



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

รายงานผลการปฏิบัติราชการ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8



โรงพยาบาลอุดรธานี
รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566
ระหว่างวันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2566

รวบรวมโดย กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลอุดรธานี
โทร 0-4221-5100 ต่อ 3525

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2566 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธีในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566 ประจำปีไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565) เพื่อประกอบการตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 8 พร้อมคณะ

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

โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้จัดทำ

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
ข้อมูลทั่วไป	4-22
Health For Wealth	23
- กัญชาทางการแพทย์	24-36
สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	37
- พัฒนาการเด็กปฐมวัย	38-41
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยเรียน	42-43
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มผู้สูงอายุ	44-47
ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	48
Service Plan สาขาโรคหัวใจจังหวัดอุดรธานี - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9 - ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ≥ ร้อยละ 60	49-52
พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	53-57
Service Plan สาขาทารกแรกเกิด - อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด	58-61
Service Plan สาขา Sepsis - อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquire Sepsis	62-63
Service Plan สาขาโรคมะเร็ง 1.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 60 1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ≥ ร้อยละ 70 1.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ 50 1.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ 50	64-67
สูตรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี - อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	68-72
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	73-75

หัวข้อ		หน้า
	โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS - ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery - ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	75-77
	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร - ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (triage level 1, 2) เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > 26 % - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 % - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	78-81-81
Area based		82
	หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA - ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA - ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา - ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	83-84 85-86 87-88 89-100
ภาคผนวก		101-102

ข้อมูลทั่วไป

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission) : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

ค่านิยม (Core value) : M = Mastery คือ เป็นนายตัวเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People Centered Approach คือ ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ถ่อมตน อ่อนน้อม

เป้าหมาย (Ultimate Goal) : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

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

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนอุดรธานีมีสุขภาพดี

พันธกิจ (Missions)

- 1) จัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ มีคุณภาพ และครอบคลุมแบบไร้รอยต่อ
- 2) บริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล

ค่านิยม (Core value)

U = Unity คือ สามัคคี

D = Diversity คือ มีความหลากหลาย

M = Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O = Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People centered approach = ใส่ใจประชาชน

H = Humility คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลที่พึงแห่งภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง”

พันธกิจ (Mission) :

1. พัฒนาระบบบริการ และเครือข่ายที่เป็นเลิศ
2. พัฒนาระบบสนับสนุนบริการและเทคโนโลยีที่เป็นเลิศ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยยึดหลักธรรมาภิบาลและมุ่งผลสัมฤทธิ์
4. พัฒนาด้านวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม และความเป็นเลิศของนักศึกษาแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข

ค่านิยม (Core Value) :

UDH : ผู้ป่วยคือคนสำคัญ ทีมงานแข็งแกร่ง มุ่งมั่นพัฒนา
U : Unity ทีมงานแข็งแกร่ง
D : Delight client ผู้ป่วยคือคนสำคัญ
H : High performance มุ่งมั่นพัฒนา

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

1. ประชาชนเข้าถึงการบริการที่เป็นเลิศ เทคโนโลยีทันสมัยและยั่งยืน
2. ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ ดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน
3. โรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงินการคลัง โครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน
4. บุคลากรมีความรักสามัคคี มีความสุขและมีความภาคภูมิใจในองค์กร (Unity)

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)
3. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence)
4. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
5. เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเลิศ (Information Excellence)

เข็มมุ่งโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2566

1. AHA
2. เพิ่มศักยภาพบริการ
 - Transplant Unit
 - Premium Clinic
 - Infertile Clinic
3. HAIT

ประวัติโรงพยาบาลอุดรธานี

โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัดประมาณ 1.2 กิโลเมตรมีพื้นที่ทั้งหมด 51 ไร่ 22 ตารางวา มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

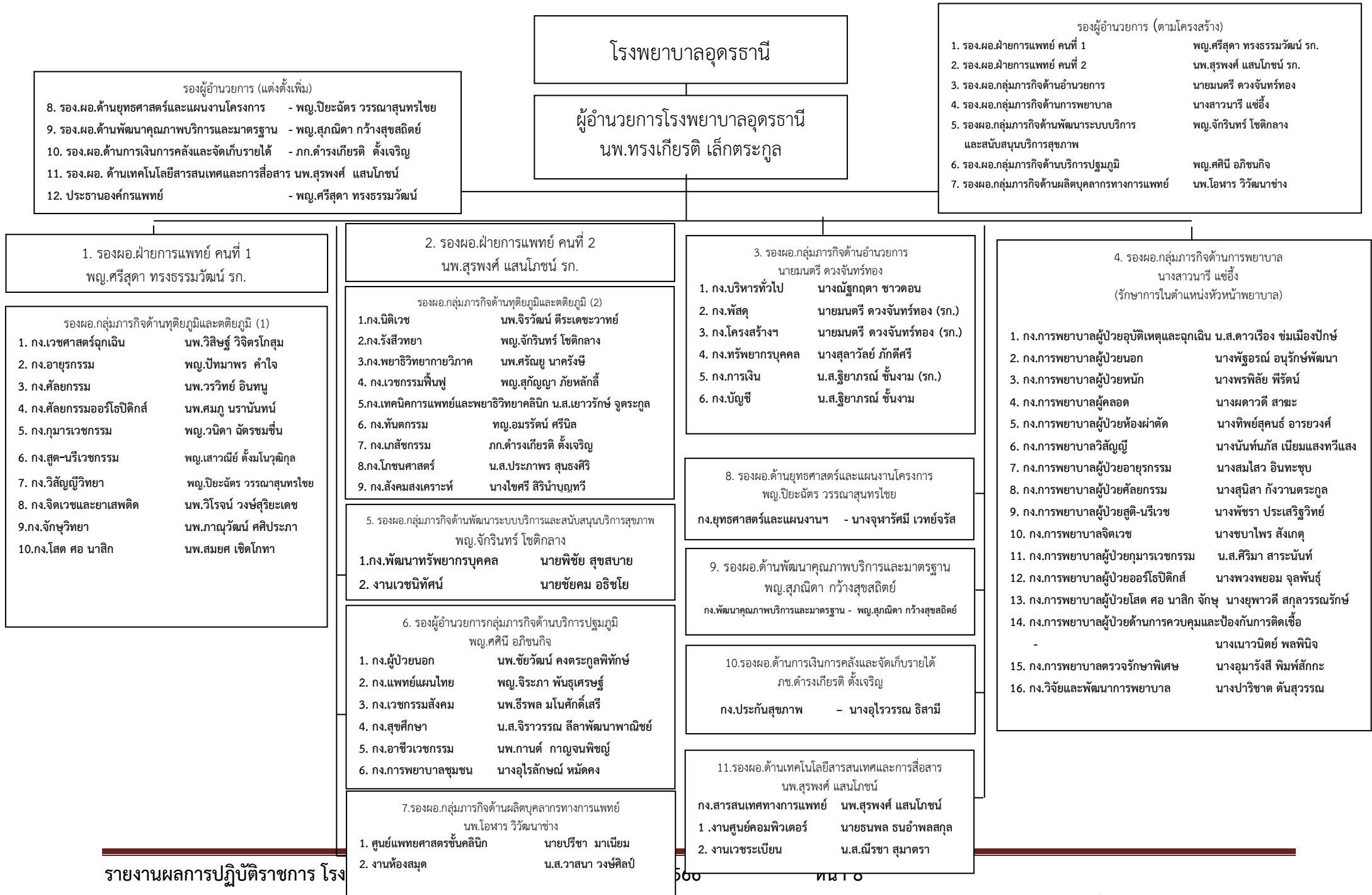
ทิศเหนือ	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศใต้	จด	ที่ดินเอกชน
ทิศตะวันออก	จด	ถนนเพาเนียมและหนองประจักษ์
ทิศตะวันตก	จด	วัดโพธิสมภรณ์ และคลองชลประทาน

เดิมที่ตั้งของโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นที่ของกระทรวงศึกษาธิการ ใช้เป็นบ้านพักของกรรมการมณฑลอุดร ต่อมาทางราชการยุบมณฑลอุดรและบ้านพักกรรมการได้ชำรุดผุพัง ที่ดินจึงว่างเปล่าไม่ได้ใช้ประโยชน์ทางราชการจึงได้จัดตั้งเป็นสถานพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2494 โดย พ.ต.อ.ขุนศุภกิจเลขการ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งข้าหลวงประจำจังหวัดอุดรธานี ได้เห็นความจำเป็นในด้านสุขภาพอนามัย และการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชาชนจังหวัดอุดรธานีเป็นสำคัญ จึงได้เสนอของบประมาณสำหรับจัดสร้างโรงพยาบาล แต่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาให้มีจำนวนน้อย ทางจังหวัดจึงสนับสนุนจัดหาเงินสมทบจากงานประจำปีทุ่งศรีเมือง ตลอดจนชักชวนร่วมสมทบบริจาคอีกด้วย และในเวลาต่อมา วันที่ 29 มิถุนายน 2496 ได้มีการประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ก่อสร้างตึกอำนวยการหลังแรกของโรงพยาบาลอุดรธานีขึ้น และวันที่ 24 เมษายน 2497 ขุนบริบาลบรรพตเขตต์ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น ได้ทำพิธีเปิดตึกอำนวยการเพื่อเปิดรับบริการผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและขยายการให้บริการอย่างสม่ำเสมอมาตามลำดับจนถึงปัจจุบัน ภายใต้การบริหารงานโดยมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้วยความมุ่งมั่นจนได้ผลงานบริการด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากผลการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละและมีความตั้งใจทำงานในหน้าที่ราชการเป็นอย่างดีของผู้อำนวยการ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบันจนเป็นที่ยอมรับของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งได้สนับสนุนทางด้านกำลังทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ ทางกายภาพ ตลอดจนผู้บริหารชั้นผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนด้านเงินงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาจนเจริญก้าวหน้าดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและจะเจริญก้าวหน้า ทั้งในด้านการบริหาร และการบริการยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

1. นายแพทย์เกษม จิตตะยโสธร	พ.ศ. 2494	- 6 ก.ย. 2510
2. นายแพทย์นิยม เกษจำรัส	7 ก.ย. 2510	- 9 ก.ย. 2518
3. แพทย์หญิงประภา สวารัชร	10 ก.ย. 2518	- 30 ก.ย. 2530
4. แพทย์หญิงคุณหญิงอำพันธ์ มีนะกนิษฐ์	1 ต.ค. 2530	- 30 ก.ย. 2538
5. นายแพทย์เจริญ มีชัย	1 ต.ค. 2538	- 30 ก.ย. 2550
6. นายแพทย์พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา	21 ธ.ค. 2550	- 28 ก.พ. 2556
7. นายแพทย์มนัส กนกศิลป์	1 มี.ค. 2556	- 30 ก.ย. 2557
8. นายแพทย์ชุตินเดช ตาบ-องครักษ์	1 ต.ค. 2557	- 30 ก.ย. 2558
9. นายธรรมบุญ วิสิฐธนวรรธ	1 ต.ค. 2558	- 30 ก.ย. 2561
10.นายณรงค์ ธาดาเดช	1 ต.ค.2561	- 30 ก.ย. 2563
11. นางฤทัย วรรณวินิจ	1 ต.ค.2563	- 30 ก.ย. 2565
12. นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล	1 ต.ค.2565	- ปัจจุบัน

โครงสร้างหน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

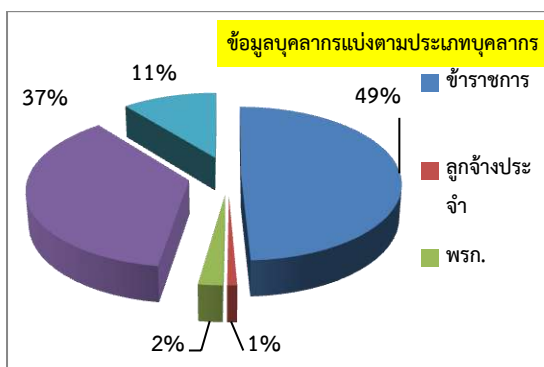


ข้อมูลบุคลากร ณ 1 กุมภาพันธ์ 2566

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติ จริง	ประเภทบุคลากร/สาขา	ปฏิบัติ จริง
บุคลากรทางการแพทย์			
- ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)	1	- วิสัญญี	13
- แพทย์ทั่วไป (GP)	4	- จิตเวช	5
อาภัสสร/ไชยศิริ/พาฝัน/บุญชัย		- รังสีวิทยา	9
- เวชศาสตร์ป้องกัน	3	- พยาธิวิทยากายวิภาค	4
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	10	- เวชกรรมฟื้นฟู	3
- อายุรกรรม	42	- เวชศาสตร์ครอบครัว	12
- ศัลยกรรม	31	- แพทย์พี่เลี้ยงปี 2560-2565 (GP แพทย์ใช้ทุน 2565 /แพทย์พี่เลี้ยง 2561-2564)	34
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	13	-	-
- สูติ-นรีเวชกรรม	14	แพทย์ทั้งหมด	231
- กุมารเวชกรรม	18		
- จักษุวิทยา	10		
- โสต ศอ นาสิก	5		
ทันตแพทย์	22	ลูกจ้างประจำ	30
เภสัชกร	70	ลูกจ้างชั่วคราว	373
พยาบาลวิชาชีพ	1,105	พนักงานราชการ	74
พยาบาลเทคนิค	4	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1,272
นักวิชาการและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	268	รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	3,449
รวมข้าราชการ	1,700		

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566



ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี
ข้อมูล ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อมูลแพทย์เฉพาะทาง (ตามวุฒิบัตร) ณ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ไม่รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. อายุรแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	อายุรศาสตร์	8	-	1	-	-	1
2	อายุรศาสตร์โรคเลือด	3	-	-	-	-	-
3	อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	2	-	-	-	-	-
4	ประสาทวิทยา	3	-	-	-	-	-
5	อายุรศาสตร์รังสีร่วมรักษาระบบประสาท	1	-	-	-	-	-
6	ตจวิทยา	1	-	-	-	-	1
7	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	10	-	-	-	-	-
8	อายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์ และเมตาบอลิซึม	3	-	-	-	-	-
9	อายุรศาสตร์โรคข้อ และรูมาติสซั่ม	1	-	-	-	-	-
10	อายุรศาสตร์โรคทางเดินอาหาร	4	-	-	-	-	-
11	อายุรศาสตร์โรคไต	3	-	-	-	-	-
12	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ/หัตถการ	8	-	-	-	-	-
13	อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต	3	-	-	-	-	-
14	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	1	-	-	-	-	-
15	เวชบำบัดวิกฤติ	2	-	-	-	-	-
รวม		53	-	1	-	-	2

2. ศัลยแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	ศัลยศาสตร์	13	-	-	-	-	-
2	ประสาทศัลยศาสตร์	3	-	-	-	-	-
3	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	3	-	-	-	-	-
4	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	2	-	-	-	-	-
5	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	4	-	-	-	-	-
6	กุมารศัลยศาสตร์	3	-	-	-	-	-
7	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	2	-	-	-	-	-
8	ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและไขสันหลัง	1	-	-	-	-	-
รวม		31	-	0	-	-	-

3. กุมารแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	กุมารเวชศาสตร์	8	-	2	-	-	-
2	กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	1	-	-	-	-	-
3	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ	0	-	-	-	-	-
4	กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	1	-	-	-	-	-
5	กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	1	-	-	-	-	-
6	กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	2	-	-	-	-	-
7	กุมารเวชศาสตร์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	1	-	-	-	-	-
8	กุมารเวชศาสตร์สาขาโรคหัวใจ	2	-	-	-	-	-
	กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้	1					
9	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ	1	-	-	-	-	-
รวม		18	-	2	-	-	-

4. สติ-นรีเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	10	-	-	-	-	-
2	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	1	-	-	-	-	-
3	มะเร็งนรีเวชวิทยา	2	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	1	-	-	-	-	-
รวม		14	-	-	-	-	-

5. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	13	-	1	-	-	-
รวม		13	-	1	-	-	-

6. จักษุ /โสต ศอ นาสิก แพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	จักษุวิทยา	10	-	-	-	-	-
2	โสต ศอ นาสิกวิทยา	5	-	-	-	-	-
รวม		15	-	-	-	-	-

7. จิตเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ขรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	จิตเวชศาสตร์	4	-	-	-	-	-
2	จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	1	-	-	-	-	-
รวม		5	-	-	-	-	-

8. พยาธิแพทย์ / นิติเวชแพทย์

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	นิติเวชศาสตร์	-	-	-	-	-	-
2	พยาธิวิทยากายวิภาค	4	-	-	-	-	-
3	พยาธิวิทยาคลินิก	-	-	-	-	-	-
รวม		4	-	-	-	-	-

9. รังสีแพทย์

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

10. วิสัญญีแพทย์

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

11. แพทย์เวชปฏิบัติ

ลำดับ	แพทย์	ชรก	ลจป	ลจช	พรก	พกส	Part time
1	เวชปฏิบัติทั่วไป GP/แพทย์พี่เลี้ยง+ใช้ทุน	38	-	-	-	-	1
3	เวชศาสตร์ครอบครัว	12	-	-	-	-	-
4	เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์	3	-	-	-	-	-
5	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	-	-	-	-	-
รวม		56	-	-	-	-	1

ข้อมูลการให้บริการ

จังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่ 11,730.30 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,331,438.75 ไร่ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 2 ระยะทาง 564 กิโลเมตร เป็นจังหวัดที่มีเนื้อที่มากเป็น อันดับที่ 11 ของประเทศไทย ประชากร จังหวัดอุดรธานี 1,563,048 คน แยกเป็นเพศชาย 772,344 คน และเพศหญิง 790,704 คน จำนวนหลังคาเรือน 548,525 หลังคาเรือน เฉลี่ย 1 หลังคาเรือน มีคนอาศัยประมาณ 3 คน ความหนาแน่นของประชากร 135 คน/ตารางกิโลเมตร

การปกครองส่วนภูมิภาคของจังหวัดอุดรธานี แบ่งออกเป็น 20 อำเภอ 156 ตำบล 1,891 หมู่บ้าน 407 ชุมชน มี 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด, 1 เทศบาลนคร, 3 เทศบาลเมือง, 67 เทศบาลตำบล และ 109 องค์การบริหารส่วนตำบล

โรงพยาบาลอุดรธานี รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี 20 ตำบล 2 เทศบาลเมือง และ 1 เทศบาลนครฯ ครอบคลุมเขตรับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี 32 PCU รับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง ครอบคลุมประชากร 1,563,048 คน และรับการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง รวมประชากรในเขตความรับผิดชอบตามพวงบริการระดับสถานบริการทั้งสิ้น ประมาณ 5,508,027 คน

1. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง

จังหวัด	อำเภอ	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
อุดรธานี	20	548,525	1,563,048
หนองคาย	9	181,752	515,795
เลย	14	230,763	637,341
หนองบัวลำภู	6	154,912	508,325
บึงกาฬ	8	140,512	421,684
สกลนคร	18	396,177	1,145,187
นครพนม	12	235,673	716,647
รวม	87	1,888,314	5,508,027

ที่มา :ระบบทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ปี พ.ศ. 2565

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

2. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชากรจังหวัดอุดรธานี

ประเภทสิทธิ	จังหวัดอุดรธานี		อำเภอเมืองอุดรธานี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (UC+WEL)	1,171,540	75.34	303,014	77.31
2. ประกันสังคม (SSS)	243,304	15.32	88,920	22.69
3. ข้าราชการ พนักงานรัฐ และครอบครัว (OFC)	95,295	6.00	-	0.00
4. สิทธิสวัสดิการพนักงานท้องถิ่น (LGO)	18,761	1.18	-	0.00
5. สิทธิอื่นๆ	34,148	2.15	-	0.00
ประชากรทั้งหมดรวม	1,563,048	100.00	391,934	100.00

หมายเหตุ

- สิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิประกันสังคมกรณีทุพพลภาพ (เลือกบัตรทอง), สิทธิข้าราชการเมือง, กลุ่มที่มี 2 สิทธิ เช่น ประกันสังคม/ข้าราชการ เป็นต้น
- รายงานข้อมูล DBPOP จังหวัดอุดรธานี ประจำเดือน ธันวาคม 2565

3. ศักยภาพการให้บริการ

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	เตียงตามกรอบ	1,100
2	จำนวนเตียงให้บริการจริง	1,154
3	เตียงแผนกสูติ-นรีเวช	96
	สามัญ	68
	พิเศษ	28
4	เตียงแผนกศัลยกรรม	260
	สามัญ	224
	พิเศษ	36
5	เตียงอายุรกรรม	277
	สามัญ	242
	พิเศษ	35
6	เตียงกุมารเวชกรรม	96
	สามัญ	88
	พิเศษ	8

ลำดับ	รายการ	จำนวน
7	เตียงศัลยกรรมกระดูก	156
	สามัญ	140
	พิเศษ	16
8	เตียงศัลยกรรมระบบประสาท	30
9	เตียงศัลยกรรมอุบัติเหตุ	30
10	เตียง Burn Unit	7
11	เตียงแผนกหัวใจหลอดเลือด	70
	11.1 อายุรกรรมหัวใจ	32
	11.2 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	38
12	เตียง Semi ICU	18
	อายุรกรรม	6
	กุมารเวชกรรม	12
13	เตียงแผนกตา	60
14	แผนกอื่น ๆ	54
	13.1 แผนกเวชกรรมฟื้นฟู	19
	13.2 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25
	13.3 แผนกจิตเวช	10
15	รวม ICU ทุกแผนก	96
16	เตียง NICU (ทารกแรกเกิด)	12
17	เตียง CCU	8
18	เตียง ICU แผนกศัลยกรรม	40
19	เตียง ICU แผนกอายุรกรรม	28
20	เตียง ICU แผนกกุมารเวชกรรม	8
21	จำนวนห้องผ่าตัด	20

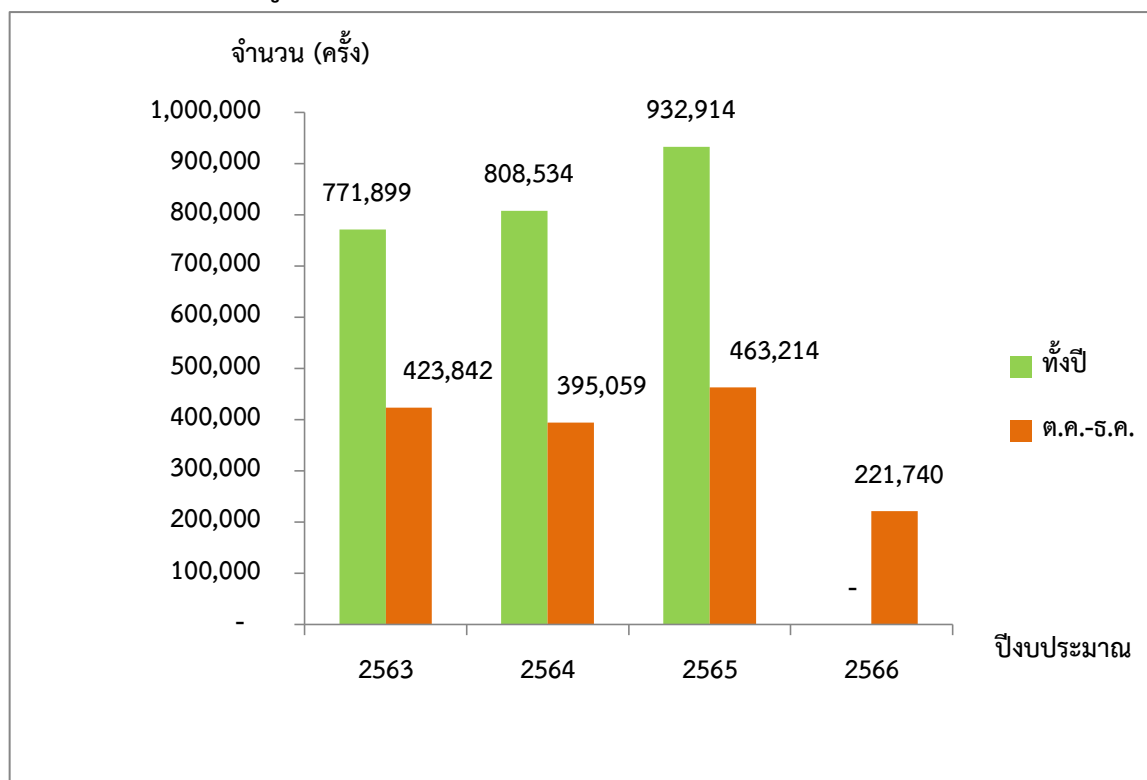
แหล่งที่มา : <https://phdb.moph.go.th>

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

ข้อมูล ณ มกราคม 2565

3. สถิติการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลอุดรธานี

3.1 สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก



ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2566

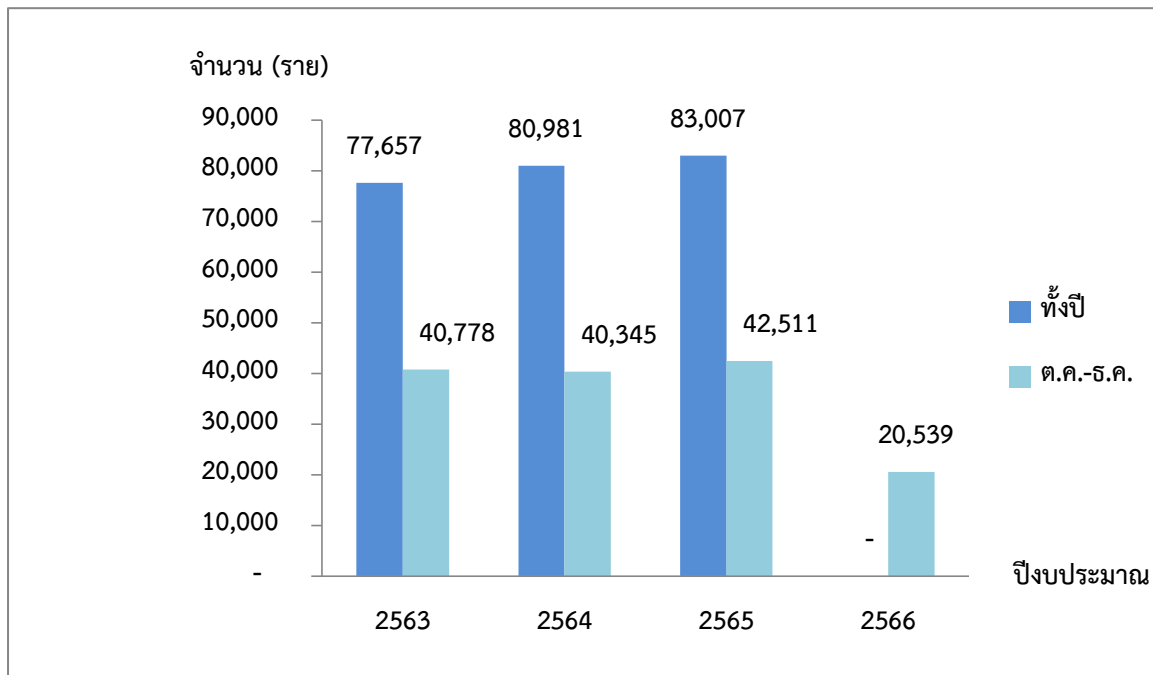
1.2 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (ตค.-ธค.2565)	
	จำนวนผู้ป่วยนอก 808,534 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 946,971 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 225,978 ครั้ง	ร้อยละ
1	Hypertension (I10) = 82,454	10.20	Hypertension (I10) = 83,364	8.80	Hypertension (I10) = 25,924	11.47
2	Diabetes mellitus (E11) = 55,957	6.92	COVID-19,Virus Identified (U071) = 76,171	8.04	Diabetes mellitus (E11) = 17,317	7.66
3	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 49,964	6.18	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00) = 52,772	5.57	Disorder of lipoprotein metabolism (E78) = 11,907	5.27
4	Chronic renal failure (N18) = 30,134	3.73	Non-insulin- dependent diabetes mellitus, without complications (E119)= 48,960	5.17	Chronic renal failure (N18) = 7,193	3.18

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (ตค.-ธค.2565)	
	จำนวนผู้ป่วยนอก 808,534 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 946,971 ครั้ง	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยนอก 225,978 ครั้ง	ร้อยละ
5	Soft tissue disorder (M79) = 19,356	2.39	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified (E789) = 40,863	4.31	Soft tissue disorder (M79) = 4,930	2.18
6	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24B) = 18,558	2.30	Chronic kidney disease, stage5 (N185) = 22,341	2.35	Unspecified human immunodeficiency virus(HIV) disease (B24B) = 4,660	2.06
7	CA breast (C50) = 11,248	1.39	Acute pharyngitis due to other specified organisms (J028) = 22,302	2.35	CA breast (C50) = 2,614	1.15
8	Cardiovascular disease (I25) = 9,635	1.19	Isolation (Z290) = 19,572	2.06	Cardiovascular disease (I25) = 2,213	0.98
9	Chronic viral hepatitis (B18) = 6,819	0.84	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease (B24) = 18,870	1.99	Chronic viral hepatitis (B18) = 2,101	0.93
10	Thyrotoxicosis (E05) = 6,764	0.84	Follow-up examination after other treatment for other conditions (Z098) = 17,484	1.84	Dorsalgia (M54) = 1,879	0.83

ที่มา : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2566

1.3 สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน



ผลงานบริการผู้ป่วยใน

ข้อมูล	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค. 2565)
จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย(ราย) LOS1	77,657	80,981	83,007	20,539
จำนวนวันนอน (วัน) LOS1	378,499	467,205	434,380	95,810
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	4.87	5.77	5.23	4.66
จำนวนเตียงให้บริการจริง (เตียง)	1,148	1,134	1,154	1,154
อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	90.33	112.88	103.13	90.24
Active bed (เตียง)	1,037	1,280	1,190	1,041

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มกราคม 2566

หมายเหตุ: จำนวนเตียงจริง ไม่นับเตียงคลอด เตียงรอกคลอด เตียงเด็กปกติ เตียงหอผู้ป่วยหนัก

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

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

1.4 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	
	จำนวน(ครั้ง)N=80,981	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N=83,007	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง) N= 20,539	ร้อยละ
1	Viral pneumonia (J12) = 2,647	3.27	Isolation (Z290) = 3,811	4.59	Viral pneumonia (J12) = 929	4.52
2	Intracranial injury (S06) = 2,067	2.55	Other viral pneumonia (J18) = 2,236	2.69	Senile cataract (H25) = 517	2.52
3	Thalassaemia (D56) = 1,982	2.45	Other acute upper respiratory infections of multiple sites (J068) = 2,158	2.59	Intracranial injury (S06) = 489	2.38
4	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 1,556	1.92	Chronic kidney disease, stage5 (N185) = 1,654	1.99	Thalassaemia (D56) = 479	2.33
5	Malignant neoplasm of ovary (C56) = 1,530	1.89	Malignant neoplasm of ovary (C56) = 1,566	1.88	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 445	2.16
6	Chronic renal failure (N18) = 1,502	1.85	Senile cataract, unspecified (H259) = 1,252	1.50	Malignant neoplasm of ovary (C56) = 408	1.98
7	Senile cataract (H25) = 1,463	1.81	Beta thalassaemia (D561) = 1,031	1.24	Chronic renal failure (N18) = 399	1.94
8	Cerebral infarction (I63) = 1,334	1.65	Acute subendocardial myocardial infarction (I214) = 1,004	1.20	Neonatal jaundice (P59) = 349	1.70
9	Acute appendicitis (K35) = 1,124	1.39	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries (I633) = 971	1.16	Cerebral infarction (I63) = 320	1.56
10	Malignant neoplasm of colon (C18) = 1,111	1.37	Concussion: without open intracranial wound (S0600) = 950	1.14	Liver cell carcinoma (C22) = 255	1.24

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มกราคม 2566

3.5 สถิติผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2554 – 2566 (3 เดือน)

ปี	จำนวน ผู้ป่วย จำหน่าย	จำนวน เสียชีวิต	ไม่สมัคร ใจอยู่	รวมเสียชีวิต+ ไม่สมัครอยู่	อัตราไม่สมัคร อยู่	อัตราตาย	อัตรา↓ ตาย+ไม่ สมัครอยู่
2554	52,162	1,209	1,649	2,858	3.16	2.32	5.48
2555	69,784	1,807	2,086	3,893	2.99	2.59	5.58
2556	69,628	1,958	1,930	3,888	2.77	2.81	5.58
2557	71,076	2,461	2,009	4,470	2.83	3.46	6.29
2558	75,124	2,245	2,005	4,250	2.67	2.99	5.66
2559	78,978	1,964	1,854	3,818	2.35	2.49	4.83
2560	81,924	2,019	1,655	3,674	2.02	2.46	4.48
2561	84,007	2,191	1,337	3,528	1.59	2.61	4.20
2562	83,042	2,057	1,140	3,197	1.37	2.48	3.85
2563	77,657	2,010	909	2,919	1.17	2.59	3.76
2564	80,981	2,164	684	2,848	0.84	2.67	3.52
2565	83,007	2,176	707	2,883	0.85	2.62	3.47
2566 (ไตรมาส 1)	20,539	477	209	686	1.01	2.32	3.33

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มกราคม 2566

3.6 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับ

ลำดับ	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.2565)	
	เสียชีวิต 2,164 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 2,176 คน	ร้อยละ	เสียชีวิต 477 คน	ร้อยละ
1	Pneumonia (J12,J15,J18) = 364	16.82	Other viral pneumonia (J128) = 197	9.05	Pneumonia (J12,J15,J18) = 100	20.96
2	Intracranial injury (S06) = 163	7.53	Pneumonia, unspecified (J189) = 127	5.83	Intracranial injury (S06) = 44	9.22
3	Intracerebral haemorrhage (I61) =132	6.10	Traumatic subdural haemorrhage: without open intracranial wound (S0650) =79	3.63	Intracerebral haemorrhage (I61) =34	7.13
4	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 104	4.81	Acute subendocardial myocardial infarction (I214) = 54	2.48	Acute transmural myocardial infarction (I21) = 34	7.13
5	Chronic renal failure (N18) = 64	2.96	Congestive heart failure (I500) = 51	2.34	HIV disease resulting (B20) = 17	3.56
6	HIV disease resulting (B20) = 53	2.45	Chronic kidney disease, stage5 (N185)= 44	2.02	Heart failure (I50) = 17	3.56
7	Cerebral infarction (I63) = 51	2.36	HIV disease resulting in multiple infections (B207) = 35	1.60	CA liver (C22) = 10	2.09
8	CA liver (C22) = 46	2.13	Intracerebral haemorrhage, multiple localized (I616) =34	1.56	Acute tubule-interstitial nephritis (N10) = 7	1.46
9	Heart failure (I50) = 41	1.89	Focal brain injury: without open intracranial wound (S0630) = 34	1.56	Fibroblastic (M72) = 7	1.46
10	Septicaemia (A41) =40	1.85	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified (C349) = 33	1.51	Cerebral infarction (I63) = 7	1.46

แหล่งข้อมูล : HIS โรงพยาบาลอุดรธานี ณ 31 มกราคม 2566

Health For Wealth

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น Health For Wealth

หัวข้อ “กัญชาทางการแพทย์”

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

กัญชาทางการแพทย์

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลนำร่อง เขตสุขภาพที่ 8 ให้เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย (Medical Cannabis Clinic) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ได้รับประโยชน์สูงสุด อย่างเป็นรูปธรรม โดยเปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 08.00 - 12.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2562 มีผลิตภัณฑ์กัญชา 3 รายการ คือ สารสกัดกัญชา THC 0.5 mg/ drop (5 ml/ ขวด) และตำรับสมุนไพรรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และยา

ทำลายพระสุเมรุ โรงพยาบาลอุดรธานี มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ และบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย ผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม 48 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 23 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 3 คน, ผู้ประกอบ วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ 4 คน, ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย) 2 คน รวมทั้งสิ้น 82 คน

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาให้บริการ 7 รายการ คือ สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด) สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) และตำรับสมุนไพรรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตำรับยาสมุนไพร ตำรับทำลายพระสุเมรุ ตำรับแก้ลมแก้เส้น ตำรับยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง

การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 มีประเด็นหลัก ดังนี้

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

ประเด็นที่ 2 การเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งผลิตโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และให้ดำเนินการขอสนับสนุนอย่างเร่งด่วนภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2563

ประเด็นที่ 3 ขยายการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ให้เปิดบริการทุกวันพฤหัสบดี เริ่ม ดำเนินการ 1 มกราคม 2564 โดยจัดให้บริการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ของทุกเดือน ให้บริการกัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และแพทย์แผนไทย

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ของทุกเดือน ให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

ประเด็นที่ 4 เป็นแหล่งศึกษาความรู้ให้ผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดอุดรธานี เข้าศึกษาความรู้ ณ หน่วยบริการ เพื่อพัฒนาศักยภาพสาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน คณะผู้เข้าศึกษาความรู้ประกอบด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และนักคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้มากขึ้น

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

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

ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสที่ 1 มีผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการ 3 รายการ คือ สารสกัด สูตร THC, สารสกัด สูตร CBD และ สารสกัด THC : CBD ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (วันพฤหัสบดี) และบนหอผู้ป่วยในทั้ง Admit, D/C และส่ง F/U ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (วันพฤหัสบดี) - ส่งจ่ายโดยแพทย์ประจำคลินิก 4 ท่าน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เปิดทุกวันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ โดยมีแพทย์แผนไทยประจำคลินิก 5 ท่าน, และในหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 คน มีผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้บริการ 7 รายการ คือ ยาสุขไสยาสน์ ยาทำลายพระสุเมรุ ยาแก้ลมแก้เส้น ยาทริดสีดวงและโรคผิวหนัง ยาทพยาธิคุณ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง และน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา) ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย, ห้องตรวจโรคอื่น ๆ และบนหอผู้ป่วยในทั้ง Admit, D/C และส่ง F/U ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ส่งจ่ายโดยแพทย์แผนไทยได้ทั้ง 7 รายการ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันสามารถส่งจ่ายได้ 5 รายการ คือ น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา), ยาสุขไสยาสน์, ยาแก้ลมแก้เส้น และยาทำลายพระสุเมรุ น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง เพิ่มการเข้าถึง โดยการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แพทย์แผนปัจจุบัน/แพทย์แผนไทย สามารถส่งได้ มี 3 รายการ คือ น้ำมันกัญชา (ตำรับหมอเดชา), ยาสุขไสยาสน์, ยาแก้ลมแก้เส้น ใน phase 1 และ phase 2 มีแนวโน้มเพิ่มรายการยาให้มากขึ้น

ตั้งแต่ 30 กันยายน 2564 ได้ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขมิ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

ได้รับจัดสรรน้ำมันกัญชาขึ้นทอง 1,100 ขวด โดยโรงพยาบาลอุดรธานีรับผิดชอบวิจัยเชิงรุกในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาแล้ว 25 ราย มีการจ่ายยา 471 ขวด

สถานการณ์ COVID-19 ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยรายใหม่ขอรับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันลดลง ดังนั้น การให้บริการส่วนใหญ่จึงเป็นการโทรติดตามอาการผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 32 ครั้ง ในผู้ป่วย 15 ราย โดยจ่ายยาทางไปรษณีย์ และให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว จำนวน 11 ครั้ง ในผู้ป่วย 9 ราย

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลอุดรธานีในแต่ละไตรมาส

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
ไตรมาสที่ 1	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขึ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 2	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 60 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาขึ้นทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง

ช่วงเวลา	ระดับความสำเร็จ
ไตรมาสที่ 3	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 70 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 7. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง
ไตรมาสที่ 4	1. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับทราบข้อมูลการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ไม่พบข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา ในทุกไตรมาส 3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 70 ในทุกไตรมาส 4. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง 5. เมื่อประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขได้รับความรู้ อย่างทั่วถึงแล้ว คาดหวังว่าการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชานอกระบบจะลดลง 6. จัดหา ยาแผนปัจจุบันกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยให้มีเพียงพอต่อการใช้ 7. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 5 8. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 9. ดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมักทองในผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 อย่างต่อเนื่อง

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

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

2. การจัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสม ในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฝ้า

ระวังอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามข้อสั่งการฯ ดำเนินการจัดหาในข้อสั่งการฯ ที่ยังมีไม่ครบ ได้แก่การตรวจทดสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ

3. การจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

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

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

6. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีเกิดอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์ของยา และมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านแนวทางการปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชาของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ปฏิบัติตามแนวทางเมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี และส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2562

โครงการ อบรมการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม ผู้เข้าร่วมการอบรมที่ผ่านเกณฑ์ กรรมการแพทย์จะเป็นผู้ออกใบประกาศนียบัตรรับรองผ่านการอบรม และขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตเป็นผู้สั่งใช้/ จ่ายสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์ได้ มีกลุ่มเป้าหมาย แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เภสัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 300 คน ทั้งนี้ หากกลุ่มเป้าหมายข้างต้นยังไม่ครบจำนวน แพทย์แผนไทย พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวน แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เภสัชกร ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 1,601, 473, 779 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 2,853 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 10.5 ระยะเวลาในการดำเนินการ 26 – 27 สิงหาคม 2562 จำนวน 2 วัน ณ ห้องประชุมชั้น 7 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี งบประมาณ 630,000 บาท

ปีงบประมาณ 2563

โครงการ กัญชาทางการแพทย์ อำเภอเมือง จ.อุดรธานี

กิจกรรม จัดอบรมโดยวิทยากรบรรยายในห้องประชุม อภิปราย ตอบข้อซักถาม และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม มีกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 160 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 247 คน กลุ่มเป้าหมายของ

โครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 64.8 ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี งบประมาณ 34,400 บาท

ปีงบประมาณ 2564

โครงการ อบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน

กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้กัญชาทางการแพทย์ และเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบความรู้กัญชาทางการแพทย์แบบออนไลน์ผ่าน Facebook Fanpage มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การจัดอบรม: ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 240 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 276,242 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 0.09 กลุ่มที่ 2 การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลสู่สาธารณะชน: ประชาชนทั่วไป ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 2 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีงบประมาณ 39,600 บาท

หมายเหตุ: ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากสถานการณ์ COVID - 19

ปีงบประมาณ 2566

โครงการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในรพ.สต. CUP เมืองอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรม จัดประชุมเพื่อพัฒนาระบบให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยให้เป็นทิศทางเดียวกัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้ตำรับยา กัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำความรู้และประสบการณ์ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยไปใช้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดผลข้างเคียง <ร้อยละ 5 กลุ่มเป้าหมาย แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน งบประมาณ 6,450 บาท

โครงการอบรมให้ความรู้การใช้กัญชาอย่างปลอดภัย คปสอ.เมือง จ.อุดรธานี ปีงบประมาณ 2566

กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้กัญชา ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบความรู้กัญชา มีความตระหนักถึงประโยชน์และโทษของกัญชา กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ นาข่า, โนนสูง, สามพร้าว, หมู่ม่น, เชียงพิณ และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 1, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง วัดป่าโนนนิเวศน์ แห่งละ 50 รวมเป็น 400 คน ทั้งนี้ เมื่อเทียบจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 276,242 คน กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 0.14 ระยะเวลาในการดำเนินการ ช่วงไตรมาสที่ 3 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็น PCU 5 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี งบประมาณ 66,800 บาท

4. ผลการดำเนินงาน

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

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านมะเร็งทางเคมีบำบัด เกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 5							
1.1 จำนวนผู้ป่วย							
- แผนปัจจุบัน	1.43	0.62	0.49	0.28		2	0.28
- แผนไทย	0.14	0.18	0.75	0.70		5	0.70
1.2 จำนวนครั้ง							
- แผนปัจจุบัน	0.50	0.29	0.58	0.26		3	0.26
- แผนไทย	0.14	0.05	0.76	0.52		6	0.52
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยาต้านมะเร็งทางเคมีบำบัด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5							
2.1 จำนวนผู้ป่วย							
- แผนปัจจุบัน	29.23	34.62	10.81	1.67		1	1.67
- แผนไทย	12.31	45.19	41.62	60.00		36	60.0
2.2 จำนวนครั้ง							0
- แผนปัจจุบัน	27.53	28.99	22.18	12.50		16	
- แผนไทย	14.98	28.66	57.86	67.19		86	2.50
							67.1 9

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 716 ราย
 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองทั้งหมด ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1157 ครั้ง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. จำนวนผู้มารับบริการ	130	163	224	60
2. จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ	287	384	541	128
3. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยา				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	36	12	5	0
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	12	6	0
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	10	9	1
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์	17	28	50	8
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร	1	3	3	0
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น	NA	4	9	3
3.7 ตำรับยาทาริตีตวงและโรคผิวหนัง	NA	6	2	2
3.8 ตำรับยาทพยาธิคุณ	NA	4	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา)	NA	4	54	26
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	2	20	2
4. จำนวนยาที่จ่าย				
3.1 สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 ml/ขวด)	77	32	5	0
3.2 สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด)	NA	77	6	0
3.3 สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด)	2	20	9	1
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (ซอง)	274	67	0	0
3.4 ตำรับยาสุขไสยาสน์ (แคปซูล)	NA	698	3983	800
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร (ซอง)	7	30	0	0
3.5 ตำรับทำลายพระสุเมร (แคปซูล)	NA	150	820	0
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น (ซอง)	NA	54	57	0
3.6 ตำรับแก้ลมแก้เส้น (แคปซูล)	NA	NA	930	330
3.7 ตำรับยาทาริตีตวงและโรคผิวหนัง (ซอง)	NA	60	20	27
3.8 ตำรับยาทพยาธิคุณ	NA	33	0	0
3.9 น้ำมันกัญชา(ตำรับหมอเดชา)	NA	NA	230	76
3.10 น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	NA	NA	446	25

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC (ราย)				
1. Palliative care CA end stage / pain/ Anorexia/ N/V/ Insomnia	22	6	1	0
2. CA end stage/ Pain/ Anorexia	7	2	1	0
3. CA/Pain/ Anorexia	4	3	0	0
4. DM/ Neuropathic pain	2	1	0	0
5. Brachial plexus injury with neuropathic pain	1	0	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด CBD (ราย)				
1. Parkinson	NA	11	2	0
1. Spasdicity	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยสารสกัด THC : CBD (ราย)				
1. Neuropathic pain	NA	3	1	1
2. Spasdicity	1	1	0	0
3. Parkinson	NA	0	0	0
4. Myastinia gravis	NA	1	0	0
5. CA end stage/ Pain/ Anorexia	NA	1	0	0
6. Palliative care CA end stage/ pain/ Anorexia/ N/V	NA	1	1	1
7. Palliative care CA end stage no symptom	NA	3	0	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาสุขไสยาศน์ (ราย)				
1. Insomnia	15	37	50	8
2. Anorexia	0	0	0	0
3. CA/Anorexia	1	0	0	0
4. CA colon/Insomnia/Palliative car	1	0	0	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับทำลายพระสุเมร (ราย)				
1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะแข็งเกร็ง	1	0	3	0
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับยาทาดิสีดวงและโรค ผิวหนัง (ราย)				
1. Psoriasis	NA	1	2	2
2. ริดสีดวงทวารหนัก	NA	1	2	1
โรคที่ให้การรักษาด้วยตำรับแก้ลมแก้เส้น (ราย)				

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. ปวดหลัง	NA	1	9	2
โรคที่ให้การรักษาดำเนินการด้วยยาต้านมะเร็ง (ราย)				
1. อาการอึดท้องแน่นท้อง	NA	3	0	0
2. นอนไม่หลับ	NA	1	0	0
โรคที่ให้การรักษาดำเนินการด้วยน้ำมันกัญชา (หมดเคซา) (ราย)				
1. Insomnia	NA	2	28	20
2. CA BPH/Palliative care CA end stage/ Insomnia	NA	0	0	0
3. CA tongue/ Insomnia	NA	1	0	0
4. CA breast Palliative care CA end stage	NA	1	0	0
5. CA Liver/ Pain/ Palliative care	NA	1	1	2
6. CA Lung/ Palliative care CA end stage/ pain/ Insomnia	NA	0	1	1
7. CA Colon/ Palliative care CA end stage/ pain/ Anorexia	NA	0	1	0
8. CA CHCA Palliative care CA end stage// pain/ Anorexia/ Insomnia	NA	0	1	2
9. Pain	NA	1	10	2
10. CA / Insomnia/ Anorexia	NA	NA	2	0
11. Migraine	NA	NA	4	1
12. long covid ผอมร่วง	NA	NA	7	1
โรคที่ให้การรักษาดำเนินการด้วยน้ำมันกัญชาชนิดขมิ้นทอง (ราย)				
Psoriasis	NA	2	16	2

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียง ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
สารสกัด THC ความแรง 0.5 mg/ drop (5 mL/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dry mouth	8	6	0	0
Dizziness	6	1	0	0
คอแห้ง	0	3	1	0
คลื่นไส้ อาเจียน	5	0	0	0
Drowsiness	2	2	0	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
Disorientation	2	-	0	0
Hot flush	1	-	0	0
ปวดศีรษะ	0	1	0	0
Numbness whole body	0	-	0	0
หงุดหงิด	0	1	0	0
Nuasea	0	1	0	0
นอนนานขึ้น	0	1	0	0
ขมคอ	0	1	0	0
สารสกัด CBD ความแรง 4 mg/ drop (10 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	NA	2	1	0
Dizziness	NA	3	1	0
ปากแห้ง	NA	2	1	0
คอแห้ง	NA	3	2	0
N/V	NA	1	0	0
Nausea	NA	1	0	0
headache	NA	0	1	0
สารสกัด THC : CBD ความแรง THC 1 mg : CBD 1 mg/ drop (5 ml/ขวด) (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Drowsiness	1	0	1	0
Dry mouth	NA	2	0	0
คอแห้ง	NA	1	0	0
ปวดศีรษะ	NA	1	0	0
Dizziness	NA	1	0	0
ตำรับยาสุขไสยาสน์ (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Dizziness	3	0	0	0
คอแห้ง	2	0	0	0
Flatulance	1	0	0	0
Burning stomach	3	0	0	0
ปากแห้ง	2	1	0	0
Drowsiness	1	0	0	0
Restless	1	0	0	0
Salivate	1	0	0	0
Irritable	1	0	0	0
Urticaria	1	0	0	0
ท้องเสีย	0	1	0	0

ประเด็น	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
หัวใจเต้นแรง	0	1	0	0
ตำรับทำลายพระสุเมรุ (จำนวนรายที่เกิดอาการ)				
Burning stomach	1	0	0	0
Dizziness	0	1	0	0
ตำรับแก้ลมแก้เส้น				
ผื่นแดง	0	1	1	0
ตำรับยาทาริดสีดวงและโรคผิวหนัง				
Irritate	NA	1	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมHDC ไม่แสดงข้อมูลของโรงพยาบาลอุดรธานีเนื่องจากผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลอุดรธานีอุดร ทับซ้อนกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 3 แห่ง ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานีจึงเป็น 0
2. ข้อมูลการให้บริการใน HDC กำหนดตามทะเบียนบ้าน ไม่สะท้อนผลงานหน่วยบริการที่ให้บริการจริง
3. มีข้อจำกัดการให้บริการในผู้ป่วยชาวต่างชาติ

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การประสานและหาแนวทางร่วมกันกับทีมระหว่างคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ และ คณะกรรมการ Palliative Care เพื่อให้มีผู้ป่วยที่มีภาวะวินิจฉัย Palliative Care ที่ได้รับยาแก้ปวด เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด
2. สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้ประชาชน ผ่านเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- 7.1 รูปแบบการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้
 1. มีทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งให้บริการ มีการประชุมทีมทุก 1 เดือน และเมื่อมีวาระเร่งด่วน
 2. มีการให้บริการแบบ One Stop Service ผู้ป่วยสามารถรับบริการตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจโรค รับยาและคำแนะนำการใช้ยาภายในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 3. มีการให้บริการแบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
 4. มีแนวทางการคัดกรองก่อนสั่งใช้ยาและติดตามการใช้ยาที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด

7.2 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้ให้บริการโดยการโทรติดตามอาการทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยรายเดิม และจ่ายยาทางไปรษณีย์ และโทรติดตามอาการให้คำแนะนำการใช้ยาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว

7.3 การดำเนินงานโครงการศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในท้องของผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

7.4 งานวิจัยการศึกษาความปลอดภัยในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยและเพื่อศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับและไตเมื่อได้รับกัญชาทางการแพทย์ โดยการประเมินผลเบื้องต้น ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของตับไต ผิดปกติหลังการใช้ตำรับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย (อยู่ในช่วงของการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล เริ่มดำเนินงานวิจัย 1 ตุลาคม 65)

สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 66
3. เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100

2. สถานการณ์

การพัฒนาทางด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และภายใต้กรอบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ประกาศนโยบาย เด็กอุดร กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี โดยมี กลยุทธ์ สำคัญ คือ เล่นเปลี่ยนโลก การประกาศให้ทุกตำบลมีการดำเนินการภายใต้กรอบมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต จนถึงตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน การดำเนินงานของเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีสถานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการ ทั้งหมด 32 แห่ง โดยมีการแบ่งเป็น รพ.สต.ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ ตามจำนวนของเด็กปฐมวัย จำนวน 74 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง ศบส.เทศบาลตำบลหนองบัว และสถานพยาบาลเรือนจำกลาง มีหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น PCU/NPCU จำนวน 16 ทีม สามารถให้บริการตามมาตรฐานและผ่านการรับรอง WCC คุณภาพรวม 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 การให้บริการจะมีการแยกคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีและคลินิก ฉีดวัคซีน ตามแนวทางของจังหวัด มีการปรับระบบนัดเด็กตามกลุ่มวัย แยกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงอายุ คือกลุ่มเด็กเล็ก ที่อายุ 0-1 ปี กลุ่มอายุ 1 ปี - 1.6 ปี และกลุ่มที่อายุ มากกว่า 1.6 ปีขึ้นไป จากการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565 พบว่าเด็ก ทั้ง 5 กลุ่มวัยทั้งหมด 7,815 คน อายุครบตามช่วงเวลา 1,967 คน ได้รับการประเมินพัฒนาการตามช่วงเวลา 1,730 คนคิดเป็นร้อยละ 83.30 ส่วนภาวะโภชนาการ พบว่าเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 76.16 โดยมีภาวะอ้วนคิดเป็นร้อยละ 8.06 เตี้ย คิดเป็นร้อยละ 8.09 ผอม คิดเป็นร้อยละ 2.42 อำเภอเมืองอุดรธานีเป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนระดับอนุบาล ที่มีการพัฒนากระบวนการกระตุ้นพัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านการรับรองเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพมาตลอด ในปีงบประมาณ 2566 เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ในพื้นที่ปี 2565 - 2566 พบพัฒนาการล่าช้าต้องกระตุ้นด้วย TEDA4I 1 ราย มีการกระตุ้นและส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมืองได้ดำเนินการตามนโยบายตำบลกินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ต่อเนื่อง ด้วยการจัดกิจกรรมการเล่นที่เน้นการส่งเสริมให้เด็กสูงใหญ่ด้วยการเล่น 7 กิจกรรมตามช่วงวัย ตามท้องถื่นการอนามัยโลกแนะนำ การประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมพัฒนา

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

1. ปัจจุบันมีการประกาศนโยบายและกำหนดมาตรการในการยกระดับศูนย์เด็กเล็ก เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งประเทศในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จึงมีการเปลี่ยนจากมาตรฐานการดำเนินงานที่หลากหลายเป็นมาตรฐานเดียวกันคือ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้มีการกำหนด motto ใหม่ในการทำงาน คือ เด็กอุดร กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ส่วน CUP โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการชี้แจง

การดำเนินงานภายใต้ motto แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย งานพัฒนาการ และงานศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ให้ดำเนินการตามนโยบาย ตำบล กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี ด้วยการ การจัดกิจกรรมการเล่น ที่เน้นการส่งเสริมให้เด็กสูงใหญ่ ด้วยการ เล่น 7 กิจกรรม ตามที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำ แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ covid-19 ในต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้มีบางกิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยงและงดการให้บริการแก่เด็กปฐมวัยทั้งในสถานบริการและในชุมชน คือ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หรือการนัดพ่อแม่ผู้ปกครองมาทำกิจกรรมกลุ่มทั้งใน ศพด.และ ในชุมชน ตลอดจนทาง CUP โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการนำมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ในคลินิกพัฒนาการ คือ การงดการเล่น งด การใช้มุมส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนการตรวจพัฒนาการยังคงให้บริการแต่มีการปฏิบัติตามมาตรการ ของการเว้นระยะห่างทางสังคม และ นัดตรวจพัฒนาการโดยมีการกำหนดเวลานัดหมายที่แน่นอนเพื่อลดการมารอคอยของผู้ปกครอง ปัจจุบันสถานการณ์ของการระบาดดีขึ้น แต่ยังคงเน้นการดูแลและระมัดระวัง ด้วยหลัก DMHTTA

2. การจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยมีการขยายไปในวงกว้าง ซึ่งรวมกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี แม้ว่าการหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กมาที่สถานพยาบาลจะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก แต่ในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเล็ก ถือเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง ทาง CUP โรงพยาบาลอุดรธานี จึงมีการกำหนดทิศทางการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ดังต่อไปนี้

1. การคัดกรอง วัดไข้เด็กและผู้ปกครองรวมถึงการซักประวัติผู้ดูแลเด็กที่มาใช้บริการ เช่น อยู่ในครอบครัวหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ แนะนำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กที่นำเด็กมารับบริการไม่ควรเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
2. ระหว่างการนำเด็กเข้ารับบริการ ควรดูแลเด็กให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งของต่างๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด (Social Distancing)
3. งดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ งดการเล่นของเล่นทุกชนิด เน้นเป็นสอนรายคนแทน
4. บุคลากรมีการป้องกันตนเอง ใส่หน้ากากอนามัย ถูมือ ล้างมือก่อนและหลังให้บริการ
5. ทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
6. จัดสถานที่นั่งรอตรวจให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
7. การนัดหมายมารับบริการเป็นช่วงเวลาและจำกัดจำนวนผู้เลี้ยงดูไม่เกิน 1 คน เพื่อลดความแออัด
8. ลดการมารับบริการของเด็กที่โรงพยาบาลโดยพิจารณาปรับกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลให้ครบภายในครั้งเดียว เช่น การตรวจพัฒนาการ/การตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและให้บริการแบบ ONE STOP SERVICE ให้บริการตามผังการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของ CUP โรงพยาบาลอุดรธานี
9. เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
10. กรณีมีเด็กจำนวนมาก นัดการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการให้เป็นวันที่มีผู้รับบริการน้อย
11. การพัฒนาระบบการส่งต่อ และการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยมีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อการสื่อสารกับ พยาบาล และ กุมารแพทย์พัฒนาการดังนี้

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

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ.....

ส่งผู้ป่วยจาก..... เมื่อวันที่.....

ปัญหาที่ต้องการส่งต่อ.....

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

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ : ไม่มี..... มี ระบุ.....

ประวัติการคลอด ☐ NL ☐ C/S due to..... BW..... gms Apgar..... คลอดที่.....

มารดา มีประวัติ ดื่มสุรา/ สูบบุหรี่/ ใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ (ถ้ามีโปรดเลือก)

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด : ไม่มี..... มี ระบุ.....

โรคประจำตัว :..... ไม่มี..... มี ระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง : ไม่มี..... มี ระบุ.....

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

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ อ่อนแอ ☐ ตามใจ ☐ เข้มงวด ☐ สะท้อน

ตรวจประเมิน DSM

ครั้งที่ 1 วันที่.....

พบจิตปกติด้าน ☐ PS ☐ EL ☐ RL ☐ FM ☐ GM

แนะนำ กระตุ้นให้ความช่วยเหลือ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

พบจิตปกติด้าน ☐ PS ☐ EL ☐ RL ☐ FM ☐ GM

แนะนำ ส่งต่อ เพื่อรับการประเมินเพิ่มเติมที่คลินิกพัฒนาการ รพ.อุดรธานี ในวันที่.....

ผู้ปกครองรับทราบปัญหาและเตรียมเอกสารนี้มารับบริการต่อที่รพ.อุดรธานี

.....

(.....)

ลงชื่อพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน/รพสต

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

1. โครงการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Triple P เครือข่ายบริการ รพ.อุดรธานี ปี 2565
2. นำหลักสูตรจิตคิดมาสอน บุรณาการในคลินิก ฝากครรภ์ และ ใน ศพด. โดย เบื้องต้นมีการสอนให้กับ จนท. งานฝากครรภ์ งานเด็กปฐมวัย และ ผอ.รพสต.ไปแล้วนั้น ทั้งนี้cup มีแผนจะจัดอบรม ครู ศพด.ทุกแห่งและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป
3. นำนโยบาย เล่นเปลี่ยนโลก ลงสู่ คลินิก WCC และ ศพด.ทุกแห่งโดยการจัดกิจกรรม เน้นให้เด็กได้เล่นตามบริบทของ ศพด และเน้นให้ได้เล่นที่มีการกระโดดโลดเต้น อย่างน้อยวันละ 180 นาทีต่อวัน

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ปี 2566 (1 ต.ค.2565 – 31 ธ.ค. 2565)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตาม ช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90	94.70	90.67	89.62	1967	1730	83.63
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 6	71.37	71.21	67.32	2,210	1,989	90.00
3. เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100	100	100	100	1	1	100

5. ปัญหาอุปสรรค

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คำนวณน้ำหนักคะแนนของงานพัฒนาการมีค่าน้ำหนักน้อยกว่างานอื่นทั้งที่มีภาระงานหรือมีกิจกรรมค่อนข้างมาก และต้องใช้เวลาในการติดตามเด็กนานกว่า 3 เดือน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานมีความท้อและให้ความสำคัญกับงานที่มีค่าคะแนนน้ำหนักงานที่มากกว่า ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในเชิงนโยบายได้ยากขึ้น

2. สื่อสารนโยบาย/แนวทางของการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็นต้นสังกัดของ ศพด. ในการใช้โปรแกรมอาหารกลางวัน Thai school lunch ให้เป็นเป้าหมายสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในชุมชนที่ชัดเจน

3. ผลักดันการสนับสนุนงบประมาณและการบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น/พื้นที่ ในการดำเนินงานที่เพียงพอ

4. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นทำให้ไม่สามารถออกปฏิบัติงานเชิงรุก หรือติดตามเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มวัยเรียน

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละ 68 เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

2. สถานการณ์

สถานการณ์กลุ่มเด็กวัยเรียน เครือข่าย รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง ปี 2563 – 2566 (ต.ค. 65 - ธ.ค. 65) เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี (จากฐานข้อมูล HDC, 2563 – 2566) โดยเด็กได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง แผลผลตามกราฟโภชนาการ และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล พบว่า ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีส่วนสูงอยู่ในระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 80.47, 80.63, 81.37 และ 80.25 ตามลำดับ ภาวะค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 7.05, 7.58, 6.85 และ 8.67 ตามลำดับ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 7.28, 7.29, 6.85 และ 5.93 ตามลำดับ และภาวะเตี้ยร้อยละ 3.53, 7.93, 6.75 และ 7.61 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าภาวะโภชนาการโดยรวมยังต้องเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโต ของเด็กอย่างต่อเนื่อง และเด็ก 6 - 12 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 58.73, 63.04, 57.41 และ 40.15 ตามลำดับ โดยภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์จึงต้องมีการติดตามการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กและการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นระดับ รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
3. ชี้แจงแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพ รพ.สต./ศสม. 32 แห่ง
4. ประสานงานกับจังหวัดสนับสนุนเอกสารวิชาการ แนวทางการดำเนินงาน โปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพ
5. จัดทำแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) และการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
6. จัดกิจกรรมรณรงค์ เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน และแก้ปัญหามหาทุพโภชนาการ
 - รณรงค์ค่านิยมจิตในวันเด็กและวันค่านิยมโลก
 - ผลักดันให้มีโรงเรียนรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกายและโภชนาการ
 - ผลักดันให้มีการคัดกรอง ส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม
 - ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียน
2. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ
3. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

4. ติดตาม ควบคุม กับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้งและบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
5. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบ HDC โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ
 - ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ลงข้อมูล เดือน พ.ค.ถึง ก.ค. ส่วนกลางตัดข้อมูลรายงาน ณ 15 ส.ค.
 - ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ลงข้อมูล เดือน ต.ค. ถึง ม.ค. ส่วนกลางตัดข้อมูลรายงาน ณ 15 ก.พ.
6. มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินการ การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	ผลงาน			ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
- ร้อยละ 68 เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี สูงดี สมส่วน	75.26	66.90	71.20	4,364	2,982	68.33

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัยเรียนวัยรุ่นใน รพ.สต./ศสม. มีการโยกย้ายและเปลี่ยนงานในระหว่างปีงบประมาณ
2. ด้านผู้รับบริการนักเรียน การส่งเสริมสุขภาพเด็ก ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลการเจริญเติบโตของเด็ก และพฤติกรรมโภชนาการของเด็ก

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการงานวัยเรียนวัยรุ่น ควรมีการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับให้สามารถเข้าใจแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/Best Practice (ถ้ามี)

-

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มผู้สูงอายุ

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
- 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
- 3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
- 4) ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบว่าสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- 5) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall)
- 6) ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

2. สถานการณ์

ในปี 2566 CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีประชากรผู้สูงอายุ 50,783 คน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กระบวนการ 3 C กรมอนามัย การดูแลตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง สปสช. การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกรมการแพทย์ เข้ามาพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ในปี 2559 - 2565 โดยเน้นการบริหารจัดการและส่งเสริมการดำเนินงานโดยชุมชนเพื่อชุมชน สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างไร้รอยต่อ ดังจะเห็นได้จากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและทั้งจากผลงานเชิงประจักษ์และในปี 2559 ถึงปัจจุบัน มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC โดยใช้หลัก 3C (Care Manager, Care giver, Care plan) ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC และมีการจัดระบบบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ (คลินิกผู้สูงอายุ) ในระดับปฐมภูมิ เชื่อมโยงระดับตติยภูมิ และได้มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ความเสี่ยง คือ CUP โรงพยาบาลอุดรธานีได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.63 เจ็บป่วยด้วยโรคและมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตนเองและปรับตัวไม่ทันกับปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงเนื่องจาก

- 1) กระบวนการคัดกรองภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง
- 2) ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. พัฒนาระบบการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อบรรลุ Healthy Ageing ประกอบด้วย คัดกรอง ADL, คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes, คัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndromes ที่ผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan
4. ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- CUP โรงพยาบาลอุดรธานีเข้าร่วมโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ที่เข้าร่วมได้แก่ ศสม.รพ.อด.1 ศสม.รพ.อด.2 และ ศสม.วัดป่าโนนนิเวศน์ (โครงการ MOU 3 ปี 2561-2566) และดำเนินการไปปฏิบัติงานประจำ และโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุปี 2566

สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค.65)

1.พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองโรค พัฒนาทักษะกายใจของผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ : จากรายงานผลการดำเนินงานในปี 2566 (จาก HDC จังหวัดอุดรธานี 7 มกราคม 2566) พบว่า

1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพประจำปีโดยภาพรวมเท่ากับ 24,673 คน คิดเป็นร้อยละ 48.59 (ผู้สูงอายุ 50,783 คน) ซึ่งประเมินครอบคลุม ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และ กลุ่ม Geriatric Syndromes
2. ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BADL (การดำเนินกิจวัตรประจำวัน) มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 24,258 คน คิดเป็นร้อยละ 47.76 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 จำนวน 974 คน คิดเป็นร้อยละ 1.91 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 ฟังฟัง 157 คน คิดเป็นร้อยละ 0.30 เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 12 คน คิดเป็นร้อยละ 0.02 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม 259 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงใช้หลักการดูแลผู้สูงอายุ

3C (Care Manager, Caregiver, Care plan)

สรุปผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง

CUP โรงพยาบาลอุดรธานี มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการ LTC 20 ตำบล

สรุปการจัดทำ Care plan โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ 7 มกราคม 2566

ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
205 ราย	363 ราย	188 ราย	157 ราย

จำนวน CM และ CG โปรแกรม LTC กรมอนามัย ณ 7 มกราคม 2566

จำนวน CM (คน)	จำนวน CG (คน)
37	402

การปฏิบัติงานของCG

จำนวน CG ที่ปฏิบัติตาม Care plan ในตำบล LTC (คน)	จำนวน CG ที่ได้รับการเฝ้าระวังรายเดือน (คน)
337	337

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พังพืดได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 98	ผส.พังพืด 181 CP=173 ร้อยละ 95.58	ผส.พังพืด405 CP=363 ร้อยละ89.63	ผส.พังพืด 578 CP=462 ร้อยละ 79.73	157	152	96.82
ร้อยละผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริม สุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50	NA	NA	นำร่อง 50คนต่อ 1อำเภอ (รพ.สต หนองไส)	กำลัง ดำเนิน การ		
ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัด กรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 80	NA	NA	65.38	50,783	24,740	48.72
ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบว่า สมองเสื่อมได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อย ละ 40	NA	NA	48.15	12	5	41.66
ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัด กรองภาวะหกล้ม (Fall)ร้อยละ 80	NA	NA	67.67	50,783	24,740	48.72
ร้อยละของผู้สูงอายุที่พบเสี่ยง ภาวะหกล้มและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40	NA	NA	31.06	259	37	14.28

5. ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้งานที่ได้รับมอบหมายไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรที่มารับงานยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุผู้รับผิดชอบงานก็ต้องมาเรียนรู้ใหม่อาจทำให้การบันทึกข้อมูลยังไม่เรียบร้อยและล่าช้า
3. การบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายโปรแกรมทำให้ต้องบันทึกข้อมูลซ้ำหลายโปรแกรม
4. จำนวน CM และ CG ในพื้นที่ลดน้อยลงเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ลาออก ย้ายสถานที่ทำงาน ทำให้พื้นที่บางแห่งไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพืด

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานผู้สูงอายุให้ผู้รับผิดชอบงาน
2. ควรพัฒนาโปรแกรมผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับโปรแกรมอื่นๆที่มีอยู่เดิมเพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน
3. ควรพัฒนาบุคลากรในปี 2566 ทั้ง Care Manager (อบรมหลักสูตร 12 วัน จัดโดยกรมอนามัย) และ Care giver หลักสูตร 70 ชั่วโมง จัดโดยกรมอนามัย) เพื่อรองรับระบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยใช้ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อช่วยลดการนอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

-

ความมั่นคงทางสุขภาพ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขาโรคหัวใจจังหวัดอุดรธานี

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดหลัก อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9

ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

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

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

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2563- 2566 ดังนี้

ACS	ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566(ต.ค.-ธ.ค 65)		
	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ
STEMI	602	60	9.97%	602	60	9.97%	602	60	9.97%	177	13	7.34%
NSTEMI	1263	95	7.52%	1263	95	7.52%	1263	95	7.52%	257	11	4.28%
UA	284	2	0.70%	284	2	0.70%	284	2	0.70%	37	0	0.00%
รวม	2149	157	7.31%	2149	157	7.31%	2149	157	7.31%	471	24	5.10%

ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาสถานบริการจังหวัดอุดรธานี ในปี 2563- 2566 ดังนี้

ACS	ปี 2563			ปี 2564			ปี 2565 (ต.ค.-ธ.ค 64)			ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค 65)		
	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวน	เสียชีวิต	ร้อยละ
STEMI	201	19	9.45%	201	19	9.45%	201	19	9.45%	72	6	8.33%

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

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

1. ผู้ป่วย STEMI (primary PCI), Non-STEMI very high risk (Emergency PCI in 120 min)
 - ทุกพื้นที่ ส่ง rapid test COVID ก่อน Refer, เก็บ specimen ส่งมาพร้อมผู้ป่วยเพื่อตรวจ PCR ที่ รพ.อุดรธานี
 - 1.1 ผู้ป่วยหลัง PCI admit ที่ pre-admission ward ถ้าผล PCR ออกแล้ว(negative) admit CCU หรือ (positive) admit ward อายุกรรมที่รับผู้ป่วย COVID Positive
 - 1.2 กรณี ผู้ป่วยใส่ ET-Tube หลัง PCI ประสาน POICU ขอเตียง admit รอผล PCR, ถ้าเตียง POICU ไม่มี ให้ admit ที่ pre-admission area เพื่อรอผล PCR และ admit ตามหลักเกณฑ์ข้อ 1.1
2. ผู้ป่วย STEMI ที่ รพช. ปรับการให้ยา fibrinolytic เป็นทางเลือกแรก (ยกเว้นมีข้อห้าม)
 - 2.1 กรณี ผู้ป่วยอยู่ใน รพช.ของจังหวัดอุดรธานี หลังได้ SK ให้ swab rapid test, เก็บส่ง PCR และ Refer มาที่ รพ.อุดรธานี
 - 2.2 กรณีอยู่ในจังหวัดอื่นๆ หลังได้ SK ให้ Refer เข้า รพ.จังหวัดเพื่อส่ง PCR COVID หากประเมินว่า successful SK ให้ดูแลที่ รพ.จังหวัดนั้นจนกว่า ผล PCR จะออกแล้วติดต่อ Refer มาเพื่อ CAG/PCI หากประเมินว่า failed SK ให้ส่ง PCR ที่ รพ.จังหวัดต้นทางแล้ว ส่งผู้ป่วยมาที่ รพ.อุดรธานีทันที พร้อมรายงานผล PCR ตามมาภายหลัง
3. ผู้ป่วย Non-STEMI ที่จะส่งมา CAG ที่สามารถรอได้ ให้รอผล rapid test และ PCR ออก ก่อน Refer ทुरาย

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

โครงการฟื้นฟูวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด(ACS) และผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566

โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเครือข่ายโรคหัวใจ จังหวัดอุดรธานี (ระบบ online)

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line				ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตใน รพ.<9%	9.45	7.66	7.70	7.34	177	13	7.34
2. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด* >60%	68.10	70.0	73.0	70.83	72	51	70.83
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Primary PCI ภายใน 120 นาที (Door to Wire time) >60%	61.82	61.67	64.0	63.04	46	29	63.04
2.1.1 Door to Wire time 4 ชั่วโมง	94.57	92.3	88.0	89.28	28	25	89.28
2.1.2. Door to Wire time 8 ชั่วโมง	88.45	80.17	68.12	73.5	38	28	73.68
2.2 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับ SK ใน 30 นาที (Dx.to Needle time) >60%	81.1	83.8	76.9	84.6	26	22	84.61
3.ร้อยละผู้ป่วย STEMI มาถึง รพ.ภายใน 150 นาที >60%	70.6	64.7	68.0	66.67	54	36	66.66
4..อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย CABG <5%	5.08	5.89	6.39	6.36	110	7	6.36

5. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

สถานการณ์	โอกาสพัฒนา
๑. ไม่มีห้องแยกโรค negative pressure ในหน่วยโรคหัวใจ สำหรับผู้ป่วย PUI หรือ Covid วิกฤต	เพิ่มห้อง negative pressure ในพื้นที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ PUI หรือ Covid
๒. การรักษาการจี้ไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiological study & Radiofrequency ablation) ไม่มี	การจัดหาเครื่องมือและการพัฒนาบุคลากรในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ
๓. การผ่าตัดหัวใจเด็ก Congenital open heart surgery	จัดซื้อเครื่องมือผ่าตัดหัวใจเด็ก ส่งบุคลากรฝึกอบรมการผ่าตัดหัวใจเด็ก
๔. การรักษากลุ่ม high risk AS ยังเข้าไม่ถึงการทำ TAVI ๕. โอกาสการเข้าถึง Heart transplantation ในผู้ป่วย end stage heart failure น้อย	เครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันในการทำ Waiting list ของผู้ป่วยในเขต 8 เพื่อการเข้าถึง heart transplantation
๖. การติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ การติดตาม Warfarin clinic, Home cardiac rehabilitation program	พัฒนาระบบเครือข่ายการติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เครือข่าย Warfarin clinic และระบบ Home cardiac rehabilitation program
๗. เพื่อตอบสนองการเป็น Medical Hub ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ. เพื่อตอบสนอง	- OR Hybrid + Biplane Cath lab 1 ห้อง, interventionist 1 คน, อาคารรองรับผู้ป่วยนอก ห้องพิเศษและ ICU ผู้ป่วยโรคหัวใจ

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดอุดรธานี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นหัวข้อ : พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

- 1.ประเด็นการตรวจราชการ พัฒนา Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคหลอดเลือดสมอง
2. สถานการณ์ (ระบุที่มา นโยบาย สถานการณ์ของเขต จังหวัด อำเภอบัญหา ความเสี่ยง แนวทางเดิมแนวทางพัฒนา)

จังหวัดอุดรธานีมีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดมาตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2563 - 2565 จังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วย stroke (I60 -I69) จำนวน 3265,3515,3608 คน ตามลำดับ อัตราการตายรวม ในโรงพยาบาล 6.5,5.8,5.1 ตามลำดับ ประชาชนส่วนมากไม่ทราบอาการเตือนและมาไม่ทันเวลา 4.5 ชม ในปี 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5 ชม หลังเกิดอาการร้อยละ 41.6 , 47.7, 43.6 ตามลำดับ และสามารถให้ยาได้ร้อยละ 7.7,7.0,6.7

สำหรับโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วย stroke (I60 -I69) 2136,2267,2263 คน พบว่า ยังมีอัตราการเข้าถึงบริการน้อย ประชาชนส่วนมากไม่ทราบอาการเตือนและมาไม่ทันเวลา 4.5 ชม ในปี 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาทันเวลา 4.5 ชม หลังเกิดอาการร้อยละ 40.3,44.9,42.6 ตามลำดับ และสามารถให้ยาได้ร้อยละ 7.7,7.1,6.7 ตามลำดับ ตามนโยบาย service plan ปี 2565 เป้าหมายในการพัฒนาระบบ stroke เพื่อลดอัตราการตาย และความพิการ เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดและ พัฒนา stroke unit ให้ได้มาตรฐาน และผ่านการรับรองคุณภาพ

3.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

7 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
1. Service Delivery (structure)	-A. พัฒนา stroke unit ให้ผ่าน SSCC -M1 เปิด SU , M2 เปิด SC ปัจจุบันมี 5 Node คือ อุดร กุมภวาปี บ้านดุง หนองหาน บ้านผือ และเพ็ญ ที่สามารถให้ยา rtPA ได้ -รพ.ที่ให้ยาได้ : ลด door to needle time -พัฒนาการบริหารจัดการใน ER : การประเมินการวินิจฉัย ,การ Consult ปรับแนวทางการส่ง Lab ปรับแนวทางการ การ refer -รพศ. เพิ่มการให้บริการ Thrombectomy เริ่มปี 2454 – ปัจจุบัน - รพช.ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้พัฒนาระบบการคัดกรอง การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke และการให้ข้อมูล แนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเบื้องต้นก่อนการส่งต่อผู้ป่วย	-มีเครือข่ายระบบบริการ SFT ทุกตำบลและอำเภอที่สามารถ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย stroke ได้อย่างรวดเร็ว -stroke awareness and screening ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุกระจายเสียง ป้ายรณรงค์ แก่ประชาชนทั่วไป -ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (FAST Score) และการจัดการอาการ (stroke awareness) -อสม.ทุกตำบลสามารถคัดกรองโดยใช้ FAST Score ทบทวนความรู้ในโรงเรียน อสม.อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

7 Building block	รพศ. (ระดับตติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	-ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ไปยัง รพ.ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถูกต้อง	
2.Health workforce (staff)	-อบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFT สำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้อง -stroke unit มี Stroke Nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท จำนวน 5 คน - ศัลยกรรมมี Neuro nurse 4 เดือน ที่สถาบันประสาท จำนวน 4 คน - Basic stroke and Advance stroke ที่สถาบันประสาท ครบ 100 % - อบรม stroke case manager 100 % -รพศ มี แพทย์ Neuro med และNeuro surge เฉพาะทางintervention 2 คน	-จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย SFT สำหรับแพทย์ พยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้องใน รพศ และ รพช รพสต -เน้นการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ FAST Score ในโรงเรียน อสม.รพ.สต ทุกแห่ง - อบรมเรื่อง stroke ให้แก่ อสม. และ ผู้นำชุมชน
3.Medication and Technology	-เพิ่มอุปกรณ์ที่จำเป็นใน Stroke Unit เช่น Volume respirator NIBP Syringe pump Alpha bed hypothermia เป็นต้น -เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin ใน รพช	-เพิ่มรายการยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย stroke เช่น ASA Plavix Warfarin Atorvastatin
4.Information IT	-พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke database Management system ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยา -ส่งเสริมให้ทุก รพช ส่งข้อมูลเพื่อเทียบเคียงกับต่างประเทศในโครงการ WSO angle award ปี 64-65 รพ อุดรได้รางวัล WSO angle award ระดับ Diamond -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้รวดเร็วมากขึ้น	-พัฒนาระบบการรายงานผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอัมพาต ผ่านโปรแกรม HDC - พัฒนาระบบการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมในโปรแกรม LTC, line -นำโปรแกรม smart coc มาใช้ในการเก็บข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย
5.Governance	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า ปี 2562-65 จัดตั้งคณะกรรมการ PCT stroke ของจังหวัดอุดร -จัดให้มี CM stroke ใน รพช ทุกแห่ง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล	คณะกรรมการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับจังหวัด และ care manager ในระดับ รพช และ รพสต ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า
7.Network	-ผ่านการรับรองเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน PNC stroke จาก สรพ.ปี 2561	ผู้นำชุมชน อสม และเครือข่ายประชาชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์

7 Building block	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ – ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
	-ร่วมกับ อปท. มูลนิธิต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการประชาสัมพันธ์	

3.1 โครงการ/ กิจกรรม/ งบประมาณ

1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัด การส่งต่อ การตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน โรคหลอดเลือด

สมอง

3. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน M1 M2 ให้สามารถเปิด SU / SC ที่ได้มาตรฐาน

4. โครงการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่าย

การกำกับติดตาม ประเมินผล (Monitor & Evaluation) การติดตามแผนงานโครงการและตั้งชี้วัด

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

4. ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอุดรธานี

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566/3ด (ต.ค 65 –ธ.ค 65)
จำนวน Ischemic stroke		1391	1483	732	372
จำนวน Hemorrhagic stroke		745	784	1531	293
รวม stroke ทั้งหมด		2136	2267	2263	665
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 160-169)	≤ ร้อยละ 7	6.5 (n = 139) <u>139x100</u> 2136	5.8 (n = 132) <u>132 x100</u> 2267	6.5 (n = 1) <u>148 x100</u> 2263	6.1 (n = 41) <u>41 x100</u> 665
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (163)	≤ ร้อยละ 3	1.8 (n = 26)	1.48 (n = 22)	2.8 (n = 43)	2.9 (n = 11)

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด รพศ.อุดร	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566/3ด (ต.ค 65 -ธ.ค 65)
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	≤ ร้อยละ 20	15.1 (n = 113)	14.15 (n = 111)	14.3 (n = 105)	10.2 (n = 30)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ได้รับยา rt-PA	≥ ร้อยละ 5	6.9 (n =96)	7.75 (n = 115)	7.1 (n = 110)	6.7 (n = 55)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy	2. NA	NA	2.6 (n = 39)	4.6 (n = 71)	8.8 (n = 33)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 120 นาที	≥ ร้อยละ 80	NA	56.4 (<u>22x100</u>) 39	63.3 (<u>45x100</u>) 71	66.4 (<u>22x100</u>) 33
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ทำ Thrombectomy ภายใน 90 นาที	≥ ร้อยละ 50	NA	35.8 (<u>14x100</u>) 39	46.4 (<u>33x100</u>) 71	45.4 (<u>15x100</u>) 33
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ที่เข้าถึงบริการ SFT ใน 4.5 ชม	≥ ร้อยละ 50	41.3 (n = 575)	41.3 (n = 575)	45.92 (n =681)	43.3 (n =161)
door to needle time เฉลี่ยในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	≤ 60 นาที	51.8 (n = 96)	51.8 (n = 96)	52.2 (n = 110)	51.6 (n = 25)
door to needle time rtpA ≤ 60 min (Ischemic stroke)	≥ ร้อยละ 70	86.4 (n = 83)	86.4 (n = 83)	84.5 (n = 93)	84.0 (n = 21)
door to needle time rt-PA ≤ 45 min (Ischemic stroke)	≥ ร้อยละ 50	51.0 (n = 49)	51.0 (n = 49)	52.7 (n = 58)	56.0 (n = 14)
door to needle time for thrombectomy เฉลี่ย	≤ 90นาที	NA	95.4 (n = 39)	105.2 (n = 71)	102.2 (n = 33)
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 70	100 (n=2136)	100 (n=2267)	100 (n=2267)	100 (n=2267)
door to operation room time≤ 90 min (hemorrhagic stroke)	≥ ร้อยละ 60	78.4 (n=40)	55.07 (n=38)	68.4 (n=13)	61.5 (n=8)
door to operation room เฉลี่ย	≤ 90นาที	83.3 (n=51)	89.01 (n=69)	89.5 (n=19)	103.1 (n=13)

5. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการ SFT ไม่ทันเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อ ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น TV และทั่วถึง จนท ในชุมชนควรมี การประชาสัมพันธ์ในพื้นที่อย่างทั่วถึง
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ SFT ใน ER การรายงานการประเมิน การการ consult ล้าช้า	มีการทบทวนและประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ER Neuro med ที่รับ consult ทั้งในและนอกเวลาราชการ ควรจะสามารถติดต่อได้ง่าย ปรับระบบการส่งตรวจ Lab ที่ ER ปรับระบบการส่งและการรับผู้ป่วยระหว่าง รพช และ รพศ เพิ่มศักยภาพการประเมิน การวินิจฉัยให้กับ intern และเจ้าหน้าที่ ทั้งใน ER ward IPD อื่นๆ และ รพช. ปรับแนวทางการรักษา ในเรื่องการให้ยาลดความดันโลหิต
อัตราการตายของ Hemorrhagic stroke ยังสูง อัตราการตายรวมเพิ่มขึ้น	แนวทางแก้ไข ผู้ป่วยมาด้วยอาการหนัก มีโรคร่วมเดิม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและโรคไต ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยการตรวจสุขภาพมาก่อน ควรมีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วยเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคและดูแลผู้ป่วยโรค NCD ให้มีประสิทธิภาพเป็นต้น เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก โดยเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่สามารถผ่าตัดคนไข้หลอดเลือดสมองในพื้นที่การส่งต่อมายังโรงพยาบาลอุดรธานีทำได้ลำบากหรือใช้เวลานาน
การทำ Thrombectomy ไม่สามารถเบิกเงินส่วนเกินได้จาก สปสช	-มีการประชุมคณะกรรมการและแจ้งผู้บริหาร ในการเสนอเรื่องไปที่ สปสช
การตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมจากชุมชนน้อย	มีการปรับปรุงการส่งและตอบกลับข้อมูล COC โดยนำ program smart COC มาใช้ทั้งจังหวัดอุดรธานี เริ่ม มกราคม 2563 ทำให้สามารถติดตามข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจการใช้งานใน program smart COC

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ผู้บริหาร / ต่อบริการและกฎหมาย

การรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดสมองยังไม่สามารถเบิกเงินได้

นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อดำเนินการผลักดันให้สามารถเบิกเงินกับ กับ สปสช

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

แบบรายงานการตรวจราชการโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (ตค.-ธค.65)

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

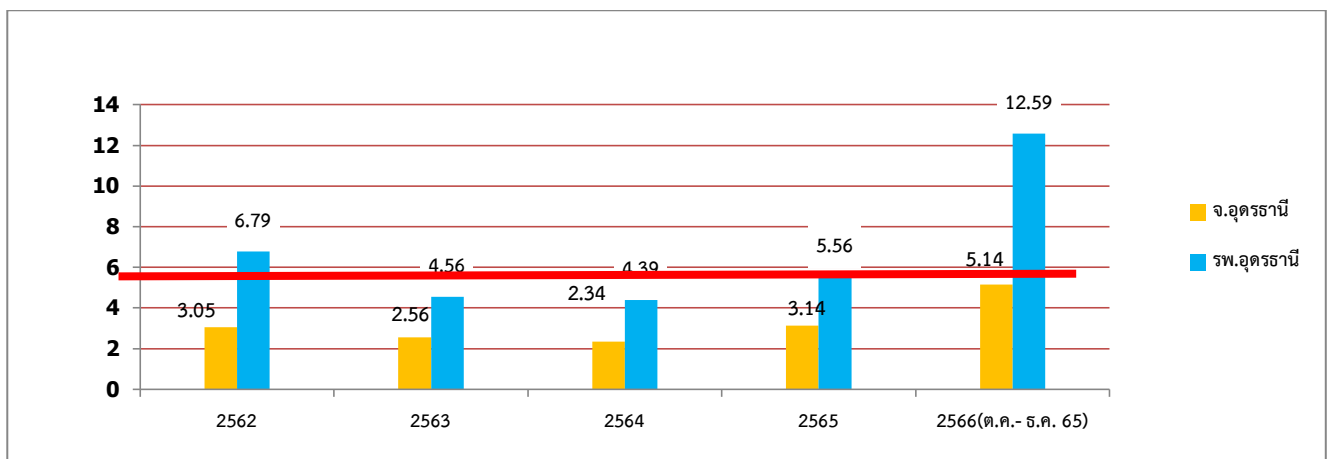
จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

2.สถานการณ์และการบริหารความเสี่ยง

อัตราการเสียชีวิตของทารกอายุ 0 - 28 วัน เกณฑ์ < 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2562-2566



โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติซับซ้อน อีกทั้งยังเป็นศูนย์รองรับผู้ป่วย 6 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และจากประเทศลาว อัตราการเสียชีวิตของทารกในโรงพยาบาลอุดรธานียังสูงเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด

สาเหตุการเสียชีวิตของทารกอายุ 0-28 วันปีงบประมาณ 2562-2566

โรคสาเหตุ		2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.- ธ.ค.65)
ELBW		12	0	1	1	0
Sepsis		15	5	5	9	5
PPHN		5	5	13	7	3
Anomaly		4	4	2 (Trisomy 18)	2	1(TOF ,Hydroencephaly)
CHD		0	2	5	5	1(TGA)
RDS		0	0	1	0	0
Birth Asphyxia		3	2	2	1	0
prolong hypoxia		0	1	0	0	0
Severe HIE with multiple organ failure			1	0	0	0
pulmonary hemorrhage			2	1	0	0
VAP			3	0	1	0
IVHGr3-4 bilateral			2	0	0	0
Respiratory failure			1	0	0	0
NEC			1	0	1	0

จากสถิติไตรมาสแรกปีงบประมาณ 2566 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของทารกสูง ได้แก่ PPHN และ Sepsis ทารกที่มีภาวะ Sepsis แบ่งตามน้ำหนักพบใน ELBW 3 ราย และ LBW 1 ราย ซึ่งทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เหล่านี้มีระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังและเนื้อเยื่อไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคได้ไม่ดี ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้สูง นอกจากนี้แล้วยังพบว่าทารกกลุ่มนี้ได้รับนมมารดาในปริมาณน้อยไม่สม่ำเสมอ

PPHN พบในทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ ที่มีอวัยวะต่างๆทำงานไม่สมบูรณ์ประกอบกับการดามีภาวะติดเชื้อได้แก่ ภาวะ PROM ,VDRL ทำให้ทารกมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง			ปีงบประมาณ 2566 (ตค.-ธค.65)	
			2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการตายทารกอายุ 0-28 วัน	< 3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	4.56	4.39	5.56	< 3.6	12.59
2	จำนวนเตียง NICU	เตียง	1;94 5	1;85 4	1;79 5	1; 500	1;211
3	จำนวน Cooling system	เครื่อง	1	1	1	1	1
4	ลดอัตราการเสียชีวิตจากการ ส่งต่อ	%	0	0	0	0	0

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1.Service Delivery (บริการ)	- เพิ่มบริการ Semi-ICU 12 เตียงที่โรงพยาบาลอุดรธานี (ต.ค.63)
2.Health Workforce (บุคลากรด้านสุขภาพ)	- เพิ่ม แพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดเฉพาะทางด้าน ผ่าตัดโรคหัวใจและเฉพาะทางด้านรังสีวิทยา เพิ่ม พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติทารกแรกเกิดและ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด
3.Medicine and Technology (ยา และ เทคโนโลยี)	- เพิ่มเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง(CFM)ที่โรงพยาบาลอุดรธานี (ปีงบประมาณ 2566)
4.Information (ข้อมูล)	ฐานข้อมูล Refer MCH (อนามัยแม่และเด็ก)
5.Financial (ค่าใช้จ่าย)	งบเขต
6.Leadership Governance (การจัดการ)	ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผล รพชุมชน

3.2.2 แผนงาน/โครงการ

1. ประชุมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการ MM. conference (แม่และเด็ก) ระดับจังหวัด ทุก 3 เดือน
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ทบทวนเคส ภายในโรงพยาบาลทุกเดือน
3. ออกนิเทศ ใน 4 โซน ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย M1 กุมภวาปี M2 บ้านผือ หนองหาน เพ็ญและโรงพยาบาลบ้านดุง

4.ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ

ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1.ในหอผู้ป่วยวิกฤต สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1;2 ไม่เป็นไปตามประกาศของสภาการพยาบาล ขณะที่ปัจจุบันผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นในการดูแล

2.โรงพยาบาลแม่ข่ายขาดพยาบาลที่สามารถดูแลทารกวิกฤติขณะส่งต่อ

5. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา	โอกาสพัฒนา
1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด	1. บูรณาการร่วมกับMCH: การฝากครรภ์คุณภาพ รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. การวินิจฉัยล่าช้า โดยเฉพาะกลุ่มที่อาการไม่เฉพาะเจาะจง ชัดเจน	2. ทบทวน การดูแลผู้ป่วย SEPSIS,PPHN, การประเมินผู้ป่วย, monitor,Warning sign ให้แก่บุคลากร
3. อัตราตาย PPHN สูง	3. จัดหาเครื่องวัดสัญญาณชีพให้โรงพยาบาลชุมชนเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย เพิ่มศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลขณะส่งต่อ
4. ขาดพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลทารกวิกฤติขณะส่งต่อ	4. เป็นแหล่งศึกษาดูงานให้กับโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย
5. การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตขณะส่งต่อผู้ป่วย วิกฤติ (ความพร้อมของเครื่องมือ และสมรรถนะของผู้ใช้)	5. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือขณะส่งต่อให้กับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

หมายเหตุ

จากสถานการณ์ การระบาดของ covic-19 การออกนิเทศโรงพยาบาลชุมชนจึงงดไว้ก่อนมีการปรึกษาผ่านช่องทางไลน์

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขา Sepsis

ประเด็นหัวข้อ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquire Sepsis

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย จากข้อมูลพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี และทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นแม่ข่าย (Focal point) พัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งในเขตจังหวัดอุดรธานี และ 7 จังหวัดเขตอีสานตอนบน

2. สถานการณ์

อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ปี 2563-2566 ร้อยละ 26.32, 27.66, 26.65 และ 20.57 ตามลำดับ (ที่มา : HDC ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566) Pneumonia เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจาก Sepsis

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

- จัดระบบบริการ Fast Track Sepsis ที่ ER ทั้ง Medical sepsis และ Surgical sepsis ใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นมาตรฐานการรักษา (CPG Sepsis : 6 Bundles)
- Primary prevention; วัคซีนที่ป้องกันได้ ทั้งโรคติดเชื้อและ NCD ; วัคซีนการฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของ Pneumonia
- ขยายหอผู้ป่วยหนัก ICU และจัดตั้ง Semi - ICU รองรับผ. Sepsis นอก ICU

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System: RRS เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดทำงานในโรงพยาบาล

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาสที่ 1 /2566 (ตค.56-ธค.56)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community acquire (น้อยกว่าร้อยละ 24)	27.66	26.65	20.57	627	129	20.57
2.ร้อยละการได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥	96.69	96.18	95.41	627	596	95.41

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาสที่ 1 /2566 (ตค.56-ธค.56)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
90 % 3. ร้อยละการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB $\geq 90\%$ 4 ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 ml. ใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq 90\%$	97.97 97.97	100 100	100 100	627 627	627 627	100 100
5. ร้อยละการได้รับการดูแลในไอ ซี ยู ของผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track) $\geq 30\%$	14.34	11.71	13.14	627	83	13.14

(ที่มา: ข้อมูลรายงานตัวชี้วัด Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี)

5. ปัญหา-อุปสรรค

5.1 ศักยภาพพ.สตร.พช. ในการคัดกรอง การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

5.2 ศักยภาพโรงพยาบาล Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วย severe Sepsis/Septic shock ทำให้ Refer in มารพศ.อุดรธานี

5.3 การเข้าถึง Intensive Care Unit ในผู้ป่วย severe sepsis/septic shock เนื่องจาก ICU มีจำกัด

5.4 การเข้าถึงบริการ 1669 ในผู้ป่วยกลุ่ม 3 S (Stroke STEMI Sepsis)

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 ขยายบริการ ICU ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ตามมาตรฐานขั้นต่ำ (Minimal requirement)

6.2 พัฒนาศักยภาพ Node ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ สนับสนุนให้ รพ. ระดับ M1, M2 มีศักยภาพในการผ่าตัด

6.3 พัฒนาเชื่อมต่อระบบรายงานแล็บพื้นฐาน แล็บเพาะเชื้อ เพื่อช่วยในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

6.4 จัดหาเครื่องมือ (Mass spectrometry) เพื่อช่วยลดระยะเวลาการคอยผลตรวจเพาะเชื้อ

6.5 สนับสนุนให้มีคณะกรรมการ Rapid Response System และสนับสนุนการทำงานของ Rapid Response Team ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

- เชื่อมโยงการดูแลรักษาร่วมกันทั้ง Primary Care Unit, รพช./รพท./รพศ. (Integrated Critical Care, Infectious Doctor, Infection Control, Network)

- จัดระบบบริการ Fast Track Sepsis ใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นมาตรฐานการรักษาทุกแผนก (CPG Sepsis : 6 Bundles)

- Smart ER UDH Program ในการประเมิน SOS score เพื่อ Alert ATB ภายใน 1 ชม.

- จัดตั้ง Rapid Response System Team ในแผนกอายุรกรรม

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

จังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1/2566 ระหว่างวันที่ 23 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

1. ประเด็นการตรวจราชการ: พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

ประเด็นมุ่งเน้น: การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น

ตัวชี้วัด

- 1.5 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq$ ร้อยละ 60
- 1.6 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ 70
- 1.7 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq$ ร้อยละ 50
- 1.8 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy $\geq$ ร้อยละ 50

2. สถานการณ์

มะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประชาชน จังหวัดอุดรธานี จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง รพศ.อุดรธานีปี 2565 ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ในปี 2565 (ต.ค 64 – ก.ย. 65) คือ 1.มะเร็งปอด (442 ราย) 2.มะเร็งตับและท่อน้ำดี (364 ราย) 3.มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (283 ราย) 4.มะเร็งเต้านม (259 ราย) 5.มะเร็งปากมดลูก (189 ราย) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1-2 ของมะเร็งปอด, มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็งท่อน้ำดี, มะเร็งปากมดลูก ในปี 2565 (ต.ค 64 – ก.ย. 65) เท่ากับร้อยละ 2.28, 0, 22.77, 48.09 และ 45.09 และไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค. 65 – ธ.ค. 65) ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งปากมดลูก (17 ราย) 2.มะเร็งตับและท่อน้ำดี (16 ราย) 3.มะเร็งปอด (14 ราย) 4.มะเร็งเต้านม (12 ราย) 5.มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (9 ราย) สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1-2 ของมะเร็งปอด, มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็งท่อน้ำดี, มะเร็งปากมดลูก ในปี 2566 (ต.ค 64 – ธ.ค. 65) เท่ากับร้อยละ 28.57, 0, 0, 45.45 และ 25 ตามลำดับ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Cancer Screening or Cancer Early Detection) เป็นวิธีการตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งตั้งแต่ก่อนเป็นโรคนจนถึงระยะเริ่มต้นแม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการที่แสดงออกมาส่งผลให้มีอัตราการอยู่รอดจากโรคมะเร็งภายหลังการรักษาเพิ่มขึ้นหรือสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้มากขึ้น ซึ่งมะเร็งที่มีการคัดกรองได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งตับและท่อน้ำดี

3.2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลค้นพบผู้ป่วยมะเร็ง จะพบระยะแรกๆได้ต่ำกว่าเกณฑ์ 70% เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ได้แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งทั้ง 5 โรค ได้ผลงานต่ำลง

3.3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้มีการวางแผนดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคนี้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วย Fit test และ Colonoscopy ในปีงบประมาณ 2566

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ Colonoscopy จากปี 2565 มีจำนวน 900 ราย จึงวางแผนจัดทำโครงการ Colonoscopy ในกลุ่มที่ Fit test Positive ให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ 2566 เพื่อวัตถุประสงค์ คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการ Screening ส่งมาทำ Colonoscopy ทันเวลาอย่างน้อย 80%
2. ได้รับการทำ Colonoscopy ภายใน 6 เดือน หลังจากที่ได้ทำ Screening

4. ผลการดำเนินงานประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563-2565 (ข้อมูลโรงพยาบาลอุดรธานี)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq$ ร้อยละ 60	เป้าหมาย	56,064	55,130	55,676
	ผลงาน	31,689	38,854	35,999
	ร้อยละ	56.52	70.47	64.66
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	318	229	200
	ผลงาน	166	216	138
	ร้อยละ	52.20	94.32	69.00
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq$ ร้อยละ 50	เป้าหมาย	33,698	34,066	35,302
	ผลงาน	22,305	15,087	31,973
	ร้อยละ	66.19	44.29	90.57
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy $\geq$ ร้อยละ 50	เป้าหมาย	NA	567	1,478
	ผลงาน	NA	247	880
	ร้อยละ	NA	43.56	59.54

ที่มา: โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /โปรแกรม HPV Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /ข้อมูลมะเร็งและการส่งกล้องหน่วยบริการโรงพยาบาล NODE ณ วันที่ 30 มกราคม 2566

1. ผลการดำเนินงานประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 65–31 ธันวาคม 65)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี 2566
1	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq$ ร้อยละ 60	เป้าหมาย	54,828
		ผลงาน	8,819
		ร้อยละ	16.08
2	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ 70	เป้าหมาย	30
		ผลงาน	12
		ร้อยละ	40
3	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq$ ร้อยละ 50	เป้าหมาย	35,751
		ผลงาน	4,205
		ร้อยละ	11.76
4	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy $\geq$ ร้อยละ 50	เป้าหมาย	810
		ผลงาน	NA
		ร้อยละ	NA

ที่มา: โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /โปรแกรม HPV Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2566 /ข้อมูลมะเร็งและการส่งกล้องหน่วยบริการโรงพยาบาลระดับ NODE ณ วันที่ 30 มกราคม 2566

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นหัวข้อ สู้ติกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

1. ประเด็นการตรวจราชการ

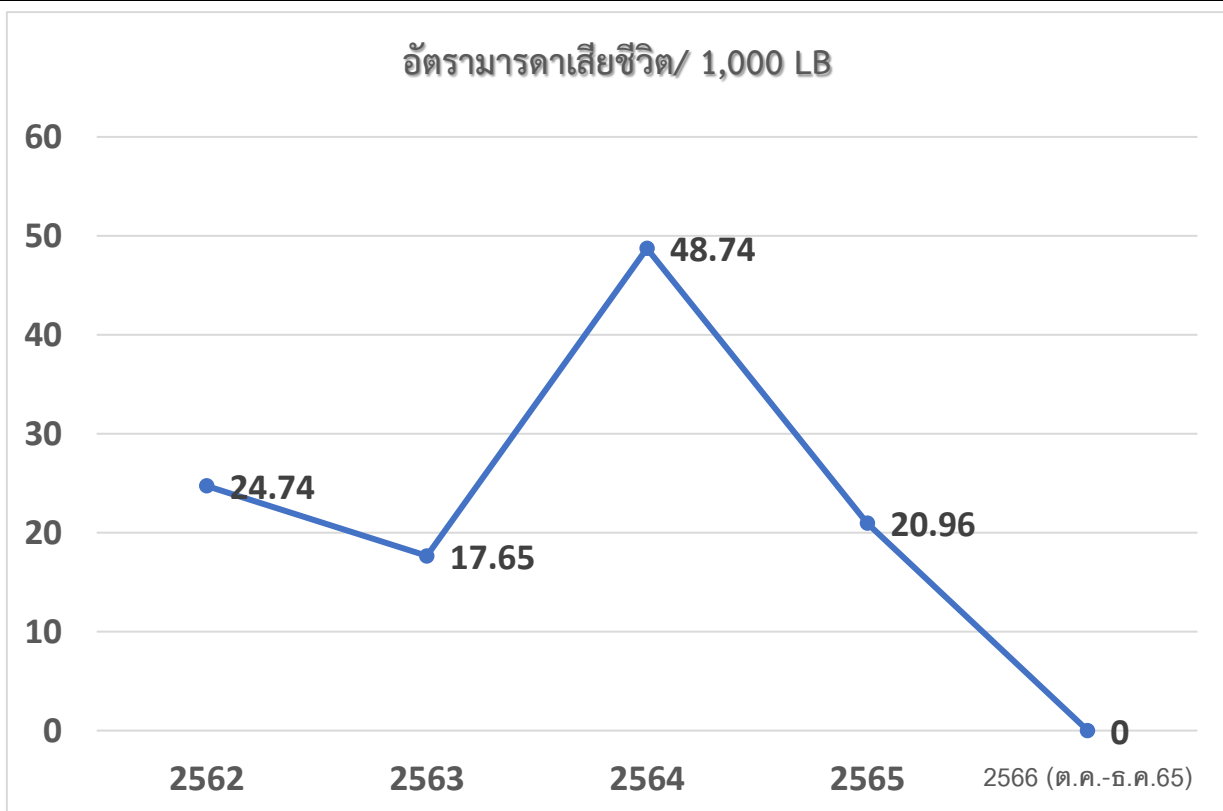
ตัวชี้วัดการตรวจราชการที่ 1: อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

2. สถานการณ์

2.1 สถานการณ์ด้านการเสียชีวิตของมารดา ปี 2565 และ 2566 (ตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2565)

สถานการณ์ที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีปีงบประมาณ 2565 ไม่พบมารดาเสียชีวิต แต่จังหวัดอุดรธานีที่โรงพยาบาลกุมภวาปี มีมารดาเสียชีวิตหลังคลอด 8 วัน 1 ราย จาก Severe pulmonary hypertensive crisis และที่โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม 1 ราย จากภาวะ Intraventricular hemorrhage from severe preeclampsia โดยมีทารกเกิดมีชีพในช่วงเวลาดังกล่าวในจังหวัด 9,544 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา 20.96 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2564 ที่จังหวัดอุดรธานี ไม่พบมารดาเสียชีวิต

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราส่วนมารดาเสียชีวิตต่อทารกเกิดมีชีพแสนราย จังหวัดอุดรธานี ตามปีงบประมาณ 2562 ถึง 2566 (ต.ค. ถึง ธ.ค. 66)



2.2 รายละเอียดการทบทวนการเสียชีวิตมารดาตามหัวข้อ 2.1

ปีงบประมาณ 66 (ตุลาคมถึงธันวาคม 2564) ไม่พบมารดาเสียชีวิต

2.3 แนวทางป้องกันการเกิดซ้ำจากการทบทวนร่วมกันของทีมรักษาและทีมทบทวนจากเขตสุขภาพ สรุปการทบทวนดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

1.Delay in seeking care ความล่าช้าในการตัดสินใจรับบริการ (HL/Socio-economic/cultural barriers)	-- เพิ่มความรู้รอบรู้ (Health literacy) สำหรับหญิงก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด สามีและญาติในการดูแลรายบุคคล กรณีที่มีโรคทางอายุรกรรม หรือมีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ รวมทั้ง Early Warning signs อาการผิดปกติ ที่ต้องพบแพทย์ -กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติควรจะทราบและใช้ระบบบริการ 1669 หรือปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทาง
2.Delay in reaching care (transportation) ความล่าช้าในการเดินทางเข้าถึงบริการ	-ไม่พบความล่าช้าและไม่มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ
3. Delay in receiving adequate health care การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ 3.1 เวชภัณฑ์ ยา คลังเลือดและระบบส่งต่อ 3.2 ศักยภาพบุคลากร	ANC -การใช้แนวทาง Udon model 2021, Udonthani classifying pregnancy 2021, Udon Model 7 Step พร้อมทั้งกำหนด Warning signs -พัฒนาระบบการส่งต่อและคืนข้อมูลในระบบปฐมภูมิ -พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลจากชุมชน (อสม.) -มีการบริการด้านทันตกรรมแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย -มีการตรวจหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย -มีการจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด MMR จากโรคทางระบบ Cardio vascular เช่น แนวทางการคัดกรองโรคหัวใจเบื้องต้น และพัฒนาระบบบริการ fast track เมื่อพบความผิดปกติ -ทบทวนการซักประวัติอย่างละเอียดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย -หากหญิงตั้งครรภ์มีไข้ หรือ อาการผิดปกติใดๆ ควรหาสาเหตุของความผิดปกตินั้นๆ ให้เจออย่างชัดเจนและรวดเร็ว พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาทันที เผื่อประเมินอาการอย่างใกล้ชิด - การพิจารณาส่งต่อในกรณีที่เกินศักยภาพในการรักษา - การจัดเวรทีมเสริมในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินและความพร้อมของเครื่องมือ ระยะหลังคลอด
3. Delay in receiving adequate health care การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (ต่อ) 3.1 เวชภัณฑ์ ยา คลังเลือดและระบบส่งต่อ 3.2 ศักยภาพบุคลากร	

สรุปผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ด้วย 3 Delay model

	-การใช้แนวทาง Udon Model 7 Step เพื่อดูแล Case High risk & Very High risk ทุกรายพร้อมทั้งกำหนด Warning signs ติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดตามเกณฑ์การจำแนกความเสี่ยง หากพบมีอาการผิดปกติ ควรซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกตินั้นๆ ให้เจออย่างชัดเจนและรวดเร็ว พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาหรือส่งไปรับการรักษาต่อทันที -มีการตรวจฟังเสียงหัวใจหญิงหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก ทุกราย - มีการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตาม Guideline ทั้ง ANC, LR และ PP พร้อมลงบันทึกทางเวชระเบียน -พัฒนาระบบการส่งต่อและคืนข้อมูลในระบบปฐมภูมิ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยย้ายภูมิลำเนา -พัฒนาระบบการติดตามข้อมูลจากชุมชน (อสม.)
--	--

2.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรเพิ่มเติมจุดเน้นอาการผิดปกติสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น อาการเหนื่อยมาก หายใจไม่อิ่ม และประชาชนสัมพันธ์การเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉิน เช่น 1669 หรือระบบให้คำปรึกษาสามหมอ เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติฉุกเฉินได้รับทราบและเข้าถึงระบบบริการได้ทันทั่วถึง

2.4 ข้อมูลและตัวชี้วัดทางสูตินรีเวชที่สำคัญอื่นๆ

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	เป้าหมาย (ราย)	ปีงบประมาณ			
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
1.อัตราส่วนการตายมารดา	<20/ แสนการเกิดมีชีพ	53.7 (2คน)	117.2 (4คน)	0	0/ 794
2.อัตราตายปริกำเนิด 0-7วัน	<8/ พันการคลอด	9.4	6.4	8.8	13.7
3.อัตราเกิด severe birth asphyxia	<25/ พันการเกิดมีชีพ (ลดลงจากเดิม 50%)	12.1 45/3721	13.8 46/3414	10.46 32/3058	6.3 5/794
4.อัตราทารกตายปริกำเนิด 0-7 วันจาก Birth asphyxia	ลดลง 20% (ต่อ พันการคลอด)	4.0	0.9	1.6	1.3 (1/785)

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	เป้าหมาย (ราย)	ปีงบประมาณ			
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค. 65)
5.อัตราส่วน PPH/การคลอดทางช่องคลอด	<5%	1.9	1.5	1.2	1.5 (12/785)
6.อัตราส่วน Eclampsia/SPIH ทั้งหมด	0	3.0	4.2	3.2	0 (0/43)
7.อัตราส่วนการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	>60%ของการฝากครรภ์รายใหม่	50.5	52.1	62.5	74.2
8. อัตราฝากครรภ์ 5 ครั้ง	> 60% ของการคลอด	53.0	48.3	34.3	42 (330/785)
9.อัตราการคลอดก่อนกำหนด <37 สัปดาห์	ลดลง 10%	614/3675 (16.7%)	779/3371 (23.1%)	639/3031 (21%)	186/785 (23.7%)
-Induced preterm		427 (76.8%)	599 (76.9%)	500 (78.2%)	166 (89.2%)
-Spontaneous preterm		142 (23.0%)	180 (23.1%)	139 (21.7%)	20 (10.7%)
10.อัตราส่วนการตั้งครรภ์วัยรุ่น	ของการคลอดทั้งหมด	12.0	12.6	11.3	11.3 89/785
11.อัตราส่วนการวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ	<10%ของวัยรุ่นที่มาคลอด	7.7	13.2	11.0	11.2 10/89
12.อัตราการใช้ Amphetamine ต่อการคลอดทั้งหมด		169 (4.5%)	215 (6.4%)	343 (6.4%)	67/785 (8.5%)

2.5 การดำเนินการทางสูติรีเวชเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาที่สำคัญอื่น ๆ ในช่วง 9 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Coronavirus (COVID 2019) ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

ผลการดำเนินการ พบหญิงตั้งครรภ์ป่วยด้วยภาวะ COVID19 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ไม่พบการติดเชื้อของทารกหลังคลอด

ปัจจุบัน ระบบตรวจคัดกรองโควิด โดยโรงพยาบาลสนับสนุน Self ATK ได้ลดการคัดกรองเหลือเฉพาะรายที่มีอาการไข้หวัด แต่ยังคงใช้มาตรการการดูแลแบบ DMHTT เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสารเสพติด และสุขภาพจิตมีมากขึ้น ตามสถิติของผู้ป่วยทั่วไป เพิ่มภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มากกว่าเดิม อีกทั้งสารแปลกปลอมที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ มีผลต่อทารกในครรภ์ การดูแลเด็กหลังคลอด ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของเด็กอันเป็นอนาคตของชาติ ระบบการฝากครรภ์ได้พัฒนาการคัดกรองสุขภาพจิตมารดา การส่งปรึกษาจิตแพทย์ในรายที่มีปัญหา การดูแลระยะคลอด และหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยแยกโซนการดูแลเป็นพิเศษ ป้องกันความเสี่ยงจากการหนีออกนอกโรงพยาบาล หรือการฆ่าตัวตาย มีระบบปรึกษาสังคมสงเคราะห์ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลแบบองค์รวมให้เด็กได้มีโอกาสสูงสุดในการดำเนินชีวิต

2.6 การดำเนินการตามแผน service plan เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดาในช่วง 9 เดือนที่ผ่านมา

นโยบายและการวางแผน service plan ในปี พ.ศ.2566 ได้มีการประชุมคณะกรรมการ MCH board ระดับเขต โดยเน้นย้ำเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก สร้างกระบวนการพัฒนาสื่อสารความรู้สุขภาพสู่แม่และครอบครัว

การดำเนินการ

การฝากครรภ์ ยังคงเน้นย้ำการดูแลการฝากครรภ์ตามความเสี่ยงในรูปแบบ R8 model โดยจัดรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและสูงมากโดยสูติแพทย์ร่วมกับอายุรแพทย์ตามความเหมาะสม การจัดสูติแพทย์หมุนเวียนออกตรวจตามโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ และการนิเทศในเขตพื้นที่ การปรึกษาจากแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับสูติแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ทางออนไลน์และโทรศัพท์แท่น และเน้นการส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพหรือกรณีแพทย์โรงพยาบาลชุมชนไม่มั่นใจในการดูแล โดยทางโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานียังคงนโยบายรับการส่งต่อ 100% การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลและส่งการดูแลต่อชุมชน

การดูแลการคลอดตามความเสี่ยง เน้นย้ำการดูแลการคลอดตามความเสี่ยงในรูปแบบ R8 model ที่มีการปรับปรุงใหม่ในปี 2021 โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและสูงมาก ต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ และคลอดในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมต้องได้รับการดูแลโดยอายุรแพทย์ตามความเหมาะสม

การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างรวดเร็ว (Rapid Obstetric Emergency Response, ROber) เนื่องจากการดำเนินการตาม ROber ในปี 2563 ตามหลักการ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญอย่างรวดเร็ว การส่งต่ออย่างรวดเร็ว และการให้การรักษารวดเร็ว โดยมีแนวปฏิบัติมาตรฐาน ได้แก่ 20:30:60 โดยหมายถึงการปรึกษาสูติแพทย์ในภาวะฉุกเฉินภายใน 20 นาที การส่งต่อผู้ป่วยภายใน 30 นาที และการให้การรักษารวดเร็วภายใน 60 นาทีโดยทีมสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ยังคงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยพบจากการทบทวนผู้ป่วยที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ระยะหลังคลอด ส่งต่อผ่านระบบ COC เพื่อเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ชุมชน ค้นหาสตรีตั้งครรภ์ เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลตามมาตรฐาน

ระยะก่อนตั้งครรภ์ ค้นหาสตรีที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ให้ได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีตั้งครรภ์ได้ หรือกรณีมีข้อห้ามตั้งครรภ์ ได้รับการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นหัวข้อ ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

1. **ประเด็นการตรวจราชการ** ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

2. **สถานการณ์** การสำรวจระดับชาติพบว่าประชากรไทยมีความชุกของภาวะตาบอดร้อยละ 0.59 จากประชากรไทยทั้งหมด โดยเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุใน WHO VISION 2020 ต้องการให้ควบคุมอุบัติการณ์ของภาวะตาบอด น้อยกว่าร้อยละ 0.50 และรณรงค์ไม่ให้ผู้ที่มีผู้ตาบอดหลงเหลืออยู่ ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดคือต้อกระจก (ร้อยละ 51) เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตาคือการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50 เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

3. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน / มาตรการที่สำคัญ

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
Service Delivery (Structure)	1. ตรวจคัดกรองสายตาในระบบปกติในโรงพยาบาลอุดรธานี 2. จัดทีมจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาออกตรวจยืนยันในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานี และ รพ.สต. เขตอำเภอเมือง 3. จัดบริการผ่าตัดต้อกระจกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และทันเวลา	1. คัดกรองสายตาผู้สูงอายุในรพ. M2, F1, F2, F3, P 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล NODE M1 โดย - จัด zoning ผู้ป่วยต้อกระจกในอำเภอศรีธาตุ โนนสะอาด หนองวัวซอ วังสามหมอ หนองแสง ประจักษ์ศิลปาคม ให้ไปรักษาที่ NODE (M1 รพ.กุมภวาปี) 3. โรงพยาบาล M2 - บ้านดุง เปิดดำเนินการเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - บ้านผือ ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - เพ็ญ เปิดเป็น Node ผ่าตัดต้อกระจก 2 เดือน/ครั้ง - หนองหาน ผ่าตัดต้อกระจก ปีละ 1 ครั้ง 4. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล F1, F2 ที่มีความพร้อมได้แก่ไชยวาน น้ำโสม ศรีธาตุ วังสามหมอ
Health Workforce	1. พัฒนาพยาบาล อบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัดตา	1. เพิ่มศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ในการตรวจคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาล

Building Blocks	รพศ. (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ)	รพ.สต. (ระดับปฐมภูมิ)
(Staff)	โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่ม	ระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
Medicine and Technology	1. มีเครื่องมือในการตรวจคัดกรองและเครื่องมือในการผ่าตัดที่จำเป็น ได้แก่ - slit lamp - auto refraction - non contact tonometer - A scan - เครื่องนิ่งเร็ว - set ผ่าตัด	1. จัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่จำเป็นในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ - Snellen Chart - E game - trial frame - occluder - pinhole
Information	1. พัฒนาศักยภาพในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand.org.th	1. พัฒนาศักยภาพในการลงข้อมูลในระบบ vision 2020 thailand.org.th
Financial	1. งบประมาณ งบบำรุง 2. ปรับเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายที่มุ่งใจการผ่าตัด Blinding Cataract	1. งบประมาณ งบบำรุง
Governance	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ	1. คณะกรรมการ Service Plan แต่ละระดับ
Participation	1. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ	1. ผู้นำชุมชน อสม. 2. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานราชการ เอกชน รวมทั้งมูลนิธิต่างๆ

3.2 โครงการ / กิจกรรม คัดกรองและผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุก

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 25๖๖ (ต.ค.๖5 – ธ.ค.๖5)		
	ปี 25๖4	ปี 25๖5	ปี 25๖๖ ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (BlindingCataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน $\geq$ ร้อยละ 85	84.30	87.02	90.70	312	283	90.70

5. ปัญหาอุปสรรค

- ขาดแคลนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในโรงพยาบาลชุมชน
- ปี 64-65 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัส Covid-19 มีการบริการเชิงรุกและผ่าตัดต่อกระจกน้อยลง

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ M2 โดยส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
- ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการคัดกรองสายตา โดยใช้ภาคีเครือข่ายและอสม. ค้นหาและติดตามให้มาตรวจและมีการส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ผิดปกติให้ได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว
- กระตุ้นให้มีการนำเข้าสู่ข้อมูล แก่ไขข้อมูลและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision 2020 thailand.org.th

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง / Best Practice

- การดำเนินการเชิงรุกให้บริการผ่าตัดต่อกระจก
- เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย โดยการเปิดให้บริการตรวจรักษาและบริการผ่าตัดนอกเวลา(SMC) ในรพศ.

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นหัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

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

2. สถานการณ์

จังหวัดอุดรธานี มีโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,100 เตียง ให้บริการจริง 1,280 เตียง มีห้องผ่าตัด 18 ห้อง สลายนิ่ว 1 ห้อง สูติ 2 ห้องเป็น Excellence Centre ด้าน Trauma, Newborn, Cancer, Cardio และ Kidney transplant ปัจจุบันมีการจัดตั้ง ONE Day Surgery Unit ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2559 มีผู้มารับบริการประมาณ 2,000 รายต่อปี ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการการแพทย์เพื่อขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery : ODS) เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 และผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 มี Node ผู้ให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพิบูลย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน F1 ขนาด 120 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2561 มีศัลยแพทย์ 1 ท่าน และ โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน M1 ขนาด 180 เตียง ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวและโครงการการผ่าตัดแผลเล็กเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 ปัจจุบันยังมีโรงพยาบาลขนาด M1, M2 ที่มีศัลยแพทย์ประจำ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ บ้านดุงและบ้านผือที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

1) ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2566 เพื่อพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบ One Day Surgery: ODS และ การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) โรงพยาบาลอุดรธานี

2) ประชุมสรุปผลงาน จัดทำยุทธศาสตร์ร่วมเขตบริการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อทั้งขาขึ้นและขาลงเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

3) ประชุมพัฒนา Service Plan ระดับจังหวัดเพื่อแก้ปัญหาลดแออัด โรงพยาบาลอุดรธานี และเพื่อพัฒนาศักยภาพ Node มีการวางแผนพัฒนาแพทย์ประจำทุกโรงพยาบาล วางแนวทางพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

4) วางแผนลงเยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย Node เพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้เกิดความมั่นใจในการทำหัตถการ

5) วางระบบช่องทางด่วนในการเข้าถึงบริการ (One Day Surgery)

6) กำหนด ทบทวนมาตรฐาน การเก็บตัวชี้วัดคุณภาพ พร้อมจัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพบริการเพื่อโอกาสพัฒนา

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ไม่มี

4. ผลการดำเนินงาน

4.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65) (เป้าหมาย $\geq 20\%$)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	จำนวน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ตามกลุ่มโรคเป้าหมาย						
Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	89.47	91.43	26.66	40	16	40

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

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65) (เป้าหมาย $< 5\%$)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	228	198	238	62	2	3.2
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI)	0	0	0	-	0	0
3. ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	0	0	0	$< 5\%$	0	0

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ระบบ IT ไม่รองรับการประมวลผลข้อมูลประกอบกับจำนวนกลุ่มโรค ODS มีเพิ่มขึ้นถึง 64 โรค ดังนั้นการค้นหาข้อมูลจึงต้องใช้รหัสโรคในการค้นหาหลายครั้งและต้องใช้เป็นวิธี Manual จึงจะได้ข้อมูล ซึ่งต้องใช้เวลานาน

5.2 ขาดอัตรากำลังและกำลังสนับสนุนในการพัฒนาเป็น One stop service center

8.3 ขาดแรงจูงใจและการประชาสัมพันธ์การนำเคสเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากการสรุปรายได้จากการ Claim เคสไม่ชัดเจน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ไม่มี

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

ไม่มี

รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น ความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นหัวข้อ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

1. ประเด็นการตรวจราชการ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

ตัวชี้วัดหลัก

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

2. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 65 – ธันวาคม 65) มีผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี 18,417 ราย (เฉลี่ย 200 รายต่อวัน) แยกเป็น Trauma ร้อยละ 32.7 และ Non Trauma ร้อยละ 67.3 ร้อยละ 69.94 แยกตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ ดังนี้

ED Triage	Triage			% Trauma	% Non-Trauma
	Level	จำนวน	ร้อยละ		
1) Resuscitation/Life threatening	1	3,750	20.36	2.3	19.9
2) Emergency	2	5,789	31.43	4.8	27.8
3) Urgency	3	5,941	32.25	14.6	18.5
4) Semi-urgency	4	1,941	10.54	2.01	9.1
5) Non-urgency	5	284	1.54	0.19	0.8

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

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

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ ตาม 6 building blocks

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

- การกำหนดER Target Time ระยะเวลาผู้ป่วย Triage level 1 ,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง
- มีโปรแกรม Smart ER กำกับระยะเวลาผู้ป่วย Fast Track
- การจัดพื้นที่ในการให้บริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
 - จัด Zonning ในการตรวจรักษาตามประเภทผู้ป่วย
 - ประตูทางเข้ามี รปภ.คอยดูแลตลอด 24 ชม.
 - มีสถานีตำรวจชุมชนที่หน้าห้องฉุกเฉิน
- มีการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย โดยมีจอแสดงสถานะผู้ป่วยที่หน้าห้องฉุกเฉิน และมี QR code ให้ญาติ แสกนติดตามสถานะผู้ป่วยได้
- การพัฒนาระบบสารสนเทศการติดตามข้อมูลผู้ป่วย RTI ของเครือข่ายในจังหวัด
- มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการทำ Trauma audit และ MM conference ร่วมกับPCT ที่เกี่ยวข้อง

3.2 โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

- 1) เชื่อมโยงระบบ SMART ER ไป
 - ห้องยา
 - X-ray
 - Lab
 - การเงิน

- 2) ระบบบันทึกประวัติ การตรวจร่างกาย ใน SMART ER ,คำสั่งการรักษา,การบันทึกทางการพยาบาล
- 3) ปรับปรุงห้องผ่าตัดในER
- 4) การซ่อมแผนภูมิภัยพิบัติแบบ ในรูปแบบ THAI SIM (เดือนมีนาคม)
- 5) พัฒนาEMS : จัดให้มีทีม ALS สามารถให้บริการได้ 2 ทีม
- 6) เพิ่มหอผู้ป่วยรับผู้ป่วย Trauma ในช่วง Acute phase, Intermediate care และ

Recovery phase

- 7) เปิด ICU สำหรับ Traumatic brain injury
- 8) การพัฒนาการลำเลียงทางอากาศ
- 9) ติดตามการพัฒนางาน ECS ร่วมกันในเครือข่าย
- 10) โครงการจัดอบรม Emergency Nurse Practitioner ในเครือข่าย

4. ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
1) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.ในรพ.ระดับ A, S, M1	4.7	4.22	2.88	3,750	108	2.88
2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในรพ. ระดับ A, S, M1 < 4%	1.71	2.18	1.20	2,414	29	1.20
3) อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS $\leq$ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 30%	29.32	33.75	15.57	122	19	15.57
4) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ.ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > ร้อยละ 80	41.60	46.5	46.15	52	24	46.15
6) อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในรพ. ระดับ A, S, M1 > ร้อยละ 60	45.31	62.40	66.39	9,462	6,282	66.39
7 ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน >ร้อยละ 26.5	31.55	29.82	31.21	5,267	1,644	31.21

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)		
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 ไตรมาส 1	เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ/ อัตรา
8) อัตราของ TEA unit ใน รพ.ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) $\geq 80\%$	100	100	100	100	100	100
9) โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปในจังหวัดอุดรธานีผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ	100	100	100	100	100	100

5. ปัญหาอุปสรรค

- 1) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียังไม่สามารถเปิดอบรมหลักสูตร Emergency Nurse Practitioner ให้บุคลากรเครือข่ายเขต 8 ในปี 2566 ได้
- 2) Trauma & Emergency admit unit (TEA unit) โครงสร้างไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถจัดอัตรากำลังพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สนับสนุน/ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตร ENP โดยสนับสนุนค่าลงทะเบียนฝึกอบรมและฝากเรียนในสถาบันอื่นที่เปิดหลักสูตรนี้
- 2) มีคำสั่งจากส่วนกลางให้จัดตั้ง TEA unit และมีโครงสร้างชัดเจน สามารถจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานได้จริง

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice (ถ้ามี)

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

Area Based

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็น Area Based

หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ประเด็นตรวจราชการ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

สถานการณ์

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA ถือเป็นเครื่องมือยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของระบบราชการไทย ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรมและเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนน โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค.65)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 85)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	5 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)	ร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมิน ITA โดยใช้ข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ MOIT 1 – MOIT 5 ในไตรมาส 1 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมิน ITA ที่ 500 คะแนนจาก 500 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

มาตรการการดำเนินงาน

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

3. ได้จัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางปฏิบัติ MOIT 1 – MOIT 23 ทบทวนจุดอ่อน หาโอกาสพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดอ่อน และนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ MOIT 1 – MOIT 23
5. ในไตรมาส 2 คณะกรรมการ MOIT 1 – MOIT 23 ได้วิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงาน รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเขตสุขภาพที่ 8
6. ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินรายงาน MOIT 1 – MOIT 23 เพื่อตรวจให้คะแนนระดับจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่าย ITA ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็น Area Based

หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ประเด็นตรวจราชการ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

สถานการณ์

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่ตรวจพบโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง ระบบการควบคุมภายใน และการตรวจสอบภายใน โดยหน่วยบริการบางหน่วยยังประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน การกำกับติดตามไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ และไม่มีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์

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

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค. 65)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานภายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป	ระดับ 4 ร้อยละ 88.43	ระดับ 4 ร้อยละ 90.91	ระดับ 4 ร้อยละ 83.34	ระดับ 4	ระดับ 4	ร้อยละ 83.34

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

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

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
2. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโครงสร้างการบริหารงาน และ Flowchart ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามระเบียบ
3. ได้จัดทำรายงาน ปค.4, ปค.5 ในระดับโรงพยาบาล ได้จัดทำแบบประเมินระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ ผลการวิเคราะห์ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน และรายงานเปรียบเทียบแผน-ผลการพัฒนาองค์กร 5 มิติ ของปี 2565
4. คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปค.5
5. คณะกรรมการประเมินผลระบบควบคุมภายใน ได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 ได้รายงานผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. คณะกรรมการตรวจสอบภายในได้ดำเนินการตรวจสอบภายในตามนโยบายและประเด็นมุ่งเน้น จากผลการดำเนินงาน ปี 2566 ตั้งแต่เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565 เพื่อรายงานต่อผู้บริหาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
7. สำนักงานตรวจสอบภายในได้ร่วมตรวจสอบภายในระดับจังหวัดอุดรธานี ในสถานบริการทุกระดับ ตามขอบเขตการตรวจสอบภายในของจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดวางระบบบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายใน ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการควบคุมภายใน 5 มิติ
คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน คณะกรรมการตรวจสอบภายใน

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็น Area Based

หัวข้อ Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ประเด็นตรวจราชการ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

สถานการณ์

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA ถือเป็นเครื่องมือยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของระบบราชการไทย ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรมและเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 21 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนน โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน			ไตรมาส 1 ปี 2566 (ต.ค.65 – ธ.ค.65)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 85)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	5 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)	ร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การประเมิน ITA โดยใช้ข้อคำถามการประเมินใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment) ข้อ MOIT 1 – MOIT 5 ในไตรมาส 1 โรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการประเมิน ITA ที่ 500 คะแนนจาก 500 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

มาตรการการดำเนินงาน

- กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) ได้มีการชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในตัวชี้วัดแต่ละตัวในรายละเอียดเพื่อเกิดความรู้เข้าใจในหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
- โรงพยาบาลอุดรธานีได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ MOIT 1 – MOIT 23
- ได้จัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางปฏิบัติ MOIT 1 – MOIT 23 ทบทวนจุดอ่อน หาโอกาสพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดอ่อน และนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ MOIT 1 – MOIT 23

5. ในไตรมาส 2 คณะกรรมการ MOIT 1 – MOIT 23 ได้วิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงาน รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเขตสุขภาพที่ 8
6. ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินรายงาน MOIT 1 – MOIT 23 เพื่อตรวจให้คะแนนระดับจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ผู้นำกำหนดเป็นนโยบายและเป้าหมายให้บรรลุ และมีทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่าย ITA ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

แบบรายงานการตรวจราชการโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น Area based

ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

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

ตัวชี้วัดการตรวจราชการ:

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

2. สถานการณ์

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

ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน การจัดการพัฒนาและการจัดการด้านกำลังคนถือเป็นงานที่ยากที่สุด แต่มีความจำเป็นต้องดำเนินการเพราะเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จด้านสุขภาพ ซึ่งการจะสร้างคนที่มีคุณภาพได้นั้นต้องมามองที่พื้นฐานความต้องการของบุคลากร ทั้งปัจจัยพื้นฐาน ความสุขในการทำงาน เป็นต้น กล่าวได้ว่าต้องให้อาหารใจกับบุคลากรให้อิ่ม ให้มีความสุข ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานเพื่อส่วนรวม ทั้งนี้การสร้างค่านิยม แร่งบันดาลใจ และกลยุทธ์การบริหารและพัฒนากำลังคนเพื่อให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข “เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก” เกิดความสามารถที่จะยกระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ของบุคลากร จะส่งผลให้ช่วยสร้างคุณค่าขององค์กรขึ้นมาอย่างถูกต้องและผลประโยชน์จะตกไปอยู่กับสุขภาพของประชาชนในที่สุด

โรงพยาบาลอุดรธานี มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติงานภายใต้การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และระบบบริหารจัดการ ภาครัฐแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนางานในหน้าที่อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ นักบริหารทุกระดับ มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการบริหารราชการยุคใหม่ เพื่อให้ภาคราชการมีขีดความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับสูงเทียบ เท่าเกณฑ์สากล มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถ ให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัยและการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ ได้วางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน และจัดทำแผนความต้องการและโครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทยสาธารณสุข ทุกระดับ ครอบคลุม ด้านบริหาร บริการ การจัดการ ด้านวิชาชีพเฉพาะทั้งก่อนประจำการ ระหว่างประจำการกับบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล การพัฒนาบุคลากรจะต้องสอดคล้องกับ Service Plan ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีดังนี้

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรทั้งอบรมภายในและภายนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 - 2566

ปี	อบรมภายใน (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	อบรมภายนอก (คน/ครั้ง)	ร้อยละ	ภาพรวมทั้งปี
2556	1,213/8,563	46.4	1,017/3,224	38.9	85.3
2557	900/8,277	32.6	1,610/4,847	58.2	90.8
2558	1,602/8,943	56.2	1,026/3,007	35.9	92.1
2559	1,035/8,264	36.78	1,320/3,483	46.90	83.68
2560	1,481/3,734	49.40	1,018/3,224	33.96	83.36
2561	1,478/2,671	35.54	1,177/2,666	38.81	87.56
2562	1,412/2,823	44.23	1,454/4,379	45.55	89.78
2563	1,094/1,878	33.92	1,667/4,076	51.69	85.61
2564	1,288/2,156	38.30	1,128/2,077	33.53	71.83
2565	1,469/2,709	43.01	1,283/2,854	37.59	80.60
2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)	489/867	14.31	288/348	8.43	22.74

ตารางแสดงประสานเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2566

กิจกรรม	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
ศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทาง	44	62	28	21	36	24	21	33	15
ศึกษา/อบรม/ประชุม/สัมมนา/ ดูงานต่างประเทศ	5	8	21	26	20	5	-	5	-
ศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน	14	5	12	6	3	9	5	8	15
ศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาตรี	-	1	-	-	-	-	2	-	-
ศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาโท	-	1	2	2	-	-	-	-	-
อบรมวิสัญญีพยาบาล	3	-	5	5	-	2	2	2	-

ตารางแสดงการอบรมเฉพาะทางของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2566

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1	อุบัติเหตุฉุกเฉิน	2	-	2	1	1	-	-	2	-
2	การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง	6	9	1	11	-	5	2	1	-
3	หัวใจและหลอดเลือด ทรวงอก	9	7	2	8	2	-	-	-	-
4	ทารกวิกฤตและทารกแรก เกิด	2	6	4	2	1	2	1	3	-
6	ระบบบริการปฐมภูมิ	1	-	1	-	-	-	-	-	-
7	รังสี	2	-	-	-	-	-	-	-	-
8	วิจัย/เวชสถิติ	1	-	-	-	-	-	-	-	-
9	เภสัช	1	2	3	4	4	1	2	2	-
10	โรคเรื้อรัง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	เวชปฏิบัติ	1	-	1	4	-	-	-	1	-
12	การพยาบาลวิกฤตผู้ใหญ่	14	14	13	-	17	-	-	2	14
13	เวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไต(ฟอกไต)	2	-	1	1	2	1	-	-	-
14	วิทยาศาสตร์การบริการ โลหิต	1	-	-	-	-	-	1	-	-
15	การพยาบาลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง	-	-	1	-	-	-	1	-	-
16	เวชปฏิบัติทางตา	-	-	1	-	1	1	1	1	-

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
17	การพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	-	-	-	1	4	2	1	-	-
18	การพยาบาลการบริจาศ อวัยวะและปลูกถ่าย อวัยวะ	-	-	-	1	1	-	1	1	-
19	การพยาบาลสุขภาพจิต เวช	-	-	-	1	1	3	1	1	1
20	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรกระบบทางเดินหายใจ	-	-	-	1	-	-	-	-	-
21	การพยาบาลผู้ป่วยส่อง กล้องทางเดินอาหาร	-	-	-	1	1	-	-	-	-
22	การดูแลเครื่องมือแพทย์ สำหรับผู้ป่วยวิกฤต	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	การดูแลผู้ป่วยบาดแผล ostomy	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	ประสาทวิทยาประสาท ศัลยศาสตร์	-	-	-	-	-	1	1	1	-
25	ผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูง	-	-	-	-	-	-	2	1	-
26	การพยาบาลผู้สูงอายุ	-	-	-	-	1	-	-	-	-
27	ต่อมไทรอยด์และเมตาบอ ลิซึม	-	-	-	-	-	1	-	1	-
28	โรคข้อและรูมาติสซั่ม	-	-	-	-	-	1	-	5	-
29	ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านสูติ กรรม	-	-	-	-	-	1	-	-	-
30	โรคติดเชื้อ	-	-	-	-	-	1	1	-	-
31	การพยาบาลโรคหัวใจและ หลอดเลือด	-	-	-	-	-	-	2	5	-
32	ตจวิทยา	-	-	-	-	-	-	1	-	-
33	เทคนิคการแพทย์	-	-	-	-	-	1	2	-	-
34	การพยาบาลออร์โธปิดิกส์	-	-	-	-	-	-	1	-	-
35	การพยาบาลเวชปฏิบัติอา ชีวอนามัย	-	-	-	-	-	-	-	1	-
36	โภชนบำบัดและการ บริหาร	-	-	-	-	-	-	-	1	-

ลำดับ	รายชื่อหลักสูตร	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
37	เวชศาสตร์มารดาและ ทารกในครรภ์	-	-	-	-	-	-	-	5	-
รวม		45	38	35	41	35	22	21	33	15

ตารางแสดงการพัฒนาในกลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2566

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
อบรมหลักสูตร พัฒนารอง ผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์ รพศ./ รพท. และ โรงพยาบาลในสังกัด กรมต่างๆของ กระทรวงสาธารณสุข	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1
อบรมหลักสูตร พัฒนารอง ผู้อำนวยการฝ่าย อำนาจการ รพศ./ รพท.	-	-	-	-	-	3	-	1	-	2	2
อบรมหลักสูตรนัก บริหารการแพทย์ และสาธารณสุข ระดับสูง	1	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร สาขาการบริหาร โรงพยาบาล(รามา)	-	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-
อบรมหลักสูตรการ บริหารงานบริการ สาธารณสุขและ โรงพยาบาล	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

กิจกรรม	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
อบรมการบริหาร สารสนเทศทาง การแพทย์	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร มาภิบาลทาง การแพทย์สำหรับ แพทย์ผู้บริหาร ระดับสูง	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร ประกาศนียบัตร ชั้นสูงทางการบริหาร ภาครัฐและกฎหมาย มหาชน	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร สำหรับผู้บริหารนอก กระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
อบรมผู้บริหารการ สาธารณสุข ระดับกลาง	1	148	-	-	-	-	-	-	2	-	-
อบรมผู้บริหาร สาธารณสุขระดับต้น	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร Smart Leader	-	-	138	-	-	-	-	-	-	-	-
อบรมหลักสูตร นบส.ส	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-

ตารางแสดงผลการดำเนินงานด้านการพัฒนางานวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2562 – 2566

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1	การประชุมคณะกรรมการวิจัย (ครั้ง)	5	5	2	1	1
2	การสนับสนุนทุนวิจัยแก่บุคลากร (เรื่อง)	36	2	10	1	-
3	การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทางการวิจัย ให้แก่บุคลากร (ครั้ง/คน/(บาท))	5/123 (311,876)	4/124 (322,977)	1/94 (63,840)	1/53 (53,059)	1/100 (117,427)

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
4	การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำ ผลการวิจัยเผยแพร่(ครั้ง)	2	10	13	4	-
5	การส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด ระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ	24	26	3	8	-
6	ผลงานได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ	9	10	3	1	-

ตารางแสดงการพัฒนาบุคลากรตามกลุ่มงานแยกรายปี (คน/ครั้ง) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2566

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
1	ผู้ป่วยนอก	23/64	28/74	36/47	22/35	3/4
2	จักษุวิทยา	10/18	24/51	12/14	5/6	-
3	เวชกรรมฟื้นฟู	27/77	34/105	21/48	30/57	5/5
4	สูติรีเวชกรรม	59/186	78/280	90/119	75/244	17/19
5	ออร์โธปิดิกส์	55/100	69/163	37/38	69/168	34/42
6	แพทยศาสตรศึกษา	24/74	30/142	29/131	24/281	16/16
7	กุมารเวชกรรม	68/109	87/190	47/53	66/175	11/11
8	ศัลยกรรม	167/270	217/482	74/90	180/330	30/30
9	อายุรกรรม	149/378	193/572	142/234	172/387	30/33
10	การพยาบาล	10/48	17/91	7/21	31/50	5/5
11	การเงิน	9/11	15/26	10/11	3/6	-
12	IC	65/31	10/69	15/26	7/29	2/2
13	ทรัพยากรบุคคล	10/37	15/64	9/11	10/16	-
14	บริหารทั่วไป	54/128	60/165	64/151	64/189	4/4
15	จิตเวช	7/26	16/62	17/62	12/73	10/25
16	ทันตกรรม	23/79	33/129	12/17	19/45	1/1
17	พัสดุ	19/26	22/35	7/9	17/35	4/4
18	พยาธิวิทยาคลินิก	30/47	9/44	27/44	5/6	-
19	เวชกรรมสังคม	78/345	111/596	111/166	62/266	27/38
20	แพทย์ใช้ทุน	6/11	17/42	20/33	13/31	2/2
21	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	41/103	66/188	44/60	11/29	5/5
22	พยาธิวิทยากายวิภาค	5/8	9/21	4/20	5/5	-
23	เภสัชกรรม	58/137	87/255	31/42	26/66	4/4
24	แพทย์แผนไทย	14/33	21/96	20/32	16/43	1/2
25	โภชนาการ	12/58	18/89	11/14	21/32	3/3

ลำดับที่	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
26	รังสีวิทยา	18/31	19/52	13/21	9/20	2/2
27	พัฒนาทรัพยากรบุคคล	19/51	25/107	11/12	11/37	2/3
28	วิสัญญี	37/74	58/132	14/22	33/70	4/5
29	งานแผนและสารสนเทศ	31/87	34/103	32/40	2/9	11/11
30	สังคมสงเคราะห์	12/45	13/69	6/9	5/13	1/2
31	สุขศึกษา	3/5	9/27	3/4	3/7	-
32	อาชีวเวชกรรม	10/27	17/60	14/22	10/43	1/1
33	ห้องผ่าตัด	40/64	65/108	30/36	30/36	9/9
34	โสต ศอ นาสิก	16/25	19/39	10/11	10/11	2/2
35	นภาคคลินิก	31/84	32/119	6/12	6/12	1/2
36	ประกันสุขภาพ	18/25	28/77	3/3	3/3	-
37	องค์กรแพทย์	-	-	-/-	-/-	-
38	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก	35/59	59/141	24/35	24/35	1/1
39	การบัญชี	5/11	4/11	8/9	8/9	3/3
40	การพยาบาล ห้องปฏิบัติการตรวจสวน หัวใจ	-	-	-	2/2	-
41	การพยาบาลชุมชน	-	-	-	1/1	-
42	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	-	-	-	2/2	-
43	เวชระเบียน	-	-	-	2/2	-

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

ผู้นำโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาของบุคลากรในทุกระดับ โดยสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร คิดเป็น ร้อยละ 3 ของเงินงบประมาณโรงพยาบาลในทุกปี ทุกกลุ่มฝ่ายจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจัดอบรมตาม Competency ของหน่วยงานและตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานีตามระยะเวลาที่กำหนดและครบถ้วนสมบูรณ์ โรงพยาบาลอุดรธานีจึงมุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะ / ความรู้ความสามารถให้สอดคล้องกับ competency กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัยและการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานด้านบริการได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยให้ทุกกลุ่มฝ่ายร่วมกันที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ดูแลสิทธิผลประโยชน์ในการพัฒนาของบุคลากร สนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R2R และงานวิจัยแพทยศาสตรศึกษา กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญ เช่น การอบรมผู้บริหารระดับกลาง, การพัฒนาผู้บริหาร SMART LEADER, การอบรมโครงการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Organization Development), โครงการพัฒนาบุคลากรหลักสูตรพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ(Excellent Service Behavior : ESB), โครงการพัฒนาบุคลากรหลักสูตรพฤติกรรม

บริการเป็นเลิศ “คนต้นแบบบัวแคร์ยิ้ม”, การพัฒนางานพัฒนาวิชาการของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก (พัฒนาอาจารย์แพทย์) การวิจัยเพื่อการพัฒนา เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานบริการและสนับสนุนให้ผู้ที่มีผลงาน ประจักษ์นำเสนอ โดยสนับสนุนให้นำเสนอผลงานทั้งในและนอกประเทศ ตลอดจน การประสานเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรมทั้งในและต่างประเทศ และมีการดำเนินการโรงพยาบาลคุณภาพคู่ คุณธรรม มุ่งเน้นให้บุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี ปฏิบัติตามอัตลักษณ์ คือ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีจิตบริการ core value คือ ผู้ป่วยคือคนสำคัญ ทีมงานแข่งขัน มุ่งมั่นพัฒนา และเป็นหน่วยงานต้นแบบองค์กรแห่งความสุข ซึ่งได้ดำเนินการภายใต้แผนพัฒนาบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2566

3.2. โครงการ/กิจกรรม งบประมาณ

ตารางแสดงแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปีงบประมาณ 2566

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
1	แผนพัฒนาบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลตามแผน IDP ของแต่ละกลุ่ม/ฝ่าย (ประชุม/อบรม/สัมมนาภายนอกโรงพยาบาล) - 132 หน่วยงาน/53 กลุ่มงาน (3,416 คน)	3,000,000
2	โครงการตามนโยบาย/โครงการฉุกเฉิน/โครงการเฉพาะกิจ - โครงการพัฒนาบุคลากร CVT/พัฒนาศูนย์อุบัติเหตุ/พัฒนาศักยภาพ COPD & Asthma/พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก/พัฒนาระบบควบคุม ภายในและการบริหารความเสี่ยง/ อบรมเฉพาะทางพยาบาล (การดูแลผู้ป่วยวิกฤต,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล,หัวใจ และหลอดเลือด,ทารกแรกเกิด,ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน)/บริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล,ประชุมFAกลาง,Lean,ดูงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง,ประชุม HA National Forum,การพัฒนาศักยภาพผู้ประสานกลาง FA,การประชุม HACC	4,520,625
3	โครงการอบรมเฉพาะทางระยะเวลา ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ - 6 เดือน - อบรมเฉพาะทางหน่วยงานอื่นๆ (กายภาพบำบัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ,เภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง, โภชนบำบัด, การแพทย์แผนไทย,เวชปฏิบัติทั่วไป,เทคนิคการแพทย์,อาชีวอนามัย,เซลล์วิทยาระบบอวัยวะสืบพันธุ์)	(กลุ่มการ) 3,000,000 (กลุ่มอื่น) 1,000,000
4	โครงการพัฒนาบุคลากรภายในกลุ่มฝ่าย - การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล,การปฏิบัติ PCPR/NCPR,การช่วยฟื้นคืนชีพ,การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยระยะที่มีภาวะวิกฤติ,การดูแลผู้ป่วย Sepsis,การประชุมวิชาการกลุ่มฝ่าย ฯลฯ	210,000
5	โครงการพัฒนาบุคลากรระหว่างกลุ่มฝ่าย - การประเมินสถานะโภชนาการผู้ป่วยใน,การนิเทศทางการพยาบาล,การใช้เครื่องช่วยหายใจ,ปลูกจิตสำนึกอนุรักษ์พลังงาน,เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลโรค ไข้เลือดออก,การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงทางการบัญชี,การเฝ้าระวัง สารเคมีในโรงพยาบาล,การให้คำปรึกษา,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,กระบวนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ฯลฯ	614,600

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ(Action Plan)	วงเงิน
6	โครงการพัฒนางานวิจัย R2R/KM - การประชุมเชิงปฏิบัติการมหกรรมR2R,การพัฒนาศักยภาพครู ก,การนำเสนอผลงานทางวิชาการ,การจัดงานมหกรรมKM,การให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย,นำเสนอผลงานระดับกระทรวง,ประชุมวิชาการมหกรรมR2R ระดับภาค/ประเทศ,จัดทำวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี	1,065,000
7	โครงการพัฒนาวิชาการแพทย์ใช้ทุน - การปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน,การพัฒนาจริยธรรมและแนวทางการเพิ่มพูนทักษะ,การประชุมวิชาการประจำเดือน,การหาสาเหตุการตายและการชันสูตรพลิกศพ,อัลตราซาวด์ในภาวะฉุกเฉินและการใช้ CTScan,Trauma Life Support,Advance Cardiac Life Support,การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ,การลงความเห็นผู้ป่วยคดีและการป้องกันการถูกฟ้องร้อง	278,000
8	โครงการอบรม ACLS/BLS สำหรับพยาบาลและบุคลากร	250,000
9	โครงการจริยธรรม - การพัฒนาบุคลากรต้นแบบ,การบริหารความขัดแย้งทางจริยธรรม,ตลาดนัดความดี,การประชาสัมพันธ์อัตลักษณ์รพ.คุณธรรม,การยกระดับจิตใจ,การปฏิบัติธรรมโดยการนั่งสมาธิ	275,600
10	โครงการพัฒนาด้านคุณภาพ (HA)	896,550
11	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านการศึกษาดูงาน	448,050
รวม		15,559,925

4. ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลอุดรธานีทำการสำรวจความพึงพอใจ(บรรยากาศองค์กร)และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ด้วยแบบสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปีและการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometer ทำการสำรวจเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2556 จำนวน 834 คน, ปี 2557 จำนวน 1,431 คน ปี 2558 จำนวน 2,143 คน ปี 2559 จำนวน 2,129 คน สำหรับ ปี 2560 จำนวน 1,722 ปี 2561 จำนวน 368 ในปี 2562 มีการประเมินความสุขผ่านโปรแกรม Happinometer จำนวน 1,075 คน พบว่า ความพึงพอใจ โดยในปี 2562 มีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 60.88 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 64.56 สรุปการประเมินการประเมินความสุขรายด้าน ได้ดังนี้ 1.ด้านจิตวิญญาณดี 71.24 2.ด้านน้ำใจดี 68.46 3.ด้านใฝ่รู้ดี 64.24 4.ด้านสังคมดี 61.66 5.ด้านสุขภาพกายดี 61.28 6.ด้านครอบครัวดี 60.77 7.ด้านการงานดี 60.72 8.ด้านผ่อนคลายดี 51.20 และ 9.ด้าน สุขภาพเงินดี 48.37 สำหรับในปี 2563 มีการสำรวจผ่านทาง online โดยใช้แบบสำรวจตามแบบ Happinometer โดยมีบุคลากรตอบแบบสำรวจ จำนวน 1,748 คน พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 71.81 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 73.13 และในปี 2564 พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 69.01 และ มีความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมคิดเป็น

ร้อยละ 70.57 สำหรับปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการประเมินดัชนีความสุขคนทำงาน (Happinometer) ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งโรงพยาบาลอุดรธานีได้มีบุคลากรตอบแบบประเมิน **ทั้งสิ้น 3,027 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.01** โดยผลการประเมินความสุขบุคลากรพบว่า สุขภาพกายดี (Happy Body) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.95 ผ่อนคลายดี (Happy Relax) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 50.02 น้ำใจดี (Happy Heart) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 67.29 จิตวิญญาณดี (Happy Soul) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 68.98 ครอบครัวดี (Happy Family) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.28 สังคมดี (Happy Society) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 59.18 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 61.45 สุขภาพเงินดี (Happy Money) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 45.76 การงานดี (Happy Work Life) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เท่ากับ 58.13 โดยมี**ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม เท่ากับ 58.89 และ มีค่าเฉลี่ยความผูกพัน(Engagement) เท่ากับ 61.64** ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance) เท่ากับ 57.67

สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี 2556-2565

ความพึงพอใจและ ความผูกพัน	ปี 2556 (ร้อยละ) (834 คน)	ปี2557 (ร้อยละ) (1,431 คน)	ปี2558 (ร้อยละ) (2,143 คน)	ปี2559 (ร้อยละ) (2,129 คน)	ปี2560 (ร้อยละ) (1,722 คน)	ปี 2561 (ร้อยละ) (368 คน)	ปี 2562 (ร้อยละ) (1,075 คน)	ปี 2563 (ร้อยละ) (1,748 คน)	ปี 2564 (ร้อยละ) (823 คน)	ปี 2565 (3,027 คน)
ความพึงพอใจต่อการ ทำงานใน โรงพยาบาล อุดรธานี	66.45	69.84	70.64	70.42	76.8	71.78	60.88	71.81	69.01	58.89
ความผูกพัน ต่อ โรงพยาบาล อุดรธานี	74.23	76.75	76.51	77.39	79.4	76.44	64.56	73.13	70.57	61.64

ตารางตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด/เกณฑ์	Base Line			ไตรมาส 1 ปี 2566 (1ต.ค.-31 ธ.ค.65)		
	2563	2564	2565	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	-	50	100	80	3	30 %
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	54.20	24.47	89.01	70	อยู่ระหว่างดำเนินการ	อยู่ระหว่างดำเนินการ
3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	15	13	12	10	4	40 %

5. ปัญหา อุปสรรค

เนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา-โควิด-19 ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้เข้ารับการอบรมการพัฒนางานวิจัย R2R ได้จำนวนน้อย ทำให้มีผลงานวิจัยเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

6. ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการพัฒนาศักยภาพผลักดันให้แต่ละกลุ่มฝ่ายมีการกำหนดให้มีการจัดทำงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
3. การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย R2R และสนับสนุนให้นำเสนองานวิจัยสู่เวทีนานาชาติ
4. การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาบุคลากร เช่น โปรแกรม online

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

โรงพยาบาลอุดรธานีได้นำการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล Individual Development Plan (IDP) ที่ เป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บังคับบัญชากำหนดความจำเป็นในการพัฒนา และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เพื่อความสำเร็จของงาน โดยเป็นแผนที่ระบุเป้าหมาย และวิธีการในการพัฒนาตนเองที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นแผนที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล ให้มีสมรรถนะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง ตามแนวทางความก้าวหน้าในสายงาน

ภาคผนวก

ภาคผนวก

คณะผู้จัดทำเอกสาร

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----------------------|---------------|--|
| 1. นายแพทย์ทรงเกียรติ | เล็กตระกูล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี |
| 2. แพทย์หญิงศรีสุตา | ทรงธรรมวัฒน์ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 |
| 3. นายแพทย์สุรพงศ์ | แสนโกชน | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 2 |
| 4. แพทย์หญิงปิยะฉัตร | วรรณาสุนทรไชย | รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ |

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|--|-----------|----------------------------------|
| 1. นางจุฬารัตน์ | เวทย์จรัส | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| 2. นางสาวภิญญาดา | เมืองศรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 3. นางสาวเบญจพร | อุดมลาภ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 4. นางวรรณยา | วุฒิสาร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 5. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประเด็นตรวจราชการ | | โรงพยาบาลอุดรธานี |

หน่วยงานที่จัดทำ

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