

ระบบรับ-ส่งต่อ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ ในกลุ่มโรค ๔ สาขา ได้แก่ หัวใจ , มะเร็ง , อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด เพื่อไปรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเองสำหรับวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่อง ของผู้ป่วยทุกสิทธิทั้งกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายให้ลดลง ร้อยละ ๑๐

๒. สถานการณ์

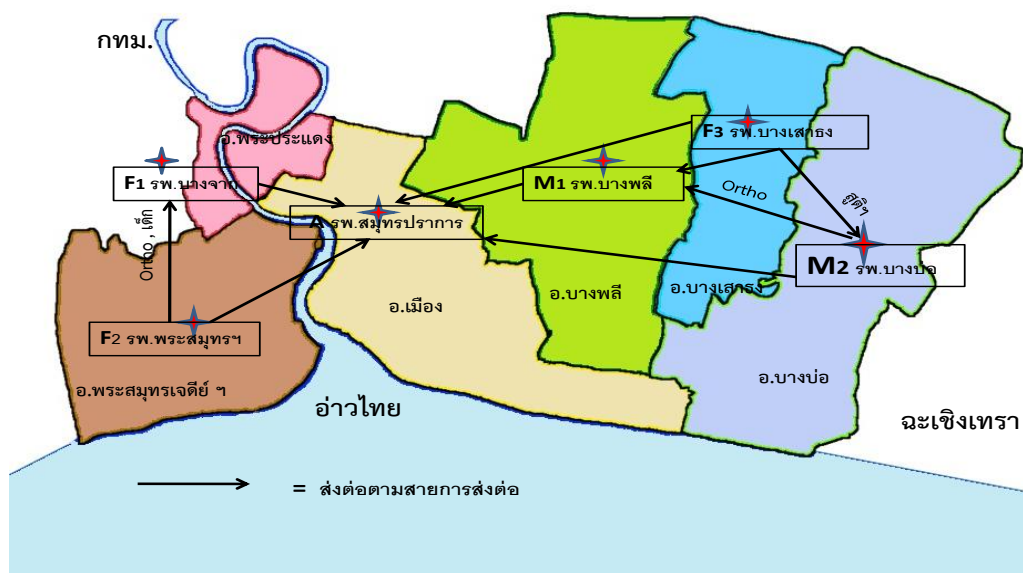
การพัฒนาบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งจังหวัด ตามนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้หน่วยบริการทุกแห่ง มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ทัวถึง โดยให้จังหวัดและหน่วยบริการร่วมกันบริหารจัดการระบบบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยแบ่งระบบบริการเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติภูมิ ตติภูมิ และระดับเชี่ยวชาญระดับสูง ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้เต็มตามศักยภาพ สอดคล้องตามบริบทและสภาพปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยหน่วยบริการแต่ละระดับสามารถเชื่อมต่อการให้บริการระหว่างกันได้ด้วยระบบส่งต่อ (Referral System)

๒.๑ ทิศทางการดำเนินงานและผลการดำเนินงานระบบส่งต่อ จังหวัดสมุทรปราการ

มีศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการประสานการส่งต่อกับศูนย์ประสานการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยมีแนวทางการบริหารจัดการร่วมกับเขตรวมทั้งดำเนินการพัฒนาศักยภาพการบริการตาม Service Plan เพื่อยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการให้ดูแลประชาชนได้มากขึ้น ลดอัตราการส่งต่อออกจากหน่วยบริการ ทั้งส่งต่อภายในจังหวัด นอกจังหวัด และนอกเขต ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า ๕ ลำดับโรคแรกที่มีการส่งต่อออกนอกเขตฯ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก, จอประสาทตาเสื่อม , ไตวายระยะสุดท้าย และ ต้อกระจก และการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ ใน ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ หัวใจ , มะเร็ง , อุบัติ/ฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดสมุทรปราการ มีการส่ง ผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพที่ ๖ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๗ เท่ากับ ๖,๑๔๘ ราย, ๖,๔๔๖ ราย และ ๗,๖๖๖ ราย ตามลำดับ และเริ่มลดลงในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เหลือเพียง ๕,๗๑๔ ราย ซึ่งการส่งต่อนอกเขตฯ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากศักยภาพการให้บริการของจังหวัดสมุทรปราการยังไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ และครุภัณฑ์เครื่องมือที่จำเป็น รวมทั้งประชาชนไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพตามเขตสุขภาพที่กำหนดไว้

๒.๒ ระบบการส่งต่อเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดได้กำหนดโครงสร้างการส่งต่อจากระดับหมู่บ้าน หมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล เชื่อมโยงถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญ และกำหนดโครงสร้างการส่งต่อเครือข่ายระดับจังหวัด เพื่อให้สถานบริการและสาขาต่างๆ ใช้ดำเนินงานพัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นแนวทางเดียวกัน อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยตามกรอบแนวทางจัดระบบส่งต่อของหน่วยบริการตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan) ดังนี้



๒.๓ ทบทวนกลุ่มโรคที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อได้ ทบทวนกลุ่มโรคที่เกินศักยภาพของ รพ.สมุทรปราการ โดยให้ รพ.ชุมชนทุกแห่ง ส่งต่อไปโดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปที่ รพ.สมุทรปราการ แต่ต้องส่งข้อมูลการส่งต่อทั้งในเขต และนอกเขต ให้ศูนย์ประสานส่งต่อ รพ.สมุทรปราการ ทราบ เพื่อรวบรวมจัดเก็บข้อมูลรายงาน คณะกรรมการส่งต่อ ทุก ๓ เดือน มีดังนี้

๑. โรคทางหัวใจ และทรวงอก เช่นภาวะหลอดเลือดโป่งพองของหลอดเลือดแดงใหญ่ , โรคปอดที่ต้องผ่าตัด
๒. โรคมะเร็งทางสมอง และที่ไขสันหลังที่มีความยาก และซับซ้อน
๓. โรคทางศัลยกรรมที่ต้องอาศัยรังสีรักษาาร่วมด้วย เช่น Angioembolization
๔. การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ Liver transplantation , kidney transplantation
๕. โรคทางศัลยกรรมตับอ่อน และทางเดินน้ำดี เช่น Hilar resection
๖. โรคทางศัลยกรรมหลอดเลือดที่ต้องอาศัย intervention เช่น EVAR , Angioplasty
๗. การทำเส้นล้างไต AVF
๘. บาดแผลไฟไหม้ระดับ ๒ ขึ้นไป พื้นที่ผิวมากกว่า ๘๐%
๙. การสลายนิ่ว ESWL
๑๐. อุบัติเหตุการขาดของรยางค์ ที่ต้องต่อ เช่น แขน ขา

๑๑. ศัลยกรรมเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี (โรงพยาบาลสมุทรปราการไม่มีวิสัญญีแพทย์อยู่เวรนอกเวลา มีแต่พยาบาลวิสัญญี)

๑๒. ทางด้านอายุรกรรม ไม่สามารถทำ PCI ได้ และเรื่องของ Hemato เกินศักยภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ

๑๓. โรคทางตาที่เกินศักยภาพ ได้แก่ โรคทางจอประสาทตา และที่ต้องผ่าตัด โรคทางตาของเด็ก ROP ตาเหล่ ตาเข หนังตาตก

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

โรงพยาบาล	๒๕๕๘ ทั้งปี	๒๕๕๙ ทั้งปี	ส่งต่อออกนอกเขตไตรมาส ๑ - ๒ ปี ๒๕๕๙ กับ ปี ๒๕๖๐						ร้อยละ (A-B)/A * ๑๐๐
			รายไตรมาส ปี ๒๕๕๙ (A)			รายไตรมาส ปี ๒๕๖๐ (B)			
			๑	๒	รวม	๑	๒	รวม	
สมุทรปราการ	๓๒๒๐	๒,๙๐๓	๗๘๐	๘๘๒	๑,๖๖๒	๕๗๑	๖๔๘	๑,๒๑๙	๒๖.๖๕
บางบ่อ	๗๗๗	๔๐๑	๑๙๔	๒๒๕	๔๑๙	๑๙๘	๑๖๑	๓๕๙	๑๔.๓๕
บางพลี	๑๒๒๒	๘๗๒	๑๒๘	๑๑๐	๒๓๘	๑๑๓	๗๙	๑๙๒	๑๙.๓๗
บางจาก	๗๑๐	๖๒๘	๑๐๕	๑๙๒	๒๙๗	๒๑๕	๑๓๗	๓๕๒	- ๑๘.๖๑
พระสมุทรฯ	๗๓๐	๕๔๒	๙๒	๑๖๘	๒๖๐	๑๗๖	๑๒๐	๒๙๖	- ๑๓.๘๙
บางเสาธง	๑,๐๐๗	๓๖๘	๔๖	๘๖	๑๓๒	๗๑	๖๑	๑๓๒	- ๐.๓๗
รวมทั้งจังหวัด	๗,๖๖๖	๕,๗๑๔	๑,๓๔๕	๑,๖๖๓	๓,๐๐๘	๑,๓๔๔	๑,๒๐๖	๒,๕๕๑	๑๕.๒๐

จากการที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการส่งต่อจังหวัดสมุทรปราการ ได้มีการดำเนินการพัฒนาเชิงระบบอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ โดยมีทบทวนกลุ่มโรคที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลสมุทรปราการใหม่, จัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหาเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหา, จัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และสาขาที่เป็นปัญหาของของจังหวัดให้สอดคล้องกับ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ, ประชุมสังเคราะห์คณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด ทุก ๓ เดือน รวมทั้งได้พัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Thai Refer โดยดำเนินการอบรมการใช้โปรแกรม ThaiRefer ครอบคลุมหน่วยบริการ ๑๐๐ % ทั้งระดับระดับโรงพยาบาล /สถานีนอมนาย และกำหนดให้มีการยกเลิกการใช้ใบส่งต่อ (บส.๐๘) เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ ไปแล้วนั้น ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ ๓ ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ /ฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด ใน ๒ ไตรมาสของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ลดลงเหลือร้อยละ ๑๕.๓๐ เมื่อเปรียบเทียบกับ ๒ ไตรมาสของปีงบประมาณ ๒๕๕๙

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๔.๑ . โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อภายในเขต ๖ (รพศ.ชลบุรี) ไม่สามารถรับส่งต่อได้ด้วยเหตุผลเพียงเต็ม

๔.๒ ประชาชนไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ซึ่งเป็นหน่วยรับส่งต่อ ภายในเขตสุขภาพที่ ๖

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

๑. โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่หน่วยรับส่งต่อระดับเขต ไม่สามารถรับ Refer In จากโรงพยาบาลในเขตได้ด้วยสาเหตุเตียงเต็ม

๒. ประชาชนไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ซึ่งเป็นหน่วยรับส่งต่อภายในเขต

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการพัฒนา

๑. จัดเก็บข้อมูลปฏิเสธการส่งต่อทั้งภายในจังหวัด, ภายในเขต นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดและเขตฯ ทุก ๓ เดือน

๒. ให้ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดและระดับเขต ทำหน้าที่ในการประสานการส่งต่อตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้

ขอรับการสนับสนุน

- ควรจัดให้จังหวัดสมุทรปราการเป็นเครือข่ายการบริการเดียวกับเขตกรุงเทพฯ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ใกล้บ้าน ประหยัดงบประมาณทั้งหน่วยบริการที่ส่งต่อ และงบประมาณของผู้ป่วยด้วย

ผู้รายงาน นางจิรภา กันภัย โทร ๐๘๑ ๖๒๒๑๗๖๒

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร ๐๘๑ ๖๒๒๑๗๖๒

E – Mail Smpk_refer@hotmail.com

ผู้ประสานงาน นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทร ๐๘๖ ๘๘๖๓๒๐๔

วัน เดือน ปี ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

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 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับ (ตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ด้วยทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชน ด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัดสมุทรปราการ โดย Cup ทุกแห่งได้วางแผนการจัดตั้ง PCC/FCT ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งภายใน ๑๐ ปี จะมี ๔๔ PCC และ ๑๓๙ ทีม แต่เนื่องจาก ในปี ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ๑๑ คน และแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ๓ คน รวมจำนวน ๑๔ คน จึงทำให้เกิด PCC ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

๑. โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เปิด ๒ PCC คือ PCC ราชา และ PCC เทพารักษ์ ส่วนโรงพยาบาลบางพลี เปิด ๑ PCC คือ PCC บางแก้ว

๒. โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลบางบ่อ/โรงพยาบาลบางจาก/โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ และโรงพยาบาลบางเสาธง มี FCT โรงพยาบาลละ ๑ แห่ง โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ มี ๒ FCT

ข้อมูล คลินิกหมอครอบครัว (PCC) จังหวัดสมุทรปราการ ปี๒๕๖๐

ลำดับ	อำเภอ	รายชื่อคลินิกหมอครอบครัว (PCC)	จำนวน (ทีม)
๑	เมือง	PCC ราชา	๓
๒	เมือง	PCC เทพารักษ์	๓
๓	บางพลี	PCC บางแก้ว	๓
๔	พระประแดง	ทีมบางพึ่ง	๑
๕	บางเสาธง	ทีมโรงพยาบาลบางเสาธง	๑
๖	บางบ่อ	ทีมโรงพยาบาลบางบ่อ	๑
๗	พระสมุทรเจดีย์	ทีมรพสต.แหลมฟ้าผ่า	๑
๘	พระสมุทรเจดีย์	ทีมรพสต.ในคลองบางปลากด	๑
รวม			๑๔

แผนจัดตั้ง PCC ๑๐ ปี จังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	ประชากร (คน)	เป้าหมาย (ทีม)	จำนวนทีม/ปี										
			๕๙	๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙
เมือง	๕๓๒,๐๖๗	๑๘ PCC (๕๓ ทีม)	๐	๒PCC (๖ทีม)	๓PCC (๙ทีม)	๒PCC (๖ทีม)	๒PCC (๖ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๒PCC (๖ทีม)	๑PCC (๕ทีม)	๒PCC (๕ทีม)	๒PCC (๕ทีม)
บางบ่อ	๙๕,๓๖๔	๔ PCC (๑๗ ทีม)	๐	๑FCT	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๗ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)					
บางพลี	๒๔๕,๐๕๗	๘ PCC (๒๔ ทีม)	๐	๑PCC (๓ทีม)	๒PCC (๖ทีม)	๒PCC (๖ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)				
พระประแดง	๑๙๘,๙๕๐	๗ PCC (๒๒ ทีม)	๐	๑FCT	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)		
พระสมุทรเจดีย์	๑๑๖,๗๕๑	๔ PCC (๑๔ ทีม)	๐	๒FCT	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๓ทีม)					
บางเสาธง	๗๗,๓๖๗	๒ PCC (๙ ทีม)	๐	๑FCT	๑PCC (๓ทีม)	๑PCC (๕ทีม)							
รวม	๑,๒๖๕,๕๕๖	๔๓ PCC (๑๓๙ ทีม)	๐	๓PCC ๕FCT (๑๔ ทีม)	๙PCC	๘PCC	๖PCC	๕PCC	๓PCC	๓PCC	๒PCC	๒PCC	๒PCC

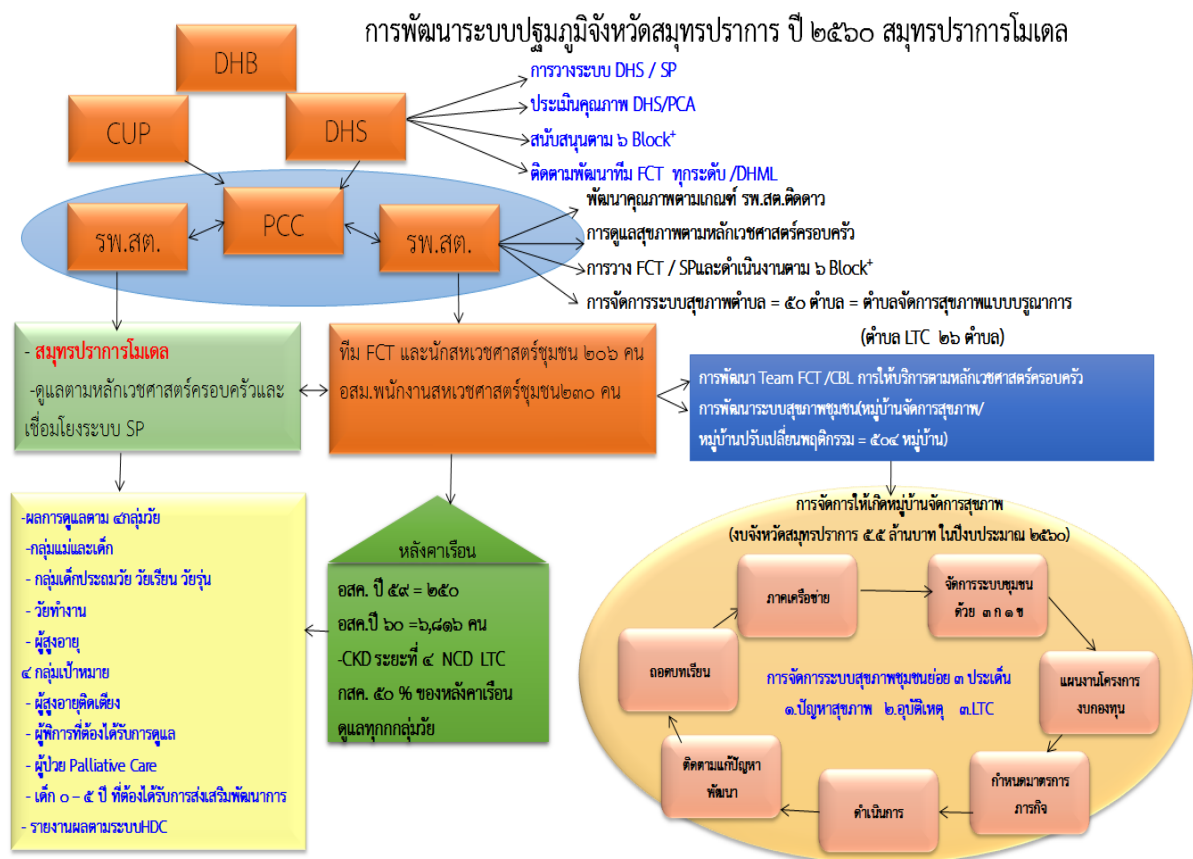
ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการได้วางแนวทางการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมี นักเวชศาสตร์และทีมสุขภาพในตำบล ชุมชน ดำเนินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ทีมสุขภาพ ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบและได้วางแผนจัดตั้ง PCC และแผนองค์ประกอบ ๔ ด้าน (แผน ๑๐ ปี) ประกอบด้วย ๔ โครงสร้าง ๕ S ได้แก่

๑. Staff
- การจัดทำแผนอัตรากำลังในทุกสาขา
๒. System
- การพัฒนาระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ระบบการจัดการ
๓. Structure
- การพัฒนาด้านโครงสร้างรพ.สต. /PCC
๔. Service
- การจัดระบบบริการ

๑. Staff – การจัดทำแผนอัตรากำลังในทุกสาขา มีการพัฒนาทีม FCT สหเวชศาสตร์ ในปี ๒๕๕๙ ร่วมมือกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลิตนักสหเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน ๒๐๖ คน และอสม.พนักงานสหเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน ๑๕๐ คน (มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย /ประชาชน) ให้ปฏิบัติงานในทุก รพ.สต. ทุกแห่งๆ ละ ๒ – ๓ คน เพื่อเป็นแกนนำในการนำบางตัวโมเดลไปขยายผลในทีม FCTทุกคนในรพ.สต. เพื่อเป็นฐานที่สำคัญของการทำงาน PCC

๒. System - การพัฒนาระบบบริการ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ระบบการจัดการ จังหวัดสมุทรปราการมีการดำเนินการ ได้แก่

๒.๑ พัฒนาระบบปฐมภูมิ “สมุทรปราการโมเดล ปี ๒๕๖๐” ที่เชื่อมต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จนถึงครอบครัว โดยใช้ FCT (หมอครอบครัว) ระดับชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนและเชื่อมต่อบริการ จากโรงพยาบาลถึงชุมชนผ่าน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และถึงครัวเรือนโดยแกนนำ สุขภาพครอบครัว (กศค.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและ ทุกกลุ่มบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรวมถึงการจัดการสุขภาพชุมชนย่อย Micro DHS เชื่อมต่อสู่ ระบบสุขภาพอำเภอ



๒.๒ พัฒนารูปแบบและระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลโดยร่วมมือกับ CUP เมืองสมุทรปราการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางด้วน ใช้พ.สต.บางด้วนเป็นสถานที่ (ห้องLAB) ในการเรียนรู้และพัฒนาระบบบริการ “บางด้วนโมเดล” ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวรองรับ PCC ใน ๓ ประเด็น

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

๒.๒.๒ พัฒนาระบบ IT เพื่อการจัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลและการใช้ข้อมูลของทีม FCT ในทุกระดับที่เชื่อมโยงกันถึงแพทย์ FM และทีมสหวิชาชีพ ผ่าน Smart Phone/Tablet/Notebook ใช้ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยทางไกล ฯลฯ และเครื่องมืออื่นๆ ที่จำเป็น เช่น Sticker ช่วยเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หี วใจขาดเลือด การรับประทานยา ฯลฯ มีแผนการพัฒนาต่อ ดังนี้

๑. พัฒนา Starter Kit ตามปัญหาที่พบ เช่น ชุดเด็กอ้วน การฟื้นฟูทางจิตใจ
๒. พัฒนา GIS ในการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ
๓. ใช้ Drone ในการส่งยา/อุปกรณ์ให้ญาติในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ฯลฯ

๒.๒.๓ การพัฒนา PCCบางแก้วเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบ PCC ในระดับอำเภอ ประกอบด้วย

๑. การนำ/การกำกับ/การอภิบาลระบบ/การบริหารด้านการเงินการคลัง
๒. การกิจด้านการรับส่งต่อในระบบบริการ
๓. ด้านการจัดระบบสนับสนุนได้แก่ PCC

จากการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดสมุทรปราการที่กล่าวมาแล้ว นอกจากจะเป็นการพัฒนาเพื่อรองรับนโยบาย PCC แล้วยังเป็นการพัฒนาเพื่อรองรับนโยบาย Thailand ๔.๐ ในการนำ Technology มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการและนวัตกรรมบริการโดยพัฒนาเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว มีการพัฒนาระบบ IT เพื่อการจัดเก็บข้อมูล ตามเครื่องมือ ทั้ง ๔ ชุด นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาต่อยอดงาน จากบางด้วนโมเดล ได้แก่ ๑) พัฒนาคำช่วยอ่านในฉลากยาโดยนำระบบ QR CODE มาใช้ ๒) ใช้ระบบการเรียกคิวมาจัดการในการให้บริการโดยเชื่อมกับฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้ว ๓) ทำสติ๊กเกอร์ช่วยเตือนโรคที่เกิดความพิการหรือสูญเสียโดยระบบLINE

๓. Structure - พัฒนาด้านโครงสร้าง รพ.สต. /PCC ใช้รพ.สต.ที่เป็นแม่ข่ายของ CLUSTER เป็นคลินิกหมอครอบครัว จัดทำแผน ๑๐ ปี ขอสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน เช่น อาคารสถานที่ Unit ทันตกรรม EKG U/S รถ Ambulance

๔. Service - จัดระบบบริการครอบคลุม ๕ กลุ่มวัย ๔ กลุ่มเป้าหมาย (Before Womb To Tomb SPK) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและจัดระบบบริการ SP เชื่อมต่อจาก รพ.แม่ข่าย ถึงชุมชน จำนวน สาขา ๑๑ และเชื่อมโยงการดูแลชุมชนด้วยระบบสุขภาพชุมชนย่อย การจัดการชุมชน /โดยทีมหมอครอบครัว

แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔

๑. แผนการจัดการแพทย์และทีมสุขภาพ ใน FCT และ PCC ให้เพียงพอต่อการเปิดดำเนินการในแต่ละปี โดยให้โรงพยาบาลบางพลีเป็นสถาบันสมทบอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๐

๒. แผนการพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวทางสมุทรปราการโมเดลเป็นกรอบในการพัฒนาระบบปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ในขณะที่ยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาเป็นหัวหน้าทีมใน PCC /FCT ทีมสุขภาพสามารถดำเนินการดูแลตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา

๓. แผนพัฒนารพ.สต.ติดตาม ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพในระยะเวลา ๕ ปี ตามเป้าหมายรองรับแผนพัฒนาPCC

๔. การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

ประเด็นการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ในอำเภอ

๑. รายละเอียดข้อมูลคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑ ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแก้ว ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

- จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๓ ทีม
- ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีม ๑ รับผิดชอบ หมู่ ๑,๔,๙ (๘,๓๗๕ คน)

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๓,๖๘๘	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๗๕๗	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๒,๙๕๓	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๒๑๕	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๓๖๑	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๑๒๔	คน

ทีม ๒ รับผิดชอบ หมู่ ๒,๑๒,๑๖ (๘,๘๒๒ คน)

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๓,๖๘๘	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๖๓๐	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๒,๗๒๕	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๒๔๖	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๒๘	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๓๑๐	คน

ทีม ๓ รับผิดชอบ หมู่ ๒,๓,๕,๑๑ (๘,๙๔๔ คน)

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๔,๓๑๘	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๕๔๔	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๒,๙๓๔	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๑๘๖	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๑๕	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๒๒๖	คน

รายละเอียดผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ พญ.ธิดา สกุลพิพัฒน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลคนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวกมลลักษณ์ ปาละ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลคนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวศรีสง่า ปานประทีป ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวพรพิสุทธิ์ โกมุทพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวนภาพร อรินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ พญ.ชนมณีภา วิฑูรสูตร ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลคนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวพรพรรณ ครอบญาติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นายอภิศักดิ์ แวดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงาน นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางลลดา สุระธนาสิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล นายปริญญา วงศ์ศรีลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๓ แพทย์ ชื่อ นพ.ธีรวัฒน์ กรศิลป์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลคนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวชนิ อินทสนธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวสมาพร ยิ่งกล้า ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นายวิฑูรย์ จันทร์เงิน ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน

รายละเอียดสหสาขาที่ใช้ร่วมกันทุกทีม

ทันตแพทย์ ชื่อ-สกุล ทญ.มณี รุ่งรัชกานนท์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์
เภสัช ชื่อ-สกุล ภญ.กนกกานต์ พัฒนพิบูล ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
ทันตภิบาล ชื่อ-สกุล ๑.นางกิงแก้ว ปานรอด ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
๒.นายมานะ กิ่งแก้ว ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
นักการแพทย์แผนไทย ชื่อ-สกุล นางสาวณัฐรี ฤกษ์สินกุล ตำแหน่ง นักการแพทย์แผนไทย
นักกายภาพบำบัด ชื่อ-สกุล นางสาวสมใจ พลรักษา ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวสมจิต บุญครอบ ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้
จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นายสอน ผาสุข ตำแหน่ง พนักงานบริการ

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

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

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ HosxP, My PCU และ Thai refer

๑.๒ ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพารักษ์ ตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

- จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๓ ทีม
- ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีม ๑ รับผิดชอบ ๑๓,๖๖๓ คน

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๗,๘๓๒	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๘๓๓	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๔,๖๓๑	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๕๕	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๓๑	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๒๘๑	คน

ทีม ๒ รับผิดชอบ ๑๑,๔๐๕ คน

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๖,๓๙๐	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๙๔๘	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๓,๘๕๘	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๘๑	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๑๗	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๑๑๑	คน

ทีม ๓ รับผิดชอบ ๘,๙๘๓ คน

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน	๕,๒๑๒	คน
สิทธิเบิกได้/ข้าราชการ	จำนวน	๓๘๔	คน
สิทธิประกันสังคม	จำนวน	๓,๐๒๙	คน
สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	จำนวน	๗๔	คน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	จำนวน	๒๒	คน
สิทธิอื่นๆ	จำนวน	๒๖๒	คน

หมายเหตุ ข้อมูลจากข้อมูลประชากรแยกตามรายสิทธิ ปี ๒๕๕๙ (ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙)

รายละเอียดผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ-สกุล นพ.พชร ลิ้มหาริรมย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ สาขาแพทยอายุรกรรม
พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวจันจิรา บุญทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
พยาบาล คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวศิรินทิพย์ ดาวไสย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวบุญทวี บุญไทย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวนาฏยา สมัครผล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล สอ.ศิริศักดิ์ ภาเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ-สกุล นพ.กสินพจน์ คูหาแดนสวรรค์ ตำแหน่ง นายแพทย์ สาขา แพทย์อายุรกรรม
พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางพิมพ์พิศา พศินมณี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาล คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางจุฑามาศ ขำขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวกฤษดา ทำผ้า ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวน้ำผึ้ง ดั่งทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล นางสาวเกสร แสงกันยา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมที่ ๓ แพทย์ ชื่อ-สกุล นพ.ชัยณรงค์ สมชาติ ตำแหน่ง นายแพทย์ สาขาแพทยอายุรกรรม
พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางนฤมล พลางาม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวกันยา กันจันวงศ์ ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขชำนาญการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวสุทธิดา ไตรมาส ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขปฏิบัติการ
นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล นางสาวเสาวลักษณ์ จิตดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
นวก.สร./จพ. คนที่ ๔ ชื่อ-สกุล นายวุฒิสิต จารุกัลล์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

รายละเอียดสหสาขาที่เข้าร่วมกันทุกทีม

เภสัช ชื่อ-สกุล ภญ.เสาวนีย์ ทวีโชคทรัพย์สิน ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ
ทันตภิบาล ชื่อ-สกุล นางวรรณา รุ่งเรือง ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขชำนาญการ
แพทย์แผนไทย ชื่อ-สกุล นางสาวขจิวรรณ ตันพานิช ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
นักกายภาพบำบัด ชื่อ-สกุล นางสาวอภิญญา แสงสาย ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด
จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางสาวมัจฉา พลเยี่ยม ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้
จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางรัฐดร บุญรักษา ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้
จนท.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล นางสมบุรณ์ วรรณระกากิจ ตำแหน่ง พนง.ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

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

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

☒ Thai refer ☒ √ อื่นๆ : My PCU

**๑.๓ ชื่อ PCC คลินิกหมอครอบครัว ราชฯ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ
จังหวัดสมุทรปราการ**

- จำนวนทีมที่รับผิดชอบ ๓ ทีม
- ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ

ทีม ๑ รับผิดชอบ ๒๐,๒๓๑ คน

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

ทีม ๒ รับผิดชอบ ๑๙,๕๖๑ คน

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

ทีม ๓ รับผิดชอบ ๑๘,๔๘๙ คน

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

รายละเอียดผู้ปฏิบัติงานใน PCC ประกอบด้วย

ทีมที่ ๑ แพทย์ ชื่อ-สกุล นพ.อิสรา สพลมัย ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	
พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางลัดดา เอี่ยมกล้าหาญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
พยาบาล คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางสาวนีย์ เสถียรณภาพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.รุ่งนภา ประสรีระเก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล น.ส.สุชีรา เทพวงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล น.ส.อรอนงค์ อรัญโสตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๔ ชื่อ-สกุล น.ส.ดารณี โพธิ์อินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	

ทีมที่ ๒ แพทย์ ชื่อ-สกุล พญ.กุลนที แสงนาค ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	
พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.สารินี รัตนคันทรง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
พยาบาล คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล น.ส.ชุพิศ สวัสดิ์นาวิน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.ไหมไทย รัตนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นายสุรพล กงชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล น.ส.อนุสรณ์ อุทุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
นวก.สร./จพ. คนที่ ๔ ชื่อ-สกุล น.ส.สุสติ อินวัฒนสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	

ทีมที่ ๓ แพทย์ ชื่อ-สกุล นพ.สาธิต นิสากินิชฐ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ สาขาสูดินรีเวช
 พยาบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.อาทิตยา นุ่มเนียม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 พยาบาล คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล นางวลัยพร จันทรสงวน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
 นวก.สธ./จพ. คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.แคทลียา ดวงโพธิ์พิมพ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
 นวก.สธ./จพ. คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล น.ส.เสารัณณี โคตชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
 นวก.สธ./จพ. คนที่ ๓ ชื่อ-สกุล น.ส.ดาริน กะสิกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

รายละเอียดสหสาขาที่ใช้ร่วมกันทุกทีม

เภสัชกร คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.พรทิพย์ วงษ์ละคร ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ
 ทันตภิบาล คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล นางวราภรณ์ เพี้ยโคตร ตำแหน่ง จพ.ทันตภิบาลสาธารณสุข
 แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ชื่อ-สกุล น.ส.เบญจวรรณ ใจทัศน์กุล ตำแหน่ง แพทย์ประยุกต์
 นักกายภาพบำบัด ชื่อ-สกุล น.ส.ธีรารัตน์ ขาวพลับ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด
 জন.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๑ ชื่อ-สกุล น.ส.กุหลาบทิพย์ อรุณฤกษ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยเหลือคนไข้
 জন.ผู้ช่วยเหลือคนไข้คนที่ ๒ ชื่อ-สกุล น.ส.มะลิสา ทรัพย์เปี่ยม ตำแหน่ง ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ระบบสนับสนุนใน Primary Care Cluster

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

ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

- ระบบข้อมูลสารสนเทศเชื่อมโยงระหว่าง PCC กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย
☒ Thai refer
☒ Hosxp PCU

๕. การดำเนินการตามเกณฑ์หลักของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว(Major criteria)

เกณฑ์หลัก (Major criteria)

ประเด็น	Major criteria	มี	ไม่มี	รายละเอียดแผนดำเนินการ
Staff	Doctor ๑ : ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ pop. กำหนดให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรระยะสั้นของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น	/		มีแผนการผลิตบุคลากร
System	๒.๑การจัดระบบบริการ - Service Package รายกลุ่มวัย - Call center or Line group - Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน , Long term care etc.			

ประเด็น	Major criteria	มี	ไม่มี	รายละเอียดแผน ดำเนินการ
	๒.๒ ระบบส่งต่อ - Green Channel - ระบบRefer Back	/		
	๒.๓ ระบบบัญชี - Virtual Account		/	ยังไม่มีในPCC
	๒.๔ ระบบข้อมูล - โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย - ระบบรายงานประจำเดือน/ไตรมาส	/		
Structure	๒.๕ระบบบริหารจัดการ - มีผู้จัดการประจำPCC หรือ ทีม - มีผู้ประสานงานPCCระดับ CUP	/		
	- อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่ายและ ครอบคลุม	/		

เกณฑ์รอง (Minor criteria)

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

๖. กลไกการขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

การพัฒนา PCC จังหวัดสมุทรปราการ

๑. บริหารจัดการทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ ในภาพจังหวัดเพื่อขับเคลื่อน PCC
๒. บริหารจัดการให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานกับระบบสุขภาพอำเภอเพื่อขับเคลื่อน PCC โดยตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลครอบคลุมทุก PCC วางกรอบวิธีคิดและแนวทางการดำเนินงาน มีการติดตามประเมินผล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงานต่อเนื่อง
๓. พัฒนาสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับจังหวัดตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระหว่างการสมัครเป็นสถาบันฝึกอบรม ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางบ่อ
๔. พัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ ทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมหมอครอบครัว รองรับ PCC

๗. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดไม่สามารถจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพให้ทำงานอยู่ใน PCC หรือ ใน FCT ให้เพียงพอตามแผนการพัฒนา PCC ในแต่ละปีได้

๘. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาที่ทำให้การ/อุปสรรค/ดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอ	สำนักงานเขต ควรเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาหรือเป็นสถาบันในการผลิตแพทย์	

๙. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อระเบียบ กฎหมาย/ต่อผู้บริหาร

ควรมีการพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

๑๐. นวัตกรรม ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

โรงเรียนปู่ย่าตายาย ตำบลเทพารักษ์ (เอกสารแนบ)

ผู้รายงาน

ชื่อ นางสาวสุกัญญา สาระถี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๑๗ E-mail : person.spko@moph.mail.go.th

ผู้รายงาน/สอบทานข้อมูล

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

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 ได้รับการดูแลโดยทีมหมอบรรเทา
๔. การกำหนดจัดเสี่ยงในอำเภอและมีแก้ไขปัญหาคือ

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

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

๓. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ DHS อย่างต่อเนื่องครอบคลุม ๖ อำเภอ

ระดับจังหวัด - นโยบายของผู้บริหารสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการในทุกอำเภอโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะทำงานเดือนละ ๑ ครั้ง โดยใช้ประเด็น NCD ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด นำมาเรียนรู้การจัดการด้วย UCCARE

ระดับอำเภอ - มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่งตั้ง คณะกรรมการ DHS ระดับอำเภอ ทุกแห่ง มีพื้นที่ต้นแบบระบบสุขภาพอำเภอบูรณาการ ๑ แห่ง ได้แก่ อำเภอบางพลี แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) มีนายอำเภอเป็นประธาน จัดทำแผนคุณภาพชีวิตสำหรับปี ๒๕๖๐ ดำเนินงานแผน บูรณาการประเด็นผู้สูงอายุ และเด็ก ๐-๕ ปี ส่วนอำเภออื่นๆ ใช้ประเด็นการดำเนินงานจัดการโรคเรื้อรังบูรณาการโดยใช้หลัก UCCARE เชื่อมต่อจากยุทธศาสตร์จากระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ถึงระดับหมู่บ้าน กลยุทธ์ในการดำเนินงานประกอบด้วย การประเมินตนเอง (Seft Assessment) โดยพัฒนา DHS-PCA ทุกอำเภออยู่ในระดับ ๓ ขึ้นไป มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับ ๕ กลุ่มวัย มีการดำเนินงานโดยทีมหมอบรรเทาทุกอำเภอและการถอดบทเรียนกระบวนการดำเนินงานระดับหมู่บ้านทุกอำเภอ ๖ แห่ง มีการศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบการจัดการตนเองของชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ ๖ แห่ง ได้แก่

- ๑) อำเภอพระสมุทรเจดีย์ - ศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ตำบลในคลองบางปลากด
- ๒) อำเภอเมือง - ชุมชนบ้านไม่รู้โรย ตำบลแพรกษา
- ๓) อำเภอบางพลี - ศูนย์เรียนรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบางแก้ว
- ๔) อำเภอพระประแดง - ศูนย์เรียนรู้สมุนไพร ตำบลบางกอบัว และศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์ ตำบลบางน้ำผึ้ง
- ๕) อำเภอบางเสาธง - ศูนย์เรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลศรีษะจระเข้
- ๖) อำเภอบางบ่อ - ศูนย์เรียนรู้อาหารปลอดภัยเกษตรอินทรีย์ ตำบลคลองสวน

ระดับตำบล - ทุรพ.สต.มีการจัดการสุขภาพระบบย่อยของชุมชน โดยกระบวนการหมู่บ้านจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มวัย เชื่อมโยง Service Plan และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุม ๕๐๔ หมู่บ้าน มีการจัดการ ปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เช่น ๑) ไข้เลือดออก ๒) อาหารปลอดภัย ๓) สิ่งแวดล้อม (ขยะ, น้ำเสีย) ๔) ยาเสพติด ๕) ท้องก่อนวัยอันควร ๖) อุจจาระร่วง ๗) อาหารปลอดภัย ๘) โรคจากสารเคมี และจากการขับเคลื่อนในทุกหมู่บ้าน (MICRO DHS) เชื่อมโยงเป็นระบบการจัดการสุขภาพตำบล ครอบคลุมตำบลจำนวน ๕๐ ตำบลและอำเภอ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนี้การขับเคลื่อนงาน สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของอำเภอๆ ละ ๓ เรื่อง (ODOP) ได้แก่ ๑) การแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง ๒)อุบัติเหตุชุมชน และ ๓) การดูแลผู้สูงอายุ

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	รายการข้อมูล	อ.เมือง	อ.บางบ่อ	อ.บางพลี	อ.พระประแดง	อ.พระสมุทรเจดีย์	อ.บางเสาธง
๑	มีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและแผนการติดตามประเมินผล ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีส่วนร่วมไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ เรื่อง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
๒	มีแผนบูรณาการ การจัดการบริการใน ๕ กลุ่มวัย และแผนการพัฒนาาระบบบริการ(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	มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน และมีระบบ Family Care Team เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute &Chronic care ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง (essential care เป็นต้น) หมายเหตุ: ๔ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้สูงอายุ ๒) กลุ่มผู้พิการ ๓) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๔.พัฒนาการเด็ก ได้รับการดูแลร้อยละ๘๐	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 โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)	ค่าพึงประสงค์	๑	๑	๑	๑	๑
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

แบบรายงานการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ(DHS) จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ที่	อำเภอ	การร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของพื้นที่ตามบริบท ๓ เรื่อง/อำเภอ(ODOP)	ระดับพัฒนา UCARE ในภาพรวม (ระดับ)											
			Unity Team		Cutomer Focus		UCommunity Participation		Appreciation		Resource sharing an Human development		Essential care	
			ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒
๑	เมือง	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง NCD	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๔
		๒.อุบัติเหตุ	๓	๓	๒	๓	๓	๓	๒	๓	๒	๓	๒	๓
		๓.Long term care	๓	๔	๓	๔	๓	๓	๒	๔	๒	๔	๒	๔
๒	บางบ่อ	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง NCD	๓	๓	๔	๔	๔	๔	๓	๓	๔	๔	๓	๓
		๒.อุบัติเหตุ	๓	๓	๒	๓	๓	๓	๒	๓	๓	๓	๒	๓
		๓.Long term care	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๒	๓	๓	๓	๓	๓
๓	บางพลี	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง ใช้เลือดออก/ใช้ฉีกา	๔	๔	๓	๔	๔	๔	๓	๔	๔	๔	๓	๔
		๒.อุบัติเหตุ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
		๓.Long term care	๓	๔	๔	๔	๓	๔	๓	๔	๔	๔	๓	๔
๔	พระประแดง	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง NCD	๓	๓	๓	๓	๔	๔	๓	๓	๓	๔	๓	๓
		๒.อุบัติเหตุ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
		๓.Long term care	๓	๔	๔	๔	๓	๓	๓	๔	๔	๔	๓	๓
๕	พระสมุทรฯ	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง NCD	๒	๓	๓	๓	๒.๕	๓	๒	๓	๔	๔	๔	๔
		๒.อุบัติเหตุ	๒	๒	๒	๒	๑.๕	๒	๑	๑	๒	๒	๑	๑
		๓.Long term care	๓.๕	๔	๓.๕	๔	๓.๕	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๖	บางเสาธง	๑.ปัญหาสุขภาพสำคัญ๑เรื่อง NCD	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๓	๓	๔	๔
		๒.อุบัติเหตุ	๒	๒	๓	๓	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒
		๓.Long term care	๓	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๓	๔	๔	๔

แบบสำรวจข้อมูลการพัฒนาระบบปฐมนิเทศและสุขภาพระดับอำเภอตามเป้าหมายของทีมหมอครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

อำเภอ	ทีมหมอครอบครัว			ผู้สูงอายุ					ผู้พิการ			ผู้ป่วย Palliative care		เด็กอายุ ๐-๕ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ			ตำบลจัดการสุขภาพ			
	อำเภอ (ทีม)	ตำบล (ทีม)	ชุมชน (ทีม)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง	จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการดูแล	จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านที่ได้รับการดูแล	จำนวนผู้พิการทั้งหมด	จำนวนผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล	จำนวนผู้พิการที่ได้รับการดูแล	จำนวน Palliative care ทั้งหมด	จำนวน Palliative care ที่ได้รับการดูแล	จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ปี ทั้งหมด (คน)	จำนวนเด็กอายุ-๕ปีที่มีพัฒนาการล่าช้า	จำนวนเด็กอายุ-๕ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าและได้รับการดูแล	จำนวนตำบลจัดการสุขภาพ (ตำบล)	จำนวนอปท. ที่ดำเนินการ LTC (แห่ง)	จำนวน Care Manager (คน)	จำนวน Care Giver (คน)	
เมือง	๑	๕๑	๑๖๑	๗๒,๒๙๒	๒๖๓	๒๔๐	๔๐๘	๓๓๐	๒,๐๒๑	๒,๐๒๑	๑,๕๖๒	๙๔	๙๔	๓๗,๑๓๗	๙๒๓	๙๒๓	๑๓	๕	๑๙	๔๘
บางบ่อ	๑	๑๔	๗๔	๑๔,๕๗๖	๖๙	๖๙	๔๘๕	๔๘๕	๑,๒๙๘	๖๕๐	๖๕๐	๕๒	๕๒	๓,๘๐๔	๑๒	๑๒	๘	๒	๔	๔๒
บางพลี	๑	๑๐	๒๔	๒๕,๙๘๘	๑๐๒	๙๔	๓๕๙	๔๘	๑,๖๙๗	๘๑๙	๔๑๒	๔	๔	๑๔,๑๒๙	๘๗	๘๗	๖	๒	๖	๓๙
พระประแดง	๒	๑๙	๙๘	๒๔,๓๐๕	๒๑๑	๒๑๑	๙๙๙	๙๙๙	๑,๕๙๒	๗๒๑	๗๒๑	๑๘๗	๑๘๗	๑๔,๒๑๑	๑๕๔	๑๔๕	๑๕	๔	๑๔	๑๙๒
พระสมุทรเจดีย์	๖	๑๑	๖๒	๑๕,๓๖๒	๕๕	๕๕	๑๒๗	๑๒๗	๗๒๘	๗๒๘	๗๒๘	๕	๕	๘,๖๗๒	๘๒	๘๒	๕	๔	๑๓	๓๒
บางเสาธง	๑	๔๑	๑๔๑	๘,๐๐๐	๕๐	๕๐	๓๓๕	๒๔๔	๔๘๘	๑๘๑	๑๘๑	๑๓	๑๓	๓,๖๘๖	๘	๘	๓	๑	๓	๕๐
รวม	๑๒	๑๔๖	๕๖๐	๑๖๐,๕๒๓	๗๕๐	๗๑๙	๒,๗๑๓	๒,๒๓๓	๗,๘๒๔	๕,๑๒๐	๔,๒๕๔	๓๕๕	๓๕๕	๘๑,๖๓๙	๑,๒๖๖	๑,๒๕๗	๕๐	๑๘	๕๙	๔๐๓

แบบจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบปฐภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)
การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บการจราจร ROAD TRAFFIC INJURY

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

อำเภอ	จำนวนจุดเสี่ยง (แห่ง)		จุดเสี่ยงที่ ได้รับการแก้ไข (แห่ง)		จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุ				จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ				จำนวนผู้เสียชีวิต			
	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ			
					ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ				ปีงบประมาณ			
					๒๕๖๐				๒๕๖๐				๒๕๖๐			
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๘	๒๕๕๙	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	๒๕๕๘	๒๕๕๙	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	๒๕๕๘	๒๕๕๙	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒
เมือง	๑	๑	๑	๑	๔,๑๙๙	๔,๙๙๙	๒๑	๑,๕๐๖	๔,๙๑๒	๕,๘๐๑		๑,๗๕๔	๖๖	๘๕		๓๒
บางบ่อ	๗	๕	๕	๕	๖๓๔	๗๕๘		๒๖๒	๗๒๔	๙๐๐		๓๐๔	๒๓	๒๗		๑๐
บางพลี	๓	๓			๒,๐๗๓	๒,๔๕๓		๘๑๖	๒,๔๓๗	๒,๘๖๐		๙๔๐	๔๒	๘๘		๒๒
พระประแดง	๓	๒	๑	๒	๑,๘๑๘	๕	๒	๖๕๙	๒,๑๕๗	๒,๕๘๒		๗๕๓	๓๓	๓๑	๑๔	๒๑
พระสมุทร	๒	๒	๒	๒	๑,๒๓๓	๑,๔๗๙		๕๘๐	๑,๕๑๕	๑,๘๒๘		๗๓๕	๑๘	๑๒		๖
บางเสาธง	๓	๒	๐	๒	๖๐๓	๘๓๗		๓๐๔	๖๖๓	๙๓๕		๓๐๕	๑๘	๒๖		๑๖
รวม	๑๙	๑๕	๙	๑๒	๑๐,๕๖๐	๑๐,๕๓๑	๒๓	๔,๑๒๗	๑๒,๔๐๘	๑๔,๙๐๖		๔,๗๙๑	๒๐๐	๒๖๙	๑๔	๑๐๗

หมายเหตุ : แหล่งข้อมูล WWW.THAIVSE .COM (บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ)

ผู้รายงาน

ชื่อ นางสาวกัญญา สาระถี
โทร. ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๑๗

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

ผู้รายงาน/สอบทานข้อมูล

ชื่อ นางเกษมธิดา หะชะนี
โทร. ๐๙ ๕๓๖๕ ๓๗๔๖

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

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 จึงมีประชากรย้ายถิ่นเข้ามาพักอาศัยอยู่จำนวนมาก รวมทั้งแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมและยังมีโรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยาอยู่จำนวนมาก มากเช่นกัน ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การดำเนินของโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอัตราตายและภาวะโรคสูง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งเป็นต้น มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์

การเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ยังไม่ครอบคลุม ระบบการพัฒนาในเครือข่ายรวมถึงข้อมูลสารสนเทศอยู่ระหว่างการพัฒนา เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบบริการหลายด้าน 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% และปี ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน ผลการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ ๑๓.๙๓ ผลการคัดกรองความดันโลหิต ร้อยละ ๑๙.๑๓ ยังต่ำกว่าเกณฑ์

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.ส. (A)	รพ.บางพลี (M๑)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพจังหวัด
๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐)	เป้าหมาย	๑๖,๗๘๙	๕,๖๕๗	๑,๐๑๐	๖,๗๑๔	๔,๑๕๗	๒,๐๑๒	๓๙,๔๗๘
		ผลงาน	๒,๑๖๙	๖๖๙	๓๗๑	๖๓๔	๕๘๐	๕๕๒	๔,๙๗๕
		ร้อยละ	๑๒.๙๒	๑๑.๘๓	๙.๑๘	๙.๔๔	๑๓.๙๕	๒๗.๔๔	๑๓.๙๓
๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๓๒,๙๓๗	๑๑,๕๗๒	๘,๒๖๐	๑๓,๗๙๔	๘,๖๓๒	๔,๒๖๕	๗๙,๔๖๐
		ผลงาน	๓,๗๔๔	๒,๖๖๔	๑,๕๕๐	๓,๕๔๐	๒,๔๘๘	๑,๒๑๖	๑๕,๒๐๒
		ร้อยละ	๑๑.๓๗	๒๓.๐๒	๑๘.๗๗	๒๕.๖๖	๒๘.๘๒	๒๘.๕๑	๑๙.๑๓
๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ๘๐)	เป้าหมาย	๑๑,๗๕๘	๒,๔๔๕	๓,๙๙๗	๔,๔๑๙	๓,๔๖๙	๑,๖๑๖	๒๗,๗๐๔
		ผลงาน	๖,๒๓๒	๑,๔๔๒	๒,๑๓๓	๓,๕๓๗	๒,๒๗๔	๗๖๓	๑๖,๓๘๑
		ร้อยละ	๕๓.๐๐	๕๙.๓๖	๕๓.๓๗	๘๐.๐๔	๖๕.๕๕	๔๗.๐๐	๕๙.๑๒
๕	สถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus $\geq$ ๘๐%	ผลงาน	อยู่ระหว่างรอผลการประเมินตนเองจาก สคร.ที่ ๖ ชลบุรี						
		ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

๔.๑ กิจกรรมดำเนินงาน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Board) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๒. จัดทำแผนงานพร้อมบูรณาการงานป้องกันควบคุมและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด อำเภอและตำบล เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังทั้งกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บูรณาการงานและกิจกรรมพื้นที่เป้าหมายอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง ตำบลจัดการสุขภาพ รพ. .สต.ติดตาม การจัดหากลุ่มเป้าหมายและจัดเตรียมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ อสค.

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

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

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

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

๒. การดำเนินงาน NCD clinic Plus ในปีพ.ศ.๒๕๖๐ มีการประเมินการดำเนินงานทั้งในส่วน กระบวนการ ควรวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ต่ำกว่าเป้าหมาย เพื่อทำแผนปรับปรุงการดำเนินงาน ก่อนการประเมิน NCD คุณภาพ

๓. การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ให้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนและระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ปรับยากเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (คลินิก DPAC) ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรแฝงย้ายเข้า- ออก อยู่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นเขต อุตสาหกรรม ผลการดำเนินงานผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ค่อนข้างต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

๒. ระบบข้อมูลผลการดำเนินงานในระบบน้อยกว่าที่ปฏิบัติงานจริง มีการใช้โปรแกรมประมวลผล ที่แตกต่างกัน เมื่อเชื่อมต่อข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC มีข้อมูลบางส่วนไม่เข้าสู่ระบบ

แนวทางการพัฒนา

๑. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย รายกลุ่ม รายบุคคลและทำ แผนกิจกรรมดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงและกิจกรรมการจัดการตนเอง

๒. ควรมีการตรวจสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีความถูกต้อง โดยมีการติดตาม ตรวจสอบข้อมูล ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบกับงาน IT เป็นระยะและต่อเนื่อง

ผู้รายงาน	นางธนิตา เอี่ยมโอภาส
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้รายงาน	นายกรภัทร์ ทองสนิท
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
โทร	๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
E-mail	control.spko@moph.mail.go.th

สาขาหลอดเลือดสมอง

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 ซึ่งในจังหวัดสมุทรปราการสามารถให้ยานี้ได้ เฉพาะที่โรงพยาบาลสมุทรปราการเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วย ที่มีภูมิ ลำเนาอยู่ห่างจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ จะมีโอกาสที่ได้รับการรักษาด้วยยานี้น้อยมาก ประกอบกับการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ด้วยข้อจำกัดหลายด้าน ได้มีการจัดการพัฒนา ระบบ Stroke fast track ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ชัดเจน และสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓) ที่มีศักยภาพในการรักษามากกว่า และมีพื้นที่อยู่ใกล้เคียงกัน ลดระยะเวลาในการเดินทางส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสแก่ผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยา rt-PA มากขึ้น เพื่อลดอัตราการตายและความพิการ การเป็นภาระของผู้ป่วย แก่ญาติและผู้ดูแล 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	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	๔๒๘	๑๑๒	๒๖.๑๗
โรงพยาบาลบางพลี	๑๑๖	๒๐	๑๗.๒๔
โรงพยาบาลบางบ่อ	๕๓	๔	๗.๕๕
โรงพยาบาลบางจาก	๕๔	๒	๓.๗๐
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ฯ	๕๖	๒	๓.๕๗
โรงพยาบาลบางเสาธง	๐	๐	๐
ภาพรวมจังหวัดร้อยละ	๗๐๗	๑๔๐	๑๙.๘๐

(ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๒ มี.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 M

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

* หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (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 แต่ยังไม่

มีแนวทางที่ชัดเจน 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 MOU กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลประสาทวิทยาในรายที่ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA แล้วหลอดเลือดสมองยังไม่เปิด

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การจัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ และการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย (กำลังดำเนินการ)

ผู้รายงาน	นางสมศรี พิพัฒน์จรัสสกุล
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th
โทรศัพท์	๐๒ ๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙,๑๓๐

สาขาโรคปอดอุดกั้น

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 ควันบุหรี่และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด มีอาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะในตอนเช้า เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหรือ เมื่อโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกซ์ทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้ง สร้างภาระให้แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงจำ เป็นที่จะต้องมีการจัดการการ ดูแลจากทีมสหสาขาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรองโรค การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อควบคุม ความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค มีความจำ เป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนาบทบาทให้มีความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการ ประเมินปัญหา สุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความ จำเป็น เข้าถึงแหล่งประโยชน์และทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมทั้งจัดการระบบบริการสอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของ ประเทศได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพ

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๔.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนครั้งของการเข้ารับการ รักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือ ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDX = J๔๔๐-J๔๔๑) (A)	จำนวนประชากรกลางปี อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในเขต รับผิดชอบจากฐานข้อมูล ประชากร (B)	อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ที่ต้องเข้ารับการรักษา ที่ห้องฉุกเฉินและ หรือต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (C) (A/B)×๑๐๐,๐๐๐
อำเภอเมือง สมุทรปราการ	๓๐๕	๓๗๘,๖๒๘	๘๐.๕๕
อำเภอบางบ่อ	๑๔๙	๗๙,๖๐๒	๑๘๗.๑๘
อำเภอบางพลี	๒๐๐	๑๔๔,๐๐๗	๑๓๘.๘๘
อำเภอพระประแดง	๗๖	๑๕๘,๙๑๘	๔๗.๘๒
อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๙๘	๙๐,๑๖๔	๑๐๘.๖๙
อำเภอบางเสาธง	๒๔	๕๖,๑๒๓	๔๒.๗๖
ภาพรวมจังหวัด	๘๕๒	๙๐๗,๔๔๒	๙๓.๘๙

(ข้อมูล HDC ณ มีนาคม 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	
อำเภอเมือง	๑๑๖	๖๐๗	๑	อยู่ระหว่างรอการประเมิน
อำเภอบางป๋อ	๒๙๑	๓๑๓	๐	
อำเภอบางพลี	๒๙๐	๒๙๘	๐	
อำเภอพระประแดง	๒๒๗	๖๒๐	๐	
อำเภอพระสมุทรเจดีย์	๑๗๓	๒๐๔	๐	
อำเภอบางเสาธง	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๐	๐	๑๖.๖๗	

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

การดูแลผู้ป่วย COPD ในหอผู้ป่วยใน ควรแยกเป็นหน่วยเฉพาะทาง เพราะผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่รู้ตัวดี และมีจำนวนมาก การ Admit ร่วมกับผู้ป่วยหนักอื่นๆ ทำให้มีผลต่อการหาย

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข/พัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

๑. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการใช้ Spirometer วัด FEV๑/FVC และขาดการประเมินตาม MMRC
๒. ไม่มีผู้ลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม [HOSXP](#) + HDC กระทั่ง
๓. เกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อให้รหัส J๔๔๐-๙, J๔๔๑ ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ข้อมูลพื้นฐานไม่ถูกต้อง
๔. การจัดตั้งคลินิก COPD ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย
๕. ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้แพทย์ใช้เวลาในการตรวจต่อคนนาน จึงทำให้จำนวนคนไข้ในคลินิก มีไม่มาก

๕. การใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ของผู้ตรวจใช้ HDC ส่วนผู้ลงข้อมูลใช้ HosXP

แนวทางการแก้ไข/พัฒนา

๑. ควรเพิ่มจำนวนเครื่องมือและเปิดการฝึกอบรมการปฏิบัติ
๒. การส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมทุกปี
๓. การบูรณาการการเชื่อมโยงข้อมูลใน Hos XP และ HDC กระทั่ง
๔. การประสาน Coder ในแต่ละโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
๕. พัฒนาศูนย์ COPD
๖. ขอแพทย์เพิ่มและพยาบาลในหน่วยตรวจ

ผู้รายงาน นางธิดา เอี่ยมโอภาส
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
E-mail control.spko@moph.mail.go.th
วัน/เดือน/ปี ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

สาขา RDU

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ในสถานพยาบาล (Rational 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 ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา (ผ่านเกณฑ์ ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.สมุทรปราการ และ รพ.พระสมุทรเจดีย์)

๓.๓ ยังไม่มี รพ.สต.ใดในจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (รพ.สต. บางเมือง , รพ.สต. คลองบางบึง, รพ.สต. นิคมยาตรา รพ.สต. บางโฉลง และ รพ.สต. คลองด่าน หมู่ ๑๓ รพ.สต. บ้านขุนสมุทรไทย , รพ.สต. แหลมฟ้าผ่าและ รพ.สต. บ้านบัวโรย หมู่ ๑๓ (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดในโรคติดเชื้อ การหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ส่วนตัวชี้วัดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีผ่าน ๒ แห่ง คือ ศสช.รพ.บางจากและ รพ.สต.บ้านขุนสมุทร)

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)	ภาพรวม รอบ ๒ ใช้ข้อมูลไตรมาส ๑+๒ (ข้อมูล ต.ค.๕๙-มี.ค. ๖๐)
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 ตามเกณฑ์เป้าหมายขั้นที่ ๑*)	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐

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

๔.๑ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อ รพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็นRDU Hospitalขั้นที่ ๑(RDU๑+ RDU๒)	
		RDU ๑:ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU๑: ประเมินผลการดำเนินงาน(Output)					ประเมินผลการดำเนินงาน(Output)	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการซื้อยาในรพ. เฉพาะ รพ.ระดับ A Sและ M๑	๑) ร้อยละรายการยาที่ส่งขายในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED ร้อยละ_	๒) ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC.ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ_	๓)รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล จำนวน_รายการ	๔)การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน ระดับ_	๕)การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา ระดับ_	ร้อยละของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ_		
รพ.สมุทรปราการ	A	มี	มี	มี	๙๐.๘๖	๒	๑	๓	๓	URI=๑๐ AD=๐		✓
รพ.บางพลี	M๑	มี	มี	มี	๙๓.๓๙	๑	๐	๓	๑	URI=๑๒.๕ AD=๐		✓
รพ.บางบ่อ	M๒	มี	มี	-	๙๓.๔๓	๒	๐	๓	๑	URI=๑๔.๒ AD=๐		✓
รพ.บางจาก	F๑	มี	มี	-	๙๔.๒๓	๑	๐	๓	๒	URI=๐ AD=๙.๐๙		✓
รพ.พระสมุทรเจดีย์	F๒	มี	มี	-	๙๖.๖๒	๑	๐	๓	๓	URI=๑๐ AD=๐		✓
รพ.บางเสาธง	F๓	มี	มี	-	๘๙.๓๑	๑	๐	๔	๒	URI=๑๒.๕ AD=๐		✓
เกณฑ์เป้าหมาย		มี	มี	มี	ระดับ A≥ร้อยละ๗๕ S≥ร้อยละ๘๐ M๑-M๒≥๘๕ F๑-F๓≥ร้อยละ ๙๐	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	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการ ☒ 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/สปรส. ☒ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ..... สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด .- โรงพยาบาลทุกแห่งกำลังดำเนินการขับเคลื่อน SP-RDU -ยังไม่มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็น RDU hospital ชั้นที่ ๑
	๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน ๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☒ มีผู้รับผิดชอบชัดเจนคือ นายสุรัชย์ จุติพรชัย ☐ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☒ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้ : โปรแกรมจากส่วนกลาง HDC dashboard สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด กำลังพัฒนา
๔. มีการติดตามการจัดการเครือข่ายด้านจุลชีพ	การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการการเครือข่ายด้านจุลชีพ	สรุปผลการดำเนินงานการจัดการเครือข่ายด้านจุลชีพระดับจังหวัด โรงพยาบาลสมุทรปราการกำลังเรียบเรียงข้อมูล

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

- ต้องมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องของแต่ละ Cup จึงจะทำให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย และการวัดความสำเร็จอาจต้องใช้เวลาในการขับเคลื่อน

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- ในแต่ละ Cup ควรมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีการโปรแกรม HDC ให้ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

- ควรมีการพัฒนาโปรแกรม HDC ให้จังหวัดและเขตสามารถดึงข้อมูลได้ทุกตัวชี้วัดเช่นเดียวกับตัวชี้วัด URI และ AD

ผู้รายงาน	น.ส.นุจนา ทิพย์อุดม
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
E-Mail	pharmacy.spko@moph.mail.go.th
โทรศัพท์	๐๒๓๘๙๕๙๘๐ 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 ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว >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 โดยเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน ๑๓ ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน ๑๒ ราย ROP ๑ รายและโรคอื่นๆ ๗ ราย

และจากสถิติทารกคลอดมีชีพ เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙ มีจำนวน ๓,๐๒๑ ราย เป็นทารกต่างด้าวจำนวน ๗๘๐ ราย คิดเป็น ๒๕.๘๒% มีทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมจำนวน ๒๗๔ ราย คิดเป็น ๙.๐๓% (เป้า<๗%) ของทารกคลอดมีชีพ โดยเป็นทารกต่างด้าว จำนวน ๖๒ ราย คิดเป็น ๒๒.๖๓% ของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม โดยมีทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เสียชีวิตจำนวน ๕ ราย คิดเป็น ๑.๘๒ % และมีสถิติการส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน ๑๑ ราย โดยเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน ๖ ราย ผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน ๑ ราย โรคระบบทางเดินหายใจ ๒ ราย และโรคอื่นๆ ๒ ราย

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

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

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. ๕๙ - มี.ค.๖๐)								
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ ๒๘ วัน (A)			จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต (B)			อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต $(A/B) \times ๑,๐๐๐$		
	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม
รพ.สมุทรปราการ	๘	๑๓	๒๑	๑,๗๕๔	๑,๔๖๕	๓,๒๑๙	๔.๕๖	๘.๘๗	๖.๕๒
รพ.บางพลี	๒	๐	๒	๕๒๐	๔๗๖	๙๙๖	๓.๘๕	๐	๒.๐๑
รพ.บางบ่อ	๐	๑	๑	๕๑๒	๔๐๐	๙๑๒	๐	๒.๕๐	๑.๑๐
รพ.บางจาก	๑	๐	๑	๑๔๗	๑๔๙	๒๙๖	๖.๘๐	๐	๓.๓๘
รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ	๐	๐	๐	๘๘	๗๒	๑๖๐	๐	๐	๐
ภาพรวมจังหวัด	๑๑	๑๔	๒๕	๓,๐๒๑	๒,๕๖๒	๕,๕๘๓	๓.๖๔	๕.๔๗	๔.๔๘

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

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. ๕๙ - มี.ค.๖๐)							
	จำนวนเตียง NICU (A)		จำนวนทารกเกิดมีชีวิตของเดือน ตุลาคม ๕๙-มีนาคม ๖๐ (B)			จำนวนเตียง NICU ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต (B/A)		
	ไตรมาส ๑ และ ๒	รวม	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม
รพ.สมุทรปราการ	๘	๘	๑,๗๕๔	๑,๔๖๕	๓,๒๑๙	๑ : ๒๑๙.๒๕	๑ : ๑๘๓.๑๒	๑ : ๔๐๒.๓๘
รพ.บางพลี	๔	๔	๕๒๐	๔๗๖	๙๙๖	๑ : ๑๓๐	๑ : ๑๑๙	๑ : ๒๔๙
รพ.บางบ่อ	๐	๐	๕๑๒	๔๐๐	๙๑๒	๐ : ๕๑๒	๐ : ๔๐๐	๐ : ๙๑๒
รพ.บางจาก	๐	๐	๑๔๗	๑๔๙	๒๙๖	๐ : ๑๔๗	๐ : ๑๔๙	๐ : ๒๙๖
รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ	๐	๐	๘๘	๗๒	๑๖๐	๐ : ๘๘	๐ : ๗๒	๐ : ๑๖๐
ภาพรวมจังหวัด	๑๒	๑๒	๓,๐๒๑	๒,๕๖๒	๕,๕๘๓	๑ : ๒๕๑.๗๕	๑ : ๒๑๓.๕๐	๑ : ๔๖๕.๒๕

๓. มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

จังหวัด	รายการข้อมูล (ต.ค. ๕๙- มี.ค.๖๐)		หมายเหตุ
	มี (พร้อมอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ)	ไม่มี (พร้อมอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ)	
จังหวัดสมุทรปราการ	มีแนวทางการส่งต่อทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดสมุทรปราการ โดยการกำหนดให้โรงพยาบาลลูกข่ายประสานส่งต่อกับงานห้องคลอด กรณีมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์ จะต้องมีการประสานเตียงสำหรับรับทารกแรกเกิดกับงานห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด(NICU)		

๔. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(>ร้อยละ ๖๐)

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล (ต.ค. ๕๙- มี.ค.๖๐)			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	มีการคัดกรอง	M๒	๑๐๐	เริ่มคัดกรอง มค. ๖๐
รพ.บางจาก	มีการคัดกรอง	F๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๔	๔	๑๐๐	

๕. วิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks

Block	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี	รพ.บางบ่อ	รพ.บางจาก	รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ
Service delivery	• เพิ่มเตียง NICU ๒เตียง (ปี ๒๕๖๑) • ดูแลทารก นน. <๑,๐๐๐gm • คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด • ANC คุณภาพ • ให้ Surfactantได้	• เพิ่มเตียง NICU ๒เตียง • ให้ PGE๑ ได้ • คัดกรองภาวะแทรกซ้อน • คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด • ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ • ANC คุณภาพ	• เพิ่มเตียง NICU ๒เตียง และSNB ๑๐เตียง • ดูแลทารกที่มีนน. <๒,๕๐๐ gm จาก รพ.ระดับสูงกว่า • คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ	• ดูแลทารกที่มี นน. <๒,๕๐๐ gm จาก รพ.ระดับสูงกว่า • เพิ่มเตียง NICU ๒ เตียง • คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ	• ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๕-๓๗ wkหรือที่มีนน.>๒,๐๐๐ gm ที่ปกติได้ • ANC คุณภาพ • พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ
Workforce	• เพิ่ม Neonatologist • เพิ่มกุมารแพทย์พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน และ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาทีมรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน และ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาทีมรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน และ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาทีมรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• เพิ่มกุมารแพทย์พัฒนาศักยภาพพยาบาลอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน และ ๑ เดือน • อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาทีมรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต	• อบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด • พัฒนาทีมรับ-ส่งผู้ป่วยทารกวิกฤต

Block	รพ.สมุทรปราการ	รพ.บางพลี	รพ.บางปะ	รพ.บางจาก	รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ
Information	พัฒนาการเก็บ -ข้อมูลสารสนเทศ -ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	พัฒนาการเก็บ -ข้อมูลสารสนเทศ -ข้อมูลการรับ-ส่งต่อ	พัฒนาการเก็บ -ข้อมูลสารสนเทศ -ข้อมูล การรับ-ส่งต่อ	พัฒนาการเก็บ -ข้อมูลสารสนเทศ -ข้อมูล การรับ-ส่งต่อ	พัฒนาการเก็บ -ข้อมูลสารสนเทศ -ข้อมูล การรับ-ส่งต่อ
Drug + Technology	เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ • HFQV • Incubator • LED Photo • NIBP • Infusion pump • Syringe Pump • เครื่อง Larminar flow	เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ • HFQV • Incubator • LED Photo • NIBP • Infusion pump • Syringe Pump	เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ • HFQV • Incubator • LED Photo • NIBP • Infusion pump • Syringe Pump	เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ • HFQV • Blue Photo • NIBP • Infusion pump • Syringe Pump	เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ • Blue Photo • Transport Incubator
Financing	งบประมาณจาก • จากงบค่าเสื่อม เงินบำรุง • งบค่าบริการ สุขภาพที่ ๖	งบประมาณจาก • จากงบค่าเสื่อม เงินบำรุง • งบค่าบริการ สุขภาพที่ ๖	งบประมาณจาก • จากงบค่าเสื่อม เงินบำรุง • งบค่าบริการ สุขภาพที่ ๖	งบประมาณจาก • จากงบค่าเสื่อม เงินบำรุง • งบค่าบริการ สุขภาพที่ ๖	งบประมาณจาก • จากงบค่าเสื่อม เงินบำรุง • งบค่าบริการ สุขภาพที่ ๖
Governance	มีนโยบายในการดูแล รักษาทารกแรกเกิดที่ เจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว และมีมาตรฐาน	มีนโยบายในการ ดูแลรักษาทารกแรก เกิดที่เจ็บป่วยอย่าง รวดเร็ว และมี มาตรฐาน	มีนโยบายในการ ดูแลรักษาทารก แรกเกิดที่เจ็บป่วย อย่างรวดเร็ว และ มีมาตรฐาน	มีนโยบายในการ ดูแลรักษาทารก แรกเกิดที่เจ็บป่วย อย่างรวดเร็ว และ มีมาตรฐาน	มีนโยบายในการ ดูแลรักษาทารกแรก เกิดที่เจ็บป่วยอย่าง รวดเร็ว และมี มาตรฐาน

จากตารางดังกล่าว จะพบว่า อัตราการล้มเหลวในการแพทย์และพยาบาล ไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบางครั้งไม่สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็วและดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง และไม่สามารถส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านได้เป็นจำนวนมากขึ้นได้ ทารกที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๔ สัปดาห์ ทำให้ทารกที่คลอดเป็นทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม มีปัญหาด้านการหายใจที่รุนแรง ทำให้เสียชีวิตภายใน ๗ วัน

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. อัตราการล้มเหลวในการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอกับภาระงาน
 - ไม่มีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด
 - กุมารแพทย์มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล
 - พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ไม่ได้ตามมาตรฐาน มีไม่ครบทุกเวร (พยาบาลเฉพาะทาง
- หลักสูตร ๔ เดือน มีจำนวน ๖ คนและหลักสูตร ๑ เดือน จำนวน ๗ 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 ส่งผลให้ทารกที่เกิดมามีปัญหาในด้านสุขภาพตั้งแต่แรกคลอด

๒. ควรมีการบูรณาการการส่งเสริมให้ความรู้กับวัยรุ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้รายงาน	นางสาวสุนันท์ แสงรังสี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร	๐๙๕-๗๗๑-๐๔๙๖
E-mail	e-mailsung.sangrungssee@gmail.com
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน 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 ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง

SP ๘.๒ ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง

๓. สถานการณ์

๑. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยนายแพทย์สิทธิชัย กุลพรศิริกุล เป็นประธานและพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care เป็นเลขานุการ

๒. มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่

- โรคมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลามและไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- 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 พระภิกษุและชมรมต่างๆ ในจังหวัดสมุทรปราการที่ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดตั้งเป็นทีมกำลังใจในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทุกวันอังคาร

๘. มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ

๙. มีการจัดการรับส่งผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย กรณีต้องกลับไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้านและมีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ ๖ ในการรับส่งต่อและติดตามเยี่ยม

๑๐. มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย Palliative Care

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป. (A)	รพ.บางพลี (M๑)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวม (ต.ค. ๕๕ - มี.ค. ๖๐)
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	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	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 (M๑)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวม (ค.ค. ๕๕ - มี.ค. ๖๐)
๔	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๕๑๒	๒๖๐	๘๐	๖๗	๓๓	NA	๙๕๒
		ผลงาน	๕๑๒	๒๕๔	๗๕	๖๗	๓๓	NA	๙๔๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๙๗.๖๙	๙๓.๗๕	๑๐๐	๑๐๐	NA	๙๘.๘๔
๕	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติรับกลับไปดูแลต่อที่บ้าน	เป้าหมาย	๒๕	๑๐	๗	๐	๐	NA	๔๒
		ผลงาน	๒๐	๘	๗	๐	๐	NA	๓๕
		อัตรา/ร้อยละ	๘๐	๘๐	๑๐๐	๐	๐	NA	๘๓.๓๓
๖	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการแบบประคับประคอง (>ร้อยละ ๘๐)	อัตรา/ร้อยละ	๙๐.๑๙	๙๔.๗๕	๙๓.๘๒	๙๗.๐๐	๙๕.๘๕	NA	๙๔.๓๒

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 ยังไม่มีแพทย์, พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (๔ เดือน) เนื่องจากขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ถ้าต้องส่งไปอบรมระยะยาว (ค่าใช้จ่ายสูง หลักสูตร ๔๐,๐๐๐ บาท)

แนวทางการพัฒนา

- ส่งแพทย์, พยาบาลเข้ารับการอบรม
- จัดตั้ง Palliative Care Unit

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน	นิศากร พรพิทักษ์ดำรง
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์	๐๘๖-๐๓๑-๔๕๖๗
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

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

๒. คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข ทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ

๓. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ

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 โดยจังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพ จำนวน ๒๒ คน บรรจุเป็นข้าราชการจำนวน ๘ คน ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลจำนวน ๙ คน และปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑๓ คน

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรปราการ ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระดับที่มีการรับ บริการในโรคพื้นฐานและรักษาได้ง่ายด้วยการทำหัตถการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร ทำให้จังหวัดสมุทรปราการได้รับรางวัลชนะเลิศพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยระดับเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ .ศ.๒๕๕๗ – ๒๕๖๐ ซึ่งเป็นตัวอย่างของการดำเนินงานนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยระดับปฐมภูมิของเขตสุขภาพที่ ๖

๔. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ต.ค. ๕๕ – มี.ค. ๖๐			
		หน่วยงาน	ผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้ป่วยนอกที่รับบริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๑๘.๕	อ.เมือง	๔๐๕,๑๔๓	๗๖,๙๙๔	๑๙.๐๐
		อ.บางพลี	๑๑๘,๑๓๓	๑๘,๙๕๙	๑๖.๐๕
		อ.บางบ่อ	๑๑๓,๙๙๙	๒๓,๙๗๙	๒๑.๐๓
		อ.พระประแดง	๑๓๔,๐๕๒	๔๗,๕๒๒	๓๕.๔๕
		อ.พระสมุทรฯ	๘๒,๐๗๐	๑๘,๕๖๒	๒๒.๖๒
		อ.บางเสาธง	๓๗,๖๐๗	๑๓,๑๖๐	๓๔.๙๙
		รวม	๘๙๑,๐๐๕	๑๙๙,๑๖๗	๒๒.๓๕

ที่มา: ข้อมูลจากHDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีจำนวนทั้งสิ้น ๘๙๑,๐๐๕ ครั้ง โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน ๑๙๙,๑๖๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๕ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ฯ มี ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอพระประแดง , อำเภอบางเสาธง , อำเภอพระสมุทรเจดีย์, อำเภอบางบ่อ , อำเภอเมือง ร้อยละ ๓๕.๔๕, ร้อยละ ๓๔.๙๙, ร้อยละ ๒๒.๖๒ ร้อยละ ๒๑.๐๓ และร้อยละ ๑๙.๐๐ ตามลำดับ และไม่ผ่านเกณฑ์ มี ๑ อำเภอ คือ อำเภอบางพลี ร้อยละ ๑๖.๐๕

จัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกใน รพศ, รพท.และรพช. คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน และคลินิกพิเศษ ๔ โรค (ร้อยละ ๗๐)

ผลการดำเนินงานการจัดบริการแพทย์แผนไทย OPD คู่ขนานจังหวัดสมุทรปราการ และคลินิกพิเศษ ๔ โรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)

โรงพยาบาล	ระยะเวลาดำเนินการ	โรคที่รักษา	จำนวนรายการยาสมุนไพร
๑. รพ.สมุทรปราการ	๔ ปี	กล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้,อัมพฤกษ์, อัมพาต,ไมเกรน, ทางเดินอาหาร,ข้อเข่าเสื่อม	๓๕
๒. รพ.บางบ่อ	๔ ปี	กล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้,อัมพฤกษ์, อัมพาต,ไมเกรน, ทางเดินอาหาร,ข้อเข่าเสื่อม	๓๖

โรงพยาบาล	ระยะเวลา ดำเนินการ	โรคที่รักษา	จำนวน รายการยาสมุนไพร
๓. รพ.บางพลี	๔ เดือน	กล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้, อัมพฤกษ์, อัมพาต, ไมเกรน, ทางเดินอาหาร, ข้อเข่าเสื่อม	๓๐
๔. รพ.บางจาก	๔ ปี	กล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้, อัมพฤกษ์, อัมพาต, ไมเกรน, ทางเดินอาหาร, ข้อเข่าเสื่อม	๓๐
๕. รพ.พระสมุทรเจดีย์ฯ	๑ ปี	กล้ามเนื้อและกระดูก, ภูมิแพ้, อัมพฤกษ์, อัมพาต, ไมเกรน, ทางเดินอาหาร, ข้อเข่าเสื่อม	๓๐
๖. รพ.บางเสาธง	เริ่มเปิดดำเนินการปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๐		๒๐

จากตาราง พบว่า โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสมุทรปราการ จัดบริการแพทย์แผนไทย OPD คู่ขนาน จำนวน ๕ แห่ง จาก ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓

จัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีบริการเฉพาะทาง เช่น ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์ อัมพาต, ภูมิแพ้ อย่างน้อย ๑ คลินิกในรพศ./รพท. (ร้อยละ ๘๐)

โรงพยาบาล	ระยะเวลา ดำเนินการ	โรคที่รักษา	จำนวน บุคลากร
๑. รพ.สมุทรปราการ รพศ.	๑ ปี	ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์ อัมพาต ภูมิแพ้	แพทย์แผนปัจจุบัน ผ่านการอบรม ๑ คน แพทย์แผนจีน ๑ คน
๒. รพ.บางพลี รพท.	๓ ปี	ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์ อัมพาต ภูมิแพ้	แพทย์แผนจีน ๒ คน
๓. รพ.บางจาก รพช.	๓ ปี	ไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์ อัมพาต ภูมิแพ้	แพทย์แผนปัจจุบัน ผ่านการอบรม ๑ คน

จากตาราง พบว่า โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดสมุทรปราการ จัดบริการคลินิกพิเศษการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลชุมชนจัดบริการ จำนวน ๑ แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานดังนี้

ระดับจังหวัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน Service Plan สาขา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด นับเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
มีคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๒๒๘ /๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการ
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านวิชาการ ๔ โรคและ มีการจัด
ประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย ในวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ และวันที่
๒๖ เมษายน ๒๕๖๐



วันที่ ๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๐ ดำเนินการตามโครงของขวัญปีใหม่กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมให้ความรู้
ด้านสมุนไพรจัดทำต้นคริสต์มาสสมุนไพร ในหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรับรู้ถึงงาน
การแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพร มีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๒๐,๑๖๖ คน



วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๐ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำรวจจัดทำทะเบียนพืชสมุนไพรของจังหวัดสมุทรปราการ ในพื้นที่สีเขียวเชิงนิเวศน์สวนศรีนครเขื่อนขันธ์ ในพื้นที่ของกรมป่าไม้



มีการประเมินหน่วยบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ ระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๕๙ – มีนาคม ๒๕๖๐



ระดับหน่วยบริการ มีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลสมุทรปราการและโรงพยาบาลบางบ่อ ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ส่งหนังสือชี้แจงการดำเนินงานตามแผนการ

โรงพยาบาลทั่วไปทั้ง ๒ แห่งมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร ๔ โรค (โรคไมเกรน, ข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์, อัมพาต, ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น) ได้แก่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ,โรงพยาบาลบางพลี ส่วนโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกครบวงจร ๑ โรค(โรคข้อเข่าเสื่อม) คือ โรงพยาบาลบางจาก

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อข้อมูลการให้บริการระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยใช้ระบบ Hos_xp My_Pcu

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key RiskArea/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีบริบทของความเปราะบาง ค่านิยมของประชาชนที่ให้ความสนใจในการบริการแพทย์แผนไทยมีน้อย เนื่องจากได้รับการบริการการแผนปัจจุบันได้สะดวกและเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ พบว่าประชาชนมีค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรตำและ การรับรู้เรื่องของการบริการแพทย์แผนไทยน้อย หลังจากรับทราบปัญหาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ทำการเข้าร่วมประชุมชี้แจง ในวาระการประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ รวมทั้งการตรวจเยี่ยมประเมินมาตรฐาน งานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการทุกระดับ ทำให้เกิดความเข้าใจของ ผู้บริหารของระดับอำเภอและระดับตำบล ทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ และสามารถสื่อสารนโยบายของงานแพทย์แผนไทยเข้าถึงประชาชน และยอมรับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากในไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จนสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

๑. บุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ
๒. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในทุกระดับเพื่อให้เกิดการยอมรับและความเชื่อมั่นของประชาชนในการรับบริการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะ

๑. เสนอแนะให้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในทุกระดับบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลด้วยการแพทย์ แผนไทยอย่างทั่วถึง
๒. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการจัดประชุมทำแนวทางการรูปแบบระบบบริการการแพทย์แผนไทยในทุกระดับเพื่อใช้เป็นมาตรฐานของจังหวัดในการจัดบริการงานแพทย์แผนไทยและเพื่อรองรับการเข้าสู่มาตรฐานHA ในระดับโรงพยาบาลในอนาคต

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

จังหวัดเสนอให้กรมฯ เร่งรัดชี้แจงนโยบายสู่พื้นที่ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนการดำเนินงานของจังหวัด

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

- ๘.๑ พัฒนารูปแบบคลินิกคนไทยไร้พุง (DPAC) ร่วมกับการจัดบริการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม ในการดูแลโรคเรื้อรังที่เชื่อมโยงจาก หน่วยบริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิและชุมชน
- ๘.๒ ไม่ฝืนหัตถ์จรรยาบรรณตัวเอง
- ๘.๓ น้ำสมุนไพรภูมิปัญญาแผนไทยดูแลความดันโลหิตสูง/เบาหวาน
- ๘.๔ คลินิกอดบุหรี่ด้วยยาดอกขาว
- ๘.๕ งานวิจัยกรณีศึกษาประสิทธิผลตำรับยาพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้รายงาน นางอังสนา ภูมิพัฒนานนท์ (เลขา Service plan)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้รายงาน นายประยุทธ์ ปิติวรยุทธ (ผู้ประสานงานจังหวัดฯ)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

โทร. ๐๙๕-๖๙๕-๓๕๒๒

E-mail : PITIYUK@HOTMAIL.COM

สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

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

๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนัก

ของประชาชนทั่วไปและญาติ แก่นำชุมชน 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 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต $\geq ๖๕\%$

SP๑๓ ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๘%

๓. สถานการณ์

ข้อมูลรายงานสุขภาพจิต ๘ โรค ของจังหวัดสมุทรปราการประจำปี ๒๕๕๙ พบว่าโรคทางจิตเวช ๕ ลำดับแรกคือ ปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นได้แก่ ภาวะอารมณ์แปรปรวน / ภาวะความเครียดจากการปรับตัว/ ภาวะการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม จำนวน ๔,๓๗๗ คน (๓๗.๖๐ ต่อแสนประชากร) โรคจิต ๓,๒๓๐ คน (๒๗.๓๐ ต่อแสนประชากร) โรคจิตเวชจากสารเสพติด ๒,๙๐๓ คน (๒๕.๑๐ ต่อแสนประชากร) โรควิตกกังวล ๒,๓๕๐ คน (๒๐.๒ ต่อแสนประชากร) และโรคซึมเศร้า ๒,๒๘๐ คน (๑๙.๒๐ ต่อแสนประชากร) อัตราการเข้าถึงโรคซึมเศร้าร้อยละ ๓๘.๒๔ และอัตราการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวช ร้อยละ ๕๖.๑๐ (คำนวณจาก ฐานประชากรกลางปี ๒๕๕๗) ที่มาข้อมูล : รายงานสุขภาพจิต ๘ โรค , HDC และข้อมูล ๔๓ แห่ง

๔. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๐ ณ.วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอเมือง	อำเภอบางพลี	อำเภอบางบ่อ	อำเภอพระประแดง	อำเภอพระสมุทร	อำเภอบางเสาธง	ภาพรวมจังหวัด	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน)	เป้าหมาย	๒๗	๑๒	๕	๑๐	๗	๔	๖๕	๐.๕๘ ต่อแสนประชากร
		ผลงาน	๔	๐	๑	๐	๑	๐	๖	
		อัตรา:แสน	๐.๙๒	๐.๐๐	๑.๑๗	๐.๐๐	๐.๙๔	๐.๐๐	๐.๕๘	
๒	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี (ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๙๔	๑๙	๖	๗	๑๒	๐	๑๓๘	ร้อยละ ๙๖.๓๗
		ผลงาน	๙๒	๑๙	๖	๗	๙	๐	๑๓๓	
		ร้อยละ	๙๗.๘๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๕.๐๐	๐	๙๖.๓๗	
๓	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรค (ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖	ร้อยละ ๑๐๐
		ผลงาน	๒๕	๑๑	๑๕	๑๘	๑๒	๙	๙๖	
		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	ร้อยละ ๔๐.๒๒
		ผลงาน	๕,๕๖๕	๑,๐๕๔	๑,๘๖๓	๙๐๖	๕๗๘	๙๓	๑๐,๐๘๓	
		ร้อยละ	๕๓.๕๐	๒๒.๙๓	๙๑.๑๖	๒๓.๑๐	๒๒.๕๕	๖.๒๙	๔๐.๒๒	
๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)	เป้าหมาย	๓,๔๖๘	๑,๕๓๒	๖๘๑	๑,๓๐๘	๘๕๔	๗๙๓	๘,๓๓๖	ร้อยละ ๖๕.๑๘
		ผลงาน	๓,๓๓๑	๕๓๘	๖๙๘	๔๒๒	๓๙๒	๕๒	๕,๔๓๓	
		ร้อยละ	๙๖.๐๖	๓๕.๑๒	๑๐๒.๔๖	๓๒.๒๗	๔๕.๘๙	๑๐.๕๕	๖๕.๑๘	
๖	ร้อยละ ๘ ของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ	เป้าหมาย	๓๔๖	๑๕๘	๖๙	๑๒๙	๘๗	๕๐	๘๓๙	ร้อยละ ๕๔.๑๑
		ผลงาน	๒๐๓	๖๐	๓๖	๙๐	๓๑	๓๔	๔๕๔	
		ร้อยละ	๕๘.๖๗	๓๗.๙๗	๕๒.๑๗	๖๙.๗๖	๓๕.๖๓	๖๘.๐๐	๕๔.๑๑	

๕. ข้อมูลตามเป้าหมาย การตรวจติดตาม และ/หรือ ผลลัพธ์ในแนวทางการตรวจราชการ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ	- การจัดให้มีเตียงดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน (Acute Care) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ (A) โดยจัดไว้ที่ห้องสังเกตอาการกลุ่มงานจิตเวชและห้องฉุกเฉิน - มีการจัดช่องทางพิเศษกรณีพบจิตเวชเร่งด่วนที่นำส่งโดยตำรวจหรือมูลนิธิ - มีระบบ Consultจิตแพทย์โดยตรงกรณีหอบผู้ป่วยในพบผู้ป่วยจิตเวชร่วมอาการทางกายและใช้ระบบSafety Unit - โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีการจัดเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน แต่มีการจัด Safety Unit ในกรณีต้อง Admit ผู้ป่วยจิตเวชร่วมฝ่ายกาย - ระดับปฐมนุญมิใช่การส่งต่อโดย ๑๖๖๙ กรณีพบจิตเวชเร่งด่วน	- การขาดแคลนบุคลากรและโครงสร้างด้านสถานที่ทำให้ไม่สามารถเปิดหอบผู้ป่วยจิตเวชได้ - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่งด่วน ที่มารับบริการช่วงนอกเวลาค่อนข้างยุ่งยากทั้งการดูแล และการส่งต่อ เนื่องจากไม่มีบุคลากรเฉพาะทาง	- ส่วนกลางควรมีการจัดอบรมการดูแลกรณีจิตเวชเร่งด่วนแก่ - แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ER
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ	- โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นแม่ข่ายใหญ่ของระบบยาในจังหวัด โดยมียาที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวช ๒๖ ชนิด และมียาที่นอกเหนือจากบัญชียามาตรฐานตามการพิจารณาของแผนกจิตเวช - โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมียาจิตเวชที่จำเป็นพื้นฐาน โดยมี	- การ Stock ยาจิตเวชที่จำเป็น แต่ไม่มีการเบิกใช้ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง อาจทำให้รายการยาดังกล่าวถูกตัดออก เนื่องจากแนวทางการเบิกจะใช้ข้อมูลการใช้ยาเป็นหลักในการจัดสรร	- ควรมีการจัดทำคู่มือการใช้ยาจิตเวชสำหรับบุคลากรระดับปฐมนุญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในพื้นที่

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	แพทย์ทั่วไปเป็นผู้ส่งจ่าย -มีเภสัชกรร่วมในทีมดูแลผู้ป่วยที่รับยาทางจิตเวช วางแผนพัฒนาให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยากับผู้ป่วยใหม่ทุกราย และให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และมีระบบการติดตามผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยา -สสจ. มีการจัดทำทะเบียนยาจิตเวชของทุกโรงพยาบาลไว้เป็นฐานข้อมูลกลาง เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในพื้นที่ - มีการนำเข้ายาสามัญสำหรับเด็กในทุกโรงพยาบาล		
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น	-ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๔๒.๒๔ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) -ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๖๕.๑๘ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕) -ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๖๑.๐๓ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘) - มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่อาการคงที่ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - มีการจัดอบรมความรู้ด้านการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น แก่บุคลากรสาธารณสุข	-การเก็บข้อมูลจาก๔๓ แฟ้ม ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ข้อมูลการเข้าถึงโรงซึมเศร่ายังต่ำกว่าความเป็นจริง - การกรองข้อมูลแบบการสะสมยอด ผู้รับบริการ สามารถรกรองการซ้ำในปีเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถรกรองผู้ที่มีารรับบริการซ้ำในคนละปีงบประมาณได้ อาจทำให้เกิดการนับข้อมูลซ้ำ - ในการกรณี่ที่การวินิจฉัยจิตเวชเป็นการวินิจฉัยหลัก แต่มีภาวะซึมเศร่ายร่วมด้วยทำ	-ควรเพิ่มการค้นหาและคัดกรองโรคซึมเศร่าในรายอำเภอที่การเข้าถึงบริการน้อย

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	๓๐ คน และอาสาสมัครสาธารณสุข ๔๐ คน เมื่อเดือน มีนาคม ๒๕๖๐ - มีการเยี่ยม ประเมินการดำเนินงานคลินิก กระตุ้นพัฒนาการและ WCC ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการประเมิน พัฒนาการ เพื่อคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็ก โดยติดตามเยี่ยมครบทุกโรงพยาบาลและครบทุกอำเภอ และมีการนำส่วนขาดมาพัฒนาโดยการ จัด Training ให้บุคลากรสาธารณสุข ระดับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความมั่นใจและความแม่นยำในการคัดกรอง พัฒนาการมากขึ้น (ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม ๒๕๖๐) - จัดประชุมชี้แจงบุคลากรในโรงเรียนด้าน จำนวน ๒๑ โรงเรียนและผู้แทนจากเขตพื้นที่ การศึกษาและการศึกษาเอกชนในการพัฒนา IQ/EQ และการส่งต่อตามแบบประเมินเมื่อ พบเด็กที่มีเกณฑ์สมาธิสั้น (ดำเนินการเมื่อ มีนาคม ๒๕๖๐.)	ให้การวินิจฉัยซึมเศร้าไม่ถูกนับ - เป้าหมายการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ทุกปี และไม่สอดคล้องกับความชุกในพื้นที่ -ไม่สามารถเก็บข้อมูลความครอบคลุมจากสถานพยาบาลเอกชน - ประชาชนสิทธิอื่นๆ หรือผู้มีเศรษฐานะดี จะมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการนอกพื้นที่ -การ By pass ของผู้ป่วย - ผู้ปกครองมักไม่ยอมรับกรณีพบว่าบุตรหลานมีพัฒนาการล่าช้า หรือพบภาวด้าน พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ - คิวรับการตรวจที่โรงพยาบาลยวประสาทค่อนข้างนาน	
๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม (๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	-โรงพยาบาลทุกและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีระบบการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงทั้ง ๓ กลุ่มโดยใช้แบบ ๒ Q, ๙Q และ ๘ Q และการติดตาม	-	-ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการที่เป็นเชิงปริมาณที่ชัดเจนมากขึ้น - จัดทำคู่มือการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	เยี่ยมทางโทรศัพท์ - มีการจัดทำ Flow Chart และแนวทางการส่งต่อ กรณีซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยโรงพยาบาลสมุทรปราการ - โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต จัดบอร์ด เสี่ยงตามสาย แจกเอกสารแผ่นพับ คัดกรองซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ยังไม่ครอบคลุม - กลุ่มเป้าหมาย วางแผนพัฒนาให้มีการคัดกรองซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆในกลุ่มเสี่ยง และจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในผู้ป่วยจิตเวชและญาติ		การฆ่าตัวตายอย่างง่ายสำหรับประชาชน
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน	- โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ - โรงพยาบาลทุกแห่งมีการบันทึกข้อมูลลงในระบบ รง๕๐๖S - สสจยังกำหนดให้มีการรายงานผ่าน รงสุขภาพจิต๘ โรคและ มบ๑	- ผู้ป่วยบางรายที่มานอกเวลา มักให้ที่อยู่ไม่ชัดเจน ทำให้ติดตามไม่ได้ - ข้อมูลในรง๕๐๖S ค่อนข้างเยอะและบางประเด็นอาจกระทบความรู้สึกของญาติหรือแม้แต่ผู้ป่วยเองก็ไม่อยากให้ข้อมูล - ภาระงานบุคลากรมากทำให้การบันทึกโปรแกรม๕๐๖ S ยังไม่ครบถ้วน	- ควรมีการติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ รง๕๐๖ S อย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	-บูรณาการการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับทีมหมอครอบครัว -บูรณาการร่วมกับตำบล Long Term Care ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ/ ผู้พิการ - พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ /ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้กับหน่วยบริการทุกแห่ง (แต่ละ CUP เป็นเจ้าภาพ) - มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับ Psychosocial Clinic ในระบบโรงพยาบาล	- ขาดการดูแล เฝ้าระวังและคัดกรองและอย่างต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล - ครอบครัวและชุมชนขาดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมและการแปรปรวนของอารมณ์โดยคิดว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ไม่ใช่ความผิดปกติ จึงทำให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการ	-ควรมีการผลิตสื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชน - เพิ่มเนื้อหาการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในหลักสูตร อสม. ชีวชาญ

๖. ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๖.๑ ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success factors)

๑. การดำเนินงานสุขภาพจิตมีการบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานอื่นโดยเน้นกิจกรรมด้านส่งเสริม,ป้องกัน
๒. โรงพยาบาลทั่วไปแสดงบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงอย่างชัดเจนในลักษณะ “พี่น้องช่วยกัน” ในการเปิด Mobile Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน
๓. โรงพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงเป็นหัวหน้าทีมในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตเวช
๔. งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน และผู้รับผิดชอบทุกคนร่วมเป็นคณะทำงาน Services Plan
๕. งานสุขภาพจิตและจิตเวชมีการแชร์ทรัพยากรกันภายในเครือข่าย เช่นการระดมทรัพยากรด้าน คน วัสดุสิ่งของในกรณีเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช
๖. หน่วยบริการทุกระดับมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในรูปแบบที่เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน
๗. มีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลสุขภาพจิตเวช ทั้งการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

๖.๒ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

๑. จิตแพทย์ในจังหวัดสมุทรปราการมีเพียง ๓ ท่าน ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม
๒. ขาดแคลนบุคลากรที่จำเป็นเช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
๓. โรงพยาบาลสมุทรปราการยังไม่มีนโยบายในการเปิดหอผู้ป่วยในจิตเวช
๔. มีข้อจำกัดในการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีผู้ป่วยจิตเวชมีโรคทางกายร่วมด้วย
๕. มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ต่อเนื่อง

๗. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการผลักดันงานพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช

๑. ควรให้มีนักจิตวิทยาคลินิกในทุกโรงพยาบาล
๒. สนับสนุนโควต้าเรียนฟรี (ทั้งค่าลงทะเบียนและค่าเดินทาง) ให้พยาบาลวิชาชีพในทุกระดับเรียนต่อใน หลักสูตรPGจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๓. กำหนดหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนในหลักสูตร PG และพยาบาลเวชปฏิบัติ
๔. มีการจัดอบรมหลักสูตรด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการกระตุ้นพัฒนาการ สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ

ผู้รายงาน นายแพทย์ณัฐพล จงสุขวรากุล
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
วันเดือนปี ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐
เบอร์โทร ๐๘๗ - ๔๕๔๖๕๔๖
E – Mail Nattaponjongsuk@gmail.com

ผู้รายงาน นางวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันเดือนปี ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐
เบอร์โทร ๐๘๖-๓๗๔๔๘๔๐
E – Mail wiwan๔๕@gmail.com

ผู้รายงาน นางกาญจนา วรรณะพาหุณ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันเดือนปี ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐
เบอร์โทร ๐๘๑ - ๘๙๐-๗๖๔๒
E-Mail ann๙๙๙๘@gmail.com

สาขาสุติกรรม

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 – มีนาคม ๒๕๖๐ 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 (M๑)	รพ.บางบ่อ (M๒)	รพ.บางจาก (F๑)	รพ.พระสมุทร (F๒)	รพ.บางเสาธง (F๓)	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค. - ธ.ค.๕๙)
	ผลการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสมุทรปราการ	เป้าหมาย	๑,๗๕๔	๕๒๐	๕๑๒	๑๔๖	๘๘	๐	
		ผลงาน	๖๗๕	๔๐	๑๐๓	๕๖	๐	๐	
		อัตรา/ร้อยละ	๓๘.๔๘	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

แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ ไตรมาส ที่ ๒ (ข้อมูล ม.ค.- มี.ค.๖๐)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สป.	บพ.	บบ.	บจ.	พส.	บธ.	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ม.ค.- มี.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาล M๒= ๒๕%	เป้าหมาย	๗๔๘	๗๔๘	๗๔๘	๗๔๘	๗๔๘	๗๔๘	๗๔๘
		ผลงาน	๖๒๓	๓๕	๘๐	๑๐	๐	๐	๙๐
		ร้อยละ	๘๓.๒๙	๔.๖๘	๑๐.๗๐	๑.๓๔	๐.๐๐	๐.๐๐	๑๒.๐๓
๒	อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = ๐	เป้าหมาย	๑,๔๗๐	๔๗๖	๔๐๐	๑๔๙	๗๒	๐	๒,๕๖๗
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		ร้อยละ	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐

แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.- มี.ค.๖๐)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สป.	บพ.	บบ.	บจ.	พส.	บธ.	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ต.ค.- มี.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาล M๒= ๒๕%	เป้าหมาย	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒	๑,๖๒๒
		ผลงาน	๑,๒๙๘	๗๕	๑๘๓	๖๖	๐	๐	๒๔๙
		ร้อยละ	๘๐.๐๒	๔.๖๒	๑๑.๒๘	๔.๐๖	๐	๐	๑๕.๓๕
๒	อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = ๐	เป้าหมาย	๓,๒๓๐	๙๙๖	๙๑๒	๒๙๕	๑๖๐	๐	๕,๕๙๓
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

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

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

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากร (สูติแพทย์, วสัญญแพทย์ และพยาบาล)
- สถานที่ (Blood Blank)

แนวทางการพัฒนา

- ควรมีการจัดการด้านบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อระบบบริการ
- ธนาคารเลือดควรมีทุก รพ. หรือแหล่งที่จะใช้สำรองเลือดเพื่อใช้กรณีฉุกเฉิน

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. มีการนำ CPG PPH มาใช้ในการดูแลเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวทั้งจังหวัด
๒. ควรกระจายสูติแพทย์ไปในที่ที่ไม่มีสูติแพทย์ คือกระจายสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลบางบ่อ ไปยังโรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ เป็นต้น
๓. ควรเอาเลือดมาเก็บไว้ในโรงพยาบาลชุมชน กรุ๊ปละ ๒ ยูนิต เป็นต้น
๔. สูติแพทย์ของ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางบ่อ ควรกระชับความสัมพันธ์มากกว่านี้ โดยมี สสจ. เป็นแกนนำ สูติแพทย์โรงพยาบาลบางบ่อควรรับโหลดงานของสูติแพทย์โรงพยาบาลบางพลี
๕. ควรมีการจ้างวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลมาทำงาน เพื่อขับเคลื่อนให้เปิดห้องผ่าตัดนอกเวลาได้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีสูติแพทย์
๖. ควรมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม สามารถไปคลอด โรงพยาบาลที่ตนเองใช้สิทธิ์อยู่ได้โดยไม่ต้องมาใช้บริการคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ ด้วยเหตุผลเพื่อลดค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับโรงพยาบาลของรัฐ เกินกว่าความรับผิดชอบ
๗. มีเกณฑ์ในการรับส่ง Refer ที่ชัดเจน และเปิดช่องทางในการรับ Consult ได้โดยตรงกับสูติแพทย์ของ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๘. ควรจัดทุนสูติแพทย์ให้ รพช. มากขึ้น ควรจะเป็นรพ.ละ ๒ ทุนในครั้งเดียว เพื่อให้มาช่วยกันจะลดความกดดัน เนื่องจากการที่ให้ครั้งละ ๑ ทุน เมื่อมาปฏิบัติงานแล้วมีความกดดัน ทนไม่ไหวก็ลาออก

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมิน Blood loss ของผู้คลอดทุกราย

ผู้รายงาน	นางวาสนา ธงชัย แบร์นุยส์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๘๑ ๖๔๙ ๘๗๕๒
ข้อมูล ณ วันที่	๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

สาขากุมารเวชกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

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

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

SP ๑๖ อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ぶりบูรณ์ลดลง ๑๐%

๓. สถานการณ์

จากข้อมูลการดำเนินงานการพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรมในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า โรคที่พบบ่อยในเด็ก ๑ เดือน ถึง ๕ ปี คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็น ๑ ใน ๕ อันดับโรคแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๙ มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ทำให้อุบัติการณ์ปอดบวมในเด็กเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สถิติผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ (เทียบ ๒ ไตรมาส) คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๖, ๔๙.๘ และ ๓๖.๖ ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ (เทียบ ๒ ไตรมาส) คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒๐, ๓๖.๗๐ และ ๒๓.๖๐ ตามลำดับ และอัตราตายผู้ป่วยปอดบวม เท่ากับ ๐.๒๖

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

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

งบประมาณปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

ข้อมูล ณ ๓๑ มี.ค.๖๐

	รพ.พระสมุทรฯ	รพ.บางจาก	รพ.บางบ่อ	รพ.บางพลี	รพ.สป.	ภาพรวมจังหวัด
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม						
- ผู้ป่วยนอก	๘๑	๒๒๑	๑๔๔	๑๙๕	๑,๖๘๐	๒,๓๒๑
- ผู้ป่วยใน	๔๗	๑๙๙	๗๘	๑๒๒	๓๑๕	๗๖๑
จำนวนผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากโรคปอดบวม	-	-	-	-	๒	๒
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่ Refer in ภายในจังหวัด	๔	๑	-	๒	-	๗
จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่ Refer out ออกนอกเขต	-	๑	๒	-	๙*	๑๒
ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ	-	-	-	-	-	-

*หมายเหตุ - โรคคัลยกรรม
- 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 ๐.๒๑)	ลดลง ร้อยละ ๑๐	๑๑	๐.๒๔ (เป้าหมายปี ๖๐ ๐.๙๓)	๒	๐.๒๖ (เป้าหมายปี ๖๐ ๐.๑๙)
๒	อัตราการส่งผู้ป่วย Pneumonia เข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย (ปี ๒๕๕๙ = ๖ ราย)	ลดลง ร้อยละ ๒๕	๑๗๒ (ปี ๕๙ = ๒๕๐)	+๓๑.๒	๗	-๒๕
๓	อัตราการส่งต่อออกนอกเครือข่ายบริการ (ปี ๒๕๕๙ = ๘ ราย)	ลดลง ร้อยละ ๕๐	๕๗ (ปี ๕๙ = ๔๘)	-๑๘.๗๕	๑๒	-๕๐
๔	อัตราการส่งกลับผู้ป่วยที่พ้นวิกฤตไปโรงพยาบาลในเครือข่าย	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐	๖๗ (ปี ๕๙ = ๔๘)	+๓๙.๕๘	๐	๐
๕	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อ	ลดลง ร้อยละ ๓๐	๘๘ (ปี ๕๙ = ๙๔)	-๖.๓๘	๐	๐

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

๒. การส่งต่อออกเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคที่ส่งออกนอกเครือข่ายเป็นโรคทางศัลยกรรมเด็ก ๖ ราย โรคหัวใจ ๒ ราย และโรคทางระบบประสาท ๔ ราย ที่เกินศักยภาพ

๔.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ (การวิเคราะห์/สังเคราะห์ ข้อมูลเชิงลึกตามประเด็นและกรอบแนวทางการตรวจราชการ)

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

๑. ช่วงไตรมาสที่ ๒ พบว่ามีการ refer in ลดลงจากไตรมาสแรก รพ.ระดับ S (รพ.บางพลี) กับ F๒ (รพ.พระสมุทรฯ) ส่งผู้ป่วยโรคปอดบวม มารพ.สป. รพ.ละ ๑ ราย เนื่องจากเกินศักยภาพและไม่มีกุมารแพทย์ในรพ.F๒ ๒. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือน - ๕ ปีเปรียบเทียบ ๒ ไตรมาส ปี ๒๕๕๙ และปี ๒๕๖๐ พบว่า อัตราตายในปี ๒๕๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๑ ในปี ๒๕๖๐ คิดเป็น ร้อยละ ๐.๒๖

(ค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๑๐ จาก ๒ ไตรมาสปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๑๙๘) ฉะนั้นรวม ๒ ไตรมาสในปี ๒๕๖๐ ยังเกินค่าเป้าหมายอยู่ ๐.๐๖๒

๓. รพ.สป. ยังพบว่าการส่งต่อนอกเขต ๙ ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคทางศัลยกรรม และ refer ในเขตสุขภาพที่ ๖(รพ.ชลบุรี) จำนวน ๑ ราย เป็นโรคเลือด

๔. รพ.ชุมชนในจังหวัด refer ออกนอกเขต ๓ ราย (รพ.บางบ่อ ๒ ราย และรพ.บางจาก ๑ ราย)

๕. รพ.สป.มีการพัฒนา competency ของพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและ PICU ปีละ ๓ คน

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 และจะเปิดได้ปลายปี ๒๕๖๔ เนื่องจากครุภัณฑ์ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ
๒. ขาดแพทย์เฉพาะทาง Chest
๓. มีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

แนวทางการพัฒนา

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

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ผ้าห่อตัวติดตุ๊กแกต่อความสำเร็จในการพ่นยาเด็กอายุ ๓ เดือน – ๓ ปี (อยู่ระหว่างการวิจัย)

ผู้รายงาน	นางอำพันธุ์ พรมีศรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน 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) ไปยังโรงพยาบาลระดับ A (โรงพยาบาลสมุทรปราการ) ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒๒.๗๒ จังหวัดสมุทรปราการจึงได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Service Plan สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ในเชิงระบบตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

๑) มีคณะกรรมการพัฒนา Service Plan สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ประชุมสัญจรลงหน่วย บริการ โดยบูรณาการร่วมกับ Service Plan สาขาอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนา

๒) มีทะเบียนศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ระดับ A (โรงพยาบาลสมุทรปราการ) จำนวน ๙ คน, โรงพยาบาลระดับ M๑ (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 M๑, M๒, F๑ และ F๒

๔) มีการจัดระบบส่งต่อให้สอดคล้องกับศักยภาพการให้บริการของแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงสภาพการเดินทาง รวมทั้งตั้งไลน์กลุ่มศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน

๕) มีช่องทางการปรึกษาโดยส่งภาพเอกซเรย์ผ่านระบบไลน์ และปรึกษาทางโทรศัพท์ก่อน refer ผ่านระบบ Thai refer

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด		ผลงาน รพ.ม๒ ลงไป	
			ปี ๒๕๕๙ (ตค.๕๘- มีค.๕๙)	ปี ๒๕๖๐ (ตค.๕๙- มีค.๖๐)
๑	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M๒ ลงไป	๗๐	๔๔.๕๔	๘๓.๘๓
	จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ระดับ M๒ ลงไป (ราย)		๑๕๙	๑๔๐
	จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาล ทั้งจังหวัด (ราย)		๓๕๗	๑๖๗

จากการที่คณะกรรมการพัฒนาระบบ Service Plan สาขาศัลยกรรมกระดูก ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Service Plan ในเชิงระบบทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนให้เป็นแนวทางเดียวกันตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ , ลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน , สะท้อนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อนำมาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย และ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่โรงพยาบาลชุมชน Refer In เข้าโรงพยาบาลจังหวัดทุกราย จึงส่งผลให้ในรอบ ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลตั้งแต่ M ๒ ลงไป มีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้ร้อยละ ๘๓.๘๓

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

Building blocks plus	การพัฒนา ระดับ A : รพ.สมุทรปราการ	การพัฒนา ระดับ S, M๒ : รพ.บางพลี / รพบางบ่อ	การพัฒนา ระดับ F : พ.บางจาก/พระสมุทรเจดีย์ฯ และ รพ.สต.ในเขต
๔. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (technologies)	- มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทาง Line กับ รพช.ในจังหวัด - มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Non - displace fractureและการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน - เครื่องมือผ่าตัดทั่วไปพร้อมตลอดเวลา - มีคลังเลือดสนับสนุนทั้งจังหวัด และการเก็บเลือดให้พร้อมใช้ที่ OR	- มีเครื่องมือ มีห้องผ่าตัดพร้อมและมีระบบการสำรองเลือดก่อนการผ่าตัด	- มีระบบการให้คำปรึกษา consultation - มีระบบสื่อสารเพื่อการรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ - มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วย Non -displace fracture
๕. การเงินการคลัง (Financing)	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนาการจัดเก็บค่ารักษาให้ครบถ้วนเพื่อเพิ่มรายได้ - เงินบำรุง	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เงินบำรุง	- งบประมาณจากเขตฯ สสจ.หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - เงินบำรุง
๖. ธรรมภิบาล (Leadership and Governance)	มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสาขาศัลยกรรมกระดูก ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า	คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสาขาศัลยกรรมกระดูก ระดับจังหวัดดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า	คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสาขาศัลยกรรมกระดูก ระดับจังหวัดดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า
๗. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation)	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนดูแลผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ความรู้การป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแก่ อสม. และผู้นำชุมชน	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ฝึกทักษะ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๕. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

-

แนวทางการพัฒนา

- ทบทวน และลงติดตามการดำเนินงานตามแนว CPG อย่าง ต่อเนื่อง
- เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาโดยให้แพทย์ติดต่อกับแพทย์โดยตรง
- มีการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์สำหรับ

ผู้รายงาน นางพยอม มณีพฤกษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
E-Mail Pyom.manee@hotmail.com
โทรศัพท์ ๐๘๖ ๑๐๑ ๕๖๐๔

ผู้ประสานงาน นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖ ๘๘๖ ๓๒๐๔
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

สาขาศัลยกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

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

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome :

SP ๑๙ ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (Rupture Appendectomy) เป้าหมาย <๒๐%

SP ๒๐ ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ
เป้าหมาย <๔%

- Acute Cholecystitis
- Gut Obstruction
- Acute Pancreatitis
- Acute Cholangitis
- PU perforate

SP ๒๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน
(Limb Ischemia) เป้าหมาย <๒๐%

SP ๒๒ ร้อยละของการถูกตัดขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา (Limb
Ischemic)

๓. สถานการณ์

ในปี ๒๕๕๙ จังหวัดสมุทรปราการ มีอัตรา Rupture appendectomy ร้อยละ ๑๓.๕๖, อัตราตาย
จาก Acute abdomen ๕ กลุ่มโรค ได้แก่ Acute Cholecystitis, Gut Obstruction, Acute Pancreatitis,
Acute Cholangitis, PU perforate เท่ากับ ร้อยละ ๓.๔๘, ๑๔.๑๐, ๔.๒๘, ๙.๑๗, ๑๒.๕๐ ตามลำดับ
และอัตราตายจาก Limb ischemia เท่ากับ ๔๒.๑๑ อัตราการตัดขาดใน Limb ischemia เท่ากับ ๐

จังหวัดสมุทรปราการ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Service Plan สาขาศัลยกรรม ในเชิงระบบ
เครือข่ายการให้บริการที่ชัดเจน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

๑) มีคณะกรรมการพัฒนา Service Plan สาขาศัลยกรรม ประชุมสัญจรลงหน่วยบริการ
โดยบูรณาการร่วมกับ Service Plan สาขาอื่น ๆ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาโอกาส
พัฒนา

๒) มีทะเบียนศัลยแพทย์ ทั้งจังหวัดมีศัลยกรรมแพทย์ จำนวน ๑๓ คน ศัลยกรรมทั่วไป ๙ คน
ศัลยกรรมประสาท ๒ คน ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ๑ คน และศัลยกรรมตกแต่ง ๑ คน ปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลระดับ A ศัลยกรรมทั่วไป ๖ คน ศัลยกรรมระบบประสาท ๒ คน ศัลยกรรมระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ๑ คน และศัลยกรรมตกแต่ง ๑ คน, โรงพยาบาลระดับ M๑ ศัลยกรรมทั่วไป ๑ คน โรงพยาบาล
ระดับ M๒ ศัลยกรรมทั่วไป ๑ คน และโรงพยาบาลระดับ F๑ ศัลยกรรมทั่วไป ๑ คน

๓) มีธนาคารเลือด ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ : ระดับ A และโรงพยาบาลบางพลี : ระดับ M ๑

๔) จัดทำ Guideline การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โดยนำแบบประเมิน Alvarado Score มาใช้ครอบคลุมทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

๕) มี ICU ศัลยกรรม ที่ รพ.สมุทรปราการ จำนวน ๑๑ เตียง

๖) มีการจัดระบบส่งต่อให้สอดคล้อง กับศักยภาพการให้บริการของแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงสภาพการเดินทาง รวมทั้งตั้งไลน์กลุ่มศัลยแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน โดยให้โรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ : ในเวลาราชการให้ผ่าตัดเอง นอกเวลาให้ส่งต่อเฉพาะวันที่ศัลยแพทย์ไม่อยู่เวร ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีศัลยแพทย์ให้ส่งตรงโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทั้งใน – นอกเวลาราชการ

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
			๒๕๕๙ ทั้งปี	๖ เดือน ปี ๒๕๕๙	๖ เดือน ปี ๒๕๖๐
๑	อัตรา Rupture Appendectomy	< ๒๐	๑๓.๕๖	๑๓.๐๕	๑๖.๓๙
	จำนวนผู้ป่วยที่ไส้ติ่งแตกทั้งหมด		๒๗๖	๑๙๗	๑๒๑
	จำนวนผู้ป่วยที่ได้ Dx ไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด		๒,๐๓๕	๑,๕๐๙	๗๓๘
๒	อัตราการตายจาก Acute abdomen				
	๒.๑ Acute Cholecystitis	< ๔	๓.๔๘	๓.๐๖	๑.๔๒
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก acute cholecystitis ทั้งหมด		๗	๕	๔
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย acute cholecystitis ทั้งหมด		๒๐๑	๑๖๓	๒๘๐
	๒.๒ Gut Obstruction	< ๔	๑๕.๑๐	๑๒.๕๙	๓.๙๒
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก gut obstruction ทั้งหมด		๒๙	๑๘	๖
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย gut obstruction ทั้งหมด		๑๙๒	๑๔๓	๑๕๓
	๒.๓ Acute Pancreatitis	< ๔	๔.๒๘	๓.๘๑	๕.๔๐
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก acute pancreatitis ทั้งหมด		๖	๔	๔
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย acute pancreatitis ทั้งหมด		๑๔๐	๑๐๕	๗๔
	๒.๔ Acute Cholangitis	< ๔	๙.๑๗	๗.๓๒	๙.๐๙
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก acute cholangitis ทั้งหมด		๑๐	๖	๖
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย acute cholangitis ทั้งหมด		๑๐๙	๘๒	๖๖
	๒.๕ PU perforate	< ๔	๑๒.๕๐	๒๐	๐
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก PU perforate ทั้งหมด		๑	๑	๐
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย PU perforate ทั้งหมด		๘	๕	๒๘
๓	อัตราการตาย Limb ischemia	< ๒๐	๔๒.๑๑	๓๗.๒๑	๔.๐๐
	จำนวนผู้ป่วยตายจาก Limb ischemia ทั้งหมด		๒๔	๑๖	๒
	จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Limb ischemia ทั้งหมด		๕๗	๔๓	๕๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
			๒๕๕๙ ทั้งปี	๖ เดือน ปี ๒๕๕๙	๖ เดือน ปี ๒๕๖๐
๔	อัตราตัดขาในผู้ป่วย Limb Ischemic	๐	๐	๐	๐
	จำนวนผู้ป่วยเฉพาะที่ถูกวินิจฉัยว่าส่วนขา มี Limb ischemia แล้วถูกตัดขา ทั้งหมด		๐	๐	๐
	จำนวนผู้ป่วยเฉพาะที่ถูกวินิจฉัยว่าส่วนขา มี Limb ischemia ทั้งหมด		๓๕	๒๖	๒๗
๕	ผลงาน Appendectomy ราย รพ.	At. M๒ ร้อยละ ๒๕ ทั้งจังหวัด			
	- รพ.สมุทรปราการ		๖๑๓	๔๐๙	๔๕๒
	- รพ.บางพลี M๑		๒๒๔	๑๐๕	๑๔๗
	- รพ.บางบ่อ M๒		๒๖๐	๑๘๐	๑๙๒
	- รพ.บางจาก F ๑		๒๒	๑๒	๑๔
	- รพ.พระสมุทรเจดีย์ ๓ F๒		๐	๐	๐
	- รพ.บางเสาธง F๓		๐	๐	๐
	รวม		๑,๑๑๙	๗๐๖	๘๐๕
	ร้อยละของผลงาน ตั้งแต่ M๒ ลงไป	๒๕.๒๐ %	๔๒.๐๖ %	๔๓.๘๕ %	
๖	อัตรา Refer in Appendectomy เข้า รพ.จังหวัด	ลดลง ๓๐ %			
	- รพ.บางพลี M๑		๔๙	๔๒	๓๖
	- รพ.บางบ่อ M๒		๑๔	๑๑	๑๒
	- รพ.บางจาก F ๑		๓๒	๒๔	๑๐
	- รพ.พระสมุทรเจดีย์ ๓ F๒		๔๖	๔๐	๒๘
	- รพ.บางเสาธง F๓		๔	๒	๐
	รวม		๑๔๕	๑๑๙	๘๖
				ลดลง ๒๗.๗๓	

จากการที่คณะกรรมการพัฒนาระบบ Service Plan สาขาศัลยกรรม ได้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ Service Plan ในเชิงระบบอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยมีการลงเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน มีการสนับสนุนวิชาการ ในการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่กำหนด รวมทั้งทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตจาก Acute abdomen เพื่อนำมาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ส่งผลให้ในรอบ ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ อัตรา Rupture Appendectomy, อัตราตายจาก Acute abdomen, อัตราตาย Limb ischemia, อัตราตัดขาในผู้ป่วย Limb ischemic, ผลงานการผ่าตัด Appendectomy ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป , อัตราการ Refer in Appendectomy เข้าโรงพยาบาลจังหวัด ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ยังไม่ผ่านเกณฑ์เพียง ๑ โรค ได้แก่ Acute Cholangitis ซึ่งจะต้องดำเนินการพัฒนาต่อไป สำหรับผลงานการผ่าตัด Appendectomy ของโรงพยาบาลตั้งแต่ M๒ ลงไป เมื่อเปรียบเทียบกับในรอบ ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กับ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เท่ากับ ร้อยละ ๔๓.๘๕ ของผู้ป่วยที่ผ่าตัด Appendectomy ทั้งจังหวัด และอัตราการ Refer in Appendectomy เข้าโรงพยาบาลจังหวัด ลดลง ร้อยละ ๒๗.๗๓ ซึ่งผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

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

โรงพยาบาลบางพลี เป็นระดับ M๑ แต่มีศัลยแพทย์เพียง ๑ คนเท่านั้น จึงไม่ได้เป็น Node เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลสมุทรปราการ ส่งผลให้ภาระงานของโรงพยาบาลสมุทรปราการสูง ประกอบกับสภาพพื้นที่และอัตรากำลังโดยเฉพาะแพทย์และทีมผ่าตัดที่มีอยู่ ไม่เอื้อต่อการจัด Node

๖. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

- ศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลระดับ M๑ (โรงพยาบาลบางพลี) มีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ

แนวทางการพัฒนา

- ให้ทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (guide line) อย่างเคร่งครัดและตั้งกลุ่มไลน์ศัลยแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกัน

ผู้รายงาน	นางมณีนีรัตน์ มโนรมชัชวาล	ผู้ประสาน	นางสุภารัตน์ ถิ่นหัวเตย
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์	๐๖๑ ๔๔๒ ๓๕๖๒	โทรศัพท์	๐๘๖ ๘๘๖ ๓๒๐๔
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐		

สาขาหัวใจ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และหรือการทำบอลลูน
๒. การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดระยะเวลาการรอการทำให้
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

จังหวัดสมุทรปราการ มีแนวทางการให้บริการ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือดแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายการส่งต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลเอกชนที่ สปสช.รองรับ คือโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓ มีระบบ Fast Tract และมีระบบ consult referral system ผ่านศูนย์ Refer ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และปี ๒๕๖๐กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ สาขาหัวใจและหลอดเลือดทุก ๓ เดือน โดยได้มีการประชุมไป ๑ ครั้งแล้ว เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ ที่ ห้องประชุม ๖๐ ปี โรงพยาบาลสมุทรปราการ

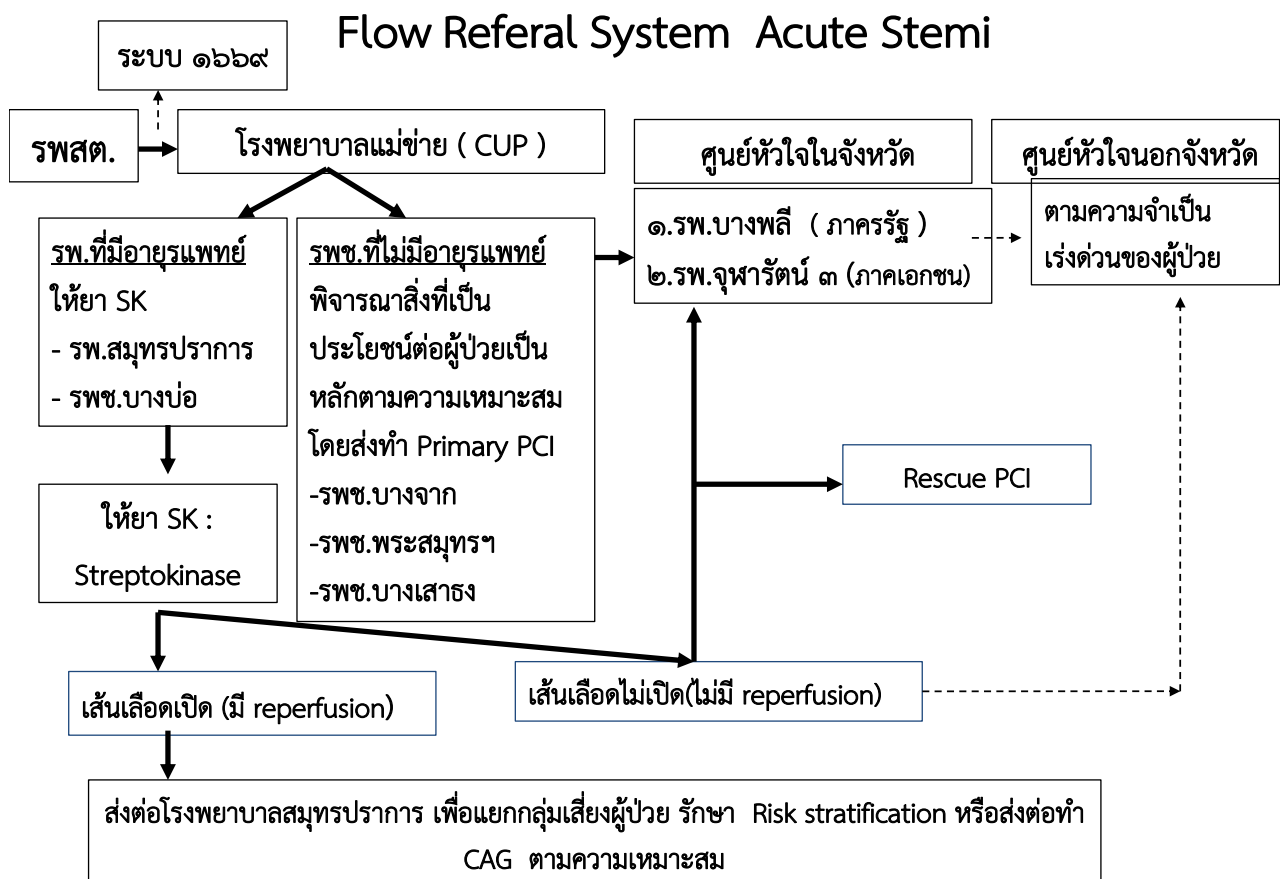
ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีการคมนาคมสะดวก อยู่ใกล้กรุงเทพฯ ที่มีโรงพยาบาลรัฐและ เอกชน เช่น รพ.จุฬาลงกรณ์ , รพ.จุฬารัตน์ ๓ อินเตอร์ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่หลายแห่ง เป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเลือกที่จะไปใช้บริการได้ อีกทั้งโรงพยาบาลภาครัฐภายในจังหวัดสมุทรปราการ ยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ (ด้านการรักษาและการผ่าตัด) จึงเป็นเหตุให้โรงพยาบาลภาครัฐใช้ระบบ การส่งต่อไปรักษาตามโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดและโรงพยาบาลภายนอกเขตจังหวัดดังกล่าว และในส่วนของระบบการจัดการของโรงพยาบาล ปัจจุบันได้เร่งพัฒนาระบบการบริการโดยการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ และลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้ป่วย

กระบวนการ/ขั้นตอนในการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ

๑. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัด จัดการประชุมทุก ๓ เดือน
๒. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการในระดับโรงพยาบาล
๓. การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการ ปัญหาและองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจปีละ ๑ ครั้ง
๔. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลและส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ
๕. มีระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกับภาคเอกชนที่ชัดเจน รวดเร็ว ใช้เทคโนโลยีต่างๆ มาช่วยในการ ดำเนินการจัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเร็วขึ้น และใช้ระบบ Thai Refer ในการส่งต่อ ข้อมูลภายในจังหวัด
๖. ประชาสัมพันธ์หมายเลข ๑๖๖๙ เพื่อรองรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มาทันเวลาใน การส่งทำ PCI ลดอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality)

การวางแผนและการพัฒนาระบบส่งต่อที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ

แผนภาพการจัดโครงสร้างการส่งต่อ Acute STEMI จังหวัดสมุทรปราการ
(มติที่ประชุมคณะผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙)



แนวปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยในการให้ยา SK และ Primary PCI

แนะนำให้ทำ Streptokinase ในกรณี

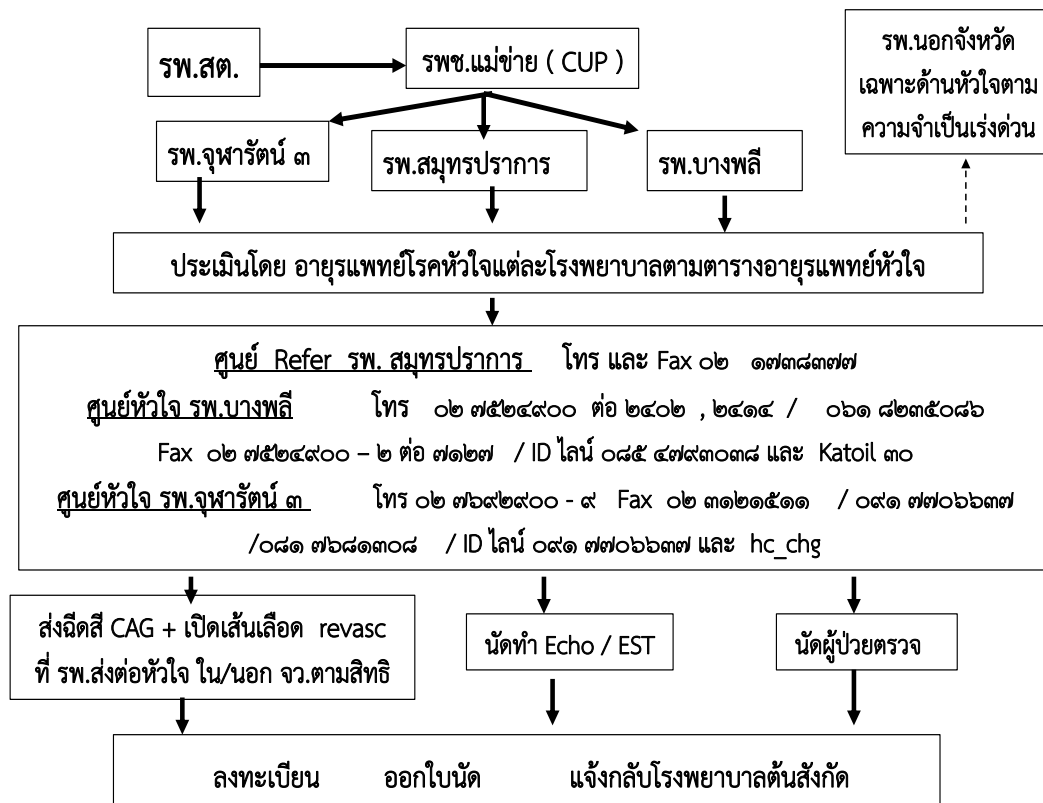
๑. onset of chest pain to hospital น้อยกว่าเท่ากับ ๓ ชั่วโมง
๒. ไม่ใช่ anterior หรือ extensive anterior wall
๓. ไม่มี heart failure (ฟังเสียงปอดปกติ)
๔. ไม่มี contraindication สำหรับ Streptokinase

แนะนำส่งทำ Primary PCI ในกรณี

๑. onset of chest pain to hospital มากกว่า ๓ ชั่วโมง
๒. เป็น anterior หรือ extensive anterior wall
๓. มี heart failure (ฟังเสียงปอดผิดปกติ)
๔. มี contraindication สำหรับ Streptokinase หรือเคยได้ Streptokinase มาก่อน

จังหวัดสมุทรปราการ มีศูนย์โรคหัวใจ และระยะเวลาการเดินทางระยะเวลาในการเดินทางจากพื้นที่มายังศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลบางพลี ใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาที (ซึ่งศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีความพร้อมในการฉีดยา SK แต่การส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลบางพลี มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยสูงกว่า ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตผู้ป่วย)

Flow Referral System Non Stemi



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 เลขา ฯ Service Plan สาขาหัวใจตามแบบฟอร์มที่กำหนด ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป คุณนริศรา ต๊ะต้อมใจ ทาง E - Mail : mae_uan@hotmail.com และสำเนาแจ้งผู้ ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 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

รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙- มีนาคม ๒๕๖๐)

อำเภอ	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐๐๐๐
เมือง	๑๖	๕๓๒,๐๖๗	๓.๐๑
บางบ่อ	๔	๑๐๕,๖๖๓	๓.๗๘
บางพลี	๑๙	๒๔๑,๕๓๘	๗.๘๗
บางจาก	๙	๑๙๗,๙๒๒	๔.๕๕
พระสมุทรเจดีย์	๘	๑๓๓,๓๘๑	๕.๙
บางเสาธง	๓	๗๖,๑๑๘	๓.๙
รวม	๕๙	๑,๒๘๖,๖๘๙	๔.๕๘

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.๕๙	มค - มีค.๖๐	เมย - มิย.๖๐	กค. - กย.๖๐
๒๕๕๕ = ๒๐.๙๔ จังหวัด	เป้าหมายร้อยละ๑๐ใน ๕ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๔) = ๒.๐๙๔ ฉะนั้น ๑ ปี ต้องลดลง ร้อยละ๐.๔๑๘๘ (๐.๑๐๔๗ ต่อไตรมาส)	๒๐.๘๓	๒๐.๗๓	๒๐.๖๒	๒๐.๕๒
๒๕๕๕ = ๒๓.๓๖ ประเทศ	ผลงาน	๒.๔๑	๔.๕๘		
	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		

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

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนรพ.ตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในเขตนั้น (A)	จำนวนรพ.ระดับ F๒ ขึ้นไปทั้งหมดในเขต (B)	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด(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)	๑๐๐ %
			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/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (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

(๓.๒) รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙- มีนาคม ๒๕๖๐)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ				ผ่าน/ไม่ผ่าน
หน่วยงาน	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)	ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention)	อัตรา(ร้อยละ)	
เมือง	๔๕	๓๙	๘๖.๖๗	ผ่าน
บางพลี	๑๕	๑๕	๑๐๐	ผ่าน
บางบ่อ	๒๑	๑๙	๙๐.๔๗	ผ่าน
พระประแดง	๑๕	๑๒	๘๐.๐๐	ผ่าน
พระสมุทรเจดีย์ฯ	๑๓	๑๓	๑๐๐	ผ่าน
บางเสาธง	๓	๓	๑๐๐	ผ่าน
รวม	๑๑๒	๑๐๑	๙๐.๑๘	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

(๔.๒)รายการข้อมูล ปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙- มีนาคม ๒๕๖๐)

อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล				ผ่าน/ไม่ผ่าน
หน่วยงาน	ผู้ป่วย STEMI	ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต	อัตรา (ร้อยละ)	
เมือง	๔๕	๒	๔.๔๕	ผ่าน
บางพลี	๑๕	๐	๐	ผ่าน
บางบ่อ	๒๑	๑	๔.๗๗	ผ่าน
พระประแดง	๑๕	๐	๐	ผ่าน
พระสมุทรเจดีย์ฯ	๑๓	๐	๐	ผ่าน
บางเสาธง	๓	๐	๐	ผ่าน
รวม	๑๑๒	๓	๒.๖๘	ผ่าน

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ป้างบประมาณ ๒๕๖๐ ของ
จังหวัดสมุทรปราการ เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ – มีนาคม ๒๕๖๐

ตัวชี้วัด	รพ. สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ. พระสมุทรฯ	รพ. บางเสาธง	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลา Door to EKG ภายใน ๑๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๗๑.๐๖% (๒๗,๓๘)	๙๓.๓๓% (๑๔,๑๕)	๘๕.๗๑% (๑๘,๒๑)	๘๖.๖๖% (๑๓,๑๕)	๘๔.๖๒ (๑๑,๑๓)	๑๐๐% (๓,๓)	๘๑.๙๑ (๘๖,๑๐๕)
ระยะเวลา Door to Diagnosis time ภายใน ๒๐ นาที (เป้าหมาย ๑๐๐%)	๕๐.๐% (๑๙,๓๘)	๘๐.๐% (๑๒,๑๕)	๑๐๐.๐% (๒๑,๒๑)	๖๐.๐% (๙,๑๕)	๘๔.๖๒ (๑๑,๑๓)	๑๐๐% (๓,๓)	๗๑.๔๓ (๗๕,๑๐๕)
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจนส่งต่อ Door to Departure ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐% (๐,๓๒)	๐	๑๕.๗๘% (๓,๑๙)	๘.๓๔% (๑,๑๒)	๑๐๐ (๑๓/๑๓)	๑๐๐% (๓,๓)	๒๕.๓๒ (๒๐,๗๙)

ตัวชี้วัด	รพ. สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ. พระสมุทรฯ	รพ. บางเสาธง	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลา Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐% (๐,๓)	๐	๐	๐	๐	๐	๐% (๐,๓)
ระยะเวลา Door to balloon time ภายใน ๙๐ นาที (เป้าหมาย ๕๐%)	๐	๗๓.๓๓% (๑๑,๑๕)	๐	๐	๐	๐	๗๓.๓๓% (๑๑,๑๕)
ระยะเวลา Onset of chest pain to door time (เก็บข้อมูล)	๓๙๘	๐	๐	๐	๐	๐	๓๙๘
ระยะเวลา Total ischemic time SK ข้อ ๔+ข้อ ๖ (เก็บข้อมูล)	๖๘๐	๐	๐	๐	๐	๐	๖๘๐
ระยะเวลา Total ischemic time Primary PCI ข้อ ๕+ข้อ ๖ (เก็บข้อมูล)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI (In hospital mortality เป้าหมาย น้อยกว่า ๑๐%)	๔.๔๕% (๒,๔๕)	๐% (๐,๑๕)	๔.๗๗% (๑,๒๑)	๐% (๐,๑๕)	๐% (๐,๑๓)	๐ (๐,๓)	๒.๖๘% (๓,๑๑๒)
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(คน)	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๓
จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ส่ง PPCI (คน)	๓๒	๑๕	๑๙	๑๒	๑๓	๓	๙๔
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ PPCI (เป้าหมาย >๗๕%)	๘๖.๖๗% (๓๙,๔๕)	๑๐๐% (๑๕,๑๕)	๙๐.๕๓% (๑๙,๒๑)	๘๐.๐% (๑๒,๑๕)	๑๐๐ (๑๓,๑๓)	๑๐๐ (๓,๓)	๙๐.๑๘% (๑๐๑,๑๑๒)

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

- โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีอายุรแพทย์ และอายุรแพทย์โรคหัวใจ(ด้านผ่าตัด)
- ระบบการส่งต่อมีทิศทางหลากหลายเนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไปรับการรักษาจาก รพ .อื่นๆที่มีศักยภาพและมาติดต่อขอให้ส่งตัวผู้ป่วยย้อนหลัง /ภายหลังการรักษาไม่ได้กลับมารักษาต่อเนื่องที่ รพ .ต้นสังกัด ทำให้ ต้องพัฒนาประสานติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้

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 และใช้ ข้อมูล เพื่อติดตามงานร่วมกันได้

ผู้รายงาน	นางนริศรา ต๊ะต้อใจ	ผู้ประสาน	นายต่อศักดิ์ เกษนา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์	๐๒ ๗๐๑ ๘๑๓๒ ต่อ ๒๕๔๒	โทรศัพท์	๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๒๙, ๑๓๐
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐	E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th

สาขาโรคมะเร็ง

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก
 - ๑.๑ ด้านการผ่าตัด
 - บริหารจัดการการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
 - บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม
 - ๑.๒ ด้านเคมีบำบัด
 - ส่งสัยแพทย์เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้ยาเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - เพิ่มอัตรากำลังใจแพทย์ พยาบาลสาขารักษาด้านเคมีบำบัด
 - ๑.๓ ด้านรังสีรักษา
 - บริหารจัดการ ส่งต่อเพื่อการ ฉายรังสี รักษาผู้ป่วย โรคมะเร็ง เพื่อลดระยะเวลารอคอยอย่างเหมาะสมอย่างเหมาะสม
 - บริหารจัดการและประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อผู้ป่วยมะเร็งอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน

๒. ตัวชี้วัด

Health Outcome :

๒๗. ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนัก 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

จังหวัดสมุทรปราการพบประชากรตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (มกราคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๕๙) จังหวัดสมุทรปราการพบประชากร ตายด้วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งหลอดลมและปอด (๒๔๐) มะเร็งตับ (๒๓๗) มะเร็งเต้านม (๙๓) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (๗๗) และมะเร็ง กระเพาะอาหาร(๕๔) ตามลำดับ *ข้อมูลจากมรณะบัตรกระทรวงมหาดไทย

สมุทรปราการจัดอบรมการใช้โปรแกรม Thai cancer based เมื่อวันที่ ๑๘-๑๙ มกราคม ๒๕๖๐ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการจัดทำทะเบียนมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจในการทำทะเบียนมะเร็งที่เป็น มาตรฐานอย่างถูกต้องและสามารถนำข้อมูลตอบตัวชี้วัดได้

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค.๕๙ – มี.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด	๑๒๓
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์	๑๑๖
		อัตรา/ร้อยละ	๙๔.๓๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด	๑๑๘
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	๙๓
		อัตรา/ร้อยละ	๗๘.๘๑
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ $\geq 80\%$	เป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยรังสีรักษา	๔๔
		ผลงาน ผู้ป่วยที่เข้าถึงรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์	๓๖
		อัตรา/ร้อยละ	๘๑.๘๒
๔	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ(อัตราการตายลดลง คิดเป็น ๒๔.๙ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย จำนวนประชากรกลางปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (จากทะเบียนราษฎร)	๑,๒๘๖,๖๘๙
		ผลงาน จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)	๙๙
		อัตรา/ร้อยละ	๗.๖๙

๔.๒ อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ต.ค.๕๙ - มี.ค.๖๐)
๑	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ(อัตราตายลดลง คิดเป็น ๒๔.๙ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย จำนวนประชากรกลางปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (จากทะเบียนราษฎร)	๑,๒๘๖,๖๘๙
		ผลงาน จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)	๙๙
		อัตรา/ร้อยละ	๗.๖๙

๔.๓ การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ข้อมูลจาก Health data service	ผลการดำเนินงาน	
			ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ (ต.ค.๕๘ - มี.ค.๕๙)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)
๑	สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๐-๗๐ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ≥ร้อยละ ๘๐	เป้าหมาย	๔๑๓,๖๐๘	๓๓๔,๑๙๗
		ผลงาน	๕๘,๕๔๖	๑๑๗,๒๒๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๑๕	๓๕.๐๘
๒	สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ร้อยละ ๘๐ (ปี๕๘ - ๖๒ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ≥ร้อยละ ๘๐)	เป้าหมาย	๒๘๒,๙๖๑	๒๖๔,๐๗๒
		ผลงาน	๙,๑๑๐	๔๓,๙๔๗
		อัตรา/ร้อยละ	๓.๒๒	๑๖.๖๔

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

๑. ขาดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญ

- แพทย์ เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เช่นพยาธิแพทย์ แพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์ศัลยกรรมเป็นต้น
- พยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคมะเร็งและพยาบาลให้ยาเคมีบำบัด ๑๐ วัน
- ขาดเภสัชกรผสมยาเคมีบำบัดและห้องผสมยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐาน

๒. ขาดสถานที่ ไม่มีแผนกหอผู้ป่วยในที่รักษาเฉพาะผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งกระจายไปนอนรักษาแผนกต่างๆ

๓. การรักษาด้วยการฉายแสงรังสี ต้องส่งต่อออกนอกเขต เข้ากรุงเทพเนื่องจากผู้ป่วยสะดวกและค่าใช้จ่ายถูกกว่า

๔. ขาดข้อมูลการ Refer กลับหลังส่งรักษาต่อ

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค

๑. การรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก
 - การผ่าตัดที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มาตามนัดผ่าตัดหรือมาล่าช้าเกินระยะเวลาตามนัด
 - การให้เคมีบำบัดที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก ระยะเวลารอคอยผลชิ้นเนื้อนาน ผู้ป่วยร่างกายไม่พร้อมหรือมาล่าช้าเกินระยะเวลาเนื่องจากความเชื่อส่วนตัวไปรักษาแผนโบราณก่อน
 - การฉายแสงที่ไม่ได้ ๑๐๐% เนื่องจาก ต้องrefer ฉายแสง และคิวฉายแสงนาน ๒-๓เดือนแต่ได้มีการบริหารจัดการวางระบบส่งต่อที่รวดเร็วไว้วงหน้า และ ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาไม่สะดวก เดินทางไปรักษา, ค่าใช้จ่ายสูงและร่างกายไม่พร้อม
๒. การลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ
 - การประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ การงดดื่มสุราให้ประชาชนเข้าใจ ถึงโทษที่เกิดต่อร่างกาย ไม่ต่อเนื่อง
๓. การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
 - ประชาชนเขตเมืองทำงานสถานประกอบการไม่สามารถเข้าไปตรวจในโรงงานได้
 - สถานประกอบการไม่ให้ความร่วมมือ (จนท.ไปตรวจที่สถานประกอบการขาดรายได้)
 - วัฒนธรรมชาวไทยผู้หญิงอายุไม่กล้าตรวจมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก

แนวทางการพัฒนา

๑. การให้ข้อมูลโรคและการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อให้เข้าใจและยินยอมรักษา
๒. แพทย์เจ้าของไข้ก่อนผ่าตัดแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจโรคและความจำเป็นในการต้องรับผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจให้พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
๓. พัฒนาระบบการรายงานผลชิ้นเนื้อให้รวดเร็วภายในเวลาที่กำหนด
๔. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการคัดกรอง มะเร็งเต้านม /มะเร็งปากมดลูกให้ร่วมมือในการตรวจคัดกรองทุกปีอย่างต่อเนื่อง
๕. ให้ข้าราชการสตรีอายุมากกว่า ๔๐ปี ต้องตรวจเต้านม CBE ในการตรวจสุขภาพประจำปี
๖. ฉีดวัคซีนป้องกัน HBV ในกลุ่มเสี่ยง

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน (ประชารัฐ) ในการทำหน่วยเคมีบำบัดเป็นแบบอย่าง

ผู้รายงาน	นางวรรณิ วุฒิเกตุ	ผู้ประสาน	น.ส.ศัญทิมา พุคามี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนชำนาญงาน
โทรศัพท์	๐๙๑-๙๙๗-๙๑๕๖		
E-Mail	wannee4u@outlook.co.th		
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน 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

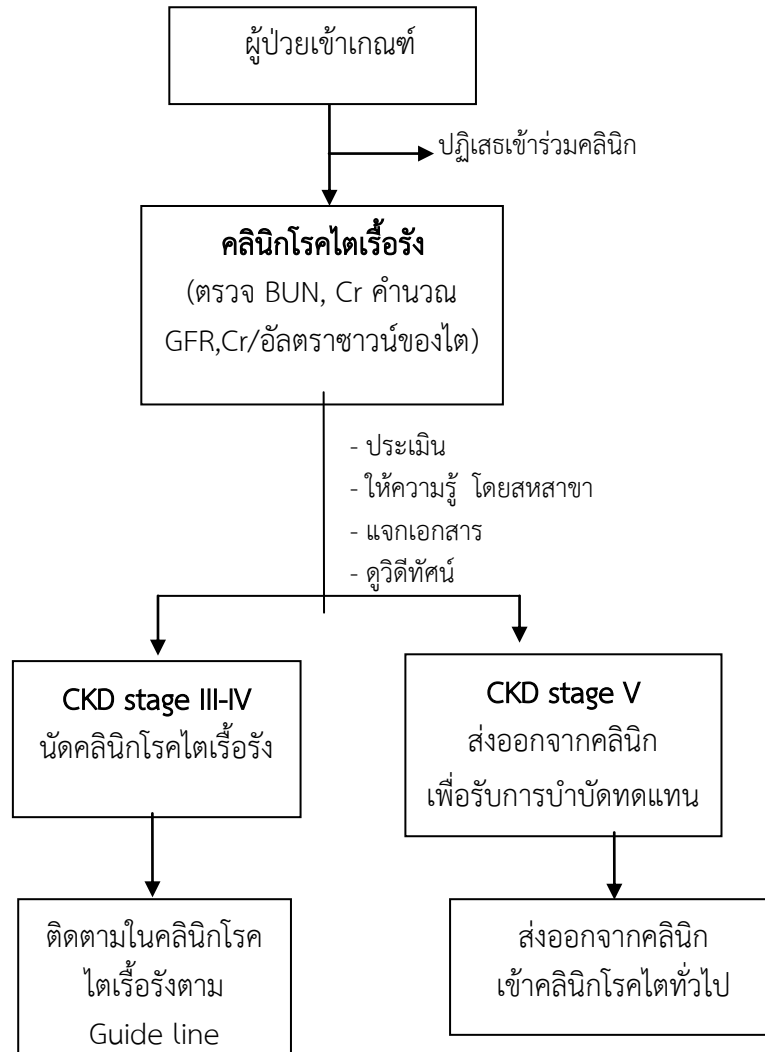
- ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ (ศูนย์ไตเทียม) เปิดดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต และเป็นแม่ข่ายรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน
- ระดับ M๑ โรงพยาบาลบางพลี เปิดดำเนินการเมื่อตุลาคม ๒๕๕๖ ดำเนินงานตามแนวทางให้บริการรักษา และให้ความรู้ผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยที่ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- ระดับ M๒, F๑, F๒ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางจาก, โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะไตวายเรื้อรัง เมื่อพบ stage ๓-๕ คลินิก NCD จะส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษาจากเภสัชกร นักกำหนดอาหาร / 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

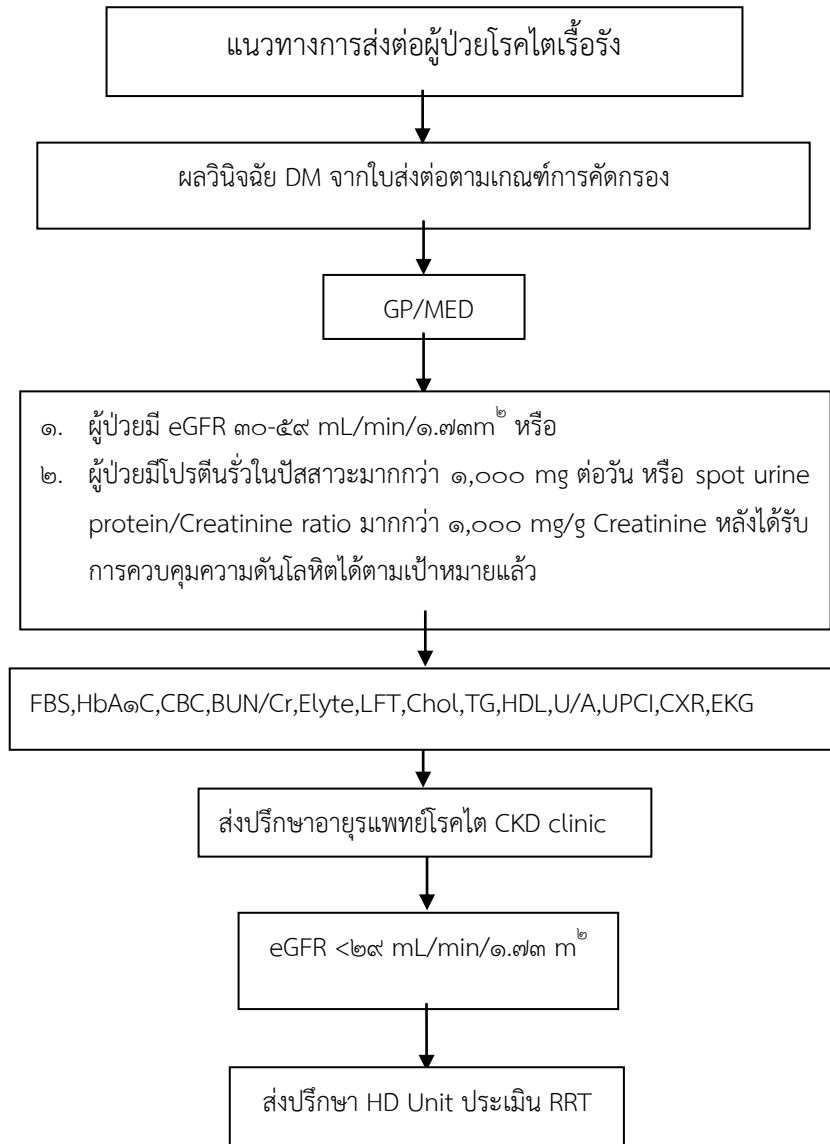
๒. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต เพื่อให้การดูแลขณะส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ



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

ส่วนที่ ๓ การวางแผนและการพัฒนาระบบส่งต่อที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ

การส่งต่อและดูแลผู้ป่วย CKD stage ๑-๕



ส่วนที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคิวรักษาพยาบาล

๑. ระยะรอคิวบริการ CAPD

- ระยะเวลาเฉลี่ย ในการรอทำ CAPD = ๒๐ วัน (หลังวางสายTenckhoff)
- ระยะเวลาการคอยการใส่สาย TK นับตั้งแต่วันที่ Nephro sign จนถึงวันวางสายเท่ากับ

๑๔ วัน

๒. ระยะรอคิวบริการ HD

- ผู้ป่วยเข้าคิว HD ๑-๒ สัปดาห์ (มีศูนย์ไตเทียม ๒๑ ศูนย์ในจังหวัดสมุทรปราการ)
- ระยะเวลาการคอยการทำ Vascular access นับแต่ที่ Nephro sign จนถึงวันทำ
 - DLC = ๑ วัน
 - PERM CATH = ๑ วัน
 - AVF, AVG = ๔๕ วัน (ส่งตัวเข้ารับการทำให้ รพ. ที่มีศักยภาพมากกว่า)

๓. การทำ KT มีระยะเวลารอคอย >๑ ปี

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr (เป้าหมาย : ≥ ๖๕% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาสที่ ๑/๒๕๖๐ ภาพรวมของจังหวัด ผ่านตัวชี้วัดตามเกณฑ์ แต่ในรายละเอียดระดับอำเภอ มีที่ **ไม่ผ่าน** คือ อำเภอเมือง อำเภอบางพลี และอำเภอบางบ่อ ตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ : ข้อมูลไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (เป้าหมาย : ≥ ๖๕% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)			ผ่าน/ไม่ผ่าน
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr x ๑๐๐ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥ ๖๕% (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอเมือง	๘๐๘	๑,๓๓๔	๖๐.๕๗	ไม่ผ่าน
อำเภอบางพลี	๑,๑๐๙	๑,๗๗๑	๖๒.๖๒	ไม่ผ่าน
อำเภอบางบ่อ	๕๓๘	๘๔๕	๖๓.๖๗	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 และไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐) ภาพรวมของจังหวัด ไม่ผ่านตัวชี้วัดตามเกณฑ์ แต่ในรายละเอียดระดับอำเภอมีที่ **ผ่าน** คือ อำเภอ พระประแดง เพียงแห่งเดียว ดังต่อตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ : ข้อมูลไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (เป้าหมาย: ≥๖๕% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)			ผ่าน/ไม่ผ่าน
	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr x ๑๐๐ (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ (B)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥๖๕% (A/B) x ๑๐๐	
อำเภอเมือง	๑,๑๙๙	๒,๐๐๘	๕๙.๗๑	ไม่ผ่าน
อำเภอบางพลี	๗๓๗	๑,๒๒๑	๖๐.๓๖	ไม่ผ่าน
อำเภอบางบ่อ	๓๗๒	๖๐๔	๖๑.๕๙	ไม่ผ่าน
อำเภอพระประแดง	๔๐๕	๕๓๓	๗๕.๙๘	ผ่าน
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ฯ	๔๓๙	๗๒๒	๖๐.๘๐	ไม่ผ่าน
อำเภอบางเสาธง	๑๓	๒๗	๔๘.๑๕	ไม่ผ่าน
รวม	๓,๑๖๕	๕,๑๑๕	๖๑.๘๘	ไม่ผ่าน

๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

(๒) KPI CKD ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดสมุทรปราการ ปี ๒๕๖๐ ตาราง ที่ ๓

ตารางที่ ๓ ข้อมูลไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

อำเภอ	B	A	อัตรา(๑๐๐)	ปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)			
				ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒	
				จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อำเภอเมือง	๓๓,๕๑๖	๓,๕๕๒	๑๐.๖	๑,๐๑๖	๓	๑,๒๕๐	๓.๗
อำเภอบางพลี	๑๑,๑๘๖	๘๑๐	๗.๒๔	๖๖๘	๖	๗๕	๐.๗
อำเภอบางบ่อ	๘,๔๗๐	๔๐	๐.๔๗	๒๔	๐.๓	๑๕	๐.๒
อำเภอพระประแดง	๑๓,๘๙๒	๘๑๙	๕.๙	๕๐๒	๓.๖	๒๖๕	๑.๙
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ฯ	๘,๔๓๗	๙๒๐	๑๐.๙	๓๘๓	๔.๕	๕๑๑	๖.๑
อำเภอบางเสาธง	๔,๒๖๖	๒๑๕	๕.๐๔	๓๓	๐.๘	๘๘	๒.๑
รวม	๗๙,๗๖๗	๖,๓๕๖	๗.๙๗	๒,๖๒๖	๓.๓	๒,๒๐๔	๒.๘

หมายเหตุ A = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

B = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

ผลการดำเนินงาน ในรอบไตรมาสที่ ๑-๒ ปี ๒๕๖๐ ภาพรวมการคัดกรองโรคไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยั้่น้อยมาก ผลงานเท่ากับร้อยละ ๗.๙๗

(๓) KPI CKD ๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัดสมุทรปราการ ปี ๒๕๖๐

ตามตาราง ที่ ๔

อำเภอ	B	A	อัตรา (๑๐๐)	ปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)			
				ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒	
				จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อำเภอเมือง	๓,๕๕๒	๑,๑๐๘	๓๑.๑๙	๓๖๙	๑๐.๔	๓๗๓	๑๑
อำเภอบางพลี	๘๑๐	๑๙๓	๒๓.๘๓	๑๓๗	๑๖.๙	๒๔	๓
อำเภอบางบ่อ	๔๐	๔	๑๐.๐๐	๒	๕	๒	๕
อำเภอพระประแดง	๘๑๙	๑๗๓	๒๑.๑๒	๘๙	๑๐.๙	๖๙	๘.๔
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ฯ	๙๒๐	๒๓๔	๒๕.๔๓	๘๑	๘.๘	๑๔๙	๑๖
อำเภอบางเสาธง	๒๑๕	๕๓	๒๔.๖๕	๘	๓.๗๒	๑๘	๘.๔
รวม	๖,๓๕๖	๑,๗๖๕	๒๗.๗๗	๖๘๖	๑๐.๗๙	๖๓๕	๙.๙๙

ผลการดำเนินงานในรอบไตรมาสที่ ๑-๒ ปี ๒๕๖๐ ภาพรวมทั้งจังหวัด มีผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ พบว่ามีจำนวน ผู้ป่วยรายใหม่ทุกไตรมาส

๓. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยDM, HT โดยแยกตาม stage

(๔) ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (จากข้อมูล HDC)

ตารางที่ ๕

จังหวัดสมุทรปราการ	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจำแนกตาม Stage										
	รวมทุก Stage	Stage ๑	ร้อยละ	Stage ๒	ร้อยละ	Stage ๓	ร้อยละ	Stage ๔	ร้อยละ	Stage ๕	ร้อยละ
เมือง	๔,๗๓๙	๕๓๗	๑๑.๓๓	๙๔๑	๑๙.๘๖	๑,๘๕๘	๓๙.๒๑	๗๐๔	๑๔.๘๖	๖๙๙	๑๔.๗๕
บางพลี	๓,๕๒๘	๑,๐๑๒	๒๘.๖๘	๑,๑๕๗	๓๒.๗๙	๑,๐๑๘	๒๘.๘๕	๒๔๑	๖.๘๓	๑๐๐	๒.๘๓
บางบ่อ	๒,๐๘๘	๕๓๔	๒๕.๕๗	๖๘๖	๓๒.๘๕	๖๒๐	๒๙.๖๙	๑๕๕	๗.๔๒	๙๓	๔.๔๕
บางจาก	๑,๖๕๖	๓๙๖	๒๓.๙๑	๖๘๔	๔๑.๓	๔๑๖	๒๕.๑๒	๙๘	๕.๙๒	๖๒	๓.๗๔
พระสมุทรฯ	๓,๑๘๐	๗๕๓	๒๓.๖๘	๑,๓๙๗	๔๓.๙๓	๘๕๗	๒๖.๙๕	๑๓๗	๔.๓๑	๓๖	๑.๑๓
บางเสาธง	๕๕	๔	๗.๒๗	๒	๓.๖๔	๒๗	๔๙.๐๙	๑๘	๓๒.๗๓	๔	๗.๒๗
รวม	๑๕,๒๔๖	๓,๒๓๖	๒๑.๒๓	๔,๘๖๗	๓๑.๙๒	๔,๗๙๖	๓๑.๔๖	๑,๓๕๓	๘.๘๗	๙๙๔	๖.๕๒

จากตาราง ตาราง ที่ ๕ การจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage พบว่าผู้ป่วย มีได้รับการจำแนก Stage ได้เพิ่มขึ้นทำให้สามารถเตรียมความพร้อมในการรักษา โดยเฉพาะการบำบัดรักษาทดแทนไต

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่ เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามปัจจัยที่ทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินการ และโครงการที่ส่งผลให้งานประสบความสำเร็จ
๒. การดำเนินงานเครือข่ายที่ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ให้ความสำคัญและร่วมมือในการพัฒนาระบบ เช่นในการร่วมอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อเครือข่ายร่วมดูแล และมีการเยี่ยมบ้านร่วมกัน
๓. ผู้ประสานงานในระดับจังหวัดประสานงานในการเก็บตัวชี้วัดของทีม รพช. .สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และแก้ปัญหาได้ทันเวลา
๔. มีการจัดบริการ CKD clinic ในวันพฤหัสบดีที่ ๒ และ ๔ ของเดือนในช่วงบ่าย ใช้ห้องล่างใต้ทางช่องท้องเป็นหน่วยบริการ โดยใช้รถนำส่งผู้ป่วยในส่วนของพยาบาลที่รับมอบหมายให้เข้าปฏิบัติงานในหน่วยล่างใต้ทางช่องท้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ พยาบาลร่วมในคลินิก
๕. ปัจจุบันอัตราค่าส่งทางพยาบาลที่มีอยู่จริง ๔ คน พยาบาลทุกคนผ่านการอบรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผ่านการรับรองจากสภาพยาบาล และมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเข้าอบรมเพิ่มในส่วนของการล่างใต้ทางช่องท้อง ๔ คน
๖. มีการบริหารอัตราค่าส่งโดยใช้ การหมุนเวียนพยาบาลในส่วนหน่วยล่างใต้ทางช่องท้องและหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีการใช้อัตรากำลังที่เป็นพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็น Staff Mixed ที่ผ่านการสอนโดยพยาบาลไตเทียมร่วมดูแลภายใต้การควบคุมกำกับของพยาบาลไตเทียมเพื่อ แก้ปัญหาอัตราค่าส่ง 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. ควบคุมกำกับบริการศูนย์ไตเทียมในจังหวัดให้ได้มาตรฐาน
๔. Case Manager ในบางโรงพยาบาลไม่สามารถรวบรวมและเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ
๕. ขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และไม่เป็นไปในทางเดียวกัน
๖. มีการลงทะเบียนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เกิดความซ้ำซ้อนในเขตบริการ
๗. การกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจนและมีจำนวนมากเกินไป

๘. ฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ การลงรหัสโรคไม่ครบถ้วน 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 ที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีอาการหนักจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยตนเอง ภาวะ Uremia, Volume overload Electrolyte Imbalance เป็นต้น วิธีการรักษา CAPD ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการทำเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ ไม่มี Caregiver และบ้านที่อยู่เป็นบ้านเช่าทำให้ไม่สามารถเลือกวิธีการรักษา CAPD ได้

แนวทางการพัฒนา

ด้านระบบการให้บริการ

๑. ปรับฐานข้อมูลใน HDC ให้เป็นปัจจุบัน

๒. ส่งเสริมและกระตุ้นมีการขยายบริการ CAPD ใน รพ.ระดับ M๑ โดยมี รพ.ระดับ A เป็นพี่เลี้ยง

๓. มีแผนการประเมินหน่วยบริการบริการศูนย์ไตเทียมในจังหวัดประจำปี

๔. จัดทำคู่มือ การจัดการฐานข้อมูล และอบรมการใช้งานให้ทุกแห่งสามารถบริหารจัดการข้อมูลของตนเองได้

๕. จัดให้มีการประชุมเป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยการทำงาน

ด้านบุคลากร

สนับสนุนทุนและตำแหน่งบรรจุเพิ่มขึ้น

ด้านผู้ป่วย

๑. สนับสนุนการจัด Palliative Care ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา โดยมี Renal nurse Palliative ร่วมดูแลและส่งต่อทีมเครือข่ายชุมชน

๒. สนับสนุนและส่งเสริมให้ศูนย์ไตเทียมที่ตั้งใน รพ. ช่วยทำในการทำ Acute HD ใน รพ. เพื่อผ่อนคลายภาระงาน ใน รพ. จังหวัดที่มีแห่งเดียวที่รับผู้ป่วยจำนวนมาก

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

สนับสนุนทุนและตำแหน่งบรรจุเพิ่มขึ้น

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. เครื่องออกกำลังกาย Two-in-one-Exercise ใช้ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง



๒. มหัศจรรย์ไข่ขาว เป็นเมนูอาหารที่ทำจากไข่ขาวให้ผู้ป่วยฝึกทำอาหารและแจกเมนูให้กลับไปทำที่บ้าน



ผู้รายงาน
ตำแหน่ง
ข้อมูล ณ วันที่
E-Mail
โทรศัพท์

นางสุนทรี เพิ่มพูนสวัสดิ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
sunkail๒๐๐๘๘@gmail.com
๐๒ ๗๐๑ ๘๑๓๒ ต่อ ๒๕๓๖

ผู้รายงาน
ตำแหน่ง
ข้อมูล ณ วันที่
E-Mail
โทรศัพท์

นางบุบผา ตีระสิทธิพล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
Aon-bubpha@hotmail.com
๐๒ ๗๐๑ ๘๑๓๒ ต่อ ๒๕๓๖

ผู้รายงาน
ตำแหน่ง
ข้อมูล ณ วันที่
E-Mail
โทรศัพท์

นางรัตนา ใจทัศน์กุล
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
Control.spko@moph.mail.co.th
๐๒ ๓๘๙ ๕๕๘๐ ต่อ ๑๒๙

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 ($\geq 75\%$)

๓. สถานการณ์

การพัฒนาระบบบริการสาขาจักษุที่ผ่านมายังคงมีปัญหาทางด้านการบริหารจัดการข้อมูล ตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงาน การรายงานข้อมูล จนถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งจังหวัด ทำให้ข้อมูลตามตัวชี้วัดไม่สะท้อนกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่

ในส่วนของการพัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชนเริ่มชัดเจนมากขึ้น ในเรื่องการคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ และการคัดกรองภาวะสายตาสั้นในเด็กนักเรียน โดยมีการคัดกรองไปแล้วและลงข้อมูลได้ตามเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งรายงานข้อมูลการคัดกรองส่งระดับจังหวัด ส่วนใหญ่ได้เป้าหมายตามตัวชี้วัด ทำให้ข้อมูลเริ่มสะท้อนความจำเป็นของทั้งจังหวัดมากขึ้น

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

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

ข้อมูล (ต.ค.๕๕-มี.ค.๖๐)

สถานพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (A) (๓ เดือนแรก)			จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมายโดยกก.พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา กระทรวงสาธารณสุข (B)			จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน (A/B) x ๑๐๐		
	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม ๒ ไตรมาส	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม ๒ ไตรมาส	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม ๒ ไตรมาส
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	๑๙๒	๑๘๙	๓๘๑	๓๒๐	๓๒๐	๖๔๐	๖๖.๖๓	๖๖.๖๓	๖๖.๖๓
สถาบันราชประชาสมาสัย	๘๗	๑๒๔	๒๑๑	๑๑๗	๑๑๗	๒๓๔	๗๔.๓๖	๑๐๕.๙๘	๑๘๐.๓๔
โรงพยาบาลบางนา ๕	๔๒	๒	๔๔	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓	๐	๐	๐	๑๐	๑๐	๒๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ	๐	๐	๐	๕๒	๕๒	๑๐๔	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางพลี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางบ่อ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางเสาธง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลบางจาก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ภาพรวมจังหวัด	๓๒๑	๓๑๕	๖๓๖	๘๙๙	๘๙๙	๑๗๙๘	๓๕.๗๑	๓๕.๐๔	๓๕.๓๗

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

รายละเอียด	แหล่งที่มา	ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล		
		ต.ค.๕๕- มี.ค. ๕๙	ต.ค.๕๕ - ธ.ค.๕๙	ต.ค.๕๙- มี.ค.๖๐
ตั้งตั้ง A	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา	๑๐๙,๖๘๒	๑๑๗,๓๘๐	๘๘,๔๕๒
ตัวคูณ ๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ตัวหาร B	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งหมดของจังหวัด	๑๖๓,๖๙๒	๑๖๓,๓๒๙	๑๗๓,๑๒๙
ผลการดำเนินงาน		๖๗.๐๑	๗๑.๘๗	๕๑.๐๙

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา ๖๐%

รายละเอียด	แหล่งที่มา	ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล		
		ต.ค.๕๘- มี.ค. ๕๙	ต.ค.๕๘ – ธ.ค.๕๙	ต.ค.๕๙- มี.ค.๖๐
ตั้งตั้ง A	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา	๔,๓๓๐	๖,๔๒๖	๑๑,๘๖๔
ตัวคูณ ๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ตัวหาร B	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดของจังหวัด	๒๔,๖๕๐	๒๔,๖๕๐	๓๕,๔๕๗
ผลการดำเนินงาน		๑๗.๕๗	๒๖.๐๗	๓๓.๔๖

ข้อมูลคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนระดับโรงเรียน

เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑									
จังหวัด	จำนวนนักเรียน (คน)			จำนวนคัดกรอง (คน)			แปรผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น		ได้รับแว่น (คน)
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ปกติ	ผิดปกติ	
สมุทรปราการ	๕,๐๕๓	๔,๕๑๔	๙,๕๖๗	๔,๙๘๗	๔,๔๔๘	๙,๔๓๕	๘,๙๐๗	๕๑๒	๘๕

๔.๒ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามกรอบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)
Blocks ที่ ๑. การจัดบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ตามมาตรฐาน

ระดับหน่วยบริการ	เป้าหมายการดำเนินงานในงบประมาณ ๒๕๖๐
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ M๑ 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 - จัดทำคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กก่อนุบาลและเด็กประถมโดยคุณครู

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

ระดับหน่วยบริการ	กลยุทธ์การดำเนินงานงบประมาณ ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ระดับ A โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระดับ M๑ โรงพยาบาลบางพลี ระดับ M๒ โรงพยาบาลบางบ่อ ระดับ F๑ โรงพยาบาลบางจาก ระดับ F๒ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ระดับ F๓ โรงพยาบาลบางเสาธง ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- พัฒนาระบบ Line และ Mail ในการ Consult - พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลการประสานงาน การเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในจังหวัด - เชื่อมโยงเครือข่าย ประสานงาน จาก โรงพยาบาล ถึง รพ.สต. และประสานกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. - ใช้โปรแกรม Vision ๒๐๒๐ ในการบันทึกข้อมูล	- การจัดเก็บข้อมูล Vision ๒๐๒๐ เป็นระบบและเชื่อมโยงในระดับ จังหวัดมากขึ้น

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

ประเภทบุคคล	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐						
	รพ.สมุทรปราการ	รพ. บางพลี	รพ. บางบ่อ	รพ. บางจาก	รพ.พระ สมุทร เจดีย์	รพ.บาง เสาธง	รพ.สต
	A	M๑	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
- ลาศึกษาต่อ จำนวน ๒ ท่าน
- ปฏิบัติงานด้านจักษุ จำนวน ๔ ท่าน

Blocks ที่ ๔. การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing) มีการปรับเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายค่าผ่าตัดที่จูงใจให้มุ่งเน้นการผ่าตัดต่อกระเจกษนิบอด

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 - มีนโยบายให้ประชาชนเข้าถึงบริการทำผ่าตัดต่อกระดูก - 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 ข้อมูลที่ นำมาเสนอยังคงไม่สะท้อนผลงานตามความเป็นจริง
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	๐๘๙ ๐๙๐ ๙๙๓๐	โทรศัพท์	๐๘๙ ๑๖๗ ๔๐๙๘
E-Mail	Bussaba-worasri@hotmail.com	E-Mail	control.spko@moph.mail.go.th
ข้อมูล ณ วันที่	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐		

สาขาสุขาภพช่องปาก

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดบริการสุขาภพช่องปากที่มีคุณภาพ ในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ
๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขาภพช่องปาก

๒. ตัวชี้วัด

Service Outcome

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

๓. สถานการณ์

๓.๑ จำนวนประชากรทั้งหมด ๑,๒๘๖,๖๘๙ คน จำนวนประชากรสิทธิ UC ๗๓๐,๓๙๗ คน

๓.๒ หน่วยบริการสุขาภพช่องปาก

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

๓.๓ จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัด

๓.๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๘๘ คน	สัดส่วนทันตแพทย์กสธ.ต่อประชากร	๑: ๒๗,๙๗๑ คน
ทพ.กสธ.	๔๖ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๗ คน
ทพ.เอกชน (คลินิก+ รพ.)	๑๓๗ คน	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง(รัฐ)	๔๔ คน
๓.๓.๒ จำนวนทันตภิบาลทั้งหมด	๖๕ คน	สัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากร	๑ : ๒๐,๔๒๔ คน
ทันตภิบาล ใน สสจ.	๒ คน	ทันตภิบาลใน รพ.	๑๓ คน
ทันตภิบาล ใน สสอ.	๐ คน	ทันตภิบาล ใน รพ.สต./ศสม.	๔๕ คน
ทันตภิบาลตำแหน่งนักวิชาการ (๔ ปี)	๕ คน		
นิยามของ “นวก.” คือ ทันตภิบาลที่ได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการและยังทำงานสุขาภพช่องปาก			
๓.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๑๐๐ คน	ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ในตำแหน่งจพ.ทันต)	๕ คน
ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.	๔๑ คน	ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.สต.	๕๔ คน
๓.๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม	๑ คน	ร้อยละรพ.สต.ที่มีลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	๙๖.๔๒

๓.๔ ครุภัณฑ์ทันตกรรมในการให้บริการ ใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๕๙ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม.มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๐ แห่ง
จำนวนรพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๑๕ แห่ง		

๓.๕ ความพร้อมในการให้บริการ ใน 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	๑๕ แห่ง

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ตัวชี้วัด : ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ>=ร้อยละ ๖๐

แหล่งข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ ๔๖ ในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าองค์ประกอบที่ ๑ มีรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม พบร้อยละ ๕๘.๖๖ และองค์ประกอบที่ ๒ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒๐ พบร้อยละ ๑๐.๖๖ และมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒ องค์ประกอบคือ ร้อยละ ๑๐.๖๖ (ตารางที่ ๑) และ อำเภอที่มีผลงานรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพสูงสุด คือ อำเภอบางบ่อ

๔.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัด : อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ >=ร้อยละ ๓๕

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

ในภาพรวมของจังหวัด พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในจังหวัดเฉลี่ยร้อยละ ๗.๐๗ อำเภอที่พบอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ สูงสุดคือ อำเภอบางบ่อ

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

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ						ภาพรวม จังหวัด
			เมือง	บางบ่อ	บางพลี	พระ ประแดง	พระสมุทร เจดีย์	บางเสาธง	
๑	ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ>= ร้อยละ ๖๐								
๑.๑	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ใน ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	เป้าหมาย	๑๙	๑๔	๘	๑๗	๑๐	๗	๗๕
		ผลงาน	๑๗	๘	๔	๗	๕	๓	๔๔
		อัตรา/ ร้อยละ	๘๙.๔๑	๕๗.๑๔	๕๐	๔๑.๑๗	๕๐	๔๒.๘๕	๕๘.๖๖
๑.๒	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการ สุขภาพช่องปากที่ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๑๙	๑๔	๘	๑๗	๑๐	๗	๗๕
		ผลงาน	๐	๕	๑	๑	๐	๑	๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๐	๓๕.๗๑	๑๒.๕	๕.๘๘	๐	๑๔.๒๘	๑๐.๖๖
๑.๓	ร้อยละรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพ ช่องปากที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๙	๑๔	๘	๑๗	๑๐	๗	๗๕
		ผลงาน	๐	๕	๑	๑	๐	๑	๘
		อัตรา/ ร้อยละ	๐	๓๕.๗๑	๑๒.๕	๕.๘๘	๐	๑๔.๒๘	๑๐.๖๖
๒	อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต>= ร้อยละ ๓๕								
๒.๑	อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิในพื้นที่	เป้าหมาย	๔๖๓,๒๖๙	๙๔,๕๖๐	๑๗๖,๒๗๔	๑๙๐,๕๙๒	๑๐๖,๗๘๑	๗๐,๒๔๐	๑,๑๐๒,๒๑๔
		ผลงาน	๒๙,๖๖๗	๙,๙๖๔	๗,๐๑๕	๑๒,๙๐๑	๓,๒๑๕	๔,๘๐๗	๗๗,๙๕๒
		อัตรา/ ร้อยละ	๖.๔๐	๑๐.๕๔	๓.๙๘	๖.๗๗	๓.๐๑	๖.๘๔	๖.๑๓

(ข้อมูลHDC ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๐)

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

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

๕.๒ ไม่มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางที่จะเอื้อต่อการดำเนินการในรูปแบบรัฐเอกชน (public private partnership)

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหาการดำเนินการ

ปัญหาดำเนินการ	จำนวน อำเภอ ที่มี ปัญหา	อำเภอ					
		เมือง	บาง บ่อ	บางพลี	พระ ประแดง	พระ สมุทร เจดีย์	บาง เสาธง
ปัญหาการลงบันทึกข้อมูลการตรวจสอบการส่งออก และ ใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม เพื่อการวางแผนและ ประเมินผล	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตภิบาล	๒	๒ (ลาออก ๑ บรรจุ ขรก.๑)	๐	๐	๐	๑ (ลาออก) (นวก.)	๐
ขาดแคลนทันตภิบาลประจำรพ.สต	๖	๒	๒	๔	๔	๒	๒
ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.	๔	๑	๑	๔	๔	๐	๐
ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดแคลนทันตแพทย์ในบางจังหวัดทำให้มีปัญหาในการจัดบริการหมุน	๖	๔	๒	๑	๑	๑	๑
ได้รับงบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.	๓	๐	๕	๐	๕	๕	๐

๖.ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา อุปสรรค

- การบันทึกข้อมูลระบบ ๔๓ แฟ้ม

แนวทางการพัฒนา

- มีทีมจากเขตสุขภาพเข้ามาช่วยวิเคราะห์สาเหตุปัญหา

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗.๑ กำหนดตัวชี้วัดเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เขตเมือง มีการเคลื่อนย้ายประชากรบ่อย มีระบบบริการภาคเอกชนเยอะ

๗.๒ ส่วนกลางมีระเบียบ นโยบายที่สามารถบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกับเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

หมายเหตุ

การให้ข้อเสนอแนะ

- ๑) ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นเสนอแนะให้แก่หน่วยรับตรวจ
- ๒) ข้อเสนอแนะส่วนกลางในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นรับไปประสานแก้ไขปัญหาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ข้อยุติ
- ๓) ข้อเสนอแนะระดับนโยบายในกรณีปัญหาที่คณะผู้ตรวจราชการมีความเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไขระดับนโยบายจะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมเพื่อเสนอให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบาย พิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยผ่านกลไกคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ๕ คณะเมื่อได้ข้อยุติแล้วให้เสนอต่อหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากปลัดกระทรวงต่อไป

ผู้รายงาน	ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคพิทยา
ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
โทร	๐๘๔ ๓๕๖ ๑๑๕๔
e-mail	bankababa@hotmail.com

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) ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๕๘ มีผู้ผ่านการอบรมพยาบาลประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะ จำนวน ๘ ท่าน ซึ่งทำงานร่วมกับการปฏิบัติ งานที่หอผู้ป่วยไอซียู ๒ ท่าน, หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ๒ ท่าน, หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย , หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตีกละ ๑ ท่าน มีการวางแผนการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะแห่งที่ ๒ ที่โรงพยาบาลบางพลีในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ รวมทั้งได้ส่งบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรมตามโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ การพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ ในวันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐ ที่โรงแรมชลอินเตอร์ จังหวัดชลบุรี เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรับบริจาคอวัยวะ เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะสามารถดำเนินงานได้ อย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งแบ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน ๖ ท่าน และโรงพยาบาลบางพลี จำนวน ๖ ท่าน

โรงพยาบาลสมุทรปราการมีการดำเนินงานเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะในสัปดาห์ธรรมะ องค์กรกรรมเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีผู้ร่วมงาน จำนวน ๒๔๑ ราย ได้เจรจาเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ จำนวน ๒๓๓ ราย, ไม่สำเร็จ ๑๙๒ ราย, เจรจาสำเร็จ ๔๑ ราย ในจำนวน ๔๑ ราย บริจาคดวงตาอย่างเดียว จำนวน ๑ ราย, บริจาคอวัยวะและดวงตา จำนวน ๔๐ ราย สำหรับผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด ๑๓๒ ราย ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ๑ ราย (ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2559)

นอกจากสัปดาห์ธรรมะแล้ว ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ จนถึงเดือน มีนาคม ๒๕๖๐ ยังได้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง ได้เจรจาเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ โดยมีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ จำนวน ๑๐๖ ราย, บริจาคดวงตา ๑๑๖ ราย

๔. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

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

ข้อมูลปี ๒๕๕๙ (ต.ค.๕๘-ก.ย.๕๙)

รพ. organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ≥ 1 ราย : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ปี ๒๕๕๙)	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมอง ตาย ที่ยินยอมบริจาค อวัยวะ	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๑,๘๕๔	๑๘ : ๑,๘๕๔	๒	๑๐.๗๙	
ภาพรวมจังหวัด	๑,๘๕๔	๑๘ : ๑,๘๕๔	๒	๑๐.๗๙	

ข้อมูลปี ๒๕๖๐ ไตรมาส ๑ และ ๒ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

รพ. organ donor center	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ≥ 1 ราย : ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ต.ค. ๕๙ - มี.ค. ๖๐)	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมอง ตาย ที่ยินยอมบริจาค อวัยวะ	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๑,๐๓๑ (๕๓๒+๔๙๙)	๑๐ : ๑,๐๓๑	๑	๙.๖๙	ไม่ได้ปลูกถ่าย อวัยวะ เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะ HBcAb + ve, HBcAb - ve
ภาพรวมจังหวัด	๑,๐๓๑ (๕๓๒+๔๙๙)	๑๐ : ๑,๐๓๑	๑	๙.๖๙	

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

ข้อมูลปี ๒๕๕๙ (ต.ค.๕๘-ก.ย.๕๙)

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย ≥ 5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ปี ๒๕๕๙)	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	

ข้อมูลปี ๒๕๖๐ ไตรมาส ๑ และ ๒ (ต.ค.๕๕-มี.ค.๖๐)

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย ≥ 5 ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)				หมายเหตุ
	จำนวนผู้เสียชีวิต (ต.ค.๕๕-มี.ค. ๖๐)	เป้าหมาย	จำนวนผู้เสียชีวิต ที่ยินยอมบริจาค ดวงตา	ร้อยละ/ อัตรา	
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (A)	๑,๐๓๑ (๕๓๒+๔๙๙)	๕๑ : ๑,๐๓๑	๓	๕.๘๑	จับเก็บได้ ๒ ราย อีก ๑ ราย ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี ภาวะ HBcAb + ve, HBcAb - ve
ภาพรวมจังหวัด	๑,๐๓๑ (๕๓๒+๔๙๙)	๕๑ : ๑,๐๓๑	๓	๕.๘๑	

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

- ด้านบุคลากร
- ภาระงานที่รับผิดชอบ
- สถานที่

๖. ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

- มีการแจ้งผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สมองตาย (potential donor) น้อย
- ภาระงานส่วนใหญ่เป็นของ TC nurse ในขณะที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและ ต้องปฏิบัติงานประจำที่หอผู้ป่วยควบคู่กันไป
- มี failure resuscitation
- เริ่มการดูแลรักษาช้า รอให้ญาติยินยอมถึง resuscitate
- ขาดกำลังคนในการดูแล potential donor (ขาดแพทย์ที่มีหน้าที่โดยตรง)
- อัตราการยินยอมบริจาคอวัยวะต่ำ
- กลัวอวัยวะไม่ครบ
- ไม่แน่ใจว่าผู้ตายเจตนาบริจาคหรือไม่
- ยังหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น
- ญาติขออนุญาตกลับบ้านเมื่อทราบว่าสมองตาย
- ขาดผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระบบ ขาดทักษะการเจรจา

แนวทางการพัฒนา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำคำสั่งแต่งตั้งแพทย์ผู้วินิจฉัยสมองตาย
- ย้ายผู้ป่วยเข้ามา Resuscitate organ ที่ ICUS
- จัดทีมเข้าเวร oncall เมื่อมี donor
- จัดซื้อ spirometer & 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	นางรณกัญ วังษ์สาคร	ผู้ประสาน	เมตตา สุขแก้ว
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์	๐๘๖ ๓๘๗ ๙๐๑๙	โทรศัพท์	๐๘๖ ๘๙๑ ๘๔๘๒
E-mail	P.wong๒๕๕๗@gmail.com	E-Mail	insure.spko@moph.mail.go.th
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐		
ผู้รายงาน	นางอภิรดี เจริญจรรยากุล		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
โทรศัพท์	๐๘๑ ๖๖๘ ๑๐๖๘		
E-mail	Apiradee๙๕@gmail.com		
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน 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

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (มี.ค.) มีผู้ป่วยมาใช้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย ๕๐๑๗ ราย/เดือน เป็นผู้บาดเจ็บเฉลี่ย ๑๕๑๓ ราย/เดือน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๑๕ ผู้ป่วยฉุกเฉินเฉลี่ย ๓๕๐๔ ราย/เดือน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๕ มีผู้ป่วยมาด้วยระบบ Fast track เฉลี่ย ๙๐ ราย/เดือน

๕ อันดับกลุ่มโรคมาด้วยระบบ Fast track ได้แก่

๑. Sepsis
๒. STEMI
๓. Stroke
๔. UGIB
๕. Ectopic

ให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยเดือนละ ๑๒๖ ครั้ง/เดือน คิดเป็น non-trauma ร้อยละ ๗๗ trauma ร้อยละ ๒๓ บริการระดับ ALS ร้อยละ ๙๘.๙๔ response time ภายใน ๑๐ นาที ทำได้ร้อยละ ๕๑.๗๒ on scene time ภายใน ๑๐ นาที ทำได้ร้อยละ ๖๒.๔๗

๕ อันดับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่

๑. Head injury
๒. Severe trauma
๓. trauma ortho
๔. Stoke
๕. โรคหัวใจ

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๗๐

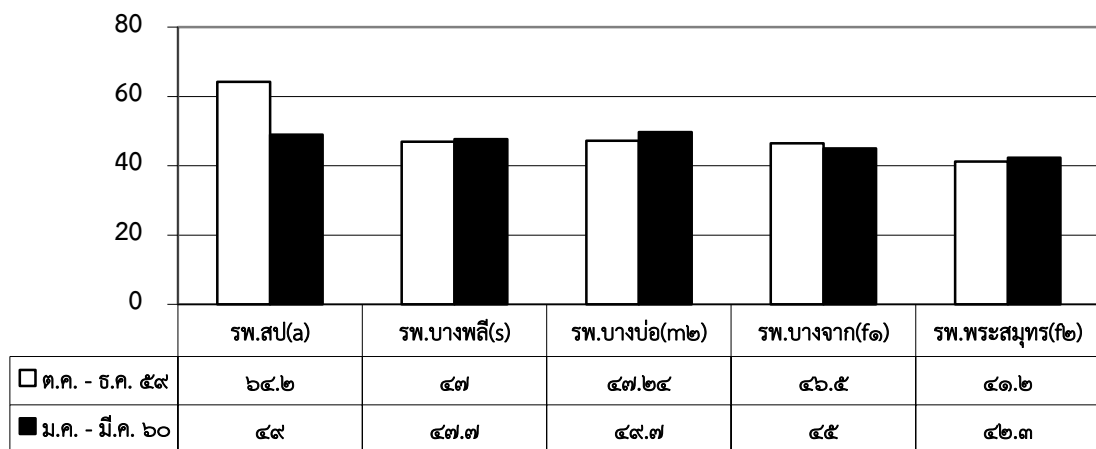
๔.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้เป็นการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณ

๔.๑.๑ ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ๔๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ภาพรวมจังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนโรงพยาบาลระดับF๒ ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน(A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับF๒ ทั้งหมด ใน จังหวัด/ เขตสุขภาพ ที่มีการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล(B)	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐
ไตรมาสที่ ๑ ตค-ธค๕๙	๕	๕	๑๐๐
ไตรมาสที่ ๒ มค-มีค ๖๐	๕	๕	๑๐๐

กราฟเปรียบเทียบไตรมาสที่ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

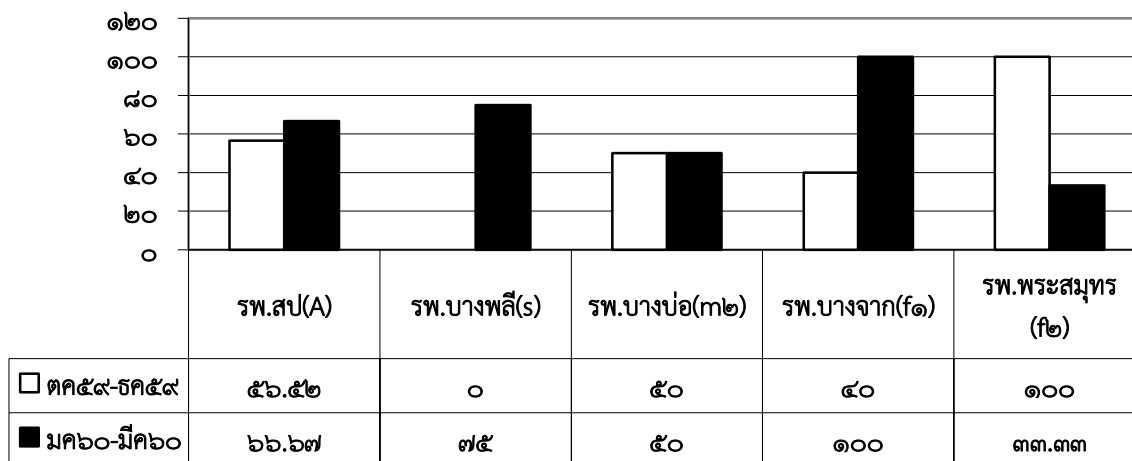


๔.๑.๒ ร้อยละ ๒๕ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ ตามที่กำหนดไว้ จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ภาพรวมจังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ (A)	จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ทั้งหมดในจังหวัด (B)	ร้อยละของ ER คุณภาพใน โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐	
ไตรมาสที่ ๑ ตค-ธค ๕๙	๔	๕	๘๐	
ไตรมาสที่ ๒ มค-มีค ๖๐	๕	๕	๑๐๐	

กราฟเปรียบเทียบไตรมาสที่ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ร้อยละของผู้ป่วย ROSC ของรพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป (จำนวน ROSC / จำนวน OHCA) เป้าหมาย $\geq 30\%$



คำนิยาม

๑. OHCA : Out-of-Hospital Cardiac Arrest : ผู้ป่วยที่มาภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอก โรงพยาบาล วินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่นักกู้ชีพขึ้นไป (ได้แก่อาสากู้ชีพ เวชกรฉุกเฉิน พยาบาล แพทย์ เป็นต้น)

๒. ROCS : Return of Spontaneous Circulation : ภาวะที่ได้รับการฟื้นคืนชีพ จนผู้ป่วย รู้สึกตัวและมีสัญญาณชีพคืนมา

๔.๑.๓ อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) น้อยกว่าร้อยละ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ภาพรวมจังหวัด	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	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	
ไตรมาสที่ ๑ ตค-ธค ๕๙	๘	๗๕๙	๑.๐๕	
ไตรมาสที่ ๒ มค-มีค ๖๐	๑๕	๑,๒๐๑	๑.๒๕	

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลดำเนินงาน ER / EMS คุณภาพ ประเด็นปัญหาที่ไม่ผ่านเกณฑ์คะแนน < ๓

๔.๑.๑. อาคารสถานที่

- Decontamination (บริเวณชะล้าง) ไม่มีระบบกักเก็บของน้ำปนเปื้อนที่แยกจากบ่อบำบัดของ รพ พื้นที่ไม่สะดวกสำหรับผู้พิการพื้นที่ทำงานคับแคบ ยังมีคนใช้รุนแรงน้อยอยู่ใน ER

๔.๑.๒. บุคลากร

- ไม่มีแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กำลังเรียน จบ ๒๐-๖๒=๑ คน/ปี ไม่มีแพทย์นิติเวช

๔.๑.๓. Releral System ไม่มีจัดบริการทางอากาศ และทางน้ำ

๔.๑.๔. ระบบสนับสนุน

- MRI มี contract หน่วยงานภายนอก ส่งได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

- การจัดเก็บข้อมูลการบาดเจ็บ (IS) ทำเฉพาะผู้ป่วย Admit ไม่ได้ทำทุก Case

๔.๑.๕. ระบบบริหารจัดการ

- ไม่มีแผนพัฒนา ECS คุณภาพในแผนยุทธศาสตร์ รพ. แต่มีเฉพาะในหน่วยงาน ER

๔.๑.๖. การศึกษาและวิจัย

- อยู่ระหว่างดำเนินการ

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

-กรณีผู้ป่วยเกินศักยภาพยังต้องส่งต่อนอกเขตบริการเช่น กทมเนื่องจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตเตียงเต็ม

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- EMS คุณภาพผู้ป่วยสีแดง มาด้วย รกระดับ ALS ยังต่ำกว่าเป้าหมายมากเนื่องจากการจราจรติดขัด
- การขอข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งจังหวัดเป็นไปได้ยากเช่น รพ.เอกชน ตำรวจ

พรบ.กลาง

๗. ข้อเสนอแนะ

- ต้องการให้มีฐานข้อมูลในระดับจังหวัดที่สามารถ เปิดดู และนำข้อมูลมาใช้ได้

ผู้รายงาน นางวิมล อิมอุไร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๙๐๕-๗๒๖๐

ผู้ประสาน นางนิชดา พงษ์แย้ม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๖-๕๒๒-๙๗๗๐
e-mail : insure.spko@moph.mail.go.th
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HA ขึ้น ๓ และ Reaccredit

๒. ตัวชี้วัด

๓๓. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓

๓. สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๖๐ จังหวัดสมุทรปราการ มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ตามมาตรฐาน HA ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน ๖ แห่ง ดังนี้ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (๑) โรงพยาบาลบางบ่อ ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (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. ๒๕๖๐ (๕) โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ได้รับการรับรองฯ ระหว่างวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ – ๒๓ มกราคม ๒๕๖๒ (๖) โรงพยาบาลบางเสาธง เริ่มให้บริการ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๗ ไม่มีผู้ป่วยใน จึงไม่ได้ขอรับการรับรองฯ แต่มีการดำเนินงานคุณภาพการพยาบาล(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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลบางพลี ได้รับการรับรอง Re-accredit ระหว่าง วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐ – ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๓. กระบวนการทำงาน ปี ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สนับสนุนดำเนินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โรงพยาบาลบางพลีและโรงพยาบาลบางจาก เพื่อขอรับรอง Re-accredit ครั้งที่ ๑ โดยจัดให้มีการประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโรงพยาบาลสมุทรปราการและโรงพยาบาลบางบ่อ เป็นพี่เลี้ยงในการสนับสนุนข้อมูล เพื่อนำไปพัฒนาหน่วยงานเพื่อดำรงซึ่งคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA ซึ่งโรงพยาบาลบางพลีได้รับรับรอง Re-accredit แล้วดังกล่าวข้างต้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ มีแผนพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย มีการประสานความร่วมมือให้โรงพยาบาลในเครือข่ายจัดตั้งคณะทำงานบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้จัดอบรมความรู้การใช้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ปี ๒๕๕๙ มีระบบรายงานความเสี่ยงตามขั้นตอนที่กำหนด

๒. พัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย การเจรจาไกล่เกลี่ย (๒P safety) และทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลใช้โปรแกรมระบบรายงานความเสี่ยงทุกแห่งภายใน ปี ๒๕๖๐ ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ ๗ เรื่อง เป็นรายไตรมาส

๓. ส่งเสริมพัฒนาการจัดการการร้องเรียน เรื่องร้องทุกข์ โดยจัดตั้งคณะทำงานพัฒนา เครือข่าย คณะทำงานการจัดการข้อร้องเรียนและฟ้องร้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีกระบวนการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยวิธีการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธี โดยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมนักสันติวิธี หลักสูตร Basic และหลักสูตร Advance

นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้พัฒนาคุณภาพงานบริการงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ ดังนี้

๑. งานคุณภาพการบริหารการพยาบาลและการบริการพยาบาล ๑๓ งาน ในระบบการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA)

๑.๑ ประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ให้กับโรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง

๑.๒ พัฒนาคุณภาพการบริหารการพยาบาลและการบริการพยาบาล ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางเสาธง โดยทีมพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสมุทรปราการ และเชิญ อาจารย์ขวัญณา ขวัญสถาพรกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

๑.๓ ประสานงานการจัดประกวดผลงานทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

๒. พัฒนางานระบบคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติทางการแพทย์

๒.๑ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการประเมินคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติทางการแพทย์ โดยจัดให้มีการประเมินในชั้นปฏิบัติงานที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำข้อดีไปพัฒนา

๒.๒ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลแม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Cup) สนับสนุนการสอบเทียบเครื่องมือ การตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษา ในรพ.สต./ศสม.

๒.๓ สนับสนุนและติดตามการประเมินภายนอก โดยกรมวิทยาศาสตร์ฯเขต ๖

๓. พัฒนางานระบบคุณภาพมาตรฐานห้องรังสีวินิจฉัย

๓.๑ สนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลทุกแห่งและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำข้อดีไปพัฒนา

๓.๒ ส่งเสริมให้รพ.ทุกแห่งขอรับการตรวจมาตรฐานเครื่อง X-ray จากกรมวิทยาศาสตร์ฯเขตสุขภาพที่ ๖

๓.๓ สนับสนุนและติดตามการประเมินภายนอก โดยกรมวิทยาศาสตร์ฯเขต ๖

๕. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุนายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	รพ.สป	รพ. บาง พลี	รพ. บาง บ่อ	รพ. บาง จาก	รพ. พระ สมุทร เจดีย์	รพ. บาง เสาธง	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
๑	ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวง สาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 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 ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	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 ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ผ่าน การรับรอง HA ชั้น ๓ มากกว่า ร้อยละ ๘๐	เป้าหมาย	-	๑	๑	-	๑	๐	๓
		ผลงาน	-	๑	๑	-	๑	๐	๓
		อัตรา/ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	-	๑๐๐	๐	๑๐๐

หมายเหตุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ รับผิดชอบโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ
โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

- บุคลากรในโรงพยาบาล มีภาระงานมากรับงานหลายหน้าที่
- แพทย์และบุคลากรขาดความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างชัดเจน
- ขาดขวัญและกำลังใจในการสนับสนุนในการดำเนินงาน
- ไม่มีงบประมาณสนับสนุน

๗. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข/พัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค

๑. ทีมงานพัฒนาขาดความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล(HA)
๒. ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างรพ.และสสจ.

แนวทางการแก้ไข/พัฒนา

๑. ให้มีเข้าใจในการดำเนินงาน มีความเชื่อมโยงและประสานงานมากขึ้น
๒. ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Re-accredit เป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา Re-accredit ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รอรับการรับรอง Re-accredit

ผู้รายงาน	นางธนินี อรุณรักษ์รัตนะ
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
โทร	๐๘๙-๖๘๖๘-๑๙๘
E-mail	Thar_nee@hotmail.com

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกระบวนการ

ตัวชี้วัด

ร้อยละของหน่วย รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

๑. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการ มีการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยง DHS -PCA มาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนางานจากฐานรากตามบริบทของจังหวัดสมุทรปราการ ใช้ Samutprakan Model เป็นกรอบแนวทางการพัฒนางาน เชื่อมโยงและบูรณาการอย่างต่อเนื่อง และในปี ๒๕๖๐ ได้นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตามทั้ง ๕ หมวด ประกอบด้วย ๑) การนำองค์กรและการจัดการที่ดี ๒) การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ๓) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ๔) การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ๕) ผลลัพธ์ มาเป็นแนวทาง และยกระดับการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐ ซึ่งจากการประเมินตนเองของรพ.สต.และการประเมินรับรองจากอำเภอและแม่ข่าย และคณะทำงานเยี่ยมเสริมพลังจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๑๘.๕๗

๒. ผลการดำเนินงาน

ระดับตำบล

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ทุกอำเภอ ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม
๒. วางแผนการพัฒนางานตามส่วนขาดจากการประเมิน ๕ หมวด

ระดับอำเภอ

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่ายตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดตาม
๒. ทีมประเมินรพ.สต.ติดตามระดับอำเภอตามคำสั่งแต่งตั้ง ออกประเมินรับรองการประเมินตนเองของรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ
๓. ทีมพัฒนารพ.สต.ติดตามทุกอำเภอวางแผนและพัฒนา รพ.สต.ตามส่วนขาดจากการประเมิน
๔. จัดทำแผน ๕ ปี ในการพัฒนาทุก รพ.สต.ให้เป็น รพ.สต.ติดตาม และสอดคล้องกับแผนการจัดตั้ง PCC ของทุกอำเภอ

ระดับจังหวัด

๑. ตั้งคณะกรรมการบูรณาการระดับจังหวัดติดตามเสริมพลังและประเมินรับรอง รพ.สต.ติดตาม
๒. สื่อสารนโยบายสู่ระดับอำเภอ (ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย, จัดทำคู่มือประเมิน รพ.สต.ติดตาม)
๓. พัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัดและอำเภอตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม
๔. จัดทำแผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต.ติดตามทุก รพ.สต.
๕. ประเมินรับรองผลตามคุณภาพ รพ.สต.ติดตามระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาในระดับเขต

ผลการประเมินตนเองของ รพ.สต.จังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	จำนวนรพ.สต.	จำนวน รพ.สต.ติดตามผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ผลการประเมิน
เมือง	๑๖	๒	๑๒.๕	ผ่านเกณฑ์ ๕ดาว
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	

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต.ติดตาม (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ภาพรวม อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
๑	การบริหารจัดการ	สสอ.และ รพ.แม่ข่าย ควรวางแผนพัฒนาร่วมกัน เช่น การจัดทำคำสั่ง,เอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร, ระบบควบคุมภายใน, การควบคุมกำกับ, Flowchart แนวทางการดำเนินงานต่างๆ
๒	ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ - มีการใช้โปรแกรมหลากหลาย คือ HOSXP, My PCU และ JHCIS	ควรเน้นเรื่องคุณภาพข้อมูล ให้ถูกต้อง สามารถเชื่อมโยงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ และควรให้ความสำคัญกับการลงข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม
๓	การจัดการการเงินและบัญชี	รพ.สต.ต้องมีผู้รับผิดชอบการเงินการบัญชี แต่ละ ๑ ท่าน โดยมี CUPเป็นพี่เลี้ยง
๔	การจัดสภาพแวดล้อม	ควรจัดจุดจอดรถสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และควรจัดห้องส้วมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้ตามมาตรฐาน
๕	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน IC ใน รพ.สต., คู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ, การควบคุมคุณภาพ การทำลายเชื้อ ฯลฯ

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพสต.ติดตาม (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต่อ)

ภาพรวม อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
๖	ระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (LAB)	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น จัดทำคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาประจำ รพ.สต., การสอบเทียบเครื่องมือ, การประกันคุณภาพ ภายในและภายนอก, การจัดอบรม ให้ความรู้ เจ้าหน้าที่ ฯลฯ
๗	เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น จัดทำคำสั่งแต่งตั้งและแผนปฏิบัติการ, การอบรมให้ความรู้, การสอบเทียบเครื่องมือ, บัญชียา, การคุ้มครองผู้บริโภค
๘	การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - การจัดโครงสร้างของทีมหมอครอบครัว มีโครงสร้างแต่การขับเคลื่อนงานยังไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจน	๑. จัดโครงสร้างFCTให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากร และเตรียมพัฒนาให้เป็น PCC ๒. พัฒนาระบบการจัดการทีมหมอครอบครัวให้ สอดคล้องกับการดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัว ๓. ให้ รพ.สต./สสอ. ติดตามแผนงานโครงการจาก หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ที่เสนอของบประมาณจาก กองทุนสุขภาพตำบล
๙	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล - ขาดอัตรากำลังด้านสุขภาพทุกแห่ง และการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	๑. ให้จัดทำแผนอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับPCC ๒. ให้มีการพัฒนาศักยภาพจากการเรียนรู้ Case Study /ODOP/OTOP ของทีมหมอครอบครัว
๑๐	การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและ ประชากรทุกกลุ่มวัย <u>ประเด็นที่ ๑</u> ประเด็นฐานข้อมูลผู้มารับบริการ ตรงตามกลุ่มวัย - ฐานข้อมูลส่วนใหญ่เน้นลงข้อมูลผู้รับบริการ เจริญรับ ขาดข้อมูลความครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ - ผลงานที่ปรากฏในฐานข้อมูล HDC ของ จังหวัดยังต่ำ ซึ่งไม่ตรงกับระบบรายงาน ของรพ.สต. - การวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการแต่ละไตรมาส ยังไม่มีหรือไม่ชัดเจน - ขาดทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยง	๑. รพ.สต.ควรใช้ฐานข้อมูลในการวางแผนให้ การบริการตรงกับกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบ ข้อมูล และการกำกับทุก ๓ เดือน ๒. มีระบบการเฝ้าระวังข้อมูลและมีทีมพัฒนาระบบ ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาให้ รพ.สต.

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพสต.ติดตาม (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต่อ)
ภาพรวม อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
	<u>ประเด็นที่ ๒</u> - ไม่มี CPG รายบริการของแม่ข่าย และระบบ ส่งต่อ และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร ทุกรายบริการ หรือมีคู่มือการดำเนินงานแต่ละรายบริการ	รพ.แม่ข่ายร่วมกับสสอ.จัดทำ CPG รายบริการ และระบบส่งต่อ ที่เป็นปัญหา /ที่สำคัญ และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรทุกรายบริการ หรือมีคู่มือ/มาตรฐานการดำเนินงานแต่ละรายบริการ
	<u>ประเด็นที่ ๓</u> ประเด็นบุคลากรสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับบริการ - บุคลากรส่วนใหญ่ขาดการอบรมฝึกทักษะหรือฟื้นฟูจาก รพ.แม่ข่าย และการให้บริการบางรายการไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาชัดเจนและทำให้มีปัญหาเรื้อรัง	รพ.แม่ข่ายควรมีแผนพัฒนาจัดอบรม /ฟื้นฟูและนิเทศกำกับคุณภาพการให้บริการ และมีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษารพ.สต.
	<u>ประเด็นที่ ๔</u> ห้องฉุกเฉิน (ER) - รพ.สต.มีอุปกรณ์กู้ชีพครบถ้วนตามเกณฑ์ฯ ไม่ครบทุกแห่ง ส่วนใหญ่ขาดกระดาน CPR และไม่มี CPG , Flow Chart ที่ไม่เป็นปัจจุบัน	รพ.แม่ข่าย สนับสนุนชุดอุปกรณ์กู้ชีพ และ CPG, Flow Chart ให้ครบทุกแห่ง
	<u>ประเด็นที่ ๕</u> การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เช่น DM HT มะเร็งปากมดลูก ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก	ควรมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการค้นหา กลุ่มเป้าหมายเพื่อคัดกรอง ให้ได้ตามเป้าหมาย และเน้นการ ลงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพสต.ติดตาม (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐
ภาพรวม อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
๑	การบริหารจัดการ	สสอ. และรพ.แม่ข่าย ควรวางแผนพัฒนา ร่วมกัน เช่น การจัดทำคำสั่ง, เอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร, ระบบควบคุมภายใน, การควบคุมกำกับ, Flowchart แนวทางการดำเนินงานต่างๆ
๒	ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ - มีการใช้โปรแกรมหลากหลาย คือ HOSXP, My PCU และ JHCIS	ควรเน้นเรื่องคุณภาพข้อมูล ให้ถูกต้อง สามารถเชื่อมโยงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ และควรให้ความสำคัญกับการลงข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต.ติดตาม (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต่อ)

ภาพรวม อำเภอ เมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
๓	การจัดการการเงินและบัญชี	รพ.สต.ต้องมีผู้รับผิดชอบการเงินการบัญชี แห่งละ ๑ ท่าน โดยมี CUP เป็นพี่เลี้ยง
๔	การจัดสภาพแวดล้อม	ควรจัดจุดจอดรถสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และควรจัดห้องส้วมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้ตามมาตรฐาน
๕	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไป ตามมาตรฐาน เช่น จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงาน IC ใน รพ.สต., คู่มือการ ปฏิบัติงาน,ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ, การควบคุมคุณภาพการทำลายเชื้อ ฯลฯ
๖	ระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (LAB)	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไป ตามมาตรฐาน เช่น จัดทำคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา ประจำ รพ.สต., การสอบเทียบเครื่องมือ, การประกันคุณภาพภายในและภายนอก, การจัด อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ฯลฯ
๗	เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	รพ.แม่ข่ายควรสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไป ตามมาตรฐาน เช่น จัดทำคำสั่งแต่งตั้งและ แผนปฏิบัติการ, การอบรมให้ความรู้,การสอบ เทียบเครื่องมือ, บัญชียา, การคุ้มครองผู้บริโภค
๘	การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - มีการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพครบ ทุกหมู่บ้าน	ให้ รพ.สต./สสอ. ติดตามแผนงานโครงการจาก หมู่บ้านจัดการสุขภาพที่เสนอของงบประมาณจาก กองทุนสุขภาพตำบล
๙	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล - ขาดอัตรากำลังด้านสุขภาพทุกแห่ง และ การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวยังไม่ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ - การจัดโครงสร้างของทีมหมอครอบครัว มีโครงสร้างแต่การขับเคลื่อนงานยังไม่ ครอบคลุมไม่ชัดเจน	๑.ให้จัดทำแผนอัตรากำลังบุคลากรด้าน สาธารณสุขเพื่อรองรับPCC ๒. พัฒนาระบบการจัดการทีมหมอครอบครัวให้ สอดคล้องกับการดำเนินงาน เวชศาสตร์ ครอบครัว ๓. ให้มีการพัฒนาบุคลากรจากการเรียนรู้ Case Study /ODOP/OTOP ของทีมหมอครอบครัว

สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลัง รพสต.ติดดาว (เชิงคุณภาพ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต่อ)

ภาพรวม อำเภอ เมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

ลำดับ	ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
๑๐	การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย <u>ประเด็นที่ ๑</u> ประเด็นฐานข้อมูลผู้มารับบริการตรงตามกลุ่มวัย - ฐานข้อมูลส่วนใหญ่เน้นลงข้อมูลผู้รับบริการเชิงรับขาดข้อมูลความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ - ผลงานที่ปรากฏในฐานข้อมูล HDC ของจังหวัดยังต่ำซึ่งไม่ตรงกับระบบรายงาน ของรพ.สต. - การวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการแต่ละไตรมาสยังไม่มีหรือไม่ชัดเจน - ขาดทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยง	๑. รพ.สต.ควรใช้ฐานข้อมูลในการวางแผนให้การบริการตรงกับกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบข้อมูล และการกำกับทุก ๓ เดือน ๒. มีระบบการเฝ้าระวังข้อมูลและมีทีมพัฒนาระบบข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาให้ รพ.สต.
	<u>ประเด็นที่ ๒</u> - ไม่มี CPG รายบริการของแม่ข่ายและระบบส่งต่อ และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรทุกรายบริการ หรือมีคู่มือการดำเนินงานแต่ละรายบริการ	รพ.แม่ข่ายร่วมกับสสอ.จัดทำ CPG รายบริการ และระบบส่งต่อ ที่เป็นปัญหา/ที่สำคัญ และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรทุกรายบริการ หรือมีคู่มือ/มาตรฐานการดำเนินงานแต่ละรายบริการ
	<u>ประเด็นที่ ๓</u> ประเด็นบุคลากรสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับบริการ - บุคลากรส่วนใหญ่ขาดการอบรมฝึกทักษะหรือฟื้นฟูจากรพ.แม่ข่าย และการให้บริการบางรายการไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาชัดเจนและทำให้มีปัญหาเรื้อรัง	รพ.แม่ข่ายควรมีแผนพัฒนาจัดอบรม/ฟื้นฟูและนิเทศกำกับคุณภาพการให้บริการ และมีระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษารพ.สต.
	<u>ประเด็นที่ ๔</u> ห้องฉุกเฉิน (ER) - รพ.สต.มีอุปกรณ์กู้ชีพครบถ้วนตามเกณฑ์ฯ ไม่ครบ ทุกแห่ง ส่วนใหญ่ขาดกระดาน CPR และไม่มี CPG , Flow Chart ที่ไม่เป็นปัจจุบัน	รพ.แม่ข่าย สนับสนุนชุดอุปกรณ์กู้ชีพ และ CPG , Flow Chart ให้ครบทุกแห่ง
	<u>ประเด็นที่ ๕</u> NCD - การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เช่น DM HT มะเร็งปากมดลูก ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก - การเชื่อมต่อระหว่าง รพ.สต. กับ CUP ยังไม่มีการเชื่อมต่ออย่างเป็นรูปธรรม ระบบ Thai Refer ยังไม่ได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีการติดตามCaseอย่างต่อเนื่องแต่จะติดตามโดยตรงกับผู้ป่วยเอง	- ควรมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย และเน้นการลงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน - ควรจะมีการประชุมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคร่วมกัน

หมายเหตุ : อยู่ในระหว่างการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง อีก ๔ อำเภอ

๓. ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานสำเร็จ (กรณีทีบรรลุปเป้าหมาย)

๓.๑ ทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนต่อเนื่อง รวมถึงเกณฑ์ในการพัฒนางานที่วัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

๓.๒ ทีมพัฒนาที่เข้มแข็ง ภาพจังหวัดและอำเภอ

๔. ข้อเสนอแนะ

ความต่อเนื่องของนโยบาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ

ผู้รายงาน

ชื่อ นางสาวสุกัญญา สารระถี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๒ ๓๘๙๕๕๘๐ 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

สาขาอาชีวอนามัย

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

พัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

๒. ตัวชี้วัด

- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยครบวงจร (ประเมินความเสี่ยง / ประเมินภาวะสุขภาพ จัดโครงการสร้างเสริม/ป้องกัน/ควบคุมโรคและประเมินผลโครงการ) (เป้าหมายจัดบริการ ๑ แห่ง)
- รพศ./รพท./รพช. ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย
- รพศ./รพท. ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
- ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน (เป้าหมาย > ร้อยละ ๖๐)

๓. สถานการณ์

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเมืองอุตสาหกรรมที่ขับเคลื่อน เศรษฐกิจ เป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ มีโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน ๖,๗๐๗ แห่ง (ข้อมูลจากสำนักงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ เดือนธันวาคม ๒๕๕๙) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงงานที่ก่อตั้งมานานมากกว่า ๒๐ ปี ในลักษณะอุตสาหกรรมเก่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสารเคมี มีสถานประกอบการ ๒๒,๖๔๘ แห่ง มีผู้ประกันตน จำนวน ๘๕๒๖๖๒ คน (ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ณ ๕ มกราคม ๒๕๖๐)

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จังหวัดสมุทรปราการกำหนดให้ระบบบริการสุขภาพ สาขาอาชีวอนามัยเป็นสาขาเพิ่มเติมจากสาขาที่กำหนด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan สาขาอาชีวอนามัยจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘) เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาชีวอนามัยในจังหวัดสมุทรปราการ และพัฒนาเครือข่ายบริการรวมทั้ง ประสานงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบบริการ คณะกรรมการประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จากโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รวมทั้งสถาบันราชประชาสมาสัย

๔. ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๐

๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ประจำปี ๒๕๖๐ ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

๒. จัดอบรมการใช้โปรแกรม ALOHA และ WISER ในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ให้กับคณะทำงานเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพจากอุบัติเหตุสารเคมีและวัตถุอันตราย เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐



๓.การเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการตรวจสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากไฟไหม้บ่อขยะแพรกษา เมื่อวันที่ ๑-๒-๕ มีนาคม ๒๕๖๐



๔.สนับสนุนหน้ากากป้องกันสารเคมี (N ๙๕) ให้กับพื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๐



๕.ประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขาอาชีพอนามัยเพื่อขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินงานเมื่อวันที่๓ พฤษภาคม๒๕๖๐



๖.ประชุมหารือแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ จังหวัดสมุทรปราการ ประธานโดย นพ.สุเทพ เพชรมาก รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐



๗. ร่วมซ้อมแผนการฝึกการป้องกันและระงับอัคคีภัย ระดับจังหวัด ณ บ่อขยะแพรกษาใหม่ เมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐



๘. การเตรียมพร้อม รองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัย โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการซ้อมแผน รองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมุทรปราการ กำหนดซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐

๕. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาอาชีวอนามัย ปี๒๕๖๐

ตัวชี้วัด	ผลงานปี ๒๕๕๙	เป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลงานปี ๒๕๖๐
๑. ร้อยละของรพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงาน ในชุมชน	ร้อยละ ๔๐.๓ (เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐)	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๔๕
๒. รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงในบุคลากรและเน้นการพัฒนาในระดับ	รพ.บางจาก ระดับ รพบางป่อ ระดับ รพ.พระสมุทรฯ ระดับ รพบางเสาธง ระดับ	รพชทุกแห่งผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยแลเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	อยู่ระหว่างพัฒนา
๓. รพศ./รพท./ ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	- รพ.สมุทรปราการ การจัดบริการอาชีวอนามัย ระดับดีมาก, เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับดี - สถาบันราชประชาฯการจัดบริการอาชีวอนามัย ระดับพื้นฐาน	รพบางพลี	กำลังพัฒนา
๔. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยครบวงจร (ประเมินความเสี่ยง/ประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างเสริม/ ป้องกัน/ควบคุมโรคและประเมินผลโครงการ)	รพสมุทรปราการ บริษัทสยาม จีเอส แบต จำกัด อ.เมืองจ.สมุทรปราการ	จัดบริการ๒แห่ง	โรงงานทิปโก้ (อำเภอพระแดง) โรงงานแบตเตอรี่
๕. ฐานข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง ปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพ	คณะทำงานจัดทำฐาน ข้อมูลระดับจังหวัด (หน.ทีมโดย ส.ราชประชา) พัฒนาโปรแกรมเพื่อบันทึกข้อมูลความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง ปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพ	จังหวัดสมุทรปราการมีฐานข้อมูลสถานการณ์ ความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	สถาบันราชประชาสมาสัย กำลังพัฒนา โปรแกรมเพื่อบันทึกข้อมูลความเสี่ยงและการเฝ้าระวัง ปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพ

๖.๑ แผนการดำเนินงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี ๒๕๖๐

๑. จัดประชุมคณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงานระดับจังหวัด
๒. พัฒนาระบบคัดกรองโรคจากการทำงานจังหวัดสมุทรปราการ สำหรับหน่วยบริการ (เริ่มวางระบบที่โรงพยาบาลสมุทรปราการและขยายการดำเนินงานไปยังเครือข่าย)
๓. ให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับที่คลินิกโรคจากการทำงานครอบคลุมการดูแลสุขภาพคนทำงานทุกมิติ (ส่งเสริม / ป้องกัน / รักษา /ฟื้นฟู)
๔. จัดทำศูนย์เรียนรู้การป้องกันโรคจากการทำงาน ที่คลินิกโรคจากการทำงาน (ทดสอบ Fit test : Mask ,Ear plug)

๕. จัดระบบคัดกรองโรคจากการทำงานในสถานประกอบการ (เพิ่มการเข้าถึงบริการ)
๖. จัดกิจกรรมบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกแก่สถานประกอบการร่วมกับคณะทำงานเครือข่ายฯ (เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกๆ เครือข่าย)
๗. ดำเนินโครงการอาชีวอนามัยครบวงจรในสถานประกอบการ (ตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ และเป็นตัวชี้วัด Service plan สาขาอาชีวอนามัย เขตสุขภาพที่ ๖)
๘. ระบบการดูแลสุขภาพพนักงานหลอมตะกั่ว (Lead Health Group)
๙. จัดประชุม /อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคจากการทำงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล และหน่วยบริการสาธารณสุขภายนอกโรงพยาบาล
๑๐. จัดประชุม /อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพคนทำงานให้กับเครือข่ายสถานประกอบการ
๑๑. ฝึกกำลังดูแลสุขภาพคนทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ ร่วมกับโรงพยาบาลรามธิบดี และกรมควบคุมโรค (ศูนย์ LAB , ศูนย์ตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน)

๖.๑.๑ ผลงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ

การจัดการบริการเชิงรุก ในสถานประกอบการ	เดือน ม.ค. – มี.ค. ๒๕๖๐
การตรวจสุขภาพประจำปี	๓๖๖ ราย / ๖ แห่ง
การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง	๙๒๑ ราย / ๓ แห่ง
การให้สุขศึกษา/ให้คำปรึกษา	๓๖๐ ราย / ๕ แห่ง
Walkthrough survey	๔ แห่ง
การจัดการบริการเชิงรับในโรงพยาบาล	
การตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน	๑,๕๑๑ ราย
การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง	๘๖๒ ราย
การตรวจสุขภาพประจำปี	๑,๑๙๘ ราย
การตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน	๑ ราย
ประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ	๑ ราย
การให้สุขศึกษา/ให้คำปรึกษา	๒๖๖ ราย

๖.๒ แผนการดำเนินงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน สถาบันราชประชาสมาสัย ปี ๒๕๖๐

๑. การเข้าถึงบริการโรคจากการประกอบอาชีพ
 - โครงการพัฒนาระบบการให้บริการโรคจากการประกอบอาชีพในคลินิกหลัก (ผิวน้ำ, จักขุ, กระดุกและข้อ, หู คอ จมูก)
 - โครงการฟื้นฟูความรู้ด้านการคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพฯ
 - โครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการของพนักงานในสถานประกอบการโดยผ่านระบบเรียกเก็บภายหลัง

- ๒.เสริมสร้างความรู้ผู้ประกอบอาชีพด้านการป้องกันโรคจากการทำงาน
- โครงการให้อาชีวสุศึกษาในสถานประกอบการ
 - โครงการสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงาน
 - โครงการ ปรับสมดุคนทำงานพิชิต ๒ ม.(เมื่อยตัวและเมื่อยตา)
- ๓.การเฝ้าระวังโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน
- โครงการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงสถานที่ทำงาน
 - โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคหุ้เชื่อมในสถานประกอบการ(วิจัย)
 - โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ ในสถานประกอบการ

๖.๒.๑ ผลงานโครงการคลินิกโรคจากการทำงาน สถาบันราชประชาสมาสัย

การบริหารจัดการ ในสถานประกอบการ	เดือน ม.ค. – มี.ค. ๒๕๖๐
การตรวจสุขภาพประจำปี	๘๓๘ ราย / ๔ แห่ง
การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น	๒๔๐ ราย / ๔ แห่ง
การให้สุศึกษา/ให้คำปรึกษา	๒ แห่ง
การบริหารจัดการในโรงพยาบาล	
การตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน	๓๕ ราย
การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง	๒๑๒ ราย
การตรวจสุขภาพประจำปี	๑๔ ราย
การตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน	๑ ราย
การให้สุศึกษา/ให้คำปรึกษา	๑๔๖ ราย

-ชี้แจงการตรวจสุขภาพก่อนเข้างานแก่ผู้แทนหน่วยงานที่สนับสนุนของสถาบันฯ
เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๐ ราย

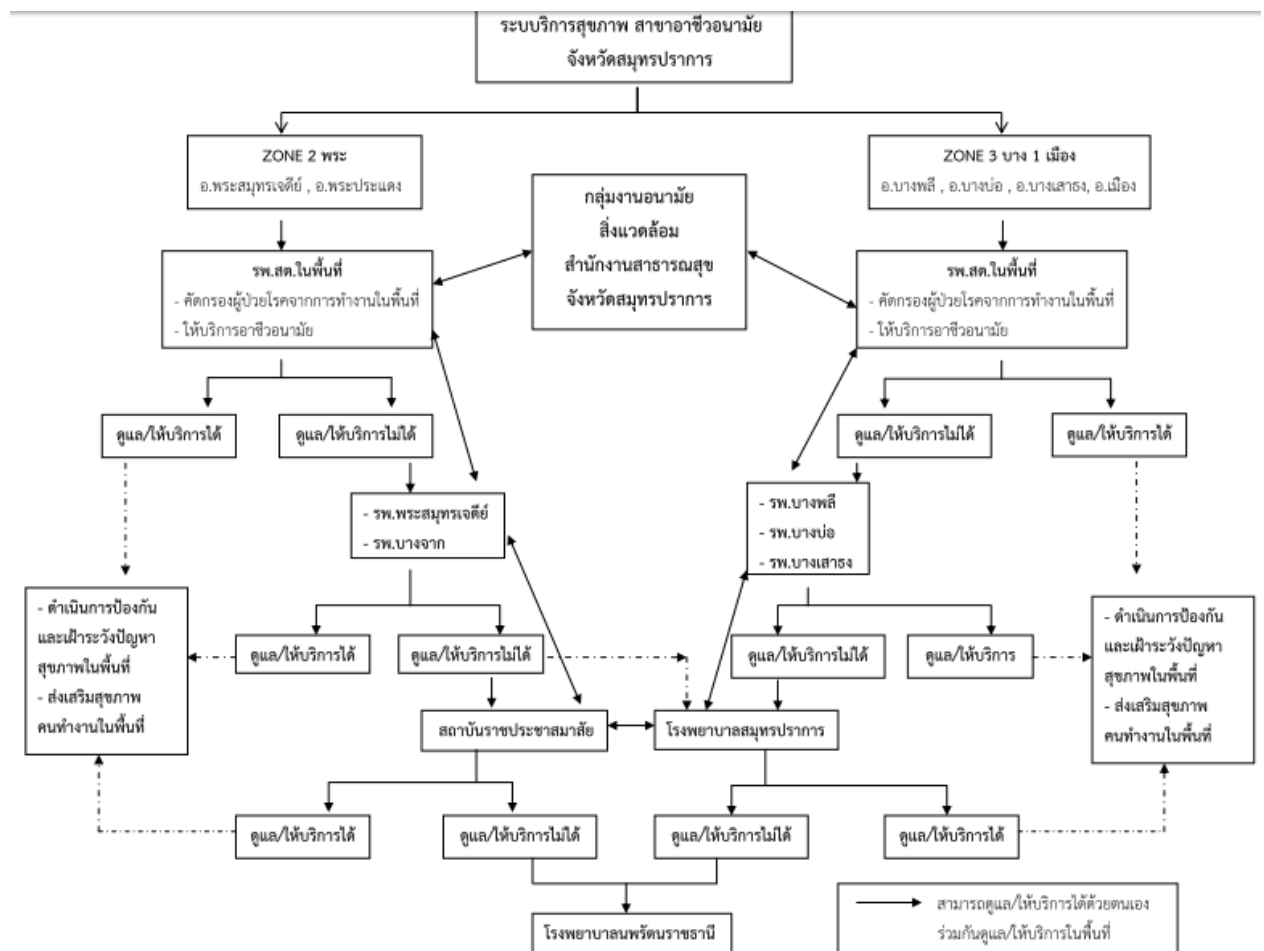
ข้อมูลผู้ป่วยโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐

ปี	โรคกระดูก และ กล้ามเนื้อ	โรคผิวหนัง	โรคปอด และ ทางเดิน หายใจ	โรคพิษ จาก สารเคมี การเกษตร และ สารเคมี อื่นๆ	โรคเหตุ สภาวะ ทาง กายภาพ	โรคพิษ โลหะหนัก	โรคจาก การ ประกอบ อาชีพหรือ จาก สิ่งแวดล้อม อื่น ๆ	รวม
๒๕๕๘	๒	-	๑	๖	-	ตะกั่ว (๑๐)	-	๑๙
๒๕๕๙	๒	๑๔	๑	-	-	ตะกั่ว (๓๙)	๒๐	๓๖
๒๕๖๐	-	-	-	๘	-	ตะกั่ว (๑)	-	๓

ข้อมูลผู้ป่วยโรคจากการทำงานสถาบันราชประชาสมาสัย ปี ๒๕๖๐(มค-เมย๖๐)

ปี	โรคกระดูก และ กล้ามเนื้อ	โรคผิวหนัง	โรคปอด และ ทางเดิน หายใจ	โรคพิษ จาก สารเคมี การเกษตร และ สารเคมี อื่นๆ	โรคตา (อุบัติเหตุ)	โรคหูเสื่อม จาก เสียงดัง	โรคจาก การ ประกอบ อาชีพหรือ จาก สิ่งแวดล้อม อื่น ๆ	รวม
๒๕๖๐ (มค.-เมย.๖๐)	-	๑	-	-	๖	๓๘	-	๔๕

๗.ระบบการส่งต่อในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ



๘. แนวทางพัฒนา Service Plan สาขาอาชีวอนามัย

ประเด็นปัญหา	แนวทางการพัฒนา/ การแก้ไขปรับปรุง
๑. ปัญหาเรื่องโครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ๑. ยังไม่มีโครงสร้างอัตรากำลังของงานอาชีวอนามัยตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ๒. ผู้รับผิดชอบหลักของงานอาชีวอนามัยยังขาดองค์ความรู้ด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม	๑. ควรสนับสนุนให้มีอัตรากำลังรองรับตามโครงสร้างอัตรากำลังของงานอาชีวอนามัย ๒. ควรสนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยเข้ารับการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยหรือหลักสูตรระยะสั้น ๖๐ ชั่วโมง (พยาบาล), หลักสูตรพื้นฐาน (นักวิชาการ)
๒. ขาดการเชื่อมโยงลงสู่ชุมชน	๑. ควรพัฒนา อสม.ด้านอาชีวอนามัย (อสอช) โดยเฉพาะพื้นที่อุตสาหกรรม ๒. ส่วนกลาง ควรพัฒนาหลักสูตร อสม.อาชีวอนามัย เพิ่มในสาขา อสม.เชี่ยวชาญ

๙. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน (ทั้งในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล) ขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย

๒. เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับงานด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ

๓. ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม/ขยะ/โรงงานอุตสาหกรรม

๔. ประชากรแฝง/เคลื่อนย้าย มีจำนวนมากเพิ่มภาระงาน

๕. วิถีชีวิตชุมชนเมือง /แออัดเร่งรีบ

๖. การเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย เช่นชุมชน

ผู้รายงาน นางตรุณี ไตรยางค์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทร ๐๘๖-๓๓๑-๖๙๑๓

ผู้รายงาน/สอบทานข้อมูล นางศิริวรรณ พรหมรุกขชาติ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

โทร ๐๘๖-๕๕๙๑-๐๖๕๔

ผู้รับผิดชอบ แพทย์หญิงเกศ ชัยวัชรารณณ์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

โทร ๐ ๒๑๓๓ ๘๔๘๘

E-mail Occ.spkh@hotmail.com