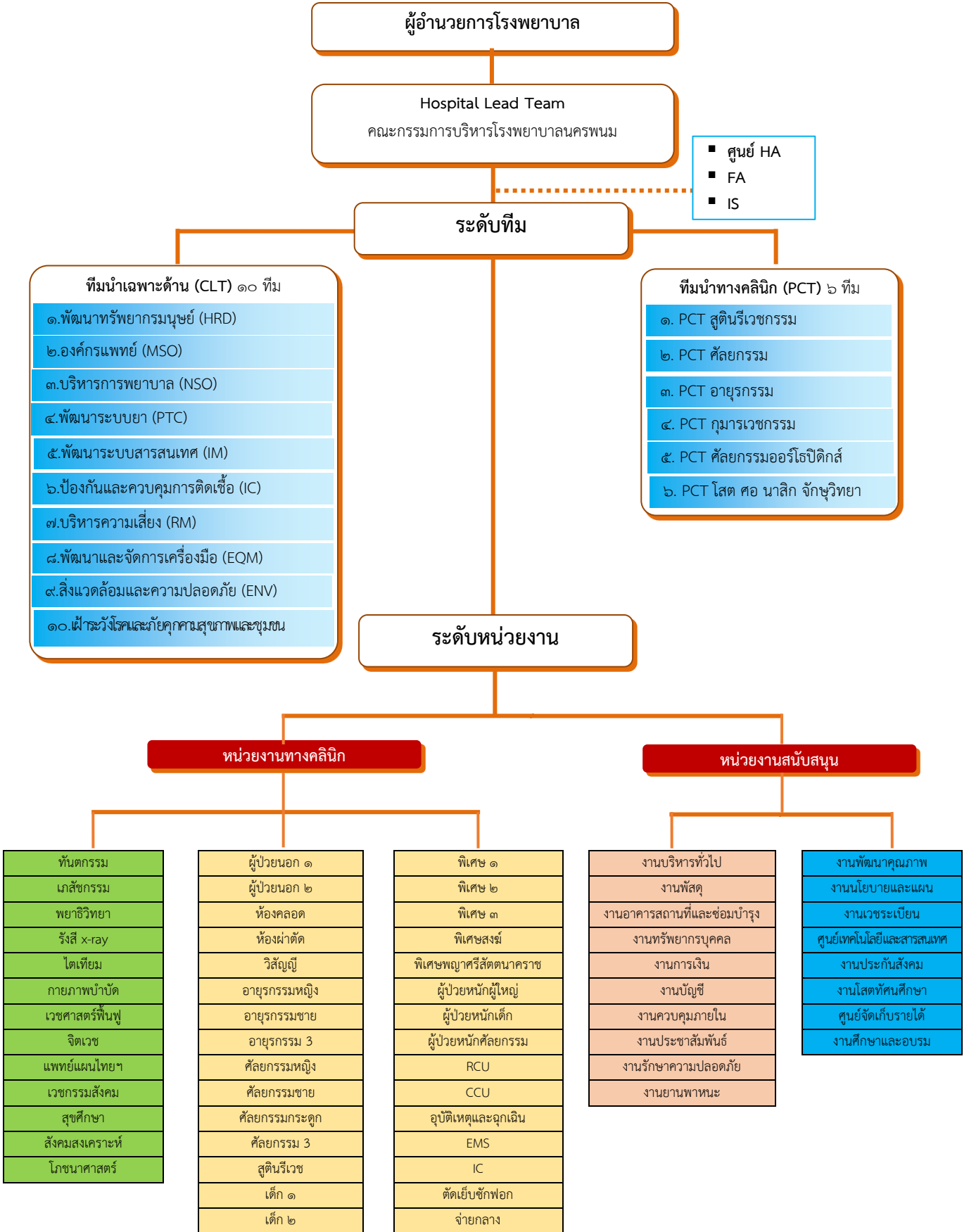
เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
๖. PCT EENT : Cataract	๑๖	ระยะเวลารอคอยผ่าตัดของผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๒	วัน	๓๐ วัน	๑๖.๖๑	๑๒.๘๒	๑๔.๓๔		
Upper air way obstruction	๑๗	ร้อยละการเกิด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

เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
Goal๔ ผู้รับบริการมีความประทับใจในบริการ	๒๖	ร้อยละความพึงพอใจ OPD (แยกตามสิทธิการรักษา)	๒	ร้อยละ	๘๐%			๘๖.๖๙		Lean management Re-design ระบบบริการใหม่ Re-design work process
		สิทธิข้าราชการ				๘๖	๘๙	๘๗.๔๗		
		สิทธิข้าราชการเงินเอง				๗๒	๘๗	๘๕.๙๔		
		สิทธิบัตรทอง				๘๕	๘๙	๘๙.๒๖		
		สิทธิประกันสังคม				๘๖	๙๐	๘๘.๑๒		
	๒๗	ร้อยละความพึงพอใจ IPD (แยกตามสิทธิการรักษา)	๒	ร้อยละ	๘๐%			๘๘.๙๕		
		สิทธิข้าราชการ				๙๐	๙๒	๘๙.๐๓		
		สิทธิข้าราชการเงินเอง				๘๘	๘๙	๘๗.๔๕		
		สิทธิบัตรทอง				๘๘	๙๕	๙๐.๓๕		
		สิทธิประกันสังคม				๘๘	๙๓	๘๘.๙๙		
G๕ เป็นองค์กรที่บุคลากรมีสมรรถนะสูง	๒๘	ร้อยละความเพียงพอตามวิชาชีพสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้านโรคหลอดเลือดสมอง	๑	ร้อยละ	๘๐%	na	na	๓๘.๕๖	HRD	สร้างแรงจูงใจ / พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
	๒๙	ร้อยละความเพียงพอตามวิชาชีพสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑	ร้อยละ	๘๐%	na	na	๒๒.๕๙		

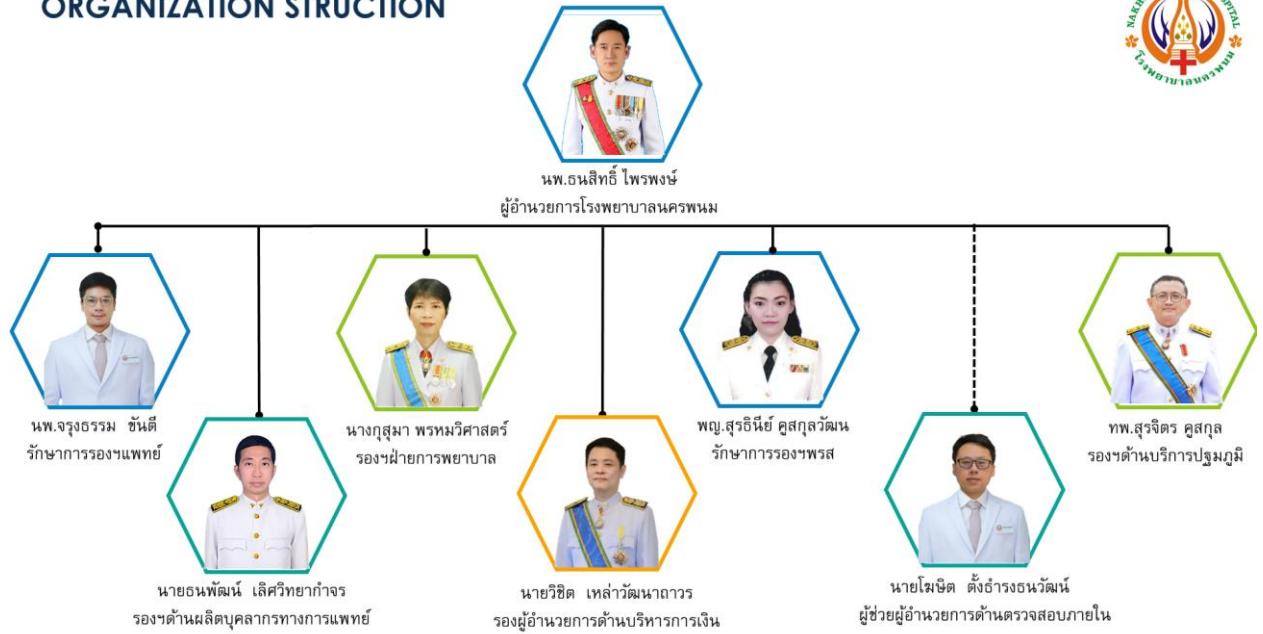
ST๒.พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพ												
G๖ ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน	๓๐	ระดับความสำเร็จของ Data driven healthcare ในการสนับสนุนศูนย์เชี่ยวชาญ	๔	ระดับ	๕	๓	๓	๓	ที่ม สารสนเทศ	พัฒนา Data center คุณภาพพัฒนาระบบ ความปลอดภัย สารสนเทศ		
ST๓.พัฒนาระบบบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)												
G๗ เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการเป็นเลิศ	๓๑	ร้อยละการเพิ่มรายรับทุกกองทุน	๕	ร้อยละ	๒๐	ผ่าน ๓ กองทุน	เพิ่ม ๗ กองทุน	เพิ่ม ๗ กองทุน	คณะกรรมาการ รศูนย์จัดเก็บ รายได้ คุณภาพ	เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย/ ศูนย์จัดเก็บรายได้ คุณภาพ		
	๓๒	รพ.ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗	๒	ผ่าน		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน			๙๗.๓๓	ควบคุม ภายใน
	๓๓	ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (ระดับดีขึ้น)	๑	ผ่าน		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน			๑๐๐	
	๓๔	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑							ควบคุม ภายใน	ควบคุมภายใน	
	๓๖	อัตราป่วย Pneumonia	๒						๘๐.๕๗			
	๓๗	อัตราป่วย dengue	๒	อัตรา	ไม่เกิน ๕๐ ต่อสปก.	๕๙.๙๗	๓๖.๒๓	๔๓.๓๙				
	๓๘	อัตราป่วย diarrhea	๒	อัตรา	>๒๕% เทียบมัฐ ฐาน (ไม่เกิน ๑๓๐๐)	๑๒๖๗.๑ ๔	๘๓๒.๖๕	๕๗๖.๔๑				
	๓๙	อัตราป่วยDM รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	๓	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ ๕	๕๘๓.๔๑	๔๙๘.๐๖	๕๕๓.๖๘				
	๔๐	อัตราป่วย HT รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	๓	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ ๕	๙๓๕.๕๔	๘๒๕.๔๕	๘๘๖.๐๓				

เป้าประสงค์	ลำดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	ระดับเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ	กลยุทธ์
						ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔		
ST๔.บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นเลิศ(PP&P Excellence)										
G๘ ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนได้รับการจัดการให้ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพทุกพื้นที่	๓๕	success rate TB	๓	ร้อยละ	>๘๕%	๙๔	๘๔	๘๖.๓	ปฐมภูมิ	Primary Prevention
	๓๖	อัตราป่วย Pneumonia	๒					๘๐.๕๗		
	๓๗	อัตราป่วย dengue	๒	อัตรา	ไม่เกิน ๕๐ ต่อสปก.	๕๙.๙๗	๓๖.๒๓	๔๓.๓๙		
	๓๘	อัตราป่วย diarrhea	๒	อัตรา	>๒๕% เทียบมัฐฐาน (ไม่เกิน ๑๓๐๐)	๑๒๖๗.๑๔	๘๓๒.๖๕	๕๗๖.๔๑		
	๓๙	อัตราป่วยDM รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	๓	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ ๕	๕๘๓.๔๑	๔๙๘.๐๖	๕๕๓.๖๘		
	๔๐	อัตราป่วย HT รายใหม่ ต่อ แสน ปชก	๓	ร้อยละ	ลดลง ร้อยละ ๕	๙๓๕.๕๔	๘๒๕.๔๕	๘๘๖.๐๓		
รวม			๑๐๐							

โครงสร้างองค์กร



ORGANIZATION STRUCTION



ข้อมูลบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง (คน)	ค้างท่อ	ปี พ.ศ. ที่จบ
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	๔	-	-
แพทย์เฉพาะทาง	๕๔		
อายุรแพทย์	๓	๔	๖๖,๖๗,๖๘(๒)
ศัลยแพทย์	๔	๔	๖๖(๑),๖๗(๓)
สูติรีแพทย์	๗	๒	๖๖(๒)
กุมารแพทย์	๕	๒	๖๗(๑),๖๘(๑)
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	๔		
จักษุแพทย์	๔	๑	๖๖
โสตศอนาสิกแพทย์	๒	๑	๖๘
วิสัญญีแพทย์	๒	๒	๖๖,๖๗
รังสีแพทย์	๒	๓	๖๖,๖๗,๖๘
พยาธิแพทย์	๑		
แพทย์นิติเวช	๐		
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๑	๒	๖๗,๖๘
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	๒	๑	๖๗
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๐	๑	๖๖
อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	๑		
อายุรแพทย์โรคประสาทวิทยา	๒		
อายุรแพทย์โรคหัวใจ	๒		
อายุรแพทย์โรคไต	๑		
อายุรแพทย์โรคระบบหายใจ	๐	๑	๖๗
ศัลยแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์	๑		
ศัลยแพทย์ยูโรศัลยศาสตร์	๒	๑	๖๗
ศัลยแพทย์ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๑	๒	๖๖ (๑),๖๘ (๑)
ศัลยแพทย์กุมาร	๑		
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรคกระดูกสันหลัง	๐		
ตจวิทยาแพทย์	๑		
แพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน	๔		
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๐	๑	๖๖
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์	๐		
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การท่องเที่ยว	๐		
ทันตแพทย์	๑๕		
เภสัชกร	๒๙		
พยาบาลวิชาชีพ (รวมทั้งหมด)	๔๕๒		

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติจริง (คน)	ค้างท่อ	ปี พ.ศ. ที่จบ
พยาบาลเทคนิค/อนุปริญญา	๐		
ผู้ช่วยพยาบาล	๗๔		
นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด	๑๒		
นักเทคนิคการแพทย์/วิทยาศาสตรการแพทย์	๒๒		
นักรังสีเทคนิค	๗		
นักสังคมสงเคราะห์	๑		
นักสุขศึกษา	๐		
นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ/โภชนาการ	๗		
นักวิชาการสาธารณสุข	๔๘		
แพทย์แผนไทย	๗		
แพทย์แผนไทยประยุกต์	๐		
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	๕๔๓		
รวม	๑,๒๗๕		

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ๒๑/๐๕/๖๕

ข้อมูลการให้บริการ

๑. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัด	อำเภอ	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
นครพนม	๑๒	๒๓๕,๖๗๓	๗๑๗,๐๔๐
อุดรธานี	๒๐	๕๓๘,๒๗๗	๑,๕๖๖,๕๑๐
สกลนคร	๑๘	๓๙๖,๑๗๗	๑,๑๔๖,๒๘๖
เลย	๑๔	๒๓๐,๗๖๓	๖๓๘,๗๓๒
หนองคาย	๙	๑๘๑,๗๕๒	๕๑๖,๘๔๓
หนองบัวลำภู	๖	๑๕๔,๙๑๒	๕๐๙,๐๐๑
บึงกาฬ	๘	๑๔๐,๓๙๔	๔๒๑,๙๙๕
รวม	๘๗	๑,๘๗๘,๐๖๖	๕,๕๑๖,๔๐๗

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

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

๒. ศักยภาพการให้บริการ (เตียงตามกรอบ ๓๔๕ เตียง)

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

เตียง ICU

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

วิเคราะห์จำนวนเตียง ICU

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

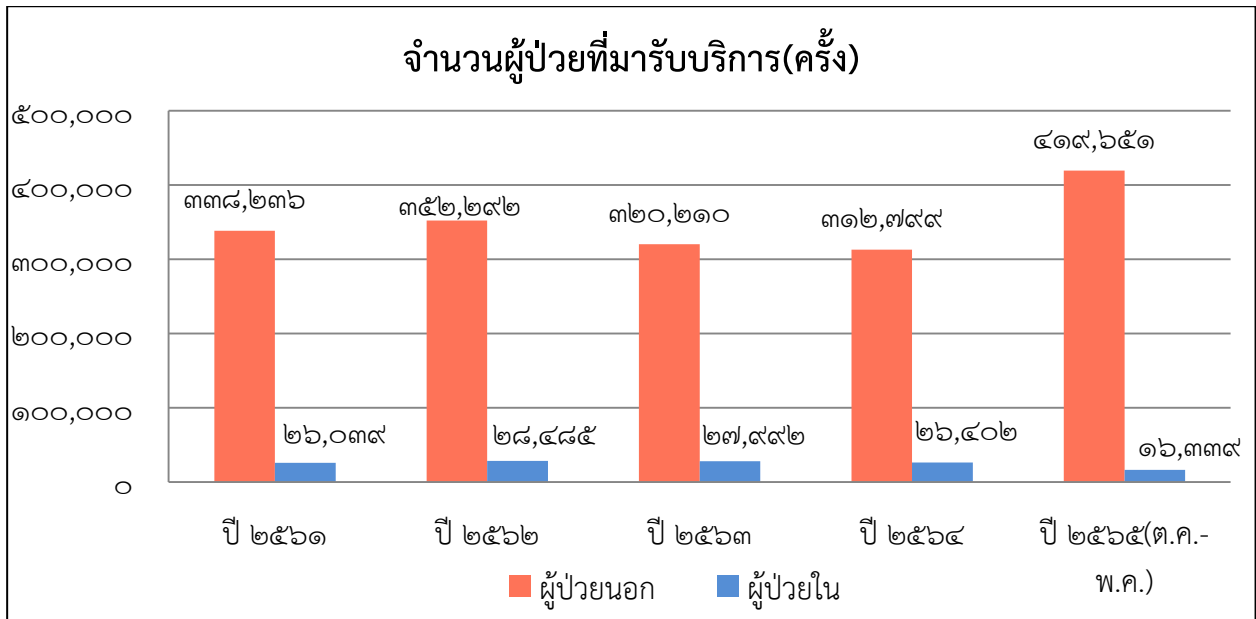
ลำดับ	แผนก	จำนวนเตียง (บริการจริง)		รวม
		สามัญ	พิเศษ	
๑	กุมารเวชกรรม	๖๐	-	๖๐
๒	ศัลยกรรม	๙๐	๑๘	๑๐๘
๓	ศัลยกรรมกระดูก	๓๐	-	๓๐
๔	โสต คอ นาสิก	๓๐	-	๓๐
๕	สูติ-นรีเวชกรรม	๓๐	๑๒	๔๒
๖	อายุรกรรม	๙๐	๑๒	๑๐๒
รวม		๓๓๐	๔๒	๓๗๒

ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

๓. สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลนครพนม

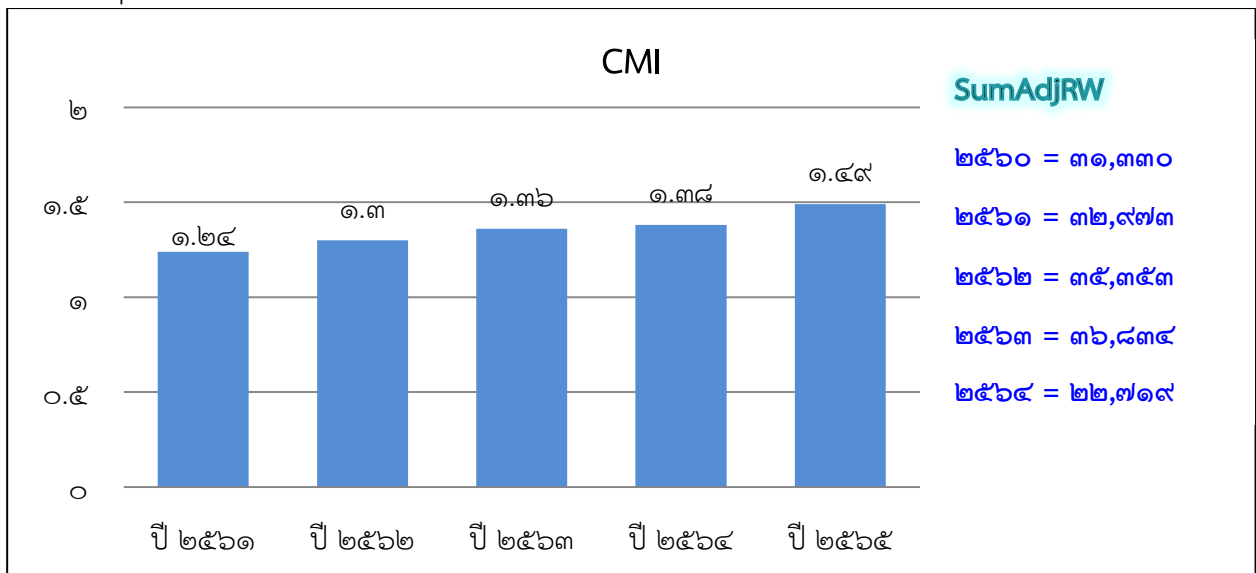
๓.๑ จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (ครึ่ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ไตรมาส ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)

ประเภท	หน่วย นับ	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ผู้ป่วยนอก	ครึ่ง	๓๓๘,๒๓๖	๓๕๒,๒๙๒	๓๒๐,๒๑๐	๓๑๒,๗๙๙	๔๑๙,๖๕๑
ผู้ป่วยใน	ครึ่ง	๒๖,๐๓๙	๒๘,๔๘๕	๒๗,๙๙๒	๒๖,๔๐๒	๑๖,๓๓๙

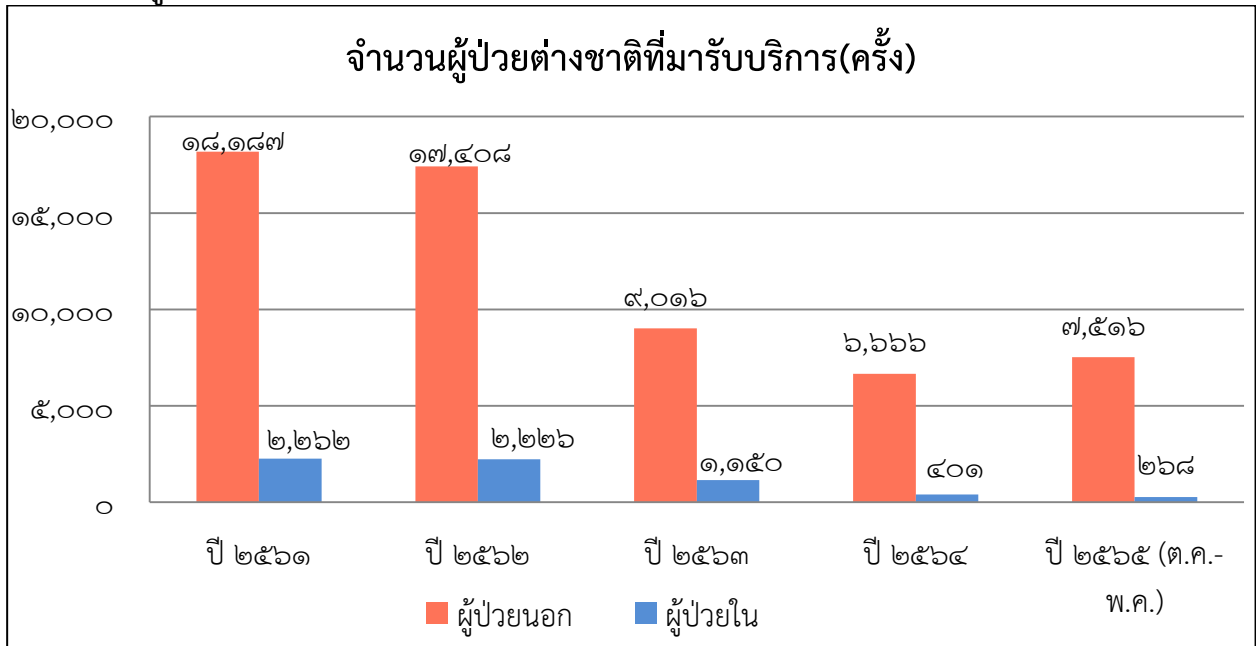


๓.๒ ข้อมูล CMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)

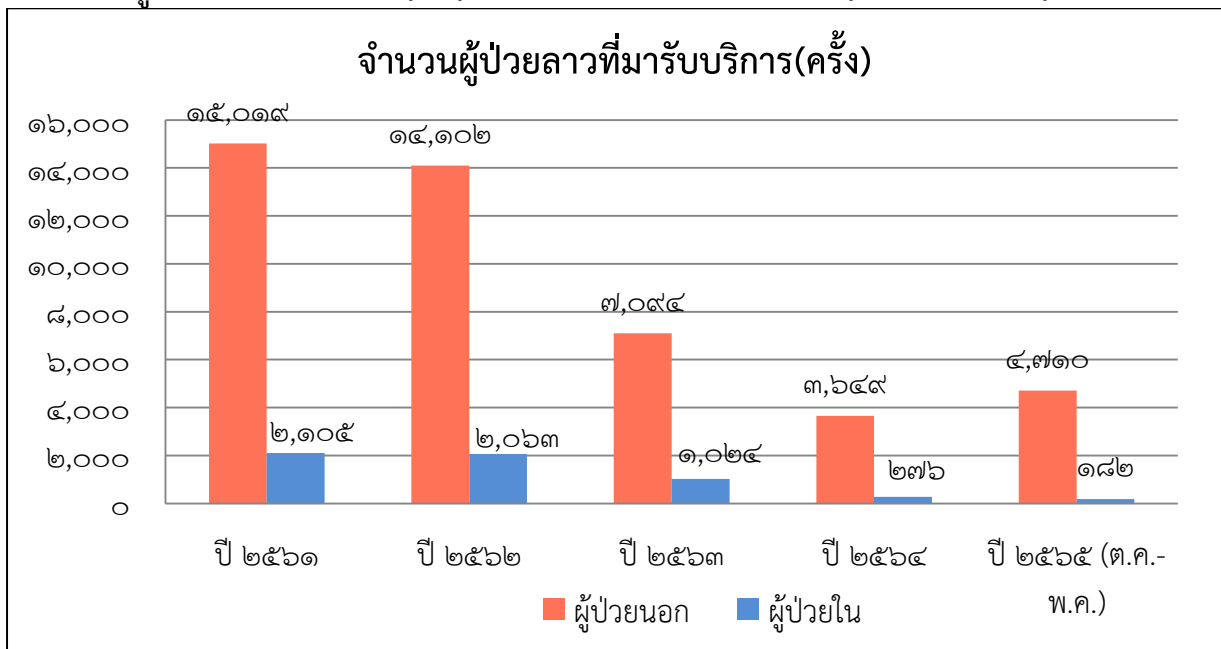
ที่มา : <http://cmi.healtharea.net/util/default/index>



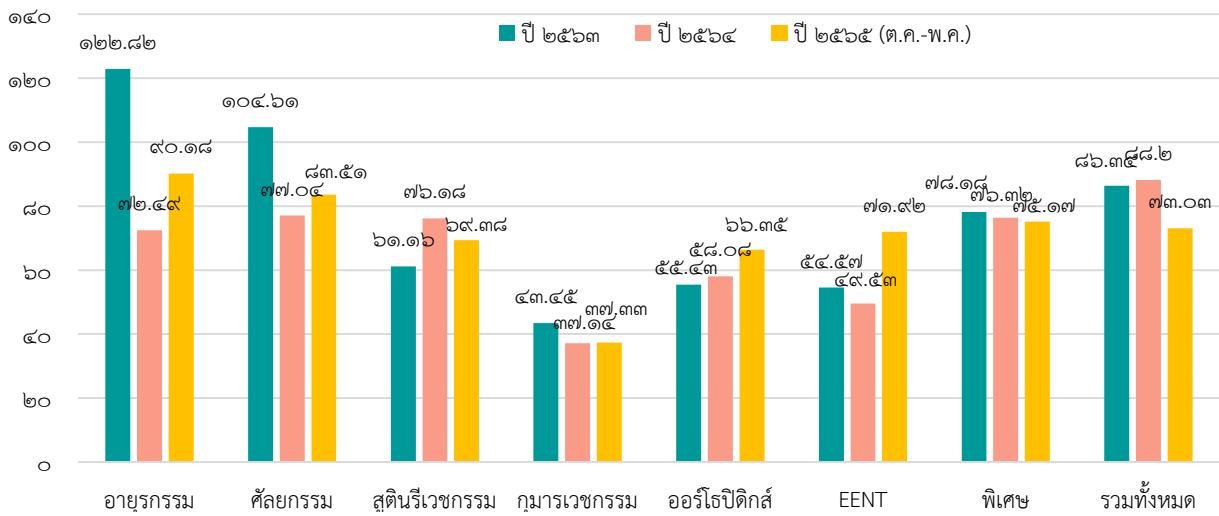
๓.๓ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการ (ครั้ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)



๓.๔ จำนวนผู้ป่วยลาวมารับบริการ (ครั้ง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)



๓.๕ ร้อยละอัตราครองเตียงปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (ตามกรอบ ๓๔๕ เตียง)



๓.๖ สถิติการป่วย ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๕
		จำนวน (ครั้ง)
๑	DM	๑๕,๙๗๔
๒	Acute upper respiratory infections	๑๕,๕๓๗
๓	HT	๑๓,๒๒๑
๔	Chronic kidney disease, stage ๕	๑๒,๖๖๖
๕	Myalgia: shoulder region	๒,๑๒๓
๖	Pain localized to upper abdomen	๑,๙๕๙
๗	normal pregnancy	๑,๕๕๓
๘	Stroke,not specified as haemorrhage or infarction	๑,๕๒๑
๙	Gastroenteritis and colitis	๑,๕๐๔
๑๐	Low back pain	๑,๔๘๖

๓.๗ สถิติการป่วย ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๕
		จำนวน (ครั้ง)
๑	Cataract	๑,๓๒๙
๒	HI	๔๙๔
๓	Appendicitis	๔๓๒
๔	Beta thalassaemia	๔๐๖
๕	Acute upper respiratory infection	๔๐๕
๖	Breast malignant neoplasm	๓๖๔
๗	Chronic kidney disease, stage ๕	๓๒๓
๘	Cerebral infarction	๒๔๒
๙	Congestive heart failure	๑๙๔
๑๐	Gastroenteritis and colitis	๑๕๐

๓.๘ สถิติการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๕
		จำนวน (ครั้ง)
๑	Cardiac arrest	๒๐
๒	Pneumonia	๔
๓	HI	๓
๔	Gastrointestinal haemorrhage	๒
๕	Acute myocardial infarction	๑
๖	Hypovolaemic shock	๑
๗	Metabolic disorder	๑
๘	Jaundice	๑
๙	Acidosis	๑
๑๐	Asphyxia	๑

๓.๙ สถิติการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ชื่อโรค	ปี ๒๕๖๕
		จำนวน (ครั้ง)
๑	Pneumonia	๗๗
๒	HI	๖๕
๓	Chronic kidney disease,stage ๕	๒๑
๔	Gastrointestinal haemorrhage	๑๙
๕	Congestive heart failure	๑๘
๖	Acute myocardial infarction	๑๔
๗	Gastroenteritis and colitis	๑๐
๘	Cerebral infarction	๗
๙	Intestinal obstruction	๖
๑๐	NIDM With ketoacidosis	๖

๓.๑๐ สถานพยาบาล ๕ อันดับแรก ที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลนครพนมปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
๑	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (34.94%)	โรงพยาบาลสกลนคร (56.68%)
๒	โรงพยาบาลสกลนคร (31.84%)	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (20.94%)
๓	โรงพยาบาลอุดรธานี (7.43%)	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ (6.86%)
๔	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ (6.32%)	โรงพยาบาลอุดรธานี (6.86%)
๕	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (3.48%)	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (1.08%)

๓.๑๑ สถิติการส่งต่อ ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
๑	Breast malignant neoplasm	Acute Myocardial infarction
๒	CKD Stage 5	Congestive heart failure
๓	Intrahepatic bile duct carcinoma	Pneumonia
๔	Systemic lupus erythematosus	Liver, gallbladder and bile ducts neoplasm
๕	Atherosclerotic heart disease	Cerebral infarction

๔. การบริหารทางการเงิน – การคลัง โรงพยาบาลนครพนม

๔.๑ สภาพคล่องทางการเงิน

FAI ประจำเดือนเมษายน ๒๕๖๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ประเภทดัชนีชี้วัด	รพ.นครพนม	Risk Score
๑. กลุ่มแสดงสภาพคล่องของสินทรัพย์		
๑.๑ CR < ๑.๕	๒.๔๗	๐
๑.๒ QR < ๑	๒.๓๐	๐
๑.๓ Cash < ๐.๘	๑.๒๔	๐
๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		
๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน(ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๒๙๒,๒๒๐,๗๕๐.๓๔	๐
๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) NI < ๐	๘๔,๘๖๐,๑๙๗.๙๘	๐
๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง		
๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<๓เดือน หรือ	๒๔.๑๐	๐
๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด<๖เดือน	๒๔.๑๐	๐
ผลการเฝ้าระวังโดยใช้ดัชนี ๗ ระดับ		๐
เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	๑๔,๐๓๓,๖๔๕.๙๑	

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

Agenda based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๒ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
หัวข้อ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

๒.สถานการณ์

เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ ๒๑ เดือนมกราคม ๒๕๖๓ ที่ OPD ชั้น ๒ ห้องตรวจเบอร์ ๔ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐- ๑๖.๐๐ น. (หยุดตามวันหยุดนักชัตฤกษ์) และคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ ที่อาคารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์เวลา ๐๘.๐๐ – ๒๐.๐๐ น. (หยุดตามวันหยุดนักชัตฤกษ์)

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

๑. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย
๒. บุคลากรผ่านการอบรม หลักสูตรผู้จัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Care Manager)
๒. ขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๕ และลงทะเบียนเป็นผู้ส่งจ่ายกัญชาทางการแพทย์
๓. จัดทำแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชา
๔. ประชาสัมพันธ์
๕. เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์
๖. เปิดร้านค้า Tomchongcha (T๒C) R๘ way
๗. ดูแลกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ๓ แห่ง ที่ปลูกกัญชาทางการแพทย์

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๑. ให้คำปรึกษา
๒. ตรวจรักษา
๓. จ่ายยา
๔. นัดติดตามผล
๕. ประเมินผลการรักษา

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ (ต.ค.๖๔ - ม.ค.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๐,๐๗๖ ร้อยละ ๘.๓๔	๑๖,๑๑๔ ร้อยละ ๗.๗๖	≥๑๐	๕,๕๑๔	๘.๓๒
			ไตรมาส ๒ (ก.พ. ๖๕ - เม.ย.๖๕)		
				๖,๕๔๑	๑๑.๕๖
			ไตรมาส ๓ (พ.ค.๖๕)		
				๕,๔๙๖	๑๒.๙๙

รวม ต.ค.-พ.ค.๖๕ = ๑๐.๔๑

๕. ปัญหาอุปสรรค

แพทย์แผนปัจจุบันไม่มีการส่งจ่ายน้ำมันกัญชา เนื่องจากเกณฑ์การคัดเข้าค่อนข้างมาก

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาทางการแพทย์ เพื่อสร้างการยอมรับและเชื่อมั่นในการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบต่างๆ

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

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๓.๑ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๐ ของประชากรทั้งหมด)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑. สถานการณ์

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง จึงได้บัญญัติให้มีการปฏิรูปประเทศโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการ จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ประชาชนทุกคนมี แพทย์ประจำตัวร่วมให้การดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบตาม Catchment Area ๑ Cluster รับผิดชอบ ดูแลประชาชนทีละ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ

จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินงาน โครงการ ๓ หมอ ภายใต้โครงการของขวัญปีใหม่กระทรวง สาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน เพื่อเป็นการสร้าง ความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้คนไทยได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ลดการเดินทาง ลด ความแออัดของโรงพยาบาล และเป็นการต่อยอดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รักษาทุกโรค

อำเภอเมืองนครพนม ได้จัดตั้งทีมหมอครอบครัวภายใต้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) โดยมีกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ คือการจัดทีมหมอ ครอบครัว ที่จะช่วยเข้าไปดูแลสุขภาพประชาชนทุกครอบครัว จำนวน ๑๐ ทีม รวมไปถึงการให้บริการของ ๓ หมอ ในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยในการดูแลประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การบรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๒.๑ ชี้แจงทำความเข้าใจ นโยบายคนไทยทุกคนมีหมอปประจำตัว ๓ คน ให้กับพื้นที่ โดยการ ประชาสัมพันธ์ จัดทำโปสเตอร์จัด แนะนำหมอปประจำตัว ๓ หมอ โดยทุกพื้นที่เริ่ม Kick off ส่งมอบเป็น ของขวัญปีใหม่ให้กับประชาชน

๒.๒ จัดทำแผนในการพัฒนาศักยภาพ ๓ หมอ ทั้งอำเภอให้มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ใน การดูแลประชาชน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)

๒.๓ จัดทำฐานข้อมูลหมอปประจำตัว ๓ คน โดยกำหนดให้ รพ./รพ.สต. ทุกแห่งบันทึกข้อมูลในระบบ ตามลิงค์ <http://mdoctor.hss.moph.go.th/> ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ กลุ่มเป้าหมายการดูแลใน ระยะแรก กำหนดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในระยะที่ ๒ คือกลุ่มครัวเรือนที่ต้องดูแลระยะยาว (LTC) และระยะที่ ๓ คือกลุ่มครัวเรือนประชาชนทั้งหมด

๓. ผลการดำเนินงาน

รอบ ๓ เดือน	ผลการดำเนินงาน
๑. มีการกำหนดแพทย์ (FM) ในพื้นที่	จำนวน ๑๑ ท่าน
๒. มีการพัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๑ ในหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน ๒ รุ่น	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑๙๖ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๙๖ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑๙๖ คน รวม ๕๘๘ คน (ร้อยละ ๒๔.๔๒)
๓. มีประชาสัมพันธ์โครงการ ๓ หมอ ให้กับประชาชน ได้รับทราบ โดยจัดทำโปสเตอร์การ์ด แนะนำหมอ ๓ หมอ	จำนวน ๕,๐๐๐ ครั้ง/เดือน
๔. ประชาชนมีหมอประจำตัวจากการบันทึกข้อมูล ๓ หมอ	จำนวน ๔๙,๗๘๒ คน (ร้อยละ ๕๔.๒๑)

การบันทึกข้อมูล ๓ หมอในโปรแกรม

[เขต 8]-> [จังหวัด นครพนม]-> [อำเภอ เมืองนครพนม]

[หน่วย : คน]

ตำบล	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ข้อมูลครอบครัว (ปี 64)	ประชากรที่มีหมอ 3 คน	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ			ร้อยละ (%)
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว			กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	
ในเมือง	23,602	385	9	2	321	0	0	0	0	1.36%
หนองแสง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
นาทราย	3,726	90	3	1	1,073	624	560	43	5	45.54%
นาราชควาย	6,011	166	5	0	2,405	409	389	17	2	46.81%
กุรุคุ	4,944	106	6	1	119	3,384	603	76	5	70.85%
บ้านผึ้ง	12,813	294	13	1	642	2,517	1,285	57	22	24.65%
อาจสามารถ	5,588	122	8	1	1,294	4,882	138	305	19	100.00%
ซามเต่า	6,421	122	7	1	240	6,386	886	139	12	100.00%
บ้านกลาง	6,405	127	7	1	76	3,562	687	202	4	56.80%
ท่าค้อ	6,861	178	11	1	1,933	5,174	319	293	6	100.00%
คำเตย	11,631	255	11	1	932	4,345	653	335	14	45.37%
หนองญาติ	7,725	165	10	1	2,257	1,047	389	30	4	42.77%
คางขวาง	5,861	142	5	1	930	5,861	726	290	5	100.00%
วังตามัว	6,991	134	6	1	140	6,991	368	25	5	100.00%
โพธิ์ตาก	6,372	121	4	1	177	4,600	14	445	4	74.97%
รวม	114,952	2,407	105	14	12,539	49,782	7,017	2,257	107	54.21 %

หมายเหตุ แหล่งข้อมูล <https://๓doctor.hss.moph.go.th/main/> (ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

๔. มาตรการสำคัญในการดำเนินการ

ทุกแห่งบันทึกข้อมูลในระบบตามลิงค์ <http://๓doctor.hss.moph.go.th/> ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

มีแพทย์ประจำตามหน่วยบริการ และจบหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว ๑๑ ท่าน

๖. ปัญหาอุปสรรค

๖.๑ บุคลากรในรพ.สต. ขาดความรู้ในการจัดการข้อมูล เพื่อบันทึกในโปรแกรม ๓ หมอ ทำให้บันทึกข้อมูลล่าช้า

๖.๒ ขาดการติดตามการบันทึก เนื่องจากมีสถานการณ์โรคระบาดโควิด

๗. แนวทางการพัฒนา

๗.๑ พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อลดภาระงานของหน่วยบริการ อบรมประชุมในเรื่องการบันทึก ข้อมูล แนวทางการแก้ไข ลบข้อมูล กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๗.๒ แจ้างประสาน รายงานปัญหา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ผู้รายงาน นายภิญโญ วังทะพันธ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๘๕๗๔๖๔๓๑๘
Email: pinyo.๑๓๔๕_@gmail.com

๓.๒ หัวข้อประเด็น จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

๑. สถานการณ์

ด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔๗ วรรค ๑ ได้กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๔๕ กำหนดให้ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรา ๒๕๘ ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผลในด้านอื่น ๆ (๕) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมีผลบังคับใช้ วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมีเจตนารมณ์ “ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และให้ ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน” หน่วยบริการ ปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอเมืองนครพนมได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชน โดยได้เตรียมแพทย์ เข้าอบรม BC ในการจัดตั้งPCU/NPCU พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ (หมอกคนที่ ๒) มีการพัฒนา NPCU ต้นแบบ คือ หนองญาติ-คำพอก มีการติดตาม PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๑๐ แห่ง เป้าหมายการจัดตั้ง PCU/NPCU ของอำเภอเมืองนครพนมเริ่มจัดตั้งในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓ แห่ง ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ แห่ง ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒ แห่ง ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ แห่ง และมีแผนจัดตั้งในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๑๑ แห่ง

๒. แนวทางการดำเนินงาน

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมืองนครพนม มีแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU ดังนี้

ปีที่ดำเนินการจัดตั้ง	จำนวน NPCU (ทีม)	ชื่อหน่วยบริการ	จำนวน PCU (ทีม)	ชื่อทีม
๒๕๖๐	๑	รพ.สต.หนองญาติ รพ.สต.คำพอก	๒	PCU เทศบาลเมืองนครพนม PCU สวนเทิดพระเกียรติท้ายเมือง
๒๕๖๒	๐		๑	PCU รพ.นครพนม
๒๕๖๓	๑	รพ.สต.อาจสามารถ รพ.สต.บ้านห้อม	๑	รพ.สต.นาราชควาย
๒๕๖๔	๑	รพ.สต.หนองจันทน์ รพ.สต.ท่าค้อ รพ.สต.นาหลวง	-	

ปีที่ดำเนินการ จัดตั้ง	จำนวน NPCU (ทีม)	ชื่อหน่วยบริการ	จำนวน PCU (ทีม)	ชื่อทีม
๒๕๖๕	๔	รพ.สต.บ้านฝั่ง รพ.สต.นามน รพ.สต.หนองปลาตุก รพ.สต.ดอนแดง รพ.สต.คำเตย รพ.สต.ทุ่งมน รพ.สต.หัวโพน รพ.สต.สุขเกษม รพ.สต.ขามเฒ่า* รพ.สต.ชะงอม รพ.สต.ชะโนด	-	หมายเหตุ * NPCU ปี ๒๕๖๕ จัดตั้งไปแล้ว จำนวน ๓ ทีมเหลือ ๑ ทีม รอขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๕
๒๕๖๖ - ๒๕๖๗	๑	รพ.สต.บ้านกลาง รพ.สต.ดงด้วง รพ.สต.ดงขวาง รพ.สต.บ้านบัว	๒	รพ.สต.กुरुคู รพ.สต.โชคอำนวย
รวม	๘		๖	

๓. ผลการดำเนินงาน

ปี ๒๕๖๐ ได้มีมติจากการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม กำหนดแผนในการจัดตั้ง PCC ในปี ๒๕๖๐ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือ รพ.สต.หนองญาติและ รพ.สต.คำพอก จำนวน ๑ ทีม และ PCU เดี่ยว จำนวน ๒ ทีม คือ PCU เทศบาลเมืองนครพนม PCU สวนเทิดพระเกียรติท้ายเมือง (ร้อยละ ๒๑.๔๒)

ปี ๒๕๖๒ รพ.นครพนม เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยวของโรงพยาบาล เพิ่มจำนวน ๑ แห่งสะสมรวม ๔ ทีม (ร้อยละสะสม ๒๘.๕๗)

ปี ๒๕๖๓ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพิ่ม จำนวน ๒ แห่ง NPCU อาจสามารถ-บ้านห้อม จำนวน ๑ ทีม และ PCU นาราชควาย จำนวน ๑ ทีม สะสมรวม ๖ ทีม (ร้อยละสะสม ๔๒.๘๕)

ปี ๒๕๖๔ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพิ่ม จำนวน ๑ ทีม NPCU หนองจันทน์ ท่าค้อ นาหลวง สะสมรวม ๗ ทีม (ร้อยละสะสม ๕๐)

ปี ๒๕๖๕ ได้มีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ ได้เสนอให้มีการจัดตั้ง NPCU/PCU เพิ่ม จำนวน ๔ แห่ง ขึ้นทะเบียนสำเร็จ จำนวน ๓ ทีม ๑) นามน บ้านฝั่ง หนองปลาตุก ๒) ดอนแดง ทุ่งมน คำเตย ๓) หัวโพน สุขเกษม เหลือ ๑ ทีม คือ ขามเฒ่า ชะงอม ชะโนด อยู่ในระหว่างรอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ รวมทั้งขึ้นทะเบียนภายในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๕๗

๔. มาตรการในการดำเนินการ

- ๔.๑ กำหนดแผนการดำเนินงานการจัดตั้ง PCU/NPCU อย่างชัดเจน
- ๔.๒ มีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม เพื่อทบทวนแผนและ
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ๔.๓ มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการจัดตั้ง PCU/NPCU และได้รับการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ
ตามนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขนครพนม

๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ /นวัตกรรม

มีแพทย์จบหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว และมีแพทย์ที่ไปอบรมระยะสั้น

๖. ปัญหาอุปสรรค

ระบบ Green Channel ของอำเภอเมืองนครพนมยังไม่เกิดผลที่ชัดเจน
มีแนวทางจะดำเนินการร่วมกันว่าจะมีช่องทางด่วนที่มาจาก PCU และ รพ.สต.รอบนอก แต่เนื่องจากมี
บุคลากรทางการแพทย์ที่น้อย และไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ และสถานการณ์โควิดด้วย จึงยังไม่สามารถ
ดำเนินการได้ ผู้ป่วยไปรับบริการที่รพ.นครพนม และ ต้องเข้าไป visit กับผู้ป่วยทั่วไปอยู่ไม่มี

๗. แนวทางการพัฒนา

- ๗.๑ การจัดทำแผนในการจัดตั้ง PCU/NPCU
- ๗.๒ พัฒนาช่องทางการส่งต่อ ระบบ Green channel

ผู้รายงาน นางสาวสุตาภรณ์ เชียงที
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๙๘๔๖๔๗๖๕๙
Email: tumtuy๒๖๖๔@gmail.com

๓.๓ หัวข้อประเด็น โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม

ตัวชี้วัด ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

- ประเด็นการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน
- ประเด็นการจัดการขยะในชุมชน
- ประเด็นการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๑. สถานการณ์

ด้วยกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการลงนามบันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ระดับอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวทาง “ประชารัฐ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการทรัพยากร บุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ องค์กรความรู้และงบประมาณร่วมกัน ในการขับเคลื่อนพัฒนาความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” ทั้งนี้ การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพ คณะทำงานรับผิดชอบประเด็นปัญหาและร่วมติดตาม การทำงานอย่างต่อเนื่อง ระดมทรัพยากรและบูรณาการทรัพยากรทุกภาคส่วน อย่างมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหา ร่วม ตามบริบทอย่างน้อย ๒ เรื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ อำเภอเมืองนครพนม ขับเคลื่อนใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑.การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ๒. การจัดการขยะในชุมชน ๓. การป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดี มีสุขภาวะทางกายและจิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๑. มีการจัดตั้งอนุกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล
๒. มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ.และอนุกรรมการเพื่อทบทวนประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอเมืองนครพนมในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สรุปประเด็นที่พัฒนาคือ ๓ ประเด็น คือ
 - ๑) การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน
 - ๒) การจัดการขยะในชุมชน
 - ๓) การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-๑๙
๓. มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ.และอนุกรรมการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาร่วมกันในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ดังตาราง

ประเด็นที่ ๑ การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ตัวชี้วัด ๑. มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันและลดอุบัติเหตุด้วยสื่อต่างๆ เดือนละ ๑

ครั้ง

๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานราชการเข้าร่วมการสร้างวินัยจราจรของข้าราชการเจ้าหน้าที่ในสังกัด(สวมหมวกนิรภัย)

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. มีการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่

๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานศึกษาระดับมัธยมมีการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ

จราจรในนักเรียน

นโยบาย “คนอำเภอเมืองนครพนมปลอดภัย มีวินัยจราจร”

กลยุทธ์ ๑.สร้างพฤติกรรมผู้ใช้รถใช้ถนนที่ถูกวินัยจราจร

๒. สร้างวินัยจราจรของข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการ/อปท./ และ

ผู้นำชุมชน

๓.ปลูกฝังวินัยจราจรในเยาวชน

๔.สร้างถนนปลอดภัยแก้ไขจุดเสี่ยง

Small Success

ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
๑.มีการแต่งตั้ง อนุกรรมการดำเนินงาน ระดับอำเภอและตำบล ๒.มีการประชุม คณะทำงานวางแผน ดำเนินงาน ๑ ครั้ง ๓. ออกสำรวจกำหนดจุด เสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน ๑๔ ตำบล	๑.มอบนโยบายและ กรอบแนวทางการ ดำเนินงานแก่หัวหน้า ส่วนราชการ /ผู้นำชุมชน ๑ ครั้ง ๒.มีคณะทำงานชุด ปฏิบัติการออกให้ความรู้ วินัยจราจรในสถานศึกษา ๓.มีแผนออกให้ความรู้ วินัยจราจรในสถานศึกษา โรงเรียน ๔.มีแผนปฏิบัติการแก้ไข จุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน ๕.กำหนดถนนตัวอย่าง” ถนนปลอดภัย”	๑.คณะทำงานชุด ปฏิบัติการออกให้ความรู้ วินัยจราจรในสถานศึกษา เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.ติดตามหน่วยงาน ราชการในการดำเนินงาน ในการประชุม ประจำเดือนหัวหน้าส่วน ราชการ/กำนัน- ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. ๓. ดำเนินการแก้ไขจุด เสี่ยง	๑.สรุปผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๒.ประชาสัมพันธ์ ๑๒ ครั้ง/ปี ๓.หน่วยงานราชการใน อำเภอเมืองนครพนมเข้า ร่วมการสร้างวินัยจราจร ของข้าราชการเจ้าหน้าที่ ในสังกัดร้อยละ ๑๐๐ ๔.กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน/อส ม. มีการสวมหมวกนิรภัย เมื่อขับขี่ร้อยละ ๑๐๐ ๕.สถานศึกษาระดับ มัธยมมีการดำเนินงาน ป้องกันอุบัติเหตุจราจรใน นักเรียนร้อยละ ๑๐๐ ๔. มี ถนน ปลอดภัย ตัวอย่างในอำเภอจำนวน ๑ แห่ง ตำบล ๑๓ แห่ง

ประเด็นที่ ๒ การจัดการขยะในชุมชน

เป้าหมาย หมู่บ้าน/ชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดการขยะที่ถูกหลักวิชาการ

นโยบาย “นครพนมเมืองสะอาดปลอดโรค ปลอดภัยคนมีวินัย มีน้ำใจไมตรี”

ตัวชี้วัด ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรู้การคัดแยกขยะครัวเรือน/โรงเรียน/หน่วยงานราชการ คัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ให้เป็นรูปธรรมและเกิดผลสัมฤทธิ์

๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของหมู่บ้านชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของครัวเรือน มีการจัดการขยะที่ถูกหลักวิชาการโดยใช้หลัก ๓Rs

Small Success

ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
<p>๑. มีการแต่งตั้งอนุกรรมการระดับตำบล</p> <p>๒. มีการประชุมคณะทำงานวางแผนการดำเนินงาน</p> <p>๓. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาตามประเด็นอย่างน้อย ตำบลละ ๑ โครงการ</p>	<p>๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ครัวเรือน/หน่วยงานราชการมีการคัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ร้อยละ ๖๐</p> <p>๒. หมู่บ้านชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ ร้อยละ ๖๐</p> <p>๓. ครัวเรือนมีการจัดทำถังขยะเปียก หรือการบริหารจัดการด้วยวิธีอื่น เช่น ปูหมัก/น้ำหมักชีวภาพ ร้อยละ ๖๐</p>	<p>๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ครัวเรือน/หน่วยงานราชการมีการคัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. หมู่บ้านชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. ครัวเรือนมีการจัดทำถังขยะเปียก หรือการบริหารจัดการด้วยวิธีอื่น เช่น ปูหมัก/น้ำหมักชีวภาพ ร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ครัวเรือน/หน่วยงานราชการมีการคัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. หมู่บ้านชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. ครัวเรือนมีการจัดทำถังขยะเปียก หรือการบริหารจัดการด้วยวิธีอื่น เช่น ปูหมัก/น้ำหมักชีวภาพ ร้อยละ ๑๐๐</p>

ประเด็นที่ ๓ การป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

เป้าหมาย ประชาชนมีความรู้ และได้รับวัคซีนในการป้องกันโรค COVID-๑๙

- ตัวชี้วัด**
๑. ร้อยละ ๗๐ ของประชาชนได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค COVID-๑๙ เข็มที่ ๑
 ๒. ร้อยละ ๕๐ ของประชาชนได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรค COVID-๑๙ เข็มที่ ๓
 ๓. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคระดับตำบลได้รับการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ ๘๐

นโยบาย อำเภอป่องกัน ควบคุมโรคโควิดให้มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ ๒ รู้ ๑ รับ วัคซีนและการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

รู้ = รู้กลุ่มเป้าหมายรับวัคซีน

รู้ = รู้ประโยชน์ของวัคซีนและการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

รับ = นัดกลุ่มเป้าหมายรับวัคซีน

Small Success

ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล ๒. มีการประชุมคณะทำงานวางแผนการดำเนินงาน ๓. มีแผนปฏิบัติงานให้ความรู้ประชาชนและบริการฉีดวัคซีน ๔. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตามเกณฑ์	๑. อบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. ทีมปฏิบัติการระดับตำบล ร้อยละ ๕๐ ๒. ให้บริการฉีดวัคซีนกลุ่มเป้าหมาย เข็ม ๑ ร้อยละ ๕๐ เข็ม ๓ ร้อยละ ๒๐ ๓. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตามเกณฑ์	๑. อบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. ทีมปฏิบัติการระดับตำบล ร้อยละ ๖๐ ๒. ให้บริการฉีดวัคซีนกลุ่มเป้าหมาย เข็ม ๑ ร้อยละ ๖๐ เข็ม ๓ ร้อยละ ๓๐ ๓. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตามเกณฑ์	๑. อบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. ทีมปฏิบัติการระดับร้อยละ ๘๐ ๒. ให้บริการฉีดวัคซีนกลุ่มเป้าหมาย เข็ม ๑ ร้อยละ ๗๐ เข็ม ๓ ร้อยละ ๕๐ ๓. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตามเกณฑ์

๓. ผลการดำเนินงาน

Small Success	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓
ประเด็นการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	๑. มีการแต่งตั้งอนุกรรมการดำเนินงาน ๑/๒๕๖๕ ๒. มีการประชุมคณะทำงานวางแผนดำเนินงาน ๑ ครั้ง วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ๓. มีเอกสารตรวจกำหนดจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน ๑๔ ตำบล และกำหนดจุดเสี่ยงหลัก ๑๐ แห่ง จุดเสี่ยงรอง ๓๐ จุด	๑. มีการประชุมอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาในการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันในวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ๒. คณะอนุกรรมการและคณะทำงานระดับตำบลวางแผนแก้ไขจุดเสี่ยง ๑๐ จุด ๓. จัดทำแผนออกให้ความรู้วิทยากรในนักเรียนระดับมัธยม จำนวน ๑๓ แห่ง ๔. กำหนดถนนสุนทรวิจิตรเป็นถนนปลอดภัยตัวอย่างเกณฑ์	๑. คณะทำงานชุดปฏิบัติการออกให้ความรู้วิทยากรในสถานศึกษา เดือนละ ๑ ครั้ง ๒. ติดตามหน่วยงานราชการในการดำเนินงานในการประชุมประจำเดือน หัวหน้าส่วนราชการ/ กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. ๓. ดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงปัญหาจุดเสี่ยงทั้ง ๑๐ แห่ง โดยมีการติดป้ายเตือน /

Small Success	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓
		ถนนปลอดภัยต้องมี -มีทางม้าลาย -มีผิวจราจรที่เรียบ -มีป้ายจราจร -รถวิ่งไม่เกิน ๓๐ กม./ชม. -ผู้สัญจรรถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย/รถยนต์คาดเข็มขัดนิรภัย	แก้ไขถนนชำรุดพัง/ตัดกิ่งไม้รบกวนทาง/รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย ๔.มีถนนปลอดภัยระดับอำเภอ ๑ แห่ง
ประเด็นการจัดกาฯในระยะในชุมชน	๑. มีการแต่งตั้งอนุกรรมการระดับตำบล ๒. มีการประชุมคณะทำงานวางแผนการดำเนินงาน ๓. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหตามประเด็นอย่างน้อย ตำบลละ ๑ โครงการ	๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ๒. มีการประชุมขับเคลื่อนประเด็นปัญหาในการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน ๓. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาในระยะในอ.เมืองนครพนม จำนวน ๑๓ โครงการ โดยสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล และงบรายจ่ายประจำปีของแต่ละ อบต. ๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ครัวเรือน/หน่วยงานราชการมีการคัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ทั้ง ๑๔ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ ๕. หมู่บ้านชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ จำนวน ๑๐๐ แห่ง ร้อยละ ๖๐.๖๐ ๖. ครัวเรือนมีการจัดทำถังขยะเปียก หรือการบริหารจัดการด้วยวิธีอื่น เช่น ปูหมัก/น้ำหมักชีวภาพ จำนวน ๓๓,๗๕๑ หลังคาเรือน ร้อยละ ๑๐๐	๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ครัวเรือน/หน่วยงานราชการมีการคัดแยกขยะโดยใช้หลัก ๓Rs ร้อยละ ๑๐๐ ๒. หมู่บ้านชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมธนาคารขยะ จำนวน ๑๑๔ แห่ง ร้อยละ ๖๙.๐๙ ๓. ครัวเรือนมีการจัดทำถังขยะเปียก หรือการบริหารจัดการด้วยวิธีอื่น เช่น ปูหมัก/น้ำหมักชีวภาพ จำนวน ๓๓,๗๕๑ หลังคาเรือน ร้อยละ ๑๐๐
ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส	๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล ๑๔ ตำบล ๒. มีการประชุมคณะทำงาน	๑. อบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. ทีมปฏิบัติการระดับตำบล จำนวน ๖ ตำบล ร้อยละ ๔๒.๘๕	๑. อบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. ทีมปฏิบัติการระดับตำบลจำนวน ๑๔ ตำบล ร้อยละ ๑๐๐

Small Success	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓
โคโรนา ๒๐๑๙	วางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ๓. มีแผนปฏิบัติงานให้ ความรู้ประชาชนและบริการ ฉีดวัคซีน จำนวน ๑๐ จุด บริการ ๔. ค้นหากลุ่มเป้าหมายและ รณรงค์การรับวัคซีน ๕. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตาม เกณฑ์	๒. ให้บริการฉีดวัคซีน กลุ่มเป้าหมาย เข็ม ๑ ร้อยละ ๗๒.๑๐ เข็ม ๓ ร้อยละ ๗.๐๕ ๓. เฝ้าระวังสอบสวนโรคตาม เกณฑ์	๒. ให้บริการฉีดวัคซีน กลุ่มเป้าหมาย เข็ม ๑ ร้อยละ ๘๑.๑๕ เข็ม ๓ ร้อยละ ๓๒.๐๑ ๓. เฝ้าระวังสอบสวนโรค ตามเกณฑ์

๔. มาตรการที่สำคัญในการดำเนินการ

๔.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๓ ที่ ๑๐๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๔.๒ คำสั่งอนุกรรมการการดำเนินงานตามประเด็นปัญหา พขอ.

๔.๓ คำสั่งการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชต.

๔.๔ จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่

๔.๕ มีแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคriticalตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ เรื่อง

๔.๖ มีการดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคriticalตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๔.๗ มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย

๔.๘ สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น

๔.๙ สรุปทบทวนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคriticalตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

การมีนโยบายที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมทุกภาคีเครือข่าย

๖. ปัญหาอุปสรรค

๖.๑ ชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มี การคัดแยกขยะอย่างจริงจัง ทำให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้น และมีการจัดการไม่ถูกต้อง เช่น การเผาขยะเองซึ่งก่อให้เกิดมลพิษ, การทิ้งขยะอันตรายปนกับขยะประเภทอื่น เป็นต้น

๖.๒ ปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชนยังพบผู้ป่วยทำลายเอง เช่น เผา ฝังกลบ

๗. แนวทางการพัฒนา

๗.๑ การพัฒนาที่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และตำบล

ผู้รายงาน นางขวัญเรือน บุพศิริ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
โทร: ๐๘-๑๘๗-๑๖๖๗๕
E-Mail: kwan_๑๐๖๖@hotmail.com

๓.๔ หัวข้อประเด็น ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
ตัวชี้วัด ร้อยละของรพ.ติดดาว.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.

๑. สถานการณ์

อำเภอเมืองนครพนม ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย แบบองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน ๕ ประเด็น (๕ ดาว ๕ ดี) ได้แก่ ๑) การบริหารดี ๒) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งอำเภอเมืองนครพนม เริ่มดำเนินงานในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๔ แห่ง ร้อยละ ๕๖ และมี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ (๕ ดาว) ๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และในปี ๒๕๖๑ มีการดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์เพิ่มอีก ๑๑ แห่ง รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (๕ ดาว) ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ (สะสมปี ๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑) โดยมีหน่วยบริการสุขภาพที่เข้ารับการประเมินคัดเลือกรพ.สต.ที่จะเป็น The Best ของระดับเขต จำนวน ๑ แห่ง คือ รพ.สต. ชะโนต ตำบลขามเฒ่า และ รพ.สต. ทั้ง ๒๕ แห่ง จะเข้ารับการประเมินตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (Re-accredit) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ดังตาราง

หน่วยบริการ	ผ่านการประเมินรับรอง จากเขตปี ๒๕๖๐		ผ่านการประเมิน รับรอง จากเขตปี ๒๕๖๑		Re-ac Accredit ปี ๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.สต. ๒๕ แห่ง	๑๔	๕๖	๑๑	๔๔	๒๕	๑๐๐

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๒.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ของ คปสอ.เมืองนครพนม

๒.๒ รพ.สต.ประเมินตนเองแล้วบันทึกข้อมูลการประเมินในระบบเว็บไซต์ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ
หน่วยบริการปฐมภูมิ <http://gishealth.moph.go.th/pcu/>

๒.๓ ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินและพัฒนาตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ๕ หมวด โดยทีมพี่เลี้ยง
ระดับอำเภอ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผ่านระบบออนไลน์ Zoomming

๒.๔ ทีมพี่เลี้ยงอำเภอออกเยี่ยม รพ.สต. จำนวน ๒๕ แห่ง เพื่อให้ข้อเสนอแนะ เตรียมความพร้อม
รับการประเมินในปี ๒๕๖๕ จากทีมจังหวัด โดยบูรณาการจากการออกนิเทศติดตามผลการดำเนินยุทธศาสตร์ของ
คปสอ.เมือง/การบริการวัคซีน/QOF จากนั้นอำเภอดำเนินการประเมินรับรอง แล้วส่งข้อมูลให้ สสจ.ดำเนินการ
(สู่มประเมินการคงสภาพ)

๒.๔ พัฒนาประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนา รพ.สต.
ติดดาว ในภาพ คปสอ.ร่วมกัน

๒.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดำเนินงานด้านระบบปราศจากเชื้อ
(IC) งานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (LAB) IT, Green & Clean วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๕ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง แสดงผลการประเมินการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม อำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หน่วยบริการ	คะแนนประเมินตนเอง	ระดับ	คะแนนประเมินของอำเภอ	ระดับ	คะแนนประเมินระดับจังหวัด	ระดับ
รพ.สต.หัวโพน	๙๓.๙๙	๕	๙๓.๙๙	๕	รอกการประเมินวันที่ ๑๕ มิ.ย.๖๕ ทั้ง ๒๕ แห่ง	
รพ.สต.นาราชควาย	๙๕.๘๖	๕	๙๕.๘๖	๕		
รพ.สต.กุรุคุ	๘๘.๗๒	๕	๘๘.๗๒	๕		
รพ.สต.บ้านผึ้ง	๙๔.๐๒	๕	๙๔.๐๒	๕		
รพ.สต.นามน	๘๙.๕๐	๕	๘๙.๕๐	๕		
รพ.สต.หนองปลาตุก	๘๔.๓๗	๕	๘๔.๓๗	๕		
รพ.สต.บ้านห้อม	๙๖.๔๗	๕	๙๖.๔๗	๕		
รพ.สต.อาจสามารถ	๙๗.๑๘	๕	๙๗.๑๘	๕		
รพ.สต.ขามเฒ่า	๘๙.๘๖	๕	๘๙.๘๖	๕		
รพ.สต.ชะงุ้ม	๘๕.๘๔	๕	๙๐.๑๔	๕		
รพ.สต.ชะโนด	๙๑.๙๗	๕	๙๘.๕๓	๕		
รพ.สต.บ้านกลาง	๙๗.๒๓	๕	๙๑.๒๓	๕		
รพ.สต.หนองจันทน์	๙๔.๔๐	๕	๙๔.๔๐	๕		
รพ.สต.ท่าค้อ	๙๕.๙๓	๕	๙๔.๑๐	๕		
รพ.สต.นาหลวง	๙๒.๙๑	๕	๙๒.๙๑	๕		
รพ.สต.คำเตย	๙๙.๘๔	๕	๙๐.๐๑	๕		
รพ.สต.ดอนแดง	๙๓.๑๑	๕	๙๓.๑๑	๕		
รพ.สต.หนองญาติ	๙๖.๙๕	๕	๙๖.๙๕	๕		
รพ.สต.คำพอก	๘๘.๔๖	๕	๘๘.๔๖	๕		
รพ.สต.บ้านบัว	๙๔.๘๓	๕	๙๔.๘๓	๕		
รพ.สต.ดงขวาง	๘๘.๘๒	๕	๘๘.๘๒	๕		
รพ.สต.โชคอำนวย	๙๕.๓๕	๕	๙๕.๓๕	๕		
รพ.สต.สุขเกษม	๙๓.๐๖	๕	๙๓.๐๖	๕		
รพ.สต.ทุ่งมน	๘๕.๑๗	๕	๘๕.๑๗	๕		
รพ.สต.ดงด้วง	๙๕.๙๐	๕	๙๐.๒๕	๕		

จากตาราง อำเภอเมืองนครพนม มีการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม อย่างต่อเนื่องโดยผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ในเว็บไซต์ <http://gishealth.moph.go.th/pcu/> ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด ๒๕ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับ ๕ ดาว ทั้ง ๒๕ แห่ง และในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ คณะกรรมการประเมินมาตรฐานรพ.สต.ติดตามจังหวัดนครพนมจะออกมาประเมินตามเกณฑ์เพื่อรับรองผลการประเมินจากทีมพี่เลี้ยงอำเภอ

๔. มาตรการที่สำคัญในการดำเนินการ

๑. ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด อำเภอ ต้องติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง

๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. Leadership การมีผู้บริหารทุกระดับ เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ออกพื้นที่ตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

๒. การสนับสนุน / Empowerment

- ได้รับสนับสนุนองค์ความรู้ คำแนะนำจากผู้รับผิดชอบระดับเขตสุขภาพที่ ๘
- ได้รับสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น จัดสรรและการหมุนเวียนของบุคลากร จากรพ.แม่ข่าย, คปสอ., ท้องถิ่น
- ได้รับการสนับสนุน และการดูแลจากพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ระดับอำเภอที่มีเครือข่ายที่เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน
- จังหวัดเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ในการดำเนินงาน

๓. TEAM WORK

- ทีมพี่เลี้ยง คณะทำงานทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และทีมพัฒนาในระดับตำบล

โอกาสพัฒนา

๑. ควรเสริมสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้แก่ แรงจูงใจ สำหรับ รพ.สต./PCU ที่ผ่านการรับรองฯ ความก้าวหน้า ฯลฯ
๒. มีเกณฑ์ประเมิน PCU ที่ชัดเจน ใช้ได้กับบริบทของ PCU ทุกแห่งได้

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. การสนับสนุนจากผู้บริหาร / CUP ด้านวิชาการ คน เงิน ของ ควรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
๒. การสร้างทีมพี่เลี้ยงที่เข้มแข็งในการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

ผลงานเด่น

ปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะโนด ตำบลขามเต่า ได้รับคัดเลือกเป็น รพ.สต.ติดตาม The best ระดับจังหวัด

ผู้รายงาน นางขวัญเรือน บุพศิริ
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
โทร : ๐๘-๑๘๗-๑๖๖๗๕
E-Mail: kwan_๑๐๖๖@hotmail.com

Functional based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย
หัวข้อ การป้องกันมารดาตาย (PCT สู่กิจกรรม)

๑.ประเด็นการตรวจราชการ การป้องกันมารดาตาย

๒.สถานการณ์

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

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

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ /

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

กิจกรรม/โครงการ ๓.๒

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-๖๔-พค.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราการดาตาย	๔๖.๓๒ : ๑๐๐,๐๐๐ LB (๑/๒๑๕๙ คน)	๔๗.๓๕:๑๐๐,๐๐๐LB (๑/๒๑๑๒ คน)	< ๑๗ : ๑๐๐,๐๐๐ LB	๐ คน	๐LB ๑๐๐,๐๐๐ : (๐/๑๑๕๕ คน)

๕. ปัญหาอุปสรรค

-การเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องและความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะรายที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะใน รพช. และ รพ.สต.

ผู้รายงาน น.ส.รัศมีแซ พรหมประกาย
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วัน/เดือน/ปี ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
 โทร : ๐๘-๖๘๖-๒๙๒๕๖
 E-Mail: kwan_๑๐๖๖@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
 ประเด็นที่ ๔ สุขภาพกลุ่มวัย
 รหัสประเด็น ๔.๔ หัวข้อกำกับติดตาม เด็กปฐมวัย
 กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก งานส่งเสริมสุขภาพ คปสอ.เมืองนครพนม

๑.ผลการดำเนินงาน

รายการ	ข้อมูล								
	๒๕๖๓			๒๕๖๔			๒๕๖๕		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒.๒ เด็กไทยมี การเจริญเติบโต และพัฒนาการ สมวัย									
ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดี สมส่วนและ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๒๐๘๒	๑๔๖๐	๗๐.๑๒	๒๑๗๙	๑๖๐๖	๗๓.๗๐	๒,๘๔๓	๑,๖๘๓	๕๙.๒๐
ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย	๗๖๕๒	๖๗๘๓	๘๘.๒๔	๕๒๗๗	๔๗๑๔	๘๙.๓๓	๒,๑๐๘	๒,๐๑๙	๙๕.๗๘
๒.๓ ร้อยละของ เด็กปฐมวัยที่ ได้รับการคัด กรองแล้วพบว่ามี พัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือ เครื่องมือ มาตรฐานอื่น	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ข้อมูล HDC ณ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๒.๑. ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการ (WCC) และในชุมชน (ศพด.) ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยเน้นการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือตรวจพัฒนาการเด็กเบื้องต้นโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แบ่งเป็น ๒ ส่วนดังนี้

๑.คู่มือการเฝ้าระวังระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)สำหรับเด็กคลอดปกติ

๒.คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง

(Developmental Assessment For Intervention Manual: DAIM) สำหรับเด็กคลอดผิดปกติ ได้แก่ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight), ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth), ทารกคลอดขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) หรือ Birth defect ใช้คู่มือเล่มเขียว Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ที่มารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

๒.๒. ส่งเสริมและติดตามการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี

๒.๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก

๒.๔. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตระดับอำเภอและตำบล

๓.มาตรการในการดำเนินการ

๓.๑. มีการเฝ้าระวัง กำกับติดตามการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบรายงานผล HDC, Cockpit และระบบติดตามพัฒนาการ

๓.๒. มีการนิเทศและประเมินผล ตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุข คปสอ.เมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ๒ ครั้ง/ปี

๓.๓. กำหนดให้มีการดำเนินงานโดยการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต

๓.๔. ผนวกรงก์การใช้ “Application ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

๓.๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๓.๖. ผู้บริหาร คปสอ. เมืองนครพนม ให้ความสำคัญในการจัดการและแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเมืองนครพนม มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน และสนับสนุนการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่และเครือข่าย

๓.๗. ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

๓.๘. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง ในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นประจำทุกปี

๔.กิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

๔.๑. ให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๖ ปี

๔.๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองและติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กในเด็กกลุ่มอายุ ๐ – ๖ ปี ทุกคน ของทุกเดือน (ทั้งในคลินิกเด็กดีและศูนย์เด็กเล็ก) ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่จะสามารถกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาปกติได้

๔.๓. ดำเนินงานตามแผนผังการดูแลเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ แผนผังการดูแลติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight), ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth), ทารกคลอดขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) หรือ Birth defect ใช้คู่มือเล่มเขียว Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) ที่มารดาตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ร่วมด้วย

๔.๔. ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยโดยให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ปี ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM และ DAIM) คู่มือ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

๔.๕. ส่งเสริมพัฒนาคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ ๘ อุตรธานี

๔.๖. ส่งเสริมและติดตามการจ่ายยาต้านไวรัสให้เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี

๔.๗. ส่งเสริมและเฝ้าระวังด้านโภชนาการเด็ก ๐-๕ ปี พร้อมติดตามการให้บริการในคลินิก, ศพด. และชุมชน

๕. การพัฒนาบุคลากร

จัดอบรมบุคลากรทุกระดับเน้นความสำคัญการตรวจคัดกรอง ระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและระบบการส่งต่อดังนี้

๕.๑. ครู ข (ระดับอำเภอ) ให้ความรู้ จนท.รพ.สต./ศสม. เพื่อให้เข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือ “คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย”(DSPM) และ “คู่มือการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง”(DAIM) และการบริหารจัดการแผนงานให้มีประสิทธิผล

๕.๒. การจัดอบรม, ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กในการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง พร้อมติดตามกระตุ้นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้าด้วยเครื่องมือ “คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย”(DSPM) และ “คู่มือการประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง”(DAIM)

๕.๓. ครู ก. (ระดับเขต, ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ) ด้านโภชนาการในเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ให้ความรู้ จนท.รพ.สต./ศสม. เพื่อให้บริการงานโภชนาการในเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ในคลินิก WCC, ศพด. และชุมชน

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

๖. ระบบข้อมูลและการติดตาม

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

ผู้รายงาน นางสาวรำไพ นิกุลกาญจน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๔๒๑๙๙๒๒๒ ต่อ ๑๐๗๓

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ประเด็นที่ ๒ Functional based สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาใน
คลินิกผู้สูงอายุ

งานส่งเสริมสุขภาพ(ผู้สูงอายุ) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

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

๒. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged Society)แล้ว โดยมีการประมาณการว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง ๖๒%ปีขึ้นไปถึง ๖๐ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า ๑๓ ล้านคน และคาดการณ์ว่า อีก ๒๐ ปีข้างหน้า หรือปี ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๒๐ ล้านคน หรือ ๑ ใน ๓ ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปจะมีมากถึง ๓.๕ ล้านคน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การบริโภคนอกบ้าน การมีอำนาจในการซื้อลดลง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตจึงมีผลกระทบต่อของประชาชนโดยรวม หากยังไม่มีแผนรองรับอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยุทธศาสตร์ต้องกำหนดให้อย่างชัดเจน จะต้องมีการเตรียมพร้อม เพื่อสามารถสร้างสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพได้ สร้างหลักประกันรายได้ ส่งเสริมและขยายโอกาสทำงาน สร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความปลอดภัยในที่สาธารณะ เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอปท.) ให้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน

๓. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. สํารวจข้อมูลพื้นฐาน

- ๑.๑ ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ ชื่อ-สกุล วป เกิด สถานภาพ เพศ จำนวนบุตร อาศัยอยู่กับใคร (ผู้ดูแล) ใคร
- ๑.๒ ข้อมูลสิทธิประโยชน์ ได้แก่ รายได้เบี้ยยังชีพ สิทธิ / สวัสดิการ / ผู้พิการ

๑.๓ ข้อมูลศักยภาพทางสังคม ได้แก่ การเป็นผู้นำชุมชน การเป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมอื่นๆ การเป็นผู้นำทางสังคมอื่นๆ

๒. จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ ADL

๒.๑ กลุ่มติดบ้าน

๒.๒ กลุ่มติดสังคม ได้ดึงเข้าสู่สังคมโดยเน้นกิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ

๒.๓ กลุ่มติดเตียง

- มี care manager บริหารจัดการ case

- มี care giver ดูแล case

- มีครอบครัวและภาคีให้ความร่วมมือ เช่น ภาคีในพื้นที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพมี อปท. และผู้นำชุมชนเป็นแกนหลักสำคัญในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และส่งเสริมสุขภาพ

๓. ประเมินสุขภาพตามเกณฑ์

๓.๑ วัตรอบเอว

๓.๒ หาค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

๓.๓ ประเมินข้อเข่าเสื่อม

๓.๔ ประเมินซีมีเคร้า

๓.๕ ประเมินภาวะหกล้ม

๓.๖ ประเมินสมรรถภาพของสมอง

๓.๗ ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ

๓.๘ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

๔. ตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์เพื่อค้นหาโรคได้แก่ ,DM, HT, StrokeโรคตาKidney CA, COPD TB, Cirrosis

๕. ประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์พึงประสงค์ ๕ ข้อ จัดเข้ากลุ่มผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์

๕.๑ มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

๕.๒ มีพื้นที่ใช้งานไม่น้อยกว่า ๒๐ ไร่ โดยมีพื้นที่ ๔ ไร่

๕.๓ มี BMI/รอบเอวที่ปกติ

๕.๔ ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นตามอัตภาพ

๕.๕ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่

- ออกกำลังกาย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ ๑๕-๓๐ นาที

- รับประทานผักผลไม้

- ดื่มน้ำวันละ ๘ แก้ว

- ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น

- ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๖. จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ

๖.๑ กลุ่มป่วย ได้รับการตรวจรักษาตามสาเหตุและได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

๖.๒ กลุ่มเสี่ยง ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกพิเศษ ได้แก่ DPAC และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านอื่น รวมทั้งการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ

๗. จัดทำฐานข้อมูลออนไลน์ ผ่าน Application Blue book

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line			ครั้งที่ ๑ (๑ ต.ค.๖๔-๓๑ ม.ค. ๖๕)			ครั้งที่ ๒ (๑ ก.พ. ๖๕-๑๔ มิ.ย. ๖๕)		
	ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๖๑.๘๓	๗๑.๔๖	๙๔.๗๗	๖๐	๘๕.๗๑	๘๕.๗๑	๒๘๕	๗๓.๑	๗๓.๑
๒. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน Long Term Care ระบบผ่านเกณฑ์	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐
๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๑๐๐	๑๐๐
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ									
a. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	(๐ ราย) ๑๐๐	>=๓๐%	พบ ๗ รักษา ๗	๑๐๐	พบ ๒ รักษา ๒	๑๐๐	๑๐๐
b. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	NA	NA	(๒๖ ราย) ๑๐๐	>=๓๐%	พบ ๑๕ รักษา ๑๔	๑๐๐	พบ ๙ รักษา ๙	๑๐๐	๑๐๐

๕. ปัญหาอุปสรรค

- ๑) เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิดทำให้การดำเนินกิจกรรม การจัดทำโครงการเป็นไปด้วยความลำบาก ทำให้ผลลัพธ์และประสิทธิภาพโครงการงานจึงไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เท่าที่ควร
- ๒) ปัญหาการบูรณาการเครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีภาระงานมาก

ปัญหาอุปสรรค(คลินิกผู้สูงอายุ)

- ๑) ไม่มีแพทย์ประจำคลินิก
- ๒) เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ปิดบริการวันเสาร์เพราะไม่มีแพทย์ออกตรวจ
- ๓) รพสต. ไม่มีเคสส่งมา
- ๔) ไม่มีผู้ป่วยโดยตรง walk in มาที่คลินิก(มีผู้ป่วย walk in มา ๒ รายเดือนมิย๖๔)
- ๕) ผู้สูงอายุบางคนไม่มีเวลา ต้องอาศัยผู้อื่นในการเดินทาง
- ๖) แนะนำมาตรวจตามนัด มีเวลาจำกัดเนื่องจาก สูงวัยมาตรวจตามแผนกของตัวเองแล้วรีบกลับ
- ๗) ในบางครั้งไม่มีเวลากัดกรอง เนื่องจากต้องไปช่วยตามแผนกที่ไม่มีเจ้าหน้าที่

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) เนื่องด้วยปัจจุบันสังคมประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ทำให้บุคลากรด้านปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุขาดอัตรากำลัง จึงควรที่จะเพิ่มอัตรากำลังด้านนี้ขึ้นเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มากขึ้นด้วย

คลินิกผู้สูงอายุ

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

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practic /

- การตรวจประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งอยู่ในระยะทำการทดลอง

ผู้รายงาน นางพัฒนพร พวงแก้ว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๘๘-๕๓๔๐๙๙๐

ผู้รายงาน นางผกาพรรณ โพธิ์จินดา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๘๙-๘๖๓๕๑๖๓

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด :

๑. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ \geq ร้อยละ ๙๐
๒. ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ ๖๐
 - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐
 - ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๖๐
๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI $<$ ร้อยละ ๘
๔. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน ๓๐ วันหลังจำหน่าย $<$ ร้อยละ ๑๐

ประเด็นการตรวจราชการ :

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่
 - อัตราตายยังสูงเกินเกณฑ์ (target mortality $<$ ร้อยละ ๘)
 - เป้าหมายเวลาตามการรักษาตามเกณฑ์ (time target \geq ร้อยละ ๖๐)
๒. กระบวนการดำเนินงาน
 - ออกให้ความรู้ประชาชน-อสม.ให้มีความรู้และเพิ่มการเข้าถึง
 - ออกแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับ ACS (ACS alert)
 - ปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลเป็น Pharmacoinvasive ในผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่มา รพ.เร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดเส้นเลือดเร็วขึ้น ในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล PCI center
 - ทบทวนปัญหา morbidity & mortality conference
 - ออกเยี่ยมและทบทวนปัญหาร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน
 - พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีความปลอดภัยและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๓. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๓		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Lytic+PPCI)	$>$ ๙๐%	๘๗.๙๓	๙๑.๕๓	๙๔.๙๖	$>$ ๙๐%	๘๔/๘๘	๙๕.๔๕
Onset to hospital \leq ๑๕๐ นาที	$>$ ๗๐%	๗๙.๓๑	๗๑.๑๙	๖๗.๖๓	$>$ ๗๐%	๖๓/๘๘	๗๑.๕๙
Dx to needle \leq ๓๐ นาที	$>$ ๕๐%	NA	NA	๘๕.๔๒	$>$ ๖๐%	๗/๙	๗๗.๗๗
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	$<$ ๙%	๑๒.๐๗	๑๐.๑๗	๑๐.๗๙	$<$ ๘%	๓/๘๘	๓.๔๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๓		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
(เสียชีวิตที่นครพนม)							
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เสียชีวิตหลัง refer)	< ๙%	NA	NA	NA	< ๘%	๑๑/๘๘	๑๒.๕๐
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน ๓๐ วันหลังจำหน่าย (ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและปฏิเสธการรักษา)	< ๑๐%	NA	NA	NA	< ๑๐%	๑๒/๘๒	๑๔.๖๓

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

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

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๕.๑ ผู้ป่วย ACS ได้ทำ EKG นานกว่า ๑๐ นาที (๒๐/๘๘ = ๒๒.๗๒%)

แนวทางการแก้ไข จัดทำแนวทางคัดกรองผู้ป่วย ACS alert เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและอาการเข้าได้กับ ACS ได้รับการทำ EKG ก่อน โดยไม่ต้องรอตรวจ

๕.๒ แพทย์ประเมินและให้การวินิจฉัย STEMI ได้ล่าช้า

แนวทางการแก้ไข ทบทวนระบบการแจ้งเตือนแพทย์ทั้งที่ รพช. และ รพ.จังหวัด เปิดช่องทางการ consult cardiologist โดยตรง

๕.๓ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไป primary PCI เกิด cardiac arrest หลังจาก refer ออกไปแล้ว (๑๑/๘๘ = ๑๒.๕๐%)

แนวทางการแก้ไข ได้ปรับแนวทางการดูแลเป็น Pharmacoinvasive เพื่อให้สามารถเปิดหลอดเลือดได้เร็วยิ่งขึ้นในกรณีผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามของการให้ fibrinolytic และได้ทำการให้ความรู้ทบทวนการให้ยา Streptokinase ที่ ER และ CCU

๕.๔ Cardiogenic shock และ cardiac arrest

แนวทางการแก้ไข ทบทวนกระบวนการดูแล อบรม ซ้อม CPR และการ resuscitation early consultation & refer ให้แพทย์ intern ก่อนออกไปปฏิบัติหน้าที่ที่ รพช. และพยาบาลใหม่ก่อนปฏิบัติงาน

๕.๕ ระยะเวลาการ refer นานกว่า ๓๐ นาที (Door-in Door-out)

แนวทางการแก้ไข ปรับปรุงระบบส่งต่อให้พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นผู้นำส่งผู้ป่วย STEMI fast track ทุกกรณี

๕.๖ ระยะเวลาการได้รับยา Dual Anti-platelet therapy (DAPT) ช้า

แนวทางการแก้ไข ปรับปรุงระบบการรับยาในผู้ป่วย STEMI Fast Tract โดยการจัดทำ STEMI drug box เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ACS alert

- NKP STEMI protocol

ผู้รายงาน นพ.ธนพัฒน์ เลิศวิทย์กัจจร

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

๙ มิ.ย. ๒๕๖๕ โทร ๐๘๕-๑๐๐-๕๙๔๔

e-mail : tanapaht.lert@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ : ลดแอ็ด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย

รหัสประเด็น ๕.๔ : Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก ส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

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

แต่ในปี ๒๕๖๔ พบว่า ทารกที่เสียชีวิต ช่วงน้ำหนักต่ำกว่า ๑๐๐๐ กรัม และ เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดและเมื่อเปรียบเทียบกับในภาพของจังหวัดในเขต ๘ ด้วยกัน ก็พบว่ามีปัญหา เช่นกัน จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายพบว่า กลุ่มทารกที่เสียชีวิตมีสาเหตุมาจาก ภาวะ RDS (respiratory distress syndrome) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด , Neonatal sepsis , congenital anomaly ดังนั้นแนวทางที่จะต้องพัฒนาในปี ๒๕๖๕ คือ การวิเคราะห์สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในระดับ MCH board ส่วนปัญหาภาวะ PPHN ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา อัตราการเกิดภาวะ PPHN ลดลง และอัตราการตายก็ลดลง เช่นกัน ปัจจุบันมีการส่งต่อแบบ Intrauterine refer เพิ่มมากขึ้น มีทั้ง ในตัวจังหวัดเองและจากรพ.ของเขตรอยต่อจังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๔ การส่งต่อ โรคที่ยังเป็นอันดับแรก คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่เป็นการส่งต่อภายในเขต คือ ส่งไปตรวจและรับยาที่ รพ.สกลนคร เป็นการไปตรวจและรับกลับ ส่วนปัญหาการส่งต่อเดิมที่เคยเป็นปัญหาคือ โรคคัลยกรรมในเด็ก ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาลดลงมาก เนื่องจาก จังหวัดนครพนม มีศัลยแพทย์เด็ก จำนวน ๑ ท่าน สามารถทำการผ่าตัดรักษาได้ใน case ทั่วไปที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน เช่น Gastroschisis , Omphalocele เป็นต้น ดังนั้นในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา เขตบริการสุขภาพที่ ๘ มีเพียง ๒ ราย คือส่งไปรักษาด้วยปัญหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและปัญหาทางศัลยกรรมเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เกินศักยภาพ ในระบบของการส่งต่อพบว่า ยังมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อจากรพ.ชุมชน ไปที่ รพ.นครพนม ปัญหาที่พบคือ เรื่องของภาวะตัวเย็น ในทารก และการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมในรายที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ แต่ไม่มีอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตในขณะที่ส่งต่อ และไม่มีปัญหาเรื่องของการเตียงของ NICU ที่ไม่เพียงพอ

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

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

ดูแลทารกที่ไม่มีปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจได้บางส่วน ซึ่งช่วยลดความแออัดของการให้บริการใน รพ. นครพนม ลงได้ โดยรพ.ธาตุพนมเปิดให้บริการ SNB จำนวน ๑๒ เตียง และ รพ.ศรีสงคราม เปิดให้บริการ SNB จำนวน ๖ เตียง และจะพัฒนาขึ้นเป็น NICU ที่ node อย่างละ ๑ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕) มีจำนวนทารกเกิด มีชีพจำนวนทั้งสิ้น ๒,๖๔๓ ราย เสียชีวิต ๑๒ ราย อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ \leq ๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด \geq ๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๔.๕๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เกินเป้าหมาย)

ข้อมูลบุคลากร ณ.๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

บุคลากร	รพ.นครพนม (S)	รพ.ธาตุพนม (M๒)	รพ.ศรีสงคราม (F๑)
กุมารแพทย์	๕ (กำลังศึกษาต่อ๒)	๒ + (กำลังศึกษาต่อ๑)	๒
พยาบาลวิชาชีพ	๑๖	๑๐	๑๑
- เฉพาะทางวิกฤตเด็กและทารก	๖	๒	๒
- เฉพาะทางระบบบำบัดทางเดินหายใจ	๑	๐	๐
จำนวนเตียงที่ให้บริการ	ICU (แรกเกิด-๑๕ปี) ๖ เตียง SNB ๓๐ เตียง	NICU ๑ เตียง (ปี ๖๕) SNB ๑๒ เตียง	NICU ๑ เตียง (ปี ๖๕) SNB ๖ เตียง

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕

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

โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๒ ราย

ตัวชี้วัด	จำนวน	เสียชีวิต	อัตราเสียชีวิต
๑.อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (น้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม) เกณฑ์: ๓.๖ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	๒๖๔๓	๑๒	๔.๕๔
๒.อัตราการตายทารกน้ำหนัก น้อยกว่า ๕๐๐ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๕๐	๐	๐	๐
๓.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๕๐๐ - ๙๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๕๐	๓	๓	๑๐๐
๔.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๑,๐๐๐ - ๑,๔๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๑๐	๔	๑	๒๕
๕.อัตราการตายทารกน้ำหนัก ๑,๕๐๐ - ๒,๔๙๙ กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๒	๑๖๘	๒	๑.๒
๖.อัตราการตายทารกน้ำหนักมากกว่าเท่ากับ ๒๕๐๐กรัม เกณฑ์: < ร้อยละ ๒	๒๔๖๘	๖	๐.๒๔

โรค	จำนวน	วิเคราะห์สาเหตุ
๑. IVH	๑ ราย	ทารกคลอดก่อนกำหนด GA ๒๘ wk.และ มารดามีโรคประจำตัว Pre eclampsia
๒. Neonatal sepsis	๓ ราย	รายที่ ๑ มารดาเป็นDM และมี PROM มากกว่า ๒๔ ชม. ๑ ราย รายที่ ๒. การติดเชื้อหลังคลอด C/S รายที่ ๓ มีภาวะ EOS ร่วมกับ CHD
๓.Hydropfetalis	๑ ราย	ANC.มีการ U/S ว่ามีความผิดปกติ แต่ไม่ได้แนะนำไปตรวจต่อ (ได้มีการทบทวนร่วมกับ PCT สติว่า กรณีเช่นนี้ ควรส่งมารดาไปตรวจ MMH ต่อไป)
๔.PPHN	๒ ราย	รายที่ ๑ คลอดจากมารดา ติดเชื้อ COVID-๑๙ ทำให้ทารกถูกแยก สังเกตอาการ ทำให้ส่งไปตรวจวินิจฉัยได้ว่า สามารถเกิดการเกิด PPHN น่าจะมากจาก CHD รายที่ ๒ เกิดจากมารดาติดเชื้อ COVID-๑๙ มาถึงมีการคลอดอย่างรวดเร็ว ทำให้การเตรียมคลอดไม่ดี และทารกมี MAS with Birth Asphyxia
๕. Anencephaly	๑ ราย	คลอดจากมารดา ติดเชื้อ COVID-๑๙
๖. HIE	๑ ราย	ทารก มีseverse birth asphyxia ถูกส่งต่อมาจาก รพช.
๗. Preterm with EVBW	๓ ราย	รายที่ ๑ Preterm GA ๒๖ wk BW ๗๑๐ gm. รายที่๒ Preterm GA ๒๖ wk BW ๗๕๐ gm รายที่ ๓ Preterm GA ๒๗ wk BW ๗๘๐ gm แมมีน้ำคร่ำติดเชื้อ

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

ตัวชี้วัด	จำนวน	ทารกติด Covidจากมารดา	อัตราเสียชีวิตทารกที่คลอดจากมารดา PUI / COVID๑๙
จำนวนทารกที่คลอดจากมารดา PUI / COVID๑๙	๕๙ ราย	๑ ราย	๓ (ร้อยละ ๕.๐๘)

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

โรค	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑.Gastroschisis	๒	๐	๓
๒.Omphalocel	๑	๐	๐

๓.Colonic obstruction	๐	๑	๐
๔.Gut obstruction	๓	๐	๐
รวม	๖	๑	๒

Case ที่ส่งต่อ คือ กลุ่มโรคคัลยกรรมเด็ก ที่มีปัญหา Multiple congenital anomalies เช่น Parasitic conjoined twins ส่งไปรักษาที่.รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น จำนวน ๑ case

การดำเนินการพัฒนางาน ปี ๒๕๖๕

เป้าหมาย	การดำเนินงาน
ลดแออัด	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพของ node ทั้ง ๒ แห่ง ขึ้นเป็น NICU แห่งละ ๒ เตียง
ลดป่วย /ลดตาย	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาร่วมกับแผนกสูติกรรม สร้างแนวทางการดูแลร่วมกันในการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด
ลดการส่งต่อ นอกเขตบริการ	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาร่วมกันกับในการดูแลทารกที่มีปัญหาซับซ้อนในระดับเขต
พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาแนวทางการดูแลทารก Maternal PUI/COVID พัฒนาบุคลากร NCPR ๒๐๒๐ และ Neonatal Transfer

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาของการดำเนินงาน	แนวทางแก้ไข
Node รพ.ธาตุพนม สถานที่คับแคบ, อุปกรณ์ในการดูแลทารกในกรอบICU ยังไม่เพียงพอ	รองบประมาณ
ผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแรกเกิดมีการส่งต่อออกนอกเขตในชนิดต่อมีภาวะซับซ้อน	แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจของสกลนคร ช่วยประสานให้
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงกับ DRG ไม่สัมพันธ์กันหรือบางครั้งเก็บไม่ได้เช่น Surfactant, สวนทางกับนโยบายเพิ่มการรอดชีวิตผู้ป่วย รพ ขนาดเล็กเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าที่ได้รับ	ทางกระทรวงปรับค่าใช้จ่ายตามจริงหรือเพิ่มมูลค่าการดูแล
การเก็บข้อมูลระหว่างของพื้นที่กับที่มีการรายงานของ HDC ระบบการตรวจสอบข้อมูลไม่ชัดเจน ข้อมูลส่วนกลางไม่ตรงกับข้อมูลดิบ	ปรับปรุงระบบให้สามารถตรวจสอบได้ก่อนส่งข้อมูล มีนโยบายสนับสนุนการลงข้อมูลให้ครบถ้วน
ปัญหาทารกแรกเกิดการเสียชีวิต ส่วนใหญ่มาจากประเด็นความเสี่ยงจากโรคของแม่ และการANC ไม่ครบตามเกณฑ์ ตลอดจน มารดาที่ไม่พร้อมจะมีบุตร	นำปัญหาไปวางแผนในระดับ MCH Board

ผู้รายงาน ๑. นางรุจิรา ดิษฐวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. นครพนม
โทร ๐๘๙๔๑๙๙๙๒

๒. นางสาวิตรี ปวรังกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สสจ.นครพนม
โทร ๐๙๓๓๕๗๘๗๓๗

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอยคอคย ลดป่วย ลดตาย

รหัสประเด็น หัวข้อ Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดย่อย ๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๗๕

๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๗๕

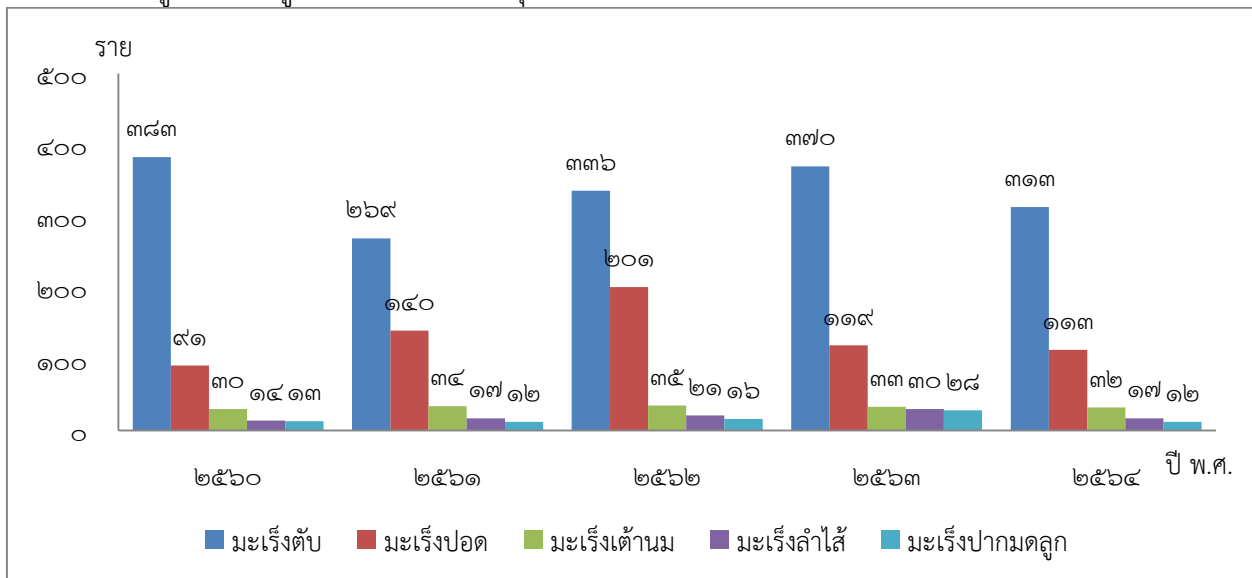
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๖๐

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพนม

สถานการณ์

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

แผนภูมิ จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุจากโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกระหว่างปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔



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

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ มีการเข้าถึงระบบการคัดกรองและการรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลา รอคอยการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จึงได้กำหนดแผนงาน/โครงการ/มาตรการการเฝ้าระวัง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โรคมะเร็ง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

แนวทางการดำเนินงาน

เพื่อส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงระบบการคัดกรองและการรักษาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ลดอัตราการป่วย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ได้กำหนดแผนงาน/โครงการ/มาตรการ ดังนี้

๑. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕ เพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติ ให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว และต่อเนื่อง

๒. กำหนดให้มีตัวชี้วัดการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับจังหวัด และควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลเข้าในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัดทุกเดือน

๓. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเบื้องต้น และในสตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน

๔. ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้ Web App BSE ในสตรีที่มีอายุ ๒๐ - ๗๐ ปี เพื่อให้เข้าถึงแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และต่อเนื่อง

๕. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการ Cancer Anywhere ให้ประชาชนทราบและเข้าถึงบริการ

๖. เริ่มการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test โดยมีหน่วยรับตรวจคือ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เริ่มดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๗. การดำเนินการ โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนีพันปีหลวง ปี ๒๕๖๕

๘. พัฒนา Chemotherapy Unit โดยขยายการบริการเปิดให้บริการแบบผู้ป่วยใน

๙. เพิ่ม Protocol ของสูตรยาเคมีบำบัดสูตรที่ซับซ้อน เพื่อลดอัตราการส่งต่อ

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

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

๑๒. พัฒนาระบบการส่งต่อภายในจังหวัดโดยการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดนครพนม (ผ่านระบบ Zoom)

๑๓. กำหนดให้หน่วยบริการมีการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน

๑. ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

๑.๑ การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕) พบว่า การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุขผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย สำหรับผลการดำเนินงานสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือ วิธี HPV DNA Test สะสมรายปี ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเช่นกัน

ตาราง จำนวนและร้อยละสตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๕-พ.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. สตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง \geq ร้อยละ ๘๐	๖๑.๐๓	๖๓.๕๕	๖๐.๕๖	๑๔๑,๔๗๖	๖๒,๘๓๘	๔๔.๔๒
๒. สตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข \geq ร้อยละ ๘๐	๗๑.๖๘	๖๗.๒๐	๖๔.๑๒	๑๔๑,๔๗๖	๖๖,๑๐๐	๔๖.๗๒
๓. สตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear \geq ร้อยละ ๘๐ สะสม ๕ ปี (๒๕๖๓-๒๕๖๗ สะสมปีละ ๒๐%)	สะสม ๕ ปี ๕๘-๖๒ = ๗๖.๑๙	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ = ๓๒.๔๔	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ = ๔๗.๔๗	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๑๑๑,๙๘๓	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๕๓,๗๙๕	สะสม ๕ ปี ๖๓-๖๗ ๔๘.๐๔
๔. ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (ร้อยละ ๑๐ จากเป้าหมาย)	๙๑.๓๓	๒๓.๘๖	๖๓.๐๓	๑๖,๔๗๙	๔๙๔	๓.๐๐

ข้อมูลจาก : HDC สสจ.นครพนม มิถุนายน ๒๕๖๕

๑.๒ ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test

ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ระหว่างปี ๒๕๖๑ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕) พบว่าผลการดำเนินงานคือ ร้อยละ ๘๑.๑๓ , ร้อยละ ๙๑.๓๓ , ร้อยละ ๒๓.๘๖, ร้อยละ ๕๑.๐๐ และ ร้อยละ ๓.๐๐ ตามลำดับ โดยพบผลบวก คือ ร้อยละ ๖.๔๓, ร้อยละ ๓.๑๕, ร้อยละ ๖.๙๓ ร้อยละ ๖.๗๐ และ ร้อยละ ๗.๔๙ ตามลำดับ ดังตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ระหว่าง

ปี ๒๕๖๑ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมายคัดกรอง	การคัดกรองด้วยการตรวจ Fit Test					
		ผลการคัดกรอง(คน)	ร้อยละคัดกรอง	ผลลบ	ร้อยละผลลบ	ผลบวก	ร้อยละผลบวก
๒๕๖๑	๑๓,๕๕๑	๑๐,๙๙๔	๘๑.๑๓	๑๐,๒๘๗	๙๓.๕๗	๗๐๗	๖.๔๓
๒๕๖๒	๑๓,๖๑๕	๑๒,๔๓๔	๙๑.๓๓	๑๒,๐๔๒	๙๖.๘๕	๓๙๒	๓.๑๕
๒๕๖๓	๑๓,๑๘๒	๓,๑๔๕	๒๓.๘๖	๒,๙๒๗	๙๓.๐๗	๒๑๘	๖.๙๓
๒๕๖๔	๑๓,๙๒๓	๗,๑๐๑	๕๑.๐๐	๖,๖๒๕	๙๓.๓๐	๔๗๖	๖.๗๐
๒๕๖๕	๑๖,๔๗๙	๔๙๔	๓.๐๐	๔๕๗	๙๒.๕๑	๓๗	๗.๔๙

ข้อมูลจาก : HDC สสจ.นครพนม มิถุนายน ๒๕๖๕

ผลการติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test ที่มีผลบวก ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจมะเร็งด้วยการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy, Colonoscopy & Biopsy ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – พฤษภาคม ๒๕๖๕) พบว่า การเข้าถึงบริการต่ำ โดยเฉพาะตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ ส่งผลต่อการนัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ โดยในปี ๒๕๖๔ ได้รับการทำ Colonoscopy เพียงร้อยละ ๒.๙ และผู้ที่ทำ Colonoscopy แพทย์พิจารณาทำ Colonoscopy & Biopsy ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวน ๕ ราย (ร้อยละ ๐.๗๑) และในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๐ ราย (ร้อยละ ๕.๑๑) ในปี ๒๕๖๓ ไม่มีการทำ Colonoscopy & Biopsy ผลการตรวจปี ๒๕๖๑ ไม่มีผู้ที่ตรวจพบ CA Colon แต่ในปี ๒๕๖๒ มีผู้ที่ตรวจพบ CA Colon จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๐.๗๗) สำหรับการการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy, Colonoscopy & Biopsy อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ดังตาราง ตาราง จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy, Colonoscopy & Biopsy ระหว่างปี ๒๕๖๑ – ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ – พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	Colonoscopy		Colonoscopy & Biopsy		พบ CA Colon	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕๖๑	๗๐๗	๒๔	๓.๔๐	๕	๐.๗๑	๐	๐
๒๕๖๒	๓๙๒	๑๐๙	๒๗.๘๑	๒๐	๕.๑๑	๓	๐.๗๗
๒๕๖๓	๒๑๘	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒๕๖๔	๔๗๖	๑๔	๒.๙	๐	๐	๐	๐
๒๕๖๕	๓๗	อยู่ระหว่างรอการดำเนินการ					

ข้อมูลจาก : รายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลนครพนม พฤษภาคม ๒๕๖๕

๑.๓ ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

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

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

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ราย)	ตรวจพยาธิ (ราย)	ความสำเร็จของการดำเนินงาน (%)	ติดเชื้อ OV (%)	ให้การรักษา (ราย)
๒๕๖๒	-	๑๘,๕๙๔	-	๑,๖๘๕	๑,๖๓๖
๒๕๖๓	๔,๓๐๐	๑,๙๑๙	๔๔.๖๓	๑๕๗(๘.๒%)	๑๓๙
๒๕๖๔	๒,๒๐๐	๒,๒๘๙	๑๐๐	๑๓๗(๕.๙๙%)	-
๒๕๖๕	๑,๒๐๐	๘๒๘	๖๙	๒๙(๓.๕๐%)	-

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

ตาราง รายงานความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดนครพนม ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ราย)	อัลตราซาวด์	ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง	PDF	ส่งสัย CCA
๒๕๖๒	-	๒๔,๒๒๘	๘,๐๙๐	๒,๔๑๕	๑๐
๒๕๖๓	๒,๐๐๐	๑,๑๗๙	๓๘๑	๘๖	๔
๒๕๖๔	๒,๐๐๐	๑,๑๕๑	๕๖๔	๑๖๗	๒
๒๕๖๕	๒,๐๐๐	๗๘๔	๓๙๗	๑๓๒	๑

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

๒. สรุปผลการดำเนินงานการรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment) ตามตัวชี้วัด

๒.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

การลดความแออัดและลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรก ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔- พฤษภาคม ๒๕๖๕) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ถึงร้อยละ ๘๐ , ๗๓.๙๕ , ๘๒.๕๖ และ ๘๘.๗๑ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๘.๖๓ , ๘๑.๙๔ , ๙๓.๕๑ และ ๙๑.๒๓ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ร้อยละ ๑๐๐ , ๘๙.๒๘ , ๑๐๐ และ ๙๒.๓๐ ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง

ตาราง จำนวนและร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด						
๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕ - มะเร็งเต้านม - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - มะเร็งปากมดลูก	๘๐	๗๓.๙๕	๘๒.๕๖	๖๒	๕๕	๘๘.๗๑
๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕ - มะเร็งเต้านม - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - มะเร็งปากมดลูก	๘๘.๖๓	๘๑.๙๔	๙๓.๕๑	๕๗	๕๒	๙๑.๒๓
๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๐ - มะเร็งเต้านม	๑๐๐	๘๙.๒๘	๑๐๐	๑๓	๑๒	๙๒.๓๐

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก				๒	๒	๑๐๐
- มะเร็งปากมดลูก				๑	๑	๑๐๐

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

๒.๒ ตัวชี้วัดย่อย

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

ตาราง จำนวนและร้อยละผู้ป่วยมะเร็งตามตัวชี้วัดย่อย ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์ \geq ร้อยละ ๙๐	๙๖.๘๖	๘๘.๓๘	๙๒.๓๒	๒๘๔	๒๘๔	๑๐๐
๒. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยที่ refer ออกนอกเขตบริการสุขภาพเพื่อทำการวินิจฉัยโรคมะเร็งลดลง \geq ร้อยละ ๕๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐	๑๐๐
๓. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒ \geq ร้อยละ ๗๐	๖๙.๕๙	๖๙.๑๒	๖๓.๔๑	๓๘	๒๐	๕๒.๖๓
๔. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๑ และ ๒ \geq ร้อยละ ๗๐	๑๐๐	๕๐	๑๐๐	๖	๔	๖๖.๖๖
๕. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพเพื่อทำการรักษาลดลง (ลดลง \geq ร้อยละ ๕๐ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลง ร้อยละ ๑.๘๘	ลดลง ร้อยละ ๗๔.๓๓	เพิ่มขึ้น ร้อยละ >๑๐๐	๒๘๓	๑๙๖	ร้อยละ ๓๐.๗๔
๖. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับ ประครอง (Palliative Care) \geq ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๙๗.๑๒	๘๐.๑	๒๔๐	๒๑๔	๘๙.๑๗
๗. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ขั้นตอนที่ ๑-๕)	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๕

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๘. ระดับความสำเร็จของการจัดทำทะเบียนมะเร็ง	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๕	ขั้นตอนที่ ๑-๓	ขั้นตอนที่ ๑-๓

ที่มา : HOSXP รพ.นครพนม ณ.วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

การดำเนินงาน Cancer Anywhere มะเร็งรักษาทุกที่ไม่ต้องมีใบส่งตัว มีผลการดำเนินงานในช่วง ปี ๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔ - พฤษภาคม ๒๕๖๕) จำนวนผู้ป่วยที่ประสานส่งต่อในระบบเครือข่ายทั้งหมด ๑๘๓ ราย และเข้าเกณฑ์ Cancer anywhere ผู้ป่วยสิทธิ UC จำนวน ๑๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๘๖ โดยใช้สถานที่ และเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยเคมีบำบัดดำเนินการ ลงทะเบียน TCB Plus และประสานส่งต่อข้อมูล ติดตามผู้ป่วยตรงตามวันนัด

มาตรการดำเนินงาน

๑. สร้างเครือข่ายแกนนำให้ความรู้ในระดับชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาสื่อหรือช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันและการเข้าถึงบริการ
๒. ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้ Web App BSE ในสตรีที่มีอายุ ๒๐ - ๗๐ ปี เพื่อให้เข้าถึงแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน พร้อมทั้งติดตามให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๓. จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว
๔. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจ เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเบื้องต้น และในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแล ส่งต่อ รับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว
๕. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการ Cancer Anywhere ให้ประชาชนทราบและเข้าถึงบริการ
๖. กำหนดแนวทางการส่งต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วพบผลผิดปกติให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
๗. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานมะเร็งในโรงพยาบาล โดยเข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรม TCB Plus ตามนโยบายการดำเนินงาน Cancer Anywhere

ปัญหาอุปสรรค

๑. การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ทำให้การดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยง ล่าช้า
 ๒. การเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายไปทำงานนอกเขตพื้นที่และไปตรวจที่คลินิกเอกชน กรณีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีบางส่วนอายุไม่ยอมตรวจคัดกรอง
 ๓. การส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และไส้ตรงที่มีผล FIT test Positive เพื่อพบแพทย์
- ในการพิจารณาส่งกล้อง ยังมีระยะเวลาารอคอยนานเนื่องจากแพทย์มีภาระงานมาก
๔. ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ยังต่ำเนื่องจากการจัดสรรชุดเก็บตัวอย่างยังมีไม่เพียงพอ
 ๕. การดำเนินการการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ขาดความต่อเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ไม่สามารถจัดกิจกรรมที่นำกลุ่มเสี่ยงมารวมกลุ่มได้

๖. การส่งต่อตามโครงการ Cancer Anywhere เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มี Smart Phone ทำให้ไม่สามารถโหลด App. Cancer Anywhere ได้

๗. ผู้ป่วยมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙ อาจด้วยความกลัว/ไม่เข้าใจ ได้ให้ความรู้และแนะนำการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙ เมื่อพร้อม หรือรับยาครบแล้ว

๘. ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับยาเคมีบำบัด มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๑๙ ทำให้ต้องเลื่อนเวลาการรับยาออกไปส่งผลให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น

ผู้รายงาน นางชนิษฐา ลีนนลาน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
โทร. ๐๘๗-๘๖๑๓๘๓๘
e-mail khanittha_juk@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเด็น ลดแออัด ลดรอยต่อ (Service Excellence)

หัวข้อ One Day Surgery & Minimal Invasive (ODS & MIS)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ๑.๑ รอยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- ๑.๒ รอยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบผานการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

๒. สถานการณ์

จังหวัดนครพนมมีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery & Minimal Invasive ได้จำนวน ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วไประดับ S ขนาด ๓๔๕ เตียงสืบเนื่องจากปัญหาไม่มีศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนมผ่านการประเมินจากคณะกรรมการกรรมการแพทย์ เพื่อขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) เมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS) เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาการผ่าตัด ODS ดำเนินการได้น้อย และไม่ครอบคลุมตามสาขาที่กำหนดจากกรรมการแพทย์ หลังจากนำเสนอปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานให้ทีมนำของโรงพยาบาลรับทราบ ทางผู้บริหารได้เล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญในการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จึงอนุมัติให้มีการจัดตั้งศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยนอก และให้มีพยาบาลวิชาชีพ (case manager) อยู่ประจำศูนย์ ๑ ท่าน ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ เพื่อดูแลและให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน ทำให้ในปัจจุบันมีการขยายกลุ่มโรคและหัตถการการผ่าตัด ODS เพิ่มขึ้น จาก ๔ กลุ่มโรคเป็น ๑๐ กลุ่มโรค และมีการเปิดให้บริการในทุกสิทธิ์การรักษา ทั้งนี้ทีมผู้บริหารได้มีการ Empowerment ให้มีการขยายสาขาการผ่าตัดและสนับสนุนให้มีการผ่าตัดในโครงการมากขึ้นอีกด้วย

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- ทีมนำโรงพยาบาล ประชุมหาข้อตกลงเพื่อแก้ไขปัญหา และให้การสนับสนุน เป้าหมายเพื่อให้เกิดการผ่าตัด ODS ได้ครอบคลุมทุกสาขาตามหัตถการที่กำหนด
- ประชุมคณะทำงานเพื่อดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาระบบต่อเนื่อง
- ทีมนำติดตามประเมินผลการดำเนินการพัฒนาระบบ ODS&MIS อย่างต่อเนื่อง
- ติดตามสรุปผลการดำเนินงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๘ และการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของกรรมการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมตามราย
- หัตถการที่กำหนด

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

- กำหนดแผนพัฒนา ODS&MIS ปี ๒๕๖๕ สร้างความเชื่อมโยงทั้งระบบ
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนโดยการใช้ยาเฉพาะที่

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๔.๑ รอยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด

B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด

ตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base line			ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ต.ค. ๖๔ - พ.ค. ๖๕ (เป้าหมาย ≥ ๑๕%)		
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	จำนวน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ /อัตรา
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (Inguinal hernia เป็นกลุ่มโรคที่ให้บริการสูงสุด)	๙๕.๖๕	๙๓.๖๘	๙๔.๓๗	๑๐๒	๑๘	๑๗.๖๕
Inguinal hernia	๙๖.๖๖	๙๓.๖๘	๙๖.๖๘	๑๐๒	๑๘	๑๗.๖๕
Vesicle stone	๒๘.๙๔	๔๗.๗๒	๓๐	๒๘	๙	๓๒.๑๔
Ureteric stone	๓.๕๙	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐
Wide excision breast mass	๐	๐.๙๒	๑.๑๕	๕๓	๖	๑๑.๓๒
Hemorrhoid	๐	๐	๐	๒๓	๓	๑๓.๐๔
Tongue tie release	๐	๐	๐	๗๒	๑	๑.๓๙
Granulation Wound	๐	๐	๐	๒๐	๒	๑๐.๐๐
Colonoscopy ในกลุ่มความเสี่ยงสูง	๐	๐	๐	๖๕	๒	๓.๐๘
Rhytidectomy / Blepharoplasty	๐	๐	๐	๑	๑	๑๐๐.๐๐
Eyelid surgery	๐	๐	๐	๒	๒	๑๐๐.๐๐

๔.๒ ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดี

อีกเสบผ่าน

การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS)

(A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดี

อีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS)

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผล

เล็ก

(Minimal Invasive Surgery: MIS)

ตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base line			ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ต.ค. ๖๔ - พ.ค. ๖๕ (เป้าหมาย < ๕%)		
	ปี	ปี	ปี	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	(ราย)	(ราย)	/อัตรา
๑. รอยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS)	๐	๐	๐	< ๕ %	๐	๐
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS)	๘๓	๘๘	๔๕	-	๕๓	-

๕. ปัญหาอุปสรรค

- ๕.๑ โรงพยาบาลชุมชน F๑, M๒ ไม่มีไม่มีศัลยแพทย์
- ๕.๒ การผ่าตัดยังไม่ครอบคลุมทุกสาขาตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์
- ๕.๓ การประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจให้แก่แพทย์ในการนำเคสเข้าร่วมโครงการยังไม่เพียงพอ

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ๖.๑ อยากรให้พิจารณาการกำหนดเกี่ยวกับ ICD๙ / ICD ๑๐ ให้ครอบคลุมเปิดกว้างมากขึ้น และเพิ่มรายละเอียด
- ที่สำคัญในการพิจารณาในประกาศเพิ่มเติม เช่น ต้องเป็นการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกเท่านั้น หรือข้อกำหนดที่สำคัญอื่นๆ ในกลุ่มโรคนั้นๆ

- ๖.๒ เนื่องจากการให้บริการ ODS เป็นการให้บริการที่แตกต่างจากระบบปกติ จึงอยากขอให้มีการจัดประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการสำหรับ Case manager ให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

- ไม่มี

ผู้รายงาน : นางกฤษมา ปุบุตรชา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๙ ๘๑๖๐ ๘๓๘๗
Email: atommic๒๐@gmail.com

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

ประเด็นที่ ๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด ๑. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล
ระดับ A,S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๑.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาล
ระดับ A,S,M๑ ไม่เกินร้อยละ ๔

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

๑.๓ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่
ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

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

๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖

๔. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์ของพื้นที่

การดำเนินงานลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย จากอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดนครพนมได้
จัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) และ
การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยได้มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ บริบทการบริหารจัดการ
เรื่อง ER Crowding ได้นำเอาระบบ MOPH Triage เพื่อประสิทธิภาพในการคัดกรอง การจัดระบบการดูแล
รักษาผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉินและกลุ่มโรคสำคัญในระบบช่องทางด่วน (Fast track) การพัฒนาการบริการตาม
แนวทาง ER service delivery ลดการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงใน
โรงพยาบาล S ให้น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒ จากการทบทวนการดำเนินงาน พบว่า การจัดบริการ ER คุณภาพมี
แยกการทำหัตถการ การ Triage ผู้ป่วย มีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการ ๑๖๖๙ ดังนั้น เพื่อให้
ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันที่ที่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาในโรงพยาบาล ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม
จึงได้มีการทบทวนการดำเนินงาน ER คุณภาพ ระบบ MOPH Triage การจัดการข้อมูล และการจัดระบบการ
ให้บริการการดูแลผู้ป่วย การจัดระบบ Fast track จัดทำ CPG และคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วย มีแผนการ
ดำเนินการทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล มีการประชุมผู้รับผิดชอบงาน มีการนิเทศติดตาม การ
จัดบริการห้องฉุกเฉินวิถีใหม่ (ER New Normal) จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ ระบบส่งต่อผู้ป่วย

แนวทางการดำเนินงานของพื้นที่

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดำเนินงานและการให้บริการในทุกโรงพยาบาลของจังหวัดนครพนม ดังนี้

๑. พัฒนาระบบบริการ

๑.๑ ทบทวนระบบบริการตามแนวทาง ER service delivery คือ มีระบบ Fast track อย่างน้อย ๔ กลุ่มโรค คือ STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma

๑.๒ พัฒนาระบบการให้บริการห้องฉุกเฉิน ER new normal ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง ร้อยละ ๘๐

๑.๓.จัดให้มีระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น Lab, X-ray, Ultrasound ที่เข้าถึงได้อย่างรวดเร็วในทุกโรงพยาบาล

๑.๔.พัฒนาระบบคัดแยกใช้เกณฑ์ MOPH triage ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระบบ

๑.๕ พัฒนาระบบการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

๒. มีแผนการวาง Node ในจังหวัดนครพนม โดยแบ่งโซนเหนือ (North node) โรงพยาบาลศรีสงคราม และ โซนใต้ (South node) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เพื่อพัฒนาการการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

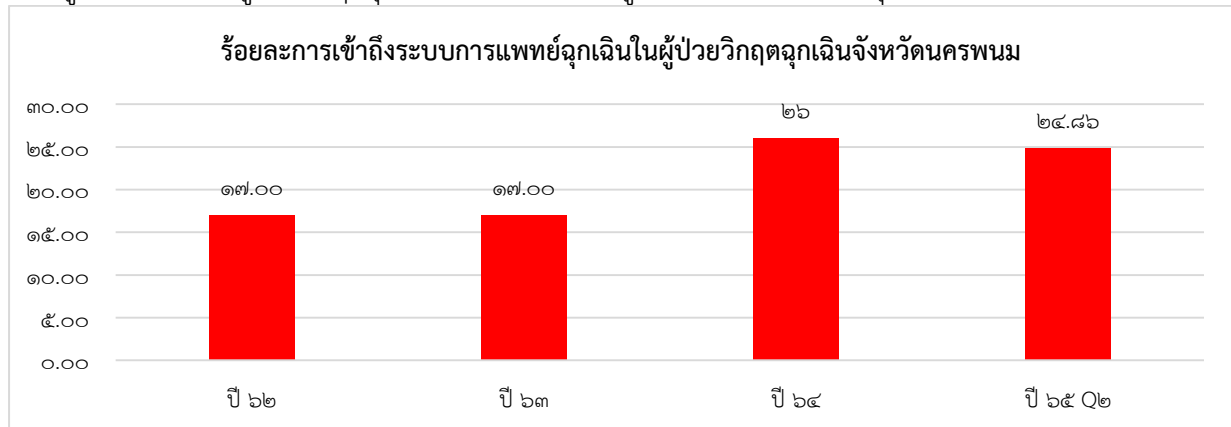
๓. จังหวัดนครพนมจัดบริการช่องทางด่วนตามแนวทาง ER service delivery คือ มีระบบ Fast track อย่างน้อย ๖ กลุ่มโรค คือ STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma fast track ped, PIH โดยเฉพาะ Stroke Fast track ที่มีระบบการดำเนินงานที่เข้มแข็ง จัด CPG ที่ชัดเจน และมีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา

ผลการดำเนินงาน

๑. สรุปผลการดำเนินงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง

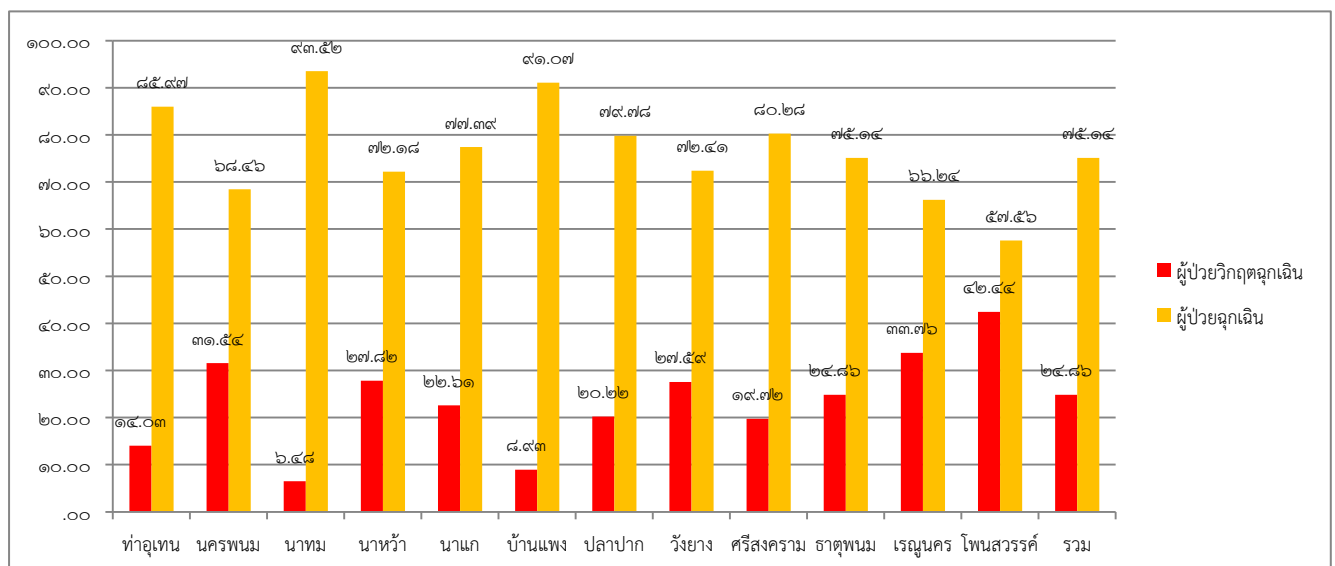
๑.๑ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมายไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๒๖ พบว่าการจัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ผลการดำเนินงาน ระหว่างปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๕ (๑ ต.ค. ๒๕๖๔ – ๓๑ พ.ค.๒๕๖๕) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (สีแดงและสีชมพู)เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ๑๗ และ ๑๗ ร้อยละ ๒๖ ตามลำดับ และใน ปี พ.ศ.๒๕๖๕ มีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วงไตรมาสสองมีจำนวนประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๔.๘๖ ดังแผนภูมิที่ ๑

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (สีแดงและสีชมพู) ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครพนม



แหล่งข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEM) ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๕

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละการเข้าถึงด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครพนม แยกผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยฉุกเฉิน รายโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



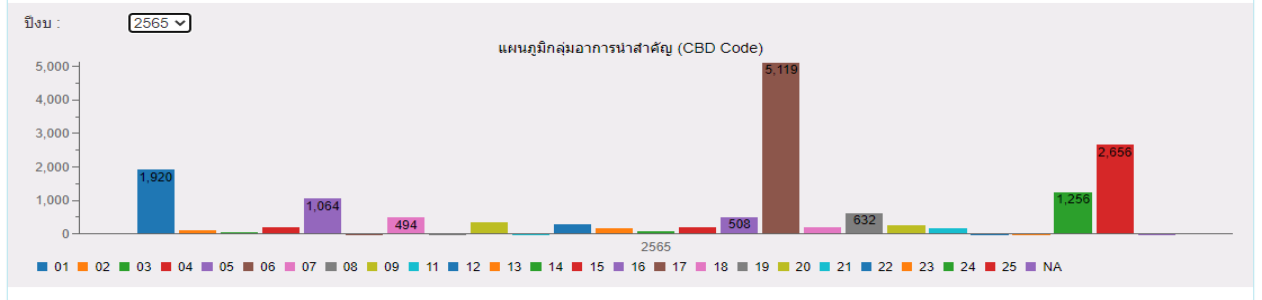
แหล่งข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEM) ปี ๒๕๖๕

แผนภูมิ ที่ ๒ ร้อยละการเข้าถึงด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครพนมในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน แยกรายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖ พบว่า ภาพรวมยังต่ำกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ ๒๔.๘๖ แยกรายโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ดังนี้ นาทม ๖.๔๘ บ้านแพง ๘.๙๓ ท่าอุเทน ๑๔.๐๓ ศรีสงคราม ๑๙.๗๒ ปลาปาก ๒๐.๒๒ นาแก ๒๒.๖๑ ธาตุพนม ๒๔.๘๖ ตามลำดับ

โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ คือ นาหว้า ๒๗.๘๒ นครพนม ๓๑.๕๔ เรณูนคร ๓๓.๗๖ และโพนสวรรค์ ๔๒.๔๔

แผนภูมิที่ ๓ อาการที่รับแจ้งตามอาการสำคัญของ CBD code

ปี	01	02	03	04	05	06	07	08	09	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	NA	รวมทั้งสิ้น
2555	5,162	186	510	201	1,966	2	517	16	896	2	485	274	116	1,626	317	5,301	61	519	3,070	340	85	25	2,224	3,568	15	27,484
2556	5,322	167	395	213	1,998	1	476	24	953	3	426	297	137	1,412	360	6,536	78	613	3,286	383	169	32	2,215	3,898	874	30,260
2557	4,363	160	396	203	2,004	0	448	33	709	7	385	282	94	1,181	406	5,577	79	579	2,391	398	75	39	1,993	3,726	693	26,221
2558	3,487	165	242	189	1,506	1	294	32	593	14	294	235	114	747	298	4,602	79	564	1,547	328	63	20	1,671	3,428	1,258	21,771
2559	3,716	171	174	225	1,575	0	373	45	514	37	371	254	99	732	403	5,194	88	608	1,629	309	58	17	1,811	3,670	443	22,516
2560	3,236	197	181	171	1,486	0	374	37	423	14	354	217	64	614	356	5,308	76	571	1,327	271	47	29	1,739	3,437	11	20,540
2561	3,257	239	157	214	1,471	3	510	37	466	17	388	236	82	585	440	5,114	167	731	1,343	275	58	33	1,645	3,504	6	20,978
2562	3,393	216	160	204	1,409	5	461	35	386	19	361	247	73	507	529	5,887	194	725	1,199	325	50	32	1,757	3,977	1	22,152
2563	3,305	228	101	192	1,211	11	509	55	301	27	348	305	62	471	562	5,738	226	736	729	232	41	21	1,740	3,811	88	21,050
2564	2,788	207	124	251	1,260	9	600	63	353	2	436	313	63	404	697	4,536	286	863	473	247	28	25	1,679	4,037	15	19,759
2565	1,920	111	50	207	1,064	5	494	32	350	4	306	171	71	216	508	5,119	209	632	268	173	30	14	1,256	2,656	1	15,867



แหล่งข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEM) ปี ๒๕๖๕

จากข้อมูลแผนภูมิที่ ๓ จังหวัดนครพนม อาการนำที่สำคัญที่รับแจ้งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่ามากที่สุดคือ CBD code ๑๗: ป่วย/อ่อนเพลีย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบ ไม่จำเพาะ/ อื่นๆ จำนวน ๕,๑๑๙ ครั้ง, CBD code ๒๕: อุบัติเหตุยานยนต์ ๒,๖๕๖ ครั้ง, CBD code ๐๑: ปวดท้อง/หลัง/เชิงกรานและขาหนีบ ๑,๙๒๐ ครั้ง, CBD code ๒๔: พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด ๑,๒๕๖ ครั้ง, CBD code ๐๕: หายใจลำบาก/ติดขัด ๑,๐๖๔ ครั้ง, CBD code ๑๙: หมดรู้อุบัติเหตุ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว ๖๓๒ ครั้ง, CBD code ๑๖: ชัก/มีสัญญาณบอกเหตุการณ์ชัก ๕๐๘ ครั้ง, CBD code ๐๗: เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ/มีปัญหาทางด้านหัวใจ ๔๙๔ ครั้ง ๑๘: อัมพาต(กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง/สูญเสียการรับรู้/ยืนหรือเดินไม่ได้)เฉียบพลัน ๒๐๙ ครั้ง

ตารางที่ ๑ ข้อมูล ER คุณภาพ ของจังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

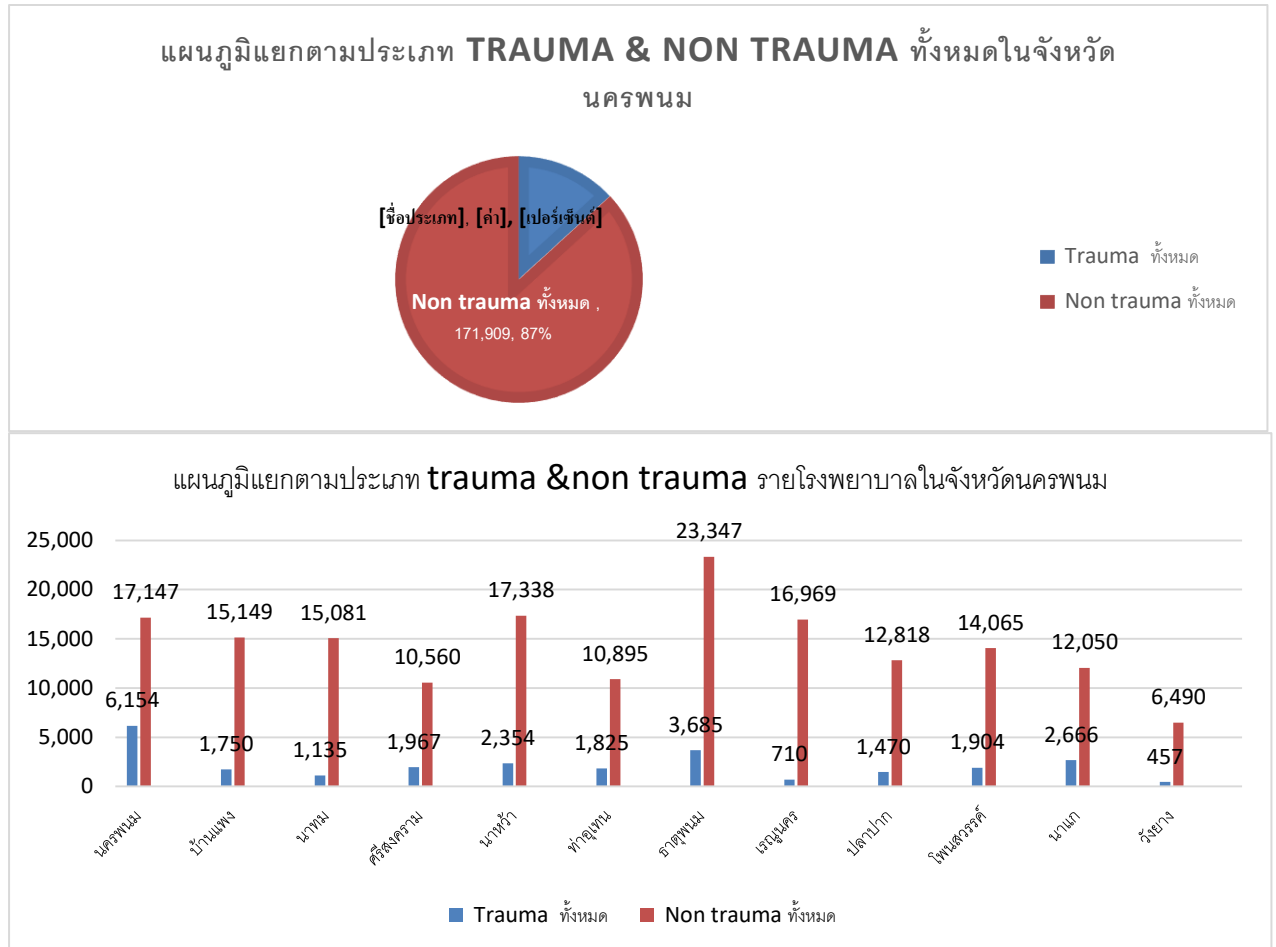
ER คุณภาพ จังหวัดนครพนม ปี งบประมาณ ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒													
	นครพนม	บ้านแพง	นาทม	ศรีสงคราม	นาหว้า	ท่าอุเทน	ธาตุพนม	เรณูนคร	ปลาปาก	โพนสวรรค์	นาแก	วังยาง	รวม
จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งหมด	๒๓,๓๐๑	๑๖,๘๘๙	๑๖,๒๑๖	๑๒,๕๒๗	๑๙,๖๙๒	๑๒,๗๒๐	๒๗,๐๓๒	๑๗,๖๗๙	๑๔,๒๘๘	๑๕,๙๖๙	๑๔,๗๑๖	๖,๙๔๗	๑๙๗,๙๘๖
Resuscitate (สีแดง ๑)	๒,๑๓๔	๑๔๓	๕๕	๒๔๐	๑๕๗	๕๖	๖๔๐	๑๘๙	๑๘๓	๔๖๒	๕๓๕	๑๗	๔,๘๑๑
Emergency (สีชมพู ๒)	๖,๕๔๕	๔๑๘	๑๔๔	๖๗๑	๑,๑๑๓	๑๗๔	๑,๗๐๒	๖๑๗	๒๑๕	๑,๒๔๔	๑,๐๓๕	๘๒	๑๓,๙๖๐
Urgent (สีเหลือง ๓)	๑๒,๑๙๙	๓,๒๒๑	๑,๙๒๕	๕,๐๓๒	๔,๘๖๙	๔,๕๐๒	๗,๑๖๙	๔,๐๓๑	๒,๑๒๘	๓,๔๖๑	๖,๘๒๒	๑,๒๐๖	๕๖,๕๖๕
Semi-urgent (สีเขียว ๔)	๒,๑๘๙	๑๐,๙๕๖	๖,๑๐๘	๒,๙๐๗	๒,๙๔๑	๓,๐๔๖	๖,๖๖๔	๑,๗๗๔	๕,๔๑๓	๔,๒๘๓	๓,๖๕๕	๕,๔๘๙	๕๕,๔๒๕
Non-urgent (สีขาว ๕)	๒๓๔	๒,๑๖๑	๗,๙๘๔	๓,๖๗๗	๑๐,๖๑๒	๔,๙๔๒	๑๐,๘๕๗	๑๑,๐๖๘	๖,๓๔๙	๖,๕๑๙	๒,๖๖๙	๑๕๓	๖๗,๒๒๕

ข้อมูลจาก แบบบันทึกข้อมูล ECS ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม

๑.๒ จำนวนผู้ป่วยจากตารางที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูล ECS ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒ (๑ ต.ค. ๒๕๖๔ – ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๕) พบว่า มีผู้มารับบริการ ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวนทั้งสิ้น ๑๙๗,๙๘๖ ราย แยกตามระดับความรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน(Semi-urgent & Non – urgent) จำนวน๑๒๒,๖๕๐ ราย ร้อยละ ๖๑.๙๕ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) จำนวน ๕๖,๕๖๕ ราย ร้อยละ ๒๘.๕๗ และผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Emergency & Resuscitation) จำนวน ๑๘,๗๗๑ ร้อยละ๙.๔๘

แผนภูมิที่ ๕ ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม แยกผู้ป่วยตามประเภทพบว่าผู้ป่วย Non-Trauma สูงถึงจำนวน ๑๗๑,๙๐๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๘๓ และเป็นผู้ป่วย Trauma เพียงจำนวน ๒๖,๐๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๗

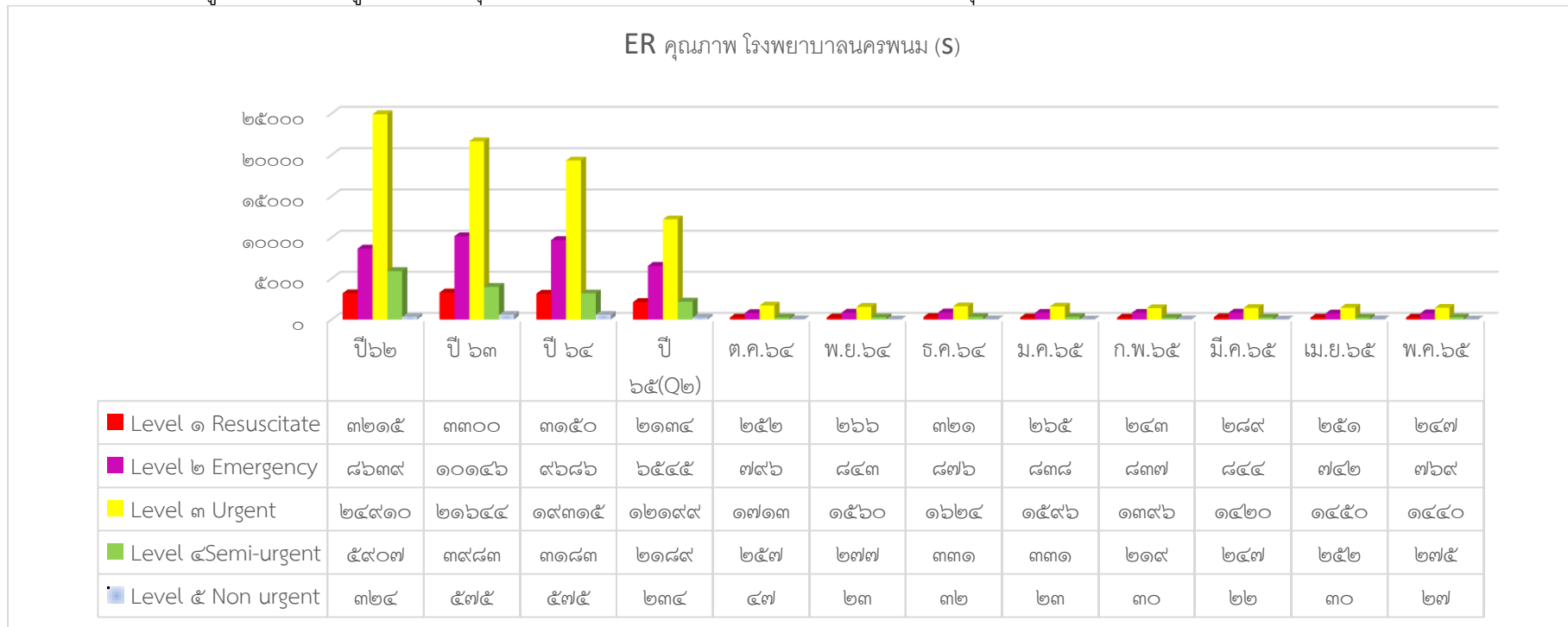
แผนภูมิที่ ๕ ร้อยละผู้ป่วยที่รับบริการในห้องฉุกเฉินจังหวัดนครพนม จำแนกตาม Trauma และ Non-Trauma ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ต.ค. ๒๕๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๕)



แหล่งข้อมูลจาก แบบบันทึกข้อมูล ECS ๒๕๖๕ จังหวัดนครพนม

๒. สรุปผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลนครพนม(ระดับ S)ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒

๒.๑ แผนภูมิที่ ๖ จำนวนผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพนม(S) แยกตามระดับความรุนแรง



แหล่งข้อมูลงานสารสนเทศโรงพยาบาลนครพนม

๒.๑ จากแผนภูมิที่ ๖ ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพนม (S) ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-พ.ค.๖๕) พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยทุก Level มารับบริการในห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มลดลง ในปี ๒๕๖๕ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน Level ๓ มากที่สุด จำนวน ๑๒,๑๙๙ราย (ร้อยละ ๕๒.๓๕) รองลงมาเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Level ๑&Level ๒ จำนวน ๘,๖๗๙ ราย (ร้อยละ ๓๗.๒๕) และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน Level ๔&level ๕ จำนวน ๒,๔๒๓ ราย (ร้อยละ ๑๐.๔๐) มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยทำการคัดแยกข้อมูล traumaในปี ๖๕ ออกจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินคงเหลือ Level ๔&level ๕จำนวน ๑,๔๒๓ ราย ทำให้ลดแออัดในห้องฉุกเฉินได้บ้าง

๒.๒ ตารางที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Traige Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล goal < ๑๒ %

ข้อมูล	ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔	ปี ๖๕										รวมปี ๖๕
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ไตรมาสแรก	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	ไตรมาส ๒	
๑.จำนวนผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด	๔๒,๙๙๕	๓๙,๖๔๘	๓๕,๗๘๐	๓,๐๖๕	๒,๙๖๙	๓,๑๘๔	๓๐๕๓	๑๒,๒๗๑	๒๗๒๕	๒๘๒๒	๒๗๒๕	๒๗๕๘	๑๑๐๓๐	๒๓,๓๐๑
- Trauma	๙,๓๔๐	๙,๒๓๐	๙,๖๘๓	๘๓๑	๗๗๖	๘๒๙	๗๖๐	๓๑๙๖	๖๙๘	๗๓๙	๗๔๗	๗๗๔	๒๙๕๘	๖,๑๕๔
ร้อยละ trauma	๒๑.๗๒	๒๓.๒๘	๒๗.๐๖	๒๗.๑๑	๒๖.๑๔	๒๖.๐๔	๒๔.๘๙	๒๖.๐๕	๒๕.๖๑	๒๖.๑๙	๒๗.๔๑	๒๘.๐๖	๒๖.๘๒	๒๖.๕๑
- Non Trauma	๓๓,๖๕๕	๓๐,๔๑๘	๒๖,๐๙๗	๒,๒๓๔	๒,๑๙๓	๒,๓๕๕	๒,๒๙๓	๙,๐๗๕	๒,๐๒๗	๒,๐๘๓	๑,๙๗๘	๑,๙๘๔	๘,๐๗๒	๑๗,๑๔๗
ร้อยละ non trauma	๗๘.๒๘	๗๖.๗๒	๗๒.๙๔	๗๒.๘๙	๗๓.๘๖	๗๓.๖๖	๗๕.๑๑	๗๓.๙๕	๗๔.๓๙	๗๓.๘๑	๗๒.๕๙	๗๑.๙๔	๗๓.๑๘	๗๓.๕๙
Level ๑(Resusitate) ทั้งหมด	๓,๒๑๕	๓,๓๐๐	๓,๑๕๐	๒๕๒	๒๖๖	๓๒๑	๒๖๕	๑๑๐๔	๒๔๓	๒๓๑	๒๕๑	๒๔๗	๙๗๒	๒๐๗๖
Trauma level ๑®	๓๕๐	๓๒๘	๓๓๕	๒๗	๒๖	๓๒	๒๓	๑๐๘	๒๑	๓๐	๓๑	๒๐	๑๐๒	๒๑๐
Trauma level ๑® dead in ๒๔ hr	๕๙	๕๕	๔๗	๖	๖	๓	๒	๑๗	๖	๕	๖	๐	๑๗	๓๔
Mortality rate of trauma in ๒๔ hr (R)	๑๖.๘๖	๑๖.๗๗	๑๔.๐๓	๒๒.๒๒	๒๓.๐๘	๙.๓๗๕	๘.๗๐	๑๕.๗๔	๒๘.๕๗	๑๖.๖๗	๑๙.๓๕	๐.๐๐	๑๖.๖๗	๑๖.๑๙
Non trauma level ๑®	๒,๘๖๕	๒,๙๗๒	๒,๘๑๕	๒๒๕	๒๔๐	๒๘๙	๒๔๒	๙๙๖	๒๒๒	๒๐๑	๒๒๐	๒๒๗	๘๗๐	๑๘๖๖
Non trauma level ๑® dead in ๒๔ hr	๒๒๕	๒๓๘	๒๔๕	๒๔	๒๑	๒๑	๒๔	๙๐	๑๘	๑๔	๒๒	๑๖	๗๐	๑๖๐

ข้อมูล	ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔	ปี ๖๕										
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ไตรมาสแรก	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	ไตรมาส ๒	รวมปี ๖๕
total dead level ๑	๒๘๔	๒๙๓	๒๙๓	๓๐	๒๗	๒๔	๒๖	๑๐๗	๒๔	๑๙	๒๘	๑๖	๘๗	๑๙๔
(total R)Mortality rate in ๒๔ hr	๘.๘๓	๘.๘๘	๙.๓๐	๑๑.๙๐	๑๐.๑๕	๗.๔๘	๙.๘๑	๙.๖๙	๙.๘๘	๘.๒๓	๑๑.๑๖	๖.๔๘	๘.๙๕	๙.๓๔

จากตารางที่ ๒ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Traige Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล goal < ๑๒ % พบว่าพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level ๑) Trauma และ Non trauma ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ปี ๖๕ ร้อยละ ๙.๓๔ เมื่อวิเคราะห์ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอัตราเสียชีวิตแยกเป็น trauma นั้น เกินเป้าหมายในทุกปี ในปี ๖๕ ร้อยละ ๑๖.๑๙ ส่วน Non trauma ไม่เกินเป้าหมาย ร้อยละ ๘.๕๗

๕ อันดับโรคที่เสียชีวิต

- I๕๖๙ Cardiac arrest, unspecified
- J๑๘๙ Pneumonia, unspecified
- S๐๙๙ Unspecified injury of head
- A๔๑๙ Septicemia, unspecified (Septic Shock)
- A๐๙๙ Gastroenteritis and colitis of unspecified origin
- I๕๐๐ Congestive heart failure

วิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย level ๑ ในการเข้าถึงบริการในปี ๖๕ นั้น ผู้ป่วยที่มาจากและมาในระบบ EMS (visit ER) อัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๘.๐๗ ส่วนมาด้วยระบบรับส่งต่ออัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๙.๙๔

ปี ๖๕ พบว่าผู้ป่วย trauma Level ๑ เสียชีวิต ๓๔ ราย จากผู้ป่วย trauma level ๑ จำนวน ๒๑๐ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๖.๑๙ ซึ่งสูงเกินเป้าหมายร้อยละ ๑๒

๑.สาเหตุส่วนใหญ่จาก RTI ๑๗ ราย พลัดตกหกล้ม ๓ ราย ไฟฟ้าช็อตและไม่ทราบเจตนา อย่างละ ๒ ราย

๒ ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลนครพนมโดยระบบrefer in ๒๓ราย visit ER(มาเองและ EMS) ๑๑ราย

๓.เสียชีวิตที่ ERจำนวน ๘ราย ในตึกหลังนอนรพ ภายใน ๒๔ hr จำนวน ๒๕ ราย

๔.สาเหตุการเสียชีวิตจาก severe multiple injury ๑๘ราย trauma brain injury ๑๕ราย

ตารางที่ ๓ สรุปรายละเอียดตารางตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลนครพนม (S)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม
๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level	≤ร้อยละ ๑๒	๘.๘๓	๘.๘๘	๙.๓๐	๙.๖๙	๘.๙๕	๙.๓๔
๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑	≤ร้อยละ ๑๒	๑๖.๘๖	๑๖.๗๗	๑๔.๐๓	๑๕.๗๔	๑๖.๖๗	๑๖.๑๙
-Trauma	≤ร้อยละ ๑๒	๗.๘๕	๘.๘๘	๘.๗๐	๙.๐๔	๘.๐๕	๘.๕๗
- Non trauma	≤ร้อยละ ๑๒	๗.๘๕	๘.๘๘	๘.๗๐	๙.๐๔	๘.๐๕	๘.๕๗
๑.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑	≤ร้อยละ ๔	๐.๑๘	๐.๑๙	๐.๓๗	๐.๓๘		
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย severe trauma brain injury ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑	≤ร้อยละ ๓๐	๒๐.๓๑	๒๒.๘๓	๒๒.๙๐	๓๗.๘๔	๒๑.๘๘	๓๐.๔๓
๑.๓ ผู้ป่วย trauma level ๑ ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้า ORภายใน ๖๐ นาที	>๘๐%	๕๐.๐๐	๔๗.๕๐	๖๖.๖๗	๔๐.๐๐	๓๓.๓๓	๓๕.๗๑
๑.๔ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (level ๑ & level ๒) อยู่ใน ER ไม่เกิน ๒ ชั่วโมงในโรงพยาบาล A,S,M๑	>๖๐ %	๕๖.๗๕	๖๒.๕๐	๖๕.๐๒	๖๗.๙๙	๖๙.๙๒	๖๘.๙๓
๑.๓ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	≥ร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดร้อยละ ๑๐๐					

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม
๑.๓ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	≥ ร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดร้อยละ ๑๐๐					
๒. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (non trauma & non emergency) ลดลงในโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ (A-B)X๑๐๐/A	≥ ร้อยละ ๕ ปี ๖๑ = ๕๗๐๙	๗.๔๘ ๕๒๘๒/ =๔๒๗	๓๒.๕๓ ๓๕๖๔/ =๑๗๑๘	๓๕.๕๕ ๒๒๙๗/ =๑๒๖๗	๓๘.๐๕ ๑๔๒๓/ =๘๗๔		
๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	≥ ร้อยละ ๒๖	๒๑	๒๑	๒๙	๓๑.๕๔		
๔. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ER คุณภาพ	≥ ร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดร้อยละ ๑๐๐					

ปัญหาอุปสรรค

๑. มีความแออัดของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนมเนื่องจาก มีผู้เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Level ๔ -๕) มาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน จำนวนมากทำให้คุณภาพในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ลดลงได้ ส่วนโรงพยาบาลนครพนม แปรผันตามโรงพยาบาลทั่วไป (S) มีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจำนวนมาก ประกอบกับเป็นแพทย์ใช้ทุน ประสบการณ์การทำงานน้อย มีการตัดสินใจช้า
๒. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในกลุ่มผู้ป่วย Trauma สูงมากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย
๓. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนมีการใช้รถยนต์ส่วนตัว และในบางพื้นที่ หน่วยกู้ชีพไม่เปิดให้บริการเนื่องจากเจ้าหน้าที่สูงอายุ และปัญหานโยบายในออปท
๔. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย severe traumatic brain เกินเป้าหมาย เนื่องจากกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง ร่วมกับแพทย์ระบบประสาทมี ๑คน อยู่เวร ๑๕ วัน/เดือน
๕. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เข้า OR ไม่ทันภายใน ๖๐ นาที ต่ำกว่าเป้าหมาย

โอกาสพัฒนา

๑. พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยการใช้เกณฑ์ MOPH triage ให้มีประสิทธิภาพและใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
๒. ในเวลาราชการมีการจัดพื้นที่โซนในห้องฉุกเฉิน ในผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (level ๔-๕) ที่ทำหัตถการ
๓. จัดมาตรฐานการลดระยะเวลาในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้Admit ไม่เกิน ๒ ชั่วโมงโดยการมีแนวปฏิบัติวางไว้และทำตามระบบ ๒:๑:๑ คือ ๓๐ นาทีแรกมีการ Assesment & resuscitate ๓๐นาที ต่อมา investigaton ๑ ชมหลัง ติดตามLab x-ray เตรียมจำหน่ายมีการให้ข้อมูลการรักษา
๔. เพิ่มประสิทธิภาพ และจำนวนเครือข่ายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
 - บริการเชิงรุก โดยสร้างผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน
 - เครือข่ายประชาชน /เยาวชน ป้องกันและลดอุบัติเหตุ (สร้างเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน)
 - เป็นเครือข่าย พขอ.ระดับอำเภอป้องกันและลดอุบัติเหตุ คั้นข้อมูลการบาดเจ็บให้ชุมชน
๕. เพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
 - อบรม เพิ่มทักษะ และอบรมฟื้นฟู ผู้ที่อยู่ในระบบให้สามารถปฏิบัติงานได้

ผู้รายงาน นางสุภาภรณ์ กิจจานุรักษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๑๐๕๐๕๑๓๘
E-mail Supaporn๒๗๑๙๗๗@gmail.com
ผู้รายงาน นางทิพย์วิภา สังข์อินทร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๖๕๕๓๖๙๖๙๕
E-mail tipvipa.sn@gmail.com
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

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

ตัวชี้วัดหลัก

ร้อยละผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index =๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

(เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สถานการณ์

จังหวัดนครพนมได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง (Spinal Cord injury) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) โดยมีการให้บริการ ๓ รูปแบบ ทั้ง IPD ,OPD และการเยี่ยมบ้านในชุมชน ผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (S: เป็นโรงพยาบาลนครพนมแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนมลูกข่ายและให้บริการแบบ intermediate bed) โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคให้ครอบคลุม ในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัดนครพนมระดับ S ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนมระดับ M และ F เพื่อรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) โดยทีมสหวิชาชีพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ เม.ย.๒๕๖๔ – ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๕) มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury มีจำนวนผู้ป่วย Stroke ๕๑๓ ราย, มีจำนวนผู้ป่วย Traumatic Brain Injury (TBI) ๑๑๗ ราย, มีจำนวนผู้ป่วย Spinal Cord Injury (SCI) ๒๓ ราย รวมทั้งหมด ๖๕๓ ราย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม จึงมีบทบาทสำคัญในดูแลสุขภาพประชาชนให้ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยงเลี้ยงโรค และค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค หากเกิดโรคต้องให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมา ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

แนวทางการดำเนินงาน

๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล เพื่อประชุมชี้แจงแนวการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

๒. มีการเปิดให้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ทุกโรงพยาบาลในระดับ Mและระดับ F ในจังหวัดนครพนมครบร้อยละ ๑๐๐ มีการดำเนินงานโดยพัฒนาระบบ

การดูแลผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรคให้ ครอบคลุม โดยให้บริการ ๓ รูปแบบ ทั้ง IPD ,OPD และการเยี่ยมบ้านในชุมชน

๓. โรงพยาบาลในจังหวัดประเมินตนเองด้านมาตรฐานคุณภาพในการเปิดIMC bed เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

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

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

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

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละ ๘๖.๖๖ ผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index =๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

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

กลุ่มผู้ป่วย	Starting Phase (เริ่ม Case) (๑เม.ย๖๔ -๓๑ พ.ค.๖๕)			Continuing Phase (การติดตาม)	Ending Phase (ครบ ๖ เดือน หลังจากเกิดโรค หรือ BIS เต็ม ๒๐)								
	A	B			C	G	H		I	J	K	L	M
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (๑เม.ย ๖๔ - ๓๐ก.ย ๖๔)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (๑ต.ค ๖๔- ๓๑พ.ค ๖๕)	ร้อยละผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน IMC		จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดตามทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยตามทะเบียนที่ต้องสิ้นสุดระยะติดตามทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามจนสิ้นสุดระยะติดตามทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามจนครบ๖เดือนหรือหรือจน BIS=๒๐	ร้อยละผู้ป่วยผู้ป่วยที่ติดตามจนครบ๖เดือนหรือหรือจน BIS=๒๐	BIS คงที่ (ราย/ร้อยละ){ร้อยละ}	BIS ลดลง (ราย/ร้อยละ){ร้อยละ}	BIS เพิ่มขึ้น (ราย/ร้อยละ){ร้อยละ}	BIS = ๒๐ (ราย/ร้อยละ){ร้อยละ}
๑. Stroke	๒๐๖	๓๐๗	๕๑๓	๑๕๖	๓๕๗	๓๒๘	๙๑.๐๓	๒๙/๘.๘๔	๑๑/๓.๓๕	๑๕๗/๔๗.๘๖	๘๙/๒๕.๑๓	๔๒/๑๒.๘๐	
๒. TBI	๔๐	๗๗	๑๑๗	๓๙	๗๘	๕๔	๖๙.๒๓	๒/๓.๗๐	๐	๑๘/๓๓.๓๓	๓๒/๕๙.๒๕	๒/๒.๗๗	
๓. SCI	๑๑	๑๒	๒๓	๘	๑๕	๑๒	๘๐	๐/๐	๐	๑๒/๑๐๐	๐/๐	๐/๐	
รวม	๒๕๗	๓๙๖	๖๕๓	๒๐๓	๔๕๐	๓๙๔	๘๖.๖๖	๓๑/๗.๘๖	๑๑/๒.๗๙	๑๘๗/๔๗.๕๖	๑๒๑/๓๐.๗๑	๔๔/๑๑.๑๖	

ผลงานผู้ป่วยIMC รอบ(๑ เมษายน ๒๕๖๔-เดือน ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

อำเภอ	Stroke	TBI	SCI	จำนวน ผู้ป่วย IMC ๓ กลุ่มโรค (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย IMC ระยะ ติดตาม ทั้งหมด (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย IMC สิ้นสุด ติดตาม ทั้งหมด (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย IMC ติดตาม ทั้งหมด (ราย)	ร้อยละ ผู้ป่วย IMC ติดตาม ทั้งหมด (ราย)
เมืองนครพนม	๑๔๗	๒๘	๒	๑๗๗	๖๕	๑๑๒	๙๙	๘๘.๓๙
เรณูนคร	๓๔	๖	๑	๔๑	๑๕	๒๖	๑๙	๗๐
ธาตุพนม	๔๐	๑๐	๒	๕๒	๑๗	๓๕	๓๑	๗๓.๐๗
ท่าอุเทน	๔๘	๘	๑	๕๗	๑๔	๔๓	๔๓	๑๐๐
ศรีสงคราม	๕๗	๑๐	๓	๗๐	๒๑	๔๙	๔๕	๙๑.๘๖
โพนสวรรค์	๒๘	๑๐	๓	๔๑	๑๒	๒๙	๒๓	๗๙.๓๑
บ้านแพง	๑๙	๙	๒	๓๐	๑๐	๒๐	๒๐	๑๐๐
ปลาปาก	๒๘	๘	๑	๓๗	๑๓	๒๔	๒๔	๑๐๐
นาทม	๑๐	๓	๑	๑๔	๔	๑๐	๗	๗๐
นาหว้า	๕๕	๙	๔	๖๘	๒๑	๔๗	๓๓	๗๐.๒๑
นาแก	๔๔	๑๔	๓	๖๑	๑๐	๕๑	๔๗	๙๒.๑๕
วังยาง	๓	๒	๐	๕	๑	๔	๓	๗๕
รวม	๕๑๓	๑๑๗	๒๓	๖๕๓	๒๐๓	๔๕๐	๓๙๔	๘๗.๕๕

มาตรการในการดำเนินงาน

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

เพื่อลงข้อมูล IMC ให้เพื่อการส่งต่อและติดตามข้อมูลมีประสิทธิภาพ ทำให้โรงพยาบาลลูกข่ายสามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ร่วมกับการส่งข้อมูลทางgoogle sheets และทาง line

ปัญหาอุปสรรค

ด้าน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
๑. Service Delivery	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการฟื้นฟูแบบ IMC bed ในโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดการประสานงานในระดับโรงพยาบาล - ปัญหาการติดตามเยี่ยมฟื้นฟูในชุมชน เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้ส่งผลกระทบในการออกติดตามเยี่ยมในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการวางแผนการวาง Node IMC ในจังหวัดนครพนม โดยแบ่งโซนเหนือ North node รพ. ศรีสงคราม (F๑) และโซนใต้ South node สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม(M๒) -รพ.แม่ข่ายมีการวางแผนให้มี CM Nurse ในการประสานงาน -มีพัฒนาแนวทางการ refer back ผู้ป่วยIMC จากรพ.แม่ข่าย ไปยังโรงพยาบาลชุมชนและควรมีพยาบาลฟื้นฟูในหอผู้ป่วยที่เปิดIMC bed ทุกแห่ง เพื่อให้ที่สามารถคัดกรองและประสานทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูให้ครอบคลุม - เพิ่มช่องทางการออกติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ร่วมกับการประสานรพสต.ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย IMC ให้ประสานอสม.ช่วยติดตามเยี่ยม
๒. Health Work Force	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทีมสหวิชาชีพยังขาดแคลน และมีปริมาณไม่เพียงพอ บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะ 	<ul style="list-style-type: none"> -มีแผนอบรมและแผนพัฒนาบุคลากร ๒.๑พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร๔เดือน ยังขาดรพ.แม่ข่าย และรพ. Node ๒.๒หลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร ๔เดือน (นักกายภาพบำบัด) นักกายภาพบำบัดอย่างน้อย ๑ คน ๒.๓ โรงพยาบาลทุกแห่งนักกายภาพบำบัดควรมีจำนวนอย่างน้อย ๒ คนที่ยังขาดมีรพ.ปลาปาก และรพ.วังยาง(ปัจจุบันมีรพ. ๑ คน) ๒.๔ วางแผนให้มีนักกิจกรรมบำบัดและนักกายอุปกรณ์ในปี๒๕๖๖ ๒.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่อยู่ให้สามารถมีความรู้ด้านกิจกรรมบำบัดเบื้องต้น

๓. Health system financing	- ขาดงบประมาณสนับสนุน	- ควรจัดสรรงบประมาณจากสปสช.เขต ในด้านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือนและหลักสูตรกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลักสูตร ๔ เดือน
๔. Health information system	- ระบบสารสนเทศในการพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง ในปัจจุบันใช้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใช้ google drive	ปัจจุบันได้มีโปรแกรมบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูบริการผู้ป่วยIMC ให้สามารถส่งต่อข้อมูลในกลุ่ม Intermediate care ได้ ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกกายอุปกรณ์คนพิการ(สปสช.) ร่วมกับการส่งข้อมูลทางgoogle drive และทาง line
๕. Leadership & Governance	ขาดการนิเทศงานและติดตามตัวชี้วัดในระดับจังหวัดจากสถานการณ์โควิด-๑๙	- ควรมีการประชุม online เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงานและติดตามผลงาน
๖. Medical products & Equipment	จากการสำรวจยังมีรพช.หลายแห่งยังขาดยาวัสดุการแพทย์และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	- ให้แต่ละโรงพยาบาลทำแผนครุภัณฑ์การแพทย์และวัสดุการแพทย์จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย - สปสช.เขตควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
๗. Stakeholder Participation	- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	- จัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยคำนึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อให้การบริการIMCมีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน นางยุณี ถนนธรรม
ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ๙ มิ.ย. ๒๕๖๕
โทร...๐๘๓๐๘๐๔๔๘๕
E-Mail yanee_tnt@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health Outcome)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

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

๑. ประเด็นตรวจราชการ

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

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

๒. มีการติดตามตัวชี้วัด process ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ได้แก่

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

๒. สถานการณ์และการบริหารความเสี่ยง

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

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน

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

๔. มาตรการดำเนินการ

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

๑๒. ติดตามนิเทศระบบ screening โดยทีมออกเยี่ยมในอำเภอที่เป็น Node เพื่อให้ความรู้และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย sepsis ระดับจังหวัด

๕. ผลการดำเนินงาน

ตาราง ๑ ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย) ของจังหวัดนครพนม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค- ธ.ค)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค-มี.ค)	ไตรมาสที่ ๓ (เม.ย.- มิ.ย.)	ไตรมาสที่ ๔ (ก.ค- ต.ค)	รวม
๑	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	๒๔๘	๑๘๐			๔๒๘
๒	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด (รวมปฏิเสธการรักษาที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน)	๖๗	๔๖			๑๑๓
๓	อัตราการตาย < ร้อยละ ๒๖	๒๗.๐๒	๒๕.๕๖			๒๖.๔ ๐
๔	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐	๙๖.๓๗	๙๗.๒๒			๙๖.๗ ๓
๕	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐	๑๐๐	๑๐๐			๑๐๐
๖	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก ≥ ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๙๓.๙๕	๙๕.๕๕			๙๔.๖ ๓
๗	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.หลัง ได้รับการวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๓๐	๖๙.๗๖	๗๓.๘๙			๗๑.๔ ๙

หมายเหตุ : ที่มาข้อมูลลำดับ ๑-๓ จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ ลำดับ ๔-๗ จากกระบบรายงาน

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

ตาราง ๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖

อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	(A)	(B)	(C)	(D)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C)/D × ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๒๙	๐	๑๓	๘๘	๔๗.๗๓	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๐	๐	๐	๑๔	๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๑	๐	๑	๓๑	๖.๔๕	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๐	๐	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๐	๐	๐	๒	๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๐	๐	๑	๒	๕๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๐	๐	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๐	๐	๐	๒๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๐	๑	๑	๔	๒๕	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๐	๐	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๐	๐	๐	๔	๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๐	๐	๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๓๐	๑	๑๖	๑๘๐	๒๕.๕๖	

ที่มาข้อมูล : จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

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

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ใน กระแสเลือดแบบ รุนแรง ที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแส เลือด แบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (A/B) \times ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๓	๘๘	๙๔.๓๒	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม	๑๔	๑๔	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๓๑	๓๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๖	๒๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๔	๔	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๗๕	๑๘๐	๙๗.๐๖	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

ตาราง ๔ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด(B)	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (A/B) × ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๘	๘๘	๑๐๐	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑๔	๑๔	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๓๑	๓๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๖	๒๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๔	๔	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๘๐	๑๘๐	๑๐๐	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

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

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. (A)	จำนวนผู้ป่วยติด เชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (A/B) \times ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๕	๘๘	๙๖.๕๙	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราช ธาตุพนม	๑๓	๑๔	๙๒.๘๖	
F๑ : โรงพยาบาลศรี สงคราม	๒๘	๓๑	๙๐.๓๒	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๒	๒	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๑	๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๒๕	๒๖	๙๖.๑๕	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๔	๔	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๖	๖	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพธิ สวรรค์	๔	๔	๑๐๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๗๒	๑๘๐	๙๕.๕๕	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

ตาราง ๖ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒ - ๓) ภายใน ๓ ชม. ≥ ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยติดเชื ในกระแสเลือดแบบ รุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A)	จำนวน ผู้ป่วยติด เชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ทั้งหมด (B)	อัตราการรับผู้ป่วย เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (A/B) × ๑๐๐	
S : โรงพยาบาลนครพนม	๘๘	๘๘	๑๐๐	
M๒ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	๑๔	๑๔	๑๐๐	
F๑ : โรงพยาบาลศรีสงคราม	๓๑	๓๑	๑๐๐	
F๒ : โรงพยาบาลปลาปาก	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลท่าอุเทน	๐	๒	๐	
F๒ : โรงพยาบาลบ้านแพง	๐	๒	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาทม	๐	๑	๐	
F๒ : โรงพยาบาลเรณูนคร	๐	๒๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาแก	๐	๔	๐	
F๒ : โรงพยาบาลนาหว้า	๐	๖	๐	
F๒ : โรงพยาบาลโพนสวรรค์	๐	๔	๐	
F๓ : โรงพยาบาลวังยาง	๐	๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๓๓	๑๘๐	๗๓.๘๙	

ที่มาข้อมูล : จากระบบรายงาน

๖. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

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

๗. ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

๑. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากบุคลากรหมุนเวียนสับเปลี่ยนบ่อย โดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่เป็นด้านหน้าในการรับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน
๒. ความเข้าใจในแนวทางการคัดกรองยังไม่ตรงกัน
๓. แนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย sepsis ยังไม่นำไปปฏิบัติในชุมชนอย่างแท้จริง
๔. ไม่มีพื้นที่ชัดเจน ในการรับดูแลผู้ป่วย Severe sepsis /Septic shock ในบาง ward
๕. มีแนวทางในการเก็บข้อมูลแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ
๖. การพัฒนาศักยภาพ Node ทั้งโซนเหนือ (รพ.ศรีสงคราม)และโซนใต้(รพ.ธาตุพนม) ให้สามารถรองรับการรักษาภาวะ Septic Shock มีแพทย์อายุรกรรม มีการพัฒนา ICU และสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.เครือข่ายในโซนใต้ รวมทั้งลดการ Refer in มารพ.จังหวัด

๘. นวัตกรรม/BEST PRACETICE

๑. นำตารางการประเมินผู้ป่วย SOS score มาใช้ในหน่วยงานและขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการ early detection ผู้ป่วย sepsis ได้ทันท่วงที
๒. ทบทวน/วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้ Standing order for Severe sepsis/Septic shock

๙. แผนพัฒนา Service plan สาขา SEPSIS จังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕

ด้านบริการ/Clinical Service

๑. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยใช้ Sepsis triage เพื่อนำเข้าสู่ระบบ Fast track for sepsis (FTS)
๒. พัฒนาและปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย Early screening และ Early detection ที่มีภาวะ Severe sepsis /Septic shock ที่หอผู้ป่วยใน (Ward) โดยใช้ SOS score
๓. กำหนดให้ FTS (Fast track for sepsis) SOS score เป็นนโยบายของโรงพยาบาล
๔. พัฒนาและปรับปรุง Standing order for Severe sepsis /Septic shock ให้ทันสมัยและใช้งานง่าย
๕. พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย Severe sepsis /Septic shock ที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือ

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

๖. พัฒนาระบบคัดกรองในชุมชน
๗. พัฒนาระบบการส่งต่อ Refer in/Refer out
๘. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา

ด้านวิชาการ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร

๑. จัดอบรมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะ Severe sepsis /Septic shock ภายในเครือข่ายจังหวัดนครพนม (รพ.นครพนม, รพ.จิตเวชานครพนม, รพ.ค่ายพระยอดเมืองขวาง รพช.ทุกแห่ง รวมทั้ง รพ.คำม่วน : สปป.ลาว)
๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ
๓. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุรแพทย์ให้เป็น Node ในการให้คำปรึกษา ทั้งโซนเหนือ และ ใต้

ด้านระบบข้อมูล

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

ด้านกำกับติดตาม

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

และพัฒนางาน

ผู้รายงาน นางสาวกัญญาภัค ประวิทย์สิทธิกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร - e-mail : pook๔๘๒๑@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม

ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

(๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

๑.สถานการณ์

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

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

ข้อมูลทั่วไป ใน CKD Clinic โรงพยาบาลนครพนม

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๕๒	ปีงบประมาณ ๒๕๕๓	ปีงบประมาณ ๒๕๕๔	ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ (ต.ค.๕๔-พ.ค. ๖๕)
๑	จำนวนผู้ป่วย CKD ทั้งหมด	๕๑๙	๕๐๕	๔๖๓	๔๓๒
	CKD stage ๓	๑๘	๑๖	๑๖	๑๐
	CKD stage ๔	๒๐๘	๑๙๙	๑๘๓	๑๕๒
	CKD stage ๕	๒๙๓	๒๙๐	๒๖๔	๒๖๐
๒	จำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่	๑๑๑	๑๒๘	๑๑๔	๙๙
๓	จำนวนผู้ป่วย CKD with HT	๑๑๕	๑๓๓	๑๑๔	๙๙
๔	จำนวนผู้ป่วย CKD with DM	๓๗	๓๑	๓๓	๓๔
๕	จำนวนผู้ป่วย CKD with DM withHT	๖๑	๕๘	๕๒	๕๔
๖	จำหน่ายจากคลินิก จาก Stage ๔ เป็น ๓(ดีขึ้น)	๑๘	๒๒	๕	๓
๗	จำหน่ายจากคลินิก จาก dead	๓๑	๒๗	๒๕	๑๒
๘	จำหน่ายจากคลินิก จาก ได้ทำ H/D/CAPD	๒๓	๓๒	๔๓	๓๑
๙	ส่ง Palliative care	๒๒	๑๒	๒๔	๔

รายงานผลการปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลนครพนม รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๒. กระบวนการดำเนินงาน

การจัดการกระบวนการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Process Management CKD)

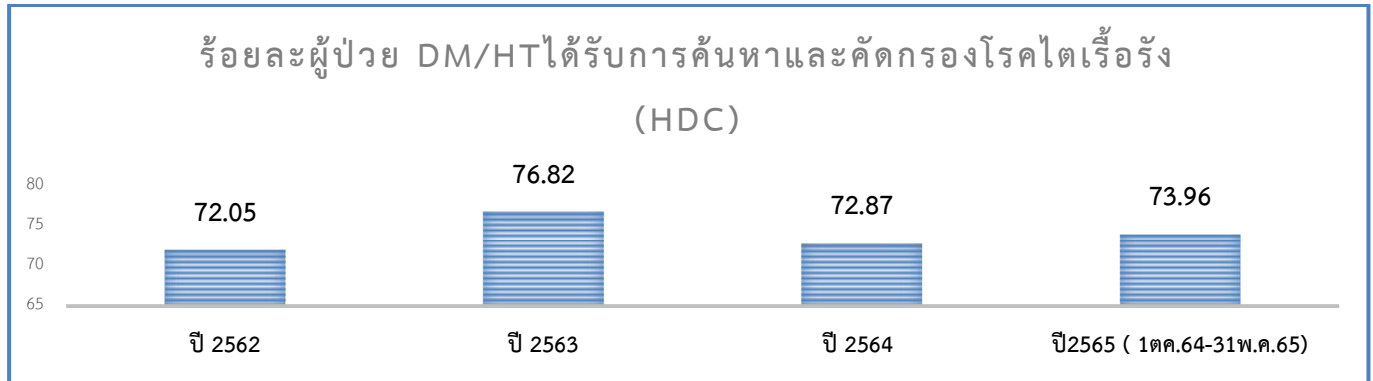
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Pre-host การค้นหาผู้ป่วย DM,HT ที่เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	ป้องกันการเกิด new case	๑.ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	๑.ประสานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับ NCD ๒.ให้ความรู้โรคไตในโรงเรียนเบาหวาน ๓.การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยDM,HT ๔.ร่วมกับ งาน วสค. และ สสอ.เมือง ออกสัญจรใน รพ.สต.อ.เมือง -แนะนำการทำ CKD coner Update วิชาการแก่เจ้าหน้าที่รพสต -จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CKD ๑-๕ ในระดับ รพ.สต. -จัดตั้งกลุ่มรักษไต -ให้ความรู้แก่ปชช.กลุ่มเสี่ยง -Counselling ในผู้ป่วย CKD stage ma,mb
In-host การจัดตั้ง CKD Clinic คุณภาพในโรงพยาบาล	-ชะลอไตเสื่อม -ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	๑.การดำเนินงานในคลินิก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลCKD เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลไตเทียม ๒.การจัดโปรแกรม การให้ความรู้เรื่อง โรค เรื่องยา เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย และการเข้าสู่ mode RRT ของผู้ป่วย CKD ๒.โครงการกล่อมยาผู้ป่วยโรคไต ๓. งานวิจัย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย CKD stage mb ๔.จัดทำ Alert ยา โดยเภสัชกร ๕.R๒R อาหารโรคไตเรื้อรังของงานโภชนาการ ๖.ทำแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย CKD ของจังหวัดนครพนม ๗.ทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมา RRT
Post-host การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRTไปสู่งาน Palliative care	-การมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ	๓.อัตราผู้ป่วยได้รับการ Emergency Vascular Access	๑.ร่วมประชุม หาแนวทางเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRTไปสู่งาน Palliative care ของจังหวัดนครพนม ๒.ร่วมกับทีม Palliative care ทำเกณฑ์การส่งต่อและแนวทางการดูแลผู้ป่วย no RRT ให้ชัดเจน

๓.ผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์และการดำเนินงานที่ผ่านมาของ CKD Clinic โรงพยาบาลนครพนม

๑.ร้อยละผู้ป่วย DM/HTได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

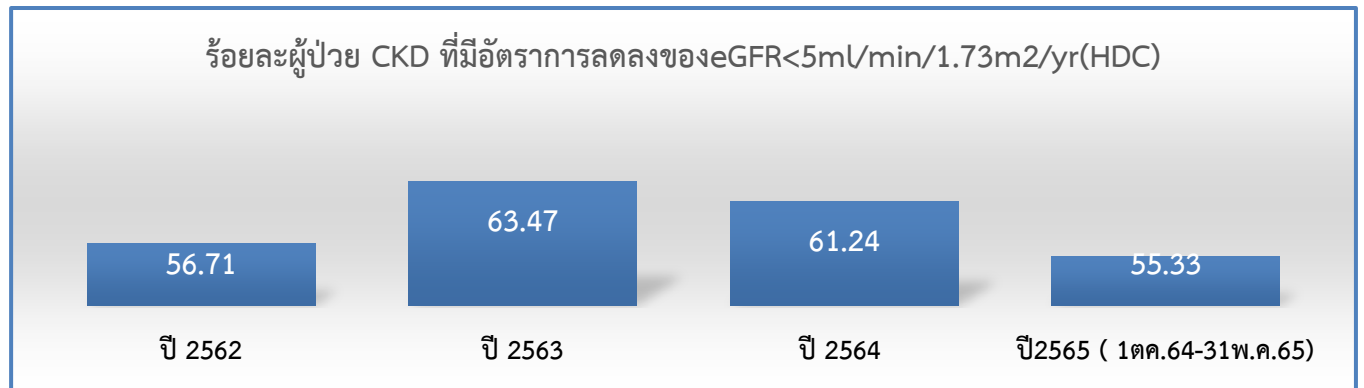
เกณฑ์ : $\geq 80\%$



CKD Clinic ได้บูรณาการร่วมกับ งาน NCD วสค. สสอ.เมืองนครพนม คัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยรายโรคไตใหม่ ในกลุ่มผู้ป่วย DM,HT และนำมาเข้าร่วมกิจกรรม ปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 80 % ตลอด 3 ปี ที่ผ่านมา จากการกระจายตัวของกลุ่มผู้ป่วย DM,HT การประกอบอาชีพที่ไม่อยู่ในพื้นที่ การเข้าไม่ถึงบริการ ในปี ๒๕๖๕ ได้จัดทำโครงการร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม และ สสอ.เมือง ปรับรูปแบบให้บริการ โดยการลงสู่ชุมชนมากขึ้น

๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m²/yr (ปี ๒๕๖๓ eGFR <5 mL/min/1.73m²/yr)

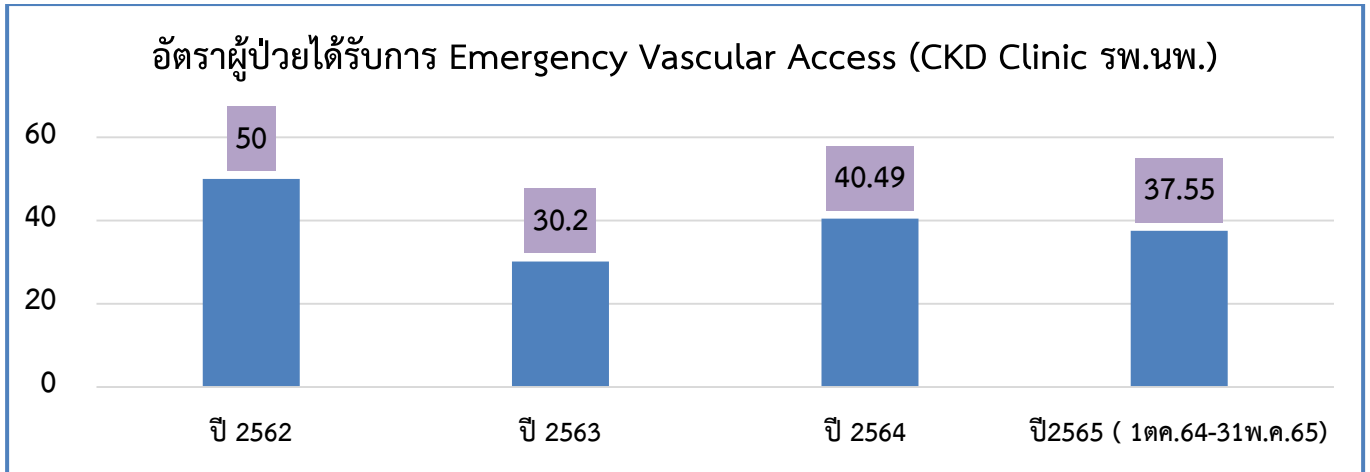
เกณฑ์ : 66 %



การลดลงของค่า eGFR ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 66 % ตลอด 3 ปี เนื่องจากบริบทของคลินิกโรคไตเรื้อรัง รพ. นครพนม รับผู้ป่วย CKD stage ๔ และ CKD stage ๕ รวมถึง ESRD no RRT เท่านั้น การ slow progression โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถทำได้อย่างครอบคลุม แต่ในส่วนของ CKD stage ๑-๓ อยู่ในคลินิกอื่นๆในระดับ รพ.สต. และใน DM,HT เป็นส่วนใหญ่ การบูรณาการการดูแลร่วมกันในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จึงได้ดำเนินโครงการลงสู่ระดับ รพ.สต. มากขึ้น

๓.อัตราผู้ป่วยได้รับการทำ Emergency Vascular Access

เกณฑ์ : < 25%



ผู้ป่วยได้รับการทำ Emergency Vascular Access คือผู้ป่วย ESRD ที่ no RRT และมีการเปลี่ยนใจเมื่อถึงวาระสุดท้าย ในปี ๒๕๖๒ CKD Clinic รพ.นครพนม ส่งต่อผู้ป่วย no RRT ให้ทีม palliative ๒๒ ราย เสียชีวิตที่บ้านทั้งหมด ปี ๒๕๖๓ ส่งต่อ ๑๒ ราย เสียชีวิตที่บ้านทั้งหมด ปี ๒๕๖๔ ส่งต่อ ๒๔ ราย เสียชีวิตที่บ้าน ๑๒ รายที่เหลือยังไม่เสียชีวิต ปี ๒๕๖๕ (ตค ๖๔-พค๖๕) ส่งต่อ ๔ ราย เสียชีวิตที่บ้าน ๔ รายแต่มีอัตราการทำ Emergency Vascular Access ยังมากเกินเกณฑ์ และเมื่อเข้าไปดูข้อมูลแล้วพบว่าเป็นผู้ป่วย ESRD ที่เคยปฏิเสธบำบัดทดแทนใจ ได้เปลี่ยนใจเนื่องจากการมีนโยบายทำ HD ได้ฟรี ในเดือนกพ.๒๕๖๕ จึงได้มีการปรับแผนงาน โดยการส่งคุย RRT ซ้ำในทุกรายที่เคยปฏิเสธ เป็นการเตรียมเส้น เพื่อลดการทำ DLC

แผนงานโครงการที่รองรับ

แผนงาน	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ระยะเวลา
โครงการพัฒนา ระบบบริการ คลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic)	-	Pre-host ๑.โครงการ CKD สัญจร ในรพ.สต.อ.เมือง ร่วมกับทีม วสค.และสสอ. -CKD manager ออกสัญจรใน รพ.สต.อ.เมือง ร่วมกับวสค.และสสอ. ๓. กิจกรรมวันไตโลก จัดกิจกรรมวันไตโลก -In-host ๔. CKD Clinic คุณภาพ Post-host ๔.ร่วมประชุมวิชาการเพื่อการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ no RRT ไปสู่งาน Palliative care จังหวัดนครพนม		๑๒ รพ.สต. ๑ครั้ง ๑ ครั้ง	ธค.๖๔- มีค.๖๕ สป.ที่ ๒ มีค.๖๕ ตค.๖๔- กย.๖๕ เมย.๖๕

๔. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ -

ผู้รายงาน นางรัศมี ศิริสวัสดิ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรัง
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕
Tel.๐๘๙-๖๒๐๙๓๙๖

E mail : russamee_s@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

สาขา จักษุ

โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เขตสุขภาพที่ ๘

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละผู้ป่วยต่อภาวะตาบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๒. สถานการณ์

เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบและผู้สูงอายุก็มีอายุยืนมากขึ้น ซึ่งโรคของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาทำให้เกิดตาบอดเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคต้อกระจก จังหวัดนครพนมได้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ service plan สาขาจักษุ ได้แก่ โรคต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) ที่ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วันตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัย เนื่องจากในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้มีสถานการณ์

การระบาดของเชื้อไวรัส covid - ๑๙ ทำให้มีการงดผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกที่ไม่มีภาวะฉุกเฉินร่วม เช่น มีภาวะต้อหินแทรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยรอผ่าตัดนานขึ้น นอกจากนี้จากการบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดของโรงพยาบาลได้มีการจัดสรรเตียงผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย covid - ๑๙ ทำให้รับผู้ป่วยต้อกระจกได้น้อยลง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการสำคัญ

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

๓.๒ โครงการ / กิจกรรม

- โรงพยาบาลนครพนมได้เปิดทำการผ่าตัดนอกเวลาราชการสัปดาห์ละ ๒ วัน คือ วันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ เพื่อลดระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

มี node เปิดผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลศรีสงคราม ประมาณ ๓ เดือนต่อครั้งในสถานการณ์ปกติ ได้มีการคัดกรองสายตาที่ผิดปกติโดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาเป็นหัวหน้าทีม และนัดผู้ที่มีสายตาผิดปกติมาพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจและวินิจฉัยและผ่าตัดในวันเดียวกัน (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ยังไม่มีการผ่าตัด)

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ปี๒๕๖๒		ปี๒๕๖๓		ปี๒๕๖๔		ปี๒๕๖๕ (๑ ต.ค.๖๔-๓๑ พ.ค.๖๕)	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของผู้ป่วยต่อ กระจกชนิดบอด (blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ๘๐%	๗๘.๘๐	≥ ๘๕%	๘๘.๒๔	≥ ๘๕%	๘๘.๖๙	≥ ๘๕%	๘๖.๕๒
ระยะเวลารอคอยคิว ผ่าตัด	๑๖.๖๑ วัน		๑๑.๕๑ วัน		๑๓.๘๘ วัน		๑๑.๗๘ วัน	

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา/ อุปสรรค / ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ด้านบุคลากร ๖. ไม่มีจักษุแพทย์ระดับ node ๗. พยาบาลเวชปฏิบัติมีน้อย ไม่มีในโซนใต้และ รพช.ต่าง ๆ	- เพิ่มจักษุแพทย์ในระดับ node - เพิ่มพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาทั้ง รพ.จังหวัดและ รพช.
เครื่องมือเครื่องใช้ ๘. ยังไม่มีเครื่องวัดกำลังเลนส์แก้วตาเทียมและเครื่องมือผ่าตัดใน node	- หางบประมาณสนับสนุนการจัดหาเครื่องมือให้ node
ข้อมูลสารสนเทศ ๙. มีข้อมูลหลากหลาย มีการลงที่ซ้ำซ้อน เช่น HDC , HosXP , vision ๒๐๒๐	- มีการนำเข้าข้อมูลที่สามารถเชื่อมกันในแต่ละโปรแกรม - พัฒนาคู่มือในการลงข้อมูลระบบ vision ๒๐๒๐ ของ National Eye Health Data Center

ผู้รายงาน นางพรรณนิภา วรรณจันทร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร.๐๘ ๑๓๘๐ ๔๐๒๒

e-mail: pannipa_๐๙๓๓๓@hotmail.com

๘ มิถุนายน ๒๕๖๕

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๒ Functional based

หัวข้อ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๒ .สถานการณ์

ขั้นตอนการดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ

สามารถจัดเก็บดวงตา ๐ ราย

สามารถจัดเก็บอวัยวะ ๐ ราย

๓. เยี่ยมตามหน่วยงานในโรงพยาบาลนครพนมเพื่อประเมินผู้ป่วยที่เข้าข่ายการบริจาคดวงตาและอวัยวะ

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

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

๕. ปัญหาอุปสรรค

ข้อจำกัดของทีม

มีการระบาดของโรคโควิด

ข้อจำกัดทางด้านความเชื่อถือทางวัฒนธรรมในท้องถิ่น

รายงานผลการปฏิบัติราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ประเด็นลดแอ็ด ลตรอคอย ลดป่วย ลดตาย

ประเด็น :

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

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

๒. กระบวนการดำเนินงาน

๒.๑ พัฒนาบุคลากรในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว (มีกองทุนสนับสนุน)

๒.๓ บูรณาการการดำเนินงานผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่น ๆ ร่วมกับการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาว

๒.๔ พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย

๒.๕ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อข้อมูลการดูแล (Program LTC On Cloud)

๓. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			ปี ๒๕๖๕(๘ค.)		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ ๘๕	๙๘.๙๙	๙๓.๙๓	๙๘.๐๑	๒๓๔	๒๓๔	๑๐๐
๒. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๒๐	๑๗.๖๐	๑๕.๑	๓.๐๗	๑๑๗	๐	๐.๐๐
๓.ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง ๓ เป็นเตียง ๒ และเตียง ๑ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน	มากกว่า ร้อยละ ๒๐	๔๕.๕๓	๓๔.๒๘	๔๒.๕๑	๑๑๗	๗๖	๖๔.๙๖

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ระยะเวลา
บูรณาการแผนงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย LTC เข้ากับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) อำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	-	๑.วางแผนการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วย LTC ตามจิตชีวิต ๒.ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care)	ตัวชีวิตทั้ง ๓ ตัว ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด	ร้อยละ	๑ ต.ค ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

- มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน และต่อเนื่อง
- ประชุม KM การจัดการระบบข้อมูลที่ถูกต้อง
- สนับสนุนงบประมาณ

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยมาตรฐานโรงพยาบาล (Home Word)

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

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

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning)ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ

๒. สถานการณ์

พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Palliative care

จากสถานการณ์ปัจจุบัน มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในงานการดูแลผู้ป่วยระดับประคองนั้น ผู้ป่วยเข้าถึงบริการยังน้อยมีการความพร้อมในการรับรู้โรคและการดำเนินของโรค การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังไม่ครอบคลุม รวมถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยเรื่องการเลือกแผนการดูแลให้ตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อการตายดียังทำได้น้อยที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรักษาแบบยื้อชีวิตผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเจตนาที่ตั้งไว้ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเพิ่มความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า(Advance care planning)ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัวและได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน
๒. วางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน OPD ER
 - การประเมินประเภทผู้ป่วย ประเมินPPSV๒,ADL
 - ทำวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD
๓. มีการชี้แจงการดำเนินงานหัวหน้าตึก ๑๐๐%นำสู่ปฏิบัติ
๔. จัดอบรมบุคลากรเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคองตามมาตรฐานการดูแลประคับประคอง
 - ๕.ส่งข้อมูลเครือข่ายLTC Program
 - ๖.ส่งเยี่ยมและติดตามการเบิก E claim สปสช
 - ๗.เชื่อมโยงเครือข่ายในและนอกโรงพยาบาล

๓. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี๖๕(ต.ค.-๖๕-พ.ค ๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning)ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ ≥ 50)	๓๒	๔๕.๑๗	๔๘๘	๒๘๓	๕๗.๙๙

๔. ปัญหาอุปสรรค

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

๕. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการอบรมบุคลากรอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการลงข้อมูลเวชระเบียนการเก็บตัวชีวิตกับโรงพยาบาลที่ทำได้มาก
๓. ประสานแพทย์เรื่องการลงรหัสโรค Palliative care ทั้งผู้ป่วยใน และOPD ER เพื่อข้อมูลที่ออกมาได้ตรงกัน

นางสาวสรินยา บุพศิริ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง คลินิกกันและกัน โรงพยาบาลนครพนม

โทร ๐๘๘๕๑๒๖๙๖๑

Email : sarinya๒๕๑๘๑๙๗๕@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๒ Functional based

หัวข้อ สาขาออร์โธปิดิกส์

๑. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลนครพนม ระดับ 5 ขนาด ๓๔๕ เตียง มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวน ๔ คน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม ผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว่หน้าเข่า ผ่าตัดกระดูกสันหลังหัก เคลื่อน ผ่าตัดจุกศัลยกรรมทางมือ รวมทั้งผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่า มีข้อจำกัดด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระดูก มี Node ๑ แห่ง ที่ รพ.ธาตุพนม มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๑ คน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ไตรมาส ๑) มีผู้ป่วย Close Femoral Neck Fracture 5๗๒๐๐ จำนวน ๑๒ ราย : Closed Intertrocc lesser greater fracture 5๗๒๑๐ จำนวน ๒๓ ราย Closed fracture Subtrochanteric 5๗๒๒๐๐ จำนวน ๔ ราย ผ่าตัด : Bipolar Hemiarthroplasty ๘๑.๕๒ จำนวน ๑๑ ราย: OR of Fracture c Internal Fixation ๗๙.๓๕ จำนวน ๒๕ ราย ผ่าตัดภายใน ๒๔ ชม. จำนวน ๘ ราย ผ่าตัดภายใน ๔๘ ชม. จำนวน ๒๑ ราย ผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. จำนวน ๒ ราย ผ่าตัดเกิน ๗๒ ชม. จำนวน ๕ ราย ไม่ผ่าตัด จำนวน ๓ ราย มีการ Re-admit จำนวน ๐ ราย Re-Fracture ร้อยละ ๐ LOS เฉลี่ย ๔.๓๗ วัน

๔. กระบวนการดำเนินงาน

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

Service Delivery	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ ๒๕๖๔	ผลลัพธ์ ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย ๑ ทีมต่อ ๑ เขตสุขภาพ		ไม่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล	ไม่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล
๒. การผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ ๕๐ นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	มากกว่าร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐ (จำนวนผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. เท่ากับ ๒๓ ราย / ทั้งหมดที่ผ่าตัด ๔๖ ราย)	ร้อยละ ๘๖.๑๑ (จำนวนผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. เท่ากับ ๓๑ ราย / ทั้งหมดที่ผ่าตัด ๓๖ ราย)
๓. Re fracture Rate น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี)		ไม่มี	ไม่มี

๔. แผนงาน/โครงการที่รองรับ -

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ผู้รายงาน นางรุ่งลาวัลย์ สุธรรม
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
โทร ๐๔๒๑๙๙๒๒๒๒ ต่อ ๒๐๗๑
E-mail runglawan.lum@gmail.com

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

.๑ประเด็นการตรวจราชการ

เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

.๒สถานการณ์

.๓ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

จากการรวบรวมข้อมูลการบริหารตำแหน่ง ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนาอํารงรักษา และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนครพนม พบว่า

ขั้นตอนการด ๑.๓ดำเนินงานมาตรการที่สำคัญ /

มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร พิจารณาจากผู้มีความรู้ความสามารถ โดยการประเมินจากการสัมภาษณ์ การสอบข้อเขียน การสอบปฏิบัติ อย่างเหมาะสมจึงได้บุคคลที่มีคุณภาพมาปฏิบัติงาน

โครงการ/กิจกรรม ๒.๓

โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

.๔ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๑ ปี ๒๕๖๕ (ตค.-ธค.๖๕)			ไตรมาส ๒ ปี ๒๕๖๕ (มค.-มีค.๖๕)		ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๕ (เมย.-มิย.๖๕)	
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๕.๐	๔.๐	ไม่เกินร้อยละ ๓	๕๙/๑๑๙ ๒	๔.๙๔	๖๑/๑๒๐๑	๕.๐๘		

.๕ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการกำลังคน คือการเปลี่ยนตำแหน่ง จากลูกจ้างชั่วคราวไปเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราร่างมากนัก

.๖ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรการที่สำคัญคือการบรรจุบุคลากร จะต้องพิจารณาจากบุคคลในพื้นที่ก่อน หรือถ้าไม่มีก็พิจารณาจากผู้มีความสามารถที่มีพื้นที่ใกล้จังหวัดนครพนม

ผู้รายงาน วิมล ใจช่วง
 ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
 : Email ๓๖๙๘-๙๗๑๔-๐๘ vimonch.๘@gmail.com

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

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา (ตัวชี้วัดที่ ๕๙)

๒.สถานการณ์

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

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตำแหน่งข้าราชการที่สูงขึ้น (ตามตำแหน่งว่างจากการเกษียณอายุราชการ)

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

๓.๑ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

สรรหาทดแทน โดยพิจารณา ตามคุณสมบัติ/ความพร้อม ด้วยหลักธรรมาภิบาลและพัฒนาเพิ่มพูนสมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น โดยที่ดูจากระยะเวลาการปฏิบัติงาน การมีประสบการณ์ในการทำงาน การเข้าสู่ตำแหน่ง จากนั้นก็มาสมัครเข้ารับการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่งนั้นต่อไป

๓.๒ กิจกรรม/โครงการ

โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๔.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

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

๕.ปัญหาอุปสรรค

-

๖.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-

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

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

Area based

แบบรายงานตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕
ประเด็น Area based

๑.ประเด็นตรวจราชการ

๑.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร

๑.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี

.๒สถานการณ์

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

นอกจากนี้ยังคงดำเนินการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ ทั้งนอนในรพ. , Home isolation และ Community isolation ทุกระย เพื่อดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย ถ้าพบว่าผิดปกติ จะได้รับ intervention อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ตั้งแต่ มกราคม-พฤษภาคมที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ สะสมเป็นจำนวนมาก บางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากอาการหายดีแล้ว เช่น เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ

ทั้งนี้ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ทำต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายชุมชน พบว่าทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงในเขตอำเภอเมือง ทางกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดวางแผนเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมอีกหลายปัจจัย เช่น การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษา เป็นต้น

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

โครงการ/กิจกรรม

- โครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ต.บ้านผึ้ง



- แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน



- โครงการเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช บุคลากร รพ.นครพนม



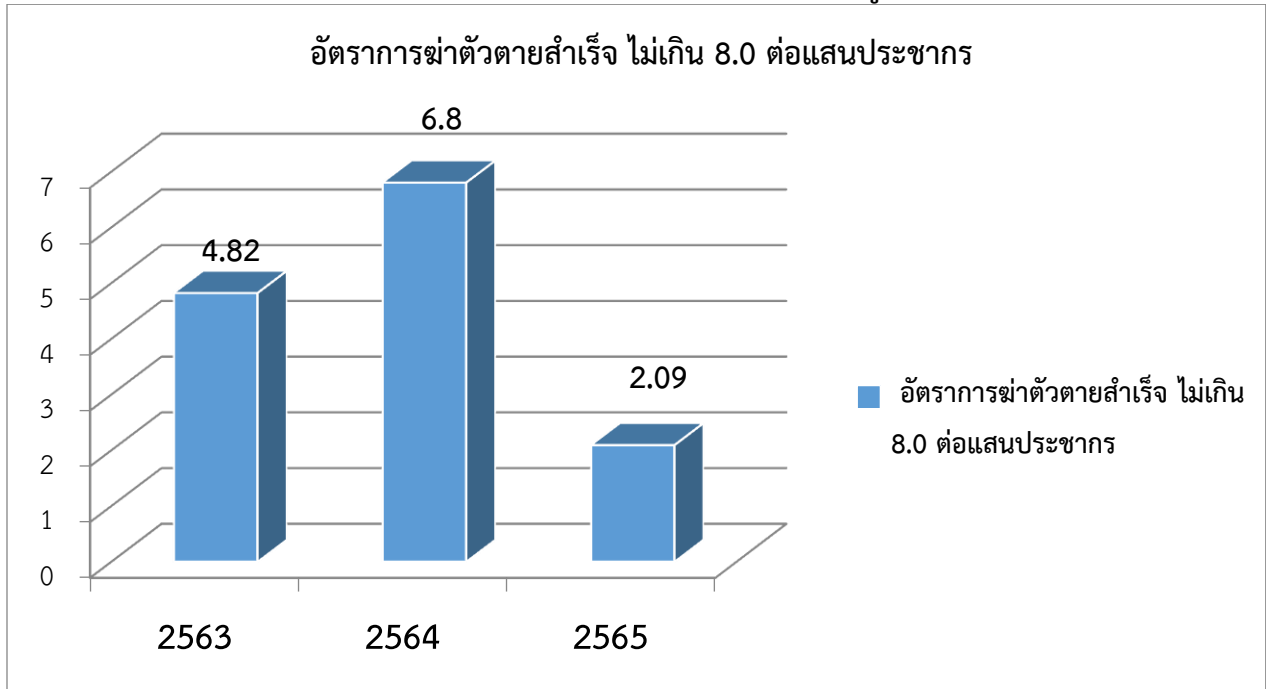
- ระบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทและยาเสพติดที่ขาดนัด ขาดยา
- ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโควิด-๑๙ Home isolation , Community isolation ทุกราย
- ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยจิตเวชที่ลงทะเบียนเรื่องฉีดวัคซีน ด้วยหลักการBA/BI
- ทีม MCATT รพ.นครพนม เยี่ยมเยาะครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการฉีดวัคซีน ร่วมกับสสจ.นครพนม และ สสอ.เมืองนครพนม



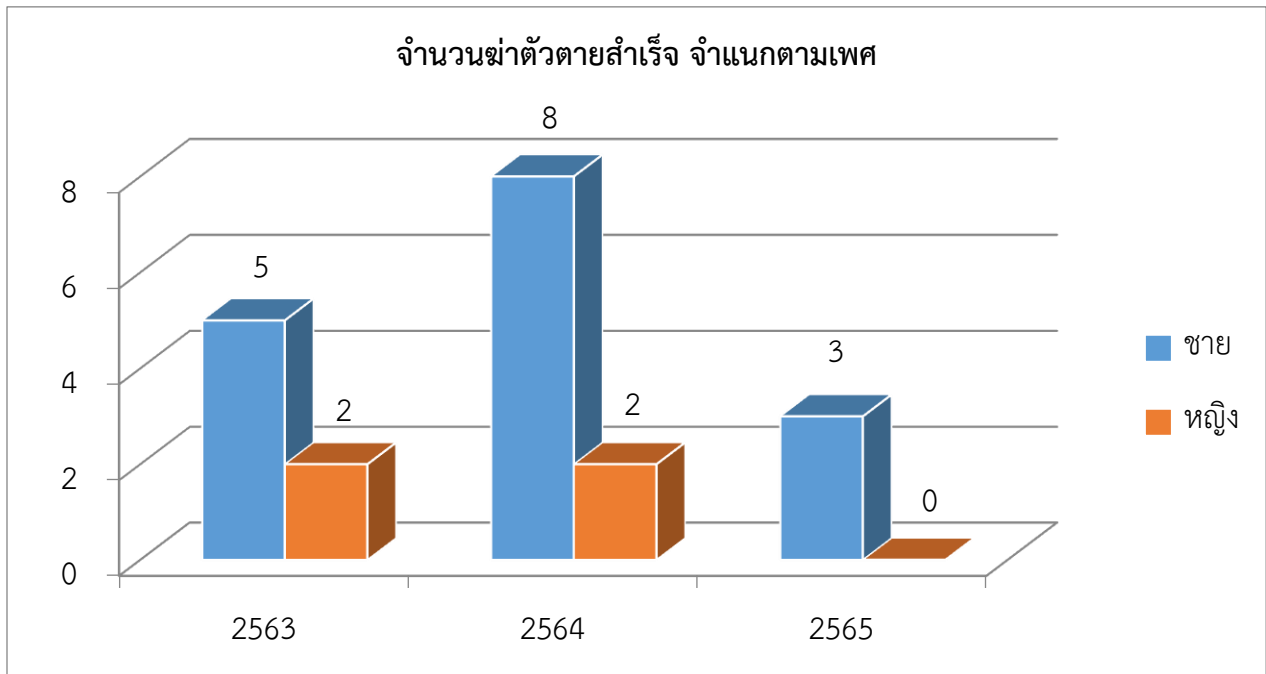
๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ปี ๒๕๖๕ (๑ ต.ค.๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ
๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนมปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค ๖๔ - ๓๑ ม.ค.๖๕)	๔.๘๒	๖.๘	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	๓ ราย	๒.๐๙
๒. ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่เคยทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี	๑๐๐	๙๖	๑๐๐	๒ ราย	๘๙.๔

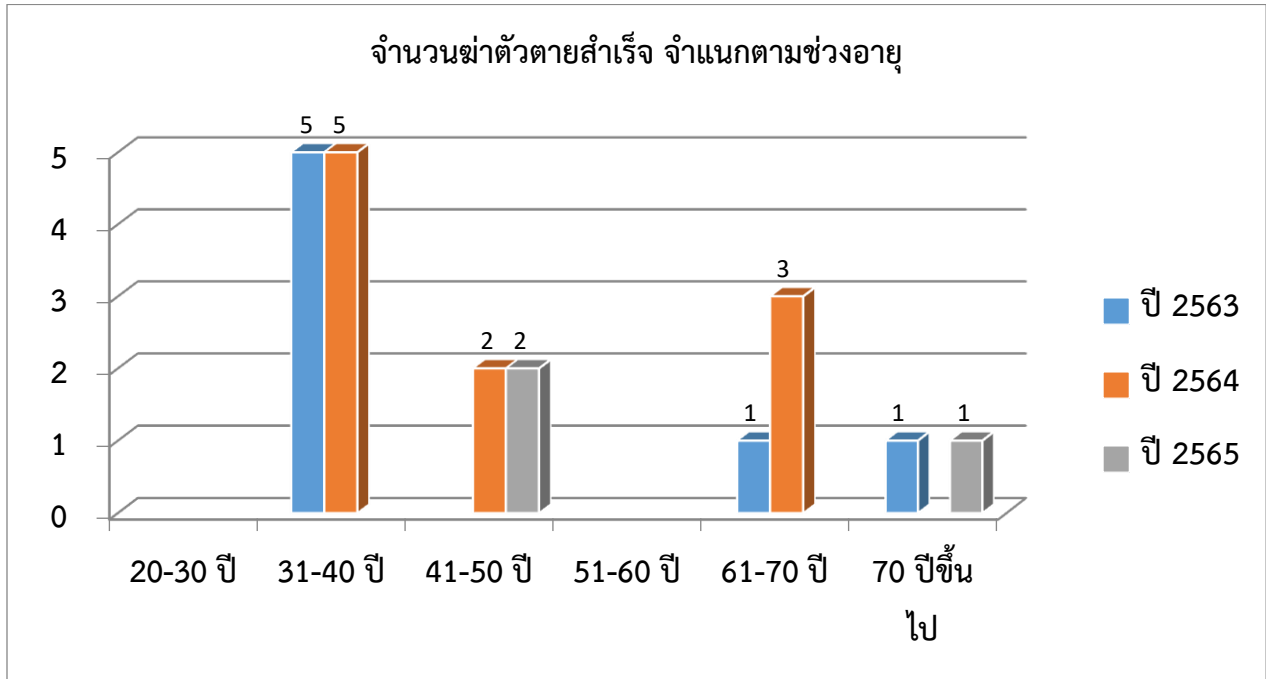
๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๖๕)



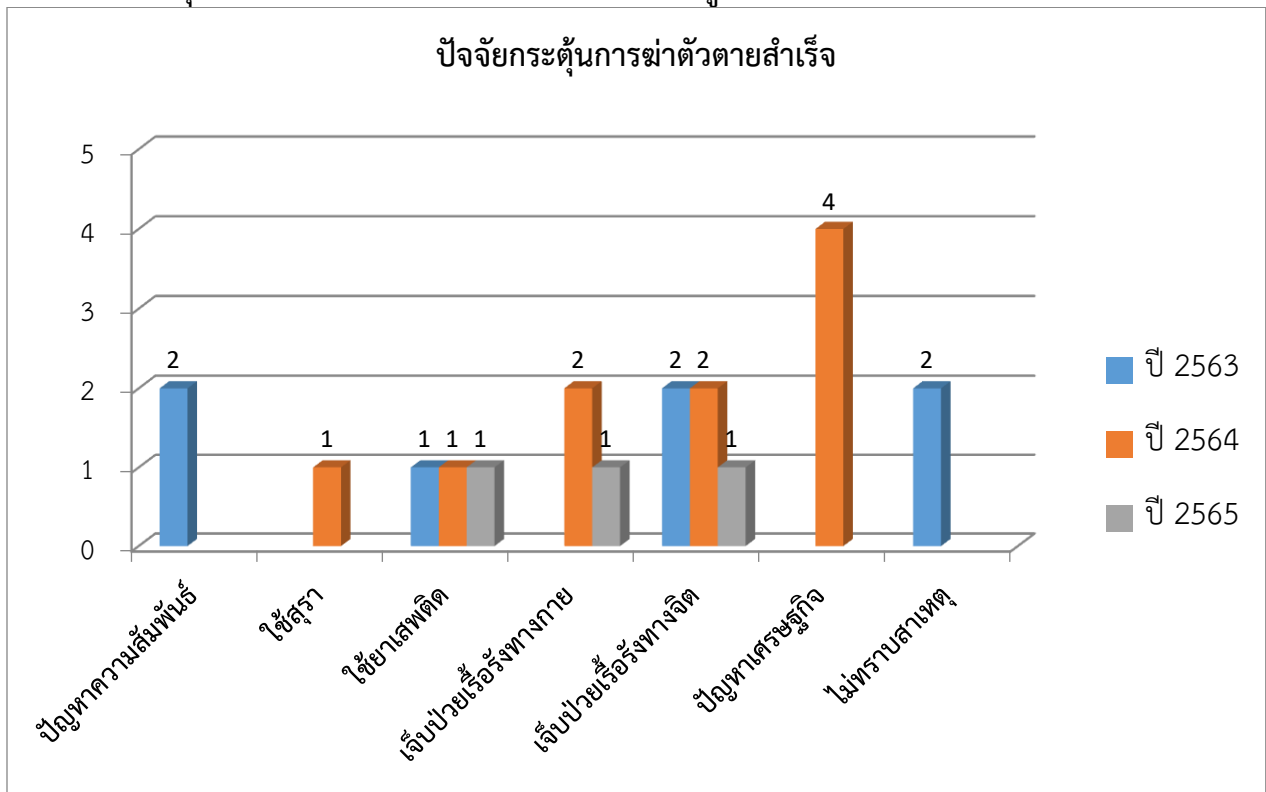
๔.๒ จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามเพศ อำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๖๕)



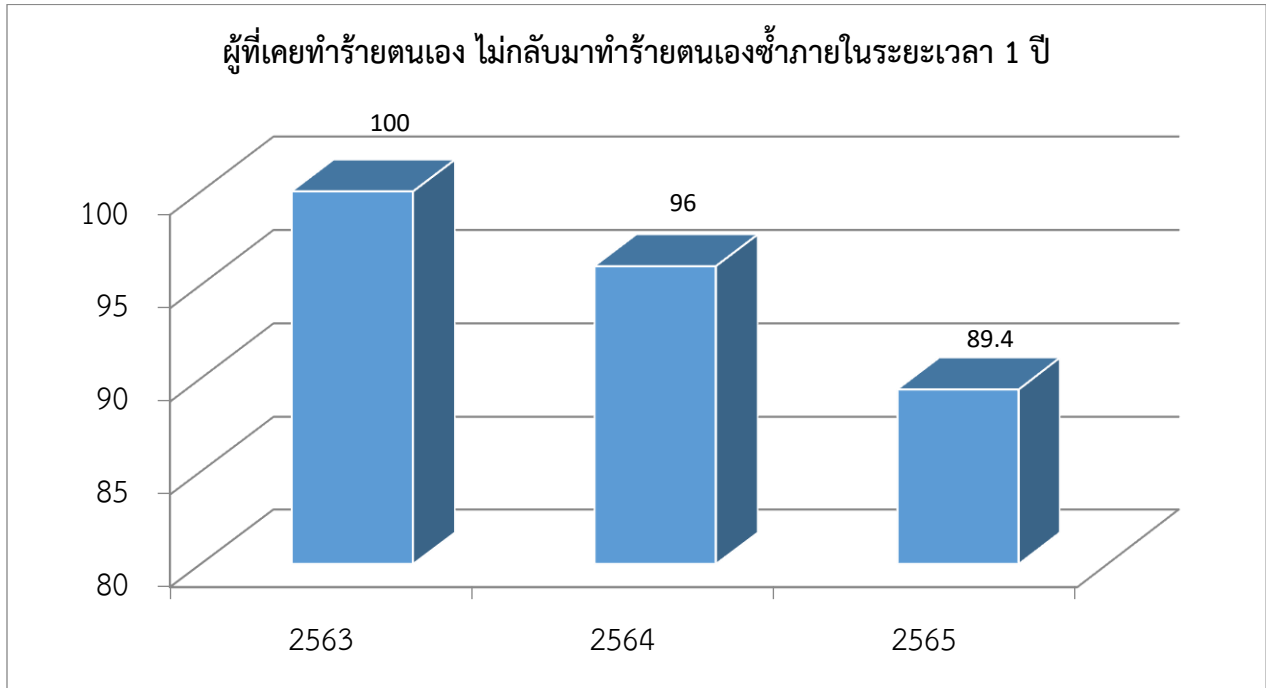
๔.๓ จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามช่วงอายุอำเภอเมืองนครพนม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๖๕)



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



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



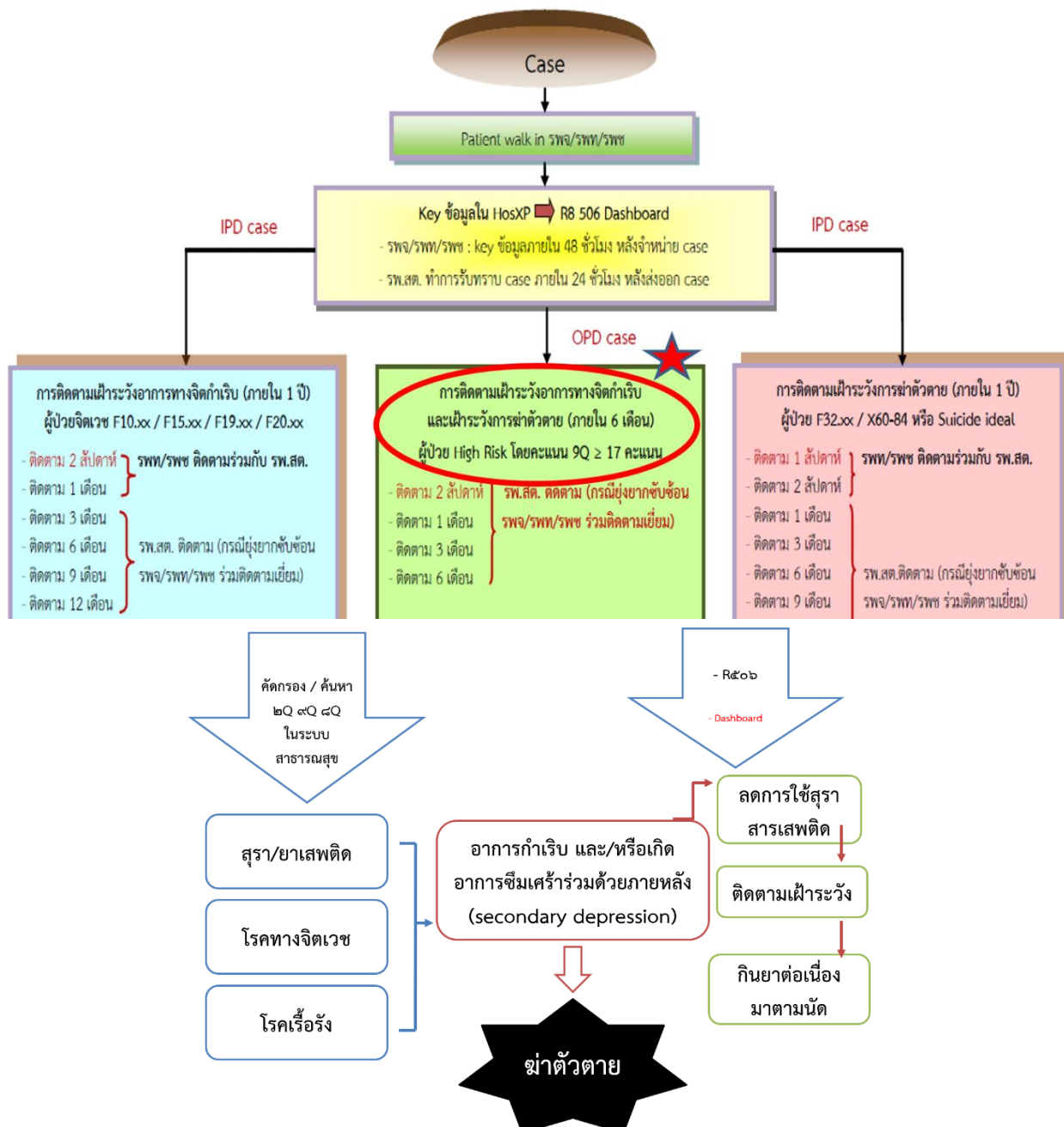
๔.๖ วิเคราะห์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๖๔ - ๓๑ พ.ค. ๖๕)

จำนวน ๓ ราย

๑. ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๓ ปี U/D Schizophrenia รับประทานยาที่รพ.นครพนม ไม่ขาดยา แต่มีประวัติดื่มสุราทุกวัน ต่อมจมน้ำ มี.ค.๖๔ เริ่มมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง หูแว่ว พูดบ่นคนเดียวมากขึ้น ส่งตัวเพื่อปรับยาที่รพ.นครพนม เพิ่ม Long-acting antipsychotic drug อาการดีขึ้นเล็กน้อย ญาติดูแลให้ฉีดยา ร่วมกับกินยาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยยังดื่มสุราเท่าๆเดิม ทำให้คืนก่อนเกิดเหตุ มีอาการหวาดระแวง หลงผิด กลัวคนมาทำร้าย ใช้วิธีการผูกคอ ปัจจัยกระตุ้นรายนี้เกิดจากการดื่มสุรา ทำให้อาการทางจิตแย่ลง
๒. ผู้ป่วยชาย อายุ ๓๐ ปี U/D Gout มีประวัติรักษาต่อเนื่องประมาณ ๑๐ ปี ที่รพ.นครพนม รับประทานยา Gout และยาแก้ปวด ช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา อาการปวดตามข้อไม่ดีขึ้น เริ่มมีก้อนขึ้นตามข้อมือ ข้อเท้า ผู้ป่วยเดินลำบาก ไม่ได้มารักษาต่อเนื่อง ช่วยเหลือตนเองน้อยลง
 - ๑ เดือนก่อนเกิดเหตุ มีwarning sign ผู้ป่วยบอกกับภรรยาเรื่องความทรมานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายทุกวัน บอกว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทางครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยแค่ระบาย ไม่ได้อยากทำจริงๆ รับฟังจนรู้สึกว่าคุณไม่ได้พามาปรึกษา ใช้วิธีการผูกคอ ปัจจัยกระตุ้นในผู้ป่วยรายนี้ นึกถึงโรคเรื้อรังทางกายที่ส่งกระทบถึงสุขภาพจิต
๓. ผู้ป่วยชาย อายุ ๕๖ ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติรักษาทางจิตเวช แยกกันอยู่กับภรรยา ภรรยาไปทำงานที่ขอนแก่น ผู้ป่วยทำงานก่อสร้าง รายได้ไม่แน่นอน อยู่กับลูกชายอายุ ๑๘ ปีเรียนชั้นม ๖ เครียดปัญหาค่าใช้จ่าย มีปัญหาหนี้สิน บ้านผู้ป่วยที่ตำบลอาจสามารถถูกยึด ไม่มีที่อยู่ จึงไปเช่าห้องเล็กๆอยู่ที่บ้านนาโสก ต.เวินพระบาท อ.ท่าอุเทน ผ.ป.ดื่มสุราทุกวัน ผู้ป่วยใช้วิธีการผูกคอตายในบ้านพัก ปัจจัยกระตุ้นคือปัญหาหนี้สินรุมเร้า

ผลลัพธ์การพัฒนางานจิตเวช

- ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ , ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตอำเภอเมือง คิดเป็น ๔.๘๒ , ๖.๘ และ ๒.๐๙ ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
- ติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ซึ่งเสี่ยงต่ออาการกำเริบทุกเดือน ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในชุมชน
- สามารถดูแล suicide Case high risk , violence ได้ครอบคลุมและป้องกันการเกิดปัญหาได้ทัน่วงทีมากขึ้น
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ และให้การดูแลเบื้องต้นได้
- ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย เน้นไปยังพื้นที่ที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ



๒. ระบบติดตามขาดนัด ขาดยา ผู้ป่วยจิตเภทและยาเสพติด ที่เสี่ยงอาการกำเริบ
๓. ลงพื้นที่ป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายให้ชุมชนเกิดความตระหนัก เข้าใจในปัญหา เน้นในพื้นที่ที่ยังมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๕. ปัญหาอุปสรรค

ระบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

- มีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการระบาดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙
- ผู้ป่วยที่ใช้สุราและสารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาการทางจิตรุนแรง และปฏิเสธการเข้ารับการรักษา
- ระบบขาดยา / ขาดนัด ยังต้องใช้เวลาในการตรวจสอบผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งระบบ HosXP สามารถคัดกรองได้เฉพาะคนที่ไม่ได้มาตามนัดในวันนั้น บางครั้งผู้ป่วยมารับยาก่อนหรือหลังวันนัด ซึ่งอาจทำให้เกิดการตรวจสอบผิดพลาดและใช้เวลานาน

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

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

วางแผนการดำเนินงานในช่วงปี ๒๕๖๕

- แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด วางแผนร่วมกับ service plan ยาเสพติด
- โครงการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
- คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

๓. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best practice

- ระบบติดตามขาดยา ขาดนัด ITรพ.นครพนม

ผู้รายงาน พญ.ดุจอรุณ ลิ้มสวัสดิ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ประเด็นอื่น ๆ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
ประเด็นอื่นๆ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

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

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line			ปี ๖๕ (ณ กพ ๖๕)	
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน
๑. ร้อยละการสั่งยา ED	๙๑.๔๑	๙๑.๘๙	๙๒.๖๐	≥ร้อยละ ๘๐	๙๓.๕๐
๒. ประสิทธิภาพ PCT	๓	๓	๔	ระดับ๓	๔
๓. ฉลากยา	๓	๓	๓	รายการยา๑๓กลุ่ม	๓
๔. รายการยาที่ต้องตัดออกจากบัญชีรพ.	๑	๑	๑	≤๑รายการ	๑
๕. ส่งเสริมจริยธรรม	๔	๔	๔	ระดับ๓	๔
๖. การใช้ ATB ใน URI	๒๗.๓๙	๓๘.๖๘	๓๗.๑๖	≤ร้อยละ๓๐	๔๐.๗๓
๗. การใช้ ATB ในอุจจาระร่วง	๒๕.๔๙	๒๘.๖๐	๒๓.๓๔	≤ร้อยละ๒๐	๒๐.๗๑
๘. การใช้ ATB ใน แผลสด	๓๔.๐๕	๓๗.๘๓	๓๘.๔๒	≤ร้อยละ๔๐	๔๕.๐๔
๙. การใช้ ATB ใน คลอดปกติ	๙.๘๑	๑๒.๙๒	๑๑.๑๑	≤ร้อยละ๑๕	๒๕.๑๒
๑๐. ใช้RAS blockage ๒ ชนิด ในผป. HT	๐.๐๕	๐.๐๙	๐.๐๒	๐	๐.๐๙
๑๑.การใช้ glibenamide	-	-	-	-	-

คนไข้ > ๖๕ หรือ GFR < ๖๐					
๑๒. ใช้ metformin in DM	๗๑.๑๕	๗๖.๘๒	๗๘.๖๒	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๐.๑๙
๑๓. ใช้ NSAID ชั่วช้อน	๐.๑๒	๐.๐๖	๐.๓๕	≤ ร้อยละ ๕	๐.๓๓
๑๔. คนไข้ไตได้ NSAID	๐.๓๘	๐.๒๕	๐.๗๐	≤ ร้อยละ ๑๐	๐.๓๒
๑๕. คนไข้หอบหืดได้ ICS	๖๓.๘๐	๗๑.๒๓	๗๖.๘๗	≥ ร้อยละ ๘๐	๗๙.๕๙
๑๖. คนไข้ > ๖๕ ได้ long act. benzodiazepine	๐.๕๗	๑.๖๒	๑.๔๘	≤ ร้อยละ ๕	๐.๗๘
๑๗. คนท้องได้ยาที่ควรหลีกเลี่ยง	๐	๐	๐	๐	๐
๑๘. เด็ก URI ได้ non sedate antihistamine	๔.๔๖	๗.๓๒	๑๑.๑๔	≤ ร้อยละ ๒๐	๑๓.๘๒
๑๙. RDU รพ.สต.	๙๒.๓๑	๘๙.๒๙	๗๘.๕๗	≥ ร้อยละ ๘๐	๗๐.๓๗

* ข้อมูลจาก HDC : ตัวชี้วัดขั้นที่ ๒ ณ ๑ มีค.๖๔ และตัวชี้วัดขั้นที่ ๓ ณ ๒ กค. ๖๔
 หมายเหตุ ไม่ผ่าน ผ่าน

๕. ปัญหาอุปสรรค

ณ ปี ๖๔ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

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

๖. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

ผู้รายงาน ญญ.จิตรลดา ผลาพฤษ์
ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ
โทร ๐๘๑ ๕๔๔๓๖๙๒
Email iamkhunple@hotmail.com

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

การพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา และลดการติดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัด ๑ : ร้อยละของ โรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ

Intermediate (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพ)

ตัวชี้วัด ๒: อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา

๑ สถานการณ์

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

๒ สรุปการดำเนินงานของจังหวัด

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

หมายเหตุ ตรวจราชการรอบที่ ๑ ใช้ข้อมูล มกราคม-ธันวาคม ๒๕๖๔ เทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๓

ตรวจราชการรอบที่ ๒ ใช้ข้อมูล มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ เทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๓

๓ ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ผลการประเมินการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข โรงพยาบาลนครพนมมีระบบจัดการ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) อย่างบูรณาการ

ระดับ ๓ คือ มีการดำเนินการปานกลาง(Intermediate) ดังรายละเอียด

กิจกรรมดำเนินการ	ระดับคะแนน
๑ กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	๕๐
๒ การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	๗๒

๓ การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ	๔๔
๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๘๕
๕ การวิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ	๕๐
รวมคะแนน	๓๐๑

รายละเอียดผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน																						
	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ																					
๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)																							
๑.๑ มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร /แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา /ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ	๐	Basic																					
○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR																							
○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ หรือมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบ AMR แต่องค์ประกอบไม่ครบถ้วน	๒																						
○ มีคณะกรรมการที่องค์ประกอบครบถ้วน (กรุณาระบุรูปแบบคณะกรรมการ และ Upload file คำสั่ง)	๕	๕																					
(/) คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ () มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้รับผิดชอบงาน AMR																							
๑.๒ ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดยไม่นับรวม core team) มีการประชุม		Basic																					
○ ไม่มีการประชุม	๐																						
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) ๑ ครั้ง ต่อปี	๕	๕																					
○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า ๑ ครั้ง ต่อปี	๗																						
○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก ๓ เดือน	๑๐																						
๑.๓ มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data		Basic																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เป้าหมาย</th> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>ปี ๖๒</th> <th>ปี ๖๓</th> <th>ปี ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมายหลัก</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>๑. ลดป่วย / ลดตาย</td> <td>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด</td> <td>< ๓๓.๙๒</td> <td>๒๙.๔๕</td> <td>๓๓.๙๒</td> <td>๒๖.๔๒</td> </tr> </tbody> </table>	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data			ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔	เป้าหมายหลัก						๑. ลดป่วย / ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	< ๓๓.๙๒	๒๙.๔๕	๓๓.๙๒	๒๖.๔๒	
เป้าหมาย	ตัวชี้วัด				เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline data																	
		ปี ๖๒	ปี ๖๓	ปี ๖๔																			
เป้าหมายหลัก																							
๑. ลดป่วย / ลดตาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	< ๓๓.๙๒	๒๙.๔๕	๓๓.๙๒	๒๖.๔๒																		

กิจกรรม AMR						ผลการดำเนินงาน	
เป้าหมายรอง							
๒. Lab surveillance	อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อไม่ดื้อยา	< ๕๐%	๔๑.๗ ๔	๕๑.๓ ๓	๓๕.๙ ๐		
๓. Antimicrobial stewardship	ปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสงวนกับเชื้อดื้อยา (Meropenem+Ertapenem)	ลดลง	๖.๐๕	๕.๕๔	๕.๒๐		
๔. Infection control	อัตราการเกิด HAI	ลดลง... %	๒.๔๕	๒.๗๕	๓.๔๖		
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีเป้าหมายหลัก 						๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน 						๕	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) 						๑๐	๑๐
๑.๔ มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด							Basic
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีแผน 						๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 						๑๐	๑๐
๑.๕ มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน							
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 						๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย 						๑๐	๑๐
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย 						๑๕	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน ๓ ปี 						๒๐	
๑.๖ โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา AMR ใน รพ.							Intermediate
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร 						๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน 						๕	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ 						๑๐	๑๐

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
<ul style="list-style-type: none"> - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่ 		
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	๒๐	
๑.๗ มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	๐	๐
○ มีทีมระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีทีมระดับเขต /หรือมีทีมระดับเขตแต่ยังไม่มีกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	๑๐	
○ มีทีมระดับเขต และทีมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	๒๕	
รวมคะแนน มาตรการที่ ๑	๑๐๐	๕๐

๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๒.๑ สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา (กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นำรวมว่า สามารถ identify เชื้อได้หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO ๑๕๑๘๘ หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในด้านของจุลชีววิทยา)		Basic
○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	๐	
○ ได้บางเชื้อ เช่น อากิวเคราะห์ <i>Acinetobacter</i> spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก <i>A. baumannii</i>	๕	
○ ได้ อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ ๘ 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>	๑๐	๑๐

<p>๒.๒ การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่ใช่ ○ ใช่ 	<p>○</p> <p>๕</p>	<p>Basic</p> <p>๕</p>
<p>๒.๓ มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของรพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert ○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน ○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน ○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab 	<p>○</p> <p>๕</p> <p>๗</p> <p>๑๐</p>	<p>Basic</p> <p>๗</p>
<p>๒.๔ มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับประเทศ</p> <p>ได้แก่ CRE, VRE, VRSA, VISA, <i>N.gonorrhoeae</i> ดื้อต่อ ๓rd cephalosporin</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีระบบ ○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล ○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาในระดับจังหวัด และนคร.เขต 	<p>○</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p>	<p>Intermediate</p> <p>๕</p>
<p>๒.๕ จัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี Antibiogram ปีล่าสุด ○ มี Antibiogram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M๓๙-A๔ (หรือฉบับปัจจุบัน) ○ มี Antibiogram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย ○ มีการจัดทำ Antibiogram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล 	<p>○</p> <p>๕</p> <p>๘</p> <p>๑๐</p>	<p>๑๐</p>
<p>๒.๖ มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี ○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ คะแนนรวม ๒๐ คะแนน) 	<p>○</p>	

<p>I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ ๑</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hemoculture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hemoculture พบเชื้อแบคทีเรีย - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา 	+๕	+๕
<p>II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และสามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้</p>	+๕	+๕
<p>III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis</p>	+๑ ๐	
<p>๒.๗ มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source 	๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา() MLab () WHONet () อื่นๆ 	๕	๕
<ul style="list-style-type: none"> ○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้ 	๑๐	
<p>๒.๘ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R๒R</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 	๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการทำ CQI , R๒R หรืองานวิจัยพัฒนาในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา 	๑๐	๑๐
<p>๒.๙ มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข</p>		Intermediate
<ul style="list-style-type: none"> ○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ ๑๒ เดือน 	๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ ๑๒ เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้) 	๕	๕
<p>๒.๑๐ รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต 	๐	
<ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับจังหวัด มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด แต่ระดับเขตยังไม่มีกำหนดมาตรการ/กิจกรรมเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. เครือข่ายเขต 	๕	๕

○ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิจัยฯ และ สคร.เขต และโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายเป็นอย่างดี	๑๐	
รวมคะแนน มาตรการที่ ๒	๑๐๐	๗๒

๓	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล		
๓.๑ มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของเชื้อ		basic
○ ไม่มี	๐	
○ มีวางระบบในโรงพยาบาลตนเอง	๓	๓
○ มีการวางระบบในโรงพยาบาลตนเองและเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต เพื่อการรักษาและรับส่งต่อที่เหมาะสม	๕	
๓.๒ มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	๐	
○ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง ๔ กลุ่มโรค	๓	๓
○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง ๔ กลุ่มโรค	๕	
๓.๓ มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง ๓ ข้อ	๐	
○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้ ๑. มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT ๒. มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการสั่งใช้ยาด้านจุลชีพ ๓. มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มที่สงวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , ๓ rd และ ๔ th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา	๕	๕
๓.๔ มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	๐	
○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	๕	
○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	๑๐	๑๐

<ul style="list-style-type: none"> ○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล (ดังนั้น <i>lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม</i> เช่น แบ่งตามลักษณะของผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU) 	๑๕	
<p>๓.๕ มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีระบบ ○ มีระบบ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๓๐ คะแนน) 	๐	Basic
<ul style="list-style-type: none"> I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้ 	+๕	
<ul style="list-style-type: none"> II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาด้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาด้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อยา ampicillin และ vancomycin เท่านั้น 	+๕	+๕
<ul style="list-style-type: none"> III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก ๗ วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา 	+๑ ๕	
<ul style="list-style-type: none"> IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out) 	+๕	
<p>๓.๖ มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ ○ มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๕ คะแนน) 	๐	
<ul style="list-style-type: none"> I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต 	+๒	+๒
<ul style="list-style-type: none"> II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา 	+๒	+๒
<ul style="list-style-type: none"> III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา 	+๒	+๒
<ul style="list-style-type: none"> IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น 	+๒	+๒
<ul style="list-style-type: none"> V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา 	+๒	
<ul style="list-style-type: none"> VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาด้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO) 	+๒	
<ul style="list-style-type: none"> VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาด้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด (<i>ควรมี</i>) 	+๓	

คำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)		
<p>๓.๗ มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา ○ มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๐ คะแนน) <ul style="list-style-type: none"> I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา 	<p>○</p> <p>+๕</p> <p>+๕</p>	<p></p> <p>+๕</p> <p></p>
<p>๓.๘ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี ○ มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม 	<p>○</p> <p>๑๐</p>	<p>○</p> <p></p>
<p>๓.๙ มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี ○ มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาต้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ 	<p>○</p> <p>๕</p>	<p></p> <p>๕</p>
รวมคะแนน มาตรการ ที่ ๓	๑๐๐	๔๔

๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
<p>๔.๑ มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ ๑ คน : ๒๐๐ เตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี ICN ○ มี ICN < ๑ คน : ๒๐๐ เตียง ○ มี ICN ≥ ๑ คน : ๒๐๐ เตียง 	<p>○</p> <p>๓</p> <p>๕</p>	<p>Basic</p> <p></p> <p>๕</p>
<p>๔.๒ มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ ๒ ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการประชุม ○ มีการประชุม ๑ ครั้งต่อปี ○ มีการประชุมมากกว่า ๑ ครั้งต่อปี 	<p>○</p> <p>๓</p> <p>๕</p>	<p>Basic</p> <p></p> <p>๕</p>
<p>๔.๓ มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องแยก/ โชนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า ๑ เมตร 		<p>Basic</p>

<ul style="list-style-type: none"> - มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของ รพ.) - มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อต้อยาประจำเตียง เช่น พรอท หูฟัง เครื่องวัดความดัน โลหิต - อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีทั้ง ๕ ข้อ 	○	
○ มีความพร้อมอย่างน้อย ๓ ข้อ	๕	
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	๑๐	๑๐
๔.๔ มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี IPC guideline 	○	Basic
○ มี IPC guideline	๓	
○ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	๕	๕
๔.๕ มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้อยา/สงสัยต้อยา และการให้ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 	○	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติใน โรงพยาบาล	๕	๕
○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด ปฏิบัติตาม	๑๐	
๔.๖ มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management) <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มี 	○	
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล ทราบ	๕	๕
○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงาน ระบาดวิทยาระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	๑๐	
๔.๗ แนวปฏิบัติข้อ ๔.๔ - ๔.๖ มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและ ปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่ใช่ 	○	
○ ใช่	๑๐	๑๐
๔.๘ มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เช่น <ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มที่ ๑ : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมนิเทศลูกจ้างใหม่ และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ ๒ : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา 	○	
○ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม	๕	

○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง ๒ กลุ่ม	๑๐	๑๐
๔.๙ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
○ ไม่มี	๐	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๕ คะแนน)		
I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ ๕	+ ๕
II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ ๕	+ ๕
III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ ๕	
๔.๑๐ มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
○ ไม่มี	๐	
○ มี	๑๐	๑๐
๔.๑๑ มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
○ ไม่มีการกำกับติดตาม	๐	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๑๐ คะแนน)		
I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาด สะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ alcohol hand rub เป็นต้น	+ ๕	+ ๕
II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ ๕	+ ๕
รวมคะแนน มาตรการที่ ๔	๑๐๐	๘๕

๕.	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่ มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
๑.๑	การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง		
	○ ไม่มีการวิเคราะห์	๐	
	○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๕๐ คะแนน)		
	I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated	+๑	+๑๐

infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	○	
II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+๑	+๑๐
	○	
III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+๑	+๑๐
	○	
IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาวะค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาวะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+๑	
	○	
V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+๑	
	○	
๑.๒ การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตามความจริง		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	○	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ รวม ๕๐ คะแนน)		
I. มีการวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือวิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่	+๑	+๑๐
	○	
II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม	+๑	
	○	
III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้ยา และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม	+๑	
	○	
IV. มีการนำข้อมูลจากข้อ I, II, III มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)	+๑	
	○	
๑.๓ มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ (เลือกได้เพียง ๑ ข้อ)		
○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	○	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	๕	

○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	๑๐	๑๐
○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	๑๐	
คะแนนรวม มาตรการที่ ๕	๑๐๐	๕๐

จากการดำเนินงานการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ในช่วงที่ผ่านมา มีการดำเนินการ ดังนี้

๑ มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) ทำให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถดูผลเพาะเชื้อ และความไวต่อยาได้สะดวกมากขึ้น

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

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

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

๔ สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย หรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ

๔.๑ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยาและผู้ใช้ยา ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ ที่จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาต้านจุลชีพ

๔.๒ พบเชื้อดื้อยาจากชุมชนมากขึ้น

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

๔.๔ ยังไม่มีระบบการสื่อสารชัดเจน เมื่อพบผลทดสอบความไวที่ โรงพยาบาลทั่วไป ว่า มีการติดเชื้อดื้อยา และขาดการป้องกันเมื่อแรกรับในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถึงแม้จะมีระบบแจ้งเตือนใน Hosxp

๕ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๕.๑ จำนวนห้องแยกไม่เพียงพอ ทำให้มีการใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ป่วยอื่นถึงแม้จะกำหนดห้องนำให้แต่ไม่สามารถควบคุมกำกับได้อย่างต่อเนื่อง

๕.๒ จำนวนผู้ป่วยอาการหนัก ที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีการใช้เครื่องช่วยหายใจและคาสายสวน ปัสสาวะนาน และได้รับยา antibiotic หลายขนาน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น

๖ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-มีระบบแจ้งเตือน (Lab Alert) ผลเพาะเชื้อที่เป็นเชื้อดื้อยา และผลจาก Hemoculture ให้ผู้ใช้ข้อมูล ทราบทาง กลุ่ม Line โดยจะแยกตามหอผู้ป่วย เพื่อให้ พยาบาลได้รายงานผลให้แพทย์ทราบ ทำให้มีการ ปรับเปลี่ยนยาต้านจุลชีพให้เหมาะสม อย่างรวดเร็ว แยกผู้ป่วยทันทีและใช้มาตรการ Contact precautions

๗ แผนงาน/โครงการ พัฒนางานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

- การ นิเทศ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล

ผู้รายงาน นางสาวศิรินันต์ พลเยี่ยมหาญ

ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

โทร ๐๘๘ ๕๖๑๒๔๐๑ e-mail porsiranun@gmail.com

นางสาว อุไรวรรณ สุรินทร์

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

โทร ๐๘๑๕๔๔๘๘๑๙ e-mail acallmail@gmail.com

นาง ชูวัฒนา ชาระ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร ๐๘๗๒๒๕๕๘๐๗ e-mail chuwat๘๕๕๓๘@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเด็น Agenda Based/Area base

หัวข้อ Success rate TB

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

Success rate TB $\geq 85\%$

๒. สถานการณ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

๓.๒ โครงการ/กิจกรรม

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ					
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๔/๖๔	๑/๖๕	๒/๖๕
๑.จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภท		๓๐๑	๒๗๗	๒๓๙	๔๙	๕๙	
๒.รักษาหายหรือรักษาครบ (CureorComplete Rate)	๘๕	๘๐.๐๗	๘๕.๖๖	๘๓.๓๓	๔	๐	๘๑.๒๓
๔.ล้มเหลว (Failure Rate)	๐	๐	๑	๑	๐	๐	
๕.ตาย (Death Rate)	<๕	๙.๗๙	๔.๙๑	๑๑.๑๑	๖.๓๘	๕.๐๘	
๖.ขาดยามากกว่า ๒ เดือนติดต่อกัน (Default Rate)	๐	๒.๔๕	๖.๔๒	๑.๘๕	๒.๑๓	๐	
๗.โอนออก (Transfer out)		๐.๓๕	๑.๘๙	๑.๘๕	๘.๕๑	๓.๓๙	
๘.ไม่นำมาประเมิน(เปลี่ยนDX/ กำลังรักษา)		๑๕	๑๒	๒๔.๘๙*	๙๒.๔๙*	๙๑.๕๓*	

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

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

ปี ๒๕๖๔ เป็นการประเมินจาก cohort ๑ (ยังมีการรักษาอยู่ ๒ราย)

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

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

๑.ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑.๑อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค

๑.๒.เสียชีวิตจากโรคร่วม ผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงและการรักษาที่ล่าช้า

๑.๓.อัตราการขาดยา/มาไม่ตรงตามนัด

๑.๔ การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

๒. เป้าหมายการพัฒนา

- ๒.๑ เพิ่มอัตราการค้นหาและคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มโรคให้เพิ่มขึ้นมากกว่า ๘๕ %
- ๒.๒ ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่น HIV LTBI ได้รับการทานยาป้องกันเพิ่มขึ้น
- ๒.๓ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและได้รับยาเหมาะสมตามข้อกำหนดและไม่เสียชีวิต
- ๒.๓ ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตนการรับประทานยาผลข้างเคียงของยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- ๒.๔ อัตราผลสำเร็จการรักษา ≥ 85

๓. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

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

ผู้รายงาน นางรุจีชล ประเสริฐศรี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแพทย์ชำนาญการ
โทร ๐๖๔๙๗๘๙๙๑๕

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
ประเด็นที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ (Functional based)
หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (กลุ่มวัยรุ่น)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่

๒. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง

๒. สถานการณ์

ปัจจุบันปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นทวีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น และสังคมไทยกำลังประสบปัญหาคนเกิดน้อย และสัดส่วนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาท้องวัยรุ่นกำลังทำให้คนไทยที่เกิดน้อยอยู่แล้วให้ เป็นคนที่ด้อยคุณภาพ จังหวัดนครพนมได้มีคำสั่งที่ ๙๙๗/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์ / แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ปี ๒๕๖๔ อัตราการคลอดของมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในอำเภอเมืองนครพนม คิดเป็นอัตรา ๒๔.๖๐ ผ่านค่าเป้าหมาย (เกณฑ์ ๓๔ : ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๓ ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ร้อยละ ๑๙.๑๖, ๑๘.๗๐, ๑๘.๔๒ ตามลำดับ ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.-พ.ค.๒๕๖๕) ตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ ๑๓.๑๘ ผ่านค่าเป้าหมาย (สสจ.นพกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๔.๕) ในปี ๒๕๖๔ ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘๐ (ปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๔.๙๓)

ทั้งนี้ จากข้อมูลประเด็นภาวะสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ภาวะเตี้ย เริ่ม อ้วนและอ้วนยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลต่อการเปิด เทอม และการจัดการเรียนการสอน ดังนั้น Intervention ที่สำคัญ คือ การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพใน ประเด็น อาหารและการออกกำลังกายเพื่อให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในสถานศึกษา

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	Base Line		ไตรมาส ๒ ปี (ต.ค.-๖๔-พ.ค.๖๕)		
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๖๙	๖๗	๖๙	๖๓.๗๐	๖๓.๗๐
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	<๓๘	<๓๔	<๓๔	๒๕.๔๕	๒๕.๔๕

ผลงานเด่น

ในปี ๒๕๖๔ ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘๐) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ มีอัตราใช้บริการฝังยาคุมกำเนิดน้อยมาก=ร้อยละ ๔(๙๓.

ปัญหา อุปสรรค

จังหวัดนครพนมไม่มีคลินิกยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาอย่างปลอดภัย : อีกทางเลือกหนึ่งสำหรับ 'ผู้หญิงท้องไม่พร้อม' เพราะการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้งเถื่อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

๑. การทำงานในระดับจังหวัด ยังขาดกลไกการกำกับติดตามงานอย่างจริงจังที่จะผลักดันให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอย่างชัดเจน และมีความต่อเนื่อง

๒. ขาดระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นปัจจุบันและเพียงพอต่อการกำหนดมาตรการ แผนงานโครงการ และการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

๓. แต่ละหน่วยงานต่างคนต่างทำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่มีคณะทำงาน Stop Teen Mom ระดับจังหวัด ไม่มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชนในการเชิญชวนเด็กและเยาวชนมาทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่าง ๆ ในช่วงวันหยุด หรือการบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชนของตนเอง

๔. ไม่มีรูปแบบเครือข่ายเยาวชนจิตอาสาที่มีความเข้มแข็งเป็นต้นแบบและขาดพี่เลี้ยงที่สามารถประสานงานระหว่างกลุ่มได้อย่างดี ซึ่งการสร้างกลุ่มเยาวชนแต่ละกลุ่มให้มีความเข้มแข็ง จะต้องมีการบูรณาการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงาน

๑. สนับสนุนการจัดบริการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตร บริการเชิงรุก และเข้าถึงได้ง่ายแก่เด็กและเยาวชน เช่น คลินิกวัยรุ่น คลินิกแม่วัยรุ่น คลินิกอนามัยเจริญพันธุ์ และเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาหลากหลาย เช่น สายด่วนรู้ใจวัยรุ่น หรือการให้ความรู้และการถามตอบเรื่องเพศ ผ่าน Social Network ต่าง ๆ

๒. ฝักระวังและติดตามเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา และนอกสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น อยู่หอพัก หรือมีพฤติกรรมชอบเที่ยวเตร่ และมั่วสุมในสถานบันเทิง เพื่อให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการยับยั้งชั่งใจ และการคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

๓. ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และใช้มิติทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อควบคุมสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับเด็กและเยาวชนในชุมชน

๔. ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน มีการประสานความร่วมมือในทุกระดับ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการจัดเก็บรวบรวม และรายงานสถิติข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการช่วยเหลือแม่วัยเยาว์

๕. นิเทศ ติดตามการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นรายโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และนวัตกรรมการดำเนินงาน

๖. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล/การติดตามวัยรุ่นในการรับบริการคุมกำเนิดในระดับพื้นที่

๗. สร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ในการขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๘. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอและพื้นที่ เพื่อให้วัยรุ่นในพื้นที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสิทธิต่างๆ ภายใต้พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙

๙. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยรุ่นวัยรุ่น

-ก่อนตั้งครรภ์ : เมื่อมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ ควรเช็ก โดยนับวันของรอบเดือน

-ระยะตั้งครรภ์: เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงเพื่อทำความเข้าใจการฝากครรภ์เร็ว

เพิ่มองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้บริการผ่านโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANCHPC online)

-สร้างช่องทางด่วน (Fast Track) ให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้เข้าถึงการให้คำปรึกษาทางเลือก เพื่อ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ (YFHS)ให้ครอบคลุมทุกสถานบริการ เพื่อลดการตายมารดาจากการทำแท้งและการตกเลือดจากการทำแท้ง

-พัฒนาศักยภาพบุคลากร (พยาบาล) หลักสูตรเฉพาะทางสาขามดลูกครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ครอบคลุม ทุกโรงพยาบาล

-พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การคัดกรองความเสี่ยง และระบบการจัดการดูแลสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงผ่านระบบ HDC เพื่อลดภาวะการเสียชีวิตของข้อมูลในหลายโปรแกรมของพื้นที่

-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว/ญาติ เน้นการคัดกรองหญิงวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ในชุมชนเพื่อการวางแผนครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมสร้าง HL ในชุมชน ส่งต่อข้อมูลให้ รพช./รพ.สต./สสอ./รพช./รพ.สต./สสอ. เน้นเสริมสร้าง HL หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด

-คัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตามเยี่ยมกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ปฏิบัติตาม CPG อย่างเคร่งครัดและควรมีการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ความเสี่ยงที่พบ เช่น สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด ส่งต่อข้อมูลให้ระดับ สสจ.

-พัฒนาระบบคัดกรอง/ดูแล ANC high Risk อย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพบุคลากร กำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

-พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์และส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ และการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

๑๐. ขับเคลื่อนแนวทางส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่นวัยรุ่น เผยแพร่สื่อเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับพื้นที่ไปยังกลุ่มเป้าหมายหลัก

๑๑. จัดอบรมหลักสูตรการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดสำหรับพยาบาล เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง

๑๔. รพ.นครพนม ควรจัดตั้งคลินิกบริการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Safe Abortion) จากสายปรึกษาท้องไม่พร้อม ๑๖๖๓ และที่อื่นๆ

๑๕. บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการทางศัลยกรรมโดยผู้ท้องไม่พร้อมได้รับบริการปรึกษาที่ดีแบบมีทางเลือกมีเหตุผลทางการแพทย์ภายใต้กฎหมายตามมาตรา ๓๐๕ และข้อบังคับของแพทยสภา

๑๖. ระบบบริการและระบบส่งต่อมีมาตรฐานตามหลักวิชาการตอบสนองเชิงนโยบายเป็นเครือข่ายระดับประเทศ เพื่อลดปัญหาสาธารณสุข, ลดอัตราการตายของแม่(MMR) และเด็ก(NMR) ของประเทศ

๑๗. สนับสนุน ส่งเสริม ร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานต่างๆ เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการทำแท้งเถื่อนไม่ปลอดภัย ในวัยรุ่นและร่วมสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับงานป้องกันท้องไม่พร้อม

๑๘. ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียน พชอ.: ลดแม่วัยรุ่น

- จัดประกวดชมรมเด็กและเยาวชนต้นแบบ /มอบรางวัล เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ

๑๙. ประชาสัมพันธ์สื่อเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปยังกลุ่มเป้าหมาย

หลัก

๒๐. จัดให้มีทีมกำกับ ติดตาม และประเมินผลการได้รับและการใช้ประโยชน์จากสื่อเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับพื้นที่

ผู้รายงาน นางกนกอร สุมนาคย์ บริกส์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร ๐๔๒๑๙๙๒๒๒ ต่อ ๑๐๗๓

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๓ Area based

หัวข้อ “STROKE”

สถานการณ์ในพื้นที่

จากสถิติข้อมูลจังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ๑,๓๓๕, ๑,๓๐๗, ๑๐๔๒ ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์แยกตามตัวชี้วัดย่อย พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ ๓.๖๔, ๑.๙๙, ๓.๗๔ ตามลำดับ มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕) เพิ่มมากขึ้น คือ ๑๓.๔๓ , ๓.๗๐ และ ๓๘.๕๐ ตามลำดับ และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕) พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มีอัตราตาย ร้อยละ ๑.๗๖ และมีอัตราตายเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๑.๗๑ ผลการดำเนินงานด้านการรักษาที่ในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐) ระหว่าง ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้ารับการรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม มีความครอบคลุมที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ร้อยละ ๙๙.๓, ๙๔.๕, ๗๘.๕ ในปลายปี ๒๕๖๓ ได้เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายในการให้ยา Rt-PA เพิ่มขึ้น จำนวน ๒ แห่ง คือ รพ.ธาตุพนม และ รพ. ศรีสงคราม โดยจัดเป็นให้บริการโซนเหนือและโซนใต้ ตามลำดับ ดังตาราง

ตาราง ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ระหว่าง ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑-๒(ต.ค.๖๔ - มี.ค.๖๕)

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)	๓.๙๑	๓.๖๔	๑.๙๙	๓.๗๔	๑.๒๙ ๕/๓๘๗
๒. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)	๙.๔๑	๑๓.๔๓	๓.๗๐	๓๘.๕๐	๔.๓ ๔/๙๓
๓. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)	๒.๒๐	๑.๑๖	๑.๗๖	๑.๗๑	๐.๓๔ ๑/๒๙๔
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)	๗๖.๗๙	๙๙.๓	๙๔.๕	๗๘.๕	๕๖ ๒๘/๕๐

แหล่งข้อมูล รง.เฉพาะกิจ รพ.นครพนม

จากตารางพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ คือ ๓.๙๑, ๓.๖๔, ๑.๙๙, ๓.๗๔ และ ๑.๒๙ ตามลำดับ ภาพรวมจังหวัดมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕) คือ ๙.๔๑, ๑๓.๔๓, ๓.๗๐, ๓๘.๕๐ และ ๔.๓ ตามลำดับ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕) คือ ๒.๒๐, ๑.๑๖, ๑.๗๖, ๑.๗๑ และ ๐.๓๔ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าถึงบริการหลอดเลือดสมอง มีจำนวนมากขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาในเรื่องการดูแลต่อเนื่องหลังกลับบ้าน โรงพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องไปยังชุมชน การพัฒนาเครือข่าย การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญ ยิ่ง ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพและระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องและก้าวกระโดดต่อไปให้ยิ่งขึ้น

แนวทางการดำเนินงานของพื้นที่

๑. จัดตั้งคณะกรรมการ NCD Board อำเภอบางกอกน้อย ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานและการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับอำเภอก่อนที่เชื่อมโยงระดับตำบล

๒. พัฒนาระบบการรักษา พยาบาล

๒.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ จัดตั้งคณะทำงานพิจารณาการปรับปรุง clinical practice guideline (CPG) ในการรักษาให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

๒.๓ พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายระดับตำบลและหมู่บ้าน

๒.๔ ประชุมทบทวน case ที่มีปัญหาทุกราย ทุกเดือน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCT และผู้รับผิดชอบงาน

๒.๕ พัฒนาระบบส่งต่อและบูรณาการการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านร่วมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

๓. พัฒนาระบบข้อมูล ทบทวนมาตรฐาน การเก็บตัวชี้วัดคุณภาพ พร้อมจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่าย ER/EMS และ PCT

๔. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง

๔.๑ กำหนดให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ CVD Color chart เพื่อจัดกลุ่มเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ เพื่อจัดโครงการหรือกิจกรรมรณรงค์ลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

๔.๒ คัดกรองผู้ป่วยที่มีกลุ่มเสี่ยง เช่น DM HT CKD เป็นต้นเน้นการคัดกรองผู้ป่วย AF ที่ OPD ER และการตรวจวัดความดันโลหิต จับชีพจรในผู้ป่วยทุกราย ทุกจุดให้บริการที่มีโอกาสเกิด AF ส่งทำ EKG ถ้าพบภาวะเสี่ยง ส่งผู้ป่วยเข้าคลินิก Warfarin Clinic เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยเกิด Ischemic Stroke เกิด AF ๕๒.๒๒ % (Large infarction) อายุตั้งแต่ ๓๗-๘๙ ปี เน้นป้องกันการเกิด ภาวะโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ชุมชน

โดยการเชื่อมโยงกับเครือข่าย รพช. รพ.สต. ให้เน้นการป้องกันให้มีความตระหนัก และเมื่อเกิดโรคแล้วให้เข้ารับบริการให้เร็วที่สุด โดยใช้ช่องทาง EMS ๑๖๖๙ เพื่อลดอัตราการตายของสมอง

๔.๓ บูรณาการงานร่วมกับงานคัดกรองภาวะแทรกซ้อน DM/HT และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มเสี่ยง ตามแบบคัดกรองของงาน NCD ในชุมชน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) เพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงต่ำ

๔.๔ อบรม อสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้ทราบอาการแสดง/อาการสำคัญ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยในชุมชนเพื่อเน้นการเข้าถึงบริการให้ทันเวลา

๕.พัฒนาและบูรณาการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤต

๕.๑ จัดทำข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตในระบบ GIS และการเข้าถึงระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

๕.๒ ประชาสัมพันธ์อาการแสดง/อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และรณรงค์สร้างกระแสแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติเพื่อเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉิน ๑๖๖๙

สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – มี.ค.๖๕)

จากผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : \geq ร้อยละ ๕๐) จังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ – มี.ค.๖๕) พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น ๒๖ คน โดยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖

มาตรการที่สำคัญ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการ NCD Board ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับอำเภอ
๒. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังค้นหากลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมความเข้าใจ เข้าถึงระบบการให้บริการรักษาให้ได้มาตรฐานและทันตามระยะเวลาที่กำหนด
๓. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙
๔. พัฒนาระบบการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองและคู่มือ clinical practice guideline (CPG)
๕. พัฒนาศักยภาพแพทย์ในการใช้ ยาละลายลิ่มเลือด

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา
๑. เตี้ยงไม่พอ	
๒. เนื่องจากสถานการณ์ Covid-๑๙ ทำให้ไม่สามารถรับเคส ischemic stroke จาก รพช. ที่น้อยกว่า ๓ วัน ได้ทั้งหมด	Refer back กลับไป admit ที่ รพช.
๓. ผู้ป่วย stroke มากกว่า ๓ วัน เข้ามา CT scan ที่ รพ. ไม่สามารถ CT scan ได้ภายใน ๒๐ นาที เนื่องจากมีคิวรอ CT scan เป็นจำนวนมาก ทำให้ รพช.รอรับมากกว่า ๒๐ นาที	ในเคสที่ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านเองได้ ให้กลับเอง

ผู้รายงาน นางลภัสสรดา เดชพันธ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕(รอบ ๒)

ประเด็นที่ สุขภาพกลุ่มวัย

- รหัสประเด็น ๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
- ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๐
 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๐

กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก งานป้องกันควบคุมโรค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

สถานการณ์ในพื้นที่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเมืองนครพนม พบอัตราป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ ดังนี้ อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเท่ากับ ๕๕๒.๒๙, ๕๕๗.๐๑ และ ๕๘๓.๔๑ ตามลำดับและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ ๘๗๘.๔๐, ๙๙๓.๐๙ และ ๙๓๕.๕๔ ตามลำดับ ซึ่งพบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี แต่อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๔ ลดลงกว่าปี ๒๕๖๓ และข้อมูลอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ ๑๑๘.๕๕, ๑๑๔.๓๗, ๑๔๑.๕๖ ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ ๑๗๗.๘๓, ๑๖๘.๐๖ และ ๑๘๗.๕๙ ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าแนวโน้มอัตราตายโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้น

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จากผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ มีกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๙๔, ๖๐.๖๔ ตามลำดับ ในระหว่างปี ๒๕๖๕(๑ ต.ค.๒๕๖๔- ๒๑ มิ.ย.๒๕๖๕) มีกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานจำนวน ๒๖๗ คน ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๗ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕(๑ ต.ค.๒๕๖๔-๒๑ มิ.ย.๒๕๖๕) มีกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๐๐๕ คน ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ๗๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๖๒

จากข้อมูลพบว่า ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ มีอัตราติดตามที่ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ทำให้ภาระงานมากกว่าจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และเน้นหนักในการจัดการโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มากกว่าการติดตาม สำหรับอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ของอำเภอเมืองมีแนวโน้มคงที่ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบร้อยละ ๑.๘๕ , ๑.๗๘, ๑.๗๘ และปี ๒๕๖๕ (๑ ต.ค.๒๕๖๔-๒๑ มิ.ย.๒๕๖๕) เท่ากับ ๑.๖๑ อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๓.๐๘ และปี ๒๕๖๕ (๑ ต.ค.๒๕๖๔-๒๑ มิ.ย.๒๕๖๕) เท่ากับ ๓.๔๖

แนวทางการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. มีการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๒. ขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี และนโยบายเร่งรัดการป้องกันและ

ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (Together Fight NCDs) ส่งเสริมความร่วมมือในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลักในการเพิ่มระดับความดันโลหิต ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในอำเภอเมืองนครพนม

๒.๑ จัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ๑๐ หน่วยงาน ได้แก่ จังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลนครพนม ศึกษาธิการจังหวัดนครพนม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม สำนักงานแรงงานจังหวัดนครพนม เทศบาลเมืองนครพนม สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครพนม ประชาสัมพันธ์จังหวัดนครพนม และสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครพนม

๒.๒ ดำเนินการสำรวจปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๔๒๐ ตัวอย่าง ใน ๑๔ Cluster ในจังหวัดนครพนม

๒.๓ ดำเนินการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้ Salt meter จำนวน ๕,๐๐๐ ตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลทั้งสิ้น ๑๖๗ หน่วยบริการ

๒.๔ สรุปผลการสำรวจปริมาณโซเดียม และคืนข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดำเนินงาน
๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันเฝ้าระวังและบริหารจัดการงบกองทุนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยคณะกรรมการ NCD Board อำเภอเมืองนครพนม

๔. พัฒนาระบบการติดตาม ควบคุม กำกับควบคุม การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านระบบโปรแกรม HDC COCKPIT และ กลุ่มไลน์เฉพาะกิจอย่างต่อเนื่อง

๕. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่รับยาต่อเนื่องใน หน่วยปฐมภูมิ เครือข่าย โรงพยาบาลนครพนม ทั้ง ๒๙ แห่ง โดยมีการปรับ CPG แนวทางการรักษา ส่งต่อ ต่อเนื่องทุกปี ระหว่างอายุรแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

๖. มีการบริหารจัดการ System Manager สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นระดับจังหวัด และ Case Manager ในระดับอำเภอ/ตำบล มีการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค เพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน R ๘ NCD Innovative Healthcare Model เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยบริการดำเนินกิจกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อจำกัดปัจจัยเสี่ยงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มป่วย (DM-HT) และในประชาชนกลุ่มปกติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย โดยมีพื้นที่ดำเนินการ ๑ อำเภอ ๑ รพ.สต อำเภอเมือง คือ รพ.สต.หนองญาติเข้าร่วมโครงการ

๘. บูรณาการการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตร่วมกับคลินิกอดเหล้า อดบุหรี่ในโรงพยาบาล

๙. ควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านระบบโปรแกรม HDC COCKPIT อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

๑๐. มีการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์อำเภอเมือง ๒ ครั้ง/ปี (ปี ๒๕๖๕ มีการออกนิเทศติดตามการดำเนินงาน ๑ ครั้งต่อปี เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ แต่มีการติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ HDC COCKPIT อย่างต่อเนื่องทุกเดือน)

ผลการดำเนินงาน

๑. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

จากการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป อำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน ๕๒,๐๒๘ คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน ๓๙,๗๔๗ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๔ ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๙ กลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๔ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน อำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕)

อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	คัดกรอง (คน)	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง			
				ปกติ (คน)	ร้อยละ	เสี่ยง(คน)	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๕๒,๐๒๘	๓๙,๗๔๗	๗๖.๔	๓๖,๘๔๘	๙๒.๖๙	๒,๗๑๙	๖.๘๔

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป อำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๔๙,๖๘๙ คน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๗,๗๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๐๔ ผลการคัดกรองพบกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๗ กลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๗ ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมืองนครพนม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕)

อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	คัดกรอง (คน)	ร้อยละ	ผลการคัดกรอง			
				ปกติ (คน)	ร้อยละ	เสี่ยง (คน)	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๔๙,๖๘๙	๓๗,๗๘๖	๗๖.๐๔	๓๕,๓๑๘	๙๓.๓๗	๑,๖๘๘	๔.๔๗

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

๒. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าเท่ากับ ๘๐

ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน จากการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน ๒๖๔ คน ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน ๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕๐ ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวน และร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครพนม เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕)

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ผลการตรวจการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ปี ๒๕๖๕				
			จำนวน กลุ่มสงสัยป่วย (คน)	ติดตาม ใน ๙๐ วัน	ร้อยละ	ติดตาม > ๙๐ วัน	ร้อยละ
๑	เมืองนครพนม	๖๐.๖๔	๒๖๔	๙๙	๓๗.๕	๔	๑.๕๒

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

๒.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าเท่ากับ ๘๐

ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามโดยการวัดความดันโลหิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่ากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน ๙๙๒ คน ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๗๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๓๑ ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองนครพนม เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐ ระหว่าง (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕)

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง ปี๒๕๖๕		
			จำนวนกลุ่มสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง(คน)	จำนวนได้รับการ ติดตาม(คน)	ร้อยละ
๑	เมืองนครพนม	๗๑.๒๒	๙๙๒	๗๕๗	๗๖.๓๑

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง มีค่าระดับ FBS ๑๐๐ - ๑๒๕ mg/dl หรือค่าระดับ RPG ๑๔๐-๑๙๙ mg/dl ของอำเภอเมืองมีแนวโน้มคงที่ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบร้อยละ ๑.๘๕ , ๒๑.๗๘, ๑.๗๘ ได้มีการจัดกิจกรรม อบรมกลุ่มเสี่ยง DM ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (self care) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน ๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๘ ดังแสดงในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเมืองนครพนม

อำเภอ	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๑.๘๕	๑.๗๘	๑.๗๘	๓,๓๕๒	๕๓	๑.๕๘

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) จังหวัดนครพนม ในประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต

และมีค่าความดันโลหิตตัวบน SBP ในช่วง ๑๓๐ – ๑๓๙ mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง DBP ในช่วง ๘๕ – ๘๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๓๘๙ คน ได้มีการอบรมสร้างการมีส่วนร่วมแกนนำด้านสุขภาพ (แกนนำชุมชน., อสม., ครู, อปท., จนท.รพ.สต.) จัดกิจกรรม อบรมกลุ่มเสี่ยง HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (self care) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ติดตามความดันโลหิตทุก ๑ ปี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีประชากรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงในจำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๒ (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕) ดังแสดงในตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) อำเภอเมืองนครพนม (ต.ค.๖๔ -มิ.ย.๖๕)

อำเภอ	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๓-มิ.ย.๖๔)		
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๓.๑๐	๓.๒๑	๓.๐๘	๓.๕๑	๑๒	๓.๔๒

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

การดำเนินงาน ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปี ๒๕๖๕ เป้าหมายผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๗,๖๖๕ คน ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน ๓,๘๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๕๒ ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ที่มีการจัดบริการให้สอดคล้องกับการระบาด มีการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่อำเภอเมืองมีระบบการติดตาม การให้คำปรึกษา จึงทำให้ร้อยละการควบคุมน้ำตาลยังอยู่ในระดับที่ไม่ต่ำเกินไป

ตารางที่ ๗ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี อำเภอเมืองนครพนม เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐

อำเภอ	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย(คน)	ผลงาน(คน)	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๓๔.๒๖	๔๔.๙๖	๓๙.๐๙	๗,๖๖๕	๓,๘๗๒	๕๐.๕๒

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

ผลการดำเนินงาน ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี ๒๕๖๕ เป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๐,๕๓๙ คน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีจำนวน ๖,๕๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๔๖

ดังแสดงในตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๐

อำเภอ	ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค.๖๔-ม.ค.๖๕)		
	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๔๒.๐๑	๕๑.๘๔	๕๒.๑๓	๑๐,๕๓๙	๖,๕๘๓	๖๒.๔๖

ที่มา : HDC สสจ.นครพนม มิ.ย.๖๕

ปัญหาอุปสรรค

๑. จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ทำให้การดำเนินงานการคัดกรองรวมทั้งการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยไม่ต่อเนื่องเกิดความล่าช้า
๒. อัตราป่วยรายใหม่ DM HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
๓. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ไม่หมด/ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ไม่ดี

แนวทางการพัฒนา

๑. เร่งรัดการบันทึกข้อมูล และการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยให้ได้รับการตรวจติดตาม
๒. ดำเนินงานตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง R ๘ NCD Innovative Healthcare Model ในการติดตามกลุ่มเสี่ยง
๓. เน้นการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือด/ ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี

ผู้รายงาน ทรงสุดา ไตรปกรณ์กุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี มิถุนายน ๒๕๖๕
โทร.๐๘๑๙๕๔๓๔๐๓
E-Mail songsuda.t@gmail.com

รายงานผลการปฏิบัติราชการ จ.นครพนม รอบ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประเด็น : SP COPD & Asthma

๖. สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จังหวัดนครพนมได้จัดให้บริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด ครบวงจรและได้มาตรฐานครอบคลุมทั้ง ๑๒ อำเภอ โดยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ มีอายุรแพทย์ประจำคลินิก ที่ รพ.นครพนม ชาติพนม และ รพ.ศรีสงคราม โดยในปี ๒๕๖๕ รพ.นครพนม จะส่งอายุรแพทย์ไปศึกษาเพิ่มเติมในสาขาอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ ๑ คน ซึ่งจะสำเร็จการศึกษากลับมา ปี ๒๕๖๗

มีเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด spirometry ที่ รพ.นครพนม ชาติพนม และ รพ.ศรีสงคราม โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เขตอำนวยการบึงบองหนอง สสจ.จัดซื้ออีก ๙ เครื่องให้แก่ รพ.ที่ยังขาด ดังนั้น จ.นครพนมจึงมีเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด spirometry ครบทุก รพ.คิดเป็น ๑๐๐% แต่ จนท.ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จนท.ตรวจสมรรถภาพปอด spirometry เพียง ๒ รพ. (นครพนม ๒ คน ศรีสงคราม ๑ คน ส่วน ชาติพนม จนท.ย้าย) ดังนั้นความต้องการ ๒๕ คน แต่ยังมีขาดอีก ๒๒ คน คิดเป็น ๘๘% และปี ๒๕๖๔ ตามที่บริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) ได้มอบทุนอบรม จนท.ตรวจสมรรถภาพปอด spirometry ให้แก่ รพ.ทั้ง 4 แห่ง (รพ.นาหว้า นาแก โพนสวรรค์ และ รพ.นาทม) โดยจะให้การสนับสนุนทุนผ่านทางสมาคมออร์เวซซ์ แต่สถาบันยังไม่เปิดการอบรมจึงยังไม่มี การส่ง จนท.ไปอบรม และไม่มี การเปิดใช้เครื่อง ด้วยปัญหาดังกล่าว SP COPD asthma เขต 8 จึงได้จัดทำโครงการการพัฒนาเครือข่าย spirometry เขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับ EACC และ รพ.ศรีนครินทร์ ประจำปี ๒๕๖๕ ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจสมรรถภาพปอด spirometry ในวันที่ ๒-๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรม iHotel อ.เมือง จ.นครพนม โดยในจังหวัดนครพนมได้มีการนำเครื่อง spirometer จาก รพ.ในเครือข่าย มาใช้ในการฝึกอบรม พบว่า spirometer calibrated ไม่ผ่าน ๒ เครื่อง (รพ.นาแก และ รพ.บ้านแพง) inline filter และ mouth piece ไม่ fix program ไม่ update ใบ report ผล spirogram ไม่รายงานค่าที่ต้องการได้ ทั้งหมด โรงพยาบาลนครพนมซึ่งแม่ข่ายจึงได้จัดประชุม update program spirometry และแนวทางการให้บริการตรวจฯ ในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดย รพ.ทุกแห่งเข้าร่วมฝึกอบรม ยกเว้น รพ.นาทมเนื่องจากขาดอัตรากำลัง จนท.หน้างาน แต่ได้ส่งเครื่อง spirometer มา update program ในครั้งนี้ด้วย

จากสถานการณ์ระบาด COVID-19 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีการส่งยาให้ทางไปรษณีย์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอดจนญาติมารับยาแทน และข้อจำกัดในการให้บริการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจสมรรถภาพปอดที่ช่วงที่ระบาดรุนแรง ได้มีการงดให้บริการ และเมื่อสถานการณ์คลี่คลายได้กลับมาให้บริการตามแบบ new normal โดยต้องตรวจ ATK ก่อนตรวจ spirometry

กระบวนการดำเนินงาน

- ประชุมคณะทำงานผ่าน ZOOM ประสานการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร/งาน ทาง line กลุ่ม
- แשרรูปแบบการดำเนินงานคลินิกโดย รพ.นครพนมเป็นแม่ข่าย
- เครือข่ายเข้าร่วมประชุม Update วิชาการ ร่วมกับโครงการที่เขตจัดขึ้น
- update program spirometry สำหรับเครื่องที่ได้รับมาใหม่ และฝึกปฏิบัติการใช้ร่วมกันในเครือข่าย

๗. ผลการดำเนินงาน

๑. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป) จังหวัดนครพนม จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป (PDx = J๔๔๐ - J๔๔๙) หน่วยเป็นคน

A หมายถึง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนับเฉพาะ PDx = J๔๔๐

อำเภอ	๖๒			๖๓			๖๔			๖๕ (ต.ค.-มิ.ย.๖๕)		
	ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ			ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ			ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ			ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ		
	B	A	%	B	A	%	B	A	%	B	A	%
เมืองนครพนม	๒๒๑	๑๙๐	๘๕.๙๗	๒๑๑	๑๘๒	๘๖.๒๖	๒๑๓	๑๕๘	๗๔.๑๘	๑๖๓	๘๓	๕๐.๙๒
ปลาปาก	๗๖	๖๔	๘๔.๒๑	๖๘	๕๐	๗๓.๕๓	๖๘	๔๖	๖๗.๖๕	๕๒	๑๗	๓๒.๖๙
ท่าอุเทน	๑๓๘	๖๕	๔๗.๑	๑๕๕	๙๗	๖๒.๕๘	๑๑๘	๖๖	๕๕.๙๓	๑๐๗	๖๘	๖๓.๕๕
บ้านแพง	๕๗	๔๙	๘๕.๙๖	๖๒	๕๔	๘๗.๑	๖๔	๖๕	๑๐๑.๕๖	๕๐	๓๔	๖๘
ธาตุนวม	๑๙๒	๑๗๖	๙๑.๖๗	๑๘๒	๑๔๕	๗๙.๖๗	๑๕๖	๑๑๙	๗๖.๒๘	๑๑๙	๖๒	๕๒.๑
เรณูนคร	๑๕๖	๘๔	๕๓.๘๕	๑๒๕	๕๒	๔๑.๖	๙๗	๖๐	๖๑.๘๖	๗๐	๒๖	๓๗.๑๔
นาแก	๑๘๐	๑๖๒	๙๐	๑๕๓	๗๕	๔๙.๐๒	๑๕๒	๑๓๙	๙๑.๔๕	๑๐๗	๗๐	๖๕.๔๒
ศรีสงคราม	๒๑๕	๒๗๑	๑๒๖.๐๕	๒๑๔	๒๓๕	๑๐๙.๘๑	๒๐๔	๒๑๐	๑๐๒.๙๔	๑๘๑	๑๒๕	๖๙.๐๖
นาหว้า	๓๗	๔๒	๑๑๓.๕๑	๔๑	๕๔	๑๓๑.๗๑	๓๓	๓๙	๑๑๘.๑๘	๑๘	๙	๕๐
โพนสวรรค์	๑๔๐	๑๕๓	๑๐๙.๒๙	๑๑๖	๑๖๔	๑๔๑.๓๘	๑๒๑	๑๓๑	๑๐๘.๒๖	๑๑๑	๖๒	๕๕.๘๖
นาทม	๖๔	๔๐	๖๒.๕	๘๘	๓๔	๓๘.๖๔	๕๔	๕๗	๑๐๕.๕๖	๓๓	๓๐	๙๐.๙๑
วังยาง	๒๓	๖	๒๖.๐๙	๑๓	๓	๒๓.๐๘	๙	๑๓	๑๔๔.๔๔	๗	๔	๕๗.๑๔
รวม	๑,๔๙๙	๑,๓๐๒	๘๖.๘๖	๑,๔๒๘	๑,๑๔๕	๘๐.๑๘	๑,๒๘๙	๑,๑๐๓	๘๕.๕๗	๑,๐๑๘	๕๙๐	๕๗.๙๖

๒. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid จ.นครพนมปีงบประมาณ ๖๒-๖๕ (เป้าหมาย >๘๐%)

อำเภอ	ปี ๖๒			ปี ๖๓			ปี ๖๔			ปี ๖๕ (ต.ค.-มิ.ย.๖๕)		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
เมืองนครพนม	๑,๓๒๕	๘๗๕	๖๖.๐๔	๑,๑๖๙	๘๒๘	๗๐.๘๓	๙๒๔	๗๑๔	๗๗.๒๗	๗๔๖	๖๐๖	๘๑.๒๓
ปลาปาก	๓๐๑	๑๙๔	๖๔.๔๕	๒๗๙	๒๑๘	๗๘.๑๔	๒๖๐	๒๐๐	๗๖.๙๒	๒๒๐	๑๕๗	๗๑.๓๖
ท่าอุเทน	๒๙๙	๒๓๕	๗๘.๖	๓๑๘	๒๓๙	๗๕.๑๖	๒๖๐	๒๐๖	๗๙.๒๓	๒๔๙	๒๐๓	๘๑.๕๓
บ้านแพง	๒๗๔	๑๘๒	๖๖.๔๒	๔๐๐	๓๓๒	๘๓	๑๙๙	๑๗๕	๘๗.๙๔	๑๖๓	๑๔๖	๘๙.๕๗
ธาตุนาม	๕๑๓	๔๒๐	๘๑.๘๗	๔๘๒	๔๐๘	๘๔.๖๕	๔๖๒	๓๘๘	๘๓.๙๘	๔๘๑	๔๑๘	๘๖.๙
เรณูนคร	๔๘๔	๓๓๓	๖๘.๘	๔๓๔	๓๕๓	๘๑.๓๔	๓๖๘	๓๐๔	๘๒.๖๑	๒๘๑	๒๑๙	๗๗.๙๔
นาแก	๓๖๓	๒๖๒	๗๒.๑๘	๓๔๘	๒๖๘	๗๗.๐๑	๓๖๑	๓๒๓	๘๙.๔๗	๒๗๙	๒๒๔	๘๐.๒๙
ศรีสงคราม	๔๔๙	๓๖๗	๘๑.๗๔	๔๗๒	๓๗๒	๗๘.๘๑	๔๑๔	๓๓๕	๘๐.๙๒	๓๘๒	๓๐๐	๗๘.๕๓
นาหว้า	๒๕๔	๒๑๕	๘๔.๖๕	๓๐๘	๒๕๖	๘๓.๑๒	๒๗๕	๒๕๐	๙๐.๙๑	๒๒๗	๒๐๐	๘๘.๑๑
โพนสวรรค์	๔๐๑	๓๓๑	๘๒.๕๔	๔๐๑	๓๓๐	๘๒.๒๙	๔๓๕	๓๖๙	๘๔.๘๓	๓๒๓	๒๓๑	๗๑.๕๒
นาทม	๑๙๐	๑๐๙	๕๗.๓๗	๑๘๗	๑๗๘	๙๕.๑๙	๑๔๓	๑๒๒	๘๕.๓๑	๑๐๘	๘๗	๘๐.๕๖
วังยาง	๑๖๕	๘๙	๕๓.๙๔	๑๘๕	๑๓๔	๗๒.๔๓	๑๕๕	๑๑๓	๗๒.๙	๑๒๘	๑๐๓	๘๐.๔๗
รวม	๕,๐๑๘	๓,๖๑๒	๗๑.๙๘	๔,๙๘๓	๓,๙๑๖	๗๘.๕๙	๔,๒๕๖	๓,๔๙๙	๘๒.๒๑	๓,๕๘๗	๒,๘๙๔	๘๐.๖๘

** KPI อื่นๆ รวบรวมผลจาก Cockip

๔.แผนงาน/โครงการที่รองรับ

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ	กิจกรรม	เป้าหมาย	หน่วยนับ	ระยะเวลา
๑. การพัฒนาเครือข่าย spirometry เขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับ EACC และ รพ.ศรีนครินทร์ ประจำปี ๒๕๖๕	กรมการแพทย์	กิจกรรมที่ ๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยายและการฝึกปฏิบัติการตรวจสอบสมรรถภาพปอด spirometry โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ กิจกรรมที่ ๒ ฝึกปฏิบัติการ spirometry ณ หน่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กลุ่มเป้าหมาย: แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร จนท. ตรวจ spirometry กลุ่มเป้าหมาย : จนท.ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ตรวจ spirometry จำนวน ๒๐ คน x ๓ วัน ณ หน่วยระบบทางเดินหายใจ	๕๐ คน จำนวน ๒๐ (โควตา นครพนม ๔ คน)	๒ วัน ๓ วัน
๒. ประชุม update program spirometry และ แนวทางการให้บริการ ตรวจ	-	อบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการ	พยาบาล/นักกายภาพบำบัด/จนท.ตรวจ spirometry รพ.ทั้ง ๑๒ แห่งใน จ.นครพนม	๒๑ คน	ในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม กิ่งเกรา ตึกอำนวยการ ชั้น ๕ โรงพยาบาลนครพนม

๓. ส่งอบรมจนท.ตรวจสมรรถภาพปอด spirometry จำนวน ๔ คน	บริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย)	อบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสมรรถภาพปอด spirometry หลักสูตร ๕ วัน	จนท.รพ.ที่ได้รับคัดเลือก ๔ แห่ง	จนท.ตรวจสมรรถภาพปอด spirometry จำนวน ๔ คน	Plan จัดโดยสมาคมออร์เวซซ์ฯ โดยยังไม่มีกำหนดวันที่แน่นอน จนกว่า COVID คลี่คลาย
๔. ร่วมประชุมคณะทำงาน SP COPD & Asthma เขตสุขภาพที่ ๘ ผ่าน VDO ZOOM	-	ประชุม คณะทำงาน	ผู้รับผิดชอบงาน SP สสจ. และ รพ.ทุกระดับในเขต ๘	เข้าร่วมประชุม VDO ZOOM	ห้องประชุม สสจ./รพ.ทุกระดับในเขต ๘ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๖ Building Blocks +	ปัญหา/อุปสรรค	ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๙ เดือน)
การจัดบริการสุขภาพ (Health Service delivery)	<ul style="list-style-type: none"> - สถานการณ์ COVID-๑๙ ระบาด ไม่สามารถให้บริการได้ครบวงจรตามมาตรฐาน - ห้องตรวจไม่ได้มาตรฐานเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อให้แก่บุคลากรและผู้ป่วย ในฤดูฝนน้ำจากระเบียงไหลเข้ามาท่วมห้องตรวจ เนื่องจากท่อน้ำระเบียงอุดตัน 	<ul style="list-style-type: none"> - เผยแพร่แนวทางปฏิบัติการให้บริการ COPD & asthma clinic จ.นครพนมใน group line COPD R๘, จ.นครพนม และ website รพ.นครพนม - งดตรวจ spirometry/Peak flow ที่ clinic - มีการโทรติดตามประเมินอาการ โดยใน case ที่ control ได้ จัดส่งยาทางไปรษณีย์/ญาติที่สุขภาพแข็งแรงดี ให้มารับยาแทนโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมารับยาเอง - จัดเตรียมสถานที่รอตรวจโดยยึดหลัก Social distancing สวม face shield, mask
ระบบสารสนเทศ (Information system)	<ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลใน HDC และ Cockpit ไม่ตรงกัน เนื่องจาก template ต่างกัน และข้อมูลใน Cockpit ไม่ update 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสาน IT สสจ. Update แต่ยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากติดภาระงานเร่งด่วนช่วยงาน COVID
กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Work fore)	<ul style="list-style-type: none"> - รพช.ขาดเจ้าหน้าที่ตรวจ spirometry ๙ แห่ง - CM nurse ภาระงานมาก/รับผิดชอบหลายงาน - ผู้รับผิดชอบงาน SP สสจ. เปลี่ยนบ่อยไม่ต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากสถานการณ์ COVID-๑๙ ระบาด แผนการจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจ spirometry จึงเลื่อนไปยังไม่มีกำหนด - ระบบ training หรือการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพ
การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดงบประมาณสนับสนุน ตั้งแต่ปี ๖๐ เป็นต้นมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมผ่านระบบ ZOOM meeting - หาแหล่งสนับสนุนจากเอกชนที่ไม่มีเงื่อนไขข้อ

		<p>ผูกมัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขอรับบริจาคเครื่องมือจากวัด เช่น เครื่องวัดไข้แบบสัมผัสผิวหนัง เครื่องวัด SPO₂
ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดยา ICS/LABA dose เด็ก ใน รพ.ระดับ F๓ - ยา LAMA มีใช้ใน รพ. นครพนม และ รพ.ศรีสงคราม 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ระบบการยืมยาในเครือข่าย
การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership & Governance)	<ul style="list-style-type: none"> - SP สาขานี้ไม่ใช่จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ จึงไม่ค่อยได้รับการสนับสนุน - นโยบาย Flu vaccine เป็น ๑st priority ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง 	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธ์ภาพ ช่วยเหลือสนับสนุนกันภายในเครือข่ายในการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน - ได้จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย COPD Asthma ให้งานเวชกรรมสังคม รพ.สต. และ รพช.
การมีส่วนร่วมของชุมชน/ ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย (Participation)	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมของชุมชนยังน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการร่วมกับโครงการต่างๆ ในการสอน/ฝึกอบรมให้ความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน/ญาติหรือผู้ดูแล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องให้ออกซิเจนหรือใช้ยาพ่นที่บ้าน

๖. รางวัลที่ได้รับ/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รางวัลที่ได้รับ

๑. รพ.นครพนมได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๒ ในการประกวด poster presentation ในกลุ่ม control is possible งานประชุมใหญ่ประจำปี EACC Annual วันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕
๒. รพ.นครพนม ได้รับรางวัล โรงพยาบาลในเครือข่าย EACC ที่มีผลการควบคุมโรคหืดได้ดี ๕๐ อันดับแรกในประเทศไทย

ผู้รายงาน พว.นิภาพร หอมหวล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๑๐/๐๖/๒๕๖๕

โทร ๐๖๔-๙๙๑-๔๖๒๒ e-mail auiy.๒๘@hotmail.com