

เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน

กรณีปกติ

รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ระหว่างวันที่ 11 - 12 กรกฎาคม 2566

เสนอ

คณะกรรมการการกระทรวงสาธารณสุข
และคณะกรรมการ SERVICE PLAN เขตสุขภาพที่ 8



โรงพยาบาลหนองคาย
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัวในการกำกับ ติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหัวข้อการกำกับและติดตามในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้

1. Agenda Based ได้แก่

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

ประเด็นที่ 2 ระบบบริการปฐมภูมิ

2. Functional Based ได้แก่

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 4 Digital Health

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตายและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นที่ 6 องค์กรสมรรถนะสูง

3. Area Based ได้แก่ ประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

ประเด็น การบริหารจัดการและผลลัพธ์

ดังนั้น เพื่อให้การตรวจราชการและนิเทศงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลหนองคาย จึงจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อประกอบเอกสารการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 11 - 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และคณะ

โรงพยาบาลหนองคายหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตรวจราชการและนิเทศงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

โรงพยาบาลหนองคาย

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลทั่วไป	
ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลหนองคาย	1 - 8
1. การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)	
1.1 สาขาโรคหัวใจ (STEMI)	9 - 14
1.2 สาขาอุบัติเหตุ	15 - 19
1.3 การบริหารพื้นที่สหภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care)	20 - 26
1.4 สาขาไต	27 - 36
1.5 สาขาทารกแรกเกิด	37 - 47
1.6 สาขาอายุรกรรม (Sepsis)	48 - 54
1.7 สาขามะเร็ง	55 - 62
1.8 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	63 - 68
1.9 One Day Surgery/MIS	69 - 74
1.10 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	75 - 90
1.11 ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	91 - 95
1.12 อนามัยแม่และเด็ก	96 - 106
1.13 สาขาการใช้สมุนไพรรักษา และกัญชาทางการแพทย์	107 - 116
1.14 สาขาจักษุ	117 - 121
1.15 สาขาจิตเวช	122 - 126
1.16 สาขารังสีซีมีเยเด็ก	127 - 131
1.17 สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	132 - 134
1.18 สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	135 - 146
1.19 การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาเสพติด	147 - 150
1.20 สาขาสุขภาพช่องปาก	151 - 157
1.21 สาขาผิวหนังโรค	158 - 165
1.22 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา (RDU)	166 - 167
1.23 ระบบรับยาใกล้บ้าน	168 - 169
2. กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 8	170 - 172
รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคาย	

ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลหนองคาย

ประวัติโรงพยาบาลหนองคาย

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

1. เงินส่งเสริมเทศบาลประเภทอุดหนุนท้องถิ่นในการสาธารณสุข
2. เงินกองสลากสุภาพาชาดไทย
3. เงินงบประมาณแผ่นดิน

รวมค่าก่อสร้างทั้งสิ้น 100,200 บาท

เริ่มก่อสร้าง พ.ศ. 2476 สร้างเสร็จเปิดทำการเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2478 จึงถือเอาวันที่ 19 มกราคม ของทุกปี เป็นวันก่อตั้งโรงพยาบาล มีการทำบุญเลี้ยงพระเป็นประเพณีประจำปีตลอดมา นับเป็นโรงพยาบาล แห่งที่ 2 ที่สร้างขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แห่งแรกคือโรงพยาบาลนครราชสีมา) พระปทุม-เทวาภิบาลได้ มอบภาพขนาดใหญ่ของท่านไว้ให้แก่โรงพยาบาล 1 ภาพข้างล่าง ภาพบันทึกข้อความไว้ดังนี้

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

ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 350 เตียง มีเนื้อที่ 38 ไร่เศษ ตั้งอยู่ เลขที่ 1158 ถนนมีชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ทิศใต้ติดถนนมีชัย ฝั่งตรงกันข้ามเป็นที่ตั้ง สถานีตำรวจภูธร ทิศเหนือของพื้นที่ทอดยาวขนานตามลำน้ำโขง ซึ่งอยู่ห่างจากฝั่งโขง ประมาณ 100 เมตร จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีน้ำโขงเป็นเส้นกั้น พรมแดน ลักษณะพื้นที่เดิมเป็นลุ่มน้ำท่วมถึงในหน้าน้ำมีทางน้ำธรรมชาติเป็นลำห้วยเล็กๆ ไหลพาดผ่านจาก ด้านทิศตะวันออกไหลลงสู่แม่น้ำโขง บริเวณข้างวัดหายโคก ชื่อ “ห้วยหายโคก” ซึ่งมีต้นน้ำมาจากหนองกอม-เกาะไหลสู่หนองหิน

หนองกลาง หนองตุม คือ บริเวณหนองน้ำกว้างใหญ่รอบสถานีรถไฟหนองคาย โรงพยาบาลหนองคาย สร้างในพื้นที่ราชพัสดุ เดิมเป็นเรือนจำ เมื่อดำริจะสร้างเป็นโรงพยาบาลได้ซื้อที่ดินราชพัสดุเพิ่มเติม มีการปรับถม พื้นที่ให้สูงขึ้นจากระดับน้ำท่วมก่อนสร้าง โดยขุดลอกดินจากหนองน้ำหน้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากขึ้นมากม ที่ การขุดถมดินส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือ จากนักโทษ (จากคำบอกเล่าของ นายมุข จันทนบุรีรักษ์ ผู้ร่วม ทำงานก่อสร้างโรงพยาบาลและต่อมาได้เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จนครบเกษียณ)

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

รายนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เปิดดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน

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

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566 – 2568

วิสัยทัศน์ VISION

โรงพยาบาลศูนย์ลุ่มน้ำโขงรองรับพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในปี 2568
To Be a Medical Hub in Mae Kong Region to support Special Economic Zone 2025

เข็มมุ่ง HOSHIN

To establish "Excellent Center"

- Cardiac Center 2566
- Minimal invasive surgery Center 2566

To implement
Paperless system
- OPD 2566

To achieve 2P Safety goals

- Patient : Sepsis ,
Medication error
- Personal ; safety security

พันธกิจ MISSION

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ
(Provide quality total health care)
2. บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย
(Integrate wellness care and disease prevention with affiliated network)
3. บริหารจัดการและสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล
(Ensure efficient service and good governance)
4. พัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบุคลากร
(Improve staff's performance and efficiency)
5. สถาบันร่วมสอนและผลิตนักศึกษาแพทย์
(Be a medical school)

อัตลักษณ์ Our Identity

รับผิดชอบหน้าที่
Accountability

มารยาทดี
Courtesy

มีน้ำใจ
Care

6 ประเด็นยุทธศาสตร์

1. ยกระดับการบริการสุขภาพเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศ
2. พัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มโรคที่สำคัญแบบองค์รวม
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่าย
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
5. พัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบุคลากร
6. เป็นสถาบันร่วมสอนและผลิตนักศึกษาแพทย์

8 กลยุทธ์

1. พัฒนาศักยภาพระบบบริการ
2. พัฒนาคุณภาพระบบบริการตามกรอบ Service plan
3. พัฒนาระบบความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ
4. พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ
5. สร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย
6. สนับสนุนระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
7. พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร
8. การจัดระบบการเรียนการสอนบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพ

ค่านิยม CORE VALUES

N

NETWORK

สร้างทีมเครือข่าย
Build Teamwork

K

KNOWLEDGE

เรียนรู้อยู่เสมอ
Learn Continuously

H

HAPPINESS

ทำงานอย่างมีความสุข
Employee work satisfaction

G

GOVERNANCE

ยึดหลักธรรมาภิบาล
Good governance

O

OPPORTUNITY

มองหาโอกาสพัฒนา
Proactively seek improvement

15 เป้าประสงค์

- 1) ยกระดับเป็นโรงพยาบาลระดับ A
- 2) เพิ่มศักยภาพบริการ
- 3) เพิ่มรายรับ
- 4) เพิ่มความพึงพอใจ
- 5) ประชาชนในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
- 6) ผู้รับบริการมีความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ
- 7) มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
- 8) ประชาชนสุขภาพดี
- 9) เป็นโรงพยาบาล Smart hospital
- 10) โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างมีคุณภาพ
- 11) โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (TPS)
- 12) โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล
- 13) พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ คุณภาพและประสิทธิภาพ
- 14) สร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยบุคลากร
- 15) สามารถผลิตบุคลากรด้านการแพทย์รองรับการบริการเขตสุขภาพในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษลุ่มน้ำโขง

แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566 – 2568

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลศูนย์ลุ่มน้ำโขง รองรับพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ในปี 2568”

พันธกิจ

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

ค่านิยม

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

เข็มมุ่ง

To establish “Excellent Center”
- Cardiac Center 2566
- Minimal invasive surgery Center 2566

To implement Paperless system
- OPD 2566

To achieve 2P Safety goals
- Patient : Sepsis , Medication error
- Personal : Safety security

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 – 2568

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าประสงค์
1. ยกระดับการบริการสุขภาพเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศ	1. พัฒนาศักยภาพระบบบริการ	1. ยกระดับเป็นโรงพยาบาลระดับ A 2. เพิ่มศักยภาพบริการ 3. เพิ่มรายรับ 4. เพิ่มความพึงพอใจ
2. พัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคที่สำคัญ แบบองค์รวม	1. พัฒนาคุณภาพระบบบริการตามกรอบ Service Plan 2. พัฒนาระบบความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ	1. ประชาชนในกลุ่มโรคที่สำคัญได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 2. ผู้รับบริการมีความปลอดภัยทางคลินิกที่สำคัญ
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่าย	1. พัฒนา และสร้างเสริมศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. สร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย	1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ 2. ประชาชนสุขภาพดี
4. พัฒนาระบบบริการจัดการ และสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ	1. สนับสนุนระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	1. เป็นโรงพยาบาล Smart Hospital 2. โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อการสนับสนุนการให้บริการอย่างมีคุณภาพ 3. โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS) 4. โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล
5. พัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพบุคลากร	1. พัฒนาความรู้ และทักษะบุคลากร	1. พัฒนาศักยภาพ คุณภาพ และประสิทธิภาพ 2. สร้างเสริมสุขภาพ และความปลอดภัยบุคลากร
6. เป็นสถาบันร่วมสอน และผลิตนักศึกษาแพทย์	1. การจัดระบบการเรียนการสอนนักศึกษาด้วยการแพทย์ที่มีคุณภาพ	1. สามารถผลิตบุคลากรด้านการแพทย์รองรับบริการเขตสุขภาพในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษลุ่มน้ำโขง

บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย

ข้อมูลบุคลากร ดังนี้

ปีงบประมาณ	สายงานบริการสุขภาพ (25 สายงาน รวมทุกประเภท)							
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	นวก.สธ.+ จพ.สธ.	นวก.สธ.(ทันตา) +จพ.ทันตา	อื่นๆ	รวม
ปีงบ 2565 (ณ 30 ก.ย. 65)	66	12	33	395	19	4	96	625
ปีงบ 2566 (ณ 31 พ.ค. 66)	69	13	30	402	37	4	89	644

ปีงบประมาณ	สายงานอื่น (ไม่รวม 25 สายงาน)						รวมทั้งสิ้น
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข	รวม	
ปีงบ 2565 (ณ 30 ก.ย. 65)	33	24	38	0	270	537	1162
ปีงบ 2566 (ณ 31 พ.ค. 66)	31	24	30	0	268	548	1192

ข้อมูลการให้บริการ

การบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

จำนวนและค่าเฉลี่ยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหนองคาย

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

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566(8)
คน	109,804	108,168	99,986	131,993	166,508	58,104
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	448	442	408	539	694	968
ครั้ง	465,375	463,482	428,084	535,671	663,108	124,768
ค่าเฉลี่ยต่อวัน	1,812	1,802	1,694	2,339	2,690	1,994

การบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองคาย

จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหนองคาย

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

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2561	2562	2563	2564	2565	2566(8)
จำนวนเตียง	349	349	349	349	350	350
ผู้ป่วยใน	31,145	30,466	27,908	26,334	31,135	22,051
เฉลี่ยต่อวัน	363	360	330	358	417	389
วันนอนเฉลี่ย	4	4	4	5	5	4
อัตราครองเตียง	103.39	104.10	94.39	102.25	119.50	111.19
CMI	1.31	1.32	1.42	1.52	1.53	1.61

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	HT (I10-I15)	27,792	8.36
2	DM (E10-E14)	24,161	7.27
3	Acute upper respiratory infections (J00-J06)	10,531	3.17
4	CKD stage 5	6,589	1.98
5	Myalgia (M7910-M7919)	6,494	1.95
6	Symptoms and signs involving the digestive system and abdomen (R10-R19)	5,579	1.68
7	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	5,410	1.63
8	General symptoms and signs (R50-R69)	4,105	1.23
9	Muscle strain (M6260-M6269)	3,768	1.13
10	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)	3,325	1.00
	อื่น ๆ	234,809	70.61
	รวม	332,563	100.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	Thalassaemia (D560-D569)	1,067	4.84
2	Senile cataract (H250-H259)	747	3.39
3	pneumonia (J12-J18)	696	3.16
4	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	688	3.12
5	DM (E10-E14)	663	3.01
6	Diseases of oesophagus, stomach and duodenum (K20-K31)	648	2.94
7	CA Breast (C500-C509)	543	2.46
8	Intracranial wound (S060-S0691)	540	2.45
9	Congestive heart failure (I500-I509)	479	2.17
10	Gastroenteritis and colitis (A90-A099)	443	2.01
	อื่น ๆ	15,537	70.46
	รวม	22,051	100.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สถิติ 10 อันดับโรคผู้ป่วยเสียชีวิต โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1	pneumonia (J12-J18)	82	3.72
2	Cerebrovascular diseases (I60-I69)	41	1.86
3	Intracranial wound (S060-S0691)	35	1.59
4	Other diseases of the digestive system (K90-K93)	17	0.77
5	COPD (J44)	15	0.68
6	Septicaemia (A400-A419)	10	0.45
7	Acute myocardial infarction (I210-I219)	10	0.45
8	Injury of abdomen, lower back, lumbar spine and pelvis (S30-S39)	9	0.41
9	diabetes mellitus (E10-E14)	9	0.41
10	Congestive heart failure (I500-I509)	9	0.41
	อื่น ๆ	173	7.85
	รวม	410	18.59
	จำนวนผู้ป่วยใน	22,051	1000.00

หมายเหตุ นับเฉพาะโรคหลัก PDX

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

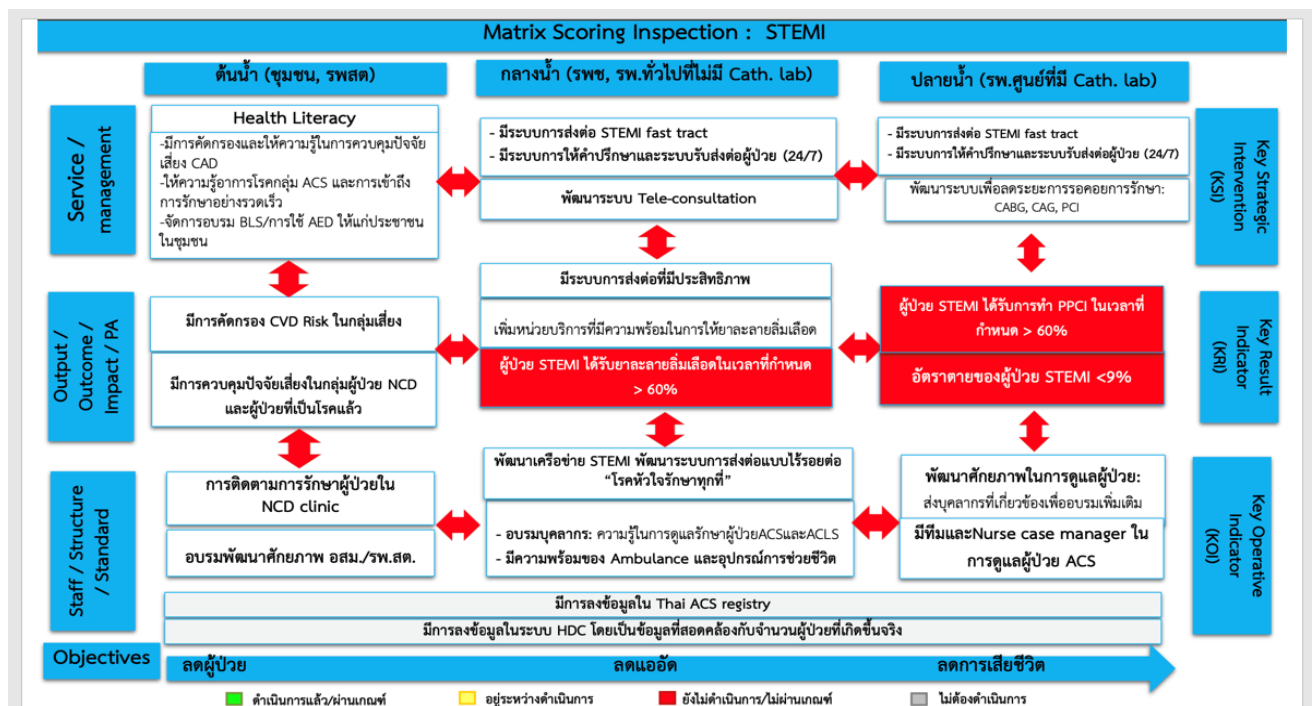
หัวข้อ : STEMI

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<ร้อยละ 9	7.37	6.72	8.26	10.81
2. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 60	65.00	59.26	65.12	61.29

2. Matrix Scoring Inspection : STEMI



3. สถานการณ์

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

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

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

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

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

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการประเมิน (CVD Risk)

อำเภอ	ปี 2565			ปี 2566 (8 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	6,206	5,657	91.15	6,032	5,432	90.05
ท่าบ่อ	3,685	2,776	75.33	3,699	2,420	65.42
โพนพิสัย	3,387	3,175	93.74	3,477	3,365	96.78
ศรีเชียงใหม่	1,349	1,147	85.03	1,305	1,193	91.42
สังคม	1,212	1,117	92.16	1,227	1,185	96.58
สระใคร	1,068	994	93.07	1,074	997	92.83
เผ่าไร่	1,834	1,694	92.37	1,777	1,454	81.82
รัตนวาปี	1,622	1,378	84.96	1,606	1,039	64.69
โพธิ์ตาก	610	532	87.21	593	508	85.67
รวม	20,973	18,470	88.07	20,790	17,593	84.62

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566

2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI (น้อยกว่าร้อยละ 9)

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	36	3	8.33	18	4	22.22
ท่าบ่อ	24	1	4.16	18	1	5.55
โพนพิสัย	13	2	15.38	10	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	3	1	33.33	2	0	0.00
สังคม	4	1	25.00	3	0	0.00
สระใคร	5	0	0.00	8	1	12.5
เผ่าไร่	8	1	12.50	4	1	25.00
รัตนวาปี	8	0	0.00	5	1	20.00
โพธิ์ตาก	5	0	0.00	4	0	0.00
พิสัยเวหา	3	0	0.00	2	0	0.00
รวม	109	9	8.26	74	8	10.81

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

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

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	15	10	66.67	4	3	75.00
ท่าบ่อ	5	5	100.00	5	4	80.00
โพนพิสัย	3	3	100.00	5	2	40.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	0	0	100.00
สังคม	3	1	33.33	3	2	66.67
สระใคร	1	1	100.00	4	2	50.00
เผ่าไร่	5	0	0.00	2	0	0.00
รัตนวาปี	6	5	83.33	2	2	100.00
โพธิ์ตาก	2	2	100.00	4	2	50.00
พิสัยเวหา	1	1	100.00	1	1	100.00
รวม	43	28	65.12	31	19	61.29

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

4. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ส่งต่อเพื่อรับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	36	33	91.67	18	14	77.78
ท่าบ่อ	24	23	95.83	18	17	94.44
โพนพิสัย	13	11	84.62	10	10	100.00
ศรีเชียงใหม่	3	2	66.67	2	2	100.00
สังคม	4	3	75.00	3	3	100.00
สระใคร	5	5	100.00	8	7	87.5
เผ่าไร่	8	7	87.50	4	3	75.00
รัตนวาปี	8	8	100.00	5	4	80.00
โพธิ์ตาก	5	5	100.00	4	4	100.00
พิสัยเวหา	3	3	100.00	2	2	100.00
รวม	109	100	91.74	74	66	89.18

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	33	2	6.06	18	0	0.00
ท่าบ่อ	23	0	0.00	18	0	0.00
โพนพิสัย	11	0	0.00	10	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	2	0	0.00
สังคม	3	0	0.00	3	0	0.00
สระใคร	5	0	0.00	8	0	0.00
เผ้าไร่	7	0	0.00	4	0	0.00
รัตนวาปี	8	0	0.00	5	0	0.00
โพธิ์ตาก	5	0	0.00	4	0	0.00
พิสัยเวหา	3	0	0.00	2	0	0.00
รวม	100	2	2.00	74	0	0.00

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

7. การจัดตั้ง “ศูนย์หัวใจ ลุ่มน้ำโขง” ของโรงพยาบาลหนองคาย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. นางสาวพรรณทิราพร ภูมิสุวรรณ์ | โทร. 080-263-1440 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : pengting.pr@gmail.com |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ | |
| 2. นางนงเยาว์ ท้าวพรม | โทร. 062-4915553 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | E-mail : nongyao_41@hotmail.com |
| โรงพยาบาลหนองคาย | |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service Plan สาขาศุขอนามัย

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

1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) ไม่เกินร้อยละ 12

1.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Non Trauma) ไม่เกินร้อยละ 12

2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Traumatic brain injury mortality rate) โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30

3. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26

4. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 100

5. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2563 (%)	2564 (%)	2565 (%)	2566 (ต.ค 65-พ.ค 66)
1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma < 12%, Non-trauma < 12%)	< 12%	5.09% (125/2,456)	5.17% (130/2513)	5.59% (149/2666)	4.7% (85/1809)
1.1	Trauma < 12%,	< 12%	12.76% (36/282)	9.73% (26/267)	9.42% (26/276)	8.54% (17/199)
1.2	Non-trauma < 12%)	< 12%	4.09% (89/2,174)	4.63% (104/2246)	5.15% (123/2390)	4.22% (68/1610)
2	อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Traumatic brain injury mortality rate) โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30	<30%	13.81% (21/152)	19.88% (32/161)	14.29% (19/133)	21.88% (21/96)
3	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	≥ 26%	23.66%	33.51%	28.36%	17.74%
4	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 100	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)	100% (1/1)
5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10	≥ 10%	10.4%	14.43%	7.38%	8.59%

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)	Objective key Result (OKR)
	หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
Service Delivery	1. จัดทำแผนพัฒนาระบบ SMART ER 2. จัดมาตรการให้บริการตามขีดความสามารถของสถานพยาบาล 3. ส่งเสริมให้ประชากรเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1. ทำแผนพัฒนาระบบ SMART ER ในระดับ รพ. S, M1, M2 2. ประเมินตนเองตาม Guideline for ER Service Delivery 3. ประชาสัมพันธ์เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1. ประเมินตนเอง ECS คุณภาพ มากกว่าร้อยละ 60 ในระดับ รพ. S, M1, M2 2. ประเมินตนเองตาม Guideline for ER Service Delivery และหาโอกาสพัฒนา 3. ร้อยละการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน Level1 มากกว่าร้อยละ 60
Workforce	Re-skill and Up-skill - ค้นหา/คัดกรองและจัดการความเสี่ยง - การจัดการ/วิเคราะห์ข้อมูล	Re-skill and Up-skill - การดูแลรักษาผู้ป่วย Trauma - RCA/วิเคราะห์ข้อมูล - Case วิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชม. และ Case risk ในระดับจังหวัด	- อบรมพยาบาลเฉพาะทาง ENP (Nursing nurse Practitioners) หลักสูตร 4 เดือน ปีละ 1-2 คน - อบรม TEA Nurse coordinator - อบรม/พัฒนาทักษะ/สมรรถนะเฉพาะด้าน - ทบทวนความเสี่ยง/RCA เพื่อหาโอกาสพัฒนา

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

☐ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ☒ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ☐ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ☐ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

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

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแพทย์ใช้ทุนและพยาบาล ER ทั้งจังหวัด ในรูปแบบการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ACLS, ATLS, Triage การทำ CASE MM, การทำแผนนิเทศพยาบาลรายบุคคล และแผนอบรม ENP ในปีงบประมาณ 2566
2. การพัฒนาคุณภาพบริการ จัดให้มี Interdepartmental conference ทบทวนประเด็นปัญหาผู้ป่วยวิกฤตเพื่อปรับปรุงระบบการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและไปในทิศทางเดียวกันทุกเดือน
3. การปรับปรุง Trauma alert criteria check list เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจรักษาให้ถูกต้องและได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น
4. ประชุม Zoom meeting ทบทวนระบบงาน ปัญหา/อุปสรรค ในการพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน
5. ร่วมเสริมสร้างศูนย์ความปลอดภัยระดับตำบล หมู่บ้าน องค์กรและป้องกันอุบัติเหตุจราจร ให้เข้มข้นยิ่งขึ้น
6. ทบทวนการประเมิน Primary survey / Conference case trauma ร่วมกับ PCT ศัลยกรรม
7. อบรมอาสากู้ชีพ ร่วมกับ อบจ. และ สสจ.หนองคาย

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

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ : ภาพรวมจังหวัดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ผ่านเกณฑ์ ปี 2563-2566 ผลงาน ร้อยละ 5.09,5.17,5.59 ปี 2566 (8 เดือน) 4.7 % (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 12) โดย case Non-trauma triage level 1 ปี 2563-2566 ผลงานร้อยละ 4.09, 4.63,5.15 ปี 2566 (8เดือน) 4.22% case Trauma Triage level 1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ปี 2563-2566 ผลงาน ร้อยละ 12.76,9.73,9.42 ปี 2566 (8เดือน) 8.54% ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26) ในปี 2563 ได้ 23.66% ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564-2565 ผลงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 33.51 และ 28.36 ในปี 2566(8เดือน) ผลงานลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 17.74

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 จำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางท้องถนนเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นทุกปี ซึ่งเกิดจากวินัยในการใช้รถใช้ถนน การซ่อมถนน และที่สำคัญคือจิตสำนึกของผู้ขับขี่ทุกคน ที่อาจต้องปลูกฝังในวัยรุ่นมากขึ้น และเข้มงวดกับกฎหมายจราจรมากขึ้น

6.2 ยังมีการ triage ที่ไม่ถูกต้องจากข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลต่าง ๆ อาจต้องมีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลทั้งจังหวัดเพื่อสามารถใช้ MOPH triage ได้อย่างถูกต้อง และบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

6.3 พัฒนาศักยภาพและมาตรฐานของพยาบาลผู้นำส่งผู้ป่วย เพื่อดูแลผู้ป่วยในระหว่างนำส่ง และจัดการระบบปรึกษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในระหว่างการนำส่งที่ถูกต้องและรัดกุมมากขึ้น

6.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ทั้งในจังหวัดและต่างอำเภออย่างสม่ำเสมอ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ผลงาน Service Plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดีเยี่ยม ระดับเขต ปี 2565

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care)

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

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

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี 2566)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน Barthel index = 20 ก่ อ น ค ร บ 6 เดือน	ร้อยละ 75	NA	68.77 เป้า ร้อยละ 60	56.47 เป้า ร้อยละ 60	77.86 เป้า ร้อยละ 65	83.43 เป้า ร้อยละ 70

2. Six Building Block Plus Framework

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

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

3. สถานการณ์

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

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

แผนพัฒนาปี 66

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

5. ผลการดำเนินงาน

1. การเปิดให้บริการ Intermediate bed/ward ในโรงพยาบาลระดับ M,F

ปี 2562

- ผลงานรวมทั้งเขตได้ร้อยละ 80
- หนองคายร้อยละ 50 (เท่าเกณฑ์ปี62)

ปี2563 (75%)

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

ศรีเชียงใหม่, สังคม)

ปี2563 (80%)

- พัฒนาโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ IMC bed intensive program

ปี2564 (100%)

- พัฒนาโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ IMC bed intensive program

ปี2565

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

ปี2566

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

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

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน IMC/ จำนวนที่ต้องติดตาม (กรองจาก BIS)

กลุ่มโรค	ปี 2561 เริ่มรับนโยบาย + ปฏิบัติ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
Stroke	467/339	808/465	775/477	941/544	866/575	555/386
TBI	41/35	52/39	41/34	95/92	89/87	57/56
SCI	25/22	39/33	20/18	38/34	17/17	10/9
Fx Hip (เริ่ม ปีงบประมาณ 65)	-	-	-	-	71/67	90/85
รวม	533/396	899/537	836/529	1,074/670	1,043/746	712/536

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

ปี 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)					
ภูมิสำเนา	Stroke	TBI	SCI	Fx Hip	รวม
อ.เมือง	272/163	17/17	1/1	28/28	318/209
อ.โพธิ์พิสัย	21/17	5/5	2/2	4/4	32/28
พิสัยเวช	17/10	4/4	0/0	9/8	30/22
อ.รัตนวาปี	40/24	4/3	1/1	8/7	53/35
อ.เฝ้าไร่	37/31	2/2	1/1	5/5	45/39
อ.สระใคร	31/21	3/3	0/0	1/1	35/25
อ.ท่าบ่อ	55/51	7/7	1/1	16/16	79/75
อ.ศรีเชียงใหม่	29/23	5/5	0/0	6/6	40/34
อ.สังคม	8/6	1/1	1/0	3/2	13/9
อ.โพธิ์ตาก	7/7	0/0	0/0	3/2	10/9
จังหวัดอื่นๆ	24/21	9/9	3/3	5/4	41/37
ต่างประเทศ	14/12	0/0	0/0	2/2	16/14
รวม	555/386	57/56	10/9	90/85	712/536

3. ผลลัพธ์ของการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ BIS = 20

ปี 2566 เป้าหมายเขต ร้อยละ 75 (ต.ค.65-พ.ค.66)

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ต้อง สิ้นสุด ระยะติดตาม ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ ติดตามจนสิ้นสุด ระยะติดตาม	BIS				
			คงที่	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เต็ม 20	เสียชีวิต/ย้ายที่อยู่
Stroke	306	284 (92.81)	16	9	103	156	38/7
TBI	40	40 (100)	7	1	13	19	1/1
SCI	9	9 (100)	1	-	3	5	-/1
Fx Hip	48	45 (93.75)	-	1	23	21	3/2
รวม	403	378 (93.79)	24	11	142	201	42/11

4. ข้อมูล Refer back

ปี 2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)					
อำเภอ	Stroke	TBI	SCI	Fx Hip	รวม
โพธิ์พิสัย	28	8	2	11	49
รัตนวาปี	39	4	1	7	51
เฝ้าไร่	36	1	1	5	43
สระใคร	27	3	-	1	31
ท่าบ่อ	16	10	-	3	29
ศรีเชียงใหม่	10	4	-	1	15
สังคม	2	1	-	-	3
โพธิ์ตาก	5	-	-	-	5

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

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

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

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

11. ออกหน่วยเยี่ยม Node IMC bed โพนพิสัยและสระใคร โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : สาขาไต

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m ² /yr	≥ 66%	59.13	61.71	62.85	62.92	60.19
	จำนวนเป้าหมาย	1,397	5,751	6,576	5,639	6,436
	จำนวนผลงาน	1,940	3,549	4,133	3,548	3,874

2. สถานการณ์

สถานการณ์โรคไตในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากข้อมูลพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย จึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตช้าลง (ที่มา:<https://www.thaihealth.or.th/Content/51283>.สสส.)

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

การพัฒนาเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อจะนำไปสู่การป้องกันชะลอความเสื่อมของไตให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทดแทนไต ได้มีการเตรียมความพร้อม

3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

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

มาตรการ/แนวทางดำเนินงาน

กลยุทธ์	กิจกรรมหลัก
1. สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. ขับเคลื่อนนโยบาย Healthy Nong Khai “ออกแรงแรง คึงคึง” ผ่านกรมการจังหวัด พชอ. ระดับอำเภอทุกอำเภอ 2. NCD Screen โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงคุณภาพและประเมินสถานะสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกราย 3. สื่อสารเตือนภัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้น อาหาร (ลดหวานจัด มันจัด เค็มจัด และไม่อ้วน) และการออกกำลังกาย 4. ประสาน โรงเรียน สถานประกอบการ/ร้านอาหาร พื้นที่ อปท. ต้นแบบเน้น บริโภคอาหาร Low Sodium ลดหวาน ลดมัน 5. จัดตั้งจุด Health Check Up Station “นคร ๓ อ. ๓ ส.” ในที่สาธารณะและชุมชนอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 6. จัดประชุม อสม. จังหวัดขยายผล R8 NCD Innovative Healthcare Model 9 ตำบล
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1. จัดประชุม Case Manager and Mini Case Manager ใน รพ.และ รพ.สต.เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน NCDs ปี 2565 2. พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการ CKD Clinic ใน รพท. รพช.และ รพ.สต. 3. จัดประชุม จนท.สาธารณสุขตำบลนำร่องในจังหวัดขยายผล R8 NCD Innovative Healthcare Model 9 ตำบล 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. จัดประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขา NCD และ CKD 2. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus เชื่อมโยงคลินิกชะลอไตเสื่อม CKD Clinic คุณภาพ คลินิก อดบุหรี่คุณภาพ/พัฒนาคลินิก DPAC คุณภาพใน รพท./รพช./รพ.สต. 3. จังหวัดประเมินคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus เชื่อมโยงคลินิก ชะลอไตเสื่อม คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ/พัฒนาคลินิก DPAC คุณภาพใน รพช./รพท./ รพช./ รพ.สต. 4. จัดประชุมบุคลากรผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล NCDs 5. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน NCD และ CKD

ตารางที่ 1 แสดงหน่วยบริการและการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต (RRT) จังหวัดหนองคาย ปี 2566

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

ที่มา :สำรวจ และรายงานเฉพาะกิจ ปี 2566

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง
จำแนกรายปี 2565 - 2566 (เป้าหมาย $\geq 80\%$)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	65.91	61.59	66.64	62.07	66.37
เขตสุขภาพที่ 8	64.1	61.52	61.33	56.01	60.31
ประเทศ	63.73	62.55	61.35	53.63	58.02

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 2 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรังจำแนกรายปี (เป้าหมาย $\geq 80\%$)พบว่าปี 2562 – 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มการคัดกรองสูงขึ้น และปี 2566 ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 66.37 มากกว่าระดับเขตและประเทศและเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอรันทวนปี ตรวจคัดกรองได้มากที่สุด รองลงมาคืออำเภอโพนพิสัย และโพธิ์ตาก คือร้อยละ 78.95, 77.81 และ 76.01 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 3

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

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT (คน)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไตเรื้อรัง(คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	54.64	14,239	8,307	58.34
ท่าบ่อ	68.85	7,579	5,393	71.16
โพนพิสัย	71.95	7,017	5,460	77.81
ศรีเชียงใหม่	45.71	965	558	57.82
สังคม	51.79	644	334	51.86
สระใคร	44.75	800	316	39.50
เผ่าไร่	61.75	2,802	1,713	61.13
รัตนวาปี	64.14	3,078	2,430	78.95
โพธิ์ตาก	76.84	1,313	999	76.09
จังหวัด	62.07	38,437	25,510	66.37
เขตสุขภาพที่ 8	56.01	414,354	249,902	60.31
ประเทศ	53.63	5,642,635	3,273,775	58.02

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายปี 2562 - 2566

พื้นที่	ร้อยละ			
	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	4.79	4.64	4.52	2.53
เขตสุขภาพที่ 8	4.36	3.55	4.44	3.00
ประเทศ	4.40	3.38	3.82	2.19

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 4 แสดงร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายปี 2563 – 2566 มีแนวโน้มลดลง และปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน : ต.ค.2565 - 31 พ.ค.2566) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ 2.53 ผลงานต่ำกว่าระดับเขตแต่มากกว่าระดับประเทศเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอสังคม สระใคร และศรีเชียงใหม่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูง คือร้อยละ 4.79, 4.11 และศรีเชียงใหม่ 3.58 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำแนกรายอำเภอ ปี 2566

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองไต (คน)	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	2.2	8,307	177	2.13
ท่าบ่อ	2.8	5,393	121	2.24
โพนพิสัย	1.71	5,460	191	3.50
ศรีเชียงใหม่	3.39	558	20	3.58
สังคม	4.09	334	16	4.79
สระใคร	3.56	316	13	4.11
เฝ้าไร่	1.99	1,713	52	3.04
รัตนวาปี	2.48	2,430	45	1.85
โพธิ์ตาก	0.72	999	19	1.0
จังหวัด	2.25	25,510	645	2.53
เขตสุขภาพที่ 8	2.17	249,902	7,509	3.0
ประเทศ	1.83	3,273,771	71,708	2.19

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m²/yr จำแนกรายปี 2562 – 2565 (เกณฑ์ $\geq 66\%$)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.-ธ.ค.65)
จังหวัดหนองคาย	59.1	61.7	62.9	63.22	60.19
เขตสุขภาพที่ 8	58.3	62.9	64.2	63.56	58.91
ประเทศ	60.9	65.6	65.7	66.67	63.31

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 6 แสดงร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m²/yr จำแนกรายปี 2562 – 2566 พบว่าจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วย CKD สามารถชะลอความเสื่อมของไตที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m²/yr ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น คือจากร้อยละ 59.1, 61.7, 62.9, 63.22 และในปี 2566 (ข้อมูล 8 เดือน : ต.ค.2565 - 31 พ.ค.2566) สามารถดำเนินการได้ร้อยละ 60.19 และเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีผลงานมากที่สุด คืออำเภอรัตนวาปี สังคม และสระใคร คือร้อยละ 69.26, 67.05 และ 63.94 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 7

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

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย CKD S3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m ² /yr	ผู้ป่วย CKD S3-4 ที่ได้รับการตรวจ creatinine (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m ² /yr (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	61.85	1,137	885	61.00
ท่าบ่อ	61.44	931	738	59.15
โพนพิสัย	61.96	484	417	58.60
ศรีเชียงใหม่	58.31	205	115	52.16
สังคม	66.93	236	206	67.05
สระใคร	69.6	211	158	63.94
เฝ้าไร่	71.74	94	48	40.34
รัตนวาปี	60.23	401	348	69.26
โพธิ์ตาก	74.7	134	115	63.81
จังหวัด	62.92	3,874	3,874	60.19
เขตสุขภาพที่ 8	64.1	35,947	35,947	58.91
ประเทศ	66.03	389,923	389,923	63.31

ที่มา : รายงาน HDC43 (1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage)
จังหวัดหนองคายปี 2562 - 2566

ปี	S1	S2	S3	S4	S5
2562	20.46	32.46	32.94	9.37	4.77
2563	21.46	31.69	35.03	8.32	3.50
2564	22.90	30.76	34.25	8.82	3.28
2565	25.71	28.52	33.51	8.95	3.31
2566 (3 เดือน)	24.19	27.47	34.62	9.70	4.03

ที่มา : รายงาน HDC43 (1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) จังหวัดหนองคาย ปี 2562 - 2565 พบว่า มีผู้ป่วย CKD Stage 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วย Stage 2 มาเป็น Stage 3 และจากการ Tern Stage จาก Stage 4 มาเป็น Stage 3 ส่วนผู้ป่วย CKD Stage 4 และ 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการคัดกรองยังไม่เป็นตามกำหนดสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ดีขึ้น

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

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบจำแนกตาม Stage										
	รวมทุก Stage	Stage1	ร้อยละ	Stage2	ร้อยละ	Stage3	ร้อยละ	Stage4	ร้อยละ	Stage5	ร้อยละ
เมือง	1,790	138	7.71	377	21.06	852	47.60	311	17.37	112	6.26
ท่าบ่อ	2,100	165	7.86	509	24.24	1,097	5,224	235	11.19	94	4.48
โพนพิสัย	1,119	87	7.77	164	1,466	554	49.51	219	19.17	95	8.49
ศรีเชียงใหม่	2,508	1,107	44.14	927	36.96	376	14.99	65	2.59	33	1.32
สังคม	1,663	658	39.57	592	35.60	317	19.06	56	3.37	40.	2.41
สระใคร	1,688	710	42.06	575	34.06	332	19.67	49	2.90	22	1.30
เผ่าไร่	476	46	9.66	82	17.23	204	42.86	100	21.01	44	9.24
รัตนวาปี	721	50	6.93	86	11.93	407	56.45	132	18.31	46	6.38
โพธิ์ตาก	256	19	7.42	72	28.13	127	49.61	28	10.94	10	3.91
จังหวัด	12,321	2,980	2,419	3,384	27.47	4,268	34.62	1,195	9.7	496	4.07
เขต	97,586	13,977	14.32	21,828	22.37	39,786	40.77	13,034	13.36	8,961	9.18
ประเทศ	927,182	114,168	12.31	224,486	24.21	413,656	44.61	115,490	12.41	59,400	6.41

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) รายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2565 พบว่า มีผู้ป่วย CKD Stage 3 และ 4 สูงในพื้นที่อำเภอเผ่าไร่ โพนพิสัย รัตนวาปี และเมืองหนองคาย

ตารางที่ 10 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB จังหวัดหนองคาย จำแนกรายปี 2561 – 2566 (เกณฑ์ > 60 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	47.17	50.29	49.37	52.06	50.92
เขตสุขภาพที่ 8	43.75	45.29	46.26	47.56	47.57
ประเทศ	47.36	47.27	47.23	47.80	46.61

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 10 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB จังหวัดหนองคายจำแนกรายปี 2566 – 2566 (เกณฑ์ > 60 %) พบว่าผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARB มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอรัตนวาปี สระใครและศรีเชียงใหม่ มีผู้ป่วยได้รับยา ACEi/ARB ตามเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 70.35, 65.71และ 63.35 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 11

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

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละจำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่ได้รับ ACEi/ARB (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่ได้รับ ACEi/ARB (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	43.53	2,752	1,127	40.95
ท่าบ่อ	38.36	2,969	1,056	35.17
โพนพิสัย	43.62	1,071	433	40.43
ศรีเชียงใหม่	57.44	2,715	1,721	63.39
สังคม	57.83	1,770	1,032	58.31
สระใคร	67.24	1,811	1,190	65.71
เผ้าไร่	64.15	328	172	52.44
รัตนวาปี	82.18	688	484	70.35
โพธิ์ตาก	50	243	130	53.50
จังหวัด	52.06	14,471	7,368	50.92
เขตสุขภาพที่ 8	47.56	101,253	48,168	47.57
ประเทศ	47.8	1,067,916	497,712	46.61

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

ตารางที่ 12 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% จำแนกรายปี 2562 – 2566 (เกณฑ์ > 40 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	9.99	9.66	14.28	17.53	20.73
เขตสุขภาพที่ 8	13.17	13.43	14.31	15.05	19.75
ประเทศ	18.69	19.38	19.32	18.90	20.78

ที่มา : รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 12 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% จังหวัดหนองคาย เปรียบเทียบปี 2562 - 2566 (เกณฑ์ > 40 %) พบว่า ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม) ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มดีขึ้นและเมื่อจำแนกรายอำเภอ คือร้อยละ 27.69, 24.61 และ 24.29 ส่วนปี 2566 ผลงาน 8 เดือน (ต.ค.2565 – 31 พ.ค. 2566) พบว่ามีผลงานร้อยละ 19.45 มากกว่าเขตสุขภาพที่ 8 และต่ำกว่าระดับประเทศ รายละเอียดตารางที่ 13

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

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละจำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่เป็นโรคเบาหวานที่มี HbA1C เฉลี่ยระหว่าง 6.5% ถึง 7.5%	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่เป็นโรคเบาหวานที่มี HbA1C เฉลี่ยระหว่าง 6.5% ถึง 7.5% (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	21.1	1,484	297	20.01
ท่าบ่อ	17.03	1,440	296	20.56
โพนพิสัย	7.14	636	62	9.75
ศรีเชียงใหม่	20.94	1,276	314	24.61
สังคม	17.71	848	206	24.29
สระใคร	20.02	1,043	232	22.24
เฝ้าไร่	0	230	26	11.30
รัตนวาปี	7.82	453	99	21.85
โพธิ์ตาก	20.25	130	36	27.69
จังหวัด	17.53	7,645	1,585	20.73
เขตสุขภาพที่ 8	15.05	61,707	12,004	19.45
ประเทศ	18.9	54,731	113,742	20.78

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

ตารางที่ 14 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg จำแนกรายปี 2562 – 2566 (เกณฑ์ > 80 %)

พื้นที่	ร้อยละ				
	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
จังหวัดหนองคาย	71.77	69.76	68.37	66.82	68.05
เขตสุขภาพที่ 8	72.20	70.29	68.47	68.33	73.65
ประเทศ	69.94	67.82	65.32	62.62	66.16

ที่มา :รายงาน HDC43 (1ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

จากตารางที่ 14 แสดงการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHgจำแนกรายปี 2562 - 2566 (เกณฑ์ > 80 %) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 1 - 4 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ <140/90 mmHgมีแนวโน้มลดลง คือ ปี 2562 - 2565 สามารถควบคุมได้ร้อยละ 71.77, 69.76,68.37 และ 66.82 ตามลำดับ และปี 2566 ผลงาน 8 เดือน (ต.ค. 2565 - 31 พ.ค. 2566) คือร้อยละ

68.05 ต่ำกว่าผลงานระดับเขต เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอสระใคร ผู้ป่วยที่มารับบริการ BP <140/90 mmHg มากที่สุด คือร้อยละ 85.15 รายละเอียดดังตารางที่ 15

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

อำเภอ	ปี 2565	ปี 2566		
	ร้อยละผู้ป่วย CKD S1-4 ที่มี BP <140/90 mmHg	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4ทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้ป่วย CKD S1-4 ที่มี BP <140/90 mmHg (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	64.05	2,752	1,900	69.04
ท่าบ่อ	64.26	2,969	2,051	69.08
โพนพิสัย	53.11	1,071	627	58.54
ศรีเชียงใหม่	72.63	2,715	1,754	64.60
สังคม	59.88	1,770	1,077	60.85
สระใคร	81.64	1,811	1,542	85.15
เฝ้าไร่	57.23	328	184	56.10
รัตนวาปี	70.24	688	500	72.67
โพธิ์ตาก	69.28	243	157	64.61
จังหวัด	66.82	14,471	9,848	68.05
เขตสุขภาพที่ 8	68.33	101,253	74,570	73.65
ประเทศ	62.62	1,067,916	706,517	66.16

ที่มา : รายงาน HDC43 (1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินงานและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ ทำให้หลายพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : สาขาทารกแรกเกิด

- ตัวชี้วัด** 1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม
 (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)
 2. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1: 500 ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน	< 3.6 ต่อ 1,000	2.29 (9/3926)	2.25 (8/3546)	3.3 (11/3327)	3.21 (3/932)
ข้อมูลเสียชีวิตจาก HDC		3.15 (12/3813)	1.78 (6/3378)	3.23 (10/3096)	4.13 (3/726)
น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	50 %	50 (4/8)	28.5 (4/14)	33 (3/9)	40 (2/5)
น้ำหนัก 1,000 -1,499 กรัม	10%	3.8 (1/26)	7.14 (1/14)	13 (3/23)	0 (0/4)
น้ำหนัก 1,500 -2,499 กรัม	2%	0.9 (3/326)	0.31 (1/317)	0.77 (2/258)	1 (1/95)
น้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม	2%	0.028 (1/3567)	0.06 (2/3203)	0.14 (3/2946)	0 (0/828)
จำนวนเตียง NICU	1:500	1:365	1:332	1:320	1:300

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ การตั้งครรภ์คุณภาพ	กลางน้ำ สถานะแทรกซ้อนทารก	ปลายน้ำ ทารกปลอดภัยและพัฒนาการดี
OKR หรือ KPI			อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ 28 วัน ($< 3.6: 1,000$ Live birth)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1. ANC คุณภาพ 2. ลดการคลอดก่อนกำหนด จัดตั้งคลินิก Preterm 3. ประชุมเกณฑ์การดูแล Near abortion preterm ร่วมกับ MCH board 4. ทบพวนการวินิจฉัย Intrauterine infection 5. กำหนดมาตรฐานการดูแล มารดาที่ติดเชื้อ Covid – 19 6. ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 7. ตรวจพบความผิดปกติทารก ตั้งแต่ในครรภ์	1. intrauterine transfer ระบบส่งต่อมารดาคลอดในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม 2. ส่งต่อทารกปลอดภัยด้วยมาตรฐาน STABLE 3. มีระบบการส่งต่อทารก ภายในจังหวัด อำเภอใกล้เคียง ของบึงกาฬ รวมถึงระบบการส่งต่อข้ามประเทศ 4. universal screening OAE 5. CCHD screening 6. Sleep Hygiene ลดการเกิด PPHN 7. Screening IEM / TSH	1. ทบพวนสาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด 2. ทำ CPG Early neonatal sepsis 3. วางแผนแนวทางการปฏิบัติการกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCPR) สอนการขนส่งอย่างปลอดภัย (STABLE) ให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียง 4. กำกับดูแลแนวทางการดูแลทารก PUI ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันภายในจังหวัดหนองคาย และจังหวัดใกล้เคียง 5. ทบพวนการดูแลทารกติดเชื้อ EOS, LOS, และ Septic shock 6. CLABSI BUNDLE Care VAPBUNDLE Care
Workforce	Re-skill and Up-skill ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง การบริการฝากครรภ์คุณภาพ	1. เพิ่มศักยภาพพยาบาล: การส่งต่อด้วยพยาบาลเด็ก 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR และ STABLE	1. เพิ่มการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง NNP และจัดการบริการในสัดส่วน NICU 1:2 SNB 1:4
Supply	1. จัดหา NST อุปกรณ์ตรวจปัสสาวะ วัดความดัน ยา เพื่อลดการเกิด Preterm	1. จัดหา Neopuff, Transport incubator, warmer	1. จัดหา ยา caffeine, iloprost, milinone, PGE1 2. จัดหาอุปกรณ์เสริม: Bacteria filter Ventilator, อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ
Finance	1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค	1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค	1. งบประมาณแผ่นดินจาก MCH 2. งบค่าเสื่อม 3. งบลงทุน 4. งบบริจาค
Governance	พัฒนาระบบการบริการที่เป็นธรรม	พัฒนาระบบการบริการที่เป็นธรรม	ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการเท่าเทียมกัน
Participation	ทำงานประสานร่วมกับ สสจ สสอ ผ่าน MCH board โรงเรียนต่าง ๆ	ทำงานประสานงานร่วมกับทีม ภูมิคุ้มกัน ด้านพรหมแดน ทีม ER และโรงพยาบาลจังหวัดต่าง ๆ	ทำงานประสานกับ MCH Board Newborn service plan

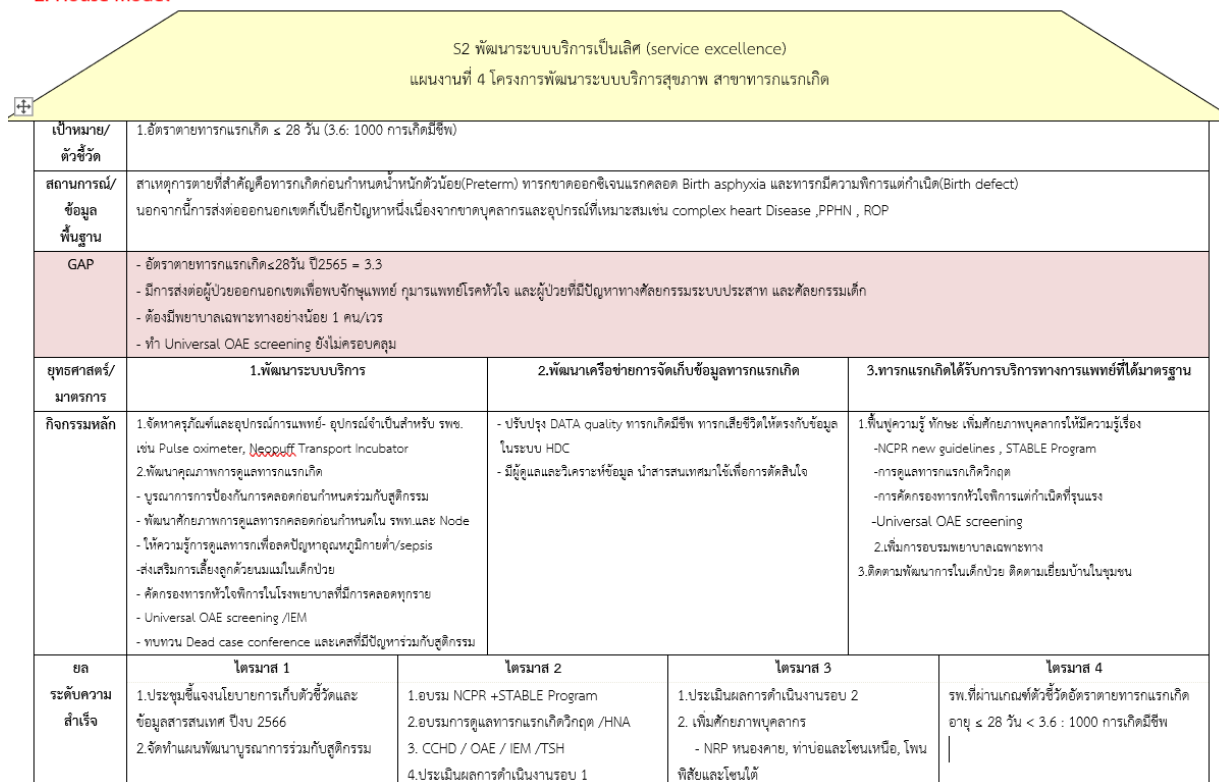
■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

3. สถานการณ์

จากสถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิด อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน ระดับประเทศ ตั้งเป้าหมาย เท่ากับ 3.6: 1000 การเกิดมีชีพ ของจังหวัดหนองคายในปี 2563 - ปี 2565 เท่ากับ 2.29, 2.25, 3.3 และ ปี 2566 (ต.ค65-พ.ค66) เท่ากับ 2.06 ซึ่งอัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ผ่านเกณฑ์แต่จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายในปี 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตปี 2565 เท่ากับ 3.3 และเท่ากับ 3.23 (จากฐานข้อมูล HDC) จำนวนทารกแรกเกิดเสียชีวิต 11 ราย สาเหตุการตาย อันดับ 1 จาก Congenital abnormal 4 ราย ได้แก่ Trisomy 2 ราย Hydranencephaly 1 ราย และ congenital thrombocytopenia 1 ราย อันดับ 2 ได้แก่ Preterm RDS 3 ราย อันดับ 3 ได้แก่ Birth Asphyxia 2 ราย อันดับ 4 Sepsis 1 ราย และ IVH brain edema 1 ราย และยังมีปัญหาทางสุขภาพของทารกที่จำเป็นต้องส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ เช่น ทารกที่มีปัญหาระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคทางศัลยกรรม เป็นต้น เป้าหมายในการดูแลเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน มีพัฒนาการดี มีการคัดกรองทารกแรกเกิดที่มีปัญหาหัวใจพิการแต่กำเนิด (CHD screening) ตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกราย (OAE screening) รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อของจังหวัดหนองคาย โดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดโดยมีการใช้ระบบ New born Fast Track มีระบบconsult กุมารแพทย์ก่อนส่งผู้ป่วย มีการส่งต่อมารดาตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง มารดาติดเชื้อ covid-19 มาคลอดในสถานที่ที่มีความพร้อมการดูแลหลังคลอด หรือ Intrauterine transfer เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนขณะส่งต่อทารก สร้างระบบเครือข่ายดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดหนองคาย ได้แก่ การจัดเตรียมอาหารทางเส้นเลือด (Total Parenteral Nutrition: TPN) สู่วิทยาบาลเครือข่ายในจังหวัด ระบบปรึกษาแพทย์ชำนาญการทารกแรกเกิด เมื่อมีปัญหาในการดูแลระบบปรึกษากุมารแพทย์โรคหัวใจก่อนส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลศูนย์ ให้ความรู้การกักขังและการส่งต่อทารกอย่างถูกต้อง มีระบบ Refer Back ทารกที่อาการทุเลา มีระบบการสอบถามเตียงว่างทางไลน์ภายในเขต มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ภายในโรงพยาบาลมีเกณฑ์การส่งตรวจคัดกรองจอประสาทตา เกณฑ์การตรวจการได้ยิน เกณฑ์การคัดกรองภาวะเลือดออกในสมองชัดเจน เกณฑ์การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค รวมถึงติดตามพัฒนาการทารกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน คุยเรื่องปัญหาและพัฒนางานร่วมกัน จังหวัดหนองคายมี NICU 12 เตียง/SNB 16 เตียงสามารถผสม TPN ได้มาตรฐานโดยทีมงานเภสัชกร กรณีเกินศักยภาพเช่นการผ่าตัดทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางศัลยกรรม การทำLaser ROP ทารกหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน ส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

2. House Model



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

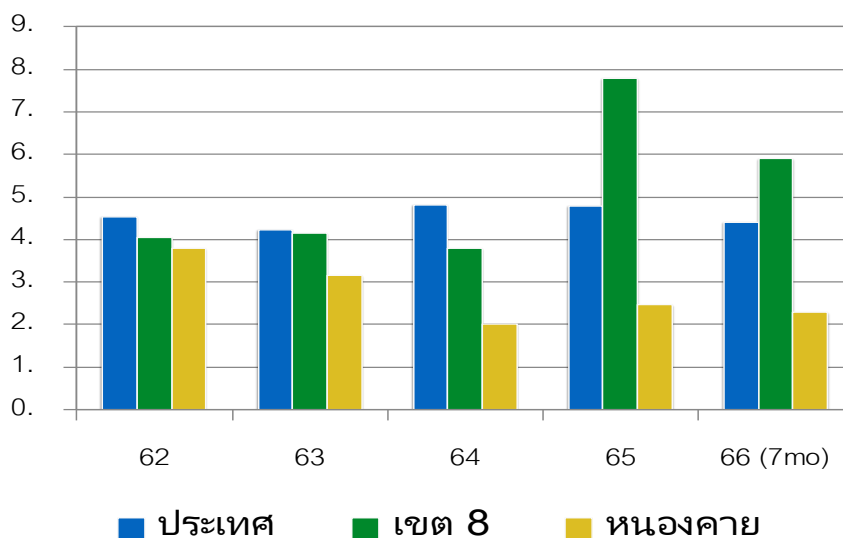
ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

5.1 ตารางแสดงเด็กเกิดมีชีวิต และอัตราตาย ปี 2565 - 2566 (ข้อมูลเชิงปริมาณ)

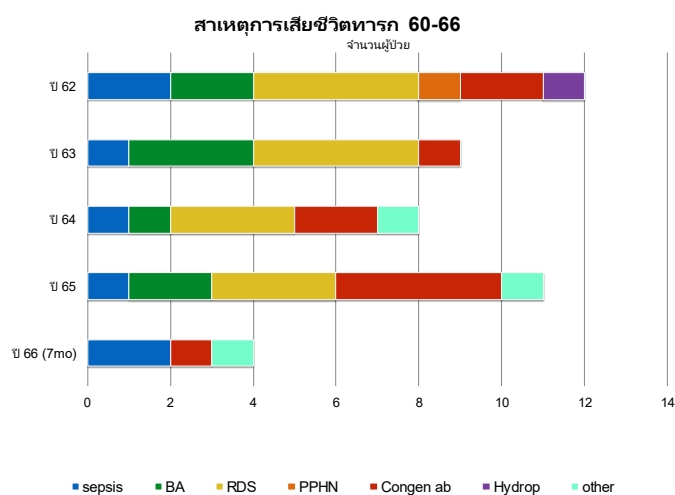
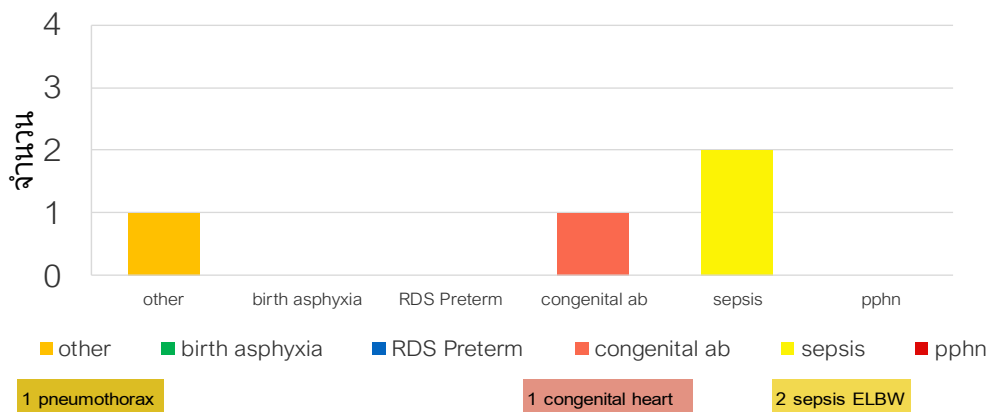
ตัวชี้วัด	หนองคาย		ท่าบ่อ		โพนพิสัย		ศรีเชียงใหม่		สังคม	
	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566
จำนวนทารกเกิดมีชีวิต	1414	864	1011	577	837	464	22	18	43	14
น้ำหนัก < 1000 gm	9	7	-	-	-	-	-	-	-	-
น้ำหนัก 1000-1499 gm	17	11	5	2	1	1	-	-	-	-
น้ำหนัก 1500-2499 gm	117	80	66	66	67	32	5	-	3	-
น้ำหนัก > 2500 gm	1271	765	926	510	692	431	17	18	40	14
จำนวนทารกตาย	9	3	2	1	-	-	-	-	-	-
อัตราตายโรงพยาบาล	6.36	3.47	1.97	1.96	0	0	0	0	0	0
อัตราตายทั้งจังหวัด	3.3	3.21								

5.2 อัตราตายและสาเหตุการตาย (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

เปรียบเทียบอัตราตาย จาก HDC



สาเหตุการเสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตปี 2566 (7 เดือน) 4 ราย คิดเป็น 2.06 ต่อ 1000 live birth



5.3 ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN มี Early warning sign และ Early diagnosis

ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN

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

แนวทางการลด PPHN ในจังหวัด

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

มีการติดตาม

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

5.4 มีการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด 100 % (Universal OAE) และมีแนวทางการส่งต่อกรณีเด็กมีปัญหา

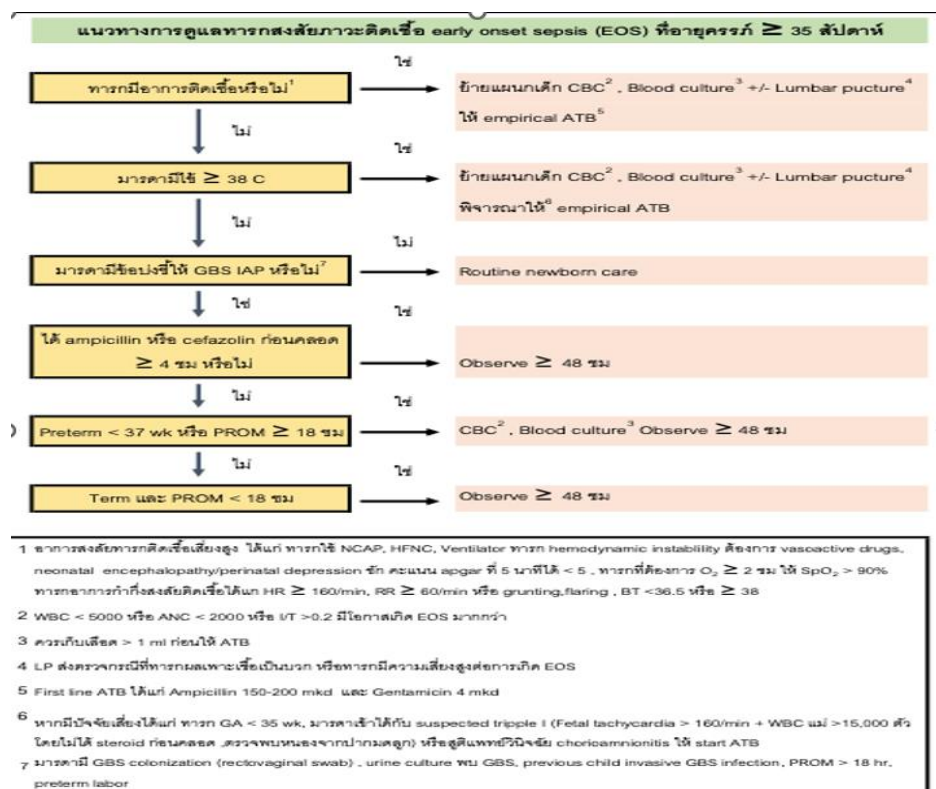
แนวทางการคัดกรองการได้ยิน ทารกกกลุ่มเสี่ยง หนองคาย 0-6 เดือน

กลุ่มเสี่ยงได้แก่ : JCIH 2007 + Preterm
+ LBW



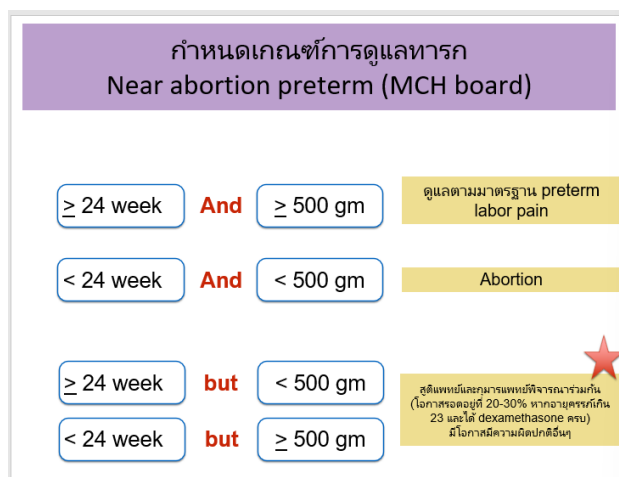
	ทารกที่ได้รับการตรวจ OAE	แพทย์ ENT	Refer
รพ.หนองคาย	Universal screening	มี	จุดรธานี
รพ.ท่าบ่อ	Universal screening	มี (part time)	หนองคาย -> จุดรธานี
รพ.โพนพิสัย	Universal screening	ไม่มี	หนองคาย -> จุดรธานี

5.5 มีแนวทางการป้องกันทารกติดเชื้อ (Early neonatal sepsis) ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด



ปรับปรุง 18 พ.ค. 2563

5.6 กำหนดเกณฑ์การดูแลทารก ร่วมกับ MCH board



6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 ศักยภาพด้านบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์

ขาดบุคลากร และ อุปกรณ์จำเป็นในบางโรงพยาบาลในจังหวัดและพื้นที่รอยต่อ

ติดตามศักยภาพและอุปกรณ์ รพช

	ห้ามือ	สตรี เชียงใหม่	สงคม	โพธิ์ตาก	โพธิ์ชัย	เผ่าไร่	รัตนวาปี	โขงพิสัย	ปากคาด
Ped	5 คน				2 คน			1 คน	
Warmer	yes	yes	yes		yes	yes		?	yes
Transport Incubator	yes	yes			yes	yes	yes	?	yes
UVC	yes				yes				
Tpiece ventilator	yes				yes				yes
Infusion pump	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
nurse experience	yes				yes				

6.2 เป้าหมายการพัฒนางานต่อเนื่อง

6.2.1 ลดอัตราการเสียชีวิตทารกกลุ่ม ELBW

6.2.2 เพิ่มการส่งต่อทารก Intrauterine / Extrauterine

6.2.3 ติดตามผลลัพธ์พัฒนาการเด็ก คุณภาพชีวิต และการเจริญเติบโตร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก

6.2.4 ประสานความร่วมมือกับประเทศลาว เรื่องการดูแลทารกแรกเกิด

6.2.5 ผลักดันให้มียา Caffeine เพื่อลดปัญหา apnea และลด BPD

6.2.6 วางแนวทางการคัดกรองมารดาติดตามเสด็จในจังหวัดร่วมกับ MCH Board

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

7.1 การตรวจคัดกรอง ROP ในทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ทุกราย และมี การใช้ Weaning sat protocol เพื่อป้องกันการเกิด ROP ในทารกที่ได้รับการรักษาโดยใช้ออกซิเจน

ROP: < 34 week ชื่อ.....

อายุครรภ์.....BW.....คลอดวันที่..... ☐ Inborn ☐ Outborn.....

☐ มี Indication ตรวจ ROP

☐ BW < 1500 gm หรือ GA < 32 wk

☐ BW 1500 - 2000 gm หรือ GA ≥ 32 wk แต่ unstable clinical course

☐ ไม่มีข้อบ่งชี้

พบ ROP หรือไม่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

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

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

มีระบุใช้ weaning oxygen sat protocol หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ระดับออกซิเจนช่วง 14 วันแรกคิดเป็นร้อยละ

85-89%..... 90-95%..... 96-100%.....

ระดับความรุนแรงของ ROP

☐ ไม่รุนแรง Zone และ stage อื่นๆ

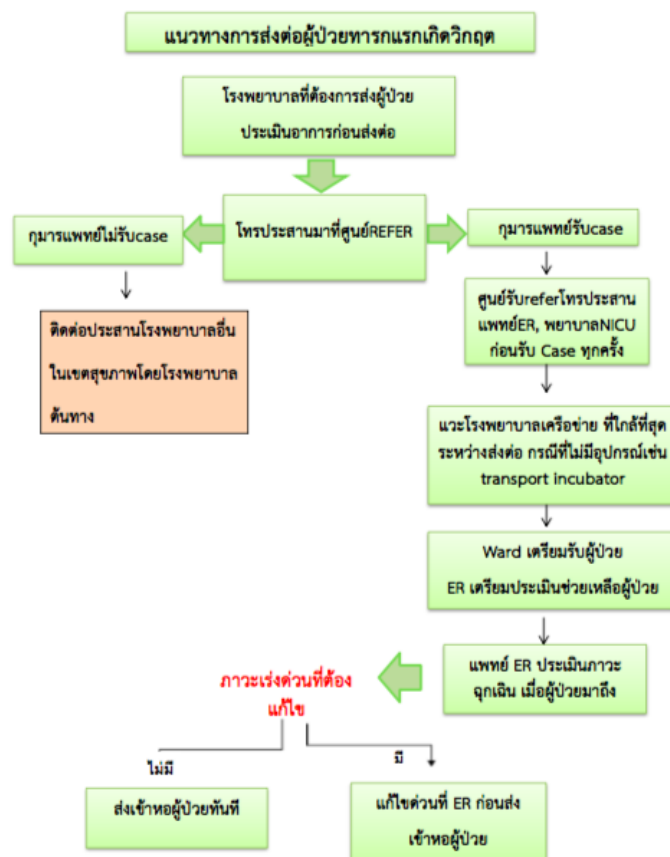
☐ รุนแรง Zone II plus disease with stage 2 or 3 ROP

Zone I plus disease with stage 1 or 2 ROP

Zone I Stage 3 ROP

ส่งข้อมูลวันที่...../...../.....

7.2 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต



หมายเหตุ :

1. โรงพยาบาล Refer จากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย รอนำส่งผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตด้วยทุกครั้ง
2. ภาวะโรคที่พิจารณาส่งต่อผ่านระบบห่วงโซา
 - a. โรคทางศัลยกรรม เช่น Diaphragmatic hernia, Intestinal obstruction, omphalocele, gastroschisis
 - b. พารกหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเขียว (ปรึกษาการแพทย์ทารกแรกเกิดก่อนส่งผ่าน)
3. อุปกรณ์สำหรับส่งต่อได้แก่ ที่วัดอุณหภูมิ ที่จับออกซิเจน Transport incubator Infusion pump เป็นต้น

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (ทารกแรกเกิด) ระหว่างการส่งต่อ

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

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

ชนิด IV Fluid ☐ 10% D/W Rate.... cc/hr ☐ 5% D/N/5 Rate ... cc/hr ☐ ปรับเอง ☐ Infusion pump/หีตือ.....cc DTX....mg%

ชนิดการให้ออกซิเจน

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

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

การดูแลอุณหภูมิกาย ☐ Transport Incubator ☐ ห่อผ้า ☐ ใส่หมวก ☐

อุปกรณ์ต่อรีเฟอ์ ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ การเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (ออกจาก รพ. เวลาน.)

☐ ปริมาณออกซิเจนในถังมีพอที่จะถึง รพ. ปลายทาง ☐ บริเวณให้ IV Fluid or UAC or UVC ติดดี ไม่มีเลือด/น้ำซึม

การดูแลขณะนำส่ง (ควรประเมินอย่างน้อยทุก 15-30 นาที ตามอาการของผู้ป่วย)

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

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

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

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

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

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งต่อ(ส่วนของรพ.ที่รับส่งต่อ)

☐ การประสานงานล่วงหน้า ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม.....

☐ ความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนส่ง ☐ พอเพียง ☐ ไม่พอเพียง.....

ขณะส่ง ☐ พอเพียง ☐ ไม่พอเพียง

☐ การให้ออกซิเจน ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม

☐ การให้ IV Fluid ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม.....

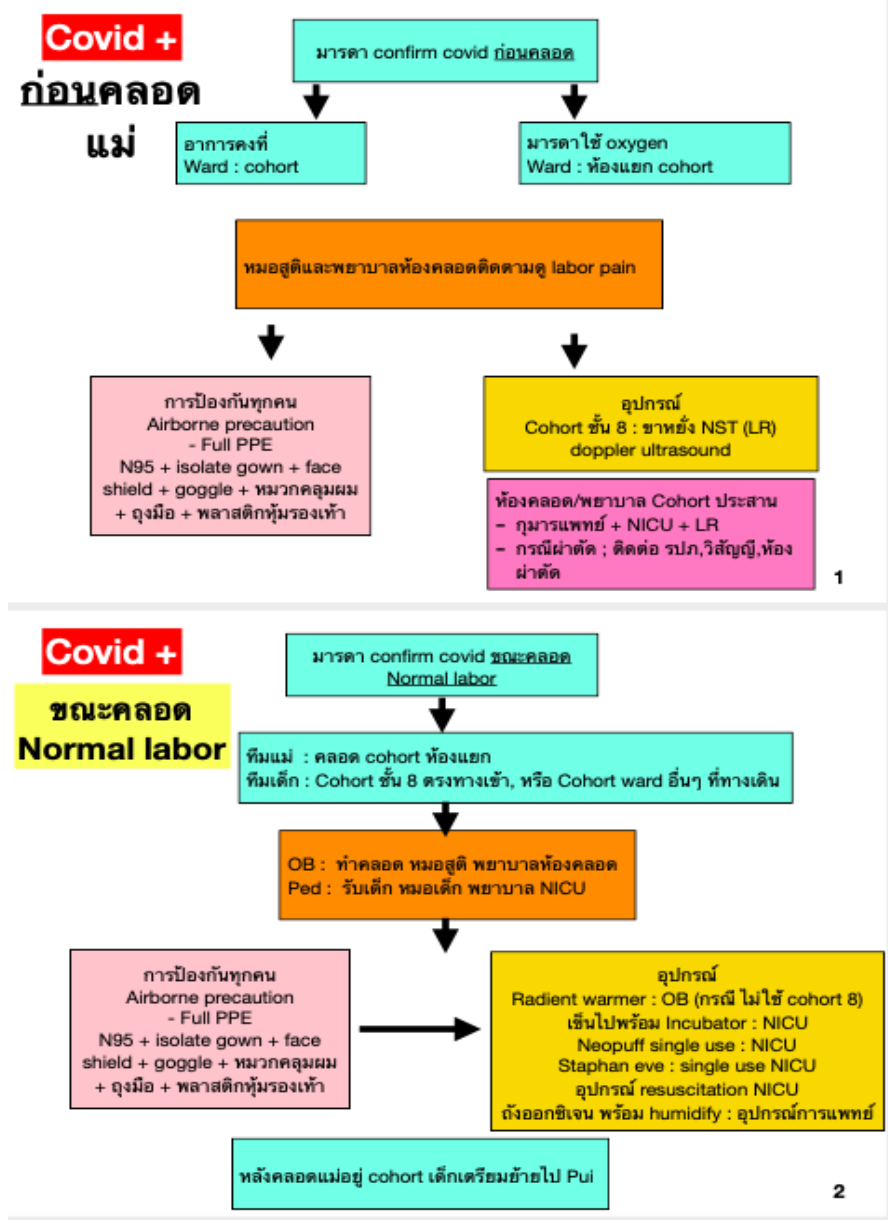
ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในโอกาสต่อไป.....

.....ลงชื่อ..... (ผู้ประเมิน)

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

.....ลงชื่อ..... (ผู้ประเมิน)

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



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|--|
| 1. นางสาวกษณีย์ กนกศิลป์
นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. -
E-mail: pin_koko@hotmail.com |
| 2. นางปรีณดา ไตรยะวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | โทร. 081-7496251
E-mail: Parindaaso@hotmail.com |
| 3. นางสาวเบญจวรรณ เครือเนตร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 081-9546407
E-mail: benwan18@hotmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 7 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8) & ประเด็นเพิ่มเติม

หัวข้อ : สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	< 26	37.23	37.86	37.75	28.47

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	- Awareness & Family participation - Early Detect	Sepsis bundle	- Effective team - Collaboration network
OKR หรือ KPI	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เฉพาะ R65.1, R57.2)
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1.พัฒนาช่องทางด่วน Sepsis Fast Track 2.ประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ประชาชนรู้จักอาการที่สงสัยว่าเป็น Sepsis ต้องรีบมารพ.เน้นประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ทารกแรกเกิด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน โรคเม็ดเลือดขาว ตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยา steroid ยาเคมีบำบัด เป็นต้น 3. มีช่องทางการรับบริการ 1669 และพัฒนาระบบส่งต่อ 4. การให้ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง	1.พัฒนาศักยภาพรพช.ในการดูแล Sepsis, ICU ในรพช. พัฒนา ICU node พพส. 2.ปรับปรุง CPG Sepsis ใช้ CPG เดียวกันทั้งจังหวัด 3. เน้นการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB การให้ Fluid resus ให้เพียงพอ 30 cc/kg/hr ภายใน 6 ชม. และการให้ ATB ภายใน 1 ชม. 4. ลดการติดเชื้อ VAP + ปรับปรุง Weaning protocol	1.สำรวจสาเหตุเสียชีวิต 5 อันดับแรก นำมาวางแผนดูแล ป้องกัน แก้ไขตามสาเหตุ 2.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาลในการ Early Dx & Early Rx. Sepsis 3.ร่วมกับ PCT ยา พัฒนา RDU, DUE และจัดทำ guide for empirical antibiotics in Sepsis admission cases 4. ประชุม Inter department management (Med, Sx, Ortho) 5.พัฒนาระบบ refer in/refer out

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

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

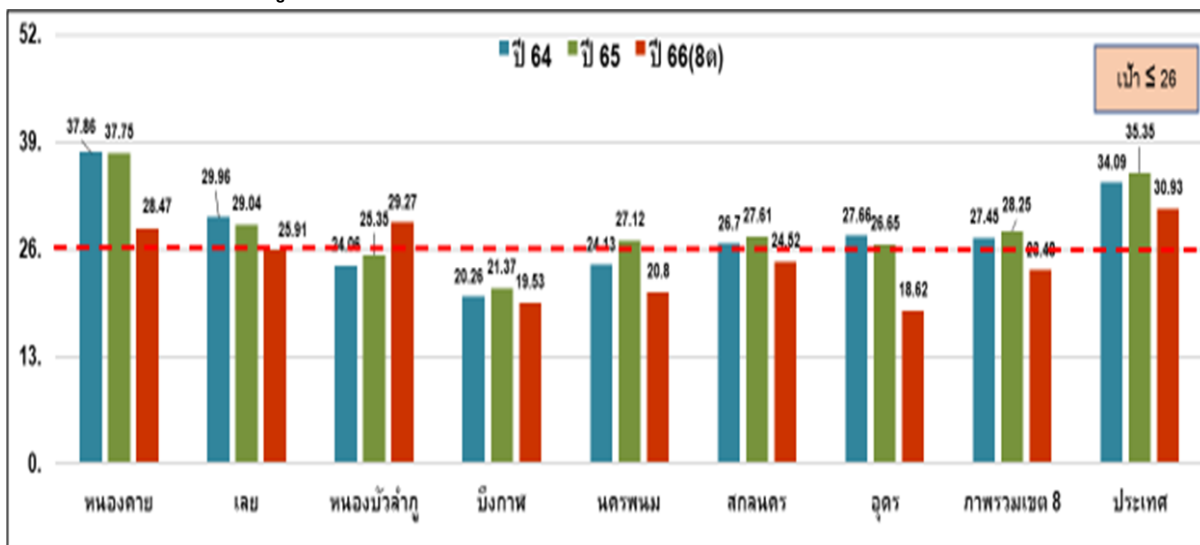
3. สถานการณ์

จังหวัดหนองคายประกอบไปด้วย 9 อำเภอ มีโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง (รพ.หนองคาย) ระดับ M1 จำนวน 1 แห่ง ระดับ M2 จำนวน 1 แห่ง ระดับ F2 จำนวน 2 แห่ง ระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง และ รพ.เอกชน จำนวน 3 แห่ง ไม่มีอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ จากสถิติ sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการตายสูงและแปรผันตามระดับความรุนแรงคือ 15-20% ใน sepsis, 45-50% ในผู้ป่วย septic shock จากข้อมูล HDC ในปี 2563-2565 ของจังหวัดหนองคาย พบว่าอัตราการเสียชีวิตรวมไม่สมัครอยู่ของ Severe Sepsis/Septic shock Community acquired (R65.1, R57.2) มีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 37.23, 37.86 และ 37.75 ตามลำดับ และจำแนกตามรายโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ดังนี้ รพ.หนองคาย 53.86 รพ.ท่าบ่อ 29.94 รพ.ศรีเชียงใหม่ 18.18 รพ.เฝ้าไร่ 13.13 รพ.สระใคร 8.33 และรพ.โพนพิสัย 5.93 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือไม่พบผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ที่เสียชีวิต/ไม่สมัครอยู่ อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Hemoculture ปี 2565 ได้แก่ Escherichia coli, Staphylococcus aureus และ Klebsiella pneumoniae คิดเป็นร้อยละ 11.91, 6.64 และ 5.76 ตามลำดับ อันดับเชื้อที่พบบ่อยใน Sputum culture ปี 2565 ได้แก่ Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) และ Klebsiella pneumonia (CRE_MDR) คิดเป็นร้อยละ 19.17, 14.78 และ 8.95 ตามลำดับ

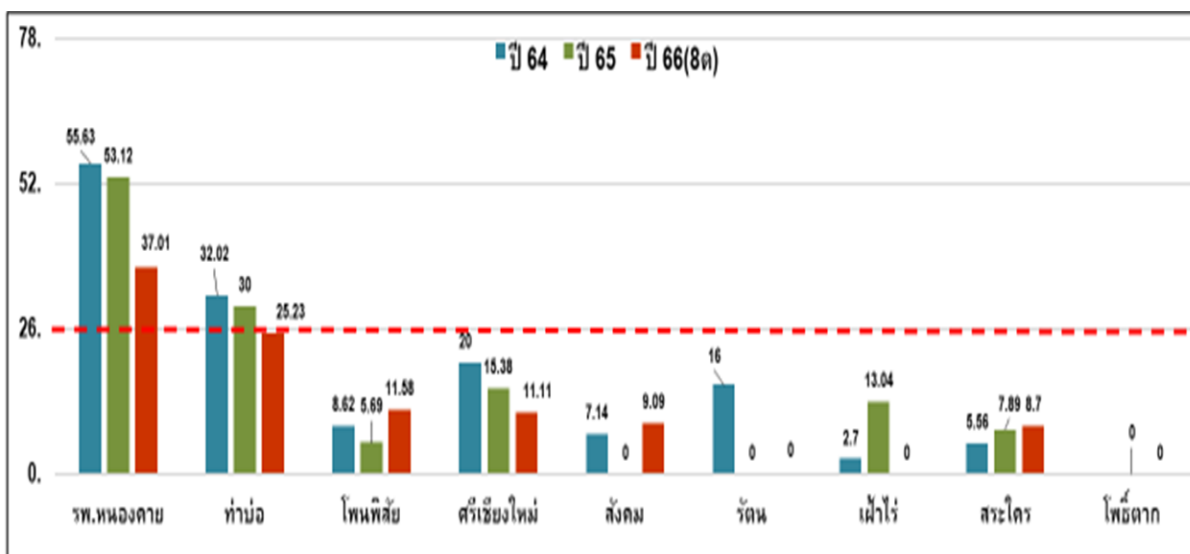
4. แผนการดำเนินงาน (มาตรการ/แนวทาง/Small Success 3m,6m,9m,12m ปีงบประมาณ 2566)

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

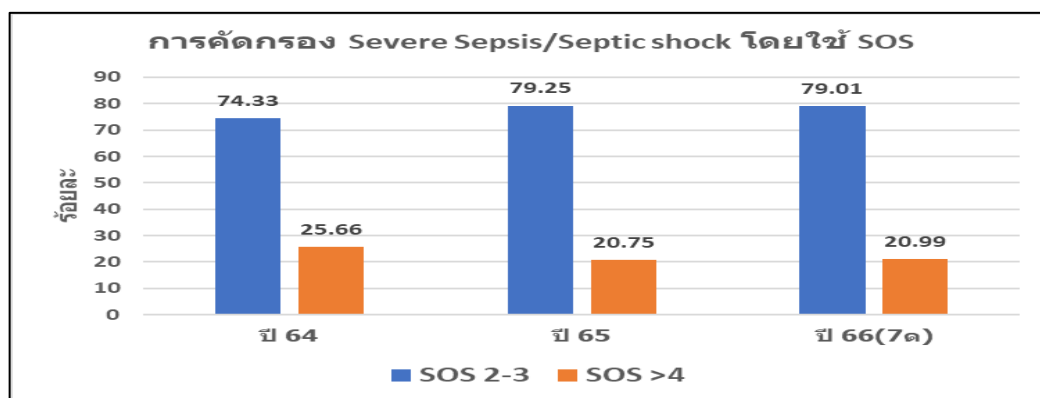
5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)
 ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ
 อัตราตาย+ไม่สมัครอยู่ Severe Sepsis/Septic shock CI (R65.1, R57.2) แยกตามจังหวัดในเขต 8



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



ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย



6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
Service delivery	-ปัญหาการเข้าถึง ICU -missed/delay Dx. & Rx. -Delayed ATB+IV resus. -Early start vasopressor + inadequate IV resus. -Severe complications + multi organ failure -LOS นาน เพิ่มความเสี่ยง NI >> dead -CPG Sepsis ไม่เหมือนกัน ทั้งจว.	-พัฒนา ICU node พพส -Update CPG Sepsis : Dx., Rx. -พัฒนาระบบ Fast Track ทุก รพ.เน้น early Dx, early Rx -การปฏิบัติตาม CPG Sepsis และการ refer case วิฤติ -เน้นรักษา Melioidosis ใน กลุ่ม high risk และ Pneumonia -ทบทวน RCA, ทบทวน EWS Sepsis	- การพัฒนาศักยภาพรพช.
	การได้รับ Vaccine กลุ่มเสี่ยง High risk ได้รับน้อย	-High risk : Pneumonia ควร ได้รับ Pneumococcal vaccine	-นโยบายฉีดและการ จัดสรร Flu vaccine/ Pneumococcal vaccine -การส่งเสริมการป้องกัน และกระตุ้นการฉีด
	-ยังไม่มี การจัดตั้งระบบ Rapid Response Team ในรพ.	แผนจัดตั้ง RRT	
Health workforce	-รพช.ขาดแพทย์ Med/Sx. -ขาดพยาบาลวิฤติ	-เพิ่มบุคลากร:แพทย์รพช.(Med/Surg.) -เพิ่มพยาบาลวิฤติ	-การจัดสรรงบประมาณ - อบรมพัฒนาบุคลากร แพทย์ พยาบาล
	-Competency แพทย์ พยาบาล (พบ Delay Dx., Delay Tx.) การใช้ CPG	-พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพช., รพช.,รพ.สต.,สื่อสารการใช้ CPG -Site visit โครงการแพทย์พี่	-การสนับสนุนงบประมาณ ประชุม อบรม Site visit โครงการแพทย์พี่เยี่ยม

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
		เยี่ยมแพทย์ห้อง	แพทย์ห้อง
ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ ยา	Ventilator, infusion, monitor EKG ไม่เพียงพอ	-แผนครุภัณฑ์ งบประมาณน้อย เสนอขอไปแต่ไม่ได้/ได้ไม่ เพียงพอ	การอนุมัติแผนครุภัณฑ์
	Hemoculture แต่ละรพ.ไม่ เหมือนกัน การประสานตามผล culture รพช.ที่ส่ง lab เอกชน ล่าช้า ต้องเจาะใหม่(แต่ได้ ATB จากรพ.แล้วก่อนเจาะ)	Hemoculture แบบเดียวกันทุก รพ.	-Hemoculture แบบ เดียวกันทั้งจังหวัด - culture screening ควรจัดซื้อร่วม/สอบราคา
	รพช.ยังไม่มีเครื่องตรวจ blood lactate strip / ค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจ	-จัดหา เครื่องตรวจ blood lactate strip ให้กับรพช. โดย พิจารณาการใช้ biochemistry lactate เลือกใช้ให้เหมาะสมกับ case - culture screening ควรจัดซื้อ ร่วม/สอบราคา	สนับสนุนการจัดหา เครื่องตรวจ blood lactate strip
Information system	-การวินิจฉัยไม่ตรง ICD10 -ICD10 ที่กำหนดไม่สามารถ แยก CI, NI -ปัญหาระบบรายงานข้อมูล ข้อมูลจาก HDC กับ รายงาน ของรพ.ไม่ตรงกัน	-สื่อสารการสรุปเวชระเบียนตาม นิยาม Sepsis การลงข้อมูล ฐานข้อมูลรพ. HosXP การ feedback ข้อมูล	การพัฒนาระบบรายงาน ข้อมูลเชื่อมโยงเครือข่าย/ ประเทศ
	-กรณี D/C ตัดยอดเดิมสรุปไม่ สมัครอยู่ทำให้เพิ่มยอด อัตรา ตาย Sepsis -ไม่ระบุว่าเป็น case palliative ทำให้ไม่ได้หักออก จากยอดตาย	กำหนดเกณฑ์การ Dx.ใหม่ ดังนี้ 1. การสรุป chart summary กรณี D/C ตัดยอด แบบเดิม รพ.นค ลงไม่สมัคร อยู่ (วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธ การรักษา) แบบใหม่เปลี่ยนเป็น other (วิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น สถานภาพ การจำหน่าย (Discharge status) = 5 Other) 2. กรณี palliative : กรณีมี	

	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
		palliative care ทุกเคสให้สรุป summary ในช่อง co morbid ด้วยทุกครั้ง 3. กรณี NI : VAP, CAUTI, CRBSI = ใส่ Nosocomial ใน external cause	
	-การตามข้อมูลรพช.ล่าช้า -manager เปลี่ยนคน	-มี manager ทุกรพช./IC nurse รพช.รายงานข้อมูล Sepsis และ ข้อมูล NI -กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานทุก3ด	-IT ช่วยออกแบบโปรแกรม

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงจินตาทรา มังคะละ
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2. นางกัญญณณัฐ พรหมเชจร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 042-413456-65

E-mail : jintaramangkala@gmail.com

โทร. 091-0641804

E-mail : say12909@gmail.com

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

มะเร็งปากมดลูก

1. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test มากกว่าร้อยละ 60

2. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าร้อยละ 70

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test มากกว่าร้อยละ 50

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

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)

2. ระยะเวลาการรอคอยเคมี ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)

3. ระยะเวลาการรอคอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 65)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
1. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test มากกว่าร้อยละ 60	≥60	0	0	16,092/ 20,742 (77.58)	6,476/17,340 (37.35%)
2. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าร้อยละ 70	≥70	0	0	7,494/ 11,306 (66.28%)	158/431 (36.66%)
3. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test มากกว่าร้อยละ 50	≥50	643/ 10,578 (6.07%)	8,534/ 10,958 (77.87%)	7,494/ 11,306 (66.28%)	12,039/14,129 (85.20%)
4. ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผล FIT test เป็นบวก ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าร้อยละ 50	≥50	1 (0.31%)/ 0	895 11.94%/ 113 (12.63%)	727 (8.52%)/ 51 (7.02%)	140/862 (16.24%)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
5. ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	≥75	76.58	67.53	75.13	70.25
6. ระยะเวลารอคอยเคมี ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	≥75	77.69	90.91	88.76	81.48
7. ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 65)	≥65	96.48	95.87	94.44	93.67

2. Six Building Block Plus Framework

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

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

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

3. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2566 พบว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่เป็นปัญหาสำคัญ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งช่องปาก ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง 3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ใน เรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 60
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่งกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด 2. ขยายเครือข่ายและเพิ่มศักยภาพในการส่งกล้องปากมดลูก 3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ที่มี ผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 70
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2. บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการอย่างทั่วถึง 3. การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50

	เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ร่วมให้ความรู้		
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด 2. เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy 3. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที	- ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50
- ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	- ติดตามร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 75, 75, 60 ตามลำดับ

Small Success

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

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566)
ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	สตรี 30 - 60 ปี	ผลงาน	ร้อยละ	สตรี 30 - 60 ปี	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	26,657	9,220	34.59	5,287	1,687	31.90
ท่าบ่อ	14,214	6,960	48.97	2,802	1,453	51.85
โพนพิสัย	16,781	13,018	77.58	3,346	1,031	30.81
ศรีเชียงใหม่	3,982	1,360	34.15	785	564	71.84
สังคม	5,041	3,528	69.99	1,023	222	21.70
สระใคร	4,524	2,121	46.88	906	109	12.03
เผ่าไร่	7,274	3,636	49.99	1,427	992	69.51
รัตนวาปี	6,316	2,829	44.79	1,254	213	16.98
โพธิ์ตาก	2,516	2,255	89.63	510	96	18.82
รวม	87,305	44,927	51.46	17,340	6,367	36.71

ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	34,018	2,856	8.40	3,011	2,873	95.42
ท่าบ่อ	19,354	1,988	10.27	1,747	1,553	88.89
โพนพิสัย	20,765	198	0.95	4,361	4,021	92.20
ศรีเชียงใหม่	6,068	595	9.81	544	530	97.43
สังคม	5,917	531	8.97	804	746	92.79
สระใคร	5,614	168	2.99	423	348	82.27
เผ่าไร่	10,038	462	4.60	1,396	1,318	94.41
รัตนวาปี	7,889	616	7.81	1,161	1,123	96.73
โพธิ์ตาก	3,400	80	2.35	589	530	89.98
รวม	113,063	7,494	6.63	14,036	13,042	92.92

ผลการดำเนินงานผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
		2562	2563	2564	2565	2566 (3ด.)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ 75	74 (50/68)	71 (57/80)	67 (48/72)	67 (74/110)	70.25 (85/121)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 75	77 (30/39)	79 (116/146)	91 (117/128)	87 (173/199)	81.48 (65/81)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 60	ไม่มี	71 (5/7)	97.92 (116/121)	75 (3/4)	93.67 (74/79)

ที่มา : ทะเบียนมะเร็ง ณ วันที่ 11 มกราคม 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 6.1 ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เล็งเห็นภัยใกล้ตัวในเรื่องของมะเร็งเท่าที่ควร
- 6.2 ขาดงบประมาณในการส่งเสริมกิจกรรมการคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ปฏิบัติงาน
- 6.3 บุคลากรที่รับผิดชอบงาน มีภาระงานมาก ทำให้การบันทึกข้อมูลช้า
- 6.4 โปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลมีมากกว่า 1 ทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อน

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

- 7.1 ถูกระดม Colostomy ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้
- 7.2 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านละครสั้นของตำบลนาดี อำเภอเฝ้าไร่

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ตัวชี้วัด ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	4.35	3.67	4.55	3.61
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< ร้อยละ 25	15.84	9.24	12.92	10.53
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< ร้อยละ 5	2.27	2.30	2.36	1.72

2. สถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาท เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ (Disability adjusted life year) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้ว ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบครัวและทั่วถึงทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ สำหรับจังหวัดหนองคาย ข้อมูลปี 2563-2565 พบว่าร้อยละ

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) เท่ากับ ร้อยละ 4.35, 3.67 และ 4.55 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(I60-I62) ปี 2563-2565 เท่ากับ ร้อยละ 15.84, 9.24 และ 12.92 ตามลำดับ สำหรับอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(I63) เท่ากับ ร้อยละ 2.27, 2.30 และ 2.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ข้อมูลจาก Health Data Center : HDC กระทรวงสาธารณสุข)

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

3. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566

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

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	923	63	6.83	606	32	5.28
ท่าบ่อ	290	4	1.38	177	3	1.69
โพนพิสัย	162	0	0.00	135	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	12	0	0.00	15	1	6.67
สังคม	7	0	0.00	9	0	0.00
สระใคร	8	0	0.00	11	0	0.00
เฝ้าไร่	8	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	3	0	0.00	3	0	0.00
โพธิ์ตาก	17	1	5.88	8	0	0.00
พิสัยเวหา	63	0	0.00	32	0	0.00
รวม	1,493	68	4.55	997	36	3.61

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

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

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	287	44	15.33	203	23	11.33
ท่าบ่อ	34	1	2.94	19	2	10.53
โพนพิสัย	19	0	0.00	13	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00	2	1	50.00
สังคม	1	0	0.00	3	0	0.00
สระใคร	4	0	0.00	3	0	0.00
เผ่าไร่	5	0	0.00	0	0	0.00
รัตนวาปี	0	0	0.00	0	0	0.00
โพธิ์ตาก	4	1	25.00	2	0	0.00
พิสัยเวหา	0	0	0.00	2	0	0.00
รวม	356	46	12.92	247	26	10.53

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

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

โรงพยาบาล	ปี 2565			ปี 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	586	18	3.07	366	9	2.46
ท่าบ่อ	162	3	1.85	114	1	0.88
โพนพิสัย	56	0	0.00	53	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	6	0	0.00	7	0	0.00
สังคม	6	0	0.00	6	0	0.00
สระใคร	0	0	0.00	0	0	0.00
เผ่าไร่	1	0	0.00	1	0	0.00
รัตนวาปี	2	0	0.00	2	0	0.00
โพธิ์ตาก	7	0	0.00	4	0	0.00
พิสัยเวหา	62	0	0.00	30	0	0.00
รวม	888	21	2.36	583	10	1.72

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

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

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

ที่มา : ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Service Plan	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566
5. อัตราการเข้าถึงเข้าระบบ Stroke Fast track ภายใน 4.5 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 50	41.25 (800/330)	46.71 (516/241)	55.17 (783/432)	37.84 (576/218)
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา Rt-PA ภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ ร้อยละ 60	71.43 (35/25)	52.63 (38/20)	74.14 (58/43)	75 (56/42)
7. อัตราการได้รับยา rt-PA	> ร้อยละ 5	4.38 (800/35)	7.36 (516/38)	7.41 (783/58)	9.72 (576/56)
8. ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง	< ร้อยละ 3	5.71 (35/2)	7.89 (38/3)	3.45 (58/2)	3.57 (56/2)
9. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80				71 (672/477)

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

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

ผลการดำเนินงานหอภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke Unit) ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2565 ถึง 15 พฤษภาคม 2566 ให้การดูแลผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke 72 ชั่วโมงแรก ดังนี้

โรงพยาบาล	ปี 2565 (มิ.ย.-ก.ย. 2565)			ปี 2566 (8 เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
หนองคาย	258	136	52.71	672	477	71
รวม	258	136	52.71	672	477	71

ที่มา : ข้อมูลจากแบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

(ข้อมูลรวม Fast Track และ Non Fast Track)

4. ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการStroke Fast Track	1.พัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2.เพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดย (FAST) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการให้เร็วขึ้นส่งเสริมการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) 3.เพิ่มการคัดกรอง CVD risk โดยบูรณาการร่วมกับทีม NCD (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และจัดกิจกรรม modified risk factor ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
ระยะทาง/การเข้าถึงบริการยาละลายลิ่มเลือด rt-PA	พัฒนาโรงพยาบาลโพธิสัยเป็น Node ให้ rt-PA เพื่อการเข้าถึงบริการยา rt-PA ได้รวดเร็วขึ้น และลดระยะเวลาการส่งต่อผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. พญ.สิรภัทร ธรรมทรัพย์อำไพ | โทร. 084 - 401773 |
| ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | E-mail :Popsirasira@gmail.com |
| โรงพยาบาลหนองคาย | |
| 2. นางนุสรุา มหิศนันท์ | โทร. 089 - 8623149 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | E-mail : nusara149@gmail.com |
| โรงพยาบาลหนองคาย | |
| 3. นางสาวพรรณทิราพร ราษฎร์สุวรรณ | โทร 080-263-1440 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : pengting.pr@gmail.com |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด | |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 2 Function Base

หัวข้อ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
2. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแผลเล็ก

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery โรงพยาบาลหนองคาย

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย ร้อยละ 30	ผลการดำเนินงาน			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค. 65 - พ.ค.66)
1.Esophageal Varices		6	8	7	7
2.Colonoscopy fit positive		NA	NA	84	86
3.Colorectal polyp		18	38	76	104
4.Breast mass		2	5	7	12
5.Inguinal hernia		10	25	47	29
6.Hemorrhoid		5	7	22	15
7.Fistular in anu		0	0	3	2
8.Breast abscess		0	0	8	0
9.Urethral stone		3	8	2	1
10.Pterygium excision		NA	11	20	135
11.Tonguetie release		NA	8	11	6
12.LEEP		NA	NA	26	11
13.Orchidectomy		NA	NA	NA	4
14.Phimosi s,paraphimosis		NA	NA	NA	5
รวม		50	110	313	417

โรค MIS	โรงพยาบาลหนองคาย			
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 - พ.ค.66)
1.Lap. TEP,TAAP	7	13	7	6
2.Lap. APR, LAR, AR	5	18	10	16
3.Lap. Appendectomy	3	2	4	14
4.Lap. Diagnosis	7	12	7	9
5.Lap.Hemicolectomy	1	2	2	7
6.Lap. Sleeve gastrectomy	NA	1	2	6
7.Lap. Cholecystectomy	54	78	73	88
8.ERCP	8	37	58	112
9.Lap. Whipple Operation	NA	NA	1	4
10.Arthroscopy	NA	NA	NA	10
รวม	85	163	164	272

2. สถานการณ์

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

3. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	- มีการพัฒนาระบบบริการผ่าตัด ODS&MIS ให้มีคุณภาพ มาตรฐาน - ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการผ่าตัด ODS&MIS	- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการผ่าตัด ODS&MIS	- จำนวนร้อยละของประชาชนที่เข้าถึงระบบบริการผ่าตัด ODS&MIS

Workforce	- พัฒนาความรู้ทักษะของบุคลากรที่รับผิดชอบให้เหมาะสมกับงาน - อัตรากำลังเหมาะสมกับบริบทของงาน	- สนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น - สนับสนุนให้จัดอัตรากำลังเหมาะสมกับงาน	- สนับสนุนให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานให้มีโอกาสเข้ารับการศึกษาดูงานในสถานบริการที่มีความพร้อม - สนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น
Finance	- สนับสนุนการดำเนินงานเช่น อัตรากำลัง สถานที่ อุปกรณ์ให้มีความพร้อม - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง - สนับสนุนครุภัณฑ์ต่าง ๆ	- ผลักดันให้มีการจัดสรรอัตรากำลังตามความเหมาะสมของภาระงาน - จัดทำแผนครุภัณฑ์ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม	- สนับสนุนแผนพัฒนาบุคลากร - สนับสนุน ครุภัณฑ์ต่าง ๆ
Governance	- พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม	- พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม	- ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการเท่าเทียมกัน
Participation	- สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ ODS&MIS - การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะโรคหรือสาขาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและหัตถการ	- บูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการ ODS&MIS - ความพร้อมในการบริการของศูนย์ ODS&MIS	- มีศูนย์ ODS&MIS ในการให้บริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน - สหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้มีคุณภาพ มาตรฐาน

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลมีความพร้อม เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS&MIS ตามโรคและหัตถการที่เพิ่มในปี 2566 ได้เป็นอย่างดี	โรงพยาบาลมีความพร้อมและสมัครใจ สามารถดำเนินการให้บริการได้อย่างเหมาะสมตามบริบท	โรงพยาบาลสามารถดำเนินการผ่าตัด ODS&MIS ตามโรคและหัตถการปี 2566 ได้ตามเกณฑ์ - จัดตั้งศูนย์ประสานงาน ODS&MIS ภายในสถานบริการ - มี nurse manager รับผิดชอบบริหารจัดการเป็นหลัก - จัดเตรียมสถานที่พักฟื้นผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับก่อนจำหน่าย โครงการ - จัดระบบการติดตามคนไข้ก่อนและหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการผ่าน Telemedicine ภายใน 24,48,72 ชั่วโมง	- โรงพยาบาลพัฒนาบริการผ่าตัด ODS&MIS ให้เพิ่มมากขึ้นจากเดิม - พัฒนาระบบงานบริการให้มีความดีเยี่ยมเพิ่มมากขึ้น

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)

โรค ODS	ปีงบประมาณ 2562 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2563 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2564 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2565 เป้าหมาย: ร้อยละ 20	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66) เป้าหมาย: ร้อยละ 30		
					จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมดที่ ได้รับการ ผ่าตัด	จำนวน ผู้ป่วยที่เข้า เงื่อนไข ผ่าตัด ODS	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่เข้า รับการ ผ่าตัด ODS
1.Esophageal varices	84.61	87.5	100	100	15	7	46.67
2.Colonoscopy fit positive	NA	NA	NA	98.82	86	86	100
3.Colorectal polyp	77.27	77.27	97.36	98.7	104	104	100
4.Breast mass	NA	15.38	35.14	1.50	12	12	100
5.Inguinal hernia	NA	6.89	22.12	47.95	77	29	37.67
6.Hemorrhoid	NA	5.26	6.60	30.55	42	15	35.71
7.Fistular in anu	NA	0	0	23.07	10	2	20
8.Breast abscess	NA	0	0	75	2	0	0
9.Urethral stone	NA	NA	11	29.54	1	1	100
10. Pterygium excision	NA	NA	1.19	34.52	151	135	89.40
11.Tonguetie release	NA	NA	6.89	10.28	26	6	23.07
12.LEEV	NA	NA	NA	66.66	11	11	100
13.Orchidectomy	NA	NA	NA	NA	13	4	30.76
14.Phimosi s,paraphimosis	NA	NA	NA	NA	12	5	41.67
รวม	77.38	13.18	22.78	51.38	81	168	48.21

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน	โรงพยาบาลหนองคาย		
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
กรณีที่ 1 เกิดการเกิดบาดเจ็บ CBD injuryหรือเกิด massive bleeding <ร้อยละ 1	0	0	0
กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน <ร้อยละ 5	0	0	0

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อปีงบประมาณ 2566

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566						
		ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ ร้อยละ 30	53.33 8/15 Pterygium	55.56 5/9 Pterygium	54.55 6/11 Pterygium	66.67 8/12 Pterygium	33.33 5/15 Pterygium	74.61 144/193 Colono scope	37.5 6/16 Colono scope

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2566			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ ร้อยละ 30	-	45.45% (30/65) Pterygium excision with graft	32.65% (48/147) Pterygium excision with graft	58.82% (20/34) Pterygium excision with graft

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ระบบ IT ไม่รองรับการเก็บข้อมูล
2. การลงรหัสหัตถการยังลงได้ไม่ถูกต้องตรงกับหัตถการที่แพทย์ผู้ผ่าตัดสรุป
3. การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ One stop service
4. ผู้ป่วยและญาติยังไม่มั่นใจในความปลอดภัยในการบริการผ่าตัดและทำหัตถการ
5. ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงประชาชนผู้มารับบริการ
6. ขาดการติดตามเยี่ยมก่อนและหลังให้บริการผ่าตัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน
7. สถานที่ไม่พร้อมในการให้บริการแบบ one stop service
8. ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
9. ระบบติดตามการสื่อสาร ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแลยังไม่สะดวก

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|---|
| 1. นายแพทย์ขวัญชัย กิติรัตน์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 089-7155494
E-mail : Jomednu@gmail.com |
| 2. นายแพทย์อัษฎายุทธ นันทา
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ | โทร. 094-6107711
E-mail : aorfeus@gmail.com |
| 3. นางสมนา สกุลคู
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | โทร. 089-9448697
E-mail : somana44@hotmail.com |
| 4. นางณิศนันท์ ศรีสมบัติ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โทร. 090-2295598 |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ตัวชี้วัด ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จากการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565 คือ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพร้อยละ 55 ทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานในการพัฒนาการทำ Advance Care Planning มีการทบทวนสถิติและบริการในภาพรวมจังหวัดพบว่า ผลงานได้มากกว่าเกณฑ์กำหนด คือมากกว่าร้อยละ 55 คือ 76.29 และรวมทั้งในส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ สามารถทำได้ผ่านเกณฑ์ในระดับจังหวัด เช่นกัน จึงนับเป็นความสำเร็จจากการค้นหาสาเหตุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลเข้าสู่ โปรแกรม HOS.xP ของแต่ละ รพ.จนพบว่า การเก็บข้อมูลซ้ำซ้อนและแก้ปัญหาจนการซ้ำซ้อนของข้อมูลลดลง ทำให้ตัวชี้วัดการทำ Advance Care Planning และมีจัดการการจัดเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่เป็นจริง จนมีผลการดำเนินการผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ 2566 ไตรมาส 2 เป็นภาพรวมของจังหวัด

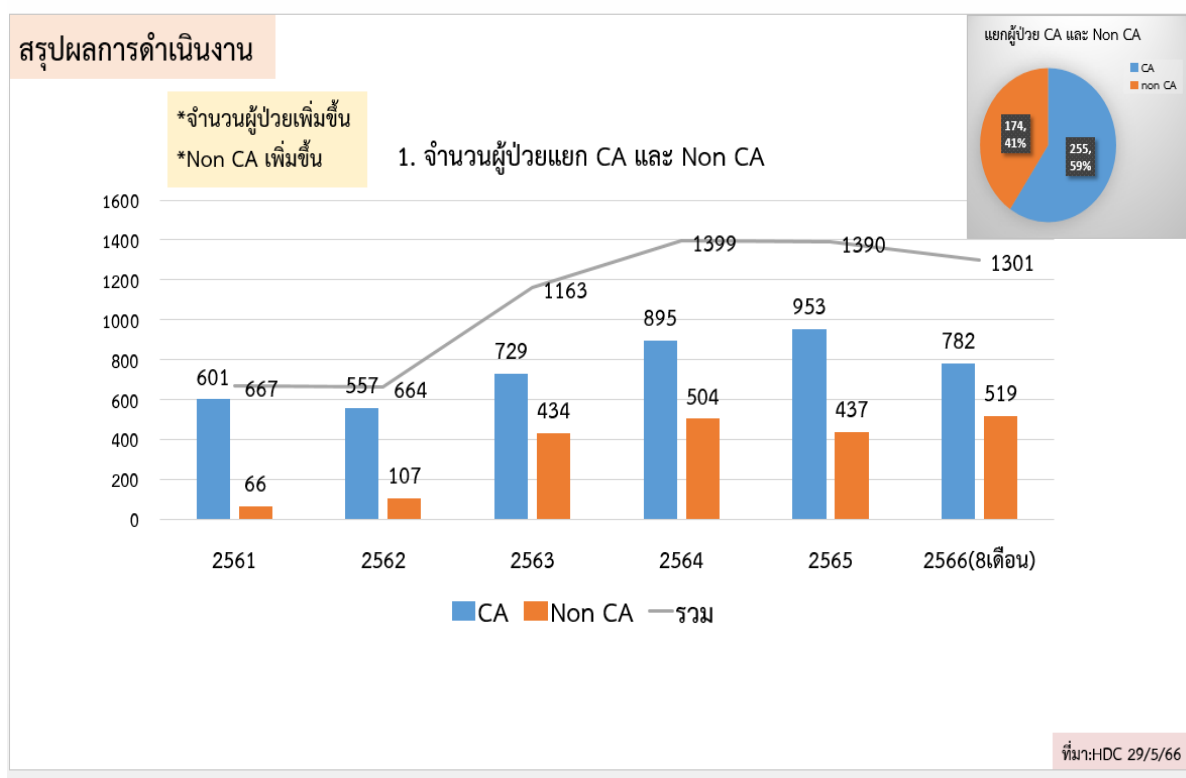
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2564	2565 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 50	40.12	67.84	66.01	76.08 (HDC)



2. สถานการณ์

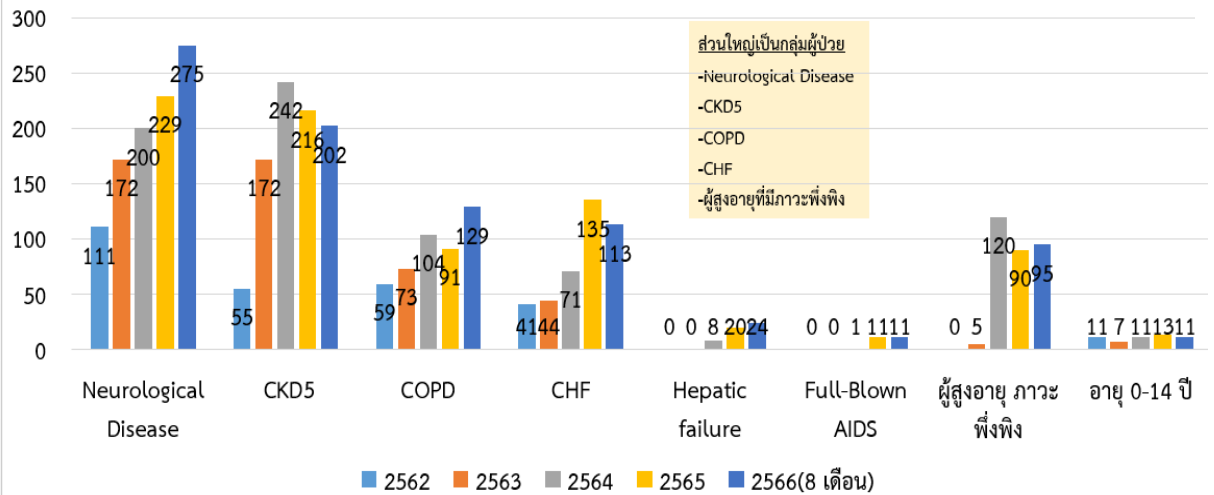
ประเด็น	รายละเอียด
หน่วยให้บริการ	ทุกรพ.มีหน่วยให้บริการ Palliative care คิดเป็น ร้อยละ 100
บุคลากร	แพทย์ : มีแพทย์ปฏิบัติงานด้าน Palliative care ทุกโรงพยาบาล จบเฉพาะทาง สาขา 2 ราย พยาบาล : มี Nurse Manager ของแต่ละหน่วยบริการผ่านการอบรมเฉพาะด้าน Palliative care 8 โรงพยาบาล/ขาด 1 โรงพยาบาล คือ โพธิ์ตาก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

ปัจจุบันงานดูแลผู้ป่วยประคับประคองของจังหวัดหนองคาย มีแนวโน้มผู้ป่วยแบบประคับประคองสูงขึ้น จากสถิติผู้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองในปี 2563,2564,2565 และปี 2566 เข้าสู่ไตรมาส 2 (ข้อมูลจาก HDC) พบว่าผู้ป่วย Palliative Care ในจังหวัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี และ Case Non CA ได้รับการค้นหาและคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เพิ่มขึ้น (List disease of Palliative care and Functional unit, 2559) มากที่สุดคือกลุ่มโรคสมอง Stroke, Dementia ช่วงวัยพบมากในผู้สูงอายุ รองลงมาคือกลุ่มโรค ESRD No RRT



สรุปผลการดำเนินงาน

3.จำนวนผู้ป่วย Non CA แยกเป็น 6 กลุ่มโรค และ 2 ช่วงอายุ

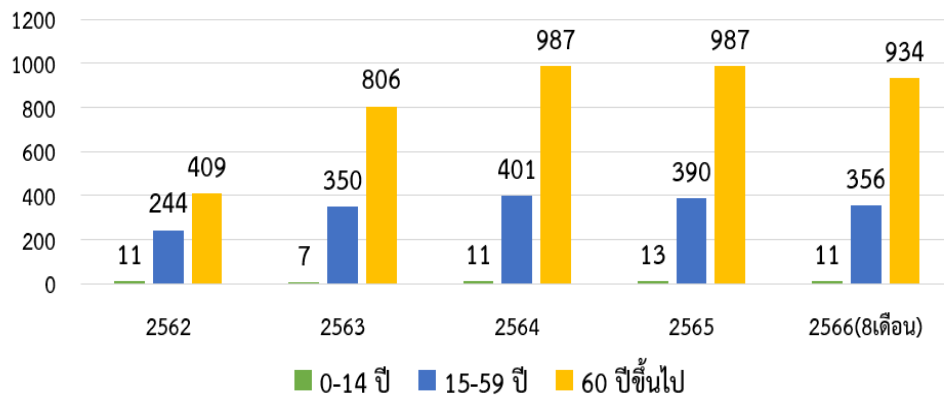


ที่มา:HDC 29/5/66

สรุปผลการดำเนินงาน

* พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ผู้ป่วย PC แยกตามอายุ

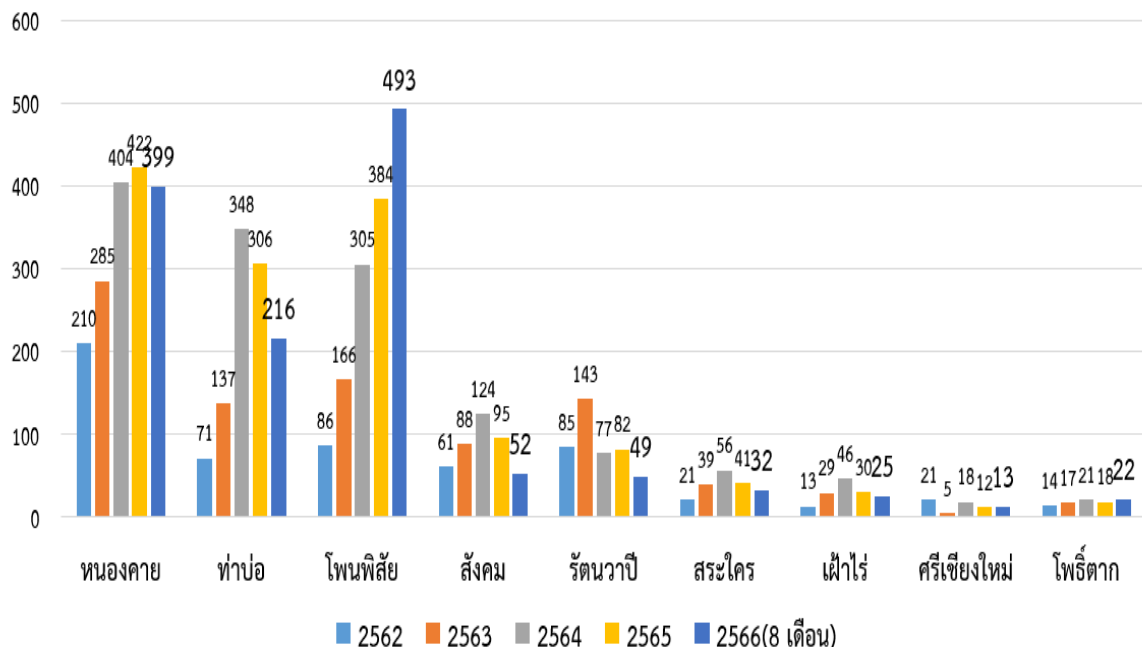


ที่มา:HDC 29/5/66

สรุปผลการดำเนินงาน

ทุกโรงพยาบาลมี
แนวโน้มผู้รับบริการ
เพิ่มมากขึ้น

4. จำนวนผู้รับบริการแยกรายโรงพยาบาล



ที่มา:HDC 29/5/66

นอกจากนี้ในแต่ละโรงพยาบาลยังมีการการพัฒนางานประคับประคองให้ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดเพื่อความพร้อมในการเพิ่มคุณภาพงานตามจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

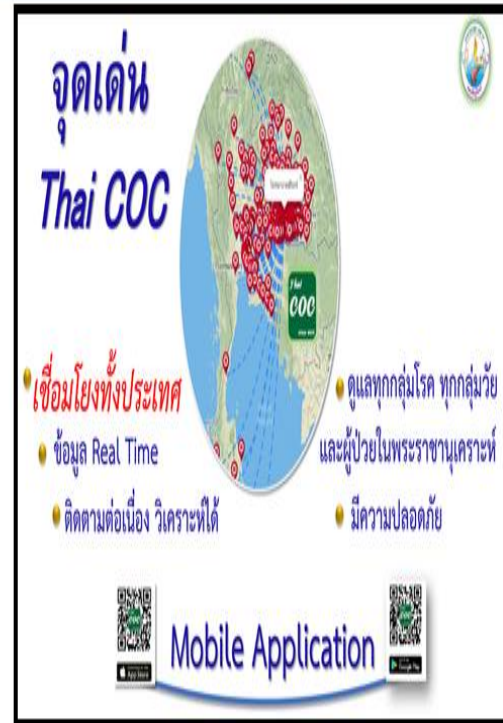
1. การพัฒนาเรื่องบุคลากรตามเกณฑ์ที่ตัวชี้วัดกำหนด : 9 โรงพยาบาล มีพยาบาลประคับประคองเป็น Nurse manager ทำงานเต็มเวลาและได้รับการอบรม ด้าน Palliative Care ครบทุกโรงพยาบาลในส่วน ของ รพ.แม่ข่ายและรพ.หนองคาย มีการจัดอบรมพยาบาลประคับประคองประจำหน่วย Palliative care ward nurse (PCWN) ปัจจุบันมีจำนวน 29 คน (เพิ่มจากเดิม 26 คน จากหน่วยงานตั้งใหม่) อย่างต่อเนื่อง โดยจัดการอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อเป็นแม่แบบในการพัฒนาและสร้างเครือข่ายตัวแทนการดูแลผู้ป่วย ประคับประคองประจำหน่วยงานในโรงพยาบาล แก่ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
1.การเรียนรู้ อัปเดต ความรู้ กรณีศึกษาในเคส PC ร่วมกับรพ.ศรีนครินทร์ ที่จะมีการ ประจำ ทุกเดือน ผ่าน Zoomแจ้งให้ทีมบุคลากร คณะทำงานทราบผ่านไลน์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ PC หนองคาย	บุคลากรคณะทำงานที่สนใจ	รพ.ศรีนครินทร์	แลกเปลี่ยน เรียนรู้ผ่าน ZOOM 

เพิ่มความสนใจให้กับทีมในการทำ ACP
6 ธ.ค. 2565 โดย นายแพทย์ เอกอาชาน ไควสุภัทร

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/ สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
✓ 3. การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุณและผู้ป่วย แบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะ ยาวที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดหนองคาย	บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน จารภพ./รพช./ รพ.หนองคาย รพ.สต. จำนวน 120 คน วันที่ 23-24 ม.ค. 66		การประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางารแพทย์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีความ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยและมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่มี ภาวะพึ่งพิง

ประชุม All care(COC+IMC+LTC+PC)+IM + สสจ.หนองคาย : 1ก.พ. 2556

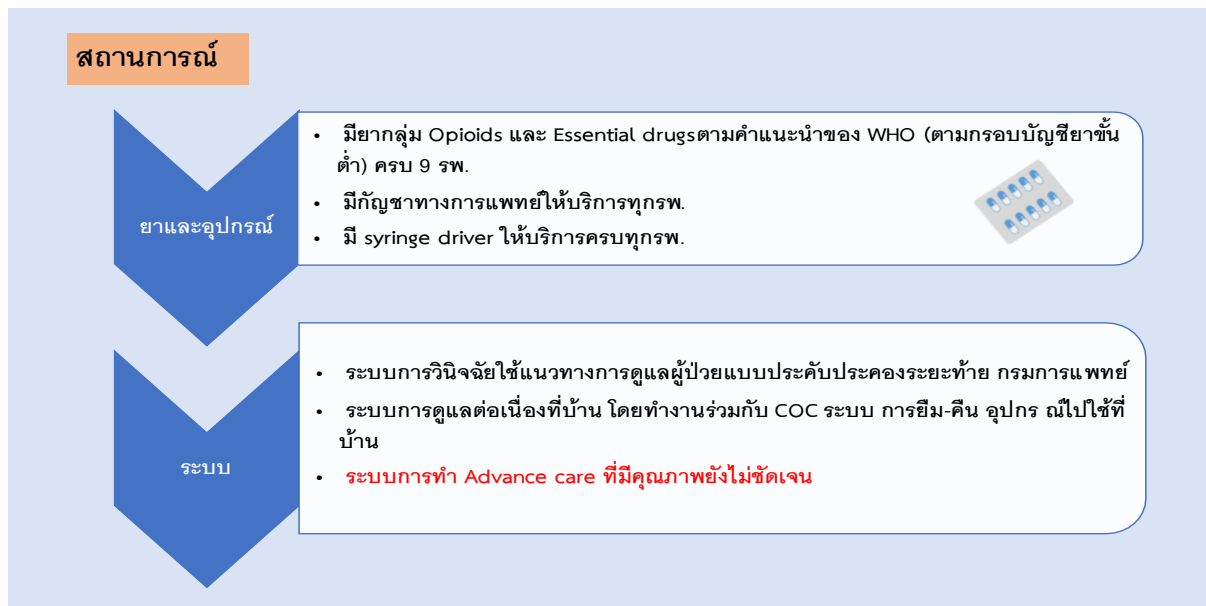


✓ที่มทตลงใช้ คือ ศึกษาดูดี-ข้อเสีย

ประชุมกรรมการระดับจังหวัด

การประชุมการใช้โปรแกรม

2. การจัดสำรองยาในกลุ่ม Strong opioids medication และ Essential Drugs list ครบคลุมตาม กรอบบัญชียาชั้นต่ำในโรงพยาบาลเครือข่ายแต่ละระดับ ในปีงบประมาณ 2564 - ปัจจุบัน ครบ 100% ทั้ง 9 โรงพยาบาล มีผลงานตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2565 และมีอุปกรณ์การให้ยาได้ผิวหนัง syringe driver พร้อมใช้ทุกอำเภอ



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

4. มีการปรับรูปแบบการให้บริการในช่วงโควิด-19 ในคลินิกประคับประคองของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทุกโรงพยาบาล เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย, การให้ญาติมาขอเบิกยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีเจ้าหน้าที่ส่งยาไปให้ที่บ้านแทนการมารับเอง, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโทรสอบถาม อาการหรือความเสี่ยงโรคโควิดก่อนเข้ามารับบริการที่คลินิกและ VDO call ใน case ที่ผู้ป่วยอนุญาตและมีความพร้อมนัดรับยาอีกครั้งเพื่อลดความแออัดและความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด19

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

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



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

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

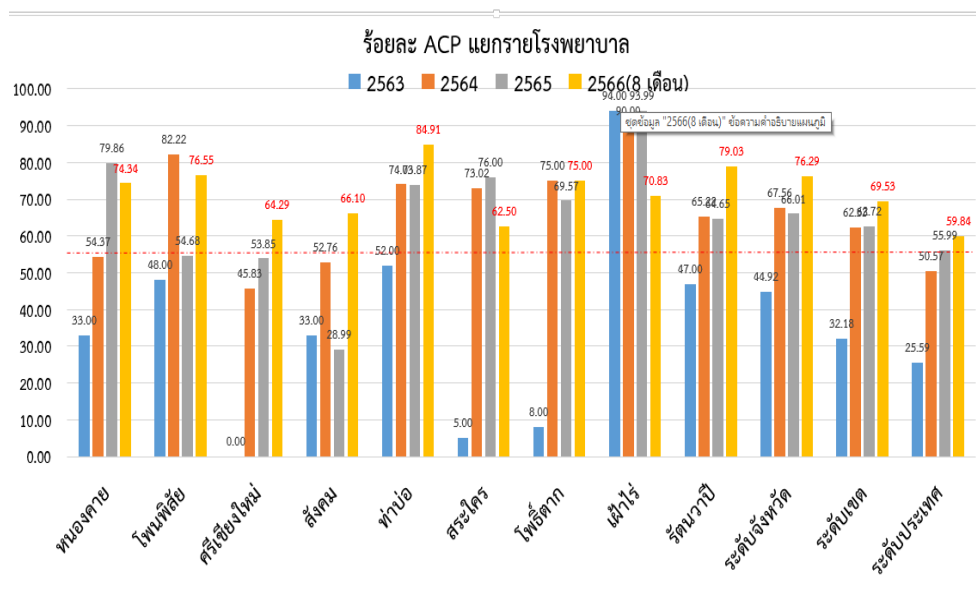


กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจในการการทำ Advance Care Plan และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการบันทึกข้อมูล	บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน จาก รพท./รพช./รพ.สต. จำนวน 120 คน ประมาณ มิ.ย.- ก.ค. 66	รพ.หนองคาย	การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจในการทำ Advance Care Plan และดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการบันทึกข้อมูล

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan (รพ.หนองคาย)	1. PCWN 29 ราย 2. ฝ่ายงานทะเบียนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศพ รพ.หนองคาย 3 ราย 3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำส่งผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 20 คน 4. ตัวแทนบุคลากร รพ.หนองคาย, ภาคเอกชนมูลนิธิในจังหวัดหนองคาย, ตัวแทนอบต. ในจังหวัด จำนวน 80 คน มิ.ย.- ก.ค. 66	รพ.หนองคาย	1. ประชุมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan ในเรื่อง แนวทางปฏิบัติการจัดการกรณีผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Dying 2. แลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านวิชาการในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ตาม advance Care Plan ในเรื่อง ความต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน ประเด็นถอด endotracheal tube ที่บ้าน
ศึกษาดูงานที่รพ.หนองคาย (รพช.)	รพช.ลูกข่าย	รพ.หนองคาย	การเรียนรู้การบริหารจัดการคลินิกดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง การดูแลผู้ป่วย และการทำ ACP การจัดการข้อมูล

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 (ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566)

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ



พบว่าทุกโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ โดยสามารถทำให้โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลสังคมและโรงพยาบาลรัตนวาปี มีตัวเลขผลงานดีขึ้น ผ่านเกณฑ์ระดับจังหวัดได้หลังจากการมีการทบทวนและจัดอบรมดำเนินการแก้ไขในระดับจังหวัด

KPI หลัก

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance Care Planning)
ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 55

	2566(ไตรมาสที่1) 9-1-66			2566 (8 เดือน)			ซ้ำของข้อมูล
	เป้า	ผลงาน	ร้อยละ	เป้า	ผลงาน	ร้อยละ	
หนองคาย	221	191	86.43	417	310	74.34	3
โพนพิสัย	247	236	95.55	499	382	76.55	86
ศรีเชียงใหม่	8	6	75.00	14	9	64.29	0
สังคม	26	18	69.23	59	39	66.10	3
ท่าบ่อ	109	73	66.97	232	197	84.91	1
สระใคร	26	25	96.15	40	25	62.50	0
โพธิ์ตาก	15	9	60.00	28	21	75.00	2
เผ่าไร่	8	7	87.50	24	17	70.83	0
รัตนวาปี	17	11	64.71	62	49	79.03	9
ระดับจังหวัด	677	576	85.08	1375	1049	76.29	
ระดับเขต			69.41			69.52	
ระดับประเทศ			59.94			59.84	

ที่มา:HDC 23/05/2566

Strong opioids ปี 66(ไตรมาสที่ 1) เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 40 (Monitor)

โรงพยาบาล	2566(ไตรมาสที่1)			2566(8 เดือน)			ซ้ำของข้อมูล
	เป้า	ผลงาน	%	เป้า	ผลงาน	%	
โรงพยาบาลหนองคาย	215	121	56.28	399	211	52.88	/
โรงพยาบาลโพนพิสัย	233	38	16.31	494	93	18.83	มาก
โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่	8	4	50	13	7	53.85	
โรงพยาบาลสังคม	23	9	39.13	52	21	40.38	
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	98	53	54.08	216	116	53.7	
โรงพยาบาลสระใคร	19	5	26.32	32	9	28.13	-
โรงพยาบาลโพธิ์ตาก	11	8	72.73	22	17	77.27	
โรงพยาบาลเฝ้าไร่	8	7	87.5	25	19	76	
โรงพยาบาลรัตนวาปี	12	6	50	50	25	50	
ระดับจังหวัด	627	251	40.03	1,303	518	39.75	
ระดับเขต				19,706	6,156	31.24	
ระดับประเทศ				145,333	47,966	33.00	

ที่มา:HDC 30/05/2566

ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ปี 66 (8 เดือน)ร้อยละ 10 (Coverage)

เครือข่ายสุขภาพ(CUP)	ผลงาน coverage			ผลงาน workload		
	เป้าหมาย(คน)	ได้รับยา (คน)	ร้อยละ	เป้าหมาย(คน)	ได้รับยา (คน)	ร้อยละ
CUP:โรงพยาบาลหนองคาย	217	31	14.3	431	63	14.62
CUP:โรงพยาบาลโพนพิสัย	343	109	31.8	418	124	29.67
CUP:โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่	36	6	16.7	21	6	28.57
CUP:โรงพยาบาลสังคม	66	23	34.9	56	21	37.5
CUP:โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	112	26	23.2	239	30	12.55
CUP:โรงพยาบาลสระใคร	51	25	49	47	21	44.68
CUP:โรงพยาบาลโพธิ์ตาก	27	14	51.9	28	15	53.57
CUP:โรงพยาบาลเฝ้าไร่	31	16	51.6	35	17	48.57
CUP:โรงพยาบาลรัตนวาปี	57	26	45.6	55	29	52.73
ระดับจังหวัด	945	276	29.2	1,330	326	24.51
ระดับเขต	16,773	5,686	33.90	21,837	6,068	27.79
ระดับประเทศ	118,524	11,614	9.80	156,244	12,778	8.18

ที่มา:HDC 30/5/2566

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

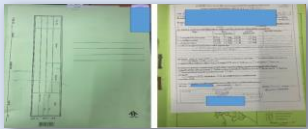
ประเด็น	ปัญหาและอุปสรรค	โอกาสพัฒนา
1. ด้านการให้บริการ	- งานด้านบริการผู้ป่วยใน ชัดเจนมากขึ้นมีการวินิจฉัย Palliative care เพิ่มขึ้น (Z51.5) ปัญหา : แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระดับประคับประคองไม่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ(ACP) -ผู้ป่วยหรือญาติมีความประสงค์ที่จะขอไปเสียชีวิตที่บ้าน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

ข้อเสนอแนะ

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

6. ผลงานที่เป็น Best Practice /นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

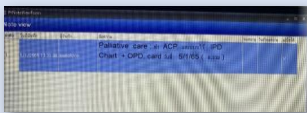
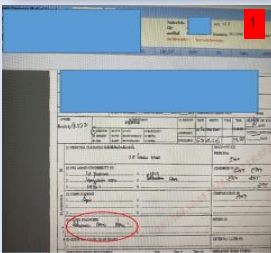
สำเนาใบ ACP แบบใหม่ผู้ป่วย
เก็บไว้ที่ clinic



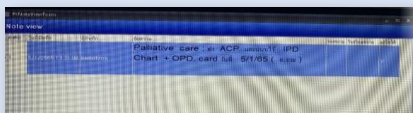
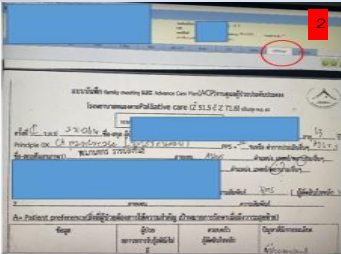
สำเนาใบ ACP แบบใหม่สมุด
ประจำตัวผู้ป่วย



POP UP ในระบบ Hos xP

POP UP ในระบบ Hos xP

1. แพทย์บันทึกใน summary
2. แนบ ACP ใน OPD card ซึ่งจะถู scan ลง Hos xP บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้

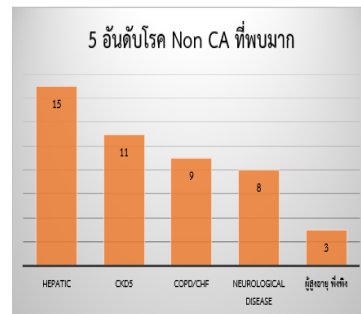
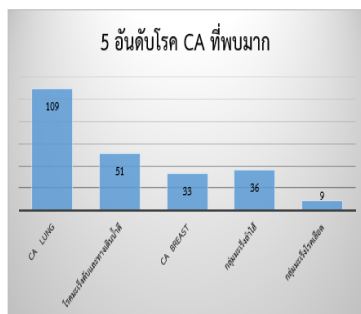
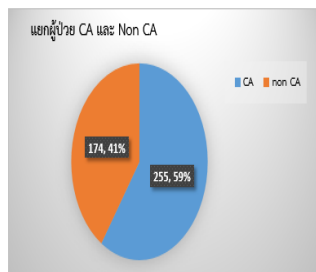
1. วิชาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบการทำ ACP ในโรงพยาบาลแบบ CQI ทำให้สามารถประเมินผลงานได้ เช่น การจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการเพื่อติดตามตัวชี้วัดการทำ ACP และวางแผนทางการสื่อสารเรื่องการทำ ACP ในโรงพยาบาลเช่น การทำ POP- UP ในระบบ HOS.xP เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวตรงกับความต้องการให้มากที่สุด

ผลการติดตามผู้ป่วย จากการทำ Advance care plan

รายการ	ต.ค. 65	พ.ย 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66	รวม
1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต / ราย	10	2	2	11	12	21	17	6	58
- เสียชีวิตที่บ้าน	8	2	2	9	8	20	13	5	57
- เสียชีวิตที่ ร.พ	2	-	-	2	4	1	4	1	9
2.เป็นไปตาม ACP	10	2	2	11	12	21	17	6	58
3.ใส่ท่อช่วยหายใจ/ ไม่เป็นไปตาม ACP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ					4	8	-	2	12
LOS /เฉลี่ย / วัน	33.1	1.5	6.5	43.1	98.1	28.3	61.1	27.5	

ที่มา:ทะเบียนคลินิก30/05/2566

สรุปผลการดำเนินงาน



ข้อมูล:จากทะเบียนคลินิก30/5/66

2. จัดเก็บข้อมูลในการติดตามคุณภาพของการทำ Advance care plan (ACP) ในคลินิก ประคับประคองในแต่ละโรงพยาบาลว่าเป็นไปตามเป้าหมายของผู้รับบริการร้อยละ 100

3. การทำ Advance care plan (ACP) ผู้รับบริการที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ขอยุติการถอดท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมด 12 รายคิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนที่ปรึกษามาสามารถลดภาระงาน เจ้าหน้าที่และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ (ข้อมูล: คลินิกประคับประคองและระงับปวด รพ. หนองคาย, 2566)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
Fracture around the hip			110	100	61
Early surgery	>50%	39.35	36.36	44.00	32 (52.46)
Surgery after 72 hrs	<50%	31.15	40	33.00	23 (37.70)
No surgery	<30%	29.50	20.91	20.00	4 (6.56)
Re fracture	<15%	2.5	0	1.00	0 (0)
Deny of treatment	<10%	0	0	2.00	2 (3.28)

2. สถานการณ์

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

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

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

3. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

1. อัตรากำลัง
2. ความรู้และทักษะ
3. การติดต่อประสานงาน เครือข่าย

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ)

4.1.1 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ของจังหวัด

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวน โรงพยาบาลที่มี การจัดตั้งทีม Capture the fracture (A)	จำนวน โรงพยาบาล ทั้งหมดใน จังหวัด (B)	ร้อยละโรงพยาบาลที่ มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture (A/B)*100	
จังหวัดหนองคาย -โรงพยาบาลหนองคาย -รพร.ท่าบ่อ	2	2 (9)	100%	จัดตั้ง 2 แห่ง คือ 1.รพท.นค 2.รพร.ท่าบ่อ
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	2	2	100%	

4.1.2 ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน ข้อมูล ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566

โรงพยาบาลหนองคาย

รายละเอียด	Patients							หมายเหตุ	
	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	รวม	%
Fracture around the hip	6	12	2	10	10	3	3	46	100
Early surgery	3	7	0	6	5	2	2	25	54.35
Surgery after 72 hrs	2	4	0	4	5	1	1	17	36.95
No surgery	1	1	2	0	0	0	0	4	8.70
Re fracture	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

รายละเอียด	Patients							หมายเหตุ	
	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	รวม	%
Fracture around the hip	2	2	0	5	1	0	0	15	100
Early surgery	1	0	0	3	0	0	0	7	46.67
Surgery after 72 hrs	1	2	0	1	1	0	0	6	40
No surgery	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Re fracture	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	1	0	0	0	2	13.33

สถิติรวมโรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

รายละเอียด	Patient							หมายเหตุ	
	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	รวม	%
Fracture around the hip	8	14	2	15	11	3	3	61	100
Early surgery	4	7	0	9	5	2	2	32	52.46
Surgery after 72 hrs	3	6	0	5	6	1	1	23	37.70
No surgery	1	1	2	0	0	0	0	4	6.56
Re fracture	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deny of treatment	0	0	0	1	0	0	0	2	3.28

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

1. พัฒนาระบบบริการและขยายเครือข่าย

1. พัฒนาการปฏิบัติตาม CPG Capture the fracture

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

2. จัดระบบการพัฒนา ระบบการดูแลในโรงพยาบาลแต่ละระดับตามศักยภาพ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

1. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากร

- การวินิจฉัย
- ประเมินความรุนแรง

2. พัฒนาบุคลากร

- แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์
- พยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดออร์โธปิดิกส์

3. ให้ความรู้เรื่อง Capture the fracture และการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากร

3. พัฒนาระบบสารสนเทศ

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

5. ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
Manpower อัตรากำลังและบุคลากรทำงานปัจจุบัน แพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 6 คน แพทย์วิสัญญี จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด จำนวน 3 คน จำนวนคนที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา, ความถนัด, ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย	- เพิ่มอัตรากำลังและค่าตอบแทนที่เหมาะสม - ปรับปรุงแนวทางการให้บริการทั่วไปให้เหมาะสมกับสภาพการทำงาน - workload	
Ward unit ตักผู้ป่วยที่รองรับ - หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็น Ward ประเภททั่วไป จำกัดการดูแลผู้ป่วยในภาวะกึ่งวิกฤตที่ต้องการใช้อุปกรณ์พิเศษ การใช้เครื่องช่วยหายใจและการ monitor - การจองเตียง ICU ก่อนผ่าตัด และการย้ายหลังผ่าตัด กรณีไม่สามารถย้ายผู้ป่วยได้เนื่องจากเตียงเต็ม ให้ประสานกับแผนกศัลยกรรมเพื่อรับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง - นอกเวลา จำกัดจำนวนห้องผ่าตัดในการผ่าตัดแปรผันตามจำนวนบุคลากรขึ้นปฏิบัติงาน	- พัฒนาระบบ guideline management fracture around the hip - ปรับปรุงตึกและปรับสถานะเป็นหน่วยกึ่งวิกฤต (เพิ่มอัตรากำลังพยาบาล) - ปรับระบบการทำงานสอดคล้องกับอัตรากำลังคน	
Patients ผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในสถานะเจ็บป่วย	- ประสานกับกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, เวชศาสตร์ครอบครัว / ทีม อสม./รพ.สต. ในการลงพื้นที่ให้ข้อมูล ความรู้สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน - จัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป	

6. ข้อเสนอแนะ

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด อัตราส่วนการตายมารดาไทย

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	17/100,000LB	0	0	0	0
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	88.29	83.64	86.42	82.44 (812/985)
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	1.73 (17/982)
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ≥ 50	NA	NA	NA	16.80 (165/982)
5. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	77.52	78.67	79.67	71.25 (860/1,207)
6. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ < 7	6.09	6.72	7.85	6.30 (73/1,159)
7. ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ > 50	73.88	73.62	78.80	75.52 (1,367/1,810)
8. ทารกคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ < 7	4.39	6.04	5.18	7.59 (175/2,303)
9. อัตราตายปริกำเนิด	ไม่เกิน 8 /1000 การเกิดทั้งหมด	4.46	2.92	3.54	2.67 (6/2,247)
10. อัตราการเกิด Birth Asphyxia	ไม่เกิน 25/1000LB	23.61	18.09	19.54	5.82 (13/2,232)
11. ANC 5 ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ 75	82.37	81.50	81.22	76.37 (750/982)
12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ 100	90.46	92.78	91.08	90.82 (2,928/3,224)
13. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ร้อยละ ≤ 16	13.23	14.94	13.55	14.18 (235/1,657)
14. Near missed	ราย	9	3	1	8
15. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ 80	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
16. หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์	ร้อยละ 50	37.83	41.83	74.93	67.81 (668/985)

ข้อมูลจาก HDC 1 มิถุนายน 2566

2. Six Building Block Plus Framework

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

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

3. สถานการณ์

ข้อมูลจาก HDC 1 มิถุนายน 2566

1. ปีงบประมาณ 2563 - 2565 จังหวัดหนองคาย ไม่มีมารดาตายเป็น 0 ราย ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - 1 มิ.ย.66) จังหวัดหนองคาย ไม่มีมารดาตาย
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 88.29, 86.99, 86.42 และ 82.44 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง แต่ยังผ่านเกณฑ์
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 1.73 และยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เพิ่มมาในปี 2566)
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 16.80 และยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เพิ่มมาในปี 2566)
5. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.52, 78.67, 79.67 และ 71.25 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และยังไม่ผ่านเกณฑ์
6. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.09, 6.72, 7.85 และ 6.30 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และผ่านเกณฑ์
7. ทารกแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 73.88, 73.62, 78.80 และ 75.52 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และผ่านเกณฑ์
8. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 4.39, 6.04, 5.18 และ 7.59 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังไม่ผ่านเกณฑ์
9. อัตราตายปริกำเนิด ร้อยละ 4.46, 2.92 , 3.54 และ 2.67 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และผ่านเกณฑ์
10. ร้อยละการตายปริกำเนิดจากสาเหตุ Birth Asphyxia ร้อยละ 23.61, 18.09, 19.54 และ 5.82 ตามลำดับ มีแนวโน้ม ลดลง และผ่านเกณฑ์
11. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 82.37, 81.50, 81.22 และ 76.37 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และยังไม่ผ่านเกณฑ์
12. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 90.46, 92.78, 91.08 และ 90.82 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และยังไม่ผ่านเกณฑ์
13. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ผลอยู่ระหว่าง 1-32 สัปดาห์) ร้อยละ 13.23, 14.94, 13.55 และ 14.18 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผ่านเกณฑ์
14. Near missed ปี 2563 จำนวน 9 ราย ปี 2564 จำนวน 3 ราย (Eclampsia 1 ราย รพ.หนองคาย) (ตัดมดลูก 2 ราย รพ.หนองคาย /รพ.โพนพิสัย) ปี 2565 จำนวน 1 ราย (ตัดมดลูก 1 ราย รพ.หนองคาย) ปี 2566 จำนวน 8 ราย (PPH with shock 3 ราย รพ.หนองคาย/รพ.โพนพิสัย/รพ.ท่าบ่อ) (Unplanned ICU post C/S with twin 2 ราย รพ.หนองคาย) (Placenta previa totalis with APH 1 ราย รพ.หนองคาย)(Eclampsia 1 ราย รพ.หนองคาย)(C/S with PPH with hysterectomy 1 ราย รพ.หนองคาย)
15. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 6 แห่ง ผ่านเกณฑ์
16. หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 ร้อยละ 37.83, 41.83, 74.93 และ 67.81 (ปีงบประมาณ 2563 ดำเนินการคัดกรองเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ให้ดำเนินการคัดกรองทุกกลุ่มอายุ เริ่ม 1 ตุลาคม 2563)

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
1.เสริมสร้างความร่วมมือขับเคลื่อน การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับ ภาควิชา เครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลหญิง ตั้งครรภ์ 2.เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 3. ส่งเสริมสนับสนุนระบบการค้นหาและ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ระบบการฝากครรภ์พร้อมทั้งดูแลและ ส่งต่อทันทีกรณีมี ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน 4. เร่งรัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีด วัคซีน ป้องกันโรคโควิด 19 ครบ 2 เข็ม 5. บูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กและภาควิชาเครือข่ายในทุกระดับ (HNA,MCH Board) โดยจัดประชุมทุก3เดือน หรือประชุมผ่านระบบ Zoom	1.ถ่ายทอดนโยบายและ พัฒนา ศักยภาพบุคลากร และเครือข่าย 2.มีแนวทางปฏิบัติด้าน อนามัยแม่ และเด็ก เพื่อ รองรับการดำเนินการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 3.ทีม MCH Board ทุกระดับ ประชุมทุก 3 เดือน 4.รพศ./รพท./รพ.Node ปฏิบัติ ตามข้อตกลงร่วมกัน ระหว่าง สหสาขาวิชาชีพใน การดูแล ภาวะเสี่ยงทุกระดับ 5.นิเทศติดตาม กำกับ Coaching	1.ติดตามกำกับหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรค COVID-19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 70 2.นิเทศ กำกับ ในการดูแล ตามแนวทาง Udon Model & 7 step 3.Coaching on the job Training 4.MM conferenceทบทวน case near missed มารดา และทารก, CQI 5.ซ่อมแผนวิกฤติฉุกเฉิน มารดาและทารกผ่านระบบ zoom	1.Coaching on the job Training 2.MM conference ทบทวน case near missed มารดาและ ทารก, CQI 3.กำกับติดตามข้อมูล การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ติดเชื้อCOVID-19	1.อัตราส่วนการตายมารดา ไทย = 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน 2.อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 8 ต่อพัน TB 3.อัตราตายปริกำเนิดจาก สาเหตุ BA ไม่เกินร้อยละ 5 4.อัตราการเกิด SBA ไม่เกิน ร้อยละ 4 ต่อพัน LB 5.อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 6. MM conference , CQI 7.ทบทวนการดูแลหญิง ตั้งครรภ์และทารกติดเชื้อ COVID-19
มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
6.สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ 7.พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในหญิง ตั้งครรภ์ ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับ ภาวะ เสี่ยงและ Early warning signs รายโรค 8.สนับสนุนมาตรการป้องกันมารดาเสียชีวิต ในระดับปฐมภูมิโดยจัดทำทะเบียนหญิง ตั้งครรภ์และเยี่ยมบ้าน รายหมู่บ้าน 9.คัดกรองและดูแลความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ตาม Udon Model classifying pregnancy 2021, ROBER 2020, Udon model 7 step 10.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานอนามัย แม่และเด็กทุกระดับ ภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ในหน่วยบริการ ทุกระดับ 11.จัดซ่อมแผนวิกฤติหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง/ ภาวะวิกฤติฉุกเฉินการคลอด 12.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ ANC /LR /PP / Newbornอย่างต่อเนื่อง (External Audit) 13.พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงร่วมกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ร่วมกันสูติแพทย์อย่างเป็นระบบ 14.พัฒนาการดูแลระบบ Zoning และการ ส่งต่อ Consult ที่มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ 15. MCH Board มีการ conference ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เมื่อเกิดเหตุ 16.นิเทศ ติดตาม Coaching ในอำเภอ ที่เกิด เหตุซ้ำ				

17.พัฒนาระบบรายงานมารดาและทารก เสียชีวิต 18.พัฒนาฐานข้อมูล Preterm, LBW, BA, TSH และทารกตายปริกำเนิด 19.พัฒนาฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และ เด็กในทุกกระดับ 20.พัฒนาระบบการคืนข้อมูลการส่งต่อการ ดูแลในสถานบริการทุกระดับ 21.พัฒนาองค์ความรู้นวัตกรรมและ เทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก 22.ทบทวนและถอดบทเรียนระบบการดูแล Udon Model/ROBER 23.จัดตั้ง Multidisciplinary consultation ของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อ Covid-19 ระดับอำเภอ				
--	--	--	--	--

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

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			ผลงาน ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค. 66)		
		ปี 2563 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	ปี 2564 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	ปี 2565 จำนวน (ร้อยละ/อัตรา)	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/ อัตรา
1. อัตราส่วนการตาย มารดา ไทย	ไม่เกิน 17 ต่อแสน การเกิดมีชีพ	จำนวน 0 คน อัตรา 0	จำนวน 0 คน อัตรา 0	จำนวน 0 คน อัตรา 0	0	จำนวน 0 คน อัตรา 0	จำนวน 0 คน อัตรา 0
2. อัตราทารกตาย ปริกำเนิด	ไม่เกิน 8 ต่อพัน การเกิดทั้งหมด	จำนวน 18 คน อัตรา 4.46	จำนวน 10 คน อัตรา 2.92	จำนวน 3 คน อัตรา .203	2,247	จำนวน 18 คน อัตรา 4.46	จำนวน 10 คน อัตรา 2.92
3. ร้อยละทารกตาย ปริกำเนิด จากสาเหตุ Birth Asphyxia	ไม่เกิน ร้อยละ 25	จำนวน 95 คน ร้อยละ 23.61	จำนวน 62 คน ร้อยละ 18.09	จำนวน 20 คน ร้อยละ 18.09	2,232	จำนวน 95 คน ร้อยละ 23.61	จำนวน 62 คน ร้อยละ 18.09
4. อัตราทารกเกิด ภาวะ Severe Birth Asphyxia	ไม่เกิน 4 ต่อ การเกิดมีชีพ	จำนวน 17 คน อัตรา 4.23	จำนวน 5 คน อัตรา 1.46	จำนวน 25 คน อัตรา 7.40	2,232	จำนวน 17 คน อัตรา 4.23	จำนวน 5 คน อัตรา 1.46
5. อัตราการคลอด ก่อน กำหนด	ไม่เกินร้อยละ 7	จำนวน 176 คน อัตรา 4.39	จำนวน 207 คน อัตรา 6.04	จำนวน 51 คน อัตรา 5.18	2,303	จำนวน 176 คน	จำนวน 207 คน

โดยในปี 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566) จังหวัดหนองคาย ไม่พบมารดาเสียชีวิต โดย ทบทวน Case Near missed จำนวน 8 ราย ได้แก่ PPH with Shock จำนวน 3 ราย, Unplanned ICU Post C/S with twin จำนวน 2 รายและ Placenta previa totalis with APH จำนวน 1 ราย Eclampsia 1 ราย C/S with PPH with hysterectomy 1 ราย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด โรงพยาบาลหนองคายจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทาง เพื่อแก้ไขการเกิดปัญหามารดาตาย, การเกิด Case Near missed ในมารดาดังนี้

แนวทางการป้องกันการเกิดมารดาตาย/Case Near missed

- ANC ใช้แนวทางตาม Udon model 2021 มีรายละเอียดดังนี้
 - ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ บริหารและจัดการความเสี่ยงโดยสูติแพทย์ ร่วมกับอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
 - เน้นการได้รับยา Obimin AZ, Triferdine, Ferrous fumatate, เกลือเสริมไอโอดีน
 - เน้นนโยบาย 90 วัน 90 กล้อง 90 ฟอง เพื่อแก้ปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 3
 - เน้นการคัดกรองโรคสำคัญตามมาตรการ MCH จังหวัด ได้แก่ PPH PIH Preterm GDM Heart disease สุขภาพจิต/จิตเวช ยาเสพติด Covid-19
 - ชักประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวในครอบครัว
- LR ใช้ ROBER 2020 (Rapid Response for OB Emergency Udon 2020) เน้น 20 : 30 : 60 นาที รายละเอียดดังนี้
 - 20 นาที ถึงหุหมอสูติ (consult ใน 0-20 นาที)

- 30 นาที ล้อหมุน (ส่งต่อได้หลังตัดสินใจใน 30 นาที)
- 60 นาที หัตถการที่จำเป็น (c/s, ตัดมดลูก) จังหวัดหนองคาย สามารถนำ ROBER 2020 มาใช้ได้

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

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

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

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

4.1 เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ สามัญและญาติในการดูแลรายบุคคลกรณีมีโรคทางอายุรกรรมหรือมีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

4.2 มีผู้ดูแลใกล้ชิดในช่วงกลางวัน หากมีภาวะฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันที ความสำคัญ ของ 1669

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

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

4.5 พัฒนาระบบการส่งต่อ/คืนข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน ขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด กรณี ที่หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดมีภาวะเสี่ยง

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

5.1 การทำงานระบบเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

5.2 วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเกิดความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด หญิงหลังคลอดทารกแรกเกิด ลดอัตราการเสียชีวิตมารดาและทารก

5.3 คืนข้อมูลผลการดำเนินงานเป็นระยะ ตลอดจนทบทวนกรณีวิกฤตฉุกเฉินเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ

5.4 ประชุมและวางแผนแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันทุก 3 เดือน

5.5 นำเสนอกรณีศึกษา case มารดาและทารกที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ในที่ประชุมกวบ.ทุกเดือน

5.6 จัดประชุม MM conference มารดาตายและ near miss โดยเชิญองค์กรภายนอกมหาวิทยาลัย สุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเข้าร่วมเพื่อให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	291	249	85.57
ท่าบ่อ	134	110	82.09
โพนพิสัย	175	138	78.86
ศรีเชียงใหม่	41	33	80.49
สังคม	53	45	84.91
สระใคร	66	49	74.24
เฝ้าไร่	124	106	85.48
รัตนวาปี	81	65	80.25
โพธิ์ตาก	20	17	85
รวม	985	812	82.44

B หมายถึง จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR

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

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	290	232	80
ท่าบ่อ	135	100	74.07
โพนพิสัย	175	126	72
ศรีเชียงใหม่	41	31	75.61
สังคม	54	45	83.33
สระใคร	66	48	72.73
เฝ้าไร่	121	93	76.86
รัตนวาปี	80	60	75
โพธิ์ตาก	20	15	75
รวม	982	750	76.37

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

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

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	343	76	22.16
ท่าบ่อ	497	72	14.49
โพนพิสัย	352	54	15.34
ศรีเชียงใหม่	66	3	4.55
สังคม	162	11	6.79
สระใคร	40	5	12.50
เฝ้าไร่	96	2	2.08
รัตนวาปี	101	12	11.88
โพธิ์ตาก	0	0	0
รวม	1,657	235	14.18

B หมายถึง หญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปัจุบันประมาณ ได้รับการตรวจ HCT

A หมายถึง หญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในปัจุบันประมาณ ได้รับการตรวจ HCT และผลอยู่ระหว่าง 1-32

ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

อำเภอ	B	A	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	356	264	74.16
ท่าบ่อ	164	119	72.56
โพนพิสัย	216	152	70.37
ศรีเชียงใหม่	45	26	57.78
สังคม	62	48	77.42
สระใคร	89	60	67.42
เฝ้าไร่	155	111	71.61
รัตนวาปี	94	64	68.09
โพธิ์ตาก	26	16	61.54
รวม	1,207	860	71.25

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

A หมายถึง จำนวนหญิงตาม B ที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2563 – 2566

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 – พ.ค.66)
1	หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	5,013	5,207	4,552	3,208
2	ครรภ์เสี่ยงระดับ high Risk	1.06 (53/5,013)	2.07 (108/5,207)	8.59 (278/4,552)	17.21 (552/3,208)
3	ครรภ์เสี่ยงระดับ very high Risk	0.02 (1/5013)	0.33 (20/5,207)	.022 (7/4,552)	0.34 (11/3,208)
4	ครรภ์เสี่ยงคลอดทั้งหมดใน ปีงบประมาณ	25.93 (14/45)	67.57 (75/111)	26.67 (76/285)	30.19 (170/563)
5	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด เป็นทาลัสซีเมีย	2.75 (8/291)	9.48 (76/802)	6.84 (25/365)	5.10 (12/235)

ข้อมูลจากรายงาน ก และ HDC 1 มิถุนายน 2566

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมากปีงบประมาณ 2563 – 2566

อำเภอ	ปีงบประมาณ			
	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 – พ.ค.66)
เมืองหนองคาย	14	16	7	10
ท่าบ่อ	3	2	0	0
โพนพิสัย	1	1	0	1
ศรีเชียงใหม่	1	1	0	0
สังคม	0	0	0	0
สระใคร	0	0	0	0
เฝ้าไร่	3	0	0	0
รัตนวาปี	1	0	0	0
โพธิ์ตาก	0	0	0	0
รวม	23	20	7	11

ข้อมูลจากรายงาน ก และ HDC 1 มิถุนายน 2566

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 6.1 ควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตรเฉพาะทางสำหรับแพทย์และพยาบาล
- 6.2 ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลัง แพทย์เฉพาะทาง สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
- 6.3 ควรจัดสรรงบประมาณ งบลงทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา High cost ที่จำเป็น ต้องใช้กรณีมารดาภาวะวิกฤต เช่น กรณีมารดาตกเลือดขณะคลอด หลังคลอด กรณีภาวะวิกฤติในทารกแรกเกิด ได้แก่ Transport incubator

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ | โทร 081 977 8442 |
| ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ | E-mail : - |
| 2. นางจรรยา คำอุ่น | โทร. 089-7105948 |
| ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | E-mail : tuktik_janya@hotmail.com |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

หัวข้อ : ปัญหาทางการแพทย์ และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา
กัญชาทางการแพทย์

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

1.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - 2 มิ.ย.66)
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 10	-	-	9.8	29.09
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100	-	-	225.25	571.10
จำนวนงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน	1 เรื่อง	-	-	-	1
จำนวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงาน	2 ครั้ง/ปี	-	-	-	3

2. สถานการณ์

2.1 หน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 23 แห่ง จำแนกเป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. จำนวน 7 แห่ง รพ.สต. จำนวน 13 แห่ง และ สอน. จำนวน 1 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

ตารางแสดงจำนวนรพ./รพ.สต.ที่จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จังหวัดหนองคาย
ปีงบประมาณ 2566

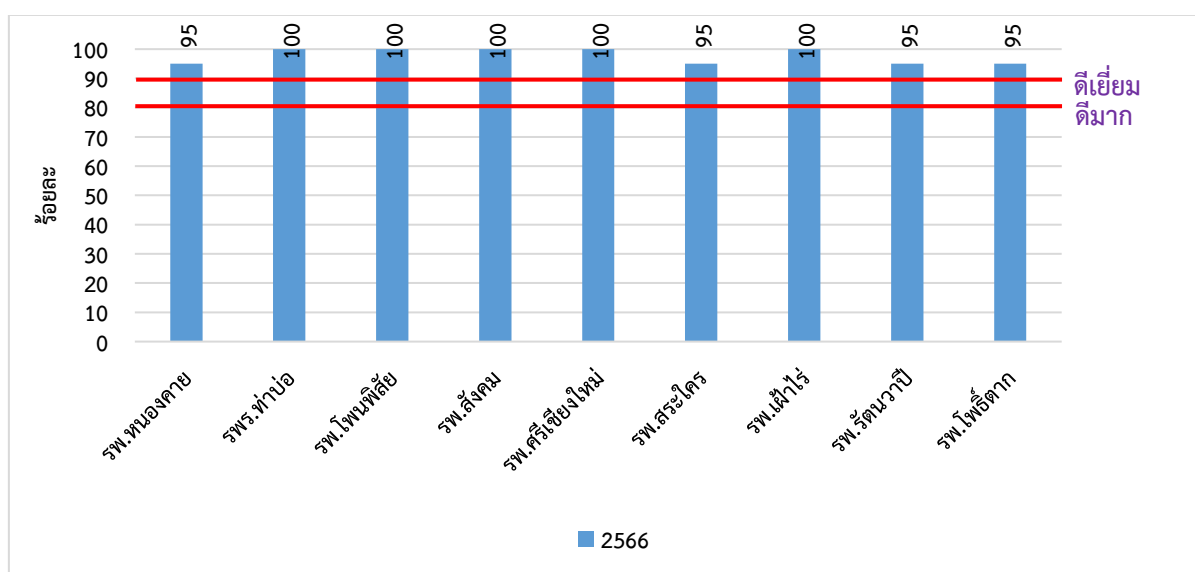
ลำดับ	รพ./รพ.สต.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	4	4	100
2	ท่าบ่อ	2	2	100
3	โพนพิสัย	4	4	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	สังคม	2	2	100
6	สระใคร	2	2	100
7	เฝ้าไร่	5	5	100
8	รัตนวาปี	2	2	100
9	โพธิ์ตาก	1	1	100
รวม		21	21	100

ตารางแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566

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

2.2 โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานระดับดีเยี่ยม จำนวน 9 แห่ง ดังกราฟ

กราฟแสดงผลการประเมินโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ปี 2566



2.3 โรงพยาบาลโพนพิสัยเป็นสถานที่ผลิตยาสมุนไพร WHO GMO ในจังหวัดหนองคาย โดยในปีงบประมาณ 2566 มีการผลิตน้ำมันกัญชา (อาจารย์เดชา) จำนวน 2,500 ขวด (หมดอายุ 11 มกราคม 2567) และมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ดังนี้

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนน้ำมันกัญชา (อาจารย์เดชา) ที่สนับสนุน (ขวด)
1	รพ.หนองคาย	200
2	รพ.ท่าบ่อ	100
3	รพ.ศรีเชียงใหม่	60
4	รพ.สังคม	50
5	รพ.สระใคร	50
6	รพ.เผ้าไร่	50
7	รพ.รัตนวาปี	50
8	รพ.โพธิ์ตาก	50
รวม		610

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการและศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ในวันที่ 4 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมชั้น ๖ วิทยาลัยพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

3.2 ประชุมขับเคลื่อนสมุนไพรและข้อมูลสารสนเทศบริการแพทย์แผนไทยและ姑療法ทางการแพทย์ จังหวัดหนองคาย ในวันที่ 10 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

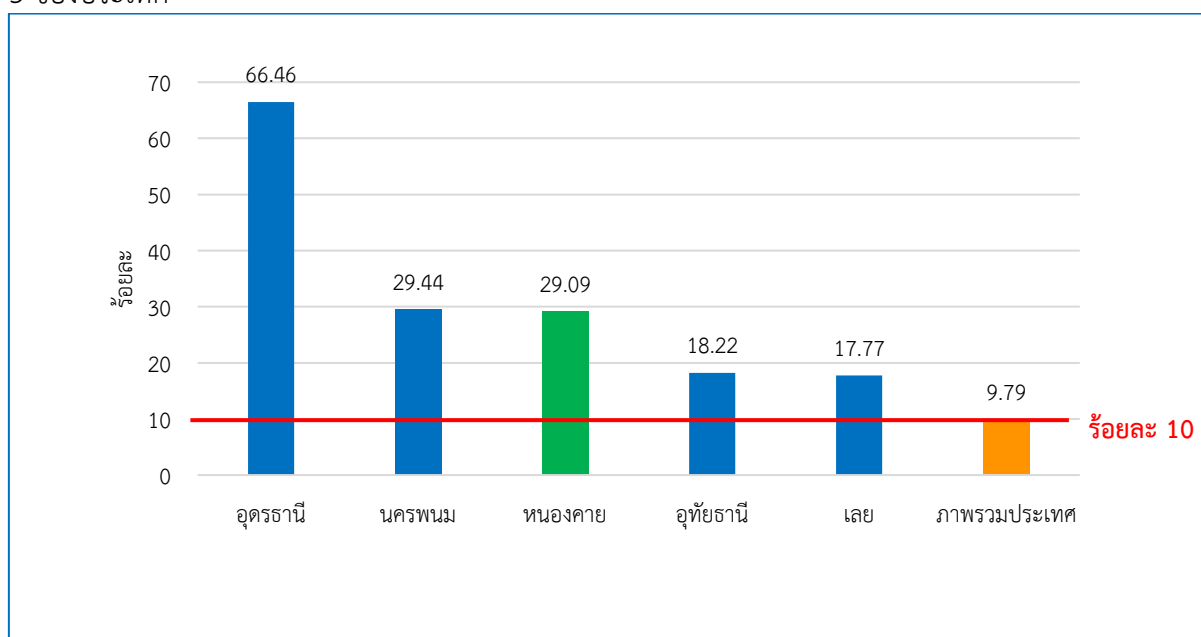
3.3 อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำวิจัยและพัฒนา และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในวันที่ 18 - 19 พฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

3.4 ประเมินคลินิก姑療法ทางการแพทย์ และนิเทศงาน姑療法ทางการแพทย์และผลการดำเนินการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในวันที่ 20 เมษายน - 23 พฤษภาคม 2566

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

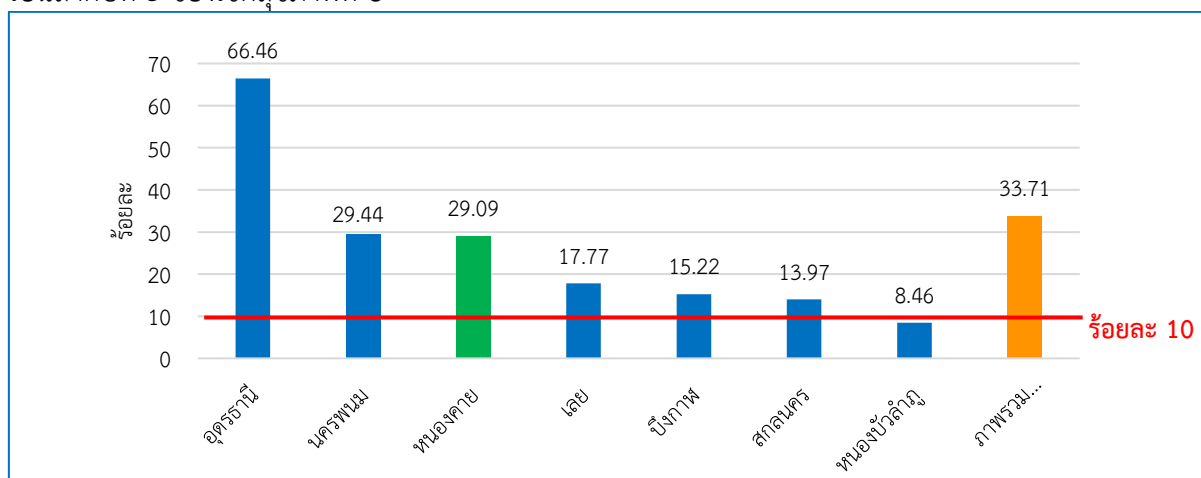
4.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์

4.1.1 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์เปรียบเทียบกับระดับประเทศ โดยปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศ



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.1.2 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยา姑息療法ทางการแพทย์ เปรียบเทียบระดับเขตสุขภาพที่ 8 โดยปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงาน เป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.1.3 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยา姑息療法ทางการแพทย์ จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566				
		B	A	ร้อยละ	B			A	ร้อยละ
					มีชีวิต	เสียชีวิต	รวม		
1	เมืองหนองคาย	214	30	14.02	165	52	217	31	14.29
2	ท่าบ่อ	166	9	5.42	79	37	116	26	22.41
3	โพนพิสัย	233	10	4.29	304	58	362	113	31.22
4	ศรีเชียงใหม่	39	4	10.26	21	17	38	6	15.79
5	สังคม	84	22	26.19	42	25	67	24	35.82
6	สระใคร	52	8	15.38	41	10	51	25	49.02
7	เฝ้าไร่	52	2	3.85	23	8	31	16	51.61
8	รัตนวาปี	83	9	10.84	39	18	57	26	45.61
9	โพธิ์ตาก	33	5	15.15	8	19	27	14	51.85
ภาพรวมจังหวัด		956	99	10.36	722	244	966	281	29.09

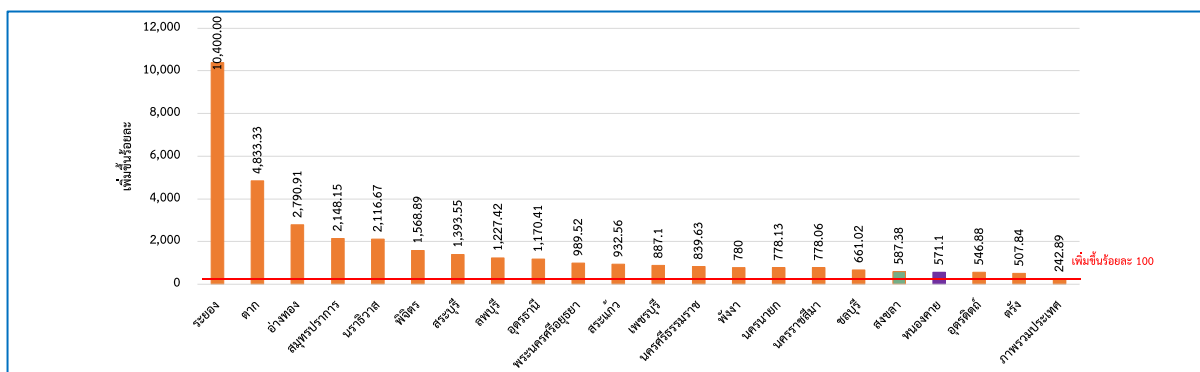
A : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z515) และได้รับกัญชาทางการแพทย์

B : ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z515)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

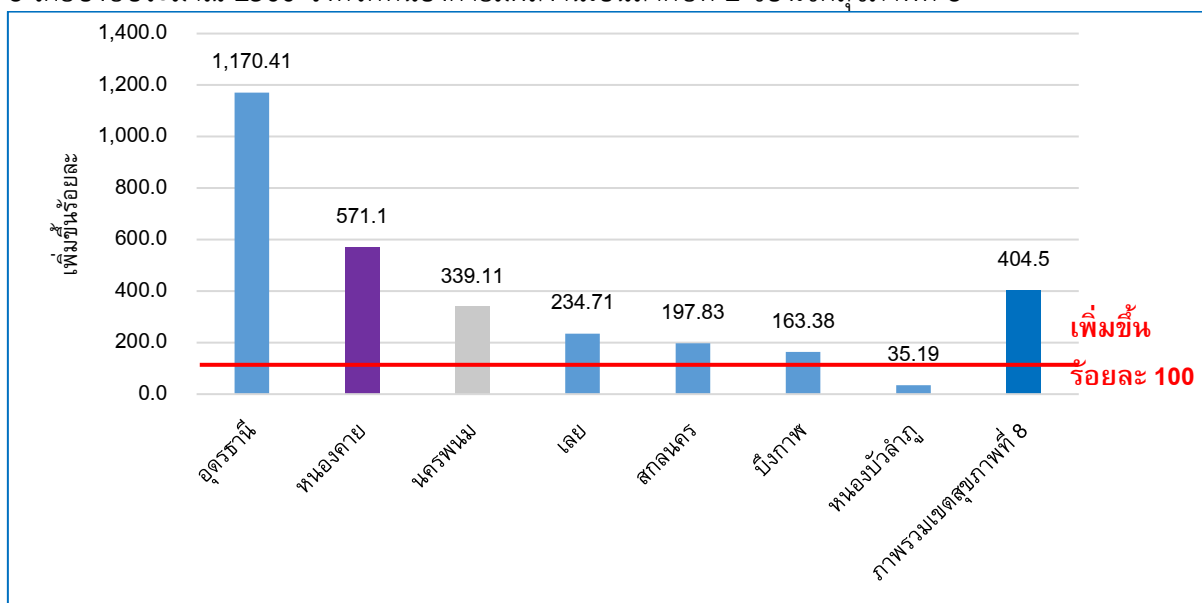
4.2 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางคลินิก

4.2.1 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางคลินิกเปรียบเทียบระดับประเทศ โดยปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 19 ของประเทศ



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.2.2 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางคลินิกเปรียบเทียบระดับเขตสุขภาพที่ 8 โดยปีงบประมาณ 2566 จังหวัดหนองคายมีผลงานเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.2.3 ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ยุงขาทางการแพทย์ จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
		ปี 2564 [B]	ปี 2565 [A]	ร้อยละ	ปี 2564 [B]	ปี 2566 [A]	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	82	398	385.37	82	298	263.41
2	ท่าบ่อ	90	157	74.44	90	336	273.33
3	โพนพิสัย	67	81	20.90	67	437	552.24
4	ศรีเชียงใหม่	7	56	700	7	233	3,228.57
5	สังคม	45	150	233.33	45	320	611.11
6	สระใคร	1	46	4,500	1	53	5,200.00
7	เผ้าไร่	0	30	0	0	78	0
8	รัตนวาปี	7	72	928.57	7	194	2,671.43
9	โพธิ์ตาก	2	59	2,850	2	71	3,450.00
ภาพรวมจังหวัด		301	1,049	248.50	301	2,020	571.10

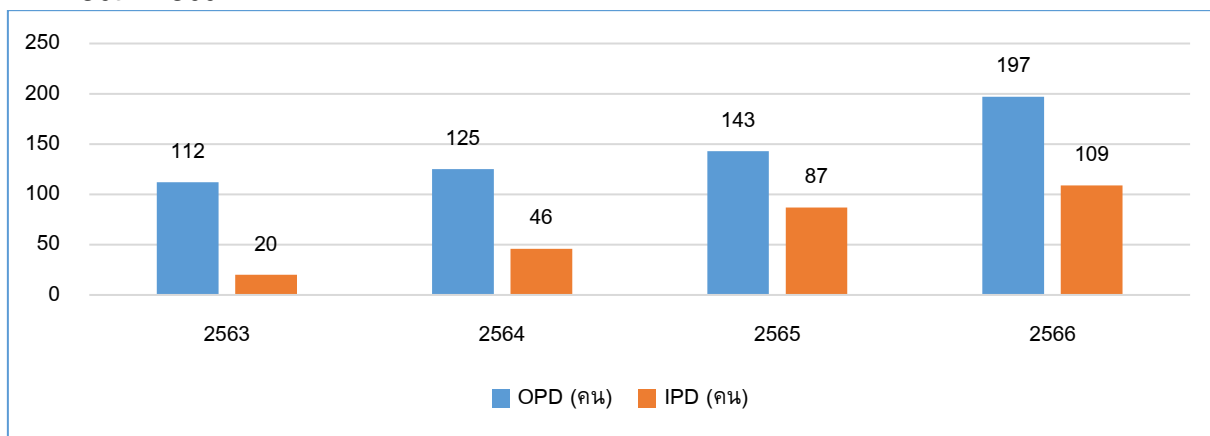
A : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ยุงขาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (คน)

B : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ยุงขาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)

ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

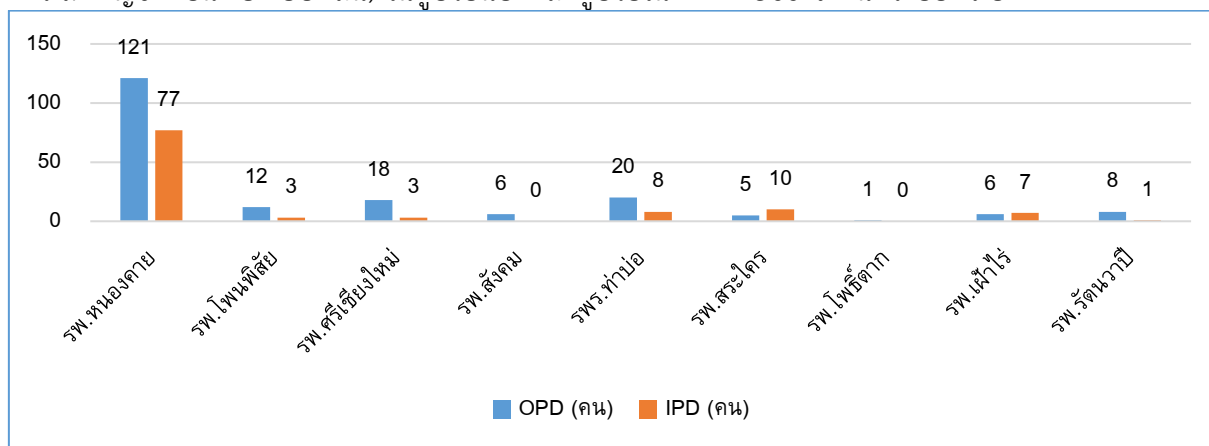
4.3 รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย F12 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา เป็นพิษเฉียบพลัน) และการวินิจฉัย T407 (ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้ยา)

4.3.1 รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย F12 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา เป็นพิษเฉียบพลัน) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เปรียบเทียบย้อนหลังระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2566



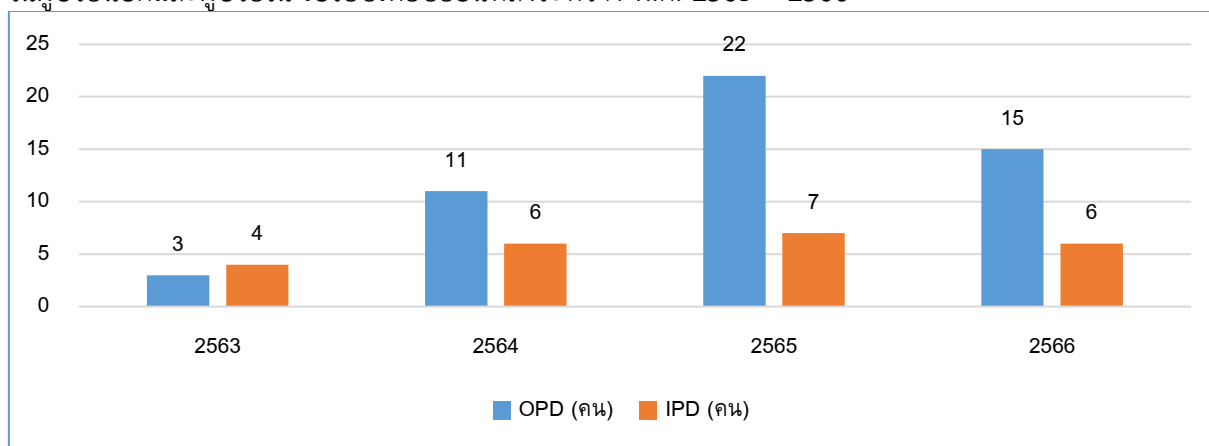
ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.3.2 รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย F12 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา เป็นพิษเฉียบพลัน) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พ.ศ. 2566 จำแนกรายอำเภอ



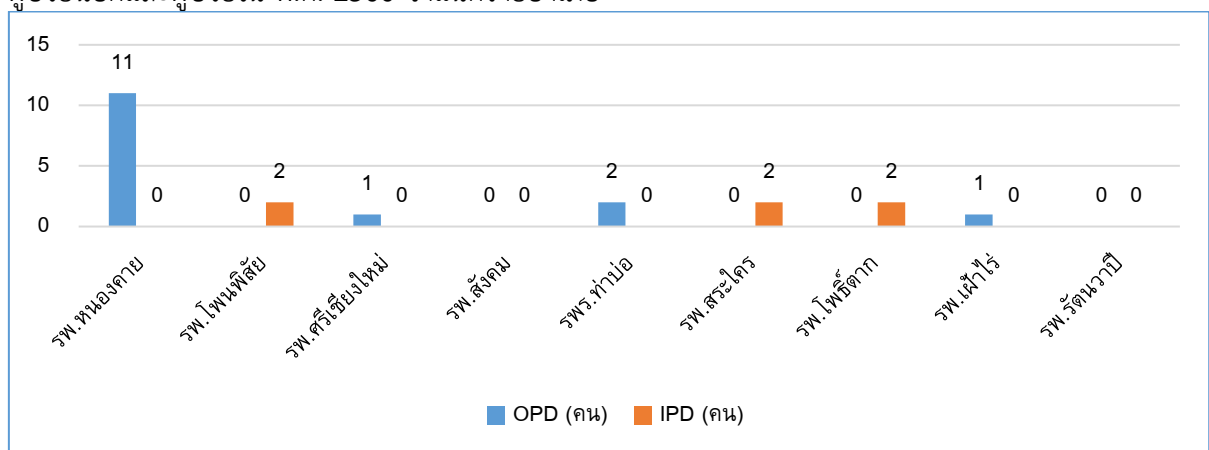
ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.3.3 รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย T407 (ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้กัญชา) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เปรียบเทียบย้อนหลังระหว่าง พ.ศ. 2563 – 2566



ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.3.4 รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย T407 (ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้กัญชา) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พ.ศ. 2566 จำแนกรายอำเภอ



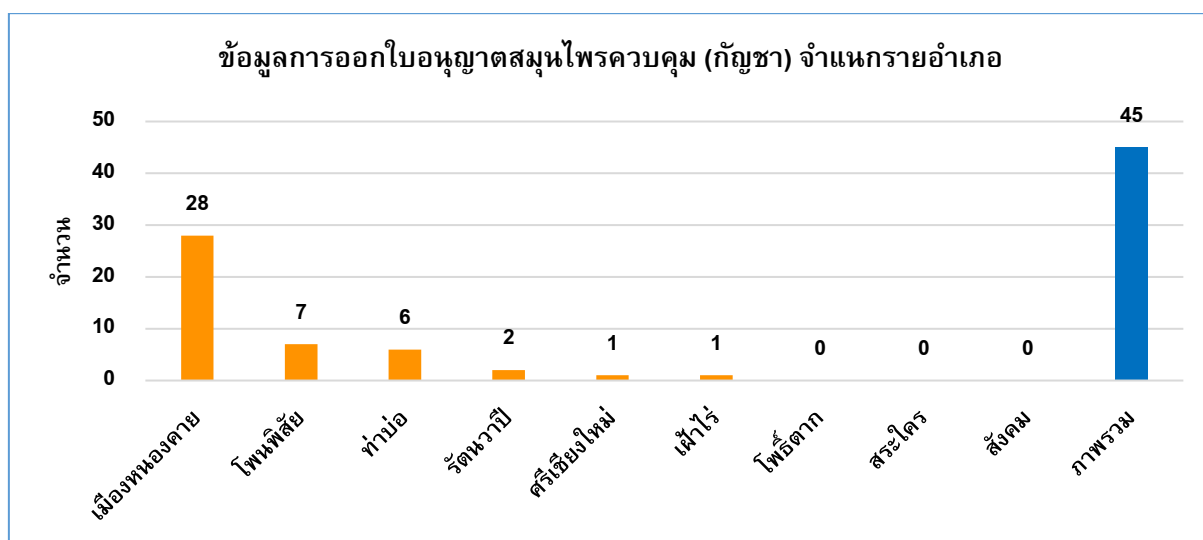
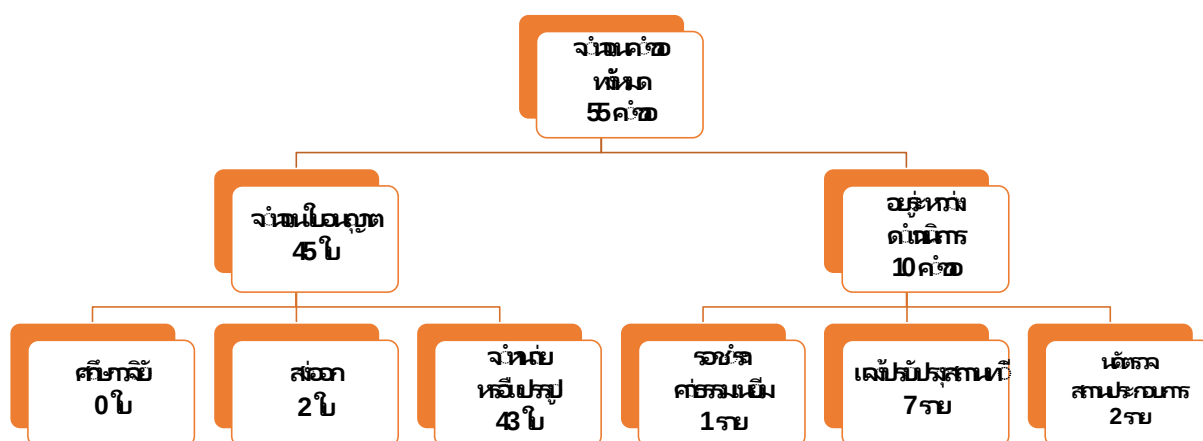
ข้อมูล โปรแกรม HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2566

4.4 การออกใบอนุญาตสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องสมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2566

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเริ่มมีการดำเนินการมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 มีจำนวนคำขอต้งทั้งหมด 55 คำขอ ซึ่งสามารถแบ่งตามประเภทได้ดังนี้

1. ใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุม จำนวน 0 ใบ
2. ใบอนุญาตให้ส่งออกสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า จำนวน 2 ใบ
3. ใบอนุญาตให้จำหน่ายหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า จำนวน 43 ใบ และอยู่ในระหว่างดำเนินการ จำนวน 10 คำขอ

แผนภูมิแสดงรายละเอียดการออกใบอนุญาตสมุนไพรควบคุม (กัญชา)



6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. รายงานข้อมูลการใช้ยาในโปรแกรม HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ เช่น ข้อมูลปริมาณการใช้ยา	1. ผู้ดูแลโปรแกรม HDC ของส่วนกลาง ควรมีการทบทวนข้อมูลการใช้ยาให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด
2. ข้อมูลผู้ป่วย palliative care ใน HDC ไม่สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วย palliative care ที่เสียชีวิตในพื้นที่	2. ผู้ดูแลโปรแกรม HDC ของส่วนกลาง ควรมีการทบทวนการประมวลผลข้อมูลของผู้ป่วย palliative care

7. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำวิจัยและพัฒนา และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในวันที่ 18 - 19 พฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยในการอบรมครั้งนี้เป็นการส่งเสริมการผลิตผลงานทางวิชาการตั้งแต่กระบวนการตั้งโจทย์ปัญหาวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา ไปจนถึงสรุปและอภิปรายผล ซึ่งจะมีทีมพี่เลี้ยงช่วยให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งมีอาจารย์วิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยมีการศึกษาเรื่องกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดังนี้

- 1) การศึกษาประสิทธิผลของตำรับแก้ลมแก้เส้น คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่
- 2) การศึกษาแนวทางและประสิทธิผลของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

ซึ่งผลงานทั้ง 2 เรื่อง อยู่ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาศึกษา

ตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
2. การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดผู้ป่วยต่อประจักษ์ในโปรแกรม vision2020thailand

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
1. อัตราการคัดกรองสายตาสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	75	74.56	70.08	.8522	62.49
2. อัตราผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	95	97.51	99.45	99.87	100
3. อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR	60	62.7	62.79	65.40	52.83
4. อัตราเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เสี่ยง ROP ได้รับการตรวจ ROP screening	100	100	100	100	100
5. อัตราการคัดกรองสายตาสายตาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยครูประจำชั้น	80	23.86	39.05	22.99	0
6. อัตราเด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ	60	0	12.5	15.85	0

หมายเหตุ - ข้อมูลในข้อ 5 และ ข้อ 6 ยังเป็นปีการศึกษา 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566)

2. สถานการณ์

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

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

ได้รับการคัดกรองสายตา 4,833 คน คิดเป็นร้อยละ 29.39 จะเห็นว่าผู้ป่วยBlinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด แต่อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงเรื่องการเข้าถึงบริการการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบว่าการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาตาบอดจากต้อกระจกในพื้นที่จังหวัดหนองคายเริ่มเป็นไปตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด กล่าวคือหลังจากคัดกรองสายตาผู้สูงอายุแล้วส่วนใหญ่ยังไม่มีมีการประสานส่งรายชื่อที่มีความผิดปกติมาพบทีมจักษุเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาผ่าตัดตามเกณฑ์ ประเด็นปัญหาคือยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ปทุมภูมิกับเจ้าหน้าที่ทีมจักษุในการประสานส่งผู้สูงอายุที่มีสายตาผิดปกติให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในประเด็นดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

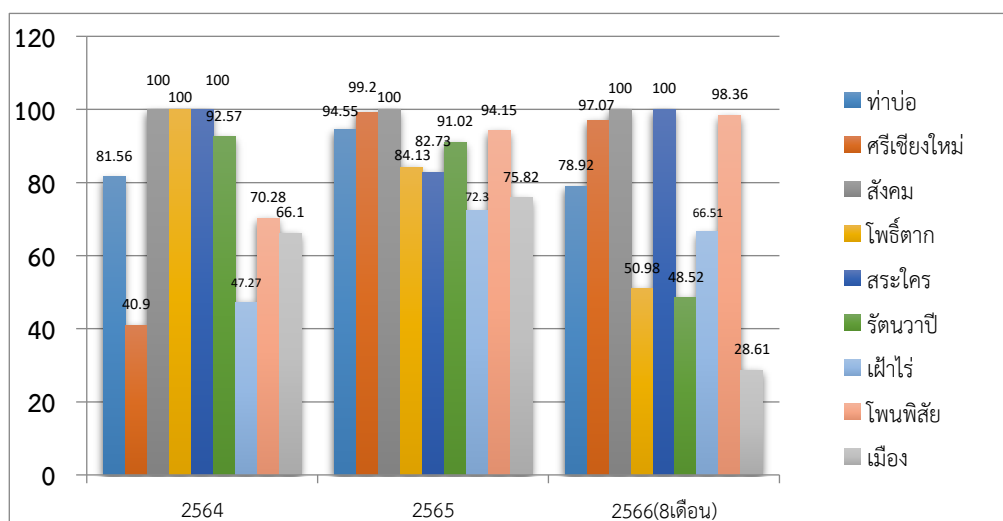
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ประชากรสูงอายุ60ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการคัดกรองสายตา ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาผ่าตัดโดยทีมจักษุได้อย่างครอบคลุมและสะดวกรวดเร็ว ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	- ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2563-2564 อัตราการคัดกรองตาไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด ,2565 พบว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ส่วนในปีงบประมาณ2566 อัตราการคัดกรองตาไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด -อัตราการผ่าตัดผู้ป่วย Blinding cataract ภายใน 30วัน ในปีงบประมาณ 2563 –2566 พบว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด		
GAP	1. ยังไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในการส่งผู้ป่วยBlinding cataract มาพบทีมจักษุ 2. การลงข้อมูลในvision2020 บางแห่งยังไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน 3. เนื่องจากสถานการณ์โควิด19 ทำให้การคัดกรองซึ่งเป็นงานเชิงรุกในปีงบประมาณ2563-2565 ชะงักลงและทำได้ช้าลง แต่เริ่มดีขึ้นในช่วงปลายปี2565		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีVA <10/200 เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษากับทีมจักษุ	2. ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านจักษุได้อย่างทั่วถึง	3. พัฒนาการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในเขตจังหวัดหนองคาย
กิจกรรมหลัก	1. จัดประชุมและอบรมบุคลากรทางด้านจักษุให้มีศักยภาพในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยต้อกระจก 2. จัดทำแนวทางและสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยต้อกระจกเข้ามารับการรักษาและผ่าตัดที่ รพ. หนองคาย	2. บูรณาการการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการส่งผู้ป่วยที่มี VA < 10/200 เข้ารับการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษากับทีมจักษุ	3. พัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย อย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางด้านจักษุได้สะดวกขึ้น

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

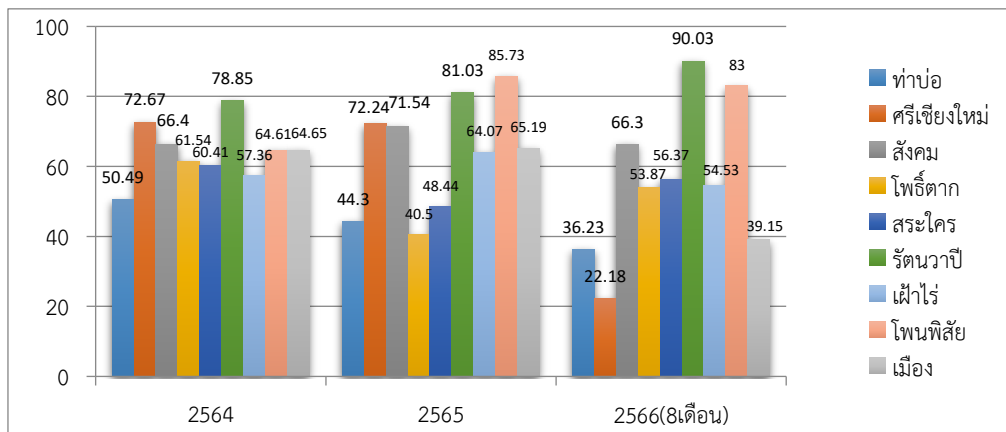
4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

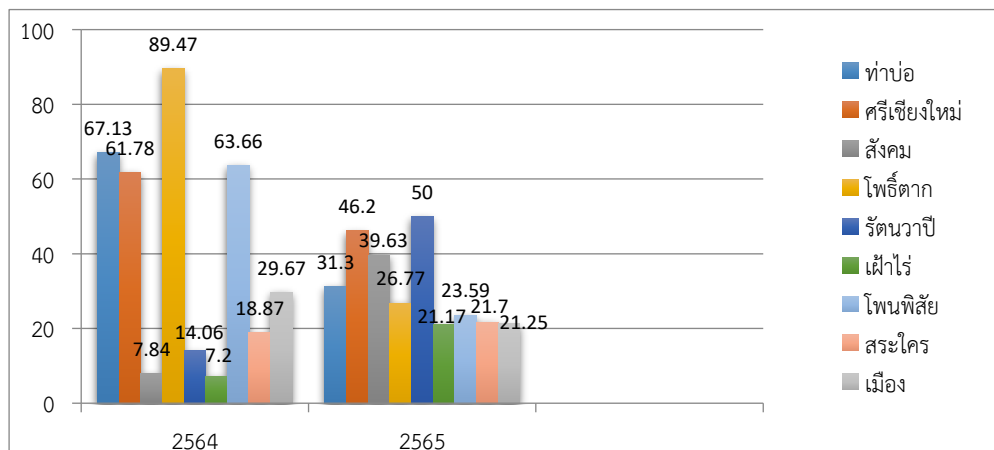
อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป



อัตราผู้ป่วยDMได้รับการคัดกรองDR



อัตราการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยครูประจำชั้น



หมายเหตุ ข้อมูลเป็นปีการศึกษา2565

ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลการดำเนินงาน ปี2566
1. อัตราการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	75	62.49
2. อัตราผู้ป่วยBlinding cataractได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	95	100
3. อัตราผู้ป่วยDMได้รับการคัดกรองDR	60	52.83
4. อัตราเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เสี่ยงROPได้รับการตรวจ ROP screening	100	100
5. อัตราการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนป.1โดยครูประจำชั้น	80	22.99
6.อัตราเด็กที่มีสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ	60	15.85

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา

1. ประชุมบุคลากรงาน Service Plan สาขาจักษุ เพื่อทำความเข้าใจรับฟังและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
2. ผู้บริหารระดับสูง Service Plan กระตุ้นขอความร่วมมือลงสู่หน่วยปฐมภูมิ เพื่อเร่งรัด ติดตามและ กำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ให้บรรลุตามเป้าหมาย
3. ของบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดซื้อกล้องถ่ายภาพจอประสาทตาให้เพียงพอกับความต้องการใช้งาน

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

จากสถิติการทำผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2563 จำนวน 963 ราย ปี 2564 จำนวน 730 ราย ปี 2565 จำนวน 852 รายและปี 2566 จำนวน 764 ราย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เดิมเปิด VDO ให้ผู้ป่วยและญาติดู ดังนั้นจึงปรับเปลี่ยนให้เข้ากับยุคปัจจุบัน ทางดิจิทัล มี QR-code ในการแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมตัวผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และ QR-code ในการแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

QR Code ก่อนผ่าตัด



QR Code หลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นางกรรติ บวรกิตติวงศ์
ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางสาวสุรรัตน์ จันทร์หล้า
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 042 413456-65 ต่อ 126
E-mail:piradeet@hotmail.com
โทร 042 413456-65 ต่อ 126
E-mail:pockysrr@gmail.com

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพวัยทำงาน/สุขภาพจิต

ตัวชี้วัด 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 85

3. ร้อยละ 95 ของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565 (ต.ค.65 - พ.ค. 66)
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	100.17	126.09	106.93
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ 85	3.07	2.90	3.29
3. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี	ร้อยละ 95	94	98.24	100

2. สถานการณ์

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

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

การเข้าถึงบริการโรคจิตเภทในจังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 3,994 คน คิดเป็นร้อยละ 115.47 และในปี 2566 จังหวัดหนองคาย ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพจำนวน 78 คน(เคสละ 6000 บาท) จากผลการดำเนินงานพบว่าการให้บริการโรคจิตเภทในกลุ่มจิตเวชเรื้อรัง

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

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

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

4. ผลการดำเนินงาน 3 ปี (ปี2564 - 2566)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ≥ 85

ที่	อำเภอ	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ								
		ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566		
		ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าประมาณการณ	จำนวน	ร้อยละ
1	เมือง	3,393	3,392	99.97	3,318	3,672	110.66	3,406	3,892	114.26
2	ท่าบ่อ	1,899	1,947	105.16	1,620	2,071	127.83	1,910	2,122	111.09
3	โพนพิสัย	2,177	2,030	93.25	1,757	2,065	117.52	2,215	2,092	94.44
4	ศรีเชียงใหม่	696	718	103.16	409	734	179.46	689	746	108.27
5	สังคม	551	771	139.93	494	785	158.90	569	793	139.36
6	สระใคร	588	462	78.57	435	470	108.04	595	487	81.84
7	เผ่าไร่	1,151	1,247	108.34	702	1,266	180.34	1,142	1,289	112.87
8	รัตนวาปี	850	732	86.12	650	758	116.61	851	777	91.30
9	โพธิ์ตาก	341	317	92.96	248	326	131.45	345	337	97.68
	รวม	11,646	11,666	100.17	9,633	12,147	126.09	11,722	12,535	106.93

ที่มา : รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

ตารางที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

ที่	อำเภอ	จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย 3 ปีย้อนหลัง (แยกรายอำเภอ)								
		ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566		
		ประชากร	จำนวน	อัตรา	ประชากร	จำนวน	อัตรา	ประชากร	จำนวน	อัตรา
1	เมือง	150,629	1	0.66	150,103	3	1.99	149,652	4	2.67
2	ท่าบ่อ	83,072	0	0	82,282	4	4.86	82,021	2	2.43
3	โพนพิสัย	98,846	3	3.04	98,258	4	4.07	98,135	1	1.02
4	ศรีเชียงใหม่	30,901	3	9.71	29,841	1	3.35	29,755	1	3.36
5	สังคม	25,294	1	3.95	25,633	1	3.90	25,633	2	7.80
6	สระใคร	26,784	2	7.47	26,565	0	0	26,602	0	0
7	เผ่าไร่	52,251	5	9.57	52,858	2	3.93	50,852	3	5.89
8	รัตนวาปี	38,768	1	2.58	38,057	0	0	37,916	4	10.54
9	โพธิ์ตาก	15,341	0	0	15,246	0	0	15,230	0	0
	รวม	521,886	16	3.07	516,843	15	2.90	515,795	17	3.29

ที่มา : รายงาน 506 DS V.10 วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

ตารางที่ 3 ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี

ที่	อำเภอ	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3 ปีซ้อนหลัง (แยกรายอำเภอ)								
		ปี 2564			ปี 2565			ปี 2566		
		จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ	จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ	จำนวน	ฆ่าตัวตายซ้ำ	ร้อยละ
1	เมือง	32	0	100	25	1	96	14	0	100
2	ท่าบ่อ	23	0	100	10	0	100	9	0	100
3	โพนพิสัย	14	0	100	13	0	100	8	0	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	3	62	4	0	100	2	0	100
5	สังคม	10	0	100	2	0	100	0	0	100
6	สระใคร	9	1	50	0	0	100	0	0	100
7	เผ่าไร่	9	3	77	0	0	100	2	0	100
8	รัตนวาปี	6	0	100	2	0	100	0	0	100
9	โพธิ์ตาก	4	0	100	1	0	100	2	0	100
รวม		108	7	94	57	1	98.24	37	0	100

ที่มา : รายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

5. ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี 2566 (ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566)

1. ด้านบริหารจัดการ

- 1.1 จัดทำแผนโครงการการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับจังหวัด (Service Plan)
- 1.2 ประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการบริการจิตเวชเบื้องต้นในชุมชน และการจัดสรรโควตา/ปีงบประมาณ 2566 ในวันที่ 13 ธันวาคม 2565 ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมภาษณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ร่วมกับการประชุมงานยาเสพติด

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

- 2.1 นโยบายของเขตสุขภาพจิตที่ 8 เรื่องการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาล จังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลหนองคาย มีการเปิดบริการ เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2565
- 2.2 นโยบายของเขตสุขภาพจิตที่ 8 เรื่องการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ดำเนินงานจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดได้ 100 %
- 2.3 โครงการจิตเวชเบื้องต้นในชุมชน ปีงบประมาณ 2566 โดยจิตแพทย์โรงพยาบาลจิตเวช ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน และ coaching แพทย์/พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน ประจำรพ.รพ.สต. ในระหว่างดำเนินโครงการฯ ทุกแห่ง
- 2.4 ทบทวนระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน/การส่งต่อผู้ป่วย
- 2.5 ร่วมขับเคลื่อน พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่2) พ.ศ.2562 ระดับจังหวัดให้เป็นรูปธรรม
- 2.6 การพัฒนา Telemedicine
- 2.7 การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย โดยการเปิดบริการ SMC จิตเวช ในวันพุธ เวลา 16.30 - 20.30 น. เริ่มเมื่อเดือนตุลาคม 2565 ที่ผ่านมา

2.8 การพัฒนา นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

- Notion Program : นพ.เอกอาชาน โควสุภภัทร์ เป็นผู้พัฒนา

- ร่วมพัฒนา Application ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับ โรงพยาบาล

สระใคร เพื่อใช้เป็น Application ของจังหวัดหนองคาย ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2.9 การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ โดยจัดให้มีจิตเวชคอร์สเนอร์

2.10 โรงพยาบาลหนองคายจัดให้มีการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะการบำบัดให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ทักษะพื้นฐานจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม Basic Skill in CBT Workshop” ในระหว่างวันที่ 16 - 18 มกราคม 2566 ณ ห้องประชุมชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 4 โรงพยาบาลหนองคาย

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมในการคัดกรองสุขภาพจิตมีหลายโปรแกรมเป็นการเพิ่มภาระงานให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่
2. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

7. แนวทางการแก้ไข

กรม/กระทรวง ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลในการคัดกรอง ส่งต่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานและให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้จริง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาธารณัฐซีเมียเด็ก

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl	$\geq$ ร้อยละ 50	6.78	26.69	72.73	63.4
2. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin $< 2,500$ mg	$\geq$ ร้อยละ 80	92.98	89.38	87.18	89.5
3. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์	$\geq$ ร้อยละ 80	74.50	91.94	81.82	82.00

2. Six Building Block Plus Framework

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

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

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

3. สถานการณ์

ตารางแสดง : อัตราผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด transfusion dependent thalassemia (TDT)

ต่อแสนประชากรปีงบประมาณ 2563 – 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)

อัตราผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด TDT ต่อประชากรแสนคน		ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	2566
ผู้ป่วยเด็ก Thalassemia ชนิด transfusion dependent thalassemia)TDT(อายุ 0-15 ปี) (รหัส ICD-10 : D56.0, D56.1)	จำนวน (คน)	114	120	120	112
	ต่อประชากรแสนคน	22.03	23.26	23.26	21.71

ปี 2561 : จัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพิ่มคือ ทันตกรรมและโภชนาการ และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ปี 2562 : มีการให้บริการแบบ One stop service ลดขั้นตอนและลดระยะเวลา

ปี 2563-2564

- วันที่ 29 มิถุนายน 2563 ประชุมเครือข่ายเขต 8 เพื่อรับนโยบาย

- ตั้ง Node เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง คือ Node โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, Node

โรงพยาบาลโพนพิสัย

- เพิ่มการประสานกับ COC, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทันตกรรม

- ทุก Node มีทันตกรรมเข้าร่วมเครือข่าย 100%

- มีผู้ป่วยไปรับบริการที่ Node โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, Node โรงพยาบาล
โพนพิสัย 70%

- cavity free เพิ่มจากเดิม 52

ปี 2565 : เพิ่ม Node โรงพยาบาลสังคม

ปี 2566 ; เพิ่ม Node โรงพยาบาลเฝ้าไร่ ได้ออกนิเทศน์ เพื่อเสริมพลัง วันที่10 เมษายน 2566

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

มาตรการ	แนวทาง	Small Success			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างกระบวนการพัฒนา 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการและบริการสุขภาพผู้ป่วย Thalassemia 3. พัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย	1. พัฒนาความเข้มแข็งของทีมคณะทำงานในจังหวัดให้มีศักยภาพและองค์ความรู้ มีการวางแผนลงเยี่ยมในเครือข่ายที่รับผิดชอบ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง 3. ติดตามข้อมูลข่าวสารและการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องจากเขตเพิ่มคุณภาพของการดำเนินงาน 4. พัฒนาเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Thalassemia 6. พัฒนาคลินิก Thalassemia ของ รพ.หนองคาย, รพ. Node และ รพ.อำเภอที่รับผิดชอบ 7. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	1. รับนโยบายจากเขต 8 2. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการเครือข่ายในจังหวัด 3. แต่งตั้งและปรับเปลี่ยนคณะกรรมการระดับจังหวัดของทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย 4. ทบทวนคำสั่ง/CPG /KPI 5. ประชุมคณะกรรมการเครือข่ายในจังหวัดมอบหมายงานระบบการส่งต่อผู้ป่วย 6. ตั้งระบบไลน์ของจังหวัดเพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานในทุกเรื่อง	1. ประชุมติดตามปัญหาระบบการทำงาน,ยา, การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ และการศัลยกรรมและเลือดทุกรายอย่างถูกต้อง และส่งสปสขได้ตามกำหนดเวลา 2. ติดตามKPI รอบ เดือน 6 3. รวบรวมผลงาน KPI ของNODE ที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ รพ.โพนพิสัย และ รพ.ท่าบ่อ	1. รพ.ใน.NODE ที่รับผิดชอบสามารถรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากรพ.จังหวัด เพื่อรักษาต่อเนื่องใกล้บ้านได้ 2. ติดตามผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน 3. NODEที่รับผิดชอบสามารถส่งยา deferasirox มาใช้กับผู้ป่วยเองโดยไม่ต้องยืมยาจากรพ.จังหวัด. 4. จัดประชุมเพื่อติดตามงานและทบทวน KPIกับโรงพยาบาลในเครือข่าย	สรุปผลงานดำเนินงานประจำปีภาพรวมจังหวัดส่งเขตตามกำหนดพร้อมสรุปปัญหาและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานส่งเขตเพื่อพัฒนาและขอคำแนะนำ

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

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

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ							
		รพ.หนองคาย		รพ.ท่าบ่อ		รพ.โพนพิสัย		จังหวัดหนองคาย	
		2565	2566 (8ค)	2565	2566 (8ค)	2565	2566 (8ค)	2565	2566 (8ค)
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl	$\geq$ ร้อยละ 50	72.73	88.00	60.71	29.16	78.38	52.63	72.73	63.4
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin $< 2,500$ mg	$\geq$ ร้อยละ 80	87.18	62.5	92.85	91.66	100	100	87.18	89.5
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์	$\geq$ ร้อยละ 80	81.82	70.00	88.80	87.50	93.75	94.74	81.82	82.00

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

7. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. ลดระยะเวลาในการรับบริการจากเดิมเฉลี่ย 14 ชั่วโมง เป็น 7 ชั่วโมง 29 นาที
2. มีระบบส่งยาขับเหล็กและวิตามิน ให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเลื่อนนัดและบ้านไกล
3. มีระบบสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ชัดเจน ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านระบบ Line กลุ่ม ตลอด 24 ชั่วโมง
4. ธนาคารเลือดมีระบบเตรียมเลือดที่ปลอดภัย เพียงพอและรวดเร็ว

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death

2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death	Actual brain death donor > 1/100 hospital death	0.19 (1/519)	0.19 (1/537)	0.30 (2/659)	1.13 (5/441)
2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโรงพยาบาล คิดจาก Hospital death	Actual eye donor > 1.5 / 100 hospital death	0.19 (1/519)	0.56 (3/537)	0.46 (3/659)	1.59 (7/441)

2. Six Building Block Plus Framework

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

			3.ผู้ป่วยและครอบครัวผู้บริจาค อวัยวะและดวงตาได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมหลังการผ่าตัดนำ อวัยวะออก
Workforce	การเผยแพร่ การให้ข้อมูล ประชาชนโดย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด	1. การประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่ มีภาวะสมองตาย และ Cardiac dead ถึงคุณสมบัติในการ บริจาคอวัยวะและดวงตา 2. การดูแลรักษาภาวะวิกฤต ของผู้ป่วยบริจาคอวัยวะและ ดวงตาขณะรอทีมผ่าตัด โดยทีม สหสาขา แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้อง Lab	อวัยวะที่ผู้ป่วยบริจาคสามารถนำไป ปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยที่รอรับการปลูก ถ่ายได้
Supply	สนับสนุนด้านองค์ความรู้ ศักยภาพของบุคลากร เอกสาร เผยแพร่ สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน การดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ และดวงตา ได้แก่ พยาบาล ประจำตึกสามัญต่าง ๆ และ เพิ่มTCWN 2. ส่งพยาบาลอบรมการจัดเก็บ กระจกตา 1 สัปดาห์ที่ สภากาชาดไทย	พัฒนาศักยภาพของ TCWN ในการ ประสานงาน และดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะและ ดวงตา
Finance	ใช้สื่อประชาสัมพันธ์จาก สภากาชาดไทย	งบสนับสนุนจากสภากาชาดไทย งบสนับสนุนจากโรงพยาบาล	งบสนับสนุนจากสภากาชาดไทย งบสนับสนุนจากโรงพยาบาล
Governance	เชื่อมโยงข้อมูลเรื่องการบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะสู่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล ชุมชน	วางนโยบายแนวทางในการ ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ การคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จนถึง การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัด นำอวัยวะออก เพื่อให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ ตามได้ถูกต้อง	นโยบายสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะและ ดวงตา
Participation	ขับเคลื่อนงานการบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะสู่ตำบล อำเภอ จังหวัด และภาคีเครือข่าย	สร้างเครือข่าย ความร่วมมือ ใน หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน การดูแลผู้ป่วย	สร้างเครือข่าย ความร่วมมือ ใน หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการ ดูแลผู้ป่วย เช่น กาชาดจังหวัด

3. สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี 2563, 2564, 2565 และ 2566 (8 เดือน) มีจำนวน 519, 537, 659 และ 441 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต (Trauma death) จำนวน 52, 48, 50 และ 56 ราย (เพิ่ม Hemorrhage Stroke) 3 ปีซ้อนหลังมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองตายและบริจาคอวัยวะมีจำนวนเฉลี่ยปีละ 1 - 3 ราย ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยบางกลุ่มมีอาการหนักตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ขั้นตอนการขอเจรจาบริจาคอวัยวะได้ นอกจากนั้นในกลุ่มที่สามารถบริจาคอวัยวะได้ส่วนมากญาติจะตัดสินใจไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยบริจาคอวัยวะเนื่องจากมีความสงสารผู้ป่วยและยังอยู่ในช่วงสูญเสีย ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้แสดงความจำนงค์ในการบริจาคอวัยวะไว้ ทำให้ญาติมีความ

ลำบากในการตัดสินใจ อีกสาเหตุคือการค้นหา case การแจ้ง case ที่เข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ และการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะยังทำได้ไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่ TCWN ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน แต่เมื่อมีการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ตึกที่เกี่ยวข้อง ตั้ง TCWN ประจำตึก แนวโน้มในการแจ้ง case ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มผู้ป่วยบริจาคอวัยวะและดวงตาเพิ่มขึ้นในปี 2566

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

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

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

ผลการดำเนินงาน	งบปีประมาณ 2565	งบปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
1. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ	2	5
2. จำนวนผู้บริจาคดวงตา	3	7
3. อวัยวะที่สามารถจัดเก็บได้		
3.1 ไต (ข้าง)	4	9
3.2 ตับ	1	2
3.3 ดวงตา (ข้าง)	5	13

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566 ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

หัวข้อ : สาขการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 – พ.ค.66)
- ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 35	44.75	48.22	47.26	44.96
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	ร้อยละ 3	-	-	-	6.71

2. สถานการณ์

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

1. สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน 83 แห่ง จำแนกเป็น

1.1 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดการบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานและคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดคลินิกเฉพาะโรค จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50

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

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

1.5 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการแพทย์แผนจีน จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56

1.6 สถานบริการสาธารณสุขมีการส่งจ่ายยาสมุนไพร จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

1.7 โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน จำนวน 9 แห่ง ระดับดีเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 100

2. ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนรพ.สต. (แห่ง)	จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย (คน)					
				แพทย์แผนไทย	นักวิชาการสาธารณสุข	อายุรเวท	ผู้สัการรักษา	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	แพทย์แผนจีน
1	เมือง	149,652	17	11	3	1	50	19	1
2	ท่าบ่อ	82,021	10	5	0	1	26	11	1
3	โพนพิสัย	98,135	15	9	0	0	38	18	1
4	ศรีเชียงใหม่	29,755	6	2	0	0	10	2	0
5	สังคม	25,633	5	4	2	0	20	4	1
6	สระใคร	26,601	3	3	0	0	4	2	0
7	เผ่าไร่	50,852	7	6	0	0	27	6	0
8	รัตนวาปี	37,916	6	3	1	0	11	5	0
9	โพธิ์ตาก	15,230	5	2	0	0	12	4	1
ภาพรวม		515,795	74	45	6	6	198	62	5

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

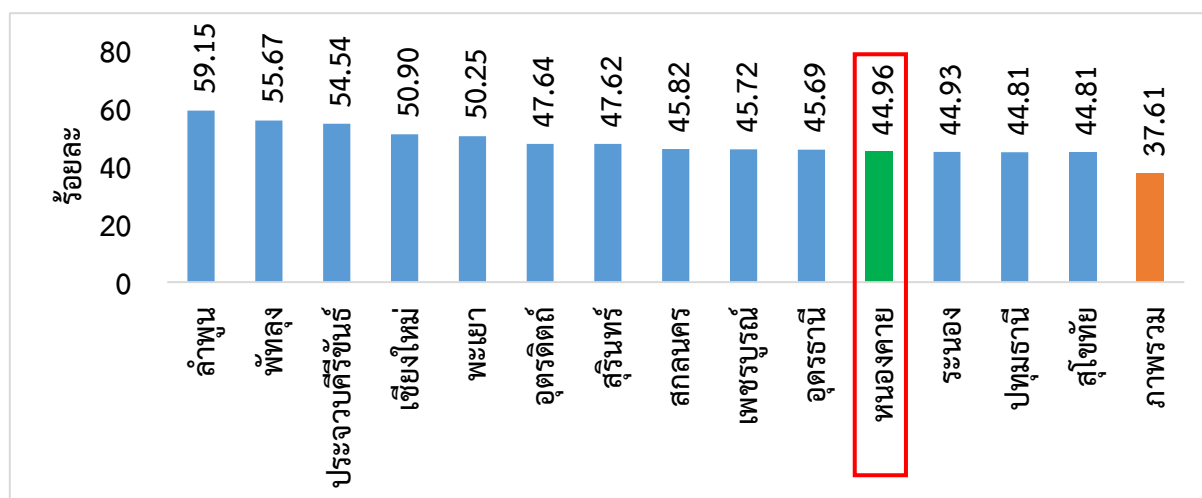
3) สถานที่ผลิตยาสมุนไพร WHO GMP จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลโพนพิสัย โดยมีการผลิตยาสมุนไพรจำนวน 17 รายการ จำแนกเป็น ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน แคปซูล ฟ้าทะลายโจรแคปซูล รากจืดแคปซูล สหัชชารากแคปซูล ยาผสมเพชรสังฆาต ยาผสมเถาวัลย์เปรียง ยาประคบ น้ำมันโพลี ซี้ฟงพวยยอ ซี้ฟงโพลี น้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา และยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 6 รายการ ได้แก่ พิมเสนน้ำ ยาอบสมุนไพร บาล์มกัญชา บาล์มโพลีกัญชา น้ำมันนวดสมุนไพรกัญชา และยาประคบตำรับยี่ม

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

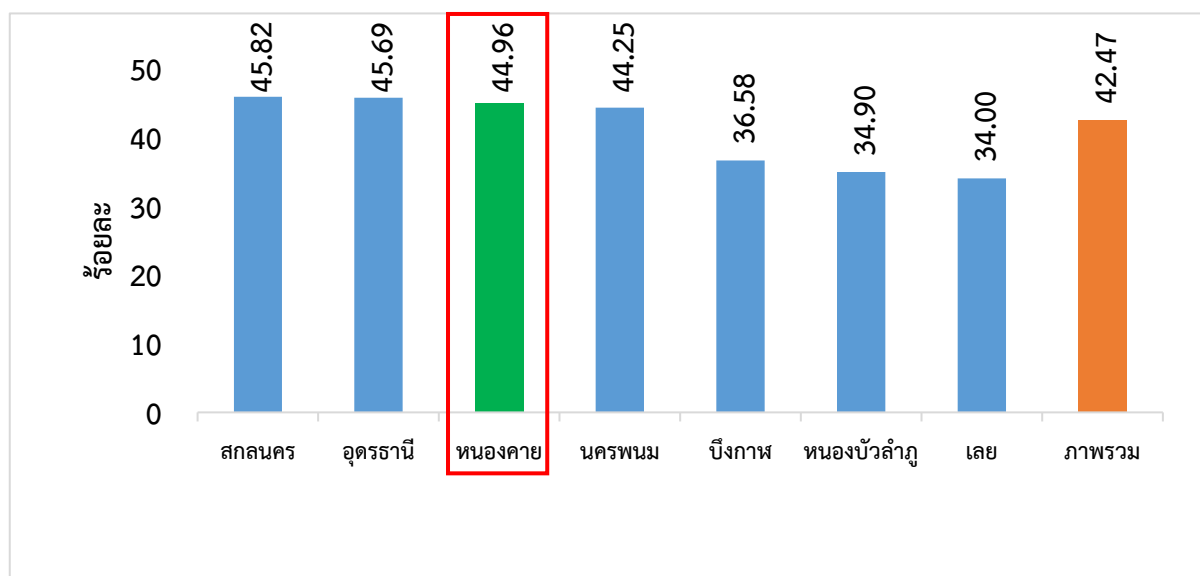
- 3.1 ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดงานการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด ผ่านโปรแกรม Zoom Meeting
- 3.2 ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับจังหวัด
- 3.3 ประชุมขับเคลื่อนสมุนไพรและข้อมูลสารสนเทศบริการแพทย์แผนไทยและกัญชาทางการแพทย์จังหวัดหนองคาย
- 3.4 นิเทศติดตามผลการดำเนินการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 3.5 อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำวิจัยและพัฒนา (R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 3.6 อบรมเชิงปฏิบัติการหัตถการสกัดด้วยน้ำมันสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย

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

4.1 ร้อยละประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ลำดับที่ 11 ของประเทศ



4.2 ร้อยละประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 8



4.3. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิทั้งหมด จำนวน 308,160 ครั้ง ประชาชนที่มารับบริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 138,56 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.96 ดังนี้

ลำดับ	รพ.สต	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	68,859	28,555	41.47	56,599	22,139	39.12
2	ท่าบ่อ	72,239	27,370	37.89	49,733	18,216	36.63
3	โพนพิสัย	119,688	61,953	51.76	80,025	36,931	46.15
4	ศรีเชียงใหม่	21,001	8,069	38.42	14,862	6,522	43.88
5	สังคม	31,148	17,171	55.13	19,564	11,075	56.61
6	สระใคร	9,796	4,315	44.05	7,691	3,300	42.91
7	เผ่าไร่	42,533	23,799	55.95	39,735	20,854	52.48
8	รัตนวาปี	32,504	16,300	50.15	27,499	14,645	53.26
9	โพธิ์ตาก	17,591	8,779	49.91	12,452	4,882	39.21
ภาพรวม		415,359	196,311	47.26	308,160	138,564	44.96

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.4 ประชาชนที่มารับบริการในระดับรพศ/รพท/รพช.ทั้งหมด จำนวน 624,492 ครั้ง ประชาชนที่มารับบริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 98,252 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.73 ดังนี้

ลำดับ	รพ.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	479,255	49,926	10.42	236,208	23,952	10.14
2	รพ.ท่าบ่อ	236,809	17,611	7.44	127,024	11,492	9.05
3	รพ.โพนพิสัย	103,568	19,090	18.43	77,919	19,995	25.66
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	69,409	10,526	15.17	32,000	6,281	19.63
5	รพ.สังคม	52,489	20,668	39.38	38,283	12,489	32.62
6	รพ.สระใคร	66,165	9,653	14.59	29,873	11,581	38.77
7	รพ.เผ่าไร่	77,474	10,981	14.17	32,993	4,975	15.08
8	รพ.รัตนวาปี	62,164	13,497	21.71	33,000	3,222	9.76
9	รพ.โพธิ์ตาก	34,474	5,321	15.43	17,192	4,265	24.81
ภาพรวม		1,181,777	157,273	13.31	624,492	98,252	15.73

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.5 เปรียบเทียบประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)

ลำดับ	รพ.สต.	ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
		ทั้งหมด	แผนไทย	ทั้งหมด	แผนไทย	ร้อยละ	ร้อยละ
1	หนองคาย	37,849	17,985	56,599	22,139	47.52	39.12
2	ท่าบ่อ	48,234	18,300	49,733	18,216	37.94	36.63
3	โพนพิสัย	77,262	34,518	80,025	36,931	44.68	46.15
4	ศรีเชียงใหม่	13,134	4,726	14,862	6,522	35.98	43.88
5	สังคม	18,185	9,540	19,564	11,075	52.46	56.61
6	สระใคร	6,650	2,950	7,691	3,300	44.36	42.91
7	เผ่าไร่	28,026	14,211	39,735	20,854	50.71	52.48
8	รัตนวาปี	18,898	9,500	27,499	14,645	50.27	53.26
9	โพธิ์ตาก	11,769	6,088	12,452	4,882	51.73	39.21
ภาพรวม		260,007	117,818	308,160	138,564	45.31	44.96

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.6 ร้อยละมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี 2565 – 2566 จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
		มูลค่าการ ใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	มูลค่าการใช้จ่าย ทั้งหมด (บาท)	มูลค่าการ ใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	มูลค่าการใช้จ่าย ทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ	ร้อยละ
1	หนองคาย	4,325,231.58	289,576,306.12	2,076,099.50	186,663,469.83	1.49	1.11
2	ท่าบ่อ	1,385,479.10	84,012,679.65	939,114.35	59,850,823.86	1.65	1.57
3	โพนพิสัย	2,894,886.18	164,444,512.32	4,125,586.63	45,299,642.79	1.76	9.11
4	ศรีเชียงใหม่	696,281.75	19,831,869.70	534,811.45	10,645,341.25	3.51	5.02
5	สังคม	1,401,925.20	20,068,253.34	807,980.40	9,867,371.88	6.99	8.19
6	สระใคร	308,998.25	11,481,198.23	144,878.25	6,942,380.67	2.69	2.09
7	เผ่าไร่	843,375.56	38,555,768.17	550,108.40	12,453,396.75	2.19	4.42
8	รัตนวาปี	543,614.60	18,340,881.89	427,859.30	12,248,524.43	2.96	3.49
9	โพธิ์ตาก	452,170.50	5,162,480.92	451,328.65	3,994,831.41	8.76	11.30
ภาพรวม		12,851,959.00	651,473,946.00	10,057,766.93	347,965,782.87	1.97	2.89

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.7 ร้อยละมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปีงบประมาณ 2566
 จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ
1	หนองคาย	1,274,479.00	184,495,184.34	0.69
2	ท่าบ่อ	369,309.50	55,587,857.00	0.66
3	โพนพิสัย	3,376,236.55	40,114,212.75	8.42
4	ศรีเชียงใหม่	284,940.75	8,508,762.15	3.35
5	สังคม	425,276.75	9,077,804.38	4.68
6	สระใคร	108,793.50	6,577,187.50	1.65
7	เผ่าไร่	245,932.40	9,819,464.47	2.50
8	รัตนวาปี	219,560.00	10,744,609.00	2.04
9	โพธิ์ตาก	252,241.50	3,317,916.26	7.60
ภาพรวม		6,556,769.95	328,242,997.85	3.51

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.8 ปริมาณการใช้จ่ายสมุนไพรเทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด ปี 2566 จำแนกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปริมาณการใช้จ่าย สมุนไพร (ครั้ง)	การส่งจ่ายยาทั้งหมด (ครั้ง)	ร้อยละ
1	หนองคาย	33,571	209,195	16.05
2	ท่าบ่อ	18,831	130,108	14.47
3	โพนพิสัย	33,756	126,006	26.79
4	ศรีเชียงใหม่	6,916	39,161	17.66
5	สังคม	16,220	52,285	31.02
6	สระใคร	5,521	29,040	19.01
7	เผ่าไร่	16,871	56,873	29.66
8	รัตนวาปี	8,114	44,119	18.39
9	โพธิ์ตาก	6,829	23,485	29.08
ภาพรวม		146,629	710,272	20.64

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.9 ร้อยละปริมาณการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปีงบประมาณ 2566
 จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	การสั่งจ่าย สมุนไพร (ครั้ง)	การสั่งจ่าย สมุนไพรทั้งหมด (ครั้ง)	ร้อยละ
1	โพนพิสัย	13,667	13,667	22.45
2	โพธิ์ตาก	3,091	3,091	22.05
3	สังคม	6,379	6,379	19.86
4	เผ่าไร่	4,503	4,503	16.46
5	ศรีเชียงใหม่	4,218	4,218	15.95
6	สระใคร	3,553	3,553	15.41
7	รัตนวาปี	2,926	2,926	11.2
8	หนองคาย	17,221	17,221	9.94
9	ท่าบ่อ	6,621	6,621	7.21
ภาพรวม		62,179	475,034	13.09

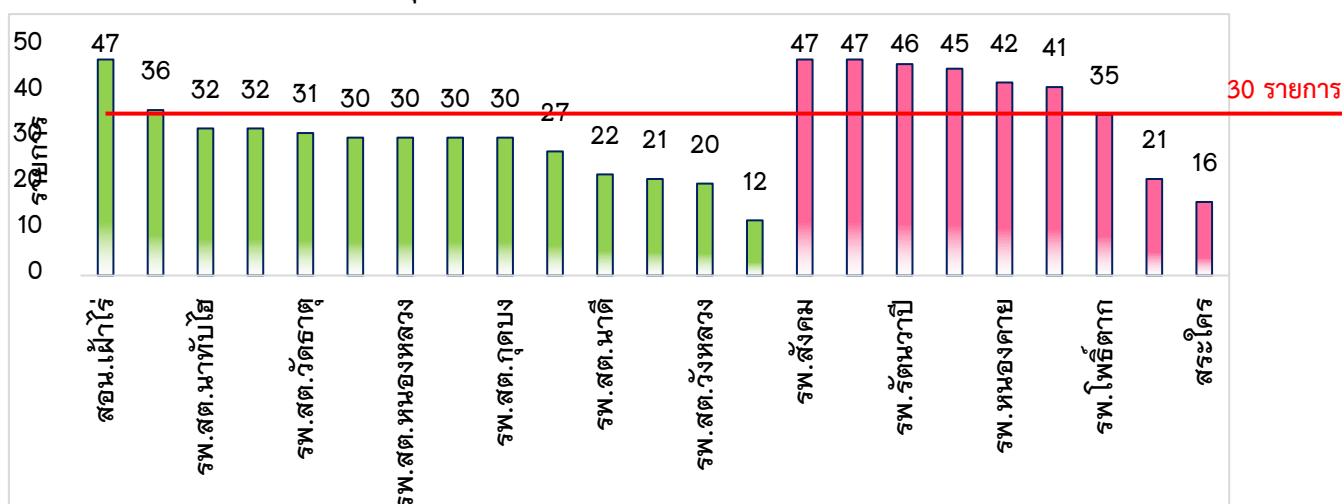
ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.10 ปริมาณการใช้จ่ายสมุนไพรเทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด ปี 2566 จำแนก รพ.สต. ที่มี
 แพทย์แผนไทย

ลำดับ	รพ.สต.	การสั่งใช้ทั้งหมด (ครั้ง)	การสั่งจ่าย สมุนไพร (ครั้ง)	ร้อยละ
1	หนองหลวง	5,774	3,302	57.19
2	สอน.เผ่าไร่	5,689	2,591	45.54
3	สระใคร	2,068	843	40.76
4	วังหลวง	6,684	2,683	40.14
5	พระธาตุบังพวน	2,320	922	39.74
6	นาฮี	3,915	1,374	35.10
7	นาดี	3,343	1,045	31.26
8	วัดธาตุ	2,059	620	30.11
9	ผาตั้ง	7,833	2,332	29.77
10	นาหนัง	2,699	796	29.49
11	กุดบง	8,700	2,027	23.30
12	นาทับไฮ	6,495	1,476	22.73
13	เขม	8,278	1,467	17.72
14	เดื่อ	5,499	930	16.91
ภาพรวม		71,356	22,408	31.40

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.11 จำนวนรายการใช้ยาสมุนไพร จำนวนรพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย



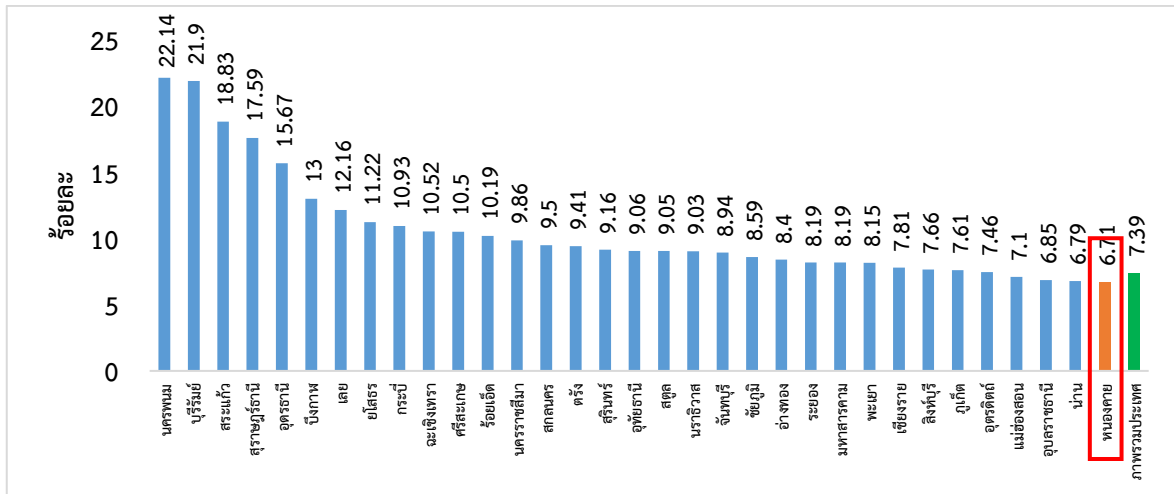
ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.12 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 6 รายการ ได้แก่ ยาผสมเพชรสังฆาต ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม เกลวลิ้นเปรี๊ยะ ยาธาตุบะเชย มะขามแขก และครีมไพล ปีงบประมาณ 2562 - 2566

มูลค่ายาสมุนไพร/ มูลค่ายาแผนปัจจุบัน	2562	2563	2564	2565	2566
ยาผสมเพชรสังฆาต	127,118.00	172,920.52	156,737.30	164,878.84	18,302.24
Daflon	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม	1,451,330	1,342,832.09	948,636.90	2,090,820.38	1,676,149.20
Bromhexine Acetylcysteine	152,455.00	142,579.00	104,727.75	184,444.50	156,685.00
ยาเถาวัลย์เปรี๊ยะ	728,454	1,038,646.39	567,176.71	517,486.85	319,135.67
Diclofenac	692,528.82	620,539.82	403,138.45	373,168.90	270,497.37
ยาธาตุบะเชย	75,868	93,182.40	79,165.50	124,994.50	145,701.90
M. Carminative	364,403.27	293,494.31	269,812.30	250,571.97	155,324.74
ยามะขามแขก	578,626	699,627.25	651,963.74	689,989.10	462,488.40
Bisacodyl	24,713.40	25,498.40	27,461.20	35,277.52	19,257.30
ครีมไพล	50,498	572,773.96	534,757.70	694,087.75	571,845.00
Analgesic Balm	302,468.50	279,807.75	212,418.50	191,659.25	445,226.66
ภาพรวมมูลค่ายาสมุนไพร	3,011,894.00	3,919,982.61	2,938,437.85	4,282,257.42	3,193,622.41
ภาพรวมมูลค่ายาแผนปัจจุบัน	1,536,568.00	1,361,919.28	1,017,558.20	1,035,122.14	1,046,991.07

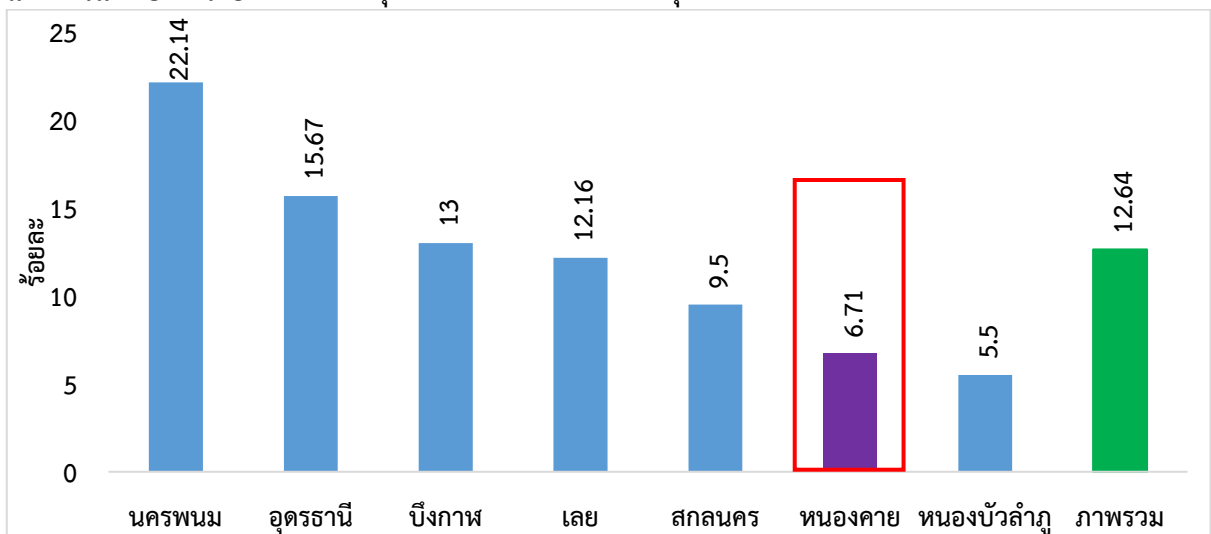
ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.13 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค Intermediate Care ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ลำดับที่ 33 ของประเทศ



ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.14 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค Intermediate Care ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ระดับเขตสุขภาพ ลำดับที่ 6 ของเขตสุขภาพที่ 8



ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

4.15 จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) โปรแกรม Health Data Center และโปรแกรม Smart IMC (ต.ค.65 - พ.ค.66)

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ 2566					
		โปรแกรม SMART IMC			โปรแกรม HDC		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	518	104	20.08	581	25	4.30
2	ท่าบ่อ	137	60	43.80	821	40	4.87
3	โพนพิสัย	57	5	8.77	407	23	5.65
4	ศรีเชียงใหม่	54	17	31.48	121	5	4.13
5	สังคม	29	11	37.93	66	13	19.70
6	สระใคร	52	6	11.54	108	6	5.56
7	เผ่าไร่	85	23	27.06	155	17	10.97
8	รัตนวาปี	103	20	19.42	258	34	13.18
9	โพธิ์ตาก	20	10	50.00	63	10	15.87
ภาพรวม		1,055	256	24.27	2,580	173	6.71

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	โอกาสพัฒนา
1.รพ./รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายจำนวนน้อย	ควรมีนโยบายการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายที่ชัดเจนและส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยในรพ. และรพ.สต. มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพิ่มมากขึ้น
2.รพ. มีการกำหนดรูปแบบ/ขนาดความแรงของรายการยาสมุนไพร 9 รายการ ไม่สอดคล้องกับการเบิกจ่ายของสปสช.	ควรมีการทบทวนรูปแบบ/ขนาดความแรงของยาสมุนไพร 9 รายการ ของเภสัชกร แพทย์แผนไทย และทีมสหวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับความต้องการและการเบิกจ่ายของสปสช.
3.รพ. บางแห่งมีการบริหารจัดการยาสมุนไพรให้กับรพ.สต. ไม่เพียงพอต่อความต้องการและการให้บริการแพทย์แผนไทย	ควรมีนโยบายส่งเสริมการใช้โปรแกรม Telemedicine เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ได้รับความสะดวก รวดเร็วมากขึ้นและได้รับการรักษาทันที
4.ข้อมูลผู้ป่วย IMC ในโปรแกรม HDC มีจำนวนมากกว่าโปรแกรม SMART IMC ทำให้ผลงานไม่ตรงตามความเป็นจริง	ควรมีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วย IMC ทั้ง 2 โปรแกรม ของทีมสหวิชาชีพให้มีความถูกต้องครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องตรงกัน
5.รพ.สต. มีการบันทึกข้อมูลระบบเบิกจ่าย e-Cliaam ไม่ถูกต้อง และไม่ปัจจุบัน	ควรมีการทบทวนแนวทางการบันทึกข้อมูลระบบเบิกจ่าย e-Cliaam ให้มีความถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

6. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

นวัตกรรม “นวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ”

	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ระดับความเจ็บปวด	5.82	2.10	3.05	2.00	12.00	0.000

นางสาววิชุดา แก้วคำ

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮี

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกำติคลายปวดมือเพื่อลดอาการปวดบริเวณมือของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อประเมินความพึงพอใจหลังจากใช้นวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮี ตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดมือที่มารับบริการ ได้มาจากเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแบบประเมินความพึงพอใจ หลังการใช้นวัตกรรมกำติคลายปวดมือ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired T-Test ค่า $P < 0.001$

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษาอาการปวดมือ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 5.82 (S.D.=2.10) และระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาอาการปวดมือ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.05 (S.D.=2) แสดงให้เห็นผลของการวัดระดับความเจ็บปวด ก่อนและหลังการรักษาโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านความพึงพอใจ ของผู้ใช้นวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพอใจมาก พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ใช้นวัตกรรมกำติคลายปวดมือ พึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมกำติ คลายปวดมือ รองลงมา คือ ด้านรูปร่าง ลักษณะของนวัตกรรมกำติคลายปวดมือ, ด้านกลิ่นของสมุนไพรในนวัตกรรมกำติ คลายปวดมือ ,และด้านผลการรักษาอาการปวดมือด้วยการใช้นวัตกรรมกำติ คลายปวดมือ ตามลำดับ

ตารางเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการรักษาอาการปวดมือ

ตารางประเมินความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมกำติ คลายปวดมือ

ลำดับ	รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	แปลความ
1.	กลิ่นของสมุนไพรในนวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ	4.17	0.61	พอใจมาก
2.	ความสะดวกในการใช้นวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ	4.25	0.58	พอใจมาก
3.	รูปร่าง ลักษณะของนวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ	4.23	0.73	พอใจมาก
4.	ผลการรักษาอาการปวดมือด้วยการใช้นวัตกรรม กำติ คลายปวดมือ	4.13	0.76	พอใจมาก
	ภาพรวม	4.19	0.06	พอใจมาก



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|---|
| 1. นางสาวจรัสศรี อางศิริ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | โทร. 081-5447472
E-mail : b_anya_2@hotmail.com |
| 2. นางสาววรรณิตา โปตะวัฒน์
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ | โทร. 061-1209544
E-mail : wannapotawat2012@gmail.com |
| 3. นายปฏิพล โอชะพันธ์
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย | โทร. 063-0822295
E-mail : Patiphonokhaphan@gmail.com |

สรุปผลงานการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566

ประเด็น การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

หัวข้อ : การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

KPI	Base line					ค่าเป้าหมาย
	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	94.18	81.57	93.22	76.7	91.75	60

2. สถานการณ์

สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด ประเทศไทยถือการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ และในด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด กำหนดให้เป็นบทบาทภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายตามแผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษายาเสพติด ปี 2566 ด้านการบำบัดรักษายาเสพติดขับเคลื่อน 2 ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด ผู้เสพยา ผู้ติดยาได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีมาตรฐาน มีระบบทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มเติมกับผู้เสพยา ผู้ติดยา ได้แก่ มาตรการในการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางหรือ Community Based Treatment การลดอันตรายจากยาเสพติด การป้องกันและแก้ไขผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มความสามารถ ในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข (Accessibility) ครอบคลุมพื้นที่ (Coverage) ความสะดวกสบาย (Affordability) ความตระหนักรู้ทางสาธารณสุข (Awareability) และการเตรียมการรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด

2. ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม ผู้เสพยา ผู้ติดยาได้รับการติดตามดูแลผ่านระบบนิเวศของผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ต้องโทษคดียาเสพติด เมื่อกลับสู่สังคมให้เอื้อต่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันการกลับไปใช้ยาหรือกระทำความผิดอีก โดยเพิ่มขีดความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดแบบพบตัว และกรณีไม่พบตัวเพื่อทราบสถานะในขั้นต้น พัฒนาการช่วยเหลือ โดยใช้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้เสพยา ผู้ติดยาที่ถือเป็นผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติสุข สังคม และประเทศชาติปลอดภัยจากยาเสพติด

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

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

การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

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

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

จังหวัดหนองคายได้นำนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเป็นเจ้าภาพหลักในด้านการบำบัดรักษา เน้นการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ เช่น สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดหนองคาย ดำเนินการในด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด เรือนจำหนองคาย/สถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดหนองคาย ดำเนินการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ มีการประชุมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและบูรณาการในการจัดทำแผนงานโครงการด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดและกำหนดเป้าหมายในการรักษาทุกระบบร่วมกัน

การจัดโครงสร้างงาน/ผู้รับผิดชอบ ระดับเขต, ระดับจังหวัด, ระดับ รพ.

- มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุกอำเภอทั้งในระดับรพ./สสอ./รพ.สต.และทำงานในบูรณาการภาพรวมของอำเภอโดยมีศูนย์ ศอ.ปส.จ.นค.และศป.ปส.อ.ทุกอำเภอ
- การจัดระบบบริการ การป้องกัน, การคัดกรอง, การบำบัดรักษา, การรับส่งต่อ, มาตรการHarm reduction, การติดตามการรักษา

การจัดระบบบริการ	
ด้านส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด	- มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ เพื่อลดผู้เสพยาใหม่ - ส่งเสริมสร้างความตระหนัก และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดในทุกกลุ่มวัย
ด้านการค้นหาและการคัดกรอง	- การค้นหาหน่วยบริการในพื้นที่ ร่วมกับ ศป.ปส.อ.ดำเนินการค้นหาผู้เสพในชุมชน/ สถานศึกษา - จัดตั้งและพัฒนาศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดระดับอำเภอ และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรในการดำเนินงานศูนย์เพื่อการคัดกรองระดับอำเภอ จำนวน 9 แห่ง ให้สามารถจัดบริการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการดำเนินงานในพื้นที่ - ให้บริการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองกระทรวงสาธารณสุข (V๒) แยกประเภทตามระดับการเสพยาเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ - พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่คัดกรอง เพื่อให้มีสมรรถนะด้านการคัดกรอง ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด
ด้านการบำบัดรักษา	- เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) - มีกลไกรองรับการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.ยาเสพติด 2564 โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถให้บริการบำบัดรักษา จำนวน 74 แห่ง - พัฒนาศักยภาพทีมผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง (ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Matrix Program ,จัดอบรมบุคลากรในรพ./รพ.สต.ในหลักสูตร BA BI และการสร้างแรงจูงใจ) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - พัฒนาการดำเนินงานยาเสพติดตามคู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure)การดำเนินงานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขและService plan และสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการ พัฒนาการดำเนินงานในเครือข่ายบริการ - สร้างเสริมการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

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

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

4. นวัตกรรม/Best practice

มีการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดย

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

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

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
1. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	75	82.17	85.13	91.86	90.11
2. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	50	41.79	51.94	33.60	47.78

2. Six Building Block Plus Framework

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

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	ความครอบคลุมการตรวจ ช่องปาก เด็กอายุ 0-2 ปี และ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรง ฟันแบบลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 50	ความครอบคลุมการตรวจ สุขภาพช่องปากเด็ก 3 ปี ร้อยละ 50	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75
	ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน• ในชุมชน: จัด กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อาจ จัดทำในสถานพยาบาลของรัฐ หรือในชุมชนที่มีความพร้อม โดยมีความร่วมมือของภาครัฐ และชุมชน เพื่อสร้างความ เข้มแข็งให้กับชุมชนขับเคลื่อน งานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันplus สู่ 2,500 วัน • ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็น กิจวัตร และรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ไม่ ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้าน สุขภาพ (4D: Development and Play/Diet/Dental/Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ 2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้	ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน • ในชุมชน: จัดกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่จัดทำใน สถานพยาบาลของรัฐหรือใน ชุมชนที่มีความพร้อมโดยมี ความร่วมมือของภาครัฐและ ชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชนขับเคลื่อนงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่าน กลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันplus สู่ 2,500 วัน • ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็น กิจวัตร และรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ไม่ ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้าน สุขภาพ (4D: Development and Play/ Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐาน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ 2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก	ตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้ง ที่มารับวัคซีน • ในชุมชน: จัดกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่จัดทำใน สถานพยาบาลของรัฐหรือใน ชุมชนที่มีความพร้อมโดยมี ความร่วมมือของภาครัฐและ ชุมชน เพื่อสร้างความ เข้มแข็งให้กับชุมชน ขับเคลื่อนงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากผ่านกลไก ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน • ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากตามหลัก ป.ต.ท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็น กิจวัตร และรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ไม่ ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้ เป็นไปตามเกณฑ์การ ประเมินสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D: Development and Play/ Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐาน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ

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

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

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

3. สถานการณ์

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

สถานการณ์แนวโน้มจังหวัดหนองคายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 , 2564 , 2565 เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 82.17, 85.13, 91.86 ตามลำดับ และในช่วงไตรมาสที่ 1-2 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 90.11 จะเห็นได้ว่าสถานการณ์เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุจังหวัดหนองคายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

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

Small Success

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

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

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

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



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

ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ

หน่วยบริการ	เด็กอายุ 3 ปี				
	ทั้งหมด	ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		ปราศจากฟันผุ (Caries free)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	913	375	41.07	321	85.60
ท่าบ่อ	500	238	47.6	215	90.34
โพนพิสัย	653	380	58.19	349	91.84
ศรีเชียงใหม่	169	95	56.21	89	93.68
สังคม	226	118	52.21	112	94.92
สระใคร	206	77	37.38	65	84.42
เผ่าไร่	381	168	44.09	149	88.69
รัตนวาปี	297	133	44.78	131	98.50
โพธิ์ตาก	121	65	53.72	60	92.31
รพ.พิสัยเวหา	46	29	63.04	21	72.41
จังหวัดหนองคาย	3,512	1,678	47.78	1,512	90.11
เขต 8	39,333	17,546	44.61	14,558	82.97
ประเทศ	386,632	148,033	38.29	112,770	76.18

ข้อมูลจาก health data center วันที่ 2 มิถุนายน 2566

6. ผลงานที่เป็น Best Practice/นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

มีการขยายเครือข่าย สพด.ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก ภายในจังหวัด และมีสพด.บ้านหนองปลาไหล อ.โพธาราม จ.หนองคาย ได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตในการประกวดคลิปวิดีโอ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ภายใต้แนวคิดปตท. ปีพ.ศ. 2566

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 7 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8) & ประเด็นเพิ่มเติม

หัวข้อ : สาขาวินโรค

- ตัวชี้วัด 1. อัตราผลสำเร็จการรักษาวินโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 80
2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 90

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)
1. อัตราผลสำเร็จการรักษาวินโรคปอดรายใหม่	88	83.04	78.76	75	(ยังไม่ครบประเมิน)
2. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	90	68.08	67.52	68.41	55.74

2. Six Building Block Plus Framework

Dashboard Integrated Value Based Inspection			
Value Chain/Preventive	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
OKR หรือ KPI	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับต้นน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับกลางน้ำ	Objective Key Result (OKR) หรือตัวชี้วัด ระดับปลายน้ำ
Service Delivery	มาตรการ	มาตรการ	มาตรการ
	1. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่มในการคัดกรองวินโรค 2. เร่งรัดการค้นหาคัดกรองวินโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม โดยวิธีการเอกซเรย์ ตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน 3. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์คัดกรองผู้ป่วยวินโรค/ให้ความรู้การรักษาวินโรคและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวินโรคและญาติ	1. ค้นหาคัดกรอง วินิจฉัยวินโรค ด้วย X-ray และตรวจด้วยวิธี Molecular techniques ในกลุ่มที่มีอาการสงสัยวินโรค และกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีผลเสมหะเป็นลบ 2. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนและการส่งต่อผู้ป่วยวินโรคในโรงพยาบาลให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 3. กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด 4. มีทีมสหวิชาชีพติดตามกำกับดูแลรักษาผู้ป่วยวินโรคในชุมชน	1. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 90 2. อัตราความสำเร็จของการรักษาวินโรค ร้อยละ 88 3. อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5
Workforce	1. มีเครือข่าย อสม.และจนท.รพ.สต.ประสานร่วมร.พ.เพื่อ ร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและดูแลผู้ป่วยวินโรค	1. มีคณะกรรมการวินโรคระดับอำเภอและจังหวัด ประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานยุติวินโรค และการลดการตายของ	1. คณะกรรมการวินโรคระดับอำเภอและจังหวัดร่วมประสานงาน 2. การประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในการประชุม CUP

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

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

3. สถานการณ์

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

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

4. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	การค้นหา (Detect)	การรักษา (Treat)	การป้องกัน (Prevent)
กิจกรรมหลัก	-เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดและตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Molecular ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค - เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ในกลุ่มผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดโดยการตรวจ IGRAs, TST - ทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (Universal DST) - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. / ชุมชน ในการร่วมคัดกรอง ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค	-รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานและติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ -การทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลเพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค -พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ -ดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ดิจิทัล DOT โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) -รักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค	- บริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน -เฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคและการป่วยเป็นวัณโรคในบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข - สื่อสารข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อเพิ่มความตระหนัก รอบรู้ด้านวัณโรคให้แก่ประชาชน

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

5. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)
 ผลงานภาพรวมจังหวัดและผลงานแยกรายอำเภอ
 ตารางที่ 1 ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563 – 2565

โรงพยาบาล	ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563-2565								
	2563			2564			2565 (1-2/2565)		
	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ
หนองคาย	150	120	80	119	79	66.39	67	47	70.15
ท่าบ่อ	56	50	89.29	58	47	81.03	22	86.36	79.59
โพนพิสัย	75	62	82.67	83	71	85.54	47	37	78.82
ศรีเชียงใหม่	17	14	82.35	20	20	100	17	15	88.24
สังคม	27	25	92.95	18	16	88.89	10	6	60.00
สระใคร	13	11	84.62	15	12	80	25	21	81.25
เผ้าไร่	29	27	93.10	34	29	85.29	13	12	92.31
รัตนวาปี	14	7	50	13	8	61.54	4	4	100
โพธิ์ตาก	10	10	100	16	12	75	7	6	85.71
พิสัยเวหา	10	7	70	3	3	100	16	13	83.33
รวมจังหวัด	401	333	83.04	386	304	78.76	209	164	78.47

ตารางที่ 2 ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2566

โรงพยาบาล	ชั้น ทะเบียน	ผลการรักษา					
		กำลังรักษา	ล้มเหลว	ตาย	ขาดยา	โอนออก	ไม่นำ มาประเมิน
หนองคาย	52	38(73.1%)	7(13.5%)	1(1.9%)	5(9.6%)	-	1(1.9%)
ท่าบ่อ	25	11(44%)	10(40%)	-	2(8%)	-	2(8%)
โพนพิสัย	11	5(45.5%)	3(27.3%)	-	2(18.1%)	-	1(9.1%)
ศรีเชียงใหม่	1	-	1(100%)	-	-	-	-
สังคม	2	-	2(100%)	-	-	-	-
สระใคร	10	5(50%)	3(30%)	-	1(10%)	1(10%)	-
เผ่าไร่	12	2(16.7%)	6(50%)	-	-	1(8.3%)	3(25%)
รัตนวาปี	5	3(60%)	1(20%)	-	1(20%)	-	-
โพธิ์ตาก	2	1(50%)	-	-	1(50%)	-	-
รวมจังหวัด	121	66(54.5%)	33(27.3%)	1(1.9%)	12(9.9%)	2(1.6%)	7(5.7%)

ตารางที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2563 – 2565

โรงพยาบาล	2563			2564			2565 (1-2/2565)		
	ชั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ	ชั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ	ชั้น ทะเบียน	เสียชีวิต	ร้อยละ
หนองคาย	150	15	10	119	25	21	67	8	11.94
ท่าบ่อ	56	5	8.92	58	6	10.34	22	2	9.09
โพนพิสัย	75	10	13.33	83	9	10.11	47	8	17.02
ศรีเชียงใหม่	17	2	11.76	20	0	0	17	1	5.88
สังคม	27	1	3.70	18	2	11.11	10	3	30
สระใคร	13	2	15.38	15	1	6.67	25	0	0
เผ่าไร่	29	2	6.89	34	3	8.82	13	0	0
รัตนวาปี	14	4	28.57	13	3	23.07	4	0	0
โพธิ์ตาก	10	0	0	16	3	18.75	7	0	0
พิสัยเวหา	10	2	20	10	0	0	16	1	6.25
รวมจังหวัด	401	43	10.72	386	52	13.47	209	23	11

ตารางที่ 4 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2563 – 2565

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

ตารางที่ 5 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2566

โรงพยาบาล	2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)		
	เป้าหมาย (143/แสนประชากร)	ขึ้นทะเบียนรักษา	ร้อยละ
หนองคาย	215	189	87.90
ท่าบ่อ	118	77	65.25
โพนพิสัย	128	56	43.75
ศรีเชียงใหม่	43	8	18.60
สังคม	37	9	24.32
สระใคร	38	16	42.10
เผ้าไร่	73	23	31.50
รัตนวาปี	54	18	33.33
โพธิ์ตาก	22	10	45.45
พิสัยเวหา	12	6	50.00
รวมจังหวัด	739	412	55.75

ตารางที่ 6 การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ปี 2565-2566

โรงพยาบาล	2565					2566 (ต.ค. 65 - พ.ค. 66)				
	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	ตรวจ HIV	HIVpos	HIV Cotri	HIV Arv	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	ตรวจ HIV	HIVpos	HIV Cotri	HIV Arv
หนองคาย	196	156 (79.5%)	19 (12.2%)	17 (89.4%)	13 (68.4%)	136	112 (82.3%)	10 (8.9%)	10 (8.9%)	9 (90%)
ท่าบ่อ	89	78 (87.6%)	5 (6.4%)	2 (40%)	5 (100%)	56	50 (89.2%)	4 (8%)	3 (6%)	4 (8%)
โพนพิสัย	102	82 (80.3%)	5 (60.1%)	4 (80%)	4 (80%)	35	30 (87.7%)	2 (6.6%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
ศรีเชียงใหม่	26	26 (100%)	2 (7.6%)	0 (0%)	2 (100%)	3	3 (100%)	-	-	-
สังคม	22	11 (50%)	-	-	-	7	6 (85.7%)	-	-	-
สระใคร	34	28 (82.3%)	2 (7.1%)	0 (0%)	2 (100%)	12	11 (91.6%)	1 (9.1%)	0	0
เผ่าไร่	27	23 (85.1%)	2 (8.6%)	0 (0%)	1 (50%)	21	19 (9%)	1 (5.2%)	1 (5.2%)	1 (5.2%)
รัตนวาปี	18	14 (77.7%)	-	-	-	15	15 (100%)	-	-	-
โพธิ์ตาก	10	10 (100%)	-	-	-	4	4 (100%)	-	-	-
พิสัยเวหา	9	7 (77.7%)	0	0	0	6	4 (66.6%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)
รวมจังหวัด	533	435 (81.6%)	35 (8.04%)	23 (65.7%)	27 (77.1%)	295	254 (86.1%)	19 (7.4%)	16 (6.2%)	16 (6.2%)

6. การดำเนินงานยุติวัณโรคของจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566

6.1 การประชุมชี้แจงให้กับหน่วยบริการ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ในการดำเนินการลดอัตราการตายของวัณโรค ตามนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยยึดตามประเด็นปัญหา ยึดหลักปฏิบัติการทำงาน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำและพัฒนา

6.2 การประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานยุติวัณโรคในระดับอำเภอ

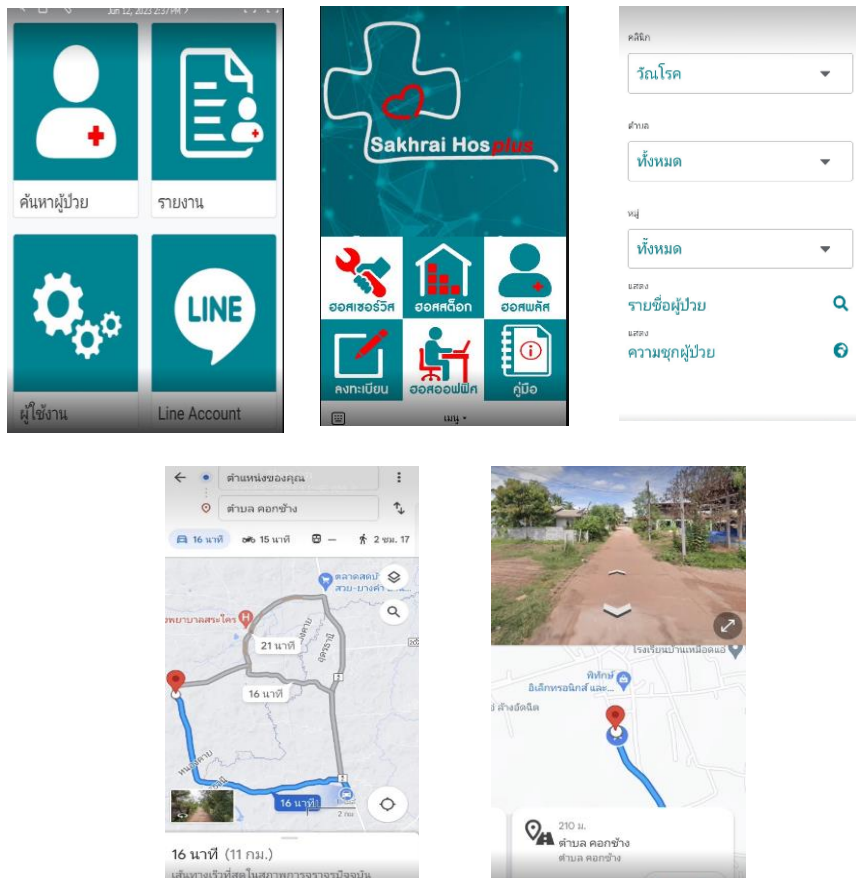
6.3 การประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานยุติวัณโรคในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จังหวัดหนองคาย เป็นประจำทุกเดือน

6.4 การเร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงโดยการเอกซเรย์ปอด

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

7.1 ปัญหาเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดหนองคาย...ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วง 1-2 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

8. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง
Application การติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอสระใคร



ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1.นายทณ เตียวศิริชัยสกุล
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 081-9756115
E-mail : ptc_nk@yahoo.com

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัด ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล > 50 % อัตราการติดเชื้อมีดื้อยา < 40.55 %

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2563	2564	2565	2566 (ต.ค.65-พ.ค.66)
ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล	> 50.0%	-	-	88.9	100.0
อัตราการติดเชื้อมีดื้อยา	< 40.55 %	42.5	36.7	40.55	

2. สถานการณ์

ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2566 เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด พบว่า ไตรมาสที่ 1 ผลงาน ร้อยละ 55.6 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 88.9 และข้อมูล 8 เดือน ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 ร้อยละ 100.0 ผ่านทุกอำเภอ ส่วนข้อมูล AMR เป้าหมาย อัตราการติดเชื้อมีดื้อยาลดลงจากปีที่แล้ว ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 40.55

3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

- **มาตรการ :** ทบทวนทีม / ประชุมผู้เกี่ยวข้อง / กำหนดเป้าหมาย / การติดตามและประเมินผล
- **แนวทาง :** กำหนดอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ร้านชำ เป้าหมาย / จัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในโรงพยาบาล รพ.สต. ร้านชำ / ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- **Small Success :** Success 3m 50% / 6m 60% / 9m 70% / 12m 80%

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

- ผลงาน RDU District เริ่มดำเนินการกำหนดตัวชี้วัดแบบใหม่ครั้งแรกในปีงบประมาณ 2565 จึงไม่มีข้อมูลปีงบประมาณ 2563 และ 2564 ปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 อยู่ที่ร้อยละ 100.0
- ผลงานของจังหวัดหนองคาย อำเภอที่ผ่าน RDU District ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 พบว่าผ่านทั้ง 9 อำเภอ 100%
- ผลงานของเขต 8 ร้อยละของอำเภอที่ผ่าน RDU District ปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566 อันดับที่ 1 หนองคาย 100.0 ที่ 2. สกลนคร 94.4 ที่ 3 เลย 85.7 ผลงานโดยรวมเพิ่มขึ้นจากไตรมาส 1 ร้อยละ 53.4 บรรลุเป้าหมายทุกที่ยกเว้น หนองบัวลำภู อยู่ที่ร้อยละ 50.0
- ผลงาน AMR เป้าหมาย อัตราการติดเชื้อมีดื้อยาลดลงจากปีที่แล้ว เติบโตของประเทศคือร้อยละ 38.73 ของเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 35.53 ของหนองคาย ร้อยละ 40.55

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 5.1 ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาคือ RDU PCU อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI และ Acute Diarrhea ใน รพ.สต.
- 5.2 การแก้ปัญหาในร้านขายยาเสนอให้ อพย.ยกเลิกทะเบียนตำรับยาที่ไม่เหมาะสม เช่น Heromycin 250 mg ขนาดบรรจุ 4 เม็ด หรือยาปฏิชีวนะที่บรรจุในขนาดที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น
- 5.3 การกำหนดกรอบอัตรากำลัง Infectious Doctor ในโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป
- 5.4 การประมวลผลอัตราการติดเชื้อดื้อยาที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและล่าช้าอย่างมาก

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

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

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์ | โทร. 081-8716690 |
| ตำแหน่ง เกษตรกรเชี่ยวชาญ | E-mail : Pesatnoy@gmail.com. |
| 2. ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง | โทร. 088-5616590 |
| ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ | |

สรุปผลการตรวจราชการ จังหวัดหนองคาย รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566
ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : รับยาใกล้บ้าน

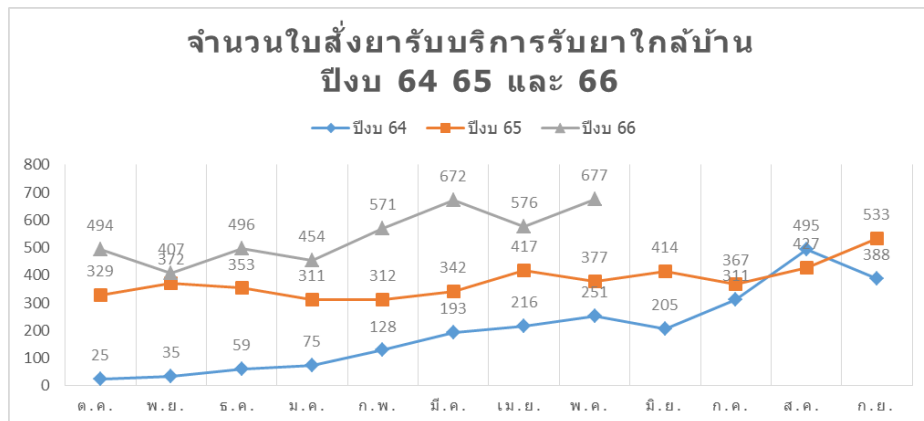
ตัวชี้วัด โรงพยาบาลมีบริการรับยาที่ร้านยาโดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) และมีผู้ป่วยรับบริการ ≥ 12 คน

1. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (จำนวนใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription))	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2566		
	2563	2564	2565 (ต.ค.65 - พ.ค.66)
รับยาร้านยา	32	493	1,218
รับยาทางไปรษณีย์	171	1,888	3,129
รวมรับยาใกล้บ้าน	464	2,381	4,347

2. สถานการณ์

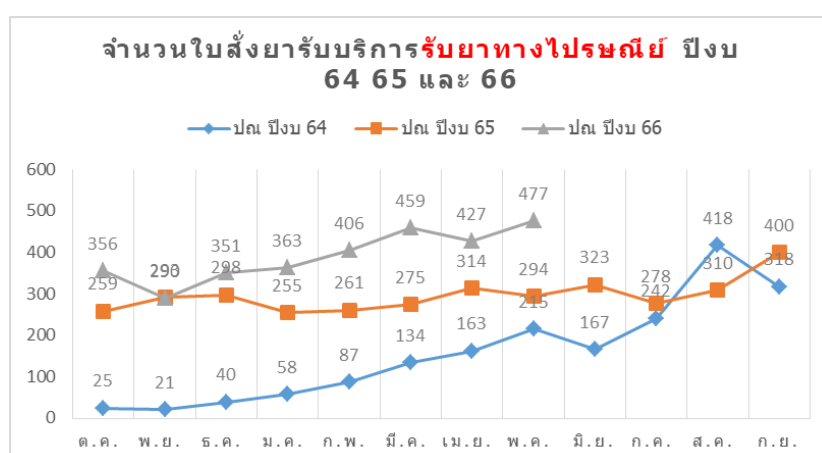
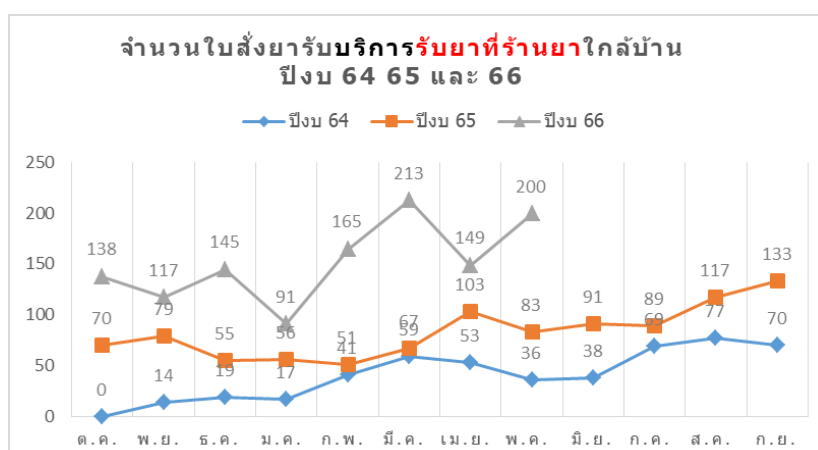
จากข้อมูล ในช่วงเวลาเดียวกันมีผู้ป่วยมาใช้บริการรับยาใกล้บ้านในไตรมาสแรกปีงบ 2566 ทั้งทางร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการ และทางไปรษณีย์เพิ่มขึ้นมากกว่าในปีงบ 2564 และ 2565 โดยในปี 2565 ณ ไตรมาสที่ 3 มีร้านยาเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา 2 ร้าน



3. แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

- 3.1 เพิ่มร้านยาคุณภาพรับยาใกล้บ้านในโซนพื้นที่ ที่ยังไม่มี
- 3.2 เพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการรับยาใกล้บ้าน

4. ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสสาม (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566)



5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการยังมีน้อย และบางโซนพื้นที่ไม่มีร้านยาเข้าร่วมโครงการ หากมีร้านยาที่มีคุณสมบัติครบและสนใจเข้าร่วมในโซนพื้นที่ที่ยังไม่มี น่าจะทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านมากขึ้น

6. ผลงานที่เป็น Best Practice / นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. มีการให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์โดยเภสัชกรที่ใช้บริการส่งยาทางไปรษณีย์
2. มีการให้รับคำขอรับยาออนไลน์ผ่านทางช่องทาง line official

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ
2. ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
2. ภญ.กนกวรรณ โฉสูงเนิน
ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

โทร. 081-8716690
E-mail: Pesatnoy@gmail.com
โทร. 088-5616590
E-mail: npskchun@gmail.com
โทร. 084-7422051
E-mail: kanok.chosung@gmail.com

(ร่าง) กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2566

เขตสุขภาพที่ 8 ณ จังหวัดหนองคาย

ระหว่างวันที่ 5,7, 11-12 กรกฎาคม 2566

วันพุธที่ 5 กรกฎาคม 2566 (Pre-inspection) Zoom meeting [ID:327 514 0469 Pass:ODPC8@R2](#)

- 09.00 – 12.00 น. - Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 8 ประเด็น :สุขภาพกลุ่มวัย TEDA4I , การฆ่าตัวตาย,เด็กจมน้ำ,RTI , OV CCA,DHF และTB
โดยเน้นการวิเคราะห์/สังเคราะห์ผล การดำเนินงาน, คัดกรองปัญหาสำคัญของพื้นที่, การบริหารจัดการต่างๆ โดยผ่านระบบประชุมออนไลน์ หรือช่องทางการสื่อสารอื่นๆ
ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 15.40 น. - Pre - inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก
- ประเด็น: 5.2 การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีน COVID-19 ในกลุ่ม 607 และกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ,ทีม SAT&CIR, ICS100&EOC, ทีม CDCU, Official document, Resource mapping, Operational plans (HSP) และ แผน BCP
ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย
- ประเด็นองค์กรสมรรถนะสูง CFO ณ ห้องประชุมสมชายโชติ ปิยวัฒน์เวลา สสจ.หนองคาย (ศูนย์อนามัยเก็บข้อมูลตรวจราชการ โดยบูรณาการกับการติดตามงานปกติในพื้นที่)

วันพุธที่ 7 กรกฎาคม 2566 (Pre-inspection) Zoom meeting [ID:327 514 0469 Pass:ODPC8@R2](#)

- 13.30 – 16.30 น. - Pre-inspection แนวทางและกำหนดการ Conference เก็บข้อมูลเชิงลึก ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 8 ประเด็น :STEMI, STROKE, CANCER, SEPSIS, TRAUMA และ CKD
โดยเน้นการวิเคราะห์/สังเคราะห์ผล การดำเนินงาน, คัดกรองปัญหาสำคัญของพื้นที่, การบริหารจัดการต่างๆ โดยผ่านระบบประชุมออนไลน์ หรือช่องทางการสื่อสารอื่นๆ
ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ สสจ.หนองคาย และ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองคาย

วันอังคารที่ 11 กรกฎาคม 2566

- 08.00 – 08.30 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 เปิดโรงพยาบาลทันตกรรมหนองคาย ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
- 08.30 – 12.00 น. - **ทีม 1** ผู้ตรวจราชการฯ และคณะออกเดินทางไปยัง รพช.เฝ้าไร่ (ระยะทางจาก รพ.ท่าบ่อ-รพช.เฝ้าไร่ 98 กม.) ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ รพ.สต.หนองหลวง / (ระยะทางจาก รพช.เฝ้าไร่ -รพ.สต.หนองหลวง 13 กม.)
- **ทีม 2** สาธารณสุขนิเทศก์ และคณะ ออกเดินทางไปยัง สสอ.ศรีเชียงใหม่ (ระยะทางจาก รพ.ท่าบ่อ- สสอ.ศรีเชียงใหม่ ระยะทาง 15 กม.) ออกตรวจเยี่ยมพื้นที่ รพ.สต.หนองปลาปาก (ระยะทางจาก สสอ.ศรีเชียงใหม่- รพ.สต.หนองปลาปาก 7 กม.) ออกเดินทางจาก รพ.สต.หนองปลาปากไปยัง รพ.ศรีเชียงใหม่ (ระยะทาง รพ.สต.หนองปลาปาก-รพ.ศรีเชียงใหม่ 7 กม.) นำเสนอผลการดำเนินงาน คปสอ./ รพ.สต. ที่ รพ.ศรีเชียงใหม่
- 12.00 – 12.30 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน

- 14.00 – 16.30 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะกรรมการฯ รับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงานภาพจังหวัด รอบที่ 2/2566 ณ ห้องประชุมอีสาน ฮอลล์ รพ.ท่าบ่อ / Zoom meeting (สสจ. 40 นาที, รพท. 30 นาที, รพร.ท่าบ่อ นำเสนอการพัฒนากระบวนการ 5 นาที) ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./ รองนพ.สสจ./ หัวหน้ากลุ่มงาน/ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 2. ผอ.รพท./ คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 3. ผอ.รพร.ท่าบ่อ/ คณะกรรมการบริหาร รพร.ท่าบ่อ
 4. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8
(บุคลากรระดับอำเภอไม่ต้องเข้าร่วมประชุม)
- 16.30 - 18.00 น. - นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 เป็นประธานการประชุมเพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) /ประชุมในห้องประชุม ณ ห้องประชุม รพร.ท่าบ่อ
- 18.00 น. - นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 เป็นประธาน Kick off กิจกรรมคนหนองคายออกแอ่งแอ่งคิง ด้วยการเล่นฟุตบอล ระหว่างทีมตรวจราชการ-ศูนย์วิชาการ เขตสุขภาพที่ 8 และทีม สสจ.หนองคาย ณ สนามฟุตบอลลือสมบุญ(ตรงข้าม สสจ.หนองคาย)
- 18.30 น. - รับประทานอาหารเย็น
- 18.30 - 20.00 น. - ประชุมเพื่อเตรียมสรุปตรวจราชการผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting) /ประชุมในห้องประชุม ณ ห้องประชุม รพร.ท่าบ่อ (ต่อ)

วันพุธที่ 12 กรกฎาคม 2566

- 09.00 - 12.00 น. - นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 พร้อมด้วย นายแพทย์จรัญ จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 และคณะกรรมการฯ เข้าร่วมรับฟังสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 2/2566 ณ ห้องประชุมชั้น ระวีวรณ รพ.หนองคาย/ ประชุมผ่านระบบประชุมทางไกล (Zoom meeting), ห้องประชุมสสจ. และห้องประชุมแต่ละอำเภอ ประกอบด้วย
1. นพ.สสจ./รอง นพ.สสจ./หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 2. ผอ.รพท./คณะกรรมการบริหาร รพท./ ผู้รับผิดชอบงานหลักประเด็นการตรวจราชการฯ
 3. ผอ.รพร.ท่าบ่อ/คณะกรรมการบริหาร รพร.ท่าบ่อ
 4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และ สาธารณสุขอำเภอ (ขอให้เป็นตัวจริง)
 5. กรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 8 (เฉพาะผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ และผู้รับผิดชอบหลักประเด็นตรวจราชการ บุคคลเกี่ยวข้องอื่นๆ รับฟังผ่านระบบ Zoom meeting)
- 12.00 น. - ปิดประชุม

หมายเหตุ

- ผู้นิเทศงานสามารถลงวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับผิดชอบก่อนกำหนดการนิเทศงานได้ ทั้งนี้ให้ประสานงานเกี่ยวกับข้อมูล การเดินทาง ที่พัก กับผู้รับผิดชอบงานของเขต ดังนี้
- | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------|
| 1) ผู้ประสานงานส่วนกลาง | : นางสาวสุภาพร เอยทิม | 08 1819 5279 |
| | : นายพิรุฬห์ เพ็ล | 08 8913 4287 |
| | : นายชาลี ลีวเวหา | 08 5296 1630 |

- 2) ผู้ประสานงานส่วนภูมิภาค(เขต) : นางรัชนี คอมแพงจันทร์ 08 1574 4599
: นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์ 08 4590 2819
: นายสิริพงษ์ ชำนาญไพร 08 8039 1748
: นางสาวมณฑพัทธ์ อรรถวิภาค 06 1695 1624
: นางสาวสุตารัตน์ วัฒนธรรม 08 3406 0987
- 3) ผู้ประสานงาน สสจ.หนองคาย : นางรติวัน พิสัยพันธ์ 08 1592 7689
: นางบังอร พันนีก 08 1717 2607
: นางสาวเบญจมาศ คำใบ 08 4961 8207
- 4) ผู้ประสานงาน รพท.หนองคาย : นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร 08 5465 1515
- 5) ผู้ประสานงาน รพร.ท่าบ่อ : นางสาวศิริพรรณ ราชรองเมือง 08 6641 7148

ทีม 1 ทีมติดตามผู้ตรวจราชการ	ทีม 2 ทีมติดตามสาธารณสุขนิเทศก์
1. นพ.ณรงค์ จันทรแก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	1. นายบัน ยีรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
2. นพ.ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	2. ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
3. นพ.แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	3. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
4. นายทองเลื่อน ่องอาจ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	4. นายสุภาพ โพนสิงห์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
5. นายไพโรจน์ ศิริมงคล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	5. นายชาญชัย ชัยสว่าง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
6. นายธวัชชัย เหลืองศิริ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	6. นายศรีเมือง ผาเจริญ ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุข
7. หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	7. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
8. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	8. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
9. หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	9. หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
10. หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	10. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
11. นางรติวัน พิสัยพันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์ สาธารณสุข	11. นางศิวพร เลียววนิชย์เจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ
12. นางบังอร พันนีก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12. นายมนัสพงษ์ พลภูมิ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ
13. นางสาวเบญจมาศ คำใบ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	
14. นายชนวันท์ พงษ์ประเทศ นักวิชาการสาธารณสุข	