

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการ
หัวข้อ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการ
๒. กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด
๓. การจัดระบบบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแล โดยให้เป็นทีมหมอประจำครอบครัว และมีการดูแลแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงระบบสนับสนุนจากแม่ข่าย
๔. มีกลไกการจัดการระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
๕. การจัดโครงสร้าง อาคารสถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็น

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๑๘. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ๙๐%

๓. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ด้วยทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชน ด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดสมุทรปราการ โดย Cup ทุกแห่งได้วางแผนการจัดตั้ง PCC/FCT ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งภายใน ๑๐ ปี จะมี ๔๕ PCC และ ๑๑๒ ทีม แต่เนื่องจาก ในปี ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรม ๑๕ คน จึงทำให้เกิด PCC ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

๑. โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เปิด ๒ PCC คือ PCC ราชฯ และ PCC เทพารักษ์ ส่วนโรงพยาบาลบางพลี เปิด ๑ PCC คือ PCC บางแก้ว
๒. โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง คือ บางบ่อ/บางจาก/พระสมุทรเจดีย์และโรงพยาบาลบางเสาธง มี FCT โรงพยาบาลละ ๑ แห่ง โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ มี ๒ FCT

ข้อมูลPCC สมุทรปราการ ปี ๒๕๖๐

ที่	อำเภอ	ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว	จำนวนทีม ที่รับผิดชอบ	หน่วย	จำนวน ประชากรที่ รับผิดชอบ
๑	เมือง	pcc ราชา	๓	ทีม	๕๘,๒๘๑
๒	เมือง	pccเทพารักษ์	๒	ทีม	๒๕,๒๑๕
๓	บางพลี	pccบางแก้ว	๓	ทีม	๒๓,๕๔๗
๔	พระประแดง	ทีมบางพึ่ง	๑	ทีม	๒๓,๐๙๑
๕	บางเสาธง	ทีมโรงพยาบาลบางเสาธง	๑	ทีม	๒๖,๖๖๗
๖	บางบ่อ	ทีมโรงพยาบาลบางบ่อ	๑	ทีม	๒๙,๘๖๓
๗	พระสมุทรเจดีย์	ทีมรพสต.แหลมฟ้าผ่า	๑	ทีม	๒๖,๒๐๙
๘	พระสมุทรเจดีย์	ทีมรพสต.ในคลองบางปลากด	๑	ทีม	๒๔,๖๗๕
			๑๒ ทีม		

และได้วางแผนจัดตั้ง PCC และแผนองค์ประกอบ ๔ ด้าน (แผน ๑๐ ปี) ประกอบด้วย โครงสร้าง

๑. Staff - การจัดทำแผนอัตรากำลังในทุกสาขา

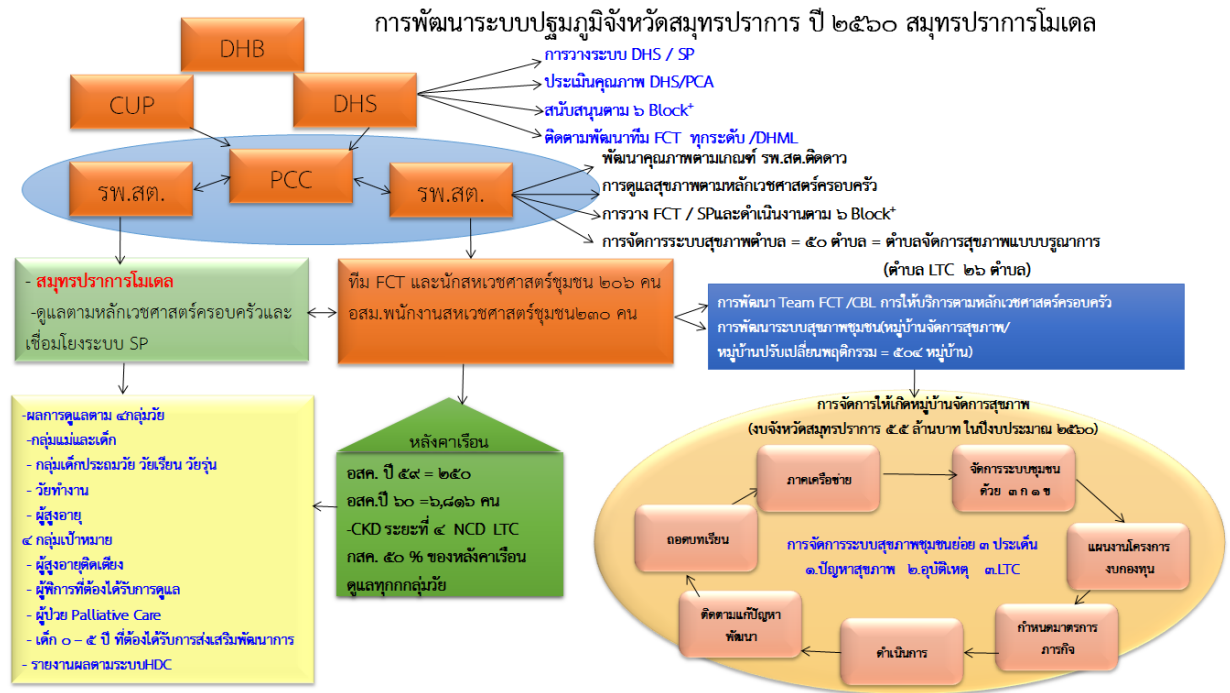
๒. System - การพัฒนาระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ระบบการจัดการ

๓. Structure - พัฒนารพ.สต. PCC แผนสนับสนุนสิ่งสนับสนุน

๔. Service - จัดระบบบริการครอบคลุม ๔ กลุ่มวัย ๔ กลุ่มเป้าหมาย ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

- การให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ไม่ใช่ Extended OPD แต่ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่ง ปี ๒๕๕๙ จังหวัดสมุทรปราการ ได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรองรับในทุก รพ.สต. แล้วดังนี้

๑. พัฒนาระบบปฐมภูมิ “สมุทรปราการโมเดล ปี ๒๕๖๐” ที่เชื่อมต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงครอบครัว โดยใช้ FCT (หมอครอบครัว) ระดับชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนและเชื่อมต่อบริการจากโรงพยาบาลถึงชุมชนผ่าน อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และถึงครัวเรือนโดยแกนนำสุขภาพครอบครัว(กสค.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรวมถึงการจัดการสุขภาพชุมชนย่อย Micro DHS เชื่อมต่อสู่ระบบสุขภาพอำเภอ



๒. พัฒนารูปแบบและระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกกลุ่ม มวัยและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลโดยร่วมมือกับ Cup เมืองสมุทรปราการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางด้วน ใช้ รพ .สต.บางด้วนเป็นสถานที่ (ห้อง LAB) ในการเรียนรู้และพัฒนาระบบบริการ “บางด้วนโมเดล” ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรองรับ PCC ใน ๔ ประเด็น

๑. พัฒนาเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และชุดเรียนรู้ (Starter Kit) ๔ ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ ๑ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชุดที่ ๒ ผู้พิการ/ผู้ดูแล ชุดที่ ๓ วางแผนบั้นปลายชีวิต ชุดที่ ๔ ไหวยา ซึ่งทั้ง ๔ ชุด ได้เผยแพร่เป็น Clip ผ่าน YouTube และเว็บไซต์ ให้ FCT ของจังหวัดสมุทรปราการได้เรียนรู้และพัฒนาการทำงาน

๒. พัฒนาระบบ IT เพื่อการจัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลและการใช้ข้อมูลของทีม FCT ในทุกระดับที่เชื่อมโยงกันถึงแพทย์ FM และทีมสหวิชาชีพ ผ่าน Smart Phone/Tablet/Notebook ใช้ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยทางออนไลน์ ฯลฯ และเครื่องมืออื่นๆที่จำเป็น เช่น Sticker ช่วยเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด การรับประทานยา ฯลฯ มีแผนการพัฒนาต่อไปนี้

๑. พัฒนา Starter Kit ตามปัญหาที่พบ เช่น ชุดเด็กอ้วน การฟื้นฟูทางจิตใจ การดูแลผู้ป่วยที่ยาก
๒. พัฒนา GIS ในการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ
๓. ใช้ Drone ในการส่งยา/อุปกรณ์ให้ญาติในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ฯลฯ
๔. จังหวัดจัดซื้อเครื่องวัดความดันที่ส่งข้อมูลเข้าระบบข้อมูลกลางจำนวน ๑,๗๘๔ เครื่องในทุก รพ.สต. (อยู่ระหว่างการจัดซื้อ)

๓. พัฒนาทีม FCT สหเวชศาสตร์ในปี ๒๕๕๙ ร่วมมือกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลิตนักสหเวชศาสตร์ชุมชนจำนวน ๒๐๖ คน และอสม.พนักงานสหเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน

๑๕๐ คน (มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย / ประชาชน) ให้ปฏิบัติงานในทุก รพ.สต.ทุกแห่งๆละ ๒ – ๓ คน เพื่อเป็นแกนนำในการนำบางตัวโมเดลไป ขยายผลในทีม FCTทุกคนในรพ.สต. เพื่อเป็นฐานที่สำคัญของการทำงาน PCC

๔. การพัฒนา PCC บางแก้วเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบ PCC ในระดับอำเภอ ประกอบด้วย

๑. การนำ/การกำกับ/การอภิบาลระบบ/การบริหารด้านการเงินการคลัง

๒. การกิจด้านการรับส่งต่อในระบบบริการ

๓. ด้านการจัดระบบสนับสนุนให้แก่ PCC

โดยได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์นายแพทย์ อีรวัฒน์ (กรศิลป์) นายแพทย์จิตอาสาช่วยพัฒนา PCC เขตเมือง ใช้ PCC บางแก้ว อำเภอบางพลี เป็นพื้นที่พัฒนาและอีก ๒ PCC และ ๕ FCT ร่วมเรียนรู้ด้วย

จากการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดสมุทรปราการที่กล่าวมาแล้ว นอกจากจะเป็นการพัฒนา เพื่อรองรับนโยบาย PCC แล้วยังเป็นการพัฒนาเพื่อรองรับนโยบาย Thailand ๔.๐ ในการนำ Technology มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการและนวัตกรรมบริการ

ประเด็นการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster) ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ในอำเภอ

๑. รายละเอียดข้อมูลคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑ ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพารักษ์

ตำบล เทพารักษ์ อำเภอ เมืองสมุทรปราการ จังหวัด สมุทรปราการ

๒. กรอกข้อมูลสังกัดหน่วยบริการ

☒ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมุทรปราการ

☒ สสอ. / (รพ.สต.) เทพารักษ์

☒ จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๒ ทีม

ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีม ๑

๓.๑ สิทธิประกันสุขภาพ จำนวน๗,๘๓๒.....คน

๓.๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ จำนวน๘๘๓.....คน

๓.๓ สิทธิประกันสังคม จำนวน.....๔,๖๓๑.....คน

๓.๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จำนวน.....๑๐๗.....คน

๓.๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน๓๑.....คน

๓.๖ สิทธิอื่นๆ จำนวน.....๓๐๐.....คน

ทีม ๒

๓.๑ สิทธิประกันสุขภาพ จำนวน๖,๓๘๐.....คน

๓.๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ จำนวน๙๔๘.....คน

๓.๓ สิทธิประกันสังคม จำนวน.....๓,๘๕๘.....คน

๓.๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จำนวน.....๘๑.....คน

๓.๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน๑๗.....คน

๓.๖ สิทธิอื่นๆ จำนวน.....๑๘๗.....คน

รายละเอียดผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ นพ.พชร นามสกุล ลิ้มหิรัญย์ ตำแหน่ง นายแพทย์

สาขา แพทย์อายุรกรรม

พยาบาลคนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางพิมพ์พิศา พิศนภณี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

พยาบาลคนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวจุฑามาศ ขำขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางแคลิยา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวบุญทวี บุญไทย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล นางสาวนาฏยา สมัครผล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

นวก.สร./จพ. คนที่ ๔ ชื่อ-สกุล นางสาวเกษร แสนกันยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ นพ.กสินพจน์ นามสกุล คุณาแดนสวรรค์ ตำแหน่ง นายแพทย์

พยาบาลคนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวจันจิรา บุญทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวกฤษดา ท่าผ้า ตำแหน่ง จพง.สาธารณสุขปฏิบัติงาน

นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวน้ำผึ้ง ดั่งทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล สอ.ศิริศักดิ์ ภาเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทันตภิบาล ชื่อ-สกุล นางวรรณภา รุ่งเรือง ตำแหน่ง จพง.ทันตสาธารณสุขชำนาญการ

แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ชื่อ-สกุล นส.ชวีวรรณ ตันพานิช ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

นักรักษาภาพบำบัด ชื่อ-สกุล นางสาวอภิญญา แสงสาย ตำแหน่ง นักรักษาภาพบำบัด

จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวมัจฉา พลเยี่ยม ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้

จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางรัญดร บุญรักษา ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

๕.๑ ระบบยา ☒ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

๕.๒ วัสดุการแพทย์ ☒ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ☒ จัดหาเอง

๕.๓ วัสดุทั่วไป ☒ ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย ☒ จัดหาเอง

๕.๔ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☒ ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

☒ Thai refer

☒ อื่นๆ ระบุ My-PCU

๒. PCC คลินิกหมอครอบครัว บางแก้ว ตำบล.บางแก้ว อำเภอ บางพลี จังหวัด สมุทรปราการ

ข้อมูลสังกัดหน่วยบริการ

☒ โรงพยาบาลทั่วไป . รพ.บางพลี

☒ สสอ.(รพ.สต.) บางแก้ว.

จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๒ ทีม

ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีมที่ ๑ รับผิดชอบ หมู่ ๑,๓,๘,๑๑ (๑๑,๒๐๘ คน)

๓.๑ สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน๕,๙๔๐..... คน
๓.๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน๑,๐๗๙..... คน
๓.๓ สิทธิประกันสังคม	จำนวน๓,๖๑๕..... คน
๓.๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน๓๔๗..... คน
๓.๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน๒๘..... คน
๓.๖ สิทธิอื่น	จำนวน๑๙๙..... คน

ทีมที่ ๒ รับผิดชอบ หมู่ ๒,๔,๕,๙,๑๖ (๑๒,๓๓๙ คน)

๓.๑ สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน๖,๘๙๔..... คน
๓.๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน๗๑๓..... คน
๓.๓ สิทธิประกันสังคม	จำนวน๔,๐๑๔..... คน
๓.๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน๓๐๐..... คน
๓.๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน๒๐..... คน
๓.๖ สิทธิอื่น	จำนวน๓๙๘..... คน

ผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ-สกุล พญ.ธิดา สกุลพิพัฒน์ ตำแหน่ง แพทย์หญิงชำนาญการสาขา เวชปฏิบัติครอบครัว
พยาบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล น.ส.ชวณี อินทสนธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
พยาบาล คนที่๒ ชื่อ-สกุล น.ส.พรพรรณ ครองญาติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่๑ชื่อ-สกุล นายอภิศักดิ์ แววดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่๒ชื่อ-สกุล น.ส.นภาพร อรินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๓ชื่อ-สกุล นายวิฑูรย์ จันทรเงิน ตำแหน่ง จพ.สร.ชำนาญงาน

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ-สกุล พญ.ชนมณีภา วิฑูรสูตร ตำแหน่ง นายแพทย์ สาขา เวชปฏิบัติครอบครัว
พยาบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล น.ส.กมลลักษณ์ ปาละ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
พยาบาล คนที่๒ ชื่อ-สกุล น.ส.ปานประทีป ศรีสง่า ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่๑ชื่อ-สกุล น.ส.พรพิสุทธิ์ โกมทองพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๒ชื่อ-สกุล นางลลดา สุระธนาสิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๓ชื่อ-สกุล น.ส.สมาพร ยิ่งกล้า ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๔ชื่อ-สกุล นายปริญญา วงศ์ศรีลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
ทันตแพทย์ ชื่อ-สกุล ทญ.มณี รุ่งรัชกานนท์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์
เภสัชกร ชื่อ-สกุล ภญ.กนกกานต์ พัฒนพิบูล ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
ทันตภิบาล ชื่อ-สกุล ๑.นางกิ่งแก้ว ปานรอด ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
๒.นายมานะ กิ่งแก้ว ตำแหน่ง .เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ชื่อ-สกุล น.ส.ณัฐนรี ฤกษ์วสินกุล ตำแหน่ง นักการแพทย์แผนไทย
นักกายภาพบำบัด ชื่อ-สกุล น.ส.สมใจ พลรักษา ตำแหน่ง นักกายภาพชำนาญการ

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

- ๑ ระบบยา ✓ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๒ วัสดุการแพทย์ ✓ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๓ วัสดุทั่วไป ✓ จัดหาเอง
- ๔ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ✓ ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

- ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย
 - ✓ HosxP ✓ Thai refer
 - ✓ อื่นๆ : ระบุ.....My PCU.....

ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว ราชา ตำบล ปากน้ำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัด สุพรรณบุรี

ข้อมูลสังกัดหน่วยบริการ

☒ โรงพยาบาลศูนย์ สุพรรณบุรี

จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๓ ทีม

ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีม ๑ (๒๐,๒๓๑ คน)

๑ สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน ๑๕,๐๐๕ คน
๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน ๑,๑๒๙ คน
๓ สิทธิประกันสังคม	จำนวน ๓,๒๗๕ คน
๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน ๗๙๕ คน
๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน ๒๗ คน

ทีม ๒ (๑๙,๕๖๑ คน)

๑ สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน ๑๔,๕๐๕ คน
๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน ๑,๐๕๙ คน
๓ สิทธิประกันสังคม	จำนวน ๓,๔๕๐ คน
๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน ๕๒๗ คน
๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน ๒๐ คน

ทีม ๓ (๑๘,๔๘๙ คน)

๑ สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน ๑๓,๙๕๗ คน
๒ สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน ๑,๑๙๗ คน
๓ สิทธิประกันสังคม	จำนวน ๓,๑๐๐ คน
๔ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน ๒๒๕ คน
๕ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน ๑๐ คน

รายละเอียดผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ-สกุล นายแพทย์อิศรา สพสมัย ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

พยาบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล นางลัดดา เอี่ยมกล้าหาญ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาล คนที่๒ ชื่อ-สกุล นางสาวนีย์ เสถียรณภาพงษ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นวก.สร./จพ. คนที่๑ชื่อ-สกุล น.ส.รุ่งนภา ประสริระเก	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๒ชื่อ-สกุล น.ส.สุชีรา เทพวงศ์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๓ชื่อ-สกุล น.ส.อรอนงค์ อรัญโสตร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๔ชื่อ-สกุล น.ส.ดารณี โพธิ์อินทร์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงกุลนที แสงนาค

พยาบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล น.ส.สารินี รัตนคันทร	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาล คนที่๒ ชื่อ-สกุล น.ส.ชูพิศ สวัสดิ์นาวิน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นวก.สร./จพ. คนที่๑ชื่อ-สกุล น.ส.ไหมไทย รัตนะ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๒ชื่อ-สกุล นายสุรพล กงชัย	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๓ชื่อ-สกุล น.ส.อนุสรรา อุทุมพันธ์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๔ชื่อ-สกุล น.ส.ผุสดี อินวัฒน์สุข	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๓ แพทย์...ชื่อ-สกุล นายแพทย์สาธิต นิสากนิษฐ์

พยาบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล น.ส.อาทิตย์ยา นุ่มเนียม	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
พยาบาล คนที่๒ ชื่อ-สกุล นางวลัยพร จันทรสงวน	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นวก.สร./จพ. คนที่๑ชื่อ-สกุล น.ส.แคลิยา ดวงโพธิ์พิมพ์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๒ชื่อ-สกุล น.ส.เสาร์วณิ โคตชัย	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่๓ชื่อ-สกุล น.ส.ดาริน กะสิกุล	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
เภสัชกร คนที่๑ ชื่อ-สกุล น.ส.พรทิพย์ วงษ์ละคร	ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ
ทันตภิบาล คนที่๑ ชื่อ-สกุล นางวราภรณ์ เพียโคตร	ตำแหน่ง จพง.ทันตภิบาลสาธารณสุข
แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ชื่อ-สกุล น.ส.เบญจวรรณ ใจทัศน์กุล	ตำแหน่ง แพทย์ประยุกต์
นักกายภาพบำบัด ชื่อ-สกุล น.ส.ธีรรัตน์ ขาวพลับ	ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

- ๑ ระบบยา ☒ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๒ วัสดุการแพทย์ ☒ เบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๓ วัสดุทั่วไป ☒ ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ๔ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☒ ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

- ☒ Thai refer
- ☒ Hosxp PCU

การดำเนินการตามเกณฑ์หลักของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว(Major criteria)
เกณฑ์ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCCor Team)

เกณฑ์หลัก(Major criteria)

	Major criteria	มี	ไม่มี	รายละเอียดแผน ดำเนินการ
๑. Staff	Doctor ๑ : ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ pop. กำหนดให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ ผ่านการอบรมในหลักสูตรระยะสั้นของราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น	/		มีแผนการผลิต บุคลากร
๒. System	๒.๑การจัดระบบบริการ Service Package รายกลุ่มวัย Call center or Line group Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน , Long term care etc.	/		
	๒.๒ ระบบส่งต่อ Green Channel ระบบRefer Back	/		
๒. System (ต่อ)	๒.๓ ระบบบัญชี Virtual Account		/	ยังไม่มีในPCC
	๒.๔ ระบบข้อมูล โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบรายงานประจำเดือน/ไตรมาส	/		
๓.Structure	๒.๕ระบบบริหารจัดการ มีผู้จัดการประจำPCC หรือ ทีม มีผู้ประสานงานPCCระดับ CUP	/		
	อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม	/		

เกณฑ์รอง(Minor criteria)

	Minor criteria	มี	ไม่มี	รายละเอียดแผน ดำเนินการ
๑. Staff	พยาบาลวิชาชีพ, นวก.หรือ จพ.สาธารณสุข , ทันตภิ บาล,เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ต้องจัดให้มี บุคลากรได้ ๕๐% ของกรอบที่กำหนดและต้องมี แผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน ๒ปี สหวิชาชีพอื่น ต้องมีแผนการสรรหา	/		
๒. System	การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน	/		
	Ambulance Lab &Investigation		/	
	แผนการเงิน(Planfin) แผนเงินบำรุง	/		ตามแนวทางการ ควบคุมภายใน
	การทำงานผ่าน Tablet / Smart phone		/	ทุกพรต.มีแผน จัดซื้อ ให้ครบทุกแห่ง
๓. Structure	จัดให้มีเครื่องมือตามความจำเป็น เช่น EKG , รถยนต์		/	มีแผนขอครุภัณฑ์

ประเด็นที่ ๒ กลไกการขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster)

๑.องค์ประกอบ : มีผู้รับผิดชอบPCCหลักระดับจังหวัด

๑. ADMIN ได้แก่ ผชชว. นายแพทย์สันติต บุญส่ง
๒. ผู้ประสานงานจังหวัด ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ และ
ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ

๒.บทบาทหน้าที่ : จัดทำแผนจัดตั้งและพัฒนาPCC รายละเอียดตามคำสั่งPCC ของจังหวัด

๑. บริหารจัดการทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ ในภาพจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนPCC
๒. บริหารจัดการให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานกับระบบสุขภาพอำเภอเพื่อขับเคลื่อนPCC
๓. พัฒนาสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับจังหวัดตามแนวทางของกระทรวง
๔. ผลิตพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกำลังคนด้านปฐมภูมิรองรับPCC

แผนการจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวของจังหวัด ตั้งแต่ ปี๒๕๖๐-๒๕๖๙

	๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบการศึกษา	-	-	-	๒ คน						
ศักยภาพการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในจังหวัดตามแนวทางการกระทรวง (จำนวนคน)	-	-	-	-						
แผนจัดสรรแพทย์ที่เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้น (Shortcourse training เวลา ๔ เดือน)	๑๑ คน									

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

๑. จังหวัดไม่สามารถจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพให้ทำงานอยู่ใน PCC หรือใน FCT ให้เพียงพอตามแผนการพัฒนา PCC ในแต่ละปีได้

๒. ทีมงานสุขภาพยังมีความเข้าใจในหลักการแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสู่เป้าหมายไม่ครอบคลุมตั้งแต่เจ้าหน้าที่ถึงประชาชน

๕. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข/พัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- การจัดหาอัตรากำลังให้เพียงพอตามแผน Staff
- การสนับสนุนอาคาร สิ่งก่อสร้าง เนื่องจากสมุทรปราการเป็นเขตเมือง พื้นที่ก่อสร้างอาคารหายาก

แนวทางการแก้ไข/พัฒนา

- การจัดหาอัตรากำลังให้เพียงพอตามแผน Staff
- ควรปรับเป็นการเช่าซื้อตึก เพื่อเป็น PCC ในเขตเมือง

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง ต่อบริหาร ภูมิภาค / ต่อผู้บริหาร /

- ส่วนกลางควรมีการจัดการที่ชัดเจนด้านกำลังคน เพื่อได้เพียงพอต่อการดำเนินงาน PCC

การพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ(District Health System : DHS)

๑. ประเด็นตรวจราชการ

๑. มีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วม
๒. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long term Care)
๓. ระบบส่งเสริมสุขภาพและการดูแล กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง /ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล /ผู้ป่วย palliative care/เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว
๔. การกำหนดจัดเสี่ยงในอำเภอและมีแก้ไขปัญหาคือเหตุ

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

SP ๑ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ ๙๕)

๓. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ DHS อย่างต่อเนื่องครอบคลุม ๖ อำเภอ ใช้หมู่บ้านจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มวัย เชื่อมโยง Service Plan และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุม ๕๐๔ หมู่บ้านใน ๔ ประเด็น คือ

- อุบัติเหตุ
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓อ. ๒ส.
- การดูแลผู้สูงอายุ LTC
- ปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่

และจากการขับเคลื่อนในทุกหมู่บ้าน (MICRO DHS) เชื่อมโยงเป็นระบบการจัดการสุขภาพตำบลและอำเภอต่อไป

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	รายการข้อมูล (ต.ค.-ธ.ค.๕๙)	อ.เมือง	อ.บางป่อ	อ.บางพลี	อ.พรประแดง	อ.พระสมุทรเจดีย์	อ.บางเสาธง
๑	มีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและแผนการติดตามประเมินผล ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น อย่างมีส่วนร่วมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ เรื่อง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
๒	มีแผนบูรณาการ การจัดบริการใน ๕ กลุ่มวัย และแผนการพัฒนาระบบบริการ (service plan)	๑	๑	๑	๑	๑	๑
๓	กำหนดอำเภอเป้าหมายประจำปี๒๕๖๐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ (ทำทุกอำเภอร้อยละ ๑๐๐)	๑	๑	๑	๑	๑	๑
๔	มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA	ค่าพึงประสงค์	๑	๑	๑	๑	๑
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕	มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันและมีระบบ Family Care Team เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง (essential care เป็นต้น) <u>หมายเหตุ :</u> ๔ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้สูงอายุ ๒) กลุ่มผู้พิการ ๓) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๔) พัฒนาการเด็กได้รับการดูแล ร้อยละ๘๐	ค่าพึงประสงค์	๑๑	๑	๑	๑	๑
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖	จำนวนอำเภอที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือเกินระดับสามทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดย ผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)	ค่าพึงประสงค์	๑	๑	๑	๑	๑
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

แบบรายงานการพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ(DHS) จังหวัดสมุทรปราการ ปี๒๕๖๐								
อำเภอ	การร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของพื้นที่ตามบริบท ๓ เรื่อง/อำเภอ(ODOP)	Unity Team	Cutomer Focus	UCommunity Participation	Appreciation	Resource sharing an Human development	Essential care	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
อ.เมือง	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๒. อุบัติเหตุ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๓. Long term care	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
อ.บางบ่อ	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๓	๔	๔	๓	๔	๓	
	๒. อุบัติเหตุ	๓	๒	๓	๒	๓	๒	
	๓. Long term care	๓	๓	๓	๒	๓	๓	
อ.บางพลี	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๔	๓	๔	๓	๔	๓	
	๒. อุบัติเหตุ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๓. Long term care	๓	๔	๓	๓	๔	๓	
อ.พระประแดง	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๓	๓	๔	๓	๓	๓	
	๒. อุบัติเหตุ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	
	๓. Long term care	๓	๔	๓	๓	๔	๓	
อ.พระสมุทรฯ	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๒	๓	๒.๕	๒	๔	๔	
	๒. อุบัติเหตุ	๒	๒	๑.๕	๑	๒	๑	
	๓. Long term care	๓.๕	๓.๕	๓.๕	๔	๔	๔	
อ.บางเสาธง	๑. ปัญหาสุขภาพสำคัญ ๑ เรื่อง NCD	๔	๔	๔	๔	๓	๔	
	๒. อุบัติเหตุ	๒	๓	๒	๒	๒	๒	
	๓. Long term care	๓	๔	๔	๔	๓	๔	

อำเภอ	แบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System : DHS) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐																			
	ทีมหมอครอบครัว (ทีม)			ผู้สูงอายุ (คน)				ผู้พิการ (คน)			ผู้ป่วย Palliative care (คน)		เด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ต้องได้รับ การส่งเสริมพัฒนาการ (คน)			ตำบลจัดการสุขภาพ				
	อำเภอ	ตำบล	ชุมชน	ทั้งหมด	ติดเตียง		ติดบ้าน		ทั้งหมด	ต้อง ได้รับ การ ดูแล	ได้รับ การ ดูแล	ทั้งหมด	ได้รับ การ ดูแล	ทั้งหมด	พัฒนา การ ล่าช้า	ได้รับ การ ดูแล	จำนวน ตำบล	จำนวน อปท.	จำนวน Care Manager	จำนวน Care Giver
					ติด เตียง	ได้รับ การ ดูแล	ติดบ้าน	ได้รับ การ ดูแล												
อ.เมือง	๑	๒๓	๑๐๐	๖๐,๘๒๓	๓๙๖	๓๙๖	๓,๔๔๓	๓,๔๔๓	๙๓๒	๘๒๓	๘๒๓	๙๔	๙๔	๓๗,๑๓๗	๑๐๒	๑๐๒	๑๓	๕	๒๓	๘๐
อ.บางบัว	๑	๑๔	๗๔	๑๕,๓๔๓	๓๑	๓๑	๑๗๘	๑๓๗	๘๐๙	๒๙๓	๑๗๒	๒๗๑	๒๗๑	๗๐๑	๑๖	๑๖	๘	๒	๔	๔๐
อ.บางพลี	๑	๑๐	๒๔	๒๕,๙๘๘	๑๐๒	๙๔	๓๕๙	๔๘	๑,๖๙๗	๘๑๙	๔๑๒	๔	๔	๑๔,๑๒๙	๘๗	๘๗	๖	๒	๖	๓๙
อ.พระ ประแดง	๒	๑๙	๙๘	๒๔,๓๐๕	๒๑๑	๒๑๑	๙๙๙	๙๙๙	๑,๕๙๒	๗๒๑	๗๒๑	๑๘๗	๑๘๗	๑๔,๒๑๑	๑๕๔	๑๔๕	๑๕	๔	๑๔	๑๙๒
อ.พระสมุทร เจดีย์	๖	๑๑	๖๒	๑,๖๒๔	๔๖	๔๖	๑๐๕	๑๐๕	๗๒๘	๗๒๘	๗๒๘	๘	๘	๘,๖๗๒	๑๐๕	๑๐๕	๕	๓	๑๓	๓๒
อ.บางเสาธง	๑	๔๑	๑๔๑	๕,๘๙๒	๕๐	๕๐	๓๒๗	๒๐๐	๔๘๘	๑๘๑	๑๘๑	๙	๙	๓,๖๘๖	๑๑	๑๑	๓	๒	๓	๒๕
รวม	๑๒	๑๑๘	๔๙๙	๑๓๓,๙๗๕	๘๓๖	๘๒๘	๕,๔๑๑	๔,๙๓๒	๖,๒๔๖	๓,๕๖๕	๓,๐๓๗	๕๗๓	๕๗๓	๗๘,๕๓๖	๔๗๕	๔๖๖	๕๐	๑๘	๖๓	๔๐๘

แบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบปฐมนิเทศและสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) ๒๕๖๐													
การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บการจราจร ROAD TRAFFIC INJURY													
อำเภอ	จำนวนจุดเสี่ยง (แห่ง)		จุดเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข (แห่ง)		จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ			จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ			จำนวนผู้เสียชีวิต		
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ		
	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)
อ.เมือง	๑	๑	๑	๑									
อ.บางป่อ	๗	๕	๕									๗	
อ.บางพลี	๓	๓											
อ.พระประแดง	๓	๒	๑	๒	๖	๕	๒				๖	๓	๒
อ.พระสมุทรฯ	๒	๒	๒	๒									
อ.บางเสาธง	๓	๒	๐	๒				๕	๕	๑	๐	๐	๑
รวม	๑๙	๑๕	๙	๗	๖	๕	๒	๕	๕	๑	๖	๑๐	๓

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๒. การพัฒนาระบบข้อมูล
๓. ค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD
๔. การจัดการหลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk $\geq 30\%$

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๑๙. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสม
 - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๔๐)
 - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ ๕๐)
๒๐. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) $\geq$ ร้อยละ ๘๐

Service Outcome :

- SP ๒ สถานบริการแต่ละเขตผ่านเกณฑ์ NCD Clinic Plus $>$ ร้อยละ ๖๐

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในเขตปริมณฑลและมีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่จำนวนมาก จึงมีประชากร ย้ายถิ่นเข้ามาพักอาศัยอยู่จำนวนมาก รวมทั้งแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในโรงงาน อุตสาหกรรมและยังมี โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยาอยู่จำนวนมากเช่นกัน ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีอัตราตายและภาวะโรคสูง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและมะเร็งเป็นต้น มากกว่า ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ดีตามเกณฑ์

การเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ยังไม่ครอบคลุม ระบบการพัฒนาในเครือข่ายรวมถึงข้อมูลสารสนเทศอยู่ระหว่างการพัฒนา เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องรับผิดชอบบริการหลายด้าน ทำให้คุณภาพและปริมาณงานยังไม่สมบูรณ์

พิจารณาข้อมูลจาก HDC ที่รายงานผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq$ ร้อยละ ๔๐) ในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ ได้แก่ ๑๕.๔๗, ๒๐.๒๔ และ ๒๔.๘๒ ตามลำดับ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๕๐) ในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ ได้แก่ ๑๗.๘๑, ๑๖.๘๓ และ ๒๐.๐๐ ตามลำดับ ผลการดำเนินงาน NCD clinic ในปี ๒๕๕๘ ผ่านการประเมิน ๙๐% (๕ แห่ง ผ่าน ๔) ในปี ๒๕๕๙ ผ่านการประเมิน ๑๐๐% ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ ผลการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ ๔๒.๔๓ ผลการคัดกรองความดันโลหิต ร้อยละ ๔๔.๓๗ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ มีจำนวนกลุ่มเสี่ยง CVD $> 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน ๙๙๘ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙๔.๐๘

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (S)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพจังหวัด (ต.ค.-ธ.ค. ๕๙)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐)	เป้าหมาย	๑๖,๕๒๐	๓,๙๙๔	๕,๙๔๐	๖,๗๖๖	๔,๑๙๗	๒,๑๑๗	๓๙,๕๕๗
		ผลงาน	๑,๓๕๒	๑,๓๕๒	๒๘๒	๓๔๘	๑๕๔	๒๕๗	๒,๕๓๕
		ร้อยละ	๘.๑๘	๓.๕๖	๔.๗๕	๕.๑๔	๓.๖๗	๑๒.๑๔	๖.๔๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๓๒,๒๗๓	๘,๑๑๒	๑,๑๙๖	๘,๖๒๙	๔,๑๑๑	๔,๑๑๑	๗๘,๙๘๗
		ผลงาน	๕,๑๕๑	๑,๔๕๓	๒,๓๗๖	๒,๖๓๔	๙๕๘	๙๕๘	๑๕,๗๖๒
		ร้อยละ	๑๕.๙๖	๑๗.๙๑	๑๙.๘๒	๓๐.๕๒	๒๓.๓๐	๒๓.๓๐	๑๙.๖๙
๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ๘๐)	เป้าหมาย	๕,๐๐๕	๔๑๙	๖๙๓	๑,๐๕๙	๘๖๔	๑,๐๑๗	๘,๒๓๗
		ผลงาน	๓,๔๑๔	๓๒๕	๕๘๙	๕๗๑	๖๒๕	๔๘๕	๖๐๐๙
		ร้อยละ	๖๘.๒๑	๗๗.๕๗	๘๔.๙๙	๕๓.๙๒	๗๒.๓๓	๔๗.๖๗	๗๒.๙๕
๔	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ๘๐)	เป้าหมาย	๑๐,๔๖๓	๑,๘๖๐	๒,๖๐๕	๕,๖๓๖	๑,๙๔๐	๑,๐๓๙	๒๗,๑๔๓
		ผลงาน	๑๑,๘๕๘	๑,๓๓๘	๑,๘๙๙	๓,๘๐๔	๘๘๗	๔๖๔	๒๐,๒๕๐
		ร้อยละ	๘๓.๓๒	๗๑.๙๔	๗๒.๙๐	๖๗.๕๐	๔๕.๗๒	๔๔.๖๖	๗๔.๖๐
๕	สถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus $\geq$ ๘๐%	ผลงาน	อยู่ระหว่างการประเมินตนเองสถานบริการสาธารณสุข (รพศ.,รพท.,รพช.) ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic plus						
		ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

๔.๑ กิจกรรมดำเนินงาน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ การขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุม ป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Board) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๒. จัดทำแผนงานพร้อมบูรณาการงานป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวัง ทั้งกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บูรณาการงานและกิจกรรมพื้นที่เป้าหมายอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง ตำบลจัดการสุขภาพ รพ .สต.ติดดาว การจัดหากุ่มเป้าหมายและจัดเตรียมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ อสค.

๓. พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลทีมงาน System manager และ Case Manager เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องระบบข้อมูล เพื่อให้เข้าใจถึงเป้าหมาย ตัวชี้วัดและเนื้อหาวิชาการเพื่อการพัฒนางาน

๔. การประเมินผลการดำเนินงาน NCD clinic Plus ปีพ.ศ.๒๕๖๐ อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ประเมินตนเองรอบที่ ๑

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือ การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ระบบฐานข้อมูล เนื่องจากโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ มีการใช้โปรแกรมที่แตกต่างกัน คือ HoS XP, MyPCU และ J HOS เมื่อเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC จะมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่เข้าสู่ระบบ จึงควรมีการตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและมีความถูกต้อง

๒. การดำเนินงาน NCD clinic Plus ในปีพ.ศ.๒๕๖๐ มีการประเมิน การดำเนินงานทั้งในส่วน กระบวนการ ควบวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ต่ำกว่าเป้าหมาย เพื่อทำแผนปรับปรุงการดำเนินงาน ก่อนการประเมิน NCD คุณภาพ

๓. การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ให้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรรม เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อน และระบบส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ปรับยาก เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (คลินิก DPAC) ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรแฝงย้ายเข้า- ออกอยู่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นเขต อุตสาหกรรม

ผลการดำเนินงานผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ค่อนข้างต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

๒. ระบบข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบน้อยกว่าที่ปฏิบัติงานจริง มีการใช้โปรแกรมประมวลผล ที่แตกต่างกัน เมื่อเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC มีข้อมูลบางส่วนไม่เข้าสู่ระบบ

แนวทางการพัฒนา

๑. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย รายกลุ่ม รายบุคคลและทำ แผนกิจกรรมดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงและกิจกรรมการจัดการตนเอง

๒. ควรมีการตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีความถูกต้อง โดยมีการติดตาม ตรวจสอบข้อมูล ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบกับงาน IT เป็นระยะและต่อเนื่อง

ผู้รายงาน	นางธนิดา เอี่ยมโอภาส
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้รายงาน	นายกรภัทร์ ทองสนิท
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
วัน/เดือน/ปี	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทร	๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
E-mail	control.spko@moph.mail.go.th

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๑. ประเด็นตรวจราชการ

๑. กระตุ้นให้เป็นไปตามแผน Stroke service plan
๒. บันทึกข้อตกลงเครือข่าย
๓. โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล (<ร้อยละ ๗)

๓. สถานการณ์

ส่วนที่ ๑ สภาพทั่วไป และสถานการณ์ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ

การรักษาที่ดีที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดมาเลี้ยง คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ภายในระยะเวลา ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนกระทั่งได้รับยา ซึ่งในจังหวัดสมุทรปราการฯ มารถให้ยานี้ได้ เฉพาะที่โรงพยาบาลสมุทรปราการเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ จะมีโอกาสที่ได้รับการรักษาด้วยยานี้น้อยมาก ประกอบกับการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ด้วยข้อจำกัดหลายด้าน ได้มีการจัดการพัฒนา ระบบ Stroke fast track ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓) ที่มีศักยภาพในการรักษามากกว่า และมีพื้นที่อยู่ใกล้เคียงกัน ลดระยะเวลาในการเดินทางส่งต่อ ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสแก่ผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยา rt-PA มากขึ้น เพื่อลดอัตราการตายและความพิการ การเป็นภาระของผู้ป่วยแก่ญาติและผู้ดูแล ให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ ๒ กระบวนการ/ขั้นตอนในการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อประสานงานร่วมกัน
๒. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล
๓. จัดการพัฒนา ระบบ Stroke fast track. ให้มีประสิทธิภาพในทุกโรงพยาบาล
๔. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน
๕. สร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับ โรงพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓) ที่มีศักยภาพในการรักษามากกว่า และมีพื้นที่อยู่ใกล้เคียง
๖. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมรับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย
๗. ประชาสัมพันธ์ เรื่องอาการแสดง และการคัดกรองผู้ป่วย ให้ได้รับบริการได้รวดเร็วมากขึ้น
๘. ประชาสัมพันธ์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วมากขึ้น (๑๖๖๙)

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๑. ร้อยละอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล

จังหวัด	เป้าหมาย < ร้อยละ ๗	ผลงาน
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	๒๔๙/๒๔.๙๐	๖๒
โรงพยาบาลบางบ่อ	๓๔/๑๑.๗๖	๔
โรงพยาบาลบางพลี	๙๗/๑๖.๔๙	๑๖
โรงพยาบาลบางจาก	๔๓/๔.๖๕	๒
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ	๒๘/๗.๑๔	๒
โรงพยาบาลบางเสาธง	๐/๐.๐๐	๐
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ	๔๕๑/๑๙.๐๗	๘๖

(ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓๐ ม.ค.๒๕๖๐)

๒. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรตรระบุจำนวน เตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ	๑ หออภิบาลฯ	√	-	๔
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)		๑๐๐%	-	๔

๓. การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S

โรงพยาบาล	เป้าหมาย (มี Stroke Unit)	ผลงาน		ถ้ามี Stroke Unit โปรตรระบุจำนวน เตียง
		มี Stroke Unit	ไม่มี Stroke Unit	
ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี		-	√	

* หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง ต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. โรงพยาบาลระดับ F๑, F๒ บางโรงพยาบาลไม่มีอายุรแพทย์ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ควรมีแพทย์อายุรกรรมในการช่วยวินิจฉัย

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องได้รับการวินิจฉัยจากการทำ CT หรือ MRI แต่การเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึงและอาจล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ให้ทันเวลา
๒. เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย สำหรับสิทธิเบิกต้นสังกัดที่ไม่สามารถส่ง Fast Track ที่ รพ.จุฬารัตน์ ๓ ได้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาน้อยลง
๓. ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลเฉพาะทาง Stroke
๔. หลังจากผู้ป่วยได้รับยา rt-PA แล้ว ต้องรับผู้ป่วยกลับมา admit เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แต่ยังไม่มีความชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู และหลังจากกลับบ้าน ผู้ป่วยบางรายขาดการติดตาม ประเมินอาการซ้ำ

แนวทางการพัฒนา

๑. เพิ่มการประชาสัมพันธ์โดยการประชุมชี้แจงข้อมูลระดับเครือข่ายปีละ ๒ ครั้ง
๒. เพิ่มศักยภาพการให้ยา rt-PA ในโรงพยาบาลระดับ M
๓. เพิ่มช่องทางการรับปรึกษาทาง Telemedicine
๔. จัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาล M๑, M๒, F๑, F๒ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพที่ผู้ป่วยควรได้รับ

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

การสนับสนุนให้โรงพยาบาลทำ MDU กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลประสาทวิทยาในรายที่ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA แล้วหลอดเลือดสมองยังไม่เปิด

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การจัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ และการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย (กำลังดำเนินการ)

ผู้รายงาน	นางสมศรี พิพัฒน์จรัสสกุล
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th
โทรศัพท์	๐๒ ๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙,๑๓๐

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model)

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome :

SP ๓ อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง < ๑๓๐ ครั้งต่อแสนประชากร

SP ๔ อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน > ๖๐%

๓. สถานการณ์

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลง ๒ ลักษณะที่สำคัญคือ การอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (Chronic Bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (Emphysema) มีการดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ โดยไม่ กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยมีสาเหตุหลักมาจาก คาร์บอนมอนอกไซด์และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด มีอาการสำคัญ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะในตอนเช้า เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่อโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกซ์ทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้ง สร้างภาระให้แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการจัดการการ ดูแลจากทีมสหสาขาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรองโรค การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อควบคุม ความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีความจำ เป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาบทบาทให้มีความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการ ประเมินปัญหา สุขภาพและความเสี่ยงของ ผู้ป่วย จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความ จำเป็น เข้าถึงแหล่งประโยชน์และทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมทั้งจัดการระบบบริการสอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของ ประเทศได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับความ ต้องการทางสุขภาพ

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๔.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

(๑) อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาท้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เป้าหมาย: ไม่เกิน ๑๓๐ ครั้ง/แสนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาท้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx =J๔๔๐-J๔๔๑) (A)	จำนวนประชากรกลางปี อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร (B)	อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาท้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (C) (A/B)×๑๐๐,๐๐๐	
อำเภอเมืองสมุทรปราการ	๑๕๕	๓๙๐,๕๘๒	๓๙.๖๘	
อำเภอบางบ่อ	๗๑	๘๑,๑๙๘	๘๗.๔๔	
อำเภอบางพลี	๗๕	๑๖๓,๒๕๑	๔๕.๙๔	
อำเภอพระประแดง	๓๓	๑๖๑,๙๓๖	๒๐.๓๘	
อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๕๘	๙๓,๗๗๘	๖๑.๘๕	
อำเภอบางเสาธง	๘	๕๘,๓๔๖	๑๓.๗๑	
ภาพรวมจังหวัด	๔๐๐	๙๔๙,๐๙๑	๔๒.๑๕	

(ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๓๐ ม.ค.๒๕๖๐)

๔.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

(๒) รพศ./รพท./รพช. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่

- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (Controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ (เป้าหมาย ๖๐%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ ๔ ประเด็น (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล (PDx=J๔๔๐-J๔๔๙) (B)	อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (A/B)×๑๐๐	
อำเภอเมืองสมุทรปราการ	๐	๐	๐	อยู่ระหว่างรอการประเมิน
อำเภอบางบ่อ	๐	๐	๐	
อำเภอบางพลี	๐	๐	๐	
อำเภอพระประแดง	๐	๐	๐	
อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๐	๐	๐	
อำเภอบางเสาธง	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๐	๐	๐	

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

๑. ไม่มีการจัดตั้งคลินิก COPD ที่ชัดเจน
๒. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการใช้ Spirometer

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข/พัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

๑. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการใช้ Spirometer วัด CAT และการประเมินตาม MMRC
๒. ไม่มีผู้ลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HOSxP+ HDC กระทั่ง
๓. เกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อให้รหัส J๔๔๐-๙, J๔๔๑ ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ข้อมูลพื้นฐานไม่ถูกต้อง
๔. การจัดตั้งคลินิก COPD ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย
๕. ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจต่อคนนาน จึงทำให้จำนวนคนไข้ในคลินิกมีไม่มาก

แนวทางการแก้ไข/พัฒนา

เพิ่มศักยภาพสถานบริการสุขภาพ ทั้งบุคลากรและเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในพื้นที่บริการ

ผู้รายงาน นางธนิดา เอี่ยมโอภาส
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
E-mail control.spko@moph.mail.go.th
วัน/เดือน/ปี ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ผู้รายงาน นายกรภัทร์ ทองสนิท
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
E-mail control.spko@moph.mail.go.th
วัน/เดือน/ปี ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

สาขา RDU

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ในสถานพยาบาล (National Drug Supply)
๒. การสั่งจ่ายและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
๓. ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Drug Use)

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๓. สถานการณ์

๓.๑ จังหวัดสมุทรปราการมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๖ แห่ง แบ่งเป็น

- โรงพยาบาล ระดับ A จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- โรงพยาบาล ระดับ S จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี
- โรงพยาบาล ระดับ M๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางบ่อ
- โรงพยาบาล ระดับ F๑ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางจาก
- โรงพยาบาล ระดับ F๒ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์
- และโรงพยาบาล ระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางเสาธง

๓.๒ ยังไม่มีโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ขั้นที่ ๑ โดยยังไม่ผ่านตัวชี้วัดในเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ,การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยา มาตรฐานฉลากยาเสริมและเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน (ผ่านเกณฑ์ ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.บางบ่อ, รพ.บางจาก และ รพ.บางเสาธง) และการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา

๓.๓ ยังไม่มี รพ.สต.ใดในจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (รพ.สต. บางเมือง , รพ.สต.คลองบางปลั่ง, รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษาสาขาวัดบางปลั่ง , ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชา, รพ.สต.คลองด่าน, รพ.สต.นิคมยาตรา รพ.สต. บางโหลง และ รพ.สต.บางโหลง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ในโรคติดเชื้อการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน)

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๐)	ภาพรวม รอบ ๑ ใช้ข้อมูลไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. ๕๙-ธ.ค. ๕๙)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU๒) เกณฑ์ตัวชี้วัด : รพ.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด)	เป้าหมาย (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	๖	๖
		ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์ เป้าหมายขั้นที่ ๑*)	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐

หมายเหตุ * รพ.แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๔.๑ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ ๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อ รพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็นRDU Hospital(ขั้นที่ ๑(RDU๑+ RDU๒	
		RDU ๑:ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU๑: ประเมินผลการดำเนินงาน(Output)					ประเมินผลการดำเนินงาน(Output)	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื่อมต่อยาในรพ. เฉพาะ รพ.ระดับ A Sและ M๑	๑) ร้อยละรายการยาที่ส่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED	๒) ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTCในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๓)รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล	๔)การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยา มาตรฐานฉลากยา เสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน	๕)การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย		
					ร้อยละ_	ระดับ_	จำนวน_รายการ	ระดับ_	ระดับ_	ร้อยละ_		
รพ.สมุทรปราการ	A	มี	มี	รอ	๙๐.๒๘	๒	๑	๐	๑	URI=๑๗.๓๙ AD=๐		✓
รพ.บางพลี	M๑	มี	มี	ไม่มี	๙๒.๗๖	๐	๐	๒	๑	URI=๑๑.๑๑ AD=๐		✓
รพ.บางบ่อ	M๒	มี	มี	-	๙๓.๙๘	๑	๐	๓	๑	URI=๑๔.๒๙ AD=๐		✓
รพ.บางจาก	F๑	มี	มี	-	๙๔.๗๔	๑	๐	๓	๒	๐		✓
รพ.พระสมุทรเจดีย์	F๒	มี	มี	-	๙๖.๗๐	๑	๐	๐	๑	URI=๑๐ AD=๐		✓
รพ.บางเสาธง	F๓	มี	มี	-	๘๙.๒๘	๑	๐	๓	๒	๐		✓
เกณฑ์เป้าหมาย		มี	มี	มี	ระดับ A≥ร้อยละ ๗๕ S≥ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒≥๘๕ F๑-F๓≥ร้อยละ๙๐	ระดับ๓	≤๑รายการ	รายการยา ๑๓ กลุ่มระดับ๓	ระดับ๓	≥ร้อยละ๔๐	รพ.แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU๒ ขั้นที่๑ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	
เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐		รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(ผ่านเกณฑ์ RDU๑และRDU๒)ขั้นที่๑ไม่น้อยกว่าร้อยละ๘๐										
สรุปผลการดำเนินงาน ๑) A=จำนวน รพ.ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ๐_ แห่ง (รพ.แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์ เป้าหมาย ๒) B= จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ๖ แห่ง ๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A/B)×๑๐๐ คิดเป็นร้อยละ ๐												

๔.๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด	๑. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ ☒ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งที่.....๐๐๓๒.๐๐๔/๔๓๒ ชื่อคณะกรรมการคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด และมีร่างคำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับจังหวัด
๒. มีเป้าหมายแผนปฏิบัติการตัวชี้วัด การติดตามควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงาน SP- RDU ในระดับจังหวัด	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU ๒. การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU ๓. การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU ๔. การควบคุม กำกับ กลวิธีในการขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน	☐ ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ ☒ มีแผนปฏิบัติการ สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ ๑. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU ระดับจังหวัด ๒. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU ๓. มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการทุกแห่งเป้าหมายการดำเนินงาน โรงพยาบาล ๖ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗๓ แห่ง ตัวชี้วัด โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ชั้นที่ ๑ รูปแบบหรือกลวิธีในการควบคุมกำกับ ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นิเทศติดตาม การจัดทำรายงานส่งให้กับจังหวัด/สภร. ☒ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ..... สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด .- โรงพยาบาลทุกแห่งกำลังดำเนินการขับเคลื่อน SP-RDU -ยังไม่มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ชั้นที่๑
	๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน ๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☒ มีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ นายสุรัชย์ จุติพรชัย ☐ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☒ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้ : โปรแกรมจากส่วนกลาง HDC dashboard สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด กำลังพัฒนา
๔. มีการติดตามการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการการดื้อยาต้านจุลชีพ	สรุปผลการดำเนินงานการจัดการดื้อยาต้านจุลชีพระดับจังหวัด โรงพยาบาลสมุทรปราการกำลังเรียบเรียงข้อมูล

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

- อุปสรรคในการดึงข้อมูลของจังหวัด เนื่องจากต้องรอการพัฒนาโปรแกรมจากส่วนกลาง

๕. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- ขาดการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต.
- การพัฒนาโปรแกรมจากส่วนกลางยังไม่ครอบคลุม

แนวทางการพัฒนา

- จะนำแนวทางในการดำเนินงานของกระทรวงมาเป็นแนวทางในการพัฒนาดำเนินการ

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

- ควรมีการพัฒนาโปรแกรมจากส่วนกลางให้ครอบคลุมตัวชี้วัดทุกตัวโดยเร็วเพื่อให้ทางจังหวัดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกครบถ้วน

ผู้รายงาน	น.ส.นุจนา ทิพย์อุดม
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
E-Mail	pharmacy.spko@moph.mail.go.th
โทรศัพท์	๐๒๓๘๙๕๕๘๐ ต่อ ๑๐๙

สาขาทารกแรกเกิด

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ
๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
๓. จัดระบบ Intrauterine transfer ในเขตสุขภาพ
๔. จัดระบบ step down beds (refer back)
๕. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป
๖. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board
๗. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต
๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตาม

มาตรฐาน

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๓. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน <๔ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

Service Outcome :

SP ๕ จำนวนเตียง NICU ในเขต (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

SP ๖ จำนวนเขตสุขภาพที่มีระบบการส่งต่อ (Intrauterine transfer system) ภายในเขตสุขภาพ

SP ๗ ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด
เขียว >ร้อยละ ๖๐

๓. สถานการณ์

สถิติทารกคลอดมีชีพ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีจำนวน ๑๑,๖๑๗ ราย เป็นทารกต่างด้าว จำนวน ๓,๓๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม จำนวน ๑,๑๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๖๒ ของทารกคลอดมีชีพ โดยเป็นทารกต่างด้าว จำนวน ๓๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๓ ของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีสถิติทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เสียชีวิตจำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๔ มีสถิติการส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน ๓๓ ราย โดยเป็นผู้ป่วย ศัลยกรรม จำนวน ๑๓ ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน ๑๒ ราย ROP ๑ รายและโรคอื่นๆ ๗ ราย

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๑. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)	อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต $(A/B) \times ๑,๐๐๐$	
รพ.สมุทรปราการ	๘	๑,๗๕๔	๔.๕๖	
รพ.บางพลี	๒	๕๒๐	๓.๘๕	
รพ.บางบ่อ	๐	๕๑๒	๐	
รพ.บางจาก	๑	๑๔๗	๖.๘๐	
รพ.พระสมุทรเจดีย์	๐	๘๘	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๑	๓,๐๒๑	๓.๖๔	

๒. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)			หมายเหตุ
	จำนวนเตียง NICU (A)	จำนวนทารกเกิดมีชีวิตของปี ๒๕๕๙ (B)	จำนวนเตียง NICU ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต (B/A)	
รพ.สมุทรปราการ	๘	๑,๗๕๔	๑ : ๒๑๙.๒๕	
รพ.บางพลี	๔	๕๒๐	๑ : ๑๓๐	
รพ.บางบ่อ	๐	๕๑๒	๐ : ๕๑๒	
รพ.บางจาก	๐	๑๔๗	๐ : ๑๔๗	
รพ.พระสมุทรเจดีย์	๐	๘๘	๐ : ๘๘	
ภาพรวมจังหวัด	๑๒	๓,๐๒๑	๑ : ๒๕๑.๗๕	

๓. มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

จังหวัด	รายการข้อมูล (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)		หมายเหตุ
	มี (พร้อมอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ)	ไม่มี (พร้อมอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ)	
จังหวัดสมุทรปราการ	มีแนวทางการส่งต่อทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดสมุทรปราการ โดยการกำหนดให้โรงพยาบาลลูกข่ายประสานส่งต่อกับงานห้องคลอด กรณีมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์ จะต้องมีการประสานเตียงสำหรับรับทารกแรกเกิดกับงานห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU)		

๔. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(>ร้อยละ ๖๐)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (A)	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (>ร้อยละ ๖๐) (A/B) X ๑๐๐	
รพ.สมุทรปราการ	มีการคัดกรอง	A	๑๐๐	
รพ.บางพลี	มีการคัดกรอง	M๑	๑๐๐	
รพ.บางบ่อ	ไม่มีการคัดกรอง	M๒	เริ่มดำเนินการ ม.ค. ๖๐	
รพ.บางจาก	มีการคัดกรอง	F๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๓	๔	๗๕	

๕. วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks

Block	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี	รพ.บางบ่อ	รพ.บางจาก	รพ.พระสมุทรฯ
Service delivery	• เพิ่มเตียง NICU ๒ เตียง (ปี ๒๕๖๑) • ดูแลทารก นน. <๑,๐๐๐ gm • คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด • ANC คุณภาพ • ให้ Surfactant ได้	• เพิ่มเตียง NICU ๒ เตียง • ให้ PGE ๑ ได้ • คัดกรองภาวะแทรกซ้อน • ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ • ANC คุณภาพ	• เพิ่มเตียง NICU ๒ เตียง และ SNB ๑๐ เตียง • ดูแลทารกที่มึน น. <๒,๕๐๐ gm จาก รพ. ระดับสูงกว่า • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอด คุณภาพ	• เพิ่มเตียง NICU ๒ เตียง • ดูแลทารกที่มึน น. <๒,๕๐๐ gm จาก รพ. ระดับสูงกว่า • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอด คุณภาพ	• ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๕-๓๗ wk หรือที่ มึน น. >๒,๐๐๐ gm ที่ ปกติได้ • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอด คุณภาพ
Workforce	• เพิ่ม Neonatologist • เพิ่มกุมารแพทย์ • พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือนและ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาคัดรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์ • พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือนและ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาคัดรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์ • พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือนและ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาคัดรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์ • พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือนและ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาคัดรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาคัดรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต
Information	• พัฒนาการเก็บ - ข้อมูลสารสนเทศ - ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	• พัฒนาการเก็บ - ข้อมูลสารสนเทศ - ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	• พัฒนาการเก็บ - ข้อมูลสารสนเทศ - ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	• พัฒนาการเก็บ - ข้อมูลสารสนเทศ - ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	• พัฒนาการเก็บ - ข้อมูลสารสนเทศ - ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ
Drug + Technology	• เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือ - HFQV - Incubator - LED Photo - NIBP - Infusion pump - Syringe Pump	• เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือ - HFQV - Incubator - LED Photo - NIBP - Infusion pump - Syringe Pump	• เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือ - HFQV - Incubator - LED Photo - NIBP - Infusion pump - Syringe Pump	• เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือ - HFQV - Blue Photo - NIBP - Infusion pump - Syringe Pump	• เพิ่มอุปกรณ์เครื่องมือ - Blue Photo - Transport Incubator
Financing	• งบประมาณ - งบค่าเสื่อม - เงินบำรุง - งบอื่นๆ ๖	• งบประมาณ - งบค่าเสื่อม - เงินบำรุง - งบอื่นๆ ๖	• งบประมาณ - งบค่าเสื่อม - เงินบำรุง - งบอื่นๆ ๖	• งบประมาณ - งบค่าเสื่อม - เงินบำรุง - งบอื่นๆ ๖	• งบประมาณ - งบค่าเสื่อม - เงินบำรุง - งบอื่นๆ ๖
Governance	• มีนโยบายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน	• มีนโยบายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน	• มีนโยบายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน	• มีนโยบายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน	• มีนโยบายในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. อัตรากำลังทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอกับการะงาน
 - ไม่มีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด
 - กุมารแพทย์มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล
 - พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ไม่ได้ตามมาตรฐาน มีไม่ครบทุกเวร (พยาบาลเฉพาะทางหลักสูตร ๔ เดือน มีจำนวน ๖ คนและหลักสูตร ๑ จำนวน ๕ คน)
๒. อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่เพียงพอ ต่อการใช้งาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการทำงานของสัญญาณชีพ
๓. การผสม TPN ยังไม่สามารถสนับสนุนให้ได้ทุกโรงพยาบาลเนื่องจากมีเภสัชกร เตรียม TPN ๑ คน และมีเครื่อง Larminar flow ๑ เครื่อง
๔. การปฏิเสธรับดูแลทารกแรกเกิดป่วย ของสถานพยาบาลระดับที่มีศักยภาพสูงกว่า

แนวทางการพัฒนา

เพิ่มการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มากขึ้น เช่น เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบทารกแรกเกิด เครื่อง Larminar flow

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. การรับแรงงานต่างด้าวเข้ามาปฏิบัติงาน ควรพิจารณาส่งกลับกรณีมีการตั้งครรภ์ เนื่องจากบางครั้ง ไม่สามารถดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ทารกที่เกิดมามีปัญหาในด้านสุขภาพ ตั้งแต่แรกคลอด
๒. ควรมีการบูรณาการการส่งเสริมให้ความรู้กับวัยรุ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้รายงาน	นางสาวสุนันท์ แสงรังสี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร	๐๙๕-๗๗๑-๐๔๙๖
E-mail	e-mailsung.sangrungsee@gmail.com
วัน/เดือน/ปี	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

สาขา Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

SP ๘ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

SP ๘.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๓ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง

SP ๘.๒ ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง

๓. สถานการณ์

๑. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดย นายแพทย์สิทธิชัย กุลพรศิริกุล เป็นประธานและพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care เป็นเลขานุการ

๒. มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

- โรคระยะเรื้อรังในระยะลุกลามและไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- neurological disease / stroke
- โรคไตที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต
- Pulmonary and Heart Disease
- multiple Trauma Patient
- Infectious Disease HIV
- Pediatric
- Aging / Dementia

๓. มีระเบียบปฏิบัติแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (QP-SPK-O๑๕)

๔. มีการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้นในกลุ่มการพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยมีแกนนำพยาบาล (Palliative Care Ward Nurse : PCWN) อย่างน้อยหนึ่งคนต่อหนึ่งหอผู้ป่วย

๕. มีการจัดทำโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งจิตอาสาหรืออาสาสมัครในชุมชนและพระภิกษุจากวัดไตรสามัคคี วัดจากแดง ชมรมกัลยาณธรรม จังหวัดสมุทรปราการ

๖. มีการรักษาหรือดูแลบรรเทาด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative care ร่วมกับการแพทย์ทางเลือกได้แก่ การใช้เทคนิค SKT สมาริบำบัด การสวดมนต์

๗. มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับจิตอาสาในชุมชน พระภิกษุ และชมรมต่างๆ ในจังหวัดสมุทรปราการที่ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดตั้งเป็นทีมกำลังใจในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทุกวันอังคาร

๘. มีครั้งอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถยืนไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ

๙. มีการจัดการรับส่งผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย กรณีต้องกลับ ไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้าน และมีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ ๖ ในการรับส่งต่อและติดตามเยี่ยม

๑๐. มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย Palliative Care

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (S)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวม (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๖
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	อยู่ระหว่างดำเนินการ	๘๓.๓๓
๒	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M๒, F๑-๓ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	-	-	๑	๑	๑	๑	๔
		ผลงาน	-	-	๑	๑	๑	๐	๓
		อัตรา/ร้อยละ	-	-				อยู่ระหว่างดำเนินการ	๗๕
๓	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ ๒๐)	เป้าหมาย	๑	๑	-	-	-	-	๒
		ผลงาน	๑	๑	-	-	-	-	๒
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	-	-	-	-	๑๐๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (S)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวม (ต.ค. - ธ.ค. ๕๙)
๔	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๒๓๔	NA	NA	NA	NA	NA	๒๓๔
		ผลงาน	๒๓๔	NA	NA	NA	NA	NA	๒๓๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	NA	NA	NA	NA	NA	๑๐๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติรับกลับไปดูแลต่อที่บ้าน	เป้าหมาย	๒๓๔	NA	NA	NA	NA	NA	๒๓๔
		ผลงาน	๗	NA	NA	NA	NA	NA	๗
		อัตรา/ร้อยละ	๒.๓	NA	NA	NA	NA	NA	๒.๓
๖	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการแบบประคับประคอง (>ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๒๖๖	NA	NA	NA	NA	NA	๒๖๖
		ผลงาน	๓	NA	NA	NA	NA	NA	๓
		อัตรา/ร้อยละ	๘๘.๖๗	NA	NA	NA	NA	NA	๘๘.๖๗

๔.๑ ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑

ระดับ	โรงพยาบาล	ขั้นตอนการดำเนินงาน		
		มีคณะกรรมการ/หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง	มีการแต่งตั้งเลขานุการซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care	มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของรพ.
A	โรงพยาบาลสมุทรปราการ	✓	✓	✓
M๑	โรงพยาบาลบางพลี	✓	✓	✓

๔.๒ ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลระดับ M๒, F ๑-๓

ระดับ	โรงพยาบาล	ขั้นตอนการดำเนินงาน		
		มีคณะกรรมการการดูแลแบบประคับประคอง	มีการแต่งตั้งเลขานุการซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care	มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของรพ.
M๒	โรงพยาบาลบางบ่อ	✓	✓	✓
F๑	โรงพยาบาลบางจาก	✓	✓	✓
F๒	โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ	✓	✓	✓
F๓	โรงพยาบาลบางเสาธง	N/A	N/A	N/A

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

- ยังไม่มีแพทย์ที่ผ่านการอบรม Palliative Care เข้าร่วม, ไม่มีคลินิก pain

๖. ปัญหา อุปสรรคแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๖ ยังไม่มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (๔ เดือน)

แนวทางการพัฒนา

- เนื่องจากขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ถ้าต้องส่งไปอบรมระยะยาว (ค่าใช้จ่ายสูง หลักสูตร ๔๐,๐๐๐ บาท)

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- จัดตั้งทีมกำลังใจขึ้นในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ประกอบด้วย พยาบาล , พระภิกษุ ร่วมเดินเยี่ยม ให้กำลังใจผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล บ้าน และดูแลส่งต่อถึงวัด (กรณีเสียชีวิต)
- มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรม

ผู้รายงาน	นิศากร พรพิทักษ์ดำรง
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์	๐๘๖-๐๓๑-๔๕๖๗
วัน/เดือน/ปี	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาคในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มี Chief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขต และจังหวัด

๒. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ

๓. สถานบริการสาธารณสุข ทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๔ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ($\geq$ ร้อยละ ๑๘.๕)

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๖ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาล ศูนย์ ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ โรงพยาบาลบางเสาธง จัดบริการการแพทย์ไทยครบทุกแห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลบางเสาธงจะจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๗๑ แห่ง โดยจัดบริการแพทย์แผนไทย ๒๖ แห่ง โดยจังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพจำนวน ๒๒ คน บรรจุ เป็นข้าราชการจำนวน ๘ คน ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลจำนวน ๙ คน และปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑๓ คน

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรปราการ ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับที่มีการรับบริการในโรคพื้นฐาน และรักษาได้ง่ายด้วยการทำหัตถการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร ทำให้จังหวัดสมุทรปราการได้รับรางวัลชนะเลิศพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นตัวอย่างของการดำเนินงานนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยระดับปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ ๖

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (S)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพจังหวัด (ต.ค.-ธ.ค.๕๙)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (≥ร้อยละ๑๘.๕)	เป้าหมาย	๑๖๙,๕๑๑	๕๑,๕๘๙	๕๒,๔๔๔	๖๗,๖๓๘	๔๑,๓๗๙	๑๘,๖๓๖	๔๐๑,๑๙๗
		ผลงาน	๒๓,๕๒๘	๙,๙๔๓	๘,๐๖๖	๑๖,๓๕๐	๖,๖๘๖	๖,๕๑๗	๗๑,๐๙๐
		ร้อยละ	๑๓.๘๘	๑๙.๒๗	๑๕.๓๘	๒๔.๑๗	๑๖.๑๖	๓๔.๙๗	๑๗.๗๒

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๔๐๑,๑๙๗ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๗๑,๐๙๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗๒ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ฯ มี ๓ อำเภอ ได้แก่อำเภอบางเสาธง, อำเภอพระประแดง, อำเภอบางบ่อ คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๙๗, ๒๔.๑๗ และ ๑๙.๒๗ ตามลำดับ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	โรคที่รักษา	โรงพยาบาล	ระยะเวลาดำเนินการ	จำนวนรายการยาสมุนไพร
๑	จัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ., รพท. และรพช. คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันและคลินิกพิเศษ ๔ โรค (ร้อยละ ๗๐)	- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก - โรคภูมิแพ้ - โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต - โรคไมเกรน - ระบบทางเดินอาหาร - โรคข้อเข่าเสื่อม	รพ.สมุทรปราการ	๓ ปี	๓๕
			รพ.บางพลี	๑ เดือน	๓๐
			รพ.บางบ่อ	๓ ปี	๓๖
			รพ.บางจาก	๓ ปี	๓๐
			รพ.พระสมุทรฯ	๑ ปี	๓๐
			รพ.บางเสาธง	เริ่มเปิดดำเนินการ ปีงบประมาณ ๖๐	๒๐

จากตาราง พบว่า การจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกในรพศ., รพท. และรพช. คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันและคลินิกพิเศษ ๔ โรค มีจำนวน ๕ แห่ง จาก ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓

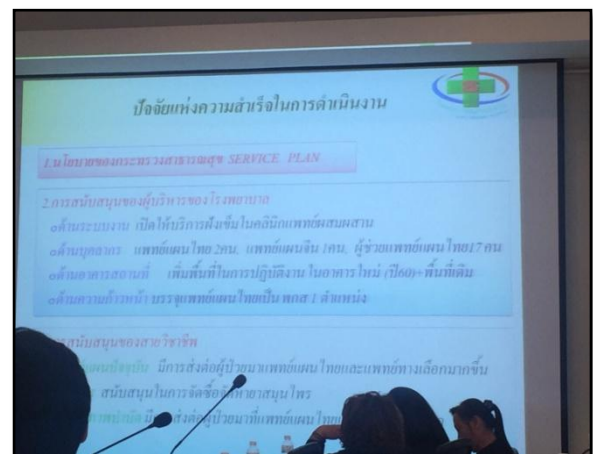
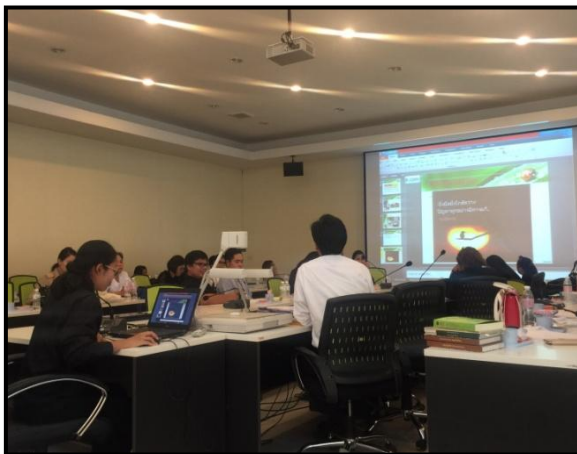
ลำดับ	ตัวชี้วัด	โรคที่รักษา	โรงพยาบาล	ระยะเวลาดำเนินการ	จำนวนบุคลากร
๑	จัดบริการคลินิกพิเศษ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน มีบริการเฉพาะทาง อย่างน้อย ๑ คลินิก ใน รพศ./รพท. (ร้อยละ ๘๐)	- โรคไมเกรน - โรคข้อเข่าเสื่อม - โรค อัมพฤกษ์ อัมพาต - โรคภูมิแพ้	รพ.สมุทรปราการ	๑ ปี	- แพทย์แผนปัจจุบันผ่านการ อบรม ๑ คน - แพทย์แผนจีน ๑ คน
			รพ.บางพลี	๓ ปี	- แพทย์แผนจีน ๒ คน
			รพ.บางบ่อ	๓ ปี	- แพทย์แผนปัจจุบันผ่านการ อบรม ๑ คน
			รพ.บางจาก		
			รพ.พระสมุทรฯ		
			รพ.บางเสาธง		

จากตาราง พบว่า การจัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕. มาตรการสำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานดังนี้

ระดับจังหวัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด นับเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ มีคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๒๒๘ /๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านวิชาการ ๔ โรคและ มีการจัดประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย ในวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙



วันที่ ๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๐ ดำเนินการตามโครงของขวัญปีใหม่กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมให้ความรู้ด้านสมุนไพรจัดทำต้นคริสต์มาสสมุนไพร ในหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรับรู้ถึงงานการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพร มีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๒๐,๑๑๖ คน



วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๐ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำรวจจัดทำทะเบียนพืชสมุนไพรของจังหวัดสมุทรปราการ ในพื้นที่สี่เหลี่ยมเชิงนิเวศน์สวนศรีนครเขื่อนขันธ์ ในพื้นที่ของกรมป่าไม้ มีการประเมินหน่วยบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ ระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๕๙ - มกราคม ๒๕๖๐



ระดับหน่วยบริการ มีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการและโรงพยาบาลบางบ่อ ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ส่งหนังสือชี้แจงการดำเนินงานตามแผนการ

มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร ครบ ๔ โรค (โรคไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์ อัมพาต, ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น) ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการและโรงพยาบาลบางพลี ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร ๑ โรค (โรคข้อเข่าเสื่อม) คือ โรงพยาบาลบางจาก

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อข้อมูลการให้บริการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยใช้ระบบ Hos xp และ My Pcu

๖. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือ การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีบริบทของความเป็นเมือง ค่านิยมของประชาชนที่ให้ความสนใจในการบริการแพทย์แผนไทยมีน้อย เนื่องจากได้รับบริการการแผนปัจจุบันได้สะดวกและเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ พบว่าประชาชนมีค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรตำและการรับรู้เรื่องของการบริการแพทย์แผนไทยน้อย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยฯ องค์กรจังหวัดสมุทรปราการค่อนข้างต่ำจากฐานข้อมูล HDC

๗. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. บุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ
๒. บุคลากรสหวิชาชีพขาดความรู้และความมั่นใจด้านการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรส่งผลให้ประชาชนมีค่านิยมและการรับรู้เรื่องงานบริการการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรน้อย

แนวทางการพัฒนา

๑. ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในทุกหน่วยบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างทั่วถึง

๒. ให้คปสอ. ทุกแห่งดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้กับสหวิชาชีพในหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์แผนไทย เรื่องของการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้สหวิชาชีพมีความรู้ในการแนะนำเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรให้กับประชาชนและทำให้สหวิชาชีพมีความมั่นใจในการแนะนำการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร

๓. การกำหนดอัตราแพทย์แผนไทยในสถานบริการ (ดำเนินการแล้วเสร็จในภาพกระทรวงสาธารณสุข) การสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำการวิจัยและ R&D แก่พื้นที่ โดยภาคกลาง กรมฯจะดำเนินงานในวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐

๘. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

จังหวัดเสนอให้กรมฯ เร่งรัดชี้แจงนโยบายสู่พื้นที่ เพื่อจะนำเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนการดำเนินงานของจังหวัด

๙. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. พัฒนารูปแบบคลินิกคนไทยไร้พุง (DPAC) ร่วมกับการจัดบริการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม ในการดูแลโรคเรื้อรังที่เชื่อมโยงจาก หน่วยบริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิและชุมชน
๒. ไม่ฝืนให้ศรัทธาส่วนตัว
๓. นำสมุนไพรภูมิปัญญาแผนไทยดูแลความดันโลหิตสูง/เบาหวาน
๔. คลินิกอดบุหรี่ด้วยยาชงสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ผู้รายงาน	นางอังสนา ภูมิพัฒนานนท์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้รายงาน	นายประยุทธ์ ปิติวรยุทธ
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
โทร	๐๙๕-๖๙๕-๓๕๒๒
E-mail	PITIYUK@hotmail.com

สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ

๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ

๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน

๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น ผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๕. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร

Service Outcome :

SP๙ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี $\geq ๘๐\%$

SP๑๐ ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากร

กลุ่มเสี่ยง๓โรค = ๕๐%

SP๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน $\geq ๕๐\%$

SP๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขาภพจิต $\geq ๖๕\%$

SP๑๓ ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๘%

๓. สถานการณ์

ข้อมูลรายงานสุขาภพจิต ๘ โรค ของจังหวัดสมุทรปราการประจำปี ๒๕๕๙ พบว่าโรคทางจิตเวช ๕ ลำดับแรกพบ คือ ปัญหาทางสุขาภพจิตอื่นได้แก่ ภาวะอารมณ์แปรปรวน /ภาวะความเครียดจากการปรับตัว/ภาวะการฉกฉวยอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม จำนวน ๔,๓๓๗ คน (๓๓๘.๖๐ ต่อแสนประชากร) โรคจิต ๓,๒๓๐ คน (๒๗๙.๓๐ ต่อแสนประชากร) โรคจิตเวชจากสารเสพติด ๒,๙๐๓ คน (๒๕๑.๑๐ ต่อแสนประชากร) โรควิตกกังวล ๒,๓๕๐ คน(๒๐๓.๒ ต่อแสนประชากร และโรคซึมเศร้า ๒,๒๘๐ คน(๑๙๗.๒๐ ต่อแสนประชากร) อัตราการเข้าถึงโรคซึมเศร้าร้อยละ ๓๘.๒๔ และอัตราการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวช ร้อยละ ๕๖.๑๐ (คำนวณจาก ฐานประชากรกลางปี ๒๕๕๗) ที่มาข้อมูล : รายงานสุขาภพจิต ๘ โรค , HDC และ ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อ.เมือง	อ.บางพลี	อ.บางปะ	อ.พระประแดง	อ.พระสมุทร	อ.บางเสาธง	ภาพรวม (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)	เป้าหมาย	๒๗	๑๒	๕	๑๐	๗	๔	๖๕
		ผลงาน	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๒
		อัตรา/ร้อยละ	๐.๒๓	๐	๑.๑๗	๐	๐	๐	๐.๑๙
๒	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี (ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๕๒	๑๕	๓	๔	๖	๐	๘๐
		ผลงาน	๕๒	๑๕	๓	๔	๔	๐	๗๘
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๖.๖๗	๐	๙๗.๕๐
๓	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖
		ผลงาน	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔	ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๑๐,๔๐๓	๔,๕๙๖	๒,๐๔๔	๓,๙๒๓	๒,๕๖๓	๑,๔๗๙	๒๕,๐๐๗
		ผลงาน	๕,๔๒๓	๑,๐๙๐	๑,๗๖๖	๘๕๒	๕๙๐	๙๓	๙,๘๑๔
		อัตรา/ร้อยละ	๕๒.๑๓	๒๓.๗๑	๘๖.๔๑	๒๑.๗๒	๒๓.๐๒	๖.๒๙	๓๙.๒๔
๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)	เป้าหมาย	๓,๔๖๘	๑,๕๓๒	๖๘๑	๑,๓๐๘	๘๕๔	๗๙๓	๘,๓๓๖
		ผลงาน	๓,๐๕๔	๔๗๕	๖๕๑	๓๐๗	๓๖๔	๒๒	๔,๘๗๓
		อัตรา/ร้อยละ	๘๘.๐๗	๓๑.๐๐	๙๕.๕๖	๒๓.๔๘	๔๒.๖๑	๔.๔๖	๕๘.๔๖

ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ	- การจัดให้มีเตียงดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน (Acute Care) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ (A) โดยจัดไว้ที่ห้องสังเกตอาการกลุ่มงาน จิตเวชและห้องฉุกเฉิน - มีระบบ Consultจิตแพทย์ โดยตรงกรณี หอผู้ป่วยในพบผู้ป่วยจิตเวชร่วมอาการทางกายและใช้ระบบSafety Unit -โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีการจัดเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน แต่มีการจัดSafety Unit ในกรณีต้อง Admit ผู้ป่วยจิตเวชร่วมฝ่ายกาย -ระดับปฐมภูมิใช้การส่งต่อโดย ๑๖๖๙ กรณีพบจิตเวชเร่งด่วน	-การขาดแคลนบุคลากรและโครงสร้างด้านสถานที่ทำให้ไม่สามารถเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชได้ -การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน ที่มารับบริการช่วงนอกเวลา ค่อนข้างยุ่งยากทั้งการดูแล และการส่งต่อ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเฉพาะทาง	-ส่วนกลางควรมีการจัดอบรมการดูแลกรณีจิตเวชเร่งด่วน แก่ - แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ER
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ	-โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นแม่ข่ายใหญ่ของระบบยาในจังหวัด โดยมียาที่จำเป็นใน	- การ Stock ยาจิตเวชที่จำเป็น แต่ไม่มีการเบิกใช้ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง	- ควรมีการจัดทำคู่มือการใช้อยาจิตเวชสำหรับบุคลากร

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวช ๒๖ ชนิด และมียาที่นอกเหนือจากปัญชียา มาตรฐานตามการพิจารณาของแผนกจิตเวช -โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมียาจิตเวชที่จำเป็นพื้นฐาน โดยมีแพทย์ทั่วไปเป็นผู้สั่งจ่าย -มีเภสัชกรร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยที่รับยาทางจิตเวช วางแผนพัฒนาให้คำปรึกษาเรื่องการใช้อยากับผู้ป่วยใหม่ทุกราย และให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการใช้อยากทางจิตเวช และ มีระบบการติดตามผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาเรื่องการใช้อยาก -สสจ. มีการจัดทำทะเบียนยาจิตเวชของทุกโรงพยาบาลไว้เป็นฐานข้อมูลกลาง เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในพื้นที่	อาจทำให้รายการยาดังกล่าวถูกตัดออก เนื่องจากแนวทางการเบิกจะใช้ข้อมูลการใช้อยากเป็นหลักในการจัดสรร	ระดับปฐมนุญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น	-ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๓๙.๒๔ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) -ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๕๘.๕๖ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕) -ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘ (อยู่ระหว่างดำเนินการประสานข้อมูล)	-การเก็บข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้มยังไม่สมบูรณ์ทำให้ข้อมูลการเข้าถึงโรงซึมเศร่ายังต่ำกว่าความเป็นจริง - การกรองข้อมูลแบบการสะสมยอดผู้รับบริการสามารถกรองการซ้ำในปีเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถกรองผู้ที่มีารรับบริการซ้ำในคนละปีงบประมาณได้ อาจทำให้เกิดการนับข้อมูลซ้ำ - ในการกรณีที่มีการวินิจฉัยจิตเวชเป็นการวินิจฉัยหลักแต่มีภาวะซึมเศร่ายร่วมด้วยทำให้การวินิจฉัยซึมเศร่ายไม่ถูกนับ -ข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสมาธิยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลมาก่อน จึงทำให้ไม่มี	-ควรเพิ่มการค้นหาและคัดกรองโรคซึมเศร่ายในรายอำเภอที่การเข้าถึงบริการน้อย

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
		ข้อมูลนำเสนอ และยังไม่ทราบแนวทางการเก็บข้อมูล - เป้าหมายการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น - ทุกปี และไม่สอดคล้องกับความชุกในพื้นที่ -ไม่สามารถเก็บข้อมูลความครอบคลุมจากสถานพยาบาลเอกชน - ประชาชนสิทธิอื่นๆ หรือผู้มีเศรษฐฐานะดีจะมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการนอกพื้นที่ -การ By pass ของผู้ป่วย	
๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑.โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	-โรงพยาบาลทุกและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีระบบการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงทั้ง ๓ กลุ่มโดยใช้แบบ ๒ Q, ๔Q และ ๘ Q และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ - มีการจัดทำ Flow Chart และแนวทางการ ส่งต่อกรณีซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยโรงพยาบาลสมุทรปราการ - โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต จัดบอร์ด เสี่ยงตามสาย แจกเอกสารแผ่นพับ คัดกรองซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆกับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย วางแผนพัฒนาให้มีการคัดกรองซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆในกลุ่มเสี่ยง และจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในผู้ป่วยจิตเวชและญาติ	-	-ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการที่เป็นเชิงปริมาณที่ชัดเจนมากขึ้น - จัดทำคู่มือการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างง่ายสำหรับประชาชน

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน	-โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ -โรงพยาบาลทุกแห่งรับทราบแนวทางการบันทึกข้อมูลลงในระบบ รง๕๐๖S แต่ยังไม่มีการแจ้งยืนยัน User name / Password - สสจยังกำหนดให้มีการรายงานผ่าน รงสุขภาพจิต๘ โรคและ มบ.๑ (หากรายงาน ๕๐๖S สามารถบันทึกข้อมูลได้แล้วอาจพิจารณายกเลิก มบ๒)	- ผู้ป่วยบางรายที่มานอกเวลามักให้ที่อยู่ ไม่ชัดเจน ทำให้ติดตามไม่ได้ - ข้อมูลใน มบ๑ ค่อนข้างเยอะและ บางประเด็นอาจกระทบความรู้สึกของญาติหรือแม้แต่ผู้ป่วยเองก็ไม่อยากให้ข้อมูล - ภาระงานบุคลากรมากทำให้การบันทึกโปรแกรม๕๐๖S ยังไม่ครบถ้วน	- ควรมีการติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ รง๕๐๖S อย่างสม่ำเสมอ
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แก่นำชุมชนให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีเสี่ยงและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย	-บูรณาการการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับทีมหมอครอบครัว -บูรณาการร่วมกับตำบล Long Term Care ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ/ผู้พิการ - พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ /ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง (แต่ละ CUP เป็นเจ้าภาพ) - มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับ Psychosocial Clinic ในระบบโรงพยาบาล	- ขาดการดูแล เฝ้าระวังและคัดกรองและอย่างต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล - ครอบครัวและชุมชนขาดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมและการแปรปรวนของอารมณ์โดยคิดว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่ใช่ความผิดปกติ จึงทำให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการ -	-ควรมีการผลิตสื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชน - เพิ่มเนื้อหาการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในหลักสูตร อสมเชี่ยวชาญ

ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success factors)

- ๑.๑ การดำเนินงานสุขภาพจิตมีการบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานอื่นโดยเน้นกิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกัน
- ๑.๒ โรงพยาบาลทั่วไปแสดงบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาอย่างชัดเจนให้แก่ชุมชน ในลักษณะ “พี่น้องช่วยกัน” ในการเปิด Mobile Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน
- ๑.๓ โรงพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงเป็นหัวหน้าทีมในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- ๑.๔ งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน และผู้รับผิดชอบทุกคนร่วมเป็น
คณะทำงาน Services Plan
- ๑.๕ งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีการแชร์ทรัพยากรกันภายในเครือข่าย เช่นการระดมทรัพยากรด้าน
คน วัสดุสิ่งของในกรณีเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช
- ๑.๖ หน่วยบริการทุกระดับมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในรูปแบบที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกัน
และกัน
- ๑.๗ มีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ปวย จิตเวช ทั้งการส่งต่อและ
การดูแลต่อเนื่องในพื้นที่
- ๑.๘ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกระดับของหน่วยบริการ

๒. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

- ๒.๑ จิตแพทย์ในจังหวัดสมุทรปราการมีเพียง ๓ ท่าน ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม
- ๒.๒ ขาดแคลนบุคลากรที่จำเป็นเช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
- ๒.๓ โรงพยาบาลสมุทรปราการยังไม่มีนโยบายในการเปิดหอผู้ป่วยในจิตเวช
- ๒.๔ มีข้อจำกัดในการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีผู้ป่วยจิตเวชมีโรคทางกายร่วมด้วย
- ๒.๕ มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการผลักดันงานพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

๑. ควรให้มีนักจิตวิทยาคลินิกในทุกโรงพยาบาล
๒. สนับสนุนโควตาเรียนฟรี (ทั้งค่าลงทะเบียนและค่าเดินทาง) ให้พยาบาลวิชาชีพในทุกระดับเรียน
ต่อใน หลักสูตรPGจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๓. กำหนดหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนในหลักสูตร CG และพยาบาลเวชปฏิบัติ

ผู้รายงาน	นายแพทย์ณัฐพล จงสุขวรากล	ผู้ประสาน	นางกาญจนา วรรณะพาหุณ
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๘๗-๔๕๔-๖๕๔๖	โทรศัพท์	๐๘๑-๘๘๐-๗๖๔๒
E-Mail	Nattaponjongasuk@gmail.com	E-Mail	ann๙๙๘๘@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาสูติกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. สร้างเครือข่ายการดูแลรักษา

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

SP ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในรพ.ม๒ เท่ากับร้อยละ ๒๕

SP ๑๕ อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ๐

๓. สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ข้อมูลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงตั้งแต่ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙ จังหวัดสมุทรปราการเกิดมีชีพทั้งหมด ๓,๐๒๖ ราย มีจำนวนการตกเลือด ๑๑๔ ราย ไม่พบอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ๘๗๔ ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A,S รวม ๗๑๕ ราย โรงพยาบาลระดับ M๒ ได้รับการผ่าตัด ๑๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๔๑ ซึ่งยังทำไม่ได้ตามเกณฑ์ (เกณฑ์มีการปรับเปลี่ยนจากร้อยละ ๑๐ เป็น ๒๕)

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (S)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค. – ธ.ค.๕๙)
	ผลการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสมุทรปราการ		๑,๗๖๐	๕๒๐	๕๑๒	๑๔๖	๘๘	๐	
			๖๗๕	๔๐	๑๐๓	๕๖	๐	๐	
			๓๘.๓๖	๗.๗	๑๔.๔๑	๓๘.๓๕	๐	๐	
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.ม๒ เท่ากับ ร้อยละ ๒๕	เป้าหมาย			๗๑๕				๗๑๕
		ผลงาน	๖๗๕	๔๐	๑๐๓				๑๐๓
		อัตรา/ร้อยละ			๑๔.๔๑				๑๔.๔๑
๒	อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ ๐	เป้าหมาย	๖๘	๒๒	๑๗	๔	๓	๐	๑๑๔
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		อัตรา/ร้อยละ	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์เชิงเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- พบว่ามีการประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอดได้ล่าช้า และต่ำกว่าเกณฑ์การเสียเลือดจริง
- รพ. M๒ ไม่สามารถผ่าตัดคลอดได้นอกเวลาราชการ (มีสูติแพทย์ที่ M๒ ที่เดียว คือ รพ.บางบ่อ)

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากร (สูติแพทย์และพยาบาล)
- สถานที่ (Blood Blank)

แนวทางการพัฒนา

- ควรมีการจัดการด้านบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อระบบบริการ
- ควรธนาคารเลือดควรมีทุก รพ.

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. ควรกระจายสูติแพทย์ไปในที่ ที่ไม่มีสูติแพทย์คือกระจายสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลบางบ่อ ไปยังโรงพยาบาลบางจากโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ เป็นต้น
๒. ควรเอาเลือดมาเก็บไว้ในโรงพยาบาลชุมชนกรุ๊ปละ ๒ ยูนิต เป็นต้น
๓. สูติแพทย์ของ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางบ่อ ควรกระชับความสัมพันธ์มากกว่านี้ โดยมี สสจ. เป็นแกนนำ สูติแพทย์โรงพยาบาลบางบ่อควรรับโหลดงานของสูติแพทย์โรงพยาบาลบางพลี
๔. ควรมีการจ้างวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลมาทำงาน เพื่อขับเคลื่อนให้เปิดห้องผ่าตัดนอกเวลาได้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีสูติแพทย์
๕. ควรมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมสามารถไปคลอด โรงพยาบาลที่ตนเองใช้สิทธิ์อยู่ได้ โดยไม่ต้องมาใช้บริการคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ ด้วยเหตุผลเพื่อลดค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเพิ่ม ภาระงานให้กับโรงพยาบาลของรัฐเกินกว่าความรับผิดชอบ

ผู้รายงาน	นางวาสนา ธงชัย แบร์นุยส์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๘๑ ๖๔๔ ๘๗๕๒
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

สาขากุมารเวชกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. สร้างเครือข่ายการดูแลรักษา

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

SP ๑๖ อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ๖ เดือนลดลง ๑๐%

๓. สถานการณ์

จากข้อมูลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสาขากุมารเวชกรรมในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า โรคที่พบบ่อยในเด็ก ๑ เดือน ถึง ๕ ปี คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็น ๑ ใน ๕ อันดับโรคแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๙ มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ทำให้อุบัติการณ์โรคปอดบวมในเด็กเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สถิติผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ (เทียบไตรมาสแรก) คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒, ๔๙.๕ และ ๓๒.๕ ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ (เทียบไตรมาสแรก) คิดเป็นร้อยละ ๒๙, ๓๓.๓ และ ๒๐.๙ ตามลำดับ และอัตราตายผู้ป่วยโรคปอดบวม เท่ากับ ๐.๔๘

Service plan สาขากุมารเวชกรรมได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ ในเชิงเครือข่ายบริการ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือร่วมประชุมสัญจรกับหน่วยบริการ บูรณาการร่วมกับ Service plan สาขาทารกแรกเกิด เพื่อวิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมในระดับจังหวัด จัดทำแนวทางการรักษาและการส่งต่อโรคปอดบวมในจังหวัดและเขต พัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี ค่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๖๐)

ข้อมูล ณ ๖ ม.ค.๖๐

	รพ.พระสมุทรฯ	รพ.บางจาก	รพ.บางบ่อ	รพ.บางพลี	รพ.สป.	ภาพรวม จังหวัด
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม						
- ผู้ป่วยนอก	๔๕	๑๒๓	๘๐	๑๐๘	๙๓๗	๑,๒๙๓
- ผู้ป่วยใน	๑๙	๑๑๔	๔๓	๖๐	๑๗๙	๔๑๕
จำนวนผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจาก โรคปอดบวม	-	-	-	-	๒	๒
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม ที่ Refer in ภายในจังหวัด	๔	๑	-	๑	-	๕
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม ที่ Refer out ออกนอกเขต	-	-	-	-	๙*	๙
ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ	-	-	-	-	-	-

*หมายเหตุ – โรคคัลลิกกรม

- โรคหัวใจ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขากุมารเวชกรรมระดับเขตและระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐*

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระดับเขต		จังหวัดสมุทรปราการ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	อัตราการตายผู้ป่วย Pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปีบริบูรณ์ (อัตราการตาย ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๐.๖๘)	ลดลง ร้อยละ ๑๐	๕	๐.๓๐	๒	๐.๔๘
๒	อัตราการส่งผู้ป่วย Pneumonia เข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย (ปี ๒๕๕๙ = ๔ ราย)	ลดลง ร้อยละ ๒๕	๘๐	๔.๘	๕	-๒๕
๓	อัตราการส่งต่อออกนอกเครือข่ายบริการ (ปี ๒๕๕๙ = ๒ ราย)	ลดลง ร้อยละ ๕๐	๕๕	๓.๓๑	๙	-๒๘.๕๗
๔	อัตราการส่งกลับผู้ป่วยที่พ้นวิกฤตไปโรงพยาบาลในเครือข่าย	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐	๓๗	๒.๒๒	๐	๐
๕	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ	ลดลง ร้อยละ ๓๐	๐	๐	๐	๐

หมายเหตุ ๑. ปีงบประมาณ ๒๕๖๐* หมายถึง เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – ธันวาคม ๒๕๖๐

๒. การส่งต่อนอกเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคที่ส่งออกนอกเครือข่ายเป็นโรคทางศัลยกรรมเด็ก ๖ ราย โรคหัวใจ ๑ ราย และโรคทางระบบประสาท ๓ ราย ที่เกินศักยภาพ

๔.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์/สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

Service plan สาขากุมารเวชกรรม จังหวัดสมุทรปราการ มีการประชุมเพื่อถ่ายทอดนโยบายและผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน โดยส่งผู้ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงรับทราบปัญหาในการ Refer และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า

๑. ยังมีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการของโรคไม่รุนแรงเข้ามาโรงพยาบาลระดับ A (รพ.สมุทรปราการ)
๒. โรงพยาบาลระดับ F๒ (โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ) ไม่มีกุมารแพทย์ จึง Refer in เข้ามา รพ.สมุทรปราการ จำนวน ๕ ราย
๓. รพ.สมุทรปราการไม่มี PICU (วางแผนจะเปิด PICU จำนวน ๔ เตียง ในปี ๒๕๖๔)
๔. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย
๕. มีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ, รพ.จุฬาลงกรณ์, รพ.รามาธิบดี และ รพ.ศิริราช) รวม ๙ ราย สาเหตุเนื่องจากไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น โรคศัลยกรรมเด็ก โรคหัวใจ และโรคทางระบบประสาท

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

ประเด็นสำคัญภาพรวม

- ลดอัตราการตายผู้ป่วย Pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปีบริบูรณ์

แนวทาง/มาตรการการแก้ไข

- นำ CPG โรค Pneumonia ที่กำหนดโดยเขต ๖ มาใช้ในระดับจังหวัดทบทวน Case Pneumonia Dead ทุกราย
- นำ trigger tool มาใช้ทบทวน Case Pneumonia ที่หลุดลงระหว่างการรักษา

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ไม่มี PICU ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ รวมทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ และงบประมาณที่ใช้ในการรักษา
๒. มีผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตแล้วแต่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังคงครองเตียง PICU ในรพ.ระดับ A อยู่
๓. มีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

แนวทางการพัฒนา

๑. เปิด PICU ใน รพ.ระดับ A กับระดับ S (รพ.สป. และ รพ.บางพลี)
๒. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ S/M ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่ซับซ้อน หรือพ้นวิกฤตแล้ว แต่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและการดูแลแบบประคับประคองได้ (Palliative care)
๓. เพิ่มกุมารแพทย์และพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยเด็กวิกฤตและระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลทุกระดับ

ผู้รายงาน	นางอำพันธุ์ พรหมศรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
E-Mail	Mam54_ ampun@Hotmail.com
โทรศัพท์	๐๘๙-๔๔๓-๘๐๖๐

สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. สร้างเครือข่ายการดูแลรักษา

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome :

SP ๑๗ ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาล ระดับ M๒ ลงไป
ร้อยละ ๗๐

๓. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โรงพยาบาลในระดับ M๒ ลงไป (M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ, F๑ โรงพยาบาล บางจาก, F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ และ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง) มีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก ไม่ซับซ้อน เพียงร้อยละ ๓๖.๔๘ ซึ่งผลงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนของโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป (M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ, F๑ โรงพยาบาลบางจาก, F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ และ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง) ไปยังโรงพยาบาล ระดับ A (โรงพยาบาลสมุทรปราการ) ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒๒.๗๒ จังหวัดสมุทรปราการจึงได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Service Plan สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ในเชิงระบบตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

๑) มีคณะกรรมการพัฒนา Service Plan สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ประชุมสัญจรลงหน่วยบริการ โดยบูรณาการร่วมกับ Service Plan สาขาอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนา

๒) มีทะเบียนศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลสมุทรปราการ) จำนวน ๙ คน, โรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลบางพลี) จำนวน ๓ คน, โรงพยาบาลระดับ M๒ (โรงพยาบาลบางบ่อ) จำนวน ๓ คน, โรงพยาบาล ระดับ F๑ (โรงพยาบาลบางจาก) จำนวน ๑ คน ส่วนระดับ F๒ (โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ และ ระดับ F๓ (โรงพยาบาลบางเสาธง) ไม่มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

๓) มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ในกลุ่มที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนและการดูแลเบื้องต้นในกลุ่มโรคยุ่งยากซับซ้อนก่อนส่งต่อ ให้แก่โรงพยาบาลระดับ S, M๒, F๑ และ F๒

๔) มีการจัดระบบส่งต่อให้สอดคล้องกับศักยภาพการให้บริการของแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงสภาพการเดินทาง รวมทั้งตั้งไลน์กลุ่มศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน

๕) มีช่องทางการปรึกษาโดยส่งภาพเอกซเรย์ผ่านระบบไลน์ และปรึกษาทางโทรศัพท์ก่อน refer ผ่านระบบ Thai refer

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายร้อยละ	ร้อยละของผลงาน		
		๒๕๕๙ ทั้งปี	ไตรมาส ๑/๕๙	ไตรมาส ๑/๖๐
๑ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M๒ ลงไป	๗๐	๓๖.๔๘	๕๒.๔๕	๖๑.๐๖
จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ.ระดับ M๒ ลงไป (ราย)		๒๙๔	๗๕	๖๙
จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด (ราย)		๘๐๖	๑๔๓	๑๑๓
๒ จำนวนผู้ป่วย ที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ที่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ รับ Refer In จากโรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัดฯ	ลดลง ๒๕			
- รพ.บางพลี S		๒	๒	๐
- รพ.บางบ่อ M๒		๙	๒	๐
- รพ.บางจาก F๑		๗	๓	๐
- รพ.พระสมุทรเจดีย์ ๖ F๒		๑๖	๔	๐
- รพ.บางเสาธง F๓		๐	๑	๐
รวม		๓๔	๑๒	๐
			ลดลง ๑๐๐	

ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า โรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M ๒ ลงไป (M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ, F๑ โรงพยาบาลบางจาก, F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ และ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง) ดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน เท่ากับ ร้อยละ ๖๑.๐๖ ซึ่งผลงานมากกว่าปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ทั้งปี แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่กำหนดไว้ถึงร้อยละ ๗๐ สำหรับสถิติการรับ Refer In ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จากโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดฯ เมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กับ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ลดลงร้อยละ ๑๐๐ โดยมีแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ทบทวน การปฏิบัติตามแนว CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน
๒. ลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน ปีละ ๓ ครั้ง
๓. สะท้อนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อนำมาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๔. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่โรงพยาบาลชุมชน Refer In เข้าโรงพยาบาล จังหวัดทุกราย

การพัฒนา/การแก้ไขปรับปรุงตาม ๖ Plus building block

Building blocks plus	การพัฒนา ระดับ A : รพ.สมุทรปราการ	การพัฒนา ระดับ S, M๒ : รพ.บางพลี / รพบางบ่อ	การพัฒนา ระดับ F : พ.บางจาก/พระสมุทรเจดีย์ และ รพ.สต.ในเขต
๑. การจัดบริการ สุขภาพ (Health Service Delivery)	รับดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระดูกเพื่อ ลดความแออัด/เข้าถึงบริการใน รพ.ระดับที่เหมาะสม - เพิ่มการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน - ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นหลัง ผ่าตัด	- ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย Non displace fracture ได้ - รับผู้ป่วยหลังพ้นภาวะวิกฤต เพื่อการฟื้นฟูได้
๒. กำลังคนด้าน สุขภาพ(Health workforce)	มีแพทย์ จำนวน ๙ คน	- รพ.บางพลี ๓ คน - รพ.บางบ่อ ๓ คน - เพิ่มทีมผ่าตัด	รพ.บางจาก ๑ คน รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ ไม่มี
๓. ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing)	- วิเคราะห์ Gap Analysis ระดับจังหวัด และวิเคราะห์ Refer in Refer out - พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย โปรแกรม Thai Refer	- วิเคราะห์ Refer in / Refer out ระดับ รพ.แม่ข่าย - พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย โปรแกรม Thai Refer	- วิเคราะห์ข้อมูลการ Refer out ของ รพ. - พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วย โปรแกรม Thai Refer
๔. เทคโนโลยีทาง การแพทย์ (technologies)	- มีระบบการให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์และทาง Line กับ รพช.ใน จังหวัด - มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Non - displace fractureและการ ส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน - เครื่องมือผ่าตัดทั่วไปพร้อม ตลอดเวลา - มีคลังเลือดสนับสนุนทั้งจังหวัด และ การเก็บเลือดให้พร้อมใช้ที่ OR	- มีเครื่องมือ มีห้องผ่าตัดพร้อม และมีระบบการสำรองเลือดก่อน การผ่าตัด	- มีระบบการให้คำปรึกษา consultation - มีระบบสื่อสารเพื่อการรับส่ง ต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ - มีแนวทางการปฏิบัติการดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วย Non -displace fracture
๕. การเงินการคลัง (Financing)	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ.หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนาการจัดเก็บค่ารักษาให้ ครบถ้วนเพื่อเพิ่มรายได้ - เงินบำรุง	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เงินบำรุง	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เงินบำรุง
๖. ธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)	มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสาขา ศัลยกรรมกระดูก ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า	คณะกรรมการพัฒนาเครือข่าย สาขาศัลยกรรมกระดูก ระดับ จังหวัดดำเนินงานและติดตาม ความก้าวหน้า	คณะกรรมการพัฒนาเครือข่าย สาขาศัลยกรรมกระดูก ระดับ จังหวัดดำเนินงานและติดตาม ความก้าวหน้า
๗. การมีส่วนร่วม ของชุมชน (Participation)	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ความรู้ การป้องกัน การพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุแก่ อสม. และผู้นำชุมชน	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัคร สาธารณสุขและประชาชนดูแล ผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ต้องดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัคร สาธารณสุขและประชาชนดูแล ผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ต้องดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน

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

- โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒, F๓ ไม่มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
- การดำเนินงานตาม CPG ยังไม่ครอบคลุม
- การเก็บข้อมูลไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักที่ไม่ซับซ้อน ตาม CPG ยังไม่ครอบคลุม

แนวทางการพัฒนา

- ทบทวน และลงติดตามการดำเนินงานตามแนว CPG อย่าง ต่อเนื่อง
- เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาโดยให้แพทย์ติดต่อกับแพทย์โดยตรง

ผู้รายงาน	นางพยอม มณีพฤษ์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
E-Mail	Pyom.manee@hotmail.com
โทรศัพท์	๐๘๖ ๑๐๑ ๕๖๐๔

ผู้ประสานงาน	นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย
ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์	๐๘๖ ๘๘๖ ๓๒๐๔

สาขาอายุรกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน
๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง
๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. สร้างเครือข่ายการดูแลรักษา

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome :

SP ๑๘ อัตราตายจาก Sepsis/Septic Shock < ๓๐%

๓. สถานการณ์

ในปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ จังหวัดสมุทรปราการ มีอัตราตายจาก Sepsis / Septic shock ยังสูงถึง ร้อยละ ๕๗.๘๑ และ ร้อยละ ๕๑.๓๘ ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า สาเหตุที่ทำให้มีอัตราการตายสูงมาจากการวินิจฉัยและการให้ยา Antibiotic ล่าช้า จากปัญหาดังกล่าวฯ จังหวัดสมุทรปราการ จึงได้ผลักดันให้มีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการในรูปแบบ Service Plan สาขาอายุรกรรม ในเชิงระบบ เครือข่ายการให้บริการที่ชัดเจน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดย ได้จัดทำคำสั่ง คณะกรรมการฯ จัดทำทะเบียนอายุรแพทย์แยกรายโรงพยาบาล , มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guide line) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ , มี Sepsis fast tract ในรูปแบบเครือข่ายตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึง ระดับ ตติยภูมิ ทั้งส่งออก- ส่งกลับ มีแผนงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ , มีจัดระบบการส่งต่อให้สอดคล้อง กับ ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยคำนึงถึงสภาพการเดินทาง มีการตั้งกลุ่มไลน์อายุร แพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน , มีการเยี่ยมครุภัณฑ์ระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งจัดประชุมสัญจรไปยัง โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการครบทุกแห่ง

จากการดำเนินงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis มีข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนดำเนินงาน ในภาพรวมทั้งจังหวัด ที่ยังเป็นปัญหา/ส่วนขาด ในแต่ละประเด็นที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังนี้

- ๑) มีการใช้ guideline เพียงร้อยละ ๓๓.๓๓
- ๒) fluid resuscitation อย่างน้อย ๑๐๐๐ cc in ๖๐ minutes ร้อยละ ๕๖.๔๑
- ๓) Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ ๔๘.๗๒
- ๔) ให้ Antibiotic within ๖๐ min ตั้งแต่มาถึง ER ร้อยละ ๕๓.๘๕
- ๕) ได้รับการตรวจ blood lactate ร้อยละ ๓๐.๗๗
- ๖) ได้รับการทำ CVP ร้อยละ ๒๐.๕๑
- ๗) ได้เข้ารับการรักษานใน ICU ร้อยละ ๑๒.๘๒
- ๘) มีโรคร่วม ร้อยละ ๘๙.๗๔

- ๙) case refer จาก รพ. ชุมชนทุกรายมีปัญหา multiorgan failure โดยเฉพาะเป็น Acute kidney injury ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการทำ Hemodialysis
- ๑๐) มีอายุรแพทย์ทั้งจังหวัด จำนวน ๑๓ คน ปฏิบัติงานประจำที่ระดับ A จำนวน ๗ คน , ระดับ M ๑ จำนวน ๓ คน , ระดับ M๒ จำนวน ๒ คน ส่วนระดับ F ทั้ง ๓ แห่ง ไม่มีอายุรแพทย์
- ๑๑) มีการถ่ายทอดนโยบายแต่การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานยังน้อย

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			๒๕๕๙ ทั้งปี	ไตรมาส ๑/๕๙	ไตรมาส ๑/๖๐
๑	อัตราการตายจากการติดเชื้อ Sepsis	< ๓๐ %	๕๑.๖๙	๔๗.๓๐	๔๖.๔๙
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก sepsis/septic shock ทั้งหมด(ราย)		๗๖๔	๑๗๕	๒๑๒
	จำนวนผู้ป่วย sepsis/septic shock ทั้งหมด(ราย)		๑,๔๗๘	๓๗๐	๔๕๖
๒	อัตราการตายจากการติดเชื้อ community acquired sepsis	< ๒๐ %	๕๐.๐๔	๔๘.๖๔	๔๕.๖๓
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก sepsis/septic shock ที่เป็น CI (ราย)		๕๘๓	๑๖๑	๑๙๓
	จำนวนผู้ป่วย sepsis/septic shock ทั้งหมด ที่เป็น CI (ราย)		๑,๑๖๕	๓๓๑	๔๒๓
๓	อัตราการตายจากการติดเชื้อ Hospital or Health care acquired sepsis	< ๕๐ %	๕๗.๘๓	๓๕.๙๐	๕๗.๕๘
	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Hospital or Health care acquired sepsis(ราย)		๑๘๑	๑๔	๑๙
	จำนวนผู้ป่วย Hospital or Health care acquired sepsisทั้งหมด (ราย)		๓๑๓	๓๙	๓๓
๔	จำนวนผู้ป่วย Sepsis ที่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ รับ Refer In จาก	ลดลง ๓๐ %			
	โรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัดฯ				
	- รพ.บางพลี M๑		๒๖	๑๓	๑๖
	- รพ.บางบ่อ M๒		๑๖	๑๑	๑
	- รพ.บางจาก F ๑		๓๓	๑๑	๑๑
	- รพ.พระสมุทรเจดีย์ ฯ F๒		๑๑๐	๓๑	๑๙
	- รพ.บางเสาธง F๓		๒	๒	๔
	รวม		๒๐๗	๖๘	๕๑
					ลดลง ๒๕%

ผลการดำเนินงาน ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า อัตราตายจากการติดเชื้อ Sepsis ร้อยละ ๔๖.๔๙ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ส่วนจำนวนผู้ป่วย Sepsis ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ รับ Refer In จาก โรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสมุทรปราการมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน คือ ลดลง ร้อยละ ๒๕

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ ได้กำหนดแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ดังนี้

๑. ลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน ปีละ ๓ ครั้ง
๒. ทบทวนเวชระเบียนเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis
๓. โรงพยาบาลระดับ A การสนับสนุนวิชาการ การดูแลผู้ป่วย Sepsis

๕. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๑. โรงพยาบาลชุมชนระดับ F ทุกแห่งไม่มีอายุรแพทย์ ประกอบกับสภาพพื้นที่ไม่เอื้อต่อการจัด Node เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจังหวัด ภาระงานของโรงพยาบาลจังหวัดสูงมาก
๒. การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) ยังไม่ครอบคลุม เกิดการ Miss และ Delay Diagnosis
๓. ICU ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย
๔. เครื่องตรวจ Serum lactate ตรวจได้เฉพาะที่ รพ.สมุทรปราการ

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข/พัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

๑. โรงพยาบาลชุมชนระดับ F ทุกแห่งไม่มีอายุรแพทย์
๒. Miss & Delay Diagnosis และ เครื่องตรวจ Serum lactate ตรวจได้เฉพาะที่ รพ.สมุทรปราการ
๓. เตียง ICU ไม่เพียงพอในการดูแล ผู้ป่วยทั้งจังหวัด มี ๒๔ เตียง
 - รพ.สมุทรปราการ ๑๓ เตียง
 - รพ.บางพลี ๖ เตียง
 - รพ.บางบ่อ ๕ เตียง

แนวทางการแก้ไข/พัฒนา

๑. ให้ทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) อย่างเคร่งครัด
๒. ตั้งกลุ่มไลน์อายุรแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน
๓. ให้ทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) โดยเฉพาะ Early Lab และ การเริ่มให้ Antibiotic
๔. ในภาพรวมทั้งจังหวัด วางแผนขยายเตียง เป็น ๓๗ เตียง
 - รพ.สมุทรปราการ ๒๔ เตียง
 - รพ.บางพลี ๖ เตียง
 - รพ.บางบ่อ ๕ เตียง

ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูง

- กำหนดกลยุทธ์ระดับประเทศเพื่อให้แพทย์ฯ คงอยู่ในระบบภาครัฐ
- ควรกำหนดกรอบรายการครุภัณฑ์ ให้ โรงพยาบาลระดับ M๑ ขึ้นไปให้มีเครื่องตรวจ

Serum lactate

- วางแผนอัตรากำลังคน ในภาพรวมของเขต เพื่อกระจายลงสู่จังหวัด ตามแผนการพัฒนายาย
เตียง ICU

ผู้รายงาน	นางสาวประนอม สกุลพิพัฒน์	ผู้ประสาน	นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์	๐๘๙ ๘๙๑ ๙๙๐๑	โทรศัพท์	๐๘๖ ๘๘๖ ๓๒๐๔
E-Mail	Skulpipat@gmail.com		
ข้อมูล ณ	วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาหัวใจ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และหรือการทำบอลลูน
๒. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดระยะเวลาการรอการผ่าตัด
๓. ข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยสาเหตุการตายจากภาวะเป็ยณของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์
๔. แนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
๕. ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๖. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

Service Outcome :

SP ๒๓ ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Drug) ในผู้ป่วยชนิด STEMI ๑๐๐%

SP ๒๔ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) $\geq ๘๐\%$

SP ๒๕ อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI $\leq ๑๐\%$

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการมีแนวทางการให้บริการ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายการส่งต่อที่โรงพยาบาล ลบุรี และโรงพยาบาลเอกชนที่ สปสช. รองรับ คือโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓ มีระบบ Fast Track และมีระบบ consult referral system ผ่านศูนย์ Refer ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และปี ๒๕๖๐ กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจและหลอดเลือดทุก ๓ เดือน โดยได้มีการประชุมไป ๑ ครั้งแล้ว เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม๖๐ ปี โรงพยาบาลสมุทรปราการ

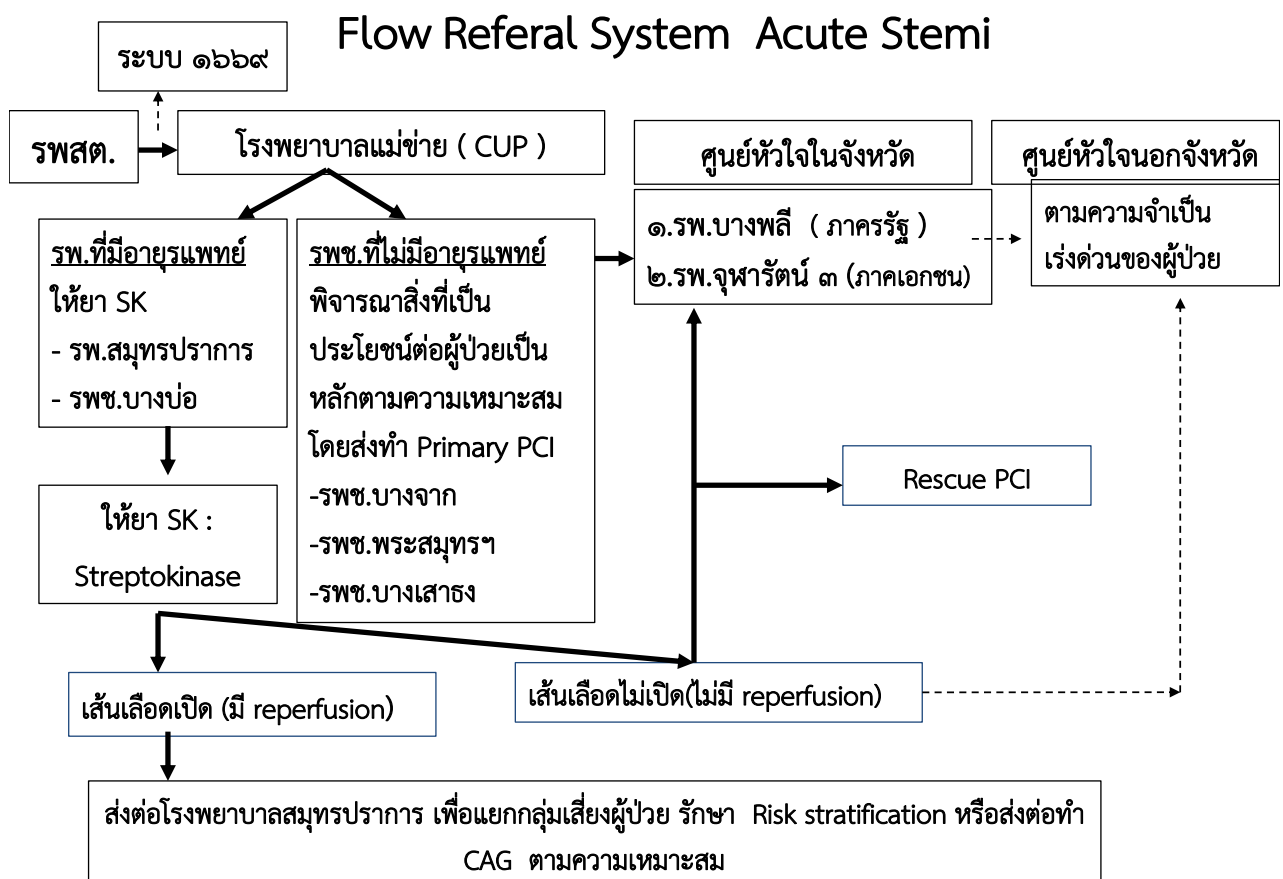
ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีการคมนาคมสะดวก อยู่ใกล้กรุงเทพฯ ฯ ที่มีโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เช่น รพ .จุฬาลงกรณ์, รพ.จุฬารัตน์ ๓ อินเตอร์ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่หลายแห่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเลือกที่จะไปใช้บริการได้ อีกทั้งโรงพยาบาลภาครัฐภายในจังหวัดสมุทรปราการ ยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ (ด้านการรักษาและการผ่าตัด) จึงเป็นเหตุให้โรงพยาบาลภาครัฐใช้ระบบ การส่งต่อไปรักษาตามโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดและโรงพยาบาลนอกเขตจังหวัดดังกล่าว และในส่วนของการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ปัจจุบันได้เร่งพัฒนาระบบการบริการโดยการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้ป่วย

กระบวนการ/ขั้นตอนในการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ

๑. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัด จัดการประชุมทุก ๓ เดือน
๒. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการในระดับโรงพยาบาล
๓. การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบเกี่ยวกับ การดำเนินการ ปัญหาและองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจปีละ ๑ ครั้ง
๔. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลส่งต่อ ที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ
๕. มีระบบรับ- ส่งต่อผู้ป่วยกับภาคเอกชนที่ชัดเจน รวดเร็ว ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มาช่วยในการ ดำเนินการจัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเร็วขึ้น และใช้ระบบ Thai Refer ในการส่งต่อ ข้อมูล ภายในจังหวัด
๖. ประชาสัมพันธ์หมายเลข ๑๖๖๙ เพื่อรองรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มาทันเวลาใน การส่งทำ PCI ลดอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality)

การวางแผนและการพัฒนาระบบส่งต่อที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ

แผนภาพการจัดโครงสร้างการส่งต่อAcute STEMI จังหวัดสมุทรปราการ
(มติที่ประชุมคณะผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙)



Checklist Non STEMI

- ๑) เจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่เป็นๆ หายๆ
- ๒) พบ ST depression เกิดขึ้นใหม่หรือมากขึ้น
- ๓) พบ Ventricular tachycardia
- ๔) มีภาวะการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่
- ๕) มีภาวะหัวใจล้มเหลว (killip ๓ ขึ้นไป) หรือภาวะช็อกเหตุหัวใจ (Cardiogenic shock/killip ๔)
- ๖) กำลังการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) น้อยกว่า ๔๐%
- ๗) ผลตรวจ Exercise stress test บ่งชี้ถึง ความเสี่ยงสูง
- ๘) เคยขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ภายใน ๖ เดือน
- ๙) เคยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง (CABG) มาก่อน
- ๑๐) ค่า Troponin T สูง (มากกว่า ๑๐๐๐ ng/L)
- ๑๑) TIMI risk score มากกว่าเท่ากับ ๔

หมายเหตุ

๑. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง , โรงพยาบาลบางพลีและ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓ อินเตอร์ จัดเก็บรายงานตามตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาหัวใจ ให้ เลขฯ ฯ Service Plan สาขาหัวใจตามแบบฟอร์มที่กำหนด ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป คุณนริศรา ต๊ะต้อใจ ทาง E - Mail : mae_uan@hotmail.com และสำเนาแจ้งผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ คุณต่อศักดิ์ เกษนาค ที่ E-Mail control.spko@moph.mail.go.th

๒. โรงพยาบาลที่รับส่งต่อหัวใจจัดส่งสำเนาใบส่งตัวผู้ป่วยสิทธิ UCรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน กรณี Elective case จากแม่ข่ายหน่วยบริการ ให้ สปสช .เขต ๖ ทุกราย เพื่อการพิจารณาจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ (ตามหนังสือ ที่ สปสช.๕.๓๖/ว.๑๐๙ ลว.๒๙ กพ.๕๙)

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๐

อำเภอ	รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙- ธันวาคม ๒๕๕๙)		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐๐๐๐
เมือง	๑๖	๕๓๒,๐๖๗	๓.๐๑
บางบ่อ	๙	๑๐๕,๖๖๓	๘.๕๒
บางพลี	๖	๒๔๑,๕๓๘	๒.๔๘
บางจาก	๐	๑๙๗,๙๒๒	๐
พระสมุทรเจดีย์	๐	๑๓๓,๓๘๑	๐
บางเสาธง	๐	๗๖,๑๑๘	๐
รวม	๓๑	๑,๒๘๖,๖๘๙	๒.๔๑

เป้าหมายลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) คือลดอัตราการตาย ลดลงร้อยละ ๑๐
 เปรียบเทียบ กับ Baseline ปี ๒๕๕๕ = ๒๐.๙๔ (ใช้ข้อมูลจาก สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข)

Baseline	หน่วยวัด (ต่อ ปชก. แสนคน)	ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาส			
		ตค - ธค.๕๕	มค - มีค.๖๐	เมย - มิย.๖๐	กค. - กย.๖๐
๒๕๕๕ = ๒๐.๙๔ จังหวัด ๒๕๕๕ = ๒๓.๓๖ ประเทศ	เป้าหมายลดลงร้อยละ ๑๐ ใน ๕ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๔) = ๒.๐๙๔ ฉะนั้น ๑ ปี ต้องลดลง ร้อยละ ๐.๔๑๘๘ (๐.๑๐๔๗ ต่อไตรมาส)	๒๐.๘๓	๒๐.๗๓	๒๐.๖๒	๒๐.๕๒
	ผลงาน	๒.๔๑			
	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่าน			

๒. ร้อยละโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ผู้ป่วย
 STEMI (๑๐๐%)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดใน เขตนั้น (A)	จำนวนรพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ทั้งหมดในเขต (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI (A /B) x ๑๐๐
รวม	๕ แห่ง (รพ.สมุทรปราการ, รพ.บางบ่อ, รพ.บางพลี, รพ.บางจาก และ รพ.พระสมุทรเจดีย์)	๕ แห่ง (รพ.สมุทรปราการ, รพ.บางบ่อ, รพ.บางพลี, รพ.บางจาก และ รพ.พระสมุทรเจดีย์)	๖๐ %
			ผ่าน

๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) (ร้อยละ๘๐)

รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙- ธันวาคม ๒๕๕๙)				ผ่าน/ไม่ผ่าน
หน่วยงาน	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)	ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention)	อัตรา(ร้อยละ)	
เมือง	๓๐	๒๖	๘๖.๖๗	ผ่าน
บางพลี	๕	๕	๑๐๐	ผ่าน
บางบ่อ	๗	๖	๘๕.๗๑	ผ่าน
พระประแดง	๕	๕	๑๐๐	ผ่าน
พระสมุทรเจดีย์ฯ	๗	๗	๑๐๐	ผ่าน
บางเสาธง	๐	๐	๐	ผ่าน
รวม	๕๔	๔๙	๙๐.๗๔	ผ่าน

๔. อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ ๑๐

รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๕๙)				ผ่าน/ไม่ผ่าน
หน่วยงาน	ผู้ป่วย STEMI	ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต	อัตรา (ร้อยละ)	
เมือง	๓๐	๒	๖.๖๗	ผ่าน
บางพลี	๕	๐	๐	ผ่าน
บางบ่อ	๗	๑	๑๔.๒๘	ไม่ผ่าน
พระประแดง	๕	๐	๐	ผ่าน
พระสมุทรเจดีย์ฯ	๗	๐	๐	ผ่าน
บางเสาธง	๐	๐	๐	ผ่าน
รวม	๕๔	๓	๕.๕๖	ผ่าน

**๕. ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ของ
จังหวัดสมุทรปราการ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๘ – กันยายน ๒๕๕๙**

ตัวชี้วัด	รพ. สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ. พระสมุทร เจดีย์ฯ	รพ. บาง เสาธง	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลา Door to EKG ภายใน ๑๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๘๕.๔๘% (๕๓,๖๒)	๗๓.๐๐% (๑๙,๒๖)	๘๑.๒๕% (๒๖,๓๒)	๗๕.๐๐% (๑๘,๒๔)	๗๕.๐๐% (๑๘,๒๔)	๐% (๐,๒)	๗๘.๘๒% (๑๓๔,๑๗๐)
ระยะเวลา Door to Diagnosis time ภายใน ๒๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๖๘.๓๕% (๔๓,๖๒)	๕๗.๐๐% (๑๕,๒๖)	๗๕.๑๒% (๒๕,๓๒)	๖๖.๗๐% (๑๖,๒๔)	๗๕.๐๐% (๑๘,๒๔)	๐% (๐,๒)	๖๘.๘๒% (๑๑๗,๑๗๐)
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจน ส่งต่อ Door to Departure ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๑๑.๖๒% (๕,๔๓)	ไม่มี refer	๐% (๐,๓๒)	๐% (๐,๒๓)	๐% (๐,๒๔)	๐% (๐,๒)	๔.๐๓% (๕,๑๒๔)
ระยะเวลา Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๒๗.๒๗% (๓,๑๑)	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	๒๗.๒๗% (๓,๑๑)
ระยะเวลา Door to balloon time ภายใน ๙๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐	๗๓.๐๐% (๓๖,๔๙)	๐	๐	๐	๐	๗๓.๐๐% (๓๖,๔๙)
ระยะเวลา Onset of chest pain to door time (เก็บข้อมูล)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ระยะเวลา Total ischemic time SK	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ระยะเวลา Total ischemic time Primary PCI	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality เป้าหมาย น้อยกว่า ๑๐%)	๘.๖๙% (๖,๖๙)	๓.๘๐% (๑,๒๖)	๐% (๐,๓๒)	๘.๐๐% (๒,๒๕)	๐% (๐,๒๔)	๐% (๐,๒)	๕.๐๖% (๙,๑๗๘)
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด(คน)	๑๒	๐	๐	๐	๐	๐	๑๒
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง PPCI (คน)	๔๕	๒๖	๓๒	๒๓	๒๔	๒	๑๕๒
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ PPCI (เป้าหมาย >๗๕%)	๘๒.๖๐% (๕๗,๖๙)	๑๐๐% (๑๐๖,๑๐๖)	๑๐๐% (๓๒,๓๒)	๙๒.๐๐% (๒๓,๒๕)	๑๐๐% (๒๔,๒๔)	๑๐๐% (๒,๒)	๙๔.๕๗% (๒๔๔,๒๕๘)

**๖. ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ของ
จังหวัดสมุทรปราการ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๘ – ธันวาคม ๒๕๕๘**

ตัวชี้วัด	รพ. สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ. พระสมุทร เจดีย์ฯ	รพ. บาง เสาธง	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลา Door to EKG ภายใน ๑๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๖๒.๕๐% (๑๐,๑๖)	๕๗.๑๔% (๔,๗)	๘๘.๓๓% (๕,๖)	๕๐.๐๐% (๑,๒)	๑๐๐% (๓,๓)	๐% (๐,๒)	๖๓.๘๙% (๒๓,๓๖)
ระยะเวลา Door to Diagnosis time ภายใน ๒๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๗๕.๐๐% (๑๒,๑๖)	๑๔.๒๘% (๑,๗)	๖๖.๖๖% (๔,๖)	๕๐.๐๐% (๑,๒)	๖๖.๖๖% (๒,๓)	๐% (๐,๒)	๕๕.๕๖% (๒๐,๓๖)
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจน ส่งต่อ Door to Departure ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๑๘.๑๘% (๒,๑๑)	๐	๐% (๐,๖)	๐% (๐,๒)	๓๓.๐๐% (๑,๓)	๐% (๐,๒)	๑๒.๕๐% (๓,๒๔)
ระยะเวลา Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๕๐.๐๐% (๒,๔)	๐	๐	๐	๐	๐	๕๐.๐๐% (๒,๔)
ระยะเวลา Door to balloon time ภายใน ๙๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐		๐	๐	๐	๐	
ระยะเวลา Onset of chest pain to door time (เก็บ ข้อมูล)	๑๕๓						
ระยะเวลา Total ischemic time SK ข้อ ๔+ข้อ ๖ (เก็บ ข้อมูล)	๑๐๐						
ระยะเวลา Total ischemic time Primary PCI ข้อ ๕+ ข้อ ๖ (เก็บข้อมูล)	๐		๐	๐	๐	๐	
อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality เป้าหมาย น้อยกว่า ๑๐%)	๑๐.๕๒% (๒,๑๙)	๑๔.๒๘% (๑,๗)	๐% (๐,๖)	๐% (๐,๒)	๓๓.๐๐% (๐,๓)	๐% (๐,๒)	๗.๖๙% (๓,๓๙)
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด(คน)	๔	๐	๐	๐	๐	๐	๔
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง PPCI (คน)	๑๑	๗	๖	๒	๓	๒	๓๑
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ PPCI (เป้าหมาย >๗๕%)	๗๘.๙๕% (๑๕,๑๙)	๑๐๐% (๗,๗)	๑๐๐% (๖,๖)	๑๐๐% (๒,๒)	๑๐๐% (๓,๓)	๑๐๐% (๒,๒)	๘๙.๗๔% (๓๕,๓๙)

**๗. ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของ
จังหวัดสมุทรปราการ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ – ธันวาคม ๒๕๕๙**

ตัวชี้วัด	รพ. สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ. พระสมุทร เจดีย์ฯ	รพ. บาง เสาธง	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลา Door to EKG ภายใน ๑๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๗๓.๐๐% (๑๙,๒๖)	๑๐๐% (๕,๕)	๗๑.๔๒% (๔,๗)	๑๐๐% (๕,๕)	๗๑.๔๓% (๕,๗)	ไม่มี Case	๗๖.๐๐% (๓๘,๕๐)
ระยะเวลา Door to Diagnosis time ภายใน ๒๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๔๖.๐๐% (๑๒,๒๖)	๘๐.๐๐% (๔,๕)	๗๑.๔๒% (๔,๗)	๖๐% (๓,๕)	๑๐๐% (๗,๗)	๐	๖๐% (๓๐,๕๐)
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจนส่ง ต่อ Door to Departure ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐% (๐,๒๐)	๐	๐% (๐,๗)	๐% (๐,๕)	๗๑.๔๓% (๕,๗)	๐	๑๒.๘๒% (๕,๓๙)
ระยะเวลา Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐% (๐,๓)	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	ไม่มีให้ยา	๐	๐% (๐,๓)
ระยะเวลา Door to balloon time ภายใน ๙๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	-	๘๐% (๔,๕)	๐	๐		๐	๘๐% (๔,๕)
ระยะเวลา Onset of chest pain to door time (เก็บ ข้อมูล)	๑,๐๑๒					๐	
ระยะเวลา Total ischemic time SK ข้อ ๔+ข้อ ๖ (เก็บ ข้อมูล)	๖๘๐					๐	
ระยะเวลา Total ischemic time Primary PCI ข้อ ๕+ข้อ ๖ (เก็บข้อมูล)						๐	
อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality เป้าหมาย น้อยกว่า ๑๐%)	๖.๐๐% (๒,๓๐)	๐% (๐,๕)	๑๔.๓๐% (๑,๗)	๐% (๐,๕)	๐% (๐,๗)	๐	๕.๕๖% (๓,๕๔)
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด(คน)	๔	๐	๐	๐	๐	๐	๔
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง PPCI (คน)	๒๒	๕	๖	๕	๗	๐	๔๕
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ PPCI (เป้าหมาย >๗๕%)	๘๖.๐๐% (๒๖,๓๐)	๑๐๐% (๕,๕)	๘๕.๗๐% (๖,๗)	๑๐๐% (๕,๕)	๑๐๐% (๗,๗)	๐	๙๐.๗๔% (๔๙,๕๔)

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีอายุรแพทย์ และอายุรแพทย์โรคหัวใจ (ด้านผ่าตัด)
๒. ระบบการส่งต่อมีทิศทางหลากหลายเนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไปรับการรักษาจาก รพ. อื่นๆ ที่มีศักยภาพและมาติดต่อขอให้ส่งตัวผู้ป่วยย้อนหลัง / ภายหลังการรักษาไม่ได้กลับมา รักษาต่อเนื่องที่ รพ.ต้นสังกัด ทำให้ต้องพัฒนาประสานติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีอายุรแพทย์และอายุรแพทย์โรคหัวใจ (ด้านผ่าตัด) และขาดพยาบาลด้าน CVT, CCU

แนวทางการพัฒนา

๑. ขอสนับสนุนบุคลากรตามส่วนที่ขาด
๒. มีการอบรมเพิ่มเติม
๓. เพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคลากร

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. นโยบายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขต ๖ ในเรื่อง Case elective ที่จะส่งทำ PCI จะต้องผ่าน โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นแม่ข่ายทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลสมุทรปราการอยู่ใกล้ กรุงเทพฯ มากกว่า จึงเป็นการไม่สะดวก ที่ผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาลชลบุรี
๒. การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถเปิดดู และใช้ข้อมูล เพื่อติดตามงานร่วมกันได้

ผู้รายงาน	นางนริศรา ต๊ะต้อใจ	ผู้ประสาน	นายต่อศักดิ์ เกษนา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๒ ๗๐๑ ๘๑๓๒ ต่อ	โทรศัพท์	
E-Mail		E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาโรคมะเร็ง

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก
 - ๑.๑ ด้านการผ่าตัด
 - บริหารจัดการการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
 - บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม
 - ๑.๒ ด้านเคมีบำบัด
 - ส่งสัณยแพทย์เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล พยาบาลวิชาชีพด้านเคมีบำบัด
 - ๑.๓ ด้านรังสีรักษา
 - บริหารจัดการเครื่องฉายรังสีเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม
 - เพิ่มอัตรากำลัง แพทย์นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการขยายบริการ

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๗. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก) ที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ ๘๐
- เกณฑ์ที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq$ ๘๐%
- เกณฑ์ที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq$ ๘๐%
- เกณฑ์ที่ ๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq$ ๘๐%

Service Outcome :

SP ๒๖ อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ

๓. สถานการณ์

๑. จังหวัดสมุทรปราการพบประชากรตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัด
๒. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (มกราคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๕๙) จังหวัดสมุทรปราการพบประชากรตายด้วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งหลอดลมและปอด (๒๔๐) มะเร็งตับ (๒๓๕) มะเร็งเต้านม (๙๓) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (๗๗) และมะเร็งกระเพาะอาหาร (๕๔) ตามลำดับ (ที่มา : มรณะบัตรกระทรวงมหาดไทย)
๓. เมื่อวันที่ ๑๘-๑๙ มกราคม ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการจัดอบรมการใช้โปรแกรม Thai cancer based เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการจัดทำทะเบียนมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจในการทำทะเบียนมะเร็ง ที่เป็นมาตรฐานอย่างถูกต้องและสามารถนำข้อมูลตอบตัวชี้วัดได้
๔. จังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราการเสียชีวิตจาก โรคมะเร็งตับ ในช่วงไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.- ธ.ค ๕๙) ร้อยละ ๔.๒๗ ต่อแสนประชากร ซึ่งลดลงร้อยละ ๐.๐๖ ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบกับช่วงไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ต.ค.- ธ.ค ๕๘) ร้อยละ ๔.๓๓ ต่อแสนประชากร

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก) ที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ ๘๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด	๒๗
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์	๒๓
		อัตรา/ร้อยละ	๘๕.๑
๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด	๖๔
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	๕๓
		อัตรา/ร้อยละ	๘๒.๘
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยรังสีรักษา	๑๖
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์	๑๓
		อัตรา/ร้อยละ	๘๑.๒
๔	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ(อัตราตายลดลง คิดเป็น ๒๔.๙ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย จำนวนประชากรกลางปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (จากทะเบียนราษฎร)	๑,๒๘๖,๖๘๙
		ผลงาน จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)	๕๕
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๒๗

๔.๒ อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)
๑	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ(อัตราตายลดลง คิดเป็น ๒๔.๙ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย จำนวนประชากรกลางปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (จากทะเบียนราษฎร)	๑,๒๘๖,๖๘๙
		ผลงาน จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)	๕๕
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๒๗

๔.๓ การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ข้อมูลจาก Health data service	ผลการดำเนินงาน	
			ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ต.ค.-ธ.ค. ๕๘)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.-ธ.ค. ๕๙)
๑	สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๐-๗๐ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ≥ร้อยละ ๘๐	เป้าหมาย	๔๑๓,๖๐๘	๓๔๖,๒๒๐
		ผลงาน	๒๖,๓๘๙	๕๙,๔๙๐
		อัตรา/ร้อยละ	๖.๓๘	๑๗.๑๘
๒	สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ร้อยละ ๘๐ (ปี๕๘ - ๖๒ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ≥ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๖๕,๙๑๘	๒๙๓,๘๘๔
		ผลงาน	๔,๕๘๖	๔๕,๒๖๙
		อัตรา/ร้อยละ	๖.๙๖	๑๕.๔๐

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือ การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๑. ขาดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญ
 - แพทย์ เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เช่น พยาธิแพทย์ แพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์ศัลยกรรมเป็นต้น
 - พยาบาลเฉพาะทางสาขามะเร็งและพยาบาลให้ยาเคมีบำบัด ๑๐ วัน
 - ขาดเภสัชกรผสมยาเคมีบำบัดและห้องผสมยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน
๒. ขาดสถานที่ ไม่มีแผนกหอผู้ป่วยในที่รักษาเฉพาะผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งกระจายไปนอนรักษาแผนกต่างๆ
๓. การรักษาด้วยการฉายแสงรังสี
๔. ขาดข้อมูลการ Refer กลับหลังส่งรักษาต่อ

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก
 - การผ่าตัดที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก หีองผ่าตัดมีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่มาตามนัดผ่าตัดหรือมาล่าช้าเกินระยะเวลาตามนัด
 - การให้เคมีบำบัดที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก ระยะเวลารอคอยผลขึ้นเนื้อนาน ผู้ป่วยร่างกายไม่พร้อมหรือมาล่าช้าเกินระยะเวลาตามนัด
 - การฉายแสงที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก ขาดแพทย์และอุปกรณ์ ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรักษาไกลค่าใช้จ่ายสูงและร่างกายไม่พร้อมในการรักษา
๒. การลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ
 - การประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ การงดดื่มสุราให้ประชาชนเข้าใจ ถึงโทษที่เกิดต่อร่างกาย ไม่ต่อเนื่อง
๓. การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
 - ประชาชนเขตเมืองทำงานสถานประกอบการไม่สามารถเข้าไปตรวจในโรงงานได้
 - สถานประกอบการไม่ให้ความร่วมมือ (จนท.ไปตรวจที่สถานประกอบการขาดรายได้)
 - วัฒนธรรมชาวไทยอายุไม่กล้าตรวจมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก

แนวทางการพัฒนา

๑. เพิ่มศักยภาพ, วิสัญญีแพทย์, วิสัญญีพยาบาล, พยาบาลห้องผ่าตัด และเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดให้เพียงพอต่อผู้มารับบริการ
๒. แพทย์เจ้าของไข้ก่อนผ่าตัดแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจโรคและความจำเป็นในการต้องรับผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจให้พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
๓. พัฒนาระบบการรายงานผลขึ้นเนื้อให้รวดเร็วภายในเวลาที่กำหนด
๔. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูกและร่วมมือในการตรวจคัดกรองทุกปีอย่างต่อเนื่อง
๕. ให้ข้าราชการสตรีอายุมากกว่า ๔๐ปี ต้องตรวจเต้านม CBE ในการตรวจสุขภาพประจำปี
๖. ฉีดวัคซีนป้องกัน HBV ในกลุ่มเสี่ยง

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. การประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางให้ประชาชนและผู้ป่วยรับรู้ ถึงระบบการรักษาโรคมะเร็งต้องผ่าตัด ใน ๔ สัปดาห์ ฉายแสงและให้เคมีบำบัดใน ๖ สัปดาห์
๒. เพิ่มกฎหมายการตรวจสุขภาพบุคลากรในสถานประกอบการให้มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งแบบ BSC ในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี และแบบ CBE ในสตรีอายุ ๔๐-๗๐ ปี และการตรวจ Pap smear ในการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานหญิงอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีการรายงาน ไปในระบบ HDC
๓. ให้กระทรวงขยายสถานบริการให้รังสีรักษาให้มีเพียงพอเพื่อลดระยะเวลาการฉายแสง
๔. ผู้สูงอายุที่รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุเพศหญิงที่อายุเกิน ๖๐ ปี ต้องมีผลการตรวจสุขภาพ มะเร็งเต้านม CBE และตรวจมะเร็งปากมดลูก PAP smear ปีละ ๑ ครั้ง และวางระบบให้เชื่อมโยงผลรายงาน HDC
๕. เพิ่มภาษีสุราและบtlงโทษดื่มเหล้าเถื่อนโทษหนัก

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน (ประชารัฐ) ในการทำหน่วยเคมีบำบัดเป็นแบบอย่าง

ผู้รายงาน	นางวรรณิ วุฒิเกตุ	ผู้ประสาน	น.ส.ศัญทิมา พุคามี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์	๐๙๑-๙๙๗-๙๑๕๖	โทรศัพท์	
E-Mail	wanee4u@outlook.co.th	E-Mail	
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาโรคไต

๑. ประเด็นตรวจราชการ

๑. การคัดกรองโรคไต
๒. การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม
 - ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ในรพ.ระดับ F๓
 - รพ.ระดับ M๑, F๑, F๒ >๕๐% ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome

๒๘. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ L/min/1.73m}^2 / \text{yr}$ ($\geq 65\%$)

๓. สถานการณ์

ส่วนที่ ๑ สภาพทั่วไป และสถานการณ์ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ

จังหวัดสมุทรปราการ มี CKD clinic ที่มีการจัดระบบบริการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

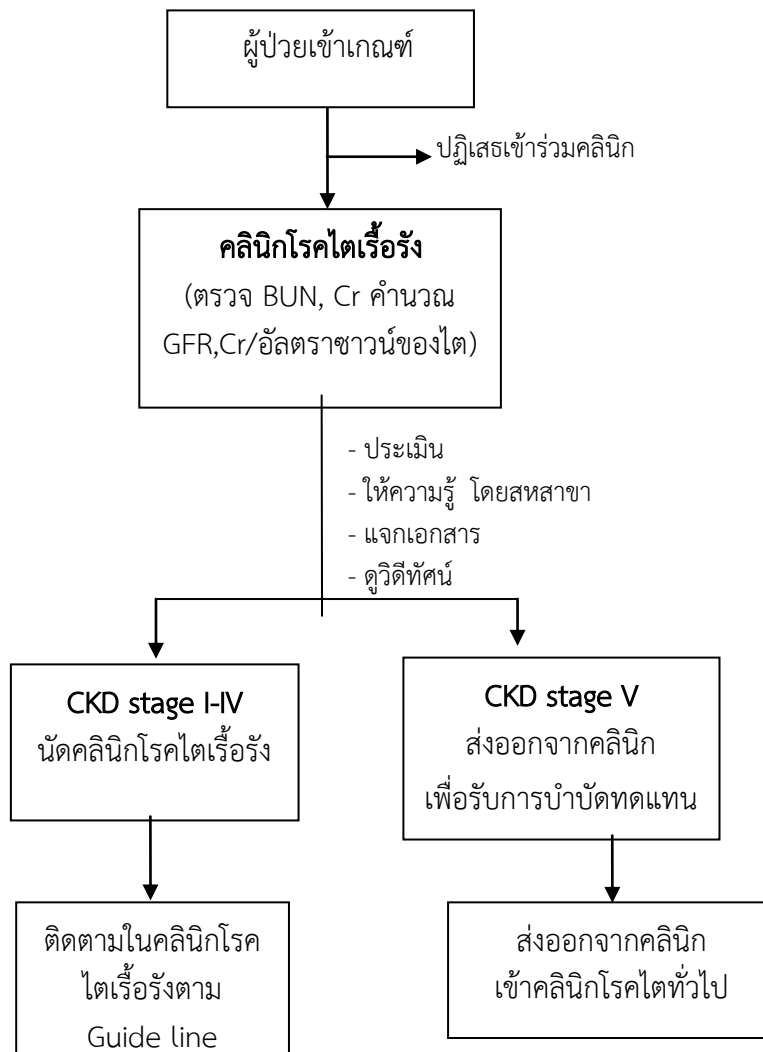
- ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ (ศูนย์ไตเทียม) เปิดดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต และเป็นแม่ข่ายรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน
- ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี เปิดดำเนินการเมื่อตุลาคม ๒๕๕๖ ดำเนินงานตามแนวทางให้บริการรักษา และให้ความรู้ผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- ระดับ M๒, F๑, F๒ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางจาก, โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะไตวายเรื้อรัง เมื่อพบ stage ๓-๕ คลินิก NCD จะส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษาจากเภสัชกร นักกาย หนดอาหาร / ทีมสุขภาพและปรึกษาไปยังศูนย์ไตเทียม รพ.สมุทรปราการเพื่อรับคำแนะนำและบำบัดรักษา RRT
- ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง กำลังเตรียมการ

ทั้งนี้จังหวัดสมุทรปราการ มีโรงพยาบาลเอกชนที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมทั้งสิ้นกว่า ๒๑ แห่ง ทำผู้ป่วยโรคไตมีทางเลือกที่จะไปรับบริการได้มากขึ้น ซึ่งปัจจุบันทางสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการจะได้รวบรวมเครือข่ายหน่วยบริการผู้ป่วยโรคไต ให้เป็นเครือข่ายประสานงานเดียวกัน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและการบริหารจัดการเรื่องคุณภาพของคลินิกและคุณภาพของข้อมูลการดูแลที่จะสะท้อนผลลัพธ์ของงานสาขาไต ได้ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ส่วนที่ ๒ กระบวนการ/ขั้นตอนในการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ

๑. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการระดับจังหวัด และโรงพยาบาล จัดการประชุมทุก ๒-๓ เดือน

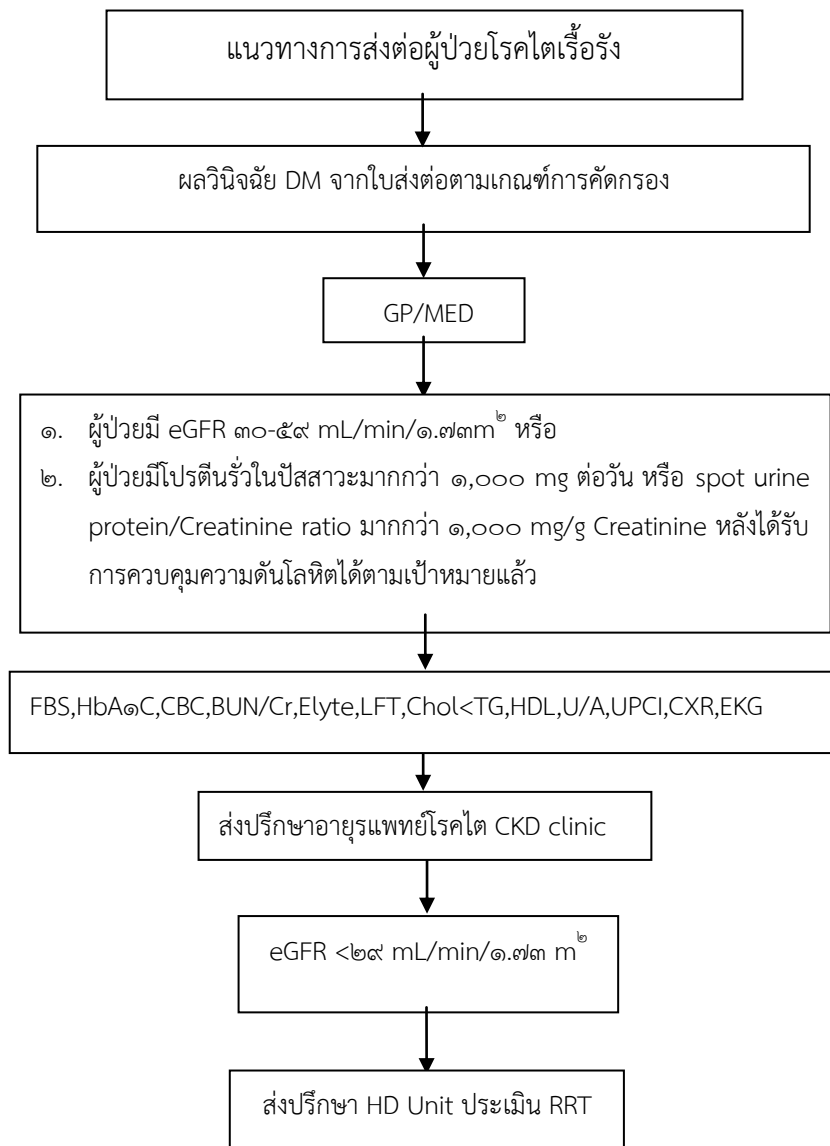
๒. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้การดูแลและส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ



๓. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการคัดกรองตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน มีคู่มือตามแนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลภาวะแทรกซ้อนทางไต หากพบผิดปกติจะส่งพบแพทย์ตรวจ วินิจฉัย ให้การรักษา มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำ CAPD/HD โดยมีระบบรับ-ส่งต่อจากศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลสมุทรปราการ และพัฒนาระบบบริการโดยจัดเวทีสังเคราะห์/เรียนรู้แบบพี่สอนน้อง

ส่วนที่ ๓ การวางแผนและการพัฒนาระบบส่งต่อที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ

การส่งต่อและดูแลผู้ป่วย CKD stage ๑-๕



ส่วนที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคิวรักษาพยาบาล

๑. ระยะรอคิวบริการ CAPD

- ระยะเวลาการรอคอยการใส่สาย TK นับตั้งแต่วันที่ Nephro sign จนถึงวันวางสายเท่ากับ ๑๕ วัน

- ระยะเวลาเฉลี่ย ในการรอทำ CAPD = ๒๐ วัน (หลังวางสาย TK)

๒. ระยะรอคิวบริการ HD

- ผู้ป่วยเข้าคิว HD ๑-๒ สัปดาห์ (มีศูนย์ไตเทียม ๒๔ ศูนย์ในจังหวัดสมุทรปราการ)
- ระยะเวลาการรอคอยการทำ Vascular access นับแต่ที่ Nephro sign จนถึงวันทำ
- DLC = ๑ วัน
- PERM CATH = ๑ วัน
- AVF, AVG = ๔๕ วัน (ส่งตัวเข้ารับการทำใน รพ. ที่มีศักยภาพมากกว่า)

๓. การทำ KT มีระยะเวลารอคอย >๑ ปี

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ (เป้าหมาย : $\geq 65\%$ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ (เป้าหมาย : $\geq 65\%$ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)			ผ่าน/ไม่ผ่าน
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr} \times 100$ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr} \geq 65\%$ (A/B) $\times 100$	
อำเภอเมือง	๘๐๘	๑,๓๓๔	๖๐.๕๗	ไม่ผ่าน
อำเภอบางบ่อ	๕๓๘	๘๔๕	๖๓.๖๗	ไม่ผ่าน
อำเภอบางพลี	๑,๑๐๙	๑,๗๗๑	๖๒.๖๒	ไม่ผ่าน
อำเภอพระประแดง	๕๑๑	๖๕๕	๗๘.๐๒	ผ่าน
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ฯ	๘๓๐	๑,๒๒๕	๖๗.๗๖	ผ่าน
อำเภอบางเสาธง	๔	๕	๘๐	ผ่าน
รวม	๓,๘๐๐	๕,๘๓๕	๖๕.๑๒	ผ่าน

ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๐ ภาพรวมของจังหวัด ผ่านตัวชี้วัด แต่ในรายละเอียดระดับโรงพยาบาลมีที่ไม่ผ่าน คือ อำเภอเมือง อำเภอบางบ่อ และอำเภอบางพลี

๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๐ ภาพรวมการคัดกรองโรคไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังน้อยมาก ผลงานเท่ากับร้อยละ ๔๐.๐๐, ๓๐.๔๕ และ ๓๓.๕๑ ตามลำดับ

๒.๑ คัดกรองในผู้ป่วย DM

อำเภอ	จำนวน DM	ได้รับการคัดกรอง	คิดเป็นร้อยละ
เมือง	๙,๓๑๖	๓,๕๐๑	๓๗.๕๘
บางพลี	๗๐๒	๔๗๓	๖๗.๓๘
บางบ่อ	๓,๒๖๙	๑,๗๐๔	๕๒.๑๓
บางจาก	๗๙๑	๑๐๖	๑๓.๔๐
พระสมุทรฯ	๖๖๕	๖๖	๙.๙๒
บางเสาธง	๑๔๓	๑๐๔	๗๒.๗๓
รวม	๑๔,๘๘๖	๕,๙๕๔	๔๐.๐๐

๒.๒ คัดกรองในผู้ป่วย HT

อำเภอ	จำนวน HT	ได้รับการคัดกรอง	คิดเป็นร้อยละ
เมือง	๒๑,๘๕๕	๗,๘๘๘	๓๖.๐๙
บางพลี	๒,๖๔๕	๑,๓๐๘	๔๙.๔๕
บางบ่อ	๑,๘๕๐	๙๓๖	๕๐.๕๙
บางจาก	๔,๘๘๔	๑๓๖	๒.๗๘
พระสมุทรฯ	๔,๘๕๙	๖๐๑	๑๒.๓๗
บางเสาธง	๙๘๕	๔๒๓	๔๒.๙๔
รวม	๓๗,๐๗๘	๑๑,๒๙๒	๓๐.๔๕

๒.๓ คัดกรองในผู้ป่วย DM & HT

อำเภอ	จำนวน DM & HT	ได้รับการคัดกรอง	คิดเป็นร้อยละ
เมือง	๑๘,๔๒๗	๖,๖๘๒	๓๖.๒๖
บางพลี	๑,๔๘๕	๘๖๘	๕๘.๔๕
บางบ่อ	๑,๑๖๙	๖๗๒	๕๗.๔๙
บางจาก	๓,๙๒๖	๕๖๑	๑๔.๒๙
พระสมุทรฯ	๒,๘๙๓	๔๕๐	๑๕.๕๕
บางเสาธง	๗๖๔	๓๗๓	๔๘.๘๒
รวม	๒๘,๖๖๔	๙,๖๐๖	๓๓.๕๑

๓. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย DM, HT โดยแยกตาม stage

๓.๑ การแยก stage ในผู้ป่วย DM

อำเภอ	ผลการดำเนินการคัดกรอง						รวม
	normal	Stage ๑	Stage ๒	Stage ๓	Stage ๔	Stage ๕	
เมือง	๒,๔๑๕	๒๔๕	๑๔๓	๒๙๘	๑๕๕	๒๔๕	๓,๕๐๑
บางพลี	๒๖๒	๑๐๓	๖๗	๓๔	๔	๓	๔๗๓
บางบ่อ	๑,๖๖๗	๒๖	๖	๔	๐	๑	๑,๗๐๔
บางจาก	๑๐๖	๐	๐	๐	๐	๐	๑๐๖
พระสมุทรฯ	๕๐	๐	๐	๑๕	๑	๐	๖๖
บางเสาธง	๗๕	๖	๑๕	๗	๑	๐	๑๐๔
รวม	๔,๕๗๕	๓๘๐	๒๓๑	๓๕๘	๑๖๑	๒๔๙	๕,๙๕๔

๓.๒ การแยก stage ในผู้ป่วย HT

อำเภอ	ผลการดำเนินการคัดกรอง						รวม
	normal	Stage ๑	Stage ๒	Stage ๓	Stage ๔	Stage ๕	
เมือง	๔,๙๓๐	๑,๐๙๙	๘๒๑	๕๒๒	๑๙๔	๓๒๒	๗,๘๘๘
บางพลี	๘๖๕	๒๓	๑๒๑	๑๘๓	๖๑	๕๕	๑,๓๐๘
บางบ่อ	๕๔๕	๑๘๔	๑๕๐	๕๓	๔	๐	๙๓๖
บางจาก	๑๓๖	๐	๐	๐	๐	๐	๑๓๖
พระสมุทรฯ	๔๖๗	๐	๐	๑๑๓	๕	๑๖	๖๐๑
บางเสาธง	๒๖๐	๕๓	๖๔	๔๓	๓	๐	๔๒๓
รวม	๗,๒๐๓	๑,๓๕๙	๑,๑๕๖	๙๑๔	๒๖๗	๓๘๓	๑๑,๒๙๒

๓.๓ การแยก stage ในผู้ป่วย DM และ HT

รพ.	ผลการดำเนินการคัดกรอง						รวม
	normal	Stage ๑	Stage ๒	Stage ๓	Stage ๔	Stage ๕	
เมือง	๔,๐๑๓	๘๖๐	๕๕๓	๖๐๗	๒๔๐	๔๐๙	๖,๖๘๒
บางพลี	๒๐๗	๒๕๗	๒๖๘	๑๑๓	๒๐	๓	๘๖๘
บางบ่อ	๓๗๓	๑๓๔	๑๐๙	๔๘	๗	๑	๖๗๒
บางจาก	๕๖๑	๐	๐	๐	๐	๐	๕๖๑
พระสมุทรฯ	๑๙๕	๓	๐	๒๒๐	๑๖	๑๖	๔๕๐
บางเสาธง	๖๙๗	๕๖	๕๖	๑๙	๒	๑	๓๗๓
รวม	๖,๐๕๖	๑,๓๑๐	๙๘๖	๑,๐๐๗	๒๘๕	๔๓๐	๑๐,๐๖๔

ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๐ ภาพรวมการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย DM, HT โดยแยกตาม stage ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีผล แยกตาม stage อยู่ในภาวะไตปกติ เท่ากับร้อยละ ๗๖.๘๔, ๖๓.๗๙ และ ๖๐.๐๘ ตามลำดับ

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

ปัจจัยที่ทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินการ และโครงการที่ส่งผลให้งานประสบความสำเร็จ

๒. การดำเนินงานเครือข่ายที่ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ให้ความสำคัญและร่วมมือในการพัฒนาระบบ เช่นในการร่วมอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อเครือข่ายร่วมดูแล และมีการเยี่ยมบ้านร่วมกัน

๓. ผู้ประสานงานในระดับจังหวัดประสานงานในการเก็บตัวชี้วัดของทีม รพช. สม่ำเสมอ ต่อเนื่องทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และแก้ปัญหาได้ทันเวลา

๔. มีการจัดบริการ CKD clinic ในวันพฤหัสบดีที่ ๒ และ ๔ ของเดือนในช่วงบ่าย ใช้ห้องล้างไตทางช่องท้องเป็นหน่วยบริการ โดยใช้อัตรากำลังในส่วนของพยาบาลที่รับมอบหมายให้เข้าปฏิบัติงานในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ พยาบาลร่วมในคลินิก

๕. ปัจจุบันอัตรากำลังทางการพยาบาลที่มีอยู่จริง ๙ คน พยาบาลทุกคนผ่านการอบรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผ่านการรับรองจากสภานพยาบาล และมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเข้าอบรมเพิ่มในส่วนของการล้างไตทางช่องท้อง ๔ คน

๖. มีการบริหารอัตรากำลังโดยใช้ การหมุนเวียนพยาบาลในส่วนหน่วยล้างไตทางช่องท้องและหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีการใช้อัตรากำลังที่เป็นพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็น Staff Mixed ที่ผ่านการสอนโดยพยาบาลไตเทียมร่วมดูแลภายใต้การควบคุมกำกับของพยาบาลไตเทียมเพื่อแก้ปัญหาอัตรากำลัง ที่ขาดแคลน

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

ด้านระบบการให้บริการ

๑. การเก็บตัวชี้วัดที่มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยในเรื่อง CKD จาก ระยะที่ ๑-๔ เป็น ๓-๔ ในข้อมูลของ HDC ควรปรับเปลี่ยนด้วยเพื่อสะดวกในการดึงข้อมูล

๒. การขยายบริการ CAPD ใน รพ.ระดับ M๑ ยังไม่พร้อม

๓. ควบคุมกำกับกับการบริการศูนย์ไตเทียมในจังหวัดให้ได้มาตรฐาน

๔. Case Manager ในบางโรงพยาบาลไม่สามารถรวบรวมและเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ

๕. ขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และไม่เป็นไปในทางเดียวกัน

๖. มีการลงทะเบียนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เกิดความซ้ำซ้อนในเขตบริการ

๗. การกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจนและมีจำนวนมากเกินไป
๘. ฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ การลงทะเบียนโรคไม่ครบถ้วน ไม่มีโปรแกรมการเก็บข้อมูลรองรับ ทำให้การเชื่อมโยงกับโปรแกรม HDC ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลที่ได้ค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง
๙. CKD Clinic ควรอยู่ใน OPD

ด้านบุคลากร

๑. ภาระงานเพิ่มขึ้นมากบุคลากรเท่าเดิม และลดลงน้อยกว่าเดิมเนื่องจากการลาออก
๒. บุคลากรใน CKD Clinic ประจำแยกจากงาน HD และ CAPD ซึ่งเป็นงานรักษา

ด้านผู้ป่วย

๑. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ESRD ที่ไม่ยินยอมทำบำบัดทดแทนไตไม่ได้ผลจากที่ญาติไม่ยอมรับแม้จะมีการเจรจาจากทีม
๒. ผู้ป่วย ใน CKD stage ๔-๕ ที่เข้ารับการรักษาส່วนใหญ่มีอาการหนักจำเป็นต้องฟอกเลือดด่วน เช่น ภาวะ Uremia, Volume overload Electrolyte Imbalance เป็นต้น วิธีการรักษา CAPD ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการทำเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ ไม่มี Caregiver และบ้านที่อยู่เป็นบ้านเช่าทำให้ไม่สามารถเลือกวิธีการรักษา CAPD ได้

แนวทางการพัฒนา

ด้านระบบการให้บริการ

๑. ปรับฐานข้อมูลใน HDC ให้เป็นปัจจุบัน
๒. ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการขยายบริการ CAPD ใน รพ.ระดับ M๑ โดยมี รพ.ระดับ A เป็นพี่เลี้ยง
๓. มีแผนการประเมินหน่วยบริการบริการศูนย์ไตเทียมในจังหวัดประจำปี
๔. จัดทำคู่มือ การจัดการฐานข้อมูล และอบรมการใช้งาน ให้ทุกแห่งสามารถบริหารจัดการ ข้อมูลของตนเองได้
๕. จัดให้มีการประชุมเป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยการทำงาน

ด้านบุคลากร

สนับสนุนทุนและตำแหน่งบรรจุเพิ่มขึ้น

ด้านผู้ป่วย

๑. สนับสนุนการจัด Palliative Care ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา โดยมี Renal nurse Palliative ร่วมดูแลและส่งต่อทีมเครือข่ายชุมชน
๒. สนับสนุนและส่งเสริมให้ศูนย์ไตช่วยทำในการทำ Acute HD ใน รพ. เพื่อแบ่งภาระงานใน รพ. ใหญ่

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

สนับสนุนทุนและตำแหน่งบรรจุเพิ่มขึ้น

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

๑. เครื่องออกกำลังกาย Two-in-one-Exercise ใช้ในผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง



๒. มหัศจรรย์ไข่ขาว เป็นเมนูอาหารที่ทำจากไข่ขาวให้ผู้ป่วยฝึกทำอาหารและแจกเมนูให้กลับไปทำที่บ้าน



ผู้รายงาน

ตำแหน่ง

ข้อมูล ณ วันที่

E-Mail

โทรศัพท์

นางสุนทรี เพิ่มพูนสวัสดิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

sunkail2008@gmail.com

୦୭ ୩୦୧ ଲେଖାଏ ଟିଏ ୧୫୩୦

สาขาจักษุ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุ
๒. การเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome

๑. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ($\geq 80\%$)

Service Outcome

- SP ๒๗ ร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา ($\geq 95\%$)

๓. สถานการณ์

การพัฒนาระบบบริการสาขาจักษุที่ผ่านมายังคงมีปัญหาด้านการบริหารจัดการข้อมูล ตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงาน การรายงานข้อมูล จนถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งจังหวัด ทำให้ข้อมูลตามตัวชี้วัดไม่สะท้อนกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่

ในส่วนของการพัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชนเริ่มชัดเจนมากขึ้น ในเรื่องการคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ และการคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กนักเรียน โดยมีการคัดกรองไปแล้ว ในพื้นที่ที่ได้เป้าหมาย และบางพื้นที่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายมาก ซึ่งรายงานข้อมูลการคัดกรองส่งระดับจังหวัด ส่วนใหญ่ได้เป้าหมายตามตัวชี้วัด แต่ข้อมูลจำกัดอยู่ในระดับโรงพยาบาล สมุทรปราการ ยังไม่สะท้อนกับข้อมูลจริงของทั้งจังหวัด

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ($\geq 80\%$)
ข้อมูล (ต.ค. ๕๙ – ธ.ค. ๕๙)

สถานพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (A) (๓ เดือนแรก)	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมายโดยคกก.พัฒนา ระบบบริการสุขภาพสาขา ตา กระทรวงสาธารณสุข(B)	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจก ระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน $(A/B) \times 100$
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	๑๙๒	๗๒๐	๒๖.๖๗
สถาบันราชประชาสมาสัย	๘๗	๑๑๗	๗๔.๓๖
โรงพยาบาลบางนา ๕	๔๒	๐ (รอปรับเกลี่ยเป้าหมาย)	๐
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓	๐	๑๐	๐
โรงพยาบาลเมืองสมุทรปู้เจ้าฯ	๐	๕๒	๐
โรงพยาบาลบางพลี	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางบ่อ	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางเสาธง	๐	๐	๐
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางจาก	๐	๐	๐
ภาพรวมจังหวัด	๓๒๑	๘๙๙	๓๕.๗๑

ร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา ($\geq 75\%$)

รายละเอียด	แหล่งที่มา	ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล		
		ไตรมาส ๑ (๕๙)	เต็มปี ๕๙	ไตรมาส ๑ (๖๐)
		ต.ค. – ธ.ค. ๕๙	ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๕๙	ต.ค. – ธ.ค. ๕๙
ตั้งตั้ง A	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสายตา	๕,๕๗๓	๑๑๗,๓๘๐	๔,๑๙๓
ตัวคูณ ๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ตัวหาร B	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งหมดของจังหวัด	๑๖๓,๖๙๒	๑๖๓,๓๒๙	๑๖๓,๖๙๒
ผลการดำเนินงาน		๓.๔๐	๗๑.๘๗	๒.๕๖

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา ๖๐%

รายละเอียด	แหล่งที่มา	ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล		
		ไตรมาส ๑ (๕๙)	เต็มปี ๕๙	ไตรมาส ๑ (๖๐)
		ต.ค. – ธ.ค. ๕๘	ต.ค.๕๘ – ธ.ค.๕๙	ต.ค. – ธ.ค. ๕๙
ตั้งต้ง A	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา	๑,๑๕๖	๖,๔๒๖	๑,๒๕๖
ตัวคูณ ๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ตัวหาร B	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดของจังหวัด	๒๔,๖๕๐	๒๔,๖๕๐	๒๔,๖๕๐
ผลการดำเนินงาน		๔.๖๙	๒๖.๐๗	๕.๑๐

ข้อมูลคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนระดับโรงเรียน

เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑									
จังหวัด	จำนวนนักเรียน (คน)			จำนวนคัดกรอง (คน)			แปรผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น		ได้รับแว่น
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ปกติ	ผิดปกติ	
สมุทรปราการ	๕,๐๕๑	๔,๕๑๔	๙,๕๖๕	๕,๐๕๑	๔,๕๑๔	๙,๕๖๕	๒๕	๘๕	๘๕ (คิดเป็น ๑๐๐%)

๔.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด

Blocks ที่ ๑. การจัดบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ตามมาตรฐาน

ระดับหน่วยบริการ	เป้าหมายการดำเนินงานในงบประมาณ ๒๕๖๐
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- คัดกรองสายตาระดับบอดในผู้ป่วยอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปในระดับจังหวัด - ค้นหา Blinding Cataract ที่ VA $\leq$ ๑๐/๒๐๐ ให้ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน - จัดทำโครงการลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับโรงพยาบาลรามาธิบดี ปีละ ๑ ครั้ง - จัดระบบคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาให้ครอบคลุมทุกอำเภอและมีการจัดซื้อ Fundus Camera ให้เพียงพอ - ออกหน่วย ถ่ายรูปจอประสาทตา/คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา/อ่านผลภาพถ่ายจอประสาทตาและส่งต่อในรายที่ผิดปกติ - จัดอบรมฟื้นฟูการอ่านภาพถ่ายจอประสาทตา - จัดทำคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กอนุบาลและเด็กประถมโดยคุณครู

Blocks ที่ ๒. ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing) มีระบบ IT ช่วยในการบันทึกข้อมูล และติดตามประเมินผล (โปรแกรม Vision ๒๐๒๐)

ระดับหน่วยบริการ	กลยุทธ์การดำเนินงานงบประมาณ ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- พัฒนาระบบ Line และ Mail ในการ Consult - พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลการประสานงาน การเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วย บริการในจังหวัด - เชื่อมโยงเครือข่าย ประสานงาน จาก โรงพยาบาล ถึง รพ.สต. และประสานกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. - ใช้โปรแกรม Vision ๒๐๒๐ ในการบันทึก ข้อมูล	- การจัดเก็บข้อมูล Vision ๒๐๒๐ เป็นระบบและเชื่อมโยงในระดับ จังหวัดมากขึ้น

Blocks ที่ ๓. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) มีบุคลากรในระบบบริการตั้งแต่การคัดกรอง
สายตาจนถึงการผ่าตัดที่เพียงพอตามมาตรฐานและบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะตามระดับ
ความรับผิดชอบ

ประเภทบุคคล	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐						
	รพ.สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บาง จาก	รพ.พระ สมุทร เจดีย์	รพ.บาง เสาธง	รพ.สต
	A	S	M๒	F๑	F๒	F๓	
จักษุแพทย์	๗	๑	๐	๐	๐	๐	๐
พยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ	๘	๐	๐	๐	๐	๐	๐
พยาบาลวิชาชีพ	๑๑	๑	๑	๐	๐	๐	๐
Ophthalmic technician	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๑๖	๒	๑	๐	๐	๐	๐

หมายเหตุ จักษุแพทย์ รพ.สมุทรปราการ -ปฏิบัติงานด้านบริหาร จำนวน ๑ ท่าน
- วิชาชีพต่อ จำนวน ๒ ท่าน
- ปฏิบัติงานด้านจักษุ จำนวน ๔ ท่าน

Blocks ที่ ๔. การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing) มีการปรับเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายค่าผ่าตัดที่จูงใจให้มุ่งเน้นการผ่าตัดต่อกระจกชนิดบอด

ระดับหน่วยบริการ	กลยุทธ์การดำเนินงาน งบประมาณ ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน จาก - เงินงบประมาณ - เงินบำรุง - งบ สปสช. - งบท้องถิ่น - เงินบริจาค	มีการดำเนินงานเบิกจ่าย จากแหล่งเงินงบประมาณ ดังกล่าว

Blocks ที่ ๕. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี

ระดับหน่วยบริการ	กลยุทธ์การดำเนินงาน งบประมาณ ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- Slit Lamp Bio-microscope - Fundus Camera - Pneumotension - Computerize Visual Field - Auto Refkeratometer - Auto Lensometer - Indirect Ophthalmoscope - A-B Scan - Yag Laser - Pascal Streamline Laser - กล้องผ่าตัด - Phacoemulcification machine	จังหวัดสมุทรปราการมี เครื่องมือ และอุปกรณ์ ดังกล่าว ครบถ้วน

Blocks ที่ ๖. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ระดับหน่วยบริการ	กลยุทธ์การดำเนินงาน งบประมาณ ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ S โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีระบบ Fast Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการส่งต่อรวดเร็ว ปลอดภัย - มีนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน ทุกๆด้านในรูปแบบของคณะทำงาน - มีนโยบายให้ ปฏิบัติงานบริการประชาชน นอกเวลาราชการ - มีนโยบายให้ประชาชนเข้าถึงบริการทำผ่าตัดต่อกระเจก - ระบบบริหารจัดการโปร่งใส ตรวจสอบได้ก่อนวัยเรียน ร่วมกับโรงเรียนในกลุ่มเป้าหมาย - สถานประกอบการ โรงงาน อุตสาหกรรม	- ดำเนินการระบบ Fast Track ทุกแห่ง - มีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

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

๑. การบันทึกข้อมูลยังล่าช้าและไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลที่นำมาเสนอยังคงไม่สะท้อนผลงานตามความเป็นจริง

๒. ตัวชี้วัดในเรื่องการคัดกรองต่อปียังไม่มีการปรับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและรักษาไปแล้ว

๓. ขาดอัตรากำลังทางการแพทย์และพยาบาล (จักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตามีไม่ครบทุกโรงพยาบาล)

๔. มีอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ผู้ป่วย

- ไม่พร้อมรับการรักษา เนื่องจากมีโรคร่วม, กลัวการผ่าตัด, ขาดผู้ดูแล

๒. บุคลากร

- ขาดทักษะในการวัดสายตา
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น

๓. เครื่องมือ และสถานที่

- มีอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ และห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ

แนวทางการพัฒนา

๑. พัฒนาการบันทึกข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลไปยังส่วนกลาง
๒. ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา
๓. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร
๔. จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม

ผู้รายงาน	นางบุษบา วรศรีวิศาล	ผู้ประสาน	นางสาววลีรัตน์ ใจสูงเนิน
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๒ ๗๐๑ ๘๑๓๒ ต่อ	โทรศัพท์	
E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th	E-Mail	
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ
๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

- SP ๒๘ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ ๖๐
- SP ๒๙ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ $\geq$ ร้อยละ ๓๕

๒. สถานการณ์

- ๒.๑ จำนวนประชากรทั้งหมด ๑,๒๘๖,๖๘๙ คน จำนวนประชากรสิทธิ UC ๗๓๐,๓๙๗ คน
- ๒.๒ หน่วยบริการสุขภาพช่องปาก

จำนวนอำเภอ	๖ แห่ง	จำนวน CUP	๑๓ แห่ง
จำนวน ศสม.	๓ แห่ง	จำนวน รพ.สต.	๗๔ แห่ง
จำนวนคลินิกทันตกรรม (เอกชน)	๑๒๒ แห่ง	รพ.เอกชน	๑๗ แห่ง

๒.๓ จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัด

๒.๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๘๘ คน	สัดส่วนทันตแพทย์กสธ.:ประชากร	๑ : ๒๗,๙๗๑ คน
ทพ.กสธ.	๔๖ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๗ คน
ทพ.เอกชน (คลินิก+ รพ.)	๑๓๗ คน	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง(รัฐ)	๔๔ คน
๒.๓.๒ จำนวนทันตภิบาลทั้งหมด	๖๕ คน	สัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากร	๑ : ๒๐,๔๒๔ คน
ทันตภิบาลใน สสจ.	๒ คน	ทันตภิบาลใน รพ.	๑๓ คน
ทันตภิบาลใน สสอ.	๐ คน	ทันตภิบาลใน รพ.สต./ศสม.	๔๖ คน
ทันตภิบาลตำแหน่งนักวิชาการ (๔ ปี)	๕ คน		
นิยามของ “นวก.” คือ ทันตภิบาลที่ได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการและยังทำงานสุขภาพช่องปาก			
๒.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๐๐ คน	ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ในตำแหน่งจพ.ทันต)	๕ คน
ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.	๔๑ คน	ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.สต.	๕๔ คน
๒.๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม	๑ คน	ร้อยละรพ.สต.ที่มีลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	๙๖.๔๒

๒.๔ ครุภัณฑ์ทันตกรรมในการให้บริการใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต./ศสม.ที่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๕๖ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม.มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๐ แห่ง
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๑๘ แห่ง		

๒.๕. ความพร้อมในการให้บริการใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๔๕ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ. ให้บริการและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๑๑ แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการแต่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๐ แห่ง	จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	๑๘ แห่ง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ การจัดการบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่จัดการบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ ๖๐

แหล่งข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ ๔๑ และ ๔๒

ในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าองค์ประกอบที่ ๑ มีรพ.สต./ศสม. ที่จัดการบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม พบร้อยละ ๕๙.๔๕ และองค์ประกอบที่ ๒ รพ.สต./ศสม. ที่จัดการบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒๐ พบร้อยละ ๕๐.๐๐ และมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒ องค์ประกอบคือ ร้อยละ ๔๘.๖๔ (ตารางที่ ๑) และ อำเภอที่มีผลงานรพ.สต./ศสม. ที่จัดการบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพสูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ บางบ่อ และ พระประแดง

๓.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัด : อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ $\geq$ ร้อยละ ๓๕

แหล่งข้อมูล : ตัวตั้ง HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน->การเข้าถึงบริการ ->ทันตกรรม (บริการ) ข้อ ๑

ตัวหาร HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน->ข้อมูลทั่วไป ->ประชากร ->๔.ตาราง person เทียบกับ นำ DBPOP มาปรับปรุง ->คอลัมน์ ๑+๓ , dbpop

พบว่าในภาพรวมของจังหวัดมีพบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในจังหวัดเฉลี่ยร้อยละ ๓.๖๗ อำเภอที่พบอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ สูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอบางบ่อ พระประแดง และอำเภอเมือง

ตารางที่ ๑ ผลงานเชิงปริมาณ (รอบ ๑ ข้อมูล ๔ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ – มกราคม ๒๕๖๐)

ลำดับ	รายการข้อมูล		อ.เมือง	อ.บางปะ	อ.บางพลี	อ.พระประแดง	อ.พระสมุทร	อ.บางเสาธง	ภาพรวม จังหวัด
๑.ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ ๖๐									
๑.๑.	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่อง ปากได้ตาม เกณฑ์ใน ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๘	๘	๔	๖	๒	๖	๔๔
		อัตรา/ ร้อยละ	๙๔.๗๓	๖๑.๕๓	๕๐.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๗๕.๐๐	๕๙.๔๕
๑.๒	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่อง ปากที่ ครอบคลุมร้อย ละ ๒๐	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๖	๙	๒	๖	๒	๒	๓๗
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๔.๒๑	๖๙.๒๓	๒๕.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๒๕.๐๐	๕๐.๐๐
รวม	ร้อยละรพ. สต./ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่อง ปากที่มี คุณภาพ	เป้าหมาย	๑๙	๑๓	๘	๑๖	๑๐	๘	๗๔
		ผลงาน	๑๖	๘	๒	๖	๒	๒	๓๖
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๔.๒๑	๖๑.๕๓	๒๕.๐๐	๓๗.๕๐	๒๐.๐๐	๒๕.๐๐	๔๘.๖๔
๒.อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต ร้อยละ ๓๕									
๑	อัตราการใ้ บริการสุขภาพ ช่องปากรวม ทุกสิทธิใน พื้นที่	เป้าหมาย	๔๖๕,๐๑๔	๙๕,๘๒๓	๑๙๔,๘๒๔	๑๙๑,๓๒๑	๑๑๑,๙๔๗	๗๒,๙๒๐	๑,๑๓๑,๘๔๙
		ผลงาน	๑๙,๒๑๕	๕,๗๑๕	๓,๘๓๒	๘,๔๖๓	๒,๕๘๖	๑,๘๑๐	๔๑,๖๒๑
		อัตรา/ ร้อยละ	๔.๑๓	๕.๙๖	๑.๙๗	๔.๔๒	๒.๓๑	๒.๔๘	๓.๖๗

(ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐)

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

๑. สัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรของจังหวัดสมุทรปราการสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่มาก (ทันตแพทย์ ๑ : ๒๗,๙๗๑ คน ทันตภิบาล ๑ : ๒๐,๔๒๔ คน)

๒. ไม่มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางที่จะเอื้อต่อการดำเนินการในรูปแบบรัฐเอกชน (public private partnership)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหาการดำเนินการ

ปัญหาดำเนินการ	จำนวน อำเภอ ที่มีปัญหา	อ.เมือง	อ.บางบ่อ	อ.บางพลี	อ.พระประแดง	อ.พระสมุทรเจดีย์	อ.บางเสาธง
ปัญหาการลงบันทึกข้อมูลการตรวจสอบการส่งออก และใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แห่ง เพื่อการวางแผนและ ประเมินผล	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตภิบาล	๑	๐	๐	๐	๐	๑ (ลาออก) (นวก.)	๐
ขาดแคลนทันตภิบาลประจำรพ.สต	๑๑	๑	๒	๒	๓	๒	๑
ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.	๕	๑	๑	๑	๒	๐	๐
ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการ แก้ปัญหาในพื้นที่	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดแคลนทันตแพทย์ในบางจังหวัดทำให้มีปัญหาในการจัดบริการหมุน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ได้รับงบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.	๑๘	๐	๕	๒	๖	๕	๐

๕. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

- การบันทึกข้อมูลระบบ ๔๓ แห่ง

แนวทางการพัฒนา

- มีทีมจากส่วนกลางเข้ามาช่วยวิเคราะห์สาเหตุปัญหา

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. กำหนดตัวชี้วัดเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เขตเมือง
๒. ส่วนกลางมีระเบียบ นโยบายที่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกับเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้รายงาน	ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคงพิทยา
ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
วัน/เดือน/ปี	๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

หมายเหตุ

การให้ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นเสนอแนะให้แก่หน่วยรับตรวจ
๒. ข้อเสนอแนะส่วนกลางในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นรับไปประสานแก้ไขปัญหาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ข้อยุติ
๓. ข้อเสนอแนะระดับนโยบายในกรณีปัญหาที่คณะผู้ตรวจราชการมีความเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไข ระดับนโยบายจะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเพื่อเสนอให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบาย พิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยผ่านกลไก คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ๕ คณะเมื่อได้ข้อยุติแล้วให้เสนอ ต่อหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากปลัดกระทรวงต่อไป

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ระบบการรับบริจาคอวัยวะ
๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๓๐. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ (๖๕๐ ราย)

Service Outcome :

SP ๓๐ จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในแต่ละรพ. Donor เป้าหมาย ๓๘ แห่ง $\geq$ ๑ ราย : ๑๐๐ hospital death

SP ๓๑ จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในแต่ละรพ. A และ S $\geq$ ๕ ราย : ๑๐๐ hospital death

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ มีการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A) ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๕๘ มีผู้ผ่านการอบรมพยาบาลประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ จำนวน ๕ ท่าน ซึ่งทำงานร่วมกับการปฏิบัติงานที่ตึก ไอซียู ๒ ท่าน, ตึกศัลยกรรมชาย, ศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตึกละ ๑ ท่าน และวางแผนการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะแห่งที่ ๒ ที่โรงพยาบาลบางพลีในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งได้ส่งบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรมตามโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ ในวันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐ ที่โรงแรมชลอินเตอร์ จังหวัดชลบุรี เพื่อให้บุคลากรที่มียุทธศาสตร์ในโรงพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งแบ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน ๖ ท่าน และโรงพยาบาลบางพลี จำนวน ๖ ท่าน

โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการดำเนินงานเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะในสัปดาห์ธรรมะ องค์กรกิจกรรมเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีผู้ร่วมงานฯ จำนวน ๒๔๑ ราย ได้เจรจาเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ จำนวน ๒๓๓ ราย, ไม่สำเร็จ ๑๙๒ ราย, เจริญสำเร็จ ๔๑ ราย ในจำนวน ๔๑ ราย บริจาคดวงตาอย่างเดียว จำนวน ๑ ราย, บริจาคอวัยวะและดวงตา จำนวน ๔๐ ราย สำหรับผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด ๑๓๒ ราย ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ๑ ราย

นอกจากสัปดาห์ธรรมะแล้ว ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ยังได้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ได้เจรจาเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ โดยมีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ จำนวน ๓ ราย, บริจาคดวงตา จำนวน ๑ ราย บริจาคอวัยวะและดวงตา จำนวน ๖ ราย รวมทั้งสิ้น ๑๐ ราย

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๔.๑ จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ≥ 1 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย) (ติดตามใน รพ. organ donor center เป้าหมาย ๓๘ แห่ง)

รพ. organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ≥ 1 ราย : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ปี ๒๕๕๔)	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตาย ที่ยินยอมบริจาค อวัยวะ	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๑,๘๕๔	๑๘ : ๑,๘๕๔	๒	๑๑.๑๑	
ภาพรวมจังหวัด	๑,๘๕๔	๑๘ : ๑,๘๕๔	๒	๑๑.๑๑	

รพ. organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ≥ 1 ราย : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ต.ค. - ธ.ค. ๕๔)	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตาย ที่ยินยอมบริจาค อวัยวะ	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๗๒๒	๗ : ๗๒๒	๑	๑๔.๒๙	ไม่ได้ปลูกถ่าย อวัยวะ เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะ HBcAb + ve, HBcAb - ve
ภาพรวมจังหวัด	๗๒๒	๗ : ๗๒๒	๑	๑๔.๒๙	

๔.๒ จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย ≥ 5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย) (ติดตามใน รพ. A, S และ M๑)

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย ≥ 5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ปี ๒๕๕๔)	เป้าหมาย	จำนวนผู้เสียชีวิต ที่ยินยอมบริจาค ดวงตา	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๑,๘๕๔	๙๒ : ๑,๘๕๔	๒	๒.๑๘	
ภาพรวมจังหวัด	๑,๘๕๔	๙๒ : ๑,๘๕๔	๒	๒.๑๘	

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย ≥ 5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ต.ค. - ธ.ค. ๕๔)	เป้าหมาย	จำนวนผู้เสียชีวิต ที่ยินยอมบริจาค ดวงตา	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๗๒๒	๓๖ : ๗๒๒	๑	๒.๗๗	ไม่ได้ปลูกถ่าย อวัยวะ เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะ HBcAb + ve, HBcAb - ve
ภาพรวมจังหวัด	๗๒๒	๓๖ : ๗๒๒	๑	๒.๗๗	

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

- ด้านบุคลากร ภาระงานที่รับผิดชอบ สถานที่

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- ขาดความร่วมมือจากแพทย์ในการวินิจฉัยสมองตาย
- การ Declare brain dead ครั้งที่ ๑ มีปัญหาเรื่องการ sign ชื่อแพทย์ประจำ
- ภาระงานส่วนใหญ่เป็นของ TC nurse ในขณะที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและต้องปฏิบัติงานประจำ ที่หอผู้ป่วยควบคู่กันไป
- ไม่มีสถานที่จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการรับบริจาคอวัยวะ แต่ฝากอุปกรณ์ที่มีกับหน่วยงานอื่น ส่งผลให้อุปกรณ์ที่ได้มา ไม่มีโอกาสได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์

แนวทางการพัฒนา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำคำสั่งแต่งตั้งแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตาย
- ย้ายผู้ป่วยเข้ามา Resuscitate organ ที่ ICUS
- จัดทีมเข้าเวร oncall เมื่อมี donor
- จัดซื้อ spirometor & CO₂ end tidal volume
- ความรับผิดชอบและการให้ความร่วมมือของแพทย์
- แยก TC nurse ออกจากงานประจำ
- จัดสถานที่เป็นศูนย์รับบริจาคอวัยวะชั่วคราวที่ห้องประชุม ICUS/จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนชัดเจน

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรให้แพทย์เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- การปฏิบัติงานที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะเป็นงานที่เพิ่มจากงานประจำซึ่งเป็นภาระงานที่มากอยู่แล้วทุกฝ่ายควรให้ขวัญและกำลังใจและหากสามารถแยกภาระงานของ TC nurse ออกจากงานประจำได้ จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ให้ทุกคนตระหนักว่าการรับบริจาคอวัยวะเป็นงานบุญ ที่ไม่ได้มุ่งหวังเรื่องค่าตอบแทน

ผู้รายงาน	ภรภัฏ วงษ์สาคร	ผู้ประสาน	เมตตา สุขแก้ว
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์	๐๘๖ ๓๘๗ ๙๐๑๙	โทรศัพท์	๐๘๖ ๘๘๑ ๘๔๘๒
E-mail	P.wong๒๕๕๗@gmail.com	E-Mail	insure.spko@moph.mail.go.th
วัน/เดือน/ปี	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑. ประเด็นตรวจราชการ

๑. การพัฒนาระบบ ECS คุณภาพ
๒. การพัฒนา ER คุณภาพ
๓. การพัฒนาการศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit)
๔. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บการพัฒนาระบบการส่งต่อ

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๓๑. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐%) $\geq ๖๐\%$
๓๒. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (PS Score ≥ ๐.๗๕) $< ๑\%$

Service Outcome :

- SP ๓๒ ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป $\geq ๔๐\%$

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วยโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A) โรงพยาบาลบางพลี (S) โรงพยาบาลบางบ่อ (M๒) โรงพยาบาลบางจาก (F๑) โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ (F๒) และโรงพยาบาลบางเสาธง (F๓) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินงานด้านก ารรักษาพยาบาลฉุกเฉินแบบครบวงจร คือ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปเท่านั้น จำนวน ๕ แห่ง

ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ มีผู้ป่วยบาดเจ็บเฉลี่ยรายปี ๑๓,๙๖๐ ราย ยอดผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยรายปี ๓,๒๖๔ ราย เฉลี่ยรายเดือน ๒๗๒ ราย ให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยเดือนละ ๑,๐๔๐ ครั้ง บริการระดับ ALS ร้อยละ ๓๖.๐๖ response time ภายใน ๑๐ นาที ร้อยละ ๖๙.๐๔ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (เดือน ต.ค-ธ.ค ๒๕๕๙) มีผู้ป่วยบาดเจ็บ ๓,๖๕๘ ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๐.๗๔ (๗๕๙ราย) เสียชีวิตร้อยละ ๑.๕๐ (๘ ราย) ๕ อันดับสาเหตุการบาดเจ็บ อุบัติเหตุการขนส่ง (๒๕๖ ราย) พลัดตกหกล้ม (๒๐๖ ราย) ถูกแรงเชิงกลวัตถุและสิ่งของ (๑๖๗ ราย) ถูกทำร้ายร่างกาย (๖๓ ราย) จมน้ำ (๔ ราย) และไฟไหม้น้ำร้อนลวก (๑๐ ราย) ตามลำดับ ๓ อันดับสาเหตุการบาดเจ็บรุนแรงที่มาด้วยระบบ Fast Track ทั้งหมด ๑๖๔ ราย คือ ถูกยิง/ถูกแทง ๓๑ ราย อุบัติเหตุจราจรทางถนน ๒๐ ราย และตกจากที่สูง ๑๑ ราย ตามลำดับ

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๔.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

๔.๑.๑ ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐)

จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (เดือน ต.ค-ธ.ค ๒๕๕๙)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่มี ค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพใน การรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ 40 (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขต สุขภาพ ที่มีการประเมิน ตนเองด้าน การรักษาพยาบาล ฉุกเฉินของโรงพยาบาล (B)	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐
อำเภอเมืองสมุทรปราการ	๑ (๖๔.๒๐)	๑	๑๐๐
อำเภอบางพลี	๑ (๔๗.๐๐)	๑	๑๐๐
อำเภอบางบ่อ	๑ (๔๗.๒๔)	๑	๑๐๐
อำเภอพระประแดง	๑ (๔๖.๕๐)	๑	๑๐๐
อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๑ (๔๑.๒๐)	๑	๑๐๐
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	๕	๕	๑๐๐

จากตาราง พบว่า จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐) จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แต่ค่าคะแนนประเมินยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สรุป ประเด็นปัญหาของโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คะแนน < ๓ โดยใช้แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง ๑๒ องค์ประกอบ ตามแบบฟอร์มการประเมิน Hospital Base Emergency Care System (โดยกรมการแพทย์) มีดังนี้

๑. อาคารสถานที่

- Decontamination (บริเวณชะล้าง) ไม่มีระบบกักเก็บของน้ำปนเปื้อนที่แยกจากบ่อบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล

- ไม่สะดวกสำหรับผู้พิการ
- พื้นที่คับแคบ

- มีผู้ป่วยรุนแรงน้อยอยู่ใน ER
- พื้นที่ทำหัตถการ/แยกโรค รวมอยู่ในแผนก
- ไม่มีห้องฝึกสอนแยก ต้องใช้ร่วมกับโรงพยาบาล

๒. บุคลากร

- โรงพยาบาลสมุทรปราการ ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กำลังเรียกจบ ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ คน และ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ คน โรงพยาบาลบางพลีมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน ๑ คน
- ไม่มีแพทย์นิติเวช แต่มีเจ้าหน้าที่(พยาบาล) ทำแทน
- ที่เจ้าหน้าที่ธุรการฉุกเฉินเฉพาะเวรใช้ในเวลาราชการ

๓. Referral System

- ไม่มีจัดบริการทางอากาศ และทางน้ำ

๔. ระบบสนับสนุน

- MRI มี contract หน่วยงานภายนอก ส่งได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ให้ระบบ IS ในการจัดเก็บข้อมูลการบาดเจ็บเฉพาะผู้ป่วย Admit ไม่ได้ทำทุก Case

๕. ระบบบริหารการจัดการ

- ไม่มีแผนพัฒนา ECS คุณภาพในแผนยุทธศาสตร์ รพ. แต่มีเฉพาะในหน่วยงาน ER

๖. การศึกษาและวิจัย

- อยู่ระหว่างดำเนินการอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๔.๑.๒ ER คุณภาพ ร้อยละ ๒๕ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ

จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (เดือน ต.ค.-ธ.ค ๒๕๕๙)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปทั้งหมดในจังหวัด (B)	ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐
อำเภอเมืองสมุทรปราการ	๑	๑	๕๖.๕๒
อำเภอบางบ่อ	๑	๑	๕๐
อำเภอบางพลี	๑	๑	๐
อำเภอพระประแดง	๑	๑	๔๐

อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๑	๑	๑๐๐
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	๕	๕	๘๐
ภาพรวมจังหวัด รอบ๑ (ข้อมูลต.ค.-ธ.ค.๕๙)	๕	๕	๘๐

การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ER คุณภาพ ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ได้กำหนดให้มีการวัดผลลัพธ์ (Outcome) ใหม่ โดยประเมินจาก ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest : OSCA) ที่ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพกลับคืนมา (Return Of Spontaneous Circulation : ROSC) เพื่อพัฒนาระบบรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ในรพ.ระดับ F๒ ขึ้นไปให้มีคุณภาพ คาดว่า จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง

จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ๓ เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA) ของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป จำนวน ๕ แห่ง จำนวน ๔๓ ราย ที่ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพกลับคืนมา (ROSC) จำนวน ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๕๑ ดังตาราง

ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA) ได้รับการฟื้นคืนชีพจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพกลับคืนมา (ROSC) ของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ
เป้าหมายของแต่ละโรงพยาบาล คือ ร้อยละ ๓๐

ที่	รพ.	OHCA	ROSC	ร้อยละ
		Out-of-Hospital Cardiac Arrest	Return Of Spontaneous Circulation	
๑	รพ.สมุทรปราการ	๒๓	๑๓	๕๖.๕๒
๒	รพ.บางบ่อ	๒	๑	๕๐
๓	รพ.บางพลี	๖	๐	๐ .๐๐
๔	รพ.บางจาก	๑๐	๔	๔๐
๕	รพ.พระสมุทรเจดีย์	๑	๑	๑๐๐
	รวม	๔๓	๒๐	๔๖.๕๑

๔.๑.๓ อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) น้อยกว่าร้อยละ ๑ จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (เดือน ต.ค-ธ.ค ๒๕๕๙)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ และเสียชีวิต (A)	จำนวนผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ (B)	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (A/B) x๑๐๐

อำเภอเมืองสมุทรปราการ	๘	๗๕๙	๑.๐๕
อำเภอบางพลี	๐	๑๗๔	๐
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)	๘	๙๑๑	๐.๘๗
ภาพรวมจังหวัด - รอบ๑ (ข้อมูลต.ค.-ธ.ค.๕๙)	๘	๙๑๑	๐.๘๗

การเสียชีวิตของผู้ป่วย จากการบาดเจ็บ ที่มีค่า PS score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ หมายถึง การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่รับไว้นอนโรงพยาบาล ซึ่งมีการคำนวณค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ จากตาราง พบว่าในภาพรวมจังหวัดสมุทรปราการ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า PS score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ จำนวน ๙๑๑ ราย เสียชีวิต ๘ ราย ร้อยละ ๐.๘๗ ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ร้อยละ ๑.๐๕ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากรับส่งต่อ ผู้บาดเจ็บที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง จากทุกโรงพยาบาลในจังหวัด

๔.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค.-ธ.ค.๕๙)
๑	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ต่อ แสนประชากร (ข้อมูลจากงาน EMS)	< ๑๘	๑๕.๕๘ (๑๙๕/๑,๒๕๑,๗๕๙)	๒๙.๔๐ (๑๙๕/๑,๒๕๑,๗๕๙)	๖.๙๙ (๙๐/๑,๒๘๖,๖๘๙)
๑	อัตราการตายผู้ป่วย Trauma ที่มีค่า PS score > ๐.๗๕ (เฉพาะผู้ป่วยใน)	< ๑	๑.๔๑ (๔๗/๓,๓๓๘)	๑.๖๒ (๕๐/๓,๐๘๕)	๑.๐๕ (๘/๗๕๙)
๒	ร้อยละของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุที่เสียชีวิต มีค่า PS>๐.๗๕ ได้รับทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย Trauma Audit ทุกราย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	> ๖๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ (เกณฑ์ใหม่)	> ๒๕	NA	NA	๘๐ (๔/๕)
๕	อัตราการตายผู้ป่วย Traumatic brain injury (เฉพาะผู้ป่วยใน)	< ๖	๒๐.๘๓ (๗๕/๓๖๐)	๑๖.๒๖ (๗๔/๔๕๕)	๑๐.๔๘ (๑๓/๑๒๔)
๖	ร้อยละผู้ป่วย Multiple Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ส่ง OR ภายใน ๑ ชั่วโมง	> ๘๐%	๗๗.๑๔ (๒๗/๓๕)	๖๕.๖๒ (๒๑/๓๒)	๑๐๐ (๒๑/๓๒)
๗	ร้อยละผู้ป่วย Traumatic Brain Injury ที่มีข้อบ่งชี้ส่ง OR ภายใน ๒ ชั่วโมง	> ๘๐%	๖๑.๑๑ (๒๒/๓๖)	๗๔.๔๖ (๓๕/๔๗)	๖๑.๕๐ (๒๑/๓๒)

การพัฒนาระบบ ECS / ER คุณภาพ

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการประเมิน ECS/ ER คุณภาพ

๒. กำหนดให้โรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป

- มีการทบทวนแผนรองรับภัยสุขภาพต่างๆ
- มีการฝึกซ้อมแผนสาธารณภัย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น มีการฝึกซ้อมแผนฯ / ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุ ที่เชื่อมกับ ER คุณภาพ : โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการซ้อมแผนสาธารณภัยสารเคมีรั่วไหลร่วมกับ อบต.แพรกษา

๓. จัดประชุม ER คุณภาพสัปดาห์ ทุก ๒ เดือน และการสร้างความเข้าใจในระบบ Service Plan และการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนแบบพี่น้องๆ นำทีมโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ พยาบาลจากทุกแผนกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และผู้ประสาน Service plan ทุกสาขาของ สสจ.สมุทรปราการ

๔. วางแผนพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล Out-of-Hospital Cardiac Arrest (OHCA) ปัจจุบันใช้การบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอก โรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry) โดยเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มการบันทึกรายงานการออกเหตุ ของระดับ ALS

๕. มีการพัฒนา TEA Unit โดยการไปศึกษาดูงาน TEA Unit ที่โรงพยาบาลชลบุรี แต่ดำเนินงานได้เพียงบางส่วน

๖. สสจ.ประสานรพ.เอกชน ร่วมให้บริการรับส่งต่อภายในจังหวัด โดยในจังหวัดมี รพ.เอกชน เป็นเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๑๑ แห่ง

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor)

กรณีผู้ป่วยเกินศักยภาพยังต้องส่งต่อนอกเขตบริการเช่น กทม เนื่องจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตเตี้ยงเต็ม

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. ด้านบุคลากร

- นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน,เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ไม่มีกรอบอัตรากำลัง
- บุคลากร EMS ของรพช.ไม่แยกออกจากงาน ER ทำให้ ALS ไม่สามารถออกเหตุได้ เพราะติดภารกิจของ ER
- อาสากู้ชีพที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางและกฎระเบียบ
- ค่าเสี่ยงภัยน้อยมากเมื่อเทียบกับความสูญเสีย ทั้งพนักงานขับรถ และแพทย์ พยาบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. ระบบสารสนเทศ

- โปรแกรมจากกระทรวงหลายๆอย่าง ต่างกรรมต่างวาท เช่น กรบดเจ็บ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตอคีย ทั้ง โปรแกรม IS, TEA unit, PHER accident และ Hosxp
- การบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยทชข้อมูลผู้เสียชีวิต ๓ ฐาน เป็นไปได้ยาก เช่น รพเอกชน และตำรวจ

๓. ศักยภาพของโรงพยาบาลไม่พร้อม

- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพียง ๑ คน (รพ.บางพลี) ศัลยแพทย์ทางสมองมีน้อย ๒ คน

(รพ.สมุทรปราการ) ไม่มี Burn unit ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่พร้อม เช่น เครื่อง CT มีเพียง ๑ เครื่อง

แนวทางการพัฒนา

๑. จัดกรอบให้มีนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedics) หรือ จพง.เวชกิจฉุกเฉิน ในจังหวัด
๒. บุคลากร EMS ของรพช.ควรแยกออกจากงาน ER เพื่อให้สามารถออกรถได้เพิ่มขึ้น
๓. ต้องการให้มีฐานข้อมูลในระดับจังหวัดที่สามารถ เปิดดู และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน แก้ปัญหาในพื้นที่ ได้
๔. ลดความเหลื่อมล้ำของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขกับข้าราชการกระทรวงอื่น เช่น ข้าราชการทหาร ตำรวจ เมื่อเสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่ จะได้รับการบำนาญ ๗ ขั้น เงิน อีก๒-๓ ล้าน คู่สมรสได้เข้าทำงานรับราชการ ลูกได้รับทุนการศึกษาจนจบปริญญาตรี
๕. ควรบูรณาการในการผลิตโปรแกรมให้พื้นที่ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน
๖. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเต็มที่ เช่น เครื่อง CT สแกน เครื่อง MRI
๗. สภพ.ต้องประสานผู้บริหารของมูลนิธิให้ทราบและดำเนินการแก้ไข

๗. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ควรคำนึงถึงความพร้อมของศักยภาพด้านบุคลากร ระบบบริการ ทรัพยากร เพื่อรองรับการ พัฒนาระบบบริการ
๒. เพิ่มความคุ้มครองกรณีเสี่ยงภัย
๓. จังหวัดสมุทรปราการมีความพิเศษในการจะสนับสนุนทรัพยากรหรือแนวทางดำเนินงานควรให้ เหมาะสมกับบริบทจังหวัด

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รดยกถังออกซิเจน Easy oxy - Tranfer ของศูนย์รับแจ้งเหตุจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อลดการ บาดเจ็บกล้ามเนื้อหลัง ข้อมือ จากการยกของหนัก ซึ่งอยู่ระหว่างการเผยแพร่ที่ศูนย์นเรนทรราชวิถี ได้รับ รางวัลที่ ๑ ด้านนวัตกรรมความปลอดภัย จากโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี ๒๕๕๙

ผู้รายงาน	นางวิมล อิมอุไร	ผู้ประสาน	นางนิชดา พงษ์แย้ม
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๘๙-๒๕๖-๐๒๕๙	โทรศัพท์	๐๘๖ ๕๒๒ ๙๗๗๐
E-Mail	-	E-Mail	insure.spko@moph.mail.go.th
ข้อมูล ณ วันที่	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐		

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการ
หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

ประเด็นการตรวจราชการ

พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ขึ้น ๓ และ Reaccredit

ตัวชี้วัด

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ และ Reaccredit

๑. สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ ระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ตามมาตรฐาน HA ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด จำนวน ๖ แห่ง ดังนี้ **ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ๑) โรงพยาบาลบางบ่อ** ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ สถานพยาบาล (Hospital Accredited) ระหว่าง วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ – วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ **ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ๒) โรงพยาบาลสมุทรปราการ** ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ – วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ **ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ๓) โรงพยาบาลบางพลี** ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ – วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙ **ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ๔) โรงพยาบาลบางจาก** ได้รับการรับรองฯ ระหว่าง วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๘ – วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐ **ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ๕) โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ** ได้รับการรับรองฮาร์งค์ ชั้นที่ ๒ ระหว่าง ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๙ – ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ และ **ปี พ.ศ. ๒๕๖๐** โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ สถานพยาบาล (Hospital Accredited) เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ – ๒๓ มกราคม ๒๕๖๒ **๖) โรงพยาบาลบางเสาธง** เป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ เริ่มให้บริการ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๗ โดยจะมีการดำเนินงานคุณภาพการพยาบาล(QA) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ **โรงพยาบาลบางบ่อ** ได้รับการรับรอง Re-accredit ระหว่าง วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘ – ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๑ และ **โรงพยาบาลสมุทรปราการ** ได้รับการรับรอง Re-accredit ระหว่าง วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ – วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

๒. กระบวนการทำงาน ปี ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินงานการพัฒนา

และระบบบริการคุณภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการขอรับรอง Re-accredit ครั้งที่ ๑ คือ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางจาก โดยมีโรงพยาบาลสมุทรปราการและโรงพยาบาลบางบ่อ เป็นพี่เลี้ยงในการสนับสนุนข้อมูลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปพัฒนาหน่วยงานเพื่อดำรงซึ่งคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ ขอ รับการ ประเมิน รับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accredited) ซึ่งโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ ได้รับการสนับสนุนวิทยากรพี่เลี้ยงจากสำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดตราด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ มีแผนพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย มีการประสานความร่วมมือให้โรงพยาบาลในเครือข่ายจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้จัดอบรมความรู้การใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๕๙ มีระบบรายงานความเสี่ยงตามขั้นตอนที่กำหนด

๒. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้โรงพยาบาลบางบ่อและโรงพยาบาล สมุทรปราการ เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลบางพลีที่จะรอรับการประเมิน Re-accredit ซึ่งจะหมดอายุ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๙ โรงพยาบาลบางจาก ซึ่งจะหมดอายุ วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐ และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ ซึ่งอยู่ระหว่างรอรับการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (HA)

๓. ติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาต่อเนื่องตรวจเยี่ยมพื้นที่ โรงพยาบาลบาง จากและโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ

๔. เข้าร่วมสังเกตการณ์การเยี่ยมสำรวจการรับรองของสถาบันรับรองคุณภาพ (สรพ.) เพื่อนำผลการเยี่ยมวางแผนพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการ

นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้พัฒนาคุณภาพงานบริการงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ ดังนี้

๑. งานคุณภาพการบริหารการพยาบาลและการบริการพยาบาล ๑๓ งาน ในระบบการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA)

๑.๑ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของสภาการพยาบาล

๑.๒ ประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ๑๓ งาน

๑.๓ จัดประกวดผลงานทางการพยาบาล

๑.๔ สรุปผลการประเมินฯ พัฒนาส่วนขาด

๒. ดำเนินงาน Quality Service Clean (QSC)

๒.๑ จัดตั้งคณะกรรมการ (QSC)

๒.๒ จัดประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน ปี ๖๐

๒.๓ ประเมินผลการดำเนินงาน (QSC) ส่ง สำนักงานสุขภาพเขต ๖

๓. พัฒนารูปแบบงานคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และห้องรังสีวินิจฉัย

๒.๑ จัดตั้งคณะกรรมการ

๒.๒ จัดประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน ปี ๖๐

๒.๓ ประเมินคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และห้องรังสีวินิจฉัย (ประเมินภายใน) โดยคณะกรรมการระดับจังหวัดฯ

๒.๔ ประเมินคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติทางการแพทย์และห้องรังสีวินิจฉัย (ประเมิน ภายนอก) โดยกรมวิทยาศาสตร์ฯเขต ๖

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอพระประแดง	อำเภอพระสมุทรเจดีย์	อำเภอบางพลี	อำเภอบางบ่อ	อำเภอบางเสาธง	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
๑	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๕
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๑๐๐
๑.๑	รพศ. รพท. สังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	เป้าหมาย	๑	-	-	๑	-	-	๒
		ผลงาน	๑	-	-	๑	-	-	๒
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	-	-	๑๐๐	-	-	๑๐๐
๑.๒	รพ. สังกัด กรมการแพทย์	เป้าหมาย	-	-	-	-	-	-	-
		ผลงาน	-	-	-	-	-	-	-
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-
๑.๓	รพ. สังกัด กรมควบคุมโรค	เป้าหมาย	-	-	-	-	-	-	-
		ผลงาน	-	-	-	-	-	-	-
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-
๑.๔	รพ. สังกัด กรมสุขภาพจิต	เป้าหมาย	-	-	-	-	-	-	-
		ผลงาน	-	-	-	-	-	-	-
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-
๒	ร้อยละของ รพช. ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่าน การรับรอง HA	เป้าหมาย	-	๑	๑	-	๑	๐	๓
		ผลงาน	-	๑	๑	-	๑	๐	๓
		อัตรา/ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	-	๑๐๐	๐	๑๐๐

ชั้น ๓ มากกว่า ร้อยละ ๘๐								
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

หมายเหตุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ รับผิดชอบโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ
โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวลวิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก
การตรวจติดตาม**

๑. บุคลากรในโรงพยาบาล มีภาระงานมากรับงานหลายหน้าที่
๒. แพทย์และบุคลากรขาดความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างชัดเจน
๓. ขาดขวัญและกำลังใจในการสนับสนุนในการดำเนินงาน

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ทีมงานพัฒนาขาดความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล(HA)	๑. ให้มีเข้าใจในการดำเนินงาน มีความเชื่อมโยงและประสานงานมากขึ้น	๑. เสนอให้ สรพ.จัดประชุมฟื้นฟูให้ทุกปี
๒. ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างรพ.และสสจ.	๒. ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Re-accredit เป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา Re-accredit ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รอรับการรับรอง Re-accredit	

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ผลักดันให้เกิดระบบงานอย่างให้ชัดเจน มีสายงาน และบุคลากรหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน

ชื่อ นางธนิณี อรุณรักษ์รัตนะ
โทร. ๐๘ ๙๖๘๖ ๘๑๙๘

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
E-mail : Thar_nee@hotmail.com

ผู้รายงาน/สอบทานข้อมูล

ชื่อ นางสาวเกษมธิดา หะชะนี
โทร. ๐๙ ๕๓๖๕ ๓๗๔๖

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
E-mail : person.spko@moph.mail.go.th

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
จังหวัดสมุทรปราการ เขตสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการวันที่ ๒๒ – ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการ
หัวข้อ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกระบวนการ

ตัวชี้วัด

รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ ๑๐)

๑. สถานการณ์

การพัฒนาหน่วยบริการรพ.สต.ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้การเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ PCA มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี ๒๕๖๐ ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดตามมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.

๒. แนวทางการดำเนินงาน

๑. ตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบปฐมภูมิฯ
๒. ชี้แจงเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดตาม
๓. พัฒนาทีมประเมินรพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพ
๔. รพ.สต.ประเมินตนเองตามเกณฑ์
๕. ประเมินรับรองผลรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอ
๖. อยู่ในช่วงการติดตามประเมินผลระดับจังหวัด
(เดือนมกราคม – เดือนสิงหาคม ๒๕๖๐)

๓. ผลการประเมินตนเองของรพ.สต.จังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	จำนวนรพ.สต.	จำนวนรพ.สต. ติดตามผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ	ผลการประเมิน
เมือง	๑๖	๒	๑๒.๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว

บางบ่อ	๑๓	๒	๑๕.๓	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
บางพลี	๘	๒	๒๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
พระประแดง	๑๖	๒	๑๒.๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
พระสมุทร	๑๐	๓	๓๐	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
บางเสาธง	๗	๒	๒๘.๕๗	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
รวม	๗๐	๑๓	๑๘.๕๗	

๔.ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานสำเร็จ (กรณีที่บรรลุเป้าหมาย)

๑. การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของระบบคุณภาพโดยยึดหลัก และประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานปฐมภูมิ ไม่ว่าจะใช้เกณฑ์อะไรในการประเมินก็สามารถประเมินผ่านตามเกณฑ์ได้
๒. ความเข้าใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการทำงาน

๕.ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงาน (กรณีไม่บรรลุเป้าหมาย)

การเปลี่ยนนโยบายและปรับตัวชีวิตและเกณฑ์การประเมิน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

๖.ข้อเสนอแนะ

ควรเลือกแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและดำเนินการต่อเนื่องเช่น เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ใช้ HA ต่อเนื่อง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ ใช้ PCA และเชื่อมโยงจาก HA สู่ PCA เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ

ผู้รายงาน

ชื่อ นางสาวสุกัญญา สาระถี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๒ ๓๘๙๕๙๘๐ ต่อ ๑๑๗ E-mail : person.spko@moph.mail.go.th

ผู้รายงาน/สอบทานข้อมูล

ชื่อ นางสาวเกษมธิดา หะชะนี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
โทร. ๐๙ ๕๓๖๕ ๓๗๔๖ E-mail : person.spko@moph.mail.go.th