



เอกสารประกอบการรับการตรวจ
ราชการและนิเทศงานกรณีปกติ
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
โรงพยาบาลสกลนคร
วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566



รวบรวมและเรียบเรียงโดย
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลสกลนคร

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2566 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธ์ในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบาย จากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์ จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ได้จัดทำรายงานตามประเด็นตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 เพื่อประกอบการ ตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลสกลนคร และ ผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุข ให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์ อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลสกลนคร



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดประเด็นตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2566	
ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร	1
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth	
1.1 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	15
1.2 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	21
ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	23
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	25
3.1 กลุ่มวัย	25
3.2 ผู้สูงอายุ	32
ประเด็นที่ 4 Digital Health	34
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	
5.1 ลดป่วย ลดตาย	
- STEMI	36
- STROKE	42
- NCD	51
- CANCER	51
- การป้องกันเด็กจมน้ำเด็กต่ำกว่า 15 ปี	59
- อุบัติเหตุทางท้องถนน	60
- Trauma	61
- Sepsis	63
5.2 ความมั่นคงทางสุขภาพ	71
ประเด็นที่ 6 องค์การสมรรถนะสูง	73
Area Based (ปัญหาของพื้นที่) และประเด็นติดตาม	
- พยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV CCA)	77

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

1. กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

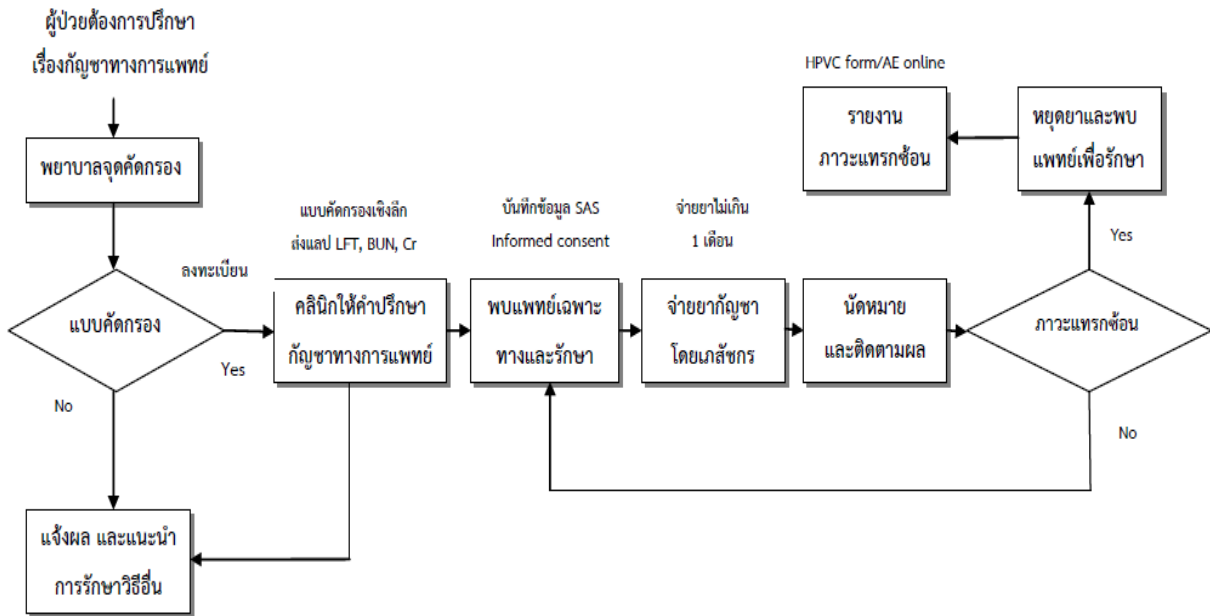
1.1 กัญชาทางการแพทย์

โรงพยาบาลสกลนครมีการจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์ระบบประสาท ผู้ให้ปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษาทุกราย และ ทุกครั้งที่มารับบริการด้วยการโทรติดตามอาการและกรอกข้อมูลลงในเอกสาร เนื่องจากกำลังอยู่ในระหว่างพัฒนาระบบโปรแกรม C-MOPH ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ขอรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกราย ต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้สารสกัดกัญชา จะไม่มีข้อห้ามใช้และผ่านการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมได้รับคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์และสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์ และผลการบำบัดรักษาตลอดระยะการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทุกราย

ปีงบประมาณ 2566 ได้ปรับขั้นตอนการให้บริการกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคอื่น ๆ เข้าถึงยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยเปิดให้บริการทุกวัน ในวันจันทร์ – ศุกร์ มาให้บริการที่ตึกรังสีรักษาชั้น 1 วันเสาร์-อาทิตย์ ให้บริการที่แผนกแพทย์แผนไทยเวลา 09.00-15.00 น. หรือ โทร. 2602 ประสานที่ ของทุกวันมีขึ้นตอนและแนวทาง ดังนี้



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลสกลนคร



ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี 2566 (3เดือน)		
		ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	100	100	100	100
2. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 100 (ปี 64 = 38 คน)	100	76	198	260.53
3. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะยะ ประคับประครองที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ workload	5	43	24	2.82



1.2 สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ผลการดำเนินงานสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ มีเป้าหมายคือ ส่งเสริมการปลูกและการแปรรูปสมุนไพร ร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70 และการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะ 2 มี 2 แห่ง มีพิธีปลูก ในวันที่ 20 พ.ค. 2564
2. รพ.สต. ดงชุมข้าวร่วมกับวิสาหกิจชุมชนไพรสกลบ้านดงยอ
3. รพ.สต. หอนงไผ่ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนผักผลไม้สมุนไพรอินทรีย์หอนงไผ่ครบวงจร
4. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 8 แห่ง อยู่ในขั้นตอนลงนามการขออนุญาตปลูก (กฎหมายเก่า)
5. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 108 แห่ง อยู่ในขั้นตอนการขออนุญาต (รอกฎหมายใหม่)

ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ยังน้อย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มุ่งเน้นการซื้อขายเชิงพาณิชย์จากการโฆษณาที่ชวนเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ทำให้หายขาดจากการเจ็บป่วย

ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน, ความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. การให้บริการแบบเครือข่าย
3. พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แก่บุคลากรสุขภาพทุกสาขา

2. การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทางการแพทย์

จากแนวทนายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ซึ่งมีแนวคิดการขับเคลื่อนสุขภาพให้เกิด “ For All Well-Being ” โดยคำนึงถึงขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร เรื่องสุขภาพจึงมิใช่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งมีภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเวลล์เนสประกอบด้วยกิจการดังนี้ 1) สถานที่พักนักท่องเที่ยวคือโรงแรมและ รีสอร์ท 2) ภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) สถานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีเป้าหมายคือติดตั้ง ศูนย์เวลเนส



(Wellness Center) เพื่อยกระดับและได้รับการรับรองให้สถานประกอบการ ประเภทสถานพยาบาล ยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดเตรียม เติร์ยมส ถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร และทบทวนเกณฑ์การจัดตั้งศูนย์ เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล ปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินการสำเร็จ คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางในการดำเนินงาน คลินิกที่ชัดเจนและมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online มีการประชุมติดตามการจัดตั้งและดำเนินงาน ทุกเดือน



ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1. การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (3,500 หน่วย)

ในปีงบประมาณ 2566 กำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 1 แห่ง ตามฐานแผนการจัดตั้งหน่วยบริการ 10 ปี งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่ายได้ดำเนินการเตรียมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงเครือ ปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานโรงพยาบาลสกลนคร ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มจากแผนได้

2. ประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน

ตำบล	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ข้อมูลครอบครัว (ปี 64)	ประชากรที่มีหมอ 3 คน	ร้อยละ (%)
		หมอปประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว			
ธาตุเชิงชุม	38,094	537	36	6	10,816	12,019	59.94
ขมิ้น	12,953	555	14	2	4,093	9,679	100.00
จัวด่อน	5,155	191	8	1	3,688	2,643	100.00
โนนหอม	6,629	163	6	1	1,785	6,629	100.00
เชียงเครือ	19,925	335	12	2	3,806	4,712	42.75
ท่าแร่	8,694	218	9	1	1,947	5,364	84.09
ม่วงลาย	3,947	106	6	1	894	2,969	97.87
ดงชน	4,690	104	6	1	1,193	4,690	100.00
ห้วยยาง	14,098	277	16	3	4,266	14,098	100.00
พังขว้าง	8,557	288	15	1	3,556	8,289	100.00
ดงมะไฟ	8,545	224	9	1	2,820	5,968	100.00
ธาตุนาเวง	2,534	66	5	1	821	2,219	100.00
เหล่าปอแดง	6,782	149	7	1	1,706	6,782	100.00
หนองลาด	4,953	144	9	1	2,932	2,810	100.00
ฮางโฮง	6,473	183	8	1	2,070	4,875	100.00
โคกก่อ	3,059	90	5	1	1,153	3,059	100.00
รวม	155,088	3,630	171	25	47,546	96,805	93.08

ปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอคคนที่ 3) จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้ง และขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิได้



ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มวัย

มารดาและทารก

ตามที่ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ 20 ปี ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด SDGs จึงได้มอบหมายให้ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบตัวชี้วัดอัตราการตายต่อเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งแสนคน ในอดีตการเสียชีวิต โดยมากเกิดจากโรคติดเชื้อ ที่แพร่ระบาด ผ่านน้ำ อาหาร อากาศ สัตว์แมลงนำโรคปัจจุบันสาเหตุการตายเกิด จากโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่นเบาหวาน ความดันโลหิต จากรายงานอัตราการตายของกองนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุสำคัญของการตายมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดระหว่าง และหลังคลอด ภาวะเส้นเลือดอุดตัน สาเหตุทางอ้อมได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และจากข้อมูล อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตหนึ่งแสนคน ของกรมอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ แนวโน้ม มารดาเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก สาเหตุทางตรง(Direct cause) คือ PPHสาเหตุ ทางอ้อม(Indirect cause) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นสาเหตุ โดยอ้อม เป็นโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ Sudden cardiac arrest / Sepsis/ CA Breast/ AF c RS Failure c CHF

วัยทำงาน

จากการดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่มีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุก กลุ่มโรค ดังข้อมูล ปี 2558-2560 ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จปีงบประมาณ 2558 จำนวน 7.37 ต่อประชากรแสนคน (13คน) ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 11.5 ต่อประชากรแสนคน (19คน) ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 5.1 ต่อประชากร (10คน) ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 7.5 ต่อประชากร (13คน) ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 11.73 ต่อประชากร (23คน) ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 10.2 ต่อประชากร (20คน) ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 8.68 ต่อประชากร (17คน) ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 9.18 ต่อประชากร (18คน)

กลุ่มงานจิตเวช ได้ศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้น โดยใช้แบบสอบถามการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกับญาติผู้สูญเสียเมื่อพร้อม และลงพื้นที่ โดยการประชุมทีม ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ. สด อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการที่พบ ก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการแก้ไขปัญหาคือช่วยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 19 คน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า คนที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่น โรคลมชัก โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีปัญหา การใช้แอลกอฮอล์และผู้มีปัญหายาเสพติด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้น

ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เป็นคนใหม่ที่ไม่เคยเข้าสู่ กระบวนการรักษา และมีปัจจัยกระตุ้น แล้วดื่มแอลกอฮอล์ การประชุมทีมในแต่ละเคสจะพบปัญหา



คล้าย ๆ กัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และแสดงความคิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชน เหล่านี้
อย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาครั้งนั้น คือ 1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย แยกเป็น ครอบครัว ชุมชน
ยาเสพติด 2) สัญญาณเตือน 3) (กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ 4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน

จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่องขึ้น 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด
ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง
และมีรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสกลนคร จึงโครงการพัฒนารูปแบบ
เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครขึ้น

1.2 ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ในปี 2562-2564 พบว่า ผู้สูงอายุ มีแนวโน้ม
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ 14.73, 15.38 และ 17.51
ตามลำดับและ ในปี 2565จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน 903,720 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
จำนวน 163,518 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 และสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
ในปี 2562-2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากร
ทั้งหมดดังนี้ 21.27, 22.45 และ 23.61 ตามลำดับและ ในปี 2565 อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีประชากร
จำนวน 114,137 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28,353 คน คิดเป็นร้อยละ 24.84 ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ 50) ผลงาน 0.50 จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่
ดำเนินการด้านสุขภาพ 1 ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ 100 ผลงาน ร้อยละ 62.50 ผู้สูงอายุร้อยละ 40
ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน
ของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ 40) ผลงาน ร้อยละ 43.85

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับจำนวน
ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ ที่ยังมีไม่เพียงพอ ประกอบกับการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดสกลนคร ส่งผลให้การดำเนินการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง รวมถึง
การลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพมีหลากหลายโปรแกรมที่ต้องลงทั้งแบบออนไลน์ และออฟไลน์ การขาดแคลน
อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone(ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีSmartphone) ความเสถียรของ
สัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้เวลาลงข้อมูลมากบางโปรแกรมเป็นการลงข้อมูลที่
ซ้ำซ้อนกัน และมีการเพิ่มโปรแกรมการลงข้อมูลแบบออนไลน์ใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ
งานใหม่ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งทำให้ต้องชี้แจงทำความเข้าใจใหม่ในทุกๆปี ความล่าช้าในการอนุมัติงบประมาณ
แผนงานโครงการต่างๆ ที่จะทำในปีงบประมาณนั้นๆ ส่วนใหญ่จะเริ่มได้ในไตรมาสที่ 2-3 จึงทำให้ข้อมูลการ
คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในไตรมาสที่ 1-3 ได้จำนวนน้อยมาก



ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

ในปีงบประมาณ 2566 นี้ โรงพยาบาลสกลนครได้ขยายการให้บริการแบบ telemedicine ออกไปในหลายแผนก ได้แก่ การตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำผ่านแอปพลิเคชัน zoom โดยแผนกจิตเวช การให้บริการติดตามการรักษาผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองโดยคลินิกฟิสิกส์บำบัดด้วยแพลตฟอร์ม หมอพร้อม Station และการตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยแผนกศัลยกรรม ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 15 มิถุนายน 2566 ของแต่ละแผนกเป็นดังนี้ (ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากแต่ละแผนก) คลินิกจิตเวช จำนวน 378 ครั้ง ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 54 ครั้ง ห้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จำนวน 355 ครั้ง รวมทั้งหมด 787 ครั้ง และดำเนินการโดย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จำนวน 1,072 ครั้ง ในด้านรายได้จากการให้บริการ telemedicine โรงพยาบาลสกลนครและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม มีการเรียกเก็บผ่านโปรแกรม e-claim แล้วจำนวน 296 ครั้ง คิดเป็นยอดเงินชดเชย 14,800 บาท และ 1,072 ครั้ง คิดเป็นยอดเงินชดเชย 44,580 บาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามปริมาณผลงานจากโปรแกรม HDC พบว่าตัวเลขผลงาน telemedicine ของโรงพยาบาลสกลนคร เป็น 201 ครั้ง และผลงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม เป็น 615 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อตรวจสอบสาเหตุแล้ว พบว่ามีสาเหตุมาจากข้อบกพร่องในโปรแกรม HMS ของโรงพยาบาลสกลนคร และการที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ได้บันทึกประเภทของการบริการเป็น telemedicine

ปัญหา/จุดร่วม หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานปัญหาด้านเทคนิคคอมพิวเตอร์ คือ โปรแกรม HMS ของโรงพยาบาลสกลนครมีบั๊กที่ทำให้ข้อมูลการบริการไม่ถูกอัปเดตลงฐานข้อมูล 43 แพ้ม ทำให้ยอดผลงานใน HDC ไม่ตรงกับบริการจริงของโรงพยาบาล และ อุปกรณ์ต่อพ่วงไม่เพียงพอ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร คลื่นโทรศัพท์ไปไม่ถึงที่อยู่ของผู้ป่วย ผู้รับบริการ ไม่มีสมาร์ตโฟน ระบบ Telemed ไม่มีเสียงแจ้งเตือนว่ามีสายเข้า ปัญหาทางด้านบุคลากรบุคลากร คือ บุคลากรไม่เข้าใจระบบการบริการและไม่ได้บันทึกข้อมูลลงระบบของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้ข้อมูลขาดหายไป และงานเรียกเก็บมองไม่เห็น service ที่จะนำไปเคลมค่าบริการจาก สปสช. และ บุคลากรรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ปัจจัยที่จะช่วยให้ความสำเร็จ คือ แพทย์ผู้ให้บริการและตัวผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ ความทั่วถึงของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนของภาครัฐและชุมชน



ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

5.1 ลดป่วย ลดตาย

1. ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

Service plan สาขาโรคหัวใจ จังหวัดสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยในเขต 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม บึงกาฬ เลย หนองคายและหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลสกลนครเป็นสถานบริการของรัฐระดับตติยภูมิ ระดับ A ขนาด 768 เตียง บริหารองค์กรตาม 5 กลุ่มภารกิจในโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตจังหวัดสกลนครและจังหวัดใกล้เคียง คือ นครพนม, บึงกาฬ ให้บริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.สกลนคร และบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 และกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัด มีโรงพยาบาล เอกชน 1 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง มี อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด (Interventionist Cardiologist) จำนวน 2 คน อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาสรีระไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiologist) จำนวน 2 คน ศัลยศาสตร์โรคหัวใจและทรวงอก(Cardiothoracic Surgery) จำนวน 2 คน และกุมารแพทย์โรคหัวใจ (Pediatric Cardiologist) จำนวน 1 คน จังหวัดสกลนคร ใน 3 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563-2565 มีจำนวน 179 , 200 และ 206 ราย และปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) มีจำนวน 163 ราย พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 10.61 , 10.50 และ 9.22 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 - มิ.ย. 2566) พบร้อยละ 12.27 (< ร้อยละ 9) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 46.16 , 68.18 และ 50 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) พบร้อยละ 60.00 (> ร้อยละ 60) และร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 54.91 61.54 และ 70.41 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค. 2565 – มิ.ย.2566) พบร้อยละ 64.29 (> ร้อยละ 60) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 คือ 469 365 และ 384 ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) คือ 322 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ภายในโรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2563 – 2565 ร้อยละ 7.67, 8.49 และ 6.25 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 7.82



2. ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของประเทศไทย และก่อให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน คือการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Human Tissue – Type Plasminogen Activator) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มารับบริการทันทีภายหลังเกิดอาการ ภายในเวลา 3-4.5 ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิตและลดความพิการทุพพลภาพได้ แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 768 เตียง ให้การบริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนครและเขตจังหวัดใกล้เคียง พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนครด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ใน 5 ของโรงพยาบาล จากสถิติ ปี 2562-2564 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 1,357 , 1,256 และ 1,262 ตามลำดับ

โรงพยาบาลสกลนครมีความพร้อมทุกด้าน ในการพัฒนาระบบ Stroke fast track มีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา 2 ท่าน และอายุรแพทย์ทั่วไป ในการสั่งการรักษา SFT มีระบบ CT และ MRI ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke unit จำนวน 30 เตียง ซึ่งผ่านการรับรองต่ออายุคุณภาพระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ครั้ง 1 (Standard Stroke Center Certify; Recreditation SSCC) ครั้งที่ 1 ระดับ 4 ดาว จากสถาบันประสาท กรรมการแพทย์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2568

โรงพยาบาลลูกข่ายที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (Node rt-PA) มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร
2. โรงพยาบาลวานรนิวาส อ.วานรนิวาส

การพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Fast Track จังหวัดสกลนคร เน้นการพัฒนาศักยภาพ Node rt-PA บูรณาการการดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ P&P Excellence และ Service Excellence มีระบบการวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงระบบการจัดการผู้ป่วยร่วมกับ Intermediate Care การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ระบบการป้องกัน ส่งเสริม การรักษา และฟื้นฟู เพื่อลดความพิการและลดอัตราการตาย ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 มีการจัดตั้ง SU (Stroke Unit) ดูแลในหอภิบาลโรคหลอดเลือดสมองเพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.สกลนคร 30 เตียง ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit 72.27%



3. ลดป่วย ลดตาย จาก NCD

3.1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป้าหมายและผลงาน (ที่มา HDC ณ 19 มิถุนายน 2566)

ผลงานเบาหวาน ปี 2562-2566 เท่ากับ 57.37, 54.72, 54.36, 52.11, 19.94 ผลงานความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 55.25, 47.53, 45.06, 45.92, 42.78 ตามลำดับ

3.2) ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายและผลงาน (ที่มา HDC ณ 19 มิถุนายน 2566)

ผลงานเบาหวาน ปี 2562-2566 เท่ากับ 57.37, 54.72, 54.36, 52.11, 19.94 ผลงานความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 55.25, 47.53, 45.06, 45.92, 42.78 ตามลำดับ

4. ลดป่วย ลดตาย จาก มะเร็ง

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสกลนคร ในด้านการคัดกรองมะเร็งในไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2566 มีดังนี้ สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 36.97 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 23.13 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง 30.28

ประเด็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ คือ การดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งกำลังดำเนินการ หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ Colonoscopy ในผู้ที่ผล Fit-test Positive กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทำได้มากกว่าร้อยละ 65 Case เดิมที่ตกค้างจากการคัดกรองเมื่อปีงบประมาณ 2563-2565 ถูกติดตามเข้ามาส่องกล้องมากกว่าร้อยละ 60 อีกประมาณร้อยละ 30 ผู้รับบริการปฏิเสธ อาจเกิดจากความล่าช้า จึงได้รีบเร่งติดตาม Case ที่คัดกรองในปี 2566 มาการทำ Colonoscopy ให้เร็วที่สุด ปัจจุบันได้รับความร่วมมือจาก รพ.สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และ รพ.พังโคน ทำให้ยอดในการทำ Colonoscopy สูงขึ้น ส่วนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ขณะนี้โรงพยาบาลสกลนครเป็นหน่วยตรวจของ 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ และสกลนคร การดำเนินงานผ่านไปด้วยดี ผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy เป็นปัจจุบัน ปัจจุบันได้รับการส่องกล้องไปแล้วมากกว่าร้อยละ 70

สำหรับตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มมา คือ ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2565 แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่าที่ควร จึงต้องหาแนวทางร่วมกันอีกครั้งในโอกาสต่อไป



5. ลดป่วยลดตายจาก การป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

ผลการดำเนินงาน มีการดำเนินการทีมผู้ก่อการดี เท่ากับ ร้อยละ 100 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (ไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร) เท่ากับ 9.8 ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน เท่ากับ ร้อยละ 100

6. ลดป่วย ลดตาย จาก อุบัติเหตุทางท้องถนน

ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 23.87 ต่อแสนประชากร

7. ลดป่วย ลดตาย จาก Trauma

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ดำเนินการพัฒนาคูณภาพระบบบริการ ECS: Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล(EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัย ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) มาอย่างต่อเนื่อง สถิติบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงสถานการณ์โรคระบาด โควิด-19

สถิติบริการ	ปี 2564 (ราย)			ปี 2565 (ราย)			ปี 2566		
	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน
1.จำนวนทั้งหมด	44,181	3,735	125	44,404	3,700	121	32,264	5,377	118
1.1 Trauma	11,968	997	34	12,493	1,041	34.2	11,968	1,994	43.8
1.2 Non Trauma	32,213	2,738	91	31,911	2,659	87.4	22,263	3,710	81.6

คัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ESI 5 ระดับ

ประเภทผู้ป่วย Triage	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)
Level 1	5,275	5,707	5,807
Level 2	9,229	10,820	13,276
Level 3	30,049	26,584	23,763
Level 4	1,394	1,029	1,418



การประเมินผล / ตัวชี้วัด

KPI	เป้าหมาย	1 ต.ค.65- 31 ธ.ค.65	
		จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	ภาพรวม < 12 %	330	6.91
	Trauma < 12 %	40	9.37
	Non Trauma < 12 %	290	6.66

นวัตกรรมที่ได้

ตู้ยา Stat dose Inventory

ปัญหา อุปสรรค

Trauma team ของแพทย์ใช้ทุน จบใหม่ มีสมรรถนะแตกต่างกันในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการวินิจฉัยล่าช้า และผิดพลาด

โอกาสพัฒนา

สร้างระบบ Tele consult

5.2 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ไตรมาส 3 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 1.4 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวนสะสม คิดเป็นร้อยละ 58.27

2. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ไตรมาส 2 ผลงาน เข็ม 1 คิดเป็นร้อยละ 92, เข็ม 2 คิดเป็นร้อยละ 86, เข็ม 3 คิดเป็นร้อยละ 36, เข็ม 4 คิดเป็นร้อยละ 5, เข็ม 5 คิดเป็นร้อยละ 0.55

3. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมเพียงพอ จำนวน 51 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

4. ทีม CDCU อำเภอเมืองสกลนคร ผ่านการฝึกอบรมและจัดตั้งแล้วจำนวน 7 ทีม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

5. มี Official document ของโรงพยาบาลสกลนครและเครือข่ายสุขภาพ ที่ระบุภัยสุขภาพสำคัญ 3 ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อหิวาต์และน้ำท่วมและ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ ที่ระบุบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีการประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือน



6. มี operational plans สำหรับภัยสุขภาพที่สำคัญ ภัยสุขภาพสำคัญ 3 ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อหิวาต์และน้ำท่วม โดยดำเนินงาน/สั่งการภายใต้ระบบบัญชาการณ (ICS) ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการฝึกซ้อมเป็นประจำทุกปี

7. มีแผน BCP โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan ทั้ง 3 แผนงาน ตามข้อ 3,4

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

แผนการเงิน รพ.สกลนคร ใช้ Planfin แบบที่ 1 NWC ประมาณ 460 ล้าน Cr.=2.09 QR=1.83 Cash 0.36 แหล่งรายได้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รายได้ UC รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง รายจ่ายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ต้นทุนยา เงินเดือนและค่าจ้างประจำ ค่าตอบแทน Unit Cost (Quick Method OPD) 1,272.36 ผ่านเกณฑ์ Unit Cost (Quick Method IPD) 12,768.36 ผ่านเกณฑ์ ผลงาน 7 Plus Efficiency Score ระดับ A- ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ และมีการจัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง 3 ปีโดยมุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณลงทุนตามนโยบาย EMS (Environment , Modernization , Service)



Area based

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)

โรงพยาบาลสกลนครบริหารจัดการตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดังนี้

โรงพยาบาลสกลนครบริหารจัดการตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ในอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ซึ่งได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ตรวจครบทั้ง 18 ตำบลและในรายที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ได้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโดยการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่
2. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจสภาวะในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปดำเนินการตรวจตั้งแต่ ปี 2559 -2560 ในพื้นที่ตำบลนาตาล อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนครแล้วพบว่าการตรวจทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถคัดกรองเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้มากขึ้น ดังนั้น ในปี 2566 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี จึงได้ดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจปัสสาวะ (OV-RDT : OV-Rapid Diagnosis Test) ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเริ่มดำเนินการ ในระหว่างวันที่ 11 – 24 กรกฎาคม 2566 โดยอำเภอเมืองสกลนคร มีตำบลเป้าหมายในการตรวจ 1 ตำบล ได้แก่ ตำบลดงมะไฟ (รพ.สต.ขมิ้น) จำนวน 350 ราย
3. การรณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบหรือสุกๆดิบๆในชุมชน หรือ ในงานบุญประเพณีในพื้นที่
4. จัดสรรยาพาราซิควอนเทลส่งไปยังพื้นที่เพื่อทำการรักษาในรายที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อเข้ามาตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลจัดการสิ่งปฏิกูลให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการรถสูบล้างให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
6. การตรวจสอบคุณภาพของบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ จากการสำรวจพบว่าระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในจังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 32 แห่ง และอยู่ในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จำนวน 8 แห่ง แต่ใช้งานได้จริงเพียง 4 แห่ง (เทศบาลตำบลจิวัดอน ท่าแร่ ดงมะไฟ(ขมิ้น) และเหล่าปอแดง 2 แห่ง) และปิดใช้งาน 3 แห่ง (เทศบาลตำบลฮางโฮง เมืองทองท่าแร่ และเทศบาลนครสกลนคร) ปัจจุบันกำลังศึกษาสภาพ ปัญหาการดำเนินงาน และการจัดการระบบบำบัด
7. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในชุมชนและโรงเรียน
8. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงและคัดกรองมะเร็ง ท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่



9. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

10. เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง OVCCA ให้ครอบคลุมมากขึ้นโดยการจัดการรายนอกคัดกรองมะเร็งแบบบูรณาการ เช่น การออกคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับหน่วยแพทย์พ.สว. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับ service plan cancer คัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก ทั้งภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ อาทิ จ.บึงกาฬ นครพนม อุดรธานี หนองคายและจังหวัดเลย

11. ข้อมูลผลงานด้านการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี 2565 จังหวัดสกลนคร มีผลงานการผ่าตัดตับทั้งหมด 10 คน โดยเป็นการผ่าตัดแบบหายขาดทั้งหมด ผู้ป่วยคาสายสวนระบายน้ำดี (PTBD) 12 รายและ ปี 2566 จังหวัดสกลนคร พบว่า มีผลงานการผ่าตัดตับทั้งหมด 13 คน โดยเป็นการผ่าตัดแบบหายขาด 12 ราย ผ่าตัดประคับประคอง 1 ราย ผู้ป่วยคาสายสวนระบายน้ำดี (PTBD) 21 ราย **ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566)**

ปี 2559-2564 จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบ จำนวน 125 ตำบล และ ดำเนินการตรวจตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (OV) โดยการตรวจอุจจาระ ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปครบทุกตำบลต้นแบบแล้ว และอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบทั้งหมด 16 ตำบล เป้าหมาย 9,960 ราย ผลงานการคัดกรอง 13,286 ราย คิดเป็นร้อยละ 133.39 ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 683 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.14 และ ผลงานการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมาย 3,750 ราย คัดกรอง 12,756 ราย คิดเป็นร้อยละ 463.85 พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 40 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75

ปี 2565 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ไม่ได้ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากได้ดำเนินการตรวจคัดกรองทุกตำบลแล้ว มีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอเมืองสกลนคร 200 ราย คัดกรองได้ 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 116.50 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

ปี 2565 จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) 469 ราย คิดเป็นอัตรา 40.89 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 1,591 ราย คิดเป็นอัตรา 138.72 ต่อแสนประชากร และปี 2565 มีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ 165 รายคิดเป็นอัตรา 14.39 ต่อแสนประชากร ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 10 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 2 ราย



รวมทั้งหมด 12 ราย ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำดี(PTBD) 12 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 49 ราย (ณ 30 กันยายน 2565)

ปี 2566 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองสกลนคร 600 ราย คัดกรองจำนวน 1,567 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 พบผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 8 ราย ทั้งหมดกำลังอยู่ในขั้นตอนรอการวินิจฉัย พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ 204 ราย ราย ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 10 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 8 ราย รวมทั้งหมด 18 ราย ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำดี (PTBD) 21 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ 23 ราย (ณ 30 มิถุนายน 2566)



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2566
วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุป
Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)					
ประเด็นที่ 1	Health For Wealth				
	- กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 5) 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ 1.3 จำนวนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด สธ.	\geq ร้อยละ 10 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 (เขตกำหนด) เขตสุขภาพ \geq 2 เรื่อง	2.13 % 518.42 % (235ราย) -	× ✓ -
	- การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ 2.1 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด 2.2 ร้อยละของศูนย์ Wellness Center /แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงขึ้น 2.3 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	ร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 20 ร้อยละ 50	รพ.สกลนคร 1 แห่ง รพ.สกลนคร 1 แห่ง -	✓ ✓ -



ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุป
ประเด็นที่ 2	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ				
	1. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ		ร้อยละ 85	ยังไม่ดำเนินงาน	-
	2. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2565 (3,500หน่วย)		ร้อยละ 52	61% (11แห่ง)	✓
	3. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจําตัว 3 คน		ร้อยละ 57	93.08%	✓
Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)					
ประเด็นที่ 3	สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ				
	1.1 กลุ่มวัยมารดาและทารก	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อ 1 แสนคน	3ราย	×
		2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ พันทารกมีชีพ	4.1	×
	เด็กปฐมวัย	1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 90)	ร้อยละ 66	94.51%	✓
		2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 35	-	-
		3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 64)	ร้อยละ 66	56.51%	-
		4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 75)	ร้อยละ 75	ไม่ได้ดำเนินงาน	-
	วัยทำงาน	1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	≤ 8 ต่อแสนประชากร	10.16	×
		2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต		146.32%	✓
	ตัวชี้วัดกำกับติดตาม	1. ร้อยละเด็กอายุ 6 -14 ปี สูงดีสมส่วน 2. รอบแวนปกติ (ประเด็นมุ่งเน้น)		ยังไม่ดำเนินงาน เนื่องจาก Covid-19	-



ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุป
	1.2 ผู้สูงอายุ	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 3. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan 4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพักพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 5. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ 6. จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟัน (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3500 ราย ทั่วประเทศ)	ร้อยละ 100 ร้อยละ 40 ร้อยละ 40 ร้อยละ 40 ร้อยละ 50 - 1 ชมรม/ตำบล ฟันเทียม 686 ราย รากฟันเทียม 40 ราย	100% - - 50 - 62.5% -	✓ - - - - -
ประเด็นที่ 4	Digital Health				
	- ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	1. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	อย่างน้อย 3 รพ./เขต บุคลากร ร้อยละ 50 ประชาชน ร้อยละ 25	มีการดำเนินงาน 85.17% 14.88%	✓ ✓ ✓



ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุป
ประเด็นที่ 5	ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ				
	ลดป่วย ลดตาย	1. NCD 2. STEMI 3. STROKE 4. RTI 5. Trauma 6. CANCER	DM \geq 50 / HT \geq 60 \geq ร้อยละ 60 อัตราการตาย < ร้อยละ 9 อัตราตาย < ร้อยละ 7 < ร้อยละ 23.87 < ร้อยละ 12 การคัดกรองมะเร็ง > 50%	DM 10.6% HT 96.1% 63.89% 12.27% 3.58% 26.91% 6.91% 91%	× ✓ ✓ × ✓ × ✓ ✓
	ความมั่นคงด้านสุขภาพ	1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด – 19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608) 2. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด – 19 ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-45 ปี 3. มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ 4. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 5. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม 6. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุภัยที่สำคัญอย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	\geq ร้อยละ 90 \geq ร้อยละ 90 ผ่านการอบรมเพียงพอ \geq ร้อยละ 95 อำเภอละ 3 ทีม อย่างน้อย 3 ภัย	- - 51 คน - 7 ทีม -	- - ✓ - ✓ -



		7. มี Operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญ 3 ภัยไว้ด้วย	อย่างน้อย 3 ภัย	มีครบ 3 ภัย	✓
		8. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่สอดคล้องกับ Operational plan	มีแผน BCP ที่สอดคล้องกับ Operation plans	มีแผน BCP	✓

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สรุป
ประเด็นที่ 6	องค์กรสมรรถนะสูง				
	การเงินการคลังสุขภาพ	1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 6 ไม่เกิน ร้อยละ 4	1	✓
		2. ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน	ระดับ 7 ไม่เกิน ร้อยละ 2 เบิกจ่ายเงินบำรุงลงทุน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	1 ยังไม่ได้ดำเนินการ	✓ -
Area based (ปัญหาระดับพื้นที่)					
	การแก้ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12				
	- พยาธิใบไม้ ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี (OV CCA)	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดจาก ปีที่ผ่านมา	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง จาก ปี 2565 ร้อยละ 15	ไม่ได้ดำเนินการ	-



ข้อมูลทั่วไป

แผนที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร



แผนที่อำเภอเมืองสกลนคร

ข้อมูลทั่วไปอำเภอเมืองสกลนคร

(1) ทำเลที่ตั้งและขนาด

อำเภอเมืองสกลนครตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตามแผนที่จังหวัดสกลนคร โดยมีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 647 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 1,023.4 ตารางกิโลเมตร

(2) อาณาเขต

ทิศเหนือ จรด อำเภอพรรณานิคม อำเภอนาหว้า (จังหวัดนครพนม) และอำเภอกุสุมาลย์

ทิศตะวันออกเฉียง จรด อำเภอโพนนาแก้วและอำเภอโคกศรีสุพรรณ

ทิศตะวันตก จรด อำเภอต่างอยและอำเภอภูพาน

ทิศใต้ จรด อำเภอกุดบากและอำเภอพรรณานิคม



(3) ภูมิประเทศ

อำเภอเมืองสกลนคร ตั้งอยู่ในที่ราบแอ่งสกลนครของตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีเทือกเขาภูพาน ขวางกั้น สภาพของภูมิประเทศโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ทางตอนเหนือของสกลนครเป็นที่ราบลุ่มสูงมีป่าไม้ที่ดิบ ตอนกลางของสกลนครเป็นที่ราบลุ่มต่ำที่เหมาะสมแก่การทำนา สำหรับตอนใต้เป็นที่ราบที่อยู่ใกล้กับเชิงเขาภูพาน อันเป็นที่เกิดแหล่งน้ำหลายสาย พื้นที่ส่วนมากมักจะมีความอุดมสมบูรณ์ทั้งป่าไม้และสัตว์ป่านานาชนิด มีแม่น้ำสำคัญหลายสาย เช่น แม่น้ำสงคราม ซึ่งเกิดจากต้นน้ำในเขตอำเภอหนองหาร จังหวัดอุดรธานี ไหลผ่านเข้าสู่เขตสกลนครผ่านลงไปสู่จังหวัดนครพนม แม่น้ำสายนี้ถือเป็นแม่น้ำสายสำคัญสายหนึ่งในแอ่งที่ราบสกลนคร ลำน้ำอูน มีต้นน้ำกำเนิดมาจากเทือกเขาภูพานในเขตสกลนคร ไหลผ่านลงมายังอำเภอกุศุดาบ อำเภอพรรณานิคม และ ไหลลงสู่เขตจังหวัดนครพนม ลำน้ำยามหรือแม่น้ำยาม มีต้นน้ำในเขตสกลนคร ไหลผ่านอำเภอสว่างแดนดิน อำเภอดอนจาน และอำเภออากาศอำนวย ลงสู่เขตจังหวัดนครพนม ก่อนที่จะไหลลงสู่แม่น้ำโขงและยังมีลำน้ำสายอื่นๆ อีกมากมาย เช่น ลำน้ำพุง ลำน้ำก่ำ และห้วยทราย ห้วยบ่อ ซึ่งเป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่ก่อให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ในพื้นที่สกลนครตลอดมา

นอกจากนี้ ยังมีบึงขนาดใหญ่ เรียกว่า "หนองหาน" อยู่ในตัวเมืองสกลนคร หนองหานเป็นหนองน้ำธรรมชาติที่ใหญ่เป็นอันดับ 3 ของประเทศ รองลงมาจากบึงบอระเพ็ด จังหวัดนครสวรรค์ และกว๊านพะเยา ในจังหวัดพะเยา หนองหานมีความยาวประมาณ 20 กิโลเมตร และกว้างประมาณ 12 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมดราว 23,125 ไร่ เป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพันธุ์ปลาและสัตว์น้ำนานาชนิด

(4) ภูมิอากาศ

ลักษณะที่ตั้งของเมืองสกลนคร เหมือนแอ่งกระทะ จึงมีสภาพอากาศที่ค่อนข้างจะร้อนอบอ้าวในฤดูร้อน และเมื่อถึงฤดูฝน มักจะมีฝนตกชุกมาก แต่ครั้งถึงฤดูหนาวก็จะมีอากาศที่หนาวเย็นมากกว่า และนานกว่าในพื้นที่อื่นๆ ของภาคอีสานลักษณะภูมิอากาศของอำเภอเมืองสกลนคร เป็นแบบมรสุม 3 ฤดู คือ

ฤดูร้อน	เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือน มิถุนายน
ฤดูฝน	เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือน ตุลาคม
ฤดูหนาว	เริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือน กุมภาพันธ์

(5) โครงสร้างพื้นฐาน

การจราจรในเขตเทศบาล โดยเฉพาะศูนย์กลางของเมืองจะมีการจราจรที่สะดวก มีไฟจราจรตามถนนสายหลักหลายสายโดยเฉพาะถนนสายที่มีการจราจรคับคั่ง ย่านชุมชนแออัด ทำให้การจราจรสะดวก มีการกำหนดให้รถวิ่งทางเดียว เช่น ในย่านตลาดสด มีการกำหนดการจอดรถวันคู่วันคี่ กำหนดช่วงเวลาจอดรถในถนนย่านสำคัญๆ และบริเวณถนนหน้าโรงเรียน

การคมนาคมทางบก การคมนาคมขนส่งในเขตเทศบาลสามารถติดต่อกับจังหวัดอื่น ๆ ได้สะดวกโดยเส้นทางรถยนต์โดยสารประจำทางหลายเส้นทางทั้งรถธรรมดาและรถปรับอากาศ ถ้าเดินทางจากกรุงเทพมหานครไปยังจังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่ใช้เส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 จากกรุงเทพฯ ผ่านจังหวัดสระบุรี จังหวัดนครราชสีมาแล้วแยกเข้าทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 23 ผ่านจังหวัด



มหาสารคามและจังหวัดกาฬสินธุ์ แยกเข้าทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 213 เข้าสู่จังหวัดสกลนคร ใช้เวลาประมาณ 10 ชั่วโมง

การคมนาคมทางอากาศ ในปัจจุบันการเดินทางโดยเครื่องบินมายังจังหวัดสกลนคร จะมีเครื่องบินบริการโดยใช้สนามบินพาณิชย์จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2547 มีเที่ยวบินของบริษัทแอร์เอเชีย และนกแอร์ ไว้ให้บริการ

(6) การกระจายอำนาจและการปกครอง

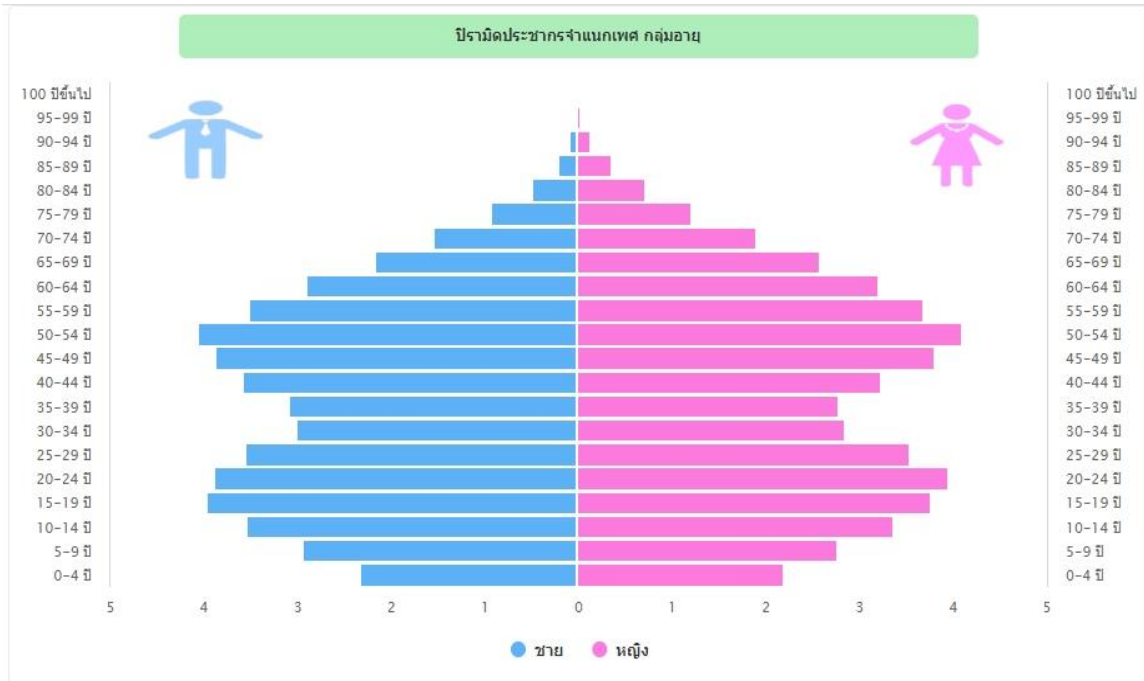
ท้องที่อำเภอเมืองสกลนครประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 17 แห่ง มีพื้นที่การ 16 ตำบล 169 หมู่บ้าน ได้แก่

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้านในเขต
1	ธาตุเชิงชุม	-
2	ขมิ้น	13 หมู่บ้าน
3	จิวด่อน	16 หมู่บ้าน
4	โนนหอม	11 หมู่บ้าน
5	เชียงเครือ	17 หมู่บ้าน
6	ท่าแร่	8 หมู่บ้าน
7	ม่วงลาย	8 หมู่บ้าน
8	ดงชน	10 หมู่บ้าน
9	ห้วยยาง	16 หมู่บ้าน
10	พังขว้าง	14 หมู่บ้าน
11	ดงมะไฟ	11 หมู่บ้าน
12	ธาตุนาเวง	5 หมู่บ้าน
13	เหล่าปอแดง	12 หมู่บ้าน
14	หนองลาด	10 หมู่บ้าน
15	ฮางโฮง	11 หมู่บ้าน
16	โคกก่อง	8 หมู่บ้าน



(7) ประชากร

พีระมิตประชากร CUP เมืองสกลนคร ปี 2566



(8) เศรษฐกิจ

ลักษณะหรือประเภทของการประกอบอาชีพของประชาชน ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทางด้าน การเกษตรกรรมเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาจะประกอบอาชีพอุตสาหกรรม ค่าส่งและค้าปลีก ประเภท อุตสาหกรรมในครัวเรือนและการประกอบการพาณิชย์กรรม การบริการต่าง ๆ

ประเภทและจำนวนสถานประกอบการด้านการพาณิชย์กรรมและบริการเฉพาะในเขตเทศบาล เช่น

1) สถานประกอบการด้านพาณิชย์กรรม

ก. สถานีบริการน้ำมัน	จำนวน	13 แห่ง
ข. ห้างสรรพสินค้า	จำนวน	4 แห่ง
ค. ตลาดสด	จำนวน	5 แห่ง
ง. ร้านค้าทั่วไป	จำนวน	205 แห่ง

2) สถานประกอบการเทศพาณิชย์

ก. สถานธนาบาล	จำนวน	1 แห่ง
ข. โรงฆ่าสัตว์	จำนวน	1 แห่ง

3) สถานประกอบการด้านบริการ

ก. โรงแรม	จำนวน	15 แห่ง
ข. ธนาคาร	จำนวน	13 แห่ง
ค. โรงภาพยนตร์	จำนวน	2 แห่ง
ง. สถานที่จำหน่ายอาหาร ตาม พ.ร.บ. สาธารณสุข	จำนวน	202 แห่ง



(9) การสาธารณสุข

มีสถานบริการตั้งอยู่ในเขต ดังนี้

โรงพยาบาลของรัฐ (รพ.ศูนย์สกลนคร) ขนาด 768 เตียง	1 แห่ง
โรงพยาบาลของรัฐ (รพ.ค่ายกฤษณ์) ขนาด 60 เตียง	1 แห่ง
คลินิกผู้ป่วยประเภتك้างคั้น ขนาด 30 เตียง	1 แห่ง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1 แห่ง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1 แห่ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ศูนย์บริการสาธารณสุข (รวมศูนย์บริการ ม.เกษตร+เรือนจำ)	29 แห่ง
สถานพยาบาลเอกชน(เขตเทศบาล)	15 แห่ง

ข้อมูลโรงพยาบาลสกลนคร

ข้อมูลทั่วไป

วิสัยทัศน์/พันธกิจ/ค่านิยม/เข็มมุ่ง

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ และศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

- พันธกิจ :**
1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
 2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
 3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
 4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
 5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม :

T : Teamwork	มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม
E : Excellence Service	การบริการสู่ความเป็นเลิศ
A : Achievement	มุ่งสู่ความสำเร็จ
M : Moral	ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรม
S : Service mind	บริการด้วยหัวใจ

กลยุทธ์ : 4 Excellence

1. Service Excellence
2. P&P Excellence
3. People Excellence
4. Governance Excellence

เข็มมุ่งโรงพยาบาลสกลนคร ปี 2566 : REFROM

R : Reform IT ปฏิรูป IT

E : Excellent Service การบริการเป็นเลิศ

F : Financial efficiency เพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง

O : Happy Organization องค์กรแห่งความสุข

R : Risk Zero ไม่มีความเสี่ยงระดับรุนแรง

M : Morality ส่งเสริมการทำความดี มีศีลธรรม

อัตลักษณ์ : รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ



ประวัติโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 768 เตียง (เตียงจริง 909) มีเนื้อที่ 75 ไร่ ตั้งอยู่เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร รหัสไปรษณีย์ 47000 บริเวณด้านหลังของโรงพยาบาล อยู่ติดหนองหาร ซึ่งเป็นทะเลสาบน้ำจืดขนาดใหญ่ที่สุดในภาคอีสาน และใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศไทย และมีทัศนียภาพที่สวยงาม

ประวัติการก่อตั้ง :

โรงพยาบาลสกลนคร ได้เริ่มทำการก่อสร้างเมื่อ พ.ศ. 2494 ในพื้นที่ธรณีสงฆ์ ซึ่งเป็นวัดร้าง มีชื่อว่า “วัดสระแก้ววิทยาราม” มีพระประธาน องค์ใหญ่ ชื่อว่า หลวงพ่อ “เลไลย์” โดยนายแพทย์ กิตติ มฤคทัต เป็นผู้รับสัญญา เนื้อที่เริ่มก่อสร้างโรงพยาบาล มีประมาณ 10 ไร่ ต่อมากรมประมงได้ยกที่ดินหนองหาร ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับโรงพยาบาลสกลนคร ให้เป็นพื้นที่ของโรงพยาบาลสกลนคร และได้เปิดทำการ 24 มิถุนายน 2496 ใช้เวลาสร้าง 2 ปี และทางโรงพยาบาลได้ถือเอา วันที่ 24 มิถุนายน 2496 เป็นวันเกิดของโรงพยาบาล มีการทำบุญเป็นประจำทุกปี และในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาล สกลนคร ได้ขยายงานการบริการให้เต็มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการเปิดให้บริการแต่ละ สาขาเพิ่มมากขึ้น จนในปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนคร ได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ขนาด 768 เตียง อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตจังหวัดสกลนคร และ จังหวัดใกล้เคียงในบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนอีก 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดบึงกาฬ

เครือข่ายการรักษา :



เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย :



ข้อมูลบุคลากร :

	ปฏิบัติจริง	ตาม จ.18
ข้าราชการ	1,181	1,196
พนักงานราชการ	40	40
ลูกจ้างประจำ	23	23
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	919	919
ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน	227	227
รวม	2,390	2,405

*ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน	192	192
รวมทั้งหมด	2,582	2,597

ลาศึกษา	20
ไปช่วยราชการ	16
มาช่วยราชการ	9



	กรอบชั้นสูง 100%	กรอบชั้นสูง 80%	มีจริง	ส่วนต่าง
1. สายวิชาชีพ	1,733	1,394	1621	-127
2. สายวิชาชีพเฉพาะ	133	107	60	47
3. สายสนับสนุนหลัก	787	629	559	70
4. Back Office	479	387	246	141
รวมทั้งหมด	3,132	2,517	2386	131

ข้อมูลการให้บริการ

การบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร

จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสกลนคร

ปีงบประมาณ 2561 – 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

หน่วย	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
คน	127,631	224,759	211,252	230,894	266,074	181,421
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	564	799	735	619	872	509
ครั้ง	580,282	446,606	456,162	527,579	549,296	377,028
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	2,028	1,561	1,594	1,884	1,921	1,781

การบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2561 – 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

หน่วย	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
วันนอนเฉลี่ย	6	6	6	6	6	5
อัตราการครองเตียง	108.08	105.32	97.29	99.61	117.33	89.49
ผู้ป่วยในที่ต้องดูแล (เฉลี่ย คน/วัน)	830	809	747	765	901	687
จำนวนเตียงของ รพ.	768	768	768	768	768	768



10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Chronic renal failure	67,123
2	Type 2 diabetes mellitus	30,023
3	Essential (primary) hypertension	23,638
4	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	18,749
5	Malignant neoplasm of breast	10,681
6	Other disorders of muscle	7,540
7	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	6,625
8	Calculus of kidney and ureter	5,953
9	Chronic ischemic heart disease	5,658
10	Spondylosis	5,456

10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Intracranial injury	1,255
2	Cerebral infarction	1,177
3	Calculus of kidney and ureter	1,035
4	Type 2 diabetes mellitus	984
5	Pneumonia, organism unspecified	825
6	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin	808
7	Acute myocardial infarction	675
8	Chronic renal failure	662
9	Thalassemia	605
10	Acute appendicitis	584



10 อันดับโรค OP Refer In โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย.66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Other and unspecified injuries of head	1,299
2	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	873
3	Calculus of kidney and ureter	728
4	Pneumonia, organism unspecified	555
5	Chronic renal failure	548
6	Essential (primary) hypertension	461
7	Fever of unknown origin	380
8	Acute appendicitis	372
9	Other and unspecified injuries of wrist and hand	333
10	Cardiomyopathy	327

10 อันดับโรค OP Refer out โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย.66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Malignant neoplasm of thyroid gland	79
2	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	63
3	Congenital malformations of cardiac septa	54
4	Malignant neoplasm of cervix uteri	50
5	Chronic renal failure	50
6	Malignant neoplasm of breast	48
7	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	46
8	Systemic lupus erythematosus	43
9	Other strabismus	30
10	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	30



10 อันดับโรค IP Refer In โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Cerebral infarction	631
2	Intracranial injury	619
3	Acute myocardial infarction	477
4	Pneumonia, organism unspecified	360
5	Fracture of forearm	331
6	Acute appendicitis	323
7	Fracture at wrist and hand level	230
8	Chronic renal failure	199
9	Fracture of lower leg, including ankle	189
10	Intracerebral hemorrhage	178

10 อันดับโรค IP Refer Out โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย. 66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	18
2	Malignant neoplasm of bronchus and lung	13
3	Acute myocardial infarction	13
4	Pneumonia, organism unspecified	11
5	Systemic lupus erythematosus	11
6	Benign neoplasm of meninges	8
7	Cholelithiasis	8
8	Abnormal findings on diagnostic imaging of lung	6
9	Injury of eye and orbit	6
10	Intracerebral hemorrhage	5



10 อันดับสาเหตุการเสียชีวิต โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค 65. - มิ.ย.66)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Pneumonia, organism unspecified	76
2	Acute myocardial infarction	69
3	Intracranial injury	48
4	Viral pneumonia, not elsewhere classified	42
5	Shock, not elsewhere classified	42
6	Intracerebral hemorrhage	36
7	Cerebral infarction	31
8	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	29
9	Other septicemia	28
10	Heart failure	22

ข้อมูล จากกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ ณ วันที่ 5 มิถุนายน 2566

ข้อมูลจำนวนเตียง :

หมวดเตียง	จำนวนเตียง
เตียงตามกรอบ	768
รวมจำนวนเตียงจริงทุกแผนก	909
เตียงแผนกสูติ-นรีเวชกรรม (รวม)	84
เตียงแผนกสูติ-นรีเวชกรรม (สามัญ)	60
เตียงแผนกสูติ-นรีเวชกรรม (พิเศษ)	24
เตียงแผนกศัลยกรรม (รวม)	158
เตียงแผนกศัลยกรรม (สามัญ)	120
เตียงแผนกศัลยกรรม (พิเศษ)	38
เตียงแผนกอายุรกรรม (รวม)	320
เตียงแผนกอายุรกรรม (สามัญ)	238
เตียงแผนกอายุรกรรม (พิเศษ)	82
เตียงแผนกกุมารเวชกรรม (รวม)	102
เตียงแผนกกุมารเวชกรรม (สามัญ)	90
เตียงแผนกกุมารเวชกรรม (พิเศษ)	12
เตียงแผนกศัลยกรรมกระดูก (รวม)	102
เตียงแผนกศัลยกรรมกระดูก (สามัญ)	78
เตียงแผนกศัลยกรรมกระดูก (พิเศษ)	24
เตียงแผนกศัลยกรรมประสาท	30
เตียงแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ	25



หมวดเตียง	จำนวนเตียง
เตียงตามกรอบ	768
รวมจำนวนเตียงจริงทุกแผนก	909
เตียง Burn Unit	2
เตียงแผนกหัวใจและหลอดเลือด	20
เตียง Semi ICU	0
เตียงแผนกหุ คอ จมูก	25
เตียงแผนกตา	25
เตียงแผนกผู้ป่วยจิตเวช	16

ข้อมูลจำนวนเตียง ICU :

หมวดเตียง	จำนวนเตียง
รวมจำนวนเตียง ICU ทุกแผนก	88
เตียง ICU ทั่วไป	0
เตียง NICU (ทารกแรกเกิด)	10
เตียง CCU	8
เตียง ICU แผนกสูติ-นรีเวชกรรม	0
เตียง ICU แผนกศัลยกรรม	8
เตียง ICU แผนกอายุรกรรม	8
เตียง ICU แผนกกุมารเวชกรรม	8
เตียง ICU แผนกหัวใจและหลอดเลือด	6
เตียง ICU แผนกศัลยกรรมระบบประสาท	8
เตียง ICU แผนกวิกฤตระบบทางเดินหายใจ	8
เตียง ICU วิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ	8
เตียง ICU แผนกโรคติดเชื้อ	8
เตียง ICU แผนกวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่	8
ห้องผ่าตัด	19



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

สถานการณ์

จังหวัดสกลนคร เป็นจังหวัดหนึ่งในเขต 8 ที่เริ่มนำกัญชามาใช้ ทั้งการศึกษาวิจัยในสถานศึกษา ต่างๆ การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยแห่งแรก รวมถึงอโรคยาศาล วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ได้นำมาใช้ในการรักษาและบรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วย โรคมะเร็งภายในวัดร่วมกับทำการศึกษาวิจัยอีกด้วย ดังนั้นในการผลักดันสารสกัดกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและปลอดภัย ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์อย่างมืออาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร จึงได้จัดตั้งสถานบริการที่เปิดให้บริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นแห่งแรกของจังหวัดสกลนคร โดยจะเน้นให้การรักษาในโรคที่กำหนดว่ากัญชาได้ผลเป็นหลัก เปิดให้บริการทั้งในด้านแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยทุกวันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยเริ่มวันแรก คือวันที่ 16 มกราคม 2563

มีบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 7 คน เภสัชกรจำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน และแพทย์แผนไทยจำนวน 6 คน ผ่านการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ หลักสูตรจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้อมูลโรงพยาบาลสกลนคร

ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลสกลนคร มีแผนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้บริการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ โดยจะเน้นให้การรักษาในโรคที่กำหนดว่ากัญชาได้ผลเป็นหลัก ได้แก่ ในกลุ่มผู้ป่วย พาร์กินสัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง โรคลมชัก ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาท โรงพยาบาลสกลนคร จึงได้พัฒนาศักยภาพ เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ขึ้น ได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสกลนคร จัดรูปแบบ One Stop Service ตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2563 ให้บริการทุกวันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยมีผลิตภัณฑ์กัญชาประเภท THC:CBD (1:1) - ขวดละ 5 ml/ขวด, THC 0.5 mg/ drop 5 ml/ขวด ตำรับยาสุขไสยาสน์ และ ตำรับแก้เส้นแก้ลม

ปีงบประมาณ 2564 ไตรมาสที่ 1 ภายหลังให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2563 ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลสกลนคร จึงได้รับการสนับสนุนจากองค์การเภสัชกรรม ได้แก่ THC:CBD (1:1) ขวดละ 5 ml/ขวด, THC 0.5 mg/ drop 5 ml/ขวด จำนวนชนิดละ 50 ขวด ได้รับการสนับสนุนยาเพิ่ม จากกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ได้แก่ ยาน้ำมันกัญชาหอมตะชา ยาไฟอวูธ ยาอัคคินิวคณะ ยาไพโรสาลี ยาอโยสาลี ยาอัมฤตโอสถ และยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง



ปีงบประมาณ 2565 ตุลาคม – พฤษภาคม มีผู้รับบริการรายใหม่ แผนไทย 73 ราย ไม่มีผู้รับบริการแผนปัจจุบันรายใหม่ รวมผู้รับบริการทั้งหมด คงเหลือจำนวน 37 ราย รับประทานสมุนไพรที่มีกัญชาแผนไทย 73 ราย แผนปัจจุบัน 7 ราย

ปีงบประมาณ 2566 ตุลาคม - ธันวาคม มีผู้รับบริการรายใหม่ แผนไทย 54 ราย มีผู้รับบริการแผนปัจจุบันรายใหม่ 4 ราย รวมผู้รับบริการทั้งหมด คงเหลือจำนวน 58 ราย โรคที่ให้การรักษาส่วนใหญ่เป็น พาร์กินสัน กลุ่มปลอกประสาทอักเสบ และโรคลมชัก นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย เป็นต้น และโรคที่ให้การรักษาดูแลสำหรับแพทย์แผนไทยได้แก่ Insomnia เบื่ออาหาร ปวดเมื่อย และเหน็บชา จากการติดตามอาการไม่พบอาการข้างเคียงของยา

ตารางที่ 1 กลุ่มโรค ผลิตรักษาที่กัญชาแผนปัจจุบันที่ใช้ และผลการรักษา

ลักษณะอาการ ข้อบ่งชี้	ผลิตภัณฑ์กัญชา	ผลการรักษา
Spastic pain	THC	อาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ปวดเกร็งลดลง
Myofacial pain		
Parkinson	CBD	อาการสับสนมีนงงดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น อาการปวดเกร็งดีขึ้น
Standid insatability		

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน)

กลุ่มยากัญชา	จำนวนการใช้ทั้งหมด
ยาสกัดจากกัญชา Tetrahydrocannabinol (THC-Enriched)	3
ยาสกัดจากกัญชา Cannabidiol (CBD-Enriched)	3
THC (Tetrahydrocannabinol) และ CBD (Cannabidiol) ที่มีสัดส่วนของ THC: CBD (1:1)	1
รวม	7

หมายเหตุ ยาแผนปัจจุบันมีเฉพาะโรงพยาบาลสกลนคร

ตารางที่ 3 กลุ่มอาการ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และตำรับยาแผนไทยที่ใช้ในโรงพยาบาลสกลนคร

ลำดับ	กลุ่มโรค/อาการ	จำนวนครั้งที่มารับบริการ	ตำรับยาที่จ่าย
1	นอนไม่หลับ	171	สุขไสยาสน์, น้ำมันหอมเดชา
2	ปวดกล้ามเนื้อ	38	แก้ลมแก้เส้น, น้ำมันหอมเดชา
3	ผื่นคัน	10	ยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง
4	ปวดศีรษะ	5	แก้ลมขึ้นเบื้องสูง



ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินงาน/ มาตรการที่สำคัญ

จังหวัดสกลนคร มีมาตรการที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1. สนับสนุน

- 1.1 การพัฒนาระบบให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.2 อบรมผู้รับผิดชอบคลินิก ให้คำปรึกษากัญชาของโรงพยาบาล
- 1.3 อบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ สำหรับพยาบาล

2. สนับสนุนการปลูก

- 2.1 สนับสนุนให้มีพื้นที่การปลูกกัญชาต้นแบบ/นำร่องในจังหวัด
- 2.2 ส่งเสริมการแปรรูปตำรับกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)
- 2.3 ควบคุม กำกับ ดูแลผลิตภัณฑ์กัญชาและยาเสพติดให้โทษให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด

3. ส่งเสริมการศึกษาวิจัย

3.1 มีการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ระดับจังหวัด

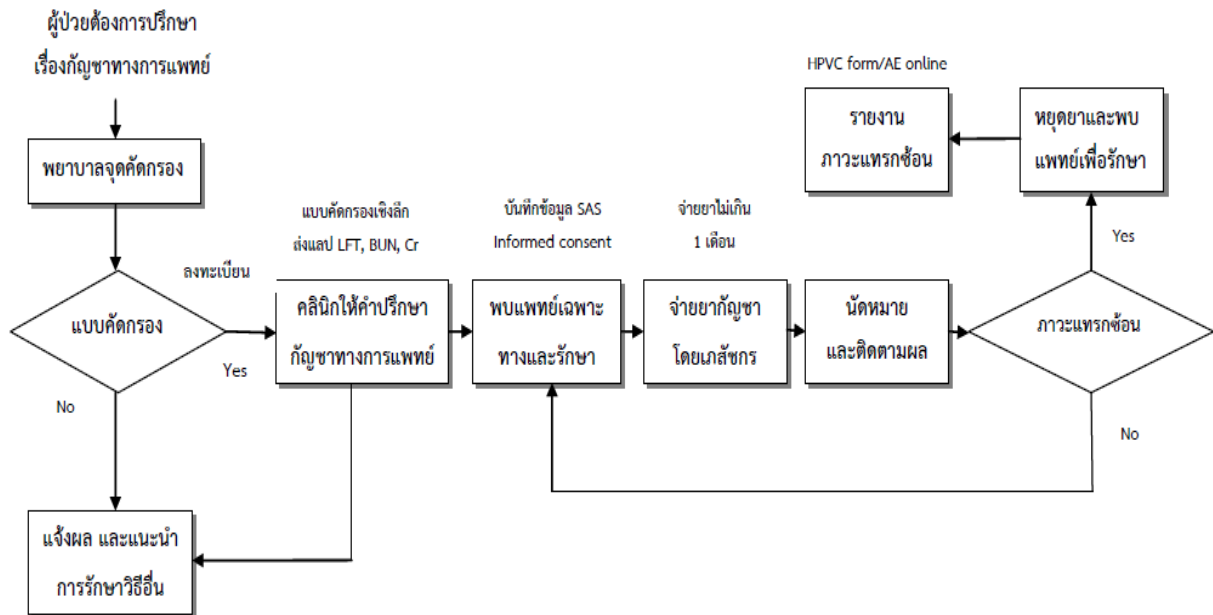
โรงพยาบาลสกลนคร

มีการจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์ระบบประสาท ผู้ให้ปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด

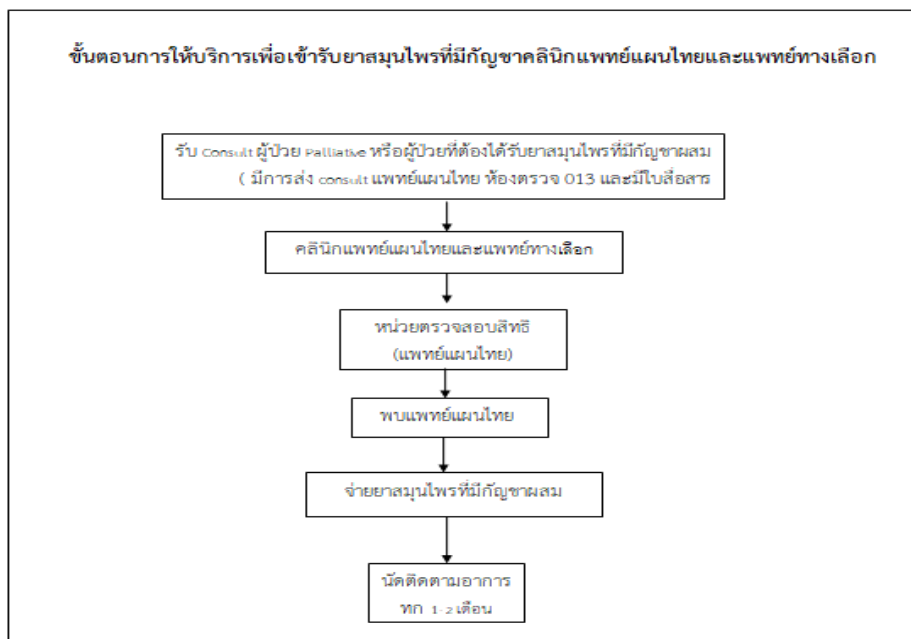
มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษาทุกราย และทุกครั้งที่มาใช้บริการ ด้วยการโทรติดตามอาการและกรอกข้อมูลลงในเอกสาร เนื่องจากกำลังอยู่ในระหว่างพัฒนาระบบโปรแกรม C-MOPH ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ขอรับบริการ ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกรายต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้สารสกัดกัญชา จะไม่มีข้อห้ามใช้และผ่านการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมได้รับคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์และสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์ และผลการบำบัดรักษาตลอดระยะการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทุกราย



ขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลสกลนคร



ปีงบประมาณ 2566 ได้ปรับขั้นตอนการให้บริการกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคอื่น ๆ เข้าถึงยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นโดย เปิดให้บริการทุกวัน ในวันจันทร์ – ศุกร์ มาให้บริการที่ตึกรังสีรักษาชั้น 1 วันเสาร์-อาทิตย์ ให้บริการ ที่แผนกแพทย์แผนไทยเวลา 09.00-15.00 น. หรือ โทร. 2602 ประสานที่ ของทุกวันมีขั้นตอนและ แนวทาง ดังนี้



ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี 2566 (3เดือน)		
		ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	100	100	100	100
2. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 100 (ปี 64 = 38 คน)	100	76	198	260.53
3. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครองที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ workload	5	43	24	2.82

หัวข้อ

สมุนไพรมะเขือเทศ

1. การปลูกกัญชาและสมุนไพรมะเขือเทศ ใน รพ.สต ในระยะ 2 มี 2 แห่ง มีพิธีปลูก ในวันที่ 20 พ.ค. 2564
2. รพ.สต. ดงชุมข้าวร่วมกับวิสาหกิจชุมชนไพรสกลบ้านดงยอ
3. รพ.สต. หนองไผ่ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนผักผลไม้สมุนไพรมะเขือเทศหนองไผ่ครบวงจร
4. การปลูกกัญชาและสมุนไพรมะเขือเทศ ใน รพ.สต ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 8 อยู่ในขั้นตอนลงนามการขออนุญาตปลูก (กฎหมายเก่า)
5. การปลูกกัญชาและสมุนไพรมะเขือเทศ ใน รพ.สต ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 108 อยู่ในขั้นตอนการขออนุญาต (รอกฎหมายใหม่)

ตัวชี้วัด

ร้อยละเมืองสมุนไพรมะเขือเทศผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ส่งเสริมการปลูกและการแปรรูปสมุนไพรมะเขือเทศ	- ออกเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงาน	- ลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน - ให้คำแนะนำ	เมืองสมุนไพรมะเขือเทศผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70



Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
รับนโยบาย ประชุม เพื่อเตรียมแผน โครงการ	ดำเนินการตามแผน โครงการส่งเสริม การปลูกและการแปร รูปสมุนไพร	ติดตามผลการดำเนิน โครงการส่งเสริม การปลูกและการแปร รูปสมุนไพร	- สรุปผลการดำเนิน โครงการ - เมืองสมุนไพรผ่าน เกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 70

ปัญหาอุปสรรค

จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ยังน้อย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ มุ่งเน้นการซื้อ ขายเชิงพาณิชย์จากการโฆษณาที่ชวนเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ทำให้หายขาดจากการเจ็บป่วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. การให้บริการแบบเครือข่าย
3. พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แก่บุคลากร

สุขภาพทุกสาขา

โอกาสพัฒนา

1. การพัฒนาการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online เช่น website intranet, internet, FB, YouTube
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการ และความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ผ่านสื่อ online เช่น FB, YouTube, TikTok

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัย
2. สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้ประชาชน ผ่านเครือข่ายดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

ผู้รายงาน นางสาวจวีรัตน์ เทออรุณ

นางสาววรางคณา นาอุดม

โทรศัพท์ 08-07942326 และ 08-24810163

ข้อมูล ณ วันที่ 27 มิ.ย. 2566



ประเด็นการตรวจราชการ

1.2 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 46 ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 20

สถานการณ์ / ความเป็นมาของปัญหา

จากแนวทงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ซึ่งมีแนวคิดการขับเคลื่อนสุขภาพให้เกิด “ For All Well-Being ” โดยคำนึงถึงขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร เรื่องสุขภาพจึงมีใช้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งมีภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเวลเนส ประกอบด้วยกิจการดังนี้ 1) สถานที่พักผ่อนท่องเที่ยวคือโรงแรมและรีสอร์ท 2) ภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) สถานพยาบาล ในภาวะสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางการดูแลสุขภาพปรับเปลี่ยนไปสู่ ทิศทางการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มุ่งหมายการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี จากองค์ความรู้ และภูมิปัญญาสุขภาพร่วมสมัย โดยเฉพาะช่วงนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ศูนย์เวลเนสจะเป็นนวัตกรรมสุขภาพร่วมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่ดีเพื่อทุกคน

ศูนย์เวลเนส หมายถึง เป็นสถานที่ซึ่งผู้รับบริการจะได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้ง รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ในวิธีการทำให้ตนเอง คนใกล้ชิด หรือครอบครัว มีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความเชื่อ จนเกิดความตระหนักรู้ โดยได้รับคำแนะนำ ได้รับคำปรึกษา หรือได้รับบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสุขภาพของร่างกายและจิตใจ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ จึงได้เตรียมการจัดตั้งศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาลนี้ขึ้น

ตัวชี้วัด ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 20

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
เพื่อยกระดับสถานประกอบการ ประเภทสถานพยาบาล ให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)	1. เตรียมสถานที่วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร 2. ประเมินตนเอง 3. รับการประเมิน	ติดตามการดำเนินงานตามแผนอย่างเคร่งครัด	ได้รับการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล



Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร 2. ทบทวนเกณฑ์การจัดตั้งศูนย์เวชเนส ประเภทสถานพยาบาล	1. ประเมินตนเองตาม เกณฑ์ศูนย์เวชเนส ประเภท สถานพยาบาล	1. รับการประเมิน เพื่อเป็นศูนย์เวชเนส ประเภท สถานพยาบาล	1. ได้รับการรับรอง เป็นศูนย์เวชเนส ประเภท สถานพยาบาล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. มีแนวทางในการดำเนินงานคลินิกที่ชัดเจนและมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online
4. มีการประชุมติดตามการจัดตั้งและดำเนินงานทุกเดือน

โอกาสพัฒนา

1. บูรณาการศูนย์เวชเนส ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆในภาคีเครือข่าย

ผู้รายงาน นางสาวรวงคณา นาอุดม
โทรศัพท์ 08-24810163



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด 16 : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (3,500 หน่วย)

เป้าหมาย และผลงาน

งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย มีเป้าหมายการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด จำนวน 18 แห่ง ขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 11 แห่ง และในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 กำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จำนวน 1 แห่ง ตามฐานแผนการจัดตั้งหน่วยบริการ 10 ปี

สรุปสถานการณ์

งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย ได้ดำเนินการเตรียมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงเครือโพธิ์ชัย

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ปัญหาที่พบในปัจจุบัน โรงพยาบาลสกลนครขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มจากแผนได้

ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด 17 : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

เป้าหมาย และผลงาน

กำหนดให้ปี 2566 ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน (ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 57)

สรุปสถานการณ์

ตำบล	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ข้อมูลครอบครัว (ปี 64)	ประชากรที่มีหมอ 3 คน	ร้อยละ (%)
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว			
ธาตุเชิงชุม	38,094	537	36	6	10,816	12,019	59.94
ขมิ้น	12,953	555	14	2	4,093	9,679	100.00
จิวัดอน	5,155	191	8	1	3,688	2,643	100.00
โนนหอม	6,629	163	6	1	1,785	6,629	100.00
เชียงเครือ	19,925	335	12	2	3,806	4,712	42.75
ท่าแร่	8,694	218	9	1	1,947	5,364	84.09
ม่วงลาย	3,947	106	6	1	894	2,969	97.87
ดงชน	4,690	104	6	1	1,193	4,690	100.00
ห้วยยาง	14,098	277	16	3	4,266	14,098	100.00
พังขว้าง	8,557	288	15	1	3,556	8,289	100.00
ดงมะไฟ	8,545	224	9	1	2,820	5,968	100.00
ธาตุนาเวง	2,534	66	5	1	821	2,219	100.00
เหล่าปอแดง	6,782	149	7	1	1,706	6,782	100.00
หนองลาด	4,953	144	9	1	2,932	2,810	100.00
สาวโอง	6,473	183	8	1	2,070	4,875	100.00
โคกก่อง	3,059	90	5	1	1,153	3,059	100.00
รวม	155,088	3,630	171	25	47,546	96,805	93.08

ร้อยละ (%) = (ข้อมูลครอบครัว + ประชากรที่มีหมอ 3 คน) / จำนวนประชากรทั้งหมด



ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

1. ข้อมูลประชากรไม่เป็นปัจจุบัน ปรับปรุงข้อมูลยาก เพราะต้องคีย์เข้าไปเองทั้งหมด โดยที่มีข้อมูลใน HDC อยู่แล้ว แต่ต้องเพิ่มข้อมูลเองทั้งหมด

2. เมื่อมีการพ้นสภาพของ อสม. ต้องนำข้อมูล อสม. คนใหม่เข้าไปแทน คีย์ข้อมูลยาก ซ้ำซ้อน และสามารถคีย์ข้อมูลได้ครั้งละ 1 คน เท่านั้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. ทำโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อบันทึกออฟไลน์ โดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล รพ.สต. (jhcis หรือ hosxp) แล้วค่อยอัปโหลดขึ้นเว็บไซต์ ในรูปแบบ Excel หรือ Text file

ปัจจัยความสำเร็จ

-

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

-



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : 3.1 สุขภาพกลุ่มวัย

มารดาและทารก

หัวข้อตัวชี้วัด อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

เป้าหมายผลงาน

1. ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75 00
2. ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 50
3. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
4. ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50
5. การตายของมารดาตลลงร้อยละ 30 ของปีที่ผ่านมา
6. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

สถานการณ์

ตามที่ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ 20 ปี ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด SDGs จึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบตัวชี้วัดอัตราการตายต่อเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ในอดีตการเสียชีวิตโดยมากเกิดจากโรคติดเชื้อ ที่แพร่ระบาด ผ่านน้ำ อาหาร อากาศ สัตว์แมลงนำโรคปัจจุบันสาเหตุการตายเกิดจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่นเบาหวาน ความดันโลหิต จากรายงานอัตราการตายของกองนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุสำคัญของการตายมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดระหว่างและหลังคลอด ภาวะเส้นเลือดอุดตัน สาเหตุทางอ้อมได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และจากข้อมูลอัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ของกรมอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ แนวโน้มมารดาเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก สาเหตุทางตรง(Direct cause) คือ PPHสาเหตุทางอ้อม(Indirect cause) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นสาเหตุโดยอ้อม เป็นโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ Sudden cardiac arrest / Sepsis/ CA Breast/ AF c RS Failure c CHF

แนวทางพัฒนา

- 1.ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงควรได้รับ คำแนะนำการดูแลสุขภาพ แนะนำทำหมัน
- 2.ทบทวนแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เน้นระบบการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ได้รับการดูแล
3. พัฒนางองค์ความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และทารก ในโรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต.
3. สื่อสาร แนวทางการดูแล high risk pregnancy, Early warning signs ให้ทุกหน่วยงานรับทราบทั้ง OPD, ER, ANC, LR, ปฐมภูมิ ให้เข้าใจตรงกัน
4. การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤติ เช่น Respiratory failure ต้องใช้เกณฑ์ทั้งทางสูติกรรมและอายุรกรรม มีการวางแผนจัดระบบการดูแลที่ปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์ ทุกจุดบริการหัวข้อตัวชี้วัด



หัวข้อตัวชี้วัด ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน**เป้าหมายผลงาน**

- 1.เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ 90
- 2.เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66

สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทย มีประเด็นความท้าทายการพัฒนาในหลายมิติที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วรวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ในขณะที่วัยกลางคนและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะยาว ที่จะมุ่งวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและสามารถเปลี่ยนผ่านประเทศไปพร้อมกันกับการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ใหม่ของโลกได้” จึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและเสริมศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เพื่อการพัฒนาในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่งและมีคุณภาพ ซึ่งข้อมูลทางวิชาการพบว่า สมองมีการพัฒนาการอย่างมากถึงร้อยละ 92 ในช่วงปฐมวัย ดังนั้นจึงเป็นต้นน้ำของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม เพิ่มการกระจายรายได้และพัฒนาการให้บริการทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และขับเคลื่อนประเทศสู่เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2564-2570 คือ เด็กปฐมวัยทุกคน ต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน เต็มศักยภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมระดมทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมส่งผลเมืองคุณภาพของชาติ

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ภาควิชาการภายใต้การบูรณาการความร่วมมือ กลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ในการร่วมขับเคลื่อน การดำเนินการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต สำหรับในกลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวงหลัก จึงเกิดความร่วมมือผ่านภาควิชาการภายใต้การยกระดับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เป็นมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยมุ่งเน้นดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย ต่อเนื่องจนถึงเด็กอายุ 5 ปี โดยขับเคลื่อนงานผ่านกลไก “ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ 4 D ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้เจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จากผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – มิ.ย.66) พบว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละสูงดีสมส่วน อยู่ที่ร้อยละ 56.51 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 25652 ร้อยละ 0.73 (เกณฑ์ปี 66 ร้อยละ 66) ส่วนสูงเฉลี่ยชาย อยู่ที่ 108.36 เซนติเมตร (เกณฑ์ 113 ซม.) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง อยู่ที่ 107.68 เซนติเมตร (เกณฑ์ 112 ซม.) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 12.35 (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 10) และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 9.78 มีภาวะผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 14.47 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5) และความครอบคลุมการของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง อยู่ที่ร้อยละ 56.91



ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

1. ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาล สกลนคร ได้มีการโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ทำให้หน่วยบริการหลายแห่ง ยังรอนโยบาย/ข้อสั่งการ ในการปฏิบัติงาน โดยการดำเนินงานของหน่วยบริการเชิงรับและรักษาพยาบาล เป็นหลัก

2. รูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการที่ต้องมีการขอ Authen Code เป็นอุปสรรคในให้บริการ ช่างหนัก วัดสวนสูง โดย อสม.

3. ใน PP Workload กำหนดให้ตรวจคัดกรองพัฒนาเด็ก 0 – 5 ปี ปัจจุบันพื้นที่ดำเนินการได้ยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งการคัดกรองพัฒนาการให้บริการกลุ่มเป้าหมายเฉลี่ย ปีละ 1 ครั้ง ตามช่วงอายุ แต่การชั่งน้ำหนัก วัดสวนสูง ต้องติดตามทุก 3 เดือน จึงทำให้ผลงาน และค่าที่ได้ ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน

4. อุปกรณ์การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐานและขาดการสอบเทียบ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. การกำหนดค่าตอบแทนบริการ การดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และการแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการ ของเด็ก 0 – 5 ปี ใน PP Work load หรือ PP Fee Schedule ตาม PP Basic Service ของ สปสช.

2. การกำหนดแนวทางบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus ที่ชัดเจนในทุกหน่วยงาน

3. พัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงใน เด็ก ปฐมวัย

4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตาม MOU ซึ่งเป็นต้นสังกัดของโรงเรียน และสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัย จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ความสูงและแก้ปัญหาทุพโภชนาการ

5. นิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน คั้นและ ร่วมกันหาแนว ทางแก้ไขปัญหา และอุปสรรค

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและการ เจริญเติบโตของ เด็กปฐมวัย

2. การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขและบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

1. ติดตามตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต

2. ติดตามการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ



วัยทำงาน

ตัวชี้วัด อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากรสถานการณ์

องค์การอนามัยโลกสถิติปี 2562 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายราว 703,000 คน โดยอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 9.0 คนต่อประชากรหนึ่งแสน ขณะที่การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ 77% เกิดในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง การระบาดของโรคโควิด -19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคม ทั้งจากภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง ปัญหารายได้ ปัญหาการปิดเมือง ประชาชนมีความเครียด ซึมเศร้า จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ขณะนี้การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทุกๆ ปีจะมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 8 แสนคน เฉลี่ย 1 คนในทุกๆ 40 วินาที โดย 78% เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง

ประเทศไทยแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายใน ประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่ามีคนที่ยกยอฆ่าตัวตายจำนวนมากและมีมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึงกว่า 10 เท่าตัว โดยกรมสุขภาพจิตได้ประมาณการในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 5 หมื่นกว่าคน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน ที่พยายามทำร้ายตนเอง

จากข้อมูลศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติของกรม สุขภาพจิตได้รวบรวมสถิติการฆ่าตัวตายของคนไทยจากใบมรณะบัตร พบว่า ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาคนไทยฆ่าตัวตาย สำเร็จประมาณ 4,000 คน/ปี โดยในปี 2560 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,934 คน อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.03 คนต่อ ประชากรแสนคน โดยผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4.4 เท่า พบการฆ่าตัวตายมากที่สุดในกลุ่มวัยแรงงานคือ อายุ 40-49 ปี จำนวน 858 คน อายุ 30-39 ปี จำนวน 835 คน อายุ 50-59 ปี จำนวน 725 คน ส่วนการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 801 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการฆ่า ตัวตาย 562 คนในปี 2554 สาเหตุสำคัญคือ ผู้สูงอายุมีโรคภัยไข้เจ็บ เกิดความรู้สึกเหงาและว่าเหว วิดวกังวลว่าจะไม่ มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องหาเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก 3.6% ในปี 2537 เป็น 10.8% ในปี 2560 โดยเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและไม่มีผู้ดูแลปรนนิบัติถึง 88.9% สาเหตุของการฆ่าตัวตายอาจจะไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่มักจะเกิดจากปัญหาที่ทับซ้อนสะสมและหาทางออกไม่ได้ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดครอบครัวมีปัญหา ปัญหาการเจ็บป่วยโรค เรื้อรังทางกาย และขาดคนดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจในกลุ่มวัยแรงงานทำให้มีความเครียด สะสมและกลายเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ ประมาณ 50% ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า องค์การอนามัย โลกได้ประมาณการประชากรมากกว่า 300 ล้านคน หรือ 4% ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัว ตายสูงถึง 20.4% ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือ 2.5% ของประชากรไทย และผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 1.7 เท่า จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณวันละ 10-12 คน เฉลี่ยทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด เลขาธิการ สสช. กล่าวว่า สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายต้องเริ่มจากครอบครัวเพราะอยู่ ใกล้ปัญหาที่สุด ความอบอุ่นในครอบครัวจะสามารถยับยั้งการฆ่าตัวตายได้ในระดับหนึ่ง ขณะที่สังคมต้องช่วยกัน สังเกตสัญญาณเตือนของผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นสัญญาณการโพสต์ลงในโซเชียล อย่างไรก็ตาม กระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราการฆ่าตัวตายให้เหลือ 6 คนต่อประชากรแสนคนภายในปี 2564 โดยได้ จัดบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้



คำปรึกษาแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุขภาพจิตผ่านทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง สำหรับแนวทางอื่น เช่น 1.จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมต่างๆ 2.ฝึกอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3.ให้ความรู้ในการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร มีบทบาทและภารกิจสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี ได้ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตที่ประชาชนได้รับ จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งการฆ่าตัวตาย เป็นตัวบ่งชี้ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสกลนคร เริ่มต้นจากภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่คุยกับใครแยกตัว ต้มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด และฆ่าตัวตายสำเร็จถ้าขาดการช่วยเหลือ การเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อ ป้องกัน แก้ไข และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่มีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค ดังข้อมูล ปี 2558-2560 ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีบ 2558 จำนวน 7.37 ต่อประชากรแสนคน (13คน) ปีบ 2559 จำนวน 11.5 ต่อประชากรแสนคน (19คน) ปีบ 2560 จำนวน 5.1 ต่อประชากร (10คน) ปีบ 2551 จำนวน 7.5 ต่อประชากร (13คน) ปีบ 2562 จำนวน 11.73 ต่อประชากร (23คน) ปีบ 2563 จำนวน 10.2 ต่อประชากร (20คน) ปีบ 2564 จำนวน 8.68 ต่อประชากร (17คน) ปีบ 2565 จำนวน 9.18 ต่อประชากร (18คน)

กลุ่มงานจิตเวช ได้ศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้น โดยใช้แบบสอบถามการฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกับญาติผู้สูญเสียเมื่อพร้อม และลงพื้นที่ โดยการประชุมทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สด อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการที่พบก่อนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการแก้ไขปัญหาช่วยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 19 คน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า คนที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่นโรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และผู้มีปัญหายาเสพติด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เป็นคนใหม่ที่ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา และมีปัจจัยกระตุ้น แล้วดื่มแอลกอฮอล์ มีคำพูดบางคำที่ผู้ปกครอง ญาติ ผู้ดูแล ไม่สนใจ เช่น “อยากตาย” “สิผูกคอตาย” “มึงอยากตายกะตายไล่ด” “ชั่วหลายกะไปตายซะ” “เปื้อ” การประชุมทีมในแต่ละเคสจะพบปัญหาคล้ายๆกัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และแสดงความคิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชน เหล่านี้ได้อย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ 1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย แยกเป็น ครอบครัว ชุมชน ยาเสพติด 2) สัญญาณเตือน 3) กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ 4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน

จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่องขึ้น 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาดผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่องและมีรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสกลนคร จึงโครงการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครขึ้น



ประเด็นคุณภาพ/ ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
- 2) ความครอบคลุมในการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรัง)
- 3) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัย การประเมินและเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน
- 4) ระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ระบบการประสานงานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
- 6) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้ามีการประเมินซ้ำหลังการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เป้าหมายการพัฒนา

- 1) ไม่มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
- 2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
- 3) อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80
- 4) ขยายผลรูปแบบบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมใช้ในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
- 5) ชุมชนสามารถค้นหาคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อผู้ป่วยในระดับเบื้องต้นได้
- 6) กลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญหาสุขาภพจิต ได้รับการรักษาและติดตามดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสม
- 7) ได้รูปแบบการบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรจัดประชุมให้ความรู้เรื่องปัญหาสุขาภพจิต การฆ่าตัวตาย การค้นหา คัดกรอง การเฝ้าระวังให้กับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำนวน 30 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวน 28 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 28 คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 17 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 17 คน อสม.ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสกลนครโรงพยาบาลส่งเสริมจำนวน 28 แห่ง แห่งละ 3 คน รวม 85 คน รวม 160 คน
- 2) ประชุมทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอรูปแบบที่ได้จากการดำเนินโครงการจากชุมชนนำร่อง 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด
- 3) ขึ้นดำเนินการกรณีมีเคสฆ่าตัวตายสำเร็จนำรูปแบบการบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ได้จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่อง 2 ชุมชน คือ ตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาดมาใช้ในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
- 4) หอผู้ป่วย มีการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมและมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด ในหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในห้องน้ำปรับกลอนประตูติดข้างล่าง สามารถเอื้อมมือเปิดได้
- 5) ทีมดูแลผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตาม Care map การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย/ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ของผู้ป่วยใน
- 6) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลตาม Care map ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ



7) เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนสามารถคัดกรอง ส่งต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมายังโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้

ผลลัพธ์การพัฒนา :

ด้านตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566 (ม.ย.)
อัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	มากกว่า ร้อยละ 75	112.97 (4869)	120.45	141.60 (6,256)	146.32 (6,391)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสนคน	10.2 (20คน)	8.68 (17คน)	9.18 (18คน)	11.00 (20 คน)
อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 80	90.05	87.50	82.35 (85)(70)	93.75 16/15
ผู้พยายามทำร้ายตนเองกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี	0			143 7	81 4

ประชากรกลางปี ปี 2558= 123,943/ ปี2559=194,765/ ปี2560=173,224/ปี2561=157,955

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. ชุมชนสามารถค้นหาคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อผู้ป่วยในระดับเบื้องต้นได้
2. กลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการรักษาและติดตามดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสม
3. ได้รูปแบบการบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม
4. คณะทำงานทบทวนมาตรฐาน การดูแลผู้พยายาม/เสี่ยงฆ่าตัวตาย สื่อสารแนวทางปฏิบัติ
5. จัดทำ Care map การดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย/ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสูง ของผู้ป่วยใน
6. จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข

ปัญหากรณีการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ และเครือข่ายชุมชน ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวัง คือ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทันทีทันใด ซึ่งส่งผลถึงการปรับตัวและการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงต้องเน้นการสร้างความตระหนักของคนในชุมชน ในเรื่องขององค์ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เล็งเห็นความสำคัญของการ ใส่ใจ รับรู้ รับฟัง รู้จักการสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของครอบครัว ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร่วมกับการรับส่งต่อ ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา รวมถึงมาตรการสังคมที่มีการลด ละ เลิก การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาบ้า ชุมชนมี การเปิดเผยข้อมูลข้อเท็จจริงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีกลุ่มเสี่ยงที่จะพยายาม ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จมีลดลง นอกจากนี้ยังมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

7. จากสถานการณ์การระบาดโควิด 19



ประเด็นตรวจราชการ : 3.2 การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด

- 1 : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ 50)
- 2 : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ 1 ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ 100)
- 3 : ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ 40)

เป้าหมาย และผลงาน

- 1 : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ 50)
เป้าหมาย ร้อยละ 50 ผลงาน 0.50
- 2 : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ 1 ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ 100)
เป้าหมาย ร้อยละ 100 ผลงาน ร้อยละ 62.5
- 3 : ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ 40)
เป้าหมาย ร้อยละ 40 ผลงาน ร้อยละ 43.85

สรุปสถานการณ์

ปัจจุบันจำนวนสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ในปี 2562-2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ 14.73, 15.38 และ 17.51 ตามลำดับและ ในปี 2565 จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน 903,720 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 163,518 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 และสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในปี 2562-2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ 21.27, 22.45 และ 23.61 ตามลำดับและ ในปี 2565 อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน 114,137 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28,353 คน คิดเป็นร้อยละ 24.84 การเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีการเตรียมการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมั่นคง มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว มีคุณภาพ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติสังคมในอนาคต

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ ที่ยังมีไม่เพียงพอ ประกอบกับการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ส่งผลให้การดำเนินการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง รวมถึงการลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพมีหลากหลายโปรแกรมที่ต้องลงทั้งแบบออนไลน์ และออฟไลน์ การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone(ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีSmartphone) ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้เวลาลงข้อมูลมากบางโปรแกรมเป็นการลงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน และมีการเพิ่มโปรแกรมการลงข้อมูลแบบออนไลน์ใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานใหม่ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งทำให้ต้องขี้แจงทำความเข้าใจใหม่ในทุกๆปี ความล่าช้าในการอนุมัติ



งบประมาณแผนงานโครงการต่างๆ ที่จะทำในปีงบประมาณนั้นๆ ส่วนใหญ่จะเริ่มได้ในไตรมาสที่ 2-3 จึงทำให้ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในไตรมาสที่ 1-3 ได้จำนวนน้อยมาก

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยบริการ
2. สนับสนุนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone และการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียรให้กับเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการในพื้นที่
3. ขอให้มีการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงโปรแกรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทุกโปรแกรมเข้าด้วยกันเพื่อที่จะไม่ต้องลงข้อมูลซ้ำซ้อนหลายโปรแกรม
4. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยบริการ
2. ประชาชนวัยสูงอายุ และชุมชน ภาครัฐเครือข่ายให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ
3. งบประมาณในการพัฒนางานผู้สูงอายุมีเพียงพอ
4. ความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

1. ติดตามการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
2. ติดตามการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

ประเด็นตรวจราชการ : Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

หัวข้อ / หัวข้อ จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย และผลงาน

โรงพยาบาลมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล

สรุปสถานการณ์

ในปีงบประมาณ 2566 นี้ โรงพยาบาลสกลนครได้ขยายการให้บริการแบบ telemedicine ออกไปในหลายแผนก ได้แก่ การตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำผ่านแอปพลิเคชัน zoom โดยแผนก จิตเวช การให้บริการติดตามการรักษาผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองโดยคลินิกพุทธรักษาด้วย แพลตฟอร์ม หมอพร้อม Station และการตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดย แผนกศัลยกรรม ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 15 มิถุนายน 2566 ของแต่ละแผนกเป็นดังนี้ (ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากแต่ละแผนก) คลินิกจิตเวช จำนวน 378 ครั้ง ศูนย์ดูแลแบบ ประคับประคอง จำนวน 54 ครั้ง ห้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง จำนวน 355 ครั้ง รวมทั้งหมด 787 ครั้ง และดำเนินการโดย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จำนวน 1,072 ครั้ง ในด้านรายได้จากการให้บริการ telemedicine โรงพยาบาลสกลนครและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม มีการเรียกเก็บผ่านโปรแกรม e-claim แล้วจำนวน 296 ครั้ง คิดเป็นยอดเงินชดเชย 14,800 บาท และ 1,072 ครั้ง คิดเป็นยอดเงิน ชดเชย 44,580 บาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามปริมาณผลงานจากโปรแกรม HDC พบว่าตัวเลข ผลงาน telemedicine ของโรงพยาบาลสกลนคร เป็น 201 ครั้ง และผลงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สุขเกษม เป็น 615 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อตรวจสอบสาเหตุแล้ว พบว่ามีสาเหตุมาจาก ข้อบกพร่องในโปรแกรม HMS ของโรงพยาบาลสกลนคร และการที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ได้บันทึก ประเภทของการบริการเป็น telemedicine

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

1) ปัญหาทางเทคนิค

- โปรแกรม HMS ของโรงพยาบาลสกลนครมีบั๊กที่ทำให้ข้อมูลการบริการไม่ถูกอัปเดตลงฐานข้อมูล 43 แพ้ม ทำให้ยอดผลงานใน HDC ไม่ตรงกับการบริการจริงของโรงพยาบาล
- คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ต่อพ่วงไม่เพียงพอ
- สัญญาณอินเทอร์เน็ตช้าและไม่เสถียร
- บั๊กของระบบ Telemed (หมอพร้อม Station) ไม่มีเสียงแจ้งเตือนว่ามีสายเข้า
- หมอพร้อม Station ต้องใช้งานควบคู่ไปกับโปรแกรม HMS ของ รพ. ต้องสลับหน้าจอไปมาทำให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน

2) ปัญหาทางด้านบุคลากร

- บุคลากรไม่เข้าใจระบบการบริการและไม่บันทึกข้อมูลลงระบบของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้ข้อมูลขาดหายไป และงานเรียกเก็บมองไม่เห็น service ที่จะนำไปเคลมค่าบริการจาก สปสช.
- บุคลากรรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน



ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- 1) จัดให้มี station ที่หน่วยบริการปลายทางที่ใกล้กับภูมิลำเนาของผู้ป่วย
- 2) อาจจัดให้มี station ประจำชุมชน เชื่อมโยงเข้ากับระบบ 3 หมอ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟนไม่ต้องเดินทางไปถึงหน่วยบริการเอง 1 หมู่บ้านหนึ่งห้องตรวจทางไกล

ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) แพทย์ พยาบาล และตัวผู้ป่วยมีความตระหนักรู้
- 2) ความทั่วถึงและประสิทธิภาพของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต
- 3) การสนับสนุนของภาครัฐและชุมชน

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

-

หัวข้อ / ตัวชี้วัด จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย และผลงาน

ปีงบประมาณ 2566

- 1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี มากกว่าร้อยละ 50
- 2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล มากกว่าร้อยละ 25 และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

สรุปสถานการณ์

โรงพยาบาลสกลนครได้จัดเตรียมระบบซอฟต์แวร์และอุปกรณ์สำหรับการลงทะเบียนสร้าง Digital ID (DID) ไว้ และเริ่มดำเนินการลงทะเบียนแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้เป็นจำนวน 2,016 ราย จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 2,494 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.17 และได้ตั้งจุดรับลงทะเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคคลทั่วไปไว้ที่ส่วนงานธุรการของศูนย์สารสนเทศทางการแพทย์และบริเวณจุดคัดกรองหน้าอาคารผู้ป่วยนอก รวมถึงดำเนินการเชิงรุกออกลงทะเบียนให้แก่ประชาชนในชุมชนและโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- เจ้าหน้าที่และประชาชนไม่ทราบว่ามีการมีระบบ digital ID และยังไม่เห็นประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมของการมี digital ID
- ความไม่มั่นใจของประชาชนต่อความปลอดภัยของกระบวนการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ควรบูรณาการระบบกับ digital ID ภาครัฐอื่นๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและประหยัดทรัพยากรในการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความตระหนักรู้ของประชาชน
- จำนวนจุดให้บริการความสะดวกของขั้นตอนการดำเนินการ
- ระบบรักษาความปลอดภัยที่ดี

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

- ประเด็นทางกฎหมายในการจัดทำ digital ID ให้กับเยาวชนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จำเป็นจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนหรือไม่



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : 5.1 ลดป่วย ลดตาย

5.1.1. ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัดสาขาโรคหัวใจ (STEMI) ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

- ตัวชี้วัด
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ($<$ ร้อยละ 9)
 2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)
 - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)
 - 2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

สถานการณ์/ สภาพปัญหา

Service plan สาขาโรคหัวใจ จังหวัดสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยในเขต 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม บึงกาฬ เลย หนองคายและหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลสกลนคร เป็นสถานบริการของรัฐระดับตติยภูมิ ระดับ A ขนาด 768 เตียง บริหารองค์กรตาม 5 กลุ่มภารกิจใน โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตจังหวัดสกลนครและจังหวัดใกล้เคียง คือ นครพนม, บึงกาฬ และกาฬสินธุ์ ให้บริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.สกลนคร และ บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 และกระทรวง สาธารณสุข ในเขตจังหวัด มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง มีอายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด (Interventionist Cardiologist) จำนวน 2 คน อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาสรีรีไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiologist) จำนวน 2 คน ศัลยศาสตร์โรคหัวใจและทรวงอก (Cardiothoracic Surgery) จำนวน 2 คน และกุมารแพทย์โรคหัวใจ (Pediatric Cardiologist) จำนวน 1 คน จังหวัดสกลนคร ใน 3 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วย STEMI มี แนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563 – 2565 มีจำนวน 179 200 และ 206 ราย และ ปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) มีจำนวน 163 ราย พบว่าอัตราการเสียชีวิต ด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 10.61 , 10.50 และ 9.22 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 -มิ.ย. 2566) พบร้อยละ 12.27 ($<$ ร้อยละ 9) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 46.16 , 68.18 และ 50 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) พบร้อยละ 60.00 (\geq ร้อยละ 60) และร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 54.91 61.54 และ 70.41 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค. 2565 – มิ.ย.2566) พบร้อยละ 64.29 (\geq ร้อยละ 60) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วย ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 คือ 469 365 และ 384 ในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาส 3 ต.ค.2565 – มิ.ย.2566) คือ 322 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ภายในโรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2563 – 2565 ร้อยละ 7.67, 8.49 และ 6.25 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 7.82 ซึ่งจังหวัดสกลนครโดยคณะกรรมการบริหารจัดการโรคหัวใจขาดเลือด ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการโรคหัวใจขาดเลือดให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การนำโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์ระบบงานทั้งระดับหน่วยงาน ระดับทีมคร่อมสายงานและระดับองค์กรอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทุกระดับมาจัดลำดับในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพในการให้บริการมากที่สุดและอย่างต่อเนื่อง จากนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโรคหัวใจขาดเลือด ในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดสกลนคร มีเป้าหมายในการรับรองเครือข่ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (PNC ACS) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด ลดป่วยและลดตาย ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การอบรมการอ่านและแปลผล EKG การประชุมวิชาการ โครงการหัวใจสำจรเสริมพลังเครือข่ายร่วมกับ สาธารณสุขจังหวัด และการดูแลต่อเนื่องสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่ง COC และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) เชื่อมโยงการบริการทั้งจากชุมชนและ รพ.สต. ที่ทำหน้าที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลชุมชนเป็นด่าน หน้าในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการบริการที่ ปลอดภัยและทันเวลา สามารถลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) ในทุกกลุ่มอายุได้ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ STEMI โดยมีระบบ Pass to cath lab ไม่ผ่านER มีการพัฒนา CCU mobile ยกโรงพยาบาลไปไว้ที่บ้าน และมีระบบการส่งต่อ NSTEMI/UA โดยมีระบบ early refer ในผู้ป่วย high to very high risk มีการเตรียม Pre cath lab ตามแนวปฏิบัติตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทาง นำระบบ Grace Risk score มาใช้ในการประเมิน และตัดสินใจในการทำ CAG+- PCI และระบบ pre discharge CAG ทุกราย ผู้ป่วย High risk ได้รับการสวนหัวใจ ภายใน 24 ชั่วโมง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี 2566	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9)			
ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
	2.ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) และการตรวจสวนหัวใจ (PCI)	มีClinical practice guideline (CPG) ในการให้การรักษารักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน - การติดตามการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการตรวจสวนหัวใจ (PCI)	ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนมากกว่าร้อยละ 85



เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี 2566	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9)			
	3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการผ่าตัด Coronary artery bypass surgery (CABG) โดยลดระยะเวลาเวลารอคอย	- มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่รอรับการรักษา - ระยะเวลาเวลารอคอย - การเลื่อนนัดผ่าตัด - ระยะการผ่าตัด	ระยะเวลาเวลารอคอยในการรักษาไม่เกิน 3 เดือน
	4. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	มีแนวทางการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	มีการคัดกรองตามโปรแกรม NCD
	5. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	มีแนวทางการตรวจปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	ติดตามการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามมาตรฐาน NCD
	6. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง, ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	มีสื่อวีดิทัศน์หรือสื่อการสอนในการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ	ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวและดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
	7. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน Thai ACS Registry	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในโปรแกรม Thai ACS Registry



ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ฉบับรายงานของโรงพยาบาลสกลนคร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
1. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)			
ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วการรักษแบบเฉพาะ (Definitive care)	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วการรักษแบบเฉพาะ (Definitive care)	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วการรักษแบบเฉพาะ (Definitive care)	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วการรักษแบบเฉพาะ (Definitive care)
	2. ปรับแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ การตรวจสวนหัวใจ (PCI) ในเวลาที่รวดเร็วขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - ห้องตรวจสวนหัวใจเปิดตลอด 24 ชั่วโมง - ระบบให้คำปรึกษา (Consult) อย่างรวดเร็ว - จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงการเปิดหลอดเลือดหัวใจ - อัตราที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเปิดหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที - ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที
	3. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง - บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรม BLS & ACLS - รถพยาบาลที่มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย



Small Success

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นในปี 2566

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9)

มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำPCI	✓	✓	✓	✓
2.ลดระยะเวลารอคอยในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด Coronary artery bypass surgery (CABG)	✓	✓	✓	✓
3.มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจตามโปรแกรม	✓	✓	✓	✓
มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4.ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓	✓	✓
5.ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉิน และปกติ	✓	✓	✓	✓
6.มีการบันทึกข้อมูลใน Thai ACS Registry	✓	✓	✓	✓

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
< ร้อยละ9/10.53	< ร้อยละ9	< ร้อยละ9	< ร้อยละ9

2.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (≥ ร้อยละ60)

มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือด โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
2.มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับมากกว่าร้อยละ 50ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
3.มีความพร้อมบุคลากรและรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
4.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือด (ภายใน 12 ชม. หลังผู้ป่วยมีอาการ)	✓	✓	✓	✓



3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60

3. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	✓	✓	✓	✓
2. จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ทั้งหมด	✓	✓	✓	✓
3. มีความพร้อมบุคลากรและรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ภายใน 12 ชม. หลังผู้ป่วยมีอาการ	✓	✓	✓	✓

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60	เป้าหมาย ร้อยละ ≥ 60

ผู้รายงาน นางสาวทัศนีย์ แดขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวชिरา จันทร์ทามิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ 30 มิถุนายน 2566



5.1.2 ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
1.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80
1.3 ร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที	≥ ร้อยละ 70
1.4 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง	
1.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ ร้อยละ 15
1.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	ร้อยละ 30

สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของประเทศไทย และก่อให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน คือการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Human Tissue -Type Plasminogen Activator) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มารับบริการทันทีภายหลังเกิดอาการภายในเวลา 3-4.5 ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิตและลดความพิการทุพพลภาพได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 768 เตียง ให้การบริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนครและเขตจังหวัดใกล้เคียง พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนครด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ใน 5 ของโรงพยาบาล จากสถิติ ปี 2562-2564 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 1,357 , 1,256 และ 1,262 ตามลำดับ

โรงพยาบาลสกลนครมีความพร้อมทุกด้าน ในการพัฒนาระบบ Stroke fast track มีอายุรแพทย์ประสาทวิทยา 2 ท่าน และอายุรแพทย์ทั่วไป ในการสั่งการรักษา SFT มีระบบ CT และ MRI ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke unit จำนวน 30 เตียง ซึ่งผ่านการรับรองต่ออายุคุณภาพระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ครั้ง 1 (Standard Stroke Center Certify; Reaccreditation SSCC) ครั้งที่ 1 ระดับ 4 ดาว จากสถาบันประสาท ทางการแพทย์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2568



4). ระบบการสำรองเตียงสำหรับผู้ป่วยหนัก สำหรับผู้ป่วย Stroke Fast track ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด และระบบการดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ภายหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันได้

5). ระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบการติดตามเยี่ยม โดยการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Long term Care เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชนดูแลต่อเนื่อง และสามารถส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยมบ้านได้ บูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ Service plan สาขา Intermediate care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม

กระบวนการทำงาน (Process)

องค์ประกอบ 6 building blocks ตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) เพื่อจะให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที คือ

1) กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery) เช่น การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาในโรงพยาบาลให้ทันเวลา (Stroke fast track) ระบบส่งต่อ- รับกลับ (Referral System) ในเครือข่าย

2) การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce) เช่น การอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การอบรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information Technology) เช่น การลงข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรอง เพื่อที่จะใช้ในการติดตามและประเมินผล เป็นต้น

4) ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ต่างๆ (Medical Products Vaccines and Technologies) เช่น การสำรองยา rt-PA และยากุ่มอื่นๆ ที่จำเป็น เครื่องมือในการคัดกรอง เป็นต้น

5) การเงินการคลัง (Health Financing) ได้แก่ งบประมาณ ที่จะใช้ในการดำเนินงาน และการรักษาอื่นๆ ใช้จากกองทุนที่ผู้ป่วยมีสิทธิอยู่ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ส่วนการคัดกรองก็ใช้จากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับอยู่แล้ว เป็นต้น

6) นโยบายและการบริหาร (Leadership and Governance) โดยเป็นนโยบายจากเขตบริการสุขภาพที่ 8 ที่มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง ของเขตบริการสุขภาพ เป็นผู้ดำเนินการ ส่วนทางจังหวัด หรือทางอำเภอ ก็อาจจะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัด หรือของอำเภอเป็นผู้ดำเนินการ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Stakeholder Participation) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน จากผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. ในการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7



อำเภอ	รวมทั้งปีงบประมาณ											
	รวม I60-I69			I60-I62			I63			I64-I69		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
เมือง	1,603	112	6.99	378	50	13.23	1,135	54	4.76	90	8	8.89
กุสุมาลย์	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
กุดบาก	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
พรรณานิคม	8	0	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0
พังโคน	39	0	0	3	0	0	10	0	0	26	0	0
วาริชภูมิ	5	1	20	2	0	0	0	0	0	3	1	33.33
นิคมน้ำออน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
วานรนิวาส	182	8	4.4	29	6	20.69	115	1	0.87	44	1	2.27
คำตากล้า	72	0	0	6	0	0	43	0	0	39	0	0
บ้านม่วง	82	2	2.44	16	1	6.25	20	0	0	46	1	2.17
อากาศอำนวย	28	0	0	5	0	0	14	0	0	12	0	0
สว่างแดนดิน	364	11	3.02	52	7	13.46	305	4	1.31	7	0	0
ส่องดาว	7	0	0	5	0	0	0	0	0	4	0	0
เต่างอย	6	0	0	2	0	0	0	0	0	5	0	0
โคกศรีสุพรรณ	10	0	0	1	0	0	2	0	0	10	0	0
เจริญศิลป์	6	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0
โพนนาแก้ว	11	0	0	1	0	0	1	0	0	9	0	0
ภูพาน	10	0	0	1	0	0	1	0	0	8	0	0
รวม	2,436	134	5.5	504	64	12.7	1,647	59	3.58	317	11	3.47



ตัวชี้วัด		เป้าหมาย		
1.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit		≥ ร้อยละ 75		
ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – พ.ค.66)		
		รพ. สกลนคร	รพ.ร.สว่างแดนดิน	รพ.วานรนิวาส
1	การจัดตั้ง SU (Stroke Unit) ดูแลในหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมองเพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30 เดียง	8 เดียง	ไม่มี
2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	72.27 %	97.36 %	-
	A : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit	1027	333	-
	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	1421	342	-

หมายเหตุ Stroke unit รพ.สกลนคร รับAdmit เฉพาะผู้ป่วย Ischemic stroke Hemorrhagic stroke Admit ที่ ศัลยกรรมระบบประสาท

ลำดับ	ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – พ.ค.66)		
		รพ.สกลนคร	รพ.ร.สว่างแดนดิน	รพ.วานรนิวาส
1.3	ร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70)	85.71%	83.33%	85.71%
	A: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA ภายใน 60 นาที(ราย)	66	10	66
	B: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA	77	12	77

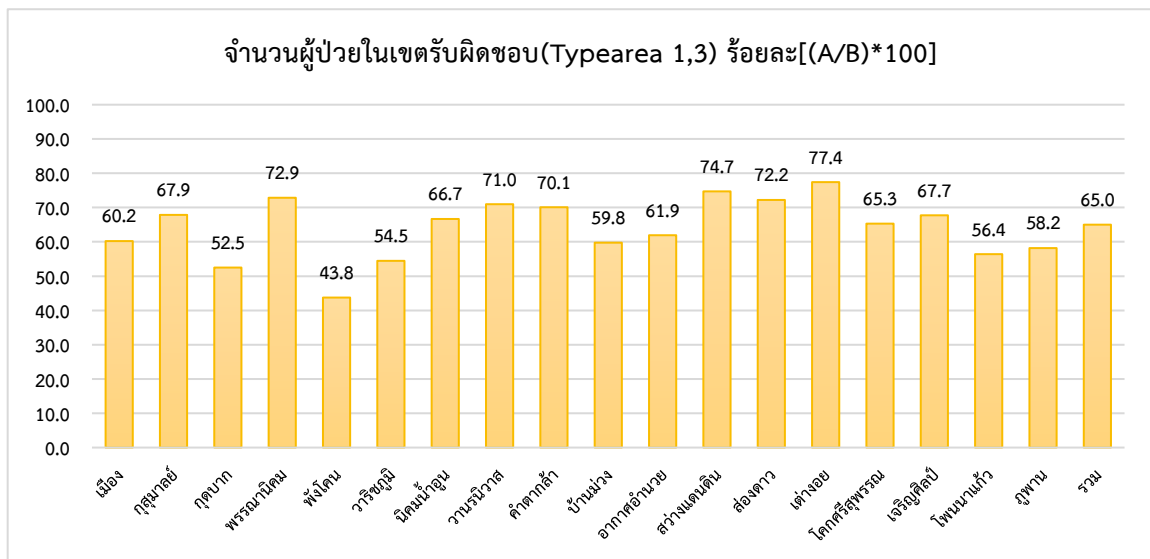


ตัวชี้วัด			
1.4 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง			
นิยาม : ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal diagnosis: pdx) จากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD 10 (I60 - I69) ในปีงบประมาณ ทุกกลุ่มอายุ ในกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคหลักซ้ำภายในระยะเวลามากกว่า 28 วันขึ้นไปให้นับเป็นผู้ป่วยรายใหม่อีกครั้ง			
จังหวัด	B	A	อัตราต่อแสน(A/B)X100,000
สกลนคร	1,145,187	2,133	186.26

อำเภอ	B	A	รวมทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ
เมือง	175,721	3,973	2.26
กุสุมาลย์	34,866	445	1.28
กุตบัก	26,380	411	1.56
พรรณานิคม	60,306	938	1.56
พังโคน	39,954	749	1.87
วาริชภูมิ	42,565	697	1.64
นิคมνάฮูน	10,662	146	1.37
วานรนิวาส	103,513	610	0.59
คำตากล้า	36,454	195	0.53
บ้านม่วง	47,952	332	0.69
อากาศอำนวย	58,315	1,080	1.85
สว่างแดนดิน	124,081	547	0.44
ส่องดาว	25,078	274	1.09
เต่างอย	17,992	261	1.45
โคกศรีสุพรรณ	25,649	431	1.68
เจริญศิลป์	38,500	210	0.55
โพนนาแก้ว	28,981	377	1.3
ภูพาน	31,551	413	1.31
รวม	928,520	12,089	1.3



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ ร้อยละ 15
<p>คำนิยาม : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD-10 (I63) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (TYPE AREA 1 และ 3)</p>	



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	ร้อยละ 30
<p>คำนิยาม :</p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD-10 (I60-I69) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (TYPE AREA 1 และ 3)</p> <p>สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ไม่ว่าจะเป็นการสูบแบบครั้งคราวหรือเป็นประจำทุกวัน</p> <p>การเลิกบุหรี่สำเร็จ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่สามารถติดตามและผลพบที่ไม่สูบแล้วในระยะเวลา 6 เดือน</p>	



อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ(Typearea 1,3)			
	รวมทั้งหมด[C]	ได้รับการคัดกรอง และผลพบว่าสูบบุหรี่ ในไตรมาส 1-2[B]	ได้รับการติดตาม และผลพบว่าไม่สูบบุหรี่ แล้วในระยะเวลา 6 เดือนในไตรมาส 3- 4[A]	ร้อยละ[(A/B)*100]
เมือง	4,087	152	0	0
กุสุมาลย์	545	16	0	0
กุศบาก	468	20	0	0
พรรณานิคม	1,139	20	0	0
พังโคน	902	19	0	0
วาริชภูมิ	841	25	0	0
นิคมน้ำอูน	174	17	0	0
วานรนิวาส	1,339	40	0	0
คำตากล้า	456	18	0	0
บ้านม่วง	561	40	0	0
อากาศอำนวย	1,234	85	0	0
สว่างแดนดิน	1,725	59	0	0
ส่องดาว	370	18	0	0
เต่างอย	315	28	0	0
โคกศรีสุพรรณ	565	66	0	0
เจริญศิลป์	514	10	0	0
โพนนาแก้ว	419	12	0	0
ภูพาน	550	25	0	0
รวม	16,204	670	0	0

หมายเหตุ รอประเมินผลว่าเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ไตรมาสที่ 3-4 เนื่องจากยังไม่ครบระยะเวลาประเมินผล 6 เดือน



ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ปี 2566

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการ SFT ล่าช้า	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อ สิ่งพิมพ์ ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น TV วิทยุชุมชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ Stroke Fast Track การประเมินผู้ป่วย / การ consult ล่าช้า/ Door to refer ล่าช้า เกิน 30 นาที	- ทบทวนและประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ - ปรับปรุงระบบการส่งตรวจ Lab ที่ ER ปรับระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.ช. และ รพ.ศ. - เพิ่มศักยภาพการประเมิน การวินิจฉัยให้กับ intern และเจ้าหน้าที่ ทั้งใน ER ward IPD อื่นๆ - รพ.ช. ปรับแนวทางการรักษา ในเรื่องการให้ยาลดความดันโลหิต
Stroke unit รพ.สกลนคร รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย Ischemic stroke ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke Admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท	- จัดระบบการรับผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ที่ ศป. จำนวน 4 เตียง จัดเป็น Hemorrhagic stroke Corner - Neuro-Med และ Neuro-Sx ร่วมพัฒนา CPG Hemorrhagic stroke ร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผู้รายงาน นางประภัสสร สมศรี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสกลนคร

โทร : 086-2405032 e-mail: somprapat@yahoo.com



5.1.3 ลดป่วย ลดตาย จาก NCD

ตัวชี้วัด 1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป้าหมายและผลงาน (ที่มา HDC ณ 19 มิถุนายน 2566)

ผลงานเบาหวาน ปี 2562-2566 เท่ากับ ร้อยละ 0, 0, 0, 97.0, 10.49 ผลงานความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 57.37, 54.72, 54.36, 52.11, 96.11 ตามลำดับ

ตัวชี้วัด 2 ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายและผลงาน (ที่มา HDC ณ 19 มิถุนายน 2566)

ผลงานเบาหวาน ปี 2562-2566 เท่ากับ 57.37, 54.72, 54.36, 52.11, 19.94 ผลงานความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 55.25, 47.53, 45.06, 45.92, 42.78 ตามลำดับ

สรุปสถานการณ์

แนวโน้มตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ส่วนความดันโลหิตสูง ผ่านเกณฑ์, ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ปัญหาการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อปท.ทำให้การจัดบริการไม่ครอบคลุมบางแห่ง, ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลใช้ระบบ Authen Code ยืนยันตัวตน ทำให้เพิ่มขึ้นขั้นตอน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

-จัดระบบและทีมตรวจสอบ ติดตาม แก้ไขปัญหาการบันทึกข้อมูลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

สรุปผลการดำเนินงานทุกเดือน ติดตามแก้ไขปัญหาประเมินผลรายสถานบริการสุขภาพ ประเด็นการศึย์บันทึกข้อมูล การบันทึกผลในระบบรายงาน

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

ความถูกต้อง ทันทเวลา การศึย์บันทึกข้อมูล

5.1.4 ลดป่วย ลดตาย จากมะเร็ง

ตัวชี้วัด ร้อยละของที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

1. ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

(1) ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq 60\%$

- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq 70\%$

(2) ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq 50\%$

- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy $\geq 50\%$

(3) ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

(4) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 76\%$

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 76\%$

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 76\%$



สถานการณ์

โรงพยาบาลสกลนคร มีบุคลากรด้านโรคมะเร็ง ประกอบไปด้วย บุคลากรด้านรังสีรักษา ได้แก่ แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา 2 คน แพทย์รังสีวินิจฉัย 6 คน แพทย์เวช-ศาสตร์นิวเคลียร์ 1 คน นักรังสีการแพทย์ 4 คน นักฟิสิกส์การแพทย์ 3 คน บุคลากรด้านเคมีบำบัด ได้แก่ อายุรแพทย์มะเร็ง 2 คน อายุรแพทย์โรคเลือด 2 คน เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด 4 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็ง 18 คน พยาบาลผ่านการอบรมเคมีบำบัด 10 วัน 50 คน บุคลากรด้านการผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป 8 คน แพทย์ศัลยกรรมพลาสติก 3 คน ศัลยกรรมหลอดเลือด 1 คน แพทย์ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 คน ศัลยแพทย์ระบบประสาท 4 คน ศัลยแพทย์ช่องปาก 1 คน วิสัญญีแพทย์ 8 คน ผู้จัดการรายกรณีด้านโรคมะเร็ง ได้แก่ พยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง 2 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 12 คน และมีหน่วยงานสนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่ พยาธิแพทย์ 2 คน นักเซลล์วิทยา 2 คน แพทย์อายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร 1 คน แพทย์เฉพาะทางด้านไต 3 คน แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ 3 คน แพทย์ศัลยกรรมกระดูก 10 คน สูตินรีแพทย์ 7 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโสตศอนาสิกวิทยา 5 คน และทันตแพทย์ 14 คน โดยโรงพยาบาลศูนย์สกลนครให้การรักษาโดยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฝังแร่ส่งต่อการรักษา

โดยมีหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ที่ชั้น 6 อาคารรังสีรักษา ประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปฏิบัติงานตอบสนองนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer Anywhere) รวมถึงการจัดทำทะเบียนมะเร็ง (TCB) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนส่งไปยังส่วนกลาง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)



ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2566	2563		2564		2565	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านม	≥80%	244,382/150,758	61.69	245,184/214,611	87.53	247,854/157,123	63.39
2. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คำนวณจากเป้าหมายรายปี) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่ง กล้อง Colposcopy	≥60%	47,682/195,959 371/10,422	24.33	66,692/195,622 393/8,242	34.09 0	74,986/196,948 506/9,220	38.07 0
3. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(คำนวณ จากเป้าหมายรายปี) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่ง กล้อง Colonoscopy	≥50%	6,445/21,397 +ve = 292	30.12	52,844/114,348 +ve = 292	46.21	12,399/27,239 +ve = 1,126	45.52
4. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มา รับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก	≥ 40%	เริ่มเก็บข้อมูลปี 2566		เริ่มเก็บข้อมูลปี 2566		เริ่มเก็บข้อมูลปี 2566	



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2566	2563		2564		2565	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
5. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด							
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥76%	547/681	80	476/616	77	369/494	75
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥76%	515/625	82	444/543	82	319/408	78
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥76%	472/578	82	449/610	74	391/508	77



ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 1/2566

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2566 (ต.ค.-ธ.ค. 2565)	
		ผลงาน	ร้อยละ
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	≥80%	38,679/250,512	15.44
2. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คำนวณจากเป้าหมายรายปี)			
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥60%	75,770/197,549	38.36
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥70%	187/1,567	0
3. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (คำนวณจากเป้าหมายรายปี)			
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥50%	387/259,962 +ve = 53	0.15
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	≥50%	0	0
4. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	N/A	N/A	N/A
5. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	76%	46/54	85%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	76%	36/41	88%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	76%	9/12	75%



ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 2/2566

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2566 (เม.ย-มิ.ย. 2566)	
			ผลงาน	ร้อยละ
1	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE)	≥ 80%	92,607/250,477	(36.97%)
2	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 40-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)	≥ 80%	100,871/250,477	(40.27%)
3	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ 60%	8,906/38,498	(23.13%)
4	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ 70%	203/266	(76.31%)
5	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ 50%	9,101/30,059	(30.28%)
6	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 50%	840/1,292	(65.02%)
7	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	≥ 40%	NA	NA
8	ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	≥ 100%	NA	NA

ที่มา: - ข้อมูลการคัดกรองจากโปรแกรม HDC ณ วันที่ 19 มิถุนายน 2566
- ข้อมูลการรักษาจากโปรแกรม Website Cancer Anywhere 2023 วันที่ 19 มิถุนายน 2566



วิเคราะห์โดยใช้หลัก 4 M

1. การบริหารจัดการ (Management) เป็นกระบวนการจัดการบริหารควบคุม เพื่อให้ งานของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งและการส่งต่อทั้งหมด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล อย่างเต็มที่ และมีดำเนินงานในด้าน

- 1.1) โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย โครงสร้าง องค์กร การแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน และลักษณะการทำงาน
- 1.2) เข็มมุ่ง และกรอบทิศทางของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง และการส่งต่อ
- 1.3) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 1.4) วิธีการดำเนินงาน
- 1.5) การควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของหน่วยฯ และการส่งต่อ
- 1.6) ผลการดำเนินงานของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง และ
- 1.7) ระบบฐานข้อมูล เทคโนโลยีและเครือข่าย รวมถึงการใช้ประโยชน์โปรแกรม TCB และ TCB Plus

2. งบประมาณ (Money) เป็นการบริหารเงินให้ใช้จ่ายด้วยต้นทุนน้อยที่สุด และเกิด ความคุ้มค่าที่สุด

- 2.1) แผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรม ของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง
- 2.2) แหล่งและการ จัดสรรงบประมาณ และ
- 2.3) ความคุ้มค่า/คุ้มทุนด้านงบประมาณ

3. บุคลากร (Man) 1) การพัฒนาบุคลากร ทางด้านวิชาการ ได้แก่

1) การฝึกอบรม โดย การส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้งาน โปรแกรม TCB Plus เพื่อเพิ่มพูนทักษะ และ

2) การให้ความรู้ในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ การให้ความรู้ญาติ และผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย มะเร็งสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย และ ครอบคลุมทุกขั้นตอนการรักษา โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมจะให้บริการตาม มาตรฐานกับผู้ป่วย ตามจำนวนที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถรองรับได้

4. การบริหารทรัพยากร (Material) การดำเนินงานที่เกิดขึ้นในหน่วยประสานผู้ป่วย มะเร็งเกี่ยวกับ 1) สถานที่ตั้งและวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยฯ 2) การจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ 3) ความพอเพียง ของวัสดุอุปกรณ์

3. สภาพปัญหา

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการ ตรวจสอบติดตาม

การดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งกำลังดำเนินการ หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโค วิด-19 การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ Colonoscopy ในผู้ที่ผล Fit-test Positive กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทำได้มากกว่าร้อยละ 65 Case เดิมที่ตกค้างจากการคัดกรองเมื่อปีงบประมาณ 2563-2565 ถูก ติดตามเข้ามาส่องกล้องมากกว่าร้อยละ 60 อีกประมาณร้อยละ 30 ผู้รับบริการปฏิเสธ อาจเกิดจากความ ลำช้า จึงได้รับแรงติดตาม Case ที่คัดกรองในปี 2566 มาการทำ Colonoscopy ให้เร็วที่สุด



ปัจจุบันได้รับความร่วมมือจาก รพ.สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และ รพ.พังโคน ทำให้ยอดในการทำ Colonoscopy สูงขึ้น ส่วนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ขณะนี้โรงพยาบาลสกลนครเป็นหน่วยตรวจของ 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ และสกลนคร การดำเนินงานผ่านไปด้วยดี ผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy เป็นปัจจุบัน ปัจจุบันได้รับการส่งกล้องไปแล้วมากกว่าร้อยละ 70

สำหรับตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มมา คือ ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2565 แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่าที่ควร จึงต้องหาแนวทางร่วมกันอีกครั้งในโอกาสต่อไป

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1) โปรแกรม TCB Plus ยังไม่สมบูรณ์ และมีการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซ้ำซ้อน ส่งผลให้เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติงาน	ประสานเรื่องการ Link ข้อมูลจากโปรแกรม TCB ไปยัง TCB Plus ซึ่งปัจจุบัน Link ข้อมูลมาจริง แต่ข้อมูลไม่เข้าไปอยู่ในโปรแกรม เป็นเพียงการ Link มาให้เห็น ซึ่งต้องลงข้อมูลใหม่ใน TCB Plus เช่นเดิม
2) Career path ของ Cancer coordinator ไม่มีความก้าวหน้า	พิจารณาความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน
3) ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB Plus ในโรงพยาบาลระดับ F	ดูแลโรงพยาบาลระดับ F ให้มีการลงข้อมูลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับ A S M

4. การบริหารจัดการ

- การฝึกอบรมพยาบาลคัดกรองในเรื่องการคัดกรองความผิดปกติในช่องปาก
- การบูรณาการการคัดกรองโรคมะเร็งร่วมกับ Service Plan สาขา OVCCA ระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด

5. การประเมินผล -

6. นวัตกรรมที่ได้ -

ผู้รายงาน นางสาวลักขณา พรหมกสิกร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันเดือนปี 23 มิถุนายน 2566
โทร 09 9774 5956
E-mail: olelakkhana@gmail.com



5.1.5 ลดป่วยลดตาย จาก การป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : 1. มีการดำเนินการทีมผู้ก่อการดี (ร้อยละ 80)

2. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร)

3. ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน ร้อยละ 100

1) เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
1.มีการดำเนินการทีมผู้ก่อการดี	13 (ร้อยละ 80)	2 (ร้อยละ 12.5)	9 (ร้อยละ 56.3)	15 (ร้อยละ 93.8)	15 (ร้อยละ 93.8)	16 (ร้อยละ 100)
2.อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	ไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร	3.5	3.5	3.0	18.6	9.8
3.ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน	ร้อยละ 100	1 (ร้อยละ 100)	1 (ร้อยละ 100)	1 (ร้อยละ 100)	5 (ร้อยละ 100)	3 (ร้อยละ 100)

สรุปสถานการณ์

ปี พ.ศ. 2565-2566 อำเภอเมืองสกลนคร มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตเกินเกณฑ์

จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แยกรายตำบล อำเภอเมืองสกลนคร ปีงบประมาณ 2566																	
เป้าหมาย อำเภอเมืองสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 ผู้เสียชีวิตไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร																	
ลำดับ	ตำบล	สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566			จำนวนเคสรายเดือน												รวม
		ประชากรกลางปี 2565	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราตาย/แสน ปชก.	ต.ค.-65	พ.ย.-65	ธ.ค.-65	ม.ค.-66	ก.พ.-66	มี.ค.-66	เม.ย.-66	พ.ค.-66	มิ.ย.-66	ก.ค.-66	ส.ค.-66	ก.ย.-66	
1	ธาตุเชิงชุม	8,159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	ขมิ้น	2,847	2	70.2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
3	จัวค้อ	1,392	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	โนนหอม	965	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	เสิงสาง	2,632	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	ท่าแร่	1,608	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	ม่วงลาย	701	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	ดงชน	693	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	หัวยาง	2,547	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	พังขว้าง	2,366	1	42.3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
11	ดงมะไฟ	1,594	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	ธาตุนาเวง	765	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	เหล่าปอแดง	1,207	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	หนองสาค	1,143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	สามโฮง	1,406	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	โคกก่อ	654	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ภาพรวม อ.เมือง		30,679	3	9.8	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3

ที่มา : งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลสกลนคร วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๖

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- 1) เด็กขาดทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด
- 2) ผู้ปกครองขาดการเอาใจใส่ในการดูแล
- 3) การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง



ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- 1) การฝึกทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดในกลุ่มเด็กนักเรียน
- 2) การฝึกการให้ความช่วยเหลือให้กับเด็ก เมื่อพบคนจมน้ำ
- 3) การสร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน ให้ทราบถึงความรุนแรง ผลกระทบเมื่อเกิดเหตุการณ์อุบัติเหตุหลานจมน้ำ
- 4) มาตรการชุมชน ในการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งในบ้าน โรงเรียน และชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จ

สร้างเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีความรู้ในการป้องกันการจมน้ำ ในแต่ละช่วงวัยของเด็ก โดยเริ่มจากในบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ชุมชน โดยพัฒนาทีมเครือข่ายให้มีศักยภาพในการสอนทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้กับเด็ก การจัดการสภาพแวดล้อม การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงรวมถึงการสอนทักษะมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงแหล่งน้ำเสี่ยงและการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบคนจมน้ำ ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

5.1.6 ลดป่วย ลดตาย จาก อุบัติเหตุทางท้องถนน

งานป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ข้อมูลพื้นฐานประเด็นปัญหา อุบัติเหตุทางการจราจร

เป้าหมายปีงบประมาณ 2566 : ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 23.87 ต่อแสนประชากร ในระดับจังหวัดสกลนคร และไม่เกิน 21.91 ต่อแสนประชากร ในระดับเขตสุขภาพที่ 8

ข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุนอกช่วงเทศกาล

ปีงบประมาณ	จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	ผู้บาดเจ็บ (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	อัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากร
2558	91	124	18	37.33
2559	3,108	946	73	38.91
2560	2,335	656	61	32.6
2561	1,500	645	65	28.23
2562	2,022	2,129	71	36.24
2563	2,159	2,384	64	32.67
2564	2,357	2,322	57	28.94
2565	1,725	1,229	51	25.90
2566	786	2,146	53	23.87

สาเหตุแห่งประเด็นปัญหาภาพรวม

- 2.1 อัตราตายเกินเกณฑ์/ค่าเป้าหมาย
- 2.2 ประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย
- 2.3 การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี



2.4 คณะทำงาน ศปถ.อปท. และเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง มีมุมมองว่าเป็นภาระงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบาย ยังไม่ถูกกระตุ่นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานสวนกลางทำให้การกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไขปัญหาตามประเด็น

- 3.1 ประชาคมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในครัวเรือน/ชุมชน
- 3.2 สื่อสารในชุมชน
- 3.3 ดำเนินครอบครัว/ด้านชุมชน (หมู่บ้าน) ครอบครัว ตลอดปี
- 3.4 จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ถนนจุดเสี่ยง รถเสี่ยง
- 3.5 เสนอข้อมูลให้เกิดการผลักดันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ให้เป็นรูปธรรม
- 3.6 ปลุกฝังจิตสำนึกให้แก่นักเรียน นักศึกษา หรือกลุ่มวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องกฎหมายจราจร ในสถานศึกษา จัดตั้งชมรม เป็นต้น
- 3.7 บังคับใช้กฎหมาย
- 3.8 จัดตั้งจุดตรวจด่านช่วงเทศกาล ในพื้นที่ที่เป็นจุดเสี่ยง
- 3.9 คณะทำงาน ศปถ.อ.เมืองสกลนคร ลงพื้นที่ชี้แจงบทบาทการดำเนินงานให้แก่ศปถ.อปท. ทุกแห่ง

5.1.6 ลดป่วย ลดตาย จาก Trauma

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ (Trauma)

ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย < ร้อยละ 12 (Trauma < 12%, Non trauma <12%)

สถานการณ์ ความเป็นมาของปัญหา (วิเคราะห์โดยใช้หลัก 4M)

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ECS: Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล(EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) มาอย่างต่อเนื่อง สถิติบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงสถานการณ์โรคระบาด โควิด-19

สถิติบริการ	ปี 2564 (ราย)			ปี 2565 (ราย)			ปี 2566		
	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน
1.จำนวนทั้งหมด	44,181	3,735	125	44,404	3,700	121	32,264	5,377	118
1.1 Trauma	11,968	997	34	12,493	1,041	34.2	11,968	1,994	43.8
1.2 Non Trauma	32,213	2,738	91	31,911	2,659	87.4	22,263	3,710	81.6



คัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ESI 5 ระดับ

ประเภทผู้ป่วย Triage	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)
Level 1	5,275	5,707	5,807
Level 2	9,229	10,820	13,276
Level 3	30,049	26,584	23,763
Level 4	1,394	1,029	1,418

สภาพปัญหา (วิเคราะห์สภาพปัญหา/ระบุสาเหตุปัญหา)

ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ แต่ยังคงพบว่าการเสียชีวิต ณ ห้องฉุกเฉินและห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรก กลุ่ม Trauma ได้แก่ Multiple Trauma และ Traumatic Brain Injury ส่วน Non Trauma ได้แก่ Sepsis Pneumonia

การบริหารจัดการ (แผนงาน/โครงการ/กระบวนการ/ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในแต่ละ KPI และการบริหารจัดการรูปแบบแก้ไขปัญหางานแบบ New normal)

ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

- พัฒนาระบบการบริการที่ลดแออัดในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ การ Pass admit STEMI Pass Cath ศัลยกรรม ยูโรวิทยา กุมารเวชกรรม สูติกรรม อย่างต่อเนื่อง
- ลดขั้นตอนในการรอเข้า ICU ให้มีการ Pass เข้า ICU ได้รวดเร็วขึ้นในทุกแผนก

การนำเทคโนโลยีมาใช้

โปรแกรมดิจิทัล Smart ER เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งแผนการรักษาและการตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

การประเมินผล / ตัวชี้วัด

KPI	เป้าหมาย	1 ต.ค.65- 31 ธ.ค.65	
		จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	ภาพรวม < 12 %	330	6.91
	Trauma < 12 %	40	9.37
	Non Trauma < 12 %	290	6.66

นวัตกรรมที่ได้

ตู้ยา Stat dose Inventory

ปัญหา อุปสรรค

Trauma team ของแพทย์ใช้ทุน จบใหม่ มีสมรรถนะแตกต่างกันในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการวินิจฉัยล่าช้า และผิดพลาด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

-

โอกาสพัฒนา

สร้างระบบ Tele consult



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย -

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/Best Practice

การพัฒนาซอฟต์แวร์ “โปรแกรม Smart ER” ต่อเนื่อง

ผู้รายงาน นางวิภา แก้วเคน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หนก.ER ผู้รายงาน

5.1.7 ลดป่วย ลดตาย จาก Sepsis

ตัวชี้วัด อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ประเด็นตรวจราชการ

1) ติดตามตัวชี้วัด output คือ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z51.5)]

2) ติดตามตัวชี้วัด process การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ได้แก่

2.1) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90

2.2) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90

2.3) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90

2.5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย \geq ร้อยละ 30

2.6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

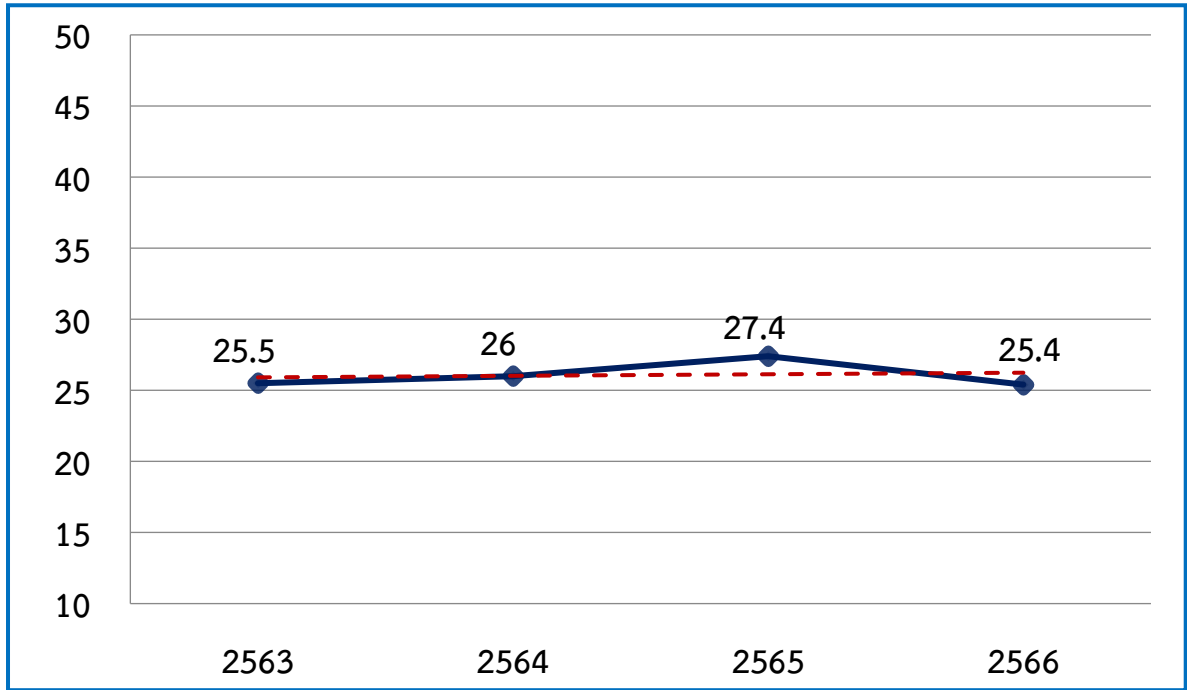
สถานการณ์

จังหวัดสกลนครมีการดำเนินงาน Service Plan สาขาอายุรกรรม (Sepsis) โดยมีโรงพยาบาล สกลนคร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และโรงพยาบาลวานรนิวาส เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 15 แห่ง เป็นโรงพยาบาลลูกข่าย จากสถิติ sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราตายสูงและแปรผันตามระดับความรุนแรงคือ 15-20% ใน sepsis และ 45-50% ในผู้ป่วย septic shock จากระบบฐานข้อมูล HDC พบว่าอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired (รหัส R65.1 และ R57.2) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (ไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative รหัส Z51.5) ปีงบประมาณ 2563-2566 เปรียบเทียบข้อมูลตค.-มิย. มีผู้ป่วย จำนวน 987 , 1236 , 1289 , และ 1459 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 25.5 , 26 , 27.4 และ 25.4 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในภาพรวมของจังหวัดสกลนครอัตราตายยังมีแนวโน้มสูง

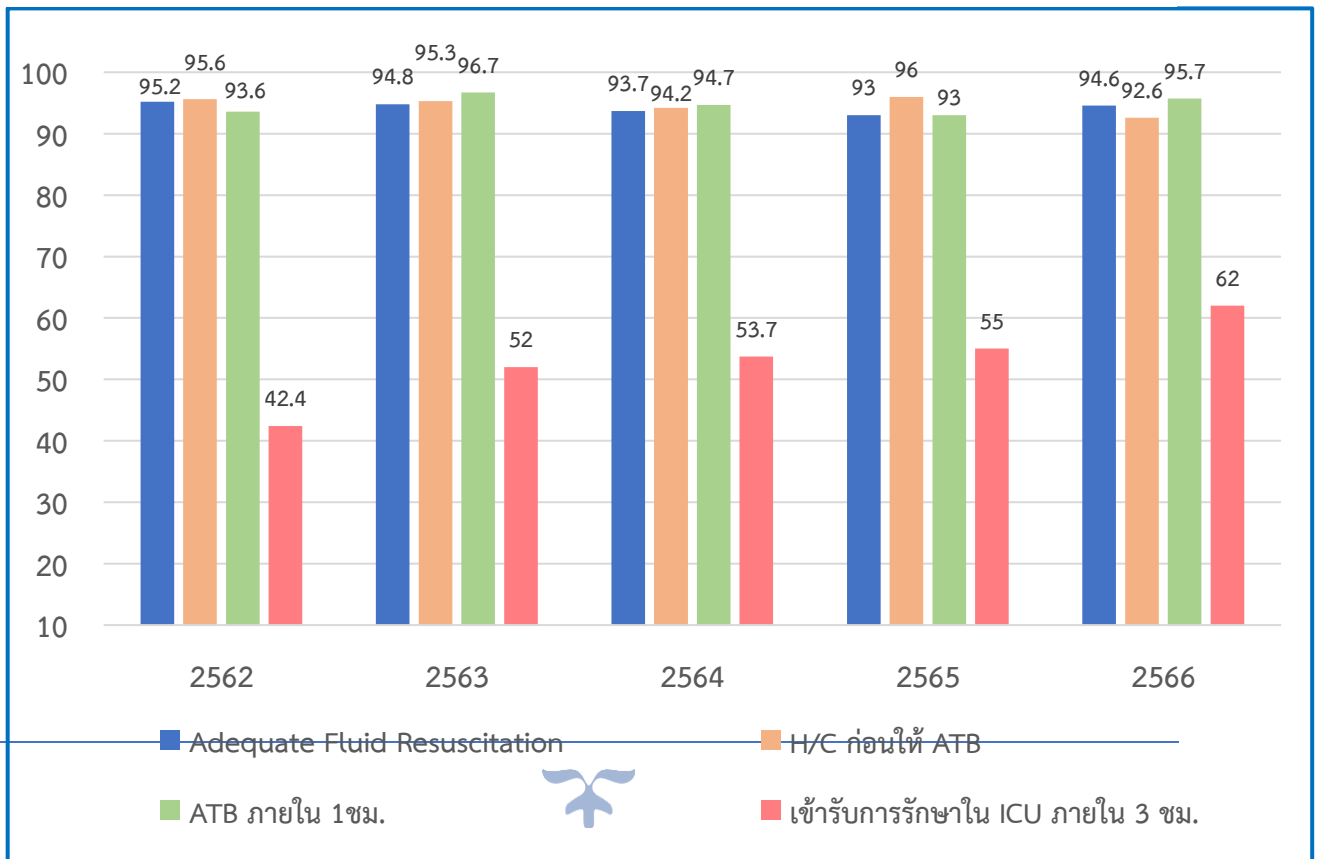
จากการทบทวนเวชระเบียนปี 2565 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ DM ,CKD และ HT อันดับโรคที่พบมากที่สุดคือ Septicemia , Pneumonia , Urinary tract infection อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Hemoculture ได้แก่ Burkholderia pseudomallei , Escherichia coli และ Klebsiella Pneumoniae คิดเป็นร้อยละ 11.2 , 9 และ 5 ตามลำดับ อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Sputum culture ได้แก่ Klebsiella Pneumoniae , Acinetobacter baumannii และ Burkholderia pseudomallei คิดเป็นร้อยละ 4.3 , 3 และ 3 ตามลำดับ



อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired
ปีงบประมาณ 2563-2566 เปรียบเทียบข้อมูลเดือนต.ค. - มิย.
(ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 26 มิย.66)



ผลงานตัวชี้วัดย่อย



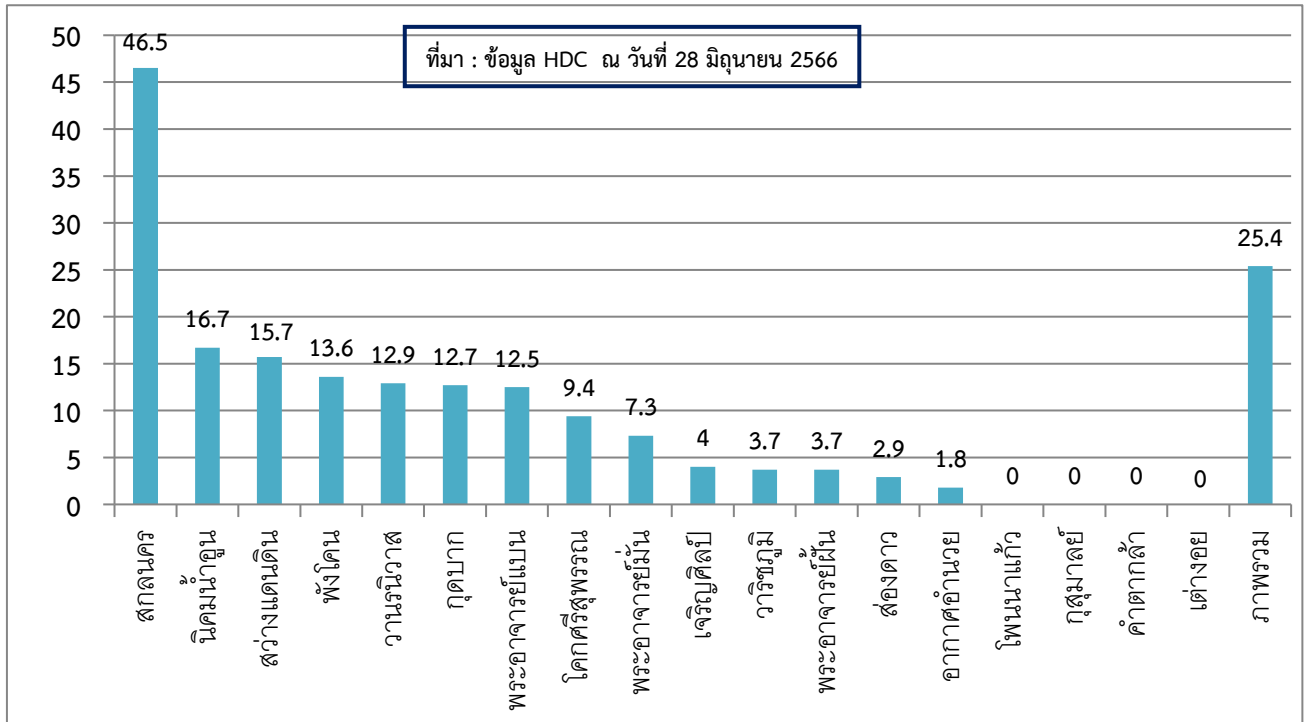
ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26(ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2566)

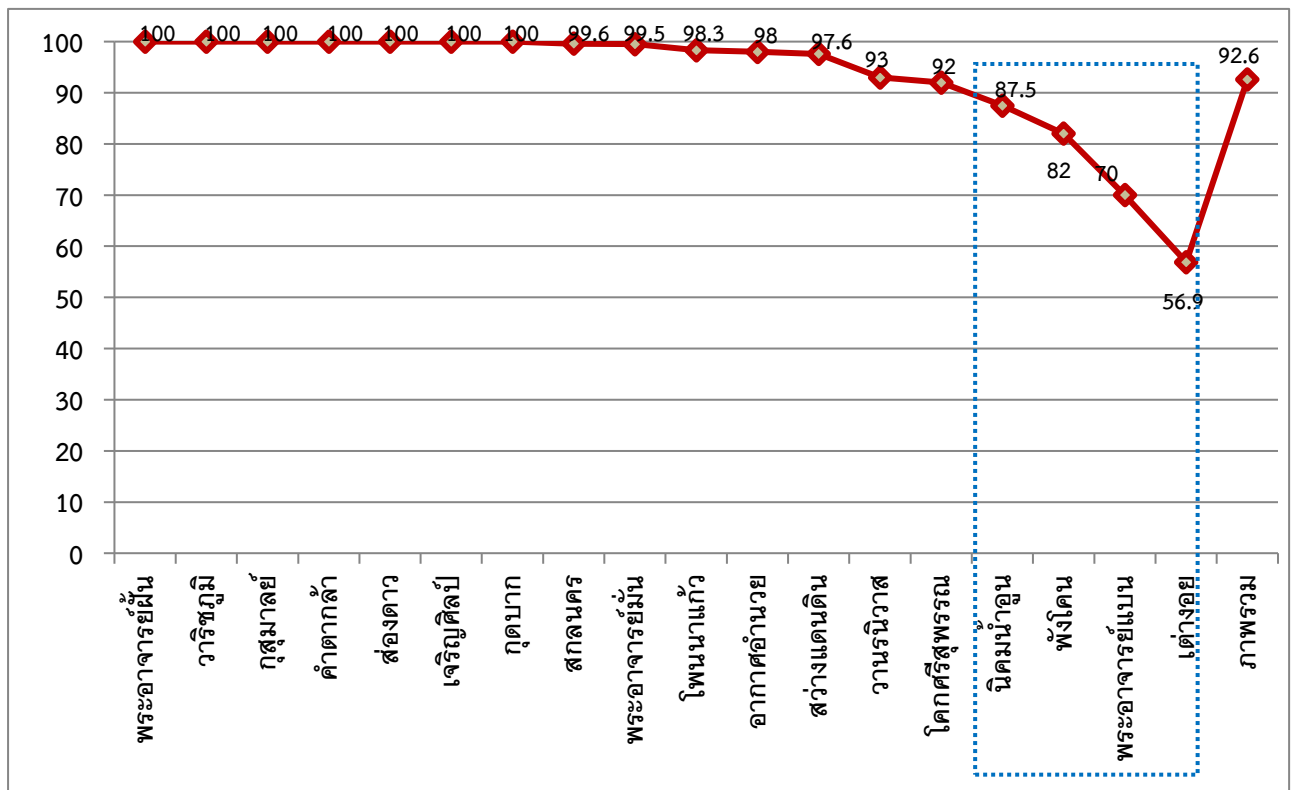
อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น (B)	จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น (C)	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) (D)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (A+C)/D x 100	
1.เมือง	225	3	64	621	46.5	
2.สว่างแดนดิน	25	1	13	242	15.7	
3.วานรนิวาส	8	0	4	93	12.9	
4.พังโคน	2	0	4	44	13.6	
5.คำตากล้า	0	0	0	9	0	
6.พองมัย	0	0	5	69	7.3	
7.เจริญศิลป์	0	0	1	25	4	
8.ส่องดาว	1	0	0	34	2.9	
9.วาริชภูมิ	0	0	1	27	3.7	
10.นิคมจำบอน	2	0	0	12	16.7	
11.กุดบาก	4	0	0	63	12.7	
12.พองแบน	1	0	1	16	12.5	
13.พองมื่น	1	1	0	27	3.7	
14.โพนนาแก้ว	0	1	0	36	0	
15.กุสุมาลย์	0	0	0	22	0	
16.เต่างอย	0	0	0	29	0	
17.โคกศรีสุพรรณ	2	0	1	32	9.4	
18.อากาศอำนวย	1	0	0	57	1.8	
ภาพรวมจังหวัด	272	6	98	1459	25.4	



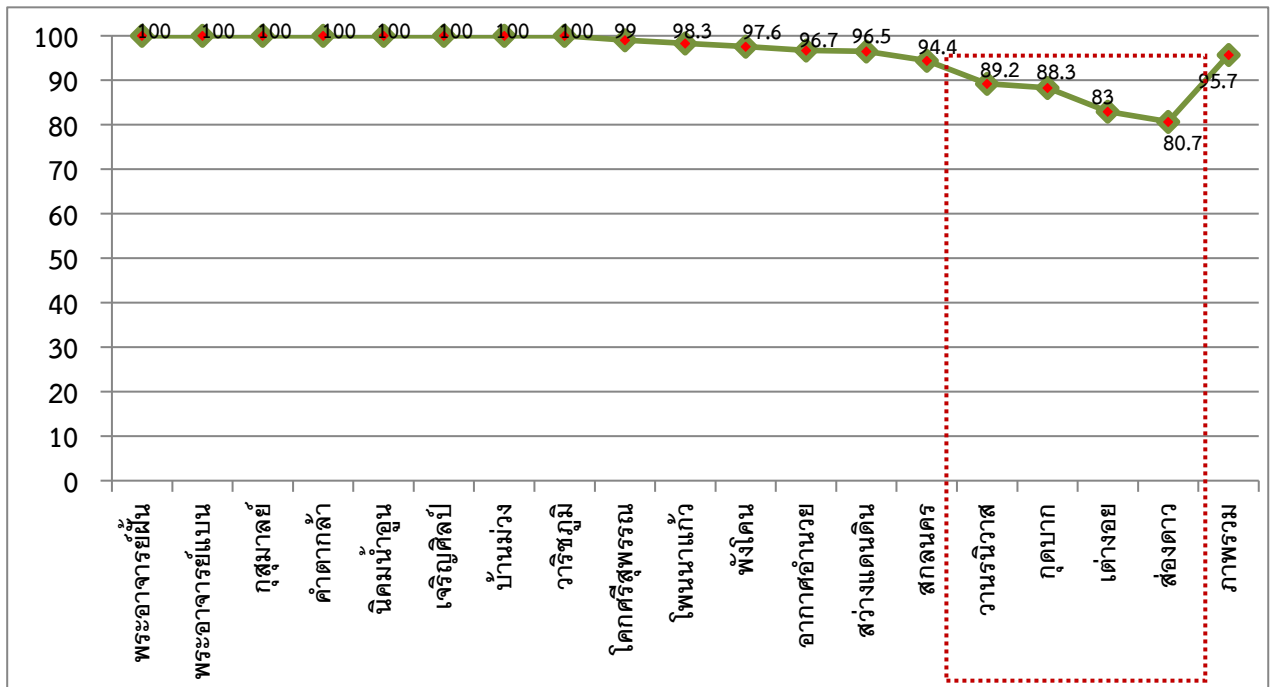
(1) กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired น้อยกว่าร้อยละ 26 จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (9m)



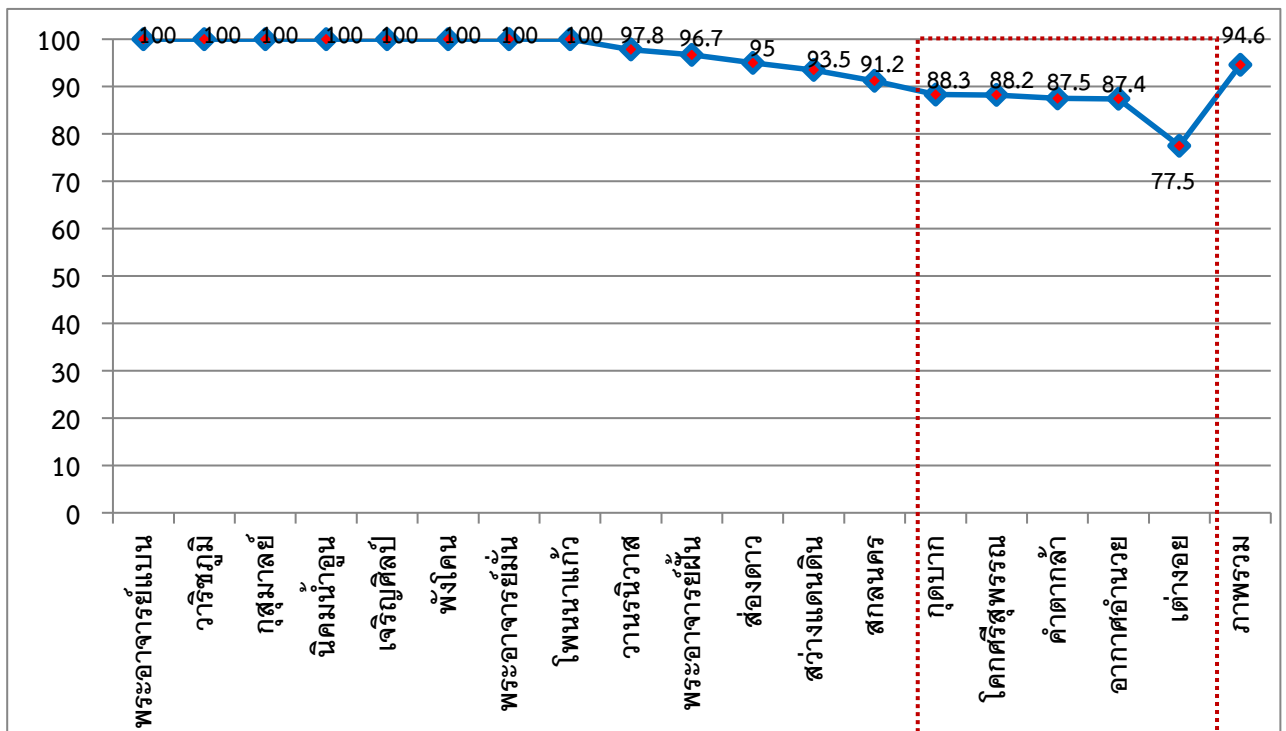
(2) กราฟแสดงผลอัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (9m)



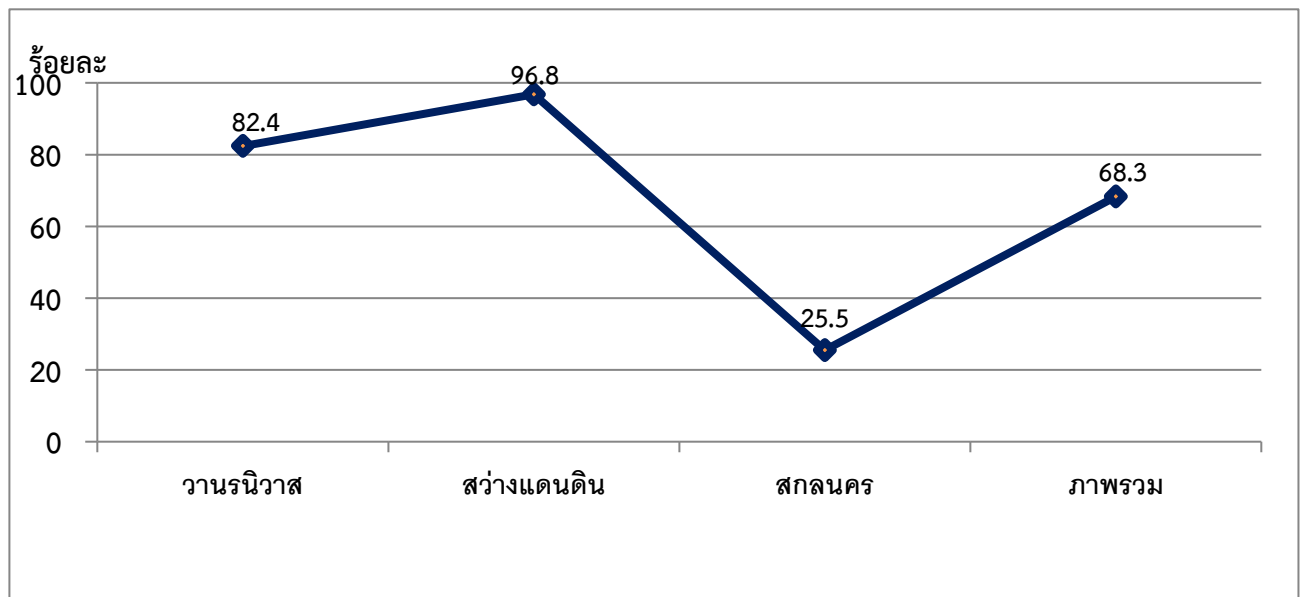
3) กราฟแสดงผลอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (9m)



(4) กราฟแสดงผลอัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg (อย่างน้อย 1.5 ลิตร) ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) \geq ร้อยละ 90 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (9m)



(5) กราฟแสดงอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2 - 3) ภายใน 3 ชม. \geq ร้อยละ 30 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดสกลนครปีงบประมาณ 2566 (9m)



(6) จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ AและS)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ Rapid Response System ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมี Rapid Response Team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วย Sepsis โดยมีการนำเสนอผลงาน ในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้ง ระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ. ประจำจังหวัด (ระดับ AและS)

-√.... ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ดำเนินการเรียบร้อย



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

- 1) Early detection : SIRS+Infection
- 2) Early treatment : H/C+ATB+Source infection control
- 3) Early Resuscitation : Fluid Resuscitation in 6 hr.
- 4) Early warning sign : SMEWS+SOS
- 5) Organ support : Complication
- 6) Access to care in ICU : Critical care
- 7) Multidisciplinary team : Competency+Network+Node
- 8) Evaluation

ปัญหา อุปสรรค/แนวทางแก้ไข/โอกาสพัฒนา

หัวข้อ Service Delivery

ปัญหา/อุปสรรค

- 1) Missed Diagnosis & Delay treatment
- 2) การใช้ CPG/ไม่ปฏิบัติตาม CPG
- 3) ผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึง ICU ล่าช้า จำนวนเตียง ICU ไม่พอรองรับ
- 4) Refer ล่าช้า 5) การจัดตั้ง Rapid Response System & Team ยังไม่เป็นรูปธรรม

แนวทางแก้ไข/โอกาสพัฒนา

- 1) Update CPG / พัฒนาการใช้ CPG ร่วมกันทั้งจังหวัด
- 2) ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัย/การใช้ Screening tool SOS score
- 3) ปรับปรุงเกณฑ์การเข้า ICU ให้ชัดเจนขึ้น/เพิ่มเตียงรับผู้ป่วย Sepsis ใน ICU
- 4) ปรับปรุงเกณฑ์ในการ Refer ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 5) จัดทำแผนการจัดตั้ง Rapid Response System & Team ที่เหมาะสมกับบริบท/บูรณาการเข้า

กับงานประจำ นำเสนอต่อผู้บริหาร

- 6) จัดกิจกรรม MM conference

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร
- 2) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลทุกแห่ง
- 3) ผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนการจัดตั้ง Rapid Response System & Team

หัวข้อ Health workforce

ปัญหา/อุปสรรค

- 1) สมรรถนะบุคลากร
- 2) มีแพทย์อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ 1 คน
- 3) จำนวนพยาบาลวิกฤตไม่เพียงพอ (พยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตนอก ICU)



แนวทางแก้ไข/โอกาสพัฒนา

- 1) จัดทำแผนเพิ่มบุคลากรแพทย์/พยาบาล เฉพาะสาขา
- 2) จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรศึกษา/อบรม/ประชุมวิชาการ
- 3) พัฒนาศมรรถนะบุคลากรในสถานบริการทุกระดับ
- 4) จัดกิจกรรม MM conference

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

เพิ่มการจัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากร ศึกษา/อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง/ประชุมวิชาการ

หัวข้อ Drug & Equipment**ปัญหา/อุปสรรค**

- 1) การใช้ขวด Hemoculture แต่ละรพ.ไม่เหมือนกัน
- 2) Ventilator, infusion, monitor EKG ไม่เพียงพอ

แนวทางแก้ไข/โอกาสพัฒนา

- 1) ใช้ขวด Hemoculture เหมือนกันทั้งจังหวัด
- 2) จัดทำแผนครุภัณฑ์

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- 1) จัดซื้อขวด Hemoculture ร่วมกันทั้งจังหวัด
- 2) จัดสรรงบประมาณแผนครุภัณฑ์

หัวข้อ Information**ปัญหา/อุปสรรค**

- 1) ผู้ป่วย Sepsis Palliative care ที่เสียชีวิต เมื่อสรุปเวชระเบียนไม่ได้ลง code ICD10 Z51.5 จึงถูกนับเป็นยอดเสียชีวิต ทำให้อัตราตายสูง
- 2) รายงานข้อมูลจากระบบ HDC กับรายงานของระบบโรงพยาบาลไม่สอดคล้องกัน
- 3) การรายงานข้อมูลจากรพช. ล่าช้า
- 4) ไม่มีโปรแกรมการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไข/โอกาสพัฒนา

- 1) ทบทวน Template ตัวชี้วัด สื่อสารทำความเข้าใจ กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 2) พัฒนาระบบการเก็บข้อมูล / ส่งเสริมการสร้างสรค์นวัตกรรม
- 3) มี sepsis nurse manager ทุกโรงพยาบาล
- 4) มีการติดตาม/feedback ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- 1) จัดซื้อขวด Hemoculture ร่วมกันทั้งจังหวัด
- 2) จัดสรรงบประมาณแผนครุภัณฑ์



นวัตกรรม/ผลงาน ที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

- โรงพยาบาลสกลนครได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณผลงาน Service plan สาขาอายุรกรรมและโรคติดเชื้อดีเด่นระดับเขตปี 2565

ผู้รายงาน

พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ นายแพทย์ชำนาญการ (ประธาน)

พญ.นัยนา ธนฐิติวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (รองประธาน)

นางกาญจน์ชนิตา ศิริกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เลขา)

โทร 0850117529

E-mail : Kanchanita_2017@yahoo.com

วันที่ 26 มิถุนายน 2566

ประเด็นตรวจราชการ : 5.2 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด 1. : ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เป้าหมาย $\geq 90\%$)

2. : ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี

(เป้าหมาย $\geq 90\%$)

เป้าหมาย และผลงาน (ที่มา MOPH IC ณ 21 มิถุนายน 2566)

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 คิดเป็นร้อยละ 31.22

2. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.15

สรุปสถานการณ์

ผลงานการฉีดวัคซีนโควิด-19 ภาพรวม ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

เนื่องจากกระทรวงฯ ได้ปรับลดระดับความรุนแรงลงเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวังแล้ว ประชาชนเคยฉีดเข็ม 1,2 ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประชาสัมพันธ์เชิงรุกและทางสื่อทุกช่องทาง รณรงค์ฉีด ให้บริการทุกวันที่สถานบริการ

ปัจจัยความสำเร็จ

ประชาสัมพันธ์เชิงรุกและทางสื่อทุกช่องทาง รณรงค์ฉีด ให้บริการทุกวันที่สถานบริการ

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

เร่งรัด กำกับติดตามความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในกลุ่ม 607 และการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานให้ครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี

หัวข้อ / ตัวชี้วัด : 1. : มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ

2. : ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม

3. : มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ระบุภัยสุขภาพ

สำคัญอย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ

4. : มี operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการณีสอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัย

5. : มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan



เป้าหมาย และผลงาน

1. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมเพียงพอ จำนวน 51 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
2. ทีม CDCU อำเภอเมืองสกลนคร ผ่านการฝึกอบรมและจัดตั้งแล้วจำนวน 7 ทีม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
3. มี Official document ของโรงพยาบาลสกลนครและเครือข่ายสุขภาพ ที่ระบุภัยสุขภาพสำคัญ 3 ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อหิวาต์และน้ำท่วมและ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ ที่ระบุบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีการประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือน
4. มี operational plans สำหรับภัยสุขภาพที่สำคัญ ภัยสุขภาพสำคัญ 3 ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อหิวาต์และน้ำท่วม โดยดำเนินงาน/สั่งการภายใต้ระบบบัญชาการ (ICS) ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการฝึกซ้อมเป็นประจำทุกปี
5. มีแผน BCP โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan ทั้ง 3 แผนงานตามข้อ 3, 4

สรุปสถานการณ์

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีแนวโน้มลดลง, อหิวาต์สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และน้ำท่วม ภายหลังเกิดเหตุสามารถฟื้นฟูกิจการได้



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566
โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง
แนวโน้มสถานการณ์การเงิน การคลัง

ปีงบประมาณ	ดัชนีสภาพคล่อง			NI+DEP กสธ.	NI+DEP เขต 8	NWC	Risk		
	Cr	Qr	Cash				Ni กสธ.	NIเขต 8	EBITDA เขต8
2564	1.32	1.09	0.47	88,508,193.63	176,902,758.60	207,617,142.30	2	2	2
2565	2.46	2.17	0.56	366,605,967.07	483,358,455.84	578,546,066.69	1	1	1
2566(มีย66)	2.09	1.83	0.36	179,654,245.21	266,131,483.23	459,371,233.55	1	1	1



แผน Planfin ปีงบประมาณ 2566

รายการ	แผนทั้งปี
รายได้ UC	860,095,160.66
รายได้จาก EMS	1,577,018.18
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	11,398,789.38
รายได้ค่ารักษา อปท.	79,737,189.15
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	495,891,981.66
รายได้ประกันสังคม	183,577,594.99
รายได้แรงงานต่างด้าว	1,828,375.36
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	267,077,755.67
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	518,426,216.48
รายได้อื่น	239,246,595.33
รายได้งบลงทุน	65,861,125.58
รวมรายได้	2,724,717,802.44
ต้นทุนยา	527,582,073.00
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	276,948,307.78
ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	2,000,000.00
ต้นทุนวิทยาศาสตร์การแพทย์	81,070,020.94
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	522,964,744.31
ค่าจ้างชั่วคราว	180,137,980.24
ค่าตอบแทน	307,397,857.56
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	38,312,635.11
ค่าใช้สอย	206,953,140.58
ค่าสาธารณูปโภค	58,440,495.38
วัสดุใช้ไป	73,474,595.00
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	163,918,286.02
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	3,507,458.99
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	45,010,097.66
รวมค่าใช้จ่าย	2,487,717,692.57
ทุนสำรองสุทธิ(Networking capital)	658,296,207.41
เงินบำรุงคงเหลือ	288,465,445.70
หนี้สินและภาระผูกพัน	-495,230,010.69
เงินบำรุงคงเหลือ (หักภาระผูกพัน)	-206,764,564.99



Unit Cost โรงพยาบาลสกลนคร

	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก				ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน							ผลการประเมินต้นทุนบริการ		
	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก (บาท)	จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง	Mean+1SD	ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน (บาท)	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด	Sum AdjRW	ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยในทั้งหมด	ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อจำนวนวันนอนทั้งหมด	ต้นทุนบริการผู้ป่วยในต่อ AdjRW	Mean+1SD	OP	IP	OP&IP
ปี2564	908,430,049.38	696,563.00	1,304.16	1,456.67	1,470,407,061.33	40,644.00	79,902.22	36,177.72	5,749.08	18,402.58	16,804.62	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน
ปี2565	1,106,476,576.01	867,584.00	1,275.35	1,557.45	1,323,668,180.43	53,785.00	103,015.80	24,610.36	4,028.50	12,849.18	19,786.17	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ปี2566(Q1)	283,511,735.53	223,685.00	1,267.46	1,233.33	340,297,040.51	11,647.00	23,968.89	29,217.57	4,605.08	14,197.45	22,336.50	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ปี2566(Q3)	867,447,568.31	681,764.00	1,272.36	1,570.06	1,058,971,533.09	38,462.00	82,937.16	27,532.93	4,789.75	12,768.36	12,768.36	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน



7Plus

ปีงบประมาณ	Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period - CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	ผลการประเมิน
เกณฑ์	>15.95	>11.77	<180	<=60	<=60	<=120	<=60		
2564	7.91	4.19	176	70	74	146	60	C-	ไม่ผ่าน
2565	18.90	16.81	150.00	93.00	59.00	108.00	56.00	A-	ผ่าน
2566(Q3)	13.35	8.8	105.16	98.51	56.55	99.66	43.4	A-	ผ่าน



แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Area base

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)

ประเด็นการตรวจราชการ : การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8

1. ร้อยละการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

2. ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

สถานการณ์/ความเป็นมาของปัญหา (วิเคราะห์โดยใช้หลัก 4M)

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สามารถป้องกันได้ องค์การอนามัยโลกยอมรับว่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับจัดเป็นเชื้อก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งโรคนี้อาจมีความรุนแรงและภาระค่าใช้จ่ายที่สูงแต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำ การแก้ไขปัญหานั้นสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ประสบความสำเร็จได้ในระดับหนึ่งแต่กลับพบว่ามีผู้ป่วยสูงขึ้น การดำเนินการที่ผ่านมาโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีฯ และพบว่า ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ยังสูง แสดงถึงยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิเข้าสู่ร่างกาย

การบริหารจัดการตามแผนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลสกลนครบริหารจัดการตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ในอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ซึ่งได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ตรวจครบทั้ง 18 ตำบลและในรายที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับพื้นที่ได้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโดยการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่

2. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจสภาวะในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปดำเนินการตรวจตั้งแต่ ปี 2559 -2560 ในพื้นที่ตำบลนาตาล อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนครแล้วพบว่า การตรวจทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถคัดกรองเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้มากขึ้น ดังนั้น ในปี 2566 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี จึงได้ดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจปัสสาวะ (OV-RDT : OV-Rapid Diagnosis Test) ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเริ่มดำเนินการ ในระหว่างวันที่ 11 – 24 กรกฎาคม 2566 โดยอำเภอเมืองสกลนคร มีตำบลเป้าหมายในการตรวจ 1 ตำบล ได้แก่ ตำบลดงมะไฟ (รพ.สต.ขมิ้น) จำนวน 350 ราย

3. การรณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบหรือสุกๆดิบๆในชุมชน หรือ ในงานบุญประเพณีในพื้นที่

4. จัดสรรยาพาราซิควอนเทลส่งไปยังพื้นที่เพื่อทำการรักษาในรายที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อเข้ามาตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลจัดการสิ่งปฏิกูลให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการรถสูบล้มให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง



6. การตรวจสอบคุณภาพของบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ จากการสำรวจพบว่าระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในจังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 32 แห่ง และอยู่ในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จำนวน 8 แห่ง แต่ใช้งานได้จริงเพียง 4 แห่ง (เทศบาลตำบลจันทวน ท่าแร่ ดงมะไฟ(ขมิ้น) และเหล่าปอแดง 2 แห่ง) และปิดใช้งาน 3 แห่ง (เทศบาลตำบลยางโอง เมืองทองท่าแร่ และเทศบาลนครสกลนคร) ปัจจุบันกำลังศึกษาสภาพ ปัญหาการดำเนินงาน และการจัดการระบบบำบัด

7. สร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในชุมชนและโรงเรียน

8. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงและคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่

9. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

10. เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง OVCCA ให้ครอบคลุมมากขึ้นโดยการจัดการวางแผนออกคัดกรองมะเร็งแบบบูรณาการ เช่น การออกคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับหน่วยแพทย์พ.สว. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับ service plan cancer คัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก ทั้งภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ อาทิ จ.บึงกาฬ นครพนม อุดรธานี หนองคาย และจังหวัดเลย

11. ข้อมูลผลงานด้านการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี 2565 จังหวัดสกลนคร มีผลงานการผ่าตัดตับทั้งหมด 10 คน โดยเป็นการผ่าตัดแบบหายขาดทั้งหมด ผู้ป่วยคาสายสวนระบายน้ำดี (PTBD) 12 ราย และ ปี 2566 จังหวัดสกลนคร พบว่า มีผลงานการผ่าตัดตับทั้งหมด 13 คน โดยเป็นการผ่าตัดแบบหายขาด 12 ราย ผ่าตัดประคับประคอง 1 ราย ผู้ป่วยคาสายสวนระบายน้ำดี (PTBD) 21 ราย ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566)

ปี 2559-2564 จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบ จำนวน 125 ตำบล และ ดำเนินการตรวจตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (OV) โดยการตรวจจูงจากระ ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปครบทุกตำบลต้นแบบแล้ว และอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบทั้งหมด 16 ตำบล เป้าหมาย 9,960 ราย ผลงานการคัดกรอง 13,286 ราย คิดเป็นร้อยละ 133.39 ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 683 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.14 และ ผลงานการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมาย 3,750 ราย คัดกรอง 12,756 ราย คิดเป็นร้อยละ 463.85 พบเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 40 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75

ปี 2565 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ไม่ได้ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากได้ดำเนินการตรวจคัดกรองทุกตำบลแล้ว มีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอเมืองสกลนคร 200 ราย คัดกรองได้ 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 116.50 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

ปี 2565 จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) 469 ราย คิดเป็นอัตรา 40.89 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 1,591 ราย คิดเป็นอัตรา 138.72 ต่อแสนประชากร และปี 2565 มีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ 165 รายคิดเป็นอัตรา 14.39 ต่อแสนประชากร ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 10 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 2 ราย



รวมทั้งหมด 12 ราย ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำดี (PTBD) 12 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 49 ราย (ณ 30 กันยายน 2565)

ปี 2566 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองสกลนคร 600 ราย คัดกรองจำนวน 1,567 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 พบผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 8 ราย ทั้งหมดกำลังอยู่ในขั้นตอนการวินิจฉัย พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ 204 ราย รายข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 10 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 8 ราย รวมทั้งหมด 18 ราย ผู้ป่วยคาสายระบายน้ำดี (PTBD) 21 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ 23 ราย (ณ 30 มิถุนายน 2566)
ผลการดำเนินงานคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสกลนคร ปี 2566

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566(9ด.)	รวม
1. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในตำบลเป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	เป้าหมาย	300	1,000	ตรวจครบทุกพื้นที่แล้ว		1,300
	ผลงาน(ราย)	322	3,251	ตรวจครบทุกพื้นที่แล้ว		3,573
	ร้อยละ	100	100	ตรวจครบทุกพื้นที่แล้ว		100
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี อายุ 40 ปีขึ้นไปในตำบลเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วยวิธีอัลตราซาวด์	เป้าหมาย	300	200	200	600	1300
	ผลงาน(ราย)	2,072	630	233	1,567	4,502
	ร้อยละ	100	100	100	100	100
3. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบหายขาด	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				
	ผลงาน(ราย)	26	27	10	10	73
4. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบประคับประคอง	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				
	ผลงาน(ราย)	6	6	2	8	63
5. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				
	ผลงาน(ราย)	16	35	49	23	123

ที่มา: จากรายงาน Cancer anywhere ICD10: C22-24 และ Isan Cohort ณ 30 มิถุนายน 2566

การบริหารจัดการแผนการดำเนินงานปี 2566

การจัดการแผนการดำเนินงาน

1. ร่วมจัดทำ House model service plan สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และแผนปฏิบัติงาน service plan สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประจำปีงบประมาณ 2566 ในระดับจังหวัดและระดับเขต
2. ร่วมจัดทำ KPI Template service plan สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประจำปีงบประมาณ 2566 ในระดับจังหวัดและระดับเขต
3. จัดทำแผนการดำเนินงานของ service plan สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ 2566
4. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระดับตำบลในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร
5. สนับสนุนเอกสาร สื่อวิชาการ สำหรับหน่วยงานในสังกัดและภาคีเครือข่าย
6. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลา



แผนงานโครงการ

1. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระและปัสสาวะ (OV-RDT) ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ยังไม่เคยตรวจและให้การรักษาจนหายขาด (ตามแผนงานโครงการของสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร)
2. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการอัลตราซาวด์ ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน (ตามแผนงานโครงการของสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร)
3. โครงการผ่าตัดตับนอกเวลาเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลประจำปี 2566 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก CASCAP มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. โครงการการพัฒนาการดูแลรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2566 ได้รับสนับสนุนจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 169,920 บาท โดยวิทยากรนอกเครือข่ายสุขภาพ เช่น ศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา และจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ปัญหาและอุปสรรค

1. เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ประชาชนรวมตัวกันลำบาก จึงทำให้การคัดกรองล่าช้า
2. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยตรวจอุจจาระและปัสสาวะ (ในบางพื้นที่) การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการอัลตราซาวด์ ยังทำได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองสกลนครและจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดกรองแต่พบว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น เนื่องจาก การดำเนินงานในปัจจุบันทำตามจำนวนและงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางเท่านั้น ซึ่งงบที่ได้รับจัดสรรยังไม่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองสกลนคร
3. พื้นที่เสี่ยงบางแห่งไม่เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดำเนินงาน การดำเนินงานจึงทำตามที่มีงบประมาณจัดสรรมาให้เท่านั้นและไม่ต่อเนื่อง
4. ปัญหาการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชน ทั้งในด้านการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร อีกทั้งผู้ปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชนยังพร้อมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงขาดปัจจัยด้านบุคลากร และงบประมาณในการบริหารจัดการ เป็นต้น

ผู้รายงาน นางสุทธิพร วรบรรณการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : sutthiporn_ole@yahoo.com

โทร.080 3509575 วันที่ 30 มิถุนายน 2566





โรงพยาบาลสกลนคร
SAKON NAKHON HOSPITAL

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชั้น 7 (ห้อง พรส.)
E-mail: plan.skn24@gmail.com
โทร 042-176000 ต่อ 8705