



เอกสารประกอบการรับ
การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ
รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2566
โรงพยาบาลสกลนคร
วันที่ 18-19 มกราคม 2566



รวบรวมและเรียบเรียงโดย
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลสกลนคร

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานประจำปี 2566 เป็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ เน้นเชิงลึก เปิดโอกาสให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเขตบริการสุขภาพที่ 8 กลไกติดตามกำกับ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยใช้การติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขเป็นกลยุทธในการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ ในการปฏิบัติตามนโยบายจากตัวชี้วัด ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการ ตลอดจนความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การจัดการความรู้และนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของประชาชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ได้จัดทำรายงานตามประเด็นตรวจราชการสาธารณสุขและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ปีงบประมาณ 2566 เพื่อประกอบการ ตรวจเยี่ยมของผู้ตรวจราชการสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 8 พร้อมคณะ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลสกลนคร และ ผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง สำหรับความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บังเกิดผลสัมฤทธิ์อันปรากฏในเอกสาร เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

ผู้จัดทำ

มกราคม 2566

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลสกลนคร	ด
ประเด็นที่ ๑ Health For Wealth	๑๖
๑.๑ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	๑๖
๑.๒ การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๒๔
ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๒๖
ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	๒๘
๓.๑ กลุ่มวัย	
- มารดาและทารก	๒๘
- เด็กปฐมวัย	๓๑
- วัยทำงาน	๓๕
๓.๒ ผู้สูงอายุ	๔๐
ประเด็นที่ ๔ Digital Health	๔๒
ประเด็นที่ ๕ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	๔๕
๕.๑ ลดป่วย ลดตาย	
- STEMI	๔๕
- STROKE	๕๐
- NCD	๕๕
- CANCER	๕๖
- การป้องกันเด็กจมน้ำเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี	๖๒
- อุบัติเหตุทางท้องถนน	๖๓
- Trauma	๖๕
๕.๒ ความมั่นคงทางสุขภาพ	๖๗
ประเด็นที่ ๖ องค์การสมรรถนะสูง	๖๙
Area Based (ปัญหาของพื้นที่) และประเด็นติดตาม	๗๔
- พยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV CCA)	๗๔

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

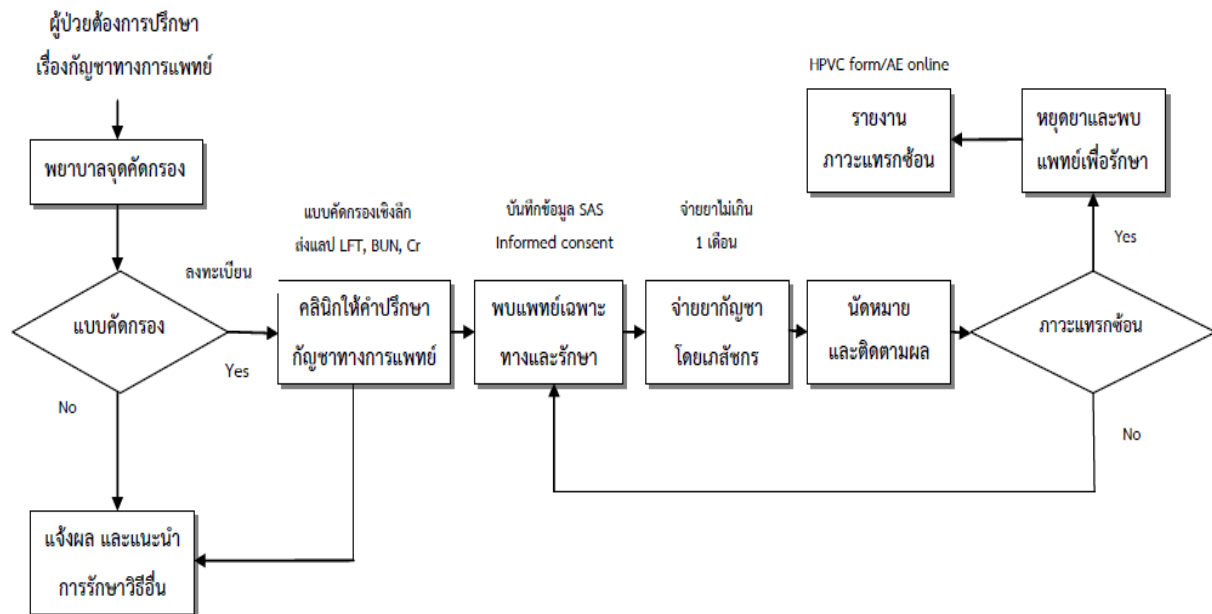
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

๑. กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

๑.๑ กัญชาทางการแพทย์

โรงพยาบาลสกลนครมีการจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านกาอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์ระบบประสาท ผู้ให้ปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษาทุกราย และ ทุกครั้งที่มารับบริการ ด้วยการโทรติดตามอาการและกรอกข้อมูลลงในเอกสาร เนื่องจากกำลังอยู่ในระหว่างพัฒนาระบบโปรแกรม C-MOPH ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ขอรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกรายต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง 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 เข้าถึงยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นโดยเปิด ให้บริการทุกวัน ในวันจันทร์ – ศุกร์ มาให้บริการที่ตึกรังสีรักษาชั้น 1 วันเสาร์-อาทิตย์ ให้บริการที่แผนก แพทย์แผนไทยเวลา 09.00-15.00 น. หรือ โทร. 2602 ประสานที่ ของทุกวันนี้มีขั้นตอนและแนวทาง ดังนี้ ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี 2566 (3เดือน)		
		ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	100	100	100	100
2.จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยา	5	141 ราย	3 ราย	2.13

กัญชาทางการแพทย์				
3. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ workload (จำนวนคน)	5	322	2	0.62
4. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ workload (จำนวนครั้ง)	5	474	2	0.44
5. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ด้วยกัญชาทางการแพทย์ (จำนวนคน)		582	3	0.52
6. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ด้วยกัญชาทางการแพทย์ (จำนวนครั้ง)		1,626	3	0.18

๑.๒ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ผลการดำเนินงานสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ มีเป้าหมายคือ ส่งเสริมการปลูกและการแปรรูป
สมุนไพรร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๐ และการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะ 2 มี 2 แห่ง มีพิธีปลูก ในวันที่ 20 พ.ค. 2564
2. รพ.สต. ดงชุมข้าวร่วมกับวิสาหกิจชุมชนไพรสกลบ้านดงยอ
3. รพ.สต.หนองไผ่ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนผักผลไม้สมุนไพรอินทรีย์หนองไผ่ครบวงจร
4. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 8 อยู่ในขั้นตอนลงนามการขออนุญาต
ปลูก (กฎหมายเก่า)

5. การปลูกกัญชาและสมุนไพรใน รพ.สต. ในระยะที่ 3 มีทั้งหมด 108 อยู่ในขั้นตอนการขออนุญาต (รอ
กฎหมายใหม่) ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา สำหรับแผนไทยและแผนปัจจุบันต้องชำระเงินเองทุกราย ทุกกรณี ทำให้มี
ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยา เนื่องจากไม่สะดวกชำระเงิน

2. ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของสารสกัดกัญชา ยาที่ได้รับการสนับสนุนมาหมดอายุเร็ว
ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และทีมจิตเวช ทำงาน
ร่วมกันเป็นทีม

3. มีแนวทางในการดำเนินงานคลินิกที่ชัดเจนและมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online

4. พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แก่บุคลากรสุขภาพทุกสาขา

๒. การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทางการแพทย์

จากแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ซึ่งมีแนวคิดการขับเคลื่อนสุขภาพให้เกิด “ For All Well-Being ” โดยคำนึงถึงขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร เรื่องสุขภาพจึงมิใช่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งมีภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเวลเนสประกอบด้วยกิจการดังนี้ 1) สถานที่พักนักท่องเที่ยวคือโรงแรมและรีสอร์ท 2) ภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) สถานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ โดยมีเป้าหมายคือติดตั้ง ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) เพื่อยกระดับและได้รับการรับรองให้สถานประกอบการ ประเภทสถานพยาบาล ยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดเตรียม เตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร และทบทวนเกณฑ์การจัดตั้งศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล ปัจจุบันปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินการสำเร็จ คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางในการดำเนินงานคลินิกที่ชัดเจนและมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online มีการประชุมติดตามการจัดตั้งและดำเนินงานทุกเดือน

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑.การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

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

๒.ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วทั้งหมด 11 แห่ง มีจำนวน หมอคนที่ 1 จำนวน 1,994 คน หมอคนที่ 2 จำนวน 191 คน หมอคนที่ 3 จำนวน 11 คน ดูแลประชาชนในทั้งหมด 37,602 หลังคาเรือน กำหนดให้ปี 2566 ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน (ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 57)

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวนประชากร	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนแพทย์ (หมอคนที่ 3)	จำนวนเจ้าหน้าที่ (หมอคนที่ 2)	จำนวน อสม. (หมอคนที่ 1)
1	PUC ดงมะไฟสามัคคี	12,877	4,718	1	15	453
2	PCU ฮางโฮง	8,055	3,475	1	10	177
3	PCU สร้างแก้วสามมิตร	9,243	3,490	1	14	212
4	PCU ธาตุเชิงชุม	9,733	2,336	1	9	87
5	PUC พังขว้างใต้	9,582	2,927	1	14	166
6	PCU สุขเกษม	9,716	4,136	1	36	140
7	PCU ร่มเกล้า	9,594	3,419	1	25	96
8	PCU นาเวง	7,476	3,076	1	21	100
9	NPCU ทับสอ-ดุดูนาม	9,599	3,579	1	14	188
10	NPCU นาคำ-ลาดกะเมอ	10,586	2,922	1	15	154
11	NPCU ดงมะไฟ-นาขาม	10,472	3,524	1	18	221

ปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอคนที่ 3) จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้ง และขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับผู้สูงอายุ

๑.๑ กลุ่มวัย

มารดาและทารก

อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ของกรมอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีอัตราเท่ากับ ๒๕.๘๖ ซึ่งลดลงจากปี ๒๕๖๔ ๓๔.๖๘ โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ที่ ๒๑.๖๕ และจังหวัดสกลนคร มีมารดาตายจำนวน ๓ ราย คิดเป็นอัตรา ๓๗.๗๕ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาและค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง หากพิจารณาเฉพาะอัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด (PPH) อยู่ที่ร้อยละ ๒.๗๔ และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดาของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ อยู่ที่ร้อยละ ๙๐.๒๙ การฝากครรภ์คุณภาพ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕.๕๕ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ๓ ครั้งตามเกณฑ์ อยู่ที่ร้อยละ ๗๗.๐๕ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ๒๐.๕๐

สถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือ เท่ากับ ๒๘ วัน อยู่ที่ ๒.๐๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหายใจลำบาก(RDS) ในทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย (preterm low birth weight) ภาวะติดเชื้อ (neonatal sepsis) ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (severe birth asphyxia) ความพิการแต่กำเนิด เช่น anencephaly, hydrop fetalis โรคหัวใจแต่กำเนิด (เช่น PDA , ASD) เป็นต้น ซึ่งอัตราเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ที่ ๕.๐ และอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนอยู่ที่ ๕.๖๖

ปัญหาและจุดเสี่ยงการดำเนินงานมารดาและทารก คือ ทักษะการจัดการความเสี่ยงที่ ANC ค้นไม่เจอ จัดการไม่ได้ .การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรมรุนแรง ไม่ควรตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมที่มาฝากครรภ์ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทุกราย การแพร่ระบาดของโรคโควิด – ๑๙ ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการ ANC และเยี่ยมหลังคลอด ๓ Delay (๑)การตัดสินใจเข้ารับบริการ (๒) การเดินทาง/เข้าถึงบริการ การคมนาคมไม่สะดวก (๓) การได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ

เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย และร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I จากผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าสามารถคัดกรองดำเนินการคัดกรองเด็ก ได้เพียงร้อยละ ๗๗.๒๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๙๐) มีพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรองในครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ ๗๕.๘๖ ค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ ๒๔.๑๔ เด็กพัฒนาพบการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินซ้ำ ร้อยละ ๗๙.๔๐ มีพัฒนาการกลับมาสมวัย

ร้อยละ ๙๘.๗๔ และพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 จำนวน ๒๖ ราย ได้รับการกระตุ้น ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕๔ (เกณฑ์ร้อยละ ๓๕)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐ และ เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖ ผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละสูงดีสมส่วน อยู่ที่ร้อยละ ๕๕.๗๘ (เกณฑ์ปี ๖๖ ร้อยละ ๖๖) ส่วนสูงเฉลี่ยชาย อยู่ที่ ๑๐๘.๔๔ เซนติเมตร (เกณฑ์ ๑๑๓ ซม.ม.) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง อยู่ที่ ๑๐๗.๕๔ เซนติเมตร (เกณฑ์ ๑๑๒ ซม.ม.) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๑๒.๓๕ (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ ๙.๗๘ มีภาวะผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ ๑๔.๔๗ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๕) และความครอบคลุมการของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง อยู่ที่ร้อยละ ๕๓.๕๕ ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานมีสาเหตุจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด – ๑๙ หน่วยบริการต้องรับผู้ป่วยโควิดเพิ่มขึ้นผู้ปกครองไม่พาเด็กไปรับบริการเนื่องจากกลัวติดโรค เจ้าหน้าที่ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ หาข้อมูล และร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ และยังขาดอุปกรณ์การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐานและขาดการสอบเทียบ

วัยทำงาน

จากการดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่มีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค ดังข้อมูล ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๗.๓๗ ต่อประชากรแสนคน (๑๓คน) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๑๑.๕ ต่อประชากรแสนคน (๑๙คน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๕.๑ ต่อประชากร (๑๐คน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๗.๕ ต่อประชากร (๑๓คน) และผลการดำเนินงานใน ๓ เดือนแรก ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ๑๔๖.๓๒ (๖,๓๙๑) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑.๐๓ (๒ คน) อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ๙๓.๗๕ (๑๖/๑๕)

กลุ่มงานจิตเวช ได้ศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้น โดยใช้แบบสอบถามการฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกับญาติผู้สูญเสียเมื่อพร้อม และลงพื้นที่ โดยการประชุมทีม ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการที่พบก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๑๙ คน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า คนที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เป็นคนใหม่ที่ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา และมีปัจจัยกระตุ้น แล้วดื่มแอลกอฮอล์ การประชุมทีมในแต่ละเคสจะพบปัญหาคล้ายๆกัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และแสดงความ

คิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชน เหล่านี้ได้อย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย แยกเป็น ครอบครัว ชุมชน ยาเสพติด 2) สัญญาณเตือน 3) (กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ 4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน

จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่องขึ้น ๒ ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง และมีรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสกลนคร จึงโครงการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครขึ้น

๑.๒ ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ ๑๔.๗๓, ๑๕. ๓๘ และ ๑๗.๕๑ ตามลำดับและ ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน ๙๐๓,๗๒๐ คน เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๖๓,๕๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๘ และสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ ๒๑.๒๗, ๒๒.๔๕ และ ๒๓.๖๑ ตามลำดับและ ในปี ๒๕๖๕ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน ๑๑๔,๑๓๗ คน เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๘,๓๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๘๔ ผลการดำเนินงาน ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐) ผลงาน ๐ เนื่องจากทางจังหวัดสกลนครอยู่ในระหว่างการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติและชี้แจงทำความเข้าใจกับพื้นที่นำร่องของอำเภอเมืองสกลนคร จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๑ ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ผลงาน ร้อยละ ๒๕ ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๐ ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) ผลงาน ร้อยละ ๕.๔๔

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ที่ยังมีไม่เพียงพอ ประกอบกับการระบาดของเชื้อโรคโควิด-๑๙ ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสกลนครส่งผลให้การดำเนินการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง รวมถึงการลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพมีหลากหลายโปรแกรมที่ต้องลงทั้งแบบออนไลน์ และออฟไลน์ การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone(ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีSmartphone) ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้เวลาลงข้อมูลมากบางโปรแกรมเป็นการลงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน และมีการเพิ่มโปรแกรมการลงข้อมูลแบบออนไลน์ใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี

ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

จากสถานการณ์โรค Covid-19 ทำให้โรงพยาบาลสกลนครมีการให้บริการแบบ telemedicine บางส่วน โดยส่วนแรกคือการให้บริการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์และส่งยาทางไปรษณีย์ ส่วนที่สองคือการให้บริการฝากครรภ์ทางไกลที่คลินิกฝากครรภ์ และส่วนสุดท้ายคือการใช้ระบบ telemedicine ของหมอพร้อม station ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเรือนจำ ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้วยการส่งยาทางไปรษณีย์รายไตรมาสของ รพ.สกลนคร ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยได้รับการส่งยาทางไปรษณีย์ในไตรมาสที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 6,877, 7,058, 7,439 และ 7,006 ราย ตามลำดับ และในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูลถึง 16 ธันวาคม 2565) เท่ากับ 4,901 ราย หน่วยบริการฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ได้เริ่มดำเนินการฝากครรภ์ด้วยระบบ telemedicine ด้วยระบบ หมอพร้อม มาตั้งแต่ 27 กันยายน 2565 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือต้องการคำปรึกษาจากสูติแพทย์ มีผู้ขอรับบริการทั้งหมด 22 ราย ดำเนินการได้ครบตามระบบ Telemedicine 2 ราย

ผลการดำเนินงานการตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ หมอพร้อม Station (แบบ station to station) ซึ่งได้มีการดำเนินงานที่ ศสม.สุโขทัย ซึ่งได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยในเรือนจำ มีผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาผ่านระบบ telemedicine ในไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2565 และไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูลถึง 16 ธันวาคม 2565) เท่ากับ 343, 284 และ 113 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำผ่านแอปพลิเคชัน zoom ซึ่งทางกลุ่มงานจิตเวชได้ดำเนินการเองมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 โดยมีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการตรวจรักษาผ่านแอปพลิเคชัน zoom ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 (ไตรมาสแรก) เป็นจำนวน 367, 384 และ 64 ราย ตามลำดับ

ปัญหา/จุดร่วม หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน ปัญหาด้านเทคนิคคอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ต่อพ่วงไม่เพียงพอ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร คลื่นโทรศัพท์ไปไม่ถึงที่อยู่ของผู้ป่วย ผู้รับบริการไม่มีสมาร์ทโฟน ระบบ Telemed ไม่มีเสียงแจ้งเตือนว่ามีสายเข้า มีใช้งานโปรแกรมสำหรับ telemed ควบคู่ไปกับโปรแกรม HMS ของ โรงพยาบาล ทำให้กระบวนการซับซ้อนไม่รวบรัด มีความยุ่งยาก และปัญหาทางด้านบุคลากรบุคลากร คือ ไม่ทราบว่ามีการใช้ระบบ telemedicine ไม่เข้าใจระบบการบริการ ทำให้ไม่บันทึกข้อมูลลงระบบของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้ข้อมูลขาดหายไป ใช้งานไม่คล่อง ทำให้กระบวนการบริการล่าช้า เพิ่มภาระงาน ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา จัดให้มี station ที่หน่วยบริการปลายทางที่ใกล้กับภูมิลำเนาของผู้ป่วย อาจจัดให้มี station ประจำชุมชน เชื่อมโยงเข้ากับระบบ 3 หมอ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟนไม่ต้องเดินทางไปถึงหน่วยบริการเอง 1 หมู่บ้านหนึ่งห้องตรวจทางไกล ปัจจัยที่จะช่วยให้เกิดความสำเร็จ คือ แพทย์ผู้ให้บริการและตัวผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ ความทั่วถึงของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนของภาครัฐและชุมชน

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๑.ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

Service plan สาขาโรคหัวใจ จังหวัดสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยในเขต ๘ ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม บึงกาฬ เลย หนองคายและหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลสกลนครเป็นสถานบริการของรัฐระดับตติยภูมิ ระดับ A ขนาด ๗๖๘ เตียง บริหารองค์กรตาม ๕ กลุ่มภารกิจในโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตจังหวัดสกลนครและจังหวัดใกล้เคียง คือ นครพนม, บึงกาฬ ให้บริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.สกลนคร และบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพที่ ๘ และกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัด มีโรงพยาบาลเอกชน ๑ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ๑ แห่ง มีอายุรแพทย์โรคหัวใจจำนวน ๘ คน ได้แก่ แพทย์ Interventionist จำนวน ๒ คน แพทย์การตรวจวินิจฉัยทางสรีรวิทยาไฟฟ้าหัวใจ ๒ คน แพทย์หัวใจเด็ก จำนวน ๑ คน แพทย์ผ่าตัดหัวใจ จำนวน ๒ คน วิทยุแพทย์ จำนวน ๑ คน จังหวัดสกลนคร ใน ๓ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ มีจำนวน ๑๓๙ , ๒๐๐ และ ๒๐๖ ราย และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) มีจำนวน ๕๗ ราย พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๑ , ๑๐.๕๐ และ ๙.๒๒ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) พบร้อยละ ๑๐.๕๓ (< ร้อยละ 9) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที เท่ากับ ร้อยละ ๕๗.๑๔ (≥ ร้อยละ ๖๐) และร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที เท่ากับ ร้อยละ ๖๕.๑๒ (≥ร้อยละ ๖๐) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คือ ๔๖๙,๓๖๕ และ ๓๘๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) คือ ๑๑๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ภายในโรงพยาบาล) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗.๖๗, ๘.๔๙ และ ๖.๒๕ ตามลำดับ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) ร้อยละ ๗.๘๒

๒.ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของประเทศไทย และก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน คือการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Human Tissue –Type Plasminogen Activator) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มารับบริการทันทีภายหลังเกิดอาการภายในเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิตและลดความพิการ ทุพพลภาพได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

ญ

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด ๗๖๘ เตียง ให้การบริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนคร และเขตจังหวัดใกล้เคียง พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนครด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ใน ๕ ของโรงพยาบาล จากสถิติ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ๑,๓๕๗ ,๑,๒๕๖ และ๑๒๖๒ ตามลำดับ

โรงพยาบาลสกลนครมีความพร้อมทุกด้าน ในการพัฒนาระบบ Stroke fast track มีอายุรแพทย์ ประสาทวิทยา 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 กรมการแพทย์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2568

โรงพยาบาลลูกข่ายที่ให้อาสาสมัครเลือดได้ (Node rt-PA) มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่

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

การพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Fast Track จังหวัดสกลนคร เน้นการพัฒนา ศักยภาพ Node rt-PA บูรณาการการดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ P&P Excellence และ Service Excellence มีระบบการวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงระบบการจัดการผู้ป่วยร่วมกับ Intermediate Care การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ระบบการป้องกัน ส่งเสริม การรักษา และฟื้นฟูเพื่อ ลดความพิการและลดอัตราการตาย

๓.ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

1.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน เพื่อวินิจฉัย เป้าหมาย 67% ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดสกลนคร มีการคัดกรองประชากร 35 ปีขึ้นไป โดยเริ่มคัดกรองตั้งแต่ ธันวาคม 2565 สามารถคัดกรองได้ 20.58 % (เป้าหมาย 90 %) มีกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน ที่ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126mg% ที่ต้องตรวจติดตามจำนวน 1739 ราย สามารถตรวจติดตามได้เพียง 132 ราย และกำลังอยู่ในช่วงการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดสกลนคร ได้มีการคัดกรองความดันโลหิตในประชากร 35 ปีขึ้นไป โดยเริ่มในเดือน ธันวาคม 2565 พบว่าสามารถคัดกรองได้ 20.68 % ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด พบกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 6871 ราย ได้รับการตรวจติดตาม 6314 ราย คิดเป็น 91.89 % (เป้าหมาย 93 %)

จากข้อมูลพบว่า การคัดกรองเริ่มต้นในเดือนธันวาคม ซึ่งช้ากว่าทุกปี เนื่องจาก รพ.สต.เกือบทุกแห่งของ จังหวัดสกลนครได้โอนไปขึ้นกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ การจัดการกับกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง รวมทั้งวิธีการคัดกรองจะต้องมีการยืนยันตัวตนให้ชัดเจนร่วมด้วย จึงทำให้คัดกรองได้น้อย การตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องอดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด และต้องวินิจฉัยที่โรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้ขั้นตอนยุ่งยากมากกว่าการตรวจยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถวินิจฉัยได้เร็ว กว่าโดยการวัดความดัน จึงสามารถตรวจติดตามได้มากกว่า

3.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมายร้อยละ 40 ในปีงบประมาณ 2566 ได้ จัดให้มีงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช.โดยเริ่มวันที่1 ธันวาคม2565 และต้องมีการยืนยันตัวตนเมื่อมารับบริการ ทำให้จังหวัดสกลนคร มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจ HbA1C ทั้งหมด 68022 ราย สามารถตรวจได้ 13871 ราย คิด เป็น 20.39% พลผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 และ < 8 ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เท่ากับ7.54 %

การจัดการใน ไตรมาส1 ได้จัดประชุมชี้แจงกับผู้รับผิดชอบงาน มอบนโยบาย และติดตาม ประสานงาน กับเครือข่ายส่วนท้องถิ่น และทำความเข้าใจตัวชี้วัดกับผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสนับสนุนผู้รับผิดชอบได้เข้าร่วมประชุม วิชาการระดับเขต ในการจัดการข้อมูลNCD พร้อมทั้งให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ สามารถเข้าถึงข้อมูล รายบุคคลระดับอำเภอได้ ซึ่งการดำเนินงานอยู่ในช่วงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสกลนคร ในด้านการคัดกรองมะเร็งในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีดังนี้ สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ ๑๕.๔๔ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๓๘.๓๖ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๐.๑๕

ประเด็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ การ ดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งชะลอตัวเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ การผ่าตัดในผู้ป่วย มะเร็งและการทำ Colonoscopy ในผู้ที่ผล Fit-test positive ล่าช้าเช่นเดียวกัน เนื่องจากทีมบุคลากรทาง การแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ไม่เพียงพอ และมี Case เดิมที่ตกค้างจากการคัดกรองเมื่อ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จึงทำให้การทำ Colonoscopy มีความล่าช้า แต่ในปัจจุบันได้รับความร่วมมือจาก รพ.วานร นิवास สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และ รพ.พังโคน ทำให้ยอดในการ ทำ Colonoscopy สูงขึ้น ส่วนการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ขณะนี้โรงพยาบาลผ่านกระบวนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยตรวจเป็น ที่เรียบร้อย และเป็นหน่วยตรวจของ ๓ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ และสกลนคร การ ดำเนินงานผ่านไปด้วยดี ผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy เป็นปัจจุบัน ปัจจุบันได้รับการส่ง กล้องไปแล้วมากกว่าร้อยละ ๙๐

สำหรับตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มมา คือ ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่อง ปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทาง Service Plan สาขา

โรคมะเร็งวางแผนการคัดกรองโดยบูรณาการร่วมกับการคัดกรอง ๓ มะ ที่รณรงค์ทุกปี และจากการประชุมล่าสุด ท่าน สธน. เสนอนโยบายให้ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ร่วมกับ Service Plan สาขา OVCCA บูรณาการการคัดกรองโรคมะเร็งร่วมกับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งได้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันทั้งเขต เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ได้ข้อสรุปในการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองพร้อมกันในปี ๒๕๖๖ นี้

๕.๒ ความมั่นคงด้านสุขภาพ

๑. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ไตรมาส ๑ คิดเป็นร้อยละ ๑.๔ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ จำนวนสะสม เพิ่ม ๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑๑.๒๒, เพิ่ม ๒ ร้อยละ ๑๐๖.๔๐ เพิ่ม ๓ ร้อยละ ๓๙.๓๑, เพิ่ม ๔ ร้อยละ ๔.๑๑, เพิ่ม ๕ ร้อยละ ๐.๗๔

๒. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ไตรมาส ๑ ผลงานจำนวน ๒,๐๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๗ ผลงานการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ภาพรวม ยังไม่ผ่านเกณฑ์

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมเพียงพอ จำนวน ๕๑ คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

๒. ทีม CDCU อำเภอเมืองสกลนคร ผ่านการฝึกอบรมและจัดตั้งแล้วจำนวน ๗ ทีม ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

๓. มี Official document ของโรงพยาบาลสกลนครและเครือข่ายสุขภาพ ที่ระบุภัยสุขภาพสำคัญ ๓ ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙), อหิวาต์และน้ำท่วมและ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ ที่ระบุบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีการประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือน

๔. มี operational plans สำหรับภัยสุขภาพที่สำคัญ ภัยสุขภาพสำคัญ ๓ ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙), อหิวาต์และน้ำท่วม โดยดำเนินงาน/สั่งการภายใต้ระบบบัญชาการ (ICS) ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการฝึกซ้อมเป็นประจำทุกปี

๕. มีแผน BCP โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan ทั้ง ๓ แผนงาน ตามข้อ ๓, ๔

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙) มีแนวโน้มลดลง, อหิวาต์ ควบคุมสถานการณ์ได้ และน้ำท่วม ภายหลังเกิดเหตุสามารถฟื้นฟูกิจการได้

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)

โรงพยาบาลสกลนคร บริหารจัดการตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ในอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ซึ่งได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ตรวจครบทั้ง 18 ตำบลและในรายที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ได้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่
2. การรณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆในชุมชน หรือในงานบุญประเพณีในพื้นที่
3. การจัดสรรยาพาราซิควอนเทลส่งไปยังพื้นที่เพื่อทำการรักษาในรายที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อเข้ามาตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลจัดการสิ่งปฏิกูลให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการรถสูบส้วมให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
5. ตรวจสอบคุณภาพของบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่
6. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในชุมชนและโรงเรียน
7. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงและคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่
8. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565) ปี 2559-2564 จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบ จำนวน 125 ตำบล และ ดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (OV) โดยการตรวจอุจจาระ ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปครบทุกตำบลต้นแบบแล้ว และอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีตำบลต้นแบบทั้งหมด 16 ตำบล เป้าหมายจำนวน 9,960 ราย คัดกรองจำนวน 13,286 ราย คิดเป็นร้อยละ 133.39 ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 683 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.14 และ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมายจำนวน 3,750 ราย คัดกรองจำนวน 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 เนื่องจากได้ดำเนินการตรวจคัดกรองทุกตำบลแล้วและมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ใน

ประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมายอำเภอเมืองสกลนคร 200 ราย คัดกรองจำนวน 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 116.50 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

ปี 2565 จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 469 ราย คิดเป็นอัตรา 40.89 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จำนวน 1,591 ราย คิดเป็นอัตรา 138.72 ต่อแสนประชากร และปี 2565 การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังตับ จำนวน 165 ราย คิดเป็นอัตรา 14.39 ต่อแสนประชากร ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 11 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 2 ราย รวมทั้งหมด 14 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 28 ราย แบ่งเป็น Adjuvant 10 ราย Palliative 18 ราย ใส่ Drain 38 ราย

ปี 2566 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองสกลนคร 200 ราย คัดกรองจำนวน 985 ราย คิดเป็นร้อยละ 492. พบผู้ป่วยสงสัยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 7 ราย ทั้งหมดกำลังอยู่ในขั้นตอนการวินิจฉัย พบผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับรายใหม่ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 6 ราย และผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีรายใหม่ (Cholangiocarcinoma) จำนวน 15 ราย ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ Palliative 1 ราย ใส่ Drain 18 ราย

ข้อมูลทั่วไป



แผนที่อำเภอเมืองสกลนคร

ข้อมูลทั่วไปอำเภอเมืองสกลนคร

(1) ทำเลที่ตั้งและขนาด

อำเภอเมืองสกลนครตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตามแผนที่จังหวัดสกลนครโดยมีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 647 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 1,023.4 ตารางกิโลเมตร

(2) อาณาเขต

ทิศเหนือ จรด อำเภอพรรณานิคม อำเภอนาหว้า (จังหวัดนครพนม)
และอำเภอกุสุมาลย์
ทิศตะวันออก จรด อำเภอโพนนาแก้วและอำเภอโคกศรีสุพรรณ
ทิศตะวันตก จรด อำเภอเต่างอยและอำเภอภูพาน
ทิศใต้ จรด อำเภอกุศุดและอำเภอพรรณานิคม

(3) ภูมิประเทศ

อำเภอเมืองสกลนคร ตั้งอยู่ในที่ราบแอ่งสกลนครของตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีเทือกเขาภูพาน ขวางกั้น สภาพของภูมิประเทศโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ทางตอนเหนือของสกลนคร เป็นที่ราบลุ่มสูงมีป่าไม้ทึบ ตอนกลางของสกลนครเป็นที่ราบลุ่มต่ำที่เหมาะสมแก่การทำนา สำหรับตอนใต้เป็นที่ราบที่อยู่ใกล้กับเชิงเขาภูพาน อันเป็นที่เกิดแหล่งน้ำหลายสาย พื้นที่ส่วนมากมักจะมีความอุดมสมบูรณ์ทั้งป่าไม้และสัตว์ป่านานาชนิด มีแม่น้ำสำคัญหลายสาย เช่น แม่น้ำสงคราม ซึ่งเกิดจากต้นน้ำในเขตอำเภอหนองหาร จังหวัดอุดรธานี ไหลผ่านเข้าสู่เขตสกลนครผ่านลงไปสู่จังหวัดนครพนม แม่น้ำสายนี้ถือเป็นแม่น้ำสายสำคัญสายหนึ่งในแอ่งที่ราบสกลนคร ลำน้ำอูน มีต้นน้ำกำเนิดมาจากเทือกเขาภูพานในเขตสกลนคร ไหลผ่านลงมายังอำเภอกุดบาก อำเภอพรรณานิคม และ ไหลลงสู่เขตจังหวัดนครพนม ลำน้ำยามหรือแม่น้ำยาม มีต้นน้ำในเขตสกลนคร ไหลผ่านอำเภอสว่างแดนดิน อำเภอวานรนิวาส และอำเภออากาศอำนวย ลงสู่เขตจังหวัดนครพนม ก่อนที่จะไหลลงไปรวมที่ลำน้ำโขงและยังมีลำน้ำสายอื่นๆ 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 เป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพันธุ์ปลาและสัตว์นานาชนิด

(4) ภูมิอากาศ

ลักษณะที่ตั้งของเมืองสกลนคร เหมือนแอ่งกระทะ จึงมีสภาพอากาศที่ค่อนข้างจะร้อนอบอ้าวในฤดูร้อน และเมื่อถึงฤดูฝน มักจะมีฝนตกชุกมาก แต่ครั้นถึงฤดูหนาวก็จะมีอากาศที่หนาวเย็นมากกว่าและนานกว่าในพื้นที่อื่นๆ 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 มีการกำหนดการจอดรถวันคู่ วันคี่ กำหนดช่วงเวลาจอดรถในถนนย่านสำคัญๆ และบริเวณถนนหน้าโรงเรียน

การคมนาคมทางบก การคมนาคมขนส่งในเขตเทศบาลสามารถติดต่อกับจังหวัดอื่น ๆ ได้สะดวกโดยเส้นทางรถยนต์โดยสารประจำทางหลายเส้นทางทั้งรถธรรมดาและรถปรับอากาศ ถ้าเดินทางจากกรุงเทพมหานครไปยังจังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่ใช้เส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 จากกรุงเทพฯ ผ่านจังหวัดสระบุรี จังหวัดนครราชสีมาแล้วแยกเข้าทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 23 ผ่านจังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ แยกเข้าทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 213 เข้าสู่จังหวัดสกลนคร ใช้เวลาประมาณ 10 ชั่วโมง

การคมนาคมทางอากาศ ในปัจจุบันการเดินทางโดยเครื่องบินมายังจังหวัดสกลนคร จะมีเครื่องบินบริการโดยใช้สนามบินพาณิชย์จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2547 มีเที่ยวบินของบริษัทแอร์เอเชีย และนกแอร์ ไว้ให้บริการ

(6) การกระจายอำนาจและการปกครอง

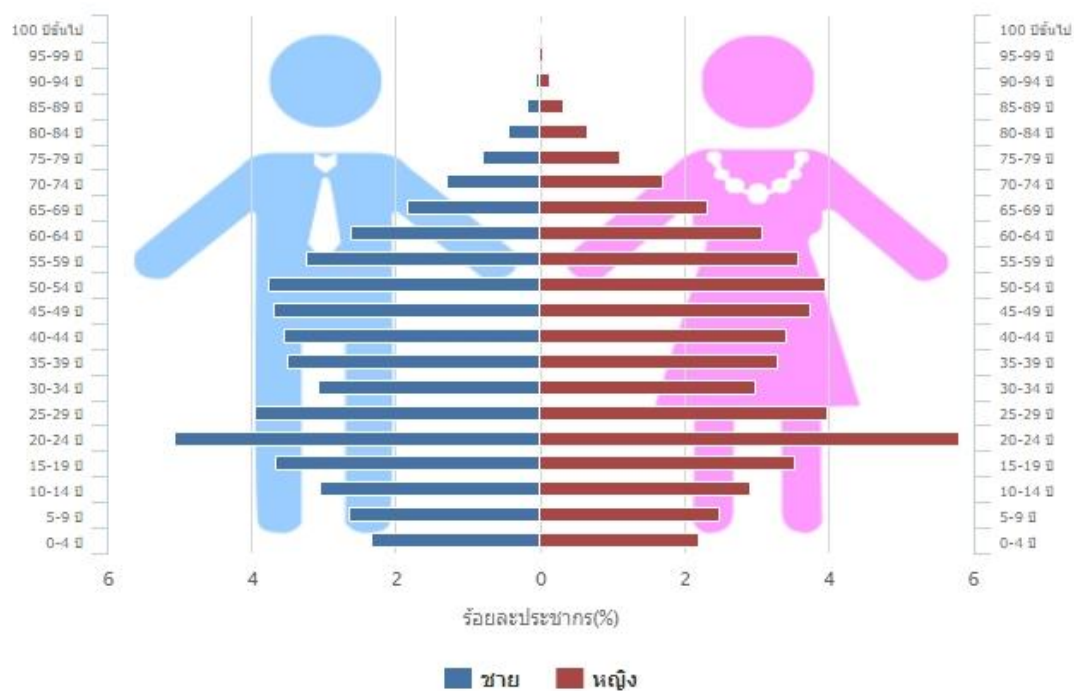
ท้องที่อำเภอเมืองสกลนครประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 17 แห่ง มีพื้นที่การ 16 ตำบล 169 หมู่บ้าน ได้แก่

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้านในเขต
1	ธาตุเชิงชุม	-
2	ขมิ้น	13 หมู่บ้าน
3	จิวด่อน	16 หมู่บ้าน
4	โนนหอม	11 หมู่บ้าน
5	เซียงเครือ	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

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้านในเขต
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 ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรมเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาจะประกอบอาชีพอุตสาหกรรม คำส่งและค้าปลีก ประเภทอุตสาหกรรมในครัวเรือนและการประกอบการพาณิชยกรรม การบริการต่าง ๆ

ประเภทและจำนวนสถานประกอบการด้านการพาณิชยกรรมและบริการเฉพาะในเขตเทศบาล เช่น

1) สถานประกอบการด้านพาณิชยกรรม

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
คลินิกผู้ป่วยประเภทค้ำคั้น 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

E : Excellent Service

A : Achievement

มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม

การบริการสู่ความเป็นเลิศ

มุ่งสู่ความสำเร็จ

M : Moral

อ้างไว้ซึ่งคุณธรรม

S : Service mind

บริการด้วยหัวใจ

กลยุทธ์ : 4 Excellences

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 eficiency 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 ได้ขยายงานบริการให้เต็มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการเปิดให้บริการแต่ละ สาขาเพิ่มมากขึ้น จนในปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนคร

ได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ขนาด 768 เตียง อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตจังหวัดสกลนคร และ จังหวัดใกล้เคียงในบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน อีก 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และจังหวัดบึงกาฬ

เครือข่ายการรักษา :



เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย :



ข้อมูลบุคลากร :

	ปฏิบัติจริง	ตาม จ.18
ข้าราชการ	1,174	1,189
พนักงานราชการ	36	36
ลูกจ้างประจำ	23	23
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	925	925
ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน	202	202
รวม	2,360	2,375

*ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน	182	182
รวมทั้งหมด	2,542	2,557

ลาศึกษา	19
ไปช่วยราชการ	18
มาช่วยราชการ	9

	กรอบขั้นสูง 100%	กรอบขั้นสูง 80%	มีจริง	ส่วนต่าง
1. สายวิชาชีพ	3027	2433	1475	958
2. สายวิชาชีพเฉพาะ	133	107	60	47
3. สายสนับสนุนหลัก	787	629	572	57
4. Back Office	479	387	253	134
รวมทั้งหมด	4426	3556	2360	1196

ข้อมูลการให้บริการ

การบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร

จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสกลนคร

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

หน่วย	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
คน	127,631	224,759	211,252	230,894	266,074	75,529
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	564	799	735	619	872	651
ครั้ง	580,282	446,606	456,162	527,579	549,296	159,130
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	2,028	1,561	1,594	1,884	1,921	2,210

การบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร

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

หน่วย	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566
วันนอนเฉลี่ย	6	6	6	6	6	6
อัตราการครองเตียง	108.08	105.32	97.29	99.61	112.03	133
ผู้ป่วยในที่ต้องดูแล (เฉลี่ย คน/วัน)	832	806	627	635	644	798
จำนวนเตียงของ รพ.	768	768	768	768	768	768

10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Chronic renal failure	17,918
2	Type 2 diabetes mellitus	9,295
3	hypertension	7,628
4	soft tissue disorders	5,992
5	Malignant neoplasm of breast	3,020
6	HIV disease	1,965

7	Calculus of kidney and ureter	1,862
8	Acute nasopharyngitis common cold	1,654
9	Asthma	1,644
10	Chronic ischaemic heart disease	1,626

10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.65 - ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Pneumonia	408
2	Intracranial injury	377
3	Cerebral infarction	358
4	Calculus of kidney and ureter	323
5	Diarrhoea and gastroenteritis	233
6	Acute appendicitis	206
7	Type 2 diabetes mellitus	202
8	Chronic renal failure	198
9	Fracture of forearm	192
10	Thalassaemia	192

10 อันดับโรค OP Refer In โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65- ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	injuries of head	438
2	Stroke	274
3	Calculus of kidney and ureter	197
4	Chronic renal failure	166
5	Fever of unknown origin	155
6	Acute appendicitis	146
7	Pneumonia	139
8	injuries of wrist and hand	130
9	Single spontaneous delivery	130

10	Essential (primary) hypertension	119
----	----------------------------------	-----

10 อันดับโรค OP Refer out โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65- ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Malignant neoplasm of thyroid gland	26
2	Malignant neoplasm of cervix uteri	18
3	Malignant neoplasm of liver	16
4	Malignant neoplasm of breast	15
5	Thyrotoxicosis	14
6	Chronic renal failure	14
7	Benign neoplasm of meninges	13
8	Congenital malformations of cardiac septa	13
9	Systemic lupus erythematosus	12
10	Abnormal findings on diagnostic imaging of lung	9

10 อันดับโรค IP Refer In โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.65- ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Intracranial injury	169
2	Cerebral infarction	167
3	Pneumonia	165
4	Acute myocardial infarction	123
5	Acute appendicitis	116
6	Fracture of forearm	110
7	Fracture at wrist and hand level	86
8	Fracture of lower leg	63
9	Intracerebral haemorrhage	47
10	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	46

10 อันดับโรค IP Refer Out โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65- ธ.ค. 65)

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Systemic lupus erythematosus	6
2	Malignant neoplasm of liver	5
3	Injury of eye and orbit	4
4	Malignant neoplasm of bronchus and lung	3
5	Benign neoplasm of meninges	3
6	Cholelithiasis	3
7	low birth weight	3
8	Fracture of neck	3
9	Congenital malformations of cardiac septa	2
10	Acute myocardial infarction	2

10 อันดับสาเหตุการเสียชีวิต โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	icd10name	จำนวน
1	Pneumonia	53
2	Acute myocardial infarction	17
3	Intracranial injury	15
4	Intracerebral haemorrhage	13
5	Glanders and melioidosis	9
6	Cerebral infarction	9
7	septicaemia	8
8	Malignant neoplasm of liver	5
9	Heart failure	5
10	UGIB	4

ข้อมูล จากกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ ณ วันที่ 9 มกราคม 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
เตียง Burn Unit	2
เตียงแผนกหัวใจและหลอดเลือด	20
เตียง Semi ICU	0
เตียงแผนกหู 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	
ห้องผ่าตัด	19

ข้อมูลจากกลุ่มงาน พรส. ณ วันที่ 6 มกราคม 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

1. ประเด็นการตรวจราชการ

กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

2. สถานการณ์

จังหวัดสกลนคร เป็นจังหวัดหนึ่งในเขต 8 ที่เริ่มนำกัญชามาใช้ ทั้งการศึกษาวิจัยในสถานศึกษาต่างๆ การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณพ จังหวัดสกลนคร เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยแห่งแรก รวมถึงอโรคยาศาล วัดคำประมง อำเภอพรรณพ จังหวัดสกลนคร ได้นำมาใช้ในการรักษาและบรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งภายในวัดร่วมกับทำการศึกษาวิจัยอีกด้วย ดังนั้นในการผลักดันสารสกัดกัญชาของกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและปลอดภัย ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์อย่างมืออาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร จึงได้จัดตั้งสถานบริการที่เปิดให้บริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นแห่งแรกของจังหวัดสกลนคร โดยจะเน้นให้การรักษาในโรคที่กำหนดว่ากัญชาได้ผลเป็นหลัก เปิดให้บริการทั้งในด้านแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ทุกวันศุกร์ 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 ในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง โรคลมชัก ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาท โรงพยาบาลสกลนคร จึงได้พัฒนาศักยภาพเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ขึ้น ได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสกลนครจัดรูปแบบ 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 ยา

น้ำมันกัญชาหมอเดชา ยาไฟอวูธ ยาอัคคินิวคณะ ยาไพสาลี ยาอโกลยสาลี ยาอัมฤตโอสถ และยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง

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

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

ตารางที่ 1 กลุ่มโรค ผลิตรภัณฑ์กัญชาแผนปัจจุบันที่ใช้ และผลการรักษา

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

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน)

กลุ่มยากัญชา	จำนวนการใช้ทั้งหมด
ยาสกัดจากกัญชา Tetrahydrocannabinol (THC-Enriched)	3
ยาสกัดจากกัญชา Cannabidiol (CBD-Enriched)	4
THC (Tetrahydrocannabinol) และ CBD (Cannabidiol) ที่มีสัดส่วนของ THC:CBD (1:1)	7
รวม	14

หมายเหตุ ยาแผนปัจจุบันมีเฉพาะโรงพยาบาลสกลนคร

ตารางที่ 3 กลุ่มอาการ จำนวนครั้งที่มารับบริการ และตำหรับยาแผนไทยที่ใช้ในโรงพยาบาล

สกลนคร

ลำดับ	กลุ่มโรค/อาการ	จำนวนครั้งที่มารับบริการ	ตำหรับยาที่จ่าย
1	นอนไม่หลับ	33	ศุขไสยาสน์, น้ำมันหอมเดชา
2	ปวดกล้ามเนื้อ	11	แก้ลมแก้เส้น, น้ำมันหอมเดชา
3	ผื่นคัน	7	ยาทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง
4	ปวดศีรษะ	3	แก้ลมขึ้นเบื้องสูง

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์ (แผนไทย) จังหวัดสกลนคร

กลุ่มยา/กัญชา	จำนวนการใช้ทั้งหมด
แก้ลมแก้เส้น/ยาแก้ปวดมัลลิก	2,880
แก้ลมแก้เส้น	66,120
แก้ลมขึ้นเบื้องสูง	60
แก้ลมเนาวนาริวิโย	64
แก้ลมพิษผด ครอบแห้ง	56
ทพยาธิคุณ	266
ทาริดสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง	134
ทำลายพระสุเมรุ	15,178
น้ำมันกัญชา หอมเดชา	5,067
น้ำมันกัญชาขมิ้นทอง	2
ไพศาลี	50
ไพอาวุธ	48
ศุขไสยาสน์	32,530
อภัยสาธิต	70
รวม	122,525

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1. 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 (ตามแนวทางกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)
- 2.3 ควบคุม กำกับ ดูแลผลิตภัณฑ์กัญชาและยาเสพติดให้โทษให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด

3. ส่งเสริมการศึกษาวิจัย

- 3.1 มีการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ระดับจังหวัด

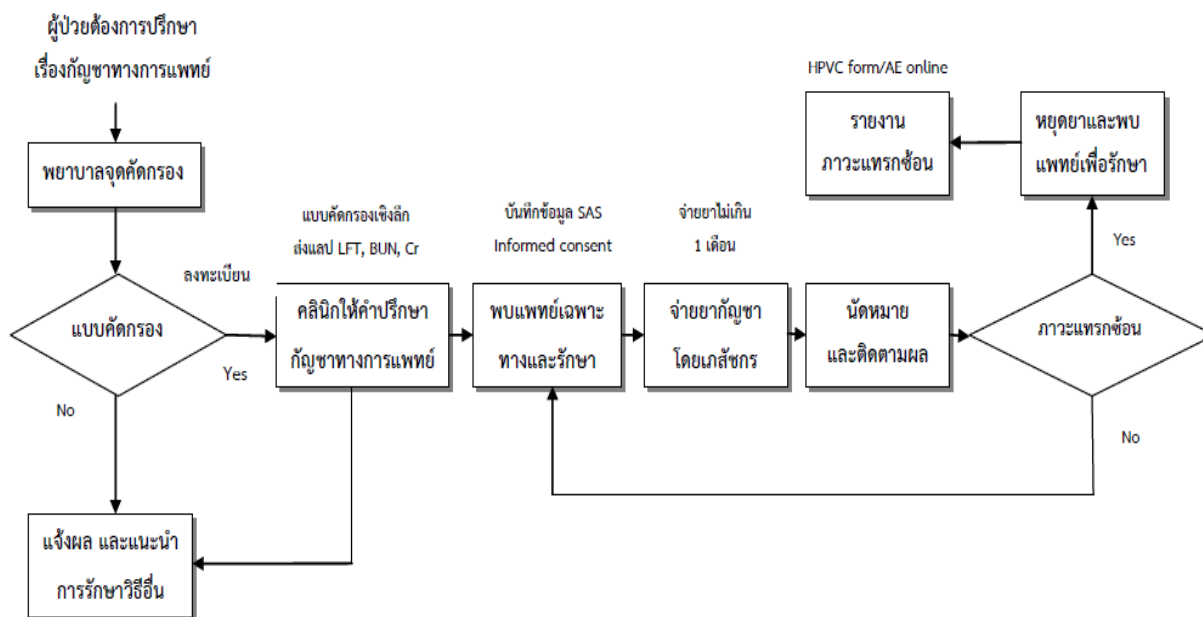
โรงพยาบาลสกลนคร

มีการจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์ระบบประสาท ผู้ให้ปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด

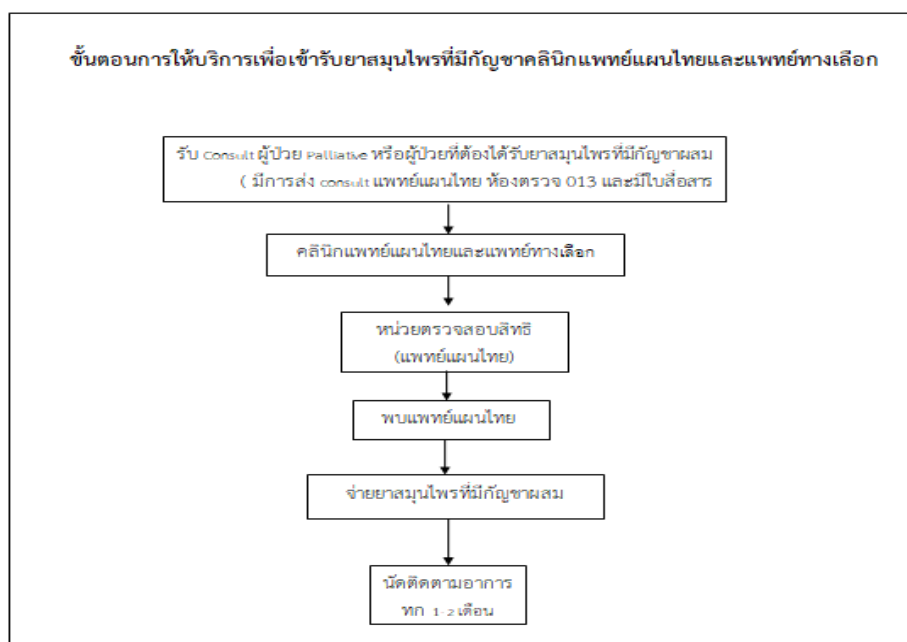
มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษาทุกราย และทุกครั้งที่มาใช้บริการ ด้วยการโทรติดตามอาการและกรอกข้อมูลลงในเอกสาร เนื่องจากกำลังอยู่ในระหว่างพัฒนาระบบโปรแกรม C-MOPH ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ขอรับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกรายต้องได้รับการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) และผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้สารสกัดกัญชา จะไม่มีข้อห้ามใช้และผ่านการประเมินตามแบบคัดกรอง C-MOPH 1 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมได้รับคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์และสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และติดตามเฝ้าระวัง

ผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์ และผลการบำบัดรักษาตลอดระยะการรักษาด้วย
สารสกัดกัญชาทุกราย

ขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลสกลนคร



ปีงบประมาณ 2566 ได้ปรับขั้นตอนการให้บริการกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคอื่น ๆ เข้าถึงยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นโดยเปิด
ให้บริการทุกวัน ในวันจันทร์ – ศุกร์ มาให้บริการที่ตึกรังสีรักษาชั้น 1 วันเสาร์-อาทิตย์ ให้บริการที่แผนก
แพทย์แผนไทยเวลา 09.00-15.00 น. หรือ โทร. 2602 ประสานที่ ของทุกวันมีขั้นตอนและแนวทาง ดังนี้



ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี 2566 (3เดือน)		
		ค่าเป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการจัดการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	100	100	100	100
2. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์ ร้อยละ 100 (ปี 64 = 38 คน)	100	76	58	52.63
3.จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครองที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์ (จำนวนคน)	5	141	3	2.13
4. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครองที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์ workload (จำนวนคน)	5	322	2	0.62
5. จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครองที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์ workload (จำนวนครั้ง)	5	474	2	0.44
6. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ (จำนวนคน)	-	582	3	0.52
7. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ (จำนวนครั้ง)	-	1,626	3	0.18

5. หัวข้อ

สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

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

6. ตัวชี้วัด

ร้อยละเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ส่งเสริมการปลูกและการแปรรูปสมุนไพร	- ออกเยี่ยมติดตามผลการดำเนินงาน	- ลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน - ให้คำแนะนำ	เมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๐

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
รับนโยบาย ประชุมเพื่อเตรียมแผนโครงการ	ดำเนินการตามแผนโครงการส่งเสริมการปลูกและการแปรรูปสมุนไพร	ติดตามผลการดำเนินโครงการส่งเสริมการปลูกและการแปรรูปสมุนไพร	- สรุปผลการดำเนินโครงการ - เมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๐

7. ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา สำหรับแผนไทยและแผนปัจจุบันต้องชำระเงินเองทุกราย ทุกกรณี ทำให้มีผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยา เนื่องจากไม่สะดวกชำระเงิน
2. ยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของสารสกัดกัญชา ยาที่ได้รับการสนับสนุนมาหมดอายุเร็ว

8. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ
2. การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และทีมจิตเวช ทำงานร่วมกันเป็นทีม
3. มีแนวทางในการดำเนินงานคลินิกที่ชัดเจนและมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ online
4. พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ แก่บุคลากรสุขภาพทุกสาขา

โอกาสพัฒนา

1. เสนอให้นำยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม ในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์
3. เพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาสมุนไพรที่มีกัญชาผสมทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.
4. เพิ่มแนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยใน จัดประชุมชี้แจง และแจ้งช่องทางการส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ
5. บูรณาการงานแพทย์แผนไทยร่วมกับงาน palliative care

9. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัย
 2. สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ให้ประชาชน ผ่านเครือข่ายดูแลผู้ป่วย
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

10. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/ Best Practice

ด้านบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

- บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม ฯ ครบทุกสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- โรงพยาบาล ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายฯ กัญชาทางการแพทย์ทุกแห่ง
- โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการทั้งแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับแพทย์แผนไทย

ผู้รายงาน นางสาวจุรีรัตน์ เทออรุณ

นางสาววรางคณา นาอุดม

โทรศัพท์ 08-07942326 และ 08-24810163

ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2566

ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

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

2. สถานการณ์ / ความเป็นมาของปัญหา

จากแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ซึ่งมีแนวคิดการขับเคลื่อนสุขภาพให้เกิด “ For All Well-Being ” โดยคำนึงถึงขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากรเรื่องสุขภาพจึงมีขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งมีภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเวลเนสประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) สถานที่พักนักท่องเที่ยวคือโรงแรมและรีสอร์ท 2) ภัตตาคารหรือร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ และ 5) สถานพยาบาล ในภาวะสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางการดูแลสุขภาพ ปรับไปสู่ทิศทางการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มุ่งหมายการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี จากองค์ความรู้ และภูมิปัญญาสุขภาพร่วมสมัย โดยเฉพาะช่วงนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ศูนย์เวลเนสจะเป็นนวัตกรรมสุขภาพร่วมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่ดีเพื่อทุกคน

ศูนย์เวลเนส หมายถึง เป็นสถานที่ซึ่งผู้รับบริการจะได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ในวิธีการทำให้ตนเอง คนใกล้ชิด หรือครอบครัว มีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความเชื่อ จนเกิดความตระหนักรู้ โดยได้รับคำแนะนำ ได้รับคำปรึกษา หรือได้รับการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและจิตใจโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ จึงได้เตรียมการจัดตั้งศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาลขึ้น

3. ตัวชี้วัด

ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) / แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20

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

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร 2. ทบทวนเกณฑ์การจัดตั้ง ศูนย์เวลเนส ประเภท สถานพยาบาล	1. ประเมินตนเองตาม เกณฑ์ศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล	1. รับการประเมินเพื่อ เป็นศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล	1. ได้รับการรับรองเป็น ศูนย์เวลเนส ประเภท สถานพยาบาล

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

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

5. โอกาสพัฒนา

1. บูรณาการศูนย์เวลเนส ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆในภาคีเครือข่าย

ผู้รายงาน นางสาวรวงคณา นาอุดม

โทรศัพท์ 08-24810163

ข้อมูล ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2565

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด 16 : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

1) เป้าหมาย และผลงาน

กำหนดให้ปี 2566 มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 1 แห่ง ตามฐานแผนการจัดตั้งหน่วยบริการ 10 ปี

2) สรุปสถานการณ์

งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่ายได้ดำเนินการเตรียมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงเครือ

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ปัญหาที่พบในปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนครขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มจากแผนได้

ประเด็นตรวจราชการ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด 17 : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

1) เป้าหมาย และผลงาน

กำหนดให้ปี 2566 ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน (ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 57)

2) สรุปสถานการณ์

ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วทั้งหมด 11 แห่ง มีจำนวน หมอคนที่ 1 จำนวน 1,994 คน หมอคนที่ 2 จำนวน 191 คน หมอคนที่ 3 จำนวน 11 คน

ดูแลประชาชนในทั้งหมด 37,602 หลังคาเรือน

ลำดับที่	สถานบริการ	จำนวนประชากร	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนแพทย์ (หมอคนที่ 3)	จำนวนเจ้าหน้าที่ (หมอคนที่ 2)	จำนวน อสม. (หมอคนที่ 1)
1	PUC ดงมะไฟสามัคคี	12,877	4,718	1	15	453
2	PCU ฮางโง้ง	8,055	3,475	1	10	177
3	PCU สร้างแก้วสมานมิตร	9,243	3,490	1	14	212
4	PCU ธาตุเชิงชุม	9,733	2,336	1	9	87
5	PUC พังขว้างใต้	9,582	2,927	1	14	166
6	PCU สุขเกษม	9,716	4,136	1	36	140
7	PCU ร่มเกล้า	9,594	3,419	1	25	96
8	PCU นาเวง	7,476	3,076	1	21	100
9	NPCU ทับสอ-ดู่สนาม	9,599	3,579	1	14	188
10	NPCU นาเค้า-ลาดกะเมอ	10,586	2,922	1	15	154
11	NPCU ดงมะไฟ-นาขาม	10,472	3,524	1	18	221

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอคนที่ 3) จึงทำให้ไม่สามารถจัดตั้ง และขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิได้

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นตรวจราชการ : มารดาและทารก

หัวข้อตัวชี้วัด ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๑) เป้าหมายผลงาน

๑. ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๐๐
๒. ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ ๕๐
๓. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗
๔. ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ ๕๐
๕. การตายของมารดาลดลงร้อยละ ๓๐ ของปีที่ผ่านมา
๖. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

๒) สถานการณ์

ตามที่ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด SDGs จึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบตัวชี้วัดอัตราการตายต่อเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ในอดีตการเสียชีวิตโดยมากเกิดจากโรคติดเชื้อ ที่แพร่ระบาด ผ่านน้ำ อาหาร อากาศ สัตว์แมลงนำโรค ปัจจุบันสาเหตุการตายเกิดจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่นเบาหวาน ความดันโลหิต จากรายงานอัตราการตายของกองนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุสำคัญของการตายมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดระหว่างและหลังคลอด ภาวะเส้นเลือดอุดตัน สาเหตุทางอ้อมได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และจากข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ของกรมอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีอัตราเท่ากับ ๒๕.๘๖ ซึ่งลดลงจากปี ๒๕๖๔ ๓๔.๖๘ โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ที่ ๒๑.๖๕ และจังหวัดสกลนคร มีมารดาตายจำนวน ๓ ราย คิดเป็นอัตรา ๓๗.๗๕ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาและค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง หากพิจารณาเฉพาะอัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด (PPH) ไม่พบการเสียชีวิต และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดาของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ อยู่ที่ร้อยละ ๙๐.๒๙ การฝากครรภ์คุณภาพ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕.๕๕ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ๓ ครั้งตามเกณฑ์ อยู่ที่ร้อยละ ๗๗.๐๕ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ๒๐.๕๐

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. การค้นหาหญิงตั้งครรภ์/ตั้งครรภ์เสี่ยง ยังไม่ครอบคลุม

๒.การให้ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง/โรคเรื้อรัง ในการวางแผนครอบครัว/คุมกำเนิด

๓.ทักษะการจัดการความเสี่ยงที่ ANC คำนึงไม่เจอ จัดการไม่ได้

๔.การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรมรุนแรง ไม่ควรตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมที่มาฝากครรภ์ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทุกราย

๕.การแพร่ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของอำเภอเมืองสกลนคร มีการจัดบริการรักษาโควิด-๑๙ แบบ เจอ จ่าย จบ (OPSI, HIOS, HI) ซึ่งบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิต้องทำหน้าที่สอบสวนคัดกรอง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตามมาตรการ ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการ ANC และเยี่ยมหลังคลอด

๖. ๓ Delay (๑)การตัดสินใจเข้ารับบริการ (๒) การเดินทาง/เข้าถึงบริการ การคมนาคมไม่สะดวก (๓) การได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑.การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยและเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน และการดูแลแบบไร้รอยต่อ

๒.ค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะแน่น เสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอด

๓.วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และความรุนแรงโรคทางอายุรกรรม และภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑.ตัวชี้วัดระดับประเทศ ผู้บริหารทุกระดับ

๒.มีพัฒนามาตรฐานการบริการ ANC, LR, PNC, Service Plan และการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย MCH board ในทุกระดับ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยและเด็ก ในรูปแบบ ๓ หมอ Early ANC

ประเด็นตรวจราชการ : มารดาและทารก

หัวข้อตัวชี้วัด ๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๑) เป้าหมายผลงาน

๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน < ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต

๒. จำนวนเตียง NICU $\leq 1 : 500$ ทารกเกิดมีชีวิต

๒) สถานการณ์

ตามที่ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด SDGs จึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบตัวชี้วัดอัตราอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน จากข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต ของจังหวัดสกลนคร มีแนวโน้มลดลง อัตรา ๗.๖, ๕.๐ และ ๓.๔๘ ตามลำดับ ในส่วนของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือ เท่ากับ ๒๘ วัน อยู่ที่ ๒.๐๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหายใจลำบาก(RDS) ในทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย (preterm low birth weight) ภาวะติดเชื้อ (neonatal sepsis) ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (severe birth asphyxia) ความพิการแต่กำเนิด เช่น anencephaly, hydrop fetalis โรคหัวใจแต่กำเนิด (เช่น PDA , ASD) เป็นต้น ซึ่งอัตราเด็กแรกเกิด น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ที่ ๕.๐ และอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนอยู่ที่ ๕.๖๖

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑.ทักษะการจัดการความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ที่ ANC, ER

๒.การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรมรุนแรง ไม่ควรตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมที่มาฝากครรภ์ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทุกราย

๓.การแพร่ระบาดของโรคโควิด – ๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของอำเภอเมืองสกลนคร มีการจัดบริการรักษาโควิด-๑๙ แบบ เจอ จ่าย จบ (OPSI, HIOS, HI) ซึ่งบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิต้องทำหน้าที่สอบสวนคัดกรอง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตามมาตรการ ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการ ANC และเยี่ยมหลังคลอด

๔. ๓ Delay (๑)การตัดสินใจเข้ารับบริการ (๒) การเดินทาง/เข้าถึงบริการ การคมนาคมไม่สะดวก (๓) การได้รับบริการที่ถูกต้องและมีคุณภาพ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑.การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยและเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ระบบบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน และการดูแลแบบไร้รอยต่อ

๒.ค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะแน่น เสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอด

๓.วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และความรุนแรงโรคทางอายุรกรรม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑.ตัวชี้วัดระดับประเทศ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยและเด็ก

ประเด็นตรวจราชการ : เด็กปฐมวัย

หัวข้อตัวชี้วัด ๑. ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I

๑) เป้าหมายผลงาน

๑. ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร้อยละ ๙๐
๒. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมิน ครั้งที่ ๒ ร้อยละ ๙๐
๓. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ ๓๕
๔. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและพยาบาลหลังคลอดผ่านการอบรมและประเมินทักษะการใช้คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ร้อยละ ๙๐
๕. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาปฐมวัยแห่งชาติ ร้อยละ ๗๕

๒) สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทย มีประเด็นความท้าทายการพัฒนาในหลายมิติที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วรวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ในขณะเดียวกันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะยาว ที่จะมุ่งวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและสามารถเปลี่ยนผ่านประเทศไปพร้อมกันกับการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ใหม่ของโลกได้” จึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและเสริมศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เพื่อการพัฒนาในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่งและมีคุณภาพ ซึ่งตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๐ คือ เด็กปฐมวัยทุกคน ต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน เติมศักยภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมระดมทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมส่งผลเมืองคุณภาพของชาติ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้การบูรณาการความร่วมมือ กลุ่มเด็กปฐมวัย ๖ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ในการร่วมขับเคลื่อน การดำเนินการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต สำหรับในกลุ่มเด็กปฐมวัย ๖ กระทรวงหลัก จึงเกิดความร่วมมือผ่านภาคีเครือข่ายในการยกระดับการดำเนินงาน มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต เป็น มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยมุ่งเน้นดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย ต่อเนื่องจนถึงเด็กอายุ ๕ ปี โดยขับเคลื่อนงานผ่านกลไก “ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ ๔D ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้เจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จากผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าสามารถคัดกรองดำเนินการคัดกรองเด็ก ได้เพียงร้อยละ ๗๗.๒๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๙๐) มีพัฒนาการสมวัยจากการคัดกรองในครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ ๗๕.๘๖ ค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ ๒๔.๑๔ เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินซ้ำ ร้อยละ ๗๙.๔๐ มีพัฒนาการกลับมาสมวัย ร้อยละ ๙๘.๗๔ และ

พัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔ จำนวน ๒๖ ราย ได้รับการกระตุ้น ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕๔ (เกณฑ์ร้อยละ ๓๕)

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑.บริการแบบ New normal ซึ่งเน้นการบริการในกลุ่มที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการ และเด็กกลุ่มเสี่ยง เป็นหลัก ส่วนเด็กปฐมวัยเป้าหมายกลุ่มปกติที่ไม่ต้องรับวัคซีนจึงขาดหายไป เนื่องจาก ศบค.มีการประกาศห้ามเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ออกนอกเคหสถานโดยไม่มีเหตุจำเป็น

๒. จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด – ๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของอำเภอเมืองสกลนคร มีการจัดการรักษาโควิด-๑๙ แบบ เจอ จ่าย จบ ในรูปแบบ OPSI, HIOS และ HI ซึ่งบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิต้องทำหน้าที่สอบสวน คัดกรอง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตามมาตรการ ทำให้ไม่สามารถทำงานประจำได้ แม้จะมีนโยบายให้ทำงานควบคู่กันทั้งงานโควิด และงานประจำ เมื่อทำงานจริงๆ ต้องเลือกงานที่มีความสำคัญและเสี่ยงต่อชีวิตก่อน

๓. ผู้ปกครองไม่พาเด็กไปรับบริการเนื่องจากกลัวติดโรค ไม่ยอมรับผลการประเมิน และขาดทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการ

๔. หน่วยบริการต้องรับผู้ป่วยโควิดเพิ่มขึ้น จนท.ต้องทำงานหนักขึ้น ไม่มีเวลาพักผ่อน งาน ส่งเสริมจึงถูกพักไว้ก่อน การบันทึกข้อมูลจึงขาดความถูกต้อง ทันเวลา

๕. ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ หาข้อมูล และร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้

๖. จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรภาคีเครือข่าย หรือพื้นพ้องค์ความรู้.ในรูปแบบออนไลน์ ยังขาดประสิทธิภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติงานจริง

๗. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่เปิดให้บริการ ครูและผู้ดูแลเด็ก ไม่สามารถเฝ้าระวังส่งเสริม และประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้ตามมาตรฐานได้

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑.การกำหนดแนวทางบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus ที่ชัดเจนในทุก

๒.พัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กปฐมวัย

๓.เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน ค้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญห และอุปสรรค

๔ นิเทศติดตาม การดำเนินงานทั้งแบบ on line /on site. เพื่อติดตามกระบวนการและผลการดำเนินการ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

๕.การกำหนดค่าตอบแทนบริการ การดำเนินการคัดกรองพัฒนาการ การติดตามประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน ใน PP Fee Schedule ของ สปสช.

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

๒. การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขและบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. ติดตามตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต เช่น อนุกรรมการพัฒนาเด็กระดับจังหวัด, คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอ

หัวข้อตัวชี้วัด ๓. ร้อยละเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน

๑) เป้าหมายผลงาน

๑. เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐

๒. เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖

๒) สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทย มีประเด็นความท้าทายการพัฒนาในหลายมิติที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วรวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ในขณะเดียวกันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะยาว ที่จะมุ่งวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและสามารถเปลี่ยนผ่านประเทศไปพร้อมกันกับการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ใหม่ของโลกได้” จึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและเสริมศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เพื่อการพัฒนาในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่งและมีคุณภาพ ซึ่งข้อมูลทางวิชาการพบว่า สมอมีการพัฒนาการอย่างมากถึงร้อยละ ๙๒ ในช่วงปฐมวัย ดังนั้นจึงเป็นต้นน้ำของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม เพิ่มการกระจายรายได้และพัฒนาการให้บริการทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และขับเคลื่อนประเทศสู่เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๐ คือ เด็กปฐมวัยทุกคน ต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน เต็มศักยภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมระดมทรัพยากรที่เพียงพอต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมส่งพลเมืองคุณภาพของชาติ

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ภาคีเครือข่ายภายใต้การบูรณาการความร่วมมือ กลุ่มเด็กปฐมวัย ๖ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต สำหรับในกลุ่มเด็กปฐมวัย ๖ กระทรวงหลัก จึงเกิดความร่วมมือผ่านภาคีเครือข่ายในการยกระดับการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต เป็น มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยมุ่งเน้นดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย ต่อเนื่องจนถึงเด็กอายุ ๕ ปี โดยขับเคลื่อนงานผ่านกลไก “ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ ๔D ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้เจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จากผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยของสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละสูงดีสมส่วน อยู่ที่ร้อยละ ๕๕.๗๘ (เกณฑ์ปี ๖๖ ร้อยละ ๖๖) ส่วนสูงเฉลี่ยชาย อยู่ที่ ๑๐๘.๔๔ เซนติเมตร (เกณฑ์ ๑๑๓ ซม.) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง อยู่ที่ ๑๐๗.๕๔ เซนติเมตร (เกณฑ์ ๑๑๒ ซม.) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๑๒.๓๕ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ ๙.๗๘ มีภาวะพอมและค่อนข้างพอม ร้อยละ ๑๔.๔๗ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๕) และความครอบคลุมการของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง อยู่ที่ร้อยละ ๕๓.๕๕

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๑. จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด – ๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของอำเภอเมืองสกลนคร มีการจัดการบริการรักษาโควิด-๑๙ แบบ เจอ จ่าย จบ ในรูปแบบ OPSI, HIOS และ HI ซึ่งบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิต้องทำหน้าที่สอบสวน คัดกรอง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตามมาตรการ ทำให้ไม่สามารถทำงานประจำได้ แม้จะมีนโยบายให้ทำงานควบคู่กันทั้งงานโควิด และงานประจำ เมื่อทำงานจริงๆ ต้องเลือกงานที่มีความสำคัญ และเสี่ยงต่อชีวิตก่อน

๒. ผู้ปกครองไม่พาเด็กไปรับบริการบริการเนื่องจากกลัวติดโรค

๓. หน่วยบริการต้องรับผู้ป่วยโควิดเพิ่มขึ้น จนท.ต้องทำงานหนักขึ้น ไม่มีเวลาพักผ่อน งาน ส่งเสริมจึงถูกพักไว้ก่อน การบันทึกข้อมูลจึงขาดความถูกต้อง ท้นเวลา

๔. ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ หาข้อมูล และร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้

๕. จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรภาคีเครือข่าย หรือพื้นฟูองค์ความรู้ในรูปแบบออนไลน์ ยังขาดประสิทธิภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติงานจริง

๖. อุปกรณ์การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐานและขาดการสอบเทียบ

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑.การกำหนดแนวทางบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus ที่ชัดเจนในทุก

๒.พัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กปฐมวัย

๓.เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน ค้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และอุปสรรค

๔ นิเทศติดตาม การดำเนินงานทั้งแบบ on line /on site. เพื่อติดตามกระบวนการและผลการดำเนินการ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

๕.การกำหนดค่าตอบแทนบริการ การดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และการแก้ไข ปัญญาทุพโภชนาการ ใน PP Fee Schedule ของ สปสช.

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑.ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ของ เด็กปฐมวัย

๒.การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขและบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑. ติดตามตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต

๒. ติดตามการดำเนินการแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ

ประเด็นตรวจราชการ : วัยทำงาน

ตัวชี้วัด อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ 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 แต่พบว่ามีคนที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวนมากและมีมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึงกว่า 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 พบการฆ่าตัวตายมากสุดในกลุ่ม วัย

แรงงานคือ 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 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการฆ่าตัวตาย 562 คนในปี 2554 สาเหตุสำคัญคือ ผู้สูงอายุมีโรคภัยไข้เจ็บ เกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ วิตกกังวลว่าจะไม่ มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องการเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก 3.6% ในปี 2537 เป็น 10.8% ในปี 2560 โดยเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและไม่มีผู้ดูแลปรนนิบัติถึง 88.9% สาเหตุของการฆ่าตัวตายอาจจะไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่มักจะเกิดจากปัญหาที่ ทับซ้อนสะสมและหาทางออกไม่ได้ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดครอบครัวมีปัญหา ปัญหาการเจ็บป่วยโรค เรื้อรังทางกาย และขาดคนดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจในกลุ่มวัยแรงงานทำให้มีความเครียดสะสมและกลายเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ ประมาณ 50% ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า องค์การอนามัย โลกได้ประมาณการประชากรมากกว่า 300 ล้านคน หรือ 4% ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัว ตายสูงถึง 20.4% ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือ 2.5% ของประชากรไทย และผู้หญิงมี ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้านำกว่าผู้ชายถึง 1.7 เท่า จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณวันละ 10-12 คน เฉลี่ยทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด เลขาธิการ สศช. กล่าวว่า สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายต้องเริ่มจากครอบครัวเพราะอยู่ ใกล้ปัญหาที่สุด ความอบอุ่นในครอบครัวจะสามารถยับยั้งการฆ่าตัวตายได้ในระดับหนึ่ง ขณะที่สังคมต้องช่วยกัน สังเกตสัญญาณเตือนของผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นสัญญาณการโพสต์ลงในโซเชียล อย่างไรก็ตาม กระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราการฆ่าตัวตายให้เหลือ 6 คนต่อประชากรแสนคนภายในปี 2564 โดยได้จัดบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุขภาพจิตผ่านทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง สำหรับแนวทางอื่น เช่น 1.จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำ กิจกรรมต่างๆ 2.ฝึกอบรม ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) 3.ให้ความรู้ในการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยโรค เรื้อรังต่างๆ

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 ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอัตราการฆ่าตัว

ตายสำเร็จปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จำนวน ๗.๓๗ ต่อประชากรแสนคน (๑๓คน) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๑๑.๕ ต่อประชากรแสนคน (๑๙คน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๕.๑ ต่อประชากร (๑๐คน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๗.๕ ต่อประชากร (๑๓คน)

กลุ่มงานจิตเวช ได้ศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้น โดยใช้แบบสอบถามการฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกับญาติผู้สูญเสียเมื่อพร้อม และลงพื้นที่ โดยการประชุมทีม ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สต อสม. ผู้นำชุมชน พูดคุยถึง ปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาการที่พบ ก่อนที่จำฆ่าตัวตายสำเร็จ แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยกันเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์อีก จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน ๑๙ คน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า คนที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และผู้มีปัญหา ยาเสพติด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เป็นคนใหม่ที่ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา และมีปัจจัยกระตุ้น แล้วดื่มแอลกอฮอล์ มีคำพูดบางคำที่ผู้ปกครองญาติ ผู้ดูแล ไม่สนใจ เช่น “อยากตาย” “สิผูกคอตาย” “มึงอยากตายกะตายโล้ด” “ชั่วหลายกะไปตายซะ” “เปื้อ” การประชุมทีมในแต่ละเคสจะพบปัญหาคล้ายๆกัน และภายในทีมเองได้เรียนรู้และแสดงความคิดเห็นว่าจะช่วยคน ครอบครัว ชุมชน เหล่านั้นอย่างไร สิ่งที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย แยกเป็น ครอบครัว ชุมชน ยาเสพติด 2) สัญญาณเตือน 3 (กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ 4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน

จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่องขึ้น ๒ ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนั้น พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง เพื่อให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง และมีรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสกลนคร จึงโครงการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนครขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ/ ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
- 2.2 ความครอบคลุมในการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรัง)
- 2.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัย การประเมินและเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน
- 2.4 ระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.5 ระบบการประสานงานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
- 2.6 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้ามีการประเมินซ้ำหลังการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ไม่มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

3.2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน

3.3 อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80

3.4 ขยายผลรูปแบบบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมใช้ในอำเภอเมือง จังหวัด

สกลนคร

3.5 ชุมชนสามารถค้นหาคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อผู้ป่วยในระดับเบื้องต้นได้

3.6 กลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญห สุขภาพจิต ได้รับการรักษาและติดตามดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสม

3.7 ได้รูปแบบการบริการบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรจัดประชุมให้ความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิต การฆ่าตัวตาย การค้นหา คัด

กรอง การเฝ้าระวังให้กับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจำนวน ๓๐ คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบลจำนวน 2๘ แห่งๆละ ๑ คน รวม ๒๘ คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๗ แห่งๆละ ๑ คน รวม ๑๗ คน อสม.ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครโรงพยาบาลส่งเสริมจำนวน 2๘ แห่งๆละ 3 คน รวม 85 คน จำนวน รวม 160 คน

4.2 ประชุมทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอรูปแบบที่ได้จากการดำเนิน โครงการจากชุมชนนำร่อง ๒ ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด

4.3 ขึ้นดำเนินการกรณีมีเคสฆ่าตัวตายสำเร็จนำรูปแบบการบริการผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดย ชุมชนมีส่วนร่วมที่ได้จากการดำเนินโครงการเกิดชุมชนนำร่อง 2 ชุมชน คือ ตำบลเชียงเครือ และตำบล หนองลาดมาใช้ในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

4.4 หอผู้ป่วย มีการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมและมีการติดตั้งกล้องวงจรปิด ในหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการ ฆ่าตัวตายในห้องน้ำปรับกลอนประตูติดข้างล่าง สามารถเอื้อมมือเปิดได้

4.5 ทีมดูแลผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตาม Care map การดูแลผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย/ผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายสูง ของผู้ป่วยใน

4.6 ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลตาม Care map ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ

4.7 เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนสามารถคัดกรอง ส่งต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมายังโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้

5. ผลลัพธ์การพัฒนา:

ด้านตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566
อัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	มากกว่า ร้อยละ 75	112.97 (4869)	120.45	141.60 (6,256)	146.32 (6,391)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อ ประชากรแสน คน	7.62 (15คน)	4.57 (9คน)	4.01 (8คน)	1.03 (2 คน)
อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 80	90.05	87.50	82.35 (85)(70)	93.75 16/15

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

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. ชุมชนสามารถค้นหาคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อผู้ป่วยในระดับเบื้องต้นได้
 2. กลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญหายุทธศาสตร์จิต ได้รับการรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม
 3. ได้รูปแบบการบริการผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม
 4. คณะทำงานทบทวนมาตรฐาน การดูแลผู้พยายาม/เสี่ยงฆ่าตัวตาย สื่อสารแนวทางปฏิบัติ
 5. จัดทำ Care map การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ของผู้ป่วยใน
 6. จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญห
- กรณีการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ และเครือข่ายชุมชน ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวัง คือ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทันทีทันใด ซึ่งส่งผลถึงการปรับตัวและการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงต้องเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักของคนในชุมชน ในเรื่องขององค์ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เล็งเห็นความสำคัญของการใส่ใจ รับรู้ รับฟัง รู้จักการสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของครอบครัว ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร่วมกับการรับส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา รวมถึงมาตรการสังคมที่มีการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาบ้า ชุมชนมี การเปิดเผยข้อมูลข้อเท็จจริงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีกลุ่มเสี่ยงที่จะพยายาม ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จมีลดลง นอกจากนี้ยังมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

ประเด็นตรวจราชการ : การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด

๑ : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐)

๒ : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๑ ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐)

๓ : ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๐ ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ คัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑ : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐)

เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐

ผลงาน ๐ เนื่องจากทางจังหวัดสกลนครอยู่ในระหว่างการถ่ายถอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติและชี้แจงทำความเข้าใจกับพื้นที่นำร่องของอำเภอเมืองสกลนคร

๒ : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๑ ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐)

เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

ผลงาน ร้อยละ ๒๕

๓ : ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๐ ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ คัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐)

เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐

ผลงาน ร้อยละ ๕.๔๔

๒) สรุปสถานการณ์

ปัจจุบันจำนวนสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ ๑๔.๗๓, ๑๕. ๓๘ และ ๑๗.๕๑ ตามลำดับและ ในปี ๒๕๖๕ จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน ๙๐๓,๗๒๐ คน เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๖๓,๕๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๘ และสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละของจำนวนประชากรทั้งหมดดังนี้ ๒๑.๒๗, ๒๒.๔๕ และ ๒๓.๖๑ ตามลำดับและ ในปี ๒๕๖๕ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีประชากรจำนวน ๑๑๔,๑๓๗ คน เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๘,๓๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๘๔ การเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีการเตรียมการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างมั่นคง มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว มีคุณภาพ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติสังคมในอนาคต

๒) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ที่ยังมีไม่เพียงพอ ประกอบกับการระบาดของเชื้อโรคโควิด-๑๙ ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสกลนครส่งผลให้การดำเนินการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง รวมถึงการลงข้อมูลคัดกรองสุขภาพมีหลากหลายโปรแกรมที่ต้องลงทั้งแบบออนไลน์ และออฟไลน์ การขาดแคลนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone (ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มี Smartphone) ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้เวลาลงข้อมูลมากบางโปรแกรมเป็นการลงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกัน และมีการเพิ่มโปรแกรมการลงข้อมูลแบบออนไลน์ใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี

การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานใหม่ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งทำให้ต้องชี้แจงทำความเข้าใจใหม่ในทุกๆปี ความล่าช้าในการอนุมัติงบประมาณแผนงานโครงการต่างๆที่จะทำในปีงบประมาณนั้นๆ ส่วนใหญ่จะเริ่มได้ในไตรมาสที่ ๒-๓ จึงทำให้ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในไตรมาสที่ ๑-๒ ได้จำนวนน้อยมาก

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๑. เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยบริการ

๒. สนับสนุนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ Smartphone และการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียรให้กับเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการในพื้นที่

๓. ขอให้มีการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงโปรแกรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทุกโปรแกรมเข้าด้วยกันเพื่อที่จะไม่ต้องลงข้อมูลซ้ำซ้อนหลายโปรแกรม

๔. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยบริการ

๒. ประชาชนวัยสูงอายุ และชุมชน ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ

๓. งบประมาณในการพัฒนางานผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ

๔. ความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ

๖) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

๑ : ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐)

๒ : จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๑ ชมรม/ตำบล (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐)

๓ : ผู้สูงอายุร้อยละ ๔๐ ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐)

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ 4 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

ประเด็นตรวจราชการ : Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

หัวข้อ / ตัวชี้วัด จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

1) เป้าหมาย และผลงาน

โรงพยาบาลมีระบบบริการการแพทย์ทางไกล

2) สรุปสถานการณ์

ในปีที่ผ่านมา เนื่องจากสถานการณ์โรค Covid-19 ทำให้โรงพยาบาลสกลนครมีการให้บริการแบบ telemedicine บางส่วน โดยส่วนแรกคือการให้บริการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์และส่งยาทางไปรษณีย์ ส่วนที่สองคือการให้บริการฝากครรภ์ทางไกลที่คลินิกฝากครรภ์ และส่วนสุดท้ายคือการใช้ระบบ telemedicine ของหมอพร้อม station ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเรือนจำ

ผลการดำเนินงานด้วยการส่งยาทางไปรษณีย์รายไตรมาสของ รพ.สกลนคร ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยได้รับการส่งยาทางไปรษณีย์ ในไตรมาสที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 6,877, 7,058, 7,439 และ 7,006 ราย ตามลำดับ และในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูลถึง 16 ธันวาคม 2565) เท่ากับ 4,901 ราย

หน่วยบริการฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ได้เริ่มดำเนินการฝากครรภ์ด้วยระบบ telemedicine ด้วยระบบ หมอพร้อม มาตั้งแต่ 27 กันยายน 2565 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือต้องการคำปรึกษาจากสูติแพทย์ มีผู้ขอรับบริการทั้งหมด 22 ราย ดำเนินการได้ครบตามระบบ Telemedicine 2 ราย

ผลการดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ หมอพร้อม Station (แบบ station to station) ซึ่งได้มีการดำเนินงานที่ ศสม.สุขเกษม ซึ่งได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยในเรือนจำ มีผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาผ่านระบบ telemedicine ในไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2565 และไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูลถึง 16 ธันวาคม 2565) เท่ากับ 343, 284 และ 113 ราย ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำผ่านแอปพลิเคชัน zoom ซึ่งทางกลุ่มงานจิตเวชได้ดำเนินการเองมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 โดยมีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการตรวจรักษาผ่านแอปพลิเคชัน

zoom ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566(ไตรมาสแรก) เป็นจำนวน 367, 384 และ 64 รายตามลำดับ

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

3.1) ปัญหาทางเทคนิค

- คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ต่อพ่วงไม่เพียงพอ
- สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร
- คลื่นโทรศัพท์ไปไม่ถึงที่อยู่ของผู้ป่วย
- ผู้รับบริการไม่มีสมาร์ตโฟน
- ระบบ Telemed ไม่มีเสียงแจ้งเตือน ว่า มีสายเข้า
- เป็นการใช้งานโปรแกรมสำหรับ telemed ควบคู่ไปกับโปรแกรม HMS ของ รพ. ทำให้กระบวนการซับซ้อนไม่รวบรัด มีความยุ่งยาก

3.2) ปัญหาทางด้านบุคลากร

- บุคลากรไม่ทราบว่า มีระบบ telemedicine
- บุคลากรไม่เข้าใจระบบการบริการ ทำให้ไม่บันทึกข้อมูลลงระบบของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้ข้อมูลขาดหายไป
- บุคลากรยังใช้งานไม่คล่อง ทำให้กระบวนการบริการล่าช้า ทำให้มีแนวโน้มที่จะเลิกใช้งาน
- บุคลากรรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

4.1) จัดให้มี station ที่หน่วยบริการปลายทางที่ใกล้กับภูมิลำเนาของผู้ป่วย

4.2) อาจจัดให้มี station ประจำชุมชน เชื่อมโยงเข้ากับระบบ 3 หมอ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ตโฟนไม่ต้องเดินทางไปถึงหน่วยบริการเอง 1 หมู่บ้านหนึ่งห้องตรวจทางไกล

5) ปัจจัยความสำเร็จ

5.1) แพทย์ผู้ให้บริการและตัวผู้ป่วยมีความตระหนักรู้

5.2) ความทั่วถึงของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

5.3) การสนับสนุนของภาครัฐและชุมชน

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

ประเด็นตรวจราชการ : Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

หัวข้อ / ตัวชี้วัด จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

1) เป้าหมาย และผลงาน

ปีงบประมาณ 2566

1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี มากกว่าร้อยละ 50

2.ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล มากกว่าร้อยละ 25

และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

2) สรุปสถานการณ์

โรงพยาบาลสกลนครได้จัดเตรียมระบบซอฟต์แวร์และอุปกรณ์สำหรับการลงทะเบียนสร้าง Digital ID (DID) ไว้ และเริ่มดำเนินการลงทะเบียนแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้เป็นจำนวน 18 ราย จากจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 2,494 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.72 แผนการดำเนินงานต่อไปจะพัฒนาจุดรับลงทะเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคคลทั่วไปไว้ที่ส่วนงานธุรการของศูนย์สารสนเทศทางการแพทย์ และจะดำเนินการเชิงรุกออกลงทะเบียนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตามหน่วยงานต่างๆ

ในส่วนของภาคประชาชน จะเพิ่มการประชาสัมพันธ์วิธีการลงทะเบียนด้วยตนเองและเพิ่มจุดรับลงทะเบียนและยืนยันตัวตนสำหรับผู้มารับบริการที่จุดบริการด้านหน้าของโรงพยาบาล

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

- เจ้าหน้าที่และประชาชนไม่ทราบว่ามีการมีระบบ digital ID และยังไม่เห็นประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมของการมี digital ID

- ความไม่มั่นใจของประชาชนต่อความปลอดภัยของกระบวนการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- ควรมีคำสั่งหรือข้อบังคับเชิงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขต้องมี DID ทุกคน

5) ปัจจัยความสำเร็จ

- ความตระหนักรู้ของประชาชน

- จำนวนจุดให้บริการความสะดวกของขั้นตอนการดำเนินการ

- ระบบรักษาความปลอดภัยที่ดี

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

-

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ประเด็นที่ ๕ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

๕.๑ ลดป่วย ลดตาย

๑.ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัดสาขาโรคหัวใจ (STEMI) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

ตัวชี้วัด ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)

๒. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

สถานการณ์/ สภาพปัญหา

Service plan สาขาโรคหัวใจ จังหวัดสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยในเขต ๘ ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม บึงกาฬ เลย หนองคายและหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลสกลนครเป็นสถานบริการของรัฐระดับตติยภูมิ ระดับ A ขนาด ๗๖๘ เตียง บริหารองค์กรตาม ๕ กลุ่มภารกิจในโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตจังหวัดสกลนคร และจังหวัดใกล้เคียง คือ นครพนม,บึงกาฬ ให้บริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จ.สกลนคร และบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพที่ ๘ และกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัด มีโรงพยาบาลเอกชน ๑ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ๑ แห่ง มีอายุรแพทย์โรคหัวใจจำนวน ๘ คน ได้แก่ แพทย์ Interventionist จำนวน ๒ คน แพทย์การตรวจวินิจฉัยทางสรีรวิทยาไฟฟ้าหัวใจ ๒ คน แพทย์หัวใจเด็ก จำนวน ๑ คน แพทย์ผ่าตัดหัวใจ จำนวน ๒ คน วิทยุแพทย์ จำนวน ๑ คน จังหวัดสกลนคร ใน ๓ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ มีจำนวน ๑๗๙ , ๒๐๐ และ ๒๐๖ ราย และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) มีจำนวน ๕๗ ราย พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๑ , ๑๐.๕๐ และ ๙.๒๒ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) พบร้อยละ ๑๐.๕๓ (< ร้อยละ 9) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที เท่ากับ ร้อยละ ๕๗.๑๔ (≥ ร้อยละ ๖๐) และร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน ๑๒๐ นาที เท่ากับ ร้อยละ ๖๕.๑๒ (≥ร้อยละ ๖๐) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คือ ๔๖๙,๓๖๕ และ ๓๘๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) คือ ๑๑๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ภายในโรงพยาบาล) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗.๖๗, ๘.๔๙ และ

๖.๒๕ ตามลำดับ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ไตรมาสแรก ต.ค.-ธ.ค.๖๕) ร้อยละ ๗.๘๒ ซึ่งจังหวัดสกลนครโดยคณะกรรมการบริหารจัดการโรคหัวใจขาดเลือด ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการโรคหัวใจขาดเลือดให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การนำโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์ระบบงานทั้งระดับหน่วยงาน ระดับทีมคร่อมสายงานและระดับองค์กรอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทุกระดับมาจัดลำดับในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพในการให้บริการมากที่สุดและอย่างต่อเนื่องจากนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโรคหัวใจขาดเลือด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ 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 ๒๕๖๖	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)			
ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๑. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast tract	- มีระบบช่องทางด่วนในการดูแลทุกโรงพยาบาล - มีระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - มีระบบให้คำปรึกษาในเครือข่ายแต่ละเขตสุขภาพ	มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว DIDO ≤ ๓๐ นาที
	๒. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent)และการตรวจสวนหัวใจ (PCI)	มีClinical practice guideline (CPG) ในการให้การรักษ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนมากกว่าร้อยละ ๘๕

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๖	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)			
		- การติดตามการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการตรวจสวนหัวใจ (PCI)	
	๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการผ่าตัด Coronary artery bypass surgery (CABG) โดยลดระยะเวลาเวลารอคอย	- มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่รอรับการรักษา - ระยะเวลาารอคอย - การเลื่อนนัดผ่าตัด - ระยะการผ่าตัด	ระยะเวลาารอคอยในการรักษาไม่เกิน ๓ เดือน
	๔. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	มีแนวทางการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	มีการคัดกรองตามโปรแกรม NCD
	๕. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	มีแนวทางการตรวจปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	ติดตามการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามมาตรฐาน NCD
	๖. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง, ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	มีสื่อวีดิทัศน์หรือสื่อการสอนในการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ	ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวและดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
	๗. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน Thai ACS Registry	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในโปรแกรม Thai ACS Registry

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ฉบับรายงานของโรงพยาบาลสกลนคร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๑.ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)			
ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วการรักษาแบบเฉพาะ (Definitive care)	๑.เพิ่มหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	- ให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง	-ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน
	๒.ปรับแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ การตรวจสวนหัวใจ (PCI) ในเวลาที่รวดเร็วขึ้น	- ห้องตรวจสวนหัวใจเปิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง - ระบบให้คำปรึกษา (Consult) อย่างรวดเร็ว - จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงการเปิดหลอดเลือดหัวใจ - อัตราที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเปิดหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น	-ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที - ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที
	๓. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง	- บุคลากรมีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง -บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรม BLS & ACLS -รถพยาบาลที่มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย	- มีความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

Small Success

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นในปี ๒๕๖๖

๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ($<$ ร้อยละ ๙)

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.ให้การรักษผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำPCI	✓	✓	✓	✓
๒.ลดระยะเวลาการรอคอยในการรักษผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โดยการทำการบอลลูนหรือการผ่าตัด Coronary artery bypass surgery (CABG)	✓	✓	✓	✓

๓.มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจตามโปรแกรม	✓	✓	✓	✓
๔.ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓	✓	✓
๕.ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉิน และปกติ	✓	✓	✓	✓
๖.มีการบันทึกข้อมูลใน Thai ACS Registry	✓	✓	✓	✓

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

๒.ร้อยละของการให้การรักษาก่อน STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือด โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
๒.มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับมากกว่าร้อยละ ๕๐ ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน ๑๒ ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
๓.มีความพร้อมบุคลากรและรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตตลอด ๒๔ ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
๔.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือด(ภายใน ๑๒ ชม.หลังผู้ป่วยมีอาการ)	✓	✓	✓	✓

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
เป้าหมาย ร้อยละ $\geq$ ๖๐	เป้าหมาย ร้อยละ $\geq$ ๖๐	เป้าหมาย ร้อยละ $\geq$ ๖๐	เป้าหมาย ร้อยละ $\geq$ ๖๐

ผู้รายงาน

นางสาวทัศนีย์ แดขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาววชิรา จันทามิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

๒.ลดป่วย ลดตาย จากหลอดเลือดสมอง (Stroke)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7
1.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80

2. สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆของประเทศไทย และก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในปัจจุบัน คือการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Human Tissue -Type Plasminogen Activator) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มาใช้บริการทันทีภายหลังเกิดอาการภายในเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิตและลดความพิการทุพพลภาพได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด ๗๖๘ เตียง ให้การบริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดสกลนคร และเขตจังหวัดใกล้เคียง พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนครด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ ๑ ใน ๕ ของโรงพยาบาล จากสถิติ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ๑,๓๕๗ ,๑,๒๕๖ และ๑๒๖๒ 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 กรมการแพทย์ 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 เชื่อมโยงระบบการจัดการผู้ป่วย

ร่วมกับ Intermediate Care การจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ระบบการป้องกัน ส่งเสริม การรักษา และฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและลดอัตราการตาย

3. การบริหารจัดการและการกำกับติดตาม ประเมินผล

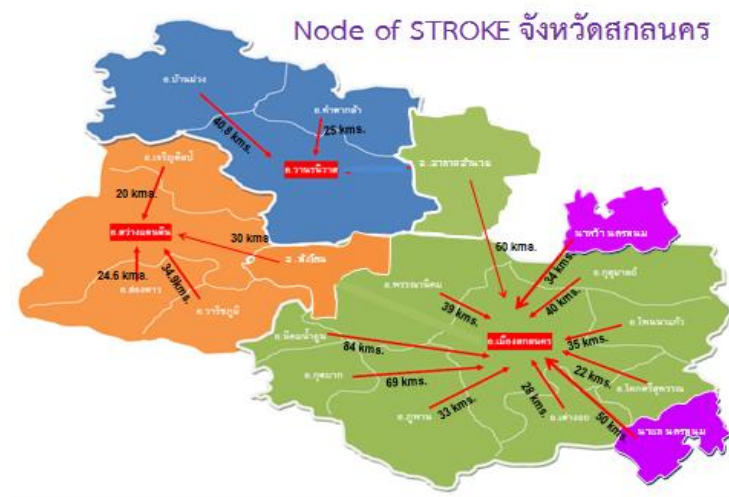
3.1 การพัฒนาระบบ Stroke Fast Track

1).ระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute Stroke Triage) โดยการใช้ FAST score ส่งผลให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าสู่ระบบช่องทางด่วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น

2).ระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast track) เป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ภายหลังเกิดอาการ 3-4.5 ชั่วโมง

2.1) Early detection โดยผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ให้ส่งตรวจ CT scan ที่ ER ประเมินอาการทางระบบประสาท NIHSS ประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยา ประเมินข้อห้ามของการให้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผู้ป่วยและญาติเห็นด้วย รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยกระบวนการ Stroke Fast track ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนกระทั่งได้รับยา rt-PA ควรให้อยู่ภายใน 60 นาที (Door to Needle time)

2.2) การจัด Zoning ในการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยกำหนดให้ รพ.ร.สว่างแดนดิน และรพ.วานรนิวาส เป็น Node of rt-PA ในระบบ stroke fast track



3).ระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nurse Initiated Thrombolytic Agent) และการสังเกตอาการ โดยการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด วิธีการบริหารยา การเฝ้าระวังระหว่างได้รับยา

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

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

3.2.กระบวนการทำงาน (Process)

องค์ประกอบ 6 building blocks ตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) เพื่อจะให้ผู้ป่วยปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที 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 ส่วนการคัดกรองก็ใช้งบประมาณที่หน่วยบริการได้รับอยู่แล้ว เป็นต้น

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

การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Stakeholder Participation) โดยการสร้างการมีส่วนร่วม จากชุมชนจากผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. ในการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65-พ.ย.65)											
	รวม I60-I69			I60-I62			I63			I64-I69		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
เมือง	288	20	6.94	57	11	19.3	213	8	3.76	18	1	5.56
กุสุมาลย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
กุดบาก	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
พรรณานิคม	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
พังโคน	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
วาริชภูมิ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
นิคมคำน้ำอุน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
วานรนิวาส	15	0	0	2	0	0	12	0	0	1	0	0
คำตากล้า	10	0	0	2	0	0	5	0	0	3	0	0
บ้านม่วง	19	0	0	6	0	0	7	0	0	6	0	0
อากาศอำนวย	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
สว่างแดนดิน	70	5	7.14	9	3	33.33	56	2	3.57	5	0	0
ส่องดาว	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เต่างอย	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
โคกศรีสุพรรณ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
เจริญศิลป์	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
โพนนาแก้ว	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ภูพาน	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
รวม	420	25	5.95	78	14	17.95	293	10	3.41	49	1	2.04

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.ย.65)		
		รพ.สกลนคร	รพ.ร.สว่าง แดนดิน	รพ.วานร นิวาส
1	การจัดตั้ง SU (Stroke Unit) ดูแลในหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมองเพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30 เติ่ง	8 เติ่ง	ไม่มี
2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	75.52%	87.20%	-
	A : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit	250	75	-
	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	331	86	-

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

5. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ปี 2566

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการ SFT ลำช้า	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสื่อ สิ่งพิมพ์ ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เช่น TV วิทยุชุมชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ Stroke Fast Track การประเมินผู้ป่วย /การ consult ลำช้า/ Door to refer ลำช้า 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 รับดูแลผู้ป่วย Ischemic stroke ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke Admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท	-จัดระบบการรับผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ที่ ศป. จำนวน 4 เติ่ง จัดเป็น Hemorrhagic stroke Corner -Neuro-Med และ Neuro-Sx ร่วมพัฒนา CPG Hemorrhagic stroke ร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผู้รายงาน นางประภัสสร สมศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร : 086-2405032 e-mail: somprapat@yahoo.com

๓. ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน เพื่อวินิจฉัย เป้าหมาย 67% ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดสกลนคร มีการคัดกรองประชากร 35 ปีขึ้นไป โดยเริ่มคัดกรองตั้งแต่ ธันวาคม 2565 สามารถคัดกรองได้ 20.58 % (เป้าหมาย 90 %) มีกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน ที่ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126mg% ที่ต้องตรวจติดตามจำนวน 1739 ราย สามารถตรวจติดตามได้เพียง 132 ราย และกำลังอยู่ในช่วงการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดสกลนคร ได้มีการคัดกรองความดันโลหิตในประชากร 35 ปีขึ้นไป โดยเริ่มในเดือน ธันวาคม 2565 พบว่าสามารถคัดกรองได้ 20.68 % ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด พบกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 6871 ราย ได้รับการตรวจติดตาม 6314 ราย คิดเป็น 91.89 % (เป้าหมาย 93 %)

จากข้อมูลพบว่า การคัดกรองเริ่มต้นที่เดือนธันวาคม ซึ่งช้ากว่าทุกปี เนื่องจาก รพ.สต.เกือบทุกแห่งของจังหวัดสกลนครได้โอนไปขึ้นกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ การจัดการกับกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง รวมทั้งวิธีการคัดกรองจะต้องมีการยืนยันตัวตนให้ชัดเจนร่วมด้วย จึงทำให้คัดกรองได้น้อย การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องอดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด และต้องวินิจฉัยที่โรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้มีขั้นตอนยุ่งยากมากกว่าการตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถวินิจฉัยได้เร็วกว่าโดยการวัดความดัน จึงสามารถตรวจติดตามได้มากกว่า

3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมายร้อยละ 40 ในปีงบประมาณ 2566 ได้จัดให้มีงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช.โดยเริ่มวันที่ ธันวาคม 2565 และต้องมีการยืนยันตัวตนเมื่อมารับบริการ ทำให้จังหวัดสกลนคร มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจ HbA1C ทั้งหมด 68022 ราย สามารถตรวจได้ 13871 ราย คิดเป็น 20.39% พลผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 และ < 8 ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เท่ากับ 7.54 %

การจัดการใน ไตรมาส 1 ได้จัดประชุมชี้แจงกับผู้รับผิดชอบงาน มอบนโยบาย และติดตามประสานงานกับเครือข่ายส่วนท้องถิ่น และทำความเข้าใจตัวชี้วัดกับผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสนับสนุนผู้รับผิดชอบได้เข้าร่วมประชุมวิชาการระดับเขต ในการจัดการข้อมูล NCD พร้อมทั้งให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ สามารถเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลระดับอำเภอได้ ซึ่งการดำเนินงานอยู่ในช่วงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔. ร้อยละของที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- (๑) ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq 60\%$
 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq 70\%$
- (๒) ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq 50\%$
 - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy $\geq 50\%$
- (๓) ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปมารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
- (๔) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq 76\%$
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 76\%$
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 76\%$

๒. สถานการณ์

โรงพยาบาลสกลนคร มีบุคลากรด้านโรคมะเร็ง ประกอบไปด้วย บุคลากรด้านรังสีรักษา ได้แก่ แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ๒ คน แพทย์รังสีวินิจฉัย ๖ คน แพทย์เวช-ศาสตร์นิวเคลียร์ ๑ คน นักรังสีการแพทย์ ๔ คน นักฟิสิกส์การแพทย์ ๓ คน บุคลากรด้านเคมีบำบัด ได้แก่ อายุรแพทย์มะเร็ง ๒ คน อายุรแพทย์โรคเลือด ๒ คน เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด ๔ คน พยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็ง ๑๘ คน พยาบาลผ่านการอบรมเคมีบำบัด ๑๐ วัน ๕๐ คน บุคลากรด้านการผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป ๘ คน แพทย์ศัลยกรรมพลาสติก ๓ คน ศัลยกรรมหลอดเลือด ๑ คน แพทย์ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ๒ คน ศัลยแพทย์ระบบประสาท ๔ คน ศัลยแพทย์ช่องปาก ๑ คน วิสัญญีแพทย์ ๘ คน ผู้จัดการรายกรณีด้านโรคมะเร็ง ได้แก่ พยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง ๒ คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ๑๒ คน และมีหน่วยงานสนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่ พยาธิแพทย์ ๒ คน นักเซลล์วิทยา ๒ คน แพทย์อายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร ๑ คน แพทย์เฉพาะทางด้านไต ๓ คน แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ ๓ คน แพทย์ศัลยกรรมกระดูก ๑๐ คน สูตินรีแพทย์ ๗ คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโสตศอนาสิกวิทยา ๕ คน และทันตแพทย์ ๑๔ คน โดยโรงพยาบาลศูนย์สกลนครให้การรักษาโดยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฝังแร่ส่งต่อการรักษา

โดยมีหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ที่ชั้น ๖ อาคารรังสีรักษา ประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปฏิบัติงานตอบสนองนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer Anywhere) รวมถึงการจัดทำทะเบียนมะเร็ง (TCB) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนส่งไปยังส่วนกลาง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)

ผลการดำเนินงาน ๓ ปีย้อนหลัง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
๑. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านม	≥๘๐%	๒๔๔,๓๘๒/๑๕๐,๗๕๘	๖๑.๖๙	๒๔๕,๑๘๔/๒๑๔,๖๑๑	๘๗.๕๓	๒๔๗,๘๕๔/๑๕๗,๑๒๓	๖๓.๓๙
๒. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คำนวณจากเป้าหมายรายปี) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่ง กล้อง Colposcopy	≥๖๐% ≥๗๐%	๔๗,๖๘๒/๑๙๕,๙๕๙ ๓๗๑/๑๐,๔๒๒	๒๔.๓๓ ๐	๖๖,๖๙๒/๑๙๕,๖๒๒ ๓๙๓/๘,๒๔๒	๓๔.๐๙ ๐	๗๔,๙๘๖/๑๙๖,๙๔๘ ๕๐๖/๙,๒๒๐	๓๘.๐๗ ๐
๓. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (คำนวณจากเป้าหมายรายปี) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่ง กล้อง Colonoscopy	≥๕๐% ≥ ๕๐%	๖,๔๔๕/๒๑,๓๙๗ +ve = ๒๙๒ - -	๓๐.๑๒ - -	๕๒,๘๔๔/๑๑๔,๓๔๘ +ve = ๒๙๒ ๑๙/๒๙๒	๔๖.๒๑ ๓.๑๑	๑๒,๓๙๙/๒๗,๒๓๙ +ve = ๑,๑๒๖ ๑๘๐/๑,๑๒๖	๔๕.๕๒ ๑๕.๙๙
๔. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มา รับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
๕. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด							
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥๗๖%	๕๕๗/๖๘๑	๘๐	๔๗๖/๖๑๖	๗๗	๓๖๙/๔๙๔	๗๕
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥๗๖%	๕๑๕/๖๒๕	๘๒	๔๔๔/๕๔๓	๘๒	๓๑๙/๔๐๘	๗๘
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี รักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥๗๖%	๔๗๒/๕๗๘	๘๒	๔๔๙/๖๑๐	๗๔	๓๙๑/๕๐๘	๗๗

ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๖ (ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๖๕)	
		ผลงาน	ร้อยละ
๑. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	≥๘๐%	๓๘,๖๗๙/๒๕๐,๕๑๒	๑๕.๔๔
๒. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(คำนวณจากเป้าหมายรายปี)			
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥๖๐%	๗๕,๗๗๐/๑๙๗,๕๔๙	๓๘.๓๖
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥๗๐%	๑๘๗/๑,๕๖๗	๐
๓. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(คำนวณจากเป้าหมายรายปี)			
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥๕๐%	๓๘๗/๒๕๙,๙๖๒	๐.๑๕
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥๕๐%	๐	๐
๔. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	N/A	N/A	N/A
๕. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๗๖%	๔๖/๕๔	๘๕%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๗๖%	๓๖/๔๑	๘๘%
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๗๖%	๙/๑๒	๗๕%

ที่มา: - ข้อมูลการคัดกรองจากโปรแกรม HDC ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๖
 - ข้อมูลการรักษาจากโปรแกรม TCB Plus ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๖

วิเคราะห์โดยใช้หลัก ๔ M

๑. การบริหารจัดการ (Management) เป็นกระบวนการจัดการบริหารควบคุม เพื่อให้งานของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งและการส่งต่อทั้งหมด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างเต็มที่ และมีดำเนินงานในด้าน ๑.๑) โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยฯ ประกอบด้วยโครงสร้างองค์กร การแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงานและลักษณะการทำงาน ๑.๒) เชื้อมอง และกรอบทิศทางของหน่วยฯ และการส่งต่อ ๑.๓) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ ๑.๔) วิธีการดำเนินงาน ๑.๕) การควบคุมกำกับกับดำเนินงานของหน่วยฯ และการส่งต่อ ๑.๖) ผลการดำเนินงานของหน่วยฯ และ ๑.๗) ระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีและเครือข่าย รวมถึงการใช้ประโยชน์โปรแกรม TCB และ TCB Plus

๒. งบประมาณ (Money) เป็นการบริหารเงินให้ใช้จ่ายด้วยต้นทุนน้อยที่สุด และเกิดความคุ้มค่าที่สุด ๒.๑) แผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรม ของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ๒.๒) แหล่งและการ จัดสรรงบประมาณ และ ๒.๓) ความคุ้มค่า/ต้นทุนด้านงบประมาณ

๓. บุคลากร (Man) ๑) การพัฒนาบุคลากร ทางด้านวิชาการ ได้แก่ ๑) การฝึกอบรม โดย การส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้งานโปรแกรม TCB และ TCB Plus เพื่อเพิ่มพูนทักษะ และ ๒) การให้ความรู้ในขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ การให้ความรู้ญาติ และผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย และครอบคลุมทุกขั้นตอนการรักษา โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมจะให้บริการตามมาตรฐานกับผู้ป่วย ตามจำนวนที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถรองรับได้

๔. การบริหารทรัพยากร (Material) การดำเนินงานที่เกิดขึ้นในหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับ ๑) สถานที่ตั้งและวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยฯ ๒) การจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ ๓) ความพอเพียงของวัสดุอุปกรณ์

๓. สภาพปัญหา

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

การดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งช่องท้องเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งและการทำ Colonoscopy ในผู้ที่ผล Fit-test positive ล่าช้าเช่นเดียวกัน เนื่องจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ไม่เพียงพอ และมี Case เดิมที่ตกค้างจากการคัดกรองเมื่อปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จึงทำให้การทำ Colonoscopy มีความล่าช้า แต่ในปัจจุบันได้รับความร่วมมือจาก รพ.วานรนิวาส สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และ รพ.พังโคน ทำให้ยอดในการ ทำ Colonoscopy สูงขึ้น ส่วนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ขณะนี้โรงพยาบาลผ่านกระบวนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยตรวจเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และเป็นหน่วยตรวจของ ๓ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่ นครพนม บึงกาฬ และสกลนคร การดำเนินงานผ่านไปด้วยดี ผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy เป็นปัจจุบัน ปัจจุบันได้รับการส่งกล้องไปแล้วมากกว่าร้อยละ ๕๐

สำหรับตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มมา คือ ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทาง Service Plan สาขาโรคมะเร็งวางแผนการคัดกรองโดยบูรณาการร่วมกับการคัดกรอง ๓ มะ ที่รณรงค์ทุกปี และจากการประชุมล่าสุด ท่าน สธน. เสนอนโยบายให้ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ร่วมกับ Service Plan สาขา

OVCCA บูรณาการการคัดกรองโรคมะเร็งร่วมกับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งได้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันทั้งเขต เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ได้ข้อสรุปในการลงพื้นที่เพื่อคัดกรองพร้อมกันในปี ๒๕๖๖ นี้

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑) โรคโควิด-๑๙ ระบาด	การคัดกรองลดลง ปัญหาการลงพื้นที่ การเว้นระยะห่างทางสังคม
๒) โปรแกรม TCB Plus ยังไม่สมบูรณ์ และมีการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซ้ำซ้อน ส่งผลให้เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติงาน	ประสานเรื่องการ Link ข้อมูลจากโปรแกรม TCB ไปยัง TCB Plus ซึ่งปัจจุบัน Link ข้อมูลมาจริง แต่ข้อมูลไม่เข้าไปอยู่ในโปรแกรม เป็นเพียงการ Link มาให้เห็น ซึ่งต้องลงข้อมูลใหม่ใน TCB Plus เช่นเดิม
๓) Career path ของ Cancer coordinator ไม่มีความก้าวหน้า	พิจารณาความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน
๔) ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB Plus ในโรงพยาบาลระดับ F	ดูแลโรงพยาบาลระดับ F ให้มีการลงข้อมูลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับ A S M

๔. การบริหารจัดการ

- การฝึกอบรมพยาบาลคัดกรองในเรื่องการคัดกรองความผิดปกติในช่องปาก
- การบูรณาการการคัดกรองโรคมะเร็งร่วมกับ Service Plan สาขา OVCCA ระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด

๕. การประเมินผล

-

๖. นวัตกรรมที่ได้

-

ผู้รายงาน นางสาวลักขณา พรหมกลีกร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันเดือนปี ๕ มกราคม ๒๕๖๕
โทร ๐๙๙ ๗๗๔ ๕๙๕๖
E-mail: olelakkhana@gmail.com

ประเด็นตรวจราชการ : ป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ... : ๑. มีการดำเนินการที่ผู้ก่อการดี (ร้อยละ ๘๐)

๒. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน ๔.๒ ต่อแสนประชากร)

๓. ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน ร้อยละ ๑๐๐

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑.มีการดำเนินการที่ผู้ก่อการดี	๑๓ (ร้อยละ ๘๐)	๒ (ร้อยละ ๑๒.๕)	๙ (ร้อยละ ๕๖.๓)	๑๕ (ร้อยละ ๙๓.๘)	๑๕ (ร้อยละ ๙๓.๘)	๑๕ (ร้อยละ ๙๓.๘)
๒.อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	ไม่เกิน ๔.๒ ต่อแสน ประชากร	๓.๕	๓.๕	๓.๐	๑๘.๖	๐
๓.ร้อยละการจมน้ำของเด็กทุกรายที่มีการสอบสวน	ร้อยละ ๑๐๐	๑ (ร้อยละ ๑๐๐)	๑ (ร้อยละ ๑๐๐)	๑ (ร้อยละ ๑๐๐)	๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	๐

๒) สรุปสถานการณ์

จากสถิติพบว่า ปี ๒๕๖๕ อำเภอเมืองสกลนคร มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตเพิ่มจากปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ซึ่งพบว่า เป็นเพศชาย จำนวน ๔ ราย (ร้อยละ ๘๐) จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๖๐) วายน้ำไม่เป็น และมีเด็กพิการทางสมอง ที่ไปเดินเล่นกับผู้ปกครองแล้วพลัดหลง จำนวน ๑ ราย (ร้อยละ ๒๐) และจำนวน ๔ ราย (ร้อยละ ๘๐) ไปเล่นน้ำในบริเวณแหล่งน้ำ ในไร่นา ที่ไม่มีป้ายเตือน ไม่มีรั้วกั้นและไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ และ จำนวน ๕ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) เล่นน้ำในขณะที่ไม่มีผู้ปกครองดูแลและไปเล่นน้ำโดยไม่ได้แจ้งผู้ปกครอง

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

๓.๑ เด็กขาดทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

๓.๒ ผู้ปกครองขาดการเอาใจใส่ในการดูแล

๓.๓ การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

๔.๑ การฝึกทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

๔.๒ การฝึกการให้ความช่วยเหลือให้กับเด็ก เมื่อพบคนจมน้ำ

๔.๓ การสร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน ให้ทราบถึงความรุนแรง ผลกระทบ เมื่อเกิดเหตุการณ์บุตรหลานจมน้ำ

๔.๔ มาตรการชุมชน ในการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงทั้งในบ้าน โรงเรียน และชุมชน

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

ควรมีการขยายทีมผู้ก่อการดี และเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีความรู้ในการป้องกันการจมน้ำ ในแต่ละช่วงวัย ของเด็ก โดยเริ่มจากในบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ชุมชน โดยพัฒนาทีมเครือข่ายให้มีศักยภาพใน การสอนทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้กับเด็ก การจัดการสภาพแวดล้อม การจัดการความเสี่ยงของ แหล่งน้ำ รวมถึงการสอนให้เด็กๆ มีความรู้ในการประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง แหล่งน้ำเสี่ยง และการช่วยเหลือเมื่อพบคนจมน้ำ

งานป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

๑.ข้อมูลพื้นฐานประเด็นปัญหา อุบัติเหตุทางการจราจร

เป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๖๖ : ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๓.๘๗ ต่อแสนประชากร ใน ระดับจังหวัดสกลนคร และไม่เกิน ๒๑.๙๑ ต่อแสนประชากร ในระดับเขตสุขภาพที่ ๘

๑.๑ ข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุนอกช่วงเทศกาล

ปีงบประมาณ	จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	ผู้บาดเจ็บ (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	อัตราเสียชีวิตต่อแสน ประชากร
๒๕๕๘	๙๑	๑๒๔	๑๘	๓๗.๓๓
๒๕๕๙	๓,๑๐๘	๙๔๖	๗๓	๓๘.๙๑
๒๕๖๐	๒,๓๓๕	๖๕๖	๖๑	๓๒.๖
๒๕๖๑	๑,๕๐๐	๖๔๕	๖๕	๒๘.๒๓
๒๕๖๒	๒,๐๒๒	๒,๑๒๙	๗๑	๓๖.๒๔
๒๕๖๓	๒,๑๕๙	๒,๓๘๔	๖๔	๓๒.๖๗
๒๕๖๔	๒,๓๕๗	๒,๓๒๒	๕๗	๒๘.๙๔
๒๕๖๕	๑,๗๒๕	๑,๒๒๙	๕๑	๒๕.๙๐
๒๕๖๖ (๑ ต.ค. ๖๕- ๒๘ ธ.ค. ๖๕)	๗๘๖	๗๗๘	๑๘	๙.๑๔

๑.๒ ข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลสงกรานต์

	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
จำนวนครั้ง	๖๑	๖๖	๗๔	๔๑
บาดเจ็บ	๗๒	๗๖	๗๓	๔๒
เสียชีวิต	๐	๐	๑	๐

๑.๓ ข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลปีใหม่

	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
จำนวนครั้ง	๘๑	๓๕	๗๔	๗๑
บาดเจ็บ	๙๐	๓๔	๗๓	๗๖
เสียชีวิต	๑	๑	๑	๐

ที่มา : สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข (เข้าถึงข้อมูล : เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕)

๒. สาเหตุแห่งประเด็นปัญหาภาพรวม

๒.๑ อัตราตายเกินเกณฑ์/ค่าเป้าหมาย

๒.๒ ประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย

๒.๓ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี

๒.๔ คณะทำงาน ศปอ.อปท. และเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง มีมุมมองว่าเป็นภาระงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบาย ยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานสวนกลาง ทำให้การกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง

๓. แนวทางแก้ไขปัญหามาตามประเด็น

๓.๑ ประชาคมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในครัวเรือน/ชุมชน

๓.๒ สื่อสารในชุมชน

๓.๓ ด้านครอบครัว/ด้านชุมชน (หมู่บ้าน) ครอบครัว ตลอดปี

๓.๔ จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ถนนจุดเสี่ยง รถเสี่ยง

๓.๕ เสนอข้อมูลให้เกิดการผลักดันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ให้เป็นรูปธรรม

๓.๖ ปลุกฝังจิตสำนึกให้แก่นักเรียน นักศึกษา หรือกลุ่มวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องกฎหมายจราจร ในสถานศึกษา จัดตั้งชมรม เป็นต้น

๓.๗ บังคับใช้กฎหมาย

๓.๘ จัดตั้งจุดตรวจจุดผ่านช่วงเทศกาล ในพื้นที่ที่เป็นจุดเสี่ยง

๓.๙ คณะทำงาน ศปถ.อ.เมืองสกลนคร ลงพื้นที่ชี้แจงบทบาทการดำเนินงานให้แก่ศปถ.อปท.ทุกแห่ง

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด (ตจ.2) ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร รอบที่ 1 / 2566

หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ (Trauma)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

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

2. สถานการณ์ ความเป็นมาของปัญหา (วิเคราะห์โดยใช้หลัก 4M)

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

สถิติบริการ	ปี 2563 (ราย)			ปี 2564 (ราย)			ปี 2565 (ราย)		
	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน	ปี	เดือน	วัน
1.จำนวนทั้งหมด	48,674	4,056	135	44,181	3,735	125	44,404	3,700	121
1.1 Trauma	11,237	936	31	11,968	997	34	12,493	1,041	34.2
1.2 Non Trauma	37,437	3,120	104	32,213	2,738	91	31,911	2,659	87.4

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 4,5	1,468	1,070	1,548

3. สภาพปัญหา (วิเคราะห์สภาพปัญหา/ระบุสาเหตุปัญหา)

ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ แต่ยังพบว่ามี การเสียชีวิต ณ

ห้องฉุกเฉินและห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรก กลุ่ม Trauma ได้แก่ Multiple Trauma และ Traumatic Brain Injury ส่วน Non Trauma ได้แก่

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

4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน/มาตรการที่สำคัญ

1. พัฒนาความรู้ ศักยภาพทีม EMS ห้องฉุกเฉิน ในการเผชิญเหตุสาธารณภัย
2. นำโปรแกรมการพัฒนาระบบ Smart ER มาใช้ในการจัดการบันทึกข้อมูล
3. พัฒนาระบบการบริการที่ลดแออัดในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ การ Pass admit STEMI Pass Cath ศัลยกรรม ยูโรวิทยา กุมารเวชกรรม สูติกรรม อย่างต่อเนื่อง
4. ลดขั้นตอนในการรอเข้า ICU ให้มีการ Pass เข้า ICU ได้รวดเร็วขึ้น

4.2 การนำเทคโนโลยีมาใช้ (อยู่ระหว่างการพัฒนา ปรับใช้โปรแกรม)

1. พัฒนาโปรแกรมดิจิทัล Smart ER เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งแผนการรักษาและการตรวจสอบข้อมูล
2. การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

5. 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 %	100	6.25
	Trauma < 12 %	16	10.88
	Non Trauma < 12 %	84	5.78

6. นวัตกรรมที่ได้

Program Smart ER และ ตู้ยา Stat dose Inventory

7. ปัญหา อุปสรรค

- 7.1 อัตราการล้างแพทย์ EP ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่
- 7.2 การนำส่งเคสจาก รพช.ล่าช้า ข้อมูลที่ส่งมาผิดพลาด ส่งผลต่อการตัดสินใจต่อการรักษา
- 7.3 Trauma team สมรรถนะแตกต่างกันในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจากมีแพทย์ และพยาบาลจบใหม่เข้าสู่ระบบ

8. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 7.1 การใช้ระบบการสื่อสารข้อมูลตามแนวทางการส่งต่อที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- 7.3 Smart Refer Program

9. โอกาสพัฒนา

สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างระบบการดูแล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรสำคัญ

10. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย -

11. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง/Best Practice

การพัฒนาซอฟต์แวร์ “ โปรแกรม Smart ER” ต่อเนื่อง

นางวิภา แก้วเคน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หนก.ER ผู้รายงาน

๕.๒ ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ประเด็นตรวจราชการ : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑. : ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ (เป้าหมาย $\geq ๙๐\%$)

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๒. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๕ ปี(เป้าหมาย $\geq ๙๐\%$)

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ไตรมาส ๑ คิดเป็นร้อยละ ๑.๔ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ จำนวนสะสม เข็ม ๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑๑.๒๒, เข็ม ๒ ร้อยละ ๑๐๖.๔๐ เข็ม ๓ ร้อยละ ๓๙.๓๑, เข็ม ๔ ร้อยละ ๔.๑๑, เข็ม ๕ ร้อยละ ๐.๗๔

๒. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ไตรมาส ๑ ผลงานจำนวน ๒,๐๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๗

๒) สรุปสถานการณ์

ผลงานการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ภาพรวม ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็นตรวจราชการ : การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๑. : มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๒. : ทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๓. : มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ระบุภัยสุขภาพสำคัญอย่างน้อย ๓ ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๔. : มี operational plans สำหรับ ๓ ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการณีสอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง ๓ ภัย

หัวข้อ / ตัวชี้วัด ๕. : มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan

๑) เป้าหมาย และผลงาน

๑. มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมเพียงพอ จำนวน ๕๑ คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

๒. ทีม CDCU อำเภอเมืองสกลนคร ผ่านการฝึกอบรมและจัดตั้งแล้วจำนวน ๗ ทีม ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

๓. มี Official document ของโรงพยาบาลสกลนครและเครือข่ายสุขภาพ ที่ระบุภัยสุขภาพสำคัญ ๓ ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙), อหิวาต์และน้ำท่วมและ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ ที่ระบุบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีการประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือน

๔. มี operational plans สำหรับภัยสุขภาพที่สำคัญ ภัยสุขภาพสำคัญ ๓ ภัย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙), อหิวาต์และน้ำท่วม โดยดำเนินงาน/สั่งการภายใต้ระบบบัญชาการ (ICS) ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการฝึกซ้อมเป็นประจำทุกปี

๕. มีแผน BCP โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan ทั้ง ๓ แผนงานตามข้อ ๓, ๔

๒) สรุปสถานการณ์

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(COVID-๑๙) มีแนวโน้มลดลง, อหิวาต์ ควบคุมสถานการณ์ได้ และน้ำท่วมภายหลังเกิดเหตุสามารถฟื้นฟูกิจการได้

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ประเด็นที่ ๖ องค์การสมรรถนะสูง

แนวโน้มสถานะการทางการเงินการคลัง

ปีงบประมาณ	ดัชนีสภาพ คล่อง			NI+DEP กสธ.	NI+DEP เขต 8	EBITDA เขต 8	NWC	Risk		
	Cr	Qr	Cash					Ni กสธ	NIเขต 8	EBITDA เขต8
2564	1.32	1.09	0.47	88,508,193.63	84,748,939.11	176,902,758.60	207,617,142.30	2	2	2
2565	2.46	2.17	0.56	366,605,967.07	372,971,414.98	489,723,903.75	578,546,066.69	1	1	1
2566(พย65)	1.67	1.45	0.34	26,241,717.45	42,190,002.65	72,180,517.65	382,120,230.72	1	1	1
2566(ธค65)	1.87	1.64	0.33	94,546,469.10			460,132,280.70	1	1	1

แผน Planfin ปีงบประมาณ 2566

รายการ	แผนทั้งปี
รายได้ UC	842,090,202.06
รายได้จาก EMS	1,577,018.18
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	14,755,322.74
รายได้ค่ารักษา อปท.	64,292,972.59
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	459,706,688.34
รายได้ประกันสังคม	183,577,594.99
รายได้แรงงานต่างด้าว	1,828,375.37
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	267,077,755.65
รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร	518,426,216.48
รายได้อื่น	276,757,845.86
รายได้ลงทุน	65,861,125.58
รวมรายได้	2,695,951,117.84
ต้นทุนยา	415,226,863.95
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	301,361,168.12
ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	3,300,000.00
ต้นทุนวิทยาศาสตร์การแพทย์	32,426,347.20
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	516,899,695.61

ค่าจ้างชั่วคราว	187,607,435.73
ค่าตอบแทน	307,397,857.54
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	66,139,510.11
ค่าใช้สอย	264,180,373.88
ค่าสาธารณูปโภค	54,754,789.55
วัสดุทั่วไป	75,892,440.05
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	198,572,295.78
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	4,855,913.46
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	45,663,147.66
รวมค่าใช้จ่าย	2,474,277,838.64
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		340,297,040.51	11,647.00	23,968.89	29,217.57	4,605.08	14,197.45		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(Q1)	19.78	4.37	126	103	58	128	43	B-	ไม่ผ่าน

แบบรายงานการตรวจราชการ รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ : พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)

1. ประเด็นการตรวจราชการ : การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8

- ตัวชี้วัด(End goal)
1. อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคนและปลา ไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568
 2. อัตราตายมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ในปี 2578

- ตัวชี้วัด(Outcome)
1. อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 15

2. สถานการณ์/ความเป็นมาของปัญหา (วิเคราะห์โดยใช้หลัก 4M)

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สามารถป้องกันได้ โดยองค์การอนามัยโลกยอมรับว่า พยาธิใบไม้ตับจัดเป็นเชื้อก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งโรคนี้มีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงแต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมานั้นสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ประสบผลสำเร็จได้ในระดับหนึ่งแต่กลับพบว่ามีผู้ป่วยสูงขึ้น การดำเนินการที่ผ่านมาโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีฯ แต่ก็ยังพบว่า ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนครมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ยังสูงแสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อพยาธิเข้าสู่ร่างกาย

3. การบริหารจัดการตามแผนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลสกลนคร บริหารจัดการตามแผนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ในอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร ซึ่งได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน ตรวจครบทั้ง 18 ตำบลและในรายที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ได้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่
2. การณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆในชุมชน หรือในงานบุญประเพณีในพื้นที่
3. การจัดสรรยาพาราซิควอนเทลส่งไปยังพื้นที่เพื่อทำการรักษาในรายที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อเข้ามาตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลจัดการสิ่งปฏิกูลให้กับเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการรถสูบน้ำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

5. ตรวจสอบคุณภาพของบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่
6. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในชุมชนและโรงเรียน
7. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงและคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใน

ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่

8. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอสกลนคร จังหวัดสกลนครปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)

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

ปี 2565 อำเภอสกลนคร จังหวัดสกลนคร ไม่ได้ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากได้ดำเนินการตรวจคัดกรองทุกตำบลแล้วและมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมายอำเภอสกลนคร 200 ราย คัดกรองจำนวน 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 116.50 และไม่พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

ปี 2565 จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 469 ราย คิดเป็นอัตรา 40.89 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) จำนวน 1,591 ราย คิดเป็นอัตรา 138.72 ต่อแสนประชากร และปี 2565 การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ จำนวน 165 ราย คิดเป็นอัตรา 14.39 ต่อแสนประชากร ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ผ่าตัดแบบหายขาด 11 ราย และผ่าตัดอื่น ๆ 2 ราย รวมทั้งหมด 14 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 28 ราย แบ่งเป็น Adjuvant 10 ราย Palliative 18 ราย ใส่ Drain 38 ราย

ปี 2566 อำเภอสกลนคร จังหวัดสกลนคร กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอสกลนคร 200 ราย คัดกรองจำนวน 985 ราย คิดเป็นร้อยละ 492. พบผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) 7 ราย ทั้งหมดกำลัง

อยู่ในขั้นตอนการวินิจฉัย พบผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ (Hepatocellular carcinoma) จำนวน 6 ราย และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ (Cholangiocarcinoma) จำนวน 15 ราย ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ Palliative 1 ราย ใส่ Drain 18 ราย

ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

ปี 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566 (3ด.)	รวม
1.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในตำบล เป้าหมายได้รับการคัดกรองพยาธิ ใบไม้ตับ	เป้าหมาย	300	1,000	0	0	1,300
	ผลงาน(ราย)	322	3,251	0	0	3,573
	ร้อยละ	107.33	325	0	0	216.16
2.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี อายุ 40 ปีขึ้นไปในตำบลเป้าหมายได้ รับการคัดกรองด้วยวิธีอัลตราซาวด์	เป้าหมาย	300	200	200	ยังไม่ระบุ	700
	ผลงาน(ราย)	2,072	630	233	985	3,920
	ร้อยละ	690	315	116	NA	1,121
3.ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดแบบหายขาด	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				0
	ผลงาน(ราย)	26	27	10	1	64
4.ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดแบบประคับประคอง	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				
	ผลงาน(ราย)	6	6	2	0	14
5.ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด	เป้าหมาย	ไม่ระบุ				
	ผลงาน(ราย)	16	35	28	0	79

ที่มา: จากรายงาน 506 ณ 31 มีนาคม 2565 และ Isan Cohort ณ 5 มกราคม 2566

5. การบริหารจัดการแผนการดำเนินงานปี 2566

5.1 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

5.2 แผนงานโครงการ

1. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ยังไม่เคยตรวจและให้การรักษาจนหายขาด (ตามแผนงานโครงการของสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร)
2. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการอัลตราซาวด์ ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน(ตามแผนงานโครงการของสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร)
3. โครงการผ่าตัดตับนอกเวลาเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล ประจำปี 2566 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก CASCAP มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. โครงการการพัฒนาการดูแลรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2566 ได้รับสนับสนุนจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 169,920 บาท

6. ปัญหาและอุปสรรค

1. เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ประชาชนรวมตัวกันลำบาก จึงทำให้การคัดกรองล่าช้า
2. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยตรวจอุจจาระและการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการอัลตราซาวด์ ยังทำได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองสกลนครและจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดกรองแต่พบว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น เนื่องจาก การดำเนินงานในปัจจุบันทำตามจำนวนและงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางเท่านั้น ซึ่งงบที่ได้รับจัดสรรยังไม่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองสกลนคร
3. พื้นที่เสี่ยงบางแห่งไม่เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดำเนินงาน การดำเนินงานจึงทำตามที่มีงบประมาณจัดสรรมาให้เท่านั้นและไม่ต่อเนื่อง
4. ปัญหาการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชน ทั้งในด้านการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร อีกทั้งผู้ปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชนยังพร่องความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลในชุมชนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป็นต้น

ผู้รายงาน นางสุทธิพร วรบรรณการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : sutthiporn_ole@yahoo.com

โทร.080 3509575 วันที่ 5 มกราคม 2566



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