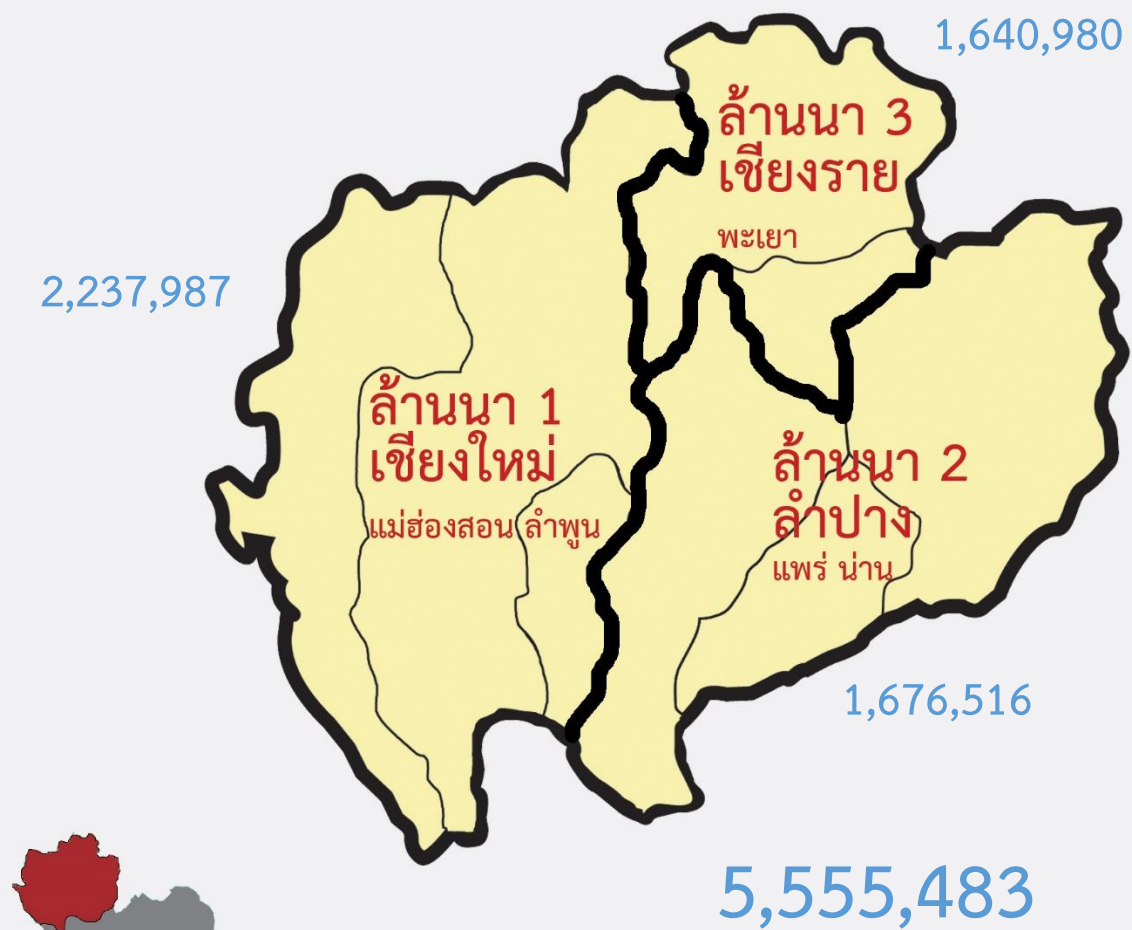


สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 1
รอบที่ 2/2561

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วันที่ 14-15 สิงหาคม 2561 จังหวัดแพร่





การจัดการระบบบริการ เขตสุขภาพที่ 1

ภาพรวม Service Plan เขตสุขภาพที่ 1

- มีการแบ่งเขตสุขภาพย่อยเพื่อการบริหารจัดการและให้การช่วยเหลือกันอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีระบบการบริหารจัดการแบบ cluster of service plan, มี CSO ติดตาม ประสาน สนับสนุนในระดับจังหวัด/เขต
- สามารถ contain ผู้ป่วยให้การรักษาอย่างครบวงจรได้ภายในเขตสุขภาพ

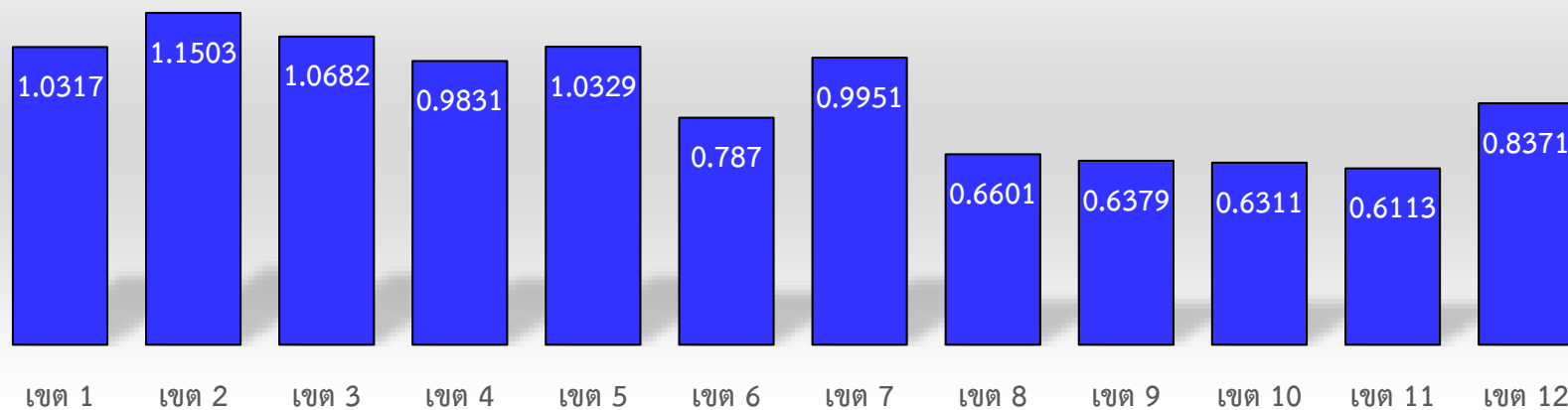
ภาพรวม Service Plan เขตสุขภาพที่ 1

- โรงพยาบาลลำปาง มีศักยภาพสูงในการเป็น academic center ของเขต, role model, research model โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโรคหัวใจ
- โรงพยาบาลนครพิงค์ แม้จะมีศักยภาพสูง แต่มีปัญหา service overload
- โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน มีปัญหาด้านภูมิประเทศ การคมนาคม และบุคลากร มีความจำเพาะเจาะจงของโรค ไม่เหมาะสำหรับ service plan บางสาขา, ควรมีการปรับให้เข้ากับบริบทของ Remote Medicine
- โรงพยาบาลลำพูน มีความโดดเด่นในเรื่องของการดูแลหญิงตั้งครรภ์, การจัดการเครือข่ายเพื่อการส่งต่อ

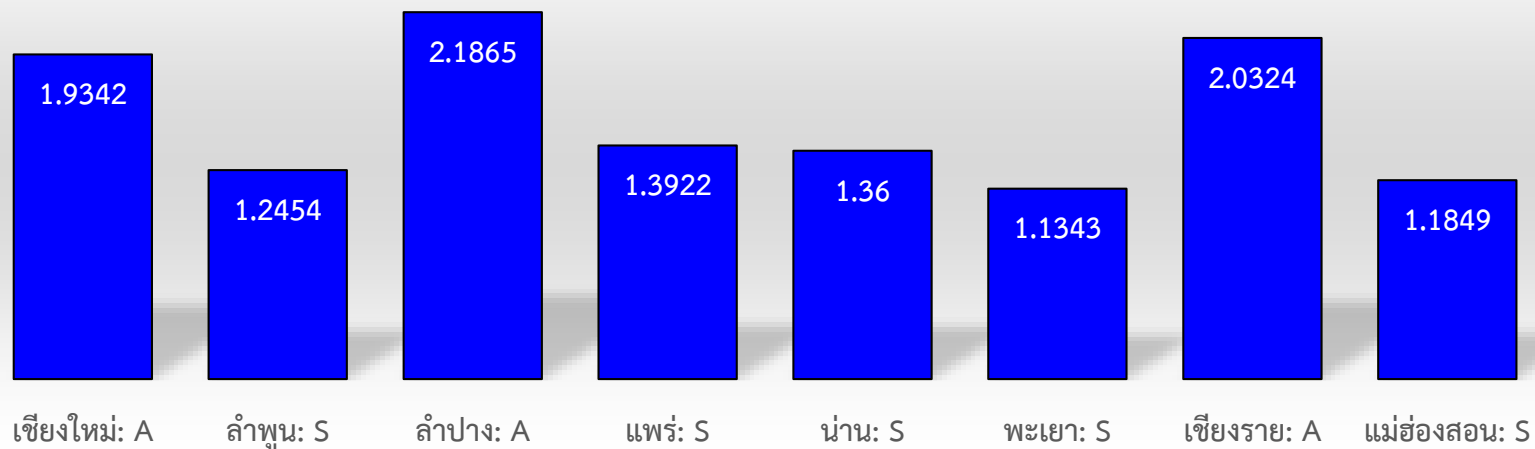
ภาพรวม Service Plan เขตสุขภาพที่ 1

- โรงพยาบาลแพร่ มีความโดดเด่นเรื่อง ODS, corneal transplantation, CKD, Intermediate care, การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร
- โรงพยาบาลน่าน แม้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ก็มีการบริหารจัดการที่ดีและเป็นระบบ เช่น ACS, CKD, ยาเสพติด, RDU
- โรงพยาบาลเชียงราย มีศักยภาพสูงในการเป็น academic center โดดเด่นเรื่อง Stroke, CKD, organ transplantation
- โรงพยาบาลพะเยา ดำเนินงานแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

CMI เปรียบเทียบ 12 เขตบริการสุขภาพ



CMI เขตบริการสุขภาพที่ 1



ความเชื่อมโยงของ NCD (2561)

Primary Care

คัดกรอง ปรับพฤติกรรม ส่งเสริมป้องกัน

1. >35 ปี คัดกรอง DM (90%)

(ประเทศ) 80.06

(เขต1) 95.59

2. >35 ปี คัดกรอง HT (90.97%)

(ประเทศ) 40.19

(เขต1) 91

3. DM ขึ้นทะเบียนรักษา (90%)

(ประเทศ) 59.69

(เขต1) 47

4. HT ขึ้นทะเบียนรักษา (90%)

(ประเทศ) 50.13

(เขต1) 40

5. กลุ่มเสี่ยง HT มี home BP (10%)

(ประเทศ) 26.22

(เขต1) 20.79

Secondary Care

ตรวจรักษา ควบคุมโรค

1. DM well control (40%)

(ประเทศ) 25.46

(เขต1) 19

2. HT well control (50%)

(ประเทศ) 40.19

(เขต1) 21

3. DM +/- HT คัดกรอง CKD (80%)

(ประเทศ) 58.88

(เขต1) 54

4. Stroke FT <4.5 hrs (20%)

(ประเทศ) 21

(เขต1) 25.40

5. SK within 12 hrs (50%)

(ประเทศ) 40.37

(เขต1) 40.94

Tertiary Care

รักษาสภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟู

CKD eGFR<4 mL/min/1.73m²
/yr (≥ 66%)

(ประเทศ) 58.81

(เขต1) 57.66

1. Total death (≤7%)

(ประเทศ) 8.12

(เขต1) 6

2. Ischemic death (≤5%)

(ประเทศ) 3.42

(เขต1) 3

3. Hemorrhagic death (≤25%)

(ประเทศ) 22.24

(เขต1) 17

1. STEMI death (<10%)

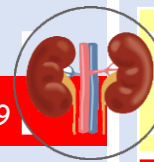
(ประเทศ) 7.64

(เขต1) 10

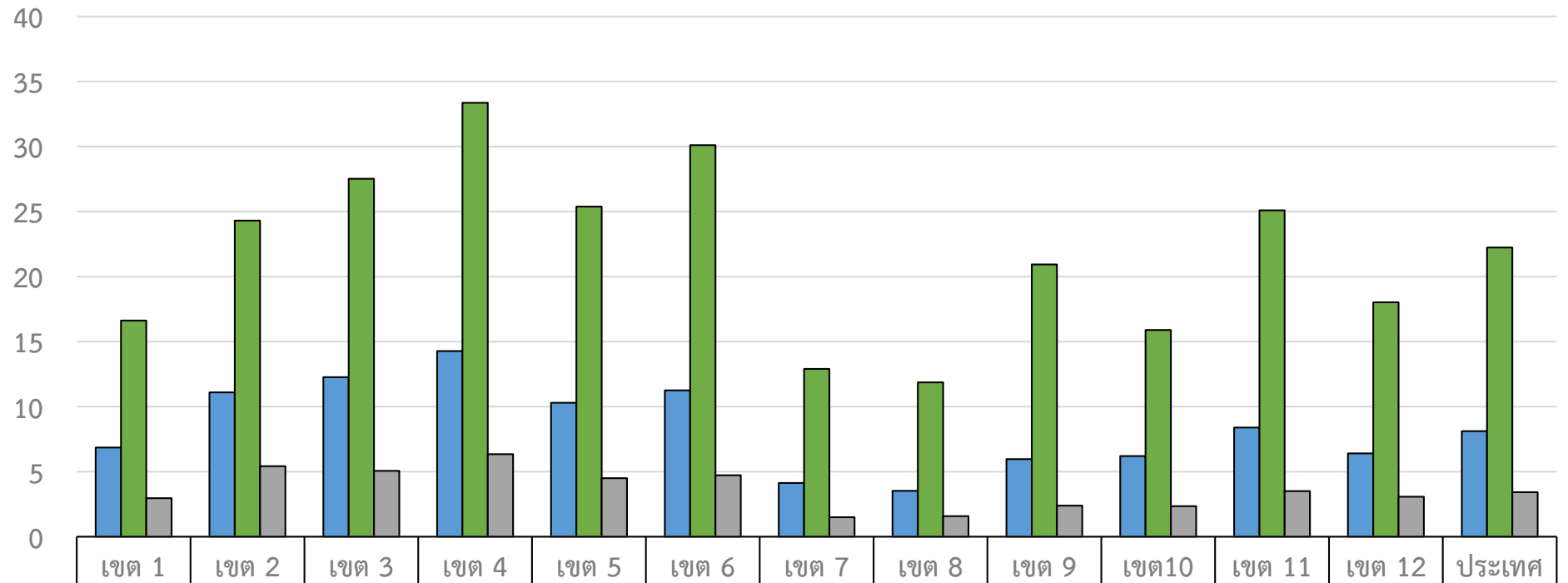
2. NSTEMI death (<5%)

(ประเทศ) 4.51

(เขต1) 6



อัตราการตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง 12 เขตบริการสุขภาพ



อัตราการตายStroke	6.86	11.1	12.27	14.28	10.3	11.25	4.13	3.53	5.97	6.2	8.39	6.41	8.12
Hemorrhage Stroke	16.62	24.31	27.52	33.36	25.38	30.11	12.9	11.87	20.94	15.89	25.1	18.03	22.24
Ischemic Stroke	2.96	5.42	5.06	6.34	4.5	4.73	1.5	1.58	2.39	2.35	3.51	3.08	3.42

เชียงใหม่	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

เชียงราย	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

ลำปาง	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

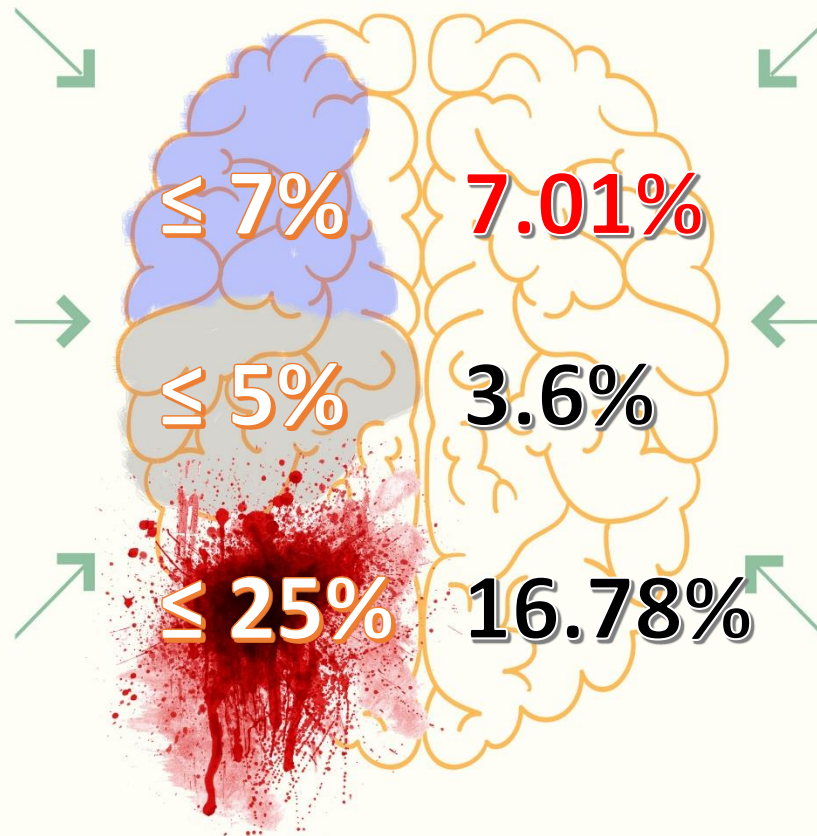
แพร่	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

ลำพูน	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

น่าน	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

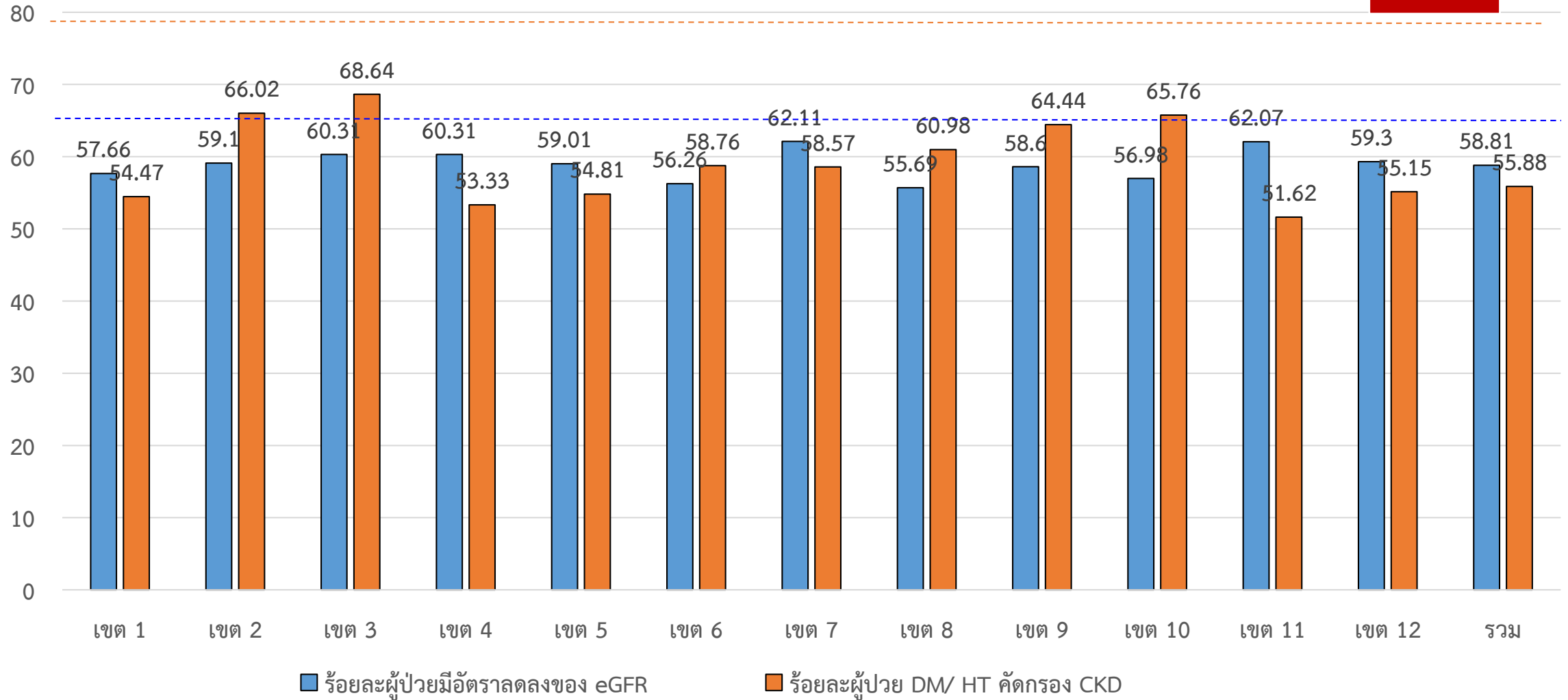
พะเยา	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█

แม่ฮ่องสอน	☑☒
Total (≤7)	█
Ischemic (≤5)	█
Hemorrhage (≤25)	█
Stroke unit	█
Door to needle (≤60)	█



CKD ใน 12 เขตบริการสุขภาพ

> 80 %



เชียงใหม่



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

เชียงราย



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

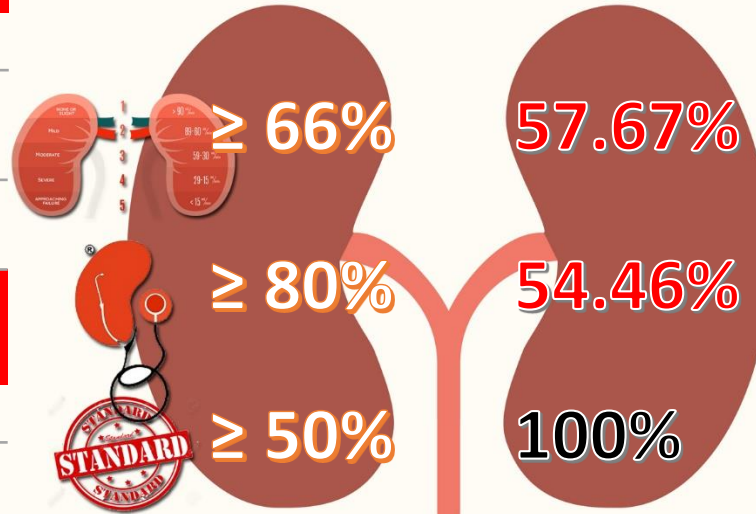
ลำปาง



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)



แพร่



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

ลำพูน



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

น่าน



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

พะเยา



eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)

แม่ฮ่องสอน



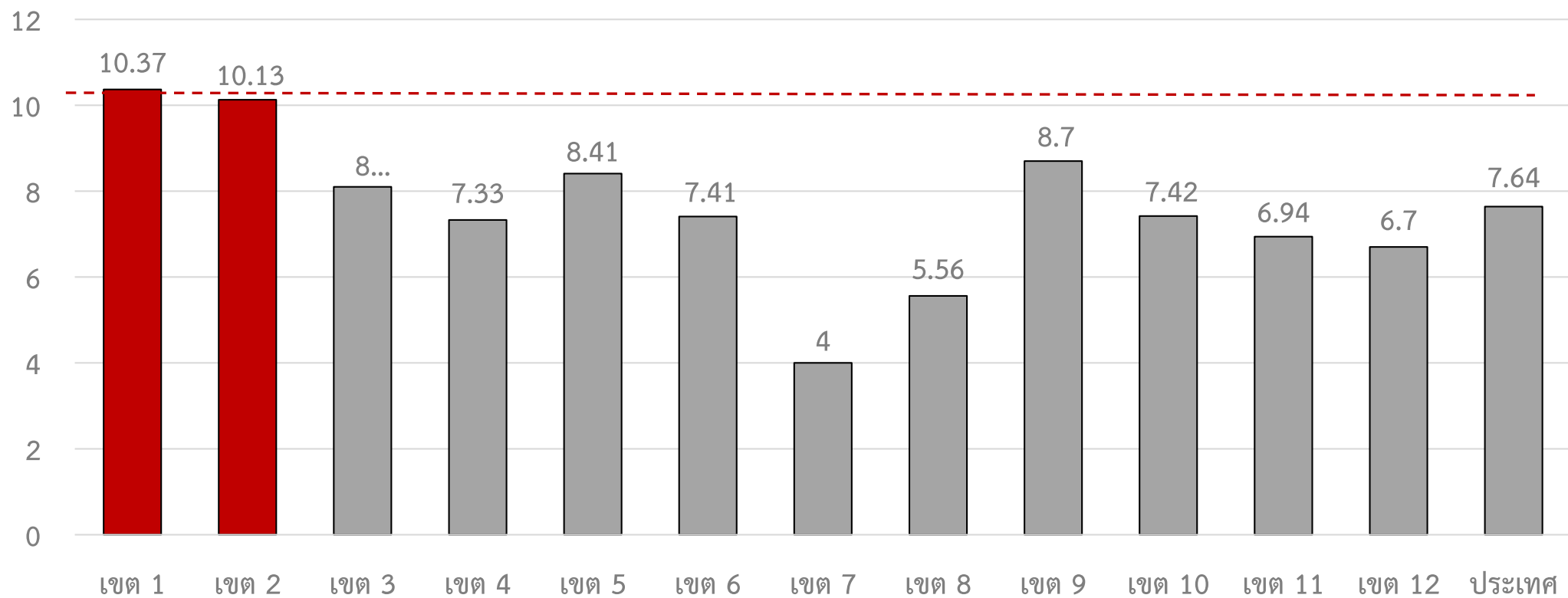
eGFR<4mL/min/1.73m2/yr (≥66)

CKD screening of DM&HT (≥80)

Standard CKD clinic to F2 (≥50)



อัตราการเสียชีวิตในรพ.ของผู้ป่วย ACS : STEMI 12 เขตบริการสุขภาพ



เชียงใหม่



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)

STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



เชียงราย



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)



Door to needle time (< 30 min)



ลำปาง



Death rate/100k (≤ 27)

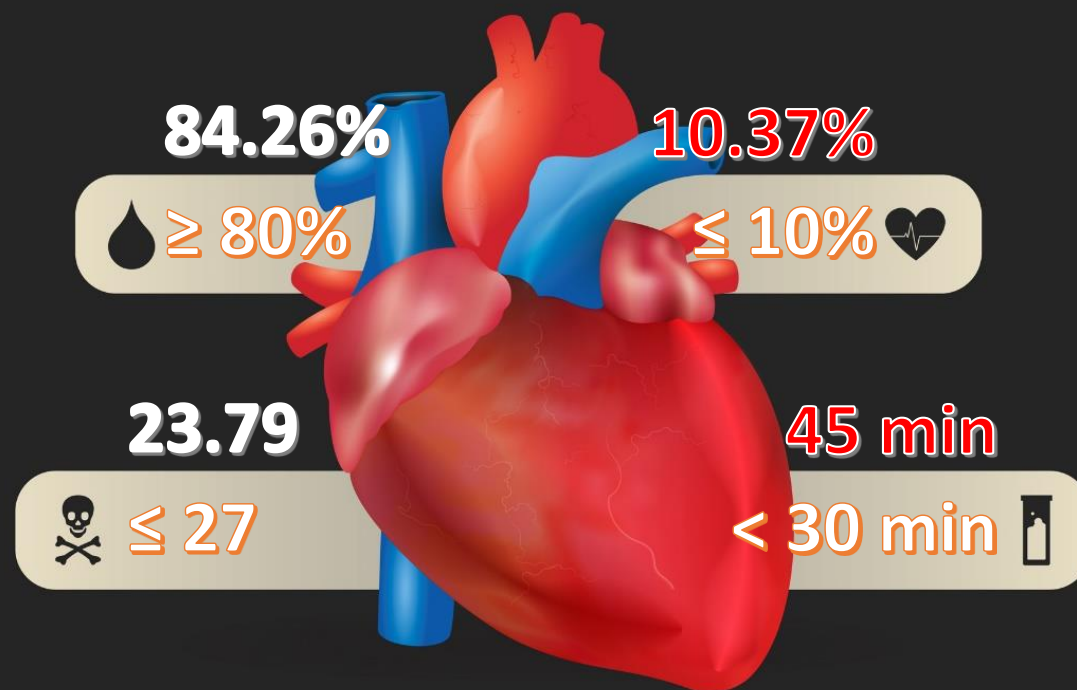


STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



แม่ฮ่องสอน



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



แพร่



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



ลำพูน



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



น่าน



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



พะเยา



Death rate/100k (≤ 27)



STEMI death rate (≤ 10)



STEMI with Intervention (≥ 80)

Door to needle time (< 30 min)



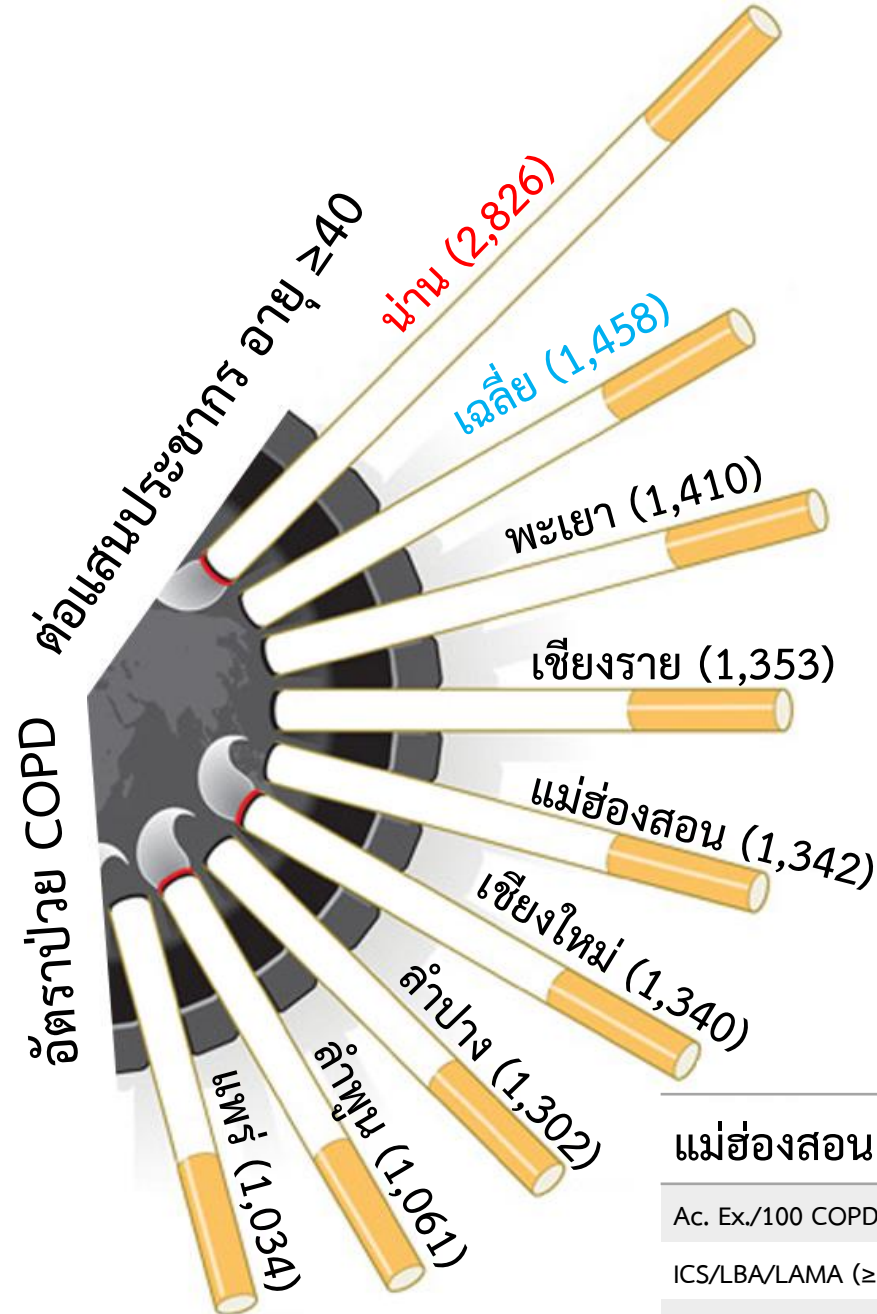
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลัน ผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป



เชียงใหม่	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

เชียงราย	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

ลำปาง	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		



แม่ฮ่องสอน	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

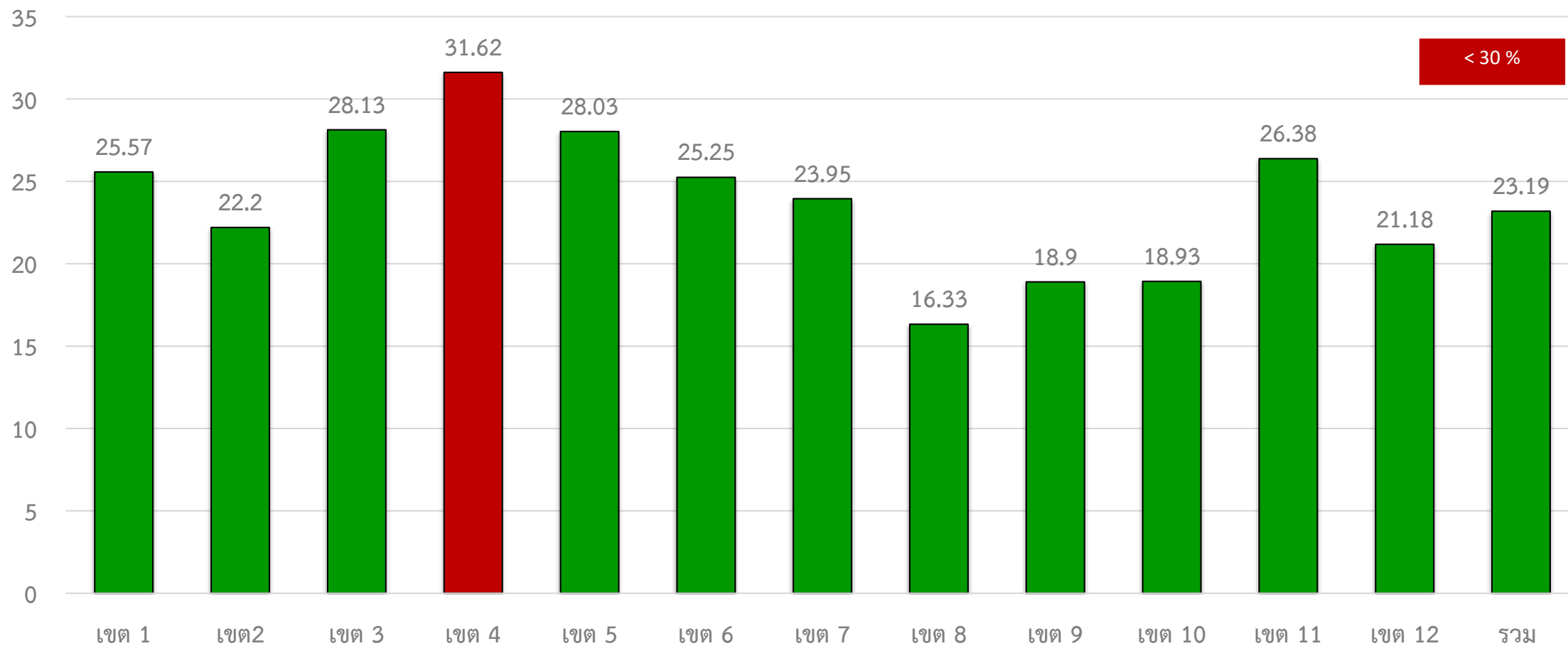
แพร่	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

ลำพูน	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

น่าน	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

พะเยา	✓	✗
Ac. Ex./100 COPD ≥ 40 (≤ 130)		
ICS/LBA/LAMA (≥ 50)		
Influenza vaccine (≥ 50)		
COPD clinic (100)		

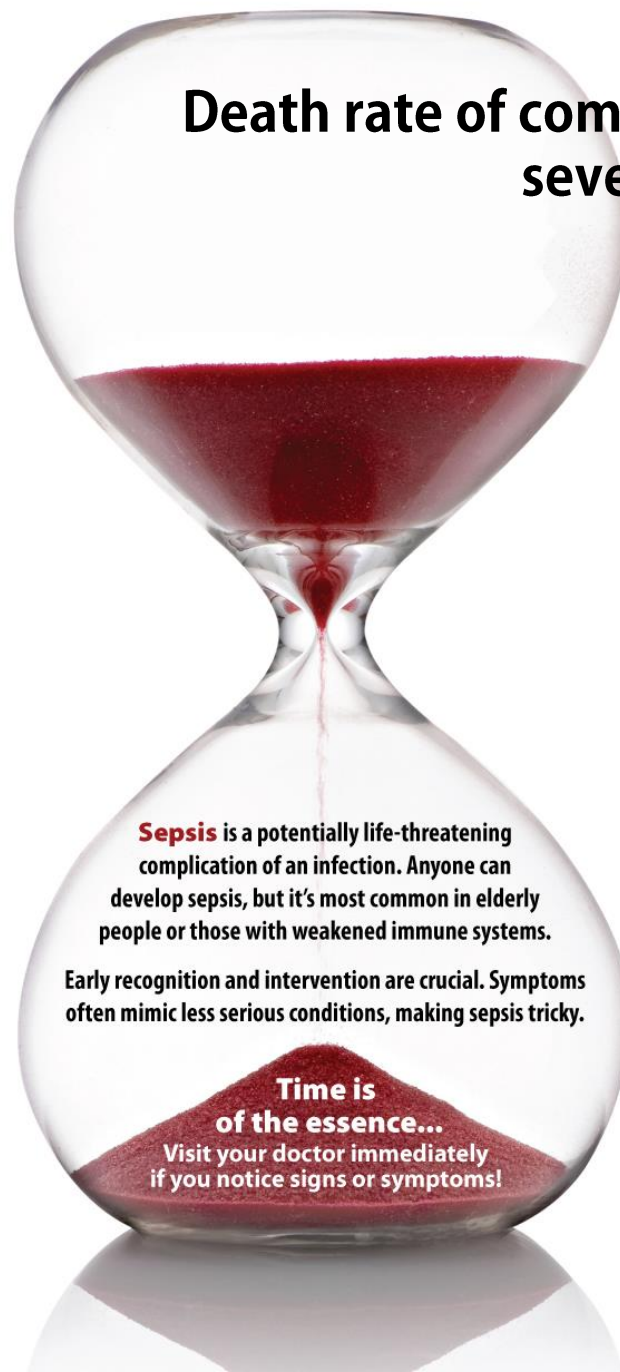
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired



เชียงใหม่	✓	✗
H/C before ATB (≥90)	✓	
ATB within 1 hr (≥90)	✓	
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		✗
ICU within 3 hrs (≥90)	✓	

เชียงราย	✓	✗
H/C before ATB (≥90)	✓	
ATB within 1 hr (≥90)	✓	
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		✗
ICU within 3 hrs (≥90)	✓	

ลำปาง	✓	✗
H/C before ATB (≥90)	✓	
ATB within 1 hr (≥90)		
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		
ICU within 3 hrs (≥90)	✓	



Death rate of community acquired severe sepsis ≤ 30%

25.57%

แพร่	✓	✗
H/C before ATB (≥90)	✓	
ATB within 1 hr (≥90)	✓	
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		✗
ICU within 3 hrs (≥90)		✗

ลำพูน	✓	✗
H/C before ATB (≥90)		✗
ATB within 1 hr (≥90)	✓	
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		
ICU within 3 hrs (≥90)	✓	

น่าน	✓	✗
H/C before ATB (≥90)		✗
ATB within 1 hr (≥90)	✓	
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)	✓	
ICU within 3 hrs (≥90)	✓	

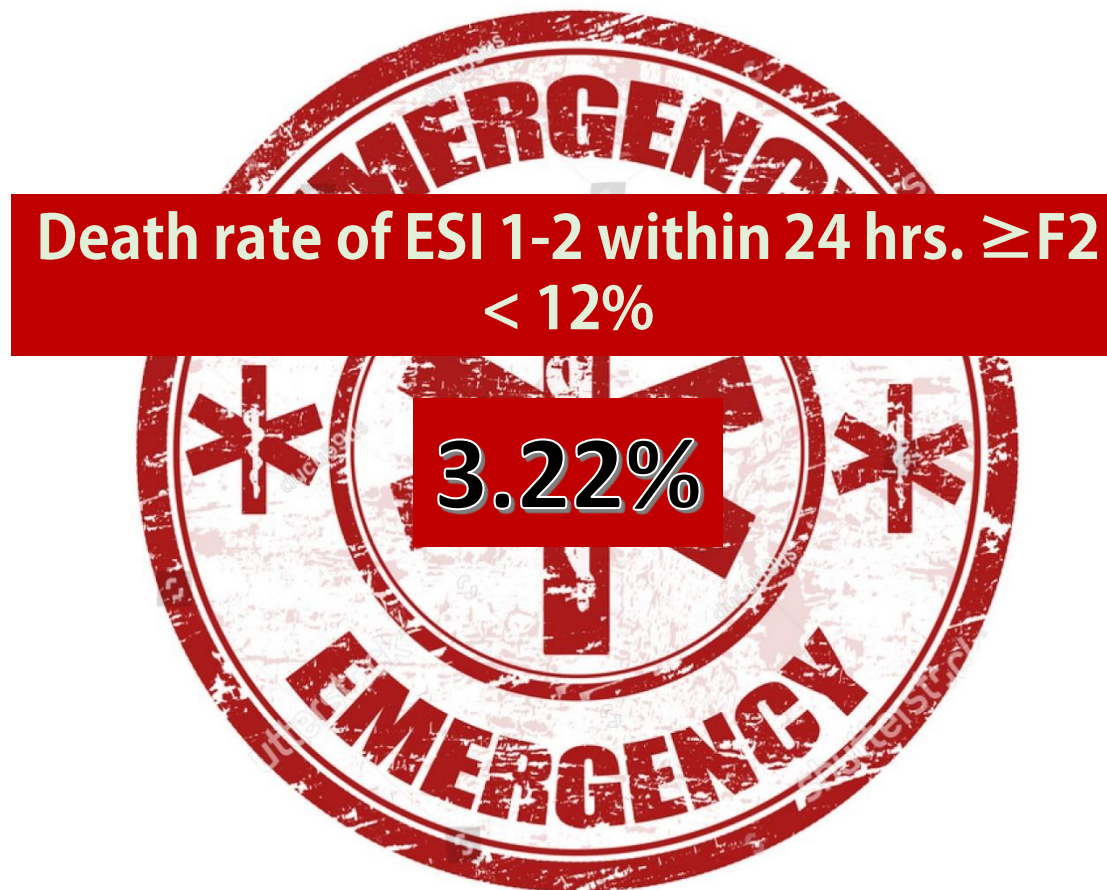
แม่ฮ่องสอน	✓	✗
H/C before ATB (≥90)		✗
ATB within 1 hr (≥90)		✗
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)	✓	
ICU within 3 hrs (≥90)		✗

พะเยา	✓	✗
H/C before ATB (≥90)	✓	
ATB within 1 hr (≥90)		✗
IV fluid 30cc/kg in 1 st hr (≥90)		✗
ICU within 3 hrs (≥90)		✗

เชียงใหม่	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	■
TEA Unit >M1 (>80)	■	

เชียงราย	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	

ลำปาง	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	



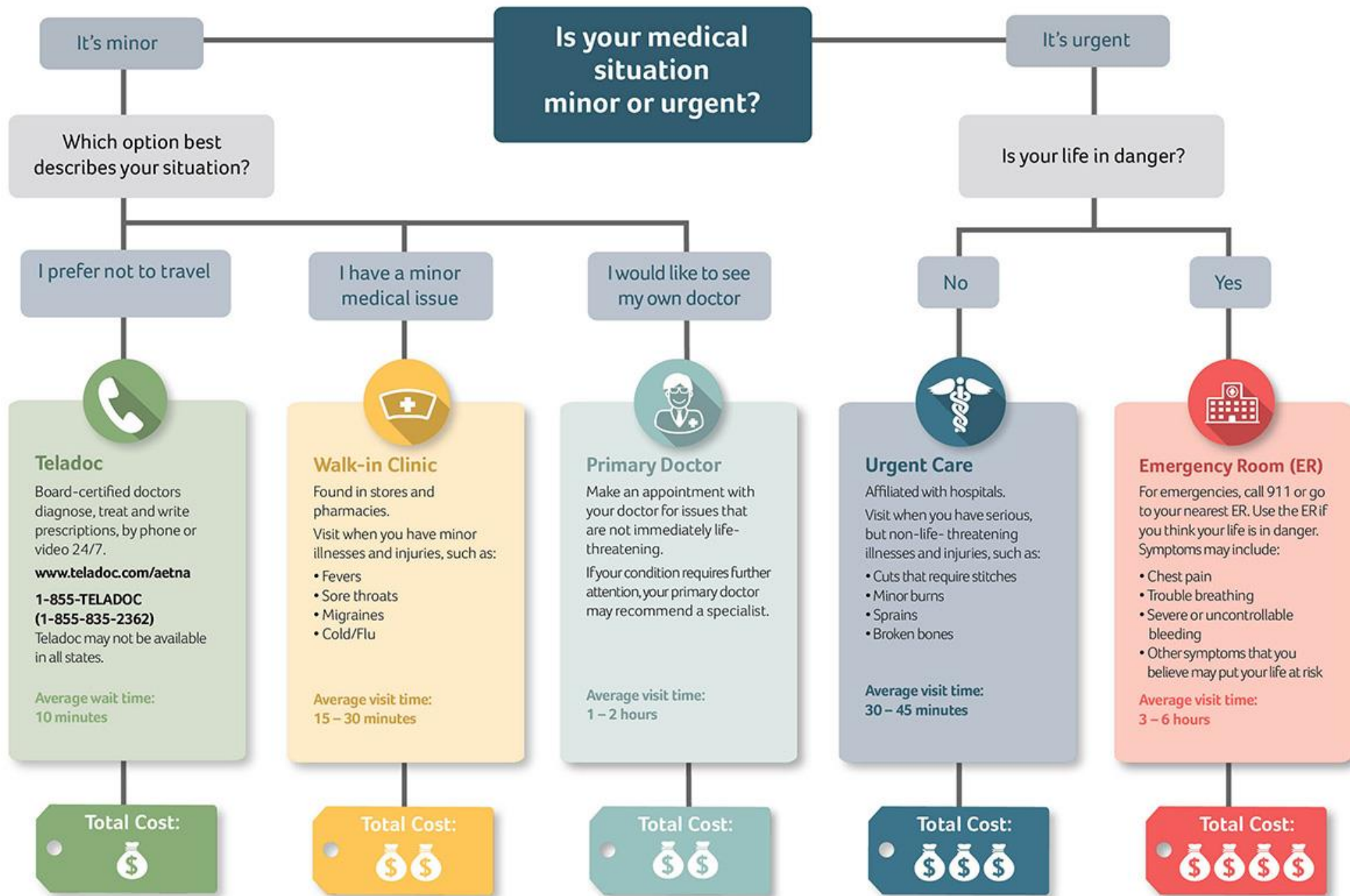
แพร่	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	

ลำพูน	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	

น่าน	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	

แม่ฮ่องสอน	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	

พะเยา	✓	✗
Death rate ESI 1-2 (<12)	■	
Death rate severe TBI (<50)	■	
ER time of ESI 1-2 (2-4 hrs)	■	
TEA Unit >M1 (>80)	■	





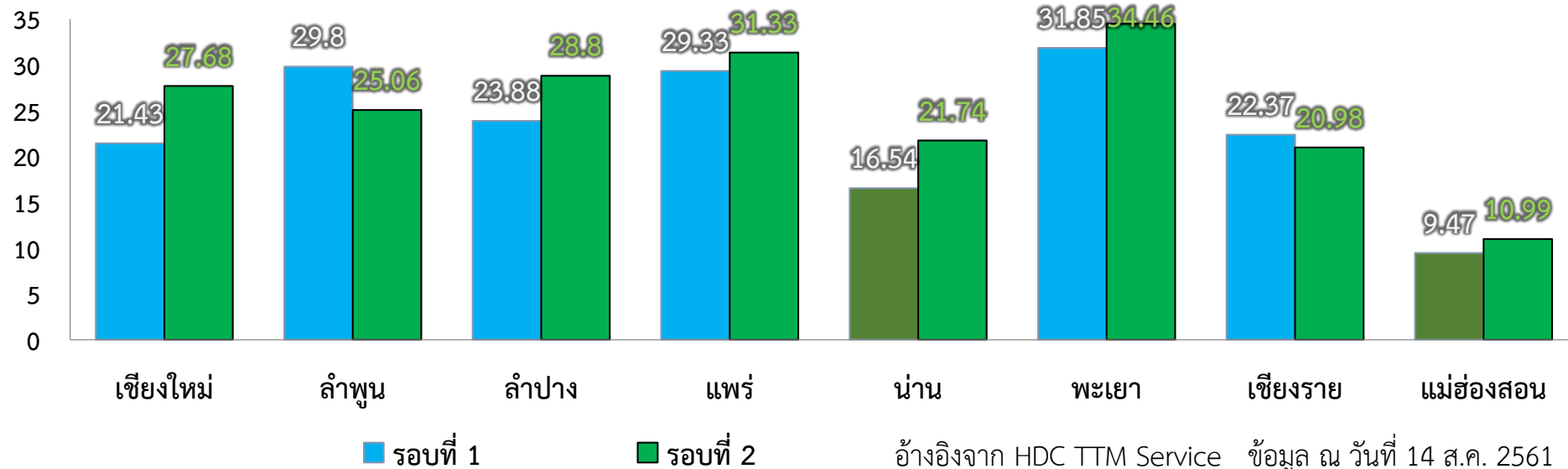
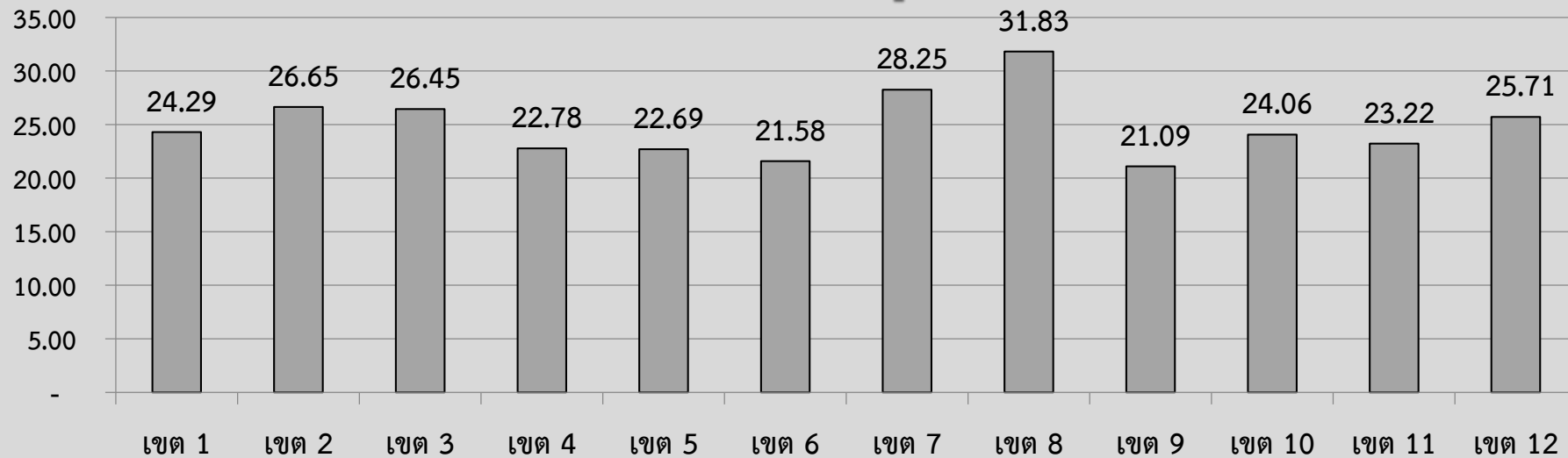
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 20)

เขตสุขภาพที่ 1-12

ค่าเฉลี่ย = 24.79%

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

จำแนกรายเขตสุขภาพ



อ้างอิงจาก HDC TTM Service ข้อมูล ณ วันที่ 14 ส.ค. 2561



ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 20)

เขตสุขภาพที่ 1
ค่าเฉลี่ย = 24.29%

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

Best practice

- พะเยา : การบูรณาการการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันกับ RDU
 - ลำพูน แพร่ : มีการจัดอบรมแพทย์แผนปัจจุบันที่จบใหม่ทุกคนก่อนไปปฏิบัติงานในรพ. เพื่อให้แพทย์มีความรู้ ความเข้าใจในงานการแพทย์แผนไทยและการสั่งใช้ยาสมุนไพร
- นวัตกรรม คือ แพร่ : การใช้ผ้าก๊อตขมื่นชั้นในผู้ป่วยแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะ

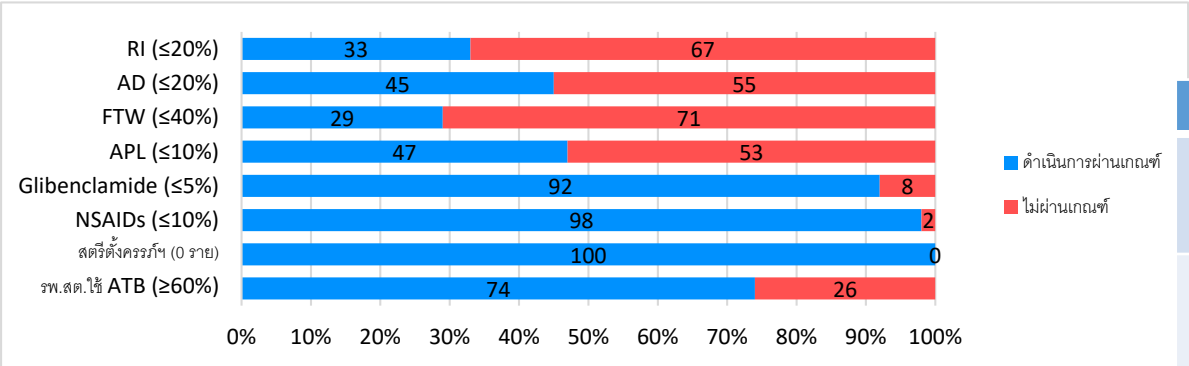
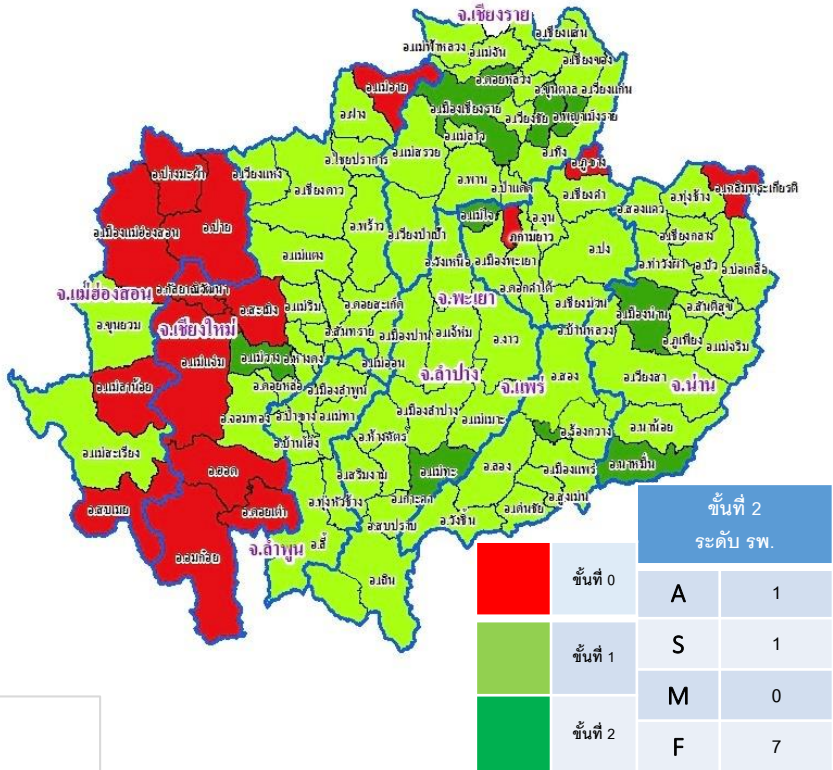
1. ควรจัดบริการการแพทย์แผนไทยเชิงรุกร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
2. พัฒนาศักยภาพความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรให้กับบุคลากรสหวิชาชีพ
3. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยด้านการวิจัย
4. ควรจัดการระบบฐานข้อมูลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

RDU

ตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล
(เป้าหมาย RDU ชั้น1 ≥ 80 ; RDU ชั้น2 ≥ 20)

สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ 1 มีรพ.ทั้งหมด 100 แห่ง ผ่าน RDU ชั้น 1 จำนวน 87 แห่ง (87%) และผ่าน RDU ชั้น 2 จำนวน 9 แห่ง (9%)



Best Practice

1. เชียงราย : ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีทีมและระบบติดตามตรวจสอบข้อมูล มีการทำงานบูรณาการ และมีส่วนร่วมในระดับประเทศ

2. ลำปาง : นโยบายจังหวัด ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ กำกับติดตามงาน วิเคราะห์แผนงานผลงาน และปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

RDU

ตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล
(เป้าหมาย RDU ชั้น1 ≥ 80 RDU ชั้น2 ≥ 20)

ปัญหา/ข้อจำกัด	ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ปัญหา
การใช้ ATB (URI, AD, FTW, APL) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	1.ผู้สั่งใช้ยา 1.1 สร้างความตระหนักรู้แก่ผู้สั่งใช้ยาให้เป็นไปตาม RDU/CPG อย่างจริงจัง 1.2 จัดให้มี RDU Orientation ผู้สั่งใช้ยาที่เข้ามาทำงานใหม่หรือหมุนเวียน 1.3 คัดข้อมูลการแก่ผู้สั่งใช้ยา และแจ้งแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณาสั่งการ 2.ข้อมูล 2.1 FTW - ตัดข้อมูลที่เกิน 6 ชั่วโมงออก - รวบรวมมูล Case สัตว์กัดออกจากแผลสดเพื่อเสนอส่วนกลาง 2.2 .APL - ตัดข้อมูล Case UTI แล้วได้รับ ATB ก่อนทำคลอดออก - ตัด ATB ออกจาก Standing Order - รวบรวม Case 3-4 degree tears เพื่อเสนอส่วนกลาง 2.3 รพ.สต. - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการสั่งใช้ยา - กรณีที่ไม่มี Case(เป็น 0) ให้ปรับแก้ข้อมูลให้ถูกต้อง 3.สภาพภูมิศาสตร์(ภู/ดอย) : วิเคราะห์ที่ตั้ง/ปัญหา/การแก้ไข/ข้อเสนอแนะ เพื่อเสนอส่วนกลางในกรณีที่ปัญหา

ปี 2562 : RDU ชั้นที่ 3

เป้าหมาย

RDU1 : ประมาณร้อยละ 15-20

RDU2 : ประมาณร้อยละ 100

RDU2

จำนวน รพ.สต.ทุกแห่ง
ที่ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD

RDU1

- เพิ่ม Quality

-Metformin ใน DM
-Inhale Corticosteroid ใน asthma
-Long acting Histamine ในRI เด็ก

- ลด Adv. Event จากยา

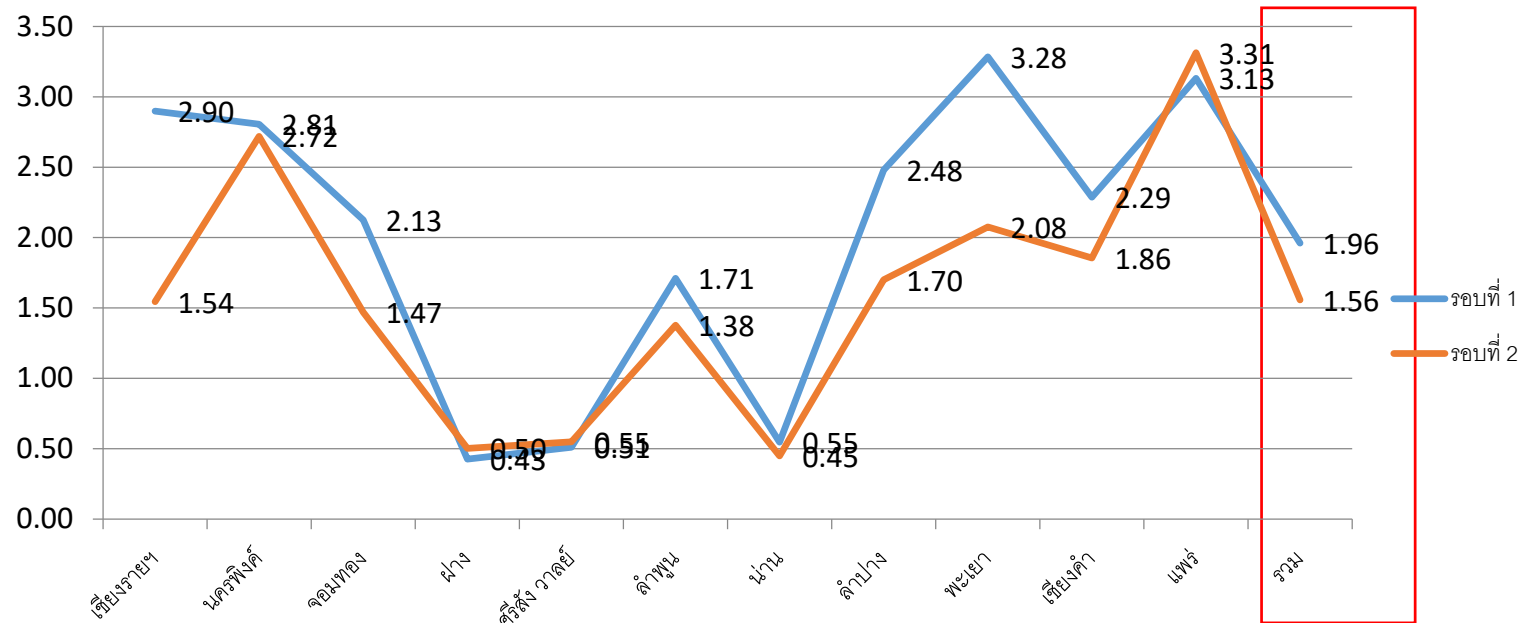
ไม่ใช้ RAS ซ้ำซ้อน
ไม่ใช้ NSAID ซ้ำซ้อน
ลดการใช้ BZD ในสูงอายุ



ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
1	ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีระบบจัดการการดื้อ ยาต้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	เป้าหมาย (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	11
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	10
		ร้อยละ	90.90

รายงานร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด



เชื้อดื้อยาที่พบมากที่สุด

1. *Escherichia coli* ร้อยละ 59.57
2. *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 19.15
3. *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 11.13

ข้อมูล :

รอบที่ 1 ม.ค.-ธ.ค.60

รอบที่ 2 ม.ค.-มิ.ย.61

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค

1. การจัดทำ antibiogram ปีละครั้ง ของระดับ A, S, M1 ดำเนินการได้ทุกแห่ง ยกเว้น รพ.ศรีสังวาลย์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และการเข้ารับการอบรม AMR ไม่ได้ครอบคลุมทุกระดับ
2. ขาดผู้นำการบูรณาการการทำงานทีมสหวิชาชีพ และมีการหมุนเวียนแพทย์บ่อย
3. ไม่มีคณะกรรมการ AMR (อยู่ระหว่างดำเนินการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ดำเนินการจัดทำร่าง คณะกรรมการของเขตระดับเขต)
4. ยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
5. Personal Protective Equipment มีราคาสูง เช่น ตู้ชีวนิรภัย ต้องการสนับสนุนเครื่องมือดังกล่าวให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของสหสาขาวิชาชีพ เช่น การจัดทำ antibiogram และประสาน ส่วนกลางจัดอบรมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
2. พัฒนาทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจ สร้างความตระหนักการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ ดื้อยา และ ควรจัดปฐมนิเทศให้กับแพทย์จบใหม่
3. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยติดการติดเชื้อดื้อยา และพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล M-lab
4. ส่วนกลางควรสนับสนุนให้มีการจัดซื้อ Personal Protective Equipment ในระดับเขตสุขภาพ

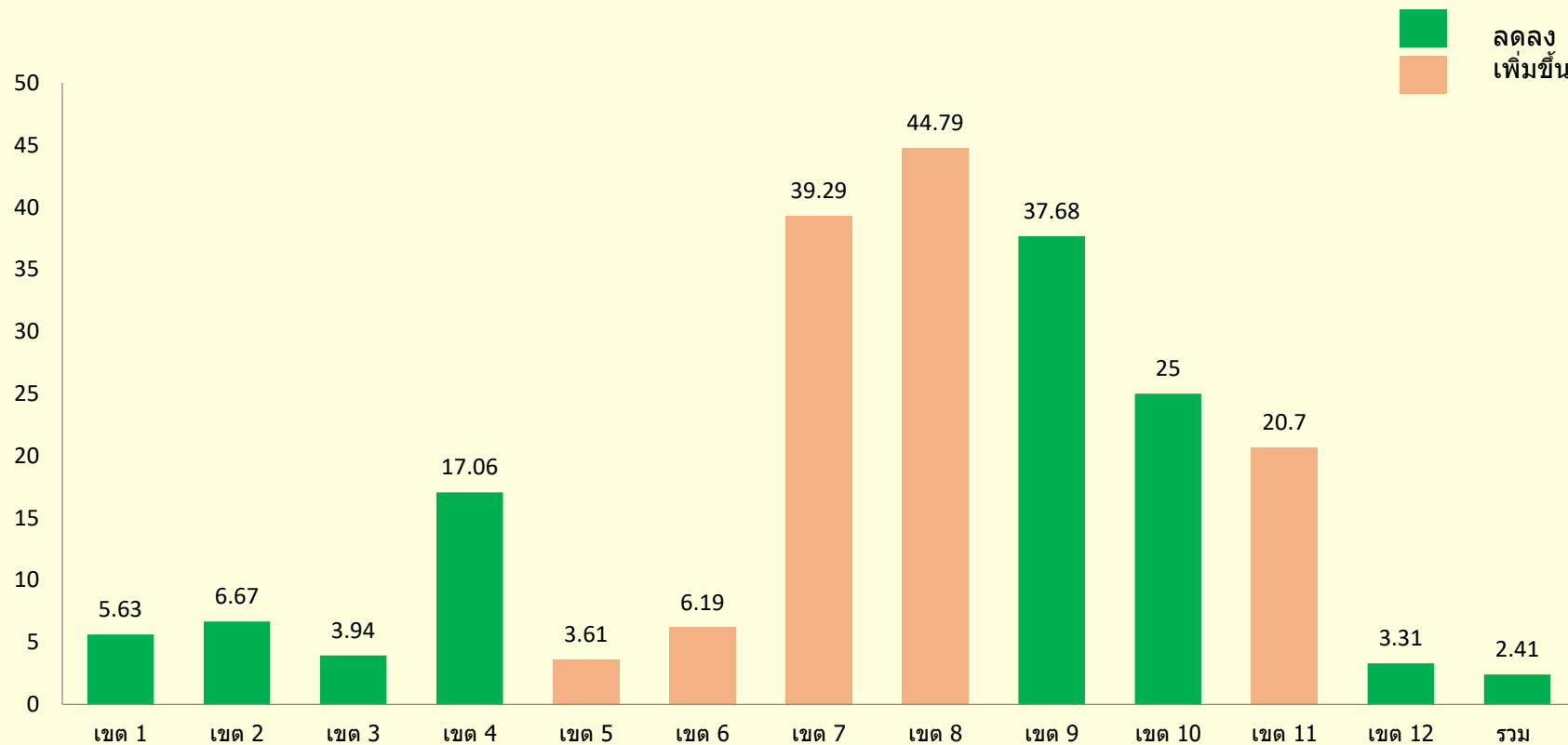


นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การสร้างนวัตกรรมด้านสารสนเทศโปรแกรม Antimicrobial Auto Alert System เพื่อใช้ควบคุม กำกับและติดตาม การใช้ยาต้านจุลชีพ กลุ่มเป้าหมาย (Drug Utilization Evaluation, DUE) เฝ้าระวัง จัดทำ และรายงานอุบัติการณ์ เริ่มใช้ 1 มิถุนายน 2561
- การรายงาน Lab Alert ทางกลุ่มไลน์ มีการแยกกลุ่มไลน์ของเชื้อโรค เพื่อความสะดวกในการรายงาน
- ข้อมูล Systemic alert for MDR/CRE ผ่าน lab alert และระบบ refer
- จัดการประชุมชี้แจงและฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง RDU&AMR ผ่านระบบ teleconference ของเครือข่ายในทุกระดับ

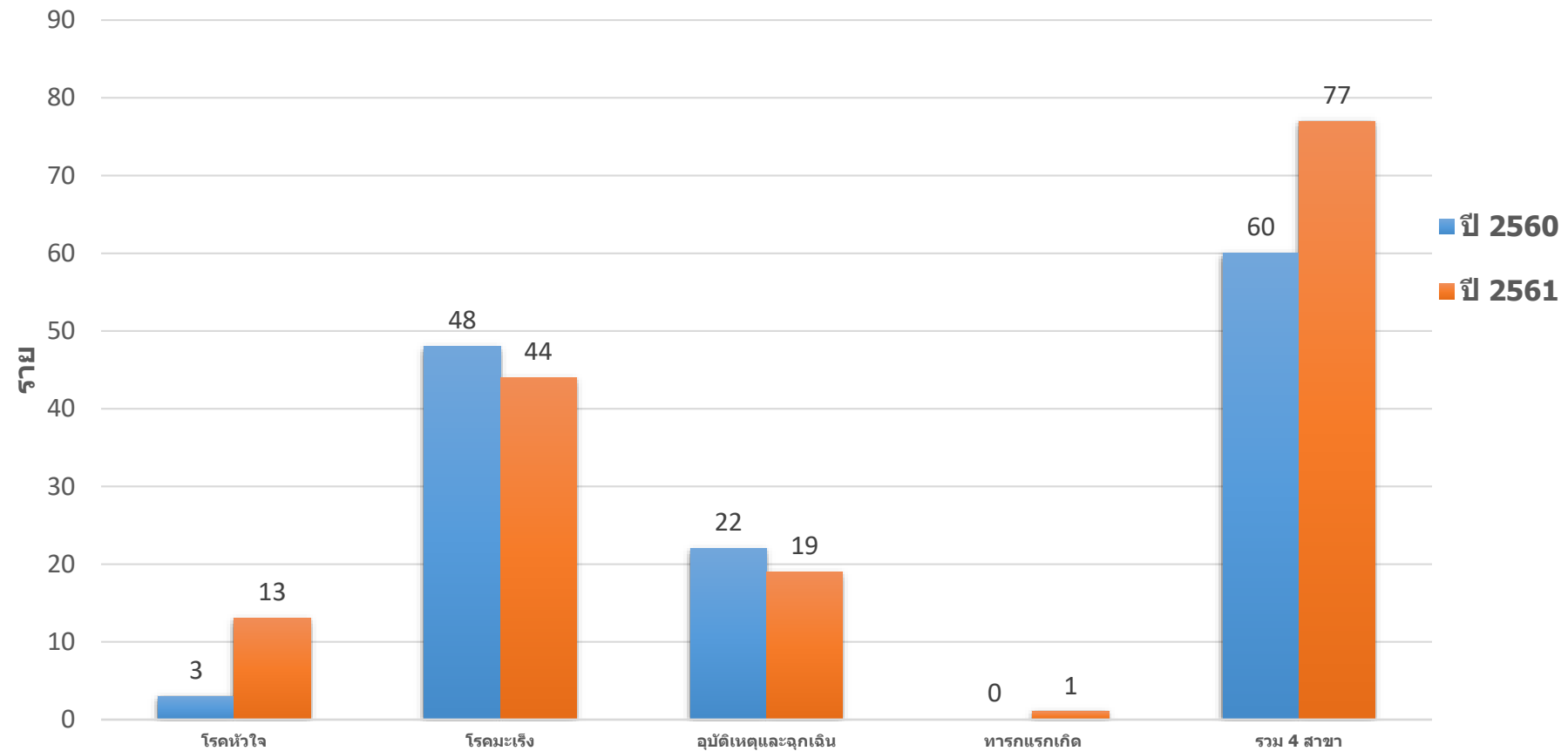
สถานการณ์

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ



ที่มา HDC ไตรมาส3

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ



**รวมผู้ป่วยส่งต่อ 4 สาขา
เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.33**

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

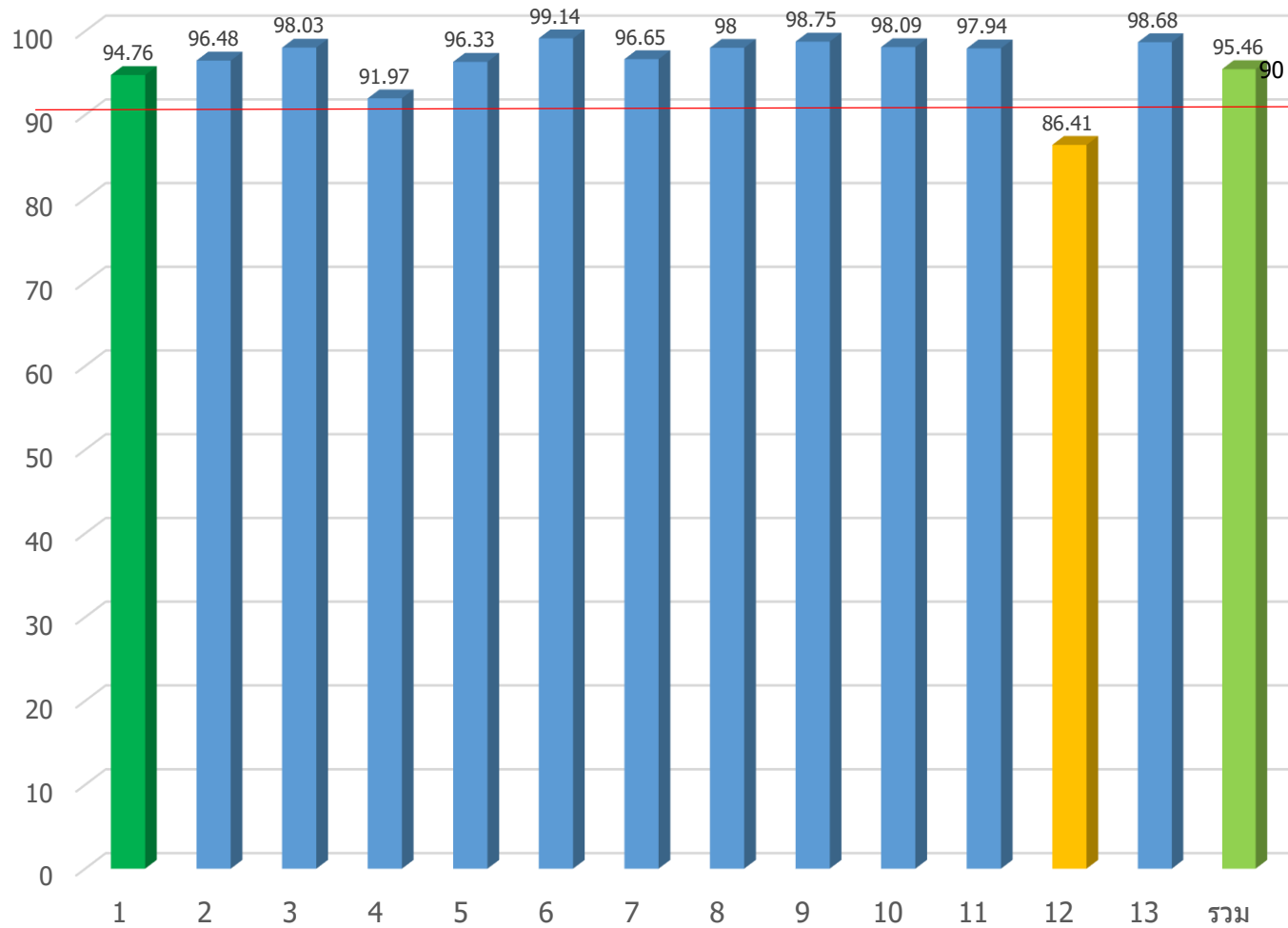
เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 2

Service plan สาขา	ส่งต่อผู้ป่วย นอกเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2560	ส่งต่อผู้ป่วย นอกเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561	ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ
โรคหัวใจ (รหัส I20-I25)	3	13	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 333.3
โรคมะเร็ง (รหัส C และ D)	48	44	ลดลง ร้อยละ 8.33
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รหัส V01-Y98)	22	19	ลดลง ร้อยละ 13.63
ทารกแรกเกิด (รหัสวินิจฉัย ที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28วัน เทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)	0	1	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100
รวมผู้ป่วยส่งต่อ ๔ สาขา	60	77	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.33

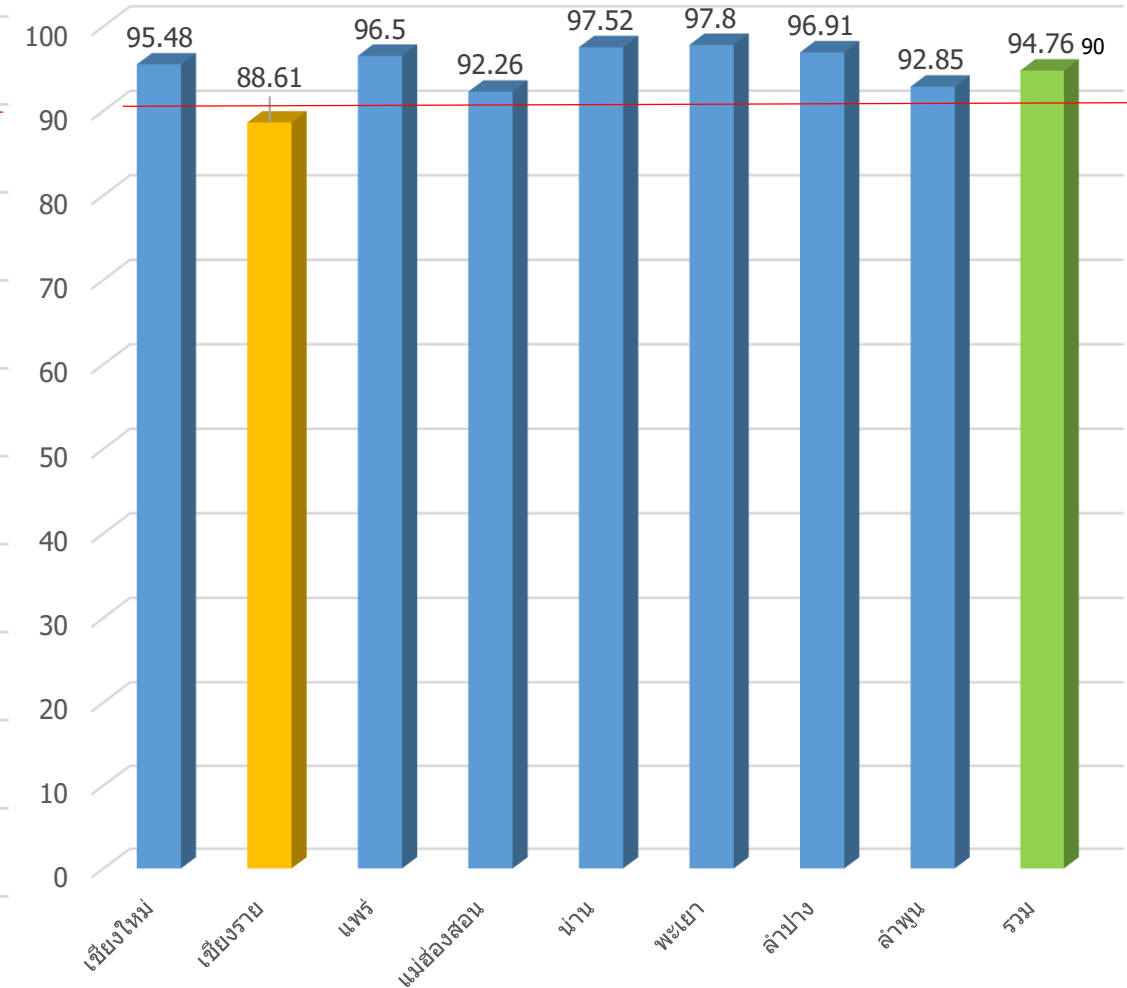
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
การบำบัดรักษายาเสพติด เขตบริการสุขภาพที่ 1
สรุปการตรวจราชการรอบที่ 2 วันที่ 14 – 15 ส.ค. 61)

- เป็นเขตบริการสุขภาพที่มีที่มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ (ข้อมูล บสต.61)
- โดยจังหวัดที่มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษามากได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย และจังหวัดลำปางตามลำดับ (ข้อมูล บสต.61)
- ปัจจัยจากภูมิศาสตร์ เอื้อต่อการลำเลียงและsupply size ทางการค้าถูก
- Typeของยาเสพติดเป็นสารกลุ่ม(opioid)ฝิ่นเฮโรอีน:ยาบ้า:สารอื่น เขต 1 (**26**:68:6) ทั้งประเทศ(**5**:79:16)
- Severity ผู้ติดเรื้อรังสัดส่วนสูงกว่าเมื่อเทียบระดับเขต/ประเทศ (จากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง กระทรวง V2 : ข้อมูลบสต 61)
- จังหวัดน่าน แพร่ ลำพูน ลำปาง และ จังหวัดพะเยา มีสัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอายุ ๒๔ ปีลงมา ซึ่งอยู่ในช่วงเด็กและเยาวชน ที่ค่อนข้างสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเชิงป้องกันและการเฝ้าระวังในกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างจริงจัง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง
3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)
เขตบริการสุขภาพที่ 1-13 (1 ตค. 60 –13 พค.61)
เป้าหมาย ร้อยละ 90

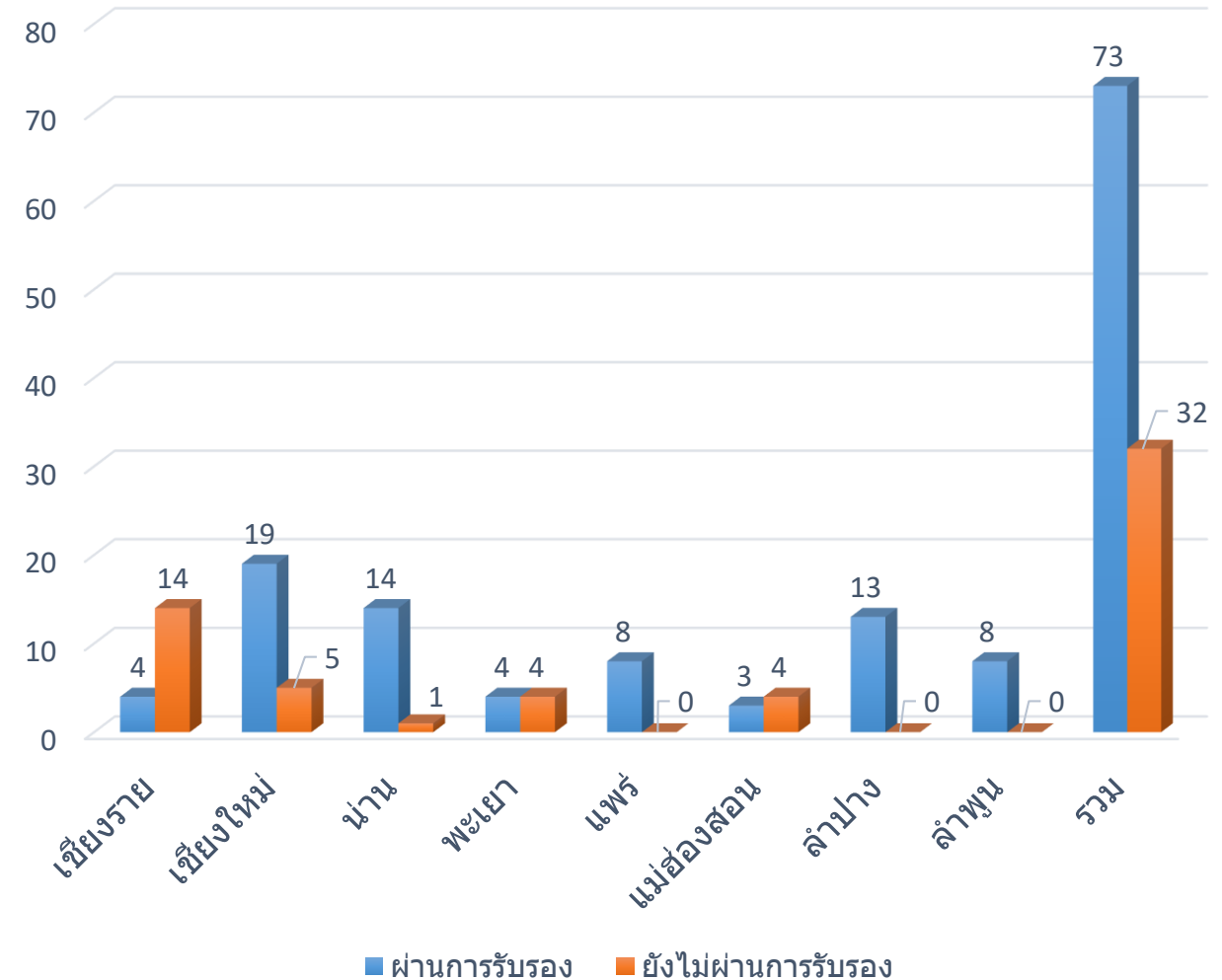


ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง
3 เดือนหลังจำหน่าย (3 month remission rate)
ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 (1 ตค. 60 –13 พค.61)
เป้าหมาย ร้อยละ 90



การพัฒนามาตรฐานสถานบริการด้านยาเสพติด(HA ยาเสพติด)

	ผ่าน	หมดอายุ/ยังไม่ผ่าน	%
เชียงราย	4	14	22.22
เชียงใหม่	19	5	79.17
น่าน	14	1	93.33
พะเยา	4	4	50
แพร่	8	0	100
แม่ฮ่องสอน	3	4	42.85
ลำปาง	13	0	100
ลำพูน	8	0	100
รวม	70	32	68.09



ผลงานเด่นของแต่ละจังหวัดด้านยาเสพติด

จังหวัด	ผลงาน
พะเยา	มีรูปแบบการดูแลแก้ไขปัญหายาในชุมชนโดยผ่านกลไกระดับอำเภอที่ชัดเจน(พะเยาโมเดล) ภาครัฐทุกหน่วยมีส่วนร่วม
เชียงใหม่	- โรงพยาบาลเทพรัตน์ มีนวัตกรรมการดูแล “ยาใจไม่มีวันหมดอายุ” ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานใน Service Plan Sharing - มีรูปแบบการลดอันตรายโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่เป็นแหล่งศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศที่ โรงพยาบาลไชยปราการและโรงพยาบาลแม่แตง - รูปแบบการบำบัดรักษายาบ้าในชุมชนโดยชุมชน “เชื่อนผากโมเดล” เป็นแหล่งศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ
แม่ฮ่องสอน	มีการขยายบริการเพิ่มขึ้นโดยใช้กลไก Harm Reduction ด้วย MMT
เชียงราย	มีการขยายบริการเพิ่มขึ้นโดยใช้กลไก Harm Reduction ด้วย MMT ในโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงและเวียงป่าเป้า
ลำพูน	มีรูปแบบและโครงสร้างการบำบัดด้วยชุมชนมีส่วนร่วมผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดลงสู่ พชอ. ครบทั้ง 8 อำเภอ(อยู่ระหว่างการพัฒนา)
ลำปาง	มีรูปแบบการบำบัดสุรา บหรี่ ในชุมชน (อำเภอแม่ทะ)
น่าน	มีการจัดรูปแบบการส่งต่อที่ชัดเจนสามารถ Retain ผู้ป่วยให้อยู่ในเขตจังหวัดได้
แพร่	มีการพัฒนาเครือข่าย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ป่วย เพื่อคอยติดตามให้ความช่วยเหลือภายหลังผ่านการบำบัดรักษาในทุกชุมชน 720 หมู่บ้าน

แผนการพัฒนา

ให้ทุกจังหวัดเตรียมการรองรับผู้ป่วยจากระบบบังคับบำบัดเข้าสู่ระบบของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยขอให้ผู้บริหารสนับสนุนภารกิจการบำบัดรักษายาเสพติด

ให้ทุกจังหวัดจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตามข้อสั่งการของสำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

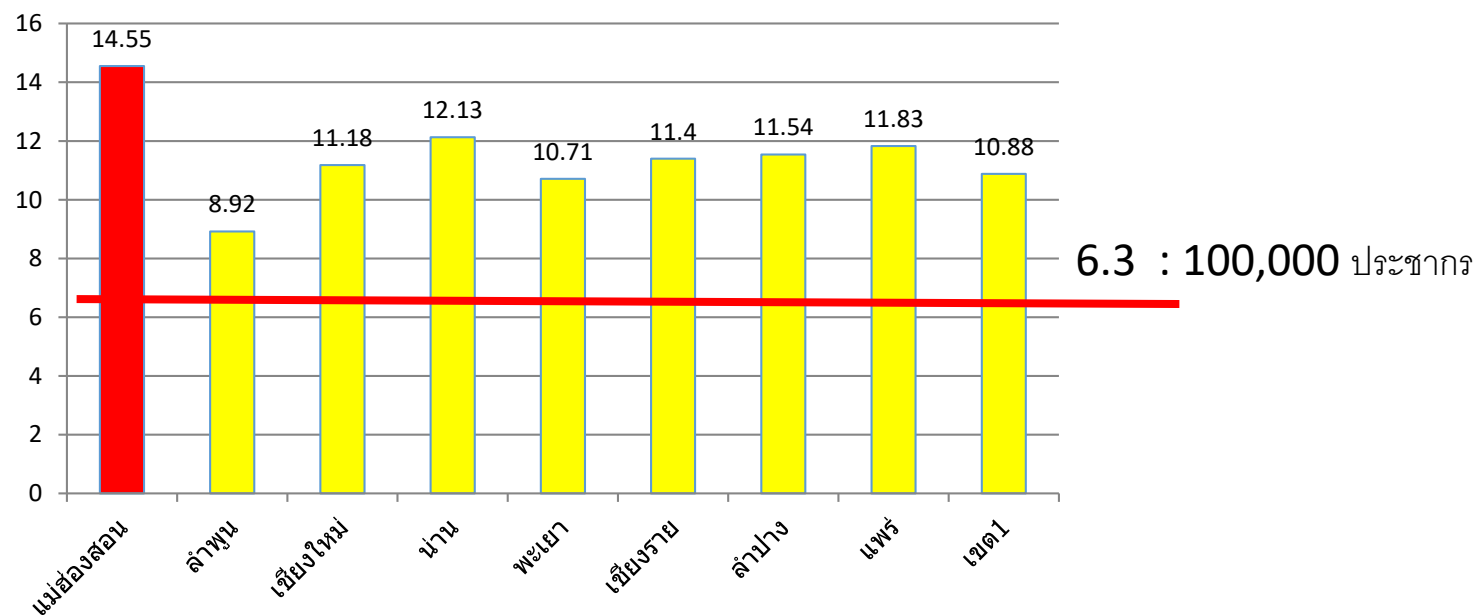
พัฒนาคุณภาพด้านการบำบัดสุรา บุหรี่ ตามข้อสั่งการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ให้ทุกจังหวัดทบทวนและวางแผนการรับรองคุณภาพและการรับรองคุณภาพซ้ำ (Accreditation , Re- Accreditation) ของงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติด(HA ยาเสพติด) เพื่อยกระดับบริการและเตรียมความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริการจิตเวชและยาเสพติดในทุกโรงพยาบาล

ขยายศักยภาพการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based treatment) ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมการบริการ

สถานการณ์

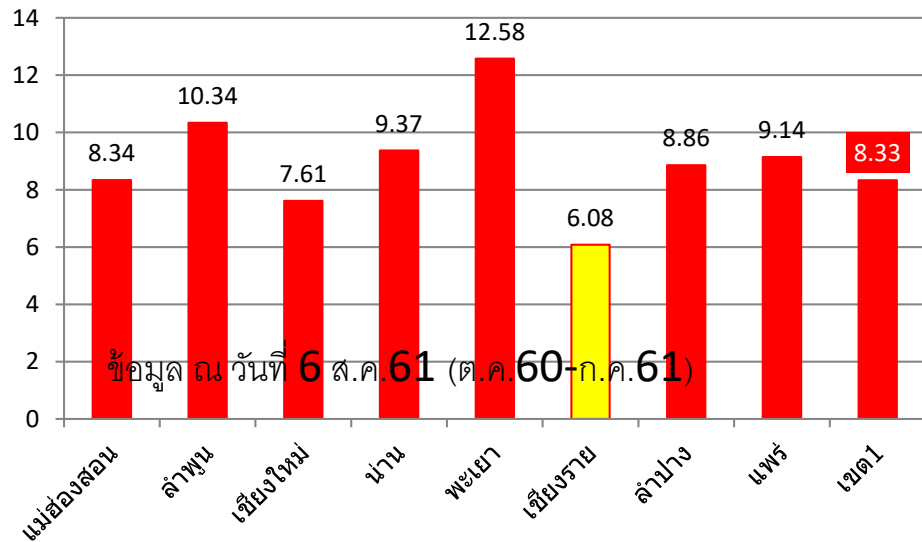
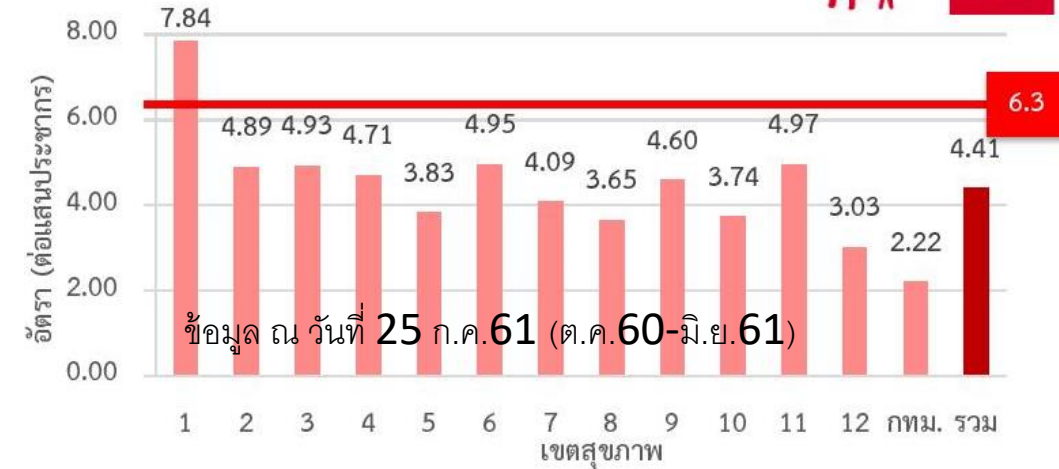
การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2560



- อัตราการฆ่าตัวตายต่อ แสนมีค่า 0 - 0.99
- อัตราการฆ่าตัวตายต่อ แสนมีค่า 1.00 - 6.49
- อัตราการฆ่าตัวตายต่อ แสนมีค่า 6.50 - 13.00
- อัตราการฆ่าตัวตายต่อ แสนมีค่า ≥ 13.01

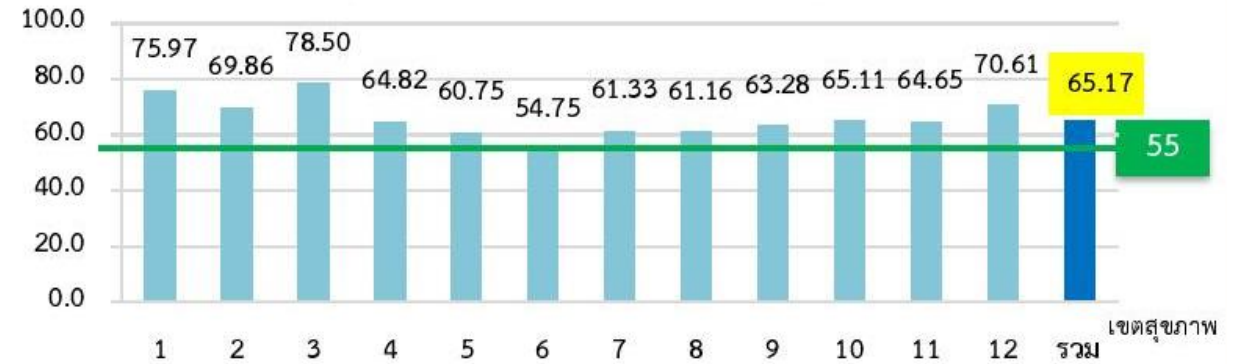
สถานการณ์

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2561



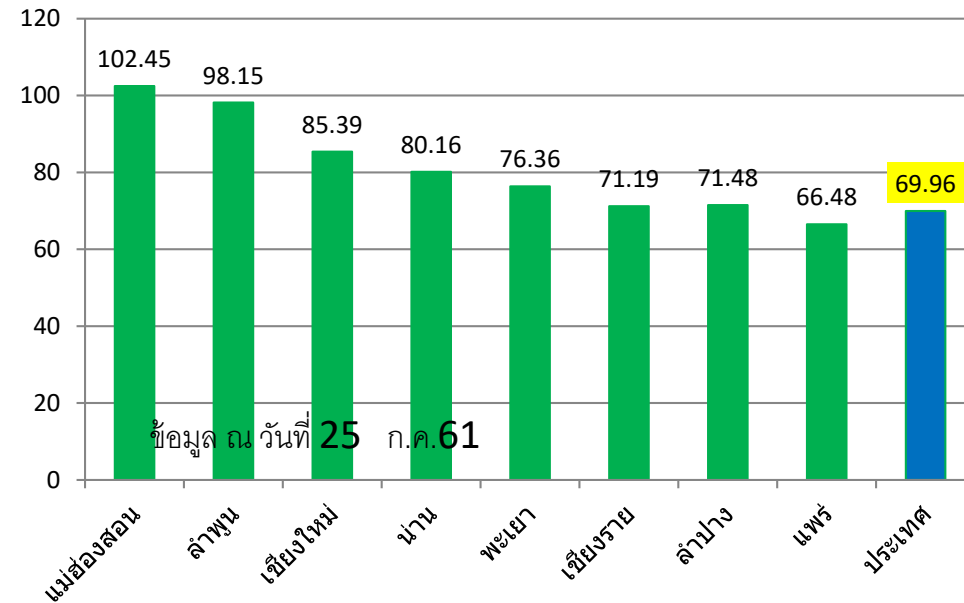
สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต



ที่มา : รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 มิ.ย. 61

รายงานโดย : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ <http://www.thaidepression.com>



ผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ



- รพ.พะเยา สามารถ Admit ผู้ป่วยจิตเวชได้เฉลี่ย 5 case ต่อเดือน (แม้ว่าจะยังไม่มีวอร์ดจิตเวชและจิตแพทย์) ผู้ป่วยที่ Admit ส่วนใหญ่เป็น case Alcohol Dependent และ Depression ช่วยลดการส่งต่อโดยไม่จำเป็น
- รพ.ลำปาง เพิ่มจำนวนเตียงในการ Admit ผู้ป่วยจิตเวช จาก 18 เป็น 24 เตียง
- รพ.น่าน สามารถทำหัตถการได้เหมือน รพ.เฉพาะทางจิตเวช
- รพ.ปางมะผ้า เป็นตัวอย่างการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่สูง

ข้อเสนอแนะ

- คัดกรอง/ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง (โรคทางจิตเวช/โรคเรื้อรัง มารดาตั้งครรภ์/หลังคลอด)
- บูรณาการงานสุขภาพจิตกับงานคลินิก OPD NCD ANC รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน

หน่วยบริการลงข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้ง IT ทบทวนระบบฐานข้อมูลให้เป็นฐานเดียวกัน

กำหนดโครงสร้างงานสุขภาพจิตและจิตเวช ใน รพ. ทุกแห่ง เพื่อกำหนดกรอบอัตรากำลังให้เหมาะสม

hankson