

88th Anniversary

NONGKHAI HOSPITAL



ผลการดำเนินงาน Service Plan โรงพยาบาลหนองคาย

รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566 วันที่ 16 - 17 กุมภาพันธ์ 2566

เสนอ

คณะกรรมการการทรงธรรมสาธารณสุข
และคณะกรรมการ Service Plan เขตสุขภาพที่ 8

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลทั่วไป	
ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลหนองคาย	1 - 8
1. การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)	
1.1 สาขาโรคหัวใจ (STEMI)	9 - 14
1.2 สาขาอุบัติเหตุ	15 - 19
1.3 การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care)	20 - 26
1.4 สาขาไต	27 - 36
1.5 สาขาทารกแรกเกิด	37 - 50
1.6 สาขาอายุรกรรม (Sepsis)	51 - 57
1.7 สาขามะเร็ง	58 - 65
1.8 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	66 - 71
1.9 One Day Surgery/MIS	72 - 75
1.10 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	76 - 85
1.11 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	86 - 90
1.12 อนามัยแม่และเด็ก	91 - 100
1.13 สาขาการใช้สมุนไพร กัญชา และกัญชงทางการแพทย์	101 - 114
1.14 สาขาจักษุ	115 - 120
1.15 สาขาจิตเวช	121 - 125
1.16 สาขาธาลัสซีเมียเด็ก	126 - 130
1.17 สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	131 - 133
1.18 สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	134 - 143
1.19 การบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	144 - 147
1.20 สาขาสุขภาพช่องปาก	148 - 154
1.21 การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	155 - 160
1.22 สาขาวิณโรค	161 - 168
1.23 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา (RDU)	169 - 170
1.24 ระบบรับยาใกล้บ้าน	171 - 172
2. กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคาย	173 - 175

ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลหนองคาย

ประวัติโรงพยาบาลหนองคาย

ภายหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 เป็นต้นมา กรมสาธารณสุข ยังคงสังกัดในกระทรวงมหาดไทย รัฐบาลมีนโยบายว่าจะสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดทั่วประเทศ ได้มอบให้กรมสาธารณสุขสร้างโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนขึ้น คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองคาย และจังหวัดนครพนม บุคคลสำคัญที่มีบทบาททำให้โรงพยาบาลหนองคาย มีการก่อสร้างได้ก่อนเป็นโรงพยาบาลแรก คือ พระปฐมเทวภิบาล ข้าหลวงประจำจังหวัดหนองคาย ในขณะนั้น ท่านผู้นี้เป็นผู้จัดหาเงินทุนในการก่อสร้าง ซึ่งได้รับงบประมาณมาจาก 3 ทาง คือ

1. เงินส่งเสริมเทศบาลประเภทอุดหนุนท้องถิ่นในการสาธารณสุข
2. เงินกองสลากสภากาชาดไทย
3. เงินงบประมาณแผ่นดิน

รวมค่าก่อสร้างทั้งสิ้น 100,200 บาท

เริ่มก่อสร้าง พ.ศ. 2476 สร้างเสร็จเปิดทำการเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2478 จึงถือเอาวันที่ 19 มกราคมของทุกปี เป็นวันก่อตั้งโรงพยาบาล มีการทำบุญเลี้ยงพระเป็นประเพณีประจำปีตลอดมา นับเป็นโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ที่สร้างขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แห่งแรกคือโรงพยาบาลนครราชสีมา) พระปฐมเทวภิบาลได้มอบภาพขนาดใหญ่ของท่านไว้ให้แก่โรงพยาบาล 1 ภาพข้างล่าง ภาพบันทึกข้อความไว้ดังนี้

“...ขอมอบภาพนี้ให้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย ให้ประชาชนชาวจังหวัดหนองคายทราบว่า
กว่าจะได้โรงพยาบาลขึ้นมา เจ้าของภาพนี้ได้รับความซอกซำใจและลำบากกาย เป็นอย่างยิ่ง...”

ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 350 เตียง มีเนื้อที่ 38 ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ 1158 ถนนมีชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ทิศใต้ติดถนนมีชัย ฝั่งตรงกันข้ามเป็นที่ตั้งสถานีตำรวจภูธร ทิศเหนือของพื้นที่ทอดยาวขนานตามลำน้ำโขง ซึ่งอยู่ห่างจากฝั่งโขง ประมาณ 100 เมตร จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีน้ำโขงเป็นเส้นกั้นพรมแดน ลักษณะพื้นที่เดิมเป็นลุ่มน้ำท่วมถึงในหน้าน้ำมีทางน้ำธรรมชาติเป็นลำห้วยเล็กๆ ไหลพาดผ่านจากด้านทิศตะวันออกไหลลงสู่แม่น้ำโขง บริเวณข้างวัดหายโศก ชื่อ “ห้วยหายโศก” ซึ่งมีต้นน้ำมาจากหนองกอมเกาะไหลสู่หนองถีน

หนองกลาง หนองตุม คือ บริเวณหนองน้ำกว้างใหญ่รอบสถานีรถไฟหนองคาย โรงพยาบาลหนองคาย สร้างในพื้นที่ราชพัสดุ เดิมเป็นเรือนจำ เมื่อดำริจะสร้างเป็นโรงพยาบาลได้ซื้อที่ดินราษฎรเพิ่มเติม มีการปรับถมพื้นที่ให้สูงขึ้นจากระดับน้ำท่วมก่อนสร้าง โดยขุดลอกดินจากหนองน้ำหน้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ขึ้นมาถมที่ การขุดถมดินส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือ จากนักโทษ (จากคำบอกเล่าของ นายมุข จันทนบุรีรักษ์ ผู้ร่วมทำงานก่อสร้างโรงพยาบาลและต่อมาได้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จนครบเกษียณ)

ต่อมาเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2554 ได้เปิดโรงพยาบาลหนองคาย 2 ชั้นอีกหนึ่งแห่ง ณ ที่ทำงาน ร.ส.พ. เดิม (มีพื้นที่ 4 ไร่ 2 งาน 55.3 ตารางวา) เพื่อเปิดให้บริการผู้ป่วยด้านปฐมภูมิและทุติภูมิระดับต้น และเป็นการสนับสนุนนโยบายลดความแออัดของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย 1

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เปิดดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน

1. นายแพทย์โสภณ	กาญจนวสิต	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2478 – 2492
2. นายแพทย์สมมาตร	มาลัยมาน	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2492 – 2493
3. นายแพทย์โสภณ	กาญจนวสิต	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2494 – 2496
4. นายแพทย์สินธุ์	สุขธำรง	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2496 – 2497
5. นายแพทย์ฉลาด	ถิรพัฒน์	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2497 – 2501
6. นายแพทย์พงศ์พันธ์	ปรีดาสวัสดิ์	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2501 – 2512
7. นายแพทย์สมศักดิ์	นงบุญนาค	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2513 – 2521
8. นายแพทย์วรา	โรจนหัสติน	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2521 – 2526
9. นายแพทย์สุภา	รักษชาติ	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2526 – 2527
10. นายแพทย์โอภาส	บุญสิทธิ์	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2527 – 2535
11. นายแพทย์เจริญ	มีชัย	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2535 – 2538
12. นายแพทย์สมภพ	พันธุ์เมฆิต	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2538 – 2542
13. นายแพทย์ถาวร	วิชาตรง	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2542 – 2550
14. นายแพทย์กิตติศักดิ์	दानวิบูลย์	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2550 – 2558
15. นายแพทย์ศุภชัย	จรรยาผดุงพงศ์	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2559 – 2560
16. นายแพทย์สุรกิจ	ยศพล	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2561 – 2563
17. นายแพทย์วิเชียร	รุ่งติธรรม	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2563 – 2564
18. นายแพทย์ชวมัย	สีบุญการณ	ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ.2564 – ปัจจุบัน

แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566 - 2568

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลศูนย์ลุ่มน้ำโขง รองรับพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในปี 2568”

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ
2. บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย
3. บริหารจัดการ และสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล
4. พัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพบุคลากร
5. สถาบันร่วมสอน และผลิตนักศึกษาแพทย์

ค่านิยม

1. N : Network (สร้างทีมเครือข่าย)
2. K : Knowledge (เรียนรู้อยู่เสมอ)
3. H : Happiness (ทำงานอย่างมีความสุข)
4. G : Governance (ยึดหลักธรรมาภิบาล)
5. O : Opportunity (มองหาโอกาสพัฒนา)

เข็มมุ่ง

- To establish “Excellent Center”
 - Cardiac Center 2566
 - Minimal invasive surgery Center 2566
- To implement Paperless system
 - OPD 2566
- To achieve 2P Safety goals
 - Patient : Sepsis , Medication error
 - Personal : Safety security

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 – 2568

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าประสงค์
1. ยกระดับการบริการสุขภาพเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศ	1. พัฒนาศักยภาพระบบบริการ	1. ยกระดับเป็นโรงพยาบาลระดับ A 2. เพิ่มศักยภาพบริการ 3. เพิ่มรายรับ 4. เพิ่มความพึงพอใจ
2. พัฒนาการคุณภาพบริการตามกรอบ Service Plan	1. พัฒนาคุณภาพระบบบริการตามกรอบ Service Plan 2. พัฒนาระบบความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ	1. ประชาชนในกลุ่มโรคที่สำคัญได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 2. ผู้รับบริการมีความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่าย	1. พัฒนา และสร้างเสริมศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. สร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย	1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ 2. ประชาชนสุขภาพดี
4. พัฒนาระบบบริการจัดการและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ	1. สนับสนุนระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	1. เป็นโรงพยาบาล Smart Hospital 2. โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อการสนับสนุนการให้บริการอย่างมีคุณภาพ 3. โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS) 4. โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล
5. พัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพบุคลากร	1. พัฒนาความรู้ และทักษะบุคลากร	1. พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพคุณภาพ และประสิทธิภาพ 2. สร้างเสริมสุขภาพ และความปลอดภัยบุคลากร
6. เป็นสถาบันร่วมสอน และผลิตนักศึกษาแพทย์	1. การจัดระบบการเรียนการสอนนักศึกษาด้วยการแพทย์ที่มีคุณภาพ	1. สามารถผลิตบุคลากรด้านการแพทย์รองรับบริการเขตสุขภาพในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษกลุ่มน้ำโขง

บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย

ข้อมูลบุคลากร ดังนี้

ปีงบประมาณ	สายงานบริการสุขภาพ (25 สายงาน รวมทุกประเภท)							
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	นวก.สธ.+ จพ.สธ.	นวก.สธ.(ทันตา) +จพ.ทันตา	อื่นๆ	รวม
ปีงบประมาณ 2565 (ณ 30 ก.ย.65)	74	12	33	395	19	4	96	633
ปีงบประมาณ 2566 (ณ 31 ธ.ค.65)	78	13	29	403	21	4	91	639

ปีงบประมาณ	สายงานอื่น (ไม่รวม 25 สายงาน)						รวมทั้งสิ้น
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	รวม	
ปีงบประมาณ 2565 (ณ 30 ก.ย.65)	33	24	38	0	270	365	998
ปีงบประมาณ 2566 (ณ 31 ธ.ค.65)	34	24	32	0	265	355	994

ข้อมูลการให้บริการ

การบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหนองคาย

ปีงบประมาณ 2561 – 2566 (ต.ค. - ธ.ค. 65)

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566(3)
คน	109,804	108,168	99,986	131,993	166,508	58,104
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	448	442	408	539	694	968
ครั้ง	465,375	463,482	428,084	535,671	663,108	124,768
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	1,812	1,802	1,694	2,339	2,690	1,994

การบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองคาย

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหนองคาย

ปีงบประมาณ 2561 – 2566 (ต.ค. - ธ.ค. 65)

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566(3)
จำนวนเตียง	349	349	349	349	350	350
ผู้ป่วยใน	31,145	30,466	27,908	26,334	31,135	8,308
เฉลี่ยต่อวัน	363	360	330	358	417	414
วันนอนเฉลี่ย	4	4	4	5	5	5
อัตราครองเตียง	103.39	104.10	94.39	102.25	119.50	118.18
CMI	1.31	1.32	1.42	1.52	1.53	1.61

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. - ธ.ค. 65)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	HT (I10-I15)	11,267	9.03
2	DM (E10-E14)	9,388	7.52
3	Acute upper respiratory infections (J00-J06)	5,857	4.69
4	CKD stage 5	2,551	2.04
5	Myalgia (M7910-M7919)	2,524	2.02
6	Symptoms and signs involving the digestive system and abdomen (R10-R19)	2,070	1.66
7	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	1,852	1.48
8	General symptoms and signs (R50-R69)	1,454	1.17
9	Muscle strain (M6260-M6269)	1,424	1.14
10	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	1,424	1.13
	อื่น ๆ	84,278	68.10
	รวม	124,768	100.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. - ธ.ค. 65)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	Thalassaemia (D560-D569)	411	4.95
2	Senile cataract (H250-H259)	353	4.25
3	pneumonia (J12-J18)	285	3.43
4	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	252	3.03
5	DM (E10-E14)	251	3.02
6	Diseases of oesophagus, stomach and duodenum (K20-K31)	218	2.62
7	CA Breast (C500-C509)	209	2.52
8	Intracranial wound (S060-S0691)	176	2.12
9	Congestive heart failure (I500-I509)	160	1.93
10	Gastroenteritis and colitis (A90-A099)	157	1.89
	อื่น ๆ	5,836	70.25
	รวม	8,308	100.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยเสียชีวิต โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. - ธ.ค. 65)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	pneumonia (J12-J18)	48	5.78
2	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	13	1.56
3	Intracranial wound (S060-S0691)	10	1.20
4	Other diseases of the digestive system (K90-K93)	6	0.72
5	COPD (J44)	5	0.60
6	Septicaemia (A400-A419)	5	0.60
7	Acute myocardial infarction (I210-I219)	4	0.48
8	Injury of abdomen, lower back, lumbar spine and pelvis (S30-S39)	4	0.48
9	diabetes mellitus (E10-E14)	4	0.48
10	Congestive heart failure (I500-I509)	4	0.48
	อื่น ๆ	61	7.34
	รวม	164	19.74
	จำนวนผู้ป่วยใน	8,308	1,000.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566 ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

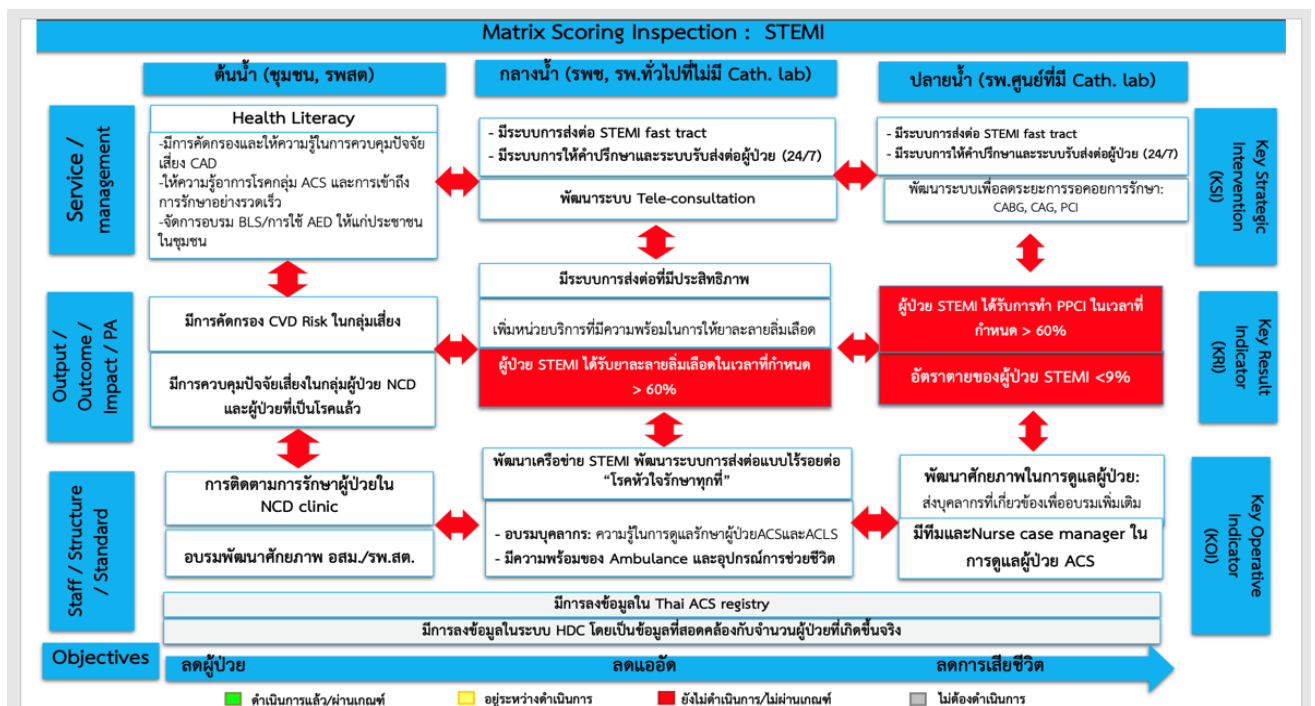
หัวข้อ : STEMI

- ตัวชี้วัด 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
- ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
 - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<ร้อยละ 9	7.37	6.72	8.26	8.11
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 60	65.00	59.26	65.12	83.33

2. Matrix Scoring Inspection : STEMI



3. สถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทยในขณะนี้ สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น สำหรับจังหวัดหนองคาย จากข้อมูลปี 2562 – 2565 พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล อัตราตายเท่ากับ ร้อยละ 7.50, 7.37, 6.72 และ 8.26 ตามลำดับ สำหรับร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย เท่ากับ ร้อยละ 30.00, 65.00, 59.26, 65.12 และ 83.33 ตามลำดับ

จังหวัดหนองคาย มีโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Fibrinolytic drug ในผู้ป่วย STEMI ได้ร้อยละ 100 (10 แห่ง) โดยผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากการมาโรงพยาบาลล่าช้า มีอาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 12 ชั่วโมง และมีภาวะ cardiogenic shock ซึ่งต้องพัฒนาเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ เพิ่มการประชาสัมพันธ์อาการเตือน STEMI และส่งเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ในกรณีฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพระบบการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง และการจัดการกลุ่มเสี่ยงต่อโรค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อจัดกลุ่มเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูงอันตราย)
2. พัฒนาระบบ STEMI Fast Track ในหน่วยบริการ โดยคณะอนุกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
3. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ (access to care) และทันเวลาในกลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. ประชาสัมพันธ์อาการแสดงอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้าถึงบริการ 1669 ในกรณีฉุกเฉิน ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
5. การบันทึกข้อมูลและการจัดการข้อมูล เพื่อให้ทุกหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูล เพื่อการรักษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชน

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการประเมิน (CVD Risk)

อำเภอ	ปี 2565			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	6,206	5,657	91.15	5,881	3,313	56.33
ท่าบ่อ	3,685	2,776	75.33	3,666	1,032	28.15
โพนพิสัย	3,387	3,175	93.74	3,362	1,552	46.16
ศรีเชียงใหม่	1,349	1,147	85.03	1,297	462	35.62
สังคม	1,212	1,117	92.16	1,173	671	57.20
สระใคร	1,068	994	93.07	1,056	489	46.31
เฝ้าไร่	1,834	1,694	92.37	1,748	1,141	65.27
รัตนวาปี	1,622	1,378	84.96	1,555	290	18.65
โพธิ์ตาก	610	532	87.21	586	119	20.31
รวม	20,973	18,470	88.07	20,324	9,069	44.62

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI (น้อยกว่าร้อยละ 9)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	36	3	8.33	11	2	18.18
ท่าบ่อ	24	1	4.16	10	0	0.00
โพนพิสัย	13	2	15.38	5	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	3	1	33.33	1	0	0.00
สังคม	4	1	25.00	0	0	0.00
สระใคร	5	0	0.00	4	1	25.00
เฝ้าไร่	8	1	12.50	1	0	0.00
รัตนวาปี	8	0	0.00	3	0	0.00
โพธิ์ตาก	5	0	0.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	3	0	0.00	2	0	0.00
รวม	109	9	8.26	37	3	8.11

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

3. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (มากกว่าเท่ากับร้อยละ 60)
(ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	15	10	66.67	3	2	66.67
ท่าบ่อ	5	5	100.00	2	2	100.00
โพนพิสัย	3	3	100.00	1	1	100.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	0	0	0.00
สังคม	3	1	33.33	0	0	0.00
สระใคร	1	1	100.00	2	2	100.00
เผ่าไร่	5	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	6	5	83.33	2	2	100.00
โพธิ์ตาก	2	2	100.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	1	1	100.00	1	1	100.00
รวม	43	28	65.12	12	10	83.33

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

4. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ส่งต่อเพื่อรับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	36	33	91.67	11	9	81.82
ท่าบ่อ	24	23	95.83	10	10	100.00
โพนพิสัย	13	11	84.62	5	5	100.00
ศรีเชียงใหม่	3	2	66.67	1	1	100.00
สังคม	4	3	75.00	0	0	0.00
สระใคร	5	5	100.00	4	3	75.00
เผ่าไร่	8	7	87.50	1	1	100.00
รัตนวาปี	8	8	100.00	3	3	100.00
โพธิ์ตาก	5	5	100.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	3	3	100.00	2	2	100.00
รวม	109	100	91.74	37	34	91.89

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	33	2	6.06	9	0	0.00
ท่าบ่อ	23	0	0.00	10	0	0.00
โพนพิสัย	11	0	0.00	5	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	1	0	0.00
สังคม	3	0	0.00	0	0	0.00
สระใคร	5	0	0.00	3	0	0.00
เผ่าไร่	7	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	8	0	0.00	3	0	0.00
โพธิ์ตาก	5	0	0.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	3	0	0.00	2	0	0.00
รวม	100	2	2.00	34	0	0.00

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการประเมิน(CVD Risk) ยังไม่ครอบคลุม	- บูรณาการร่วมกันกับทีม NCD(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เร่งรัดการคัดกรอง
ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) และมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	- พัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน (อสม./แกนนำสุขภาพครอบครัว) - เพิ่มการประชาสัมพันธ์อาการแสดง อาการเตือน และการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) - ให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกเบาหวานและความดันโลหิต - ให้ความรู้ประชาชนในการทำ BLS(Basic life support)
การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม THAI ACS Registry ยังไม่ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน	- จัดอบรมการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม THAI ACS Registry และติดตามการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

7. การจัดตั้ง “ศูนย์หัวใจ ลุ่มน้ำโขง” ของโรงพยาบาลหนองคาย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วย ACS ในจังหวัดหนองคายและจังหวัดใกล้เคียง สามารถเข้าถึงบริการเพื่อวินิจฉัยและรักษาด้วยการสวนหัวใจและทำ PCI ได้อย่างรวดเร็วตามมาตรฐานการรักษา
2. ลดอัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. สร้างความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพให้กับประชาชนจังหวัดหนองคาย และจังหวัดใกล้เคียงในเขตสุขภาพที่ 8 รวมถึงสามารถให้บริการนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ | โทร. 081-9648534 |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | E-mail : Sujitra7255@gmail.com |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ | |
| 2. นางนงเยาว์ ท้าวพรม | โทร. 062-4915553 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | E-mail : nongyao_41@hotmail.com |
| โรงพยาบาลหนองคาย | |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด 1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)

1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) ไม่เกินร้อยละ 12

1.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Non Trauma) ไม่เกินร้อยละ 12

2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Traumatic brain injury mortality rate)

โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30

3. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26

4. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 100

5. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ลำดับ	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2563 (%)	2564 (%)	2565 (%)	2566 (ต.ค.- ธ.ค.65)
1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma < 12%, Non-trauma < 12%)	< 12%	5.09% (125/2,456)	5.17% (130/2513)	5.59% (149/2666)	3.12% (23/725)
1.1	Trauma < 12%,	< 12%	12.76% (36/282)	9.73% (26/267)	9.42% (26/276)	4.21% (4/95)
1.2	Non-trauma < 12%)	< 12%	4.09% (89/2,174)	4.63% (104/2246)	5.15%	4.44%
2	อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Traumatic brain injury mortality rate) โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30	<30%	13.81% (21/152)	19.88% (32/161)	14.29% (19/133)	17.78% (8/45)
3	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	≥ 26%	23.66%	33.51%	28.36%	18.78%
4	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 100	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)
5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10	≥ 10%	10.4%	14.43%	7.38%	6.97%

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)
	หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Service Delivery	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนพัฒนาระบบ SMART ER 2. จัดมาตรการให้บริการตามขีดความสามารถของสถานพยาบาล 3. ส่งเสริมให้ประชากรเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำแผนพัฒนาระบบ SMART ER ในระดับ รพ. S, M1, M2 2. ประเมินตนเองตาม Guideline for ER Service Delivery 3. ประชาสัมพันธ์เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินตนเอง ECS คุณภาพ มากกว่าร้อยละ 60 ในระดับ รพ. S, M1, M2 2. ประเมินตนเองตาม Guideline for ER Service Delivery และหาโอกาสพัฒนา 3. ร้อยละการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน Level1 มากกว่าร้อยละ 60
Workforce	<p>Re-skill and Up-skill</p> <ul style="list-style-type: none"> - คั้นหา/คัดกรองและจัดการความเสี่ยง - การจัดการ/วิเคราะห์ข้อมูล 	<p>Re-skill and Up-skill</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลรักษาผู้ป่วย Trauma - RCA/วิเคราะห์ข้อมูล Case วิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชม. และ Case risk ในระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมพยาบาลเฉพาะทาง ENP (Nursing nurse Practitioners) หลักสูตร 4 เดือน ปีละ 1-2 คน - อบรม TEA Nurse coordinator - อบรม/พัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะด้าน - ทบทวนความเสี่ยง/RCA เพื่อหาโอกาสพัฒนา

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)
	หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Data & IT	- HosXP - IS online - Smart Refer	- ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS online) - แพ้้ม Accident ใน HosXP - Smart Refer	- ลงข้อมูลในโปรแกรมเฝ้าระวังการบาดเจ็บให้ครอบคลุมและReal time - ส่งข้อมูลการส่งต่อและ Real time ผ่านระบบ - จัดทำแนวทางการส่งต่อ - นำข้อมูลในระบบมาวิเคราะห์ให้เกิดประโยชน์
Supply	- สนับสนุนวิชาการ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน - สนับสนุนทีม	- สนับสนุนวิชาการ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน - จัดหาครุภัณฑ์ที่ขาดแคลน	- พัฒนาห้องฉุกเฉินตามมาตรฐาน ECS พร้อมครุภัณฑ์ที่จำเป็นให้แก่สถานพยาบาล
Finance	- ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น แผนอัตรากำลัง/พัฒนาบุคลากร / แผนครุภัณฑ์ต่าง ๆ	- ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น แผนอัตรากำลัง / พัฒนาบุคลากร / แผนครุภัณฑ์ต่าง ๆ	- ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์สนับสนุนอุปกรณ์/ครุภัณฑ์การดำเนินงาน และสนับสนุนแผนพัฒนาบุคลากร
Participation	- ขับเคลื่อนงานลดอุบัติเหตุทางถนนผ่าน สปถ. ระดับจังหวัด / ผ่าน พชอ. ระดับอำเภอ/และภาคีเครือข่าย - สนับสนุนการจัดตั้ง TEA Unit คุณภาพ	- บูรณาการความร่วมมือระหว่าง 5 เสาหลัก ผ่าน สปถ. ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ - จัดตั้ง TEA Unit ใน รพ. ระดับ S, M1, M2	- ศีลข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ/การตาย 3 ฐาน ผ่าน สปถ. ระดับจังหวัด และพื้นที่ลงสอบสวนความเสี่ยงตามตัวชี้วัด พชอ. - มีกิจกรรมคุณภาพผ่าน TEA Unit อย่างน้อย 2 มิติ ใน 2 ไตรมาส

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ อยู่ระหว่างการดำเนินการ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

จังหวัดหนองคายมีโรงพยาบาลทั้งหมด 9 แห่ง ขนาดระดับ S,M1,M2,F1,F2 และ F3 โรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 350 เตียง มีหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 10 เตียง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 12 เตียง และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 12 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดหนองคาย และเขตจังหวัดบึงกาฬบางส่วน มีระบบ Fast track มี Guideline ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และ Trauma มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีระบบ Consult แพทย์เฉพาะทางได้ทุกแผนก ตลอด 24 ชม. ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนผ่านศูนย์ประสานส่งต่อ มีห้องผ่าตัด สามารถผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency operating room) ได้ตลอด 24 ชม

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแพทย์ใช้ทุนและพยาบาล ER ทั้งจังหวัด ในรูปแบบการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ACLS, ATLS, Triage การทำ CASE MM,การทำแผนนิเทศพยาบาลรายบุคคล และแผนอบรม ENP ในปีงบประมาณ 2566

2. การพัฒนาคุณภาพบริการ จัดให้มี Interdepartmental conference ทบทวนประเด็นปัญหาผู้ป่วยวิกฤตเพื่อปรับปรุงระบบการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและไปในทิศทางเดียวกันทุกเดือน

3. การปรับปรุง Trauma alert criteria check list เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจรักษาให้ถูกต้องและได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

4. ประชุม Zoom meeting ทบทวนระบบงาน ปัญหา/อุปสรรค ในการพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

5. ร่วมเสริมสร้างศูนย์ความปลอดภัยระดับตำบล หมู่บ้าน รมรงค์และป้องกันอุบัติเหตุจราจร ให้เข้มข้นยิ่งขึ้น

6. ทบทวนการประเมิน Primary survey / Conference case trauma ร่วมกับ PCT ศัลยกรรม

7.อบรมอาสากู้ชีพ ร่วมกับ อบจ. และ สสจ.หนองคาย

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565และปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ : ภาพรวมจังหวัดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ผ่านเกณฑ์ ปี 2563-2565 ผลงาน ร้อยละ 5.09, 5.17, 5.59 ปี 2566(3เดือน) 3.12% (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 12) แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะ case Non-trauma triage level 1 ปี 2563-2565 ผลงานร้อยละ 4.09, 4.63,5.15 ปี 2566 (3เดือน) 4.44 ส่วน case Trauma Triage level 1 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) มีแนวโน้มลดลง (เกณฑ์ < ร้อยละ12) ปี 2563 - 2565 ผลงาน ร้อยละ12.76,9.73,9.42 ปี 2566 (3เดือน) 4.26% ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26) ในปี 2563 ได้ 23.66% ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564-2565 ผลงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ33.51 และ 28.36 ในปี 2566 (3 เดือน) ร้อยละ 18.78

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 จำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางท้องถนนเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นทุกปี ซึ่งเกิดจากวินัยในการใช้รถใช้ถนน การซ่อมถนน และที่สำคัญคือจิตสำนึกของผู้ขับขี่ทุกคน ที่อาจต้องปลุกฝังในวัยรุ่นมากขึ้น และเข้มงวดกับกฎหมายจราจรมากขึ้น

6.2 ยังมีกร triage ที่ไม่ถูกต้องจากข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลต่าง ๆ อาจต้องมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลทั้งจังหวัดเพื่อสามารถใช้ MOPH triage ได้อย่างถูกต้อง และบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

6.3 พัฒนาศักยภาพและมาตรฐานของพยาบาลผู้นำส่งผู้ป่วย เพื่อดูแลผู้ป่วยในระหว่างนำส่งและจัดการระบบปรึกษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในระหว่างการนำส่งที่ถูกต้องและรัดกุมมากขึ้น

6.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ทั้งในจังหวัดและต่างอำเภออย่างสม่ำเสมอ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ผลงาน Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดีเยี่ยม ระดับเขต ปี 2565

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. แพทย์หญิงกนกวรรณ ไชยเรศ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 083-3615871
E-mail : kandy_2407@windowslive.com |
| 2. นางสาวเนียง จันทรรัตน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 086-7153941
E-mail : ab9926@gmail.com |
| 3. นางนพรัตน์ สุวรรณสินธุ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 088-5635828
E-mail : Fresh.Freine505152@gmail.com |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20

- โรงพยาบาลจนถึงชุมชน
- โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach)
- เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ
- ใช้ชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2566)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน Barthel index = 20 ก่ อ น ค ร บ 6 เดือน	ร้อยละ 75	NA	68.77	56.47	77.86	83.43

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Service Delivery	ร้อยละ รพ. ระดับ S ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC 75% และส่งต่อ	ร้อยละ รพ.ระดับ M ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC 75% และบริการใน Node zone	ร้อยละ รพ.ระดับ F ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC 75% -มี IMC ward
Workforce	พยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน	นักกิจกรรมบำบัด zoneได้ (โพนพิสัย, เฝ้าไร่, รัตนวาปี)	เจ้าหน้าที่งานฟื้นฟู รพ.สต. ได้รับการอบรม All care
Supply	จัดหาเครื่องมือศัลยกรรมสูง -PMS (Peripheral magnetic stimulation) - เครื่องฝึกเดิน	อุปกรณ์ Gait aid, Orthosis	อุปกรณ์ Gait aid, Orthosis มีเพียงพอ (Cane,walker frame, wheelchair)
Data & IT	โปรแกรม Smart IMC ส่งข้อมูลกลับทุกเดือน	สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรม Smart IMC	สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรม Smart IMC
Finance	1.จัดหางบจากกองทุนฟื้นฟู เพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุนเครือข่าย 2.ติดตามการโอนเงินงบบฟื้นฟูของ สปสช.	ติดตามการโอนเงินงบบฟื้นฟูของ สปสช.	ติดตามการโอนเงินงบบฟื้นฟูของ สปสช.
Governance	ค่าตอบแทนบุคลากรตามผลงาน	ค่าตอบแทนบุคลากรตามผลงาน	ค่าตอบแทนบุคลากรตามผลงาน
Participation	ส่วนร่วมองค์กรส่วนราชการ ระดับจังหวัด - ขนส่ง - พมจ. - อปท.	ส่วนร่วม อปท., ท้องถิ่น	ส่วนร่วม อปท., ท้องถิ่น

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

จากสถิติข้อมูลงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2565 (ต.ค.64 - ก.ย.65) มีคนพิการรวมทุกประเภท 370 คน เป็นผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว 206 คน สาเหตุของความพิการด้านการเคลื่อนไหว เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางสมอง รวมถึงการบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury) ดังนั้นระบบการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (Intermediate Care) คือ การดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีรูปแบบบริการ 3 แบบ คือ IPD (Intermediate care bed /ward), OPD , Community เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแล ได้แก่ Stroke, Traumatic brain injury และ Spinal cord injury มีระยะเวลาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 6 เดือนนับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลฟื้นฟู) นักจิตบำบัด นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด และนักสังคม-สงเคราะห์ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดหนองคายได้รับนโยบายและดำเนินงาน เดือนธันวาคม 2560 เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการจังหวัด, คณะกรรมการอำเภอ (แต่ละ CUP) /ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงาน IMC/ เยี่ยมเสริมพลังตาม Node ทั้งโซนเหนือ, กลาง, ใต้ รวมถึงการให้คำแนะนำเมื่อเกิดข้อขัดข้อง, ปัญหาโดยทีมงานสหวิชาชีพจากแม่ข่าย ลงให้คำแนะนำในพื้นที่ เยี่ยมประเมิน คปสอ.กับทีม สสจ. รวมถึงการลงข้อมูลผ่าน google form ซึ่งจะระบบ real time รวมถึงการส่งข้อมูลกลับพื้นที่ผ่านทางกลุ่มไลน์, ผ่านระบบการคืนข้อมูลในภาพรวมทั้งจังหวัดแยกรายอำเภอ

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

แผนพัฒนาปี 66

- 3m ตรวจสอบโปรแกรมข้อมูล สปสช. (Portal disability เปลี่ยนเป็น Eclaim และเปลี่ยนเป็น Portal disability เหมือนเดิม)
- 6m Node zone care ภายในจังหวัด Node กลาง, เหนือ, ใต้ ตามข้อตกลงร่วมกัน (MOU) โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสระใคร จัดตั้ง IMC ward
- 9m ขยายและเชื่อมโยงเครือข่ายสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ท้องถิ่น
- 12m สรุปประมวลผลภาพรวมจังหวัด รวมไปถึงการบูรณาการและพัฒนาร่วมกับภาคส่วนราชการในจังหวัด

5. ผลการดำเนินงาน

1. การเปิดให้บริการ Intermediate bed/ward ในโรงพยาบาลระดับ M,F

ปี 2562

- ผลงานรวมทั้งเขตได้ร้อยละ 80
- หนองคายร้อยละ 50 (เท่าเกณฑ์ปี62)

ปี2563 (75%)

- พัฒนาโรงพยาบาลสระใคร (F3), โรงพยาบาลโพธิสัย (F1)
- พัฒนาในโรงพยาบาลที่เคยจัด IMC bed ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น (รัตนวาปี, เฝ้าไร่, ศรีเชียงใหม่, สังคม)

ปี2563 (80%)

- พัฒนาโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ IMC bed intensive program

ปี2564 (100%)

- พัฒนาโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ IMC bed intensive program

ปี2565

- ออกหน่วยเยี่ยม Node IMC bed โพธิสัย และ สระใคร โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด
- โอกาสพัฒนา เพิ่มการดูแลกลุ่มเด็กพิการซ้ำซ้อน Node โพธิสัยและสระใคร

ปี2566

- งบ สปสช. สนับสนุนเครื่องมือเพื่อพัฒนา IMC รอพิจารณาเครื่อง TMS, PMS
- IMC ward ที่โรงพยาบาลสระใคร ตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสระใคร (MOU) เพื่อขึ้นสู่โรงพยาบาลระดับ F1

2. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel Index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน IMC/ จำนวนที่ต้องติดตาม (กรองจาก BIS)

กลุ่มโรค	ปี 2561 เริ่มรับนโยบาย + ปฏิบัติ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
Stroke	467/339	808/465	775/477	941/544	866/575	188/135
TBI	41/35	52/39	41/34	95/92	89/87	29/29
SCI	25/22	39/33	20/18	38/34	17/17	3/2
Fx Hip (เริ่ม ปีงบ 2565)	-	-	-	-	71/67	26/24
รวม	533/396	899/537	836/529	1,074/670	1,043/746	246/190

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน IMC/ IMC ที่ต้องติดตามต่อ 6 เดือน เมื่อกรองด้วย BIS ≤ 15 (แยกรายอำเภอ)

ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)					
ภูมิภาค	Stroke	TBI	SCI	Fx Hip	รวม
อ.เมือง	99/60	10/10	0/0	9/9	118/79
อ.โพธิ์พิสัย	7/7	1/1	1/1	1/1	10/10
พิสัยเวหา	3/2	1/1	0/0	2/2	6/5
อ.รัตนวาปี	9/5	3/3	0/0	2/2	14/10
อ.เฝ้าไร่	14/10	1/1	0/0	2/2	17/13
อ.สระใคร	7/6	0/0	0/0	0/0	7/6
อ.ท่าบ่อ	14/14	3/3	0/0	2/2	19/19
อ.ศรีเชียงใหม่	8/7	1/1	0/0	2/2	11/10
อ.สังขม	3/3	1/1	1/0	0/0	5/4
อ.โพธิ์ตาก	2/2	0/0	0/0	2/1	4/3
จังหวัดอื่นๆ	2/1	8/8	1/1	3/2	32/29
ต่างประเทศ	6/5	0/0	0/0	1/1	3/2
รวม	188/135	29/29	3/2	26/24	246/190

3. ผลลัพธ์ของการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ BIS = 20
ปี 2566 เป้าหมายเขต ร้อยละ 75 (ต.ค.-ธ.ค.65)

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ต้องสิ้นสุด ระยะเวลาติดตามทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย ที่ติดตามจนสิ้นสุด ระยะเวลาติดตาม	BIS				
			คงที่	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เต็ม 20	เสียชีวิต/ย้ายที่อยู่
Stroke	105	87 (82.86)	3	3	30	51	15/3
TBI	10	10 (100)	3	-	5	2	-/1
SCI	3	3 (100)	-	-	1	2	-/-
Fx Hip	14	12 (85.71)	-	-	9	3	-/1
รวม	132	112 (84.85)	6	3	49	63	15/5

4. ข้อมูล Refer back

ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)					
อำเภอ	Stroke	TBI	SCI	Fx Hip	รวม
โพธิ์ชัย	6	1	1	-	8
รัตนวาปี	9	3	-	2	14
เฝ้าไร่	15	-	-	2	17
สระใคร	7	-	-	-	7
ท่าบ่อ	5	3	-	-	8
ศรีเชียงใหม่	2	1	-	1	4
สังคม	1	1	-	-	2
โพธิ์ตาก	1	-	-	-	1

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อรองรับรพ.ระดับ A (ทุน รพ.หนองคาย นพ.พณัฐ ศรีวงศ์พานิช เข้าเรียนแพทย์ฟื้นฟู รพ.รามาริติ เดือนมิถุนายน พ.ศ.2566)
2. เพิ่มนักกิจกรรมบำบัด (OT) เพื่อให้บริการทางอำเภอโพธิ์ชัย เฝ้าไร่ รัตนวาปี (South Node)

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. CPG IMC จังหวัดหนองคาย
2. QR code for Home PT program
3. VDO/ Youtube (การฝึกหายใจในช่วงกักตัว Covid-19, รพ.สนาม)
4. การ Design ใบ R8 / ใบ ฤาษี (แพทย์แผนไทย) for ประสาน IMC TTM ของเขต 8 on top และ เริ่มพัฒนาเปรียบเทียบ 2 กลุ่มระหว่าง IMC และ IMC TTM (สิทธิ์ UC)
5. การสนับสนุน เปิดแผนกกายภาพบำบัดที่ รพ.โพธิ์ตาก โดยการให้เครื่องมือ Setting จาก รพ.ท่าบ่อ (อย่างรวดเร็วพร้อมใช้)
6. IMC google form เชื่อมข้อมูลทั้งจังหวัด แบบ Real time ส่งข้อมูล Feedback ทุกเดือน
7. มีแผนกกายภาพบำบัด ที่ PCC รพ.สต.นาฮี โดยนักกายภาพบำบัดออกให้บริการทุกวันพุธ เช้า/สัปดาห์ ให้บริการผู้ป่วยกลุ่ม pain, ผู้สูงอายุ,ผู้ป่วย IMC, LTC สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม IMC และ LTC ให้บริการในช่วงป่วย โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล รพ.สต.
8. มีแผนกกายภาพบำบัด ที่ NPCU รพ.สต.หินโงม-บ้านท่าจาม-สีกาย โดยนักกายภาพบำบัดออก ให้บริการทุกวันพุธที่ 2และ4 ของเดือน ช่วงเช้า ให้บริการผู้ป่วยกลุ่ม pain, ผู้สูงอายุ,ผู้ป่วย IMC, LTC สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม IMC และ LTC ให้บริการในช่วงป่วย โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล รพ.สต.

9. ในเขต cup เมือง มีระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่อยู่ใน รพ. จนผู้ป่วยกลับไปสูบ้าน (รพ.สต.) มีแผนออกเยี่ยมใน รพ.สต. ละ 1-2 ครั้ง/เดือน

10. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล ณ ศูนย์เทศบาล3 (ศูนย์ดอนสวรรค์) ให้บริการทุกวันจันทร์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ในช่วงบ่าย

11. ออกหน่วยเยี่ยม Node IMC bed โพนพิสัยและสระใคร โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1. นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ | โทร. 086-9360708 |
| ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | E-mail : wanrattha@gmail.com |
| 2. นางดวงเดือน คุ้มพวง | โทร. 081-9740244 |
| ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ | E-mail : duangduen.kp@gmail.com |
| 3. นายสุภาวุฒิ ทองท่ามา | โทร. 094-2844756 |
| ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ | E-mail : top_s_zaa@hotmail.com |
| 4. นางสาวภาวิณี ศรีไฉ | โทร. 087-8592476 |
| ตำแหน่ง นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ | E-mail : j.sparinee@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service Plan สาขาไต

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr \geq 66 %

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m ² /yr	\geq 66%	59.13	61.71	62.85	62.92	62.90
	จำนวนเป้าหมาย	1,397	5,751	6,576	5,639	4,817
	จำนวนผลงาน	1,940	3,549	4,133	3,548	3,030

2. สถานการณ์

สถานการณ์โรคไตในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากข้อมูลพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย จึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตช้าลง(ที่มา:[https://www.thaihealth.or.th/Content/51283.สสส.](https://www.thaihealth.or.th/Content/51283.สสส)) สำหรับจังหวัดหนองคาย พบว่า อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไตวาย (N17-N19) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2561 - 2563โรคไตวายมีอัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 31.62 , 41.75 และ 37.14ตามลำดับ ในปี 2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสะสมจำนวน 5,428 ราย คิดเป็นอัตรา 1,039.26 ต่อแสนประชากร (เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสะสมจำนวน 65,024 ราย อัตรา 1,169.34 ต่อแสนประชากร และประเทศ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสะสมจำนวน 615,182 ราย อัตรา 930.58 ต่อแสนประชากร)

Service plan สาขาไต ครอบคลุมงานบริการ 4 ด้านใหญ่ๆ คือ การจัดการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) เน้นการพัฒนาให้เข้าถึงบริการ โดยวางแผนให้มีหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เน้น CAPD Node โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป การจัดการบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม(CKD clinic) เน้นการจัดการให้มีคลินิกชะลอไตเสื่อมทุกโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงระดับรพ.สต. และการปลูกถ่ายไต(KT) มีที่รพ.ระดับA คือรพ.อุดรธานี

การพัฒนาเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อจะนำไปสู่การป้องกันชะลอความเสื่อมของไตให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทดแทนไต ได้มีการเตรียมความพร้อม

3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

การดำเนินงาน Service Plan สาขาไต ดำเนินการบูรณาการงานร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตามมาตรการ ดังนี้

มาตรการ/แนวทางดำเนินงาน

กลยุทธ์	กิจกรรมหลัก
1. สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขับเคลื่อนนโยบาย Healthy Nong Khai “ออกแรงแยงคิ่ง” ผ่านกรมการจังหวัด พขอ. ระดับอำเภอทุกอำเภอ 2. NCD Screen โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงคุณภาพและประเมินสถานะสุขภาพประชาชนอายุ 35ปีขึ้นไปทุกราย 3. สื่อสารเตือนภัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้น อาหาร (ลดหวานจัด มันจัด เค็มจัด และไม่อ้วน) และการออกกำลังกาย 4. ประสาน โรงเรียน สถานประกอบการ/ร้านอาหาร พื้นที่ อปท. ต้นแบบเน้น บริโภคอาหาร Low Sodium ลดหวาน ลดมัน 5. จัดตั้งจุด Health Check Up Station “นคร ๓ อ. ๓ ส.” ในที่สาธารณะและชุมชนอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 6. จัดประชุม อสม. จังหวัดขยายผล R8 NCD Innovative Healthcare Model 9 ตำบล
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดประชุม Case Manager and Mini Case Manager ใน รพ.และ รพ.สต.เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานNCDsปี 2565 2.พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการ CKD Clinic ใน รพท. รพช.และ รพ.สต. 3. จัดประชุม จนท.สาธารณสุขตำบลนำร่องในจังหวัดขยายผล R8 NCD Innovative Healthcare Model 9 ตำบล 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดประชุมคณะกรรมการService Plan สาขาNCD และ CKD 2. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus เชื่อมโยงคลินิกชะลอไตเสื่อม CKD Clinicคุณภาพ คลินิก อุดบุรีคุณภาพ/พัฒนาคลินิกDPACคุณภาพใน รพท./รพช./รพ.สต. 3. จังหวัดประเมินคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus เชื่อมโยงคลินิกชะลอไตเสื่อม คลินิกอุดบุรีคุณภาพ/พัฒนาคลินิกDPACคุณภาพใน รพท./รพท./ รพช./ รพ.สต. 4. จัดประชุมบุคลากรผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล NCDs 5. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน NCD และ CKD

ตารางที่ 1 แสดงหน่วยบริการและการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต (RRT) จังหวัดหนองคาย ปี 2566

หน่วยบริการ	จำนวน เตียง HD	2565		2566(4เดือน)	
		จำนวนผู้ป่วย (คน)		จำนวนผู้ป่วย (คน)	
		HD	CAPD	HD	CAPD
รพ.หนองคาย	13	59	156	79	132
รพร.ท่าบ่อ 1	22	69	109	75	68
รพร.ท่าบ่อ 2	4	32	-	36	-
รพ.สังคม	12	18	-	49	-
รพ.พิสัยเวช 1	8	55	-	80	-
รพ.พิสัยเวช 2	8	63	-	116	-
รพ.รวมแพทย์	12	70	-	83	-
รพ.หนองคายวัฒนา	8	55	-	57	-
รพ.โพนพิสัย	-	-	8	-	2
รวม	87	421	273		

ที่มา :สำรวจ และรายงานเฉพาะกิจ ปี 2565

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง
จำแนกรายปี 2561 – 2566 (เป้าหมาย $\geq 80\%$)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดหนองคาย	65.91	61.59	66.64	62.07	44.06
เขตสุขภาพที่ 8	64.1	61.52	61.33	56.01	39.76
ประเทศ	63.73	62.55	61.35	53.63	34.43

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 2 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรังจำแนกรายปี (เป้าหมาย $\geq 80\%$)พบว่าปี 2561 – 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มการคัดกรองสูงขึ้น และปี 2566 ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 44.06 มากกว่าระดับเขตและประเทศและเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอรัตนวาปี ตรวจคัดกรองได้มากที่สุด รองลงมาคืออำเภอท่าบ่อ และโพธิ์ตาก คือร้อยละ 60.62, 52.92 และ 55.48 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง
จำแนกรายอำเภอ ปี 2566 (เป้าหมาย $\geq 80\%$)

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT (คน)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง(คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	54.64	13,766	5,270	38.28
ท่าบ่อ	68.85	7,310	3,872	52.92
โพนพิสัย	71.95	6,731	3,101	46.07
ศรีเชียงใหม่	45.71	866	243	28.06
สังคม	51.79	526	180	34.22
สระใคร	44.75	659	140	21.24
เผ่าไร่	61.75	2,613	870	33.30
รัตนวาปี	64.14	2,953	1,790	60.62
โพธิ์ตาก	76.84	1,249	693	55.48
จังหวัด	62.07	36,673	16,159	44.06
เขตสุขภาพที่ 8	56.01	390,9047	155,425	39.76
ประเทศ	53.63	5,401,327	1,859,410	34.43

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายปี 2561 – 2566

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดหนองคาย	25.0	20.3	17.4	2.25	0.19
เขตสุขภาพที่ 8	21.5	20.3	17.9	2.17	0.06
ประเทศ	23.8	21.9	19.9	1.83	0.05

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 4 แสดงร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายปี 2561 – 2566 มีแนวโน้มลดลง และปี 2566 (ข้อมูล 4 เดือน : ต.ค.2565-31 ม.ค.2566) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ 0.19 ผลงานต่ำกว่าระดับเขตและประเทศเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภออำเภอสระใคร ท่าบ่อ และศรีเชียงใหม่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูง คือร้อยละ 1.43, 0.46 และ 0.41 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายอำเภอ ปี 2566

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไต (คน)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	2.2	5,270	2	0.04
ท่าบ่อ	2.8	3,872	18	0.46
โพนพิสัย	1.71	3,101	6	0.19
ศรีเชียงใหม่	3.39	243	1	0.41
สังคม	4.09	180	0	0
สระใคร	3.56	140	2	1.43
เผ่าไร่	1.99	870	0	0
รัตนวาปี	2.48	1,790	2	0.11
โพธิ์ตาก	0.72	693	0	0
จังหวัด	2.25	16,159	31	0.19
เขตสุขภาพที่ 8	2.17	155,425	94	0.06
ประเทศ	1.83	1,859,406	843	0.05

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr จำแนกรายปี 2561 – 2565 (เกณฑ์ $\geq 66\%$)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดหนองคาย	59.1	61.7	62.9	63.22	62.90
เขตสุขภาพที่ 8	58.3	62.9	64.2	63.56	60.93
ประเทศ	60.9	65.6	65.7	66.67	64.88

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 6 แสดงร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr จำแนกรายปี 2561 – 2566 พบว่าจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วย CKD สามารถชะลอความเสื่อมของไตที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น คือจากร้อยละ 57.80, 59.10, 61.71 และ 62.90 ในปี 2561-2564 และในปี 2566 (ข้อมูล 4 เดือน : ต.ค.2564-11 ม.ค.2566) สามารถดำเนินการได้ร้อยละ 62.90 และเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีผลงานมากที่สุด คืออำเภอรัตนวาปี สระใคร และหนองคาย คือร้อยละ 73.26, 66.11 และ 65.31 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m²/yr
จำแนกรายอำเภอ ปี 2566

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย CKD S3-4ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m ² /yr	ผู้ป่วย CKD S3-4ที่ได้รับการตรวจ creatinine (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m ² /yr (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	61.85	1,355	885	65.31
ท่าบ่อ	61.44	1,263	738	58.43
โพนพิสัย	61.96	651	417	64.06
ศรีเชียงใหม่	58.31	232	115	49.57
สังคม	66.93	302	206	68.21
สระใคร	69.6	239	158	66.11
เฝ้าไร่	71.74	117	48	41.03
รัตนวาปี	60.23	475	348	73.26
โพธิ์ตาก	74.7	183	115	62.84
จังหวัด	62.92	4,817	3,030	62.90
เขตสุขภาพที่ 8	64.1	41,644	25,375	60.93
ประเทศ	66.03	403,330	261,682	64.88

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage)
จังหวัดหนองคายปี 2561 – 2566

ปี	S1	S2	S3	S4	S5
2561	25.22	29.85	29.62	9.88	5.43
2562	20.46	32.46	32.94	9.37	4.77
2563	21.46	31.69	35.03	8.32	3.50
2564	22.90	30.76	34.25	8.82	3.28
2565	25.71	28.52	33.51	8.95	3.31
2566(3เดือน)	24.27	28.24	35.74	8.92	2.83

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 13 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) จังหวัดหนองคาย ปี 2561 - 2565พบว่า มีผู้ป่วย CKD Stage 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วย Stage 2 มาเป็น Stage3 และจากการ Tern Stage จาก Stage 4 มาเป็น Stage 3 ส่วนผู้ป่วย CKD Stage 4 และ 5 มีแนวโน้มลดลง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ดีขึ้น

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) รายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2566

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบจำแนกตาม Stage										
	รวมทุก Stage	Stage1	ร้อยละ	Stage2	ร้อยละ	Stage3	ร้อยละ	Stage4	ร้อยละ	Stage5	ร้อยละ
เมือง	1,373	95	6.92	300	21.85	681	49.60	229	16.68	68	4.95
ท่าบ่อ	1,831	132	7.21	473	25.83	995	54.34	173	9.45	58	3.17
โพนพิสัย	797	65	8.16	97	12.17	432	54.20	158	19.82	45	5.65
ศรีเชียงใหม่	1,914	823	43.00	725	37.88	289	15.10	51	2.66	26	1.37
สังคม	1,532	615	40.14	546	35.64	290	18.93	57	3.72	24	1.57
สระใคร	1,494	628	42.03	516	34.54	288	19.28	44	2.95	18	1.20
เฝ้าไร่	273	32	11.72	42	15.38	128	46.89	55	20.15	16	5.386
รัตนวาปี	596	34	5.70	75	12.38	361	60.57	101	16.95	25	4.19
โพธิ์ตาก	329	15	6.28	64	26.78	128	53.56	28	11.72	4	1.67
จังหวัด	10,049	2,439	24.27	2,838	28.24	3,592	35.74	896	8.92	284	2.83
เขต	73,148	10,586	14.47	16,405	22.43	31,564	43.15	10,216	13.97	4,377	5.98
ประเทศ	669,550	76,850	11.48	155,210	23.18	312,799	46.72	86,179	12.87	38,512	5.75

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) รายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2565พบว่า มีผู้ป่วย CKD Stage 3และ 4 สูงในพื้นที่อำเภอรัตนวาปี โพธิ์ตาก เมืองหนองคาย ท่าบ่อ และโพนพิสัย

ตารางที่ 10 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB จังหวัดหนองคายจำแนกรายปี 2561 – 2566 (เกณฑ์ > 60 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดหนองคาย	47.17	50.29	49.37	52.06	51.05
เขตสุขภาพที่ 8	43.75	45.29	46.26	47.56	48.01
ประเทศ	47.36	47.27	47.23	47.80	47.52

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 10 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB จังหวัดหนองคายจำแนกรายปี 2561 – 2565 (เกณฑ์ > 60 %) พบว่าผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARB มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอรัตนวาปี สระใครและเฝ้าไร่ มีผู้ป่วยได้รับยา ACEi/ARB ตามเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 82.18,67.24 และ 64.15 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB จังหวัดหนองคาย จำแนกรายอำเภอปี 2566 (เกณฑ์ > 60 %)

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละจำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่ได้รับ ACEi/ARB (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่ได้รับ ACEi/ARB (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	43.53	2,024	846	41.80
ท่าบ่อ	38.36	2285	922	40.35
โพนพิสัย	43.62	824	353	42.84
ศรีเชียงใหม่	57.44	2084	1240	59.20
สังคม	57.83	1685	978	58.04
สระใคร	67.24	1614	904	56.01
เผ่าไร่	64.15	182	104	57.14
รัตนวาปี	82.18	576	403	69.97
โพธิ์ตาก	50	220	118	53.64
จังหวัด	52.06	11494	5868	51.05
เขตสุขภาพที่ 8	47.56	74773	35895	48.01
ประเทศ	47.8	725120	344597	47.52

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 13 มกราคม 2566)

ตารางที่ 12 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% จำแนกรายปี 2561 – 2565 (เกณฑ์ > 40 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-ธ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	9.99	9.66	14.28	17.53	18.05
เขตสุขภาพที่ 8	13.17	13.43	14.31	15.05	16.42
ประเทศ	18.69	19.38	19.32	18.90	17.58

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 12 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% จังหวัดหนองคาย เปรียบเทียบปี 2561 – 2566 (เกณฑ์ > 40 %) พบว่า ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มดีขึ้นและเมื่อจำแนกรายอำเภอ คือร้อยละ 20.94, 20.25, 17.71 ,17.03และ 17.53 ส่วนปี 2566 ผลงาน 4 เดือน (ต.ค.2564 –11 มค.2566) พบว่ามีผลงานร้อยละ 18.05 มากกว่าค่าเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ 8 และประเทศ รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม) ที่มารับบริการโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5%จังหวัดหนองคายจำแนกรายอำเภอ ปี 2565 (เกณฑ์ > 40 %)

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละจำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่เป็นโรคเบาหวานที่มี HbA1C เฉลี่ยระหว่าง 6.5% ถึง 7.5%	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่เป็นโรคเบาหวานที่มี HbA1C เฉลี่ยระหว่าง 6.5% ถึง 7.5% (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	21.1	1130	173	15.31
ท่าบ่อ	17.03	1237	255	20.61
โพนพิสัย	7.14	507	38	7.50
ศรีเชียงใหม่	20.94	1046	179	17.11
สังคม	17.71	769	172	22.73
สระใคร	20.02	922	190	20.61
เผ่าไร่	0	133	0	0
รัตนวาปี	7.82	384	91	23.70
โพธิ์ตาก	20.25	117	29	24.79
จังหวัด	17.53	6245	1127	18.05
เขตสุขภาพที่ 8	15.05	46855	7695	16.42
ประเทศ	18.9	384564	67589	17.58

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 13 มกราคม 2566)

ตารางที่ 14 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg จำแนกรายปี 2561 – 2566 (เกณฑ์ > 80 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-ธ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	71.77	69.76	68.37	66.82	60.27
เขตสุขภาพที่ 8	72.20	70.29	68.47	68.33	66.10
ประเทศ	69.94	67.82	65.32	62.62	60.94

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2564 – 11 มกราคม 2566)

จากตารางที่ 14 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHgจำแนกรายปี 2561 – 2564 (เกณฑ์ > 80 %) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 1 --4 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ <140/90 mmHgมีแนวโน้มลดลง คือ ปี 2561-2564 สามารถควบคุมได้ร้อยละ 70.29, 71.77, 69.76,68.37 และ 66.82 ตามลำดับ และปี 2566 ผลงาน 4 เดือน (ต.ค.2565 – 11 ม.ค.2566) คือร้อยละ

60.27 ต่ำกว่าผลงานระดับเขต และระดับประเทศ เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอสระใคร ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg มากที่สุด คือร้อยละ 81.64 รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg จังหวัดหนองคาย จำแนกรายอำเภอปี 2565 (เกณฑ์ > 80 %)

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย CKD S1-4 ที่มี BP <140/90 mmHg	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่มี BP <140/90 mmHg (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	64.05	2024	1295	63.98
ท่าบ่อ	64.26	2285	1450	63.46
โพนพิสัย	53.11	824	391	47.45
ศรีเชียงใหม่	72.63	2084	1209	58.01
สังคม	59.88	1685	842	49.97
สระใคร	81.64	1614	1167	72.30
เผ่าไร่	57.23	182	84	46.15
รัตนวาปี	70.24	576	359	62.33
โพธิ์ตาก	69.28	220	131	59.55
จังหวัด	66.82	11494	6928	60.27
เขตสุขภาพที่ 8	68.33	74737	49428	66.10
ประเทศ	62.62	725120	441888	60.94

ที่มา : รายงาน HDC43 (1 ตุลาคม 2564 – 13 มกราคม 2566)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ ทำให้หลายพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. นางสาวสมจิตร สกุลคู | โทร. 086 7131163 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | E-mail : jsakulkoo@gmail.com |
| 2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ | โทร. 089 7102475 |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | E-mail : yoljit17@gmail.com |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด 1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม
 (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

2. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1: 500 ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน	< 3.6 ต่อ 1,000	2.29 (9/3926)	2.25 (8/3546)	3.3 (11/3327)	3.21 (3/932)
ข้อมูลเสียชีวิตจาก HDC		3.15 (12/3813)	1.78 (6/3378)	3.23 (10/3096)	4.13 (3/726)
น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	50 %	50 (4/8)	28.5 (4/14)	33 (3/9)	40 (2/5)
น้ำหนัก 1,000 -1,499 กรัม	10%	3.8 (1/26)	7.14 (1/14)	13 (3/23)	0 (0/4)
น้ำหนัก 1,500 -2,499 กรัม	2%	0.9 (3/326)	0.31 (1/317)	0.77 (2/258)	1 (1/95)
น้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม	2%	0.028 (1/3567)	0.06 (2/3203)	0.14 (3/2946)	0 (0/828)
จำนวนเตียง NICU	1:500	1:365	1:332	1:320	1:300

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ การตั้งครรภ์คุณภาพ	กลางน้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนทารก	ปลายน้ำ ทารกปลอดภัยและพัฒนาการดี
OKR หรือ KPI			อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ 28 วัน (< 3.6: 1,000 Live birth)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANC คุณภาพ 2. ลดการคลอดก่อนกำหนด จัดตั้งคลินิก Preterm 3. ประชุมเกณฑ์การดูแล Near abortion preterm ร่วมกับ MCH board 4. ทบทวนการวินิจฉัย Intrauterine infection 5. กำหนดมาตรฐานการดูแลมารดาที่ติดเชื้อ Covid – 19 6. ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 7. ตรวจสอบความผิดปกติทารกตั้งแต่ในครรภ์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. intrauterine transfer ระบบส่งต่อมารดาคลอดในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม 2. ส่งต่อทารกปลอดภัยด้วยมาตรฐาน STABLE 3. มีระบบการส่งต่อทารกภายในจังหวัด อำเภอใกล้เคียงของบึงกาฬ รวมถึงระบบการส่งต่อข้ามประเทศ 4. universal screening OAE 5. CCHD screening 6. Sleep Hygiene ลดการเกิด PPHN 7. Screening IEM / TSH 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด 2. ทำ CPG Early neonatal sepsis 3. วางแผนแนวทางการปฏิบัติการกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCPR) สอนการขนส่งอย่างปลอดภัย (STABLE) ให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียง 4. กำกับดูแลแนวทางการดูแลทารก PUI ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันภายในจังหวัดหนองคาย และจังหวัดใกล้เคียง 5. ทบทวนการดูแลทารกติดเชื้อ EOS, LOS, และ Septic shock 6. CLABSI BUNDLE Care VAPBUNDLE Care
Workforce	Re-skill and Up-skill ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง การบริการฝากครรภ์คุณภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มศักยภาพพยาบาล: การส่งต่อด้วยพยาบาลเด็ก 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR และ STABLE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง NNP และจัดการบริการในสัดส่วน NICU 1:2 SNB 1:4
Supply	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดหา NST อุปกรณ์ตรวจปัสสาวะ วัดความดัน ยา เพื่อลดการเกิด Preterm 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดหา Neopuff, Transport incubator, warmer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดหา ยา caffeine, iloprost, milinone, PGE1 2. จัดหาอุปกรณ์เสริม: Bacteria filter Ventilator, อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ
Finance	<ol style="list-style-type: none"> 1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค
Governance	พัฒนาระบบการบริการที่เป็นธรรม	พัฒนาระบบการบริการที่เป็นธรรม	ทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการเท่าเทียมกัน
Participation	ทำงานประสานร่วมกับ สสจ สสอ ผ่าน MCH board โรงเรียนต่าง ๆ	ทำงานประสานงานร่วมกับทีม กู้ภัย ด้านพรมแดน ทีม ER และ โรงพยาบาลจังหวัดต่าง ๆ	ทำงานประสานกับ MCH Board Newborn service plan

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

จากสถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิด อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน ระดับประเทศ ตั้งเป้าหมาย เท่ากับ 3.6: 1000 การเกิดมีชีวิต ของจังหวัดหนองคายในปี 2563 - ปี 2565 เท่ากับ 2.29, 2.25, 3.3 และปี 2566 (ต.ค -ธ.ค 65) ไตรมาสแรก เท่ากับ 3.21 ซึ่งอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ผ่านเกณฑ์แต่จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายในปี 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตปี 2565 เท่ากับ 3.3 และ เท่ากับ 3.23 (จากฐานข้อมูล HDC) จำนวนทารกแรกเกิดเสียชีวิต 11 ราย สาเหตุการตาย อันดับ 1 จาก Congenital abnormal 4 ราย ได้แก่ Trisomy 2 ราย Hydranencephaly 1 ราย และ congenital thrombocytopenia 1 ราย อันดับ 2 ได้แก่ Preterm RDS 3 ราย อันดับ 3 ได้แก่ Birth Asphyxia 2 ราย อันดับ 4 Sepsis 1 ราย และ IVH brain edema 1 ราย และยังมีปัญหาทางสุขภาพของทารกที่จำเป็นต้องส่ง ต่อออกนอกเขตสุขภาพ เช่น ทารกที่มีปัญหาาระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคทาง ศัลยกรรม เป็นต้น เป้าหมายในการดูแลเพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อน มีพัฒนาการดี มีการคัดกรอง ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาหัวใจพิการแต่กำเนิด (CHD screening) ตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุก ราย (OAE screening) รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อของจังหวัดหนองคาย โดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการมากขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดโดยมีการใช้ระบบ New born Fast Track มีระบบ consult กุมารแพทย์ก่อนส่งผู้ป่วย มีการส่งต่อมารดาตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง มารดาติดเชื้อ covid-19 มาคลอด ในสถานที่ที่มีความพร้อมการดูแลหลังคลอด หรือ Intrauterine transfer เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ทารก สร้างระบบเครือข่ายดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดหนองคาย ได้แก่ ระบบส่ง TPN สู่วิทยาบาลชุมชน ระบบปรึกษาแพทย์ชำนาญการทารกแรกเกิด เมื่อมีปัญหาในการดูแล ระบบปรึกษากุมารแพทย์โรคหัวใจก่อน ส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลศูนย์ ให้ความรู้การกักขังและการส่งต่อทารกอย่างถูกต้อง มีระบบ Refer Back ทารก ที่อาการทุเลา มีระบบการสอบถามเตียงว่างทางไลน์ภายในเขต มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างเป็นรูปธรรม ภายในโรงพยาบาลมีเกณฑ์การส่งตรวจคัดกรองจอประสาทตา เกณฑ์การตรวจการได้ยิน เกณฑ์การคัดกรองภาวะเลือดออกในสมองชัดเจน เกณฑ์การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค รวมถึงติดตามพัฒนาการทารกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน คุยเรื่องปัญหาและพัฒนา งานร่วมกัน จังหวัดหนองคายมี NICU 12 เตียง/SNB 16 เตียง สามารถผสม TPN ได้มาตรฐานโดยทีมงานเภสัช กร กรณีเกินศักยภาพเช่นการผ่าตัดทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรม การทำ Laser ROP ทารกหัวใจพิการ แต่กำเนิดชนิดซับซ้อน ส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

2. House Model

S2 พัฒนาระบบบริการเป็นเลิศ (service excellence) แผนงานที่ 4 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน (3.6: 1000 การเกิดมีชีวิต)			
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	สาเหตุการตายที่สำคัญคือทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย (Preterm) ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด Birth asphyxia และทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Birth defect) นอกจากนี้การส่งต่อออกนอกเขตก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งเนื่องจากขาดบุคลากรและอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น complex heart Disease ,PPHN , ROP			
GAP	- อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน ปี 2565 = 3.3 - มีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตเพื่อพบจักษุแพทย์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางศัลยกรรมระบบประสาท และศัลยกรรมเด็ก - ต้องมีพยาบาลเฉพาะทางอย่างน้อย 1 คน/เวร - ทำ Universal OAE screening ยังไม่ครอบคลุม			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. พัฒนาระบบบริการ	2. พัฒนาเครือข่ายการจัดเก็บข้อมูลทารกแรกเกิด	3. ทารกแรกเกิดได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน	
กิจกรรมหลัก	1. จัดทำคู่มือและอุปกรณ์การแพทย์- อุปกรณ์จำเป็นสำหรับ รพ. เช่น Pulse oximeter, Neopuff, Transport incubator 2. พัฒนาศูนย์การดูแลทารกแรกเกิด - บูรณาการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับสูติกรรม - พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดใน รพ. และ Node - ให้ความรู้การดูแลทารกเพื่อลดปัญหาอุณหภูมิร่างกายต่ำ/sepsis - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย - ศักยภาพการหัวใจพิการในโรงพยาบาลที่มีการคลอดทุกราย - Universal OAE screening /IEM - ทบทวน Dead case conference และเคสที่มีปัญหาร่วมกับสูติกรรม	- ปรับปรุง DATA quality ทารกเกิดมีชีวิต ทารกเสียชีวิตให้ตรงกับข้อมูลในระบบ HDC - มีผู้ดูแลและวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศมาใช้เพื่อการตัดสินใจ	1. เพิ่มความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่อง -NCP new guidelines , STABLE Program -การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต -การคัดกรองทารกหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง -Universal OAE screening 2. เพิ่มการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง 3. ติดตามพัฒนาการในเด็กป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน	
ยล ระดับความสำเร็จ	1. ประชุมชี้แจงนโยบายการเก็บตัวชี้วัดและข้อมูลสารสนเทศ ปีงบประมาณ 2566 2. จัดทำแผนพัฒนาบูรณาการร่วมกับสูติกรรม	1. อบรม NCP +STABLE Program 2. อบรมการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต /HNA 3. CCHD / OAE / IEM /TSH 4. ประเมินผลการดำเนินงานรอบ 1	1. ประเมินผลการดำเนินงานรอบ 2 2. เพิ่มศักยภาพบุคลากร - NRP หนองคาย, ท่าบ่อและโพนเหนือ, โพนพิสัยและโพนใต้	1. รายงานผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราตายทารกแรกเกิด อายุ ≤ 28 วัน < 3.6 : 1000 การเกิดมีชีวิต

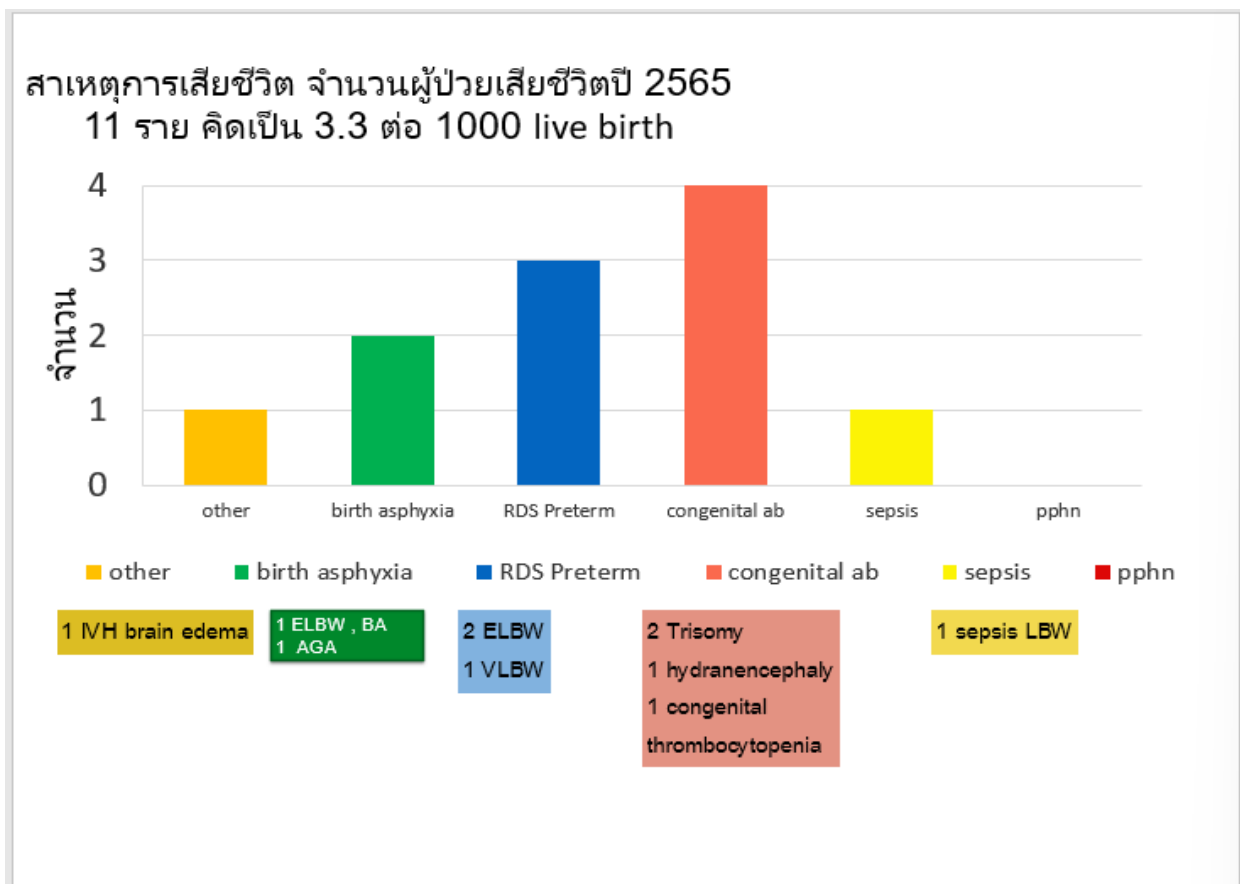
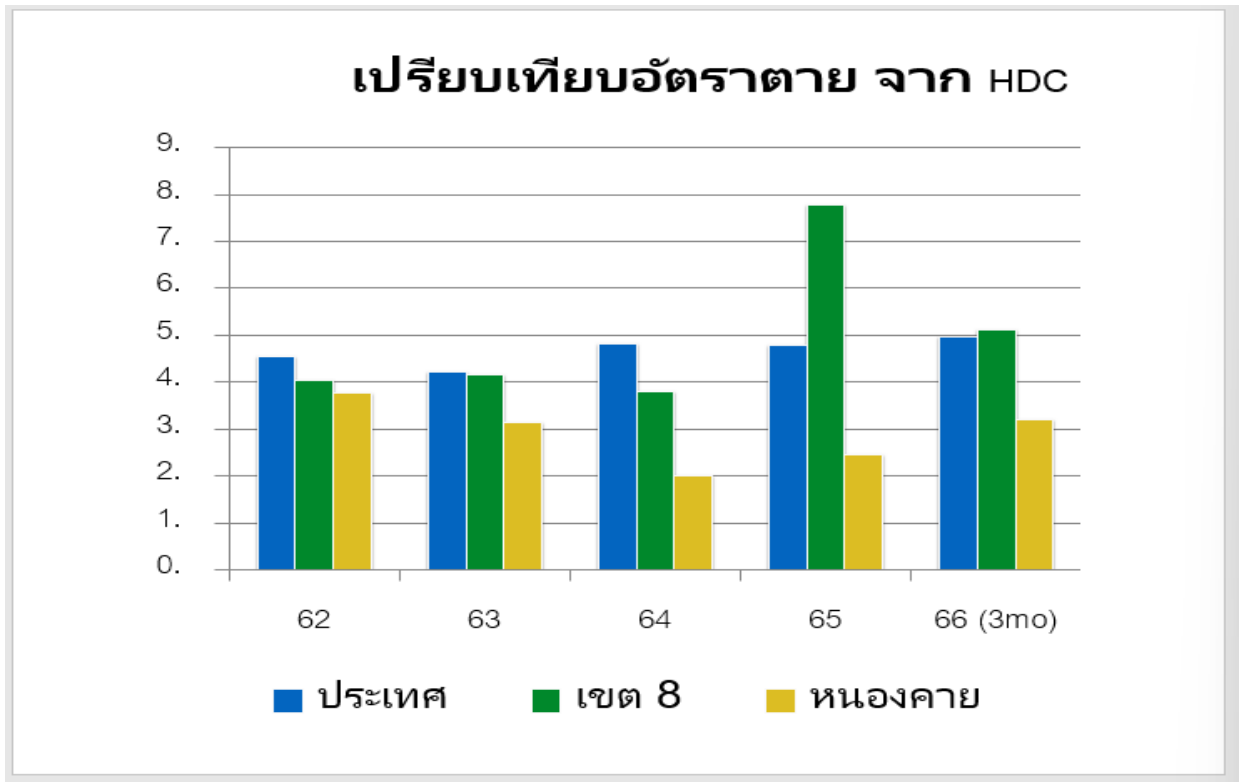
5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

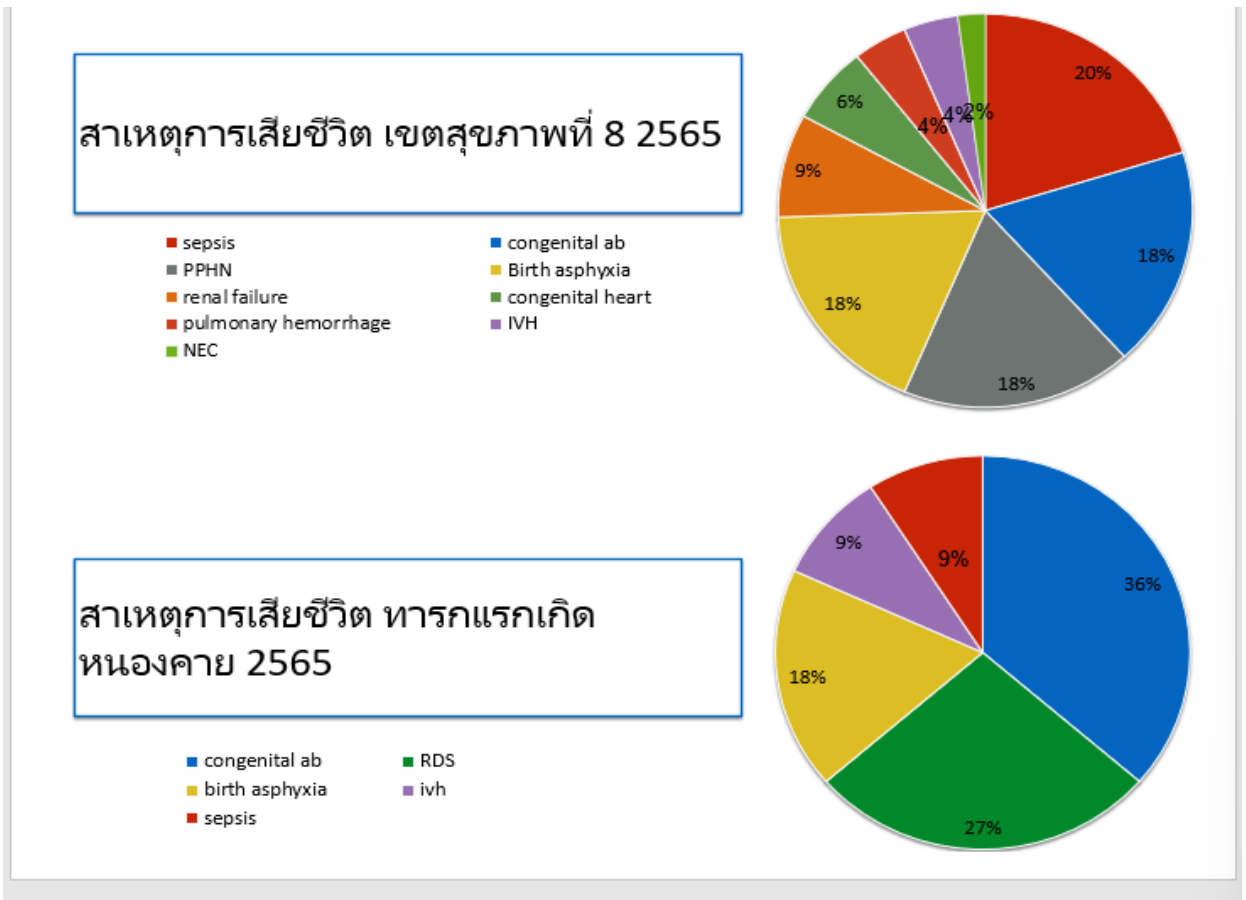
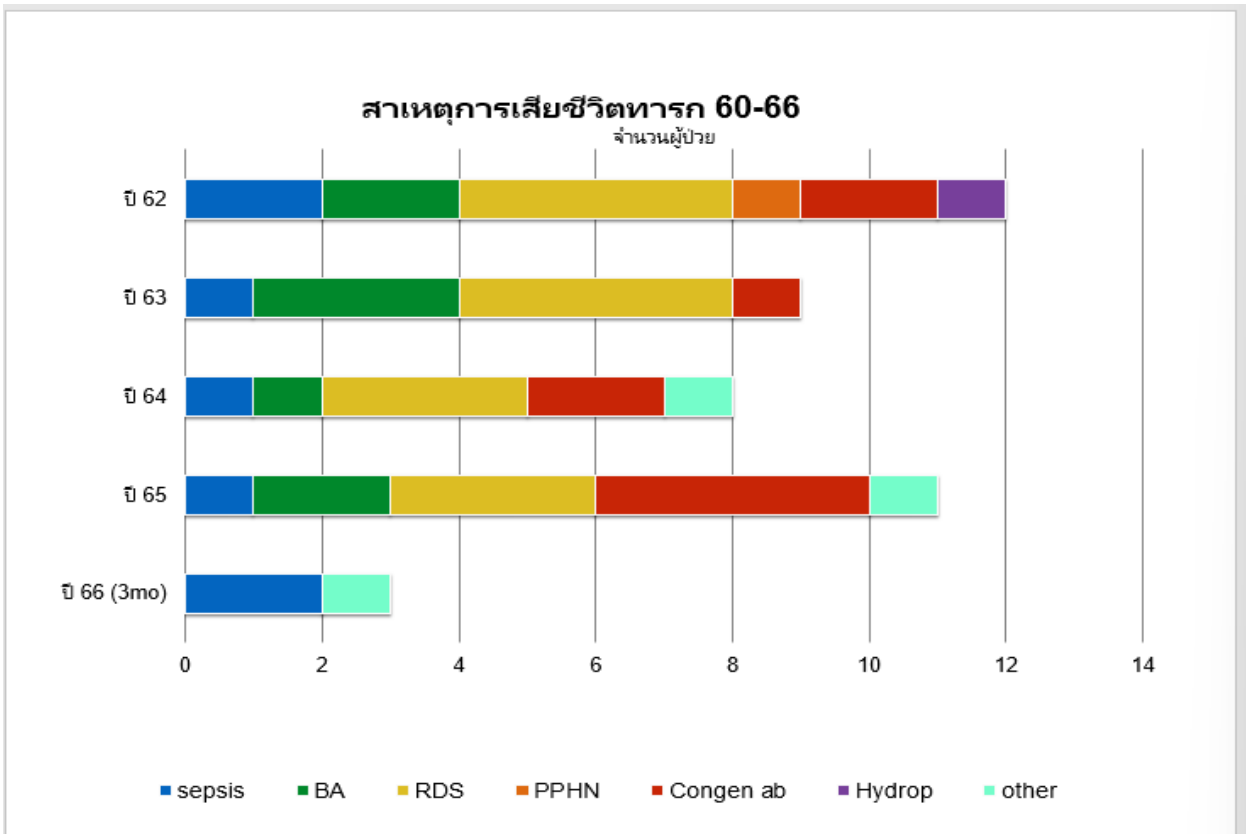
ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

5.1 ตารางแสดงเด็กเกิดมีชีวิต และอัตราตาย ปี 2565-2566 (ข้อมูลเชิงปริมาณ)

ตัวชี้วัด	หนองคาย		ท่าบ่อ		โพนพิสัย		ศรีเชียงใหม่		สังคม	
	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566
จำนวนทารกเกิดมีชีวิต	1414	418	1011	270	837	228	22	8	43	9
น้ำหนัก < 1000 gm	9	3	-	-	-	-	-	-	-	-
น้ำหนัก 1000-1499 gm	17	2	5	1	1	1	-	-	-	-
น้ำหนัก 1500-2499 gm	117	44	66	34	67	17	5	-	3	-
น้ำหนัก > 2500 gm	1271	366	926	235	692	210	17	8	40	9
จำนวนทารกตาย	9	2	2	1	-	-	-	-	-	-
อัตราตายโรงพยาบาล	6.36	5.46	1.97	3.7	0	0	0	0	0	0
อัตราตายทั้งจังหวัด	3.3	3.21								

5.2 อัตราตายและสาเหตุการตาย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)





5.3 ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN มี Early warning sign และ Early diagnosis

ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN

ตัวชี้วัด	2562	2563	2564	2565	2566
ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN เหลือร้อยละ 30 ทุกเขตสุขภาพ	40 (2/5)	0 (0/1)	0 (0/3)	0 (0/1)	0 (0/0)

แนวทางการลด PPHN ในจังหวัด

Mode of support	flow/pressure	Fio ₂	Respiratory distress	Cyanosis
CPAP	≤6-8 mmHg	< 0.4	เหมาะสม	เหมาะสม
HHHFNC	≤6-8 LPM	< 0.4	เหมาะสม	เหมาะสม
Oxygen canular+Oxygen blender	≤3 LPM	< 0.4	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม
Oxygen canularไม่มี Oxygen blender	≤1-2 LPM	Fix ที่ 1	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม
Oxygen hood	≤5 LPMกล่องเล็ก	Fix ที่ 1	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม

มีการติดตาม

1. Monitor ทุก 1 ชั่วโมง
2. Keep RR 40-60 /นาที หรือติดตามอาการใน 6 ชั่วโมงว่าดีขึ้นหรือไม่ เช่น RR ลดลง
3. Monitor SpO₂ preductal +post ductal sat
4. if SpO₂ < 90 -95 % or differential sat > 5 -10 % จำเป็นต้อง re evaluate
5. ระวังภาวะ congenital heart disease

5.4 มีการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด 100 % (Universal OAE) และมีแนวทางการส่งต่อกรณีเด็กมีปัญหา

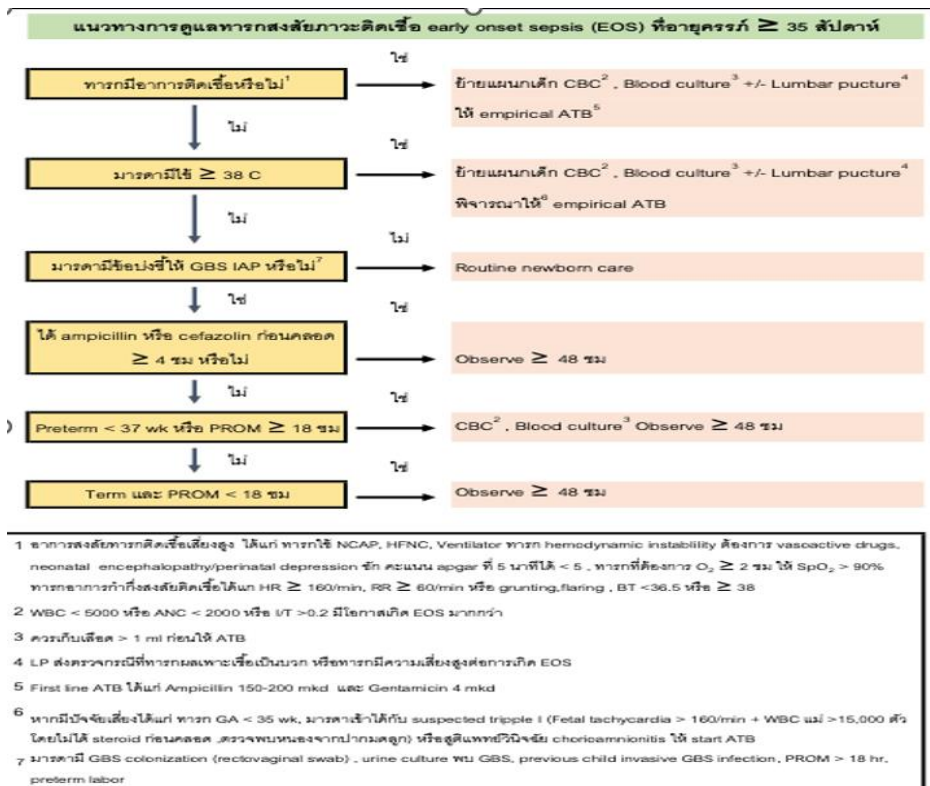
**แนวทางคัดกรองการได้ยิน ทารกกกลุ่มเสี่ยง
หนองคาย 0-6 เดือน**



กลุ่มเสี่ยงได้แก่ : JCIH 2007 + Preterm + LBW

	ทารกที่ได้รับการตรวจ OAE	แพทย์ ENT	Refer
รพ.หนองคาย	Universal screening	มี	อุดรธานี
รพ.ท่าบ่อ	Universal screening	มี (part time)	หนองคาย -> อุดรธานี
รพ.โพนพิสัย	Universal screening	ไม่มี	หนองคาย -> อุดรธานี

5.5 มีแนวทางการป้องกันทารกติดเชื้อ (Early neonatal sepsis) ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด



ปรับปรุง 18 พ.ค. 2563

5.6 กำหนดเกณฑ์การดูแลทารกร่วมกับ MCH board

กำหนดเกณฑ์การดูแลทารก Near abortion preterm (MCH board)

≥ 24 week	And	≥ 500 gm	ดูแลตามมาตรฐาน preterm labor pain
< 24 week	And	< 500 gm	Abortion
≥ 24 week	but	< 500 gm	<div style="text-align: right; color: red; font-size: 2em; margin-bottom: 5px;">★</div> สูติแพทย์และกุมารแพทย์พิจารณาร่วมกัน (โอกาสรอดอยู่ที่ 20-30% หากอายุครรภ์เกิน 23 และได้ dexamethasone ครบ) มีโอกาสมีความผิดปกติอื่นๆ
< 24 week	but	≥ 500 gm	

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 ศักยภาพด้านบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์

ขาดบุคลากร และ อุปกรณ์จำเป็นในบางโรงพยาบาลในจังหวัดและพื้นที่รอยต่อ

ติดตามศักยภาพและอุปกรณ์ รพช

	ทำบ่อ	ศรียุคใหม่	สังคม	โพธตาก	โพนพิสัย	เฝ้าไร่	รัตนวาปี	โขยพิสัย	ปากคาด
Ped	5 คน				2 คน			1 คน	
Warmer	yes	yes	yes		yes	yes		?	yes
Transport Incubator	yes	yes			yes	yes	yes	?	yes
UVC	yes				yes				
Tpiece ventilator	yes				yes				yes
Infusion pump	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
nurse experience	yes				yes				

6.2 เป้าหมายการพัฒนางานต่อเนื่อง

- 6.2.1 ลดอัตราการเสียชีวิตทารกกลุ่ม ELBW
- 6.2.2 เพิ่มการส่งต่อทารก Intrauterine / Extrauterine
- 6.2.3 ติดตามผลลัพธ์พัฒนาการเด็ก คุณภาพชีวิต และการเจริญเติบโตร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก
- 6.2.4 ประสานความร่วมมือกับประเทศลาว เรื่องการดูแลทารกแรกเกิด
- 6.2.5 ผลักดันให้มียา Caffeine เพื่อลดปัญหา apnea และลด BPD
- 6.2.6 วางแนวทางการคัดกรองมารดาติดสารเสพติดในจังหวัดร่วมกับ MCH Board

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

7.1 การตรวจคัดกรอง ROP ในทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ทุกราย และมีการใช้ Weaning sat protocol เพื่อป้องกันการเกิด ROP ในทารกที่ได้รับการรักษาโดยใช้ออกซิเจน

ROP: < 34 week ชื่อ.....

อายุครรภ์.....BW.....คลอดวันที่..... Inborn outborn.....

- มีIndication ตรวจ ROP
 - BW <1500 gm หรือ GA < 32 wk
 - BW 1500 - 2000 gm หรือ GA ≥ 32 wk แต่ unstable clinical course
- ไม่มีข้อบ่งชี้

พบ ROP หรือไม่

- ใช่
- ไม่ใช่

ตรวจ ROP ที่อายุ 4-6 สัปดาห์ หรือ PCA ≥ 31 wk
ใช่ ไม่ใช่

มีระบุใช้ weaning oxygen sat protocol หรือไม่
ใช่ ไม่ใช่

ระดับออกซิเจนช่วง 14 วันแรกคิดเป็นร้อยละ
85-89%..... 90-95%..... 96-100%.....

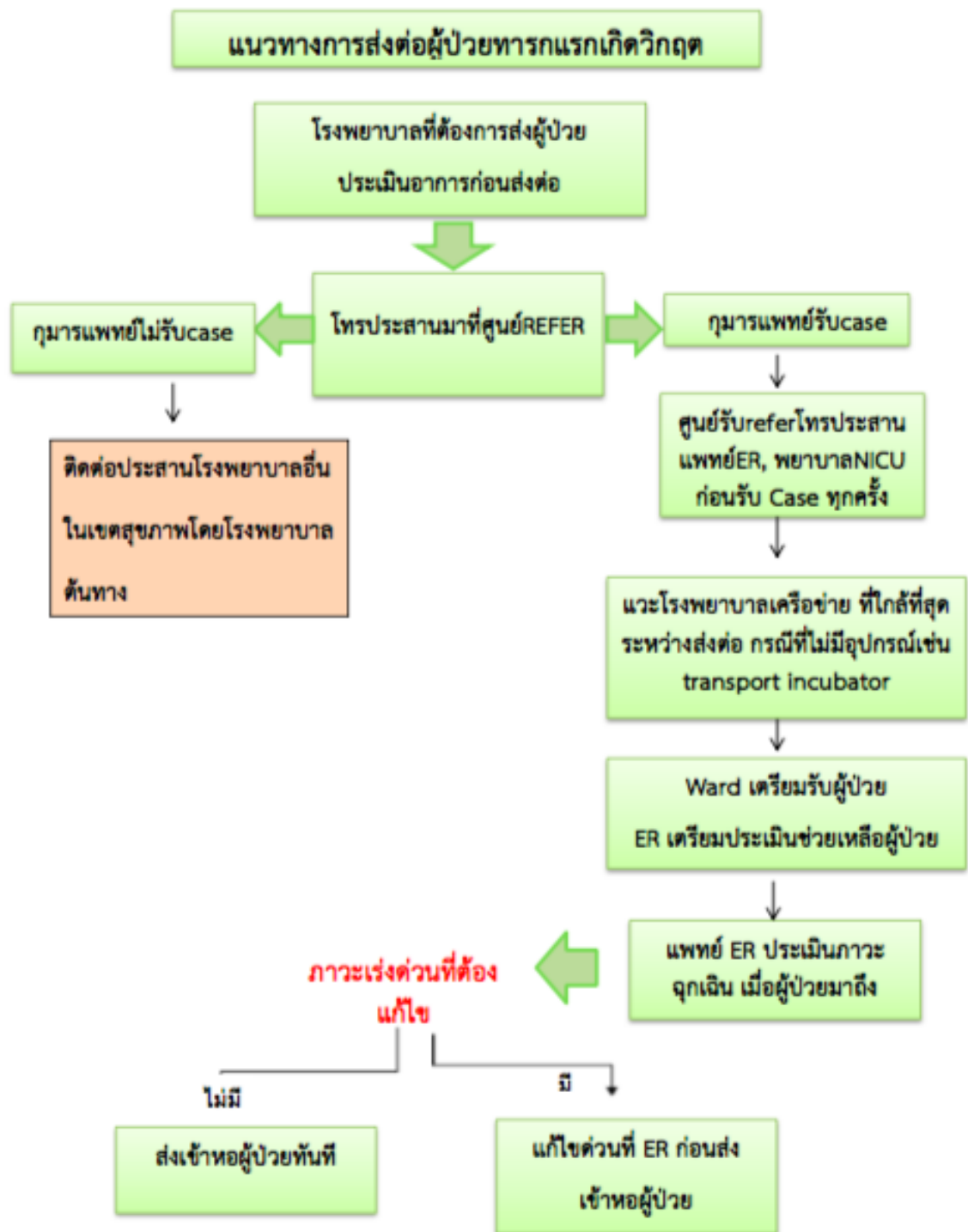
ระดับความรุนแรงของ ROP

- ไม่รุนแรง Zone และ stage อื่นๆ
- รุนแรง Zone II plus disease with stage 2 or 3 ROP
Zone I plus disease with stage 1 or 2 ROP
Zone I Stage 3 ROP

Weaning sat protocol

ส่งข้อมูลวันที่...../...../.....

7.2 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต



หมายเหตุ :

1. ให้พยาบาล Refer จากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย รวบรวมส่งผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตด้วยทุกครั้ง
2. ภาวะโรคที่พิจารณาส่งต่อผ่านรพ.หนองคาย
 - a. โรคทางศัลยกรรม เช่น Diaphragmatic hernia, Intestinal obstruction, omphalocele, gastroschisis
 - b. ทารกหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเขียว (ปรึกษากุมารแพทย์ทารกแรกเกิดก่อนส่งผ่าน)
3. อุปกรณ์สำหรับส่งต่อได้แก่ ที่วัดอุณหภูมิ ที่จับระบบซิเจน Transport incubator Infusion pump เป็นต้น

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (ทารกแรกเกิด) ระหว่างการส่งต่อ

การประเมินสภาพ (พยานดูแลส่งต่อผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน) วันที่..... เวลา..... น. ชื่อ.....

T.....°C HR...../min RR...../min BP.....mmHg MEAN BP..... ลักษณะการหายใจ..... สีผิว.....

ชนิด IV Fluid 10% D/W Rate.... cc/hr 5% D/N/S Rate ... cc/hr ปรับเอง Infusion pumpยี่ห้อ.....cc DTX....mg%

ชนิดการให้ออกซิเจน

ET-Tube No ซีก Neo puff setting PIP..... PEEP..... Ambu bag

Oxygen Mask Oxygen Canular Oxygen Tubing อื่นๆ ... ปริมาณ Oxygen ที่ให้ L/min O2Sat.....%

การดูแลอุณหภูมิกาย Transport Incubator ห่อผ้า ใส่หมวก

อุปกรณ์ต่อวีเฟออร์ ครบ ไม่ครบ การเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (ออกจาก รพ. เวลาน.)

ปริมาณออกซิเจนในถังมีพอที่จะถึง รพ. ปกติทาง บริเวณให้ IV Fluid or UAC or UVC ติดดี ไม่มีเชื้อค/น้ำซึม

การดูแลขณะนำส่ง (ควรประเมินอย่างน้อยทุก 15-30 นาที ตามอาการของผู้ป่วย)

เวลาทุก 30 นาที	BT	RR	HR	O2 Sat	Capillary refill	IV rate	IV site		ตำแหน่ง ETT	PIP/ PEEP	การแก้ไขการรบกวน
							ปกติ	ผิดปกติ			

การประเมินขณะรับผู้ป่วย (แพทย์/พยาบาลเป็นผู้ประเมิน) วันที่..... เวลา..... น.

T.....°C HR...../min RR...../min BP.....mmHg MEAN BP..... O2 Sat.....% Capillary refill..... วินาที

ลักษณะการหายใจ..... สีผิว..... IV Fluidที่เหลือ.....ซีซี รวมได้ขณะส่งต่อ.....ซีซี

การดูแลทางเดินหายใจ ขนาด ETT.....ซีก..... การยึดติด ดี ไม่ดี..... อื่นๆ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งต่อ(ส่วนของรพ.ที่รับส่งต่อ)

การประสานงานล่วงหน้า เหมาะสม ไม่เหมาะสม.....

ความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนส่ง พอเพียง ไม่พอเพียง.....

ขณะส่ง พอเพียง ไม่พอเพียง.....

การให้ออกซิเจน เหมาะสม ไม่เหมาะสม.....

การให้ IV Fluid เหมาะสม ไม่เหมาะสม.....

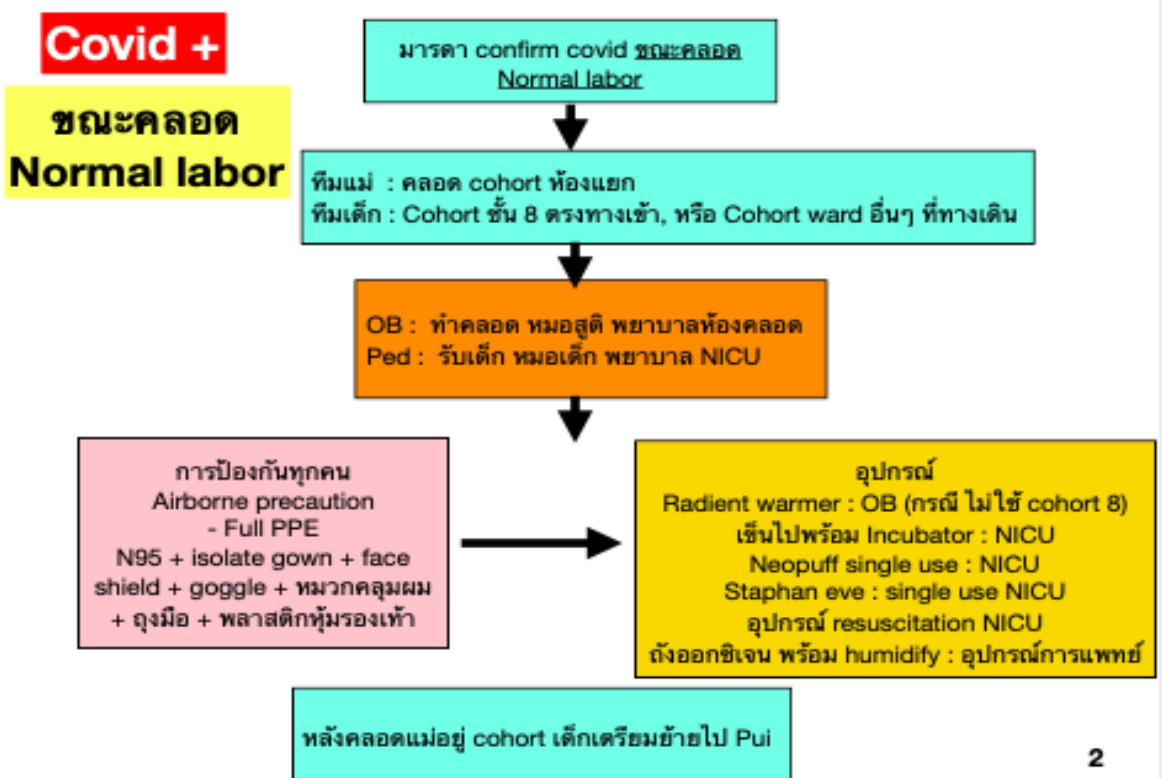
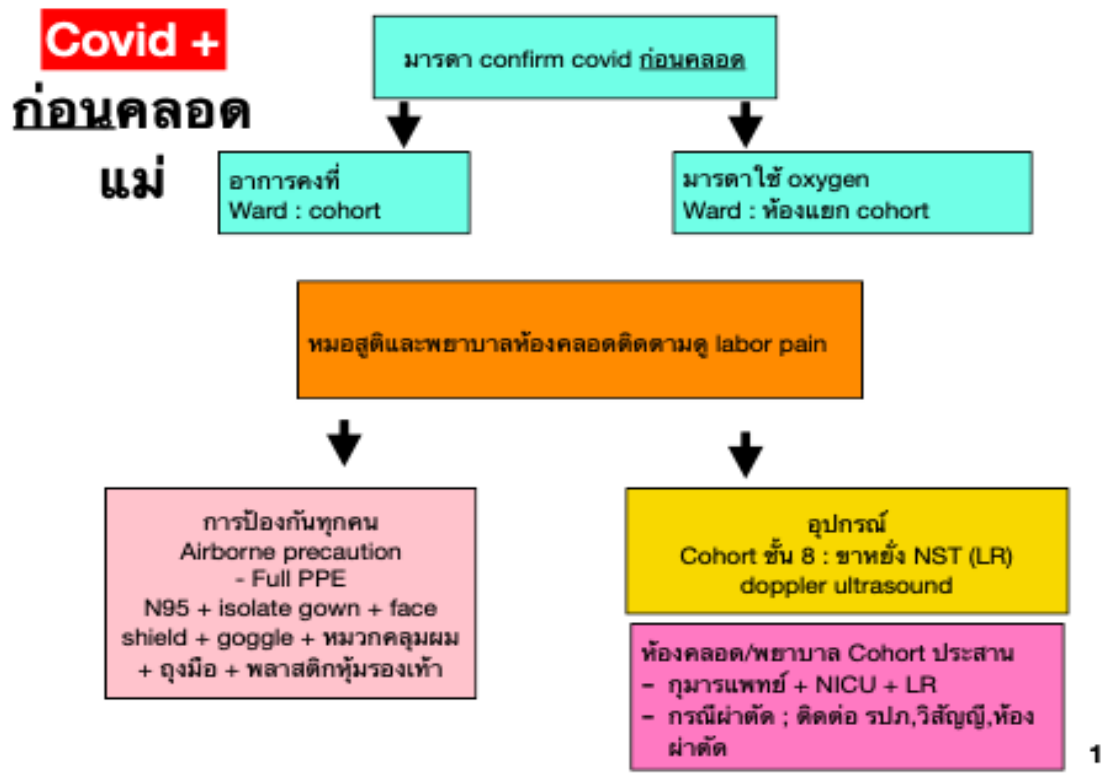
ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในโอกาสต่อไป.....

..... ลงชื่อ..... (ผู้ประเมิน)

ข้อเสนอแนะของทีม Refer (รพ.ต้นทาง).....

..... ลงชื่อ..... (ผู้ประเมิน)

7.3 แนวทางการดูแลทารกและมารดา PUI/Covid-19 มี Standing order ในการดูแลและการแยกโซน ตลอดจนความปลอดภัยของทารก



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นางสาวกฤษณี กนกศิลป์

นายแพทย์ชำนาญการ

2. นางปริญดา ไตรยะวงศ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

3. นางสาวเบญจวรรณ เครือเนตร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. -

E-mail: pin_koko@hotmail.com

โทร. 081-7496251

E-mail: Parindaaso@hotmail.com

โทร. 081-9546407

E-mail: benwan18@hotmail.com

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 7 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8) & ประเด็นเพิ่มเติม

หัวข้อ : สาขาอายุรกรรม(Sepsis)

ตัวชี้วัด อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	< 26	37.23	37.86	37.75	41.63

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	<ul style="list-style-type: none"> Awareness & Family participation Early Detect 	<ul style="list-style-type: none"> Sepsis bundle 	<ul style="list-style-type: none"> Effective team Collaboration network
OKR หรือ KPI	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาช่องทางด่วน Sepsis Fast Track ประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ประชาชนรู้จักอาการที่สงสัยว่าเป็น Sepsis ต้องรีบมารพ.เน้นประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ทารกแรกเกิด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน โรคเม็ดเลือดขาว ตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยา steroid ยาเคมีบำบัด เป็นต้น มีช่องทางการรับบริการ 1669 และพัฒนาระบบส่งต่อ การให้ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพรพช.ในการดูแล Sepsis, ICU ในรพช. พัฒนา ICU node พพส. ปรับปรุง CPG Sepsis ใช้ CPG เดียวกันทั้งจังหวัด เน้นการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB การให้ Fluid resus ให้เพียงพอ 30 cc/kg/hr ภายใน 6 ชม. และการให้ ATB ภายใน 1 ชม. ลดการติดเชื้อ VAP + ปรับปรุง Weaning protocol 	<ol style="list-style-type: none"> สำรวจสาเหตุเสียชีวิต 5 อันดับแรก นำมาวางแผนดูแล ป้องกัน แก้ไขตามสาเหตุ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาลในการ Early Dx & Early Rx. Sepsis ร่วมกับ PCT ยา พัฒนา RDU, DUE และจัดทำ guide for empirical antibiotics in Sepsis admission cases ประชุม Inter department management (Med, Sx, Ortho) พัฒนาระบบ refer in/refer out ระบบ consult อายุรแพทย์ใน/นอกเวลาราชการ และการให้คำปรึกษาผ่านทาง line แก่แพทย์

			รพ.ชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง 7.โครงการแพทย์ที่เยี่ยมแพทย์น้อง รพช.
Workforce	Reskill & Upskill : การค้นหา คัดกรองโดยใช้ SOS score, qSOFA และจัดการความเสี่ยง	Reskill & Upskill : -พัฒนา competency เจ้าหน้าที่ ในการเฝ้าระวัง Early warning signs และ Specific clinical risks ที่สำคัญใน sepsis -ทบทวน RCA dead case conference -ระบบนิเทศพยาบาล Clinical supervision	-Sepsis Team - Rapid Response Team -Multidisciplinary team : complex patient -อบรมพยาบาลเฉพาะทางวิกฤต -อบรม ACLS, BCLS
Data & IT	HDC service	HDC service	HDC service และการสร้าง platform การลงข้อมูลให้ real time และ verify ข้อมูลให้ถูกต้อง
Supply	สนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพ บุคลากร ส่งเสริมและสนับสนุน ความก้าวหน้าในสายงาน	สนับสนุนวิชาการ พัฒนา ศักยภาพบุคลากร ส่งเสริมและ สนับสนุน ความก้าวหน้าในสาย งาน	-สนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพ บุคลากร ส่งเสริมและสนับสนุน ความก้าวหน้าในสายงาน -พัฒนาศักยภาพ รพช.ในการดูแล Sepsis, เพิ่มจำนวนเตียง ICU ใน รพช. -จัดหายา และครุภัณฑ์การแพทย์ที่ จำเป็นให้โรงพยาบาล
Finance	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หา แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินการ	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หา แหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินการ	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หาแหล่ง ทุนสนับสนุนการดำเนินการ
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรมมี คุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายใน การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรมมี คุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายใน การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	-พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรมมี คุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายในการ ดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม -มีธรรมาภิบาล โปร่งใสตรวจสอบได้
Participation	ขับเคลื่อนผ่าน คณะทำงานระบบบริการ สุขภาพสาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ (Sepsis) จังหวัดหนองคาย และ Sepsis case manager ของแต่ละ โรงพยาบาล	บูรณาการความร่วมมือระหว่าง service plan และ stakeholders ที่เกี่ยวข้อง PCT อื่นๆ สาขาอายุรกรรม Sepsis กับ สาขา RDU ประเด็นการติด เชื้อดื้อยา	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง เครือข่ายบริการสุขภาพเขต 8 สป. กรมการแพทย์ และ stakeholders

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

จังหวัดหนองคายประกอบไปด้วย 9 อำเภอ มีโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง (รพ.หนองคาย) ระดับ M2 จำนวน 2 แห่ง ระดับ F2 จำนวน 2 แห่ง ระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง และรพ.เอกชน จำนวน 3 แห่ง ไม่มีอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ จากสถิติ sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการตายสูงและแปรผันตามระดับความรุนแรงคือ 15-20% ใน sepsis, 45-50% ในผู้ป่วย septic shock จากข้อมูล HDC ในปี 2563-2565 ของจังหวัดหนองคาย พบว่าอัตราการเสียชีวิตรวมไม่สมัคร้อยของ Severe Sepsis/Septic shock Community acquired (R65.1, R57.2) มีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 37.23, 37.86 และ 37.75 ตามลำดับ และจำแนกตามรายโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ดังนี้ รพ.หนองคาย 53.86 รพ.ท่าบ่อ 29.94 รพ.ศรีเชียงใหม่ 18.18 รพ.เฝ้าไร่ 13.13 รพ.สระใคร 8.33 และรพ.โพนพิสัย 5.93 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือไม่พบผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ที่เสียชีวิต/ไม่สมัคร้อย อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Hemoculture ปี 2565 ได้แก่ Escherichia coli, Staphylococcus aureus และ Klebsiella pneumoniae คิดเป็นร้อยละ 11.91, 6.64 และ 5.76 ตามลำดับ อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Sputum culture ปี 2565 ได้แก่ Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) และ Klebsiella pneumoniae (CRE_MDR) คิดเป็นร้อยละ 19.17, 14.78 และ 8.95 ตามลำดับ

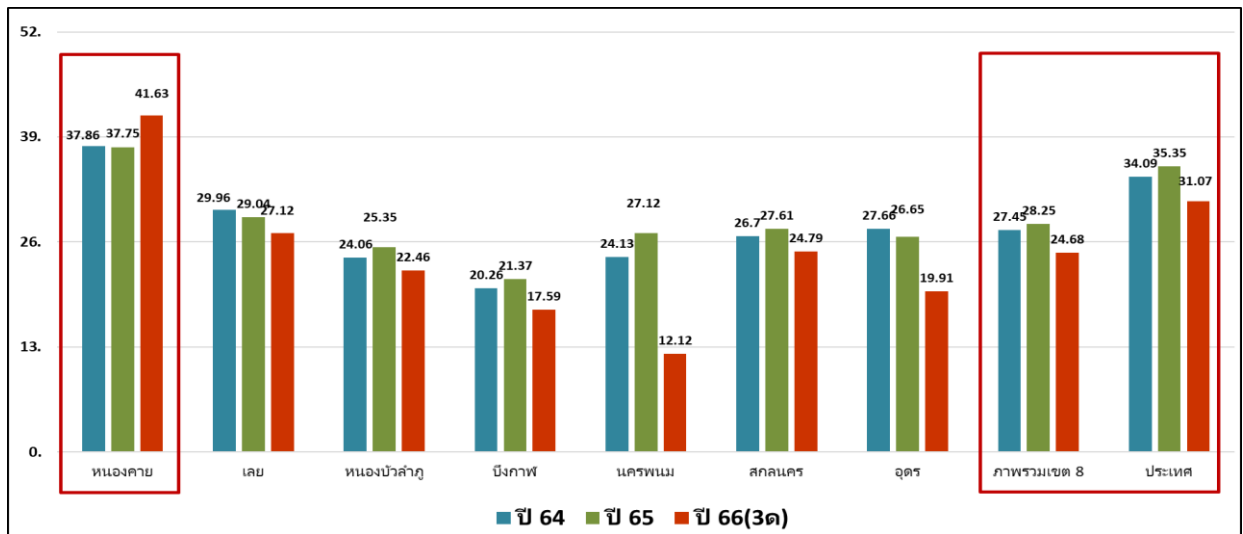
4. แผนการดำเนินงาน (มาตรการ/แนวทาง/Small Success 3m,6m,9m,12m ปีงบประมาณ 2566)

2. House Model				
แผนงานที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาอายุรกรรม(Sepsis)				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	โรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ พบอัตราการสูงเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดหนองคาย โรคที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ Septic shock, Septicemia, Pneumonia, Urinary tract infection และ Soft tissue infection (Cellulitis + Necrotizing fasciitis) ตามลำดับ จากข้อมูล HDC ปี 2563-2565 พบว่าอัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2) คิดเป็นร้อยละ 37.23, 37.86 และ 37.75 ตามลำดับ มีประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญและโอกาสพัฒนา ได้แก่ Missed/Delayed Dx. ทั้งที่รพ.และที่รพ.หนองคาย การได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า การได้รับการนำไม่เพียงพอ ไม่ได้เจาะ hemoculture ก่อนหย่าปฏิชีวนะ การปฏิบัติตาม CPG ไม่ครอบคลุม และเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Sepsis			
GAP	1.Competency ในการติดตามและประเมินอาการผู้ป่วย (แพทย์/พยาบาล) 2.Missed diagnosis ในผู้ป่วย sepsis ที่ refer มาจาก รพช. 3.อัตราการ Sepsis NI > CI 4.การพัฒนา Sepsis กลุ่มโรคที่พบบ่อย ระหว่างแผนก (Inter department) Med : Surg/Ortho 5.ระบบข้อมูล/ฐานข้อมูล HDC (การสรุปเวชระเบียน), Cockpit 6.การรายงานข้อมูล รพช.ไม่เป็นปัจจุบัน/สสจ.ขาดการติดตามและประเมิน			
รหัสสาร/มาตรการ	1. พัฒนาระบบบริการและขยายเครือข่าย	2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร	3.จัดระบบสนับสนุน Drug & Equipment	4.พัฒนาระบบสารสนเทศ
กิจกรรมหลัก	1.พัฒนาระบบ Sepsis Fast Track รพ.นค./รพช./รพ.สต. 2.พัฒนาศักยภาพรพช.ในการดูแล Sepsis, ICU ในรพช. พัฒนา ICU node พทส. 3.พัฒนาระบบ refer in/refer out 4.ปรับปรุง CPG Sepsis SOS + Severe Sepsis/Septic shock Standing Order 5.ร่วมกับ PCT ยา พัฒนา RDU, DUJ และจัดทำ guide for empirical antibiotics in Sepsis admission cases 6.พัฒนา Inter department Med, Sx. (NF,Cellulitis), Ortho(Septic Arthritis) 7.ลดการติดเชื้อ VAP + ปรับปรุง Weaning protocol 8.Prevention : Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน	1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาลในการ Early Dx & Early Rx. Sepsis 2.อบรม ACLS, BCLS 3.อบรมพยาบาลเฉพาะทางวิกฤต 4.บทบาท case conference ร่วมกับรพช.	แผนจัดหาครุภัณฑ์ การแพทย์ Ventilator, Defib, Infusion pump, Monitor EKG, Ambulance LAB : Blood lactate, Hemo culture Drug : Antibiotics, Inotropic Vasoactive agent	1.พัฒนาการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยยังไม่มีความถูกต้องตามนิยาม ICD10 code โดยสื่อสารการสรุปเวชระเบียนตามนิยาม Sepsis/severe sepsis/ septic shock กับแพทย์, coder และ auditor ปรับการสรุป summary กรณี D/C ตัดยอดโดยให้สรุปเป็น Discharge status = 3 (Not improve) Discharge type = 5 (Other) 2.พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูลและการคืนข้อมูล 3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis <26	ไตรมาส 2 1.ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ 1 2.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < 26	ไตรมาส 3 1.ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ 2 2.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < 26	ไตรมาส 4 1.ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ 3 2.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < 26

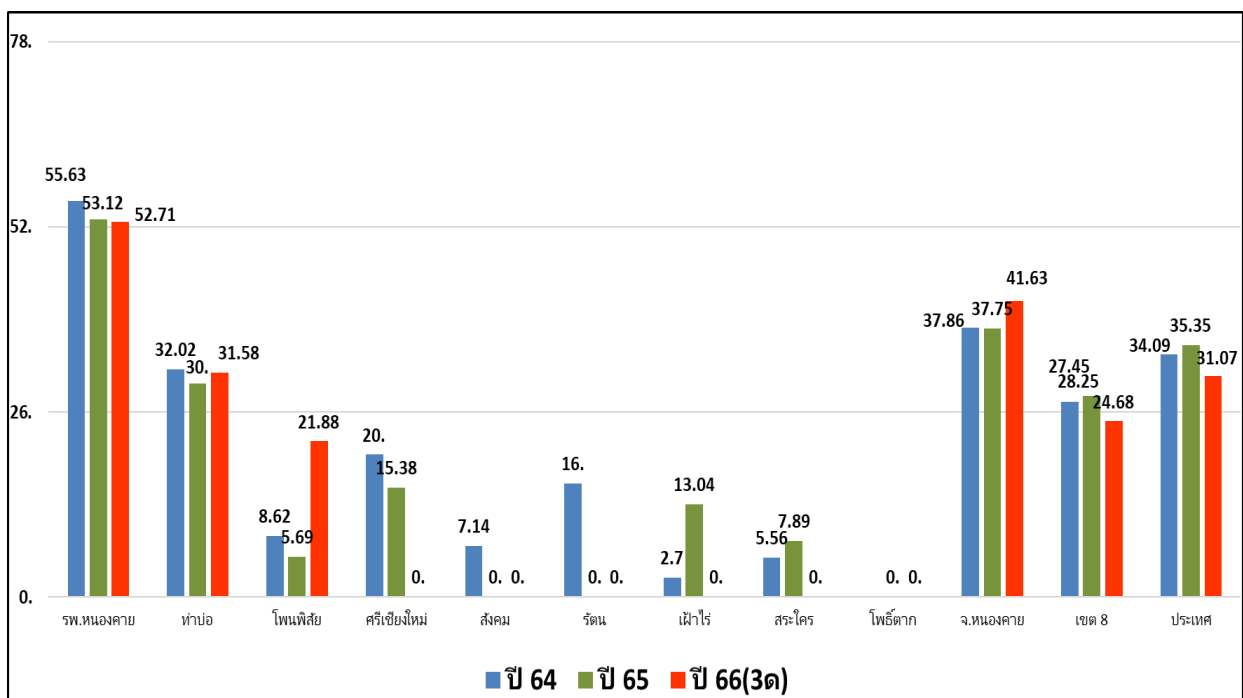
5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

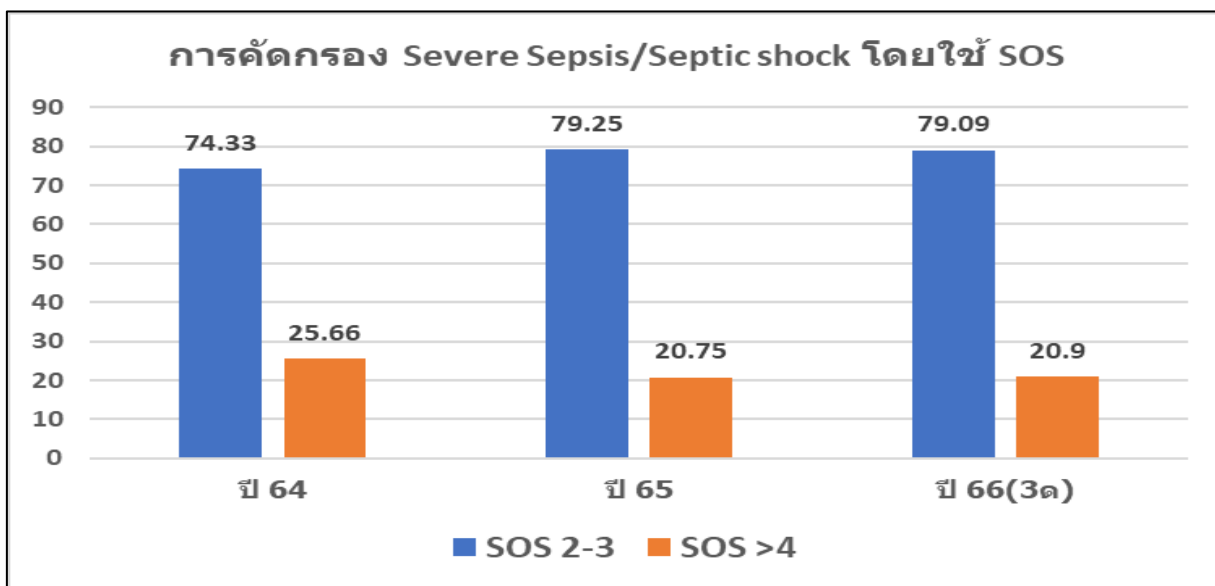
อัตราการตาย+ไม่สมัครอยู่ Severe Sepsis/Septic shock CI (R65.1, R57.2) แยกตามจังหวัดในเขต 8



อัตราการตาย+ไม่สมัครอยู่ Severe Sepsis/Septic shock CI (R65.1, R57.2) แยกตามรพช.ในจังหวัดหนองคาย



ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย



6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
Service delivery	<ul style="list-style-type: none"> -ปัญหาการเข้าถึง ICU -missed/delay Dx. & Rx. -Delayed ATB+IV resus. -Early start vasopressor + inadequate IV resus. -Severe complications + multi organ failure -LOS นาน เพิ่มความเสี่ยง NI >> dead -CPG Sepsis ไม่เหมือนกัน ทั้งจว. 	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนา ICU node พพส -Update CPG Sepsis : Dx., Rx. -พัฒนาระบบ Fast Track ทุก รพ.เน้น early Dx, early Rx การปฏิบัติตาม CPG Sepsis และการ refer case วิกฤติ -เน้นรักษา Melioidosis ใน กลุ่ม high risk และ Pneumonia -ทบทวน RCA, ทบทวน EWS Sepsis 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาศักยภาพรพช.
	<ul style="list-style-type: none"> การได้รับ Vaccine กลุ่มเสี่ยง High risk ได้รับน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> -High risk : Pneumonia ควร ได้รับ Pneumococcal vaccine 	<ul style="list-style-type: none"> -นโยบายฉีดและการ จัดสรร Flu vaccine/ Pneumococcal vaccine -การส่งเสริมการป้องกัน และกระตุ้นการฉีด
	<ul style="list-style-type: none"> -ยังไม่มี การจัดตั้งระบบ Rapid Response Team ในรพ. 	<ul style="list-style-type: none"> แผนจัดตั้ง RRT 	
Health workforce	<ul style="list-style-type: none"> -รพช.ขาดแพทย์ Med/Sx. -ขาดพยาบาลวิกฤติ 	<ul style="list-style-type: none"> -เพิ่มบุคลากร:แพทย์รพช.(Med/Surg.) 	<ul style="list-style-type: none"> -การจัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากร

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
		-เพิ่มพยาบาลวิกฤติ	แพทย์ พยาบาล
	-Competency แพทย์ พยาบาล (พบ Delay Dx., Delay Tx.) การใช้ CPG	-พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพท., รพช.,รพ.สต.,สื่อสารการใช้ CPG -Site visit โครงการแพทย์พี่ เยี่ยมแพทย์น้อง	-การสนับสนุนงบประมาณ ประชุม อบรม Site visit โครงการแพทย์พี่เยี่ยม แพทย์น้อง
ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ ยา	Ventilator, infusion, monitor EKG ไม่เพียงพอ	-แผนครุภัณฑ์ งบประมาณน้อย เสนอขอไปแต่ไม่ได้/ได้ไม่เพียงพอ	การอนุมัติแผนครุภัณฑ์
	Hemoculture แต่ละรพ.ไม่เหมือนกัน การประสานตามผล culture รพช.ที่ส่ง lab เอกชน ล่าช้า ต้องเจาะใหม่(แต่ได้ ATB จากรพ.แล้วก่อนเจาะ)	Hemoculture แบบเดียวกันทุก รพ.	-Hemoculture แบบเดียวกันทั้งจังหวัด - culture screening ควรจัดซื้อร่วม/สอบราคา
	รพช.ยังไม่มีเครื่องตรวจ blood lactate strip / ค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจ	-จัดหา เครื่องตรวจ blood lactate strip ให้กับรพช. โดยพิจารณาการใช้ biochemistry lactate เลือกใช้ให้เหมาะสมกับ case - culture screening ควรจัดซื้อร่วม/สอบราคา	สนับสนุนการจัดหา เครื่องตรวจ blood lactate strip
Information system	-การวินิจฉัยไม่ตรง ICD10 -ICD10 ที่กำหนดไม่สามารถแยก CI, NI -ปัญหาระบบรายงานข้อมูล ข้อมูลจาก HDC กับ รายงานของรพ.ไม่ตรงกัน	-สื่อสารการสรุปเวชระเบียนตาม นิชยาม Sepsis การลงข้อมูล ฐานข้อมูลรพ. HosXP การ feedback ข้อมูล	การพัฒนาระบบรายงาน ข้อมูลเชื่อมโยงเครือข่าย/ ประเทศ
	-กรณี D/C ตัดยอดเดิมสรุปไม่ สัมครอยู่ทำให้เพิ่มยอด อัตรา ตาย Sepsis -ไม่ระบุว่าเป็น case palliative ทำให้ไม่ได้หักออก จากยอดตาย	กำหนดเกณฑ์การ Dx.ใหม่ ดังนี้ 1. การสรุป chart summary กรณี D/C ตัดยอด แบบเดิม รพ.นค ลงไม่สัมคร อยู่ (วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธ การรักษา) แบบใหม่เปลี่ยนเป็น other (วิธีการจำหน่าย (Discharge	

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
		type) = 3 ไม่ดีขึ้น สถานภาพ การจำหน่าย (Discharge status) = 5 Other) 2. กรณี palliative : กรณีมี palliative care ทุกเคสให้สรุป summary ในช่อง co morbid ด้วยทุกครั้ง 3. กรณี NI : VAP, CAUTI, CRBSI = ใส่ Nosocomial ใน external cause	
	-การตามข้อมูลรพช.ล่าช้า -manager เปลี่ยนคน	-มี manager ทุกรพช./IC nurse รพช.รายงานข้อมูล Sepsis และ ข้อมูล NI -กำหนดให้รายงานผลการ ดำเนินงานทุก3ด	-IT ช่วยออกแบบโปรแกรม

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. การวางระบบเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล Sepsis ตั้งแต่ รพสต., รพช., รพท. โดยมี Gate keeper รพร.ทำบ่อเป็น node ใน zone เหนือ (สังคม ศรีเชียงใหม่ โพธิ์ตาก) กำลังพัฒนา รพช.โพธิ์สัยให้เป็น node ใน zone ใต้ (รัตนวาปี เฝ้าไร่)
2. โครงการ “แพทย์พี่เยี่ยมแพทย์น้อง” เพื่อสร้างเครือข่าย รับฟังปัญหาให้ความช่วยเหลือ และการจัดประชุม KM
3. พัฒนาโรค NF ที่พบมากและเป็นสาเหตุ Sepsis
4. เครื่องมือวัดองศาเตียง (ป้องกัน VAP)
5. ถู่มือป้องกันผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ (ป้องกัน VAP)
6. วิจัย R2R ปี 2563
 - การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง หรือมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ
 - การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ งานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหนองคาย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงจินตาทรา มั่งคะละ
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2. นางกัญญ์ณัฐ พรหมเขจร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 042-413456-65

E-mail : jintaramangkala@gmail.com

โทร. 091-0641804

E-mail : say12909@gmail.com

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service Plan สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

มะเร็งปากมดลูก

1. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test มากกว่าร้อยละ 60
2. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าร้อยละ 70

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test มากกว่าร้อยละ 50
2. ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผล FIT test เป็นบวก ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าร้อยละ 50

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)
2. ระยะเวลารอคอยเคมี ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)
3. ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 65)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test มากกว่าร้อยละ 60	≥60	0	0	16,092/ 20,742 (77.58)	1,059/ 17,792 (6.05)
2. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าร้อยละ 70	≥70	0	0	7,494/ 11,306 (66.28%)	14/11611 (0.12%)
3. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test มากกว่าร้อยละ 50	≥50	643/ 10,578 (6.07%)	8,534/ 10,958 (77.87%)	7,494/ 11,306 (66.28%)	14/11611 (0.12%)
4. ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผล FIT test เป็นบวก ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าร้อยละ 50	≥50	1 (0.31%)/0	895 (11.94%)/ 113 (12.63%)	727 (8.52%)/ 51 (7.02%)	1 (33.33%)/0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
5. ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	≥75	76.58	67.53	75.13	73.68
6. ระยะเวลารอคอยเคมี ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	≥75	77.69	90.91	88.76	86
7. ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 65)	≥65	96.48	95.87	94.44	95.35

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection : มะเร็งปากมดลูก			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	สตรี 30-60 ปีรายใหม่ได้รับการตรวจ HPV DNA test ≥ 60%	สตรี 30-60 ปีรายใหม่ได้รับการตรวจ HPV DNA test ≥ 60%	สตรีอายุ 30-60 ปีที่มีผลตรวจ HPV DNA test ผิดปกติได้รับการ Colposcopy ≥ 70%
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1. ให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2. ให้คำปรึกษา/คำแนะนำแก่ผู้รับบริการที่สงสัย/เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก 3. รณรงค์ให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญของการ ป้องกันและการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์	1. ขับเคลื่อนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตาม Service Plan เพื่อลดอัตราป่วย 2. วางแผนการดำเนินงานเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีผล ตรวจผิดปกติ เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือส่งต่อ 3. มีการสะท้อนปัญหาการดำเนินการ เพื่อหาทาง แก้ไขปัญหา ร่วมกัน	1. สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมายภายในจังหวัด เพื่อ คำนวณการจํานวนผู้รับบริการ 2. วางระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ แนวทางชัดเจน สะดวกต่อการประสานงาน 3. ร่วมรับฟังนโยบาย หรือการอบรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับสถานพยาบาลอื่นๆ ในเขตสุขภาพ
Workforce	Re-skill & Up-skill : การจัดโครงการเพื่อรณรงค์, การค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง, การให้บริการตามมาตรฐาน, ทักษะการให้คำปรึกษา	Re-skill & Up-skill : ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือสงสัยเป็นมะเร็ง, การให้ คำปรึกษา, การติดต่อประสานงาน	1. อบรมพยาบาลเฉพาะทาง (Onco Nurse) 2. อบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่
Supply	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน
Finance	งบดำเนินการจาก สปสช. หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	งบดำเนินการจาก สปสช. หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	งบดำเนินการจาก สปสช. หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ
Participation	ขับเคลื่อนงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตาม Service Plan มะเร็ง โดยมี สสจ.หนองคาย เป็นผู้ประสานให้ การดำเนินงานไร้รอยต่อ	บูรณาการความร่วมมือเพื่อดำเนินงานตาม Service Plan มะเร็ง โดยความร่วมมือจาก Stakeholders ที่เกี่ยวข้อง	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สป. กรมการแพทย์ และ Stakeholders

Dashboard Integrated Value Based Inspection : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	ประชากร 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT test \geq 50%	ประชากร 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT test \geq 50%	ประชากร 50-70 ปี ที่ผล FIT test เป็นบวก ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy \geq 50%
Service Delivery	มาตรการ 1. ให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตาม กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2. ให้คำปรึกษา/คำแนะนำแก่ ผู้รับบริการที่สงสัย/ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3. รมรณรงค้ให้ตระหนักถึง ความสำคัญของการป้องกัน และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตาม เกณฑ์	มาตรการ 1. ขับเคลื่อนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตาม Service Plan เพื่อลดอัตราการตาย ลดอัตราการรอดรับผู้ป่วยที่มีผล ตรวจผิดปกติ เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือส่งต่อ 3. มีการสะท้อนปัญหาการ ดำเนินการ เพื่อหาทาง แก้ไขปัญหาาร่วมกัน	มาตรการ 1. สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภายในจังหวัด เพื่อคาดการณ์จำนวน ผู้รับบริการ 2. วางระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ แนวทางชัดเจน สะดวกต่อการ ประสานงาน 3. ร่วมรับฟังนโยบาย หรือการ อบรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับ สถานพยาบาลอื่นๆ ในเขตสุขภาพ
	Workforce	Re-skill & Up-skill : การจัด โครงการเพื่อรณรงค้, การค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง, การให้บริการตามมาตรฐาน, ทักษะการให้คำปรึกษา	Re-skill & Up-skill : ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และ การ ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือสงสัยเป็น มะเร็ง, การให้ คำปรึกษา, การ ติดต่อประสานงาน
Supply	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนา ศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และ สนับสนุนความก้าวหน้าในสาย งาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนา ศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และ สนับสนุนความก้าวหน้าในสาย งาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพ บุคลากรส่งเสริม และสนับสนุน ความก้าวหน้าในสายงาน
Finance	หาแหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินงาน	หาแหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินงาน	หาแหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินงาน
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ
Participation	ขับเคลื่อนงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรงตาม Service Plan มะเร็ง โดยมี สสจ. หนองคาย เป็นผู้ประสานให้ การ ดำเนินงานไร้รอยต่อ	บูรณาการความร่วมมือเพื่อ ดำเนินงานตาม Service Plan มะเร็ง โดยความร่วมมือจาก Stakeholders ที่เกี่ยวข้อง	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สป. กรมการ แพทย์ และ Stakeholders

Dashboard Integrated Value Based Inspection : ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
Value	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Chain/Preventive			
OKR หรือ KPI	การคั่นหามะเร็งระยะ 1 และ 2 (รพ.สต)	การคั่นหามะเร็งระยะ 1 และ 2 (รพช.,รพท)	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่ กำหนด (รพท.,รพศ.)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1. ให้บริการคัดกรองมะเร็ง กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2. ให้คำปรึกษา/คำแนะนำแก่ ผู้รับบริการที่สงสัย/ เสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็ง 3. รณรงค์ให้ตระหนักถึง ความสำคัญของการป้องกัน และ การคัดกรองมะเร็งตามเกณฑ์	1. ขับเคลื่อนการคัดกรองมะเร็ง ตาม Service Plan เพื่อลด อัตราป่วย ลดอัตราตาย 2. วางแผนการดำเนินงานเพื่อ รองรับผู้ป่วยที่มีผล ตรวจ ผิดปกติ เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือส่งต่อ 3. มีการสะท้อนปัญหาการ ดำเนินการ เพื่อหาทาง แก้ปัญหาร่วมกัน	1. สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภายในจังหวัด เพื่อคาดการณ์จำนวน ผู้รับบริการ 2. วางระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ แนวทางชัดเจน สอดคล้องการ ประสานงาน 3. ร่วมรับฟังนโยบาย หรือการอบรม ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับสถานพยาบาล อื่นๆ ในเขตสุขภาพ
Workforce	Re-skill & Up-skill : การจัด โครงการเพื่อรณรงค์, การค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง, การให้บริการตามมาตรฐาน, ทักษะการให้คำปรึกษา	Re-skill & Up-skill : ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และ การ ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือสงสัยเป็น มะเร็ง, การให้ คำปรึกษา, การ ติดต่อประสานงาน	1. อบรมพยาบาลเฉพาะทาง (Onco Nurse) 2. อบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่
Supply	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนา ศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และ สนับสนุนความก้าวหน้าในสาย งาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนา ศักยภาพบุคลากรส่งเสริม และ สนับสนุนความก้าวหน้าในสาย งาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพ บุคลากรส่งเสริม และสนับสนุน ความก้าวหน้าในสายงาน
Finance	หาแหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินงาน	หาแหล่งทุนสนับสนุนการ ดำเนินงาน	หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มี คุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มี คุณภาพ
Participation	ขับเคลื่อนงานคัดกรองมะเร็งตาม Service Plan มะเร็ง โดยมี สสจ. หนองคาย เป็นผู้ประสานให้ การ ดำเนินงานไร้รอยต่อ	บูรณาการความร่วมมือเพื่อ ดำเนินงานตาม Service Plan มะเร็ง โดยความร่วมมือจาก Stakeholders ที่เกี่ยวข้อง	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง สป. กรมการ แพทย์ และ Stakeholders

3. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2566 พบว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่เป็นปัญหาสำคัญ ตามนโยบายกระทรวง
สาธารณสุข ประกอบด้วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก
และมะเร็งช่องปาก ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้ 	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 60
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	<ol style="list-style-type: none"> บริหารจัดการให้ได้รับการส่งกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด ขยายเครือข่ายและเพิ่มศักยภาพในการส่งกล้องปากมดลูก การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ที่มี ผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่ 	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 70
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ร่วมให้ความรู้ 	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50

<p>- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด 2. เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy 3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายใน เขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ที่มี ผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันที่ 	<p>- ติดตามติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>	<p>ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50</p>
<p>- ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 	<p>- ติดตามร้อยละของผู้ป่วยที่มา รับบริการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด</p>	<p>ปี 2566 ≥ ร้อยละ 75, 75, 60 ตามลำดับ</p>

Small Success

ตัวชี้วัด/มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 20
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
5. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	-	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 60

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม - ธันวาคม 2565)

ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	สตรี 30 - 60 ปี	ผลงาน	ร้อยละ	สตรี 30 - 60 ปี	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	26,657	9,220	34.59	26,772	10,663	39.83
ท่าบ่อ	14,214	6,960	48.97	14,038	7,022	50.02
โพธิ์สัย	16,781	13,018	77.58	16,835	13,292	78.95
ศรีเชียงใหม่	3,982	1,360	34.15	3,997	1,370	34.28
สังคม	5,041	3,528	69.99	5,068	3,583	70.70
สระใคร	4,524	2,121	46.88	4,529	2,084	46.01
เผ่าไร่	7,274	3,636	49.99	7,304	3,669	50.23
รัตนวาปี	6,316	2,829	44.79	6,298	2,813	44.66
โพธิ์ตาก	2,516	2,255	89.63	2,541	2,249	88.51
รวม	87,305	44,927	51.46	87,382	46,745	53.49

ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	34,018	2,856	8.40	35,095	0	0.00
ท่าบ่อ	19,354	1,988	10.27	19,746	0	0.00
โพธิ์สัย	20,765	198	0.95	21,400	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	6,068	595	9.81	6,136	0	0.00
สังคม	5,917	531	8.97	6,114	102	1.67
สระใคร	5,614	168	2.99	5,809	0	0.00
เผ่าไร่	10,038	462	4.60	10,350	3	0.03
รัตนวาปี	7,889	616	7.81	8,023	0	0.00
โพธิ์ตาก	3,400	80	2.35	3,478	0	0.00
รวม	113,063	7,494	6.63	116,151	105	0.09

ผลการดำเนินงานผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
		2562	2563	2564	2565	2566 (3ด.)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ 75	74 (50/68)	71 (57/80)	67 (48/72)	67 (74/110)	44 (7/16)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 75	77 (30/39)	79 (116/146)	91 (117/128)	87 (173/199)	79 (26/33)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 60	ไม่มี	71 (5/7)	97.92 (116/121)	75 (3/4)	0

ที่มา : ทะเบียนมะเร็ง ณ วันที่ 11 มกราคม 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เล็งเห็นภัยใกล้ตัวในเรื่องของมะเร็งเท่าที่ควร
2. ขาดงบประมาณในการส่งเสริมกิจกรรมการคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ปฏิบัติงาน
3. บุคลากรที่รับผิดชอบงาน มีภาระงานมาก ทำให้การบันทึกข้อมูลช้า
4. โปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลมีมากกว่า 1 ทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อน

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. ฤกษ์ประคอง Colostomy ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้
2. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านละครสั้นของตำบลนาดี อำเภอเฝ้าไร่

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นางสาวพรรณทิราพร รัฐธีรสวรรณ โทร. 080-2631440
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : pengting.pr@gmail.com
สำนักงานสาธารณสุขหนองคาย
2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์ โทร. 097-3024137
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ E-mail : Nicha.thangporn@gmail.com
โรงพยาบาลหนองคาย

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ตัวชี้วัด ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ 60
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	4.35	3.67	4.55	3.35
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25	15.84	9.24	12.92	10.39
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5	2.27	2.30	2.36	1.99

2. สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาท เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ(Disability adjusted life year) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้ว ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและทั่วถึง

ทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ สำหรับจังหวัดหนองคาย ข้อมูลปี 2562 - 2564 พบว่าร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) เท่ากับ ร้อยละ 3.48, 4.35 และ 3.67 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(I60-I62) ปี 2562 - 2564 เท่ากับ ร้อยละ 11.11, 15.84 และ 9.24 ตามลำดับ สำหรับอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) เท่ากับ ร้อยละ 2.16, 2.27 และ 2.30 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ข้อมูลจาก Health Data Center : HDC กระทรวงสาธารณสุข)

ทั้งนี้จังหวัดหนองคาย มีการพัฒนาคุณภาพบริการ(Quality of service) ตามแผนการพัฒนาการพัฒนาคุณภาพบริการของจังหวัด Service Plan เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน โดยจังหวัดหนองคายมีโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และจะเพิ่ม Node of rt-PA Stroke อีก 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพนพิสัย

3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566

1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง Stroke: I60-I69 (น้อยกว่าร้อยละ 7)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	923	63	6.83	203	12	5.91
ท่าบ่อ	290	4	1.38	81	0	0.00
โพนพิสัย	162	0	0.00	59	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	12	0	0.00	4	0	0.00
สังคม	7	0	0.00	2	0	0.00
สระใคร	8	0	0.00	1	0	0.00
เฝ้าไร่	8	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	3	0	0.00	1	0	0.00
โพธิ์ตาก	17	1	5.88	0	0	0.00
พิสัยเวหา	63	0	0.00	6	0	0.00
รวม	1,493	68	4.55	358	12	3.35

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62) (น้อยกว่าร้อยละ 25)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	287	44	15.33	64	8	12.50
ท่าบ่อ	34	1	2.94	9	0	0.00
โพนพิสัย	19	0	0.00	4	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	0	0	0.00
สังคม	1	0	0.00	0	0	0.00
สระใคร	4	0	0.00	0	0	0.00
เผ่าไร่	5	0	0.00	0	0	0.00
รัตนวาปี	0	0	0.00	0	0	0.00
โพธิ์ตาก	4	1	25.00	0	0	00.00
พิสัยเวหา	0	0	0.00	0	0	0.00
รวม	356	46	12.92	77	8	10.39

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic: I63) (น้อยกว่าร้อยละ 5)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	586	18	3.07	126	4	3.17
ท่าบ่อ	162	3	1.85	42	0	0.00
โพนพิสัย	56	0	0.00	22	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	6	0	0.00	2	0	0.00
สังคม	6	0	0.00	2	0	0.00
สระใคร	0	0	0.00	0	0	0.00
เผ่าไร่	1	0	0.00	0	0	0.00
รัตนวาปี	2	0	0.00	0	0	0.00
โพธิ์ตาก	7	0	0.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	62	0	0.00	6	0	0.00
รวม	888	21	2.36	201	4	1.99

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

4. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) หลังจำหน่าย 30 วัน

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	860	18	2.09	191	8	4.18
ท่าบ่อ	286	4	1.39	81	2	2.47
โพนพิสัย	162	2	1.23	59	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	12	0	0.00	4	0	0.00
สังคม	7	0	0.00	2	1	50.00
สระใคร	8	0	0.00	1	0	0.00
เผ่าไร่	8	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	3	0	0.00	1	0	0.00
โพธิ์ตาก	16	0	0.00	0	0	0.00
พิสัยเวหา	63	0	0.00	6	0	0.00
รวม	1,425	24	1.68	346	11	3.18

ที่มา : ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Service Plan	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566
5. อัตราการเข้าถึงเข้าระบบ Stroke Fast track ภายใน 4.5 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 50	41.25 (800/330)	46.71 (516/241)	55.17 (783/432)	35.16 (219/77)
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา Rt-PA ภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ 60	71.43 (35/25)	52.63 (38/20)	74.14 (58/43)	68.42 (19/13)
7. อัตราการได้รับยา rt-PA	> ร้อยละ 5	4.38 (800/35)	7.36 (516/38)	7.41 (783/58)	8.68 (219/19)
8. ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง	< ร้อยละ 3	5.71 (35/2)	7.89 (38/3)	3.45 (58/2)	0 (19/0)
9. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80				50.25 (203/102)

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

สำหรับการจัดตั้งหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke Unit) ของโรงพยาบาลหนองคาย ได้ดำเนินการจัดตั้ง Stroke Unit ในวันที่ 6 มิถุนายน 2565 จำนวน 8 เตียง ทั้งนี้ได้จัดส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตร การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 18 - 22 เมษายน 2565 ผ่านระบบออนไลน์ และมีโรงพยาบาลชุมชนอีก 8 แห่ง ได้ส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าว (รพ.หนองคาย 15 ราย, โรงพยาบาลชุมชน 48 ราย) รวมทั้งสิ้นจำนวน 53 คน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงเป็นการเพิ่มสมรรถนะการพยาบาลและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดหนองคาย

ผลการดำเนินงานหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ(Stroke Unit) ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 ให้การดูแลผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke 72 ชั่วโมงแรก ดังนี้

โรงพยาบาล	ปี 2565 (มิ.ย.-ก.ย. 2565)			ปี 2566 (3 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	258	136	52.71	203	102	50.25
รวม	258	136	52.71	203	102	50.25

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

(ข้อมูลรวม Fast Track และ Non Fast Track)

4. ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการStroke Fast Track	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดย (FAST) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการให้เร็วขึ้นส่งเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เพิ่มการคัดกรอง CVD risk โดยบูรณาการร่วมกับทีม NCD (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และจัดกิจกรรม modified risk factor ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
ระยะทาง/การเข้าถึงบริการยาละลายลิ่มเลือด rt-PA	พัฒนาโรงพยาบาลโพธิสัยเป็น Node ให้ rt-PA เพื่อการเข้าถึงบริการยา rt-PA ได้รวดเร็วขึ้น และลดระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|--|
| 1. พญ.สิริภัทร ธรรมทรัพย์อำไพ
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลหนองคาย | โทร. 084 - 401773
E-mail :Popsirasira@gmail.com |
| 2. นางนุสรุา มหิศจันทร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลหนองคาย | โทร. 089 - 8623149
E-mail : nusara149@gmail.com |
| 3. นางสุจิตรา บุษปฤกษ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด | โทร. 08 - 19648534
E-mail : Sujitra7255@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 2 Function Base

หัวข้อ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
2. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่อีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery โรงพยาบาลหนองคาย

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย ร้อยละ 30	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1.Esophageal Varices		6	8	7	2
2.Colonoscopy fit positive		NA	NA	84	42
3.Colorectal polyp		18	38	76	31
4.Breast mass		2	5	7	2
5.Inguinal hernia		10	25	47	5
6.Hemorrhoid		5	7	22	2
7.Fistular in anu		0	0	3	0
8.Breast abscess		0	0	8	1
9.Urethral stone		3	8	2	1
10.Pterygium excision		NA	11	20	27
11.Tonguetie release		NA	8	11	0
12.LEEP		NA	NA	26	10
รวม		50	110	313	122

โรค MIS	โรงพยาบาลหนองคาย			
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. Lap. TEP,TAAP	7	13	7	3
2. Lap. APR, LAR, AR	5	18	10	7
3.Lap. Appendectomy	3	2	4	6
4.Lap. Diagnosis	7	12	7	0
5.Lap.Hemicolectomy	1	2	2	1
6.Lap. Sleeve gastrectomy	NA	1	2	10
7.Lap. Cholecystectomy	54	78	73	34
8. ERCP	8	37	58	12
9. Lap. Whipple Operation	NA	NA	1	0
รวม	85	163	164	61

2. สถานการณ์

จังหวัดหนองคายประกอบไปด้วย 9 อำเภอ มีโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง,ระดับ M1 จำนวน 1 แห่ง, ระดับ M2 จำนวน 1 แห่ง, ระดับ F2 จำนวน 2 แห่ง, ระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง มีโรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่เปิดให้บริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก(MIS) ครอบคลุมทั้งแผนกศัลยกรรม,สูติ-นรีเวช,หู,ตา,คอ,จมูก,ศัลยกรรมกระดูก,อายุรกรรม

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลมีความพร้อม เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS,MIS ตามโรคและหัตถการที่เพิ่มในปี 2566 ได้เป็นอย่างดี	โรงพยาบาลมีความพร้อมและสมัครใจ สามารถดำเนินการให้บริการได้อย่างเหมาะสมตามบริบท	โรงพยาบาลสามารถดำเนินการผ่าตัด ODS,MIS ตามโรคและหัตถการปี 2566 ได้	โรงพยาบาลให้พัฒนาบริการผ่าตัด ODS,MIS ให้มากขึ้นจากเดิม

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

โรค ODS	ปีงบประมาณ 2562 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2563 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2564 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2565 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.- ธ.ค. 65) เป้าหมาย: ร้อยละ 30		
					จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขผ่าตัด ODS	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด ODS
1.Esophageal varices	84.61	87.5	100	100	3	3	100
2.Colonoscopy fit positive	NA	NA	NA	98.82	12	12	100
3.Colorectal polyp	77.27	77.27	97.36	98.7	26	27	96.29
4.Breast mass	NA	15.38	35.14	1.50	4	4	100
5.Inguinal hernia	NA	6.89	22.12	47.95	11	47	14.47
6.Hemorrhoid	NA	5.26	6.60	30.55	2	22	9.09
7.Fistular in anu	NA	0	0	23.07	1	3	50
8.Breast abscess	NA	0	0	75	1	8	16.67
9.Urethral stone	NA	NA	11	29.54	1	2	50
10. Pterygium excision	NA	NA	1.19	34.52	20	29	68.96
11.Tonguetie release	NA	NA	6.89	10.28	0	11	0
12.LEEV	NA	NA	NA	66.66	10	16	62.50
รวม	77.38	13.18	22.78	51.38	81	168	48.21

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน	โรงพยาบาลหนองคาย		
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
กรณีที่ 1 เกิดการเกิดบาดเจ็บ CBD injuryหรือเกิด massive bleeding <ร้อยละ 1	0	0	0
กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน <ร้อยละ 5	0	0	0

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ระบบ IT ไม่รองรับการเก็บข้อมูล
2. การลงรหัสหัตถการยังลงได้ไม่ถูกต้องกับหัตถการแพทย์ผู้ผ่าตัดสรุป
3. การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ One stop service
4. ผู้ป่วยและญาติยังไม่มั่นใจในความปลอดภัยในบริการ ขาดคนดูแล
5. การประชาสัมพันธ์ยังน้อยเนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|---|
| 1. นายแพทย์ขวัญชาย กิติรัตน์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 089-7155494
E-mail : Jomednu@gmail.com |
| 2. นายแพทย์อัษฎายุธ นันทา
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 094-6107711
E-mail : aorfeeus@gmail.com |
| 3. นางสมนา สุกุลคู
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | โทร. 089-9448697
E-mail : somana44@hotmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

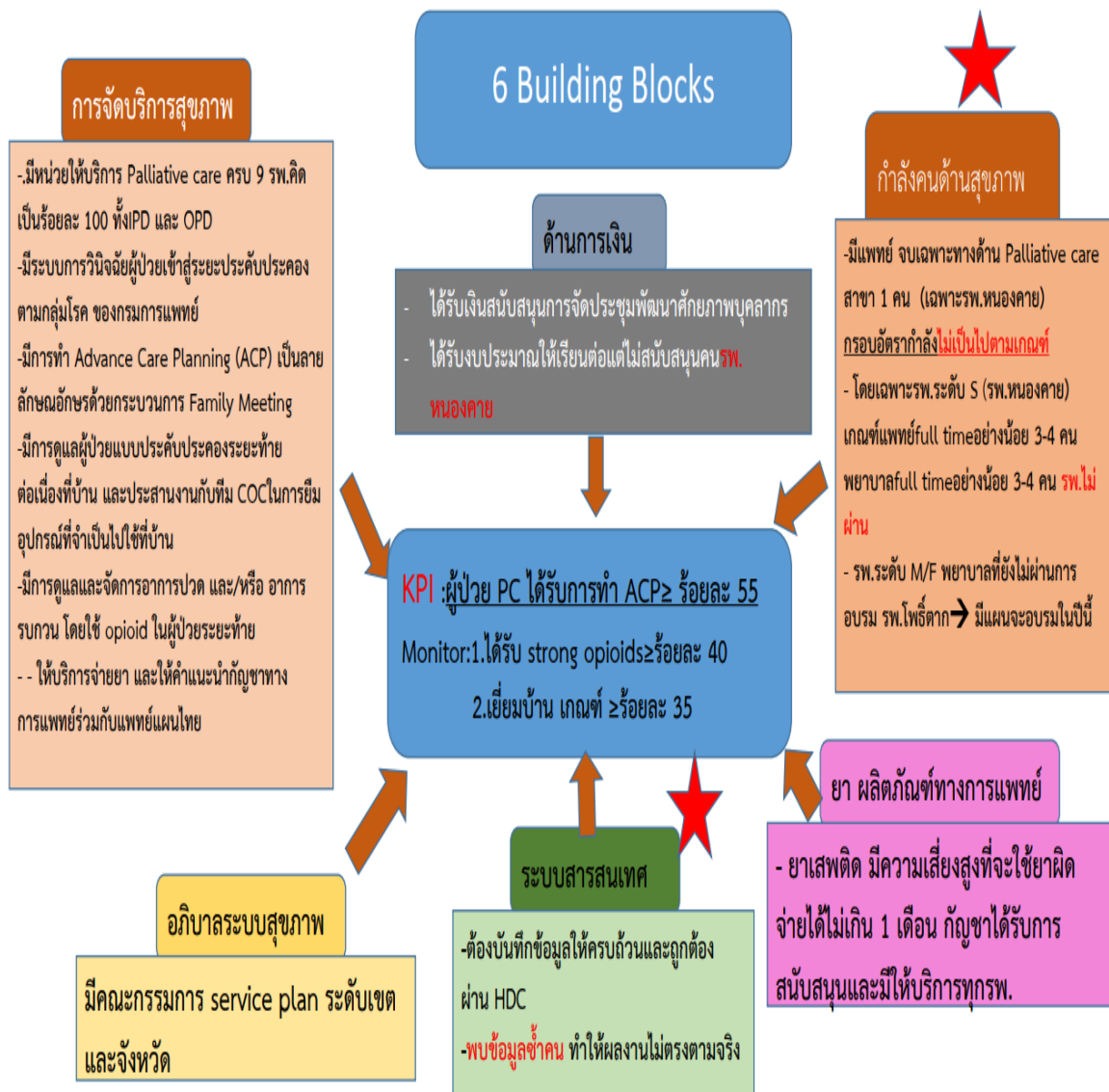
หัวข้อ : Service Plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ตัวชี้วัด ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จากการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565 คือ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพร้อยละ 50 ทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานในการพัฒนาการทำ Advance Care Planning มีการทบทวนสถิติและบริการในภาพรวมจังหวัดพบว่า ผลงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือต่ำกว่าร้อยละ 50 คือ 47.61 แต่ในส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ สามารถทำได้ผ่านเกณฑ์ในระดับจังหวัด จึงมีการค้นหาสาเหตุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลเข้าสู่ โปรแกรม HOS.xP ของโรงพยาบาลพบที่มีการเก็บข้อมูลซ้ำซ้อนมีผลต่อตัวชี้วัดการทำ Advance Care Planning และมีจัดการการเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่เป็นจริงมากขึ้น จนมีผลการดำเนินการผ่านเกณฑ์คือร้อยละ 66.01 ในปีงบประมาณ 2565 และร้อยละ 85.08 ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 1 เป็นภาพรวมของจังหวัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค.65)
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 50	40.12	67.84	66.01	85.08 (HDC) เป้าหมาย 939 ราย ผลงาน 532 ราย



KPI หลัก ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ **ร้อยละ 55**

2566 (ไตรมาสที่ 1) 9-1-66

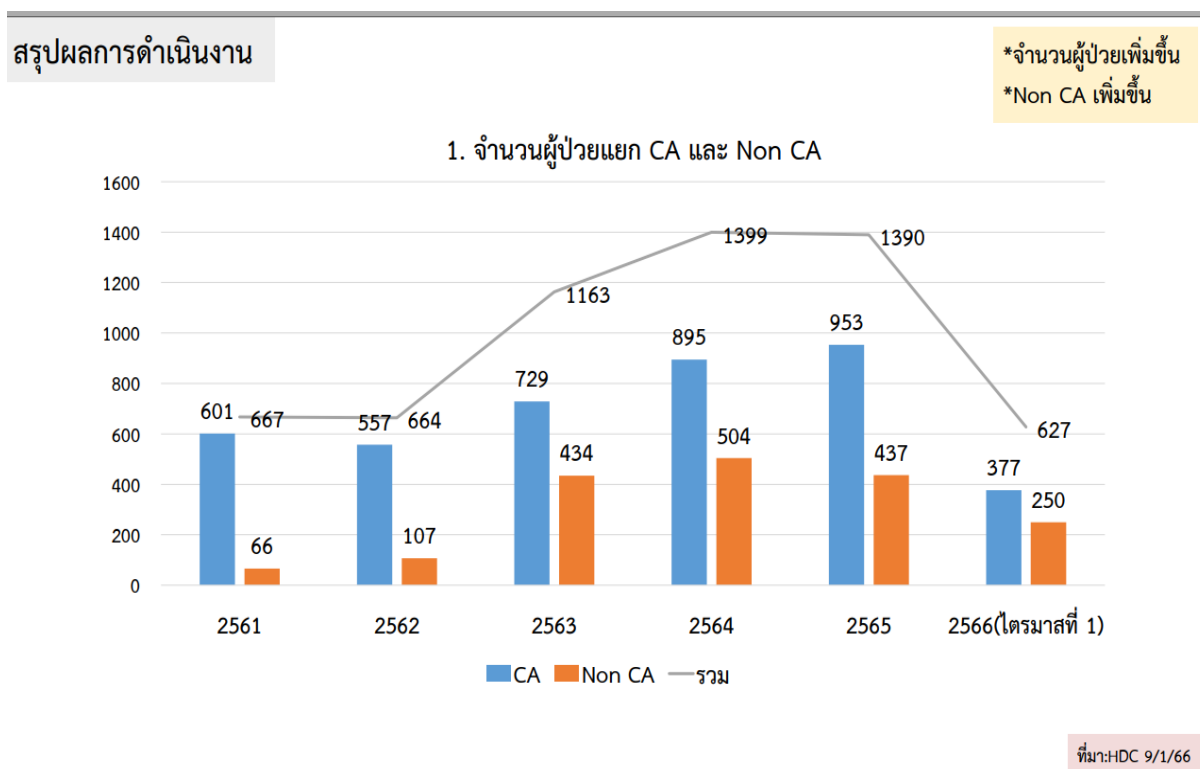
	เป้า	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	221	191	86.43
โพนพิสัย	247	236	95.55
ศรีเชียงใหม่	8	6	75.00
สังคม	26	18	69.23
ท่าบ่อ	109	73	66.97
สระใคร	26	25	96.15
โพธิ์ตาก	15	9	60.00
เฝ้าไร่	8	7	87.50
รัตนวาปี	17	11	64.71
ระดับจังหวัด	677	576	85.08
ระดับเขต			69.41
ระดับประเทศ			59.94

ที่มา: HDC 9/1/2566 correct data by IM สสจ.

2. สถานการณ์

ประเด็น	รายละเอียด
หน่วยให้บริการ	ทุกรพ.มีหน่วยให้บริการ Palliative care คิดเป็น ร้อยละ 100
บุคลากร	แพทย์ : มีแพทย์ปฏิบัติงานด้าน Palliative care ทุกโรงพยาบาล จบเฉพาะทาง สาขา 2 ราย พยาบาล : มี Nurse Manager ของแต่ละหน่วยบริการผ่านการอบรมเฉพาะด้าน Palliative care 8 โรงพยาบาล/ขาด 1 โรงพยาบาล คือ โพธิ์ตาก เนื่องจากย้ายงานของเจ้าหน้าที่ เภสัชกร : เภสัชกรปฏิบัติงานด้าน Palliative care ทุกโรงพยาบาล
ยาและอุปกรณ์	- มียากลุ่ม Opioids และ Essential drugsตามคำแนะนำของ WHO (ตามกรอบบัญชียาขั้นต่ำ) ครบ 9 โรงพยาบาล - มีกัญชาทางการแพทย์ให้บริการทุกโรงพยาบาล - มี syringe driver ให้บริการครบทุกโรงพยาบาล
ระบบ	- ระบบการวินิจฉัยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ - ระบบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยทำงานร่วมกับ COC ระบบ การเยี่ยม-คืน อุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน - ระบบการทำ Advance care ที่มีคุณภาพยังไม่ชัดเจน

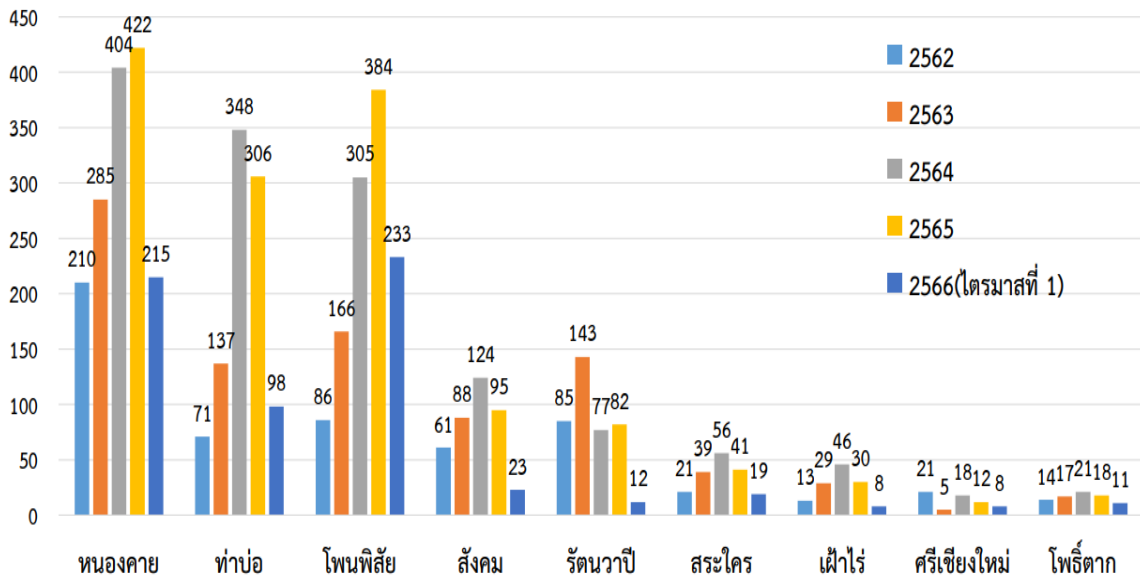
ปัจจุบัน งานดูแลผู้ป่วยประคับประคองของจังหวัดหนองคาย มีแนวโน้มผู้ป่วยแบบประคับประคองสูงขึ้นจากสถิติผู้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองในปี 2563, 2564, 2565 และปี 2566 เข้าสู่ไตรมาส 1 (ข้อมูลจาก HDC) พบว่าผู้ป่วย Palliative Care ในจังหวัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี และ Case Non CA ได้รับการค้นหาและคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เพิ่มขึ้น (List disease of Palliative care and Functional unit, 2559) มากที่สุดคือกลุ่มโรคสมอง Stroke, Dementia ช่วงวัยพบมากในผู้สูงอายุ รองลงมาคือกลุ่มโรค ESRD No RRT



สรุปผลการดำเนินงาน

ทุกโรงพยาบาลมี
แนวโน้มผู้รับบริการ
เพิ่มมากขึ้น

4. จำนวนผู้รับบริการแยกรายโรงพยาบาล



ที่มา:HDC 9/1/66

นอกจากนี้ในแต่ละโรงพยาบาลยังมีการพัฒนางานระดับประจําให้ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดเพื่อ
ความพร้อมในการเพิ่มคุณภาพงานตามจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. การพัฒนาเรื่องบุคลากรตามเกณฑ์ที่ตัวชี้วัดกำหนด : 9 โรงพยาบาล มีพยาบาลระดับประจํา
เป็น Nurse manager ทำงานเต็มเวลาและได้รับการอบรม ด้าน Palliative Care ครอบคลุมโรงพยาบาลในส่วน
ของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลหนองคาย มีการจัดอบรมพยาบาลระดับประจําประจำหน่วย
Palliative care ward nurse (PCWN) จำนวน 26 คน อย่างต่อเนื่อง มีการอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อ
เป็นแม่แบบในการพัฒนาและสร้างเครือข่ายตัวแทนการดูแลผู้ป่วยระดับประจําประจำหน่วยงานใน
โรงพยาบาล แก่ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
1.การเรียนรู้ อัปเดต ความรู้ ทัศนศึกษาใน เคส PC ร่วมกับรพ.ศรีนครินทร์ ที่จะมีประจำ ทุกเดือน ผ่าน Zoomแจ้งให้ทีมบุคลากร คณะทำงานทราบผ่านไลน์ ทีมสหสาขา วิชาชีพ PC หนองคาย	บุคลากรคณะทำงาน ที่สนใจ	รพ.ศรีนครินทร์	แลกเปลี่ยน เรียนรู้ผ่าน ZOOM



กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการให้คำปรึกษาและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองในรพ.หนองคายจากรพ.สุ่มชุมชน	พยาบาลจาก งาน COC, พยาบาลตัวแทนทุกตึก และ OPD, เกสเซอร์งานปฐมภูมิ ของรพ. หนองคายรวม 30 คน	รพ.หนองคาย	อบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการให้คำปรึกษาและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง 1 วัน

เพิ่มความมั่นใจให้กับทีมในการทำ ACP
6 ธ.ค. 2565 โดย นายแพทย์ เอกอาชาน โควสุภัทร



2. การจัดสำรองยากลุ่ม Strong opioids medication และ Essential Drugs list ครบคลุมตามกรอบบัญชียาชั้นต่ำในโรงพยาบาลเครือข่ายแต่ละระดับ ในปีงบประมาณ 2564 – ปัจจุบัน ครบ 100% ทั้ง 9 โรงพยาบาล มีผลงานตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2565 และมีอุปกรณ์การให้ยาได้ผิวหนัง syringe driver พร้อมใช้ทุกอำเภอ

สถานการณ์

ยาและอุปกรณ์

- มียากกลุ่ม Opioids และ Essential drugs ตามคำแนะนำของ WHO (ตามกรอบบัญชียาชั้นต่ำ) ครบ 9 รพ.
- มีกัญชาทางการแพทย์ให้บริการทุกรพ.
- มี syringe driver ให้บริการครบทุกรพ.



ระบบ

- ระบบการวินิจฉัยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์
- ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทำงานร่วมกับ COC ระบบ การยืม-คืน อุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน
- ระบบการทำ Advance care ที่มีคุณภาพยังไม่ชัดเจน

3. มีการบูรณาการร่วมกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แพทย์แผนไทย/จีน นำกัญชาเข้ามาให้บริการในคลินิกประจำโรงพยาบาลทั้งหมด 9 โรงพยาบาล (คิดเป็น 100%) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระท้ายของชีวิต

4. มีการปรับปรุงแบบการให้บริการในช่วงโควิด-19 ในคลินิกประจำโรงพยาบาลต่าง ๆ ทุกโรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย, การให้ญาติมาขอเบิกยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีเจ้าหน้าที่ส่งยาไปให้ที่บ้านแทนการมารับเอง, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโทรสอบถามอาการหรือความเสี่ยงโรคโควิดก่อนเข้ามาใช้บริการที่คลินิกและ VDO call ใน case ที่ผู้ป่วยอนุญาตและมีความพร้อมนัดรับยาอีกครั้งเพื่อลดความแออัดและความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด19

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในหลากหลายโรค
2. ทำ Advance Care Plan ที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีคุณภาพ และสามารถสื่อสารกันในทีมสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีความรู้เรื่อง Advance Care Plan
3. ผู้รับบริการ Palliative care เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์
4. ความถูกต้องและครบถ้วนของการลงข้อมูลใน 43 แฟ้ม เพื่อให้ได้ผลงานที่ถูกต้อง



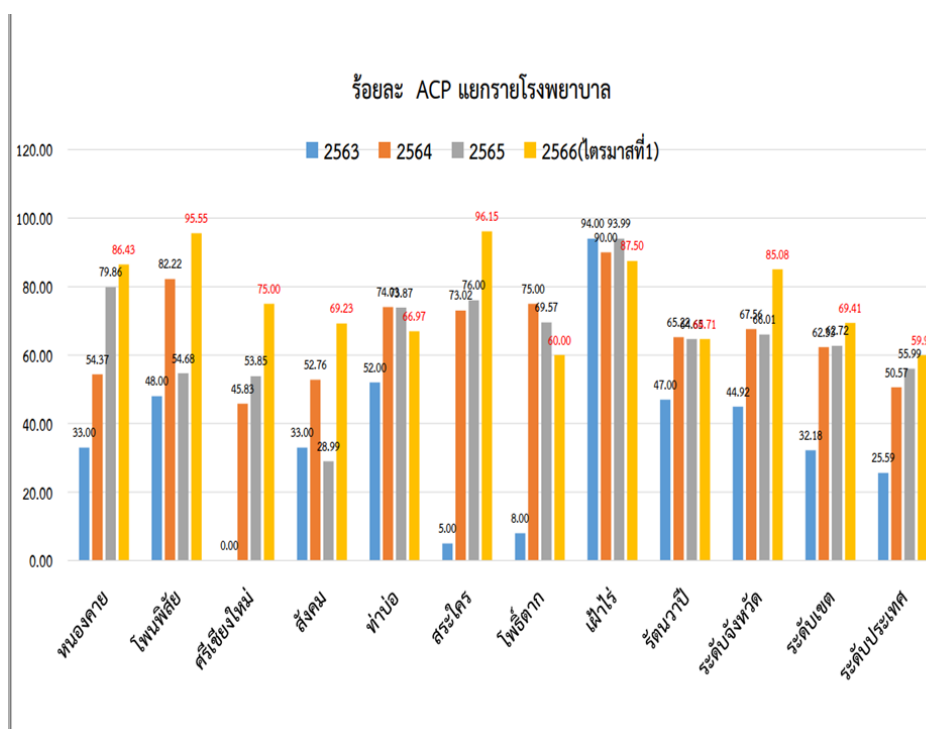
กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดหนองคาย	บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน จาก รพท./รพช./รพ.สต. จำนวน 120 คน วันที่ 23-24 ม.ค. 66	รพ.หนองคาย	การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยและมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง
พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจในการกรทำ Advance Care Plan และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการบันทึกข้อมูล	บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน จาก รพท./รพช./รพ.สต. จำนวน 120 คน ประมาณ ก.พ. - มี.ค. 66	รพ.หนองคาย	การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจในการกรทำ Advance Care Plan และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการบันทึกข้อมูล

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา ศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan (รพ.หนองคาย)	1.PCWN 29 ราย 2.ฝ่ายงานทะเบียนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศพ รพ.หนองคาย 3 ราย 3.บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำส่งผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 20 คน 4.ตัวแทนบุคลากร รพ.หนองคาย, ภาคเอกชนมูลนิธิในจังหวัดหนองคาย, ตัวแทนอบต.ในจังหวัด จำนวน 80 คน	รพ.หนองคาย	1.ประชุมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan ในเรื่อง แนวทางปฏิบัติการจัดการกรณีผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Dying 2.แลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านวิชาการในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan ในเรื่อง ความต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน ประเด็นถอด endotracheal tube ที่บ้าน
ศึกษาดูงานที่รพ.หนองคาย (รพช.)	รพช.ลูกข่าย	รพ.หนองคาย	การเรียนรู้การบริหารจัดการคลินิกดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลผู้ป่วย และการทำ ACP การจัดการข้อมูล

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับรพ.ลูกข่าย (รพช.)	บุคลากรทีมรพช.	รพ.หนองคาย	แลกเปลี่ยนเรียนรู้คู่สร่วมกัน



4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565) ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ



พบว่าทุกโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ โดยสามารถทำให้โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลสังคมและโรงพยาบาลรัตนวาปี มีตัวเลขผลงานดีขึ้น ผ่านเกณฑ์ระดับจังหวัดได้หลังจากการมีกรทบทวนและจัดอบรมดำเนินการแก้ไขในระดับจังหวัด

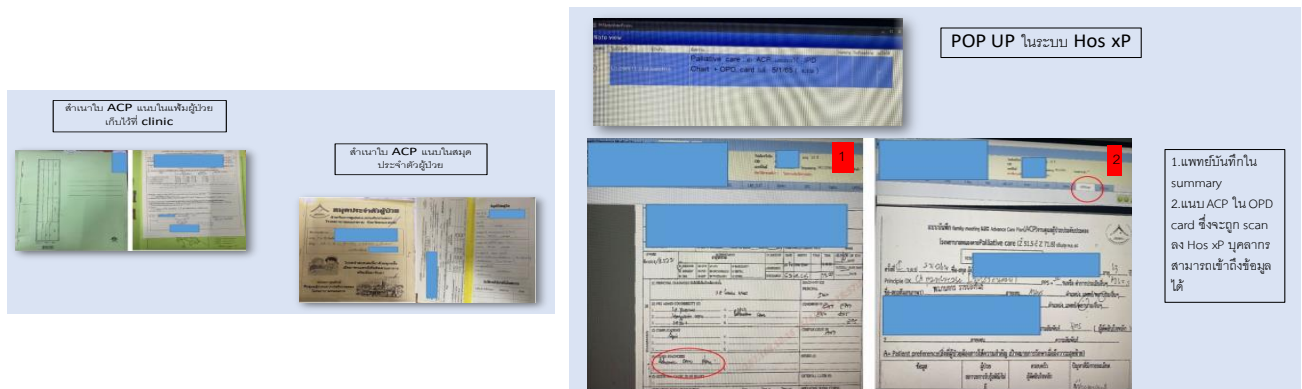
5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประเด็น	ปัญหาและอุปสรรค	โอกาสพัฒนา
1. ด้านการให้บริการ	<p>- งานด้านบริการผู้ป่วยใน ชัดเจนมากขึ้นมีการวินิจฉัย Palliative care เพิ่มขึ้น (Z51.5)</p> <p>ปัญหา : แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระดับประคองไม่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ(ACP)</p> <p>-ผู้ป่วยหรือญาติมีความประสงค์ที่จะขอไปเสียชีวิตที่บ้าน ตามความเชื่อ(ถอดท่อช่วยหายใจที่บ้าน) มีหลายหน่วยงานที่ทำงานด้านนี้ทั้งมูลนิธิ อปท.</p> <p>ปัญหา : ขาดความชัดเจนในเรื่อง การปฏิบัติความเข้าใจในแง่กฎหมายและหลักวิชาการ</p> <p>- ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการจัดการกรณีผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจน ในแง่การจัดการเมื่อเสียชีวิต เอกสาร การจัดการศพ</p>	<p>- พัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง</p> <p>- จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค ข้อกฎหมายและหลักการวิชาการที่ถูกต้องในการปฏิบัติให้กับผู้ปฏิบัติงาน</p>
2. ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาล	<p>- ในผู้ป่วยระดับประคองได้รับการทำACP จะมี withhold life-sustaining เพิ่มขึ้น และได้รับการปรึกษาเพื่อwithdrawal life-supporting เพิ่มขึ้น</p> <p>ปัญหา : ขาดความชัดเจนในเรื่อง WARD หรือบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการในรพ.เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หรือขอไปเสียชีวิตที่บ้าน(แนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p>	<p>- เสนอนโยบายทีมบริหารให้เห็นความสำคัญ</p>
3. ด้านสารสนเทศ	<p>การบันทึกข้อมูลการให้รหัส ICD10 Z51.5 และ Z71.8 ยังไม่มีแนวทางชัดเจนทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p>	<p>พัฒนาแนวทางการบันทึกข้อมูลการให้รหัส ICD10 Z51.5 และ Z71.8 ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p>
4. ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ	<p>- Nurse manager ผ่านการอบรม PC ทุก รพ. แต่พบภาระงานมากขึ้นโดยเฉพาะรพ. ระดับ A,S (ตามมาตรฐานของกระทรวง โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน)</p> <p>- แพทย์ที่อยู่รพช.เป็นแพทย์หมุนเวียนใช้ทุน ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative care</p> <p>- ขาดความชัดเจน Career Path</p>	<p>- ทีมผู้บริหารพิจารณาอัตรากำลังเพิ่ม</p> <p>- บรรจุหลักสูตร Palliative care ใน การเรียนและการฝึกปฏิบัติก่อนใช้ทุน</p> <p>- ทีมผู้บริหารพิจารณา</p>

ข้อเสนอแนะ

1. บรรจุแนวทางในการดำเนินงานหรือความรู้การดูแลระดับประคองเบื้องต้นให้แก่บุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงาน palliative care
2. มีการจัดให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในทุกโรงพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
3. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
4. มีคลังอุปกรณ์ระดับเขต/จังหวัด สนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้
5. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรและ CG ที่ดูแลผู้ป่วย

6. ผลงานที่เป็น Best Practice /นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง



รักษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบการทำ ACP ในโรงพยาบาลแบบ CQI ทำให้สามารถประเมินผลงานได้ เช่น การจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อติดตามตัวชี้วัดการทำ ACP และวางแผนทางการสื่อสารเรื่องการทำ ACP ในโรงพยาบาลเช่น การทำ POP- UP ในระบบ HOS.xP เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวตรงกับความต้องการให้มากที่สุด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นางสาวโมฬี นาคสาร
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร.089-7127906
E-mail:mn.nk.2231@gmail.com |
| 2. นางสาวกฤษติยา พุ่มบัว
ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ | โทร. 089-8418107
E-mail: K_phumbua@yahoo.com |
| 3. นางลำยอง เลขนอก
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 091-8676954
E-mail – |
| 4. นางกนกกร ราชป่องพันธ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 082-8790590
E-mail Kanokronrachpongkhun@gmail.com |
| 5. นางสาวอรุณวรรณ จำรูญศรี
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ | โทร. 089-5707718
E-mail – |
| 6. นางนุชรินทร์ ชัยชมภู
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 087-4263587
E-mail – |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
Fracture around the hip			110	100	24
Early surgery	>50%	39.35	36.36	44.00	45.83
Surgery after 72 hrs	<50%	31.15	40	33.00	37.5
No surgery	<30%	29.50	20.91	20.00	16.67
Re fracture	<15%	25	20	1.00	0
Deny of treatment	<10%	0	0	2.00	0

2. สถานการณ์

- หนองคายมีทีม Capture the fracture 2 ทีม ใน รพท.หนองคายและรพร.ท่าบ่อ แพทย์ Orthopaedics รพ.หนองคาย 6 คน, รพร.ท่าบ่อ 3 คน โดยใช้ระบบ consult pre op, post op care & management การจัดทีมดูแล แบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ / อายุรกรรม / วิสัญญี/ เกสัชกร / เวชกรรมฟื้นฟู / นักโภชนาการ / COC / เวชกรรมสังคม Home health care / เครือข่าย รพ.สต. / รพช. / องค์กรท้องถิ่น

- ปัจจัยสำคัญคือจัดระบบให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะผ่านการ Training ฝึกประสบการณ์ การทำหัตถการ ก่อนออกไปประจำใน รพช.ในจังหวัด / มีระบบ consult Case ทาง line ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ทั้งจังหวัด ก่อนรับ - ส่งต่อ กลับสู่ชุมชน

- ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล (Early surgery) ปี 2563 - 2565และ2566 (3เดือน) ร้อยละ39.35, 36.36, 44.00 และ 45.83 ตามลำดับ ในช่วงปี 2561-2564 ไม่มีผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ปี 2565 ผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 1 ราย (รพร.ท่าบ่อ) ปี 2566 ไม่มีผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ (Refracture) และยังไม่พบอัตราตาย ภายหลังกระดูกสะโพกหักในจังหวัดหนองคาย

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. อดtrakำลัง
2. ความรู้และทักษะ
3. การติดต่อประสานงาน เครือข่าย

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ)

4.1.1 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ของจังหวัด

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture (A)	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด (B)	ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture (A/B)*100	
จังหวัดหนองคาย -โรงพยาบาลหนองคาย -รพร.ท่าบ่อ	2	2 (9)	100%	จัดตั้ง 2 แห่ง คือ 1.รพท.นค 2.รพร.ท่าบ่อ
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	2	2	100%	

4.1.2 ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน ข้อมูล ตุลาคม 2565-มกราคม 2566

โรงพยาบาลหนองคาย

รายละเอียด	Patients			หมายเหตุ	
	ต.ค.65	พ.ย.65	ธ.ค.65	รวม	%
Fracture around the hip	6	12	2	20	100
Early surgery	3	7	0	10	50
Surgery after 72 hrs	2	4	0	6	30
No surgery	1	1	2	4	20
Re fracture	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	0	0

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

รายละเอียด	Patients			หมายเหตุ	
	ต.ค.65	พ.ย.65	ธ.ค.65	รวม	%
Fracture around the hip	2	2	0	4	100
Early surgery	1	0	0	1	25
Surgery after 72 hrs	1	2	0	3	75
No surgery	0	0	0	0	0
Re fracture	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	0	0

สถิติรวมโรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

รายละเอียด	Patients			หมายเหตุ	
	ต.ค.65	พ.ย.65	ธ.ค.65	รวม	%
Fracture around the hip	8	14	2	24	100
Early surgery	4	7	0	11	45.83
Surgery after 72 hrs	3	6	0	9	37.50
No surgery	1	1	2	4	16.67
Re fracture	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	0	0

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1. พัฒนาระบบบริการและขยายเครือข่าย

1. พัฒนาการปฏิบัติตาม CPG Capture the fracture

- จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนปัญหาผู้ป่วย
- จัดทำ Guide line ดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับสหวิชาชีพ
- จัดระบบบริการผู้ป่วย, การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น

2. จัดระบบการพัฒนา ระบบการดูแลในโรงพยาบาลแต่ละระดับตามศักยภาพ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

1. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากร

- การวินิจฉัย
- ประเมินความรุนแรง

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์
- พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์

3. ให้ความรู้เรื่อง Capture the fracture และการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากร

3. พัฒนาระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ – การจัดเก็บ / บันทึกข้อมูล / Feedback ข้อมูล ในโปรแกรม 43
 แฟ้ม/Refer link

5. ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ												
<p>Manpower อัตรากำลังและบุคลากรทำงานปัจจุบัน</p> <table border="0"> <tr> <td>แพทย์ออร์โธปิดิกส์</td> <td>จำนวน</td> <td>6 คน</td> </tr> <tr> <td>แพทย์วิสัญญี</td> <td>จำนวน</td> <td>4 คน</td> </tr> <tr> <td>พยาบาลวิชาชีพ</td> <td>จำนวน</td> <td>10 คน</td> </tr> <tr> <td>เจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด</td> <td>จำนวน</td> <td>3 คน</td> </tr> </table> <p>จำนวนคนที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา, ความถนัด, ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย</p>	แพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวน	6 คน	แพทย์วิสัญญี	จำนวน	4 คน	พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	10 คน	เจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด	จำนวน	3 คน	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มอัตรากำลังและค่าตอบแทนที่เหมาะสม - ปรับปรุงแนวทางการให้บริการทั่วไปให้เหมาะสมกับสภาพการทำงาน - workload 	
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวน	6 คน												
แพทย์วิสัญญี	จำนวน	4 คน												
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	10 คน												
เจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด	จำนวน	3 คน												
<p>Ward unit ตึกผู้ป่วยที่รองรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็น Ward ประเภททั่วไป จำกัดการดูแลผู้ป่วยในภาวะกึ่งวิกฤตที่ต้องการใช้อุปกรณ์พิเศษ การใช้เครื่องช่วยหายใจและการ monitor - การจองเตียง ICU ก่อนผ่าตัด และการย้ายหลังผ่าตัด กรณีไม่สามารถย้ายผู้ป่วยได้เนื่องจากเตียงเต็ม ให้ประสานกับแผนกศัลยกรรมเพื่อรับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง - นอกเวลา จำกัดจำนวนห้องผ่าตัดในการผ่าตัดแปรผันตามจำนวนบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบ guideline management fracture around the hip - ปรับปรุงตึกและปรับสถานะเป็นหน่วยกึ่งวิกฤต (เพิ่มอัตรากำลังพยาบาล) - ปรับระบบการทำงานสอดคล้องกับอัตรากำลังคน 													
<p>Patients ผู้ป่วย</p> <p>ขาดความรู้ความเข้าใจในสถานะเจ็บป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานกับกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, เวชศาสตร์ครอบครัว / ทีม อสม./ รพ.สต. ในการลงพื้นที่ให้ข้อมูล ความรู้ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน - จัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป 													

6. ข้อเสนอแนะ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดทำแนวทางปฏิบัติ/พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
3. ทบทวนเหตุการณ์สำคัญกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง/แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ ER/รพช.
4. จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการประจำปี เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะ
5. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินงานสู่เครือข่าย
6. ระบบการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย (ก่อน-ขณะ-หลังการรักษาในโรงพยาบาล)
7. พัฒนาระบบการปรึกษาและส่งต่อ (Consult / refer / LTC)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นายกฤษฎา ศรีกุลวงศ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 042-413456-65 ต่อ 223
E-mail - |
| 2. นายชลธิศ ละเอียดอ่อง
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | โทร. 042-413456-65 ต่อ 223
E-mail - |
| 3. นางสาววิณี หนู่มขุนทด
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 086-8519857 / 092-1530884
E-mail: kaisiwi@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด อัตราส่วนการตายมารดาไทย

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	17/100,000LB	0	0	0	0
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	88.29	83.64	86.42	74.63 (356/477)
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	2.11 (10/475)
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	11.37 (54/475)
5. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	77.52	78.67	79.67	45.02 (321/713)
6. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ < 7	6.09	6.72	7.85	8.56 (31/362)
7. ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ > 50	73.88	73.62	78.80	77.75 (1,020/1526)
8. ทารกคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ < 7	4.39	6.04	7.52	9.55 (13/660)
9. อัตราตายปริกำเนิด	ไม่เกิน 8 /1000 การเกิดทั้งหมด	4.46	2.92	3.54	3.03 (4/883)
10. อัตราการเกิด Birth Asphyxia	ไม่เกิน 25/1000LB	23.61	18.09	19.54	19.76 (13/658)
11. ANC 5 ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ 75	82.37	81.50	81.22	64.84 (308/475)
12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ 100	90.46	92.78	91.08	89.13 (1,484/1,665)
13. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ร้อยละ ≤ 16	13.23	14.94	13.55	15.24 (107/702)
14. Near missed	ราย	9	3	1	5
15. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ 80	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
16. หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์	ร้อยละ 50	37.83	41.83	74.93	70.6 (305/432)

ข้อมูลจาก HDC 5 มกราคม 2566

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	การตั้งครุภัณฑ์คุณภาพ (ต้นน้ำ)	แม่ปลอดภัย(ลดมารดาตาย) (กลางน้ำ)	ลูกเกิดรอด(ลดการตายทารก) (ปลายน้ำ)
OKR หรือ KPI	ANC คุณภาพ	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน (< 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1.บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ 2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3.ลดการคลอดก่อนกำหนด	1.ลดการตายมารดาจาก PPH/PIH 2.ทบทวนการตายของมารดาทุกราย และมีแนวทางป้องกันมารดาตาย	1.วางระบบการส่งตัว 2.มีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไขตามสาเหตุ
Workforce	1.ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 2.ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ	1.ประเมินความเสี่ยงขณะคลอด 2.มีการซ้อมแผนดูแลภาวะวิกฤติในห้องคลอด ปีละ 1 ครั้ง	1.อบรมฟื้นฟูวิชาการ 2.อบรมการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนด/ทารกวิกฤติ ปีละ 1 ครั้ง
Data & IT	HDC Service/รายงาน ก.2	ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system : Maternal Death Surveillance)	HDC Service และควรรสร้าง Platform การลงข้อมูลให้ Real time และ Verify ข้อมูลให้ถูกต้อง
Supply	สนับสนุนวิชาการ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร	สนับสนุนวิชาการ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร	ขอสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล
Finance	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ /หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช.	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ /หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช.	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ /หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช.
Governance	พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ/เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ/เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	การทำงานโปร่งใสใช้หลักธรรมาภิบาล ตรวจสอบได้

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

ข้อมูลจาก HDC 5 มกราคม 2566

1. ปีงบประมาณ 2563 - 2565 จังหวัดหนองคาย ไม่มีมารดาตายเป็น 0 ราย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - 5 ม.ค.66) จังหวัดหนองคาย ไม่มีมารดาตาย
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 88.29, 86.99, 86.42 และ 74.63 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 2.11 และยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เพิ่มมาในปี 2566)
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 11.37 และยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เพิ่มมาในปี 2566)
5. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.52, 78.67, 79.67 และ 45.02 ตามลำดับมีแนวโน้มลดลง และยังไม่ผ่านเกณฑ์
6. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.09, 6.72, 7.85 และ 8.56 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังไม่ผ่านเกณฑ์

7. ทารกแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 73.88, 73.62, 78.80 และ 77.75 ตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์
8. ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 4.39, 6.04, 7.52 และ 9.55 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังไม่ผ่านเกณฑ์
9. อัตราตายปริกำเนิด ร้อยละ 4.46, 2.92 , 3.54 และ 3.03 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และผ่านเกณฑ์
10. ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 23.61, 18.09, 19.54 และ 19.76 ตามลำดับมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์
11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 82.37, 81.50, 81.22 และ 64.84 ตามลำดับมีแนวโน้มลดลงและยังไม่ผ่านเกณฑ์
12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 90.46, 92.78, 91.08 และ 89.13 ตามลำดับมีแนวโน้มลดลงและยังไม่ผ่านเกณฑ์
13. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์(ผลอยู่ระหว่าง 1-32 สัปดาห์) ร้อยละ 13.23, 14.94, 13.55 และ 15.24 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์
14. Near missed ปี 2563 จำนวน 9 ราย ปี 2564 จำนวน 3 ราย (Eclampsia 1 ราย รพ.หนองคาย) (ตัดมดลูก 2 ราย รพ.หนองคาย /รพ.โพนพิสัย) ปี 2565 จำนวน 1 ราย (ตัดมดลูก 1 ราย รพ.หนองคาย) ปี 2566 จำนวน 5 ราย (PPH with shock 3 ราย รพ.หนองคาย/รพ.โพนพิสัย/รพ.ท่าบ่อ) (Unplanned ICU post C/S with twin 1 ราย รพ.หนองคาย) (Placenta previa totalis with APH 1 ราย รพ.หนองคาย)
15. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์
16. หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ ปังบประมาณ 2563 - 2565 ร้อยละ 37.83, 41.83, 74.93 และ 70.6 (ปังบประมาณ 2563 ดำเนินการคัดกรองเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และปังบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ให้ดำเนินการคัดกรองทุกกลุ่มอายุ เริ่ม 1 ตุลาคม 2563

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
1.เสริมสร้างความร่วมมือขับเคลื่อน การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับ ภาควิชา เครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลหญิง ตั้งครรภ์	1.ถ่ายทอดนโยบายและ พัฒนา ศักยภาพบุคลากร และเครือข่าย	1.ติดตามกำกับหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรค COVID-19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 70	1.Coaching on the job Training	1.อัตราส่วนการตายมารดา ไทย = 17 ต่อการเกิดมีชีวิต แสนคน
2.เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	2.มีแนวทางปฏิบัติด้าน อนามัยแม่ และเด็ก เพื่อ	2.นิเทศ กำกับ ในการดูแล ตามแนวทาง Udon Model & 7 step	2.MM conference ทบทวน case near missed มารดาและ ทารก, CQI	2.อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 8 ต่อพัน TB
3. ส่งเสริมสนับสนุนระบบการค้นหาและ คัด กรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ระบบการฝาก ครรภ์พร้อมทั้งดูแลและ ส่งต่อทันทีกรณีมี ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน	รองรับสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19	3.Coaching on the job Training	3.กำกับติดตามข้อมูล การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ติดเชื้อCOVID-19	3.อัตราตายปริกำเนิดจาก สาเหตุ BA ไม่เกินร้อยละ 5
4. เร่งรัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีด วัคซีน ป้องกันโรคโควิด 19 ครบ 2 เข็ม	3.ทีม MCH Board ทุกระดับ ประชุมทุก 3 เดือน	4.MM conferenceทบทวน case near missed มารดา และทารก, CQI		4.อัตราการเกิด SBA ไม่เกิน ร้อยละ 4 ต่อพัน LB
5. บูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กและภาควิชาเครือข่ายในทุกระดับ (HNA,MCH Board) โดยจัดประชุมทุก3เดือน หรือประชุมผ่านระบบ Zoom	4.รพศ./รพท./รพ.Node ปฏิบัติ ตามข้อตกลงร่วมกัน ระหว่าง สหสาขาวิชาชีพใน การดูแล ภาวะเสี่ยงทุกระยะ	5.ซ้อมแผนวิกฤติฉุกเฉิน มารดาและทารกผ่านระบบ zoom		5.อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7
	5.นิเทศติดตาม กำกับ Coaching			6. MM conference , CQI
				7.ทบทวนการดูแลหญิง ตั้งครรภ์และทารกติดเชื้อ COVID-19

มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
<p>6.สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ</p> <p>7.พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับ ภาวะเสี่ยงและ Early warning signs รายโรค</p> <p>8.สนับสนุนมาตรการป้องกันมารดาเสียชีวิตในระดับปฐมภูมิโดยจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์และเยี่ยมบ้าน รายหมู่บ้าน</p> <p>9.คัดกรองและดูแลความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ตาม Udon Model classifying pregnancy 2021, ROBER 2020, Udon model 7 step</p> <p>10.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานอนามัยแม่และเด็กทุกระดับ ภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ในหน่วยบริการ ทุกระดับ</p> <p>11.จัดซ่อมแผนกหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง/ภาวะวิกฤติฉุกเฉินการคลอด</p> <p>12.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ ANC /LR /PP / Newbornอย่างต่อเนื่อง (External Audit)</p> <p>13.พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงร่วมกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงร่วมกันสูติแพทย์อย่างเป็นระบบ</p> <p>14.พัฒนาการดูแลระบบ Zoning และการส่งต่อ Consult ที่มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ</p> <p>15. MCH Board มีการ conference ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาเมื่อเกิดเหตุ</p> <p>16.นิเทศ ติดตาม Coaching ในอำเภอ ที่เกิดเหตุซ้ำ</p> <p>17.พัฒนาระบบรายงานมารดาและทารกเสียชีวิต</p> <p>18.พัฒนาฐานข้อมูล Preterm, LBW, BA, TSH และทารกตายปริกำเนิด</p> <p>19.พัฒนาฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ</p> <p>20.พัฒนาระบบการคืนข้อมูลการส่งต่อการดูแลในสถานบริการทุกระดับ</p> <p>21.พัฒนาองค์ความรู้นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>22.ทบทวนและถอดบทเรียนระบบการดูแล Udon Model/ROBER</p> <p>23.จัดตั้ง Multidisciplinary consultation ของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อ Covid-19 ระดับอำเภอ</p>				

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			ผลงาน ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.- ธ.ค.65)		
		ปี 2563 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	ปี 2564 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	ปี 2565 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/ อัตรา
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	จำนวน 0 คน อัตรา 0	จำนวน 0 คน อัตรา 0	จำนวน 0 คน อัตรา 0	0	0	0
2. อัตราทารกตายปริกำเนิด	ไม่เกิน 8 ต่อพันการเกิดทั้งหมด	จำนวน 18 คน อัตรา 4.46	จำนวน 10 คน อัตรา 2.92	จำนวน 3 คน อัตรา 2.03	660	2	3.03
3. ร้อยละทารกตาย ปริกำเนิดจากสาเหตุ Birth Asphyxia	ไม่เกิน ร้อยละ 25	จำนวน 95 คน ร้อยละ 23.61	จำนวน 62 คน ร้อยละ 18.09	จำนวน 20 คน ร้อยละ 18.09	658	13	19.76
4. อัตราทารกเกิด ภาวะ Severe Birth Asphyxia	ไม่เกิน 4 ต่อการเกิดมีชีพ	จำนวน 17 คน อัตรา 4.23	จำนวน 5 คน อัตรา 1.46	จำนวน 25 คน อัตรา 7.40	658	4	6.08
5. อัตราการคลอด ก่อนกำหนด	ไม่เกินร้อยละ 7	จำนวน 176 คน อัตรา 4.39	จำนวน 207 คน อัตรา 6.04	จำนวน 51 คน อัตรา 5.18	660	13	9.55

โดยในปี 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565) จังหวัดหนองคาย ไม่พบมารดาเสียชีวิต โดยทบทวน Case Near missed จำนวน 5 ราย ได้แก่ PPH with Shock จำนวน 3 ราย, Unplanned ICU Post C/S with twin จำนวน 1 ราย และ Placenta previa totalis with APH จำนวน 1 ราย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด โรงพยาบาลหนองคายจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทาง เพื่อแก้ไขการเกิดปัญหามารดาตาย, การเกิด Case Near missed ในมารดา ดังนี้

- แนวทางการป้องกันการเกิดมารดาตาย/Case Near missed
1. ANC ใช้แนวทางตาม Udon model 2021 มีรายละเอียด ดังนี้
 - ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ บริหารและจัดการความเสี่ยงโดยสูติแพทย์ ร่วมกับอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
 - เน้นการได้รับยา Obimin AZ, Triferdine, Ferrous fumarate, เกลือเสริมไอโอดีน
 - เน้นนโยบาย 90 วัน 90 กล้อง 90 ฟอง เพื่อแก้ปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 3
 - เน้นการคัดกรองรายโรคสำคัญตามมาตรฐาน MCH จังหวัด ได้แก่ PPH PIH Preterm GDM Heart disease สุขภาพจิต/จิตเวช ยาเสพติด Covid - 19
 - ชักประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครอบครัว
 2. LR ใช้ ROBER 2020 (Rapid Response for OB Emergency Udon 2020) เน้น 20 : 30 : 60 นาที รายละเอียด ดังนี้
 - 20 นาที ถึงหุหมอสูติ(consult ใน 0-20 นาที)
 - 30 นาที ล้อหมุน (ส่งต่อได้หลังตัดสินใจใน 30 นาที)
 - 60 นาที หัตถการที่จำเป็น (c/s, ตัดมดลูก) จังหวัดหนองคาย สามารถนำ ROBER 2020 มาใช้ได้
- อย่างเกิดประสิทธิผล ยกตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลโพธิพิสัย เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายต้นแบบ ได้ทบทวนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ ผลการดำเนินงาน การ Refer Out ด้านสูติกรรมโรงพยาบาลโพธิพิสัย ปี

2561-2564 พบ 5 อันดับโรคที่ Refer Out ได้แก่ CPD, Fetal distress, Previous C/S c Labor pain, PIH และ Preterm Labor พบปัญหาการส่งต่อล่าช้า ทารกเสียชีวิตจากการตัดสินใจไม่ได้ของแพทย์ทั่วไป ที่ปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลา ราชการ ทีม MCH BOARD จังหวัดหนองคาย จึงได้ร่วมกันทบทวนระบบและแนวทางปฏิบัติได้กำหนดนโยบาย และกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ PIH, Preterm, PPH, การคลอดติดไหล่ และภาวะ Fetal distress ใช้แนวทาง ROBER ในการส่งต่อและขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในปี 2563 - 2564 ผลการดำเนินงาน Door to consult มีไลน์กลุ่มแพทย์เพื่อ Consult fast track (20 นาที) ร้อยละ 87.99, 100 / Door to Refer (30 นาที) ร้อยละ 91.38 , 95.65 และ Door to โรงพยาบาลแม่ข่าย (60 นาที) ร้อยละ 98.28 , 100 ตามลำดับ

3. PP & Community ใช้ตาม Udon Model 7 Steps และ Warning signs รายโรค โดยมีการคืนข้อมูล และมีระบบการเฝ้าระวังในชุมชน รายละเอียดดังนี้

- ติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ
- Conference เพื่อวางแผนการดูแล
- กำหนด Warning signs ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติทราบ
- Mapping แผนที่บ้านผู้ป่วยและแผนที่ศูนย์ส่งต่อ
- รพ.สต. ติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์เพื่อประเมินอาการ
- หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบเบอร์ฉุกเฉิน 1669 และเบอร์ติดต่อเจ้าหน้าที่ ตลอด 24 ชั่วโมง
- วางแผน Admit ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง

4. วิเคราะห์จาก 3 Delay Delay in seeking care (การตัดสินใจ) : หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว

4.1 เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ สามีและญาติในการดูแลรายบุคคลกรณีมีโรคทางอายุรกรรมหรือมีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

4.2 มีผู้ดูแลใกล้ชิดในช่วงกลางวัน หากมีภาวะฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันที ความสำคัญของ 1669

4.3 บูรณาการงาน 3 หมอ และพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลในชุมชน Delay in Reaching care (การเข้าถึง):ระบบส่งต่อและการสื่อสาร

4.4 พัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ 1669 เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการผิดปกติ เช่น รู้สึกเหนื่อย หอบ แน่นหน้าอก ตาพร่ามัว โทรแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ 1669

4.5 พัฒนาระบบการส่งต่อ/คืนข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน ขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด กรณี ที่หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดมีภาวะเสี่ยง

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

5.1 การทำงานระบบเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

5.2 วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเกิดความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด หญิงหลังคลอดทารกแรกเกิด ลดอัตราการเสียชีวิตมารดาและทารก

5.3 คืนข้อมูลผลการดำเนินงานเป็นระยะ ตลอดจนทบทวนกรณีวิกฤตฉุกเฉินเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ

5.4 ประชุมและวางแผนแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันทุก 3 เดือน

5.5 นำเสนอกรณีศึกษา case มารดาและทารกที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ในที่ประชุมกวป.ทุกเดือน

5.6 จัดประชุม MM conference มารดาตายและ near miss โดยเชิญองค์กรภายนอกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเข้าร่วมเพื่อให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	136	90	66.18
ท่าบ่อ	71	55	77.46
โพนพิสัย	87	72	82.76
ศรีเชียงใหม่	20	12	60
สังคม	17	8	47.06
สระใคร	25	22	88
เฝ้าไร่	64	55	85.94
รัตนวาปี	45	35	77.78
โพธิ์ตาก	12	7	58.33
รวม	477	356	74.63

B หมายถึง จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR

A หมายถึง จำนวนหญิงตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพู บันทึกลงใน 43 แฟ้มฯANC)

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	135	76	56.3
ท่าบ่อ	71	47	66.2
โพนพิสัย	87	65	74.71
ศรีเชียงใหม่	20	9	45
สังคม	17	8	47.06
สระใคร	25	22	88
เฝ้าไร่	63	49	77.78
รัตนวาปี	45	27	60
โพธิ์ตาก	12	5	41.67
รวม	475	308	64.84

B หมายถึง จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)

A หมายถึง จำนวนหญิงตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ฐานข้อมูล 43 แฟ้มฯANC)

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	141	32	22.7
ท่าบ่อ	244	34	13.93
โพนพิสัย	160	35	21.88
ศรีเชียงใหม่	14	0	0
สังคม	65	5	7.69
สระใคร	11	1	9.09
เฝ้าไร่	40	0	0
รัตนวาปี	27	0	0
โพธิ์ตาก	0	0	0
รวม	702	107	15.24

B หมายถึง หญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปัจุบันประมาณ ได้รับการตรวจ HCT

A หมายถึง หญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปัจุบันประมาณ ได้รับการตรวจ HCT และผลอยู่ระหว่าง 1-32

ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	204	83	40.69
ท่าบ่อ	100	58	58
โพนพิสัย	134	63	47.01
ศรีเชียงใหม่	26	7	26.92
สังคม	25	11	44
สระใคร	49	17	34.69
เฝ้าไร่	97	54	55.67
รัตนวาปี	59	25	42.37
โพธิ์ตาก	19	3	15.79
รวม	713	321	45.02

B หมายถึง จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดครบ 42 วันทั้งหมดในปัจุบันประมาณ (ฐานข้อมูล 43 แพ้ม) LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)

A หมายถึง จำนวนหญิงตาม B ที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2563 – 2566

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1	หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	5,013	5,207	4,552	1,578
2	ครรภ์เสี่ยงระดับ high Risk	1.06 (53/5,013)	2.07 (108/5,207)	8.59 (278/4,552)	4.94 (78/1,578)
3	ครรภ์เสี่ยงระดับ very high Risk	0.02 (1/5,013)	0.33 (20/5,207)	0.22 (7/4,552)	0.32 (5/1,578)
4	ครรภ์เสี่ยงคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ	25.93 (14/45)	67.57 (75/111)	26.67 (76/285)	6.02 (5/83)
5	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดเป็นทาลัสซีเมีย	2.75 (8/291)	9.48 (76/802)	6.84 (25/365)	1.07 (1/93)

ข้อมูลจากรายงาน ก และ HDC 5 มกราคม 2566

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมากปีงบประมาณ 2563 – 2566

อำเภอ	ปีงบประมาณ			
	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.- ธ.ค.65)
เมืองหนองคาย	14	16	7	3
ท่าบ่อ	3	2	0	1
โพนพิสัย	1	1	0	1
ศรีเชียงใหม่	1	1	0	0
สังคม	0	0	0	0
สระใคร	0	0	0	0
เฝ้าไร่	3	0	0	0
รัตนวาปี	1	0	0	0
โพธิ์ตาก	0	0	0	0
รวม	23	20	7	5

ข้อมูลจากรายงาน ก และ HDC 5 มกราคม 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตรเฉพาะทางสำหรับแพทย์และพยาบาล
2. ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลัง แพทย์เฉพาะทาง สูติแพทย์ วิชาสูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
3. ควรจัดสรรงบประมาณ งบลงทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา High cost ที่จำเป็น ต้องใช้กรณีมารดาภาวะวิกฤต เช่น กรณีมารดาตกเลือดขณะคลอด หลังคลอด กรณีภาวะวิกฤติในทารกแรกเกิด ได้แก่ Transport incubator

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

- 7.1 Udonthani Model classifying pregnancy 2021
- 7.2 Nongkhai ROBER 2021 (ปรับปรุงจาก Udon ROBER 2020)
- 7.3 Nongkhai Unity MCH Network
- 7.4 NKPH PPH Model
- 7.5 NKPH Preterm Model
- 7.6 แนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 7.7 การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเชิงรุกโดยใช้ warning signs (สัญญาณเตือนภัย)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. นางจรรยา คำอู่ | โทร. 089-7105948 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : tuktik_janya@hotmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

หัวข้อ : กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

1.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค- ธ.ค.65)
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 10	-	-	9.8	8.46
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชา ทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100	-	-	225.25	51.50
จำนวนงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ ของหน่วยงาน	1 เรื่อง	-	-	-	1
จำนวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทาง การแพทย์ของหน่วยงาน	2 ครั้ง/ปี	-	-	-	-

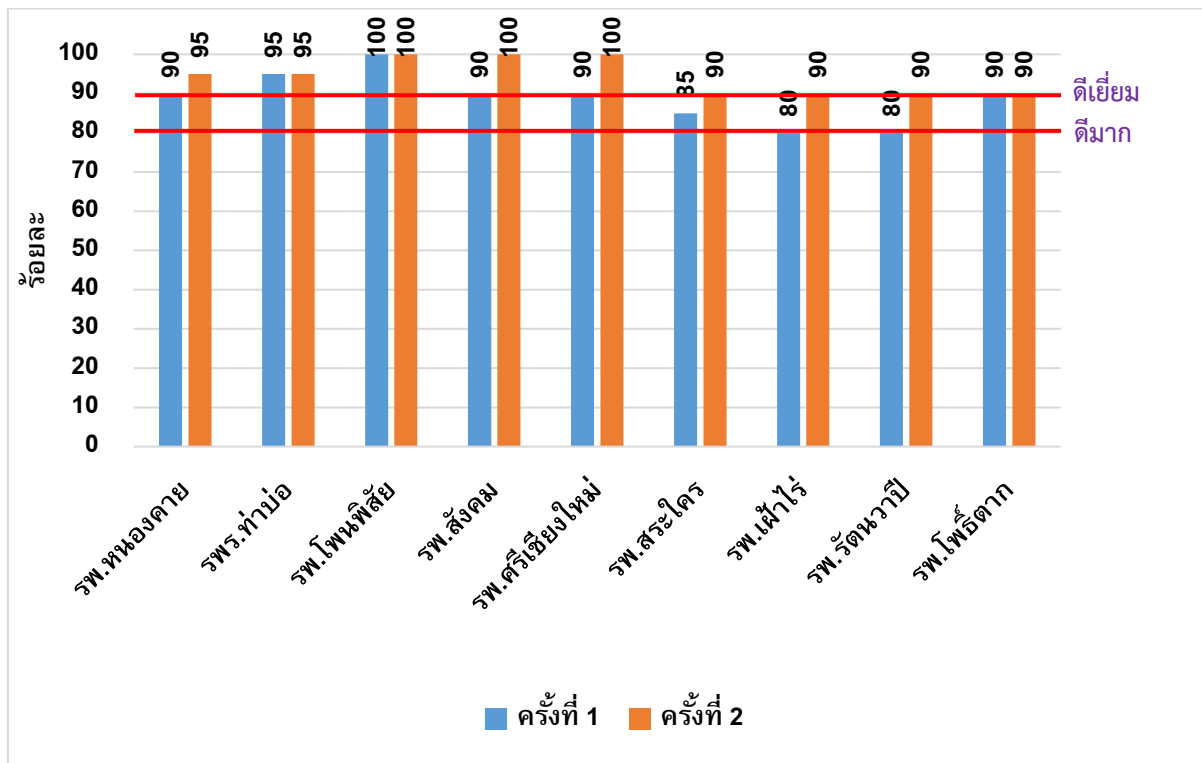
2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2565

1. หน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 21 แห่ง จำแนกเป็น
รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 7 แห่ง รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง และ สอน. จำนวน 1 แห่ง คิดเป็น
ร้อยละ 100

2. โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานระดับดีเยี่ยม จำนวน 9 แห่ง
ดังกราฟ

กราฟแสดงผลการประเมินโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ปี 2565



3. โรงพยาบาลโพธิ์ชัยเป็นสถานที่ผลิตยาสมุนไพรในจังหวัดหนองคาย ได้ผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพรขององค์การอนามัยโลก (WHO-GMP) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2564 โดยในปีงบประมาณ 2566 มีการเตรียมการผลิตน้ำมันกัญชา (อาจารย์เดชา) ซึ่งมีวิสาหกิจชุมชนผู้ปลูกพืชสมุนไพรทางการแพทย์โปร่งเย็นและวิสาหกิจชุมชนฮักจังโนนศิลา เป็นผู้สนับสนุนช่อดอกกัญชา

4. การออกใบอนุญาตสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 สามารถสรุปผลการดำเนินงานดังนี้

- 1) ใบอนุญาตศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุม จำนวน 0 ราย
- 2) ใบอนุญาตส่งออกสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า จำนวน 2 ราย
- 3) ใบอนุญาตจำหน่ายหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า จำนวน 21 ราย และอยู่ในระหว่างดำเนินการ จำนวน 7 ราย (ข้อมูล ณ 7 มกราคม 2566)

5. วิเคราะห์ GAP

5.1 ในภาพ CUP ยังไม่มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาการจ้ดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษร

5.2 รพ.ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางการส่งต่อด้านกัญชาทางการแพทย์อย่างไม่ชัดเจน

5.3 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์จำนวนน้อย

5.4 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์จำนวนน้อย

5.5 หน่วยบริการสาธารณสุขยังไม่มีผลงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์

5.6 ในภาพ CUP ยังไม่มีการวางแผนการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ในปี 2566

5.7 หน่วยบริการสาธารณสุขยังไม่มีแนวทางการบริหารจัดการยาที่ชัดเจน ได้แก่ ยาเสื่อมสภาพ/หมดอายุเร็ว

5.8 แพทย์แผนไทยในรพ./รพ.สต.ยังไม่มั่นใจในการสั่งจ่ายยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม/น้ำมันกัญชา อ.เดชา

5.9 รายงานข้อมูลการใช้ยากัญชาในโปรแกรม HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ เช่น ข้อมูลปริมาณการใช้ยากัญชา

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

6 building blocks plus สาขากัญชาทางการแพทย์

Value Chain	เพิ่มประสิทธิภาพงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยกัญชาทางการแพทย์
OKR หรือ KPI	-จำนวนงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน -จำนวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน	-ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น	-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยาทางการแพทย์
Service Delivery	-แผนการดำเนินงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ -แผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	-การค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยาทางการแพทย์ -การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ -การกำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ -ประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ -ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย	-การค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) -การกำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ -การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) -ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย
Workforce	-อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย -ประชุมวิชาการการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ระดับจังหวัด	-บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ -ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผ่านกรอบหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ -ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแนวทางเวช/แนวทางการรักษาโรคด้วยยากัญชาทางการแพทย์/การจัดบริการและการบริหารจัดการยาทางการแพทย์	-ประชุมเชิงปฏิบัติการและศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) -ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ผ่านระบบ Zoom Meeting

		-นิเทศติดตามการรักษาและการบริหารจัดการยาผู้ป่วยทาง การแพทย์ ผ่านระบบ Zoom Meeting	
Supply Data & IT	-ระบบสนับสนุนในการจัดทำ ผลงานวิจัย และการจัด กิจกรรมการจัดการความรู้ด้าน กัญชาทางการแพทย์ -ระบบสารสนเทศ เผยแพร่ ผลงานวิจัย และการจัด กิจกรรมการจัดการความรู้ด้าน กัญชาทางการแพทย์	-การบริหารจัดการยาสารสกัด กัญชา ยาแผนไทยที่มีกัญชา ประชุม น้ำมันกัญชา อ.เดชา -ระบบสารสนเทศสนับสนุนการ กำหนดข้อบ่งชี้ และการ วิเคราะห์ข้อมูลกัญชาทาง การแพทย์ -Telemedicine -โปรแกรมระบบบัญชียา จ.2	-การบริหารจัดการยาสารสกัด กัญชา ยาแผนไทยที่มีกัญชา ประชุม น้ำมันกัญชา.เดชา -ระบบสารสนเทศ สนับสนุน การค้นหาและการวิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วย Palliative care -Telemedicine -โปรแกรมระบบบัญชียา จ.2
Finance	-สนับสนุนงบประมาณในการ จัดทำผลงานวิจัย และการจัด กิจกรรมการจัดการความรู้ด้าน กัญชาทางการแพทย์	-กรมบัญชีกลาง -ระบบเบิกจ่าย e-Cliam	-กรมบัญชีกลาง -ระบบเบิกจ่าย e-Cliam
Governance	-นโยบายผู้บริหาร -คณะกรรมการจริยธรรม -คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพสาขาการใช้ สมุนไพรกัญชาและกัญชงทาง การแพทย์ ระดับจังหวัด/ อำเภอ	-นโยบายผู้บริหาร -คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพสาขาการใช้ สมุนไพรกัญชาและกัญชงทาง การแพทย์ ระดับจังหวัด/ อำเภอ	-นโยบายผู้บริหาร -คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพสาขาการใช้ สมุนไพรกัญชาและกัญชงทาง การแพทย์ ระดับจังหวัด/ อำเภอ
Participation	-การจัดการความรู้กัญชาทาง การแพทย์อย่างมีส่วนร่วม	-การมีส่วนร่วมของสหสาขา วิชาชีพ -ประชาสัมพันธ์การเข้าถึง บริการอย่างมีส่วนร่วม	-การมีส่วนร่วมของสหสาขา วิชาชีพ -ประชาสัมพันธ์การเข้าถึง บริการอย่างมีส่วนร่วม

มาตรการ/แนวทาง

1. พัฒนาระบบการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาบุคลากรและสนับสนุนวิชาการด้านกัญชาทางการแพทย์
3. พัฒนาการบริหารจัดการยาผู้ป่วยกัญชาทางการแพทย์
4. พัฒนาการจัดการระบบข้อมูลด้านกัญชาทางการแพทย์

Small Success

ไตรมาส 1

1. จัดทำและทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การใช้สมุนไพรกัญชาและกัญชง ทางทางการแพทย์ จังหวัดหนองคาย
2. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ระดับจังหวัด

3. มีแผนการบริหารจัดการยาสารสกัดกัญชา ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา อ.เดชา ระดับจังหวัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพร WHO GMP
4. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน
5. มีแผนการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
6. มีแผนการจัดทำงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์
7. มีแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์

ไตรมาส 2

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการรักษาโรคด้วยยากัญชาทางการแพทย์และการบริหารจัดการยา กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง
3. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ผ่านระบบ Zoom Meeting
4. บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
5. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ ร้อยละ 5
6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30
7. นิเทศติดตามการรักษาโรคด้วยยากัญชาทางการแพทย์และการบริหารจัดการยา กัญชาทาง การแพทย์ผ่านระบบ Zoom Meeting
8. ประชุมทบทวนแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
9. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพ

ไตรมาส 3

1. นิเทศติดตามระบบการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง
2. ประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน รพศ./รพท./รพช. จำนวน 9 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 12 แห่ง
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง

ไตรมาส 4

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 10
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 100
3. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน จำนวน 1 เรื่อง
4. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน จำนวน 2 ครั้ง

4. ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)

4.1 จำนวนรพ./รพ.สต.ที่จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	รพ./รพ.สต.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	4	4	100
2	ท่าบ่อ	2	2	100
3	โพนพิสัย	3	3	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	สังคม	1	1	100
6	สระใคร	2	2	100
7	เฝ้าไร่	5	5	100
8	รัตนวาปี	2	2	100
9	โพธิ์ตาก	1	1	100
รวม		21	21	100

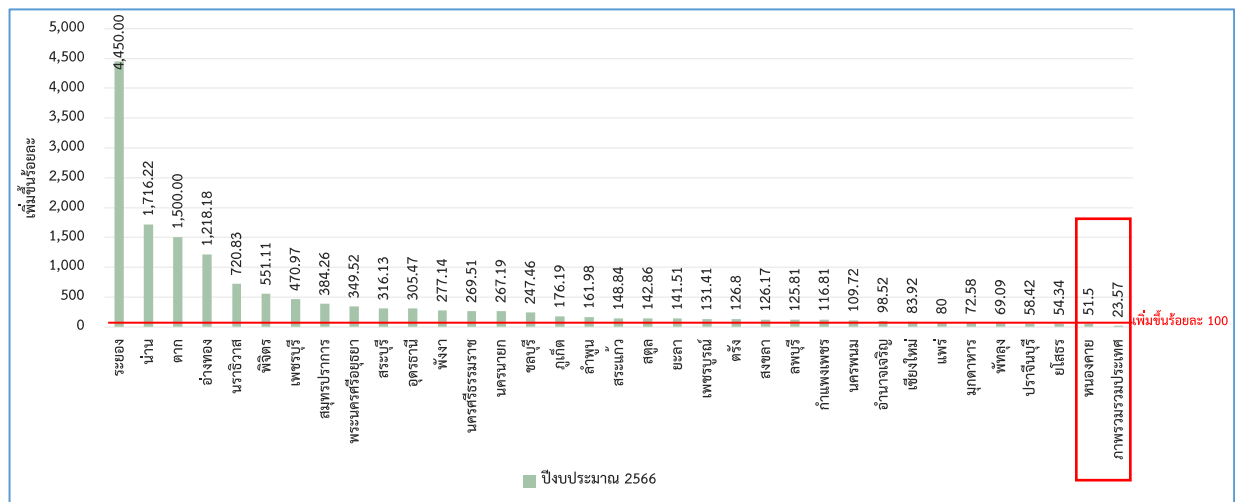
4.2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	1	1	100
2	รพ.ท่าบ่อ	1	1	100
3	รพ.โพนพิสัย	1	1	100
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	รพ.สังคม	1	1	100
6	รพ.สระใคร	1	1	100
7	รพ.เฝ้าไร่	1	1	100
8	รพ.รัตนวาปี	1	1	100
9	รพ.โพธิ์ตาก	1	1	100
รวม		9	9	100

4.3 ผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในระดับ
โรงพยาบาล ครั้งที่ 2/2565

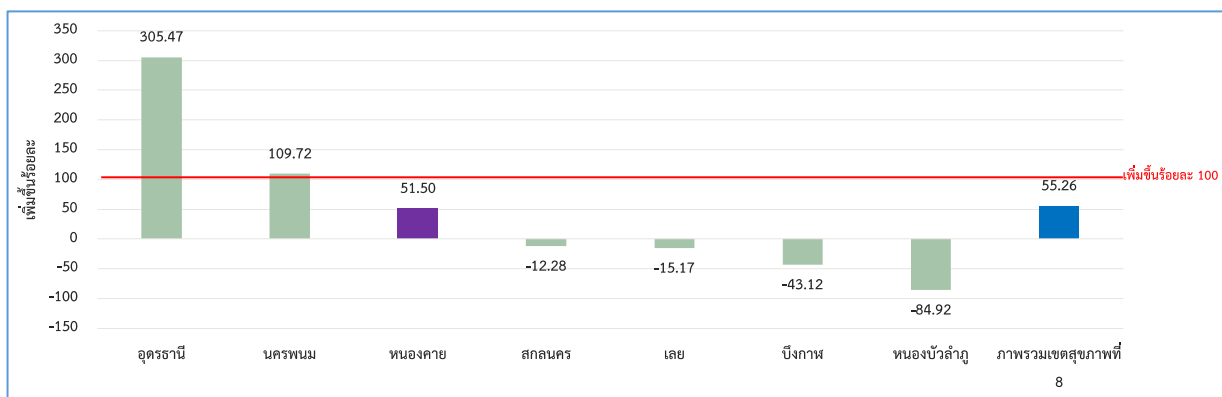
ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	100	95	95
2	รพ.ร.ท่าปอ	100	95	95
3	รพ.โพธิพิสัย	100	100	100
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	100	100	100
5	รพ.สังคม	100	100	100
6	รพ.สระใคร	100	90	90
7	รพ.เฝ้าไร่	100	90	90
8	รพ.รัตนวาปี	100	90	90
9	รพ.โพธิ์ตาก	100	90	90

4.4 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เปรียบเทียบระดับประเทศ
ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 34 ของประเทศ



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 ม.ค. 2566

4.5 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพทางคลินิกเปรียบเทียบระดับเขตสุขภาพที่ 8
ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 ม.ค. 2566

4.6 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพทางคลินิก จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		ปี 2564 [B]	ปี 2565 [A]	ร้อยละ	ปี 2564 [B]	ปี 2566 [A]	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	82	398	385.37	82	94	14.63
2	ท่าบ่อ	90	157	74.44	90	34	-62.22
3	โพนพิสัย	67	81	20.90	67	95	41.79
4	ศรีเชียงใหม่	7	56	700.00	7	96	1,271.43
5	สังคม	45	150	233.33	45	96	113.33
6	สระใคร	1	46	4,500.00	1	3	200.00
7	เฝ้าไร่	0	30	0	0	10	0
8	รัตนวาปี	7	72	928.57	7	13	85.71
9	โพธิ์ตาก	2	59	2,850.00	2	15	650.00
ภาพรวม		301	1,049	248.50	301	456	51.50

A : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพทางคลินิก ปีงบประมาณ 2566 (คน)

B : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพทางคลินิก ปีงบประมาณ 2564 (คน)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.7 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		ปี 2564 [B]	ปี 2565 [A]	ร้อยละ	ปี 2564 [B]	ปี 2566 [A]	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	77	385	400.00	77	92	19.48
2	รพ.โพนพิสัย	67	65	-2.99	67	88	31.34
3	รพ.ศรีเชียงใหม่	7	56	700.00	7	96	1,271.43
4	รพ.สังคม	45	150	233.33	45	96	113.33
5	รพ.ท่าบ่อ	84	143	70.24	84	32	-61.90
6	รพ.สระใคร	0	29	0	0	3	0
7	รพ.โพธิ์ตาก	2	59	2,850.00	2	15	650.00
8	รพ.เฝ้าไร่	0	16	0	0	2	0
9	รพ.รัตนวาปี	6	60	900	6	12	100
ภาพรวม รพ.		288	963	234.38	288	436	51.39

A : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (คน)

B : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.8 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ จำแนกรายจำแนกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย)

ลำดับ	รพ.สต.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		ปี 2564 [B]	ปี 2565 [A]	ร้อยละ	ปี 2564 [B]	ปี 2566 [A]	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขมิม	0	11	0	0	1	0
2	รพ.สต.นาดี	0	5	0	0	2	0
3	รพ.สต.นาทับไย	1	12	1,100.00	1	1	0
4	รพ.สต.นาหนัง	0	5	0	0	6	0
5	รพ.สต.บ้านเดื่อ	6	14	133.33	6	2	-66.67
6	รพ.สต.บ้านนาฮี	4	8	100.00	4	2	-50.00
7	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	0	5	0	0	0	0
8	รพ.สต.วังหลวง	0	1	0	0	0	0
9	รพ.สต.วัดธาตุ	1	0	-100.00	1	0	-100.00
10	รพ.สต.สระใคร	1	17	1,600.00	1	0	-100.00
11	รพ.สต.หนองหลวง	0	3	0	0	1	0
12	สอน.เฝ้าไร่	0	5	0	0	5	0
ภาพรวม รพ.สต.		13	86	561.54	13	20	53.85

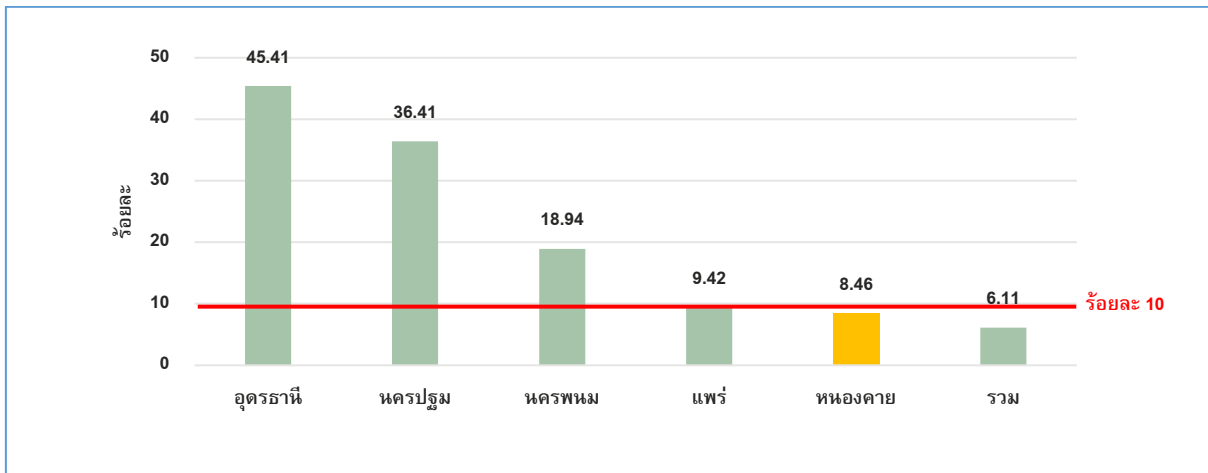
A : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (คน)

B : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้อักเสบะทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.9 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ เปรียบเทียบระดับประเทศ

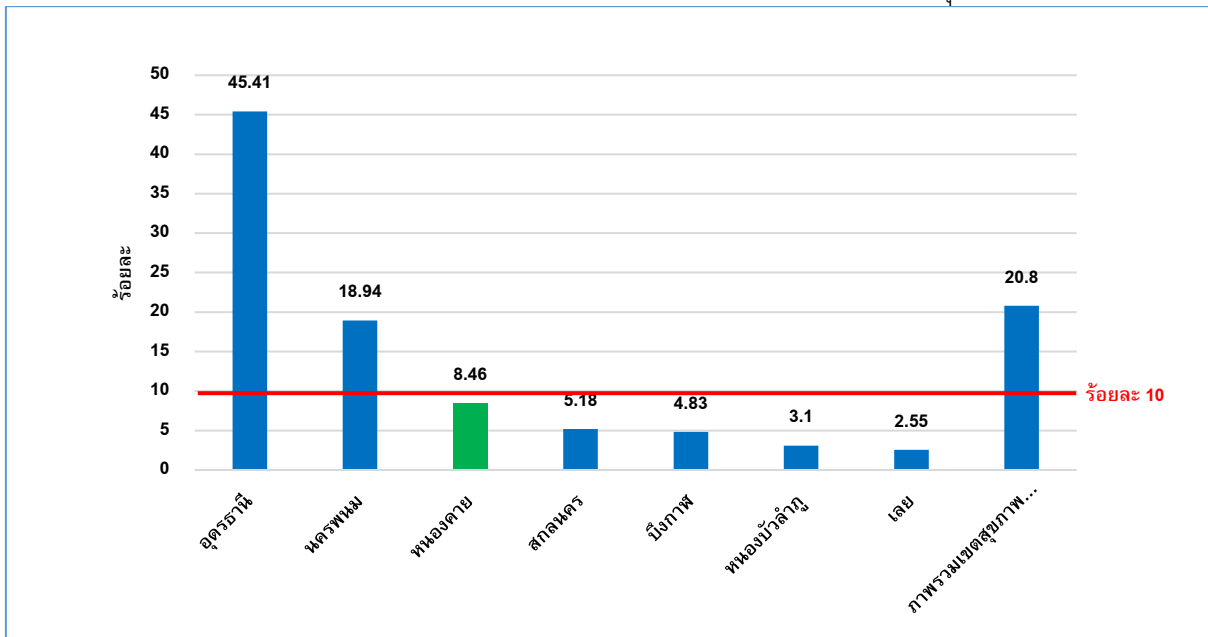
ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศ



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.10 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ เปรียบเทียบระดับเขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.11 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย
ยา姑息学ทางการแพทย์ จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	214	30	14.02	122	11	9.02
2	ท่าบ่อ	166	9	5.42	56	3	5.36
3	โพนพิสัย	233	10	4.29	208	14	6.73
4	ศรีเชียงใหม่	39	4	10.26	19	2	10.53
5	สังคม	84	22	26.19	28	7	25.00
6	สระใคร	52	8	15.38	29	1	3.45
7	เฝ้าไร่	52	2	3.85	12	0	0
8	รัตนวาปี	83	9	10.84	20	1	5.00
9	โพธิ์ตาก	33	5	15.15	14	4	28.57
ภาพรวมจังหวัด		956	99	10.36	508	43	8.46

A : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z515) และได้รับกัญชาทางการแพทย์

B : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z515)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.12 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย
ยา姑息学ทางการแพทย์ จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	214	25	11.68	122	8	6.56
2	รพ.โพนพิสัย	233	9	3.86	208	12	5.77
3	รพ.ศรีเชียงใหม่	39	4	10.26	19	2	10.53
4	รพ.สังคม	84	22	26.19	28	7	25.00
5	รพ.ท่าบ่อ	166	8	4.82	56	3	5.36
6	รพ.สระใคร	52	6	11.54	29	0	0.00
7	รพ.โพธิ์ตาก	33	5	15.15	14	4	28.57
8	รพ.เฝ้าไร่	52	1	1.92	12	0	0.00
9	รพ.รัตนวาปี	83	9	10.84	20	1	5.00
ภาพรวม รพ.		956	89	9.31	508	37	7.28

A : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z515) และได้รับกัญชาทางการแพทย์

B : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z515)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 มกราคม 2566

4.13 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยา姑息療法的ทาง การแพทย์ จำแนกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย)

ลำดับ	รพ.สต.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
1	รพ.สต.เซิม	24	1	4.17	22	2	9.09
2	รพ.สต.นาดี	4	0	0	3	0	0
3	รพ.สต.นาทับไย	12	0	0	6	0	0
4	รพ.สต.นาหนัง	25	0	0	17	0	0
5	รพ.สต.บ้านเตี๋ย	16	1	6.25	3	0	0
6	รพ.สต.บ้านนาฮี	12	2	16.67	8	2	25.00
7	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	13	1	7.69	4	0	0
8	รพ.สต.วังหลวง	10	1	10.00	1	0	0
9	รพ.สต.วัดธาตุ	14	2	14.29	5	1	20.00
10	รพ.สต.สระใคร	19	2	10.53	11	1	9.09
11	รพ.สต.หนองหลวง	9	0	0	3	0	0
12	สอน.เฝ้าไร่	12	0	0	2	0	0
ภาพรวม รพ.สต.		170	10	5.88	85	6	7.06

A : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z515) และได้รับการรักษาด้วย ยา姑息療法的ทาง การแพทย์

B : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z515)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 7 ม.ค. 2566

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1 หน่วยบริการสาธารณสุขยังไม่มีผลงานวิจัยด้าน กัญชาทางการแพทย์	1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีผลงานเด่นหรือ ผลงานที่เป็น Best Practice/งานวิจัยด้านกัญชาทาง การแพทย์
2. แพทย์แผนไทยใน รพ./รพ.สต. ยังไม่มั่นใจในการ ส่งจ่ายยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม/น้ำมันกัญชา อ.เดชา	2. ควรมีการทบทวนความรู้ทักษะการใช้ยา กัญชา ทาง การแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์อย่าง ต่อเนื่อง
3. รายงานข้อมูลการใช้ยา กัญชาในโปรแกรม HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ เช่น ข้อมูลปริมาณ การใช้ยา กัญชา	3. ควรมีการแจ้งให้ผู้ดูแลโปรแกรม HDC ของ ส่วนกลาง ทบทวนข้อมูลการใช้ยา กัญชาให้ สอดคล้องกับตัวชี้วัด
4. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชา ทาง การแพทย์จำนวนน้อย	4. ควรมีการค้นหาผู้ป่วย palliative care และ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
5. หน่วยบริการสาธารณสุขยังไม่มีแนวทางการบริหารจัดการยาที่ชัดเจน ได้แก่ เสื่อมสภาพ/หมดอายุเร็ว	5. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริหารจัดการยาในภาพจังหวัด/เขตสุขภาพ

6. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

งานวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยโรคไมเกรน”

เขตสุขภาพที่ 8 ได้จัดทำโครงการวิจัย “การศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง เขตสุขภาพที่ 8” โดย จังหวัดหนองคาย รับผิดชอบในเรื่องโรคไมเกรน จึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้เพื่อต่อยอดและมุ่งเน้นศึกษาประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยโรคไมเกรน โดยตำรับน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง คิดค้นโดย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ผลิตโดยโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร มีความเข้มข้นที่ระบุในฉลาก THC 2 mg/ml (ความเข้มข้นที่ผลิตได้ THC 2.3 mg/ml ความเข้มข้นของตำรับอยู่ในช่วง 1.6-2.4 mg/ml) ซึ่งจังหวัดหนองคายได้รับสนับสนุนจำนวน 500 ขวด โดยได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยโรคไมเกรนที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดหนองคาย โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่การรับรอง COA No. NKPH6 และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คืออาสาสมัครผู้ป่วยโรคไมเกรนที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในจังหวัดหนองคาย จำนวน 81 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ น้ำมันกัญชาขมิ้นทองที่ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร แบบตรวจประเมินอาสาสมัครไมเกรน และแบบสอบถามอาสาสมัครไมเกรนที่ได้รับน้ำมันกัญชาขมิ้นทอง

ผลการวิจัย พบว่า เก็บข้อมูลอาสาสมัครไมเกรน จำนวน 81 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามขนาดที่รับประทาน ได้แก่ กลุ่มรับประทาน 1 หยด ก่อนนอน จำนวน 14 คน กลุ่มรับประทาน 2 หยด ก่อนนอน จำนวน 44 คน และกลุ่มรับประทาน 3 หยด ก่อนนอน จำนวน 23 คน ซึ่งพบว่าน้ำมันกัญชาขมิ้นทองมีประสิทธิผลในการช่วยลดความปวดศีรษะไมเกรน ทำให้ระยะเวลาการปวดสั้นลง และสามารถทำงานได้ตามปกติตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังการรักษาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ในขนาดรับประทาน 2-3 หยด ก่อนนอน นอกจากนี้ น้ำมันกัญชาขมิ้นทองยังสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไมเกรนได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 หลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาในขนาดรับประทาน 3 หยด ก่อนนอน และการรับประทานน้ำมันกัญชาขมิ้นทองในขนาดรับประทาน 1-3 หยด ก่อนนอน มีความปลอดภัย ส่วนมากไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์มีเพียงจำนวนเล็กน้อยที่เกิดอาการซึ่งเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและสามารถหายได้เอง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

โรงพยาบาลหนองคาย

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. นายพิชิต บุตรสิงห์ | โทร. 081-8716690 |
| ตำแหน่ง เกสซ์กรเชี่ยวชาญ | E-mail : Pesatnoy@gmail.com |
| 2. นายสมภพ ดวงแก้ว | โทร. 081-5453714 |
| ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ | E-mail : - |
| 3. นางโสภิญา ผันผิน | โทร. 06-2154-7426 |
| ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ | E-mail : - |

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. นางสาวจรัสศรี อาจศิริ | โทร. 081-544-7472 |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | E-mail: b_anya_2@hotmail.com |
| 2. นางสาวจรัสศรี บุญคงทอง | โทร. 085-217-2338 |
| ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ | E-mail: j_beer_16@hotmail.com |
| 3. นายนราธิป วิเวกเพลิน | โทร. 087-234-7766 |
| ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ | E-mail: narathip.wiw@outlook.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาจักษุ

ตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยต่อกระจกขุ่นบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ผู้ป่วยตาบอดจากต่อกระจกขุ่นบอด(Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
2. การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดผู้ป่วยต่อประจกลงในโปรแกรม vision2020thailand

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. (%)			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	75	74.56	70.08	85.22	29.39
2. อัตราผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	95	97.51	99.45	99.87	100
3. อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR	60	62.7	62.79	65.40	13.68
4. อัตราเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เสี่ยง ROP ได้รับการตรวจ ROP screening	100	100	100	100	100
5. อัตราการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยครูประจำชั้น	80	23.86	39.05	22.99	-
6. อัตราเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ	60	0	12.5	15.85	-

หมายเหตุ - ข้อมูลในข้อ 5 และ ข้อ 6 ยังเป็นปีการศึกษา 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2566)

2. สถานการณ์

จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอด 0.59% สายตาเลือนราง 1.57% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือต่อกระจก (51%) ต้อหิน (9.8%) ภาวะตาบอดในเด็ก (5.7%) เบาหวานเข้าจอตา (2.5%) กระจกตาขุ่น (2.0%) ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% ภายในปี พ.ศ. 2563 เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา คือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า 0.50% เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการใน 5 โรคหลักคือ ต้อกระจก จอตา (เน้นเบาหวาน และ ROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

จังหวัดหนองคาย โดยการพิจารณาจากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 ข้อมูลอ้างอิงจาก + โปรแกรม Vision 2020 Thailand.org พบว่าผู้ป่วย Blinding Cataract จำนวน 201 คน ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด จำนวน 16,445 คน

ได้รับการคัดกรองสายตา 4,833 คน คิดเป็นร้อยละ 29.39 จะเห็นว่าผู้ป่วยBlinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด แต่อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงเรื่องการเข้าถึงบริการการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาตาบอดจากต้อกระจกในพื้นที่จังหวัดหนองคายเริ่มเป็นไปตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด กล่าวคือหลังจากคัดกรองสายตาผู้สูงอายุแล้วส่วนใหญ่ยังไม่มีการประสานส่งรายที่มีความผิดปกติมาพบทีมจักษุเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาผ่าตัดตามเกณฑ์ ประเด็นปัญหาคือยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ปฐมภูมิกับเจ้าหน้าที่ทีมจักษุในการประสานส่งผู้สูงอายุที่มีสายตาผิดปกติให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในประเด็นดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ประชากรสูงอายุ60ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการคัดกรองสายตา ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาผ่าตัดโดยทีมจักษุได้อย่างครอบคลุมและสะดวกรวดเร็ว ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	- ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2563-2564 อัตราการคัดกรองตาไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด ,2565 พบว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ส่วนในปีงบประมาณ 2566 อัตราการคัดกรองตาไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด -อัตราการผ่าตัดผู้ป่วย Blinding cataract ภายใน 30วัน ในปีงบประมาณ 2563 –2566 พบว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด		
GAP	1. ยังไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในการส่งผู้ป่วยBlinding cataract มาพบทีมจักษุ 2. การลงข้อมูลในvision2020 บางแห่งยังไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน 3. เนื่องจากสถานการณ์โควิด19 ทำให้การคัดกรองซึ่งเป็นงานเชิงรุกในปีงบประมาณ2563-2565 ชะงักลงและทำได้ช้าลง แต่เริ่มดีขึ้นในช่วงปลายปี2565		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีVA <10/200 เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษากับทีมจักษุ	2. ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านจักษุได้อย่างทั่วถึง	3. พัฒนาการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในเขตจังหวัดหนองคาย
กิจกรรมหลัก	1. จัดประชุมและอบรมบุคลากรทางด้านจักษุให้มีศักยภาพในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยต้อกระจก 2. จัดทำแนวทางและสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยต้อกระจกเข้ามารับการรักษาและผ่าตัดที่ รพ.หนองคาย	2. บูรณาการการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการส่งผู้ป่วยที่มี VA < 10/200 เข้ารับการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษากับทีมจักษุ	3. พัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย อย่งไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านจักษุได้สะดวกขึ้น

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุใน จ.หนองคาย เกินร้อยละ 20 2. ประชุม คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ จ.หนองคาย เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน 3. มีการจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาล รพ.สต.งานต้อกระจก พยาบาลรพ.ชุมชนงานต้อกระจก พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รพ.หนองคายและรพ.ท่าบ่อ	1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุใน จ.หนองคาย เกินร้อยละ 40	1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุใน จ.หนองคาย เกินร้อยละ 60 2. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่มี VA <10/200 เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ร้อยละ 60	1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุใน จ.หนองคาย เกินร้อยละ 75 2. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่มี VA <10/200 เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ร้อยละ 80 3. ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เกินเป้าหมาย คือ >80%

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

อำเภอ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65- ธ.ค.65)
ท่าบ่อ	81.56% (8,568/10,505)	94.55% (7,073/7,481)	37.93% (677/1,785)
รัตนวาปี	92.57% (2,867/3,097)	91.02% (2,970/3,263)	38.40% (538/1,401)
ศรีเชียงใหม่	40.90% (1,663/4,066)	99.20% (2,604/2,625)	3.80% (142/3,736)
สระใคร	100% (36/36)	82.73% (2,433/2,941)	100% (11/11)
สังคม	100% (1,596/1,596)	100% (1,658/1,658)	100% (3/3)

อำเภอ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
เฝ้าไร่	47.27% (2,214/4,684)	72.30% (3,495/4,834)	1.67% (40/2,401)
เมืองหนองคาย	66.10% (2,632/3,982)	75.82% (18,044/23,797)	100% (114/114)
โพธิ์ตาก	100% (1/1)	84.13% (2,078/2,470)	39.11% (797/2,038)
โพนพิสัย	70.28% (7,606/10,823)	94.15% (15,405/16,362)	50.67% (2,511/4,956)
รวม	70.08% (27,190/38,797)	85.22% (55,760/65,431)	29.39% (4,833/16,445)

ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2566

อัตราผู้ป่วยDMได้รับการคัดกรองDR

อำเภอ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
ท่าบ่อ	50.49 % (2,619/5,187)	44.30% (2,372/5,355)	11.71% (630/5,379)
รัตนวาปี	78.85 % (1,726/2,189)	81.03 (1,892/2,335)	9.65% (222/2,300)
ศรีเชียงใหม่	72.67 % (1,199/1,650)	72.24 % (1,244/1,722)	6.30% (108/1,713)
สระใคร	60.41 % (743/1,230)	48.44 % (637/1,315)	10.12% (133/1,314)
สังคม	66.40 % (747/1,125)	71.54 % (879/1,237)	44.25% (550/1,243)
เฝ้าไร่	57.36 % (1,550/2,702)	64.07% (1,824/2,847)	11.17% (320/2,866)
เมืองหนองคาย	64.65 % (6,067/9,384)	65.19% (6,491/9,957)	5.24% (513/9,796)
โพธิ์ตาก	61.54 % (480/780)	40.50% (339/837)	0.00 (0/831)
โพนพิสัย	64.61 % (3,334/5,160)	85.73% (4,506/5,256)	32.95% (1,719/5,217)
รวม	62.79 % (18,465/29,407)	65.40 % (20,184/30,861)	13.68% (4,195/30,659)

ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2566

อัตราการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยครูประจำชั้น

อำเภอ	2564	2565
ท่าบ่อ	67.13% (480/715)	31.30% (328/1,048)
รัตนวาปี	14.06% (61/434)	50% (248/496)
ศรีเชียงใหม่	61.78% (139/225)	46.20% (164/355)
สระใคร	18.87% (60/318)	21.70% (79/364)
สังคม	7.84% (21/268)	39.63% (192/482)
เฝ้าไร่	7.20% (34/472)	21.17% (137/647)
เมืองหนองคาย	29.67% (465/1,567)	21.25% (445/2,094)
โพธิ์ตาก	89.47% (465/1,567)	26.77% (53/198)
โพนพิสัย	63.66% (650/1,021)	23.59% (338/1,433)
รวม	39.04% (2,046/5,240)	27.62 % (1,984/7,184)

ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2566

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การประสานงานระหว่างทีมจักษุรพ.หนองคาย รพช. รพ.สต.ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงไว้ใน การส่งผู้ป่วย Blinding cataract มาพบทีมจักษุ
2. การลงข้อมูลใน Vision2020 และใน Data Center บางแห่งยังไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน
3. เครื่อง Fundus camera ยังมีไม่ครบทุกอำเภอ และบางส่วนชำรุดทำให้ต้องรอคอยการหมุนเวียนเครื่อง
4. การคัดกรอง DR บางพื้นที่ยังไม่เป็นเชิงรุกทำให้ไม่ครอบคลุม
5. สถานการณ์ COVID-19 ทำให้การคัดกรองซึ่งเป็นงานเชิงรุกชะงักลง และจำเป็นต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องปฏิบัติตามมาตรการลดการแออัด

ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา

1. ประชุมบุคลากรงาน Service Plan สาขาจักษุ เพื่อทำความเข้าใจรับฟังและแก้ไขปัญหาร่วมกัน
2. ผู้บริหารระดับสูง Service Plan กระตุ้นขอความร่วมมือลงสู่หน่วยปฐมภูมิ เพื่อเร่งรัด ติดตามและกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ให้บรรลุตามเป้าหมาย
3. ขอบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดซื้อกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาให้เพียงพอกับความต้องการใช้งาน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. นางภรดี บวรกิตติวงศ์ | โทร 042 413456-65 ต่อ 126 |
| ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | E-mail:piradeet@hotmail.com |
| 2. นางสาวสุรรัตน์ จันทร์หล้า | โทร 042 413456-65 ต่อ 126 |
| ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail:pockysrr@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพวัยทำงาน/สุขภาพจิต

ตัวชี้วัด 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 85

3. ร้อยละ 95 ของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	4.02	3.07	2.90
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ 85	94.82	100.17	126.09
3. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 95	100	94	98.24

2. สถานการณ์

จากผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดหนองคาย ปี 2565 พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 15 ราย คิดเป็น 2.90 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชาย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 เพศหญิง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 วิธีการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ การผูกคอตาย จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.66 รองลงมาคือกระโดดจากที่สูง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 6.66 และใช้ปืน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 6.66 ในส่วนปัจจัยกระตุ้นและสาเหตุการฆ่าตัวตาย(สามารถมีมากกว่า 1 ข้อ) พบว่าเกิดจากปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิดในครอบครัว จำนวน 12 ราย รองลงมาเกิดจากการปัญหาทางเศรษฐกิจ 6 ราย และมีการใช้สารเสพติดและสุรา 2 ราย กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.66 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20 -29 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคืออำเภอท่าบ่อ จำนวน 4 รายคิดเป็น 4.86 ต่อแสนประชากร รองลงมาคืออำเภอโพนพิสัย จำนวน 4 รายคิดเป็น 4.07 ต่อแสนประชากร และอำเภอเฝ้าไร่ จำนวน 2 ราย คิดเป็น 3.93 ต่อแสนประชากร

การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ในภาพรวมของประเทศ มีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 84.4 เขตสุขภาพที่ 8 มีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 87.87 และจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการมีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 12,165 คน คิดเป็นร้อยละ 104.21 ส่วนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพบว่า โรงพยาบาลเฝ้าไร่ ยังไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทาง (PG จิตเวช)

การเข้าถึงบริการโรคจิตเภทในจังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 3,994 คน คิดเป็นร้อยละ 115.47 และในปี 2566 จังหวัดหนองคายได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพจำนวน 78 คน(เคสละ 6000 บาท) จากผลการดำเนินงานพบว่ามีบริการให้บริการโรคจิตเภทในกลุ่มจิตเวชเรื้อรัง

ได้รับการติดตามเยี่ยมทุก ๆ 1 เดือน ครบ 6 ครั้ง และคนไข้จิตเวชเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง ทำให้ลดปัญหาการขาดยา และอาการกำเริบซ้ำ คนไข้จิตเวชกลุ่มนี้อาการดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติไม่เป็นภาระครอบครัวและสังคม

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

KPI	ผลผลิต			
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	- ทบทวนกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มเสี่ยงและมีการตั้งค่าเป้าหมายเพื่อคัดกรอง	- ร้อยละ ≥ 60 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง 2Q ในการประเมินรอบที่ 1 (จากฐาน JHCIS/Hos xp)	- ร้อยละ ≥ 70 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง 2Q (จากฐาน JHCIS/Hos xp)	- ร้อยละ ≥ 90 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง 2Q ในการประเมินรอบที่ 2 (จากฐาน JHCIS/Hos xp)
	- มีแผนการคัดกรองแบบบูรณาการในงาน NCD/ANC และคลินิกผู้สูงอายุ	- ร้อยละ 100 ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (9Q+) ได้รับการส่งต่อและมีการบันทึกรายงานการส่งต่อ	- ร้อยละ 100 ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (9Q+) ได้รับการส่งต่อและมีการบันทึกรายงานการส่งต่อ	- ร้อยละ 100 ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (9Q+) ได้รับการส่งต่อและมีการบันทึกรายงานการส่งต่อ
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากกว่าร้อยละ 85	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยซึมเศร้า 3 ปีย้อนหลัง (จาก Hos xp จาก รพท./รพช.)	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ดังนี้ 1. อำเภอที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 2. อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ สามารถเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ดังนี้ 1. อำเภอที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 2. อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ สามารถเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ดังนี้ 1. อำเภอที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 2. อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ สามารถเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85
	- มีการตั้งค่าเป้าหมายการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าประจำปี			
	- รพท./รพช.มีรายการยาที่จำเป็น 35 รายการเพื่อสนับสนุนเครือข่ายบริการ			

3. ผลการดำเนินงาน 3 ปี (ปี2563 - 2565)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ≥ 85

ที่	อำเภอ	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ								
		ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565		
		ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ
1	เมือง	3,393	3158	92.39	3,393	3,392	99.97	3,318	3,672	110.66
2	ท่าบ่อ	1,899	1947	101.93	1,899	1,947	105.16	1,620	2,071	127.83
3	โพนพิสัย	2,177	1989	90.16	2,177	2,030	93.25	1,757	2,065	117.52
4	ศรีเชียงใหม่	696	701	99.71	696	718	103.16	409	734	179.46
5	สังคม	551	755	134.82	551	771	139.93	494	785	158.90
6	สระใคร	588	401	67.28	588	462	78.57	435	470	108.04
7	เผ่าไร่	1,151	1196	102.83	1,151	1,247	108.34	702	1,266	180.34
8	รัตนวาปี	850	699	81.37	850	732	86.12	650	758	116.61
9	โพธิ์ตาก	341	305	88.66	341	317	92.96	248	326	131.45
	รวม	11,646	11,151	94.82	11,646	11,666	100.17	9,633	12,147	126.09

ที่มา : รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC วันที่ 30 ก.ย. 65

ตารางที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

ที่	อำเภอ	จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย 3 ปีย้อนหลัง (แยกรายอำเภอ)								
		ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565		
		ประชากร	จำนวน	อัตรา	ประชากร	จำนวน	อัตรา	ประชากร	จำนวน	อัตรา
1	เมือง	150,629	3	1.99	150,629	1	0.66	150,103	3	1.99
2	ท่าบ่อ	83,072	1	1.21	83,072	0	-	82,282	4	4.86
3	โพนพิสัย	98,846	4	4.04	98,846	3	3.04	98,258	4	4.07
4	ศรีเชียงใหม่	30,901	2	6.48	30,901	3	9.71	29,841	1	3.35
5	สังคม	25,294	4	15.68	25,294	1	3.95	25,633	1	3.90
6	สระใคร	26,784	1	3.71	26,784	2	7.47	26,565	0	0
7	เผ่าไร่	52,251	5	9.57	52,251	5	9.57	50,858	2	3.93
8	รัตนวาปี	38,768	0	0	38,768	1	2.58	38,057	0	0
9	โพธิ์ตาก	15,341	1	6.53	15,341	0	-	15,246	0	0
	รวม	521,886	21	4.02	521,886	16	3.07	516,843	15	2.90

ที่มา : รายงาน 506 DS V.10 วันที่ 30 ก.ย. 65

ตารางที่ 3 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี

ที่	อำเภอ	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3 ปีย้อนหลัง (แยกรายอำเภอ)								
		ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565		
		จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ	จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ	จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ
1	เมือง	41	0	100	32	0	100	25	1	96
2	ท่าป่อ	26	0	100	23	0	100	10	0	100
3	โพธิ์ชัย	18	0	100	14	0	100	13	0	100
4	ศรีเชียงใหม่	8	0	100	1	3	62	4	0	100
5	สังคม	12	0	100	10	0	100	2	0	100
6	สระใคร	2	0	100	9	1	50	0	0	100
7	เฝ้าไร่	13	0	100	9	3	77	0	0	100
8	รัตนวาปี	5	0	100	6	0	100	2	0	100
9	โพธิ์ตาก	2	0	100	4	0	100	1	0	100
รวม		127	0	100	108	7	94	57	1	98.24

ที่มา : รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC วันที่ 30 ก.ย. 65

4. ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี 2566 (ต.ค. – ธ.ค. 65)

1. ด้านบริหารจัดการ

1.1 จัดทำแผนโครงการการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับจังหวัด(Service Plan)

1.2 ประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการจัดสรรโควตา/งบประมาณ ปีงบประมาณ 2566 ในวันที่ 13 ธันวาคม 2565 ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมภาษณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ร่วมกับการประชุมงานยาเสพติด

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2.1 นโยบายของเขตสุขภาพจิตที่ 8 เรื่องการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลหนองคาย มีการเปิดบริการ เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2565

2.2 นโยบายของเขตสุขภาพจิตที่ 8 เรื่องการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ดำเนินงานจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดได้ 100 %

2.3 โครงการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2566 โดยจิตแพทย์ละพยาบาลจิตเวช ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน และ coaching แพทย์/พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน ประจำรพ.รพ.สต. ในระหว่างดำเนินโครงการฯ ทุกแห่ง

2.4 ทบทวนระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน/การส่งต่อผู้ป่วย

2.5 ร่วมขับเคลื่อน พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่2) พ.ศ.2562 ระดับจังหวัดให้เป็นรูปธรรม

2.6 การพัฒนา Telemedicine

2.7 การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย โดยการเปิดบริการ SMC จิตเวช ในวันพุธ เวลา 16.30 - 20.30 น. เริ่มเมื่อเดือนตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา

2.8 การพัฒนา นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

- Notion Program : นพ.เอกอาชาน โควสุภภัทร์ เป็นผู้พัฒนา

- ร่วมพัฒนา Application ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับ โรงพยาบาล

สระใคร เพื่อใช้เป็น Application ของจังหวัดหนองคาย ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2.9 การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ โดยจัดให้มีจิตเวชคอร์เนอร์

2.10 โรงพยาบาลหนองคายจัดให้มีการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะการบำบัดให้แก่บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ทักษะพื้นฐานจิตบำบัดความคิด และพฤติกรรม Basic Skill in CBT Workshop” ในระหว่างวันที่ 16 - 18 มกราคม 2566 ณ ห้องประชุมชั้น ๖ วิทยาลัยการอาชีวศึกษาหนองคาย ชั้น 4 โรงพยาบาลหนองคาย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมในการคัดกรองสุขภาพจิตมีหลายโปรแกรมเป็นการเพิ่มภาระงานให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่
2. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

6. แนวทางการแก้ไข

กรม/กระทรวง ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลในการคัดกรอง ส่งต่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานและให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้จริง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวมนฤดี วงศ์จิตรรัตน์ | โทร. 042-413456-65 ต่อ 223 |
| ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | E-mail - |
| 2. นายเอกอาชาน โควสุภภัทร์ | โทร. 081-5451459 |
| ตำแหน่ง นายแพทย์ | E-mail aegakow@gmail.com |
| 3. นายธงชัย อักษรพิมพ์ | โทร. 061-0428276 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail jojosree0@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : Service Plan สาขารหัสซีเมียเด็ก

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl
2. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin $< 2,500$ mg
3. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl	\geq ร้อยละ 50	6.78	26.69	72.73	72.50
2. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin $< 2,500$ mg	\geq ร้อยละ 80	92.98	89.38	87.18	92.08
3. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์	\geq ร้อยละ 80	74.50	91.94	81.82	85.83

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Chain/Preventive	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Service Delivery	1.มีระบบ one stop service at ward 2.ลดขั้นตอนการให้บริการ 3.ขยาย node คลินิก Thalassemia ที่ รพ.สระใคร	1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระบบ one stop service at ward และการลดขั้นตอนการให้บริการ 2.มี node คลินิก Thalassemia ที่ รพ.สระใคร	ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น รวดเร็วและได้มาตรฐานมากขึ้น
Workforce	รพ.หนองคายเป็นแม่ข่ายในการดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย	รพ.หนองคายเป็นแม่ข่ายในการดูแล รพ. ลูกข่าย	คลินิก Thalassemia ในรพ. มีมาตรฐาน มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในรพ.
Supply	1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย Thalassemia 2. รพ.แม่ข่ายเยี่ยมเสริมพลัง รพ. ลูกข่าย	1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย Thalassemia 2.รพ.แม่ข่ายเยี่ยมเสริมพลัง รพ. ลูกข่าย	1.ญาติผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยของรพ.เครือข่าย 2.รพ.ลูกข่ายมีกำลังใจมากขึ้นในการปฏิบัติงานและทำให้เป็นระบบ

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
Finance	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	งบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	งบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	งบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
Governance	พัฒนาให้มี คลินิก Thalassemia เพิ่มอีก 1 โรงพยาบาล	พัฒนาให้มี คลินิก Thalassemia เพิ่มอีก 1 โรงพยาบาล	1.เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ให้มี 2.เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเด็ก Thalassemia มีค่า ferritin < 2,500 mg 3.เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ให้มีน้ำหนักร่างกายสูง ตามเกณฑ์
Participation	ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย Service plan Thalassemia ทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลในจังหวัด	ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย Service plan Thalassemia ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลในจังหวัด	มีการขับเคลื่อนงานเป็นระบบและประสานความร่วมมือกันระดับเขต ระดับจังหวัดและโรงพยาบาลภายในจังหวัด

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

ตารางแสดง : อัตราผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด transfusion dependent thalassemia (TDT) ต่อแสนประชากรปีงบประมาณ 2563 – 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)

อัตราผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด TDT ต่อประชากรแสนคน		ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด transfusion dependent thalassemia (TDT) อายุ 0-15 ปี (รหัส ICD-10 : D56.0, D56.1)	จำนวน (คน)	114	124	120
	ต่อประชากรแสนคน	22.03	23.99	23.26

ปี 2561 : จัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพิ่มคือ ทันตกรรมและโภชนาการ และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ปี 2562 : มีการให้บริการแบบ One stop service ลดขั้นตอนและลดระยะเวลา

ปี 2563-2564

- วันที่ 29 มิถุนายน 2563 ประชุมเครือข่ายเขต 8 เพื่อรับนโยบาย

- ตั้ง Node เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง คือ Node โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, Node

โรงพยาบาลโพนพิสัย

- เพิ่มการประสานกับ COC, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทันตกรรม

- ทุก Node มีทันตกรรมเข้าร่วมเครือข่าย 100%

- มีผู้ป่วยไปรับบริการที่ Node โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, Node โรงพยาบาล
โพนพิสัย 70%

- cavity free เพิ่มจากเดิม 52

ปี 2565 : เพิ่ม Node โรงพยาบาลสังคม

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ	แนวทาง	Small Success			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. สร้างกระบวนการพัฒนา</p> <p>2. พัฒนาระบบบริหารจัดการและบริการสุขภาพผู้ป่วย Thalassaemia</p> <p>3. พัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย</p>	<p>1. พัฒนาความเข้มแข็งของทีมคณะทำงานในจังหวัดให้มีศักยภาพและองค์ความรู้ มีการวางแผนลงเยี่ยมห้องในเครือข่ายที่รับผิดชอบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ติดตามข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากเขตเพิ่มคุณภาพของการดำเนินงาน</p> <p>4. พัฒนาเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>5. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Thalassaemia</p> <p>6. พัฒนาศูนย์บริการผู้ป่วยของ รพ.หนองคาย, รพ. Node และ รพ. อำเภอที่รับผิดชอบ</p> <p>7. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p>	<p>1. รับนโยบายจากเขต 8</p> <p>2. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการเครือข่ายในจังหวัด</p> <p>3. แต่งตั้งและปรับเปลี่ยนคณะกรรมการระดับจังหวัดของทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย</p> <p>4. ทบทวนคำสั่ง/CPG /KPI</p> <p>5. ประชุมคณะกรรมการเครือข่ายในจังหวัด มอบหมายงานระบบการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>6. ตั้งระบบไลน์ของจังหวัดเพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานในทุกระบบ</p>	<p>1. ประชุมติดตามปัญหากระบวนการทำงาน, ยา, การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ และการศึกษาย่อยและ เลือดทุก รายอย่างถูกต้องและส่ง สปสช. ได้ตามกำหนดเวลา</p> <p>2. ติดตาม KPI รอบ 6 เดือน</p> <p>3. รวบรวมผลงาน KPI ของ NODE ที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ รพ. โพนพิสัย และรพ. ท่าบ่อ</p>	<p>1. รพ. ใน NODE ที่รับผิดชอบสามารถรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากรพ. จังหวัด เพื่อรักษาต่อเนื่องกลับบ้านได้</p> <p>2. ติดตามผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน</p> <p>3. NODE ที่รับผิดชอบสามารถส่งยา deferasirox มาใช้กับผู้ป่วยเองโดยไม่ต้องยืมยืมจากรพ. จังหวัด</p> <p>4. จัดประชุมเพื่อติดตามงานและทบทวน KPI กับโรงพยาบาลในเครือข่าย</p>	<p>สรุปผลงานดำเนินงานประจำปีภาพรวมจังหวัดส่งเขตตามกำหนด พร้อมสรุปปัญหาและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานส่งเขตเพื่อพัฒนาและขอคำแนะนำ</p>

มาตรการ	แนวทาง	Small Success			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	8. เสริมสร้างความร่วมมือกับ Node / รพช./รพ.สต.ในจังหวัด ในการติดตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 9. เสริมสร้างและให้กำลังใจกับทีมและเครือข่าย				

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ							
		รพ.หนองคาย		รพ.ท่าบ่อ		รพ.โพนพิสัย		จังหวัดหนองคาย	
		2565	2566 (3ด)	2565	2566 (3ด)	2565	2566 (3ด)	2565	2566 (3ด)
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin \geq 9 g/dl	\geq ร้อยละ50	72.73	77.97	60.71	54.54	78.38	96.00	72.73	72.50
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin $<$ 2,500 mg	\geq ร้อยละ80	87.18	91.07	92.85	90.90	100	96.00	87.18	92.08
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์	\geq ร้อยละ80	81.82	76.27	88.80	100	93.75	96.00	81.82	85.83

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ระบบบริการ : โรงพยาบาลเฝ้าไร่, โรงพยาบาลรัตนวาปี, โรงพยาบาลโพธิ์ตาก และโรงพยาบาลสระใคร ไม่มี Blood bank และ ไม่มีคลินิก Thalassemia ควรมีการเพิ่ม Node แห่งที่ 5 คือโรงพยาบาลสระใคร
- บุคลากร : ขาดความรู้เฉพาะด้าน ขาดความชำนาญและบุคลากรไม่เพียงพอ ควรมีการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Thalassemia
- เทคโนโลยีสารสนเทศ : บางส่วนไม่สามารถเข้าถึงข่าวสารได้เพราะไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต, ผู้สูงอายุใช้ Line ไม่เป็น ควรปรับวิธีโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย
- ระบบการขนส่ง : ผู้ป่วยเดินทางไกล, ระยะทางในการขนส่งเลือดจาก Node ต่าง ๆ ไปโรงพยาบาลอื่นไกลควรเพิ่ม Node แห่งที่ 5 คือโรงพยาบาลสระใคร
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วย : ญาติขาดความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลเครือข่าย และโรงพยาบาลเครือข่ายยังไม่พร้อมการดูแล ควรมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย Thalassemia

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. ลดระยะเวลาในการรับบริการจากเดิมเฉลี่ย 14 ชั่วโมง เป็น 8 ชั่วโมง 27 นาที
2. มีระบบส่งยาขับเหล็กและวิตามิน ให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเลื่อนนัดและบ้านไกล
3. มีระบบสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ปกครองที่มีความรวดเร็ว ชัดเจน ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านระบบ Line กลุ่ม ตลอด 24 ชั่วโมง
4. ธนาคารเลือดมีระบบเตรียมเลือดที่ปลอดภัย เพียงพอและรวดเร็ว

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. นางสุนนา แจ้ววัง | โทร.083-4558177 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : - |
| 2. นางศิริพร มณี | โทร.093-9797082 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : - |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

- ตัวชี้วัด 1.** อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death
2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death	Actual brain death donor > 1/100 hospital death	0.19 (1/519)	0.19 (1/537)	0.30 (2/659)	1.0 (2/201)
2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death	Actual eye donor > 1.5 / 100 hospital death	0.19 (1/519)	0.56 (3/537)	0.46 (3/659)	1.49 (3/201)

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Service Delivery	1. การประชาสัมพันธ์เรื่อง การบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 2. การเข้าถึงการแสดงความจำนงค์ในการบริจาคอวัยวะ	1. การค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการบริจาคอวัยวะและดวงตา 2. การแจ้งทีม TCWN เมื่อมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการบริจาคอวัยวะและดวงตา 3. การเจรจาขอรับการบริจาคอวัยวะและดวงตา 4. การดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะและดวงตาขณะรอทีมผ่าตัด	1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death (Actual brain death donor > 1/ 100 hospital death) 2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death (Actual eye donor > 1.5 / 100 hospital death)

			3.ผู้ป่วยและครอบครัวผู้บริจาค อวัยวะและดวงตาได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมหลังการผ่าตัดนำ อวัยวะออก
Workforce	การเผยแพร่ การให้ข้อมูล ประชาชนโดย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด	1. การประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย และ Cardiac dead ถึงคุณสมบัติในการบริจาคอวัยวะและดวงตา 2. การดูแลรักษาภาวะวิกฤตของผู้ป่วยบริจาคอวัยวะและดวงตาขณะรอทีมผ่าตัด โดยทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้อง Lab	อวัยวะที่ผู้ป่วยบริจาคสามารถนำไปปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายได้
Supply	สนับสนุนด้านองค์ความรู้ ศักยภาพของบุคลากร เอกสาร เผยแพร่ สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะและดวงตา ได้แก่ พยาบาล ประจำตึกสามัญต่าง ๆ และเพิ่มTCWN 2. ส่งพยาบาลอบรมการจัดเก็บกระเจกตา 1 สัปดาห์ที่ สภากาชาดไทย	พัฒนาศักยภาพของ TCWN ในการประสานงาน และดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา
Finance	ใช้สื่อประชาสัมพันธ์จาก สภากาชาดไทย	งบสนับสนุนจากสภากาชาดไทย งบสนับสนุนจากโรงพยาบาล	งบสนับสนุนจากสภากาชาดไทย งบสนับสนุนจากโรงพยาบาล
Governance	เชื่อมโยงข้อมูลเรื่องการบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะสู่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน	วางนโยบายแนวทางในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จนถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัด นำอวัยวะออก เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง	นโยบายสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา
Participation	ขับเคลื่อนงานการบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะสู่ตำบล อำเภอ จังหวัด และภาคีเครือข่าย	สร้างเครือข่าย ความร่วมมือ ในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย	สร้างเครือข่าย ความร่วมมือ ในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย เช่น กาชาดจังหวัด

3. สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 519, 537 และ 659 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต (Trauma death) จำนวน 52, 48 และ 50 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองตายและบริจาคอวัยวะมีจำนวนเฉลี่ยปีละ 1 - 3 ราย ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยบางกลุ่มมีอาการหนักตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ขั้นตอนการขอเจรจาบริจาคอวัยวะได้ นอกจากนั้นในกลุ่มที่สามารถบริจาคอวัยวะได้ส่วนมากญาติจะตัดสินใจไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยบริจาคอวัยวะเนื่องจากมีความสงสารผู้ป่วย และยังอยู่ในช่วงสูญเสีย ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้แสดงความจำนงค์ในการบริจาคอวัยวะไว้ ทำให้ญาติมีความลำบากในการตัดสินใจ อีกสาเหตุคือการค้นหา case การแจ้ง case

ที่เข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ และการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะยังทำได้ไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่ TCWN ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. ค้นหาผู้ป่วย Brain dead และ Cardiac dead เชิงรุก, พัฒนา Application alert การแจ้งผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สมองตาย และหัวใจหยุดเต้น
2. พัฒนาศักยภาพ TCWN หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อการแจ้งและดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์
3. เพิ่มการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม
4. รมรงค์ประชาสัมพันธ์ การแสดงความจำนงค์บริจาคอวัยวะออกหน่วย, เพจโรงพยาบาล
5. ส่งพยาบาลอบรม โครงการเพิ่มศักยภาพการจัดหาดวงตาจากผู้บริจาคภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac dead) โรงพยาบาลอุดรธานี วันที่ 27 มกราคม 2566
6. รับการตรวจเยี่ยมการดำเนินงานจัดหาและบริการดวงตาและรับบริจาคอวัยวะ เขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานี วันที่ 26 มกราคม 2566
7. ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรการจัดเก็บกระจกตา ระยะ 1 สัปดาห์ สภากาชาดไทย จำนวน 2 คน
8. ตอบสนองโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ ปี 2566
 1. ปลุกถ่ายไต 1,000 ราย
 2. ปลุกถ่ายกระจกตา ไกล่บ้าน ไกล่ใจ

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ผลการดำเนินงาน	งปปีงบประมาณ 2565	งปปีงบประมาณ 2566 (ตค. - ธค. 65)
1. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ	2	2
2. จำนวนผู้บริจาคดวงตา	3	3
3. อวัยวะที่สามารถจัดเก็บได้		
3.1 ไต (ข้าง)	4	4
3.2 ตับ	1	1
3.3 ดวงตา (ข้าง)	5	5

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เดิมระยะเวลาในการรอทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกจะใช้เวลาาน ปัจจุบันทีม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มาผ่าตัดเร็วขึ้น เช่น เริ่มดูแลผู้ป่วยเพื่อรอการผ่าตัดในเวรเช้า เวรบ่าย Declare brain dead ครั้งที่ 2 ผ่านเวรดึกทีมจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มาผ่าตัด ทำให้การสูญเสียอวัยวะที่บริจาคลดลงจาก ภาวะ Donor มี Cardiac arrest ขณะรอทีมผ่าตัดนำอวัยวะออก จึงอยากให้คงการปฏิบัติตามแนวทางนี้ต่อไป

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. นางปวีณา หาระคุณ | โทร. 088-5758859 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | E-mail Paweenakuk6@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

หัวข้อ : สาขการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.- ธ.ค.65)
- ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 35	44.75	48.22	47.26	41.72
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	ร้อยละ 3	-	-	-	17.45

2. สถานการณ์

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งหมด จำนวน 83 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติฯ จำนวน 74 แห่ง ดังนี้

1. สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 83 แห่ง จำแนกเป็น

1.1 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานและคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50

1.3 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ในการดูแลโรคระบบกล้ามเนื้อและมารดาหลังคลอด จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1.4 สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการนวดไทย/ประคบสมุนไพร/อบสมุนไพร/ฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด จำนวน 57 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.67

1.5 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการแพทย์แผนจีน จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56

1.6 สถานบริการสาธารณสุขมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1.7 โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน จำนวน 9 แห่ง ระดับดีเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 100

2) สถานที่ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยมีการผลิตยาสมุนไพร จำนวน 12 รายการ จำแนกเป็น ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชันแคปซูล ฟ้าทะลายโจรแคปซูล รางจืดแคปซูล สหิทธาราศาแคปซูล ยาผสมเพชรสังฆาต ยาผสมเถาวัลย์เปรียง ยาประคบ น้ำมันโพล ขี้ผึ้งพญาอู ขี้ผึ้งโพล ยาอบสมุนไพร และยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 1 รายการ ได้แก่ พิมเสนน้ำ

วิเคราะห์ GAP

ระบบบริการแพทย์แผนไทย

1) รพ.ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 7 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ รพ.เฝ้าไร่ รพ.สระใคร รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.โพธิ์ตากและรพ.โพธิ์พิสัย รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.โพธิ์สา รพ.สต.บ้านวาน รพ.สต.สร้างนางขาว รพ.สต.เมืองหมี่ รพ.สต.เวียงคุก รพ.สต.พระธาตุบังพวน รพ.สต.หนองกอมเกาะ

2) รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ มีการจัดบริการคลินิกเฉพาะโรคครบทั้ง 4 โรค ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคไมเกรน และโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น แต่ยังมีผู้ป่วย Intermediate Care มารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยจำนวนน้อย และยังไม่มีความชัดเจนของแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน

3) รพ.มีการจัดบริการ OPD คู่ขนาน และระบบส่งต่อ ส่วนใหญ่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยมายัง OPD แพทย์แผนไทย และยังไม่มีความเชื่อมั่นความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

4) รพ./รพ.สต.ที่มีการใช้ยาปรุงเฉพาะราย ยังไม่มีระบบการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

5) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้ความเข้าใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร และแนวทางการใช้ยาสมุนไพร ยังไม่ถูกต้อง

6) รพ. มีการจัดบริการ IPD แพทย์แผนไทย แต่ยังมีกระบวนการจัดการที่ไม่ชัดเจน

7) รพ.เป้าหมายมีการจัดบริการ IMC, Palliative care แต่ยังมีกระบวนการจัดการที่ไม่ครอบคลุมทุกรพ.

8) รพ./รพ.สต. มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือใช้ยาสมุนไพรเป็นอันดับแรก (First Line Drugs) ยังมีจำนวนน้อย

9) รพ./รพ.สต.มีผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับดีเยี่ยม จำนวน 31 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.05 ระดับดีมาก จำนวน 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.51 และระดับดี จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.49

ระบบบริหารจัดการแพทย์แผนไทย

1) รพ./รพ.สต. บันทึกข้อมูลผลงานบริการแพทย์แผนไทยใน JHCIS /HOSxP PCU/ HOSxP ยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์

2) รพ./รพ.สต. บันทึกกรหัตถยาสมุนไพร 24 หลักไม่ถูกต้อง และ รพ.สต.มีการบันทึกกรหัตถยาสมุนไพร 24 หลักไม่สอดคล้องกับ รพ.แม่ข่าย

3) รพ. แม่ข่ายมีระบบส่งต่อกับรพ.สต. ไม่ชัดเจน

- 4) รพ. มีข้อมูล IPD, คลินิกครบวงจร, คลินิกเฉพาะโรค ยังไม่มีระบบจัดเก็บรายงานที่ชัดเจน และไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้
- 5) รพร. ท่าบ่อ ไม่มีการส่งใข้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันได้จริงอย่างน้อย 5 รายการ
- 6) รพร.ท่าบ่อ และรพ.สระใคร มีการใ้ยาสมุนไพรไม่ครบ 30 รายการ และส่วนใหญ่ รพ.สต. มีการใ้ยาสมุนไพรไม่ครบ 10 รายการ ตามมาตรฐาน รพ.สต.พท.

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

Value Chain	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เพิ่มคุณภาพชีวิตในการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
OKR หรือ KPI	-ร้อยละของประชาชนที่มีารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
Service Delivery	-การค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคให้ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก -การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (การจัดบริการใน PCC) -ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สต.พท.) -ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย	-การค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) -การกำหนดข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก -การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) -ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย
Value Chain	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เพิ่มคุณภาพชีวิตในการการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Workforce	-อบรมเชิงปฏิบัติการ “การสั่กยาน้ำมันสมุนไพร” ต้นตำรับ เพื่อการบำบัดรักษาโรค -อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R2R ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก -ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด	-ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ผ่านระบบ Zoom Meeting
Supply Data & IT	-การบริหารจัดการยาสมุนไพร -นิเทศติดตามรพ.ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP -ประชุมชี้แจงและทบทวนการบันทึกข้อมูลผลงานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแพทย์แผนไทยฯ	-การบริหารจัดการบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) -ระบบสารสนเทศ สนับสนุนการค้นหาและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค

	-ระบบสารสนเทศ สนับสนุนการค้นหาและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย -Telemedicine -โปรแกรม HDC	หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) -Telemedicine -โปรแกรม HDC
Finance	-กรมบัญชีกลาง -ระบบเบิกจ่าย e-Cliam	-กรมบัญชีกลาง -ระบบเบิกจ่าย e-Cliam
Governance	-นโยบายผู้บริหาร -คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสานระดับจังหวัด/อำเภอ	-นโยบายผู้บริหาร -คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสานระดับจังหวัด/อำเภอ
Participation	-การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ -ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วม	-การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ -ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วม

มาตรการ

1. พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาบุคลากรและสนับสนุนวิชาการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. พัฒนาการบริหารจัดการยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน
4. พัฒนาการจัดการระบบข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1. ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด
2. ประชุมชี้แจงและทบทวนการบันทึกข้อมูลผลงานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแพทย์แผนไทยฯ
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย
4. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาและการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
6. อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R2R ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
7. อบรมเชิงปฏิบัติการ “การสัณยาน้ำมันสมุนไพร” ต้นตำรับ เพื่อการบำบัดรักษาโรค
8. ประเมินและนิเทศมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)
9. นิเทศติดตามระบบบริหารจัดการและระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
10. นิเทศติดตามการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน
11. นิเทศติดตามการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (การจัดบริการใน PCC)
12. นิเทศติดตามรพ.ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP
13. นิเทศติดตามการปลูกสมุนไพร การเก็บเกี่ยว และการเก็บรักษาของกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรในชุมชนให้ผ่านเกณฑ์ GAP

14. พัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน แบบ Onsite- Online/ Telehealth/Telepharmacy /Line OA

15. พัฒนาระบบฐานข้อมูลใน Website และ Google Data Studio

Small Success ปีงบประมาณ 2566

สาขา	KPI	ผลผลิต			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	1. ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35)	1. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. มีแผนงานโครงการระดับจังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. มีแผนการบริหารจัดการยาสมุนไพรระดับจังหวัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพร WHO GMP 4. การค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพื่อให้ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5. การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (การจัดบริการใน PCC) 6. มีระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย	1. ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย 3.อบรมเชิงปฏิบัติการหัตถการสัปดาห์ด้วยน้ำมันสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย/การพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการบำบัดรักษาโรค 4. พัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานแบบ Onsite- Online/ Telehealth/ Telepharmacy/ Line OA/ Telemedicine 5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลใน Website และ Google Data Studio	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาและการพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2. อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R2R ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) 4. นิเทศติดตามระบบบริหารจัดการและระบบบริการแพทย์แผนไทยและการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (การจัดบริการใน PCC)	ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 35

สาขา	KPI	ผลผลิต			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การแพทย์ แผนไทย และ การแพทย์ ผสมผสาน	2. ผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Community base) ร้อยละ 3	1. จัดทำคำสั่ง คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ผสมผสาน 2. มีแผนงานโครงการ ระดับจังหวัด ขับเคลื่อนการพัฒนา งานการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก 3. ค้นหาผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อให้ได้รับ บริการการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก 4. กำหนดข้อบ่งชี้ใน การดูแลผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก 5. มีระบบให้ คำปรึกษาและส่งต่อ ผู้ป่วย 6. ประชาสัมพันธ์การ เข้าถึงบริการอย่างมี ส่วนร่วม	1. ประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ผ่านระบบ Zoom Meeting 2. บริหารจัดการ บริการฝังเข็มหรือ บริการฝังเข็มร่วมกับ กระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วย ที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) 3. พัฒนาระบบ สารสนเทศ สนับสนุน การค้นหาและการ วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) 4. พัฒนาการ จัดบริการ IMC ใน รูปแบบ Onsite- Online/Telehealth/ Telepharmacy/ Line OA/ Telemedicine	1. ประชุมการดูแล ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ผ่านระบบ Zoom Meeting 2. นิเทศติดตามการดูแล ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care)	ผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก (Community base) ร้อยละ 3

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)

ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน 111,061 ครั้ง ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 46,334 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.72 ดังนี้

ลำดับ	รพ.สต	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	68,859	28,555	41.47	14,805	4,554	30.76
2	ท่าบ่อ	72,239	27,370	37.89	15,391	4,967	32.27
3	โพนพิสัย	119,688	61,953	51.76	32,653	15,863	48.58
4	ศรีเชียงใหม่	21,001	8,069	38.42	5,417	2,115	39.04
5	สังคม	31,148	17,171	55.13	8,261	4,336	52.49
6	สระใคร	9,796	4,315	44.05	3,466	697	20.11
7	เผ่าไร่	42,533	23,799	55.95	17,115	7,295	42.62
8	รัตนวาปี	32,504	16,300	50.15	9,612	4,409	45.87
9	โพธิ์ตาก	17,591	8,779	49.91	4,341	2,098	48.33
รวม		415,359	196,311	47.26	111,061	46,334	41.72

ประชาชนที่มารับบริการในระดับรพศ/รพท/รพช.ทั้งหมด จำนวน 239,032 ครั้ง ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 40,351 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.88 ดังนี้

ลำดับ	รพ.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	479,255	49,926	10.42	91,552	11,060	12.08
2	รพร.ท่าบ่อ	236,809	17,611	7.44	49,750	6,901	13.87
3	รพ.โพนพิสัย	103,568	19,090	18.43	30,127	5,320	17.66
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	69,409	10,526	15.17	11,578	2,167	18.72
5	รพ.สังคม	52,489	20,668	39.38	13,966	4,572	32.74
6	รพ.สระใคร	66,165	9,653	14.59	12,327	3,643	29.55
7	รพ.เผ่าไร่	77,474	10,981	14.17	11,183	2,481	22.19
8	รพ.รัตนวาปี	62,164	13,497	21.71	12,307	2,497	20.29
9	รพ.โพธิ์ตาก	34,474	5,321	15.43	6,242	1,710	27.40
รวม		1,181,777	157,273	13.31	239,032	40,351	16.88

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

ตารางเปรียบเทียบประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก Small Success 3 เดือน ของปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	รพ.สต.	Small Success 3 เดือน ปีงบประมาณ 2565 (ครั้ง)		Small Success 3 เดือน ปีงบประมาณ 2566 (ครั้ง)		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
		ทั้งหมด	แผนไทย	ทั้งหมด	แผนไทย	ร้อยละ	ร้อยละ
1.	หนองคาย	13,754	6,962	14,805	4,554	50.62	30.76
2.	ท่าบ่อ	15873	6643	15,391	4,967	41.85	32.27
3.	โพนพิสัย	22,594	10,941	32,653	15,863	48.42	48.58
4.	ศรีเชียงใหม่	4,733	1,824	5,417	2,115	38.54	39.04
5.	สังคม	7,331	3,717	8,261	4,336	50.70	52.49
6.	สระใคร	2,529	650	3,466	697	25.70	20.11
7.	เผ่าไร่	10,100	5,552	17,115	7,295	54.97	42.62
8.	รัตนวาปี	7,043	4,152	9,612	4,409	58.95	45.87
9.	โพธิ์ตาก	4,796	2,687	4,341	2,098	56.03	48.33
	รวม	88,753	43,128	111,061	46,334	48.59	41.72

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ 31 ธันวาคม 2564 และ 31 ธันวาคม 2565

จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)

ลำดับ	คปสอ.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	0	0	N/A	190	12	6.32
2	ท่าบ่อ	0	0	N/A	90	31	34.44
3	โพนพิสัย	0	0	N/A	14	5	35.71
4	ศรีเชียงใหม่	0	0	N/A	0	0	0
5	สังคม	0	0	N/A	5	3	60
6	สระใคร	0	0	N/A	3	0	0
7	เผ่าไร่	0	0	N/A	19	5	26.32
8	รัตนวาปี	0	0	N/A	48	0	0
9	โพธิ์ตาก	0	0	N/A	15	11	73.32
	รวม	0	0	N/A	384	67	17.45

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนบันทึกผู้ป่วย IMC ของโรงพยาบาล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	โอกาสพัฒนา
1. การ Authen เพื่อพิสูจน์ตัวตนผู้มารับบริการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	1. ควรมีการชี้แจงประชาชนที่มารับบริการแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิในการ Authen อย่างชัดเจน
2. รพ. มีการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วย IMC ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง	2. ควรมีนโยบายการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วย IMC ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ผลการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

Effects of royal massage combined with 4 postures of muscle stretching for Office Syndrome patients of Na Thap Hai Health Promoting Hospital Rattanawapi District Nong Khai Province

แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรค Office Syndrome ได้มาจากเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของคอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ทดสอบสมมุติฐานโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

ผลการวิจัย พบว่า การนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า สามารถลดระดับอาการปวดได้ตั้งแต่หลังการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยระดับความปวดระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่า ก้มระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ท่าเงยและเอียงซ้ายระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และท่าเอียงขวาระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จะเห็นได้ว่า การนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า สามารถลดระดับอาการปวดและเพิ่มระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอได้ โดยระดับอาการปวดที่ลดลงและระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มไปตามจำนวนครั้งของการรักษาที่เพิ่มขึ้น



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นางสาวรัชศรี อางศิริ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | โทร. 081-5447472
E-mail : b_anya_2@hotmail.com |
| 2. นางสาววรรณิตา โปตะวัฒน์
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ | โทร. 061-1209544
E-mail : wannapotawat2012@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น Function based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

หัวข้อ : การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

KPI	Base line					ค่าเป้าหมาย
	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	94.18	81.57	93.22	76.7	91.75	60

2. สถานการณ์

สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด ประเทศไทยถือการแก้ปัญหา ยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ และในด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด กำหนดให้เป็นบทบาทภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายตามแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติด ปี 2566 ด้านการบำบัดรักษายาเสพติดขับเคลื่อน 2 ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด ผู้เสพยา ผู้ติดได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีมาตรฐาน มีระบบทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มเติมกับผู้เสพยา ผู้ติด ได้แก่ มาตรการในการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางหรือ Community Based Treatment การลดอันตรายจากยาเสพติด การป้องกันและแก้ไขผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มความสามารถ ในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข (Accessibility) ครอบคลุมพื้นที่ (Coverage) ความสะดวกสบาย (Affordability) ความตระหนักรู้ทางสาธารณสุข (Awareability) และการเตรียมการรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด

2. ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม ผู้เสพยา ผู้ติดได้รับการติดตามดูแลผ่านระบบนิเวศของผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ต้องโทษคดียาเสพติด เมื่อกลับสู่สังคมให้เอื้อต่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันการกลับไปใช้ยาหรือกระทำความผิดอีก โดยเพิ่มขีดความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดแบบพบตัว และกรณีไม่พบตัวเพื่อทราบสถานะในขั้นต้น พัฒนาการช่วยเหลือ โดยใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้เสพยา ผู้ติดที่ถือเป็นผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติสุข สังคม และประเทศชาติปลอดภัยจากยาเสพติด

จังหวัดหนองคาย เป็นจังหวัดชายแดนมีพื้นที่ติดแม่น้ำโขง อยู่ตรงกันข้ามกับประเทศ สปป.ลาว มีความยาวประมาณ 181 กม. มีอำเภอที่ติดชายแดน 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอโพธิ์ชัย อำเภอรัตนาวปี อำเภอท่าบ่อ อำเภอศรีเชียงใหม่ และอำเภอสังคม ทำให้มีการลำเลียงยาเสพติดเข้ามาในเขตพื้นที่ได้ง่าย ยากแก่การเฝ้าระวัง จุดที่พบการลักลอบนำเข้าทั้ง 6 อำเภอความถี่พอๆกัน เชื่อได้ว่า มีแหล่งผลิตและแหล่งพักยาอยู่ในพื้นที่ของ สปป.ลาว สถานการณ์การผลิตยังไม่พบแหล่งผลิตในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในพื้นที่ได้จากการนำเข้ามา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจังหวัดหนองคาย ปี 2565 (1 ต.ค.64 – 30 ก.ย.65) ที่ผ่านมามีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากระบบรายงานและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (<http://antidrugnew.moph.go.th>) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด จำนวน 319 คน (ระบบสมัครใจ) ชาย 290 ราย หญิง 29 ราย เป็นผู้ใช้ 13 ราย ผู้เสพ 239 ราย และผู้ติดยา 67 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 18-24 ปี อายุ 12-17 ร้อยละ 9.72 18-24 ร้อยละ 26.96 อายุ 25-29 ปี ร้อยละ 17.87 อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 11.60 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 11.60 มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 22.26 สารเสพติดที่ใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ยาบ้า 311 ราย กัญชา 5 ราย ไอซ์ 2 ราย และไอซ์ 2 ราย อาชีพของผู้ป่วยยาเสพติดฯ รับจ้างร้อยละ 44.51 ว่างาน ร้อยละ 21.32 เกษตรกรรม ร้อยละ 13.48 ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 5.02 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 4.08 สำหรับพื้นที่รายอำเภอที่มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมือง ร้อยละ 25.28 รองลงมาอำเภอโพนพิสัย ร้อยละ 18.18 อำเภอท่าบ่อ ร้อยละ 17.24 อำเภอ สังคม ร้อยละ 13.17 ศรีเชียงใหม่ ร้อยละ 10.37 อำเภอเฝ้าไร่ ร้อยละ 6.58 อำเภอรัตนวาปี ร้อยละ 4.39 อำเภอสระใคร ร้อยละ 3.54 และอำเภอโพธิ์ตาก ร้อยละ 1.57

การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สถานบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดหนองคาย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งสิ้น 9 แห่ง ได้มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์จำนวน 5 แห่ง เหลือสถานบริการ 4 แห่งที่อยู่ระหว่างการขอประเมินคือโรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลรัตนวาปี โรงพยาบาลเฝ้าไร่ และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

นโยบายการดำเนินงานของเขตสุขภาพ,จังหวัด (ศอ.ปส.จ.). สสจ.

จังหวัดหนองคายได้นำนโยบายด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเป็นเจ้าภาพหลักในด้านการบำบัดรักษา เน้นการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ เช่น สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดหนองคาย ดำเนินการในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด เรือนจำหนองคาย/สถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดหนองคาย ดำเนินการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ มีการประชุมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและบูรณาการในการจัดทำแผนงานโครงการด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาผู้ติดยาเสพติดและกำหนดเป้าหมายในการรักษาทุกระบบร่วมกัน

การจัดโครงสร้างงาน/ผู้รับผิดชอบ ระดับเขต, ระดับจังหวัด, ระดับ รพ.

- มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุกอำเภอทั้งในระดับรพ./สสอ./รพ.สต.และทำงานในบูรณาการภาพรวมของอำเภอโดยมีศูนย์ คอ.ปส.จ.นค.และศป.ปส.อ.ทุกอำเภอ

- การจัดระบบบริการ การป้องกัน, การคัดกรอง, การบำบัดรักษา, การรับส่งต่อ, มาตรการHarm reduction, การติดตามการรักษา

การจัดระบบบริการ	
ด้านส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ เพื่อลดผู้เสพยาใหม่ - ส่งเสริมสร้างความตระหนัก และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดในทุกกลุ่มวัย
ด้านการค้นหาและการคัดกรอง	<ul style="list-style-type: none"> - การค้นหาหน่วยบริการในพื้นที่ ร่วมกับ ศป.ปส.อ.ดำเนินการค้นหาผู้เสพในชุมชน/ สถานศึกษา - จัดตั้งและพัฒนาศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดระดับอำเภอ และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรในการดำเนินงานศูนย์เพื่อการคัดกรองระดับอำเภอ จำนวน 9 แห่ง ให้สามารถจัดบริการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการดำเนินงานในพื้นที่ - ให้บริการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองกระทรวงสาธารณสุข (V๒) แยกประเภทตามระดับการใช้ยาเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ - พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่คัดกรอง เพื่อให้มีสมรรถนะด้านการคัดกรอง ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด
ด้านการบำบัดรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) - มีกลไกรองรับการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.ยาเสพติด 2564 โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถให้บริการบำบัดรักษา จำนวน 74 แห่ง - พัฒนาศักยภาพทีมผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง (ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Matrix Program ,จัดอบรมบุคลากรในรพ./รพ.สต.ในหลักสูตร BA BI และการสร้างแรงจูงใจ) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - พัฒนาการดำเนินงานยาเสพติดตามคู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure)การดำเนินงานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขและService plan และสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการ พัฒนาการดำเนินงานในเครือข่ายบริการ - สร้างเสริมการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

ด้านการส่งต่อ	- ร่วมกับฝ่ายปกครอง ตำรวจ ทหาร สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดหนองคายและศาล เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานและแนวปฏิบัติในการส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.ยาเสพติด 2564
การติดตามผู้ผ่านการบำบัด	- จัดระบบการติดตามผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่ผ่านการบำบัด 1. ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดในระบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) ติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข
มาตรการ Harm reduction	- สถานบริการทุกแห่ง จัดบริการ Harm reduction ตามศักยภาพของหน่วยงานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ผู้ใช้สารยาเสพติดไม่เปิดเผยตัวเพื่อขอเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา
2. กลุ่มอายุของผู้ป่วยยาเสพติดมีอายุน้อยลง ระหว่าง 10 – 15 ปี
3. การพัฒนาคุณภาพของสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดไม่ต่อเนื่อง
4. บุคคลด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ
5. การติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด มีการติดตามไม่ต่อเนื่อง สาเหตุจากผู้ป่วยย้ายไปทำงานต่างจังหวัดไม่อยู่ในพื้นที่
6. ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ยังไม่มี

4. นวัตกรรม/Best practice

มีการพัฒนา นวัตกรรมในการดูแลติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดย

1. Notion Program : นพ.เอกอาชาน โควสุภัทธ์ เป็นผู้พัฒนา
2. ร่วมพัฒนา Application ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกับ โรงพยาบาลสระใคร เพื่อใช้เป็น Application ของจังหวัดหนองคาย ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|--|
| 1. นางสาวนฤดี วงศ์จิตรรัตน์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 042-413456-65 ต่อ 223
E-mail - |
| 2. นายเอกอาชาน โควสุภัทธ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ | โทร. 081-5451459
E-mail aegakow@gmail.com |
| 3. นายธงชัย อักษรพิมพ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 061-0428276
E-mail jojosree0@gmail.com |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ
 2. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	75	82.17	85.13	91.86	91.55
2. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	50	41.79	51.94	33.60	26.18

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Chain/Preventive			
OKR หรือ KPI	ความครอบคลุมการตรวจช่องปาก เด็กอายุ 0-2 ปี และ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 50	ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 3 ปี ร้อยละ 50	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน 3 setting คือ • หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ปกครองพาบุตรหลานมา	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน 3 setting คือ • หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ปกครองพาบุตรหลานมา	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน 3 setting คือ • หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ปกครองพาบุตรหลานมา

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	ความครอบคลุมการตรวจช่องปาก เด็กอายุ 0-2 ปี และ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 50	ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 3 ปี ร้อยละ 50	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75
	<p>ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน• ในชุมชน: จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อาจจัดทำในสถานพยาบาลของรัฐหรือในชุมชนที่มีความพร้อมโดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันplus สู่ 2,500 วัน</p> <p>• ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็นกิจวัตร และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ</p> <p>(4D: Development and Play/Diet/Dental/Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้</p>	<p>ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน</p> <p>• ในชุมชน: จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่จัดทำในสถานพยาบาลของรัฐหรือในชุมชนที่มีความพร้อมโดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันplus สู่ 2,500 วัน</p> <p>• ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็นกิจวัตร และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D: Development and Play/ Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก</p>	<p>ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน</p> <p>• ในชุมชน: จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อาจจัดทำในสถานพยาบาลของรัฐหรือในชุมชนที่มีความพร้อมโดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน</p> <p>• ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็นกิจวัตร และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D: Development and Play/ Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p>

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	ความครอบคลุมการตรวจช่องปาก เด็กอายุ 0-2 ปี และ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 50	ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 3 ปี ร้อยละ 50	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75
	ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และ E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และ E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	2. มาตรการสร้างความรอบรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และ E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย
Workforce	1. พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มแม่และเด็ก 2. พัฒนาศักยภาพทีม Data Manager ข้อมูลทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3. เพิ่มสัดส่วนของทันตบุคลากรต่อจำนวนผู้มารับบริการ (เพิ่มผช.ทพ./นวก. ทันตฯ)	1. พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มแม่และเด็ก 2. พัฒนาศักยภาพทีม Data Manager ข้อมูลทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3. เพิ่มสัดส่วนของทันตบุคลากรต่อจำนวนผู้มารับบริการ (เพิ่มผช.ทพ./นวก. ทันตฯ)	1. พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มแม่และเด็ก 2. พัฒนาศักยภาพทีม Data Manager ข้อมูลทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3. เพิ่มสัดส่วนของทันตบุคลากรต่อจำนวนผู้มารับบริการ (เพิ่มผช.ทพ./นวก. ทันตฯ)
IT	-พัฒนาระบบรายงาน การบันทึกข้อมูล คุณภาพของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	-มีระบบรายงาน มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและมีคุณภาพตามเกณฑ์	-มีระบบรายงาน มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและมีคุณภาพตามเกณฑ์
Supply	-จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย	-มีระบบ Teledentistry -พัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายอำเภอและจังหวัด	-มีระบบ Teledentistry -พัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายอำเภอและจังหวัด
Finance	-จัดสรรงบ PPB เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากกลุ่ม MCH	-มีการรายงาน/ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ PPB เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากกลุ่ม MCH	-ใช้งบประมาณได้ตามแผนงานโครงการกำหนด

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	ความครอบคลุมการตรวจช่องปาก เด็กอายุ 0-2 ปี และ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 50	ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก 3 ปี ร้อยละ 50	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75
Governance	-มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อวางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน	-มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อวางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ	-มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อวางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ
Participation	-ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายที่สำคัญในชุมชนและ setting ต่างๆ เช่น สพด.4D ต้นแบบ / ป.ต.ท.	-สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย:มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิด ป.ต.ท. คือ ป: แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ด: ตรวจฟันโดยครูดูแลทุกวัน ท: รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุภายใต้นโยบายการพัฒนาและยกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D :Development and Play/ Diet/ Dental/Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	-มีเครือข่าย สพด.ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก 2 แห่ง

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กไทยถือว่ายังอยู่ในระดับที่สูงมีผลต่อภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต เด็กไทยอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ มีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ 52.9 และเมื่อเด็กอายุ 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.6 และมีฟันค้ำเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดอยู่ที่ 4.5 ซี่/คน กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2565 พบว่าเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจฟันเพียง ร้อยละ 44.8 เด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ 41.4 และ 36.2 ตามลำดับ หากเด็กได้รับการตรวจ ประเมินโรคฟันผุได้รับคำแนะนำและบริการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสม จะนำไปสู่การลดการเกิดฟันผุและการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์แนวโน้มจังหวัดหนองคายในปีงบประมาณ พ.ศ 2563 , 2564 , 2565 เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 82.17, 85.13, 91.86 ตามลำดับ และในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 91.55 จะเห็นได้ว่าสถานการณ์เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุจังหวัดหนองคาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. เด็กอายุ 0-2 ปี ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-2 ปี ในคลินิกเด็กดี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่และผู้ปกครองได้รับการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ Plaque control ด้วยการแปรงฟันแบบแห้ง
2. เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากพร้อมกับผู้ปกครองได้รับการแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟันแบบแห้ง
3. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ในหน่วยบริการ ชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
4. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยโครงการ 4D (Development/Diet/Dental/Disease) ร่วมกับสหวิชาชีพ

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	- เด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 30		- เด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 - เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

1. สสจ.หนองคาย ประสานงานร่วมกับ สถานพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัด ให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ภายใต้นโยบาย ป.ต.ท.

2. สถานพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดหนองคาย เข้าร่วมเครือข่าย สพด. ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก และ ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ภายใต้นโยบาย ป.ต.ท.



ภาพการจัดกิจกรรม ป.ต.ท. ณ สพด. บ้านหนองปลาไหล จังหวัดหนองคาย

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

หน่วยบริการ	เด็กอายุ 3 ปี				
	ทั้งหมด	ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		ปราศจากฟันผุ (Caries free)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	904	165	18.25	136	82.42
ท่าบ่อ	494	146	29.55	142	97.26
โพนพิสัย	642	197	30.69	179	90.86
ศรีเชียงใหม่	186	35	18.82	30	85.71
สังคม	212	66	31.13	66	100.00
สระใคร	205	63	30.73	53	84.13
เผ่าไร่	380	62	16.32	55	88.71
รัตนวาปี	296	115	38.85	115	100.00
โพธิ์ตาก	118	60	50.85	56	93.33
รพ.พิสัยเวศ	43	2	4.65	2	100.00
จังหวัดหนองคาย	3,480	911	26.18	834	91.55
เขต 8	39,147	5,988	15.30	4,994	83.40
ประเทศ	386,276	45,438	11.76	34,141	75.14

ข้อมูลจาก health data center วันที่ 16 มกราคม 2566

6. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

มีการขยายเครือข่าย สพด.ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก ภายในจังหวัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นายวัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์
ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ | โทร 089 - 7106864
E-mail: Dentnkph2020@gmail.com |
| 2. นางสาวนิรมล พงษ์ไทย
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ | โทร 081- 8727493
E-mail : niramolpt@hotmail.com |
| 3. นายอานนท์ พรหมแพน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข | โทร 088 - 0569025
E-mail : Anonp10117@gmail.com |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

- ตัวชี้วัด** 1. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด
2. ร้อยละ 40 ของประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
3. จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ(biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด	มี	-	-	มี	มี
2. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	≥40	-	-	-	
3. จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ(biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา (ราย)	≥ 1	2	2	1	

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	-ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการทันตกรรม ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการทันตกรรม ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการทันตกรรม ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Workforce	-จัดประชุมอบรมทันตแพทย์/ ทันตบุคลากร เรื่องการคัด กรองรอยโรคในช่องปาก	-จัดประชุมทบทวนสำหรับ ทันตแพทย์/ทันตบุคลากร เรื่องการคัดกรองรอยโรคใน ช่องปาก	-จัดประชุมทบทวนสำหรับทันต แพทย์/ทันตบุคลากร เรื่องการ คัดกรองรอยโรคในช่องปาก
IT	-พัฒนาระบบรายงานการ ตรวจคัดกรองรอยโรคในช่อง ปาก	-พัฒนาระบบรายงานการ ตรวจคัดกรองรอยโรคใน ช่องปาก	-พัฒนาระบบรายงานการตรวจ คัดกรองรอยโรคในช่องปาก
Supply	-จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่จำเป็นในงานตรวจคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก -พัฒนาระบบพัฒนา		
Finance	-CUP จัดสรรงบประมาณ เพื่อ สนับสนุนการจัดกิจกรรม ส่งเสริมและป้องกันโรคในช่อง ปากกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและ สูงอายุ -สปสช.สนับสนุนเงินชดเชย ค่าจัดบริการเฉพาะโรค (Fee Schedule) สำหรับค่าตัดชิ้น เนื้อ และ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy)	-สปสช.สนับสนุนเงินชดเชย ค่าจัดบริการเฉพาะโรค (Fee Schedule) สำหรับ ค่าตัดชิ้นเนื้อและค่าตรวจ ชิ้นเนื้อ (Biopsy)	-สปสช.สนับสนุนเงินชดเชยค่า จัดบริการเฉพาะโรค (Fee Schedule) สำหรับค่าตัดชิ้น เนื้อ และ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy)
Governance	-มีคณะทำงานสนับสนุนการ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ระดับอำเภอ/จังหวัด	-มีคณะทำงานสนับสนุนการ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ระดับอำเภอ/จังหวัด	-มีคณะทำงานสนับสนุนการ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ระดับอำเภอ/จังหวัด
Participation	-สร้างและพัฒนาเครือข่ายใน การมีส่วนร่วมในการคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก เช่น คลินิกอดบุหรี่/อดสุรา ชมรม ผู้สูงอายุ คลินิก NCD Plus	-สร้างและพัฒนาเครือข่าย ในการมีส่วนร่วมในการคัด กรองรอยโรคในช่องปาก เช่น คลินิกอดบุหรี่/อดสุรา ชมรมผู้สูงอายุ คลินิก NCD Plus	-สร้างและพัฒนาเครือข่ายใน การมีส่วนร่วมในการคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก เช่น คลินิก อดบุหรี่/อดสุรา ชมรมผู้สูงอายุ คลินิก NCD Plus

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

ข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564 ระบุว่า มะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย และอันดับ 10 ในเพศหญิง มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรง กระทบคุณภาพชีวิตและมีอัตราการตายสูง เนื่องจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (คู่มือแนวทางการตรวจและจัดการมะเร็งช่องปากสำหรับทันตบุคลากร, 2550) ประกอบกับร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่การรักษาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง โอกาสรอดชีวิตต่ำ สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562 รายงานว่า เนื้องอกร้ายของริมฝีปากช่องปากและคอหอย (malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx) เป็นสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปในเพศหญิง 732 คน เพศชาย 1,170 คน รวม 1,902 คน อย่างไรก็ตามรอยโรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากสามารถรักษาได้หากขาดการตรวจพบและได้รับการรักษาอย่างทันที่ตั้งแต่ในระยะก่อนการเกิดโรค หรือระยะที่เป็นรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง (Oral Potentially Malignant Disorders, OPMDs) มีการศึกษาที่พบว่า การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญในประชากรที่มีความเสี่ยง

จังหวัดหนองคาย จึงได้เริ่มดำเนินการคัดกรองรอยโรคในช่องปากในช่องปาก โดยดำเนินการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพทันตกรรม จังหวัดหนองคาย เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก การบริหารจัดการ (ระบบคัดกรอง, ระบบการส่งต่อรักษา, ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง) และแผนการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

แนวทางการดำเนินงาน

1. จัดทำและชี้แจงระบบคัดกรอง ส่งต่อรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่องรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (Clinical Practice Guidelines) จังหวัดหนองคาย ให้กับทันตบุคลากรในจังหวัด
2. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยทันตแพทย์เฉพาะทาง ให้กับทันตบุคลากรในจังหวัด
3. จัดทำระบบติดตามผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ผ่านระบบออนไลน์ (Google sheet)

Small Success

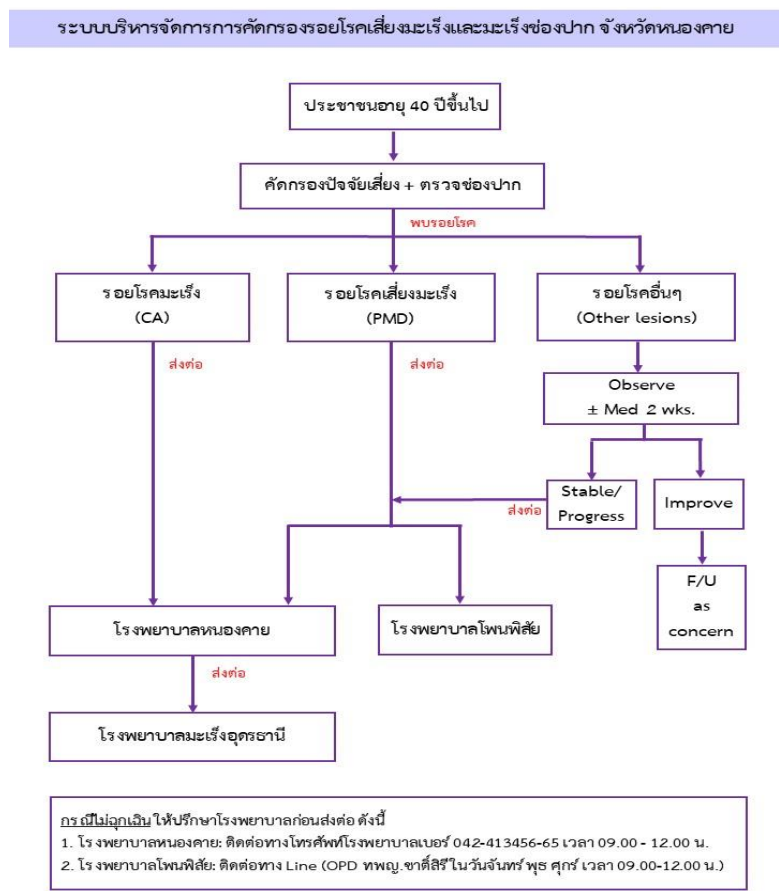
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
• มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด	• ร้อยละ 15 ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	-	• ร้อยละ 40 ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> มีรายงาน <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา 		<ul style="list-style-type: none"> มีรายงาน <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

1. สสจ.หนองคาย ได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพทันตกรรม จังหวัดหนองคาย เพื่อจัดทำระบบคัดกรอง ส่งต่อรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่อง รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (Clinical Practice Guidelines) จังหวัดหนองคาย

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพทันตกรรม จังหวัดหนองคาย ได้กำหนดการประชุมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยทันตแพทย์เฉพาะทาง ให้กับทันตบุคลากรในจังหวัดหนองคาย ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 โดย ทพญ.ชาติสิริ บวรกิติวงศ์ รพ.โพนพิสัย และ ทพญ.อันธิกา สุดโททอง รพ.หนองคาย



ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

อำเภอ	จำนวนผู้รับบริการทันตกรรม			คัดกรอง PMDs						พบรอยโรค					
	40-59	60 ปีขึ้นไป	รวม	40-59		60 ปีขึ้นไป		รวม		40-59		60 ปีขึ้นไป		รวม	
				คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	1,775	3,647	5,422	21	1.18	20	0.55	41	0.76	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ท่าบ่อ	1,226	3,068	4,294	22	1.79	55	1.79	77	1.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	11,408	8,029	19,437	1,394	12.22	607	7.56	2,001	10.29	0	0.00	2	0.33	2	0.10
ศรีเชียงใหม่	1,136	954	2,090	5	0.44	0	0.00	5	0.24	0	0.00	0	0.00	0	0.00
สังคม	3,558	2,477	6,035	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
สระใคร	2,465	1,641	4,106	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
เผ่าไร่	6,420	5,160	11,580	1	0.02	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	314	870	1,184	33	10.51	35	4.02	68	5.74	0	0.00	0	0.00	0	0.00
โพธิ์ตาก	559	378	937	25	4.47	69	18.25	94	10.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รพ.พิสัยเวช	251	234	485	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
จังหวัดหนองคาย	29,112	26,458	55,570	1,501	5.16	786	2.97	2,287	4.12	0	0.00	2	0.25	2	0.09
เขต 8	191,165	192,200	383,365	1,560	0.82	795	0.41	2,356	0.61	0	0.00	2	0.25	2	0.08
ประเทศ	1,045,189	1,359,549	2,404,738	12,807	1.23	19,888	1.46	32,695	1.36	1	0.01	9	0.05	10	0.03

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 16 มกราคม 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ทันตบุคลากรจึงขาดความเข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานและการลงรหัส ข้อมูลเพื่อบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ทำให้ผลงานไม่ปรากฏใน HDC ตามที่ได้ตรวจคัดกรองจริง รวมถึงยังขาดความชัดเจนของระบบบริหารจัดการการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จังหวัดหนองคาย

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

จังหวัดหนองคาย มีระบบรายงานการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากผ่าน Google sheet เพื่อติดตามผลการคัดกรองฯ ของโรงพยาบาลทุกแห่งได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว โดยมีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ช่องปาก (Oral Medicine) และ ศัลยศาสตร์ (Oral and Maxillofacial Surgery) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีคนไข้เข้าเกณฑ์ดังกล่าวผ่านระบบ Line และโทรศัพท์มือถือ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นายวัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์
ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
2. นางชาติสิริ บวรกิตติวงศ์
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
3. นายอานนท์ พรหมแพน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร 089-710-6864

E-mail: Dentnkph2020@gmail.com

โทร 081-768-3537

E-mail : Chasiree@gmail.com

โทร 088-056-9025

E-mail : Anonp10117@gmail.com

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 7 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8) & ประเด็นเพิ่มเติม

หัวข้อ : สาขาวิชาโรค

ตัวชี้วัด 1. อัตราผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 80

2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 90

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1. อัตราผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	88	83.04	78.76	75	(ยังไม่ครบประเมิน)
2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	90	68.08	67.52	68.41	20.43

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
Service Delivery	มาตรการ 1. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่มในการคัดกรองวัณโรค 2. เร่งรัดการค้นหาคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม โดยวิธีการเอกซเรย์ ตรวจจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน 3. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์คัดกรองผู้ป่วยวัณโรค/ให้ความรู้การรักษาวัณโรคและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรคและญาติ	มาตรการ 1. ค้นหาคัดกรอง วินิจฉัยวัณโรค ด้วย X-ray และตรวจด้วยวิธี Molecular techniques ในกลุ่มที่มีอาการสงสัยวัณโรค และกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีผลเสมหะเป็นลบ 2. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 3. กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด 4. มีทีมสหวิชาชีพติดตามกำกับดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน	มาตรการ 1. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 90 2. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 88 3. อัตราการเสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 5
	Workforce	1. มีเครือข่าย อสม.และจนท.รพ. สต.ประสานร่วมร.พ.เพื่อ ร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและดูแลผู้ป่วยวัณโรค	1. มีคณะกรรมการวัณโรคระดับอำเภอและจังหวัด ประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานยุติวัณโรค และการลดการตายของ

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Workforce	2. มีบุคลากรรับผิดชอบในการขึ้นทะเบียนและการประสานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่	ผู้ป่วยวัณโรค 2. กำกับติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคใน รพสต. โดยทีมสหวิชาชีพ/3 หมอ	3. การประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเร่งรัดยุติวัณโรคในการประชุม กวป./การประชุมระดับจังหวัด
Supply	1. สนับสนุนองค์ความรู้อบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากร	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการร่วมคัดกรอง วินิจฉัยและขึ้นทะเบียน /การวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อระยะแฝง 2. พัฒนาทีมสหวิชาชีพ/3 หมอในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค/ให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการรักษา/การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน/การติดตามผู้สัมผัสวัณโรคมารับการตรวจวินิจฉัย	-พัฒนาองค์ความรู้การรักษาผู้ป่วยวัณโรค การทบทวนกรณีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต การรักษาวัณโรคด้วยยาหลายขนานและวัณโรคด้วยชนิดรุนแรงมาก การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล -
Finance	1. งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค (PP)/เงินบำรุง/งบการคัดกรองวัณโรค(สปสช)/งบกองทุนสุขภาพตำบล	1. งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค(PP)/เงินบำรุง/งบการคัดกรองวัณโรค(สปสช)/งบกองทุนสุขภาพตำบล	1. งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค (PP)/เงินบำรุง/งบการคัดกรองวัณโรค(สปสช)/งบกองทุนสุขภาพตำบล
Governance	1. นโยบายแนวทางการดำเนินงานเร่งรัดการยุติวัณโรคจากกรมควบคุมโรค	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ ตั้งแต่การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองโดยการเอกซเรย์/การดูแลรักษา/การลดอัตราการเสียชีวิต	นโยบายสนับสนุนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยวัณโรค สคร และกองวัณโรค
Participation	1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานยุติวัณโรคโดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจาก อสม./อปท.	1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานยุติวัณโรคโดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจาก อสม./อปท.	1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานยุติวัณโรคโดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจาก อสม./อปท.

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ ■ ไม่มีอยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ใหญ่มากกว่าโรคติดเชื้ออื่น ๆ องค์การอนามัยโลก คาดประมาณในปี 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคน จากผู้ป่วยวัณโรค 9.9 ล้านคน ส่วนในประเทศไทย คาดประมาณมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 12,000 คน จากผู้ป่วยวัณโรค 105,000 คน ยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค (The End TB Strategy) องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญในการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ซึ่งเป็นหนึ่งในสามของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ในปี พ.ศ.2578 ได้แก่ การลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2558

จากผลการดำเนินงานวัณโรคปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่าจังหวัดหนองคาย มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 83.04, 78.86 และ 75 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละ 88 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อยู่ที่ ร้อยละ 10.72, 13.47 และ 11 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและจังหวัดในพื้นที่เขต 8 จังหวัดอุดรธานี ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 68.08, 67.52 และ 68.67 ตามลำดับ(ตารางที่ 4) ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายตัวชี้วัด ร้อยละ 90 การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี ปี 2565 - 2566 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 81.6 และร้อยละ 80.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยา CPT ร้อยละ 65.7 และร้อยละ 87.5 และได้รับยา ARV ร้อยละ 77.1 และร้อยละ 87.5 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 90 (ตารางที่ 6)

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	การค้นหา (Detect)	การรักษา (Treat)	การป้องกัน (Prevent)
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดและตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Molecular ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค - เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ในกลุ่มผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดโดยการตรวจ IGRAs, TST - ทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (Universal DST) - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. / ชุมชน ในการร่วมคัดกรอง ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานและติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ - การทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลเพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค - พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ - ดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ดิจิทัล DOT โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) - รักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน - ฝึกระวังการติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคในบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข - สื่อสารข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อเพิ่มความตระหนัก รอบรู้ด้านวัณโรคให้แก่ประชาชน

ระดับความสำเร็จ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. มีแผนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระดับอำเภอ 2. การประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา TB ในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตายของผู้ป่วยวัณโรค 3. มีการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค	1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค <ร้อยละ 5 2. การประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา TB ในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตายของผู้ป่วยวัณโรค 3. มีการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค 4. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 45	1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค <ร้อยละ 5 2. การประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา TB ในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตายของผู้ป่วยวัณโรค 3. มีการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค	1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค <ร้อยละ 5 2. การประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา TB ในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตายของผู้ป่วยวัณโรค 3. มีการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค 4. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90 5. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 88

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

ตารางที่ 1 ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563 – 2565

โรงพยาบาล	ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563-2565								
	2563			2564			2565 (1-2/2565)		
	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ
หนองคาย	150	120	80	119	79	66.39	67	43	64
ท่าบ่อ	56	50	89.29	58	47	81.03	22	19	86.36
โพนพิสัย	75	62	82.67	83	71	85.54	47	37	78.72
ศรีเชียงใหม่	17	14	82.35	20	20	100	17	14	82.35
สังคม	27	25	92.95	18	16	88.89	10	5	50
สระใคร	13	11	84.62	15	12	80	16	12	75
เฝ้าไร่	29	27	93.10	34	29	85.29	13	12	92.31
รัตนวาปี	14	7	50	13	8	61.54	4	4	100
โพธิ์ตาก	10	10	100	16	12	75	7	6	85.71
พิสัยเวหา	10	7	70	3	3	100	6	5	83.33
รวมจังหวัด	401	333	83.04	386	304	78.76	109	157	75

ตารางที่ 2 ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2566

โรงพยาบาล	ขั้น ทะเบียน	ผลการรักษา					
		กำลังรักษา	ล้มเหลว	ตาย	ขาดยา	โอนออก	ไม่นำ มาประเมิน
หนองคาย	48	48(100%)	-	-	-	-	-
ท่าบ่อ	25	22(88%)	-	1(4%)		2(8%)	-
โพนพิสัย	11	8(72.7%)	-	2(18.2%)	-	1(9.1%)	
ศรีเชียงใหม่	1	1(100%)	-	-	-	-	-
สังคม	2	2(100%)	-	-	-	-	-
สระใคร	10	9(90%)	-	-	-	1(10%)	-
เผ่าไร่	12	9(75%)	-	-	-	3(25%)	-
รัตนวาปี	6	4(66.6%)	-	1(16.7%)	-	1(16.7%)	-
โพธิ์ตาก	2	2(100%)	-	-	-	-	-
รวมจังหวัด	117	105(89.7%)	-	4(3.4%)		8(6.9%)	-

ตารางที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563 – 2565

โรงพยาบาล	2563			2564			2565 (1-2/2565)		
	ขั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ	ขั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ	ขั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ
หนองคาย	150	15	10	119	25	21	67	8	12
ท่าบ่อ	56	5	8.92	58	6	10.34	22	2	9.09
โพนพิสัย	75	10	13.33	83	9	10.11	47	8	17.02
ศรีเชียงใหม่	17	2	11.76	20	0	0	17	1	5.88
สังคม	27	1	3.70	18	2	11.11	10	3	30
สระใคร	13	2	15.38	15	1	6.67	16	0	0
เผ่าไร่	29	2	6.89	34	3	8.82	13	0	0
รัตนวาปี	14	4	28.57	13	3	23.07	4	0	0
โพธิ์ตาก	10	0	0	16	3	18.75	7	0	0
พิสัยเวหา	10	2	20	10	0	0	6	1	16.67
รวมจังหวัด	401	43	10.72	386	52	13.47	209	23	11

ตารางที่ 4 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2563 - 2565

โรงพยาบาล	2563			2564			2565		
	เป้าหมาย	ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ
หนองคาย	230	222	96.45	226	187	82.68	226	196	86.86
ท่าบ่อ	126	91	72.21	124	84	67.54	124	89	72.03
โพนพิสัย	150	95	63.18	148	112	75.43	134	102	75.87
ศรีเชียงใหม่	46	20	43.47	46	22	47.53	45	26	57.64
สังคม	39	29	74.19	38	24	62.73	38	22	57.41
สระใคร	41	17	41.86	40	18	44.58	40	34	85.40
เผ่าไร่	78	35	44.93	78	43	54.86	76	27	35.36
รัตนวาปี	58	19	32.69	58	22	37.82	57	18	31.59
โพธิ์ตาก	23	11	47.04	23	17	74	23	10	43.62
พิสัยเวหา	-	-	-	-	-	-	13	9	69.23
รวมจังหวัด	792	539	68.08	783	529	67.52	776	533	68.67

ตารางที่ 5 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2566

โรงพยาบาล	2566		
	เป้าหมาย (143/แสนประชากร)	ขึ้นทะเบียนรักษา	ร้อยละ
หนองคาย	215	68	31.68
ท่าบ่อ	118	28	23.80
โพนพิสัย	128	14	10.93
ศรีเชียงใหม่	43	1	2.34
สังคม	37	3	8.18
สระใคร	38	10	26.32
เผ่าไร่	73	13	17.88
รัตนวาปี	54	9	16.54
โพธิ์ตาก	22	3	13.76
พิสัยเวหา	12	2	16.17
รวมจังหวัด	739	151	20.43

ตารางที่ 6 การดำเนินงานผสมผสานวินโรคและเอตส์ ปี 2565-2566

โรงพยาบาล	2565					2566(1/2566)				
	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	ตรวจ HIV	HIVpos	HIV Cotri	HIV Arv	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	ตรวจ HIV	HIVpos	HIV Cotri	HIV Arv
หนองคาย	196	156 (79.5%)	19 (12.2%)	17 (89.4%)	13 (68.4%)	68	47 (69.1%)	6 (12.7%)	6 (100%)	6 (100%)
ท่าบ่อ	89	78 (87.6%)	5 (6.4%)	2 (40%)	5 (100%)	28	21 (75%)	1 (4.7%)	1 (100%)	1 (100%)
โพนพิสัย	102	82 (80.3%)	5 (60.1%)	4 (80%)	4 (80%)	14	14 (100%)	-	-	-
ศรีเชียงใหม่	26	26 (100%)	2 (7.6%)	0 (0%)	2 (100%)	1	1 (100%)	-	-	-
สังคม	22	11 (50%)	-	-	-	3	3 (100%)	-	-	-
สระใคร	34	28 (82.3%)	2 (7.1%)	0 (0%)	2 (100%)	10	9 (90%)	1 (10%)	0	0
เผ่าไร่	27	23 (85.1%)	2 (8.6%)	0 (0%)	1 (50%)	13	12 (92.3%)	1 (8.3%)	1 (100%)	1 (100%)
รัตนวาปี	18	14 (77.7%)	-	-	-	9	9 (100%)	-	-	-
โพธิ์ตาก	10	10 (100%)	-	-	-	3	3 (100%)	-	-	-
พิสัยเวท	9	7 (77.7%)	0	0	0	2	2 (100%)	-	-	-
รวมจังหวัด	533	435 (81.6%)	35 (8.04%)	23 (65.7%)	27 (77.1%)	151	121 (80.1%)	8 (6.6%)	7 (87.5%)	7 (87.5%)

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาเสียชีวิตของผู้ป่วยวินโรคของจังหวัดหนองคาย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วง 1 - 2 เดือนแรกของการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวินโรคในจังหวัดหนองคาย คือ ช่วงอายุ 45 - 64 ปี และช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป น้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยวินโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และการไม่ได้รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวินโรค จังหวัดหนองคาย ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวินโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

2. ปัญหาการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวินโรคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีหลายแผนกที่ให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวินโรค คลินิกวินโรคซึ่งมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน ต้องทำหน้าที่ไปติดตามรายชื่อผู้ป่วยวินโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรับยารักษาวินโรคไปแล้ว เพื่อนำมาขึ้นทะเบียน ซึ่งระยะเวลาในการนำมาขึ้นทะเบียนใช้เวลา 1 - 2 สัปดาห์หลังจากรับยาไปแล้ว หลังจากนั้นจึงจะมีการแจ้งพื้นที่เพื่อให้การติดตามดูแลรักษา ซึ่งมีความล่าช้า ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ควรต้องมีแนวทางการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนและการส่งต่อให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อไป

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

จากสถานการณ์โควิด ทำให้การเดินทางมารักษาไม่สะดวกโดยเฉพาะกลุ่มดื้อยา RR/MDR จะต้องเดินทางมารักษาที่ร.พ.หนองคาย จึงได้มีนวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่อง โดยประสานรพ.ที่มีแพทย์อายุรกรรมเพื่อติดตามการรักษาที่ร.พ.ใกล้บ้าน โดยร.พ.หนองคาย จะดำเนินการส่งยาโดยประสานทีมคลินิกวัณโรคในรพ.ปัจจุบันได้แก่ ร.พ.โพนพิสัย และร.พ.ท่าบ่อ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1.นายทณ เดียวศิริชัยสกุล

โทร. 081-9756115

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

E-mail : ptc_nk@yahoo.com

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัด ร้อยละจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการ และพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการ ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการ ดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักได้แก่

1. การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)
2. การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors)
3. การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล	5 อำเภอ		ผ่าน 8/9 อำเภอ	ผ่าน 5/9 อำเภอ
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ฐาน 2564 (ร้อยละ 40.55)	40.55	38.87	-

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2565 ณ ไตรมาสที่ 3 จังหวัดหนองคาย มีอำเภอที่มีการขับเคลื่อนสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดหนองคาย 8 ใน 9 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 88.9 จึงบรรลุเป้าหมายการเป็นจังหวัดจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ส่วนข้อมูล AMR เป้าหมายอัตราการติดเชื้อดื้อยาไม่เพิ่มขึ้นจากปี 2563 โรงพยาบาลหนองคาย อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดร้อยละ 40.55 เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 10.52 โดยพบว่าเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ A. baumannii , K.pneumoniae, E.coli , P.aeruginosa และ Sallmonella spp.

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ : ทบทวนทีม / ประชุมผู้เกี่ยวข้อง / กำหนดเป้าหมาย / การติดตามและประเมินผล

แนวทาง : กำหนดอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ร้านชำ เป้าหมาย / จัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลทั้งในโรงพยาบาล รพ.สต. ร้านชำ / ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

Small Success : Success 3m40% / 6m60% /9m80% /12m100%

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566)

1. ผลงาน ร้อยละของอำเภอที่ผ่าน RDU District ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 จังหวัดหนองคาย มีอำเภอที่มีการขับเคลื่อนสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลจังหวัดหนองคาย 5 ใน 9 อำเภอ

2. ผลงาน RDU Province ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสแรก จังหวัดหนองคายร้อยละ 100

3. ผลงาน AMR อัตราการติดเชื้อดื้อยาในปี 2565 ร้อยละ 38.87 ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 4.14 (ปี 2564 = 40.55%)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาคือ RDU PCU อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI และ Acute Diarrhea ใน รพ.สต.

2. การแก้ปัญหาในร้านชำเสนอให้ อย. ยกเลิกทะเบียนตำรับยาที่ไม่เหมาะสม เช่น Heromycin 250 mg ขนาดบรรจุ 4 เม็ด เป็นต้น

3. การกำหนดกรอบอัตรากำลัง Infectious Doctor ในโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป และ เภสัชกรเฉพาะทางโรคติดเชื้อ

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

รูปแบบการติดตามและประเมินผลโดยอาศัย คณะกรรมการ กวป.คบ.จังหวัดหนองคายในการขับเคลื่อนสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล RDU Province และ RDU District

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์

โทร. 081-8716690

ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ

E-mail : Pesatnoy@gmail.com.

2. ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง

โทร. 088-5616590

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : รับยาใกล้บ้าน

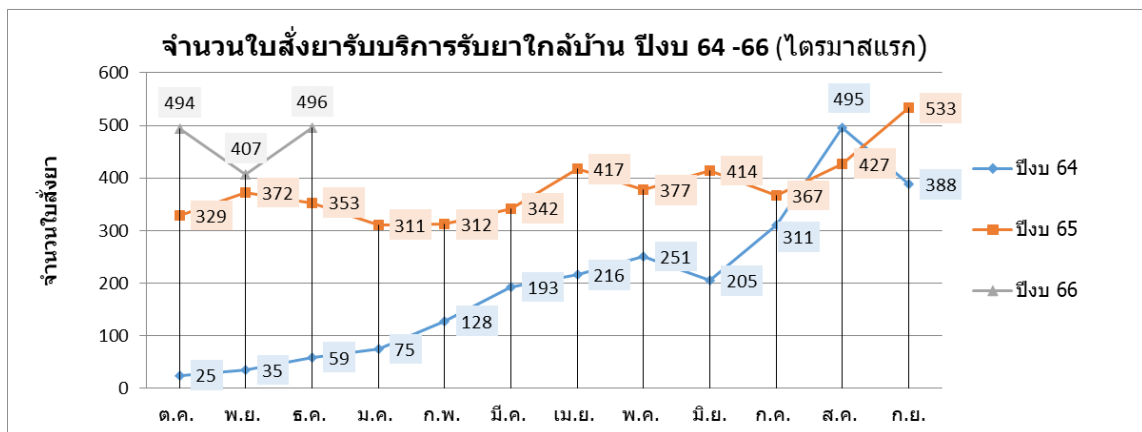
ตัวชี้วัด โรงพยาบาลมีบริการรับยาที่ร้านยาโดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) และมีผู้ป่วยรับบริการ ≥ 12 คน

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (จำนวนใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription))	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2565		
	2563	2564	2565
รับยาร้านยา	32	493	994
รับยาทางไปรษณีย์	171	1,888	3,560
รวมรับยาใกล้บ้าน	464	2,381	4,554

2. สถานการณ์

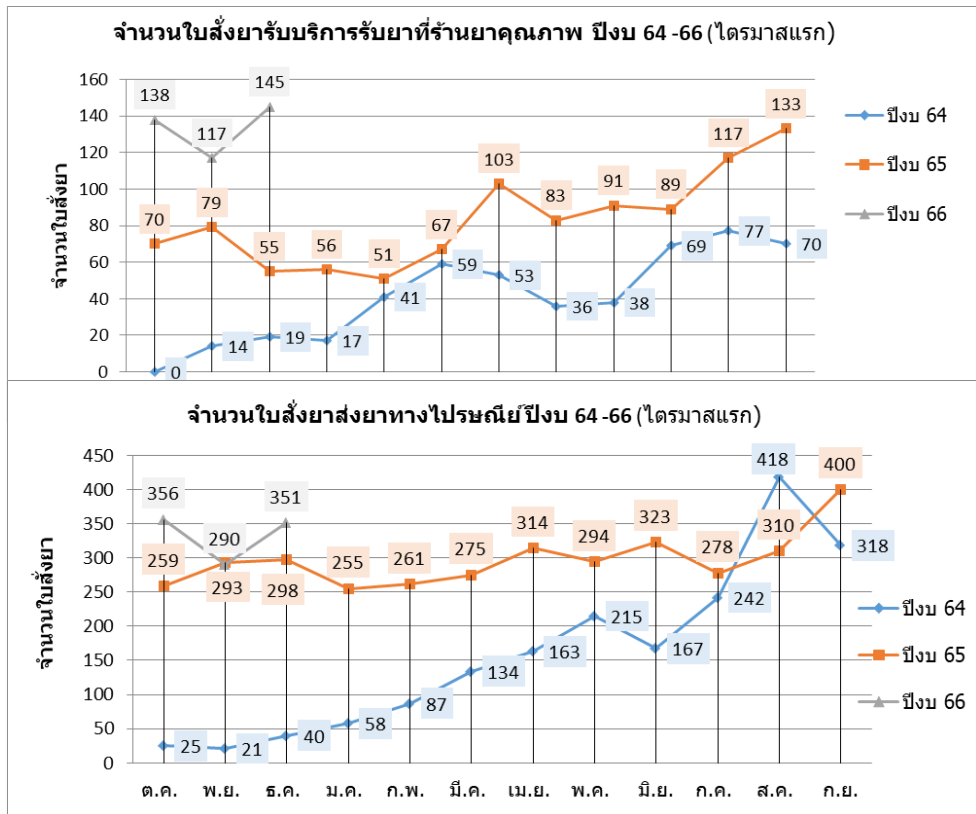
จากข้อมูล ในช่วงเวลาเดียวกันมีผู้ป่วยมาใช้บริการรับยาใกล้บ้านในไตรมาสแรกปีงบ 2566 ทั้งทางร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการ และทางไปรษณีย์เพิ่มขึ้นมากกว่าในปีงบ 2564 และ 2565 โดยในปี 2565 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา 3 ร้าน



3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

- เพิ่มร้านยาคุณภาพรับยาใกล้บ้านในโซนพื้นที่ ที่ยังไม่มี
- เพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการรับยาใกล้บ้าน

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสแรก (ตุลาคม – ธันวาคม 2565)



5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการยังมีน้อย และบางโซนพื้นที่ไม่มีร้านยาเข้าร่วมโครงการ หากมีร้านยาที่มีคุณสมบัติครบและสนใจเข้าร่วมในโซนพื้นที่ที่ยังไม่มี น่าจะทำให้มีผู้ป่วยเข้าร่วมบริการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านมากขึ้น

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. มีการให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์โดยเภสัชกรที่ใช้บริการส่งยาทางไปรษณีย์
2. มีการให้รับคำขอรับยาออนไลน์ผ่านทางช่องทาง line official

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|---|
| 1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ | โทร. 081-8716690
E-mail: Pesatnoy@gmail.com |
| 2. ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ | โทร. 088-5616590
E-mail: npskchun@gmail.com |
| 2. ภญ.กนกวรรณ โฉสูงเนิน
ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ | โทร. 084-7422051
E-mail: kanok.chosung@gmail.com |

(ร่าง) กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๑/๒๕๖๖

เขตสุขภาพที่ ๘ ณ จังหวัดหนองคาย
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

วันอังคารที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ (Pre-inspection)

- ๐๙.๐๐ - ๑๑.๓๐ น. Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เขตสุขภาพที่ ๘ ประเด็น : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับการบริการผู้สูงอายุ โดยเน้น การวิเคราะห์/สังเคราะห์ผล การดำเนินงาน, คัดกรองปัญหาสำคัญของพื้นที่, การบริหารจัดการต่างๆ โดยผ่านระบบประชุมออนไลน์ หรือช่องทางการสื่อสาร อื่นๆ ณ ห้องประชุม สวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- ๑๑.๓๐ - ๑๒.๓๐ น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๒.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก (ต่อ) ณ ห้องประชุม สวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- ๑๘.๐๐ น. - รับประทานอาหารเย็น

วันพุธที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ (Pre-inspection)

- ๐๙.๐๐ - ๑๑.๓๐ น. Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เขตสุขภาพที่ ๘ ประเด็น : ปฐมภูมิ โดยเน้น การวิเคราะห์/สังเคราะห์ผล การดำเนินงาน, คัดกรองปัญหาสำคัญของพื้นที่, การบริหารจัดการต่างๆ โดยผ่านระบบประชุมออนไลน์ หรือช่องทางการสื่อสารอื่นๆ ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- ๑๑.๓๐ - ๑๒.๓๐ น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๒.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก (ต่อ) ณ ห้องประชุม สวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- ๑๘.๐๐ น. - รับประทานอาหารเย็น

วันพฤหัสบดีที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

- ๑๐.๐๐ - ๑๒.๓๐ น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ และคณะตรวจราชการฯ รับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงานภาพจังหวัด รอบที่ ๑/๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ชั้น ระวีวรธรรม รพท.หนองคาย / Zoom meeting (สสจ. ๔๐ นาที , รพท. ๓๐ นาที) ประกอบด้วย
๑. นพ.สสจ./ รองนพ.สสจ./ หัวหน้ากลุ่มงาน/ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 ๒. ผอ.รพท./ คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 ๓. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ ๘
- (บุคลากรระดับอำเภอไม่ต้องเข้าร่วมประชุม)
- ๑๒.๓๐ - ๑๓.๐๐ น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน

- ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. **ทีม ๑** ผู้ตรวจราชการฯ และคณะออกเดินทางไปยัง **รพช.รัตนวาปี** (ระยะทางจาก รพ.หนองคาย-รพช.รัตนวาปี ๘๐ กม.) ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ **รพ.สต.พระบาทนาสิงห์** / (ระยะทางจาก รพช.รัตนวาปี -รพ.สต.พระบาทนาสิงห์ ๑๐ กม.)
- ทีม ๒** สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ **รพ.สต.น้ำโมง** (ระยะทางจากรพ.นค.-รพ.สต.น้ำโมง ๓๑ กม.) เดินทางไปยัง **สสอ.ท่าบ่อ, รพร.ท่าบ่อ** (ระยะทางจาก รพ.สต.น้ำโมง - สสอ.ท่าบ่อ,รพร.ท่าบ่อ ๕ กม.) นำเสนอผลการดำเนินงาน คปสอ./รพ.สต. ที่ รพร.ท่าบ่อ
- ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. - คณะตรวจราชการฯ ที่ไม่ได้ลงพื้นที่ ประชุมหารือเพื่อจัดทำข้อมูลสรุปตรวจราชการผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) / ประชุมในห้องประชุม ณ ห้องประชุม พระปทุมเทวาภิบาล รพท.หนองคาย
- ๑๖.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. - นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ เป็นประธานการประชุมเพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) / ประชุมในห้องประชุม (จำกัดผู้เข้าร่วมประชุม) ณ ห้องประชุม พระปทุมเทวาภิบาล รพท.หนองคาย
- ๑๘.๐๐ น. - รับประทานอาหารเย็น

วันศุกร์ที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

- ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๘ พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๘ และคณะตรวจราชการฯ เข้าร่วมรับฟังสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ชั้น ๖ วิทยาลัยการแพทย์ รพท.หนองคาย / ประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting), ห้องประชุม สสจ. และ ห้องประชุมแต่ละอำเภอ ประกอบด้วย
๑. นพ.สสจ./รอง นพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 ๒. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และ สาธารณสุขอำเภอ (ขอให้เป็นตัวจริง)
 ๔. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ ๘ (เฉพาะผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบหลักประเด็นตรวจราชการ บุคคลเกี่ยวข้องอื่นๆ รับฟังผ่านระบบ Zoom meeting)
- ๑๒.๐๐ น. - ปิดประชุม

หมายเหตุ

- ห้องประชุม
- การจัดที่นั่งเว้นระยะห่าง ผู้เข้าร่วมประชุม/ลงพื้นที่สวม mask ๑๐๐ %
- ผู้นิเทศงานสามารถลงวิเคราะห์ข้อมูลที่รับผิดชอบก่อนกำหนดการนิเทศงานได้ ทั้งนี้ให้ประสานงานเกี่ยวกับข้อมูล การเดินทาง ที่พัก กับผู้รับผิดชอบงานของเขต ดังนี้

๑. ผู้ประสานงานส่วนกลาง	: นางสาวสุภาพร ฉวยทิพย์	๐๘ ๑๘๑๙ ๕๒๗๙
	: นางกนกนาถ หงสกุล	๐๘ ๖๓๙๙ ๖๙๖๖
	: นายพิรุฬห์ เพ็สี	๐๘ ๘๙๑๓ ๔๒๘๗
๒. ผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค (สนง.เขต ๘)	: นางรัชณี คอมแพงจันทร์	๐๘ ๑๕๗๔ ๔๕๙๙
	: นางนิมมวล ไชแสงจันทร์	๐๘ ๑๙๗๔ ๑๑๗๖
	: นางสาวมณฑพัท อรรถวิภาค	๐๖ ๑๖๙๕ ๑๖๒๔
	: นางสาวสุดารัตน์ วัฒนธรรม	๐๘ ๓๔๐๖ ๐๙๘๗
๓. ผู้ประสานงาน สสจ.หนองคาย	: นางรติวัน พิสัยพันธ์	๐๘ ๑๕๙๒ ๗๖๘๙
	: นางบังอร พันนีก	๐๘ ๑๗๑๗ ๒๖๐๗
๔. ผู้ประสานงาน รพท.หนองคาย	: นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร	๐๘ ๕๔๖๕ ๑๕๑๕

ทีม ๑ ทีมติดตามผู้ตรวจราชการ	ทีม ๒ ทีมติดตามสาธารณสุขนิเทศก์
<p>๑. นพ. ณรงค์ จันทร์แก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๒. นพ.ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๓. นายทองเลื่อน องอาจ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๔. ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังคี รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๕. นายไพโรจจิตร ศิริมงคล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๖. นายธวัชชัย เหลืองศิริ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๗. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</p> <p>๘. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p> <p>๙. หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก</p> <p>๑๐. นางรติวัน พิสัยพันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข</p> <p>๑๑. นางบังอร พันนีก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>๑๒. นางสาวเบญจมาศ คำใบ นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ</p>	<p>๑. นายบัน ยีรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๒. นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๓. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๔. นายสุภาพ โพนสิงห์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๕. นายชาญชัย ชัยสว่าง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย</p> <p>๖. นายศรีเมือง ผาเจริญ ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุข</p> <p>๗. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด</p> <p>๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ</p> <p>๙. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค</p> <p>๑๑. นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ</p>